



SÄHKÖISET TERVEYSPALVELUT DIALYYSISAIRAANHOITAJAN TYÖSSÄ -PERINTEISESTÄ HOITOPOLUSTA
DIGITAALISEEN HOITOPOLKUUN

Kirsi Hyytiälä

2023 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Sähköiset terveyspalvelut dialyysisairaanhoitajan työssä -perinteisestä hoitopolusta digihoitopolkuun

Kirsi Hyytiälä
Johtaminen ja kehittäminen sosi-
aali- ja terveysalan muutoksessa
Opinnäytetyö, YAMK
Toukokuu, 2023

Kirsi Hyytiälä

Sähköiset terveyspalvelut dialyysisairaanhoitajan työssä -perinteisestä hoitopolusta digitaaliseen hoitopolkuun

Vuosi

2023

Sivumäärä 92

Opinnäytetyössä tarkastellaan dialyysisairaanhoitajan työn muutosta hoitomuodonvalinta -digihoitopolkua käyttävien dialyysipotilaiden hoidossa. Tarkoituksena on tutkia hoitomuodon päätöksentekoa, jota tehdään digihoitopolulla ja perinteisellä hoitopolulla. Tutkimuskohteina ovat dialyysi sairaanhoitajien argumentaatiosta rakentuvat muutosasenteet, ja niiden perusteella tulkittu työn muutos.

Tutkimus liittyy Terveyskylä-palvelukokonaisuuteen, joka on tuotettu aikaisemmin virtuaalisairaala 2.0 hankkeessa. Terveyskylä tarjoaa sähköisiä terveyspalveluita kansalaisille. Opinnäytetyö tehtiin Kolmiosairaan kotidialyysiyksikölle, jonka asiakkaat käyttivät Terveyskylän munuaistalon hoitomuodonvalinta -digihoitopolkua. Tutkimukseen haastateltiin neljää dialyysisairaanhoitajaa yksilöhaastatteluina työyksikön tiloissa.

Tutkimusmenetelmänä on käytetty laadullista asennetutkimusta, jossa sairaanhoitajien argumentaatiota tarkasteltiin relativistis-konstruktivisen tieteenfilosofian ja retorisen sosiaalipsykologian pohjalta. Dialyysisairaanhoitajien asenteet rakentuivat sosiaalisessa kontekstissa kielellisten puhetekojen kautta. Asenteen ilmauksia tulkittiin hoitomuodon päätöksen muutos - tulkintakäsitteellä.

Aineisto kerättiin asenneväittämiin perustuvalla virikehaastattelulla syksyllä 2021. Virikevääntämät sisälsivät hoitomuodon päätöksentekoon vaikuttavia osa-alueita. Aineistoa luokiteltiin myönteisten ja kielteisten kannanottojen ja perustelujen mukaan hoitomuodon päätöksentekoa edistäviin ja rajoittaviin luokkiin. Aineiston sisällönanalyysi tehtiin abduktiivisesti, eli aineiston analyysistä ja tulkinnasta muodostuneita tuloksia peilattiin lopuksi CODE (The Coping in Deliberation) -pätöksentekoteoriaan.

Tutkimustuloksiksi rakentui 14 terveydenhuollon palvelumuutokseen liittyvää asenneluokkaa, joista muodostettiin 7 vasta-asenneluokkaparia. Asenteiden kautta pystyttiin tulkitsemaan työn muutoksia. Asenneluokkia olivat päätöksentekoprosessi, työn resurssit, päätöksenteon edistymisen seuranta, tiedon omaksuminen, selviytymisen resurssit, hoitokontaktit ja asiakaslähtöisyys. Digihoitopolku muutti jaettua päätöksentekoa ja kognitiivis-emotionaalista selviytymistä päätöksenteosta. Digihoitopotilaat olivat pääsääntöisesti paremmin valmistautuneita dialyysipäätöksen tekemiseen kuin perinteisen hoitopolun potilaat.

Digihoitopotilaiden hoitomuodon päätöksentekoa tulisi kehittää. Tulosten ja kehitysehdotusten perusteella hoitoyksikkö voi arvioida digihoitopolun käytön hyödyntämistä jaetun- ja kognitiivis-emotionaalisen päätöksenteon näkökulmilla. Tutkimuksen merkitys perustuu digihoitopolun käyttöä arvottavaan työn kehittämiseen dialyysisairaanhoitajien ammatillisuutta ja asiantuntijuutta hyödyntämällä.

Asiasanat: Laadullinen asennetutkimus, digitaalinen palvelumuutos, hoitomuodonvalinta -digihoitopolku, muutosasenteet, työn muutos

Kirsi Hyytiälä

Electronic Health Services in the Dialysis Nurse's Work, from the Traditional Care Pathway to the Digital Care Pathway

Year

2023

Pages

92

The thesis examines the digital transformation of the dialysis nurse's work in the dialysis modality choice -digital care pathway which is used in the treatment of dialysis patients. The research object is the decision-making process of the modality of treatment, which is employed on both the digital care path and the traditional care path. The purpose is to study dialysis nurses' change attitudes and the changes in their work based on argumentation.

The research is related to the Terveyskylä's service concept, which was previously produced in the Virtual Hospital 2.0 project. Terveyskylä offers electronic health services to citizens. The thesis was done for the home dialysis unit of Kolmiosairaal, whose customers use the digital care pathway related to the choice of dialysis modality offered by the renalhouse of Terveyskylä. For the study, four dialysis nurses were interviewed individually in the premises of the work unit.

Qualitative attitude research was used as the research method, where the nurses' argumentation is examined based on the relativistic-constructive philosophy of science and rhetorical social psychology. Dialysis nurses' attitudes are built in a social context through linguistic speech acts. Expressions of attitude were interpreted with the interpretation concept of "change in decision-making in the modality of treatment".

The data were collected through a stimulus interview based on attitude statements in the fall of 2021. Stimulating statements included areas that affect the decision-making of the modality of treatment. The research material was classified according to positive and negative statements and justifications into categories that promote and limit the decision-making of the modality of treatment. The content analysis of the data was done abductively. The results from the analysis and interpretation of the data were reflected in the CODE (The Coping in Deliberation)

After analyzing the data, 14 attitude classes were constructed of the healthcare service change, from which 7 opposite attitude class pairs were formed. Work changes were interpreted through attitudes. The attitude classes were decision-making process, work resources, monitoring of decision-making progress, knowledge acquisition, survival resources, care contacts and customer orientation. Based on attitudes, the digital care pathway changes shared decision-making and the patients' cognitive-emotional decision-making process. Digital care pathway patients were generally better prepared for making a dialysis decision than the patients of the traditional care pathway.

The decision-making process of digital care pathway patients can be developed. Based on the results and development proposals, the treatment unit can evaluate the use of the digital care pathway from the perspectives of shared and cognitive-emotional decision-making. The importance of the research is based on the development of work that values the use of the digital care pathway by utilizing the professionalism and expertise of dialysis nurses.

Keywords: Qualitative attitude research, digital service change, dialysis modality choice -digital care pathway, change attitudes, change at work

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Teoreettinen viitekehys	7
2.1	Sähköiset asiointipalvelut.....	8
2.2	Terveyskylän hoitomuodonvalinta -digihoitopolku	9
2.3	Dialyysihoitomuodot	12
2.4	CODE-päätöksentekoteoria	15
2.5	Jaettu päätöksenteko	17
2.6	Asennoituminen digitaaliseen palvelumuutokseen	19
3	Laadullisen asennetutkimuksen tutkimusasetelma	21
3.1	Tutkimuksen tausta ja tavoitteet.....	22
3.2	Tutkimuskysymykset, -tehtävät ja -menetelmät	23
3.3	Tutkimuksen tieteenfilosofiset lähtökohdat.....	25
3.4	Tutkimusaineiston keruu ja käsittely.....	26
3.5	Dialyysisairaanhoidajien asiantuntijahaastattelut	27
3.6	Aineiston litterointi	28
3.7	Henkilöllisyyden suojaus	29
4	Aineiston analyysi	30
5	Aineiston analyysin tulokset	32
5.1	Dialyysisairaanhoidajien asenteet.....	32
5.2	Dialyysisairaanhoidajien työn muutokset	39
5.2.1	Päätöksentekoprosessin muutos	39
5.2.2	Työn resurssien jakautumisen muutos.....	41
5.2.3	Potilastiedon seurannan muutos	43
5.2.4	Informaation omaksumisen muutos	44
5.2.5	Potilaiden selviytymisen muutos	46
5.2.6	Hoitokontaktien muutos	48
5.2.7	Asiakaslähtöisyyden muutos.....	50
5.3	Tulosten yhteenveto	51
5.4	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	54
6	Pohdinta ja johtopäätökset	56
	Lähteet.....	59
	Kuviot	68
	Taulukot	68
	Liitteet	68

1 Johdanto

Suomeen on muodostumassa tällä hetkellä vahva pohja sähköisiin terveyspalveluihin erikoissairaanhoidossa, joka on leviämässä myös perusterveydenhuoltoon (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2018, 56). Sähköiset tietojärjestelmät palvelevat kaikkia palvelujärjestelmän toimijoita kuten asiakkaita ja terveydenhuollon ammattilaisia. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprosessien sujuvuuden kannalta on hyvä tietää, millaisia vaikutuksia tekniikan käytöllä on asiantuntijoiden työhön ja millaisia mahdollisuuksia asiakkailta on saada elämänlaatua parantavaa hoitoa. (Saranto, Kinnunen, Jylhä & Kivekäs 2020, 191.)

Tässä opinnäytetyöraportissa kuvattu tutkimus toteutettiin osana Terveyskylä -hanketta. Terveyskylä.fi on suomalainen erikoissairaanhoidon verkkosivusto, joka on kehitetty vuosien 2016-2018 aikana virtuaalisairaala 2.0 hankkeessa, ja joka on viiden suomalaisen yliopistosairaanhoitopiirin toteuttama terveydenhuollon palveluiden kehittämishanke muiden palvelu- ja yhteistyöverkostojen kanssa (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2018, 6). Terveyskylä-palvelukokonaisuudessa on 33 virtuaalista sairauskohtaista taloa, joista yksi on munuaistalo (Terveyskylä.fi 2022a).

Opinnäytetyön tutkimusaiheeksi valikoitui digitaaliseen palvelumuutokseen liittyvä asenteiden ja työn muutoksen tutkiminen. Työn digitalisoituminen on edelleen tärkeä aihe yhteiskunnassa. Opinnäytetyönä raportoivassa tutkimuksessa tutkitaan Kolmiosairaanalan dialyysisairaanhoitajien työn muutosta, jossa muutos lähtee perinteisen hoitopolun digitalisoitumisesta digihoitopoluksi. Digitaalisen palvelumuutoksen tutkimuskohteena on hoitomuodon päätöksentekoon liittyvät muutosasenteet ja niihin liittyvä työn muutos. Oletuksena on se, että potilaiden ja sairaanhoitajien yhteinen dialyysihoitomuodon päätöksenteko on muuttunut palvelumuutoksen jälkeen. Opinnäytetyössä tuodaan dialyysisairaanhoitajien ammatillista näkökulmaa näkyväksi muutosasenteiden kautta, josta muodostuu keskustelupohja hoitomuodon päätöksenteon kehittämiseksi digihoitopolkutilaan hoidossa.

Työn digitalisoitumisen muutos tarkoittaa muun muassa palvelukulttuurin edistämistä digitaalisten työtapojen avulla, etäkonsultaatioiden mahdollistamista, data-seurantatiedon hyödyntämistä, henkilöstön e-osaamisen lisäämistä ja asiakaskokemuksen ymmärtämistä ja kehittämistä (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2018, 3). Sähköisten terveyspalveluiden on tarkoitus tuottaa vähintään samat, ellei paremmat terveyshyödyt verrattuna perinteisiin palveluihin. Sähköiset palvelut voivat parantaa työn tehokkuutta, mutta eivät aina. Sähköinen palvelukanava ei välttämättä korvaa, poista tai vähennä muuta työtä. Sähköisten palvelujen kokonaisuuteen vaikuttavat henkilöstön digitaaliset taidot, alustojen käyttöönotto ja työprosessien päivittäminen.

Sähköisten palvelujen vakiinnuttua työn tehokkuus kasvaa, ja resursseja voidaan kohdentaa uusiin asioihin. (Alhonen, Björklund, Bosisio-Hillberg, Hännikäinen, Kaartinen ym. 2019, 4.)

Koko maan uusien munuaiskorvaushoitojen määrän ilmaantuvuus oli vuonna 2020 82 potilasta miljoonaa asukasta kohden, joka on edellistä vuotta matalampi. 454 uutta potilasta aloitti munuaiskorvaushoidon. (Suomen munuaistautirekisteri, 2021, 7.) Suomeen verrattuna Tanskassa ilmaantuvuus oli 28 %, Ruotsissa 17 %, Islannissa 11 % ja Norjassa 7 % suurempi. Kyproksella ja Kreikassa ilmaantuvuus oli yli 2.5-kertainen suomeen verrattuna. Munuaiskorvaushoidon vallitsevuus miljoonaa asukasta kohden kasvoi koko maassa 18 % vuodesta 2011 vuoteen 2021. Koko maassa vallitsevuus oli 2021 lopussa 955 potilasta miljoonaa asukasta kohden. (Suomen munuaistautirekisteri 2021, 19-20.)

Vuonna 2021 tavallisin syy munuaiskorvaushoitoon oli tyypin 2 diabetes, joka on ollut tavallista jo 20 vuoden ajan. Dialyysipotilaiden määrä laski 4 % 2020 vuoteen verrattuna, ja munuaiskorvaushoitopotilaiden kokonaismäärä oli 5297 vuoden 2021 lopussa, joka ei noussut edelliseen vuoteen verrattuna. (Suomen munuaistautirekisteri 2021, 6-7.) Kaikista dialyysipotilaista 21 % oli kotidialyysissä. Kotona tehtävien dialyysien (koneellinen ja ei-koneellinen vatsakalvodialyysi ja kotihemodialyysi) osuus vaihteli sairaanhoitopiireittäin 0-45 % välillä (Suomen munuaistautirekisteri 2021, 18-25.)

Dialyysihoidoilla on elintärkeä asema terveydenhuollossa, joiden avulla moni potilas pystyy lähes täysipainoiseen elämään. Sähköisten terveystalveluiden käyttöönotto on muuttanut dialyysisairaanhoitajien työnkuvaa, sillä potilaiden ottaessa enemmän vastuuta omasta terveydestään, asettaa se uusia vaatimuksia ammattilaisten osaamiselle, vuorovaikutuskyvyille ja vaatii uudenlaista asennoitumista työhön (Kotila, Axelin, Fagerström, Flinkman, Heikkinen ym. 2020, 18). Dialyysisairaanhoitajien työnkuva on laajentunut digihoitopolkupotilaiden hoitoon perinteisen hoitopolun potilaiden ohella. Työntekijöiden tulisi tiedostaa omat työ- ja ajattelutavan muutokset sähköisten terveystalveluiden käyttöönoton jälkeen (Sihvo, Jauhiainen & Ikonen 2014, 58). Lisäksi tarvitaan motivaatiota integroida digitalisaatio omaan ammatilliseen kontekstiin sekä luoda digitalisaatiosta positiivisia kokemuksia organisaatiossa. (Konttila, Siira, Kyngäs, Lahtinen, Elo ym. 2019, 13.)

2 Teoreettinen viitekehys

Opinnäytetyössä tutkitaan dialyysisairaanhoitajien työn muutosta työkuulttuuriin sidottujen muutosasenteiden kautta. Teoreettiseen viitekehukseen liittyviä käsitteitä ovat sähköiset asiantipalvelut, hoitomuodonvalinta -digihoitopolku, dialyysihoidomuodot, CODE-päätöksentekoteoria ja jaettu päätöksenteko sekä asenteet palvelumuutosta kohtaan. Valitun teorian tiedon

tarkoituksena on tukea laadullisen asennetutkimuksen tutkimusasetelmaa ja antaa yhteiskunnallista taustaa kroonista munuaissairautta sairastavien potilaiden dialyysivalintaan liittyvästä hoitotyöstä.

2.1 Sähköiset asiointipalvelut

Terveyskylä.fi verkkosivustolla on tietoa munuaistaudeista, keinomunuaishoidoista, munuaisen siirroista, ja munuaistautien ehkäisystä (Terveyskylä.fi 2022b). Helsingin seudulla, Meilahden kolmiosairaalan kirurgisessa sairaalassa toimii dialyysiopetuskeskus, jonka alaisuudessa toimii kotihemodialyysiyksikkö ja peritoneaalidialyysiyksikkö. Kotihemodialyysiyksikön koulutusosasto vastaa omatoimiseen hemodialyysiin koulutettavien potilaiden opetuksesta ja päivystyspalveluista. (Hus.fi 2022.)

Sote-uudistuksen tavoitteina on pidetty asiakkaan valinnanvapauden laajentumista, perustason palveluiden vahvistamista, erikoistason palveluiden keskittämistä ja hoitoon pääsyn parantamista (Hahtela & Meretoja, 2017, 36-37). Sähköisten terveystalvvelujen käyttöönotto vaatii kansalaisten ja terveydenhuollon ammattilaisten osaamista ja ohjausta uusiin palvelumuotoihin. Sähköiset terveystalvvelut terveydenhuollossa muuttavat työtä, toimintoja ja tietoa. Terveydenhuollon ammattilaisten laajeneva osaaminen näkyy kyknä hahmottaa palvelujen kokonaisuus, johon on integroitu sähköiset palvelut. (Jauhiainen & Sihvo, 2014, 53.)

Terveyskylällä on olemassa terveydenhuollon ammattilaisille tarkoitettu PRO-palveluportaali. Työntekijät pääsevät kirjautumaan PRO-palveluun varmennekortilla. Tavoitteena on erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön sujuvoittaminen ja täydentäminen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen e-osaamistaidoilla. Tavoitteena on myös rohkaista käyttämään uusia toimintatapoja työssä, ja saada tukea digitalisaation liittyvässä muutoksessa. Terveyskylän PRO-palvelusta löytyy oppaita, valmennusta, työkaluja, virtuaalikeskuksia ja tapahtumia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018, 51.)

Digihoitopolku mahdollistaa hoitopalvelujen tuottamisen aiempaa laajemmin. Digitaaliset palvelut ovat ajasta ja paikasta riippumattomia. Terveyskylän omapolkujen sisällöt ovat yhdenmukaisia ammattilaisten päivittäisessä työssä käyttämien sisältöjen kanssa. Sisältöjä on laatinut yli 3000 yliopistosairaalan asiantuntijaa. Sisällöt on esitetty ymmärrettävästi ja niitä päivitetään jatkuvasti. (Kuntaliitto 2021.)

Sähköisessä asiointipalvelussa tuotetaan, käytetään, ja jaetaan asiakkaiden kanssa palveluja (Alhonen ym. 2019, 6). e-Terveystalvvelut toteutetaan yhdessä digitaalisten kanavien ja perinteisten fyysisten vastaanottojen, tutkimusten, operaatioiden ja hoitotapahtumien kanssa sillä

tavalla, että muodostuu monikanavainen palvelupolku, hoitokokonaisuus, tai hoito-ohjelma (Alhonen ym. 2019, 75).

Sähköisten asiointipalvelujen tarjoaminen asiakkaille on taattu nykyään laissa. Laki digitaalisten palvelujen tarjoamisesta (306/2019), eli digipalvelulaki, on tullut voimaan 1.4.2019. Digitaalilla palveluilla tarkoitetaan verkkosivustoilla ja mobiililaitteilla olevia verkkotunnuksilla kirjautumista vaativia digitaalisia tekstisisältöjä, kuvia, tiedostoja, lomakkeita ja muita vastaavia sisältöjä, joita voidaan käyttää erilaisilla päätelaitteilla ja ohjelmistoilla. (Digipalvelulaki 306/2019, 2 §.)

Jokaiselle kansalaiselle on taattava mahdollisuus toimittaa sähköisen asioinnin kautta asiakirjat käyttäen digitaalisia palveluja sekä tiedonsiirtomenetelmiä. Laissa on säännöksiä, joilla edistetään digitaalisten palvelujen tarjoamista kaikille asiakkaille yhdenmukaisella, asiakaslähtöisellä ja turvallisella tavalla. Lisäksi palveluntarjoajien on varmistettava digitaalisten palvelujen sisältöjen havaittavuus, ymmärrettävyys, ja käyttöliittymien ja navigoinnin hallittavuus sekä toimintavarmuus saavutettavuusvaatimusten mukaisesti, jotka tulevat Euroopan unionin komission kautta. (Digipalvelulaki 306/2019, 7 §.)

Terveydenhuollon palvelutyö on vain osittain digitalisoitavissa eli tarjonta tapahtuu hybridinä. Palvelutyötä ei voida viedä loppuun ilman ihmistyövoimaa, mutta palvelujärjestelmää kuitenkin halutaan tehostaa digitalisoinnin avulla. (Lehti, Rouvinen & Ylä-Anttila 2012, 98.) Virtuaalinen hoitokontakti ja potilasohjaus eroavat kasvokkain tapahtuvasta, ja asettaa henkilökunnalle uusia osaamisvaatimuksia. Digitalisaation tuottama muutos näkyy muun muassa palvelurakenteissa, työprosesseissa, työtavoissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018, 36.)

2.2 Terveyskylän hoitomuodonvalinta -digihoitopolku

Terveyskylä.fi -verkkosivusto tarjoaa eri sairausryhmien potilaille omapolkupalveluja. Omapolkupalvelu sisältää digihoitopolkuja, etävastaanottomahdollisuuden, ja kaikille avoimet itsehoito-ohjelmat. Omapolku on erikoissairaanhoidon digitaalinen palvelukanava, johon kirjaututaan vahvan sähköisen tunnistautumisen avulla. Omapolulle kirjautuminen näyttää asiakkaille avatut henkilökohtaiset digihoitopolut, kuten hoitomuodonvalinta -digihoitopolun. Omapolulta löytyy itsehoito-ohjelmia, esimerkiksi ravitsemukseen, liikkumiseen, ja tupakonnin lopettamiseen liittyen. (Terveyskylän omapolku 2022a.) Omapolku on käytössä sellaisenaan, jonka ominaisuuksiin kuuluvat videoyhteydelliset etävastaanotot ja viestimahdollisuudet. Digihoitopolut ovat hoito-ohjelmia, jotka avataan terveydenhuollon ammattilaisen toimesta lähetteen tai olemassa olevan hoitosuhteen perusteella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018, 48.)

Munuaissairaiden hoitomuodonvalinta -digihoitopolun tarkoituksena on auttaa asiakasta valitsemaan itselle sopiva dialyysihoidomuoto. Hoitomuodonvalinta -digihoitopolulle on tuotettu ”Minäkö dialyysiin” -video. Videossa kokemusasiantuntijat käyvät yhteistä dialogia dialyysin aloituksesta. Käsiteltyjä aiheita ovat dialyysin aloitukseen liittyvät tuntemukset, pelot ja ahdistukset. Video sisältää myös dialyysin vaikutuksista elämänlaatuun ja dialyysin hyväksymiseen liittyvät asiat. (Silvast-Äikäs 2022.)

Hoitomuodonvalinta -digihoitopolulta löytyy potilaskysely, jossa kartoitetaan monia dialyysivalinnalle tärkeitä asioita kuten valmiutta dialyysin aloitukseen. Valmiuksiin sisältyviä aiheita ovat terveydenhuollon ammattilaisen esiin tuoma dialyysin tarpeellisuus potilaalle, munuaisten vajaatoiminnan kuona-aineiden kertymisen haitallisuus, kuona-aineiden aiheuttama väsymys potilaalle, uskomukset dialyysihoidon aiheuttamista vaikeuksista, arvio kotona tehtävän dialyysin turvallisuudesta, kotidialyysiin liittyvä oppimisen halu, voimavarojen vaikutus dialyysin oppimiseen, halu osallistua oman hoidon päätöksiin, uuden oppimisen halu, tahtotila kotidialyysiin ja potilaan luottamuksen tila tulevaisuuteen. (Terveyskylän omapolku 2022b.)

Digihoitopolulta löytyy myös dialyysin valintaan liittyvä taustakysely. Siinä potilaat vastaavat kotidialyysin onnistumiseen vaikuttaviin tekijöihin. Dialyysin kannalta tärkeitä tekijöitä ovat asumismuoto ja asunnon muutostöiden mahdollisuus valittavan dialyysin vaatimusten osalta. Lisäksi tärkeitä tekijöitä ovat sähköverkon tila, vesiverkoston tilanne, veden tulo, oman kaivon käyttö ja samassa taloudessa asuvat henkilöt. Tärkeitä seikkoja ovat myös elämäntilanne kuten työssäkäynti, työaika-asiat, aktiivinen liikunta, etäisyys kesämökille, matkustelutaipumus, näkökyky, kuuloaisti, käsinäppäryys, liikkuminen ja apuvälineet, vatsan alueen leikkaukset, paino, muut sairaudet ja myös suomen kielen taito. Taustakyselyn vastauksista asiakas saa automaattisesti yhteenvedon sopivista dialyysimuodoista. Tulos on suuntaa antava, ja hoitomuoto päätetään yhteistyössä potilaan kanssa hoitomuodonvalintapoliklinikalla. (Terveyskylän omapolku 2022c.)

Digihoitopolun hyödyiksi on nostettu asioita, muun muassa se, että digihoitopolulle ei tarvitse jonottaa, digihoitopolku nopeuttaa hoidon tarpeen arviota, vähentää turhia poliklinikkakäynnejä. Digihoitopolku tarjoaa oman rauhan pohtia dialyysivalintaa ja ratkaisuja, ja potilas voi olla aktiivinen ja tehdä päätöksiä, ja sen lisäksi digipolulla oleva materiaali auttaa ymmärtämään sairautta ja sen hoitoa. (Terveyskylän omapolku 2022d.) Kotidialyysiyksikkö vastaa osaltaan hoitomuodonvalinta- digihoitopolkupotilaiden hoidosta. Digihoitopolulla asiakas voi täyttää hoitoon liittyviä kyselyitä ja saada niistä palautetta. Lisäksi potilas voi lukea hoitoon liittyviä potilasohjeita, valmistautua omahoitoon, seurata terveysarvoja ja oireita. (Alhonen ym. 2019, 7.)

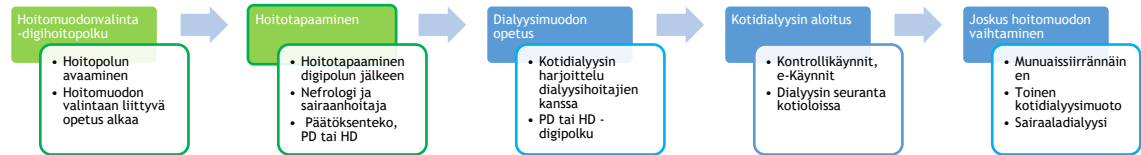
Omapolulla on mahdollisuus terveydenhuollon ammattilaisten etävastaanottoon kuva- ja ääniyhteydellä, tai chat-keskustelulla. Lisäksi omapolulla voi ottaa vastaan sähköpostiviestejä, tekstiviestejä ja muistutuksia kalenteriin. Asiakas saa myös ilmoituksia, jos kalenteriin on lisätty uusia tehtäviä, tai ammattilaiset ovat antaneet palautetta suoritetusta tehtävästä. (Terveyskylän omapolku 2022e.)

Hoitomuodonvalintapolun jälkeen potilas koulutetaan valittuun dialyysimuotoon. Koulutus tehdään dialyysiopetuskeskuksessa Meilahden kolmiosairaalassa. Vatsakalvodialyysin aktiivinen koulutusvaihe kestää 1-2 viikkoa, mutta kotihemodialyysin oppiminen voi viedä kauemminkin, jopa 6 viikkoa. (Terveyskylän omapolku 2022f.)

Hoitomuodonvalinta -digihoitopolku on tarkoitettu dialyysiä lähitulevaisuudessa tarvitseville potilaille, jotka tarvitsevat tietoa erilaisista dialyysivaihtoehdoista. Potilaille tarjotaan sairaala- ja kotidialyysihoidoja. Perinteisesti potilaat ovat käyneet sairaalan infotilaisuuksissa saamassa dialyysivaihtoehdoista tietoa, ja käyneet hoitotapaamisissa, joissa on mukana nefrologi ja dialyysisairaanhoitaja. Digihoitopolulla potilaat hakevat dialyysihoidoratkaisua melko itsenäisesti.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Terveyskylä.fi verkkosivujen omapolussa on tarjolla erilaisia hoitopolkuja, joihin potilaat liitetään hoitovaiheen mukaisesti. Kotidialyysiyksikön hoitopolku sisältää vaihteita, joita ovat informaation jakaminen digihoitopolulla, hoitomuodonvalinta, hoitotapaaminen, dialyysimuodon valintaan liittyvä opetuspolku, kotidialyysin toteutusvaihe, ja joskus hoitomuodon vaihtaminen. (Silvast-Äikäs 2020, 5.) Kuviossa 1. esitetään hoitopolun vaihteita, joista opinnäytetyön tutkimuskohteena on vain hoitomuodonvalinta -digihoitopolku- ja hoitotapaaminen -vaiheet (vihreät laatikot).

Hoitomuodonvalinta -digihoitopolkuun voi liittyä dialyysisairaanhoitajilla vähemmän työn muutoksia kuin myöhemmän vaiheen moduuleissa, joka tulee ottaa huomioon tutkimustuloksissa. Tutkimustulokset kuvaavat vain yhtä dialyysipotilaan hoitoprosessin osaa. Hoitomuodonvalinta -digihoitopolun jälkeen potilaille avataan dialyysivalinnan mukainen digihoitopolku, joko peritoneaaldialyysi- tai hemodialyysipolku, jota ei tutkita tässä opinnäytetyössä.



Kuvio 1: Kotidialyysipotilaan hoitopolku

2.3 Dialyysihoidot

Ennen dialyysin aloittamista potilaat tutustuvat käytännönläheisesti ja tiedollisesti dialyysimuotoihin. Potilaat saavat tietoa dialyysimenetelmistä ja dialyysiprosessista nefrologin erikoislääkärin vastaanotolla, samoin potilailla on saatavilla kirjallista tietoa, opetusvideoita ja tämän lisäksi he saavat prosessiin liittyvää tietoa dialyysisairaanhoitajalta. Potilaat tutkimusten mukaan kokevat saatujen tietojen olevan työkalu, jotka auttavat heitä ymmärtämään sairautta, ja valmistautumaan dialyysihoitoon ja päätöksentekoon. (Winterbottom, Bekker, Conner & Mooney 2014, 710-723.)

Munuaisten kroonisen vajaatoiminnan syynä on useita vuosia kestänyt tautiprosessi, jossa elimistö on joutunut sopeutumaan huonontuneeseen tilanteeseen. Munuaisten vajaatoimintaa luokitellaan munuaisten suodatusnopeuden vaiheen mukaisesti normaaliin, lievään, kohtalaiseen, vaikeaan ja loppuvaiheeseen. Normaali vaiheessa on näkyvissä jo pysyvää proteinuriaa (valkuaisvirtaisuus), jossa munuaisten suodatusnopeus eGFR on >90, ja loppuvaiheessa aloitetaan dialyysi, jos eGFR on <15. Kroonisessa munuaisten vajaatoiminnassa elimistö sopeutuu heikkenemiseen, mutta äkillisessä munuaisten vajaatoiminnassa taudinkuva on dramaattinen. (Pasternack 2012.)

Peritoneaalidialyysi eli vatsakalvodialyysiä käytetään yhtenä kroonisen uremian hoitomuotona. Hoito perustuu dialyysinesteen ja plasman väliseen pitoisuuserojen tasoittumiseen. Vatsakalvodialyysiä voidaan tehdä useilla tavoilla, joista yksi on intermittoiva peritoneaalidialyysi (IPD), jossa vatsaonteloon laitetaan 2-3 litraa nestettä, jota vaihdetaan tunnin välein. Hoitoa tehdään kolmesti viikossa. Toinen hoitomuoto on jatkuva peritoneaalidialyysi (CAPD), jossa vatsaontelo täytetään 2-3 litralla nestettä, jota vaihdetaan 4-8 tunnin välein jatkuvasti. Hoitomuotona on myös automaattinen koneavusteinen peritoneaalidialyysi (APD), jossa kone tekee nesteiden vaihdon. Vatsakalvodialyysin valintaan vaikuttavat vatsakalvon toiminta, jäljellä oleva munuaisten toiminta ja potilaan paino. Lisäksi dialyysivalintaan vaikuttavat potilaan sosiaalisen elämän vaatimukset. (Pasternack, Honkanen & Metsärinne 2012.)

Peritoneaalidialyysipotilaat voivat valita kotihoitomuodon, joka voidaan tehdä itse tai avustettuna. Yleisin kotihoitomuoto on CAPD (continuous ambulatory peritoneal dialysis) tai APD (automated peritoneal dialysis) -vatsakalvodialyysit. Vatsakalvoon laitetaan ennen hoitoa peritoneaalidialyysikatetri. CAPD dialyysi tehdään neljästi vuorokauden aikana, jossa nestepussi vaihdetaan käsin. APD dialyysi tehdään yöaikaan koneellisesti, ja kone tekee vaihdon automaattisesti. (Aaltonen 2019, 1974-1980.)

Toinen dialyysimuoto on hemodialyysi, jota voidaan tehdä tavanomaisesti 3-4 kertaa viikossa, tai lyhyempinä jaksoina päivittäin 2-3 h kerralla, tai pitkänä yöllisenä hemodialyysinä. Hemodialyysihoidossa veri virratetaan dialyysiatetin (keinomunuaisten) kautta koneellisesti, jonka aikana veri puhdistuu. Potilaille tehdään hoitoja varten jatkuva valtimo-laskimoavanne (AV-fisteli) tai AV-verisuonisiirre (AV-grafti), tai keskuslaskimokatetri. Keskuslaskimokatetria käytetään väliaikaisesti dialyysipotilailla, joiden munuaisten toiminta heikkenee akuutisti. (Friedman & Mallappallil 2010, 31-33.)

Hemodialyysiä voidaan tehdä sairaaloiden dialyysikeskuksissa, satelliittiyksiköissä, tai kotihomeodialyysinä (Aaltonen 2019, 1974-1980). Hoitokeskuksissa potilaita voidaan kouluttaa tekemään oma dialyysi osittain tai kokonaan omatoimisesti. Kotona tehtävien hemodialyysien osuus yli 20-vuotiaista munuaiskorvauspotilaista on laskenut vuosina 2010-2020 (90 pv hoidon aloittamisesta) 5 prosentista 3 prosenttiin. (Suomen munuaistautirekisteri 2020, 17.) Hemodialyysihoidoja voidaan tehdä kotona oman päivärytmin mukaan sovittaen työhön ja menoihin. Hoidon esteitä ovat muun muassa sormien huono hienomotoriikka tai muisti- ja oppimisongelmat. Kotidialyysiä varten tehdään usein kodin muutostöitä, ja kustannuksia muodostuu mm, runsaasta vedenkulutuksesta, sähköstä ja jätekuluista. (Munuais- ja maksaliitto 2022.)

Omahoidon (self-management) teoriassa terveydenhuollon ammattilaiset huomioivat potilaiden ongelmakohdat, joita kroonisessa munuaistaudissa potilaalla ilmenee. Tämä tarkoittaa vastuullisten hoitopäätösten jakamista potilaan kanssa. (Chen, Tsai, Sun, Wu & Lee ym. 2011, 3560-3566.) Dialyysipotilailla, joilla on parempi käsitys omista kognitiivisista kyvyistään, valitsevat helpommin kotidialyysin kuin sairaaladialyysin. Kotidialyysin valitsijat ymmärtävät myös paremmin sairauden kroonisuutta. Tämä asia saa potilaat sitoutumaan hoitoon, ja tekemään säännöllisesti dialyysihoidoja. Kotidialyysipotilaat kokivat sairauden seurausten vaikutukset suurempana elämäänsä kuin sairaaladialyysipotilaat. Sairaaladialyysipotilaat kokivat puolestaan suurempaa sairauden tuntoa. Lisäksi kotidialyysiä tekeville potilailla oli korkeampi henkilökohtaisen kontrollin tunne elämästään kuin sairaaladialyysipotilailla. (Jayanti, Foden, Brenchley, Wear-den & Mitra 2016, 244-245.)

Oremin omahoitoteoriaa voidaan toteuttaa kotidialyysihoidossa. Nuoret ja iäkkäämmät potilaat voivat sopivalla iänmukaisella kognitiivisella ohjauksella saavuttaa täyden kyvyn suorittaa

kotidialyysijä. Luotettavan sairaanhoitajan ja potilaan suhde on välttämätöntä harjoitteluprosessin aikana ja sen jälkeen. (O'Shaughnessy 2014, 495-498.) Iäkkäät potilaat ovat psykologisesti valmiimpia käsittelemään elämänlaadun muutosta nuorempiin potilaisiin verrattuna. Dialyysihoidossa olevat nuoret ja vanhukset kohtasivat erilaisia ongelmia dialyysihoidoissa. Masennus, sekavuus ja hämmennys hallitsevat molempien potilasryhmien emotionaalista tilaa, erityisesti niitä oli nuoremmilla potilailla. Nuoremmat potilaat valittivat enemmän energian puutetta, liikkuvuusrajoitteita ja inihäiriöitä verrattuna iäkkäämpiin HD- ja CAPD-potilaisiin. (Laudański, Nowak & Niemczyk 2013, 378-385.)

Omahoitoteoriassa itsehoito nähdään luonnollisena kykynä hoitaa itseään, johon hoitajien pitäisi enemmän ohjata potilaita. Dorthea Orem:n omahoitoteorian mukaan ihmiset, joilla on puutetta tai kykenemättömyyttä omahoidossa, tarvitsevat hoitajien väliintulostrategioita ja ohjausta, jotta potilaan kyvykyys hoitaa itseään sairausprosessissa onnistuisi itsenäisesti. Potilaat voivat vaatia sairaanhoitoa itselleen kokien kykenemättömyyttä sairauden tai vaurion itsehoitossa, tai sitten potilaat kykenevät hoitamaan itseään, mutta tarvitsevat jatkuvaa tukea sairauden hoitoon. (Simmons 2009, 419.)

Sairaanhoitajien tavoitteena on jatkaa potilaan hoitamista niin kauan, että potilas on riittävän valmis ja sitoutunut omaan hoitoon. Tarvitaan hyvä hoitaja-potilas hoitosuhde, tukea selviytymiseen ja koulutukseen, sekä hoidollisen tilan arviointia. Potilaat, joilla on kehittyvä krooninen munuaisten vajaatoiminta hyötyvät paljon koulutuksesta, jossa ennakoidaan loppuvaiheen munuaissairaus ja dialyysihoidon aloittaminen. (Simmons 2009, 420.)

Potilaiden kanssa on hyvä keskustella vaihtoehtoista, jotka olisivat elämänlaadun kannalta parhaita vaihtoehtoja, ja mitkä sopivat myös kliinisesti sekä ohjelmallisesti potilaalle. Potilaan motivaatio tiettyyn dialyysimuotoon ja elämänlaatuun voivat auttaa voittamaan ja ylittämään pelkoja liittyen itsehoitoon ja dialyysin opetteluun. Hoitomuodon valinta online -kyselyjen avustamana auttaa henkilökuntaa saamaan potilaskohtaista tietoa. Potilaan tietoisuus dialyysivaihtoehtoista, dialyysin toteutuksesta ja omasta elämäntavasta auttaa henkilökuntaa viemään hoitomuodon valintaan liittyvää keskustelua eteenpäin potilaan kanssa. (Schatell 2015, 151-152.)

Hitaasti etenevässä kroonisessa munuaissairaudessa potilailla on aikaa valmistautua ja mukautua tulevaan elämään ja miettimällä elämän muuttumista hoidon seurauksena. Potilailla on vapaus valita hoitomuoto ja yrittää ylläpitää nykyistä elämäntapaa. Potilaan dialyysimuodon valintaan vaikuttavat perheen, lääkäreiden, dialyysisairaanhoitajien ja muiden osapuolten mielipiteet, joita potilaat kuuntelevat paljon. Hoitomuodon valintaan vaikuttavat potilaan kontrollin tarve, koetut riskit, mahdolliset hoidon seuraukset ja henkilökohtaiset tekijät. Potilaat arvioivat dialyysivaihtoehtojen sopivuutta myös omien uskomustensa ja arvojensa kautta.

Hoitomuodon valinta saattaa perustua potilaan mieltymyksiin, eikä ole välttämättä aina kliinisesti paras vaihtoehto. (Winterbottom ym. 2014, 710-723.)

2.4 CODE-päätöksentekoteoria

Terveysthuollossa on siirrytty asiakaskeskeiseen malliin, joka tarkoittaa asiakkaiden aktiivisempaa roolia hoidossa. Malli keskittyy asiakkaiden elämän laadun nostamiseen. Mallin soveltaminen sisältää hoitosuunnitelman laatimisen yhdessä potilaan kanssa. Päätöksentekoon osallistuu palveluntarjoaja ja asiakas yhteistyössä ns. hoitaja-potilas yhteistyönä. (Doss, DePascal & Hadley 2011, 115-125.)

Lähestyvä dialyysi aiheuttaa monille masennusta, vihaa ja toivottomuuden tunteita. Pitkälle edennyttä munuaisten vajaatoimintaa sairastavilla potilailla on haasteita oikean dialyysihoidon valintaan ja päätöksentekoon liittyen. Haastavaa on myös tilanteen ymmärtäminen, sopeutuminen ja tilanteesta selviytyminen. (Winterbottom ym. 2014, 710-723.) Lopullinen päätös dialyysimuodosta tehdään pre-dialyysivaiheessa koulutusohjelman jälkeen.

CODE-päätöksentekomallissa (The Coping in Deliberation) on yhdistetty päätöksenteko- ja selviytymisteoria samaan teoriaan, joka kuvaa laajemmin lääketieteellisten hoitomuotojen päätöksentekoa (Witt, Elwyn, Wood & Brain 2012, 259). Teoriassa puhutaan terveydellisestä uhkasta, jota potilaat kokevat terveyteen liittyvien valintojen edessä. Potilaat selviytyvät uhkan tunteesta eteenpäin kognitiivisten ratkaisujen ja emotionaalisen tilan säätelyn avulla. Ilman tilanteen arviointia ja selviytymisstrategioita potilaat eivät pystyisi tekemään hoitopäätöksiä emotionaalisuuden estäessä päätöksentekoa. Hoitovaihtoehdon päättämiseen liittyvä harkinnan vaihe synnyttää potilaissa arviointi- ja selviytymisprosessin, joka voi vaikuttaa potilaan asenteeseen ja käyttäytymiseen muissa pohdinnan vaiheissa. Siksi hoitovaihtoehtoihin liittyvä pohdinta ja keskustelu on koettu moniulotteiseksi selviytymisprosessiksi. (Witt ym. 2012, 258.)

CODE-päätöksentekoprosessissa on kolme päävaihetta eli päätöstä edeltävä keskustelu, päätöksenteko ja päätöksen lujittaminen ja vakauttaminen. Nämä vaiheet jakautuvat vielä kuuteen osa-alueeseen, joita ovat terveysuhkan kokeminen, valintavaihtoehtojen esittely, valintavaihtoehtojen tulkinta, mieltymysten mukainen päätöksenteko, lopullinen päätös ja päätöksen vakauttaminen. Ensimmäisenä potilas tunnistaa terveyttä uhkaavan tilanteen. Toisessa vaiheessa potilas tutustuu valintavaihtoehtojen esittelyyn. Kolmannessa vaiheessa potilaat tekevät vaihtoehtoista omaa tulkintaa. Neljännessä vaiheessa potilaat rakentavat mieltymysten mukaisia päätöksiä, jossa poissulkevat huonoja vaihtoehtoja. Päätöstä rakennetaan tulkinnan pohjalta, ja potilaat voivat palata vielä edelliseen vaiheeseen tarkistamaan vaihtoehtoja.

Mieluisan päätöksen jälkeen potilaat käyvät keskusteluja päätöksen vakauttamiseksi. (Witt ym. 2012, 259.) Päätöksentekotaulukko on kuvattu taulukossa 1.

Ensisijaisesti potilaat tekevät arviointia terveyteen liittyvästä uhkasta, joka merkitsee dialyysihoidon alkamista, ja siihen liittyvistä seurauksista. Potilaat pohtivat kysymyksiä kuten kuinka kauan tilanne kestää?, kuinka tilanne vaikuttaa elämään?, onko päätös yhteneväinen perheen ja lääkärin kanssa?, ja mitä tulevaisuudessa tapahtuu päätöksen jälkeen? Toiseksi potilaat voivat miettiä omia selviytymisresursseja tilanteessa. Potilaat pohtivat ja kysyvät kysymyksiä kuten voinko muuttaa suhtautumista asiaan?, tukeeko perhe päätöstä, jonka aion tehdä?, voinko seurata omaa intuitiota päätöksenteossa?, ja voinko harhauttaa itseäni päätöksen teossa? Potilaat miettivät myös selviytymisstrategioita, joita voivat olla esimerkiksi lääkärin päätökseen nojautuminen, keskustelu perheen ja ystävien kanssa, tuen saaminen päätöksentekoon, ja päätöksen hyvyteen uskomisen. (Witt ym. 2012, 259.)

Dialyysihoidomuodon valintaan digihoitopolulla voi liittyä selviytymisen tunteen menettämistä. Witt ym. (2012, 258) mukaan terveyteen liittyvän uhkan edessä potilaat pohtivat, keskusteleivat ja yrittävät selviytyä päätöksenteosta aiheutuneesta tunnekuormasta. CODE-päätöksentekoteoria ottaa huomioon potilaiden omat mieltymykset päätöksenteossa. Tämä edellyttää potilaan arvojen tutkimista hoitosuhteessa, eli mahdollistaa potilaan osallistumisen sellaiseen päätöksentekoon, jossa on tarjolla monia suositeltuja lääketieteellisiä vaihtoehtoja yhden vaihtoehdon sijasta. (Witt ym. 2012, 258.)

CODE -päätöksentekoteoria						
Pohdinta/Keskustelu/ Selviytyminen	1.Terveysuhan tiedostaminen	2. Vaihtoehtojen esittely	3. Vaihtoehtojen tulkinta	4.Mieltymysten rakentaminen	5. Päätös	6. Päätöksen vakauttaminen ja lujittaminen
	Päätöstä edeltävä keskustelu			Päätöksenteko	Päätöksen vakauttaminen	
Kognitiivinen (a) Ensisijainen arviointi (Koettu merkitys ja uhka) (b) Emotionaalinen (c)	Mitä tämä tarkoittaa?(a) Kuinka kauan tämä kestää?(b) Kuinka koen tilanteen?(c)	Mitkä ovat riskit ja edut?(a) Kuinka tämä vaikuttaa elämään?(b) Miten koen tämän hoitovaihtoehdon?(c)	Onko tämä oikea aika tehdä päätös? (a) Onko tämä hoitopäätös yhteneväinen perheen/lääkärin tavoitteiden kanssa?(b) Kuinka todennäköistä on, että tunnen katumusta päätöksestä?(c)	Onko tämä oikea ratkaisu? (a) (a) Mitä tulevaisuudessa tapahtuu tämän päätöksen jälkeen? (b) (b) Miten koen valintani nyt? (c) (c)		
Ratkaisukeskeisyys (a) Toissijainen arviointi (Koetut selviytymisresurssit) (b) Emootiokeskeisyys (c)	Voisinko puhua perheelleni? (a) Voinko muuttaa suhtautumista asiaan?(b) Voinko sivuuttaa tämän informaation?(c)	Onko vielä jotakin, mitä voin tehdä?(a) Tukeeko perheeni päätöstä, jonka aion tehdä?(b) Voinko lykätä valintaa?(c)	Kenen kanssa voin keskustella tästä? (a) Voinko seurata omaa intuitiota?(b) Voinko antaa jonkun toisen päättää? (c)	Voinko vielä muuttaa mieltäni? (a) (a) Voinko harhauttaa itseäni? (b) (b) Voinko löytää tahdonvoimaa? (c)		
Ratkaisukeskeisyys (a) Mahdolliset selviytymisstrategiat (b) Emootiokeskeisyys (c)	Asioiden tietäminen on hyvä asia.(a) Tein mitä lääkäri sanoo.(b) En ajattele asiaa.(c)	Päätän itse mitä tehdään.(a) Keskustelen tästä perheeni ja ystävieni kanssa.(b) En katso enää yksityiskohtia hoitovaihtoehdoista. (c)	Olen saanut informaatiota ja valmis tekemään päätöksen. (a) Minulla on kaikkien osallisten tuki päätöksentekoon. (b) Koen luottamusta tilanteessa. (c)	Voin muuttaa hoitovaihtoehtoa koska vain. (a) (a) Tein hyvin mietityn päätöksen. (b) (b) En halua miettiä tätä enää enempää. (c) (c)		

Taulukko 1: CODE-päätöksentekoteoria (mukailten Witt ym. 2012, 259)

Terveydenhuollon ammattilaiset kuuntelevat potilaiden elämänarvoja ja punnitsevat niitä suhteessa hoitovaihtoehtojen hyötyihin ja haittoihin. Päätöksentekoprosessissa on mukana useita sidosryhmiä, jotka ovat mukana henkeä uhkaavissa terveystilanteissa. Potilaan itse on kyettävä ymmärtämään sairaus, hoidon tarve ja niiden seuraukset. Erään tutkimuksen mukaan potilaat kokivat, että sairaus oli vaikea ymmärtää ja se koettiin paljon suurempana hoitotaakkana, kun alun perin uskoivat sen olevan. (Hemmett & Mcintyre 2017, 5.) Kotidialyysihoidot voidaan ajatella ensisijaisena vaihtoehtona potilaalle, koska hoito voidaan suunnitella elämäntapaan ja aikatauluihin sopivaksi. Dialyysihoito opetetaan potilaalle sairaalassa, ja varmistetaan, että potilas osaa dialyysihoidon toteuttamisen ennen kotidialyysin aloitusta. (Terveyskylä.fi 2022c.)

Kotona tehtävää dialyysihoitoa pidetään nykyään ensisijaisena vaihtoehtona. Potilaat opetetaan tekemään dialyysihoito itse, ja hyötynä kotidialyysissä on hoitojen aikataulutus potilaan sairauteen ja elämäntapaan sopivaksi. Dialyysiopetuksen jälkeen kotidialyysipotilaat voivat saada ongelmatilanteissa apua aina sairaalasta. (Terveyskylä.fi 2019.)

2.5 Jaettu päätöksenteko

Elwyn ym. (2012) jaetun päätöksenteon -malli tukee mielestäni CODE-päätöksentekoteorian kehystä. Elwyn ym. jaetun päätöksenteon malliin kuuluu vaihtoehtojen esittely, vaihtoehtojen kuvaus ja potilaiden auttaminen tekemään mieltymyksen mukaisia päätöksiä. Tämä malli perustuu neuvotteluprosessin tukemiseen, ja ymmärrykseen siitä, miten potilaat kehittävät mieltymyksensä valitsemisprosessissa tietoon perustuen. Jaettua päätöksentekoa voidaan edistää valintapuheella, vaihtoehtopuheella ja päätöksentekopuheella. (Elwyn, Frosch, Thompson, Joseph-Williams & Lloyd 2012, 1363.)

Omaan hoitoon sitoutuminen on asiakaslähtöisessä hoitomallissa odotettavaa. Potilas nähdään oman elämänsä asiantuntijana, jossa päätökset elämäntapojen muutoksista tehdään tietoon ja muihin kokemuksiin tukeutuen. Ammattialaisten tehtävänä on selvittää potilaiden elämäntilanne ja toiveet hoitoja kohtaan. Tämä tarkoittaa, että terveydenhuollon ammattilaiset muuttuvat auktoriteeteista potilaan yhteistyökumppaneiksi. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009, 2351-2359.) Hoitoon sitoutuminen voi olla haasteellista, jos terveystilanne koetaan vaikeana. Asia voi vaikuttaa hoitomuodon päätöksentekoon.

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat potilaan sisäiset tekijät, kuten kognitiiviset tekijät, persoonalliset tekijät, elämänasenteet, uskomukset ja henkilökohtaiset pelot. Kognitiivisia tekijöitä ovat saadun tiedon ymmärtäminen, muistitoiminnot, ohjeiden ymmärtäminen ja kätevyys (sorminäppäryys). Persoonallisia tekijöitä ovat mukavuuden halu, päättäväisyys, optimismi,

pessimismi, itsetunto ja masentuneisuus. Elämänasenne sisältää tulevaisuuteen suuntautuneisuuden. Uskomukset sisältävät luottamuksen omaan kykyyn muuttaa asioita sekä elämänmuutoksen hyväksymisen. Pelkoihin sisältyy kuoleman pelko ja sairauden pelko. Hoitoon sitoutumisen tekijöihin kuuluu myös ulkoiset tekijät, joita ovat ammattihenkilöihin liittyvät tekijät (vuorovaikutus, saatu tieto sairaudesta), hoidosta saatu hyöty, sairauden vakavuus, terveydenhuoltoon liittyvät tekijät, kuten hoidon jatkuvuus, ja sosiaalisen verkoston tuki. (Routasalo ym. 2009, 2351-2359.)

Potilaat voivat suhtautua päätöksen tekemiseen useilla tavoilla. He voivat ajatella, että lääkäri tai sairaanhoitaja tekee päätöksen ilman heidän osallistumistaan. He voivat myös ajatella, että lääkäri tai sairaanhoitaja tekee päätöksen sen jälkeen, kun ovat ottaneet huomioon potilaan mielipiteen. Potilaat voivat myös suhtautua päätöksen tekemiseen yhteisenä päätöksenä lääkärin ja sairaanhoitajan kanssa. Ottaessaan vastuuta potilaat voivat ajatella, että he tekevät itse päätöksen, kun ovat ottaneet ensin huomioon lääkärin tai sairaanhoitajan mielipiteen. Potilaat voivat tehdä päätöksiä myös ilman ammattihenkilöiden mielipiteitä. (Thompson & Dowding 2009, 227.)

Jaetussa päätöksenteossa terveydenhuollon ammattilaiset antavat potilaille kaiken informaation vaihtoehtoista, joiden katsotaan olevan tarpeellisia päätöksentekoon. Vastaavasti potilaat antavat terveydenhuollon ammattilaisille tietoa mieltymyksistään. Lisäksi pohdintaa tehdään yhteistyössä siitä, mikä olisi potilaalle paras vaihtoehto. Kummatkin osapuolet hyväksyvät yhdessä mitä hoitovaihtoehtoa lähdetään toteuttamaan. (Thompson ym. 2009, 219.)

Sairaanhoitaja voi luoda potilaaseen aktiivisen yhteistyösuhteen. Jaetussa päätöksenteossa sairaanhoitaja tarkistaa potilaan mieltymykset tiedon saamisen edellytyksenä. Tärkeää on myös tarkistaa mieltymykset päätöksenteon roolista kuten potilaan omasta osallistumishalusta päätöksentekoon, tai muiden osallistumisesta siihen. Sairaanhoitajan huomioi ja ottaa vastaan potilaiden ideat, huolenaiheet ja odotukset esimerkiksi hoitovaihtoehtojen suhteen. Sairaanhoitajan tulee tunnistaa vaihtoehdot ja arvioida tutkimusnäyttö suhteessa potilaan yksilölliseen hoitoon. Tutkimusnäyttö tulisi esittää potilaalle, ja seurata informaation vaikutusta päätöksentekoon. Potilasta voidaan auttaa refleктоimaan informaatiota, ja arvioimaan vaihtoehtojen päätösten sopivuutta potilaan arvoihin ja elämäntapaan. Sairaanhoitajan tehtävänä on neuvotella päätösten välillä yhteistyössä potilaiden kanssa ja ratkaista konfliktitilanteet. Lopuksi toimintasuunnitelma hyväksytään yhdessä, ja järjestetään seurantakäynti. (Thompson ym. 2009, 223-224.)

2.6 Asennoituminen digitaaliseen palvelumuutokseen

Muutosasenteilla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä dialyysisairaanhoidajien asenteita digitaalista palvelumuutosta kohtaan. Asenteiden kautta voidaan ottaa myös kantaa ajankohtaisiin yhteiskunnallisiin kysymyksiin. Vesala & Rantanen (2007, 28) mukaan asenne on suhdekäsite, joka voidaan liittää asennetta ilmaiseviin yksilöihin, sosiaaliseen todellisuuteen, vuorovaikutukseen ja kulttuuriympäristöihin. Laadullisessa asennetutkimuksessa asenteilla tarkoitetaan lisäksi retorisia näkökantoja tai positioita kiistakysymyksessä, jossa ihmiset sukkuloivat kiistakysymyksissä vastakkaisten positioiden välillä, ja valitsevat kantansa pohdinnan jälkeen (Billig 1996, 186).

Kiistanalaisuus on yksi asenteiden ominaisuuksista, eli asenteet tuovat erilaisia vaihtoehtoja näkyväksi kannanottojen kautta. Kannanotot voivat olla muun muassa myönteisiä, kielteisiä, tai hyväksyviä ja tuomitsevia. (Vesala ym. 2007, 32.) Digitaalinen palvelumuutos jakaa mieliteitä terveydenhuollossa perinteisen ja digitaalisen hoitopolun välillä. Kannanottoja voidaan perustella kulttuurin arvojen, uskomusten, omakohtaisten kokemusten ja omakohtaisen näkemisen kautta (Vesala ym. 2007, 53).

Asenteen ominaisuuksia ovat myös arviointi, asenneobjekti ja taipumus. Asenneobjekti tarkoittaa asenteen kohdetta, johon asenteet kohdistuvat. Asennekohteen arviointi perustuu tunteisiin, uskomuksiin, ajatuksiin, aikomuksiin ja kohteeseen liittyvään käyttäytymiseen. Asenne muodostuu arvioijan sisäisten taipumusten ja arvioivien asennetta kuvaavien vastauksien välillä. Taipumukset ovat seurausta mentaalista jäännöksistä aiemmista kokemuksista, jotka vaikuttavat annettaviin asenteellisiin arviointeihin. (Eagly & Chaiken 2007, 582.) Asenteet ilmaisevat arvioitua tietoa, vaikuttavat havainnointiin ja ohjaavat käytöstä (Forgas, Cooper, Crano & Taylor 2010, 10). Organisaatiot tarvitsevat arvioivaa tietoa, joka auttaa jatkuvassa muutoksessa, mutta arvioiva tieto jää organisaatioissa helposti hyödyntämättä. Evaluoivassa eli arvioivassa työtöteessä omaan työhön sisällytetään tutkiva ja muutosta edistävä asenne. (Eräsaari, Lindqvist, Mäntysaari & Rajavaara 1999, 94.)

Asenteet voidaan nähdä toisen teorian mukaan myös yksilön pysyvänä ja johdonmukaisena tapana suhtautua tiettyyn kohteeseen, joka on kokemukseen perustuva henkinen valmiustila. Henkisellä valmiustilalla on käyttäytymistä dynaamisesti ohjaava vaikutus. Asenteet muodostuvat affektiivisista ja kognitiivisista tekijöistä, sekä toimintavalmiudesta. Affektiivisuus muodostuu tunteista kohdetta kohtaan. Kognitiivisuus sisältää tietoja aikaisemmista kokemuksista. Toimintavalmius sisältää aikomuksen tietystä tilanteesta käyttäytymiselle, johon vaikuttavat tunteet ja tiedot asenteen kohdetta kohtaan. (Juuti 2006, 24.) Laadullisessa asennetutkimuksessa asenteiden nähdään rakentuvan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa yksilöllisesti tai kollektiivisesti, ja asenteiden kohteena voivat olla sosiaalisesti tai kulttuurisesti merkitykselliset ilmiöt

(Vesala ym. 2007, 28). Tämä poikkeaa edellä mainitusta teoriasta siinä, että asenteita ei nähdä yksilön kohdalla pysyvinä henkisinä rakenteina vaan rakentuvat sosiaalisissa tilanteissa.

Sähköiset asiointipalvelut luovat digitaalisen työympäristön fyysisen työympäristön rinnalle. Sairaanhoidajien asennoitumista digitaaliseen muutokseen on tutkittu ruotsalaisessa tutkimuksessa. Sairaanhoidajien havaintoja tutkittiin e-terveyspalveluja käyttävien diabetespotilaiden omahoidossa. Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan sairaanhoidajat kokivat olevansa keskellä digitaalista kaaosta, jossa sairaanhoidajan ja potilaan välinen hoitosuhde oli vaarassa katketa. Lisäksi lisääntyvälle digitalisaatiolle ei ollut aikaa eikä tarvittavaa osaamista. Digitaalinen muutosvauhti koettiin liian nopeaksi, ja työrauhaa ei ehtinyt muodostumaan. Sairaanhoidajat kokivat, että heiltä puutui kokonaiskuva päivän kulusta, ja he alkoivat kyseenalaistamaan omaa ammatillisuuttaan. Heillä oli työhön sopeutumattomat työlistat ja ylhäältä alas osoitettu oppimistarve ja toteutus. Lisäksi sairaanhoidajilla oli ristiriitainen suhtautuminen digitalisaatioon. He kokivat digitalisaation mielenkiintoisena, mutta samalla turhauttavana kehityskulkuna. Digitaaliset alustat koettiin työssä helppoina, mutta niihin tarvittiin jatkuvaa päivitystä. Hoidon laadun koettiin samaan aikaan heikentyneen ja parantuneen digitalisaation myötä. (Öberg, Orre, Isaksson, Schimmer, Larsson ym. 2018, 963.)

Suomalaisessa tutkimuksessa tuli ilmi, että positiiviset asenteet edistivät digitaalisten palvelujen käyttöä. Digitaalisen palvelun kautta hoidettua terveyttä pidettiin varsinaisen hoidon edistäjänä, mutta digitaalisten palvelujen tuottaminen toi samalla työhön muutosta, johon liittyi pelkoja. Digitaalisissa palveluissa muutoksia tapahtui hoitaja-potilas suhteessa, kommunikoinnissa, ajan hallinnassa, palveluiden koordinaatiossa, potilaissa, digitaalisissa taidoissa, työtehtävissä, teknologiassa ja organisaatiotekijöissä. (Koivunen & Saranto 2018, 40.)

Nykyajan terveydenhuollon työympäristössä on haasteita yksilön, teknologian ja tehtävien yhteensovittamisessa. Ongelmana on ollut myös teknisten ratkaisujen sopivuus organisaatioiden toimintamalleihin, strategioihin ja hoitajien työprosessien muuttamiseen. Digitaaliset hoitopolut ovat uutta teknologiaa, joka haastavat potilaita ja hoitajia hoidon toteuttamisessa. Digitaaliset hoitopolut tukevat potilaita itseohjautuvuudessa, mutta potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten pitää olla motivoituneita käyttämään sähköisiä palveluja yhdessä. Potilaat eivät aina ole aktiivisia digitaalisella hoitopolulla, ja hoitajien tulisi olla aikaisessa vaiheessa olla tukemassa heitä sopeutumaan sähköisiin terveyspalveluihin. (Kujala, Ammenwerth, Kolanen & Ervast 2020, 1-13.)

Tutkimuksissa on tutkittu perusterveydenhuollon sairaanhoidajia ja heidän havaintojaan e-terveyspalvelujen käyttäjinä potilaiden itseohjautumisen tukena. Sairaanhoidajien pelkona on ollut, että e-Terveyspalvelut etäännyttävät potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen toisistaan. Pelkona on ollut myös, että kroonisista sairauksista kärsivien e-potilaiden itsehoito voi

olla terveydenhuollossa tapa käsitellä rajallisia resursseja. Tutkimuksessa todettiin, että sähköisiin hoitomalleihin tulee kiinnittää huomiota, ettei rakenneta välimatkaa, jotta potilaiden henkilökohtainen palvelu ei kärsisi. e-Terveyspalvelut eivät ole vielä mukautuneet kasvokkaiseen vuorovaikutukseen potilaiden kanssa. Verkkovuorovaikutus on potilaiden kanssa tarpeellista, koska etäisyys voi vähentää vuorovaikutuksen laatua, jota kasvokkain tapaamisessa on. (Öberg ym. 2018, 961-970.)

Digitaalisen alustan käyttöön voi liittyä kommunikaatioon sisältyviä ongelmia ja häiriötekijöitä, ja käytetty alusta voi aiheuttaa kasvokkain tapahtuvan kommunikaation ja yhteisöllisyyden vähenemistä. Toisaalta digitekniikan sovellukset voivat avustaa sovelluksen käyttäjiä päätöksenteossa ja olla tällä tavalla toimintaa ohjaavassa roolissa. (Alasoini 2018, 86-87,) kuten hoitomuodonvalinta -digihoitopolku ohjaa päätöksentekoa, ja tarjoaa tietoa dialyysihoitovaihtoehtoja.

3 Laadullisen asennetutkimuksen tutkimusasetelma

Laadullinen asennetutkimus on metodologinen lähestymistapa, jossa teorian ja käytännön menetelmien kautta tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita argumentaatiosta, sen analysoimisesta ja argumentaation tulkitsemisesta asiayhteydessään. Laadullisen asennetutkimuksen aineistoa tuotetaan yleensä puolistrukturoidulla haastattelumetodilla. (Vesala ym. 2007, 11.)

Laadullinen asennetutkimus sisältää diskursiivisen psykologian ja relationistisen metateorian mukaisen lähestymistavan (Niska, Olakivi & Vesala 2018, 100). Relativistinen asennetutkimus on lähellä retorista sosiaalipsykologiaa, jossa argumentaatiota jäsenetään ja tulkitaan asennetutkimuksen näkökulmasta (Vesala 2007, 29). Laadullisen asennetutkimuksen perustana on teoria asenteista ja niiden sosiaalisesta luonteesta. Asenne nähdään suhdetutkimuksen eli relativistisesti, joka kuvaa yksilön toiminnallista ja kommunikatiivista kiinnittymistä sosiaaliseen maailmaan (Vesala ym. 2007, 23).

Laadullisen asennetutkimuksen mukaan todellisuutta voidaan kielellisesti muuntaa, järjestää, rakentaa tai uusintaa. Kielenkäytöllä konstruoidaan eli annetaan merkityksiä tutkimuskohteille. (Jokinen Juhila & Suoninen 2016, 26.) Ihminen voi ilmaista erilaisia asenteita vuorovaikutustilanteen, roolien, toimijuuden ja aseman mukaisesti, eli asenteet syntyvät tietynlaisessa kontekstissa (Vesala ym. 2007, 25).

3.1 Tutkimuksen tausta ja tavoitteet

Opinnäytetyö on tehty Meilahden Kolmiosairaan kotidialyysiyksikölle. Tutkimusaiheen valinta on perustunut kiinnostukseen Terveyskylä-hankkeessa kehitettyihin digihoitopolkuihin, ja niihin liittyviin dialyysisairaanhoitajien työn muutoksiin. Terveyskylä-hankkeelta löytyi tarvetta tietää enemmän hoitajien kokemasta digitaalisesta palvelumuutoksesta. Opinnäytetyössä digitaalinen palvelumuutos on rajattu tarkoittamaan perinteisen hoitopolun digitalisaatiota digihoitopoluksi. Tarkoituksena on ollut lähteä tutkimaan palvelumuutoksen aiheuttamia muutosasenteita ja työn muutoksia. Opinnäytetyöntekijällä ei ole aikaisempaa laadullisen tutkimuksen kokemusta.

Opinnäytetyön tavoitteena on ollut oppia laadullisen asennetutkimuksen tutkimusmetodista, ja sen soveltamisesta terveydenhuollon muutokseen. Tärkeänä tavoitteena on myös dialyysisairaanhoitajien ammatillisen asiantuntijuuden esille nostaminen hoitopolkujen digitaalisesta palvelumuutoksesta argumentoivan puheen kautta. Argumentaation kautta voidaan ymmärtää työn muutoksen uudenlaista todellisuuden rakentumista. Tavoitteena on myös nostaa esiin hoitomuodon päätöksentekoon liittyviä muutoksia, joiden avulla sairaanhoitajat voivat kehittää hoitomuodon päätöksentekoa ja digitaalista hoitotyötä.

Tutkimuksen virikeväittämien suunnitteluun on käytetty taustateoriaa. Teorian valitseminen on pohjautunut hoitomuodon päätöksentekoon liittyviin osa-alueisiin. Osa-alueet suunniteltiin potilaan ja sairaanhoitajan jaetun päätöksenteon näkökulmasta, joita dialyysisairaanhoitajat argumentoivat muun muassa kokemukselliseen arviointiin perustuen.

Monet väittämistä perustuvat 2009 tehtyyn Routasalon ym. potilaiden hoitoon sitoutumiseen liittyvien ulkoisten ja sisäisten tekijöiden -teoriaan. Tämän teorian mukaan hoitoon sitoutumiseen liittyviä tekijöitä ovat kognitiiviset tekijät, persoonalliset tekijät, elämänsenne, uskomukset, arvot, asenteet ja pelot. Ulkoisia tekijöitä ovat ammattihenkilöihin liittyvät tekijät, hoidosta koettu hyöty/haitta, sairauteen ja oireisiin liittyvät tekijät, terveydenhuoltoon liittyvät tekijät ja sosiaalisen verkoston tuki. (Routasalo ym. 2009.) Routasalon ym. teorianmallista olen ottanut mukaan hoitoon sitoutumisen sisäisistä tekijöistä kaikki teorian kohdat väittämien pohjaksi.

Virikeväittämien aiheiden taustat liittyvät osittain Annikki Jauhaisen ym. e-ammattilaisen osaamiseen liittyviin tekijöihin. e-Ammattilaisten osaamistekijöitä ovat digitalisaatio ja tiedon hallinta, eettisyys ja tietoturva, digitaalinen vuorovaikutus ja viestintä, ohjaus ja valmennus, asiakaslähtöisyys, monialainen yhteistoiminta, itsensä johtaminen ja palvelujen soveltaminen ja kehittäminen (Jauhainen ym. 2020, 100). Virikeväittämiin on käytetty osaa luetelluista tekijöistä virikeväittämien pohjana. Esimerkiksi monialainen yhteistoiminta ja ohjaus ja

valmennus eivät ole mukana. Opinnäytetyön taustalla on Terveyskylä.fi portaaliin liittyvä sähköinen palvelu eli hoitomuodonvalinta -digihoitopolku. Sähköisen omapolun kautta voidaan potilaita liittää lähetteellä erilaisiin omahoitopolkuihin. (Terveyskylä.fi 2022d.)

3.2 Tutkimuskysymykset, -tehtävät ja -menetelmät

Tutkimuskysymykset pyrittiin asettamaan teoreettiseen viitekehykseen sopiviksi. Tutkimuskysymykset muodostettiin konstruktivisesta eli teoriaa rakentavasta näkökulmasta. Olen esittänyt kaksi pääkysymystä, joiden kautta haluttiin tietää dialyysisairaanhoitajien työhön liittyvistä muutosasenteista ja työn muutoksista. Päätöksenteolla tarkoitetaan opinnäytetyössä potilaan ja sairaanhoitajan yhteistä päätöksentekoa.

Tutkimuksessa kerättiin asenteellista tietoa hoitomuodon päätöksentekoon liittyvistä osa-alueista. Dialyysisairaanhoitajat ottivat kantaa arvioimalla omaa hoitotyötä ja potilaan päätöksentekoon liittyviä sitoutumisen osatekijöitä. Tämä tarkoitti, että dialyysisairaanhoitajien asenteiden kautta voitiin tehdä tulkintaa siitä, minkälaisia muutoksia hoitomuodon päätöksentekoon oli tullut digihoitopolun käytön aloituksen jälkeen.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset:

1. Millaisia muutosasenteita dialyysisairaanhoitajilla on työn digitaalista palvelumuutosta kohtaan, joka tarkoittaa perinteisen hoitopolun muuttumista digihoitopoluksi?
2. Millaisia työn muutoksia dialyysisairaanhoitajien muutosasenteiden kautta rakentuu hoitomuodon päätöksentekoon liittyen?

Tutkimustehtävässä selvitetään dialyysisairaanhoitajien muutosasenteita ja niiden kautta rakentuvia työn muutoksia digihoitopolkupotilaiden hoitomuodon päätöksenteossa. Perinteisellä ja digitaalisella hoitopolulla on erilaisia hoitomuodon päätöksentekoon liittyviä tekijöitä. Dialyysisairaanhoitajat työskentelevät digihoitopotilaiden ja perinteisen hoitopolun potilaiden kanssa rinnakkain. Tämän vuoksi he pystyvät toimimaan asiantuntijoina perinteisen ja digitaalisen hoitopolun välillä, ja argumentoimaan omaa työtä, ja työn kohteena olevia potilaita.

Tutkimusasetelma on muodostunut terveydenhuollon yhteiskunnallisen, digitaalisen palvelumuutoksen, ja siihen liittyvien alkuolettamusten ja teorian pohjalta. Tutkimusasetelmassa kuvioista 2. löytyy vasemmasta sarakkeesta dialyysisairaanhoitajien digitaalisen hoitotyön osaamiseen liittyviä osa-alueita. Oikeassa sarakkeessa on potilaiden päätöksentekoon vaikuttavia sitoutumisen osa-alueita. Tässä asetelmassa kuvataan dialyysipotilaiden ja ammattihenkilöiden yhteistä päätöksenteon pohjaa, joissa on monia osa-alueita. Tausta-ajatuksena on, että

päätöksentekoon vaikuttavat monet asiat, ja hoitomuodon päätöksentekoon tarvitaan potilaiden ja hoitajien työpanosta. Aikaisemmin lääkärit ja hoitajat ottivat vastuun kokonaan hoitopäätösten tekemisestä, mutta nykyään rooli on muuttunut potilaan päätöksenteon tukemiseen (Thompson ym. 2009, 217). Nyt digitalisaation myötä dialyysisairaanhoitajien tulisi osata tukea potilaiden päätöksenteon onnistumista digitaalisten palvelujen kautta.

Tutkimusmenetelmäksi on valittu virikehaastattelu, joka sisältää 18 väittämää. Haastateltavat ovat voineet vapaasti päättää, kuinka suhtautuivat eri väittämiin. Virikeväittämissä esiintyvät aiheet liittyvät hoitomuodon päätöksenteon rakentaviin osa-alueisiin. Näitä ovat sairaanhoitajien kokemukset digihoitopoluista, digitaalinen osaaminen, jaettu päätöksenteko ja sairaanhoitajan tuki, eettinen päätöksenteko, vuorovaikutus, aika ja resurssit, potilaan edistyminen digihoitopolulla ja asiakaslähtöisyyden edistäminen. Sairaanhoitajille esitettiin myös potilaiden päätöksentekoon sitoutumiseen liittyviä osa-alueita, joita olivat digihoitopolulta saatu tieto, dialyysivalinnan onnistuminen digihoitopolulla, masennus ja toivottomuus, elämänmuutoksen hyväksyminen, haastava käyttäytyminen, sairauden -ja kuolemanpelko, vertaistuki, optimistisuus ja tulevaisuus ja valmius hoitomuodon valintaan. Virikeväittämiin annettuja kannanottoja luokitellaan myönteisiin, kielteisiin, varauksellisesti myönteisiin ja varauksellisesti kielteisiin kannanottoihin.

Routasalon ym. mukaan potilaiden hoitomuodon päätöksenteon sitoutumiseen vaikuttavia osatekijöitä ovat pääluokissaan kognitiiviset tekijät, persoonallisuustekijät, elämänasenteet, uskemukset, vertaistuki ja pelot. Esimerkiksi masennus kuuluu persoonallisuustekijöihin, ja saatu tieto kuuluu kognitiivisiin tekijöihin. (Routasalo ym. 2009.)

Tutkimusasetelmassa on mukana CODE-päätöksentekoteoria, jota peilataan tutkimustuloksiin. Witt ym. (2012, 258) mukaisessa CODE-päätöksentekoteoriassa hoitopäätöksen tekeminen lähtee terveydellisen uhkan tiedostamisesta ja jatkuu valintojen, vaihtoehtojen, mieltymysten, päätöksen kautta päätöksen vahvistamiseen asti.

Sähköiset terveyspalvelut	
Digitaalinen palvelumuutos	
Dialyysisairaanhoitajien asenteet	
Hoitomuodonvalinta -digihoitopolku	
Dialyysimuodon päätöksentekoon vaikuttavat osa-tekijät	
Dialyysihoitajan digitaalinen hoitotyö	Potilaiden sitoutuminen päätöksentekoon
Digitaalinen työn muutos	Digihoitopolulta saatu tieto
e-Osaaminen	Dialyysin valinta digihoitopolulla
Jaettu päätöksenteko, tuki	Masennus ja toivottomuus
Eettinen päätöksenteko	Elämänmuutoksen hyväksyminen
Vuorovaikutus	Haastava käyttäytyminen
Aika ja resurssit	Sairauden- ja kuolemanpelko
Digipotilaan edistymisen seuranta	Vertaistuki
Asiakaslähtöisyys	Optimistisuus ja tulevaisuus
Kokemukset digihoitopotilaista	Valmius hoitomuodon valintaan
Hoitomuodon päätöksenteon muutos	
CODE -päätöksentekoteoria (The Coping in Deliberation)	

Kuvio 1: Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys

3.3 Tutkimuksen tieteenfilosofiset lähtökohdat

Tieteellisen tutkimuksen tehtävänä on pyrkimys kuvata, selittää, tulkita ja ymmärtää ilmiöitä (Puusa & Juuti 2020,26). Opinnäytetyössä pyritään tulkitsemaan dialyysisairaanhoitajien muutosasenteita ja ymmärtämään asenteiden pohjalta päätöksenteon muutosta digihoitopolkupo-tilaiden hoidossa. Organisaatiotutkimuksissa ilmiöt ovat olemassa ihmisten ja vuorovaikutuksen kautta, sekä ihmistieteissä kaikki tieto on kulttuurisidonnaista (Puusa ym. 2020, 28). Dialyysi-sairaanhoitajat rakentavat argumenteillaan vuorovaikutustilanteessa asenteita digihoitopolkua kohtaan, joiden taustalla on työyhteisön kulttuurinen tapa ajatella ja tehdä työtä.

Opinnäytetyöni tieteenfilosofisena pohjana on empirismi, sosiaalinen konstruktionismi sekä relativismi. Empiirinen tutkimus on kokemuksiin ja havaintoihin perustuvaa tieteen tekemistä, jossa maailmaan liittyviä havaintoja tehdään tutkimusaineiston välityksellä (Vuori 2022). Tutkimusaineistot ovat näytteitä, otteita tai jälkiä todellisuudesta, miten ihmiset ajattelevat asioista ja miten he rakentavat yhdessä yhteiskuntaa (Vuori 2022, aineiston tuottaminen). Sosiaalisen konstruktionismin näkökulmasta tutkittava todellisuus nähdään jostakin näkökulmasta

merkityksellistettynä. Asiat saavat silloin merkityksiä asioiden erontekojen kautta. (Jokinen ym. 2016, 251-252.)

Totuusrelativismissa totuusväitteet nähdään totuutena vain jonkin kontekstin tai viitekehyksen suhteen. Totuusrelativismissa ei ole olemassa absoluuttista totuutta, vaan totuus riippuu näkökulmasta maailmaan. Uusrelativismissa lauseeseen liitetään käyttök konteksti ja totuuden arvottamisen konteksti. (Hautamäki 2019, 123-129.) Käyttök kontekstissa esimerkiksi haastattelussa sairaanhoitajat esittävät kannanottoja väittämään. Arvottamiskontekstin avulla voidaan määrittää suhteellinen totuus aineistosta löydettyjen kannanottojen arvottamisen kautta.

Laadullinen asennetutkimus sisältää myös asenteellisen retoriikan elementtejä. Billig (1996, 40-41) yhdisti tieteessä retorisuuden sosiaalipsykologiseen ajatteluun, ja hän näki retorisuuden kuin teatterimaisena pelinä, jossa puheteoilla voitiin sosiaalisella tasolla vaikuttaa uskottavasti toisiin ihmisiin. Tarkoituksena ei ollut paljastaa ihmisten todellisia sisäisiä kokemuksia ja mielipiteitä vaan synnyttää argumentaatiota, jota puheen tasolla kuvataan, oikeutetaan, ja tehdään ymmärrettäväksi (Niska ym. 2018, 96-97). Dialyysi sairaanhoitajien asenteet rakentuvat erilaisista resursseista. Asenteen resursseja ovat kulttuurinen tietämys, retoriset keinot ja oma-kohtaiset kokemukset (Vesala ym. 2007, 48).

Tieteeseen liittyy myös kulttuurinen näkökulma. Organisaatiossa esimerkiksi kognitiivisen koulukunnan mukaan kulttuuri tarkoittaa opittua tapaa havaita, uskoa, arvioida ja käyttäytyä. Organisaatioilmapiiri muodostuu kognitiivisen koulukunnan mukaan omaksuttujen työkokemusten kautta ja kokemukset kertovat, miten organisaatiossa toimitaan. (Puusa & Juuti 2020, 67.)

3.4 Tutkimusaineiston keruu ja käsittely

Tutkimusaineiston keräämiseen saatiin tutkimuslupa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä (liite 1). Tutkimusluvan voimassaolon aikana haastattelut saatiin valmiiksi, mutta työtä muilta osin jatkettiin sen jälkeen. Tutkimusaineisto kerättiin dialyysisairaanhoitajia haastattelella. Huolellisella taustatyöllä laadittiin tutkimusaiheeseen liittyviä väittämiä virikehaastatteluun, ja pyrittiin ottamaan huomioon dialyysisairaanhoitajien asiantuntijatyön haastattelun edellytykset. Asiantuntijoiden vastaukset voivat muokkautua sen mukaisesti, minkälaisen vaikutelman he saavat tutkimustilanteesta (Hyvärinen, Nikander & Ruusuvoori 2017, 223). Asiantuntijahaastatteluihin valmistauduttiin tutustumalla hoitomuodonvalinta -digihoitopolkuun ja sen sisältöihin. Minulle luotiin käyttäjätunnukset HUSin munuaistalon digihoitopolulle opin- näytetyön koordinaattorin toimesta. Tämän lisäksi perehtymistä tapahtui haastattelun

sisältöihin, yksikön toimintaan ja dialyysipotilaiden hoitoa käsittelevään teorian tietoon. Opin-
näytetyöntekijänä hyödynsin myös omaa työkokemustani terveydenhuollon alalta.

Virikehaastattelut toteutettiin lokakuussa 2021 kahtena eri päivänä. Tutkimushaastattelulle oli
järjestetty oma rauhallinen tila. Haastattelut kestivät 25 minuutista 42 minuuttiin, ja keskiarvo
oli 35,5 minuuttia. Haastattelun pituudet olivat 37,29 min, 42,31 min, 25,18 min ja 37,05 min.
Haastattelut sujuivat hyvin ja keskeytyksittä. Virikehaastatteluun osallistujille esitettiin 18
väittämää. Tutkimukseen osallistujat ottivat hyvin kantaa virikeväittämiin, ja osasivat perus-
tella hyvin kantansa.

Osaston esimiehelle lähetettiin sähköpostilla tutkimustiedote nähtäväksi ennen haastattelujen
alkamista. Tutkimustiedotetta oli käsitelty yksikön palaverissa ennen haastattelujen alkamista.
Lisäksi tutkimustiedote annettiin luettavaksi vielä haastattelupäivänä ennen haastattelua tut-
kittaville. Tutkimustiedotteessa tuotiin esiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus, tut-
kimuksen tarkoitus, toteuttaja, tutkimuksen kulku, tutkimuksen hyödyt ja haitat osallistujalle
sekä henkilötietojen käsittelyä koskevat asiat (liite 2). Haastateltavat allekirjoittivat samalla
suostumuslomakkeen (liite3). Haastattelujen alussa tuotiin esille tutkimuksen saatekirjeessä
mainittu virikehaastattelun toimintatapa, jossa tarkoituksena oli ottaa kantaa väittämiin ja pe-
rustella kannanotto.

3.5 Dialyysisairaanhoidajien asiantuntijahaastattelut

Opinnäytetyössä kysymysten sijasta käytettiin valmiita väittämiä, johon sairaanhoitajat ottivat
kantaa. Virikkeillä haluttiin luoda haastateltaville johtolankoja aiheista, joista oltiin kiinnostu-
neita saamaan tietoa. Tarkoituksena oli myös saada jokaiselta haastattelijalta samoista aiheista
kannanottoja, joiden kautta aineisto rakentui. Virikkeitä käytettiin johtolankana, ns. indeksinä,
joka johdatti haastateltavia pohtimaan ja päättämään yhteyksiä siihen, minkälaiseen koko-
naisuuteen virikkeiden vihjeet kuuluvat (Törrönen 2001, 206). Virikkeitä voidaan käyttää myös
ikoneina, jolloin virikkeet rakennetaan rohkaisemaan haastateltavia vertaamaan omia käsityk-
siä ja kokemuksia virikkeeseen. Silloin haastateltavat tunnistavat ja tulkitsevat virikettä siten,
että vastaako virike tarkasteltavana olevaa todellisuutta totuudenmukaisesti ja uskottavasti.
Virikkeet saavat haastateltavat ilmaisemaan arvojaan, ihanteitaan sekä identiteetti ase-
maansa. (Törrönen, 2001, 212-215.) Haastattelutilanne koettiin sosiaalisena vuorovaikutusti-
lanteena, jossa väittämien esittäminen sai aikaan asian puolesta tai vastaan olevia argumen-
teja. Niska ym. (2018, 101-103) mukaan haastattelun tarkoituksena on argumentaation tuotta-
minen, eikä faktojen kerääminen.

Opinnäytetyössä oltiin kiinnostuneita arvottamisen kohteesta ja suunnasta ensisijaisesti. Asenteet voivat vaikuttaa siihen, miten ympäristöä havainnoidaan, ja miten siihen reagoidaan (Bohner & Vänke 2002, 14). Osallistujien argumentointi tapahtui tilannesidonnaisesti paikkaan, hoitokulttuuriin ja ammattiroolin sidottuna. Yhteiskunnassa asiantuntijuutta määritellään siten, että työnjako on eriytynyttä ja pitkälle erikoistunutta, sekä asiantuntijuus liittyy tieteeseen, ammattiin ja instituutioihin (Hyvärinen ym. 2017, 215).

Tutkimushaastatteluissa dialyysisairaanhoidajat vastasivat väittämiin ammatillisesta positiossaan, jonka kautta he reagoivat virikkeisiin haastattelun aikana. Virikkeet muodostettiin vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Niska ym. (2018, 101) mukaan haastateltavia tulee rohkaista kommentoimaan virikkeitä, ja haastattelijaa ylläpitämään haastattelua osoittamalla kiinnostusta haastateltavan tuomiin perusteluihin ja kannanottoihin. Haastattelut tehtiin puolistrukturoidun metodin mukaan. Kaikilta haastateltavilta kysyttiin samat väittämät samassa järjestyksessä, ja haastattelija pystyi osallistumaan kannustamalla vaikeissa virikeväittämissä. Toisia haastateltavia kannustettiin enemmän ja toisia vähemmän. Haastattelija kysyi välikysymyksiä ja tarkennuksia, joiden tarkoituksena oli virittää ja tuoda ymmärrystä väittämiin. Tutkimukseen osallistujat saivat argumentoida virikkeiden pohjalta vapaasti ilman haastattelijan vastaargumentaatiota.

Haastattelut nauhoitettiin Olympus-sanelukoneella. Virikehaastatteluja tehtiin neljälle dialyysisairaanhoidajalle HUSin alaisuudessa olevassa yksikössä. Kaikki haastateltavat olivat saman yksikön työntekijöitä. Haastateltavat olivat kaikki eri ikäisiä naisia. Haastateltavien iäkiä tai työskentelyvuosia ei haluttu tutkimuksessa käyttää anonyymiteetin vuoksi. Haastateltavaksi otettiin dialyysisairaanhoidajia, joilla oli kokemusta sekä perinteiseltä hoitopolulta että digihoitopolulla olevista potilaista.

Tutkimuksessa käytettiin Atlas.ti ohjelmistoa, jonka avulla aloitettiin litteroidun aineiston koodaaminen. Koodaamisen jälkeen siirryttiin Excel-ohjelmiston, joka helpotti aineiston hahmottamista. Atlas.ti ohjelmiston käyttö helpotti dialyysi sairaanhoidajien kannanottojen hakemista aineistosta, erottelemaan ja integroimaan kannanottojen perusteluja samaan tiedostoon. Atlas.ti ohjelmistolla voidaan muun muassa valmistella, lajitella ja jäsentää tarvittavaa tietoa, ja tehdä datan koodausta ja tietojen kyselyä. (Friese, 2019, 1-5)

3.6 Aineiston litterointi

Tutkimusaineiston käsittelyyn kuuluu litterointi. Aineiston analyysi alkaa jo litteroinnista, ja tekstin litteroinnin tarkkuutta määrittää tutkimuskysymys ja tuleva analyysitapa (Hyvärinen

ym. 2017, 427-429). Aineiston litteroinnilla tarkoitetaan puheen muuntamista kirjoitukseksi, jota voidaan luonnehtia käännöstyöksi. Litteroinnissa häviää alkuperäisestä vuorovaikutuksesta asiaan kuuluvia elementtejä, ja mukaan tulee kirjoituksen myötä muita huomioitavia elementtejä, ja myös litteroija toimii puheen aktiivisena välittäjänä. (Tiittula & Nuolijärvi 2016, 50.) Tutkimuskysymykset edellyttivät tekstiaineiston tulkintaa puhetekoina, joka vaati puheen litterointia. Litteroitua tekstiä tulkittiin retorisen sosiaalipsykologian näkökulmalta asennekäsitettä korostaen.

Haastatteluaineisto litteroitiin sanelukoneen nauhoituksen mukaisesti. Litteroitua aineistoa syntyi Word-tiedostoon 51 sivua, joka sisälsi neljän haastattelun litteraatit. Haastattelut litteroitiin kokonaan siihen saakka, kunnes haastattelija lopetti haastatteluosuuden. Litteroinnit tehtiin sanatarkasti, johon merkittiin ajatustauot, puheen keskeytykset, sanan tarkennukset, sanan toistot, hymähdykset ja virikeväittämät. Litteroituun tekstiin ei merkitty muita erikoisia puheenpiirteiden merkintöjä kuten eleitä, tai intonaatioita.

Tutkimuskysymykset liittyivät hoitajien muutosasenteisiin ja asenteiden kautta ymmärrettyyn työn muutokseen. Diskursiivisen analyysin näkökulmasta litterointi keskittyy tilanteiseen merkityksenantoon ja puhe nähdään toimintana. Haastatteluväittämät ovat tästä syystä osa analysoitavaa aineistoa. Litteroitua aineistoa käsiteltiin siten, ettei asenteen kohde hävinnyt pelkistuksen jälkeen. Pelkistys tehtiin laveammin jättäen asenteen ilmaisulle enemmän tilaa.

3.7 Henkilöllisyyden suojaus

Opinnäytetyössä on huomioitu henkilöllisyyden suojaus. Yleisenä periaatteena on, että tutkimukseen osallistuneiden yksityisyyttä suojellaan. Henkilöhaastatteluissa haastateltavan henkilötietoja voidaan sisällyttää tutkimusaineistoon vain henkilön suostumuksella. Nimetöntä tunnistamattomuutta ei voida tutkittaville täydellisesti luvata, jos tutkimusjulkaisua lukevat sellaiset henkilöt, jotka tuntevat tutkimuskohteena olevan organisaation toimintaa. (TENK, 2019,12-13.) Suostumuslomakkeessa ei kysytty nimen lisäksi muita henkilötietoja kuten ikää, henkilötunnusta tai työskentelyvuosia. Luottamus tutkimusaineiston yhteydessä tarkoittaa tietojen antamista tutkittaville aineistojen käsittelystä ja säilytyksestä (liite 2), jotka kuuluvat tietosuojalainsäädännön alaisuuteen (Kuula 2011). Henkilöllisyyden suojaus on otettu huomioon tekemällä tietosuojaseloste tutkimustoiminnasta (liite 4).

Henkilötietolain mukaan vaitiolovelvollisuus ja salassapito koskee kaikkia tutkimusta tekeviä tahoja, jotka keräävät tutkimuksen yhteydessä henkilötietoja tai arkaluonteisia tietoja (Kuula 2011). Opinnäytetyössä kerättiin asenteisiin ja mielipiteisiin liittyvää tietoa, joita ei lueta

arkaluonteisiin tietoihin. Haastatteluissa mahdollisesti esiintyvät muut esiin tulleet arkaluonteiset asiat pidetään salassa.

Haastattelut tehtiin organisaatiolle sopivissa aikatauluissa ja yhteistyössä yhteistyöorganisaation kanssa. Opinnäytetyöntekijän näkökulmalta haastateltavien henkilöiden Itsemääräämisoikeus toteutui siinä, että tutkittavien annettiin ennen haastatteluja vielä tutustua tutkimustiedotteeseen (liite3), ja sen jälkeen allekirjoittaa suostumuslomake (liite2).

4 Aineiston analyysi

Laadullisen aineiston erilaisia analyysitapoja ovat aineistolähtöinen eli induktiivinen, teorialähtöinen eli deduktiivinen ja teoriasidonnainen eli abduktiivinen analyysi. Valitsin aineiston analyysitavaksi abduktiivisen analyysin, jossa aineistoa analysoitiin aineistolähtöisesti, ja myöhemmässä vaiheessa tuloksia peilattiin CODE-päätöksentekoteoriaan. Puusa ym. (2020) mukaan aineiston analyysi voidaan aloittaa aineistolähtöisesti, johon myöhemmässä vaiheessa nostetaan esiin teoriasta ohjaava ajatus. Aineistoa havainnoitiin laadullisen asennetutkimuksen metodein kannanottoja ja perusteluja luokittamalla. Analyysitapa muistuttaa diskurssianalyysiä, jossa kielenkäyttöä tarkastellaan toimintana, ja todellisuuden rakentajana (Niska ym. 2018, 95)

Niska ym. (2018, 102) mukaan laadullisen asennetutkimuksen aineiston analyysi rakentuu luokittavasta ja tulkitsevasta analyysistä. Tulkitseva analyysi sisältää aineiston käsitteiden laajentamista luokittavasta analyysistä teoreettisten näkökulmien avulla (Vesala ym. 2007, 12). Opinnäytetyössä näkökulmaa laajennettiin kannanottojen luokittelusta digihoitopolkua arvottavaan asenteiden luokitteluun. Tutkimusten mukaan aineistoa voidaan jäsentää erilaisiin osakokonaisuuksiin, jos havaintoluokituksessa kohdetta arvotetaan samasta subjekti-asemasta samantyyppisellä tavalla (Vesala ym. 2007, 39). Aineisto oli tuotettu sairaanhoitajien kommentoinneista saman yksikön sisältä, joka kertoo myös organisaation yhteisistä asenteista.

Aineistosta analysoitiin ensimmäisenä väittämiin kohdistuneet kannanotot. Dialyysisairaanhoitajat ottivat kantaa 18 erilaiseen väittämään (liite 5), ja kannanotot taulukoitiin väittämäkohteisesti. Tarkemmin väittämät on kuvattu liitteenä olevassa taulukossa numero kaksi (Taulukko 2). Dialyysisairaanhoitajat olivat virikeväittämässä 4, 6, 8 ja 9 samanmielisiä väittämän kanssa. Samanmielisyyttä tarkoitti joko myönteisesti tai kielteisesti olevaa samanmielisyyttä. Väittämässä 9 kaikki haastateltavat ottivat myönteisen kannan. Väittämässä 4, 6 ja 8 kaikki haastateltavat ottivat kielteisen kannan. Taulukossa 2 kannanottoja voidaan tarkastella koosteena. Väittämässä neljä asenteen kohteena oli eettinen päätöksenteko. Väittämässä kuusi asenteen kohteena oli dialyysisairaanhoitajien aika ja resurssit. Väittämässä kahdeksan asenteen

kohteena oli asiakaslähtöisyys ja väittämässä yhdeksän asenteen kohteena oli dialyysisairaanhoidajien kokemukset digihoitopolusta.

Väittämissä 3, 14 ja 16 oli myös melko samanmieliset kannanotot. Joukossa oli yksi varauksellisesti kielteinen kanta, joka oli enemmän kielteisellä kannalla kuin myönteisellä kannalla. Väittämässä 3 aiheena oli jaettu päätöksenteko. Väittämässä 14 aiheena oli potilaiden haastava käyttäytyminen, ja väittämässä 16 aiheena oli potilaiden vertaistuen saaminen. Kaikissa muissa väittämissä 1, 2, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 17 ja 18 oli hajontaa myönteisten, kielteisten ja varauksellisten kannanottojen kesken. Väittämien asenteiden kohteet numerojärjestyksessä olivat potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus, potilaan digitaalinen seuranta, digihoitopolulla olevan tiedon ymmärtäminen, dialyysimuodon päätöksenteon onnistuminen, masennus ja toivottomuudentunne päätöksenteossa, dialyysihoitoon liittyvä elämänmuutoksen hyväksyminen, potilaiden sairauden ja kuolemanpelko, potilaan optimistisuus ja tulevaisuuteen suuntautuminen ja potilaiden valmius hoitomuodon valintaan hoitotapaamisessa.

Aineistosta havaitut kannanotot ja perustelut koodattiin Atlas.ti ohjelmistolla. Sen jälkeen kannanottoja ja perusteluja tarkasteltiin sen mukaan, vastasiko ne virikeväittämässä olevaa asenteen kohdetta. Tämän jälkeen valitut asenteen ilmaisut luokiteltiin virikeväittämän mukaisiin luokkiin. Kaikki väittämäluokat lopulta yhdistettiin, vaikka tutkimusasetelmassa virikkeet olivat jaettu kahden teeman mukaisesti hoitajien digitaaliseen hoitotyöhön sekä potilaiden päätöksentekoon sitoutumiseen.

Kerätyissä aineistoissa kannanottojen ja perustelujen yhdistelmistä muodostui asenteiden havaintojoukkoja (Vesala 2007, 40-41). Tutkimusaineiston pienuuden vuoksi väittämäkohtaiset havaintojoukot jäivät vähälukuisiksi. Jokaiseen väittämäluokkaan tuli n. 2-7 havaintoa, jotka jakautuivat kannanoton mukaan myönteisiin, kielteisiin ja varauksellisiin kannanottoihin. Joissakin väittämäluokissa perusteluja oli enemmän kuin vastaajia, koska joillakin sairaanhoitajilla oli pidempiä perusteluja, joita pilkottiin osiin.

Laadullisen tutkimuksen tulkintaan liittyy vahvasti ymmärtäminen, ja siinä tulisi yhdistää havainnot kokonaisuudeksi. Havainnot ovat johtolankoja, joita yhdistelemällä ja tulkitsemalla voidaan löytää tuloksia. (Vilka 2006, 86-87.) Väittämäkohtaisen perusluokituksen jälkeen asenteita luokiteltiin digihoitopolku arvoitaviin luokkiin, joita olivat ”digihoitopolku päätöksenteon edistäjänä” ja ”digihoitopolku päätöksenteon rajoittajana”. Asenteen ilmaisuista valittiin vain niitä kannanottoja ja perusteluja, joilla voitiin arvottaa hoitomuodon päätöksentekoa edistävasti tai rajoittavasti. Asenteille tehtiin jatkoluokittelu asenteita uudelleenkehystämällä. Uudelleenkehystäminen lisää tulkintänäkökulmia havaintojen tunnistamisessa, ja auttaa lähestymään kommentointiin sisältyvää arvottamista (Vesala ym. 2007, 49). Kaikkia perusluokitettuja asenteita ei voitu jatkoluokitella. Uudelleenkehystämisen jälkeen asenteita muodostui niin

paljon, että asenteet luokiteltiin rakennettujen pääluokkien sisällä vielä alaluokkiin. Uudelleenluokitus irrotti metodisesti kannanottoihin liittyvät perustelut alkuperäisestä asenteen kohdeesta eli väittämästä. Liitteenä olevasta taulukossa 3 voidaan tarkastella asenteiden alkuperää tarkemmin. Taulukossa näkyvät kaikki väittämäloukat 1-18 allekkain. Luokittelut tehtiin tutkimusmetodin, tutkimuskehityksen, ja opinnäytetyön tekijän kriittisten ja luovien ratkaisujen päätösten mukaisesti.

Asenneluokkien tulosten lähtökohtainen rakentaminen opinnäytetyössä perustui tutkimustaulukkoon 3, joka sisälsi väittämälouklien mukaisen luokittelun ja digihoitopolkua arvottavien asenteiden luokittelun. Taulukossa 3 on havainnollistettu asenteiden rakentumista, suuntaa, kohdetta ja arvottamista. Tutkimustaulukkoon muodostui viisi saraketta. Ensimmäisessä sarakkeessa on alkuperäinen väittäjä, joka esitettiin haastatteluissa tutkittaville sairaanhoitajille. Toisessa sarakkeessa on kannanotot ja perustelut numeroituna, joihin on merkitty myönteinen tai kielteinen kannanotto sulkuihin. Toisen sarakkeen otsikko on nimetty ”asenteet” -nimellä, josta löytyy kannanotot ja perustelut.

Luokitellut asenteen ilmaisut ovat muodostuneet yhdestä tai useammasta samansuuntaisesta kannanotosta, joilla oli samanlainen perustelu. Kolmas sarake on nimetty ”asenteen kohde”, joka tarkoittaa väittämän sisältämää asenteen kohdetta, johon haastateltavia on pyydetty ottamaan kantaa. Tutkimusaineistosta valittiin vain sellaiset asenteen ilmaisut, joilla oli väittämän kanssa samanlainen asennekohde. Neljännessä ja viidennessä tummanharmaissa sarakkeissa asenteita luokiteltiin digihoitopolun käyttöä edistäviin ja rajoittaviin asenteisiin asenteen suunnan mukaisesti. Asenteet arvottivat digihoitopolkua myönteisesti tai kielteisesti. Niska ym. (2018, 101-103) mukaan argumentaation kautta voidaan tarkastella asenteen rakentumista, arvottamista, suuntaa, kohdetta ja asenteen subjektia. Opinnäytetyössä asenteen subjektina toimivat dialyysisairaanhoitajat, jotka arvottivat digihoitopolkua asenteen ilmaisujen kautta.

5 Aineiston analyysin tulokset

5.1 Dialyysisairaanhoitajien asenteet

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä oltiin kiinnostuneita dialyysisairaanhoitajien asenteista palvelumuutosta kohtaan, jossa palvelumuutos tarkoitti perinteisen hoitopolun digitalisoinnista digihoitopoluksi. Dialyysisairaanhoitajien haastattelujen argumenttien kautta rakentui seitsemän vasta-asenneluokkaparia, jotka muodostettiin 18 väittämäloukasta. Vasta-asenneparit kuvailivat muutoksen hyviä ja huonoja puolia.

Tulokset rakentuivat dialyysisairaanhoidajien argumentaatioista, jotka kohdistuivat palvelumuutokseen, jota hoitomuodonvalinta -digihoitopolku edusti. Tuloksena syntyi muutosasenteita, joissa myönteiset ja kielteiset asenteet jakautuivat eri asenneluokissa joko tasaisesti, enemmän myönteisesti tai enemmän kielteisesti. Asenteiden jakautuminen kertoi työyhteisössä vallitsevasta suhtautumisesta hoitomuodon päätöksentekoon liittyviin tekijöihin.

Digihoitopolun käyttöä edistäviä asenneluokkia olivat digihoitopolku päätöksentekoprosessin edistäjänä, digihoitopolku dialyysihoitajien resurssien edistäjänä, digihoitopolku päätöksenteon seurannan edistäjänä, digihoitopolku tiedon omaksumisen edistäjänä, digihoitopolku potilaan selviytymisen resurssien edistäjänä, digihoitopolku hoitokontaktien edistäjänä, ja digihoitopolku asiakaslähtöisyyden edistäjänä. Dialyysisairaanhoidajien asenteista rakentuneet asenneluokat kuvataan kuviossa 3.

Digihoitopolun käyttöä rajoittavia asenneluokkia olivat digihoitopolku päätöksentekoprosessin rajoittajana, digihoitopolku potilaille annettavien resurssien rajoittajana, digihoitopolku päätöksenteon seurannan rajoittajana, digihoitopolku tiedon omaksumisen rajoittajana, digihoitopolku potilaan selviytymisen resurssien rajoittajana, digihoitopolku hoitokontaktien rajoittajana, ja digihoitopolku asiakaslähtöisyyden rajoittajana.

Argumentoinnin retorisen luonteen vuoksi vastakkaisissa asenteissa voidaan vedota samanlaisiin arvoihin ja uskomuksiin, mutta kyseessä on silti erilaiset asenteet (Vesala ym. 2007, 53). Digihoitopolkua arvottavissa vasta-asenneluokissa näkyi se, että niissä oli arvotettu samoja aiheita digihoitopolkua edistävästä ja rajoittavista ulottuvuuksista, eli asenteiden perustelut vaihtelivat. Asenneluokkien sisältöön liittyvät päätöksenteon ulottuvuudet muodostettiin konstruktii-visesti, eli luotiin uudenlaista konstruktiota tutkimusongelmaan. Liite 6 sisältää asenneluokkien muodostumiseen valikoituneet asenteen ilmaukset ja niiden alkuperäiset väittämäluokat.

Tuloksena syntyi asenneluokkia, jotka kohdistuivat digitaaliseen palvelumuutokseen. Asenneluokat edustivat muutosasenteita. Asenneluokkiin muodostui myönteisiä ja kielteisiä ulottuvuuksia. Muutosasenteilla arvotettiin digihoitopolun käyttöä hoitomuodon päätöksenteossa, jota voidaan tarkastella taulukossa 3.

Seuraavissa luvuissa käydään läpi kaikki asenneluokat, ja asenneluokkien sisällölliset ulottuvuudet. Tämä antaa kokonaiskuvan asenneluokkien sisällöistä. Myöhemmin asenneluokista valitaan syvällisempään tulkintaan vain yksi myönteinen ja yksi kielteinen asenteen ulottuvuus.

DIALYYSIMUODON PÄÄTÖKSENTEKOA EDISTÄVÄT ASENNELUOKAT (Suluissa väittämien numerot)	DIALYYSIMUODON PÄÄTÖKSENTEKOA RAJOITAVAT ASENNELUOKAT (Suluissa väittämien numerot)
1. Digihoidopolku päätöksentekoprosessin edistäjänä (3, 4, 11, 17)	1. Digihoidopolku päätöksentekoprosessin rajoittajana (3, 4, 11, 12, 18)
2. Digihoidopolku dialyysihoitajien resurssien edistäjänä (1, 2, 5, 6)	2. Digihoidopolku potilaille annettavien resurssien rajoittajana (3, 4, 5, 17)
3. Digihoidopolku päätöksenteon seurannan edistäjänä (1, 6, 7)	3. Digihoidopolku päätöksenteon seurannan rajoittajana (5, 7)
4. Digihoidopolku tiedon omaksumisen edistäjänä (2, 5, 9, 10, 13, 15)	4. Digihoidopolku tiedon omaksumisen rajoittajana (8, 10, 11, 12)
5. Digihoidopolku potilaan selviytymisen resurssien edistäjänä (12, 14, 15, 17)	5. Digihoidopolku potilaan selviytymisen resurssien rajoittajana (12, 13, 14, 15)
6. Digihoidopolku hoitokontaktien edistäjänä (9, 10, 11, 13, 18)	6. Digihoidopolku hoitokontaktien rajoittajana (5, 6, 16)
7. Digihoidopolku asiakaslähtöisyyden edistäjänä (8, 12)	7. Digihoidopolku asiakaslähtöisyyden rajoittajana (8)

Kuvio 3: Dialyysisairaanhoitajien asenneluokat

5.1.1 Päätöksentekoprosessi

Muutosasenteiden mukaan digihoidopolku edisti päätöksentekoprosessia. Digihoidopolku tarjosi potilaille dialyysivaihtoehdoista tietoa, ja tukea hoitomuodon päätöksentekoon. Kannanotoissa perusteltiin, että digihoidopolku antoi tukea jaettuun päätöksentekoon. Potilailta odotettiin digihoidopolun sisältöjen lukemista, jolloin päätöksenteko olisi helpompaa. Dialyysisairaanhoitajien argumenttien mukaan alustavan päätöksen tehneet potilaat olivat optimistisempia ja tulevaisuuteen suuntautuvampia. Eettinen päätöksenteko digihoidopotilaiden kanssa oli samalaista perinteisen hoitopolun potilaiden kanssa, joka toteutui digihoidopolun jälkeisessä hoitotapaamisessa.

Muutosasenteiden mukaan digihoidopolku lisäksi rajoitti päätöksentekoprosessia. Vasta-asenteiden mukaan potilailla oli kokemattomuutta dialyysivalinnasta, joka rajoitti digihoidopolulla tehtävää päätöksentekoa. Potilaat saattoivat ajautua tekemään sopimattomia dialyysivalintoja, tai heille saattoi syntyä väärä mielikuvia. Sopimattomien dialyysivalintojen kohdalla potilaalle kerrottiin lääketieteelliset syyt viimeistään hoitovastaanotolla, joka rajoitti päätöksentekoa digihoidopolulla. Lisäksi asenteiden mukaan potilaat olivat epävarmoja tekemään päätöstä digihoidopolulla. Masentuneiden digihoidopotilaiden kohdalla ajateltiin, etteivät potilaat osanneet sanoa, mikä hoitomuoto olisi heille sopiva. Asenteiden perusteluissa väitettiin, että osa potilaista ei pystynyt valmistautumaan hyvin hoitomuodon valintaan digihoidopolun aikana, ja suurin osa potilaista ei ollut tehnyt dialyysivalintaa hoitotapaamiseen mennessään.

Digihoitopolun käyttöä edistäviä asenteita muodostui viisi ja rajoittavia asenteita muodostui kahdeksan (liite 6). Työyhteisössä digihoitopolkuun suhtauduttiin enemmän päätöksentekoprosessia rajoittavana tekijänä kuin edistävänä tekijänä. Syynä varmaan se, että digihoitopolku tuki päätöksentekoprosessia, mutta digihoitopolulla tehty päätös saattoi perustua väärin mielikuviin, ja potilaat saattoivat tehdä tilanteelle sopimattomia dialyysipäätöksiä. Lisäksi potilaat saattoivat jäädä epävarmoiksi tehdystä dialyysivalinnasta.

5.1.2 Dialyysisairaanhoitajien resurssit

Tulosten mukaan dialyysisairaanhoitajan palveluresursseihin kohdistui muutosta. Asenteiden perustelujen mukaan digihoitopolku edisti dialyysisairaanhoitajan resursseja. Digihoitopolku vapautti hoitajien resursseja potilaita liitettäessä (digihoitopolun avaaminen) digihoitopoluille, ja tällä tavalla hoitajille vapautui aikaa muille tarvitseville potilaille. Dialyysihoidajien työkokemuksiin perustuen digihoitopolku korvasi perinteisen infotilaisuuden, jossa jaettiin hoitovaihtoehtoista tietoa. Lisäksi tuli ilmi, että digihoitopolulla oli sama tieto, mitä infotilaisuudessa käytiin läpi, mutta vuorovaikutus jäi pois. Potilaisiin asennoiduttiin itsenäisinä toimijoina, jotka saivat tietoa etukäteen ennen hoitotapaamista. Dialyysisairaanhoitajat ottivat kantaa myös muihin resursseihin. Näitä olivat digitaaliset palvelualustat, joiden toivottiin olevan helppokäyttöisiä potilaille. Lisäksi nykyinen digitaalinen osaaminen kattoi digihoitopolulla tarvittavaa osaamista, sekä lisäksi asenteiden mukaan työmäärän ja resurssien katsottiin olevan sopivia osaamiseen nähden.

Kielteisten asenteiden mukaan digihoitopolku rajoitti potilaille annettavia hoitoresursseja. Dialyysisairaanhoitajien vasta-asenteiden ilmaisujen mukaan digitaalinen sisältö ei pelkästään riittänyt potilaille, vaan tarvittiin henkilökohtaista apua päätöksentekoon. Argumentaation mukaan digihoitopolku ei korvannut henkilökohtaista kontaktia, ja tarvittiin hoitajan asiantuntijuutta, sekä hoitokeskusteluun hoitotapaaminen. Lisäksi asenteiden mukaan digihoitopolku ei tarjonnut potilaiden henkilökohtaisiin kysymyksiin vastauksia, ja potilaat esittivät paljon kysymyksiä hoitovastaanotolla digihoitopolun käymisestä huolimatta. Johtopäätöksenä voidaan sanoa, että dialyysisairaanhoitajat täydensivät potilaiden puuttuvia tietoja hoitovastaanotolla, joita digihoitopolulla ei omaksuttu.

Työyhteisössä digihoitopolkuun asennoiduttiin hoitajien työresurssien edistäjänä hieman enemmän kuin potilaille annettavien resurssien rajoittajana. Digihoitopolun käyttöä edistäviä asenteiden ilmaisujen laatuja muodostui kahdeksan, ja rajoittavia asenteiden ilmaisujen laatuja muodostui viisi (liite 6).

5.1.3 Digihoitopolun potilastietojen seuranta

Tulosten perusteella yhdeksi muutosasenteen kohteeksi rakentui päätöksenteon digitaalinen seuranta. Digihoitopolku edisti potilaiden päätöksenteon edistymisen seurantaa. Tulosten mukaan digihoitopolulle voitiin tehdä digitaalisia vierailuja, joiden avulla pystyttiin seuraamaan potilaiden aktiviteettia ja kiinnostusta esimerkiksi kotihoitomuotoja kohtaan. Lisäksi pystyttiin seuraamaan sähköisten kyselyjen tuloksia, sekä alku- ja loppukyselyiden vastausten muutosta.

Digihoitopolku rajoitti myös joiltakin osin päätöksenteon edistymisen seurantaa. Dialyysisairaanhoidajat ottivat kantaa digitaalisen seurannan kautta tulleen tiedon epävarmuuteen. Vastargumentaation mukaan dialyysisairaanhoidajat olivat epävarmoja potilaiden todellisesta päätöksenteon edistymisestä lukukuittausten perusteella. Asenteiden mukaan potilaat eivät olleet aina aktiivisia digihoitopolulla, ja dialyysisairaanhoidajat eivät aina tehneet digitaalista seurantaa säännöllisesti.

Asenneluokissa digihoitopolku päätöksenteon seurannan edistäjänä -luokkaan muodostui viisi asenteen ilmaisun laatua, ja digihoitopolku päätöksenteon seurannan rajoittajana -luokkaan muodostui kolme asenteen ilmaisun laatua (liite 6). Työyhteisössä asennoiduttiin useammin digihoitopolkuun päätöksenteon seurannan edistäjänä kuin päätöksenteon seurannan rajoittajana.

5.1.4 Potilaiden tiedon omaksuminen

Tulosten mukaan muutosasenteet kohdistuivat myös tiedon omaksumiseen. Digihoitopolku edisti potilaiden tiedon omaksumista. Asenteiden mukaan digihoitopolulla oli enemmän tietoa saatavilla kuin hoitovastaanotolla ehdittiin käsittelemään. Lisäksi asenteen ilmaisujen mukaan kotona oli parempi mahdollisuus perehtyä tietoon. Asenteissa tähdennettiin tiedon riittävyttä potilaille. Ajateltiin, että digitaalisen tiedon riittäessä potilaille, ollaan tavoitteessa. Digihoitopolun katsottiin myös kasvattavan potilaiden tietoisuutta sairauden merkityksestä, joka vähensi kuolemanpelkoa. Dialyysisairaanhoidajien mukaan digitaalinen tieto piti olla ymmärrettävästi esillä, koska sillä tavalla tiedon omaksuminen helpottuisi.

Palvelumuutos sisälsi myös tiedon omaksumiseen liittyviä kielteisiä muutoksia. Digihoitopolku rajoitti tiedon omaksumista siinä, että sen ei katsottu sopivan kaikille potilaille. Vasta-asenteiden mukaan väitettiin, että osa potilaista halusi tietoa suullisesti, ja osalle tarvittiin selkokielellä selittämistä uuden asian kanssa. Lisäksi potilaat eivät olleet aina perehtyneet materiaaliin

juurikaan. Lisäksi tuli esille, että masentuneet potilaat eivät valitse digihoitopolkua, jos potilaat tarvitsevat tukea enemmän. Masentuneiden digihoitopotilaiden vastaanottokyky ajateltiin olevan huonoa, joka vaikeutti tiedon omaksumista.

Vasta-asenneluokissa digihoitopolkuun asennoidutaan tiedon omaksumisen edistäjänä hieman useammin kuin tiedon omaksumisen rajoittajana. Tiedon omaksumisen edistämiseen liittyviä asenteiden laatuja muodostui seitsemän, ja tiedon vastaanottamista rajoittavia asenteiden laatuja muodostui kuusi (liite 6). Työyhteisössä asenteet jakautuivat melko tasaisesti digihoitopolun käyttöä edistäviin ja rajoittaviin asenteisiin.

5.1.5 Digihoitopotilaiden selviytyminen

Tulosten mukaan potilaiden selviytymisen resursseihin liittyi palvelumuutosta. Digihoitopolku edisti potilaiden selviytymisen resursseja. Potilaan selviytymisen resursseja edisti henkilökohtaisiin kysymyksiin saadut vastaukset, jotka asenteiden mukaan mahdollisesti lisäsivät potilaan optimistisuutta. Potilaiden ajateltiin olevan myös optimistisempia, kun tietoa oli omaksuttu ja sovitettu omaan elämään. Dialyysisairaanhoitajien mukaan digihoitopolulla potilaat saattoivat huomata selviävänsä hengissä terveyshaasteista. Hoitajien työkokemuksiin vedoten tuli ilmi, että digihoitopolulta ei tullut masentuneita potilaita juurikaan, ja vastaanotoilla ei näkynyt myöskään vaikean elämäntilanteen vuoksi haastavia potilaita. Asenteiden perusteluissa tuli ilmi, että haastavia potilaita ei ole, koska ketään ei pakotettu tiettyyn dialyysihoitoon kuten kotidialyysihoitoihin.

Potilaiden selviytymisen resursseihin liittyi myös kielteistä muutosta. Vasta-asenteiden mukaan digihoitopolku rajoitti potilaiden selviytymisen resursseja. Dialyysisairaanhoitajien mukaan potilaat olivat peloissaan ja ahdistuneita, ja ajateltiin että ihmiskontakti oli tärkeää dialyysihoiton tuoman elämänmuutoksen hyväksymisessä. Ahdistuneet predialyysipotilaat tavattiin kasvokkain, koska heitä oli vaikeaa hoitaa etänä ahdistuksen vuoksi. Digihoitopolkuun asennoiduttiin siten, että se ei voinut vähentää kuolemanpelkoa enemmän kuin perinteinen hoitopolku. Hoitajan läsnäololla ajateltiin olevan suurempi vaikutus hätäntyneelle potilaalle kuin digihoitopolulta luettu teksti. Digihoitopolun ei myöskään ajateltu poistavan potilaan toivottomuuden tunnetta. Työkokemuksiin liittyvien perusteluiden mukaan potilaat kaipasivat reflektoivaa kanssakäymistä hoitajien kanssa.

Digihoitopolku selviytymisen resurssien edistäjänä -asenneluokkaan sekä digihoitopolku selviytymisen resurssien rajoittajana -asenneluokkaan sisältyi kuusi asenteen laatua (liite 6). Työyhteisössä asennoiduttiin yhtä paljon selviytymisen resurssien edistäjänä kuin rajoittajanakin.

5.1.6 Digihoitopotilaiden hoitokontaktit

Palvelumuutoksen kohteeksi rakentui digihoitopotilaiden saamat hoitokontaktit. Digihoitopolku edisti potilaiden hoitokontakteja. Dialyysisairaanhoidajien asenteiden mukaan digihoitopotilaat olivat valmiimpia valitsemaan hoitomuotoa hoitotapaamisessa kuin perinteisen hoitopolun potilaat. Potilaat olivat ehtineet miettiä kotidialyysimahdollisuutta, ja tehneet etukäteen dialyysimuodon valintaa. Väitettiin, että potilaat osasivat paremmin perustella dialyysivalintaa, ja osasivat paremmin keskustella hoitotapaamisessa. Potilaille oli kehittynyt mielikuvia haluamistaan hoidoista, ja heillä oli selkeämmät käsitykset hoidoista verrattuna perinteiseen hoitopolkupertilaaseen. Potilaat käsittelivät dialyysihoidajien asenteiden mukaan paremmin elämänmuutosta digihoitopolun jälkeen kuin perinteisen hoitopolun potilaat. Esiin tuotiin myös hoitotapaamisten lyhentyminen ja helpottuminen digihoitopolkupertilaiden kohdalla.

Hoitokontakteihin liittyi lisäksi kielteisiä palvelumuutoksia. Digihoitopolku rajoitti asenteiden mukaan potilaiden hoitokontakteja. Asenteiden mukaan digihoitopolkupertilailla ei ollut käytössä vertaistukiryhmää. Potilailla ei myöskään ollut mahdollisuutta verkostoitua digihoitopolulla. Potilaat eivät pystyneet ottamaan toisiin digihoitopolkupertilaisiin yhteyttä (tietosuoja). Dialyysisairaanhoidajien työkokemuksiin perustuvien asenteiden mukaan potilaat eivät ottaneet digihoitopolulta yhteyttä hoitajiin, eikä dialyysisairaanhoidajat kommunikoineet digihoitopolkupertilaiden kanssa juurikaan. Esille nostettiin myös digihoitopolulla oleva chat-kanava, jota ei käytetty juurikaan (tutkimushetkellä ei käytössä).

Dialyysisairaanhoidajat uskoivat selkeästi digihoitopolun edistävän hoitokontakteja. Digihoitopolun käyttöä edistäviä asenteen laatuja oli kaksitoista ja digihoitopolkua rajoittavia asenteen laatuja oli viisi (liite 6). Työyhteisössä oli selkeä ero asenteiden laatuja määrien välillä. Dialyysisairaanhoidajat asennoituivat digihoitopolun vaikutukseen enemmän edistävästi suhteessa hoitovastaanotolla tehtävään päätöksentekoon. Digihoitopolulla saatu tietoa auttoi potilaita tekemään jaettava päätöksenteko hoitovastaanotolla.

5.1.7 Digihoitopolun asiakaslähtöisyys

Palvelumuutoksen kohteeksi rakentui digihoitopolun asiakaslähtöisyys. Digihoitopolku edisti asiakaslähtöisyyttä. Asenteiden mukaan väitettiin, että digihoitopolkua voitiin käyttää yhtenä asiakaslähtöisyyden keinona, ja potilaiden oma polkuvalinta edisti asiakaslähtöisyyden toteutumista. Potilaat pystyivät valitsemaan kahdesta eri hoitopolusta. Digihoitopolun valinta ajateltiin vapaaehtoisena valintana, ja lisäksi tuotiin esille, että digihoitopolku vahvisti potilaiden

itsehoitoa, eli hoitomuotoon liittyvää päätöksentekoa. Asenteiden mukaan asiakaslähtöisyys koettiin toteutuvan molemmilla hoitopoluilla.

Muutosasenteiden mukaan digihoitopolku rajoitti asiakaslähtöisyyden toteutumista. Vasta-asenteiden mukaan digihoitopolun asiakaslähtöisyys rajoittui, jos potilailla oli tarve lähikontaktiin, tai henkilökohtaisten tarpeiden huomiointi ei onnistunut digihoitopolulla.

Digihoidopolku asiakaslähtöisyyden edistäjänä -asenneluokkaan muodostui viisi asenteen ilmaisen laatua, ja digihoitopolku asiakaslähtöisyyden rajoittajana -luokkaan muodostui kaksi asenteen ilmaisen laatua (liite 6). Työyhteisössä digihoitopolkuun suhtauduttiin enemmän asiakaslähtöisyyttä edistävänä kuin rajoittavana tekijänä.

5.2 Dialyysisairaanhoitajien työn muutokset

Toisessa tutkimuskysymyksessä haluttiin ymmärtää asenneluokkien kautta työn muutosta syvällisemmin. Asenneluokkia tarkasteltiin hoitomuodon päätöksenteon muutos -käsitteen avulla. Jokaisesta vasta-asenneparista otettiin esille vain yksi myönteinen ja yksi kielteinen litteroitu asenteen ilmaisu, joilla argumentoitiin tulkittua työn muutosta. Aineiston tekstinäytteissä käytettiin litterointimerkintöjä (liite 7). Aineiston tulkintaa tehtiin rajallisesti. Aineistosta olisi ollut mahdollista saada enemmän tuloksia laajentamalla tulkintaa asenneluokissa useampaan asenteen ulottuvuuteen. Tutkimustuloksia tulkittiin vain osittain niiden runsauden vuoksi.

Tuloksena muodostui seitsemän työn muutosta, joita arvoitettiin myönteisillä ja kielteisillä asenteen ilmauksilla. Tulokset kertovat hoitomuodon päätöksentekoon liittyvistä muutoksista, ja muutosten myönteisistä ja kielteisistä seurauksista dialyysisairaanhoitajien työhön, jossa työn kohteena oli dialyysihoitomuotoa valitseva digihoitopotilas. Tuloksena syntyviä hoitomuodon päätöksenteon muutoksia peilattiin CODE-päätöksentekoteorian (the Coping in Deliberation) mukaisiin päätöksentekovaiheisiin.

5.2.1 Päätöksentekoprosessin muutos

Tulosten mukaan digihoitopolku edisti sekä tuki päätöksentekoprosessia. Digihoidopolku tuki potilaiden ja dialyysisairaanhoitajien yhteistä jaettua päätöksentekoa, jossa vastuuta voitiin antaa entistä enemmän potilaille. Digihoidopolku rajoitti päätöksentekoprosessia potilaiden valintojen kohdistuessa välillä sopimattomiin dialyysivalintoihin.

Peruslähdekohtaisesti potilaat aloittivat dialyysimuodon päätöksentekoprosessin digihoitopolulla, ja päätöksentekoa jatkettiin tai vakautettiin hoitovastaanotolla. CODE-päätöksentekoprosessissa on kolme päävaihetta, jotka ovat päätöstä edeltävä keskustelu, päätöksenteko ja päätöksen lujittaminen ja vakauttaminen (Witt ym. 2012, 259). Digihoitopotilaat eivät keskustelleet asenteiden mukaan hoitohenkilökunnan kanssa digihoitopolkuvaiheessa, eli keskustelu jäi digihoitopolun jälkeiselle hoitovastaanotolle.

Tuloksia perusteltiin esimerkein. Seuraava esimerkki kuului digihoitopolku päätöksentekoprosessin edistäjänä -luokkaan. Siinä arvoitettiin digihoitopolulla tehtävää päätöksentekoa. Alkuperäisen asenteen (kannanotto + perustelu) kohteena oli jaettu päätöksenteko ja dialyysihoitajan tuki.

”...tää ei oo totta, mä en käyttäis sanaa korvaa, mä voisin kyllä ajatella, että se esimerkiksi tukee sitä (joo) jaettua päätöksentekoa tai auttaa päätöksentekoa mutta ”korvaa” sana ei voi käyttää.”

Digihoitopolkuun asennoiduttiin aineistositaatin mukaan siten, että se ei korvannut sairaanhoidajan ja potilaan yhteistä jaettua päätöksentekoa, vaan digihoitopolku pelkästään auttoi ja tuki jaettua päätöksentekoa. Argumentissa arvoitettiin digihoitopolun käyttöä kuitenkin päätöksentekoa edistävästi.

Tuloksia perusteltiin myös digihoitopolku päätöksentekoprosessin rajoittajana -luokkaan kuuluvalla argumentilla. Dialyysisairaanhoitajan argumentissa arvoitettiin muun muassa potilaan sopimattomia dialyysivalintoja. Alkuperäisen asenteen kohteena oli dialyysimuodon päätöksenteon onnistuminen.

”... [dialyysipäätös] ei ole aina onnistunut, mutta sitten kyllä jotkut potilaat jotka tulee digipolulta ja -- ja ja jotka oikeesti voi valita kumman tahansa () niinku - että ei he sitä - sitä pd:tä [peritoneaaldialyysiä], tai ei missään tapauksessa sitä kotihemoa [koti-hemodialyysiä], niin, he saavat sen hoitomuodon minkä he ovat sieltä ajatelleetkin ja ovat äärimmäisen tyytyväisiä valintaansa - siinä mielessä hoitomuodonvalinta - digipolku voi niinkun helpottaa päätöksentekoa, mutta ei kaikilla (joo) - sen takiahan on tämä tapaaminen lääkärin ja hoitajana kanssa (joo).”

Argumentissa tuotiin esille, että potilaat saattoivat tulla hoitovastaanotolle sopimattoman dialyysipäätöksen kanssa. Joillekin potilaille oli mahdollisuus valita mikä tahansa hoitomuoto, ja joillakin potilailla ei ollut mahdollisuuksia valita kaikista hoitomuodoista. Argumentissa tuotiin

esiin hoitovastaanoton tarkoitusta, jossa jatkettiin päätöksentekoa, joskus jopa vaihtamalla valittua dialyysivaihtoehtoa.

Hoitomuodon päätöksenteon muutos -käsitteellä tulkiten dialyysisairaanhoitajien työ muuttui digihoitopotilaiden kohdalla siten, että jaettua päätöksentekoa tehtiin eri tavalla kuin aikaisemmin. Päätöksenteko jakautui digihoitopolkuvaiheeseen ja hoitotapaamiseen. Hoitovastaanotoilla oli tarkoituksena hyödyntää digihoitopolulla sisäistettyä tietoa yhteisessä päätöksenteossa. Muutokseen asennoiduttiin myönteisesti siinä, että digihoitopolku tuki jaettua päätöksentekoa. Kielteisessä asenteessa tuotiin esiin, että digihoitopotilaat saattoivat tehdä heille sopimattomia dialyysivalintoja epävarmuuden vuoksi (liite 6). Johtopäätöksenä voidaan todeta, että jaetun päätöksenteon muutoksen vuoksi potilaat pystyivät ottamaan enemmän vastuuta hoitopäätöksestään, ja tekemään dialyysivalintaa ensin itsenäisesti, ja sen jälkeen jaetun päätöksenteon avulla hoitovastaanotolla.

CODE-päätöksentekoteorian mukaan terveydellisen uhkan kokeminen ja selviytymishaasteet rajoittavat päätöksentekoa. CODE-päätöksentekoprosessissa potilaat tunnistavat terveyteen liittyvän uhkaavan tilanteen, jonka jälkeen potilaat tutustuvat valintavaihtoehtoihin, ja alkavat tekemään hoitovaihtoehtojen tulkintaa. Hoitovaihtoehtojen tulkinta liittyy henkilökohtaisiin arvoihin ja tavoitteisiin, joiden kautta hoitovaihtoehtojen vaikutuksia arvioidaan omaan elämään (Witt ym. 2012, 258-260).

Tutkimusten mukaan sairaanhoitajan antama tuki vähentää potilaan päätöksentekoon liittyviä ratkaisuristiriitoja, ja parantaa tietoon perustuvaa arvopohjaista päätöksentekoa (Loiselle, O'Connor & Michaud 2011, 469). Johtopäätöksenä voidaan ajatella, että potilaiden päätöksentekovaikeudet lisääntyivät digihoitopolulla ilman hoitajien tukea. Potilaat saattavat epäonnistua muun muassa hoitovaihtoehtojen tulkintavaiheessa, ja valita sopimattoman dialyysihoitomuodon.

5.2.2 Työn resurssien jakautumisen muutos

Tulosten mukaan digihoitopolku edisti dialyysisairaanhoitajien työn resursseja. Digihoitopolku toimi tiedon jakamisen resurssina hoitajien puolesta. Digihoitopolku lisäksi rajoitti potilaille annettavia resursseja, eli digihoitopotilaat saattoivat jäädä digihoitopolulla tiedon käsittelyn kanssa yksin.

Tuloksia perusteltiin asenneluokkaan kuuluvalla argumentilla. Asenneluokkana oli digihoitopolku dialyysisairaanhoitajan resurssien edistäjänä. Asenteen kohteena oli potilaan ja dialyysihoitajan välinen vuorovaikutus, johon asennoiduttiin seuraavasti.

”Kyllä, kyllä, mä näen sen, että -- siis se materiaali on siellä ihan sama mikä me kerrotaan heille kasvotusten, mutta vuorovaikutus jää pois, elikkä ihan saman tiedon potilas saa, mutta vuorovaikutus jää pois -- () ... ja jos se luettu tieto riittää niin silloinhan me ollaan tavoitteessa, -- eihän se ole vuorovaikutteista, - hän on yksin siellä polulla.”

Edellisen argumentin kautta dialyysisairaanhoidaja oikeutti vuorovaikutuksen tarpeettomuutta silloin, jos digihoitopolun tieto riitti potilaille. Argumentissa tuotiin esille muun muassa päätöksentekoon liittyvät tiedolliset tavoitteet.

Digihoidopolku sairaanhoidajan resurssien rajoittajana -luokassa vuorovaikutusta argumentoitiin toisella tavalla. Koettiin, että potilaille jäi paljon kysymyksiä kysyttäväksi digihoitopolun jälkeen, joita hoitovastaanotoilla käsiteltiin. Asenteen ilmaisun kohteena oli potilaiden ja dialyysihoidajan välinen vuorovaikutus.

” Ei pidä paikkaansa -- koska ne digi -- hoitopolulla olevat potilaat kuitenkin kysyy yhtä paljon (joo) kun ne, jotka eivät ole digihoitopolulla, (just, okei) kuitenkin ihan samoja asioita -- joko ne haluaa varmistaa, tai sitten -- niin lähinnä tai ehkä se, että se on niin uus- juttu ettei ei oo totuttu.”

Vasta-asenteessa sairaanhoidaja suhtautui kielteisesti, ja nosti perusteluna esiin sen, että potilaat kysyivät digihoitopolun jälkeen kuitenkin samoja kysymyksiä perinteisen polun potilaiden kanssa. Eli sairaanhoidaja teki kommentissa oletuksen, että digihoitopolku ei riittänyt varmistamaan tietoa, koska valintatilanne oli potilaille niin uusi.

Dialyysisairaanhoidajien työn muutoksena oli työn resurssien jakautuminen eri tavalla kuin aikaisemmin. Digihoidopolku toimi tiedon jakajana, ja digihoitopotilaat aloittivat tiedon saannin ilman vuorovaikutusta, ja hoitajat pystyivät käyttämään vapautuneet resurssit eri tavoin. Perinteisesti potilaat saivat tietoa ns. infotilaisuuksissa ja tapaamisissa. Muutokseen asennoiduttiin myönteisesti ja kielteisesti. Myönteisten muutosasenteiden mukaan potilaat saivat digihoitopolulla samaa tietoa kuin perinteisen polun potilaat. Muutokseen suhtauduttiin kielteisesti siinä, että digihoitopotilaat kysyivät samoja kysymyksiä perinteisen hoitopolun potilaiden kanssa, vaikka olivat olleet digihoitopolulla. Tämä tarkoitti, että digihoitopolku ei pystynyt antamaan henkilökohtaisiin kysymyksiin vastauksia.

Jaettu päätöksenteko muuttui digihoitopotilaiden kohdalla siten, että he viettivät päätöksenteon alkumetrit itsenäisesti, ja olivat digihoitopolun resurssien varassa hoitovalintaan liittyvien kysymysten kanssa. Tilanne ei vastannut CODE-päätöksentekoteorian mukaista optimaalista tilannetta potilaiden päätöksenteossa. CODE-päätöksentekoteorian mukaan potilaat arvioivat ja

pohtivat asioita ja kysyvät paljon kysymyksiä, joissa on joko ratkaisukeskeinen tai emootiokekeinen lataus (Witt ym. 2012, 259). Digihoitopolkupotilaiden kohdalla ei tiedetä, mitä kysymyksiä, huolenaiheita potilailla on menossa, ellei potilas tai hoitaja ole aktiivinen yhteydenpidossa. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että vastaamattomat henkilökohtaiset kysymykset saattavat aiheuttaa potilaille päätöksentekoon liittyviä vaikeuksia digihoitopolulla.

Potilaan ja sairaanhoitajan välinen vuorovaikutus on toisille potilaille enemmän tarpeellista kuin toisille. Digihoitopolku toimii hoitajille tiedon jakamisen resurssina, mutta dialyysisairaanhoitajan antama refleктоiva ja asiantuntijuuden tuki auttaisi emotionaalisessa selviytymisessä esimerkiksi uuden tiedon kohdalla. Digihoitopolku jakaa tietoa potilaille, mutta se ei korvaa asiantuntijuutta, jonka merkitys päätöksenteossa on muutakin kuin tiedon jakamista. CODE-päätöksentekoteoria sisältää potilaiden pohdinta- ja selviytymisprosessit, ja auttaa hoitohenkilökuntaa huomioimaan potilaiden prosesseja, ja selviytymään prosesseista yhdessä potilaiden kanssa (Witt ym. 2012, 260). Digihoitopolkupotilaat pohtivat ja selviytyvät pääsääntöisesti omien resurssien mukaisesti digihoitopolulla.

5.2.3 Potilastiedon seurannan muutos

Tulosten mukaan digihoitopolku edisti ja rajoitti digitaalisen tiedon seuranta digihoitopolulta. Digihoitopolun edistäjänä oli mahdollisuus seurata potilaiden edistymistä digihoitopolulla kuten hoitomuotojen valintaa. Digihoitopolun rajoittavana tekijänä oli potilaiden edistymisestä saatavan tiedon epävarmuus. Potilaiden päätöksenteon edistymisen seuranta omapoiluilla kuului dialyysisairaanhoitajan työnkuvaan.

Digihoitopolku päätöksenteon seurannan edistäjänä -luokassa olevalla argumentilla perusteltiin tuloksia. Argumentissa otettiin kantaa potilaiden kiinnostuksen kohteisiin. Asenteen kohteena oli potilaan edistymisen seuranta digihoitopolulla.

”Kyllähän se [digihoitopolku] enemmän antaa - kun siellä on tiettyjä asioita, - siel on tiettyjä asioita mistä potilas pystyy ilmaisemaan mistä hän on kiinnostunut - et pystyy vähän kattomaan, onko potilas yhtään halukas esimerkiksi kotihoitomuotoihin...”

Argumentissa arvotettiin digihoitopolkua tiedon antajana sairaanhoitajan suuntaan. Kotidialyysyksikössä haluttiin tietää luonnollisesti potilaiden kiinnostuksesta kotihoitomuotoja kohtaan. Tietoa tarvittiin yhteisen päätöksenteon perustaksi.

Digihoitopolku potilaan päätöksenteon seurannan rajoittajana -asenneluokassa dialyysisairaanhoidajat jäivät epätietoiseksi potilaan todellisesta edistymisestä digihoitopolulla. Asenteen kohteena oli potilaan edistymisen seuranta digihoitopolulla.

”Joo - mut tietysti siinä on se että, hän voi olla - et hän ei oo lukenut vaan klikannut sen luetuksi. Et siinä mielessä en pysty - et onko hän oikeesti lukenut. (niin, aha) mut oletetaan, et hän on lukenut sitten...”

Argumentissa tuotiin ilmi, että sairaanhoitajat eivät tienneet, oliko potilaat oikeasti lukeneet digihoitopolun sisältöä, jossa oli aktiivisuusmerkintä. Sairaanhoidajan nähdessä omapolulla ”täpän”, ei ollut varmuutta siitä, oliko potilas oikeasti lukenut merkityn kohdan, vai vain käväissyt sisällössä.

Tulkittaessa hoitomuodon päätöksenteon muutos -käsitteellä tekstinäytteitä, voitiin ajatella työn muutoksena digitaalisten vierailujen tekeminen digihoitopolulle. Palvelumuutoksen jälkeen potilastietojärjestelmän lisäksi saatiin tietoa myös digihoitopolulta potilaan päätöksenteon etenemisestä. Työn muutokseen suhtauduttiin ensimmäisen aineistositaatin mukaan myönteisenä asiana, sillä sairaanhoitajat pystyivät seuraamaan, mistä hoitomuodoista potilaat olivat kiinnostuneita. Työn muutokseen suhtauduttiin kielteisesti siinä, että dialyysisairaanhoidajat rakensivat potilasta koskevaa jaettua päätöksentekoa oletusten varaan ennen hoitotapaaamista ilman vuorovaikutusta.

Jaettu päätöksenteko muuttui digihoitopotilaiden kohdalla. Dialyysisairaanhoidajat saivat tietoa potilaan mieltymysten mukaisista kiinnostuksenkohteista vierailemalla digihoitopolulla. Johtopäätöksenä voidaan ajatella, että jaettu päätöksenteko on muuttunut digihoitopolkupotilaiden kohdalla etäisemmäksi, joka eroaa CODE-päätöksentekoteorian mukaisesta mallista, jossa keskustelut kuuluvat päätösvaiheisiin olennaisena. CODE-päätöksentekoteoriassa potilailla nähdään olevan selviytymisresursseja, ja potilaat arvioivat omia selviytymisresurssejaan kuten tarvetta tukeutua muihin, tai tarvetta välttää tilanteen kohtaamista (Witt ym. 2012, 259). Aktiviteetin puuttuminen digihoitopolulla voi tarkoittaa potilaiden informaatioon tai tunteiden käsittelyyn liittyviä vaikeuksia.

5.2.4 Informaation omaksumisen muutos

Tulosten mukaan digihoitopolku toimi tiedon omaksumisen edistäjänä sekä rajoittajana. Digihoitopolku mahdollisti runsaamman tietomäärän verrattuna hoitotapaamisissa annettuun tiedon määrään. Toisaalta digihoitopolulla oleva tiedon määrä ja sen omaksuminen rajoitti selviytymistä päätöksenteosta.

Tuloksia perusteltiin digihoitopolku tiedon omaksumisen edistäjänä -asenneluokan kautta. Asenneluokassa otettiin kantaa tiedon tarjonnan määrään. Asenteen kohteena oli digihoitopolun tietojen lukeminen ja ymmärtäminen.

”...Enemmän he saa tietoa digihoitopolulta varmasti kun mitä sitten niillä vastaanotoilla, mitä ehditään vastaanoton yhteydessä munuaispoliklinikalla käsitellä asioita, digihoitopolulla on enemmän tietoa...”

Dialyysisairaanhoidajien hoitomuodon päätöksenteon muutoksena voitiin tulkita, että he pysyivät jakamaan tietoa paljon enemmän digihoitopolun kautta kuin suullisesti hoitotapaamisissa.

Digihoidopolku tiedon omaksumisen rajoittajana -asenneluokassa otettiin kantaa potilaiden tiedon omaksumiseen. Asenteen kohteena oli digihoitopolun tietojen lukeminen ja ymmärtäminen.

”...ja sit on taas niitä potilaita, jotka on yrittäny lukee ja eikä oo ymmärtänyt niinku jotenki sanaakaan ja on ihan kuutamolla (joo) - ja he taas sitten niinku tarvitsevat sitä, että joku selittää - niinkun selkokielellä”

Edellisen argumentin kautta perusteltiin potilaiden tarvetta selkokieliseen suulliseen tietoon, joka auttoi päätöksentekoa.

Hoitomuodon päätöksenteon muutoksena voitiin tulkita digihoitopotilaiden tiedollisen määrän kasvaminen, ja tiedon parempi omaksuminen. Digihoidopotilaille oli tarjolla samaa tietoa, ja jokaisella potilaalla oli mahdollisuus omaksua sama määrä tietoa. Työn muutokseen suhtauduttiin myönteisesti siinä, että potilaiden arvioitiin saavan enemmän tietoa digihoitopolulla kuin hoitovastaanotoilla. Muutokseen, eli tiedollisen määrän kasvamiseen suhtauduttiin kielteisesti siinä, että kaikki digihoitopotilaat eivät ymmärtäneet informaatiosta samalla tavalla, ja potilaille tuli antaa suullisesti lisätietoa.

CODE-päätöksentekoteoriassa on hoitovaihtoehtojen esittelyn (presentation of choice) vaihe, jossa potilaat saavat tietoa hoitovaihtoehtoista. Digihoidopolulla on tarjolla tietoa hoitovaihtoehtoista. CODE-päätöksentekoteoria vahvistaa tiedon kognitiivisen vastaanottamisen vaikeuden mahdollisuutta digihoitopolulla. Teorian mukaan potilaille saattaa tulla kerralla paljon uutta tietoa ja päätöstilanne saatetaan kokea kognitiivisesti monimutkaiseksi ja uhkaavaksi. Tässä vaiheessa potilaat voivat kysyä, mitä valinta tarkoittaa minulle? tai, minkälaista tukea tarvitsen? Potilaat saattavat todeta, että eivät tehneet oikeaa valintaa. Tiedon paljous ja käsittelemätön tieto voidaan kokea tiedostetun terveystilanteen vuoksi uhkaavaksi. (Witt ym. 2012, 257-259.)

Hoitoon sitoutumisen heikkous voi johtua myös potilaan sisäisistä tekijöistä. Routasalo ym. (2009, 2353) mukaan potilaan sisäisiin tekijöihin kuuluu kognitiiviset kyvyt. Kognitiivisia kykyjä ovat muun muassa muistitoiminnot, tietojen sekä ohjeiden ymmärtäminen. Jaetun päätöksen kannalta potilaat menevät vastaanotolle digihoitopolun jälkeen saadun tiedon kanssa, jota voidaan käyttää yhteiseen päätöksentekoon. Jaettu päätöksenteko jää enemmän hoitajien vastuulle, jos potilas ei ole ymmärtänyt, tai omaksunut digihoitopolun informaatiota.

5.2.5 Potilaiden selviytymisen muutos

Tulosten mukaan digihoitopolku edisti ja rajoitti potilaiden selviytymistä digihoitopolulla. Selviytymistä edistävänä asiana potilaat soveltivat tietoa omakohtaisesti omaan elämään, joka valmisti tekemään hoitopäätöksen. Selviytymistä rajoittavana asiana potilaiden sairauden- ja kuolemanpelot aiheuttivat digihoitopolulla enemmän selviytymisen vaikeuksia kuin perinteisellä hoitopolulla.

Potilailla voi olla selviytymiskäyttäytymistä, johon saattaa liittyä ennakoivia negatiivisia tunteita, ja tämän takia potilas käyttäytyy välttelevästi, ja saa tilapäisesti aikaa säädellä tunteitaan (Power, Swartzman & Robinson 2011, 163-169).

CODE päätöksentekoteoriassa selviytymisstrategiat nähdään tärkeänä osana päätöksentekoa. Selviytymisstrategiat vaihtelevat potilaan sisäisten ominaisuuksien mukaan. Näitä voivat olla potilaan aktiivisuus, tilanteen välttäminen ja sosiaalisen tuen hakeminen. Potilaiden päätöksenteosta selviytyminen nähdään vuorovaikutteisena ja moniulotteisena. (Witt 2012, 259.) Potilailla on erilaisia selviytymisen resursseja käytössä, joita voidaan ottaa huomioon suunniteltaessa digihoitopolun käyttöä.

Tuloksia perusteltiin tekstinäytteillä. Digihoitopolku potilaan selviytymisen edistäjänä -luokassa argumentaatiossa tuotiin esiin potilaan hoitoratkaisujen tekeminen. Aineistositaatin mukaan asenteen kohteena oli potilaan optimistisuus ja tulevaisuuteen suuntautuneisuus.

”Kyllä mä uskon tähän -- et et silloin kun se [digihoitopolku] on hyvin käytössä ja sieltä on pystytty omaksumaan se tieto, niin tullaan valmiimpana [hoitopaamiseen] ja ajatellaan et tää vois oikeesti olla mun ratkaisu ja varmaan on ehditty sitä omaan elämään sovitaa.”

Edellisessä argumentissa tuotiin esiin tiedon omaksumisen tärkeyttä sekä tiedon soveltamista omaan elämään, sekä oman ratkaisun löytymistä. CODE-päätöksentekoteoriassa potilaan

mielitykset otetaan huomioon, ja päätöksentekoa tehdään monista vaihtoehdoista, ja tarvitaan potilaan arvojen tuntemista (Witt ym. 2012, 258).

Digihoitopolku selviytymisen resurssien rajoittajana -luokassa suhtauduttiin kielteisesti digihoitopolkuun sairauden- ja kuolemanpelon vähentäjänä. Alkuperäisen asenteen kohteena oli potilaiden sairauden -ja kuolemanpelko.

”En mä usko et tää digihoitopolku pystyy vähentämään sairauden ja kuolemanpelkoja sen enempää kuin perinteikään hoitopolku. Kyl mä luulen enemmän, et se vaatis sen perinteisen hoitopolun, jotta tallaisia asioita kuin pelkotiloja voidaan käsitellä. () ... se että potilas lukee tekstiä, jossa kerrotaan että ”sinulla ei ole mitään hätää” tai et-- se että ammattihenkilö sanoo, että sinulla ei ole mitään hätää, niin mä uskon, et sillä on paljon suurempi painoarvo...”

Aineistositaatissa tuotiin esiin pelkotilojen käsittelyn tarvetta. Argumentin mukaan tekstimuodossa potilaille annetun tiedon kautta pelot eivät vähentyneet, ja pelkoja vähentävä merkitys oli enemmän ammattihenkilöllä.

Hoitomuodon päätöksenteon muutoksena voidaan tulkita, että potilaiden selviytyminen päätöksenteosta muuttui perinteiseen hoitopolkuun verrattuna. Digihoitopolku tarjosi potilaille mahdollisuuden saada tietoa hoitovaihtoehdoista, ja aikaa löytää kaikkein paras ja miellyttävin hoitoratkaisu. Työn muutokseen asennoiduttiin myönteisesti siinä, että digihoitopolku edisti selviytymistä tiedon omaksumisen ja sen sovittamisen kautta potilaan elämässä. Digihoitopolku auttoi löytämään parhaan mahdollisen hoitoratkaisun tietoa omaksumalla. Kielteistä asennoitumista aiheutti digihoitopolun mahdollisuudet vähentää potilaiden sairauden- ja kuolemanpelkoja. Hoitajilla koettiin olevan suurempi painoarvo hätäntyneen potilaan kanssa.

Tutkimuksen mukaan masentuneisuus ja toivottomuus kuuluvat ihmisen persoonallisuustekijöihin, ja ne voivat johtaa hoidon huonoon sitoutumiseen (Routasalo ym. 2009, 2351-2359). Hoitopäätöksenä voidaan ajatella, että digihoitopotilaan kroonisesta munuaissairaudesta johtuva masennus voi siis johtaa siihen, ettei tietoa pystytä ottamaan vastaan. Jaetun päätöksenteon näkökulmalta masentuneet potilaat tarvitsevat enemmän tukea päätöksentekoon, sillä digihoitopolku rajoittaa jaettua päätöksentekoa.

CODE-päätöksentekoteoriassa neljäntenä vaiheena on mieltyömysten rakentaminen (preference construction), jossa potilaat tekevät arviointia tilanteesta, ja pohtivat heille mieluista hoitovaihtoehtoa. Päätöksen arviointia saatetaan tehdä tunnekeskeisesti, joka tarkoittaa hyvässä tilanteessa luottamuksen syntymistä päätöstä kohtaan. Potilaat voivat todeta pohdintojen (deliberation) jälkeen, että ovat täysin informoituja ja valmiita tekemään päätöksen.

Selviytymisstrategiat voivat vaihdella potilaiden päätöksissä yksilöllisten luonteenpiirteiden mukaisesti. (Witt ym. 2012, 259-260.) CODE-päätöksenteossa pohdinta- ja selviytymisprosessi liittyvät toisiinsa, ja voivat auttaa hoitohenkilökuntaa selvittämään selviytymisresursseja yhdessä potilaiden kanssa.

Dialyysisairaanhoidajien työ voi muuttua jaetun päätöksenteon suhteen siten, että potilaat saattavat tulla parhaassa tapauksessa valmiiksi perehtyneinä heidän mieltymysten mukaisten ratkaisujen kanssa hoitovastaanotolle. Thompson (2009, 227) mukaan potilas voi päättää, haluaako hän tehdä päätöstä itse, tai siirtää vastuuta lääkärille. CODE-päätöksentekoteoriassa potilas voi tarkistaa, lykätä tai välttää päätöksentekoa, tai tehdä lopullisen päätöksen. (Witt 2012, 256.) Johtopäätöksenä voidaan todeta jaetun päätöksenteon näkökulmalta että digihoitopotilas voi ottaa vastuuta dialyysipäätöksestä halutessaan, ja tehdä ratkaisuja ilman hoitohenkilökunnan tukea. Potilas voi myös selviytymisvaikeuksissa siirtää päätöstä hoitotapaamiseen, jossa päätöstä tehdään lääkärin ja sairaanhoitajan kanssa.

5.2.6 Hoitokontaktien muutos

Tulosten mukaan digihoitopolku edisti sekä rajoitti hoitokontaktien onnistumista. Digihoitopolku edisti hoitovastaanoilla hoitokontaktien sujumista jaetun päätöksenteon näkökulmalta. Digihoitopolku rajoitti hoitokontaktien saamista kuten vertaistukea digihoitopolun aikana enemmän, kuin perinteisellä hoitopolulla.

Vertaistuki tarjoaa potilaalle epävirallista pohdinta-apua hoitomuodon päätöksentekoon. Vertaistukiryhmät toimivat julkisen tuen rinnalla, joka perustuu omakohtaisten sairauskokemusten vuorovaikutukseen toisten samassa tilanteessa olevien kanssa (Mikkonen 2009, 168). Aikaisemman ulkomaalaisen tutkimuksen mukaan sähköiset terveystalvet voivat jopa helpottaa vertaistuen saamista, jolloin samaa sairautta sairastavat voivat löytää toisia samassa tilanteessa olevia potilaita (Fisher, Ballesteros, Bhushan, Coufal, Kowitt ym. 2015).

Asenteiden mukaan digihoitopolku hoitokontaktien edistäjänä -asenneluokassa asennoiduttiin potilaiden päätöksentekokykyyn myönteisesti digihoitopolun jälkeen. Asenteen kohteena oli potilaiden valmius hoitomuodon valintaan hoitotapaamisessa.

”No erityisesti se että - osa potilaista osaa sanoa, että mä en halua tätä hoitomuotoa sen takia, ku mä harrastan vaikka tätä ja tätä -- niin tuo ei sovi mun elämääni, mut sit taas tää toinen hoitomuoto sopii koska mä haluan tehdä näitä asioita mun elämässä -- osaa potilaat välillä sanoa, ihan perustellakin niitä asioita. (joo joo) - kyl se sieltä valmistaa niitä, jos oikeasti sen ajatuksella lukee

(niin just) - koska siellä on tietyt asiat mitkä estää, että ei voi tehdä vatsakalvodialyysiä, ja sitten hemodialyysissä on tietyt asiat mitkä pitää ottaa huomioon -- ja sitten joillekin käy molemmat hoitomuodot - ei oo mitään väliä kumman valitsee, mut sitten taas, jos on jotain tiettyjä harrastuksia, tai jotain muuta elämässä et kumpi (niin) hoitomuoto soljuu paremmin...”

Argumentissa nostettiin esiin potilaiden valmius päätöksentekoon, perustelutaito ja dialyysihoitomuotojen ja harrastusten yms. yhteensovittaminen.

Digihoitopolku hoitokontaktien rajoittajana -asenneluokassa otettiin kantaa vertaistuen saamiseen. Asenteen kohteena oli potilaiden vertaistuen saaminen, joka sisälsi väitteen, että perinteisen ja digitaalisen hoitopolun potilaat saivat vertaistukea yhtä paljon.

”Ei saa - minun käsitykseni mukaan siellä ei ole vertaistukea saatavilla digihoitopolulla niin kuin tällä perinteisellä hoitopolulla. Esimerkiksi tällä ryhmätapaamisella hehän voivat sitten keskenään vaihtaa ajatuksiansa.”

Argumentissa tuotiin esiin, että vertaistukea ei ollut saatavilla digihoitopolun kautta. Perinteisen hoitopolun ryhmätapaamisissa oli mahdollisuus saada vertaistukea tai verkostoitua.

Tekstinäytteiden avulla voitiin perustella hoitomuodon päätöksenteon muutosta, ja myönteistä ja kielteistä asennoitumista muutokseen. Hoitomuodon päätöksenteon muutoksena voidaan tulkitella digihoitopotilaiden hoitokontaktien laadullinen muutos. Myönteisten asenteiden mukaan hoitokontaktit sujuivat hoitotapaamisessa paremmin potilaiden osatessa paremmin perustella valintaa omaksutun tiedon perustella. Lisäksi hoitotapaamiset sujuivat paremmin, jos digihoitopotilaat olivat kunnolla perehtyneet digihoitopolun sisältöön. Kielteisten asenteiden mukaan digihoitopolku vaikeutti vertaistuen saamista, joka oli perinteisen hoitopolun potilaiden kohdalla helpompaa ryhmätapaamisten vuoksi.

Hoitokontaktit edistävät päätöksentekoa. Jaettu päätöksenteko muuttui siten, että potilaat tulivat hoitovastaanoille paremmilla tiedoilla ja parhaassa tapauksessa alustavan päätöksen kanssa. CODE-päätöksentekoteorian viimeisenä päätöksenteon vaiheena on päätöksen vakauttaminen ja lujittuminen. Teorian mukaan päätöksen vahvistaminen auttaa potilasta elämään päätöksenteon jälkeisten seurausten kanssa tulevaisuudessa. (Witt ym. 2012, 257-259.) CODE-päätöksentekoteorian mukainen vakauttamisvaihe sopii hyvin digihoitopolun jälkeiseen hoitotapaamiseen, jossa päätöksentekoa jatketaan. Verkostoituminen ja vertaistuki antaisivat aineksia päätöksentekoa varten jo digihoitopolulla. Yhden aineistossa olevan argumentin mukaan vertaistuki alkoi kiinnostamaan potilaita vasta dialyysin aloituksen jälkeen. Tätä argumenttia ei jatkoluokiteltu tutkimuskehikseen sopimattomana.

5.2.7 Asiakslähtöisyyden muutos

Tulosten mukaan digihoitopolku edisti sekä rajoitti asiakslähtöistä palvelua. Digihoidopolku edisti asiakslähtöistä hoitomuodon päätöksentekoa ollen yksi asiakslähtöisistä keinoista. Rajoittavana tekijänä oli asiakslähtöisyyden toteutumisen silloin kun potilaiden henkilökohtaiset tuen tarpeet kasvoivat suuriksi.

Asiakslähtöisessä palvelumallissa asiakkaalle annetaan vastuuta omasta terveydestä ja hyvinvoinnista, ja olennaista on asiakslähtöinen palvelukokemus (Rauhala & Kinnunen 2017, 256). Tulosta perusteltiin tekstinäytteellä. Digihoidopolku asiakslähtöisyyden edistäjänä -luokassa digihoidopolkuun suhtauduttiin asiakslähtöisyyttä edistävänä asiana. Asenteen ilmaisun kohteena oli asiakslähtöisyys.

”... sitä että se kylhän tää edistää asiakslähtöisyyttä niin digihoidopolku olkoon yksi hyvä keino -- sieltä saa informaatiota () ...ja sitten taas ne joille tää ei ko-lahta niin käytetään muita keinoja...”

Edellisessä aineistositaatissa digihoidopolkua arvoitettiin hyväksi asiakslähtöiseksi keinoksi. Asiakslähtöisyys edisti hoitomuodon päätöksentekoa, jos asiakas oli tyytyväinen informaation saamisen tapaan.

Digihoidopolku asiakslähtöisyyden rajoittaja -luokassa asiakslähtöisyyttä perusteltiin potilaiden henkilökohtaisilla tuen tarpeilla. Asenteen ilmaisun kohteena oli asiakslähtöisyys.

”Elikkä, jos mä kohtaan ihmisen ni ehkä mä pystyn paremmin hänen yksilölliset tarpeensa huomioon, että kun olemme rakentaneet sitä digitaalista palvelua ni sehän on rakennettu massalle -- ja sitten jos kohtaa ihmisen henkilökohtaisesti niin siinä pystyy paremmin katsomaan mitkä ovat juuri tämän ihmisen tarpeet, tai tämän ihmisen kysymykset, tai mikä häntä askarruttaa. (joo) ehkä niihin sit-ten enemmän voi antaa informaatiota.”

Edellisen aineistositaatin perusteella potilaan asioita voitiin kartoittaa tarpeiden huomioinnin kautta, jota digihoidopolku ei tarjonnut päälähtökohtaisesti.

Aineistosta voidaan tulkita, että dialyysisairaanhoidajan työn muutoksena digihoidopolku toi uusia mahdollisuuksia palvella potilaiden päätöksentekoa asiakslähtöisesti. Muutokseen asenoiduttiin myönteisesti siinä, että potilaille annettiin mahdollisuus asiakslähtöisesti valita informaation saamisen tapa, eli valita perinteinen tai digitaalinen hoitopolku. Kielteisissä

asenteissa tuli esiin muun muassa potilaiden henkilökohtaiset tarpeet. Koettiin, että digihoitopolku oli massoille rakennettu, joka ei palvelut henkilökohtaisissa tiedon tai tuen tarpeissa asiakaslähtöisesti.

Johtopäätöksenä voidaan ajatella, että digihoitopolku ei pysty vastaamaan tiedoillaan, jos potilailla on paljon henkilökohtaisia kysymyksiä. Witt ym. (2012, 259) mukainen CODE-päätöksenteoria perustuu ratkaisu- ja emootiokeskeiseen päätösmalliin, sekä selviytymisstrategioiden valintaan, jossa kysymysten ja vastausten kautta päätöksenteko edistyy vakautettuun päätökseen. Digihoitopolku lisää asiakaslähtöisiä palveluja, mutta muuttaa asiakaslähtöistä ajattelua siten, että ei ole itsestään selvää, että digihoitopolulla toteutuu kaikkien asiakkaiden kohdalla asiakaslähtöisyys.

Asiakaslähtöisessä palvelumallissa asiakkaat kantavat vastuuta omasta terveydestä ja hyvinvoinnista, jossa olennaista on asiakaslähtöinen palvelukokemus (Rauhala & Kinnunen 2017, 256). Voidaan ajatella, että potilaat ottavat vastuuta päätöksenteosta sen verran kuin kokevat parhaaksi esimerkiksi selviytymisen näkökulmalta. Vastuun ottamisen määrä vaihtelee eri potilailla, joka voidaan nähdä asiakaslähtöisenä ratkaisuna varsinkin niille potilaille, jotka haluavat ottaa päätöksentekoon liittyvää vastuuta itselleen. Johtopäätöksenä voidaan ajatella, että dialyysisairaanhoidajat tukevat potilaita sen verran, kun potilas tarvitsee asiakaslähtöisyyden toteutumisen näkökulmalta. Voidaan ajatella, että päätöksen tekeminen puolesta ei ole omaehtoisille potilaille asiakaslähtöistä hoitoa.

5.3 Tulosten yhteenveto

Työyhteisöissä tarvitaan tietoa digitaaliseen muutokseen liittyvistä asenteista, joiden kautta palvelumuutoksen läpivieminen nopeutuu. Työn muutoksia tarkasteltiin saman työyhteisön työntekijöiden asenteiden kautta. Asenteita tutkittiin suhteessa sosiaaliseen maailmaan, jotka muodostuivat toiminnan ja kommunikaation välityksellä (Vesala ym. 2007, 23). Tutkimuskysymyksiä asettamisen kautta oltiin kiinnostuneita dialyysisairaanhoidajien muutosasenteista palvelumuutosta kohtaan, sekä työn muutoksista, jotka kohdistuivat hoitomuodon päätöksentekoon.

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä oltiin kiinnostuneita dialyysisairaanhoidajien muutosasenteista. Muutosasenteita tutkittiin kahden digihoitopolkua arvottavan pääluokan kautta. Digihoitopolku päätöksenteon edistäjänä -luokkaan muodostui 48 asenteen laatua, ja digihoitopolku päätöksenteon rajoittajana -luokkaan muodostui 35 asenteen laatua. Päätuloksen mukaan dialyysisairaanhoidajat asennoituivat digihoitopolkuun enemmän myönteisesti kuin kielteisesti.

Asenteiden ilmaisuissa oli mukana paljon kielteistä asennoitumista digihoitopolun käyttöön liittyen.

Edellä mainituista digihoitopolkua arvottavista luokista syntyi tuloksena neljätoista muutosasenteen luokkaa, joista seitsemässä asennoiduttiin myönteisesti ja seitsemässä kielteisesti digitaaliseen hoitopolun käyttöön. Hoitomuodon päätöksentekoon liittyen muodostui asenneluokkia, joita olivat päätöksentekoprosessi, dialyysisairaanhoidajien resurssit, potilaiden digitaalinen edistymisen seuranta, potilaiden tiedon omaksumisen, potilaiden päätöksenteosta selviytyminen, hoitokontaktit ja asiakaslähtöisyys.

Asenneluokkien tarkasteluista erottui kaksi luokkaa, jotka olivat hoitokontaktit -asenneluokka ja päätöksentekoprosessi -asenneluokka. Digihoitopolku hoitokontaktien edistäjänä -luokassa oli kaikkiin asenneluokkiin verrattuna eniten myönteisiä asenteiden laatuja, ja digihoitopolku päätöksentekoprosessin rajoittajana -luokassa oli eniten kielteisiä asenteita. Dialyysisairaanhoidajat asennoituivat digihoitopolkupertilaisiin hoitotapaamisen näkökulmasta myönteisesti. Potilaat olivat esimerkiksi valmiimpia valitsemaan dialyysihoitomuotoa, ja potilailla oli selkeämmät käsitykset hoitomuodoista ja potilaille ei tarvittu antaa kaikkea tietoa hoitovastaanotolla. Potilaat olivat myös ehtineet tehdä osittain valintaa ja osasivat perustella asioita. Digihoitopolku päätöksentekoprosessin rajoittajana -asenneluokassa kielteisyyttä aiheutti potilaiden epävarmuus päätöksenteosta, väärät mielikuvat hoitomuodoista, kokemattomuus dialyysivalinnasta ja sopimattomat dialyysivalinnat. Suurin osa ei ollut tehnyt asenteiden mukaan dialyysipäätöstä digihoitopolun aikana. Lisäksi kielteistä asennetta aiheuttivat masentuneiden potilaiden mahdolliset vaikeudet ja kykenemättömyys valmistautua digihoitopolulla päätöksentekoon. (Liite 6).

Toisessa tutkimuskysymyksessä haluttiin tietää muutosasenteiden tulkinnan perusteella työn muutoksista, jotka kohdistuivat hoitomuodon päätöksentekoon. Päätuloksena digihoitopolku muutti hoitomuodon päätöksentekoa perinteiseen hoitopolkuun verrattuna. Palvelumuutos muutti työtä digitaalisen työn lisäksi muillakin tavoin. Työn muutokset olivat tulkinnan mukaan luonteeltaan digitaalisia, käytännöllisiä ja asenteellisia. Esimerkiksi potilaita voitiin seurata digihoitopolulla digitaalisesti, potilaisiin suhtauduttiin hoitomuodoista tietävinä oman elämän asiantuntijoina, ja käytännössä hoitovastaanotot sujuivat paremmin digihoitopolun ansiosta. Potilaat olivat valmistautuneempia tekemään hoitovastaanotolla lopullisia päätöksiä.

Työn muutoksena oli päätöksentekoprosessin muuttuminen. Digihoidopotilaat aloittivat hoitomuodon päätöksenteon perinteisen hoitopolun sijasta digihoitopolulla, ja jatkoivat päätöksentekoa digihoitopolun jälkeisellä hoitovastaanotolla. Potilaat saivat digihoitopolulla hoitomuodoista tietoa ja täyttivät sähköisiä kyselyitä. Digihoitopolku jakoi sähköisesti informaatiota aikaisemmin sairaanhoidajien jakaman informaation sijasta, joka muutti jaettua päätöksentekoa

etäisemmäksi. Potilaat saivat samaa informaatiota kuin perinteisellä hoitopolulla olevat potilaat, ja hoitajien resursseja voitiin käyttää muihin työtehtäviin. Dialyysisairaanhoidajat hakivat tietoa ilman potilaskontaktia digihoitopolulta jaetun päätöksenteon tueksi. He saivat potilastietoa potilastietojärjestelmän lisäksi digihoitopolulta. Digihoitopotilaat pystyivät ilmaisemaan sähköisten kyselyjen kautta, mistä hoitomuodoista olivat kiinnostuneita.

Hoitomuodon päätöksenteko muuttui digihoitopolun mahdollistaessa potilaiden tiedon omaksumista itsenäisesti. Potilailla oli aikaa omaksua tietoa digihoitopolulla, ja he pystyivät ottamaan halutessaan vastuuta hoitomuodon valinnasta. Potilaat saivat enemmän tietoa digihoitopolulla kuin hoitovastaanotoilla oli mahdollista ajallisesti jakaa potilaille. Digihoitopotilaiden kohdalla selviytyminen pelkojen kanssa muodostui haastavammaksi kuin perinteisellä hoitopolulla. Potilailla oli silti mahdollisuus sovittaa tietoa ja ratkaisujaan paremmin omaan elämään ja kokea ratkaisut itselle mieluisiksi. Digihoitopolkupotilailla oli mahdollisuus ajallisesti tehdä digihoitopolulla rauhassa itselle parasta dialyysivalintaa. Lisäksi digihoitopolku muutti vertaistuen saatavuutta verrattuna perinteiseen hoitopolkuun. Perinteisellä hoitopolulla ryhmätapaamiset antoivat mahdollisuuksia saada vertaistukea paremmin. Digihoitopotilailla ei ollut samanlaisia mahdollisuuksia saada vertaistukea. Hoitomuodon päätöksenteko muuttui lisäksi enemmän asiakaslähtöiseksi digihoitopolun tullessa yhdeksi polkuvaihtoehdoksi perinteisen hoitopolun rinnalle. Asiakkaat valitsivat itselleen sopivan hoitopolun hoitomuodon päätöksentekoon.

CODE-teoriaa peilattiin digihoitopolkuun liittyviin hoitomuodon päätöksenteon muutoksiin, ja yhteenvetona voidaan todeta, että jaettu päätöksenteko muuttui digihoitopolulla etäisemmäksi, ja vaati potilailta enemmän aktiivisuutta ja vastuuta. Lisäksi voidaan todeta, että CODE-päätöksentekoteorian mukaiset päätöksentekovaiheet (terveysuhkan kokeminen, valintavaihtoehtojen esittely, valintavaihtoehtojen tulkinta, mieltymysten mukainen päätöksenteko, lopullinen päätös ja päätöksen vakauttaminen) toteutuivat aktiivisten digihoitopotilaiden kohdalla paremmin, joilla oli tarpeeksi hyvät selviytymisresurssit. Dialyysisairaanhoidajien asenteiden tulkinnan mukaan digihoitopotilaiden valitessa selviytymisresurssiksi sosiaalisen tuen, vähensi se päätöksenteon edistymistä. Dialyysisairaanhoidajien asenteissa tuli selvästi ilmi potilaiden päätöksenteon tuen tarve.

CODE-päätöksentekoteoriassa on mieltymysten mukaisen päätöksenteon ja lopullisen päätöksenteon vaiheet (Witt ym. 2012, 259). Nämä vaiheet toteutuivat digihoitopolkuvaiheessa huonosti. Dialyysisairaanhoidajien asenteiden mukaan potilaat eivät tehneet usein alustavia päätöksiä digihoitopolulla, mutta potilaat tulivat digihoitopolulta hyvässä tilanteessa täysin valmistautuneina tekemään mieltymysten mukaisia päätöksiä omaksutun tiedon varassa, ja tekivät päätöksiä jaettuna päätöksentekona nefrologin ja sairaanhoidajan kanssa hoitovastaanotolla. Digihoitopolulta puuttui keskusteluapu ja vertaistuki, joka vaikutti siihen, että potilaskohtaiset

kysymykset jäivät digihoitopolkuvaiheessa auki liian pitkäksi aikaa, ja päätöksenteko ei edistynyt.

CODE-päätöksentekoteorian mukainen päätöksen vakauttaminen ja lujittuminen ovat viimeinen päätöksenteon vaihe (Witt ym. 2012, 259). Tämä vaihe toteutui viimeistään hoitotapaamisessa jaettuna päätöksentekona. Yhteenvedona voidaan todeta, että parhaassa tapauksessa potilaat ottavat digihoitopolulla tiedon kautta vastuuta paljon, ja he tulevat hoitovastaanotolle mieltymysten mukaisten ja heille sopivien päätösten kanssa, jolloin hoitovastaanotolle jää vain päätöksen vakauttaminen. Dialyysisairaanhoitajien asenteiden mukaan päätöksen vakauttaminen oli helppoa niille potilaille, joille oli mahdollista valita lääketieteellisesti mikä tahansa dialyysimuoto. Osalla potilaista oli lääketieteellisiä rajoitteita, ja joskus sopimattomia dialyysivalintoja jouduttiin vaihtamaan.

5.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusaiheen valinta kuuluu eettisiin valintoihin (Tuomi & Sarajärvi 2018, 153). Dialyysisairaanhoitajien asenteiden tutkiminen oli eettinen valinta. Opinnäytetyön aloituksessa pohdintaa tehtiin tutkimusasetelman soveltuvuudesta hoitohenkilökunnan digitaalisen palvelumuutoksen tutkimiseen. Opinnäytetyön suunnitelmassa laadulliseen asennetutkimukseen päätettiin ottaa relativistis-konstruktivistinen näkökulma, eli asenteisiin suhtauduttiin haastattelutilanteessa sosiaalisesti rakentuvina asenteen ilmaisuina, joilla oli organisaatiokulttuurinen pohja. Tarkoituksena ei ole ollut käsitellä asenteita ihmismielen pysyvänä rakenteina.

Asenteiden voidaan katsoa rakentuvan kommunikaation aikana, ja voidaan puhua asenteen tuottamisesta, asenteeseen päätyemisestä tai asenteen ottamisesta (Vesala ym. 2007, 27). Dialyysisairaanhoitajille tiedotettiin tutkimustiedotteella etukäteen laadullisen asennetutkimuksen metodista. Tutkimuspäivänä tutkittaville annettiin tarkempaa tietoa virikehaastatteluun liittyvästä kannanottojen ja perustelujen tuottamisesta.

Opinnäytetyössä on huomioitu tutkittavien henkilöiden anonymiteetti. Tutkimushaastatteluista tehdyissä litteraateihin ei ole liitetty haastateltavien nimiä. Tutkimukseen liittyvien yhteistyötahojen työntekijöiden ja tutkittavien henkilöiden nimet on jätetty pois myös tutkimusraportista. Suoriin aineistositaatteihin ei ole liitetty haastateltavien tunnistenumeroita, ja niiden sisällöistä on poistettu tunnistettavat nimet ja paikat.

Tutkimuksen luotettavuuteen kuuluu käytettyjen metodien kuvaus ja tulkintojen jäljitettävyyys, joista voidaan tehdä useita erilaisia perusteltuja tulkintoja erilaisia näkökulmia painottaen, ja jossa päättelyketjujen kokonaisvaltainen esittäminen on keskiössä (Puusi & Juuti, 2020, 188).

Opinnäytetyössä on pyritty perustelemaan tutkittavan ilmiön ominaisuuksia mahdollisimman laajasti, ja tuomaan ilmi tutkimuskriittisiä näkökohtia, jotka luovat lukijalle realistisen kuvan tutkimustuloksista. Tutkimuksen uskottavuutta perustellaan tutkittavan ilmiön syvällisen ymmärtämisen kautta (Pusa 2020, 190), joka tulee ilmi luokittavan -ja tulkitsevan analyysin kautta.

Tutkimuksen luotettavuuteen liittyy myös tulosten yleistettävyys tutkimuksen ulkopuolelle. Laadullisessa tutkimuksessa tallainen yleistettävyys ei ole keskeistä, vaan luotettavuutta perustellaan ilmiön syvällisen ymmärtämisen kautta, sekä monipuolisen tulkinnan kautta. Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti tulee kyseeseen vain, jos tutkimuksessa päästäisiin tutkimaan objektiivista totuutta, mutta laadullisessa tutkimuksessa tutkijan persoona sekä tieteenfilosofiset ja subjektiiviset valinnat vaikuttavat tuloksiin niin paljon, (Puusa ym. 2020, 190,) että puhdas objektiivisuus on mahdotonta.

Laadullisessa asennetutkimuksessa aineiston kielellisten puhetekojen kautta rakentuu retorisia asenteita. Tutkijaa voidaan pitää myös kulttuurisena toimijana, ja tärkeää on valita tutkimukseen sopiva tyyli ja tulkintatapa, jossa henkilökohtaiset kokemukset ja yhteiskunnalliset asemat auttavat tutkijaa näkemään tiettyjä asioita. (Jokinen ym. 2016, 423-424.) Opinnäytetyön edessä ymmärrys aineiston tulosten rakentumisesta kasvoi, sekä analysoijan roolini vahvistui. Ymmärsin, että aineistoa voidaan katsoa eri filosofoiden ja tulkintakehysten kautta, ja silti kyseessä oli luotettava tutkimus. Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi opinnäytetyöntekijän sairaanhoitajan ammatti, joka vaikutti positiivisesti terveydenhuollon alaan liittyvien työn haasteiden, sairaanhoitajien puhetapojen ja heidän selontekojensa ymmärtämällä. Opinnäytetyössä annettiin mahdollisuus dialyysisairaanhoidajille argumentoida digitaalisen palvelumuutoksen seurauksena muuttunutta työn sisältöä työtehtävien ja potilaan näkökulmilta, ja tuoda tällä tavalla muutokseen liittyviä asenteita julki.

Haastatteluaineisto suunniteltiin ja kerättiin opinnäytetyöntekijän toimesta. Aineiston analyysi sujui hyvin, mutta vei aikaa paljon. Aineiston äänitallenteiden sekä niiden litteraattien kautta voitiin haastattelutilanne muuttaa vielä myöhemminkin eläväksi. Tallenteet auttoivat osaltaan aineiston sisällön ymmärtämisessä, ja siten paremman analyysin tekemisessä.

Opinnäytetyössä pyrittiin reflektomaan asenteiden tutkimiseen liittyviä ratkaisuja eettiseltä näkökulmalta. Teksteissä ja liitteissä pyrittiin tuomaan asenteiden rakentumisesta tietoa mahdollisimman kattavasti. Asennetutkimuksessa tulisi tietää asenteiden alkuperäiset kohteet, sillä asenteet rakentuvat kannanotosta tiettyä asennekohdetta kohtaan. Myönteisten ja kielteisten kantojen ja niihin liittyvien perustelujen erottaminen muutti asenteiden arvottavaa näkökulmaa. Vesala ym. (2007, 49) mukaan kehysanalyttinen lähestymistapa tarjoaa perusvälineen tunnistaa ja jäsentää erilaisia tulkintaperspektiivejä. Asenteisiin liittyviä perusteluja eroteltiin

digihoitopolun käyttöä edistäviin ja rajoittaviin luokkiin, ja pystyttiin tulkitsemaan aineistoa digihoitopolun käytön kannalta. Tiedot alkuperäisistä väittämäloukista ja kannanotoista haluttiin säilyttää luotettavuuden vuoksi, joista löytyy tietoa tutkimustaulukko 3:ta asiasta kiinnostuneille lukijoille.

6 Pohdinta ja johtopäätökset

Tässä opinnäytetyössä on kuvattu työn muutosta yhden organisaation työkuultuuriin muodostuneiden muutosasenteiden kautta. Vesala ym. (2017, 30) mukaan asenteisiin voidaan liittää sosiaalinen ja kulttuurinen konteksti. Tämä tarkoittaa, että dialyysisairaanhoitajien asenteet voivat muuttua muutostilanteen edistyessä organisaatiotasolla eteenpäin.

Laadullisen asennetutkimuksen soveltaminen terveydenhuollon digitaaliseen palvelumuutokseen on ollut kiinnostavaa ja moniulotteista. Opinnäytetyöntekijänä olen osallistunut dialyysisairaanhoitajien kielellisten argumenttien kautta rakentamaan työn muutoksen todellisuutta. Laadullisen asennetutkimuksen avulla voitiin tuoda myönteisiä ja kielteisiä asenteita selkeämmin esiin. Relativistis-konstruktivisen filosofian kautta muutosasenteita voitiin tutkia osana työkuultuuria. Digihoitopolkuun liittyviä kielteisiä asenteita ei tulkittu muutosvastarintana, vaan yhtä hyödyllisinä muutosasenteina kuin myönteisiäkin asenteita.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia digitaaliseen palvelumuutokseen liittyviä työn muutoksia, jotka nousivat esille asenteiden kautta. Opinnäytetyön alussa oletettiin, että hoitomuodon päätöksenteko on muuttunut perinteisen hoitopolun digitalisaation jälkeen. Tulkittujen asenteiden mukaan hoitomuodon päätöksenteko on muuttunut paljon digihoitopolun käytön aikana. Dialyysisairaanhoitajat ovat tottuneet digihoitopolun käyttöön ja potilaita liitetään digihoitopolulle aloittamaan hoitomuodon päätöksentekoa. Vielä ei kuitenkaan olla omaksuttu täysin digihoitopolun tuottavampaa käyttöä. Tämä näkyi hoitokuultuurin mukaisissa digihoitopolun käyttöä rajoittavissa asenteissa, joita ei oltu vielä ratkaistu.

Muutosasenteilla arvoitettiin hoitomuodon päätöksentekoon liittyviä osa-alueita. Asenteiden uudelleenkehystämisen kautta muodostettiin asenneluokkia, joita olivat päätöksentekoprosessi, dialyysisairaanhoitajien resurssit, potilaiden digitaalinen seuranta, tiedon omaksuminen digihoitopolulla, potilaiden selviytyminen, hoitokontaktit ja asiakaslähtöisyys. Asenteiden perusteella hoitomuodon jaettu päätöksenteko muodostui monista osa-alueista, jotka jakautuivat sairaanhoitajien osaamiseen ja resursseihin, sekä potilaiden päätöksentekoon liittyvään sitoutumiseen ja ominaisuuksiin.

Muutosasenteiden mukaan digihoitopolku rajoitti digihoitopolulla alkavaa päätöksentekoprosessia enemmän kuin edisti sitä, mutta edisti hoitotapaamisessa hoitokontaktin sujumista enemmän kuin rajoitti sitä. Tämä kertoo siitä, että dialyysisairaanhoidajat eivät olettaneet potilaiden tekevän vielä digihoitopolkuvaiheessa päätöksiä, jossa nähtiin riskejä, kuten sopimattomat dialyysivalinnat. Digihoitopolun jälkeisen hoitotapaamisen suhteen digihoitopotilaiden päätöksentekovalmiuksiin asennoiduttiin enemmän myönteisesti kuin kielteisesti.

Asenteiden mukaan digihoitopolku ei korvannut hoitajaa jaetun päätöksenteon osalta. Digihoitopolku tuki jaettua päätöksentekoa valmistaen potilaita hoitotapaamisessa tehtävään päätöksentekoon. Digihoitopolun aikana jaettu päätöksenteko oli etäistä. Esimerkiksi potilaiden päätöksenteon edistymistä ja kiinnostuksen kohteita seurattiin keskustelujen sijasta digitaalisesti omahoitopolun kyselyjen kautta. Digitaaliseen muutokseen liittyvien tutkimusten mukaan digitaaliset palvelut ovat muuttaneet hoitaja-potilassuhdetta etäisemmäksi (Öberg ym. 2018, 961-970; Koivunen ym. 2018, 40).

CODE-päätöksentekoteoriaa heijastettiin laadullisiin tuloksiin. Digihoitopotilaan päätöksenteko ei toteutunut kaikilta osin CODE-päätöksentekoteorian mukaisesti. Teorian mukaan potilaiden päätöksenteko perustuu informaation kognitiiviseen ymmärtämiseen ja tilanteen emotionaalisuuden käsittelyyn, jossa merkittävänä edistävänä tekijänä on päätöstä edeltävä keskustelu (Witt ym. 2012, 260). Päätökseen liittyvä keskustelu toteutui usein vasta digihoitopolun jälkeisessä hoitotapaamisessa, joka saattoi tulla digihoitopotilaiden päätöksentekoa ajatellen liian myöhään, ja rajoitti päätöksen tekemistä digihoitopolulla. Johtopäätöksenä voidaan sanoa, että osa digihoitopotilaista jää liian yksin kriittisessä aloitusvaiheessa. Digihoitopolkupotilaiden kohdalla CODE-teorian mukainen päätöstä edeltävä keskusteluvaihe on muuttunut digihoitopolulla sähköisen informaation itsenäiseen omaksumiseen ja pohdintaan. Johtopäätöksenä voidaan sanoa, että potilaat ovat digihoitopolulla uuden tilanteen ja uuden tiedon edessä, joka vaatisi heti yhteistyötä hoitohenkilökunnan kanssa. Silti suurelle osalle potilaista digihoitopolku oli hyvä vaihtoehto, jossa toteutui asiakaslähtöisyys.

Opinnäytetyön tulokset ja niistä muodostuneet kehittämissuositukset annetaan kohdeorganisaation henkilöstölle kehitysehdotustaulukkona ja tarvittaessa diaesityksenä (liite 8). Kehittämissuositukset perustuvat tuloksina muodostuneiden asenneluokkien sisältöön ja lisäksi CODE-päätöksentekoteoriaan. Digihoitopolun kehittäminen vaatii palvelumuutoksen aiheuttamien työn muutosten kokonaisuuden tiedostamista omassa työssä. Kokonaisuuteen kuuluvat digitaaliset, käytännölliset ja asenteelliset työn muutokset, jotka tarkoittavat työn muutosten monitasoisuutta.

Digihoitopotilaan ja dialyysisairaanhoidajan yhteistä päätöksentekoa voidaan kehittää tehostamalla vuorovaikutteista jaettua päätöksentekoa. CODE-päätöksentekoteorian mukaiset

kognitiivis-emotionaaliset selviytymisresurssit tulisi huomioida ennen potilaan hoitopolun valintaa. Digihoitopolkuvaiheen aikaista yhteydenpitoa potilasiin tulee kehittää siten, että keskustelu ja päätöksenteon tuki on digitaalisessa yhteistyössä luontevaa. Digihoitopolun vaikuttavuutta voidaan lisätä mahdollistamalla potilaiden tiedon kognitiivista ja emotionaalista omaksumista hoitajien tuen avulla. Potilaat pääsevät tällä tavalla digihoitopolulla päätöksenteossa pidemmälle ja digihoitopolku tuottaa enemmän hyötyä potilaille, hoitohenkilökunnalle ja sairaalalle. Digihoitopolun jälkeistä hoitotapaamista voisi kehittää CODE-päätöksenteorian mukaisena alustavan päätöksen vakauttajana ja lujittajana.

Jatkotutkimusta ajatellen olisi tärkeää tutkia potilaiden saavuttamaa CODE-päätöksentekoteorian mukaista edistymisen vaihetta digihoitopolun jälkeiseen hoitotapaamiseen tultaessa. Tämä antaisi tietoa digihoitopolun tuottamasta hyödystä koko päätöksentekoprosessiin, ja miten digihoitopolkuun liittyvää päätöksentekoprosessia voisi kehittää. Lisäksi jatkotutkimuksena tulisi tutkia digitaalisten seurantatietojen vuorovaikutteista käyttöä. Sairaanhoitajien yhteydenpito voisi sujua digihoitopotilaaseen luontevammin potilaiden raportoidessa digihoitopolulla edistymisestään tietyin väliajoin. Digihoitopolkuun liitetyt vuorovaikutteiset seurantajärjestelmät tukisivat datakeskeistä yhteydenottoa potilaiden kanssa. Tällä tavalla potilaat saisivat enemmän tukea, ja sairaanhoitajat voisivat potilaiden kanssa tehdä digitalisaation tukemana jaettava päätöksentekoa. Jatkotutkimuksen kannalta muutosasenteiden tutkimista voitaisiin jatkaa digitaalisen palvelumuutoksen edistyessä uuteen muutokseen.

Opinnäytetyön tuloksia ei voida yleistää tai siirtää toiseen sairaalaan tai toiseen dialyysiyksikköön, mutta voidaan kuitenkin soveltaa joiltakin osin muihin omahoitopolkuihin. Tutkimustulokset pätevät vain tutkitun yksikön työkuultuurin mukaiseen muutostilanteeseen. Terveystuollon digitaalinen palvelumuutos etenee suomalaisessa yhteiskunnassa koko ajan eteenpäin, ja opinnäytetyön tulokset kertovat tietystä muutosvaiheen ajankohdasta.

Digitaalinen palvelumuutos on muuttanut dialyysisairaanhoitajan työtä. Dialyysisairaanhoitajat ovat tuoneet asiantuntevia argumentteja esille yhteiseen pohdintaan siitä, miten hoitomuodon päätöksenteko on muuttunut digitaalisen palvelumuutoksen jälkeen. Uskon, että terveydenhuollon ammattilaisille on rakentumassa palvelumuutoksen läpiviennin aikana uusia työ- ja palveluasenteita, käytäntöjä ja ideoita.

Lähteet

Painetut lähteet

Eräsaari, R., Lindqvist, T., Mäntysaari, M., ja Rajavaara, M. 1999. Arviointi ja asiantuntijuus. Tampere: Gaudeamus.

Friese, S. 2019. Qualitative data analysis with atlas.ti. London etc: Sage Publications Ltd.

Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvuori, J. 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino.

Jokinen, A., Juhila, K. & Suominen, E. 2016. Diskurssianalyysi. Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö. Tampere: Vastapaino.

Juuti, P. 2006. Organisaatiokäyttäytyminen. Helsinki: Otava.

Juuti, P. & Puusa, A. 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Tallinna: Gaudeamus Oy.

Nikander, P. 2010. Laadullisten aineistojen litterointi, kääntäminen ja validiteetti. Teoksessa Nikander, P., Ruusuvuori, J. & Hyvärinen, M. (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 432-445.

Thompson, C. & Dowding, D. 2009. Essential decision making and clinical judgement for nurses. London: Elsevier.

Tiittula, L. (toim.). & Nuolijärvi, P.(toim.). 2016. Puheesta tekstiksi. Turenki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.

Törrönen, J. 2017. Virikehaastattelu. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvuori, J.(toim.). Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino, 233-255.

Vesala, K. M. & Rantanen, T. (toim.). 2007. Argumentaatio ja tulkinta: Laadullisen tutkimuksen lähestymistapa. Helsinki: Helsinki university press.

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi

Sähköiset lähteet

- Alasoini, T. 2018. Digitalisaatiolla työn uudelleenajatteluun. Millaista tutkimusta ja kehittämistä tarvitaan? Helsinki: Työterveyslaitos. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137397/TTL-978-952-261-842-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Alhonen, J., Björklund, R., Bosisio-Hillberg, K., Hännikäinen, S., Kaartinen, A. & Koskinen, K. 2019. Terveystenhuollon sähköiset asiointipalvelut. Arviointimuistio. Viitattu 9.10.2021. <https://www.arviointikertomus.fi/sites/default/files/pdf/article-me-mo/2020/Terveystenhuollon%20s%C3%A4hk%C3%B6iset%20asiointipalvelut.pdf>
- Aaltonen, S. 2019. Dialyysipotilas vuodeosastolla. Duodecim, 135 (20), 1975-1980. Viitattu 1.3.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2019/20/duo15203>
- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus. E-kirja. Tampere: Vastapaino.
- Ammenwerth, E, Iller, C, & Mahler C. 2006. IT-adoption and the interaction of task, technology and individuals: a fit framework and a case study. Viitattu 4.7.2022. BMC med Inform decis mak. 6 (3). [doi: 10.1186/1472-6947-6-3](https://doi.org/10.1186/1472-6947-6-3). PMID: 16401336; PMID: PMC1352353.
- Billig, M. 1996. Arguing and thinking: a rhetorical approach to social psychology. Cambridge University Press. Viitattu 4.10.2022. https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=EXF41KW0ZToC&oi=fnd&pg=PP10&%20ots=Almlbjb-az&sig=iqokW_K47XApZWvtE-UxtGkelBc&dir_esc=y#v=onepage&q=rhetorical%20social&f=false
- Bohner, G. & Vänke, M. 2002. Attitudes and attitude change. E-kirja. New York: Taylor & Francis Group.
- Chen, S-H., Tsai, Y-F., Sun, C-Y., Wu, I-W., Lee, C-C. & Wu, M-S. 2011. Nephrology dialysis transplantation, 26 (11), 3560-3566. Viitattu 5.3.2021. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfr047>

- Digipalvelulaki (Laki digitaalisten palvelujen tarjoamisesta) 306/2019. Viitattu 7.5.2022. <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2019/20190306#saadosmuutokset>
- Doss, S., DePascal, P. & Hadley, K. 2011. Patient-nurse partnerships. *Nephrology Nursing Journal*. 38 (2), 115-125. Viitattu 1.11.2022. <https://web-s-ebSCOhost-com.nelli.lau-rea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=c821a434-89d1-4e96-ae0f-65a5ecf157dc%40redis>
- Eagly, A. H. & Chaiken, S. 2007. The advantages of an inclusive definition of attitude. *Social Cognition*, 25 (5), 582-602. Viitattu 8.6.2022. <https://doi.org/10.1521/soco.-2007.25.5.582>
- Elwyn, G., Frosch, D., Thompson, R., Joseph-Williams, N. & Lloyd, A. 2012. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of general internal medicine*, 27 (10), 1361-1367. Viitattu 2.7.2022. [doi: 10.1007/s11606-012-2077-6](https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6)
- Fisher, E. B., Ballesteros, J., Bhushan, N., Coufal, M. M., Kowitt, S. D., McDonough, A. M., Parada, H., Robinette, J. B., Sokol, R. L., Tang, P. Y. & Urlaub, D. 2015. Key features of peer support in chronic disease prevention and management. *Health affairs* 34 (9), 1523-3A. Viitattu 2.3.2022. [DOI:0002139072; 10.1377/hlthaff.2015.0365](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0365)
- Forgas, J.P., Cooper, J. & Crano, W.D. 2010. *The Psychology of attitudes and attitude change*. E-kirja. New York: Hoboken Psychology Press.
- Friedman, E.A. & Mallappallil, M.C. 2010. *Present and future therapies for end-stage renal disease*. E-kirja. Singapore: world scientific publishing company.
- Hahtela, N. & Meretoja, R. 2017. Sairaanhoidajan työnkuvan muutokset sote-uudistuksessa. *Tutkiva hoitotyö*, 5 (1), 36-37. Viitattu 23.10.2022. <https://www.proquest.com/openview/f78f628e2ac8bcdf870ca0f4f2a26e7e/1?pq-origsite=gscholar&cbl=4464713>
- Hautamäki, A. 2019. Näkökulmarelativismi, tiedon suhteellisuuden ongelma. Jyväskylän Yliopisto: Sophi 142. Viitattu 1.9.2022. https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/59782/korjattu_sophi142_Nakokulmarelativismi.pdf?sequence=2&isAllowed=y

- Hemmett, J. & McIntyre, C. W. 2017. A Dialysis patient's choice and a nephrologist's obligation: The need to understand and value the patient's perspective. *Seminars in dialysis*, 30 (1), 1-5. Viitattu 1.11.2021. DOI: [10.1111/sdi.12562](https://doi.org/10.1111/sdi.12562)
- Hus.fi. 2022. Dialyysiopetuskeskus, kirurginen sairaala. Viitattu 9.9.2022
<https://www.hus.fi/potilaalle/sairaalat-ja-toimipisteet/kirurginen-sairaala/dialyysiopetuskeskus-kirurginen-sairaala>
- Jauhiainen, A. (toim.), Sihvo, P., Hämäläinen, S., Hietanen, A., Nykänen, J., Hämäläinen, J., Franssila, P. & Tikkanen, K. 2020. eAmmattilaisten osaaminen käyttöön sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Finnish journal of e-health and eWelfare*, 12 (2), 93-104. Viitattu 29.4.2022. <https://doi.org/10.23996/fjhw.85401>
- Jauhiainen, A. (toim.) & Sihvo, P. (toim.). 2014. Sähköiset terveystalvet asiakkaiden käyttöön terveydenhuollossa -teoriasta käytäntöön. Karelia-ammattikorkeakoulu. Joensuu: Lasermedia Oy. Viitattu 30.11.2021.
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/86478/B33.pdf?sequence>
- Jayanti, A., Foden, P., Brenchley, P., Wearden, A. & Mitra, S. 2016. The burden of cognitive impairment in patients with end-stage renal disease and impact on dialysis modality choice. *Kidney international reports*, (11 (4), 240-249. Viitattu 1.5.2022.
[https://www.kireports.org/article/S2468-0249\(16\)30055-9/pdf](https://www.kireports.org/article/S2468-0249(16)30055-9/pdf)
- Koivunen, M. & Saranto, K. 2018. The Finnish center for evidence-based health care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32 (1), 24-44. Viitattu 13.5.2022.
<https://doi.org/10.1111/scs.12445>
- Konttila, J., Siira, H., Kyngäs, H., Lahtinen, M., Elo, S., Kääriäinen, M., Kaakinen, P., Oikarinen, A., Yamakawa, M., Fukui, S., Utsumi, M., Higami, Y., Higuchi, A. & Mikkonen, K. 2019. Healthcare professional's competence in digitalisation: A systematic review. *Journal of clinical nursing*, 28 (5-6), 745-761. Viitattu 17.5.2022.
<http://jultika.oulu.fi/files/nbnfi-fe201903077361.pdf>

- Kotila, J., Axelin, A., Fagerström, L., Flinkman, M., Heikkinen, K., Jokiniemi, K., Korhonen, A., Meretoja, R. & Suutarla, A. 2020. Sairaanhoidajien uudet työnkuvat -laatusuunnitelman toteutus sote-palveluihin. Sairaanhoidajaliitto. Viitattu 10.6.2021.
<https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Laajavastuunensairaanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf>
- Kujala, S., Ammenwerth, E., Kolanen, H. & Ervast, M. 2020. Applying and extending the FITT framework to identify the challenges and opportunities of successful e-health services for patient self-management: Qualitative interview study. Journal of medical internet research, 22 (8), 1-13. Viitattu 2.8.2022.
<https://www.jmir.org/2020/8/e17696/PDF>
- Kuula, T. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. E-kirja. Tampere: Vastapaino.
- Kuntaliitto. 2021. Terveystieteiden askeleet otetaan digihoidopolulla. Viitattu 10.6.2021.
<https://www.kuntaliitto.fi/kehittaminen-ja-digitalisaatio/digitalisaation-johtaminen/terveyden-askeleet-otetaan-digihoidopolulla>
- Laudański, K., Nowak, Z. & Niemczyk, S. 2013. Age-related differences in the quality of life in end-stage renal disease in patients enrolled in hemodialysis or continuous peritoneal dialysis. Medical science monitor, 19, 378-385. Viitattu 19.5.2022.
<https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC3665666&blob-type=pdf>
- Lehti, M., Rouvinen, P. & Ylä-Anttila, P. 2012. Suuri Hämmennys: Työ ja tuotanto digitaalisessa murroksessa. Helsinki: Taloustieto Oy. Viitattu 26.11.2022.
<https://www.etla.fi/wp-content/uploads/2012/09/B254.pdf>
- Loiselle, M-C., Michaud, C. & O'Connor, A. 2016. Decisional needs assessment to help patients with advanced chronic kidney disease make better dialysis choices. Nephrology nursing journal, 43 (6), 463-477, 479. Viitattu 15.10.2021.
<https://www.proquest.com/docview/1850352303/fulltextPDF/14978B4A34FC4C75PQ/1?accountid=12003>

- Mikkonen, I. 2009. Sairastuneen vertaistuki. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet 173. Kuopio. Viitattu 8.9.2022. https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/9019/urn_isbn_978-951-27-1303-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Munuais- ja maksaliitto 2022. Hemodialyysi. Viitattu 11.5.2022. <https://www.muma.fi/sairaudet/munuaiset/dialyysihoito/hemodialyysi>
- Niska, M., Olakivi, A. & Vesala, M. 2018. Haastattelumenetelmän tulkinnot sosiaalitieteellisessä diskurssintutkimuksessa - Esimerkkinä laadullisen asennetutkimuksen lähestymistapa. Teoksessa Haapanen, L., Kääntä, L. & Lehti, L. (toim.). 2018. Diskurssintutkimuksen menetelmistä. On the methods in discourse studies. Soveltavan kielitieteen tutkimuksia 2019 (11), 93-113. Viitattu 8.5.2022. <https://doi.org/10.30660/afinla.69046>
- O'Shaughnessy M. 2014. Application of dorothea orem's theory of self-care to the elderly patient on peritoneal dialysis. Nephrology Nursing Journal, 41 (5), 495-498. Viitattu 23.1.2021. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/application-dorothea-orems-theory-self-care/docview/1617932423/se-2>.
- Pasternack, A. (toim.). 2012. Nefrologia. Kroonisen munuaistaudin luokittelu. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Pasternack, A., Honkanen, E. & Metsärinne, K. 2012. Peritoneaalidialyysi. Teoksessa Pasternack, A. (toim.). Nefrologia. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Power, T.E., Swartzman, L.C. & Robinson, J.W. 2011. Cognitive-emotional decision making (CEDM): A framework of patient medical decision making. Patient education and counseling, 83 (2), 163-169. Viitattu 14.8.2022. <https://www.sciencedirect-com.nelli.laurea.fi/science/article/pii/S0738399110003149>
- Rauhala, M. & Kinnunen, U-M. 2017. Terveyskylässä palvelua asiakkaalle. Julkaisussa Finnish journal of eHealth and eWelfare, 9 (2-3), 251-258. Viitattu 15.5.2022. <https://doi.org/10.23996/fjhw.60948>

- Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. 125 (21), 2351-2359. Viitattu 1.8.2022. <https://www.duodecim-lehti.fi/duo98401>
- Saranto, K., Kinnunen, U-M., Jylhä, V. & Kivekäs, E. 2020. Digitalisaatio ja sähköiset palvelut uudistuvassa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Itä-Suomen Yliopisto. Viitattu 27.4.2021. <https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/24304/1611315756938124923.pdf?sequence=-1>
- Schatell D. A. 2015. Paradigm shift in options, education, and an online decision aid: My life, my dialysis choice. Nephrology Nursing Journal. 42 (2), 149-153. Viitattu 24.3.2021. <https://www-proquest-com.nelli.laurea.fi/scholarly-journals/paradigm-shift-options-education-online-decision/docview/1674728597/se-2>.
- Sihvo, P., Jauhiainen, A. & Ikonen, H. 2014. Terveydenhuollon ammattilaisten laajeneva osaaminen sähköisten terveystalvelujen kehittämissä ja käytössä. Teoksessa Jauhiainen, A. & Sihvo, P. (toim.) Sähköiset terveystalvelut asiakkaiden käyttöön terveydenhuollossa -teoriasta käytäntöön. Viitattu 20.9.2022. Karelia Ammattikorkeakoulun julkaisusarja B:33. Joensuu: Karelia Ammattikorkeakoulu, 53-63. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/86478/B33.pdf?sequence>
- Simmons, L. 2009. Dorthea orem's self care theory as related to nursing practice in hemodialysis. Nephrology Nursing Journal, 36 (4), 419-421. Viitattu 7.12.2021. <https://www-proquest-com.nelli.laurea.fi/scholarly-journals/dorthea-orems-self-care-theory-as-related-nursing/docview/216533281/se-2>.
- Suomen munuaistautirekisteri 2020. Vuosiraportti 2020. Viitattu 1.4.2022. https://www.muma.fi/files/5604/Suomen_munuaistautirekisteri_vuosiraportti_2020.pdf
- Suomen munuaistautirekisteri. 2021. Vuosiraportti 2021. Viitattu 2.5.2023. https://www.muma.fi/files/5974/Suomen_munuaistautirekisteri_vuosiraportti_2021.pdf

- TENK. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 3.10.2021. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf
- Terveyskylä.fi. 2019. Sopiiko dialyysi minulle. Viitattu 12.9.2022. <https://www.terveyskyla.fi/munuaistalo/dialyysihoito/dialyysi-kotona/sopiiko-kotidialyysi-minulle>
- Terveyskylä.fi. 2022a. Terveyskylän talot. Viitattu 11.9.2022. <https://www.terveyskyla.fi/talot#talot>
- Terveyskylä.fi. 2022b. Munuaistalo. Viitattu 12.9.2022. <https://www.terveyskyla.fi/talot#termid=424>
- Terveyskylä.fi. 2022c. Sopiiko kotidialyysi minulle. Viitattu 10.6.2022. <https://www.terveyskyla.fi/munuaistalo/dialyysihoito/dialyysi-kotona/sopiiko-kotidialyysi-minulle>
- Terveyskylä.fi. 2022d. Tietoa omapolusta. Viitattu 11.6.2022. <https://www.terveyskyla.fi/omapolku/tietoa-omapolusta>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. E-kirja. Helsinki: Tammi.
- Törrönen, J. 2001. Haastatteleminen virikkeillä. Virike johtolankana, pienoismaailmana ja/tai provosijana. Sosiologia 38 (4), 205-217. Viitattu 1.10.2021. <http://elektra.helsinki.fi/se/s/0038-1640/38/3/haastatt.pdf>
- Vuori, J. (toim.). Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Aineiston tuottaminen. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 1.11.2022. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/laadullisen-tutkimuksen-prosessi/aineiston-tuottaminen/>
- Winterbottom, A., Bekker, H., Conner, M. & Mooney, A. 2014. Choosing dialysis modality: decision making in a chronic illness context. Health expectations, 17 (5), 710-723. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2012.00798.x>

Witt, J., Elwyn, G., Wood, F. & Brain, K. 2012. Decision making and coping in healthcare: The Coping in Deliberation (CODE) framework. *Patient Education & Counseling*, 88 (2), 256-261. Viitattu 21.8.2022. <https://www.sciencedirect-com.nelli.lau-rea.fi/science/article/pii/S0738399112001152>

Öberg, U., Orre, C.J., Isaksson, U., Schimmer, R., Larsson, H. & Hörnsten, Å. 2018. Swedish primary healthcare nurses' perceptions of using digital eHealth services in support of patient self-management. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32 (2), 961-970. Viitattu 10.8.2022. <https://doi.org/10.1111/scs.12534>

Julkaisemattomat lähteet

Silvast-Äikäs 2020. Digital care pathway for dialysis patients. DIAMYN. Diaesitystiedosto 15.11.2020. HUS, Terveyskylä. Helsinki.

Silvast-Äikäs, P. 2002. Minäkö dialyysiin? Video (Summit Media) 14.3.2021. Hus, Terveyskylä.fi. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2018. Digitalisaatio- sekä palvelut asiakaslähtöisiksi -kärkihanke, virtuaalisairaala 2.0-hanke. Loppuraportti 1.9.2021. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Terveyskylän omapolku. 2022a. Itsehoito-ohjelmat. Terveyskylän sähköinen omapolku 14.2.2021. Hus, Terveyskylä.fi. Helsinki.

Terveyskylän omapolku. 2022b. Valmiuteni dialyysin aloitukseen. Terveyskylän sähköinen omapolku 6.3.2021. Hus, Terveyskylä.fi. Helsinki.

Terveyskylän omapolku. 2022c. Hoitomuodon valintaa helpottava kysely. Terveyskylän sähköinen omapolku 14.3.2021. Hus, Terveyskylä.fi. Helsinki.

Terveyskylän omapolku. 2022d. Polun hyödyt. Terveyskylän sähköinen omapolku 2.5.2021. Hus, Terveyskylä.fi. Helsinki.

Terveyskylän omapolku. 2022e. Polun hyödyt. Terveyskylän sähköinen omapolku 2.5.2021.
Hus, Terveyskylä.fi. Helsinki.

Kuviot

Kuvio 1: Kotidialyysipotilaan hoitopolku	12
Kuvio 2: Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys	25
Kuvio 3: Dialyysisairaanhoidajien asenneluokat	34

Taulukot

Taulukko 1: CODE-päätöksentekoteoria (mukaillen Witt ym. 2012, 259).....	16
Taulukko 2: Kannanottojen luokittelu	69
Taulukko 3: Väittämäluokat ja asenteiden luokittelut	70

Liitteet

Liite 1: Tutkimuslupa	74
Liite 2: Tutkimustiedote	75
Liite 3: Tutkimuksen suostumuslomake	77
Liite 4: Rekisteri- ja tietosuojaseloste	78
Liite 5: Haastatteluväittämät	79
Liite 6: Asenneluokat ja asenteiden ilmaisut	80
Liite 7: Litterointimerkinnot	89
Liite 8: Kehitysehdotukset	90

Taulukko 2: Kannanottojen luokittelu

Väittäjä numerot	Dialyysisairaanhoitajien kannanotot väittämiin			
Väittämät 1-9	Dialyysisairaanhoitajien digitaalinen hoitotyö			
1	K	M	M	M
2	K	K	K	M
3	K	Vk	K	K
4	K	K	K	K
5	K	K	M	K
6	K	K	K	K
7	M	K	Vm	M
8	K	K	K	K
9	M	M	M	M
Väittämät 10-18	Potilaiden hoitomuodon päätöksentekoon sitoutuminen			
10	M	K	Vm	K
11	Vm	K	M	K
12	Vm	K	M	K
13	M	K	K	K
14	Vk	K	K	K
15	M	Vm	K	K
16	K	Vk	K	K
17	M	K	M	Vk
18	M	Vm	K	M
	M= Myönteinen kannanotto K= Kielteinen kannanotto Vm= Varauksellisesti myönteinen kannanotto Vk= Varauksellisesti kielteinen kannanotto			

Taulukko 3: Väittämäluokat ja asenteiden luokittelut

VÄITTÄMÄ 1.	ASENTEET (Kannanotto + perustelu)	ASENTEEN KOHDE	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON EDISTÄJÄNÄ (Asenteet)	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON RAJOITTAJANA (Asenteet)
Sähköiset terveystalvet, digihoitopolut, ovat tuoneet dialyysihoitajan työhön muutoksia.	1.Potilaita liitetään digihoitopoluille. (M) 2.Infotilaisuus on korvattu digihoitopolun sisällöllä. (M) 3. Potilaiden aktiviteetin seuranta digihoitopolulla. (M) 4. Digihoitopolku työllistää nykyään vähemmän. (K)	Työn digitaalinen muutos	1.Potilaita liitetään digihoitopoluille. (M) 2.Infotilaisuus on korvattu digihoitopolun sisällöllä. (M) 3. Potilaiden aktiviteetin seuranta digihoitopolulla. (M)	Luokka tyhjä.
M=myönteinen kannanotto	K=kielteinen kannanotto	Vm=varauksellisen myönteinen kannanotto	Vk=varauksellisen kielteinen kannanotto	
VÄITTÄMÄ 2.	ASENTEET (Kannanotto + perustelu)	ASENTEEN KOHDE	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON EDISTÄJÄNÄ (Asenteet)	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON RAJOITTAJANA (Asenteet)
Digitaalista hoitotyön osaamista tarvitaan lisää digihoitopolulla olevien potilaiden hoitamiseen.	1.Digitaalinen tieto tulee olla ymmärrettävästi esillä. (M) 2.Digitaaliset alustat pitää olla helppokäyttöisiä.(M) 3. Aikaisempi osaaminen kattaa digihoitopolulla osaamisen tarpeen. (K) 4. Resurssit ja työ määrä ovat sopivia osaamiseen nähden. (K)	Digitaalinen hoitotyön osaaminen	1.Digitaalinen tieto tulee olla ymmärrettävästi esillä. (M) 2.Digitaaliset alustat pitää olla helppokäyttöisiä.(M) 3. Aikaisempi osaaminen kattaa digihoitopolulla osaamisen tarpeen. (K) 4. Resurssit ja työ määrä ovat sopivia osaamiseen nähden. (K)	Luokka tyhjä.
M=myönteinen kannanotto	K=kielteinen kannanotto	Vm=varauksellisen myönteinen kannanotto	Vk=varauksellisen kielteinen kannanotto	
VÄITTÄMÄ 3.	ASENTEET (Kannanotto + perustelu)	ASENTEEN KOHDE	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON EDISTÄJÄNÄ (Asenteet)	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON RAJOITTAJANA (Asenteet)
Hoitomuodonvalinta -digihoitopolku korvaa dialyysihoitajan ja potilaan jaettua päätöksentekoa ja hoitajan tukea.	1.Potilaat jäävät epävarmoiksi dialyysivalinnasta. (K) 2.Syntyy vääriä mielikuvia. (K) 3.Keskusteluun tarvitaan hoito vastaanotto. (K) 4.Hoitopolku tukee ja auttaa päätöksentekoa, mutta ei korvaa sitä. (K) 5.Tarvitaan hoitajan asiantuntijuutta. (Vk)	Jaettu päätöksenteko ja dialyysihoitajan tuki	4.Digihoitopolku tukee ja auttaa päätöksentekoa, mutta ei korvaa sitä. (K)	1.Potilailla on kokemattomuutta dialyysivalinnasta. (K) 2.Syntyy vääriä mielikuvia. (K) 3.Keskusteluun tarvitaan hoito vastaanotto. (K) 5.Tarvitaan hoitajan asiantuntijuutta. (Vk)
M=myönteinen kannanotto	K=kielteinen kannanotto	Vm=varauksellisen myönteinen kannanotto	Vk=varauksellisen kielteinen kannanotto	
VÄITTÄMÄ 4.	ASENTEET (Kannanotto + perustelu)	ASENTEEN KOHDE	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON EDISTÄJÄNÄ (Asenteet)	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON RAJOITTAJANA (Asenteet)
Dialyysihoitajien eettinen päätöksenteko digihoitopotilaan hoidossa on erilaista kuin perinteisen hoitopolun potilaiden hoidossa.	1.Tuo potilaille hyötyä dialyysi vaihtoehtojen tarjonnan kautta. (K) 2.Eettinen päätöksenteko ei poikkea digihoitopotilaiden kohdalla. (K) 3.Digipolku ei korvaa henkilökohtaista kontaktia. (K) 4.Lääketieteellisten syiden kertominen potilaalle jos sopimaton dialyysivalinta. (K)	Eettinen päätöksenteko	1.Tuo potilaille hyötyä dialyysi vaihtoehtojen tarjonnan kautta. (K) 2.Eettinen päätöksenteko ei poikkea digihoitopotilailta. (K)	3.Digipolku ei korvaa henkilökohtaista kontaktia. (K) 4.Lääketieteellisten syiden kertominen potilaalle jos sopimaton dialyysivalinta. (K) (Digihoitopolun jälkeen tapahtuva asia hoitovastaanotolla. Rajoittaa digihoitopolkuvaihetta)
M=myönteinen kannanotto	K=kielteinen kannanotto	Vm=varauksellisen myönteinen kannanotto	Vk=varauksellisen kielteinen kannanotto	
VÄITTÄMÄ 5.	ASENTEET (Kannanotto + perustelu)	ASENTEEN KOHDE	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON EDISTÄJÄNÄ (Asenteet)	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON RAJOITTAJANA (Asenteet)
Dialyysihoitajilla on vähemmän potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta digihoitopolupotilaiden kanssa kuin perinteisen hoitopolun potilaiden kanssa.	1.Jos digitaalinen tieto riittää ollaan tavoitteessa. (M) 2.Digipolulla sama tieto mitä infotilaisuuksissa käydään läpi. (M) 3.Digihoitopolkupotilaiden kanssa ei kommunikoida. (M) 4.Digihoitopolulla on chatti, mutta sitä ei käytetä. (M) 5.Potilaat eivät lue digihoitopolun asioita, aktiivisuus. (K) 6.Digipotilaat kysyvät silti paljon kysymyksiä hoitotapaamisessa. (K)	Potilaan ja dialyysihoitajan välinen vuorovaikutus	1.Jos digitaalinen tieto riittää potilaalle, ollaan tavoitteessa. (M) 2.Digipolulla sama tieto mitä infotilaisuuksissa käydään läpi. (M)	3.Digihoitopolkupotilaiden kanssa ei kommunikoida. (M) 4.Digihoitopolulla on chatti, mutta sitä ei käytetä. (M) 5.Potilaat eivät lue digihoitopolun asioita, aktiivisuus. (K) 6.Digipotilaat kysyvät silti paljon kysymyksiä hoitotapaamisessa. (K)
M=myönteinen kannanotto	K=kielteinen kannanotto	Vm=varauksellisen myönteinen kannanotto	Vk=varauksellisen kielteinen kannanotto	

VÄITTÄMÄ 6.	ASENTEET (Kannanotto + perustelu)	ASENTEEN KOHDE	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON EDISTÄJÄNÄ (Asenteet)	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON RAJOITTAJANA (Asenteet)
Dialyysihoitajalla menee aikaa ja resursseja enemmän digihoitopolulla kuin perinteisellä hoitopolulla.	1.Potilaat toimivat itsenäisesti ja saavat tietoa etukäteen. (K) 2.Hoitajilla vapautuu aikaa tarvitseville potilaille. (K) 3.Hoitajat vierailevat digihoito poluilla, johon menee aikaa. (K) 4.Potilaat eivät ota kontaktia digihoitopolun kautta suoraan. (K)	Dialyysihoitajan Aika ja resurssit	1.Potilaat toimivat itsenäisesti ja saavat tietoa etukäteen. (K) 2.Hoitajilla vapautuu aikaa tarvitseville potilaille. (K) 3.Hoitajan vierailut digihoito poluilla. (K)	4.Potilaat eivät ota kontaktia digihoitopolun kautta suoraan. (K)
M=myönteinen kannanotto	K=kielteinen kannanotto	Vm=varauksellisen myönteinen kannanotto	Vk=varauksellisen kielteinen kannanotto	
VÄITTÄMÄ 7.	ASENTEET (Kannanotto + perustelu)	ASENTEEN KOHDE	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON EDISTÄJÄNÄ (Asenteet)	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON RAJOITTAJANA (Asenteet)
Dialyysihoitajana pystyn seuraamaan potilaan edistymistä digihoitopolulla paremmin kuin perinteisellä hoitopolulla.	1.Potilaan aktiivisuuden seuranta kotihoitomuotoja kohtaan. (M) 2.Sähköisten kyselyjen tulosten seuranta. (M) 3.Hoitaja ei tiedä, onko potilas lukenut avatut osiot dhp:lla. (M) 4.Alku- ja loppukyselyjen muutos (Vm) 5.Hoitajat eivät halua käydä digihoitopolulla seuraamassa potilaiden edistymistä. (K)	Digitaalinen edistymisen seuranta	1.Potilaan aktiivisuuden seuranta kotihoitomuotoja kohtaan. (M) 2.Sähköisten kyselyjen tulosten seuranta. (M) 4.Alku- ja loppukyselyjen muutoksen seuranta. (Vm)	3.Hoitajat eivät halua käydä digihoitopolulla seuraamassa. (K) 5.Hoitaja ei tiedä, onko potilas lukenut avatut osiot dhp:lla. (M)
M=myönteinen kannanotto	K=kielteinen kannanotto	Vm=varauksellisen myönteinen kannanotto	Vk=varauksellisen kielteinen kannanotto	
VÄITTÄMÄ 8.	ASENTEET (Kannanotto + perustelu)	ASENTEEN KOHDE	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON EDISTÄJÄNÄ (Asenteet)	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON RAJOITTAJANA (Asenteet)
Dialyysihoitajana asiakaslähtöisyys toteutuu paremmin digihoitopolkupotilaiden hoidossa kuin perinteisen hoitopolun potilaiden hoidossa.	1.Asiakaskäyttöisyys toteutuu molemmilla hoitopoluilla. (K) 2.Potilaan oma valinta edistää asiakaslähtöisyyttä. (K) 3.Digihoidopolkua voidaan käyttää yhtenä asiakaslähtöisyyden keinona. (K) 4.Jos potilas haluaa lähikontaktin, silloin se on asiakaslähtöisempää. (K) 5.Osa potilaista haluaa tietoa suullisesti. (K) 6. Potilaiden itsehoidon vahvistaminen. (K) 7.Potilaan henkilökohtaisten tarpeiden huomiointi asiakaslähtöisempää. (K)	Asiakaslähtöisyys	1.Asiakaskäyttöisyys toteutuu molemmilla hoitopoluilla. (K) 2.Potilaan oma polkuvalinta edistää asiakaslähtöisyyttä. (K) 3.Digihoidopolkua voidaan käyttää yhtenä asiakaslähtöisyyden keinona. (K) 6. Potilaiden itsehoidon vahvistaminen. (K)	4.Jos potilas haluaa lähikontaktin, silloin se on asiakaslähtöisempää (K) 5.Osa potilaista haluaa tietoa suullisesti. (K) 7.Potilaan henkilökohtaisten tarpeiden huomiointi asiakaslähtöisempää. (K)
M=myönteinen kannanotto	K=kielteinen kannanotto	Vm=varauksellisen myönteinen kannanotto	Vk=varauksellisen kielteinen kannanotto	
VÄITTÄMÄ 9.	ASENTEET (Kannanotto + perustelu)	ASENTEEN KOHDE	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON EDISTÄJÄNÄ (Asenteet)	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON RAJOITTAJANA (Asenteet)
Dialyysihoitajana minulla on hyvä kokemukset sähköisistä terveyspalveluista ja hoitomuodonvalinta -digihoidopolun kautta tulleiden potilaiden hoitotyöstä.	1.Potilaat perehtyvät tietoon. (M) 2.Potilaat syventävät saatua tietoa digipolun jälkeisessä tapaamisessa. (M) 3.Potilaat valmiimpia valitsemaan dialyysihoitomuotoa. (M) 4.Potilaat ehtineet miettiä kotidialyysimahdollisuutta.(M) 5.Potilaat tehneet etukäteen dialyysivalintaa. (M)	Dialyysi sairaanhoitajien kokemukset digihoitopotilaista	1.Potilaat perehtyvät tietoon. (M) 2.Potilaat syventävät saatua tietoa digipolun jälkeisessä tapaamisessa. (M) 3.Potilaat valmiimpia valitsemaan hoitomuotoa. (M) 4.Potilaat ehtineet miettiä kotidialyysimahdollisuutta.(M) 5.Potilaat tehneet etukäteen dialyysivalintaa. (M)	Luokka tyhjä.
M=myönteinen kannanotto	K=kielteinen kannanotto	Vm=varauksellisen myönteinen kannanotto	Vk=varauksellisen kielteinen kannanotto	

VÄITTÄMÄ 10.	ASENTEET (Kannanotto + perustelu)	ASENTEEN KOHDE	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON EDISTÄJÄNÄ (Asenteet)	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON RAJOITTAJANA (Asenteet)
Potilaat ovat lukeneet ja ymmärtäneet digihoitopolulla saadut tiedot paremmin kuin perinteisellä polulla.	1. Digihoitopolulla on enemmän tietoa kuin hoitajilta saa. (M) 2. Digihoitopolku ei sovellu kaikille. (K) 3. Joskus tarvitaan selkokielellä selittämistä. (K) 4. Digipotilaille annetaan samaa tietoa kuin vastaanotolla, ja kea kea ei tarvitse kerrata. (K) 5. Kotisohvalla on mahdollisuus perehtyä paremmin tietoon. (Vm)	Digihoitopolulta saadun tiedon ymmärtäminen	1. Digihoitopolulla on enemmän tietoa kuin vastaanotolla. (M) 4. Digipotilaille annetaan samaa tietoa kuin vastaanotolla, ja kea kea ei tarvitse kerrata. (K) 5. Kotisohvalla on mahdollisuus perehtyä paremmin tietoon. (Vm)	2. Digihoitopolku ei sovellu kaikille. (K) 3. Joskus tarvitaan selkokielellä selittämistä. (K)
M=myönteinen kannanotto	K=kielteinen kannanotto	Vm=varauksellisen myönteinen kannanotto	Vk=varauksellisen kielteinen kannanotto	
VÄITTÄMÄ 11.	ASENTEET (Kannanotto + perustelu)	ASENTEEN KOHDE	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON EDISTÄJÄNÄ (Asenteet)	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON RAJOITTAJANA (Asenteet)
Potilaiden dialyysimuodon päätöksenteko on onnistunut hoitomuodonvalinta -digihoitopolulla paremmin kuin perinteisellä polulla.	1. Potilaat ovat paremmin valmistautuneita hoitovastaanotolla. (M) 2. Sopimattomat dialyysivalinnat. (K) 3. Potilaat ovat epävarmoja päätöksenteosta. (K) 4. Suurin osa potilaista ei ole tehnyt dialyysivalintaa polun aikana. (K) 5. Jos potilas lukee digipolulta sisältöä, päätöksenteko on helpompaa. (Vm) 6. Joskus potilaat eivät ole perehtyneet digihoitopolulla asiaan. (Vm)	Potilaiden dialyysimuodon päätöksenteon onnistuminen	1. Potilaat ovat paremmin valmistautuneita hoitovastaanotolla. (M) 5. Jos potilas lukee digipolulta sisältöä, päätöksenteko on helpompaa. (Vm)	2. Sopimattomat dialyysivalinnat. (K) 3. Potilaat ovat epävarmoja päätöksenteosta. (K) 4. Suurin osa potilaista ei ole tehnyt dialyysivalintaa polun aikana. (K) 6. Joskus potilaat eivät ole perehtyneet digihoitopolulla asiaan. (Vm)
M=myönteinen kannanotto	K=kielteinen kannanotto	Vm=varauksellisen myönteinen kannanotto	Vk=varauksellisen kielteinen kannanotto	
VÄITTÄMÄ 12.	ASENTEET (Kannanotto + perustelu)	ASENTEEN KOHDE	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON EDISTÄJÄNÄ (Asenteet)	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON RAJOITTAJANA (Asenteet)
Potilaiden munuaissairauteen liittyvä masennus ja toivoton muuden tunne vaikeuttaa dialyysimuodon päätöksentekoa digihoitopolun aikana enemmän kuin perinteisellä hoitopolulla.	1. Potilaat kaipaavat reflektivaan kanssakäymistä. (M) 2. Digihoitopolku on vapaaehtoinen kaikille potilaille. (K) 3. Masentuneet potilaat eivät mene digihoitopolulle. (K) Masentuneen 4. Potilaiden tiedon vastaanotto kyky huono. (K) 5. Digihoitopolku ei auta toivotonmuuden poistamisessa. (K) 6. Masentuneet eivät osaa sanoa mikä hoito sopisi heille. (Vm) 7. Digihoitopolulta ei tule juurikaan masentuneita potilaita. (Vm)	Potilaiden masennus ja toivotonmuudentunne päätöksenteon vaikeuttajana	2. Digihoitopolku on vapaaehtoinen. (K) 7. Digihoitopolulta ei tule juurikaan masentuneita potilaita. (Vm)	1. Potilaat kaipaavat reflektivaan kanssakäymistä. (M) 3. Masentuneet potilaat eivät mene digihoitopolulle. (K) 4. Masentuneiden potilaiden tiedon vastaanottokyky huono. (K) 5. Digihoitopolku ei auta toivotonmuuden poistamisessa. (K) 6. Masentuneet eivät osaa sanoa mikä hoito sopisi heille. (V)
M=myönteinen kannanotto	K=kielteinen kannanotto	Vm=varauksellisen myönteinen kannanotto	Vk=varauksellisen kielteinen kannanotto	
VÄITTÄMÄ 13.	ASENTEET (Kannanotto + perustelu)	ASENTEEN KOHDE	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON EDISTÄJÄNÄ (Asenteet)	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON RAJOITTAJANA (Asenteet)
Potilaat hyväksyvät dialyysihoitoon liittyvät elämänmuutokset digihoitopolun käymisen jälkeen paremmin kuin aikaisemmin perinteisellä hoitopolulla.	1. Potilaat käsittelevät muutosta paremmin digihoitopolun jälkeen. (M) 2. Digihoitopolulla on paljon tietoa muistakin elämän osaluista. (M) 3. Potilaat peloissaan ja ahdistusta, ja ihmiskontakti on tärkeää hyväksymisen kannalta. (K)	Dialyysihoitoon liittyvän elämänmuutoksen hyväksyminen	1. Potilaat käsittelevät elämänmuutosta paremmin digihoitopolulla käymisen jälkeen. (M) 2. Digihoitopolulla on paljon tietoa muistakin elämän osaluista kuten ravitsemuksesta. (M)	3. Potilaat peloissaan ja ahdistusta, ja ihmiskontakti on tärkeää hyväksymisen kannalta. (K)
M=myönteinen kannanotto	K=kielteinen kannanotto	Vm=varauksellisen myönteinen kannanotto	Vk=varauksellisen kielteinen kannanotto	

VÄITTÄMÄ 14.	ASENTEET (Kannanotto + perustelu)	ASENTEEN KOHDE	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON EDISTÄJÄNÄ (Asenteet)	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON RAJOITTAJANA (Asenteet)
Potilailla on vähemmän hoitajia kohtaan haastavaa käyttäyty mistä hoidon hyväksymisessä ja päätöksenteossa digihoito polulla kuin perinteisellä polulla.	1.Vastaanotoilla ei näy haastavia digihoitopotilaita. (K) 2.Ahdistuneet predialyysipotilaat tavataan livenä, koska vaikea hoitaa etänä ahdistuksen vuoksi. (K) 3.Kotidialyysijä suositellaan, mutta ketään ei pakoteta niihin, haastavia kohtauksia ei ole tästä syystä. (Vk)	Potilaiden haastava käyttäytyminen	1.Vastaanotoilla ei näy haastavia digihoitopotilaita. (K) 3.Kotidialyysijä suositellaan, mutta ketään ei pakoteta niihin, haastavia kohtauksia ei ole tästä syystä. (Vv)	2.Ahdistuneet predialyysipotilaat tavataan livenä, koska vaikea hoitaa etänä ahdistuksen vuoksi. (K)
M=myönteinen kannanotto	K=kielteinen kannanotto	Vm=varauksellisen myönteinen kannanotto	Vk=varauksellisen kielteinen kannanotto	
VÄITTÄMÄ 15.	ASENTEET (Kannanotto + perustelu)	ASENTEEN KOHDE	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON EDISTÄJÄNÄ (Asenteet)	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON RAJOITTAJANA (Asenteet)
Potilailla on vähemmän sairauden- ja kuolemanpelkoa digihoito polun jälkeen verrattuna perinteiseen hoitopolkuun.	1.Potilaiden tietoisuus kasvaa, mitä sairaus heille merkitsee. (M) 2.Digipolku ei pysty vähentämään kuolemanpelkoa enemmän kuin perinteinen polku. (K) 3.Hoitajan läsnäololla on suu rempi vaikutus hätäntyneelle kuin digihoitopolku. (K) 4.Digihoidopolulla potilas voi huomata selviävänsä hengissä. (Vm)	Potilaiden sairauden- ja kuolemanpelko	1.Potilaiden tietoisuus sairauden merkityksestä lisääntyy, joka ei tarkoita kuolemaa. (M) 4.Digihoidopolulla potilas voi huomata selviävänsä hengissä. (Vm)	2.Digipolku ei pysty vähentämään kuolemanpelkoa enemmän kuin perinteinen polku. (K) 3.Hoitajan läsnäololla on suu rempi vaikutus hätäntyneelle. kuin digihoitopolulla luettu teksti. (K)
M=myönteinen kannanotto	K=kielteinen kannanotto	Vm=varauksellisen myönteinen kannanotto	Vk=varauksellisen kielteinen kannanotto	
VÄITTÄMÄ 16.	ASENTEET (Kannanotto + perustelu)	ASENTEEN KOHDE	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON EDISTÄJÄNÄ (Asenteet)	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON RAJOITTAJANA (Asenteet)
(Jätetään pois tutkimuksesta.) Potilaat saavat vertaistukea yhtä paljon hoitomuodonvalinta digihoitopolulla kuin perinteisellä polulla.	1. Digihoidopolulla ei ole vertaistukiryhmää niin kuin perinteisellä hp:lla ryhmätapaamisella. (K) 2. Potilaat eivät pysty ottamaan toisiinsa yhteyttä digihoitopolulla. (K) 3. Potilaat kiinnostuvat vertaistuesta dialyysin aloituksen jälkeen. (K)	Potilaiden vertaistuen saaminen	Luokka tyhjä.	1. Digihoidopolulla ei ole vertaistukiryhmää niin kuin perinteisellä hp:lla ryhmätapaamisella. (K) 2. Potilaat eivät pysty ottamaan toisiinsa yhteyttä digihoitopolulla. (K)
M=myönteinen kannanotto	K=kielteinen kannanotto	Vm=varauksellisen myönteinen kannanotto	Vk=varauksellisen kielteinen kannanotto	
VÄITTÄMÄ 17.	ASENTEET (Kannanotto + perustelu)	ASENTEEN KOHDE	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON EDISTÄJÄNÄ (Asenteet)	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON RAJOITTAJANA (Asenteet)
Potilaat ovat optimistisempia ja tulevaisuuteen suuntautuvampia digihoitopolun läpikäymisen jälkeen kuin perinteisen hoitopolun jälkeen.	1.Alustavan päätöksen tehneet ovat optimistisempia ja tulevaisuuteen suuntautuvampia. (M) 2.Potilaat ovat optimistisempia, kun tietoa on omaksuttu ja sovitettu omaan elämään. (M) 3.Kirjoitetun tekstin lukeminen ei riitä, tarvitaan henkilökohtaista apua.(K) 4.Jos potilas saa henkilökohtaiseen kysymyksiin vastauksia digihoitopolulta, voi olla optimistisempi. (Vv)	Potilaan optimistisuus ja tulevaisuuteen suuntautuminen	1.Alustavan päätöksen tehneet ovat optimistisempia ja tulevaisuuteen suuntautuvampia. (M) 2.Potilaat ovat optimistisempia, kun tietoa on omaksuttu ja sovitettu omaan elämään dhp:lla. (M) 4.Jos potilas saa henkilökohtaiseen kysymyksiin vastauksia digihoitopolulta, voi olla optimistisempi. (Vv)	3.Kirjoitetun tekstin lukeminen ei riitä, tarvitaan henkilökohtaista apua.(K)
M=myönteinen kannanotto	K=kielteinen kannanotto	Vm=varauksellisen myönteinen kannanotto	Vk=varauksellisen kielteinen kannanotto	
VÄITTÄMÄ 18.	ASENTEET (Kannanotto + perustelu)	ASENTEEN KOHDE	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON EDISTÄJÄNÄ (Asenteet)	DIGIHOITOPOLKU PÄÄTÖKSEN TEON RAJOITTAJANA (Asenteet)
Potilaat tulevat hoitomuodon valinta-digihoidopolun jälkeen ensimmäiseen fyysiseen tapaukseen (lääkäri + hoitaja) paremmin valmistautuneina hoitomuodon valintaan liittyen kuin perinteisen hoitopolun läpikäymisen jälkeen.	1. Potilaat osaavat paremmin perustella dialyysivalintaa. (M) 2. Potilaat pystyvät paremmin keskustelemaan hoitotapaamisessa. (M) 3. Hoitotapaamisen lyhentäminen ja helpottaminen. (M) 4. Selkeämmät käsitykset hoitomuodoista. (M) 5. Potilailla on valmiina mielikuvia haluamastaan hoidosta. (M) 6. Osa potilaista ei ole pystynyt valmistautumaan hoitomuodon valintaan digihoitopolun kautta. (Vm)	Potilaiden valmius hoitomuodon valintaan hoitotapaamisessa.	1. Potilaat osaavat paremmin perustella dialyysivalintaa. (M) 2. Potilaat pystyvät paremmin keskustelemaan hoitotapaamisessa. (M) 3. Hoitotapaamisen lyhentäminen ja helpottaminen. (M) 4. Selkeämmät käsitykset hoitomuodoista. (M) 5. Potilailla on valmiina mielikuvia haluamastaan hoidosta. (M)	6. Osa potilaista ei ole pystynyt valmistautumaan hoitomuodon valintaan digihoitopolun kautta. (Vm)
M=myönteinen kannanotto	K=kielteinen kannanotto	Vm=varauksellisen myönteinen kannanotto	Vk=varauksellisen kielteinen kannanotto	

Liite 1: Tutkimuslupa

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI

HYKS SAIRAANHOITOALUE: HYKS VATSAKESKUS

Päätös tutkimusluvasta

Opinnäytetyön tekijä / tekijät: Hyytiälä Kirsi

[REDACTED]

Opinnäytetyön nimi: Sähköiset terveystalvet dialyysihoitajan työssä, perinteisestä hoitopolusta digihoitopolkuun

HUS tutkimuksen vastuhenkilö: [REDACTED]

Opinnäytetyön ohjaaja / ohjaajat: [REDACTED]

Tutkimuksen suorituspaikka

HYKS SAIRAANHOITOALUE: HYKS VATSAKESKUS

Aineisto

- Potilaat/Omaiset, Lukumäärä:
- Henkilökunta, Lukumäärä: 8
- Asiakirjat/Rekisterit, Lukumäärä:
- Muu, mikä, Lukumäärä:

Tutkimuslupa myönnetään edellyttäen, että tutkimusluvan saaja toimittaa tutkimuksen valmistuttua raportin tutkimusluvan myöntäjälle (R-lomake)

Muut ehdot:

Tutkimusluvan alkamispäivä: 12.10.2021

Tutkimusluvan päättymispäivä: 31.03.2022

Tutkimusluvan hyväksyjä: [REDACTED]

Hyväksyjän tulosyksikkö: HYKS SAIRAANHOITOALUE: HYKS VATSAKESKUS Hyväksyjän

toimi: professori, ylläkäri

Tutkimusluvan myöntämiseen liittyvät asiakirjat on tallennettu Tieteellisen tutkimuksen rekisteriohjelmaan (Tietu).

Liite 2: Tutkimustiedote

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA **12.9.2021**

Tutkimuksen nimi

Sähköiset terveystalvolut dialyysihoitajan työssä,
perinteisestä hoitopolusta digihoitopolkuun

Pyyntö osallistua tutkimukseen

Sinua pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa tutkitaan dialyysihoitajien työnkuvan digitaalista muutosta, ja digitaalisten terveystalvulujen vaikutusta potilaiden päätöksentekoon. Tutkimukseen etsitään dialyysihoitajia virikehaastatteluun, jossa tarkoituksena on argumentoida käytännön hoitotyön digitalisointumista. Sovellut tähän tutkimukseen, jos hoidat hoitomuodonvalinta -digihoitopolun asiakkaita. Jos suostut osallistumaan tutkimukseen, sinua pyydetään allekirjoittamaan kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Helsingin sairaanhoitopiirin vatsakeskus on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon. Haastattelut kohdistuvat hoitajiin, ja eettisen toimikunnan lupaa ei tarvita tähän tutkimukseen.

Osallistumisen vapaaehtoisuus

Tähän virikehaastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Voit kieltäytyä osallistumasta, keskeyttää osallistumisesi tai peruuttaa suostumuksen syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Mikäli peruat antamasi suostumuksen, kerättyjä tietojasi ei käytetä osana tutkimusaineistona.

Tutkimuksen toteutus

Tutkimus toteutetaan opinnäytetyönä [REDACTED] ammattikorkeakoulun opintosuunnitelman mukaisesti. Tutkimuksen toimeksiantaja on Hus Terveystalvylä, joka on virtuaalisairaala 2.0 hankkeessa luotu palvelukokonaisuus. Terveystalvylä on osallistunut [REDACTED] opinnäytetyön aiheiden esittelijänä.

Opinnäytetyön tekijänä toimii [REDACTED] yamk-opiskelija Kirsi Hyytiälä. Tutkimuksen yhteyshenkilönä toimi aluksi Hus:n puolelta projektipäällikkö [REDACTED]. Tällä hetkellä yhteyshenkilönä toimivat tutkimusassistenttina toimiva [REDACTED] ja [REDACTED] Hus vatsakeskuksesta. [REDACTED] yhteyshenkilönä toimivat yamk:n opinnäytetyönohjaajat [REDACTED].

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tutkia dialyysihoitajien käytännön hoitotyön digitaalista toiminnanmuutosta, johon liittyy hoitomuodonvalinta -digihoitopolun asiakkaiden hoito. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää dialyysihoitajien työnkuvaan liittyviä asenteellisia mielipiteitä digitaalisesta muutoksesta, sekä hoidettavien asiakkaiden dialyysimuodon päätöksentekoon liittyvistä tekijöistä.

Tutkimuksen kulku

Tutkimukseen osallistuminen on kertaluonteinen, joka kestää noin 1 h valittuna päivän. Haastatteluaika sovitaan yhteisellä päätöksellä. Haastattelu tehdään kolmiosairaalalan tiloissa, jossa sinulle esitetään lauseväittämiä dialyysihoitajan työn digitalisointumisesta

digihoitopolkupuotilaisiin kohdistuvasta hoitotyöstä. Osallistujat argumentoivat digitaalisen työn muutosta vertaillen perinteiseen hoitopolkuun. Yksilöhaastattelut nauhoitetaan tutkimustulosten muodostamista varten.

Tutkimukseen voidaan ottaa 4–8 dialyysihoitajaa Helsingin kolmiosairaan kotidialyysiyksiköstä. Tutkimukseen voivat osallistua ne vapaaehtoiset tutkittavat, jotka ovat kotidialyysiyksikön osastonhoitajan arvioimana sopivia haastateltavia.

Tutkimuksen mahdolliset hyödyt

Tutkimukseen osallistuminen tarkoittaa virikehaastattelun väittämiin vastaamista argumentein ja perusteluin. Tutkimukseen osallistuminen ei tuota sinulle välttämättä välitöntä hyötyä. Tutkimukseen osallistuminen voi kuitenkin tuottaa omien kokemusten tiedostamista digitaalisesta toiminnanmuutoksesta.

Tutkimuksesta mahdollisesti aiheutuvat haitat ja epämukavuudet

Tutkimus saattaa aiheuttaa työpäivän aikana keskeytyksen osallistumalla tähän tutkimukseen. Laadulliseen asennetutkimuksessa haastateltava argumentoi hänelle esitettyjä lauseväittämiä oman työroolin ja sen toiminnan kautta. Argumentointi on tilannesidonnaista, ja mielipiteet voivat muuttua toisenlaisissa asiayhteyksissä. Tämä voi aiheuttaa kognitiivista epämukavuutta. Mielipiteet ovat tilannesidonnaisia ja normaalisti muuttuvat erilaisissa konteksteissa.

Henkilötietojen käsittely ja tietojen luottamuksellisuus

Opinnäytetyön tutkimuksen kannalta kerätään vain välttämättömiä henkilötietoja, jotka tarkoittavat tässä tutkimuksessa suostumuslomakkeen tietoja. Tietoja ei liitetä tutkimusraporttiin. Tutkimuksessa kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Kaikki tietoja käsittelevät tahot ja henkilöt ovat salassapitovelvollisia.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Kyseessä on [REDACTED] opintosuunnitelman mukainen opinnäytetyö, jonka tulokset valmistuvat vuoden [REDACTED] aikana. Opinnäytetyön raportti julkaistaan [REDACTED]. Tulokset voidaan julkaista sopimuksen mukaisesti Terveyskylä-palvelukokonaisuuden omilla julkaisukanavilla.

Lisätiedot

Jos sinulla on lisäkysymyksiä opinnäytetyöhön liittyvästä tutkimuksesta, voit ottaa yhteyttä opinnäytetyön tekijään tai yhteyshenkilöihin.

Yhteyshenkilöt:

Opinnäytetyön tekijä:

Kirsi Hyytiälä: [REDACTED]

Terveyskylän tutkimusohjaukseen osallistuneiden yhteyshenkilöt:

[REDACTED]

Liite 3: Tutkimuksen suostumuslomake

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

29.10.2021

Minua on pyydetty osallistumaan ”Sähköiset terveyspalvelut dialyysihoitajan työssä, perinteisestä hoitopolusta digihoitopolkuun” -tutkimukseen, joka tehdään [REDACTED] opinnäytetyönä. Opinnäytetyö liittyy Terveyskylän palvelukokonaisuudessa munuaistaloon. Suostun kertaluonteisesti osallistumaan virikehaastatteluun kolmiosairaan tiloissa työpäivän aikana tai sen jälkeen. Virikehaastattelussa argumentoidaan dialyysihoitajan työtä digitaalisten terveyspalvelujen käyttäjänä digipolkuasiakkaiden hoitotyön näkökulmilta.

Olen lukenut tutkimusta koskevan tiedotteen ja saanut mahdollisuuden esittää tarkentavia kysymyksiä ja keskustella niistä. Tunnen saaneeni riittävästi tietoa tutkimuksen tarkoituksesta ja siihen osallistumisesta sekä tutkimukseen osallistumisen hyödyistä ja mahdollisista riskeistä.

Tiedän, että haastattelututkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja minulla on oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta ja myöhemmin halutessani. Voin myös ilmoittamatta keskeyttää tai peruuttaa suostumukseni. Tutkimukseen kerättyjä tietoja käsitellään luottamuksellisesti, eikä niitä luovuteta ulkopuolisille. Haastattelutiedot litteroidaan digitaalisesti muistitikulle, joka tuhotaan lopullisesti maaliskuun 2022 loppuun mennessä tietosuojalakea EU 679/2016 noudattaen.

Suostun osallistumaan tutkimukseen

Kyllä ___ Ei ___

Paikka ja päivämäärä: Helsingissä _____

Tutkittavan nimi _____

Tutkittavan allekirjoitus _____

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus
ja nimenselvitys _____

Tutkimuksen tekijä ja rekisterinpitäjä

[REDACTED]
Kirsi Hyytiälä
[REDACTED]

Tätä suostumusasiakirjaa on tehty kaksi (2 kpl), joista toinen annetaan tutkittavalle ja toinen suostumuksen vastaanottajalle.

Liite 4: Rekisteri- ja tietosuojaseloste

Rekisteri- ja tietosuojaseloste

Tämä on Eu:n yleisen tietosuojasetuksen (EU 679/2016) mukainen rekisteri- ja tietosuojaseloste. Tietosuojalaki (1050/2018) täsmentää Eu:n yleistä tietosuojasetusta ja sen kansallista soveltamista.

Rekisterinpitäjä

Laurea YAMK:n tutkinto-opiskelija: Kirsi Hyytiälä
Sähköposti: kirsi.hyytiela@student.laurea.fi

Rekisterin nimi

Opinnäytetyötä varten perustettu tutkimusrekisteri

Oikeusperuste

Oikeusperusteena on tutkittavien täysi-ikäisyys ja suostumus tutkimukseen. Terveyskylä -hankkeen kanssa on tehty suullinen sopimus opinnäytetyön toteuttamisesta. HUS vatsakeskukselta on saatu kirjallinen tutkimuslupa. Tutkimusvuorovaikutukseen liittyen, yhteistyöorganisaatiolle on lähetetty tutkimustiedote, joka on näytetty uudelleen tutkittaville tutkimuspäivänä. Tutkittavilta henkilöiltä on pyydetty henkilökohtaisesti tutkimuslupa suostumuslomakkeella. Rekisteröidyllä henkilöllä on oikeus peruuttaa anatomiansa suostumus koska tahansa, ja peruuttamiseen saakka kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoja.

Henkilötietojen käsittelyn tarkoitus

Henkilötietojen käsittelyn tarkoituksena on ollut todentaa tutkittavien vapaaehtoinen suostumus tutkimukseen, ja haastatteluäänitteiden käyttäminen aineistona opinnäytetyön tekemiseen. Henkilötietoja on käsitelty tutkimustiedotteessa kuvattua tutkimustarkoitusta varten.

Rekisterin tietosisältö

Rekisterin tietosisältö on muodostunut tutkimukseen liittyvistä suostumuslomakkeiden tiedoista sekä tutkimusnauhoituksista. Rekisterin tietosisältöjä ovat nimi, allekirjoitus ja ääni. Henkilötiedoiksi katsotaan myös haastattelunauhoituksen ääni.

Rekisterin suojaus ja luovutus

Tutkimustiedostoja on käsitelty Laurea-ammattikorkeakoulun tietoturvaisilla palvelimilla, joihin opiskelijat kirjautuvat käyttäjätunnuksilla. Tutkittavien allekirjoittamia suostumuslomakkeita ei ole siirretty sähköisiin tiedostoihin tietosuojan vuoksi. Haastattelut ovat nauhoitettu Olympus-sanelukoneen tiedostoihin. Sanelukone on ollut vain opinnäytetyöntekijän käytössä, josta tallenteet on hävitetty maaliskuussa 2022. Litteroitua aineistoa on käsitelty Atlas.ti analysointiohjelmistolla, ja aineistossa ei ole ollut mukana tunnistettavia henkilötietoja. Henkilötietoja ei ole luovutettu opinnäytetyön aikana, eikä tulla luovuttamaan opinnäytetyön jälkeen muille tahoille Suomessa, eikä EU:n tai Euroopan talousalueen ulkopuolelle.

Henkilötietojen tarkastusoikeus

Tietosuojalain mukaan rekisterissä olevilla henkilöillä on oikeus tarkistaa itseä koskevia tietoja. Henkilöllä on oikeus tietojen oikaisemiseen, poistamiseen tai rajoittamiseen. Pyynnöt osoitetaan kirjallisesti rekisterinpitäjälle. Rekisteröidyllä henkilöllä on oikeus valittaa tietosuojavaltuutetun toimistoon, jos rekisteröidyn henkilötietoja on rikottu tietosuojalain vastaisesti.

Liite 5: Haastatteluväittämät

Haastatteluväittämät 1-18
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sähköiset terveyspalvelut, digihoitopolut, ovat tuoneet dialyysihoitajan työhön muutoksia. 2. Digitaalista hoitotyön osaamista tarvitaan lisää digihoitopolulla olevien potilaiden hoitamiseen. 3. Hoitomuodonvalinta -digihoitopolku korvaa dialyysihoitajan ja potilaan jaettua päätöksentekoa ja hoitajan tukea. 4. Dialyysihoitajan eettinen päätöksenteko digihoitopotilaan hoidossa on erilaista kuin perinteisen hoitopolun potilaiden hoidossa. 5. Dialyysihoitajilla on vähemmän potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta digihoitopolkupotilaiden kanssa kuin perinteisen hoitopolun potilaiden kanssa. 6. Dialyysihoitajalla menee aikaa ja resursseja potilaiden hoitotyöhön enemmän digihoitopolulla kuin perinteisellä hoitopolulla. 7. Dialyysihoitajana pystyn seuraamaan potilaan edistymistä digihoitopolulla paremmin kuin perinteisellä polulla. 8. Dialyysihoitajana asiakaslähtöisyys toteutuu paremmin digihoitopolkupotilaiden hoidossa kuin perinteisen hoitopolun potilaiden hoidossa. 9. Dialyysihoitajana minulla on hyviä kokemuksia sähköisistä terveyspalveluista ja hoitomuodonvalinta -digihoitopolun kautta tulleiden potilaiden hoitotyöstä. 10. Potilaat ovat lukeneet ja ymmärtäneet digihoitopolulla saadut tiedot paremmin kuin perinteisellä hoitopolulla. 11. Potilaiden dialyysimuodon päätöksenteko on onnistunut hoitomuodonvalinta -digihoitopolulla paremmin kuin perinteisellä hoitopolulla. 12. Potilaiden munuaissairauteen liittyvä masennus ja toivottomuuden tunne vaikeuttaa päätöksentekoa digitaalisen hoitopolun aikana enemmän kuin perinteisellä hoitopolulla. 13. Potilaat hyväksyvät dialyysihoitoon liittyvät elämänmuutokset digihoitopolun käymisen jälkeen paremmin kuin perinteisen hoitopolun jälkeen. 14. Potilailla esiintyy haastavaa käyttäytymistä hoitajia kohtaan hoidon hyväksymiseen ja päätöksentekoon liittyen enemmän digihoitopolun jälkeen kuin perinteisen hoitopolun jälkeen. 15. Potilailla on vähemmän sairauden -ja kuolemanpelkoja digihoitopolun jälkeen kuin perinteisen hoitopolun jälkeen. 16. Potilaat saavat vertaistukea yhtä paljon hoitomuodonvalinta -digihoitopolulla kuin perinteisellä hoitopolulla. 17. Potilaat ovat optimistisempia ja tulevaisuuteen suuntautuvampia digihoitopolun läpikäymisen jälkeen kuin perinteisen hoitopolun jälkeen. 18. Potilaat tulevat hoitomuodonvalinta -digihoitopolun kautta ensimmäiseen fyysiseen tapaamiseen (lääkäri+hoitaja) paremmin valmistautuneina hoitomuodon valintaan liittyen kuin perinteisen hoitopolun läpikäyneet.

Liite 6: Asenneluokat ja asenteiden ilmaiset

1. Vasta-asennepari 1: Päätöksentekoprosessi

Vasta-asenneluokka: Digihoitopolku päätöksentekoprosessin edistäjänä
Vasta-asenneluokka: Digihoitopolku päätöksentekoprosessin rajoittajana

- Dialyysisairaanhoidajien asenteiden mukaan digihoitopolku sekä edisti että rajoitti hoitomuodon päätöksentekoa.

1.1 Digihoitopolun päätöksentekoprosessia edistävät asenteet:

Digihoitopolku päätöksentekoprosessin edistäjänä -luokkaan rakentui 5 asenteen ilmaisuja, jotka olivat väittämäloukista 3, 4, 11 ja 17. Jokaisesta väittämäloukasta valittiin mukaan yksi asenteen ilmaisu, paitsi väittämäloukasta 4 valittiin mukaan kaksi asenteen ilmaisuja.

Väittämäloukien asenteiden kohteet:

- Väittämäloukka 3: Jaettu päätöksenteko ja hoitajan tuki
- Väittämäloukka 4: Eettinen päätöksenteko
- Väittämäloukka 11: Dialyysimuodon päätöksenteon onnistuminen
- Väittämäloukka 17: Potilaan optimistisuus ja tulevaisuuteen suuntautuminen

Dialyysisairaanhoidajien asenteen ilmaiset:

1. Digihoitopolku tukee ja auttaa päätöksentekoa, mutta ei korvaa jaettua päätöksentekoa. (3K)
2. Digihoitopolku tuo potilaille hyötyä dialyysivaihtoehtojen tarjonnan kautta. (4K)
3. Eettinen päätöksenteko ei poikkea digihoitopotilaan kohdalla. (4K)
4. Jos potilas lukee digihoitopolulta sisältöä, päätöksenteko on helpompaa. (11Vm)
5. Alustavan päätöksen tehneet ovat optimistisempia ja tulevaisuuteen suuntautuvampia. (17M)

Asenteiden arvottamisen kohteet:

- Digihoitopolun antama päätöksenteon tuki
- Dialyysivaihtoehtojen tarjonnan hyödyt
- Eettisen päätöksenteon onnistuminen
- Potilaan päätöksenteon helpottaminen digihoitopolulla
- Alustavan päätöksenteon vaikutus optimistisuuteen

1.2 Digihoitopolun päätöksentekoprosessia rajoittavat asenteet:

Digihoitopolku päätöksentekoprosessin rajoittajana -luokkaan rakentui kahdeksan asenteen ilmaisuja. Asenteen ilmaiset olivat väittämäloukista 3,4,11,12 ja 18. Jaetun päätöksenteon ja hoitajan tuen -väittämäloukasta tuli mukaan 2 asenteen ilmaisuja, ja dialyysimuodon päätöksenteon onnistuminen -väittämäloukista tuli mukaan 3 asenteen ilmaisuja, ja muista väittämäloukista yksi asenne.

Väittämäloukien asenteiden kohteet:

Väittämäloukka 3: Jaettu päätöksenteko ja hoitajan tuki
Väittämäloukka 4: Eettinen päätöksenteko
Väittämäloukka 11: Dialyysimuodon päätöksenteon onnistuminen
Väittämäloukka 12: Potilaan masennus ja toivottomuudentunne päätöksenteon vaikeuttajana
Väittämäloukka 18: Potilaiden valmius hoitomuodon valintaan hoitotapaamisessa

1. Potilailla on kokemattomuutta dialyysivalinnasta. (3K)
2. Syntyy vääriä mielikuvia. (3K)
3. Lääketieteellisten syiden kertominen potilaalle, jos sopimaton dialyysivalinta. (4K)
4. Potilaat ovat epävarmoja päätöksenteosta. (11K)
5. Sopimattomat dialyysivalinnat. (11K)
6. Suurin osa potilaita ei ole tehnyt dialyysivalintaa digipolun aikana. (11K)
7. Masentuneet eivät osaa sanoa, mikä hoito sopisi heille. (12Vm)
8. Osa potilaista ei ole pystynyt valmistautumaan hoitomuodon valintaan digihoitopolun kautta. (18Vm)

Asenteiden arvottamisen kohteet:

- Potilaiden kokemattomuus
- Väärät mielikuvat hoidoista
- Lääketieteellisten syiden kertominen potilaille (tapahtuu vasta hoitovastaanotolla)
- Potilaiden epävarmuus dialyysivalinnasta
- Sopimattomat dialyysivalinnat
- Dialyysivalinnan tekemättömyys
- Masennuksen aiheuttamat valintavaikkeudet
- Dialyysipäätöksen valmistautumiseen liittyvät vaikeudet

2. Vasta-asennepari 2: Dialyysihoitajien työn resurssit

Vasta-asenneluokka: Digihoitopolku dialyysihoitajien resurssien edistäjänä

Vasta-asenneluokka: Digihoitopolku potilaille annettavien resurssien rajoittajana

- Dialyysihoitajien asenteiden mukaan digihoitopolku sekä edisti että rajoitti dialyysisairaanhoitajien resursseja.

2.1 Dialyysihoitajien resursseja edistävät asenteet:

Digihoitopolku dialyysihoitajien resurssien edistäjänä -asenneluokka rakentui kahdeksasta asenteen ilmauksesta. Asenneluokka muodostui väittämäloukista 1, 2, 5 ja 6. Väittämäloukista 1 valittiin mukaan kaksi asennetta, ja väittämäloukista 2 valittiin mukaan 3 asennetta, ja muista loukista yksi asenne.

Väittämäloukien asenteiden kohteet:

- Väittämäloukka 1: Työn digitaalinen muutos
- Väittämäloukka 2: Digitaalinen hoitotyön osaaminen
- Väittämäloukka 5: Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus
- Väittämäloukka 6: Aika ja resurssit

Asenteen ilmaiset:

1. Potilaita liitetään digihoitopoluille. (1M)
2. Infotilaisuus on korvattu digihoitopolun sisällöllä. (1M)
3. Digitaaliset alustat pitää olla helppokäyttöisiä. (2M)
4. Aikaisempi osaaminen kattaa digitaalisen hoidon osaamisen. (2K)
5. Digihoitopolulla on sama tieto mitä infotilaisuudessa käydään läpi. (5M)
6. Hoitajilla vapautuu aikaa tarvitseville potilaille. (6K)
7. Potilaat toimivat itsenäisesti ja saavat tietoa etukäteen. (6K)
8. Resurssit ja työmäärä ovat sopivia osaamiseen nähden. (2K)

Asenteen kohteiden arvottaminen:

- Digihoitopolulle liittäminen
- Fyysisen infotilaisuuden korvaaminen digihoitopolulla
- Digitaalisten alustojen helppokäyttöisyys
- Digitaalisen työn osaamistaso
- Digihoitopolun tiedon vastaavuus perinteiseen hoitopolkuun
- Hoitajien ajan vapautuminen
- Digihoitopotilaiden toiminta itsenäistä
- Resurssien ja työmäärän suhde osaamiseen

2.2 Digihoitopolkupertilaille annettavia resursseja rajoittavat asenteet:

Vasta-asenneluokaksi rakentui digihoitopolku dialyysihoitajien resurssien rajoittajana, johon rakentui viisi digihoitopolun käyttöä rajoittavaa asenteen ilmaisua. Asenteet olivat lähtöisin väittämäloukista 3, 4, 5, ja 17. Jaetun päätöksenteon ja hoitajan tuen -väittämäloukasta numero 3 tuli mukaan 2 asennetta, ja muista väittämäloukista yksi asenne. Nämä asenteen ilmaisut selittävät

Väittämäloukkien asenteiden kohde:

Väittämäloukka 3: Jaettu päätöksenteko ja hoitajan tuki

Väittämäloukka 4: Eettinen päätöksenteko

Väittämäloukka 5: Dialyysimuodon päätöksenteon onnistuminen

Väittämäloukka 17: Potilaan optimistisuus ja tulevaisuuteen suuntautuneisuus

Asenteen ilmaisut:

1. Keskusteluun tarvitaan hoitovastaanotto. (3K)
2. Tarvitaan hoitajan asiantuntijuutta. (3V)
3. Digihoitopolku ei korvaa henkilökohtaista kontaktia. (4K)
4. Digipotilaat kysyvät silti paljon kysymyksiä hoitotapaamisessa. (5K)
5. Kirjoitetun tekstin lukeminen ei riitä, tarvitaan henkilökohtaista apua. (17K)

Asenteiden arvottamisen kohteet:

- Hoitovastaanoton merkitys päätöksenteossa
- Asiantuntija-avun tarve
- Henkilökohtaisen kontaktin korvaamattomuus
- Henkilökohtaisten kysymysten esittäminen
- Henkilökohtaisen avun tarve

3. Vasta-asennepari 3: Päätöksenteon edistyminen digihoitopolulla

Vasta-asenneluokka: Digihoitopolku edistymisen seurannan edistäjänä

Vasta-asenneluokka: Digihoitopolku edistymisen seurannan rajoittajana

- Dialyysihoitajien asenteiden mukaan digihoitopolku sekä edisti että rajoitti potilaan edistymisen seurantaa.

3.1 Digihoitopolkupertilaan edistymisen seurantaa edistävät asenteet:

Digihoitopolku edistymisen seurannan edistäjänä -asenneluokka rakentui viidestä asenteen ilmauksesta. Asenteet rakentuivat väittämäloukista 1, 6 ja 7. Väittämästä seitsemän valittiin kolme asennetta ja muista väittämäloukista yksi asenne.

Väittämäluokkien asenteiden kohteet:

- Väittämäluokka 1: Digitaalinen työn muutos
- Väittämäluokka 6: Aika ja resurssit
- Väittämäluokka 7: Digitaalisen edistymisen seuranta

Asenteen ilmaisut:

1. Potilaiden aktiviteetin seuranta digihoitopolulla. (1M)
2. Hoitajan vierailuihin menee digihoitopolulla aikaa. (6K)
3. Potilaiden aktiivisuuden seuranta kotihoitomuotoja kohtaan. (7M)
4. Sähköisten kyselyjen tulosten seuranta. (7M)
5. Alku- ja loppukyselyjen muutos. (7Vm)

Asenteiden arvottamisen kohteet:

- Potilaiden digitaalinen seuranta
- Hoitajien digitaaliseen seurantaan käytetty aika
- Potilaiden aktiivisuus kotihoitomuotoja kohtaan
- Potilaskyselyjen seuranta
- Alku- ja loppukyselyjen muutos

3.2 Digihoitopolkupotilaiden edistymisen seurantaan rajoittavat asenteet:

Digihoidopolku edistymisen seurannan rajoittajana -asenneluokka rakentui kolmesta asenteen ilmaisusta. Väittämäluokasta 7 tuli mukaan kaksi asennetta, ja väittämäluokasta 5 tuli mukaan yksi asenteen ilmaisu.

Väittämäluokkien asenteiden kohteet:

Väittämäluokka 5: Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus
Väittämäluokka 7: Digitaalisen edistymisen seuranta

Asenteen ilmaisut:

1. Potilaat eivät lue digihoitopolun asioita, aktiivisuus puuttuu. (5K)
2. Hoitajat eivät tiedä, onko potilas lukenut avatut osiot digihoitopolulla. (7M)
3. Hoitajat eivät halua käydä digihoitopolulla seuraamassa potilaita. (7K)

Asenteiden arvottamisen kohteet:

- Potilaiden epäaktiivisuus digihoitopolulla
- Dialyysihoitajien epävarmuus potilaiden edistymisestä
- Potilaiden aktiviteetin seuraamatta jättäminen

4. Vasta-asennepari 4: Tiedon omaksuminen

Vasta-asenneluokka: Digihoidopolku tiedon omaksumisen edistäjänä
Vasta-asenneluokka: Digihoidopolku tiedon omaksumisen rajoittajana

- Dialyysihoitajien asenteiden mukaan digihoidopolku sekä edisti että rajoitti tiedon omaksumista.

4.1 Digihoitopolun tiedon omaksumista edistävät asenteet:

Digihoitopolku tiedon omaksumisen edistäjänä -luokka koostui seitsemästä asenteen ilmauksesta, jotka olivat peräisin väittämäloukista 2, 5, 9, 10, 13 ja 15. Väittämäloukasta numero 10 valittiin kaksi asennetta, ja muista väittämäloukista tuli mukaan yksi asenne.

Väittämäloukien asenteen kohde:

- Väittämäloukka 2: Digitaalinen hoitotyön osaaminen
- Väittämäloukka 5: Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus
- Väittämäloukka 9: Dialyysisairaanhoidajan kokemukset digihoitopotilaista
- Väittämäloukka 10: Digihoitopolulta saadun tiedon ymmärtäminen
- Väittämäloukka 13: Dialyysihoitoon liittyvän elämänmuutoksen hyväksyminen
- Väittämäloukka 15: Potilaiden sairauden -ja kuolemanpelko

Asenteen ilmaisut:

1. Digitaalinen tieto tulee olla ymmärrettävästi esillä. (2M)
2. Jos digitaalinen tieto ei riitä potilaalle, ollaan tavoitteessa. (5M)
3. Potilaat perehtyvät tietoon digihoitopolulla. (9M)
4. Digihoitopolulla on enemmän tietoa kuin hoitovastaanotolla. (10M)
5. Kotisohvalla on mahdollisuus perehtyä paremmin tietoon. (10Vm)
6. Digihoitopolulla on paljon tietoa muistakin osa-alueista kuten ravitsemuksesta. (13M)
7. Potilaiden tietoisuus sairauden merkityksestä ei tarkoita kuolemaa. (15M)

Asenteiden arvottamisen kohteet:

- Digitaalisen tiedon ymmärrettävyys
- Digitaalisen tiedon riittävyys
- Digihoitopolun tietoon perehtyminen
- Digihoitopolun runsas tietomäärä
- Parempi perehtyminen kotona
- Digihoitopolun tieto eri elämän osa-alueista
- Potilaiden tietoisuus sairaudesta

4.2 Digihoitopolun tiedon omaksumista rajoittavat asenteet

Vasta-asenteeksi muodostui digihoitopolku tiedon omaksumisen rajoittajana -luokka, johon tuli mukaan kuusi asenteen ilmausta. Tämä luokka koostui neljästä väittämäloukasta, joita olivat 8, 10, 11, ja 12. Väittämäloukista 10 ja 12 valittiin mukaan kaksi asennetta, ja muista loukista yksi asenne.

Väittämäloukien asenteiden kohde:

Väittämäloukka 8: Asiakslähtöisyys

Väittämäloukka 10: Digihoitopolulta saadun tiedon ymmärtäminen

Väittämäloukka 11: Dialyysimuodon päätöksenteon onnistuminen

Väittämäloukka 12: Masennus ja toivottomuudentunne päätöksenteon vaikeuttajana

Asenteen ilmaisut:

1. Osa potilaista haluaa tietoa suullisesti. (8K)
2. Digihoitopolku ei sovellu kaikille. (10K)
3. Joskus tarvitaan selkokielellä selittämistä. (10K)
4. Joskus potilaat eivät ole perehtyneet digihoitopolulla asiaan. (11Vm)
5. Masentuneiden potilaiden tiedon vastaanottokyky on huono. (12K)
6. Masentuneet potilaat eivät mene digihoitopolulle. (12K)

Asenteiden arvottamisen kohteet:

- Suullinen tieto
- Digihoidopolun soveltumattomuus
- Selkokielineen tiedon antaminen
- Potilaiden perehtymättömyys tietoon
- Masentuneiden potilaiden tiedon saanti
- Masentuneiden potilaiden hoitopolkuvalinta

5. Vasta-asennepari 5: Digihoidopotilaan selviytyminen päätöksenteosta

Vasta-asenneluokka: Digihoidopolku potilaan selviytymisen resurssien edistäjänä

Vasta-asenneluokka: Digihoidopolku potilaan selviytymisen resurssien rajoittajana

- Dialyysihoidajien asenteiden mukaan digihoidopolku sekä edisti että rajoitti potilaan selviytymistä digihoidopolulla.

5.1 Digihoidopolkupotilaan selviytymisen resursseihin liittyvät asenteet:

Digihoidopolku potilaan selviytymisen resurssina -luokka koostui kuudesta asenteen ilmauksesta, jotka olivat peräisin väittämäloukista 12, 14, 15, ja 17. Väittämäloukista numero 14 ja 17 valittiin kaksi asennetta, ja muista luo- kista tuli mukaan yksi asenne.

Väittämäloukien asenteen kohde:

- Väittämäloukka 12: Masennus ja toivottomuudentunne päätöksenteon vaikeuttajana
- Väittämäloukka 14: Potilaan haastava käyttäytyminen
- Väittämäloukka 15: Potilaiden sairauden -ja kuolemanpelko
- Väittämäloukka 17: Potilaan optimistisuus ja tulevaisuuteen suuntautuminen

Asenteen ilmaisut:

1. Digihoidopolulta ei tule juurikaan masentuneita potilaita. (12Vm)
2. Vastaanotoilla ei näy haastavia digihoidopotilaita. (14 K)
3. Kotidialyysihoidoja suositellaan, mutta ketään ei pakoteta niihin. (14Vk)
4. Digihoidopolulla potilas voi huomata selviävänsä hengissä. (15Vm)
5. Potilaat ovat optimistisempia, kun tietoa on omaksuttu ja sovitettu omaan elämään digihoidopolulla. (17M)
6. Jos potilas saa henkilökohtaisiin kysymyksiin vastauksia digihoidopolulta, voi potilas olla optimistisempi. (17Vk)

Asenteiden arvottamisen kohteet:

- Masentuneiden potilaiden määrä vähäinen
- Haastavien potilaiden määrä vähäinen
- Kotidialyysihoidojen suosittelu
- Digihoidopolkupotilaan selviytyminen
- Potilaiden optimistisuuden lisääntyminen

5.2 Digihoidopolkupotilaan selviytymisen resursseihin liittyvät rajoittavat asenteet

Vasta-asenteeksi muodostui digihoidopolkupotilaan selviytymisen resurssien rajoittajana -luokka, johon tuli mu- kaan kuusi asenteen ilmausta. Tämä luokka koostui neljästä väittämäloukasta, joita olivat 12, 13, 14, ja 15.

Väittämäluokista 12, ja 15 tuli mukaan kaksi asenteen ilmausta ja luokasta 12 ja 13 tuli mukaan yksi asenteen ilmaisu.

Väittämäluokkien asenteiden kohde:

Väittämäluokka 12: Masennus ja toivottomuudentunne päätöksenteon vaikeuttajana

Väittämäluokka 13: Dialyysihoitoon liittyvän elämänmuutoksen hyväksyminen

Väittämäluokka 14: Potilaan haastava käyttäytyminen

Väittämäluokka 15: Potilaiden sairauden -ja kuolemanpelko

Asenteen ilmaisut:

1. Potilaat kaipaavat refleктоivaa kanssakäymistä. (12M)
2. Digihoitopolku ei auta toivottomuuden poistamisessa. (12K)
3. Potilaat ovat peloissaan ja ahdistuneita, ja ihmiskontakti on tärkeää elämäntilanteen hyväksymisen kannalta. (13K)
4. Ahdistuneet predialyysipotilaat tavataan livenä, koska vaikea hoitaa etänä ahdistuksen vuoksi. (14K)
5. Digihoitopolku ei pysty vähentämään kuolemanpelkoa enemmän kuin perinteinen polku. (15K)
6. Hoitajan läsnäololla on suurempi vaikutus hätäntyneelle kuin digihoitopolulta luettu teksti. (15K)

Asenteiden arvottamisen kohteet:

- Refleктоivan kanssakäymisen tarve
- Toivottomuuden poistaminen vaikeaa
- Ihmiskontaktien tarve
- Ahdistuneiden potilaiden tapaaminen
- Digihoitopolun vaikutus kuolemanpelkoon
- Hoitajan läsnäolon vaikutus

6. Vasta-asennepari 6: Hoitokontaktit

Vasta-asenneluokka: Digihoitopolku hoitokontaktien edistäjänä

Vasta-asenneluokka: Digihoitopolku hoitokontaktien rajoittajana

- Dialyysihoitajien asenteiden mukaan digihoitopolku sekä edisti että rajoitti potilaan hoitokontakteja

6.1 Digihoitopolkupotilaan hoitokontakteja edistävät asenteet:

Digihoitopolku potilaan edistymisen seurannan edistäjänä -asenneluokka rakentui 12 asenteen ilmauksesta.

Asenteet rakentuivat väittämäluokista 9, 10, 11, 13 ja 18. Väittämästä yhdeksän valittiin neljä asennetta, ja väittämäluokasta 18 valittiin tähän luokkaan viisi asennetta. Muista väittämäluokista valittiin yksi asenteen ilmaisu.

Väittämäluokkien asenteiden kohteet:

- Väittämäluokka 9: Dialyysisairaanhoitajien kokemukset digihoitopotilaista
- Väittämäluokka 10: Digihoitopolulla olevan tiedon ymmärtäminen
- Väittämäluokka 11: Dialyysimuodon päätöksenteon onnistuminen
- Väittämäluokka 13: Dialyysihoitoon liittyvän elämänmuutoksen hyväksyminen
- Väittämäluokka 18: Potilaiden valmius hoitomuodon valintaan hoitotapaamisessa

Asenteen ilmaisut:

1. Potilaat syventävät saatua tietoa digihoitopolun jälkeisessä hoitotapaamisessa. (9M)
2. Potilaat valmiimpia valitsemaan hoitomuotoa hoitotapaamisessa. (9M)

3. Potilaat ehtineet miettiä kotidialyysimahdollisuutta ennen hoitotapaamista. (9M)
4. Potilaat tehneet dialyysivalintaa ennen hoitotapaamista. (9M)
5. Digihoitopotilaille annetaan samaa tietoa kuin vastaanotolla, ja kaikkea ei tarvitse kerrata. (10K)
6. Potilaat ovat paremmin valmistautuneita hoitovastaanotolla. (11M)
7. Potilaat käsittelevät elämänmuutosta paremmin hoitotapaamisessa. (13M)
8. Potilailla selkeämmät käsitykset hoitomuodoista hoitotapaamisessa. (18M)
9. Potilaille on muodostunut digihoitopolulla mielikuvia haluamastaan hoidosta. (18M)
10. Potilaat osaavat hoitovastaanotolla paremmin perustella dialyysivalintaa. (18M)
11. Potilaat pystyvät paremmin keskustelemaan hoitotapaamisessa. (18M)
12. Hoitotapaamisen lyhentymisen ja helpottumisen. (18M)

Asenteiden arvottamisen kohteet:

- Tiedon syventäminen hoitotapaamisessa
- Valmius hoitomuodon valintaan
- Dialyysivaihtoehtojen miettiminen
- Etukäteen tehty dialyysivalinta
- Tiedon kertaaminen
- Potilaiden valmistautuminen hoitovastaanottoon
- Elämänmuutosten käsittely hoitotapaamisessa
- Potilaiden käsitykset hoitomuodoista
- Potilaiden mielikuvat hoitomuodoista
- Potilaiden perustelutaito
- Potilaiden keskustelutaito
- Hoitotapaamisen lyhentymisen

6.2 Digihoitopolkupotilaan hoitokontakteja rajoittavat asenteet:

Digihoitopolku potilaan edistymisen seurannan rajoittajana -asenneluokka rakentui 5 asenteen ilmaisusta. Asenneluokka rakentui väittämäloukkista 5, 6 ja 16. Väittämäloukkasta 5 ja 16 otettiin mukaan kaksi asennetta. Väittämäloukkasta 6 otettiin mukaan yksi asenteen ilmaisu.

Väittämäloukkien asenteiden kohteet:

- Väittämäloukka 5: Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus
- Väittämäloukka 6: Dialyysihoitajien aika ja resurssit
- Väittämäloukka 16: Potilaiden vertaistuen saaminen

Asenteen ilmaisut:

1. Digihoitopolkupotilaiden kanssa ei kommunikoida. (5M)
2. Digihoitopolulla on chatti, mutta sitä ei käytetä. (5M)
3. Potilaat eivät ota kontaktia digihoitopolun kautta suoraan. (6K)
4. Digihoitopolulla ei ole vertaistukiryhmää niin kuin perinteisellä hp:lla ryhmätapaamiset. (16K)
5. Potilaat eivät pysty ottamaan toisiinsa yhteyttä digihoitopolulla. (16K)

Asenteiden arvottamisen kohteet:

- Kommunikointi digihoitopotilaiden kanssa
- Chat-palvelun käyttö
- Potilaiden ottamien kontaktien vähäisyys
- Vertaistukiryhmän tarjonta
- Verkostoitumisen vaikeus digihoitopolulla

7. Vasta-asennepari 7: Digihoitopolun asiakaslähtöisyys

Vasta-asenneluokka: Digihoitopolku asiakaslähtöisyyden edistäjänä

Vasta-asenneluokka: Digihoitopolku asiakaslähtöisyyden rajoittajana

- Dialyysihoitajien asenteiden mukaan digihoitopolku sekä edisti että rajoitti asiakaslähtöisyyden toteutumista.

7.1. Digihoitopolun asiakaslähtöisyyttä edistävät asenteet:

Dialyysihoitajat ottivat kantaa digihoitopolun asiakaslähtöisyyteen. Digihoitopolku asiakaslähtöisyyden edistäjänä -asenneluokka rakentui viidestä asenteen ilmauksesta. Aenteet rakentuivat väittämäloukista 8 ja 12. Väittämistä kahdeksan valittiin neljä asennetta, ja väittämäloukasta 12 valittiin tähän luokkaan yksi asenne.

Väittämäloukkien asenteiden kohteet:

- Väittämäloukka 8: Digihoitopolun asiakaslähtöisyys
- Väittämäloukka 12: Masennus ja toivottomuudentunne päätöksenteon vaikeuttajana

Asenteen ilmaisut:

1. Asiakaslähtöisyys toteutuu molemmilla hoitopoluilla. (8K)
2. Digihoitopolkua voidaan käyttää yhtenä asiakaslähtöisyyden keinona. (8K)
3. Potilaan oma polkuvalinta edistää asiakaslähtöisyyttä. (8K)
4. Potilaiden itsehoidon vahvistaminen. (8K)
5. Digihoitopolku on vapaaehtoinen. (12 K)

Asenteiden arvottamisen kohteet:

- Asiakaslähtöisyyden toteutuminen
- Digihoitopolku asiakaslähtöisyyden keinona
- Asiakaslähtöinen polkuvalinta
- Potilaiden itsehoito
- Digihoitopolun vapaaehtoisuus

7.2. Digihoitopolun asiakaslähtöisyyttä rajoittavat asenteet:

Digihoitopolku asiakaslähtöisyyden rajoittajana -asenneluokka rakentui kahdesta asenteen ilmaisusta, jotka olivat samasta väittämäloukasta numero 8.

Väittämäloukkien asenteiden kohteet:

-Väittämäloukka 8: Digihoitopolun asiakaslähtöisyys

Asenteen ilmaisut:

1. Jos potilas haluaa lähikontaktin, silloin se on asiakaslähtöisempää (8K)
2. Potilaan henkilökohtaisten tarpeiden huomiointi asiakaslähtöisempää (8K)

Asenteiden arvottamisen kohteet:

- Asiakaskontaktin asiakaslähtöisyys
- Potilaan henkilökohtaiset tarpeet

Liite 7: Litterointimerkinnot

LITTEROINTIMERKINNÄT	
(Sana)	Haastattelijan lyhyt väliin puhuminen
[sana]	Tarkennus lauseeseen
()	Poistettu toisto tai epäselvyys
... (3pistettä)	Puhe jatkuu edellisestä lauseesta
- (1 väliviiva)	Lyhyt tauko puheessa, muutama sekunti
-- (2 väliviivaa)	Pidempi tauko puheessa, yli 5 sekuntia

Liite 8: Kehitysehdotukset

Dialyysisairaanhoidajan työhön liittyvät kehittämisehdotukset: Asenneluokat + teoria + kehitysehdotus

Digihoitopolku päätöksentekoprosessin edistäjänä:

- Digihoitopolku tuki päätöksentekoprosessia, joka jatkui hoitovastaanotolla. Jaettu päätöksenteko muuttui etäisemmäksi, mutta potilailla oli mahdollisuus ottaa vastuuta dialyysipäätöksestä digihoitopolun avulla.

Digihoitopolku päätöksentekoprosessin rajoittajana:

- Potilailla oli mahdollisuus tehdä digihoitopolulla sopimattomia dialyysihoidopäätöksiä.

CODE-päätöksentekoteoria:

- Teorian mukaan potilaat kokevat hoitomuodon vaihtoehtojen valintaan liittyvää terveydellistä uhkaa. Päätösratkaisujen seuraukset pelottavat.
- Hoitovaihtoehtojen tulkintavaikeudet.

Kehitysehdotus:

- Digihoitopotilaiden päätöksentekoprosessia voidaan parantaa tarjoamalla digitaalista hoidon tukea koko päätösprosessin ajan. Hoitajien tuen kautta voidaan välttää päätöksentekoon liittyvää epävarmuutta ja sopimattomia dialyysipäätöksiä.

Digihoitopolku dialyysihoidajien resurssien edistäjänä:

- Potilaat saivat samaa tietoa kuin perinteisen hoitopolun potilaat. Digihoitopolku jatkoi tietoa dialyysisairaanhoidajien puolesta, joka vapautti resursseja muihin tehtäviin.

Digihoitopolku potilaille annettavien resurssien rajoittajana:

- Digihoitopotilaat tekivät samanlaisia kysymyksiä perinteisen hoitopolun potilaiden kanssa hoitotapaamisessa, eli digihoitopolku ei pystynyt antamaan vastauksia henkilökohtaisiin kysymyksiin.

CODE-päätöksentekoteoria:

- Teorian mukaan potilaat kysyvät päätöksentekoprosessissa paljon kysymyksiä, joissa on ratkaisukeskeinen tai emootiokeskeinen lataus.

Kehitysehdotus:

- Dialyysisairaanhoidajien resursseja tulisi käyttää potilaiden kysymyksiin vastaamiseen. Kysymyksiin vastaaminen on tärkeää niille potilaille, joilla on paljon kysymyksiä, epävarmuutta, tai eivät ole aktiivisia digihoitopolulla eikä päätöksenteko edisty.

Digihoitopolku potilastiedon seurannan edistäjänä:

- Dialyysisairaanhoitajat pystyivät seuraamaan sähköisten kyselyjen kautta potilaiden hoitomuotojen kiinnostusten kohteita.

Digihoitopolku potilastiedon seurannan rajoittajana:

- Dialyysisairaanhoitajat keräsivät digihoitopolulta tietoa potilaan edistymisestä ilman vuorovaikutusta jaetun päätöksenteon tueksi. Tieto ei ollut täysin varmaa, ja saattoi muuttua.

CODE-päätöksentekoteoria:

- Teorian mukaan mieltymysten/kiinnostusten mukainen päätöksenteko kuuluu päätöksentekoon, jossa keskustelu on tärkeää.

Kehitysehdotus:

- Digitaalista potilaiden seuranta tulisi kehittää teknisillä ratkaisuilla. Tiedon pitäisi liikkua potilaisiin ja hoitajiin päin luonnollisesti ilman esteitä. Hoitajien tulisi kuunnella potilaiden mieltymyksiä.

Digihoitopolku tiedon omaksumisen edistäjänä:

- Digihoitopolku tarjosi enemmän tietoa pidemmällä aikavälillä kuin lyhyt hoitovastaaotto.

Digihoitopolku tiedon omaksumisen rajoittajana:

- Kaikki potilaat eivät ymmärtäneet saamaansa digitaalista tietoa, ja heille tuli antaa suullista tietoa.

CODE-päätöksentekoteoria:

- Teorian mukaan potilaat voivat saada uutta tietoa kerralla paljon, joka saatetaan kokea kognitiivisesti monimutkaiseksi ja uhkaavaksi.

Kehitysehdotus:

- Dialyysisairaanhoitajien tulisi tehdä hoidon interventioita digihoitopolun aikana. Digihoitopolku saattaa mennä hukkaan, jos potilaat eivät kykene tai motivoidu olemaan aktiivisia tiedon omaksujia.

Digihoitopolku potilaan selviytymisen resurssien edistäjänä:

- Digihoitopolku edisti tiedon omaksumisen kautta selviytymistä digihoitopolulla.

Digihoitopolku potilaan selviytymisen resurssien rajoittajana:

- Digihoitopolku ei tarjonnut apua potilaiden sairauden- ja kuolemanpelkoihin.

CODE-päätöksentekoteoria:

- Potilas voi teorian mukaan tarkistaa, lykätä tai välttää päätöksentekoa, tai tehdä lopullisen päätöksen.

Kehitysehdotus:

- Potilaiden polkuvalintaan pitää kiinnittää huomiota, jos potilailla ei ole tarvittavia selviytymisresursseja digihoitopolulle. Pelkoa kokeva digihoitopotilas siirtää luultavasti päätöksenteon hoitovastaanotolle asti.

Digihoidopolku hoitokontaktien edistäjänä:

- Hoitotapaamiset sujuivat digihoitopolun jälkeen paremmin potilaiden osallistuessa päätöksentekoon digihoitopolulta omaksutulla tiedolla.

Digihoidopolku hoitokontaktein rajoittajana:

- Digihoidopolku vaikeutti vertaistuen saamista verrattuna perinteiseen hoitopolkuun.

CODE-päätöksentekoteoria:

- Teorian viimeisessä vaiheessa alustavaa päätöksentekoa lujitetaan ja vakautetaan.

Kehitysehdotus:

- Digihoidopolulle pitäisi saada tietoa vertaistuesta. Siellä voisi esitellä erilaisia tahoja, josta potilaat saisivat tukea. Vertaistuki auttaa päätöksentekoa, jota vahvistetaan digihoidopolun jälkeisessä hoitotapaamisessa.

Digihoidopolku asiakaslähtöisyyden edistäjänä:

- Digihoidopolku lisäsi asiakaslähtöisiä keinoja hoitomuodon päätöksentekoon. Potilaat saivat valita perinteisen hoitopolun tai digihoidopolun.

Digihoidopolku asiakaslähtöisyyden rajoittajana:

- Digihoidopolku koettiin massoille rakennettuna palveluna, joka ei palvellut henkilökohtaisissa tarpeissa.

CODE-päätöksentekoteoria:

- Teoria sisältää selviytymisstrategioiden valintaa, jotka auttavat tunteiden käsittelyssä. Tunnekuorma voi rajoittaa päätöksen tekemistä.

Kehitysehdotus:

- Jaettua päätöksentekoa ja potilaiden selviytymisstrategioita vahvistetaan asiakaslähtöisesti. Jaettu päätöksenteko voi jakautua eri suhteissa hoitajan ja potilaan välillä. Esim. omaehtoiselle potilaalle päätöstä ei tehdä asiakkaan puolesta, vaan tuetaan asiakaslähtöisesti lääketieteelliseltä pohjalta dialyysihoitomuodon valintaa.