



Minttu Niskanen

# Kokemuksia elinluovuttajan hoidosta

Haastattelututkimus anestesiahoitajille

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan YAMK

Akuuttihoitotyön kehittäminen ja johtaminen

Opinnäytetyö

9.4.2023

Tekijä	Minttu Niskanen
Otsikko	Kokemuksia elinluovuttajan hoidosta – Haastattelututkimus anestesiahoitajille
Sivumäärä	36 sivua + 4 liitettä
Aika	9.4.2023
Tutkinto	Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Tutkinto-ohjelma	Akuuttihoitotyön kehittäminen ja johtaminen
Ohjaaja	Lehtori Sari Haapio
<p>Työskentely kuolleen elinluovuttajan kanssa voi olla henkisesti kuormittavaa. Elinluovutukseen liittyy piirteitä, jotka sotivat hoitajan etiikkaa ja kokemusta vastaan siitä, miten potilasta tulisi hoitaa. Elinluovuttajan ollessa vainaja, on hoidon mielenkiinto siirtynyt potilaan hoidosta elinten siirtokelpoisuuden varmistamiseen. Elinluovutus toiminnassa ei siis enää hoideta elävää potilasta vaan vainajaan. Elinluovutuksissa juuri tämä aspekti, hoitosuhteen jatkaminen vainajan kanssa, saattaa aiheuttaa moraalista pohdintaa hoitotyön suorittajassa.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa, minkälaisia kokemuksia anestesiahoitajilla on kuolleen elinluovuttajan hoidosta. Työn tavoitteena on tuottaa tietoa anestesiahoitajien kokemuksista elinluovutuksista ja moraalisista pohdinnoista liittyen kuolleen elinluovuttajan hoitoon. Tutkimustuloksia voi jatkossa hyödyntää pohdittaessa tarvitaanko lisää tukevia toimia elinluovutukseen osallistuville anestesiahoitajille.</p> <p>Opinnäytetyössä käytettävänä tutkimusmenetelmänä on laadullinen teemahaastattelu. Haastateltavat haettiin Meilahden anestesia- ja leikkausosaston anestesiahoitajista ja kerätty aineisto analysoitiin käyttämällä induktiivista sisältöanalyysiä. Haastatteluun osallistui seitsemän anestesiahoitajaa.</p> <p>Anestesiahoitajien kokemukset elinluovuttajan hoidosta kertovat, että he ovat joutuneet käymään moraalista pohdintaa elinluovutuksiin osallistumisesta. Vainajan hoitaminen koetaan erilaiseksi kokemukseksi, kuin elävän potilaan. Anestesiahoitajat tunnistavat elinluovutusleikkauksiin osallistumisen potentiaalisesti henkisesti kuormittavaksi tilanteeksi. Huolta koettiin uusien kollegojen henkisestä jaksamisesta heidän aloittaessaan elinluovuttajien hoidon.</p> <p>Tutkimustuloksia voi jatkossa hyödyntää pohdittaessa minkälaista henkistä tukea elinluovutuksiin osallistuvat anestesiahoitajat tarvitsevat sekä pitääkö uusille anestesiahoitajille luoda perehdytyksen protokolla, joka valmistaa heitä kohtaamaan kuollut elinluovuttaja.</p>	
Avainsanat	anestesiahoitaja, elinluovuttaja, elintensiirto, moraalinen pohdinta, moraalinen stressi, defusing, jälkipurku

Author	Minttu Niskanen
Title	Experiences of organ donor care – Interview study for nurse anesthetists
Number of Pages	36 pages + 4 appendices
Date	4 April 2023
Degree	Master of Healthcare
Degree Programme	Master's degree programme in development and leadership of acute care
Instructor	Lecturer Sari Haapio
<p>Working with a deceased organ donor may be mentally burdensome. Organ donation involves features that are at war against the nurse's ethics and experience on how a patient ought to be treated. When the donor is deceased, the interest of treatment has shifted from the patient's treatment into ensuring the portability of the organs. Therefore, an alive patient is no longer treated in organ donation activities, but a deceased one. The continuation of the nurse – patient-relationship with a deceased is the aspect in organ donation, which may cause moral reflection on the person performing the nursing.</p> <p>The purpose of this thesis is to map out the experiences of the nurse anesthetists treating a deceased organ donor. The aim of the thesis is to produce information on the nurse anesthetists experiences of organ donation and the moral reflection regarding the treatment of and deceased organ donor. The results of the research may be used in the future when considering whether further supportive measures for the nurse anesthetists involved in organ donation are needed.</p> <p>The research method used in the thesis is in-depth qualitative interview. The interviewees were chosen among the nurse anesthetists from the Surgery and Anesthesia unit in Meilahti and the collected data was analysed using the inductive content analysis. Seven nurse anesthetists participated in the interview.</p> <p>The experiences of the nurse anesthetists treating an organ donor tell us that they have had to undergo a moral reflection about participating in the organ donation. Taking care of a deceased is seen as a different experience than treating an alive patient. The nurse anesthetists recognise the potential mental burden of an organ donation surgery. Concerns were expressed about the mental endurance of new colleagues as they begin treating organ donors.</p> <p>The results of the research may be used in the future when considering what kind of mental support nurse anesthetists participating in organ donation need, and whether an orientation protocol should be created for new nurse anesthetists that prepares them to face a deceased organ donor.</p>	
Keywords	nurse anesthetist, organ doner, organ donation, moral reflection, moral distress, defucing

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tausta	2
2.1	Elinluovutustoiminta	3
2.1.1	Elinluovuttaja	4
2.2	Moraalinen pohdinta	6
2.2.1	Moraalinen stressi elinluovuttajan hoidossa	7
2.3	Purkukeskustelu ja kriisin vaiheet	9
3	Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys	9
4	Tutkimuksen toteutus	10
4.1	Tutkimus menetelmä	10
4.2	Haastateltavien valinta	11
4.3	Aineiston keräys	12
4.4	Aineiston analyysi	13
5	Eettiset näkökulmat ja työn luotettavuus	15
5.1	Osallistujien oikeudet	15
5.2	Aineiston säilyttäminen ja hävittäminen	16
5.3	Rahoitus ja esteellisyys	16
5.4	Työn luotettavuus	17
6	Tulokset	18
6.1	Kokemus elinluovuttajan hoidosta	18
6.1.1	Vainajan kohtaaminen	18
6.1.2	Elinluovuttaja henkilönä	20
6.1.3	Itsensä suojeleminen	22
6.1.4	Positiivisten aspektien tunnistaminen	23
6.1.5	Jälkipuinnin tarve	23
6.2	Moraalinen pohdinta	25
6.2.1	Toiminnan oikeudellisuus	25
6.2.2	Oma elämäkatsomus	26
6.2.3	Elinluovutustoimenpiteen loppuminen	27
7	Pohdinta	28
8	Johtopäätökset	32

9	Jatkotutkimuksen aiheet	34
	Lähteet	35
	Liitteet	
Liite 1	Tiedote tutkimukseen osallistumisesta	
Liite 2	Hakemus tutkimusluvasta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille	
Liite 3	Haastattelun apukysymykset	
Liite 4	Tutkittavan suostumus tutkimukseen osallistumisesta	

# 1 Johdanto

Työskentely kuolleen elinluovuttajan kanssa voi olla henkisesti kuormittavaa. Elinluovutukseen liittyy piirteitä, jotka sotivat hoitajan etiikkaa ja kokemusta vastaan siitä, miten potilasta tulisi hoitaa. Elinluovuttajan ollessa vainaja, on hoidon mielenkiinto siirtynyt potilaan hoidosta elinten siirtokelpoisuuden varmistamiseen. Elinluovutus toiminnassa ei siis enää hoideta elävää potilasta vaan vainajaan. Elinluovutuksissa juuri tämä aspekti, hoitosuhteen jatkaminen vainajan kanssa, saattaa aiheuttaa moraalista pohdintaa hoitotyön suorittajassa.

Suomessa suurin osa siirrettävistä elimistä saadaan kuolleilta luovuttajilta. Munuaissiirrot ovat käytännössä ainoat elinsiirrot, joita tehdään eläviltä luovuttajilta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään elinluovutustapahtumiin, joissa on osallisena kuollut elintenluovuttaja.

Kuolleen elintenluovuttajan hoito on tunnustettu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (Hus) defusing-toiminnassa yhdeksi riskitekijäksi saada traumaperäisiä reaktioita. Defusing suomennetaan sanalla purkaminen ja sen tarkoituksena on antaa henkistä ensiapua työntekijöille, jotka ovat joutuneet työssään kohtaamaan tilanteita, jotka aiheuttavat emotionaalista kuormitusta. (Hus, Defusing.) Henkisesti traumaattisen tilanteen purkaminen auttaa työntekijää palaamaan normaaleihin työrutiineihin ja sitä suositellaankin elinluovuttajan kohtaamisen jälkeen (Duodecim 2021). Vainajan kohtaaminen ja hoitaminen sekä hoitotyön fokuksen siirtyminen potilaan hyvinvoinnista elinten elinkelpoisuuden takaamiseen saattaa herättää luovutusleikkauksiin osallistuvissa anestesiahoitajissa ahdistusta ja moraalista pohdintaa.

Meilahden anestesia- ja leikkausosastolla on valtakunnallinen elinsiirtovastuu, jolloin yksikössä toimiva anestesiahoitaja saattaa hoitaa useampia kymmeniä elinluovuttajia urallaan. Muissa Suomen elinluovutussairaaloissa elinluovuttajan hoito on anestesiahoitajalle harvinainen tapahtuma, johon osallistuminen voi usealla jäädä yksittäiseksi kuriositeetiksi ja näin ollen elinluovutusprosessista ei välttämättä saa kattavaa kokonaiskuvaa.

Meilahden leikkausosaston n. 50 luovuttajaa vuodessa takaavat sen, että lähes jokainen anestesiahoitaja tulee työssään hoitamaan luovuttajan tai luovuttajia. Tässä opinnäytetyössä haastateltavat haettiin Meilahden anestesia- ja leikkausosastolta, jotta

tavoitettiin anestesiahoitajia, jotka ovat kohdanneet useampia kuolleita elinluovuttajia työurallaan.

Tutkimuksessa haetaan vastausta siihen, minkälaisia kokemukisa kuolleen elinluovuttajan hoitoon liittyy ja minkälaista moraalista pohdintaa tämä on aiheuttanut anestesiahoitajille.

## 2 Tausta

Elintensiirrot on keskitetty Suomessa Meilahden sairaala-alueelle. Suomessa tapahtuvaa elintensiirtotoimintaa koordinoi Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) elinsiirtotoimisto. Aikuisten elinsiirrot suoritetaan Meilahden anestesia- ja leikkausosastolla ja lasten Uudessa lastensairaalassa. Elinsiirtotoiminta käsitteenä kattaa prosessin luovuttajan kuoleman toteamisesta elinten luovutukseen ja siirtoon elimen saajalle. (Hus, Elinsiirtotoiminta.)

Elinluovutussairaaloina toimivat kaikki Suomen viisi yliopistollista keskussairaala sekä 16 ei yliopistollista keskussairaala. Määrältään eniten luovuttajia hoitaa Meilahden anestesia- ja leikkausosasto, jolla oli vuonna 2120 hoitovastuu 46:sta elintenluovuttajasta. Muut sairaalat hoitivat yhteensä 75 elinluovuttajaa, joista toiseksi suurimman määrän, 21 elinluovuttajaa, hoiti Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Tampereen yliopistollinen sairaala. Suomessa on useita sairaanhoitopiirejä, joihin ei vuosittain osu yhtään tai vain muutamia elinluovuttajia vuodessa, kuten Vaasan, Kanta-Hämeen ja Kainuun sairaanhoitopiirit. (HUS Elinsiirtotoiminta). Näiden sairaaloiden anestesiahoitajille ei todennäköisesti osu työuralle montaakaan kohtaamista kuolleen elinluovuttajan kanssa. Tästä syystä tässä opinnäytetyössä keskitytään Meilahden anestesia- ja leikkausosaston sairaanhoitajiin, joilla on kokemusta useammasta elinluovuttajan hoidosta.

Meilahden anestesia- ja leikkausosastolla on 19 leikkaussalia ja siellä työskentelee noin 230 sairaanhoitajaa, joista noin 100 on anestesiahoitajia. Elinluovutustoimintaan osallistuminen kuuluu jokaiselle anestesiahoitajalle. Luovutusleikkauksiin voi osallistua, kun on perehtynyt osaston normaaliin anestesiahoitotyöhön, erikoisaloihin ja potilasmateriaaliin eli nopeimmillaan noin puoli vuotta osastolla työskenneltään, jos hoitajalla on aikaisempaa kokemusta anestesiahoitotyöstä. Elinluovutusleikkaukseen osallistumista ensimmä-

mäisen kerran harkitaan aina yksilökohtaisesti, riippuen hoitajan kokemuksesta ja ajatuksesta, onko hän valmis ammatillisesti ja henkisesti kohtaamaan kuolleen luovuttajan. Elinluovuttajan kanssa työskentelevät hoitajat saattavat olla työuransa alkumetreillä tai hyvinkin kokeneita hoitajia. Koska elinluovutus perustuu kuolleisiin luovuttajiin, luovuttajan valinta tarkkaa ja luovutuksen ajankohta ennakoimatonta on hyvin sattumanvaraista, kuinka usein ja mihin sairaanhoitajan uran vaiheeseen elinluovuttajan kohtaaminen tai kohtaamiset sijoittuvat. Elinluovutukseen osallistuminen on osastolla huomioitu tapahtumaksi, joka saattaa aiheuttaa henkistä kuormitusta ja ensimmäiseen elintenluovutukseen osallistuttaessa pyritään anestesiahoitajan mukaan laittamaan kokeneempi kollega ohjaamaan tilannetta. (Aro, Paula 2022.)

## 2.1 Elinluovutustoiminta

Elinluovutuksella tarkoitetaan prosessia, jossa elin tai elimiä luovutetaan elinsiirtoa tarvitsevalle henkilölle tai henkilöille. Elinluovuttaja voi olla joko aivokuolleeksi todettu henkilö tai elävä henkilö. Elävältä luovuttajalta voidaan saada elimistä vain toinen munuainen, kaikki muut luovutettavat elimet saadaan kuolleilta luovuttajilta. (Hus, Elinluovutustoiminta.) Tässä tutkimuksessa keskitytään kuolleiden luovuttajien elintenluovutukseen.

Kuollut elinluovuttaja voi luovuttaa yhdestä kuuteen elintä. Luovutettavat elimet ovat, munuaiset, maksa, keuhkot, haima, suolet ja kudokset. Luovutettavia kudoksia ovat esimerkiksi iho, verisuonet, luut ja sarveiskalvot. Luovutettavien elinten määrään vaikuttaa sekä luovuttajan ikä ja lääketieteellinen tausta, kuin myös siirrettävien elinten tarve ja vastavuus saajalle. Vaikka luovuttajalla olisi tarjolla siirtoon kelpaavia elimiä, otetaan ne käyttöön vain, jos löytyy kudos- ja verityypiltään vastaava saaja. (Hus, Elinluovutustoiminta.)

Elinluovutusprosessi alkaa harkinnalla, olisiko potilas potentiaalinen elinluovuttaja. Vuonna 2020 HYKS Elinsiirtotoimistoon otettiin yhteyttä 339 mahdollisesta luovuttajasta, joista 121 päätyi luovuttajiksi (Skandiatransplant 2020). Vuonna 2020 elintenluovuttajilta saatiin 408 siirrettyä elintä. Syyt, joilla elinluovutuksesta luovutaan, saattavat olla esimerkiksi vainajan tahto, taustasairaudet tai kuoleman syytä ei saada aukottomasti todettua. Esimerkiksi b- ja c -hepatiitti sekä HIV tai viiden vuoden sisällä sairastettu syöpä ovat esteitä elinluovutukselle. (Hus, Elinluovutustoiminta.)

Ennen elinluovutus päätöstä potilas tutkitaan teho-osastolla. Lopullisen päätöksen potilaan kelpoisuudesta elinluovuttajaksi tekee elinsiirtokirurgi. Ennen päätöstä varmistetaan, että potilas on aivokuollut, aivokuoleman syy on selvillä, eikä potilaan taustassa

ole syitä, jotka olisivat esteenä luovutukselle. Kun aivokuolema on todettu, keskittyvät tutkimukset mahdollisesti siirrettävien elinten toimintaan ja siirrettävien elinten sopivuuteen mahdollisille saajille. Elinten sopivuuteen saajille vaikuttaa mm. elinten koko, veriryhmä ja -vasta-aineet. (Ala-Kokko ym. 2020.)

Kun luovuttaja on menehtynyt ja kaikki elinten toimintaa kuvastavat tutkimukset on tehty, siirtyy luovuttaja eli vainaja leikkausosastolle elinten irrotusleikkausta varten. Elintenluovutusleikkaus on tapahtuma, jossa elimet irrotetaan luovuttajasta ja valmistellaan siirrettäväksi saajalle tai saajille. Kun elinluovuttajana on vainaja, on hoitotyön mielenkiinto siirtynyt potilaan hyvinvoinnin ja terveyden tukemisesta elinten elinkelpoisuuden takaamiseen. Elinten elinkelpoisuus taataan tukemalla lääkityksellä vainajan verenkiertoa ja huolehtimalla kaasujen vaihdosta eli hengityksestä hengityskoneella. (Hus, Elinluovutus-toiminta.)

Elintenluovutusleikkaus voi tapahtua joko sairaalassa, jossa siirtoleikkaus tapahtuu tai sairaalassa, jossa luovuttaja on menehtynyt. Meilahden anestesia- ja leikkausosasto hoitaa omassa sairaalassaan kuolleet luovuttajat sekä lähialueiden luovuttajien irrotusleikkaukset, jolloin vainaja siirretään kyseiseen yksikköön. Pääkaupunkiseudun ulkopuolelle lähtee kirurginen luovutustiimi hakemaan elimiä. Luovutustiimiin kuuluu elinsiirtokoordinaattorin lisäksi instrumentoituva hoitaja tai hoitajia, sekä luovutettavaan elimeen tai elimiin erikoistuneet kirurgi tai kirurgit riippuen luovutettavien elinten määrästä. Hus:in ulkopuolella tapahtuviin elintenirrotuksiin osallistuu kyseessä olevan sairaalan anestesiatiimi. (Hus, Elinluovutustoiminta.)

### 2.1.1 Elinluovuttaja

Elinluovuttaja voi vain tietyissä tapauksissa, kuten munuaisten luovutuksessa, olla elävä luovuttaja. Suomessa suurin osa luovutettavista elimistä tulevat kuolleilta luovuttajilta. Vuonna 2020 siirrettiin Suomessa yhteensä 408 elintä, joista 31 saatiin eläviltä luovuttajilta ja loput kuolleilta. (Hus, Elinluovutustoiminta.)

Suomessa kuolema voidaan todeta, kun hengitys ja verenkierto ovat pysähtyneet tai aivotoiminta on loppunut. Edellytyksenä kuoleman toteamiselle sydämen vielä sykkiessä on, että aivoperäiset vasteet puuttuvat, hengityskeskuksen toiminta on loppunut ja että aivotoimintojen loppumisen syy tai patofysiologinen mekanismi on selvitetty. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta 27/2004.) Elinluovuttajaksi kelpaa vainaja, jonka kuolema on todettu aivotoiminnan loppumisesta, koska siirrettävien elinten elinkelpoisuus vaatii, että luovuttajan hemodynaamikka eli hengitys ja verenkierto,

on ollut vakaa ennen ja jälkeen kuoleman toteamisen. Jotta luovuttajan elimet kelpaavat elinluovutukseen, täytyy tämän hengityksen ja verenkierron olla tuettu vakaaksi, jotta elimet säilyvät elinkelpoisina luovutusleikkaukseen saakka. Koska luovuttaja on vainaja, eikä hänen hengityskeskuksensa tai verenkiertoansa hallitsevat aivotoimintonsa enää toimi, täytyy niistä huolehtia keinotekoisesti hengityskoneella ja verenkiertoa tukevin lääkityksin. (Hus, Elinluovutustoiminta.)

Yleisin elinluovuttajan kuolinsyy on subaraknoidaali eli kallonsisäinen vuoto, joka johtaa aivokuolemaan, jolloin aivojen verenkierto lakkaa peruuttamattomasti. Aivokuoleman kriteerinä on Sosiaali- ja terveysministeriön antama säädös, joka määrittelee, koska ihminen voidaan todeta kuolleeksi sydämen vielä sykkiessä. Näitä kriteerejä ovat potilaan vammamekanismin ja aivoverenkierron loppumisen syiden tunnistaminen, pysyvä tajuttomuus, aivohermovasteiden puuttuminen ja hengityksen loppuminen. Aivokuoleman toteamisen edellytyksenä on siis, että aivotoimintojen loppumisen syy on selvitetty eli potilaalla tulee olla diagnoosi ja palautuvat, ohimenevät tajuntaan vaikuttavat syyt on poissuljettu. (Ala-Kokko ym.)

Elintenluovuttajan kuolema todetaan aivokuoleman ajankohdasta. Tällöin vainajan hengitystä ja verenkiertoa joudutaan tukemaan, koska vainajan oma hengitys ja aivohermovasteet puuttuvat. (Hus, Kansalliset ohjeet elinluovuttajan hoidosta ja elinten talteenotosta 2021.)

Aivokuoleman toteamisen jälkeen elinluovuttajan hoidon tavoitteena on turvata luovutettavien elinten riittävä verenkierto ja hapentarjonta. Yhdeltä luovuttajalta saaduilla elimillä hoidetaan keskimäärin kolme–neljä potilasta, mutta jopa seitsemän ihmistä voi saada elimen samalta luovuttajalta. (Ala-Kokko ym. 2020.)

Anestesiahoitajan osuus elinluovuttajan hoidossa kattaa kuolleen luovuttajan hoidon irrotusleikkauksen aikana. Anestesiahoitaja- ja lääkäri huolehtivat, että luovutettavat elimet pysyvät siirtokelpoisina luovutusleikkauksen ajan. Vastuu alkaa luovuttajan siirtyessä teho-osastolta leikkaussaliin ja jatkuu siihen, kun elinten irrotus on edennyt vaiheeseen, jossa hengityskone ja monitorointi voidaan sulkea. Tällöin elinten luovutusleikkaus on edennyt siihen pisteeseen, että luovutettavat elimet irrotetaan vainajan verenkierrosta ja niiden valmistelu siirtoa varten saajalle on alkanut. Kun luovutettavat elimet eivät enää ole riippuvaisia luovuttajan verenkierrosta, vaan niiden elinkelpoisuudesta ja säilyvyydestä huolehditaan muilla keinoin, ei anestesiahoitajan panosta enää tarvita. Anestesiatiimin työ loppuu siis elintoimintoja tukevien koneiden sulkemiseen ja anestesiahenkilökunta poistuu salista luovutusleikkauksen vielä jatkuessa. (Aro 2022.) Tilanteesta

anestesiahoitajalle tekee poikkeuksellisen se, että normaalissa leikkauksessa aneste-  
siatiimi on salissa saman ajan kuin muukin tiimi, eli sen aikaa, kun potilas viettää leik-  
kaussalissa.

## 2.2 Moraalinen pohdinta

Kielitoimiston sanakirja määrittelee käsitteen moraali, yhteisössä vallitseviksi eettisiksi arvoiksi, käyttäytymissäännöiksi ja siveellisyydeksi, johon kuuluu henkinen ryhti ja kes-  
tävyys. Henkilön moraaliset periaatteet muokkautuvat sekä yhteisön ja kulttuurin että  
persoonan itsensä kokemuksen ja pohdinnan tuloksena. Moraaliset periaatteet luovat  
viitekehyksen, jonka mukaan henkilön omatuntonsa toimii ja hänelle syntyy kokemus  
tunnon vaivoista ja käsitys oikeasta ja väärästä. (Kielitoimiston sanakirja 2022.)

Moraalisen rohkeuden katsotaan olevan yksi sairaanhoidon kulmakivistä. Sairaanhoita-  
jan kyky pohtia ja ottaa esiin pulmia, jotka nousevat henkilön eettisten arvojen ja toi-  
minnan ristiriidasta voimaannuttaa sekä työyhteisöä, että yksilöä. Työyhteisö, joka tun-  
nistaa ja kannustaa yksilöä moraaliseen rohkeuteen saavuttaa laadukkaampaa hoito-  
työtä ja parantaa potilas- ja henkilöstötyytyväisyyttä. Sairaanhoitajat kokevat päivittäin  
moraalisia dilemmoja, joita he joutuvat ratkomaan omien eettisten arvojensa ollessa  
ristiriidassa terveydenhuollon todellisuuden ja resurssien kanssa. (Khoshmehr & Bark-  
hordari-Sharifabad & Nasiriani & Fallahzadeh 2020.)

Moraalista pohdintaa sairaanhoitajissa aiheuttaa päivittäisessä työssä esimerkiksi hoi-  
totilanteet, joissa potilaalle aiheutetaan kipua ja ahdistusta. Tällaisia tilanteita voivat  
olla esimerkiksi näytteenotot tai siteenvaihdot. Hoitajan toiminta tähtää tällöin potilaan  
tilan parantamiseen, vaikka hetkellisesti hän joutuukin aiheuttamaan potilaalle tuka-  
luutta. Moraalista pohdintaa saattavat aiheuttaa myös tilanteet, jotka ovat ristiriidassa  
päivittäisen, kulttuurisidonnaisen etiikan kanssa. Tilanteet saattavat liittyä esimerkiksi  
alastomuus, toiseen kajoaminen tai kuolleen tai kuolevan kohtaamiseen. Hoitajan mo-  
raalinen rohkeus auttaa häntä selviämään haasteellisista tilanteista käymällä eettistä  
keskustelua omista arvoistaan ja niiden ristiriidasta hoitotyön realiteettien kanssa. Mo-  
raalinen pohdinta voimaannuttaa hoitajaa tarttumaan epäkohtiin, oikeuttamaan toimin-  
taansa itselleen ja hoitamaan potilasta parhaalla mahdollisella tavalla. (Khoshmehr  
ym.)

### 2.2.1 Moraalinen stressi elinluovuttajan hoidossa

Käsitteenä moraalinen stressi on tuotu esiin ensimmäisen kerran 1984 Andrew Jametonin toimesta kuvaamaan sairaanhoitajien kokemusta tilanteista, jolloin rakenteelliset tai järjestelmälliset esteet estävät heitä toimimasta omantuntonsa mukaan. Moraalinen ahdistus nousee etenkin silloin, kun toiminta rikkoo moraalisia peruseriaa tai eettisiä vastuita. (Jameton 1984.)

Moraalinen stressi voi esiintyä ahdistuksena, avuttomuutena ja tyytymättömyytenä, kokemuksen toistumista ja jatkuessa moraalinen stressi voi johtaa apatiaan, poissaoloihin töistä sekä pahimmillaan ammatin vaihtoon (de Sousa Vilela & Cardoso Ferraz & de Araújo Moreira & Menezes Brita 2020).

Moraalisen stressin negatiiviset vaikutukset heijastuvat hoitajan työssäjaksamiseen ja lähes puolella hoitajista voidaan todeta jossain työuransa vaiheessa moraalisen stressin kokemuksia. Moraalinen stressi hoitotyössä on kuitenkin perusteltua, koska se ilmentää eettistä pohdintaa. Eettinen ja moraalinen pohdinta voi olla produktiivista tai vahingollista kokijalle ja työyhteisölle riippuen siitä, onko työyksikössä keinoja sen tunnistamiseen ja läpikäymiseen. (DiGangi Condon & Berger & Shurpin 2021). Selviytymiskeinoksi moraalista stressistä voidaan katsoa eettisten ja moraalisten dilemموjen tunnistaminen ja puuttuminen niihin hoitotyön käytänteisiin, joissa niitä ilmenee. Hoitotyön tekijöiden voimaantuminen puuttumaan, puhumaan ja tunnistamaan taustat, jotka johtavat moraalisiin ristiriitoihin, vievät hoitotyön kehitystä eteenpäin. Vuonna 2017 Andrew Jameton herätti keskustelua, tulisiko termi moraalinen stressi korvata termillä moraalinen resilienssi. Resilienssi kuvaa ennemminkin hoitotyön tekijän kykyä toipua koettelemuksesta ja olla tilanteessa ennemmin toimija, kuin uhri ja antaa termille mahdollisuuden kehittää ja kehittyä. Termi moraalinen stressi näyttää jääneen kuitenkin suurempaan käyttöön. (Jameton 2017.)

Langly, Kisorio ja Schmollgruber (2015) ovat tutkimuksessaan tuoneet esiin tehohoitajien kokeman moraalisen ahdistuksen liittyen tilanteisiin, jolloin he joutuvat kokemaan eettisiä konflikteja. Yksi viidestä moraalista ahdistusta lisääväksi tai aiheuttavaksi tekijäksi katsottiin osallistuminen elämän loppuvaiheen päätöksentekoon ja päätösten toimeenpanemiseen. Muut neljä kategoriaa liittyivät tilanteisiin, joissa koettiin taitojen tai kokemuksen puutetta, resurssien rajallisuutta, kommunikoinnin vaikeutta tai henkisen tuen puutetta. Moraalisen ahdistuksen kokemukset olivat tutkimuksen mukaan laajat ja niiden on katsottu ilmenevän niin fyysisinä kuin psyykkisinäkin oireina. Tutkimukseen

osallistuvat olivat kokeneet mm. unettomuutta, masennusta ja ruokahaluttomuutta, vihaa ja vetäytymistä sosiaalisista kontakteista. (Langly ym. 2015.)

Langly kumppaneineen (2015) suosittelivat moraalisen stressin riskissä työskenteleville säännöllistä henkistä tukea, joka edesauttaisi tilanteiden jälkipuintia (defusing) ja vähentäisi stressin kroonistumista. Taitoa kohdata moraalista stressiä aiheuttavia tilanteita tulisi harjoitella ryhmissä ja kannustaa hoitajia itsereflektointiin ja itsetuntemukseen koskien kuormittavien tilanteiden tunnistamista. (Langly ym. 2015.)

Tarbeh ja Bokek-Cohen (2019) kartoittivat elinsiirtokoordinaattorien kokemuksia elinluovutusprosessiin osallistumisesta. Elinluovutustoimintaan osallistuminen oli aiheuttanut haastateltavissa negatiivisia tunteita, emotionaalista kipua ja syyllisyyttä. Hoitotyön käytännön ja omien arvojen yhteensovittaminen loi ristiriitatilanteita, jotka aiheuttivat moraalista stressiä. Etenkin henkilöillä, joiden säännöllisiin työtehtäviin kuului luovuttajien hoito, kokivat näitä tunteita jopa päivittäin. (Tarbeh & Bokek-Cohen 2019.)

Vaikka moraalinen stressi kokemuksena on haastava, voivat hoitajat oppia toimimaan eettisesti kyseenalaisissa tilanteissa ja kehittää kykyään toipua niistä. Yhdeksi voimaannuttavaksi aspektiksi nousi tieto siitä, että elintenluovutus johtaa elintensiirtoon ja näin parantaa seuraavan potilaan elämänlaatua. (Tarbeh & Bokek-Cohen 2019.)

Hoitajan persoonalla ja hänen keräämällään aikaisemmalla kokemuksella on merkitystä sille, kuinka hän pystyy selviämään ristiriitatilanteista elinluovutukseen liittyen. Eettinen viitekehys, joka ohjaa hoitajan oletusta potilaan hyvästä loppuvaiheen hoidosta, voi erota käytännöstä silloin, kun on kyse elinluovuttajan hoidosta. Eettistä ristiriitaa aiheuttaa etenkin ajatus potilaan mahdollisesta kärsimisestä loppuvaiheen hoidossa elinten elinkelpoisuuden kustannuksella. (Sorensen & Sofronas & Hudson & Wright 2021.)

Koska elintenluovuttajan hoitaminen vaatii invasiivista lääketieteellistä puuttumista elinten elinkelpoisuuden ylläpitämiseksi, voi hoitajalle olla vaikeaa tunnistaa prosessin vaihetta, jolloin potilas siirtyy vainajaksi. Emotionaalinen sitoutuminen vainajaan potilaana ja näin ollen pelko hänen vahingoittamisestaan elinluovutusprosessin edetessä, voivat aiheuttaa kokijassa moraalista stressiä. (Sorensen ym.2021.)

## 2.3 Purkukeskustelu ja kriisin vaiheet

Purkukeskustelu eli defusing on henkisen ensiavun väline, jota käytetään silloin kun henkilö joutuu kohtaamaan tilanteen, jossa on psyykkisesti järkyttäviä ja kuormittavia aspekteja. Defusingin tavoitteena on palauttaa työntekijän työkyky, ennaltaehkäistä hänen kokemaansa stressiä ja tukea työyhteisöä. Purkukeskustelu järjestetään välittömästi henkisesti kuormittavan tapahtuman jälkeen siinä osallisena olleiden kesken, ja istuntoa vetää siihen koulutuksen saanut defusing-ohjaaja. Tarpeen purkukeskustelulle saattaa laukaista mm. väkivalta tai koskemattomuuden uhka, läheltä piti-tilanteet, hoivovirheet ja elvytys. (Hus Defusing.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri on aloittanut defusing-toiminnan leikkaus- ja tehohoitoyksiköissä toimivalle henkilökunnalle vuonna 2020. Henkistä ensiapua vaativiksi tilanteiksi on määritelty potilaan kuolema, kuolleen elinluovuttajan hoitaminen sekä elinluovutusleikkaukseen osallistuminen. (Hus Defusing.)

Traumaattinen ja henkisesti kuormittava tilanne käynnistää henkilössä prosessin, jolla hän käsittelee kriisin eri vaiheita ja joka johtaa tilanteen normalisoitumiseen ja kriisistä selviämiseen. Vaiheiden läpikäyminen on yksilöllistä, eikä niiden eteneminen ole lineaarista, vaan henkilö voi palata aiemmille tasoille prosessin edetessä. Traumaattisen kriisin voi aiheuttaa tilanteet, jotka ovat epätavallisia, äkkinäisiä sekä ristiriitaisia ja ne aiheuttavat kokevassa henkilössä epävarmuutta, ahdistusta ja muita voimakkaita tunteita. (Aivotalo.fi)

Kriisin vaiheet etenevät useimmiten shokki-, reaktio- ja käsittelyvaiheen kautta uudelleen suuntautumisen vaiheeseen. Shokkivaiheen henkilö kokee heti laukaisevan tekijän jälkeen, jolloin tapahtumaa ei vielä pystytä ymmärtämään, vaan se saatetaan jopa kieltää. Reaktiovaiheessa tapahtumasta voidaan jo luoda käsitystä ja etsiä merkitystä. Käsittelyvaiheessa henkilö pystyy jo ymmärtämään tilanteen todellisuuden, ja uudelleen suuntautumisen vaiheessa henkilö on ymmärtänyt tapahtuman kokemukseksi, jonka kanssa pystyy jatkamaan elämää. (Aivotalo.fi)

## 3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa, minkälaisia kokemuksia anestesiahoitajilla on kuolleen elinluovuttajan hoidosta.

Työn tavoitteena on tuottaa tietoa anestesiahoitajien kokemuksista elinluovutuksista ja moraalisisista pohdinnoista liittyen kuolleen elinluovuttajan hoitoon. Tutkimustuloksia voi jatkossa hyödyntää pohdittaessa tarvitaanko lisää tukevia toimia elinluovutukseen osallistuville anestesiahoitajille.

Tutkimus kysymyksiä ovat:

1. Minkälaisia kokemuksia anestesiahoitajilla on kuolleen elinluovuttajan hoidosta?
2. Millaista moraalista pohdintaa elinluovutukseen osallistuminen herättää?

## 4 Tutkimuksen toteutus

### 4.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä käytettävänä tutkimusmenetelmänä on laadullinen teemahaastattelu, jossa haastatteluiden avulla pyritään tuottamaan tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa haetaan ymmärrystä tutkimuskohteen luonteesta, laadusta, ominaisuuksista ja käyttäytymisestä kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2009: 161.)

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään ilmiötä tutkimuksen kohteena olevien ihmisten näkökulmasta eli ollaan kiinnostuneita tunteista, kokemuksista ja merkityksistä, joita haastateltavilla nousee opinnäytetyön aiheesta (Pusa, Anu & Juuti, Pauli 2020: 6).

Teemahaastattelussa tiedonkeräys etenee ennalta suunniteltujen aiheiden eli teemojen ympärillä, mutta se ei ole sidoksissa yksityiskohtaisiin kysymyksiin tai kysymysjärjestyksiin. Tällöin kyseessä on puolistrukturoimaton tutkimusmenetelmä, koska aihepiirit ovat kaikille samat, vaikka uusia näkökulmia aiheeseen saattaakin nousta esiin haastattelun edetessä. (Hirsjärvi & Hurme 2009: 47, 48.)

Tämän opinnäytetyön haastattelun aiheiksi nousi anestesiahoitajien kokemukset kuolleen elinluovuttajan hoidosta ja ovatko he kokeneet moraalista pohdintaa elinluovuttajan hoidosta. Elinluovuttajan hoito kokemuksena osiossa haettiin vastauksia kysymyksiin, miten anestesiahoitaja kokee elinluovuttajan hoitoprosessiin osallistumisen ja mil-

laisia ja ajatuksia se hänessä herättää. Teemassa keskusteltiin, onko luovutuksissa ollut asioita, jotka ovat jääneet mietityttämään tai vaivaamaan mieltä ja millaisia nämä asiat ovat olleet.

Moraalisen pohdiskelun osiossa keskusteltiin, onko hoitajilla ollut kokemuksia, joissa he ovat joutuneet toimimaan omantuntonsa vastaisesti tai pohtimaan omia arvojaan suhteessa elinluovutuksiin sekä millaisia ajatuksia tämä on herättänyt.

Teemoissa haettiin hoitajien omia kokemuksia, muistoja ja ajatuksia elinluovutukseen liittyen ja heidän näkemystään kyseessä olevasta ilmiöstä.

## 4.2 Haastateltavien valinta

Haastateltavat haettiin Meilahden anestesiaosastolta, koska valtakunnallinen aikuisten elinsiirtovastuu kuuluu tähän yksikköön ja tästä yksiköstä löytyvät anestesiahoitajat, jotka ovat määrällisesti eniten hoitaneet kuolleita elinluovuttajia. Haastatteluun tavoiteltiin viidestä kymmeneen anestesiahoitajaa, joilla on kokemusta elinluovuttajanhoidosta useammalta kerralta, jotta haastateltavan kokemus elinluovutuksesta ei jäisi kertaluonteiseksi. Haastateltavat haettiin lähettämällä Meilahden anestesiaosaston hoitajille tiedote tutkimukseen osallistumisesta (liite 1). Tutkimuslupa aineistonkeruuseen saatiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä (liite 2).

Tiedote lähetettiin anestesiahoitajille kaksi kertaa kahden viikon välein, jotta saatiin tarvittava määrä haastateltavia. Tutkimustiedote jaettiin kertaalleen osaston viikkotiedotteessa ja kertaalleen erillisenä sähköpostina anestesiahoitajille. Ensimmäisellä haulla saatiin neljä hoitajaa ja toisella kolme.

Lopulliseksi määräksi tuli seitsemän anestesiahoitajaa, joiden keski-ikä oli 46 vuotta ja mediaani-ikä 43 vuotta. Haastateltavat olivat työskennelleet keskimäärin 17 vuotta sairaanhoitajina ja työiän mediaani oli 12 vuotta. Haastateltavat edustivat kumpaakin sukupuolta, mutta naisia oli määrällisesti enemmän. Haastateltavista suurin osa oli hoitanut urallaan enemmän kuin kymmenen elinluovuttajaa ja seuraavaksi suurin ryhmä viidestä kymmeneen luovuttajaa. Tällä haastattelumäärällä katsottiin saavutetuksi saturaatio eli riittävä määrä tietoa ilmiöstä.

Haastattelut toteutettiin kahdessa erässä. Ensin haastateltiin ensimmäiseen hakuun vastanneet anestesiahoitajat ja toisessa erässä toiseen hakuun vastanneet hoitajat. Kaikilla

tutkimukseen vapaaehtoisesti ilmoittautuneilla oli kokemusta useammasta, kuin yhdestä elinluovutustapahtumasta, joten kaikki ilmoittautuneet hyväksyttiin haastatteluun.

### 4.3 Aineiston keräys

Aineisto kerättiin yksilöhaastatteluina ja osallistuminen perustui vapaaehtoisuuden ja sopivaan kokemukseen. Sopivaksi kokemukseksi tässä opinnäytetyössä katsotaan osallistuminen useampaan elinluovutustapahtumaan työuran aikana eli näkemystä ilmiöstä oli kerääntynyt haastateltaville enemmän kuin yksittäinen kokemus.

Ennen haastattelujen aloitusta suoritettiin yksi harjoitushaastattelu, jossa testattiin kysymysten ja välineistön toimivuutta, sekä harjoiteltiin itse haastattelutilannetta. Harjoitushaastattelun tuloksia ei otettu mukaan opinnäytetyöhön. Kysymyksiä muokattiin ja tarkastettiin harjoitushaastattelun perusteella.

Haastattelut toteutettiin Meilahden anestesia- ja leikkausosastolla. Haastatteluympäristö oli valittu sen perusteella, että se oli haastateltavien työpiste ja antoi näin mahdollisimman helpon osallistumisen haastattelutilanteeseen. Haastattelut suoritettiin rauhallisessa ja meluttomassa toimistotilassa, joka takasi nauhoituksen laadukkuuden. Haastateltavat saivat valita itselleen mieluisimman haastatteluajankohdan, jotta haastattelu koettaisiin mahdollisimman kiireettömäksi ja stressittömäksi. Haastattelu-aika kuului haastateltavien työaikaan ja työnantaja auttoi haastateltavia vapautumaan omista työtehtävistään, jotta haastattelu voitiin toteuttaa rauhallisesti.

Ennen haastattelun alkua varattiin aikaa tutkimuksen esittelyyn, haastatteluvälineistön järjestelyyn ja suostumuksen pyytämiseen osallistujalta. Itse haastattelulle varattiin aikaa noin tunti niin, että tilanteesta saadaan mahdollisimman kiireetön. Haastattelu kuului haastateltavien työaikaan ja ne pyrittiin järjestämään haastateltavan kannalta mahdollisimman sopivaan aikaan, jonka he saivat itse valita. Haastattelut tehtiin yhtä poikkeusta luukuun ottamatta eri päivinä, jotta haastateltavat eivät kokeneet kiireen tunnetta, eikä haastattelijakokenut painetta siirtyä seuraavaan haastatteluun. Samana päivänä tehdyt haastattelut olivat ajoitettu ajallisesti kauaksi toisistaan, ettei ensimmäistä haastattelua jouduttu kiirehtimään aikapaineen vuoksi. Keskimäärin itse haastatteluun meni aikaa noin 45 minuuttia vaihteluvälin ollessa 25- 55 minuuttia, eikä tähän aikaan oltu laskettu haastattelun aloitukseen tai lopetukseen varattua järjestelyaikaa.

Haastattelu eteni valmiiden teemojen ja kysymysten mukaan (liite 3), mutta haastateltavan arvot, kokemukset ja mielipiteet vaikuttivat haastattelun etenemiseen ja tarkentaviin kysymyksiin esille tulevista näkökulmista.

Ennen haastattelua haastateltaville kerrottiin tutkimuksesta ja annettiin aikaa esittää kysymyksiä tutkimuksesta. Haastateltavat allekirjoittivat suostumuksen tutkimukseen (liite 4) ja heille kerrottiin myös suullisesti heidän oikeuksistaan osallistuessaan tutkimukseen. Haastattelun jälkeen haastateltaville annettiin mahdollisuus vielä kysyä tutkimuksesta tai kertoa mielipidettään tai kokemuksiaan haastatteluun osallistumisesta.

Haastattelutiulanne tallennettiin kahdella tutkimusta varten hankitulla elektronisella tallentimella. Näin huolehdittiin, että nauhoitettu aineisto oli äänentoistoltaan laadukasta, eikä sen puutteet tai laitteen toimimattomuus vaikuttaneet jatkossa litteroinnin onnistumiseen. Koska haastatteluiden nauhoitettu laatu oli hyvä, käytettiin vain toisen laitteen nauhoittamaa aineistoa toisen ollessa varalla. Tätä tutkimusta varten hankittujen laitteiden käyttö takasi aineiston turvallisen säilyttämisen ja hävittämisen.

#### 4.4 Aineiston analyysi

Kerätty aineisto litteroitiin Microsoft Word litterointityökalun avulla. Aineisto kuunneltiin alkuperäisen litteroinnin jälkeen litteroinnin tason mukaan kahdesta neljään kertaan korjaten virheet ja poistaen ylimääräisiä sanoja ja toistoja. Litteroitua tekstiä kerääntyä korjausten jälkeen 67 sivua.

Tutkimusaineiston käsittelyvaiheessa huomioitiin, jos haastattelutilanteessa oli tullut esiin tietoa, joka voitiin yhdistää henkilöön, luovuttajaan tai haastateltavaan. Tällaiset haastattelukokonaisuudet poistettiin kokonaan tai käsiteltiin aineisto poistamalla yksittäinen tunnistetieto kuten nimi tai päivämäärä.

Kerätylle aineistolle tehtiin induktiivinen sisältöanalyysi, jossa aineisto luokiteltiin ensin pelkistäen eli redusoiden hakemalla aineistosta samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia ja kirjoittamalla ne tiivistettyyn muotoon. Tiivistyksen jälkeen suoritettiin ryhmittely eli klusterointi, jolloin aiheet järjestettiin sisältöä kuvaaviksi alaluokiksi ja nimettiin luokkaa kuvaavin otsikoin. Luokittelua jatkettiin yläkäsitteiden muodostamisella ja nimeämisellä eli abstrahoinnilla, jolloin alaluokat yhdistettiin yläluokiksi. (Hirsjärvi & Hurme 2009: 143–149.)

Aineiston luokittelu suoritettiin etsimällä ja merkitsemällä litteroidusta aineistosta samankaltaisuuksia ja taulukoimalla ne pelkistettyinä ilmaisuina. Ilmaisuja tarkasteltiin suhteessa toisiinsa ja järjestettiin ne alaluokiksi, jotka nimettiin sisältöä kuvaavin otsikoin. Nimetyt alaluokat ryhmiteltiin aiheiden mukaan ja järjestettiin yläluokkiin, jotka nimettiin aihealueittain.

Teema, joka käsitteli hoitajien kokemusta elinluovuttajan hoidosta, muodosti yläluokan ”Pidättäytyminen elinluovuttajan personoinnista ja hoitajan henkisen tuen tarve” (taulukko 1).

Taulukko 1. Kokemus elinluovuttajan hoidosta

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Kunnioitus vainajaa kohtaan hoitotilanteessa.	Vainajan kohtaaminen	Pidättäytyminen elinluovuttajan personoinnista ja hoitajan henkisen tuen tarve
Vainajan hoitaminen on erilaista henkisesti, kuin elävän potilaan.		
Elinluovuttajan hoito on kunnianosoitus heidän lahjalleen		
Koko tiimi kunnioittaa luovutustilannetta		
Vainajaa on helpompi hoitaa, kun ei tiedä taustoja.	Elinluovuttaja henkilönä	
Luovuttajan taustojen lukeminen, tekee kuolleesta henkilön.		
Luovuttaja muistuttaa omaa läheistä iältään tai ulkonäöltään		
Koittaa olla ajattelematta vainajaa henkilönä, koska se helpottaa työtä		
Surun tunnetta, kun luovuttaja on saman ikäinen kuin oma lapsi.		
Luovuttajan omaisten ajatteleminen ahdistaa.		
Vanhemmista vainajista on helpompi ajatella, että heidän aikansa on tullut.		
Nuoria luovuttajia vaikeampi hoitaa kuin vanhoja.		
Luovuttajan kuolintapa aiheuttaa surua		
Ei lue potilaan taustoja.	Itsensä suojeleminen	
Onneksi ei tarvitse nähdä omaisia. Tekisi surusta konkreettisempaa.		
Ei välillä halua katsoa vainajaa, keskittyy vaan monitoreihin.		
Onneksi ei ole joutunut hoitamaan lapsiluovuttajia.		
Helpottaa, kun on hoitanut elintensaajia ja kokee heidän ilonsa.	Positiivisten aspektien tunnistaminen	
Hyvä, että näkee mihin elimet menevät.		
Kokemus siitä, että Suomessa elintenuovutus hoidetaan asianmukaisesti.		
Ei tarvitse jälkipuintia, mutta nuoremmat kollegat tarvitsivat.	Jälkipuinnin tarve	
Ensimmäinen kerta on aina rankin. Pitäisi olla vanhempi kollega mukana.		
Tunnistaa, että on ollut osallisena henkisesti rankassa tilanteessa.		
Luovutustoiminta kuuluu työhön, mutta haluaisi suojella muita kokemukselta.		
Ei enää tarvetta jälkipuinnille, kokemuksia ollut jo niin monta.		
Puhutaan kahvipöydässä kollegojen kanssa, jos ollut oikein rankka kokemus.		
Kotona ei voi puhua asiasta.		
Luovuttajan hoito mietityttää vapaa-ajalla.		
Työkaverit tietävät, miltä luovuttajan hoito tuntuu.		

Moraalisen pohdinnan teemasta järjestyi yläluokka ”Toiminnan oikeellisuuden pohdinta” (taulukko 2). Tähän yläluokkaan yhdistyivät alaluokat, jotka käsittivät pelkistetyt ilmaisut aiheista toiminnan oikeudellisuus, oma elämäkatsomus sekä elinluovutustoimenpiteen loppuminen.

Taulukko 2. Moraalinen pohdinta

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Suomessa elinluovutustoiminta on hyvin hoidettu (5)	Toiminnan oikeudellisuus.	Toiminnan oikeudellisuuden pohdinta
Luovuttajan valinta on tarkkaan säädelty (4)		
Onneksi saa osallistua vasta siinä vaiheessa, luovuttajasta on jo päätetty.		
Hyvä, ettei tarvitse osallistua päätöksentekoprosessiin. (2)		
On helpompi olla luovutusleikkauksessa osallisena, kun kaikki puhuvat vainajasta, ei potilaasta.	Oma elämäkatsomus	
Ei halua, että oma lähipiiri luovuttaa.		
Positiivinen mielipide luovutukseen. Vaikka lapset luovuttaisivat.		
Ei voi ottaa elimiään mukaan kuoleman jälkeen. (2)		
Kunhan ei itse päädy luovuttajaksi, työkaverit eivät kesittäisi. (2)		
Uskonnollisen vakaumuksen puute positiivinen aspekti elinluovutuksiin osallistumisessa. (2)		
Uskonnollinen vakaumus positiivinen aspekti elinluovutuksiin osallistumisessa		
Oma pää pitää kääntää siihen, että hoidetaan elimiä, ei potilasta. (3)		
Hengityskoneen sulkeminen ja salista poistuminen ennen muuta tiimiä tuntuu oudolta. (2)		
Pitää tiedostaa, että potilas on jo kuollut		

## 5 Eettiset näkökulmat ja työn luotettavuus

Opinnäytetyön tekijä on sitoutunut hyvään tieteelliseen käytäntöön ja katsonut, että tutkimusmenetelmät ja tiedonkeruu ja tulokset ovat eettisiä ja luotettavia (Tutkimuseettinen neuvottelukunta). Opinnäytetyön prosessin aikana huomioitiin prosessiin osallistuvien osapuolten oikeudet ja niiden suojaaminen (Metropolia 2019: 11).

### 5.1 Osallistujien oikeudet

Opinnäytetyön eettisenä lähtökohtana oli osallistuvien vapaaehtoisuus ja kirjallinen suostumus tutkimukseen, joka kerättiin osallistujilta ennen haastatteluun osallistumista. Haastateltavien itsemääräämisoikeutta ja ihmisarvoa kunnioitettiin kaikissa tutkimuksen

vaiheissa ja varmistettiin, että heille ei aiheudu sosiaalista, fyysistä tai psyykkistä vahinkoa tutkimukseen osallistumisesta (Opinkirjo.fi/ Tutkimusetiikka). Tämä varmistettiin sillä, ettei aineistoa tai valmista opinnäytetyötä voida yhdistää yksittäisiin elinluovuttajiin tai haastattelun antajiin. Opinnäytetyön tekijä varmisti, että haastatelluissa kerätty materiaali oli vain tätä opinnäytetyötä varten, eikä materiaaliin ole pääsyä muilla kuin opinnäytetyön tekijällä.

Osallistuja on voinut kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, keskeyttää osallistumisen tai peruuttaa jo annetun suostumuksesi syytä ilmoittamatta, milloin tahansa opinnäytetyön valmistumisen aikana.

Tunnistetietoina kerättiin tutkimukseen suostuttaessa haastateltavan nimi. Näistä tiedoista muodostui rekisteri, jota käsiteltiin, säilytettiin ja hävitettiin rekisteriselosteen mukaisesti. Rekisteriin kerättyjä henkilötietoja käytettiin ainoastaan yllä mainittuun opinnäytetyöhön ja kerättyjä tietoja ei luovutettu muille osapuolille. Rekisteri kerättiin paperisena ja rekisterin ylläpitäjä vastasi sen turvallisuudesta säilytyksestä ja hävittämisestä välittömästi tutkimuksen valmistuttua. Opinnäytetyöhön liittyen on tiedonkeruusta tehty riskienarviointi haastateltavien näkökulmasta, jonka yhteenvedona todetaan, ettei henkilötietojen käsittely ei todennäköisesti aiheuta vakavaa riskiä rekisteröityjen oikeuksille ja vapauksille. (Liite 5)

## 5.2 Aineiston säilyttäminen ja hävittäminen

Opinnäytetyötä varten kerätyn aineiston omistaa opinnäytetyöntekijä, eikä sitä luovuteta missään vaiheessa muille osapuolille.

Kerätty aineisto säilytetään niin, ettei muut, kuin tutkimuksen tekijä pääse niihin käsiksi. Tutkimusaineisto on käytössä vain tätä opinnäytetyötä varten ja se hävitetään asianmukaisesti sen valmistuttua. Kerätty elektroninen materiaali, eli haastattelu tallenteet, poistetaan laitteiden muistista ja paperi materiaali, eli haastateltavan suostumus haasteluun, silputaan.

## 5.3 Rahoitus ja esteellisyys

Opinnäyte työ ei saa rahoitusta ulkopuolisista lähteistä, tutkija vastaa kaikista kustannuksista itse. Opinnäytetyön haastatteluihin osallistumisesta ei makseta, eikä siitä muodostu haastateltavalle aineetonta etuutta.

Opinnäytetyön tekijä on työskennellyt Meilahden anestesia- ja leikkausosaston anestesiahoitajana vuosina 2005–2021 ja toiminut tänä aikana elintenluovutusleikkauksissa. Opinnäytetyöntekijä ei ole työsuhteessa HUS:iin, eikä omista siihen tai elinluovutus- tai siirtotoimintaan yhteyksiä. Työn tekijällä ei ole sitoumuksia, jotka vaikuttavat työn tekemiseen tai sen laadun ja oikeellisuuden arviointiin.

## 5.4 Työn luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuutta voidaan tarkastella laadullisen tutkimuksen arviointikriteerien mukaan arvioimalla tutkimuksen uskottavuus, siirrettävyys, seuraamuksellisuus ja vahvistettavuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013:197).

Uskottavuudella kvalitatiivisessa tutkimuksessa tarkoitetaan sitä, että tulokset ovat kuvattu selkeästi ja lukija saa käsityksen siitä, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Uskottavuuteen voidaan vaikuttaa kuvaamalla jokainen työvaihe mahdollisimman tarkasti. Tutkimuksen on pyrittävä paljastamaan tutkittavien käsityksiä ja näkemyksiä tutkittavasta aiheesta kuitenkin tiedostaen, että tutkija tulkinna ja viitekehys vaikuttavat tulosten tarkasteluun. Tällöin arvioitaessa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta, arvioidaan enemmän tutkijan toimintaa, kuin saatuja vastauksia. Haastattelu aineiston luotettavuus taataan tallenteiden teknisellä laadukkuudella, litteroinnin tasalaatuisuudella ja luokittelun tasokkuudesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013:198.)

Uskottavuuteen voidaan vaikuttaa kuvaamalla jokainen työvaihe mahdollisimman tarkasti. Tässä opinnäytetyössä aineiston luotettavuus varmistettiin käyttämällä kahta elektronista tallenninta, tarkastamalla litteroinnin laatu useamman kerran ja tekemällä luokittelu harkiten. Haastattelijan ja haastateltavien vuorovaikutukseen ja tilanteen kiireettömyyteen kiinnitettiin huomiota. Opinnäytetyön ja aineiston keruun vahvuutena oli se, että haastattelija tunsi aikaisemman anestesiahoitajan työnsä kautta haastateltavat, jonka vuoksi luottavainen ja turvallinen ilmapiiri haastatteluille oli helppo luoda. Samalla opinnäytetyön aiheen ja viitekehysten tuttuus loi haasteen työn tekijälle, joka oli tunnistettava, jotta kerättyä materiaalia ei tulkittu liikaa työn tekijän oman kokemuksen kautta vaan puheenvuoro annettiin haastateltaville.

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioidessa siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, missä määrin tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä toiseen tutkimusympäristöön. Jotta siirrettävyyttä voidaan arvioida, täytyy konteksti, aineisto ja analyysi olla tarkoin kuvattu. (Kank-

kunen & Vehviläinen-Julkunen 2013:198.) Tässä opinnäytetyössä on pyritty taustoittamaan käytetty tutkimusympäristö, kuvattu haastattelu tilanne ja olosuhteet sekä kuvailtu analyysin tekeminen keskeisine luokitteluineen. Tuloksia on tarkennettu alkupe-  
räisin ilmauksin, silloin kun ne tuovat niihin lisäarvoa.

Seuraamuksellisuudella varmistetaan, että toinen tutkija voi päätyä samoihin lopputuloksiin toistamalla tutkimuksen asetelma. Laadullisen tutkimuksen ilmiöön ja asetelmaan vaikuttavat kuitenkin inhimilliset muuttujat, joten toistettavuus voi olla hankalaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013:199.) Tässä opinnäytetyössä seuraamuksellisuutta tarkastellessa on kiinnitetty huomiota tutkimusaineiston ja viitekehyksen mahdollisimman tarkkaan kuvaukseen.

Laadullisen tutkimuksen vahvistettavuudella viitataan tutkijan suhtautumiseen aineistoon. Tutkimuksen tulosten tulisi kuvata aineistoa, ei tutkijan käsitystä ilmiöstä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013:199.) Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen tekijä on toistuvasti tarkastanut, ettei oma kokemus ilmiöstä vaikuta aineiston keruuseen, analysointiin tai tulosten raportointiin.

## **6 Tulokset**

Saadut tulokset esitellään tutkimuskysymysten mukaisesti. Tutkimuskysymyksinä olivat, minkälaisia kokemuksia anestesiahoitajilla oli elinluovuttajan hoidosta ja millaista moraalista pohdintaa elinluovutuksiin osallistuminen heissä herättää. Lainaukset tekstissä ovat haastateltavien omin sanoin kuvaamaa kokemusta elinluovuttajan hoidosta ja elinluovutustoiminnasta.

### **6.1 Kokemus elinluovuttajan hoidosta**

Haastateltavilta kysyttäessä kokemuksia elinluovuttajan hoidosta keskeisiksi alaluokiksi nousi esiin vainajan kohtaaminen, elinluovuttaja henkilönä, positiivisten aspektien löytäminen elinluovutustoiminnassa sekä tarve suojella itseään ja kollegoja henkiseltä kuormalta ja jälkipuinnin tarve.

#### **6.1.1 Vainajan kohtaaminen**

Haastateltavat kokivat kuolleen elinluovuttajan kohtaamisen olevan psyykkisesti erilaista kuin elossa olevien potilaiden. Osa haastateltavista oli sitä mieltä, ettei henkisellä

tasolla koe tärkeäksi erotella onko hoidon kohteena kuollut elinluovuttaja vai elossa oleva potilas. Haastateltavat pitivät tärkeänä erottaa kuolleet elinluovuttajat muista mm. puhumalla elinluovuttajasta, joko luovuttajana tai vainajana ja korjaamalla omaa puhettaan, jos vahingossa viittasivat luovuttajaan potilaana. Puhuttaessa luovuttajasta haastateltavat tarkoittivat kuollutta luovuttajaa ja mainitsivat, että kokivat luovuttajan terminä tarkoittavan juurikin vainajaa, joka toisinaan saattoi aiheuttaa sekaannusta jos luovuttaja olikin elävä. Eli termin luovuttaja katsottiin kattavan kuolleet luovuttajat ja jos luovuttaja oli elävä, annettiin sille jokin etuliite kuten omaisluovuttaja tai munuaisen luovuttaja, joka viittaa munuaisen asemaan olla ainoa elin, joka luovutetaan elävältä ihmiseltä.

Luovuttajan tunnistaminen ja tunnustaminen vainajaksi helpotti moraalista ahdistusta ja helpotti oikeuttamaan osallistumisen elintenluovutusleikkaukseen.

”Se (luovutus leikkaus) on välillä aika brutaali, sitä on jotenkin helpompi käsitellä, kun ymmärtää, että ihminen on jo kuollut, ei me mitenkään häntä tässä enää vahingoiteta.”

”Elinten luovutus on leikkauksena sellainen, että kyllä siinä ymmärtää tottumattomampikin katsoja, ettei siitä kukaan hengissä voi selvitä. Jo pelkkä aloitusviilto on niin ronski ja tietyllä tapaa välinpitämätön

Koska elinluovuttajaa hoidettaessa hoitotyön mielenkiinto siirtynyt henkilön hoitamisesta elinten elinkelpoisuuden takaamiseen, useampi haastateltavista kertoi ”kääntävänsä ajatukset vähän toisin päin” ennen elinluovutussaliin astumista. Syyksi siihen miksi koettiin tärkeäksi mieltää luovuttaja vainajaksi, ilmoitettiin mm. oman mielen suojeleminen henkisesti kuormitukselta tai kerrottiin, että vainajan hoitotyö on niin poikkeavaa elävän potilaan hoitotyöstä, että koettiin tärkeäksi erottaa ne itselleen.

”On se ihan eri asia hoitaa sitä elävää potilasta, se on sitä normaalia perustyötä. Vainajan kanssa huomaa välillä ajattelevansa, että tarvitseeko se kipulääkettä, vaikka hyvin, tietää ettei. Ja sitten kun taas muistaa, että on vainaja kyseessä, niin ei tule huono omatunto, kun ei anna lääkettä.”

Tavallisesta leikkaussali tilanteesta poikkeavaksi mainittiin salissa vallitseva tunnelma luovutusleikkauksen aikana, joka koettiin vainajaa ja vainajan antamaa ”lahjaa” kunnioittavaksi. Koko tiimin koettiin käyttäytyvän hillitymmin ja haastattelussa ilmaistiin paheksuntaa, jos joku tiimistä oli käyttänyt asiatonta kieltä tai poikennut muun tiimin luomasta käyttäytymisnormista. Haastateltavat kertoivat, että vainajan kunnioituksesta ja salikäyttäytymisestä oli puhuttu vanhempien kollegojen kanssa perehdytyskeskuste-

lussa, joten sen katsottiin levinneen niin sanottuna perimätietona ja opittuna käyttäytymismallina. Toisaalta esim. vitsin heittäminen salissa tai naureskelu tunnistettiin mahdolliseksi selviytymiskeinoksi tiimin jäsenille, jotka olivat joutuneet potentiaalisesti henkisesti haastavaan tilanteeseen, vaikka sitä ei suvaittukaan purkamiskeinona luovutusleikkauksissa.

Puhuttaessa elinluovuttajan kohtaamisesta silloin, kun luovuttaja on jo menehtynyt, nosti haastateltavissa ajatuksia kiitollisuudesta hänen antamaansa lahjaa kohtaan ja toisaalta ns. viimeisestä palveluksesta itse vainajalle.

”Eihän ne elimet minulle tule tai edes kenellekään mun tuntemalle, mutta jotenkin sitä on kollektiivisesti kiitollinen. Kai se on tekemisissä sen kanssa, kun on nähnyt mihin ne menee (elimet) ja on vaan iloinen niiden saajien kanssa.”

Katsottiin, että elinluovuttajan hoito on tehtävä, joka pitää hoitaa mahdollisimman kunnioittavasti ja hienotunteisesti. Toisaalta mainittiin myös, että jokainen potilas oli hän sitten elävä tai kuollut, pitää hoitaa samalla intensiteetillä.

Hoitajat kokivat henkiset voimavaransa hyviksi kohdata elinluovuttaja, mutta jokin haastateltava oli huolissaan nuorempien hoitajien ja etenkin ensikertalaisten osallistumisesta luovutusleikkaukseen. Vaikka hoitajat kokoivat pärjäävänsä henkisesti hyvin elinluovuttajan hoidossa, oli lähes jokaisella ajatus, että jossain uransa vaiheessa olisi tarvinnut enemmän tukea vainajan kohtaamisessa ja jokisella oli jokin elinluovuttajaan liittyvä kokemus, joka oli vaatinut jälkeensä hoitajalta pohdintaa tai jäänyt niin sanotusti vaivaamaan ja ajatuksiin.

### 6.1.2 Elinluovuttaja henkilönä

Haastateltavat toivat esiin, että elinluovuttajaa on usein henkisesti helpompi hoitaa, kun häntä ei ajattele henkilönä, joka on ollut elossa ja jolla on elossa olevan henkilön tausta. Hoitajat kertoivat, etteivät lukeneet vainajan taustatietoja, kuten kuolinsyytä ja siihen johtaneita tapahtumia. Koettiin, että nämä tiedot tekivät vainajasta inhimillisemmän ja aiheuttivat surua hänen ja hänen perheensä puolesta. Toisaalta osa hoitajista ei kokenut ongelmaksi lukea potilaan taustoja, vaikka myöhemmin kertoivat, että jotkut asiat, kuten vainajan ikä tai vainajan ulkonäön yhtäläisyydet jonkun oman läheisen kanssa saattoivat herättää surua tai ahdistusta.

Yleisesti katsottiin, että kaikki aspektit, jotka mahdollisesti voitiin liittää omaan elämään tai lähipiiriin ja jotka herättivät surun tai ahdistuksen tunteita, koettiin henkisesti kuormittavina. Vaikka katsottiin, ettei vainajan inhimillistäminen esim. taustoja lukemalla haitannut heitä, niin kuitenkin jokainen hoitaja toi esiin asioita, jotka aiheuttivat henkistä kuormittumista. Esimerkiksi vainajan omaisten ajatteluun aiheutti surua tai tunteita, joita ei saa sanoitetuksi, tällöin puhuttiin termillä ”jää mietityttämään”.

”Välillä mietityttää niiden perheet, jos on selkeästi isä- tai äiti-ikäinen ihminen. Mitä jos itse olis siinä tilanteessa, että puoliso menee ja miltä lapsista tuntuu. Täällä me tehdään tätä työtä ja niillä on elämänsä hirvein päivä”

Haastateltavat kokivat ahdistavana ajatuksen lapsen tai nuoren elinluovuttajan hoidosta tai heillä oli henkilökohtainen kokemus tästä. Syyksi mainittiin joko se, että luovuttajan ikä yhdistettiin omiin lapsiin tai lapsenlapsiin. Tämä aiheutti surua vainajan vanhempien puolesta, pelon tunnetta siitä, että vanhempana voisi olla itse tässä tilanteessa sekä kokemusta ”epäreiludesta”, että lapsen elämä loppuu liian aikaisin. Läkäämmät elinluovuttajat katsottiin helpommaksi kohdata.

”Jos on oikein vanha luovuttaja, niin sitä ajattelee, että onhan se jo ehtinyt elää ja aika on tullut. Jotenkin sen niin perustelee itselleen.”

Jos vainajan kuolin tapa oli hoitajalla tiedossa, koettiin väkivallan uhriksi joutuminen häiritsevämmäksi kuin esimerkiksi onnettomuuden vuoksi luovuttajaksi päätyminen. Väkivalta kuolinsyynä katsottiin vainajan perheelle rankemmaksi ja tunnettiin empatiaa ja vihaa heidän puolestaan.

” Onhan se helpompi hyväksyä, että joku kuolee vanhana aivoverenvuotoon, kun nuorena siihen, että on lyöty päähän. Sitä ajattelee, että sillä vanhuksella on ollut pitkä ja hyvä elämä ja toisella on jäänyt kesken, vaikkei oikeasti tiedä kummankaan elämästä mitään.”

Haastateltavat totesivat, että tiedot luovuttajan taustoista ja kuoleman syystä ja niihin johtaneista tapahtumista olivat hyvin vajavaisia ja he tiedostivat tekevänsä oletuksia ja ”täyttävänsä aukkoja” ajatellessaan syistä, mitkä olivat johtaneet elinluovutukseen. Oletukset luovuttajan taustassa saattoivat olla luonteeltaan positiivis- tai negatiivissävytteisiä, kuten mietteitä siitä, jääkö vainajalle surevia omaisia tai ajatuksia, että luovuttajan pitkä ikä on merkinä hyvin eletystä elämästä.

### 6.1.3 Itsensä suojeleminen

Elinluovutuksiin osallistuvilla anestesiahoitajilla oli keinoja, joilla he suojelivat itseään henkiseltä kuormitukselta, olivat joskus suojelleet tai tiesivät kollegojensa käyttävän. He tunnistivat tarpeen joskus tai aina suojata itseään tai kollegojaan psyykkisesti elinluovutustilanteissa.

Henkisen suojautumisen keinoiksi katsottiin itsensä etäännyttäminen tilanteesta esimerkiksi välttämällä vainajan kasvoihin tai leikkausalueelle katsomista ja keskittymällä monitoreihin.

”Välillä on huomannu, että keskittyy vaan monitoreihin, eikä katso luovuttajaa ollenkaan ja koittaa olla vaan ajattelematta missä on.”

Yleisin henkisen suojautumisen keino oli elinluovuttajasta puhuminen vainajana ja pidättäytyminen elinluovuttajan taustatietojen lukemiselta. Ylipäänsä mikä tahansa aspekti, joka esti hoitajaa inhimillistämästä vainajaa tunnistettiin itsensä henkiseksi suojeleksi. Toisaalta koettiin tarvetta oikeuttaa toimintaan osallistumista esimerkiksi ymmärtämällä siirrettävien elinten tarve ja järkeistämällä itselleen, ettei vainaja enää tarvitse niitä.

Haastatteluun osallistuneet anestesiahoitajat kokivat henkiset voimavaransa hyviksi kohdata elinluovuttaja, mutta haastateltavat oli huolissaan nuorempien hoitajien ja etenkin ensikertalaisten joutumisesta elinluovutusleikkaukseen.

”Tulee sellainen ajatus, että kyllä mä voin hoitaa nää luovuttajat, ei vaikuta muhun, mutta aina vähän kylmää kun, joku menee ekaa kertaa (luovutusleikkaukseen), et miten se selviää. Ja tästä nousee se ajatus, että onkohan tää sit kuitenkin rankempaa, ku itselleen myöntää, ku halua muita suojella?”

Omaa psyykettä suojaavaksi tekijäksi mainittiin se, että luovuttajan omaisia ei nähdä, eikä heidän ja heidän surunsa kanssa olla missään tekemisissä. Myös se, että luovuttaja kohdataan vasta kuoleman jälkeen, eikä häntä ole nähty elossa, helpotti vainajan hoitoa elinluovutusleikkauksessa. Samalla koettiin empatiaa teho-osastolla työskentelevien kollegojen puolesta, jotka joutuvat kohtaamaan sekä vainajan perheen, että kokemaan potilaan kuoleman. Myös se, ettei ole joutunut hoitamaan lapsiluovuttajia koettiin suojaavana tekijänä ja ilmaistiin, ettei tiennyt pystyisikö siihen. Syyksi he ilmoittivat, että heillä on pieniä lapsia itsellään ja kokemuksesta tekisi itselleen liian henkilökohtaisen.

#### 6.1.4 Positiivisten aspektien tunnistaminen

Hoitajilla oli tarve tunnistaa elinluovutustilanteesta positiivisia Aspekteja, jotka toisaalta auttoivat hyväksymään tilanteen sekä perustelemaan itselleen miksi toimintaa tehdään.

Haastateltuun osallistuneet anestesiahoitajat olivat olleet mukana myös elinten siirtoleikkauksissa ja hoitanut elintensaajia heräämössä. Hoitajilla oli myös kokemusta tehotaiv vuodeosastolta, jossa he olivat hoitaneet siirron saaneita ennen ja jälkeen leikkauksen. Se, että hoitajat olivat nähneet, mihin siirrettävät elimet päätyvät ja kokeneet ilon ja helpotuksen, joka siirteen saajilla oli ollut elinsiirron jälkeen, auttoi näkemään elinluovutuksen ja siirron prosessina, joka päättyi positiiviseen tulemaan. Tämä kokemus koettiin merkittäväksi, koska elintenluovutukseen katsottiin liittyvän kuormittavia tunteita ja elintensiirtoon taas voimakkaasti voimaannuttavia kokemuksia.

”Se on kurjaa, että muissa sairaaloissa, jossa näitä luovuttajia hoidetaan ei koskaan nähdä sitä lopputulosta mihin se johtaa. Se jää se kokemus jotenkin puolitiehen ja sinne negatiiviselle puolelle.”

Haastateltavat mainitsivat, että elinluovutustoiminta on Suomessa hoidettu asianmukaisesti, avoimesti sekä lain ja säädösten mukaan. Tämä merkitsi sitä, että heidän ei tarvitse miettiä toiminnan oikeutusta tai pohtia, onko elinluovuttajan prosessissa ollut arveluttavia piirteitä. Elinluovutustoiminnan tiukka säätely Suomessa koettiin erityisen positiivisena aspektina, koska katsottiin, että se helpottaa yksittäisen hoitajan moraalista pohdintaa. Anestesiahoitajat olivat käyneet uransa alkuvaiheessa, osallistuessaan ensimmäisiin siirtoleikkauksiin, pohdintaa toiminnan oikeellisuudesta ja kokivat positiiviseksi aspektiksi sen, että toiminta on avointa ja säädeltyä, eikä siihen jää niin sanotusti pelivaraa tai yksilön harkintaa.

Positiivisiksi asioiksi prosessissa mainittiin, että Suomessa elinluovutukset eivät ole kaupallista toimintaa ja jokaisessa luovuttaja sairaalassa luovuttajan valinta ja kuolleeksi toteaminen tehdään samalla tavalla. Myös kansallisesti koordinoitu elinluovutus-toiminta ja koulutus mainittiin.

#### 6.1.5 Jälkipuinnin tarve

Haastateltavat anestesiahoitajat eivät enää kokeneet tarvitsevansa jälkipurkua eli defusingia elinluovutusleikkauksiin osallistumisen jälkeen. Koettiin, että aikaisemmin olisi

ollut tilanteita elintenluovutukseen liittyen, joissa jälkipurusta olisi ollut apua. Haastateltavat tunnustivat myös tilanteita kollegojensa kohdalla, joissa olisi ollut hyvä järjestää jälkipurku.

Ajatus, ettei jälkipuintia tarvitse nousi siitä, että kokemuksia elinluovuttajan hoidosta oli ollut jo niin monta, että enää ei ollut tarvetta. Jokaiselle nousi mieleen elinluovutusleikkaus, jossa olisi kuitenkin jälkeensä ajatellen ollut tarvetta jälkipurulle ja ensimmäisen tapahtuman jälkeen olisi ollut hyvä järjestää jonkinlainen keskustelu. Elinluovutustapahtuma tunnustettiin henkistä kuormitusta aiheuttavaksi tilanteeksi, vaikka oltiin sitä mieltä, että itse sen kestää. Kuitenkin kerrottiin, että vapaa-ajalla oli mietitty elinluovuttajaa, oli ollut vaikeuksia nukahtaa tapahtuman jälkeen tai mieli oli ollut matalalla.

Nuorempien ja vähemmän kokeneiden hoitajien henkisestä hyvinvoinnista oltiin huolestuneempia kuin omasta. Katsottiin tärkeäksi, että hoitajan osallistuessa ensimmäiseen luovutusleikkaukseen, hänellä olisi kokeneempi kollega mukana. Oltiin myös sitä mieltä, että defusing-keskustelu tulisi järjestää aina ensimmäisen elinluovuttajan kohtaamisen jälkeen.

Epävirallisesti jälkipuinniksi koettiin kollegojen kanssa keskustelu, koska tiedettiin, että heillä on ollut sama kokemus. Ajateltiin, että muut elinluovutuksiin osallistuvat tietävät mistä puhutaan ja miltä tuntuu.

”Ei sen mitään isompia selityksiä tarvitse olla. Jos sanot toiselle, että tulit just elintenluovutuksesta, niin toinen tietää miltä tuntuu. Siinä sit vähän hymähdellään ja huokaillaan ja se siitä. Se toinen tietää heti miltä susta tuntuu ja sä tiedät, että se komppaa sua.”

Vaikka elintenluovutus leikkaukset saattoivat jäädä mietityttämään vapaa-ajalle, todettiin, ettei niistä voinut puhua työn ulkopuolella vaitiolovelvollisuuden vuoksi. Vaikka vaitiolovelvollisuus ei olisikaan sitonut hoitajia, koettiin, että ulkopuolisten kokemuksen puute elinluovutuksesta olisi joka tapauksessa ollut este keskustelulle.

Haastateltavat anestesiahoitajat huomasivat unohtaneensa osia elinluovutuksiin liittyvistä tapahtumista. Tarkemmin miettiessä, pintaan nousi kokemuksia, jotka selkeästi koettiin ahdistaviksi. Haastateltaville nousi esiin ajatus siitä, ovatko he aktiivisesti koettaneet unohtaa vaikeita kokemuksia suojellakseen itseään ja olisiko jälkipuinnille ollut oletettua enemmän tarvetta.

Haastatteluissa mainittiin, että jälkipurku ja sen tarve kokonaisuudessaan on tunnistettu vasta viime vuosina, eikä sitä käytetä järjestelmällisesti yksikössä vieläkään. Haastatteluun osallistuneet anestesiahoitajat olivat aloittaneet elinluovutusleikkauksissa aikana, jolloin jälkipurkua ei ollut tarjolla lainkaan, eikä sen tarvetta tunnistettu tai tunnustettu. Haastateltavilla oli kokemuksia ensimmäisiin elinsiirtoihin osallistumisista ilman kokeenemman kollegan tukea, koska siihen aikaan tätä ei ollut koettu tarpeelliseksi. Aiemmin voimassa olleen käsityksen mukaan hoitajan tulisi kestää henkisesti kuormittavat tilanteet ja se kuuluu ammattitaitoon, etteivät ne vaikuta työkykyyn. Henkisen ensiavun antaminen koettiin tärkeäksi, mutta elinluovutusta oli usein hankalaa mieltää asiaksi, joka laukaisisi avun tarpeen.

Haastateltavat eivät olleet kuulleet, että osastolla olisi järjestetty defusingia elinluovutusleikkaukseen osallistumisen vuoksi.

## 6.2 Moraalinen pohdinta

Moraalista pohdintaa haastateltavilla ilmeni aihealueilla, jotka koskivat elinsiirtotoiminnan oikeudellisuutta, oman elämänkatsomuksen antamaa viitekehystä mielipiteeseen elinluovutuksista sekä elinluovutustoimenpiteen loppuminen.

### 6.2.1 Toiminnan oikeudellisuus

Haastateltavat toivat esiin, että he ovat miettineet elinluovutustoiminnan moraalisia, eettisiä, sosiaalisia ja laillisia аспекteja.

”En mä usko, että meistä tässä kukaan on lähtenyt soitellen sotaan. Jos-sain vaiheessa varmaan jokainen käy mielessään läpi jonkinlaisen kriisin siitä, että onko tähän oikein osallistua.”

Vastaajien mielestä moraalista pohdintaa helpotti se, että elinluovutus toiminta Suomessa on tarkkaan säänneltyä ja elinluovuttajan valinta prosessi on yhtenäinen ja läpinäkyvä. Katsottiin moraalista stressiä helpottavaksi tekijäksi, että luovuttajan valintavaiheeseen ei tarvinnut osallistua ja luovuttajaa hoidettiin siinä vaiheessa vasta kun kyseessä oli vainaja. Elinluovutusleikkauksesta ja elinten irrotuksesta tuli moraalisesti hyväksytympää, kun luovuttaja miellettiin vainajaksi.

Vastaajat olivat sitä mieltä, että moraalinen pohdinta elinluovutuksiin liittyen käydään yleensä ensimmäisten luovutusleikkausten yhteydessä, jolloin moraalisen stressin esiintyvyys on suurimmillaan. Moraalista stressiä helpottaviksi tekijöiksi katsottiin saatu

koulutus ja tieto elinluovuttajan hoitoprosessista, kollegojen vertaistuki. Tiedon ja kokemuksen lisääntyessä moraalinen stressi ja ajatus siitä, onko oikein osallistua elinluovutusprosessiin, väheni. Vastaajat eivät olleet sitä mieltä, että elinluovutuksiin osallistuminen olisi moraalisesti tai eettisesti arveluttavaa. Elinluovutuksiin osallistumista kuvailtiin joko normaaliksi työksi, kunnia asiaksi tai työksi, joka on osa hyvin säädelyä prosessia.

### 6.2.2 Oma elämäkatsomus

Oma elämäkatsomus toi merkitystä viitekehyksenä moraaliseen pohdintaan elinluovutukseen liittyen ja vaihteli suuresti haastateltavien välillä. Elämäkatsomuksesta keskusteltaessa haastateltavat toivat esiin oman kantansa uskonnolliseen vakaumukseen. Molemmat, sekä uskonnollinen vakaumus tai sen puute katsottiin lisäävän positiivista katsantoa elinluovuttajan hoidossa. Näin vastanneet haastateltavat katsoivat, että juuri tämän taustansa vuoksi heillä oli henkisesti helpompi hoitaa elinluovuttajaa ja se antoi voimavaroja työhön. Uskonnollinen vakaumus tai sen puute auttoivat molemmissa tapauksissa hoitajaa käsittelemään sitä, miksi on oikeutettua osallistua elintenluovutusleikkaukseen ja vainajan hoitoon. Syiksi kerrottiin joko se, että vainaja on jo taivaassa tai vainajan elämä on jo peruuttamattomasti loppunut, joten hän ei enää elimiään tarvitse.

Oma elämäkatsomus ja -tilanne vaikuttivat siihen, mikä oli hoitajan ajatus itsensä tai läheisten mahdollisesta joutumisesta elinluovuttajaksi. Yleisesti hoitajat olivat sitä mieltä, että he ja heidän perheensä voisivat toimia elinluovuttajina, jos siihen tilanteeseen jouduttaisiin. Hoitajilla, joilla oli hyvin pieniä lapsia, oli pohdintaa oman lapsen joutumisesta elinluovuttajaksi. Ajatus omasta lapsesta elintenluovuttajana, oli niin ahdistavaa, ettei sitä haluttu ajatella. Vastauksista tuli ilmi myös se, että voisi antaa luvan oman perheen jäsenen elinluovutukseen, mutta toivoisi, että ei itse joutuisi, koska se olisi liian suuri taakka omille kollegoille hoitaa tuttua potilasta.

” Ei kukaan niitä elimiä mukaansa voi ottaa. Se ihminen ei ole mun mielestä enää siinä, joten ei mua haittaisi, vaikka oma perhe luovuttaisi elimiä. Tällä tiedolla mikä mulla on elinsiirroista, niin ei kehtaisi kyllä kieltäkään”

Elinten luovutusleikkauksiin osallistumisen ja kokemus elinluovuttajan kohtaamisesta katsottiin enneminkin lisänneen positiivista kantaa elinluovutuksiin, kuin vähentäneen sitä.

”Kyllä me näitä elinluovutusasioita varmasti ollaan mietitty, että mitä jos omalle kohdalle, enemmän ku siviiliväestö. Ei tätä varmasti muuten mietti, ku vasta sitten ku osuu omalle kohdalle.”

Haastateltava olivat miettineet suhdettaan elinluovutuksiin siltä kannalta, että itse tai perheenjäsen joutuisi siihen tilanteeseen. Katsottiin, että mielipide elinluovutuksiin oli muuttunut sitä positiivisemmaksi, mitä enemmän osallistumisia siirtoleikkauksiin oli takana ja miten paljon tietoa, kokemusta ja koulutusta asiasta oli kerääntynyt uran aikana.

### 6.2.3 Elinluovutustoimenpiteen loppuminen

Anestesiahoitajan kohdalla elinluovutusleikkaus loppuu hetkeen, jolloin elimiä aletaan irrottaa verenkierrosta ja vainajan hengityskone ja monitorointi suljetaan. Anestesiahoitaja poistuu leikkaussalista, kun muu tiimi jää jatkamaan toimenpidettä.

”Se hetki tuntuu joka kerta vähän oudolta. Et sä normaalisti poistu koskaan kesken leikkauksen, saati sitten sammuta konetta (hengityskone).”

Koettiin tärkeäksi ymmärtää, että luovuttaja oli jo kuollut aikaisemmin teho-osastolla, eikä siinä hetkessä, kun hengityskone suljettiin. Saman lailla katsottiin merkittäväksi ajatella luovutusleikkauksen aikana, että tässä toimenpiteessä hoidetaan nyt elimiä eikä potilasta. Tämä ajattelutapa laskee moraalista stressiä, koska silloin voi katsoa, ettei itse ollut osallisena potilaan kuolemaan sammuttaessaan koneen.

”Se on niin vahvasti takaraivossa, että hengityskone on päällä, kun potilas nukkuu, että pitää miettiä oikein, että nyt mä suljen sen ja varmistaa vielä kirurgilta, että saanko mä nyt sulkea.”

Salista lähteminen toimenpiteen vielä ollessa käynnissä herätti myös ajatuksia hoitajissa, koska sen todettiin sotivan normaali käytäntöä vastaan.

”Vaikka mä tiedän, että mun työ loppu nyt tähän, niin aina tuntuu vähän väärältä lähteä salista just, kun kaikkein kiirein vaihe alkaa. Kyllä mä sen ymmärrän, mutta kun normaalisti elävän potilaan kanssa ei ikinä poistuis salista ku toimenpide menee ja koko muu tiimi tekee kiireellä töitä.”

Sellainen toiminta elinluovuttajan hoidossa, joka poikkesi normaalista potilaan anestesiahoitamisesta ja olisi selkeästi vahingoittanut tai vaarantanut elävän potilaan hoidon, kuten hengityskoneen sammuttaminen, salista poistuminen ja näin potilasvalvonnan laiminlyönti tai se ettei vainajalle annettu kipulääkettä, aiheutti moraalista pohdintaa hoitajissa ja tarvetta perustella itselleen omaa toimintaansa. Osa hoitajista kertoi tekevänsä

tätä joka kerta ja osa hoitajista kertoi käyneensä tätä keskustelua itsensä kanssa uransa alussa, kun teki ensimmäisiä elinluovutusleikkauksia.

## 7 Pohdinta

Elinluovutuksiin osallistuminen on henkisesti haastavaa ja aiheuttaa moraalista pohdintaa niihin osallistuvissa anestesiahoitajissa. Vaikka elinluovutustoiminta katsotaan osaksi normaalia työnkuvaa ja siihen osallistutaan ylpeydellä, on se aiheuttanut anestesiahoitajissa moraalista stressiä.

Saman kaltaista kokemuksia ja moraalista pohdintaa elintenluovutukseen ja elinluovuttajaan liittyen löytyy anestesiahoitajien lisäksi muilta ammattiryhmiltä, jotka ottavat osaa prosessiin. Myös elinluovutuskoordinaattorien kokema moraalinen pohdinta liittyy heidän omien arvojensa ristiriitaan suoritettujen tehtävien kanssa. Omaisten kohtaaminen, luottamuksen luominen heihin ja heidän surunsa kohtaaminen sekä toisaalta tarve edistää elintenluovutusta loi moraalista stressiä koordinaattoreille. Elinluovutusten oikeudellisuus ja ajatus siitä toimivatko he eettisesti edistäessään elintenluovutusta aiheutti moraalista pohdintaa ja emotionaalista tuskaa. (Tarbeih & Bokek-Cohen 2020.)

Tehohoitajilla, jotka osallistuvat elinluovuttajien hoitoon on todettu moraalista stressiä, joka esiintyy muun muassa unettomuutena, ahdistuksena, päänsärkynä ym. fyysisinä tai psyykkisinä oireiluinä. Oireilulle altisti potilaan loppuvaiheen hoito, omaisten kanssa käyminen emotionaalisesti ahdistavassa tilanteessa sekä moraaliset konfliktit, joita hoitaja joutui läpikäymään elinluovuttajan hoidon aikana. Henkinen tuki, oli se sitten esimiesten tai kollegojen tarjoamaa tai suoranaista defusingiä katsottiin tärkeäksi keinoksi välttää post-traumaattista stressireaktiota. (Langly ym. 2015.)

Anestesiahoitajien kokemukset kuolleen elinluovuttajan hoidosta liittyivät vainajan kohtaamiseen ja sen erityispiirteisiin hoitotyössä. Kokemusta katsottiin, niin oman elämänkatsomuksen, -kokemuksen, kuin myös kulttuurillisen viitekehyksen silmin. Vainajan kohtaaminen on nykysuomalaisessa kulttuurissa koettu suurelta osin kansan keskuudessa tabuna tai viimeisenä kunnian osoituksena henkilöä kohtaan. Vainajan näkeminen tai koskeminen ei kuulu enää jokapäiväiseen elämään, edes lähimpiä ihmisiä ei välttämättä nähdä enää kuoleman jälkeen. Hoitotyön ammattilaiset ovat samalla viivalla muiden kanssa, kunnes ensimmäinen kohtaaminen vainajan kanssa tapahtuu. Hoitotyön ammattilaisten kohtaamat vainajat vaativat usein hoitajilta invasiivista puuttumista

ruumiiseen tavalla, joka toisaalta sotii vastaan normaalia kanssakäymistä elävien välillä ja taas toisaalta on vainajan valmistelua viimeistä leposijaa varten.

Elinluovuttajan hoitaminen luovutustilanteessa eroaa tästä vainajan valmistelusta vielä kajoavammalla tavalla. Elinluovutusleikkaukseen osallistuva anestesiahoitaja peilaa kokemusta elävän potilaan hoitoon. Luovutus leikkauksissa tulee eteen tilanteita, jotka selvästi olisivat haittaa aiheuttavia normaaleissa potilaskontakteissa, kuten elinten irrotus, hengityskoneen sulkeminen ja se, että kipulääkettä ei anneta. Näissä tilanteissa joutuu anestesiahoitaja käymään eettistä keskustelua itsensä kanssa ja perustelemaan toimintaansa. Nämä ovat aspekteja, jotka sotivat hoitajan opittua hoitotyön käytännettä vastaan ja ovat usein toimintoja, jotka luetaan anestesiahoitotyön perustehtävään ja näin ollen ovat niin sanotusti hoitajan selkärangassa.

Kokemus kuolleen elinluovuttajan hoidosta koettiin haastavaksi, moraalista pohdintaa aiheuttavaksi sekä tapahtumaksi, joka potentiaalisesti aiheutti traumareaktioita. Traumareaktioiden synnystä oltiin huolestuneempia muiden kohdalla enemmän kuin itsensä ja etenkin ensikertaa kuolleen elinluovuttajan kohtaavista kollegoista oltiin huolissaan. Moraalista pohdintaa koettiin toiminnan oikeellisuudesta ja siitä toimitaanko elintenluovutuksissa lakien ja säädösten mukaan.

Elinluovutustoiminnan eettisyys, moraaliset aspektit ja se toimitaanko lakisen ja ohjeistusten mukaan näkyy elinluovutuksiin liittyvien ammattiryhmien pohdintana. Elinluovutuskoordinaattorien pohdinta käsitti ajatukset siitä, toimittiinko haettaessa lupaa elintenluovutukselle eettisesti oikein vai liikuttiinko prosessissa ”harmaalla alueella” mahdollisesti painostaen tai valehdellen omaisille (Tarbeih & Bokek-Cohen 2019). Tehohoitajien moraalinen pohdinta näyttäytyi huolena, että potilaan elämän loppuvaiheenhoito on laadukasta, eikä elinten elinkelpoisuuden turvaaminen vaaranna tätä (Sorensen ym. 2021).

Elinluovutusleikkauksiin osallistuminen ei ole anestesiahoitajalle arkipäiväistä toimintaa, vaikka sen katsotaan kuuluvan normaaliin työnkuvaan. Haastateltavista henkilö, joka oli hoitanut suurimman määrän elinluovuttajia, oli uransa aikana hoitanut keskimäärin 1-2 luovuttajaa vuodessa, jos luovuttajat olisivat jakaantuneet tasaisesti koko kymmenien vuosien uran ajalle. Elinluovutustyön luonteen ja aikataulujen arvaamattomuuden vuoksi, oli useammalla haastateltavalla ollut jopa vuosien välejä luovuttajien välillä. Kuolleen elinluovuttajan hoitaminen koettiin rutiineista poikkeavaksi kokemukseksi, jossa toimimista piti aina uudestaan miettiä ja perustella toimintaansa itsel-

leen, toisaalta elinluovuttajan hoito haluttiin luokitella normaaliksi anestesiahoitajan perustehtäväksi. Tämä ristiriita siitä, kuuluiko elinluovutus niin sanottuun normaaliin potilashoitotyöhön vai ei, kuvasti ehkä hoitajien halua arkipäiväistä kokemus ja näin tehdä siihen osallistumisesta itselleen henkisesti helpompaa.

Hoitajien elinluovutuksiin liittyvä moraalinen stressi oli aktiivisimmillaan uran alussa, ensimmäisiä luovuttajia hoidettaessa. Useampiin elinluovutusleikkauksiin osallistuminen ja koulutus aiheesta normalisoi kokemusta ja vähensi eettistä pohdintaa. Koska anestesiahoitajilla oli kokemus elinluovutusleikkauksen henkisestä kuormittavuudesta, pidettiin tärkeänä suojella nuorempia kollegoja ensimmäisen kokemuksen aikana. Samalla tunnettiin empatiaa tehohoitajien työtä kohtaan, joka katsottiin henkisesti kuormittavammaksi kuin oma työ, koska he osallistuivat potilaan hoitoon hänen eläessään ja tapasivat omaisia. Koettiin, että tehohoitajilla oli hankalampaa etäännyttää itseään vainajasta, koska vainajan taustat olivat heillä tarkemmin selvillä ja he joutuivat kohtaamaan tilanteen, jolloin potilas kuolee ja siirtyy elinluovuttajaksi. Kuvaavaa vastauksille oli, että he itse kokevat pärjäävänsä, mutta muita samalle tielle astuvia pitää tukea. Esimerkiksi jälkipurkua elinluovutuksen jälkeen vastaajien mielestä tarvittaisiin aina ensimmäisen osallistumisen jälkeen, mutta kukaan vastaajista ei itse kokenut enää tarvetta defusingille.

Anestesiahoitajat tunnistivat elinluovutuksen tilanteeksi, joka aiheuttaa moraalista pohdintaa ja henkistä kuormittavuutta. Keinoina laskea kuormittavuutta oli itsensä etäännyttäminen tilanteesta, joko olemalla ajattelematta luovuttajaa henkilönä ja korostetusti tunnustamalla luovuttaja vainajaksi. Näin pystyttiin perustelemaan itselleen, ettei vainajaan kohdistuvat hoitotoimet enää vahingoittaneet häntä.

Elinluovuttajan tunnistaminen vainajaksi ja emotionaalinen etäännyttäminen luovuttajasta oli tunnistettu myös tehohoitajien keskuudessa emotionaalista ahdistusta lievittäväksi tekijäksi. (Sorensen ym.2021.)

Toisaalta taas kokemuksesta haettiin positiivisia ja voimannuttavia аспекteja, kuten tiedostettiin irrotettavien elinten siirtyminen niitä tarvitseville potilaille. Vastaajat kokivat tärkeäksi, että heillä oli näkemys ja kokemus koko elinsiirtopolun matkalta eli he olivat nähneet mihin luovutetut elimet päätyvät.

Elinluovutuksiin- ja siirtoihin osallistuminen koettiin kunniatehtävänä ja näyttönä ammatillisuudesta. Voimaannuttavien kokemusten hankkimisessa auttoi elinsiirtojen viitekehysten tunteminen koulutuksen ja kerääntyneen kokemuksen kautta. Tämä koettiin

merkittäväksi siksi, että ns. surullinen tai ahdistava tapahtuma saa positiivisen jatku-  
mon. Anestesiahoitajilla oli tarve nähdä elinluovutus leikkaus tapahtumana, joka on  
vain pieni osa kokonaisuutta. Samalla ilmaistiin säälin tunteita niitä yksiköitä ja hoito-  
henkilökuntaa kohtaa, jotka eivät näe mihin elimet menevät ja hoida elinten saajia.

Kaikki haastatteluun osallistuneet anestesiahoitajat kokivat ylpeyttä olleessaan osana  
elintensiirtoprosessia. Vaikka elintenluovutus vainajalta saattoi herättää ristiriitaisia tun-  
teita, koko elinsiirtoprosessi nähtiin positiivisena kokemuksena ja sitä tarkasteltiin  
mieluummin kokonaisuutena, joka johtaa selkeästi elämän laatua parantavaan ja pe-  
lastavaan tulokseen potilailla, jotka saavat elimen. Elinluovutustoiminnan avoimuus ja  
henkilökunnalle järjestetyt koulutukset sekä henkilön itsensä keräämä kokemus elin-  
luovutuksesta on koettu anestesiahoitajien keskuudessa moraalista stressiä laskeviksi  
aspekteiksi. Elinluovutuksiin osallistuvat anestesiahoitajat ovat jossain vaiheessa työ-  
uraansa joutuneet käymään eettistä pohdintaa elinluovutusten oikeellisuudesta ja hei-  
dän omasta osuudestaan prosessissa.

Elintenluovutus leikkaukseen osallistuminen todettiin selkeästi henkistä kuormitusta li-  
säävä tekijä henkilöillä, jotka niihin osallistuvat. Vaikka elinluovutuksiin pitkään osallis-  
tuneet kokivat, etteivät he tarvitse enää henkistä tukea näiden jälkeen, nousi jokaisella  
haastattelussa selvästi kokemuksia, jotka aiheuttivat pohdintaa ja ahdistusta. Koska  
työyksikössä ei ollut koskaan järjestetty purkukeskustelua elinluovutusleikkauksen jäl-  
keen, nousi ajatus siitä ruokkiiko yksikön ilmapiiri ja kulttuuri käsitystä, että hoitajan am-  
mattitaidoksi katsottiin, että henkisesti kuormittavat tilanteet eivät vaikuta työkykyyn.

Elinluovutuksiin ja elintensiirtoon osallistuminen näyttäytyi haastatteluiden perusteella  
prosessina, jonka hoitajat pääpiirteittäin kävivät samankaltaisena läpi. Prosessin etene-  
mistä voi karkeasti käydä läpi samankaltaisena tapahtumana läpi kuin kriisin eri vai-  
heita, jotka ovat shokki, reaktio, käsittely ja uudelleen suuntautuminen. Kriisin vaiheet  
eivät etene lineaarisesti, jokin uusi tekijä voi palauttaa kokijan uudelleen kriisin vaiheen  
aiemmalle tasolle. (Aivotalo.fi.)

Shokkivaihe liittyy ensimmäisiin koettuihin elinluovutuksiin tai luovutuksiin, joihin liittyy  
kiinnekohtia omaan elämäänsä ja kokemuksiin. Haastateltavat tunnistivat ensimmäisten  
elinluovutusleikkausten henkisen kuormittavuuden ja pitivät merkityksellisenä kollegiaa-  
lisen tuen ja defusingin saantia uusien hoitajien kohdatessa kuollut elinluovuttaja en-  
simmäistä kertaa. Shokkivaihe saatettiin kokea uudestaan esim. lapsivainajia hoidetta-  
essa tai hoidettaessa väkivaltaa kohdannut luovuttaja.

Reaktiovaiheessa hoitaja muodostaa käsitystä elinluovutuksesta ja koittaa löytää merkitystä tapahtumalle. Reaktiovaiheeseen saattaa liittyä fyysisiä kokemuksia tai oireita, kuten unettomuutta ja masentuneisuutta. Anestesiahoitajat kertoivat kokeneensa elintenluovutusleikkauksen jälkeen alakuloisuutta ja unettomuutta ilmaisivat asioiden jääneen mietityttämään.

Tilanteen käsittelyvaiheessa anestesiahoitaja on jo muodostanut mielikuvan elinluovutuksiin osallistumisesta ja ymmärtää elinluovutuksen merkityksen. Käsittelyvaihe sisältää ajatustyötä kohteena olevasta ilmiöstä. Eniten pohdintaa näytti esiintyvän ensimmäisissä elinluovuttajien kohtaamisissa. Pohdintaa helpotti saatu koulutus, tieto elinluovutusten järjestämisestä Suomessa, kerääntynyt kokemus luovuttajista sekä tieto siitä mihin luovutetut elimet päätyivät ja tätä kautta koettu positiivinen aspekti elinsiirroissa. Tärkeäksi koettiin myös keskustelu kollegojen kanssa, jotka olivat kokeneen saman eli kuolleen elinluovuttajan hoidon.

Uudelleen suuntautumisen vaiheessa anestesiahoitaja koki kuolleen elintenluovuttajan hoitamisen ja kohtaamisen jo osaksi arkipäiväistä perustyötä. Tällöin elinluovutushoitotyö ei pääsääntöisesti nostanut enää moraalista tai eettistä pohdintaa hoitajassa. Tosin tunnistettiin, että elinluovuttajan kohtaaminen, joka poikkesi niin sanotusta totutusta, kuten nuori tai lapsi, väkivaltaa kohdannut tai muuten hoitajan omaa elämäkokemusta sivuava saattoi laukaista kriisin kohtaamisen eri vaiheita uudestaan.

## 8 Johtopäätökset

Kuolleen elinluovuttajan hoitoon osallistuminen on tunnistettu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sisällä tapahtumaksi, joka potentiaalisesti aiheuttaa hoitohenkilökunnalle henkisesti traumaattisen tilanteen. Kuitenkaan tiedossa ei ole (HUS Defusing), että henkilökunta olisi koskaan saanut jälkihoitoa elinluovutustapahtuman jälkeen leikkausosastoilla, tilanne teho-osastoilla saattaa olla erilainen. Myös haastatellut anestesiahoitajat tunnistavat elinluovutustyön kuormittavuuden ja tarpeen jälkipurulle.

Meilahden anestesia- ja leikkausosastolla ei ole protokollaa, joka valmistaisi uuden hoitajan kohtaamaan kuolleen elinluovuttajan ja antaisi henkisen ensiavun eli defusingin tapahtuman jälkeen. Uuden hoitajan perehdyttäminen kattaa vain anestesiaa koskevat tiedot ja taidot kirjallisessa muodossa, mutta henkinen valmistaminen jää sattumanvaraiseksi ja se on kiinni siitä, kuka vanhemmista kollegoista sattuu olemaan vuorossa ja määrättyinä tukemaan hoitajaa ensimmäisessä elinluovutusleikkauksessa.

Koska kuolleen elinluovuttajan elintenluovutusleikkaukseen osallistuminen on tunnistettu henkisesti kuormittavaksi tekijäksi, tulisi Meilahden anestesia- ja leikkausosaston panostaa hoitohenkilökunnan psyykkiseen tukemiseen ja vakioida käytäntö, jolla ensikertalaiset ohjataan elinluovutus tapahtumaan. Koska HUS on katsonut defusingin tarpeelliseksi elinluovutusleikkauksen jälkeen, pitäisi yksikön panostaa sen pitämiseen. Vaikka anestesiahoitajat, joilla oli kokemusta useammasta elintenluovutus leikkauksesta, eivät kokeneet tarvetta enää defusingille, jokainen heistä tunnisti kuitenkin itsessään merkkejä elintenluovutukseen liittyvästä henkisestä ahdistuksesta. Itsensä altistaminen toistuvasti eettisesti ja moraalisesti ahdistavaan tilanteeseen yleensä normalisoi tapahtuman, mutta ei sulje pois jälkipuinnin tarvetta. Jos defusingia olisi järjestetty, olisi siko se helpottanut anestesiahoitajien moraalista pohdintaa ja nopeuttanut prosessia, jolla hoitajat olivat ajatuskulussaan päässeet siihen pisteeseen, että elinluovutukset ja elinsiirrot ovat hyväksyttäviä ja tulemaltaan pääsääntöisesti positiivisia tapahtumia.

Tieto elinluovutustoiminnasta Suomessa, henkilökunnan koulutus ja elinsiirtojen vaikutavuus yksittäisille potilaille ja kansantaloudellisesti koettiin voimaannuttaviksi tekijöiksi anestesiahoitajien keskuudessa. Haastateltavien keskuudesta nousi kuitenkin oletus, että nämä tiedot ja kokonaiskuva ilmiöstä saavutettiin vasta, kun elinluovutuksia oli takana useampia ja perehtyminen koko elinluovutusprosessiin oli sattumanvaraista ja kiinni hoitajan omasta aktiivisuudesta. Myös lausuttiin, että elinluovutus koulutuksiin ja seminaareihin yleensä osallistuivat hoitajat, joiden vastuualueeseen nämä asiat kuuluivat ja joilla pääsääntöisesti oli elinluovutuksista- ja siirroista jo tavallista enemmän tietoa kuin uusilla tai elinluovutuksiin vähemmän osallistuvilla hoitajilla.

Meilahden anestesia- ja leikkausosaston tulisi luoda perehdytyskokonaisuus elinluovutuksista ja elinsiirroista Suomessa, joka käytäisiin läpi vakioidusti uusien leikkaussalihoitajien kanssa jo ennen elinluovutuksiin ja elinsiirtoihin osallistumista. Tällöin tieto, ei jäisi pirstaleiseksi eikä perehtyjän omalle vastuulle. HUS Elinsiirtotoimisto on tuottanut paljon laadukasta materiaalia elinluovutuksista, mutta tämä materiaali tulisi referoida esimerkiksi osaston perehdytyspäiville, joissa käytäisiin läpi pääkohdat ja esiteltäisiin mistä saa lisätietoa aiheesta. Tällä hetkellä osaston perehdytys elinluovutusten ja elinsiirtojen osalta keskittyy joko luovuttajan tai siirteensaajan anestesia- tai instrumenttihoitotyöhön ja laajempi kuva toiminnasta jää sattuman varaan.

Elinluovutus- ja siirtotoiminnan esittely tulisi tapahtua jo hyvin varhaisessa uuden hoitajan saapuessa työyksikköön. Meilahden anestesia- ja leikkausosastolla tehdään viikoittain elinluovutuksia- ja siirtoja. Vaikka uusi työntekijä ei itse vielä osallistuisi tähän, al-

tistuu hän kuitenkin jo kokemukselle elinluovutuksesta kuullessaan ja nähdessään toimintaa osastolla. Mitä varhaisemmassa vaiheessa hoitajalla on tietoa elinsiirtoihin liittyvistä faktoista ja mitä avoimempaa toiminta on, sitä vähemmän joutuu hän jatkossa itse pohtimaan moraalisia ja eettisiä аспектеja, jotka liittyvät kuolleen elinluovuttajan hoitoon. Varhainen altistaminen elinluovutustyöhön ja hoitajan henkinen valmistautuminen ennen ensimmäistä elinluovutusleikkausta saattavat vähentää hoitajan henkistä kuormitusta.

Elinluovutustoimintaan osallistuvat anestesiahoitajat tunsivat ylpeyttä työstään ja kokivat elinluovutuksiin- ja siirtoihin osallistumisen kunnia asiana, merkinä ammattitaidosta ja viimeisenä palveluksena vainajalle. Anestesiahoitajilla oli tarve etsiä positiivisia аспектеja tilanteesta, joka tunnistettiin henkisesti kuormittavaksi ja moraalista pohdintaa aiheuttavaksi. Positiivisten аспектеien ja elinluovutusten merkityksen tunnistaminen laski työn kuormittavuutta.

## **9 Jatkotutkimuksen aiheet**

Tämä opinnäytetyö keskittyi tutkimaan anestesiahoitajien kokemuksista elinluovuttajan hoidosta. Tutkimusta voi jatkaa tutkimalla, millä keinoin anestesiahoitajien elinluovutus-tapahtumaan liittyvää moraalista ahdistusta voisi lievittää. Onko anestesiahoitajilla tarvetta koulutukselle tai ohjaukselle, joka antaa työkaluja eettisesti haastavissa tilanteissa toimimiselle ja auttavatko nämä keinot työssäjaksamiseen. Saatu tieto auttaisi Meilahden anestesia- ja leikkausosastoa kehittämään protokollaa henkisen tuen antamisesta elinluovutuksiin osallistuville hoitajille.

## Lähteet

Aivotalo.fi. Terveyskylä 2021. <<https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/apua-kriisiin/kriisinvaiheet>>. Viitattu 17.3.2023

Ala-Kokko, Tero & Goebeler, Sirkka & Kauppila, Riitta & Koivusalo, Anna-Maria & Lempinen, Marko & Leppänen, Ilona & Luostarinen, Teemu & Lång, Maarit & Nordin, Aarno & Rantanen, Kirsi & Rautiainen, Paula & Skrifvars, Marcus. Elinluovutus; Kuoleman toteaminen ja omaisten kohtaaminen, Asiantuntijatyöryhmän opas terveydenhuollon henkilöstölle. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2020.

Aro, Paula. Apulaisosastonhoitaja, Meilahden anestesia- ja leikkausosasto. Haastattelu 6.10.2022

Defusing. Helsingin- ja Uudenmaansairaanhoitopiiri. <<https://hussote.sharepoint.com/sites/00003/Tyohyvinvointi/Tyokykyohjelmat/defusing>>. Viitattu 12.8.2021.

DiGangi Condon, Khatleen A & Berger, Jeffrey T & Shurpin, Kathleen M 2021. I've got the power: Nurses' moral distress and perceptions of empowerment. Ajcc 2021 vol. 30, no 6.

Elinluovutustoiminta. Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. <<https://hussote.sharepoint.com/sites/10011>>. Viitattu 4.8.2021.

Elinluovuttajan tunnistaminen ja omaisten kohtaaminen. Duodecim 2021. <<https://www.oppiporssi.fi/op/dvk00053>>. Viitattu 3.7.2022.

Elinluovutusta ja elinsiirtoja koskeva kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2015-2018. Sosiaali- ja terveysministeriö 2104. <<https://stm.fi/elinsiirrot-kudossiirrot>>. Viitattu 11.10.2021.

Elinsiirtotoiminta. Helsingin- ja Uudenmaansairaanhoitopiiri. <<https://hussote.sharepoint.com/sites/10011>>. Viitattu 8.9.2021.

Elinsiirrot ja kudossiirrot. Sosiaali- ja Terveysministeriö. <<https://stm.fi/elinsiirrot-kudossiirrot>>. Viitattu 3.7.2022.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2009. Tutkimushaastattelu, Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus, HYY-yhtymä. Helsinki

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15.uudistettu painos. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna

Jameton, Andrew 1984. Nursing practise: the ethical issues. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984.

Jameton, Andrew 2017. What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care. *AMA J Ethics*. 2017;19(6):617-628.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettupainos. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Khoshmehr, Zahra & Barkhordari-Sharifabad, Maasoumeh & Nasiriani, Khadijeh & Falahzadeh, Hossein 2020. Moral courage and psychological empowerment among nurses. *BMC Nursing* 19:43.

Kotimaisten kielten keskus. Kielitoimiston sanakirja. Kotimaisten kielten keskus ja Kielikone oy 2022.

Langly, G C & Kisorio, L & Schmollgruber S 2015. Moral distress experienced by intensive care nurses. *SAJCC* 31:2. 36-41

Puusa, Anu & Juuti, Pauli 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus oy.

Scandiatransplant 2020. <[WWW.Scandiatransplant.org](http://WWW.Scandiatransplant.org)>. Viitattu 6.12.2021

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta 2004. <<https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040027>>. Viitattu 3.7.2022

de Sousa Vilela, Gláucia & Cardoso Ferraz, Cecília Maria Lima & de Araújo Moreira, Danielle & Menezes Brito, Maria José 2020. Ethics and moral distress expressions in intensive care nursing practice. *Acta Paul Enferm*. 2021; 34.

The Canadian Journal of Critical Care Nursing, 32(1), 18–26. Sorensen, Stephanie & Sofronas, Marianne & Hudson, Hellen & Wright, David 2021. Supporting ethical ICU nursing practice in organ donation: An analysis of personhood.

Tutkimusetiikka ja tutkimusluvut. Kehittämiskeskus Opinkirjo 2021.< <https://opinkirjo.fi/tutkimuksen-perusteet/tutkimusetiikka>>. Viitattu 9.3.2022.

Tarabeih, Mahdi & Bokek-Cohen, Ya'arit 2020. Between health and death: The intense emotional pain experienced by transplant nurses. *Nursing Inquiry* 2020:27.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Verkkodokumentti. <[WWW.TENK.fi](http://WWW.TENK.fi)>. Viitattu 10.10.2021

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto, opinnäytetyöohjausprosessi. Metropolia Ammattikorkeakoulu 2019. <[https://moodle.metropolia.fi/pluginfile.php/184752/mod\\_resource/content/2/YAMK%20ONT%20ohje%202019.pdf](https://moodle.metropolia.fi/pluginfile.php/184752/mod_resource/content/2/YAMK%20ONT%20ohje%202019.pdf)>. Viitattu 1.2.2022

## Tiedote tutkimukseen osallistumisesta

Hyvä Meilahden leikkausosaston anestesiahoitaja

Olen anestesiahoitaja YAMK-opiskelija Minttu Niskanen Metropolia Ammattikorkeakoulusta Helsingistä. Teen opinnäytetyötä Anestesiahoitajien kokemuksista elinluovuttajan hoidossa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, minkälaisia kokemuksia anestesiahoitajilla on elinluovuttajan hoidosta. Tutkimuksessa haetaan vastausta siihen, miten hoitajat kokevat elinluovutuksen, minkälaiselle henkiselle tuelle olisi tarvetta ja ovatko he saanneet sitä. Tutkimus toteutetaan kvalitatiivisena haastattelututkimuksena Meilahden leikkausosaston anestesiahoitajille, jotka ovat urallaan osallistuneet useampaan elintenluovutusleikkaukseen.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja haastattelussa tullut materiaali käsitellään niin, että vastaajia ei voi tunnistaa. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimusaineisto kerätään ainoastaan tätä opinnäytetyötä varten ja hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Työn merkitys Meilahden leikkausosastolle on tutkimuksessa esiin tulevien henkisten ja moraalisten pohdintojen tunnistaminen ja niiden mahdollinen vaikutus työssä jaksamiseen. Jatkossa yksikössä voidaan pohtia onko henkisen ensiavun keinot riittäviä elinluovutustoimintaan osallistuville vai tarvitaanko lisää tukevia toimia.

Haastatteluun on varattu aikaa noin tunti. Jos olet halukas osallistumaan tutkimukseen pyydän, että otat yhteyttä sähköpostitse [Minttu.Niskanen@hus.fi](mailto:Minttu.Niskanen@hus.fi), niin sovitaan haastattelu-aika.

Opinnäytetyö valmistuttua se on luettavissa Theseus-julkaisuarkistossa.

Terveisin opiskelija Minttu Niskanen, ohjaava opettaja Sari Haapio ja ylihoitaja ~~Taava~~ Leppänen

## Hakemus tutkimusluvasta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille

HELSINGIN JA UUDENMAAN  
SAIRAANHOITOPIIRI

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSSUUNNITELMAN  
TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tekijä	Suku- ja etunimet Niskanen Minttu Minttu.Niskanen@hus.fi, 0500 811732
Tutkimus-suunnitelman tiivistelmä	Opinnäytetyösuunnitelman tiivistelmän tulee sisältää lyhyt kuvaus tutkimuksen lähtökohdasta ja taustasta, arvio työn merkityksestä ja tulosten sovellettavuudesta kohdeosastolle/yksiköille, kuvaus tutkimustehtävistä ja menetelmistä sekä tieto tutkimukseen osallistuvien määrästä.
	Tiivistelmän pituus korkeintaan 2000 merkkiä
	Tutkimuslupaa haetaan Metropolian ylempää ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä varten.
	Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, minkälaisia kokemuksia anestesiahoitajilla on elinluovuttajan hoidosta ja minkälaista moraalista pohdintaa tämä on herättänyt. Elinluovutukseen ja kuolleen potilaan hoitoon liittyä aspekteja, jotka voivat olla ristiriidassa hoitajan koulutuksen ja normaalin hoitotyölogiikka kanssa. Elinluovutus leikkauksessa on hoitotyön kohde siirtynyt potilaasta elinten elinkelpoisuuden takaamiseen.
	Meilahden leikkausosastolla on valtakunnallinen elinsiirtovastuu ja yksikössä työskentelevän anestesiahoitajan työuralle saattaa osua useampia kymmeniä elinluovuttajia. Atekin defusing-työryhmä tunnistaa elinluovutukseen osallistumisen yhtenä henkisen ensiavun piiriin kuuluvana tapahtumana.
	Tutkimus toteutetaan kvalitatiivisena haastattelututkimuksena Meilahden leikkausosaston anestesiahoitajille, jotka ovat urallaan osallistuneet useampaan elintenluovutusleikkaukseen. Otokseksi toivotaan noin kuudesta kymmeneen hoitaja.
	Opinnäytetyön eettisenä lähtökohdana on osallistuvien vapaaehtoisuus ja kirjallinen suostumus tutkimukseen. Tutkimuksessa varmistetaan, ettei aineistoa tai valmista opinnäytetyötä voida yhdistää yksittäisiin luovuttajiin eikä haastattelun antajia voida tunnistaa. Haastateltavilta ei kerätä tietoja, jotka voidaan yksilöidä valmissa opinnäytetyössä.
	Opinnäytetyössä elinluovutusta käsitellään tapahtumana tai kokemuksena anestesiahoitajan kannalta, eikä tutkimukseen oteta aineistoa, joka kohdentuu yksilöityyn elinluovuttajaan.
	Työn merkitys Meilahden leikkausosastolle on tutkimuksessa esiin tulevien työssäjaksamiseen vaikuttavien aspektien tunnistaminen. Jatkossa yksikössä voidaan pohtia onko henkisen ensiavun keinot riittäviä elinluovutustoimintaan osallistuville vai tarvitaanko lisää tukevia toimia.
	Minttu Niskanen, Metropolia ammattikorkeakoulu Akuuttihoitotyön kehittäminen ja johtaminen, Yamk

## **Haastattelun apukysymykset**

### **Perustiedot:**

Haastateltavan ikä ja työkokemus vuosina?

Montako elinluovuttajaa olet hoitanut urallasi? 1-5, 5-10, enemmän kuin 10?

### **Elinluovuttajan hoito kokemuksena:**

Miten koet elinluovuttajan hoitoprosessiin osallistumisen?

Millaisia ajatuksia elinluovuttajan hoito on herättänyt sinussa?

Miten elinluovutukseen osallistuminen jäänyt mietityttämään jälkikäteen? Mitkä asiat ovat jääneet vaivaamaan?

### **Moraalinen ahdistus:**

Onko elinluovutus toiminnassa ollut tilanteita, joissa ole joutunut toimimaan omantuntosi vastaisesti, tai pohtimaan omia arvojasi?

Millaista moraalista pohdintaa elinluovutuksiin osallistuminen sinussa herättää?

## TUTKITTAVAN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

### Kokemuksia elinluovuttajan hoidosta

**Minttu Niskanen**

Minua \_\_\_\_\_ on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tieteelliseen tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kartoittaa anestesiahoitajien kokemuksia elinluovuttajan hoidosta.

Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani tutkimustiedotteen ja annan suostumukseni sen mukaiseen tutkimukseen. Olen saanut tiedotteesta riittävästi tietoa tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini. Tiedot antoi Minttu Niskanen \_\_\_\_\_.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita tutkimukseen osallistumista. Olen saanut riittävät tiedot tutkimuksen tarkoituksesta ja sen toteutuksesta, tutkimuksen hyödyistä ja riskeistä sekä oikeuksistani. Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Tiedän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille

Ymmärrän, että tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Olen selvillä siitä, että minulla on oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta. Voin myöhemmin halutessani myös keskeyttää tutkimuksen tai peruuttaa suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta, eivätkä ne vaikuta kohteluuni tai saamaani hoitoon millään tavalla.

Voin keskeyttää osallistumiseni missä tahansa tutkimuksen vaiheessa syytä ilmoittamatta. Minulla on myös oikeus peruuttaa antamani suostumus milloin tahansa ennen tutkimuksen päättymistä. Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän

tutkimuksen tai peruutan suostumuksen, minusta keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja ja näytteitä käytetään osana tutkimusta.

Tiedän, että tutkimukseen osallistumisesta aiheutuneista kuluista ei makseta korvausta.

**Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkimushenkilöksi.**

\_\_\_\_\_  
Tutkittavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Päiväys

\_\_\_\_\_  
Tutkittavan nimenselvennys

**Suostumus vastaanotettu**

\_\_\_\_\_  
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Päiväys

\_\_\_\_\_  
Nimenselvennys