



Reetta Rounaja

**HENKILÖKUNNAN ASENNE, TIEDOT JA TAI DOT ELIN-
LUOVUTUSTOIMINNASSA**

HENKILÖKUNNAN ASENNE, TIEDOT JA TAI DOT ELIN- LUOVUTUSTOIMINNASSA

Reetta Rounaja
Opinnäytetyö
Kevät 2013
Sosiaali –ja terveysalan kehittäminen ja
johtaminen
Oulun seudun Ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto, sosiaali –ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Tekijä: Reetta Rounaja

Opinnäytetyön nimi: Henkilökunnan asenne ja ammattitaito elinluovutustoiminnassa

Työn ohjaaja: Merja Meriläinen, Pirkko Sandelin ja Piia Hyvämäki

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2013 Sivumäärä: 57 + 3 liitettä

Elinsiirtotoiminnan suurin ongelma on pula elinten luovuttajista. Elinsiirtojonoon päätyy Suomessa noin 350 ihmistä ja heistä menehtyy 5- 10 % vuosittain odottaessaan uutta elintä. Oulun yliopistollisessa sairaalassa tehtiin vuonna 2012 tutkimus, jossa tutkittiin potentiaalisen elinluovuttajan kriteerit täyttäneitä, jotka oli jäänyt tunnistamatta vuonna 2010. Tutkimustulosten mukaan tuloksena 14 vainajaa ei ollut tunnistettu potentiaalisiksi luovuttajiksi. Vuonna 2012 Oulun yliopistolliseen sairaalaan perustettiin elinluovutusprosessin kehittämistyöryhmä. Työryhmän tavoitteena on luoda toimiva ohjeistus aivovauriopotilaan hoitoon sekä parantaa potentiaalisten elinluovuttajien tunnistamista. Henkilökunnan asenteen kartoittaminen on osa tätä projektia

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunnan asenteiden, tietojen ja taitojen sekä omakohtaisia kokemuksia elinluovutustoiminnasta. Tutkimuksessa vastattiin seuraaviin tutkimusongelmiin. Millaisia asenteita Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunnalla on elinluovutustoimintaa kohtaan? Millaisia tietoja ja taitoja Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunnalla on elinluovutustoiminnasta? Kuinka paljon Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunnalla on kokemuksia elinluovutustoiminnasta?

Tutkimukseen osallistuneet valittiin harkinnanvaraisella kokonaisotannalla. Aineisto kerättiin valmiilla Donor Action kyselylomakkeella. Ensimmäisen kerran aineistoa kerättiin toukokuussa 2012. Palautettujen kyselylomakkeiden vähäisyyden ja henkilökunnan kesälomien vuoksi aineiston keruu toteutettiin uudestaan elokuussa 2012.

Tutkimustulosten mukaan tutkimukseen osallistuneiden asenne elinluovutustoimintaa kohtaan oli erittäin myönteinen. Sen sijaan vastaajat olivat epävarmoja elinsiirtotoimintaan liittyvistä tiedoistaan ja taidoistaan. Tutkimukseen osallistuneiden omakohtaiset kokemukset elinluovutustoiminnasta olivat hyvin vähäiset. Kehittämiskohteiksi ehdotettiin positiivisen asenteen ylläpitämistä elinluovutuksia kohtaan, sitä koskevan toimivan ohjeistuksen tuottamista ja säännöllisin väliajoin toistuvien elinluovutuksia käsittelevien koulutusten järjestämistä.

Asiasanat: elinluovutus, asenne, transplantaatio, elinluovuttaja, sairaanhoitaja, lääkäri

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Development and Management of Health and Social Care

Author: Reetta Rounaja

Title of thesis: Hospital staff professionalism and attitudes towards organ donation activities

Supervisors: Merja Meriläinen, Pirkko Sandelin and Piia Hyvämäki

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2013

Number of pages: 57 pages and 3 appendices

The main problem with organ transplant activities is the severe lack of organ donors. In Finland around 350 people are waiting for an organ transplant and between 5 to 10 per cent of them die each year while waiting for a new organ. Oulu University Hospital carried out in 2012 a study that examines potential organ donors, who had remained unidentified in the process. Research findings suggest that altogether 14 deceased persons had not been identified as potential donors in 2010.

In 2012 a new working group was established to Oulu University Hospital for developing organ donation processes. The goal is to create concrete guidelines for the treatment of patients with brain damage and to improve the identification of potential organ donors. Identification of hospital staff attitudes to organ donation is included in the project.

The purpose of this study is to discover how significant are hospital staff attitudes, knowledge, skills and personal experiences for organ donation activities. The study answers the following research questions: What kind of attitudes the Oulu University Hospital staff has towards organ donation activities? What kind of skills and knowledge the Oulu University Hospital staff has towards organ donor activities? What kind of experiences the Oulu University Hospital staff has towards organ donor activities?

The study respondents were chosen using a purposive sample. The data was collected using a ready-made Donor Action questionnaire and the material was collected for the first time in May 2012. Because of the low number of returned questionnaires and hospital staff summer holidays, data collection was repeated in August 2012.

According to the study results the hospital staff attitudes are very positive towards organ donation activities. At the same time the respondents experience uncertainty regarding their own knowledge and skills and they do have many experiences with organ donation activities.

Development ideas include maintaining a positive attitude towards organ donation activities, providing adequate instructions and training on a regular basis.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT	4
1 JOHDANTO.....	7
2 ELINLUOVUTUS JA HENKILÖKUNNAN ROOLI ELINLUOVUTUSTOI- MINNASSA	8
2.1 Elinluovutus.....	8
2.1.1 Elinluovutuksen historiaa.....	8
2.1.2 Elinluovutus Suomessa	9
2.1.3 Elinluovutuslain muutos.....	10
2.2 Henkilökunnan asenne, tiedot ja taidot elinluovutustoiminnassa.....	12
2.2.1 Henkilökunnan asenne elinluovutustoiminnassa	13
2.2.2 Henkilökunnan tiedot ja taidot elinluovutustoiminnassa	14
2.2.3 Elinluovutuspotilaan hoidon periaatteet.....	16
2.3 Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunnan asenne elinluovutukseen kysely 2001.....	17
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	19
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	20
4.1 Tutkimuksen metodologiasta.....	20
4.2 Kyselylomakkeen eli mittarin taustan kuvaus	21
4.3 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston keruu.....	22
4.4 Aineiston analysointi	24
4.5 Validiteetti ja reliabiliteetti	24
5 TUTKIMUSTULOKSET	27
5.1 Vastanneiden taustatiedot	27
5.2 Henkilökunnan asenne elinluovutustoimintaa kohtaan	28
5.3 Henkilökunnan tiedot ja taidot elinluovutustoiminnassa.....	31
5.4 Henkilökunnan omakohtaiset kokemukset elinluovutustoiminnasta.....	37
6 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU AIEMPIEN TUTKIMUSTEN AVULLA.....	40
6.1 Henkilökunnan asenne elinluovutustoimintaa kohtaan	40
6.2 Henkilökunnan tiedot ja taidot elinluovutustoiminnassa.....	41

6.3 Henkilökunnan omakohtaiset kokemukset elinluovutustoiminnasta.....	43
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET.....	46
8 KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTI.....	47
8.1 Eettisyys.....	48
8.2 Luotettavuus	49
9 POHDINTA.....	51
LÄHTEET	53
LIITTEET.....	58

1 JOHDANTO

Elinsiirtojen suurin ongelma on valtava pula luovuttajista. Usein jonossa olevalle ihmiselle elinsiirto on ainoa keino jatkaa elämää. Kustannuksiltaan elinsiirto on myös kannattava hoitomuoto. Elinsiirron saanut ihminen elää usein pitkään aivan normaalia elämää. Elinsiirtojonoon päätyy Suomessa noin 350 ihmistä vuosittain ja siirtoja tehdään noin 300 vuosittain. Elinsiirtojonossa olevista 5- 10 % menehtyy vuosittain odottaessaan uutta elintä. Sosiaali- ja terveysministeriö pitää tärkeänä elinsiirtojen lisäämistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, hakupäivä 25.3.2013.)

Oulun yliopistollisessa sairaalassa tehtiin vuonna 2012 tutkimus, jossa tutkittiin vuonna 2010 kuolleet, Donor Actionin tietokannassa olleiden vainajien tiedoista, potentiaalisen elinluovuttajan kriteerit täyttäneitä, jotka olivat jääneet tunnistamatta. Tutkimustulosten mukaan tuloksena 14 vainajaa ei ollut tunnistettu potentiaalisiksi luovuttajiksi. Samana vuonna Oulun yliopistolliseen sairaalaan perustettiin elinluovutusprosessin kehittämistyöryhmä. Työryhmän tavoitteena on luoda toimiva ohjeistus aivovauriopotilaan hoitoon sekä parantaa potentiaalisten elinluovuttajien tunnistamista.

Henkilökunnan asenteen selvittäminen on osa tätä projektia. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunnan asenteita, tietoja ja taitoja sekä omakohtaisia kokemuksia elinluovutustoiminnasta. Tutkimuksessa vastataan seuraaviin tutkimusongelmiin. Millaisia asenteita Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunnalla on elinluovutustoimintaa kohtaan? Millaisia tietoja ja taitoja Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunnalla on elinluovutustoiminnasta? Kuinka paljon Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunnalla on kokemuksia elinluovutustoiminnasta?

Oma kiinnostukseni aiheeseen on luontevaa, koska olen työskennellyt eri teho-osastoilla yli kymmenen vuotta. Pisin työkokemukseni on neurokirurgiselta teho-osastolta, jossa elinluovutustoiminta tuli tutuksi. Siellä toiminta elinluovutustilanteessa oli luontevaa ja ammattitaitoista, koska elinluovutuksia oli usein teho-osaston erikoisalana vuoksi.

2 ELINLUOVUTUS JA HENKILÖKUNNAN ROOLI ELINLUOVUTUSTOIMINNASSA

Perehdyn aiheen keskeisiin käsitteisiin, joita ovat elinluovutus ja sen historia, elinluovutus Suomessa sekä elinsiirtolaki. Merkittävänä muutoksena pidän lakimuutosta elinluovutuksen osalta, joka tuli voimaan 2010. Henkilökunnan asenne, ammattitaito ja taito hoitaa elinluovutuspotilasta ovat keskeisiä tekijöitä luovutuksen onnistumisen kannalta.

2.1 Elinluovutus

Elinsiirto on määritelty Suomi - sanakirjassa näin: ”viallisen elimen tai elinten korvaaminen (toisen yksilön) terveellä elimellä tai elimillä, transplantaatio.” (Suomi Sanakirja 2012, hakupäivä 15.12.2012; MOT sanakirjasto 2012, hakupäivä 20.3.2013)

Elimen tai elinten lisäksi myös kudoksia voidaan ottaa kliiniseen käyttöön. Näitä ovat esimerkiksi luut, jänteet, sydänläpät, sarveiskalvot ja iho. Vuonna 2004 Euroopan unioni (EU) yhtenäisti kudospankkitoiminnan luoden yhtenäiset säännöt. (Aalto-Setälä 2010, 1869- 1870.) Suomen lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (FIMEA) ohjaa ja valvoo kudoslaitoksia. Kudoslainsäädännöllä varmistetaan ihmisessä käytettäväksi tarkoitettujen ihmiskudosten ja -solujen laatu- ja turvallisuus. (Lääkealan turvallisuus - ja kehittämiskeskus 2013, hakupäivä 25.1.2012.)

Aivokuolleelta elinluovuttajalta voidaan ottaa sekä elimiä että kudoksia, jos potentiaalisen luovuttajan oletettu suostumus on tiedossa. Elimen luovuttaja termi on vakiintunut suomen kielessä elinluovuttajaksi. (Hirn 2001, 8.) Tässä tutkimuksessa viitataan elinluovuttaja- käsitteellä sekä elin - että kudoslouovuttajaan.

2.1.1 Elinluovutuksen historiaa

Transplantaation historia on lähinnä ihosiirteiden historiaa ennen ajanlaskumme alkua Intiassa. Nenänkorjausleikkauksille oli sosiaalinen tilaus, koska esimerkiksi aviorikoksesta oli rangaistuksena nenän silpominen. Aina 1500 -luvulle asti korjausleikkauksia

kuvailtiin hyvin vähän, mutta bolognalainen Tagliagozzi kirjasi nenän korjausleikkauksen seikkaperäisesti. Hän myös pohti laajasti kudossopivuuden ongelmaa ja ymmärsi erilajien välisen transplantaation ongelman. 1600- ja 1700- lukujen lukuisat sodat aiheuttivat transplantaation kehityksen pysähtymisen. (Huhtamies & Relander 1997, hakupäivä 15.12.2012.)

1700-luvun lopulla intialainen ja eurooppalainen lääketiede kohtasivat ja ihosiirtojen kehittäminen jatkui. Tuona aikakautena kudossopivuuden ymmärtämisessä päästiin harppaus eteenpäin. Ranskalainen Jacques Louis Reverdin kehitti toimivan tekniikan haavojen paranemisen nopeuttamiseksi, ja se levisi myöhemmin koko Eurooppaan ja Yhdysvaltoihin. Nykyaikaisen perfuusiotekniikan oppi-isä on ranskalainen Charles-Edouard Brown- Séquard. 1900- luvulla elinsiirrot kehittyivät niin, että eläinten väliset elinsiirrot voitiin aloittaa. Tämän tekivät mahdolliseksi aseptiikan ja antiseptiikan keksiminen ja verisuonten yhdistämisen oppiminen. Ensimmäinen siirtoyritys ihmiseltä toiselle tehtiin Neuvostoliitossa vuonna 1933, mutta se kuitenkin epäonnistui. (Huhtamies 1997, 1245-1251. Duodecim- lehti. hakupäivä 15.12.2012)

Ensimmäinen onnistunut elinsiirto tehtiin Yhdysvalloissa vuonna 1954 identtisten kakosten kesken. Kyseessä oli munuaisen luovutus, mutta hyljintä- ongelmaa ei saatu ratkaistua. (Huhtamies 1997, Duodecim- lehti. hakupäivä 15.12.2012) Ensimmäinen onnistunut elinsiirto muiden kuin sukulaisten kesken tapahtui seuraavan vuosikymmenen loppupuolella. Elinsiirtojen pääongelmana on kautta aikojen ollut siirretyn elimen hylkiminen. Tätä ongelmaa on pyritty välttämään etsimällä kudostyyppiltään mahdollisimman sopiva elin ja kehittämällä jatkuvasti parempia hyljinnänesto- lääkkeitä. Elinsiirtoja ratkaisevasti lisännyt kehitys on myös aivorunkokuoleman eli aivokuoleman hyväksyminen viralliseksi kuolemaksi. (Huhtamies & Relander 1997, 8.)

2.1.2 Elinluovutus Suomessa

Suomessa elinluovutuksia on tehty jo yli 40 vuotta. Suomi asetti ensimmäisenä Pohjoismaissa elinsiirtolain vuonna 1957, tämä laki luotiin sarveiskalvojen siirtoleikkauksia varten. Ensimmäinen munuaisen- siirto tehtiin vuonna 1964 Helsingissä. Luovuttajana toimi potilaan oma äiti. Siitä huolimatta potilas kuoli hyljintäreaktioon kahden viikon jälkeen. Leikkaustekniikka oli jo tuolloin erittäin hyvä, mutta hyljintäreaktio oli ongel-

ma. Kolmas Suomessa tapahtunut munuaisen- siirto vuonna 1966 onnistui. Hyljinnänestossa onnistuttiin aiempaa paremmin ja mitä luultavimmin luovuttajan ja munuaisen saajan kudostyyppit olivat sattumalta lähellä toisiaan. 1960-luvulla onnistuttiin useamman kerran hoitamaan hyljintäreaktio niin, että siirretty elin säilyi toimintakuntoisena. (Huhtamies & Relander 1997, 29 -32.) Kaikki elinluovutukset koskivat nimenomaan munuaistensiirtoa.

Suomi hyväksyi vuonna 1971 ensimmäisenä maana koko maailmassa aivokuoleman viralliseksi kuolinsyyksi sydän- kuoleman rinnalle. Tämän lain myötä elinsiirtojen määrä kasvoi aina 1980- luvulle asti (Aalto, Varenti & Ylikarjula 1994, 11- 12.) Aivokuoleman hyväksyminen mahdollisti harkitun ja suunnitelmallisen siirtoajankohdan, minkä johdosta siirrettävät elimet säilyivät parempilaatusena (Huhtamies & Relander 1997, 33).

Elinsiirtotoiminta onnistui myös muilla elimillä kuin munuaisilla siklosporiini - hyljinnänestolääkkeen myötä. Lääke otettiin käyttöön 1970- ja 80- luvun taitteessa, jolloin esimerkiksi maksansiirtojen onnistumisprosentti nousi ensimmäistä kertaa yli 50 %:iin. (Huhtamies & Relander 1997, 71). Nykyään elinsiirtoja tehdään noin 400 vuosittain. Näistä 80 % on munuaisen siirtoja. 1980 -luvulla aloitettiin maksan, sydämen ja sydänkeuhkosiirrot, 1990 -luvulla keuhkosiirrot ja vuonna 2010 haiman ja ohutsuolensiirrot. Suomen kaikki elinsiirrot on keskitetty Helsinkiin. (Munuais - ja maksaliitto 2012, hakupäivä 20.12.2012.)

2.1.3 Elinluovutuslain muutos

Suomen elinluovutustoimintaa säätelee laki, joka on laki ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä. Vuonna 2010 on elinluovutuslaki muuttunut. Vanhan lain mukaan elinluovutuslupa tuli saada omaiselta, jos luovuttajan kanta ei ollut tiedossa. Uuden lain myötä Suomessa siirryttiin oletetun suostumuksen käytäntöön. Omaisten suostumusta ei enää tarvita, vaan vainajan omaa tahtoa painotetaan. Oletettavasti lain myötä ovat eniten muuttuneet asenteet elinluovutustoimintaa kohtaan ja lähestymistapa. On kuitenkin mietittävä erittäin tarkoin kuinka toimitaan, jos omainen vastustaa elinluovutusta. (Antman 2011, 1388.)

Elinsiirtojen suurin ongelma on puute elinluovuttajista. Vanha laki vaikeutti elinsiirtojen tehostamista, minkä vuoksi uusi laki luotiin. Elinsiirtojonossa on jatkuvasti noin 300 ihmistä, joista 5-10 % menehtyy odottaessa uutta elintä. Suomen Gallupin tekemän kyselyn mukaan vuonna 2009 lähes 90 % ihmisistä oli valmiita elinluovutukseen kuolemansa jälkeen. Ihmiset eivät kuitenkaan kannu mukanaan elinluovutuskorttia, ja omaisista yli viidennes vastustaa elinluovutusta. Lainmuutoksen taustalla olivat muun muassa nämä syyt. Vanhan lain mukaan suostumus oli saatava omaisilta. Tämä aiheutti ongelmia, jos omaiset olivat keskenään eri mieltä, tai jos oli epäselvää kuka on lähin omainen. Uuden lain tarkoituksena on myös keventää omaisen taakkaa, koska päätöstä ei tarvitse tehdä vaikealla hetkellä. (Höckerstedt & Hermanson 2010, 993 -994.)

Elinsiirtolain -muutos ja sen vaikutukset ovat aiheuttaneet paljon keskustelua. Lain kannalla olevat perustelevat sen käyttöä kansainvälisellä kehityksellä. Euroopan maista eniten elinluovutuksia tehdään maissa, joissa on jo käytössä kyseinen laki. Näitä maita ovat muun muassa Belgia, Espanja, Hollanti ja Italia. (Höckerstedt & Hermanson 2010, 994; Laine, Höckerstedt, Lötjönen & Parviainen 2011, 282.) Lakiuudistus korostaa myös vainajan itsemääräämisoikeutta. Jos 90 % ihmisistä suhtautuu positiivisesti elinluovutukseen. Tällöin voidaan olettaa, että yksittäisten potilaiden kohdalla vainajan kanta on myönteinen. Lakia kritisoivat pelkäävät, että suomessa jo hyvin positiivinen asenne elinluovutusta kohtaan, romutetaan uuden lain myötä. Kaikista pelottavin ajatus on, että vainaja riistetään elinluovuttajaksi omaisen sitä voimakkaasti vastustaessa. Lakia kritisoivat toivoivat, että elinluovutusten määrää olisi lisätty esimerkiksi Kela- korttiin merkityllä suostumuksella elinluovutukseen. (Laine ym. 2011, 285)

Ohessa vanha ja uusi laki muuttuneilta osin, joka tuli voimaan 1.8.2010.

Laki ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä, luku 4:

9 § Suostumus (2.2.2001)

Kuolleen ihmisen elimiä ja kudoksia saadaan irrottaa, jollei ole syytä olettaa, että vainaja eläessään olisi vastustanut sitä taikka että hänen lähiomaisensa tai muu läheinen vastustaisivat sitä.

Jos joku eläessään on antanut suostumuksensa elimien ja kudoksien irrottamiseen 8 §:n 1 momentissa säädettyyn tarkoitukseen, toimenpide voidaan suorittaa lähiomaisen tai muun läheisen kiellosta huolimatta.

(Laki ihmisen elimien ja kudoksien lääketieteellisestä käytöstä. 101/2001. hakupäivä 29.12.2012.)

9 § Suostumus (tuli voimaan 1.8.2010)

Kuolleen ihmisen elimiä, kudoksia ja soluja saadaan irrottaa, jos ei ole tiedossa tai jos ei ole syytä olettaa, että vainaja eläessään olisi vastustanut toimenpidettä. Jos vainaja on eläessään kieltänyt elimiensä, kudoksiensa tai solujensa irrottamisen, toimenpidettä ei saa tehdä. Ennen kuin kuolleen ihmisen elimiä, kudoksia tai soluja irrotetaan, on mahdollisuuksien mukaan selvitettävä vainajan oma elinaikainen käsitys elimiensä, kudoksiensa tai solujensa irrottamisesta 8 §:n 1 momentissa säädettyyn tarkoitukseen.

Jos vainaja on alaikäinen, eikä hän ikänsä ja kehitystasonsa vuoksi eläessään ole kyennyt muodostamaan käsitystä elimiensä, kudoksiensa tai solujensa irrottamisesta, saa elimiä, kudoksia ja soluja irrottaa, jollei hänen huoltajansa vastusta toimenpidettä.

Jos täysi-ikäinen vainaja ei sairauden, mielenterveyden häiriön tai muun syyn vuoksi ole eläessään voinut muodostaa käsitystä elimien, kudoksien tai solujen irrottamisesta, saa toimenpiteen tehdä, jollei hänen lähiomaisensa tai muu läheisensä vastusta sitä. (Laki ihmisen elimien ja kudoksien lääketieteellisestä käytöstä. 2010/653. hakupäivä 20.12.2012.)

Laurila (2011, 1) on tehnyt pro gradu -työn vuonna 2011 Lapin yliopistossa, aiheena elinsiirtotoiminnan oikeudelliset edellytykset Suomessa. Tutkimuksen mukaan elinluovutusten määrää pystyttäisiin lisäämään kansalaisille tiedottamisen ja ammattilaisten kouluttamisen kautta. Tiedottamisen tavoitteena tulisi olla elinluovutustoiminnan perusasioiden ymmärtäminen ja oman tahdon ilmaiseminen läheisille. Ammattilaisten tulisi pystyä tunnistamaan mahdollinen elinluovuttaja.

2.2 Henkilökunnan asenne, tiedot ja taidot elinluovutustoiminnassa

Hoitohenkilökunnan asenteet vaikuttavat yleiseen suhtautumiseen elinluovutustoiminnassa. Ammattilaisten mielipide elinluovutusta kohtaan heijastuu väistämättä koko toimintaan. Tutkimuksessa selvitetään tiedon, taidon ja kokemuksen merkitystä elinluovutuksen onnistumiseen.

2.2.1 Henkilökunnan asenne elinluovutustoiminnassa

Hoitohenkilökunnan keskeisin työkalu on oma persoona. Asiakkaalle auttajan persoona on kuin peili, jonka avulla hän voi nähdä itsensä paremmin vaikealla hetkellä. Auttajalle se sitä vastoin toimii ikkunana asiakkaan maailmaan, jotta auttaminen onnistuu. Ammatillinen auttamistyö vaatii etiikan ja psykologian osaamista sekä eri auttamismenetelmien monipuolista käyttämistä. Auttajan tulisi myös huolehtia omasta ohjaamisesta ja kuuntelemista, jotta tasapaino minäkuvan kanssa säilyisi. (Hoitotyön vuosikirja 2011, 73 -74, 76.)

Useammassa tutkimuksessa on todettu, että hoitohenkilökunnan asenteella on suuri merkitys elinluovutuksen onnistumiseen. Amerikkalaiset Jacoby ja Jaccard (2010, 52, 54 - 57) tutkivat omaisia, joista osa oli antanut luvan luovutukseen ja toiset eivät. Tutkimuksessa selvitettiin omaisten saamaa informatiivista, emotionaalista ja käytännön tukea elinluovutustilanteessa. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin kokivatko omaiset läheisensä saaneen laadukasta hoitoa. Tutkimustulosten mukaan elinluovutusluvan antaneet omaiset olivat saaneet hoitohenkilökunnalta parempaa tukea verrattuna luvan kieltäneisiin.

Hoitohenkilökunta toimii yhteistyössä omaisten kanssa ja sitä kautta asenne vaikuttaa siihen, kuinka omaiset suhtautuvat tilanteeseen. Ruotsalaisten Hellströmin ja Larssonin (2006, 14) tekemässä kirjallisuuskatsauksessa todettiin, että hoitohenkilökunnan positiivinen asenne elinluovutukseen leviää koko työyhteisöön ja samoin elinluovutuspotilaiden läheisiin.

Flodenin (2011, 53- 54) tutkimustulosten mukaan nousi tärkeäksi seikaksi se, että hoitohenkilökunta tiedostaa omat asenteensa elinluovutustoimintaa kohtaan. Tietoisuus omista asenteista edesauttaa ammattimaisen otteen syntymistä, jos asenne ei ole positiivinen elinluovutustoimintaa kohtaan. Kuitenkin yleisesti uskotaan, että käyttäytyään oman asenteen mukaan tietoisesti tai ei. Tutkimustuloksissa saatiin neljä erilaista henkilökunnan suhtautumista elinluovutustoimintaa kohtaan. Ensimmäisen suhtautumisen mukaan hoitohenkilökunta ottaa vastuun tilanteesta ja kunnioittaa luovuttajaa ja hänen perhettään. Ajatuksena on, että voin lievittää inhimillistä kärsimystä osaltani. Toisen suhtautumistavan mukaan hoitohenkilökunta mieltää omaksi tehtäväkseen hoitaa eläviä, ei kuolleita. Tällöin on vaikeaa säilyttää arvokkuus, joka puolestaan lisää omaisten tus-

kaa. Kolmannen suhtautumistavan mukaan hoitohenkilökunta pitää tärkeänä pysyä tilanteessa mahdollisimman neutraalina, jolloin perheenjäsenet kokevat olotilansa helposti epävarmaksi. Neljännen suhtautumistavan mukaan hoitohenkilökunta kokee koko elinsiirtoprosessin epämiellyttävänä, jolloin käyttäytymistä ohjaa pelkkä kiusaantuneen oloinen velvollisuuden tunto. Viimeiseen kategoriaan kuuluvat tarvitsevat kollegoiden apua selviytyäkseen tilanteesta.

Leo Roels kumppaneineen tutki henkilökunnan asennetta samalla Donor Actionin- mittarilla, kuin tässä tutkimuksessa käytetään. He keräsivät aineiston vuosina 2006 -2008, 11 eri maasta ja tulokset koostuvat lähes 20000: sta vastauksesta. Asennetta mittasivat kysymykset; suhtautuminen elinluovutukseen, luovuttaisitko omia elimiä, antaisitko aikuisen omaisesi tai lapsesi elimiä luovutukseen? Tuloksina oli, että hoitohenkilökunnan asenne on hieman lääkäreitä heikompi. Parhaiten elinluovutukseen suhtautuivat norjalaiset (97,8 %) ja suomalaiset (96,9 %). Omia elimiään luovuttaisivat parhaiten belgialaiset (91,6 %) ja suomalaiset (90,5 %). Aikuisten omaisten elinten luovutukseen suhtautuivat positiivisimmin ranskalaiset (94,9 %) ja suomalaiset (94,6 %) ja lastensa elimiä parhaiten luovuttaisivat ranskalaiset ja suomalaiset. Keskimääräisesti paras asenne elinluovutukseen oli tulosten mukaan Suomessa ja Belgiassa, heikoin Israelissa ja Japanissa. (Roels, Spaight, Smits & Cohen 2010, 2.)

2.2.2 Henkilökunnan tiedot ja taidot elinluovutustoiminnassa

Taitotieto (know how) on yksi ammattitaidon peruskäsitteistä. Taitotieto on käytäntöön yhdistettävää ja teoriaan tukeutuvaa ammattitaitoa kuvaava käsite. Burnardin mukaan tiedon voi jakaa kolmeen osaan, joita ovat kirjatieto, käytännön tieto ja kokemuksellinen tieto. Tämä malli sopii hyvin ammatilliseen koulutukseen ja sen ymmärtämiseen. Kirjatiedon saavuttaa opiskelemalla pätevyuden, käytännön tiedon saa työpaikoilla ja kokemuksellinen tieto karttuu vähitellen työvuosien lisääntyessä. (Helakorpi 1992, 25 - 27.)

Ammattitaitoinen työntekijä kykenee soveltamaan tietojaan ja taitojaan eri tilanteissa. Ongelman ratkaisukyky, aloitteellisuus, tilanteiden ennakoiminen ja vastuun ottaminen ovat tärkeitä huippuosaajan ominaisuuksia. Korkean asteen ajattelun taidon omaksuneet työntekijät pystyvät kriittiseen päättelyyn, ongelmanratkaisuun ja luovaan ajatteluun.

Nämä syventävät työtehtävien ymmärrystä entisestään ja tukevat tietojen ja taitojen siirrettävyyttä uusiin tilanteisiin. (Ruohotie & Honka 2003, 23.)

Hoitotyön perustana on auttaa ja tukea sen hetkisessä tilanteessa olosuhteiden luomien edellytysten mukaan. Lisäksi tulisi opettaa, ohjata ja antaa tietoa tilanteesta ja sen hoidosta sekä auttaa ja tukea selviytymään sairaudesta, vaikeasta elämäntilanteesta ja sopeutumaan elämänmuutoksiin. Hoitotyön perustan tulisi kattaa potilaan ja hänen lähipiirinsä avuntarpeet. (Lauri 2006, 99-100.)

Floden (2011, 54) tutki väitöskirjassaan teho-osaston hoitohenkilökunnan ammatillista vastuuta elinluovutustilanteessa. Kunnioittamista pidettiin tutkimustulosten mukaan elinluovutustilanteen perustana. Tärkeänä pidettiin vastuun ottamista kokonaistilanteesta ja kunnioituksen osoittamista luovuttajaa ja hänen läheisiään kohtaan. Tilanteesta tulisi jäädä harmoninen kuva muistoksi omaisille. Vastaajien mielestä elinluovuttajan hoitaminen vaatii suuremman sitoutumisen kuin tavallinen tehohoito potilas.

Sairaanhoitajan työn osuus elinluovutustilanteessa on suuri. Elinluovuttajan hoitaminen ja omaisten huomioiminen ovat aikaa vieviä toimintoja. Lisäksi tulisi tietää elinsiirto toiminnan lääketieteellinen ja juridinen puoli sekä organisaation käytännöt koskien transplantaatiokoordinaattorin kanssa tehtävää yhteistyötä. Myös hoitotyöntekijöiden jaksamisesta tulisi pitää huolta. (Hirn, Suominen & Leino- Kilpi 2002, 16.)

Hoitohenkilökunnan epävarmuus elinluovutusasioissa ilmeni myös englantilaisen Collinsin (2004, 230 -231, 233) tutkimuksessa. 40 % vastaajista koki olevansa riittämättömästi valmistautuneita hoitamaan elinluovutuspotilasta. Tiedollinen asiantuntijuus oli myös tulosten mukaan epävarmaa. Hoitohenkilökunta toivoi parempaa ja säännöllistä koulutusta aiheesta sekä lisätietoa omaisten kohtaamisesta. Useimmissa tutkimuksissa on osoitettu, että hoitohenkilökunnan lisääntynyt tietoisuus ja positiivinen suhtautuminen elinluovutustoimintaa kohtaan, lisäävät potentiaalisten elinluovutuspotilaiden ja elinluovutussuostumusten määrää.

2.2.3 Elinluovutuspotilaan hoidon periaatteet

Elinluovutus- potilaan hoitaminen on laaja prosessi, johon osallistuu suuri määrä eri ammattiryhmiä. Tiimityö on välttämätöntä, jotta päästään onnistuneeseen lopputulokseen. Hoitohenkilökunta on hoidon koordinoinnin keskellä. Unohtaa ei saa myöskään luovuttajaa ja hänen läheisiään. Raskaaksi elinluovutuspotilaan hoidosta tekee menehtynyt potilas, menehtymisen hyväksyminen ja surevat lähiomaiset. Valoa tilanteeseen voi tuoda mahdollisuus auttaa elinsiirto- jonossa olevaa ihmistä. (Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 428.)

Elinluovuttajista 97 % on aivokuolleita ja vain 3 %:a saa yleensä siirtoelimen (munuaisen) elävältä luovuttajalta, yleensä sukulaiselta. Aivokuolema tarkoittaa koko aivotoinnin lakkaamista, josta paraneminen on mahdotonta. Aivokuolemaan voi johtaa pitkä tajuttomuus tai se voi tapahtua äkillisesti. Tila kehittyy kohonneen kallonsisäisen paineen seurauksena. (Salmenperä ym. 2002, 428.)

Elinluovutuspotilaan hoito alkaa potentiaalisen luovuttajan tunnistamisesta. 72 % aivokuolleista on menehtynyt aivoverenvuotoon ja 21 % on menehtynyt trauman seurauksena (Karle 2010, hakupäivä 30.12.2012). Suomessa ja muualla maailmassa on tehty tutkimuksia, joiden mukaan kaikkia potentiaalisia elinluovuttajia ei tunnisteta. Kansainvälisen Donor action- ohjelman yhtenä tavoitteena on tehostaa mahdollisten elinluovuttajien tunnistamista. Aivokuolemadiagnoosin suorittavat yleensä anestesiologi ja neurologi. Elinluovutuksen ainoita kontraindikaatioita ovat kaikki syövät, aktiivinen sepsis ja virusinfektiot. Myös eri elinten kohdalla on erilaisia kontraindikaatioita, jotka on huomioitava. 65 % luovuttajista on monielinluovuttajia. (Roberts, Alhava, Höckerstedt & Leppäniemi 2010, 1204- 1205.)

Kun potentiaalinen elinluovuttaja on tunnistettu, jatkuu hoito teho-osastolla. Työpaikalta on löydettävä tarkat protokollat prosessin läpiviemiseen. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kirurgian klinikka on jakanut transplantaatio toimiston kautta kirjalliset ohjeet elinluovuttajan hoidosta ja elinten talteenotosta suomalaisiin elinluovutussairaaloihin. (Antman 2011, 1389.) Alkuvaiheessa otetaan myös yhteyttä transplantaatio toimistoon, joka sijaitsee Helsingissä. Tärkeää on muistaa huomioida potilaan läheiset koko prosessin ajan. Heitä on informoitava toivottomasta tilanteesta sekä sopivan het-

kellä tiedustella potilaan omaa kantaa elinluovutusta kohtaan. Jos potilas on sopiva luovuttajaksi kaikilta osin, lähdetään noudattamaan tarkkaa protokollaa vaihevaiheelta. Luovuttajan hoidossa tulee huomioida hengitykseen -, verenkiertoon - ja nestehoitoon liittyvä hoitotyö sekä lämpötalous. Näillä turvataan tarvittavien elinten säilyminen mahdollisimman hyvin. (Salmenperä ym. 2002, 430- 431.) Onnistunut tehohoito ja nopea elinluovutusprosessin läpikäyminen takaa siirteiden elinkelpoisuuden.

Elinluovuttajan tehohoito ei merkittävästi eroa normaalin tehohoitopotilaan hoidosta. Kuitenkin lisätyötä tuo lisänäytteiden otto, kuvantaminen, paperityöt, yhteistyökumppaneiden tiedottaminen tilanteesta ja aikataulujen yhteensovittaminen transplantaatioryhmän, teho-osaston ja leikkaussalin kesken. (Antman 2011, 1388 -89.) Tärkeitä ovat myös omaiset, jotka useimmiten ovat paikalla siihen asti, että luovuttaja siirtyy leikkaussaliin.

Potentiaalisen elinluovutuspotilaan hoitamisessa on otettava vastuu, osoitettava kunnioitusta, säilytettävä arvokkuus ja suoritettava elinluovutusprosessia ammatillisella asenteella. Omaiset on huomioitava rehellisellä tavalla, jotta luottamus säilyy. Vaikka luovuttajan hoito on aikaa vievää, kokivat vastaajat tärkeimmäksi tehtäväkseen vastuun omaisista. Samanaikaisesti tulisi olla läsnä, nöyrä ja ammatillinen. Vastuu sisältää tarpeen luoda arvokas tilanne, jossa hoitaja osoittaa omaisille kunnioitusta. (Floden 2011, 54.)

2.3 Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunnan asenne elinluovutukseen kysely 2001

Oulun yliopistollinen sairaala on kuulunut Donor Action ohjelmaan vuodesta 2001. Tämän organisaation tavoitteena on elinluovutusten lisääminen aivokuolleilta henkilöiltä. Donor Action ohjelmaa jakaantuu kahteen osaan, jotka ovat sairaalassa kuolleiden sairaskertomusten tarkastelu (MRR) ja henkilökunnan asennekysely (HAS). Donor Actionilla on valmis mittari henkilökunnan asenteen mittaamiseen. Kyselylomakkeella mitataan sairaalahenkilökunnan arvioita elinluovutustoimintaa liittyvistä asenteista, tiedoista, taidoista ja kokemuksista. Lisäksi selvitettiin halukkuus osallistua koulutukseen. (Donor Action 2012, hakupäivä 22.12.2012.)

Ensimmäinen henkilökunnan asennetutkimus Oulun yliopistollisessa sairaalassa tehtiin vuonna 2001 ja vastauksia saatiin 259 kappaletta. Kyselyyn osallistuivat teho- osastot 1 & 2, keskusleikkausosasto (kesle), yhteispäivystys, anestesia- lääkärit, neurokirurgit, neurologit ja urologit. Vastaajista 95 % oli elinluovutuksen kannalla. 79 % antaisi myös omia elimiä luovutettavaksi ja 60 % vastaajista oli kertonut kantansa myös läheisilleen. Lastensa elimiä antaisi luovutukseen 41 % vastaajista, erikoista on, että 46 % ei vastannut kysymykseen.

Vastaajista vain 55 % koki pystyvänsä toimimaan luontevasti surevien omaisten lohduttamisessa. Aivokuolemasta kertominen omaisille onnistui luontevasti 35 %:lla vastaajista. Alle 30 % koki onnistuvansa hyvin keskustellessa elinluovutuksesta ja pyytäessä elinluovutuslupaa omaisilta. Yli puolet vastaajista piti tärkeänä, että elinluovutuksesta kerrotaan omaisille eri keskustelussa sen jälkeen kun aivokuolemasta on kerrottu. Vain 34 % vastaajista oli ollut elinluovutustoiminnassa mukana viimeisen kalenterivuoden aikana. 92 % uskoi aivokuoleman olevan pätevä kuoleman määritelmä. (Donor Action 2002, 4, 7-8. raportti.)

Tulokset kertoivat, että elinluovutuksia on Oulussa suhteellisen vähän ja meillä on niin sanottu ydinryhmä, joka osaa elinluovutusasiat hyvin. Kuitenkin koko henkilökunta suhtautuu todella hyvin elinluovutukseen. (Donor Action 2002, 4, 7-8. raportti.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunnan asenteita, tietoja ja taitoja sekä omakohtaisia kokemuksia elinluovutustoiminnasta.

Tutkimuksessa vastataan seuraaviin tutkimusongelmiin.

1. Millaisia asenteita Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunnalla on elinluovutus-toimintaa kohtaan?
2. Millaisia tietoja ja taitoja Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunnalla on elin-luovutustoiminnasta?
3. Kuinka paljon Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunnalla on kokemuksia elin-luovutustoiminnasta?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa kuvataan tutkimuksen metodologiaa ja aineiston keruussa käytetty kyselylomake. Kappaleessa 4.3 käsitellään tutkimukseen osallistujat ja aineiston keruu. Aineiston analysointi selvitetään kappaleessa 4.4. Viimeisessä kappaleessa on kyselylomakkeen eli käytetyn mittarin validiteetti ja reliabiliteetti.

4.1 Tutkimuksen metodologiasta

Ihmistieteelle ei ole olemassa mitään erityistä omaa metodologiaa. Tieto hankitaan samoin kuin muissakin tieteissä. Juuri ihmiset tekevät ihmistieteestä mielenkiintoisen tutkimuskohteen. Tutkimustuloksiin vaikuttavat esimerkiksi ihmisten pyrkimykset, motiivit, päämäärät, asenteet ja tavoitteet. Varmasti näillä asioilla on merkitystä siihen, että hoitotieteessä on keskitytty vähemmän suuriin kokonaisuuksiin. (Metsämuuronen 2005, 26 -27.)

Tutkimus on metodiltaan kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Tutkimustulosten tarkoituksena on parantaa elinluovutustoimintaa Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Sairaala on ollut mukana Donor Action -toiminnassa jo vuodesta 2001, jonka yhtenä tärkeänä tavoitteena on parantaa henkilökunnan toimintaa elinluovutustilanteissa. Tämä tutkimuksessa käytetään Donor Actionin valmista mittaria, jotta tulokset olisivat vertailukelpoisia muiden maiden kanssa.

Kvantitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on selittää syy-seuraus suhteita, mitkä uskomukset, asenteet ja toiminnat vaikuttavat tähän ilmiöön. Selittävä tutkimus etsii ja selvittää asioiden välisiä yhteyksiä. Perustutkimuksen tavoitteena on tuottaa perustietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003, 128; Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 1997, 21.) Tutkimuksen tavoitteena on selvittää Oulun Yliopistollisen sairaalan henkilökunnan asenteita ja ammattitaitoa elinluovutustoiminnassa. Tulosten avulla voimme parantaa elinluovutustoimintaa, kun tiedämme mihin asioihin tulee kiinnittää huomiota.

4.2 Kyselylomakkeen eli mittarin taustan kuvaus

Tässä tutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen eli mittarin taustoja oli haastavaa etsiä. Pyrin hakemaan tietoja eri hakukoneiden kautta, mutta tuloksetta. Suomen Donor Actionin yhdyshenkilö oli suomentanut mittarin 2000- luvun alussa, mutta hänelläkään ei ollut tietoa mittarin alkuperäisistä tekijöistä. Lopulta otin yhteyttä koko Donor Actionin toimitusjohtajaan. Häneltä sain kaksi tutkimusartikkelia, joissa avattiin mittarin taustaa. Toimitusjohtaja on ollut tekemässä molempia tutkimuksia.

Henkilökunnan asenne elinluovutukseen (Hospital attitude survey - HAS) mittari on 40 kysymystä sisältävä seitsemän - sivuinen kyselylomake. (liite 2.) Sen ovat kehittäneet yhteistyössä Donor Action -säätiön johto sekä hollantilaisen Maastrichin yliopiston kliiniset psykologit kasvatustieteellisestä ja koulutustutkimuksen tiedekunnasta, terveystieteiden tiedekunnasta, lääketieteen ja biotieteiden tiedekunnasta.

Henkilökunnan asenne mittarilla arvioidaan henkilökunnan asenteita, tiedon määrää elinluovutuksesta ja osallistumista elinluovutustilanteisiin. Lisäksi mittarilla arvioidaan taidon määrää sekä kuinka varmaksi työntekijät kokevat itsensä elinluovutusasioiden kanssa. Tulevaisuutta varten kerätään tietoa myös saadusta tuen määrästä elinluovutusprosessin aikana sekä siitä, millaista koulutusta olisi hyvä järjestää. (Roels ym. 2010, 2.)

TAULUKKO 1. Tutkimuskysymykset ja niihin vastaavat kyselylomakkeen kysymykset.

Tutkimuskysymykset	Kyselylomakkeen kysymykset
1. Millaisia asenteita Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunnalla on elinluovutustoimintaa kohtaan?	3-11
2. Millaisia tietoja ja taitoja Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunnalla on elinluovutustoiminnasta?	12-27
3. Kuinka paljon Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunnalla on kokemuksia elinluovutustoiminnasta?	28-29

4.3 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston keruu

Tutkimus toteutettiin Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Tarkoituksena oli saada kuva henkilökunnan asenteesta ja ammattitaidosta elinluovutus tilanteessa. Koska aihe on hyvin spesifi ja elinluovutuspotilaita ei kohtaa kuin tietyillä osastoilla, kohderyhmä on valittu harkinnan mukaisella otannalla. Otokseen on valittu harkiten sellaisten osastojen lääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa, jotka todennäköisimmin kohtaavat työssään potentiaallisia elinluovutuspotilaita. Tämän vuoksi otantamenetelmäksi on valittu harkinnanvarainen kokonaisotanta.

Tutkija voi valita otokseen otettavat havaintoyksiköt myös harkinnanvaraisesti. Silloin puhutaan harkinnanvaraisesta otoksesta tai paremminkin näytteestä. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkija valitsee tutkimuskohteet oman harkinnan mukaan, mutta hyvin perustellusti. (Vilka 2007, 58; Holopainen & Pulkkinen 2003, 27, 34.) Kun käytetään harkinnanvaraista otantaa, ei valinta perustu tilastoihin eli otantaa ei tehdä tilastollisin menetelmin (Kananen 2011, 69).

Tutkimukseen osallistuivat kolme Oulun yliopistollisen sairaalan aikuisten teho-osaston, yhteispäivystyksen, keskusleikkausosaston sekä neurologinen ja neurokirurginen vuodeosastojen hoitohenkilökunta. Lääkärit valittiin erikoistumisalan mukaan, joita olivat anestesia­lääkärit, neurokirurgit, neurologit, sisätautilääkärit ja yhteispäivystyksessä päivystävät kirurgit.

Tutkimusaineiston keräämisen voi jakaa primaari – ja sekundaariaineistoksi. Kun aineisto kerätään tietystä tutkimuskohteesta ja juuri tiettyä aineistoa varten on kyseessä primaariaineisto. Sekundaariaineiston on joku muu kerännyt jo aiemmin esimerkiksi erilaiset tilastot. Aineiston keruun voi suorittaa paperisena tai sähköisesti. Sähköisen kyselyn etuina on taloudellisuus, nopeus, joustavuus ja helppous. Huonoja puolia ovat riittävän vastausprosentin saaminen, tietoturvallisuus sekä toiminnan varmuus. (Kankunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 113, 120.)

Tutkimuksen aineisto kerättiin toukokuussa 2012 ja uusintakeruu toteutettiin vasta elokuussa 2012 henkilökunnan kesälomista johtuen ja jotta mahdollisimman moni vastaaja tavoitettaisiin. Aineiston keruussa käytettiin valmista Donor Actionin luomaa mittaria. Oulun yliopistollinen sairaala on kuulunut Donor Action - ohjelmaan vuodesta 2001. Ensimmäinen aineisto kerättiin kyseisellä mittarilla henkilökunnan asenteista elinluovutukseen Oulun yliopistollisessa sairaalassa jo vuonna 2001.

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin sähköpostitse ja kyselylomake muutettiin sähköiseen Webropol -ohjelmalla. Tutkimukseen osallistujat tallensivat omat vastauksensa automaattisesti tietokantaan. Alkuperäisestä mittarista jätettiin ensin kolme kysymystä pois, koska nämä kysymykset mittaavat transplantaatiokoordinaattorin työtä sairaalassa ja Oulun yliopistollisessa sairaalassa ei ole omaa koordinaattoria. Suomessa on yksi transplantaatioryhmä, joka sijaitsee Helsingissä. Analysointivaiheessa jätettiin analysoimatta vielä viisi kysymystä, jotka koskivat tutkimukseen osallistujien koulutushalukkuutta. Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena on hoitohenkilökunnan asenne, ammattitaito sekä kokemukset hoitaa elinluovutuspotilasta, ei niinkään koulutushalukkuus. Myös avoimet kysymykset jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle. Analysoitavia kysymyksiä jäi lopulta 32. Otoksen kokonaismäärä oli 815. Vastauksia palautettiin 329,

joista yksi lomake oli lähetetty tyhjänä takaisin. Lopullinen vastausmäärä oli 328. Vastausprosentiksi tuli 40 %.

4.4 Aineiston analysointi

Määrällisessä tutkimuksessa aineisto käsitellään tilastollisessa muodossa. Aineiston kerääminen suunnitellaan niin, että se soveltuu määrälliseen mittaamiseen. Päätelemät esitellään tilastolliseen analysointiin perustuen. (Hirsjärvi 2003, 129.) Vastausajan päättyessä, palautuneet lomakkeet tallennettiin Excel - muotoon, jotka luettiin SPSS - tilasto-ohjelmalla. (IBM spss statistics- version 19.) Aineisto analysoitiin tilastotieteen asiantuntijan kanssa yhteistyössä. Aluksi tarkistettiin suorat jakaumat ja poistettiin tyhjänä palautetut lomakkeet. Muita virheitä ei löytynyt, koska vastaajat itse tallensivat tiedot kantaan. Aineiston keruumenetelmänä on harkinnanvarainen otos eli näyte ei merkittävyydesteistä ole mielekäästä suorittaa. Näytteen tulos ei myöskään ole yleistettävissä.

Tutkimusaineistoa esitellään yleisimmin käyttämällä frekvenssejä ja prosentteja. Ristiintaulukointia käytetään kahden luokittelu – tai järjestysasteikollisen muuttujan vaikutuksia toisiinsa. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 132, 143.) Taustamuuttujista muodostettiin omat taulukot. Taustamuuttujia olivat virkanimike, erikoisala ja työyksikkö sekä ikä, sukupuoli ja työkokemus. Taustatietojen merkitystä vastauksiin tarkastelin ristiintaulukoinnin avulla. Aineistosta tehtiin yksi- ja kaksiulotteisia jakaumia. Tulokset esitetään sanallisesti, taulukoina ja graafisina kuvioina.

4.5 Validiteetti ja reliabiliteetti

Ulkoisella validiteetillä tarkoitetaan kuinka yleistettävä tutkimuksen tulos on. Sisäistä validiteettiä tarkasteltaessa tutkimme sisältö-, kriteeri ja rakennevaliditeettiä. (Metsämuuronen 2005, 109; Paunonen & Vehvilä - Julkunen 1997, 207.)

Sisältövaliditeetti on koko tutkimuksen luotettavuuden perusta. Väärin valittu mittari tekee mahdottomaksi saada luotettavia tuloksia. Arvioitaessa sisältövaliditeettiä tarkastellaan muun muassa mittaako mittari oikeaa asiaa, onko valittu oikea mittari, onko käsitteet operationalisoitu ja millainen on mittarin rakennevaliditeetti. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 191.) Käyttämäni mittari on laadittu Donor Action säätö-

sä ja testattu toistettavuusajoin useaan otteeseen. Tulosten mukaan mittari on luotettava. Mittarin käännytys englannista suomenkielelle on tehty jo aiemmin.

Ulkoisen validiteetti tarkoittaa riippumattomien tekijöiden vaikutusta tutkimustuloksiin. Yhtenä ulkoisen validiteetin arviointi kohteena pidetään otoksen ja kadon suhdetta. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 193.) Tutkimukseni kadon määrän tiedän tarkkaan. Vastausprosentti oli 40 %, joten kato oli suhteellisen suuri. Tarkempaa tietoa vastaamatta jättäneistä ei ole kuin työyksikkö sairaanhoitajista ja lääkäreistä erikoisala.

Tässä tutkimuksessa käytetty kyselylomake validoitiin 11 osallistujan avulla, ja pilottiin osallistuivat yliopistollisia sairaaloita Kanadasta, Hollannista, Espanjasta ja Englannista vuosina 1995-1997. Tämän jälkeen mittari otettiin käyttöön vuonna 2000 ja nyt sitä on käytetty yli 15 maassa ja Donor Actionissa on analysoitu lähes 61 000 vastattua asennetutkimuksen vastausta vuosina 2000- 2008. (Pelleriaux, Roels, Van Deynse, Smits, Cornu & Delloye 2008, 2.)

Reliabiliteettia voidaan tarkastella mittarin sisäisen johdonmukaisuuden, pysyvyyden ja vastaavuuden näkökulmasta. Johdonmukaisuudella tarkoitetaan sitä, että kunkin osamittarin osat mittaavat samaa asiaa. Pysyvyys tarkoittaa mittarin kykyä tuottaa sama tulos eri mittauskerroilla. Vastaavuus tarkoittaa samaa mittaustulosta kahden eri mittauksen toimesta. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 194- 195.) Tutkimuksessani käytetyn mittarin reliabiliteettiä on tarkasteltu useaan otteeseen muiden tutkijoiden toimesta.

Pelleriauxin ym.(2010,1-3) tutkimuksessa mittarin reliabiliteettiä tarkasteltiin toistettavuus ajolla. Tutkimus suoritettiin samanaikaisesti kolmessa belgialaisessa sairaalassa. Vastaajat jaettiin tutkimus ja kontrolliryhmiin. Ryhmien tulokset eivät eronneet toisistaan merkittävästi. Tutkimuksessa aineisto vietiin Donor Action System Database ohjelmaan tarkempaan analyysiin. Tilastollisia eroja ryhmien välillä mitattiin esimerkiksi khiin- neliö-yhteensopivuustestillä sekä fisherin -tarkkatestillä. Henkilökunnan asennemittari on päivitetty englanninkielisenä versiona 17.10.2006. Viimeisin suomenkielinen versio mittarista on käännetty 31.5.2007.

Koska Pelleriauxin tutkimuksessa tehdyn toistettavuusmittauksen tulokset olivat hyvät. Tässä tutkimuksessani ei ollut mielekäästä mitata reliabiliteettia esimerkiksi käyttämällä Cronbachin alfakerrointa, koska tutkimusotokseni oli näyte ja ei ole tästä syystä yleistettävissä. Mittaria on käytetty myös aikaisemmin Oulun yliopistollisessa sairaalassa vuonna 2001 ja tutkimustulokset ovat samansuuntaiset kuin nyt vuonna 2012.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Vastanneiden taustatiedot

Tutkimustulosten taustatiedoiksi vastanneilta kysyttiin virkanimikettä, ikää, sukupuolta sekä työkokemusta. Lisäksi sairaanhoitajat luokiteltiin työyksikön ja lääkärit erikoisalan mukaan. Vastanneista 21,4 % oli lääkäreitä ja 75,8 % hoitohenkilökuntaa. Hallinnon ja muun virkanimikkeeseen ilmoitti 2,8 %. Lopullisista vastauksista rajattiin hallinnon ja muu vastanneet pois, koska tietoa haluttiin juuri potilaan hoitoon osallistuvien vastauksista. Vastanneista suurin osa eli 32,5 % sijoittui ikäryhmään 25- 34 -vuotiaat. 29,1 % vastaajista sijoittui ikäryhmään 45- 54 -vuotiaat. Suurimmalla osalla vastaajista (26,5 %) on työkokemusta 11- 20 vuotta. 25,5 %:lla on vain 1-5 vuotta työkokemusta. (Taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Taustamuuttujat

Taustatieto	Arvo	f	%
Virkanimike	lääkäri	69	21,4
	hoitohenkilökunta	244	75,8
	hallinto	3	,9
	muu	6	1,9
	yhteensä	322	100,0
Ikä (v)	18-24	16	4,9
	25-34	106	32,5
	35-44	87	26,7
	45-54	95	29,1
	55+	22	6,7
	yhteensä	326	100,0
Työkokemus (v)	<1	26	8,0
	1-5	83	25,5
	6-10	56	17,2
	11-20	86	26,5
	>20	74	22,8
	yhteensä	325	100,0
Sukupuoli	mies	82	25,2
	nainen	243	74,8
	yhteensä	325	100,0

Tutkimukseen vastanneet lääkärit ovat anesthesiologeja, anestesia ja tehohoitoon erikoistuneita, yhteispäivystyksessä päivystäviä kirurgeja, neurologeja, neurokirurgeja ja sisätautilääkäreitä. Vastaajista 25 % oli anesthesiologeja ja 14,7 % anestesiaan ja tehohoitoon erikoistuneita. Suurin vastaajaryhmä oli sisätautilääkärit, joita oli 23 % vastaajista. Tutkimukseen vastanneet sairaanhoitajat työskentelevät osastoilla 2 ja 33, yhteispäivystyksessä, keskusleikkausosastolla (Kesle), teho-osastoilla 1 & 2 sekä sisäteholla. Eniten kyselylomakkeista palautettiin Keskusleikkausosastolta, jonka vastausprosentti oli 38,8 %. Muiden vastausprosentit olivat: tehot 33,1 %, yhteispäivystys 15,7 % ja osasto 2 5,4 % ja osasto 33 7 % vastaajista. (Taulukko 3.)

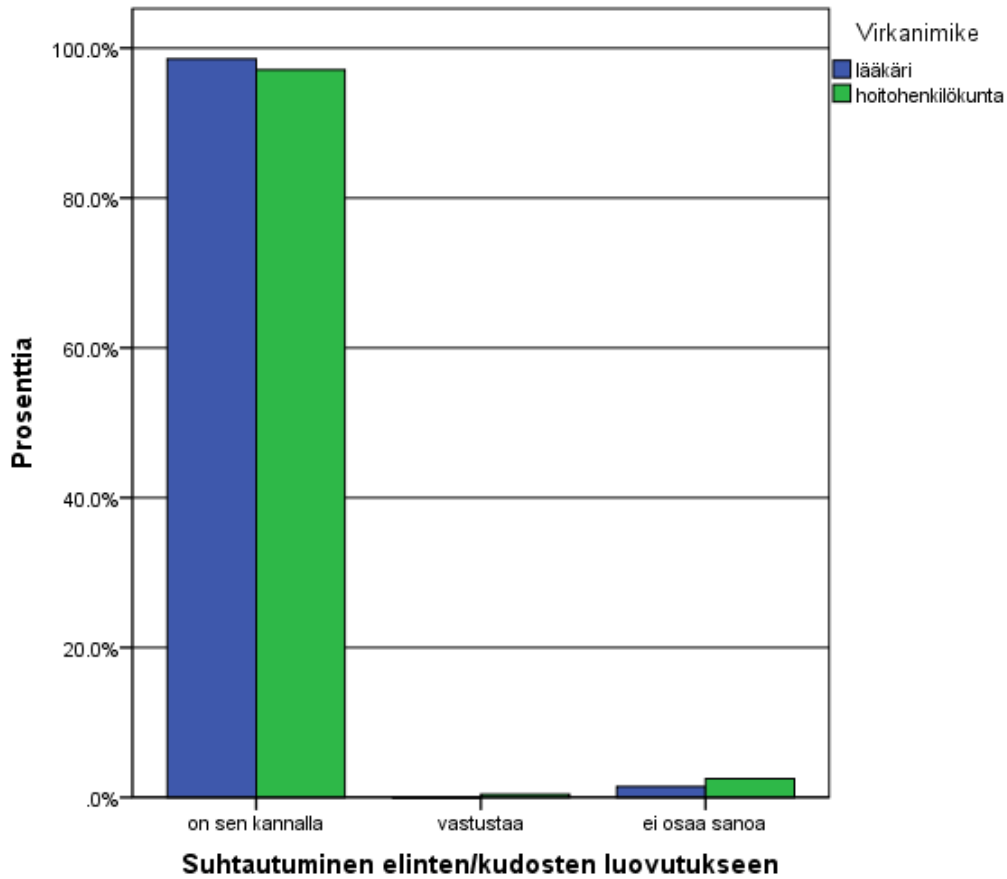
TAULUKKO 3. Lääkärien erikoisalat ja sairaanhoitajien työyksiköt

Taustatieto	Arvo	f	%
Erikoisala: lääkärit	anestesiologia	17	25,0
	anestesia ja tehohoito	10	14,7
	yht. päivystysp. päiv. kirurgit	8	11,8
	neurokirurgit	4	5,9
	neurologit	6	8,8
	sisätaudit	23	33,8
	yhteensä	68	100,0
Työpaikka: sairaanhoitajat	kesle	94	38,8
	teho	80	33,1
	yhteispäivystys	38	15,7
	os. 2	13	5,4
	os. 33	17	7,0
	yhteensä	242	100,0

5.2 Henkilökunnan asenne elinluovutustoimintaa kohtaan

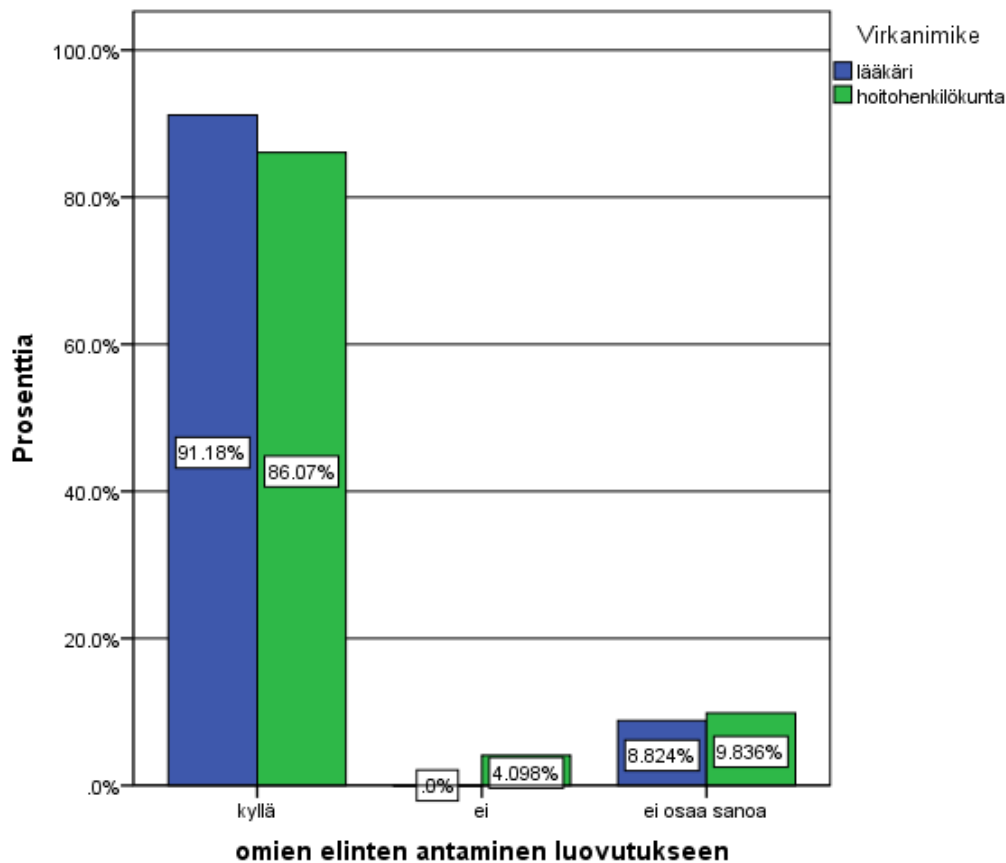
Henkilökunnan asennetta elinluovutustoimintaan arvioitiin mittarin kysymyksillä 3-11. Kysymykset koskivat yleistä asennetta elinluovutukseen ja suhtautumista, - omien ja perheen -jäsenten elimien luovuttamiseen sekä vielä erikseen suhtautumista lasten elinten luovuttamiseen. Lisäksi tarkempaa tietoa tavoiteltiin kysymällä mitä elimiä mahdollinen elinluovutuksesta kieltäytyminen koskee.

Kyselyyn vastanneet suhtautuvat erittäin myönteisesti elinluovutukseen. 97,5 % vastanneista oli elinluovutuksen kannalla. Lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan vastauksissa ei ollut mainittavaa eroa ollut. Elinluovutukseen negatiivisesti suhtautuneita oli 0,3 % vastanneista, 3,3 % ei perustellut kantaansa.



KUVIO 1. Henkilökunnan asenne elinluovutustoimintaa kohtaan.

Yleinen positiivinen suhtautuminen laskee kun kysytään omien elinten luovutushalukkuutta. Omia elimiään olisi luovuttanut kuoleman jälkeen 87,2 % ja kudoksia 79,4 % vastanneista. 4 % vastanneista ei halunnut kudoksiaan luovutettavan ja lähes 20 % ei osannut sanoa. Lääkärit suhtautuivat omien elinten luovutukseen positiivisemmin kuin hoitohenkilökunta.



KUVIO 2. Henkilökunnan asenne omien elinten luovuttamiseen.

Elinluovutuslain muutoksen jälkeen (oletettu suostumus) on tärkeäksi asiaksi noussut läheisten tiedottaminen omasta suhtautumisesta elinluovutukseen. Tutkimukseen vastanneista 70,6 % oli tiedottanut omaisilleen, haluavatko he elimiään luovutettavan kuolemansa jälkeen. 5 % vastanneista ilmoitti, että on olemassa elimiä, joita he eivät haluaisi luovuttaa. Näistä vastaajista useimmat eivät halunneet luovuttamaa maksaa ja haimaa. 12,8 % vastaajista ei halunnut luovuttaa joitakin kudoksia, yleisimmin haluttiin kieltää luun luovutus.

Vastaajista 62,5 % antaisi aikuisen perheen jäsenen elimet luovutettaviksi, jos omainen on siihen aikoinaan luvan antanut. Ilman lupaa 31,4 % vastaajista antaisi perheen jäsenen elimet luovutukseen. 59,6 %:ssa päätös perustuu perheenjäsenen omaan tahtoon. Kuitenkin vieläkin vajaa 60 % vastanneista suhtautuu myönteisesti oman lapsen elinten

antamiseen luovutettavaksi. Ainoastaan 7,1 % vastaajista kielsi lasten elinten käytön. Epävarmoja omasta kannastaan oli noin 35 % vastaajista.

5.3 Henkilökunnan tiedot ja taidot elinluovutustoiminnassa

Henkilökunnan ammattitaitoa mitattiin kysymällä yleisen tiedon määrää elinluovutuksesta, sairaalan toiminnasta, luontevasta toiminnasta sekä taitojen ja tietojen riittävydestä elinluovutustoiminnassa. 50,2 % vastasi, että 50- 70 % suomalaisista hyväksyy elinluovutuksen. Vain 13,1 % vastasi tähän kysymykseen oikein, sillä suomalaisista yli 75 % hyväksyy elinluovutukset. Elinsiirtojonon pituus on Suomessa alle 500 henkilöä, jonka vastaajista tiesi 7,8 %. 44,8 % vastaajista vastasi elinsiirtojonossa olevan 500 - 2000 henkilöä. Suomen elinsiirtojonossa olevista ihmisistä yli 40 % saa elinsiirteen, vastaajista 4,4 % vastasi kysymykseen. 36,8 % vastasi elinsiirteen saavan 20- 30 % jonoissa olevista ihmisistä.

Oman sairaalan elinsiirtotoiminnan vastaajat tiesivät suhteellisen hyvin. Yli puolet vastaajista (64,6 %) tiesi, että Oulun yliopistollisessa sairaalassa ei ole omaa transplantatiokeskusta. 29,3 % vastaajista ei tiennyt asiaa. Suurin osa vastaajista tiesi (86,5 %), että Oulun yliopistollinen sairaala on mukana elinsiirtotoiminnassa. 11,3 % vastasi, että ei osaa sanoa. Kudosluovutustoiminnasta vastaajat eivät olleet niin hyvin tietoisia. Vastaajista 80,9 % vastaajista tiesi Oulun yliopistollisen sairaalan olevan mukana myös kudosluovutustoiminnassa. 17,8 % ei osannut vastata tähän kysymykseen. Viralliset ohjeet aivokuoleman toteamiseksi tiesi vastaajista 88,7 % löytyvän Oulun yliopistollisesta sairaalasta, 10,7 % ei osannut vastata tähän kysymykseen. 80,2 % vastaajista tiesi elinluovutusluvan pyytämiseen löytyvän viralliset ohjeet. 49,2 % vastaajista vastasi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin toimivan hyvin elinluovutustoiminnassa. 88,1 % vastasi aivokuoleman olevan käypä kuoleman määritelmä. Vastaajista 11,9 % epäili, että aivokuolema ei ole käypä kuoleman määritelmä, yleisimmäksi syyksi mainittiin tiedon puute aivokuolemasta.

Oulun yliopistollisessa sairaalassa on vuosittain noin 2-7 elinluovuttajaa, viimeisen kymmenen vuoden aikana. Määrä on pysynyt lähes samana viime vuosien aikana. Lukuun ottamatta vuotta 2005, jolloin luovuttajia oli 10 kappaletta. Potentiaalisia lääketieteellisesti sopivia elinluovuttajia on teho-osastoilla 1 ja 2 vuosittain noin 6-10. Vuode-

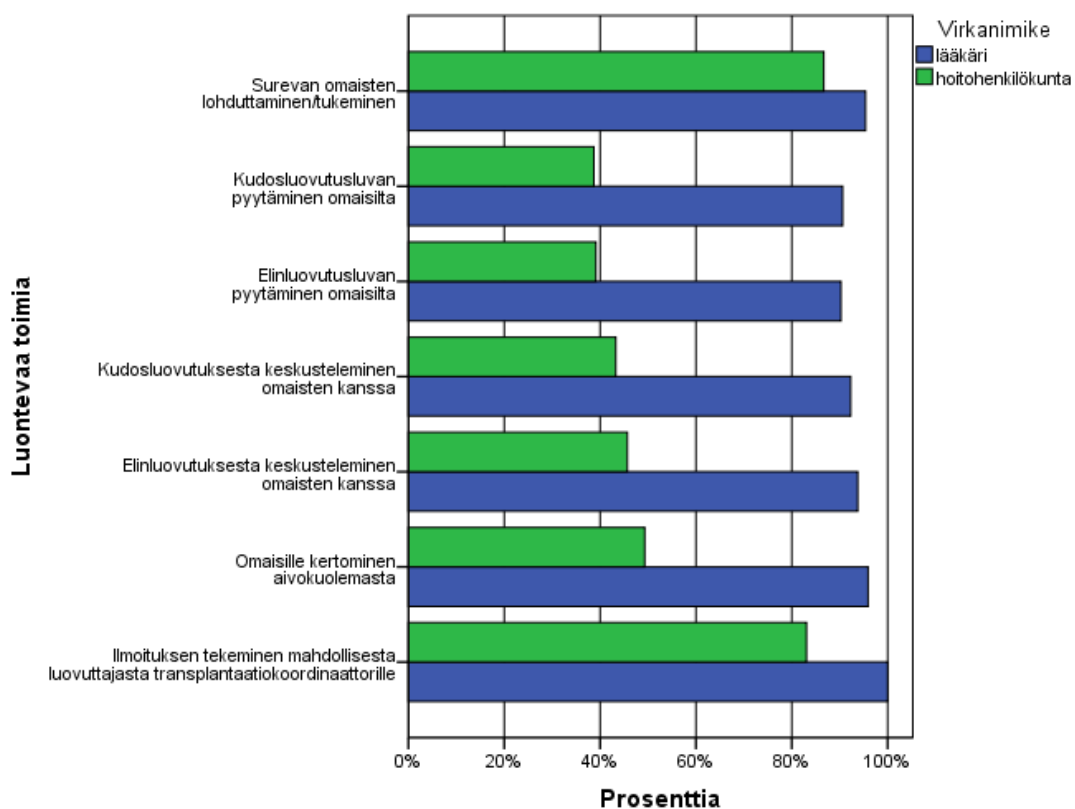
osastoilla, sisäteholla sekä yhteispäivystyksessä potentiaalisia luovuttajia on noin 1-5. Keskusleikkausosaston potentiaalisia elinluovuttajia ei ole selvitetty. Todellisia elinluovuttajia on vuosittain teho-osastoilla 1 ja 2 sekä keskusleikkausosastolla noin 6-10, vuodeosastoilla ja yhteispäivystyksessä ei ollenkaan. (Alakokko 6.2.2013, Luento)

Teho-osastoilla työskentelevistä sairaanhoitajista 41,3 % vastasi, että heidän työyksikössä on ollut viimeisen kalenterivuoden aikana 1-5 lääketieteellisesti sopivaa elinluovuttajaa. 24 % teho-osaston sairaanhoitajista vastasi kysymykseen oikein eli 6-10. Oikein vastanneiden määrää voi alentaa sisätehon sairaanhoitajien vastausten mukanaolo, koska siellä elinluovutuksia on vähemmän. Yli 60 % teho-osastoilla työskentelevistä sairaanhoitajista arvioi todellisia elinluovutuksia olleen 1-5 viimeisen kalenterivuoden aikana. 14,1 % vastasi oikein, että elinluovutuksia oli 6-10. Keskusleikkausosastolla työskentelevistä sairaanhoitajista 32,3 % arvioi elinluovuttajien määrän olleen työyksikössään 1-5 kappaletta viimeisen kalenterivuoden aikana ja 28 % vastaajista arvioi määrän olleen 6-10.

Yhteispäivystyksessä työskentelevistä sairaanhoitajista 27,8 % vastasi oikein, lääketieteellisesti sopivia potentiaalisia elinluovuttajia olleen 1- 5 viimeisen kalenterivuoden aikana. 47,2 % sairaanhoitajista ei tiennyt oikeaa määrää. Todellisia elinluovutuksia ei yhteispäivystyksessä ole ollut, tästä huolimatta 22,2 % yhteispäivystyksen sairaanhoitajista vastasi elinluovuttajien määrän olleen 1-5 viimeisen kalenterivuoden aikana. Yli puolet yhteispäivystyksen sairaanhoitajista ei osannut vastata kysymykseen. Noin puolet vuodeosastoilla 2 ja 33 työskentelevistä sairaanhoitajista ei osannut vastata potentiaalisten elinluovuttajien määrää työyksikössään viimeisen kalenterivuoden aikana.

Henkilökunnan ammattitaitoa mitattiin myös kysymällä heidän omaa kokemusta, onko heidän luontevaa toimia eri tilanteissa elinluovutustoiminnassa. Vastaukset on kuvattu kuviossa 3. Kysymykseen oli mahdollisuus vastata myös ”en ole ollut mukana”. Vastaajista yli 60 % ei ole ollut mukana kyseisissä tilanteissa, paitsi omaisten lohduttamiseen ei ollut osallistunut 25,5 % vastaajista. Kuviossa 3 on mukana vastaajat, jotka ovat osallistuneet tilanteisiin, eli noin 35 % kaikista vastaajista. Omaisten lohduttamiseen oli osallistunut noin 75 % kaikista vastaajista.

Hoitohenkilökunnasta noin 40 % mukana olleista kokivat toimintansa luontevaksi eri tilanteissa, katso kuvio 3. Ilmoituksen tekeminen transplantaatioimistoon ja omaisten lohduttaminen tuntui luontevalta yli 80 % mielestä. Elinluovutuslain muutoksen myötä lupaa ei tarvitse pyytää omaiselta, mutta omaisten kanssa tulee edelleen keskustella ja tiedustella vainajan kantaa elinluovutukseen. Useimmiten omaiset haluavat keskustelun jälkeen jatkaa asian käsittelyä sairaanhoitajan kanssa, joten hoitohenkilökuntakin keskustelee elinluovutusasioista omaisten kanssa. Lääkärit kokevat olonsa huomattavasti luontevammaksi elinluovutustoiminnassa. Noin 90 % vastanneista kokivat olonsa luontevaksi keskustellessaan asiasta omaisten kanssa.

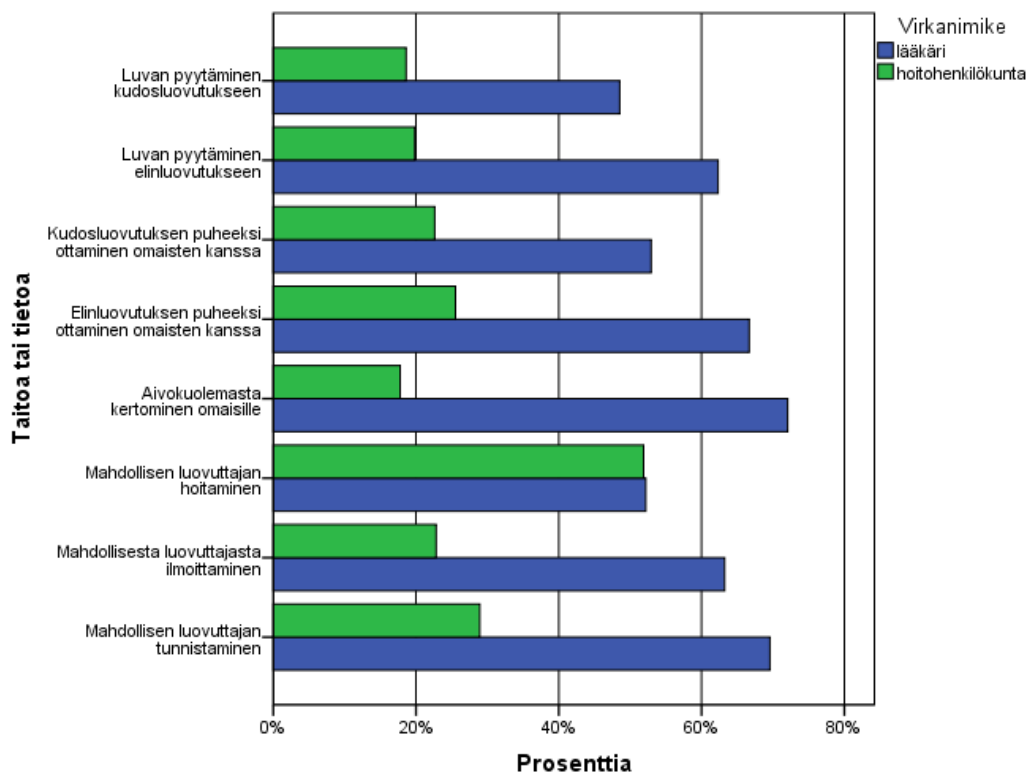


KUVIO 3. Henkilökunnan luonteva toimiminen elinluovutustoiminnassa.

Kuviossa 4. ovat tulokset, kyselyyn vastanneiden taito - ja tietotaso elinluovutustilanteissa, vastausvaihtoehtoina olivat kyllä ja ei. Tässä kysymyksessä lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan vastaukset poikkeavat myös paljon toisistaan. Vastanneiden lääkäreiden tietotaito on paljon parempi kuin hoitohenkilökunnan tieto - ja taitotaso. Vastanneiden

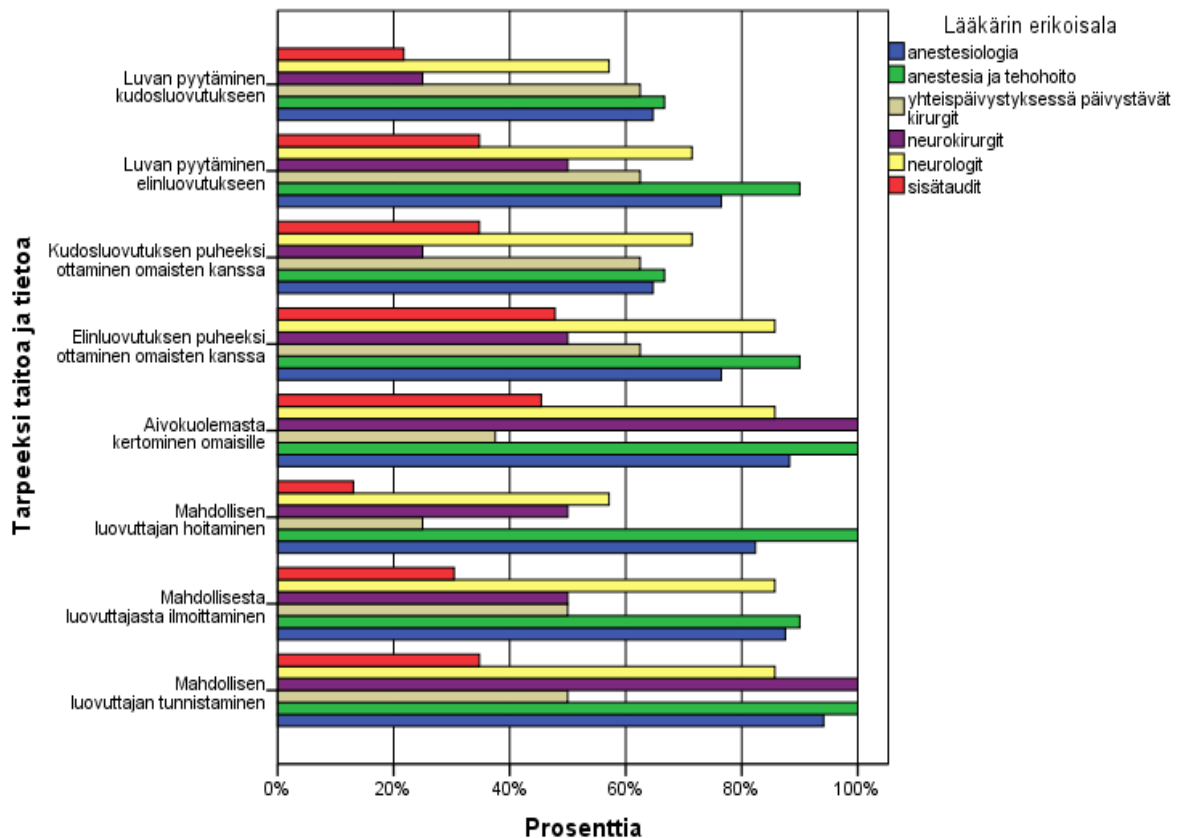
lääkärien mielestä kudoslouvutuksen puheeksi ottaminen ja luvan pyytäminen on kaikin haastavinta. Myös elinlouvutuspotilaan hoitamiseen uskoi tietotaidon riittävän vain noin 50 % vastanneista lääkäreistä. Lähes 70 % tutkimukseen vastanneista lääkäreistä tunnistaa potentiaalisen elinlouvutuspotilaan. Myös aivokuolemasta ja elinlouvutuksesta kertomisesta omaisille ja elinlouvutusluvan pyytamisestä selviytyi taitotietonsa avulla yli 60 % lääkäreistä.

Elinlouvutuspotilaan hoitamiseen tieto – ja taitotaso riitti yli 50 %:lla hoitohenkilökunnasta. Tämä on koko louvutusprosessin onnistumisen kannalta oleellinen taito. Alle 30 % vastaajista arvioi tietonsa ja taitonsa riittävän potentiaalisen elinlouvuttajan tunnistamiseen. Potentiaalisen louvuttajan tunnistaminen on erittäin tärkeä taito. Kuka tunnistaa potilaan potentiaalisesti louvuttajaksi ei ole merkitystä. Jokainen tunnistamaton potentiaalinen louvuttaja on menetetty elinlouvuttaja. Omaisten kanssa keskustelemiseen aivokuolemasta, elin – ja kudoslouvutuksesta ja luvan pyytamisestä louvutukseen koki selviytyvänsä vain noin 20 % hoitohenkilökunnasta. Toki vastaukseen voi vaikuttaa se, että yleisesti luvan pyytämisen koetaan olevan lääkärin tehtävä.



KUVIO 4. Henkilökunnan elinlouvutustoimintaan liittyvät taidot ja tiedot.

Kuviossa 5. lääkärit erikoisaloittain, kuinka heidän tieto – ja taitotaso riittää elinluovutustoiminnassa. Huomioitava on, että vastaajia erikoisaloittain ei ole kuin 1- 20 henkilöä. Anestesiologiaan, anestesia – ja tehohoitoon ja neurokirurgiaan erikoistuneet kokevat parhaiten selviytyvänsä tieto – ja taito tasonsa avulla elinluovutustoiminnassa. Sisätautilääkäreistä vain alle 40 % arvioi tunnistavansa potentiaalisen elinluovuttajan.



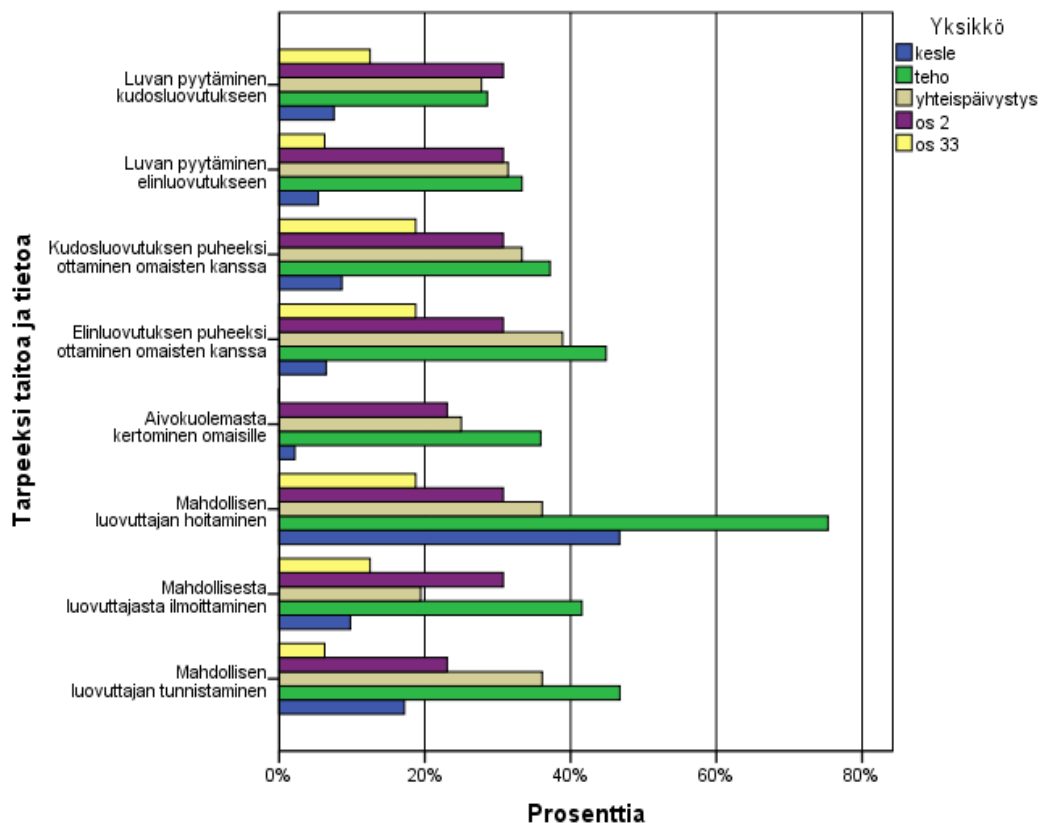
KUVIO 5. Lääkärien elinluovutustoimintaan liittyvät taidot ja tiedot.

Kuviossa 6. eriteltyinä sairaanhoitajat työyksiköittäin, kuinka heidän taito – ja tietotaso riittää elinluovutustoiminnassa. Huomioitava vastauksissa, että työyksiköittäin vastaajia on noin 10- 95/ työyksikkö. Teho-osastolla työskentelevien tieto – ja taitotaso riittää parhaiten elinluovutustoimintaan. Elinluovutuspotilaan hoito onnistui yli 70 % vastaan- neista tehohoitajista. Lähes 50 % tehohoitajista arvioi tunnistavan potentiaalisen elin-

luovuttajan. Yleisesti oletetaan, että lääkäri kysyy elin – ja kudoslouputusluvan omaisilta tai nykyään tiedustelee vainajan omaa tahtoa omaisilta.

Yhteispäivystyksessä työskentelevistä sairaanhoitajista 20- 40 % vastasi taito – ja tietotason riittävän elinluovutustoimintaan liittyviin tilanteisiin. Luovuttajan tunnistaminen ja hoitaminen olisi erittäin tärkeitä taitoja yhteispäivystyksessä. Myös omaisten huomiointi on tärkeää. Yhteispäivystyksessä tunnistamatta jäänyt potentiaalinen luovuttaja estää koko elinluovutusprosessin aloittamisen. Epäonnistunut potentiaalisen elinluovuttajan hoito vaarantaa siirrettävien elinten käyttökelpoisuuden. Huono kanssakäyminen omaisten ja henkilökunnan välillä vaikeuttaa omalta osaltaan prosessin läpiviemistä ja vähintäänkin jättää omaisille huonon kokemuksen ja muiston.

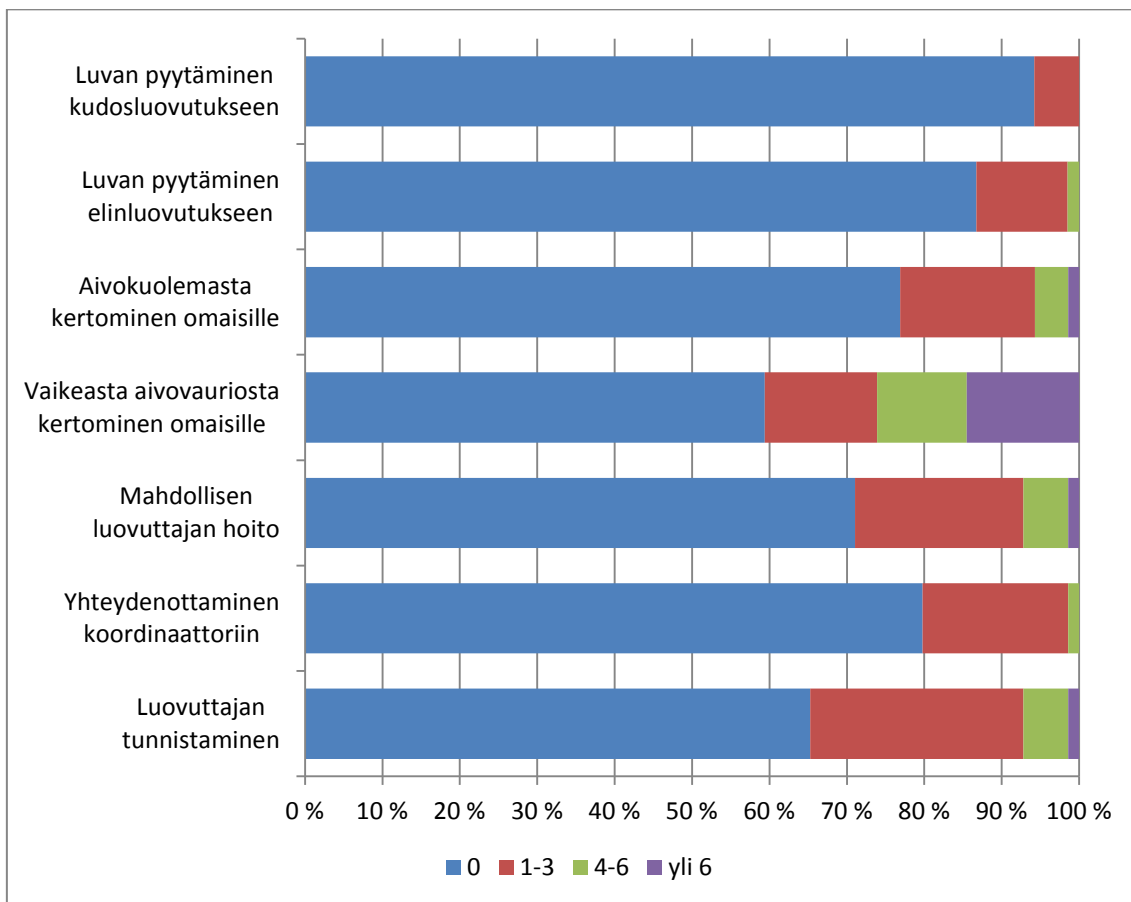
Keskusleikkausosaston työntekijöiden vastaukset ovat työtehtävien mukaiset, leikkausosastolla omaiset eivät enää ole mukana ja yleensä potentiaalinen luovuttaja on jo tunnistettu. On kuitenkin mahdollista, että myös leikkausosastolla on tunnistettava potentiaalinen elinluovuttaja, esimerkiksi traumapotilaat. Yli 40 % leikkausosaston sairaanhoitajista arvioi selviytyvänsä elinluovutuspotilaan hoidosta tieto – ja taitotasonsa avulla. Vuodeosaston henkilökunnan on tärkeää tunnistaa potentiaalinen elinluovuttaja ja osata ilmoittaa tapauksesta eteenpäin. Osastolla 33 työskentelevistä vastanneista sairaanhoitajista alle 10 % ja osastolla 2 arvioi 20 % vastaajista tieto – ja taitotasonsa riittävän elinluovuttajan tunnistamiseen.



KUVIO 6. Sairaanhoitajien arvio omista taidoista ja tiedoista elinluovutustoiminnassa.

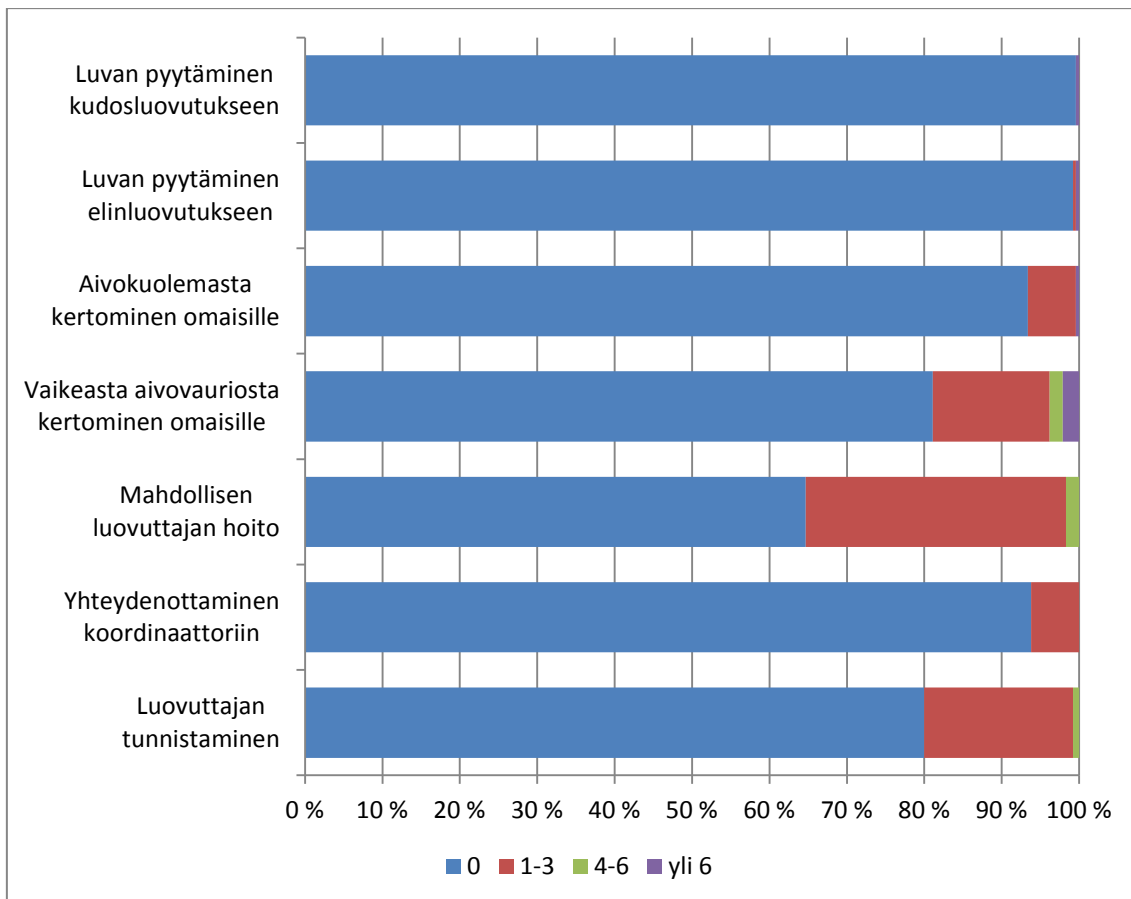
5.4 Henkilökunnan omakohtaiset kokemukset elinluovutustoiminnasta

Henkilökunnan kokemuksia elinluovutustoiminnassa mitattiin kahdella kysymyksellä 28 ja 29. Kysymys 28. koostui useammasta kysymyksestä, onko kokemusta mainituissa tilanteissa. Kuviossa 7 on lääkäreiden vastaukset. Vähiten kokemusta on luvan pyytämiseen elin - tai kudosluovutukseen. Yli 90 % vastanneista lääkäreistä ei ole pyytänyt lupaa kudosluovutukseen ja yli 85 % ei ole pyytänyt lupaa elinluovutukseen viimeisen kalenterivuoden aikana. Eniten kokemusta oli vaikeasta aivovauriosta kertomisesta omaisille, johon oli osallistunut yli 40 % vastanneista lääkäreistä. Yli 10 % ilmoitti osallistuneensa jopa yli 6 kertaa viimeisen kalenterivuoden aikana vaikeasta aivovauriosta kertomiseen omaisille. Luovuttajan tunnistamisessa mukana oli ollut noin 35 % lääkäreistä viimeisen kalenterivuoden aikana, suurin osa 1-3 kertaa (noin 25 %). Mahdollisen luovuttajan hoitoon oli viimeisen kalenterivuoden aikana osallistunut 1-3 kertaa noin 20 % vastanneista lääkäreistä ja vajaa 10 % oli hoitanut useampaa.



KUVIO 7. Lääkärien osallistuminen elinluovutustoimintaan viimeisen kalenterivuoden aikana.

Hoitohenkilökunnan vastaukset ovat kuviossa 8. Kuvio kertoo kuinka usein hoitohenkilökunta on osallistunut elinluovutustoimintaan viimeisen kalenterivuoden aikana. Eniten kokemusta hoitohenkilökunnalla on mahdollisen luovuttajan hoitamisesta. Vastaajista 35 % oli hoitanut mahdollista luovuttajaa viimeisen kalenterivuoden aikana. Niistä suurin osa ilmoitti hoitaneensa 1-3 tapausta. Mahdollisen luovuttajan tunnistamiseen oli osallistunut noin 20 % vastanneista. Reilu 15 % oli osallistunut vaikeasta aivovauriosta kertomiseen omaisille. Suurin osa oli ollut 1-3 kertaa tilanteessa mukana. Hoitohenkilökunnan kokemukset ovat erittäin vähäiset elinluovutustoiminnasta..



KUVIO 8. Hoitohenkilökunnan osallistuminen elinluovutustoimintaan viimeisen kalenterivuoden aikana

Toinen kysymys koski elinluovutusluvan kysymistä. Suurin osa vastaajista koki, että paras aika keskustella elinluovutuksesta omaisten kanssa on erillisessä keskustelussa, sen jälkeen kun aivokuolemasta on jo kerrottu. Vastaajista 43,5 % oli tätä mieltä. 18,3 % vastaajista uskoi, että lupaa voi kysyä samassa keskustelussa kun kerrotaan aivokuolemasta. Vaikka elinluovutuslupaa ei uuden lain myötä tarvitse enää kysyä, pitää kuitenkin omaisilta kysyä potentiaalisen luovuttajan kantaa elinluovutuksesta hänen eläessään.

6 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU AIEMPIEN TUTKIMUSTEN AVULLA

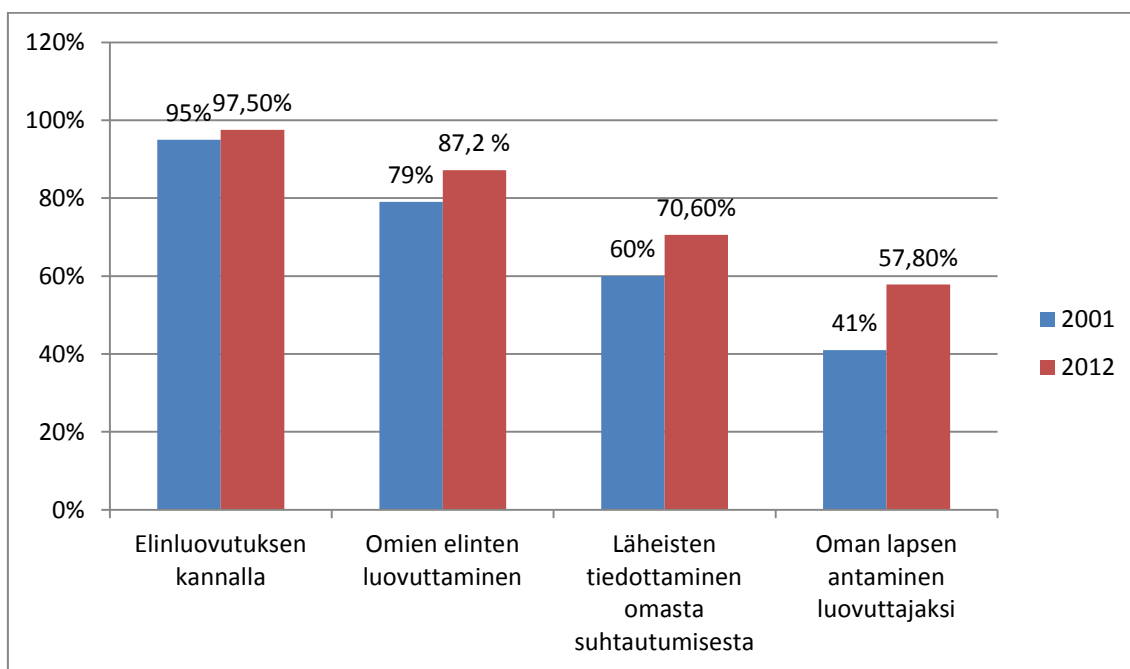
6.1 Henkilökunnan asenne elinluovutustoimintaa kohtaan

Tutkimustulosten mukaan Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunnan asenne on erinomainen elinluovutustoimintaa kohtaan. Tämä on tärkeää, koska esimerkiksi Jacoby ja Jaccardin (2010, 52) tutkimuksen mukaan henkilökunnan asenteella on merkitystä, jotta omaiset kokisivat tilanteen mahdollisimman kunnioittavaksi ja saataisiin elinluovutuslupa. Myös Hellströmin ja Larssonin (2006, 14) kirjallisuuskatsauksen mukaan henkilökunnan positiivinen asenne leviää koko työyhteisöön ja omaisiin. Tämän vuoksi lähtökohtaisesti olisi toivottavaa, että henkilökunta suhtautuisi positiivisesti elinluovutustilanteeseen.

Floden (2011, 54) mukaan on tärkeää tunnistaa oma suhtautuminen elinluovutustoimintaan, jotta voi vaikuttaa omaan käytökseen. Tämä opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan vastaajat ovat hyvin tietoisia omasta elinluovutustoimintaan liittyvästä kannastaan. Tämä on tärkeää elinluovutustilanteen hallinnan kannalta. Roels ym. (2010, 4) tutkimuksen mukaan Suomi lukeutuu parhaiten elinluovutustoiminnan hyväksyvien maiden joukkoon. Tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaiset kuin muissa Suomen sairaaloissa, jotka olivat mukana Roelsin tutkimuksessa.

Vertailtaessa vuoden 2001 ja 2012 asennekyselyjen tutkimustuloksia on havaittavissa pieniä eroja. Vertailun tulokset on kuvattu kuviossa 9. Henkilökunnan asenne elinluovutusta kohtaan on kymmenessä vuodessa parantunut hieman. Tärkeää on, että tiedottaisimme läheisiä omasta suhtautumisesta elinluovutukseen. Tämä on parantunut 10 % vuosien 2001 ja 2012 välillä. Lakimuutoksen myötä ei enää omaisilta lupaa tarvita, vaan on siirrytty oletettuun suostumukseen. Suomalaisista yli 90 % on valmiita elinluovutukseen ja oletettu suostumus lähtee siitä, että vainajan ei oleteta vastustaneen elinluovutusta eläessään. Omaisten tehtäväksi jää välittää tieto vainajan omasta tahdosta. Siksi on tärkeää, että tiedotettaisiin läheisiämme omasta kannastamme elinluovutustoimintaa kohtaan. Oletettu suostumus on järkevää, koska 87,2 % vastaajista on valmiita luovut-

tamaan omia elimiään. Positiivista on myös, että yhä useampi on valmis antamaan myös oman lapsensa luovuttajaksi. Lapsi potilaille on haastavaa saada elimiä.



KUVIO 9. Vuosien 2001 ja 2012 tutkimusten henkilökunnan elinluovutustoimintaa koskevien asenteiden vertailua.

6.2 Henkilökunnan tiedot ja taidot elinluovutustoiminnassa

Tutkimustulosten mukaan henkilökunnan tietotasossa Suomen elinluovutustoiminnasta on parantamisen varaa. Tämä ei toki välttämättä vaikuta elinluovutustoiminnan onnistumiseen, mutta antaisi tiedollista syvyyttä asiantuntijuuteen. Collinsin (2004, 230, 233) tutkimuksessa nousi myös, että hoitohenkilökunta koki tiedollisen asiantuntijuutensa heikoksi ja toivoivat säännöllistä lisäkoulutusta. Tutkimuksessa todettiin, että henkilökunnan puutteellinen koulutus sekä luottamus ja varmuus elinluovutustoiminnassa voi vähentää elinluovutuksia ja luonnollisesti pidentää näin myös elinluovutusjonoa.

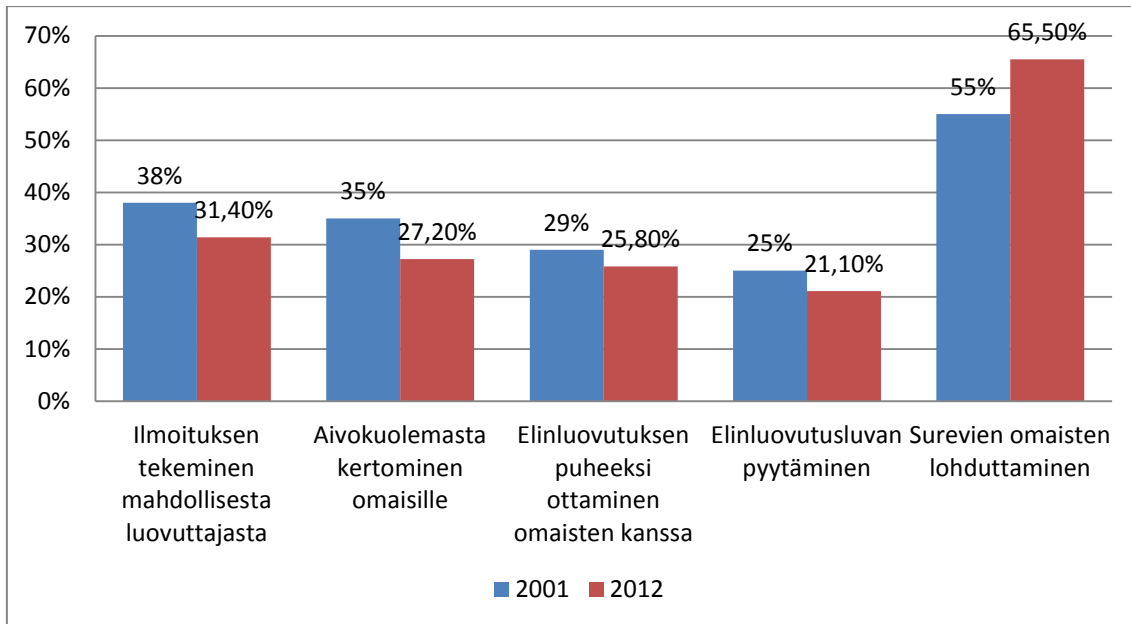
Henkilökunnan oma tuntemus, kokevatko toimintansa luontevaksi elinluovutustoiminnassa paljasti, että yli 65 % vastaajista ei ole osallistunut elinluovutustoimintaan viimeisen kalenterivuoden aikana. Hoitohenkilökunnasta toiminnassa mukana olleistakin vain

noin 40 % koki olonsa luontevaksi ja lääkäreistä noin 90 %. Roelsin ym. (2010, 5) tutkimuksen tuloksissa näkyy myös hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden ero selkeästi. Esimerkiksi aivokuolemasta kertominen omaisille oli luontevaa vain 33 % hoitohenkilökunnasta ja lääkäreille 75,6 %. Elinluovutuksen puheeksi ottaminen oli luontevaa 24,6 % hoitohenkilökunnasta ja 60,5 % lääkäreistä. Vaikka suomalaisten suhtautuminen elinluovutukseen on erittäin positiivista, me emme kuitenkaan koe oloamme luontevaksi. Tämä näkyy niin Roelsin tutkimuksessa kuin tässäkin tutkimuksessa.

Taitojenkin osalta hoitohenkilökunta koki olonsa huomattavasti epävarmemmaksi kuin lääkärit. Pelleriauxin ym. tutkimuksen tulokset ovat aivan samansuuntaiset. Esimerkiksi aivokuolemasta kertominen omaisille koki hoitajista vain 13,9 % taito- tietotasonsa riittävän, vastaava luku lääkäreillä oli 51 %. (Pelleriaux ym. 2008, 4.) Tässä tutkimuksessa luvut kyseisessä kysymyksessä olivat hoitajat noin 18 % ja lääkärit yli 70 %. Tämä osoittaa, että koulutusta tarvitaan, jotta henkilökunta kokisi olonsa varmemmaksi elinluovutustilanteissa. On myös huomioitava, että hoitohenkilökuntakin toimii hyvin erilaisissa toimenkuissa, jopa osaston sisällä. Myös lääkäreiden erikoistumisala rajaa potentiaalisen elinluovutuspotilaiden määrän. Esimerkiksi sisätautilääkärit kohtaavat varmasti hyvin harvoin potentiaalista elinluovuttajaa.

Flodenin väitöskirjassa korostettiin ammatillisen vastuun ottamista tilanteessa. Tämä vaatii täydellistä sitoutumista tilanteeseen myös emotionaalisesti. Kunnioituksen osoittaminen omaisia ja luovuttajaa kohtaan sekä potentiaalisen luovuttajan toiveiden selvittämisen ja niiden mahdollinen täyttäminen ovat tärkeitä asioita ammatillisen vastuun ottamisessa. (2011, 54 -55.) Nämä asiat täyttyvät kun henkilökunta kokee itsensä mahdollisimman luontevaksi ja luottavat omaan tieto- taitoonsa riittävästi.

Vuoden 2001 ja 2012 tuloksia on verrattu kuviossa 10. Kysymyksenä oli, onko sinun luontevaa toimia kyseisissä tilanteissa. Kauttaaltaan vuoden 2012 tulokset ovat matalammat kuin vuonna 2001. Vain surevien omaisten lohduttaminen on parantunut näiden tulosten valossa. 65,5 % kokee luontevaksi lohduttaa surevia omaisia vuonna 2012, vastaajista 55 % koki luontevaksi lohduttaa omaisia vuonna 2001. Mahdollisesti muiden tulosten laskuun vaikuttaa se, että kysymykset lähetettiin vuonna 2012 myös kahdelle vuodeosastolle.



KUVIO 10. Vuosien 2001 ja 2012 tutkimusten henkilökunnan elinluovutustointaan liittyvien tietojen ja taitojen vertailua.

6.3 Henkilökunnan omakohtaiset kokemukset elinluovutustoiminnasta

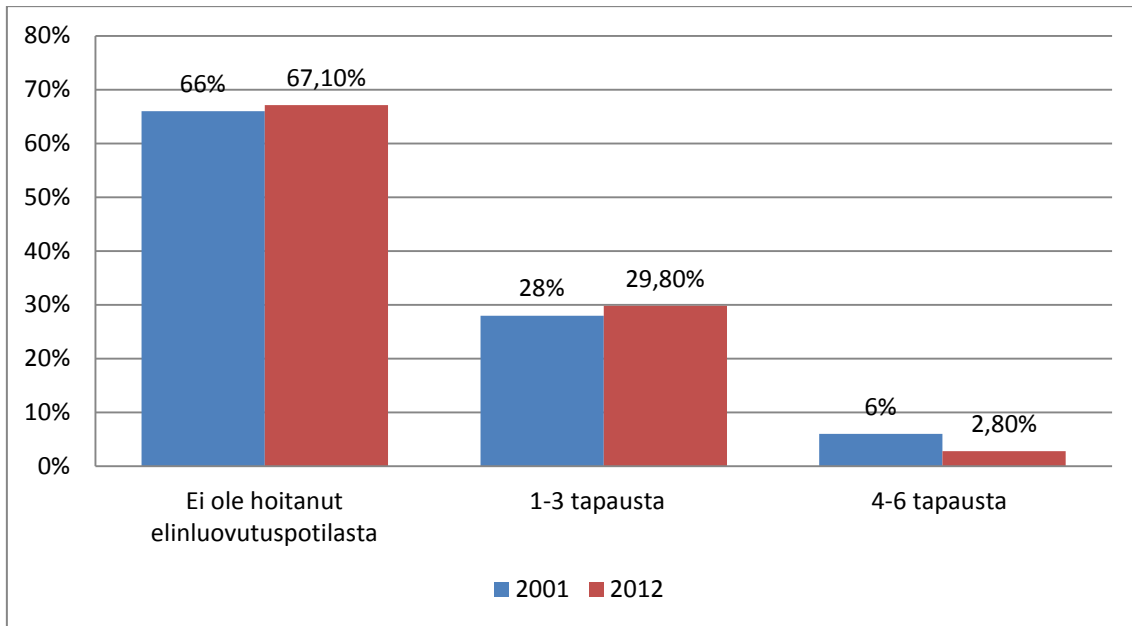
Potentiaalisen elinluovutuspotilaan hoitaminen ei juuri eroa tavallisen tehohoitopotilaan hoitamisesta. Siinä mielessä hoitaminen onnistuu vaikka kokemusta ei juuri olisi. Haasteen hoitamiseen tuo potentiaalisen luovuttajan omaiset sekä elinluovutusprotokollan seuraaminen ja aikataulujen yhtensovittaminen. Vaikka elinluovutus mahdollistaa elämän jatkumisen toisaalla, on kuoleva potilas kuitenkin menetetty potilas hoitohenkilökunnalle. Jaksamista parantaa kun työntekijöillä on mahdollisuus purkaa suruaan työkavereille tai työnohjauksessa. Transplantaatioimiston lähettämä lyhyt tiedotus siirrettyjen elinten käytöstä on tärkeä elinluovutuspotilasta hoitaneille henkilöille. Vain tämä kirje antaa palautteen onnistuiko elinten luovutus ja koko prosessin läpi vieminen. (Salmenperä ym. 2002, 432.)

Collinsin (2004, 230) tutkimuksessa vastaajat kokivat olevansa riittämättömästi valmistautuneita hoitamaan elinluovutustilanteita. Kun kysyttiin miten asiaa voitaisiin parantaa, oli toiveena enemmän koulutusta elinluovutuksesta yleensä sekä ohjeistusta omaisten kohtaamiseen. Selvähän on, että epävarma tiimi elinluovutustilanteessa ei paranna

lähtökohtaisesti elinluovutuksen onnistumista ja omaisten parasta mahdollista huomiointia. Flodenin (2011, 52- 53) tutkimuksessa korostettiin, että elinluovutuspotilaan hoitaminen on kunnioitusta herättävä tehtävä. Samanaikainen nopea toiminta elinluovutusprosessissa ja rauhallinen kunnioittava ote omaisiin on haastavaa. Elinluovutuspotilaan hoitaminen on fyysisesti kuin henkisestikin vaativampaa kuin tehohoitopotilaan hoitaminen. Oulun yliopistollisessa sairaalassa henkilökunnalla on kokemusta todella vähän elinluovutustoiminnasta. Tämän vuoksi on tärkeää, että työyhteisö tukee ympärillä ja tarjoutuu auttamaan, jos tiimi apua tarvitsee.

Hellströmin ja Larssonin (2006, 15- 16) kirjallisuuskatsauksessa selvitettiin sairaanhoitajien kokemuksia elinluovutustilanteesta. Positiivisina kokemuksina olivat onnistunut laadukas hoito, tyytyväiset omaiset ja toimiva tiimi kaikilta osin. Ammatillista tyytyväisyyttä tilanteesta sai kun onnistunut toiminta auttoi surevia omaisia hyväksymään tilanteen. Negatiivisina kokemuksina mainittiin muun muassa kova stressi tilanteesta, huonosti järjestetty jälkipuinti, huono yhteistyö ja tyytymättömät omaiset. Kun kokemusta on vähän, on epäonnistumisen mahdollisuus toki suurempi. Kokemus parantaa tilanteen haltuunottoa, mutta hyvä, toimiva ohjeistus kantaa kyllä kokemattomammankin henkilökunnan työtä. Tärkeää on myös empaattinen ja kunnioittava ote omaisiin ja potentiaaliseen luovuttajaan koko prosessin ajan.

Vertailtaessa tuloksia vuosien 2001 ja 2012 välillä, on nähtävissä pieniä eroja, katso kuvio 11. Vuonna 2012 vastaajista 67,1 % ei ole hoitanut elinluovutuspotilasta viimeisen kalenterivuoden aikana. Vastaava luku vuodelta 2001 on 66 %. Tuloksen syynä voi olla se, että vuonna 2012 kysely lähetettiin myös kahdelle vuodeosastolle. Vuodeosastoilla on luonnollisesti vähemmän potentiaalisia elinluovutuspotilaita. Potentiaalista elinluovutuspotilasta viimeisen kalenterivuoden aikana on hoitanut 1-3 tapausta 29,8 % vuonna 2012 ja 28 % vuonna 2001. Aika lähellä luvut ovat toisiaan ja ei luovuttajien määräkään ratkaisevasti ole muuttunut viimeisen kymmenen vuoden aikana.



KUVIO 11. Vuosien 2001 ja 2012 tutkimusten henkilökunnan elinluovutustoimintaan liittyvien kokemusten vertailua.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Johtopäätöksenä tutkimustulosten perusteella on:

1. Henkilökunnan asenne on erittäin myönteinen elinluovutustoimintaa kohtaan.
2. Henkilökunta oli osittain epävarma elinluovutustoimintaan liittyvistä tieto ja taitotasostaan.
3. Kokemuksellista tietoa henkilökunnalle ei ole kertynyt, koska elinluovutustoiminta on vähäistä Oulun Yliopistollisessa sairaalassa.

Kehittämisehdotuksenani on vahvistaa ja kannustaa henkilökuntaa edelleen positiivisen asennoitumisen pitämisessä. Positiivinen asenne leviää helposti koko työyhteisöön ja mahdollisen luovuttajan omaisiin. Henkilökunta koki, ettei toiminta ole kovin luontevaa positiivisesta asenteesta huolimatta. Asiaa helpottaisi tarkka ohjeistus toimintatavoista ja asian ylläpitäminen toistuvilla tiedotuksilla.

Ohjeistus ja koulutus tulisi suunnitella niin, että eri yksiköihin tulisi tarvittavaa koulutusta. Osastoilla ja yhteispäivystyksessä tulisi koulutus panostaa potentiaalisen elinluovuttajan tunnistamiseen, alkuhoitoon, omaisten huomioimiseen sekä ilmoituksen tekemiseen. Teho-osastoilla tulisi koulutukseen lisätä elinluovutuspotilaan hoitaminen edellä mainittujen asioiden lisäksi. Kokonaisuudessaan muistuttamista elinluovutusasiasta tulisi lisätä koko sairaalassa, kaikissa toimintayksiköissä. Tällä tavoin saisimme elinluovutustoiminnan tutummaksi ja helpommaksi toteuttaa.

8 KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTI

Työelämän käyttöön tehdyt tutkimushankkeet arvioidaan useista eri näkökulmista. Tavoitteena voi olla esimerkiksi uusi tieto, laatu, vaikuttavuus tai ammatillinen hyödynnettävyys. (Vilkkä 2005, 152.) Kehittämishankkeet aloitetaan yleensä siksi, että on tarve toteuttaa uutta tai kehittää vanhaa paremmaksi. Tutkimustulosten hyödynnettävyys on yksi tärkeimpiä tavoitteita kehittämistyölle. (Anttila 2007, 145, 147.)

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunnan asenteiden, tietojen ja taitojen sekä omakohtaisia kokemuksia elinluovutustoiminnasta. Tutkimustuloksia on tarkoitus käyttää tukena Oulun yliopistollisen sairaalan projektissa, jonka tavoitteena on tehdä toimiva ohjeistus aivovauriopotilaan hoitoon ja parantaa potentiaalisen elinluovutuspotilaan tunnistamista.

Tutkimustyöni on aiheeltaan erittäin ajankohtainen. Elinluovuttajista on jatkuva pula ja ihmisiä menehtyy elinsiirtojonoihin uutta elintä odottaessa. Euroopan parlamentti on perustanut elinluovutuksia ja elinsiirtoja koskevan toimintasuunnitelman vuosille 2009 - 2015. Tämän tavoitteena on vahvistaa koordinoitua ja parantaa valtioiden yhteistyötä elinluovutustoiminnassa. Toimintasuunnitelmaan kuuluu muun muassa elinten saataavuuden sekä toiminnan tehokkuuden parantaminen sekä laadun ja turvallisuuden kehittäminen. (Euroopan unionin virallinen lehti 2008, hakupäivä 13.3.2013.) Suomeen on perustettu elinluovutus- ja elinsiirtotoiminnan kehittämisen asiantuntijaryhmä, jotta Euroopan unionin tavoitteisiin päästäisiin. Tämän asiantuntijaryhmän tavoitteena on kehittää elinsiirtotoimintaa Suomessa. (Valtioneuvoston hankerekisteri 2013, hakupäivä 13.3.2013.)

Terveydenhuollon puolella on tullut yhä enemmän esille vaikuttavuuden käsite. Toimintaa tulisi mitata vaikuttavuuden kannalta. Vaikuttavuuden mittaamista terveydenhuollossa vastustavat perustelee, että sitä on vaikea mitata ja tulokset eivät ole luotettavia. Helpotusta on haettu esimerkiksi benchmarking -hankkeiden tyyllisillä ratkaisulla. Myös potilaita on pyydetty arvioijan rooliin. (Rautava, Salanterä, Helenius & Tofferi 2009, 4.) Tutkimustulosteni vaikuttavuutta on tarkoitus seurata uusinta mittauksilla.

Donor Action- ohjelma suosittelee kyselyn uusimista viiden vuoden välein. Tutkimustulokseni vahvistaa käsityksen, että henkilökunnalla ei ole riittävää tietotaitoa elinluovutustoiminnan joustavaan läpiviemiseen. Työpaikallani on jo aloitettu koulutukset eri työyksiköissä ja paranneltu ohjeistusta entisestään. Koko sairaalan kattavat elinluovutuspäivät on jo kerran järjestetty ja syksyllä päivät on tarkoitus pitää uudelleen. (Sälkiö 15.1.2013, keskustelu.) Tuloksia on jo konkreettisesti tullut, kun elinluovuttajien määrä on lisääntynyt.

8.1 Eettisyys

Tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys. Hyvää tieteellistä käytäntöä noudattamalla tutkimuksesta tulee eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja tuloksista uskottavia. Vastuu tutkimuksen eettisyydestä on koko tiedeyhteisöllä ja tutkijalla itsellään. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 211 -212; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, hakupäivä 17.4.2013.) Noudatin tutkimukseni eri vaiheissa hyvää tieteellistä käytäntöä.

Tutkimukseni suoritettiin Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Tutkimuksen kohteena olivat työntekijät, jolloin eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvittu. Lupa tutkimukselle haettiin Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin käytäntöjen mukaisesti vastualueen johtajalta. (Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoitopiiri 2013, hakupäivä 17.4.2013.)

Kaikessa tutkimustoiminnassa on turvattava vapaaehtoisuus osallistumiseen. Tutkittavalla on oikeus tietää tutkimuksen luonne, oikeus kieltäytyä ja keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Osallistumisen tulee perustua tietoiseen suostumukseen. Tärkeä asia aineiston keräämisessä on vastaajien anonymiteetti. Aineistoa tulee suojella ulkopuolisilta ja sitä on säilytettävä asiallisesti. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 218- 219.) Tutkimukseni suoritettiin sähköisellä Webropol kyselyllä. Mukana oli saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen luonne, luottamuksellisuus ja vapaaehtoisuus. Sähköinen kysely varmisti vastaajien henkilöllisyyden jäämisen salaiseksi.

Tutkimuksen lähtökohdana tulisi olla sen hyödyllisyys. Usein tutkimuksen hyöty ei kohdistu tutkittavaan, vaan auttaa vasta tulevaisuudessa. (Kankkunen & Vehviläinen- Jul-

kunen 2013, 218.) Tutkimukseni tarkoitus on selvittää Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunnan näkemyksiä asenteiden ja ammattitaidon vaikutuksista elinluovutustoiminnassa. Tulosten avulla pystymme kartoittamaan, missä ja minkälaista tukea henkilökunta tarvitsee, jotta elinluovutustoiminta paranisi Oulun yliopistollisessa sairaalassa.

8.2 Luotettavuus

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla sen validiteettiä ja reliabiliteettiä. Keskeisimpiä kysymyksiä tutkimuksessa on luotettavuus. Luotettavuutta voidaan tarkastella mittaamisen, aineiston keruun suhteen sekä tulosten luotettavuutena. Validiteetti tarkoittaa sitä, että mitataanko juuri sitä mitä on tarkoitus mitata. Ulkoinen validiteetti sitä vastoin tarkoittaa kuinka hyvin tulokset on yleistettävissä perusjoukkoon. Reliabiliteetillä tarkoitetaan tulosten pysyvyyttä. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 189-190; Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 1997, 206) Mittarin luotettavuuden arviointia olen käsitellyt kappaleessa 4.2.

Tutkimustulosten luotettavuutta tarkasteltaessa kohteena on sisäinen ja ulkoinen validiteetti. Sisäistä validiteettiä voi heikentää historia, valikoituminen ja kontaminoituminen. Ulkoisella validiteetillä tarkoitetaan tulosten yleistettävyyttä. Hoitotieteessä käytetään usein harkinnanvaraisia otoksia, jolloin tuloksia ei voi yleistää. Silloin tutkijan on itse arvioitava voiko tuloksia yleistää. Ulkoisen validiteetin uhkiin kuuluu muun muassa valikoituminen ja historia. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 195 -196.)

Tämän tutkimuksen tuloksia ei voida hyödyntää muissa yksiköissä, koska otos on harkinnanvaraisella kokonaisotannalla suoritettu. Tutkimuksesta saadut tulokset ovat samansuuntaiset kuin aikaisemmissa tutkimuksissa, joka lisää tämän tutkimuksen tulosten luotettavuutta. Tutkija on tutustunut aiheeseen kirjallisuuden avulla ja omakohtaisen kokemuksen kautta. Teoriaosassa käydään läpi elinsiirtotoiminnan historiaa maailmalla ja Suomessa sekä siihen liittyviä lakeja ja niiden muutoksia. Lisäksi tietoa on haettu aiemmista henkilökunnan asenteita mittavista tutkimuksista. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineiston hankinta tehtiin yhteistyössä kirjaston informaattikon kanssa, joka omalta osaltaan lisää työn luotettavuutta.

Tutkimuksessa käytetty Donor Actionin kyselylomake on käännetty englannista suomeksi. Kyselylomaketta on käytetty maailmanlaajuisesti, mutta tästä huolimatta onko se sopiva sellaisenaan käytettäväksi eri kulttuureissa. Muutamien kysymysten kohdalla jäätiin pohtimaan niiden tarpeellisuutta suomalaisessa kulttuurissa. Esimerkiksi kysymys onko aivokuolema oikea kuoleman määritelmä? Suomi on kuitenkin hyväksynyt ensimmäisenä koko maailmassa aivokuoleman viralliseksi kuoleman määritelmäksi. Pohdintaa aiheutti myös se, että mittaako mittarin kysymykset todella asenteita.

Tutkimustuloksia on pystytty hyödyntämään heti käytännön työssä, esimerkiksi henkilökunnan koulutuksessa. Tutkimustuloksia esitettiin myös Oulun yliopistollisen sairaalan elinluovutuspäivillä. Lisäksi tulokset syötetään Donor Actionin tietokantaan, jolloin ne ovat myös kansainvälisesti käytettävissä.

9 POHDINTA

Tutkimustyötäni tehdessä olen tutustunut elinluovutustoimintaan paremmin kuin koskaan aikaisemmin. Olen työskennellyt Helsingissä Töölön sairaalan neurokirurgisella teho – ja valvontaosastolla ja siellä elinluovutuksia oli luonnollisesti enemmän osaston luonteen vuoksi. Näin käytännön toiminta on minulle tuttua. Kuitenkin uutta asiaa teoriatasolla tuli paljon tutkimustyön ohessa. Määrällisen tutkimuksen tekeminen oli myös minulle uutta. Prosessin läpivieminen oli opettavaista ja rankkaa. Tulevaisuudessa pystyn lukemaan tutkimuksia paljon kokonaisvaltaisemmin, kiitos tämän lopputyön.

Vastausprosentti oli mielestäni riittävä. Harmittavaa oli, että yhteispäivystyksen vastausprosentti jäi vähäiseksi, kuitenkin suurin osa potentiaalisista elinluovuttajista tulee yhteispäivystyksen kautta. Tutkimustulosten mukaan vastaajien kanta on erittäin myönteinen elinluovutustoimintaa kohtaan. Pieni osa vastaajista oli epävarmoja omasta kannastaan elinluovutusta kohtaan ja syynä oli useimmiten tiedon puute asiasta. Epävarmuus omasta asenteesta kasvoi, kun kysyttiin oman lapsen antamisesta elinluovutukseen.

Laki muutoksen myötä (oletettu suostumus) olisi toivottavaa, että kertoisimme paremmin oman kantamme perheen kesken. Silloin mahdollisessa elinluovutustilanteessa ei olisi ongelmallista selvittää potentiaalisen elinluovuttajan kantaa ja elinluovutustoiminta helpottuisi entisestään.

Tutkimuksen mukaan henkilökunta koki tiedot ja taidot osittain puutteellisiksi. Erityisesti hoitohenkilökunta koki olonsa epävarmaksi. Toivottavasti koulutukset parantavat tätä osa-aluetta. Hienoa oli, että teho-osaston ja leikkaussalin hoitohenkilökunnalla oli selkeä käsitys oman työyksikön elinluovuttajien määrästä. Tutkimustuloksista mielestäni näkyi, että hoitohenkilökunta ei koe tehtäväkseen keskustella omaisten kanssa elinluovutusasioista. Ajatellaan, että omaisten kanssa keskusteleminen sekä elin – ja kudoluovutuslupien pyytäminen kuuluu lääkärille. Mielestäni tutkimustulokset osoittavat, että yhteistyö lääkärin ja hoitajan välillä ei ole parasta mahdollista. Johtuuko tämä siitä, että yhteistyö ei pelaa vai siitä, että toimintamallia voisi kehittää paremmaksi. Kuitenkin toivottavaa olisi, että keskustelut omaisten kanssa käytäisiin yhdessä. Yhteistyön

tiivistäminen parantaisi informaatiota omaisille, kun jokainen tietäisi mitä omaisten kanssa on keskusteltu.

Mielenkiintoista oli, että tutkimustulosten mukaan hoitohenkilökunnasta lähes 20 % ja lääkäreistä yli 30 % oli vastausten mukaan osallistunut potentiaalisen elinluovuttajan tunnistamiseen. Kuitenkaan Oulun yliopistollisessa sairaalassa on ollut 1-6 elinluovutusta tuona ajankohtana. Toki kaikista ei lopulta elinluovuttajaa tule. Hyvän asenteen lisäksi tarvitsemme varmuutta elinluovutustoimintaan. Oulun yliopistollisen sairaalan projektin tarkoituksena on tarjota henkilökunnalle tukea koulutuksen, ohjeistuksen ja asian yleisen näkyvyyden avulla. Toivottavasti näin elinluovutustoiminta lisääntyy ja kokemusta karttuu.

Jatkossa olisi hyvä ylläpitää keskustelua elinluovutustoiminnasta ja seurata elinluovuttajien määrää Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Henkilökunnan asenteen ja ammattitaidon kartoitus tulisi uusina noin viiden vuoden välein, jotta pystyisimme seuraamaan toimintamme vaikuttavuutta. Hyvällä yhteistyöllä ja asenteella tehty työ yleensä kantaa parhaiten tuloksia.

LÄHTEET

Aalto, K., Varenti, A. & Ylikarjula, S. 1994. Elämän lisääika - elinsiirrot potilaan, omaisten ja henkilökunnan näkökulmasta. kirkkohallitus - kirkon sairaalasielunhoidon keskus.

Aalto-Setälä, K. 2010. Lakimuutoksilla pyritään lisäämään sekä elin – että kudossiirtoja. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 16/2010. 1869-1870.

Ala-Kokko T., Elinluovutuspotilaan tunnistaminen ja alkuhoito, alueellinen koulutus. 6.2.2013. OYS. Tekijän hallussa.

Antman A. 2011. Aivokuollut elinluovuttajana. Lääkärilehti. 16-17/2011. 1387-1391

Anttila P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: Akatiami.

Collins, T. 2004. Organ and tissue donation: a survey of nurse`s knowledge and educational needs in an adult ITU. Intensive and Critical care nursing 21, 226-233

Donor Action. 2002. Diagnostic review summary report.

Donor Action. 2012. Hakupäivä 22.12.2012 <http://www.donoraction.org/>.

Euroopan unionin virallinen lehti. 2008. Elinluovutuksia ja elinsiirtoja koskeva toimintasuunnitelma. Hakupäivä 13.3.2013

<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2011:161E:0065:0071:FI:PDF>.

Floden, A. 2011. Attitudes towards organ donor advocacy among Swedish intensive and critical care nurses. Göteborg. Väitöskirja

Helakorpi, S. 1992. Ammattitaito ja sen analysoiminen. Hämeenlinna. Ammatillinen opettajakorkeakoulu

Hellström, J. & Larsson, H. 2006. Kan jag få ditt hjärta?. Malmö högskola, hälsa och samhälle.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannus-osakeyhtiö Tammi

Hirn, H. 2001. Elinsiirtotoiminta valmistuvien sairaanhoitajien näkökulmasta – asenteet, tiedot ja koulutus. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu tutkielma

Hirn, H., Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. 2002. Elinsiirrot valmistuvan sairaanhoitajan tiedolliset ja asenteelliset toimintavalmiudet. Sairaanhoitaja 11/2002. vol 75. 15-17.

Hoitotyön vuosikirja- sairaanhoitaja asiantuntijana. 2011. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Edita Prima Oy, Helsinki

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2003. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY

Huhtamies, M. & Relander, J. 1997. Suomen elinsiirtojen historia. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy

Huhtamies, M. 1997. Elinsiirtojen esihistoriaa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 1997;113(13):1245.

Höckerstedt, K. & Hermanson, T. 2010. Lakiehdotuksilla pyritään lisäämään elinsiirtoja. Duodecim 9/2010;126(9). 993-995.

Isoniemi, H. 2011. Elinsiirroissa yhteistoiminta pelastaa henkiä. Lääkärilehti 16-17/2011. 1347.

Jacoby, L. & Jaccard, J. 2010. Perceived support among families deciding about organ donation for their loved ones: Donor vs nondonor next of kin. *American journal of critical care*. September 2010 vol. 19 no. s. 52-61

Kananen, J. 2011. *Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas*. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Karle, N. 2010. Aivokuolleen elinluovuttajan hoito. Hakupäivä 30.12.2012 http://www.sash.fi/files/luennot_anestesiakurssi_10/Aivokuolleen_elinluovuttajan_hoit_o_Nina_Karle.pdf.

Laine, H., Höckerstedt, K., Lötjönen, S. & Parviainen, I. 2011. Laki muuttui – muuttui-ko elinsiirtojen määrä. *Lääkärilehti* 4/2011. 282 -285.

Laki ihmisen elimien ja kudoksien lääketieteellisestä käytöstä. 101/2001. Edita publishing Oy. Hakupäivä 29.12.2012 <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010101>.

Laki ihmisen elimien ja kudoksien lääketieteellisestä käytöstä. 2010/653. Edita publishing Oy .Hakupäivä 20.12.2012 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010101>.

Lauri, S. 2006. *Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen*, WSOY Oppimateriaalit Oy

Laurila, T. 2011. Pro gradu. *Elinsiirtotoiminnan oikeudelliset edellytykset Suomessa*. Hakupäivä 29.12.2013 <http://www.doria.fi/handle/10024/69963>.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus. 2012. *Kudos – ja verivalvonta*. Hakupäivä 25.1.2013 http://www.fimea.fi/laakealan_toimijat/kudos_ja_verivalvonta.

Metsämuuronen J., 2005. *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Helsinki: International Methelp.

MOT sanakirja. 2012. Kielikone Oy. Hakupäivä 20.3.2013
<http://mot.kielikone.fi.ezp.oamk.fi:2048/mot/oamk/netmot.exe?motportal=80>.

Munuais - ja maksaliitto. 2012. Hakupäivä 15.12.2012
http://www.musili.fi/sairaudet_ja_elinsiirrot/elinsiirrot/elinsiirrot_suomessa.

Nummi, V. 2012. Onko jo uudenlaisten elinsiirtojen aika? Lääkärilehti 3/2012. 134-136

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen K., 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki; Porvoo: WSOY.

Pelleriaux, B., Roels, L., Van Deynse, D., Smits, J., Cormu, O & Delloye, C. 2008. An analysis of critical care staff's attitudes to donation in a country with presumed- consent legislation. Progress in Transplantation, Vol18. No 3. September 2008

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. hakupäivä 17.4.2013
<http://www.ppsHP.fi/tutkimuslupakaytannot>.

Polit, D. & Beck, C. 2004. Nursing research principles and methods. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Rautava, P., Salanterä, S., Helenius, H. & Tofferi, H. 2009. Vaikuttavuuden mittaaminen ja palvelujärjestelmätutkimus. Hakupäivä 17.4.2013
http://www.turkuerc.fi/files/163/vaikuttavuus_20090810.pdf.

Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. 2010. Kirurgia. Helsinki: Duodecim.

Roels, L., Spaight, C., Smits, J. & Cohen, B. 2010. Critical care staff's attitudes. Confidence levels and educational needs correlate with countries' donation rates: data from the Donor action database. Transplant international.

Ruohotie, P. & Honka, J. 2003. Ammatillinen huippuosaaminen –

kompetenssitutkimusten avaama näkökulma huppuosaamiseen, sen kehittämiseen ja johtamiseen. Hämeenlinnan ammattikorkeakoulu, Hämeenlinna.

Salmenperä, R., Tuli, S & Virta, M. 2002 Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Tammi.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Elinsiirtotoimintaan liittyvät lakimuutokset voimaan 1.8.2010. Hakupäivä 25.3.2013

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=40880&name=DLFE-12307.pdf.

Suomi Sanakirja. 2010. Helsinki. Hakupäivä 15.12.2012

<http://suomisanakirja.fi/elinsiirto>.

Sälkiö, S. 15.1.2013. Keskustelu.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Hakupäivä 17.4.2013

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf.

Valtioneuvoston hankerekisteri – HARE. 2013. Elinluovutus – ja elinsiirtotoiminnan kehittämisen asiantuntijaryhmä. Hakupäivä 13.3.2013

http://www.hare.vn.fi/mHankePerusSelaus.asp?h_iID=19127&tVNo=1&sTyp=Selaus.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä! Helsinki: Tammi

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa – määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi

LIITTEET

LIITE 1

Hyvä vastaanottaja,

Teitä pyydetään ystävällisesti osallistumaan tutkimukseen, jonka tarkoituksena on selvittää sairaalan henkilökunnan asennetta elinluovutukseen. Henkilökunnan tiedoilla, taidoilla sekä asenteella on merkittävä rooli mahdollisen elinluovutuksen onnistumisessa.

Oulun Yliopistollinen sairaala on mukana kansainvälisessä donor action ohjelmassa. Tavoitteena ohjelmalla on maksimoida sairaalan mahdollisten elinluovutus potilaiden tunnistaminen. Donor action ohjelman yhtenä tärkeänä osana on henkilökunnan asennetutkimus. Asennetutkimus sairaalassamme on suoritettu ensimmäisen kerran vuonna 2001.

Vastauksia käsitellään luottamuksellisesti ja vastaajan henkilöllisyys ei missään vaiheessa tule tutkijoiden tietoon.

Kattavan tiedon saamiseksi olisi tärkeää, että mahdollisimman moni vastaisi kyselyyn. Vastaaminen kestää arviolta 10-15 minuuttia. Tutkimukseen pääset alla olevasta linkistä. Toivomme, että vastaisitte 14.6.2012 mennessä.

Hyvää kesää toivottaen

Tutkimuksen vastuuhenkilöt:

Reetta Rounaja

Teho 1/sairaanhoitaja

Tero Ala-Kokko

Tehohoidon professori

Ylilääkäri

Tämä asennetutkimus on osa sairaalamme elinluovutustoiminnan arviointia. Koska olet sairaalahenkilöstön tärkeä jäsen, pyydämme Sinua vastaamaan kyselyyn. Vastaaminen kestää arviolta 10-15 minuuttia. Ole hyvä ja vastaa kaikkiin kysymyksiin. Vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisina.

1. Mikä on virkanimikkeesi?

- Lääkäri Hoitohenkilökunta Hallinto Muu, mikä

2. Taustatietoja

Erikoisala:

Yksikkö, jossa työskentelet:

Seuraavilla kysymyksillä on tarkoitus selvittää elinluovutukseen liittyviä asenteita. Oikeita tai väärä vastauksia ei ole. Rastita se vaihtoehto, joka vastaa parhaiten omaa näkemystäsi.

3. Miten suhtaudut siihen, että elimiä/kudoksia luovutetaan siirteiksi?

- Olen sen kannalla Vastustan sitä En osaa sanoa

4. Luovuttaisitko elimiäsi/kudoksiasi kuoleman jälkeen?

Kyllä En En osaa sanoa

Elimet:

Kudokset:

5. Onko elimiä, joita et haluaisi luovuttaa?

- Kyllä (tarkenna) Sydän Keuhkot Maksa Haima Munuaiset Suoli Muu, mikä?
- Ei
- En osaa sanoa

6. Onko kudoksia, joita et haluaisi luovuttaa?

- Kyllä (tarkenna) Sarveiskalvot Iho Luuta Sydämen läpät Jänneet Muu, mikä?
- Ei
- En osaa sanoa

7. Oletko kertonut läheisillesi toiveestasi, luovutetaanko elimiäsi tai kudoksiasi kuolemasi jälkeen?

- Kyllä En

8. Antaisitko luvan aikuisen perheenjäsenesi elinten/kudosten luovuttamiseen hänen kuolemansa jälkeen?

- Kyllä, jos hän on elossa ollessaan antanut siihen suostumuksensa
- Kyllä, ilman että hän on elossa ollessaan antanut siihen suostumustaan
- En
- En osaa sanoa

9. Perustuuko päätöksesi tietoonsi siitä, haluavatko perheenjäsenesi luovuttaa elimiään vai eivät?

- Kyllä Ei

Vastaa kysymykseen 10 tai 11

10. Jos sinulla on lapsia, antaisitko luvan lapsesi elinten/kudosten luovuttamiseen hänen kuolemansa jälkeen?

- Kyllä En En osaa sanoa

11. Jos sinulla OLISI lapsia, antaisitko luvan lapsesi elinten/kudosten luovuttamiseen hänen kuolemansa jälkeen?

- Kyllä En En osaa sanoa

12. Elinluovutus voi auttaa omaisia heidän surutyössään.

- Kyllä Ei En osaa sanoa

13. Elinluovutus pelastaa ihmishenkiä.

- Kyllä Ei En osaa sanoa

Valitse seuraavien kysymysten vastausvaihtoehdoista se, joka on mielestäsi oikea.

14. Kuinka suuri osa suomalaisista hyväksyy elinluovutuksen?

- Alle 25 % 25-50 % 50-70 % Yli 75 %

15. Kuinka monta ihmistä Suomessa on parhaillaan elinsiirtojonossa (odottaa esim. munuais-, maksa-, sydän- tai keuhkosiirrettä) ?

- <500 500-2000 2000-5000 5000-10000 >10000

16. Kuinka suuren osan jonossa olevista arvelet saavan elinsiirteen?

- <10 % 10-20 % 20-30 % 30-40 % >40 %

Vastaa seuraaviin kysymyksiin parhaan tietämyksesi mukaan.

17. Viime kalenterivuoden aikana elinluovuttajiksi lääketieteellisesti sopivia potilaita oli osastollamme noin:

- 0 1-5 6-10 11-20 >21 En osaa sanoa

18. Viime kalenterivuoden aikana kudosluovuttajiksi lääketieteellisesti sopivia potilaita oli osastollamme noin:

- 0 1-10 11-20 21-30 >31 En osaa sanoa

19. Viime kalenterivuoden aikana elinluovuttajien määrä oli osastollamme noin:

- 0 1-5 6-10 11-20 >21 En osaa sanoa

20. Viime kalenterivuoden aikana kudosluovuttajien määrä oli osastollamme noin:

- 0 1-10 11-20 21-30 >31 En osaa sanoa

21. Onko sairaalamme transplantaatiokeskus?

- Kyllä Ei En osaa sanoa

22. Onko sairaalamme mukana elin- tai kudosirrotustoiminnassa?

Kyllä Ei En osaa sanoa

Elinirrotus

Kudosirrotus

23. Lue seuraavat väittämät ja merkitse, oletko samaa mieltä, eri mieltä tai et osaa sanoa:

	Samaa mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa
a) Sairaalassamme on viralliset ohjeet aivokuoleman toteamisesta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Sairaalassamme on elinluovutusluvan pyytämistä koskevat viralliset ohjeet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Sairaalamme toimii hyvin elinluovutuksen saralla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Sairaalassamme on kudosluovutusluvan pyytämistä koskevat viralliset ohjeet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Sairaalamme toimii hyvin kudosluovutuksen saralla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Aivokuolema on käypä kuoleman määritelmä.

- Samaa mieltä Eri mieltä En osaa sanoa

25. Jos vastasit edelliseen Eri mieltä tai EOS, syynä on

- a) Tiedon puute aivokuolemasta
- b) Aivokuoleman tieteelliseen määritelmään liittyvät epäilykset
- c) Uskonnolliset, filosofiset syyt, henkilökohtaiset arvot
- d) Muu, mikä?

26. Onko sinun luontevaa toimia seuraavissa tilanteissa:

	Kyllä	Ei	En ole ollut mukana
a) Ilmoituksen tekeminen transplantaatiokoordinaattorille/muulle asiaankuuluvalla henkilölle, kun mahdollinen luovuttaja on löytynyt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Aivokuolemasta kertominen omaisille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Elinluovutuksen puheeksi ottaminen omaisten kanssa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Kudosluovutuksen puheeksi ottaminen omaisten kanssa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Elinluovutusluvan pyytäminen omaisilta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Kudosluovutusluvan pyytäminen omaisilta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Surevien omaisten lohduttaminen/tukeminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Onko sinulla mielestäsi tarpeeksi taitoa tai tietoa

	Kyllä	Ei
a) Tunnistaa mahdollinen luovuttaja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Ilmoittaa mahdollisesta luovuttajasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Hoitaa mahdollista luovuttajaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Kertoo aivokuolemasta omaisille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Ottaa elinluovutus puheeksi omaisten kanssa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Ottaa kudosluovutus puheeksi omaisten kanssa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Pyytää lupaa elinluovutukseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Pyytää lupaa kudosluovutukseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. Ilmoita viimeisen kalenterivuoden aikana kohdallesi osuneiden tapausten määrä:

	0	1-3	4-6	>6
a) Mahdollisen luovuttajan tunnistaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Yhteyden ottaminen transplantaatiokoordinaattoriin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Mahdollisen luovuttajan hoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Vaikeasta aivovauriosta kertominen omaisille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Aivokuolemasta kertominen omaisille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Luvan pyytäminen elinluovutukseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Luvan pyytäminen kudoslouovutukseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Milloin on mielestäsi sopivinta alkaa keskustella elinluovutuksesta mahdollisen luovuttajan omaisten kanssa? (valitse yksi vaihtoehto)

- a) Samalla kun omaisille kerrotaan vaikeasta aivovauriosta
- b) Kun ensimmäiset aivokuolematestit on tehty
- c) Samalla kun omaisille kerrotaan, että heidän läheisensä on aivokuollut
- d) Erillisessä keskustelussa sitten kun omaisille on kerrottu läheisen aivokuolemans-
ta
- e) En osaa sanoa

30. Oletko saanut tai haluaisitko saada koulutusta jollakin seuraavista alueista: (voit valita useampia)

	Olen saanut	Haluaisin
a) Mahdollisen luovuttajan tunnistaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Luovuttajan kliininen hoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Luovutusprosessin koordinointi sairaalassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Surevien omaisten tukeminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Aivokuolema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Luovutuspyynnön esittäminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Päätöksentekoon liittyvät perhekysymykset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Vuorovaikutustaidot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Muu: (mikä) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Minkä tyyppiseen koulutukseen todennäköisimmin osallistuisit:

- a) Muodolliset koulutustilaisuudet
 - b) Epämuodolliset koulutustilaisuudet
 - c) Kahdenkeskiset tapaamiset
 - d) Lääkärien tapaamiset
 - e) Hoitohenkilöstön tapaamiset
 - f) E-learning, tietokonepohjainen etäopiskelu
 - g) Muu, mikä?
-

32. Kuinka pitkään koulutustilaisuuteen todennäköisimmin osallistuisit?

- <1 h
- 1 h
- 2 h
- 3 h
- 4 h
- 5 h

33. Mihin aikaan päivästä pystyisit todennäköisimmin osallistumaan koulutukseen?

- 9-12
- 12-15
- 15-18
- 18-21

34. Jos valitsit tietokonepohjaisen etäopiskelun, paljonko aikaa panisit kurssiin?

- Alle 1 h
- 1-3 h
- 3-5 h
- 5-7 h
- Yli 7 h

35. Ikäsi

- 18-24
- 25-34
- 35-44
- 45-54
- 55+

36. Sukupuolesi

- Mies
- Nainen

37. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt erikoisalallasi?

- <1
- 1-5
- 6-10
- 11-20
- >20

38. Onko sinulla neuvoja tai suosituksia transplantaatiokoordinaattorille?

39. Onko jotain, joka mietityttää sinua elin/kudosluovutuksessa?

40. Millaisilla parannuksilla elin/kudosluovutusten kokonaismäärää voitaisiin mielestäsi parhaiten lisätä?

Kiitos osallistumisestasi

Vahvista vastausten lähetys

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin
kuntayhtymä

LUPA TUTKIMUKSELLE/OPINNÄYTETYÖLLE
(täytettävä koneella)

klinikka / laitos <u>OPTA</u>		vastuuyksikkönro <u>5820</u>		DIAARINRO:	
1. Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimet <u>ROUNAJA REETIA ELISA</u>		Henkilötunnus		
	Nykyinen työnantaja / opiskelupaikka <u>OYS</u>		Nykyinen virka / toimi / opiskelija <u>SAIRAANHOITAJA</u>		
	Kotiosoite		Postinro ja -paikka		
	Puhelin toimeen	Puhelin kotiin	Sähköpostiosoite		
	Suoritettu tutkinto <u>SAIRAANHOITAJA (AMK)</u>		Suoritusvuosi <u>1998</u>	Suorituspaikka <u>OLUN Terveystieteiden tutkimuskeskus</u>	
2. Tutkimusprojektiä tai tutkimusta koskevat tiedot (Diaarinro) Katso hallintokeskuksen tiedote 15/2009)	Tutkimusprojektin lyhyt nimi <u>SAIRAALAN HENKILÖKOKONAN ASENETUTKIMUS PÄÄTTÖTUTKIMUKSENA</u>				
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> julkinen <input type="checkbox"/> salainen		Tutkimusaika <u>3/2012 - 5/2013</u>		
	Pääkaavanumero <u>900</u>	Tutkimuksen luonteen määrittely <u>TERVEYSTIETEIDEN TUTKIMUSKESKUS PÄÄTTÖTUTKIMUKSENA</u> <u>KOHTAUS JA VALVONTA OSANA TUTKIMUKSET</u>			
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> opinnäyte (ammattikorkeakoulu) <u>(AMK)</u> <input type="checkbox"/> gradu <input type="checkbox"/> muu, mikä				
	<input type="checkbox"/> syventävä opinnäyte (lääketiede) <input type="checkbox"/> väitöskirja				
	Anoja on <input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija <input type="checkbox"/> muu tutkija		Anoja osallistuu potilastyöhön <input checked="" type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		
	<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija				
	Tutkimuksen vastuuhenkilö (Laki lääk. tutk. 488/1999 § 5) / ohjaaja / päätutkija <u>TEKNA REETIA ROUNAJA / AMK TEREESA SANDERIN OYS TERO ALAKKO</u>				
	Hankkeeseen osallistuvat sairaalan klinikat / muut tutkijat / tutkimusryhmä / työntekijät <u>TERHO (OPTA) / SAIRAALAN TERO ALA-KOKKO / SINILLA SALKIO</u>				
	Hankkeeseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa erillinen liite), joille anotaan lupaa työskennellä hankkeen puitteissa sairaalassa (sitoumus jokaiselta liitteellä)				
Tutkimuksen rahoitussuunnitelma ► Erillinen liite					
Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuvista vuosittaisista suoranaistista kustannuksista <input type="checkbox"/> Aiheuttaa sairaalalle kustannuksia, selvitys <input checked="" type="checkbox"/> Ei aiheuta sairaalalle kustannuksia mitään					
Ulkopuolinen rahoitus <input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja <input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain Rahoittaja Sopimuksen nro					
Muu rahoitus <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> KEVO Projektin numero (EVO, KEVO, TUKE)					
Päivämäärä Anojan allekirjoitus ja nimen selvennys <u>10.5.2012 Teikka Rounaja REETIA ROUNAJA</u>					
3. Lausunnot	Tarvittavat lausunnot ja luvat				
	<input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvetta			lähetyspäivä	vastaus saatu
Luvat	<input type="checkbox"/> Alueellinen eettinen tmk / <input type="checkbox"/> Ilmoitus kansallisesta lausunnosta				
	<input type="checkbox"/> TUKIJA ¹⁾				
	<input type="checkbox"/> Fimea ²⁾ <input type="checkbox"/> Johtajayll./laitoksen joht./STM/THL ³⁾ <input type="checkbox"/> VALVIRA ⁴⁾				
4. PÄÄTÖS	Tutkimustulosten omistusoikeus <input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta <input type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta				
	Päätös <input type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi <input type="checkbox"/> Anomus käsitelty johtoryhmässä				
	Päätöksentekijä <input type="checkbox"/> tulosalueen johtaja / vastuualueen johtaja / ylihoitaja <input type="checkbox"/> johtajaylläkäri / hallintoylihoitaja <input type="checkbox"/> hallitus				
	Päivämäärä		Allekirjoitus		LOMAKKEEN SÄILYTYS - Tutkija alkuperäinen (tutkimuksen ajan) - Päätäjä (arkistointi)

¹⁾ TUKIJA= Valtakunnallinen tutkimuseettinen toimikunta

²⁾ Fimealta ilmoitetaan 60 pv:n kuluessa onko huomautettavaa. Ellei ilmoitusta tule, tutkimus voidaan aloittaa.

³⁾ Rekisteritutkimukset

⁴⁾ Kudoslaki (101/2001) ja asetus (594/2001) sekä Hallintokeskuksen tiedote 5/2009 (luvat).

Liitteet: Tutkimussuunnitelma ja rahoitussuunnitelma
Muita liitteitä kpl