


Elinluovuttaja päivystyspoliklinikalla

Laura Kantanen
Tiina-Mari Puumalainen

Opinnäytetyö
Helmikuu 2021
Sosiaali- ja terveysala
Sairaanhoitaja (ylempi AMK), kliininen asiantuntija

Tekijä(t) Kantanen, Laura Puumalainen, Tiina-Mari	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä Helmikuu 2021
	Sivumäärä 62	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Elinluovuttaja päivystyspoliklinikalla		
Tutkinto-ohjelma Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma, kliininen asiantuntija		
Työn ohjaaja(t) Sari Järvinen, Kaisu Paalanen		
Toimeksiantaja(t) [REDACTED]		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Terveydenhuollossa jää vuosittain tunnistamatta mahdollisia elinluovuttajia. Tavoite on, että jokainen saisi elinsiirron oikea-aikaisesti ja tasavertaisesti, ja että jokainen mahdollinen elinluovuttaja tunnistettaisiin. Päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstöllä on tärkeä rooli elinluovuttajan tunnistamisessa, koska he kohtaavat työssään usein kriittisesti neurologisesti sairaita potilaita.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstön kokemusten perusteella, mitkä tekijät vaikuttavat mahdollisen elinluovuttajan tunnistamiseen, ja miten mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista voidaan parantaa. Tavoitteena oli parantaa mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista päivystyspoliklinikalla ja sen myötä lisätä mahdollisten elinluovuttajien määrää. Aineisto kerättiin eräässä sairaanhoitopiirissä päivystyspoliklinikalla työskenteleviltä sairaanhoitajilta ja lääkäreiltä Webropol-kyselyllä (n=15). Tulokset analysoitiin laadullisesti induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Hoitohenkilöstön kokemuksen mukaan mahdollinen elinluovuttaja oli haastavaa tunnistaa. Tunnistamiseen vaikuttivat heikentävästi esimerkiksi potilaan korkea ikä tai useat perussairaudet, avoimen kommunikaation puute ja kiire. Hoitotiimin kokemus on tärkeässä roolissa niin mahdollisen elinluovuttajan tunnistamisessa kuin hoidossakin. Hoito-ohjeita kaivattiin etenkin tunnistamiseen liittyen. Koulutusten ja avoimen vuoropuhelun lisääminen sekä selkeän toimintamallin kehittäminen koettiin keinoina parantaa mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista. Hoitohenkilöstön asenne elinluovutustoimintaa kohtaan oli positiivinen, ja halu kaikkien mahdollisten elinluovuttajien tunnistamiseen suuri.</p> <p>Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää päivystyspoliklinikan toiminnan kehittämisessä mahdollisten elinluovuttajien tunnistamisen osalta. Koulutusta, yksiköiden välistä yhteistyötä ja hoitohenkilöstön välistä vuoropuhelua lisäämällä on mahdollista kehittää toimintaa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) aivokuolema, elinluovutus, elinsiirto, hoitohenkilöstö, kokemukset, kvalitatiivinen tutkimus, kyselytutkimus, päivystyspoliklinikka		
Muut tiedot (Salassa pidettävät liitteet)		

Author(s) Kantanen, Laura Puumalainen, Tiina-Mari	Type of publication Master's thesis	Date February 2021 Language of publication: Finnish
	Number of pages 62	Permission for web publication: x
Title of publication Organ donor at the emergency department		
Degree programme Master's Degree Programme in Advanced Nursing Practice		
Supervisor(s) Järvinen, Sari & Paalanen, Kaisu		
Assigned by 		
Abstract <p>Every year in health care potential organ donors (OD) are not identified. The goal is for everyone to receive an organ transplant in a timely and equitable manner, and for every potential OD to be identified. Emergency department (ED) staff play an important role in identifying an OD because they often encounter critically neurologically ill patients in their work.</p> <p>The purpose of the study was to find out, based on the experiences of ED staff, which factors influence the identification of potential ODs and how the identification of a potential OD can be improved. The aim was to improve the identification of potential ODs at the ED and thereby increase the number of potential ODs. The data was collected from nurses and doctors working in the ED in one hospital district using a Webropol survey (n=15). The results were qualitatively analyzed by inductive content analysis.</p> <p>According to the experience of the staff, it was challenging to identify a potential OD. Recognition was impaired by, for example, the patient's advanced age or several underlying diseases, lack of open communication, and urgency. The experience of the treatment team plays an important role in both identifying and treating a potential OD. Guidelines were needed, especially for identification. Increasing training and open dialogue as well as developing a clear operating model were considered ways to improve the identification of a potential OD. The attitude of the staff towards organ donation was positive, and the desire to identify all potential organ donors was great.</p> <p>The research results can be utilized in the development of the operation of the ED regarding the identification of potential ODs. By increasing training, inter-unit co-operation and dialogue between staff, it is possible to develop operations.</p>		
Keywords/tags (subjects) brain death, emergency department, experiences, nursing staff, organ donation, qualitative research, survey, transplantation		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Elinluovuttajien tunnistaminen on tärkeää	3
2	Elinluovutustoiminta Suomessa	4
2.1	Elinluovutus	4
2.2	Elinsiirtotoiminnan kehitys ja kansainvälinen yhteistyö	6
2.3	Eettiset periaatteet	9
2.4	Elinluovutusta koskevat lait, asetukset ja valvonta	10
3	Mahdollinen elinluovuttaja.....	11
3.1	Mahdollisen elinluovuttajan tunnistaminen	11
3.2	Päivystyspoliklinikka toimintaympäristönä.....	14
3.3	Aivokuolema.....	15
3.4	Elinluovuttajan hoitotyö.....	15
3.5	Hoitohenkilökunnan asenteet elinluovutustoimintaa kohtaan	16
4	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	18
5	Tutkimuksen toteutus.....	19
5.1	Menetelmä	19
5.2	Kohderyhmä ja aineiston keruu	20
5.3	Aineiston analyysi.....	22
6	Tulokset	26
6.1	Vastaajien taustatiedot	26
6.2	Elinluovuttajan tunnistamiseen liittyvät tekijät hoitohenkilöstön kokemana	27
6.3	Elinluovuttajan hoitoon liittyvät tekijät hoitohenkilöstön kokemana	31
6.4	Elinluovuttajan tunnistamista parantavat tekijät hoitohenkilöstön kokemana	34
6.5	Hoitohenkilöstön asenteet elinluovutustoimintaa kohtaan	37
7	Pohdinta.....	38
7.1	Tulosten tarkastelu.....	38
7.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	47

	2
7.3 Johtopäätökset	50
7.4 Jatkotutkimusehdotukset.....	52

Lähteet	53
----------------------	-----------

Liitteet.....	61
----------------------	-----------

Liite 1. Saatekirje	61
Liite 2. Webropol-kysely.....	62

Kuviot

Kuvio 1. Elinluovuttajien määrä Suomessa vuosina 2006 – 2019	5
Kuvio 2. Elinsiirtojen määrän muutos vuosien 1990 – 2019 välillä	7
Kuvio 3. Tutkimusaineiston keräämisen ja analysoinnin vaiheet.....	20
Kuvio 4. Hoitohenkilöstön kokemuksia mahdollisen elinluovuttajan tunnistamisesta	28
Kuvio 5. Hoitohenkilöstön kokemuksia mahdollisen elinluovuttajan hoitamisesta	32
Kuvio 6. Mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista parantavat tekijät.....	34
Kuvio 7. Hoitohenkilöstön asennetta kuvaavia tekijöitä	37

Taulukot

Taulukko 1. Esimerkki pelkistetyn ilmauksen muodostamisesta elinluovuttajan tunnistamiseen liittyvistä kokemuksista	24
Taulukko 2. Esimerkki aineiston ryhmittelystä elinluovuttajan tunnistamiseen liittyvistä kokemuksista	25
Taulukko 3. Esimerkki aineiston abstrahoinnista	25
Taulukko 4. Vastaajien ikä, työkokemus ja työkokemus päivystyspoliklinikalla ..	27

1 Elinluovuttajien tunnistaminen on tärkeää

Suomessa elinsiirtoa odottaa tällä hetkellä yli 400 potilasta ja jonoihin kuolee vuosittain 5–10 % potilaista (Leivo 2020, 86). Toteutuneiden elinsiirtojen määrää rajoittaa pula siirrettävistä elimistä. Jokaisen mahdollisen elinluovuttajan tunnistaminen on ensisijaisen tärkeää, jotta kaikille elinsiirtoa odottaville saadaan elin ajoissa. (Wennervirta, Soininen & Koivusalo 2015, 36.)

Suomessa ja maailmalla jää tunnistamatta suuri määrä mahdollisia elinluovuttajia. Suomessa, Sveitsissä, Belgiassa, Ranskassa, Israelissa ja Puolassa tehdyssä tutkimuksessa vuosien 2007 ja 2009 välillä havaittiin, että jopa yli 57 % mahdollisista elinluovuttajista jää tunnistamatta. (Roels, Smits & Cohen 2012.) Saksassa huomattiin elinluovuttajien määrän tippuneen noin kolmanneksella vuosien 2010–2017 välisenä aikana. Syynä tähän todettiin olevan puutteet elinluovuttajan tunnistamisessa ja raportoinnissa. Elinluovutusten määrää katsottiin voitavan lisätä huomattavasti sairaaloiden sisäisiä prosesseja kehittämällä. (Schulte, Kunzendorf & Feldkamp 2019, 888.) Helsingin yliopistollisessa sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa todettiin samankaltainen huolestuttava tulos. Vuosien 2005–2010 välisenä aikana aivokuolleiden tietoja tutkittaessa havaittiin, että mahdollisista elinluovuttajista tunnistettiin vain 24 %. (Sairanen, Koivisto, Koivusalo, Rantanen, Mustanoja, Meretoja, Putaala, Strbian, Kaste, Isoniemi & Tatlisumak 2014, 153–154.) Suomessa elinluovuttajien määrissä on eroja sairaanhoitopiireittäin. Tämä osoittaa sen, että elinluovuttajan tunnistamiseen tulee kiinnittää enemmän huomiota. (Lång 2016, 103.) Vuonna 2018 keskussairaalassa, jossa tämä tutkimus tehtiin, jopa kuusi ja vuonna 2019 viisi mahdollista elinluovuttajaa jäi tunnistamatta (Koivusalo 2019; Koivusalo 2020a).

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut elinluovutusta ja elinsiirtoja koskevan toimintasuunnitelman, jonka päätavoite on, että jokainen elinsiirtoa tarvitseva henkilö saisi siirteen oikea-aikaisesti ja yhdenvertaisesti. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi tulisi jokainen mahdollinen elinluovuttaja tunnistaa. Koko elinluovutus- ja elinsiirto- ketjulta edellytetään toimivuutta ja moniammatillista yhteistyötä. (Elinluovutusta ja elinsiirtoja koskeva kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2015–2018 2014, 3.)

Etenkin päivystyspoliklinikan henkilökunta on tärkeässä roolissa elinluovuttajien tunnistamisessa, sillä siellä kohdataan paljon neurologisesti kriittisesti sairaita potilaita, jotka saattavat olla mahdollisia elinluovuttajia. Jos potilaan tilanne näyttää toivottomalta, tulisi mahdollisuus elinluovutukseen aina arvioida. (Wennervirta ym. 2015, 36.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää erään keskussairaalan päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstön kokemuksen perusteella, mitkä tekijät vaikuttavat mahdollisen elinluovuttajan tunnistamiseen sekä, miten mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista päivystyspoliklinikalla voidaan parantaa. Opinnäytetyön tavoitteena on mahdollisen elinluovuttajan tunnistamisen parantaminen päivystyspoliklinikalla ja sen myötä mahdollisten elinluovuttajien määrän lisääminen. Tässä opinnäytetyössä hoitohenkilöstöllä tarkoitetaan sairaanhoitajia ja lääkäreitä.

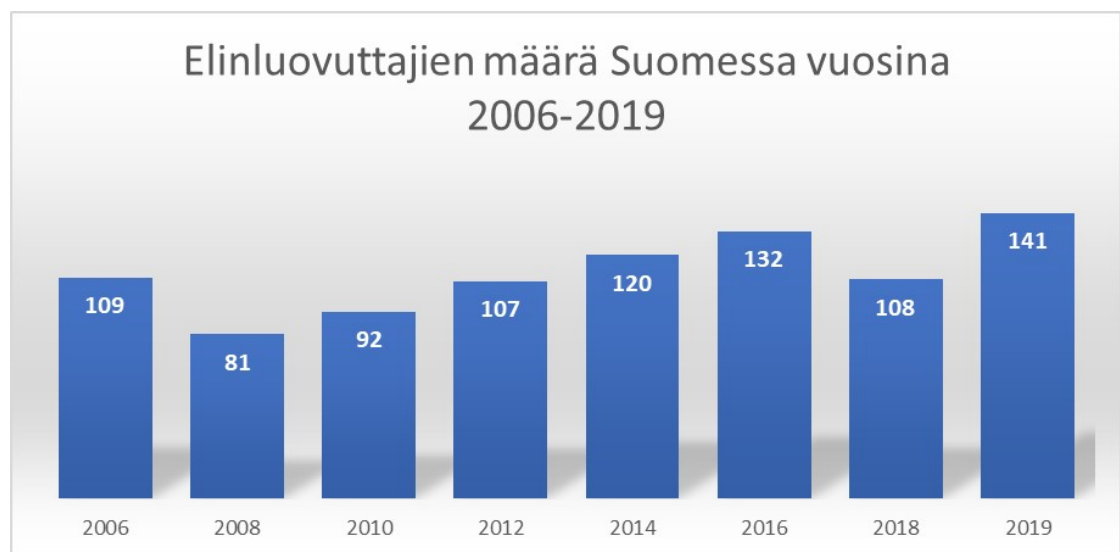
2 Elinluovutustoiminta Suomessa

2.1 Elinluovutus

Suomi-sanakirja määrittelee sanan elinsiirto seuraavasti “viallisen elimen tai elinten korvaaminen (toisen yksilön) terveellä elimellä tai elimillä, transplantaatio” (Elinsiirto 2019). Luovutettavia elimiä voivat olla munuainen, maksa, sydän, keuhko, haima tai ohutsuoli sekä kasvojen kudokset (Elinsiirrot 2018). Elimen tai elinten lisäksi kliiniseen käyttöön voidaan ottaa kudoksia kuten luut, jänneet, iho, sydänläpät ja sarveiskalvot (Aalto-Setälä 2010, 1869; Wennervirta ym. 2015, 37) sekä verisuonia ja haiman saarekesoluja (Wennervirta ym. 2015, 37).

Elinluovutusta ja elinsiirtoa koskevassa toimintasuunnitelmassa vuosille 2015–2018 (2014, 7) on asetettu Suomen tavoitteeksi 30 aivokuollutta elinluovuttajaa miljoonaa asukasta kohden eli noin 170 elinluovuttajaa vuodessa. Tähän tavoitteeseen ei vielä toistaiseksi ole päästy, vaikka elinluovuttajien määrä onkin saatu nousuun vuosien ai-

kana (ks. kuvio 1.). Vuonna 2019 Suomessa oli 141 elinluovuttajaa eli 25,51 elinluovuttajaa miljoonaa asukasta kohden (Scandiatransplant figures 2019) ja vuonna 2020 elinluovuttajia oli 121 eli 21,93 elinluovuttajaa miljoonaa asukasta kohden (Koivusalo 2021). Tutkimukseen osallistuvassa sairaanhoitopiirissä oli vuonna 2018 kaksi elinluovuttajaa ja vuonna 2019 yksi elinluovuttaja (Koivusalo 2019; Koivusalo 2020a), kun sairaanhoitopiirin tavoite väkilukuun suhteutettuna olisi noin 7–8 elinluovuttajaa vuodessa. Osa sairaanhoitopiirin potentiaalisista elinluovuttajista siirtyy erityisvastualueen yliopistolliseen sairaalaan, jossa oli 28 elinluovuttajaa vuonna 2019 (Elinluovutustilastoja 2019, 2020).



Kuvio 1. Elinluovuttajien määrä Suomessa vuosina 2006 – 2019 (Scandiatransplant figures 2019)

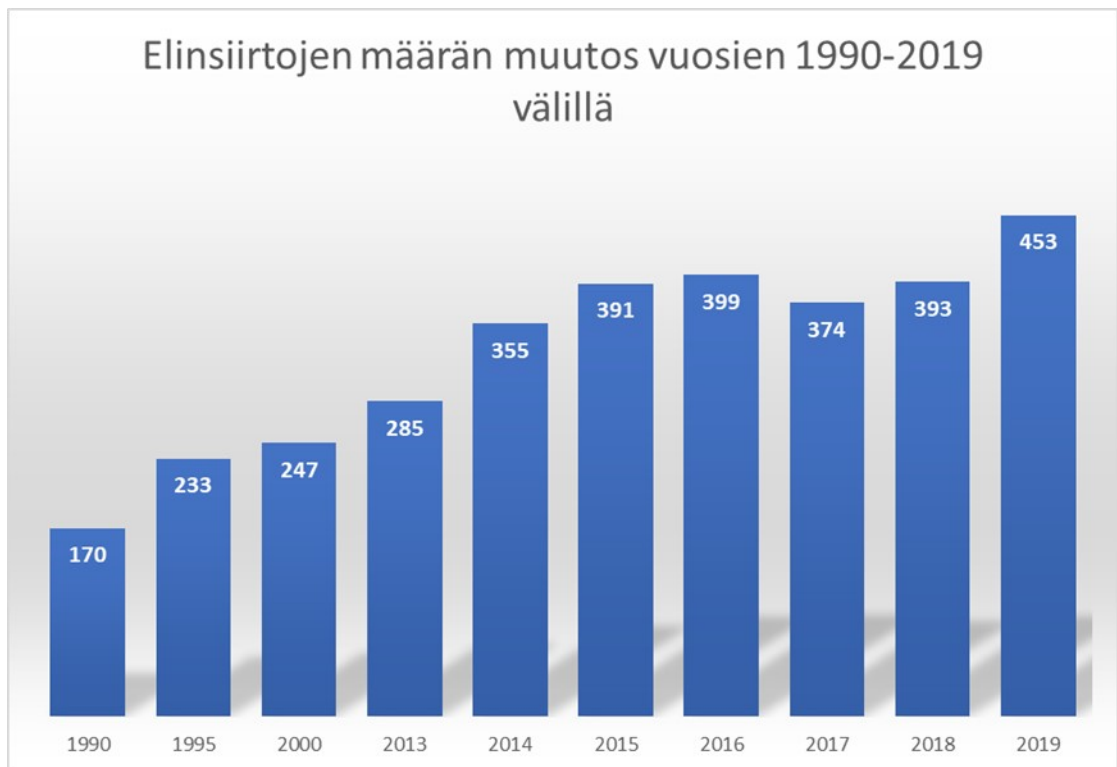
Sosiaali- ja terveysministeriön laatima ”Elinluovutusta ja elinsiirtoja koskeva kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2015–2018” on kansallinen suunnitelma elinluovutustoiminnan kehittämiseksi. Suunnitelman myötä jokaiseen luovutussairaalaan on nimetty vastuhenkilöt, jotka vastaavat kyseisen sairaalan elinluovutustoimintaan liittyvistä asioista kuten ohjauksesta, seurannasta ja raportoinnista sekä henkilökunnan koulutuksen saatavuudesta. Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) elinsiirtokeskus koordinoi koko maan elinluovutustoimintaa ja tekee tiiviistä yhteistyötä elinluovutussairaaloiden kanssa. Juuri ammattilaisten jatkuvan koulutuksen myötä potentiaalisia elinluovuttajia on mahdollista tunnistaa paremmin, ja elinluovuttajaa

osataan hoitaa siten, että luovutettava elin pysyy siirtokuntoisena. (Elinluovutusta ja elinsiirtoja koskeva kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2015–2018 2014, 8–18, 29.)

Toimintasuunnitelman myötä Suomessa parannettiin ajantasaisen tiedon tuomista kansalaisille. Julkisen tiedotuksen myötä on mahdollisuus vaikuttaa jokaisen tietoon, asenteisiin sekä suhtautumiseen elinluovutusta kohtaan. Tärkeää olisi saada ihmiset käyttämään elinluovutuskorttia ja/tai kertomaan oman tahtonsa lähiomaiselle. (Elinluovutusta ja elinsiirtoja koskeva kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2015–2018 2014, 32.) Elinsiirtojen määrää pyrittiin lisäämään vuoden 2010 lakimuutoksella, jossa hyväksyttiin niin sanottu *oletettu suostumus*. Lakimuutoksen myötä elinluovutukseen voidaan edetä, mikäli vainaja ei ole elinaikanaan ilmaissut vastustavansa elinluovutusta. Muutoksella haluttiin poistaa vastuu omaisilta sekä kunnioittaa vainajan tahtoa. (Elinluovutustoiminnan ammattilaismateriaalia n.d.)

2.2 Elinsiirtotoiminnan kehitys ja kansainvälinen yhteistyö

Ensimmäinen onnistunut elinsiirto tehtiin Suomessa vuonna 1964, jolloin siirrettiin munuainen (Wennervirta ym. 2015, 37). Aivokuoleman tunnustaminen ensimmäisenä maana Euroopassa vuonna 1971 mahdollisti nopean kehityksen elinsiirtojen toteuttamisessa (Isoniemi & Koivusalo 2015, 5). Maksan- ja sydämensiirrot aloitettiin 1980-luvulla ja keuhkonsiirrot vuonna 1990. Ensimmäinen ohutsuolisiirto tehtiin vuonna 2009 ja haimansiirto vuonna 2010. (Wennervirta ym. 2015, 37.) Vuosikymmenten aikana elinsiirtojen määrä on kasvanut huimasti (ks. kuvio 2). Vuonna 2019 Suomessa tehtiin yhteensä 453 elinsiirtoa, joista suurin osa oli munuaissiirtoja. Yhteensä vuosien 1964–2019 välillä on elinsiirtoja tehty jo 10 540. (Leivo 2020, 86.)



Kuvio 2. Elinsiirtojen määrän muutos vuosien 1990–2019 välillä (Elinsiirrot vuosina 1964–2019. 2019).

Suomessa elinluovutuksia tehdään kaikissa keskussairaaloissa sekä osassa aluesairaaloista. Elinsiirrot on kuitenkin keskitetty Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan (HYKS). Myös elinsiirtotoimisto toimii HYKS:stä käsin koordinoiden kaikkia elinsiirtoja elinluovutusleikkauksia. (Isoniemi & Koivusalo 2015, 4.)

Suurin osa Suomessa tehtävistä elinsiirroista tehdään aivokuolleilta saaduilla elimillä. Vuonna 2010 voimaan tulleen lain mukaan kuolleen ihmisen elimiä, kudoksia ja soluja voidaan irrottaa elinsiirtotarkoituksessa, jos ei ole tiedossa, että henkilö olisi tätä elinaikanaan vastustanut. (Elinluovutusta ja elinsiirtoja koskeva kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2015–2018 2014, 9, 11.)

Elinsiirto on mahdollista myös elävältä luovuttajalta. Tällöin kyseessä on yleensä munuaisensiirto. Luovuttajan tulee käydä läpi tarkat tutkimukset omasta terveydentilasta sekä luovutettavan elimen kunnosta ja sopivuudesta luovutettavalle. Elinsiirto elävältä luovuttajalta tulee perustua vapaaehtoisuuteen ja luovuttajan tulee olla yli

18-vuotias sekä kykenevä päättämään hoidoistaan. Munuaisen on voinut jo pidempään luovuttaa läheisen sukulaisen tai muun läheisen vamman tai sairauden hoitoa varten. (Elinluovutusta ja elinsiirtoja koskeva kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2015–2018 2014, 25.) Lapsille tehtävissä munuaisten siirroissa luovuttajana toimii usein toinen vanhemmista (Wennervirta ym. 2015, 37).

Maaliskuussa 2019 voimaan tullut uusi muutos lakiin mahdollistaa tulevaisuudessa munuaisen luovutuksen jopa täysin tuntemattomalle (Munuaisen luovutus muullekin kuin läheiselle ihmiselle helpottuu 2019). Tällä lakimuutoksella pyritään lisäämään munuaisten siirtojen määrää ja lyhentämään vuosi vuodelta pidentynyttä munuais-siirtojonoa (Elinluovutusta ja elinsiirtoja koskeva kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2015–2018 2014, 25).

Jatkuvaa pulaa elin- ja kudossiirteistä on pyritty ratkomaan monin eri tavoin. Kansainvälisellä tasolla merkittävää Suomea ajatellen on ollut EU:n sisäinen yhteistyö elinten ja kudosten riittävyyden takaamiseksi jäsenvaltioissa. ”Elinluovutuksia ja elinsiirtoja koskeva toimintasuunnitelma: jäsenvaltioiden yhteistyön tiivistäminen 2009–2015” lisäsi täytäntöönpanovuosinaan EU:n alueen elinsiirtoja yhteensä 4 600 kappa- leella edeltäviin vuosiin verrattuna. Toimintasuunnitelmalla tehostettiin siirtojärjes- telmiä, parannettiin elinluovutusten ja -siirtojen laatua sekä turvallisuutta. Toiminta- suunnitelman myötä EU:ssa aloitettiin useita hankkeita, joista osa on käynnissä edel- leen. EUDONORGAN on yksi näistä hankkeista, jonka tavoite on jakaa tietoa ja koulu- tusta elinluovutuksesta EU:n jäsenvaltioissa sekä naapurimaissa. (Elimet 2019.)

Suomi kuuluu yhteispohjoismaalaiseen elinluovuttajaorganisaatioon Scandiatrans- plantiin, jonka kautta koordinoidaan pohjoismaiden kiireellisten siirteiden löytymi- nen sekä tilanteet, joissa on haastavaa löytää sopivaa siirrännäistä oman maan sisältä (Document on Scandiatransplant n.d.).

Maailmanlaajuinen pula siirtoelimistä on saanut aikaan sen, että on otettu käyttöön DCD-luovutus eli elinluovutus verenkierron pysähtymisen jälkeen (”donation after circulatory death”, DCD). Yleisin DCD –luovuttaja voisi olla kriittisesti neurologisesti sairas potilas, joka ei kuitenkaan etene aivokuolemaan vaan, jonka tehohoidosta jou- dutaan lopulta luopumaan. Useissa maissa, esimerkiksi Espanjassa, Iso-Britanniassa,

Hollannissa, Yhdysvalloissa, Australiassa ja Uudessa-Seelannissa jopa 30–40 % elinsiirroista tapahtuu DCD-luovuttajilta. Pohjoismaista Norja ja Ruotsi ovat pilotointivaiheessa kontrolloitujen DCD-luovuttajien toiminnassa. Tanska suunnittelee toiminnan aloittamista. (Lempinen & Skrifvars 2019, 7–8.) Suomessa työryhmä on arvioinut DCD-luovutuksen mahdollisuutta ja valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta on antanut asiasta myönteisen lausunnon. Suomessa onkin tarkoitus aloittaa kymmenen DCD-luovuttajan pilotti yliopistosairaaloissa, jossa luovutettavana elimenä olisivat munuaiset. Jos kokemukset DCD-pilotista ovat myönteisiä, jatketaan ja laajennetaan toiminta koko Suomeen kaikkiin elinluovutussairaaloihin. (Lempinen & Koivusalo 2020, 148–150.)

2.3 Eettiset periaatteet

Kansallisen toimintasuunnitelman tavoitteena on, että jokainen potilas, joka sairautensa ja lääketieteellisen arvion perusteella hyötyy elinsiirrosta, saa siirteen oikea-aikaisesti ja yhdenvertaisesti (Ala-Kokko, Nordin & Koivusalo 2019b, 4). Elinluovutus- ja elinsiirtotoimintaa ohjaavat tarkat lait ja säädökset, joiden tarkoituksena on lisätä toiminnan läpinäkyvyyttä, laatua, turvallisuutta ja oikeudenmukaisuutta sekä estää väärinkäytöksiä (Goebeler, Kauppila & Koivusalo 2019, 5).

Terveydenhuollon ammattilaisilla on velvollisuus tarjota potilaille hoitoa, joka on eettisesti ja moraalisesti oikeaa ja hyvää (Hawley 2007, 4). Hoitohenkilökunnalta edellytetään ammattimaista ja inhimillistä otetta ja tahtoa sekä ryhmätyötä niin mahdollisen elinluovuttajan tunnistamisessa kuin läheisten hyvässä kohtaamisessa sekä aivo-kuolemasta ja elinluovutuksesta kertomisessa (Ala-Kokko, Leppänen, Luostarinen, Lång, Rantanen & Rautiainen 2019c, 13). Elinluovuttajan hyvään hoitoon liittyvä hoitohenkilökunnan riittävä osaaminen ja resursointi tulee taata (Ala-Kokko ym. 2019b, 4). Etenkin sairaanhoitajat kokevat voimakasta myötäelämisen tunnetta elinluovuttajan tunnistamisessa. Ristiriitaisia tunteita voi aiheuttaa elämän ja kuoleman rajalla tasapainottelu, kun potilasta on ensin hoidettu kaikkiin mahdollisiin hoitokeinoin, mutta myöhemmin todetaan, etteivät hoidot auta ja potilas muuttuu elinluovutta-

jaksi. Sairaanhoidajat kuitenkin saavat lohtua elinluovutuksesta, eivätkä he koe epäonnistuneensa tai työnsä menneen hukkaan potilaan muuttuessa elinluovuttajaksi. (Luoma & Uosukainen 2016, 17.)

Kriittisesti neurologisesti sairaan potilaan hoidosta ei tule luopua ennen kuin potilaan kanta elinluovutukseen on selvitetty ja soveltuvuus elinluovuttajaksi on arvioitu. Elinluovutus on arvokas kansalaisteko sekä hyvää elämän loppuvaiheen hoitoa ja vainajan tahdon toteutumista. Jos elinluovutus on ainoa syy siihen, miksi potilas otetaan tehohoitoon, tulee asiasta kertoa omaisille. (Ala-Kokko ym. 2019c, 13–16.)

Elinsiirrot ovat kustannusvaikuttavaa, inhimillistä ja henkeä pelastavaa toimintaa, ja elinsiirtojen tulokset ovat Suomessa hyvät. Arvion mukaan esimerkiksi munuaissiirrännäinen säästää yhteiskunnan varoja dialyysihoidon kustannuksiin verrattuna yli puoli miljoonaa euroa ja maksaa itsensä takaisin alle kahdessa vuodessa. Lisäksi munuaissiirto mahdollistaa ihmisen palaamisen takaisin normaaliin elämään. Elinsiirto voi olla henkeä pelastavaa toimintaa, sillä se on ainoa hoitokeino vaikeissa sydämen, keuhkojen ja maksan sairauksissa. (Nordin & Koivusalo 2019, 4–5.)

2.4 Elinluovutusta koskevat lait, asetukset ja valvonta

Suomessa elinsiirtotoimintaa säätelevät tarkat lait ja asetukset, jotka ovat EU:n direktiivien mukaisia (Elinluovutusta ja elinsiirtoja koskeva kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2015–2018 2014, 13). Koko Euroopan unionin alueella on voimassa kudosis- ja soludirektiivi (2004/23/EY), joka on yhtenäistänyt maiden kudospankkitoiminnan säännöt. Tämän direktiivin myötä EU:sta tuli yhtenäinen toiminta-alue, jonka sisällä voidaan siirtää kudoksia kliiniseen käyttöön maasta toiseen. (Aalto-Setälä 2010, 1869.)

Laki elimien, kudosten ja solujen lääketieteellisestä käytöstä (L547/2007) määrittelee tarkasti elinluovutus- ja siirtosairaaloiden velvoitteet. Kyseinen laki määrittelee myös, missä tilanteessa elimen tai kudoksen luovutus on mahdollista elävältä luovuttajalta sekä sen, milloin se on mahdollista kuolleelta luovuttajalta (L547/2007). Laki määrit-

telee aivokuoleman kriteerit, käytettävät testit sekä lääkäreiden kelpoisuusvaatimukset aivokuoleman toteamiseksi (L27/2004, §4). Vuonna 2010 voimaan tuli tärkeä säädös, jonka mukaan aivokuoleman jälkeen jokainen on potentiaalinen elinluovuttaja, ellei ole tätä eläessään kieltänyt. Lain mukaan läheiset eivät voi elinluovutusta kieltää (L547/2007, §9). Elinluovutustoimintaa koskevat lisäksi erikoissairaanhoidonlaki (L1062/1989), terveydenhuoltolaki (L1326/2010) sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L785/1992).

Elin- ja kudossiirtotoimintaa Suomessa valvovat Suomen lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira sekä aluehallintovirastot. Fimean tehtävänä on valvoa elinsiirrossa käytettävien elinten ja kudosten turvallisuutta ja laatua. Fimea kokoaa vuosittain elinsiirtokeskuksen antamien tietojen pohjalta toimintakertomuksen ja ylläpitää luovutussairaaloista päivitettyä listaa. (Elinluovutus- ja elinsiirtotoimintaa koskevat laatu- ja turvallisuusvaatimukset 2014.) Se tekee elinluovutussairaaloihin valvontakäyntejä, joissa tarkastetaan sairaaloiden elinluovutus- ja elinsiirtotoimintaa (Tammiruusu 2014). Lisäksi Fimea on laatinut vuonna 2014 elinluovutus- ja elinsiirtotoimintaa koskevat laatu- ja turvallisuusvaatimukset, joilla ohjataan luovutussairaaloiden sekä elinsiirtosairaalan toimintaa (Elinluovutus- ja elinsiirtotoimintaa koskevat laatu- ja turvallisuusvaatimukset 2014).

3 Mahdollinen elinluovuttaja

3.1 Mahdollisen elinluovuttajan tunnistaminen

Mahdollisella elinluovuttajalla tarkoitetaan henkilöä, joka on kriittisesti neurologisesti sairastunut tai vammautunut henkilö ja, jonka aivovamma tulee johtamaan aivokuolemaan (Wennervirta ym. 2015, 37). Mahdollisen elinluovuttajan kelpoisuuden luovutukseen päättää aina elinsiirtotoimisto (Ala-Kokko & Sälkiö 2015, 817).

Vasta-aiheita elinluovutukselle ovat yli 85 vuoden ikä, positiivinen hepatiitti B ja HIV, sekä viiden vuoden sisällä hoidettu pahanlaatuinen kasvain (ei basalioma tai aivokasvain). Elinluovutukseen ei edetä, jos aivokuoleman syy tai mekanismi jäävät epäselväksi. Tärkeää on tunnistaa mahdollinen elinluovuttaja varhaisessa vaiheessa, jotta elinluovuttajan hoitoprotokolla aloitetaan heti. (Lempinen, Mäkisalo, Nordin, Hartikka, Lemström, Suojaranta, Yesil, Luostarinen, Koivusalo, Rautiainen & Kaartinen 2019, 3.)

Maassamme on tavoitteena elinluovutusten määrän lisääminen, ja siksi on tärkeää, että potentiaaliset elinluovuttajat tunnistetaan ja hoito aloitetaan teho-osaston lisäksi niin ensihoidossa, päivystyspoliklinikalla, vuodeosastoilla kuin pienemmissäkin sairaaloissa (Rantanen 2018). Kun potilas saapuu sairaalaan, on tätä vastassa usein moniammatillinen ryhmä lääkäreitä ja hoitajia. Usein tilanne on sellainen, että jo potilaan oireet kertovat vamman laadusta ja edetään protokollan mukaan tutkimuksiin ja hoitoon. Toisinaan tilanne ei kuitenkaan ole niin yksiselitteinen ja selkeä, sillä potilaan oireet voivat muuttua ja tilanne huonontua hoidon aikana niin, että noissakin tilanteissa tulisi muistaa elinluovutuksen mahdollisuus. (Luoma & Uosukainen 2016, 16.)

Erilaiset toimintatavat eri sairaaloissa ja yksiköissä sekä hoitohenkilöstön toimenkuvat vaikuttavat elinluovuttajan tunnistamiseen. Yhden näkemyksen mukaan elinluovuttajan tunnistaminen kuuluisi lääkärille, kun taas toiset mieltävät, että on hoitajan tehtävä havaita ja tunnistaa mahdollinen elinluovuttaja ja informoida asiasta lääkäriä. Jotkut pitävät elinluovutustoimintaa tärkeämpänä kuin toiset, ja tällä onkin vaikutusta siihen, kuinka aktiivisesti elinluovuttajia tunnistetaan ja elinluovutusprosessiin ryhdytään. Päivystysaika vaikuttaa negatiivisesti elinluovuttajan tunnistamiseen. (Luoma & Uosukainen 2016, 16.)

Potentiaaliset elinluovuttajat tunnistetaan ja hoidetaan hyvin teho-osastoilla. Hyvät tunnistamisen ja hoidon periaatteet tulisi saada siirrettyä myös ensihoitoon ja päivystyspoliklinikoille. Arvioilta ennusteettomiksi havaitut kriittisesti neurologisesti sairaat potilaat tulisi saada siirrettyä teho-osastoille nopeasti vuorokaudenajasta tai hoitopaikasta riippumatta. Tämän lisäksi elinsiirtotoimistoon tulisi ottaa yhteyttä ajoissa.

(Gardiner, Nee, Wootten, Andrews, Bonney, & Nee 2017, 257–258; Sorjonen, Kausio, Heino, Jääskeläinen & Reinikainen 2019, 108–109.)

Päivystyspoliklinikalla työskentelevät lääkärit kohtaavat päivittäin työssään potilaita, joilla on aivovammoja. Vammojen ollessa niin vakavia, että ne tulevat johtamaan potilaan kuolemaan, tulee tilanteita kohtaavien lääkäreiden aina pitää mielessään elinluovutuksen mahdollisuus. (Venkat, Baker & Schears 2014, 232.) Lääkäreiden lisäksi muullakin henkilökunnalla on vastuu elinluovuttajan tunnistamisesta. Mahdollisuus elinluovutukseen tulee muistaa jokaisessa vaiheessa hoidettaessa kriittisesti neurologisesti sairasta potilasta, jolloin näiden potilaiden tunnistaminen kuuluu kaikille hoitoketjuun osallistuville (Wennervirta ym. 2015, 36–37). Tällaisten potilaiden hoitoa ei pitäisi rajoittaa tai siitä ei pitäisi luopua ennen, kuin potilaan soveltuvuutta elinluovuttajaksi on pohdittu ja potilaan elinaikainen tahto elinluovutukseen on selvitetty (Ala-Kokko & Sälkiö 2015, 817; Ala-Kokko ym. 2019b, 4).

Oulun yliopistollisessa keskussairaalassa (OYS) tehtiin vuonna 2010 havainto suuresta määrästä mahdollisia elinluovuttajia, jotka olivat jääneet tunnistamatta. Samalla tutkittiin henkilökunnan osaamista ja asenteita elinluovutusta kohtaan. Tuloksena oli, että tiedot ja taidot tunnistamisesta olivat vajavaiset. Omaisten kanssa asian puheeksi ottaminen koettiin vaikeaksi ja elinsiirtotoimistoon soiton kriteereissä oli epätietoisuutta. Tilanteen parantamiseksi perusteettiin työryhmä. Ohjeita sekä kohdennettuja koulutuksia lisättiin niin päivystyksen, vuodeosastojen kuin teho-osastonkin henkilökunnalle. Kriittisesti sairastuneen tai vammautuneen hoito-ohjeisiin liitettiin myös ohjeistus mahdollisesta elinluovutuksesta. Näillä keinoilla saatiin niin elinluovuttajien määrä, kuin yhteydenottojen määrä elinsiirtotoimistoon kaksinkertaistumaan kahden vuoden seurantajakson aikana. (Ala-Kokko & Sälkiö 2015, 816–817.) OYS:n esimerkki kertoo siitä, että tarttumalla epäkohtiin voidaan parantaa mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista sekä lisätä elinluovuttajien määrää radikaalisti.

3.2 Päivystyspoliklinikka toimintaympäristönä

Päivystyspoliklinikalla annetaan ympärivuorokautista hoitoa kiireellisissä tapauksissa, kuten äkillinen sairastuminen, vamma, äkillinen toimintakyvyn aleneminen tai pitkäaikaissairauden paheneminen. Päivystyspotilaan hoitoa ei voida siirtää myöhemmäksi ilman vamman tai sairauden pahenemista. Ympärivuorokautinen päivystys on kunnan tai sairaanhoitopiirin järjestämä palvelu, joka sijaitsee suurten terveyskeskusten tai sairaaloiden yhteydessä. (Päivystys 2019.) Päivystyspoliklinikalla potilaat hoidetaan kiireellisyyden vaatimassa järjestyksessä (Päivystys KSSHHP).

Tähän tutkimukseen osallistuneen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla päivystyskäyntejä on vuosittain noin 80 000. Kyseisellä päivystyspoliklinikalla hoidetaan sekä yleislääketieteen että erikoissairaanhoidon päivystyspotilaita vuorokauden ympäri. Pääosa henkilökunnasta on sairaanhoitajia, joiden lisäksi päivystyksessä työskentelee 20 omaa lääkäriä, joista suurin osa on akuuttilääkäreitä. Lisäksi päivystyksiä tekevät keskussairaalan erikoistuvat lääkärit sekä sairaanhoitopiirin yleislääkärit. Potilasta hoidetaan moniammatillisena työryhmänä, johon kuuluvat lääkäreiden ja sairaanhoitajien lisäksi muun muassa perus- ja lähihoitajat, lääkintävahtimestarit, fysioterapeutti, osastofarmaseutti, sosiaalityöntekijä, päihdehoitaja ja osastonsihteerit. (Päivystys KSSHHP.)

Päivystyspoliklinikan työ on laaja-alaista ja tilanteet ovat äkillisesti muuttuvia. Henkilökunnalle haastetta tuovia asioita päivystyksessä ovat suuret potilasmäärät, tilanteet ja tapausten kirjo. (Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä 2014, 3.) Päivystykseen tulevat mahdolliset elinluovuttajat tulisi pystyä poimimaan muusta potilasmassasta ajoissa ja siirtämään tehohoidon piiriin (Rantanen 2018).

Akuuttilääketiede eli päivystyslääketiede vastaa päivystyspoliklinikoiden kiireellisestä diagnostiikasta ja hoidosta kaikissa ikäryhmissä. Akuuttilääketiede antaa kiireellistä hoitoa kaikkiin yleisimpiin äkillisiin sairastumisiin ja vammoihin yhdistäen ja täydentäen muiden erikoisalojen kiireellisen hoidon toimintoja. Tästä syystä potilasta ei tarvitse siirrellä lääkäriltä toiselle. (Akuuttilääketiede 2017.)

3.3 Aivokuolema

Aivokuolema määritellään Suomi-sanakirjassa seuraavasti: “aivojen toiminnan lakkaaminen pysyvästi” (Aivokuolema 2019). Yleisimmät aivokuolemaan johtavat syyt Suomessa ovat aivoverenvuodot ja traumat. Aivoverenkierron loppumisen syy tulee olla tiedossa ennen aivokuoleman testaamista ja ohimenevien aivotoiminnan häiriöiden, kuten myrkytykset, alilämpöisyys tai sydänpysähdyksen jälkeinen aivojen hapenpuute, poissulkemiseksi on toteutettava riittävän pitkä potilaan seuranta. Joissain tapauksissa on tarvetta kuvantamistutkimukselle aivoverenkierron loppumisen todentamiseksi. (Wennervirta ym. 2015, 37–38.)

Aivokuoleman toteaminen tapahtuu sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella 27/2004 säädetyllä tavalla. Ensin todetaan aivoperäisten vasteiden puuttuminen neurologisella testillä ja tämän jälkeen omaehtoisen hengityksen puuttuminen hengitystestillä. (Wennervirta ym. 2015, 37–38.) Lain mukaan ihminen on kuollut, kun voidaan todeta kaiken hänen aivotoimintansa loppuneen (L 101/2001, 21§).

3.4 Elinluovuttajan hoitotyö

Elinluovuttajan hoitoprosessi voidaan jakaa kolmeen päävaiheeseen, jotka ovat mahdollisen elinluovuttajan tunnistaminen, elinluovuttajan hoitaminen sekä omaisten kohtaaminen. Elinluovuttajan hoitoa pidetään haastavana sekä ammatillisesti että eettisesti, koska se tulee kohdalle niin harvoin. Se on intensiivistä hoitoa, joka on fyysisesti ja psyykkisesti kuormittavampaa kuin muiden tehohoitopotilaiden hoitaminen. Kunnioittava ja arvostava kuolevan kohtaaminen samalla, kun pyritään varmistamaan elinten siirtokelpoisuus, vaatii sairaanhoitajalta niin herkkyyttä kuin ammattitaitoa. (Luoma & Uosukainen 2016, 17.)

Elinluovuttajan hoidossa sekä elintoimintojen monitoroinnissa noudatetaan kansallisia ohjeita, joissa on määritelty elinluovuttajan hoidon tavoitteet (Ala-Kokko, Luostarinen & Lång 2019a, 9). Elinluovuttajaa tulee hoitaa teho-osastolla tai vastaavassa

hoitoyksikössä. Alkuvaiheen laadukas ja asianmukainen aktiivihoido auttaa varmistamaan, että mahdollisen elinluovuttajan elintoiminnot säilyvät hyvänä. (Peltonen 2017.)

Mahdollisen elinluovuttajan hoidon ensisijainen tavoite on turvata siirrettävien elinten elinkelpoisuus takaamalla niille riittävä hapentarjonta sekä kudospesuusio (Lempinen ym. 2019, 6). Potilas tulee intuboida ja hoitaa monitoroituna (Peltonen 2017). Potilaan verenkiertoa, hengitystä, nestetasapainoa, aineenvaihduntaa ja lämpötilaa tulee tukea ja ylläpitää. Tarvittaessa potilaalle tehdään lisätutkimuksia, kuten munuaisten ja maksan ultraäänikuvaus, sydämen varjoainekuvaus ja keuhkojen tietokonekerroskuvaus. Kun päätös elinirrotuksesta on tehty, potilaalle aloitetaan hyytymisenestolääkitys sekä annetaan metyyliiprednisoloni ja mikrobilääkitys elinluovuttajan hoito-ohjeiden mukaisesti. Lisäksi potilaalle puetaan antiemboliasukat. (Luoma, Uosukainen & Peltonen 2017.)

Elinluovuttajan hoitoon kuuluu potilaan oman kannan selvittäminen läheisiltä, elinluovutuskelpoisuuden selvittäminen elinsiirtotoimistosta sekä tehohoidon jatkuminen hoito-ohjeiden mukaisesti. Mahdollisen elinluovuttajan kelpoisuudesta elinluovutukseen voidaan kysyä elinsiirtotoimistosta jo ennen läheisten kanssa keskustelua. Mikäli potilas ei ole eläessään vastustanut elinluovutusta, voidaan siihen edetä. Läheisille tulee antaa riittävästi selkokielistä tietoa hoidon tavoitteista sekä aikaa huonon ennusteen ymmärtämiseen. Läheiset pidetään ajan tasalla elinluovutusprosessin etenemisestä koko hoitajakson ajan. (Ala-Kokko ym. 2019a, 9.) On tärkeää varmistaa, että mahdollisen elinluovuttajan läheiset ymmärtävät saamansa tiedon. Potilaan elämän loppuvaiheen hoidon tulee olla huolehtivaa ja myötätuntoista, myös läheisten yksilölliset tarpeet on otettava huomioon. (Scales & Bentley 2020, 60.)

3.5 Hoitohenkilökunnan asenteet elinluovutustoimintaa kohtaan

Asenteella tarkoitetaan ihmisten myönteistä tai kielteistä suhtautumista johonkin toiseen ihmiseen, asiaan tai ilmiöön. Asenteet muodostuvat kokemusten ja ympäristön vaikutuksesta. Ihmisen harkittuun käyttäytymiseen katsotaan sosiaalipsykologiassa vaikuttavan kolme tekijää: asenne, subjektiivinen normi ja havaittu kontrolli.

Näin ollen ihmisen asenteeseen vaikuttamalla pystyy vaikuttamaan jossain määrin myös ihmisen käyttäytymiseen. (Suoninen, Pirttilä-Backman, Lahikainen & Ahokas 2014, 250–253.)

Elinluovutusprosessi aiheuttaa koko hoitohenkilökunnalle merkittäviä haasteita niin mahdollisen elinluovuttajan tunnistamisen kuin surevien omaisten kohtaamisen suhteen. Hoitohenkilökunnan positiivinen asenne elinluovutuksiin on ratkaisevan tärkeää, jotta voidaan varmistaa kaikkien mahdollisten elinluovuttajien mahdollisimman suuri hyödyntäminen. Monet terveydenhuollon ammattilaiset kokevat elinluovutusprosessissa mukana olon epämukavaksi. (Cohen, Ami, Ashkenazi & Singer 2008, 211.) Positiivisen asenteen omaavan hoitohenkilöstön on todettu ottavan elinluovutusprosessin useammin puheeksi omaisten kanssa, ja näin ollen omaiset ovat todennäköisemmin suostuneet elinluovutukseen (Cohen, Ami, Ashkenazi & Singer 2008, 211; Flodén & Forsberg 2009, 311–313). Omaiskeskustelut ovat tärkeitä ja niille tulisi antaa riittävästi aikaa. Hyvät kommunikaatiotaidot omaava hoitohenkilökunta mahdollistaa sen, ettei omaisille jää väärinymmärryksiä tai uskomuksia, jotka yhdessä suruprosessin kanssa voisivat saada heidät kieltämään elinluovutuksen. (Scales & Bentley 2020, 60.)

Cohenin ja muiden (2008, 211–215) mukaan se, kuinka hoitohenkilöstö suhtautuu aivokuolemaan, vaikuttaa elinluovutusprosessiin. Aivokuoleman ymmärtämisellä ja hyväksymisellä kuoleman päteväenä määrittelynä on suuri positiivinen vaikutus elinluovutusprosessiin kuuluvien tehtävien suorittamisessa. Näin ollen hoitohenkilöstön positiivisten asenteiden vahvistaminen elinluovutuksia ja aivokuolemaa kohtaan saattaa edesauttaa ja helpottaa elinluovutusprosessia. On kuitenkin kyseenalaista, kuinka asenteisiin on mahdollista vaikuttaa.

Ranskassa tehdyn tutkimuksen mukaan viidesosa teho-osastojen lääkäreistä ja sairaanhoitajista piti elinluovutuksia stressaavana, lähes puolet motivoivana ja yli kolmasosa suhtautui elinluovutuksiin neutraalisti. Vastaajien käsitykset elinluovutuksista jaettiin kuuteen osa-alueeseen; elinluovutuksiin liittyvä kulttuuri teho-osastolla, aivokuoleman ymmärtäminen, kokemukset aivokuolleen potilaan omaisten huolehtimi-

sesta, elinluovutuksiin liittyvä ammatillinen kokemus, henkilökohtaiset tunteet elinluovutuksiin liittyen ja sosiodemografiset ominaisuudet. Tulokset viittaavat siihen, että selkeä sitoutuminen elinluovutuksiin ja se, että aiheesta keskustellaan usein, vaikuttaa positiivisesti hoitohenkilöstön asenteisiin. Kannustaminen elinluovutuksia koskevaan avoimeen keskusteluun, elinluovutustoimintaa ja -järjestelmää koskevan luottamuksen ja aivokuolemaa koskevan hyväksyvän asenteen lisääminen sekä hoitohenkilöstön tukeminen vuorovaikutussuhteissa omaisten kanssa voi hyödyttää elinluovutustoimintaa. (Kentish-Barnes, Duranteau, Montlahuc, Charpertier, Martin-Lefevre, Joseph, Lefrant, Fieux, Reault, Thuong, Chevret ja Azoula 2017, 1489–1497.)

Sairaanhoitajien mukaan elinluovutusprosessi toteutuu arvokkaalla ja kunnioittavalla tavalla. Lisäksi hoitajat kokevat saavansa kollegoiltaan tukea vaikeissa tilanteissa. Näiden seikkojen katsotaan vaikuttavan positiivisesti hoitajien asenteisiin elinluovutuksia kohtaan. (Luoma & Uosukainen 2016, 17.)

4 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat mahdollisen elinluovuttajan tunnistamiseen päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan kokemusten perusteella, ja miten mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista päivystyspoliklinikalla voidaan parantaa.

Opinnäytetyön tavoitteena on mahdollisten elinluovuttajien tunnistamisen parantaminen päivystyspoliklinikalla, ja sen myötä mahdollisten elinluovuttajien määrän lisääminen.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisia kokemuksia päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstöllä on mahdollisen elinluovuttajan tunnistamisesta?

2. Millaisia kokemuksia päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstöllä on mahdollisen elinluovuttajan hoitamisesta?
3. Miten mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista voidaan parantaa?

5 Tutkimuksen toteutus

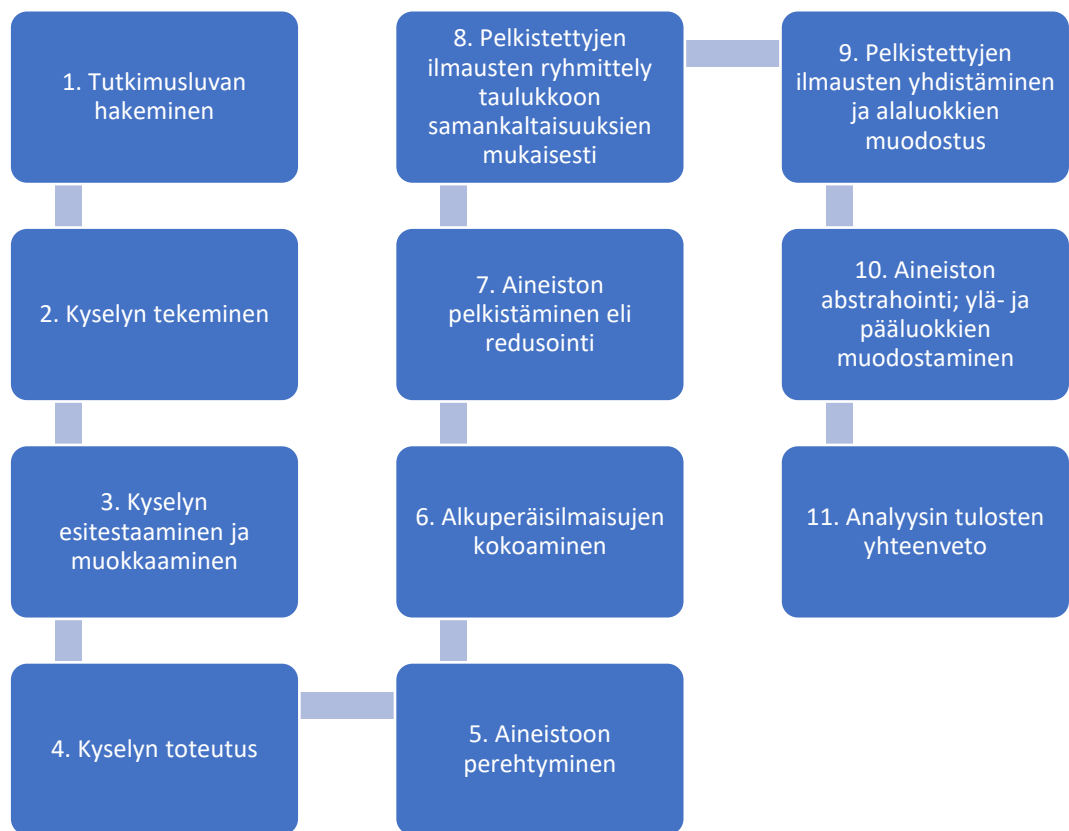
5.1 Menetelmä

Tutkimus toteutettiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena. Tutkimusmenetelmän valinnan tulee perustua siihen, mitä tutkimuksessa halutaan selvittää (Silverman 2013, 11). Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle (Tuomi & Sarajärvi 2018, 98). Laadullinen tutkimus liittyy ihmisten uskomuksiin, asenteisiin ja käyttäytymisen muutoksiin, ja sen avulla voidaan tutkia kokemuksia, käsityksiä sekä motivaatioita (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–66). Laadullista tutkimusmenetelmää haluttiin käyttää tässä tutkimuksessa, sillä sen avulla pystytään kuvaamaan sekä ymmärtämään tutkittavan kohderyhmän, eli päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstön, kokemuksia ja näkökulmaa tutkittavaan ilmiöön nähden.

Laadullisessa tutkimuksessa on tavoitteena tuottaa uutta tietoa tai teoriaa, mikäli aihealueesta on vähän tai ei lainkaan aiempaa tutkimustietoa (Elo & Kyngäs 2008, 113). Päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstön kokemuksista elinluovuttajan tunnistamiseen ja hoitoon liittyen, tai mahdollisen elinluovuttajan tunnistamiseen liittyvistä estävistä tai edistävästä tekijöistä on hyvin vähän aikaisempaa tutkimustietoa kansainvälisesti, ja kansainvälisestikin asiaa on tutkittu enemmän teho-osaston näkökulmasta. Kuten tässä opinnäytetyössä on jo aiemmin mainittu, tutkimukseen osallistuneessa sairaanhoitopiirissä jää vuosittain tunnistamatta mahdollisia elinluovuttajia. Tutkimusten mukaan hoitohenkilöstön asenteilla on suuri vaikutus elinluovutustoiminnan tuloksiin, joten tässäkin opinnäytetyössä haluttiin selvittää lisäksi hoitohenkilöstön asenteita elinluovutustoimintaa kohtaan.

5.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmänä oli erään keskussairaalan päivystyspoliklinikalla työskentelevät sairaanhoitajat ja lääkärit, jotka osallistuvat työssään kriittisesti neurologisesti sairaiden potilaiden hoitoon. Tutkimuksessa käytettiin harkinnanvaraista otantaa, jolloin kysely suunnataan vain tutkimuksen tarpeisiin soveltuville vastaajille (Vehkalahti 2014, 46). Tutkimusprosessi oli monivaiheinen, ja eteni vaihe vaiheelta tutkimusluvan hakemisesta tutkimustulosten analysointiin (ks. kuvio 3).



Kuvio 3. Tutkimusaineiston keräämisen ja analysoinnin vaiheet

Aineisto kerättiin Webropol-kyselyllä, jonka sairaanhoitopiirin yhteyshenkilö lähetti kohderyhmälle sähköpostiviestillä. Webropol-kyselyä päätettiin käyttää, sillä sen koettiin olevan paras keino tavoittaa kohderyhmä. Sen avulla vastaukset tallentuivat suoraan sähköiseen muotoon, ja siten se nopeutti vastausten käsittelyä. (Vehkalahti 2014, 48.) Webropol-kysely soveltui hyvin laadullisessa tutkimuksessa käytettäväksi,

sillä sen avulla on mahdollista saada vastauksia avoimiin, strukturoimattomiin kysymyksiin (Elo ym. 2014, 3). Kyselytutkimukset ovat hyvä keino tutkia yhteiskunnallisia ilmiöitä, näkemyksiä ja asenteita. Niihin voi liittyä kuitenkin useita epävarmuustekijöitä, kuten kyselyyn vastanneiden edustettavuus, saatujen vastausten määrä, kysymyksiin vastaamisen kattavuus ja kyselyn ajankohta. Kyselyiden jatkuvasti kasvanut määrä on johtanut siihen, että ihmisillä on alkanut ilmetä vastausväsymystä ja kyselyiden vastausprosentit ovat huonontuneet. Tästä syystä on tärkeää tehdä vastaaminen mahdollisimman helpoksi, ja tutkijoiden tulee kriittisesti miettiä, ovatko kaikki kysymykset tarpeellisia tutkimuskysymyksiin vastausten saamiseksi. (Vehkalahti 2014, 11–12, 48.)

Tutkijat eivät itse olleet tekemisissä kohderyhmään kuuluvien henkilöiden kanssa missään vaiheessa. Sähköpostiviestin yhteydessä toimitettiin saatekirje (liite 1) sekä linkki Webropol-kyselyyn (liite 2), josta avautui taustakysymykset sekä kuusi avointa kysymystä vastausohjeineen. Avoimia kysymyksiä käyttämällä haluttiin varmistua siitä, että vastaukset ovat mahdollisimman kuvailevia ja ennalta määrittämättömiä.

Laadullisessa tutkimuksessa otos on harkinnanvarainen ja pyrkimyksenä on saada siihen henkilöitä, jotka edustavat tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman monipuolisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67). Tutkimukseen osallistujien valinnassa tulee kiinnittää huomiota siihen, että tutkimukseen osallistujilla on riittävästi kokemusta ja sen myötä saatua tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007, 58; Tuomi & Sarajärvi 2018, 98). Tutkimukseen osallistujan tulee lisäksi sekä osata että haluta kuvata tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä (Kylmä & Juvakka 2007, 58). Tämän vuoksi tutkimukseen valitaan henkilöt harkitusti ja tarkoitukseen sopivien kriteereiden mukaan (Tuomi & Sarajärvi 2018, 98). Saatekirjeessä vastauksia pyydettiin sellaisilta hoitohenkilöstön jäseniltä, jotka ovat jossain vaiheessa työuraansa olleet mukana hoitamassa mahdollista elinluovuttajaa. Taustakysymysten avulla tutkimuksen ulkopuolelle rajattiin ne vastaajat, joilla ei ollut kokemusta mahdollisen elinluovuttajan tunnistamisesta tai hoidosta. Näin pyrittiin varmistumaan siitä, että kohderyhmällä on riittävästi tietoa ja kokemusta tutkittavasta ilmiöstä.

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, ja kyselyyn vastaaminen katsottiin suostumukseksi osallistua tutkimukseen. Kyselyyn vastaamiselle annettiin määräaika, jota lopulta jatkettiin, jotta aineistoa saatiin lisää. Riittävä otoskoko laadullisessa tutkimuksessa riippuu tutkimuksen tarkoituksesta sekä saavutetun aineiston rikkaudesta ja laajuudesta (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 146). Vastauksia voidaan sanoa olevan riittävästi, kun tutkimukseen osallistujat eivät tuota tutkimusongelman kannalta enää uutta tietoa ja aineisto alkaa toistaa itseään eli saturoituu (Tuomi & Sarajärvi 2018, 99; Aaltio & Puusa 2011, 161). Saturoitumista pidetään tärkeimpänä kriteerinä otoskoolle (Kyngäs ym. 2011, 146). Laadullisessa tutkimuksessa ei voida kuitenkaan etukäteen tietää, kuinka paljon aineistoa tarvitaan, vaan tutkijan on tehtävä tulkintoja tutkittavien tuottamista merkityskokonaisuuksista sekä yksityiskohtaisesti ja perustellen kuvattava aineiston analyysi (Aaltio & Puusa 2011, 161).

5.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi toteutettiin aineistolähtöisellä induktiivisella sisällönanalyysillä. Induktiivinen sisällönanalyysi on yleisesti hoitotyön tutkimuksissa käytetty menetelmä, joka on sopiva erityisesti silloin, kun tutkittavasta ilmiöstä ei ole aiempia tutkimuksia, tai jos tieto on hajanaista, monitahoista tai arkaluonteista. Sisällönanalyysi on toistettavissa oleva ja validi menetelmä uuden tiedon tuottamiseksi. (Elo & Kyngäs 2008, 108, 113.) Sisällönanalyysia käytetään usein silloin, kun halutaan analysoida kyselylomakkeiden avoimia kysymyksiä (Elo, Kääriäinen, Kanste, Pölkki, Utriainen & Kyngäs 2014, 8). Mahdollisen elinluovuttajan tunnistamisesta, tai hoitohenkilöstön kokemuksista elinluovuttajan tunnistamiseen ja hoitoon liittyen päivystyspoliklinikalla, on vain vähän aiempia tutkimuksia, joten sisällönanalyysi oli perusteltu menetelmä tässä tutkimuksessa.

Aineistolähtöisessä analyysissä on pyrkimyksenä luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus, jonka analyysiyksiköt nousevat aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Analyysiyksiköt eivät ole etukäteen sovittuja tai harkittuja, vaan nousevat aineistosta. Analyysin oletetaan olevan aineistolähtöistä, eikä tutkittavaa ilmiötä koskevilla aikaisemmilla havainnoilla, tiedoilla tai teorioilla pitäisi olla mitään tekemistä analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa. (Tuomi

& Sarajärvi 2018, 108.) Tutkimusaineistoon perehdyttiin ilman ennakkokäsityksiä, ja siitä nousi sekä oli tunnistettavissa tutkimuskysymysten kannalta keskeisiä ilmaisuja. Tutkijoiden omilla käsityksillä voi olla suuri vaikutus analyysiprosessiin, jonka vuoksi on tärkeää, että sisällönanalyysin prosessin raportointi perustuu itsekriittiseen ajatteluun analyysin jokaisessa vaiheessa (Elo ym. 2014, 8).

Tutkimusaineiston analyysi eteni vaiheittain sisällönanalyysin mukaisesti. Sisällönanalyysissä aineistoon perehdytään ja siitä nostetaan esille ne asiat, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. Tärkeää on pysyä tutkimuksen tarkoituksen sekä tutkimustehtävän antamissa raameissa ja etsiä vain ne asiat, mistä juuri kyseisessä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita. Kun aineistosta on löydetty vastaukset tutkimuskysymyksiin, niiden sanoma pelkistetään eli jätetään epäoleellinen pois. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 104–105.)

Aineistoa luettiin ja siihen perehdyttiin tarkasti ja huolellisesti, aineistoon myös palattiin useita kertoja analyysin edetessä. Aineistosta etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin, ja samankaltaisuudet alleviivattiin ja ryhmiteltiin eri värejä käyttämällä. Alkuperäisilmauksia pelkistettiin eli redusoitiin, jolloin aineistosta karsittiin pois epäoleellinen (ks. taulukko 1). Tässä merkittävässä analyysin vaiheessa kaikki oleellinen tulee olla kirjattuna ja luetteloituna, mutta kuitenkin tulee pysyä tarkkaan rajatussa, kapeassa ilmiössä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 104.)

Taulukko 1. Esimerkki pelkistetyn ilmauksen muodostamisesta elinluovuttajan tunnistamiseen liittyvistä kokemuksista

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS
Aivokuoleman ennustaminen on kovin haastavaa; eli milloin potilaan sen hetkinen tilanne on sellainen, että kannattaa arvioida olisiko hänestä mahdolliseksi elinluovuttajaksi	Aivokuoleman ennustaminen haastavaa
Hoidon rajauksia ei tehdä ennen kuin joku huomaa, että potilas voisi olla elinluovuttaja	Hoidon rajausten tekeminen vasta, kun elinluovutusta mietitty
Potilaan toimintakyky ollut lähtökohtaisesti niin huono, esim. muistisairauden vuoksi, että aktiivisista hoitotoimista luovuttu	Potilaan toimintakyky niin huono, että aktiivihoidoista luovuttu
Muutama aivoverenvuoto tullut vastaan, jossa tilanne on todettu inoperaabeliksi ja likvorkierron häiriö jo nähtävissä, jolloin tilanne on toivoton	Kohdalle osunut muutama toivoton aivoverenvuototapaus
Olen tunnistanut ja hoitanut joitakin elinluovuttajia, joskin tunnistamisen jälkeen hoito jatkuu teho-osastolla	Tunnistamisen jälkeen potilasta hoidettu teho-osastolla
Päätöksen jälkeen potilas on siirtynyt tehopäivystäjän hoiviin	Hoitovastuu tehopäivystäjälle
En ole hoitanut kertaakaan potilasta, joka olisi jäänyt keskussairaalan teho-osastolle mahdollisena donorina	Mahdollinen elinluovuttaja siirtynyt usein yo-sairaalaan

Pelkistetyt ilmaukset kirjattiin taulukkoon allekkain edelleen samankaltaisuuksien mukaan, jonka jälkeen tehtiin aineiston ryhmittely eli klusterointi. Alaluokat muodostettiin samaa asiaa kuvaavista ilmauksista (ks. taulukko 2). Kategorioiden laatiminen on kriittinen vaihe analyysissä, sillä siinä tutkijat päättävät perusteet samaan tai eri kategoriaan kuulumisesta. Tässä kohtaa tutkimuksen aineisto tiivistyy, kun aineiston yksittäisiä tekijöitä liitetään isommiksi käsitteiksi. (Tuomi & Sarajarvi 2018, 205, 124.)

Taulukko 2. Esimerkki aineiston ryhmittelystä elinluovuttajan tunnistamiseen liittyvistä kokemuksista

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA
Aivokuoleman ennustaminen haastavaa	Vaikeus ennustaa potilaan voinnin kehittymistä
Hoidon rajausten tekeminen vasta, kun elinluovutusta mietitty	Hoidon rajausten tekeminen
Potilaan toimintakyky niin huono, että aktiivihoidoista luovuttu	
Kohdalle osunut muutama toivoton aivo-verenvuototapaus	Selkeät potilastapaukset
Tunnistamisen jälkeen potilasta hoidettu teho-osastolla	Jatkohoito teho-osastolla
Hoitovastuu tehopäivystäjälle	
Mahdollinen elinluovuttaja siirtynyt usein yo-sairaalaan	Yo-sairaalan rooli jatkohoidossa

Tämän jälkeen luokittelua jatkettiin yhdistelemällä alaluokkia suuremmiksi yläluokiksi ja nämä jälleen pääluokiksi (ks. taulukko 3). Tätä vaihetta analyysistä kutsutaan abstrahoinniksi eli käsitteellistämiseksi. Siinä muodostetaan teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä tutkimuksen alkuperäisdatasta. Abstrahoinnissa luokituksia yhdistellään niin kauan, kuin se on mahdollista aineiston sisällön kannalta ja polku alkuperäiseen aineistoon säilyy. Johtopäätöksiä tehdessä tutkijoiden tulee pyrkiä ymmärtämään tutkittavien näkökulma aiheeseen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124–126.)

Taulukko 3. Esimerkki aineiston abstrahoinnista

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Vaikeus ennustaa potilaan voinnin kehittymistä	Oikea-aikaiset päätökset hoidon jatkosta	Jatkohoidon järjestäminen
Hoidon rajausten tekeminen		
Selkeät potilastapaukset		
Jatkohoito teho-osastolla	Jatkohoitopaikka	
Yo-sairaalan rooli jatkohoidossa		

Kokemuksen tutkiminen on tiiviimmillään koetun tapahtuman kuvauksen tutkimista siten, kuin sen kokija näkee ja ajattelee. Tutkittavan antama kuvaus voi olla joko laaja ja kattava selvitys, tai se voi olla tiivistetty kokijan mielestä tärkeimpiin ydinasioihin tapahtuneesta. Kokemus ei ole suoraan todistettu fakta, vaan se on tutkittavan oma

oletus tilanteesta tai asiasta, ja siihen saattavat vaikuttaa tutkittavan omat käsitykset. Joskus tutkittavan kokemukseen sekoittuu niin tutkittua tietoa, kuin kuviteltua oletamusta siitä, miten asioiden luullaan olevan. (Kukkola 2018, 45–47.)

Kokemuksia tutkittaessa, tutkitaan kokemusten merkityssisältöä ja rakennetta. Jokainen ihminen elää vastavuorossa muuhun maailmaan, ja näin ollen kokemuksiin vaikuttavat yksilöllisten piirteiden lisäksi yhteisöt, joihin kuulumme. Tutkijan tulee unohtaa tutkimuskohdetta koskevat aiemmat tutkimustulokset ja teorit, sekä pyrkiä välttämään välittömiä ja spontaaneja tulkintoja aineistoon tutustuessaan. (Laine 2018, 29–39.) Eskolan ja Suorannan (2014, 157) mukaan on kuitenkin tärkeää ymmärtää, että tutkijan alitajunta ja asiantuntijuus sekä aiemmat teorit vaikuttavat analyysiin huomaamatta, ja näin ollen lopputulokseen väistämättä sekoittuu aineiston tulkintaa ja tutkijan ennakkokäsityksiä. Kokemuksia tutkittaessa haastattelukysymysten tulisi olla avoimia sekä laadittu siten, että vastaukset olisivat kuvailevien kertomusten omaisia. Kokemuksista puhuminen eroaa esimerkiksi mielipiteistä ja uskomuksista puhumisesta. (Laine 2018, 29–39.)

6 Tulokset

6.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimukseen vastasi 19 päivystyspoliklinikalla työskentelevää sairaanhoitajaa (n=15) ja lääkäriä (n=4). Vastaajista 4 ilmoitti, ettei ole koskaan osallistunut elinluovuttajan hoitoon tai tunnistamiseen päivystyspoliklinikalla. Koska tutkimuksessa haluttiin selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia elinluovuttajan tunnistamisesta ja hoidosta, näiden vastaajien (n=4) laatimia vastauksia ei huomioitu tutkimuksen tuloksissa. Tekstin sujuvoittamiseksi sairaanhoitajista käytetään myös nimitystä hoitaja.

Vastaajista suurin osa (n=7) oli iältään 30–39-vuotiaita, seuraavaksi eniten (n=3) vastaajia oli 18–29 –vuotiaiden sekä 40–49-vuotiaiden ryhmässä. Vastaajista 2 oli iältään 50–59-vuotiaita. Vastaajista suurimmalla osalla (n=7) oli työkokemusta nykyisestä

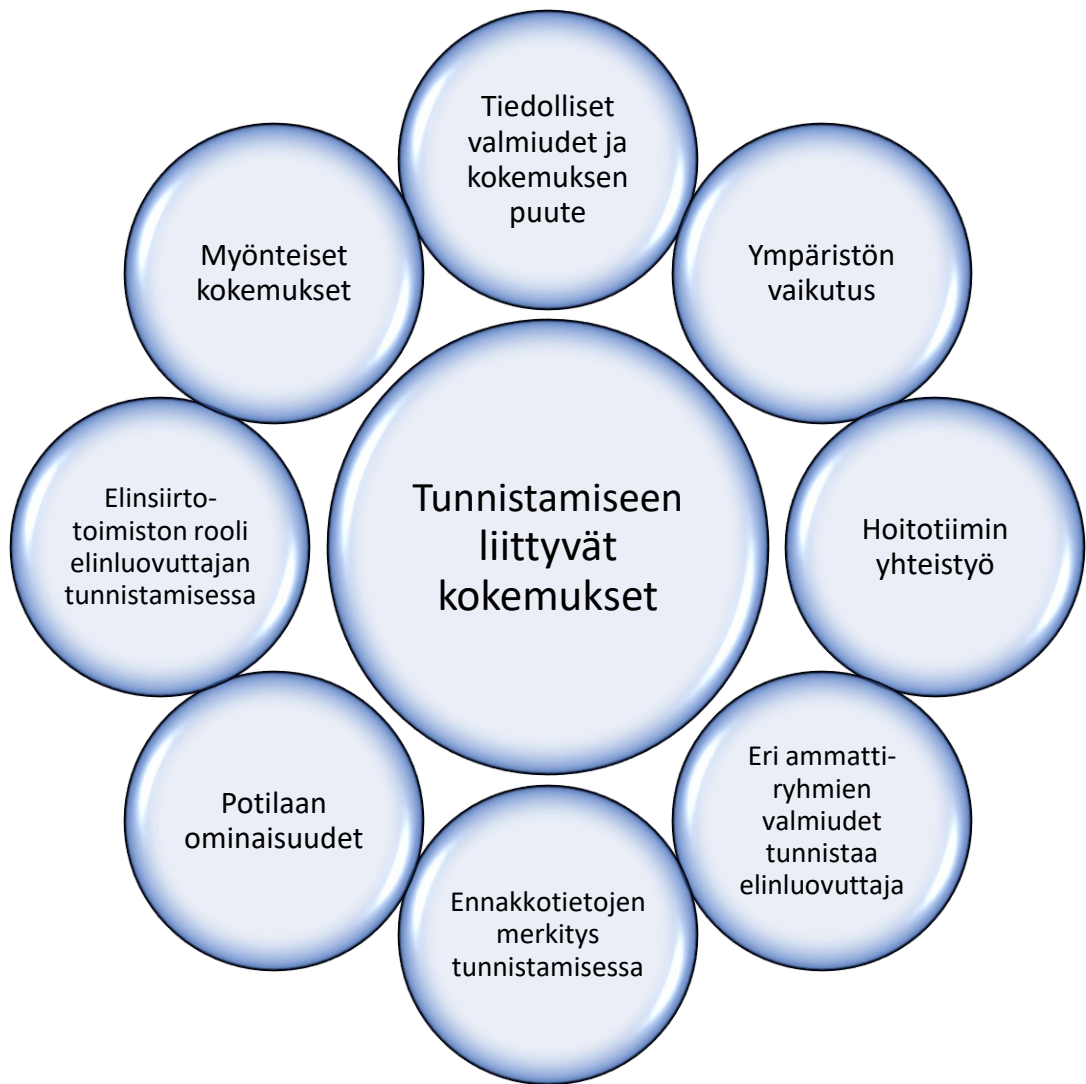
ammattistaan 11–20 vuotta, 4 vastaajalla työkokemusta oli 0–5 vuotta, 3 vastaajalla 6–10 vuotta ja yhdellä vastaajalla yli 20 vuotta. Suurin osa (n=6) ilmoitti työkokemuksensa päivystyspoliklinikalla olevan 11–20 vuotta, 5 vastaajista 0–5 vuotta ja 4 vastaajista 6–10 vuotta (ks. Taulukko 4).

Taulukko 4. Vastaajien ikä, työkokemus ja työkokemus päivystyspoliklinikalla

TAUSTATIEDOT	VUOTTA	N=15
IKÄ	18–29	3
	30–39	7
	40–49	3
	50–59	2
	Yli 60	0
TYÖKOKEMUS	0–5	4
	6–10	3
	11–20	7
	YLI 20	1
TYÖKOKEMUS PÄIVYSTYSPOLIKLI- NIKALLA	0–5	5
	6–10	4
	11–20	6
	YLI 20	0

6.2 Elinluovuttajan tunnistamiseen liittyvät tekijät hoitohenkilöstön kokemana

Päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstön kokemuksista elinluovuttajan tunnistamiseen liittyen muodostui kahdeksan pääluokkaa, jotka on kuvattu kuviossa 4.



Kuvio 4. Hoitohenkilöstön kokemuksia mahdollisen elinluovuttajan tunnistamisesta

Päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstö piti mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista vähintäänkin haastavana. Kokemusten mukaan elinluovutuksen mahdollisuus joko unohtuu helposti, tai sitä ei muista syistä oteta puheeksi kriittisesti sairaita potilaita hoidettaessa. Henkilökunnan vähäinen kokemus elinluovuttajien tunnistamisesta sekä yleinen tiedon puute asiasta koettiin suurimpina haasteina ja syinä siihen, että mahdollinen elinluovuttaja jää huomaamatta. Koulutuksen määrää ei pidetty riittävänä, ja liian usein mahdollisen elinluovuttajan koettiin tulevan kohdalle tilanteissa, joissa paikalla on vain vähän, tai ei ollenkaan, henkilöitä, joilla on asiasta kokemusta.

Päivystyksessä vaihtuu hoitajat todella paljon ja joukossa on paljon kokemattomuutta. Kokemattomat hoitavat myös hätätilapotilaita sokkihuoneessa.

Vastausten perusteella selkeät ja ajantasaiset ohjeet ovat tärkeässä roolissa mahdollisen elinluovuttajan tunnistamisessa. Kokemuksia oli siitä, että ohjeet, jotka keskittyisivät nimenomaan mahdollisen elinluovuttajan tunnistamiseen, ovat päivystyspoliklinikalla puutteelliset ja niihin kaivattiin selkeyttä. Ohjeiden lisäksi ympäristön vaikutus mahdollisen elinluovuttajan tunnistamisessa nousi esiin. Päivystyspoliklinikan kiire, sekavuus ja tilanteiden ennakoimattomuus toivat haasteita siihen, että asia muistetaan tai otetaan puheeksi.

Hoitotiimin saumaton toiminta ja yhteistyö ajateltiin olevan tärkeä osa mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista. Tärkeänä pidettiin, että hoitotiimissä joku tunnistaa mahdollisen elinluovuttajan ja ottaa asian puheeksi. Koettiin, että päivystyspoliklinikalla hoitajat tunnistivat mahdollisen elinluovuttajan paremmin kuin lääkärit, ja tällöin hoitajien toivottiin rohkeasti tuovan asian esille. Aineistosta nousi esiin kuitenkin huoli siitä, ettei hoitajana elinluovutuksen mahdollisuuden esille ottaminen ollut helppoa. Hoitajan kokemuksen ja vahvan osaamisen ajateltiin olevan edistävä tekijä elinluovuttajan tunnistamisen lisäksi elinluovutuksen mahdollisuuden esille ottamiselle.

Kokenut hoitaja tunnistaa paremmin ja pystyy ehdottamaan lääkärille, että olisiko tässä kandidaatti.

Hyvät ennakkotiedot potilaasta saattoivat helpottaa mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista, koska tällöin elinluovutuksen mahdollisuutta voitiin miettiä jo ennen potilaan saapumista päivystyspoliklinikalle. Kokemuksia oli siitä, että asiat hoituivat nopeammin, jos mahdollinen elinluovuttaja tunnistettiin jo ensihoidon toimesta tai, jos anestesia lääkäri osallistui potilaan hoitoon päivystyspoliklinikalla. Anestesia lääkärien tietotaitoa asiasta pidettiin hyvänä.

FinnHEMSiä konsultoiden ensihoito toi meille lähtökohtaisesti elinsiirtokandina potilaan. Oli laaja vuoto ja todettu aivokuolema, siirtyi nopeasti teho-osastolle. Eli jo kentällä tunnistettiin elinsiirtokandi.

Korostaisin anestesia/teholääkärin läsnäoloa elinluovuttajan tunnistamisessa.

Tutkimuksen aineistosta nousi esille, että potilaan iällä sekä alkuvaiheen diagnoosilla ja voinnilla on merkitystä siihen, tunnistetaanko tämä mahdolliseksi elinluovuttajaksi. Mahdollisuus elinluovutukseen otettiin potilaan kohdalla esille useammin, jos diagnoosina oli massiivi aivoverenvuoto ja potilas oli iältään noin 50–60-vuotias. Jos potilaalla taas oli korkea ikä tai vaihtoehtoisesti tämä oli hyvin nuori, saattoi elinluovutuksen mahdollisuus unohtua. Koettiin, ettei iäkkäitä potilaita osattu yleisesti ajatella mahdollisina elinluovuttajina korkean iän sekä huonon toimintakyvyn vuoksi, ja toisaalta nuorten kohdalla pyrittiin pitämään kiinni aktiivisesta hoitolinjasta.

Lisäksi iäkkäiden ihmisten kohdalla (jotka kuitenkin ovat vielä ikärajan sisällä) tätä harvemmin mielestäni edes pohditaan / nosteta keskusteluun yhtenä vaihtoehtona, vs. 50–60-vuotiaiden kohdalla tämä vaihtoehto on miltei aina keskustelussa mukana.

Nuorien potilaiden kohdalla tehdään yleensä kaikki (ja vähän ylikin), jolloin mahdollinen elinluovutuskysymys menee ohi, kun potilaalla alkaa ilmetä kuoleman merkkejä ja päätte-elinvaurioita.

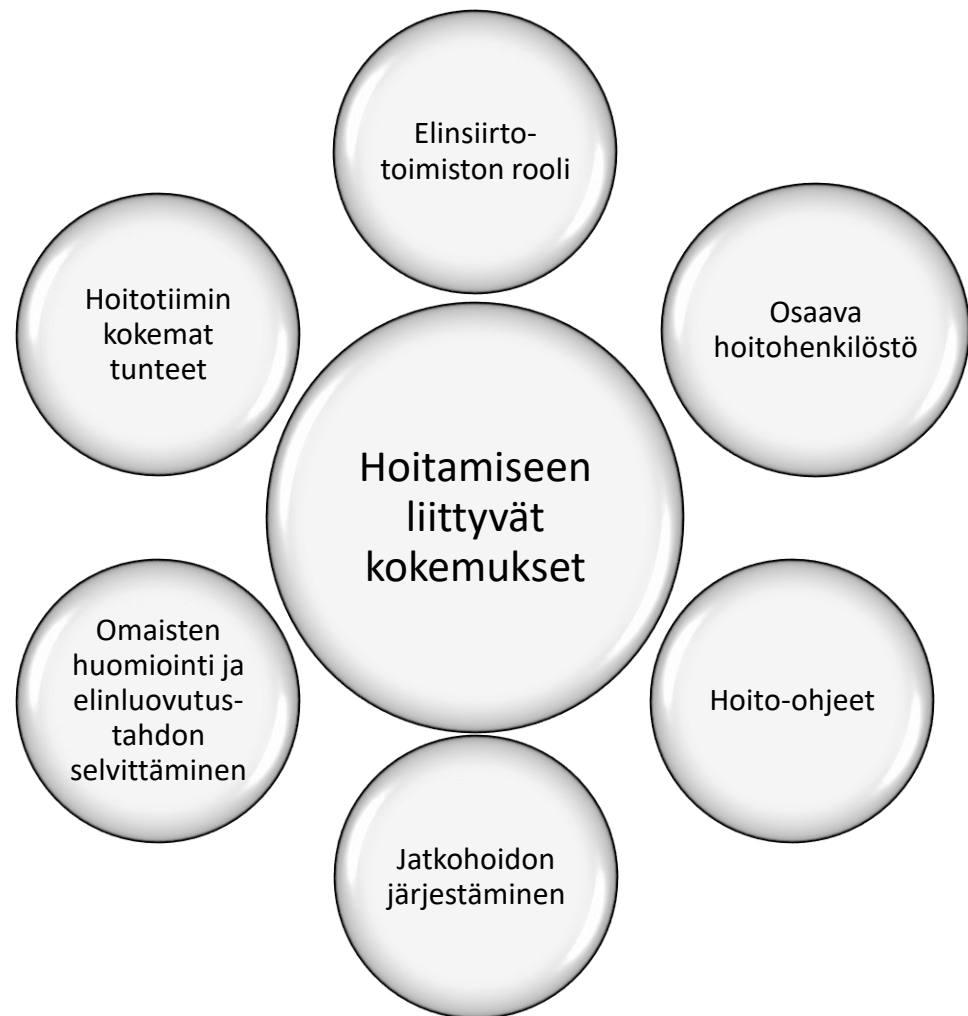
Päivystyspoliklinikalla oli törmätty hoidonrajausten tekemiseen ennen elinluovutuksen mahdollisuuden pohdintaa. Tästä vastaajien yksimielinen mielipide oli, että näin ei tulisi toimia vaan aina ensin tulisi pohtia mahdollisuus elinluovutukselle ja vasta tämän asian poissulun jälkeen voitaisiin hoidonrajaukset tehdä.

Elinsiirtotoimiston rooli elinluovuttajan tunnistamisessa koettiin ristiriitaisena. Toisaalta oltiin tyytyväisiä siihen, että yhteyden ottaminen elinsiirtotoimistoon oli helppoa. Toisaalta kuitenkin harva potilaista, joista oli oltu yhteydessä elinsiirtotoimistoon, lopulta kelpuutettiin elinluovuttajaksi. Elinsiirtotoimiston roolia päätöksen tekijänä kuitenkin korostettiin. Koettiin, ettei mahdollista elinluovuttajaa voida poissulkea päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstön toimesta, vaan päätös tulisi aina tehdä elinsiirtotoimistossa. Elinsiirtotoimistoon soitto koettiin tärkeäksi aina, jos vähänkin heräsi epäily mahdollisuudesta elinluovutukseen.

Mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista ei aineiston mukaan koettu kuitenkaan pelkästään haastavaksi. Vastaajien joukossa oli kokemusta tilanteista, joissa elinluovuttajat tunnistettiin hyvin ja mahdollisen elinluovuttajan kelpoisuuden selvittäminen oli ongelmaton. Kaikki eivät myöskään nähneet päivystyspoliklinikan toimintaa mahdollisen elinluovuttajan tunnistamisen osalta pelkästään ongelmallisena, ja osan mielestä mahdolliset elinluovuttajat tunnistettiin jopa kohtalaisen hyvin.

6.3 Elinluovuttajan hoitoon liittyvät tekijät hoitohenkilöstön kokemana

Elinluovuttajan tunnistamisen jälkeen koettiin potilaan jatkohoito pääsääntöisesti sujuvaksi. Kokemukset mahdollisen elinluovuttajan hoidosta tiivistyivät kuuteen pääluokkaan (ks. kuvio 5). Elinsiirtotoimistolta saatiin hyvät jatkohoito-ohjeet samalla, kun siellä tehtiin päätös elinluovutuksesta. Päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstö kaipasi elinsiirtotoimistolta kuitenkin tietoa myös syistä, miksi osaa potilaista ei kelpuutettu elinluovuttajiksi, jotta ymmärrys asiaa kohtaan lisääntyisi.



Kuvio 5. Hoitohenkilöstön kokemuksia mahdollisen elinluovuttajan hoitamisesta

Mahdollista elinluovuttajaa hoidettaessa, aivan kuten tunnistamisessakin, koettiin tärkeässä roolissa olevan kokenut ja osaava hoitotiimi sekä ajantasaiset hoito-ohjeet. Suuressa roolissa potilaan hyvässä hoidossa olivat hoitajat, joilla oli ennestään tietoa ja kokemusta elinluovuttajien hoidosta, kun taas kokemattomuus hätätilapotilaiden hoitamisessa koettiin hankaloittavan mahdollisen elinluovuttajan hoitoa. Hoito-ohjeiden osalta korostettiin päivystyspoliklinikalle potilaan tunnistamiseen ja alkuhoitoon soveltuvien ohjeiden tarpeellisuutta. Nykyisten hoito-ohjeiden nähtiin koskevan hoitoa ja tutkimuksia teho-osastolla, jonne potilas siirtyi hyvin pian tunnistamisen jälkeen.

Tunnistamisen jälkeen mahdollisen elinluovuttajan hoitoa jatkettiin teho-osastolla, ja hyvin usein mahdollinen elinluovuttaja saattoi siirtyä yliopistolliseen sairaalaan jatko-hoitoon. Tällöin viimeistään hoitovastuu potilaasta siirtyi aina teho-osaston anestesialääkäreille, joilla koettiin olevan vaadittavaa osaamista kyseisten potilaiden hoitamisesta.

Ohjeet on hyvä olla yksinkertaiset päivystyksessä ja keskittyä nimenomaan tunnistamiseen. Lab-kokeet, ym. tutkimukset ehditään tehdä hoitavassa yksikössä.

Neurokirurgin konsultaation jälkeen anestesiapuolen kanssa on sovittu kumpi soittaa elinluovutuskoordinaattorille, ja päätöksen jälkeen potilas on siirtynyt tehopäivystäjän hoiviin.

Omaisten huomiointi ja potilaan elinluovutustahdon selvittäminen koettiin tärkeiksi päivystyspoliklinikan tehtäviksi elinluovuttajan hoitoprosessissa. Keskustelu omaisten kanssa mahdollisesta elinluovutuksesta aloitettiin jo päivystyspoliklinikalla. Elinluovutuspäätöksen tekeminen ajateltiin olevan helpompi, jos omaiset ovat paikalla sairaalassa ja näin heihin saadaan suora kontakti. Tärkeäksi koettiin myös se, että omaisille tulee tehdä selväksi, että kaikki keinot potilaan auttamiseksi on käytetty. Vasta tämän jälkeen voidaan aloittaa keskustelu elinluovutuksen mahdollisuudesta.

Omaisten tulee tietää, että potilaan puolesta on tehty kaikki tutkimukset ja tehtävissä olevat hoitotoimenpiteet: potilasta on hoidettu niin hyvin, kuin mahdollista.

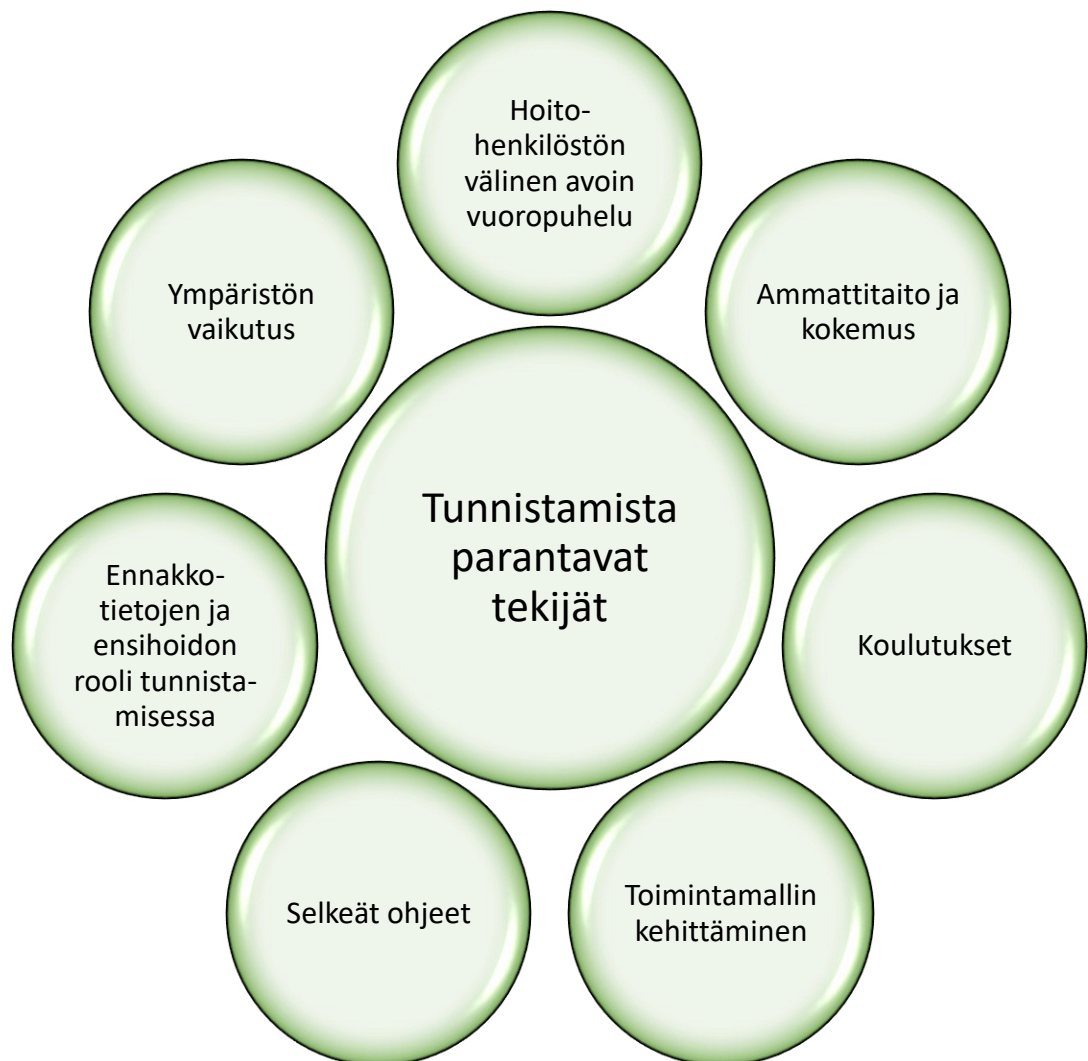
Vastauksista kävi selväksi, että hoitohenkilökunnan myönteinen suhtautuminen elinluovutukseen auttoi mahdollisen elinluovuttajan hoidossa. Kun mahdollinen elinluovuttaja tunnistettiin, oli hoitohenkilökunnalla tahtoa aloittaa protokollan mukainen elinluovuttajan hoito sekä keskustelut omaisten kanssa. Myönteisten kokemusten lisäksi, hoitohenkilökunta koki elinluovuttajien hoitamisen usein raskaaksi.

On kuitenkin asia, johon hoitotiimi lähtee yhdessä aktiivisesti, kun joku muistaa muistuttaa.

Kaiken kaikkiaan nämä ovat raskaita päätöksiä jokaiselle hoidossa mukana olevalle.

6.4 Elinluovuttajan tunnistamista parantavat tekijät hoitohenkilöstön kokemana

Päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstö löysi toiminnastaan monia kehitettäviä asioita, joilla mahdolliset elinluovuttajat voitaisiin tunnistaa paremmin (ks. kuvio 6).



Kuvio 6. Mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista parantavat tekijät

Hoitohenkilökunnan avointa vuoropuhelua toivottiin enemmän. Kaikilla potilaan hoitoon osallistuvilla tulisi olla rohkeus sanoa ääneen, jos elinluovutuksen mahdollisuus tulee mieleen, riippumatta siitä onko kyseessä lääkäri vai hoitaja. Tärkeäksi koettiin,

että jos yksi ammattilainen ei asiaa muista, sanoo toinen sen ääneen, ja näin elinluovutuksen mahdollisuutta voidaan alkaa selvittämään yhdessä.

Olisi hyvä, että jokainen uskaltaisi tuoda esille elinluovutuksen mahdollisuuden, jolloin se olisi kaikilla mielissä.

Päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstö korosti kokeneen ammattilaisen tärkeyttä mahdollisen elinluovuttajan tunnistamisessa. Kokemuksen puute päivystyspoliklinikalla oli suuri huolenaihe, erityisesti kriittisesti sairaita potilaita hoidettaessa. Aineiston perusteella päivystyspoliklinikalla henkilöstön vaihtuvuus oli suurta. Shokkihooneessa, jossa mahdolliset elinluovuttajat pääsääntöisesti hoidetaan, saattoi hoitohenkilöstö olla kokematon, ja osaaminen kyseisestä potilasryhmästä tai ylipäätään kriittisesti sairaista potilaista, olla hyvin vähäistä. Vastaajien mielestä kokenut hoitaja tai lääkäri tunnistaa mahdollisen elinluovuttajan paremmin kuin kokematon.

Päivystyksessä vaihtuu hoitajat todella paljon ja joukossa paljon kokemattomuutta.

Mahdollisen elinluovuttajan tunnistamisesta toivottiin enemmän koulutusta, jotta osaamista saataisiin lisää päivystyspoliklinikalle. Koulutuksia kaivattiin järjestettäväksi usein ja kohdennetusti eri ammattiryhmille, niin hoitajille, lääkäreille kuin ensihoitajillekin. Koulutuksilta kaivattiin konkretiaa siitä, millä kriteereillä erilaiset potilasryhmät otetaan elinluovuttajiksi. Jatkuvaa kertausta asiasta toivottiin, jotta asiat eivät pääse unohtumaan ja pysyvät mielessä koko ajan. Sairaanhoitopiirin omia elinluovutustoiminnan asiantuntijoita toivottiin kouluttamaan enemmän päivystyspoliklinikalle. Aineistossa mainittiin lisäksi, että elinluovutustoimintaa ja mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista tulisi käsitellä jo opintojen aikana, jolloin asia ei olisi aivan uusi työelämään tultaessa.

Elinluovutukseen liittyvistä asioista pitäisi olla enemmän ja säännöllisemmin koulutusta ja lyhyitä infotilaisuuksia, joissa asiasta muistuteltiin.

Enemmän tietoa ja konkreettista koulutusta siitä minkälaiset potilaat (muutkin kuin esim. aivoverenvuoto potilaat / pään traumat) ja millaisilla kriteereillä potilaat voivat tai eivät voi olla elinluovuttajia (ikä, poisulkevat perussairaudet jne.).

Elinluovutus-asiaa toivottiin sisällytettävän jo olemassa oleviin toimintamalleihin, kuten traumatiimin harjoituksiin tai kriittisesti sairaan potilaan vastaanotto-protokollaan. Aineiston perusteella olisi tärkeää sisällyttää mahdolliset elinluovuttajat omana potilasryhmänä hätätilapotilaiden vastaanottoa koskeviin koulutuksiin.

Kriittisesti sairaan potilaan vastaanottoon ollaan kehittämässä protokollaa ja elinluovutus mahdollisuus olisi hyvä olla mukana tuossa protokollassa.

Koulutuksen lisäksi asiasta kaivattiin ajantasaisia, yksinkertaisia ja etenkin mahdollisen elinluovuttajan tunnistamiseen keskittyviä ohjeita. Ohjeita haluttiin helposti saatavilla oleviksi ja keskittyvän siihen, milloin ja minkälaisen potilastapausten yhteydessä mahdollisuutta elinluovutukseen tulisi pohtia.

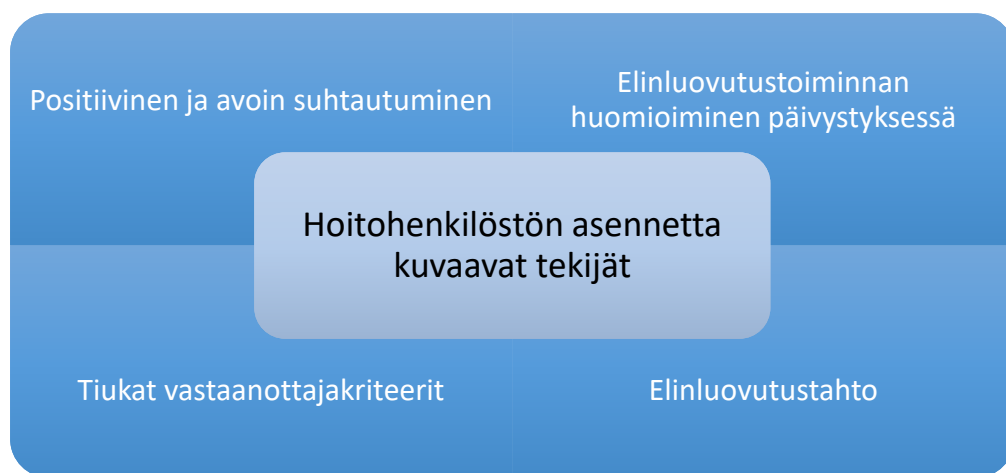
Vastuuta elinluovuttajan tunnistamisesta haluttiin siirtää ensihoidolle. Aineiston perusteella jo ensihoidossa voitaisiin pohtia elinluovutuksen mahdollisuutta ja antaa tästä ennakkotietoja päivystyspoliklinikalle. Tämän lisäksi päivystyksessä tulisi kiinnittää huomiota ennakkotietoihin ja miettiä jo ennen potilaan saapumista, olisiko kyseessä mahdollinen elinluovuttaja.

Viimeisimmällä kerralla pohdittiin elinluovutuksen mahdollisuutta jo ennakkotietojen perusteella, kun odotettiin potilasta sokkihuoneeseen.

Aineistossa mainittiin myös ympäristön vaikutus elinluovuttajan tunnistamiseen. Mahdollinen elinluovuttaja koettiin helpommaksi tunnistaa, jos tilanne kokonaisuudessaan oli rauhallinen. Kiireettömyys sekä toimintahuoneen yleinen rauhallisuus olivat toivottavia asioita kriittisesti sairaan potilaan hoidossa, ja vastaajat kokivatkin, että tällöin mahdollisuus elinluovutukseen huomioitaisiin paremmin.

6.5 Hoitohenkilöstön asenteet elinluovutustoimintaa kohtaan

Kartoitimme tutkimukseen osallistuneen päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstön asenteita elinluovutustoimintaa kohtaan. Cohen ja muut (2008, 211) sekä Flodén ja Forsberg (2009, 311–313) ovat todenneet, että hoitohenkilöstön asenteilla on vaikutusta mahdollisen elinluovuttajan tunnistamisessa ja hoidossa. Vastauksista nousi esille neljä pääteemaa (ks. kuvio 7), jotka olivat positiivinen ja avoin suhtautuminen, elinluovutustoiminnan huomioiminen päivystyksessä, elinluovutustahto sekä tiukat vastaanottajakriteerit.



Kuvio 7. Hoitohenkilöstön asennetta kuvaavia tekijöitä

Tutkimukseen osallistuneen päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstöllä on aineiston perusteella positiivinen suhtautuminen elinluovutustoimintaa kohtaan. Hoitohenkilöstö kokee elinluovutustoiminnan tärkeäksi ja kiinnostavaksi asiaksi. Sen koetaan olevan hieno tapa auttaa vakavasti sairaita potilaita. Vaikka mahdollisen elinluovuttajan hoito ja omaisten kohtaaminen koetaan raskaaksi, osallistutaan näiden potilaiden hoitoon kuitenkin mielellään.

Mielestäni suhtaudun asiaan avoimesti ja hyväksyvästi.

Mielelläni olen mukana elinluovutuskandin hoidossa.

Hoitohenkilöstölle tärkeää oli pitää elinluovutuksen mahdollisuus mielessä kriittisesti sairaita potilaita hoidettaessa. Vieläkin tärkeämpänä pidettiin uskallusta tuoda asia esille, jotta se ei unohtuisi. Tätä avoimuutta haluttiin pitää yllä. Aihetta haluttiin tuoda esille enemmän ja pitää yllä jatkuvaa keskustelua aiheesta päivystyspoliklinikalla. Halu siihen, että kaikki mahdolliset elinluovuttajat tunnistetaan, oli suuri.

Aihe on tärkeä ja tulisi olla aiheena enemmän läsnä päivystyshoityössä.

Totta kai, kaikki mahdolliset kandidaatit tulee tunnistaa. Vastaanottajakriteerit tulee kuitenkin pitää kireinä mm. maksapotilaiden kohdalla.

Suhtautumista elinluovutukseen kuvailtiin positiivisen ja myönteisen lisäksi avoimeksi, hyväksyväksi sekä kannustavaksi. Yhtään negatiivista ajatusta elinluovutuksesta ei aineiston perusteella noussut. Positiivisesta asenteesta elinluovutusta kohtaan kertoo se, että usea vastaaja kertoi täyttäneensä itse elinluovutustestamentin. Elinten vastaanottajien kriteereitä haluttiin pitää kuitenkin tiukkoina, esimerkiksi maksansiirtopotilaiden kohdalla.

7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat mahdollisen elinluovuttajan tunnistamiseen päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan kokemusten perusteella, ja miten mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista päivystyspoliklinikalla voidaan parantaa. Tutkimuksen aineisto koostui 15 vastaajan laatimasta vastauksesta kuuteen avoimeen kysymykseen. Vastaajien joukossa oli sekä sairaanhoitajia että lääkäreitä, jotka työskentelivät päivystyspoliklinikalla ja olivat jossain uransa vaiheessa osallistuneet mahdollisen elinluovuttajan hoitoon. Valtaosa vastaajista oli sairaanhoitajia.

Suurimmalla osalla vastaajista (n=10) oli työkokemusta päivystyspoliklinikalla työskentelystä vähintään 6 vuotta, kun taas viidellä vastaajalla kokemusta päivystyspoliklinikalla työskentelystä oli kertynyt korkeintaan viisi vuotta. Näin ollen voidaan todeta, että aineistossa näkyi niin pitkän työkokemuksen omaavien sairaanhoitajien ja lääkäreiden, kuin kokemattomampienkin hoitohenkilöstön jäsenten kokemuksia aiheesta.

Päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstön kokemukset mahdollisen elinluovuttajan tunnistamisesta

Päivystyspoliklinikoilla kuolee paljon potilaita, joiden kohdalla ei ole mietitty elinluovutuksen mahdollisuutta. Tutkimusten mukaan syitä siihen, miksi mahdollisia elinluovuttajia jää tunnistamatta, on useita, mutta yleisimpänä syynä pidettiin sitä, että hoitava lääkäri unohtaa koko asian. Väärät olettamukset siitä, että potilas olisi liian vanha, tai jollain muulla tapaa soveltumaton elinluovuttajaksi, olivat myös usein esteenä mahdollisen elinluovuttajan tunnistamiselle. Erään tutkimuksen mukaan 19 lääketieteellisesti epäsovivana pidetystä mahdollisesta elinluovuttajasta kuitenkin vain kolmella oli todellisuudessa lääketieteellinen syy, mikä olisi estänyt elinluovutuksen. (McCallum, Ellis, Dhanani & Stiell 2019, 635.)

Tutkimukseen osallistuneen päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstö koki samankaltaisten syiden olevan usein esteenä mahdollisen elinluovuttajan tunnistamiselle. Tutkimuksesta nousseiden tulosten mukaan potilaan korkea ikä tai perussairaudet vaikuttivat siihen, että elinluovutuksen mahdollisuus jää usein huomiotta. Tämän lisäksi lääkärit saattoivat unohtaa asian herkästi. Näissä tilanteissa kuitenkin koettiin tärkeäksi, että kuka tahansa muu hoitotiimin jäsen, jolle asia tulee mieleen, sanoo sen äänen ja tuo näin asian esille muille hoitotiimin jäsenille. Tasavertaisen kommunikation tukeminen olisi siis tärkeää päivystyspoliklinikalla, ja sen tulisi olla päivystyspoliklinikalla normaali toimintatapa. Isoherrasen (2012, 126–127) mukaan sosiaali- ja terveysalalla on ollut perinteisesti tietynlaista hierarkiaa havaittavissa eri ammattiryhmien välillä. Ammatillaisen hallussa oleva tieto ei välttämättä tule esille tai sitä ei kuunnella, jos henkilön hierarkista statusta ei työyhteisössä koeta riittävän korkeaksi. Kokemus ja osaaminen tuo varmuutta esittää mielipiteitä, ja toisaalta taas kokenutta

ja osaavaa ammattilaista kuunnellaan. Tasavertaista kommunikaatiota kokeneiden ja kokemattomien asiantuntijoiden välillä voi oppia koulutusten ja perehdytysten avulla (Collin, Valleala, Herranen, Paloniemi, Pyhälä-Liljeström 2013, 36–41).

Päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstön mielestä huomioimisen arvoista on teholääkärin tärkeys niin potilaiden tunnistamisessa kuin jatkohoidossakin. Tuloksista nousi esille teholääkärin tärkeä rooli niin elinluovuttajan tunnistamisessa kuin jatkohoidon suunnittelussakin. On todettu, että teho-osaston henkilökunnalla on yleisesti paljon osaamista mahdollisen elinluovuttajan tunnistamisesta ja hoidosta. Läheinen yhteistyö teho-osaston ja osaston välillä, jossa mahdollinen elinluovuttaja on potilaana, auttaa tunnistamisessa sekä tällöin suuremmalla todennäköisyydellä potilas siirtyy tehohoitoon ennen potilaan tilan romahtamista tai hoidonrajausten tekoa. Hoidon rajausten sijaan mahdollisuus elinluovutukseen, ja tämän vuoksi teho-osastolle siirto, ovat osa hyvää potilaan loppuvaiheen hoitoa. (Witjes, Kotsopoulos, Herold, Otterspoor, Simons, van Vliet, de Blauw, Festen, Eijkenboom, Jansen, van der Hoeven & Abdo 2017, 1922–1926.) Yhteistyötä teho-osaston ja päivystyspoliklinikan välillä tulee siis ylläpitää ja lisätä.

Tuloksista selvisi, ettei hoidonrajauksia tulisi koskaan tehdä ennen kuin elinluovutuksen mahdollisuutta on pohdittu. Tästä ovat useat suomalaiset ja kansainväliset asiantuntijat samaa mieltä, mm. Isoniemi (2011, 1347), Ala-Kokko ja Sälkiö (2015, 816–817), Greene (2012, 19A - 20A) sekä Koivusalo (2020b, 146), ovat artikkeleissaan korostaneet sitä, että hoidonrajauksista tulee pidättäytyä niin kauan, että mahdollisuus elinluovutukseen on varmistettu.

Kuten tutkimuksen kohteena olleen päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstö, myös Martin-Loeches, Sandiumenge, Charpentier, Kellum, Gaffney, Procaccio ja Westphal (2019, 322) ovat todenneet kohdennetun koulutuksen puutteen sekä mahdollisen samanaikaisen kiireellisen hoidon antamisen muille kriittisesti sairaille potilaille, olleen tärkeimpiä syitä siihen, miksei kaikkia mahdollisia elinluovuttajia tunnisteta.

Päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstö nosti esille kiireen lisäksi kokemuksen ja osaamisen puutteet sekä kommunikaation ongelmat hoitaessaan kriittisesti sairasta potilasta. Näillä asioilla koettiin olevan heikentävä vaikutus mahdollisten elinluovuttajien tunnistamisessa. Hoitohenkilöstön kiire ja työntekijöiden osaaminen on huomioitu myös muissa tutkimuksissa. On todettu, että hoitotyöntekijällä tulee olla osaamista toimia näyttöön perustuvien hoitotyön suositusten mukaisesti potilaan hoidossa sekä tunnistaa yhtenäisten käytäntöjen kehittämistarpeita. Näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen ei kuitenkaan toistaiseksi aina toteudu. Syitä tähän ovat esimerkiksi kiire, työntekijän oma epävarmuus osaamisestaan sekä organisaatiokulttuuriin liittyvät tekijät. (Korhonen, Holopainen, Kejonen, Meretoja, Eriksson & Korhonen 2015, 44–45.) Tutkimuksemme osallistuneen päivystyspoliklinikan organisaatiokulttuurillisena ongelmana voidaan pitää puutteita tasavertaisessa kommunikaatiossa. Tasavertaista kommunikaatiota ja elinluovuttajan tunnistamiseen liittyvää osaamista on mahdollista kehittää kouluttamalla hoitohenkilöstöä. Työntekijällä on kuitenkin itsellään vastuu hankkia koulutusta ja selvittää asioita, ja näin ylläpitää omaa ammatitaitoaan. Esimiesten ja organisaation puolestaan tulee mahdollistaa henkilökunnan kouluttautumisen antamalla siihen työaika. Voi olla työyksiköstä riippuvaista, kuinka usein ja mihin koulutuksiin hoitohenkilöstön on mahdollista päästä. Suotavaa olisi, että koulutuksiin pääsisi aina eri henkilöt, jotta tietoa saisi jaettua mahdollisimman laajalle joukolle.

Tutkimuksemme tulosten mukaan kriittisesti sairaiden potilaiden hoitaminen jää usein kokemattoman hoitohenkilöstön harteille, vaikka kokenutta hoitohenkilöstöä pidettiin tärkeänä sekä mahdollisen elinluovuttajan tunnistamisessa että hoidossa. Kokeneiden hoitajien hakeutuminen muihin ammatteihin vaikuttaa kykyyn hoitaa potilaita sekä hoidon laatuun. Hoitajapula ja hoitajien hakeutuminen muihin töihin ovat suuria ongelmia koko terveydenhoitoalalla. (Flinkman, Leino-Kilpi & Salanterä 2010, 1422.) Pula hoitajista on maailmanlaajuinen ongelma, johon vaikuttaa muun muassa huonot työolosuhteet, heikot etenemismahdollisuudet alalla, huono palkkaus, hoitajien uupuminen sekä työn asettamat vaatimukset (Flinkman, Laine, Leino-Kilpi, Hasselhorn & Salanterä 2008, 727).

Päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstön kokemukset mahdollisen elinluovuttajan hoitamisesta

Mahdollisen elinluovuttajan hoito kuuluu teho-osastolle (Koivusalo 2020b, 149), ja tästä päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstö on samaa mieltä. Omaisten kanssa käytävien keskusteluiden aloittaminen mahdollisesta elinluovutuksesta sekä potilaan oman tahdon selvittäminen koettiin olevan kuitenkin päivystyspoliklinikan tehtäviä. Koivusalo (2020b, 149) on todennut, että omaisille tulee antaa tietoa realistisesti ja empaattisesti koko ajan potilaan tilasta ja sen muutoksista. Aina tilanne ei etene aivokuolemaan saakka, ja myös tämä tulee muistaa kertoa omaisille.

Herkästi ajatellaan, että potilaan omaisen suru on niin suuri akuutissa tilanteessa, ettei elinluovutuksesta uskalleta lähteä keskustelemaan, vaan annetaan omaiselle aikaa yrittää käsitellä tilannetta. Keskustelut olisi kuitenkin hyvä aloittaa nopeasti, sillä usein aikaa ei elinluovuttajien kohdalla ole paljoa. On tärkeää kertoa omaisille, että heidän läheisensä pelastamiseksi on käytetty kaikki mahdolliset keinot. Näin omaisille ei jää epäilyksiä kuolemaan johtaneista syistä ja olosuhteista, ja heillä on lyhyt hetki valmistautua huonoihin uutisiin. (Naik 2013, 179.) Vaikeasta asiasta ja huonosta diagnoosista kertomista on perinteisesti pidetty lääkärin tehtävänä. Hoitajat kuitenkin ovat usein paikalla vielä huonojen uutisten kuulemisen jälkeenkin, ja heillä onkin tärkeä rooli omaisten tukemisessa ja näiden kysymyksiin vastaamisessa sekä oikean tiedon välittämisessä potilaan tilaa koskien. Tästä syystä on tärkeää, että niin hoitajilla kuin lääkäreilläkin, on hyvät kommunikaatiotaidot. (Malloy, Virani, Kelly & Munévar 2010, 166–168.) Tutkimuksissa on havaittu, että elinluovutus on tuonut lohtua ja antanut merkityksen kuolemalle myöhemmin, kun omaiset selviävät pahimmasta surustaan. Sama on todettu tutkittaessa lapsielinluovuttajien vanhempien kokemuksista. (Koivusalo 2020, 147–148.) Tämä tieto tukee päivystyspoliklinikan henkilöstön omaa kokemusta omaiskeskusteluiden aloittamisen tärkeydestä jo päivystyspoliklinikalla.

Erään tutkimuksen mukaan päivystyspoliklinikalla työskentelevät terveydenhuollon ammattilaiset pitivät toimintaympäristöään soveltumattomana elinluovutuksesta pu-

heeksi ottamiselle omaisten kanssa. He kokivat, ettei tehtävä kuuluisi heidän rooliinsa. Erään toisen tutkimuksen mukaan terveydenhuollon henkilöt, joilla oli useiden vuosien työkokemus päivystyspoliklinikoilta tai muilta akuuteilta osastoilta (teho-osasto, sydänvalvonta), olivat taipuvaisempia keskustelemaan omaisten kanssa mahdollisesta elinluovutuksesta. Nämä kokeneet terveydenhuollon ammattilaiset näyttivät kuitenkin olevan vähemmistönä. (Jawoniyi, Gormley, McGleenan & Noble 2017, 733.) Nämä tutkimukset tukevat sitä seikkaa, että kokeneet terveydenhuollon ammattilaiset ovat tärkeässä roolissa päivystyspoliklinikalla mahdollista elinluovuttajaa hoidettaessa.

Mahdollisen elinluovuttajan tunnistamisen parantaminen

Päivystyspoliklinikan rooli mahdollisten elinluovuttajien tunnistamisessa ja onnistuneissa elinluovutuksissa on kiistaton. Tutkimusten mukaan onnistuneissa elinluovutuksissa omaiskeskustelut on usein aloitettu jo päivystyspoliklinikalla. Tutkimukset ovat osoittaneet, että päivystyspoliklinikalla tunnistetut mahdolliset elinluovuttajat etenevät todennäköisemmin onnistuneesti elinluovutukseen asti, kuin muualla sairaalassa tunnistetut mahdolliset elinluovuttajat. Päivystyspoliklinikalla tunnistetuilta mahdollisilta elinluovuttajilta saadaan myös irrotettua useampia elimiä kuin muualla sairaalassa tunnistetuilta mahdollisilta elinluovuttajilta. (McCallum, Ellis, Dhanani & Stiell 2019, 627.) Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että tutkimukseen osallistuneen sairaalan päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstö pääsääntöisesti ymmärtää edellä mainitun tärkeän roolin elinluovuttajien tunnistamisessa. Tämän tutkimuksen myötä nousi kuitenkin esiin useita kehitettäviä asioita, joihin puuttamalla päivystyspoliklinikalla päästään lähemmäksi tilannetta, jossa kaikki mahdolliset elinluovuttajat tunnistetaan.

Tutkimuksen tulosten perusteella päivystyspoliklinikalla ensisijainen keino mahdollisten elinluovuttajien tunnistamisen parantamiseksi on koulutus sen eri muodoissa. Koulutuksen aikana ja sen lisäksi tulee lisätä eri ammattiryhmien välistä kommunikointia niin osastolla kuin koko organisaatiossa, jotta saadaan varmistettua mahdollisen elinluovuttajan hyvä hoitopolku tunnistamisesta elinluovuttajan hoitoon ja elinten irrotukseen saakka. Elinluovuttajan tunnistamista on pystytty parantamaan eri

yksiköiden ja toimialojen välisellä yhteistyöllä aina ensihoidosta eri toimijoihin sairaalan sisällä. Tämän lisäksi tärkeää on ollut terveydenhoitotyöntekijöiden jatkuva koulutus sekä sitoutuminen työhön. (Lång, Nurmi, Koivusalo 2017, 2395.)

Ammatillisia ja tehtäväkohtaisia roolirajojen ylityksiä tulee tehdä, jotta moniammatillinen sujuva työskentely terveydenhuollossa on mahdollista. Nämä asiantuntijusrajojen ylitykset ovat kuitenkin herkkää aluetta ja ne koetaan monella eri tavalla. Roolirajojen ylityksessä korostuu asiantuntijan osaaminen ja usein myös kokemus, mutta lisäksi niissä tulee kunnioittaa toisen ammatillista osaamista. Ristiriitatilanteita syntyy helposti, jos roolirajojenylityksiä ei tehdä yhteisestä sopimuksesta. Roolirajojen ylityksellä tulisi olla aina jokin tarkoitus ja terveydenhuollossa sen tulisi edistää potilaan etua. (Isoherranen 2012, 110–112.) Päivystyspoliklinikalla kriittisesti neurologisesti sairasta potilasta hoidettaessa tulisi kaikilla olla yhdenvertainen velvollisuus ja oikeus ottaa puheeksi elinluovutuksen mahdollisuus. Se olisi hyvää moniammatillista yhteistyötä, eli roolirajojen oikeanlaista ylittämistä.

Moniammatilliset vaativien potilasryhmien hoitoa koskevat harjoitukset (esim. traumatiimin harjoitukset tai elvytysharjoitukset) lisäävät moniammatillista yhteistyötä, mutta näiden tilanteiden tuoma moniammatillinen osaaminen ei välttämättä siirry harjoitustilanteiden ulkopuolelle. Moniammatillista koulutusta ja perehdytystä tulee liittää erilaisiin tilanteisiin ja harjoituksiin, jotta moniammatillinen osaaminen laajenee eri osa-alueille, kuten mahdollisen elinluovuttajan tunnistamiseen ja hoitoon. (Collin ym. 2013, 36–41.)

Koulutuksen ja perehdytyksen lisäksi tarvitaan ohjeita, koska kaikkien asioiden ei tarvitse olla ulkomuistissa. Erilaisten check-listojen on koettu parantavan terveydenhoidon tehokkuutta ja turvallisuutta. Muistilistojen lisäksi maailmalla on kehitetty ja otettu käyttöön erilaisia kliinisiä protokollia elinluovutusten lisäämiseksi. (Martin-Loeches ym. 2019, 323, 329.) Tutkimuksemme mukaan päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstö kaipaa selkeitä ohjeita juuri tunnistamista varten, ja muistilistat voisivatkin olla hyvä keino helpottaa mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista. Olisi tärkeää, että mahdollisuus elinluovutukseen sisällytettäisiin eri potilasryhmiä koskeviin

hoitoprotokolliin sekä esimerkiksi kriittisesti sairaan potilaan vastaanottamista ja hoitoa koskeviin simulaatiotilanteisiin. Simulaatiotilanteissa toimiminen toisi varmuutta niin hoitajille kuin lääkäreillekin toimia jatkossa todellisissa potilastilanteissa. Yhtenäisten käytäntöjen kehittäminen on tärkeää eettisesti, mutta myös kustannustehokkuuden kannalta. Potilaan hyvä hoito ei saa epäonnistua siksi, etteivät hoitoon osallistuvat ammattilaiset tiedon puutteen vuoksi tue toiminnallaan parasta mahdollista lopputulosta. (Korhonen ym. 2015, 48–49.)

Hoitohenkilöstön asenteet elinluovutustoimintaa kohtaan

Terveydenhuollon henkilöstön asenteisiin elinluovutus- ja elinsiirtotoimintaa kohtaan vaikuttavat monet tekijät. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi terveydenhuollon henkilöstön tiedot ja ymmärrys elinluovutuksista, heidän ammatillinen asemansa (lääkärit, hoitajat), työkokemuksen pituus ja kliininen toimintaympäristö (päivystyspoliklinikka, teho-osasto). (Jawoniyi, Gormley, McGleenan & Noble 2017, 733.) Aivokuoleman tunnustamisella kuoleman päteväenä määritelmänä on yhteys optimaalisiin elinluovutusmääriin. Terveydenhuollon ammattilaisten on tärkeää ymmärtää ja hyväksyä aivokuolema, jotta he välittävät oikeaa tietoa esimerkiksi omaisille. (Marck, Weiland, Neate, Hickey & Jelinek 2012, 254.) Usein hoitomenetelmien valinnat ja päätökset perustellaan kokemuksilla tai kollegoiden tai lääkäreiden mielipiteillä. Päätöksenteon taustalla voi olla myös työyksikköön vakiintuneet rutiinit, työntekijän henkilökohtaiset arvot ja kokemukset tai vanhentunut tieto. Näistä syistä toimintatavat ja hoidon laatu voivat vaihdella paljonkin eri työntekijöiden ja työyksiköiden välillä. (Korhonen ym. 2015, 45–46.)

Tähän tutkimukseen vastanneet henkilöt kuvailivat asennettaan elinluovutustoimintaa kohtaan positiiviseksi ja avoimeksi, ja toivoivat että elinluovutustoimintaa huomioidaisiin enemmän päivystyspoliklinikalla. Osa ilmaisi täyttäneensä elinluovutuskortin. On hienoa huomata, että suhtautuminen elinluovutustoimintaan vaikuttaa olevan hyvin positiivista ja sallivaa. Tutkimukseen vastasi suhteellisen pieni joukko päivystyspoliklinikalla työskenteleviä sairaanhoitajia ja lääkäreitä, mikä sai pohtimaan, että vastasiko tähän kyselyyn ainoastaan henkilöt, jotka kokivat oman asenteensa

elinluovutustoimintaa kohtaan positiiviseksi. Voi siis pohtia jättivätkö kyselyyn vastaamatta ne henkilöt, jotka eivät koe elinluovutustoimintaa yhtä positiivisessa valossa ja tärkeäksi, ja vaikuttaako heidän suhtautumisensa sairaanhoitopiiriin vuosittaiseen elinluovuttajien määrään. Cohenin ja muiden (2008, 211–215) mukaan on epäselvää, kuinka hoitohenkilöstön asenteisiin voidaan vaikuttaa. Kentish-Barnes ja muut (2017, 1489–1497) puolestaan ovat todenneet, että keskustelemalla elinluovutuksista avoimesti ja usein, voidaan vaikuttaa positiivisesti hoitohenkilöstön asenteisiin.

Tutkimusten mukaan terveydenhuollon henkilökunnan roolia elinluovutusprosessissa ei voi liikaa korostaa. Jotkut terveydenhuollon henkilöt suhtautuvat välinpitämättömästi tai negatiivisesti elinluovutuksiin, ja tällaisten asenteiden katsotaan rajoittavan tietämystä elinluovutus- ja elinsiirtoprosessista. Mielenkiintoista on, että vaikka terveydenhuollon henkilökunta omaisi positiivisen asenteen ja suhtautuisi elinluovutuksiin myönteisesti, kirjallisuuden mukaan useat terveydenhuollon henkilöt eivät kuitenkaan haluaisi omia elimiään luovutettavan siirrettäviksi. Ne terveydenhuollon henkilöt, joilla oli positiivinen asenne elinluovutus- ja elinsiirtoprosessia kohtaan, ja jotka olivat halukkaita luovuttamaan omat elimensä kuolemansa jälkeen (ja osoittivat sen esimerkiksi elinluovutuskortin täyttämällä), olivat kaikista taipuvaisempia tunnistamaan mahdollisen elinluovuttajan ja aloittamaan keskustelun elinluovutuksen mahdollisuudesta omaisten kanssa. (Jawoniyi, Gormley, McGleenan & Noble 2017, 733.)

Ihmisten käsityksiin elinluovutus- ja elinsiirtotoiminnasta vaikuttaa useat sosiodemografiset tekijät, kuten etnisyyden, kulttuuri, uskonto ja koulutus. Elinluovutuksiin liittyy useita eettisiä dilemmoja, jotka saattavat aiheuttaa vaikeita julkisia keskusteluja ja väittelyitä. Eettisiä dilemmoja voivat aiheuttaa esimerkiksi kysymykset siitä, ovatko kaikki ihmiset oikeutettuja saamaan elinsiirron tasavertaisesti, riippumatta sosioekonomisesta asemastaan, iästään, elintavoistaan tai sosiaalisista suhteistaan. Eettisen dilemman voi aiheuttaa esimerkiksi kysymys siitä, pitäisikö kroonisen alkoholistin tai tupakoitsijan saada elinsiirre tasavertaisesti henkilön kanssa, jolla elintavat ovat näiltä osin kunnossa. (Jawoniyi, Gormley, McGleenan & Noble 2017, 727.) Tässäkin

tutkimuksessa nousi esiin ajatus siitä, että vastaanottajakriteerit tulisi pitää tiukkoina esimerkiksi maksansiirteen saajien osalta.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus edellyttää, että tutkija kuvaa avoimesti, puolueettomasti sekä yksityiskohtaisesti tutkimusprosessin eri vaiheet. Raportista tulee selvittää perusteet, joilla tutkimuksen tiedonantajat valittiin. Lisäksi tutkimusaineiston keruu ja analysointi sekä se, miten tuloksiin ja johtopäätöksiin tultiin, tulee kuvata selkeästi. Tutkimuksen tulee olla johdonmukainen kokonaisuus, jonka luotettavuutta arvioidaan tutkimuksen joka vaiheessa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 160–165.)

Tutkimuksen tekeminen aloitetaan valitsemalla tutkimukselle aihe. Valittaessa ai-
hetta tulee pohtia muun muassa aiheen kiinnostavuutta tutkijalle, sopivuutta omalle
tieteenalalle, aiheen merkittävyyttä yhteiskunnallisesti, aiheen toteutettavuutta ajal-
lisesti ja taloudellisesti sekä sitä lisääkö aihe tietoa ja ymmärrystä tutkittavasta asi-
asta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 130–131.) Tarve tämän tutkimuksen tekemiseen nousi
esille tarkasteltaessa tutkimukseen osallistuneen keskussairaalan tunnistamatta jää-
neitä mahdollisia elinluovuttajia viimeisten vuosien ajalta. Tunnistamatta jääneiden
mahdollisten elinluovuttajien suuri määrä, sekä toisaalta jatkuva ja koko ajan lisään-
tyvä pula elimistä, joilla ihmishenkiä voidaan pelastaa, tekee aiheesta ajankohtaisen
ja tärkeän tutkia. Päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstö valikoitui tutkimuskohteeksi,
koska aivokuolemaan ja siten elinluovutukseen johtavia vammoja ja sairauksia koh-
dataan potilailla paljon juuri päivystyspoliklinikalla, ja suurin osa mahdollisista elin-
luovuttajista tulee päivystyspoliklinikan kautta teho-osastolle jatkohoitoon.

Tutkimukseen osallistujia tulee informoida tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimusme-
netelmistä ja tutkimustulosten suunnitelluista käyttötavoista. Tutkittavien tulee olla
tietoisia siitä, mitä tutkimukseen osallistuminen heiltä vaatii, tai mitä mahdollisia ris-
kejä tutkimukseen osallistumiseen voi liittyä. Annettujen tietojen luottamukselli-
suutta tulee kunnioittaa ja osallistujien anonymiteettiä varmistaa. Tutkimukseen osal-
listumisen on oltava täysin vapaaehtoista, ja tutkittaville koituvia haittoja tulee vält-
tää. (Silverman 2013, 162.) Tutkittaville tulee aina tiedottaa tutkijoiden yhteystiedot,

tutkimuksen tavoite, tutkimuksessa käytettävä aineistonkeruumenetelmä sekä aineiston käyttötarkoitus, käsittely ja säilyttäminen. Tutkittaville tulee kertoa lisäksi tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta, luottamuksellisuudesta, tietojen suojaamisesta ja tutkimukseen osallistumiseen arvioidusta ajasta. (Kuula 2011, 99–121.)

Opinnäytetyön tutkimuslupa saatiin sairaanhoitopiiriltä ennen kuin aineistoa alettiin kerätä. Aineiston kerääminen Webropol-kyselyllä takasi osallistujien anonymiteetin, eikä vastaajien henkilötiedot tulleet esille missään opinnäytetyöprosessin vaiheessa. Saatekirjeessä (liite 1) tutkittaville kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoiteista sekä tutkimusmenetelmästä, anonymiteetistä ja tutkimukseen vastaamisen vapaaehtoisuudesta. Tutkittavia informoitiin myös vastaamiseen kuluvasta ajasta. Tutkimusaineisto säilytettiin huolellisesti opinnäytetyön tekijöiden henkilökohtaisilla, salasanasuojatuilla tietokoneilla, ja hävitetään heti opinnäytetyön valmistuttua.

Tutkimusmenetelmänä laadullinen tutkimus soveltui tämän tutkimuksen tekemiseen hyvin. Myös Webropol-kysely soveltui hyvin tämän aiheen tutkimiseen, ja sen avulla saatiin vastaukset kaikkiin tutkimuskysymyksiin. Avoimia kysymyksiä käyttämällä saatiin hoitohenkilöstö kuvailemaan aihetta ja kokemuksiaan omin sanoin ja kiitettävän laajasti. Kysymykset soveltuivat tarkoitukseensa hyvin ja vastaajat saivat vapaasti kertoa kokemuksistaan. Kysymyksillä saatiin vastauksia tutkimusongelmaan kuitenkin johdattelematta vastaajia liikaa. Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013, 205) sekä Vehkalahden (2014, 48) mukaan tutkimuskysymysten esitestaaminen on keskeistä tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi. Testaajien on hyvä kuulua tutkimuksen kohderyhmään (Vehkalahti 2013, 48). Näin ollen Webropol-kyselyn kysymykset testattiin etukäteen kolmella sairaanhoitajalla, jotka olivat aiemmin osallistuneet mahdollisen elinluovuttajan hoitoon. Esitestaamisen perusteella kysymysten todettiin olevan tutkimukseen soveltuvia, ja niiden avulla saataisiin vastaukset tutkimuskysymyksiin.

Olisi ollut mielenkiintoista verrata sairaanhoitajien ja lääkäreiden kokemuksia mahdollisen elinluovuttajan tunnistamisesta ja hoidosta, sekä ajatuksia tunnistamisen parantamisesta, mutta suhteellisen pienen ja epätasaisesti jakautuneen vastaajajoukon

vuoksi ei koettu, että vertailu olisi ollut järkevää ja edustanut koko päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstöä. Kysymyksiä ei ollut määrällisesti montaa, mutta voi olla, että avoimiin kysymyksiin vastaaminen on koettu hankalaksi ja aikaa vieväksi kiireisen työn lomassa, ja siitä syystä vastauksia ei lopulta tullut enempää. On mahdollista, että päivystyspoliklinikan henkilöstön vaihtuvuuden ja elinluovuttajien vuotuisen suhteellisen pienen määrän vuoksi, vastauksia ei yksinkertaisesti olisi voinut saada enempää henkilöiltä, joilla on kokemusta joko elinluovuttajan tunnistamisesta tai hoidosta.

Opinnäytetyön tekijät analysoivat aineiston ensin erikseen ja tämän jälkeen analyysija vertailtiin yhdessä ja varmistettiin, että tulokset olivat yhtenäisiä. Tutkijoiden tulisi yhdessä keskustella luokittelua koskevista erilaisista mielipiteistä. On suositeltavaa, että analyysin suorittaa useampi kuin yksi henkilö tietojen kattavuuden lisäämiseksi sekä järkevän ja ehjän tulkinnan varmistamiseksi. (Elo ym. 2014, 5.) Tässä tutkimuksessa luotettavuutta on lisätty sillä, että tutkimuksen jokaisesta vaiheesta on käyty tarkkaa keskustelua kahden tutkijan välillä tutkimuksen luotettavuudesta ja sen edistämisestä. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää raportoida, kuinka tuloksiin päädyttiin. Lukijan on myös tärkeää pystyä seuraamaan analyysia ja siten ymmärtää, miten johtopäätöksiin on päädytty. (Elo ym. 2014, 1.)

Tutkijan tulee noudattaa eettisiä ohjeita tutkimusta tehdessään (Silverman 2013, 162). Tutkijan tulee olla rehellinen, huolellinen ja tarkka niin tutkimuksen teossa kuin tulosten tallentamisessa ja niistä raportoitaessa. Tutkija noudattaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, sekä huolehtii tutkimusaineiston asianmukaisesta ja vaatimukset täyttävästä käsittelystä ja säilyttämisestä jo ennen tutkimuksen aloittamista. Tutkijan tulee huolehtia siitä, että tarvittavat tutkimusluvut on hankittu. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 6.) Tutkimuksen tekijät noudattivat työn jokaisessa vaiheessa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimus toteutettiin, aineisto käsiteltiin ja analysoitiin sekä tulokset raportoitiin noudattamalla hyvää tieteellistä käytäntöä sekä eettisiä ohjeita ja menetelmiä.

Kansalliset ja kansainväliset tutkimukset ja julkaisut osoittavat, että tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tulokset ovat yhdenmukaisia muiden kanssa. Hyvin samankaltaisia tuloksia tutkimuksista on saatu niin Suomessa kuin maailmalla, ja asiantuntijoiden artikkelit tukevat tutkimuksen tuloksia. Eskolan ja Suorannan (2014, 211–213) mukaan tutkimustulosten luotettavuutta lisää muiden tutkimusten samankaltaiset tulokset.

Tutkijan tulee olla puolueeton ja riippumaton, ja mahdolliset eturistiriidat on selkeästi ilmoitettava (Silverman 2013, 162). Laadullista tutkimusta tehtäessä on kuitenkin yleisesti myönnetty, että tutkijan ikä, sukupuoli, virka-asema, uskonto tai jokin muu vastaava seikka saattavat vaikuttaa siihen, miten tutkija kuulee ja havainnoi tiedon antajia. Tutkija on tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija ja näin ollen väistämättä vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 159.) Opinnäytetyön tekijät ovat tiedostaneet omat tiedot, asenteet sekä ennakkokäsitykset tutkimuksen aiheesta, ja ovat pyrkineet säilyttämään objektiivisuuden työhön, jolloin heidän omat kokemuksensa eivät näkyisi tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkimuksen eri vaiheiden luotettavuutta arvioitiin koko opinnäytetyöprosessin ajan.

7.3 Johtopäätökset

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat mahdollisen elinluovuttajan tunnistamiseen päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan kokemusten perusteella, ja miten mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista päivystyspoliklinikalla voidaan parantaa. Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan sanoa, että päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstön mielestä mahdollinen elinluovuttaja on pääasiassa haastavaa tunnistaa, mutta tehtävää pidetään erittäin tärkeänä. Halu kaikkien elinluovuttajien tunnistamiseen on suuri, eikä tutkimuksessa noussut esiin negatiivisia ajatuksia elinluovutusta kohtaan.

Mahdollinen elinluovuttaja tunnistetaan parhaiten, jos hoitohenkilöstöllä on asiasta entuudestaan kokemusta ja tilanne päivystyspoliklinikalla on rauhallinen. Näiden seikkojen lisäksi hyvät ja kattavat ennakkotiedot potilaasta ovat tärkeitä, jotta elin-

luovutuksen mahdollisuus osataan ottaa huomioon jo heti potilaan saapuessa. Teholääkärin läsnäolo potilaan vastaanottotilanteessa helpottaa mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista, koska teholääkäreillä koetaan olevan hyvä osaaminen elinluovuttajan tunnistamisesta ja hoidosta.

Mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista heikentävinä tekijöinä voidaan pitää potilaan korkeaa ikää sekä useita perussairauksia, tai vaihtoehtoisesti sitä, jos kyseessä on nuori potilas. Näiden potilasryhmien osalta ei aina osattu ottaa huomioon elinluovutuksen mahdollisuutta. Kiire päivystyspoliklinikalla ja tilanteiden ennakoimattomuus tuovat omat haasteensa tunnistamiselle.

Kokeneen hoitohenkilöstön merkitys korostuu mahdollisen elinluovuttajan tunnistamisen lisäksi elinluovuttajan hoitamisessa. Kokemukset mahdollisen elinluovuttajan hoidosta olivat pääasiassa positiivisia, ja hoito vaikuttaa sujuvan parhaiten, kun hoidosta vastaa kokenut ja asiaan koulutettu hoitohenkilöstö. Mahdollisen elinluovuttajan hoidon ajateltiin kuitenkin pääasiassa kuuluvan teho-osastolle, kun päivystyspoliklinikalla haluttiin keskittyä enemmän kyseisten potilaiden tunnistamiseen.

Keinoja mahdollisen elinluovuttajan tunnistamisen parantamiseksi löytyi useita. Osaava ja kokenut hoitohenkilöstö koettiin tärkeäksi mahdollisen elinluovuttajan tunnistamisessa ja hoidossa. Hoitohenkilöstön välistä hyvää, avointa ja tasavertaista kommunikaatiota korostettiin. Koulutus, ohjeet ja mahdollisen elinluovuttajan tunnistamisen sisällyttäminen jo olemassa oleviin toimintamalleihin, kuten hätätilapotilaan vastaanottomalliin, ovat tärkeitä keinoja kehitettäessä mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista. Koulutuksissa tulisi keskittyä hyvään ja tasapuoliseen kommunikaatioon hoitajien ja lääkäreiden välillä, jotta elinluovutuksen mahdollisuutta ei jätettäisi sanomatta ääneen.

Hyvä ja läheinen yhteistyö sekä kommunikaatio päivystyspoliklinikan sekä elinsiirto-
toimiston, teho-osaston ja ensihoidon välillä lisäisi osaamista päivystyspoliklinikalla
sekä helpottaisi mahdollisten elinluovuttajien tunnistamista muusta potilasmassasta.
Näiden keinojen lisäksi olisi tärkeää ottaa mahdollinen elinluovuttaja huomioon jo
ensihoidossa ja lisätä asiasta koulutusta ensihoidossa työskenteleville.

7.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksen myötä nousi esille selkeitä kehittämiskohteita, joihin puuttumalla mahdollisten elinluovuttajien tunnistamista päivystyspoliklinikalla voidaan parantaa. Tutkimustuloksia pystytään hyödyntämään ensisijaisesti tutkimukseen osallistuneen keskussairaalan päivystyspoliklinikan toiminnan kehittämisessä, mutta niitä on mahdollista hyödyntää myös sairaalan muilla osastoilla, joissa mahdollisia elinluovuttajia hoidetaan. Tutkimuksen pohjalta voidaan laatia kohdennettua koulutusta juuri niihin osa-alueisiin, jotka tutkimuksessa nousivat suurimmiksi mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista estäviksi tekijöiksi. Kehittämällä mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista voidaan lisätä mahdollisten elinluovuttajien määrää, ja pyrkiä näin vaikuttamaan jatkuvasti kasvavaan elinsiirtoa odottavien ihmisten määrään.

Lähteet

Aaltio, I. & Puusa, A. 2011. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus. Julkaisussa Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Toim. A. Puusa ja P. Juuti. Helsinki: JTO, 153–166.

Aalto-Setälä, K. 2010. Lakimuutoksilla pyritään lisäämään sekä elin- että kudossiirtoja. Duodecim 126, 1869–70. Viitattu 31.1.2019. <https://janet.finna.fi>, Medic.

Aivokuolema. 2019. Suomisanakirja.fi. Viitattu 31.1.2019. <https://www.suomisanakirja.fi/aivokuolema>.

Akuuttilääketiede. 2017. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri: erikoisalot. Viitattu 14.1.2020. <https://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaalle/Erikoisalot/Akuuttilaaketiede>

Ala-Kokko, T., Leppänen, I., Luostarinen, T., Lång, M., Rantanen, K. & Rautiainen P. 2019c. Läheiskeskustelu. Julkaisussa Elinluovutus. Kuoleman toteaminen ja omaisten kohtaaminen. Asiantuntijatyöryhmän opas terveydenhuollon henkilöstölle. Toim. T. Ala-Kokko, S. Goebeler, R. Kauppila, A-M. Koivusalo, M. Lempinen, I. Leppänen, T. Luostarinen, M. Lång, A. Nordin, K. Rantanen, P. Rautiainen & M. Skrifvars. Helsinki: HUS, 13–16. Viitattu 24.11.2019. <https://www.hus.fi/ammattilaiselle/elinluovutustoiminta/Documents/OPAS%20Kuoleman%20toteaminen%20ja%20omaisten%20kohtaaminen.pdf>.

Ala-Kokko, T., Luostarinen, T. & Lång, M. 2019a. Potentiaalisen elinluovuttajan hoito. Julkaisussa Elinluovutus. Kuoleman toteaminen ja omaisten kohtaaminen. Asiantuntijatyöryhmän opas terveydenhuollon henkilöstölle. Toim. T. Ala-Kokko, S. Goebeler, R. Kauppila, A-M. Koivusalo, M. Lempinen, I. Leppänen, T. Luostarinen, M. Lång, A. Nordin, K. Rantanen, P. Rautiainen & M. Skrifvars. Helsinki: HUS, 9–10. Viitattu 16.10.2019. <https://www.hus.fi/ammattilaiselle/elinluovutustoiminta/Documents/OPAS%20Kuoleman%20toteaminen%20ja%20omaisten%20kohtaaminen.pdf>.

Ala-Kokko, T., Nordin, A. & Koivusalo, A. 2019b. Johdanto. Julkaisussa Elinluovutus. Kuoleman toteaminen ja omaisten kohtaaminen. Asiantuntijatyöryhmän opas terveydenhuollon henkilöstölle. Toim. T. Ala-Kokko, S. Goebeler, R. Kauppila, A-M. Koivusalo, M. Lempinen, I. Leppänen, T. Luostarinen, M. Lång, A. Nordin, K. Rantanen, P. Rautiainen & M. Skrifvars. Helsinki: HUS, 4. Viitattu 27.10.2019. <https://www.hus.fi/ammattilaiselle/elinluovutustoiminta/Documents/OPAS%20Kuoleman%20toteaminen%20ja%20omaisten%20kohtaaminen.pdf>.

Ala-Kokko, T. & Sälkiö, S. 2015. Elinluovutuksen turvaaminen on osa aivokuolleiden potilaan hoitoa. Suomen Lääkärilehti, 70, 12, 816– 17. Viitattu 18.10.2020. <https://janet.finna.fi>, Medic.

Cohen, J., Ami, S. B., Ashkenazi, T. & Singer, P. 2008. Attitude of health care professionals to brain death: influence on the organ donation process. Clinical Transplantation, 22, 211–215.

Collin, K., Valleala, U. M., Herranen, S., Paloniemi, S. & Pyhälä-Liljeström, P. 2013. Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 49, 1, 31–43. Viitattu 2.12.2020.
<https://journal.fi/sla/article/view/9343>

Document on Scandiatransplant. N.d. Scandiatransplant: Organisation. Viitattu 18.2.2020. www.scandiatransplant.org/about-scandiatransplant/organisation/document-on-scandiatransplant

Elimet. 2019. Euroopan unionin virallinen verkkosivusto: Veri, kudokset ja elimet. Viitattu 18.2.2019. https://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organs/organs_fi.

Elinluovutusta ja elinsiirtoja koskeva kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2015–2018. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:14. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 14.11.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3538-9>.

Elinluovutus- ja elinsiirtotoimintaa koskevat laatu- ja turvallisuusvaatimukset. 2014. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus määräs 2/2014. Viitattu 18.2.2019.
https://www.fimea.fi/documents/160140/764653/25453_Maarays_2_2014_elinluovutus_ja_elinsiirtotoiminta.pdf.

Elinluovutustoiminnan ammattilaismateriaalia. N.d. HUS. Viitattu 18.2.2020.
<https://www.hus.fi/ammattilaiselle/elinluovutustoiminta/Sivut/default.aspx>.

Elinluovutustilastoja 2019. 2020. HUS. Elinluovutustoiminnan ammattilaismateriaalia. Viitattu 24.1.2020.
<https://www.hus.fi/ammattilaiselle/elinluovutustoiminta/Sivut/default.aspx>.

Elinsiirrot. 2018. HUS. Viitattu 29.09.2019.
<https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/elinsiirrot/Sivut/default.aspx>.

Elinsiirto. 2019. Suomisanakirja.fi. Viitattu 31.1.2019.
<https://www.suomisanakirja.fi/elinsiirto>.

Elinsiirrot vuosina 1964–2019. 2019. HUS. Elinluovutustoiminnan ammattilaismateriaalia. Viitattu 24.1.2020
<https://www.hus.fi/ammattilaiselle/elinluovutustoiminta/Sivut/default.aspx>.

Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 1, 107–115.

Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. 2014. Qualitative content analysis: a focus on trustworthiness. *SAGE Open*, January-March: 1–10.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2014. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 10. p. Tampere: Vastapaino.

Flinkman, M., Laine, M., Leino-Kilpi, H., Hasselhorn, M. & Salanterä, S. 2008. Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 5, 727–739.

Flinkman, M., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. 2010. Nurses' intention to leave the profession: integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 7, 1422–1434.

Flodén, A. & Forsberg, A. 2009. A phenomenographic study of ICU-nurses' perceptions of and attitudes to organ donation and care of potential donors. *Intensive and critical care nursing*, 25, 6, 306–313.

Gardiner, D., Nee, M., Wootten, A., Andrews, F., Bonney, S. & Nee, P. 2017. Critical care in the Emergency Department: organ donation. *Emergency Medicine*, 34, 256–263.

Goebeler, S., Kauppila, R. & Koivusalo, A-M. 2019. Kuoleman toteamista koskevat keskeiset säädökset ja oletettu suostumus. Julkaisussa *Elinluovutus. Kuoleman toteaminen ja omaisten kohtaaminen. Asiantuntijatyöryhmän opas terveydenhuollon henkilöstölle*. Toim. T. Ala-Kokko, S. Goebeler, R. Kauppila, A-M. Koivusalo, M. Lempinen, I. Leppänen, T. Luostarinen, M. Lång, A. Nordin, K. Rantanen, P. Rautiainen & M. Skrifvars. Helsinki: HUS, 5–6. Viitattu 24.11.2019.
<https://www.hus.fi/ammattilaiselle/elinluovutustoiminta/Documents/OPAS%20Kuoleman%20toteaminen%20ja%20omaisten%20kohtaaminen.pdf>.

Greene, J. 2012. Organ Donation in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*. 4, 55, 19A-22A. <https://janet.finna.fi>, Medic.

Hawley, G. 2007. Start at 'Go'. Julkaisussa *Ethics in clinical practise. An interprofessional approach*. Toim. G. Hawley. Harlow: Pearson Education Limited, 3–14.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyn käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Verkkojulkaisu. Viitattu: 29.10.2019.
https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto. Väitöskirja, sosiaalitieteiden laitos. 110–112 Viitattu 7.12.2020.
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf.

Isoniemi, H. 2011. Elinsiirroissa yhteistoiminta pelastaa henkiä. *Suomen lääkäri*. 66, 16, 1347. Viitattu 18.10.2020. <https://janet.finna.fi>, Medic.

Isoniemi, H. & Koivusalo, A-M. 2015. Elinsiirtotoiminta Suomessa. Julkaisussa *Elinluovutus. Kuoleman toteaminen ja omaisten kohtaaminen. Asiantuntijatyöryhmän opas terveydenhuollon henkilöstölle*. Toim. M. Ala-Peijari, J. Isoniemi, J. Jääskeläinen, A-M. Koivusalo, K. Lalu, K. Rantanen, P. Rautiainen, M. Tallgren, L. Soinen & M. Skrifvars. Helsinki: HUS, 4 - 5. Viitattu 18.2.2019.
http://www.hus.fi/ammattilaiselle/elinluovutustoiminta/Document/Kuoleman_toteaminen_suositus_terveydenhuollon_henkilökunnalle_0302015.pdf.

Jawoniyi, O., Gormley, K., McGleenan, E. & Noble, H. R. 2017. Organ donation and transplantation: awareness and roles of healthcare professionals – a systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 726–738.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro.

Kentish-Barnes, N., Duranteau, J., Montlahuc, C., Charpentier, J., Martin-Lefevre, L., Joseph, L., Lefrant, J-Y., Fieux, F., Renault, A., Thuong, M., Chevret, S. & Azoulay, E. 2017. Clinicians' Perception and Experience of Organ Donation From Brain-Dead Patients. *Critical Care Medicine*, 45, 9, 1489–1499.

Koivusalo, A-M. 2019. Jyväskylän missatut elinluovuttajat. Sähköpostiviesti 31.10.2019. Vastaanottaja T-M. Puumalainen ja L. Kantanen. Valtakunnalliselta elinluovutuskoordinaattorilta saatu yhteenveto koko maan toteutuneista elinluovutuksista ja mahdollisista elinluovuttajista vuonna 2018.

Koivusalo, A-M. 2020a. KSSHP elinluovutustoiminta vuonna 2019. Sähköpostiviesti 14.4.2020. Vastaanottaja T-M. Puumalainen. Valtakunnalliselta elinluovutuskoordinaattorilta saatu yhteenveto Jyväskylän toteutuneista elinluovutuksista ja mahdollisista elinluovuttajista vuonna 2019.

Koivusalo, A-M. 2020b. Kuka sopii elinluovuttajaksi?. *Finnanest*, 53, 2, 146–148.

Koivusalo, A-M. 2021. Elinluovutustoiminta vuonna 2020. HUS. Viitattu 16.1.2021. <https://www.hus.fi/ammattilaiselle/elinluovutustoiminnan-ammattilaismateriaalia>.

Korhonen, T., Holopainen, A., Kejonen, P., Meretoja, R., Eriksson, E. & Korhonen, A. 2015. Hoitotyöntekijän tärkeä rooli näyttöön perustuvassa toiminnassa. *Tutkiva Hoitotyö*, 13, 1, 44–51.

Kukkola, J. 2018. Kokemuksen tutkimuksen metatiede: kokemuksen käsitteen käytön ja kokemuksen ehtojen tutkimus. Julkaisussa *Kokemuksen tutkimus VI. Kokemuksen käsite ja käyttö*. Toim. J. Toikkanen & I. Virtanen. Rovaniemi: Lapland University Press, 45–47.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. 2. uud. p. Tampere: Vastapaino.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede*, 23, 2, 138–148.

Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 20.9.2019. <https://stm.fi/julkaisut>.

Laine, T. 2018. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Julkaisussa *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Toim. R. Valli. Jyväskylä: PS-kustannus, 29–50.

Leivo, K. 2020. Elinluovutustoiminta vuonna 2019. *Tehohoito*, 38, 1, 86–87.

Lempinen, M. & Koivusalo, A-M. 2020. Elinluovutus verenkierron pysähtymisen jälkeen, unohdettu mahdollisuus. *Tehohoito* 38, 2, 148–150.

Lempinen, M., Mäkisalo, H., Nordin, A., Hartikka, E., Lemström, K., Suojaranta, R., Yesil, C., Luostarinen, T., Koivusalo, A-M., Rautiainen, P. & Kaartinen, J. 2019. Kansalliset ohjeet elinluovuttajan hoidosta ja elinten talteenotosta. Viitattu 11.10.2019.

<https://www.hus.fi/ammattilaiselle/elinluovutustoiminta/Documents/Elinluovuttajan%20hoito-ohje%202019.pdf>.

Lempinen, M. & Skrifvars, M. 2019. Elinluovutus verenkierron pysähtymisen jälkeen. Julkaisussa Elinluovutus. Kuoleman toteaminen ja omaisten kohtaaminen. Asiantuntijatyöryhmän opas terveydenhuollon henkilöstölle. Toim. M. Ala-Peijari, J. Isoniemi, J. Jääskeläinen, A-M. Koivusalo, K. Lalu, K. Rantanen, P. Rautiainen, M. Tallgren, L. Soininen & M. Skrifvars. Helsinki: HUS, 7 - 8. Viitattu 27.10.2019.

http://www.hus.fi/ammattilaiselle/elinluovutustoiminta/Document/Kuoleman_toteaminen_suositus_terveydenhuollon_henkilökunnalle_0302015.pdf.

Luoma, L. & Uosukainen, T. 2016. Elinluovuttajan hoitoprosessi sairaanhoitajan näkökulmasta. Spirium, 51, 1, 16–18.

Luoma, L., Uosukainen, T. & Peltonen, E. 2017. Elinluovuttajan tehohoito. Viitattu 22.10.2019. <https://janet.finna.fi>, Terveysportti, Sairaanhoitajan tietokannat.

Lång, M. 2016. Tunnista mahdollinen elinluovuttaja sairaalassasi! Finnanest, 2, 49, 103. Viitattu 14.11.2018.

http://www.finnanest.fi/files/lang_tunnista_mahdollinen_elinluovuttaja_sairaalassai.pdf.

Lång, M., Nurmi, K. & Koivusalo, A-M. 2017. Miten elinsiirtojen määrää on onnistuttu lisäämään? Duodecim, 133. Viitattu 2.12.2020.

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/298195/duo14056.pdf?sequence=1>.

L1062/1989. Erikoissairaanhoitolaki. Viitattu 31.8.2019.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>.

L1326/2010. Terveystieteiden lae. Viitattu 31.8.2019.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

L27/2004. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta. Viitattu 19.2.2020.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040027?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=27%2F2004>.

L547/2007. Laki ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä. Viitattu 10.2.2020.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070547?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=547%2F2007>.

L785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 31.8.2019.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Malloy, P., Virani, R., Kelly, K. & Munévar, C. 2010. Beyond bad news. Communication skills of nurses in palliative care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 12, 3, 166–174.

Marck, C., Weiland, T., Neate, S., Hickey, B. & Jelinek, G. 2012. Australian emergency doctors' and nurses' acceptance and knowledge regarding brain death: a national survey. *Clinical Transplantation*, 26, 3, 254–260.

Martin-Loeches, I., Sandiumenge, A., Charpentier, J., Kellum, J. A., Gaffney, A. M., Procaccio, F. & Westphal, G. A. 2019. Management of donation after brain death (DBD) in the ICU: the potential donor is identified, what's next? *Intensive Care Med*, 45, 322–330.

McCallum, J., Ellis, B., Dhanani, S. & Stiell, I. G. 2019. Solid organ donation from the emergency department – A systematic review. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 21, 5, 626–637.

Munuaisen luovutus muullekin kuin läheiselle ihmiselle helpottuu. 2019. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote 23/2019. Viitattu 31.8.2019. https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/munuaisen-luovutus-muullekin-kuin-laheiselle-ihmiselle-helpottuu.

Naik, S. B. 2013. Death in the hospital: breaking the bad news to the bereaved family. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 17, 3, 178–181.

Nordin, A. & Koivusalo, A-M. 2019. Elinsiirtotoiminta Suomessa. Julkaisussa Elinluovutus. Kuoleman toteaminen ja omaisten kohtaaminen. Asiantuntijatyöryhmän opas terveydenhuollon henkilöstölle. Toim. T. Ala-Kokko, S. Goebeler, R. Kauppila, A-M. Koivusalo, M. Lempinen, I. Leppänen, T. Luostarinen, M. Lång, A. Nordin, K. Rantanen, P. Rautiainen & M. Skrifvars. Helsinki: HUS, 4–5. Viitattu 24.11.2019. <https://www.hus.fi/ammattilaiselle/elinluovutustoiminta/Documents/OPAS%20Kuoleman%20toteaminen%20ja%20omaisten%20kohtaaminen.pdf>.

Peltonen, E. 2017. Elinluovuttajan tunnistaminen ja hoitotyö ennen aivokuoleman toteamista. Viitattu 22.10.2019. <https://janet.finna.fi>, Terveysportti, Sairaanhoitajan tietokannat.

Päivystys. 2019. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 20.9.2019. <https://stm.fi/paivystys>.

Päivystys KSSHP. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri: poliklinikat. Viitattu 14.1.2020. [https://www.ksshp.fi/fi-FI/Yhteystiedot/Poliklinikat/Paivystys\(52662\)](https://www.ksshp.fi/fi-FI/Yhteystiedot/Poliklinikat/Paivystys(52662)).

Rantanen, K. 2018. Potentiaalisen elinluovuttajan tunnistaminen. Viitattu 29.09.2019. <https://janet.finna.fi>, Terveysportti, Akuuttihoito-opas.

- Roels, L., Smits, J. & Cohen, B. 2012. Potential for deceased donation not optimally exploited: donor action data from six countries. *Transplantation Journal* 11, 94, 1167–1171. Viitattu 14.11.2018.
https://journals.lww.com/transplantjournal/fulltext/2012/12150/Potential_for_Deceased_Donation_Not_Optimally.14.aspx.
- Sairanen, T., Koivisto, A., Koivusalo, A-M., Rantanen, K., Mustanoja, S., Meretoja, A., Putaala, J., Strbian, D., Kaste, M., Isoniemi, H. & Tatlisumak, T. 2014. Lost potential of kidney and liver donors amongst deceased. *European Journal of Neurology*, 21, 153 - 159. Viitattu 14.11.2018.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ene.12288>.
- Scales, A. & Bentley, H. 2020. Organ donation: nursing roles and responsibilities. *British Journal of Nursing*, 29, 1, 60 – 61.
- Scandiatransplant figures. 2019. Scandiatransplant. Viitattu 24.1.2020.
<http://www.scandiatransplant.org/data/scandiatransplant-figures>.
- Schulte, K., Kunzendorf, U. & Feldkamp, T. 2019. Ursachen der niedrigen Organspenderate in Deutschland. *Der Urologe* 8, 58, 888 – 892.
- Silverman, D. 2013. Doing qualitative research. 4. p. Lontoo: Sage publications.
- Sorjonen, M., Kaustio, U., Heino, S., Jääskeläinen, J. & Reinikainen, M. 2019. Jääkö mahdollisia elinluovuttajia tunnistamatta. *Selvitys Pohjois-Karjalan keskussairaala*. *Finnanest*, 2, 52, 104–109.
- Suoninen, E., Pirttilä-Backman, A-M., Lahikainen, A. & Ahokas, M. 2014. Arjen sosiaalipsykologia. Helsinki: Sanomapro.
- Tammiruusu, A. 2014. Fimea valvoo elinluovutus- ja elinsiirtotoimintaa. *Lääketietoa Fimeasta* 1/2014. Viitattu 10.3.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014120350469>.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Finn Lectura.
- Venkat, A., Baker, E. F. & Schears, R. M. 2014. Ethical controversies surrounding the management of potential organ donors in the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, 47, 2, 232–236.
- Wennervirta, J., Soininen, L. & Koivusalo, A-M. 2015. Aivokuollut elinluovuttajana. *Finnanest*, 1, 36 – 40. Viitattu 18.2.2019.
http://www.finnanest.fi/files/wennervirta_soininen_koivusalo_aivokuollut_elinluovuttaja.pdf.

Witjes, M., Kotsopoulos, A., Herold I. H. F., Otterspoor, L., Simons, K. S., van Vliet, J., de Blauw, M., Festen, B., Eijkenboom, J., Jansen, N. E., van der Hoeven, J. G. & Abdo, W. F. 2017. The Influence of End-of-Life Care on Organ Donor Potential. *American Journal of Transplantation*, 17, 1922–1927. Viitattu 18.10.2020. <https://janet.finna.fi>, Medic.

Liitteet

Liite 1. Saatekirje

Arvoisa päivystyspoliklinikalla työskentelevä sairaanhoitaja tai lääkäri,

Opiskelemme Jyväskylän ammattikorkeakoulussa kliinisen asiantuntijan YAMK-tutkintoa. Opintoihimme kuuluva opinnäytetyö koskee mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista päivystyspoliklinikalla. Suomessa elinsiirtoa odottaa vuodesta toiseen yhä useampi henkilö. Jotta jokainen potilas saisi elinsiirteen ajoissa, tulisi jokainen mahdollinen elinluovuttaja tunnistaa ja hoitaa protokollan mukaan. Mahdollisia elinluovuttajia jää Suomessa kuitenkin tunnistamatta, näin on myös [REDACTED] keskussairaalassa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on löytää mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista estäviä ja edistäviä tekijöitä päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstön kokemusten pohjalta. Tavoitteenamme on parantaa mahdollisten elinluovuttajien tunnistamista ja näin lisätä elinluovutusten ja -siirtojen määrää. Tutkimusaineisto kerätään Webropol-kyselyllä, joka sisältää taustakysymysten lisäksi kuusi avointa kysymystä.

Mikäli olet [REDACTED] keskussairaalan päivystyspoliklinikalla työskentelevä sairaanhoitaja tai lääkäri ja olet työssäsi kohdannut mahdollisia elinluovuttajia, pyytäisimme sinua osallistumaan tutkimukseen vastaamalla ohessa olevaan kyselyyn. Vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaamalla kyselyyn annat suostumuksesi tutkimukseen osallistumiselle. Vastaukset eivät ole tunnistettavissa ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Vastaukset tulevat vain opinnäytetyön tekijöiden käyttöön ja ne hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Vastaamaan pääset ohessa olevan Webropol-linkin kautta. Aikaa vastaamiseen kuluu n. 10–20 minuuttia. Vastausaikaa on 16.2.2020 saakka. Mikäli haluatte lisätietoa opinnäytetyöhömmme liittyen, voitte olla meihin yhteydessä alla olevien sähköpostiosoitteiden kautta.

Suuret kiitokset tutkimukseen osallistumisesta!

Ystävällisin terveisin,

sh Laura Kantanen (l4509@student.jamk.fi)

sh Tiina-Mari Puumalainen (l4500@student.jamk.fi)

Liite 2. Webropol-kysely

1. TAUSTATIEDOT

Ikä: 18–29 / 30–39 / 40–49 / 50–59 / yli 60 vuotta

Ammatti: Sairaanhoitaja ___ Lääkäri ___

Työkokemus nykyisessä ammatissa: 0–5 / 6–10 / 11–20 / yli 20 vuotta

Työkokemus päivystyspoliklinikalla: 0–5 / 6–10 / 11–20 / yli 20 vuotta

Olen osallistunut mahdollisen elinluovuttajan tunnistamiseen tai hoitoon päivystyspoliklinikalla: Kyllä ___ Ei ___

2. AVOIMET KYSYMYKSET

Vastaathan kysymyksiin vapaamuotoisesti ja mahdollisimman laajasti.

1. Kuvaille millaisia kokemuksia sinulla on mahdollisen elinluovuttajan tunnistamisesta ja hoitamisesta päivystyspoliklinikalla.
2. Mieti tilannetta, jossa mahdollisen elinluovuttajan tunnistaminen ja hoito toteutuivat kokemuksesi mukaan hyvin. Millaisten asioiden koet vaikuttaneen onnistuneeseen tilanteeseen?
3. Millaiset tekijät estävät mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista tai elinluovutusprosessin etenemistä? Halutessasi voit kuvailla tilanteen, jossa elinluovuttajan tunnistaminen ja hoito ei mielestäsi sujunut asianmukaisesti.
4. Miten mahdollisen elinluovuttajan tunnistamista voitaisiin parantaa päivystyspoliklinikalla?
5. Miten kuvailisit omaa asennettasi elinluovutustoimintaa kohtaan?
6. Onko jokin muu asia, josta haluaisit kertoa aiheeseen liittyen?