

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU
SOSIAALI- JA TERVEYSALA

SÄHKÖHOITO MIELENTERVEYSPOTILAIDEN HOIDOSSA

Sähköinen potilasopas sähköhoitoa saaville potilaille, heidän
omaisilleen sekä alan ammattilaisille

Projektityö

Johanna Martti & Jenni Pylväs

Hoitotyön koulutusohjelman opinnäytetyö

Sairaanhoitaja AMK, Psykiatrinen hoitotyö

KEMI 2011

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveystieteiden
Hoitotyön koulutusohjelma

JENNI PYLVÄS & JOHANNA MARTTI

SÄHKÖHOITO MIELENTERVEYSPOTILAIEN HOIDOSSA

Opinnäytetyö, 29 sivua ja 1 liite

Ohjaajat: Elli Peteri ja Pekka Tiitinen

25.11.2011

Asiasanat: Sähköhoito, Psykiatrisen potilas, Potilasopas

Tämän projektin tarkoituksena on tuottaa internetsivut sähköhoidosta psykiatrisen potilaan hoitomuotona. Tavoitteena on tuottaa aiheesta tietopaketti josta on hyötyä psykiatrisille potilaille, heidän omaisilleen sekä alan ammattilaisille. Projekti keskittyi käsittelemään pelkästään psykiatrista sähköhoitoa, rajaten depression käsittelyn ulkopuolelle.

Projektin lähtökohtana oli henkilökohtainen kiinnostus psykiatrista sähköhoitoa kohtaan. Teimme esiselvitystä aiheesta vapaalla internethaulla ja havaitsimme, ettei internetistä löytynyt pelkästään sähköhoitoa käsitteleviä sivustoja. Yhteistyö Oys:in os. 75:n kanssa osoitti, että sivustoille on tarvetta sähköhoidon yleistettyä hoitomuotona. Projektin aineistonkeruuta varten käytettiin kirjallisuuskatsausta ja haastattelua.

Projektin tuotoksena tuotimme internetsivut sähköhoidosta psykiatristen potilaiden hoitomuotona. Saimme palautetta projektista mielenterveyshoito ammattilaisilta, sekä henkilöiltä, jotka eivät olleet tutustuneet aiemmin sähköhoitoon. Palautteesta kävi ilmi, että sivut ovat selkeät ja helposti ymmärrettävät ja että niitä on mahdollista käyttää sähköhoidon tiedon lisäämiseen. Palautteen perusteella teimme muutoksia sivuston toimivuuteen. Projektin aikana olemme kehittyneet tieteellisessä kirjoittamisessa ja tiedon etsimisessä. Olemme myös oppineet sisäistämään projektin eri vaiheet ja havainneet ohjauksen merkityksen opinnäytetyössä. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että aiheesta on tällaisella projektilla mahdollista tuottaa toimiva sivusto.

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Social Services and Health Care
Degree Programme in Psychiatric Nursing

JENNI PYLVÄS & JOHANNA MARTTI

ELECTROCONVULSIVE THERAPY (ECT) IN THE TREATMENT OF PSYCHIATRIC PATIENTS

Bachelor's Thesis, 29 pages and 1 appendix
Advisors: Pekka Tiitinen and Elli Peteri

25.11.2011

Keywords: Electroconvulsive therapy, Psychiatric patient, Patient's guide

The purpose of this project is to produce internet web page of electroconvulsive therapy for a psychiatric patient as a treatment. The aim is an information package, which is useful for psychiatric patients, their families and professionals. This project considers only psychiatric electroconvulsive therapy, leaving depression out of the scope.

The enthusiasm for this project came from personal interest against psychiatric electroconvulsive therapy. We made a preliminary study on the Internet, and discovered that there are no sites describing only electroconvulsive therapy. Cooperation with OYS ward 75 also pointed out, that there is a demand for these kinds of pages when the process becomes more common. Project material was gathered from literature review and interview.

As an outcome of this project, we produced internet web page that shares crucial information about electroconvulsive therapy for a psychiatric patient. We received feedback on the project for mental health professionals, as well as persons who were not previously familiar with the electrical treatment. Feedback revealed that the pages are clear and easily understandable, and that it is possible to use these pages to raise the awareness of electroconvulsive therapy. Based on the feedback we made changes to the site functionality. During the project we have made progress in scientific writing and information searching. We have also learned to assimilate the different stages of the project and noticed the importance of supervision in the thesis. It can be concluded that as an outcome of this kind of project, it is possible to produce functioning website that actually has significant help to people who wants or needs to know more about electroconvulsive therapy.

SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
JOHDANTO	5
1 PSYKIATRISEN SÄHKÖHOIDON HISTORIA JA NYKYHETKI	6
2 SÄHKÖHOIDON KÄYTTÖ PSYKIATRISTEN POTILAIEN HOIDOSSA	9
2.1 Käyttö – ja vasta-aiheet	9
2.2 Vaikutusmekanismi	10
2.3 Hoidon hyödyt ja haitat	11
3 PSYKIATRISEN SÄHKÖHOIDON KULKU	13
3.1 Esivalmistelut	13
3.2 Toimenpide ja jälkihoito	14
4 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN	16
4.1 Projektin tarkoitus, tavoitteet ja tehtävä	16
4.2 Projektin rajaus, liittymät ja organisaatio	16
4.3 Projektin kulku	18
5 PROJEKTIN ARVIOINTI JA JOHTOPÄÄTÖKSET	21
6 POHDINTA	24
JOHTOPÄÄTÖKSET	27
LÄHTEET	28
LIITTEET	30

JOHDANTO

Masennus on keskeinen kansanterveysongelma Suomessa. Vuosittain viisi ihmistä sadasta kärsii siitä ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa noin puolella on masennusdiagnoosi. Depressio aiheuttaa huomattavia työ- ja toimintakyvyn ongelmia, lisäksi sillä on elämänlaatuun alentava vaikutus. Hoidon keskeisenä osana ovat masennuslääkkeet ja psykoterapia. Psykiatrissa sähköhoitoa harkitaan erityisesti silloin kun lääkehoito ei tehoa, tai kun tarvitaan nopeatehoista hoitoa. Sähköhoidon käyttöaste on kasvanut viimevuosina selvästi aiemmasta. (Käypä hoito 2010.) Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikassa hoitokertoja on vuodessa n. 400. Tällä hetkellä hoitojono-ot ovat pitkiä, mikä on johtanut erillisen sähköhoitoyksikön rakentamiseen. (Palo-kangas 2011.) Sähköhoito herättää paljon negatiivisia mielikuvia väestössä. Huono maine on peräisin aikakaudelta, jolloin sähköhoitoa annettiin ilman anestesiaa.

Olemme olleet työssä psykiatrisella osastolla jossa havaitsimme, että psykiatrinen sähköhoito saattaa tiedon puutteen vuoksi herättää pelkoa. Teimme esiselvitystä sähköhoito-hakusanalla internetistä ja havaitsimme, ettei tarjolla ollut pelkästään psykiatrissa sähköhoitoa käsitteleviä sivustoja. Yhteydenotto Oys:in osasto 75:lle osoitti, että info-sivustoille on tarvetta sähköhoidon yleistettyä hoitomuotona. Tämän projektin tarkoituksena on tuottaa internetsivut sähköhoidosta psykiatrisen potilaan hoitomuotona. Tavoitteena on tuottaa aiheesta tietopaketti josta on hyötyä psykiatrisille potilaille, heidän omaisilleen sekä alan ammattilaisille.

Projekti on rajattu sisältämään seuraavat osa-alueet: Psykiatrisen sähköhoidon käyttöaiheet ja vasta-aiheet, sähköhoidon hyödyt ja haitat, vaikutusmekanismi, sekä varsinaisen sähköhoito toimenpiteen kulku.

1 PSYKIATRISEN SÄHKÖHOIDON HISTORIA JA NYKYHETKI

Viimeisen kymmenen vuoden aikana Suomessa sähköhoitojen määrä on erityisesti Oulun alueella kasvanut räjähdysmäisesti ja muutaman viime vuoden aikana kysyntä on ylittänyt tarjonnan. Tällä hetkellä potilas voi joutua odottamaan hoitoa yli puoli vuotta, joten Oys:in psykiatrian klinikkaan keväällä 2012 avattava uusi sähköhoitoyksikkö tulee tarpeeseen. (Palokangas 2011.) Amerikassa sähköhoitoa käytetään vuosittain 100,000 potilaalla. (Keldner & Boshini 2009.) Ainoastaan Englannissa ja Walesissa suositukset sähköhoidon suhteen ovat tiukentuneet 2000-luvulla, mikä uhkaa jättää useat sähköhoidosta hyötyvät hoidon ulkopuolelle. Suositukset perustuvat potilaiden raportoihin, hoitoon liittyviin muistihäiriöihin. (National institute for health and clinical excellence 2011.)

Varsinaista sähköhoitoa edeltänyttä kouristushoitoa on käytetty psykoosin hoitomuotona jo 1500-luvulla, jolloin kouristus aiheutettiin kemiallisesti (Shorter 2005, 254 - 262). Kouristushoidon käyttö perustuu havaintoon siitä, että psyykkisistä ongelmista kärsivillä epileptikoilla psyykinen vointi parani usein huomattavasti epilepsiakohtauksen jälkeen (Nikkilä 2001). Sveitsiläissyntyinen lääkäri Paracelsus (1493-1541) käytti kouristuksia aiheuttamaan kamferia. Samaa kouristusta aiheuttavaa lääkettä käytettiin vielä vuonna 1934, jolloin kouristushoidot aloitettiin uudelleen. Kamferi kuitenkin korvattiin pian suoneen ruiskutettavalla pentyleenitetratsolilla tämän nopeamman vaikutuksen vuoksi. (Lönqvist & Heikkinen 2001, 636.)

Vuonna 1938 kemialliset aineet korvattiin sähköllä. Alun perin sähköhoitoa kutsuttiin nimellä sähköshokkihoito eli electroshock therapy, EST. (Lönqvist & Heikkinen 2001, 636.) Ensimmäinen sähköshokkia käyttänyt oli Rooman ylipiston psykiatrian professori Ugo Cerletti. Cerletti tutki 1930-luvun alussa epilepsiaa ja mietti onko aivojen tietyn alueen vaurio epilepsiakohtauksen syy vai seuraus. Hän teki koirille kokeita, aiheuttamalla niille sähköä avulla epilepsiakohtauksen. Myöhemmin Cerletti johti tutkimuksia, joiden tuloksena oli sähköshokkihoidon kehittyminen ja käyttöönotto. (Shorter 2005, 254 – 262.)

Yksi sähköhoitoon liittyvistä vaaroista oli voimakkaan kouristuksen aiheuttamat murtumat potilaan jäseniin ja selkänikamiin. Sen vuoksi vuonna 1940 sähköhoitoon liitettiin lihasrelaksanttien käyttö. Ensimmäinen käytetty valmiste oli kurare, jolla todettiin

myöhemmin olevan lähinnä sydämeen kohdistuvien suurien komplikaatioiden vaara. Kurare korvautui turvallisemmalla suksinyyliinilla tämän tullessa markkinoille vuonna 1951. (Shorter 2005, 254 - 262.) Sähköhoidon suosio alkoi laskea 1950-luvulla, jolloin markkinoille tulivat tehokkaat masennus- ja psykoosilääkkeet. (Lönqvist & Heikkinen 2001, 636). Amerikassa sähköhoidon käyttö romahti vuoden 1957 jälkeen, jolloin ilmestynyt elokuva ”Yksi lensi yli käenpesän” loi harhakuvaan sähköhoidon käytöstä ilman terapeuttista arvoa olevana rangaistusmenetelmänä. (Keldner & Boshini 2009.)

Suomessa sähköhoitoa psykiatristen potilaiden hoitomuotona alettiin käyttää 1940-luvun alussa. Insuliinikoomaa, sekä esim. pentyleenitetratsolilla aiheutettuja shokkeja käytettiin sähköhoidon rinnalla aina 1960-luvulle saakka. Tämä tarkoitti sitä, että sähköshokkeja annettiin insuliinikooman aikana, koska uskottiin sen tehoavan paremmin. Näinä vuosina sähköhoidon yleisin indikaatio oli skitsofrenia, joskin myöhemmin vähitellen pääindikaatioksi nousivat mielialahäiriöt. Myös suomessa sähköhoidon käyttö hiipui 1950-luvulla, jolloin mielialahäiriöiden ja skitsofrenian tehokas lääkehoito kehittyi. Sähköhoitoa käytettiin mm. Pitkänniemen sairaalassa 1940-luvulla, jolloin jopa 14 % kaikista hoidossa olleista potilaista sai sähköhoitoa. (Leinonen 2010.)

Nykyaikana sähköhoito on vakiinnuttanut asemansa masennustilojen tehokkaana hoitona, yhdessä depressiolääkkeiden ja psykoterapian kanssa. Hoitokäytännöt - sekä laitteet ovat kehittyneet paljon siitä, kun sähköhoitoa on aloitettu toteuttamaan. Tämä tekee hoidosta turvallisemman ja tehokkaamman. Nykyään tiedetään tarkemmin sähköhoidon aloittamisen indikaatiot sekä hoidon vaaratekijät aiempaan verrattuna. Huuhka, Hietanen, Saarela, Savijärvi, Nieminen 2000.) Asianmukaisen tiedon antaminen sähköhoidosta on osa masennuspotilaan oikeuksia sekä kliinistä hoitokäytäntöä. (Heikman 2004.)

Sähköhoitoa annetaan tällä hetkellä Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikalla noin 400 hoitokertaa vuodessa. Vuonna 2012 valmistuu sähköhoidolle omat tilat heräämöineen ja vuosittain annettavan hoidon määrä voidaan nostaa jopa 1400 kertaan. Valmistuva sähköhoidon yksikkö saa omien tilojen lisäksi oman henkilökunnan ja mahdollisuuden arvioida avo- ja osastopotilaiden sähköhoidon tarvetta. Tällöin Oulussa otetaan käyttöön myös polikliininen sähköhoito. Suomessa sähköhoitoa annetaan myös

mm. Tampereen yliopistollisessa sairaalassa, noin 1700 hoitokertaa vuodessa. Toinen suuri psykiatrinen sähköhoitoa toteuttava alue on pääkaupunkiseutu. Pienemmiltä paikkakunnilta potilaat lähetetään hoitoon keskussairaaloihin. (Palokangas 2011.)

2 SÄHKÖHOIDON KÄYTTÖ PSYKIATRISTEN POTILAIEN HOIDOSSA

Mielenterveyspotilaiden hoidossa käytettävä sähköhoito eli ECT-hoito perustuu hermovälittäjäaineissa tapahtuviin muutoksiin, joita aiheutetaan usein toistuvalla aivojen sähköstimulaatiolla. Sähköhoito on varteenotettava vaihtoehto silloin kun potilaan hoitovaste muulle hoidolle ei ole tarpeeksi hyvä. Sähköhoitoa pidetään turvallisena hoitomuotona, joka sopii myös niille potilaille jotka saavat sivuvaikutuksia psykykenlääkkeistä. Sähköhoidon tärkein käyttöalue on vakavan masennuksen hoito, jossa jopa 90% potilaista kokee hyötyvänsä hoidosta. Syvän masennuksen hoidossa, sähköhoidolla on nopeampi ja tehokkaampi vaikutus kuin psykykenlääkkeillä. (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni, Hakola 1996, 177.)

2.1 Käyttö – ja vasta-aiheet

Sähköhoidolla saatava hoitovaste on nopea, joten se soveltuu käytettäväksi tilanteissa, joissa hoidon nopea vaste on välttämätöntä potilaan hoitamiseksi. Erityisesti itsetuhoisille potilaille masennuslääkkeiden kanssa samaan aikaan toteutettava sähköhoito nopeuttaa hoidon vastetta. (Lönqvist & Heikkinen 2001, 609; Lepola ym. 2002, 255.) Sähköhoitoa käytetään pääasiassa vähintään yhden epäonnistuneen lääkehoitokokeilun jälkeen, mutta juuri nopeutta vaativissa tilanteissa, se voi olla myös ensimmäinen hoitovaihtoehto. (Heikman 2004.)

Psykiatrisen sähköhoidon tärkein käyttöaihe on vakava masennustila. Muita indikaatioita ovat harhat tai reagoimattomuus masennuslääkitykselle. Sähköhoitoa voidaan käyttää myös kaksisuuntaisen mielialahäiriön maanisen vaiheen hoidossa, mikäli on havaittu mieliala- ja psykykosilääkkeiden teho riittämättömäksi. Skitsofrenian hoidossa sähköhoito tulee kyseeseen lähinnä katatonisen eli jäykkyys tilan hoitoon, jolloin sähköhoitoa voidaan käyttää katatonian sekä sulkua-, että kiihtymistiloissa, koska tällöin neuroleptien hitaan vaikutuksen vuoksi potilaan henki voi olla uhattuna. Sähköhoitoa on kehitetty myös vaikean pakko-oireisen häiriön, malignin neuroleptisyndrooman ja aivo-lisäkkeen vajaatoiminnan hoitoon. (Lepola ym. 2002, 255; Heikman 2004; Lönqvist & Heikkinen, 2001, 609; Lohvansuu 2006, 1.) Sillä on lisäksi todettu teho parkinsonin taudin hoidossa. (Palokangas 2011.)

Sähköhoidon on todettu olevan erityisen tehokas vanhusten depression hoidossa. Se soveltuu, vaikka lääkehoito aiheuttaisi heille haittavaikutuksia. Raskaana olevien sähköhoidolle ei ole estettä, se sopii käytettäväksi raskauden kaikissa vaiheissa. (Lohvansuu 2006, 3.) Hoidolle ei ole ehdotonta yläikärajaa. Sen sijaan alle 13-vuotiaille sähköhoitoa ei tule käyttää. Muita suhteellisia sähköhoidon vasta-aiheita ovat: vaikea hypertonia eli verenpainetauti, syvä laskimotrombi, elimistön kuivuminen, akuutit yleisinfektiot, vaikeat muutokset kaularangassa, verkkokalvon irtautumistaipumus sekä silmänpainetaudin akuutti tila. (Lepola ym. 2002, 255; Lönqvist & Heikkinen 2001, 609.) Lisäksi tulee huomioida löysien hampaiden aiheuttama aspiraatoriski. Sähköhoitoa ei tule käyttää potilaille, joilla on Klotsapiini-lääkitys. MAO-inhibiittorit eli eräät masennuslääkkeet tulee laittaa tauolle 10-14 vrk ennen anestesiaa. (Lohvansuu 2006, 3.)

Hoidon hyödyt ja siihen liittyvät riskit katsotaan jokaisen potilaan kohdalla tapauskohtaisesti. Tällöin verrataan tilannetta ECT:n hyötyyn tai sen käyttämättä jättämisen riskiin. Kohonnut kallonsisäinen paine tai vastikään sairastettu aivo- tai sydäninfarkti lisää sähköhoidon komplikaatioiden riskiä. Yleisimpiä näihin sairauksiin liittyviä komplikaatioita ovat aivoverenvuoto, aivoturvotus, sydämen vajaatoiminta, sepelvaltimotulehdus tai kammioperäisen rytmihäiriö. On myös syytä huomioida, että hoidon esteeksi voi muodostua se, ettei potilas ole anestesiakelpoinen. (Huuhka ym. 2000; Lönqvist & Heikkinen 2001, 611; Heikman 2004.)

2.2 Vaikutusmekanismi

Psykiatrinen sähköhoito aiheuttaa muutoksia aivojen hermovälittäjäaineissa, mikä perustuu usein toistettuun aivojen sähköstimulaatioon. (Lepola ym. 2002, 254.) Aiemmin ajateltiin, että sähköärsytyksen aiheuttama kouristus olisi sähköhoidon tehon tae. Myöhemmin on havaittu, että kouristus on lähinnä hoidon sivutuote ja hoidon tehon avainasemassa ovat sähköärsytyksen ominaisuudet, kuten antopaikka sekä sähköannoksen suuruus. (Heikman 2004.)

Vaikka sähköhoidon tarkkaa vaikutusmekanismia ei tiedetä, hoidolla on vaikutusta lähes kaikkiin hermovälittäjäaineisiin, kuten adrenaliiniin, nonadrenaliiniin, sertoniiniin, asetykoliiniin ja dopamiiniin. (Huuhka 2009, 19.) Esimerkiksi adrenaliini nopeuttaa sydämen sykettä ja nostaa verenkierron minuuttitilavuutta. Nonadrenaliini taas nos-

taa verenpainetta ja laskee verenkierron minuuttitulavuutta. (Niensted, Hänninen, Arstila, Björkqvist 2004, 406 - 407.) Adrenaliinin ja nonadrenaliiniarvojen nousu on sidoksissa annettu ECT-määrään. ECT:llä on lisäksi vaikutusta neurohormoneihin, kuten prolaktiiniin, vasopresiiniin ja beta-endorfiiniin. (Huuhka 2009, 19.) Sähköhoito muuttaa aivojen alueellista verenkiertoa, neurometabolista aktiveettia ja muita neurofysiologisia ominaisuuksia kuten veri-aivoesteen läpäisevyyttä. Tehokkaalla sähköhoidolla on lisäävä vaikutus masennuspotilaiden otsalohkoissa tapahtuvaan hidasaaltotoimintaan. Sen on todettu lisäävän otsalohkojen verenkiertoa. (Lohvansuu 2006, 1.) Toisaalta sähköhoidon vaikutus virtsa-arvoihin ja plasmaan on ristiriitainen. (Huuhka 2009, 19.)

Yksiselitteisen vaikutusmekanismin syyn osoittaminen on vaikeutunut mm. sen vuoksi, että hoidoissa käytettävät tekniikat ovat olleet erilaisia. Lisäksi harvoin määritellään sähköärsytyksen ja yksilöllisen kouristuskyynnyksen välistä suhdetta. Masennuspotilasryhmiä on myös pidetty heterogeenisina (ts. epäyhtenäinen, sekakoosteinen), koska tutkimuksissa on havaittu, että samanaikaisella somaattisella ja psykiatrisella monihäiriöisyydellä on heikentävä vaikutus hoidon tehoon. (Heikman 2004.) Aivojen kuvantamismenetelmien kehittyminen ja siihen perustuvat tutkimukset tuovat lähivuosina lisätietoa vaikutusmenetelmistä. (Peltola 2004.)

Heikman (2004) epäilee artikkelissaan ”Sähköhoidon uusia näkymiä”, että mm. mania- ja skitsofreniassa vaikutusmekanismi olisi erilainen kuin masennuksessa. Hänen mukaansa vaikutusmekanismin oleellisin ominaisuus on kyky korjata häiriintynyt biologinen tasapainotila kunkin psykiatrisen sairauden ominaisella tavalla. On myös epäilty, että sähköhoidon teho on verrattavissa kouristuskyynnyksen muutoksiin sähköhoitajakson aikana. Tämä on kuitenkin pystytty toteamaan sopivan vain osaan potilaista. (Huuhka 2009, 20.)

2.3 Hoidon hyödyt ja haitat

Sähköhoidolla on tutkitusti ollut tehoa akuutissa vaiheessa olevan masennustilan hoidossa. Terapeuttiset vaikutukset; Depression vegetiiviset oireet, kuten unettomuus ja väsymys sekä katatoniset (jäykkyyystila) piirteet reagoivat nopeammin. Myöhemmin vaikutus leviää affektiivisiin oireisiin kuten depressiiviseen mielialaan ja anhedoniaan

eli kyvyttömyyteen tuntea mielihyvää. Sähköhoito vaikuttaa hitaammin kognitiivisiin oireisiin kuten itsearvostukseen, toivottomuuteen, avuttomuuteen, itsetuhoisuuteen ja harhaluuloisuuteen. (Lohvansuu 2006.) Huomioitavaa kuitenkin on, että sähköhoitoa käytetään erityisesti tilanteissa joissa tarvitaan nopeutta juuri potilaan itsetuhoisuuden vuoksi. (Lepola ym. 2002, 254.)

Sähköhoidon antaminen polikliinisesti 1 - 4 viikon välein saattaa olla tehokkaampi hoitomuoto kuin lääkehoito, jos potilas on reagoanut suotuisasti sähköhoitoon. Sähköhoito on suotuisa jatkohoito vakavaan mielialahäiriöön, johon lääkitys ei tehoa kunnolla tai siitä on tullut huomattavia sivuvaikutuksia. Ilmeisesti sähköhoito on myös ainut psykiatrinen hoitomuoto joka lopetetaan juuri silloin, kun se on tuottanut hyvän vasteen. (Heikman 1995.)

Sähköhoidon aikaisiin ja juuri sitä edeltäneisiin tapahtumiin liittyvät muistihäiriöt ovat yleisiä mutta ne häviävät viimeistään muutaman viikon kuluessa hoidon lopettamisesta. Ei ole kuitenkaan todettu sähköhoidon heikentävän laajemmin muistitoimintoja. Muistihäiriöt voivat kuitenkin olla huomattava hoitomyöntyvyyttä heikentävä tekijä. Tuoreissa neuroradiologisissa kuvantamistutkimuksissa sähköhoidon ei ole todettu vaikuttaneen haitallisesti keskushermoston rakenteisiin. Sivuvaikutuksina voi esiintyä kardiiovaskulaarisia rytmihäiriöitä. (Heikman 1995.) Hoidon aikana ja se jälkeen voi esiintyä ohimeneviä muutoksia liittyen sydämen rytmiin ja verenpaineeseen, nämä aiheuttavat ongelmia kuitenkin erittäin harvoin. Hoidon kehittyneisyydestä huolimatta, saattavat potilaat kärsiä toisinaan hoidon jälkeisistä lihaskivuista. (Lepola ym. 2002.) Sähköhoidossa kuolleisuus on erittäin pieni n. 1/100 000 hoitokertaa kohden eli saman verran kuin missä tahansa anestesiaa vaativassa toimenpiteessä. (Palokangas 2011.) Erittäin harvinaiset kuolemantapaukset sähköhoidon yhteydessä ovat suurimmaksi osaksi yhteydessä kardiiovaskulaarisiin komplikaatioihin. (Heikman 1995.)

3 PSYKIATRISEN SÄHKÖHOIDON KULKU

Psykiatriseen sähköhoitoon tullaan aina lääkärin läheteellä. Sähköhoitoa toteutetaan joko osastohoidosta käsin tai polikliinisesti. Suuret muutokset lääkityksessä ennen sähköhoitoa ja sen aikana saattavat lisätä rytmihäiriöriskiä. Ennen sähköhoidon aloittamista pyritään potilaalta lopettamaan kouristuskyynnystä nostavat lääkkeet. Tällaisiksi lääkkeiksi katsotaan esim. bentsodiatsepiinejä ja epilepsialääkkeitä. (Lepola 1996, 178.) Bentsodiatsepiinien tiedetään heikentävän tehoa etenkin toispuolisessa sähköhoidossa ja lyhentävän kouristuksia. Lisäksi on myös muita lääkeinteraktioita mm. Klotsapiinin (Leponex) käyttäjillä saattaa ilmetä kouristeluja hoidon jälkeen. (Lohvansuu 2006.)

3.1 Esivalmistelut

Psykiatrisen sähköhoidon esivalmisteluihin kuuluu lääkärin tarkastus. Tarkastuksen merkityksenä on potilaan terveydentilan ja mahdollisten riskien selvittäminen. Anestesia- tai sisätautilääkärin konsultaatiota suositellaan, mikäli potilas kärsii merkittävästä sydän- ja verisuonisairaudesta tai ruuan takaisinvirtauksesta mahalaukusta ruokatorveen. Konsultaatio on aiheellinen myös, jos potilaalla on ahtauttava keuhkosairaus tai muu anestesiakelpoisuuteen vaikuttava tekijä. Potilaalta tutkitaan laboratoriotutkimukset (perusverenkuva (pvk), elektrolyytit ja virtsa). (Lohvansuu 2006.) Laboratoriotutkimukset voidaan määrittää yksilökohtaisesti. Tosin seerumielektrolyyttien ja pvk:n tutkimista sekä sydänfilmiä voidaan pitää vähimmäistutkimuksena. (Heikman 1995.) EEG eli aivosähkökäyrä ja EKG eli sydänfilmi otetaan rutiinisti yli 40-vuotiaista ja muista harkinnan mukaan. Keuhkoröntgenkuvaus sekä rankaröntgenkuva otetaan tarvittaessa. Reumaa sairastavilta potilaita otetaan myös kaularangan röntgenkuva, mahdollisten vaurioiden havaitsemiseksi. Potilaan tulee olla syömättä ja juomatta klo 24 jälkeen, kuitenkin vähintään 8 tuntia ennen toimenpidettä. Potilasta täytyy valvoa, jos ei voida olla varmoja siitä, että tämä on ravinnotta. Diabeetikoilta mitataan verensokeri hoitoaamuna ja ravinnotta olon vuoksi aloitetaan tarvittaessa glukoosia sisältävä nesteen tiputus. Bentsodiatsepiinejä eli rauhoittavia lääkkeitä (mm. Diapam) vältettävä edellisenä iltana sekä hoitoaamuna. (Lohvansuu 2006.) Ennen toimenpidettä potilaalle tulee kertoa hoidon hyödyistä ja haitoista sekä toimenpiteen kulusta. Lisäksi toimenpidettä

varten tarvitaan potilaan kirjallinen suostumus. Suostumusta voi olla vaikea saada, jos potilas on kovin psykoottisesti masentunut. (Heikman 1995.)

3.2 Toimenpide ja jälkihoito

Viime aikoina sähköhoitoa on totuttu antamaan molemminpuolisesti (bifrontotemporaalisesti) tai pelkästään ei-hallitsevalle eli yleensä oikealle kallonpuoliskolle. (Letemendia 1993.) Pelkästään oikealle puolelle annettavaa hoitoa pidetään kevyempänä, koska etuna toispuoleisella hoidolla on kognitiivisen alueen vähäisempi rasitus. (Korvola-Tarkkanen 2011.) Tiedetään, että molemminpuolinen hoito vaikuttaa nopeammin, mutta siihen liittyy suurempi muistihäiriöiden riski. Hoidon antaminen määritellään yksilökohtaisesti. (Letemendia 1993.)

Teknisellä tasolla psykiatrinen sähköhoito on nopea ja yksinkertainen toimenpide. Se annetaan kevyessä laskimoanestesiassa osittaisen ns. hermo-lihasblokadin tukemana. (Lohvansuu 2006.) Sähköhoitoa annetaan esim. leikkaussalin heräämön kaltaisissa olosuhteissa. Potilaan verenpainetta, pulssia ja hapetusta seurataan koko toimenpiteen aikana sekä sen jälkeen. (Peltola 2004.) Potilaan pään tulee olla puhdas ja kuiva ennen sähköhoidon aloittamista. Päänahan hiki ja rasva heikentävät elektrodien pitävyyttä ja tulosta huomattavasti. (Heikman 1995.) Potilaan ohimolle asetetaan kaksi elektrodia, joista johdetaan aivojen läpi menevä sähköärsyke. Happea annetaan toimenpiteen aikana maskin kautta. Sähköhoito aiheuttaa välittömän tajuttomuuden ja hetken jälkeen epileptistä kohtausta muistuttavan symmetrisen kouristuskohtauksen. Potilas palaa tajuihinsa n. 5 minuutin jälkeen hoidosta, eikä tämä muista mitään sähköhoidon saannin ajalta. (Peltola 2004.)

Sähköhoidon tehokkuutta on arvioitu kouristuskohtauksen keston perusteella. Kouristuksen tulee ylittää minimaiaika eli nykykäsityksen mukaan 20-25 sekuntia visuaalisesti motorisen toiminnan mukaan arvioituna. Hoidon tehokkuudesta ei kuitenkaan tule tehdä pidemmälle meneviä päätelmiä kouristuksen keston pohjalta. Se kuinka kauan kouristuskohtaus kestää, kertoo lähinnä vain motorisen aivokuoren aktivoitumisesta. Hyvän vasteen edellytyksenä sähköhoidossa on kuitenkin se, että epileptinen aktiivisuus

on levinnyt laajemmin keskushermostoon. Potilaalle tulee antaa uusi sähköärsyke suuremmalla virralla, jos kouristuksen kesto jää alle sovitun minimiajan. (Heikman 1995.)

Hoitokertoja on yleensä kaksi tai kolme kertaa viikossa. Kolmella kerralla saadaan nopeammin tuloksia kuin kahdella. Kognitiivisten sivuvaikutusten kannalta kaksi kertaa viikossa annettava sähköhoito on edullisempi tapa. Hoitokertojen määrä vaikuttaa yksilöllisesti. Potilaan tilaa on arvioitava säännöllisesti sähköhoitojakson aikana ja lopetettava hoito, kun kliinisen tilan paraneminen näyttää vakaalta. Hoitokertojen määrä on 6-20. Jos 12-15 hoitokerralla ei saada minkäänlaista vastetta, lisähoitokerrat eivät todennäköisesti auta. (Lohvansuu 2006.) Mikäli potilaan lääkitys ei ole sopiva, tämän vointi saattaa huonontua myöhemmin uudelleen. Tällöin harkitaan ylläpitohoitoa puolen vuoden tai jopa vuosien ajaksi, mikä tarkoittaa hoitokertoja 1-4 viikon välein. (Korvola-Tarkkanen 2011; Palokangas 2011.)

Potilasta seurataan sähköhoitoyksikössä, kunnes tämä on täysin hereillä. Verenpaineen nousu ja tiheä pulssi ovat normaaleja esiintymiä useita minutteja sähköhoidon antamisen jälkeen. Hoidon jälkeen saattaa esiintyä deliriumia muistuttavaa tilaa, erityisesti iäkkäillä potilailla. Tila voi liittyä myös oheislääkitykseen. Potilailla voi esiintyä myös päänsärkyä, lihaskipuja ja muistiaukkoja. Autolla ajaminen ja sitä vastaavat toimet ovat kiellettyjä hoitopäivänä anestesian vuoksi. Mikäli kyse on ns. polikliinisestä sähköstä, potilaalla tulee olla saattaja mukana. (Lohvansuu 2006; Nikkola 2001.)

4 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

Projektin toteuttamisvaiheessa toimitaan projektisuunnitelman mukaisesti. Projektin toteuttamisen tärkeitä osa-alueita ovat toteutussuunnitelman laatiminen, ohjaus, laadun varmistaminen ja projektin päättäminen. (Pelin 2002.)

4.1 Projektin tarkoitus, tavoitteet ja tehtävä

Projektin tarkoitus kertoo mihin tarkoitukseen projektin tulos on tarkoitus aikaansaada. Kuvailtaan projektin tarkoitus tiiviisti: projektin tulos ja keskeinen sisältö. Tavoitteiden on oltava saavutettavia ja realistisia. Ne antavat perussuunnan projektille koko sen elinkaaren ajan. Myös projektilla saavutettujen tulosten arviointi on mahdollista vain, kun niitä verrataan asetettuihin tavoitteisiin. Käytännössä projektille määritellään yksi päätavoite, joka voidaan tarvittaessa jakaa osatavoitteisiin. (Paasivaara, Suhonen, Nikkilä 2008, 8.) Projektille tulee määritellä tarkasti projektin tehtävä. Lyhyt sisällön määrittely esitetään tarvittaessa. Joskus on syytä ilmoittaa myös tehtävän seuraukset ja edellytykset. (Pelin 2011, 112 - 113.)

Tämän projektin tarkoituksena on tuottaa internetsivut sähköhoidosta psykiatrisen potilaan hoitomuotona. Tavoitteena on tuottaa aiheesta tietopaketti josta on hyötyä psykiatrisille potilaille, heidän omaisilleen sekä alan ammattilaisille. Projektin tehtävänä on lisätä tietoa psykiatrisesta sähköhoidosta. Edellytyksenä tehtävän onnistumiselle on kohderyhmältä saatu palaute projektin tuotoksesta.

4.2 Projektin rajaus, liittymät ja organisaatio

Ennen kuin projektia ryhdytään käytännössä toteuttamaan, tulisi tehdä aiheesta esiselvitys. Tarkoituksena kartoittaa aiotun hankkeen tarve. Tällöin nähdään onko projektille todellisuudessa tarve ja minkälaisena projekti kannattaa toteuttaa. Rajaus määrittelee projektissa mitä toimintoja ja tehtäviä projektiin kuuluu. Lisäksi se määrittelee mitä liittymiä ja millaisia rajapintoja lopputuotteen ja sen ympäristön välillä on. Se mitä projektiin ei kuulu on hyvä mainita rajauksessa, mikäli väärinkäsityksen mahdollisuus on olemassa. Yksi tärkeä kohta suunnittelussa on projektin kohderyhmän tunnistaminen ja määrittäminen. (Ruuska 2005, 165.)

Liittymät kohdassa tuodaan ilmi mahdolliset rinnakkaiset projektit ja projektiin liittyvät tehtävät. (Pelin 2002, 95.) Projektin organisoinnin kannalta pääasiat liittyvät projektin ohjaukseen, projektinvetäjän työhön, ryhmän kokoamiseen, sidosryhmien huomioimiseen ja johtoryhmän rooliin. Projektin tavoitteena on keskusteleva ohjaus, projekti tarvitsee ohjauksen koko prosessin ajan. Kontrolli ja valvonta korostavat vetäjän roolia, voi myös olla projektin kompastuskivi. Voi tukahduttaa projektityöntekijöiden luovuuden. (Paasivaara ym. 2008, 103.)

Projektin onnistumisen kannalta jäsenten valinta projektiryhmään on merkittävä asia. Projektin toiminnassa ja ohjauksessa jäsenet ovat aktiivisia osallistujia. Työyhteisön ulkopuolisten henkilöiden käyttäminen voi olla mielekästä omaehtoisissa projekteissa. Laajasti katsottuna sidosryhmiin kuuluvat kaikki ne tahot ja henkilöt, joihin suunniteltu toiminta ja lopputulos liittyvät. (Paasivaara ym. 2008, 103)

Sähköhoito (ECT) mielenterveyspotilaiden hoidossa. Projekti on rajattu sisältämään seuraavat osa-alueet: Psykiatrisen sähköhoidon käyttöaiheet ja vasta-aiheet, sähköhoidon hyödyt ja haitat, vaikutusmekanismi, sekä varsinaisen sähköhoito toimenpiteen kulku. Tuotos on rajattu internetsivustoiksi. Projektin ulkopuolelle on rajattu mm. masennukseen liittyvä informaatio. Rajaus on tehty työelämän yhteistyökumppanin, os. 75:n kanssa suoritetun esiselvityksen perusteella. Teimme lisäksi esiselvitystä sähköhoito-hakusanalla internetistä ja havaitsimme, ettei tarjolla ollut pelkästään psykiatrista sähköhoitoa käsitteleviä sivustoja.

Projektin liittymänä internetsivujen tekeminen. Projektityötä varten opettelimme internetsivujen laatimisen teknistä osaamista, koska emme olleet aikaisemmin sivuja tehneet. Varsinaisesti internetsivujen teknistä luomista ei vaadita sairaanhoitajan opinnäytetyöhön, mutta koska alkuperäinen suunnitelma internetsivujen ulkopuolisesta tekijästä ei toteutunut, vaihtoehdoksi jäi sivujen tekeminen itse.

Projektityöntekijöinä Jenni Pylväs (projektipäällikkö) ja Johanna Martti. Ohjausryhmään kuuluu Oys:in psykiatrian klinikan osastonhoitaja Ilpo Palokangas, sekä klinikan osasto75:n hoitohenkilökuntaan kuuluvia sähköhoidon osaajia. Opinnäytetyön ohjaajina ovat Elli Peteri ja Pekka Tiitinen. Internetsivujen luomisessa yhteistyökumppanina Jani Pylväs.

4.3 Projektin kulku

Olemme molemmat työskennelleet lähihoitajina mielenterveyspotilaiden parissa. Työelämästä lähtenyt kiinnostus psykiatrisesta sähköhoidosta ideoitiin projektiksi jo vuonna 2009. Teimme aluksi esiselvitystä aiheesta etsimällä internetistä sähköhoitoa käsitteleviä sivustoja. Pelkästään psykiatrista sähköhoitoa käsitteleviä sivustoja ei löytynyt, joten päätimme tehdä projektityönä internetsivut psykiatrisesta sähköhoidosta. Aloimme suunnitella projektia kesällä 2010 ja samana syksynä saimme opinnäytetyön ohjaajiksi Elli Peterin ja Pekka Tiitisen. Projektisuunnitelman tekoa vaikeutti ja turhautti ohjaajien eri näkemykset esim. tavoitteiden asettelusta. Suunnitelman teko kuitenkin eteni pienin askelin.

Teimme esiselvitystä mahdollisten yhteistyökumppanien osalta ja sovimme tapaamisen Oys:in os. 75:n osastonhoitaja Ilpo Palokankaan kanssa, johon Jenni osallistui keväällä 2011. Palokangas oli aiemmin lupautunut auttamaan projektissa työelämän edustajana. Tapaamisessa Palokangas itse ei ollut paikalla, mutta osaston sähköhoitotyöryhmä auttoi internetsivujen aineiston rajaamisessa. Vaikka yhteistyöstä oli sovittu juuri Palokankaan kanssa, työryhmän antama apu auttoi pääsemään projektissa alulle.

Olimme sopineet yhteistyöstä it-tradenomiopiskelijan kanssa internetsivujen teosta. Yhteistyö päättyi kuitenkin aikatauluongelmiin ja päätimme tehdä sivuston itse valmiilla kotisivu-ohjelmalla. Tämän jälkeen Jenni loi sivut alustavasti WordPress järjestelmällä ja osti samalla sivuille nimen namecheap.com-palvelusta: Sähköhoito.info. Sivut saatiin kotisivu-yhteistyökumppanin avulla tämän palvelimelle. Sovimme opinnäytetyön valmistuspäivämääräksi 30.11.2011.

Projektisuunnitelmamme hyväksyttiin toukokuussa 2011, jonka jälkeen aloimme tahtoillamme etsiä tietoa ja tuottamaan tekstiä psykiatrisesta sähköhoidosta. Jaoimme osat alueet, joista kummankin tuli kirjoittaa. Kesän jälkeen kävimme opinnäytetyön ohjauksessa Peterin ja Tiitisen luona ja saimme palautetta tekemästämme työstä. Palautetta tuli mm. lähteiden vähäisyydestä. Haimme tietoa kirjallisuudesta, alan artikkeleista, PPSHP:n psykiatrian klinikan tietokannasta, mm. Medic- ja terveystietokannoista, tämän lisäksi haimme tietoa vapaalla internet-haulla. Kävimme tapaamassa myös työelämän edustajaa oh Ilpo Palokangasta, joka hyväksyi kirjoittamamme tiedon ja

antoi lisätietoa ja vinkkejä aiheesta. Palokangas allekirjoitti havaintomme siitä, ettei psykiatrisesta sähköhoidosta ole juurikaan kirjallisuutta saatavilla. Jenni oli yhteydessä informaattikkoon, jolta saimme lisälähteen. Yhteydenotto varmisti kuitenkin sen tosiasian, että lähteiden määrä on rajallinen. Keskeisiin aikatauluongelmiin liittyvät tekijät vaativat meitä tarkentamaan tehtävänjakoa. Sovimme, että Johanna keskittyy tuottamaan projektin kulkuun liittyvää materiaalia.

Lokakuussa pääsimme tekemään yhdessä internetsivut valmiiksi ja tiedotimme siitä Ilpo Palokankaalle, jotta saisimme palautetta sivuista. Palautetta pyydettiin myös psykiatrisilta hoitajilta, muilta terveysalan ammattilaisilta (mm. kättilö) sekä henkilöiltä joilla ei ollut aiempaa tietoa sähköhoidosta. Palautetta analysoitiin ja sivustolle tehtiin pieniä muutoksia palautteen pohjalta. Ongelmaksi muodostui palautteen analysointiin käytettävissä olevan ajan niukkuus. Työelämän yhteistyökumppanin pitempi työpoisaolo sattui sivujen arvioinnin aikaan, joten arvioinnille jäi tämänkin vuoksi suunniteltua vähemmän aikaa. Olimme joka tapauksessa itse hyvin tyytyväisiä tekemiimme internetsivuihin.

Kävimme lokakuun lopussa opinnäytetyön ohjauksessa ja saimme lisäohjeistusta projektin kulkua kuvaavaan tekstiin. Lähdimme projektityöntekijöiden yhteistapaamisessa muokkaamaan tekstiä. Vaikeutena oli teorian ja käytännön yhteensovittaminen ja tekstissä käytettävät sanamuodot. Ongelmana oli myös asioiden linkittäminen oikeiden otsikoiden alle. Projektityön toteutukseen liittyvä teksti tuotti meille edelleen hankaluutta ja tarvitsimme vielä uuden opinnäytetyön ohjausajan ennen kuin tekstin vaadittu muoto selvisi meille. Sovimme, että saamme vielä yhden ohjaukserän ennen varsinaista palautusta. Ohjaaminen tapahtui sähköpostitse. Viimeisen ohjauksen tarkoituksena olisi selvittää, olemmeko päässeet numeraaliseen tavoitteeseemme. Jos tavoite ei täytyisi, jatkaisimme työstämistä vuoden loppuun saakka. Tällöin esitys siirtyisi keväälle. Meillä oli tarkoituksena saada työ syksyllä valmiiksi, mutta emme halunneet työstä ns. huonoa numeroa. Ohjaajilta saamamme palaute ei ollut niin selkeää kuin toivoimme, mutta päätimme palauttaa työn sovittuna päivämääränä syksyllä 2011. Päätöksen teimme siltä pohjalta koska, ensi keväästä on tulossa kiireinen Jennin suuntaavien opintojen osalta ja Johannan elämäntilanteen vuoksi. Itse olemme tyytyväisiä palautettavaan työhön ja koemme, ettei näillä resursseilla meillä ole enempää aikaa tämän projektin työstämiseen.

5 TULOSTEN JA PROJEKTIN ARVIOINTI

Projektin katsotaan päättyvän silloin kun kaikki projektisuunnitelmassa määritellyt tehtävät on toteutettu. Hyvän projektin tunnusmerkkejä ovat suunnittelu, aito tarve, osaava ja motivoitunut henkilöstö, riittävät resurssit, verkostoituminen ja sitoutuminen. (Paasivaara ym. 2008, 139; Ruuska 2005, 237.)

Projektin onnistumisen selvittäminen tarkoittaa arvioimista. Arviointi ei perustu sattumanvaraisuuteen vaan on systemaattista toimintaa. Tärkeintä on saada projektin merkityksestä mahdollisimman luotettava käsitys. Projektissa on hyvä käyttää ulkopuolista arviointia silloin kun halutaan siitä puolueeton käsitys. Sen avulla voidaan huomata sellaisia vahvuuksia tai heikkouksia, joita projektissa päivittäin työskentelevät tahot eivät ole kyenneet näkemään. (Paasivaara ym. 2008, 141 – 145.)

Projektityön tuotoksena syntyi internetsivut psykiatrisesta sähköhoidosta potilaiden, omaisten ja alan ammattilaisten käyttöön.

Projektityön tekeminen on sujunut lähes suunnitelmien mukaan. Projektin etenemistä haittasivat projektityöntekijöiden aikataulujen yhteensopimattomuudet, minkä vuoksi projektin työstäminen aloitettiin hieman myöhään. Tämän vuoksi palautteen organisoimille ja käsittelylle jäi suunniteltua vähemmän aikaa. Tarkempien välitavoitteiden määrittäminen olisi näin myöhempään ajateltuna ollut aiheellista ja helpottanut projektin ajallaan valmistumista. Alkuvaiheessa työstimme projektiin liittyvää materiaalia omilla tahoillamme ja tapasimme lähinnä asioiden yhteenvetämisen merkeissä. Projektin loppuvaiheessa työstimme materiaalia yhteistapaamisissa, mikä selkiytti projektityötä ja saattoi sen kokoavaan päätökseen. Yhdessä tekeminen antoi myös paremman mahdollisuuden purkaa projektityöhön liittyviä konflikteja.

Yksi otantatutkimuksessa käytetty menetelmä on näyte. Sitä yksilöiden ryhmää, jonka mielipiteet halutaan saada selville, kutsutaan perusjoukoksi. Näyte poimitaan perusjoukosta sellaista menetelmää käyttäen, jolloin kuka tahansa perusjoukon edustaja ei voi yhtäläillä joutua valituksi. (Route 2007)

Projektin tuotoksen (Liite 1) arvioinnissa käytämme apuna työelämän yhteistyökumppania oh Ilpo Palokangasta. Lisäksi valitsimme terveydenhuollon ja mielenterveystyön ammattilaisia arvioimaan tuottamiamme sivuja. Arvioimassa oli myös ihmisiä joille asia tuntematon. Palautetta pyysimme yhteensä kahdeltatoista henkilöltä. Henkilöistä viisi on mielenterveystyön ammattilaista ja loput seitsemän vastaajista eivät olleet aiemmin perehtyneet aiheeseen. Kyselyyn saimme vastauksen yhdeksältä vastaajalta. Vastaajista kolme oli mielenterveystyön ammattilaisia ja kuusi muuta. Ajan puutteen vuoksi emme käyttäneet lainkaan potilashaastatteluja työn arviointiin.

Vastaajat saivat arvioida sivuja kolmiosaisen kyselyn perusteella. Kysymykset olivat: Mikä oli tietämyksesi sähköhoidosta ennen sivuihin tutustumista asteikolla 1-10? Mikä on tietämyksesi psykiatrisesta sähköhoidosta sivuihin tutustumisen jälkeen asteikolla 1-10? Mitä uutta konkreettisesti opit? Palaute jätettiin internetsivustolla olevalla palaute-lomakkeella.

Keskimäärin mielenterveystyön ammattilaisten lähtötietämys oli 4 ja sivuston lukemisen jälkeen keskimääräinen tietämys oli 8. Muiden vastanneiden lähtötietämys oli keskimääräisesti tasoa 2 kun taas sivuston lukemisen jälkeen tietämykseksi arvioitiin keskimäärin 7. Vastauksissa ei ollut mainittavaa hajontaa.

Palautteen perusteella henkilöt joilla ei ollut aiempaa tietämystä sähköhoidosta, hyötyivät sivustosta. Hyvänä asiana sivustossa pidettiin lyhyitä ja selkeitä kappaleita, mitkä pitivät mielenkiinnon yllä. Sivustoon oli jäänyt ammattisanastoa, joita palautteen jälkeen muutettiin helpommin ymmärrettävään muotoon. Mielenterveystyön ammattilaiset kokivat erityisesti vaikutusmekanismi osuuden antaneen uutta tietoa. Vastaajat kokivat saaneensa apua sivustosta mahdolliseen potilasohjaukseen. Palautteen antajista ne, joilla oli tietämystä sähköhoidosta jo ennestään, kokivat tiedon syventyneen. Palautteen antajien joukossa oli myös henkilö, jolla ei ollut lainkaan aiempaa tietämystä edes sähköhoidon olemassaolosta. Hän koki saavansa perustiedot sähköhoidosta sivuston avulla. Useat palautteen antajat olivat siinä luulossa, että sähköhoitoa ei enää lainkaan käytetä. Vastaajilla oli mielikuva siitä, että psykiatrista sähköhoitoa toteutettiin aiemmin rangaistuskeinona. Hoitokeinonakin käytettäessä sähköhoito kuulosti heistä karmaisevalta. Yksi syy tähän oli ”Yksi lensi yli käenpesän”-elokuvan antama kuva sähköhoidosta. Voidaan siis olettaa, että sivustolla on mahdollisuus hälventää sähkö-

hoitoon liittyviä pelkoja. Työelämän yhteistyökumppani Palokangas arvioi sivustoa maallikon kannalta selkeäksi ja hyvin tietoa antavaksi.

Palautteen antajien valinta tapahtui ns. perusjoukosta otettavalla näytteellä. Palautteen antajia ei ole valittu sattumanvaraisesti, joten tuloksia ei voi peilata laajemmin perusjoukkoon.

6 POHDINTA

Tämän projektin tarkoituksena on tuottaa internetsivut sähköhoidosta psykiatrisen potilaan hoitomuotona. Tavoitteena on tuottaa aiheesta tietopaketti josta on hyötyä psykiatrisille potilaille, heidän omaisilleen sekä alan ammattilaisille.

Hoitotyössä tulee vastaan tilanteita, joissa joudutaan ratkomaan eettisiä ongelmia. Eettisen ongelman peruskysymys on se, mikä on oikein ja väärin tai hyvää ja pahaa tietyn tilanteessa. Eettinen ongelma syntyy ristiriidasta kahden tai useamman arvon välillä. Eettiselle ongelmalle on tyypillistä, ettei sille ole vain yhtä oikeaa ratkaisua.

(Leino-Kilpi 2003, 58 – 59.)

Sähköhoito on yksi hoitotoimenpide mielenterveystyössä, johon tahdonvastaisessa hoidossa oleva potilas voidaan määrätä vastoin tämän tahtoa. (Mielenterveyslaki, luku 2, 8 §.) Tahdonvastaiseen hoitoon liittyy aina eettinen ongelma. Mietitään pystyykö potilasta hoitamaan ilman että määrätään tämä tahdonvastaiseen hoitoon. Hoitotoimenpiteet pyritään hoitamaan niin, ettei pakkokeinoja tarvitse käyttää. Pakkokeinoihin mentäessä ihminen on yleensä niin sairas, että muita keinoja ei ole käytettävissä. Psykiatrisen sähköhoito on pakkohoidossa viimeisiä hoitokeinoja, joihin potilas voidaan tarvittaessa määrätä. Tätä ennen yritetään neuvotella potilaan kanssa vapaaehtoisuudesta.

Projektin edetessä mieleemme tuli yhä uudestaan ja uudestaan kysymys siitä miksi sähköhoito on usein viimeisin hoitovaihtoehto. Ennen sähköhoidon aloittamista voidaan kokeilla useita eri lääkkeitä eri annoksilla. Lääkkeiden vaikutus ei usein ala kovinkaan nopeasti ja lääkeväesteen saaminen voi kestää kauan – mikäli sitä edes saavutetaan. Osastohoidossa tämä tietää pitkiä hoitjaksoja. Pitkät osastojaksot eivät ole potilaalle mielekkäitä ja potilaat saattavat laitostua. Lisäksi osastohoito on kunnille ja yhteiskunnalle kallista. Kun todistetusti ja tutkitusti sähköhoito auttaa ja tehoaa nopeasti useimmilla ihmisillä. (Palokangas 2011.) Eettinen ongelma syntyy siitä, että potilaalle kokeillaan usein erilaisia lääkkeitä, vaikka sähköhoidosta voitaisiin saada nopeampi apu potilaan tilanteeseen.

Mielenterveysongelmien lisääntymisestä on puhuttu laajasti. Olemme oppineet koulutuksen aikana, että Suomessa käytetään masennuslääkkeitä enemmän kuin muualla Euroopassa. Sähköhoidon lisääntynyt käyttö kertoo pelkojen hälventymisestä ja hoidon

toimivuudesta. Työtä tehdessä huomasin, miten tuntematon asia psykiatrinen sähköhoito on. Työtä tehdessä tuli myös selväksi, että tekemämme sivusto todella on tarpeellinen tuomaan lisätietoa sähköhoidosta. Projektin aikana heräsi useita kysymyksiä ja ajatuksia sähköhoitoon liittyen. Heräsi ajatus siitä, onko sähköhoitoa saatavilla kaikille potilaille tasapuolisesti. Meillä on molemmilla psykiatrista työkokemusta Oulun kaupungilta ja Johannalla lisäksi Oys:in psykiatrian klinikasta. Yhteinen havainto on se, ettei Oulun kaupungilla sähköhoito ole niin aktiivisessa käytössä kuin Oys:in psykiatrian klinikassa. Mielenkiintoinen tutkimuksen aihe olisikin sähköhoidon ensisijainen käyttö masennuksen hoidossa.

Projektin luotettavuuden keskeisinä tekijöinä toimivat lähteinä käytetyn aineiston luotettavuus. Lähteiden luotettavuus perustuu lähteiden ikään, uskottavuuteen ja siihen, miten tunnettu aineiston kirjoittaja on. Lähteitä valittaessa pyritään siihen, että lähde on mahdollisimman tuore. Lähdemateriaalia valittaessa tulee huomioida, että luotettavuuteen vaikuttaa lähteen kirjoittajan esiintyminen usean julkaisujen tekijänä tai muiden tekijöiden lähdeviitteissä. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2007, 102 – 103.)

Aiheesta oli vaikeaa löytää lähdeaineistoa koulun vaatimusten mukaan, mutta mielestämme käytimme opinnäytetyössä aiheeseen nähden kattavasti lähteitä. Tietoa on kerätty useasta eri lähteestä, mikä parantaa tiedon luotettavuutta. Koska sähköhoidosta on kirjoitettu useaan muuhun aineeseen nähden vähän, esiintyi artikkeleissa samoja tekijöitä. Emme nähneet tässä tilanteessa tätä projektin luotettavuuteen vaikuttavana tekijänä. Lähdeaineistona on pyritty käyttämään uusinta tarjolla olevaa lähdemateriaalia. Projektin viitekehyksen luotettavuutta on pyritty parantamaan myös niin, että tekstiä on näytetty alan osaajille. Työelämän yhteistyökumppani on tarkastanut kirjoittamamme tekstin ja hyväksynyt sen. Projektin valmistumisvaiheessa kiinnitimme huomiota siihen seikkaan, miten vähän itse projektin tuotosta arvioitiin. Vaikka se on varsinainen projekti, ohjaajien huomio perustui ohjausvaiheessa lähes kokonaisuudessaan kirjalliseen työhön.

Projektin tekeminen on ollut yllättävän aikaa vievää, mutta myös antoisaa ja mielenkiintoista tulevaa työtämme ajatellen. Projektin tekemisestä on oppinut ainakin sen, että aikataulujen ja tavoitteiden laatiminen on tärkeää. Tätä projektia tehdessä määrittelimme vain työn valmistumispäivämäärän. Seuraavaa mahdollista työtä tehdessä

osaamme aikatauluttaa työn paremmin ja selkeämmin. Erilaisten työskentelymenetelmien yhdistäminen on ollut haasteena työtä tehdessä. Olemme myös huomanneet miten tärkeää on puhua ja käsitellä työskentelyyn liittyviä asioita. Projektin edetessä meille on muodostunut luontaisesti erilaiset roolit, ilman että niitä on erikseen jaettu.

Projektin jatkotutkimusaiheena voisi olla tutkimustyö siitä miten sivustosta on pitkällä aikavälillä ollut hyötyä kohderyhmälle. Olisi mielenkiintoista selvittää myös se, onko sivusto lisännyt psykiatrisen sähköhoidon tietämystä kansalaisten keskuudessa.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Johtopäätös: projektin tulokset yhdistetään johdannossa sekä tietoperustassa esitettyihin taustoihin ja näin voidaan todeta päätulokset. (Hirsjärvi ym. 2007, 214 - 215)

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että aiheesta on mahdollisuus tuottaa internetsivut tällaisella projektilla. Palautteen perusteella voidaan arvioida, että sivustosta on hyötyä tähän tutkimukseen osallistuneille mielenterveystyön ammattilaisille ja muille sähköhoidosta tietoa hakeville.

LÄHTEET

- Heikman, Pertti 2004 Sähköhoidon uusia näkymiä, Aikakausikirja Duodecim
- Heikman, Pertti 1995 Sähköhoito on käypähoito, Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko, Sajavaara, Paula 2007 Tutki ja kirjoita, 13. painos, Tammi, Helsinki
- Huuhka, Kaija 2009 Electroconvulsive therapy, Väitöskirja, Tampereen yliopisto
- Huuhka, Martti, Hietanen, Seppo, Saarela, Tuula, Savijärvi, Maija, Nieminen, Liisa, 2000 Sähköhoito sopii myös vanhuspotilaille, Suomen lääkärilehti
- Järvelä, Jukka 2011 projektin arviointi, Tampereen teknillinen yliopisto, Luettu: 1.10.2011, <http://hlab.ee.tut.fi/hmopetus/projektin-arviointi>
- Keldner, Norman L., Boschini, Deborah J. 2009 Biological perspectives, Electroconvulsive therapy, Perspectives in psychiatric care, nro.1,
- Korvola-Tarkkanen, Paula 2011 Sähköhoito on mainettaan parempi, Sairaanhoitajalehti, 8/2011
- Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2003 Etiikka hoitotyössä. WSOY. Juva.
- Leinonen, Esa 2010 Biologisten hoitojen kehitys 1900-luvun psykiatriassa, Suomen Lääkärilehti, 65(35)
- Lepola, Ulla, Koponen, Hannu, Leinonen, Esa, Joukamaa, Esa, Isohanni, Matti, Hakola, Panu 2002 Psykiatria, 1. painos, WSOY
- Letemendia FJ, Delva NJ, Rodenburg M, ym. 1993 Therapeutic advantage of bifrontal electrode placement in ECT. Psychol Med
- Lohvansuu, Marika + työryhmä 2006 Electroconvulsive therapy (ECT) = sähköhoito, Oulun yliopistollinen sairaala, Psykiatrian tulosityksikkö, työohjeet
- Lönnqvist, Jouko, Heikkinen, Matti, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri, Partonen, Timo 2001 Psykiatria, 2.uudistettu painos, Kustannus Oy Duodecim
- National institute for health and clinical excellence 2011 The clinical effectiveness and cost effectiveness of electroconvulsive Therapy (ECT) for depressive illness, schizophrenia, catatonia and mania, luettu 24.5.2011, <http://guidance.nice.org.uk/TA59>
- Niensted, Walter, Hänninen, Osmo, Arstila, Antti, Björkqvist, Stig-Eyrik 2004 Ihmisen fysiologia ja anatomia, 15. painos, WSOY, Porvoo

Nikkola, Kristiina 2001 Psykiatria sairaanhoitajille, Elektrokonvulsiivinen hoito, Kaakkois-suomen sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry, Luettu: 20.10.2011, <http://www.kakspy.com/kakspy/kirj.html>

Paasivaara, Leena, Suhonen, Marjo, Nikkilä, Juhani 2008 Innostavat projektit, Sipoo

Palokangas, Ippo 2011 Osastonhoitaja, Henkilöhaastattelu, Oys/psykiatrian klinikka, osasto 75, 29.4. 2011

Pelin, Risto 2002 Projektinhallinnan käsikirja, 3. painos, Gummerus kirjapaino Oy

Peltola, Jukka 2004 Sähköhoidosta apua vaikeaan masennukseen, Helsingin- ja uudenmaan sairaanhoitopiiri, luettu 8.11.2011: <http://www.hus.fi/default.asp?path=1;46;616;617;618;1319;6723&print=1>

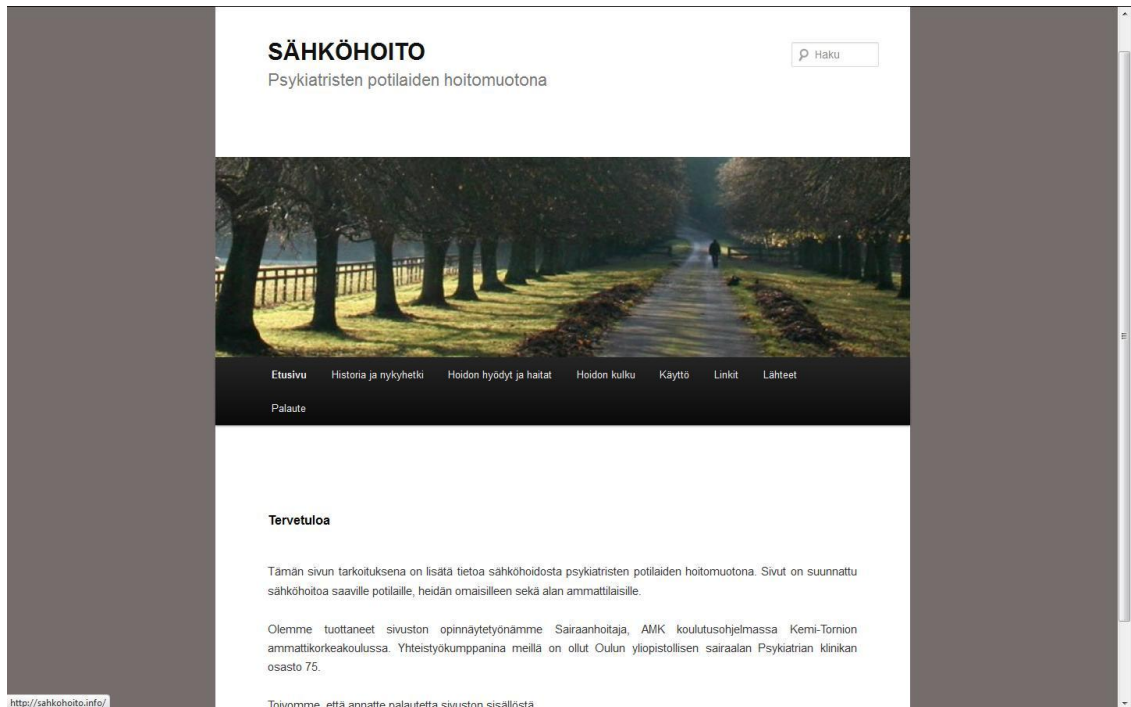
Route, Pentti 2007 Otantatutkimus luettu 22.11.2011: <http://www2.uiah.fi/projects/metodi>

Ruuska, Kai 2005 Pidä projekti hallinnassa, Talentum, Helsinki,

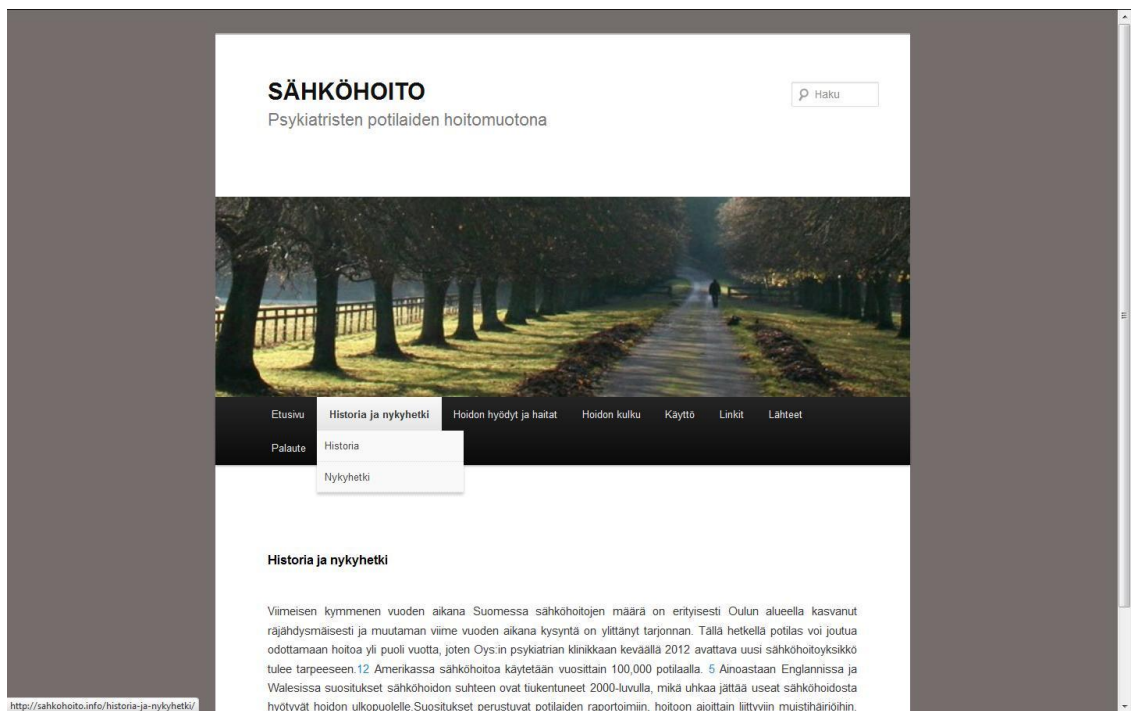
Shorter, Edward 2005 Psykiatrian historia, Hakapaino

Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä, Depressio Käypä hoito, 2010, luettu 4.11.2011: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023?hakuksana=masennus#s1>

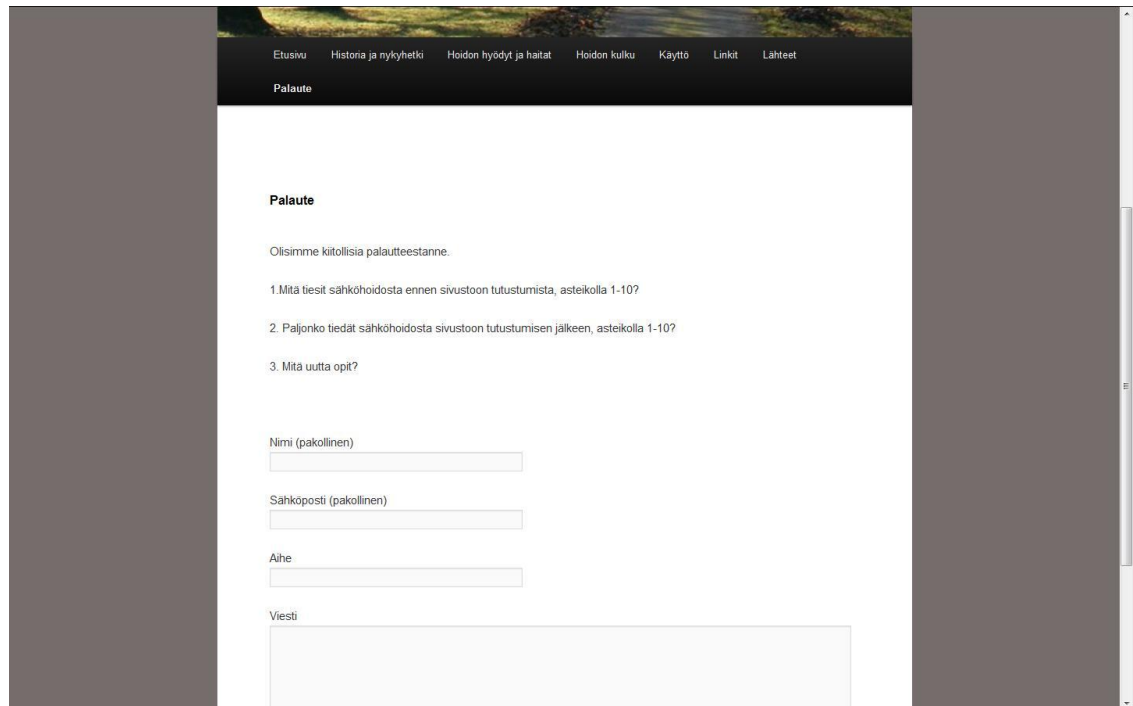
LIITTEET

1 Internetsivun ulkoasu, <http://sahkohoito.info>

Valikko



Palaute



Etusivu Historia ja nykyhetki Hoidon hyödyt ja haitat Hoidon kulku Käyttö Linkit Lähteet

Palaute

Palaute

Olisimme kiitollisia palautteestanne.

1. Mitä tiesit sähköhoidosta ennen sivustoon tutustumista, asteikolla 1-10?
2. Paljonko tiedät sähköhoidosta sivustoon tutustumisen jälkeen, asteikolla 1-10?
3. Mitä uutta opit?

Nimi (pakollinen)

Sähköposti (pakollinen)

Aihe

Viesti