

Annina Elomaa, Susanna Ilvesaho, Iida Okka, Noora Rossi

**SAIRAANHOITAJIEN KOKEMUKSIA
SÄHKÖHOIDON TOTEUTTAMISESTA
KYMENLAAKSON PSYKIATRISSESSA
SAIRAALASSA**

Opinnäytetyö
Sairaanhoitaja (AMK)

2019



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijät	Tutkinto	Aika
Annina Elomaa, Susanna Ilvesaho, lida Okka, Noora Rossi	Sairaanhoitaja (AMK)	Lokakuu 2019
Opinnäytetyön nimi		
Sairaanhoitajien kokemuksia sähköhoidon toteuttamisesta Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa		61 sivua 25 liitesivua
Toimeksiantaja		
Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä Kymsote, Kymenlaakson psykiatrinen sairaala		
Ohjaaja		
Lehtori Sari Engelhardt, lehtori Terhi Héde		
Tiivistelmä		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajien kokemuksia sähköhoidon toteuttamisesta Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa. Tavoitteena oli selvittää, miten sähköhoitoa toteutetaan. Lisäksi tavoitteena oli selvittää, minkälainen sairaanhoitajan työnkuva on sekä, miten sairaanhoitajat kokivat tehtäväsiirron myötä työnkuvansa muuttuneen.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Aineisto kerättiin teema-haastattelun keinoin yksilöhaastatteluina kesällä 2019. Haastatteluihin osallistui 11 sairaanhoitajaa. Tutkimuskysymyksien mukaisesti teemoja muodostui kolme: sähköhoidon toteutuminen, sairaanhoitajien työnkuva, sekä sairaanhoitajien kokemukset tehtäväsiirrosta. Aineisto litteroitiin ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Tämän tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat kokivat sähköhoidon toteuttamiseen liittyvän tehtäväsiirron lääkäreiltä sairaanhoitajille pääosin positiivisena muutoksena. Sairaanhoitajat kokivat itsensä ja ammattitaitonsa kehittämisen olevan mahdollisuus. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan päätellä, että sähköhoitoa toteuttavat sairaanhoitajat kokivat vastuun lisääntyneen työnkuvassaan. Osa sairaanhoitajista koki uudistuksen kuormittavan ja sekoittavan osaston arkea. Kokonaisuuden hallinnan koettiin hankaloituneen. Käytännön uudistuksen suunnittelussa osa sairaanhoitajista myös koki, ettei sähköhoidosta kokemusta omaavia huomioitu tarpeeksi, jotta käytännöstä olisi voinut tulla toimivampi osastotyön kannalta.</p> <p>Tutkimuksesta Kymenlaakson psykiatrinen sairaala sai tietoa sairaanhoitajien kokemuksista tehtäväsiirrosta ja voi näin pyrkiä kehittämään ja hyödyntämään haastatteluissa ilmi tulleita epäkohtia ja ottaa tulokset huomioon esimerkiksi täydennyskoulutusten suunnittelussa.</p>		
Asiasanat		
Sähköhoito, työnjako, tehtäväkierto, tehtävän delegaatio, vastuullisuus		

Authors	Degree	Time
Annina Elomaa, Susanna Ilvesaho, Iida Okka, Noora Rossi	Bachelor of Health Care, Nursing	October 2019
Thesis title		61 pages 25 pages of appendices
Experiences of the nurses who practice electroconvulsive therapy in the psychiatric hospital of Kymenlaakso		
Commissioned by		
Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä Kymsote (Kymenlaakso Social and Health Care Authority), The psychiatric hospital of Kymenlaakso		
Supervisor		
Sari Engelhardt senior lecturer, Terhi Héde senior lecturer		
Abstract		
<p>The purpose of the thesis was to find out how nurses who practice electroconvulsive treatment in the psychiatric hospital of Kymenlaakso experience the procedure. The aim was to find out how electroconvulsive treatment was put into practice. In addition, we wanted to find out what a nurse's job description is and how the nurses felt their job had changed after the task transfer.</p> <p>The thesis was carried out with a qualitative research method. The material was collected with personal interviews by using theme interview methods. Eleven nurses took part in the interviews. Three themes were formed as per the research questions: the realization of electroconvulsive therapy, the job description of the nurses, and the nurses' experiences of the task transfer. The material was transcribed and analyzed using inductive content analysis.</p> <p>According to our study the task transfer of electroconvulsive therapy from doctors to nurses was seen as a positive change by the nurses. The nurses felt that improving their personal and professional skills is an opportunity. On the grounds of this study, we can conclude that the nurses who carry out electroconvulsive therapy felt their responsibilities have increased. Some of the nurses found the change straining as it mingles the everyday life of the department and controlling the entity of the department was harder. Some of the nurses also felt that those nurses who had experience with electroconvulsive therapy should have been listened to more in the planning stages of the change so that the practice could have been more functional in everyday departmental work.</p> <p>The psychiatric hospital of Kymenlaakso received information on the nurses' experiences of the task transfer from our study, and thus can aim to improve the defects found in the study and take the results into account, for example, when planning further training.</p>		
Keywords		
Electroconvulsive therapy, distribution of work, job rotation, delegation of the task, responsibility		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	SÄHKÖHOITO	7
2.1	Käyttö- ja vasta-aiheet.....	9
2.2	Sähköhoidon toteutus.....	12
2.3	Haittavaikutukset	16
3	TYÖNJAON MUUTOKSET SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA.....	17
3.1	Tehtäväsiirto	21
3.2	Laajennettu tehtäväkuva	22
4	SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTOA OHJAAVA LAINSÄÄDÄNTÖ	23
4.1	Koulutusta ohjaava lainsäädäntö	25
4.2	Tehtäväkuvan muutoksia ohjaava lainsäädäntö.....	27
5	SAIRAAHOITAJAN VASTUU JA VASTUULLISUUS HOITOTYÖSSÄ	28
6	TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	29
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	29
7.1	Tutkimusmenetelmä	32
7.2	Aineiston keruu	33
7.3	Aineiston analyysi.....	37
8	TUTKIMUSTULOKSET	41
8.1	Sähköhoidon toteuttaminen.....	41
8.2	Sairaanhoitajien työnkuva	45
8.3	Sairaanhoitajien kokemukset tehtäväsiirrosta	46
9	POHDINTA.....	48
9.1	Tulosten tarkastelu	49
9.2	Eettisyys ja luotettavuus.....	53
9.3	Kehittämisideat ja jatkotutkimusehdotukset.....	55
	LÄHTEET	57

LIITTEET

Liite 1. Tiedonhakutaulukko

Liite 2. Tutkimustaulukko

Liite 3. Saatekirje

Liite 4. Suostumuslomake

Liite 5. Teemahaastattelurunko

Liite 6. Taulukko yläluokan muodostamisesta sähköhoidon toteutuksesta

Liite 7. Taulukko yläluokan muodostamisesta sairaanhoitajien työnkuvasta

Liite 8. Taulukko yläluokan muodostamisesta sairaanhoitajien kokemuksista

1 JOHDANTO

Aivojen sähköhoitoa eli elektrokonvulsivista terapiaa (ECT) käytetään mielen-terveyshäiriöiden, kuten masennuksen, skitsofrenian ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitoon. Kautta historian sähköhoitoa on kritisoitu eettisesti arveluttavana hoitomenetelmänä. Maailmanlaajuinen potilastietorekisteri kuitenkin todistaa, että kautta aikojen on ollut potilaita, jotka ovat hyötynet nimenomaan tästä hoitomuodosta. (Larsson & Nyström 2015, 8–9.) Media osaltaan on vaikuttanut negatiivisiin mielikuviin (Guruvaiah ym. 2017; Larsson & Nyström 2015, 8). Suomessa sähköhoidon käyttö on lisääntynyt 2000-luvulla, mutta hoidon tehokkuudesta riippumatta sitä käytetään hoitomuotona masennuksen esiintyvyyteen verraten harvoin (Kyrklund 2019, 8).

Psykiatria on mielenterveyshäiriöitä tutkiva ja hoitava lääketieteen erikoisala. Erikoislääkäreinä toimivat psykiatrit. Tieteellinen pohja perustuu aivojen tutkimuksiin, sekä sosiaali- ja käyttäytymistieteisiin. Psykiatrian toimialoihin kuuluvat Suomessa aikuispsykiatria ja lisäksi omina erikoisaloinaan oikeus-, lasten- ja nuorisopsykiatria. Mielenterveyshäiriöitä kuvaavat psyykkiset oireet, jotka haittaavat toimintakykyä, sekä psyykkistä kärsimystä aiheuttavat oireet. Oireista muodostuu erinäisiä oireyhtymiä. Mielenterveyshäiriöitä ovat muun muassa masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, psykoosi, pakko-oireiset-, ja ahdistuneisuushäiriöt, aivojen kehitykseen vaikuttavat häiriöt, syömishäiriöt, unihäiriöt, sekä käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen vaikuttavat häiriöt. Myös traumaperäiset ja päihteisiin liittyvät häiriöt kuuluvat mielenterveyshäiriöihin. (Lönngqvist ym. 2014, 18–19.)

Mielenterveyslaissa määritellään mielenterveystyön tarkoittavan ihmisen hyvinvoinnin, persoonan ja toimintakyvyn kasvun edistämistä, sekä mielenterveyshäiriöiden ja mielisairauksien ennaltaehkäisyä, hoitamista ja oireiden lievittämistä. Sama laki määrittää oikeuden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin lääketieteellisin perustein tehdyn sairauden määrittämisen mukaan. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Mielenterveyshäiriöihin hoitoa tarvitsevien ja hoitoa saavien määrä on viime vuosina ollut noususuuntainen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportin mukaan psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidettiin vuonna 2017 yhteensä 195 406 potilasta ja avohoidossa käyntejä oli 2,255 miljoonaa. Vertaen vuoteen 2016 vuodeosastohoidossa hoidettujen potilaiden määrä kasvoi 5,4 prosenttia ja hoitajaksojen määrä kasvoi 4,1 prosenttia. Myös nuorten, iältään alle 24-vuotiaiden, vuodeosastohoidon määrä kasvoi 12 prosenttia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018.)

Opinnäytetyön aihe valikoitui valmiiden opinnäytetyöaiheiden joukosta mielenkiintoisimpana ja aihe on tällä hetkellä ajankohtainen, koska Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa sairaanhoitajat ovat alkaneet toteuttaa sähköhoitoa itsenäisesti. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajien kokemuksia sähköhoidon toteuttamisesta Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa tehtäväsiirron myötä. Opinnäytetyö hankkeistettiin Kymenlaakson sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymän Kymsoten kanssa. Tutkimusmenetelmän valintaan vaikutti se, että halusimme selvittää sairaanhoitajien kokemuksia.

Toteutimme opinnäytetyön kahtena työparina niin, että toinen pari perehtyi laajemmin teoreettiseen viitekehukseen ja toinen pari tutkimuksen haastatteluosuuteen. Teorian pohjana käytimme tutkimustietoa, hoitotyön ohjeistuksia ja suosituksia. Lisäksi perehdyimme mielenterveystyöhön ja siihen liittyviin laatusuosituksiin sekä lakeihin. Suoritimme yhdessä tulosten pohdinnan saadun aineiston perusteella. Opinnäytetyötä tehdessä syvensimme samalla oppi- maamme mielenterveyshäiriöistä ja mielenterveyshoitotyöstä. Tässä opinnäytetyössä käytimme elektrokonvulsivisesta terapiasta käsitettä *sähköhoito*.

2 SÄHKÖHOITO

Sähköhoito lievittää ahdistusta ja parantaa mielialaa. Hoidon vaikutustapa on vieläkin jossain määrin epäselvä, mutta tutkimuksien mukaan sähköhoidon on havaittu vaikuttavan aivojen toimintaan: sähköiseen toimintaan ja välittäjäai-

neisiin (serotoniiniin, dopamiiniin ja noradrenaliiniin) sekä plastisiteettiin eli aivojen muovautuvuuteen vaikuttaviin molekyyleihin. (Kyrklund 2019, 7; Pakanen 2000, 379–380.)

Sähköhoitoa on käytetty psykiatriin sairauksiin jo vuodesta 1930 (Huuha 2009, 15; Mattila 2017, 5). Ennen sähköhoidon kehittymistä vuonna 1938, kouristuskohtaukset aiheutettiin kemiallisesti pistoksina lihakseen ja myöhemmin suonensisäisesti (Lönqvist ym. 2017, 869). Aluksi sähköhoitoa saavaa potilasta ei nukutettu, mutta hoidon kehittyessä mukaan tulivat lihasrelaksantit sekä nykyisin käytössä oleva kevyt anestesia (Haapamäki 2018; Heikman ym. 2006, 28). Historian saatossa erilaisilla psykiatrisilla hoitomuodoilla on ollut lyhyet kukoistuskaudet, minkä jälkeen ne ovat kokonaan poistuneet käytöstä. Sähköhoito on nykymallin mukaisena hoitomuotona säilynyt muun muassa sen turvallisuuden ja tehokkuuden vuoksi. (Abrams 2002, 15; Haapamäki 2018.)

Sähköhoito on sähkövirran johtamista kallon ulkopuolelta aivoihin, jolloin potilaalle aiheutuu kouristuskohtaus, joka lievittää psyykkisiä oireita (Haapamäki 2018; Lönqvist ym. 2017, 869). Sähköhoito perustuu sähköiseen purkaukseen aivokuorella, joka aiheuttaa keinotekoisien epileptisten kohtauksen. Ilman kohtausta hoito on tehoton. Sähköisen purkauksen tulee kestää aivoissa EEG-mittauksen eli aivosähkökäyrän perusteella vähintään 20 sekuntia. Lihaskouristus epileptisten kohtauksen aikana on haitallinen ja se pyritään estämään lääkkeellä. (Haapamäki 2018.) Hoitoa annetaan tavallisimmin 2 – 3 kertaa viikossa ja taustalla oleva diagnoosi vaikuttaa hoitosarjan pituuteen (Sadeniemi ym. 2013, 207). Aivopaine voi hetkellisesti nousta veri-aivoesteen läpäisevyyden lisääntyessä, mikä muuttaa aivojen verenkiertoa ja metaboliaa. Sähköstimulaatio vaikuttaa potilaan somatiikkaan aiheuttaen muun muassa 2 – 5 minuutin tiheälyöntisen rytmihäiriön, nostamalla verenpainetta sekä sykettä ja vähentämällä aivoverenkiertoa. Epileptinen kohtaus tämän jälkeen puolestaan lisää aivoverenkiertoa, hapenkulutusta ja sokeriainenvaihduntaa – myös silmän-, sekä likvorkierron paine nousevat. (Haapamäki 2018; Heikman ym. 2006, 29; Mattila 2017, 5; Pakanen 2000, 379, 380.)

Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan sähköhoidossa käytettävä sähköhoidoannos pohjautuu yksilölliseen kouristuskyngnykseen. Ensimmäisellä hoitokerralla, sekä edellisen hoitokerran ollessa yli kaksi kuukautta sitten, määritellään kyseinen kouristuskyngnyk. Kouristus, mikä saadaan aikaan vähäisimmällä annoksella, on potilaan kouristuskyngnyk. Tavallisimmin se löytyy 1 – 3 stimuluksella. Sähköhoidon tavoitteena on saavuttaa 15 – 30 sekunnin kestoisen yleistynyt kouristus, jolloin kaikki lihakset kouristelevat. Kouristuskyngnyk voi nousta hoitojakson aikana. Mikäli kouristus ei lopu kahdessa minuutissa, lääkitään diatsepaamilla kouristuksen loppumiseksi. (Käypä hoito -suositus 2014.)

Sähköhoidosta hyötyy yli 80 prosenttia potilaista. Hoidon aloituksesta kolmen viikon aikana yli 60 prosenttia potilaista ovat saaneet vastetta hoidolle. Hoidon teho on pienempi lääkeresistenttiä (lääkehoidolla ei ole vastetta) masennusta sairastavalle ja sähköhoito tehoaa 50 – 60 prosenttiin potilaista. Sähköhoidosta saadut vaikutukset eivät aina ole pysyviä ja puolen vuoden aikana potilaista sairastuu uudelleen 80 prosenttia. Sähköhoitoa voidaan antaa myös ylläpitohoitona, jolloin hoidon välejä pidennetään hiljalleen viikoittaisesta hoidosta joka toiseen viikkoon, ja kertaalleen kuukaudessa olevaan hoitokertaan. Hoitojakso voi kestää useampia vuosia. (Kyrklund 2019, 7–8.) Sähköhoito keskeytetään, mikäli hoidosta ei ole tehoa 8 – 12 hoitokerralla tai oireet pahenevat tai huomattavia haittavaikutuksia esiintyy (Bjelogrlic-Laakso ym. 2019).

2.1 Käyttö- ja vasta-aiheet

Sähköhoitoa voidaan käyttää keskivaikean, vaikean tai psykoottisen masennuksen sekä skitsofrenian ja manian hoidossa, jos näihin sairauksiin lääkehoito ei ole tehonnut tai esiintyy katatonisia oireita tai itsemurhariski on suuri (Kyrklund 2019, 7; Käypä hoito -suositus 2016; Lönnqvist ym. 2017, 870). Sitä käytetään ensisijaisena hoitomuotona silloin, kun potilaan hoidossa on tarpeen saada nopea hoitovaste tai muista hoitokeinoista ei ole saatu riittävää apua. Sähköhoitoa harkitaan hoitokeinoksi myös silloin, kun muista hoidoista epäillään tulevan enemmän haittavaikutuksia tai ne ovat kyseisten hoitojen aikana aiheutuneet sietämättömäksi. (Lönnqvist ym. 2017, 870.)

Masennus on mielenterveyshäiriö, oireyhtymä, jonka yhtenä hoitomuotona käytetään sähköhoitoa. Masennusta sairastavan mieliala on alakuloinen ja mielenkiinto asioihin laskenut. Siihen saattaa liittyä muun muassa väsymystä, univaikeuksia, laihtumista ja syyllisyyden tunteita. Lievää masennusta sairastaa aikuisista noin 10 – 15 prosenttia ja noin 5 prosenttia sairastaa vakavaa masennusta. Noin 1 prosentti masennuksista on psykoottista masennusta. Psykoottisessa masennuksessa esiintyy lisäksi aistiharhoja ja harhaluuloja. Perinnölliset tekijät ja persoonallisuuspiirteet vaikuttavat osaltaan masennukseen sairastumiseen. (Huttunen 2018b; Kyrklund 2019, 2; Käypä hoito -suositus 2016.)

Masennus jaotellaan oireiden perusteella lievään, keskivaikeaan, vaikeaan ja psykoottiseen masennustilaan. Useat masennukseen sairastuneet sairastuvat uudelleen ja masennus on pitkäaikainen sairaus. Hoitomuotona sähköhoito on nopea ja tehokkain masennuksen hoidossa ja se soveltuu potilaille, joiden oireina esiintyy katatonisia tai psykoottisia piirteitä, kuten todellisuuden ymmärtämisessä muutoksia sekä harhaisuutta. (Kyrklund 2019, 3, 5, 7; Käypä hoito -suositus 2016; Taiminen 2013.) Masennuksen hoidossa sähköhoitokertoja hoitosarjan aikana on 6 – 12 (Haapamäki 2018).

Skitsofrenia on psykiatrinen sairaus, joka tyypillisesti puhkeaa nuorena, noin 20–30-vuotiaana. Sairastuvuus on noin 1 prosentti väestöstä. Sairaudelle tyypillisiä ominaispiirteitä ovat esimerkiksi harhaluuloisuus, erilaiset käytösoireet, tunneilmaisujen poikkeavuudet ja aistiharhat, sekä kyvyttömyys mielihyvän kokemiseen ja sosiaalisista suhteista vetäytyminen. Skitsofreniaa sairastavilla esiintyy myös kognitiivisissa toiminnoissa häiriöitä, kuten muistissa, toiminnan ohjauksessa, tiedon prosessoinnissa sekä tarkkaavaisuudessa. Sairauden synnylle on todettu altistavana tekijänä perinnöllisyys ja keskushermoston varhainen kehityshäiriö. Stressitekijät voivat myös laukaista sairastumisen. Itsemurhariski on kasvanut skitsofreniaan sairastuvilla mielialaan vaikuttavien oireiden, huonon hoitoon sitoutumisen sekä päihteiden käytön vuoksi. Sähköhoito on yksi skitsofrenian hoitomuodoista, kun lääkehoidon teho on riittämätön. (Huttunen 2018c; Käypä hoito -suositus 2015.) Hoitoa annetaan enintään 20 kertaa hoitajakson aikana riippuen hoitovasteesta (Haapamäki 2018).

Katatoniset oireet eivät suoraan määritä sairautta. Katatonisen skitsofrenian lisäksi katatonisia oireita voi esiintyä esimerkiksi aivosairauksissa, päihteiden käytössä, sekä muissa psykiatrisissa häiriöissä. Käypä hoito -suosituksessa (2013) mainitaan skitsofrenian oireisiin kuuluvan muun muassa jähmettyminen epätavallisiin asentoihin, puhumattomuus ja tarkoitukseton ohjeiden vastustaminen, tai niiden noudattaminen päinvastoin. Katatonisten oireiden hoitoon sähköhoitoa annetaan 1 – 4 kertaa hoitojakson aikana. (Haapamäki 2018; Käypä hoito -suositus 2013.)

Kaksisuuntainen- eli bipolaarinen mielialahäiriö on sairaus, jota voidaan myös hoitaa sähköhoidon avulla. Sairaudelle on tyypillistä, että masentunut mieliala vaihtelee maanisen, eli poikkeuksellisen kohonneen mielialan kanssa. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä esiintyy myös sekamuotoisia tai oireettomia sairausjaksoja. Oireilu voi olla myös psykoottista. Tyypillistä on, että alakuloinen mieliala on hallitsevampi kuin maaninen. (Huttunen 2018a; Käypä hoito -suositus 2013.) Masennusjaksot kestävät keskimäärin puoli vuotta, ja maaniset jaksot voivat alkaa yllättävästi ja kestävät kahdesta viikosta viiteen kuukauteen. Sairauteen voi liittyä muistin ja toiminnan häiriöitä. Maniavaiheen aikana sairastunut voi käyttäytyä hillitsemättömästi ihmissuhteissa ja talousasioissa sekä käyttää päihteitä. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy myös merkittävä itsetuhokäyttäytyminen huonon hoitoon sitoutumisen ja masennuksen vuoksi. Perinnöllisillä tekijöillä on vaikutus sairastumisriskiin. Sähköhoitoa harkitaan hoitomuodoksi, mikäli psykoottista oireilua liittyy masennusvaiheeseen. (Käypä hoito -suositus 2013.) Manian hoidossa sähköhoitoa annetaan hoitojaksossa 8 – 20 kertaa (Haapamäki 2018).

Ehdottomia vasta-aiheita sähköhoidolle ei ole (Fink 2009, 34; Haapamäki 2018). Potilaan tietoista kieltäytymistä hoidosta pidetään kuitenkin vasta-aiheena. Korkea ikä ei ole este toteuttaa sähköhoitoa perusterveelle henkilölle. Myöskään raskautta ei pidetä esteenä hoidolle. (Käypä hoito 2014; Oravainen 2013, 13; Sadeniemi ym. 2013, 206.) Sähköhoitoa ei anneta alle 13-vuotiaille (Heikman 2004, 1220; Ylitalo 2013). Vasta-aiheina voidaan pitää aivokasvainta, kohonnutta kallonsisäistä painetta, aivoverenvuotoa, tuoretta aivo- ja

sydäninfarktia tai verenpainetautia (Sadeniemi ym. 2013, 206; Lönnqvist ym. 2017, 871).

2.2 Sähköhoidon toteutus

Potilasta on informoitava sairaudestaan sekä sähköhoidon prosessista ennen hoidon aloitusta (Lönnqvist ym. 2017, 871). Saadun informaation perusteella potilas voi tehdä päätöksen hoitoon suostumisesta (Haapamäki 2018). Välttämättömissä tilanteissa, kuten vaikean itsetuhoisuuden yhteydessä, hoitoa voidaan antaa ilman potilaan myöntävyyttä. Mielenterveyslaki määrittää, että hoidon on toteuduttava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, mikäli tämä on mahdollista. Tahdosta riippumattomia hoitotoimenpiteitä saa käyttää ainoastaan, kun tiedetään, että niiden tekemättä jättäminen vaarantaa potilaan tai muiden turvallisuutta. Hoidon tulee toteutua hoitosuunnitelman mukaisesti. (Mielenterveyslaki 22 b. §.)

Lääkäreillä on hoitovastuu sähköhoitoa saavien potilaiden hoidossa. Lääkäri tekee päätöksen hoidon aloituksesta ja määrittää yksilöllisen sähköhoitosuunnitelman: annoksen aloitusmäärän, sähkön antajan, hoitajakson pituuden ja toistokerrat. Lääkäri määrää myös sähköhoidon aikaisen lääkityksen. (Haapamäki 2018.)

Sähköhoito annetaan yleisanestesiassa eli nukutuksessa (Käypä hoito -suositus 2016). Ennen sähköhoitojen aloitusta tulee potilaalta tutkia hänen somaattinen terveydentilansa ja sairaudet, jotka vaikuttavat heikentävästi fyysiseen suorituskyykyyn ja näin ollen elimistön kykyyn sietää anestesian aiheuttamaa räsitusta. Sairauksia, joilla on merkitystä ovat diabetes, sydän- ja verisuonisairaudet, sekä munuais- ja keuhkosairaudet. Potilaasta otetaan keuhkojen röntgenkuva, jos potilaalla on sydän- ja verisuonisairauksia taustalla. Potilaan verenkuvan ja elektrolyyttitasapaino tarkistetaan verikokeen avulla ennen hoitoa. Potilaan käytössä oleva lääkitys, mahdolliset aikaisemmat anestesioidit ja niiden komplikaatiot, kuten pahoinvointi, vaikea hengitystie ja hidas herääminen, selvitetään. (Heikman ym. 2006, 28; Niemi-Murola 2016, 105; Rosenberg ym. 2014, 246.)

Potilas valmistellaan sähköhoidon toteutusta varten. Potilaan tulee käydä suihkussa ja pestä hiukset ennen hoitoa, eikä potilaalla tulisi olla kynsilakkaa. (Ylitalo 2013.) Potilasta ohjataan olemaan toimenpidepäivänä tupakoimatta (Haapamäki 2018). Ravinnotta on oltava ainakin kuusi tuntia ja juomatta kaksi tuntia ennen sähköhoidon toteutusta anestesian vuoksi. Ravinnotta ololla tavoitellaan vähäistä mahan sisältöä ja minimoidaan sen happamuutta. Tällä pyritään estämään mahan sisältöä nousemasta ruokatorveen ja suuhun. Jos mahan sisältö nousee, lisääntyy aspiraatoriski, eli vatsan sisällön mahdollinen pääsy keuhkoihin. (Koivusipilä ym. 2015; Käypä hoito -suositus 2014.) Potilaalle annetaan tarvittavat ja sallitut lääkkeet lääkärin arvion mukaisesti. Ennen sähköhoitoa potilaan tulisi käydä wc:ssä, jotta virtsarakko ja suoli olisivat tyhjät. Potilaan tulee pukeutua löysiin vaatteisiin. Ennen hoidon aloitusta tarkistetaan hampaiden kunto ja poistetaan hammasproteesit. Heiluvat hampaat voivat irrota koristuksen aikaisen purennan vuoksi. (Ylitalo 2013.)

Ennen elektrodien sijoittamista potilaan päähän, tulee pään olla kuiva ja puhdas, jotta elektrodit tarttuvat paremmin ihoon (Haapamäki 2018). Kaksi elektrodia asetellaan pään iholle, joko oikealle ohimolle ja oikealle puolelle päälakea, tai molemmille ohimoille (Sadeniemi ym. 2013, 207). Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan oikeanpuoleinen elektrodien sijoittelu (unilateraalinen, RUL) on yleisempää siitä aiheutuvien vähäisempien kognitiivisten, eli tiedon käsittelyyn liittyvien ongelmien vuoksi. Molemmipuolista elektrodien sijoittelua (bitemporaalinen, BT) käytetään vain perustellusti. Bitemporaalista hoitoa annetaan, kun se on aiemmin todettu tehokkaaksi tai nopea vaste on tarpeellinen potilaan ollessa psykoottinen tai välittömässä itsemurhavaarassa. Lisäksi, jos unilateraalinen hoito ei ole kuuden antokerran jälkeen tehonnut, harkitaan siirtymistä bitemporaaliseen hoitoon. (Kykkänen 2019, 5; Käypä hoito -suositus 2014.)

Sähköhoidon toteuttamiseen osallistuvat psykiatria erikoistunut lääkäri, anestesia lääkäri, anestesiahoitaja ja sähköhoitoon perehtynyt psykiatrinen sairaanhoitaja. Sähköhoidon antaa psykiatri. Psykiatrinen sairaanhoitaja saattaa potilaan toimenpidehuoneeseen ja avustaa toimenpiteen aikana. Anestesia lääkäri vastaa potilaan laskimoyhteydestä, joka säilytetään toimenpiteen

jälkeen niin kauan, kunnes potilaan tajunnantaso on normalisoitunut ja peruselintoiminnot vakautuneet. Anestesiaalääkärin tehtäviin kuuluu huolehtia sähköhoitoa saavan potilaan hengityksestä ja sen riittävydestä heräämövaiheeseen asti yhteistyössä anestesiahoitajan kanssa. (Haapamäki 2018; Heikman ym. 2006, 29.)

Ennen anestesian suorittamista potilaasta otetaan sydänsähkökäyrä (EKG) ja asennetaan pulssioksimetri-, sekä verenpainemittari. Potilaalla on oltava suonihtyys ennen anestesian aloitusta. Kouristusaktiivisuuden seuranta varten aloitetaan lihastoimintaa mittaava EMG-rekisteröinti sekä aivojen toimintaa mittaava EEG-rekisteröinti. (Haapamäki 2018; Huttunen 2018; Pakanen 2000, 380.)

Anestesian toteuttaminen edellyttää asianmukaisen välineistön ja tilojen lisäksi erikoisosaamista koulutetulta henkilökunnalta, joilla on valmius reagoida komplikaatoriskeihin (Pakanen 2000, 380; Rosenberg ym. 2014, 24). Potilaan elintoimintojen tarkkailu on edellytys turvallisen anestesian toteutukseen (Rosenberg ym. 2014, 29). Anestesiaalääkäri huolehtii potilaan nukutuksesta ja elvytysvälineistön saatavuudesta (Kykkänen 2019, 4). Anesteettina käytetään lyhytvaikutteisia laskimoanesteetteja, eli suoneen annosteltavia nukuttavia, tajunnan tasoon vaikuttavia lääkkeitä, kuten propofolia tai metohexitaalia. Potilaan nukahdettua annetaan lihasrelaksantti suksinyylioliini. (Kykkänen 2019, 4; Käypä hoito -suositus 2014; Pakanen 200, 380.)

Anestesian aikana potilas on kytkettynä valvontamonitoriin ja potilaasta tarkkaillaan toimenpiteen aikana sydänsähkökäyrää, verenpainetta, happikylläisyyttä (SpO₂), sekä hengitystä. Anestesiassa käytettyjen lääkkeiden vaikutuksesta verenkierron suojarahkeiden toiminta on hidastunut ja lääkkeiden käyttöön liittyy myös hengityslaman riski. (Yli-Murola 2016, 108, 110.) Anesteeteilla saatavan vaikutuksen vuoksi lihasrelaksaatio on mahdollinen, ja se lieventää potilaan kokemaa jännittyneisyyttä sekä pelkoa, eikä potilas muista toimenpidettä (Ylitalo 2013).

Verenpainetta mitataan suonyhteyden kanssa samasta kädestä toimenpiteen ajan. Toiseen käteen tai jalkaan asetetaan verenpainemansetti verenkierron estämiseksi. Mansettiin täytetään painetta enemmän kuin potilaan systolinen (yläpaine) verenpaine on, ennen kuin lihasrelaksanttia annetaan. Mansetin paineen vuoksi lihasrelaksantti ei kulkeudu tähän raajaan. Tarkoituksena on estää relaksantin vaikutus raajassa arvioidessa kouristuksen kestoa. Mansetin alapuolella olevan raajan liikehdintää arvioidaan riittävän kouristuksen varmistamiseksi. (Pakanen 2000, 380; Ylitalo 2013.)

Potilasta esihappeutetaan happimaskin kautta ennen anestesian aloitusta, jotta vähennetään kouristuksen aikana ilmenevää hypoksiaa eli veren matalaa happipitoisuutta, mikä vaikuttaa lisäävästi potilaan kouristusherkkyyteen. Potilaan happeuttamista jatketaan hengityspalkeella koko toimenpiteen ajan, ja happeutus keskeytetään vain sähköstimulaation eli kouristuksen ajaksi. Nielu-putkea käytetään tarvittaessa ja sähköiskun ajaksi laitetaan hammassuoja. Hiilidioksidiarvo pyritään pitämään matalalla (enintään 4,0 kPa) kouristusherkkyden lisääntymisen vuoksi. (Heikman 2006, 30; Ylitalo 2013.) Sähköisku annetaan minuutin jälkeen lihasrelaksantin antamisesta (Ylitalo 2013). Potilaan nukahdettua hänen suuhunsa asetetaan hammassuoja. Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan lihasrelaksantin vaikutuksella vähennetään potilaan loukkaantumisriskiä kouristuksen jäädessä vähäiseksi. Lihasrelaksantti ehkäisee luksaatiota eli nivelten sijoiltaanmenoa, sekä kouristuksen aiheuttamia luunmurtumia. (Haapamäki 2018; Pakanen 2000, 380; Sähköhoito tehokas masennuksessa 2003.)

Sähköhoidon jälkeisessä hoidossa otetaan huomioon mahdollisten komplikaatioiden riskit: välittömät sydänkomplikaatiot, sekavuus ja muistihäiriöt (Ylitalo 2013). Potilaan vointia seurataan toimenpiteen jälkeen siihen suunnitellussa tilassa ja suurin merkitys on verenkierron ja hengityksen tarkkailussa (Rosenberg ym. 2014, 13). Relaksaation jälkeen odotetaan potilaan hengityksen palautumista. Potilaalle laitetaan happimaski ja hengityspalkeella ventiloidaan (tuetaan hengitystyötä) tarpeen mukaan. Kylkiasento helpottaa hengittämistä. (Ylitalo 2013.) Potilaan elintoimintoja tarkkaillaan toimenpiteen jälkeen herää-

mössä, koska nukutetuilla potilailla voi esiintyä anestesian jälkeisiä komplikaatioita. Anestesian aikana käytetyt lääkkeet voivat vaikuttaa potilaan verenkiertoon, hengityksen puutteellisuuteen, tai tajunnan tasoon. Anestesian jälkeiseen tarkkailuun kuuluu verenkierron, hengityksen, pahoinvoinnin ja tajunnan tason seuranta. Potilaan verenkiertoa arvioidaan ja potilaasta tarkkaillaan sydämen sykettä, rytmin tasaisuutta ja verenpainetta. Potilaan hengitystä arvioidaan ja potilaasta tarkkaillaan hengitystiheyttä, hengitystyötä, happisaturatiota ja ihon väriä. Lisäksi seurataan, että potilas on herännyt anestesiasta. (Lukkarinen ym. 2012, 4, 7–8, 12, 14.)

Jälkitarkkailun aika riippuu anestesiamenetelmästä, potilaan yleisilasta ja tehdystä toimenpiteestä (Yli-Murola 2016, 111). Lyhytvaikutteisten anesteettien käyttö nopeuttaa potilaiden toipumista siirtokelpoisiksi (Rosenberg ym. 2014, 419). Potilas voidaan siirtää jatkohoitopaikkaan, kun potilas on tajuissaan ja elintoiminnot ovat vakaat (Rosenberg ym. 2014, 419; Ylitalo 2013). Seuraavilla hoitokerroilla otetaan huomioon potilaan kokemukset ensimmäisestä sähköhoitokerrasta ja myös aikaisemmin tehtyjen sähköhoitojen vaikutukset tulee ottaa selville hoidon suunnittelussa. (Heikman ym. 2006, 28; Ylitalo 2013.)

2.3 Haittavaikutukset

Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan sähköhoidon haittavaikutukset ovat lähinnä vähäisiä sekä tilapäisiä, ja niitä aiheuttavat osin anestesia-aineet. Yleisiä sähköhoidon haittavaikutuksia ovat päänsärky, huimaus ja lihaskivut (Bjelogrlic-Laakso ym. 2019; Sadeniemi ym. 2013, 207). Sähköhoidon jälkeen voi esiintyä myös rytmihäiriöitä (Bjelogrlic-Laakso ym. 2019). Heräämössä potilaiden haittavaikutukset liittyvät lähinnä pahoinvointiin ja verenkierron sekä hengityksen häiriöihin (Lukkarinen ym. 2012, 4).

Haittavaikutuksina voi ilmetä lyhytkestoisia kognitiivisia häiriöitä, kuten kouristuksen jälkeistä sekavuutta tai muistamattomuutta (Heikman 2004, 1220; Kyrklund 2019, 8). Muistinmenetyks on usein ohimenevää ja korjaantuu hoitojakson päätyttyä (Käypä hoito -suositus 2014). Muistamattomuus koskee usein sähköhoitokertaa edeltäviä tai hoidon aikaisia tapahtumia, eikä sen ole havaittu huonontavan muistitoimintoja sen laajemmin. Potilaista 55 prosentilla

voi ilmetä pysyviä kognitiivisia haittoja (Kyrklund 2019, 8). Haittavaikutusten riskit nousevat, jos potilaalla on taustalla huonosti hoidettu astma, sydämen vajaatoiminta, vaikea sydämen läppävika tai keuhkohtaumatauti (Heikman 2004, 1223; Kykkänen 2019, 6; Paunonen 2018, 12).

Muistihäiriöiden pelko peilaa raportteihin potilaista, joita hoidettiin ilman anes-tesiaa tai happeuttamista hoitomuodon käyttöönoton aikoihin. Silloin hoidolla oli vakavia, jopa pysyviä vaikutuksia muistiin. Nykyään potilasta kuitenkin hap-peutetaan koko toimenpiteen ajan, jotta saadaan minimoitua muistiongelmia. Muisti palautuu yleensä muutaman kuukauden aikana. Potilas muistaa siitä huolimatta tärkeät elämäntapahtumat, perheenjäsenensä, sekä jo opitut elä-mäntaidot. Ikä vaikuttaa hoidosta ja haittavaikutuksista toipumiseen – iältään nuoremmat potilaat toipuvat nopeammin, vanhemmilla potilailla toipuminen voi viedä hieman kauemmin. (Fink 2009, 35.)

Ennen sähköhoidon kehittymistä selkärankamurtumat olivat haittavaikutuk-sista vaikeimpia, mutta lihasrelaksaation käytön myötä nämä estyvät. Ham-masvaurioita voi aiheutua, mikäli lihasrelaksanttia tai hammassuojaa, puru-kappaletta, ei ole käytetty. Aiemmin myös kohtauksen kesto saattoi pitkittyä. Nykyisin kohtauksen keston pitkittyessä siihen osataan varautua ja sitä osa-taan hoitaa. (Fink 2009, 34; Haapamäki 2018.)

Kuolleisuus on harvinaista, vaikka puolet sähköhoitoa saavista potilaista on iältään vanhempia ja sairastavat kriittisiä sairauksia (Fink 2009, 34). Sataatu-hatta hoitoa kohden menehtyy noin kaksi potilasta (Haapamäki 2018). Meneh-tyminen tapahtuu yleisemmin heti kouristuksen päätyttyä tai heräämössä (Heikman 2004, 1223).

3 TYÖNJAON MUUTOKSET SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA

Sosiaali- ja terveysalalla työnjako tarkoittaa työtehtävien ja vastuun käytäntö-jen muutoksia kehittämällä työyhteisön toimintaa. Työnjakoa voidaan kohden-taa sosiaali- ja terveydenhuollon toimialaan tai osa-alueisiin, kuten palvelujär-jestelmiin, sekä työyhteisön toimintaan. Peruste työnjaon muutoksille on am-

mattikuntien osaamisen mukaisesti järjestää tehtäviä uudelleen hoidon ja palveluiden kannalta. Työtehtäviä voidaan jakaa joko saman tai eri ammattikunnan välillä. Laissa ei ole määrätty rajoituksia lääkärien ja hoitotyöntekijöiden väliseen työnjakoon, lukuun ottamatta muutamia säännöksiä lääkäreiden vastuusta. Terveys- ja hoitolaissa ammattihenkilölain mukaisesti lääkärillä on päätävältä potilaiden hoidosta: taudinmäärittämisestä, lääketieteellisestä tutkimuksesta, sekä lausuntojen ja todistusten vahvistamisesta. Usein lääkäri on myös määritellyt toimenpiteiden valvojaksi tai suorittajaksi. Lääkäreiden ohjeistuksien mukaisesti hoitotyöntekijät voivat tehdä itsenäisesti joitain terveydenhuollon työtehtäviä. Työnjakoa kuvaavat käsitteet: työnjako, tehtäväsiirto ja laajennettu tehtäväkuva. (Kapanen 2018, 4, 6.)

Organisaatioiden prosessi- ja menetelmäkeinot eivät ole riittävän tehokkaita teknologian, kilpailun, kustannusten ja säännöksiä kehittämisessä. Muutos tarkoittaa siirtymistä uuteen tilaan tai tilanteeseen ja muutosprosesseilla vaikuttaa organisaatioiden tehokkuuteen. Suomen terveysverkosto on kehittynyt kansanterveyslain sekä kunta- ja palvelurakennemuutosten vuoksi. (Luukkonen 2018, 34, 38–40, 67, 78.) Suomessa sosiaali- ja terveyspalveluja on kehitetty nykymalliin 1960-luvulta lähtien. Viime vuosina sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuskehitykseen on ollut vaikutusta kuntien järjestämällä toimintamuutoksilla. Erot sairastavuudessa ja väestörakenteessa vaikuttavat palvelujärjestelmän kustannusrakenteeseen. Palveluja kohdennetaan asiakkaille ja työajan käyttöä tehostetaan väestörakenteen muutoksien aiheuttamien kulu- jen myötä. (Latvala-Kaataja 2016, 1.) Viime vuosikymmeninä sairaanhoitajan työnkuva on muuttunut huomattavasti terveydenhuollon muutosten myötä. Tähän ovat vaikuttaneet merkittävästi esimerkiksi monisairaiden ihmisten kasvava määrä, sekä palvelujärjestelmän ja väestörakenteiden muutokset. (Viho- lainen 2018, 6.)

Kansallisen terveyshankkeen tavoitteena vuosina 2001 – 2007 oli kehittää työnjakoa terveydenhuollossa, jotta toimintatapoja voitiin uudistaa ja lisätä työntekijöiden pysyvyyttä, sekä turvata potilaiden hoitoon pääsyä. Perusterveydenhuollossa lisättiin terveyden- ja sairaanhoitajien itsenäistä vastaanotto-

työtä, uudistettiin fysioterapeuttien ja röntgenhoitajien työnkuvaa, sekä sairaanhoidollisia tehtäviä siirrettiin perus- ja lähihoitajille. Työnjaon kehittäminen jatkui kansallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelmissa: KASTE-ohjelmissa vuosina 2008 – 2015, sekä Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelmassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Työnjakoa kehitettiin lisäksi hoitaja-lääkäri -työparityöskentelyllä ja sairaanhoitajien toteuttamilla pitkäaikaissairauksien seurannalla. Lääkärille kuuluvista tehtävistä siirrettiin muille ammattiryhmille tutkimuksia. (Flinkman 2014, 11.)

Kansainvälisesti monissa maissa tehtäväkuvia ja työnjakoa kehittämällä voidaan tehostaa terveydenhuollon toimintaa. Suomessa työnjakoon vaikuttavat Euroopan unionin lainsäädäntö, kuten Ammattipätevyysdirektiivi 2013/55/EU ja kansainvälinen kehittämistyö. Suomessa koulutettu hoitohenkilökunta on tehnyt niitä tehtäviä, joita muissa maissa lääkärit edelleen tekevät. Terveydenhoitajat tekevät Suomen neuvoloissa tarkastuksia, joita muissa maissa vain lastenlääkärit tekevät. Sairaanhoitajien tehtäväkuvia on kehitetty Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön (OECD) vuonna 2010 julkaiseman raportin mukaan erityisesti Suomessa, Isossa-Britanniassa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa. Viime vuosina myös Hollannissa, Irlannissa ja Australiassa on tehtäväkuvien kehitykseen kiinnitetty entistä enemmän huomiota. Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön julkaiseman raportin mukaan Suomessa tehtäväkuvien muutoksiin on vaikuttanut etenkin terveystarpeiden kasvu, kuten kroonisten sairauksien lisääntyminen sekä lääkäripulan kasvaminen. Suomen koulutusjärjestelmän tarjoama osaaminen uudistuneisiin tehtäviin mahdollistaa laajennettujen tehtäväkuvien muutoksen. Sairaanhoitajan tutkintoon johtava koulutus antaa melko laajat perusvalmiudet ammattiin. Lisä- ja täydennyskoulutuksilla pidetään yllä työntekijän ammattitaitoa ja lisätään osaamista sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuessa. Ammatillinen kehittyminen lisää työn veto-voimaa ja työuran kehittymistä. (Flinkman 2014, 16, 18.)

Terveydenhuollossa työnjaolla kehitetään työyhteisön toimintaa asianmukaisilla toimintatavoilla järjestämällä työtoimintaa ja -tehtäviä ammattikuntien osaamisen näkökulmasta ja hoidon kokonaisuuden mukaisesti (Flinkman 2014, 8).

Tehtäväsiirtoihin ja työnjaon kehittämiseen vaikuttavat sosiaali- ja terveystoimintien ohjelmien linjaukset lainsäädännössä sekä työelämässä ja väestön palvelutarpeissa tapahtuvat muutokset, ja lisäksi myös viimeisimmät tutkimustiedot ja teknologian kehittyminen vaikuttavat kehitykseen. Palvelujärjestelmissä tapahtuvat uudistukset ja näyttöön perustuva kliininen hoitotyö, sekä työvoimapula ja kroonisten sairauksien lisääntyminen, ovat vaikuttaneet työnjaon kehittämiseen. Perustana työnjaon muutoksiin ovat hoidon laadun ja toiminnan varmistaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan tehtäväkuvia laajentamalla ja syventämällä ammattiryhmien sisällä, sekä ammattikuntien välillä tehtäviä siirtämällä, kehitetään työnjakoa. (Flinkman 2014, 7.)

Työnjaon muutoksilla ennakoitaan myös tulevaa, kuten esimerkiksi työntekijäpula sosiaali- ja terveysalalla hoitohenkilökunnan ikääntyessä ja eläköityessä. Työnjaon muutoksilla voidaan vaikuttaa julkisia- ja yksityisiä palveluja tuottavien yritysten tuotteliaampaan työskentelyyn. Henkilökunnan resurssipulan myötä ammattilaisten osaaminen täytyy hyödyntää paremmin, mikä tarkoittaa itsenäisiä ja laajavastuisia työtehtäviä, hoidon koordinoitua, moniammatillista yhteistyötä, potilaiden tukemista omahoidossa ja lisääntyviä konsultatiivisia tehtäviä. (Flinkman 2014, 24.)

Ammattikuntien välisellä työnjaolla ja tehtäväsiirroilla sekä tehtäväkuvien laajentamisella pyritään parantamaan palvelujen saatavuutta ja työn joustavuutta. Palvelujen parantamiseksi ammattiryhmien osaamista hyödynnetään terveydenhuollossa kehittämällä moniammatillisia toimintamalleja, eli hoitotyöntekijöiden ja lääkäreiden työtehtäviä uudelleen järjestämällä. (Latvala-Kaataja, 2016, 2, 10.) Eri ammattiryhmien välinen tavoitteellinen toiminta ja potilastietojen jakaminen kuvaa moniammatillista yhteistyötä. Hoitotyön tuloksellisuuteen vaikutetaan yksilökeskeisellä palvelulla sekä ammatillisella yhteistyöllä. Osaamisen varmistamista edellytetään ammattikunnalta toiselle tapahtuvissa tehtäväsiirroissa ja laajennetuissa tehtäväkuvissa. (Latvala-Kaataja 2016, 2; Liimatainen 2009, 18–19.)

Muuntamalla ja laajentamalla sairaanhoitajien tehtäväkuvaa tähdätään hoitoon pääsyn parantamiseen, sekä kustannusten ja lääkärivajeen hallitsemiseen (Martinson 2016, 4–3). Tehtäväkuvan muutoksilla taataan myös potilaiden hoidon jatkuvuus ja kokonaisvaltaisempi hoito (Köykkä 2014, 8). Työnkuvan kehitys edistyy hyvin, kun työpaikalla on yleinen motivoitunut asenne muuttuviin tehtäviin. Itsessään sairaanhoitajan koulutus tuo jo valmiutta työnkuvan laajentamiseen. Lisäksi oma mielenkiinto ja edeltävät työtehtävät voivat auttaa muutoksien toteuttamista. (Gästrin 2017, 16.) Motivaatiota jakaa tehtäviä pidetään perustana työnjaon kehittämiseksi. Tärkeäksi on koettu lääkäreiden motivaatiota jakaa työtehtäviään. (Kapanen 2018, 9.)

Tehtävien siirryttyä lääkäreiltä sairaanhoitajille, on tullut esiin huoli potilasturvallisuudesta ja hoidon laadusta. Tutkimuksista käy kuitenkin ilmi, että sairaanhoitajien antama hoito ei ole koulutukseen nähden puutteellisempaa verrattuna lääkäreiden antamaan hoitoon. (Westerback 2018, 15.) Sairanhoitajien laajentunut asiantuntijuus on vaikuttanut tehtäväkuvan muutoksiin. Hyvin koulutetut sairaanhoitajat toteuttavat yhtä korkeatasoista hoitoa koulutuksensa mukaisesti samoin kuin lääkäritkin. (Martinson 2016, 4-3.) Laillistettu ammattihenkilö, kuten sairaanhoitaja, röntgenhoitaja tai fysioterapeutti, voi laissa säädetyllä asetuksella toimia toisen työtehtävissä, kun terveystieteiden tai työjärjestelyjen kannalta se on perusteltua (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559). Kuitenkin aina laillistetulla lääkärillä on lain mukaan päätösvastuu potilaan hoidosta, taudinmäärittämisestä ja lääketieteellisestä tutkimuksesta (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 22. §).

3.1 Tehtäväsiirto

Tehtäväsiirrot ovat eri ammattikuntaan kuuluvien aiempien työtehtävien siirtämistä toisen ammattikunnan työtehtäviin (Hukkanen 2005, 13; Kapanen 2018, 4). Tavallisimpia tehtäväsiirtoja ovat lääkäreiltä sairaanhoitajille siirtyneet työtehtävät, joista tyypillisimpiä ovat potilasohjaus, pitkäaikaispotilaan seuranta, hoidon tarpeen arviointi sekä hoito sairaanhoitajan vastaanotolla (Martinson 2016, 7–8). Tehtäväsiirtoja on tehty myös sairaanhoitajilta perus- tai lähihoitajille ja farmaseuteille (Kapanen 2018, 5).

Siirtyneet työtehtävät kuuluvat sairaanhoitajien peruskoulutukseen, mutta osa toimenkuvasta muuttuu (Kapanen 2018, 4; Martinson 2016, 7). Ennen tehtäväsiirtoa varmistetaan, että sairaanhoitaja saa riittävän koulutuksen uuden työtehtävän toteuttamiseen ja työnantaja vastaa työntekijöiden osaamisesta ja perehdytyksestä (Kapanen 2018, 4; Kuosmanen 2012, 6). Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla työtehtävät määräytyvät koulutukseen ja tutkintoon pohjautuvaan osaamiseen. Työnantajan on huomioitava työntekijöiden osaaminen, kokemus ja koulutustausta, kun työtehtäviä siirretään ammattikunnalta toiselle. Työnantajan vastuulla on, että työntekijällä on edellytykset osallistua lisä- ja täydennyskoulutukseen. (Flinkman 2014, 22.) Kaikilla työntekijöillä on yhtäläiset oikeudet kehittää ammattitaitoaan organisaatiossa. Työnantajalla on suurimmalta osalta vastuu täydennyskoulutuksien rahoittamisesta ja niiden mahdollistaminen täydennyskoulutussuunnitelman mukaisesti. Täydennyskoulutus on tarpeenmukaista ja ammattitaitoa vahvistavaa koulutusta. (Liimatainen 2009, 26–27.)

Tehtäväkohtaisen palkan lisäksi tulisi palkkauksessa huomioida myös tehtävien siirtyminen toiselle ammattikunnalle (Martinson 2016, 7). Kuitenkin todennäköisesti tehtävien siirroilla tullaan säästämään palkkakustannuksissa (Sulkakoski 2016, 14).

3.2 Laajennettu tehtäväkuva

Sairaanhoitajan työtehtävien laajentuminen on kansainvälisesti kasvava ilmiö (Sulkakoski 2016, 22). Tehtäväkuvan laajennuksia on tehty neljässä kymmenessä maassa sairaanhoitajien kansainvälisen järjestön mukaan (Sabri 2013,1).

Laajennettu tehtäväkuva on tietyn ammattikunnan työtehtävien uudistamista, laajentamista ja osaamisen kehittämistä, eli työnkuva laajenee lisäämällä uusia tehtäviä toimenkuvaan (Hukkanen 2005, 13; Kapanen 18, 5). Tehtäväkuvan laajentuminen tapahtuu pääsääntöisesti työtehtävien siirtoina lääkäreiltä sairaanhoitajille (Sulkakoski 2016, 22). Laajennettuja tehtäväkuvia ovat esimerkiksi rajattu lääkkeenmäärämisoikeus ja sairaanhoitajien itsenäinen vastaanottotyöskentely (Flinkman 2014, 18). Lääkärien vastaanottokäynneistä

voidaan osa korvata sairaanhoitajien vastaanotoilla. Laillistettu ammattihenkilö, kuten sairaanhoitaja, voi toimia itsenäisesti vastaanottotoiminnassa. Tehtäväkuvien muutoksilla lääkäreille voidaan lisätä työaikaa vaativien potilaiden hoitamiseen. (Flinkman 2014, 11, 16; Nurmela ym. 2011.)

Uudistuneet työtehtävät eivät sisälly sairaanhoitajien peruskoulutukseen, joten tehtäväkuvan laajentuminen edellyttää lisä- tai täydennyskoulutusta (Martinson 2016, 7). Perusosaamisen lisäksi tietojen päivittäminen ja uuden oppiminen vaikuttavat tehtäväkuvien laajentamiseen (Flinkman 2014, 7). Potilasturvallisuuden ja työntekijän vastuun varmistamiseksi työtehtävien laajentaminen vahvistetaan lainvoimaisuudella. Esimerkiksi rajattu lääkkeenmääräämisoikeus vaati muutoksia lainsäädännössä. Määräämisoikeus on rajattu vain tiettyille, laissa säädetyille ammattikunnille. (Kapanen 2018, 5.) Sairaanhoitajien tehtäväkuvan monipuolistuminen mahdollistaa urakehitystä sekä lisää kiinnostusta alalle ja sitoutumista työtehtäviin (Köykkä 2014, 8).

Tehtäväkohtaisen palkan lisäksi tulisi palkkauksessa huomioida myös tehtävien laajenemisen aiheuttama vastuun kasvaminen (Martinson 2016, 7). Laajennetun tehtäväkuvan tuoma vastuun kasvaminen ja itsenäinen työnkuva ovat perusteluita palkkalisään työntekijäjärjestöjen mukaan (Kapanen 2018, 5).

4 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTOA OHJAAVA LAINSÄÄDÄNTÖ

Terveystenhuollon toimintaa ohjaa lainsäädäntö. Lakien toteutumista valvovat aluehallintovirastot, joita ohjaa Sosiaali- ja terveystalalan lupa- ja valvontavirasto. Aluehallintovirastot ja Sosiaali- ja terveystalalan lupa- ja valvontavirasto toimivat sosiaali- ja terveystministeriön alaisina. (Sosiaali- ja terveystministeriö s.a.)

Laissa terveystenhuollon ammattihenkilöistä säädetään ammatinharjoittajan velvollisuuksista ja oikeuksista. Terveystenhuollon ammattilaisen päämääränä on kärsimysten lievittäminen ja sairauden parantaminen. Terveystenhuollon ammattihenkilöiden ja toimintayksiköiden toimintaa terveystenhuollossa valvoo

ja ohjaa Valvira. Laki käsittää terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutusvaatimukset ja heidän toimintansa valvonnan. Lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituva hyöty ja sen mahdolliset haitat. Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus ottaa huomioon, mitä potilaan oikeuksista säädetään, ja hänen tulee aina antaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1. §; Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326; Valvira s.a.)

Terveydenhuoltolain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää terveyttä ja toimintakykyä, sekä toteuttaa terveystalvija yhdenvertaisesti kaventaen samalla väestöryhmien välisiä terveyseroja. Laatu ja potilasturvallisuus on oltava yhdenvertaista ja asiakaskesteistä. Perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä on tarkoitus vahvistaa ja lisätä yhteistyötä kunnan eri toimialojen välillä edistäen terveyttä ja hyvinvointia. Terveydenhuoltolaila pyritään luomaan yhtäläinen, kokonaisvaltainen terveydenhuolto kaikille kansalaisille. Voimavarat tulee kohdentaa terveyttä edistävästi. (Terveydenhuoltolaki 2. § 1. mom.)

Suomen perustuslain mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Ketään ei saa asettaa eri asemaan henkilöön liittyvien syiden perusteella ilman, että on olemassa hyväksyttävä syy. Terveydenhuollossa laki otetaan huomioon niin, että potilaita on kohdeltava yhdenvertaisesti ketään syrjimättä tai väheksymättä. Esimerkiksi sukupuoli, uskonto, vakaumus, mielipide, tai muu henkilöön liittyvä ominaisuus ei ole hyväksyttävä peruste asettaa ihmistä eri asemaan terveydenhuollossa. Jokainen on oikeutettu saamaan hyvää ja laadukasta, tasa-arvoista hoitoa ominaisuuksistaan riippumatta. (Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista säädetään, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus saada terveyden- ja sairaanhoitoa. Laki säättää potilaan oikeudesta tiedon saantiin, oikeudesta hoitoon ja oikeudesta hoitoon liittyvään päätöksentekoon. Lisäksi hoitoon pääsy, alaikäisen

potilaan asema, potilaan oikeus tarkastaa itseään koskevat asiakirjat, potilasasiakirjojen laatiminen, säilyttäminen ja salassapitovelvollisuus kuuluvat lain säädöksiin. Lain soveltamisessa auttaa terveydenhuollon potilasasiamies, joka avustaa tarvittaessa oikeusmenettelyssä ja tiedottaa potilaan oikeuksista edistään niitä. Potilaan oikeuksiin kuuluu laadultaan hyvä terveyden- ja sairaanhoito sekä itsemääräämisoikeus. Hoito on järjestettävä ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä loukkaamatta. Potilaan yksilölliset tarpeet tulee huomioida hoidossa ja potilaan kohtelussa. Ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan esimerkiksi sukupuolen, uskonnon, mielipiteen, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Potilaan hoidon on tapahduttava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan kieltäytyessä hoidosta on löydettävä muu lääketieteellisesti hyväksytty tapa hoitoon tai hoitotoimenpiteeseen yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaan tulee saada tietoa terveydentilastaan. Eri hoitovaihtoehdoista ja hoitojen vaikutuksista sekä haittavaikutuksista tulee kertoa. Kaikki seikat, joilla on potilaan hoitoon merkitystä, tulee ilmaista. Tietojen annon tulee tapahtua riittävän selkeästi ja ymmärrettävästi. Jos yhteinen kieli puuttuu tai potilaan on hankala ilmaista itseään esimerkiksi puhevian takia, tulee käyttää tulkkia. Tietojen anto kirjataan potilasasiakirjoihin, ja potilaalla on oikeus tarkistaa nämä ja tarvittaessa pyytää korjausta. Jos potilas ilmaisee, ettei halua tietoja tai tietojen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle, tietoja ei tule antaa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Mielenterveyslain nojalla voidaan tarkkailla ja hoitaa tahdosta riippumatta silloin, kun potilas on vaaraksi itselleen tai muille, potilaan todellisuuden taju on häiriintynyt, sekä muista mielenterveyshoidoista ja -palveluista ei saada riittävä tehoa (Mielenterveyslaki 8. §).

4.1 Koulutusta ohjaava lainsäädäntö

Laki velvoittaa terveydenhuollossa toimivan ammattihenkilön kehittämään ja ylläpitämään ammattitaitoaan (Liimatainen 2009, 26). Terveydenhuollon ammattihenkilöiden on oltava tietoisia alansa hoitosuosituksista ja seurattava alan kehitystä, jotta toiminta on näyttöön perustuvaa. Ammattihenkilön on huolehdittava, että ammatillinen osaaminen on ajan tasalla ja tarpeen mukaan

työntekijän on osallistuttava täydenniskoulutukseen. (Flinkman 2014, 7.) Terveydenhuoltolain mukaan: “Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.” (Terveydenhuoltolaki 8. §.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä annetulla lailla pyritään varmistamaan henkilöstön pätevyys laillistus- ja rekisteröintimenetelmillä. Ammatinharjoittaminen on valvottua. Henkilöstön ammattitaito, koulutus ja kokemus toimivat perustana hyvälle hoidolle. Terveydenhuollon ammattihenkilöstölle on säädetty täydenniskoulutusvelvollisuus hoitomenetelmien ja laitteiden jatkuvan kehityksen vuoksi. Myös lääketieteellinen tietämys vaatii jatkuvaa päivittämistä. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 2. §.)

“Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että terveydenhuollon henkilöstö, mukaan lukien sen yksityisen palveluntuottajan palveluksessa oleva henkilöstö, jolta kunta tai kuntayhtymä hankkii palveluja, osallistuu riittävästi terveydenhuollon täydenniskoulutukseen. Täydenniskoulutuksen sisällössä on otettava huomioon henkilöstön peruskoulutuksen pituus, työn vaativuus ja tehtävien sisältö.” (Terveydenhuoltolaki 5. § 1. mom.) Terveydenhuoltolaki ohjaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä kouluttautumaan kehityksen mukana ja pitämään yllä omia taitojaan. Näin taataan turvallinen ja laadukas hoito sitä tarvitsevalle. Tämä laki velvoittaa kouluttautumaan työtehtävien vaatimalla tavalla. Laajennettu tehtäväkuva ja tehtäväsiirto edellyttävät tähän lakiin nojaten lisäkoulutusta, jotta henkilö voi toimia uusissa tehtävissä. (Terveydenhuoltolaki 5. §.)

“Hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään yhteydenoton syy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste, sekä kiireellisyys yhteydenottajan kertomien esitietojen tai lähetteen perusteella. Hoidon tarpeen arviointi edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on asianmukainen koulutus, työkokemus ja yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön, sekä käytettävissään potilasasiakirjat.” (Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 25.11.2004/1019.)

4.2 Tehtäväkuvan muutoksia ohjaava lainsäädäntö

Hoidon tarpeen arvioinnin voi laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö lain nojalla aloittaa potilaan hoidon tehtäväkuvan, koulutuksen sekä käytännön kokemuksen perusteella (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 23 a §). Tehtäväkuvan muutoksia ohjaava lainsäädäntö ei päde ainoastaan sairaanhoitajiin, vaan myös muihin laillistettuihin ammattiryhmiin, kuten fysioterapeutteihin ja kättilöihin. Lakiin pohjautuvana esimerkkinä sairaanhoitajien tehtäväkuvan muutoksesta voidaan pitää rajattua lääkkeenmääräämisoikeutta sairaanhoitajille.

Rajattu lääkkeenmääräämisoikeus vaatii sairaanhoitajalta riittävän käytännön kokemuksen ja valtioneuvoston asetuksella säädettävän lisäkoulutuksen suorittamisen. Näiden toteutuessa sairaanhoitaja saa rajatun oikeuden määrätä terveyskeskuksessa hänen hoidossaan olevalle potilaalle apteekista hoidossa käytettäviä lääkkeitä ennaltaehkäisevään hoitoon tai lääkityksen jatkamiseen. Tätä ennen vastaavan lääkärin on täytynyt tehdä taudinmääritys potilaalle tai sairaanhoitaja itse on todennut lääkityksen perustuvan hoidon tarpeeseen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 23b §.)

Lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöistä on tehty muutos, jonka myötä sairaanhoitajan rajattu lääkkeenmääräämisoikeus saadaan käyttöön kattavammin. Tarkoituksena on potilaiden hoitoon pääsyn nopeuttaminen ja terveydenhuollon toiminnan sujuvoittaminen. Toukokuussa 2019 rajattu lääkkeenmäärääminen laajeni perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon avohoidon palveluihin, jotka ovat kunnan tai kuntayhtymän järjestämisvastuulla, kun aiemmin se oli mahdollista vain terveyskeskuksen avohoidon vastaanotoilla ja sairaanhoitopiirien yhteispäivystyksissä. Myös ostopalvelut sisältyvät uudistukseen. Oikeus määrätä lääkkeitä pysyy kuitenkin yhä rajattuna. Vuoden 2019 alussa tuli voimaan terveydenhuoltolain muutos, minkä myötä valtio voi maksaa kunnille tai kuntayhtymille korvauksia sairaanhoitajan rajattuun lääkkeenmääräämisoikeuteen johtavasta koulutuksesta. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta 21.5.2010/433; Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.)

5 SAIRAANHOITAJAN VASTUU JA VASTUULLISUUS HOITOTYÖSSÄ

Sairaanhoitajalla on vastuu potilaiden hoitamisesta hoitotyön ammattilaisena. Sairaanhoitajan tehtävänä on ehkäistä sairauksia, ylläpitää ja edistää terveyttä, sekä lievittää kärsimyksiä. Hoitaja tukee ja ohjaa potilasta ja hänen läheisiään. (Vuorinen 2007, 22.) Sairaanhoitajana työskentelevältä vaaditaan yhteistyö-, ohjaus-, ja tiedonhankintataitoja, sekä päätöksentekokykyä ja teknologian osaamista. Työssä on tehtävä arvioita ja päätöksiä hoitotyöstä perustuen sairaanhoitajan omaan tietotaitoon sekä näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Sairaanhoitajan on omattava myös ongelmanratkaisutaitoja ja tehtävä tulkintoja päätöksenteon tueksi. Hoitotyön erityisosaajana sairaanhoitajan on kehitettävä itseään. (Liimatainen 2009, 19; Vuorinen 2007, 22–23.)

Vastuu tarkoittaa velvollisuutta jonkun henkilön huolehtimiseen tai jostakin asiasta tai toiminnasta vastaamista. Vastuun voi liittää moneen eri merkitykseen, eikä se ole yksiselitteinen ilmiö. (Savikko 2008, 3–4.) Vastuun kantamisen voi liittää joko yksilöön, ryhmään tai organisaatioon. Vastuun määrä kasvaa sitä mukaa, mitä useampi henkilö sitä kantaa. Kun hoitaja on vastuussa ihmisestä, se vaatii tietämystä arvoista ja etiikasta. Tehtävävastuu vaatii hoitajalta koulutusta, kokemusta ja ammattitaidon ylläpitoa. Hoitotyössä vastuuta voidaan tarkastella monien eri näkökulmien kautta, jotka kaikki ovat yhteydessä toisiinsa. Vastuut voidaan jaotella esimerkiksi eettisen vastuun, moraalisen vastuun, ammatillisen vastuun, juridisen vastuun ja ympäristö vastuun alle. (Lehtoranta & Suurnäkki 2017, 9–13.)

Vastuullisuudella voidaan tarkoittaa yksilön ominaisuutta tai sitä, että on vastuussa jostakin asiasta tai toisesta ihmisestä (Savikko 2008, 2). Vastuullisuus voidaan määrittää myös niin, että ihminen on vastuussa kaikista teoistaan. Hoitaja on vastuullinen potilaalle sekä hänen omaisilleen. Hoitajan vastuullisuus tulee näkyviin ammatinharjoittamisessa, sekä vastuullisuutena työyhteisölle ja työnantajalle. (Lehtoranta & Suurnäkki 2017, 13.)

Yksilövastuuseen hoitotyöhön sisältyy hoitotyön organisointitapa ja hoitotyön filosofiaa. Organisointitavan mukaan terveydenhuollon organisaatiossa 14 yksittäiselle potilaalle on oltava vastuuhoitaja. Vastuuhoitaja on vastuussa potilaan hoitotyöstä ja sen suunnittelusta, järjestelystä ja toteuttamisesta koko hoitajakson ajan. Tämä perustuu yksilölliseen ja kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön. Vastuuhoitajan on kyettävä vastuulliseen ja itsenäiseen työskentelyyn. (Lehtoranta & Suurnäkki 2017, 13–14.)

6 TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajien kokemuksia sähköhoidon toteuttamisesta Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa. Tavoitteena oli selvittää, miten sähköhoitoa toteutetaan Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa. Lisäksi tavoitteena oli selvittää, minkälainen sairaanhoitajan työnkuva on Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan akuutti osasto neljässä ja miten sairaanhoitajat kokivat tehtäväsiirron myötä työnkuvansa muuttuneen toteuttaessaan itsenäisesti sähköhoitoa. Tavoitteena oli myös selvittää, miten sairaanhoitajat, jotka aiemmin avustivat lääkäriä toimenpiteessä, kokivat tehtäväsiirron vaikuttaneen työnkuvaansa.

1. Miten sähköhoitoa toteutetaan Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa?
2. Minkälainen sairaanhoitajan työnkuva on Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan akuuttiosasto neljässä?
3. Miten sairaanhoitajat ovat kokeneet työnkuvan muutoksen tehtäväsiirron myötä?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Ennen tiedonhaun aloittamista osallistuimme kirjaston tiedonhakukoulutukseen. Kirjaston informaatikolta saimme tietoa kirjaston tietokannoista sekä vinkkejä hakusanojen käyttöön ja niiden rajaamiseen. Tiedonhakuun soveltuvia tietokantoja ovat muun muassa PubMed, Medic, Finna, Elektra ja Cinahl.

Manuaalisesti haimme tietoa kirjoista, hoitotyön ohjeistuksista ja suosituksista, ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetöistä, pro gradu -tutkielmista ja väitöskirjoista. Perehdyimme kirjastosta aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen. Lisäksi perehdyimme mielenterveyshoitotyöhön ja siihen liittyviin laatusuosituksiin sekä lakeihin. Rajasimme aineiston haun niin, että otimme mukaan vain ilmaiseksi saatavilla olevia materiaaleja. Mukana on myös vanhempia, yli 10 vuotta vanhoja lähteitä, koska aineistojen sisällöt liittyvät olennaisesti opinnäytetyömme aiheeseen ja koska tietoa on hyvin rajallisesti. Sähköhoidosta sairaanhoitajien toteuttamana emme löytäneet tutkittua tietoa, joten opinnäytetyöhön valikoituivat myös ne tutkimukset, jotka käsittävät tehtäväsiirtoja lääkäreiltä sairaanhoitajille, sekä sosiaali- ja terveysalan työnjako- ja muutosprosessit.

Käytimme tiedonhakuun Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu Xamkin kirjastopalvelun sähköistä Xamk-Kaakkuria. Kohdistimme hakujamme Mediciin, Finnaan ja Theseukseen. Lähteinä pyrimme käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä, mutta vähäisten lähteiden vuoksi jouduimme valikoimaan myös vanhempia teoksia. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) verkkosivuilta haimme tilastotietokantojen kautta tietoa, kuten Tilastokeskuksen tietokannat. Lisäksi haimme tietoa muista tietokannoista, kuten Duodecimin ylläpitämästä Oppiportista ja Terveyskirjastosta. Osa Kaakkurin sähköisestä aineistosta haettiin Google-haulla, jotta saimme mukaan aineistoa, joka on muidenkin kuin Kaakkuri-Finnaan oikeudet omaavien saavutettavissa. Tutkimusaineistoksi valikoitui näistä eri tietokannoista kerätty materiaalit. Materiaalien pohjalta muodostui tämän tutkimuksen teoreettinen viitekehys.

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

SISÄÄNOTTOKRITEERIT	POISSULKUKRITEERIT
Pro gradut, ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt, väitöskirjat, sekä lisensoitetyöt tai alkuperäistutkimuksen tuloksia käsittelevät artikkelit	Suomenkieliset ammattikorkeakoulutasoiset opinnäytetyöt
Käytimme pääsääntöisesti alle 10 vuotta vanhaa tutkimustietoa	Maksulliset tutkimukset

Alan kirjallisuus	Julkaisu ei täytä tieteellisen julkaisun kriteerejä
Kielinä suomi, ruotsi ja englanti	Muut kielet
Hoitosuosituks	Epäluotettavat lähteet
Suositaan alkuperäislähteitä	

Finnasta ensimmäisenä haimme hakusanoilla *sairaanhoitaja AND työnjako*. Rajasimme hakua vuosiin 2010 – 2019. Tuloksia saimme 48. Otsikoiden perusteella valitsimme näistä kaksi ja tiivistelmien perusteella kolme. Lopulta päädyimme valitsemaan kaksi ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä ja yhden pro gradu -tutkielman. Tämän jälkeen hakusanoina olivat *asiantuntijuus, perusterveydenhuolto AND työnjako ja sairaanhoitaja AND työ AND merkitys*. Hakua rajattiin vuosiin 2008 – 2019. Osumia tuli 95. Päädyimme valitsemaan kaksi pro gradu -tutkielmaa, yhden lisensiaatin tutkielman ja yhden ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön, jotka vastasivat sisäänottokriteerejä. Kaikissa hauissa ammattikorkeakoulutasoiset työt sekä kuvat, videot ja muut epäoleelliset tutkimukset, esimerkiksi otsikon perusteella, jätettiin huomiotta.

Medicistä haimme aluksi hakusanalla *sähköhoito*. Saimme 52 osumaa. Valitsimme otsikoiden perusteella näistä seitsemän. Päädyimme ottamaan yhden väitöskirjan. Seuraavaksi haimme hakusanoilla *sähkösoikkihoito AND menetelmät*. Saimme viisi osumaa. Otimme näistä yhden väitöskirjan, sekä yhden pro gradu -tutkielman. Sitten haimme hakusanoilla *sairaanhoitaja AND vastuullisuus*. Tuloksia saimme kaksi. Valitsimme näistä toisen, pro gradu -tutkielman. Haimme myös hakusanoilla *sairaanhoitaja AND lääkemääräys*, sekä *sairaanhoitaja AND asiantuntijuus*. Näiden yhteistuloksena löysimme 5 osumaa. Valitsimme näistä kaksi pro gradu -tutkielmaa. Kaikissa hauissa hakua rajattiin vuosiin 2004 – 2019 ja myös Medicin hauissa jätimme ammattikorkeakoulutasoiset työt, kuvat, videot ja muut epäoleelliset tutkimukset, esimerkiksi otsikon tai sisällön perusteella huomioimatta.

Theseuksesta ensimmäinen haku suoritettiin hakusanalla *tehtäväsiirto*. Hakua rajattiin vuosiin 2014 – 2019 ja tuloksia saimme 26. Näistä päädyimme sisällön perusteella valitsemaan kaksi ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä. Käytimme myös hakusanaa *elektrokonvulsiv therapy*. Tuloksia saimme 3 ja valitsimme lopulta sisällön perusteella yhden ruotsinkielisen opinnäytetyön. Nämä haut rajattiin vuosiin 2014 – 2019.

Hakiessamme tietoa Cinahlista hakusanalla *electroconvulsive therapy* saimme 8 tulosta, joista luimme otsikon perusteella kolme. Hakua rajattiin vuosiin 2013 – 2019. Yhdessäkään tutkimuksessa ei ollut työmme kannalta relevanttia tietoa, eivätkä ne täyttäneet sisäänottokriteerejämme. Jätimme Cinahlin kautta haetut tutkimukset työmme ulkopuolelle.

Opinnäytetyön ollessa loppuvaiheessa täydensimme tiedonhakuja vielä haku-koneella Google Scholar rajaten haun vuosiin 2014 – 2019. Haimme tutkimuksia ja artikkeleja hakusanoilla *sähköhoito* sekä *tehtäväsiirto*. Sähköhoito hakusanalla löytyi yhteensä 212 tulosta. Valitsimme kolme yliopistotasoisista lääketieteen syventävää kirjallista työtä, sekä yhden pro gradu -tutkielman. Hakusanalla *tehtäväsiirto* löytyi yhteensä 54 osumaa. Näistä valitsimme opinnäytetyöhön kriteeriemme mukaisesti vielä kaksi pro gradu -tutkielmaa sekä yhden väitöskirjan täydentämään opinnäytetyön teoreettista viitekehystä. Lisäksi täydensimme tiedonhakuja vielä hoitosuosituksista ja Terveysportin Sairaanhoidajan käsikirjasta.

7.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen menetelmällä. Laadulliseen menetelmään päädyimme työelämänedustajien toiveesta. Tapaamisessa nousi esille, että kirjallinen kysely, kuten esimerkiksi nettilomake, olisi ollut epäedullinen, koska tämän tutkimuksen otanta on vähäinen ja osa hoitajista olisi saattanut jättää vastaamatta työn kiireellisyyden tai muiden syiden vuoksi.

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on lisätä ymmärrystä tutkittavasta aiheesta. Kaikkia hoitamiseen vaikuttavia asioita ei voi tutkia havainnoimalla tai

määrällisesti, joten aiheen ymmärtämiseen tarvitaan ihmisten tuottamia kuvauksia aiheesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 74.) Laadullisen tutkimusmenetelmän tarkoitus on laatia uutta tietoa tutkittavasta aiheesta, kun siitä aiempi tutkittu tieto on vähäistä. Tutkimuksen kohteena on tutkittavien näkökulma aiheesta ja tutkittavilla on oltava omakohtaista kokemusta kyseisestä asiasta. Laadullinen tutkimus perustuu asenteisiin, käyttäytymisen muutoksiin ja uskomuksiin. (Hakala 2016, 7; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–66, 70.)

Laadullisissa tutkimuksissa ei ole tarkoituksena tavoitella tilastollisia yleistyksiä, vaan kuvailla tutkittavaa asiaa ja tehdä siitä päätelmiä. Tavoitteena on ymmärtää määrättyä toimintaa ja tehdä asiasta teoreettinen tulkinta. Tämän vuoksi tutkittavien omakohtainen kokemus ja tietämys aiheesta on olennaista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110; Tuomi & Sarajärvi 2009, 85; Tuomi & Sarajärvi 2018, 98.) Siksi myös aineiston otanta on harkittu eikä satumanvarainen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67).

Tavallisimmat aineistonkeruumenetelmät laadullisessa tutkimuksessa ovat havainnointi, kysely, kirjallinen materiaali sekä haastattelu (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71; Tuomi & Sarajärvi 2018, 83). Tutkittavan asian ongelmasta riippuen voidaan käyttää myös yhdessä eri aineistonkeruumenetelmiä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 83).

7.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineiston keruuseen käytimme teemahaastattelua (liite 5) yksilöhaastatteluina. Haastattelusta saadut tiedot analysoitiin sisällönanalyysillä induktiivisesti eli aineistolähtöisellä menetelmällä kolmivaiheisesti. Aineisto redusoiitiin eli pelkistettiin, klusteroitiin eli ryhmiteltiin ja abstrahoiitiin eli käsitteellistettiin.

Aineistonkeruumenetelmänä yksilöhaastattelu sopii silloin, kun tutkimusaihe on arkaluontoinen tai haastateltava ei halua tuoda julki mietteitään aiheesta ryhmässä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 123). Teemahaastattelu

sopii menetelmäksi, kun tiedetään haastateltavien kokeneen tutkittavan aiheen tilanteen, josta haastatellaan (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47). On perusteltua kysyä ihmiseltä itseltään, kun haluamme tietää, mitä hän ajattelee asiasta, tai haluamme tietää hänen toiminnastaan (Tuomi & Sarajärvi 2018, 84).

Teemahaastattelun tarkoituksena on löytää tarkoituksenmukaisesti tutkimuskysymyksiin liittyvät asiat. Teemahaastattelusta saatu hyöty on se, että haastateltavien vastausten mukaan pystytään kysymyksiä syventämään ja tarkentamaan haastattelun aikana. Hirsjärven ja Hurmeen (2018) mukaan metodologisesti eli menetelmällisesti teemahaastattelussa painotetaan tutkittavien antamia merkityksiä ja sitä, miten merkitykset ovat vuorovaikutuksessa syntyneet, sekä heidän näkemyksiään asioista. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 88.)

Tässä opinnäytetyössä teemahaastattelu oli edullinen aineistonkeruumenetelmänä, koska saimme tietoomme sairaanhoitajien omakohtaisia kokemuksia sähköhoidon toteuttamisesta sekä heidän mielteitään sähköhoitoon liittyvästä tehtäväsiirrosta. Teemahaastattelun hyötynä oli tässä tutkimuksessa avoin keskustelutilanne ja apukysymysten avulla teemoihin liittyvien aiheiden tarkentaminen. Suurimmasta osasta haastateltavista välittyi mielenkiinto tutkimustamme kohtaan.

Haastatteluista koottu aineisto litteroidaan säilyttäen se, mitä ja miten haastateltavat ovat asiat haastattelun aikana ilmaisseet (Hakala 2016, 10). Teemahaastattelu etenee ennalta valikoituneiden teemojen ja niihin perustuvien kysymysten mukaan. Tutkimuksen viitekehys, eli tutkittavasta aiheesta jo tiedetyt asiat pohjautuvat ennalta valittuihin teemoihin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 125.) Haastattelu aloitetaan yksinkertaisilla ja yleisillä kysymyksillä ja tarvittaessa edetään kohti tarkempia apukysymyksiä. Laajat kysymykset antavat haastateltavalle vapautta keskustella aiheesta itseään kiinnostavasta näkökannasta. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47, 107.) Haastatteluiden hyötynä on tilanteen joustavuus. Vuorovaikutustilanteessa tutkittavan kanssa haastatteliija voi tarkentaa ja toistaa kysymyksiä,

sekä selventää sanamuotoja tai oikaista väärinkäsityksiä. Haastatteluun liittyvät kysymykset voidaan esittää missä järjestyksessä tahansa, kun tutkija koee ne aiheelliseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 84–85.)

Haastattelun hyödyksi luetaan myös se, että haastatteluihin voidaan valikoida ihmiset, joilla on tietoa ja kokemusta tutkittavasta aiheesta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 86). Tutkimusta tekevät tarjoavat mahdollisuutta tarkoituksenmukaisesti valitulle kohderyhmälle osallistua tutkimukseen, tai he valikoivat ne tapahtumat, joista koostuu tutkimuksen aineisto. Tätä kutsutaan tarkoituksenmukaiseksi otannaksi. Tutkittavien joukkoon voidaan valita myös vastakohtia, jotta kokonaisuutta ymmärrettäisiin paremmin. Aineistojen otanta on yleisesti pienempi laadullisessa tutkimuksessa ja keskustelut keskittyvät ”määrän sijasta aineiston laatuun”. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110, 112.)

Tämän tutkimuksen haastatteluun osallistumisen kriteereinä olivat sairaanhoitajat, jotka aiemmin avustivat lääkäreitä sähköhoidon toteutuksessa, sekä sähköhoitoa nyt itsenäisesti toteuttavat hoitajat. Yhteydenpidossa työelämäedustajien kanssa kävi ilmi, että Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa on neljä sähköhoidon toteuttamiseen kouluttautunutta sairaanhoitajaa, jotka toteuttavat toimenpidettä itsenäisesti. Lääkäreitä sähköhoidossa avustaneita sairaanhoitajia on yhteensä 11.

Ennen haastatteluiden aloittamista haimme tutkimusluvan ja tutkimusluvan myöntämisen jälkeen keväällä 2019 tiedustelimme työelämäedustajilta sopivaa ajankohtaa, milloin voisimme haastattelut suorittaa. Haastatteluiden toteutusajankohdasta sovimme sähköpostien välityksellä pääsääntöisesti Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan akuuttiosasto neljän palveluesimiehen kanssa sekä myös hänen sijaistensa kanssa, koska haastattelut sijoituivat kesälomajalle. Aineisto kerättiin heinä-elokuun 2019 aikana. Ennen haastatteluiden aloitusta lähetimme palveluesimiehelle saatekirjeen (liite 3), josta ilmenee tutkittava asia, ketä haastattelut koskevat ja mihin haastatteluista saatua aineistoa käytetään. Palveluesimies oli aiemmin luvannut toimittaa saatekirjeen sairaanhoitajille. Palveluesimies sekä hänen sijaisensa välittivät sähköpostilla lähettämämme saatekirjeen ohjeidemme mukaisesti tutkimuskriteerit täyttävälle

sairaanhoitajille. He myös järjestivät haastatteluille sopivat ajankohdat ehdottamiemme päivien pohjalta. Osallistuminen tätä opinnäytetyötä varten tehtyyn tutkimukseen oli vapaaehtoista.

Työelämänedustajat mainitsivat tapaamisessamme, että haastattelut oli mahdollista järjestää hoitajien työajalla ja yhden henkilön haastatteluun olimme suunnitelleet kuluvan aikaa noin puoli tuntia. Haastattelut toteutimme Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa, ja yhden haastattelun kesto oli keskimäärin 15 – 30 minuuttia. Haastattelut nauhoitimme Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun kirjastosta lainaamillamme sanelimilla. Kysyimme nauhoitukseen luvan jokaiselta haastateltavalta. Teemahaastattelun mukaisesti haastateltavan tulee vastata yhteen teemaan kerrallaan ja lisäksi voidaan esittää tarkentavia kysymyksiä. Toimimme tämän mukaisesti. Sairaanhoitajia haastateltiin valmiiden aiheeseen liittyvien teemojen avulla ja haastattelutilanteessa oli myös mahdollista tuoda esille sairaanhoitajien omia ajatuksia teemoista. Haastateltavat kertoivat ensin omin sanoin jokaisesta teemastamme, mutta tarkensimme teemoja lisäksi vielä lisäkysymyksillä. Lisäkysymyksien avulla saimme tarkennettua haastateltavien vastauksia teemoistamme. Haastattelut toteutuivat yksilöhaastatteluina ja opinnäytetyön tekijöistä oli aina kaksi kerrallaan haastattelutilanteissa. Olimme ensin suunnitelleet, että molemmilla haastattelijoilla olisi ollut omat haastateltavat samanaikaisesti. Tämä ei ollut kuitenkaan mahdollista, koska osaston toiminta häiriintyisi liiaksi.

Etukäteen on aiheellista ja suositusten mukaista tiedottaa tutkittavia tutkimusaiheesta. Haastatteluista saatu hyöty on myös siinä, että tutkittavat eivät yleensä kieltäydy yksilöllisesti sovitusta haastatteluista tai kiellä käyttämästä haastatteluista saatua aineistoa tutkimusmateriaalina. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 85–86.)

Suostumuslomakkeesta tulee ilmetä tutkittaville, miten heiltä saatuja tietoja hyödynnetään, sekä mihin niitä käytetään ja kuinka aineistoa tullaan säilyttämään (Hakala 2016, 12). Tutkittavasta aiheesta keräsimme haastatteluiden avulla mahdollisimman runsaasti tietoa, jonka vuoksi haastateltavien oli hyvä tutustua haastattelun aiheeseen ennalta. Kävimme ennen haastatteluiden

aloitusta jokaisen haastateltavan kanssa suostumuslomakkeen (liite 4) vielä suullisesti läpi, ja he allekirjoittivat kaksi kappaletta, joista toinen jäi heille itselleen ja toinen tämän opinnäytetyön tekijöille vahvistukseksi vapaaehtoisesta suostumuksesta.

7.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on yksi laadullisen tutkimuksen aineiston analyysimenetelmistä (Tuomi & Sarajärvi 2011, 91). Sisällönanalyysin avulla pystytään tekemään monenlaisia tutkimuksia. Sitä käytetään yleisemmin dokumenttien analysoinnissa. Dokumenteilla tarkoitetaan melkein mitä vaan kirjallisessa muodossa olevaa, kuten artikkelit, haastattelut, kirjat, raportit tai kirjeet. Sisällönanalyysin tarkoituksena on saada tutkittavasta aiheesta tiivistetty ja yleisessä muodossa oleva sanallinen kuvaus. Johtopäätösten tekemistä varten saadaan koottu aineisto jäsennettyä sisällönanalyysilla. Tutkittavasta aiheesta saadaan luotettavia ja selkeitä johtopäätöksiä, kun aineisto selkeytetään analyysilla. Laadullisessa aineiston analyysissa tehdään tutkimuksen jokaisessa eri vaiheessa analyysiprosessia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 103, 117, 122.)

Laadullinen analyysi jaetaan induktiiviseen, eli aineistolähtöiseen ja deduktiiviseen, eli teorialähtöiseen analyysiin. Tutkimuksen aineistosta tehdään päätelmiä joko induktiivisesti, eli yksittäisestä yleiseen tai deduktiivisesti, eli yleisestä yksittäiseen. Induktiivisessa päättelyssä "ajatellaan, että uusi teoria ei voi syntyä ainoastaan havaintojen pohjalta." Deduktiivisessa päättelyssä "perusidea on totuuden säilyminen päättelyprosessissa." Erottava tekijä induktiivisessa ja deduktiivisessa analyysissä on päättelyprosessin muoto. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 107, 112.) Käytimme tässä opinnäytetyössä aineiston analysointiin induktiivista analyysia.

Tutkimuksesta saadusta aineistosta on tarkoitus laatia teoreettinen kokonaisuus aineistolähtöisessä analyysissä. Tutkimuskysymyksien ja tutkimuksen tarkoituksen mukaan aineistosta valikoidaan analyysiyksiköt, eivätkä ne ole ennalta suunniteltuja. Tutkimusongelmiin saadaan vastaus aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistelemällä käsitteitä. Analyysi pohjautuu päättelyyn ja

tulkintaan, jossa aineistossa edetään tutkittavasta aiheesta käsitteellisempää näkemystä kohti. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 108, 127.)

Analyysiyksikkö määritellään ennen sisällönanalyysin aloittamista. Se voi olla lause, sana, lausuma tai kokonaisuus, joka sisältää useita lauseita. Tutkimuskysymykset ja aineiston laatu määrittelevät analyysiyksikön. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167; Tuomi & Sarajärvi 2018, 122.) Aineiston analysointi alkaa litteroimalla, eli kirjoittamalla haastatteluista saatu aineisto kirjalliseen muotoon tekstiksi. Haastatteluista kirjoitetaan joka sana tarkasti ylös, sekä lisäksi myös haastateltavien äänenpainot tai erityispiirteet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163–164.)

Aineistolähtöisessä analyysissä tutkimuksen aineisto voidaan analysoida kolmella eri tavalla. Milesin ja Hubertin (2018) tyyliässä aineiston analyysi aloitetaan aineiston alkuperäisten ilmaisujen redusoinnista eli pelkistämisestä. Analysoitava sisältö on esimerkiksi auki kirjoitettu havainnointi, haastattelu tai asiakirja. Jokainen ilmaisu tulee kirjata ja luetteloida. Alkuperäisestä aineistosta karsitaan merkityksettömät asiat pois ja aineistosta erotellaan ne asiat, joista tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita. Etsitään niitä osoittavia lauseita, jotka pelkistetään erillisiksi ilmaisuiksi. Samaa kategoriaan eli luokkaan tai ryhmään kootaan samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaisut ja kategoria nimetään sisältöä yhdistävällä nimellä. Pelkistäminen on analyysin tärkeä vaihe, koska tutkija tekee silloin päätöksen oman näkemyksensä mukaan, mitkä ilmaisut ovat samaan ja mitkä eri kategoriaan kuuluvia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 114, 122–124.)

Aineiston analyysi jatkuu klusteroimalla eli ryhmittelemällä. Aineistosta eritellään samankaltaiset ja poikkeavat käsitteet. Samaa tarkoittavat ilmaukset ryhmitellään ja kootaan omiksi kategorioiksi. Aineistosta yhdistetään samaan alakategoriaan kuuluvat ja niistä muodostetaan edelleen yläkategorioita. Kategoriat nimetään sisältöä yhdistävällä nimellä. Kategorian voi nimetä käsityksen, piirteen tai tutkittavan aiheen mukaan. Runsaan aineiston yläkategorioista voidaan muodostaa edelleen myös pääkategorioita. Lopuksi kootuista kategorioista saadaan yksi kaikkia kuvaava kategoria. Tutkimuskysymyksiin vastataan

näiden koottujen kategorioiden avulla. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 114–115, 124–125.)

Aineiston analyysin viimeinen vaihe on abstrahointi eli käsitteellistäminen. Käsitteellistäminen on vaihe, jossa käsitteiden kautta muodostetaan kuvaus tutkimusaiheesta. Uutta teoriaa muodostaessa johtopäätöksiä ja teoriaa verrataan alkuperäiseen aineistoon. Tutkimuksen kannalta tarpeellinen tieto jaotellaan ja valikoitu tieto muodostaa teoreettisen käsitteen. Aineiston ryhmittely on osa aineiston käsitteellistämistä. Käsitteellistämisessä alkuperäisestä aineistossa esiintyvistä kielellisistä ilmauksista tehdään teoreettisia käsitteitä ja edelleen johtopäätöksiä. Pääkategoriat kootaan yhdistäväksi luokaksi ja nimetään. Tuloksissa esitetään kategorioiden mukaan muodostuneet käsitteet ja näiden sisällöt. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 125, 127.)

Kaikki haastattelut nauhoitettiin sanelimilla. Haastatteluiden jälkeen kuuntelimme nauhoittamamme haastattelut ja litteroimme ne, eli kirjoitimme haastattelut kirjalliseen muotoon, juuri niin kuin haastateltavat asian kertoivat. Litteroimme haastatteluista saamamme materiaalin sanatarkasti, mukaan lukien myös äännähdykset ja täytesanat: ”joo, ja, et, tota, okei”. Litteroituja tekstisivuja koostui yhteensä 26. Haastattelujen nauhoittaminen mahdollisti tietojen tarkan litteroinnin, sekä tarpeen mukaan tietoihin palaamisen ja tietojen tarkastamisen.

Litteroinnin jälkeen etsimme kirjallisessa muodossa olevasta materiaalista tutkimuskysymyksiimme vastauksia. Karsimme alkuperäisestä materiaalista merkityksettömät asiat pois ja erottelimme ne ilmaisut, joista saimme vastauksia tutkimuskysymyksiimme. Alleviivasimme suorat lainaukset, joissa esiintyi samanlaisuuksia aiheistamme. Luokittelimme kirjallisen materiaalin ensin alaluokkiin ja sitten yläluokkiin, sekä nimesimme ne sisältöä kuvaaviksi pääluokiksi ja edelleen yhdistävään luokkaan. Kategoriat järjestimme tutkimuskysymysten alle. Liitteenä olevissa taulukoissa (liitteet 6 – 8) on esitetty luokitteluprosessit teemahaastattelun järjestyksen mukaisesti sähköhoidon toteutuksesta, sairaanhoitajien työnkuvasta ja sairaanhoitajien kokemuksista. Tämän

jälkeen kokosimme analysoimamme tulokset tutkimuskysymysten mukaiseen järjestykseen ja teimme tulkintoja ja johtopäätöksiä.

Luokittelun jaotteluinen taulukkoon haastattelun teemojen mukaisesti oli mielestämme otollinen lähestymistapa luokitella litteroimamme materiaali. Teemojen avulla haimme materiaalista vastauksia tutkimuskysymyksiimme analyysin tekoa varten. Sähköhoidon toteutumisesta koostuvasta materiaalista muodostimme viisi yläluokkaa: vastuu, sähköhoidon toteuttaminen, sähköhoitosuunnitelma, sähköhoitoprosessi ja sähköhoidon vaste. Yläluokista muodostimme edelleen pääluokan: sähköhoidon toteuttaminen. Sairaanhoidtajien työnkuvasta muodostuvasta materiaalista luokittelimme myös viisi yläluokkaa, joita ovat tehtäväsiirto, työnkuva, yhteistyö, vastuullisuus ja hoitaminen. Nämä muodostivat pääluokan sairaanhoidtajien työnkuvan muodostuminen. Sairaanhoidtajien kokemuksista kertovasta aineistosta muodostui neljä yläluokkaa: ammattitaidon laajentuminen, koulutus, kuormittavuus ja ammattitaito. Pääluokaksi muodostui sairaanhoidtajien kokemukset. Kuten taulukosta 2 ilmenee, pääluokista koostimme yhdistävän luokan: sairaanhoidtajien kokemuksiin vaikuttavat tekijät tehtäväsiirron myötä sähköhoidon toteuttamisesta. Tutkimustuloksissa kertovassa osiossa kerromme tarkemmin luokittelun avulla muodostuneista käsitteistä ja niiden sisällöstä.

Taulukko 2. Yhdistävän luokan muodostaminen

PÄÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA
Sähköhoidon toteuttaminen	Sairaanhoidtajien kokemuksiin vaikuttavat tekijät tehtäväsiirron myötä sähköhoidon toteuttamisesta
Sairaanhoidtajien työnkuvan muodostuminen	
Sairaanhoidtajien kokemukset tehtäväsiirrosta	

8 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimukseen osallistui 11 sairaanhoitajaa, eli seitsemän sähköhoidossa ennen avustanutta hoitajaa ja neljä tällä hetkellä itsenäisesti sähköhoitoa toteuttavaa sairaanhoitajaa, jotka työskentelevät kaikki Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa. Sähköhoidon toteuttamiseen liittyvä koulutus oli vapaaehtoinen ja kaikki halukkaat saivat hakea siihen mukaan. Sähköhoitoon liittyvä käytännön kokemus oli vaihtelevaa, osalla oli taustalla useiden vuosien kokemus lääkärin avustamisesta sähköhoidossa, osalla hieman vähäisempi. Sähköhoitoa antaviin sairaanhoitajiin lukeutuvat neljä sähköhoitoa itsenäisesti toteuttavaa hoitajaa. He ovat kaikki käyneet sähköhoidon toteuttamiseen kuuluvan koulutuksen, johon sisältyi luentoja sekä käytännön harjoituksia. Käytännön harjoittelua toteutettiin lääkärin kanssa 20 – 50 kertaa oman tarpeen mukaan. Tarvittaessa sähköhoitoa toteuttavat sairaanhoitajat saavat edelleen konsultaatioapua lääkäriltä.

Tulosten tarkastelu on käyty läpi teemahaastattelurungon mukaisessa järjestyksessä, ja lisäksi olemme kirjoittaneet suoria lainauksia haastattelumateriaalista ilmaistaksemme tarkasti haastateltavien näkemyksiä. Samaisessa järjestyksessä kävimme myös haastattelutilanteessa teemat läpi.

8.1 Sähköhoidon toteuttaminen

Kymenlaakson alueella sähköhoidon toteuttamista koordinoi Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan akuuttiosasto neljä. Sähköhoitoa annetaan Pohjois-Kymen sairaalan Hoitokeskuksessa (entisen leikkaussalin tiloissa) ja sähköhoidon jälkeen potilaan välitön tarkkailu tapahtuu heräämössä. Lääkärillä on vastuu potilaan hoidosta ja hoitojakson pituudesta, mutta tehtäväsiirron myötä sairaanhoitajat arvioivat hoidon vastetta ja määrittelevät sähkönsä jatkoannoksen, eli tarvitseeko sähkönsä tehoa nostaa hoitojakson sisällä. Tarvittaessa sähköhoitoa toteuttava hoitaja voi ottaa yhteyttä ja aina konsultoida lääkäriä potilaan hoidossa. Sähkökoneen nauhalle piirtämän käyrän mukaan arvioidaan kouristuksen kestoa ja laatua, joista arvioidaan sähköhoidon vastetta. Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa koulutettuja sähköhoitoa antavia sairaanhoitajia on yhteensä neljä, joista aina kaksi toimivat samassa työvuorossa.

Koulutettu sairaanhoitaja antaa sähkön ja toinen koulutettu hoitaja toimii avustajana sähköhoidon aikana. Heräämössä on oma henkilökunta ja lisäksi psykiatrinen sairaanhoitaja, jolla ei ole sähköhoitoon vaadittua koulutusta. Sähköhoitopäiviä on kolme viikossa, jotka ovat keskiviikko, torstai ja perjantai. Päivän aikana sähköhoitoa saavia potilaita on enintään seitsemän, mutta poikkeustapauksissa voi olla jopa kahdeksan. Potilasmääriä rajoittaa heräämön paikkojen määrä. Tässä tutkimuksessa käytämme sähköhoidon toteutuspaikasta nimeä sali.

Yleisesti ottaen, niin siis meidän sairaalahan sitä niinku hallinnoi koko toimintaa, mut pääsääntöisesti, et se on kuitenkin hoitajavetosta...

...siin lääkärin paikalla se antaja, on nyt sitten koulutettu sähköhoitaja meistä yks neljästä...

...koulutettu oli se avustaja, mikä sit laittaa sen koneet ja kaikki piuhat kiinni...

...me sitä neljästään pyöritetään sitä, kaks täytyy olla työvuorossa aina sitten paikalla.

Sähköhoitoa käytetään masennuksen, skitsofrenian sekä nykyisin myös syömishäiriön sairastuneiden hoidossa. Sähköhoitoon siirrytään, jos lääkehoidosta ei ole tarpeeksi tehoa. Sähköhoitoa annetaan sairaalan osaston potilaille, sekä polikliinisesti hoitoon tuleville. Polikliiniset avohoidossa olevat potilaat tulevat lääkärin tekemällä läheteellä hoitopäivänä osastolle. Lääkäri määrää edelleen sähköhoitosuunnitelman ja sen, kenelle sähköhoito aloitetaan. Lisäksi lääkäri määrää aloitusannoksen sekä hoitokertojen määrän potilaskohteisesti. Psykiatri antaa aina ensimmäisen sähköannoksen, kun sähköhoito alkaa uutena hoitomuotona. Tehtäväsiirron myötä sairaanhoitajat jatkavat sähköntamamista potilaan hoitosuunnitelman mukaisesti ja suunnittelevat sähköntamato-ohjelmat itsenäisesti. Tavallisimmin hoitokertoja on 9 – 12, mutta niitä voi olla jopa 20 kertaa. Ylläpito-hoidossa olevat potilaat saavat sähköhoitoa 1 – 4 viikon välein. Hoito on vapaaehtoista ja potilaalla on mahdollisuus kieltäytyä sähköhoidosta. Mikäli potilaan suostumus on saatu, niin lääkäri tekee anestesialääkärille konsultaatiopyynnön nukutuskelvopisuudesta. Poikkeustilanteessa sähköhoitoa voidaan antaa ilman potilaan suostumusta terveydentilan edellyttämässä tapauksissa lääkärin arvion mukaisesti.

Sähköhoidon toteuttaminen on nykyisin sairaanhoitajien vastuulla.

Eli lääkäri tekee aina sen suunnitelman ja sähköhoitoa antava, eli se joka sitä hoitoa antaa, on se koneen käyttäjä.

Ennen sähköhoidon aloitusta lääkäri tarkistaa potilaan veriarvot, sydänsähkökäyrän, sekä lääkityksen, jottei sähköhoidon tehoon vaikuttavia lääkkeitä ole käytössä hoidon aikana. Sähköhoitoon soveltuvalla potilaalla sairaanhoitajat varaavat hoitoajan ja kertovat potilaalle sähköhoitoprosessista. Potilasta informoidaan siitä, mitä sähköhoidon aikana tapahtuu ja missä se annetaan. Lisäksi kerrotaan haittavaikutuksista sekä varmistetaan vielä potilaan suostumus hoitoon. Sairanhoitajat tekevät potilaalle mielialakyselyn (MADRS) ennen hoidon aloitusta, jonka tarkoituksena on kartoittaa potilaan sen hetkistä mielialaa. Samainen mielialakysely tehdään myös puolessa välissä hoitojaksoa, sekä hoidon päätteeksi. MADRS-kyselyn yhteispisteiden avulla seurataan sähköhoidon tehoa. Sähköhoitoa antava sairaanhoitaja kirjaa potilastietojärjestelmään sähköhoidon antamisen ja seuraavan hoidon suunnitelman, sekä täyttää anestesiakaavakkeen.

Tietenkin se alkutilanne pitää potilaalta kartottaa semmosella mielialakyselyllä ennen, ku ne sähköhoidot alotetaan semmonen, ku MADRS, missä siis kartotetaan potilaan sen hetkistä mielialaa, ja siitä sit laskeetaan yhteispisteet... Potilaiden on hirveen vaikee kertoa, että onks ne kokenu sähköhoidosta, niiden on hirveen vaikee huomata niitä merkkejä, nii se auttaa siinä tulkinnassa.

Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan osastolla työskentelevä sairaanhoitaja huolehtii omista osaston potilaista, ja sähköhoitoa saavan potilaan esivalmisteluista sekä jälkitarkkailusta, ja lisäksi potilaan ohjaamisesta osastolla sähköhoidon jälkeen. Potilaan esivalmisteluihin kuuluvat potilaan suihkussa käynti edellisenä iltana, asianmukainen vaatetus, ravinnotta olo, sekä ennen sähköhoidon aloitusta potilaan wc:ssä käynti. Potilaasta mitataan verenpaine, syke ja paino. Sairanhoitajan tehtäviin osastolla kuuluu potilaalle annettava informaatio sähköhoidosta. Salissa työskentelee kaksi koulutettua sähköhoitoa antavaa sairaanhoitajaa, joista toinen antaa teknisesti sähköhoidon ja toinen avustaa toimenpiteen aikana. Avustava sairaanhoitaja tuo ja vie potilaat heidän huoneestaan saliin sekä valmistele potilaan asettelemalla elektrodit kiinni poti-

laaseen. Sähköhoidon ajaksi anestesia- ja anestesiahoitaja tarkkailee potilasta. Sähköhoidon aikana ja sen jälkeen potilaan elintoimintoja, kuten sydämen rytmiä, verenpainetta ja sykettä sekä happeutumista, tarkkaillaan. Heräämössä työskentelee hoitokeskuksen somaattisella puolella työskentelevä sairaanhoitaja, joka huolehtii potilaan elintoimintojen tarkkailusta, sekä psykiatrinen sairaanhoitaja, joka koordinoi potilaiden siirtymisestä takaisin osastolle. Osastolla työskentelevä sairaanhoitaja saattaa ja hakee potilaan heräämöstä. Osastolla potilasta tarkkaillaan vielä tunti toimenpiteen jälkeen komplikaatioiden ja haittavaikutuksien varalta. Haittavaikutuksina voi ilmetä pahoinvointia, päänsärkyä ja muistamattomuutta. Voinnin ollessa hyvä, potilas saa aamupalaa ja lääkkeitä. Sähköhoitopäivinä potilas ei saa ulkoilla yksin.

...kun ne tulee sieltä, ni hehän on aika lailla muistamattomii, ja sitten niin, ku heillä on kysymyksii, heitä pitää niin ku, sitten niin ku, realisoida ja kertoa, että he ovat täällä nyt ja oottavat sitä, että ne, jotka ovat antaneet sähköö, ni sitten tota tulevat ja kertovat jatko toimista, ja tän tyypistä...

Tässä tutkimuksessa ilmeni, että sairaanhoitajien havaintojen mukaan potilasmäärät ovat lisääntyneet, koska sähköhoitoa saavia potilaita voidaan hoitaa viikoittain enemmän aikataulun tiivistämisen vuoksi. Sairaanhoitajien arvion mukaan ennen käytännön uudistusta sähköhoitoa annettiin lääkärin toteuttamana kolmelle tai neljälle potilaalle, eikä vuosia sitten sähköhoitoa annettu potilaille edes joka viikko.

...joskus vuosii sitten, ni meillä ei välttämättä ollu ees joka viikkokaan...

Ennen tätä uudistusta, ni silloin me varmaan annettiin suurin piirtein kolmelle ja neljälle potilaalle.

Tän myötä ollaan pystytty niitä potilasmääriä kasvattamaan per ECT-päivä, et ne on noussut jo puolen vuoden aikana huimasti noi potilasmäärät.

...elikkä se on nyt täs muutaman vuoden aikaan, ni se meidän potilasmäärä, mitä hoidetaan viikottain, ni varmaan tuplaantunu ainakin, jos ei oo enemmänkin...

8.2 Sairaanhoitajien työnkuva

Sähköhoitoa toteuttavat sairaanhoitajat työskentelevät Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan akuuttiosasto neljällä. Sairaanhoitajien työtehtäviin kuuluvat hoitajan perustyöt osastolla, sähköhoidossa avustaminen, sekä heräämössä työskentely. Lisäksi sähköhoitoa antavien sairaanhoitajien työnkuvaan kuuluu tilastointi ja ajanvarauspäiväkirjojen päivittäminen, sekä anestesiakaavakkeiden täyttäminen, ja sähköhoitosuunnitelman kirjaaminen. Sähköhoitopäivien ulkopuolella työ on normaalia osastotyötä, joka toteutuu kolmessa vuorossa. Sähköhoitopäiviä on kolme viikossa, mutta sähköhoitoa toteuttavien sairaanhoitajien mukaan "sähköhoitoasioita" hoidetaan myös näiden päivien ulkopuolella.

Mielenkiintoinen alue ja hyvin haastava alue, mutta että se on ehkä oma ammattitaidonkin kehittämistä...

...onhan se sellasta hommaa, mitä lääkärit on ennen tehny, et tavallaan sillee ollaan isojen asioiden äärellä.

Sähköhoitoa toteuttavista sairaanhoitajista toinen antaa teknisesti sähköhoitoa ja toinen avustaa sähköhoitoa antavaa sairaanhoitajaa. Hoitajien tehtävänä on ylläpitosähköjen määrittely ja potilaiden hoidon jatkuvuuden suunnittelu. Lääkäri tekee aina hoitosuunnitelman sähköhoidot aloittavalle potilaalle. Sähköhoitoa antava sairaanhoitaja määrittää hoidon nosto annoksia ja konsultoi tarpeen mukaan lääkäriä. Hoidon aikana paikalla on aina anestesialääkäri ja osaston lääkäriä on mahdollista konsultoida.

...moninainen on työnkuva, eli samanlaista tylsää päivää ei tuu.

Sen antajan, tai sähköhoitoa antavien hoitajien vastuulla tulee sit sitä hoitoa arvioida, sekä sitten arvioida sitä jatkoa, että nostetaanko tehoa, tai miten se potilaan vaste siihen hoitoon niinku, onko vastetta sillä hoidolla.

...sairaanhoitajan vastuut tässä sairaalassa, koen et ne on jaettu silleen et työt on helppo tehdä ja tiität, mitä sun vastuulle minäkin päivänä kuuluu, eri tehtäviä on ja potilaat on jaettu.

Sähköhoidossa ennen lääkäriä avustaneet hoitajat, jotka eivät nyt uuden käytännön myötä toteuta sähköhoitoa, työskentelevät pääsääntöisesti osastolla

kolmivuorotyössä. Osa entisistä sähköhoidon avustajista on vielä silloin tällöin mukana sähköhoidon toteuttamisessa pääosin potilaan heräämövaiheessa ja esimerkiksi sähköhoitopäivää edeltävänä päivänä iltaisin muistuttelemassa potilasta sähköhoitokäytännöistä – mitä tulee ottaa huomioon ja tehdä ennen hoitoa. Hoitajat ovat edelleen mukana sähköhoitopotilaiden hoidossa osastolta käsin potilaiden tullessa osastolle hoitojen jälkeen.

...samalla tavalla me hoidetaan ne potilaat täällä osastolla, ku ne potilaat tulee sieltä sähköistä, et meidän osaston potilaita siellä hoidoissa on, että samalla tavalla me hoidetaan ne lääkkeet ja syömiset ja muut, että eihän sähköhoitajat ehdi sieltä, kun vasta puolenpäivän aikaan takaisin.

Osastotyöhön kuuluu psyykkisesti sairaiden potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon suunnittelu moniammatillisessa yhteistyössä. Hoitajilla on tiettyjä tehtäviä päivän mittaan, osastolla on esimerkiksi vastaava hoitaja, lääketarkastaja ja potilaita vastaanottava hoitaja. Potilaat jaetaan hoitajien kesken joka aamu. Työ on ohjaavaa, yksilövastuista, ja potilaan tarpeita tukevaa työtä. Potilaan normaalia elämistä pyritään tukemaan. Työnkuvaan kuuluu myös omaisten huomioon ottaminen. Hoitajat itse kuvaavat työnkuvaansa hyvin laajalaiseksi ja moninaiseksi.

...meidän työtahti on aika vaihteleva, mut jos sen yksinkertaisesti haluu sanoo, niin me hoidetaan psyykkisesti sairaita potilaita kokonaisvaltaisesti, potilaslähtöisyys, ja tietysti nää arvot ohjaa meidän työtä...

...ollaan mukana suunnittelemassa sitä hoitoo, hoitosuunnitelmaa yhdessä lääkäreiden kanssa moniammatillisessa työympäristössä...

8.3 Sairaanhoitajien kokemukset tehtäväsiirrosta

Kaikki sähköhoitoa toteuttavat sairaanhoitajat kokivat tehtäväsiirron positiivisena muutoksena työnkuvaan. Sähköhoitoa antavat sairaanhoitajat kokivat työnkuvansa vastuulliseksi ja itseään ammatillisesti haastavaksi. Työmotivaation koettiin lisääntyneen, kun on mahdollisuus kehittyä omassa työssään. Uudistuksen myötä työn vastuullisuuden koettiin lisääntyneen ja työnkuvan monipuolistuneen. Sähköhoitoa toteuttavien sairaanhoitajien työskentelytapa muuttui itsenäisemmäksi ja hoitajajohtoisemmaksi.

Mun mielestä se on hieno juttu, siis todella hieno juttu, et tavallaan on koulutettu hoitajia siihen, et sehän oli ennen täysin lääkärien juttu. Mielenkiintoinen alue ja hyvin haastava alue, mutta että se on ehkä oman ammattitaidonkin kehittämistä aika lailla, kun hyppää vähän vieraalle alueelle. Olen kyllä tyytyväinen, että tällainen mahdollisuus on tullut.

Kokonaisuudessaan mielenkiintoinen työtehtävä...

Kyllä motivaatio kasvaa siinä, että luotetaan, ja siinä et saa tehdä sellasta erikoishommaa...

Perehdytys ja koulutus koettiin riittävänä ja jokainen sai harjoitella käytännössä sähköhoidon antamista lääkärin kanssa niin paljon kuin koki tarvitsevänsä. Koulutus oli melko teoreettista ja käytännön koulutus koettiin tehokkaampana. Positiivisena koettiin, että koulutukseen hakeutuminen oli vapaaehtoista, ja siihen löytyi tarpeeksi halukkaita. Sairaanhoidajat kokivat, että heitä olisi voitu hyödyntää suunnittelussa enemmän, jotta toteutus sujuisi käytännössä paremmin.

Varmaan just se käytäntö on enemmän opettanut, et paljon on tietysti teoriassa puhuttu, mut sit ku käytännössä näkee ja pääsee tekee nii kyl se tehokkaampaa on.

...hyvin saanu kyl perehdytystä, ja niitä lääkärin kans annettuja kertojakin oli, että sai niin paljon kuin tarvii, että ei tarvinnut epävarmasti lähtee niitä antamaan et koen, että oli ihan riittävä.

Sähköhoidossa aiemmin lääkäriä avustaneet sairaanhoitajat kokivat tehtäväsiirron pääsääntöisesti hyväksi, mutta myös osittain osastotyötä kuormittavaksi. Kuormittavuus näkyy kiireenä osaston päivittäisessä toiminnassa. Osa entisistä sähköhoidon avustajista on vielä ajoittain mukana sähköhoidon toteuttamisessa pääosin potilaan heräämövaiheessa. Osa sairaanhoitajista ei enää osallistu sähköhoitoon millään tavalla. Hoitajat, jotka eivät enää uuden käytännön myötä osallistu sähköhoidon toteutukseen, eivät kokeneet tehtäväsiirrolla olevan vaikutusta omaan työmotivaatioonsa.

...sähköhoidon kannalta varmaan ihan hyvä sen sujuvuuden, ja tosiaan potilaiden sinne pääsemisen suhteen, mutta sitte taas sitä osasto työskentelyähän se haittaa ja sekottaa...

...meidän osaston tilat on aika rajatut ja ne potilaat tarvitsevat sellasen jälkiseurantatilan, ja meillä on tiloista puutetta, ja sit tää, et usein, kun ne on aika muistamattomii, ja jonkun täytyy siihen reagoida, niin se vaikuttaa mun omaan työhön. Sitten näitten aamupalojen antamine ja heidän tarpeisiinsa vastaaminen silloin, kun ne sähköhoitajat on vielä siellä salissa, ni kyllä se on vaikuttanu...

Mun mielestä se on hieno juttu, siis todella hieno juttu, et tavallaan on koulutettu hoitajia siihen, et sehän oli ennen täysin lääkärien juttu.

...oon havainnu, että kyllä se ihan ammattitaidolla menee se, ovat koulutuksen siihen saaneet niin, ihan turvallisesti ja hyvin hoituu.

9 POHDINTA

Tällä tutkimuksella pyrimme tuottamaan tietoa Kymenlaakson psykiatriselle sairaalalle sairaanhoitajien kokemuksista sähköhoidon toteuttamisesta. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, miten sähköhoitoa toteutetaan Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa sekä minkälainen sairaanhoitajien työnkuva on akuuttiosasto neljässä. Lisäksi tavoitteena oli selvittää, miten sairaanhoitajat kokivat tehtäväsiirron myötä työnkuvansa muuttuneen toteuttaessaan itsenäisesti sähköhoitoa. Tavoitteena oli myös selvittää, miten sairaanhoitajat, jotka aiemmin avustivat lääkäriä toimenpiteessä, kokivat tehtäväsiirron vaikuttaneen työnkuvaansa. Tällä tutkimuksella halusimme saada tietoomme kokemuksia etenkin sähköhoitoa itsenäisesti toteuttavilta sairaanhoitajilta ja kuulla heidän mielteitään tehtäväsiirrosta ja sen vaikutuksista heidän työnkuvaansa. Tutkimuksella halusimme myös selvittää toisesta näkökulmasta lääkäreitä sähköhoidossa avustaneiden sairaanhoitajien ajatuksia ja sitä, onko tehtäväsiirrolla ollut vaikutusta heidän työnkuvaansa.

Tämän tutkimuksen avulla saimme vastauksia tutkimuskysymyksiimme, joiden avulla Kymenlaakson psykiatrisen sairaala saa tietoa sairaanhoitajien kokemuksista tehtäväsiirrosta ja voi pyrkiä kehittämään haastatteluissa ilmi tulleita edelleen kehittämistä vaativia epäkohtia. Lisäksi he voivat hyödyntää tuloksia esimerkiksi täydennyskoulutuksia suunnitellessa ja osaston toiminnan kehittämisessä. Tämän tutkimuksen tuloksia analysoidessa huomasimme, että tutki-

muksen avulla olisimme saaneet tarkempia kehittämissuhteita Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa työskenteleviltä sairaanhoitajilta, mikäli teema-haastattelu olisi sisältänyt tarkemman teeman kehittämissuhteista.

Tässä opinnäytetyössä emme voineet käyttää hyödyksi aiempia tutkimustuloksia sähköhoidosta sairaanhoitajien toteuttamana, joihin olisimme voineet suoraan verrata saamiamme tuloksia, koska emme löytäneet kyseisestä aiheesta tutkimuksia. Sähköhoidosta löytyi tutkimuksia, mutta sairaanhoitajien toteuttamana emme löytäneet edes vieraskielisiä tutkimuksia. Vertasimme tästä tutkimuksesta saatuja tuloksia tehtäväsiirtoihin liittyviin tutkimuksiin. Aluksi koimme haasteellisena etsiä tutkimuksia tämän opinnäytetyön näkökulman mukaisesti. Lopulta löysimme useampia tehtäväsiirtoja käsitteleviä artikkeleja ja tutkimuksia. Tutkimuskysymyksien ja tutkimuksen tavoitteiden saaminen lopulliseen muotoon aiheutti haasteita opinnäytetyötä tehdessä ja ne muotoutuivat viime hetkille saakka.

9.1 Tulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa nousi esille sairaanhoitajien mainitsema sähköhoitoyksikkö, joka olisi yksi mielenkiintoinen kehitysidea. Sähköhoitoa saavat potilaat kuormittavat sairaanhoitajien mukaan osaston toimintaa, joten sähköhoitoyksiköllä voitaisiin keskittää sähköhoitoa saavat potilaat omalle osastolleen. Sähköhoitoyksikössä voisi hoitaa kaikki sähköhoitoon liittyvät asiat, kuten ajanvaraukset, potilaan esivalmistelut ja jälkitarkkailut, jolloin näistä potilaista huolehtiminen ei veisi nykyisen toiminnan mukaisesti osaston resursseja. Sähköhoitoyksikkö vaatisi oman tilan toiminnalleen sekä sähköhoitoa toteuttavien sairaanhoitajien lisäksi osastolla olevat hoitajat potilasmäärän mukaisesti. Sähköhoitoyksikkö voisi toimia joko nykyisen toimintamallin mukaan kolmena päivänä viikossa tai resurssien mukaan esimerkiksi arkipäivinä.

Tutkimusta tehdessä ilmeni, että sairaanhoitajien mielestä potilastietojärjestelmään kirjaaminen ja tilastointien tekeminen aiheuttavat ajoittain vaikeuksia ja vievät työaika. Mielestämme järjestelmät voisivat olla yksinkertaisempia ja hoitajien työtä enemmän palvelevia, jolloin jäisi aikaa enemmän potilastyöhön. Nämä muutokset tosin vaatisivat suuriakin potilastietojärjestelmän muutoksia.

Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksista voimme päätellä, että sairaanhoitajat Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa kokevat sähköhoidon toteuttamiseen liittyvän tehtäväsiirron lääkäreiltä sairaanhoitajille pääosin positiivisena muutoksena työnkuvaan. Erityisesti sähköhoitoa toteuttavat sairaanhoitajat kokivat uudistuksen positiiviseksi. Osa haastatteluun osallistuneista lääkäreistä ennen avustaneista sairaanhoitajista ei osannut sanoa omakohtaista kokemusta siitä, miten uusi käytäntö nykyään toimii, mutta pitivät ajatuksena uudistusta hyvänä. Osa heistä oli kuullut käytännön toteutumisen olevan nyt toimivampi kuin aikaisemmin. Muutama hoitajien mielestä kehitystä vaativa yksityiskohta sekä kehittämisajatus tuli ilmi haastatteluiden myötä.

Sähköhoitoa toteuttavat sairaanhoitajat kokivat työnsä olevan nyt mielekkäämpää ja vastuullisempaa. Työn monipuolistuminen nousi ilmi myös lähes kaikilta sähköhoitoa antavilta sairaanhoitajilta. Sairaanhoitajat kokivat, että itsensä ja oman ammattitaitonsa kehittäminen on mahdollisuus. Tämän tutkimuksen perusteella voimme päätellä, että sähköhoitajat kokevat vastuunsa sähköhoidon toteuttamisessa suurena ja vastuun ylipäättään lisääntyneen työnkuvassaan. Tässä korostuu säännöllisen koulutuksen tärkeys, jotta sähköhoitoa toteuttavien sairaanhoitajien ammattitaito pysyy yllä ja sähköhoito toteutuu jatkossakin turvallisesti. Sähköhoito vaatii laajaa ammattitaitoa sairaanhoitajilta.

Tehtäväkuvan monipuolistuessa mahdollistuu omalla urallaan kehittyminen, sekä alaan kiinnostuminen, ja sitoutuminen työtehtäviin lisääntyy (Köykkä 2014, 8). Hoitotyössä työskentelevällä on vastuu potilaan ajankohtaisesta hoidosta ja tehtävävastuu velvoittaa hoitotyössä toimivia ylläpitämään ammattitaitoaan. Tiedot ja taidot karttuvat kokemuksen ja koulutuksien myötä. (Lehtoranta & Suurnäkki 2017, 9–12.)

Sähköhoitoa toteuttavat sairaanhoitajat eivät kokeneet olevansa uudistuneen työtehtävän myötä liikaa vastuussa, vaan apua on aina saatavilla. Sairaanhoitajat voivat edelleen pyytää konsultaatioapua lääkäriltä. Lääkäri päättää edelleen sähköhoitojen aloituksesta ja antaa ensimmäisen hoitokerran. Sähköhoitoa antavien sairaanhoitajien vastuulla on arvioida hoitoa ja potilaan vastetta

siihen. Sähköhoitoa toteuttavat sairaanhoitajat määrittelevät itsenäisesti sähkön antoannokset eli nosto-ohjelmat ja tarvittaessa konsultoivat lääkäreitä.

Sähköhoitoa antavien sairaanhoitajien työnkuva ei ole pelkästään sähköhoitojen antamista. Siihen kuuluu myös tilastointi ja ajanvarauspäiväkirjojen päivittäminen, sekä potilastietojärjestelmään kirjaaminen ja anestesiakaavakkeen täyttäminen. Sähköhoitoa toteuttavien sairaanhoitajien mukaan myös tavallisessa osastotyössä sähköhoitopäivien ulkopuolella tulee hoidettua sähköhoitoon liittyviä asioita.

Osa Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan akuuttiosasto neljän työntekijöistä koki uudistuksen kuormittavan ja myös sekoittavan osaston arkea. Kokonaisuuden hallinnan koettiin hankaloituneen. Osa ennen sähköhoidossa avustaneista sairaanhoitajista taas koki positiivisena sen, että nyt pääsee keskittymään täysin osastotyöhön. Sähköhoitojen koettiin sujuvan nyt edellistä käytäntöä sujuvammin.

Tästä tutkimuksesta saatujen tuloksien mukaan sairaanhoitajat ovat kokeneet potilaiden hoitoon pääsyn nopeutuneen ja hoitoja voidaan toteuttaa enemmän yhden päivän aikana verraten aiempaan käytäntöön Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa. Lisäksi tästä tutkimuksesta saatujen tuloksien perusteella sairaanhoitajien kokemuksen mukaan sähköhoitoa saavien potilaiden määrä on noussut.

Vapaaehtoisuus sähköhoidon toteuttamiseen liittyvään koulutukseen koettiin positiivisena, ja hoitajat ovat tyytyväisiä, että halukkuutta työtehtävää kohtaan löytyi. Koulutuksessa ja perehdytyksessä pääsi oppimaan uutta, päivittämään omaa osaamistaan, mutta myös kertaamaan jo opittuja asioita. Käytännön kokemus oli vaihtelevaa, osalla oli taustalla useiden vuosien kokemus lääkärin avustamisesta sähköhoidossa, osalla hieman vähäisempi. Koulutuksen käytännön harjoittelun yksilöllisyys sekä koulutuksen määrä ja jokaisen oman tarpeen huomioiminen toivat varmuutta sähköhoidon toteuttamiseen. Jokainen sai harjoitella sen verran kuin koki tarvitsevansa. Sairaanhoitajat kokivat, että sähköhoito sairaanhoitajien toteuttamana sujuu ammattitaidolla ja turvallisesti.

Kokemuksen karttuessa hoitajat kokivat myös varmuuden lisääntyvän. Niille hoitajille, jotka eivät käyneet koulutusta sähköhoidon teknisestä toteuttamisesta, ei ollut uutta perehdytystä käytännön uudistuksien myötä. Näiden hoitajien työnkuva säilyi suurimmalta osin ennallaan, lukuun ottamatta salissa avustamista sähköhoidon toteutuksessa. Osastotyön ja heräämövaiheen kannalta työnkuva on säilynyt lähes ennallaan. “Asiantuntijatason hoitajien tulee osata soveltaa teoriaa ja tutkittua tietoa käytäntöön” (Liimatainen 2009, 19).

Työmotivaatioon vaikuttavat palkkauksen lisäksi useat tekijät. Palkallisen korvauksen merkittävyys on vähäisempi “sisäisesti tyydyttävissä työtehtävissä” kuin epämieluisissa ja rankoissa työtehtävissä. Työntekijän tuntema arvostus ja tärkeys työyhteisössä ovat sosiaalisia palkkioita, joita ei voi rahallisesti määrittää. (Köykkä 2014, 25.) Tästä tutkimuksesta saatujen tuloksien mukaan lisäkorvaus osaltaan kasvatti motivaatiota työtä kohtaan, mutta “erikoistehtävä” oli kuitenkin suurin motivaation kasvattaja.

Käytännön uudistuksen suunnittelussa osa hoitajista koki, että sähköhoidosta useita vuosia kokemusta omaavia hoitajia ei huomioitu tarpeeksi, jotta käytännöstä olisi voinut tulla toimivampi osastotyön kannalta. “Vahvuuksiin työnjaon kehittämisessä kuuluu muutokseen sitoutunut henkilökunta, mikä saavutetaan sillä, että henkilökunta itse saa osallistua uusien työnkuvien suunnittelemiseen ja vaikuttaa omaan työhönsä” (Gästrin 2017, 29).

Toiminnallisen osaamisen johtamisen mukaan yksittäisten työntekijöiden erityisosaaminen sekä taidot ja niiden kehittäminen jonkun tehtävän suorittamiseen heijastuvat koko organisaation ja tiimin kyvykkyyteen. Näistä muodostuu tiimin tapa toimia. Yksilöiden osaaminen tulisi ottaa huomioon, jotta päästäisiin mahdollisimman selkeisiin tavoitteisiin. (Köykkä 2014, 25.) Muutamalta osastotyöntekijältä tuli ehdotus kokonaan osastotyöstä erillisestä sähköhoitoyksiköstä, jolloin osastotyö ei kuormittuisi. Tällöin myös osaston työntekijät voisivat täysin keskittyä pelkkään osastotyöhön.

9.2 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys tutkimuksessa on “tieteellisen toiminnan ydin”. Tutkimusetiikka vastaa säännöistä, joiden mukaisesti tulee tutkimusta tehdessä toimia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211.) Tutkimuksen eri vaiheissa nousseilla eettisillä kysymyksillä tarkoitetaan tieteen etiikkaa. Etiikka sisältyy tutkimusvaiheisiin päätöksinä ja valintoina alkaen tutkimuksen aiheen valikoinnista ja päättyen tutkimuksesta saatuihin tuloksiin. Päätöksen tueksi tutkittaville annetaan tarvittavat tiedot tutkimukseen osallistumisesta, kuten kuinka kauan osallistuminen kestää, sekä kuinka aktiivisesti ja millä tavalla tutkimukseen tulee osallistua. Yksityisyyden suoja huomioidaan kunnioittamalla tutkittavan päätöksiä – mitä tietoja hän tutkimuskäyttöön luovuttaa. Tutkittavan päättäessä itse tutkimukseen osallistumisesta huomioidaan tutkimukseen osallistuvan itsemääräämisoikeudesta. Tutkijan tarkoituksena on saada selville tutkittavien näkökulma aiheeseen. Tutkittavaa tuetaan haastattelun aikana esittämällä tarkentavia kysymyksiä ja vältetään johdattelemasta. Tutkittavia varjellaan haitallisilta vaikutuksilta muuttamalla tai poistamalla tunnistettavuustietoja. Laadullisen tutkimuksen otanta on yleensä pieni, mutta tutkittavien kokonaisuudesta huolimatta on päämääränä saada runsas aineisto tutkittavasta aiheesta. Tutkimukseen osallistuvien pieni lukumäärä kasvattaa riskiä tunnistaa tutkittavan henkilöllisyys. Tutkimuskäytössä olevia tietoja ei luovuteta ulkopuolisille. (Hakala 2016, 5, 8–10, 12; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218–219, 221.)

Etiikan mukaisesti tutkittavien on etukäteen tiedettävä tutkittavasta aiheesta, jolloin myös tutkimukseen myöntymisen kasvaa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 86). Tutkimusaineistoa kootessa on huomioitava ihmisten kohtelu ja heidän oikeutensa. Tutkittavia on kohdeltava kunnioittavasti ja rehellisesti. Tutkimukseen osallistujia täytyy tiedottaa tutkimuksesta ja heidän tulee antaa suostumus. Heillä on myös mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää tutkimus. Tutkittavan täytyy saada tarpeeksi tietoa tutkimuksen laadusta. Tutkimuksen aikana on huomioitava ja varmistettava tutkittavan nimettömydestä. Tunnistettavuuteen liittyvät asiat muutetaan tai poistetaan. Suoraan tutkittavilta kerätty aineisto edellyttää kirjallista tiedotetta ja vapaaehtoista suostumusta. (Hakala 2016, 7–8, 10.)

Yksilöhaastattelu voi lisätä luotettavuutta, sillä kehittämissuhteiden ja kritiikin antaminen voi olla helpompaa työyhteisön ulkopuoliselle henkilölle. Puolueettomuusnäkökulman tulisi näkyä tutkimuksen luotettavuutta pohdittaessa. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 136.) Jokaiselle haastateltavalle esitettiin kysymykset samojen teemojen ja apukysymysten mukaisesti, eikä haastateltavia johdateltu mihinkään suuntaan. Huolehdimme, että haastateltavat ymmärsivät kysymykset ja tarkensimme niitä tarvittaessa.

Haastatteluja varten haimme tutkimusluvan. Haastatteluista saatu aineisto oli käytössä vain tätä opinnäytetyötä varten ja työn valmistuttua kerätty aineisto hävitettiin asianmukaisesti. Aineiston nauhoitukseen käytettiin siihen soveltuvaa sanelinta ja kysyimme luvan haastattelun nauhoitukseen jokaiselta haastatteluun osallistuneelta. Huolehdimme haastateltavien yksityisyydensuojasta sekä siitä, ettei heitä voi tunnistaa esimerkiksi puheen manereista, iästä tai sukupuolesta. Aineistoa ei ole käsitellyt kukaan ulkopuolinen henkilö, ainoastaan tämän opinnäytetyön tekijät. Palveluesimies toimitti saatekirjeet sairaanhoitajille, näin huolehdimme tähän tutkimukseen osallistuvien anonymiteetistä. Opinnäytetyöntekijät eivät saaneet tietoon haastateltavien yhteystietoja. Ennen haastatteluiden aloitusta kävimme jokaisen haastateltavan kanssa saatekirjeen ja suostumuslomakkeen suullisesti läpi. Kertasimme tutkimuksen olevan vapaaehtoinen ja kerroimme, että sen voi lopettaa missä vaiheessa tahansa. Kerroimme, mihin saatua aineistoa käytetään ja ketkä sitä käsittelevät. Lisäksi kerroimme, että allekirjoitetut suostumuskirjeet, sekä tätä tutkimusta varten kerätty aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisäävät asianmukaiset tutkimus-, tiedonhankinta- ja arviointimenetelmät. Tutkimus toteutettiin kahtena työparina, mikä lisää työn luotettavuutta. Käytimme lähteitä melko kattavasti, mukaan lukien vieraskielisiä lähteitä englanniksi ja ruotsiksi. Tutkittua tietoa aiheestamme löytyi melko vähän, joten käytimme työssämme myös yli 10 vuotta vanhoja tutkimuksia. Haastatteluun osallistuvien henkilöiden otanta tuli olemaan melko vähäinen, mikä vaikutti tutkimuksen luotettavuuteen. Tämän tutkimuksen tekijät olivat kokemattomia tutkijoita, mikä osaltaan myös vaikutti työn luotettavuuteen.

9.3 Kehittämisideat ja jatkotutkimusehdotukset

Tätä opinnäytetyötä tehdessä tuli muutamia kehittämis- ja jatkotutkimusehdotuksia. Sähköhoidosta on tehty useita opinnäytetöitä, jotka sisältävät kirjallisen tietopaketin potilaille ja heidän omaisilleen sähköhoidosta. Hoitajille ja yksiköissä harjoittelussa oleville opiskelijoille suunnattua opasta tai perehdytysinfoa ei ole juurikaan opinnäytetyönä tehty.

Opinnäytetyönä voisi olla hyödyllinen tehdä tarkistuslista tai ohjeistus sähköhoidon toteuttamisesta hoitajien tueksi. Tarkistuslistat ovat tarpeellisia, jotta tietyt asiat eivät olisi pelkästään hoitajan muistin varassa ja inhimillisten virheiden tapahtumista voitaisiin vähentää tai poistaa kokonaan. Leikkaussalissa on muun muassa käytössä erinomainen tarkistuslista ennen jokaista leikkauksen vaihetta ja vaiheen jälkeen, jotta leikkauksessa tarpeelliset asiat tulee huomioida, kuten potilaan tietojen läpi käyminen (kyseessä oikea potilas ja mitä leikataan) ja jotta käytettyjen instrumenttien, neulojen ja taitoksien lukumäärät täsmäävät lopputarkistuksessa. Opinnäytetyön aiheena sähköhoidosta ja sen vaiheista tehty tarkistuslista tai ohjeistus voisi sisältää ennen sähköhoidon toteutusta huomioitavat asiat, esimerkiksi potilaan esivalmistelun ja salissa tapahtuvat valmistelut. Lisäksi voisi huomioida sähköhoidon aloitukseen ja sen toteutukseen liittyvät asiat, sekä sähköhoidon jälkeisen välittömän tarkkailun heräämössä. Tarkistuslistan tai ohjeistuksen voisi tehdä myös osastolla tapahtuvaan jälkitarkkailuun ja potilaan ohjaamiseen. Ohjeistuksen tai tarkistuslistan muodossa oleva informaatio toimisi ohjenuorana uusille hoitajille sekä työntekijän ja opiskelijan perehdytyksessä. Ohjeistuksesta voisi tarpeen mukaan tarkistaa, että tarpeelliset asiat ovat hoidossa ja hoidon aikana huomioitu, eikä näin ollen nämä asiat olisi täysin hoitajan muistin varassa.

Jatkotutkimusaiheena tutkimuksen tekeminen aiheesta, jossa verrataan kuormittaako sähköhoitopotilaat muitakin osastoja verraten tutkimuskohteenamme olleeseen Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan akuuttiosasto neljää. Käsitkysemme mukaan Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan muidenkin osastojen potilaat saavat sähköhoitoa. Hoidetaanko ja ohjataan sähköhoitoa saavia potilaita myös muilla osastoilla? Onko muilla osastoilla useita sähköhoitoa

saavia potilaita? Lisäksi jatkotutkimusaiheena voisi selvittää sähköhoitoon osallistuvilta sairaanhoitajilta myöhemmin, kuten vuoden päästä, ovatko tehtäväsiirron myötä sairaanhoitajien kokemukset tai osaston toiminta muuttuneet tai onko sairaanhoitajien näkökulmissa sähköhoidon toteuttamisesta tapahtunut muutoksia.

LÄHTEET

Abrams, R. 2002. *Electroconvulsive Therapy*. E-kirja. Incorporated, Oxford University Press. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 15.4.2019].

Bjelogrlic-Laakso, N., Arvio, M. & Järventausta, K. 2019. Sähköhoito saattaa vähentää väkivaltaista käytöstä kehitysvammaisilla autismikirjon potilailla. *Aikakauskirja Duodecim* 16, 1467–1470. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo15079> [viitattu 9.10.2019]

Fink, M. 2009. *Electroconvulsive Therapy: A Guide for Professionals and Their Patients*. E-kirja. USA - OSO, Oxford University Press. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 15.4.2019].

Flinkman, M. 2014. Osaaminen käyttöön – Laatua ja tuloksellisuutta työnjakoa kehittämällä. Tehyn julkaisusarja B: 3/2014. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2014/2014_b3_netsti_osaaminen_kayttoon_laatua_ja_tuloksellisuutta_tyonjakoa_kehittamalla_id_3025.pdf [viitattu 16.4.2019].

Guruvaiah, L., Veerasamy, K., Naveed, M., Kudlur, S., Chaudary, F. & Paraiso, A. 2017. Patients' experiences of and attitudes towards ECT. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.progressnp.com/article/patients-experiences-attitudes-towards-ect/> [viitattu 9.10.2019]

Gästrin, M. 2017. Sairaanhoidtaja hoidon asiantuntijana. Ammattikorkeakoulu Arcada. Kliininen asiantuntijuus. Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö.

Haapamäki, I. 2018. Tietoisku ECT-hoidosta Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa. Kymenlaakson psykiatrisen sairaala 30.1.2018. PowerPoint-esitys.

Hakala, T. 2016. Eettisyys laadullisessa tutkimuksessa – tutkijan näkökulma. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu -tutkielma.

Heikman, P., Niemi–Murola, L. & Rosenberg, P. 2006. Aivojen sähköhoito ja anestesia. Finnanest. WWW–dokumentti. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/a_heikman.pdf [viitattu 31.10.2018].

Heikman, P. 2004. Sähköhoidon uusia näkymiä. Lääkärikirja Duodecim. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo94286> [viitattu 20.11.2018].

Hukkanen, E. & Vallimies-Patomäki, M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72423/Selv200521.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 12.2.2019]

Huttunen, M. 2018a. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Duodecim terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00378 [viitattu 16.4.2019].

Huttunen, M. 2018b. Masennus. Duodecim terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389 [viitattu 16.4.2019]

Huttunen, M. 2018c. Skitsofrenia. Duodecim terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148 [viitattu 16.4.2019]

Huuhka, K. 2009. Electroconvulsive therapy. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

Kapanen, S. 2018. Sosiaali ja terveydenhuollon työnjako – STM:n työnjaon ohjauksen koskevien julkaisujen analyysi. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki; Sanoma Pro.

Koivusipilä, A., Tarnanen, K., Jalonen, J. & Mattila, V. 2015. Leikkaukseen valmistautuminen – lisätietoa potilaalle. Duodecim terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Saatavilla: https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=khp00089 [viitattu 8.4.2019]

Kuosmanen, I. 2012. Työt jakoon perusterveydenhuollossa? Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.

Kykkänen, K. 2019. Psykiatrisen sähköhoidon seurantatutkimus Pitkäniemen sairaalassa vuosina 2012–2014. Tampereen yliopisto. Lääketieteen ja teknologian tiedekunta. Syventävien opintojen kirjallinen työ.

Kyrklund, E. 2019. Neuromodulaatiomenetelmät masennuksen hoidossa. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Tutkielma.

Käypä hoito -suositus. 2013. Skitsofrenian diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00191> [viitattu 18.4.2019]

Käypä hoito -suositus. 2014. Ohje depression sähköhoidon käytännön toteutuksesta. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix02125> [viitattu 9.11.2018]

Käypä hoito -suositus. 2016. Depressio. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023> [viitattu 9.11.2018]

Köykkä, M. 2014. Synnytyksen jälkitarkastus tehtäväsiirtona lääkäreiltä hoitajille. Vaasan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämissä ja johtamisen koulutusohjelma. Ylemmän ammattikorkeakoulun oppinäytetyö.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta. 21.5.2010/433.

Larsson, J. & Nyström, A. 2015. ECT som stöd för patientens helhetsvård – en kvalitativ studie. Ammattikorkeakoulu Arcada. Opinnäytetyö.

Latvala-Kaataja, R. 2016. Kuntoutujien näkemyksiä fysioterapeuttien suoravastaanottoimmasta. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.

Lehtoranta, H. & Suurnäkki, E. 2017. Hoitajien kokemuksia vastuusta ympäri-vuorokautisessa tehostetussa palveluasumisessa. Saimaan ammattikorkeakoulu. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö.

Liimatainen, A. 2009. Sairaanhoidajan asiantuntijuuden kehittyminen perusterveydenhuollossa. Tapaustutkimus laajennetusta tehtäväkuvasta. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Lisensiaatintutkielma.

Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Hiivala, K. & Savo, M. Salomäki, T. 2012. Käsi-kirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle. Hoitotyön tutkimussäätiö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/kk-heraamohoito.pdf> [viitattu 7.10.2019]

Luukkonen, J. 2018. Matkalla maakunnallisiin sosiaali- ja terveystalviin – Tutkimus maakunnallisten sosiaali- ja terveystalviin kuntayhtymien syntyprosessista. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

Lönnqvist, J., Henrikson, M., Partonen, T. & Marttunen, M. 2017. Psykiatria. 12. painos. Helsinki: Duodecim.

Martinson, P. 2016. Tehtäväsiirrot lääkäreiltä sairaanhoitajille – hoitajien kokemana. Hämeen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystalviin kehittäminen ja johtaminen. Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö.

Mattila, N. 2017. Masennustilan ja samanaikaisen päihdeongelman yhteys elämänlaatuun psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilailla. Tampereen yliopisto. Lääketieteen ja biotieteiden tiedekunta. Syventävien opintojen kirjallinen työ.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Oravainen, J. 2013. Sähköhoidon käyttö psykiatrisissa häiriöissä. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu –tutkielma.

- Pakanen, V. 2000. Sähköhoito ja anestesia. *Finnanest*. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/a_pakanen.pdf [viitattu 4.4.2019]
- Paunonen, A. 2018. Syväaivostimulaatio masennuksen hoidossa. Tampereen yliopisto. Lääketieteen ja biotieteiden tiedekunta. Syventävien opintojen kirjallinen työ.
- Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Ruokonen, E. 2014. Anestesiologia ja tehohoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Sadeniemi, M., Aer, J., Jänkälä, K., Sorvaniemi, M. & Stenberg, J-H. 2013. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Helsinki: Duodecim.
- Sabri, N. 2013. Tehtävänsiirto lääkäriltä hoitajalle – Antikoagulaatiohoitoa saavan potilaan hoidossa. Metropolia ammattikorkeakoulu. Kliininen asiantuntija. Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö.
- Savikko, R. 2008. Vastuullisuus ja vastuu sairaanhoitajan ammatillisessa toiminnassa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Sosiaali- ja terveysministeriö s.a. Lainsäädäntö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://stm.fi/sotepalvelut/lainsaadanto> [viitattu 12.7.2019]
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisen käyttömahdollisuus laajenee. Tiedote 57/2019. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sairaanhoitajan-rajatun-laakkeenmaaraamisen-kayttomahdollisuus-laajenee [viitattu 22.4.2019]
- Sulkakoski, M. 2016. Lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyö perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.
- Sähköhoito tehokas masennuksessa. 2003. Duodecim terveyskirjasto. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=uut03574 [viitattu 8.10.2019]
- Taiminen, T. 2013. Lääkeresistentin masennuksen hoito. *Aikakauskirja Duodecim* 20, 2149–2156. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2013/20/duo11274> [viitattu 21.4.2019]
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018. Hoitajaksojen kesto lyhenee psykiatriassa erikoissairaanhoidossa. WWW-dokumentti. Päivitetty 14.12.2018. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/-/hoitajaksojen-kesto-lyhenee-psykiatriassa-erikoissairaanhoidossa> [viitattu 16.4.2019]
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5 painos. Jyväskylä: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 25.11.2004/1019.

Valvira s.a. Sairaanhoidajan rajattu lääkkeenmääräämisoikeus. WWW-dokumentti. Päivitetty 16.5.2019. Saatavissa: https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/laakehoito/sairaanhoidajan_rajattu_laakkeenmaaraamisoikeus [viitattu 11.4.2019]

Viholainen, K. 2018. Sairaanhoidajien laajavastuinen hoitotyön asiantuntijuus erikoissairanhoidossa. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.

Vuorinen, S. 2007. Sairaanhoidajan työ – työn merkitys ja työn muutos sairaanhoidajien kokemana. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.

Westerback, L. 2018. Paraisten terveyskeskuksen päivystysvastaanoton uusi toimintamalli. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Kliininen asiantuntija. Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö.

Ylitalo, V. 2013. Sähköhoito. Terveysportti. Sairaanhoidajan tietokannat. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 8.10.2019]

Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusanat	Hakutulokset	Rajaukset	Valitut tutkimukset
Finna	Sairaanhoitaja AND työnjako	48	Ei AMK-tasoisia opinnäytetöitä, vuosiväli 2010 – 2019	3
Finna	Asiantuntijuus, perusterveyden- huolto AND työnjako, sai- raanhoitaja AND työnjako	95	Ei AMK-tasoisia opinnäytetöitä, vuosiväli 2008 – 2019	4
Medic	Sähköhoito	52	Ei AMK-tasoisia opinnäytetöitä	1
Medic	Sähkösoikkihoito AND menetel- mät	5	Ei AMK-tasoisia opinnäytetöitä	2
Medic	Sairaanhoitaja AND vastuulli- suus	2	Ei AMK-tasoisia opinnäytetöitä	1
Medic	Sairaanhoitaja AND lääkemää- räys, sairaan- hoitaja AND asian- tuntijuus	5	Ei AMK-tasoisia opinnäytetöitä	2
Theseus	Tehtäväsiirto	26	Ei AMK-tasoisia opinnäytetöitä, vuosiväli 2014 – 2019	2
Theseus	Elektrokonvulsiv therapy	3	Ei AMK-tasoisia opinnäytetöitä, vuosiväli 2014 – 2019	
Google Scholar	Sähköhoito	212	Ei AMK-tasoisia opinnäytetöitä, vuosiväli 2015 – 2019	4
Google Scholar	Tehtäväsiirto	54	Ei AMK-tasoisia opinnäytetöitä, vuosiväli 2014 – 2019	3

Tutkimustaulukko

Bibliografiset tiedot	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusaineiston keruu ja menetelmä	Keskeiset tutkimustulokset
<p>Gästrin, Martina 2017.</p> <p>Sairaanhoitaja hoidon asiantuntijana.</p> <p>Yrkeshögskolan Arcada.</p> <p>Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö.</p>	<p>Havainnoida sekä hakea näkemyksiä työnjaon kehittämiseen. Selvittää, kuinka onnistutaan kehittämään työnjako lisäämällä vastuuta sekä tehtäviä hoitohenkilökunnalle. Työ on tehty Espoon terveysasemille avuksi työnjaon kehittämiseen.</p>	<p>Haastattelut, joiden pohjalta tehdään SWOT-analyysi. Analyysin pääkategoriat eritellään eri luvuissa. Kategorioita ovat vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat.</p>	<p>Muutokseen sitoutuva henkilökunta kuuluu SWO-analyysissä kategoriaan vahvuus. Heikkouksiin luokiteltiin epämääräiset työajat sekä huono palkka. Uhkana tutkimuksessa nousi ammatikuntien sisäiset ja väliset ristiriidat. Osaamisen tulisi olla yli perustason.</p>
<p>Hakala, Tiina 2016.</p> <p>Eettisyys laadullisessa tutkimuksessa – tutkijan näkökulma</p> <p>Tampereen yliopisto.</p> <p>Pro gradu -tutkielma.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa eettisiä näkökulmia laadullista tutkimusta tehdessä.</p>	<p>Laadullinen tutkimus.</p>	<p>Tutkimukseen on koostettu laadullisen tutkimuksen eettisyyteen vaikuttavia ja huomioon otettavia asioita niin tutkijana kuin tutkittavia kohtaan.</p>
<p>Huuhka, Kaija 2009.</p> <p>Electroconvulsive therapy.</p> <p>Tampereen yliopisto.</p> <p>Väitöskirja.</p>	<p>Selvittää sähköhoidon vasteen yhteyttä BDNF, 5-HT1A, TPH1, GNB3, RGS4, COMT ja DRD2 geenien polymorfismeihin sairaalahoidossa olevilla potilailla, joilla on</p>	<p>119 potilasta, joilla vaikea hoitoresistentti masennus ja jotka eivät ole hyötynneet kahdesta asianmukaisesta eri masennuslääkehoidosta sairausjakson aikana ja 389 – 398 tervettä</p>	<p>Geenimuunteluiden yhteys hoitoresistenttiin masennukseen ja sähköhoidon hoitovasteseen löydettiin.</p>

	<p>vaikea hoitoresistentti masennus ja jotka eivät olleet hyöttyneet kahdesta asianmukaisesta eri masennuslääkehoidosta sairausjakson aikana Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Tutkia geenimuunteluiden vaikutusta hoitoresistentin masennuksen vaaraan verrattuna terveisiin verenluovuttajiin ja samojen geenimuunteluiden vaikutusta sähköhoidon vasteesseen.</p>	<p>verenluovuttajaa. Kaikki kliinisin perustein valitut potilaat saivat psykiatrisen sähköhoidon. DNA näytteet genotyyпитettiin, mitä ennen genominen DNA eristettiin perifeerisen veren valkosoluista. Ennen ja jälkeen sähköhoidon potilaat arvioitiin standardoidusti. Potilaiden geenimuunneltuja ja terveiden verenluovuttajien verikokeita vertailtiin.</p>	
<p>Huuhka, Martti 2005.</p> <p>Electroconvulsive therapy in major depression.</p> <p>Tampereen yliopisto.</p> <p>Väitöskirja.</p>	<p>Selvittää APOE:n geneettisen vaihtelun yhteyttä vaikeaa masennusta sairastavien potilaiden hoitovasteeseen (tutkimus 1).</p> <p>lääkkäiden masennusta sairastavien potilaiden tutkimista pohjautuen sähköhoidon ja masennuslääkehoidon välittömään tehoon ja pitkäaikaisennusteesseen (tutkimus 2).</p> <p>Tutkia sähköhoidon tehoa fibromyalgiaa ja masennusta sai-</p>	<p>Tutkimuksessa 1 oli 119 potilasta ja 398 tervettä verenluovuttajaa. DNA näytteet genotyyпитettiin, mitä ennen genominen DNA eristettiin perifeerisen veren valkosoluista.</p> <p>Tutkimuksessa 2 oli 30 potilasta, jotka saivat sähköhoitoa ja 21 potilasta, joita hoidettiin masennuslääkkein. Potilaiden kotiutuessa heitä seurattiin vielä vuoden ajan.</p> <p>Tutkimuksessa 3 oli 13 fibromyalgiaa sai-</p>	<p>Sähköhoito on tehokas hoitomuoto masennusta sairastaville vanhuksille, mutta lisää vähissä määrin hoidon sydänperäisiä haittavaikutuksia. Masennusta sairastavat fibromyalgiaapotilaat hyöttyivät sähköhoidosta masennuksen hoidossa, mutta kiipuihin sillä ei ollut vaikutusta. APOE geenin geneettisellä vaihtelulla ei todettu olevan yhteyttä vaikeaa masennusta</p>

	<p>rastavien masennuksen ja kipujen hoitoon (tutkimus 3). Tutkia, aiheuttaako sähköhoito sydänperäisiä haittavaikutuksia iäkkäillä masennusta sairastavilla potilailla (tutkimus 4). Tutkimus tapahtui Tampereen yliopistollisessa sairaalassa ja kaikki potilaat (lukuun ottamatta 10 potilasta tutkimuksessa 3) olivat sairaalajaksolla vaikean masennuksen hoidossa.</p>	<p>rastavaa masennuspotilasta, jotka saivat sähköhoitoa. Sähköhoidon vaikutusta arvioitiin standardoidusti ja potilaita seurattiin kotiutumisen jälkeen kolmen kuukauden ajan. Tutkimuksessa 4 oli 31 potilasta, joille tehtiin Holter-nauhoitus 24 tuntia ennen ja 24 tuntia jälkeen sähköhoidon.</p>	<p>sairastavien potilaiden hoitovasteseen.</p>
<p>Kapanen, Sari 2018.</p> <p>Sosiaali- ja terveydenhuollon työnjako – STM:n työnjaon ohjausta koskevien julkaisujen analyysi</p> <p>Itä-Suomen yliopisto.</p> <p>Pro gradu -tutkielma.</p>	<p>Kuvata STM:n sote-alan työnjaon ohjausta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa työnjaon ohjauksen kehittämiseen sote-alalla.</p>	<p>Menetelmä dokumenttianalyysi ja analysointia täydennettiin sisällönanalyysillä.</p>	<p>Sote-alan työohjauksen kehittämisen vaatii tarpeiden mukaista lisä- ja täydennyskoulutusta työtehtävien määrittämistä moniammatillisesti, monitasoisista yhteistyötä, sekä nykyistä tehokkaampaa informaatioteknologian ja sähköisten palveluiden hyödyntämistä. Toiminnan laatua ja kustannustehokkuutta voidaan kehittää vähentämällä raja- ja päällekkäistä työtä. Informaatio ohjauksen tulisi huomioida</p>

			muut sote-alan työn ohjausta toteuttavat tahot, sekä tavoittaa kaikki toimijat.
<p>Kuosmanen, Irja 2012.</p> <p>Työt jakoon perusterveydenhuollossa?</p> <p>Itä-Suomen yliopisto.</p> <p>Pro gradu -tutkielma.</p>	<p>Antaa tietoa Suomen perusterveydenhuollon työnjaon tilanteesta selvittämällä työtehtävien siirtoja ja tehtäväkuvan laajentamista ammattiryhmien välillä.</p> <p>Selvittää miten käsitteet tehtäväkuvan laajentaminen ja tehtäväsiirto on ymmärretty perusterveydenhuollon käytännön kentällä.</p> <p>Selvittää, onko työnjaolla yhteyttä organisaation työn tuottavuuteen ja onko työnjaolla ollut vaikutusta henkilöstön palkkoihin tai yhteyttä terveyden- ja vanhustenhuollon tarvekioituihin menoihin.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus.</p> <p>20 strukturoitua, puolistrukturoitua ja avointa kysymystä.</p> <p>Sähköpostikysely 156:lle Tehyn esimiehelle yhdessä Tehyn keskustuimiston kanssa.</p>	<p>Työnjaollisia muutoksia on tehty kiinnittämättä niihin huomiota.</p> <p>Uuden työnjakomallin käyttöön ottaminen, tehtäväkuvan laajentaminen ja tehtäväsiirto ovat mahdollisuus, mutta se vaatii osaamisen varmistamista ja ylläpitämistä. Sen tuoman vastuun ja olosuhteiden määrittäminen on puutteellista.</p> <p>Organisaation työnjaon volyymin ja kunnan tarvekioituidulla menoilla ei ole suoraa vaikutusta työn tuottavuuteen.</p>
<p>Köykkä, Marjo 2014.</p> <p>Synnytyksen jälkitarkastus tehtäväsiirtona lääkäreiltä hoitajille.</p>	<p>Kuvata hoitajien kokemuksia tehtävän siirroista lääkäreiltä hoitajille. Tuoda esille terveydenhoitajien kokemuksia siirtoa edeltäneestä prosessista ja siitä,</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus, jossa on käytetty teemahaastattelua.</p> <p>Haastattelussa oli kahdeksan kättilöä tai terveydenhoitajaa.</p> <p>Aineisto analysoitiin</p>	<p>Terveydenhoitajat kokevat työn mielekkäämmäksi, ammattitaidon kasvaneen, työmotivaation kasvaneen ja hoidon laadun parantuneen siirtojen</p>

<p>Vaasan ammatti- korkeakoulu. Ylemmän ammatti- korkeakoulututkin- non opinnäytetyö.</p>	<p>miten muutos on vai- kuttanut heidän työ- hönsä.</p>	<p>laadullisella sisäl- lönanalyysillä.</p>	<p>myötä. Terveysten- hoitajille tarjottiin li- säkoulutuksia ja ra- hallista korvausta. Siirtoon lähtökohdat tulivat organisaati- olta sekä terveyden- hoitajilta.</p>
<p>Larsson, J Nyström, A. 2015</p> <p>ECT som stöd för patientens helhets- vård – en kvalitativ studie</p> <p>Ammattikorkea- koulu Arcada. Opinnäytetyö.</p>	<p>Selvittää, mitä säh- köhoito on, miten hoito on syntynyt ja miten hoidon ohjeet toteutuvat Lohjan sairaanhoidoalueella. Potilasopas.</p> <p>Osana HUS:een 5- star projektia.</p>	<p>Teoreettisena viiteke- hyksenä käytettiin Sarvimäki & Sten- bock-Hultin teoriaa hoitotyönmoraalinen toiminta.</p> <p>Laadullinen analyysi, jossa induktiivinen lä- hestymistapa.</p>	<p>Sähköhoitoa pide- tään toimivana hoi- tona useaan eri oi- reeseen, erityisesti vaikeaan masen- nukseen. Hoidon vaikutusmekanismia ei ole tiedossa. Hoi- toa pidetään kiistan- alaisena potilaiden kesken ja heillä on erimielisyyksiä siitä, onko sähköhoito vaikuttanut heidän elämänsä positiivi- sesti vai negatiivi- sesti.</p>
<p>Latvala-Kaataja, Raisa 2016.</p> <p>Kuntoutujien näke- myksiä fysiotera- peuttien suoravas- taanottotoimin- nasta.</p> <p>Jyväskylän yli- opisto. Pro gradu -tut- kielma</p>	<p>Selvittää millaisia näkemysnäköisiä Jyvä- skylän sairaanhoido- piirin alueen kuntou- tujilla oli fysiotera- peuttien suoravas- taanottotoiminnasta ja oliko taustateki- jillä yhteyttä näke- myksiin.</p>	<p>Aineisto kerättiin ky- selylomakkeilla fy- sioterapeuttien vas- taantoton jälkeen. Vastaajia oli 99 kun- toutujaa 14 eri ter- veysasemalta Keski- Suomen sairaanhoi- topiirin alueelta sijait- sevista kunnista tai kuntayhtymistä.</p> <p>Tutkimuksessa käy- tettiin Mann-Whit- neyn U-testiä ja</p>	<p>Fysioterapeuttien suoravastaanottoon suhtauduttiin koko- naisuutena positiivi- sesti. Kuntoutujat kokivat kohtelun olevan kunnioitta- vaa. Toimintaa edis- täviksi koettiin fy- sioterapeutin tiedot ja taidot, sekä kun- toutujille annetut neuvot ja ohjeet. Kuntoutujat kokivat fysioterapian toteu- tuksessa, että he</p>

		Kruskal-Wallis -testiä.	saivat osallistua. Ilmapiiri oli positiivinen. Eroavaisuuksia löydettiin eniten kuntoutujien arvioissa fysioterapian saatavuutta, toteutusta ja uusintakäyntiä. Fysioterapian saatavuudessa löytyi eroja terveysasemien välillä. Pohjakoulutuksen perusteella matalamman koulutuksen saaneet olivat korkeammin koulutettuja tyytyväisempiä pääsystä haluamalleen terveydenhuollon työntekijälle. Ansiotyössä kotona olleet ja eläkeläiset olivat tyytyväisempiä fysioterapian toteutukseen. Uusintakäynnille suoravastaanotolle arvioivat tulevansa ne kuntoutujat, jotka olivat vanhempain tai muulla pitkällä lomalla.
Liimatainen, Anja 2009. Sairaanhoitajan asiantuntijuuden kehittyminen perusterveydenhuollossa.	Kuvata sairaanhoitajien laajentuneen tehtäväkuvan vaatiman koulutuksen suunnittelua, toteutusta ja sisältöä, sekä yksilöllisen	Osaamiskuvaukset sekä haastattelu- ja kyselyaineistot analysoitiin deduktiivisesti laadullisella sisällön analyysillä.	Osaamistaso nousi perusterveydenhuollon hoitajilla koulutuksen myötä. Tämä näkyi kliinissä hoitotyössä, tutkimus- ja kehittä-

<p>Kuopion yliopisto. Lisensiaatintut- kielma.</p>	<p>osaamisen kehitty-</p> <p>mistä ja tämän liitty-</p> <p>mistä työnjakoon.</p>	<p>Osaamisen kartoituk-</p> <p>set kvantitatiivisesti</p> <p>käyttäen tilastollisia</p> <p>menetelmiä.</p>	<p>mistyössä. Kehi-</p> <p>tystä näkyi myös</p> <p>viestintä ja yhteis-</p> <p>työtaitoissa.</p>
<p>Luukkonen Jouko. 2018.</p> <p>Matkalla maakunnallisiin sosiaali- ja ter- veyspalveluihin – Tutkimus maakunnallisten sosiaali- ja ter- veyspal- velukuntayhtymien syntyprosesseista.</p> <p>Tampereen yliopi- sto. Väitöskirja.</p>	<p>Tavoitteena laajen-</p> <p>taa tutkimuksellista</p> <p>kuvaa sosiaali ja ter-</p> <p>veyspalvelujen jär-</p> <p>jestämiskäytännön</p> <p>uudistamiseen liitty-</p> <p>vistä valmistelu- ja</p> <p>päätösprosesseista.</p>	<p>Teemahaastattelu.</p> <p>Puolistrukturoitu yksi-</p> <p>löhaastattelu.</p> <p>Haastattelut suoritet-</p> <p>tiin 1.3.-20.4.2017.</p> <p>Aineisto analysoitiin</p> <p>teoriaohjaavalla si-</p> <p>sällönanalyysillä.</p>	<p>Ihmisten johtajuus</p> <p>korostui enemmän</p> <p>kuin asioiden johta-</p> <p>juus. Muutosjohta-</p> <p>juus näkyi ydintii-</p> <p>mien johtajuutena.</p> <p>Prosessit lähinnä</p> <p>kuntavetoisia. Orga-</p> <p>nisaatiossa käynnisi-</p> <p>tyy prosessi parem-</p> <p>man tulevaisuuden</p> <p>tähtäämiseen, kun</p> <p>muutosprosessissa</p> <p>herää pelko menet-</p> <p>tämisestä. Keskei-</p> <p>sessä roolissa uu-</p> <p>den kulttuurin luomi-</p> <p>ssa olivat organi-</p> <p>saation rakentami-</p> <p>seen liittyvät tekijät,</p> <p>arjen johtaminen</p> <p>sekä yhteinen teke-</p> <p>minen. Ulkopuolista</p> <p>koulutusta käytettiin.</p> <p>Kulttuureihin oli</p> <p>vielä pitkä matka ja</p> <p>entisen sairaanhoi-</p> <p>topiirin kulttuurin ko-</p> <p>ettiin edelleen hallit-</p> <p>sevan.</p>
<p>Martinson, Päivi 2016.</p> <p>Tehtäväsiirrot lää- käreiltä sairaanhoi- tajille – hoitajien kokemana.</p>	<p>Selvittää haastattele-</p> <p>malla Forssan seu-</p> <p>dun hyvinvointikun-</p> <p>tayhtymän peruster-</p> <p>veydenhuollon sai-</p> <p>raanhoitajia lääkä-</p> <p>reiltä sairaanhoitajille</p>	<p>Haastattelu ryhmä-</p> <p>haastatteluna.</p> <p>Teemahaastattelu</p> <p>avoimen ja lomake-</p> <p>haastattelun välimuo-</p> <p>tona. Ei strukturoitua</p>	<p>Sairaanhoitajat ko-</p> <p>kevat tarvitsevansa</p> <p>lisäkoulutusta jo siir-</p> <p>tyneisiin tehtäviin,</p> <p>sekä tulevaisuu-</p> <p>dessä mahdollisesti</p>

<p>Hämeen ammatti-korkeakoulu. Ylemmän ammatti-korkeakoulun opin-näytetyö.</p>	<p>siirtyneistä tehtävä-siirroista, sairaanhoi-tajien kokemuksia tehtäväsiirroista, sekä tehtäväsiirtojen myötä saatua koulu-tusta ja koulutuksen tarvetta.</p>	<p>tarkkaa kysymysjär-jestystä vaan teemo-jen läpikäymistä ja monipuolista keskus-telua.</p>	<p>tuleviin uusiin tehtä-väsiirtoihin. Tehtä-väsiirtojen myötä toivottaisiin henki-löstöressurssien ja palkkauksen huomi-oimista. Työ itses-sään nähdään kui-tenkin mielekkäänä ja sairaanhoitajat ovat motivoituneita siihen.</p>
<p>Oravainen, Juuso 2013. Sähköhoidon käyttö psykiatri-sissa häiriöissä. Itä-Suomen yli-opisto. Pro gradu –tut-kielma.</p>	<p>Selvittää sähköhoidon yleisimmät toteutustavat ja käytännöt, sekä keskeisimmät käyttöindikaatiot.</p> <p>Katsaus sähköhoidon neurobiologisista vasteista ja niiden merkityksestä.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus, jossa valmiit aineistot.</p> <p>Tausta-aineistona on käytetty oppikirjoja, kirjallisuuskatsauksia ja alkuperäistutkimuksia</p>	<p>Sähköhoidon tutkimusta voidaan hyödyntää biologisten indikaattoreiden, sekä neurotieteellisen tutkimuksen käytössä. Hoidon haittavaikutuksia ja komplikaatoriskejä voidaan jatkossa tutkimuksen avulla hallita paremmin. Sähköhoidon käyttöä tulisi harkita ensipsykoosiin sairastuneiden potilaiden hoidossa varhaisessa vaiheessa, jos tilaan liittyy itsetuhoisuutta ja voimakkaita mielialaoireita. Hoitokäytäntöjä tulisi yhtenäistää ja sähköhoito tulisi olla saatavilla myös avohoidossa, jolloin voitaisiin välttyä suunnittelemat-</p>

			tomilta sairaalahoi- tojaksoilta ja teho- kas hoito voitaisiin aloittaa nopeammin. Ylläpito-ECT:lla hoi- dettavien potilaiden relapsiriski on vä- häisempää, kuin pelkkää lääkehoitoa saavilla potilailla.
Sabri, Nina. 2013 Tehtävänsiirto lää- käriltä hoitajalle – Antikoagulaatiohoi- toa saavan potilaan hoidossa Metropolia ammat- tikorkeakoulu. Ylemmän ammatti- korkeakoulun opin- näytetyö.	Tarkoituksena on tuoda esiin tehtävän- siirtoa lääkäriltä hoi- tajalle Antikoagu- laatiohoitoa saavan potilaan hoidossa. Tämän pohjalta on tarkoitus kehittää po- tilaan hoitoa.	Haastattelussa 20 osallistujaa. Osallis- tajat olivat terveys- keskuslääkäreitä ja terveydenhoitajia. Haastattelusta saatu materiaali on litteroitu ja pelkistetty. Ai- neisto on käsitelty si- sällön analyysillä.	Potilaiden tyytyväi- syys parani uudis- tusten myötä. Tä- hän vaikutti esimer- kiksi jonotus aikojen lyhentyminen ja hoi- tajien laajempi tietä- mys.
Savikko, Ritva 2008. Vastuullisuus ja vastuu sairaanhoi- tajan ammatillis- essa toiminnassa. Tampereen yli- opisto. Pro gradu -tut- kielma.	Kuvata vastuulli- suutta ja vastuuta hoitotyössä sairaan- hoitajan näkökul- masta yleisellä ta- solla ammatillisessa toiminnassa, sekä niiden tarkastelua hyödyntäen hoitotie- teellisiä tutkimuksia, tutkimusartikkeleja ja hoitotyön ja hoitotie- teen kirjallisuutta.	Kirjallisuuskatsaus laadullisella sisäl- lönanalyysillä. Aineiston haku tie- teellisen kirjaston in- formaattikon suoritta- man hakupalvelun avulla yleisellä ta- solla, ei yksittäiseen tehtävään liittyen.	Vastuullisuus ja vastuu ovat moni- ulotteista, teoreetti- sesti vaikeasti mää- riteltävää, sairaan- hoitajan työssä vält- tämätöntä ja edellyt- tää sairaanhoitajalta ammatillisessa toi- minnassaan paljon. Siihen yhdistyy sekä positiivisia, että ne- gatiivisia ulottuvuuksia.
Sulkakoski, Marita 2016.	Tuoda esille lääk- keitä määräävien sairaanhoitajien ja	Puolistrukturoitu tee- mahaastattelu, joka toteutettiin parihaas- tatteluna.	Yhteistyötä tehtiin monin eritavoin eri ammattiryhmien vä-

<p>Lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyö perusterveydenhuollon vastaantotoiminnassa.</p> <p>Jyväskylän yliopisto.</p> <p>Pro gradu -tutkielma.</p>	<p>heidän kanssaan yhteistyössä työskentelevien lääkäreiden näkemyksiä yhteistyöstä suomalaisessa perusterveydenhuollon vastaantotyössä.</p>	<p>9 lääkkeitä määrävää sairaanhoitajaa ja 8 lääkäriä viiden eri sairaanhoitopiirin alueella.</p>	<p>lillä. Toteuttamistaivat vaihtelivat terveyskeskuksissa sekä niiden sisäisesti. Tähän vaikuttivat taustatekijät, osaamistaso, asenteet, sekä ammattien väliset rajat.</p>
<p>Viholainen, Karina 2018.</p> <p>Sairaanhoitajien laajavastuinen hoitotyön asiantuntijuus erikoissairaanhoidossa.</p> <p>Itä-Suomen yliopisto.</p> <p>Pro gradu -tutkielma.</p>	<p>Kuvata Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kliinisten asiantuntijoiden työnkuvaa, merkitystä ja kehittämistarpeita.</p>	<p>Puolistrukturoidut teemahaastattelut ryhmässä.</p> <p>11 kliinisen hoitotyön sairaanhoitajan haastattelut (ryhmähaastattelu) ja 3 heidän esimiehensä haastattelut (yksilöhaastattelu) HYKS:ssä.</p>	<p>Hoitotyön kliinisen asiantuntijan työnkuva ei koostu suorasta potilastyöstä, koska haastateltavat eivät tehneet ollenkaan kliinistä hoitotyötä. Hoitotyön kliinisen asiantuntijan työnkuva vaihtelee työyksiköstä ja esimiehestä riippuen ja se on jäsentymätöntä ja kehittymätöntä – työnkuva on tuntematon ja vaatii määritelmää ja näkyvyyttä.</p>
<p>Vuorinen, Sinikka 2007.</p> <p>Sairaanhoitajan työ – työn merkitys ja työn muutos sairaanhoitajien kokemana.</p> <p>Tampereen yliopisto.</p>	<p>Sairaanhoitajien työn muutoksien ja muutoksien kokemusten kuvaamista haastateluin.</p> <p>Työn merkityksen, terveysalan, sairaanhoitajan työn ja sen muutoksen tarkastelu.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus induktiivisena ja puolistrukturoitu teemahaastattelu.</p> <p>Fenomenologinen lähestymistapa.</p> <p>12 sairaanhoitajan yksilöhaastattelut saman sairaalan viidellä eri osastolla.</p>	<p>Hoitotyön muutokset ovat hyvin laajoja. Hoitotyö itsessään ei ole muuttunut, mutta ihmisten tarpeet ja ongelmat, sekä osaamisvaatimukset ovat lisääntyneet. Ammattitait-</p>

Pro gradu -tutkielma.			don jatkuva kehittäminen nähdään välttämättömänä.
Westerback, Lenina 2018. Paraisten terveyskeskuksen päivystävastaanoton uusi toimintamalli. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö.	Luoda hoitajavetoinen toimintamalli Paraisten terveyskeskuksen päivystykseen. Selvittää organisatioiden kokemukset hoitajavetoisesta päivystyksestä. Perehtyä hoitajien tarvittavaan osaamistason.	Laadullinen tutkimus. Teemahaastattelu, joka toteutettu yksilöhaastatteluina. Haastateltavina kaksi osastonhoitajaa ja yksi kehittämishoitaja.	Hoitajavetoinen malli koettiin hyväksi. Hoitajien työ koettiin haastavaksi sekä vastuulliseksi.

Sairaanhoitajien kokemuksia sähköhoidon toteuttamisesta Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa

SAATEKIRJE

Hyvä Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa, osasto PSY4:ssä työskentelevä sairaanhoitaja,

Opiskelemme Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä sähköhoidon toteuttamisesta Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa sairaanhoitajien kokemuksia sähköhoidon toteuttamisesta Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa. Tavoitteena on selvittää, miten sairaanhoitajat kokevat tehtäväsiirron myötä työnkuvansa muuttuneen toteuttaessaan itsenäisesti sähköhoitoa. Lisäksi tavoitteena on selvittää, miten sairaanhoitajat, jotka aiemmin avustivat lääkäriä toimenpiteessä, ovat kokeneet työnkuvansa muuttuneen.

Tutkimusmenetelmä on laadullinen ja aineisto kerätään teemahaastattelun avulla yksilöhaastatteluilla. Yhden henkilön haastatteluun olemme suunnitelleet kuluvan aikaa noin puoli tuntia. Haastattelijoita on kerralla kaksi, joten voimme samanaikaisesti haastatella kahta haastatteluun osallistuvaa. Haastattelut nauhoitetaan ja ne käsitellään nimettöminä. Haastattelussa ei kysytä ikääsi tai muita henkilötietoja, eikä henkilöllisyytesi tule ilmi missään vaiheessa tutkimusta. Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti. Haastatteluista saatu aineisto on käytössä vain tätä opinnäytetyötä varten ja työn valmistuttua kerätty aineisto hävitetään asianmukaisesti.

Jos teillä on kysyttävää tai haluatte jotakin lisätietoa, meihin voi ottaa yhteyttä sähköpostitse.

Ystävällisin terveisin

Annina Elomaa
oanel002@edu.xamk.fi

Susanna Ilvesaho
osuil002@edu.xamk.fi

Iida Okka
oiok002@edu.xamk.fi

Noora Rossi
onoro001@edu.xamk.fi

Opinnäytetyön ohjaajat

Sari Engelhardt, lehtori
sari.engelhardt@xamk.fi

Terhi Héde, lehtori
terhi.hede@xamk.fi

SUOSTUMUSLOMAKE

Minua on pyydetty osallistumaan Annina Elomaan, Susanna Ilvesahon, lida Okan ja Noora Rossin opinnäytetyöhön liittyvään haastattelututkimukseen sairaanhoitajien kokemuksista sähköhoidon toteuttamisesta Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa.

Olen lukenut saatekirjeen ja ymmärrän, mihin tutkimukseen kerättyä tietoa käytetään. Saatekirjeessä olevat tiedot on myös kerrattu kanssani suullisesti ennen haastattelun aloitusta. Tiedän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja minulla on oikeus kieltäytyä osallistumasta siihen tai keskeyttää se missä vaiheessa tahansa ilman erillistä syytä. Suostun siihen, että haastatteluni nauhoitetaan ja antamiani tietoja käytetään kyseisen opinnäytetyön tekemiseen. Minua on informoitu, että henkilöllisyyteni ei tule ilmi missään tutkimuksen vaiheessa ja tunnistettavuustietoni on muutettu tai poistettu kokonaan. Minulle on kerrottu, että tutkimuskäyttöön antamiani tietoja ei luovuteta ulkopuolisille, sekä saatu aineisto on käytössä vain tätä opinnäytetyötä varten ja työn valmistuttua kerätty aineisto hävitetään asianmukaisesti.

Suostumuslomakkeita on kaksi samanlaista kappaletta, toinen jää minulle ja toinen tutkimuksen tekijöille.

Aika ja paikka

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Annina Elomaa
oanel002@edu.xamk.fi

Susanna Ilvesaho
osuil002@edu.xamk.fi

lida Okka
oiiok002@edu.xamk.fi

Noora Rossi
onoror001@edu.xamk.fi

Teemahaastattelurunko

1. Sähköhoidon toteuttaminen

- Miten sähköhoitoa toteutetaan Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa?
- Miten olet kokenut sähköhoidon toteuttamiseen liittyvät käytännön uudistukset tehtäväsiirron myötä?

2. Sairaanhoitajien työnkuva

- Mikä on työnkuvasi Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa?
- Onko tehtäväsiirto vaikuttanut työnkuvaasi? Jos on, niin miten?

3. Sairaanhoitajien kokemukset tehtäväsiirrosta

- Oletko kokenut työn vastuullisuuden muuttuneen uudistusten myötä? Miten?
- Oletko kokenut tehtäväsiirrolla olevan vaikutusta työmotivaatioosi? Jos olet, niin miten se on vaikuttanut?
- Onko perehdytys tai koulutus käytännön muutoksiin tehtäväsiirron myötä ollut mielestäsi riittävää? Perustele.

Tarkentavia kysymyksiä:

- Voisitteko tarkentaa...?
- Millaisia kokemuksia...?
- Miten...?
- Kerrotteko...?

Taulukko yläluokan muodostamisesta sähköhoidon toteutuksesta

ALKUPERÄINEN ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<p><i>"...ne ovat tietenkin miettineet niit vähä, niit valta ja vastuu kysymyksiä asian suhteen, niin lääkärit ovat niinku pidättäneet itellään sen et he on kuitenkin lopuviimeinä vastuulliset..."</i></p>	Potilaan hoidosta vastaaminen	Vastuu
<p><i>"...vastuuta on tuonu, et ku pitää ne hoidot suunnitella ja toteuttaa..."</i></p>	Hoidon suunnittelusta vastaaminen	
<p><i>"Aina silloin, jos potilaalle annetaan ensimmäistä kertaa sähköhoitoa, niin silloin on meidän puolen psykiatri aina kattomassa, että kaikki sujuu ok, muuten sitten on puhelimella tavoitettavissa."</i></p>	Lääkärin vastuu	
<p><i>"Sähköhoidon toteuttaminen on nykyisin sairaanhoitajien vastuulla."</i></p>	Sairaanhoitajan vastuu	
<p><i>"Sen antajan tai sähköhoitoa antavien hoitajien vastuulla tulee sit sitä hoitoa arvioida..."</i></p>	Hoitajan vastuu	
<p><i>"...tarvittaessa konsultoidaan lääkäriä hoitajakson aikana, jos siinä on tarvetta."</i></p>	Konsultointiapu	
<p><i>"sähköhoitoa voidaan antaa kahella tapaa molemminpuolisesti ja toispuolisesti, nii sit, jos antotapaa pitäis meidän mielestä muuttaa, niin sit meidän pitää sitä konsultoida et sitä me ei saada ite muuttaa, et pitää aina konsultoida lääkäriä. Ja sit jos sulla on joku epäselvä tilanne, että et tiedä, kuinka paljon teho nostais tai kannattaisko nostaa tai kannattaisko mitä tehdä."</i></p>	Lääkärin konsultointi	

<p><i>"Yleisesti ottaen niin siis meidän sairaalahan sitä niinku hallinnoi koko toimintaa, mut pääsääntöisesti, et se on kuitenkin hoitajavetoista... et kaikki hoituu tän meidän KYPS:in kautta..."</i></p> <p><i>"Sehän nykyään toteutetaan hoitajien toimesta eli nelososasto koordinoi sitä sähköhoidon toteuttamista."</i></p> <p><i>"elikkä me sitä neljästään pyöritetään sitä, kaks täytyy olla työvuorossa aina sitten paikalla."</i></p> <p><i>"Sit mennä sinne heräämölle ja siel heräämön ja vanhan leikkausalin tiloissa tossa Pohjois-Kymen sairaalalla, siellä sitten se fyysisesti ja käytännössä sitte toteutetaan."</i></p> <p><i>"...lääkäreiden täytyy sitten olla vastuussa, niin ku silleen, et miten pitkään, jatketaanko vielä seuraavalla viikolla kolme kertaa ja monta viikkoa se sähköhoito jatkuu, et me sähköhoitajat annetaan niinku vaan meidän mielipide, ja näyttääkö siltä, että tuleeko haittavaikutuksia, ja sen verran että kannattaako jatkaa enää, mut lääkärit tekee sen päätöksen."</i></p> <p><i>"...psykiatrian puolelta menee silleen, elikkä, tota se, siin lääkärin paikalla se antaja, on nyt sitten koulutettu sähköhoitaja meistä yks neljästä... ja sitten koulutettu oli se avustaja, mikä sit laittaa sen koneet ja kaikki piuhat kiinni, ja sit siellä heräämön puolella, sit siellä voi olla ihan kuka vaan se kolmas henkilö..."</i></p> <p><i>"...sähköhoitoa antava eli se joka sitä hoitoa antaa on se koneen käyttäjä."</i></p>	<p>Sähköhoidon organisointi</p> <p>Sähköhoidon koordinointi</p> <p>Sähköhoitajien määrä</p> <p>Sähköhoidon toteutukseen liittyvät tilat</p> <p>Lääkärien työnkuva</p> <p>Sairaanhoidajien työnkuva</p> <p>Sähköhoitoa antavan hoitajan työnkuva</p>	<p>Sähköhoidon toteuttaminen</p>
---	---	----------------------------------

<p><i>"Avustavan rooli on, sehän on sen sähköhoidon ajan siinä tehtävässä sitten. Tietysti se valmistelee sen potilaan, ne elektrodit kiinnittää ja desinfioi ne tarvikkeet siinä välissä, ja sillä tavalla koordinoi sitä, että ajanvarauksen mukaan ne potilaat tulee saliin ja viedään salista."</i></p> <p><i>"...me saatellaan potilaat sinne ja ollaan siellä valvomassa heräämössä, heräämön henkilökunnan kanssa ja sitten saatellaan takasin..."</i></p> <p><i>"Hoitopäiviä on se kolme per viikko, keskiviikko, torstai, perjantai."</i></p> <p><i>"Potilaita keskimäärin, oisko niitä kuudesta seittemään. Ollu, mitä niitä viimeisimmäksi on ollu, ne on lisääntynyt tässä viime vuosien aikana sähköhoidot."</i></p> <p><i>"Masennus on yleisin syy minkä takia annetaan sähköhoitoa. Sit voi olla katatoniaa tai joillekin ihan noihin vaikeisiin skitsofrenioireisiin voidaan kokeilla."</i></p>	<p>Sähköhoidossa avustavan hoitajan työnkuva</p> <p>Osastolla olevan hoitajan työnkuva</p> <p>Sähköhoitopäivät</p> <p>Potilasmäärät</p> <p>Sähköhoitoa saavat potilasryhmät</p>	
<p><i>"Eli lääkäri tekee aina sen suunnitelman... Ja lääkäri tekee ne ohjeet millä annoksella sitä sähköä aletaan antamaan ja sitä sen mukaan annetaan."</i></p> <p><i>"...sitten me määritellään siitä eteenpäin niin, kun minä ja ketkä on sen koulutuksen saanut."</i></p> <p><i>"Itsenäisesti ne nosto-ohjelmat tehdään..."</i></p> <p><i>"...se, joka antaa sähköä nii se kirjaa sen hoidon ja sen seuraavan hoidon suunnitelman saman tien."</i></p>	<p>Sähköhoidon aloitus</p> <p>Sähköhoito annosten määrittely</p> <p>Sähköhoidon nostoohjelmat</p> <p>Kirjaaminen</p>	<p>Sähköhoitosuunnitelma</p>

<p><i>"Tosi yksilöllistä, lääkärit aina määrää jonku hoitokerran, mut kuudesta viiteentoista voi olla, joi-lakin on jopa 20, mut harvem-massa ne on. Mut sellanen 9 – 12 on sellanen suosituin. Ja sitten voi tulla niitä ylläpitopotilaita, jonkun vointi ei muuten pysy kotona ja ne käy sit ylläpito hoidossa, et käy en-sin kahden viikon välein, ja sitten se menee kolmeen tai neljään viik-koon. Tai sitten se potilas käy ker-ran viikkoon ylläpito-hoidossa, et siinäkin on vaihtoehtoja."</i></p>	Sähköhoitokertojen määrä	
<p><i>"...sehän on täysin vapaaehtosta sähköhoito potilaalle, että jos poti-las suostuu niin sitten, siitä lääkäri tekee sitten konsultaation tonne, niinkun anestesiapuolelle, että onko nukutuskelponen..."</i></p> <p><i>"...lääkkeistä ei saada vastetta ja oirekuva on sellanen, nii sitten sen mukaan tulee siihen. Lääkäri sitä potilaalle suosittaa... Lääkäri tekee sitten ne valmistavat tutkimukset ja ne lähetteet anestesia-lääkärille ja potilas asetetaan jonoon... Avo-hoidossa ne tulee sillä läheteellä ja ne käy sillä yhdellä polikliinisella käynnillä tässä..."</i></p> <p><i>"...potilas tulee ja sitten, ja hänelle on tehty nää labrat ja kaikki täm-möset esihaastattelut ja lääkäri on määrittäny sen et, miten ja millä tavoin ja millä, miten sitä sähköä annetaan, ja sit on se aamu, kun se sähkö alkaa ni on ravinnotta ja lääkkeitä, tota, on käyny edelli-senä iltana suihkussa ja on sillä ta-valla puhdas ja asianmukaiset vaatteet päällä..."</i></p>	<p>Potilaan suostumus</p> <p>Hoidon aloitus</p> <p>Esivalmistelut</p>	Sähköhoitoprosessi

<p><i>"Sit ku ollaan varattu ajat potilaalle ja päivä koittaa, niin sit hänet saatellaan naapuritaloon ja siellä annetaan se hoito kevyessä anestesiassa. Sit heräämön puolella hän heräilee ja sit saatellaan takaisin tänne osastolle ja sit vointii seurataan täällä."</i></p> <p><i>"Anestesian jälkeen hoitokeskuksessa potilasta tarkkaillaan ja se kuuluu sille hoitokeskuksen hoitajalle, EKG:tä, hapetusta ja rytmiä."</i></p> <p><i>"Osastollahan tarkkaillaan potilasta vielä toimenpiteen jälkeen..."</i></p> <p><i>"...seurataan sitte sitä vointia päivän mittaa."</i></p> <p><i>"...ECT-info potilaalle, missä käydään läpi ja siinä kohtaa potilas yleensä ilmaisee, että onko halukas jatkohoitoon."</i></p> <p><i>"...tietysti tietoa täytyy antaa, jos potilaat haluaa ja tarvii jotain, enskertalaiset varsinkin saattaa jännittää sitä asiaa, niin joutuu sellasta informaatiota antamaan."</i></p> <p><i>"...sitä ennen antaa sille potilaalle viel sellanen sähköhoitoinfo missä käydään se prosessi läpitte, et mitä siin tapahtuu ja missä se annetaan, ja mitä mahdollisia haittavaikutuksia voi olla, ja siinä vielä varmistetaan se suostumus, et on varmasti siihen suostuvainen."</i></p>	<p>Sähköhoidon toteutus</p> <p>Potilaan välitön tarkkailu</p> <p>Potilaan tarkkailu osastolla</p> <p>Potilaan voinnin seuranta</p> <p>Tiedon antaminen potilaalle</p> <p>Potilaan informoiminen</p> <p>Potilaan ohjaaminen</p>	
---	--	--

<p><i>”Tietenkin se alkutilanne pitää potilaalta kartottaa semmosella mielialakyselyllä ennen, ku ne sähköhoidot alotetaan, semmonen ku MADRS, missä siis kartotetaan potilaan sen hetkistä mielialaa ja siitä sit lasketaan yhteispisteet. Sama kysely tehdään sit puolessa välissä sähköhoitosarjaa, lasketaan pisteet. Potilaiden on hirveen vaikee kertoa, että onks ne kokenu sähköhoidosta, niiden on hirveen vaikee huomata niitä merkkejä, nii se auttaa siinä tulkinnassa. Ja sit se tehään sähköhoidon päätteeksi se sama testi, et sit on vertailupohjaa.”</i></p>	<p>Mielialakysely</p>	<p>Sähköhoidon vaste</p>
<p><i>”Sen antajan tai sähköhoitoa antavien hoitajien vastuulla tulee sit sitä hoitoa arvioida, sekä sitten arvioida sitä jatkoa että nostetaanko tehoa tai miten, se potilaan vaste siihen hoitoon niinku, onko vastetta sillä hoidolla. Ja sitten sitä tehoa nostetaan.”</i></p>	<p>Hoidon tehon arviointi</p>	
<p><i>”Vaste näkyy siinä käyrässä minkä se kone piirtää siihen nauhalle ja sitä arvioidaan sitä kouristuksen kestoa ja laatua.”</i></p>	<p>Vasteen seuranta</p>	

Taulukko yläluokan muodostamisesta sairaanhoitajien työnkuvasta

ALKUPERÄINEN ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<p><i>“Mielenkiintoinen alue ja hyvin haastava alue, mutta, että se on ehkä oman ammattitaidonkin kehittämistä..”</i></p> <p><i>“...onhan se sellasta hommaa, mitä lääkärit on ennen tehny, et tavallaan sillee ollaan isojen asioiden äärellä.”</i></p>	<p>Ammattitaidon kehittyminen</p> <p>Työtehtävän laajentuminen</p>	Tehtäväsiirto
<p><i>“...moninainen on työnkuva eli samanlaista tylsää päivää ei tuu.”</i></p>	Moninainen työnkuva	Työnkuva
<p><i>“...ollaan mukana suunnitelmassa sitä hoitoo, hoitosuunnitelmaa yhdessä lääkäreiden kanssa moniammatillisessa työympäristössä...”</i></p>	Moniammatillinen työympäristö	Yhteistyö
<p><i>“Sen antajan tai sähköhoitoa antavien hoitajien vastuulla tulee sitä hoitoo arvioida sekä sitten arvioida sitä jatkoa, että nostetaanko tehoa tai miten se potilaan vaste siihen hoitoon niinku, onko vastetta sillä hoidolla.”</i></p> <p><i>“...sairaanhoitajan vastuut tässä sairaalassa, koen et ne on jaettu silleen et työt on helppo tehdä ja tiiät mitä sun vastuulle minäkin päivänä kuuluu, eri tehtäviä on ja potilaat on jaettu.”</i></p>	<p>Hoitajien vastuu</p> <p>Sairaanhoitajan vastuut</p>	Vastuullisuus
<p><i>“...samalla tavalla me hoidetaan ne potilaat täällä osastolla, ku ne potilaat tulee sieltä sähköistä, et meidän osaston potilaita siellä hoidoissa on. Että samalla tavalla me hoidetaan ne lääkkeet ja syömiset ja muut, että eihän sähköhoitajat ehdi sieltä, kun vasta puolenpäivän aikaan takaisin.”</i></p> <p><i>“...meidän työtahti on aika vaihteleva, mut jos sen yksinkertaisesti haluu sanoo, niin me hoidetaan psyykkisesti sairaita potilaita kokonaisvaltaisesti, potilaslähtöisyys, ja tietysti nää arvot ohjaa meidän työtä...”</i></p>	<p>Potilaan hoito</p> <p>Potilaan kokonaisvaltainen hoito</p>	Hoitaminen

Taulukko yläluokan muodostamisesta sairaanhoitajien kokemuksista

ALKUPERÄINEN ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<p><i>“Mun mielestä se on hieno juttu, siis todella hieno juttu, et tavallaan on koulutettu hoitajia siihen, et sehän oli ennen täysin lääkärien juttu. Mielenkiintoinen alue ja hyvin haastava alue mutta että se on ehkä oman ammattitaidonkin kehittämistä aika lailla, kun hyppää vähän vieraalle alueelle. Olen kyllä tyytyväinen, että tällainen mahdollisuus on tullut.”</i></p> <p><i>“Kokonaisuudessaan mielenkiintoinen työtehtävä...”</i></p> <p><i>“Kyllä motivaatio kasvaa siinä, että luotetaan ja siinä et saa tehdä sellasta erikoishommaa...”</i></p>	<p>Haasteet ja mahdollisuudet</p> <p>Mielenkiinto</p> <p>Motivaation kasvu</p>	<p>Ammattitaidon syventyminen</p>
<p><i>“Varmaan just se käytäntö on enemmän opettanut, et paljon on tietysti teoriassa puhuttu, mut sit ku käytännössä näkee ja pääsee tekee, nii kyl se tehokkaampaa on.”</i></p> <p><i>“...hyvin saanu kyl perehdytystä ja niitä lääkärin kans annettuja kertojakin oli että sai niin paljon kuin tarvii, että ei tarvinnut epävarmasti lähtee niitä antamaan et koen että oli ihan riittävä.”</i></p>	<p>Käytännön opetus</p> <p>Riittävä perehdytys</p>	<p>Koulutus</p>
<p><i>“...sähköhoidon kannalta varmaan ihan hyvä sen sujuvuuden ja tosiaan potilaiden sinne pääsemisen suhteen, mutta sitte taas sitä osasto työskentelyähän se haittaa ja sekottaa...”</i></p>	<p>Työn sujuvuus</p>	<p>Kuormittavuus</p>

<p><i>"...meidän osaston tilat on aika rajatut ja ne potilaat tarvitsevat sellasen jälkiseurantatilan ja meillä on tiloista puutetta, ja sit tää, et usein, kun ne on aika muistamattomii ja jonkun täytyy siihen reagoida, niin se vaikuttaa mun omaan työhön. Sitten näitten ammupalojen antamine ja heidän tarpeisiinsa vastaaminen silloin, kun ne sähköhoitajat on vielä siellä salissa, ni kyllä se on vaikuttanu..."</i></p>	<p>Vaikutus työhön</p>	
<p><i>"Mun mielestä se on hieno juttu, siis todella hieno juttu, et tavallaan on koulutettu hoitajia siihen, et sehän oli ennen täysin lääkärien juttu."</i></p> <p><i>"...oon havainnu että kyllä se ihan ammattitaidolla menee se, ovat koulutuksen siihen saaneet niin, ihan turvallisesti ja hyvin hoituu."</i></p>	<p>Hoitajien lisäkoulutus</p> <p>Turvallinen työskentely</p>	<p>Ammattitaito</p>