

Markus Patala, Janne Oinonen

ECT-hoito-opas potilaille ja omaisille

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma AMK


Huhtikuu 2014




MAMK

University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <h1 style="margin: 0;">MAMK</h1> <p style="margin: 0;">University of Applied Sciences</p> </div>	Opinnäytetyön päivämäärä 29.4.2014	
Tekijä(t) Oinonen Janne Patala Markus	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidaja	
Nimeke ECT-hoito-opas potilaille ja omaisille		
Tiivistelmä Opinnäytetyön aiheena on sähköhoito-opas potilaille ja omaisille. Opas tulee Moisio psykiatrisen sairaalan käyttöön ja opas otetaan käyttöön kaikilla osastoilla. Oppaan tarkoituksena on tuoda asiaankuuluvaa ja ajankohtaista tietoa hoidon kulusta ja toimenpiteestä. Tavoitteena on myös lisätä tietoa tästä yleisestä hoitomuodosta potilaille ja omaisille sekä loiventaa ennakkoluuloja ja lisätä turvallisuuden tunnetta hoitoa kohtaan. Opas on tarkoitettu lähinnä ECT-hoitoa aloittaville potilaille ja heidän omaisilleen. ECT-hoitoa käytetään yleisimmin vaikean masennuksen hoidossa, muuta siitä voi olla hyötyä myös manian, skitsofrenian ja muiden psykoosisairauksien hoidossa. Teoriaosuus sisältää kokonaisuudessaan hoidon historian, toimenpiteen kuvauksen, hoitopäivän kulun, vaikutusmekanismit, käyttöaiheet, vasta-aiheet ja mahdolliset haittavaikutukset sekä potilaiden kokemuksia hoidosta. Opinnäytetyön raportissa käsitellään myös oppaan kehittelyprosessia. Opas on kahdeksan sivun mittainen, ja siinä käsitellään lyhyesti, mitä ECT-hoito on, mihin ECT-hoitoa käytetään, hoidon turvallisuus ja hoidon kulku ja hoitopäivä. Oppaasta on pyritty tekemään mahdollisimman yksinkertainen ja helppolukuinen. Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Moisio sairaalan henkilökunnan kanssa. Sairaalan asiantuntijoiden haastattelussa käytiin läpi toiveet oppaan sisällöstä, ja oppaan suunnittelu- ja kehittämissuorituksissa Moisio sairaalan on ollut aktiivisesti mukana. Opinnäytetyön teoretiset osat koostuvat lähinnä asiantuntijahaastattelusta ja lääketieteellisistä lehdistä. Opas on valmistunut ja hyväksytty Moisio sairaalassa huhtikuussa 2014.		
Asiasanat (avainsanat) sähköhoito, ECT, elektrokonvulsiivinen, opas, psykiatria, anestesia, turvallisuus		
Sivumäärä 20 s. + liitteet	Kieli Suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Riikonen Riitta	Opinnäytetyön toimeksiantaja Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, Moisio psykiatrisen sairaala osasto 9	

DESCRIPTION

		Date of the master's thesis 29.4.2014
Author(s) Oinonen Janne Patala Markus	Degree programme and option Nursin degree program	
Name of the master's thesis ECT- Guide for patients and families		
Abstract The subject of this thesis is the electroconvulsive therapy guide for patients and families. The electroconvulsive therapy guide will be used at the psychiatric hospital of Moisio and it will be introduced in all wards. The purpose of this guide is to bring relevant and new information about the processes of the treatment. The aim is also to spread information about this common treatment for patients and their families and also reduce bias and increase the sense of security towards this treatment. The guide is mainly done for the purpose of patients and their families in the beginning of the ECT- treatment. ECT- treatment is mainly used in severe depression treatments but it can also be useful in mania, schizophrenia and in other psychosis disease treatments. The theory section includes the history of the treatment, description of the operation, course of the treatment day, mechanisms of action, use of substances and antybodyys, possible side effects and patients experiences of the treatment. On the thesis report the guides development process will also be discussed. The guide is 8 pages long in which are briefly discussed what ECT- treatment is, where ECT- treatment it is used, safety of the treatment, course of treatment and treatment days. The guide has also been made simple and as easy to read as possible. The thesis has been made in cooperation with Moisio hospitals medical staff. In the interviews with the hospitals specialists, their hopes were also reviewed. Moisio hospital has also been closely involved with the planning and development process of this thesis. The thesis theory section is mainly based on specialist interviews and medical journals. The guide has been competed and approved by Moisio hospital in April 2014.		
Subject headings, (keywords) ECT, electroconvulsive therapy, psychiatric, anesthesia, safety, guide		
Pages 20+1	Language Finnish	URN
Remarks, notes on appendices		
Tutor Riikonen Riitta	Master's thesis assigned by Etelä-savon sairaanhoitopiiri, Moisio psychiatric hospital	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	ELEKTROKONVULSIIVINEN HOITO (ECT).....	2
2.1	Historia	2
2.2	Toimenpide ja anestesia.....	3
2.3	Sähköhoidon vaikutusmekanismi	5
2.4	Käyttöaihe.....	6
2.5	Hoitopäivä.....	6
2.6	Vasta-aiheet ja haittavaikutukset	7
2.7	Kokemuksia ECT-hoidosta.....	8
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	10
4	OPPAAN KEHITTÄMISPROSESSIN KUVAUS	11
4.1	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	11
4.2	Oppaan suunnitteluvaihe	12
4.3	Oppaan kehittelyvaihe	14
4.4	Oppaan käyttöönotto ja arviointi	16
4.5	Oppaan luetettavuus.....	17
5	POHDINTA	18
	LÄHTEET	20

LIITTEET

- 1 Haastattelu 11.10.2013
- 2 Sähköhoito-opas potilaille ja omaisille

1 JOHDANTO

Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin kuuluva Moision psykiatrinen sairaala käyttää ECT-hoitoa osana psykiatrista erikoissairaanhoitoa. ECT on lyhenne sanoista electroconvulsive therapy, joka on maailmanlaajuisesti vanha hoitomuoto mutta tänäkin päivänä se aiheuttaa ennakkoluuloja sähköhoitona. ECT-hoidon vaikutuksesta aivoihin ei ole tarkkaa tutkittua tietoa, mutta hoidon tulokset ovat olleet pääsääntöisesti positiivisia. (Viljanen 2013.)

Alkuvuosien keskeisin käyttöaihe sähköhoidolle oli skitsofrenia, mutta sittemmin yleisemmäksi hoidonaiheeksi tulivat mielialahäiriöt. Psykiatrisen sähköhoidon käyttö väheni 1950- ja 1960-luvulla, koska skitsofreniaan ja mielialahäiriöihin löydettiin tehokkaita lääkkeitä. Käyttöä rasittivat myös negatiivinen julkisuus ja yleinen mielipide. Suomessa 1990-luvulla sähköhoitoa käytettiin käytännössä ainoastaan vain vaikeiden masennustilojen hoidossa. (Leinonen 2010.) Hoitoa annettiin aluksi ilman minkäänlaista lääkitystä. ECT-hoidon aiheuttamat kouristukset saattoivat murtaa potilaiden luita ja potilailla ilmeni pahoja rytmihäiriöitä hoidon aikana ja sen jälkeen. (Uko-Ekpenyong 2007.) Vielä 1960-luvulle asti käytetty insuliinikoomahoito yhdistettynä sähköhoitoon loivat ECT-hoitoon vaarallisen kuvan. Potilaat, joille tehtiin insuliinikoomahoitoa, saattoivat saada vakavia aivovaurioita, jotka helposti yhdistettiin sähköhoidon aiheuttamaksi, koska sähköhoidon vaikutusmekanismeja ei tunnettu tarkasti vielä tuolloinkaan. (Viljanen 2013.)

Potilaiden huonot kokemukset, vähäiset tutkimustulokset ja epätietoisuus hoidon vaikutusmekanismeista johtivat laajoihin kieltäytymisiin hoidosta ympäri maailmaa. Tästä huolimatta sähköhoito levisi läntiseen maailmaan tehonsa ja turvallisuutensa takia. (Leinonen 2010.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään sanasta electroconvulsive therapy lyhennettä ECT-hoito.

Moision sairaalan osasto yhdeksän on tilannut potilasohjeen sähköhoidosta potilaiden ja omaisten käyttöön. Oppaan tarkoitus on antaa asiaankuuluvaa ja ajankohtaista tietoa hoidon kulusta sekä itse hoitotoimenpiteestä.

Moision sairaalan osasto yhdeksällä ei ole tällä hetkellä käytössä potilaskäyttöön tarkoitettua ECT-hoito-opasta. Teimme sopimuksen opinnäytetyön tekemisestä tapaamisessa Etelä-Savon sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen ylihoitajan kanssa. Toimeksiantaja toivoo oppaan sisältävän ajankohtaista tietoa hoidosta, hoidon kulusta, vaikutuksista ja mahdollisista haittavaikutuksista. Opas tehdään sähköiseen muotoon, jolloin osasto voi tulostaa oppaita tarpeen mukaan. Opas tulee Moision sairaalan kaikkien osastojen käyttöön.

2 ELEKTROKONVULSIIVINEN HOITO (ECT)

2.1 Historia

Kouristuskohtauksia on aiheutettu keinotekoisesti jo 1700-luvulta lähtien psykiatrisen hoidon välineenä. Unkarilainen neuropsykiatri Ladislas J. Meduna uskoi, että epilepsia ja skitsofrenia ovat toistensa vastavaikuttajia, minkä seurauksena hän kehitti vuonna 1934 kardiatsoli-hoidon. Kardiatsoli-hoidossa kamferin kaltaisella aineella aiheutettiin kouristuksia. Ensimmäisen kerran hoito tuli Suomeen 1937 Kellokosken ja Pitkäniemen sairaaloihin. 1947 italialainen Ugo Cerletti piti kardiatsoli-kouristusten vaikutuksia hyödyllisinä psykiatristen potilaiden hoidossa, mutta ajatteli tämän olevan liian vaarallista. Cerletti oli aiheuttanut sähköän avulla toistuvia epileptisiä kohtauksia eläimille, josta hän sai ajatuksen sähköän käyttämisestä ihmisiin. Cerletti kehitti lusiobinin ja saksalaisen L.B Kalinowskin kanssa laitteen, jolla pystyttiin antamaan lyhyitä sähköshokkeja. Eläinkokeiden jälkeen he alkoivat antamaan sähköä akuuttia skitsofreenista psykoosia sairastaville potilaille. Hoitoa annettiin potilaille joka toinen päivä yhteensä 10–20 kertaa, minkä jälkeen useimpien potilaiden vointi koheni dramaattisesti. Hyödyksi havaittiin myös lyhyet muistikatkokset, joiden seurauksena potilaat eivät muistaneet hoitoon liittyvää pelkoa tai kipua. (Viljanen 2013.)

Aikaisemmin sähköhoito annettiin valveilla ollessa, mutta sittemmin siirryttiin käyttämään anestesiaa. Mikkelissä anestesiaan siirryttiin noin 1980-luvun puolivälissä. Anestesia- ja lääkkeiden kehittyminen on nopeuttanut ja helpottanut hoitoa. Myös seurantalaitteita kehitettiin lisääntyneen tiedon myötä. (Hublin-Häkkinen 2013.)

Sähköhoidossa kuolemantapauksia on rekisteröity kahdesta neljään tapausta 100 000 hoitoa kohden. Kuolemantapaukset johtuvat pääsääntöisesti kardiovaskulaarisista komplikaatioista, jotka aiheutuvat hoidon aikana tai välittömästi sen jälkeen. (Heikman ym. 2006, 28.) Kardiovaskulaarisilla tarkoitetaan sydämeen ja verisuoniin liittyviä komplikaatioita, kuten rytmihäiriöitä, aivoinfarktia tai trombeja (Patala 2013).

1500- ja 1600-luvulla uskottiin mieleltään sairaiden ihmisten olevan demonien ja pahojen henkien vallassa, jotka saatiin pois ihmisestä kiduttamalla häntä. Nykypäivän sähköshokkihoito käyttääkin laitteitaan hyödyntääkseen tuota maagista hoitomuotoa. (Challiner & Griffiths 2000.)

2.2 Toimenpide ja anestesia

Potilas valmistellaan toimenpidettä varten, potilaalta poistetaan kaikki korut ja muut metalliset esineet. Potilaalla voi olla omat vaatteet päällä. Anestesiahoitaja avaa laskimoyhteyden, josta anestesia- ja lääkäri pitää huolen koko anestesian ajan. Anestesia- tai hoitava lääkäri asentaa potilaalle hammassuojan, jotta potilas ei kouristuksen aikana purisi kieltään tai hampaitaan rikki. Potilas laitetaan monitorointiin vitaalielintoimintojen tarkkailua varten. Monitorista potilaalta tarkkaillaan verenpainetta, pulssia ja happisaturaatiota. (Heikman ym. 2006.) Anestesian alettua potilas tuetaan peitoin ja lakanoin kevyesti vuoteeseen kiinni, jotta potilas ei putoaisi vuoteelta tai löisi itseään vuoteen reunoihin kouristuksen aikana (Viljanen 2013). Laskimoyhteyttä pidetään yllä niin pitkään kuin vitaalielintoiminnot ovat vakaat ja potilaan tajunnantaso on palautunut lähes normaaliksi (Heikman ym. 2006).

Hoidossa stimulaatio kohdistetaan kallon iholle kahden elektrodin kautta, tarkoituksena on saada aikaan sähköinen purkaus aivokuorella sekä tästä johtuva yleistynyt tonis-klooninen lihaskouristus, jonka kesto on 15–60 sekuntia. Pääsääntöisesti ärsyke

annetaan molemmille ohimoille eli bitemporaalisesti tai vaihtoehtoisesti oikealle ohimolle ja kalotin keskipisteen oikealle puolelle, jolloin käytetään nimeä unilateraalinen oikeanpuoleinen antotapa. Myös muitakin elektrodiasetuksia on kokeiltu, joskin niistä on toistaiseksi vähemmän tutkittua tietoa. (Leppämäki 2012.)

Nykyään sähköhoidossa käytetään lyhytaikaista anestesiaa. Yleisemmin anesteettina käytetään metoheksitaalia tai propofolia. Anestesian aikana käytetään lihasrelaksantia, yleensä suksinyylikoliinia. Toimenpide suoritetaan nopeasti, minkä vuoksi maskiventilaatio riittää hapetuksen ylläpitämiseksi. (Leppämäki 2012.) Hapetus keskeytetään sähköstimuluksen ajaksi, mutta hapetusta jatketaan välittömästi, vaikka kouristuskohaus olisikin vielä päällä (Heikman ym. 2006).

Hoitosarja kannattaa aloittaa unilateraalisesti, koska siinä on vähäisemmät kognitiiviset haitat. Unilateraalisesti annettaessa hoidonvaste saattaa ilmetä jonkin verran hitaammin kuin bitemporaalisen. Bitemporaalisesti annettaessa vaste on nopeampi, minkä vuoksi sitä voidaan käyttää esimerkiksi akuuteissa tapauksissa, kuten itsetuhoisen potilaan hoidossa. (Leppämäki 2012.)

Hoitosarjan pituus on 6–12 kertaa ja hoitokertoja tulee kaksi kertaa viikossa. ECT-hoito aloitetaan aina osastohoidon aikana, jolloin voidaan seurata hoidon vastetta ja potilaan vointia. Hoitosarjan pituus määrittyy hoidon vasteesta. Joidenkin potilaiden hoito jatkuu vielä tämänkin jälkeen niin sanottuna ylläpitosähköinä, jolloin potilas käy ECT-hoidossa polikliinisesti ensimmäisen kuukauden ajan kerran viikossa ja seuraavat kaksi kuukautta kahden viikon välein. (Viljanen 2013.)

ECT-hoidon aloittamiselle ei ole ehdottomia vasta-aiheita, mikäli potilas kestää anestesian. Suunnitellun ECT-hoidon voi estää tai keskeyttää potilaan kieltäytyminen tai akuutti somaattinen sairaus. Kuitenkin hoidosta kieltäytymiset ovat harvinaisia. Hoidon aloittamiseen tarvitaan aina potilaan lupa, mutta mikäli potilas ei senhetkisessä kunnossa pysty ilmaisemaan hyväksyntäänsä ECT-hoitoon, voivat hoitavat lääkärit suorittaa toimenpiteen, mikäli näkevät sen henkeä pelastavana hoitona. (Hublin-Häkkinen 2013.)

2.3 Sähköhoidon vaikutusmekanismi

Sähköhoito on vanha hoitomuoto ja sitä on tutkittu paljon, mutta sähköhoidon tarkkaa vaikutusmekanismia ei vieläkään tunneta. Aiemmin luultiin, että pelkkä sähköärsyksen avulla luodut epileptiset kohtaukset riittäisivät hoidon riittävyyden takaamiseen, mutta näin ei kuitenkaan aina ole. Potilas voi saada riittävän sähkökouristuksen, mutta kouristuksen hoitovaikutus on heikko. Sähköhoidossa onkin oleellista, mihin sähköärsyke kohdistetaan ja millä annoksella hoitoa annetaan, jotta saadaan paras mahdollinen hoitovaste mahdollisimman pienillä haittavaikutuksilla. (Heikman 2004.)

Masennuspotilailla on todettu sähköhoidon lisäävän hidasaaltotoimintaa aivojen otsalohkoissa. Aivojen hidasaaltotoiminta on osoitettu olevan yhteydessä sähköärsyksen ja kouristuskynnysarvon väliseen suhteeseen. Kouristuskynnöksellä tarkoitetaan pienintä mahdollista sähköärsykettä, jolla potilas saa kouristuskohtauksen. (Heikman 2004.)

Erilaisilla aivojen kuvantamismenetelmillä on pystytty tutkimaan aivojen syvien rakenteiden ja otsalohkojen yhdistävien hermoratojen toimintahäiriöitä. Masennussairauksien patogeneeseissä nämä toimintahäiriöt ovat keskeisessä osassa. Bitemporaalinen hoito vaikuttaa verenkiertoa lisäävästi ohimolohkojen etuosissa ja otsalohkojen lateraaliosissa, kun taas bifrontaalinen antotapa suuntautuu aivoverenkiertoa lisäten otsan ja otsalohkon alueella. Masennussairauksiin bifrontaalisesti annettu sähköärsytys on tehokkainta. Bitemporaalisesti annetut ärsykkeet on todettu olevan enemmän yhteyksissä sähköhoidon aiheuttamiin muistihäiriöihin kuin bifrontaalisesti annetut ärsykkeet. (Heikman 2004.)

Yleisesti aivoihin keinotekoisesti aiheutettu sähköärsyke vaikuttaa aivojen eri osien sähköiseen toimintaan ja niiden välisiin välittäjäaineisiin. Muissa aivojen sairauksissa, kuten maniassa ja skitsofreniassa, sähköhoidon vaikutusmekanismi saattaa olla hyvinkin erilainen verrattuna masennussairauksiin. Aivojen sairauksilla on erilainen patofysiologia ja sairauden aste. Oletetaankin, että sähköärsykkeellä on ominaista korjata aivojen häiriintynyt biologinen tasapaino. (Heikman 2004.)

2.4 Käyttöaihe

Vahvin tutkimusnäyttö ECT-hoidon käytöstä on vaikean ja psykoottisen masennuksen hoidoissa. Kyseisiin sairauksiin lääkitys ja ECT-hoito yhdessä ovat tehokkaampia kuin kumpikaan yksinään. Myös kaksisuuntaisen mielialahäiriön vaikeissa ja psykoottisissa masennusjaksoissa käytetään ECT-hoitoa. (Viljanen 2013.) Katatonian hoidossa ECT-hoidosta on myös vahva näyttö, ja se on parhaimmillaan henkeä pelastava hoito. Tämän vuoksi hoito voidaan aloittaa tarvittaessa päivystyksellisesti. Katatonialla tarkoitetaan neuropsykiatrista oireyhtymää, jossa potilas voi menettää motoriset kykynsä ja mahdollisesti jäykistyä yhteen asentoon tuntikausiksi. (Hublin-Häkkinen 2013.) Hoitoa käytetään myös vaikeassa pitkittyneessä maniavaiheessa, jolla tarkoitetaan mielialan normaalista poikkeavaa kohoamista ja kiihtymistä, mutta näyttö hoidon tehosta on paljon vähäisempää kuin depressiovaiheessa (Hublin-Häkkinen 2013).

Skitsofrenian hoidossa sähköhoidon käyttö on ristiriitaista puutteellisen näytön ja lyhytaikaisen hyvän vasteen vuoksi. Vuonna 2006 tehdyssä tutkimuksessa hyvän lyhytaikaisen vasteen sai 70 prosenttia skitsofreenikoista, mutta vain 20 prosentilla vaste säilyi yli 4 kuukautta. (Viljanen 2013.)

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen ylilääkäri Viljasen (2013) mukaan noin 80 prosenttia kaikista ECT-hoito potilaista saa merkittävää hyötyä hoidosta, Huuhkan (2011) mukaan jopa 95 prosenttia psykoottista masennusta sairastavista potilaista hyötyy hoidosta.

Sähköshokkihoitoon päädytään yleensä siinä vaiheessa kun potilaalle on saatu diagnoosi jostakin mielenterveys sairaudesta eikä mikään muu hoitomuoto, esimerkiksi lääkehoito, tuo ei tuo haluttua tulosta (Rother 2003). Kuitenkin ECT-hoidon aloittamiskriteereistä on monia eri mielipiteitä.

2.5 Hoitopäivä

Hoitopäivän aamuna potilaan tulee olla ravinnotta ja lääkkeitä. Itse hoito suoritetaan aamulla tai aamupäivän aikana. (Viljanen 2013.) Valmisteluun kuuluu anestesiakaa-

vakkeen täyttö. Kaavakkeen voi täyttää hoitopäivänä tai sitä edellisenä. Anestesia-kaavakkeeseen kuuluu täyttää potilaan nimi ja henkilötunnus, paino, pituus, edellisen vuorokauden lääkitys, aikaisemmat toimenpiteet tai anestesiati sekä verenpaine ja pulssi. Ennen ensimmäistä hoitokertaa potilaalta tulee ottaa thorax- eli keuhkokuva, EKG eli sydänfilmi, verenkuvaa ja elektrolyyttitasapaino, joilla lääkäri voi varmistaa potilaan anestesia- ja toimenpidetietoisuuden. (Heikman ym. 2006.)

Hoitoa edeltävänä päivänä potilaalle ei saa antaa bentsodiatsepiiniä sisältäviä lääkkeitä kello 16 jälkeen, koska ne heikentävät kouristuksen vaikutusta sähköhoidon aikana (Viljanen 2013). Hoitotoimenpide suoritetaan lyhytkestoisessa anestesiassa. Toimenpiteen jälkeen heräämöhoitaja yhdessä psykiatrisen hoitajan kanssa tarkkailevat potilaan tajunnantasoja ja vitaalielintoimintoja monitoroinnin avulla. Potilaan toipuminen kestää yhdestä tunnista kahteen tuntiin, jonka jälkeen potilas voidaan siirtää anestesia- ja toimenpidetietoisuuden avulla takaisin osastolle. Toimenpiteen jälkeen potilailla voi ilmetä lyhytkestoista amnesiaa eli muistihäiriöitä ja lihasjäykkyyttä. (Viljanen 2013.)

Potilaan palattua osastolle on hyvä tarkkailla potilaan verenpainetta ja yleistä vointia. Usein hoito jatkuu normaalina osastohoitona heti samana päivänä, vaikka potilas onkin intensiivihoidossa. (Hublin-Häkkinen 2013.)

2.6 Vasta-aiheet ja haittavaikutukset

Viljasen (2013) mukaan ehdottomia vasta-aiheita hoidon aloittamiselle ei ole, mikäli potilas on anestesiakelpoinen. Valtakunnallisesti eriäviä mielipiteitä on, kuten Niuvanniemen sairaalan psykiatri esittää vasta-aiheiksi seuraavia: epästabili kardiiovaskulaarinen tila, tuore aivoinfarkti, aneurysmat, syvä laskimotromboosi, aivopaineen nousu, akuutti yleisinfektio, verkkokalvon irtoamisvaara, glaukooma, vaikeat kaularankamuutokset, vaikeat krooniset keuhkosairaudet ja kortisonihoito (Hallikainen 2009). Osa edellä mainituista vasta-aiheista liittyy anestesian riskeihin. Patalan (2013) mukaan masennuslääkkeitä syövällä potilaalla on suurentunut riski saada rytmihäiriöitä anestesian aikana.

Sähköhoidon haittavaikutuksia on tutkimusten mukaan suhteellisen vähän. Näihin lukeutuu lievä amnesia eli muistihäiriö hoitopäivänä tai lähipäivinä. Muisti palautuu nopeasti normaaliksi, ja pysyvät muistihaitat ovat hyvin harvinaisia. Lihaskipu ja päänsärky ovat myös mahdollisia, näitä pyritään estämään lihasrelaksanteilla hoidon aikana. Kyseisten haittavaikutusten kesto on yksilöllistä, kuitenkin muutamasta tunnista kahteen vuorokauteen. (Hublin-Häkkinen 2013.)

2.7 Kokemuksia ECT-hoidosta

News medical yhteisön julkaisussa (2010) on koottu usean ihmisen positiivisia kokemuksia sähköhoidosta. Julkaisussa esitettyjen mielestä ECT-hoito on parantanut heidän elämänlaatuaan lievittämällä masennustilaa sekä palauttanut toimintakykyä huolimatta lyhytkestoisesta amnesiasta tai lihassäryistä.

Journal of Mental Healthin julkaisussa (1999) on esitetty Länsi-Englannin yliopiston tutkimus sähköhoidon negatiivisista potilaskokemuksista. Tutkimukseen osallistui 20 ihmistä, jotka toivat esiin lähinnä pelon, nöyryytyksen ja häpeän tuntemuksia, avuttomuutta ja hyödyttömyyttä sekä hyväksikäytön tai hyökkäyksen kohteena olemisen tunnetta sähköhoidon aikana (Johnstone 1999). Osa kyselyyn osallistuneista koki kuitenkin hoidon antaneen hyötyä sairauteen, mutta hoitokokemus oli ollut heille kauhistuttava (Johnstone 1999).

Kotimaisella kriisipalveluja tarjoavalla sivustolla on myös käyty keskustelua sähköhoitoon liittyvistä kokemuksista. Siellä muun muassa vakavaa masennusta sairastavat ihmiset voivat jakaa henkilökohtaisia ajatuksia hoidosta yksityishenkilönä. Osa heistä kokee hoidon olevan hyödyllistä ja suosittelee sitä muillekin, kun taas osa on sitä mieltä että hoidosta ei ole ollut hänelle hyötyä, tai se on ollut jopa haitaksi (Tukinet 2011).

Vakavaa masennusta sairastava henkilö, joka on kokenut hoidon olevan hyödyllistä, kommentoi viestiketjua seuraavin sanoin:

”Itselläni on erittäin positiivinen kokemus sähköhoidosta. Sain sähköhoitoa pitkäkestoiseen, vaikeasti hoidettavaan masennukseeni ollessani sairaalahoidossa.”

”-- Sähköhoidon jälkeen oloni oli huomattavasti energisempi ja pirteämpi, ja ahdistus ja alakulo lievittyivät merkittävästi.” ”Muistikuvani sähköhoidon ajalta ovat hieman hatarat, mutta muuten sähköhoito ei ole muistiini vaikuttanut.”

Henkilö kuvaa myös kirjoituksessaan hoitopäivän kulun sekä miten hän koki hoitohenkilökunnan toiminnan (Tukinet 2011).

Toinen kommentoija kertoo oman negatiivisen kokemuksensa hoidosta seuraavanlaisesti: ”Itselläni kokemus oli melko negatiivinen. Ensinnäkin muisti lähti mukavasti, persoonallisuuteni muuttui oudoksi ja tein outoja asioita.” ”Itsetuhoisuuskin kasvoi ja masennus paheni. Hoito jouduttiin lopettamaan kesken voinnin huonontumisen takia.”

Kommentoija kuitenkin kertoo lopuksi, että on kuullut hoidon tehosta ja avusta muille ihmisille ja suosittelee sitä ja huomauttaa, että hoito tehdään anestesiassa (Tukinet 2011).

Kolmas kommentoija kertoo konkreettisesti olostaan sähköhoidon jälkeen:

”--ensimmäinen kerta sähköhoitoa takana. Meni yllättävän hyvin. Etukäteen panikoin sitä, että jos tulee hirveä päänsärky tai pahoinvointi. Olo on aika tokkurainen, päätä särkee tosi lievästi, eikä yhtään ole paha olo.”

Kirjoittajalla on ensimmäinen hoitokerta takana, mutta omien sanojensa mukaisesti pientä piristymistä on jo havaittavissa sekä pelot mahdollisista haittavaikutuksista olivat turhia (Tukinet 2011).

Amerikkalaisella About.com-sivustolla ihmiset kertovat kokemuksiaan sähköhoidosta. Kertomukset ovat osa kaksisuuntaisen mielialahäiriön tietopalstaa.

Nimimerkki Melissa kirjoittaa, että hän sai vuosina 1995–1996 bilateraalista sähköhoitoa, joka ei hänen mielestään tehnyt muuta kuin tuhosi hänen muistinsa. Hän kärsii psykoottisesta masennuksesta, johon liittyy suuicidaalisuutta. Melissa myöntää, että

sähköhoito on ainoa hoito, joka on tehonnut ja pelastanut hänen henkensä, vaikka hän aluksi sitä arvostelikin ja pitää sitä kamalana hoitomuotona. (About.com 2009.)

Nimimerkki Susan kertoo saaneensa sähköhoitoa masennukseen ja persoonallisuushäiriöön kahdessa sarjassa, joissa molemmissa oli kuusi hoitokertaa. Ensimmäinen sarja ei vaikuttanut häneen tai hänen työskentelyynsä, mutta toisen sarjan hän jätti kesken, koska kärsi kovista päänsäryistä ja muistinmenetyksestä sekä oli varma että hoitava lääkäri aikoo tappaa hänet. Hoidot eivät helpottaneet oloa. (About.com 2009)

Nimimerkki Chloe on kokenut hoidon erittäin kielteisesti. Hän kertoo joutuneensa raiskatuksi 16-vuotiaana ja kärsii siitä posttraumaattista sokkia. Kertomuksen mukaan hänelle diagnosoitiin väärin katatoninen skitsofrenia, johon aloitettiin ECT-hoito. Chloe koki sähköhoidon vähintäänkin yhtä traumatisoivaksi kuin raiskauksen ja tunsu itsensä totaalisen rikkonaiseksi eläväksi kuolleeksi. Tämä oli tapahtunut vuosia sitten, mutta kertomansa mukaan hän kärsii vieläkin muistin toimimattomuudesta ja ymmärtämisen ja oppimisen vaikeudesta. (About.com 2009.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on luoda opas, mikä käsittelee ECT-hoitotoimenpidettä ja ECT-hoidon kulkua. Opas on tarkoitettu potilaille ja omaisille. ECT-hoito on maailmanlaajuisesti varsinkin länsimaissa tehokas ja turvallinen hoitomuoto mielenterveyspotilaille. ECT-hoidon rankka ja värikäs historia ja käsitys siitä, että annetaan sähköshokkeja aivoihin, ovat luoneet suuria ennakkoluuloja ja pelkoja hoitoa kohtaan. Oppaan tarkoituksena on antaa enemmän tietoa potilaille ja omaisille ECT-hoidosta ja loiventaa ennakkoluuloja sen vaarallisuudesta. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä turvallisuuden tunnetta ja asiakastyytyväisyyttä ECT-hoitoa kohtaan. Tiedon opinnäytetyöhön saamme kirjallisuudesta, artikkeleista sekä asiantuntija-haastatteluista. Tiedon luotettavuuden takaa juuri vankka asiantuntijatieto.

4 OPPAAN KEHITTÄMISPROSESSIN KUVAUS

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyö on toiminnallinen, ja se tulee Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin käyttöön. ECT-hoito-opas on suunnattu potilaille ja omaisille mutta myös henkilökunnalle. Oppaan tarkoituksena on lieventää ennakkoluuloja ja pelkoja liittyen sähköhoitoon ja tarjota tietoa hoidon kulusta. Moision sairaalan ylilääkäri Viljanen on lupautunut tarkistamaan opinnäytetyön asiasisällön ennen opinnäytetyöraportin valmistumista. Oppaan oikeudet tulevat Moision sairaalan käyttöön. Oppaan sisältämät kuvat ovat itse otettuja.

Oppaan sisältö koostuu seuraavista asioista:

- Mitä sähköhoito on?
- Sähköhoidon historia lyhyesti
- Mihin hoitoa käytetään
- Hoitopäivä ja anestesia
- Turvallisuus
- Kuka antaa sähköhoidon
- Kuvia

Toiminnallisella opinnäytetyöllä tarkoitetaan jonkin produktin, konkreettisen tai palvelun tuottamista, ei tutkimusta. Pelkkä produkti ei riitä toiminnalliseen opinnäytetyöhön, vaan siihen vaaditaan opinnäytetyöraportti. Opinnäytetyöraportin tulee olla argumentoivaa, kriittistä, analysoivaa ja tietoon perustuvaa tekstiä. Opinnäytetyöraportissa opiskelijan tulisi pystyä hahmottamaan lukijalle koko opinnäytetyön produkti ilman varsinaisen produktin näkemistä. (Vilka & Airaksinen 2004, 6–7.)

Työn aihe on saatu huhtikuussa 2013. Opinnäytetyö on saatu aloitettua elokuussa 2013, jolloin haastattelimme kahta Moision sairaalan ylilääkäreitä. Syksyllä 2013 etsimme lähteitä käyttäen hakusanoina sähköhoito, sähköshokki, electroconvulsive therapy, anestesia, anestesian riskit ja sähköshokkihoidon riskit. Hakukoneina käy-

timme Medic-, Cinahl- ja Mikki-tietokantoja. Opinnäytetyön suunnitelman kirjoittaminen on aloitettu marraskuussa 2013. Opinnäytetyön suunnitelma esitettiin joulukuussa 2013. Oppaan kasaaminen on aloitettu suunnitelma vaiheen jälkeen. Oppaan raakaversio esitettiin Moision yllääkärille, jolta saatiin pieniä parannusehdotuksia, jotka toteutettiin oppaaseen. Opas on hyväksytetty Moision sairaalan ylihoitajalla maaliskuun lopulla.

4.2 Oppaan suunnitteluvaihe

Projektin eteneminen voidaan jakaa viiteen eri pääosaan, joita ovat projektin tarpeen tunnistaminen ja ideointi, määrittelyvaihe, suunnitteluvaihe, toteutus ja projektin päättäminen. (Kettunen 2003). Opinnäytetyön raportointi ja produktin eli tuotteen tekeminen on yhtä isoa prosessia. Prosessin jokainen vaihe tulee suunnitella ja aikatauluttaa tarkasti. Suunnittelu voikin olla kulminaatiopiste koko projektin onnistumisen kannalta. (Hakala 1998, 53.) Projektin määrittelyllä tarkoitetaan projektin suunnitteluvaiheen aloittamista. Määrittelyn tavoitteena on selventää projektin tarpeellisuus ja se, minkälaiseen lopputulokseen halutaan päästä. (Kettunen 2003, 41–48.)

Kun on saatu päätös siitä, minkälainen tuote halutaan suunnitella ja kehittää, niin käynnistetään tuotteen luonnosteluvaihe. Luonnosteluun kuuluu analysointi siitä, mitä kaikkea tulee ottaa huomioon ja mitkä seikat ohjaavat tuotteen suunnittelua ja valmistamista. Tuotteen laatu taataan ottamalla huomioon eri osa-alueiden ydinkysymykset ja optimoimalla ne tukemaan toisiaan. Tuotteen laatua voidaan myös lisätä asiantuntijatiedon avulla. (Jämsä & Manninen 2000, 43–44.) Asiakasprofiilin selvittäminen on oleellinen osa tuotteen luonnostelua. Selvitetään asiakkaiden tarpeet, sekä odotukset ja otetaan huomioon käyttäjäryhmän kyvyt, tarpeet ja muut ominaisuudet. Tuote ei välttämättä aina tule suoraan pelkästään asiakkaiden käyttöön vaan hyöty tuotteesta voi tulla myös välillisesti palvelun tuottajien, esimerkiksi henkilökunnan kautta. Tuotteen suunnitteluvaiheessa on huomioitava molempien osapuolten näkökohdat, jotta tuote ja sen asiasisältö vastaavat tarkoitustaan. (Jämsä & Manninen 2000, 44–45.)

Silloin kun on kyseessä tuote, joka tulee jonkin organisaation käyttöön, niin tulee tutustua kyseisen tahon toimintaan ja ympäristöön havainnoimalla asiakastilanteita ja

haastattelemalla eri osapuolia muun, muassa kohderyhmän asiakkaita ja henkilökuntaa, jonka työvälineeksi tuotetta ollaan kehittämässä. (Jämsä & Manninen 2000, 45.) Tuotteen luonnosteluvaiheessa tulee selvittää organisaation tai toimintayksikön säädökset, ohjeet ja toimintaohjelma. Ne voivat olla joko yksikkökohtaisia, alueellisia tai valtakunnallisia ohjeita. Yhteistyötahojen omat näkemykset ja ehdotukset sekä muiden ammattiryhmien näkökohdat on myös tarpeen ottaa huomioon tuotetta kehittäessä. (Jämsä & Manninen 2000, 48–49.)

Sosiaali- ja terveysalojen tuotteiden suunnittelussa oleellista on teorianäyttöihin, lääketieteellisiin tutkimuksiin ja viimeisempien hoitokäytäntöihin tutustuminen. Tuotteen laatuun voidaan helposti vaikuttaa hyvällä ja vakuuttavalla teorianäyttöperusteella kirjallisuudesta ja hankkimalla asiantuntijatietoja esimerkiksi haastattelemalla. Tuotteen suunnitteluvaiheessa tulee myös selvittää tuotekehityksen kustannuksiin vaikuttavat tekijät. (Jämsä & Manninen 2000, 47–50.)

Aloitimme ideoimaan opinnäytetyön aihetta keväällä 2013, jolloin kuulimme Moision sairaalan osasto yhdeksän tarpeesta saada ECT-hoito-opas potilaiden käyttöön. Keskustelimme osasto yhdeksän osastonhoitajan kanssa, siitä minkälaista opasta he ovat vailla. Suunnittelimme, mitä asioita oppaan tulisi sisältää. Osastolta puuttuu ECT-hoitoa koskevia oppaita potilaskäyttöön, mutta halusimme vielä laajentaa, että opas sopisi myös ECT-potilaiden omaistenkin käyttöön. Moision ylilääkäri Viljasen (2013) toiveena oli, että opas sisältäisi ajankohtaista tietoa ECT-hoidosta, mitä ECT-hoito on, ja oppaan tulisi olla tarpeeksi ytimekäs ja luoda positiivisempi kuva ECT-hoidosta potilaille ja omaisille. Haastattelussa Hublin-Häkkinen (2013) painotti myös, että oppaasta tulisi jättää pois liian tieteellinen ja pikkutarkka tieto. Oppaan ulkoasun tulisi olla selkeä ja yksinkertainen.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tuote eli produkti on aina tarkoitettu jollekin. Tuotteen sisältöä pohtiessa on tärkeää huomioida kohderyhmä sekä minne ja kenelle tuote on tarkoitettu. (Vilkka & Airaksinen 2004, 76.) ECT-hoito-oppaan kohderyhmänä ovat Moision sairaalan potilaat ja heidän omaisensa. Potilaat ovat pääsääntöisesti vaikeasti tai psykoottisesti masentuneita (Viljanen 2013).

Opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen aloimme suunnitella oppaan sisältöä Moision sairaalan osasto yhdeksän tarpeiden mukaan ja kahden ylilääkärin haastattelussa kysyimme heidänkin näkemystä siitä, mitä oppaaseen tulisi laittaa. Oppaan sivumääräksi oli hahmottumassa kahdeksan sivua kansilehti ja takakansi mukaan lukien. Oppaan asiasisältö tulisi siis kuudelle sivulle. Lähdimme kasaamaan oppaan sisältöä seuraavin otsikoin: Mitä sähköhoito on, Sähköhoidon historiaa, Mihin hoitoa käytetään, Hoitopäivä, Turvallisuus ja Kuka antaa sähköhoidon. Moision ylihoitaja ja haastateltavat ylilääkärit olivat samoilla linjoilla oppaan otsikoinnista.

Sosiaali- ja terveysalalle tuotetut informaatioon välittämiseen tarkoitetuilla tuotteilla ongelmallista on asiasisällön ja käytänteiden muuttuminen ja vanheneminen (Jämsä & Manninen 2000, 54). Opas tuotetaan sähköiseen muotoon, jotta opasta voidaan tarvittaessa päivittää ajankohtaisen tiedon mukaan, ja Moision sairaala pystyy kopioimaan oppaita aina tarpeen mukaan. Oppaan suunnittelu ja kehittämissä vaiheissa ei synny kustannuksia, koska opas on sähköisessä muodossa.

4.3 Oppaan kehittämissä vaihe

Julkaisun taittaminen on toimituksellisen tekstin ja visuaalisen osatekijöiden eli typografian yhteen saattamista. Typografialla tarkoitetaan painotuotteen ulkoasua eli kuvien, värien, tuotteen muodon ja laadun välistä synteisiä. Julkaisun tasapaino syntyy monista eri osatekijöistä. Kuvien ja tekstin tulee olla vuorovaikutuksessa keskenään, tekstin puhutella lukijaansa, ja julkaisun tyyli noudattaa tilaavan tahon graafista ohjeistusta, ellei ole syytä tehdä linjasta poikkeavaa tuotetta. (Loiri & Juholin 2002, 32–33.)

Informoivan tuotteen keskeinen sisältö koostuu tosiasioista, jotka pyritään kertomaan mahdollisimman ymmärrettävästi, täsmällisesti ja kohderyhmän tiedontarve huomioiden. Tuotteen sisältöä mietittäessä voi olla ongelmallista valita asiasisältö ja sen määrä. Kun sosiaali- ja terveysalalla laaditaan informaatiota sisältävää materiaalia potilaiden ja heidän omaistensa käyttöön, onkin pyrittävä eläytymään heidän asemaansa tiedon vastaanottajana eikä ammatillisesta näkökulmasta. (Jämsä & Manninen 2000, 54–55.)

Tavallisimpia informaation välittämisen muotoja ovat painotuotteet, kuten ohjelehtiset ja esitteet. Tuotteen asiasisällön valinta riippuu siitä, kenelle ja missä tarkoituksessa ja laajuudessa tietoa annetaan. Mikäli tuote on kehitelty ammattihenkilön suullisen ohjauksen tueksi voi tuotteen sisältö hyvinkin paljon poiketa tuotteesta, joka on tarkoitettu käytettäväksi ilman ammattihenkilön ohjausta. Sosiaali- ja terveystieteiden painotuotteiden tarkoituksena on useimmiten informoida ja opastaa lukijaansa, jolloin tekstityylin tulee olla asiatyylisiä. Tekstin tulee olla selkeää ja helposti aukeavaa lukijalle. Tekstin hyvä jäsentely ja otsikointi selkeyttävät asiaydintä. (Jämsä & Manninen 2000, 56–57.)

Tuotteen suunnittelu etenee tuotekehityksen vaiheiden mukaan, mutta vasta tuotteen tekovaiheessa tehdään lopulliset valinnat koskien tuotteen sisältöä ja ulkoasua. Tekstinkäsittelyohjelmat tarjoavat monipuolisia vaihtoehtoja ja mahdollisuuksia painotuotteen ulkoasuun, kirjaintyyliin, väreihin ja kuvitukseen. Eri organisaatioilla voi olla omat tietynlaiset tyylit visuaalisiin painotuotteisiin, koska tyyli on osa organisaatioiden imagoa ja helpottaa painotuotteiden tunnistamista organisaatioiden välillä. (Jämsä & Manninen 2000, 56–57.) Tuote ”ECT-opas potilaille ja omaisille” tehtiin Scribus julkaisunteko-ohjelmalla. Oppaan ei tarvitse olla yhtenäinen Etelä-Savon sairaanhoitopiirin visuaalisen linjan ja tyylin kanssa, koska opas tulee vain yhden sairaalan käyttöön ja oppaan tulee olla lukijaansa puhutteleva. Oppaaseen kuitenkin laitetaan Etelä-Savon sairaanhoitopiirin virallinen logo, mikä tuo uskottavuutta ja yhtenäisyyttä muiden oppaiden kanssa.

Oppaan raakaversio valmistui helmikuussa 2014, jolloin lähetimme sovitusti oppaan asiasisällön tarkastettavaksi ylilääkäri Viljaselle ja Hublin-Häkkiselle. Kysyimme myös heiltä mielipidettä ja korjausehdotuksia oppaan ulkoasuun, oppaan pituuteen ja tekstin tyyliin. Heiltä saimme korjausehdotukseksi kolmeen kohtaan oppaan sisällöstä. He pitivät opasta yleisilmeeltään muuten toimivana. Korjaukset koskivat lukuja Mitä sähköhoito on, Hoitopäivä ja Turvallisuus.

Luvussa "Mitä sähköhoito on?" teksti ”Sähköhoito on lääkkeetön vaihtoehto psykiatristen sairauksien hoitoon” on muutettu muotoon ”ECT on lääkkeetöntä hoitoa, mutta

vain hyvin harvoin lääkkeetön vaihtoehto sairauden hoitamiseen. Yleensä potilaalla on peruslääkitys ja ECT on siinä lisänä”.

Luvusta ”hoitopäivä” on poistettu kohta ”hoitoa edeltävänä päivänä otetaan perusmittauksia kuten pituus ja paino”, koska ECT-hoitoa annetaan yhä enenevässä määrin polikliinisesti ja kyseisiä mittauksia tarvitse ottaa kuin tarpeen mukaan.

Luvusta ”Turvallisuus” ollut teksti ”anestesiakelpoisuudesta päättävät potilasta hoitava lääkäri ja osaston ylilääkäri” muutettu muotoon ”anestesiakelpoisuuden arvioi aina anestesiaalääkäri”.

Maaliskuussa 2014 tapasimme vielä Moision sairaalaan ylihoitajaa, jolle veimme näyttille oppaan raakaversioon. Sovimme, että Moision sairaalan osastonhoitajat arvioivat oppaan, ja heiltä saamme vielä viimeiset korjausehdotukset oppaan sisältöön. Korjausehdotukset koskivat lukuja ”Mitä sähköhoito on” ja ”Turvallisuus”. Lukuun ”Mitä sähköhoito on” lisätty teksti ”Sähköhoito palauttaa psyykkisen tasapainon”. ”Turvallisuus” lukuun lisätty, että ”mahdolliset sivuvaikutukset ovat yksilöllisiä”. Asiasisällön varmistuttua viimeistelimme oppaan ulkoasua ja kuvien asettelua, jotta oppaasta tulisi mahdollisimman selkeä ja helppo luettava. Kuvia tulee oppaaseen kolme: kansisivulle kuva Moision päärakennuksesta ja oppaan puoliväliin ja kansilehteen maisemakuvat. Palautetta ja neuvoja olemme saaneet myös julkaisuja tekeviltä ammattilaisilta. He ovat pitäneet oppaan ulkoasua niin sanotusti karvalakkimallina, mutta ovat kuitenkin olleet samaa mieltä oppaan ulkoasusta kun heille on kerrottu oppaan kohderyhmästä. Oppaassa käytettävien kuvien editointiin olemme saaneet ammattiapua.

4.4 Oppaan käyttöönotto ja arviointi

Tuotetta kannattaa testata sen valmisteluvaiheessa. Palautetta tuotteesta tulee kysellä tuotekehitysprosessiin osallistuvilta, kuten tilaajilta ja asiakkailta sekä henkilöiltä, joille kehitteillä oleva tuote ei ole ennestään tuttu. Testaajilta tulee myös tiedustella muutosehdotuksia tuotteeseen. Kun tuote valmistuu eri vaiheiden jälkeen, käynnistyy tuotteen viimeistely palautteen ja koekäytöstä saatujen kokemusten ja ehdotusten poh-

jalta. Viimeistelyssä voidaan vielä hioa tuotteen yksityiskohtia ja ulkoasua. (Jämsä & Manninen 2000, 80–81.)

Oppaan sisällöstä ja ulkoasusta kerättiin palautetta henkilöiltä, joille aihe oli entuudestaan tuntematon. Heidän mielestään opas on hyvin selkeä luettavaa. Kun kysyimme vielä mitä he haluaisivat tietää lisää ECT-hoidosta luettuaan oppaan, lähes kaikki vastasivat ”miten ECT-hoito vaikuttaa minuun, mitä minulle tapahtuu?” Kysyimme Moision ylihoitajalta ja lääkäreiltä heidän mielipidettään, miten kyseinen asia tulisi oppaaseen laittaa. Moisiosta ehdotettiin lausetta ”Sähköhoito palauttaa psyykkisen tasapainon”. Tämä lisätty oppaaseen. Opasta ei testattu potilailla ennen luovuttamista Moision sairaalan käyttöön. Opas tehtiin Moision toiveesta sähköiseen muotoon jolloin opasta voi tarpeen mukaan muuttaa ja korjailla. Opas luovutettiin Moision sairaalan käyttöön toukokuussa 2014.

4.5 Oppaan luetettavuus

Opas on tehty yhteistyössä psykiatrisen sairaalan kanssa. ECT Teoriatietoa on hankittu muun muassa haastatteleamalla kahta psykiatriaan erikoistunutta lääkäriä, jotka toimivat psykiatrisessa sairaalassa ECT-hoitoa toteuttavina lääkäreinä. Kyseiset lääkärit ovat olleen myös aktiivisesti mukana oppaan sisällön kasaamisessa ja arvioimisessa. Yhteyshenkilömme Moisiosta on myös pyytänyt kommentteja eri osastojen osastonhoitajilta, jotka ovat taas arvioittaneet opasta muilla hoitajilla oppaan kehittelyvaiheessa. Kommentit ovat olleet lähinnä positiivisia, vaikkakin olemme saaneet myös rakentavia ohjeita ja korjaus ehdotuksia. Opasta tehdessämme olemme ottaneet vakavasti Moision korjausehdotukset, koska opas tulee juuri tämän organisaation käyttöön.

Oppaan kehittelyvaiheessa palautetta oppaasta on kerätty myös puolueettomilta lukijoilta, joilla ei ole terveysalan kokemusta. Opasta on pidetty selkeänä ja helppolukuisena. Joidenkin mielestä opas ollut jopa liiankin yksinkertainen, mutta opas onkin tarkoitettu ihmisille, jotka eivät välttämättä sairautensa vuoksi pysty lukemaan ”raskaampaa” tekstiä.

Opinnäytetyön raportin ja oppaan lähdemateriaalin on käytetty englannin- ja suomenkielisiä lähteitä monipuolisesti. Kirjallisuutta on hankittu eri lääketieteellisistä julkaisuista, joissa on artikkelin tekijänä psykiatrisen lääketieteen ammattilainen.

5 POHDINTA

Idea opinnäytetyöhön tuli vuonna 2013, kun Moisio sairaalan osasto yhdeksällä oli tarve sähköhoito-oppaalle, jossa olisi kuvaus hoidosta, sen historiasta sekä hyödyistä ja haitoista, ja joka tulisi potilaiden ja omaisten käyttöön. Osasto yhdeksän hoitaa useita eri diagnooseilla olevia potilaita; näihin kuuluu muun muassa depressio, johon sovelletaan sähköhoitoa yhdessä lääkityksen kanssa. Opinnäytetyön suunnitelmaa aloimme tekemään syksyllä 2013, ja suunnitelman esitimme joulukuun puolessa välissä.

Lähteiden hankinta teoriaosuuden tuottamiseen oli vaikeaa varsinkin kirjallisuuden osalta, koska sähköhoidosta on erittäin vähän suomenkielistä kirjallisuutta. Käytimme lähteinä paljon eri artikkeleita, joita löytyi eri tietokantojen kautta, kuten Medicin, sekä asiantuntijahaastattelua Moisio sairaalan ylilääkäreiden kanssa. Asiantuntijahaastattelun perusteella pystyimme kirjoittamaan oppaaseen sekä teoriaosuuteen tarkkoja kuvauksia hoidon kulusta juuri Moisio sairaalassa, kun taas muista lähteistä saimme tarkkaa tietoa vaikutusmekanismista, hoidonhistoriasta sekä muista hoitoon liittyvistä asioista.

Opinnäytetyön oli tarkoitus valmistua alkuvuodesta 2014, mutta aikataulu venyi osittain vaikeasti saatavilla olevien lähteiden sekä eri paikkakunnilla asumisen takia toukokuuhun 2014. Itse opas oli nopea toteuttaa, ja Moisio sairaalan ylilääkärit olivat mukana työstämisessä siten, että he saivat kehitteillä olevan oppaan luettavakseen ja arvioitavakseen ja antoivat sitten palautetta tietosisällöstä sekä ulkoasusta. Opasta ei ole testattu potilailla, mutta asiantuntijat ovat olleet vahvasti mukana kehittämisessä, sillä opas on lähetetty ylilääkäreiden lisäksi ylihoitajalle ja osastonhoitajille luettavaksi. Opas valmistui huhtikuussa 2014, ja se annetaan osastolle sähköisessä muodossa, jota voi tulostaa.

Molemmilla oli jonkin verran harjoitteluista ja työelämästä saatua tietoa sähköhoidosta ennen opinnäytetyön aloittamista, mutta työn edetessä opimme paljon uusia asioita hoitoon liittyen. Hyvänä esimerkkinä on hoidon vaikutusmekanismi, joka tuntui olevan vaikeasti selitettävä asia. Tietoa on tullut myös runsaasti hoitajan roolista sähköhoidon aloittamisesta aina ylläpitohoitoon saakka. Psykiatrisen hoitotyön muutkin osa-alueet kuin pelkkä sähköhoito ovat tulleet tutummiksi opinnäytetyön edetessä. Projektin edetessä olemme oppineet toimimaan enemmän moniammatillisesti, kuten asiantuntijahaastattelussa ylilääkäreiden kanssa. Tämä antaa myös hyvää valmennusta työelämää varten. Ajankäytön kohdalla on hyvä mainita, että vaikka opinnäytetyö venyi aikataulusta, niin päästessämme tekemään sitä yhdessä tekstiä syntyi hyvin ja luovasti aloittamisen hankaluuden jälkeen. Toimintatavat olivat mielestämme hyvät opinnäytetyön tekemisessä, sillä olimme aktiivisesti yhteydessä Moision sairaalaan varsinkin oppaan tekovaiheessa.

Oppaasta tuli mielestämme hyvä: se on sopivan mittainen, teksti on jaoteltu lyhyisiin ja ytimekkäisiin kappaleisiin ja siihen on lisätty kuvia tuomaan väriä. Lisäksi asiantuntijat ovat sen tarkastaneet ja hyväksyneet, mikä lisää luettavuutta. Myös opinnäytetyön raporttiosuus on selkeästi jaoteltu eri osa-alueisiin ja myös siitä löytyy tarvittavat ja ajankohtaiset tiedot sähköhoidosta.

Opas itsessään sisältää vain tärkeimmät tiedot hoidosta; tarvittaessa hoitohenkilökunta antaa lisätietoa. Lain potilaan asemasta ja oikeuksista 2. luvun 5. §:n mukaan potilaan kuuluu tietää häntä koskevista potilastiedoista ja saada riittävä selvyys terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Kuitenkaan potilaalle ei tule antaa tietoa, jos potilas ei sitä halua tai tiedoista aiheutuisi vaaraa potilaan terveydelle tai hengelle. Terveydenhuollon ammattihenkilön kerrottava hoitoon liittyvät tiedot ymmärrettävästi ja tarvittaessa huolehtia tulkitsemisesta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

LÄHTEET

About.com 2009. Experiences with ECT – Electroconvulsive therapy. WWW-dokumentti. http://bipolar.about.com/od/ect/a/sfe_shock1.htm. Päivitetty 7.7.2009. Luettu.28.3.2014.

Challiner, V. & Griffiths, L. 2000. Journal of Psychiatric and mental health nursing 7, 191–198.

Hakala, Juha 1998. Opinnäytetyö luovasti. Kehittämisen- ja tutkimustyön opas. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hallikainen, Tero 2009. ECT skitsofreniassa. Niuvanniemen sairaala. PDF-dokumentti.

http://www.niuva.fi/toiminta/ajankohtaista/Skitsofreniaverkoston_symposium/Tero_Hallikainen_ECT_Skitsofreniassa.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 11.12.2013.

Heikman, Pertti 2004. Sähköhoidon uusia näkymiä. Duodecim. WWW-dokumentti. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo94286#s1. Ei päivitystietoa. Luettu 27.2.2014.

Heikman, Pertti, Niemi-Murola, Leila & Rosenberg, Per 2006. Aivojen sähköhoito ja anestesia. Helsinki: Finnanest.

Hublin-Häkkinen, Tiina 2013. Henkilökohtainen tiedonanto 11.10.2013. Etelä-Savon Sairaanhoidopiiri ky. Ylilääkäri.

Huuhka, Kaija 2011. Vanhuksen vaikea ja psykoottinen masennus. Duodecim. WWW-dokumentti.

http://www.duodecimlehti.fi.ezproxy.mikkeli.amk.fi:2048/web/guest/arkisto;jsessionid=1A8401F717480259F74E4EBA15BF4CC7?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo99375. Ei päivitystietoa. Luettu 29.10.2013.

Johnstone, Lucy 1999. Adverse psychological effects of ECT. Journal of medical health. WWW-dokumentti.

<http://web.ebscohost.com.ezproxy.mikkeli.amk.fi:2048/ehost/detail?sid=976bb8a8-a487-4662-8369-281ced7912d8%40sessionmgr114&vid=1&hid=114&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=1999048910>. Päivitetty 18.12.2009. Luettu 12.12.2013.

Jämsä, Kaisa & Manninen, Elsa 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Kettunen, Sami 2003. Onnistu projektissa. Juva: WSOY.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. WWW-dokumentti.
<http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 26.4.2014.

Leinonen, Esa 2010. Biologisten hoitojen kehitys 1900-luvun psykiatriassa. Lääkäri-lehti. WWW-dokumentti. <http://www.fimnet.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000034470>. Ei päivitystietoa. Luettu 28.10.2013.

Leppämäki, Sami 2012. Neurostimulaatiohoidot - tulevaisuuden psykiatria. Lääkäri-lehti. WWW-dokumentti. <http://www.fimnet.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000038075>. Ei päivitystietoa. Luettu 29.10.2013.

Loiri, Pekka & Juholin, Elisa 2002. Visuaalisen viestinnän käsikirja. Jyväskylä: Gummerus.

News medical 2010. Electroconvulsive therapy patient experience. WWW-dokumentti. <http://www.news-medical.net/health/Electroconvulsive-Therapy-Patient-Experience.aspx>. Ei päivitystietoa. Luettu 12.12.2013.

Patala, Arja 2013. Henkilökohtainen tiedonanto 11.12.2013. Terveystalo Oy. Sisätautien erikoislääkäri.

Rother, Lorraine 2003. Electroconvulsive therapy sheds its shocking image. *Nursing* 33, 48—49.

Tukinet 2011. Onko kokemuksia sähköhoidosta eli ect:stä masennukseen. WWW-dokumentti.
https://www.tukinet.net/keskustelu/viesti.tmpl?pager_current=1;grp=183;mid=50112. Ei päivitystietoa. Luettu 14.3.2014.

Uko-Ekpenyong, Grace 2007. What you should know about electroconvulsive therapy: Hospital nursing.

Vilka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2004. Toiminnallisen opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Helsinki: Tammi.

Viljanen, Jussi 2013. Henkilökohtainen tiedonanto 11.10.2013. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri ky, Ylilääkäri.

Asiantuntijahaastattelun kysymykset

1. Kenelle hoito soveltuu? Onko hoidolla sivuvaikutuksia? Jos on, niin millaisia
2. Millainen vaste hoidolla on?
3. Miten hoito toteutetaan ja kuinka hoito etenee?
4. Minkälaisilla perusteilla hoito aloitetaan?
5. Kuinka moni potilaista hyötyy hoidosta ja kuinka kauan hyöty kestää?
6. Miten hoito vaikuttaa aivojen toimintaan mekaanisesti?
7. Mitä asioita tulisi mainita/käsitellä oppaassa?
8. ECT-hoidon historia?
9. Anestesian haittavaikutukset/riskit?
10. Jos päätytään potilaan kohdalla ECT-hoitoon, niin mitkä seikat tulee ottaa huomioon ennen hoidon aloittamista?
11. Mitkä seikat voivat olla este potilaan ECT-hoidolle?
12. Mitkä asiat voivat keskeyttää suunnitellun ECT-hoidon?
13. Miten potilaalle tulisi ilmoittaa ECT-hoidon aloittamisesta?
14. Mitä potilaan tulisi tietää ECT-hoidosta ennen sen aloittamista?
15. Mitä asioita potilaasta tulisi tarkkailla ECT-hoidon aikana?
16. ECT-hoidon aikainen lääkitys?
17. ECT hoitokertojen määrä? Mitkä seikat vaikuttavat hoidon jatkamiseen alkuperäisestä suunnitelmasta?
18. ECT-hoito maailmalla?