



**HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND**

# **VURDERINGSINNLEVERING**

**Emnekode: SYKSB3001**

**Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)**

**Vurdering: Prosjektoppgave**

**Kandidatnr: 14**

**Leveringsfrist: 17.2.2011**

**Ordinær eksamen.**

**Fagansvarlig: Benny Huser**

# ECT

## Pasienterfaringer og sykepleiers rolle



Hentet fra: <http://abcnews.go.com/Health/BipolarTreatment/story?id=4359954>

Bachelorutdanning i sykepleie.

Antall ord: 8971

Kandidatnr: 14

Veileder: Kari Thorkildsen

## Sammendrag:

**Tittel:** ECT- Pasienterfaringer og sykepleiers rolle.

**Bakgrunn og valg av tema og problemstilling:** Erfaringene jeg selv gjorde med ECT i psykiatripraksis. Behandlingen er omstridt og pasienters erfaringer veldig ulike. Helsepersonells holdninger står imot hverandre og sykepleiers ansvar noe diffust.

**Hensikt:** Finne ut hva forskning sier om pasienters erfaringer i forbindelse med behandlingen samt hva de har behov for i løpet av den tiden behandlingen foregår og i etterkant av behandlingen. Jeg går også inn på hva som er sykepleiers rolle og hvordan de kan bidra til omsorg i den prosessen pasientene går gjennom.

**Metode:** Systematisk litteraturstudium bygd på sykepleiefaglige forskningsstudier som belyser de to sidene av problemstillingen. I studiet er det gjort metodekritikk overfor min egen studie, kildekritikk rettet mot anvendt litteratur samt gjort rede for søkestrategi og etiske overveielser.

**Funn/resultater:** Pasienter har ulike erfaringer med behandlingen. Noen har god effekt av behandlingen mens andre angrer på å ha tatt imot den. Det som går igjen i alle studiene er at informasjonen pasientene får er inadekvat eller mangelfull for at de skal kunne gi skriftlig informert samtykke. Det viser seg at sykepleiere har ulike holdninger til behandlingen og de som jobber med ECT- pasienter er usikker på sin egen rolle.

**Oppsummering:** Pasienter som mottar ECT- behandling har et stort behov for informasjon og støtte før, under og etter behandlingene. Sykepleiere kan være en viktig brikke i denne prosessen ved å hjelpe pasienten til å huske informasjonen som blir gitt og være en pasientene kan komme til med spørsmål og tanker rundt behandlingen.

## **Abstract:**

**Title:** ECT- Patient experiences and the nurse's role.

**Background and choice of themes and objectives:** The experiences I did in connection with ECT during my psychiatric practice. The treatment is controversial and patients' experiences are significantly different. Health professionals' attitudes are opposed to each other and the nurse's responsibility somewhat diffuse.

**Purpose:** Determine what research says about patients' experiences in connection with the treatment and what their needs are during the time of treatment and after the treatment. I will also examine the nurse's role and how they can contribute with care in the process the patients go through.

**Method:** Systematic literature search based on nursing research studies that illustrate the two sides of the issue. I have criticised the method used in this study, the literature applied in the study and explained the search strategy and ethical considerations.

**Findings / results:** Patients have different experiences with the treatment. Some have good effect of treatment while others regret having accepted it. The common results repeated in all the studies is that the information the patients receive is inadequate for them to give their written informed consent. It turns out that nurses have different attitudes to treatment and those who work with the ECT- patients are unsure of their role.

**Summary:** Patients who receive ECT treatment has a great need for information and support before, during and after the treatments. Nurses can be an important step in this process by helping the patients to remember the information that is given and to be the one the patients can turn to with their questions and thoughts about the treatment.

# Innhold

1.0 Innledning: .....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema: .....	1
1.2 Problemstilling: .....	1
1.3 Begrunnelse, avgrensing og presisering av problemstilling: .....	1
1.4 Mål med Bacheloroppgaven: .....	1
1.5 Oppgavens oppbygging: .....	2
2.0 Teori: .....	2
2.1 Martinsens omsorgsteori: .....	2
2.2 Juridiske rammer: .....	4
2.3 Elektrokonvulsiv terapi - historisk perspektiv: .....	5
2.4 Elektrokonvulsiv terapi – dagens behandling: .....	5
2.6 Pasienterfaringer med ECT: .....	6
2.7 Sykepleiers rolle: .....	8
3.0 Metode: .....	9
3.1 Litteraturstudium som metode: .....	9
3.2 Metodekritikk: .....	9
3.3 Søkestrategi: .....	10
3.4 Kildekritikk: .....	10
3.5 Etske overveielser: .....	10
4.0 Presentasjon av forskningsstudier: .....	11
5.0 Drøfting: .....	16
5.1 Frykt og stigma: .....	16
5.2 Informasjon: .....	17
5.3 Bivirkninger: .....	18
5.4 Støtte og tillitt: .....	19
5.5 Sykepleiers rolle: .....	20
6.0 Avslutning: .....	22

# **1.0 Innledning:**

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema:**

I mitt tredje studieår var jeg i praksis på allmennpsykiatrisk post på DPS (distrikts psykiatrisk senter). Her fikk jeg innblikk i diagnosene depresjon, angst og bipolar lidelse. I løpet av min praksisperiode på åtte uker var det to pasienter som mottok behandling med elektrokonvulsiv terapi. Begge pasientene slet med depresjon og var enten skeptisk til bruk av medisiner eller hadde liten virkning av medikamenter. En av pasientene responderte godt på ECT- behandlingen, mens den andre pasienten hadde en litt mer diffus virkning av behandlingen. Jeg fikk ved en anledning være med å observere selve behandlingsprosedyren. Å observere denne behandlingen, som jeg da ikke engang var klar over ble brukt lengre, virket avskrekkende og interessevekkende på meg.

Jeg skjønnte fort at dette var en omdiskutert behandling, og at ikke alle var enige om den burde brukes engang. Dette både internt på DPS'en og generelt blant helsepersonell nasjonalt og globalt.

## **1.2 Problemstilling:**

Hva er pasienters holdninger og erfaringer i forbindelse med ECT-behandling og hva er sykepleiers rolle i denne prosessen?

## **1.3 Begrunnelse, avgrensing og presisering av problemstilling:**

ECT er et tema som er viktig å ta opp. Det finnes ulike holdninger og erfaringer med behandlingen. Det jeg ser på som viktig i forbindelse med denne studien er å få frem hva ECT egentlig er, hvordan behandlingen foregår og få frem erfaringer pasienter har med behandlingen og sykepleiers rolle opp i det hele.

Jeg vil fokusere på sykepleiers generelle rolle, og se på holdninger og utfordringer hun møter i forbindelse med ECT. Jeg vil også si litt om selve behandlingen, virkningen av den og diagnosene som behandles, men dette vil ikke være mitt fokus.

## **1.4 Mål med Bacheloroppgaven:**

Lære mer om hvordan jeg som sykepleier kan følge opp og informere pasienter som får tilbud om ECT. Forstå min rolle som sykepleier og finne ut hva pasientene har behov for i

forbindelse med prosessen som ECT innebærer. Jeg ønsker å forstå litt mer om hva pasientene går gjennom i løpet av bestemmelsesprosessen og behandlingsprosessen, og hvordan sykepleiere kan bidra til støtte og tilfredsstillende oppfølging.

Ved hjelp av forskningsstudier vil jeg se på om det er samsvar mellom pasienters behov og sykepleiers handlinger ved ECT-behandling. Hvis jeg med denne studien får i gang litt diskusjon rundt ECT-behandlingen, ser jeg på det som et pluss. Jeg ser ikke på det som min oppgave å overbevise folk om at ECT virker, men behandlingen har fått et rykte og en omtale som jeg mener ikke står i stil med dagens ECT-behandling.

## **1.5 Oppgavens oppbygging:**

Oppgaven er bygd opp etter akademiske prinsipper. Oppgaven har seks hoveddeler: Innledning, teoridel, metodedel, funn/resultatdel, drøftingsdel og avslutning. Oppgaven er et litteraturstudium hvor teorien bygger på litteratur fra pensum samt forskningsartikler og diverse andre artikler som er knyttet til temaet. I metodedelen vil jeg gå nærmere inn på hva et litteraturstudium er og gå inn på sterke og svake sider ved metoden, samt gjøre etiske vurderinger i forhold til referanser og bruk av artikler. I resultatdelen vil jeg presentere de ulike forskningsartiklene jeg har brukt i studien. I drøftingsdelen vil jeg drøfte ulike tema i samsvar med problemstillingen, og synliggjøre de viktigste resultatene som er kommet ut av de ulike studiene jeg har valgt å bruke.

## **2.0 Teori:**

### **2.1 Martinsens omsorgsteori:**

Kari Martinsens omsorgsteori er en filosofisk teori som tar utgangspunkt i omsorg som sykepleiens fundament forteller Kirkvold (1998). Martinsen tar avstand fra kunnskapssynet som hun mener preger sykepleievitenskapen. Omsorg er et relasjonelt begrep som beskriver det ene menneskets svar på den andres avhengighet sier Martinsen (1989) i Kirkvold (1998). Hun sier at omsorg er grunnleggende for alt menneskelig liv og derfor er mennesker avhengig av hverandre (Martinsen, 1989 i Kirkvold, 1998). I sykepleien gjelder dette både pasienter og sykepleiere kommer det frem i Kristoffersen (2005). Derfor, mener Martinsen (1989 i Kirkvold, 1998)), at omsorg må være sykepleiens verdigrunnlag. Begrepet omsorg i sykepleiesammenheng mener Martinsen (1989 i Kirkvold, 1998) omfatter et forhold mellom to mennesker hvor prinsippet om ansvaret for den svake kommer til uttrykk gjennom

sykepleiers handlinger. Omsorg omfatter den konkrete utførelsen av handlinger som baserer seg på hva som er til den andres beste mener Martinsen (1989 i Kirkevold, 1998).

Kirkevold (1998) forteller videre at Martinsens teori sier at sykepleiens mål er å virkeliggjøre omsorg gjennom konkrete handlinger, ut i fra en faglig vurdering av hva som er til det beste for pasienten. Utgangspunktet for dette må være å forstå pasientens lidelses- og livshistorie, og å fremme hans livsmot. Dette mener Martinsen er ”god sykepleie,” (Kirkevold, 1998). Kirkevold (1998) forteller at Martinsen i hele sin tenkning tar utgangspunkt i den andres beste. ”Å finne fram til den andres beste skjer gjennom å være åpent og nærværende tilstede hos den andre” sier Martinsen (1989 i Kirkevold, s. 182, 1998). Da kan vi tyde den andres situasjon og finne ut hva han trenger mener hun.

I et essay av Thorkildsen (2005) påpekes det at Martinsen ser på en klok sykepleier som en som forstår hva som er best for pasienten i den gitte situasjonen. Dette innebærer å kunne se andres grenser og la det andre mennesket bevare sin integritet mener Martinsen (1981 i Thorkildsen, 2005.).

”Sjukepleieutøvinga skjer i nær kontakt med pasienten, og krever både ferdigheter, teoretisk kunnskap og evne til mellommenneskelig sensitivitet, innlevingsevne og skjønn (Martinsen, 1996 i Thorkildsen, 2005).

Hun sier også at å gi noe av sitt eget liv i andres hender fører til en sårbarhet i samspillet mellom mennesker, og at det derfor er viktig for sykepleiere å bygge omsorgen på moralsk forsvarlig maktbruk og legge sin egen makt under den etiske fordringen om å ta vare på det av den andre sitt liv, som en er blitt utlevert i tillit (Martinsen, 1996 i Thorkildsen, 2005). Martinsen (1981) sier at sykepleier må gjøre pasienten deltakende ved å gjøre situasjonen mellom dem trygg og anvende kunnskap på en måte som pasienten kan forstå. Hun påpeker at omsorg er knyttet til et arbeid over tid, og som tar tid (Martinsen, 1981). I denne relasjonen, mener Martinsen (2000) at menneskelighet og faglighet må spille sammen slik at vi kan våge å se, høre, forstå og oppleve pasientens versjon av livet.

Martinsen (1990 i Kristoffersen, 2005) deler opp omsorgen i tre dimensjoner som er sammenvevd med hverandre: den relasjonelle siden, den moralske siden og den praktiske siden. Disse legger grunnlaget for etikken i Martinsens omsorgsfilosofi, som bygger på tillitt mellom sykepleier og pasient (Kristoffersen, 2005). Den relasjonelle siden går ut på at sykepleier, i relasjon med pasienten, må være villig til å sette seg inn i pasientens situasjon og vise engasjement og interesse (Kristoffersen, 2005). Etikken her består i, enten å ta vare på den spontane tillitten pasienten ofte viser sykepleier, eller misbruke pasientens tillitt ved å være likegyldig til hans utleverthet og ødelegge grunnlaget for tillitten (Kristoffersen, 2005).



Omsorgens praktiske side handler om at omsorg er mer enn en grunnholdning. Omsorg er praktiske handlinger som for eksempel å lindre smerte sier Martinsen (1990) i Kristoffersen (2005).

Den moralske siden er den viktigste siden av omsorgen mener Martinsen (1990 i Kristoffersen, 2005). Moral bygger på kjærlighet og viser seg gjennom handlinger sier Martinsen (2003 i Kristoffersen, 2005). Den moralske utfordringen står i å handle godt og riktig og gjøre det som er til det beste for pasienten sier Martinsen (2003 i Kristoffersen, 2005). Kristoffersen (2005) påpeker at sykepleiesituasjoner kan være svært kompliserte og uoversiktlige. Det er ikke alltid så lett å vite hva som er de rette handlingene (Kristoffersen, 2005). Her må den gyldne regel anvendes og sykepleier må kanskje handle på tvers av sine egne følelser og selvishet og handlingene blir en moralsk plikt sier Martinsen (2003 i Kristoffersen, 2005).

## **2.2 Juridiske rammer:**

I all yting av helsehjelp må vi som sykepleiere forholde oss til Pasientrettighetsloven og Helsepersonelloven. I sammenheng med ECT ser vi spesielt på pasienters rett til medvirkning og informasjon om helsehjelpen som gis samt helsepersonells plikt til å gi informasjon. Vi ser også på et notat utgitt av Nasjonalt Kunnskapssenter i forbindelse med ECT.

Pasientrettighetsloven § 3-1 sier at

”Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (...),” (Pasientrettighetsloven, 1999).

§ 3-2 i pasientrettighetsloven sier om pasientens rett til informasjon at:

”Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger, (...), (Pasientrettighetsloven, 1999).

Helsepersonelloven § 10 sier om informasjon til pasienter at:

”Den som yter helsehjelp, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasientrettighetsloven § 3-2 til § 3-4. I helseinstitusjoner skal informasjon etter første punktum gis av den som helseinstitusjonen utpeker,” (Helsepersonelloven, 1999).

I oktober 2007 gav Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten ut et notat angående skadevirkninger av ECT. I dette notatet konkluderer Kunnskapssenteret med at det ikke er

noen forskjell i dødelighet mellom pasienter som får ECT og pasienter som får annen eller ingen behandling. En tendens til midlertidig nedsatt kognitiv fungering dagene etter avsluttet behandling ble påvist. Dette gjaldt ikke 2-3 mnd etter behandling. Da var det ingen forskjell på kognitiv fungering. Ingen av oversiktene Kunnskapssenteret brukte rapporterte om betydelige bivirkninger i forbindelse med ECT. Kunnskapssenteret avslutter sitt notat med å si:

”Med forbehold om validitetsproblemer og ny kunnskap fra senere års publikasjoner gir oversiktene inntrykk av at ECT ikke er forbundet med alvorlige og langvarige skadeeffekter,” (Kunnskapssenteret, 2007).

### **2.3 Elektrokonvulsiv terapi - historisk perspektiv:**

Elektrokonvulsiv terapi (ECT) er en behandlingsform hvor man utløser en spesiell hjerneaktivitet, som kalles konvulsiv eller epileptisk, ved hjelp av elektrisk stimulering (Odeberg, u.å.). Behandlingen hviler på flere hundre år gamle observasjoner som viser at enkelte akutte psykiske sykdomstilstander kunne heves hvis pasienten fikk et epileptisk anfall. Flere pasienter ble fullstendig friske ved behandlingen på 1930-tallet, men på grunn av manglende behandlingsmåter for alvorlig psykisk syke, ble ECT etter hvert prøvd i mange ulike situasjoner. Dette var ikke alltid så framgangsrikt og behandlingen kom i vanry (Odeberg, u.å.).

Bøe (1994) henviser til Kelstrup (1977) og forteller at sjokkbehandling ble tatt i bruk ved at to forhold ble registrert: Det første var at epilepsi og schizofreni sjelden forekom samtidig. Det andre var at slaktere i Romas slaktehus bedøvet griser med elektroshokk før de ble slaktet, og at sjokkene kunne gi epileptiskliknende anfall. Bøe (1994) sier at behandlingen bygde på hypotesen om at ekstreme påkjenninger i form av epileptiske anfall eller sjokk produserte en vitaliserende substans i hjernen. Elektroshokk ble tatt i bruk samme året det ble oppfunnet av Cerletti, i 1938, ved Dale asyl, og det var ikke uvanlig med benbrudd under behandlingen (Bøe, 1994).

### **2.4 Elektrokonvulsiv terapi – dagens behandling:**

ECT har i dag vært brukt i over sytti år, og d’Elia og Bergsholm (1997) sier at det er en utprøvd og sikker metode som brukes ved psykiatriske avdelinger i alle landets fylker. ECT utløser ved hjelp av elektrisk stimulering en raskt forbigående økning av hjerneaktiviteten. Det er altså ikke strømmen i seg selv som har effekt på sykdommen som

behandles, men den økte hjerneaktiviteten som varer mellom 20-60 sekunder (d'Elia og Bergsholm, 1997).

I dag gis ECT under strengt kontrollerte former under anestesi fremkalt av et hurtigvirkende innsovningsmiddel forteller Odeberg (u.å.). Når pasienten sover, gir anestesilegen et muskelavslappende middel, for å unngå sterke muskelrykninger. Dette gjør behandlingsprosedyren udramatisk. Ved konvulsiv aktivitet, sier Odeberg (u.å.) at det normale vekselspillet mellom ulike hjerneceller har blitt erstattet med at alle hjernecellene får en impuls til å utlades samtidig. Hjernen har innebygde program som stenger av den konvulsive aktiviteten og gjenoppretter orden. I denne prosessen frigjøres en mengde substanser som utgjør behandlingseffekten (Odeberg, u.å.).

Moksnes, Vatnaland og Torvik (2006) forklarer at hele prosedyren tar 10-15 minutter fra innsovning til pasienten sendes til oppvåkning. Under behandlingen monitoreres EEG, EKG, puls og O2-metning. Blodtrykk måles før og etter behandlingen (Moksnes, Vatnaland & Torvik, 2006).

Moksnes mfl. (2006) forklarer at de vanligste indikasjonene for behandlingen er alvorlig depresjon med selvmordsfare, spisevegring, katatone tilstander og fødselsdepresjoner. Matre (2007) henviser til Ekeberg (2006, 126: 1728) som skriver i Tidsskrift Norske Lægeforening at ECT er en effektiv og skånsom behandling mot alvorlige depresjoner, særlig i tilfeller med vrangforestillinger og psykomotorisk hemning. Elektrokonvulsiv terapi kan også i noen tilfeller være aktuelt for pasienter med maniske tilstander eller Parkinsons sykdom (Moksnes mfl., 2006).

## **2.6 Pasienterfaringer med ECT:**

Elektrokonvulsiv terapi innebærer en lang prosess for pasienten. Først er det bestemmelsesprosessen hvor pasienten vurderer om han skal samtykke til behandlingen, så kommer behandlingsprosessen som tar flere uker, eventuelt flere måneder ved vedlikeholdsbehandling, også oppfølgingen i etterkant av behandlingen.

Studien Smith, Vogler, Zarrouf, Sheaves og Jesse (2009) gjorde viser at bestemmelsesprosessen og ettervirkningene av behandlingen var de periodene som la grunnlag for erfaringene pasientene satt igjen med i etterkant av behandlingen (Smith mfl., 2009).

I forkant av behandlingene, i bestemmelsesprosessen, var frykten for mental sykdom en sentral bekymring for pasientene (Smith mfl., 2009). I etterkant av ECT- behandlingene

var det tanker om fordeler, tap, motløshet og det å være dårlig informert som opptok pasientene (Smith m.fl. 2009).

Mange følte at ECT reduserte deres depresjon og suicidale tanker, men mange følte også på tap som følge av behandlingen. Noen følte ikke behandlingen hjalp i det hele tatt, mens andre hadde god hjelp i behandlingen, men sa i etterkant at det ikke varte lenge (Smith m.fl.2009). Mange følte at de ikke hadde blitt tilstrekkelig informert om risikoene ved ECT forteller Smith m.fl. (2009). Smith m.fl. (2009) skriver også at selv om noen pasienter beskrev positive fordeler ved ECT, så opplevde alle deltakerne i undersøkelsen et større hukommelsestap enn de hadde forventet. Til tross for hukommelsestap var det noen som følte at ECT var det rette for dem. Det alle deltakerne var enige i var at de hadde foretrukket mer informasjon om det mulige hukommelsestapet (Smith m.fl. 2009).

En annen studie, utført av Lauren Rayner, Kerry Kershaw, Dalia Hanna og Robert Chaplin viser også behovet for å forbedre informasjonsprosessen. Flere forskere har utført studier basert på spørreskjemaer for å forstå pasienter som mottar ECT sitt perspektiv, forteller Rayner m.fl. (2009). Disse viser høy tilfredshetsfaktor, men også frykt for behandlingen, negative kognitive ettervirkninger post ECT og mangel på informasjon om ECT og bivirkninger.

En studie gjort i Norge, er den kvantitative studien medisinerstudent Øystein Kismul Matre gjorde i løpet av sine studieår i forbindelse med en studentoppgave. Han gjorde et pilotstudium for å kartlegge pasienters holdninger til og erfaringer med ECT- behandling. Denne studien er ikke utgitt i noe tidsskrift, men det er klart gjort rede for litteratur, litteratursøk, valg av metode, forskningsdesign og populasjon. Regional etisk komité og personvernombudet har godkjent arbeidet Matre har gjort i samarbeid med sin rettleder prof.dr.med. Øivind Ekeberg. Det er ikke oppgitt noe årstall i selve oppgaven, men ved at jeg tok kontakt med Matre via Facebook har han opplyst at oppgaven ble skrevet i 2007.

Studien viste at pasientene i moderat grad var tilfreds med informasjonen de fikk om ECT og dens bivirkninger før behandlingen (Matre, 2007). Pasientene følte seg i liten grad presset til å ta imot behandlingen, men opplevde i moderat grad frykt før første behandling. Matre (2007) forteller i sin drøfting at andre studium viser at media har stor påvirkningskraft i form av frykt og feiloppfatninger av behandlingen.

Studien viste at pasientene i ganske høy grad mente de hadde hatt bruk for ECT (Matre, 2007). En tredjedel av deltagerne sa de ble helt friske av behandlingen, mens halvparten følte de ble bedre forteller Matre (2007).

Når det gjelder bivirkninger kan Matre (2007) fortelle at pasientene som deltok i undersøkelsen i liten til moderat grad var plaget med hukommelsesproblem etter hver behandling. Etter avsluttet behandling var graden av hukommelsesproblem likt fordelt på tre svaralternativ: 1/3 svarte ”i liten grad,” 1/3 svarte ”i moderat grad” og 1/3 svarte ”i ganske høy grad.” Pasientene følte derimot ”i ganske høy grad” at deres klager på eventuelle bivirkninger ble tatt alvorlig. Matre forteller videre at pasientene i ganske til meget høy grad ville valgt ECT om de ble syke igjen. Samtlige pasienter ville anbefale behandlingen til andre (Matre, 2007)

## **2.7 Sykepleiers rolle:**

Chatterjee (2005) beskriver en guide som foreslår at ECT- sykepleiere bør ha gjennomgått et introduksjonsprogram som omhandler framgangsmåter, prosedyrer, medisinsk utstyr, sikkerhet og klinisk administrasjon ved behandlingen (Chatterjee, 2005). Selv om denne guiden går direkte inn på behandlingssituasjonen kan den likevel nyttes for generell sykepleie til ECT- pasienter. Den sier blant annet at ”sykepleien bør starte så snart pasienten blir tilbudt ECT. Pasienten, familie og andre pårørende burde få muligheten til å uttrykke sine tanker og bekymringer slik at sykepleieren kan ta tak i disse,” (Chatterjee, 2005). Den sier også at ”en sykepleier bør være tilstede når pasienten får informasjon i forbindelse med samtykke, slik at de kan minne pasienten på ting de glemmer (...),”(Chatterjee, 2005). ”Etter prosedyren bør sykepleier sørge for betrygging og reorientering av pasienten (...)” (Chatterjee, 2005.)

To dilemmaer som sykepleiere støter på kom fram i Gass (2006) sin studie: usikker rolle og usikre relasjoner: ”Å være der,” som innebærer engasjement, tilstedeværelse og fraskillelse, er kjernen av sykepleiers handlinger i ECT-dramaet (Gass, 2006). Gass (2006) diskuterer uttrykkene å være der, engasjement, tilstedeværelse og fraskillelse og hevder at det eksisterer en spenning mellom sykepleiers ansvar som vokter og eventuelle terapeutiske ambisjoner de måtte ha. Å være engasjert innebærer å utvikle en forståelse av pasientens opplevelse sier Gass (2006). Men han fremhever også at sykepleier må balansere det ”å være med den andre” og samtidig vite at hun ”ikke er den andre.”

## 3.0 Metode:

### 3.1 Litteraturstudium som metode:

I denne oppgaven bruker jeg systematisk litteraturstudium som metode. En forutsetning for å kunne bruke denne metoden er at det allerede eksisterer et stort nok antall av studier av god kvalitet som kan utgjøre grunnlaget for mine bedømmelser og konklusjoner sier Forsberg og Wengström (2003). I systematiske litteraturstudier påpeker de at det skal være en tydelig problemstilling, samt klart beskrevne kriterier og metoder for søking og utvalg av artikler. Alle relevante studier som er kvalitetssikret skal inkluderes og svake studier skal utelukkes (Forsberg og Wengström, 2003). Undersøkelsesobjektene likner objektene i virkeligheten som resultatene skal generaliseres til. Alle klinisk viktige konsekvenser skal belyses. Både nytte, risiko og kostnader skal presenteres (Forsberg og Wengström, 2003).

Definisjonen på systematisk litteraturstudie er at *"den utgår fra en tydelig formulert problemstilling som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning,"* (Forsberg og Wengström's. 31, 2003).

### 3.2 Metodekritikk:

En forutsetning for et litteraturstudiums troverdighet er at det finnes tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som en kan bygge på (Forsberg og Wengström, 2003). Litteraturens troverdighet og validitet avgjør med andre ord litteraturstudiets troverdighet. Er forskningsstudiene som blir brukt lite troverdig, vil også litteraturstudiet ikke kunne si noe sikkert om problemstillingen. Forskningsstudiene jeg har brukt er av ulik kvalitet, men viser ganske like resultater og peker på de samme problemstillingene i forhold til ECT, pasienterfaringer og sykepleiers holdninger. Mitt studium er aktuelt i tiden, da dette er et tema som tas opp i media. I tillegg er det en økning i bruken av ECT i landet vårt, som mange ser på som en forringelse av psykiatrien i Norge.

Jeg mener at dette studiet har høy aktualitet, da dette er et tema som er veldig omdiskutert og bærer med seg en fortid som er meget kritikkverdige. Utfordringen med studiet var å finne forskningsstudier med tilfredsstillende deltakelsesprosent. Dette berører studiets validitet i den grad at det ikke er lett å se konkrete resultater eller trekke slutninger ut fra disse.

### **3.3 Søkestrategi:**

Jeg brukte først og fremst søkemotoren Ovid Nursing Database for å finne frem til relevante sykepleiefaglige forskningsartikler. Denne var mest hensiktsmessig fordi jeg kunne søke på engelsk og enkelt kombinere søkeord for å spisse søkene mine. Mye av forskningen som er gjort i forhold til elektrokonvulsiv terapi er gjort og publisert på engelsk. Jeg fant noen studier som var gjort i Norge, men de engelske var større og hadde mer reliabilitet.

Jeg fant studier som var gjort både i forhold til pasienterfaringer og i forhold til sykepleiers rolle underveis i ECT- behandlingen. Både kvalitative og kvantitative forskningsmetoder var brukt i studiene. Noen kombinerte begge metodene i én studie.

Jeg har funnet fem sykepleiefaglige forskningsstudier som jeg ønsker å bruke i studiet mitt. Jeg valgte artikler ved å lese gjennom abstraktet og hva artiklene handlet om. Jeg brukte søkeordene "Electroconvulsive Therapy", "Mental Health", "information", "nursing," "care", "caring", "patient education" og "patient perspective". Det holdt som regel å kombinere "electoconvulsive therapy" med et annet søkeord, fordi det var begrenset hvor mange artikler som omhandlet ECT. Se vedlegg 3 for søkehistorie.

### **3.4 Kildekritikk:**

De studiene jeg har valgt å bruke har jeg vurdert ved hjelp av Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt og Reinart (2008) sin bok: "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert." Jeg har brukt sjekklister for henholdsvis kvalitativ metode og tverrsnittsstudie. Se vedlegg 2.

Av pensumlitteratur har jeg brukt det jeg kan men den sier ikke mye om selve temaet jeg har valgt, derfor har jeg brukt en del annen litteratur for å bygge teorien på: håndbøker, lærebøker og jus. Jeg har brukt noen artikler/informasjonshefter skrevet av anerkjente leger i ECT- miljøet og som brukes til pasientinformasjon. Jeg har prøvd så langt det er mulig å bruke førstehåndskilder, men også sett meg nødt til å benytte annenhånds litteratur (Dalland, 2007).

### **3.5 Etske overveielser:**

Fusk og uhederlighet får ikke forekomme innen forskning. Dette presiseres ved at vi har forskningsetiske komiteer som gir råd og veiledning i etiske spørsmål (Dalland, 2007). Nå er det ikke forskning det jeg driver med, men jeg ønsker likevel å overholde de etiske prinsipper som gjelder. I systematiske litteraturstudier, sier Forsberg og Wengström (2003), at man må velge studier som er godkjent av en etikkkomité eller hvor det er gjort etiske overveielser. Man skal også redegjøre for artikler som blir brukt i studiet samt arkivere disse

på et sikkert sted i ti år (Forsberg og Wengström, 2003). Alle resultat skal presenteres, både de som støtter ens eget ståsted og de som ikke gjør det påpeker Forsberg og Wengström (2003). I systematiske litteraturstudier stilles det spørsmål til litteraturen i stedet for til personer. Gangen i et slikt studium går slik: reflektere og søke informasjon, vurdering, analyse, sammenligning samt utgivelse og presentasjon (Forsberg og Wengström, 2003).

## 4.0 Presentasjon av forskningsstudier:

Tre av de sykepleiefaglige forskningsartiklene jeg har valgt ut sier noe om prosessen pasienter som mottar ECT går gjennom og hvilke erfaringer pasientene har med behandlingen i forhold til virkning og bivirkning. To av artiklene går inn i sykepleiers rolle og holdninger rundt behandlingen. Det viser seg at sykepleiere har vansker med det å forholde seg til behandlingen med tanke på at de skal ha en relasjon til pasienten som støtteperson og hjelper, og samtidig "selge" ECT. Det er ikke tydelig, men det er muligens også en sammenheng mellom nivå av kunnskap om behandlingen og holdninger til den. De som har kunnskap og personlig erfaring med behandlingen har en mer positiv holdning til ECT enn de som ikke vet så mye om dagens behandling.

De tre artiklene som går inn på pasientens erfaringer med ECT behandling, viser at det er en krevende prosess å takke ja til behandlingen. Så krevende at ikke alle med alvorlige sinnslidelser føler seg kompetent til å ta denne avgjørelsen. De fleste føler også at informasjonen som blir gitt ikke er tilstrekkelig eller gir et reelt bilde av mulige bivirkninger.

I artikkelen "The knowledge and attitudes of mental health nurses to electroconvulsive therapy," undersøkte John P. Gass kunnskapen og holdningene en gruppe sykepleiere hadde i forbindelse med elektrokonvulsiv terapi. Studien ble utgitt i "Journal of Advanced Nursing" i 1998. Denne studien viser at graden av kunnskap om ECT kan relateres til hvor lang erfaring sykepleiere, som jobber innen mental helse, har og deres område for klinisk praksis. Mange mente at de hadde tilstrekkelige kunnskap om behandlingen, men undersøkelsen viste store variasjoner i faktisk kunnskap. 94 kvinner og 73 menn deltok i undersøkelsen. 80 % av disse hadde mer enn 5 års erfaring som sykepleier. Deltakerne mente selv at deres nivå av kunnskap om ECT- behandling var adekvat eller bedre. Undersøkelsen viste at deltakerne hadde en del kunnskap om de vanligste bivirkningene og indikasjonene for



behandlingen, men når det gjaldt selve behandlingsmetoden var deltakerne mindre kunnskapsrike.

Holdningene til ECT i denne studien var tydelig relatert til plassen sykepleierne praktiserte og deres grad av kontakt med pasienter som mottok behandlingen. Videreutdanning hadde også noe si for holdningene sykepleiere hadde i forhold til ECT-behandling. Høyere kunnskapsscore ble funnet hos de sykepleierne som hadde en mer positiv holdning til behandlingen. Men Gass (1998) sier også at på grunn av lav respons på undersøkelsen kan man ikke være sikker på at en slik sammenheng mellom kunnskap og holdninger er noe mer en tilfeldig. Gass (1998) foreslår at kunnskapsnivået angående ECT bør økes hos sykepleiere som jobber med mental helse, slik at de er forberedt både med tanke på kunnskap og i forhold til egne holdninger.

”The patient perspective of the consent process and side effects of electroconvulsive therapy,” er en studie gjort av Lauren Rayner, Kerry Kershaw, Dalia Hanna og Robert Chaplin. Studien ble utgitt i “Journal of Mental Health” i oktober 2009. Meningen med studien var å undersøke pasienters erfaringer med elektrokonvulsiv terapi. Fokuset i studien var prosessen inntil samtykke ble gitt og behandlingens bivirkninger. 389 pasienter fylte ut spørreskjemaet som ble brukt. Studien viser at oppimot halvparten av pasientene som mottar ECT-behandling opplever en grad av hukommelsestap. Samtykke- prosessen ble vurdert til å være tilstrekkelig god, men med et mulig unntak av tilveieskaffelsen av skriftlig informasjon og samtale om alternativer til ECT og konsekvensene av ikke å motta behandlingen. Undersøkelsen fikk også frem at 72 % av de pasientene som kommenterte på om ECT virket eller ikke, sa at behandlingen forbedret deres tilstand.

De som deltok i undersøkelsen var mellom 20 og 96 år. 267 av pasientene var innlagt da studien fant sted, 84 var ikke innlagt og 18 ble behandlet som både inne- pasienter og utepasienter. Ikke alle pasientene skrev under på samtykke før behandlingen. 67 pasienter kommenterte at legens forklaringer var ufullstendige. Mange pasienter, til tross for å ha skrevet under på samtykke, følte at de ikke frivillig valgte å motta ECT. Noen følte seg presset til å ta avgjørelse før de var klare. 49 % av pasientene mente de hadde lidd av hukommelsestap, 21 % slet med hodepine og 10 % sa at de følte seg slappe eller trøtte. 10 % av pasientene sa de ikke hadde hatt noen bivirkninger i det hele tatt. De positive erfaringene med ECT ble beskrevet med ord som mirakuløs og fantastisk. Noen pasienter bemerket at ”uten ECT, ville jeg ikke vært her” og ”ECT er det eneste som hjelper for meg.” Seks av

pasientene bemerket at de aldri vil motta ECT igjen, mens andre hadde et positivt syn på behandlingen til tross for store hukommelsestap.

Rayner m.fl. (2009) underbygger sine funn ved å vise til andre studier. Mangel på adekvat informasjon går igjen i disse studiene. Kliniske studier, påpeker Rayner m.fl. (2009), viser at ECT er effektivt og hjelper mange. I forhold til hukommelsestap, mener Rayner m.fl. (2009) at det er veldig viktig å måle hukommelsesfunksjonen før, under og etter behandling med ECT og foreslår at det bør forskes mer på dette området.

”Electroconvulsive therapy: The struggles in the decision-making process and the Aftermath of treatment,” er en kvalitativ studie gjort av Marilyn Smith, Jason Vogler, Fahd Zarrouf, Crystal Sheaves og Jane Jesse. Studien ble utgitt i 2009. I denne studien beskriver pasienter og deres familiemedlemmer deres oppfattelse av å bli behandlet med ECT. De ser spesielt på selve bestemmelsesprosessen forut for behandlingen og ettervirkningene av behandlingen. Studien sier noe om prosessen pasientene må gjennom før og etter ECT-behandlingen. Denne studien, viser at det er i forkant og etterkant av behandlingen at pasientene og deres pårørende har mest spørsmål og tanker omkring behandlingen. Selv om pasientene merket bedring i deres depresjon og suicidale tanker, kjente de på fysiske og følelsesmessige utfordringer underveis i behandlingen. Studien tar opp frykten for psykisk lidelse, siste utveis – tanke og fordeler og ulemper med behandlingen ut i fra pasientenes ståsted.

Alle deltakerne i denne studien snakket om frykten for å ha en mental lidelse, og noen pårørende fortalte om hvordan de måtte begynne å ta pasientens avgjørelser når de ble syke. På grunn av pasienters dårlige respons på den daværende behandlingen følte både pasienter og pårørende seg maktesløse. Selv om de fryktet ECT, begynte mange å tro at dette var deres siste utvei. Mange av deltakerne i undersøkelsen trodde at deres avgjørende samtykke til å motta ECT var bygget på deres behov til å gjøre akkurat det legen deres anbefalte.

Selv om mange av pasientene og deres pårørende følte at ECT minsket deres depresjon og suicidale tanker, understrekte mange deltakere de fysiske og emosjonelle kampene de måtte kjempe seg gjennom i etterkant av behandlingen. Tap, som mange følte på, var i form ADL-funksjoner, minner og deres evne til å få jobb. Tapene av ADL- funksjoner var spesielt vanskelige for de pårørende å takle. Pasientene husket ikke hva de skulle gjøre rett etter behandlingene og omsorg og assistanse ble overlatt til pårørende. Pasienter beskriver at de glemte hvordan de skulle ta en dusj, eller stod i et rom i huset sitt og glemte hvor de var. Mange pasienter i undersøkelsen følte seg misfornøyde med resultatene av behandlingen. De

fortsatte å være deprimerte, og tvilte på at de hadde tatt rett avgjørelse angående å motta ECT. Ingen følte seg lurt, men følelsen av å være dårlig informert om risikoene ved ECT var stor. Men til tross for alle disse negative aspektene var det noen pasienter som mente at ECT var det rette for dem.

”The decision making process of older adults who elect to receive ECT,” er en fenomenologisk studie gjort av Amazon, McNeely, Lehr og Marquardt (2008). Studien undersøker prosessen eldre voksne, som er mentalt syk, går gjennom når de velger å ta imot ECT- behandling. Sju eldre voksne som ikke led av demens tok del i studien. Studien tar opp temaer som støtte, trygghet, tidligere erfaringer og desperasjon. Resultatene av denne studien viser at det største hindret i avgjørelses- prosessen er stigmaet mental sykdom. Støtte fra familie var viktig i avgjørelsesprosessen. Familiemedlemmer eller venner som deltakerne kunne snakke med virket oppmuntrende på deltakerne. Det kom også tydelig frem i studien at det var viktig for deltakerne å ha noen å stole på som kunne hjelpe dem i avgjørelsesprosessen. I tillegg måtte de ha en følelse av å kunne stole på legen eller behandlingsteamet for å kunne ta denne avgjørelsen. 5 av de 7 deltakerne hadde tidligere erfaring med behandlingen og hadde respondert godt på behandlingen. Selv om deltakerne syntes behandlingsprosessen var ubehaglig, var de fornøyde med remisjonen av symptomene deres. Alle deltakerne indikerte også at en følelse av desperasjon og et sterkt behov for å bli frisk. Selv om det var mye som talte for å ta imot behandlingen, var stigmaet av å være mentalt syk eller å ha mottatt ECT, et stort hinder for deltakerne.

Amazon m.fl. (2008) påpeker at mange aspekter i bestemmelsesprosessen ennå er utforsket. For eksempel det aldersrelaterte aspektet eller mennesker med mental sykdom, slik som depresjon, sin kapabilitet til å ta avgjørelser. Flere av deltakerne i denne studien sier at de ikke var i stand til å ta del i avgjørelsen om å motta ECT før første behandling. Deres familie var veldig viktig i denne prosessen og sørget for støtte og oppmuntring. Det kommer også frem at deltakerne trodde familien ønsket at de skulle takke ja til ECT, og det ble viktig for dem å gjøre det familien ønsket. Andre venner og betydningsfulle andre var også viktige i denne prosessen. Et sosialt nettverk og noen å snakke med gav disse deltakerne en følelse av oppmuntring. Videre uttrykte deltakerne at de stolte på familiene deres til å hjelpe dem i deres avgjørelse. I tillegg følte deltakerne at de til en viss grad måtte stole på legen deres i avgjørelsen de måtte ta. I tillegg til at gode leger/ psykiatere gjorde det lettere for deltakerne å ta avgjørelsen om å motta ECT, var remisjon av symptomer et viktig aspekt i avgjørelses-

prosessen. Samtaler med andre som hadde mottatt ECT tidligere var viktig for de som fikk behandling for første gang.

Alle deltakerne i studien til Amazon m.fl. (2008) indikerte gjennom sine kommentarer en følelse av desperasjon. De var kommet til et punkt hvor en forandring måtte skje. Selv om ECT ikke er "en siste- utveis- behandling," følte mange at dette var deres siste behandlingsmulighet til å bli frisk. Den store hindringen for deltakerne var stigmaet av å ha en mental sykdom eller det å være en som har mottatt ECT. De fryktet hva folk ville si hvis de visste at de hadde mottatt ECT- behandling. I denne sammenhengen sier Amazon m.fl. (2008) at mennesker og samfunnet som en helhet fortsatt ikke forstår mental helse og dens behandling og derfor har diskriminerende holdninger angående det som handler om mental helse. Deltakerne poengterte at de ikke går rundt og snakker om at de har mottatt ECT, samtidig som de ser behovet for å kjempe imot stereotypene og stigmaet rundt mental helse og ECT- behandlingen. Amazon m.fl. (2008) hevder at å bryte ned stigmaet rundt mental sykdom og diskrimineringen mennesker møter ser ut til å være det området som vil ha størst klinisk betydning når det gjelder ECT, og helsepersonell innen psykiatrien bør bli bedre utdannet slik at de kan være pasientenes beste advokater.

Artikkelen "Electroconvulsive therapy and the work of mental health nurses: A grounded theory study," skrevet av John Gass i 2008, bygger på en kvalitativ studie om hvordan sykepleiere som jobber innen mental helse jobber med pasienter som mottar ECT-behandling. Studien tar utgangspunkt i et tema og et forskningsspørsmål og er utført ved hjelp av ikke-deltagende observasjoner og ustrukturerte intervjuer. 20 sykepleiere og 4 sykepleiestudenter deltok i studien. Undersøkelsen ble utført ved National Health Service hospitals i Skottland. Studien viser at sykepleieres handlinger involverer to rollegrupper; relasjonelle roller og behandlingsroller, og to dilemmaer; usikre roller og usikre relasjoner. Kjernekategoriene "å være tilstede" gjør rede for sykepleiers handlinger i ECT-dramaet. "Å være tilstede" omfatter å være engasjert og være i nåtiden, men det er også viktig for sykepleiere å slippe pasientene slik at de kan klare å styre deres kontakt med pasienten.

Sykepleiers arbeidsrelasjon med ECT-pasienter kan bli satt i en kontekst av å oppnå pasientens aksept for behandlingen, delta i behandlingen og i utførelsen av behandlingen og rekonvalesenstiden. Dette sier Gass (2008) fører til drama for sykepleiere i form av oppfatninger om behandlingen, involvering (om sykepleier ønsker eller ikke), plassering av pasienter i kategorier ("de vanlige", "bekymrerne", "første-gangerne", "typiske tilfeller", og "tvilerne"), og relasjoner, som er en sentral del av sykepleiers arbeid.

Sykepleiers rolle overfor pasienten går ut på å gi informasjon, overtale og være en støtte for pasienten (Gass, 2008). Sykepleier må alltid prøve å finne ut av ”hvor pasienten er” og gi informasjon etter behov. En sykepleier i Gass’ (2008) studie sier at for ”første-gangere” må man holde detaljene enkle, og bryte informasjonen ned i mindre bolker. Noen pasienter er tvilende og overtalelse i form av informasjon og støtte er viktig kommenterer en annen sykepleier i Gass’ (2008) studie. Det er alltid å foretrekke å få pasientens samtykke sier hun i Gass (2008). Ventetiden før behandling, sier sykepleierne, er en avgjørende tid. Her kan støtte, og det å ta fokuset over på noe annet hjelpe pasienten. Å bruke humor og å fokusere på de positive aspektene ved ECT hjelper på å redusere anspenthet hos pasientene forteller sykepleierne (Gass, 2008).

## **5.0 Drøfting:**

Studiene jeg har valgt å ha med i denne oppgaven, viser at pasienter har ulike erfaringer (Amazon m.fl. 2008) med behandling av elektrokonvulsiv terapi, men erfaringene er generelt noe mer positive enn jeg hadde forventet.

Jeg skal her drøfte problemstillingen min og ser det hensiktsmessig å dele denne opp i ulike tema. Temaene jeg har valgt å bruke er de jeg fant sentral i forhold til pasientenes erfaringer: Frykt og stigma, informasjon, bivirkninger og støtte og tillitt. Til slutt drøfter jeg sykepleiers rolle i forbindelse med behandlingen.

### **5.1 Frykt og stigma:**

Det viser seg at en av de største utfordringene pasientene møter er frykten for å bli stemplet som psykisk syk og stigmaet som ligger i det å ha en mental lidelse forteller Amazon m.fl. (2008). I løpet av min egen praksis på DPS opplevde jeg at ikke alle pasientene syntes det var lett å være innlagt på en psykiatrisk avdeling, og det var strenge regler for hvordan personalet skulle forholde seg til pasienter de møtte på gaten eller andre offentlige steder. Ikke alle ønsket å bli assosiert med en som hadde vært innlagt på DPS. Amazon m.fl. (2008) mener at det mest virkningsfulle i forhold til publikums holdninger vil være å bli kvitt stigmaet rundt mental sykdom og den diskrimineringen pasienter møter.

Chatterjee (2005) siterer Stephen Finch (formann i en ECT-gruppe i nord-vest England og medlem av komiteen for ”National Association of Lead Nurses in ECT”) når han sier at folk har forutinntatte meninger om hva ECT er. Deltakerne i studien Amazon m.fl. (2008) utførte, kommenterte at de gikk ikke rundt og snakket om behandlingen de hadde

mottatt. I forbindelse med denne frykten pasientene opplever, mener Amazon m.fl. (2008) at media kan spille en sentral rolle. Matre (2007) sier i sin studie at ”media har stor påvirkningskraft og at deres ensidige vinkling har resultert i feiloppfatninger av behandlingen.” Det har vist seg at frykt og feiloppfatninger blir redusert hos de pasientene som får en god forklaring på hvordan behandlingen foregår sier Matre (2007).

Amazon m.fl. (2008) mener at vi trenger å få brutt ned stigmaet rundt mental sykdom og tatt knekken på diskrimineringen pasienter opplever å bli møtt med. De mener at de diskriminerende holdningene folk har kommer av at de ikke forstår mental helse og dens behandling. Chatterjee (2005) siterer Stephen Finch (formann i en ECT-gruppe i nord-vest England og medlem av komiteen for ”National Association of Lead Nurses in ECT”) når han sier at folk har forutinntatte meninger om hva ECT er og at publikums holdninger har hatt en innvirkning på sykepleieres holdninger. Chatterjee (2005) henviser til denne nye veilederen for ECT-sykepleiere som oppmuntrer sykepleiere til å diskutere ECT-behandlingen åpent slik at den kan bli akseptert. I Matre sin studentoppgave siterer han Norsk Psykolog Forening sin veileder som poengterer at hvis behandlingen av depresjoner skal bli bedre for de som mottar ECT, må behandlingsformen bli bedre kjent for behandlere og publikum, slik at man unngår misforståelser og kan ta beslutninger etter saklige overveielser basert på kunnskap (Selle i Matre, 2007).

## **5.2 Informasjon:**

Det jeg selv opplevde i praksis var at pasientene hadde flere kilder til informasjon når det gjaldt ECT. Først var det behandlende lege og sykepleier på DPS, så var det ECT- teamet ved det behandlende sykehuset, i tillegg til skriftlig informasjon som tok for seg behandlingens gang, bivirkninger, effekt, diagnoser som ble behandlet og forberedelser før hver behandling. Det viser seg likevel at pasientene ikke helt forstår alle aspektene ved ECT før de skriver under på samtykke (Rayner m.fl. 2009). Dette mener Rayner m.fl.(2009) kan ha noe å gjøre med hvordan legene informerer pasientene, at de belyser enkelte sider ved behandlingen mer detaljerte enn andre. Noen pasienter får ikke skriftlig informasjon i det hele tatt før de skriver under samtykke (Rayner m.fl. 2009). Enkelte leger finner det utfordrende å informere pasientene utdypende om behandlingen (Rayner m.fl. 2009). Et annet aspekt som kan virke inn er hvordan informasjonen blir tatt imot. Pasienter med alvorlig depresjon kan ofte ha vanskeligheter med å forstå og huske det legen sier. Amazon, mcNeely, Lehr and Marquardt (2008) påpeker at enkelte pasienter føler seg for deprimerte til å ta del i samtykkeprosessen. Psykiatriske pasienter kan føle seg maktesløse og sårbare og senere ha en

følelse av å ha blitt tvunget hvis det ikke blir gjort klart at det forventes at de tar aktiv del i samtykkeprosessen hevder Smith, Vogler, Zarrouf, Sheaves og Jesse (2009). Smith m.fl. (2009) hevder at oppfatningen pasienter og deres familier har angående ECT er avgjørende for forståelsen av hensikten knyttet til å få ECT-behandling. De sier at til og med etter at pasienten har mottatt all informasjon, kan forståelsen være mindre enn adekvat for å skrive under på samtykke.

I følge Pasientrettighetsloven (1999) har pasienter rett på informasjon om innholdet i helsehjelpen, samt mulige risikoer og bivirkninger. Samtidig har helsepersonell plikt til å gi denne informasjon ifølge Helsepersonelloven (1999). Med andre ord er det lovstridig ikke å gi pasienter adekvat informasjon om behandlingen de skal gjennom. Ut i fra det Kari Martinsen (1981) sier om det å anvende kunnskap på en måte som pasienten kan forstå mener jeg at det å informere pasienten er en form omsorg og et forsøk på å gjøre pasienten trygg. Det kan også øke pasientens deltakelse i sin egen situasjon på den måten at han kan få anledning til å spørre spørsmål og sette ord på sine tanker og følelser.

Jeg spør meg selv om hvor mye informasjon vil egentlig være nok om en behandling som er så omstridt og som kan skape så mange ambivalente følelser hos pasientensom ECT? Mengden informasjon som gis må vurderes i forhold til pasientens, og eventuelt pårørendes, behov for informasjon og pasientens evne til å ta imot informasjon uten å stride imot pasientens lovfestede rettigheter. Det er jo en kjensgjerning at det er vanskelig å forstå noe fullt ut før en har gjort sine egne erfaringer med det. Det jeg ser på som viktig i denne sammenheng er det Martinsen påpeker som kjennetegn på en god sykepleier: å forstå hva som er best for pasienten i den gitte situasjonen og bevare hans integritet. Hun mener at pasienten må gjøres deltakende ved å skape trygghet mellom sykepleier og pasient. Martinsen påpeker at sykepleier må anvende kunnskap på en måte som pasienten kan forstå, og la menneskelighet og faglighet spille på lag slik at pasienten kan oppleve seg sett, hørt og forstått. Om denne saken sier Matre (2007) at ”pasientene i mange tilfeller kan ha fått informasjon, men siden glemmer hva som har blitt sagt. Dette kan likevel ikke forklare alt, og en må jobbe videre med å få bedre metoder for å nå fram med informasjonen.”

### **5.3 Bivirkninger:**

ECT er en rask og effektiv behandling sier Rayner m.fl. (2009) og mange opplever en forbedring i deres tilstand, men denne er ofte midlertidig. På den andre siden rapporterer Rayner m.fl. om pasienter som tidligere har hatt god effekt av ECT som får avslag på egen forespørsel om ny behandling. Noen pasienter skrev i sine svar på studien til Rayner mfl.

(2009) at ECT var det ”eneste som virket på dem” og at de ”trodde de ikke ville vært her i dag hvis det ikke hadde vært for ECT’en.”

ECT er ifølge Nasjonalt Kunnsakssenter (2007) ikke forbundet med alvorlige og langvarige skadeeffekter. Forskning viser at den mest vanlige bivirkningen ved ECT er hukommelsestap tett fulgt av hodepine og trøtthet (Rayner m.fl. 2009). Over halvparten opplever at hukommelsen blir berørt i noe grad etter behandlingene forteller Rayner m.fl. (2009) og viser til andre studier som viser det samme. Noen pasienter ser ut til å la virkningen av behandlingen spille en høyere rolle enn bivirkningene av den, mens andre etterlyser mer forskning på langtids-virkningen ECT har på hukommelsen (Rayner mfl. 2009). Rayner m.fl. (2009) påpeker at både depresjon og ECT kan påvirke pasienters hukommelse og noen opplever vedvarende plager. Det er nødvendig å måle hukommelse før, under og etter en behandlingsserie med ECT mener Rayner m.fl. (2009). Det som er tydelig i forbindelse med ECT er at pasienten stiller seg i en sårbar situasjon og har et stort behov for omsorg. I dette ligger det etter min mening en utfordring til alt helsepersonell som har med disse pasientene å gjøre om å sette seg inn i deres situasjon og ta deres opplevelser på alvor og vise forståelse for utfordringene ECT kan føre med seg. Kristoffersens (2005) tolkning av Kari Martinsens omsorgsteori sier at vi ikke må være likegyldige til pasientens utleverthet og ødelegge grunnlaget for tillitten og relasjonen mellom pasient og sykepleier. Vi må lytte til deres opplevelse av behandlingen og ta de bivirkningene de opplever på alvor. I Matre (2007) sin studie presenteres det som et positivt aspekt at mesteparten av pasientene følte at deres klager på eventuelle bivirkninger ble tatt på alvor.

#### **5.4 Støtte og tillitt:**

I studien til Amazon m.fl. (2008) kommer det også frem at noe av det som er viktig for pasientene er støtte fra familie og at de kan stole på menneskene rundt seg i prosessen som ECT innebærer. Jeg har imidlertid opplevd at ikke alle med psykiske problemer ønsker å innlemme familien i deres situasjon. Disse kan nok ha større vansker med å møte utfordringer, slik som ved ECT, og trenger dermed i større grad støtte fra helsepersonellet rundt dem. Kari Martinsen er en sterk forkjemper for tillitt mellom pasient og sykepleier (Kristoffersen, 2005), som skapes gjennom ”å være åpent og nærværende tilstede hos pasienten, og kjempe frem en tydning av hans situasjon og hva han trenger,” mener Martinsen (1989 i Kirkvold, 1998).

Avslutningen av selve behandlingen viser seg å være en utfordrende tid for pasientene viser studien til Smith m.fl. (2009). Det er nå pasientene begynner å merke bivirkningene for fult og reflekterer over den prosessen de har vært gjennom (Smith m.fl. 2009). Slik Martinsen



(1981) påpeker, er omsorg et arbeid som tar tid. Oppfølging er essensielt for pasienter som gjennomgår ECT. Det er ikke bare å overlate etteromsorgen til pårørende og håpe på det beste, men la pasienten gå gjennom de prosesser som er nødvendig for å sitte igjen med en positiv opplevelse og oppnå egenomsorg igjen.

### **5.5 Sykepleiers rolle:**

I "New guidance for ECT nurses" av Chatterjee (2005) fremkommer det at sykepleiers omsorg for pasienten bør starte så snart pasienten blir tilbudt ECT. Ikke bare "vanlig" sykepleie, men målrettet sykepleie som kan hjelpe pasienten og familie/ pårørende til å sette ord på tanker og eventuelle bekymringer de måtte ha angående behandlingen. Når dette skjer, sier "New guidance for ECT nurses" i Chatterjee (2005), kan sykepleieren handle i forhold til disse. I alle tre studiene som tar for seg pasientens erfaringer med ECT, i tillegg til studentoppgaven til Matre (2007), viser at det er et stort behov for informasjon hos pasienter som vurderer ECT-behandling. Guiden som Chatterjee (2005) forteller om presiserer også at sykepleier bør være tilstede når informasjon blir gitt slik at hun kan hjelpe pasienten å huske informasjonen og minne ham på ting som er uklart. Guiden krever faktisk at en erfaren sykepleier skal være tilstede i hvert steg av behandlingen (Chatterjee, 2005).

Dette, mener jeg, er i tråd med Martinsens teori. For at sykepleier skal kunne gi god omsorg til pasientene, må hun forstå pasientens historie og situasjon (Kristoffersen, 2005). Det må etableres en relasjon mellom sykepleier og pasient, som i følge Martinsen (1989 i Kirkvold, 1998), kan gjøre pasienten trygg og fremme hans livsmot. Da er det nok en fordel at sykepleier tar aktivt del i de prosessene som pasienten går gjennom slik at hun kan se, høre, forstå og oppleve pasientens versjon av livet og på denne måten la menneskelighet og faglighet spille på lag slik Martinsen (2000) beskriver.

Det som går igjen for sykepleiere som jobber med ECT- pasienter er at de opplever en usikkerhet rundt sin egen rolle (Gass, 2008). Det ligger mye på sykepleier som både skal ha relasjon med pasienten samtidig som hun skal promotere ECT og "overbevise" pasienten om å samtykke til behandlingen (Gass, 2008). Et spørsmål jeg har stilt meg selv i løpet av disse ukene er om det eksisterer noen sammenheng mellom sykepleiers usikkerhet og medisineres holdninger til behandlingen. Legene har et naturvitenskaplig grunnlag for sin tjeneste, i motsetning til sykepleien som er fundert på en omsorgstradisjon. Så egentlig er det uviktig om legene er uenige, så lenge vi utfører våre omsorgshandlinger på grunnlag av pasientens beste. Martinsen (1998 i Kirkvold, 1998) mener at omsorg er sykepleiens fundament og tar avstand fra kunnskapssynet hun mener preger sykepleievitenskapen. Hun mener at sykepleiere har et

ansvar overfor den svake (ikke overfor hva legene måtte mene) og må utføre sine handlinger med tanke på den andres beste (Kirkvold, 1998).

Det later til at sykepleiefaglig omsorg på mange måter møter utfordringer i forbindelse med ECT- behandling. I tillegg kan jeg tenke meg at sykepleiers oppgaver er problematiske hvis ikke sykepleier selv er sikker på hva som er det beste for pasienten, som Martinsen beskriver som en viktig del av sykepleien (Kirkvold, 1998). Dette gjør det vanskelig for sykepleier å være åpen og nærværende tilstede hos pasienten, som er to viktige aspekter når en skal finne frem til den andres beste (Martinsen, 1989 i Kirkvold, 1998). Sykepleier må bare høre på legens anbefalinger og følge dem, og overlate usikkerheten til pasienten, og dermed overbevise både seg selv og pasienten ved hjelp av informasjon som er gitt og skrevet av leger.

Er det slik at pasientene kan bli frisk ved ECT alene, eller kan det være at man bør ta tak i en del underliggende årsaker til depresjonen for å løse opp i problemene? Da jeg var i praksis skjedde samtalerterapi med psykolog og ECT samtidig. Det jeg opplevde var en holdning som tilsa at ECT ikke fikser alt automatisk, pasienten må også ta tak i seg selv og jobbe for at tilværelsen skal bli bra igjen. Jeg oppfattet ikke ECT som noen mirakelkur, men en behandling som i mange tilfeller kunne lette trykket slik at det er lettere for pasienten å ta tak i livet sitt igjen, og i noen tilfeller snur rundt på pasientens tilværelse og setter livet i et nytt lys.

Sykepleiere kan ikke overlate behandlingen til legen og elektrisiteten, hun har en sentral rolle i pasientens prosesser og i mange tilfeller den som får nærmest kontakt med pasienten. Spesielt sykepleiere på døgnsentre hvor man observerer pasienten gjennom hele døgnet. Man er kanskje ikke med på selve behandlingen men kan ha en stor innvirkning og betydning for pasientens helbred. Jeg mener ikke med dette å bagatellisere innvirkningen leger og psykologer har på pasienten, men jeg mener at sykepleiere må være bevisst sin rolle som støtteperson og hjelpe pasienten gjennom de spørsmål som dukker opp underveis i behandlingen. Det er en lang prosess for pasienten, først samtykke, så behandling (kanskje med lang reise i tillegg), også tiden etterpå som er preget av refleksjon over det som har skjedd og hvordan behandlingen har virket.

Slik jeg ser det legger dette et faglig ansvar på sykepleiere som har med ECT-pasienter å gjøre. De må tilegne seg kunnskap for å kunne støtte pasienten på en adekvat måte. Sykepleier må kjenne til behandlingen, bivirkninger og alle de prosessene som pasienten går gjennom slik at hun kan være pasientens beste advokat, slik som Amazon m.fl. (2008) beskriver i sin artikkel. I tillegg kreves det mellommenneskelig sensitivitet,

innlevningsevne og skjønn slik Martinsen sier i Thorkildsen (2005), slik at sykepleier kan ta vare på den andre og ikke utøve makt som fratrar pasienten trygghet og deltakelse. Dette fordrer at sykepleiere har et menneskesyn som driver dem, et rammeverk av kunnskap som gir mål og mening med den omsorgen vi yter. Jeg vil si at vi som sykepleiere har behov for å utvikle en grunnvoll som vi kan stå støtt på og som bærer våre valg i riktig retning i alle de ulike dilemmaene vi havner i. Denne grunnvollen utvikles over tid gjennom erfaringer og fagkunnskap og ved at vi bygger opp et menneskesyn som står i stil med den omsorgen vi skal yte. Martinsen beskriver det slik: ”omsorg uttrykkes ved hjelp av en bestemt ’grunnholdning’” (Martinsen, 1989 i Kirkvold, 1998 s. 171). Dette ”krev både ferdigheter, teoretisk kunnskap og evne til mellommenneskelig sensitivitet, innlevningsevne og skjønn (Martinsen, 1996 i Thorkildsen, 2005).

## 6.0 Avslutning:

Pasienter har veldig ulike erfaringer med elektrokonvulsiv behandling. Noen blir bedre, noen har en midlertidig virkning og noen angrer på å ha mottatt behandlingen. Det er mye frykt knyttet til mental sykdom og elektrokonvulsiv behandling og det som blir viktig for pasientene er å oppleve støtte fra både helsepersonell og familie samt få tilstrekkelig informasjon om behandlingen de skal gjennom. De har også behov for å bli tatt på alvor når de opplever bivirkninger.

Sykepleiers rolle er sentral i denne behandlingsformen, og det er viktig for sykepleier å være faglig oppdatert, og samtidig være trygg på sin egen rolle slik at hun kan være tilstede for pasienten og være den støtten som pasienten har behov for. Sykepleier har en sentral rolle i det å sørge for at pasienten mottar nok informasjon samt være hans advokat gjennom behandlingsprosessen. Det er forskjell på sykepleiers rolle om hun jobber på en psykiatrisk post eller er direkte involvert i behandlingen, men omsorgen er den samme selv om de praktiske handlingene kan være ulike. Pasienten har behov for omsorg om han er på DPS eller på sykehuset og får behandling.

Jeg opplever at det vanskelig å gjøre seg opp en entydig mening om ECT. Selv om jeg opplever meg selv som generelt positiv til behandlingen er det utfordrende å bli møtt med de dårlige erfaringene noen pasienter sitter igjen med. Jeg tror noe av det som er viktig i denne sammenhengen er å bidra til økt forståelse for psykisk sykdom og bryte ned stigmaet slik Amazon m.fl. (2008) sier. Som sykepleiere kan vi bidra med å snakke åpent om disse tingene slik det fremkommer i Chatterjee (2005). Behovet for mer forskning er det ingen tvil om.

Videre forskning på effekten ECT har på hukommelse og hvordan sykepleier best kan følge opp og støtte pasienter som opplever hukommelsestap er nødvendig for å kunne gi god omsorg til disse pasientene. Matre (2007) påpeker at det i Norge ikke er gjort kliniske studier knyttet til pasienterfaringer på over 30 år.

## Litteratur:

Amazon, J. McNeely, E. Lehr, S. Marquardt, M. G. (2008). The Decision Making Process of Older Adults Who Elect to Receive ECT (Elektronisk versjon). *Journal of psychosocial nursing*, vol. 46, No. 5.

Befring, E. (1998). *Forskningsmetode og statistikk*. Oslo: Det Norske Samlaget. Hentet fra: NBdigital (E-bok).

Bøe, J. B. (1994). *Synd, sykdom og samfunn*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Chatterjee, M. (2005). New guidance for ECT nurses. *Nursing times*, vol. 101, nr. 20, s. 8.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

d'Elia, G. og Bergsholm, P. (1997), *Spørsmål og svar om ECT-behandling*, Informasjon til pasienter og pårørende, Bergen og Førde.

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

Gass, J. (2006). Electroconvulsive therapy and the work of mental health nurses: A grounded theory study (Elektronisk versjon). *International Journal of Nursing Studies*, 45 (2008) 191-202.

Gass, J. P. (1998). The knowledge and attitudes of mental health nurses to electroconvulsive therapy (Elektronisk versjon). *Journal of Advanced Nursing*, 27, 83- 90.

Helsepersonelloven. 1999. *Lov om helsepersonell av 02. juli 1999 nr 64*. Hentet fra [http://www.lovdatabasen.no/cgi-wif/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonellov\\*&& 09.02. 2011](http://www.lovdatabasen.no/cgi-wif/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonellov*&& 09.02. 2011)

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 4* (s.13-99). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kunnskapssenteret (2007). Skadevirkninger av elektrokonvulsiv behandling (ECT) for stemningslidelser. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: Oslo.

Martinsen, K. (1981). Omsorgens filosofi og omsorg i praksis. *Sykepleien nr 8, 1981*.

Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Matre, Ø. K. (2007). *ECT- Elektrokonvulsiv terapi- Eit pilotstudium for å kartleggje pasientars haldningar til og erfaringar med ECT- behandling*. Studentoppgave. UiO.

Moksnes K.M, Vatnaland T, Eri B, Torvik N. H (2006), Elektrokonvulsiv terapi i Ullevål sektor i Oslo 1988- 2002, Oslo, Tidsskrift for Den Norske Legeforening, nr. 13 – 22. juni.

Nortvedt, M. Jamtvedt, G. Graverholt, B. og Reinart, L.M. (2008). Å arbeide og undervise kunnskapsbasert, Oslo, Norsk Sykepleierforbund.

Odeberg, Håkan, ECT (elbehandling), informasjonshefte, Kullbergska Sjukhuset i Katrineholm (gis til pasienter som vurderer ECT i dag).

Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasientrettigheter av 02. Juli 1999 nr 63*. Hentet fra <http://lovdata.no/all/hl-19990702-063.html> 9.2.2011

Rayner, L. Kershaw, K. Hanna, D & Chaplin, R. (2009). The patient perspective of the consent process and side effects of electroconvulsive therapy (Elektronisk versjon). *Journal of Mental Health*, 18 (5): 379- 388.

Smith, M. Vogler, J. Zarrouf, F. Sheaves, C & Jesse, J. (2009). Electroconvulsive Therapy: The struggles in the Decision-Making Process and the Aftermath of Treatment (Elektronisk versjon). *Issues in Mental Health Nursing*, 30: 554- 559.

# Vedlegg 1

## Oversiktstabell resultat:

Tittel Forfatter År	Hensikt	Metode og data-innsamling	Utvalg	Resultat	Diskusjon	Konklusjon
"The knowledge and attitudes of mental health nurses to electroconvulsive therapy."	Undersøke en gruppe sykepleiere sine kunnskaper og holdninger om ECT. Målet var å få tak i nivå av kunnskap og holdninger mot behandlingsmetoden.	Kvantitativ metode. Tverrsnittstudium. Spørreskjemaer ble brukt.	Alle kvalifiserte sykepleiere innen mental helse som jobbet i akutte, døgn og eldreavdelinger, sammen med psykiatriiske sykepleiere i kommunene.	167 av 345 skjemaer ble returnert. 94 kvinner og 73 menn deltok i alderen 20 til over 50. 80% hadde mer enn 5 års erfaring. Nivå av kunnskap om behandlingen hang sammen med lengden på erfaringen sykepleierne hadde i tillegg til hvor de jobbet. Høyere kunnskapsnivå forekom også hos de sykepleierne som hadde en mer positiv holdning til ECT.	Kunnskap hang sammen med lengde på praksis. Nyutdannede hadde mindre kunnskap om temaet. Generelt hadde de ikke nok kunnskap om bivirkninger. Å anerkjenne påvirkningen ECT har på hukommelsen er kanskje det første steget for sykepleiere som skal hjelpe pasienter som mottar ECT. Støtte til pasientene kan forbedres gjennom effektiv undervisning. Informert samtykke, en dynamisk prosess som krever at sykepleier kan diskutere ECT åpent og ærlig.	Grad av kunnskap hang sammen med lengde på erfaring og område for klinisk praksis. De som hadde en mer positiv holdning hadde også mer kunnskap om behandlingen. Men begrensninger på grunn av kunnskapskala som ble brukt og lav respons kan man ikke stadfeste disse sammenhengene mellom kunnskap og holdning.
"The patient perspective of the consent process and side effects of electroconvulsive therapy."	Undersøke pasienters erfaringer med ECT. Fokus på samtykkeprosessen og bivirkninger.	Kvantitative og kvalitative data ble samlet inn. Spørreskjemaer utarbeidet av ECTAS (ECT Accreditation Service). Kvantitative data ble	Pasienter som hadde mottatt ECT i løpet av de siste 6 seks månedene. 1600 skemaer sendt ut, 389 sendt tilbake. 261	Ikke alle pasienter skrev under på samtykke før behandlingsstart. 67 % følte at informasjonen de fikk var mangelfull. 12 % av pasientene følte de ble presset til å motta behandlingen, til	Spørsmål rundt informert samtykke viser at noen pasienter har vanskelig for å ta i mot informasjonen som blir gitt i forkant av ECT. Mange pasienter var glad for behandlingen,	Det er viktig å male hukommelse før, under og etter avsluttet behandling. Informasjonen bør gis både muntlig og

		analysert ved skildrende statistikk, kvalitativ data ble analysert ved tematisk analyse.	kvinne og 115 menn deltok. 20-96 år.	tross for å ha skrevet under på samtykke. Rundt halvparten slet med hukommelse i en eller annen grad. Noen pasienter var bitter på behandlingen, mens andre hevder at de ikke ville vært her hvis det ikke var for ECT.	men noen slet med alvorlige hukommelsestap og angret. ECT er effektivt, 3 fjerdedeler av pasientene sier ECT forbedret deres tilstand. Virkningen var i noen tilfeller midlertidig.	skriftlig. Videre forskning på varig hukommelsestap bør gjøres for å kunne informere pasientene på en tilfredsstillende måte.
<b>”Electroconvulsive Therapy: The Struggles in the Decision-Making Process and the Aftermath of Treatment.”</b>	Undersøke hva pasienter og pårørende går gjennom i forbindelse med ECT-behandling.	Kvalitativ studie. Eksistensiell - fenomenologisk metode. Studien ble godkjent av Charleston Area Medical Center/ West Virginia University Institutional Review Board.	Engelsktalende voksne som møtte kriteriene: a) pasient eller familiemedlem til pasient som har mottatt ECT for mer enn seks måneder, b) pasienten behandles ikke for psykose, c) kan diskutere erfaringene sine, d) kan lese og skrive. 16 stk (11 kvinner og 5 menn) ble intervjuet. 9 var pasienter og 7 familiemedlem. Alder 32-88.	Opplevelsene rundt ECT delte seg i to perioder: I deltakernes liv: Bestemmelsesprosessen og ettervirkningene av ECT. Deltakerne tok opp hvordan de bestemte seg for ECT og følelsene de opplevde etter behandlingen var avsluttet.	Vanskelighetene rundt symptomer på mental sykdom og valgene rundt ECT: Desperasjon, å stole blindt på, tvang, I tillegg til følelser og tanker etter avsluttet behandling: bivirkninger, sinne, missnøye, tap. ECT er kjent for å ha hjulpet mange pasienter, men denne studien viser mest negative erfaringer.	Forbedre pasientomsorgen, sørge for bedre informasjon og gi pasientene kunnskapen de trenger for å gi informert samtykke.
<b>”The Decision Making Process of Older Adults Who</b>	Studien sørget for en basis for planlegging av klinisk praksis og videre	Kvalitativ forskning: fenomenologisk intervju. Intervjuene	Standard for anonymisering fra National Institutes	Dataanalysen viste fire hovedtemaer: Støtte, å ha noen å stole på, tidligere erfaring	Å forske på bestemmelsesprosessen er viktig for sykepleie. Behovet for	Opplevelsene rundt ECT er individuelle. Studien representer



<p><b>Elect to Receive ECT.”</b></p>	<p>forskning. Utforske eldre voksne med mental sykdom som vurderes til ECT sin bestemmelses prosess. Studiet ble godkjent av Rocky Mountains University of Health Professions Institutional Review Board.</p>	<p>varte i 1 time. Det ble brukt en intervju guide for å utforme intervjuet. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert verbatim.</p>	<p>of Health ble fulgt. Et hensiktsmessig utvalg ble brukt. Deltakerne ble plukket ut etter strenge kriterier. Av de 9 som ble trukket ut, trakk to seg. Av de resterende 7, var 5 kvinner og 2 menn. Alder fra 60- 87.</p>	<p>og desperasjon. Stigmaet mental sykdom overskygget alle disse.</p>	<p>informasjon og nødvendigheten av å dysse ned stigmaet rundt mental sykdom diskuteres. Media har en sentral rolle her.</p>	<p>er en begynnende forståelse av den prosessen eldre voksne går gjennom når de vurderer ECT. Media må forandre på hvordan de fremstiller mental sykdom, og helsearbeidere bedre utdannet innen mental helse.</p>
<p><b>”Electro convulsive therapy and the work of mental health nurses: A grounded theory study.”</b></p>	<p>Finne ut hva sykepleiere egentlig gjør når de jobber med pasienter som mottar ECT.</p>	<p>Kvalitativt studie: Teori studium med en hybrid-tilnærming, metodologierne til både Glaser og Strauss ble brukt. Det ble brukt ikke-deltakende observasjon og ustrukturerte intervju.</p>	<p>16 kvalifiserte sykepleiere, og 4 studenter innen mental helse, fra to sykehus i Skottland.</p>	<p>Sykepleieres handlinger innen ECT karakteriseres av to roller: relasjonell rolle og behandlingsrolle. To dilemmaer som kom fram var: usikker rolle og usikre relasjoner. ”Å være der” (engasjement, tilstedeværelse og fraskillelse), er kjernen av sykepleiers handlinger i ECT-dramaet.</p>	<p>Uttrykkene å være der, engasjement, tilstedeværelse og fraskillelse diskuteres. Det eksisterer en spenning mellom sykepleiers ansvar som vokter og hvilken som helst terapeutisk ambisjon de måtte ha.</p>	<p>”Å være der” hjelper oss å forstå sykepleiers relasjon til pasienten og deres relasjonelle - og behandlerrolle ved ECT. Sykepleiere som blir for engasjert vil oppleve stress og misforhold i rollene. Å være fraskilt eller fjern kan være en indikasjon på utbrenthet.</p>

## Vedlegg 2

### Kildekritikk:

**”The patient perspective of the consent process and side effects of electroconvulsive therapy,”** er en studie gjort av Rayner, Kershaw, Hanna og Chaplin (2009), hvor både kvalitativ og kvantitativ metode er brukt. Studien er gjort ved hjelp av 389 pasienter som fylte ut et spørreskjema angående deres erfaring med ECT i tillegg til intervju. Formålet med studien er tydelig og tilnæringsmåten er hensiktsmessig i forhold til problemstillingen. Utvalget er godt beskrevet, men svarprosenten lav: 37%. Det blir godt gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data. Studien ser også på andre studier i samme kategori og sammenligner funn. Resultatene fra denne studien kan absolutt brukes i min praksis.

**”Electroconvulsive therapy: The struggles in the decision-making process and the Aftermath of treatment,”** er en kvalitativ studie utført av Smith, Vogler, Zarrouf, Sheaves og Jesse (2009). Formålet med studien er godt beskrevet og metoden hensiktsmessig, da den har som mål å fortolke subjektive erfaringer med ECT. Utvalget beskrives godt, også med tanke på etnisk bakgrunn, utdanning, alder og funksjonshemninger. Datainnsamlingen var omfattende og bakgrunnsforhold som kan ha påvirket dataen er redegjort for. Hovedfunnene kommer godt frem og resultatene kan brukes i min praksis.

Artikkelen **”The Decision Making Process of Older Adults Who Elect to Receive ECT,”** skrevet av Amazon, McNeely, Lehr og Marquardt (2008) er basert på en fenomenologisk studie gjort ved hjelp av intervju for å undersøke gjennomlevd erfaring hos eldre voksne. Før selve studiet gikk i gang intervjuet forskerne tre voksne, hver i én time, for å kunne konstruere et kvalitativt intervju-prosjekt. Slik fikk de tak i temaene de tar opp i studien. Anonymisering ble brukt og Lincoln’s og Guba’s (1985) standard for reliabilitet ble brukt på dataene. Det ble søkt og gitt tillatelse fra Rocky Mountain University of Health Professions’ Institutional Review Board. Utvalget er hensiktsmessig og valgt ut ved hjelp av bestemte kriterier. Det blir også beskrevet hvor intervjuene og lydopptakene tok sted. Hovedfunnene i undersøkelsen kommer klart frem og resultatene er veldig aktuelle for praksis.

Den fjerde artikkelen jeg har valgt å bruke i mitt studium er artikkelen **”The knowledge and attitudes of mental health nurses to electroconvulsive therapy”** som er et tverrsnittstudium gjort av John P. Gass (1998). Studien ble utført ved hjelp av 300 spørreskjemaer som ble sendt via post til sykepleiere som jobbet med mental helse i Wales. Studiet er skrevet på grunnlag av de 167 spørreskjemaene som ble sendt i retur. Problemstillingen er klart definert i studien, og studien er en velegnet metode for å finne ut det er sammenhenger mellom kunnskap om ECT og holdninger til behandlingen. Men den er ikke egnet til å avdekke årsaksforhold mellom disse variablene. Måle metodene brukt i studien er gyldige og dataanalysen standardisert. Vurderingen viste også at populasjonen i undersøkelsen ikke var representativ for befolkningen på grunn av lav svarprosent og tilfeldig utvalg av respondenter. Det er heller ikke gjort noen vurderinger i forhold til de som ikke svarte på studien. Jeg velger allikevel å ha studien med fordi den er relevant for praksis og aktuell for min problemstilling. I tillegg opplever jeg at resultatene stemmer overrens med det jeg har observert i praksis.

Den siste artikkelen: **”Electroconvulsive therapy and the work of mental health nurses: A grounded theory study,”** er en studie gjort av Gass (2008). Det kan se ut til at denne og den foregående artikkelen har samme forfatter. I denne studien er ikke utvalget tilfeldig, men gjort på grunnlag av kriterier og valgt hensiktsmessig. Formålet med studien er tydelig og metoden godt beskrevet. Data ble samlet inn ved hjelp av ikke-deltakende observasjoner og ustrukturerte intervju som ble tatt opp på lydbånd. Det blir gjort rede for bakgrunnsforhold som kunne ha påvirket fortolkningen av data. Analysemetodene for data blir beskrevet. Studien er etisk godkjent av regional komité for forskning og etikk i Scotland. Hovedfunnene kommer godt frem i artikkelen og resultatene er relevant for praksis.

## Vedlegg 3

### Søkehistorikk:

Aktuell artikkel: <b>”The knowledge and attitudes of mental nurses to electroconvulsive therapy.”</b>			
Search History (3 searches)			
	<b>Searches</b>	<b>Results</b>	<b>Search Type</b>
1	exp Electroconvulsive Therapy/	350	Advanced
2	exp Mental Health/	10224	Advanced
3	1 and 2	29	Advanced
Dato for søk: 5.1.2011			
Lenke: <a href="http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&amp;did=58684890&amp;SrchMode=1&amp;sid=1&amp;Fmt=6&amp;VInst=PROD&amp;VType=PQD&amp;RQT=309&amp;VName=PQD&amp;TS=1294678104&amp;clientId=72807">http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&amp;did=58684890&amp;SrchMode=1&amp;sid=1&amp;Fmt=6&amp;VInst=PROD&amp;VType=PQD&amp;RQT=309&amp;VName=PQD&amp;TS=1294678104&amp;clientId=72807</a>			

Aktuell artikkel: <b>”The patient perspective of the consent process and side effects of electroconvulsive therapy.”</b>			
Search History (3 searches)			
	<b>Searches</b>	<b>Results</b>	<b>Search Type</b>
1	Electroconvulsive Therapy	83	Advanced
2	information.mp	6851	Advanced
3	1 and 2	3	Advanced
Dato for søk: 15.12.2011			
Lenke: Ikke mulig å finne tilbake til.			

Aktuell artikkel: <b>”Electroconvulsive Therapy: The Struggles in the Decision-Making Process and the Aftermath of Treatment.”</b>			
Search History (3 searches)			
<input type="checkbox"/>	<b>Searches</b>	<b>Results</b>	<b>Search Type</b>
<input type="checkbox"/>	1 exp Electroconvulsive Therapy/ (nursing or care or caring).mp. [mp=title, original title,	350	Advanced
<input type="checkbox"/>	2 abstract, name of substance word, subject heading word, mesh heading word]	464722	Advanced
<input type="checkbox"/>	3 1 and 2	147	Advanced
Dato for søk: 3.1.2011			
Lenke: <a href="http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/01612840902807947">http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/01612840902807947</a>			

Aktuell artikkel: <b>”The Decision Making Process of Older Adults Who Elect to Recieve ECT.”</b>			
Search History (3 searches)			
<input type="checkbox"/>	<b>Searches</b>	<b>Results</b>	<b>Search Type</b>
<input type="checkbox"/>	1 exp Electroconvulsive Therapy/	350	Advanced
<input type="checkbox"/>	2 Exp Patient Education	25243	Advanced
<input type="checkbox"/>	3 1 and 2	20	Advanced
Dato for søk: 3.1.2011			
Lenke: <a href="http://proquest.umi.com/pqdlink?vinst=PROD&amp;fmt=6&amp;startpage=-1&amp;ver=1&amp;vname=PQD&amp;RQT=309&amp;did=1472597611&amp;exp=01-09-2016&amp;scaling=FULL&amp;vtype=PQD&amp;rqt=309&amp;TS=1294678889&amp;clientId=72807">http://proquest.umi.com/pqdlink?vinst=PROD&amp;fmt=6&amp;startpage=-1&amp;ver=1&amp;vname=PQD&amp;RQT=309&amp;did=1472597611&amp;exp=01-09-2016&amp;scaling=FULL&amp;vtype=PQD&amp;rqt=309&amp;TS=1294678889&amp;clientId=72807</a>			

Aktuell artikkel: <b>Electroconvulsive therapy and the work of mental health nurses: A grounded theory study</b>			
	<b>Searches</b>	<b>Results</b>	<b>Search Type</b>
	1 patient perspective.mp.	138	Advanced
	2 exp Electroconvulsive Therapy/	350	Advanced
Dato for søk: 10.01.11			

Lenke: [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MIimg&\\_imagekey=B6T7T-4M3RPB1-1-1&\\_cdi=5067&\\_user=3331846&\\_pii=S0020748906002525&\\_origin=search&\\_coverDate=02%2F29%2F2008&\\_sk=999549997&\\_view=c&\\_wchp=dGLzVzz-zSkzS&md5=aa1f62277a955ab741b477cc7d25794a&ie=/sdarticle.pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T7T-4M3RPB1-1-1&_cdi=5067&_user=3331846&_pii=S0020748906002525&_origin=search&_coverDate=02%2F29%2F2008&_sk=999549997&_view=c&_wchp=dGLzVzz-zSkzS&md5=aa1f62277a955ab741b477cc7d25794a&ie=/sdarticle.pdf)