

ECT

- En litteraturstudie om patienters upplevelser och sjuksköterskans roll vid elektrokonvulsiv terapi (ECT)

FÖRFATTARE	Jonas Glingert Maria Hed Lilibeth Bayang Josefsson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad, OM5250
	VT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Lena Björck
EXAMINATOR	Margret Lepp

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	ECT - En litteraturstudie om patienters upplevelser och sjuksköterskans roll vid elektrokonvulsiv terapi (ECT)
Titel (engelsk):	ECT - A literature-based study about patients' experiences and the nurses' role in electroconvulsive therapy (ECT)
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad, OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	23 sidor
Författare:	Jonas Glingert Maria Hed Lilibeth Bayang Josefsson
Handledare:	Lena Björck
Examinator:	Margret Lepp

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Idag ges ECT-behandling främst vid djupa depressioner, med eller utan psykotiska eller melankoliska drag samt vid bipolär sjukdom. Behandlingens önskvärda effekt är den antidepressiva delen. Som en biverkan kan patienter drabbas av minnesstörningar i varierande omfattning. **Syfte:** Att beskriva patienters upplevelser och sjuksköterskans roll vid ECT-behandling. **Metod:** Studien gjordes som en litteraturöversikt. Efter sökningar i databaserna PubMed, Cinahl och Scopus valdes och granskades tretton vetenskapliga artiklar som svarade mot syftet. Fyra teman växte fram och bearbetades: *Patienters upplevelser av ECT-behandling, Patienters upplevelser av minnesstörningar, Information och samtycke samt Sjuksköterskans roll.* **Resultat:** Resultatet visar på stor spridning med allt från negativa till positiva känslor avseende behandlingen. Att patienter kan drabbas av temporära minnesstörningar är allmänt vedertaget, men när det gäller långsiktiga, omfattande och kroniska minnesstörningar går uppfattningarna isär. Oftast sker behandlingen efter informerat samtycke, men patienter vittnar även om att samtycke kan föregås av yttre press och förväntningar samt att man pga. mediciner inte kunnat tänka klart när samtycke givits. Sjuksköterskor ägnar mycket tid åt att informera, stödja och utbilda patienter och närstående. I de flesta fall är sjuksköterskorna måna om och engagerade i patientens välbefinnande. De sjuksköterskor som arbetar direkt med ECT har överlag goda kuskaper om behandlingen och förmåga att förmedla den. **Konklusion:** Ökad kunskap och skärpta rutiner ger vårdpersonalen bättre förutsättningar att ge denna utsatta patientgrupp ett bättre omhändertagande. I egenskap av forskare, vårdare, utbildare och informatör utgör sjuksköterskan en mycket viktig del i detta arbete. För att en förbättring skall kunna

åstadkommas anser vi det nödvändigt med mer forskning avseende de fyra teman som presenteras i denna litteraturstudie, även i Sverige och övriga nordiska länder.

Nyckelord: *Electroconvulsive therapy, patient experience, memory, patient, adverse effects, information, consent, experience, memory loss, ect*

ABSTRACT

Background: Today ECT is primarily given to patients with deep depression, with or without psychotic or melancholic features, and bipolar disorder. The desired treatment effect is the antidepressant part. As a side effect, patients may suffer from memory impairment. **Purpose:** To describe patients' experiences and the nurses' role in ECT-therapy. **Method:** The study is a literature review. After searches in the databases PubMed, Cinahl and Scopus thirteen scientific papers corresponding to the purpose was found and examined. Four themes emerged: *Patients' experiences of ECT, Patients' experiences of memory impairment, Information and consent and The nurses' role.* **Results:** The results show a wide range from negative to positive feelings regarding the treatment. It is widely accepted that one may experience temporary memory loss, but in terms of long-term, extensive and chronic memory impairment, perceptions differ. Usually treatment takes part after informed consent, but patients also indicate that consent may be preceded by external pressures and expectations. Nurses spend a lot of time informing, supporting and educating patients and people related to the patient. In most cases, nurses are concerned about and committed to patient comfort. The nurses who work directly with ECT have generally good knowledge of ECT- treatment and ability to convey it. **Conclusion:** Increased knowledge and stricter procedures gives caregivers a better position to provide this vulnerable group of patients better care. As researchers, caregivers, educators and informants, nurses have a very important part in this work. In order for an improvement to be achieved, we believe more research is needed on the four themes presented in this literature-based study, also in Sweden and other Nordic countries.

Keywords: *Electroconvulsive therapy, patient experience, memory, patient, adverse effects, information, consent, experience, memory loss, ect*

INNEHÅLL	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Historik	1
ECT-behandling	2
Centrala begrepp	3
<i>Depression</i>	3
<i>Melankoli</i>	4
<i>Psykotiska tillstånd</i>	4
<i>Bipolär sjukdom</i>	4
Teoretisk referensram	5
<i>Begriplighet</i>	5
<i>Hanterbarhet</i>	5
<i>Meningsfullhet</i>	6
Problemformulering	6
SYFTE	6
METOD	6
DATAINSAMLING	7
URVAL	7
DATAANALYS	9
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	9
RESULTAT	9
PATIENTERNS UPPLEVELSER AV ECT	10
PATIENTERNS UPPLEVELSER AV MINNESSTÖRNINGAR	11
INFORMATION OCH SAMTYCKE	12
SJUKSKÖTERSANS ROLL	14
DISKUSSION	17
METODDISKUSSION	17
RESULTATDISKUSSION	18
KONKLUSION	21
REFERENSER	22
BILAGOR	
1. Artikelöversikt resultatartiklar	

INTRODUKTION

INLEDNING

I media och populärkultur målas många gånger bilden av elektrokonvulsiv terapi (Electroconvulsive Therapy, ECT) upp som något skrämmande och farligt som ofta utförs under tvång [1]. Trots detta fortsätter behandlingen av deprimerade patienter med denna metod. *Konvulsiv* definieras i Nationalencyklopedin som epileptisk [2] och *terapi* som tjänst, vård eller behandling [3].

Författarna till denna uppsats tittade på ett reportage från SVT:s Uppdrag granskning där flera människor med svåra bieffekter av ECT-behandling intervjuades. Detta fångade vårt intresse för biverkningar av ECT, något som vi egentligen inte hört så mycket om [4]. Utanför vårdmiljön tycks metoden vara relativt okänd, gemene man vet ofta inte ens vad ECT är för något. Alla författare till detta arbete har sett ECT-behandlingar i verkligheten på olika kliniker och träffat patienter under behandling. Både patienter och behandlingsmetod fascinerade och intresserade oss. De patienter vi träffat ville själva ha behandlingen, var positiva till och hade goda erfarenheter av ECT. En behandlingsmetod som snabbt lindrar depressionen, har få och lindriga biverkningar och som patienten själv aktivt väljer och vill ha verkar lovande. Men varför stämmer deras och vår ursprungliga bild så illa med medias? Är det den form av tortyr och bestraffningsmetod som skildras i populärkulturen? Finns det sanningar bakom den bilden? Är de positivt inställda patienter vi träffat bara en minoritet? Det är framför allt de stora skillnader som råder i uppfattningen om ECT och dess biverkningar som fångat vårt intresse och fått oss att välja detta som ämne för vår C- uppsats.

BAKGRUND

Historik

Den ungerske psykiatern Ladislav Meduna började år 1934 att experimentera med konvulsiva anfall hos svårt sjuka patienter. En sedan många år svårt sjuk man med katatonisk schizofreni var den förste som utsattes. Mannen hade legat fyra år i sin säng utan att prata eller ta hand om sig [5]. Meduna injicerade *kamfer* (kramputlösande medel) varpå den sjuka mannen fick svår ångest innan han gick in i ett epileptiskt anfall [5,6]. Meduna valde att fortsätta behandlingen och patienten blev bättre varefter behandlingen fortskred. Efter den åttonde behandlingen lämnade han sjukhuset och kunde åka hem [5].

Den kraftiga skräck och ångest varje patient måste genomleva innan det epileptiska anfallet gjorde att många patienter blev rädda för behandlingen och vägrade [5]. De italienska psykiatrerna Bini och Cerletti började experimentera med elektrisk induktion. Med hjälp av elektricitet lyckades de 1938 utlösa ett epileptiskt anfall hos en man. De elutlösta anfällen gav inget svårt ångestillstånd innan konvulsionen [5,6] och tekniken förfinades genom att prova olika frekvenser, former, pulsbredder och omfattning. Försök gjordes också med vilken elektrodplacering, *unilateralt* (ensidigt) alternativt *bilateralt* (dubbelsidigt) samt variationer på desamma och vilken behandlingsfrekvens som gav bäst resultat och minst obehag.

ECT som behandlingsform har ifrågasatts sedan den togs i bruk. Ett par årtionden efter Bini och Cerlettis genombrott visade studier i Storbritannien på dålig klinisk nytta och en period provades åter olika icke-elektriska metoder i form av olika krampframkallande medel som inte svarade upp till förväntningarna vilket i sin tur ledde till en återgång till ECT. Återinförandet kantades dock av skepsis och kritik från både profession och allmänhet där kritiken främst grundades i misstankar om att upprepade behandlingar skulle leda till skador på hjärnan, minnesstörningar, rädsla, frakturer och sönderbitna tungor [5]. De två sistnämnda ledde till att olika muskelavslappande medel provades. Avseende hjärnskadorna kunde detta inte påvisas kliniskt, snarare har det på senare år visats att ECT kan ge ökad neuronbildning [5,6].

När ECT återinfördes på 1970-talet hördes också kritik mot behandlingen. Många menade att patienternas minne helt kunde försvinna och att de kunde förvandlas till något som närmast kan liknas vid robotar. När problemen med panik och frakturer reducerats började forskningen därför att riktas mot hur och om ECT påverkar minnet och hjärnan. Syrgas gavs i samband med behandlingen och elektrodplaceringen ändrades åter för att eliminera sådana risker [5]. Efter att forskare från början använt ECT som en metod för att behandla schizofreni förstod man ganska snart att behandlingen lämpade sig för att behandla depressioner snarare än schizofreni [7].

ECT-behandling

ECT utförs under en kort och lätt narkos (sövning). När patienten är sövd får denne innan elstimuleringen ett muskelavslappande medel vilket gör själva behandlingen mindre dramatisk än vad benämningen ”elchocker” antyder. [6-8]. Det ger även som effekt att den blodtrycksstegring som annars drabbar patienten under behandlingen minskar. För att patientens syretillförsel skall säkras får patienten även syrgas under behandlingen [6,7]. Syrgasen gynnar dessutom anfallsaktiviteten [6]. För att framkalla det epileptiska anfallet placeras två elektroder ut på huvudet, vanligtvis unilateralt över den sida av hjärnan som inte är dominant då detta tycks ge mindre störningar på minnet [6,7]. Det är via elektroderna som hjärnan stimuleras till anfallsaktivitet. Det är endast stimulationen som skall vara unilateral, anfallsaktiviteten är vid lyckad behandling bilateral [6].

ECT används i första hand vid djupa depressioner, ofta med inslag av psykotiska eller melankoliska drag eller där suicidrisken bedöms som hög och där patienten inte svarar tillfredsställande på läkemedel eller psykoterapi [6,7,9]. Även vid bipolär sjukdom används ibland behandlingen [9]. Normalt krävs mellan tre och tolv behandlingar med ett snitt på sex till åtta för att nå önskad effekt. Det innebär en behandlingstid med ECT på mellan tre och fyra veckor varefter en uppföljning görs och ger fortsatt behandling med psykoterapi, antidepressiv farmaka eller fler glesa ECT-behandlingar. ECT har som effekt att noradrenalin- och serotoninaktiviteten i hjärnan normaliseras och leder till återbildning av nervceller som förstörts på grund av själva depressionen. De biverkningar patienter kan drabbas av är minnesstörningar, främst avseende tiden kring behandlingen [6,8].

De effekter ECT har är av två slag. Dels antidepressiv effekt vilken är den önskvärda delen, dels minnesstörningar vilket varken är önskvärt eller har någon kliniskt värde och därmed är en biverkan [6,7,10,11]. Den antidepressiva effekten brukar kunna märkas

redan i ett inledande skede av behandlingen och byggs därefter upp tills sjukdomssymtomen uteblir. Eftersom såväl ångest som depression avklingar samtidigt som hämningen är suicidrisken lägre vid ECT-behandling jämfört med antidepressiva läkemedel [6].

Minnesstörningar omfattar oftast tiden kring behandlingen och är övergående, men det är inte heller ovanligt att individer drabbas av *retrograd amnesi* vilket innebär minnesstörningar både rörande vad som hänt i samtiden och minnen av mer personlig art eller *anterograd amnesi* som påverkar förmågan att lagra ny information. Fler och tätare behandlingar samt elektrodplacering av bilateral eller bitemporal art tycks missgynna bibehållandet av minnesfunktionerna jämfört med glesare behandlingar och unilateral elektrodplacering [6,7,10]. ECT-orsakade skador på hjärnan har inte kunnat påvisas med hjälp av magnetkameraundersökningar eller datortomografi. Kvarstående minnesluckor är inte alltid enbart en konsekvens av ECT utan kan även orsakas av den psykiska åkomma som gjort behandlingen aktuell. Sjukdomen i sig hör ihop med ett liv i kaos och har inverkan på såväl koncentrationsförmåga som uppmärksamhet och lämnar efter sig minnesstörningar oavsett om patienten behandlats med ECT eller inte. Erfarenheter tyder också på att patienter som upplever behandlingens effekt som god ofta inte besvärar sig av minnesstörningar [10].

Oftast ges ECT efter informerat samtycke [10]. Patienter med välbehållen förmåga att fatta beslut och som vägrar låta sig behandlas med ECT måste respekteras och har rätt till annan behandling [6,8,10]. Det finns patienter som i sin djupa depression väljer att överlåta beslutet till psykiatern [6]. Vid uppfyllda kriterier kan patienten också tvångsbehandlas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) med ECT [6,10]. Vid de tillfällen behandlingen utförs med tvång bör dialog om samtycke fortsätta efterhand som patienten blir bättre och under hela behandlingsperioden [10].

Given på rätt indikationer och med riktig teknik är de goda effekterna större än risken att skada. Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall patienten informeras om effekter, biverkningar, olika varianter på ECT samt effekten av alternativa behandlingar eller ingen behandling alls. Även närstående involveras i besluten om det finns önskemål om detta [6-9].

Centrala Begrepp

ECT används i första hand vid djupa depressioner, ofta med inslag av psykotiska eller melankoliska drag eller där suicidrisken bedöms som hög [6-9]. Vidare används metoden ibland även vid bipolär sjukdom [9].

Depression

Depressioner är en av de vanligaste ohälsorsakerna i världen. Efter djupa luftvägsinfektioner, diarrésjukdomar och perinatale sjukdomar kommer på fjärde plats depression med nedstämdhet i rangordning som orsak till ohälsa världen över [7]. World Health Organization (WHO) räknade i oktober 2012 med att 350 miljoner människor världen över lider av depressioner med nedsatt funktionsförmåga som effekt. Det är en vanlig ohälsorsak i alla regioner [12]. Depression orsakar lidande, oförmåga att utföra arbete eller utbildning och ökar belastningen för närstående till dem det

drabbar [7,12]. En depression föregås ofta men inte alltid av negativa livshändelser. I dessa fall har livshändelsen samverkat med en hos individen redan inneboende sårbarhet varför livshändelsen snarare är en utlösande faktor än en faktisk orsak till depressionen. Ofta är denna sårbarhet ärftlig [8]. Vid en depression ger patienten intryck av att vara uppgiven, förtvivlad och sorgsen trots att patienten eventuellt inte gråter. Till skillnad mot sorg drabbas den deprimerade patienten av skuldkänslor, känslor av hopplöshet samt värderar sig själv lågt. Självkänsla och självförtroende minskar och patienten kan känna sig otillräcklig, värdelös och osäker inför det som tidigare inte väckt något som helst obehag. Vid en djup depression kan döden kännas tilltalande. Det börjar oftast med tankar på döden som befriare eller straff som i värsta fall övergår i dödsönskan vidare till självmordstankar och självmordshandlingar. Vidare kan patienten drabbas av olika typer av hämningar av såväl kognitiv och emotionell som av psykomotorisk och *konativ* (svårigheter att ta sig för något) art. Även ångest och sömnstörningar är vanliga inslag i depressionsbilden [6].

Melankoli

En depression med melankoliska drag kännetecknas av apati och *anhedoni* (oförmåga att känna lust och glädje) [6,8]. Depressionen är omöjlig att påverka i positiv riktning och det som normalt utgör glädjeämnen kan snarast förstärka känslan av plågsamhet. Inte heller negativa livshändelser ger någon större reaktion men kan bidra till att förloppet påskyndas [8]. Det är vanligt vid melankolisk depression att patienten, åtminstone i ett inledande skede, mår som sämst under morgonen och förmiddagen. Normalt svarar en melankolisk patient bättre på ECT eller medicinering än på psykoterapi [6-8].

Psykotiska tillstånd

Vid psykotiska tillstånd kan man drabbas av ett eller flera symtom, t ex vanföreställningar, desorganiserat tal, desorganiserat beteende eller hallucinationer [7]. Karaktäristiskt är också att patienten inte har någon sjukdomsinsikt [13,14]. Exempel på psykotiska tillstånd är schizofreni där vanliga symtom är hörselhallucinationer och taktila hallucinationer medan synhallucinationer är mer ovanligt. Även vanföreställningar och jagstörningar kan vara tecken på schizofreni [14]. Två specifika symtom skall ha pågått i minst sex månader för att diagnosen schizofreni kan ställas. Andra exempel är vanföreställningssyndrom där vanföreställningarna är av sådan art att de skulle kunna vara hämtade ur verkligheten och psykotiska syndrom orsakade av kroppssjukdom eller drog. Exempel på sjukdomar som kan orsaka psykotiska symtom är epilepsi, stroke, demens, hjärntumör, sjukdomar i sköld- och bisköldkörtel, syrebrist, vätskebalansrubbnings och autoimmuna sjukdomar. Både inverkan av och abstinens efter olika droger och alkohol kan orsaka psykos. För att vara en kortvarig psykos skall psykosens duration vara högst en månad. Kortvariga psykosor kan orsakas av akut stress såsom trauma, förlösning, sömnbrist och överansträngning [13].

Bipolär sjukdom

Bipolär sjukdom förekommer i två varianter; bipolär typ I och bipolär typ II. Vid bipolär typ I krävs att patienten genomlider en episod som fyller kriterierna för mani [7]. Vid mani är den drabbade antingen irriterad eller väldigt upprymd samtidigt som

sömnbehovet minskar och patienten visar rastlöshet eller hyperaktivitet. Tankarna flyger och hämningarna minskar varför ett maniskt tillstånd kan leda till opassande beteende. Det är även vanligt med ökat sexuellt intresse [6,7]. För bipolär typ II krävs återkommande depressioner och perioder av hypomani. [7]. Ett hypomaniskt tillstånd är mycket likt ett maniskt men mildare. Vid hypomani är dessutom störningen av de sociala funktionerna lindrigare än vid mani [6,7].

Teoretisk referensram

Inom vården är Aaron Antonovskys begrepp känsla av sammanhang, KASAM (eng. sense of coherence), aktuellt och inte minst inom psykiatrin. Kortfattat menar Antonovsky att det är individens känsla av sammanhang som avgör hur väl denne klarar av påfrestningar. Antonovsky resonerar också kring hur känslan av sammanhang byggs upp samt även hur den påverkar individens hälsa [15].

Känslan av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, (2) de resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och (3) dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang. [15, s46]

Den känsla man har av sitt sammanhang bestäms alltså av tre teman: *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet* [15]. Nedan redogörs kort för vad dessa tre innebär.

Begriplighet

Människor upplever inre och yttre stimuli på olika sätt. Det någon kan tycka är gripbart, strukturerat och tydligt kan en annan uppfatta som oförklarligt, kaotisk och oväntat. Hur detta uppfattas är avgörande för hur uppkomna situationer hanteras. Människor med hög känsla av begriplighet väntar sig att stimuli som kommer att påträffas i framtiden kommer att gå att förklara, ordna och begripa. Detta även om de kommer som överraskningar och även om de är otrevliga. Med hög känsla av begriplighet är det också lättare att se på händelser av olika karaktär som erfarenheter snarare än olyckor. En människa med låg begriplighet har mycket svårare att hantera uppkomna situationer i framtiden. Detta beror på att denna typ av människa har mycket svårare att hitta något begripligt i situationen och dessutom har en tendens att uppleva att man ofta råkar ut för saker av olyckligt slag [16].

Hanterbarhet

Viktigt för hanterbarheten är huruvida individen upplever att denne har resurser att möta kraven som aktuella stimuli ställer eller ej. Resurserna kan vara sådana som man själv, läkaren eller någon i ens närhet förfogar över eller av mer andlig natur. Med hög känsla för hanterbarhet sörjer individen inte för alltid och känner sig inte som något offer för det som händer [16].

Meningsfullhet

Med meningsfullhet menas de saker i livet som är viktiga och har betydelse för individen och som utmanar och motiverar individen att lägga energi och engagemang i händelsen. Livet har en känslomässig innebörd och man välkomnar utmaningar. För personer med låg KASAM finns också saker som är viktiga i livet, men snarare i den bemärkelsen att de lägger krav och bördor på individen [16].

Varje individ befinner sig och kan skatta sig någonstans mellan högt och lågt på såväl begriplighets- hanterbarhets- som meningsfullhetsskalan. Dessa tre komponenter är sammanflätade och avgör tillsammans varje människas känsla av sammanhang. Variationen är oändlig eftersom en individ t ex kan skattas högt på en komponent och lågt på en annan. Ligger individen högt eller lågt på samtliga tre har denne en stabil känsla av sammanhang, oavsett om den är hög eller låg. En individ kan alltså ha en stabilt låg eller en stabilt hög känsla av sammanhang. Enligt Antonovsky är hög hanterbarhet beroende av hög begriplighet. Detta därför att om individen i kravfyllda situationer har en klar bild av hur kraven ser ut, kan individen avgöra om denne har de resurser som krävs för att klara av dem. Att ha en hög känsla av begriplighet betyder dock inte att individen har en hög känsla av hanterbarhet eller meningsfullhet. En individ med ett ojämnt samband mellan komponenterna har en inre instabilitet [15].

Problemformulering

Med stor sannolikhet har antalet ECT-behandlingar i Sverige ökat, men siffror saknas då det inte finns något nationellt register [17]. Behandlingen är ifrågasatt men har en bevisat god effekt på de indikationer som den ges på. Dokumentationen om vården av patienterna och informationen till patienterna är bristfällig och uppfyller inte Socialstyrelsens krav och föreskrifter. Ingen rutinmässig systematisk bedömning av kognitiva funktioner görs av de patienter som erhåller ECT-behandling [9]. Socialstyrelsen införde 2006 en föreskrift vid namn ”God vård” (SOSFS 2005:12) [18] som bland annat innefattar *kunskapsbaserad* och *ändamålsenlig* vård som är *säker*, *effektiv* och *patientfokuserad* [17]. Detta är alla viktiga delar av sjuksköterskans profession för att kunna ge patienterna relevant information samt för att kunna bedriva god vård.

SYFTE

Att beskriva patienters upplevelser och sjuksköterskans roll vid ECT-behandling.

METOD

Arbetets art är en systematisk litteraturöversikt där befintlig, redan publicerad forskning studeras inom ett visst område för att skapa en överblick. Modellen passade bra till det valda området och syftet. Genom att inhämta information från aktuella forskningsartiklar av både kvantitativ och kvalitativ art har målet uppnåtts. Litteraturöversikten kan göras som ett fristående arbete eller senare ligga till grund för vidare studier på magisternivå utifrån det resultat som framkommer [19].

DATAINSAMLING

Sökmotorerna som har använts för litteratursökningen är Cinahl, Scopus och PubMed. En systematisk sökning genomfördes med sökord genererade utifrån syftet. Sökorden som använts är; *electroconvulsive therapy, elektrokonvulsiv terapi, ect, patient, patient experience, memory, memory loss, adverse effects, information, consent*.

Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara *peer reviewed* (vilket man bara aktivt måste ange i Cinahl) samt i form av vetenskapliga forskningsartiklar i ett tydligt studieformat. Årtal definierades ej i sökningarna i databasen Scopus, eftersom antalet träffar ändå var få. Artiklarna skulle vara skrivna på svenska eller engelska samt innehålla abstract. Ålder har ej definierats i sökningarna. Exklusionskriterierna var artiklar utan tillgängligt abstract eller skrivna på ett annat språk än svenska eller engelska. Review-artiklar uteslöts liksom artiklar som kostar pengar att få tillgång till. Vid en manuell sökning utifrån redan använda artiklars referenslistor tillkom ytterligare en artikel. För att få ihop tillräckligt med material för omfattningen av ett examensarbete på kandidatnivå söktes artiklar mellan åren 1991-2013.

URVAL

Efter den primära sökningen, gjordes en första granskning av artiklar med relevanta titlar genom att läsa igenom sammanfattningarna för att få en uppfattning om upplägget och resultatet. Om studien verkade passa in på vårt syfte lästes den i sin helhet. Slutligen valdes tretton artiklar, varav sex kvalitativa, fem kvantitativa samt två kombinerade kvantitativa och kvalitativa för vidare analys. Merparten av artiklarna återkom i flera av sökorden. Slutligen gjordes även en manuell sökning utifrån en artikels referenslista. Sökningarna presenteras i tabell 1 och tabell 2 nedan.

Tabell 1. Artikelsökning

Datum för sökning	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Lästa abstract	Använda artiklars ref. nr.
2012-01-18	Cinahl	electroconvulsive therapy AND patient AND experience	Peer reviewed Research article 2001-2012	11	7	21,25,27
2012-01-18	Cinahl	electroconvulsive therapy AND memory	Peer reviewed Research article 2001-2012	10	6	21,25
2012-01-18	Cinahl	electroconvulsive therapy AND patient	Peer reviewed Research article 2001-2012	44	19	21,22,25-27,31,32
2012-01-26	Cinahl	electroconvulsive therapy AND adverse effects	Peer reviewed Research article 2001-2012	37	17	21,24-27

2012-01-26	Cinahl	electroconvulsive therapy AND adverse effects AND memory	Peer reviewed Research article 2001-2012	5	2	21,25
2012-01-26	Cinahl	electroconvulsive therapy AND information	Peer reviewed Research article 2001-2012	16	10	22,25-27
2012-01-26	Cinahl	electroconvulsive therapy AND consent	Peer reviewed Research article 2001-2012	9	6	22,25,26
2012-01-26	Scopus	electroconvulsive therapy AND memory	Article Nursing	20	4	24
2012-01-26	Scopus	electroconvulsive therapy AND patient AND experience	Article Nursing	13	11	24,27,29, 31
2012-01-26	Scopus	electroconvulsive therapy AND information	Article Nursing	11	5	31
2012-02-01	Scopus	electroconvulsive therapy AND memory loss	Article 2001-2012	28	8	23
2012-02-01	Cinahl	electroconvulsive therapy AND patient	Peer reviewed Research article 1991-2012	8	3	20
2012-02-13	Cinahl	ect	Peer reviewed Research article Abstract available Major heading: electroconvulsive therapy 2001-2012	52	21	21,22,24-28,32
2012-12-19	Pubmed	ect	Abstract available Nursing journals	37	11	21,22,24-28,32

Tabell 2. Manuell sökning

Datum för sökning	Typ av sökning	Sökning från artikel	Lästa abstract	Använd artikels ref. nr.
2013-01-25	Manuell sökning	Is Electroconvulsive Therapy (ECT) Ever Ethically Justified? If so, Under What Circumstances.	5	30

DATAANALYS

Analysen har skett med en induktiv ansats. Data samlades in och studiernas kvalitet granskades med hjälp av Fribergs punkter [19]. De tretton slutligen använda artiklarna lästes i sin helhet och viktiga punkter markerades med understrykningspenna. Författarna delade först upp bearbetningen genom att förutsättningslöst läsa och analysera fyra artiklar var, därefter läste övriga författare samtliga artiklar för att bekräfta att relevanta resultat brutits ut från studierna. Fakta relaterat till syftet sammanfattades och skrevs ner i en löpande text, varje artikel för sig. Artiklar och delar av artiklar som bedömdes som viktiga för uppsatsen kodades med olika färger och vidare bearbetning av data bidrog till att teman växte fram.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

I en litteraturstudie skall en sanningsenlig bild ges utan att förvränga data [20,21]. Genom medvetenhet har författarna till denna litteraturstudie antagit ett kritiskt förhållningssätt inför analys av det insamlade materialet för att ge en så objektiv bild som möjligt. Citat har inte översatts för att ge en äkta bild av deltagarnas budskap. I sju av tretton artiklar angavs att de var granskade av etiska kommittéer eller granskningsnämnder, i resterande fall framgick det inte eller var oklart huruvida de var etiskt granskade eller inte. För att publiceras i de vetenskapliga tidsskrifter som finns att söka i Cinahl och PubMed krävs ett tillfredsställande mått på vetenskaplig kvalitet och etisk granskning.

RESULTAT

Utifrån tretton använda artiklar framkom fyra teman relevanta för syftet:

- Patienters upplevelser av ECT-behandling
- Patienters upplevelser av minnesstörningar
- Information och samtycke
- Sjuksköterskans roll

PATIENTERNAS UPPLEVELSER AV ECT

Det finns ingen entydig bild av patienters upplevelser av tiden runt ECT- behandlingen. Känslorna är både positiva och negativa [22-29].

I en artikel framkommer att patienterna varken är för eller emot ECT utan att i varje enskilt fall bör riskerna övervägas gentemot fördelarna, och att det ibland kan vara värt risken när patienten befinner sig i en desperat situation. En patient beskriver hur ECT tog denne ur sitt suicidala tillstånd och gav en ljusare syn på framtiden. Samma patient har vid intervju tillfället åter drabbats av depression och skall genomgå ytterligare en ECT-behandling, något som patienten vet hjälper. Det enda negativa denna patient ser med ECT är att denne måste upprepa behandlingen för att må bra [23]. I en annan artikel finns fler patienter som ser ECT som det bästa alternativet. En patient säger att det var något som kunde hjälpa när så många mediciner misslyckats. Denna patient såg ECT som den mest lämpliga behandlingen för sig personligen [24].

Flera studier visar på att ECT hjälper mot depression [22,24,26,28,30] och även minskar suicidrisken [26,27,30]. I en studie gjord i USA hade patienter med hög suicidrisk enligt Hamilton Depression Scale (en självskattningsskala) god hjälp av ECT. En övervägande andel (80,9 procent) av deltagarna skattade sig inte ha någon kvarstående suicidrisk efter ECT-behandlingen [30]. Smith et al. visar i sin studie att deltagare talar om hur ECT hade reducerat deras depression och suicidtankar. En patient beskriver hur denna efter tredje behandlingen vaknat upp i uppvakningsrummet och hur det kändes helt annorlunda. Patienten berättar att denna började känna vilja att ta sig an saker och planera för sin framtid [26].

I en enkätstudie där effektiviteten av ECT inte specifikt efterfrågas lämnar 72 procent av deltagarna spontant kommentarer om att behandlingen hade hjälpt dem. En patient uttrycker sig:

Without the ECT I would definitely not still be here [27, s385]

Även i en annan studie uttalar patienterna sig positivt om ECT. Också här berättar en patient att ECT verkligen räddat dennes liv. Efter sex behandlingar var denne patient tillbaka till sitt normaltillstånd och kunde börja arbeta igen, med fullt återställd funktion [23].

I flera av de kvalitativa studier som analyserats har dock merparten av respondenterna negativa upplevelser av ECT-behandlingar. De negativa erfarenheterna kan härledas till nästkommande teman som tas upp i resultatet, minnesstörningar eller minnesförluster, bristande information och processen kring samtycket till behandling [22,23,27,29]. En patient beskriver ECT- behandlingen som barbari. Det läkare beskriver som livräddande hävdar denna patient leder till motsatsen. Samma patient känner sig berövad sin personlighet och sina minnen [23]. En annan patient vänder sig emot att omgivningen bara varit så inriktad på att bota depressionen och inte brytt sig om varför hon var deprimerad [29].

Uttryck som rädsla [22,24], skam och övergrepp återges av deltagarna [22]. I en studie samtalar även en grupp sjuksköterskor i en fokusgruppsintervju om den skam, desperation och förödmjukelse de antar att ECT-patienterna känner [29]. Deltagare i två olika studier drar paralleller till Frankensteins monster [22,24]. I en annan studie finns patienter som ville ha behandling som självskademetod eller hoppades på att det skulle ha ihjäl dem [24].

PATIENTERNAS UPPLEVELSER AV MINNESSTÖRNINGAR

Minnesstörningar av olika slag beskrivs av flera respondenter som en vanlig biverkan efter ECT-behandling [23,25-27,29,31]. I en artikel uppger 71 procent av de tillfrågade att de upplevt minnesstörningar som en följd av ECT och 62 procent säger sig vara drabbade av permanenta störningar, oftast i form av minnesluckor. Trettio procent hävdar att hela år suddats ur deras minne, inte enbart mindre episoder eller faktafragment [23]. Philpot et al redovisar i sin artikel patienters vittnande om att de förlorat många minnen, både korttids- och långtidsminnen [28]. Även flertalet av de respondenter van Daalen intervjuat vittnar om svåra minnesförluster. En kvinna berättar att de senaste 25 åren raderats ur hennes minne [29].

Minnesstörningar är något patienter upplever oavsett vilken åldersgrupp de tillhör. Enbart små variationer av de upplevda minnesstörningarna beror på om patienten behandlats nyligen eller längre tillbaka i tiden [23,29]. Skillnaden mellan uni- eller bilateral elektrodplacering tycks inte heller vara av betydelse för deltagarnas upplevda minnesstörningar [29].

Rayner et al. visar i sin studie att närmare hälften (189 av 389) av respondenterna lider av minnesförluster som en biverkan av ECT. Av dessa rapporterar 12 av 189 att de drabbats av bestående minnesstörningar av allvarlig art och ungefär lika många (13 av 189) vittnar om störningar i långtidsminnet. Av de 189 som drabbats av minnesstörningar upplever 28 bara mindre störningar och för 14 av dem var minnesstörningarna endast temporära. Hur minnesstörningar uppfattas och hur de ses i relation till vad ECT åstadkommer för patienterna är olika. En patient menar att denne lider av minnesförluster, men jämfört med hur patienten mådde under sjukdomen är det relativt lätt att leva med dessa. En annan patient hävdar att ECT är det enda som fungerar när denne blir suicidal och att patienten vid vissa tillfällen fått kämpa för att få behandlingen förskrivet. I motsats till detta hävdar en annan patient att denne aldrig hört talas om någon som haft nytta av ECT och att denna patient personligen aldrig någonsin skulle acceptera ECT som behandlingsform igen [27].

I artikeln av Smith et al. ger respondenterna ECT skulden för de olika typer av minnesstörningar de drabbats av. De beskriver hur de inte kunnat minnas hur aktiviteter utfördes i det dagliga livet (Activity of Daily Living, ADL) och hur de haft svårt att orientera sig även på kända platser i direkt anslutning till ECT-behandlingen. En patient beskriver hur denne inte hittade i sitt eget hem efter behandling och en närstående till en annan patient berättar att patienten inte ens kunde minnas hur man låser upp dörren till lägenheten [26].

De flesta av de tillfrågade patienterna beskriver erfarenheter av mer långsiktiga minnesstörningar. Samtliga upplever minnesstörningarna som större än de väntat sig att de skulle vara. Efter ECT-behandlingen råder delade meningar om huruvida ECT-

behandling upplevs ha varit ett bra beslut eller inte. Det finns patienter som är arga över att ha gått med på behandlingen, andra känner att ECT ändå varit rätt beslut för dem i den situation de befunnit sig i. Gemensamt är att de alla önskat få mer information om de minnesstörningar individen kan drabbas av innan behandlingen genomfördes. En patient berättar att läkarna innan behandlingen informerat om att den behandlade ofta drabbas av mindre korttidsminnesstörningar, men istället upplever patienten svåra minnesstörningar [26].

Vidare beskriver flera deltagare i samma studie ödesdigra konsekvenser de drabbats av och som de tillskrev sin ECT-behandling. Någon beskriver att en familjemedlem fått försämrad motorik, en patient beskriver hur hon på grund av ECT hamnade i ett maniskt tillstånd som medförde att hon förlorade sin familj och ytterligare en patient är övertygad om att ECT berövat henne möjligheten att få arbete eftersom hon inte hade förmåga att minnas vad hon lärt sig under sin utbildning [26].

Meeter et al. kommer till stor del fram till andra resultat. I denna studie har det gjorts minnestester före, strax efter samt tre månader efter ECT-behandling. Det fanns en kontrollgrupp som även den fått göra samma tester vilka bestod av två delar. Det ena testet undersökte verbal inläring för att undersöka anterograda minnesfunktioner och den andra var ett test för att undersöka minnet avseende det senaste året och därmed den retrograda minnesfunktionen. Resultatet visar att de patienter vars depressioner skulle behandlas med ECT uppvisar lägre resultat innan ECT och ännu sämre strax efter jämfört med en kontrollgrupp som bestod av friska individer från normalpopulationen vilket tyder på retrograd amnesi hos de deprimerade patienterna. Vid uppföljningstillfället hade ECT-patienterna hämtat sig till samma nivå som före ECT-behandlingen. ECT-patienterna kunde i samma grad som kontrollgruppen minnas händelser som inträffat månaderna efter behandlingen. Forskningsresultaten från denna studie pekar på att minnesstörningarna oftast inte är av anterograd art, att minnesförlusterna brukar vara tillfälliga och att patienter efter ECT återfår sin förmåga att ta till sig nyheter i samma takt som kontrollgruppen de jämfördes med [25].

INFORMATION OCH SAMTYCKE

Den process som leder fram till patientens beslut om huruvida de vill ha behandling eller inte är komplex. Många faktorer såsom hur mycket information, kvaliteten på information och tidigare erfarenheter eller rykten angående behandlingen spelar alla in. Även kultur och medias bild kan prägla patientens attityd till ECT [24].

En kvalitativ studie från Storbritannien visar att 8 av 12 patienter var rädda för eller chockerade av förslaget om att behandlas med ECT. Information söks på internet, ibland av patienterna själva men även av familj eller vänner. Det framkommer också olika orsaker till att patienterna samtyckt till ECT-behandlingen. En stor del (9 av 12) av respondenterna kände sig inte pressade utifrån, men tio av dessa tolv kände att det inte fanns något annat val och sju tyckte att det var en sista utväg när ingenting annat fungerar. Flertalet (10 av 12) var beredda att prova på vad som helst som kunde bereda dem möjlighet att må bättre. Två patienter berättar att de ätit så mycket tabletter att de kände att vad som helst som kunde få dem tillbaka till ett mer normalt tillstånd och som inte innefattar mediciner var väl värt ett försök [24].

Även i andra undersökningar ger respondenterna bilden av att de befunnit sig i en situation där smärtan och illabefinnandet som sjukdomen orsakat lett till att individen varit beredd att prova på vad som helst för att få må bättre [26]. Efter att ha försökt med allt annat har ECT-behandlingen setts som ett sista alternativ, ett desperat försök att göra något för att må bättre. Patienter uttrycker också att de finner det svårt att tänka klart och att ta rationella beslut på grund av att de varit tungt medicinerade [24]. Vidare nämns sjukdomen som föranlett övervägandet av ECT-behandlingen samt den förvirring denna sjukdom kan medföra som bidragande omständigheter till ett genomtänkt eller forcerat beslut [28].

Familj och vänner är bland de tillfrågade betydelsefulla i beslutsprocessen. Med hjälp av sina medmänniskor känner individen att det går att hämta stöd och information samtidigt som man är trygg i förvisningen om att det går att lita på de närstående. Tillsammans har de kommit fram till att behandlingen kunnat vara en möjlig utväg och gett sitt samtycke. Trots att många känt rädsla även efter behandlingens start var det ingen av respondenterna i denna studie som drog tillbaka sitt samtycke [24].

Johnstone visar på helt andra resultat. Här vittnar respondenterna om sin desperata önskan att kunna bli bättre och sin tunga medicinering som faktorer som bidragit till att de känt sig utlämnade. Patienten har inte vågat eller inte kunnat ifrågasätta behandlingen på grund av mediciner som gjort att denne inte kunnat tänka klart. De flesta i denna undersökning medger att processen fram till det faktum att de gått med på behandlingen inte hade några drag av informerat samtycke. Patienten hoppades helt enkelt att någon annan, t ex läkaren, visste deras bästa och man lämnade sitt liv i någon annans händer. En patient säger att om man känner sig vettlös och man blivit drogad upp över öronen, så är man inte särskilt kritisk och man frågar inte. Förmågan att tänka klart saknas [22].

Rose, Fleischmann och Wykes visar i sin studie att patienterna efter några behandlingar omvärderade och ändrade sitt beslut om att låta sig behandlas med ECT. Samma studie visar också att patienter ljugit om sin status och sagt att de mådde bättre än de i själva verket gjorde för att slippa fler behandlingar [23].

...that if you wanted to stop getting these things, don't say how bad you feel, say how good you feel. Then they will think they're working and leave you alone [23, s289]

Rayner et al. visar att 84 procent av respondenterna i undersökningen svarar att de efter information från läkaren samtyckt till att genomgå ECT-behandling. Övervägande delen (73 procent) av patienterna hade skriftligen gett sitt samtycke och nästan lika många (70 procent) hade gett sitt samtycke både muntligen och skriftligen. Närmare 18 procent av respondenterna hade upplevt läkarnas information som otillräcklig. En patient berättar att något annat alternativ aldrig erbjöds [27].

Vidare hade 12 procent av de patienter som gått med på ECT-behandling känt sig pressade eller delvis pressade av familj eller vårdpersonal. I en berättelse känner patienten att beslutet inte varit sitt eget, läkare och familj var överens om att det var den enda behandling som fanns kvar att prova när allt annat misslyckats. Ytterligare andra

känner att de blivit påskyndade att ta beslut om behandlingen utan att egentligen känna sig redo för att ta ett sådant beslut. Att patienter trots detta mer eller mindre visat samtycke förklaras med att de inte velat vara till besvär [27].

I en kvantitativ-kvalitativ studie av Philpot et al. studeras huruvida patienter som fått ECT-behandling skulle samtycka till nya behandlingar om det blev aktuellt igen. Två skalor har använts, ”Care Satisfaction Scale” och ”Adverse Effects Scale”. Generellt kan konstateras att de som skattat sig lågt på ”Care Satisfaction”-skalan och högt på ”Adverse Effects”-skalan var mer benägna att svara att de aldrig vill ha ECT igen. Vidare kan konstateras att ”Care Satisfaction Score” var lägre för de respondenter som svarade att de aldrig vill ha ECT igen, de som inte fått skriftlig information före behandlingen samt de som nyligen fått sin första ECT-behandling. De patienter som fått behandling flera gånger eller där behandlingen låg längre tillbaka i tiden var mer benägna att svara att de skulle samtycka till samma behandling igen om det blev aktuellt. Nära tre fjärdedelar (74 procent) av de som svarat att det inte var första gången de fått ECT svarade att de definitivt skulle genomgå behandlingen igen om den skulle förskrivas. Endast 4 av 19 av de respondenter som för första gången fått ECT svarade att de definitivt skulle genomgå behandlingen igen. Vidare tillade två respondenter att de ansåg att ECT hjälpt dem komma tillrätta med själva depressionen men att bieffekterna upplevts som för svåra. En patient beskriver hur den lyfts ur sin depression men att bieffekterna de senaste behandlingstillfällena varit många [28].

Av samtliga 44 respondenter svarar 13 att de mer eller mindre av olika anledningar känt sig tvingade att gå med på behandlingen, trots att 12 av dessa inte i laglig mening tvingats. Det finns patienter som känner att andra tagit beslutet åt dem eller att de inte trott att man kunde vägra [28]. Svar som att det inte getts några alternativ återfinns också, liksom att patienterna själva känt att det inte funnits alternativ och att ECT var deras sista utväg då det fungerat tidigare eller då de var för sjuka och förvirrade för att fatta egna beslut eller att de litade på att läkaren visste bäst, något som framkommit i fler artiklar som granskats [22,28,29]. Ingen av de respondenter som svarar att de utan tvekan skulle genomgå behandlingen igen kände sig tvingade till sitt beslut [28].

En enkätstudie från Irland 2008 visar på låga siffror av tvång. Merparten (80 procent) av 51 tillfrågade svarade att de hade fått tillräckligt med information för att ge ett informerat samtycke. Närmare tre fjärdedelar (74 procent) hade förstått orsaken till varför de skulle behandlas med ECT och endast 2 respondenter (4 procent) hade känt sig tvingade. Information hade getts till 83 procent om vad som skulle hända i direkt anslutning till behandlingen. Dock hade endast 52 procent svarat ja på att de kände till vilka bieffekter behandlingen kunde medföra [32].

SJUKSKÖTERS KANS ROLL

Bland personalen rapporteras bristfällig kunskap om de minnesstörningar som kan drabba patienten till följd av ECT-behandling. En undersökning där sköterskor inom psykiatrin fått svara på frågor i enkätform utan att konsultera varandra eller litteraturen visar att så många som en tredjedel av respondenterna var osäkra på eller svarade fel på frågor rörande samband mellan minnesstörningar och elektrodplacering [31].

En kvalitativ studie där frågorna riktar sig till psykiatrisjuksköterskor och sjuksköterskestudenter visar på ett samband mellan erfarenhet i tid och inställning till ECT-behandling. Sjuksköterskor med längre erfarenhet är i studien mer benägna att stödja teorierna om att ECT har god effekt och är välgörande för patienterna. Vidare är denna kategori mindre benägen att tro att ECT som behandlingsmetod överanvänds och tycker i mindre utsträckning att riktlinjer för ECT borde utarbetas av regering eller hälsovårdsmyndigheter. Sjuksköterskestudenterna däremot är mer kritiska och anser att ECT överanvänds samtidigt som stor del av dem tycker att riktlinjer bör utformas av hälsovårdsmyndigheter och regering [33].

I två kvalitativa studier fick sjuksköterskor själva förklara sin roll när ECT utförs på patienter. De fick diskutera de erfarenheter de hade av rollen samt sin egen syn på och upplevelse av ECT som behandling. Undersökningen visar att många av sjuksköterskorna såg sig som någon som befinner sig där före, under eller efter behandlingen, någon som bockar av checklistan och ser till att patienten förstår varför de är där, vad som hänt dem och någon som räcker ut en tröstande hand. Generellt ansågs att den fysiska övervakningen hamnade på sjuksköterskans ansvar [29,34].

Participating in the administration of ECT to women for me meant more hand-holding, more client tears. I always found myself double-checking the consent forms and eliciting verbal acknowledgement from the client about what was about to happen to them. [29, s466]

ECT-sjuksköterskorna anser sig också ha en viktig roll som informanter, stödjare och utbildare. Mycket tid av arbetet går åt till att informera såväl patient och närstående som studenter och andra som inte dagligen kommer i kontakt med behandlingen [34]. I sitt förhållande till patienten utvecklar sjuksköterskan sin roll genom att upprätthålla relationen som ses som en viktig del av arbetet. Att ge tydlig information om ECT-processen samt svara på patienternas frågor och funderingar är ECT sjuksköterskans primära roll. Men denna funktion stöds av åtgärder från andra sjuksköterskor som jobbar på avdelning [29,34]. I en undersökning beskriver en sjuksköterska att sjuksköterskan när det gäller ECT har ett utbildnings- och upplysningsansvar gentemot patienten, dennes familj, allmänläkare samt gentemot allmänheten [29]. En sjuksköterska nämner att patienterna kan behöva upprepad information då de kan ha svårt att ta till sig den [34].

van Daalen-Smith som undersökt sjuksköterskans roll och kunskap verkar överens med Gass om att sjuksköterskorna i de flesta fall är måna om och engagerade i patienternas välbefinnande och återhämtning [29,34]. Det har dock funnits stora skillnader i kunskap mellan sjuksköterskorna. De som arbetar direkt med ECT har goda kunskaper och kompetens att förmedla den, medan avdelningssjuksköterskorna i undersökningen kunnat finna brister i kunskaperna. Många ur den senare kategorin kan exempelvis inte beskriva *hur* ECT fungerar, bara *att* det fungerar [29]. Det kan vara svårt att svara på frågor rörande den tekniska delen av behandlingen och ECT-sjuksköterskorna i undersökningen uppfattar att kollegorna på avdelningarna inte engagerar sig och sätter sig in i behandlingen och därmed frånsäger sig sitt informationsansvar för patienterna. En ECT-sjuksköterska säger uttryckligen i en intervju att hon önskar att avdelningssjuksköterskorna kunde spela en mer aktiv roll. Avdelningssjuksköterskorna

känner sig däremot uteslutna och agerar istället passivt när det gäller behandlingsprocessen [34].

Gass förklarar vidare ämnet att *vara där* som en dimensionell roll för ECT-sjuksköterskor. Detta består av tre kategorier; *engagemang, närvarande och fristående*. Dessa förbättrar vår förståelse för sjuksköterskornas arbete med patienter som behandlats med ECT. Att vara där sträcker sig utmed ett kontinuum från en närhet mellan sjuksköterska och patienter som exemplifieras av ett humanistiskt förhållningssätt. Författaren visualiserar detta med hjälp av en sfär uppbyggd likt en cell med kärna, mellanskikt och ett yttre skikt. I att vara där kan kategorin fristående förstås som den inre kärnan som avslöjar lite av den person som inte mår bra. Mellanskiktet förstås som närvarande, är sjuksköterskan närvarande så framkommer mer av den enskilde och förståelsen för individen ökar. Sjuksköterskor som är engagerade utvecklar medvetenhet om patientens kunskaper och erfarenheter med inriktning på att förstå patienternas känslor och funderingar. Sådana kvaliteter var tydliga antingen i beskrivning av att arbeta med patienter eller i sina åtgärder där som engagerade innebär att lära känna och förstå patienternas värld. En engagerad sjuksköterska förklarar engagemanget som att vara med någon även mentalt, inte bara fysiskt [34].

Den sjuksköterska som är närvarande utför sin roll på ett professionellt sätt och exemplifieras av uppmärksamhet på patientens behov samt av tröst och stöd under behandlingsprocessen. Detta illustrerar skillnaden mellan närvarande och engagerad. I en situation där sjuksköterskan är närvarande och engagerad riktar hon sig direkt till patienten i ord och handling. I samma artikel finns också exempel på sjuksköterskors ovilja att relatera till patientens besvär och erfarenheter. I detta exempel väljer sjuksköterskan att inte svara när patienten berättar om ett besvär denna upplever. Hon undviker helt enkelt att interageras med och delta i patientens upplevelse av ECT. För att undvika denna interaktion fokuserar hon istället på de åtgärder som är inriktade på patientens behandling och dess processer. Detta beskrivs i artikeln med ett exempel där sjuksköterskan undviker att svara när patienten ger en upplysning [34].

Den kategori av sjuksköterskor som tar avstånd från nära relationer med patienten sägs ha en fristående relation. Dessa sjuksköterskor riktar in sig på de aktiviteter som bedrivs sjukvårdspersonal emellan och engagerar sig inte i patienten som person. Sjuksköterskesysslor utförs och information om patienten vidareförmedlas till kollegor, men ger ingen respons på patientens verbala eller kroppsliga signaler vilka kan tyda på oro eller ångest. Detta belyses med ett exempel på två sjuksköterskor som i närvaro av en rastlös rullstolsburen patient bara talar med varandra om televisionsprogram de sett och andra ovidkommande saker [34]. Några upplevde sjuksköterskorna som kalla, bestraffande och distanserade, som att de bara var där i syfte att utföra sitt jobb efter psykiatrikerens instruktioner [29].

I artikeln redogör Gass också för en annan observation av en sjuksköterska med en distanserad och fristående patientrelation. Här handlar det om en sjuksköterska som sitter i samma rum som en patient. Författaren beskriver hur sjuksköterskan undviker att interagera med patienten genom att hålla sig sysselsatt med att fingra på sin namnbricka. Han verkar nervös och obekväm i situationen. Slutligen gäspar han, sträcker på sig och sätter upp fötterna på bordet utan att vid något tillfälle tala med patienten som genom hela situationen sitter helt tyst. Detta är ett tydligt exempel på en distanserad relation

patient och sjuksköterska emellan där sjuksköterskan effektivt undviker att gå in i både patientens och sin egen erfarenhet av ECT [34].

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Ett kritiskt förhållningssätt från början till slut är ett måste vid en litteraturoversikt. Risken är bland annat annars att författarna gör ett selektivt urval av artiklar för att passa till syftet. Vidare kan endast valda delar av artiklar användas för att ge ett vinklat resultat [19]. Genom medvetenhet har författarna till detta arbete försökt anamma ett så neutralt förhållningssätt som möjligt för att uppmärksamma problemområden istället för att påvisa sanningar.

En bred sökning gjordes inledningsvis för att skapa en översikt av omvårdnadsforskningen rörande ECT. Det visade sig att detta är ett relativt outforskat område. Relevanta sökord identifierades och flera databaser användes (tabell 1) för att så gott som finkamma forskningsläget. Medvetenhet och krav på artiklarnas kvalitet och ett kritiskt förhållningssätt till hur urvalet skett gjorde att många artiklar sållades bort. Författarna till de flesta artiklarna är legitimerade sjuksköterskor (registered nurses, RN) och är alla peer reviewed. Stor variation framkom om information angående urval, och vi har använt de studier där det förklarades grundligt samt att ett etiskt förhållningssätt togs i åtanke då det är ett känsligt område vi har valt att skriva om. Bortfall förekom i flera av studierna men kändes också naturligt med tanke på ämnets art.

Ytterligare sökningar genomfördes med ”*subjects*” som återfanns i redan hittat material. Till en början eftersöktes endast åren 2001-2013 för att utgå från det senaste forskningsläget, men fick sedan utökas med ytterligare en artikel från 1999 och en från 1998 då mer arbetsmaterial behövdes för rapporten. Artiklarna bedömdes bidra med värdefullt material och inkluderades. Fler intressanta artiklar med nyckelord relaterade till syftet hade velats läsa igenom, men saknades i ”*fulltext*”, eller kostade pengar för att få tillgång till. Dessa har valts bort med tanke på den begränsade omfattningen som ett arbete på kandidatnivå utgör.

Anmärkningsvärt är att ingen svensk studie återfanns i sökningen. Främst västerländsk forskning hittades och Storbritannien var dominerande med sex använda artiklar [22-24,27,28,34]. Utöver dessa användes två artiklar från USA [26,30], en från Kanada [29], Holland [25], Skottland [31], Irland [32] samt en från Nigeria [33]. Att många olika länder representeras kan både ses som en styrka men också göra det svårt att jämföra olika studieresultat. Däremot återfanns många teman och resultat från de olika artiklarna och pekade åt samma riktning. Merparten av sökorden återfinns i flertalet av artiklarna. Allt detta styrker reliabiliteten i vår litteraturoversikt. Det var viktigt för oss att tänka på att rutinerna för ECT är olika beroende på land. Artiklarna som samlades in svarade väl på vår frågeställning, och många dubbelreferenser i resultatet stärker ett enhetligt resultat från flera länder.

Fem av sex artiklar från Storbritannien var publicerade i samma tidsskrift, *Journal of Mental Health*. Resterande var publicerade i olika tidsskrifter (bilaga 1). Att både kvantitativa och kvalitativa artiklar användes var användbart för arbetets syfte och ger

en mer sammansatt kunskap. Siffror och data visar en bred bild medan de kvalitativa intervjuerna ger en djupare förståelse för individen och dennes upplevelser.

Ingen av författarna till denna uppsats har engelska som modersmål, och då den språkliga nivån på vetenskapliga studier är hög har författarna ansträngt sig för att tillsammans göra korrekta översättningar och tolkningar av samtliga artiklar för att inte på något sätt förvanska resultatet. Att tre individer har varit författare till denna litteraturöversikt har betytt fördelar och nackdelar. Att kunna reflektera, spegla tankar och samarbeta med varandra har förstås varit en styrka då samtliga artiklar analyserades av samtliga författare och därmed stärkt validiteten, men också utgjort ett hinder för att kunna hålla en röd tråd och samstämmighet genom arbetet och dess upplägg.

RESULTATDISKUSSION

Psykisk ohälsa stigmatiserar ofta dem som drabbas [1]. Många gånger upplever vi att det för många tycks vara något genant över och konstigt med att ha drabbats av en psykisk sjukdom i större utsträckning än över att ha drabbats av somatiska åkommor.

Den forskning som har tagits del av har bedrivits i västvärlden [22-32,34]. Undantaget är en studie utförd i Nigeria [33], men resultatet från den studien skiljer sig inte från de övriga angående inställningen till ECT-behandling hos vårdpersonal. Trots noggrann sökning i flera databaser och tidsskrifter återfinns ingen svensk eller nordisk forskning om ECT ur sjuksköterskeperspektiv. Detta tycker vi är anmärkningsvärt. Till bakgrund, problemformulering och syfte som ligger till grund för vårt arbete användes i initialskedet en pilotstudie [17] och en rapport från Socialstyrelsen [9]. Det hade därför varit önskvärt med ett svenskt perspektiv och forskningsläge att jämföra med hur det ser ut kring ECT-behandlingar i övriga länder representerade i vår litteraturöversikt. Författarna har sina erfarenheter av ECT från Sverige, är även bosatta och kommer antagligen vara yrkesverksamma här och även av denna anledning skulle det vara intressant att få forskningsläget härifrån beskrivet.

En av de företeelser som i högsta grad fångat vårt intresse under arbetets gång är den diskrepans som råder avseende resultaten i de kvalitativa studier där patienter med personlig erfarenhet av ECT intervjuats [22,24,26,29] jämfört med de studier där det med hjälp av enkätfrågor och frågor till antingen patienter eller yrkesverksamma inom området [23,25,27,30-34] kommit fram till helt andra resultat. Detta främst avseende samtycke, information och inte minst utbredningen av minnesstörningar. Vad kan dessa skillnader bero på? Även om kvantitativa studier i resultatet i detta arbete till stor del visar på positiva resultat av ECT-behandlingar, visar intervjuer av patienter på en annan bild där behandlingen medfört svåra minnesstörningar av mer permanent karaktär och andra bieffekter. Några vittnar om bieffekter så svåra att de förstört deras liv [4,29].

Individens subjektiva upplevelser måste väga tungt och det går inte att bortse från deras svar eller misstro någon. Med enkäter nås en större målgrupp, och forskarna får svar från ett större antal individer. Här måste dock beaktas att frågornas utformning kan få konsekvenser för resultatet. I djupintervjuer där patienterna själva får tala om sina upplevelser med egna ord dyker det upp andra svar. Kan det vara så att de patienter som är negativt inställda och besvikna på den behandling de fått är mer benägna att ställa upp i intervjuer i syfte att få prata av sig och få ur sig frustration över sin besvikelse?

Vidare kan man vara kritisk till vad forskarna som gjort intervjuerna har för grundinställning, hur de vinklar frågor och vilket urval som har skett. Då kvalitativa studier i intervjuform oftare har färre antal deltagare än exempelvis en enkätstudie är det svårt att dra allmängiltiga slutsatser. Varför det är fler kvinnor än män som förekommer i intervjuerna har vi inget svar på. Kan det vara så att kvinnor oftare råkar ut för minnesstörningar än män? Behandlas fler kvinnor än män med ECT? Eller har kvinnor överlag helt enkelt lättare än män att uttrycka sig i emotionella frågor? Statistiken är som tidigare nämnts bristfällig. I en av studierna [29] har enbart kvinnor medvetet sökts upp och intervjuats.

Frågor som dykt upp hos oss under arbetets gång är bland annat om professionen är för positivt inställd till ECT och ser endast vinsten av ECT-behandlingar, att den antidepressiva effekten uppnåtts även om det har skett på bekostnad av individens minne. Vem bedömer individens välbefinnande, professionen eller individen? Enligt Läkartidningen [10] besväras patienter som haft god effekt av ECT-behandling sällan av minnesproblem. Är det däremot så att patienten inte fått lindring av symtomen och därtill drabbats av minnesstörningar av olika grad är det förståeligt att denne är missnöjd med behandlingen och att minnesförlusterna blir påtagliga. Resultatet blev ju i så fall värre än utgångsläget. Uppföljningen är bristfällig [9] och om detta område förbättras borde det även bli lättare att utvärdera och eventuellt omvärdera om ECT-behandling är lämplig. Beaktas bör att den grupp patienter som får ECT-behandling ofta lider av sjukdomar som i sig påverkar kognitionen och även behandlas med psykofarmaka i varierande styrka och grad. Var bieffekterna härstammar från borde således vara svårbedömt i flera av fallen [6,10].

Antonovsky resonerar i förklaringen av begreppet *begriplighet* kring hur individer upplever yttre och inre stimuli. Enligt Läkartidningen ter sig många gånger tillvaron som oförklarlig och kaotisk för en individ med psykisk ohälsa [10]. Drabbas en individ av psykisk sjukdom är det troligtvis naturligt att det kan vara svårt att hitta något begripligt i tillvaron. Den individ som har svårt att hitta begriplighet i tillvaron upplever också enligt Antonovsky [16] lättare att denne ofta har otur och råkar ut för tråkigheter. Att drabbas av svåra minnesförluster kan i de flesta fall inte betraktas som annat än en förlust och någonting tråkigt. Särskilt om minnesförlusterna är bestående.

Patienternas upplevelser av ECT-behandling varierar från positiva till negativa erfarenheter [22-29]. När patienten är missnöjd är det ofta starkt förknippat med oönskade bieffekter såsom minnesstörningar, att patienten har blivit dåligt informerad om dessa risker samt brist på information angående behandlingen överlag och möjligheter till alternativ.

I temat *Information och samtycke* är skillnaderna stora studierna emellan. Vad man känner till om behandlingsformen sedan tidigare, vad som kanske setts i filmer eller hört ryktesvägen kan prägla attityden till att samtycka till ECT-behandling. Rädsla och osäkerhet återfinns bland patienter. Ibland känner sig patienterna oförmögna att ta egna beslut på grund av all medicinering [24]. I ett sådant skede tillåter sig vissa individer att lämna över beslut om sitt öde till läkare, vårdpersonal eller närstående. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor [35] beskriver inom område 1 att yrkesutövande sjuksköterskor och ledare;

”Ger den information som behövs för att uppnå informerat samtycke och informerar om rätten att välja eller vägra behandling.” [35 s7]

Undersökningar visar på varierande kunskap om ECT hos sjuksköterskor som inte arbetar direkt med ECT, även på de avdelningar där patienter ligger inne under sin behandling [31,33,34]. Att endast kunna förklara *att* behandlingen fungerar men inte *hur* som ibland är fallet är naturligtvis en stor brist när sjuksköterskan skall informera patienter och närstående och få tillstånd ett informerat samtycke.

Med hög *hanterbarhet* upplevs det att det finns resurser till förfogande som kan användas för att möta de krav som ställs samtidigt som man inte känner sig som ett offer för omständigheter eller sörjer för alltid. Således tolkar författarna det som att motsatsen gäller för dem med låg hanterbarhet. Det skulle i så fall innebära att människor med låg hanterbarhet lättare känner sig som ett offer och har svårare att sluta sörja förluster. Den som sörjer och känner sig som ett offer fortsätter enligt vår erfarenhet gärna att prata om det som är smärtsamt. När sorgen dämpas minskar även behovet att tala om det som gör eller gjorde ont. Kan det vara så att respondenterna i intervjuerna av den anledningen främst fick tag på patienter med låg hanterbarhet, dvs. de patienter som fortfarande hade ett behov av att prata om det svåra de genomlider och genomlidit? Här tänker vi bland annat på att i en av studierna [22] valdes intervjudeltagarna ut genom affischer och flygblad där patienter som haft negativa erfarenheter av ECT-behandling specifikt efterfrågades.

För en individ med låg känsla av *meningsfullhet* är det ofta de saker som lägger bördor på och är besvärliga för individen som blir viktiga och upptar sinnet. Med en låg känsla av meningsfullhet bör det med andra ord vara naturligt att individen låter det som inte är bra få stort fokus. Har man förlorat mycket på vägen i form av minnen och relationer och sätter det i samband med sin ECT-behandling är det inte konstigt att patienten talar om behandlingen i negativa ordalag.

Sjuksköterskan måste vara medveten om att patienten kan hamna i underläge gentemot vårdpersonalen. Med anledning av detta blir sjuksköterskans förhållningssätt i mötet med patienten av mycket stor betydelse [36]. Författarna anser att patienten, inte minst om denna drabbats av psykisk ohälsa, befinner sig i en utsatt situation. Möjligheten till återhämtning samt patientens upplevelse av vården beror till stor del på sjuksköterskans förhållningssätt. I den dialog sjuksköterskan för bör det eftersträvas att ge patienten möjlighet och makt att påverka. I ett sådant samspel skapas tillit vilket underlättar för att gemensamt sträva efter att förbättra patientens situation. För att lyckas med hälsofrämjande omvårdnad krävs uppmuntran till patientens *delaktighet*. Detta kan bara uppnås i en respektfull dialog patient och sjuksköterska emellan. Då patienten ofta saknar professionell kunskap och på grund av ohälsa kan hamna i beroendeställning kan vårdpersonalens undervisning behöva sträva åt att bli mer inriktad åt olika inlärningsstrategier snarare än av lärandekaraktär [36] när sjuksköterskan väljer pedagogisk strategi. Med hjälp av korrekt, sanningsenlig och tydlig information från sjuksköterskan kan *begripligheten* ökas. För att öka *hanterbarheten* hos patienten kan sjuksköterskan förmedla trygghet och tillhandahålla resurser och öka patientens delaktighet. Genom att visa en vilja att vårda och uppmuntra närstående och patient i positiv anda skapas en större meningsfullhet [37], och därmed kanske öka förståelsen

varför de skall behandlas med ECT. Med en ärlig kommunikation kan patienten förberedas på de symtom som kan uppkomma i samband med behandlingen och i vilken grad de förekommer, tillfälliga som eventuellt permanenta.

Under temat *Sjuksköterskans roll* nämns tre kategorier av sjuksköterskor som står för *engagemang, närvarande och fristående*. En engagerad sjuksköterska är närvarande både mentalt och fysiskt. Med stor empati finns patienten med i tankarna hela tiden och sjuksköterskan visar på att man vill vårda, tar del av patientens bördor och jobbar för att underlätta det som besväras. Att vara närvarande liknar att vara engagerad, men handlar mer om en fysisk närvaro här och nu. Båda dessa kategorier bekräftar, tröstar, lyssnar och finns där [34]. Sjuksköterskan agerar alltså som en slags ställföreträdare för patienten. Hanterbarheten bör rimligtvis då öka genom att någon är med och möter kraven som ställs på dem. Med en minskad börda och ökad stöttning ökar också patientens känsla av meningsfullhet. Om patientens begriplighet är låg ser denne kanske på sin situation som hopp- och meningslös. Sjuksköterskan kan här hjälpa patienten att göra situationen mer begriplig genom att vända det till att bli en erfarenhet.

Fristående sjuksköterskor tar snarare avstånd från patientens känslor. Medicinsktekniska åtgärder utförs, patientens status rapporteras till övrig vårdpersonal och patienten förbereds för behandlingen men med en avsaknad av empati och med mindre förståelse för patientens behov. Patienten kanske då känner sig mer som ett objekt i produktionsledet vilket istället minskar patientens känsla av sammanhang.

KONKLUSION

Ökad kunskap och skärpta rutiner ger vårdpersonalen bättre förutsättningar att ge denna utsatta patientgrupp ett bättre omhändertagande. I egenskap av forskare, vårdare, utbildare och informatör utgör sjuksköterskan en mycket viktig del i detta arbete. För att en förbättring skall kunna åstadkommas anser vi det nödvändigt med mer forskning avseende de fyra teman som presenteras i denna litteraturstudie, även i Sverige och övriga nordiska länder.

REFERENSER

1. Stefanazzi M. Is Electroconvulsive Therapy (ECT) Ever Ethically Justified? If so, Under What Circumstances. *HEC Forum*. 2013;25(1):79-94.
2. ECT [Internet]. Malmö: Nationalencyklopedin; 2013 [cited 2013 Feb 21]. Available from: <http://www.ne.se/lang/ect>
3. Terapi [Internet]. Malmö: Nationalencyklopedin; 2013 [cited 2013 Feb 21]. Available from: <http://www.ne.se/lang/terapi>
4. Läkarna fick veta om riskerna med ECT – men inte patienterna [television broadcast]. Uppdrag Granskning. Göteborg: SVT; 2009 Nov 18.
5. Fink M. Convulsive therapy: a review of the first 55 years. *Journal of Affective Disorders*. 2001;63(1-3):1-15.
6. Ottosson JO. *Psykiatri*. 7th ed. Stockholm: Liber; 2009.
7. Herlofsson J, editor. *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur; 2009.
8. Ottosson H, Ottosson JO. *Psykiatriboken*. Stockholm: Liber; 2007.
9. ECT: En granskning i tre tillsynsregioner [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012 [cited 2012 Sep 11]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/ectengranskningitretillsynsregioner>
10. Odeberg H, Ottosson JO. Elektrokonvulsiv terapi inte passé. *Läkartidningen*. 2011;108(3):85-89.
11. Kraven på information och delaktighet vid ECT inom psykiatrin – Meddelandeblad 7/2011 [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011 [cited 2013 Feb 21]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-9-15>
12. WHO [Internet]. Genève: World Health Organization; 2013 [cited 2013 Feb 21]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/en/
13. Allgulander C. *Introduktion till klinisk psykiatri*. Lund: Studentlitteratur; 2005.
14. Ottosson H, Ottosson JO, Ottosson M, Åsgård U. *Akut psykiatri*. Stockholm: Liber; 2004.
15. Antonovsky, A. *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur; 2005.
16. Antonovsky, A. *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur; 1991.
17. ECT-behandling: En pilotstudie [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010 [cited 2012 Sep 11]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-4-3>
18. SOSFS 2005:12 [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005 [cited 2013 Feb 21]. Available from: http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-12/documents/2005_12.pdf
19. Friberg F. Att göra en litteraturoversikt. In: Friberg F, editor. *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur; 2006.
20. Nyberg R. *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med hjälp och stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur; 2000.
21. Forsberg C, Wengström Y. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur; 2003.
22. Johnstone L. Adverse psychological effects of ECT. *Journal of Mental Health*. 1999;8(1):69-85.
23. Rose D, Fleischmann P, Wykes T. Consumers' views of electroconvulsive therapy: a qualitative analysis. *Journal of Mental Health*. 2004;13(3):285-293.
24. Fisher P, Johnstone L, Williamson K. Patients' perceptions of the process of consenting to electroconvulsive therapy. *Journal of Mental Health*. 2011;20(4):347-354.
25. Meeter M, Murre JM, Janssen SM, Birkenhager T, Van Den Broek WW. Retrograde amnesia after electroconvulsive therapy: A temporary effect?. *Journal of Affective Disorders*. 2011;132(1-2):216-222.

26. Smith M, Vogler J, Zarrouf F, Sheaves C, Jesse J. Electroconvulsive therapy: the struggles in the decision-making process and the aftermath of treatment. *Issues In Mental Health Nursing*. 2009;30(9):554-559.
27. Rayner L, Kershaw K, Hanna D, Chaplin R. The patient perspective of the consent process and side effects of electroconvulsive therapy. *Journal of Mental Health*, 2009;18(5):379-388.
28. Philpot M, Collins C, Trivedi P, Treloar A, Gallacher S, Rose D. Eliciting users' views of ECT in two mental health trusts with a user-designed questionnaire. *Journal of Mental Health*. 2004;13(4):403-413.
29. Leslie van Daalen-Smith, C. Waiting for Oblivion: Women's Experiences with Electroshock. *Issues In Mental Health Nursing*. 2011;32(7):457-472.
30. Kellner C, Fink M, Knapp R, Petrides G, Husain M, Rummans T, et al. Relief of expressed suicidal intent by ECT: a consortium for research in ECT study. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(5):977-982.
31. Gass J. The knowledge and attitudes of mental health nurses to electro-convulsive therapy. *Journal of Advanced Nursing*. 1998;27(1):83-90.
32. Rush G, McCarron S, Lucey, JV. Consent to ECT: patients' experiences in an Irish ECT clinic. *The Psychiatrist*. 2008; 32(1):15-17
33. James B, Lawani A, Omoaregba J, Isa E. Electroconvulsive therapy: a comparison of knowledge and attitudes of student nurses and staff mental health nurses at a psychiatric hospital in Nigeria. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. 2010;17(2):141-146
34. Gass J. Electroconvulsive therapy and the work of mental health nurses: a grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45(2):191-202.
35. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor [Internet]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; 2007 [cited 2013 Feb 21]. Available from: <http://www.swenurse.se/publikationer--remisser/publikationer/etik/icns-etiska-kod/>
36. Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete [Internet]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; 2008 [cited 2013 Feb 21]. Available from: <http://www.swenurse.se/publikationer--remisser/publikationer/halsoframjande/strategi-for-sjukskoterskans-halsoframjande-arbete/>
37. Edberg AK, Wijk H, editors. *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur; 2009.

BILAGA 1. ARTIKELÖVERSIKT RESULTATARTIKLAR

Författare: Johnstone L

Titel: Adverse psychological effects of ECT

Tidskrift: Journal of Mental Health

Publicerad: 1999

Land: Storbritannien

Syfte: Att öka förståelsen för hur ECT kan vara en traumatisk händelse för vissa och hur detta kan uttryckas av individen.

Metod/urval: Semistrukturerade intervjuer. Selektivt urval av patienter som haft negativa erfarenheter av ECT, Rekryteringen skedde genom flygblad och affischer. 20 personer intervjuades i en avslappnad miljö och spelades in på band för att sedan transkriberas genom en kvalitativ tematisk innehållsanalys.

Antal referenser: 39

Författare: Rose D, Fleischmann P & Wykes T

Titel: Consumers' views of electroconvulsive therapy: A qualitative analysis

Tidskrift: Journal of Mental Health

Publicerad: 2004

Land: Storbritannien

Syfte: Att undersöka patienternas syn på för- och nackdelarna med ECT-behandling och att förstå meningsskiljaktigheten som finns mellan vissa individer och yrkesorganisationer.

Metod/urval: Kvalitativa data samlades in från internet, ett videoarkiv och publiceringar, så kallade "testimonies", totalt 139 stycken. Dessa analyserades med hjälp av innehållsanalys och en enkel form av Grounded theory.

Antal referenser: 18

Författare: Gass J.P

Titel: Electroconvulsive therapy and the work of mental health nurses: A grounded theory study

Tidskrift: International Journal of Nursing Studies

Publicerad: 2008

Land: Storbritannien

Syfte: Att utforska hur sjuksköterskor arbetar med patienter som får ECT-behandling.

Metod/urval: Data erhöles genom observation och ostrukturerade intervjuer. 24 intervjuer gjordes på deltagarnas arbetsplatser, i enlighet med den metod som diskuteras av Wimpenny och Gaas. Forskaren använde ostrukturerade formella intervjuer med ett öppet förhållningssätt men fokuserade på frågeställningen. Sammanlagt 78 timmars observation och 21 timmars intervju insamlades.

Antal referenser: 74

Författare: James B.O, Lawani A.O, Omoaregba J.O & Isa E.W
Titel: Electroconvulsive therapy: A comparison of knowledge and attitudes of student nurses and staff mental health nurses at a psychiatric hospital in Nigeria
Tidsskrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing
Publicerad: 2010
Land: Nigeria
Syfte: Att jämföra och öka kunskaper och attityder till ECT-behandling bland vårdpersonal och studenter inom psykiatrin. Forskaren vill också bedöma sjuksköterskors åsikter om behovet av att inrätta styrda riktlinjer för ECT.
Metod/urval: En kvalitativ studie som genomfördes bland 10 anställda psykiatrisjuksköterskor och 5 sjuksköterskestudenter. Detta utfördes med hjälp av en enkät bestående av tre delar: sociodemografiska uppgifter, en del som omfattar tre frågor om attityder till ECT, och ett frågeformulär om kunskaper och attityder till ECT.
Antal referenser: 19

Författare: Fisher P, Johnstone L & Williamsson K
Titel: Patients' perceptions of the process of consenting to electroconvulsive therapy
Tidsskrift: Journal of Mental Health
Publicerad: 2011
Land: Storbritannien
Syfte: Undersöka patienters uppfattningar om hur de gav samtycke till ECT.
Metod/urval: Tolv deltagare mellan 31 och 70 år intervjuades om sina erfarenheter och hur de gått med på ECT behandling. Intervjuerna i denna studie analyserades tematisk. Alla för forskningsfrågan viktiga data fick en eller flera koder för att identifiera relevanta delar. Den andra författaren kodade en intervju för att validera huvudförfattarens kodning och för att hitta en lösning som gick att användas till i stort sett samma koder. Koderna grupperades tematiskt och varje grupp fick en titel som "sista utväg" eller "potentiella fördelar". Grupper med liknande upplevelse placeras tillsammans för att bilda delteman. Delteman med liknande information sattes samman för att utveckla bredare teman. Teman och underteman kontrollerades mot varje kod för att säkerställa arbetet.
Antal referenser: 26

Författare: Kellner C.H, Fink M, Knapp R, Petrides G, Husain M, Rummans T, Mueller M, Bernstein H, Rasmussen K, O'Connor K, Smith G, Rush A.J, Biggs M, McClintock S, Bailine S & Malur C
Titel: Relief of Expressed Suicidal Intent by ECT: A Consortium for Research in ECT Study
Tidsskrift: American Journal of Psychiatry
Publicerad: 2005
Land: USA
Syfte: Att jämföra underhålls-ECT med farmakoterapi för att förebygga återfall efter framgångsrik ECT-behandling.
Metod/urval: Patienter som uttryckt självmordstankar under intervju fick skatta sig på Hamilton Depression Scale före behandling och under behandling tre gånger i veckan. En kvalitativ analys gjordes av 444 patienter med egentlig unipolär depression. 355 av dessa (80 procent) gick igenom grundbehandling och 89 (20 procent) hoppade av. Den

genomsnittliga Hamilton Depression Scale poäng vid baslinjen var 35.1 (SD=7.2). En *Standard Descriptive Measures* användes för att beskriva baslinjen och kliniska egenskaper hos den totala studiegruppen. I baslinjedatan jämfördes de som var självmordsbenägna med antingen ett two-sample t-test och chi-test.

Antal referenser: 35

Författare: Meeter M, Murre J.M.J, Janssen S.M.J, Birkenhager T & Van den Broek W.W

Titel: Retrograde amnesia after electroconvulsive therapy: A temporary effect?

Tidskrift: Journal of Affective Disorders

Publicerad: 2011

Land: Holland

Syfte: Att utvärdera patienters minne efter ECT-behandling

Metod/urval: Kvantitativ. En grupp patienter som genomgår ECT-behandling för depression testades före och efter ECT, en kontinuerlig uppföljning under tre månader. Tjugoen patienter som skulle genomgå bilateral ECT-behandling för svår depression ingick. 135 personer i kontrollgruppen som matchade kön, ålder, utbildning, och mediekonsumtion. Forskare använde två minnestester.

Antal referenser: 27

Författare: Smith M, Vogler J, Zarrouf F, Sheaves C & Jesse J

Titel: Electroconvulsive Therapy: The Struggles in the Decision-Making Process and the Aftermath of Treatment

Tidskrift: Issues in Mental Health Nursing

Publicerad: 2009

Land: USA

Syfte: Att utreda hur ECT påverkat livskvaliteten för patienter som genomgått ECT-behandling.

Metod/urval: Kvalitativa data inhämtades med hjälp av intervjuer. Inklusionskriterier: engelsktalande, patient eller närstående till patient som genomgått sin sista ECT-behandling för mer än sex månader sedan, med förmåga att diskutera erfarenheten samt läs- och skrivkunniga. Brev skickades ut till över hundra personer, sexton av dessa intervjuades. Öppna intervjuer med en inledande öppen fråga som sedan tolkats och analyserats hermeneutiskt.

Antal referenser: 24

Författare: Gass J.P

Titel: The knowledge and attitudes of mental health nurses to electro-convulsive therapy

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

Publicerad: 1998

Land: Skottland

Syfte: Att bedöma och uppskatta psykiatrijuksköterskornas kunskapsnivå och att utreda deras attityd angående ECT som behandlingsmetod.

Metod/urval: Kvalitativ forskning, 345 enkäter sändes med post ut till psykiatrisjuksköterskor i Wales. Enkäterna behandlar kunskap om och attityd till ECT-behandling. 167 deltagare svarade på frågorna.

Antal referenser: 34

Författare: Rayner L, Kershaw K, Hanna D & Chaplin R

Titel: The patient perspective of the consent process and side effects of electroconvulsive therapy

Tidskrift: Journal of Mental Health

Publicerad: 2009

Land: Storbritannien

Syfte: Att utvärdera patientens upplevelse av ECT, med fokus på samtycksprocessen och behandlingens effekter.

Metod/urval: 389 patienter svarade på en enkät om sina erfarenheter av ECT. Studien innehåller kvalitativa och kvantitativa data. Den kvantitativa datan analyserades med användning av beskrivande statistik medan den kvalitativa undersöktes med tematisk analys. Två av författarna läste enkätsvaren och oberoende av varandra identifierades regelbundna teman. Författarna kom sedan överens om en slutlig kodning.

Antal referenser: 21

Författare: Philpot M, Collins C, Trivedi P, Treloar A, Gallacher S & Rose D

Titel: Eliciting users' views of ECT in two mental health trusts with a user-designed questionnaire

Tidskrift: Journal of Mental Health

Publicerad: 2004

Land: Storbritannien

Syfte: Att undersöka patienternas tillfredsställelse och synpunkter rörande ECT-behandlingsprocessen.

Metod/urval: Kvalitativ forskning analyserades för att jämföra skillnaden i inställning mellan patienter som fått ECT-behandling med patienter som skall behandlas. Man undersökte också skillnaden i inställning bland patienter på två olika sjukhus. Med hjälp av innehållsanalys av svaren identifierades gemensamma teman och problem.

Antal referenser: 30

Författare: Leslie Van Daalen-Smith C

Titel: Waiting for Oblivion: Women's Experiences with Electroshock

Tidskrift: Issues in Mental Health Nursing

Publicerad: 2011

Land: Kanada

Syfte: Att initiera forskning som kommer att ge deltagarna en möjlighet för att uttrycka sina erfarenheter av ECT-behandling i ett sammanhang av säkerhet, respekt och bekräftelse samt att öka medvetenhet inom omvårdnaden avseende kvinnors upplevda erfarenhet om ECT-behandling. Dessutom vill man utforska sjuksköterskans uppfattning om användning, nytta och effekterna av ECT.

Metod/urval: En kvalitativ undersökning baserad på litteraturstudier, fokusgruppsintervjuer med sjuksköterskor och intervjuer med 7 kvinnor en och en. Data delades upp tema framkom. Intervjuerna med de 7 kvinnorna bestod av 7 stödfrågor.
Antal referenser: 34

Författare: Rush G, McCarron S & Lucey J.V.

Titel: Consent to ECT: patients' experiences in an Irish ECT clinic

Tidskrift: Psychiatric Bulletin

Publicerad: 2008

Land: Irland

Syfte: Att undersöka den subjektiva erfarenheten av proceduren till medgivande för behandling av ECT

Metod/urval: 89 enkätundersökningar med 16 frågor rörande samtycke skickades ut till patienter som genomgått ECT-behandling i genomsnitt 17 veckor efter senaste behandling. 51 svar erhöles.

Antal referenser: 7
