



ECT – Hur påverkas omvårdnaden av sjuksköterskors och patienters attityder till behandlingen?

Sven Hellqvist
Henrik Thörling

Uppsats/Examensarbete: 15 hp
Program/kurs: Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
OM5250 Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Nivå: Grundnivå
Termin/år: HT/2017
Handledare: Annette Lennerling
Examinator: Chatharina Löfqvist

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Titel (svensk): ECT – Hur påverkas omvårdnaden av sjuksköterskors och patienters attityder till behandlingen?

Titel (engelsk):	ECT – How does nurses' and patients' attitudes to the treatment affect nursing?
Program/kurs/kurskod:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad, OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	31 sidor
Författare:	Sven Hellqvist & Henrik Thörling
Handledare:	Annette Lennerling
Examinator:	Chatarina Löfqvist

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Elektrokonvulsiv terapi (ECT) omgärdas av missförstånd och okunskap, trots att behandlingen är vetenskapligt beprövad vid svåra psykiska sjukdomstillstånd. Sjuksköterskor står nära patienter före, under och efter behandlingen samt verkar som deras ombud. De spelar en nyckelroll i om ECT erbjuds och accepteras. Rollen är komplex, patientens farhågor och fördomar behöver respekteras och bemötas. Sjuksköterskors och patienters förhållande till ECT åskådliggör omvårdnadens komplexitet. **Syfte:** Att belysa hur omvårdnaden vid ECT påverkas av sjuksköterskors och patienters attityder till behandlingen. **Metod:** Arbetet är en allmän litteraturstudie baserat på kvalitativa och kvantitativa forskningsstudier ur databaserna Cinahl, PubMed och PsychInfo. **Resultat:** Studierna behandlas utifrån tre teman: *Kunskap och attityd, Sjuksköterskors attityder och omvårdnaden* samt *Patientens attityder och uppfattningar*. Brister i standardisering av rutiner och kunskaper för sjuksköterskor inom ECT skapar osäkerhet om ansvarsområden. Högre kunskapsnivå och längre erfarenhet korrelerar med positiv attityd till ECT. Sjuksköterskor intar olika förhållningssätt i omvårdnaden och uttrycker attityder på olika sätt; ambivalenta eller negativa attityder till ECT kan skapa dilemman. Patienters attityder till ECT präglas ofta av oro eller rädsla och vissa har mycket negativa erfarenheter av omvårdnaden. Sjuksköterskor utbildade i omvårdnad vid ECT kan minska negativa känslor genom emotionellt och psykologiskt stöd. De kan också ge bättre information till patient/anhöriga och bemöta missuppfattningar. **Konklusion:** Sjuksköterskor behöver utbildas om ECT, och i en omvårdnad med hänsyn till patientens upplevelser av behandlingen. Ett existentiellt och humanistiskt perspektiv på såväl patienten som på sjuksköterskan själv är därför nödvändigt. Patienter behöver kontakt med psykiatrik genom hela vårdkedjan under och efter behandlingen. Omvårdnadsforskning vid ECT i en svensk kontext efterfrågas.

Nyckelord: ECT, electroconvulsive therapy, nursing, existentialism, attitudes, humanism

ABSTRACT

Background: Electro Convulsive Treatment (ECT) is in spite of being scientifically proven as effective in treating certain conditions in mental illness surrounded by misconceptions and ignorance. Nurses' work closely with patients and act as their agents during as well as before and after ECT. Therefore, nurses have a key role in whether patients are offered ECT and, if so, whether they accept it. The role is complex, patients' fears and prejudices need to be respected as well as confronted. Nurses' and patients' relationship to ECT illustrates the complexity of nursing associated with the treatment.

Aim: To illuminate how nursing in conjunction with ECT is affected by nurses' and patients' attitudes to the treatment.

Method: This paper is a literature review based on qualitative and quantitative scientific papers retrieved at the databases CINAHL, PubMed and PsycINFO. The papers have been processed in three themes: *Knowledge and attitude, Nurses' attitudes and nursing and Patients' attitudes and experiences.*

Results: Shortcomings in standardization of routines and nurses knowledge when working in ECT, creates uncertainties about areas of responsibility. Greater knowledge and length of experience correlates with a positive attitude to ECT. Nurses have different approaches in nursing of ECT patients and express attitudes in diverse ways; ambivalent or negative attitudes towards ECT can cause dilemmas. The patients' attitudes to ECT are often characterized by concern or fear. Some patients have very negative experiences of the associated nursing. Nurses educated in ECT can decrease negative emotions through emotional and psychological support, give better information to patients and relatives and confronting patients' misconceptions. **Conclusion:** Nurses need to be educated about ECT and about a form of nursing that takes the patients' experiences of the treatment in regard. An existential and humanistic perspective towards the patient as well as nurses' view of themselves is therefore essential. Research on nursing in ECT in a Swedish context is requested.

Keywords: ECT, electroconvulsive therapy, nursing, existentialism, attitudes, humanism

Innehållsförteckning

Inledning	5
Bakgrund	5
Historik	5
Indikationer för ECT	6
Om behandlingen	6
Biverkningar	7
Informerat samtycke	8
Sjuksköterskans roll vid ECT	9
Begrepp	10
Teoretisk referensram	10
Problemformulering	11
Syfte	12
Metod	12
Design	12
Urval	12
Datainsamling	12
Litteratursökning	13
Kvalitetsgranskning	14
Analys	14
Etiska överväganden	14
Resultat	15
Kunskap och attityd	15
<i>Utbildning och kunskapens betydelse</i>	15

<i>Samband kunskapsnivå och attityd</i>	16
<i>Sjuksköterskors syn på ECT</i>	16
Sjuksköterskors attityder och omvårdnaden	17
<i>Sjuksköterskans ansvar</i>	17
<i>Syn på ansvarsområden</i>	18
<i>Förhållningssätt vid omvårdnad</i>	18
<i>De olika roller sjuksköterskor antar</i>	19
Patientens attityder och uppfattningar	19
<i>Upplevelser formar attityder</i>	19
<i>Olika uppfattningar om omvårdnaden</i>	19
<i>Utbildningsinsatser gör skillnad</i>	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	21
Slutsats	23
Referenser	25
Bilagor	28
Bilaga 1: Översikt analyserad litteratur	28

Inledning

Elektrokonvulsiv behandling (ECT) är fortfarande bland både allmänhet och sjukvårdspersonal idag en behandlingsmetod inom psykiatrin som omgärdas av missförstånd och okunskap. Behandlingen anses kontroversiell av många, vars bekantskap med ECT främst inhämtas från media, underhållning och intresseorganisationer som i många fall sprider en negativ bild av behandlingen. Patienters berättelser skiftar mellan positiva och negativa erfarenheter, medan den mesta litteraturen inom ämnet lyfter fram ECT som en effektiv, säker och beprövad behandling för många svåra psykiska problem.

Eftersom de som genomgår ECT är en utsatt patientgrupp, och då negativa uppfattningar eller fördomar fortfarande är vanligt förekommande, står sjuksköterskor inom psykiatrin som dagligen möter ECT-patienter inför flera utmaningar. Dessa kan handla om att lyssna på och bemöta patienters egna farhågor om behandlingen, men också att hantera den oro som kommer till uttryck hos anhöriga. I en sjuksköterskas roll ingår även att verka som ombud för patienten och dennes bästa. Rollen rymmer en komplexitet där yrkesetiska, professionella och psykosociala aspekter kan spela in. Denna komplexitet är mindre undersökt än exempelvis forskning om ECT-behandlingens effekter, olika administreringsätt och demografiska undersökningar av patientgruppen. Vi vill belysa hur sjuksköterskors och patienters attityder till ECT påverkar omvårdnaden.

Bakgrund

Historik

ECT är en av de äldsta behandlingsformer vid svår psykisk sjukdom som fortfarande används. Bortsett från äldre historiska källor – daterade bland annat från romarriket – om hur man inducerat kramper för att åtgärda olika sjukdomstillstånd med hjälp av darrålar, kamfer och andra metoder, grundades den moderna behandlingen på neurologen Ladislas von Medunas teori om att epilepsi och schizofreni stod i motsättning till varandra. Denna idé är idag motbevisad, men byggde på upptäckten att antalet gliaceller i hjärnan var högre hos epileptiker och lägre hos schizofrena (Antai-Otong, 1995). Därför gjordes försök att inducera epileptiska anfall hos schizofrena i terapeutiskt syfte, inledningsvis genom intramuskulära injektioner av pentylenetetrazol, ett läkemedel som introducerades 1934. Detta läkemedel gav dock allvarliga biverkningar. År 1938 genomförde därför de italienska psykiatrierna Ugo Cerletti och Lucio Bini de första försöken att inducera konvulsioner genom elchocker. Behandlingen ansågs effektiv och inom ett årtionde hade den spridits till många länder och blev en mycket vanlig behandling av schizofreni (Prudic, 2005).

Eftersom behandlingen ursprungligen genomfördes utan anestesi eller muskelrelaxantia, innebar kramperna en allvarlig risk för skador på patienten, såsom brutna ben och skadade tänder. Därför modifierades behandlingen efterhand och den började genomföras dels med anestesi, dels med succinylkolin, en slags muskelrelaxantia, vilket lindrade de fysiska kramperna utan att motverka behandlingens effekt på hjärnan. Dessa förändringar i behandlingen började genomföras första gången på 1950-talet i USA (Prudic, 2005). Trots att modifierad ECT under 1950-talet endast befann sig i ett inledningsskede, kom nyintroducerad psykofarmaka under decenniet att i allt högre utsträckning tränga ut behandlingsformen. Effektivare och billigare mediciner ledde till en nedgång av ECT, en utveckling som även drevs på av mediernas ensidiga och kritiska presentation av behandlingen. Under 1960–70-talet stoppades utbildningsprogram om ECT inom psykiatrin

och behandlingen tycktes vara på utdöende. Att ECT återkom som behandlingsalternativ beror på ett flertal faktorer. Först och främst gällde det upptäckten av allvarliga brister och begränsningar inom psykofarmaka och andra behandlingar, såsom behandlingsresistens och toxicitet. Vidare genomförde professionella organisationer globalt nya kritiska utvärderingar av ECT, vilka stödjer behandlingen inom modern medicin. Slutligen har den kliniska vetenskapen om ECT gått framåt, patienter har vittnat om behandlingens fördelar och den offentliga bilden av ECT har blivit mer nyanserad (Rudorfer, Henry & Sackeim, 2003).

Indikationer för ECT

Idag är de huvudsakliga indikationerna för ECT psykotisk depression, svår melankolisk depression med självmordsrisk och andra psykiska sjukdomar med hög mortalitet, såsom en rad olika psykostillstånd (Odeberg & Ottosson, 2011). Cirka 80 procent av ECT-patienterna i Sverige under 2016 behandlades för depressionstillstånd (Kvalitetsregister ECT, 2016). Andra indikationer är bland annat neurologiska störningar såsom katatoni, Parkinsons och malignt neuroleptiskt syndrom. Kliniska överväganden för ECT innefattar: om behov finns av ett snabbt verkande behandlingssvar på medicinsk eller psykiatrisk grund, exempelvis vid självmordsrisk eller utmattning, om patienten har en historik av behandlingsresistens eller det finns överhängande risker vid alternativa behandlingsformer, sjukdomens allvarlighetsgrad, om patienten har en historik av positivt gensvar av ECT, vilka egna preferenser patienten har samt hur utsikten för ett informerat samtycke - vilket alltid krävs - ser ut (Rudorfer et al., 2003).

Det finns inga absoluta kontraindikationer för ECT (Allgulander, 2014), men behandlingen bör undvikas hos patienter med sjukdomstillstånd som innebär ett ökat intrakraniellt tryck, exempelvis nyligen genomgången stroke eller blödning. Om detta misstänks görs datortomografi av hjärnan innan ECT. Andra kontraindikationer är nyligen genomgången hjärtinfarkt, aortaaneurysm och cerebral arteriellt aneurysm. Relativa kontraindikationer är framförallt förknippade med själva narkosen och gäller hjärt-kärlsjukdom, astma, grav övervikt och långt gången graviditet. Andra tecken att ta i beaktande är äldre patienter med sviktande kognition och begynnande demens. ECT kan öka risken för konfusion och kognitiv påverkan (Landstinget Sörmland, 2015).

Om behandlingen

ECT ges idag på 50 sjukhus i Sverige och årligen behandlas uppemot 4 000 patienter – i 77 procent av fallen för att behandla depression - varav den större delen är kvinnor, och den vanligaste åldersgruppen är 65–74 år (Region Örebro län, 2016).

Den tekniska och teoretiska beskrivningen av ECT och dess verkningsmekanismer är omfattande. Trots tidig upptäckt av att ett inducerat generellt epileptiskt anfall (grand mal) skapar behandlingens terapeutiska effekter, vet man än idag inte den exakta verkningsmekanismen bakom effekten (Rudorfer et al., 2003). Kortfattat kan man beskriva ECT som en behandling där patienten under narkos och med muskelavslappande medel ges ett generellt epileptiskt anfall efter ett par sekunders stimulering av CNS med elektriska impulser. Anfallet klingar automatiskt av efter ca 30–60 sekunder (Svenska psykiatriska föreningen, 2014).

Ytterligare en förenklad och kortfattad beskrivning av ECT lyder:

Genom att upprepat inducera ett generellt epileptiskt anfall, med samtidig upprepad induktion av den inre biologiska mekanism som leder till anfallets avslutande, via ett flertal olika identifierade biologiska mekanismer, normaliseras successivt den

funktionella obalans som råder under pågående sjukdom, vilket då leder till frihet från symtom (remission). (Svenska psykiatriska föreningen, 2014, s 23–24).

Det finns olika teorier om vad som faktiskt orsakar krampanfallet. Varje individ har en egen unik kramptröskel, det vill säga vilken dosnivå som utlöser anfallet, och beror på faktorer såsom ålder, kön, samtidig medicinering och aktuell patologi. Oftast används en initial dos utifrån en teoretisk och individuell bedömning av vad som inverkar på patientens kramptröskel (Svenska psykiatriska föreningen, 2014).

Vid ECT placeras elektroder på tre ställen: bitemporalt, bifrontal eller unilateralt. Av de tre placeringarna har den bifrontala minst stöd i litteraturen och har därför inte status som generell rekommendation i Sverige. Den vanligaste tekniken runt om i världen är den vid ECT ursprungliga bitemporala elektrodplaceringen (Svenska psykiatriska föreningen, 2014), men i Sverige används sedan flera år tillbaka unilateralt placering som standard (Kvalitetsregister ECT, 2016).

Vid unilateralt stimulering placeras de båda elektroderna över den icke-dominanta hemisfären. Behandlingen ges i olika intervall: som indexserie och som fortsättnings- samt underhålls- ETC. Indexserie är en serie behandlingar som ges i ett akut skede tills patienten är symptomfri, eller tills behandlingen slutar ge ytterligare symtomlindring. Vanligtvis uppnås detta efter fyra till tolv behandlingar, men antalet kan bli fler eller färre. Även behandlingsfrekvensen kan variera, men oftast ges tre behandlingar i veckan (Svenska psykiatriska föreningen, 2014).

Omkring hälften av patienterna tenderar att återinsjukna efter indexserien, eller om patienten själv väljer att avbryta den akuta behandlingen i förtid. Majoriteten i denna patientgrupp återinsjuknar redan inom sex månader (Rudorfer et al., 2003). ECT-patienter behöver därför uppföljning efter behandlingen i form av ytterligare ECT eller psykofarmaka, vanligen med antidepressiva läkemedel, litium eller antiepileptika (Odeberg & Ottosson, 2011). För att bibehålla resultatet från indexserien ges patienten en fortsättningsserie, utglesad under en sexmånadersperiod, varierande mellan en gång i veckan eller i månaden. Slutligen ges patienten underhålls-ECT under en period av sex månader efter indexserien för att förhindra insjuknande i en ny sjukdomsepisod. Hur ofta och hur länge underhålls-ECT ges beror på effekt och patientens tolerans (Svenska psykiatriska föreningen, 2014).

Biverkningar

De vanligaste biverkningar uppträder oftast direkt efter behandlingen såsom huvudvärk, muskelvärk och illamående. Huvudsakligen beror biverkningarna på anestesi, som också kan kopplas till de allvarligaste, dock mycket ovanliga, biverkningarna vid nedsövningen: aspiration och kraftig puls- och blodtrycksförändring. Tandskador förekommer, trots standardiserad användning av tandskydd (Svenska psykiatriska föreningen, 2014).

En med ECT ofta associerad bieffekt är påverkan på minnesfunktionen, och det finns en naturlig association mellan behandlingen och minnesförlust när patienten vaknar upp förvirrad, med värk och med svårigheter att tala om var hen befinner sig samt känna igen ansikten (Svenska psykiatriska föreningen, 2014; Fink, 2007). Minnesstörning i samband med ECT är ofta oundviklig då behandlingen inducerar ett epileptiskt anfall. Denna störning bidrar dock inte till behandlingens antidepressiva effekt. Minnespåverkan yttrar sig oftast i oförmåga att komma ihåg vad som skett under tiden behandlingen pågått, men även före ECT – retrograd amnesi – och efter – anterograd amnesi. Den retrograda amnesin kan handla om

personliga minnen och samtida händelser, medan den anterograda kan uttryckas i svårigheter att ta in ny information (Odeberg & Ottosson, 2011).

Minnesstörning efter ECT går oftast över inom dagar eller veckor. Under 2016 var det endast 16 procent av behandlingsserierna där patienterna efter mindre än en vecka upplevde försämrat minne (Kvalitetsregister ECT, 2016). Patienter rapporterar inte sällan att de upplever en bättre minnesfunktion efter behandlingen. Att minnesstörning i form av minnesluckor ändå kan bestå kan delvis kopplas till den psykiska sjukdom patienten behandlas för, exempelvis depression är i sig associerad med subjektiva minnesstörningar som kan vara långvariga och ge funktionsnedsättningar, utan inblandning av ECT. (Odeberg & Ottosson, 2011; Brus et al., 2017). Sambandet upplevd kvarstående minnesstörning och ECT är långt ifrån klarlagt. Huruvida subjektivt upplevda minnesstörningar hos patienter behandlade med ECT för depression har att göra med behandlingen, sjukdomen eller någon annan faktor är osäkert. Det är också oklart hur patienter upplever hur länge minnesstörningar sitter kvar efter ECT (Brus et al., 2017). Undersökningar genom datortomografi och magnetkamera före och efter behandlingsserier av ECT har inte påvisat hjärnskador (Odeberg & Ottosson, 2011).

Informerat samtycke

Majoriteten av ECT ges efter informerat samtycke (Odeberg & Ottosson, 2011) och i enlighet med patientlagen som bygger på frivillighet och respekt för patientens självbestämmande och integritet (Patientlagen 2014:821). Patienten ska bland annat informeras om hur behandlingen går till, förväntade effekter, vanliga biverkningar samt vilka alternativa behandlingar som står till buds. Patienter förmögna att själva fatta beslut och kan tillgodogöra sig informationen ska ges betänketid. Närstående kan också involveras i beslutsfattandet om patienten så önskar (Odeberg & Ottosson, 2011).

Det vanligaste förhållandet är att patienter behandlas med inledande indexserier inom slutenvården. Endast tolv procent inleddes i öppenvård. Av indexserierna i slutenvård var det 18 procent som gavs till patienter som vårdades enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Dessa tvångsvårdade patienter kan ges ECT med samtycke, men det sker också att en del patienter i förvirrat tillstånd som motsätter sig ECT ändå ges behandlingen (Kvalitetsregister ECT, 2016). Flera kriterier måste då först uppfyllas. Generellt gäller att behandlingen endast ska sättas in när den psykiska störningen allvarligt hotar liv och hälsa och när andra behandlingar inte bedöms hjälpa eller redan har använts utan uppnådd effekt (Svenska psykiatriska föreningen, 2014).

Informerat samtycke är inte nödvändigtvis synonymt med ömsesidigt beslutsfattande. Man bör här därför särskilja informationsutbyte, genom vilka patienter väljer medicinska ingripanden, och patientens handlingar, där sådana ingripanden godkänns. Informerat samtycke kan förstås i två betydelser. Det kan förstås som individens autonoma godkännande av ett medicinskt ingripande, i betydelsen ett godkännande genom handling som uttrycker informerat eller frivilligt samtycke, och inte bara medgivande eller att följa ett förslag som har getts. I den andra betydelsen kan informerat samtycke förstås i en kontext av sociala spelregler. Här behöver inte individen fatta ett autonomt beslut för samtycke, utan samtycket bygger på institutionellt eller lagligt godkännande, vilka bestäms av rådande sociala regler (Beauchamp & Childress, 2009). Vi använder därför i denna studie informerat samtycke i betydelsen av frivilligt samtycke.

Det är av vikt att hålla en öppen och aktuell samtyckesdialog med patienten då förmågan att fatta beslut i regel förbättras under den indexserien (Odeberg & Ottosson, 2011).

Sjuksköterskans roll vid ECT

För sjuksköterskan inom psykiatri gälls samma principer för yrkesutövning och etiskt förhållningssätt som inom alla andra vårdverksamheter. Sjuksköterskan ska främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Hen ska även respektera mänskliga rättigheter samt bemöta alla lika och med respekt, oavsett kön, etnisk härkomst, ålder, sexuell läggning och så vidare (ICN, Svensk sjuksköterskeförening, 2014). En legitimerad sjuksköterska har också ett personligt ansvar för sin yrkesutövning, vilket enligt Svensk sjuksköterskeförening innebär att: *“Fortlöpande analysera styrkor och svagheter i den egna professionella kompetensen och kontinuerligt utveckla och fördjupa sin yrkeskompetens utifrån forskning och ett kritiskt reflekterande förhållningssätt”* (Svensk sjuksköterskeförening, s 4, 2014).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 1 §, 3 kap, ska vård *“ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet”* (SFS 2017:30). Patientlagen, 1 §. 5 kap, slår fast att *“hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten”* (SFS 2014:821). Vidare ska en patient, enligt 1 §, 7 kap, när behandlingsalternativ finns som är *“i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (...) få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat”* (SFS 2014:821).

Beträffande ECT påbörjas sjuksköterskans omvårdnadsarbete så fort patienten och dennes anhöriga har erbjudits behandlingen som ett alternativ. Sjuksköterskan bör först låta fantasier, invändningar, rädslor, frågor och så vidare få fritt spelrum och stödja en diskussion. Därefter, och i relation till var patient och/eller anhöriga befinner sig mentalt, kan undervisning om ECT påbörjas för att ge korrekt information och skingra eventuella orostankar. Förutom muntlig information, kan broschyrer och utbildningsfilmer understödja arbetet. Det är viktigt att sjuksköterskan ger både emotionellt stöd och tillhandahåller information under behandlingen (Burns & Stuart, 1991). Informationsförsörjning till patienter är en grundläggande del i sjuksköterskans profession. Förutom att främja en öppen dialog och ett etiskt förhållningssätt i denna del, har sjuksköterskan ansvar för att informationen som ges är korrekt, lämplig och anpassad. Den ska ge en grund för samtycke till behandling. Sjuksköterskan ska även ge informationen om patientens rätt att avstå behandling (ICN, Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Informerat samtycke måste fås av patienten innan ECT, men i Sverige tillämpas den oftast inte i skriftlig form, i likhet med andra medicinska behandlingar (Svenska psykiatriska föreningen, 2014). Informerat samtycke är en dynamisk process som pågår under hela behandlingen. Därigenom följer en rad uppgifter för sjuksköterskan, som att vara närvarande och anträffbar för patient och anhöriga, försäkra sig om att en korrekt bild av behandlingen har getts och att agera advokat åt patienten och dennes rättigheter (Burns & Stuart, 1991). Innan behandlingen har sjuksköterskan ansvar för förberedelser och att rutinprotokoll följs. Då ECT liknar ett mindre kirurgiskt ingrepp är proceduren liknande, vilket innebär att patienten ska informeras om absolut fasta efter kl. 24 dagen innan och att proteser ska avlägsnas, eventuella avvikelser från tester och blodvärden ska rapporteras, och så vidare.

Sjuksköterskan ingår i en del av teamet runt patienten under själva behandlingen. Uppgifterna kan vara att placera patienten på britsen, mäta saturation, ta blodtryck, sätta in tandskydd med mera (Burns & Stuart, 1991).

Efter behandlingen är det sjuksköterskans uppgift att övervaka patientens vitalparametrar och medvetandegrad. Vanliga symptom efter ett epileptiskt anfall är förvirring, desorientering, övergående minnesstörning, huvud- och muskelsmärk (Valente, 1991). Sjuksköterskans roll efter uppvaknandet är därför att berätta om behandlingen, att hjälpa patienten att bli trygg och att återbekanta sig med miljön. Minnesförlust kan upplevas som stressande för patienten, därför är det viktigt att informera patienten om att den är övergående, oftast inom ett par veckor. Övervakning och utvärdering av patienten fortgår även när patienten kommer till avdelningen. Eventuella bieffekter ska dokumenteras (Burns & Stuart, 1991).

Begrepp

Centrala begrepp i föreliggande studie är attityd och kunskap, begrepp som kan sättas i samband och belysa sjuksköterskans och patientens omvårdnadsrelation samt deras relation till behandlingsformen ECT. Attityd kan definieras som "*inställning till viss person eller företeelse; ofta tydligt visad*" (Norstedts svenska ordbok, 2004, s 46). En annan definition av attityd är ett medvetandetillstånd med en utvärderande komponent gällande person, objekt eller ämne. Begreppet associeras ofta med kunskap, känsla och handlingstendens. Tillsammans med kunskap och färdigheter anses attityder vara en nödvändig komponent i professionell utbildning och träning inom hälsovård (Boyd, 1997). I studien avses attityder främst handla om en inställning till, och känslor inför, behandling.

Kunskap kan tolkas som "*välbestämd föreställning om (visst) förhållande eller sakläge*" (Norstedts svenska ordbok, 2004, s 641). De finns olika former av kunskap, som i sin tur kan indelas och definieras på olika sätt, exempelvis teoretisk kunskap, praktisk kunskap, erfarenhetskunskap, tyst kunskap med mera. Erfarenhetsbaserad kunskap är en kombination av teoretisk och praktisk kunskap (Nilsson Kajermo, Johansson & Wallin, 2014) och ligger närmast hur kunskap ska förstås i studien, det vill säga en uppbyggd kunskap genom utbildning och praktisk erfarenhet inom sjuksköterskeyrket.

Teoretisk referensram

Hummelvoll och Barbosa da Silva (1994) föreslår en existentiell och holistisk modell för att vägleda och förstå psykiatrisk omvårdnad. Perspektivet som den grundas på är existentiellistiskt och utgår från föregångare som Kierkegaard, Sartre och Heidegger, och grundas även på filosofisk hermeneutik som den beskrivs av Hans-Georg Gadamer och efterföljare som Paul Ricoeur. Denna modell ställs i motsats till en reduktionistisk biomedicinsk modell för omvårdnad, där ohälsa endast betraktas som en kroppslig dysfunktion och hälsa som frånvaron av dysfunktioner. Den holistisk-existentiella modellen menar att detta leder till en sjuksköterskeroll där sjuksköterskan är en expert som hjälper patienten, som i sin tur betraktas som en passiv mottagare och därmed objektifieras.

Den holistisk-existentiella modellen tar istället hänsyn till människan som en reflekterande varelse med egna uppfattningar och värderingar, och fri och ansvarig för sina val och handlingar. Därför anses det lika viktigt, eller viktigare, att *förstå* människan humanistiskt som att *förklara* hennes sjukdom genom vetenskapliga metoder. Sjukdomen måste därför begripas utifrån patientens egna synpunkter och som *existentiella* problem, genom en hermeneutisk tolkningsmetod (som även beskrivs i Birkler (2007) och Lindström (2014)). Människans existentiella situation ställer människan inför valmöjligheter, och genom att göra

ansvarsfulla val i enlighet med sina värderingar kan hon bli autentisk. Om hon avsäger sig det ansvaret blir hon inautentisk i sitt förhållningssätt till sig själv och världen (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1994). Mental ohälsa beskrivs som en alienation som resultat av inautenticitet, där sjuksköterskans roll är att stödja patienten att överkomma den och bejaka sin individualitet och sina värden.

Modellen ovan, tillsammans med ett grundläggande existentialistiskt filosofiskt perspektiv med inspiration från Sartre, kan användas för att besvara vår frågeställning utifrån en teoretisk synvinkel. Sartres filosofi innebär en tolkning av mänskliga erfarenheter ur en ontologisk synvinkel, det vill säga med öga för det specifika i människans existens, genom att se människan som annorlunda än *tingen*: människan existerar som både en kropp och ett medvetande. Människan existerar både i sig, dvs som ett ting, men också, genom sin sociala aktivitet, *för andra*; genom sitt självmedvetande existerar hon *för sig själv*; och genom sina uppfattningar och aktiviteter existerar hon i *förhållande* till sin omgivning och andra människor. Eftersom människan är medveten om sig själv är hon tvungen att göra val, och eftersom hon existerar för andra och i förhållanden har hon ett ansvar, som innebär att allt en människa gör eller inte gör är hon själv ansvarig för och måste själv välja. När hon inte känns vid eller förnekar sitt ansvar och sin frihet handlar hon i *ond tro*, vilket kan jämföras med Hummelvoll & Barbosa da Silvas (1994) beskrivning av inautenticitet.

Nio centrala principer eller existentiella grundantaganden utgör fundamenten för att förstå omvårdnaden: jämlikhet, närvaro i mötet, självkänsla, ansvar och valfrihet, klagörande av målsättningar, skuld och försoning, öppenhet och insikt, olydnad och konformism samt hopp. Tillsammans med dessa ställer Hummelvoll & Barbosa da Silva (1994) upp fyra punkter för en definition av sjuksköterskans roll inom psykiatrin:

1. Psykiatrisk omvårdnad är en planerad process för att stärka patientens möjlighet till egenvård.
2. Omvårdnaden är ett samarbete för att stärka patientens självkänsla och hjälpa denne att hitta sina livsvärden.
3. Sjuksköterskan agerar både vårdgivare och företrädare för patientens intressen när patienten själv inte kan föra sin egen talan.
4. Sjuksköterskan tar ansvar för att hjälpa patienten att leva ett givande liv i gemenskap med andra och påverka sociala förutsättningar som leder till ohälsa.

Problemformulering

ECT är fortfarande en omstridd, men vetenskapligt belagt effektiv, behandling. När en patient erbjuds ECT som behandlingsalternativ behöver sjuksköterskan lotsa mellan patientens självbestämmanderätt, eget etiskt förhållningssätt och kritisk reflektion till den egna kompetensen. Hos stora delar av allmänheten uppfattas ECT fortfarande som en kontroversiell behandling som möts med mycket skepsis.

Sjuksköterskan inom psykiatrin ställs inför en komplexitet beträffande ECT: å ena sidan verka för en evidensbaserad behandlingsmetod, som kan vara det bästa alternativet för en patient givet indikationerna, å andra sidan respektera patientens önskan att avstå behandlingen, alternativt välja en mindre effektiv behandling, vilket riskerar att förvärra sjukdomstillståndet. Lägg därtill att patientens egen vilja vid psykisk sjukdom kan vara svårtolkad.

Trots saklig information kan patientens känna motvilja att få “ström genom huvudet”, en motvilja ofta baserad på felaktiga och snedvridna framställningar av ECT i medier, inom kulturen och hos en allmän opinion. En sjuksköterska är ofta den inom vårdkedjan som står patienten närmast och kan svårligen förbli oberörd av patientens farhågor. Uppgiften kan vara att genom utbildning och information leda patienten fram till ECT, men den kan lika gärna vara att, som ombud, verka för att patienten ges en alternativ behandling, baserat på hens önsknings. Sjuksköterskor och patienters förhållande och attityder till ECT är ett område som ger inblickar i denna komplexitet med avseende på omvårdnadsarbetet.

Syfte

Arbetets syfte är att belysa hur omvårdnaden vid ECT påverkas av sjuksköterskors och patienters attityder till behandlingen.

Metod

Design

Föreliggande arbete är en allmän litteraturstudie (Friberg, 2012) baserat på kvalitativa och kvantitativa forskningsstudier.

Urval

Sökningarna begränsades till vetenskapliga artiklar som behandlade omvårdnad och ECT. Vetenskapliga artiklar söktes som berörde sjuksköterskans profession, hens kunskaper och egna perspektiv i relation till ECT. Av intresse var även artiklar där patientupplevelser i relation till sjuksköterskans yrkesutövning tydligt kom till uttryck. Avgränsningar gjordes genom att vi endast sökte artiklar som var peer reviewed samt skrivna på engelska.

Datainsamling

Databaserna Cinahl, PsycINFO och PubMed användes med sökorden *nurse* och *nurses*, vilka därefter byggts på med *ect* och *electroconvulsive therapy*. Booleska söktermer valdes till dessa sökord enligt följande: *nurse* OR *nurses* AND *ect* OR *electroconvulsive therapy* (se översikt litteratursökning). En bred sökning valdes genom inriktning på sjuksköterskeprofessionen i relation till behandlingen. Valet grundades på förberedande sökningar som visade att ECT med koppling till omvårdnadsperspektiv inte är ett omfattande ämne. För att inte ytterligare riskera att begränsa sökningen inkluderades därför inte fler sökord, såsom *patient* eller *patients*. Studier som tog upp patienter i relation till ECT, utan förekomst av sjuksköterska, och därmed utan omvårdnadsperspektivet, uppfyllde inte arbetets syfte. Ytterligare ett skäl till den valda sökningen var att artiklar som enbart handlade om ECT och sjuksköterskor, minus patienten, kunde vara relevant för arbetets syfte.

Sökningarna i respektive databas importerades därefter till datorprogrammet EndNote som gallrar bort dubletter. Därefter blev det totalt 244 poster kvar att gå igenom. Artiklar som inte omfattades av arbetets syfte exkluderades systematiskt enligt följande schema: 1) på titelnivå, 2) efter genomläst abstrakt och 3), efter genomläsning av artikeln.

På titelnivå exkluderades 178 artiklar, exempelvis titlar som påvisade vinkling åt andra aspekter inom psykiatrisk vård än arbetets syfte, och där ECT ämnesmässigt endast var en delkomponent. Andra titlar visade att det handlade om kortare inlagor och recensioner.

Efter lästa abstrakt exkluderades 46 artiklar då abstrakten tydliggjorde att de inte passade in i arbetets syfte, exempelvis artiklar som visade sig ha fokus på om anestesisjuksköterskans yrkesutövning. Denna del av omvårdnad stod inte i fokus för arbetet. Andra artiklar som här sällades bort var de som påvisade att artikelns innehåll hade ett annat huvudsakligt fokus än sjuksköterskan i relation till omvårdnad och ECT. Av de 20 återstående artiklarna – som lästes noggrant och diskuterades – exkluderades nio av olika skäl: några bedömdes passa bättre in i arbetets bakgrundsavsnitt. Andra bedömdes sakna tillräcklig stringens eller gick inte in på omvårdnadsområdet inom ECT i tillräcklig hög utsträckning. Tio artiklar bedömdes ha tillräcklig kvalitet och inkluderades i studien. Den elfte artikeln, som också bedömdes utifrån nämnda kriterier, tillkom genom en sekundärsökning i PubMed.

Litteratursökning

Tabell 1: Översikt artikelsök

Datum Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
20/10 Cinahl	nurse OR nurses AND ect OR electro-compulsive therapy	Peer reviewed	80	26	8	van Daalen-Smith, C. L. (2011), Gass, J. P. (1998) Harrison & Kaarsemaker (2000)
20/10 PsycINFO	nurse OR nurses AND ect OR electro-compulsive therapy	Peer reviewed	91	32	10	Wood (2007), Lutchman et al (2001), Gass (2008) Janicak et al (1985) Arkan & Üstün (2008), Adams (2015)
31/10 PubMed	nurse OR nurses AND ect OR electro-compulsive therapy		152	7	1	Navidian, Ebrahimi & Keykha (2015)
31/10 PubMed	Sekundärsökning på titel		1	1	1	Ebrahimi, Navidian & Keykha (2014)

Kvalitetsgranskning

Artiklarna granskades utifrån Friberg (2012) där en uppsättning frågor redovisas och ger stöd för granskning av kvantitativa och kvalitativa studier. Den utförda granskningen ligger till grund för skattningen av artiklarnas kvalitet som redovisas i *Bilaga 1: Översikt analyserad litteratur*.

Analys

Analysen är genomförd utifrån Friberg (2012). Där beskrivs en process i tre steg för en allmän och beskrivande litteraturöversikt: 1) genomläsning av de valda studierna ett flertal gånger, 2) identifiering av likheter/olikheter och 3), sammanställning. Denna process har följts. Först granskades de artiklar som verkade intressanta och de som ansågs relevanta utifrån vårt syfte valdes ut, och de meningar eller stycken som var relevanta för vårt syfte underströks med svart färg (1). Dessa lästes med efterföljande diskussion om bland annat deras inbördes relation (2). Ur denna diskussion skapades tre huvudkategorier/teman: kunskap och attityd, sjuksköterskans attityder och omvårdnaden, patientens attityder och uppfattningar, baserat på innehållet i de resultat som framkommit. När vi hade valt dessa teman kontrollerade vi deras tillämplighet genom att gå igenom artiklarna igen och markera intressanta stycken med olika färger i enlighet med de olika temana, detta för att se hur väl en sådan läsning fångade artiklarnas resultat när de kontrollerades mot den ursprungliga läsningen. Under dessa huvudkategorier har vi sammanställt resultatet från artiklarna.

Etiska överväganden

Vi har under arbetet med denna studie varit angelägna om att ge en så sanningsenlig och korrekt bild av ämnet som möjligt. Detta har gjorts genom kritisk läsning av forskningsstudier för att därigenom synliggöra eventuella forskningsetiska övertramp eller bristande hänsyn. I överföringen och användning av studiernas slutsatser har vi varit medvetna om riskerna med språklig förvanskning mellan det engelska språkområdet till det svenska. Av de valda studierna i resultatet hade sex beviljats tillstånd av etiska kommittéer vid universitet och/eller sjukhus, en artikel redovisade etiska överväganden och fyra saknade diskussion om etiska forskningsöverväganden. I granskningen av de sistnämnda studierna uppkom inga frågetecken eller tveksamheter kring forskningsetik. Deltagandet i studierna var baserat på frivillighet och anonymitet. Då studierna bedömdes ha tillräcklig kvalitet och relevans för vårt syfte såg vi därför ingen anledning att utesluta dessa, i synnerhet inte då vårt valda ämne är så utforskat.

Resultat

Tabell 2: Översikt av teman

HUVUDTEMA	UNDERTEMA
Kunskap och attityd	Utbildning och kunskapens betydelse Samband kunskapsnivå och attityd Sjuksköterskors syn på ECT
Sjuksköterskor attityder och omvårdnaden	Sjuksköterskans ansvar Syn på ansvarsområden Förhållningssätt vid omvårdnad De olika roller sjuksköterskor antar
Patienters attityder och uppfattningar	Upplevelser formar attityder Olika uppfattningar om omvårdnaden Utbildningsinsatser gör skillnad

De valda artiklarna visade att omvårdnadsforskningen i relation till ECT till stor del fokuserar på hur attityder till, och kunskap om, ECT förhåller sig till varandra. Detta framträdde således som ett tema gemensamt för ett flertal av de valda artiklarna. De två andra temana som identifierades var hur attityder spelar in på den praktiska omvårdnaden och hur patienters attityder påverkar och kan påverkas av omvårdnaden.

Kunskap och attityd

Utbildning och kunskapens betydelse

Sjuksköterskan har ända sedan starten haft en assisterande roll inom ECT, men det råder brist på standardiserade rutiner beträffande sjuksköterskans roll (Arkan & Üstün, 2008). Det finns en kunskapsbrist hos sjuksköterskor inom psykiatrin, bland annat på grund av att få utbildningsprogram inom ECT riktar sig till sjuksköterskor utan ofta ges, eller har tidigare getts, av läkare som själva inte har någon djupare kunskap om sjuksköterskans ansvarsområden (Adams, 2015). Utbildningen var till stora delar länge formad av en muntlig kultur där studenter inte uppmuntrades att själva ta del av och kritiskt studera källtexter som bland annat låg till grund för den antipsykiatriska rörelsen under framförallt 1960-70-talet. Denna rörelse i tiden, parat med allmänhetens oro över behandlingen, påverkade sjuksköterskestudenters attityder och bidrog till att skapa en länge kvardröjande ambivalens hos vissa inför både psykiatrin och ECT (Adams, 2015).

Samband kunskapsnivå och attityd

Det finns ett samband mellan kunskapsnivå, erfarenhet, och attityd till behandlingen, där bättre kunskap om och längre erfarenhet av att arbeta med behandlingen korrelerar med positiv attityd bland sjuksköterskor (Gass, 1998; Janicak et al., 1985; Lutchmann, et al., 2001; Wood et al., 2007), där sjuksköterskor, tillsammans med läkare, är den yrkesgrupp inom psykiatrin som har bäst kunskap om och mest positiv attityd till ECT, se tabell 1 (Janicak et al., 1985; Lutchmann et al., 2001). Sjuksköterskor kan dock samtidigt ha en bristfällig kunskap om ECT men ändå ha bestämda uppfattningar om behandlingens lämplighet och effektivitet (van Daalen-Smith, 2011; Arkan & Üstün, 2008).

Tabell 3: Jämförelse av attityder till ECT mellan yrkesgrupper i psykiatrisk vård (Lutchmann et. al., 2001, s. 144)

Table 1: Responses to questionnaire on attitudes and knowledge of ECT (QuAKE) positive and negative statements

	Psychiatrists (%agree)	Nurses (%agree)	Social workers (%agree)	Psychologists (%agree)	All groups (%agree)	p-value
Would consider ECT as treatment option for friend/relative	91	69	68	32	71	<.00001
Major surgery is more dangerous than ECT	84	63	52	33	65	<.00001
ECT is more likely to be beneficial than harmful	83	69	32	14	60	<.000001
ECT is unlikely to cause brain damage	79	27	24	16	47	<.000001
ECT is usually used appropriately	76	67	48	19	60	0.00001
Psychiatrists take other members of staffs' views into account when deciding on ECT	74	54	58	17	56	<.000001
Patients sufficiently informed about likely effects and side-effects	56	42	36	6	41	0.00034
Imagining myself having ECT is more worrying than the thought of having surgery for appendicitis	44	50	56	84	54	<.000001
ECT should only be used as a last resort	33	79	76	92	61	<.000001
It is the induced seizure that I find most worrying about ECT	16	27	40	43	27	0.00043
Psychiatrists use ECT because they don't know how else to treat the patient	13	19	48	70	30	<.000001
I find the most disturbing aspect of ECT to be the use of electricity	12	31	20	24	20	0.129
ECT is a cruel treatment	9	13	21	51	20	<.000001
There is no real proof that ECT works	5	23	32	51	22	<.000001
Although the patient may recover from ECT, he/she will never be the same for having it	5	2	32	14	9	<.000001
In this day of modern medicine ECT should be banned	2	16	16	27	12	<.000001

Sjuksköterskors syn på ECT

Dessa resultat kommer av jämförelser mellan sjuksköterskors svar på frågor om ECT, såsom verkansmekanism, behandlingsförfarande, biverkningar, indikationer och kontraindikationer. Jämförelserna bygger även på frågor om sjuksköterskornas åsikter om huruvida behandlingen är säker, om den har positiva effekter, när den är lämplig att använda, om man kan tänka sig att själv genomgå behandlingen, och i så fall, under vilka förhållanden. Man jämförde också svaren på frågan hur man bedömde ECT i förhållande till exempelvis psykofarmaka eller psykoterapi. Medan en majoritet ansåg att ECT var lämpligt först vid allvarlig depression, hade sjuksköterskor som skulle överväga ECT vid mildare depression högre kunskapsnivå och erfarenhet än de som skulle välja det vid allvarlig depression, se tabell 2 och 3 (Gass, 1998; Janicak et al., 1985), och generellt finns det ett samband mellan kunskap och öppenhet för att själv behandlas med ECT. En majoritet anser dock att psykofarmaka och psykoterapi vore att föredra framför ECT, och rankar det som tredje alternativ bland behandlingar, även för extrem depression (Gass, 1998).

Rörande specifika kunskaper så visar sjuksköterskor bättre kunskap om den pre- och postoperativa omvårdnaden än psykiatriker, då de i högre grad än psykiatriker är medvetna om nödvändigheten av preoperativ fasta och att patienten kan drabbas av huvudvärk efteråt (Lutchmann et al., 2001). Missuppfattningar förekommer bland en majoritet om risken för hjärnskador. Gravida och dementa ansågs också felaktigt vara patientgrupper för vilka ECT skulle vara kontraindicerat. Det finns risk att sådana missuppfattningar kan leda till svårigheter i samarbetet inom teamet och i kommunikationen med patienten (Lutchmann et al., 2001).

Tabell 4: Villighet att själv genomgå ECT efter hur många ECT-serier sjuksköterskan har bevittnat (Gass, 1998, s. 87).

Table 6 Choose ECT if extremely depressed according to the number of ECT

Response	No ECT	1–10 ECT	11–20 ECT	Row total
No	15	27	10	52
Yes	31	33	47	111

Tabell 5: Villighet för sjuksköterskan att själv genomgå ECT vid olika grader av depression (Gass, 1998, s. 87).

Table 7 Choose ECT if moderately, very or extremely depressed

Response/frequency	Moderate	Very	Extremely
First choice	1	9	56
Second choice	7	31	24

Sjuksköterskors attityder och omvårdnaden

Sjuksköterskans ansvar

Sjuksköterskans attityder är starkt förknippat med vilken kunskap och utbildning hen har om behandlingen, men ett återkommande resultat är osäkerhet hos sjuksköterskan om sitt ansvar. Många sjuksköterskor har en stark tilltro till behandlingen (Arkan & Üstün, 2008) och dess förmåga att förbättra patienters liv (van Daalen-Smith, 2011). Otydliga roller i förhållande till annan personal innebär ett dilemma, och uppfattningar om eller förväntningar på hur sjuksköterskan bör agera kan därför bli oklara eller motstridiga (Gass, 2008). Många brister i omvårdnaden vid behandlingen kan härledas till denna oklarhet, som kan ta sig uttryck i att sjuksköterskan är okunnig om sitt ansvarsområde i omvårdnaden, både i förhållande till patientens upplevelser och problem samt i ansvarsfördelningen i förhållande till anestesiteamet som är involverade i behandlingen (Arkan & Üstün, 2008; Harrison & Kaarsemaker, 2000; Gass, 2008).

Syn på ansvarsområden

Sjuksköterskors uppfattning om sitt ansvar och sin uppgift skiljer sig åt. Vissa anger att deras uppdrag är att understödja psykiatern i sitt beslut och övertyga patienten om behandlingens lämplighet, andra ser sin roll som mer fokuserad på att stödja och bekräfta patienten (van Daalen-Smith, 2011; Gass, 2008). En del är mer inriktade på att utbilda patienten och dess anhöriga (van Daalen-Smith, 2011), medan vissa andra däremot inte anser att de har någon roll att spela i omvårdnaden vid ECT (Arkan & Üstün, 2008).

I de studier som studerar effekten av utbildning om omvårdnad vid ECT, och förbättringsarbete relaterat till detta, framträder delvis olika resultat om sjuksköterskans attityder. Patienter värderar sjuksköterskans deltagande vid alla steg i behandlingen och förbättringar på detta område innebär en förbättrad omvårdnad, och medan en studie visar på en genomgripande förbättring vid sådana insatser (Harrison & Kaarsemaker, 2000) visar en annan att omvårdnaden till stora delar förbättrats enbart måttligt eller inte alls (Arkan & Üstün, 2008). När omvårdnaden bedömdes bristfällig även efter utbildning i denna studie, förklarade deltagarna de uteblivna eller små förbättringarna med att den omvårdnad som de underlät att införa inte ingår i deras jobb, och deras attityd var att sjuksköterskan inte bör delta i omvårdnaden vid ECT (Arkan & Üstün, 2008).

Förhållningssätt vid omvårdnad

I omvårdnaden av ECT-patienter intar sjuksköterskan olika förhållningssätt där hen ger uttryck för sin attityd på olika sätt, som kan delas in i kategorierna *engaged* ('engagerad'), *present* ('närvarande') och *detached* ('likgiltig'), som beskrivs av Gass (2008). En likgiltig sjuksköterska intar ett känslomässigt distanserat förhållande till patienten bortom vad behandlingen kräver, och innebär även att undvika åtaganden i teamarbetet med annan sjukvårdspersonal. Detta förhållande till patienten kontrasteras med 'engagerad' och 'närvarande' som är två andra förhållningssätt sjuksköterskan kan tillämpa; det förra innebär att sjuksköterskan har ett empatiskt förhållande till patienten och utgår från dennes upplevelser, behov och kunskap av och om sin sjukdom såväl som behandlingen. Det beskrivs som ett förhållningssätt präglad av ett humanistiskt ideal, med autenticitet och jämlikhet som betydelsefulla värden. Detta förhållningssätt problematiseras dock av sjuksköterskans professionella roll som kan innebära att behöva påverka eller tvinga patienter till att genomgå ECT, även om de känner oro, motvilja, eller gör motstånd, och kan innebära att sjuksköterskan hamnar i ett emotionellt dilemma mellan att bekräfta patientens känslor och att samtidigt handla i motsättning till dessa.

Ett annat komplext dilemma uppstår när sjuksköterskan själv har ambivalenta eller negativa attityder till ECT men inte inom ramen för sin yrkesroll kan vara ärlig om dessa inför patienten eller handla i enlighet med dem. Denna ambivalens kan vara förknippad med upplevelser av patienten som utsatt eller förnedrad, och kan innebära tvivel på behandlingens etiska status (Van Daalen-Smith, 2011; Gass, 2008). Dessa problem och konflikter mellan sjuksköterskans attityd till behandlingen och patienten, eller till patienten och sin professionella roll – ett dilemma som refereras till som otydligt förhållande – kan leda till att sjuksköterskan inte förmår upprätthålla det förhållande till patienten som hen skulle vilja, förekommer vad Gass (Gass, 2008) kallar 'slipping', som beskrivs som en process där sjuksköterskan offerar det autentiska förhållandet till patienten och övergår från att vara engagerad till närvarande. Detta tillåter att sjuksköterskan fullgör sin roll vid ECT, men kan skada patientens förtroende.

De olika roller sjuksköterskor antar

‘Likgiltighet’ är ett förhållningssätt för att distansera sig från ansvar och syftar på hur sjuksköterskan underlåter att delta i omvårdnaden av patienten genom att inte uppmärksamma vare sig patientens eller medarbetares behov och förväntningar, till skillnad från en ‘engagerad’ sjuksköterska som interagerar med patienten och bekräftar dennes känslor, och en ‘närvarande’ sjuksköterska som fokuserar på behandlingen (Gass, 2008).

Att vara närvarande innebär att fokus flyttas från patientens behov till behandlingens genomförande, och innebär att sjuksköterskan intar ett mått av distans till patientens känslor för att undvika att internalisera dessa, vilket är ett sätt att undvika de problem som förknippas med att vara engagerad enligt ovan. Relationen med patienten ses här som instrumentell (ett medel för att nå målet, dvs. att genomföra ECT-behandling) snarare än ett terapeutiskt mål i sig själv (Gass, 2008, s. 198). Sjuksköterskan är uppmärksam på patientens behov, men sätter inte dessa som utgångspunkt för omvårdnaden, eftersom det kan innebära en motsägelsefull uppgift i att både ta hänsyn till patientens vilja och att arbeta mot densamma för att kunna genomföra behandlingen i enlighet med psykiaterns ordination. Således innebär det ‘närvarande’ förhållningssättet en understödande roll till psykiatern i dennes beslut (Gass, 2008, s. 198).

Patientens attityder och uppfattningar

Upplevelser formar attityder

Brister vad gäller rutiner och utbildning kring ECT motsvarades av behandlingar som inte levde upp till modern standard, med flera anmärkningar om behandlingar som utförts utan anestesi eller i undermåliga lokaler (Adams, 2015). Wood, Chambers & White (2007) påpekar att sjuksköterskors attityder sannolikt formas av deras patienters upplevelse, vilket i sin tur sannolikt återverkar på patientens upplevelse. Flera artiklar anger att patienters attityd inför ECT präglas av oro eller rädsla, att låg patientnöjdhet efter behandlingen kan relateras till bristande information om tillvägagångssätt, effekter och biverkningar samt att patienter upplevt vårdslöshet och respektlöshet från behandlande och omvårdande personal (Arkan & Üstün, 2008; Ebrahimi, Navidian & Keykha, 2014; Harrison & Kaarsemaker, 2000; Navidian, Ebrahimi & Keykha, 2015; van Daalen-Smith, 2011).

Olika uppfattningar om omvårdnaden

Patienters uppfattning om omvårdnaden skiljer sig åt. Medan patienter som fått behandlingen efter att sjuksköterskan genomgått särskild utbildning rapporterar att de är tillfredsställda, se ovan, visar studier också på negativa uppfattningar om sjuksköterskors omvårdnad. Sjuksköterskor beskrivs som känslökalla och obrydda eller direkt hotfulla (Van Daalen-Smith, 2011), och patienter upplever sig ha behandlats som om de var produkter på ett löpande band (Harrison & Kaarsemaker, 2000; van Daalen-Smith, 2011). Vissa patienters beskrivningar påpekar också att sjuksköterskor inte tycks ta någon hänsyn till deras personliga erfarenheter och varför de var deprimerade, utan fokuserade enbart på att genomföra psykiaterns ordinationer (van Daalen-Smith, 2011).

Patienter kan ha en mycket negativ upplevelse som skiljer sig markant från sjuksköterskans, där behandlingen anses påtvingad, skadlig, osäker och till och med jämförs med tortyr (van Daalen-Smith, 2011). Bland annat beskrivs allvarliga permanenta biverkningar såsom minnesförlust, kognitiva nedsättningar, personlighetsförändringar och minskade känslolntryck av kvinnor som genomgått behandlingen tidigare, med allvarliga konsekvenser

för deras sociala relationer och yrkesliv, samt kroppslig skada som resultat av felaktigt genomförda behandlingar (van Daalen-Smith, 2011). En tidigare patient beskriver den påverkan ECT haft på henne som att det gjort hennes liv till en glädjelös strävan (Van Daalen-Smith, 2011).

Patienter som upplever dessa biverkningar känner sig lurade eftersom informationen de fick innan behandlingen inte stämmer överens med deras upplevelser (Harrison & Kaarsemaker, 2000; van Daalen-Smith, 2011). Det framkommer även att sjuksköterskor inte kommer i kontakt med dessa biverkningar utanför behandlingssammanhanget (van Daalen-Smith, 2011).

Utbildningsinsatser gör skillnad

Jämförelser av patienters uppfattning visar att utbildningsinsatser gör skillnad och att patienter är mer nöjda med omvårdnaden när de behandlas av sjuksköterskor som genomgått behandling i omvårdnad vid ECT. Detta gäller både vid jämförelser med kontrollgrupp och vid jämförelser före och efter samma sjuksköterskor genomgått utbildning eller implementerat förbättringsarbete (Arkan & Üstün, 2008; Navidian, Ebrahimi & Keykha, 2015; Ebrahimi, Navidian & Keykha, 2014; Harrison & Kaarsemaker, 2000). Vid jämförelser med kontrollgrupp visade kontrollgruppen försämrad patientnöjdhet och självkänsla efter att de genomgått behandlingen, medan interventionsgruppen visade förbättrade resultat för både självkänsla och patientnöjdhet efter behandlingen, då sjuksköterskorna utbildats i att kommunicera med patienterna om deras farhågor och förväntningar, informera korrekt om behandlingen samt stödja patienten emotionellt, fysiskt och beslutsmässigt (Navidian, Ebrahimi & Keykha, 2015; Ebrahimi, Navidian & Keykha, 2014).

Harrison & Kaarsemaker (2000) visar att patienterna uppskattade flera av förbättringsarbetets interventioner i studien, däribland att få se en informationsvideo och besöka behandlingsrummet innan ECT, att få mer utförlig information av sjuksköterskan med familjemedlemmar närvarande, att ha avdelningssjuksköterskan närvarande och deltagande i behandlingen och bättre omvårdnad vid bieffekter. Möjligheten att få lyssna på avslappnande musik ansågs däremot inte hjälpa.

Metoddiskussion

Tidigare forskning om ECT ur ett omvårdnadsperspektiv är begränsad, trots att de allra flesta studier inom området tar upp behovet och vikten av mer kunskap och utbildning om ECT för sjuksköterskor. Studierna är även till största delen kvantitativa, och det saknas en bredd i litteraturen beträffande hur sjuksköterskor inom psykiatrien upplever sitt arbete med patienter som fått ECT och vilka attityder de själva har till själva behandlingen. Likaledes fann vi en brist på patientperspektiv rörande ECT i ett omvårdnadsperspektiv, det vill säga patientens upplevelse av behandlingen i relation till sjuksköterskans yrkesutövning. Vi fann heller inte en enda svensk forskningsstudie inom området. Ett annat problem var att flera studier som – utifrån lästa abstrakt – inte var tillgängliga via Göteborgs universitetsbibliotek och därför inte kunde ingå i denna studie.

I sökandet efter relevanta studier utifrån vårt syfte valde vi att göra en bred sökning. Fördelen var att vi därigenom har kunnat fånga in specifika artiklar som hade varit svårare att finna utifrån smalare sökkriterier. Nackdelen är att vi trots allt kan ha missat enskilda artiklar som inte stämmer in med söktermerna i den breda sökningen. Vi motiverar dock en bred sökning

med att vi har haft en begränsad tidsram och att det har varit enklare att gå igenom och sortera ut ointressanta träffresultat än att göra en mängd enskilda sökningar för att hitta relevanta.

Gass (2008) tar upp en stor del av detta arbete. Vårt arbete hade inte svarat mot vårt syfte eller problemformulering lika väl utan denna artikel, och på grund av dess omfattning såväl som dess originalitet hade vi inte kunnat göra vårt resultat rättvisa utan ingående beskrivning av de nya begrepp som introduceras i den.

En av arbetets styrkor ligger i att studierna har en stor geografisk spridning gällande var de är författade: England, USA, Iran, Kanada och Turkiet. En annan styrka är blandningen av kvantitativa och kvalitativa studier i urvalet av litteraturen för att belysa problemområdet ur olika aspekter.

Resultatdiskussion

Flera begrepp och ämnen i resultatet knyter väl an till den holistisk-existentiella modellen. Gass (2008) analyserar sjuksköterskans förhållningssätt som olika typer av *being there*, en existentiell kategori som svarar mot konceptet om närvaro i mötet från Hummelvoll & Barbosa da Silva (1994). Närvaro i mötet beskrivs som en öppenhet för patientens sätt att kommunicera verbalt och ickeverbalt genom att lyssna uppmärksamt, koncentrerat och närvarande på ett *autentiskt* vis (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1994). Gass (2008) triad 'engagerad-närvarande-likgiltig' beskriver olika i grader av autentisk närvaro i mötet med patienten och deras respektive problematiker. Autentisk närvaro är en förutsättning för att kunna förstå patienten och därmed för att kunna hjälpa patienten att nå sin potential till att göra meningsfulla val och överkomma sin alienation. Det är här fråga om vilken attityd som krävs i mötet med patienten.

I Gass (2008) och van Daalen-Smith (2011) ses en ambivalens i sjuksköterskans attityd, där sjuksköterskan försöker förkroppsliga vissa humanistiska dygder som empati och autenticitet i förhållandet till patienten, ett försök att uppnå ömsesidigt erkännande, som dras med problem i den konkreta processen så fort denna relations inneboende mål och värde i sig konfronteras med motsättningen mellan sjuksköterskans uppgift och patientens vilja. När patienten motsätter sig behandlingen hamnar sjuksköterskans attityd och handling i konflikt med varandra i den mån sjuksköterskan å ena sidan söker bekräfta och stödja patienten i den situation som patienten befinner sig i, emotionellt och psykiskt, å andra sidan försöker förmå patienten till att genomgå behandlingen, genom tvång eller manipulation. "*It's you're going to be ok, we're not going to hurt you but yet we were holding him; verbal reassurance was sort of counteracted with the physical restraint*", säger en intervjuad sjuksköterska (Gass, 2008, s. 196), och en annan säger "*What I do believe I understand is the humiliation of having the procedure. I really wonder why people consent to such a severe procedure...*" (van Daalen-Smith, 2011, s. 467). Hur sjuksköterskan än förenar denna oro med att tvinga eller på annat sätt påverka patienten till att genomgå behandlingen mot sin vilja, så är det tveksamt om det går att rättfärdiga med sjuksköterskans uppgift att föra patientens talan och värna dennes intressen när den själv är oförmögen till det (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1994).

Vi ser en koppling mellan denna ambivalens och Sartres begrepp om ond tro. Ond tro är, enligt Sartre (1983) ett tillstånd av självbedrägeri, av att ljuga för sig själv. Till skillnad från

att ljuga för den andre, där lögnaren själv är medveten om att den för sin motpart bakom ljuset och samtidigt är sann mot sig själv, är ond tro beskrivningen av en handling eller ett tillstånd där jag själv förnekar min egen kännedom om min oriktighet, och det finns ingen åtskillnad mellan den som ljuger och den som blir ljugen för. Ond tro är inte uppsåtlig, eftersom ett medvetet självbedrägeri redan är genomskådat i och med att bedragaren känner till sanningen.

Sartre beskriver hur den onda tron bygger på en åtskillnad mellan att vara-för-sig, självmedvetande, och vara-för-den-andre. Att försöka vara-för-den-andre något annat än man tror sig vara-för-sig är således en typ av ond tro. *“Det är alltid möjligt för mig att på vilket som helst av mina beteenden rikta två blickar, min egen blick och den andres (...) mellan dessa två sätt att vara [finns] ingen skillnad när det gäller varats sätt att framträda, som om jag för mig själv vore sanningen om mig själv och den andre blott hade en vrågbild av mig”* (Sartre, 1983, s. 111).

Dessa två blickar, sjuksköterskan för-sig och för-den-andre, och deras oförenlighet visas när vi jämför patienters beskrivning av sjuksköterskor och deras omvårdnad. Gass (2008) skriver att sjuksköterskan kan vilja betraktas som en jämlike av patienten, men att situationen inte tillåter det. Patienter återger att de känner sig behandlade som på löpande band (Harrison & Kaarsemaker, 2000; van Daalen-Smith, 2011), och reflekterar också över hur stor makt sjuksköterskor egentligen har att handla utifrån ett omvårdande förhållningssätt, samt om de egentligen kunde påverka behandlingens gång (van Daalen-Smith, 2011). Patienten ser här, menar vi, hur sjuksköterskan är kluven mellan två motsägande möjligheter och befinner sig i ett dilemma, som tvingar sjuksköterskan att handla i ond tro:

“Some of them would listen to me but in that oppressive system, there wasn't much that they could do. They had to give me the pills the doctor prescribed. They had to tell me to take them. I bet they had to force me into the shock room, too. It was their job, you know?” (van Daalen-Smith, 2011, s. 464)

Som resultatet visar leder sjuksköterskans kunskap om och erfarenhet av ECT till en mer odelat positiv attityd till behandlingen (Gass 1998, Janicak et al., 1985; Lutchmann, et al. 2001; Wood et al., 2007). Detta tror vi är betydelsefullt även för att patienten skall kunna hjälpas utifrån sin egen livssituation, och få stöd att göra val som leder till bättre hälsa, och den förbättrade förmåga till egenvård som är ett av målen med den psykiatriska omvårdnaden (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1994). Utbildning i ECT och relaterad omvårdnad leder till att patientens självkänsla stärks (Ebrahimi, Navidian & Keykha, 2015), liksom till en förbättring av patientnöjdhet (Navidian, Ebrahimi & Keykha, 2014; Harrison & Kaarsemaker, 2000). En tänkbar förklaring till detta är att en sjuksköterska som själv har förtroende för, och kunskap om, den behandling som skall utföras har bättre möjlighet att bibehålla en autentisk och genuin relation till patienten. Den onda tro som beskrivs ovan är en konsekvens av sjuksköterskans egen ambivalens, men om sjuksköterskan inte hyser tvivel på behandlingen kan hen bibehålla sin autenticitet i mötet med patienten även när patienten är orolig eller rädd för att genomgå behandlingen.

Såttillvida sjuksköterskan intar ett humanistiskt förhållningssätt med en existentiell förståelse för patienten kan hen mer trovärdigt stärka patientens självkänsla och stödja patienten i att göra val relaterade till behandlingen. Detta knyter an till både diskussionen om självkänsla såväl som om ansvar och valfrihet i Hummelvoll & Barbosa da Silva (1994) som skall vägleda sjuksköterskans omvårdnad av patienten.

En diskrepans som också framkommer i resultatet är att vissa patienter kan ha bestående biverkningar, vilka sjuksköterskan som varit inblandad i ECT inte ser eller känner till då kontakten med patienten upphör efter behandlingen, eller mellan behandlingarna i de fall då patienten ges underhålls-ECT (van Daalen-Smith, 2011). Detta innebär att sjuksköterskan inte har insikt i hur behandlingen påverkar patientens livssituation, och kan därför inte veta att hen agerar i enlighet med målsättningen om att hjälpa patienten till ett meningsfullt liv. En av delarna i detta projekt, att hjälpa patienten leva ett givande liv i gemenskap med andra och påverka sociala förutsättningar som leder till ohälsa, tycks innefatta ett ansvar som sträcker sig utanför ramen för ECT-behandlingen: *“In some cases, nurses have to accept the need for them to play a considerable role in the clients’ social network until equivalent alternatives are established”* (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1994, s. 9). För att försäkra sig om att patientens möjligheter till att utveckla ett liv med meningsfullt umgänge med andra ökar och inte minskar av behandlingen är det viktigt att patienten bibehåller kontakt med vården genom hela vårdkedjan i den mån som bedöms lämpligt.

En annan fråga som blir aktuell vid ECT är den om samtycke. Även om de flesta ECT-behandlingar sker under samtycke finns det särskilda aspekter av behandlingen som är värda att uppmärksamma i sammanhanget. Kashka & Keyser (1995) lyfter detta i en diskuterande artikel där de jämför olika beskrivningar av informerat samtycke och undersöker hur dessa kan appliceras på fallet vid ECT-behandlingar. Bland annat diskuteras frågan om kompetens att samtycka, det vill säga att begripa informationen man delges och att fatta väl övervägda beslut utifrån den situation man befinner sig i. Eftersom djup depression förutom påverkan på stämningstillstånd även innebär problem med motivation och beslutsamhet, koncentrationsförmåga och minne (Mårtensson & Åsberg, 2016) är det svårt att bedöma kompetensen hos en djupt deprimerad patient som likvärdig med en psykiskt frisk person. Kashka & Keyser (1994) nämner att ju högre krav som ställs på patientens kompetens, desto mer tenderar förhållningssättet till paternalism. Patientens förmåga att ge samtycke till behandlingen kan därför vara ifrågasatt just på grund av det tillstånd som skall behandlas. Vidare kan patienten under behandlingens gång dra tillbaka sitt samtycke och vilja avbryta behandlingen, men patientens kompetens kan påverkas av själva behandlingen på grund av minnes effekter och eventuella läkemedel som används samtidigt. Detta stämmer överens med patienters egna berättelser (van Daalen-Smith, 2011), och lyfts av Valente (1991). Detta innebär att sjuksköterskan behöver vara medveten om och reflektera över hur hen interagerar med patienten, för att försäkra sig om att patientens samtycke är genuint och utgår från patientens eget omdöme, och inte tvingas fram genom övertalning eller annan manipulation, och i förlängningen också uttrycka sina tvivel när detta görs av kollegor (Kashka & Keyser, 1994).

Slutsats

Föreliggande arbete har undersökt och diskuterat olika aspekter av omvårdnaden vid ECT och hur både patienters och sjuksköterskors attityder påverkas och påverkas av den. Våra viktigaste resultat kan sammanfattas enligt följande:

- Sjuksköterskors attityder påverkas av erfarenhet och kunskapsnivå, och en högre kunskapsnivå och längre erfarenhet korrelerar med mer positiva attityder till behandlingen.
- Utbildningsinsatser för sjuksköterskor förbättrar omvårdnaden av patienter vid ECT.

- Förbättrad omvårdnad, vad gäller emotionellt och psykologiskt stöd, information till patienten och respektfullt bemötande, ger bättre resultat för patienter vad gäller patientnöjdhet och självkänsla.
- Sjuksköterskor med ambivalenta attityder till ECT hamnar i dilemman när de försöker ha en genuin och autentisk relation med patienten.
- Patienter har negativa upplevelser av både dålig omvårdnad och av oväntade biverkningar från behandlingen som sjuksköterskor saknar insikt i.

Utifrån dessa resultat har vi diskuterat, med utgångspunkt i existentiell filosofi och den holistisk-existentiella modellen för psykiatrisk omvårdnad, hur dessa problem kan tolkas och hur de eventuellt kan lösas. Vi anser att sjuksköterskor behöver ha patientens upplevelse i åtanke under hela omvårdnaden och att målet med psykiatrisk omvårdnad måste delas av patienten och sjuksköterskan. Därför behöver sjuksköterskor etablera en tillitsfull och humanistisk relation med sina patienter och reflektera över hur deras attityder färgar denna relation. För att kunna göra detta krävs att sjuksköterskan både har den konkreta kunskapen om ECT och förmågan att inta ett reflekterande och empatiskt förhållningssätt inför både sina egna förutfattade meningar och patientens upplevelser, som kan strida mot sjuksköterskans. Därför drar vi följande slutsatser;

- att sjuksköterskor behöver få utbildning, både inom sjuksköterskeutbildningen och inom verksamheter, om både de teoretiska som praktiska aspekterna av ECT, omfattande såväl behandlingens verkningar och biverkningar som farhågor och missförstånd om ECT och de speciella kraven på omvårdnad som förknippas med dessa;
- att patienter behöver få stöd och hjälp med att uttrycka sina oros känslor och rädslor för att dessa skall kunna minskas eller skingras;
- att sjuksköterskor behöver tränas på att anlägga ett existentiellt och reflekterande perspektiv på omvårdnaden för att kunna skapa tillit och förtroende med patienten;
- att patienter behöver ha god kontakt med den psykiatriska vården genom hela vårdkedjan med god uppföljning av eventuella biverkningar och kvarstående problem;
- att sjuksköterskor behöver få professionellt stöd, resurser i form av tid och personal samt adekvata ledningssystem för att underlätta för att genomföra korrekt omvårdnad.

Vidare ser vi ett behov av omvårdnadsforskning vid ECT-behandling i en svensk kontext som fokuserar både på patienters och sjuksköterskors attityder.

Referenslista

*=artiklar som har analyserats i resultatdelen

*Adams, J. (2015). *British nurses' attitudes to electroconvulsive therapy, 1945–2000*. Journal of Advanced Nursing, 71(10), 2393-2401. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/jan.12704>

Allgulander, C. (2014). *Klinisk psykiatri*. (3., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Antai-Otong, D. (1995). Electroconvulsive Therapy and Other Biological Therapies. I Antai-Otong, D. (Red.), *Psychiatric Nursing: Behavioral and Biological Concepts*. (577-594). Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company

*Arkan, B., & Üstün, B. (2008). *Examination of the effect of education about electroconvulsive therapy on nursing practice and patient satisfaction*. Journal Of Ect, 24(4), 254-259. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/YCT.0b013e318168be32>

Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2009). *Principles of biomedical ethics*. (6. ed.) New York: Oxford University Press.

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Boyd, K.M. (red.) (1997). *The new dictionary of medical ethics*. London: BMJ Publishing.

Brus, Ole, Nordanskog, Pia, Båve, Ullvi, Cao, Yang, Hammar, Åsa, Landén, Mikael, . . . Nordenskjöld, A. (2017). *Subjective Memory Immediately Following Electroconvulsive Therapy*. Journal Of Ect, 33(2), 96-103. doi:10.1097/yct.0000000000000377

Burns, C. M., & Stuart, G. W. (1991). *Nursing care in electroconvulsive therapy*. Psychiatric Clinics of North America, 14(4), 971-988.

*Ebrahimi, H., Navidian, A., & Keykha, R. (2014). *Effect of supportive nursing care on self esteem of patients receiving electroconvulsive therapy: a randomized controlled clinical trial*. Journal of Caring Sci, 3(2), 149-156. doi:10.5681/jcs.2014.016

Fink, M. (2007). *Complaints of Loss of Personal Memories After Electroconvulsive Therapy: Evidence of a Somatoform Disorder?* Psychosomatics, 48(4), 290-293.

Friberg, F. (Red.). (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur

*Gass, J. P. (1998). *The knowledge and attitudes of mental health nurses to electroconvulsive therapy*. Journal of Advanced Nursing, 27(1), 83-90. doi:10.1046/j.1365-2648.1998.00507.x

* Gass, J. (2008). *Electroconvulsive therapy and the work of mental health nurses: A grounded theory study*. International Journal of Nursing Studies, 45(2), 191-202. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.08.011>

Göteborgs universitet. Språkdata (2004). *Norstedts svenska ordbok: [72.000 ord och fraser]*. (1. uppl.) Stockholm: Norstedts ordbok.

* Harrison, B., & Kaarsemaker, B. (2000). *Continuous quality improvement to an electroconvulsive therapy delivery system*. Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 38(3), 27-37.

Hummelvoll, J. K., & Barbosa, d. S. (1994). *A holistic-existential model for psychiatric nursing*. *Perspectives in Psychiatric Care*, 30(2), 7-14.
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/j.1744-6163.1994.tb00229.x>

International Council of Nurses. Svensk sjuksköterskeförening (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* [Elektronisk resurs]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening

*Janicak, P. G., Mask, J., Trimakas, K. A., & Gibbons, R. (1985). *ECT: An assessment of mental health professionals' knowledge and attitudes*. Journal Of Clin Psychiatry, 46(7), 262-266.

Kashka, M. S., & Keyser, P. K. (1995). *Ethical issues in informed consent and ECT*. *Perspectives in Psychiatric Care*, 31(2), 15-21. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6163.1995.tb00461.x>

Kvalitetsregister ECT (2016). Årsrapport. Örebro: Kvalitetsregister ECT

Landstinget Sörmland. (2015). *Indikationer, kontraindikationer och biverkningar*. Hämtad 2017-11-19, från <https://www.landstingetsormland.se/extra-ingang/Samarbetspartners/Vardprogram-psykiatri/Psykossjukdomar/Del-5-ECT-behandling-vid-schizofreni-och-andra-psykossjukdomar/Indikationer-kontraindikationer-och-biverkningar/>

Lindström, Unni Å. (2014). *Vårdvetenskap och hermeneutik i praxis*. I Lassenius, E. & Severinsson, E. (Red.). *Hermeneutik i vårdpraxis: det nära, det flyktiga, det dolda* (33 – 42) (1. uppl.) Malmö: Gleerup.

*Lutchman, R. D., Stevens, T., Bashir, A., & Orrell, M. (2001). *Mental health professionals' attitudes towards and knowledge of electroconvulsive therapy*. Journal of Mental Health, 10(2), 141-150. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/09638230124779>

Mårtensson, B., Åsberg, M (2016). Förstämningssyndrom. I Herlofson, J., Ekselius, L., Lundin, A., Mårtensson, B. & Åsberg, M. (Red.). *Psykiatri* (299-339). (Upplaga 2:1). Lund: Studentlitteratur.

*Navidian, A., Ebrahimi, H., & Keykha, R. (2015). *Supportive Nursing Care and Satisfaction of Patients Receiving Electroconvulsive Therapy: A Randomized Controlled Clinical Trial*. Iran Red Crescent Med J, 17(9), e27492. doi:10.5812/ircmj.27492

Nilsson Kajermo, K., Johansson, E., Wallin, L (2014). *Kunskapsbaserad omvårdnad - från kunskap till säker och effektiv vård*. I Ehrenberg, A., Wallin, L. & Edberg, A. (Red.). *Omvårdnadens grunder. Ansvar och utveckling* (s 27-45). (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Odeberg, H., & Ottosson, J. O. (2011). *Elektrokonvulsiv terapi inte passe. Ööverträffad effekt vid svår depression*. *Läkartidningen*, 108(3), 85-9.

<http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=15818>

Prudic, J. (2005). Electroconvulsive Therapy. In Sadock, B.J., Sadock, V.A. & Kaplan, H.I. (Red.). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Vol. 2. (8. ed.) (s 2968-2983) Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins.

Rudorfer, M.V, Henry, M.E, Sackeim, H.A (2003). Electroconvulsive Therapy. In Tasman, A., Kay, J. & Lieberman, J.A. (Red.). *Psychiatry*. (2. ed.) (s. 1865-1901) Chichester: Wiley.

Region Örebro län. (2016). *Vårdresultat för patienter*. Hämtad 2017-10-28, från http://www.psykiatriregister.se/sites/default/files/documents/vardresultat_for_patienter_2016.pdf

Sartre, J. (1983). *Varat och intet*. Göteborg: Korpen.

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Värdegrund för omvårdnad: reviderad 2016*. (1. rev. uppl.) Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska*.

Åtta.45 Tryckeri AB, Stockholm. ISBN-NR: 978-91-85060-10-8

<https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensksjukskoterskeforening/publikationersvensksjukskoterskeforening/kompetensbeskrivning/publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

<https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensksjukskoterskeforening/publikationersvensksjukskoterskeforening/kompetensbeskrivning/publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svenska psykiatriska föreningen (2014). *ECT: kliniska riktlinjer* [för elektrokonvulsiv behandling]. (1. uppl.) Sundsvall: Svenska psykiatriska föreningen.

Valente, S. M. (1991). *Electroconvulsive therapy*. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 5(4), 223-228.

*van Daalen-Smith, C. L. (2011). *Waiting for oblivion: Women's experiences with electroshock*. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(7), 457-472.

doi:<http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2011.583810>

*Wood, J. H., Chambers, M., & White, S. J. (2007). *Nurses' knowledge of and attitude to electroconvulsive therapy*. *Journal Of Ect*, 23(4), 251-254.

doi:<http://dx.doi.org/10.1097/yct.0b013e31813e0692>

Bilagor

Bilaga 1: Översikt analyserad litteratur

	Perspektiv (Omvårdnadsvetenskapliga eller andra teoretisk utgångspunkter)	Problem och syfte	Metod	Resultat	Diskussion
<p>Titel: Electroconvulsive therapy and the work of mental health nurses - A Grounded Theory Författare: John Gass Tidskrift: International Journal of Nursing Studies Årtal: 2008 Forskningsmetod: Kvalitativ Kvalitet: Hög</p>	Grounded Theory	Syfte att förstå hur sjuksköterskor inom psykiatri arbetar med patienter som får ECT	Modified Grounded Theory Approach	Sjuksköterskors handlingar inom ECT involverar relationell resp behandlande roll samt osäker roll resp osäkra förhållanden. Olika grundkategorier sjuksköterskor hör till förklarar handlingar, problem som uppstår samt hur det påverkar "ECT-dramat".	Vid uppkomna dilemman: "Slipping" som strategi för sjuksköterskan att hantera uppkomna situationer inom ECT..
<p>Titel: The knowledge and attitudes of mental health nurses to electroconvulsive therapy Författare: John Gass Tidskrift: Journal of Advanced Nursing Årtal: 1998 Forskningsmetod: Kvantitativ Kvalitet: Medel</p>		Studie av kunskap om och attityder till ECT hos praktiserande sjuksköterskor inom psykiatri.	Frågeformulär	Längre erfarenhet och mer kontakt med ECT korrelerar positivt med både kunskap om och positiva attityder till ECT. Det finns ett tydligt samband med kunskap om ECT och positiv attityd till behandlingen. Stor variation beroende på var sjuksköterskan arbetar.	Variationen i attityd och kunskap efter var sjuksköterskan arbetar är svår att generalisera på grund av att urvalets storlek och svarsfrekvensen var olika för olika typer av arbetsplatser. Sjuksköterskeutbildning behöver lära ut mer om ECT.
<p>Titel: Mental health professionals' attitudes towards and knowledge of electroconvulsive therapy Författare: Lutchmann, R. D., Stevens, T., Bashir, A. & Orrell, M. Tidskrift: Journal of Mental Health Årtal: 2001 Forskningsmetod: Kvantitativ Kvalitet: Medel</p>		<ol style="list-style-type: none"> Att jämföra attityder och kunskap om ECT mellan psykiatriker, psykologer, sjuksköterskor och socialarbetare. Att undersöka förhållandet mellan demografiska variabler, erfarenhet av ECT och attityder eller kunskap om behandlingen. Att undersöka användbarheten för ett svarsformulär om attityder till ECT. 	Frågeformulär	Psykiatriker hade mest kunskap om ECT och mest positiv attityd till behandlingen, följt av sjuksköterskor, socialarbetare och sist psykologer. Majoriteten sjuksköterskor trodde felaktigt att det orsakar hjärnskador och att behandlingen är kontraindicerad för dementa eller gravida patienter. Majoriteten sjuksköterskor anser att läkare ger för lite information till patienten.	Sjuksköterskor visste mer än psykiatriker om de preoperativa förberedelserna och postoperativa biverkningar, vilket förmodligen kommer sig av en närmare kontakt med patienten vid dessa tillfällen. Eftertanke om hur arbetsstyrkans olika åsikter påverkar teamarbetet, och vad dessa grundar sig i, rekommenderas för att inte ge motstridiga, förvirrande eller skadliga budskap till patienten.

<p>Titel: British nurses' attitude to electroconvulsive therapy, 1945-2000 Författare: Adams, J. Tidskrift: Journal of Advanced Nursing Årtal: 2015 Forskningsmetod: Kvalitativ Kvalitet: Hög</p>	<p>Kulturhistorisk metod inspirerad av Annales-skolan</p>	<p>Att samla material som redovisar sjuksköterskors attityder till ECT i Storbritannien 1945-2000.</p>	<p>Historiska källor och intervjuer med sjuksköterskor verksamma inom psykiatri under den aktuella perioden.</p>	<p>1. ECT var kontroversiell under hela perioden. 2. Sjuksköterskeutbildningen undvek att nämna, eller ta ställning till, kontroversen. 3. ECT administrerades i undermåliga lokaler och på ett inkorrekt vis.</p>	<p>Sjuksköterskeutbildningen behöver ge utrymme åt behandlingens historiska och kontroversiella aspekter för att sjuksköterskor bättre skall kunna förstå hur nutida attityder formats.</p>
<p>Titel: ECT: An Assessment of Mental Health Professionals' Knowledge and Attitudes Författare: Janicak, P. G., Mask, J., Trimakas, K. A. & Gibbons, R. Tidskrift: Journal of Clinical Psychiatry Årtal: 1985 Forskningsmetod: Kvantitativ Kvalitet: Medel</p>		<p>Att jämföra attityder och kunskap om ECT mellan psykiatriker, psykologer, sjuksköterskor och socialarbetare, samt kopplingar med yrkeserfarenhet och yrkesbakgrund.</p>	<p>Frågeformulär</p>	<p>Psykiatriker hade mest kunskap om ECT och mest positiv attityd till behandlingen, följt av sjuksköterskor, psykologer och socialarbetare. I övrigt påverkade klinisk erfarenhet attityd och kunskap mer än yrkesgrupp, med undantag för psykologer.</p>	<p>Utökade utbildnings- och övningsprogram krävs för att minska risken att avstå ordinerings av ECT när det vore ett lämpligt alternativ samt för att minska oro hos patienter och anhöriga.</p>
<p>Titel: Examination of the Effect of Education About Electroconvulsive Therapy on Nursing Practice and Satisfaction Författare: Arkan, B. & Üstün, B. Tidskrift: Journal of ECT Årtal: 2008 Forskningsmetod: Kvantitativ Kvalitet: Hög</p>		<p>Syfte att utvärdera effekten av att ge sjuksköterskor utbildning om ECT.</p>	<p>Observations- och frågeformulär</p>	<p>Varierande resultat för omvårdnaden. Inom de pre- och postoperativa områdena förbättrades omvårdnaden, däremot inte under den intraoperativa fasen.. Sammantaget ansågs skillnaden signifikant, med en signifikant förbättring av patientnöjdhet.</p>	<p>Sjuksköterskornas begränsade resultat förklarades med att de inte trodde att det förväntades mer av dem, eller att det inte ingick i deras jobb. Författarna anser att detta är försvarsmekanismer. Längre och mer ingående utbildningar rekommenderas.</p>
<p>Titel: Supportive Nursing Care and Satisfaction of Patients Receiving Electroconvulsive Therapy: A Randomized Controlled Clinical Trial Författare: Navidian, A., Ebrahimi, H. & Keykha, R. Tidskrift: Iranian Red Crescent Medical Journal Årtal: 2015 Forskningsmetod: Kvantitativ Kvalitet: Hög</p>		<p>Utvärdera effekten av stödjande omvårdnad för patientnöjdhet.</p>	<p>Randomiserad kontrollerad interventionsstudie med frågeformulär</p>	<p>Ingen signifikant skillnad mellan urvalsgrupperna vad gäller vare sig demografiska variabler eller patientnöjdhet före behandlingen. Signifikant förbättring i interventionsgruppen och signifikant försämring i kontrollgruppen efter behandlingen..</p>	<p>Resultatet visar att stödjande omvårdnad är viktigt för patientnöjdhet och bör noggrant implementeras vid ECT. Vidare studier med större åtskillnad mellan sjuksköterskorna i kontroll- och interventionsgruppen rekommenderas.</p>

<p>Titel: Effect of Supportive Nursing Care on Self Esteem of Patients Receiving Electroconvulsive Therapy: A Randomized Controlled Clinical Trial Författare: Ebrahimi, H., Navidian, A. & Keykha, R. Tidskrift: Journal of Caring Sciences Årtal: 2014 Forskningsmetod: Kvantitativ Kvalitet: Hög</p>		<p>Utvärdera effekten av stödjande omvårdnad för patientens självkänsla</p>	<p>Randomiserad kontrollerad interventionsstudie med frågeformulär</p>	<p>Ingen signifikant skillnad mellan urvalsgrupperna vad gäller vare sig demografiska variabler eller självkänsla före behandlingen. Signifikant förbättring i interventionsgruppen och signifikant försämring i kontrollgruppen efter behandling..</p>	<p>Kontrollgruppens försämrade resultat tros härledas av felaktig information från opålitliga källor och fördomar, medan interventionsgruppen fick korrekt och pålitlig information vilket skingrade patienternas oro. Självkänsla har visat sig ha en positiv effekt på psykisk ohälsa och är därför viktigt att ta hänsyn till vid behandling. Vidare studier med större åtskillnad mellan sjuksköterskorna i kontroll- och interventionsgruppen rekommenderas.</p>
<p>Titel: Continuous Quality Improvement to an Electroconvulsive Therapy Delivery System Författare: Harrison, B. & Kaarsemaker, B. Tidskrift: Journal of Psychosocial Nursing Årtal: 2000 Forskningsmetod: Kvalitativ Kvalitet: Medelhög</p>	<p>Förbättringsarbete utifrån Plan-Check-Do-Act</p>	<p>Förbättra upplevelsen för patienter som genomgår ECT.</p>	<p>Förberedande intervjuer, brainstorming i fokusgrupper, uppföljande/utvärderande intervjuer och frågeformulär.</p>	<p>Patienters problem och orosmoment vid ECT rörde i första hand oväntade biverkningar, rädsla och informationsbrist. Förbättringsarbetet minskade dessa problem. Information och möjligheten för familjemedlemmar att ta del av behandlingsplanen var den viktigaste förbättringen.</p>	<p>Vidare studier med mer utarbetade kvantitativa uppföljningsmetoder, större urval av patienter och kontrollgrupp rekommenderas. Plan-Do-Check-Act-cykeln rekommenderas för framtida studier av förbättringsarbete.</p>
<p>Titel: Waiting for Oblivion: Women's experience with Electroshock Författare: Van Daalen-Smith, C. L. Tidskrift: Issues in Mental Health Nursing Årtal: 2011 Forskningsmetod: Kvalitativ Kvalitet: Medelhög</p>	<p>Feministisk ståndpunktsteori</p>	<p>Utforska kvinnliga ECT-patienters och ECT-administrerande sjuksköterskors erfarenheter av och perspektiv på ECT.</p>	<p>Öppna intervjuer, gruppintervjuer, brevväxling.</p>	<p>Kvinnorna som har genomgått behandlingen hade en sårbarhet som inte togs hänsyn till inom vården. Många kvinnor ansåg att behandlingen hade gjort mer skada än nytta och gett allvarliga permanenta biverkningar. Sjuksköterskor har överlag en positiv uppfattning om ECT och dess användning.</p>	<p>Sjuksköterskors och patienters uppfattningar och attityder är inte sammanhängande med varandra. Sjuksköterskor saknar insikt i hur behandlingen påverkar patientens liv efteråt. Kvinnor inom psykiatri behöver få sina problem och livssituationer uppmärksammade.</p>

<p>Titel: Nurses' Knowledge and Attitude to Electroconvulsive Therapy Författare: Wood, J.H, Chambers, M, White, S.J Tidskrift: Journal of ECT Årtal: 2007 Forskningsmetod: Kvantitativ Kvalitet: Medelhög</p>		<p>Utforska sjuksköterskors kunskap om och attityd till ECT samt undersöka om kunskap och erfarenhet av ECT korrelerar med positiva attityder till behandlingen.</p>	<p>Frågeformulär</p>	<p>Det fanns en mycket signifikant korrelation mellan kunskap och mer positiva attityder till ECT. Ju längre erfarenhet inom psykiatri, och fler patientmöten med patienter som genomgår ECT, desto större kunskaper om behandlingen.</p>	<p>Studien bekräftar Gass (1998). Förhållandet mellan attityder och kunskaper är komplext. Det tycks dock lämpligt att sjuksköterskor tidigt i karriären undervisas om ECT och exponeras för patienter som genomgår behandlingen. Ger sjuksköterskor möjlighet att ge rätt information och omvårdnad till patienten.</p>
---	--	--	----------------------	---	--