

Anestesiologisk praksis ved gjennomføring av elektrokonvulsiv behandling til personer med psykiske lidelser: en kvalitativ studie

Stian Wigen Hagen

Sykehuset Innlandet HF og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Norge

E-post: stianwhagen@gmail.com

Marianne Thorsen Gonzalez

Universitetet i Sørøst-Norge og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Norge

Sammendrag

Bakgrunn: Elektrokonvulsiv behandling (ECT) er en psykiatrisk behandlingsmetode som benyttes ved enkelte alvorlige psykiske lidelser. Av hensyn til pasientens sikkerhet, gjøres ECT mens pasienten er i narkose. ECT gjennomføres i tett samarbeid mellom spesialisert helsepersonell innen anestesi og psykiatri. Vi har ikke funnet kvalitative studier som har utforsket anestesipersonellets erfaringer med egen praksis knyttet til ECT.

Hensikt: Utforske og beskrive hvordan anestesiologisk personell erfarer sin praksis ved elektrokonvulsiv behandling (ECT) til personer med psykiske lidelser.

Metode: Studien hadde et kvalitativt eksplorativt og deskriptivt design, og individuelle kvalitative intervjuer med en temabasert intervjuguide ble benyttet som metode for innsamling av data. Utvalget bestod av seks anestesisykepleiere og fire anestesileger fra samme virksomhet, alle med erfaring fra anestesiologisk praksis ved ECT. Graneheim og Lundmans (31,32) modell for kvalitativ innholdsanalyse ble benyttet i analysen av den transkriberte teksten fra intervjuene.

Resultater: Analysen resulterte i tre kategorier og ni sub-kategorier som alle på ulike måter beskriver hva som kjennetegner anestesiologisk praksis ved ECT: *å møte den psykisk lidende pasienten i en ECT-situasjon; å gjøre anestesifaglige vurderinger i en ECT-situasjon; å samarbeide om behandling på tvers av kompetanse i en ECT-situasjon.*

Konklusjon: Funnene viser at anestesipersonellet var bevisst bruk av terapeutisk kommunikasjon i ECT-situasjonen og at de baserte sine anestesiologiske vurderinger på erfarings- og forskningsbasert kunnskap. God kommunikasjon, både innad i anestesiteamet og i det tverrfaglige samarbeid med psykiatrispersonellet, var sentralt for å sikre pasientsikkerhet og optimalt utbytte ved ECT-behandling.

På bakgrunn av funnene anbefales jevnlig møter for kunnskaps- og erfaringsutveksling mellom anestesipersonell og psykiatrispersonell for å etablere felles forståelse og bedre klinisk vurderingskompetanse. For å få oversikt over anestesipersonells praksis ved ECT på tvers av norske helseforetak, anbefales en landsdekkende kartleggingsstudie som grunnlag for kvalitetsutvikling.

Nøkkelord (MeSH): *elektrokonvulsiv behandling; anestesi; anestesipersonale; levering av helsetjeneste*

Abstract

Anesthesiological practice in the implementation of electroconvulsive treatment for people with mental health disorders: a qualitative study

Background: Electroconvulsive therapy (ECT) is a psychiatric treatment used to decline symptoms of certain severe mental health conditions. Due to the patient's safety, general anesthesia is used. The procedure is performed in collaboration between providers of anesthesia and mental health professionals. Qualitative studies addressing the practice of anesthesia in ECT, are currently missing.

Aim: The aim of the study was to explore and describe anesthesia professionals' experiences with ECT for persons with mental health disorders.

Method: An explorative and descriptive design was applied, where qualitative individual interviews were used as a strategy for collecting data. Six nurse anesthetists and four anesthesiologists, experienced with providing anesthesia in ECT, were participants in this study. Graneheim and Lundman's (31,32) approach for qualitative content analysis was used to analyze the transcribed text.

Results: The analysis resulted in three categories, and nine sub-categories, all describing anesthesia professionals' experiences with ECT: *To meet the mental health suffering patient in an ECT-setting; To perform anesthesiologic assessments in an ECT-setting; To collaborate across competence in an ECT-setting.*

Conclusion: The findings revealed that anesthesia professionals consciously applied therapeutic communication and anchored their anesthesiologic judgments based on knowledge from research evidence and clinical experience. Good communication, both within the anesthesiologic team and in collaborative work with the mental health professionals, was crucial to provide optimal ECT outcome and secure patient safety.

Based on the findings, regular meetings between the anesthesia and the mental health professionals allowing for exchange of knowledge and experiences aiming for mutual understanding and competence, is recommended. To establish a basis for quality development within this anesthesiologic practice across Norwegian health care trusts, a nationwide cross-sectional study is recommended.

Keywords (MeSH): *electroconvulsive therapy; anesthesia; anesthetists; delivery of healthcare*

Introduksjon

Ved alvorlig depresjon er psykoterapi og medikamentell behandling effektive og veletablerte behandlingsmåter (1). Ved alvorlige depresjoner hvor disse behandlingsmåtene ikke har effekt, benyttes ofte elektrokonvulsiv behandling (ECT) som behandlingsmetode (2). Dette gjelder også ved psykotiske depresjoner og depresjoner som vurderes som potensielt livstruende (3), og ved bipolar lidelse i depressiv fase, hvor annen behandling ikke er virksom (4). Pasienter som har fått ECT, kan erfare bivirkninger i

form av konsentrasjonsvansker og hukommelsessvikt, og vedvarende kognitive skader er rapportert (5).

ECT-relatert angst er rapportert hos opp mot 75 prosent av pasientene, hvor angst for redusert hukommelse eller hjerneskade knyttes til narkosen (6). ECT erfarer gjerne mindre skummelt enn fryktet, og informanter rapporterer mindre engstelse etter hvert som håp om bedring øker under behandlingsforløpet (7). Angst som skyldes pasientens psykiske lidelse, bedres også ofte i takt med bedring av gitt behandling (6). Noen pasienter er kritiske til ECT, men de fleste er positivt innstilt til behandlingsformen (8).

I de siste tiårene har nye metoder for ECT-behandling bidratt til å redusere risikoen for kognitive bivirkninger (2,9,10). ECT blir i dag gitt mens pasienten ligger i narkose under kontinuerlig overvåkning av anestesipersonell, hvor frie luftveier, adekvat oksygentilførsel og sirkulasjon er sentralt (11), og hvor pasientsikkerhet er optimalt ivarettatt (12). Ved hver ECT-behandling etableres et tverrfaglig behandlingsteam bestående av psykiatripersonell og anestesiologisk helsepersonell (13), noe som tilsier et tett samarbeid mellom spesialisert helsepersonell innen to forskjellige behandlingsskulturer – anestesi og psykiatri. ECT vurderes i dag som en effektiv og trygg psykiatrisk behandlingsskikk, men er for mange fortsatt kontroversiell (8). Anestesisykepleier og anestesiologer utgjør anestesiteamet.

ECT som psykiatrisk behandlingsskikk

ECT har som intensjon å behandle enkelte alvorlige psykiske lidelser gjennom å utløse et krampeanfallet ved hjelp av en kontrollert mengde elektrisk strøm rettet mot bestemte områder av hjernen (14). Et behandlingsforløp består ofte av en serie på mellom 8 og 12 behandlinger, med behandling to til tre ganger i uken. Selve ECT-behandlingen innledes med at pasienten blir lagt i søvn med et hurtigvirkende intravenøst anestesimiddel (15). Etter at pasienten har sovnet, får pasienten et muskelrelaxerende middel intravenøst, slik at pasienten ikke får skader av krampeanfallet (2). En bitekloss i pasientens munn benyttes for å unngå tannskader. Under anestesibehandlingen ventileres pasienten med oksygen ved hjelp av maske og ventilasjonsbagg (15). Når det muskelrelaxerende middelet har effekt, gir behandlingsansvarlig psykiater det elektriske støtet via to elektroder rettet mot bestemte områder på pasientens hode (16). Styrken på strømstøtet titreres ut fra behandlingsprotokoller for elektriske stimuli og krampeanfallet for hver enkelt pasient. Den elektriske aktiviteten under krampeanfallet måles med elektroencefalografi (EEG), og varigheten av krampeanfallet dokumenteres på et behandlingsskjema (17).

Den kliniske responsen på ECT-behandling knyttes til økt blodgjennomstrømming, metabolisme og signalaktivitet i den delen av hjernen de elektriske stimuli rettes mot (18,19). Videre er det rapportert at ECT-behandling bidrar til korrigerende av forstyrrelser i reguleringen av stresshormonet kortisol hos pasienter med alvorlig depresjon (20–22).

Både krampeanfallet i seg selv og strømstøtets frekvens antas å ha betydning for den kliniske antidepressive effekten av ECT (16). For å oppnå klinisk effekt, må strømdosen være kraftig nok til å overskride krampeanfallet. Hvor høy strømdosen må være for å

overskride krampeterskelen og oppnå maksimal effekt, benevnes gjerne som «det terapeutiske vindu» (23). «Det terapeutiske vindu» er helt sentralt, fordi ved for høye strømdoser, avtar den kliniske effekten og faren for kognitive bivirkninger øker (23).

Anestesiologisk behandling og vurderinger ved ECT

Hensikten med å legge pasienten i narkose er å ivareta pasientsikkerheten under krampeanfallet og spare pasienten for ubehag og smerte i form av fysiologiske stressreaksjoner (24). Generell anestesi (narkose) benyttes ved ECT, og innebærer vanligvis administrering av intravenøse anestesimidler som gis alene eller i kombinasjon med opioider (25). Ved ECT-behandling benyttes intravenøse anestesimidler som både inducerer søvn hos pasienten og har en dempende effekt på sentralnervesystemet (25).

Riktig valg av intravenøse anestesimidler er en viktig suksessfaktor for både pasientsikkerheten og behandlingskvaliteten ved ECT (14). Det stilles derfor krav til medisinenes anslagstid, halveringstid og bivirkningsprofil (26). Det optimale er rask anslagstid, kort halveringstid og få bivirkninger, samt at pasienten er i stand til å reise hjem kort tid etter avsluttet anestesi. Narkosen skal vare gjennom tiden pasienten er muskelrelaksert, under det elektriske støtet og til krampeanfallet er ferdig (15). Samtidig er det sentralt at anestesimiddelet ikke hemmer krampeterskelen og dermed kvaliteten på krampeanfallet (14,27). Alle disse kravene til valg av anestesimiddel kan gjøre det vanskelig å avgjøre hvilket medikament som egner seg best til å inducere søvn ved ECT (14).

I Norge anbefales anestesimidlene *propofol* og *tiopental* til bruk ved ECT (13), noe som er i tråd med funn fra en omfattende metaanalyse av Peng et al. (14). Peng et al. (14) konkluderer også med at man ikke i tilstrekkelig grad verken kan si noe om anestesimidlenes betydning for den terapeutiske effekten av ECT, eller anbefale et spesifikt anestesimiddel fremfor et annet. Det er også interessant at Fond et al. (28) i en annen metaanalyse rapporterer at man ved alvorlig depresjon ikke kan konkludere om det er sammenheng mellom type anestesimiddel, behandlingseffekt og eventuelle bivirkninger ved ECT. De anestesiologiske vurderingene må derfor i stor grad baseres på anestesipersonellens egen kunnskap om og erfaring med anestesimidlenes egenskaper, bivirkninger og påvirkning på krampevarigheten (14,28).

Når pasienter tilføres et strømstøt, fører dette til en økt parasympatisk stimulering som gir bradykardi hos alle pasienter, noe som tidvis kan gi en kortvarig asystoli (15). Grunnet kraftig sympatisk aktivitet, fører selve krampeanfallet også til økt blodtrykk og hjertefrekvens (15). For en trygg og ansvarlig behandling, er det derfor helt sentralt å kartlegge hjerte- og karsykdom hos pasientene i den forberedende utredningen (15). For pasienter med nevrologiske sykdomstilstander, må det utøves forsiktighet ved ECT (2,29). Etter ECT-behandling opplever en stor del av pasientene hodepine, forbigående muskelverk og stølhet (29). De fleste alvorlige somatiske komplikasjonene ved ECT, kan relateres til risiko ved selve den anestesiologiske delen av behandlingen (13).

Nyere forskning på anestesiologisk praksis ved ECT har primært fokus på valg av anestesimetode og anestesimidler. Vi har ikke funnet kvalitative studier som har utforsket

anestesipersonellets erfaringer med egen praksis knyttet til ECT. Hensikten med denne studien er derfor *å utforske og beskrive hvordan anesthesiologisk personell erfarer sin praksis ved elektrokonvulsiv behandling (ECT) til personer med psykiske lidelser.*

Metode

Design

Et kvalitativt eksplorativt (utforskende) og deskriptivt (beskrivende) design ble benyttet for å besvare forskningsspørsmålet. Dette designet er velegnet når forskningshensikten er å utforske og beskrive menneskers erfaringer (30). Manuskriptet er utformet i tråd med sjekklisten COREQ for kvalitativ forskning.

Utvalg og rekruttering

Målgruppen for studien var anestesisykepleiere og anestesileger som regelmessig utøvde anestesi ved ECT-behandling i sin arbeidshverdag. Rekruttering av potensielle informanter foregikk ved at vi først søkte tilgang til forskningsfeltet ved et sykehus i en større by i Norge, hvor ECT inngikk som en del av det ordinære behandlingstilbudet for personer med alvorlig depresjon. Rekruttering foregikk videre ved at avdelingsleder sendte aktuelle informanter invitasjon til å delta i studien, informasjonsskriv og samtykkeskjema på e-post. I informasjonsskrivet ble det orientert om at studien var et mastergradsprosjekt. Interesserte informanter tok deretter kontakt med intervjuer på telefon, og konkretiserte avtaler om intervju. I selve intervjusituasjonen ble det innhentet skriftlig samtykke. Det endelige utvalget besto av ti informanter (32–64 år), hvorav seks var anestesisykepleiere og fire var anestesileger. Antall års erfaring med ECT varierte fra 2 til over 30 år. Det var ikke tidligere relasjoner mellom intervjuer og informanter.

Metode for innsamling av data

Kvalitative individuelle intervjuer med bruk av temabasert intervjuguide ble benyttet som metode for innsamling av data. De ulike tema var knyttet til anestesipersonellets praksis før, under og etter ECT-behandling. I intervjusituasjonen delte informantene erfaringer rundt tema i intervjuguiden og tema som dukket opp spontant i løpet av samtalen. Førsteforfatter var intervjuer og samlet inn data, stilte oppfølgingsspørsmål eller inviterte informantene til å utdype sine erfaringer rundt et tema der dette var naturlig. Intervjuene foregikk på et egnet rom på informantenes arbeidsplass, og varte mellom 40 og 70 minutter. Det ble notert underveis, og intervjuene ble tatt opp med båndopptaker. Transkribering av lydopptakene ble gjort av intervjuer umiddelbart etter hvert intervju. Totalt transkribert materiale utgjorde 140 sider. Intervjuene ble gjennomført mellom desember 2018 og april 2019.

Metode for analyse av data

Graneheim og Lundmans (31,32) metode for kvalitativ innholdsanalyse ble benyttet som metode for analyse av data. Initialt ble det transkriberte materiale lest gjennom flere

ganger for å bli kjent med helheten i datamaterialet (31,32). I tråd med Graneheim og Lundmans (31,32) metode, ble meningsenheter i materialet, både innholdsmessig og kontekstuell, identifisert og merket med farge. Meningsenhetene ble deretter trukket ut fra tekstmaterialet og kondensert til kortere tekstfragmenter hvor kjerneinnholdet, det manifesterede innholdet, i tekstmaterialet ble bevart. De kondenserte meningsenhetene ble deretter holdt sammen på tvers av intervjuene og kodet (tabell 1). Kodene ble utviklet basert på likheter og forskjeller, og deretter organisert i kategorier og subkategorier (tabell 2). Den endelige analysen utgjorde tre kategorier og ni subkategorier.

I hele analyseprosessen ble det sikret at koder og kategorier representerte det informantene hadde fortalt. De to forfatterne, begge med sykepleiefaglig spesialistkompetanse innen henholdsvis anestesi og psykiatri, arbeidet sammen frem til konsensus i alle ledd i analyseprosessen.

Tabell 1 Eksempel på koding av meningsenheter

Kondenserte meningsenheter	Kode
«De gruer seg, og første gang er de kanskje litt introverte. Stort sett synes jeg det går greit. Lar dem på en måte få styre litt selv hvor raskt det skal gå.»	FORSIKTIG OG YDMYK
«Jeg følger med på at jeg ikke skal trække på noen tær eller være for mye. Det er jo veldig syke pasienter ofte, så der trår jeg forsiktig.»	
«Jeg kjenner på det hele tiden at jeg er veldig redd for å trå over grensene til pasienten og ofte synes jeg de kan være litt vanskelig å lese fordi de er så mimikkløse og tunge.»	
«Jeg prøver å tilnærme meg dem veldig forsiktig og ydmykt.»	

Tabell 2 Eksempel på kategorisering av koder

Kode	Subkategori	Kategori
Forsiktig og ydmyk		
Si minst mulig	Prøve seg frem med forsiktig og ydmyk kommunikasjon	Å møte den psykisk lidende pasienten i en ECT-situasjon
ECT er ikke settingen for samtale		

Etiske betraktninger

Det ble innhentet skriftlig informert samtykke fra alle deltakerne, i tråd med Helsinkideklarasjonen (33). Alle data ble anonymisert og aidentifisert under transkribering. Prosjektet er registrert og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) med referansenummer 299449. Klinikleder, forskningsutvalg og personvernombud ved det helseforetaket prosjektet ble gjennomført, godkjente studien.

Resultater

Tre kategorier kom frem fra den tematiske analysen: *å møte den psykisk lidende pasienten i en ECT-situasjon*; *å gjøre anestesifaglige vurderinger i en ECT-situasjon*; *å samarbeide om behandling på tvers av kompetanse i en ECT-situasjon*. Hver av de tre kategoriene hadde tre subkategorier. Kategorier med tilhørende subkategorier er presentert i tabell 3.

Tabell 3 Kategorier og subkategorier som beskriver anestesiologisk praksis

Å møte den psykisk lidende pasienten i en ECT-situasjon	Prøve seg frem med forsiktig og ydmyk kommunikasjon
	Tilby informasjon, omsorg og beskyttelse
	Tilpasse medisindosene etter pasientens psykiske tilstand og individuelle behov
Å gjøre anestesifaglige vurderinger i en ECT-situasjon	Avdekke og identifisere anestesiologiske risikofaktorer
	Velge riktig anestesistrategi
	Vurdere og justere søvndybden kontinuerlig
Å samarbeide om behandling på tvers av kompetanse i en ECT-situasjon	Forståelse for hverandres kompetanseområde er viktig
	God kommunikasjon fremmer godt tverrfaglig samarbeid
	Lene seg på hverandres kompetanse

Å møte den psykisk lidende pasienten i en ECT-situasjon

Denne kategorien var kjennetegnet av tre subkategorier: *prøve seg frem med forsiktig og ydmyk kommunikasjon; tilby informasjon, omsorg og beskyttelse; tilpasse medisindosene etter pasientens psykiske tilstand og individuelle behov.*

Prøve seg frem med forsiktig og ydmyk kommunikasjon

Informantene erfarte at de måtte tilpasse informasjonen om narkosen til pasienten ut fra pasientens mottakelighet, men at det ble lettere å kommunisere med pasientene etter hvert som de ble bedre av behandlingen:

Det er vanskelig når pasientene er så deprimert og, ja, når vi ikke kan få snakket i det hele tatt. Ofte synes jeg det er lettere når de kommer tilbake andre og tredje gang, og de har fått ECT, og vi ser at nå begynner det å virke, nå får vi faktisk et ja og et nei. Ikke at de smiler og spøker, men at de er åpne til å snakke med oss.

Det kunne også være utfordrende å kommunisere med alvorlig psykisk lidende personer fordi pasientene var preget av sparsom mimikk og i liten grad ga uttrykk for følelser: «Jeg kjenner på det hele tiden, at jeg er veldig redd for å trå over grensene til pasienten da ... og ofte så synes jeg de kan være litt vanskelige å lese ikke sant, fordi de er så mimikkløse og tunge.» Informantene prøvde seg frem med forsiktig og ydmyk tilnærming: «Ja, jeg tenker på det som at jeg tilpasser meg pasienten. Og noen ganger sier minst mulig.»

Tilby informasjon, omsorg og beskyttelse

Informantene erfarte at pasientene var i en sårbar situasjon, var nervøse og engstelige og preget av sin lidelse. De tilstrebet å skjerme pasienten i et hektisk sykehusmiljø, og vektla formidling av tillit, omsorg og å skape trygge rammer rundt pasientene: «Det er jo jeg som tar over livet deres akkurat i det øyeblikket. Så jeg prøver jo å være sånn der trygg og god.» Videre vektla informantene å informere pasienten fortløpende om hva de gjorde under behandlingen.

Tilpasse medisindosene etter pasientens psykiske tilstand og individuelle behov

Informantene beskrev hvordan de individualiserte anestesibehandlingen ved å tilpasse doseringen av anestesimiddel til den enkelte pasientens individuelle behov ved hver behandling:

For du må jo alltid vurdere mengden anestesimiddel. Det er mulig at det har vært bra de siste fem gangene, men kanskje du nå kan begynne å gi mindre? Og det ser vi jo, så du må jo hver gang skreddersy.

Informantene erfarte at det kunne være behov for å gi større doser anestesimiddel enn det som er vanlig for å få pasienter som var engstelige før behandlingen til å sovne, men at dette gjerne avtok utover i behandlingsforløpet: «*Det hender vi faktisk kan gå ned, at pasienten er mindre stresset, mer vant til behandlingen.*» Noen av informantene erfarte at å gi en liten dose propofol i god tid før innledningen av narkosen startet, kunne hjelpe pasientene til å slappe av.

Å gjøre anestesifaglige vurderinger i en ECT-situasjon

Denne kategorien var kjennetegnet av tre subkategorier: *avdekke og identifisere anesthesiologiske risikofaktorer; velge riktig anestesistrategi; vurdere og justere søvndybden kontinuerlig.*

Avdekke og identifisere anesthesiologiske risikofaktorer

Pasientopplysningene som ble innhentet av informantene på første behandlingsdag, dannet grunnlaget for planlegging av narkosen til pasientene gjennom hele behandlingsperioden og ble hentet frem igjen ved hver behandling. For å avdekke eventuelle anesthesiologiske risikofaktorer, var anestesipersonellet særlig interessert i opplysninger om pasientens somatiske sykehistorie, tannstatus og tidligere erfaring med faste og narkose. Disse opplysningene ble innhentet ved å lese i pasientens journal, snakke med pasienten og diskutere med psykiatripersonellet. De erfarte at «*anestesilegen tar ofte det medisinske 'intervjuet'. Hvis de har vært her tidligere, så ser du heller på 'det gamle', men spør om det har vært greit etter forrige gang.*»

Pasientens psykiatriske diagnose ble imidlertid vektlagt i ulik grad av informantene når de vurderte anesthesiologiske risikofaktorer. Noen vurderte pasienter med alvorlig depresjon som pasienter med høy anesthesiologisk risiko: «*Hjerte- og lungefriske er de ofte, men de er jo ASA 3 fordi de er suicidale mange av dem, så de er jo i dødsfare kan du si.*»

Andre mente at opplysninger om pasientens psykiatriske sykehistorie i mindre grad påvirket de anesthesiologiske vurderingene: «*Hvordan de er deprimert og hvorfor de er deprimert er vel ganske irrelevant i forhold til selve narkosen.*»

Velge riktig anestesistrategi

Informantene understreket viktigheten av å ha en individualisert plan for gjennomføring av anestesien, og at det var av betydning at anestesipersonellet hadde en felles forståelse

for hvilke medisiner og doser pasienten skulle få. De beskrev at den aktuelle anestesivdelingen hadde en prosedyre for valg av anestesimiddel, men ikke doseringene: «*Altså, dosene er jo forskjellige, men valg av medikament har vi faktisk standardisert.*» Når det gjaldt valg av medikament, ble det sagt at «*propofol er standardisert hos oss. Det skal litt til at vi velger et annet stoff.*»

Vurdering av krampekvaliteten ved tidligere behandling, var også en viktig del av informantenes valg av anestesistrategi:

Man forhører seg med psykiateren om krampene sist, og om behandlingen var god nok, og om man ønsker å gjøre noen endringer. Ut ifra det, så øker man eller reduserer medikamenter, alt fra mindre dose curacit til sedasjon.

Dokumentasjon av anestesian fra tidligere behandlinger var også sentralt i valg av anestesistrategi. Ofte var det kun et spørsmål om noe var endret siden sist: «*Hvis det har vært effektivt, så gjør man det samme om igjen.*»

Vurdere og justere søvndybde kontinuerlig

Informantene la vekt på å reflektere og bruke klinisk blick og skjønn når de vurderte pasientens respons på anestesimiddelet: «*Er det noe her som er litt spesielt?*» De tilstrebet å oppnå en tilfredsstillende søvndybde, finne riktig dosering og gi anestesimiddelet tilstrekkelig tid til å virke. Informantene etterstrebet å gi så lave doser med søvnmidler som mulig, slik at pasienten kom raskere i gang med å puste selv etter krampene: «*Jeg er nøye med å prøve å gi akkurat det de skal ha. Ikke overdosere noen ting. Du må selvfølgelig gi nok.*»

Informantene erfarte også at de passet på at pasientens søvndybde ikke ble så dyp at det gikk ut over behandlingstiden og pasientflyten: «*Man skal jo helst ha så lave doser av sedasjon som mulig ... også er det da effektivitet versus det å komme for dypt.*» Denne utfordrende balansegangen ble uttrykt på følgende måte: «*Vi gir jo såpass små doser, at vi legger oss akkurat på grensa til at pasienten egentlig er borte.*»

Å samarbeide om behandling på tvers av kompetanse i en ECT-situasjon

Denne kategorien var kjennetegnet av tre subkategorier: *forståelse for hverandres kompetanseområde er viktig; god kommunikasjon fremmer godt tverrfaglig samarbeid; lene seg på hverandres kompetanse.*

Forståelse for hverandres kompetanseområder er viktig

Informantene poengterte gjennomgående at vurderingen av indikasjonene for ECT-behandling var psykiateren sitt ansvar: «*Litt det samme som med kirurger og anestesi. Hver sin side av duken, og det må være kommunikasjon uten at man behøver å vite alt. Det er litt 'need to know'-informasjon.*»

Informantene ga uttrykk for at psykiaterne hadde utilstrekkelig kunnskap om det anesthesiologiske arbeidet: «*Psykiateren overlater den medisinske delen av butikken til*

anestesipersonellet.» De reflekterte over hvordan psykiateren kun så på doseringen av anestesimidlene i lys av krampekvaliteten:

Psykiateren ser på tidligere anestesiskjemaer og ser på om «pasienten fikk så og så mye propofol forrige gang, kanskje vi kan gå litt ned fordi at krampene var korte» eller «han skal ha litt lengere kramper».

Samtidig hadde informantene utilstrekkelig kunnskap om anestesimidlenes effekt på krampekvaliteten ved ECT, og etterspurte dette: «Jeg tror at det har med 'jo større kramper jo bedre er det'.»

Informantene trakk også frem ventilasjon av pasienten som et skjæringspunkt i forståelsen for hverandres kompetanseområde:

I den anestesimessige delen oksygenerer man jo bare med tanke på at man skal få størst mulig metning av oksygen, mens for den psykiatrifaglige behandlingen sin del, så er det vist at det gir «bedre kramper» hvis pasienten er hyperventilert.

Erfaringene var at hyperventilering av pasienten rett før behandlingsstøtet spilte en rolle i forhold krampekvaliteten, men informantene var ukjent med forskningsbasert kunnskap om effekten av hyperventilering på krampekvaliteten ved ECT. Grad av ventilering ble derfor beskrevet som mer tilfeldig:

Vi gjør stort sett som psykiaterne vil. Noen psykiatere vil vi skal hyperventilere og noen vil ikke – og ja, jeg tror det er litt sånn forskjell. Det er litt sånn hva som er moderne for tiden.

God kommunikasjon fremmer godt tverrfaglig samarbeid

Informantene beskrev hvordan god tverrfaglig kommunikasjon bidro til et godt samarbeid i ECT-teamet. Kommunikasjon innad mellom anestesipersonellet var også viktig for at de andre i det tverrfaglige teamet kunne følge gangen i det anesthesiologiske arbeidet, og vite når det var klart for å gi det elektriske støtet. Anestesipersonellet brukte såkalt *closed loop* seg imellom, der beskjeder som blir gitt bekreftes muntlig av den mottakende part. Informantene trakk også frem at godt tverrfaglig samarbeid var kjennetegnet av non-verbal kommunikasjon mellom teamdeltakerne: «Når man har gjort dette her år ut og år inn med de samme folkene, så er det jo nesten kommunikasjonsløst ... bare et par blikk, ikke sant, så vet begge hva de skal gjøre».

Likeledes ble kommunikasjonen mellom anestesisykepleier og anestesilege bedre av at de kjente hverandre godt: «Vi kjenner hverandre så godt, vi trenger ikke å stå å snakke så mye. Det går som et tannhjul synes jeg.»

Informantene trakk også frem at psykiaterens tilbakemeldinger om krampekvaliteten var viktig for informantenes vurdering av hvilke doser med anestesimidler pasienten skulle få. De beskrev at psykiateren kunne si at krampene var «gode og dårlige», eller at

det var «*mye og lite*» og «*korte*» og «*lange*» kramper. I forbindelse med den tverrfaglige kommunikasjonen i en ECT-situasjon var informantene også opptatt av at pasienten ikke ble ignorert eller oversett: «*Noen beskjeder må bare gis på tvers, men man prøver å huske på den som ligger på ryggen og ser opp i taket.*»

Lene seg på hverandres kompetanse

Praksis ved det aktuelle behandlingsstedet var at en psykiatrisk sykepleier fungerte som «ECT-sykepleier» og hadde ansvar for pasientflyten og kjennskap til alle pasientene: «*ECT-sykepleier er mer sånn styrende eller koordinerende person som har full kontroll.*» Dermed kunne anestesipersonellet fokusere på den anestesifaglige delen av behandlingen. Informantene lente seg på at psykiatripersonellet overvåket pasientene etter narkosen, slik at anestesipersonellet kunne gå videre til oppgaver som ventet.

Informantene erfarte også at psykiatripersonellet som fulgte pasientene til behandlingen fungerte som et bindeledd i kommunikasjonen mellom anestesipersonellet og pasientene. For eksempel kunne psykiatrisykepleieren si at «*I dag er Lisa veldig nervøs*» eller «*hun har sovet dårlig og gruer seg kjempemasse*».

Ettersom psykiatripersonellet kjente pasienten bedre enn anestesipersonellet bidro de også til å trygge pasientene i behandlingssituasjonen. Dette ble ytterligere forsterket av at anestesipersonellet rullerte på å være med på ECT, i motsetning til ECT-sykepleieren, som var til stede hver gang.

Diskusjon

Studiens hensikt var å utforske og beskrive hvordan anesthesiologisk personell erfarer sin praksis ved elektrokonvulsiv behandling (ECT) til personer med psykiske lidelser. Tre hovedkategorier med tilhørende subkategorier ble identifisert.

Informantene vektla terapeutisk kommunikasjon med det psykisk lidende mennesket i ECT-situasjonen. De erfarte at pasienter som var i behov av ECT-behandling var i en sårbar situasjon, noe som er i tråd med rapporterte funn om at behandling med ECT kan oppleves som belastende (8,34,35). Informantene erfarte at det kunne være utfordrende å kommunisere med pasienter med alvorlig depresjon, og vektla en sensitiv og ydmyk tilnærming for å skape tillit og ivareta pasientens integritet. De var bevisst på pasientens psykiske tilstand og tilpasset informasjonen til pasientens grad av mottakelighet.

Informantenes praksis var videre kjennetegnet av å skape forutsigbarhet ved å møte pasienten med åpenhet, orientere og forklare pasienten kontinuerlig hva de gjorde, og har støtte i funn fra flere tidligere studier (6–8). Informantene erfarte også at når pasientene ble bedre av behandlingen, var det enklere å kommunisere, i tråd med rapporterte funn som viser at angst for ECT avtar fordi det ofte erfares mindre skummelt enn fryktet, og når bedring erfares (6,7). Informantene erfarte også at en liten dose propofol kunne være hensiktsmessig for å dempe angst hos pasienten før ECT-behandlingen startet.

Anestesipersonellet erfarte at en ECT-situasjon krevde komplekse kliniske vurderinger av anesthesiologiske risikofaktorer, strategiske valg og fremgangsmåte for

gjennomføringen av det anesthesiologiske arbeidet ved ECT. De beskrev det anestesifaglige arbeidet som å legge til rette for en sikker ECT-behandling. De anesthesiologiske vurderingene var basert på forsknings- og erfaringsbasert kunnskap, og rettet mot å tilpasse anestesistrategien for hver enkelt pasient. Dokumentasjon av de anestesifaglige vurderingene og erfaringene dannet grunnlaget for det anesthesiologiske arbeidet ved fremtidige behandlinger.

Informantene fulgte nøye retningslinjene for anesthesiologisk arbeid (11) og la vekt på å gjøre en grundig anestesifaglig vurdering av pasienten for den første ECT-behandlingen i en serie. Pasientenes psykiske lidelse ble imidlertid vektlagt noe forskjellig av informantene. Dette kan utgjøre en risiko ved at vurderingen av anesthesiologiske risikofaktorer kan bli for subjektiv og upresis (36). Pasientene bør vurderes fra de samme kriteriene (11), og kunnskap om komorbiditet knyttet til alvorlig depresjon bør tas i betraktning, da dette kan utgjøre en risiko hos enkelte pasienter som mottar ECT-behandling (3).

Praksis var kjennetegnet ved at det var en lokal veileder for anestesi ved ECT som ble lagt til grunn for valg av medikamenter og strategiske valg underveis i behandlingen. Informantene synliggjorde at faglig bevissthet rundt dosering av anestesimidlene er avgjørende for en forsvarlig og virksom ECT-behandling, noe som også er rapportert i andre studier (14,28). Informantene hadde også en forskningsbasert tilnærming ved at de tilpasset dosene med anestesimiddel i henhold til krampekvalitet, helt i tråd med funn fra en metaanalyse som konkluderer med at lave doser anestesimiddel er gunstig for krampekvaliteten og dermed også effekten av ECT-behandlingen (14).

Funnene viser at informantene hadde en erfaringsbasert tilnærming til dosering av anestesimidler når de tok hensyn til pasientens dagsform og psykiske lidelse. I situasjoner der pasienten var spesielt engstelig før ECT-behandlingen, vurderte informantene at det kunne være behov for høyere doser anestesimiddel for å indusere søvn. Informantenes erfaringer med at medisindosene kunne reduseres fordi ECT-relatert angst avtok ved bedring, er helt i samsvar med funnene til Wells et al. (7). Bruk av erfaringsbasert kunnskap kan her forstås i lys av mangel på retningslinjer for pasienter som har ECT-relatert angst (6). Informantene benyttet klinisk blikk og skjønn i vurderingen av pasientenes søvndybde, med tanke på å gi så lave, men likevel tilstrekkelige, doser anestesimiddel som mulig. Dette synliggjør hvor utfordrende det kan være å gjøre anestesifaglige vurderinger underveis i ECT-behandlingen.

Pasientsikkerhet og optimal effekt av ECT-behandling ble beskrevet som helt sentralt i det tverrfaglige ECT-samarbeidet. Dette synliggjør også at informantene hadde gjensidig forståelse og respekt for hverandres kompetanseområder, og utnyttet dette på en god måte. Funnene antyder også at vurdering av medisindosene i lys av krampekvaliteten utgjorde et skjæringspunkt mellom anestesipersonellet og psykiaterens behandlingsområde. Anestesipersonellet antydet at psykiatrispersonellet hadde en noe manglende forståelse for hva som kreves for å gjennomføre forsvarlig anesthesiologisk praksis ettersom de kun relaterte dosering av anestesimidlene til krampekvaliteten. Men informantene ga også uttrykk for at de ønsket mer kunnskap om anestesimidlenes

innvirkning på selve krampekvaliteten og effekten av ECT-behandlingen. Dette er problemstillinger belyst av Fond et al. (28), som rapporterer at bedre forståelse for anestesimidlenes påvirkning på krampevarigheten kan bidra til mer optimal klinisk effekt av behandlingen.

Et annet tverrfaglig skjæringspunkt informantene trakk frem, omhandlet oksygenering av pasientene med maske og bag. Oksygenering dreier seg først og fremst om ivaretagelsen av pasientsikkerheten under narkose. Informantene erfarte imidlertid at psykiaterens tilnærming til oksygenering ved ECT primært var orientert rundt forskningsbasert kunnskap om at hyperventilering av pasientene før behandlingsstøtet kunne senke krampesterskelen (37). Disse funnene antyder at anestesipersonellet og psykiatripersonellet kunne ha nytte av gjensidig utveksling av kunnskap for å samarbeide om pasientsikkerhet og optimal effekt av ECT-behandlingen.

God kommunikasjon ble beskrevet som nøkkelen til et godt tverrfaglig samarbeid i en ECT-situasjon. *Closed loop*-kommunikasjon mellom anestesipersonellet underveis i innledningen av narkosen fungerte bra for samhandlingen med resten av ECT-teamet og forhindret misforståelser som kunne gå ut over pasientsikkerheten, og er i tråd med WHO sine anbefalinger for tverrfaglig teamarbeid (38). Informantene la også vekt på god kommunikasjon i ECT-teamet handlet om å ivareta pasientens integritet og verdighet, ved å unngå å snakke «over hodet» på pasienten.

I tråd med faglitteratur om tverrfaglig samarbeid viser funnene at rollene til deltakerne i ECT-teamet var definert av forventningene til den bestemte funksjonen i teamet (39). Dette kom til uttrykk i skillet mellom ansvarsområdene til anesthesi- og psykiatripersonellet, og ble sammenliknet med skillet mellom kirurgen og anestesien på operasjonsstua. Beskrivelsen av å ha en avklart rollefordeling passer med WHO's (38) definisjon på hva som utgjør et effektivt og forsvarlig teamarbeid.

Samtidig viser funnene at deltakerne i ECT-teamet lente seg på hverandres kompetanse og roller i behandling og sykepleie til pasienten. Bruk av non-verbal kommunikasjon ble ansett som et tegn på et ECT-team som var trygg på hverandres roller. I det tverrfaglige samarbeidet var psykiaterens tilbakemelding på krampekvaliteten viktig for anestesipersonellets vurdering og justering av medisindosene. Her kunne anestesipersonellet dra nytte av psykiatripersonellets kompetanse som et bindeledd i kommunikasjonen mellom anestesipersonellet og pasienten i de tilfellene der pasienten er ute av stand til å formidle informasjon selv.

I funnene kom det frem at anestesipersonellet ved den aktuelle avdelingen hadde en rulleringsordning ved ECT-behandling. Ifølge WHO's (38) anbefalinger for tverrfaglig teamarbeid kan dette være en ulempe, da utskiftning av personell i teamet kan gå ut over effektiviteten i teamarbeidet (38). I denne forbindelsen viser funnene at ECT-sykepleieren hadde en nøkkelrolle i opprettholdelsen av kontinuitet og kvalitet i arbeidet til det tverrfaglige ECT-teamet. Anestesipersonellet lente seg også på tryggheten psykiatripersonellet utgjorde for pasientene gjennom sin kompetanse og kjennskap til pasientene. Dette underbygges av rapportert forskning som viser at å

møte de samme personene igjen kan bidra til forutsigbarhet for pasienten som mottar ECT-behandling (7).

Studien hadde flere styrker og svakheter. En styrke ved studien var at utvalget var relativt stort og besto av både anestesileger og anestesisykepleiere, noe som bidro til å skape variasjon i data som kunne belyse problemstillingen. Det var også god metning i data. En svakhet ved studien var at alle informantene kom fra samme behandlingskontekst.

Intervjuene er foretatt utenfor egen virksomhet, og intervjuers forforståelse er forsøkt lagt vekk i intervjuene. Bruk av åpne spørsmål innebar at intervjuer tilstrebet å forstå informantene best mulig, noe som bidrar til studiens troverdighet. Lukkede spørsmål ble benyttet for å verifisere intervjuerens fortolkninger av mening i informantenes svar underveis i intervjuene (40).

Det vurderes som en styrke at analyseprosessen ble foretatt av begge forfatterne ettersom disse representerte både anestesifeltet og psykiatrifeltet, og hvor begge har erfaring fra ECT. De endelige kategoriene og subkategoriene representerer forfatterenes fortolkning av mening i datamaterialet (31). Direkte sitater fra de transkriberte intervjuene er benyttet for å vise at funnene illustrere informantenes stemme, og hjelpe leseren til å vurdere funnenes troverdighet og autentisitet (40).

Konklusjon

Funnene viser at anestesipersonellet var bevisst bruk av terapeutisk kommunikasjon i ECT situasjonen og at de baserte sine anesthesiologiske vurderinger på erfarings- og forskningsbasert kunnskap. God kommunikasjon, både innad i anestesiteamet og i det tverrfaglige samarbeidet med psykiatripersonellet, var sentralt for å sikre pasientsikkerhet og optimalt utbytte ved ECT-behandling.

Det anbefales for praksis at det etableres jevnlig kunnskaps- og erfaringsutveksling mellom anestesipersonell og psykiatripersonell for å etablere felles forståelse og optimal klinisk vurderingskompetanse. For videre forskning anbefales en større nasjonal kartlegging av anesthesiologisk tverrfaglig praksis ved ECT-behandling med tanke på å etablere et felles kunnskapsgrunnlag for kvalitetsforbedring på tvers av de ulike helseforetakene.

Referanser

1. Apaydin EA, Maher AR, Shanman R, Booth MS, Miles JNV, et al. A systematic review of St. John's wort for major depressive disorder. *Syst Rev.* 2016;5(1):148.
2. Leiknes KA, Schweder LJ-v, Høie B. Contemporary use and practice of electroconvulsive therapy worldwide. *Brain and Behav.* 2012;2(3):283–344.
3. HelseDirektoratet. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten (IS-1561) [Internett]. Oslo: HelseDirektoratet; 2009 [hentet 15. mai 2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykisk-helse/depresjon-nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primar-og-spesialisthelsetjenesten?lenkedetaljer=vis>
4. Dierckx B, Heijnen WT, van den Broek WW, Birkenhäger TK. Efficacy of electroconvulsive therapy in bipolar versus unipolar major depression: a meta-analysis. *Bipolar Disord.* 2012;14(2):146–50.

5. Waite J. Non-cognitive adverse effects of ECT. I: Ferrier N, Waite J, red. The ECT handbook. Cambridge: Cambridge University Press; 2019. s. 121–8.
6. Obbels J, Verwijk E, Bouckaert F, Sienaert P. ECT-related anxiety: A systematic review. *The J ECT*. 2017;33(4).
7. Wells K, Scanlan JN, Gomez L, Rutter S, Hancock N, et al. Decision making and support available to individuals considering and undertaking electroconvulsive therapy (ECT): a qualitative, consumer-led study. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):236.
8. Chakrabarti S, Grover S, Rajagopal R. Electroconvulsive therapy: a review of knowledge, experience and attitudes of patients concerning the treatment. *World J Biol Psychiatry*. 2010;11(3):525–37.
9. Vann Jones S, McCollum R. Subjective memory complaints after electroconvulsive therapy: systematic review. *BJPsych Bull*. 2019;43(2):73–80.
10. Sato M. Postprocedural assessments and considerations. I: Saito S, red. Anesthesia management for electroconvulsive therapy: practical techniques and physiological background. Japan: Springer Nature; 2016. s. 99–124.
11. ALNSF. Norsk standard for anestesi [Internett]. Oslo: Den norske legeforening, 2016 [hentet 19. september 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-anestesiologisk-forening/dokumenter/standard-for-anestesi-i-norge/>
12. Canbek O, Ipekcioglu D, Menges OO, Atagun MI, Karamustafalioğlu N, et al. Comparison of propofol, etomidate, and thiopental in anesthesia for electroconvulsive therapy: A randomized, double-blind clinical trial. *J ECT*. 2015;31(2):91–7.
13. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling – ECT (IS-2629), Kap. 6 [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2017 [hentet 10. april 2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/elektrokonvulsiv-behandling-ect>
14. Peng L, Min S, Wei K, Ziemann-Gimmel P. Different regimens of intravenous sedatives or hypnotics for electroconvulsive therapy (ECT) in adult patients with depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(4):Cdo09763.
15. Bwalya GM, Bajekal R, Waite J. Anaesthesia for electroconvulsive therapy. I: Ferrier N, Waite J, red. The ECT handbook. 4. utg. Cambridge: Cambridge University Press; 2019. s. 202–10.
16. Dunne RA, O'Neill-Kerr A, McLoughlin DM, Waite J. Practical aspects of ECT. I: Ferrier N, Waite J, red. The ECT handbook. 4. utg. Cambridge: Cambridge University Press; 2019. s. 183–201.
17. Purtuloğlu T, Özdemir B, Erdem M, Deniz S, Balkç A, et al. Effect of propofol versus sodium thiopental on electroconvulsive therapy in major depressive disorder: a randomized double-blind controlled clinical trial. *J ECT*. 2013;29(1):37–40.
18. Abbott CC, Gallegos P, Rediske N, Lemke NT, Quinn DK. A review of longitudinal electroconvulsive therapy: neuroimaging investigations. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2014;27(1):33–46.
19. Takano H, Motohashi N, Uema T, Ogawa K, Ohnishi T, et al. Changes in regional cerebral blood flow during acute electroconvulsive therapy in patients with depression: positron emission tomographic study. *Br J Psychiatry*. 2007;190:63–8.
20. Merkl A, Heuser I, Bajbouj M. Antidepressant electroconvulsive therapy: mechanism of action, recent advances and limitations. *Exp Neurol*. 2009;219(1):20–6.
21. Burgese DF, Bassitt DP. Variation of plasma cortisol levels in patients with depression after treatment with bilateral electroconvulsive therapy. *Trends Psychiatry Psychother*. 2015;37(1):27–36.
22. Yrondi A, Sporer M, Péran P, Schmitt L, Arbus C, et al. Electroconvulsive therapy, depression, the immune system and inflammation: a systematic review. *Brain Stimul*. 2018;11(1):29–51.
23. McCall WV, Reboussin DM, Weiner RD, Sackeim HA. Titrated moderately suprathreshold vs fixed high-dose right unilateral electroconvulsive therapy: acute antidepressant and cognitive effects. *Arch Gen Psychiat*. 2000;57(5):438–44.

24. Kirkebøen KA, Lindholm E, Raeder J. Choice of anaesthetic approach and anaesthetic drugs. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2010;130(4):388–91.
25. Næss T, Strand T. Valg av anestesimetode. I: Hovind IH, red. *Anestesisykepleie*. 2. utg. Oslo: Akribes; 2011. s. 196–9.
26. Nuzzi M, Delmonte D, Barbini B, Pasin L, Sottocorna O, et al. Thiopental is better than propofol for electroconvulsive therapy. *Acta Biomed*. 2018;88(4):450–6.
27. Föreningen SP. ECT – kliniska riktlinjer [Internett]. Sundsvall: Svenska Psykiatriska Föreningen; 2014 [hentet 19. mai 2018]. Tilgjengelig fra: <http://www.svenskpsykiatri.se/spfs-kliniska-riktlinjer/>
28. Fond G, Bennabi D, Haffen E, Brunel L, Micoulaud-Franchi J-A, et al. A Bayesian framework systematic review and meta-analysis of anesthetic agents effectiveness/tolerability profile in electroconvulsive therapy for major depression. *Sci Rep*. 2016;6:19847.
29. Singh J, Cousins DA. ECT in neuropsychiatric disorders. I: Ferrier N, Waite J, red. *The ECT handbook*. 4. utg. Cambridge: Cambridge University Press; 2006. s. 96–108.
30. Polit D, Beck C. *Nursing Research*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2020.
31. Graneheim UH, Lindgren B-M, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: a discussion paper. *Nurse Educ Today*. 2017;56:29–34.
32. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105–12.
33. World Medical Association. Helsinkideklarasjonen [Internett]. Oslo: Helsebiblioteket; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/legemidler/klinisk-legemiddelutproving/helsinkideklarasjonen>
34. Corrigan PW, Powell KJ, Michaels PJ. Brief battery for measurement of stigmatizing versus affirming attitudes about mental illness. *Psychiat Res*. 2014;215(2):466–70.
35. Sienaert P. Based on a true story? The portrayal of ECT in international movies and television programs. *Brain Stimul*. 2016;9(6):882–91.
36. Hurwitz EE, Simon M, Vinta SR, Zehm CF, Shabot SM, et al. Adding examples to the asa-physical status classification improves correct assignment to patients. *Anesthesiology*. 2017;126(4):614–22.
37. Stripp TK, Jorgensen MB, Olsen NV. Anaesthesia for electroconvulsive therapy – new tricks for old drugs: a systematic review. *Acta Neuropsychiatr*. 2018;30(2):61–9.
38. Patient safety curriculum guide: Multi-professional Edition [Internett]. Genève: WHO; 2011 [hentet 1. august 2019]. https://www.who.int/patientsafety/education/mp_curriculum_guide/en/
39. Lauvås K, Lauvås P. *Tverrfaglig samarbeid: Perspektiv og strategi*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2004.
40. Kvale S. *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J, red. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.