

Elektrokonvulsiv terapi (ECT) 2010

På tide med norske retningslinjer?

Svein Martin Luth



Institutt for helseledelse og helseøkonomi
Det erfaringsbaserte masterstudium i helseadministrasjon

UNIVERSITETET I OSLO

12. november 2010

Sammendrag

Hensikt:

Formålet med denne oppgaven har vært å se nærmere på behovet for nasjonale retningslinjer for ECT i Norge. Dette ble forsøkt gjort gjennom å se nærmere på tre forskningsspørsmål.

1. Er det variasjon i ECT-praksis og organisering i Norge og andre land, på en slik måte at dette medfører variasjon i kvalitet på tjenesten som pasienten får?
2. Kan behandlingslinjer, E-læring og annen strukturert undervisning bidra til å forbedre ECT-kvaliteten i Norge?
3. Kan nasjonale retningslinjer bidra til å forbedre ECT-kvaliteten i Norge?

Valg av metode:

For å studere dette nærmere ble det, i tillegg til litteraturgjennomgang, gjort en kvantitativ undersøkelse med spørreskjemaer til lokale helsearbeidere som sokner til Sykehuset Innlandet, og en kvalitativ undersøkelse med fokusgruppeintervju med nasjonale eksperter.

Resultat:

Det fremkom i litteraturstudien store variasjoner i ECT-praksis og organisering i ulike land, flere steder manglet nasjonale retningslinjer og nasjonale systemer for å registrere ECT-omfanget i det enkelte land, noe som vanskeliggjør godt kvalitetsarbeid. Spørreundersøkelsen om vår lokale ECT- behandlingslinje viser bred enighet om at ECT er en god og akseptabel behandlingsmåte, som antyder et godt implementeringsgrunnlag for retningslinjer. I fokusgruppen kom det fram at det er stor variasjon i Norge, ikke bare i forhold til undervisningsopplegg, men også i forhold til ECT-rutiner. Det var klar enighet om nødvendigheten av å starte arbeidet med å utvikle nasjonale retningslinjer.

Konklusjon:

Det har i oppgaven vært sett nærmere på behovet for nasjonale ECT-retningslinjer i Norge. Det fremkom i denne oppgaven, både gjennom litteraturgjennomgang og egne data, at det er stor variasjon i praksis, organisering og kvalitet i ECT-virksomheten i Norge og andre land. Det er derfor behov for at også Norge får slike retningslinjer.

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har ikke bare vært tidkrevende, men det har også vært en spennende og lærerik prosess. Det har vært spennende på den måten at jeg har kunnet jobbe med tema som har engasjert meg, og dersom denne oppgaven kan bidra til at temaet nasjonale retningslinjer for ECT blir diskutert ytterligere, så noe av formålet mitt med oppgaven nådd. Det å skrive en masteroppgave er lærerikt på den måten at man må forholde seg til en viss struktur og visse forventninger innen måten man skriver på, i tillegg til den kunnskapen man tilegner seg underveis. Jeg vil takke professor Olaf Gjerløw Aasland som har gitt meg konstruktiv veiledning, og som har bidratt til at oppgaveskrivingen har vært en utviklende prosess.

Ellers vil jeg naturligvis først og fremst takke min kone Tone Langseth Luth og mine barn Sverre, Charlotte og Martine for at de har vært tålmodige og akseptert at jeg har vært så mye på jobben i skriveprosessen. Videre vil jeg takke min overordnede avdelingssjef Susan Juell som har tilrettelagt i forhold til permisjon med lønn og gitt innspill underveis. Jeg vil takke avdelingsoverlege Eivind Aakhus, som gjennom sin faglige dyktighet og vårt ECT-samarbeid, har virket inspirerende for valget av oppgavetema. Vil også takke vernepleier Ingeborg Klundby og Overlege Oskar Sommer for all praktisk hjelp og innspill i forbindelse med bearbeidelsen av spørreskjemaene. Videre vil jeg takke helsesekretær Heidi Ramen for svært viktig praktisk hjelp, spesielt i forbindelse transkripsjonen av opptaksbåndene.

Jeg vil ellers takke medlemmene i ECT-ekspertgruppen, samt pasientene og personalet på alderspsykiatrisk post 2A på SI Reinsvoll for den ECT-erfaringen jeg har tilegnet meg. Må også få takke spesialist i psykiatri Kjell Martin Moksnes for hans verdifulle bidrag til denne oppgaven i form av innsamlet datamateriale vedr. ECT i alderspsykiatriske avdelinger. Jeg vil også takke informantene fra fokusgruppeintervjuet, samt de som tok seg tid til å besvare spørreskjemaene.

Avslutningsvis vil jeg takke professor John Tiller i Melbourne som var hovedinspirasjonen til at jeg skrev denne oppgaven, gjennom at jeg fikk hospitere ved hans klinikk. Til sist vil jeg takke enhetsleder Wenche Skinstad og overlege Rachid Ayati som begge har hatt driftsmessig ansvar for post 2A mens jeg har hatt permisjon.

Innhold

SAMMENDRAG	2
FORORD	4
INNHold	6
1. INNLEDNING	9
1.1 VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING.....	9
1.2 MER OM TEMA, PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	9
1.2.1 Litt om hva ECT er.....	11
1.3 LITT OM OPPGAVENS OPPBYGGING	12
1.4 AVGRENSNING AV OPPGAVEN.....	13
2. LITTERATURGJENNOMGANG I FORHOLD TIL AKTUELL PROBLEMSTILLING	14
2.1 JOHN PIPPARDS FORSKNING OMKRING FORHOLDENE I ENGLAND	15
2.1.1 Forholdene ved undersøkelse i England i 1980-1981.....	15
2.1.2 Forholdene i England ved undersøkelse i 1991	18
2.2 RELEVANTE TREFF FRA SØK I OVID MEDLINES DATABASE	19
2.2.1 Variasjon i kvalitet	19
2.2.2 Variasjon i opplæring	22
2.3 ANNEN RELEVANT LITTERATUR	25
2.3.1 ECT-forholdene i staten Victoria, Australia	25
2.3.2 ECT-forholdene i Sverige, og litt om forholdene i Danmark og Finland.....	27
2.4 OPPSUMMERING / DISKUSJON	30
3. FORHOLDENE I NORGE	31
3.1 ECT-BRUKEN VED ALDERSPSYKIATRISKE AVDELINGER I NORGE	32

3.2	RELEVANTE ECT-KURS I NORGE DE SENERE ÅRENE	33
3.3	LOKALE UNDERSØKELSER I SI HF RELEVANT FOR OPPGAVEN	35
4.	KVALITETSFORBEDRENDE TILTAK I FORHOLD TIL ECT I SYKEHUSET INNLANDET HF, DIVISJON PSYKIATRI.....	36
4.1	HOSPITERING VED KLINIKK I AUSTRALIA, MARS 2007	36
4.2	UTFORDRINGER I FORHOLD TIL ECT-PRAKSIS I SYKEHUSET INNLANDET HF PR. 2007	37
4.3	ETABLERING AV ECT-EKSPERTGRUPPE I SYKEHUSET INNLANDET	37
4.4	KURS I SYKEHUSET INNLANDET HF MED PROFESSOR JOHN W. TILLER.....	38
4.5	INTERNE OPPLÆRINGSKURS ETABLERES	38
4.6	DIVISJON PSYKIATRI LØNNER EN ANESTESISYKEPLEIER	38
4.7	RETROSPEKTIV UNDERSØKELSE AV EGEN VIRKSOMHET	39
4.8	ECT-BEHANDLINGSLINJE	39
4.9	OPPSTART AV FØRSTE NASJONALE PRAKTISKE ECT-KURS MED PASIENTER JANUAR 2010.....	40
4.10	UTVIKLING AV E-LÆRINGSPROGRAM I SYKEHUSET INNLANDET.....	40
4.10.1	<i>Mer om E-læringsprosjektet.....</i>	<i>41</i>
4.10.2	<i>Sertifisering.....</i>	<i>41</i>
4.10.3	<i>Innhold i E-læringen.....</i>	<i>41</i>
5.	ECT-BEHANDLINGSLINJE.....	44
5.1	GENERELT OM BEHANDLINGSLINJER I HELSE SØR-ØST OG SYKEHUSET INNLANDET HF	44
5.2	BEHANDLINGSLINJE ELEKTROKONVULSIV TERAPI (ECT)	47
6.	EGNE DATA	50
6.1	KVANTITATIV DEL	50
6.1.1	<i>Introduksjon.....</i>	<i>50</i>
6.1.2	<i>Materiale.....</i>	<i>50</i>

6.1.3	<i>Metode</i>	51
6.1.4	<i>Resultater</i>	52
6.1.5	<i>Diskusjon</i>	54
6.2	KVALITATIV DEL	56
6.2.1	<i>Forfatters forforståelse som han tok med seg inn i gruppen</i>	56
6.2.2	<i>Design</i>	57
6.2.3	<i>Metode</i>	57
6.2.4	<i>Informasjon om gruppen</i>	58
6.2.5	<i>Mer om gjennomføringen av intervjuet, varighet og min rolle</i>	59
6.2.6	<i>Opptaksmedier og transkripsjon</i>	60
6.2.7	<i>Resultater og refleksjoner</i>	61
7.	DRØFTING OG KONKLUSJONER	73
7.1	VARIASJON I ECT-PRAKSIS, ORGANISERING OG KVALITET	73
7.2	BEHANDLINGSLINJER, E-LÆRING, UNDERVISNING OG ECT-KVALITET	74
7.3	KAN NASJONALE RETNINGSLINJER BIDRA TIL Å FORBEDRE ECT-KVALITETEN I NORGE?	74
7.4	KONKLUSJON OG FORSLAG TIL TILTAK.....	75
	KILDELISTE	77

1. Innledning

1.1 Valg av tema og problemstilling

En viktig oppgave for helseledere er å ha fokus på at den virksomheten man har ansvar for, eller er en del av, drives under mest mulige optimale betingelser med god kvalitet på det arbeidet som gjøres. Det er ikke tilstrekkelig å legge listen for arbeidet som gjøres på et såkalt ”forsvarlig” nivå. Dette er som kjent den minste standard som Helsetilsynet forholder seg til, alt under denne grensen er uforsvarlig. Et helseforetak må derfor legge sin standard høyere enn dette, så langt nært det optimale man kan komme, da man vet at personer innen ulike spesialiteter praktiserer rutiner ulikt (Mølven, 2002). Som masterstudent innenfor helseledelse og helseøkonomi, var det derfor nærliggende for oppgaveskriver å finne et område innen spesialiteten psykiatri med mulighet for forbedringer. Det å sikte inn på egne forbedringer, er ikke bare et lederansvar, men er også et ansvar den enkelte helsearbeider har til enhver tid.

Forfatter av denne oppgaven har de senere årene interessert seg for kvalitetsforbedringer i ECT-praksis ved Sykehuset Innlandet HF (SI HF). Elektrokonvulsiv terapi (ECT), ofte omtalt som ”elektrosjokk” tidligere, er fortsatt en aktuell behandling selv om ”mannen i gata” tror denne formen for behandling var slutt for lenge siden. ECT har vært praktisert i over 70 år, bare i Oppland fylke blir det gitt nesten 900 ECT-behandlinger årlig. For noen pasienter er det en svært god behandling, og i enkelte tilfeller er den livreddende.

1.2 Mer om tema, problemstilling og forskningsspørsmål

Forfatteren har arbeidet med ECT-behandling siden 1998. De første årene henviste jeg pasienter til ECT og deltok sporadisk i selve ECT-utførelsen. Fra 2007 har jeg vært en del av en legeturnus med ansvar for å gi ECT-behandling til pasientene. Min

erfaring er at dette er en svært god behandling for de pasientene som trenger dette, men jeg observerte tidlig at ulike leger utførte prosedyren litt forskjellig. Jeg erfarte også at jo lenger tid det gikk mellom hver gang jeg utførte dette, jo mer usikker ble jeg i forhold til min egen kompetanse på dette. Det motsatte ble erfart i forhold til at jo oftere jeg gjorde dette, jo mer rutinert og jo mer trygg ble jeg i rollen som ECT-utøver. Denne bakgrunnen hadde jeg med meg, da jeg under overlegepermisjonen i 2007 hospiterte fire uker ved en psykiatrisk klinikk i Melbourne i Australia.

Denne klinikken, Albert Road Clinic, var langt fremme når det gjaldt ECT-rutiner. Det var få leger som var involvert i ECT-turnus, til gjengjeld fikk disse legene et stort volum av pasienter og god rutine i å utøve ECT-virksomhet. Sammenliknet med våre rutiner hadde de et strengere regelverk å forholde seg til i forhold. Det gjaldt utdanning, opplæring, sertifisering for å kunne praktisere ECT, og selve stedet som skulle utøve ECT-virksomhet. Behandlingslokalene måtte også godkjennes av en statlig oppnevnt psykiater. Det var derfor ikke bare den geografiske avstanden mellom Australia og Norge som opplevdes som stor i forhold til ECT-virksomhet, tilsvarende nasjonale retningslinjer og reguleringer fantes ikke i Norge. I rapporten etter Australiaoppholdet beskrev jeg litt om dette her og mitt faglige ”kultursjokk”, med tanke på den store forskjellen i systemer mellom disse to landene. Jeg foreslo for helseforetaket å fokusere på å bedre våre egne rutiner i forhold til prosedyrer, kapasitet, opplæring og andre forhold som man må kunne betegne som god kvalitet på ECT-behandlingen. Mine overordnede lot seg inspirere av min Australia-entusiasme, og jobbet sammen med meg for å få til endringer i denne praksisen.

Siden jeg har snakket med andre som utøver ECT-virksomhet andre steder i landet, har jeg fått inntrykk av at det ikke bare er variasjon i ECT-praksis innenfor vårt helseforetak, men muligens også mellom ulike regioner i Norge, og kanskje mellom ulike land. En del av hensikten med denne oppgaven ble derfor å se nærmere på variasjon i ECT-praksis, opplæring, organiseringen og kvaliteten på ECT-tjenesten. I tillegg til ønsket om å tilegne meg mer kunnskap om dette, hadde jeg også et ønske om å oppsummere og se nærmere på vårt eget ECT-kvalitetsarbeid i Sykehuset

Innlandet HF de senere årene. Sist, men ikke minst, har jeg siden oppholdet i Australia tenkt mye og snakket med mine nærmeste overordnede og kollegaer omkring behovet for nasjonale retningslinjer i Norge. Jeg visste ikke om mine holdninger var representative for ECT-miljøet i Norge for øvrig, og derfor har jeg i denne oppgaven også ønsket å se nærmere på dette.

Forskningsspørsmålene som jeg ønsket å få svar på var:

1. Er det variasjon i ECT-praksis og organisering i Norge og andre land, på en slik måte at dette medfører variasjon i kvalitet på tjenestene som pasientene får?
2. Kan behandlingslinjer, E-læring og annen strukturert undervisning bidra til å forbedre ECT-kvaliteten i Norge?
3. Kan nasjonale retningslinjer bidra til å forbedre ECT-kvaliteten i Norge?

1.2.1 Litt om hva ECT er

Elektrokonvulsiv terapi, er en behandlingsform som har utviklet seg mye siden 1938. Behandlingen brukes hovedsakelig til å behandle alvorlige depresjoner. Etter dagens standard gir anestesipersonale pasienten narkose og et muskelavslappende medikament. Når pasienten sover blir et epileptisk anfall utløst gjennom en liten elektrisk strømdose som i terapeutisk øyemed stimulerer et lite område av hjernen. Moderne ECT-apparater gir en strømtypen som stimulerer nerveceller på en velegnet måte. Behandlingselektroder trykkes mot huden på nøyaktig beskrevne områder på hodet. Det brukes kun mindre elektriske energimengder (30-45 Joule) Det brukes kun mindre elektriske energimengder (30-45 Joule (i dag måles strømmengden i milliCoulomb). Pulsvidden på den elektriske stimulus har 0,3-1,0 millisekunders varighet, og da med en liten strømstyrke (0,8 eller 0,9ampere). Virkningsmekanismen er ikke helt klarlagt, men en forklaring er at følsomheten til hjernecellene i forhold til signalsubstanser blir endret. Blodsirkulasjonen, neurotransmittorer, neuroendokrine systemer og nevrogenesen stimuleres. Den mest vanlige bruken av ECT er i forbindelse med alvorlige depresjoner, spesielt der pasienten ikke har hatt nytte av psykologisk eller medikamentell behandling, men ECT kan også brukes ved andre

former for alvorlig sykdom, som for eksempel mani, katatoni, malignt nevroleptikasyndrom og schizofreni (sjeldne indikasjoner i Norge).

I noen tilfeller er ECT en livreddende behandling. Dette kan man for eksempel se ved dype depresjoner med psykose hvor pasienten har vrangforestillinger og har sluttet å spise og drikke og faktisk er i ferd med å dø. Videre kan det nevnes at under graviditet er det noen som får dype depresjoner, og i slike tilfeller kan ECT være bedre for fosteret og moren enn medikamenter. Ved stor fare for selvmord, uttalt forvirring eller angst knyttet til alvorlige depresjoner, så er også ECT en del brukt. Vanligvis gis det 2-3 ECT-behandlinger i løpet av en uke, pasienten vil som regel trenge et sted mellom 6 og 12 behandlinger for å ha tilstrekkelig effekt.

Betegnelsen ”elektrosjokk” har nok bakgrunn i måten ECT ble gitt tidligere, hvor ECT ble gitt uten bruk av muskelavslappende midler og narkose, og man kunne vanligvis observere at pasienten hadde svært kraftige muskelkramper. Noe av grunnlaget for at ECT ble en behandling, var at man hadde sett enkelte pasienter som både hadde epilepsi og depresjon, ble bra av sin depresjon etter at de hadde epilepsikramper. Det er ikke vanlig å gi ECT til pasienter i Norge uten at de har frivillig gått med på dette (Store Norske Leksikon, 2010) og (ECT-manual, 2000).

1.3 Litt om oppgavens oppbygging

I kapittel 2 vil det bli gjort en litteraturgjennomgang av relevant litteratur i forhold til oppgavens problemstilling. Det vil bli sett nærmere på internasjonal litteratur i tillegg til en omtale av svenske forhold og en kortere omtale av danske og finske forhold.

I kapittel 3 kommenteres norske forhold.

I kapittel 4 vil jeg i kronologisk rekkefølge se nærmere på de kvalitetsforbedrende tiltakene som er gjort de senere årene innenfor det helseforetaket hvor forfatter jobber, Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykiatri.

I kapittel 5 beskriver jeg Norges første internettbaserte Behandlingslinje for ECT, som trolig vil bli det viktigste kvalitetsforbedrende tiltaket vi har hatt i forhold til ECT i Sykehuset Innlandet HF i de senere år.

Kapittel 6 vil jeg presentere egne data fra en kvantitativ og kvalitativ datainnsamling

Kapittel 7 inneholder drøftinger og forslag til svar på forskningsspørsmålene.

1.4 Avgrensning av oppgaven

I denne oppgaven vil jeg ikke gå inn på hva som taler for eller imot å gi ECT-behandling til pasienter. ECT er omdiskutert og noen betegner sågar denne behandlingen som ”moderne lobotomi”, og peker på mulige bivirkninger som den kan medføre. Det er sjelden man finner en balansert fremstilling og hvor de som også har fått god hjelp av ECT, kommer til ordet. Uansett, jeg vil bare konstatere at det er en slik diskusjon omkring ECT, det har det vært i mange år. Media domineres av skepsis til ECT-behandlingen. Men dette er altså ikke tema for oppgaven. Diskusjonen om de ulike teknikkene blir i liten grad omtalt. ECT har vært etablert praksis i Norge i mange tiår. På denne bakgrunn bør kanskje ECT-praksisen være mest mulig homogen og lik i dette landet. Muligens er også dette til beste for pasientene? Det er dette og forskningsspørsmålene som vil være sentralt i oppgaven.

2. Litteraturgjennomgang i forhold til aktuell problemstilling

I arbeidet med oppgaven har det vært nødvendig med en litteraturgjennomgang. Dette litteratursøket sikter inn på aktuelle problemstillinger i oppgaven, spesielt kvalitet i ECT-behandlingen, opplæringen av de som skal gi behandlingen og evt. nytten av retningslinjer og behandlingslinjer. Siden det eksisterer minimalt med norsk forskning/litteratur/artikler på området, er det både naturlig og nødvendig å søke i internasjonal litteratur.

Det ble 24.09.10 søkt i databasen ovid MEDLINE, begrenset til artikler mellom 1950 til september 2010 med følgende søkestrategier/begrensninger:

1. Electroconvulsive Therapy/ or ECT
2. Quality or Quality control/ or Quality indicators, Health care
3. Education, medical or Education, Medical/ or Education.....
4. Certification
5. Training

Med disse begrensningene samt begrensninger til engelskspråklige artikler, endte man opp med 363 artikler, deretter ble det gjort en siling basert på titler og abstrakter. Det ble sett nærmere på 47 av disse abstraktene for å vurdere hvilke artikler som skulle velges ut som relevant for denne oppgaven.

I tillegg ble det søkt spesifikt i ovid MEDLINE etter John Pippards artikler, hans forskning er relativt kjent i ECT miljøet nettopp i forhold til de problemstillingene vi tar opp i denne oppgaven, og har nok hatt en stor betydning i forhold holdningene mange i dag har vedrørende retningslinjer og organisering. Selv om den viktigste delen av hans ECT forskning er fra 1980-81 er den nok like aktuell i dag. Noe av Pippards forskning blir derfor referert relativt grundig i begynnelsen av dette kapittelet, før ovennevnte artikler fra ovid blir sett nærmere på. Deretter vil det bli sett nærmere på ECT forholdene i staten Victoria i Australia, dels fordi denne staten har blant de mest regulerte ECT retningslinjene i Australia og trolig også i

verdenssammenheng, mens også fordi forfatter av denne oppgaven har hospitert i 4 uker ved en klinikk i denne staten og gjennomført deres opplæringsprogram for ECT. Avslutningsvis i kapittelet vil de nordiske ECT forholdene bli belyst, men da primært med fokus på svenske forhold.

2.1 John Pippards forskning omkring forholdene i England

2.1.1 Forholdene ved undersøkelse i England i 1980-1981

En svært sentral studie som dokumenterer dårlige organisatoriske forhold omkring ECT-virksomhet i England ble gjort på vegne av Royal College of Psychiatrists av J. Pippard og L. Ellam og ble publisert i British Journal of Psychiatri i 1981 (Pippard & Ellam, 1981).

I denne studien hadde det blitt sendt ut et spørreskjema til medlemmer av Royal College of Psychiatrists, alle spesialister i 1979-utgaven av det såkalte "Medical Directory", og til alle spesialister som man tenkte kunne være involvert i ECT-virksomhet. De hadde en svarprosent på 95% av de som ble undersøkt, derav 86% som ga tilstrekkelige svar på spørreskjemaene til at man kunne gjennomføre en detaljert analyse. Totalt 2755 doktorer responderte på undersøkelsen. Noen fikk også tilsendt et ekstra spørreskjema hvor man forsøkte å få ytterligere informasjon gjennom en tre måneders prospektiv undersøkelsesperiode. De fikk undersøkt 3594 ECT-serier. Det ble også sendt et spørreskjema til 347 ulike ECT-klinikker, hvilket utgjorde ca. 90% av de stedene hvor ECT ble praktisert, formålet med dette spørreskjemaet var å undersøke på hvilken måte selve ECT-behandlingen ble gitt. Forskerne besøkte også 180 av disse nevnte ECT-klinikkene for å se hvordan ECT ble utført. I tillegg ble det gjort en kort studie hos 614 allmennpraktikere for å få deres syn på effektene av ECT på pasienter som de hadde i sin praksis, og som nylig hadde fått ECT-behandling.

Det var mange interessante funn. Det var stor enighet om at hovedindikasjonen for ECT var i forbindelse med gruppene med endogene depresjoner, melankolske tilstander eller depressive psykoser. Bruk hos eldre ble vurdert som spesielt nyttig, og ble også oppfattet som tryggere i bruk enn medikamenter. Videre kan det for eksempel nevnes at ECT-bruk i barnepsykiatrien sjelden var brukt, og i så tilfelle bare hos barn etter puberteten. Det var også en mindre andel som var fullstendig imot bruk hos barn. I Norge forekommer for øvrig ikke bruk av ECT hos barn.

Det fremkom at de fleste ECT-behandlingene var utført av leger som ikke var ferdige spesialister. 76% av spesialistene som henviste til ECT deltok ikke selv i ECT-praksis. Ca. 1/3 ga ECT unilateralt, mens 2/3 vanligvis ga ECT bilateralt. I forhold til informasjon så var det sjelden det ble gitt skriftlig informasjon om ECT, i 87% av tilfellene fikk ikke pasienten skriftlig informasjon. I 59% av tilfellene var det spesialister i psykiatri som foreskrev ECT, men i 36% av tilfellene var det medisinske assistenter eller leger i utdanningsstillinger som gjorde dette. Det kom også frem at i noen deler av landet var mer enn halvparten av ECT-maskinene utdaterte, og mange drev fortsatt å gjorde lokale reparasjoner på ECT-apparater som burde vært kondemnerte. 40% av ECT-klinikkene manglet et system for regelmessig vedlikehold av ECT-apparatene. Det virket også som om anestesiprosedyrene var noe tilfeldige, og det var ikke alltid at anestesipersonell var informert i forhold til hvilke medikamenter pasientene brukte for øvrig. Det var heller ikke alltid at pasientene fikk nødvendig oksygenering under behandlingene.

I forhold til hvem som praktiserte ECT-virkosomheten, så viste det seg at yngre leger, altså ikke spesialister, tok seg av 90% av behandlingene. Spesialistene var således sjelden involvert i ECT-virkosomheten. Det virket også som om opplæringen var under enhver kritikk, og rundt halvparten av disse yngre utdanningslegene hadde fått minimalt med opplæring, ofte gitt av andre med lite erfaring innenfor ECT-området. Veiledning i forhold til ECT kom ofte etter at vedkommende hadde startet opp med å gi ECT på egenhånd, og bare ¼ fikk slik veiledning. Også i forhold til andre faggrupper var det kritikkverdige forhold, for eksempel skulle en sykepleier ta seg av

oppvåkningen av 5 eller flere pasienter. I forhold til teknikk for administrering av ECT, så var det sjelden at det var konsistens i den kliniske praksisen når det gjaldt for eksempel hva de skulle gjøre hvis det ikke ble utløst et anfall etter første forsøk. Det manglet også oppslag på behandlingsrommene i forhold til plasseringene av behandlingselektroder for bilateral eller unilateral ECT-plassering.

Selve klinikkene ble også beskrevet og vurdert. Det var i alt 27% av klinikkene som hadde alvorlige mangler, for eksempel mangler ved utstyr, uegnede bygningsmasser, dårlig standard på omsorgen. I alt 16% av disse hadde svært alvorlige mangler, det var manglende respekt i forhold til pasientene, opplæringen av behandlere var så dårlig at de i enkelte tilfeller ikke klarte å utløse ECT-anfall.

Det var også stor forskjell fra region til region i antall ECT-behandlinger som ble gitt, for eksempel ble det i Yorkshire-regionen gitt mer enn tre ganger så mange ECTer som i Oxford-regionen, som hadde det laveste antallet. Forskjellene mellom sykehus kunne være enda større, ved noen sykehus var ECT 17 ganger så hyppig som ved andre. Det ble ikke funnet noen enkeltfaktorer som kunne forklare disse forskjellene. Det kan videre nevnes at pasienter som fikk bilateral behandling hadde mer kognitive bivirkninger, de som fikk unilaterale hadde signifikant mindre hukommelsesproblemer.

I diskusjons- og forslagsdelen påpeker Pippard at ECT-prosedyren egentlig ikke er noe komplisert sak, og prinsippene som ligger under denne behandlingsformen er heller ikke vanskelige. Men han mener at det bør være en viss standard i forhold til at utstyret må fungere, behandlingselektroder må plasseres på riktig måte, og tilføring av strøm andre rutiner må gjøres korrekt. I tillegg nevner han at selve ECT-omgivelsene må være av en visst standard, da dette har betydning for kvaliteten på behandlingen som blir gitt. Det bør også være tilstrekkelig veiledning fra spesialister, slik at man kan oppnå tilfredsstillende standard på slik behandling. Han understreker at ansvaret uansett ligger hos spesialistene, og han foreslår at hvert sykehus bør ha en spesialist med et spesielt ansvar i forhold til ECT-virksomheten og opplæringen av leger i utdanningsstillinger. Han påpeker videre i forhold til organisering og administrasjon

av ECT at mange av disse sykehusene kunne gjøre forandringer som i grunnen ikke ville koste så mye. Prosedyrene ved det enkelte sykehus bør være tydelig, og det bør være enighet om disse, og det bør omhandle alle forhold omkring ECT-virksomhet. Han anbefaler å ha tydelige oppslag med plakater hvor det fremgår elektrodeplassing for hhv. bilateral eller unilateral ECT. Han understreker videre nødvendigheten av at alt som gjøres i forhold til hver pasient dokumenteres, av forskjellige grunner, ikke bare av statistiske forhold, men også av sikkerhetsmessige årsaker, og som dokumentasjon ved senere uklarheter. Han understreker også betydningen av skriftlig informasjon til pasienter og evt. pårørende. Undersøkelse av pasienten i forkant av ECT bør være dokumentert og formidlet til anestesipersonale. Avslutningsvis påpeker Pippard at ECT-maskinene må være av oppdatert modell. Han understreker behovet for individuell vurdering av utviklingen hos den enkelte pasient i en ECT-serie, slik at man ikke på forhånd har bestemt et visst antall ECT-behandlinger som man alltid forholder seg til. Han kommer med en del konkrete forslag f. eks. i forhold til at man bør foretrekke unilateral ECT som utgangspunkt, og at alle pasienter bør få oksygen i tilknytning til ECT-behandling (Pippard & Ellam, 1981).

2.1.2 Forholdene i England ved undersøkelse i 1991

John Pippard gjennomførte en ny undersøkelse over forholdene i England, men denne gangen begrenset til to regioner, såkalte National Health Service (NHS) Regions. Artikkelen ble publisert i *British Journal of Psychiatry* i 1992, med tittelen *Audit of Electroconvulsive Treatment in two National Health Service Regions* (Pippard, 1992).

Han påpeker at siden 1981 har det vært forbedringer hva angår anestesiforholdene og i forhold til de fysiske forholdene omkring ECT-virksomheten. Han beskriver god eller svært god sykepleierfaglig virksomhet. Det forekommer ofte utilfredsstillende behandlingssituasjoner ved ca halvparten av behandlingsstedene, hvor de fortsatt har ECT apparater av eldre modeller. Den andre halvparten av klinikkene har fått moderne og effektiv apparatur. Vurdering med tanke på stimulusdosering beskrives

mer å ha preg av vaner enn fornuftsmessige rasjonelle vurderinger. Det er fortsatt stor forskjell mellom de ulike klinikkene i forhold til hvordan rutinene er for innstilling av apparatur. Det fremkommer at de fleste sykehusene nå har utpekt spesialister som har et spesielt ledelsesansvar i forhold til ECT-virksomhet, likevel er disse personene i liten grad en del av ECT-virksomheten. Pippard påpeker at det har vært lite forbedringer hva angår de dårlige opplærings- og veiledningsforholdene overfor ECT-giverne. Fortsatt er det stor forskjell i bruk mellom distriktene, og enkelte bruker ECT 12 ganger så hyppig som andre områder. Han nevner eksempler på at det også har skjedd endringer i bruken av ECT, i North East Thames Region har frekvensen falt med 55% siden 1979. Derimot i East Anglian Region har bruken økt med 20% (Pippard, 1992).

2.2 Relevante treff fra søk i ovid MEDLINEs database

Det ble på bakgrunn av oppgavens problemstillinger valgt å dele søkeresultatene i denne litteraturfremleggingen, inn under punktene kvalitet og opplæring, dette er ikke helt uproblematisk. Resultatene av søkene omtaler noen ganger begge temaer, og god opplæring har også med kvalitet å gjøre. Likevel er dette gjort for å ha et spesielt fokus på opplæring, et tema vi kommer tilbake til senere i oppgaven.

2.2.1 Variasjon i kvalitet

Pascal Sienaert gjennomførte i 2003 en undersøkelse av ECT-praksis i Flanders og Brussels regionene i Belgia ved totalt 88 ulike psykiatriske avdelinger og psykiatriske sykehus som utførte ECT (Sienaert og medarbeidere, 2006). Her kom det frem at det generelt ikke ble utført ECT i hht. tilgjengelige retningslinjer. Det kom også frem at det var et underforbruk av ECT i ovennevnte regioner sammenlignet med andre land. I forhold til psykiatere som utførte ECT, hadde hele 2/3 ikke deltatt på noe opplæringskurs.

I en artikkel omkring ECT-praksis i Asia publisert i Journal of ECT i mars 2010, konkluderer forfatter Worrawat Chanpattana med at den asiatiske ECT-praksisen virker å være suboptimal, videre at det ikke er depresjon, men schizofreni som er den indikasjon som er hyppigst årsak for å gi ECT (Chanpattana og medarbeidere, 2010). Det kommer også frem andre forhold på dårlig praksis som ikke virker å holde moderne internasjonal standard, blant annet manglende formelt opplæringsprogram for ECT. I en tidligere undersøkelse av Worrawat Chanpattana publisert i Journal of ECT fra juni 2005, ble det sett på hvordan ECT praktiseres ved ulike undervisningssykehus i India (Chanpattana og medarbeidere, 2005). Opplæringsprogrammene ble her funnet å være tilfredsstillende. Det kan være interessant i denne sammenhengen å nevne at 70% av ECT-virksomheten i India ble gjort ved psykiatriske sykehus, mens det vanlige i Norge har blitt at man gjør ECT ved somatiske sykehus som har anestesikompetanse. Videre ble det i denne undersøkelsen påvist at ECT ble gitt i halvparten av tilfellene uten narkose, en praksis man har sluttet med i Norge for flere tiår siden. Mens man i Norge hyppigst gir ECT pga. depresjonsproblematikk, og sjelden pga. en schizofrenidiagnose (da er det i så tilfelle depresjonsforhold tilstede i denne schizofrenien), så var denne diagnosen den hyppigste årsaken til at det ble gitt ECT i India (36,5% hadde diagnosen schizofreni, mens 33,5% av pasientene hadde en alvorlig depresjon) i denne undersøkelsen.

I Russland er det også utfordringer knyttet til ECT-praksis, det fremkommer i en artikkel i Journal of ECT fra september 2005 med forfatter Alexander I. Nelson at det mangler forventninger og systemer med tanke på ECT-opplæring. Han påpeker også at det mangler organisasjoner av mer nasjonal karakter, som innehar oppgaver i forhold til å skulle forbedre praktiseringen av ECT (Nelson, 2005).

I en artikkel fra AustralAsian Psychiatri fra juni 2005 beskriver forfatter John Little hvordan man skal bygge opp en ECT-praksis (Little og medarbeidere, 2005). I artikkelen beskrives en modell for hvordan man enten man skal fortsette sin ECT-praksis eller starte opp en slik praksis. I denne prosessen og tilnærmingen foreslår han at det er viktig å sikte inn på det aller viktigste, som faktisk er det å få pasienten

bedre. Videre peker han på at det som da er viktig er faktisk hvordan man gjør nettopp dette innenfor de forholdene som er ved det enkelte sykehuset og mulighetene som der er tilstede.

I "Guest Editorial" fra Journal of ECT 2003 ser C. Edward Coffey nærmere på konklusjonene i en rapport The Institute of Medicine (IOM) har laget i forhold til ECT-virksomhet (Coffey, 2003). IOM gir råd til statlige myndigheter i USA i forhold til medisinske forhold, forskning og utdanning. Denne såkalte Chasen Report anbefaler at kvalitet er noe som skal prioriteres i USAs helse-system, og at det samarbeides for å bedre helsemessige forhold rundt 6 dimensjoner:

- Safety
- Effectiveness
- Patient centeredness
- Timeliness
- Efficiency
- Equity

I forhold til det siste punktet peker han på at kvaliteten på ECT-omsorg ikke skal variere på bakgrunn av pasientens alder, kjønn, etnisitet, sosioøkonomiske status, geografiske lokalisasjon eller andre demografiske forhold. Han mener at slike forhold påvirker bruken av ECT i USA. Coffey viser også til at det er regionale variasjoner i bruken av ECT i USA, flere steder mangler et ECT-tilbud. Bruken av ECT er mer vanlig i private og akademiske helsemiljøer enn i sykehus av mer offentlig karakter. Det mangler også informasjon og data i forhold til nevnte dimensjoner og den optimale ECT-omsorgen. Han foreslår at det settes mål i forhold til hvordan man kan endre forskjellene mellom slik forholdene er og idealene. Han foreslår at ulike organisasjoner sammen forsøker å få etablert databaser for bedre å kunne se nærmere på disse forholdene. Han nevner som eksempel på slike organisasjoner ECT-organisasjoner, Association for Convulsive Therapy (ACT) and The American Psychiatric Association's Committee on ECT. I tillegg foreslår han, og utfordrer den

enkelte som driver med ECT, å begynne og systematisere data av deres personlige ECT-praksis. Avslutningsvis understreker han på at vi skylder våre pasienter å gi den best mulige ECT-behandling.

2.2.2 Variasjon i opplæring

I den tidligere nevnte artikkel omkring ECT-praksis i Asia publisert i Journal of ECT i mars 2010, nevnte også forfatter Worrawat Chanpattana det forhold at det ikke foreligger et formelt opplæringsprogram for ECT tilgjengelig (Chanpattana og medarbeidere, 2010).

Arkan så i en studie, som ble publisert i Journal of ECT i desember 2008, på effekten av opplæring i forhold til ECT på sykepleiepraksis og pasienttilfredshet (Arkan og medarbeidere, 2009). Det ble konkludert med at slik opplæring gitt til sykepleiere virket slik at både pasienttilfredshet og sykepleiepraksisen ble forbedret. Videre anbefaler forfatter i utgangspunktet i denne studien at det med regelmessige intervaller planlegges å gi slik ECT-opplæring.

I en studie publisert i Journal of ECT juni 2007 av Karen Oldewening signaliseres det at opplæring og erfaring i forhold til ECT endrer holdningen til ECT i mer positiv retning (Oldewening og medarbeidere, 2007). Manglende opplæring før man utfører ECT er også vanlig i Thailand ifølge en undersøkelse av Worrawat Chanpattana i Journal of ECT juni 2004 (Chanpattana & Kramer, 2004). I denne undersøkelsen ble 93,6% av alle ECTene utført ved psykiatriske sykehus, og 94,2% av alle behandlingene ble utført uten noen form for narkose.

En artikkel fra Journal of ECT fra 02.06.07, med forfatter Adrian Blaj er det gjort en undersøkelse med tanke på opplæringsbehovene til psykiatere som henviser til ECT i England og den Irske republikken (Blaj og medarbeidere, 2007). Der kommer det bl.a. frem at det også for psykiatere er vanskelig å forklare, ikke bare bivirkninger knyttet til ECT, som for eksempel hukommelsesvansker, men også hvordan ECT virker. Det avdekket opplæringsbehov innenfor flere områder, bl.a. i forhold til at

pasienten skal samtykke til behandling, men også i forhold til å vurdere bivirkninger i forhold til hukommelse (kognitiv funksjon) under og også etter ECT-behandlingsserien.

Den kjente ECT-forskeren Max Fink hadde en artikkel i *Journal of ECT* i mars 2007 hvor han så nærmere på opplæring og trening i forhold til å praktisere ECT (Fink & Kellner, 2007). Det ble i New York regionen gjort en spørreundersøkelse ved 59 ulike lokalisasjoner, og i forhold til flere områder som for eksempel elektrodeplassing, overvåking av kognitive bivirkninger, hyppigheten av behandlinger og forhold knyttet til strømgiving. Det var store variasjoner i forhold til publiserte standarder. Han trekker også frem som et viktig poeng at det er manglende opplærings- og treningsmuligheter for at man skal kunne sikre seg en god praktisering av ECT. Til tross for at den amerikanske psykiatriske foreningen (APA) har utgitt retningslinjer (Guidelines) i forhold til ECT-trening og praktisering ved flere anledninger, sist i 2002, så påpeker han at det er få opplæringsprogrammer tilgjengelig. Det er nok på denne bakgrunn at han ser behovet for en slags godkjenningsordning, et såkalt sertifiseringssystem for å få en viss standard på ECT praksisen. Han antyder at statlige myndigheter i USA må inn på banen for å sikre bedre forhold. Dertifisering har også andre forfattere diskutert, blant annet Richard Jaffe i *Journal of ECT*, juni 2005 (Jaffe, 2005). I Australia er sertifisering av den som skal utføre ECT praksis vanlig noen steder.

Det er under omtalen av internasjonale ECT forhold også verdt å nevne artikkelen til en norsk forsker, selv om dette ikke var en del av ovid. MEDLINE søket. Psykiateren John E. Berg fikk i 2009 publisert en artikkel i *Journal of ECT*, *Electroconvulsive Treatment – More Than Electricity* (Berg, 2009)? Den norske psykiateren ønsket å se om ECT ble praktisert på en sammenlignbar måte ved ulike sykehus på tre ulike kontinenter, totalt besøkte han 14 steder hvor det ble praktisert ECT. Han besøkte et sted i Sveige, Frankrike, Den Tsjekiske Republikk, De Forente Arabiske Emirater og USA. I Norge og Ungarn besøkte han to ulike steder og fem ulike steder i India. Disse 14 ulike sykehusene hadde årlig 18.000 ECT-behandlinger. Han observerte forskjellig

praksis på disse 14. stedene, blant annet i forhold indikasjoner og praktiske prosedyrer (for eksempel brukte ikke alle steder tannbeskyttere). Det var også variasjon i forhold til hvilken type metode man brukte når man ga ECT-stimulering, aldersbasert metode eller stimulustitreringsmetoden. I forhold til denne oppgavens problemstillinger, er det også verdt og nevne at bare to av stedene hadde et standardisert utdanningsopplegg for de som deltok i ECT-utøvelsen, dette var i Arvika, Sverige og ved Hillside i USA (spesifiseringen av disse to stedene er personlig meddelelse fra John Berg 02.11.10). De fleste stedene brukte bitemporal elektrodeplassing (den vanligste metoden i Norge er trolig unipolar elektrodeplassing, i hvert fall er det hovedpraksisen i Sykehuset Innlandet). I Sverige var det ingen leger tilstede under behandlingen, verken psykiater eller anestesilege, hvilket er veldig uvanlig andre steder, kun en anesthesisykepleier og en psykiatrisk sykepleier var tilstede under ECT-utøvelsen. Berg kommer inn på at til tross for at det finnes skrevne retningslinjer i forhold til hvordan ECT-virkomheten skal utøves, så er ikke disse retningslinjene mer detaljerte enn at det tydeligvis er en viss slingringsmann i forhold til den varierte praksisen han har observert på sine studiereiser rundt omkring i verden.

En annen artikkel som heller ikke var en del av ovid MEDLINE søket, er Smiths studie av ECT-praksis i Canada (Smith & Richman 1984). Han så at bruken varierte betydelig mellom ulike regioner. Han så også at retningslinjer og kriterier ikke ble brukt på en konsistent måte. Dels på bakgrunn av epidemiologiske data i forhold til affektive lidelser hadde han beregnet seg ut til et minimumsantall på 30-45 pr. 100.000 mennesker som kunne trenge ECT på bakgrunn av depresjoner av ikke-bipolar karakter. Det interessante i forhold til denne oppgaven er at han i sine resultater påviste at det var mange pasienter som ikke fikk ECT, på tross av at ECT ble vurdert å være det beste behandlingsalternativet for dem, dette gjaldt i noen regioner. Smith mente at i de tilfellene hvor ECT ble vurdert å være den beste behandlingen for pasientene, så er det faktisk etisk betenkelig at det er et underforbruk av ECT.

2.3 Annen relevant litteratur

2.3.1 ECT-forholdene i staten Victoria, Australia

Staten Victoria har over 5 millioner innbyggere, og er altså i antall innbyggere ikke så forskjellig fra Norge. En stor forskjell fra Norge er at myndighetene i staten Victoria har gitt ut en egen ECT-manual (ECT Manual, 2000). Denne redegjør for hvilke lover og regler som gjelder for ECT-givning, bl.a. formell godkjenning av både ECT-givere og sted for ECT-utførelse, samt praktiske anbefalinger i forhold til gjennomføringen. Siden 1995 har det vært et krav at hvert sted hvor det skal gis ECT må ha en formell godkjenning og tillatelse gitt av statens sjefpsykiater. Det nevnes innledningsvis i manualen at en slik tillatelse gjør at staten kan sette minimumsstandarder for gjennomføringen av ECT, slik at forbrukere og befolkning kan føle seg trygge på ECT-behandlingen. Det blir også pekt på at nasjonale australske føringer har ønsket en standardisering av tilbudet i psykiatrien. Det nevnes videre at det også har vært en endring til mer desentralisert behandling og økende oppmerksomhet på standarder og pasientrettigheter. Alle disse forhold har påvirket praksis i forhold til henvisning og gjennomføring av ECT i Australia.

For å oppnå slik godkjenning settes det krav til ulike forhold, bl.a. bygningsmessige fasiliteter for at man skal kunne gi ECT-behandling, for eksempel hvor mange kvadratmeter venterommet skal være, behandlingsrommet, oppvåkingsrommet osv. Det presiseres videre hvordan pasienten skal være beskyttet mot observasjon og innsyn fra andre pasienter og utenforstående, både under behandling og oppvåkingsfasen. Videre settes det krav til utstyr som for eksempel ECT-apparatet, men det settes også krav til annet nødvendig utstyr med forventninger til rutiner for vedlikehold av utstyr og service på ECT-apparatur. Videre må de godkjente ECT-lokalisasjoner ha tilfredsstillende bemanning, og det skal utpekes en ansvarlig psykiater til å lede ECT-behandlingen, såkalt clinical director, samt en ansvarlig sykepleier, senior clinical nurse. Det ble kommentert i manualen at ved å utpeke slik ansvarlig psykiater og sykepleier vil en legge til rette for forbedringer i ECT-praksis

og gi bedre pasientresultater. Det settes flere krav til ansvarlig ECT-psykiater, vedkommende skal bl.a. holde seg oppdatert på ECT-litteratur, vedkommende skal ha godkjent ECT-kurs, man skal videre ha et overordnet ansvar for ECT-lokalitetene, og vedkommende skal også ha myndighet til å begrense antall leger som utfører ECT, slik at de som gjennomfører ECT praksis regelmessig, beholder det nødvendige nivået i å gjennomføre ECT-behandling (minst 25 behandlinger pr. år). Under ECT-gjennomføring skal det være minst to leger tilstede, dvs. si en psykiater og en anestesilege (ECT Manual, 2000).

Når det gjelder forholdene ellers i Australia, har professor John W. Tiller opplyst at det er noe mindre regulert ellers i Australia enn i staten Victoria, for eksempel er det bare i denne staten at lokalitetene skal være godkjente. Imidlertid er det nesten overalt i Australia slik at de statlige myndigheter skal ha en oversikt over antall ECTer som gis i aktuelle stat. I tillegg har de fleste statene i Australia en eller annen form for regulering eller retningslinjer av ECT-virksomheten (personlig meddelelse fra John W. Tiller 03.11.10).

Daniel W. O'Connor har i en artikkel som ble publisert 02.06.10 i Journal of ECT, sett på kvalitetsstandarden ved tre australske psykiatriske klinikker (i staten Victoria) i forholdet til temaet vedlikeholds-ECT (O'Connor, 2010). Ett av forholdene som kommer frem i deres konklusjon er at denne studien avdekker områder med forbedringspotensiale innenfor den kliniske praksisen. Det er snakk om relativt enkle tiltak som skal til. Det nevnes for eksempel sjekkliste i forhold til monitoreringsskalaer, behandlingsplaner og kommunikasjon til pårørende og pasienter som eksempler på noe som kan være nyttig. Selv om det her dreier seg en bestemt type ECT, såkalt vedlikeholds-ECT som gis etter at man er ferdig med en vanlig ECT serie, så antar forfatter av denne oppgaven at resultatene trolig er overførbart til forhold rundt en vanlig ECT serie ved disse tre klinikkene.

2.3.2 ECT-forholdene i Sverige, og litt om forholdene i Danmark og Finland

Sverige

Det ble i april 2002 ferdigstilt en rapport fra Socialstyrelsen i Sverige, ”ECT-behandling, en pilotstudie” (Socialstyrelsen, 2010). Denne rapporten ble laget med bakgrunn i at Socialstyrelsen i Sverige i desember 2009 hadde fattet et vedtak om å få utført en pilotstudie i forhold Svensk ECT-behandling. Studien tar for seg viktige aspekter i forhold til ECT-behandlingen. I dette arbeidet har de vitenskapelige råd til Socialstyrelsen i anesthesiologi, psykiatri, personer med spisskompetansen innenfor neuropsykologi og psykiatri, flere andre involverte som for eksempel pårørende og brukerorganisasjoner deltatt. Det har også vært med representanter fra Norge, Finland og Danmark som har representert det som tilsvarer Socialstyrelsen i respektive land. I tillegg har den kjente ECT eksperten Jan-Otto Ottoson, professor Emeritus i Sverige, vært ansvarlig for vurdering av faktagrunnlaget i rapporten.

Det fremkommer at formålet med pilotstudien har vært å høyne kunnskapen til Socialstyrelsen i forhold til utbredelsen av ECT-behandling, samt se nærmere på ulike rapporter, med hovedvekt på hukommelsesvansker av lengre varighet. Bakgrunnen for rapporten har også vært et ønske om å ha et grunnlag før en beslutter eventuelle tiltak vedrørende ECT forhold, i tillegg var det et ønske om å finne ut hva kvalitetsregistre av regional karakter kunne gi av informasjon.

God helseomsorg (”God vård”), har i pilotstudien blitt vurdert og kategorisert ut fra seks forskjellige kvalitetsområder. Dette virker for øvrig å være de samme kvalitetsområdene som ble nevnte tidligere i oppgaven og som The Institute of Medicine (IOM) hadde vurdert ECT-virksomhet i forhold til. De er her forsøkt oversatt fra svensk til norsk:

- Kunnskapsbasert og målrettet helseomsorg / behandling.
- Sikker helseomsorg / behandling.

- Pasientfokusert helseomsorg / behandling.
- Effektiv helseomsorg / behandling.
- Likverdig helseomsorg / behandling.
- Helseomsorg / behandling innen rimelig tid.

Det understrekes i rapporten at man ved å bruke disse kvalitetskategoriene også på ECT behandling, så blir ECT virksomhet vurdert på samme måte som annen helseomsorg / behandling. Dersom det er slik at det er regionale forskjeller i tilgjengelighet på ECT-behandling, så er ikke kvalitetskategorien om et likverdig helsetilbud til befolkningen oppfylt. Det understrekes derfor i pilotstudien viktigheten av at slik innrapportering av data blir gjennomført.

Det konkluderes i rapporten at ECT brukt i forhold til psykotiske eller melankolske depresjoner, eller der hvor depresjonene har medført stor selvmordsrisiko, er en effektiv behandling. Videre pekes det på to kliniske effekter av ECT-behandling, en i forhold til den antidepressive effekten, den andre i forhold til hukommelsespåvirkning. Hukommelsesproblemene beskrives vanligvis å være av midlertidig karakter. Samtidig nevnes enkelte studier hvor hukommelsesvansker av lengre karakter har vært tilstede, men der antyder man muligheten for at dette kan være relatert til teknikker man brukte tidligere. Et annet forhold som nevnes er at hukommelsesforstyrrelser også kan komme av grunnsykdommen.

Av interesse i forhold til denne oppgavens forskningsspørsmål, er det forhold at man i pilotstudien påpeker en sannsynlig variasjon i ECT-praksis mellom fylker og regioner (landsting og regioner). Videre påpekes et behov for kliniske retningslinjer i forhold til ECT, dels begrunnet i teknikken og økte kompetansekrav for å utføre ECT.

Det antas at det har vært en økning i bruken av ECT, imidlertid mangler det nasjonale data på dette i Sverige, noe som begrunnes med manglende rapportering fra pasientregisteret til Sosialstyrelsen. Det nevnes videre at det finnes et behov for en

bedre kunnskapsoversikt på ECT området. Videre er det ønskelig i Norden å utvikle ett samarbeid omkring kunnskapsutveksling på dette området.

Viktigheten av god og tilgjengelig informasjon til pårørende og pasienter understrekes, ikke bare med tanke på bivirkninger, men også gunstige effekter, samt mulige konsekvenser om en ikke tar imot slik behandling. Videre fremkommer det at Socialstyrelsen i 2010 kommer til å lage veiledende dokumenter i forhold til ECT, det nevnes blant annet utredning av hukommelsesforstyrrelser, pasientinformasjon og kvalitetssikring. Det vil bli gjennomført egne tilsyn av Socialstyrelsen i forhold til psykiatriens ECT praksis.

Det nevnes også at det trolig er ulik ECT praksis mellom regioner og klinikker.

Socialstyrelsen vil i samarbeid med fagmiljøene få på plass kliniske retningslinjer, og de ønsker også utvikling av et pasientregister.

Danmark

I Danmark blir informasjon om ECT-behandling rapportert i helsesystemet, det blir også rapportert om det er frivillig eller tvungen behandling, således har altså Danske helsemyndigheter nasjonale data på dette området. I tillegg kom Dansk Psykiatrisk Selskap i 2002 med en ny versjon av kliniske retningslinjer og kunnskapsgrunnlag i forhold til ECT-behandling. Forhold som evt. å opprette en nasjonal kvalitetsbase, tilgjengelighet, organisering, pasientinformasjon og indikasjoner tas for eksempel opp i disse retningslinjene (Socialstyrelsen, 2010).

Finland

I Finland er det ikke et eget system for å få frem nasjonale data om hvor mye ECT brukes, verken i forhold til antall behandlinger, eller antall personer. I Finland har det likevel vært diskutert om ECT brukes for lite, da en kohort studie, viste at det i mellom 1993-1994 og 2003-2004 hadde vært en nedgang i antallet uføretrygdede deprimerte som fikk ECT fra 4% til 1,5% (Socialstyrelsen, 2010).

2.4 Oppsummering / diskusjon

Vi har i litteraturgjennomgangen sett at organisatoriske forhold knyttet til ECT-virksomhet fungerer dårlig mange steder i verden. Spesielt grundig redegjorde Pippard for dette i sin undersøkelse over forholdene i England i 1980/-81, men da han gjentok sin undersøkelse var det fortsatt mange steder som benyttet gamle ECT-apparater, og det var stor forskjell mellom ulike klinikker i forhold til rutiner knyttet til gjennomføringen av ECT, mangler i forhold til at noen tok ledelsesansvar, stor forskjell i ECT-bruk mellom ulike distrikter, og mangelfull opplæring og veiledning i forhold til de som skulle starte med ECT-virksomhet (Pippard, 1992). Tilsvarende mangelfull organisering og ECT-virksomhet finner man også i andre land, i flere studier fra de siste tiårene. For eksempel har det fremkommet at det både i Asia, Russland, Belgia og USA er stor variasjon i forhold til opplæringen og praktisering. Max Fink (Fink og medarbeidere 2007) påpeker at det å ha retningslinjer i seg selv ikke er tilstrekkelig, det må finnes tilgjengelige opplæringsprogrammer, og det er kanskje behov for å få en eller annen form for sertifiseringsordning etablert. I pilotstudien til Socialstyrelsen i Sverige (Socialstyrelsen, 2010) ser en at det også i Sverige er utfordringer knyttet til ECT-virksomhet og organisering, og det ble sett på som svært viktig i forhold til å forbedre denne praksisen at det kommer på plass kliniske retningslinjer for ECT, ikke minst fordi kompetansekravene til å gjennomføre moderne ECT er høyere enn de var. Det fremkommer i denne rapporten at det er nødvendig å få rutiner i forhold til nasjonale data og pasientregistre for at man skulle kunne utvikle ECT-virksomheten videre. Som vist kan det se ut som om staten Victoria i Australia har noen av de strengeste retningslinjene i forhold til ECT-virksomhet, der er det allerede etablert en ordning for godkjenning av både av opplæringsprogram, ECT-utøver og ECT-lokalisasjon, med helt detaljerte og spesifikke krav. Likevel har vi sett i studien til O'Connor (O'Connor og medarbeidere, 2010) at det også der er rom for forbedring av den kliniske virksomheten, det foreslås bl.a. bruk av sjekklister.

3. Forholdene i Norge

Fra den svenske pilotstudien fremkommer det at det ikke er utarbeidet nasjonale retningslinjer for ECT- behandling i Norge (noe som også er velkjent i det norske ECT miljøet), men at det er kommet nasjonale retningslinjer for depresjonssykdommer hvor ECT nevnes som et behandlingsalternativ. Det fremkommer videre at sentrale norske helsemyndigheter tror at det i Norge finnes regionale forskjeller, men at det ikke finnes en nasjonal oversikt over omfang av ECT virksomheten. Det nevnes også i pilotstudien at man i Norge i 2007 utførte en systematisk litteraturgjennomgang i fem ulike databaser hvor en ser på bivirkninger fra undersøkelser frem til 2000. De sentrale helsemyndighetene mangler altså oversikt over slike forhold, og jeg ville tro det her er et stort forbedringspotensiale (Socialstyrelsen, 2010).

Volden og Götestam , samt også Flåtten har tidligere publisert forskning om ECT forhold i Norge på 60, 70 og 80 tallet (Volden & Götestam, 1982) og (Flåtten, 1975). Det finnes imidlertid relativt lite publisert forskning omkring ECT-forholdene i Norge de senere årene. Lindy Yarosch-von Schweder har gjort en viktig forskning med bruk av et omfattende spørreskjema som er delt ut til de ulike ECT-sentrene i Norge med tanke på ECT-virksomheten for året 2004. Disse resultatene er dessverre ennå ikke publisert, men hele det norske ECT-miljøet venter i spenning på disse resultatene som vil bli publisert i Journal of ECT i nær fremtid. Hun har data på utbredelse av ECT i Norge, holdninger og indikasjoner, og også utbredelsene i andre land.

Hennes generelle inntrykk fra studiet i forhold til opplæring er at de aller fleste steder har en eller annen form for opplæring. Det er imidlertid variasjon i hvordan opplæringen foregår. Det er ikke alltid at det er en spesialist som lærer opp de nye legene som skal lære om ECT, noen steder er det andre LIS leger som gjøre dette. (Personlig meddelelse fra Lindy Yarosch-von Schweder den 061110).

3.1 ECT-bruken ved alderspsykiatriske avdelinger i Norge

Spesialist i psykiatri Kjell Martin Moksnes, har vært en kjent figur innenfor det alderspsykiatriske miljøet i Norge i mange år, spesielt kjent er han for sin kunnskap og erfaring innenfor ECT hos eldre, altså den gruppen som kanskje får mest ECT og har mest nytte av ECT-behandlingen. Han har i mange år gjennomført egne undersøkelser i forhold til ECT-bruken ved alderspsykiatriske avdelinger i Norge, og har i forbindelse med denne masteroppgaven velvillig gitt undertegnede tilgang til noe av de dataene han har opparbeidet gjennom mange år. Dataene nedfor refereres derfor med spesiell tillatelse fra Kjell Martin Moksnes.

Tabell 1. Bruk av ECT ved Alderspsykiatriske avdelinger i Norge: Oversikt over antall pasienter som fikk en serie med ECT per 1000 innbyggere over 67 år i 2003 og 2009.

	2003	2009
Aker sykehus	0,11	0,25
Diakonhjemmet	1,17	3,39
Ullevål	1,16	0,69
Blakstad	0,80	0,74
Sanderud	0,35	0,35
Reinsvoll	0,92	0,61
Granli	0,07	0,84
Eg sykehus	0,58	0,35
Haugesund	0,49	1,36
Førde	0,50	0,66
Østmarka/St. Olav	0,40	0,65
Levanger	0,09	0,55
Stavanger	0,68	
Namsos		0,71
Rønvik		0,41
Åsgård		0,85

Ovenstående er tall som er samlet inn ved forespørsel via brev per år til de alderspsykiatriske avdelingene. Tallene er samlet inn av Moksnes personlig og er ikke publisert tidligere. I noen fylker gis ECT ved de akuttpsykiatriske avdelinger, også til eldre, slik at tallene ikke gir noen totaloversikt, men i de fleste fylker behandles eldre med alvorlige depresjoner ved de alderspsykiatriske avdelinger.

Tabell 2. Antall ECT-pasienter per 1000 innbyggere per aldersgruppe ved Ullevål Universitetssykehus i perioden 1988 – 2002.

Kvinner + Menn Aldersgruppe	N/1000/år 1988-92	N/1000/år 1993-97	N/1000/år 1998-02
20-49	0,01	0,04	0,07
50-69	0,11	0,26	0,34
70+	0,14	0,47	1,01

I tabell 2 ser vi økningen i alle aldersgrupper frem mot 2002. ECT gis i større grad til eldre. Dette er data som ble publisert av Moksnes, men er her noe bearbeidet for å kunne sammenlignes med tallene i tabell 1, selvom det er forskjell på 67 år + og 70 år + (Moksnes og medarbeidere, 2006).

3.2 Relevante ECT-kurs i Norge de senere årene

På bakgrunn av at strukturert undervisning inngår i et av forskningsspørsmålene, finner jeg det relevant å gå nærmere inn på den undervisningen som har vært i Norge de senere årene, men også den skandinaviske og mer internasjonale undervisningen som har vært tilgjengelig for de som har vært interesserte i å holde seg oppdaterte på ECT-feltet.

ECT-kurs ved Alderspsykiatrisk avdeling, Vardåsen, Ullevål universitetssykehus:

Kursene var dagskurs fra kl 10-17. Godkjent av DNL og NSF. Kursene var beregnet på leger og sykepleiere. Teori og praktiske øvelser. Delt undervisning en time. Spesialsykepleier Torbjørg Ilebekk Dahle og Kjell Martin Moksnes underviste på grunnkursene i mange år. Spesialsykepleier Marianne Glomstad Lind underviste på grunnkurset siste gang i 2006, og Liv Heieren i 2008.

- Grunnkurs 1992 til 1996. Opplæring av leger og sykepleiere ved egen avdeling
- Grunnkurs 1997 til 1998. Opplæring av leger og sykepleiere ved psykiatriske avdelinger i Asker og nærområdene
- Grunnkurs 1999 til 2002. Innbydelse til psykiatriske avdelinger i nærområdet og Oslo-området.
- Grunnkurs 2003, 2005, 2006 og 2008. Innbydelse sendt til alle psykiatriske avdelinger i Norge
- Videregående kurs 2004 og 2007. Nasjonal invitasjon.

ECT-kurs ved Sykehuset Innlandet HF Reinsvoll og Gjøvik:

Etter at Moksnes pensjonerte seg og sluttet med sine kurs, har det vært startet opp med kurs ved SI HF Reinsvoll og Gjøvik, ledet av psykiaterne Eivind Aakhus, Naji Afiouni og Svein Martin Luth, med kurs på Reinsvoll i 2008 og på Gjøvik 2010. Det er planlagt et nytt kurs på Gjøvik i 2011. Forfatter kjenner ikke til andre ECT-kurs i Norge med åpen invitasjon for eksterne deltakere, i perioden etter at Moksnes sluttet med sine kurs..

Nordic Association for Convulsive Therapy (NACT):

Stiftet i 2003. Det arrangeres kongresser i Norden (Historikk):

2001	Stockholm 1.	Ca. 60 deltakere
2002	Malmølund 2.	Ca. 70 deltakere
2003	Malmø 3. konferanse	Ca. 80 deltakere
2004	Sandefjord 4.	Ca. 100
2006	Sundsvall 5.	Ca. 140
2007	Sandefjord 6.	Ca. 140
2008	Ystad 7. konferanse	Ca. 160

3.3 Lokale undersøkelser i SI HF relevant for oppgaven

Det har blitt gjennomført intern forskning i SI HF ledet av avdelingsoverlege Eivind Aakhus i 2009, hvor det ble gjort en retrospektiv undersøkelse av data fra egen virksomhet. Dette er upublisert data foreløpig, studien omtales nærmere senere i oppgaven.

4. Kvalitetsforbedrende tiltak I forhold til ECT i Sykehuset Innlandet HF, Divisjon psykiatri

Divisjon psykiatri i Sykehuset Innlandet HF har siden 2007 forsøkt å forbedre vår egen ECT-virksomhet gjennom ulike tiltak, organisatoriske og strukturelle endringer. I dette kapitlet vil jeg forsøke kronologisk å se nærmere på de tiltak og endringer som har blitt gjennomført eller er påbegynt.

4.1 Hospitering ved klinikk i Australia, mars 2007

I forbindelse med at forfatter av denne oppgaven hadde sin overlegepermisjon medio februar – medio juni 2007, fikk jeg stipend fra Sykehuset Innlandet HF, avdeling for alderspsykiatri ved avdelingssjef Susan Juell, slik at jeg kunne hospitere fire uker i mars 2007 ved Albert Road Clinic i Melbourne Australia. Jeg var invitert dit av professor John W. G. Tiller, som jeg hadde truffet på et kurs ved Lundbeck instituttet i København høsten 2006. Under kurset i København ble jeg inspirert av professor Tiller da han forklarte om ECT-praksisen som var ved klinikken hvor han jobbet, Albert Road Clinic, hvor han hadde sin professorale enhet knyttet til The University of Melbourne. Det var ikke bare ECT-resultatene som var imponerende ved denne klinikken, men rutinene og systematikken som dette stedet hadde i forhold til ECT-praksis.

ECT-praksisen ved Albert Road Clinic var på mange områder ulik vår praksis i Norge, kanskje spesielt i forhold til opplæring av ECT-givere var forskjellene store, men også når det gjaldt andre forhold vedrørende gjennomføringen av ECT, avvek praksis i Melbourne fra vår. Melbourne ligger i den Australske staten Victoria. Denne staten har over 5 millioner innbyggere, og er størrelsesmessig lik Norge. En stor forskjell er at myndighetene i staten Victoria har gitt ut en egen ECT-manual, med regler for godkjenning av ECT-givere, lokaler, utstyr osv.

Oppgaveforfatter og flere kollegaer har opplevd at kvaliteten internt i Sykehuset Innlandet har variert og at den absolutt kunne bli bedre. Jeg har selv undervist i ECT-teori for assistentleger i Sykehuset Innlandet før min hospiteringsperiode i Australia, hvor det kom frem begrenset teoretisk kunnskap og til dels mangler i praktisk rutineforståelse, selv hos relativt ”erfarne” ECT-givere.

4.2 Utfordringer i forhold til ECT-praksis i Sykehuset Innlandet HF pr. 2007

I 2007 var det høy grad av frustrasjon i klinikken i forhold til ECT-tilbudet på Gjøvik, der all ECT i Oppland gis.. Frustrasjonen skyldtes i hovedsak manglende anestesikapasitet. Dette gikk ut over enkelte pasienter som måtte vente unødvendig lenge på å få den ECT-behandlingen de trengte.

I kjølvannet av denne frustrasjonen og den påfølgende diskusjon, ble det opprettet en ”Ekspertgruppe for ECT” i Sykehuset Innlandet, der ”formålet vil være å sikre at ECT-behandling i Sykehuset Innlandet er kunnskapsbasert, og etter ”best practice”.

4.3 Etablering av ECT-ekspertgruppe i Sykehuset Innlandet

Pga. av den noe heterogene ECT-praksisen som har vært på de tre ulike stedene hvor ECT har blitt utført i Sykehuset Innlandet, hhv. ved Gjøvik sykehus, Hamar sykehus og Tynset sykehus, var det motivasjon i ECT-miljøet for at en ECT-ekspertgruppe var nødvendig og burde etableres. Høsten 2008 ble de første møtene i ECT-ekspertgruppen gjennomført. Etableringen av ekspertgruppen var forankret i ledelsen. I gruppen satt erfarne og sentrale ECT-givere fra de ulike ECT-lokalisasjonene i Sykehuset Innlandet, i tillegg til at man hadde fått med anestesipersonell fra Sykehuset Innlandet HF Gjøvik. Denne ekspertgruppen startet forsiktig opp med å se nærmere på de ECT-rutinene som allerede var formelt og uformelt etablert, for å forsøke å forbedre disse med en kunnskapsbasert innfallsvinkel..

4.4 Kurs i Sykehuset Innlandet HF med professor John W. Tiller

I etterkant av hospiteringsperioden ved Albert Road Clinic i Melbourne, ble professor Tiller invitert til å delta i et internt seminar om ECT. Både teori og praktisk ECT-demonstrasjon med pasienter ble gjennomført. Han introduserte miljøet for en metode for doseberegning (stimulustitrering) som var annerledes enn den tradisjonelle ”alders-baserte” metoden som hovedsakelig brukes i Norge. Stimulustitrering innebærer at den enkelte pasients individuelle krampeterskel bestemmes, slik at man kan tilpasse energimengden som brukes under ECT-behandling individuelt. Denne metoden mener noen eksperter gir mindre kognitive bivirkninger, og en mer presis beregning av nødvendig strømdose for hver enkelt pasient). Sykehuset Innlandet HF var blant de første i Norge som innførte metoden som rutine. Professor Tillers besøk var ikke bare inspirerende, men bidro også til et faglig løft og en endring i praksis. Det er også mulig at dette besøket virket inn på kvaliteten på vår ECT-virksomhet i Sykehuset Innlandet, det å få noen utenfra til å se på måten man praktiserer på, gjør trolig den enkelte mer bevisst på egen praksis.

4.5 Interne opplæringskurs etableres

Første halvåret 2009 ble det gjennomført to interne opplæringskurs i Sykehuset Innlandet på to av ECT-lokalisasjonene, hhv. Gjøvik og Hamar, hvor en hadde både teoretisk opplæring og praktisk bruk av ECT-apparatet, men denne gang uten pasienter tilstede.

4.6 Divisjon psykiatri lønner en anestesisykepleier

Man hadde gjennom mange år opplevd at ECT-kapasiteten var begrenset, spesielt gjaldt dette begrensning i anestesiens kapasitet til å gjennomføre nødvendig narkose i forbindelse med ECT-behandlingene. Dette førte til at mange av de pasientene som

burde hatt ECT, enten måtte vente unødvendig lenge før de kunne starte opp med ECT-behandling, eller at de ikke fikk ECT-behandling, men måtte klare seg med alternativ behandling. Etter mange diskusjoner mellom Divisjon psykiatri og anestesivdelingen på Gjøvik, besluttet Divisjon psykiatri seg for at de kunne lønne en anestesisykepleier i 100% stilling f.o.m. januar 2009, slik at kapasiteten kunne økes. Etter denne lokale endringen var det i praksis ikke lenger ventetid på å få utført ECT behandlinger i Oppland fylke, man kunne få utført ECT fem dager pr. uke. På denne måten ble klinikken og behovet til pasienten avgjørende for hvor mange som skulle ha ECT pr. uke, og ikke manglende anestesikapasitet. Det å ha tilstrekkelig kapasitet til å gjennomføre nødvendige ECT-behandlinger hos den enkelte pasienten til riktig tid, vil som vi har sett tidligere i oppgaven, kunne bli sett på som et kvalitetsmål.

4.7 Retrospektiv undersøkelse av egen virksomhet

Som omtalt tidligere i oppgaven, har det blitt gjennomført intern forskning ledet av avdelingsoverlege Eivind Aakhus i 2009, hvor det ble gjort en retrospektiv undersøkelse av data fra egen ECT-virksomhet i Oppland. Noen resultater fra denne undersøkelsen er publisert i poster på Internation Psychogeriatric Associations europeiske konferanse, Santiago de Compostela, september 2010. Dataene viser at praksis var usystematisk og varierende på Gjøvik (personlig meddelelse). Det å forske på egen virksomhet, vil kunne være et kvalitetsforbedrende tiltak.

4.8 ECT-behandlingslinje

ECT-ekspertgruppen i Sykehuset Innlandet har siden høsten 2009 jobbet med å utvikle en ECT-behandlingslinje i Sykehuset Innlandet. Den var ferdig utviklet og ble publisert tilgjengelig på Internett for alle fra og med 13.10.2010. Dette har vært et stort dugnadsarbeid utført av blant annet medlemmer i ECT-ekspertgruppen, i tillegg til praksiskonsulent og brukerrepresentant. Forfatter av denne oppgaven har vært

behandlingslinjeansvarlig lege i dette arbeidet. På bakgrunn av at arbeidet med behandlingslinjen for ECT har vært et stort og omfattende arbeid i forhold til å bedre kvaliteten på ECT-virksomheten i Sykehuset Innlandet, er ECT-behandlingslinjen omtalt som eget kapittel nedenfor.

4.9 Oppstart av første nasjonale praktiske ECT-kurs med pasienter januar 2010

Avdelingsoverlege Eivind Aakhus, seksjonsoverlege Svein Martin Luth og overlege Naji Afiouni planla og gjennomførte det første nasjonale praktiske ECT-kurset med pasienter som fikk ECT-behandling i januar 2010. Det var stor interesse for kurset i ECT-miljøene i Norge, og kurset ble raskt fulltegnet. Det må også sies at det var relativt gode evalueringer i etterkant av kurset, og man planlegger at dette blir et årlig kurs. Det kan ellers nevnes at foredragsholderne var sentrale personer innenfor det norske ECT-miljøet.

4.10 Utvikling av E-læringsprogram i Sykehuset Innlandet

Ekspertgruppen fant at det var behov for bedret opplæring og en godkjenningsordning (sertifisering) for leger som skal gi ECT på selvstendig grunnlag. Forslaget ble presentert for Fagrådet i Divisjon psykisk helsevern, som anerkjente et slikt initiativ. Av ressursmessige hensyn, fant man imidlertid at det var uhensiktmessig å skulle gjennomføre obligatoriske heldagskurs (som opprinnelig ble foreslått). Ekspertgruppen foreslo da at den teoretiske opplæringen skulle gjennomføres i form av et elektronisk opplæringsprogram (E-læring). Den Norske Legeforenings fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, har støttet dette prosjektet med kr 100.000,-

I reglene for spesialistutdanningen i psykiatri, fremgår det en helt tydelig forventning om at legene i en utdanningsstilling skal ha fått ”erfaring” med ECT (Legeforeningens spesialistregler i psykiatri se legeforeningen.no). Når man i denne

oppgaven har sett hvordan ECT opplæring varierer andre steder i verden, og sammenhold med den variasjonen vi har opplevd internt i Sykehuset Innlandet HF, så må en vel anta at det også i Norge er en viss variasjon i denne opplæringen. E-læringsprogrammet vi nå er i ferd med å utvikle, vil bidra til at vi i hvert fall får en mer homogen opplæring av LIS-leger i Sykehuset Innlandet HF.

4.10.1 Mer om E-læringsprosjektet

E-læringskurset er et elektronisk og nettbasert opplæringsprogram, Leger som skal starte opp med ECT , skal kunne gjennomføre dette kurset i en travel hverdag hvor det kan være vanskelig å få tid til opplæring, og hvor mer ordinære kurs ikke nødvendigvis er tilgjengelige på det tidspunktet av året hvor aktuelle kandidat trenger slik opplæring. Videre tenker en seg at en tilfredsstillende opplæring er nødvendig for at man skal kunne gi ECT på et ønsket nivå rent kvalitetsmessig.

4.10.2 Sertifisering

I forlengelsen av slik E-læring, ønsker ekspertgruppen etter gjennomført teoretisk undervisning med kursprøve og senere godkjent praktisk opplæring, skal legen sertifiseres til å utøve ECT-virksomhet. En slik sertifiseringsordning er, som tidligere nevnt i oppgaven, vanlig i for eksempel staten Victoria i Australia, men har frem til nå ikke vært et krav i Norge. Således vil Sykehuset Innlandet HF som ledd i vårt kvalitetsarbeid være blant de første helseforetakene i Norge som innfører en slik sertifiseringsordning.

4.10.3 Innhold i E-læringen

E-læringen vil være modulbasert, på en slik måte at opplæringskandidaten kan ta en modul om gangen slik det passer seg slik. Man tenker seg at man før hver modul får anslått tidsbruk for hver modul. E-læringsprogrammet og dets moduler vil være en kombinasjon av video og teori, og vil ende opp i en kursprøve. I forkant av første

modul vil en også ha en pretest, slik at kandidaten på et senere tidspunkt kan få et mål på sin utvikling.

Følgende moduler vil være med i E-læringsprogrammet:

- Introduksjon
 - m/film 1
 - teori

- Elektrofysiologi
 - teori

- Apparatatur
 - teori
 - m/film 2 (demo Thymatron IV)

- Stimulustitrering
 - teori
 - m/film 3 (Demo stimulustitrering)

- Gjennomføring
 - teori
 - medikamenter før og under ECT

- Kursprøve(repetisjon av pretest)

I introduksjonen vil man også redegjøre for kursets intensjon, hvem kurset er laget for, at det er kombinasjon av video og teori samt pretest og kursprøve. Slik gjennomføring av alle moduler i kurset og bestått kursprøve, i tillegg til deltakelse i obligatorisk hospitering og veiledet behandling, vil gi aktuelle opplæringskandidat rett til å gjennomføre selvstendig behandling med ECT i Sykehuset Innlandet. Man tenker seg at LIS-leger i Sykehuset Innlandet HF må gjennomføre ovennevnte for å

kunne få godkjent sin i utdanningsplan i spesialistutdanningen, såkalt ”erfaring” med ECT.

I en del av den modulbaserte opplæringen er det gjort opptak til tre filmer. Opptakene ble gjort i september 2010. Film nr. 1 tar for seg et intervju i dialogform mellom to kollegaer som snakker om ECT. I tillegg til å formidle kunnskap som del av E-læringsprogrammet, ønsket en gjennom intervju med den svært erfarne ECT-legen, Per Bergsholm (den eneste i Norge med doktorgrad i forhold til ECT), å formidle hans lange erfaring, gode holdninger og rutiner til kommende LIS-leger som ønsker å starte med ECT. Film nr. 2 vil ta for seg demonstrasjon av apparatur. Mens film nr. 3 har med pasienter som har sagt seg villig til å delta i et slikt E-læringsprogram, pasientene blir anonymisert i den endelige versjonen. Denne filmen vil ta for seg en helt konkret teknikk i forhold til å gi ECT-behandling, teknikken heter stimulustitrering og er spesiell ved at den behandler den enkeltes individuelle krampeterskel som gjør at man kan beregne en mer individuelt tilpasset energimengde til den enkelte pasient, dette i motsetning til den rådende metoden i Norge som på et generelt grunnlag gir en viss dose avhengig av alder til den enkelte, altså ikke individuelt vurdert.

5. ECT-behandlingslinje

5.1 Generelt om behandlingslinjer i Helse Sør-Øst og Sykehuset Innlandet HF

På Internettsiden til kunnskapssenter for helsetjenesten, kan vi finne en artikkel om bruk av behandlingslinjer i (Nasjonalt kunnskapssenter, 2010). Det vises til at man ved å bruke behandlingslinjer innenfor sykehusvirksomhet kan få bedre dokumentasjon og færre komplikasjoner, uten at kostnader eller liggetid blir påvirket negativt. Det blir henvist til en Cochrane-oversikt hvor Thomas Rotter og medarbeidere er forfattere i den tredje utgaven av Cochrane Library, det var inkludert 27 studier, totalt 11.398 deltakere (Rotter og medarbeidere, 2010). Det viste seg at liggetid ble redusert signifikant i de fleste studiene, og i noen tilfeller også reduserte kostnader for sykehusene.

De senere årene har behandlingslinjer og pasientforløp vært et av satsingsområdene innenfor Helse Sør-Øst. Dette fremgår også tydelig på Helse Sør-Østs hjemmesider, og der finner man også en nettartikkel datert 10.02.10 med forfatter Nils Hagen, som i artikkelen "Behandlingslinjer og pasientforløp som et av flere virkemidler for å sikre god praksis i Helse Sør-Øst", beskriver dette nærmere (Hagen, 2010).

Der fremkommer det at "hensikten med behandlingslinjer er å sikre høy faglig kvalitet, god logistikk og planlegging samt effektiv ressursutnyttelse". Det fremgår også i denne artikkelen at Helse Sør-Øst vektlegger helhetlig pasientforløp i strategisk utviklingsplan som går mot 2020, og det siteres fra denne utviklingsplanen: "God kunnskapshåndtering, helhetlige pasientforløp og kontinuerlig kompetanseutvikling er en forutsetning for god pasientbehandling av høy kvalitet". Artikkelforfatter peker i forlengelsen av dette sitatet på at "behandlingslinjer blir da ett av flere virkemidler for å sikre god praksis.

Helse Sør-Øst har de senere årene jobbet mot å utvikle behandlingslinjer, spesielt virker det som om de har jobbet aktivt siden september 2007, hvor den første fellessamlingen vedr. behandlingslinjer ble arrangert 11.-12. september 2007 av Helse Sør-Øst RHF, med 85 deltakere fra de ulike helseforetakene(Nyland, 2007).

På tilsvarende måte som det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst har dette som satsingsområde, har Sykehuset Innlandet HF som del av Helse Sør-Øst også integrert behandlingslinjer og kunnskapsbasert praksis og kvalitet som del av sin strategiske utviklingsplan for 2009-2012 (Sykehuset Innlandet HF, 2010).

Det fremkommer i den strategiske utviklingsplanen vedr. kunnskapsbasert praksis og kvalitet: ”Målbilde 2012: Sykehuset Innlandet bruker kunnskapsbasert praksis som metode for å sikre pasientene likeverdig, virkningsfull, trygg og sikker behandling”.

I forhold til kunnskapsbasert praksis blir både brukermedvirkning og virkningsfull behandling trukket frem som sentrale forhold. ”Kunnskapsbasert praksis kan defineres som å gjøre bruk av den beste tilgjengelige forskningskunnskapen, kunnskap om pasienten og klinikerens erfaring i det konkrete pasientmøtet”.



Figur 1

Det ble videre trukket frem at linjeledelsen har ansvaret for kvalitetssystemet og for ”å sørge for kontinuerlig utvikling og god faglig praksis og kvalitetsforbedring”. I samme dokument oppsummeres under punktene strategi mot 2012 følgende som et hovedpunkt: ”Det skal arbeides systematisk med kunnskapsbasert praksis og behandlingslinjer”.

På hjemmesidene til Sykehuset Innlandet www.sykehuset-innlandet.no, så vil man nå på første siden til høyre få opp valget ”BEHANDLINGSLINJER”. Dersom man logger seg inn på dette valget får man opp hovedsiden for behandlingslinjer og det gis følgende informasjon om hva dette er: ”Behandlingslinje er en fastlagt organisering av et behandlingsforløp for den aktuelle pasientgruppen.

Behandlingslinjene:

- gir oppdatert kunnskap til både pasienter, pårørende og helsepersonell,
- inneholder kunnskap om symptomer, henvisning, diagnose, behandling, oppfølging/rehabilitering,
- er tverrfaglige.

Pr. 18.10.10 er følgende behandlingslinjer ferdige.

- ADHD hos barn og unge,
- demens,
- elektrokonvulsiv terapi (ECT),
- KOLS,
- strabisme (skjeling) hos barn og unge.

De to siste behandlingslinjene som ble ferdige i oktober 2010 var KOLS og ECT-behandlingslinja, og vi vil se nærmere i oppgaven på ECT-behandlingslinja.

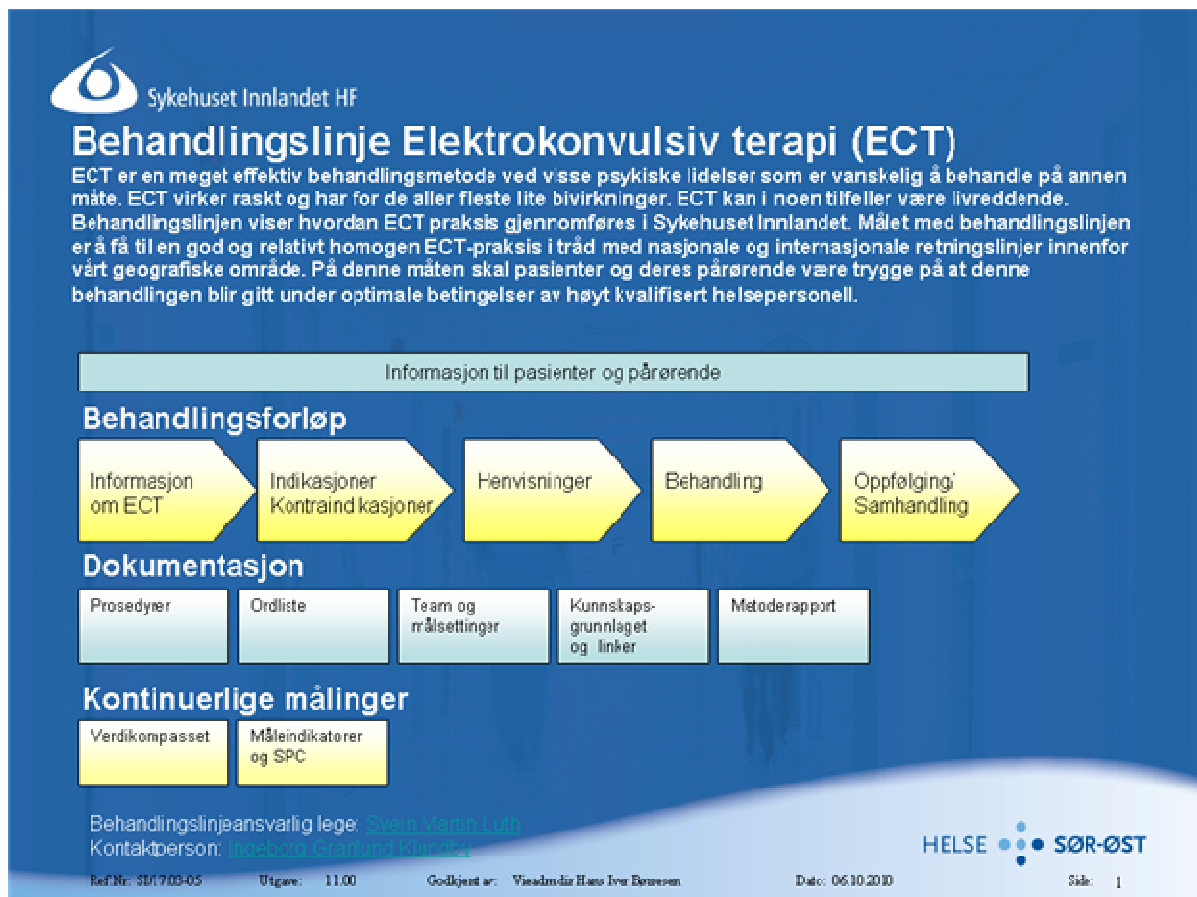
5.2 Behandlingslinje elektrokonvulsiv terapi (ECT)

Det ble høsten 2009 startet et arbeid med behandlingslinje elektrokonvulsiv terapi (ECT). Arbeidet med ECT-behandlingslinja var det andre området i psykiatrien hvor en startet med å utvikle dette. Fra tidligere hadde SIHF startet arbeid med behandlingslinje for demens, som ble ferdig i sin første versjon før ECT-behandlingslinja var ferdig utviklet. ECT-behandlingslinja var ferdig publisert og lagt tilgjengelig ut på Internett for alle medio oktober 2010, etter vel ett års arbeid med denne linjen. Teamet som jobbet med behandlingslinjen bestod av 6 spesialister i psykiatri, 2 prosessveiledere, 1 avdelingssjef, som også er leder av ekspertgruppen for psykiatri og har kontakten med divisjonsledelsen. I tillegg var det en brukerrepresentant fra Mental Helse Hedmark, samt en praksiskonsulent, altså en fastlege som representerte kommunehelsetjenesten. Arbeidet var preget av teamarbeid hvor man møttes regelmessig, ca. hver annen måned i denne perioden, med unntak av ferieperioder, og oppmøtet var relativt godt på møtene. Varighetene av møtene var fra en halv til en hel dag. Alle medlemmene av teamet kunne komme med innspill og evt. skriftlige forslag til hva en skulle ha med i behandlingslinja, og ingen dokumenter ble tatt med uten at det ble gjennomgått i fellesskap i teamet. Avslutningsvis ble alle enkeltdelene av behandlingslinjen godkjent av assisterende divisjonsdirektør i Divisjon psykiatri, Jørgen Brabrand, og endelig godkjent av viseadministrerende direktør Hans Iver Børresen i SIHF sentralt. Således ble ECT-behandlingslinjen forankret på høyeste ledernivå før den ble gjort offentlig tilgjengelig via Internett og også Intranett i Sykehuset Innlandet HF.

Figur 2, 3 og 4 viser prosessen i å logge seg inn på ECT-behandlingslinjen fra hjemmesiden til SI HF www.sykehuset-innlandet.no.

Figur 2

Figur 3



Figur 4

I forlengelsen av publiseringen av behandlingslinje for ECT, har man sett det som viktig å implementere behandlingslinjene på de ulike lokalisasjonene som Sykehuset Innlandet HF har i Innlandet. ECT-behandlingslinja ble i oktober/november presentert på følgende lokalisasjoner: Brumunddal, Lillehammer, Reinsvoll, Gjøvik, Sanderud, Tynset, Otta og Kongsvinger.

Som del av denne oppgaven, og som et viktig arbeid og tilbakemelding til teamet rundt ECT-behandlingslinjen, ble det utarbeidet et spørreskjema, spørsmålene og resultatene presenteres nedenfor.

6. Egne data

I arbeidet med denne oppgaven har det vært gjennomført to ulike undersøkelser som har ulikt design. Det er naturlig å presentere disse hver for seg.

6.1 Kvantitativ del

6.1.1 Introduksjon

Som et hjelpemiddel og som en tilbakemelding på presentasjonen og implementeringsarbeidet i forhold til ECT-Behandlingslinje, ble et kort spørreskjema utarbeidet. Resultatene gav oss tilbakemeldinger på hvordan deltakerne på slutten av kurset stiller seg til ECT som behandlingsmetode og hva de tror om hvor nyttig ECT-behandlingslinjen kan bli for dem i klinisk hverdag.

6.1.2 Materiale

Materialet presenteres i Tabell 4.

Tabell 4. Kursdato, kurssted og antall deltakere per kurs

Dato	Sted	Antall deltakere
19.10.2010	Lillehammer	9
21.10.2010	Reinsvoll 1	59
25.10.2010	Fagernes	29
27.10.2010	Gardermoen	36
29.10.2010	Reinsvoll 2	19
02.11.2010	Tynset	35
04.11.2010	Otta	16
	Totalt	203

Man ønsket også å få vite fagbakgrunnen til den som svarte på spørreskjemaet (lege, sykepleier, hjelpepleier eller annet), samt hvilket arbeidssted de jobbet innenfor, enten Sykehuset Innlandet (SI) eller kommunehelsetjenesten, evt. et annet sted om dette var aktuelt. For de som jobbet innenfor Sykehuset Innlandet var man interessert i å vite om disse jobbet i psykiatrien eller somatikken.

6.1.3 Metode

Spørreskjemaet inneholdt tre spørsmål:

1. ”Min holdning til elektrokonvulsiv terapi (ECT) til bruk mot depresjon er”:
Svaralternativ:1 til 5,og hvor 1 var svært negativ og 5 var svært positiv”.
2. ”Jeg tror at behandlingslinjen for ECT kan være et nyttig sted for å lære mer om ECT”. 1 til 5 skala hvor 1 var svært lite sannsynlig og hvor 5 var svært sannsynlig.
3. ”Du har fått ansvar for å følge opp en pasient som nylig har gjennomgått ECT-behandling. Hvor sannsynlig er det at behandlingslinja for ECT vil være en kilde til informasjon om denne behandlingsformen”. 1 til 5 skala hvor 1 var svært lite sannsynlig og hvor 5 var svært sannsynlig.

Det fremgikk av skjemaet at undersøkelsen var anonym.

Spørreskjemaene ble delt ut på følgende steder: Lillehammer, Reinsvoll 1, Fagernes, Gardermoen, Reinsvoll 2, Tynset og Otta (se Tabell 4) hvor det også fremgår antall deltagere.

Alle som deltok på presentasjonene av ECT-behandlingslinjen fikk delt ut skjemaet, men fikk muntlig informasjon om at undersøkelsen var anonym og at svarene ville være til hjelp for de som jobber med behandlingslinjen for ECT i Sykehuset Innlandet. De fikk videre beskjed om at undersøkelsen var frivillig, at vi delte ut til

alle, men at man kunne levere blanke besvarelser om man ikke ønsket å delta. De fikk også beskjed om at skjemaet var til låns, og at det ville bli samlet inn etter at presentasjonen var ferdig.

Deretter ble dataene plottet inn i en Excel-fil og enkle statistiske beregninger gjennomført.

6.1.4 Resultater

Det var 203 deltagere, åtte svarark var helt blanke og fire manglet ett eller flere svar. Hvis man trekker disse fra totalantallet kom vi på N=194/195/191 (svarprosent på 96%) som ble tatt med i våre analyser.

Tabell 5. Fordeling av svarpoeng etter tilhørighet av respondentene

	Holdning til ECT	BHL som et sted å lære	BHL som info ved behandling	% av utvalget
Median kommune i Innlandet (n=91/92/90)	4	4,5	5	45 %
Median annet sted: Gardermoen + andre (n=38/38/37)	4	5	5	19 %
Median SI psykiatri (n=54/54/53)	4,5	5	5	27 %
Median SI somatikk (n=11/11/11)	4	5	5	5 %
Median alle (N=194/195/191)	4	5	5	96%

SI=Sykehuset Innlandet HF; BHL=Behandlingslinje

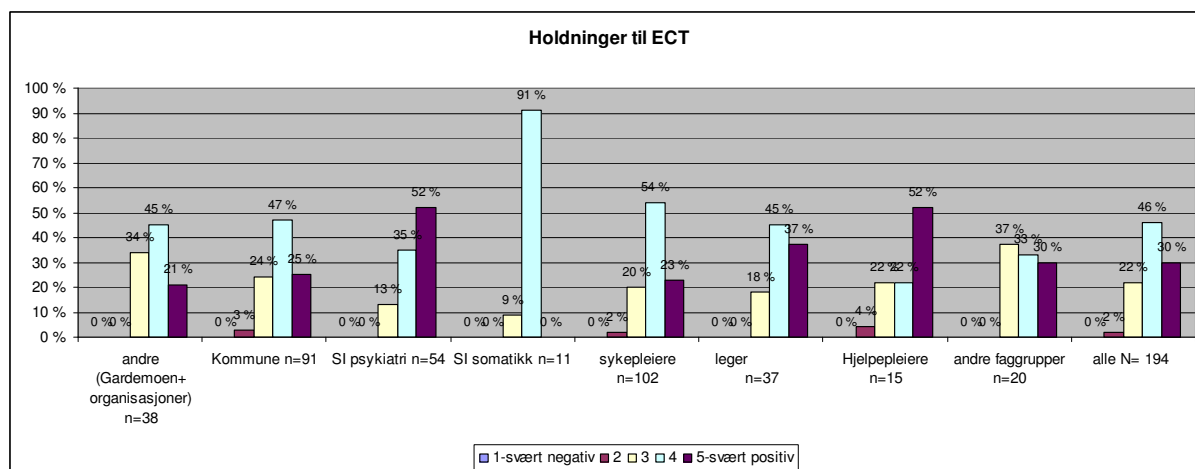
Det fremkommer at ansatte i SI psykiatrien viser en tendens til å være mer positive i sin holdning til ECT enn resten av utvalget. Gardermoengruppen og ansatte innenfor SI psykiatri er gjennomsnittelig noe mer positive til at behandlingslinjer kan være et nyttig sted å lære mer om ECT (se Tabell 5). I forhold til det siste spørsmålet vedrørende sannsynlighet for at behandlingslinjen kan være en kilde til informasjon, var det små forskjeller mellom totalgruppen og ansatte i SI somatikk (se Tabell 5).

Spørsmålet om holdninger til ECT, fordelt på arbeidssted, viser at det er de som jobber i psykiatrien som er mest positive i sin holdning til ECT, mens 25% av de i kommunen har svart med toppscore på dette spørsmålet.

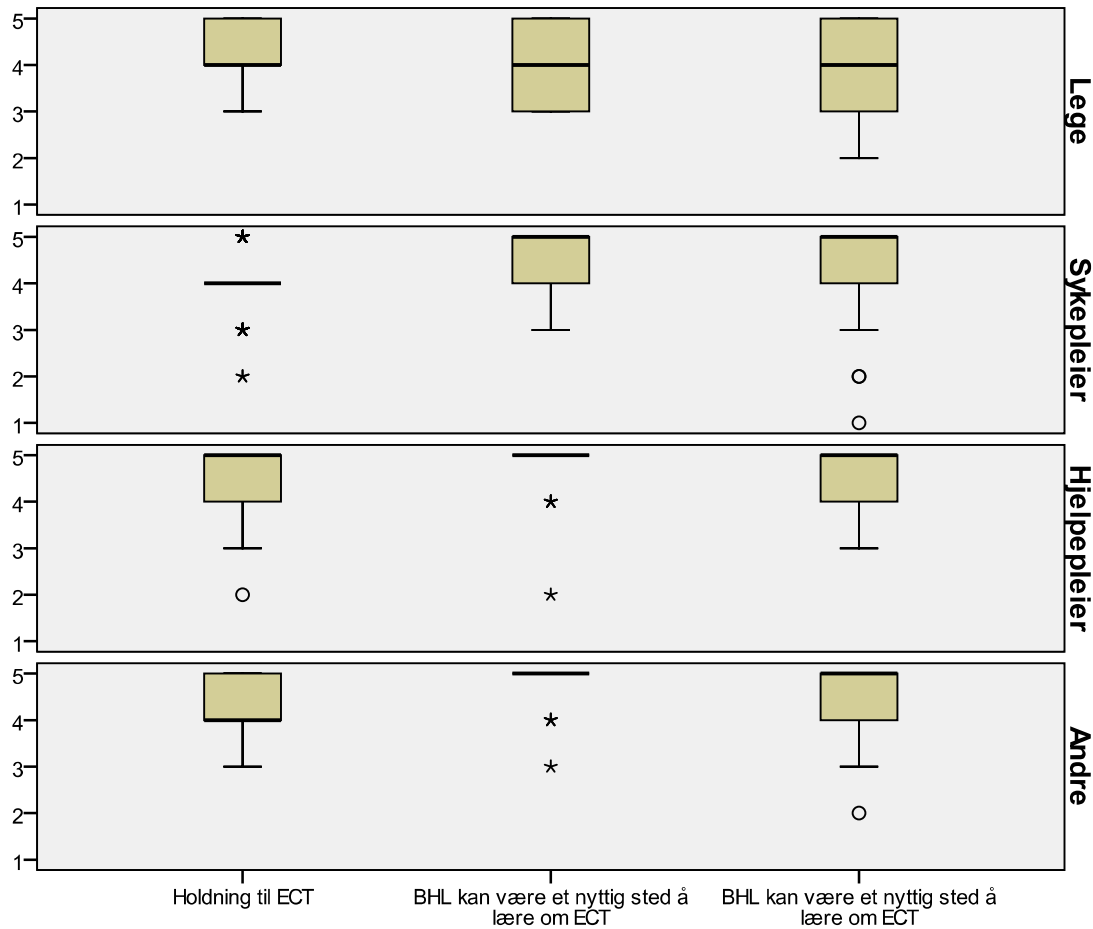
Tabell 6. Fordeling av svarpoeng etter yrkesgrupper

	Holdning til ECT	BHL som et sted å lære	BHL som info ved behandling	% av utvalget
Median andre faggrupper (n=29/31/30)	4	5	5	15 %
Median hjelpepleier (n=23/23/23)	5	5	5	11 %
Median lege (n=38/38/37)	4	4	4	19 %
Median sykepleier (n=103/103/102)	4	5	5	51 %
Median alle (N=194/195/191)	4	5	5	96 %

Tabell 7. Fordelingskurve mellom ulike faggrupper for holdninger til ECT



Tabell 8. Box-plott som viser fordelingen av svaralternativene 1-5 avhengig av yrkesgruppe



Den tykke streken er medianen, boksen spenner fra 25 til 75 percentilen, stjerner og ringer er "utliggere".

6.1.5 Diskusjon

Det virker altså som om man er mer positiv når man jobber nærmere opp mot ECT-problematikken enn når man ikke gjør det.

Påfallende var det også i forhold til yrkesgrupper, her ønsker jeg i forhold til spørsmål 1, holdning til ECT, primært å se nærmere på forskjellen mellom hjelpepleiere og sykepleiere. Vi ser tydelig av resultatene at 52% av hjelpepleierne som har svart (n = 15), scorer toppscore 5, og er altså mest positive av alle yrkesgrupper i forhold til ECT. Derimot er det 23% av sykepleierne (n = 102), som har scoret 5 på denne. Man kan undre seg på om hjelpepleierne er den yrkesgruppen som er nærmest pasientene i

omsorgssituasjoner flest timer i døgnet, og på den måten følger utviklingen til pasienten best. Ofte har sykepleiere i dag mer administrative oppgaver og oppgaver som å dele ut medisiner osv.

På denne bakgrunn fulgte jeg opp disse vurderingene videre på egen post, post 2A, avdeling for alderspsykiatri, Sykehuset Innlandet HF Reinsvoll. Resultatet ble følgende: I perioden 01.09. – 08.11., var det 12 sykepleiere som fulgte pasientene til ECT-behandlinger, i samme periode var det 34 hjelpepleiere som fulgte pasienter fra Reinsvoll til ECT -behandlinger. Vanligvis bruker man en ansatt pr. pasient for å følge til ECT. Det er mulig at dette med nærhet og dette at man er med på ECT-behandling, og på den måten gjør et bevisst valg som påvirker ens holdning til ECT indirekte, er forklaringen. Man kunne også tenke seg en annen forklaring, at sykepleiere har mer interesse for andre terapiformer som de evt. har fordypet seg i, og at det er et bevisst valg i forhold til terapivalg og ikke nødvendigvis relatert til nærhet til pasientene.

Totalt sett på de tre spørsmålene ser vi at alle tre spørsmålene blir besvart svært positivt, det er ikke normal fordeling i besvarelsene, og derfor er medianverdien tatt med da det er bedre å bruke median i denne sammenhengen.

Det er vanskelig å si hvorfor folk er så positive i sine svarresultateter, det er mulig at jo mer kunnskap man får om ECT og jo mer man jobber med det, jo mer positiv blir man i holdning og i forhold til å benytte en slik behandlingslinje. En studie av Karen Oldenwening viser at man får mer positiv holdning til ECT når ansatte får opplæring og erfaring med denne behandlingsforman (Oldenwening, 2009).

Det at Gardermoengruppen og ansatte innenfor SI psykiatri svarer noe mer positivt i forhold til om behandlingslinjer kan være et nyttig sted å lære mer om ECT, til sammenligning med svaret fra totalgruppen, har vel nettopp sammenheng med at dette er personer som har hatt interesse for behandlingslinjer. Undersøkelsen fra Gardermoen hadde en noe annen sammensetning da det var færre som jobbet i

psykiatrien, men det spesielle med denne gruppen var at mange av disse jobbet med behandlingslinjer i et prosjekt enten indirekte eller direkte.

Det at BHL for ECT er gjeldende prosedyre for ansatte i psykiatrien i SI og at de har mer forhåndskunnskaper enn ansatte i somatikken og kommunene kan også være påvirkende faktorer.

Det ville vært også interessant å dele ut spørreskjemaene før og etter kurset for å se hvor mye kurset om ECT-BHL påvirker svarene.

Det kan tenkes å være andre relevante funn i disse datamengdene, men her har vi valgt å sentrere det om ovennevnte. Vi ser at funn fra spørreskjemaet kan ha nytte i forhold til det videre implementeringsarbeidet til mine kolleger for å få tilbakemeldinger fra deltakerne. Spørreskjemaet vil derfor bli brukt i det videre implementeringsarbeidet, selv om forfatter pga denne oppgavens innleveringsfrist ikke får med ytterligere data fra den videre datainnsamlingen. I denne oppgaven var det nyttig og motiverende å se hvor positive svar vi fikk både i forhold til svar om behandlingslinjer og holdning til ECT. Det tyder på at behandlingslinjer er noe mange ser på som nyttig i sitt arbeid.

6.2 Kvalitativ del

6.2.1 Forfatters forforståelse som han tok med seg inn i gruppen

Som nevnt innledningsvis i oppgaven, hospiterte undertegnede i 2007 ved Albert Road Clinic i Melbourne, i staten Victoria i Australia. Der finnes det statlige retningslinjer som er svært så spesifikke i forhold til godkjenning av ECT utøver, godkjenning av lokaler, rutiner osv. og der var det for eksempel alltid krav om at det både skulle være anestesilege og psykiater tilstede under slike behandlinger. Forfatter hadde ikke i forkant av intervjuet gjort seg opp noen fastlåst mening i forhold til om det var riktig eller galt å bruke sykepleier til ECT virksomhet. Imidlertid har forfatter

helt siden han kom tilbake fra Australia ment at vi burde få til en norsk variant av retningslinjer på en eller annen måte, men ikke nødvendigvis lik de australske. På den måten kan man få til en mer homogen og forutsigbar praksis i Norge, med like standarder til utøvelse av ECT virksomheten til beste for pasientene. Slik det er i dag er det ingen som har oversikt over hvor ECT gis, hvordan det praktiseres, hvordan opplæringen foregår, hvor mange behandlinger som gis og det kan man ikke si er særlig betryggende for befolkningen. Det er nødvendig at ECT virksomheten foregår på en slik måte at den oppnår nødvendig anerkjennelse, i noen tilfeller er det som kjent livreddende med ECT og da er det viktig at praksisen utøves på en forsvarlig og god måte, slik at man ikke risikerer et underforbruk av denne gode behandlingen. Dette var forfatters synspunkter og holdninger som ble tatt med inn i intervjusituasjonen, men som han etter beste evne forsøkte å ikke la skinne igjennom i diskusjonen.

6.2.2 Design

Dels på bakgrunn av den høyst begrensede oversikten sentrale helsemyndigheter har over ECT virksomhet som finnes i Norge, men også på bakgrunn av den begrensede forskningen som frem til nå er publisert om Norske ECT forhold, fant undertegnede ut at et kvalitativt design for datainnsamling ville være mest nyttig å bruke for å besvare mine forskningsspørsmål.

6.2.3 Metode

Et kvalitativt design med bruk av fokusgruppeintervju ville på en rask og hensiktsmessig måte kunne gi meg en ”temperatur” på hvor ECT miljøet i Norge var der og da, blant annet kunne man da få frem holdninger i forhold til mine forskningsspørsmål. Fokusgrupper har sin styrke i å få frem erfaringer til informantene (Bjørndal 2007, s.135)

Det ble valgt en semistrukturert tilnærming, siden hovedtema var gitt på forhånd, men det var også mulighet til at andre temaer kunne komme frem. Det ble i denne

sammenhengen et vesentlig poeng for meg å få frem bredden i det norske ECT miljøet, som egentlig ikke er noe stort miljø, men mer å betegne som spesielt interesserte leger og sykepleiere innenfor det norske psykiatri miljøet. Jeg valgte derfor å reise til et av de få samlingspunktene for ECT interesserte i Norge, nemlig et møte i den nordiske ECT foreningen N.A.C.T (Nordic Association for Convulsive Therapy), som i 2009 hadde møte i Ystad i Sverige fra 30/9-2/10.

6.2.4 Informasjon om gruppen

Flere av de norske deltakerne på denne konferansen, ble i pausene mellom foredragene første dagen, spurt om de ville delta på et gruppeintervju etter at dagens offisielle forelesningsprogram var over. Intervjuet ble foretatt onsdag ettermiddag den 30.09.2009. Deltakerne var altså ikke forberedt på noen måte før de kom til konferansen, likevel var de fleste positive til å delta. For å få frem bredden i det norske ECT miljøet ble det lagt vekt på å få med deltakere som hadde ulik geografisk tilhørighet, ulik erfaring i forhold til å utøve ECT virksomhet, samt ulik yrkesbakgrunn. Det siste med tanke på at det de senere årene ved flere steder har blitt gjennomført ECT virksomhet med sykepleiere involvert i selve ECT utøvelsen, noen steder uten at leger er tilstede. For å kunne få frem nødvendig bredde, var det ønskelig at gruppen var relativt stor, noe den også ble.

Foruten undertegnede var det 11 deltakere til stede under gruppeintervjuet. Derav 7 leger og 4 sykepleiere, foruten om intervjuer som også er lege. Erfaringen med ECT blant legene varierte fra 3 til 32 år, mens erfaringen blant sykepleierne var fra 4 til 18 års erfaring.

Kun to deltakere jobbet på samme sykehus, de øvrige jobbet på ulike steder i Sør-Norge.

To jobbet ved Psykiatrisk avdeling på Lier, Buskerud Sykehus, Vestre Viken i dag.

En hadde jobbet ved Sykehuset Østfold avdeling Fredrikstad i mange år, men var nå sluttet.

En hadde jobbet ved Sykehuset i Tønsberg, jobbet nå ved DPS.

De andre jobbet ved følgende geografiske steder:

Alderspsykiatrisk poliklinikk på Diakonhjemmet.

Blakstad, Vestre Viken.

ECT enheten på A-HUS.

ECT poliklinikken i Tønsberg.

Sykehuset i Haugesund.

Alderspsykiatrisk avdeling på Dikemark.

Intervjuer jobber på Sykehuset Innlandet HF, Reinsvoll.

Jeg kjenner til at 2 av deltagerne har doktorgrad, flere av deltagerne er blant de mest erfarne og sentrale i det norske ECT miljøet, på den måten at de har vært involvert i å skrive artikler, pasientbrosjyrer, lærebokkapitler, prosedyrer, deltatt aktivt i etableringen av N.A.C.T. eller undervist innenfor temaet ECT i Norge. Vel så viktig var det at vi fikk med noen med mindre erfaring, eller som representerte ”det nye” i Norge, nemlig at sykepleiere setter ECT.

6.2.5 Mer om gjennomføringen av intervjuet, varighet og min rolle

Jeg hadde på forhånd noen temaer som jeg ønsket å berøre i intervjuet, men spørsmålene / temaene, var mer å regne som en slags sjekkliste over sentrale punkter som jeg temamessig ønsket å berøre, men også noen konkrete spørsmål, spesielt i den innledende delen, man tilstrebet en uformell tone og fulgte opp noen temaer som deltakerne selv brakte inn og som var relevante for oppgavens temaer. Således må man vel kunne si at man tilstrebet en semistrukturert form, og klarte vel etter min mening dette langt på veg.

Siden flere av deltakerne ikke kjente hverandre fra tidligere var det nødvendig med en presentasjonsrunde, derfor tok vi en runde rundt sirkelen vi satt i og hvor alle ble bedt om å presentere seg, oppgi hvor de jobbet og si hvor mange års erfaring de hadde med ECT, dette tok vel mellom 10 og 15% av intervjutiden, den totale tiden var ca. 55 minutter.

Deretter ble følgende spørsmål stilt av oppgaveskriver:

”hvordan synes dere ECT-praksisen i Norge er? Er den god?”

Etter dette var ordet fritt, samtalen gikk mye av seg selv mellom deltakerne, men med nødvendig styring innimellom av undertegnede i forhold til oppfølging av relevante temaer.

6.2.6 Opptaksmedier og transkripsjon

Det ble gjort opptak av fokusgruppeintervjuet på 3 ulike opptaksmedier. To ulike diktafoner innstilt i konferansemodus ble brukt usynkront, på den måten at den ene ble startet noen minutter før den andre (men begge før intervjuet startet), slik at det alltid var en av dem som gjorde opptak selv også når man måtte snu eller skifte bånd på den ene. I tillegg ble det brukt en PC med opptaksprogrammet Audacity som gjorde kontinuerlig opptak uten behov for kassettskift som diktafonene trenger. Alle opptaksmedier fungerte rimelig bra, noen som lettet transkriberingen noe. Transkripsjonen bidrar til at man får en bedre struktur i materialet, bedre overblikk, noe som senere letter analysen (Kvale 2001, s.105). Skriftliggjøringen av intervjuet ble på hele 12 tettskrevne A4 sider med linjeavstand 1. På tross av at undertegnede fikk noe skrivehjelp på første skriftlige utkast, så var dette likevel et omfattende arbeid hvor man måtte høre igjennom alle opptaksmediene flere ganger for å få med seg nøyaktig alt det som de ulike deltakerne bidro med. I denne fasen av bearbeidelsen, ble alle kommentarer knyttet med navn til den som kom med uttalelsen. Det med å knytte navn til kommentarene er naturligvis informasjon som etter at oppgaven er godkjent vil bli slettet, siden alle hadde fått beskjed om at de

kunne snakket fritt og at spesifikke kommentarer ikke ville bli publisert knyttet til dem som enkeltpersoner men som kommentarer fra gruppen. Jeg har også i sitatene jeg har brukt, av samme grunn, fjernet navn som deltakerne bruker om andre deltakere i intervjuet, til dels har jeg gjort det samme i forhold til navn på geografiske steder deltakerne nevner.

6.2.7 Resultater og refleksjoner

Mange ulike temaer ble berørt i fokusgruppeintervjuet, og det vil bli for omfattende å skulle gå inn på alle disse temaene på en utfyllende måte i denne oppgaven. Primært vil derfor temaer som er relevante med tanke på oppgavens forskningsspørsmål og problemstillinger blir prioritert. Innledningsvis i dette kapittelet vil likevel noen andre temaer bli referert, men uten at de vil bli diskutert i dybden.

6.2.7.1 Temaet fra fokusgruppen som ikke var direkte relatert til oppgavens hovedtemaer

6.2.7.1.1 Motstand mot ECT

Den folkelige motstand som finnes mot ECT ble diskutert, samtidig kom det frem at det også er noe motstand innenfor fagmiljøene. Denne motstanden er kanskje enda større enn den folkelige motstanden. Tar med følgende 3 sitater for å illustrere dette:

”Jeg begynte i -76På den tiden var det veldig mye motstand mot ECT, og det har nok preget ECTen i Norge hele tiden etterpå.” (Side 1, linje 27-29).

”.....du har den faktoren som har forfulgt dere i alle de 30 årene dere har drevet, og det er den offentlige motstand mot ECT.” (Side 6, linje 267-268).

”Og det er en del av våre kollegaer som helt åpenbart er motstandere, om ikke veldig aktivt, så i hvert fall passivt, og man ser det også blant ass. leger at det er en del du må nærmest dra etter håret for å få dem til å være med på opplæring under spesialiseringen, og noen overleger også blånekter.” (Side 7, linje 327-330).

Siden denne oppgaven ikke har som tema å diskutere for eller imot ECT, blir det ikke riktig å diskutere dette temaet i dybden, men mer konstantere at deltakerne i denne fokusgruppen opplever en viss motstand mot ECT, enten fra kolleger eller fra annet hold. Dette samsvarer også med forfatters erfaring.

6.2.7.1.2 Samtykke til ECT

Det at pasienten frivillig må samtykke til ECT, var også et tema som ble diskutert. Kun i tilfeller hvor pasienten ellers vil kunne dø, kan man gjøre det uten pasientens samtykke, såkalt vital indikasjon. Noen opplevde dette som problematisk, spesielt i de tilfellene hvor pasienten ikke er kommet dit ennå, at det er fare for liv, men hvor de pga sykdom er så preget at de ikke har nok innsikt til å velge ECT som behandling, selv om det trolig ville forkorte tiden med lidelse. Det ble nevnt at ECT her skiller seg fra annen type behandling, hvor pasienten ofte får den behandlingen som spesialisten forordner.

”.....i Norge så må man jo ha et samtykke fra pasienten for å kunne sette i gang ECT, ECT blir jo skilt ut fra alle andre behandlinger, ellers så vurderer du på klinisk grunnlag hva slags behandling pasienten skal ha ved en lidelse....” (Side 10, linje (458-460).

”Det med samtykkekompetanse når en er dypt deprimert er jo også et problem.” (Side 10, linje 467).

”Tenk på som suicidforebyggende tiltak så skal man da få en suicidal pasient som nettopp er ferdig med tauet, ikke sant, til å skrive under på at jeg vil gjerne ha ECT. Hvis pasienten virkelig ønsker å dø...” (Side 11, linje 493-495).

Det ble videre diskutert om samtykke fra pasienten også måtte være i skriftlig form, de fleste mente nok det, men det var også noen som mente at dette ikke var nødvendig

6.2.7.2 Kvalitet og organisering

Mange av innspillene som kom kan plasseres inn under denne overskriften. Flere av synspunktene som fremkommer nedenfor, kom etter at oppgaveskriver rett etter presentasjonsrunden stilte spørsmålet:

”Hvordan synes dere ECT- praksisen i Norge er? Er den god?” (Side 3, linje 110).

6.2.7.2.1 Manglende generell oversikt over forholdene i Norge

Ingen av informantene ga uttrykk for at de hadde noen god oversikt over ECT forholdene i Norge, og det kom heller ikke frem opplysninger om at de kjente til at andre hadde det heller. Hvilket igjen kan ha sammenheng med at det ikke finnes noen felles innsamling av ECT opplysninger av sentrale helsemyndigheter. En svært ECT erfaren deltaker opplevde det rett og slett som vanskelig å svare på ovennevnte spørsmålet og sa det på denne måten:

”Jeg tror ingen av oss egentlig kan svare på spørsmålet, jeg tror ingen av oss kjenner alle behandlingsstedene i Norge.....” (Side 4, linje 160-161).

Når det er sagt, så kunne man likevel fornemme på gruppen non verbalt med nikking osv. enighet om enkelte utsagn, på en slik måte at dette kunne tolkes det dit hen at alle opplevde at det hadde vært en positiv utvikling i ECT praksis i Norge siden 70 tallet. En gruppedeltaker beskrev hvordan forholdene var da han startet med å sette ECT på slutten av 70 tallet, hvor den samme legen både ordnet med anestesi og ECT, noe som faglig ville ha vært helt utenkelig å gjøre i dag i Norge. Denne informanten siteres:

”.....da både satte vi ECT og ga anestesi selv,...” (Side 2, linje 95).

En annen uttrykte det slik:

”Det er blitt systematisert mer enn det var tidligere..... så jeg tror nok at praksisen har blitt betydelig bedre enn den var for 15 år siden, ” (S. 3, linje 113, 115-116).

6.2.7.2.2 Stor variasjon i norsk ECT-praksis

Flere var tydelig på at det er variasjon i norsk ECT praksis. En informant uttrykte det slik:

”Det eneste vi vet er at det gjøres veldig forskjellig.Jeg tror det er veldig ulik praksis” (Side 4, linje 161, 165).

En annen informant sa det slik:

”.....så er jeg bekymret for hvor stor variasjon det er i Norge, og at det er litt tilfeldig hvem det er som driver det, og hvor det drives, og indikasjonsstillingen.” (Side 3, linje 118-120).

En tredje deltaker formulerte det på denne måten:

”Jeg har jobbet flere forskjellige steder og ser at det er litt forskjellige praksiser....” (Side 4, linje 193).

Det ble også nevnt flere eksempler på hvilke områder hvor det er variasjon, noen av disse nevnes her:

6.2.7.2.2. 1Antall pasienter som får ECT varierer fra sted til sted

En gruppedeltaker påpekte at data som hadde vært samlet inn systematisk i alderspsykiatriske avdelinger rundt omkring i landet, hadde vist at noen avdelinger ligger langt under andre når det gjelder ECT antall:

”... de aktive avd. som gir ECT de ligger merkelig likt når det gjelder antall, altså hvor mange de gir ECT til pr. 100.000 innbyggere, mens noen avd. ligger langt langt under, så det er veldig stor forskjell på avd.” (Side 4, linje 162-165).

Eldre utgjør ofte den største aldersgruppen som får ECT, så det vil vel være rimelig å anta at forholdene i alderspsykiatriske avdelinger kan representere ECT forholdene også for andre avdelinger på samme geografiske sted. Det er en kjent sak i ECT miljøene i Norge at det gis mer ECT i dag enn det som var tilfellet på slutten av 70

tallet og begynnelsen av 80 tallet. En av deltakerne påpeker også denne utviklingen for et bestemt område i landet:

”...Ullevåls sektor lå på 3 pr. 100.000 i 1988, også har det økt til ca. 20..” (Side 4, linje 169).

Det ble videre diskutert i gruppa at antallet som burde ha hatt ECT nok er høyere, uten at det ble konkludert i felleskap omkring et bestemt antall, men et antall på mellom 30 og 45 per. 100.000 ble nevnt som et mulig antall.

6.2.7.2.2 Det er ulik ventetid for å få utført ECT

Det at en pasient som ønsker og trenger ECT, ikke får det på riktig tidspunkt, men må vente i lang tid er noe gruppedeltakerne var opptatt av. Man må vel kunne si at slike forhold bidrar til å redusere kvaliteten på det helsetilbudet pasienten totalt sett får. Det å vente unødvendig lenge på behandling, med det dette medfører av ekstra lidelse, er noe som man må kunne hevde gir redusert kvalitet i organiseringen. Det tas med noen sitater for å illustrere dette:

”Det har jo også utviklet seg en annen bekymringsfull faktor, og det er at det mange steder i landet er ventetid for å komme til og få ECT, som ikke bare dreier seg om 14 dager, men som kan dreie seg om flerfoldige uker og opptil et par måneder. Det er veldig uheldig.” (Side 3, linje 122-123).

En annen informant som støttet dette utsagnet siteres også:

”Ja dette er noen av de største bekymringene.....Ja, jeg er veldig bekymret for at anesthesiavd. setter grenser for hvor mange de kan klare.” (Side 3, linje 125-126).

Dette er også forfatters erfaring, vi hadde også problem med ventetid i Oppland fylke pga begrenset anesthesi kapasitet. Dette problemet løste seg når divisjon psykiatri erkjente dette problemet og prøvde å løse dette ved at vi finansierte en hel anesthesisykepleier stilling.

6.2.7.2.3 Sykepleiere som utfører ECT, et skandinavisk fenomen?

Det er også ulik praksis i forhold til hvilken yrkesgruppe som utfører ECT på de ulike stedene i Norge, sykepleierne har kommet på banen som gruppe. Dette er en utvikling som har kommet de siste 5-10 årene og som visstnok er enda mer utbredt i Sverige. Denne utviklingen har kommet uten at det har vært en generell debatt om dette i det psykiatriske miljøet i Norge. Enkelte steder gjør sykepleierne dette helt selvstendig uten at lege er til stede, andre steder så gjør en erfaren sykepleiere det med en mer eller mindre erfaren lege til stede. Ingen har egentlig full oversikt over hvor mange steder det per i dag er sykepleiere som utfører ECT i Norge, men siden det var sykepleiere til stede under intervjuet fra 4 ulike geografiske steder som hadde slik praksis (Psykiatrisk avdeling på Lier Vestre Viken, ECT poliklinikken i Tønsberg, ECT enheten på A-HUS, ECT poliklinikken i Tønsberg), så var det enighet i fokusgruppen om at det trolig måtte dreide seg om minst 5-6 ulike steder i Norge, forfatter tror det dreier seg om enda flere steder.

Hva årsaken til denne skandinaviske utviklingen kan være, er vanskelig å si, men mangel på leger generelt i psykiatrien, og ECT interesserte leger spesielt kan være en forklaring. Mange steder hvor det ikke har vært noen ECT ansvarlige leger eller leger som er spesielt interessert i temaet ECT, så er det min erfaring at det fungerer dårligere. Jo flere involverte leger som ikke er spesielt interesserte eller opplært innenfor ECT praksis, jo dårligere vil jeg tro at det fungerer. Det har vært gjort gode erfaringer med at sykepleiere gjør dette. Sitater fra gruppen tyder også på at ECT praksisen blir bedre når få sykepleiere blir involvert i virksomheten og tar ansvar enn når mange ulike leger er involvert:

” og vi isykehus har satset en god del nå de siste fire år på organisere ECT, at vi lager en modell nå hvor faktisk 2 sykepleiere er de som teknisk gjennomfører ECT, hvor jeg som overlege har endret fra selve setting av ECT til vurderinger” (Side 4-5, linje 196-198).

Forfatter stilte deretter spørsmålet: *”Og du har god erfaring med at sykepleiere gjør det”?* (Side 5, linje 205).

” Ja jeg tror at det som vi har oppnådd som er bedre er at det er en lik behandling, teknisk sett bedre gjennomført og indikasjonen den vurderer vi, Vår praksis er sånn at førstegangs ECT og alle pasienter som vurderes som risikopasienter, må følges opp av en lege, ass. lege i psykiatri, men de som er ukompliserte og som ikke er til førstegangs ECT, de kan også sykepleier sette uten at det er lege tilstede. Vi tilstreber å ha lege tilstede, men at det skjer ikke så ofte, og vi har hatt stort frafall med sykdom, vaktturnus og det ble uregelmessig og forskjellig erfaring med hvordan legene satte ECT, og det gjorde at vi gikk over til et opplegg som er lik for alle, og dermed har vi oppnådd mye bedre punktlighet og gjennomføring av ECT.” (Side 5, linje 206-208, 213-219).

Det virker også som om andre steder har lignende erfaring med sykepleiere involvert i ECT virksomheten kanskje bedrer kvaliteten seg i forhold til noen områder, med ryddige rutiner og også bedre atmosfære til samarbeidspartnere som anestesipersonell, det tas med et sitat fra et annet geografisk sted som illustrerer dette:

” Da jeg begynte som ECT-sykepleier, og fikk den daglige oppfølgingen av det, så opplevde jeg i starten veldig stor motstand blant anestesi både leger og sykepleiere, både mot at jeg som sykepleier skulle komme, men også mot ECT som behandlingsform. Det har etter hvert gått opp for meg at det kom veldig mye av tidligere praksis hvor det gikk på omgang blant legene å være på ECT. Det var en god del feilskjær i form av at de ikke dukket opp og det var manglende papirer og det var pasienter som ikke hadde fått beskjed om å komme, så når det systemet rundt nå har blitt veldig bra, så opplever jeg at anestesipersonalet de har også blitt veldig mye flinkere til å spørre hva er egentlig ECT. De er interessert i hva de gjør. Vi har en veldig god dialog, og den motstanden den er på det nærmeste borte.” (Side 7-8, linje 341-349).

Det er ikke sikkert at dette først og fremst har med en bestemt faggruppe å gjøre, men mer sannsynlig er det at forholdene blir bedre når noen få tar ansvar og gjør en god jobb i et forutsigbart system, istedenfor mange involverte som fraskriver seg ansvar.

Denne oppfatningen er indirekte relativt sammenfallende med noen synspunkter fra intervjuet, og det tas med to sitater fra to forskjellige informanter.

".....den variabel som antageligvis skiller de gode fra de dårlige stedene var den aktive ECT-ansvarlige for å lage programmer og styre virksomheten i forhold til den passive som ikke gjør noe særlig." (Side 8, linje 382-384).

og

"Noen drevne må være på gulvet hele tida og mase hver dag." (Side 8, linje 385).

6.2.7.2.4 Uklare ansvarsforhold, kommunikasjon og oppfølging etter ECT

En åpenbar usikkerhet knyttet til det at sykepleiere setter ECT er hvem som har det medisinske ansvaret for ECT behandlingen hos den enkelte pasient. Dersom de ikke har en lege tilstede, eller en ECT ansvarlig lege som kan kontaktes i tilfelle det dukker opp problemer, så sitter de kanskje med ansvaret selv. Noen vil kanskje kunne innvende at det er den behandlende lege som har henvist til ECT som er ansvarlig, men det gjelder nok ikke fullt ut siden vedkommende ikke er tilstede i ECT rommet.

Uansett, det kom frem i fokusgruppen at dette med kommunikasjon mellom ECT temaet og behandler kan være en utfordring. Hvem bestemmer når ECT skal avsluttes, hvem følger opp etter avsluttet ECT behandling osv. Noen vil sikkert kunne si at behandlingsansvarlig lege alltid er den som har ansvaret, men det fungerer ikke alltid, og kanskje er det ECT teamet som er "nærmest" pasienten, i hvert fall i forhold til ECT respons og vurderingen knyttet til denne.

"så ser vi hva er problemet? Jo det er oppfølging, kommunikasjon mellom behandler og oss i ECT-teamet, og hvem skal på en måte bestemme hvor lenge behandlingen skal pågå. Vi har litt dårlig kontinuitet i oppfølgingen med symptomer, og der jobber vi med å forbedre den kommunikasjonen eller hvordan oppfølgingen skal skje, og også hvordan videre vedlikeholdsbehandling skal foregå. Hvem initierer det? Jeg som er ansvarlig for ECT eller behandlende lege? Fram til nå er det behandlende lege, men vi ser at det glipper, at pasienter ikke blir satt på medikasjon som vi anbefaler,

så vi prøver å forbedre kommunikasjonen og finne fram til hvor ansvaret skal ligge også for oppfølging.” (Side 5, linje 222-230).

En annen informant sa følgende:

”....Også er det en del steder lang avstand mellom de som setter ECT og de som følger opp pasientene, og det tror jeg er problematisk på sikt.” (Side 3, linje 120-121).

En tredje tok temaet litt videre i forhold til oppfølging av pasienten:

”Man kan ikke understreke sterkt nok at oppfølgingen må være veldig nitid altså for å stoppe recidivene som lett kommer, og også for å passe på at medikasjonen blir optimal etterpå også, i tillegg til den sosiale psykologiske delen. Hvis de slipper det så får man tilbakefall..” (Side 4, linje 149-152).

Nå må det sies at dette med dårlig kommunikasjon og oppfølging, samt uklare ansvarsforhold ikke virker å være et like stort problem over alt. Likevel, siden dette ble nevnt som en utfordring på et sted som på mange måter virket å være av de bedre organiserte, er det nærliggende å tenke at det kan være slike utfordringer også andre steder i Norge.

6.2.7.2.5 Undervisning, opplæring og sertifisering

Det virket som flere var enig i at undervisningen hadde blitt bedre i de senere år, og det tas med et sitat i forhold til dette, men navn og sted er fjernet for anonymitetens skyld.

”Det er blitt systematisert mer enn det var tidligere da for det er flere sentra hvor man har hatt aktiv undervisning, hos, hos deg, og dere har jo også hatt veldig systematisk undervisning, og vi har forsøkt å ha det i, så jeg tror nok at praksisen har blitt betydelig bedre enn den var for 15 år siden, ...”. (Side 3, linje 113-116).

Det å godkjenne de som skal utøve ECT virksomheten, en form for sertifisering, ble diskutert og det er allerede startet opp med dette på Lier Psykiatriske i Buskerud, Vestre Viken.

”..... nå etablert en permanent undervisning for assistentleger som er to ganger i året fire timer som fast undervisning til ass. leger, der hvor vi underviser, også sender vi våre ass. leger til kurs rundt omkring, og etter en praksis på 4-8 dager med ECT får de godkjenning, når de føler at de er trygge så godkjenner vi dem, og de får et slags diplom som viser at de er godkjente ECT-utøvere.” (Side 5, linje 209-213).

”De godkjennes, og først etter godkjenning kan de utøve. Også har vi krav som går på at avd. overlegen ikke skriver attest for tjenestegjøring ved vår avd. uten at de har den biten, den inngår i spesialiseringsopplegget hos oss.” (Side 9, linje 399-401).

Dette er en relativt grundig og godt organisert form for undervisning som stiller krav til den som skal sette ECT. Andre ECT steder kunne trolig ha nytte av et tilsvarende undervisningsopplegg. Det var kommentarer som mer enn antydte at mange har for dårlig grunnlag for å utøve ECT virksomhet i Norge, og dette er også min erfaring. Det tas med et spissformulert sitat:

”.... når man selv i meget fattige land alltid stiller med anestesi og psykiater, så er det litt rart at vi i Norge, som er et så rikt land, skal stille med anestesi i en eller annen form, og så en ass. lege som har x antall timer i noe opplæring og hvor x er langt under 20....” (Side 9, linje 430-432).

6.2.7.3 Nasjonale retningslinjer

Behov for nasjonale retningslinjer eller en standardisering og mer homogen praksis i nasjonal sammenheng ble diskutert. Flere av deltakerne hadde fått inntrykk av at det er interesse for å få laget nasjonale retningslinjer for ECT. Temaet om mer sentrale retningslinjer var berørt også før undertegnede som leder av intervjuet kom inn på det. Det tas her med et sitat som tydeliggjør dette:

”Jeg faktisk savner litt mer retningslinjer som er mer sentrale, både når det gjelder organisering, inklusjonskriterier for pasienter, hvordan det skal gis, polikliniske, innleggelser, og hvordan og hvem skal telle med” (Side 4, linje 194-196).

Spørsmålet ble også stilt av gruppeleder direkte noe senere i prosessen:

” Flere av dere har nevnt at det er stor variasjon i kanskje måten man gjør ting på, alle har sine lokale varianter som kan være gode de, men du nevnte behov for retningslinjer, og da går jeg ut fra at du tenker at det bør bli mer homogent og standardisert i nasjonal sammenheng. Hva tenker dere andre om det?” (Side 5, linje 237-239).

Forfatter fikk et tydelig inntrykk av at de langt fleste i gruppen var positive (muligens enstemmig, i hvert fall var ingen imot når det ble spurte direkte), til at det ble utarbeidet nasjonale retningslinjer. Det tas med noen kommentarer i sitatet nedenfor, navn er fjernet for anonymitetens skyld:

” det er veldig mange nå som har laget veldig fine retningslinjer,har laget et veldig fint hefte, på Søndre Borgen har de laget et hefte, hadde laget et fint hefte, jeg har laget et hefte..... Det finnes veldig mange sånne hefter.hun hadde fått hint om at det var absolutt interesse for å ha nasjonale retningslinjer for ECT....., så det kan være at tiden er inne nå, hvis noen er interessert og villig. Da må jo en lede gruppen, og så må det være en del fagpersoner som er med i en sånn gruppe.” (Side 5-6, linje 243-246, 250-252).

En annen var enda tydeligere på behovet for nasjonale retningslinjer:

”.....jeg tror det er veldig vesentlig fordi man kan ikke ha en situasjon framover hvor dette drives sånn litt etter hobbymetoden eller innfallsmetoden på ulike steder, men det er flere systemfaktorer som må falle på plass. Det ene er finansiering, altså man må få til en finansiering av ECT-virksomheten som gjør at dette kan foregå både poliklinisk og på sykehus.” (Side 6, linje 259-261).

Det ble altså nevnt at en finansieringsordning av ECT var viktig, hvor ECT praksis bør komme inn som en egen refusjonstakst, i dag er det ingen privatpraktiserende spesialister som driver med poliklinisk ECT . Det gis imidlertid ECT poliklinisk rundt omkring i landet, men dette blir trolig bare honorert med vanlig poliklinisk behandlingstakst, som langt fra dekker alle utgiftene som medfølger ECT virksomheten.

Det ble også diskutert om retningslinjer vil gjøre at motstanden blir større mot ECT, eller kanskje skjer det motsatte at retningslinjer vil gjøre at motstanden blir mindre pga mer trygghet gjennom retningslinjer som er nasjonale. Det ble pekt på at dersom ECT virksomheten er organisert på en god måte og virker profesjonelt, så vil dette virke gunstig i forhold til motstand som bl.a. finnes hos de anestesisykepleierne som deltar i ECT virksomheten.

Det ble også diskutert om man trengte å lage norske nasjonale retningslinjer eller om man bare skulle mer eller mindre oversette engelskspråklige anerkjente retningslinjer fra utlandet for eksempel fra USA.

”Det går jo an som du var inne på, skal vi ha norske eller skal det være som det var før at medisin er et internasjonalt fag, at man har å se etter i det vi regner som optimal litteratur altså. Det er jo APA-retningslinjer som oppdateres,....” (Side 9, linje 436-438).

Det ble diskutert hvor detaljerte slike retningslinjer skulle være, men at noe burde være felles var det stor enighet om.

”Det er jo visse grunnleggende momenter som uansett bør være felles. Men at det blir lokale tilpasninger det må det jo bli.” (Side 9, linje 426-427).

7. Drøfting og konklusjoner

Med bakgrunn i resultatene fra de innsamlede data fra den kvantitative og kvalitative undersøkelsen, samt forhold kommet frem i litteraturgjennomgangen, er det naturlig å nærme seg oppgavens forskningsspørsmål i denne drøftingsdelen.

7.1 Variasjon i ECT-praksis, organisering og kvalitet

Med bakgrunn i forskningsspørsmål 1: Er det variasjon i ECT-praksis og organisering i Norge og andre land, på en slik måte at dette medfører variasjon i kvalitet på tjenestene som pasientene får?

Vi har i litteraturdelen av oppgaven sett at det er stor forskjell i ECT praksis og organisering ikke bare mellom land, men også innad i det enkelte land noen steder. I Norge finnes det ingen krav om ECT-manual, ingen godkjenningsordninger eller regler for ECT-standarder, verken i forhold til godkjenning av ECT-givere, lokaler eller utstyr, slik som i staten Victoria, Australia. Av den grunn kan man kanskje anta at praksisen er mer heterogen i Norge enn i staten Victoria i Australia, og andre steder som har tilsvarende krav om retningslinjer, og man må videre kunne anta at kvaliteten varierer noe fra sted til sted i landet. Undertegnede har ikke grunnlag for å si at ECT-kvaliteten i Norge er dårlig, imidlertid kan vi trolig si at den varierer i Norge

Som nevnt tidligere i oppgaven mente Smith at det faktisk er etisk betenkelig at det er et underforbruk av ECT (Smith & Richman, 1984). Kvalitet kan som vi har sett tidligere i oppgaven vurderes i forhold til mange dimensjoner, et likverdig behandlingstilbud er en av dimensjonene som ble nevnt i pilotstudien fra Sverige. Det er altså manglende kvalitet i et tilbud om ikke alle har det tilgjengelig når de trenger det. Siden det er variasjon i tilgjengelighet i Norge på ECT, så må vi i forhold til forskningsspørsmålet si at det er variasjon i kvalitet på helsetjenesten pasientene får.

7.2 Behandlingslinjer, E-læring, undervisning og ECT-kvalitet

Med utgangspunkt i forskningsspørsmål 2: Kan behandlingslinjer, E-læring og annen strukturert undervisning bidra til å forbedre ECT-kvaliteten i Norge?

Vi har tidligere nevnt en studie som har vist at behandlingslinjer kan bedre dokumentasjon og gi færre komplikasjoner (Rotter og medarbeidere, 2010). Dette har med sikkerhet og kvalitet å gjøre, derfor er det grunn til å tro at ECT-behandlingslinjer også kan bidra gunstig i kvalitetsarbeidet. I egne data fra den kvantitative delen av oppgaven har vi sett at ansatte er positive til å bruke behandlingslinjer.

En forutsetning for at man skal kunne utføre ECT behandling på pasienter bør jo være at man har en tilfredsstillende opplæring, slik at man kan tilegne seg nødvendig kompetanse. Vi har i litteraturgjennomgangen sett at ECT-opplæring mange steder i verden har vært mangelfull. Det har i Norge vært tilgjengelige tilbud om ECT kurs i mange år, hvor blant annet psykiateren Kjell Martin Moksnes har gjort en stor innsats. Disse kursene har ofte bare vært tilgjengelige få ganger i løpet av et år. I tillegg har nok enkelte sykehus i sitt utdanningsprogram for LIS leger hatt slike tilbud. Likevel kan det gå en stund før et teoretisk ECT kurs er tilgjengelig i geografisk nærhet til LIS-legen. Forfatters erfaring er at mange LIS-leger noen steder får en kort opplæring i ECT utførelse, uten at man har fått nødvendig teoretisk undervisning på forhånd. Det er stor grunn til å tro at strengere minimumskrav om strukturert undervisning vil bidra til å bedre ECT kvaliteten i Norge. E-læring kan være et viktig bidrag til å øke tilgjengeligheten for ECT-opplæring til LIS legen.

7.3 Kan nasjonale retningslinjer bidra til å forbedre ECT-kvaliteten i Norge?

I denne oppgaven har vi sett at det er stor variasjon i ECT-organisering rundt omkring i verden. Det har i studier vært påvist stor variasjon i opplæring, ECT-praksis, utstyr

og i forhold til om det eksisterer retningslinjer. Gjennom vårt fokusgruppeintervju kom det frem overveldende støtte for at nasjonale retningslinjer burde etableres i Norge, gruppen savnet også informasjon om hvor og i hvilken grad ECT ble benyttet i ulike deler av landet. I Sverige er det startet en prosess med å utvikle bedre registreringsordninger og retningslinjer, det ville da være naturlig at også norske helsemyndigheter utviklet noe tilsvarende for norske forhold. Vi har i oppgavens kvantitative del sett at helsearbeidere ikke bare er positive i sin holdning til ECT, men at de også er positive til behandlingslinjer. Det vil derfor være sannsynlig at norske helsearbeidere også vil være positive til evt. nasjonale retningslinjer for ECT-virksomhet.

7.4 Konklusjon og forslag til tiltak

I denne oppgaven er det sett nærmere på forhold knyttet til ECT-kvalitet på en eller annen måte. Forfatter har igjennom litteraturgjennomgang, egne datainnsamlinger med kvantitativ datainnsamling, men i enda større grad gjennom intervjudata, sett nærmere på oppgavens problemstillinger. Det har fremkommet at det er stor variasjon i ECT-praksis rundt omkring i verden. Tilsvarende variasjon har vi gjennom det kvalitative studiet fått frem også gjelder i forhold til norsk ECT-praksis. Gjennom egne erfaringer i Sykehuset Innlandet HF, har vi startet et kvalitetsarbeid som har som formål å bedre det tilbudet pasienten totalt sett får. Dette har man forsøkt å gjøre gjennom utvikling av Norges første behandlingslinje for ECT, samt et E-læringsprogram som vil være ferdig til bruk ved årsskiftet 2010/2011, og som sammen med den praktiske opplæringen vil være et bidrag til å gi et bedre undervisningsopplæringstilbud for de som deltar på en eller annen måte i ECT-virksomheten.

I oppgavens litteraturgjennomgang har det kommet frem at det stor variasjon i praksis rundt omkring i verden, og gjennom denne oppgavens kvalitative del har det fremkommet at deltakerne i fokusgruppe også opplevde at det var stor variasjon i

norsk praksis, og at det på denne måten også blir en variasjon i kvaliteten på de tjenestene pasienten får. Vi har i oppgaven sett at behandlingslinjer og E-læring er en måte å strukturere den undervisningsmessige biten av ECT-organiseringen, dette kan bli et bidrag til å forbedre ECT-kvaliteten i Norge. Dette er likevel ikke nok. Dersom ikke de sentrale helsemyndigheter er på banen og stiller krav til innrapportering av ECT-virksomhet, altså skaffe til veie data som blir grunnlag forskning for igjen å bedre kvaliteten, så kommer man ikke særlig videre i denne prosessen. Mange land har innført nasjonale retningslinjer i forhold til ECT-praksis, og vi har i denne oppgaven sette at staten Victoria i Australia har relativt detaljerte retningslinjer, som også stiller krav til godkjenning/sertifisering. I fokusgruppen var det litt diskusjon om hvor detaljert slike norske retningslinjer burde være, men forfatter mener at det er på tide at vi nå får norske retningslinjer, på lik linje med det arbeidet som nå er igangsatt i Sverige. Nasjonale retningslinjer vil være et viktig skritt i retning av å bedre ECT-kvaliteten i Norge, man vil få til en mer homogen praksis etter visse minstestandarder, for eksempel gjennom sertifiseringsordninger for de som skal utføre ECT. Pasienten vil få et bedre og mer likeverdig tilbud i landet.

Kildeliste

- Arkan, Burcu. Ustun, Besti. 2008 "Examination of the effect of education about electroconvulsive therapy on nursing practice and patient satisfaction." *Journal of ECT*. 24(4):254-9, 2008 Dec.
- Berg, J. E. 2009, "Electroconvulsive treatment--more than electricity?: An Odyssey of facilities", *Journal of ECT*.25(4):250-5.
- Blaj, A., Worrall, A., & Chaplin, R. 2007, "Electroconvulsive therapy: the practice and training needs of referring psychiatrists in the United Kingdom and Republic of Ireland", *J ECT*, vol. 23, no. 2, pp. 78-81.
- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* Gyldendal akademisk, Oslo
- Chanpattana, W. & Kramer, B. A. 2004, "Electroconvulsive therapy practice in Thailand", *Journal of ECT*. no. 2, pp. 94-98.
- Chanpattana, W., Kramer, B. A., Kunigiri, G., Gangadhar, B. N., Kitphati, R., & Andrade, C. 2010, "A survey of the practice of electroconvulsive therapy in Asia", *Journal of ECT*.26(1):5-10.
- Chanpattana, W., Kunigiri, G., Kramer, B. A., & Gangadhar, B. N. 2005, "Survey of the practice of electroconvulsive therapy in teaching hospitals in India", *Journal of ECT*.21(2):100-4.
- Coffey, C. E. 2003, "The Institute of Medicine's "Quality Chasm" Report: implications for ECT care", *Journal of ECT*. no. 1, pp. 1-3.
- Fink, M. & Kellner, C. H. 2007, "Belling the cat: ECT practice standards in the United States", *Journal of ECT*.23(1):3-5.
- Flåtten Ø. 1975 "Bør elektroshokkbehandlingen revalueres?" *Norske Lægeforen* 1975; 95:1201-1206.
- Hagen, N., "Behandlingslinjer og pasientforløp som et av flere virkemidler for å sikre god praksis i Helse Sør-Øst", http://www.helse-sorost.no/modules/module_123/proxy.asp?D=1&C=89&I=0&mids=a25a172a [lest 14.10.2010].
- Jaffe, Richard. 2005 "ECT training: can the case be made for certification?." *Journal of ECT*. 21(2):73-4, 2005 Jun.
- Krüger, M. B. 2000, *Depresjonshåndboka* Gyldendal akademisk, Oslo.

Kvale, S. 1997, *Det kvalitative forskningsintervju* Gyldendal akademisk, Oslo

Little, J., Munday, J., & Atkins, M. 2005, "Building an ECT service: an outcomes-equivalent approach", *Australasian Psychiatry*.13(2):140-7.

Moksnes, K. M., Vatnaland, T., Eri, B., & Torvik, N. H. 2006, "[Electroconvulsive therapy in the Ullevaal region of Oslo 1988-2002].[see comment]. [Norwegian]", *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*.126(13):1750-3.

Molven, O. 2002, *Helse og jus*, Gyldendal akademisk, Oslo.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, "Bruk av behandlingslinjer i sykehus kan føre til reduserte komplikasjoner og bedre dokumentasjon av behandlingen, uten negative virkninger på liggetid eller kostnader ifølge en fersk Cochraneoversikt" <http://www.kunnskapssenteret.no/Nyheter/9056.cms>, [lest 29.10.2010].

Nelson, A. I. 2005, "A national survey of electroconvulsive therapy use in the Russian Federation", *Journal of ECT*.21(3):151-7.

Nyland, C., 2007, Helse Sør-Øst, Fellessamling om helhetlige behandlingslinjer 11. - 12. september 2007, http://www.helse-sorost.no/modules/module_123/proxy.asp?C=89&I=326&D=2 [lest 27.09.07].

O'Connor, D. W., Gardner, B., Presnell, I., Singh, D., Tsanglis, M., & White, E. 2010, "Continuation-maintenance electroconvulsive therapy: quality standards in 3 Australian aged psychiatry services", *Journal of ECT*.26(2):95-7.

Oldewening, K., Lange, R. T., Willan, S., Strangway, C., Kang, N., & Iverson, G. L. 2007, "Effects of an education training program on attitudes to electroconvulsive therapy", *Journal of ECT*.23(2):82-8.

Pippard, J. 1992, "Audit of electroconvulsive treatment in two national health service regions", *British Journal of Psychiatry*.160:621-37.

Pippard, J. & Ellam, L. 1981, "Electroconvulsive treatment in Great Britain", *British Journal of Psychiatry*.139:563-8.

Rotter T, Kinsman L, James EL, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J. "Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 3. Art. No.: CD006632. DOI: 10.1002/14651858.CD006632.pub2.

Sienaert, P., Dierick, M., Degraeve, G., & Peuskens, J. 2006, "Electroconvulsive therapy in Belgium: a nationwide survey on the practice of electroconvulsive therapy", *Journal of Affective Disorders*.90(1):67-71.

Smith, W. E. & Richman, A. 1984, "Electroconvulsive therapy: a Canadian perspective", Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie.29(8):693-9.

State Government Department of Health, Victoria, Australia 2000, ECT Manual - Licensing, Legal Requirements and Clinical Practice Guidelines.

Store Norske Leksikon, SNL. No, Ulrik Malt, http://www.snl.no/sml_artikkel/ect [lesdato: 02.11.2010].

Socialstyrelsen i Sverige, "ECT-behandling, en pilotstudie" www.socialstyrelsen.se, [lest april 2010].

Sykehuset Innlandet HF, "Strategisk utviklingsplan 2009-2012", <http://ek.sihf.no/docs/dok/dok26767.doc> [lest 14.10.2010].

Volden, O. & Gøtestam, K. G. 1982, "[The use of electroconvulsive treatment in Norway during 1968-79]. [Norwegian]", Tidsskrift for Den Norske Laegeforening.102(7):411-2.