Gäller för: Västra Götalandsregionen
Innehållsansvar: Lise-Lotte Risö Bergerlind, (lilri), Strateg
Granskad av: Lise-Lotte Risö Bergerlind, (lilri), Strateg
Godkänd av: Kaarina Sundelin, (kaasu1), Direktör

Giltig från: 2022-09-30
Giltig till: 2024-08-31

Regional medicinsk riktlinje

ECT - elektro konvulsiv behandling

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2022–00928) september 2022, giltig till september 2024.
Utarbetad av Regionalt processteam depression och ångest inom programområde Psykisk hälsa.

Syfte

Att skapa förutsättningar för en god och jämlik vård i hela Västra Götalandsregionen med att åstadkomma ett likvärdigt behandlingsinnehåll och en likvärdig uppföljning av ECT-verksamheten i Västra Götalandsregionen (VGR).

Bakgrund

ECT är en av psykiatrins mest effektiva behandlingsmetoder. I VGR utförs ca 5000 behandlingar/år. Idag finns det ECT-enheter inom varje sjukhusområde i VGR. ECT utförs på SU (tre utbudspunkter), SÄS, SKAS, NU och Kungälv. Det finns drygt 20 etablerade indikationer för ECT. Vanligast är indikationen depression, men behandling vid psykos är också vanligt förekommande. För fullständig lista, se bilaga 1. I VGR är Svenska psykiatriska föreningens (SPF) kliniska riktlinjer vägledande för hur behandlingen ska genomföras.

I enskilda fall kan avsteg göras från denna riktlinje. Orsaken till det ska dokumenteras i patientjournalen.

Utredning och behandling

Vid tillstånd där ECT anges som förstahandsbehandling (se bilaga 1) ska ECT övervägas och om möjligt ges. Även vid andra tillstånd (se bilaga 1) kan ECT övervägas efter att annan behandling har prövats eller i tillägg till annan behandling.

ECT bör ges i en särskild lokal bestående av behandlingsrum och närliggande uppvakningsrum. Behandlingsrum ska vara utrustat med syrgas, sug och utrustning för upprätthållande av fri luftväg/ventilation samt med monitor för övervakning av blodtryck, syresättning och EKG. Utrustning och läkemedel för att utföra A-HLR ska finnas.

Vanligen ska verksamheten skötas av en narkossköterska eller annan sjuksköterska med adekvat utbildning och reell kompetens, en narkosläkare och en person som utför behandlingen. Utförandet av narkos kan delegeras till två narkossköterskor om narkosläkare finns i omedelbar närhet av behandlingslokalen.

Läkaren som ansvarar för ECT-verksamheten ska regelbundet närvara vid ECT samt säkerställa att det finns fungerande lokala rutiner för ECT med tillgång till både akut- och poliklinisk ECT. Denne ska vidare säkerställa att alla som utför ECT har genomgått erforderlig utbildning och fortbildning. Val av elektrodplacering bör styras av tillståndets svårighetsgrad (se SPF:s kliniska riktlinjer). Elektrodplaceringen ska dokumenteras med KVÅ-kod. Tillförd energimängd bör avgöras av den som ger behandlingen. Ett generaliserat epileptiskt anfall ska utlösas vid varje behandlingssecession.

Följande parametrar är indikatorer på behandlingskvalitet och ska dokumenteras:

1. Tid för motorisk aktivitet (vanligen över 20–30 sekunder).
2. Tid för epileptisk aktivitet (vanligen upp till 10–20 sekunder längre än motorisk aktivitet).

Otillräcklig eller atypiskt behandlingssvar bör föranleda förnyad diagnostisk bedömning med omprövning av indikationen. SPF:s kliniska riktlinjer ger vägledning om läkemedelsbehandling under ECT (se bilaga 3)

Det är nödvändigt att den som ger ECT har utbildning i att bedöma och hantera val av inställning och lämplig elektrisk stimuleringsdos.

ECT kan ges som:

- Indexserie (initial behandlingsserie till dess symtomfrihet inträder). Indexserien omfattar 4-12 behandlingar (i snitt 6) och behandlingarna ges 2-3 ggr/vecka.
- Fortsättnings-ECT (behandlingsserie med glesare intervall i en period upp till max 6 månader med syfte att bibehålla behandlingssvar och förhindra snabbt återfall)
- Underhålls-ECT (behandlingsserie med syfte att förebygga återkommande sjukdomsskov).

Vid affektiv recidiverande sjukdom föreligger en hög återfallsrisk efter avslutad indexserie. För vidmakthållande av behandlingseffekt är fortsättnings-ECT och underhålls-ECT en evidensbaserad och rekommenderad metod för att förebygga återfall.

Hälsodeklaration med information om tidigare och aktuella sjukdomar, allergi, medicinering samt tidigare genomgångna operationer/narkoser ska finnas. Det finns inga absoluta kontraindikationer mot ECT men vissa tillstånd bör beaktas då de innebär ökad risk, se bilaga 2.

Individuellt anpassad information ska ges till patient och närstående.

Vid indikation depression skall skattning med MADRS (MADRS-S alternativt MADRS-M), EQ-5D och CPRS-minne göras innan behandling. Vid andra indikationer bör man överväga alternativa skattningsskalor.

Läkemedelsjustering inför ECT görs enligt bilaga ”Läkemedel under ECT” och bilaga ”Anestesi vid ECT”, se bilaga 2 och bilaga 3.

Vid anestesin tillförs narkosmedel och muskelrelaxantia i väl avvägda doser, för att patienten inte ska uppleva obehag men ändå få en effektiv behandling.

Anestesin måste anpassas utifrån de hemodynamiska effekterna av ECT. Initialt ger stimuleringen en parasympatisk aktivering som kan ge bradykardi och i värsta fall asystoli. Efter detta ses en aktivering av det sympatiska nervsystemet vilket ger högt blodtryck och hög puls. Genom att hyperventilera patienten 1–2 minuter skapas förutsättningar för en bra behandling. Som ett alternativ till manuell hyperventilation under narkosen kan man uppmana patienten att själv hyperventilera innan sövning vilket gör att man slipper aspirationsrisken som övertrycksventilation innebär.

Vid dålig kramp kan ny stimulering ges i samma narkos om det ges inom 40-60 sekunder och med kort ventilation innan. Behandlaren beslutar om restimulering i samråd med anestesipersonal.

Komplikationer vid ECT:

- Epileptisk aktivitet som varar över 120 sekunder bör avbrytas farmakologiskt med propofol eller diazepam. Säkra syresättning och adekvat cirkulation.
- Motorisk oro efter ECT kan vara tecken på kvarvarade muskelrelaxation, ge kortvarig sedering.
- Förhöjt blodtryck normaliseras oftast spontant utan farmakologisk behandling.

Eftervård

- Patientens vitala funktioner såsom vakenhetsgrad, puls och syresättning ska övervakas av personal med adekvat utbildning att hantera en akutsituation.
- Syrgas ska finnas.
- Patienten ska vara vaken och klar innan hon/han lämnar ECT-enheten.

Uppföljning

För patienter som erhållit ECT på grund av recidiverande unipolär eller bipolär depression bör man överväga läkemedelsbehandling med litium eller annat farmakologiskt alternativ.

Fortsättnings-ECT och underhålls-ECT ska övervägas, för att minska risken för återfall. Använda skattningsskalor ska följas upp efter genomförd indexserie samt vid sexmånadersuppföljning.

Vårdprocess – vårdnivå

Anmälande läkare (psykiatriker) utvärderar behandlingsserie. Kommunikation mellan ECT-enheten och anmälande läkare är en förutsättning för att säkerställa god uppföljning.
ECT till ungdomar är ovanligt (10 - 20 serier/ år i Sverige). Trots detta är det viktigt att

behandlingen kan erbjudas vid de tillfällen det behövs. Regionens BUP-verksamheter bör ha upparbetade rutiner och kontaktvägar med någon av regionens ECT-enheter när indikation för ECT föreligger.

Uppföljning av denna riktlinje

Regionala data:

- Andel av patienter som fått ECT (KVÅ-kod DA024/DA025) och erhållit någon av behandlingarna i öppenvård ska öka.
- Andel av slutenvårdtillfällen med diagnos F06.1, F23.0, F31.5, F32.3, F33.3, F53.1 och G21.0, där KVÅ-kod DA024/DA025 använts ska öka.

Kvalitetsregister ECT:

- Andel patienter med depression som bedömts med MADRS/MADRS-S inom en vecka efter index-ECT Mål: > 60%
- Andel patienter som behandlats med ECT där patientens upplevelse av minnesstörning dokumenterats före och efter ECT med minnesfrågan i Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS) Mål: > 60%
- Andel patienter som blivit uppföljda avseende upplevd förbättring med EQ-5D Mål: > 40%
- Andel patienter med bipolärt syndrom eller återkommande depression som fått förebyggande litiumbehandling som recidivprofylax efter ECT ska öka

Innehållsansvarig

Regionalt processteam depression och ångest inom programområde Psykisk hälsa. Kunskapsstöd för psykisk hälsa kunskapsstod.psykiskhalsa@vgregion.se

Bilaga 1. Indikationer för ECT

Tillstånd där ECT har akut indikation och rekommenderas som förstahandsbehandling:

- Depressiv episod, svår med psykos F32.3
- Recidiverande depression, svår med psykos F33.3
- Bipolär sjukdom, svår depression med psykos F31.5
- Postpartumpsykos F53.1
- Akut polymorf psykos utan schizofren sjukdomsbild (cykloid psykos) F23.0
- Katatoni F06.1
- Malignt neuroleptikasyndrom G21.0
- Deliriös mani F30.2 F31.2

Tillstånd där ECT har stark indikation och kan övervägas som förstahandsbehandling:

- Depressiv episod, svår utan psykos F32.2
- Recidiverande depression, svår utan psykos F33.2
- Bipolär sjukdom, svår depression utan psykos F31.4
- Bipolär manisk episod med psykos F31.2
- Manisk episod med psykos F30.2
- Postpartumdepression F53.0

Tillstånd där ECT kan övervägas efter att annan behandling har prövats, i tillägg till annan behandling:

- Depressiv episod, medelsvår F32.1
- Recidiverande depression, medelsvår F33.1
- Bipolär sjukdom, medelsvår depression F31.3
- Bipolär manisk episod utan psykos F31.1
- Manisk episod utan psykos F30.1
- Organiskt förstämningssyndrom F06.3
- Schizofreni F20.0–9
- Schizoaffektivt syndrom F25.0–9
- Parkinsons sjukdom G20.9

Bilaga 2. Anestesi vid ECT

Förberedelser:
Hälsodeklaration innehållande information om tidigare och aktuella sjukdomar, allergi, medicinering samt tidigare genomgångna operationer/narkoser ska finnas.

- Patientansvarig psykiater gör en allmän somatisk bedömning av patienten (inklusive tandstatus) och går genom medicinering relevant för ECT. Psykiater ordinerar kompletterande somatisk utredning om patientens somatiska sjukdom ej varit känd och behandlad, tycks vara inadekvat behandlad eller om patientens funktionsgrad avsevärt begränsas av sjukdomen.
- EKG – alla över 60 år, alla med känd hjärtsjukdom oberoende av ålder, vid litiumbehandling.
- Inför ECT tas Hb, Na, K och Kreatinin. Vid diabetes även B-glucos
- Vid underhållsbehandling kan prover som är upp till ett halvår gamla accepteras om patienten är under 50 år, stabil somatiskt frisk, och inte använder diuretika, blodtrycksmedicin eller litium

Kontraindikationer för ECT:
Det finns inga absoluta kontraindikationer mot ECT men följande tillstånd bör beaktas då de innebär ökad risk:

- Allvarlig hjärt-kärlsjukdom
- Aneurysm med risk för ruptur
- Ökat intrakraniellt tryck
- Färsk hjärninfarkt/hjärnblödning
- Nedsatt lungfunktion tex svår KOL, astma eller pneumoni
- Övriga tillstånd med förhöjd narkosrisk t.ex. graviditet, malign hypertermi.

Observera att Waranbehandling, epilepsi och graviditet inte utgör kontraindikationer för ECT.

Läkemedelsjustering inför ECT:
Justering av psykofarmaka är psykiatrins ansvar. MOA hämmare ska sättas ut.

- Person som tar blodtryckssänkande mediciner ska ta dessa inför behandlingen.
- Antiepileptisk behandling vid krampsjukdom behålls.
- Astma behandling behålls.
- Waranbehandling behåll, PK-INR kontrolleras och ska ligga inom terapeutisk nivå.
- Bensodiazepiner bör reduceras till minsta möjliga dos. Om patienten fått bensodiazepiner kan man ge Lanexat®/Flumazinil 0,5 mg iv strax efter induktion av narkos. Insomningstabletter natten innan behandling påverkar inte effekten av ECT.

Anestesi:

- Anticholinergika – Glykopyrolat (Robinul®) (0,2 mg iv) minst 15 min före ECT föredras framför atropin men ingendera är obligatoriskt särskild hos takykardibenägna patienter.
- Metoprolol iv eller Glyceryltrinitrat (Nitrolingualspray®) kan övervägas för att förebygga en kraftig blodtrycksstegring.
- Tiopenthal (2-4 mg/kg) - rekommenderas som induktionsmedel.
- Propofol (0,5-1,5 mg/kg) – möjligen påverkar detta krampaktiviteten negativ jämfört med tiopenthal. Ger färre hemodynamiska effekter och rekommenderas till personer med hjärt-kärlsjukdom.
- Suxameton (Celocurin®) (0,3 – 0,6 mg/kg) för kortvarig muskelrelaxation

Bilaga 3. Läkemedel under ECT (från SPF:s riktlinjer)

- Minska dosen av antidepressiva för att undvika risken för serotonergt syndrom
- Neuroleptika har en kramptröskelsänkande effekt, men läkemedelsjusteringar anses ej behövas
- Litiumdosen bör monitoreras genom koncentrationsprover och hållas lågt för att undvika förvirring och påverkan av given muskelrelaxantia
- Grundregeln för bensodiazepiner, som har en kramptröskelhöjande effekt, är utsättning. Undantaget är patienter med höga ångestnivåer, då dessa individer annars kräver mer anestesiläkemedel för sömninduktion.
- Bensodiazepinliknande sömnläkemedel kan kvarstå under behandlingen
- Antiepileptika med stämningsstabiliserande indikation bör sättas ut eller minskas, medan läkemedel med indikation epilepsi bör kvarstå.
- Centralstimulantia kan sättas ut på behandlingsdagen men ges däremellan
- Antihypertensiva läkemedel rekommenderas att ge innan ECT
- Diabetesmedicin ges efter behandling
- Inhalationsläkemedel vid Astma/KOL kan ges innan behandling
- Waranbehandling utgör inget hinder så länge pk-värdet ligger inom normalintervallet

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Lise-Lotte Risö Bergerlind, (lilri), Strateg

Granskad av: Lise-Lotte Risö Bergerlind, (lilri), Strateg

Godkänd av: Kaarina Sundelin, (kaasu1), Direktör

Dokument-ID: HS9766-305841775-284

Version: 2.0

Giltig från: 2022-09-30

Giltig till: 2024-08-31