

**ANMÄLAN ENLIGT LEX MARIA**

Händelse som

- medfört allvarig skada eller sjukdom  
 kunnat medföra allvarig skada eller sjukdom

Datum

2009-07-20

 Avsändarens diarienummer  
 SLSO 09-1087

**SOCIALSTYRELSEN**  
 RT-STOCKHOLM

Ink. 2009-07-23

Dnr FÖLJ 61

**Socialstyrelsen**  
**Regionala tillsynsenheten i**

Stockholm

Vårdgivarens namn Stockholms läns sjukvårdsområde Stockholms läns landsting	Verksamhetens namn Psykiatri Sydväst	Enhetens namn Botkyrka psykiatriska öv-mott.	
Utdelningsadress Box 17914			
Postnr 118 95	Postort Stockholm	Telefon (inkl. riktnr) 08/55574000	Telefax

Datum, veckodag samt klockslag för inträffad händelse	Patientens/patienternas personnummer
---	--------------------------------------

**Kortfattad beskrivning av händelsen och konsekvenserna för patienten/patienterna (nuvarande tillstånd och prognos)**

Anmälan avser omfattande minnesstörning sannolikt till följd av ECT-behandling. Se anmälan i PM 090603 av dr Sten Thelander, då hyriäkare på mottagningen. Där inkluderas hans personliga insatser som behandlande läkare. Se journal för redogörelse av patienten och . Patienten har således fått omfattande minnessvårigheter med all sannolikhet relaterade till ECT-behandlingen. Behandlingen omfattade totalt 38 behandlingar.

Se klinikens utredning (Adler 090629) inkluderande rutiner för ECT-behandling.

Dr Odeberg arbetar inte i Stockholm och har inte kunnat höras.

Minnesstörningar är ju en känd biverkan av ECT-behandling varför anmälan enligt Lex Maria inte är självklar. Anmälan görs ändå utifrån allvarighetsgraden av biverkningarna bl a med konsekvenser för patientens arbetsförmåga. Genom ökad kännedom om att allvariga minnessvårigheter kan uppkomma vid ECT-behandling, kan klinisk uppföljning mer fokuserad på denna biverkan skapa ökad beredskap att tidigare avbryta ECT-behandling, om inte fördelarna bedöms överväga biverkningarna. Eftersom affektiv sjukdom kan vara mycket allvarig kan ett sådant beslut också vara vanskligt.

- Patient/er/närstående har underrättats om händelsen och anmälan  
 Patient/er/närstående har lämnats tillfälle att beskriva händelsen  
 Medicinteknisk produkt har använts i samband med händelsen  
 Händelsen har föranlett anmälan till tillverkaren och/eller Läkemedelsverket (6 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2001:12) om användning och egentillverkning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården)

**Bifogat utredningsmaterial**

- Intern utredning gjord av verksamhetschef/MAS eller motsvarande (6 kap. 1 § andra stycket denna författning)
- Kopia av patientens/-ernas fullständiga journal/-er för aktuellt vårdfall
- Gällande rutiner i tillämpliga delar
- Berörd personals redogörelse/-er
- Patientens/-ernas/närståendes redogörelse/-er
- Bruksanvisning för medicinteknisk produkt
- Medicinteknisk utredning
- Anmälan/Rapport medicinteknisk avvikelse
- Övrigt, ange vad

**Beskrivning av verksamhetens organisation och bemanning**

Allmänpsykiatrisk mottagning av team-modell (Botkyrka).

Affektiva mottagningen (HS, M59) behandlar patienter med bipolär affektiv sjukdom och svårbehandlade unipolära depressioner. Ansvarar för ECT-verksamhet. Se vidare bilagd info.

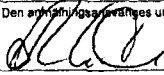
**Uppgifter om berörd personals utbildningsnivå, tjänstgöringstid och anställningsform**

Dr Thelander är en senior specialist i allmän psykiatri, som vid tiden för sin anmälan till klinikchefen var hyrläkare på mottagningen i Botkyrka.

Dr Håkan Odeberg är specialist i allmän psykiatri och var tidigare överläkare på affektiva mottagningen med ansvar för ECT-verksamheten. Han har slutat sin anställning vid kliniken.

**Händelsen har föranlett**

- polisanmälan för eventuellt beslut om rättsmedicinsk undersökning
- polisanmälan av annat skäl, anmälan bifogas

Den anmälningsansvariges underskrift		Titel/funktion	
		Chefläkare	
Namnförtydligande		Telefon (inkl. riktnr)	Telefax
Håkan Götmark		08/55574288	
Utdelningsadress		E-postadress	
SLSO, Box 17914		hakan.gotmark@slf.se	
Postnr	Postort		
118 95	Stockholm		

2009-06-03

Botkyrka psykiatriska  
mottagning  
Fittjav. 3-9, 2 tr, Fittja centrum  
145 51 Norsborg  
tel. 08-578 371 00 (vx)

SOCIALSTYRELSEN RT-STOCKHOLM	
Ink. 2009 -07- 2 3	
Doss.	Dnr
Handl.	

Klinikchef Nils Lindefors  
Psykiatri Sydväst  
M58  
Huddinge sjukhus

## Anmälan om brister i rutiner för poliklinisk ECT, med konsekvenser i form av grav minnesstörning hos

Denna patient blev inlagd för sin första depressiva episod. Det finns uppgift om , dvs

Pat hade

Det verkar inte finnas några tveksamheter kring indikationen för ECT. Men, har fått 38 behandlingar, tidigt klagat på minnesproblem, och trots att läkare beskriver pat som i neutralt stämningsläge och utan ångest. Då har pat fått 13 ECT-behandlingar. ~~Lepikris~~ som är daterad uppges att pat haft betydande biverkningar av behandlingen, och att den snabbt skall trappas ut. Sedan fortsätter ECT-behandlingarna två ggr i veckan utan att någon verkar ta ställning till detta. Håkan Odeberg träffar pat , men verkar inte ha tagit del av tidigare journal eftersom hans notat innehåller felaktigheter. Han ställer diagnosen , trots att

Han skriver att pat inte uppnått full remission, men ger ingen information i status som stödjer denna slutsats. Han ger uppgifter om förbättring i status i förhållande till läkaranteckning vilket är svårförståeligt eftersom patienten då beskrivs som symtomfri. Pat träffar en ST-läkare på Tumba-mottagningen som utgår från att beslut om att avsluta ECT-behandlingen tas på Huddinge. Pat har då fått 21 behandlingar. Sedan fortsätter ECT-behandlingen, och nya läkare på Tumbamottagningen tar över. I två remisser från Håkan Odeberg och framgår att det nu anses avklarat att det är tumba som ansvarar för beslut om fortsatt ECT. Vid tiden för den senare remissen har pat fått 32 ECT-behandlingar. Den sista ECT-behandlingen ges

Nu har patienten en global retrograd amnesi. kommer i princip inte ihåg något av sitt liv före ECT. Dr Rahm, som är en ambitiös men oerfaren ST-läkare, missuppfattar detta katastrofala tillstånd, med den beskedliga minnesstörning som är det vanliga, även efter långa serier ECT. Ingen kompletterande utredning görs. Pat kommer till mig och jag uppfattar omedelbart allvaret i problematiken. Jag har ombesörjt

2009-06-03

kompletterande utredningar hos psykolog och neurolog samt genom medicinskifte förbättrat livskvalitet och funktion. Men jag har inte gett minnet åter.

Jag har gjort en extensiv litteratursökning och konsulterat neuropsykologer inklusive professor Mats Fredrikson i Uppsala. Liknande totala minnesförluster fanns inte rapporterade, men efter att ha förhört mig på min mottagning får jag besked om ett par till som dessutom har inlärningsproblem till skillnad från min patient. Sedan kom fallrapporterna i Läkartidningen och rapporterade kollega har fått ytterligare ett par fall beskrivna av kollegor.

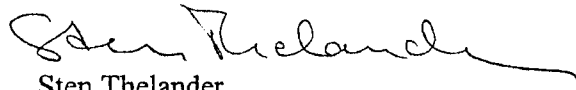
Vilka är de generella problemen?

1. Långtids-ECT ges på diffusa grunder och med bristande vetenskapligt stöd. I England är sådan behandling förbjuden utanför vetenskapliga studier. Så långt anser jag dock inte man bör gå.
2. Systematisk uppföljning av kognitiv funktion saknas.
3. Det råder en stor osäkerhet kring vem som ansvarar för fortsatt ECT-ordination efter utskrivning från avdelning. Jag har fått besked att det är läkare i öppenvård, men finner inte detta dokumenterat i klinikens dokument. Den dokumentation som finns gäller om patienter som är kända i öppenvården och som ordinerar poliklinisk ECT. då är det naturligt att så som anges öppenvårdsläkaren svarar för bedömningen av behandlingstid och intensitet.
4. Som en följd av denna osäkerhet rekommenderar jag bestämt att behandlingsansvaret kvarstår hos den enhet som initierat eller som genomför behandlingen. Eftersom dokumentationen i TakeCare ofta är bristfällig eller direkt felaktig är det mycket svårt att som öppenvårdsläkare värdera det fortsatta ECT-behovet för en helt okänd patient.

~~Jag slutar nu på kliniken,~~ men motser ett svar på hur man avser att förbättra rutinerna så att liknande personliga tragedier undviks i framtiden.

2009-06-03

I tjänsten



Sten Thelander  
vik överläkare

Adress: Fastlagsvägen 40  
126 47 Hägersten

Botkyrka psykiatriska öppenvårdsmottagning

SOCIALSTYRELSEN RT-STOCKHOLM	
Ink. 090629-23	
Utsk.	Uppf.
Handl.	

090629

Doktor Sten Thelander tar i sitt brev 090603 upp viktiga frågor kring ECT-behandling i samband med en patient som drabbats av allvarlig minnesförlust i samband med ECT. Jag vill dels belysa handläggningen av fallet, dels diskutera de principiella frågor Thelander tar upp.

Indikationen för att inleda ECT på denna patient var en allvarlig depression och indikationen är inte ifrågasatt. Frågan gäller om det var riktigt att fortsätta med ECT så länge och var ansvaret för behandlingen låg efter utskrivningen från avdelning . Det framgår av patientens journal att den första uppföljningen av ECT efter utskrivningen från avdelningen skedde på ECT-mottagningen . Patienten mådde då bra och ECT glesades ut till t . Från t ökades ånyo frekvensen av ECT till 2 ggr/vecka. Från journalanteckningen från ett uppföljande besök vid ECT-mottagningen framgår att orsaken till att ECT-behandlingen gavs tätare var att patienten försämrats efter uppehåll i ECT. Pat uppgav att vid besöket ej var återställd i sin depression men att minnesproblemen avtagit. Ytterligare 4 ECT-behandlingar ordinerades. diskuterades vid en remisskonferens på Tumbamottagningen en remiss från ECT-mottagningen. Med anledning av remissen gjordes uppföljningar av läkare vid Tumbamottagningen. Anledningen att ECT-serien då fortsatte var att behandlingseffekten inte höll i sig mer än 5 dagar. Läkaren försökte justera den antidepressiva medicinen, uppenbarligen för att ånyo kunna försöka trappa ut ECT-behandlingen. Minnesproblem nämns vid flera tillfällen under detta förlopp, men ej av den allvarlighetsgrad som sedan utvecklats eller upptäckts. ECT-serien fortsatte under trots att minnesproblem noteras. Den sista ECT-behandlingen gavs . Då hade patienten fått 38 behandlingar.

### Rutiner kring ECT-behandling vid Psykiatriska kliniken Sydväst

Den tragiska minnesförlust patienten drabbats av understryker vikten av frågor som Thelander tar upp: behovet av riktiga indikationer, behovet av tydligt ansvar för uppföljning samt behovet av bättre verktyg för monitorering av ECT-behandlingen. Jag vill här belysa hur Affektiva sektionen under de senaste åren arbetat med att förbättra rutinerna kring ECT-behandlingen.

#### 1. Indikation för ECT.

För att ge bättre riktlinjer för ECT har ett PM utvecklats och finns tillgängligt på affektiv mottagningens hemsida (bifogas, den första versionen publicerades under 2008). Enligt detta PM ska ECT rekommenderas till patienter med antingen livshotande tillstånd av affektivt eller katatont slag (indikationsgrad 1) eller till patienter med akuta episoder av melankoliskt präglad depression (indikationsgrad 2). Patienter utanför det centrala indikationsområdet för ECT (dvs. indikationsgrad 3 och 4) löper enligt vår erfarenhet och den forskning vi gått igenom lägre chans till förbättring och större risk för att uppleva besvärande minnesbiverkningar. Många av dessa patienter, även med svår eller terapieresistent depression, kan och bör i stället behandlas med andra behandlingsmetoder. Farmaka har visserligen också biverkningar, men de är vanligen lindriga och nästan alltid snabbt övergående om man utsätter preparatet. Vissa patienter, även med svår depression, kan ha stor nytta av psykoterapi och andra behandlingsåtgärder. Om man ska använda ECT utanför de centrala indikationsområdena bör farmakologiska och andra alternativ vara uttömda.

## 2. Ansvar för behandlingen.

Vem som har ansvar för patientens ECT-behandling tydliggörs i det PM som finns tillgängligt på klinikens hemsida. Det klargörs där att ansvaret ligger hos PAL i öppenvården, även när patienten skrivits ut från slutenvård. I varje enskilt fall skrivs också remiss från ECT-mottagningen när patienten antingen ska inleda en poliklinisk behandling eller om en ECT-behandling ska överföras från sluten till öppenvård, där detta ansvar tydliggörs. Detta PM har föredragits vid två utbildningstillfällen vid kliniken. De patienter som får ECT-behandling går igenom regelbundet vid ronder vid ECT-enheten där ansvarig överläkare deltar. Om någon patient inte har regelbundna uppföljningar hos sin ansvarige läkare tas kontakt med denne för att sådan uppföljning ska ske. ECT-mottagningen kommer ofta med förslag om uttrappning av ECT-serier. Jag anser att det problem som Thelander tar upp med otydlighet om ansvar har klarlagts både vad gäller generella riktlinjer och att det förtydligas vid varje enskild behandling.

Förslaget att enheten som ger ECT också ska ha ansvar för monitorering och ordination av ECT har provats och visat sig orealistisk. De patienter som blev aktuella hade ofta, utöver sin svåra affektiva problematik, flera andra problem och behandlingsbehov. ECT-enheten hade inte resurser att svara upp mot dessa behov, vilket gjorde att många behöll behandlingskontakter vid sin ordinarie behandlingsenhet. Försöket att ECT-enheten tillfälligt skulle ta över behandlingsansvaret resulterade av bland annat dessa skäl dels i en orimlig arbetsbörda för ECT-enheten, dels uppstod oklarhet om ansvaret för ECT-behandlingen.

## 3. Risk för biverkningar.

I ovan nämnda PM framförs minnestörning som mest framträdande biverkan av ECT. Frågan belyses ytterligare i den patientinformation som också finns på Affektiva mottagningens hemsida (bifogas). För att minska risken för biverkan ger PM riktlinjer dels för vilka patienter som är lämpliga för ECT, dels ges riktlinjen att ECT-behandlingen ska monitoreras var annan till varje tredje vecka av ordinarie PAL.

## 4. Att undvika onödigt långa ECT-serier.

PM ger riktlinjer för att endast ordinera cirka 5 ECT åt gången och att alltid sedan bedöma på nytt. Riktlinjer ges för när och hur ECT ska avslutas. Underhålls ECT är endast aktuellt om inga andra alternativ finns.

## 5. Monitorering av minne.

Monitorering av relevanta minnesfunktioner vid ECT är en mycket komplicerad fråga. Standardiserade minnestestningar tenderar att inte fånga den för ECT-behandling mest karakteristiska minnestörningen. Så vitt jag vet har man ingenstans funnit en riktigt bra skala eller dylikt för rutinmässig minnesmonitorering vid ECT. Tills vidare har vår enhet kompletterat MADRS-skalan med det minnesitem som finns i CPRS, som ger en global skattning av minnesfunktionen (MADRS-M). Ett utvecklingsarbete för minnesmonitorering pågår vid sektionen.

## Minnesproblem vid ECT-behandling.

Tyvärr är omfattande minnesproblem efter ECT inte något helt unikt. Vi har råkat ur för flera mycket beklagliga fall vilket gjort oss uppmärksamma på risken för denna biverkan. Men man måste förstå läkarnas bedömningar under 2007 och 2008 mot bakgrund av den uppfattning om ECT-biverkningar som varit och är spridd i Sverige sedan decennier. Denna uppfattning går ut på att minnesbiverkningarna av ECT är lindriga och övergående. I läroboken Psykiatri skriver författaren "hos en minoritet kvarstår en vag känsla av försämrat minne upp till ett år (i frånvaro av objektiv försämring), men det är osäkert om det kan tillskrivas ECT (Psykiatri av Ottosson, 4:e upplagan 1995, sid 284). I en spridd broschyr av en av Sveriges ledande experter på området fastslås att "förmågan att återkalla viktiga minnen är oförändrad" (broschyren El-behandling av professor Giacomo d'Elia, 1996, sid 21). Socialstyrelsen är också mycket positiv till elbehandling i sina (preliminära) riktlinjer för depressionsbehandling publicerade 2009 där man vill vidga indikationerna för denna behandlingsform till att vara förstahandsbehandling vid alla svåra depressioner och terapieresistent egentlig depression (hos vuxna) och skriver följande om angående risken för biverkningar av ECT: "Elektrokonvulsiv behandling (ECT) ger risk för minnesstörning, i de flesta fall övergående".

I Storbritannien har man blivit allt mer uppmärksamma på riskerna med ECT. Jag citerar Royal College of Psychiatrists:

"The greater concern is that of the long-term side effects, particularly memory problems. Surveys conducted by scientists and clinical staff usually find a low level of severe side-effects, maybe around 1 in 10. User-led surveys have found much more, maybe in half of those having ECT. Some surveys conducted by those strongly against ECT say there are severe side-effects in everyone.

Some difficulties with memory are probably present in everyone receiving ECT. Some people – some would say many – also have problems with memory for past events, even very significant ones such as the birth of a child. Most people find these memories return when the course of ECT has finished and a few weeks have passed. However, some people do complain that their memory has been permanently affected, that their memories never come back. It is not clear how much of this is due to the ECT and how much is due to the depressive illness or other factors.

Some people have complained of more distressing experiences, such as feeling that their personalities have changed, that they have lost skills or that they are no longer the person they were before ECT. They say that they have never got over the experience and feel permanently harmed" (<http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfoforall/treatments/ect.aspx>).

## Slutsatser

Vad gäller frågan om var ansvaret för den aktuella patientens ECT-behandling var förlagt rådde det från utskrivningen från avdelning under en dryg månad en oklarhet om var ansvaret för behandlingen låg, eftersom patienten hade kontakt med både ECT-mottagningen och Tumbamottagningen. Men från hade ansvaret för ECT-behandlingen varit tydligt överfört till Tumbamottagningen, i enlighet med klinikens riktlinjer.

När det gäller anledningen till att ECT-behandlingen återupptogs och förlängdes tyder journalanteckningarna på att detta gjordes på grund av att patienten återföll i depression och inte att förlängningen skedde slentrianmässigt. Minnesproblemen har upptäckts tidigt men man har inte förstått omfattningen av dessa och sannolikt bedömt den vara av den övergående typ som man ofta ser. Den allvarliga omfattningen står först klar , vilket framgår av journalanteckningar

Den avvägning mellan nytta och risk av ECT-behandlingen av denna patient som gjorts av läkarna vid ECT-mottagningen och Tumbamottagningen och som lett till att ECT-behandlingen fortsatt trots att minnesproblemen noterats, ter sig vara starkt präglad av uppfattningen att biverkningar av ECT antingen är övergående eller lindriga. Om man har denna uppfattning kan det te sig rationellt att driva behandlingen till depressionen är helt borta, trots förekomsten av minnesbiverkningar. I stort sett har de ansvariga läkarna handlagt patienten i linje med ledande svenska experters, läroböckers och myndigheters uttalande uppfattning i fråga om biverkningar av ECT, även om detta inte är min egen uppfattning och inte heller den som framförs i våra egna dokument. Det är därför svårt att klandra läkarna vid ECT-mottagningen och Tumbamottagningen alltför mycket. Jag vill understryka att det PM och den patientinformation jag bifogat ej fanns tillgängligt för de berörda läkarna under den tidsperiod som den aktuella patienten fick sin behandling.

Det är bra att Sten Thelander gjort mig och oss vid Affektiva sektionen uppmärksamma på detta tragiska fall. Det stärker oss i uppfattningen att vi måste arbeta vidare med att förbättra olika aspekter på ECT-behandlingen:

1. Vi kommer fortsätta att främja strikta indikationer för ECT-behandlingen (se indikationsgrader i klinikens PM). Jag följer med oro Socialstyrelsens förslag till att vidga indikationsområdet för ECT, ett förslag som kommer att öka risken för den typ av biverkning som den nu aktuella patienten drabbats av.
2. Vi kommer att fortsätta att i varje enskilt fall klargöra var ansvaret för ECT-behandlingen ligger.
3. Vi kommer att fortsätta att kräva regelbunden monitorering av biverkningar vid den kliniska uppföljningen av ECT-behandling av ansvariga läkare.
4. Vi kommer att fortsätta att framhålla att det finns en risk för minnesproblem som i vissa fall kan bli långvariga och troligen bestående.
5. Vi kommer att fortsätta ge information till patienter om risken för minnesbiverkningar i enlighet med den bifogade patientinformationen.
6. Vi kommer att fortsätta att arbeta för att utveckla bättre instrument för minnesmonitorering i samband med ECT.

*Mats Adler, ledningsansvarig överläkare vid Affektiva mottagningen och ECT-enheten, Psykiatri Sydväst, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge.*

## PM – ECT vid Psykiatriska kliniken Sydväst

ECT är en mycket effektiv behandling mot depressiva, maniska och katatona tillstånd och kan ibland vara livräddande. Den vanligaste biverkningen är minnesstörning. Den är oftast måttlig och övergående, men kan i vissa fall bli mer påtaglig och långvarig, särskilt för patienter där ECT-effekten varit dålig.<sup>1-3</sup> Därför ska ECT i första hand erbjudas till patienter med god chans till respons, medan patienter med sämre chans till respons bör föreslås andra behandlingsalternativ.

### *Prediktorer för god ECT-effekt:*

- Depressioner med tydlig motorisk hämning<sup>4</sup>
- Depression med depressiva vanföreställningar eller hallucinos<sup>4,5</sup>
- Tydligt avgränsad depressiv episod<sup>5</sup>
- Katatoni oavsett underliggande etiologi<sup>3</sup>
- Cycloid psykos, mani med konfusionsinslag, postpartumpsykos
- Tidigare god effekt av ECT

### *Prediktorer för bristfällig ECT-effekt:*

- Kroniska depressioner<sup>3,5</sup>
- Depression med co-morbid personlighetsstörning<sup>3,6</sup>
- Depression sekundär till somatisk sjukdom<sup>3</sup>
- Tidigare bristfällig effekt av väl genomförd ECT

## INDIKATIONSGRADER

**I. Akut indikation:** För livshotande affektiva tillstånd som letal katatoni, delirium acutum samt malignt neuroleptikasyndrom är ECT förstahandsbehandling och bör inledas inom 24 timmar.

**II. Stark indikation:** Depression med de positiva prediktorerna ovan. Mani som ej svarar på optimal farmakabehandling eller med konfusionsinslag. Katatona tillstånd, postpartumpsykos.

**III. Måttlig indikation:** Depressioner utan de positiva prediktorerna eller med en eller flera av de negativa. Terapirefraktär schizofreni med affektiva/katatona drag.

**IV. Relativ indikation:** I vissa undantagsfall kan ECT prövas vid mycket svårbehandlad och allvarlig schizofreni eller borderlinestörning utan tydliga positiva prediktorer (t.ex. patient med långdraget slutenvårdsbehov på grund av okontrollerbar självdestruktivitet eller aggressivitet).

## REMISS, ORDINATION OCH UPPFÖLJNING

Remiss för planerad poliklinisk ECT-behandling kan utfärdas från den psykiatriska öppenvården. Patienter bedöms då av ECT-läkare innan ECT inleds. Vid behov av akut ECT ska patienten läggas in på vårdavdelning, remiss till ECT utfärdas från vårdavdelningen efter inläggning. Behandlingsansvaret för polikliniska patienter, inklusive ECT-ordinationer, uppföljning, avslutning och medicineri, ligger hos inremitterande PAL i öppenvården. I slutenvård har avdelningsöverläkaren motsvarande ansvar.

**Innehåll i remiss:** Remittent, PAL, indikation, grunddiagnos, anamnes, co-morbiditet, CGI, PHQ-9 eller MADRS, somatiska riskfaktorer och status, lab. (Na, K, Hb), aktuella läkemedel, planerad medicinförändring. Hos äldre och vid medicinsk indikation ska EKG, rtg. cor-pulm och konsulter genomföras innan remiss.

**Ordination:** Inled med 2-3 behandlingar per vecka. Ordinera ca 5 behandlingar i följd åt gången. ECT-ordination dokumenteras i TakeCare journal under sökord "ECT". Utan ordination kan ej ECT-behandling genomföras.

**Uppföljning:** Alla patienter som får ECT måste följas regelbundet med klinisk bedömning, symtomskattning (MADRS alt PHQ-9) och biverkningsmonitorering. I öppenvård föreslås i normalfall återbesök hos PAL varannan till var tredje vecka, i slutenvård bedömning minst en gång/vecka. Om patienten skrivs ut från vårdavdelning med fortsatt poliklinisk ECT övergår ansvaret till PAL i öppenvården. Slutenvården måste skicka remiss till öppenvården angående detta.

## MEDICINERING OCH AVSLUTNING

Nästan alla patienter återfaller i depression efter avslutad ECT om inte återfallförebyggande behandling ges, antingen med farmaka eller utglesnings/underhålls-ECT eller bådadera.

### Före ECT

Före ECT bör man sätta ut de mediciner man inte avser ha kvar efter ECT-behandlingen och planera för återfallsförebyggande behandling.

### Under ECT

Inga mediciner är absolut kontraindicerade under ECT, men dosjusteringar kan behöva göras om patienten behöver medicinering under ECT-serien och ibland måste patienten övervakas inneliggande.

- *Litium*. Misstänks kunna öka risken för minnesbiverkningar.<sup>7</sup> Rekommenderas att sänka litiumkoncentrationen till under 0,6. Sätt ut litium kvällen innan och på morgonen före ECT.
- *Antidepressiva*. Undvik höga doser, som regel då inga problem.
- *Antiepileptika*. Kan ge dåligt behandlingsutfall genom höjd kramptröskel. Sänk i så fall dosen eller utsätt preparatet..
- *Bensodiazepiner och liknande*. Kan ge förhöjd kramptröskel med dåligt behandlingsutfall. Om behandling är nödvändig, ge så låg dos som möjligt på eftermiddagen och kvällen före ECT och välj helst kortverkande farmaka som oxazepam och zolpidem.
- *Antipsykotika*. Oftast inga problem.
- *MAOI (Parnate, Jatrosom N, Nardil)*. Försiktighet anbefalls.<sup>8</sup> Kombinationen MAOI+ECT+litium ges bara under noggrann övervakning inneliggande.
- *Stimulantia*. Räcker vanligen att sätta ut stimulantia på behandlingsdagen före ECT.

### Avslutning av ECT

ECT-serien bör pågå till patienten gått i remission eller till man bedömer att ECT ej kan ge ytterligare förbättring. Om man ej ser effekt efter ca 6 unilaterala behandlingar med adekvata kramper bör man prova bilateral teknik. Ser man ingen effekt av 4-6 bilaterala bör man överväga avslut. Biverkningar kan tvinga fram tidigare avslut. Avslutningen av ECT efter uppnådd maximal förbättring/remission bör ske gradvis. Standardalternativet är "enmånadsavslut" som innebär tre stabiliserande polikliniska ECT: en, två och fyra veckor efter remission. Under denna fas måste man följa patienten noga och vid återfall ska ECT ges tätare med 2 – 3 behandlingar per vecka tills tillståndet hävts. Om patienten tidigare återfallit trots adekvat farmakabehandling och enmånadsavslut bör man göra en långsammare utglesning. Insättning av återfallsförebyggande farmaka görs mot slutet av ECT-serien eller under utglesningsfasen. ECT bör inte avslutas innan adekvat farmakabehandling insatts. Man bör välja en mer intensiv farmakabehandling än de som prövats före ECT. Mest dokumenterade farmaka för återfallsprofylax är kombinationen av litium och nortriptylin.<sup>9</sup> För patienter med tydligt periodisk affektiv sjukdom är monoterapi med litium ett alternativ. Monoterapi med antidepressiva är sällan tillräckligt. Undantagsvis finns ingen annan utväg än underhålls-ECT.

**Mats Adler, Johan Lundberg, Kristina Magnusson, Håkan Odeberg 080814**

- Referenser:**
1. Sackeim HA, Prudic J, Fuller R, Keilp J, Lavori PW, Olfson M. The Cognitive Effects of Electroconvulsive Therapy in Community Settings. *Neuropsychopharmacology* 2006.
  2. Rose D, Fleischmann P, Wykes T, Leese M, Bindman J. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *Bmj* 2003;326(7403):1363.
  3. Weiner RD, Coffey CE, Fochtmann LJ, et al. The Practice of Electroconvulsive Therapy. Recommendations for Treatment, Training and Privileging. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2001.
  4. Hickie I, Mason C, Parker G, Brodaty H. Prediction of ECT response: validation of a refined sign-based (CORE) system for defining melancholia. *Br J Psychiatry* 1996;169(1):68-74.
  5. Dunn CG, Quinlan D. Indicators of E.C.T. response and non-response in the treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 1978;39(7):620-2.
  6. Feske U, Mulsant BH, Pilkonis PA, et al. Clinical outcome of ECT in patients with major depression and comorbid borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2004;161(11):2073-80.
  7. Sartorius A, Wolf J, Henn FA. Lithium and ECT--concurrent use still demands attention: three case reports. *World J Biol Psychiatry* 2005;6(2):121-4.
  8. Naguib M, Koorn R. Interactions between psychotropics, anaesthetics and electroconvulsive therapy: implications for drug choice and patient management. *CNS Drugs* 2002;16(4):229-47.
  9. Sackeim HA, Haskett RF, Mulsant BH, et al. Continuation pharmacotherapy in the prevention of relapse following electroconvulsive therapy: a randomized controlled trial. *Jama* 2001;285(10):1299-307.

# ECT Patientinformation

## Vad är ECT och när används det?

ECT betyder elektrokonvulsiv behandling. Behandlingen sker under narkos. Den sker genom att ge en kortvarig elektrisk stimulering mot huvudet som utlöser en epileptisk aktivitet i hjärnan. Det har visat sig att en serie av sådana behandlingar effektivt behandlar svåra depressioner och vissa andra svåra psykiatriska tillstånd, bland annat vissa psykoser och manier. I vissa mycket allvarliga fall är ECT direkt livräddande.

## Hur fungerar ECT

Man är inte helt säker på hur ECT botar depression, men mycket tyder på att ECT återställer aktiviteten i hjärnans signalsystem.

## Biverkningar

En vanlig biverkan av ECT är övergående huvudvärk eller träningsvärk i kroppen efter behandlingen. Vanliga huvudvärkstabletter hjälper och det kan även tas i förebyggande syfte.

En annan biverkan är störning på minnet och glömska för sådant som inträffat tiden före behandlingen. Under perioden man får ECT kan man ha svårare med lokalsinnet och man kan glömma till exempel telefonnummer, koder och tider man ska passa. Samtidigt medför depressionen i sig ofta betydande minnesvårigheter som lättar när sinnestämningen ger vika. En obehandlad depression under längre tid påverkar också hjärnan negativt, ofta med minnesstörning som följd.

Det är vanligt att minnet påverkas under den tid då ECT-serien pågår och att detta också märks av under veckorna efter behandlingens avslutande. De forskningsstudier som gjorts visar att minnesproblemen för de allra flesta har försvunnit efter 6 månader. Det finns dock enstaka patienter där minnesstörningen inte går bort på 6 månader. Det som då vanligen beskrivs är att vissa minnen, främst från det förflutna och allra mest sådant som skedde i anslutning till ECT, inte återkommer. På grund av risken för minnesbiverkningar ges ECT huvudsakligen vid allvarliga akuta depressioner eller vid svåra och långdragna depressionstillstånd då andra behandlingsmetoder inte visat sig effektiva.

## Hur går behandlingen till

Behandlingen ges på ECT-mottagningen, M49 på Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge. Du kan få behandlingen som ineliggande på vårdavdelning eller så kan den ske polikliniskt, dit vill säga att du bor hemma och kommer till ECT-mottagningen för behandlingen och sedan får åka hem igen när den är färdig.

Under behandlingen ligger du på en brits. Du får en infartskanyl i ett blodkärl och genom denna ges ett narkosmedel och ett muskelavslappnande medel. När Du sedan sover ges en kortvarig elektrisk stimulering över hjärnan, vilket utlöser en slags epileptisk aktivitet. I kroppen ser man små ryckningar. Under hela behandlingen är narkosläkare, narkossjuksköterska och ECT-personal närvarande. Andning, puls och blodtryck övervakas.

## **Vem skriver remiss?**

Din psykiater på öppenvårdsmottagning eller inom slutenvård skriver remiss och kommer även att vara den som följer upp och utvärderar ECT-behandlingen.

## **Förberedelser**

Förberedelser utgörs av en allmän kontroll av fysisk hälsa och vissa blodprover. Ibland ska även EKG och röntgen av hjärta och lungor tas. Vissa läkemedel ska sättas ut eller minskas i dos inför ECT. Detta ordinerar läkaren.

## **I anslutning till behandlingen**

Ingen fast föda får intas efter klockan 24.00 natten innan behandlingen. Klar vätska, men inga mjölkprodukter, får man dricka fram till tre timmar före behandlingen.

Den som tar medicin mot högt blodtryck eller struma skall ta dessa med en liten mängd vatten tidigt på behandlingsdagens morgon. För astmatiker gäller att ta sin ordinerade dos samt ta med sig sina sprayer till behandlingen. Insulinbehandlade diabetiker får instruktion av narkosläkaren.

Behandlingen är över på några minuter och sedan sover Du ytterligare 5-20 minuter i ett uppvakningsrum. Du kan känna dig förvirrad vid uppvaknandet men det klarnar efter en liten stund.

Har Du kommit till behandlingen som poliklinisk patient kan Du åka taxi (s.k. sjukresa) hem. Det går också bra att åka med allmänna kommunikationer men då behöver Du stanna lite längre på mottagningen. Man får absolut inte köra bil från behandlingen eller under samma dag som ECT-behandlingen givits, då man fortfarande är påverkad av narkosen.

## **Hur många behandlingar ges?**

ECT ges som en serie med behandlingar. Ibland kan man känna sig lite bättre redan efter första behandlingen men i allmänhet kommer detta först senare. I början av serien får Du 2-3 behandlingar per vecka. Oftast krävs 8-10 behandlingar, ibland fler, innan man känner sig tydligt förbättrad. Därefter ges ofta ytterligare några behandlingar med glesare intervall innan behandlingen avslutas.

ECT är en akutbehandling som ofta är mycket effektiv. För att effekten ska hålla i sig krävs dock läkemedelsbehandling efter ECT-serien. Ofta rekommenderas en kombination av stämningsstabiliserande och antidepressiv medicinering. Detta ökar chansen att slippa återfall i sin sjukdom. Utan återfallsförebyggande medicin är återfallsrisken mycket hög.

**090302**

**Mats Adler, överläkare och medicinskt ansvarig vid Affektiva mottagningen.**

**Christina Magnusson, överläkare vid ECT-mottagningen.**

**Christina Olsson, sjuksköterska och biträdande enhetschef för ECT-mottagningen.**

## Affektiva mottagningen

**Affektiva mottagningen M59** är en specialmottagning för patienter med bipolär sjukdom (mano-depressiv sjukdom) och svårbehandlad depression. Mottagningen tar emot patienter på remiss och är belägen på Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge.

Mottagningen erbjuder:

1. Utredning efter remiss från läkare med behandlingsförslag till inremitterande (second opinion).
2. Individualiserade behandlingsprogram för svårbehandlade affektiva tillstånd infattande:

- Medicinering
- Psykopedagogiska grupper (PPI)
- Kognitiv beteendeterapi i grupp (CBT)
- Elbehandling (ECT)

Vanligen återremitteras patienterna efter utredning eller genomfört behandlingsprogram. Mottagningen är även ett kunskapscentrum med forskning, kunskapsutveckling och undervisning inom det affektiva området. Vill du ha mer information om affektiva sjukdomar följ någon av länkarna:

[För patienter](#) (länk till verksamhetens externa hemsida)

[För sjukvården](#) (länk till verksamhetens externa hemsida)

### Våra genvägar

Välj genväg

Tipsa  Skriv ut

Har Du tips eller idéer som Du vill delge oss?

[Idé-låda](#)



SOCIALSTYRELSEN RT-STOCKHOLM	
Ink. 2009-07-23	
Dosa.	Dnr
Handl.	

# Affektiva mottagningens behandlingsutbud

## VÅRT UPPDRAG

Affektiva mottagningens uppdrag är att bistå klinikens psykiatrer och att tillförsäkra patienter med svårare affektiv sjukdom korrekt diagnos och behandling. Detta sker, beroende på frågeställning, genom telefonkonsultation, brevledes eller genom att patienten besöker mottagningen.

Affektiva mottagningen är organiserad som en *utredningsenhet* dit patienten kan komma för 1-2 besök, en *behandlingsenhet* som kan ta över behandlingsansvaret för patienten under en avgränsad tid, (komplicerad medicinering, ECT mm), samt en *mottagning* som tar det långsiktiga ansvaret för patienter med Bipolär I-sjukdom.

Affektiva mottagningen fungerar också som ett kunskapscentrum med forskning, kunskapsutveckling och undervisning inom det affektiva området.

- Farmaka.
- Psykopedagogik.

## ECT

Till Affektiva mottagningen hör ECT-mottagningen. ECT står för *electro convulsive therapy*, "elbehandling" och ges till framför allt deprimerade patienter. ECT-mottagningen tar emot patienter från öppenvården såväl som från slutenvården.

På sidan 2 kan Du läsa ett utdrag ur överläkare Håkan Odebergs skrift om elbehandling.

## CBT

Vid behandling av affektiv sjukdom är en kombination av medicin och psykoterapi ofta bäst.

Den psykoterapi som erbjuds vid Affektiva mottagningen kallas *kognitiv beteendeterapi* (CBT). CBT har visat effekt i vetenskapliga undersökningar.

Information om CBT kan Du läsa på sidan 4 i leg. psykolog Fredrik Hillvessons skrift.

# ECT – Elbehandling

## Historia.

ECT har använts i över 65 år, och är därför en av de mest beprövade behandlingarna inom medicin, kanske den mest beprövat effektiva av alla. Med modern teknik är den också mycket skonsam.

## Vad händer vid behandlingen?

Med några sekunders stimulering med mycket korta strömimpulser (mindre än 1/1000 sekund) utlöses en särskild slags ökad eller *konvulsiv* hjärnaktivitet. Hjärnan har inbyggda program för att stänga av sådan aktivitet, och kommer att ha bromsat den inom 0,5 - 1 minut. Det är hjärnans egen aktivitet som ger själva behandlingseffekten, inte den elektriska stimuleringen. Man kan därför säga att ECT är en mycket naturlig behandlingsmetod, som verkar genom att aktivera hjärnans egna resurser.

## När används ECT?

ECT används framför allt vid djupa depressioner, och är fortfarande den effektivaste behandling vi har. Den är också effektiv vid maniska, uppvarvade tillstånd eller vid snabba växlingar i humöret. Den är också effektiv vid Parkinsons sjukdom och vissa typer av förvirringstillstånd.

## Förberedelser

Behandlingen ges i en kortvarig narkos och förberedelserna är de vanliga inför en sådan. Vanlig kroppslig undersökning, provtagning och ibland undersökning av EKG, i vissa fall lungröntgen, hör till rutinerna.

Det är också viktigt att Du diskuterar med Din läkare eller sjuksköterskan vilka mediciner Du ska ta före behandlingen.

Inför narkos skall magsäcken vara tom, så Du måste vara fastande från kvällen före behandlingen. Det är också viktigt att Du går på toaletten innan.

## Hur går behandlingen till?

I början av behandlingen sätter sjuksköterskan eller narkosläkaren en nål i ett blodkärl, och det är nog faktiskt det besvärligaste av alltsammans. I denna nål ges sen ett mycket kortverkande sömnmedel och muskelavslappande medel. När Du sedan sover och muskulaturen är helt avslappnad, ges den elektriska stimuleringen. Den ökade hjärnaktiviteten ger små, nästan inte skönjbara, ryckningar i muskulaturen, och kan också registreras med hjälp av EEG. Hela behandlingen är över på någon minut. Du vaknar vanligen efter 10–30 minuter, kan känna Dig lite lätt vimsig och förvirrad när Du vaknar och bör ligga kvar i sängen tills Du känner dig helt klar i huvudet. Personalen i uppvakningsrummet hjälper Dig med detta. Sedan är det dags för något att äta.

### **Hur många behandlingar ges?**

Behandlingarna ges i en serie, vanligen två eller tre i veckan. Hur många behandlingar det tar innan man känner sig bättre varierar och ibland kan omgivningen märka förbättringen tidigare än Du själv. Lyssna i så fall på vad de säger, de har rätt! Det kan sen gå upp och ned under seriens gång och vid eventuella svackor är det viktigt att inte tappa modet utan fortsätta med behandlingen tills Du är helt återställd och stabil. Hur många behandlingar som krävs kan man aldrig avgöra i förväg, men antalet ligger *vanligen* mellan åtta och sexton. Ibland behövs fler, ibland färre. Ofta avbryts serien när full effekt är uppnådd, men det blir allt vanligare att man följer upp med glesare behandlingar i stabiliserande syfte, för att minska risken för återfall.

### **Biverkningar**

Det viktigaste först: ECT ger *ingen* skada på hjärnan. Detta är tydligt fastslaget i omfattande forskning under över 60 år.

Efter behandlingen kan Du känna dig lite yr, vimsig och ha huvudvärk. Värktabletter hjälper i allmänhet bra.

Den vanligaste biverkan är en störning på närminnet och glömska för sådant som inträffat tiden före behandlingen, mer närmare behandlingen man kommer i tiden. Även depressionen påverkar minnet. Innan depressionen är hävd brukar därför minnespåverkan vara mest besvärande, för att sedan minska. I forskning har man inte kunnat visa kvarstående minnesstörning längre än några månader efter ECT. Olika människor är dock olika känsliga för detta, och minnesstörningen är den största nackdelen med behandlingen. Som i många andra situationer måste för- och nackdelar vägas mot varandra.

### **Att förhindra återfall efter behandlingen**

ECT har inte bestående effekt, och måste därför följas upp med medicin och/eller fortsatt behandling given med några veckors mellanrum under en period tills medicinen fått full verkan. Ibland behöver sådan underhållsbehandling ges under mycket lång tid.

#### *INFORMATION FRÅN:*

*Håkan Odeberg, överläkare vid ECT-enheten och Affektiva mottagningen M59, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge. Skriften är ett utdrag ur broschyren "ECT - elbehandling" och finns att få i broschyrformat, fråga Din behandlare.*