

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Giltig från: 2024-08-09

Innehållsansvar: Ronja Freyholtz, (ronbu1), Vårdenhetschef

Giltig till: 2026-05-23

Granskad av: Martin Rödholm, (marro29), Verksamhetschef

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Regional medicinsk riktlinje

ECT - elektrokonvulsiv behandling

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören (SSN 2024-00258), giltig till 2026-05-23.

Utarbetad av Regionalt processteam depression i samarbete med Samordningsråd vuxenpsykiatri, samt Kunskapsstöd för psykisk hälsa.

Innehåll

Syfte	2
Huvudbudskap	2
Förändringar sedan föregående version	2
Vårdnivå och samverkan	2
Bakgrund	3
Indikatorer och målvärden	3
Utredning	3
Behandling	4
Läkemedel	5
Remissrutiner	5
Klinisk uppföljning	5
Patientmedverkan och kommunikation	5
För vårdgivare	5
Innehållsansvarig	6

Syfte

Att skapa förutsättningar för en god och jämlik vård i hela Västra Götalandsregionen med ett likvärdigt behandlingsinnehåll och uppföljningsförfarande inom VGRs ECT-verksamheter.

Huvudbudskap

Främsta indikation för elektrokonvulsiv terapi (ECT) är svår depression. Inom psykiatri finns även ett flertal andra mycket allvarliga sjukdomstillstånd som påtagligt sänker individens funktionsnivå. Korrekt administrerad och på väl valda indikationer är ECT en säker och effektiv behandling vid flera av dessa tillstånd.

Fortsättnings-ECT och underhålls -ECT, rekommenderas för patienter där effekten av ECT varit tydlig och behandlingen med läkemedel ensamt inte haft tillräcklig effekt. Otillräcklig eller atypiskt behandlingssvar bör föranleda förnyad diagnostisk bedömning med omprövning av indikation.

Individuellt anpassad information ska ges till patienten och anhöriga. Så långt det är möjligt bör patienten göras delaktig i beslutet om ECT.

Förändringar sedan föregående version

Riktlinjen har förts in i ny mall, med tillägg av rubriker för indikatorer och målvärden, läkemedel samt vårdnivå och samverkan.

Vårdnivå och samverkan

ECT bör kunna erbjudas både som ineliggande och som poliklinisk behandling. Vid förstagångsbehandling med ECT kan det vara fördelaktigt att påbörja behandlingen ineliggande.

Patient som tidigare fått god effekt av ECT-behandling bör kunna erbjudas snabb tillgång till behandling när ny indikation för ECT föreligger.

Viktigt att varje verksamhet har säkerställt tydliga rutiner och kontaktvägar för de patienter som kan erbjudas poliklinisk ECT-behandling. Tydlig kommunikation mellan enheter inom den specialistpsykiatriska verksamheten är av vikt för att underlätta remisshanteringen.

Specialistläkare i psykiatri ansvarar för remittering, ordination, elektrodplacering, utvärdering, uppföljning och ställningstagande till avslutning av ECT-behandlingen.

Patienter med personlighetssyndrom bör endast ges ECT-behandling med särskild försiktighet. En behandlingsplan bör upprättas tillsammans med patientens öppenvårdskontakt innan ECT-behandling påbörjas. Indikationen bör vara tydlig och vid bristfällig effekt eller mycket biverkningar bör behandlingen avslutas.

ECT till ungdomar är ovanligt (10 - 20 serier/ år i Sverige). Regionens BUP-verksamheter bör ha upparbetade rutiner och kontaktvägar till ECT-enheter när indikation för ECT föreligger.

Bakgrund

ECT är en av psykiatrins mest effektiva behandlingsmetoder. Behandlingen består av att man under muskelrelaxation och narkos utlöser ett generaliserat epileptiskt anfall som avslutas av sig själv efter 30–60 sekunder. Anfallet utlöses genom att stimulera centrala nervsystemet med elektriska impulser under några få sekunder via elektroder på huden. Avgörande för behandlingens effekt är att den ges på väl vald indikation och med anpassad behandlingsteknik. Se bilaga 1.

I VGR utförs ca 5000 behandlingar/år. ECT utförs på SU (två utbudspunkter), SÄS, SKAS, NU och Kungälv. I VGR är svenska psykiatriska föreningen (SPF) kliniska riktlinjer vägledande för hur behandlingen ska genomföras. I enskilda fall kan avsteg göras från denna riktlinje. Orsaken till det skall dokumenteras i patientjournalen.

Indikatorer och målvärden

Regionala data

- Andel av patienter som fått ECT (KVÅ-kod DA024/DA025) och erhållit någon av behandlingarna i öppenvård ska öka.
- Andel av slutenvård tillfällen 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.

Utredning

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

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.

Vid indikation depression skall skattning med MADRS-S, EQ-5D och CPRS-minne genomföras inför behandling. Andra indikationer skattas med adekvata skalor.

Behandling

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

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

Ansvarig specialistläkare i psykiatri för ECT-verksamheten ska regelbundet närvara vid ECT, samt säkerställa att det finns fungerande lokala rutiner för ECT-behandling med tillgång till både akut- och poliklinisk ECT. Ansvarig ska vidare säkerställa att all personal som utför ECT har genomgått erforderlig utbildning och fortbildning. Val av elektrodplacering bör styras av tillståndets svårighetsgrad. Elektrodplaceringen ska dokumenteras med KVÅ-kod. Tillförd energimängd bör avgöras av den som ger behandlingen och ett generaliserat epileptiskt anfall skall 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 indikation. SPF:s kliniska riktlinjer ger vägledning om läkemedelsbehandling under ECT. Se bilaga 3.

ECT kan ges som:

- Indexserie: initial behandlingsserie till dess symtomfrihet inträder. Serien omfattar 4-12 behandlingar (i snitt 7) som ges 2-3 ggr/vecka.
- Försättnings-ECT: behandlingsserie med glesare intervall en period upp till max 6 månader i syfte att bibehålla behandlingssvar och förhindra återfall.
- Underhålls-ECT: behandlingsserie med syfte att förebygga återkommande sjukdomsskov.

Anestesi anpassas utifrån de hemodynamiska effekterna av ECT-behandlingen. Initialt ger stimuleringen en parasympatisk aktivering som kan ge bradykardi, och i värsta fall asystoli. Sedan sker 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 narkos, kan man uppmana patienten att själv hyperventilera innan sövning vilket gör att man slipper aspirationsrisken som övertrycksventilation innebär. Vid otillräcklig kramp kan ny stimulering ges i samma narkos, inom 40-60 sekunder med kort ventilation. 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. Syresättning och adekvat cirkulation säkerställs.
- Motorisk oro efter ECT kan vara tecken på kvarvarande muskelrelaxation. Kortvarig sedering kan ges.
- 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

Läkemedel

Läkemedelsjustering inför ECT följer bilaga 2. Läkemedel under ECT följer bilaga 3.

Remissrutiner

Se även Regional medicinsk riktlinje, [RMR Remiss inom Hälso- och sjukvård](#).

Klinisk uppföljning

Ordinerande läkare utvärderar behandlingsserien. Kommunikation mellan ECT-enheten och ordinerande läkare är en förutsättning för att säkerställa god uppföljning.

För vidmakthållande av behandlingseffekt är fortsättnings-ECT och underhålls-ECT en evidensbaserad och rekommenderad metod.

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

MADRS-S, EQ-5D och CPRS minne ska följas upp efter genomförd indexserie samt vid sexmånadersuppföljning.

Patientmedverkan och kommunikation

Behandling med ECT bör vara personcentrerad och individanpassad, med avseende på exempelvis biverkningsbild och effekt. Individuellt anpassad information ska ges till patienten och anhöriga. Patienten bör vara delaktig i beslutet av ECT.

Patientinformation

[ECT - elbehandling - 1177](#)

För vårdgivare

[SPF-kliniska-riktlinjer-om-ECT.pdf \(svenskpsykiatri.se\)](#)

[Kvalitetsregister ECT \(registercentrum.se\)](#)

Innehållsansvarig

Regionalt processteam depression under ledning av samordningsråd vuxenpsykiatri, samt 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
- Färska 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

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Ronja Freyholtz, (ronbu1), Vårdenhetschef

Granskad av: Martin Rödholm, (marro29), Verksamhetschef

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN12110-675548244-14

Version: 1.0

Giltig från: 2024-08-09

Giltig till: 2026-05-23