

		<b>Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp</b>		Generelt dokument
<b>Kontinuasjons- og vedlikeholdsbehandling ECT (kECT og vECT)</b>				Side 1 av 3
Dokument ID: II.KPH.2.5.6-13	Tilknyttet:	Godkjent dato: 16.08.2024	Revisjon -	

## Hensikt og omfang

Kvalitetssikring av behandlingsprosessen ved kontinuasjons- og vedlikeholdsbehandling med ECT.

**Definisjoner:** Kontinuasjonsbehandling er behandling de første 6 måneder etter remisjon av en indeksepisode med psykisk lidelse. Vedlikeholdsbehandling er behandling etter en serie er gjennomført.

## Ansvar/målgruppe

- Behandler i samarbeid med pasient.
- Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten som gir ECT.
- Behandler og annet helsepersonell i psykisk helsevern med interesse for ECT.
- Fastleger og annet helsepersonell i kommunehelsetjenesten.

## Handling

- Man bør forsikre seg om at ECT har vært optimalisert i forhold til elektrodeplassering og stimulusintensitet, at eventuelt samtidig medikasjon med antikonvulsive egenskaper har blitt redusert eller seponert, og at det har vært gjennomført minst 10 behandlinger.
- Vurder videre ECT med farmakologisk tilleggsbehandling (for eksempel antidepressiv medikasjon hos pasienter med alvorlige depresjoner).
- Vurder et skifte til en ny medikamentell behandlingsstrategi.
- Se [vurdering av behandlingen underveis](#) ved behandlingmessige problemer under serien.
- Behandlingen registreres med kode IBEB00 i DIPS og i NPR

## **Anbefalinger for kontinuasjonsbehandling (kECT).**

Kontinuasjonsbehandling består vanligvis av psykofarmakologisk medikasjon (ikke tema her) eller ECT, og er indisert hos så godt som alle pasienter. Dersom kontinuasjonsbehandling ikke blir anbefalt, skal begrunnelsen for denne avgjørelsen dokumenteres. Kontinuasjonsbehandling bør starte så snart som mulig etter at ECT-serien er avsluttet, unntatt når uønskede ECT-effekter, som for eksempel delirium, nødvendiggjør en pause. Så fremt det ikke er kontraindisert pga uønskede effekter, bør kontinuasjonsbehandling fortsette minst seks måneder og eventuelt etterfølges av vedlikeholdsbehandling.

Kontinuasjons-ECT er indisert om pasienten har en sykdomshistorie med god respons på ECT, og hvor en av følgende forhold også er til stede:

- Farmakologisk behandling alene ikke har vært effektivt i å behandle aktuelle episode eller å forhindre tilbakefall/nye episoder.
- Farmakologisk behandling kan ikke gis på en trygg måte.
- Pasienten ønsker ECT, og gir skriftlig, informert samtykke til kontinuasjons-ECT. Pasienten må ha samtykkekompetanse til å forstå behandlingsplanen. Ved redusert eller manglende samtykkekompetanse må eventuelt nærmeste pårørende forespørres om [samtykke](#) på vegne av pasienten.
- Kontinuasjons-ECT bør være tilgjengelig alle steder hvor man tilbyr ordinær ECT.
- Kontinuasjons-ECT kan gis enten til inneliggende eller polikliniske pasienter.
- Behandlingsintervall bør individualiseres for hver pasient, og justeres ved behov, sett i forhold til både effekt og bivirkninger.

□

Utarbeidet av: Arbeidsgruppe ECT	Fagansvarlig:	Godkjent av: <ikke styrt>	
-------------------------------------	---------------	------------------------------	--

	<b>Kontinuasjons- og vedlikeholdsbehandling ECT (kECT og vECT)</b>				<b>Side: 2</b> <b>Av: 3</b>
Dokument-id: II.KPH.2.5.6-13	Utarbeidet av: Arbeidsgruppe ECT	Fagansvarlig:	Godkjent dato: 16.08.2024	Godkjent av: <ikke styrt>	Revisjon: -

Utskrevet: 16.08.2024

## Evaluering av pasienter som får kECT og vECT

### Før hver behandling:

Psykiatrisk vurdering gjøres i forkant av hver behandling. Vurdering av somatisk tilstand som kan påvirke ECT bør gjøres av pasientens fastlege/tilsynslege eller av enhetens lege hvis pasienten er innlagt i sykehus. Denne vurderingen bør ta i betraktning både nytten og effekten av behandlingen og eventuelle bivirkninger.

### Regelmessig kartlegging:

Vurderer klinisk grunnlag for fortsatt kontinuasjons-/vedlikeholdsbehandling. Kognitive funksjoner bør vurderes minimum hver 3. behandling (for eksempel målt med MMSE-NR). Fornyelse av samtykkeskjema for ECT bør gjøres minst hver 6. måned. Hyppigheten av preoperative anestesievurderinger/pre-journal bestemmes ved de enkelte anesthesiavdelinger.

### Psykoterapi v kECT og vECT:

Etter en ECT serie vil psykoterapi, enten individuell, gruppebasert eller som familieterapi representere en verdifull del av den kliniske behandlingsplanen for noen pasienter. Psykoterapi er ikke tema for denne behandlingslinjen.

### Vedlikeholdsbehandling (vECT).

Vedlikeholdsbehandling med ECT er indisert hos noen pasienter pga spesielt stor fare for tilbakefall. Type vedlikeholdsbehandling kan være forskjellig fra den som er gitt ved kontinuasjonsbehandling (f.eks en pasient som har hatt effekt av ECT kan få vedlikeholdsbehandling med medikamenter). Hyppigheten av vedlikeholdsbehandling bør avgjøres på grunnlag av risiko-/nyttevurderinger hvor en tar i betraktning faktorer som tidligere sykdomsepisoder, tidligere kontinuasjons-/vedlikeholdsbehandling, toleranse for vedlikeholdsbehandling, pasientens preferanse, og pasientens evne til å samtykke til behandlingsplanen. Vedlikeholds-ECT bør administreres med lavest mulig frekvens som gir tilfredsstillende remisjon. Noen pasienter har hatt nytte av vECT over flere år.

### Hvordan starter man opp med k-/vECT og hvor ofte?

”Vedlikeholds-ECT starter gjerne i fortsettelsen av en ECT-serie med ukentlige behandlinger i 2-4 uker, før man gradvis forsøker å øke intervallet opptil fire uker. Alternativt brukes et fast intervall på 1-4 uker, eller man gir 1-2 behandlinger etter behov ved minste tegn på recidiv.”

## Konklusjon

Kunnskapsgrunnlaget for k-ECT og v-ECT er begrenset, til dels spriker resultatene. Dersom man beslutter å tilby vECT, påtar man seg et ekstra ansvar, siden det går på tvers av statlige anbefalinger. Man bør, av hensyn til pasienten, likevel være villig til å ta det ansvaret, men begrunne dette godt i journal og man det skal innhentes informert samtykke.

Både k- og v-ECT kan gis ambulant eller som inneliggende. Den kliniske vurderingen avgjør hvilke pasienter som bør legges inn til hver behandling (hjemmesituasjon, kognitiv fungering etter ECT og så videre). Spesialisten som anbefaler k- og v-ECT påtar seg et større ansvar dersom ECT gis som ambulant behandling og må avklare hvem som følger opp pasienten mellom sesjonene (fastlege, psyk.sykepleier, spesialisthelsetjenesten).

## Kilder:

1. The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training and privileging. 2<sup>nd</sup> ed. Washington: American Psychiatric Association; 2001. Tilgjengelig fra: [http://books.google.no/books?id=rY43-wvZN\\_MC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false](http://books.google.no/books?id=rY43-wvZN_MC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false)  
Fri oversettelse av anbefalinger i boken med tilpasninger til forholdene i Sykehuset Innlandet HF.
2. Bergsholm P. ELEKTROKONVULSIV TERAPI, S. 115. I: Krüger MB et al, red. Depresjonshåndboka. Oslo: Gyldendal akademisk; 2000. s. [sidetall for kapittel].



Dokument-id: II.KPH.2.5.6-13	Utarbeidet av: Arbeidsgruppe ECT	Fagansvarlig:	Godkjent dato: 16.08.2024	Godkjent av: <ikke styrt>	Revisjon: -
---------------------------------	-------------------------------------	---------------	------------------------------	------------------------------	----------------

Utskrevet: 16.08.2024

3. Carney S, Geddes J. Electroconvulsive therapy. BMJ. 2003 Jun 21;326(7403):1343-4. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.326.7403.1343>
4. National Institute for Clinical Excellence. Guidelines on the use of electroconvulsive therapy. London: NICE; 2003. Tilgjengelig fra: <http://guidance.nice.org.uk/TA59>
5. Gagné GG, Furman MJ, Carpenter LL, Price LH. Efficacy of continuation ECT and antidepressant drugs compared to long-term antidepressants alone in depressed patients. Am J Psychiatry. 2000 Dec;157(12):1960-5. Tilgjengelig fra: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/157/12/1960>
6. Abrams R. Electroconvulsive therapy. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2002.
7. Andrade C, Kurinji S. Continuation and maintenance ECT: a review of recent research. J ECT. 2002 Sep;18(3):149-58. Tilgjengelig fra: <http://ovidsp.ovid.com.proxy.helsebiblioteket.no/ovidweb.cgi?T=JS&NEWS=N&PAGE=fulltext&AN=00124509-200209000-00007&LSLINK=80&D=ovft>
8. Stovall J, Keck P, Solomon P. Bipolar disorder: maintenance treatment. UpToDate 2010. Tilgjengelig på [http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=bipolar/4558&selectedTitle=11%7E77&source=search\\_result](http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=bipolar/4558&selectedTitle=11%7E77&source=search_result)
9. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2009 . Tilgjengelig fra: [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00134/Nasjonale\\_retningsl\\_134229a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00134/Nasjonale_retningsl_134229a.pdf)
10. Veiviser i møte med helsepersonell – Informasjon til brukere og pårørende og om anbefalt behandling av depresjon. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00302/IS-1832\\_Veiviser\\_i\\_302209a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00302/IS-1832_Veiviser_i_302209a.pdf)
11. Kellner, C et al Arch Gen Psychiatry. 2006 Dec;63(12):1337-44. Continuation electroconvulsive therapy vs pharmacotherapy for relapse prevention in major depression: a multisite study from the Consortium for Research in Electroconvulsive Therapy (CORE).

**Kryssreferanser**[II.KPH.2.3.2-4](#)[II.KPH.2.5.6-8](#)[Samtykkeerklæring for ECT-behandling](#)[Vurdering av behandlingen underveis -ECT](#)**Eksterne referanser**