

Kvalitetsregister ECT

Årsrapport 2012



Årsrapport 2012

Kvalitetsregister ECT

Registerhållare
Lars von Knorring

Övriga i styrgruppen

Tonny Andersen

Ralf Ansjön

Niclas Bengtsson

Ullvi Båve

Martin Hultén

Aki Johanson

Mikael Landén

Johan Lundberg

Pia Nordanskog

Axel Nordenskjöld

Kristoffer Södersten

Statistiker

Emil Gustafsson

emil.gustafsson@orebroll.se

Övriga medarbetare årsrapport

Anna-Carin Bring

Statistiker

Registercentrum Västra Götaland

413 45 Göteborg

anna-carin.bring@registercentrum.se

Henrik Fryk

Statistiker

Registercentrum Västra Götaland

413 45 Göteborg

henrik.fryk@registercentrum.se

Anneli Ambring

Projektledare

Registercentrum Västra Götaland

413 45 Göteborg

anneli.ambring@registercentrum.se

Utgivare

Kvalitetsregister ECT

Psykiatriskt forskningscentrum

Box 1613

701 16 Örebro

Huvudman

Örebro läns landsting

ISSN 2001-6751



Innehållsförteckning

Inledning.....	4
Sammanfattning	5
Täckningsgrad och antal patienter	6
Antal ECT-behandlade patienter	6
Täckningsgrad	6
Omfattning av ECT vid olika sjukhus.....	8
Andel ECT-behandlade i befolkningen.....	10
Ålder och kön	11
Könsfördelning i olika landsting.....	13
Kvalitetsindikatorer	14
ECT vid slutenvårdad svår depression	14
Indikation för ECT	15
Uppföljning av biverkningar	16
Symptomskattning med Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS).....	17
Bedömning med Clinical Global Impression-Improvement (CGI).....	19
Behandlingsteknik	20
Antal behandlingar per serie	20
Elektroddplacering	22
Elektriska doser.....	22
Krampens längd.....	25
Förebyggande behandling	26
Litium.....	26
Fortsättnings- eller underhålls-ECT.....	27
Bensodiazepiner	28
Registrets organisation	29
Styrgrupp.....	29
Samordnare	29
Inmatning	29
Statistisk analys och återkoppling.....	29
Medverkande enheter.....	30
Forskning	31
Patientgrupper med nytta av ECT	31
Prediktorer för återinsjuknande	31
Fortsättnings-ECT med läkemedel jämfört med läkemedel ensamt.....	31
Återinläggning efter fortsättnings-ECT	32
Prediktorer för återvunnen arbetsförmåga	32
Prefect-studien	33
Publikationer baserade på registerdata	33
Kontakta Kvalitetsregister ECT	35



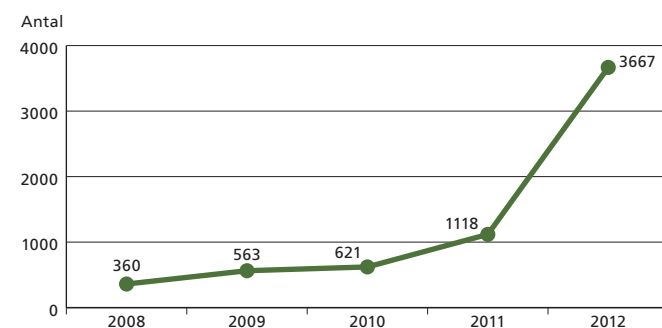
Inledning

Elektrokonvulsiv terapi (ECT) är en behandling som används vid svåra psykiska sjukdomar, framför allt vid svår depression. Behandlingen har använts i 80 år. Verkningsmekanismen är inte helt känd men i vetenskapliga studier är ECT fortfarande den mest effektiva behandlingen vid svår depression. Behandlingen är smärtfri och ges under narkos. Vid ECT framkallas ett epileptiskt krampanfall med hjälp av elektrisk ström. Behandlingen ges vanligen i serier om omkring åtta behandlingar under cirka tre veckors tid. Minnesstörningar i anslutning till behandlingen kan förekomma.

ECT har dock också varit kontroversiellt och användningen varierar stort mellan olika länder. Under senare år har tekniken utvecklats. I en rapport ifrån Socialstyrelsen 2010 konstateras: "Det finns troligen skillnader i utförande av ECT-behandling mellan olika landsting och regioner. Samtidigt har tekniken och kraven på god kompetens vid genomförandet ökat vilket ställer krav på utvecklingen av kliniska riktlinjer för praxis i användandet av ECT." Vidare konstateras: "Antalet ECT-behandlingar har med all sannolikhet ökat men det är oklart".

Ett regionalt register tillkom 2008 i ett samarbete mellan kliniskt aktiva och forskande läkare och sjuksköterskor i Örebro, Uppsala och Dalarna. Under 2010 bildades en nationell styrgrupp i samarbete med Svenska psykiatriska föreningen (SPF) med målsättning att skapa ett nationellt Kvalitetsregister ECT. Från och med 2011 har ett nationellt kvalitetsregister tillkommit med stöd av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Successivt har allt fler kliniker anslutit sig och registreringarna har ökat för varje år (Figur 1).

Figur 1. Antal avslutade behandlingsserier (täta och glesa) för respektive år, 2008–2012.



Under 2012 har samtliga enheter i landet som ger ECT anslutits till registret. God kvalitet på inrapporterade data och hög täckningsgrad stöds av en regional organisation som samarbetar med klinikerna vid inrapportering, tolkning och återkoppling.

Nationell statistik kan bidra till att tillgången till behandlingen och kvaliteten på vården blir mer likvärdig. Registret underlättar också forskning om behandlingens kortsiktiga och långsiktiga effekter. Målet är förbättrad effekt och minimerade biverkningar.

Registreringen är frivillig och den som registreras kan när som helst begära att få uppgifterna borttagna ur registret eller ta del av de uppgifter som berör honom/henne genom att höra av sig till kvalitetsregistrets kontaktpersoner. Det som registreras är uppgifter om: personnummer, diagnoser, symptom, behandlingen, biverkningar och läkemedelsbehandling. Uppgifterna rapporteras av vårdpersonalen och patienter som ingår kan också bli kontaktade av registret. Registret används för kvalitetssäkring och för forskning. Samkörning genomförs regelbundet med andra myndigheters register (Socialstyrelsen, Försäkringskassan och Statistiska Centralbyrån). Registret drivs av Örebro läns landsting. Registret omfattas av regelverket i patientdatalagen (2008:355).

Sammanfattning

Samtliga behandlande enheter i landet rapporterade under 2012 till Kvalitetsregister ECT. Täckningsgraden för Kvalitetsregister ECT under 2012 var 76% av totalt 3 806 patienter i kvalitetsregistret och Patientregistret.

Andelen kvinnor av de registrerade var 63%. Patienternas ålder varierade mellan 16 och 95 år. De flesta behandlades för depression.

Medianen för antalet ECT per behandlingsserie var sju. Man inledde behandlingen med unilateral elektrodplacering i 88% av serierna.

Registret har tagit fram fyra kvalitetsindikatorer

ECT vid slutenvårdad svår depression

Indikatorn ingår i Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom där ECT för patientgruppen med slutenvårdad svår depression har högsta prioritet. Indikatorn ingår också i öppna jämförelser. Sju landsting nådde upp till styrgruppen för Kvalitetsregister ECTs mål att minst 40% av patienterna som vårdas i slutenvård för svår depression bör erhålla ECT.

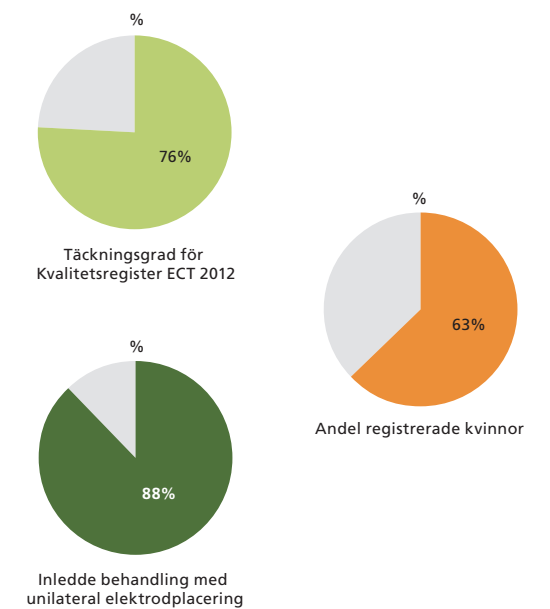
Indikationer för ECT

Styrgruppen för Kvalitetsregister ECT har ställt sig bakom ett antal etablerade indikationer för ECT. Inget landsting nådde upp till målet att någon av dessa indikationer skall finnas dokumenterad hos 90% av patienterna.

Uppföljning av biverkningar

Tretton landsting nådde upp styrgruppens mål att dokumentation om patienten upplevt biverkningar eller ej skall finnas i minst 90% av behandlingsserierna.

Kvalitetsindikatorer för Riket.

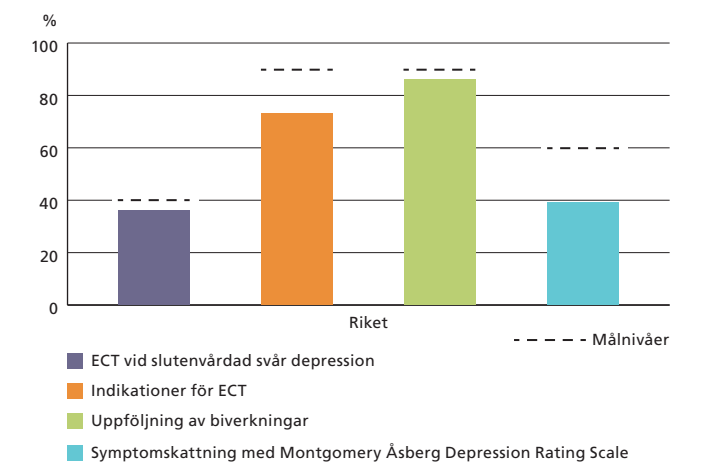


Symptomskattning med Montgomery Åsberg Depression Rating Scale

Landstinget i Uppsala län och Landstinget Dalarna uppnådde registrets mål som var att under 2012 skulle bedömning med MADRS eller MADRS-S genomföras efter minst 60% av behandlingsserierna.

Det finns stora variationer i den förebyggande behandling som ges efter ECT. Inom flera landsting behöver användningen av litium och fortsättnings-ECT öka medan användningen av bensodiazepiner kan behöva minska.

Kvalitetsindikatorer för Riket.



Täckningsgrad och antal patienter

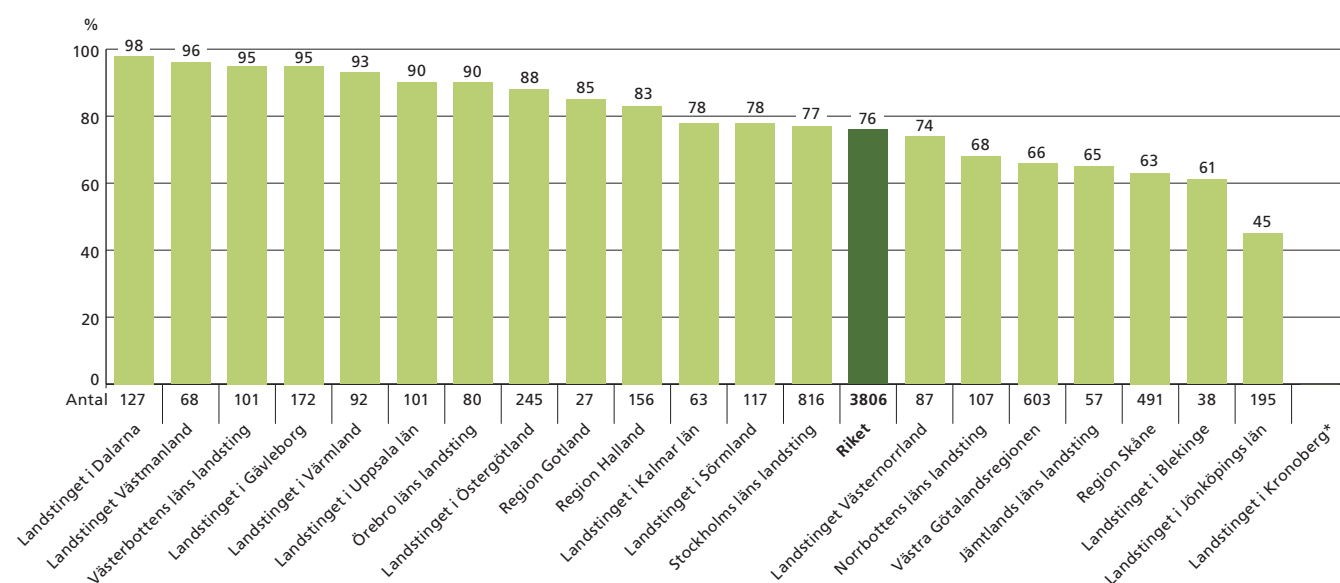
Antal ECT-behandlade patienter i Sverige

Tre datakällor har använts för att uppskatta antalet individer som fått ECT under 2012: Kvalitetsregister ECT, Patientregistret och enkäter till sjukhusen.

I Kvalitetsregister ECT finns 2 889 individer som behandlats med ECT under året. Patientregistret innehåller 3 195 individer som erhållit ECT under 2012. En sambearbetning på individnivå har genomförts. **Det totala antalet individer som fanns i något av registren var 3 806 individer.** Det innebär att 76% finns i Kvalitetsregister ECT och 84% i Socialstyrelsens patientregister.

Varje sjukhus som bedriver ECT har besvarat en enkät där de uppgett antal behandlade patienter under 2012. Summan uppgår till 4 113, men är en överskattning av det totala antalet unika individer p.g.a. att samma individ ibland kan få ECT på mer än ett sjukhus under året. Antalet individer som fått ECT men som varken återfinns i Kvalitetsregister ECT eller Patientregistret bedöms vara få. 2 754 individer som avslutade en serie med ECT under 2012 utgör en kohort som många av analyserna i denna rapport utgår ifrån.

Figur 2. Täckningsgrad i Kvalitetsregister ECT under 2012, uppgifter hämtade från Patientregistret och Kvalitetsregister ECT.



Uppgifter om antal patienter är hämtade från Patientregistret och Kvalitetsregister ECT.

*Eftersom uppgifter från Patientregistret saknas för Landstinget i Kronoberg redovisas ingen uppgift för detta landsting.

Kvalitetsregister ECT täckningsgrad under 2012

Med hjälp av sambearbetning med Patientregistret kan täckningsgradsgraden för Kvalitetsregister ECT beräknas till 76%. Täckningsgraden i de olika landstingen varierar mellan 44% och 98%. De landsting som deltagit i registret flera år har hög täckningsgrad.

Täckningsgraden i Patientregistret har tidigare varit dålig (Rapportering av ECT-behandling till Patientregistret – en kvalitetsstudie, Socialstyrelsen 2013). Satsningen på Kvalitetsregister ECT har även bidragit till att täckningsgraden för Patientregistret kraftigt förbättras till 84% under 2012.

Tabell 1. Antal individer där åtgärden ECT finns registrerad i Patientregistret eller Kvalitetsregister ECT under 2012 och täckningsgraden för registren fördelat på landsting.

	Antal patienter i Patientregistret och Kvalitetsregister ECT	Täckningsgrad Patientregistret (%)	Täckningsgrad Kvalitetsregister ECT (%)
Jämtlands läns landsting	57	81	65
Landstinget i Blekinge	38	61	61
Landstinget i Dalarna	127	80	98
Landstinget i Gävleborg	172	90	95
Landstinget i Jönköpings län	195	87	45
Landstinget i Kalmar län	63	62	78
Landstinget i Kronoberg*	-	-	-
Landstinget i Sörmland	117	84	78
Landstinget i Uppsala län	101	81	90
Landstinget i Värmland	92	65	93
Landstinget i Östergötland	245	90	88
Landstinget i Västernorrland	87	67	74
Landstinget i Västmanland	68	79	96
Norrbottnens läns landsting	107	95	68
Region Gotland	27	96	85
Region Halland	156	88	83
Region Skåne	491	97	63
Stockholms läns landsting	816	93	77
Västerbottens läns landsting	101	15	95
Västra Götalandsregionen	603	82	66
Örebro läns landsting	80	100	90
Riket	3806	84	76

* Eftersom uppgifter från Patientregistret saknas för Landstinget i Kronoberg redovisas ingen uppgift för detta landsting.

Omfattning av ECT vid olika sjukhus

ECT bedrevs under 2012 vid 54 sjukhus i landet. Samtliga rapporterade till Kvalitetsregister ECT. Åtta sjukhus rapporterade färre än 10 individer. Danderyds sjukhus rapporterade flest individer (199 st). Vissa patienter får mer än en behandlingsserie under samma år.

Tabell 2. Antal unika individer, serier/individ i Kvalitetsregister ECT 2012, och ECT-behandlingar/individ uppdelat på landsting.

	Antal unika individer	Antal täta serier/individ	Antal glesa serier/individ	Antal ECT behandlingar/individ
Jämtlands läns landsting	37	1,03	0,00	10,92
Landstinget Blekinge	20	1,05	0,10	7,55
Landstinget Dalarna	121	1,21	0,16	10,15
Landstinget Gävleborg	162	1,23	0,17	9,67
Landstinget i Jönköpings län	81	0,99	0,10	9,75
Landstinget i Kalmar län	48	1,13	0,46	13,46
Landstinget i Sörmland	87	1,09	0,31	11,38
Landstinget i Uppsala län	86	1,16	0,37	13,01
Landstinget i Värmland	85	0,92	0,21	9,39
Landstinget i Östergötland	212	1,08	0,32	10,92
Landstinget Kronoberg	59	1,20	0,24	10,51
Landstinget Västernorrland	62	0,97	0,10	11,98
Landstinget Västmanland	58	1,22	0,10	8,52
Norrbottens läns landsting	73	1,03	0,19	7,45
Region Gotland	22	1,00	0,32	7,41
Region Halland	119	1,14	0,21	10,80
Region Skåne	297	1,09	0,11	10,28
Stockholms läns landsting	588	1,29	0,18	11,12
Västerbottens läns landsting	95	1,22	0,12	10,69
Västra Götalandsregionen	370	1,17	0,05	9,10
Örebro läns landsting	72	1,08	0,22	10,03
Riket	2754	1,16	0,17	10,37

Tabell 4. Antal unika individer, serier/individ och ECT-behandlingar/individ uppdelat på sjukhus.

	Antal unika individer	Antal täta serier/individ	Antal glesa serier/individ	Antal ECT/individ
Arvika	17	0,12	0,94	18,59
Borås	77	1,31	0,01	10,43
Danderyd, Stockholm	199	1,35	0,22	11,35
Eksjö	38	1,03	0,11	11,76
Eskilstuna	24	1,04	0,00	10,96
Falköping	70	1,16	0,03	9,74
Gällivare	6			
Gävle	62	1,29	0,06	10,76
Halmstad	39	1,15	0,18	9,08
Helsingborg	64	1,19	0,03	8,67
Huddinge	165	1,32	0,15	11,58
Hudiksvall	100	1,19	0,24	8,99
Hässleholm och Kristianstad	30	1,20	0,00	10,57
Jönköping	30	1,00	0,07	8,43
Kalmar	33	1,18	0,58	14,00
Karlshamn	11	1,09	0,18	8,91
Karlskoga	18	1,06	0,17	8,00
Karlskrona	9			
Karlstad	68	1,12	0,03	7,09
Kungälv	60	1,10	0,18	10,42
Lindesberg	9			
Linköping	118	1,14	0,47	11,55
Ljungby	2			
Lund	88	1,09	0,11	11,47
Löwenströmska, Stockholm	74	1,12	0,27	10,18
Malmö	81	1,07	0,07	9,53
Motala	9			
Möndal	5			
Norrköping	85	1,00	0,11	9,91
Trollhättan och Uddevalla	6			
Nyköping	63	1,11	0,43	11,54
Piteå	32	0,94	0,25	8,91
S:t Göran, Stockholm	137	1,28	0,13	10,94
Sahlgrenska, Göteborg	57	1,09	0,00	7,54
Skellefteå	42	1,26	0,00	8,83
Sollefteå	10	0,70	0,50	13,10
Östra sjukhuset, Göteborg	95	1,17	0,04	8,01
Sunderbyn, Luleå	35	1,00	0,00	6,03
Sundsvall	44	1,00	0,02	11,82
Säter	121	1,21	0,16	10,15
Södertälje	13	1,08	0,08	9,08
Trelleborg	22	0,82	0,55	13,36
Umeå	53	1,19	0,21	12,17
Uppsala	86	1,16	0,37	13,01
Varberg	80	1,14	0,23	11,64
Visby	22	1,00	0,32	7,41
Värnamo	13	0,85	0,15	6,92
Västervik	15	1,00	0,20	12,27
Västerås	58	1,22	0,10	8,52
Växjö	57	1,21	0,25	10,60
Ängelholm	12	1,00	0,17	8,92
Örebro	45	1,09	0,29	11,71
Örnsköldsvik	8			
Östersund	37	1,03	0,00	10,92
Riket	2754	1,16	0,17	10,37

FAKTA

I Kvalitetsregister ECT registreras:

- tät serie där ECT är planerat till mer än ett behandlingstillfälle per vecka
- gles serie där ECT är planerat till ett behandlingstillfälle per vecka eller glesare

Med index-serie menas att ECT ges upprepat i en behandlingsserie till dess att remission (frånvaro av symptom, frihet från sjukdom) inträder eller till bedömning att behandlingen ej kan ge ytterligare symptomlindring. Vanligen ges tre ECT/vecka, det finns dock situationer då två behandlingar/vecka kan vara att föredra (t ex vid hög risk för konfusion). Vid ytterst svåra och livshotande tillstånd såsom t.ex. vid katatoni kan ECT ges dagligen. Index-serier registreras vanligen som tät serie i registret.

Fortsättnings-ECT ("continuation-ECT", cECT) innebär att man under en period om upp till sex månader efter en indexserie ger ytterligare utglesade behandlingar (mellan en behandling per vecka till en behandling per månad), i syfte att bibehålla ett behandlingssvar av en index-serie. Fortsättnings-ECT-serier registreras vanligen som gles serie i registret.

Underhålls-ECT ("maintenance-ECT", mECT) innebär att man under en period som överstiger 6 månader efter en index-serie ger ECT (mellan en behandling per vecka till en behandling per månad) i syfte att förebygga insjuknande i en ny episod. Underhålls-ECT serier registreras vanligen som gles serie i registret.

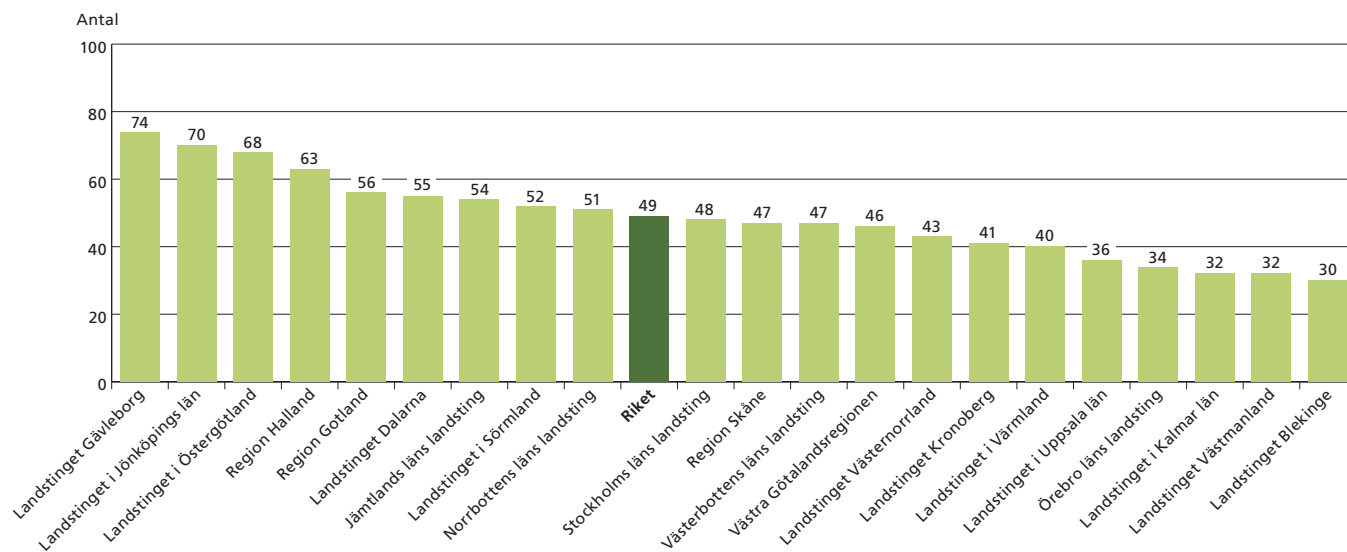
Tabell 3. Behandlingstid och antal behandlingar per ECT serie för täta respektive glesa serier.

	Täta serier	Glesa serier
Antal serier	3 188	479
Behandlingstid i dagar (median)	16	49
Antal behandlingar per ECT serie (median)	7	6

Andel ECT-behandlade i befolkningen

Andelen av den vuxna befolkningen som får behandling med ECT har beräknats genom sambearbetning av Kvalitetsregister ECT och Patientregistret. Samtliga patienter som finns med i något av registren är medräknade. Det finns en stor variation i hur stor andel av befolkningen som blir behandlad. Det kan bl.a. bero på att tillgången till behandlingen på många håll begränsas av att man inte har tillräckligt med narkosresurser. Lokala behandlingstraditioner bidrar också till att olika läkare ordinerar ECT i olika stor utsträckning.

Figur 3. Antal patienter som behandlats med ECT under 2012 per 100 000 invånare i befolkningen över 15 år i respektive landsting.

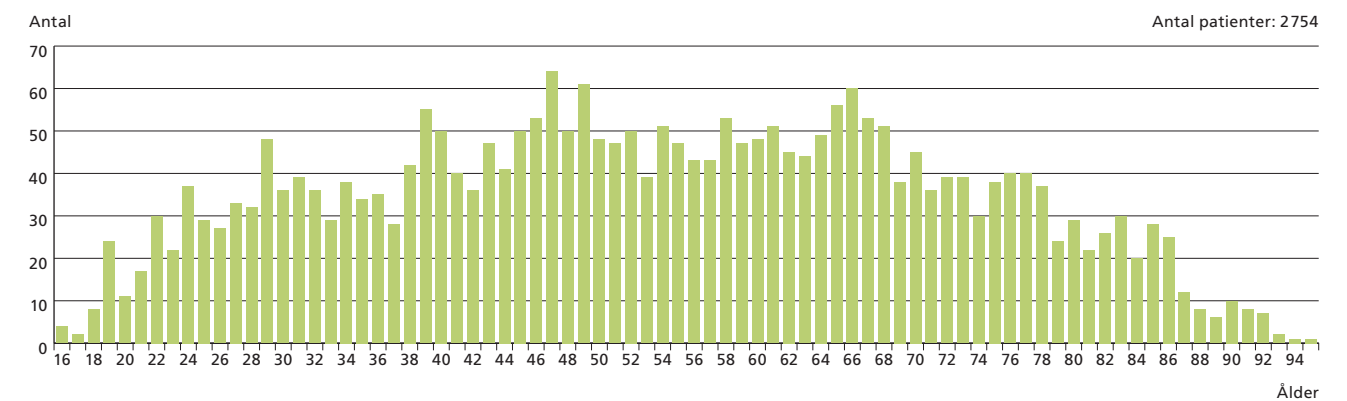


Uppgift om åtgärden ECT är hämtat både från Kvalitetsregister ECT och Patientregistret. Folkmängd hämtad från Statistiska centralbyrån (SCB).

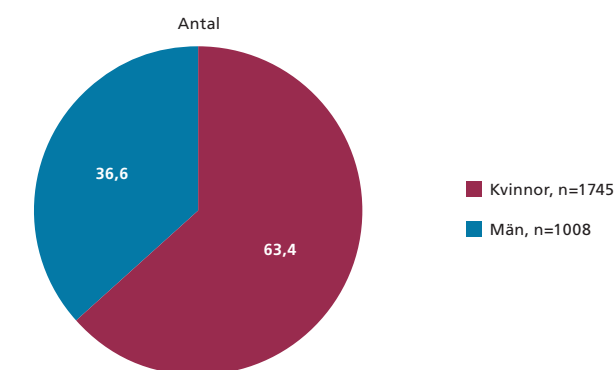
Ålder och kön

Det är vanligare att kvinnor får ECT än män. 63% av de behandlade är kvinnor och 37% män. Det förklaras sannolikt av att depression, den dominerande indikationen för ECT, är vanligare hos kvinnor än hos män. ECT förekommer som behandling från och med tonåren i alla åldrar, även för mycket gamla. Den yngsta som behandlades var 16 år och den äldsta 95 år. Endast enstaka patienter remitteras ifrån barnpsykiatri för ECT, medan vuxenpsykiatri behandlar även unga vuxna. Effekten av ECT är lika god hos kvinnor och män. Äldre har en något säkrare effekt men även de flesta yngre som behandlas har god effekt.

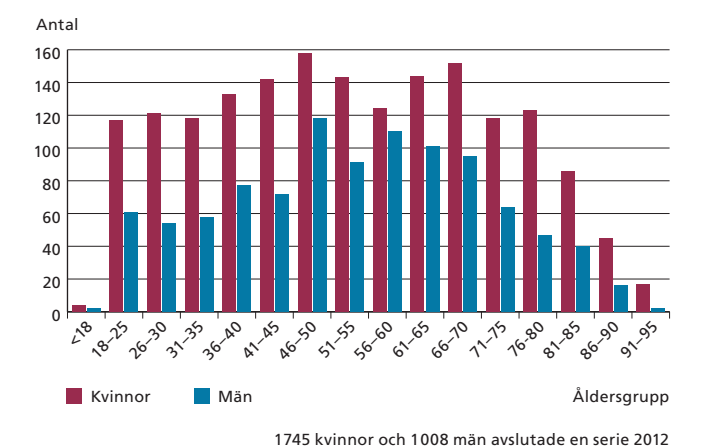
Figur 4. Åldersfördelning, antal.



Figur 5. Könsfördelning.



Figur 6. Åldersfördelning uppdelat på kön.



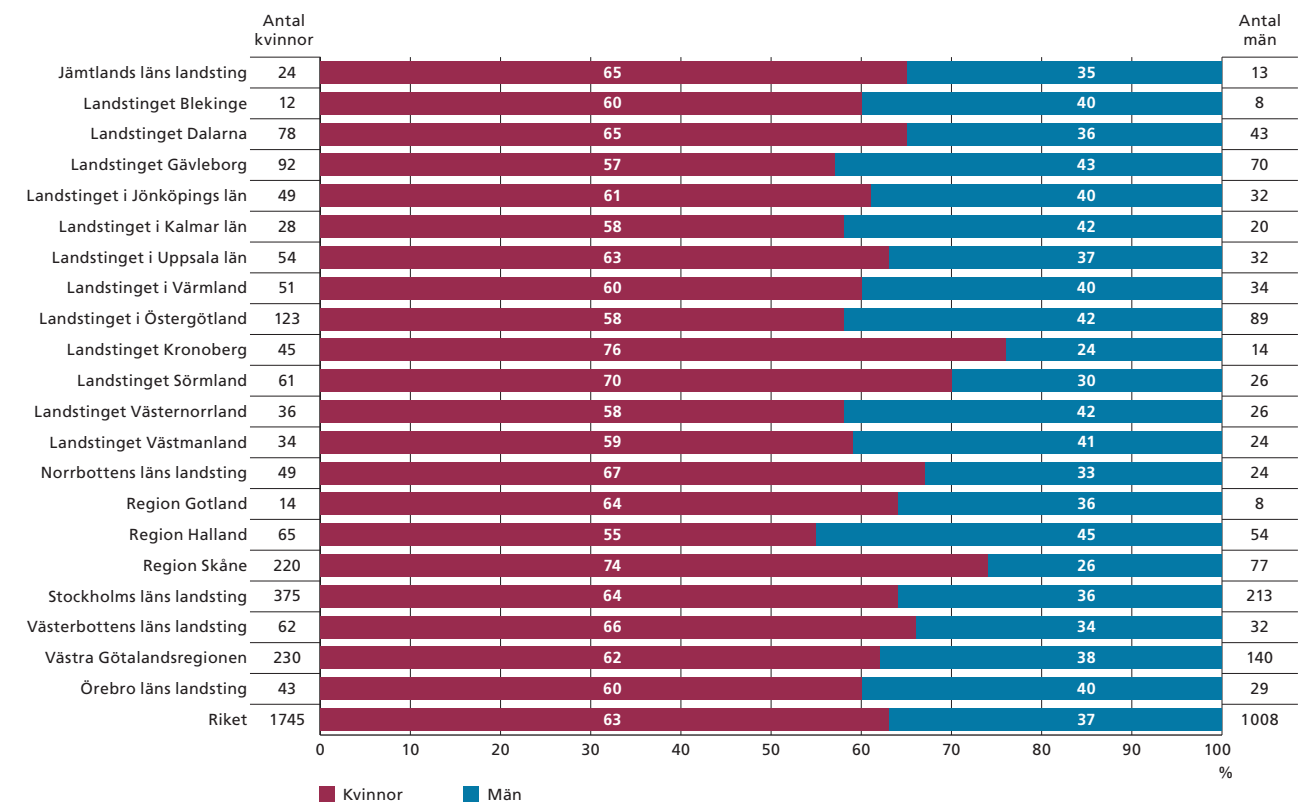
Tabell 5. Ålders- och könsfördelning.

Åldersgrupp	Kvinnor		Män		Totalt	
	Antal	Andel %	Antal	Andel %	Antal	Andel %
<18	4	0,2	2	0,2	6	0,2
18-25	117	6,7	61	6,1	178	6,5
26-30	121	6,9	54	5,4	176	6,4
31-35	118	6,8	58	5,8	176	6,4
36-40	133	7,6	77	7,6	210	7,6
41-45	142	8,1	72	7,1	214	7,8
46-50	158	9,1	118	11,7	276	10,0
51-55	143	8,2	91	9,0	234	8,5
56-60	124	7,1	110	10,9	234	8,5
61-65	144	8,3	101	10,0	245	8,9
66-70	152	8,7	95	9,4	247	9,0
71-75	118	6,8	64	6,3	182	6,6
76-80	123	7,0	47	4,7	170	6,2
81-85	86	4,9	40	4,0	126	4,6
86-90	45	2,6	16	1,6	61	2,2
91-95	17	1,0	2	0,2	19	0,7
Riket	1745	100,0	1008	100,0	2754	100,0

Könsfördelning i olika landsting

Det finns variationer i könsfördelningen bland de ECT-behandlade i olika landsting. Den lägsta andelen kvinnor var 55% och den högsta 76% av de ECT-behandlade patienterna.

Figur 7. Andel kvinnor och män fördelat på landsting.



Kvalitetsindikatorer

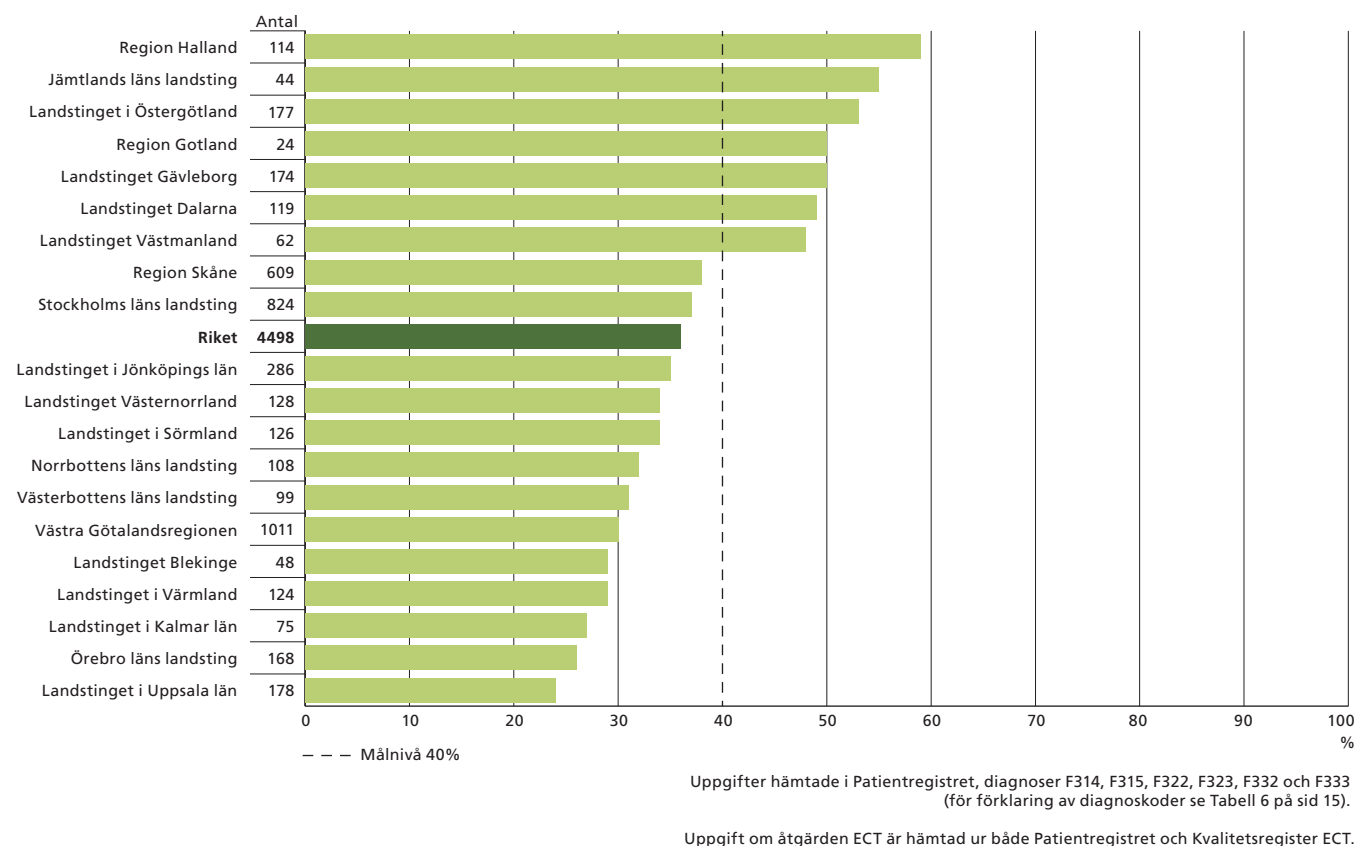
ECT vid slutenvårdad svår depression

Åtgärden ECT vid slutenvårdad svår till mycket svår depression (F314, F315, F322, F323, F332 och F333) har högsta prioritet enligt Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom och utgör en indikator på vårdens kvalitet. Kvalitetsregistret rapporterar även denna indikator till Öppna jämförelser. Kohorten av slutenvårdade med svår depression har hämtats ifrån Patientregistret och uppgift om åtgärden ECT ifrån Kvalitetsregister ECT och Patientregistret. Av 4 498 patienter som slutenvårdats för svår till mycket svår depression hade 1 618 erhållit ECT.

Sju landsting nådde upp till styrgruppen för Kvalitetsregister ECTs mål att minst 40% av patienterna som vårdas i slutenvård för svår depression bör erhålla ECT. I Landstinget i Uppsala län, Örebro läns landsting, Landstinget i Kalmar län, Landstinget Blekinge och Landstinget i Värmland behandlades färre än 30% av patientgruppen med ECT.

En större andel av de slutenvårdade kvinnorna med svår depression fick ECT (38%) jämfört med de slutenvårdade männen med svår depression (33%).

Figur 8. Andel patienter som behandlats ineliggande för svår depression, som fått ECT.



Indikation för ECT

För närvarande finns inga svenska kliniska riktlinjer för ECT. Det finns dock ett antal etablerade indikationer som styrgruppen för kvalitetsregister ECT ställt sig bakom (Tabell 6). Ur tabellen framgår att olika depressionsdiagnoser utgör de vanligaste indikationerna för ECT. Andelen behandlingsserier där någon av de etablerade indikationerna dokumenterats i registret framgår av Figur 9. Under 2013 beräknas Svenska Psykiatriska föreningen (SPF) utkomma med Kliniska riktlinjer för ECT. I det preliminära förslaget till riktlinjer finns t.ex. Cykloid psykos F23.0 med som en diagnos där ECT rekommenderas. Detta innebär att den lista med etablerade indikationer som finns i Kvalitetsregister ECT kommer att modifieras så snart kliniska riktlinjer föreligger.

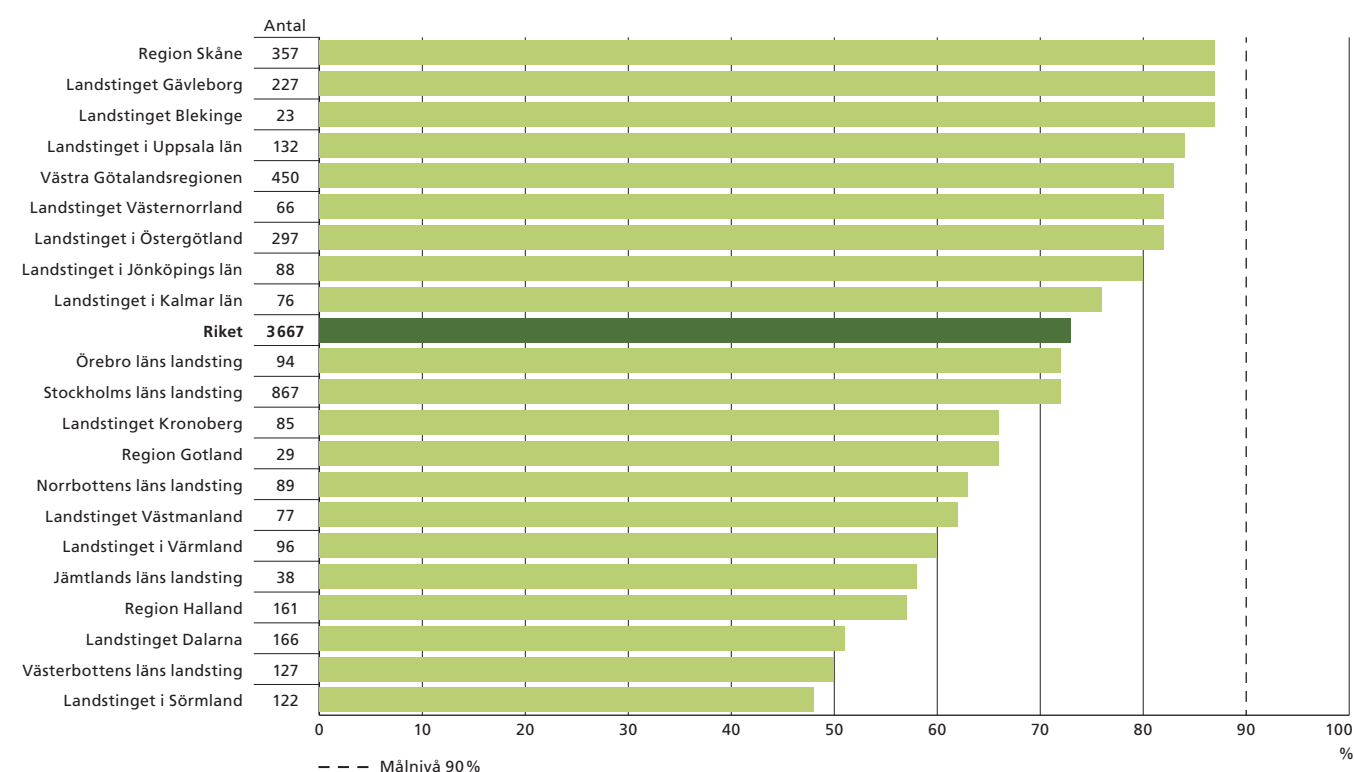
Det kan också förekomma att ECT ges på korrekt indikation, men att diagnosen inte dokumenterats tillräckligt specifikt eller tydligt för att någon av de förvalda diagnoserna skall kunna användas (t.ex. depression utan närmare specifikation). Det kan också förekomma att ECT ges på indikationer som har dåligt vetenskapligt underlag som t.ex. vid ångestsyndrom eller personlighetsstörningar.

Inget landsting nådde upp till registrets mål att en dokumenterad etablerad indikation skall finnas i 90% av alla behandlingsserier. Lika stor andel kvinnor (73%) som män (73%) hade en dokumenterad etablerad indikation för ECT.

Tabell 6. Etablerade indikationer för ECT enligt ICD-10.

ICD-10 kod	Indikation	Antal
F321	Medelsvår depressiv episod	173
F322	Svår depressiv episod utan psykotiska symptom	449
F323	Svår depressiv episod med psykotiska symptom	231
F331	Recidiverande depression, medelsvår episod	319
F332	Recidiverande depression, svår episod utan psykotiska symptom	571
F333	Recidiverande depression, svår episod med psykotiska symptom	169
F313	Bipolär sjukdom, lindrig eller medelsvår depressiv episod	185
F314	Bipolär sjukdom, svår depressiv episod utan psykotiska symptom	282
F315	Bipolär sjukdom, svår depressiv episod med psykotiska symptom	70
F311	Bipolär sjukdom, manisk episod utan psykotiska symptom	37
F312	Bipolär sjukdom, manisk episod med psykotiska symptom	29
F259	Schizoaffectivt syndrom	100
F209	Schizofreni	37
F530	Postpartum depression	11
F531	Postpartum psykos	9
F061	Organisk katatoni	3
F063	Organiskt försämringssyndrom	4
G210	Malignt neuroleptikasyndrom	1
G209	Parkinsons sjukdom	5

Figur 9. Andel av ECT-serier där patienten dokumenterats med en etablerad indikation i Kvalitetsregister ECT.

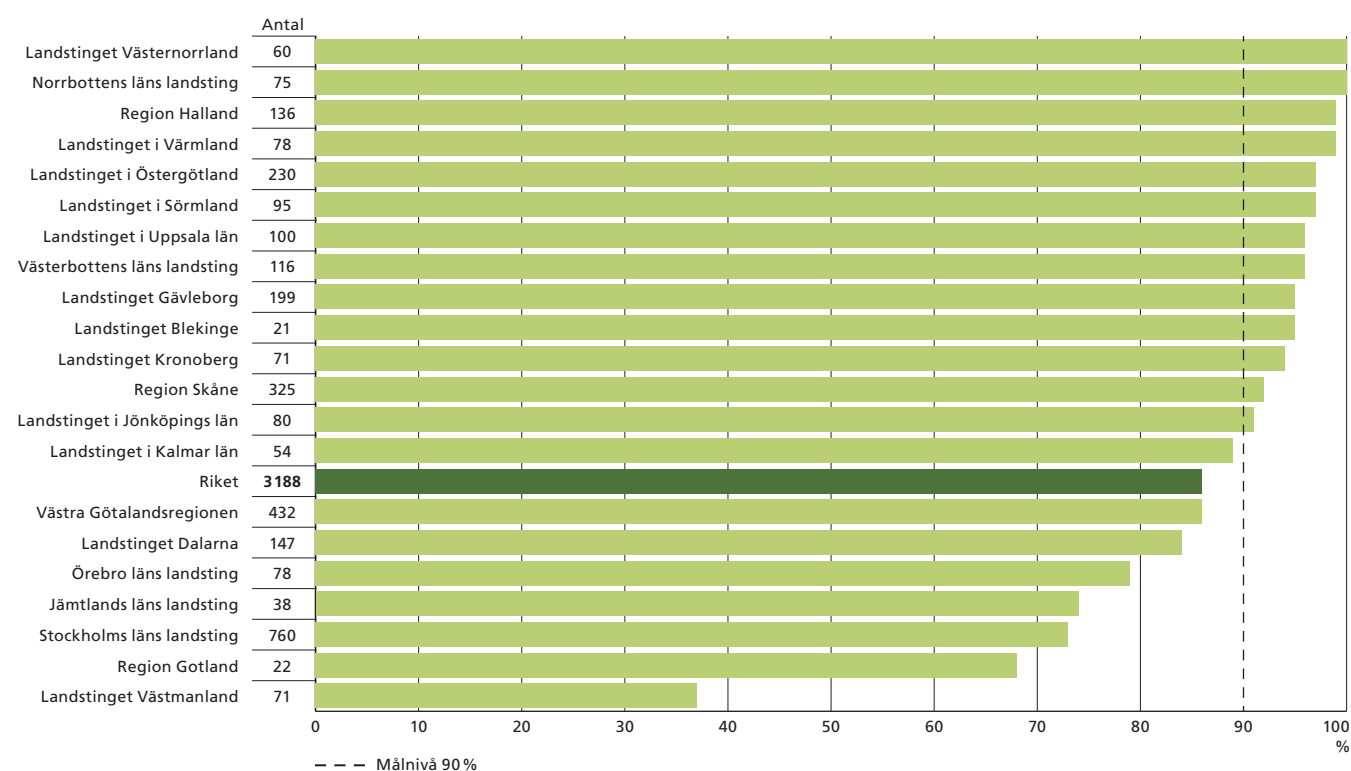


Andel ECT-serier där uppföljning av biverkningar dokumenterats

Biverkningar, komplikationer och oväntade händelser kan förekomma vid ECT. Tillfälliga minnesstörningar är en relativt vanlig biverkan som kan kräva att behandlingen anpassas. Bristande rutiner kan göra att uppföljningen av symptom och biverkningar inte kommer till stånd eller dokumenteras i registret. Andelen behandlingsserier där det dokumenterats om biverkningar, komplikationer eller andra oväntade händelser förekommit eller ej framgår av Figur 10. Tretton landsting nådde upp styrgruppen för Kvalitetsregisters mål att dokumentation om patienten upplevt biverkningar eller ej skall finnas i minst 90% av behandlingsserierna.

Uppföljning av biverkningar och komplikationer var lika ofta dokumenterad för kvinnor (86%) som för män (86%).

Figur 10. Andel behandlingsserier där uppföljning vad gäller förekomst av biverkningar, komplikationer eller händelser i samband med ECT är dokumenterat.

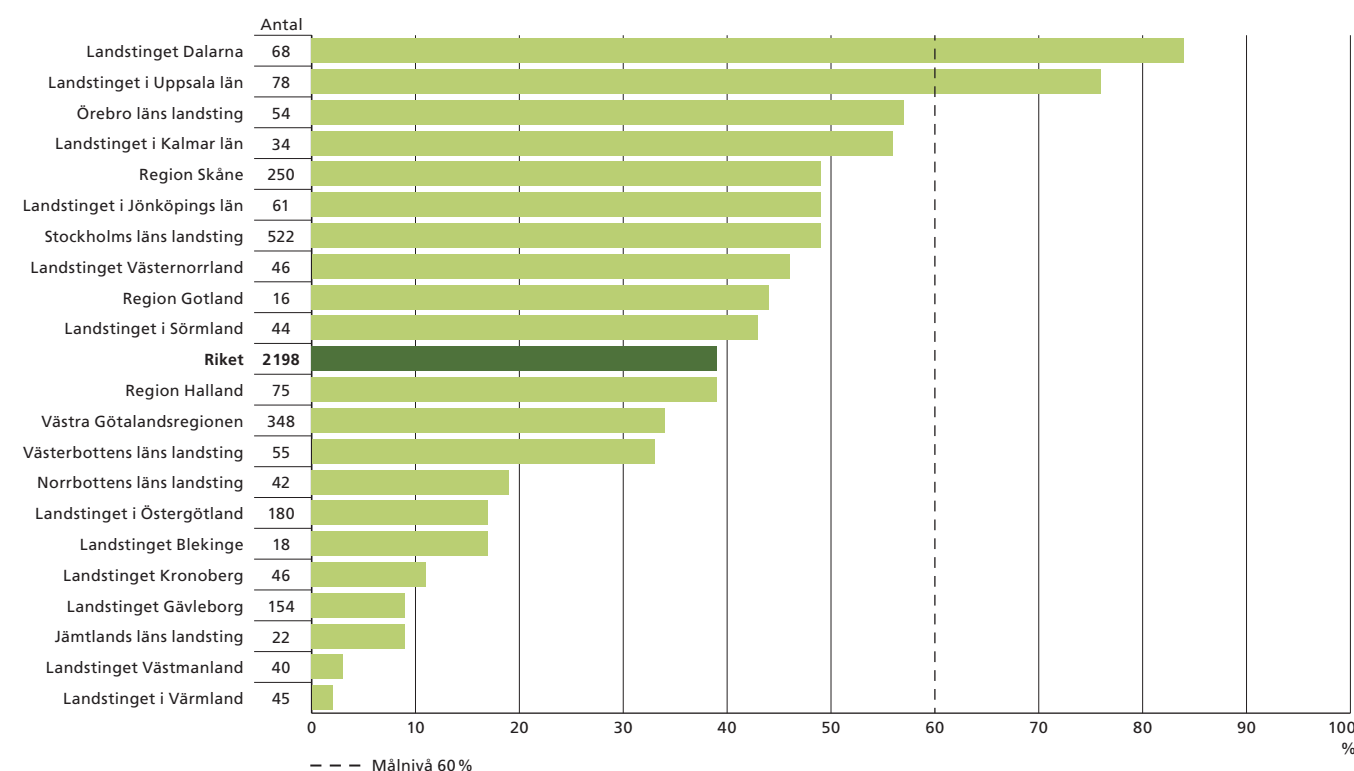


Symptomskattning med Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)

Andelen behandlingsserier för depression där MADRS eller MADRS-S använts varierar. I flera landsting används skattningsskalorna systematiskt medan de knappast används alls i vissa landsting (Figur 11). Landstinget i Uppsala län och Landstinget Dalarna uppnådde registrets mål som var att under 2012 skulle minst 60% av patienterna bedömas med MADRS eller MADRS-S efter behandlingen.

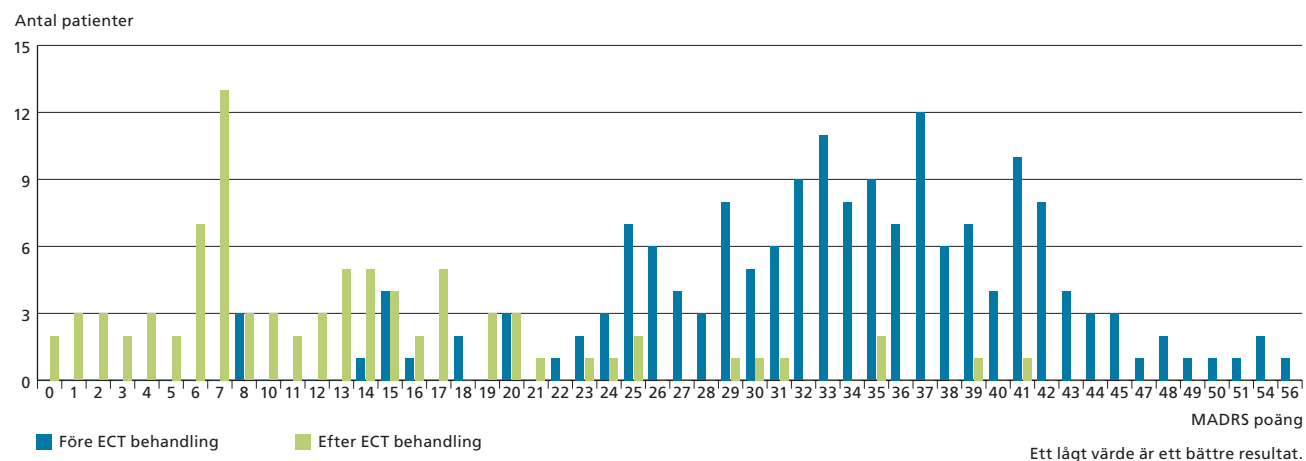
Kvinnor blev bedömda med MADRS eller MADRS-S i något större utsträckning än män (40% av kvinnorna jämfört med 38% av männen).

Figur 11. Andel patienter med depression som blivit uppföljda med MADRS eller MADRS-S efter ECT.

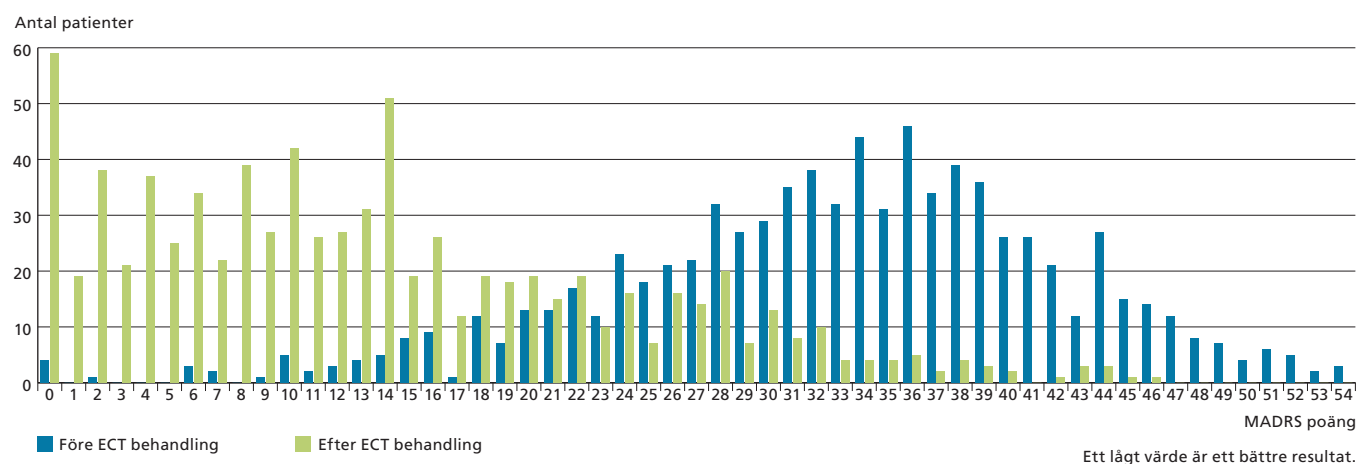


MADRS är en av de mest använda symptomskattningsskalorna vid depression. Den förekommer också i en variant för självskattning av depressionssymptom (MADRS-S). Det är värdefullt att följa förloppet vid depressionsbehandling med hjälp av en symptomskattningsskala. Det kan också underlätta detektion av kvarvarande symptom och dokumentation av behandlingseffekterna. Låga poäng motsvarar få och lindriga symptom. Ur Figur 12 och Figur 13 framgår att de flesta patienter upplever betydligt lindrigare symptom efter behandlingen än före.

Figur 12. Bedömning med Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) före och efter ECT.



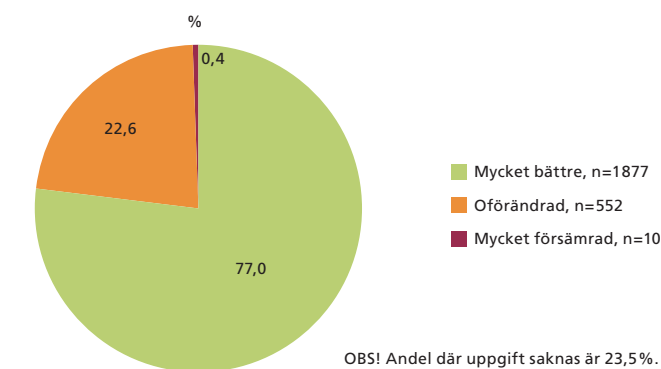
Figur 13. Självskattning med Montgomery Åsberg Depression Rating Scale Self Assessment (MADRS-S) före och efter ECT.



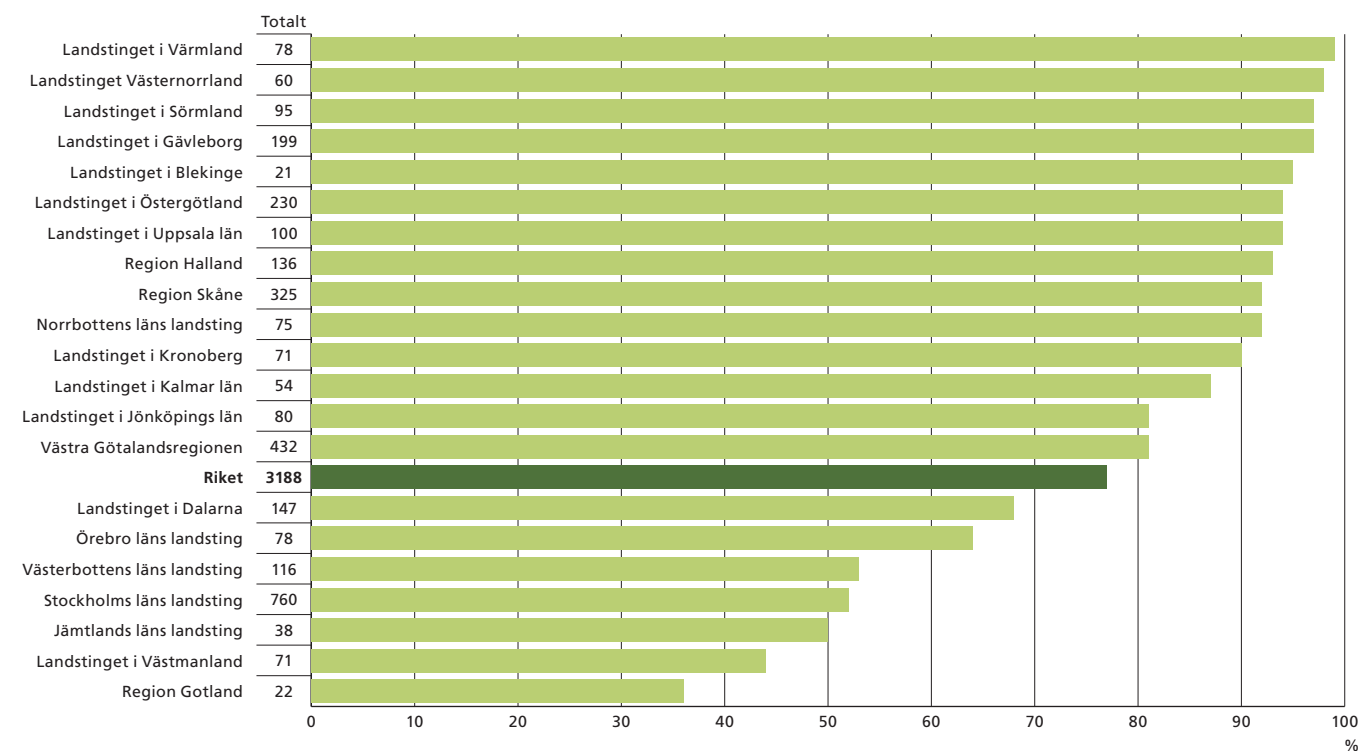
Bedömning med Clinical Global Impression-Improvement (CGI)

CGI-I är en skala där personalen anger förändringen i den bedömda sammantagna psykiska hälsan. Det framgår av Figur 14 att efter ca 77% av behandlingsserierna bedömdes patienterna som mycket eller väldigt mycket förbättrade, medan i endast 0,4% av serierna bedömdes patienterna som mycket eller väldigt mycket försämrade. Andelen där det saknas uppgift om CGI-I i registret är 24%.

Figur 14. Klinisk bedömning av patientens psykiska hälsa efter ECT med tät serie med hjälp av Clinical Global Impression-Improvement (CGI-I).



Figur 15. Andel täta ECT-serier som följts upp med hjälp av Clinical Global Impression-Improvement (GCI).

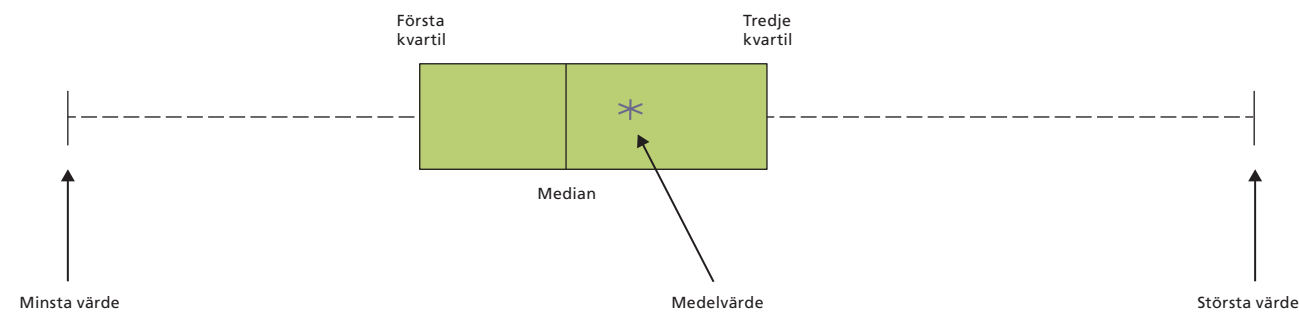


Behandlingsteknik

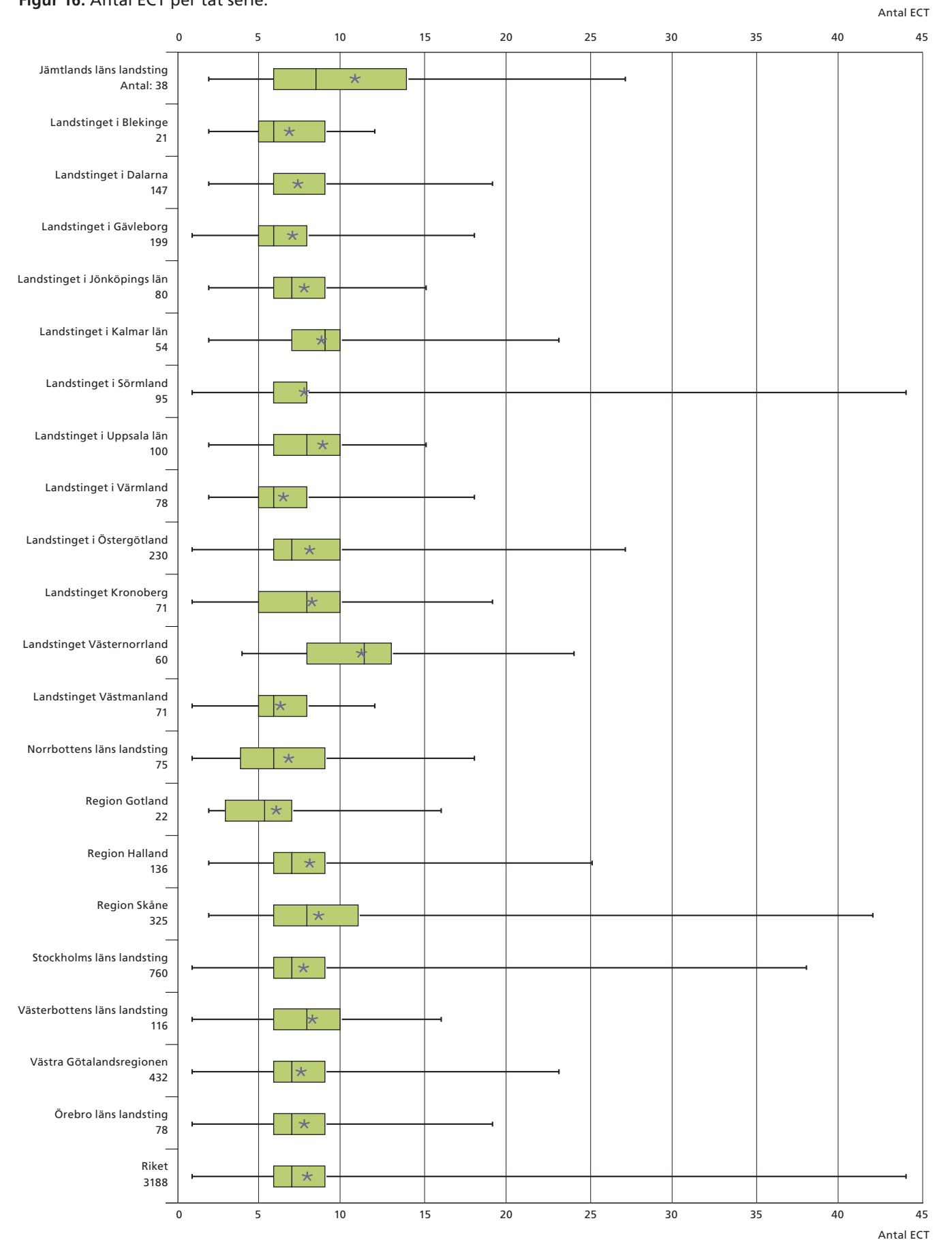
Föreliggande förslag till SPF:s kliniska riktlinjer förordar att behandlingstekniken anpassas till den enskilde patienten. En tillräckligt bred variation bör därför finnas i antal ECT/serie, elektrod-placeringar och elektriska doser.

Antal behandlingar per serie

Inledande behandling med ECT (index-ECT) ges normalt två eller tre gånger per vecka i syfte att uppnå lindring av symptomen. Hälften av patienterna fick mellan 6 och 9 behandlingar inom sådan tät behandling, medianen var 7 behandlingar, 25% av patienterna fick 9 behandlingar eller fler. Medianen för antalet behandlingar per serie varierade mellan olika landsting mellan 5,5 och 11,5 (Figur 16). Uppgifter om antalet behandlingar per serie finns för alla registreringar i registret.



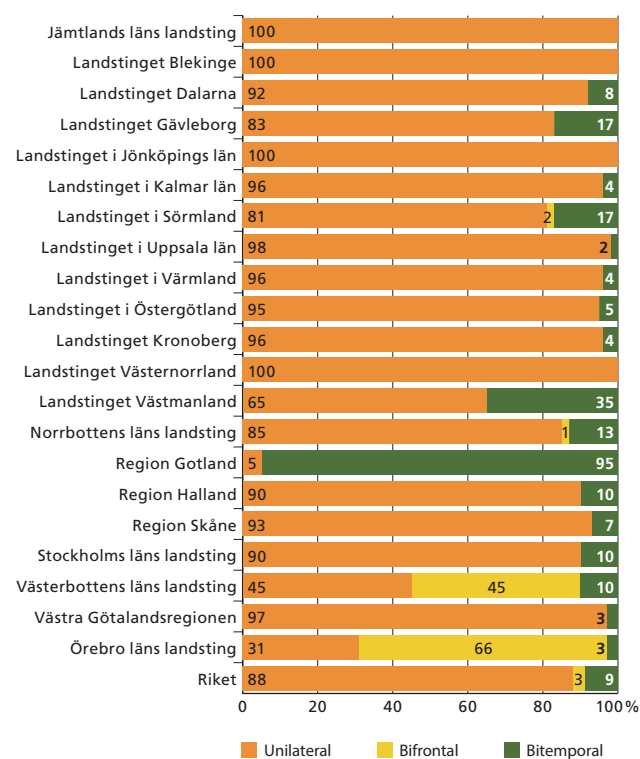
Figur 16. Antal ECT per tät serie.



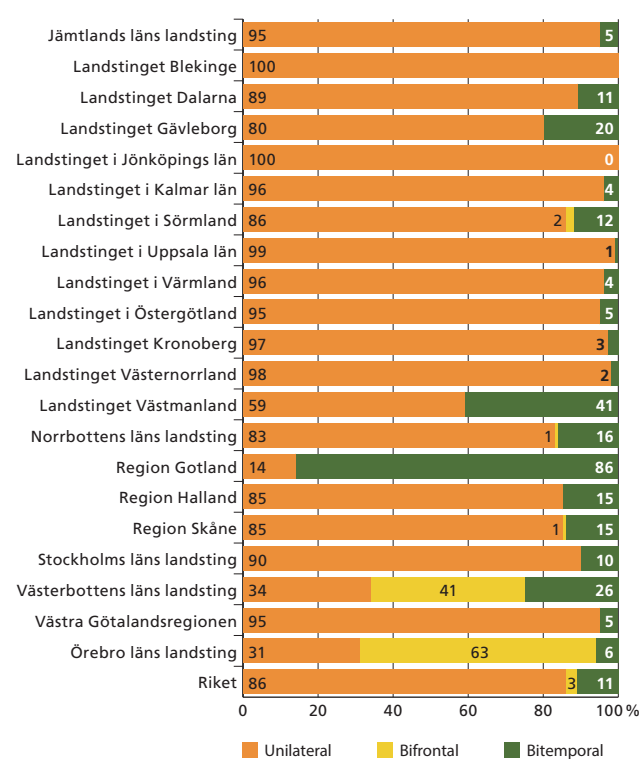
Elektrodplicering

De flesta patienterna får behandling med unilaterala elektrodplicering vilket varit standard i Sverige sedan många år. Internationellt förekommer också bitemporal elektrodplicering vilket i några undersökningar varit förknippat med kraftigare eller snabbare insättande antidepressiv effekt och större risk för minnesstörningar. Det framgår av Figur 17a–17b att rutinerna för elektrodplicering skiljer sig mellan olika landsting. Uppgifter om elektrodpliceringarna är nästan fullständiga och bedöms hålla hög kvalitet.

Figur 17a. Elektrodplicering vid första ECT i serien.



Figur 17b. Elektrodplicering vid sista ECT i serien.

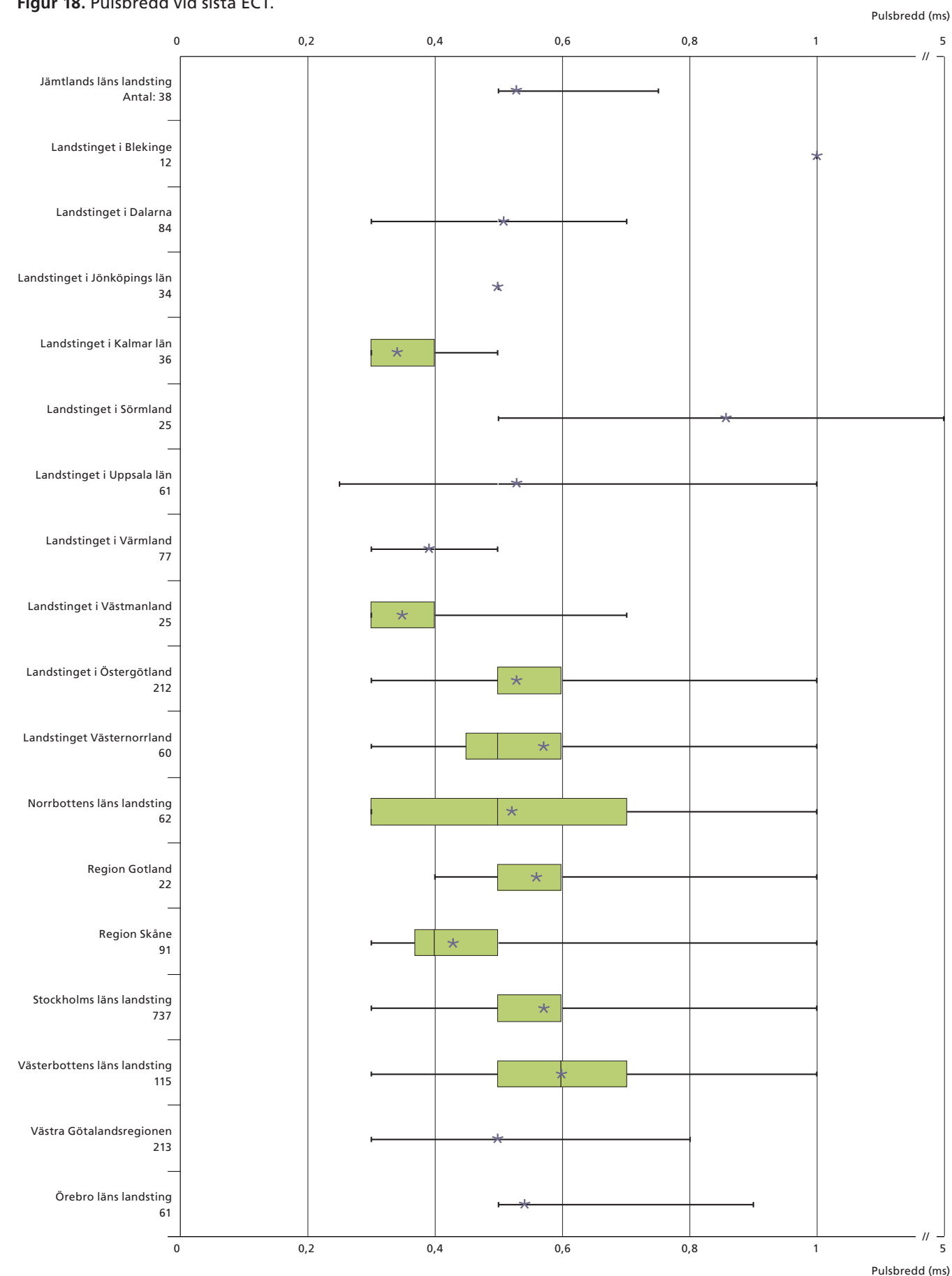


Elektriska doser

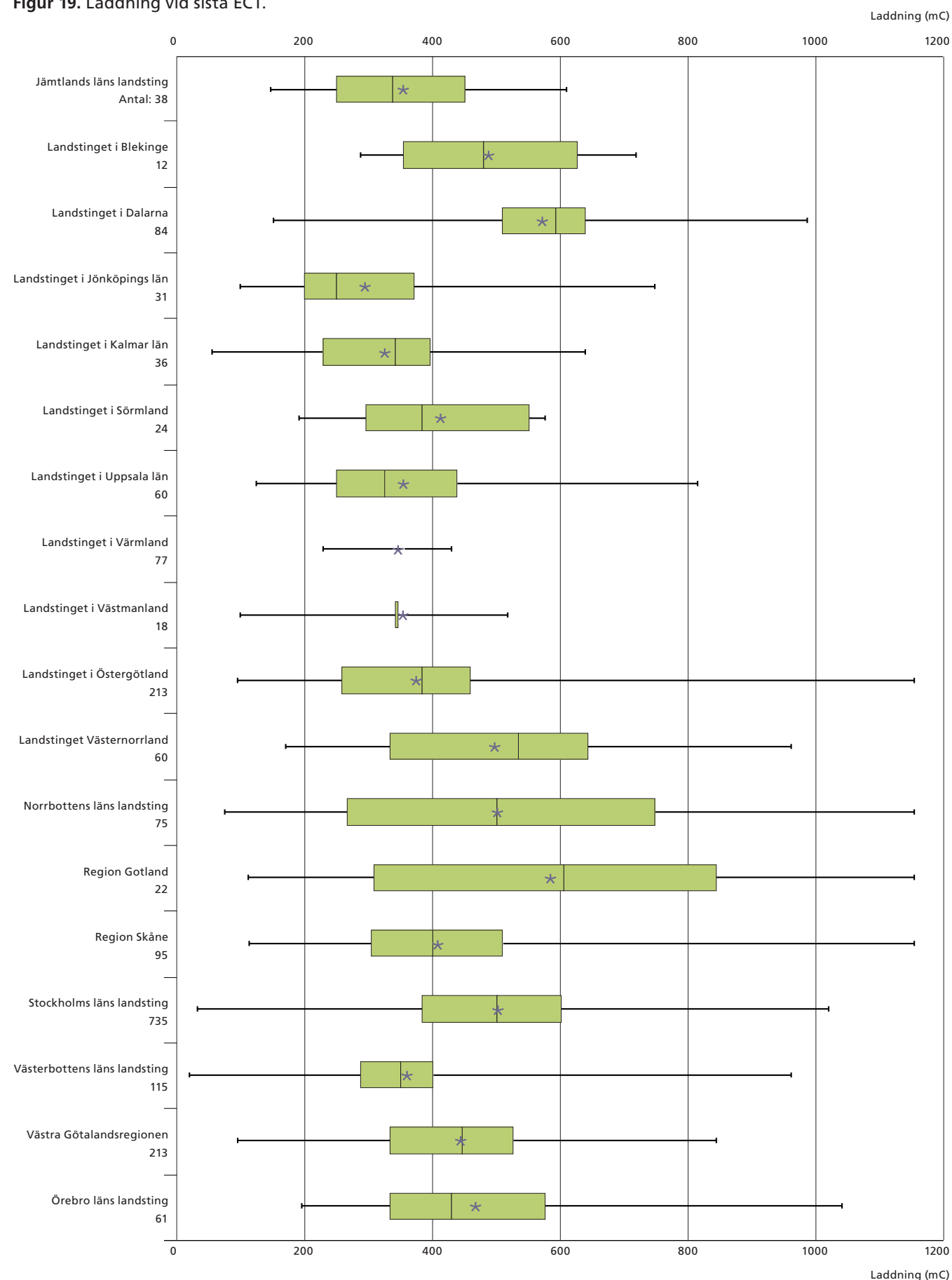
När man väljer elektriska doser försöker man att balansera tillräckligt stor antidepressiv effekt med minimal minnesstörning. Under senare år har flera kliniker börjat använda kortare pulsbredder efter några forskningsrapporter som antyder att kortare pulsbredd är förknippat med mindre uttalade tillfälliga minnesstörningar. Men det är ännu osäkert om ultrakort pulsbredd resulterar i lika kraftig antidepressiv effekt. Vissa studier antyder att fler behandlingar krävs för att uppnå symptomfrihet med ultrakort pulsbredd och hur detta påverkar de totala behandlingseffekterna är inte tillräckligt studerat. SPF:s arbetsgrupp för kliniska riktlinjer har därför föreslagit att ultrakort pulsbredd inte bör användas generellt utan att strömdoserna bör anpassas individuellt för varje patient.

Medianen för de elektriska doserna i registret var vid första ECT: pulsbredd 0,5 ms, frekvens 70 Hz, duration 7,5 s, strömstyrka 800 mA och laddning 358 mC.

Figur 18. Pulsbredd vid sista ECT.



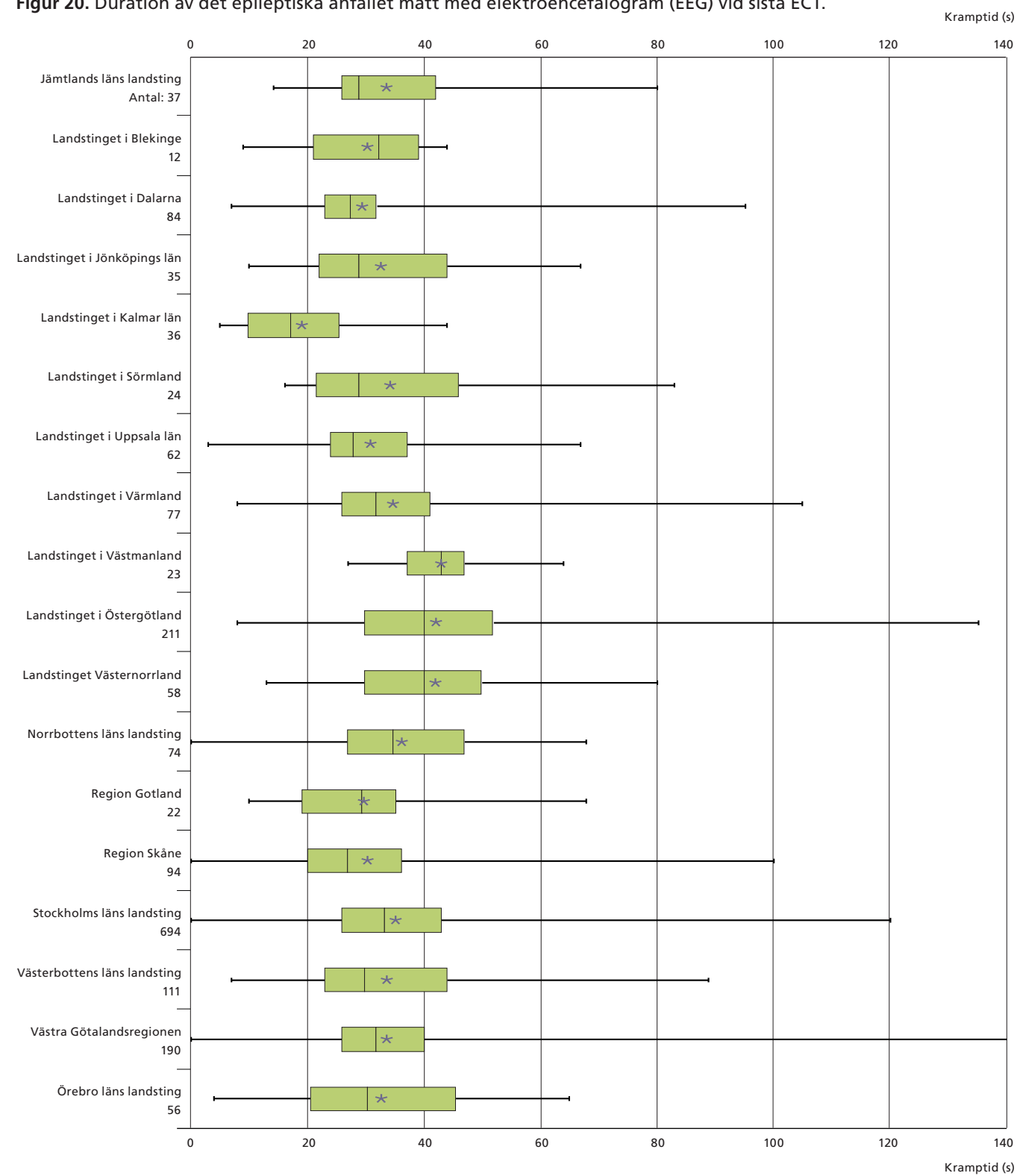
Figur 19. Laddning vid sista ECT.



Krampens längd

Den epileptiska krampens längd och kvalitet är avgörande för effekten av ECT. Det epileptiska anfallat övervakas rutinmässigt med elektroencefalogram (EEG). Figur 20 visar att det finns variationer i de epileptiska anfallens duration för patienter i olika landsting.

Figur 20. Duration av det epileptiska anfallat mätt med elektroencefalogram (EEG) vid sista ECT.



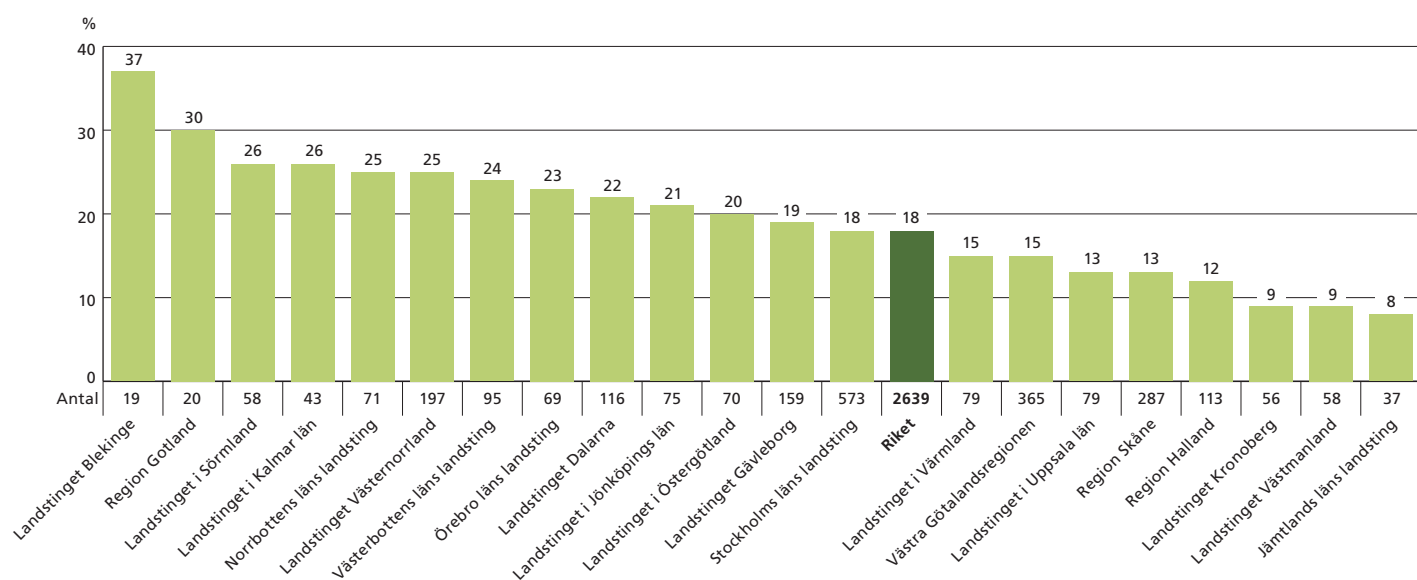
Förebyggande behandling

ECT har för många patienter en påtaglig positiv effekt i det akuta skedet. Men det är vanligt att depressioner har ett kroniskt återkommande förlopp. Risken för att symptomen skall återkomma uppgår i många material till över hälften av patienterna inom ett år. Effektiv förebyggande behandling är därför mycket angelägen. Några alternativ till förebyggande behandling som används är profylaktisk behandling med litium samt fortsättnings- och underhålls ECT.

Litium

Andelen patienter som inom 90 dagar efter avslutad ECT hämtat ut litium på ett apotek är analyserat genom sambearbetning med Läkemedelsregistret. Kvaliteten på data bedöms därför som mycket hög. Litium rekommenderas av Läkemedelsverket och i förslaget till SPF:s kliniska riktlinjer vid återkommande depression som krävt ECT. Följsamheten till dessa riktlinjer är generellt låg och mycket varierande (Figur 21). Styrgruppen för Kvalitetsregister ECT bedömer att litium är underanvänt och att de flesta kliniker bör öka användningen av litium.

Figur 21. Andel patienter som hämtat ut litium inom 90 dagar efter ECT.

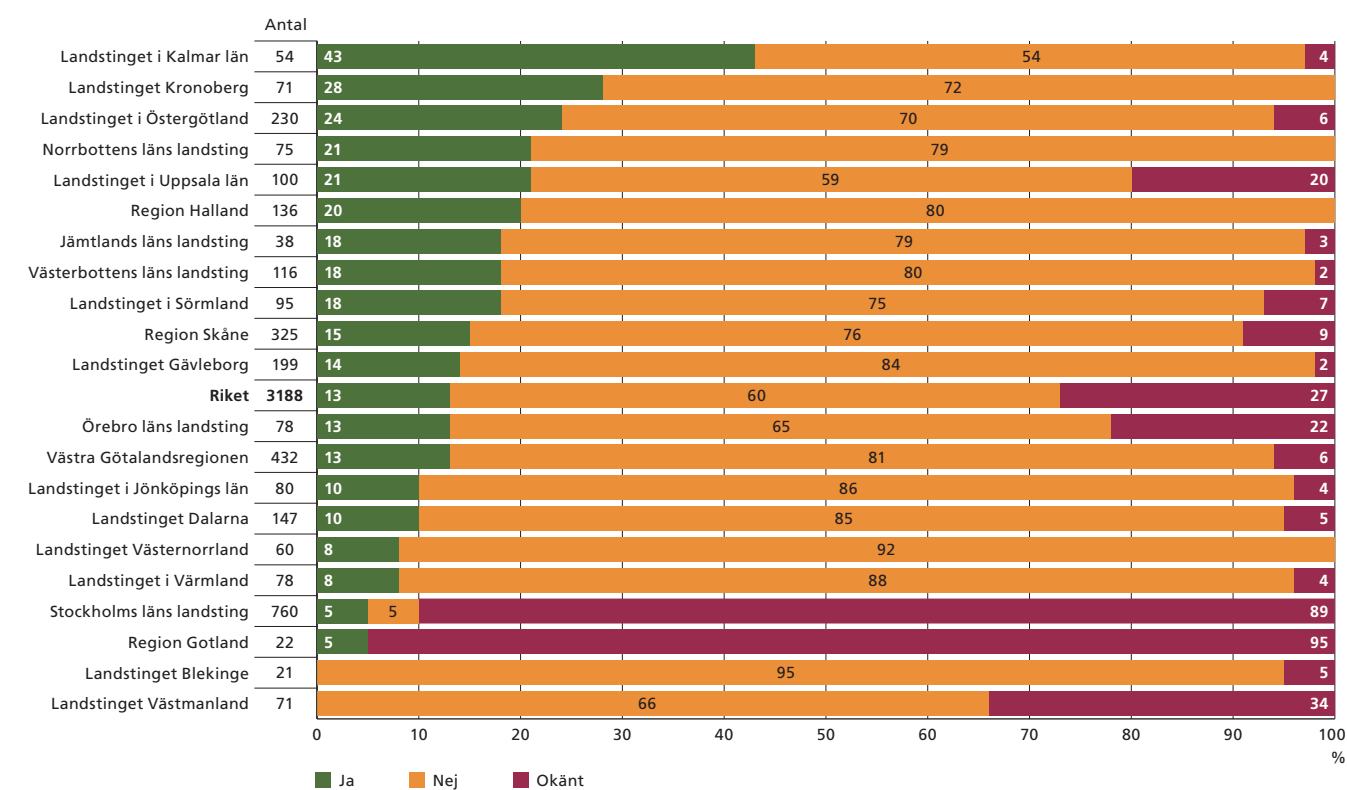


Information om läkemedelsuttag från Läkemedelsregistret.

Fortsättnings- eller underhålls-ECT

Fortsättnings-ECT innebär att ECT ges en gång i veckan till en gång i månaden i syfte att förhindra att sjukdomssymptom återkommer. Fortsättnings-ECT i upp till sex månader och i vissa fall underhålls-ECT under en längre tid har visst vetenskapligt stöd bl.a. från en svensk randomiserad kontrollerad studie. Det rekommenderas även i SPF:s senaste förslag till kliniska riktlinjer för patienter som inte haft tillfredställande effekt av läkemedelsbehandling. Det finns betydande variationer i hur stor andel av patienterna som får fortsättnings-ECT. Inom vissa landsting tillämpas rutinmässigt att ECT glesas ut och att fortsättnings-ECT ges under någon eller några månader, medan det i andra landsting knappast ges fortsättnings-ECT alls (Figur 22).

Figur 22. Andel behandlingsserier där fortsättnings- eller underhålls-ECT planeras.



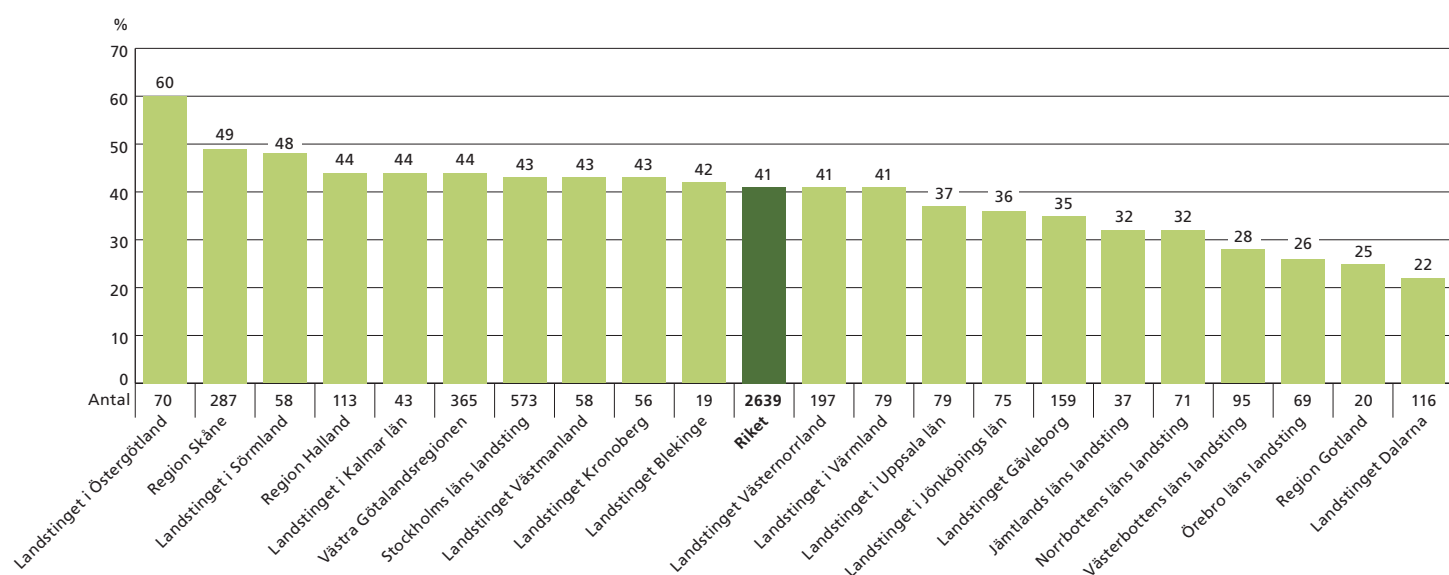
Bensodiazepiner

Bensodiazepiner (Tabell 7) kan vara mycket värdefulla vid tillfällig kraftig ångest. Men de är förknippade med risker för beroendutveckling och de kan försvåra optimal behandlingseffekt vid ECT. De är också associerade med ökad risk för återinsjuknande efter ECT. Det är därför önskvärt om bensodiazepiner kan sättas ut före ECT eller i samband med att patienten förbättras vid ECT. Andelen patienter som inom 90 dagar efter avslutad ECT hämtat ut någon bensodiazepin på ett apotek är analyserat genom sambearbetning med Läkemedelsregistret. Kvaliteten på data bedöms därför som hög. Andelen patienter som behandlas med bensodiazepiner varierar mellan 22% och 60% (Figur 23). Styrgruppen för Kvalitetsregister ECT bedömer att flera kliniker bör se över och minska användningen av bensodiazepiner.

Tabell 7. Läkemedlen som hör till bensodiazepiner.

N03AE01	Klonazepam
N05BA01	Diazepam
N05BA04	Oxazepam
N05BA06	Lorazepam
N05BA12	Alprazolam
N05CD02	Nitrazepam
N05CD03	Flunitrazepam
N05CD05	Triazolam
N05CD08	Midazolam

Figur 23. Andel patienter som hämtat ut någon bensodiazepin inom 90 dagar efter ECT.



Information om läkemedelsuttag från Läkemedelsregistret.

Organisation av Kvalitetsregister ECT

Styrgrupp

Styrgruppen för Kvalitetsregister ECT består av en registerhållare, representanter från varje sjukvårdsregion, representanter för kunskapsområden med relevans för ECT och en representant ur Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse. Lars von Knorring, professor emeritus vid Uppsala Universitet är registerhållare och ansvarar tillsammans med styrgruppen bland annat för registrets utveckling och tolkning av registrets resultat. Styrgruppen planerar att utöka samarbetet med representanter för patientföreningar. Kontaktuppgifter till styrgruppen finns längst bak i årsrapporten.

Samordnare

I varje sjukvårdsregion samarbetar styrgruppen med en samordnare som på deltid hjälper klinikerna med rutiner för att säkerställa hög täckningsgrad och god kvalitet på data. Samordnarna besöker enheterna där man återkopplar registrets resultat, sprider information och bidrar i diskussionerna om förbättringar av vården. Samordnarna och styrgruppen bidrar också till att ordna regionala, nationella och nordiska möten om ECT. Kontaktuppgifter till samordnarna finns längst bak i årsrapporten.

Inmatning

Det har under 2012 funnits tre sätt att rapportera in data till Kvalitetsregister ECT. Knappt hälften av enheterna har under 2012 rapporterat med hjälp av dataplattformen ReQua som varit under utveckling. Omkring hälften av enheterna har registrerat på pappersblanketter som skickats till registret för central inmatning. Alla enheter inom Stockholms sjukvårdsregion har tagit ut uppgifterna direkt ifrån journalsystemet Take Care och skickat uppgifterna på datamedium till registret. Under 2013 har det beslutats att de psykiatriska kvalitetsregistren skall övergå till INCA-plattformen med stöd av Registercentrum Västra Götaland. Det pågår försök med sex-månaders uppföljning på några enheter.

Statistisk analys och återkoppling

Registret är placerat vid Psykiatriskt forskningscentrum, Örebro läns landsting. Sedan 2013 arbetar Emil Gustafsson som statistiker och Tove Elvin som assistent. Kontaktuppgifter till registret finns längst bak i årsrapporten.

Medverkande enheter. Samtliga enheter i landet som bedriver ECT medverkar i Kvalitetsregister ECT.

Landsting	Enhet
Stockholm	ECT-enheten, Danderyds sjukhus, Stockholm
	ECT-enheten, Löwenströmska sjukhuset, Stockholm
	Psykiatricentrum, Avd. 36, Södertälje sjukhus
	ECT-mottagningen, Psykiatri sydväst, Huddinge
	ECT-verksamheten, Affektiva sektionen, S:t Görans psykiatriska klinik, Norra Stockholms psykiatri
Uppsala	ECT-enheten, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Södermanland	ECT-teamet Mälarsjukhuset, Eskilstuna
	ECT-teamet, Nyköpings lasarett
Örebro	Heldygnsvård, Vårdavdelning 2, Universitetssjukhuset Örebro
	Psykiatrisk akut/heldygnsvård, Karlskoga lasarett
	Psykiatrisk avdelning, Lindesbergs lasarett
Västmanland	ECT-mottagningen, Avd. 95, Västmanlands sjukhus, Västerås
Värmland	Allmänpsykiatrisk mottagning, Centralsjukhuset i Karlstad
	Psykiatrisk öppenvårdsmottagning, Sjukhuset i Arvika
Dalarna	ECT-enheten, Allmänpsykiatriska kliniken Falun och Säter
Östergötland	Psykiatriska kliniken, Avd. 37, Universitetssjukhuset i Linköping
	Vuxenpsykiatriska kliniken, Vrinnevisjukhuset, Norrköping
	Psykiatri- och habiliteringsenheten, Lasarettet i Motala
Västra Götaland	ECT-enheten, Östra sjukhuset, Göteborg
	ECT-teamet, Södra Älvsborgs sjukhus, Borås
	ECT-mottagningen, Kungälv sjukhus
	DoK-teamet, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg
	Vuxenpsykiatri NU-sjukvården (NÄL & Uddevalla sjukhus), Trollhättan & Uddevalla
	Psykiatrisk akutmottagning, Skaraborgs sjukhus, Falköping
Jönköping	Avd 245, Mölndal sjukhus
	ECT-enheten, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping
	Remiss- och bedömningsenheten, Höglandssjukhuset Eksjö
Kronoberg	Psykiatriska kliniken, Mottagning 1, Värnamo sjukhus
	Allmänpsykiatriska avdelningen, Centrallasarettet Växjö
Kalmar	Allmänpsykiatriska mottagningen, Ljungby Lasarett
	Psykiatriska kliniken, ECT-enheten, Länssjukhuset i Kalmar
Gotland	Psykiatrisk avdelning 21, Västerviks sjukhus
	Psykiatriska kliniken, Visby Lasarett
Blekinge	Psykiatriska kliniken, Mottagning 1, Värnamo sjukhus
	Vuxenpsykiatrisk vårdavdelning, Blekingesjukhuset, Karlshamn
Skåne	PIVA/PAKA, Blekingesjukhuset, Karlskrona
	Allmänpsykiatri, Ängelholms sjukhus
	ECT-enheten, S:t Lars sjukhus, Lund
	Psykiatriska kliniken, ECT-teamet, Lasarettet Trelleborg
	VO Vuxenpsykiatri, Hässleholm & Kristianstad
Halland	Allmänpsykiatri, Helsingborgs lasarett
	Vuxenpsykiatri, Skånes universitetssjukhus, Malmö
	ECT-mottagningen, Avd. 22, Varbergs sjukhus
Gävleborg	Psykiatriska kliniken, ECT-mottagningen, Hallands sjukhus, Halmstad
	ECT-teamet, Allmänpsykiatrisk vårdavdelning 1, Hudiksvalls sjukhus
Västernorrland	Psykiatriska kliniken, ECT-mottagning, Sjukhuset i Gävle
	Psykiatricentrum, Örnköldsvik sjukhus
	ECT-verksamheten, Sundsvalls sjukhus
Västerbotten	Psykiatrisk allvårdsavdelning, Sollefteå sjukhus
	Enheten för uppföljning och ECT, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
Norrbotten	Psykiatriska kliniken, Skellefteå lasarett
	Psykiatriska kliniken, Piteå äldvåld sjukhus
	Psykiatriska kliniken, Sunderbyns sjukhus, Luleå
	Psykiatriska kliniken, Gällivare sjukhus

Forskning

Kvalitetsregistret har använts i fem vetenskapliga publikationer och en avhandling för att beskriva utfall efter ECT: vilka patientgrupper som tenderade att förbättras, vilka patientgrupper som snabbast kunde avsluta sjukskrivning och vilka patientgrupper som tenderade att bli återinlagda på sjukhus.

Patientgrupper med nytta av ECT

Syfte: Studien avsåg att undersöka andelen förbättrade av ECT i klinisk rutinsjukvård och identifiera kliniska prediktorer för förbättring.

Metod: En populationsbaserad kohort av 990 patienter behandlade med ECT för depression mellan 2008–2010 vid åtta sjukhus i Sverige identifierades med hjälp av Kvalitetsregister ECT. Patienter med Clinical Global Impression-Improvement poäng på 1 (väldigt mycket förbättrad) eller 2 (mycket förbättrad) ansågs svara på ECT. Prediktiva värden av enskilda variabler testades med t-test och den relativa betydelsen testades med logiskt regression.

Resultat: 80% av patienterna svarade. En högre andel av patienterna över 50 år svarade (84%) jämfört med yngre patienter (74%). Psykotiskt deprimerade patienter svarade i högre andel (89%) jämfört med för svårt deprimerade patienter utan psykos (82%) och patienter med mild till medelsvår depression (73%). Det var ingen signifikant skillnad i förbättring mellan patienter med bipolär sjukdom, återkommande depression, första depressiva episod eller depression vid schizoaftaktiv syndrom. Patienter med depression och personlighetsstörning svarade i lägre andel (66%) jämfört med deprimerade patienter utan personlighetsstörning (81%). Polikliniska patienter svarade i lägre andel (66%) jämfört med inlagda patienter. I den logistiska regressionsanalysen var psykotiska symptom, inlagda patienter, avsaknad av schizoaftaktiv syndrom och högre ålder oberoende faktorer som var associerade med respons till ECT.

Konklusion: Studien fokuserade på responsen omedelbart efter ECT. I likhet med tidigare kliniska prövningar sågs en hög andel förbättrade vid ECT i klinisk praktik. Den högsta andelen förbättrade sågs i grupperna med äldre patienter, patienter med svårare symptom, patienter med psykotiska symptom, avsaknad av schizoaftaktiv sjukdom och patienter utan personlighetsstörning. Inlagda patienter kan ha bättre resultat av ECT än polikliniska patienter.

Prediktorer för återinsjuknande efter elektrokonvulsiv terapi för depression

Syfte: Studien avsåg att undersöka prediktorer för återinsjuknande efter ECT för depression.

Metod: Alla patienter (n=486) som behandlats med ECT för unipolär depression inkluderades. Studien baserades på en regional kohort av patienter ifrån Kvalitetsregister ECT. Psykiatrisk inlagda vård och självmord användes som markör för återinsjuknande.

Resultat: Andelen som hade återinsjuknat och behövde slutenvård inom psykiatri var 34% inom ett år efter ECT. 2% av patienterna begick självmord inom ett år efter avslutad ECT. Faktorer som var associerade med ökad risk för återinsjuknande var beroende av alkohol och droger, bensodiazepin-behandling och behandling med antipsykotiska läkemedel.

Konklusion: Inom de första åren efter ECT är det vanligt med återinsjuknande som leder till inläggning på sjukhus. Behandling med litium kan vara värdefull medan bensodiazepiner, antipsykotiska läkemedel eller förlängd ECT verkar inte kunna minska risken för återinsjuknande signifikant.

Fortsättnings-ECT med läkemedel jämfört med läkemedel ensamt för återfallsprevention vid depression

Syfte: Den primära målsättningen med studien var att testa hypotesen att återfallsprevention med fortsättnings-ECT plus läkemedel är mer effektivt än läkemedel ensamt efter en serie med ECT för depression.

Metod: Ett multicenter, blindad, randomiserat försök med två parallella grupper genomfördes mellan 2008 och 2012 vid fyra sjukhus i Sverige. Patienter som inkluderades hade unipolär eller bipolär depression och hade svarat på behandling med ECT. Patienterna (n=56) randomiserades till att erhålla 29 behandlingar med fortsättnings-ECT med läkemedel eller enbart läkemedel under ett år. Läkemedelsbehandlingen bestod av antidepressiva (98%), litium (56%) och antipsykotiska läkemedel (30%).

Det huvudsakliga utfallsmåttet var återfall i depression inom ett år. Återfall definierades som mer än 20 poäng på Montgomery Åsberg Depression Rating Scale eller ineliggande psykiatrisk vård, självmord eller misstänkt självmord. Alla 56 randomiserade patienter deltog i analysen enligt principen intention att behandla.

Resultat: 61% av patienterna i gruppen som behandlades med läkemedel jämfört med 32% i gruppen som behandlades med fortsättnings-ECT och läkemedel återinsjuknande ($p=0.036$).

Kognitiv funktion och mått på minnesfunktion var stabila i bägge grupperna för patienter utan återinsjuknande. Ett misstänkt självmord och tre självmordsförsök genomfördes, samtliga inom patientgruppen som endast behandlades med läkemedel.

Konklusion: Risken för återinsjuknande efter ECT var påtaglig för patienterna i båda behandlingsgrupperna med en statistiskt säkerställd fördel för patienter med kombinerad behandling med läkemedel och fortsättnings-ECT. Fortsatta studier behövs för att definiera indikationerna för fortsättnings-ECT, läkemedelsbehandling och behandlingarna kombinerade.

Återinläggning efter fortsättnings-ECT, en retrospektiv journalstudie av patienter med svår depression

Syfte: Studien avsåg att beskriva behovet av ineliggande vård före, under och efter fortsättnings-ECT.

Metod: En retrospektiv journalstudie genomfördes av alla patienter ($n=27$) som behandlats med fortsättnings-ECT vid Universitetssjukhuset Örebro mellan 2005 och 2007. Alla patienter var svårt deprimerade vid inledningen av ECT. Diagnoserna var egentlig depression ($n=19$) bipolär depression ($n=5$) och schizoaffektivt syndrom ($n=3$).

Resultat: Andelen av tiden inom slutenvården var lägre under tiden för fortsättnings-ECT jämfört med tre år före fortsättnings-ECT. Andelen återinlagda var 43% inom sex månader och 58% inom två år efter initieringen av fortsättnings-ECT. Sju patienter behövde läggas in under pågående fortsättnings-ECT.

Konklusion: Behovet av ineliggande vård minskade under fortsättnings-ECT, men återinläggning var vanligt. Vid inledning av fortsättnings-ECT var patienterna förbättrade av index-ECT och fortsättnings-ECT avslutades ofta vid återinläggning vilken kan ha bidragit till resultatet. Randomiserade försök behövs för att undersöka effektiviteten av fortsättnings-ECT.

Prediktorer för återvunnen arbetsförmåga efter ECT för egentlig depression – en populationsbaserad kohort-studie.

Syfte: Målet med studien var att undersöka hur snabbt patienter med egentlig depression återvinner arbetsförmågan efter ECT och identifiera predicerande faktorer.

Metod: Kohorten bestod av 394 patienter ifrån Kvalitetsregister ECT som behandlats med ECT på grund av unipolär depression och fått sjukpenning eller sjukersättning enligt Försäkringskassans MIDAS-register. Prediktiva värden av enskilda variabler och deras relativa betydelse testades med Cox-regressionsanalys.

Resultat: 266 patienter hade sjukpenning och 128 sjukersättning under ECT. Inom ett år hade 71% av patienterna med sjukpenning återvunnit arbetsförmågan. Faktorer som var associerade med längre tid till återvunnen arbetsförmåga var längre sjukskrivning före ECT, mildare depressiva symptom före ECT, mindre uttalad förbättring i samband med ECT, bensodiazepin-behandling efter ECT och beroende av alkohol eller droger.

Konklusion: En stor del av patienterna kan inte återgå till arbete förrän flera månader efter ECT. Paradoxalt nog hade patienter med mer uttalade symptom före ECT en kortare tid till återvunnen arbetsförmåga jämfört med patienter med mindre uttalade symptom, vilket tyder på en större effekt av ECT för patienter med svårare symptom. Perioden med sjukskrivning kan kanske minska om ECT initieras inom 3 månader från första sjukdagen.

Prefect-studien

Prefect-studien genomförs av en forskargrupp i samarbete med Kvalitetsregister ECT under ledning av Mikael Landén. Studien avser att undersöka om det finns genetiska eller biokemiska markörer som kan kopplas till utfallet av ECT. Det slutgiltiga målet med studien är att få verktyg som kan användas för att skraddarsy psykiatrisk behandling så att varje patient får just den behandling som passar honom eller henne bäst.

Studien är godkänd av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (Dnr 2012/169-31/1) och finansieras av Stiftelsen för Strategisk Forskning. Studien koordineras från Karolinska Institutet, Institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik.

Insamlingen av blodprover sker både retrospektivt (för patienter som tidigare behandlats med ECT och deltar i kvalitetsregistret) och prospektivt (för patienter som skall få behandling med ECT). Kompletterande uppgifter inhämtas från nationella register som t.ex. Patientregistret, Medicinska födelseregistret, Folkbokföringen, Utbildningsregistret, Värnpliktsregistret, Läkemedelsregistret samt register med förstegradssläktingar.

Publikationer baserade på registerdata

Nordenskjöld A, von Knorring L, Engström I. Rehospitalization rate after continued electroconvulsive therapy – a retrospective chart review of patients with severe depression. Nord J Psychiatry. 2011 Feb;65(1):26-31.

Nordenskjöld A, von Knorring L, Engström I. Predictors of time to relapse/recurrence after electroconvulsive therapy in patients with major depressive disorder: a population-based cohort study. Depress Res Treat. 2011;2011:470985. Epub 2011 Nov 3.

Nordenskjöld A, von Knorring L, Engström I. Predictors of the short-term responder rate of Electroconvulsive therapy in depressive disorders—a population based study. BMC Psychiatry. 2012 Aug 17;12:115.

Nordenskjöld A, von Knorring L, Brus O, Engström I. Predictors of regained occupational functioning after electroconvulsive therapy (ECT) in patients with major depressive disorder-A population based cohort study. Nord J Psychiatry. 2012 Dec 11.

Nordenskjöld A, von Knorring L, Ljung T, Carlborg A, Brus O, Engström I. Continuation electroconvulsive therapy with pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone for prevention of relapse of depression: a randomized controlled trial. J ECT. 2013 Jun;29(2):86-92. Accepted September 26, 2012.

Nordenskjöld A. Electroconvulsive therapy for depression. Örebro Studies in Medicine 85, Örebro university, 2013.

Kontaktuppgifter till styrgruppen

Registerhållare

Lars von Knorring, Professor emeritus, Överläkare, Uppsala universitet, Psykiatriskt forskningscentrum, Örebro
lars.von_knorring@neuro.uu.se

Norra sjukvårdsregionen

Tonny Andersen, Överläkare, Norrlands universitets-sjukhus, Umeå, tonny.andersen@psychiat.umu.se

Uppsala-Örebro sjukvårdsregion

Axel Nordenskjöld, Med. Dr., Överläkare, Universitets-sjukhuset Örebro, axel.nordenskjold@orebroll.se

Stockholms sjukvårdsregion

Johan Lundberg, Med Dr., Överläkare, Sektionschef, St: Görans sjukhus, Norra Stockholms Psykiatri
johan.lundberg@sll.se

Ullvi Båve, Med Dr., Specialistläkare, St: Görans sjukhus, Norra Stockholms Psykiatri, ullvi.bave@sll.se

Västra sjukvårdsregionen

Mikael Landén, Professor, Överläkare, Göteborgs universitet, mikael.landen@neuro.gu.se

Kristoffer Södersten, Doktorand, ST-läkare, Sahlgrenska universitetssjukhuset, kristoffer.sodersten@vgregion.se

Sydöstra sjukvårdsregionen

Pia Nordanskog, Doktorand, Överläkare, Universitets-sjukhuset i Linköping, pia.nordanskog@lio.se

Södra sjukvårdsregionen, Svenska Psykiatriska Föreningen

Martin Hultén, Chefsöverläkare, Psykiatriska kliniken, Trelleborg, martin.hulten@skane.se

Neuropsykologi

Aki Johanson, Professor, Inst. för Kliniska vetenskaper, Lunds universitet, aki.johanson@med.lu.se

Anestesiologi

Ralf Ansjön, Specialist i anestesiologi, Stockholm
doc@ansjon.se

ECT-sjuksköterska

Niclas Bengtsson, Sektionschef, Sjuksköterska, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
niclas.bengtsson@vll.se

Kontaktuppgifter till registrets centrala organisation

Kvalitetsregister ECT
Psykiatriskt forskningscentrum
Box 1613, 701 16 Örebro
Tel. 019-602 58 84

Emil Gustafsson, Statistiker, emil.gustafsson@orebroll.se
Tove Elvin, Administrativ assistent, tove.elvin@orebroll.se

Kontaktuppgifter till regionala samordnare

Norra sjukvårdsregionen

Tage Johansson, Enheten för uppföljning och ECT
Psykiatriska kliniken, NUS, 901 85 Umeå
Tel. 090-785 65 90, tage.v.johansson@vll.se

Uppsala-Örebro sjukvårdsregion

Ann-Charlotte Fridenberger, Allmänpsykiatri, Universitetssjukhuset Örebro, 701 85 Örebro
Tel. 070-272 05 90, ann-charlotte.fridenberger@orebroll.se

Stockholms sjukvårdsregion

Ulrica Fagerberg-Lavén, ECT-enheten/Psykiatri
Plan: 2, hus 40, Danderyds sjukhus, 182 87 Danderyd
Tel. 08-123 552 79, ulrica.fagerberg-laven@sll.se

Sydöstra sjukvårdsregionen

Anna Jakobsson, Psykiatriska kliniken, ECT-enheten
Universitetssjukhuset Linköping, 581 85 Linköping
Tel. 010-103 38 07, anna.jakobsson@lio.se

Västra sjukvårdsregionen

Christina Edvardsson, ECT-mottagningen,
Kungälv sjukhus, 442 83 Kungälv
Tel. 0303-984 34, christina.edvardsson@vgregion.se

Södra sjukvårdsregionen

Kristina Duberg, Psykiatriskt forskningscentrum,
Box 1613, 701 16 Örebro
Tel. 070-656 27 27, kristina.duberg@orebroll.se



Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg

REGISTERCENTRUM VÄSTRA GÖTALAND **REGISTERCENTRUM FÖR NATIONELLA KVALITETSREGISTER**

Registercentrum Västra Götaland är ett kunskapscentrum för kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården. Registercentrum har uppdrag från SKL att ge Nationella kvalitetsregister stöd med utveckling, drift och användning av kvalitetsregister. Här ingår även att främja kvalitetsutveckling och forskning med hjälp av register.

www.registercentrum.se