

Kvalitetsregister ECT

Vårdresultat för patienter 2022

Elbehandling (ECT)

Repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS)





Innehållsförteckning

Del 1. Elbehandling (ECT)	3
Vad är elbehandling?	3
Antal patienter	3
Behandlingstid och antal behandlingar	3
Kön- och åldersfördelning hos behandlade patienter	4
Diagnosfördelning hos behandlade patienter	5
Depressionssymtom före och efter elbehandling	6
Symtomfrihet efter elbehandling	7
Symtomlindring efter elbehandling	8
Förbättring av livskvaliteten med hjälp av ECT	10
Minnesfunktion efter elbehandling	13
Ny elbehandling inom ett år	14
6-månadersuppföljning efter ECT	15
Del 2. Repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS) ...	18
Vad är rTMS	18
Antal patienter	18
Behandlingstid och antal behandlingar	19
Kön- och åldersfördelning hos behandlade patienter	19
Diagnosfördelning hos behandlade patienter	20
Symtomfrihet efter rTMS	20
Symtomlindring efter rTMS	21
Fördjupning och vidare läsning	21

Del 1. Elbehandling (ECT)

Vad är elbehandling

Elektrokonvulsiv terapi (ECT) är en behandling som används vid svåra psykiska sjukdomar, framför allt vid svår depression. Behandlingen har använts i 80 år. Det är inte helt klarlagt varför ECT ofta ger bra effekt men i vetenskapliga studier är det fortfarande den mest effektiva behandlingen vid svår depression. Vid ECT framkallas ett kontrollerat epileptiskt krampanfall med hjälp av korta pulser med ström. Behandlingen är smärtfri och ges under narkos. Behandlingen ges vanligen i serier om omkring sju behandlingar under cirka två till tre veckors tid. Minnesstörningar i anslutning till behandlingen kan förekomma.

Antal patienter

ECT fanns tillgängligt på 46 sjukhus i landet under 2022. Totalt rapporterades 3610 patienter till Kvalitetsregister ECT. Registret samlar in data om ECT med syftet att förbättra vården. Deltagande i registret är frivilligt. Resultaten som presenteras i den här rapporten kommer från registret.

Tabell 1. Antal sjukhus, behandlade och rapporterade patienter	Antal
Sjukhus där ECT finns tillgängligt	46
Antal rapporterade patienter	3610

Behandlingstid och antal behandlingar

Vid ECT ges en serie behandlingar som vanligtvis pågår två till tre veckor. Medianen för behandlingstiden var 17 dagar, vilket innebär att hälften av patienterna hade kortare behandlingstider och hälften hade längre behandlingstider. Medianen för antalet behandlingar per index-serie var 7.

Utglesad ECT (fortsättnings-ECT eller underhålls-ECT) kan också ges en gång i veckan till en gång i månaden för att förebygga att sjukdomssymtom återkommer. Medianen för behandlingstiden för fortsättnings-ECT var 50 dagar och medianen för antalet behandlingar var 5.

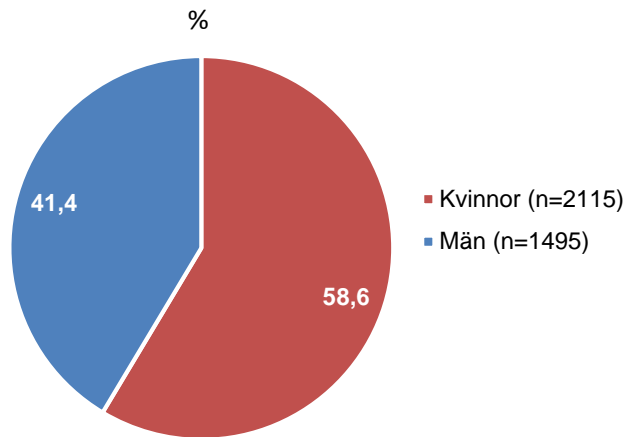
Tabell 2. Behandlingstid och antal behandlingar per serie	Index-ECT	Fortsättnings-/underhålls-ECT
Antal serier	4101	760
Behandlingstid i dagar (median)	17	50
Antal behandlingar per ECT-serie (median)	7	5

Kön- och åldersfördelning hos behandlade patienter

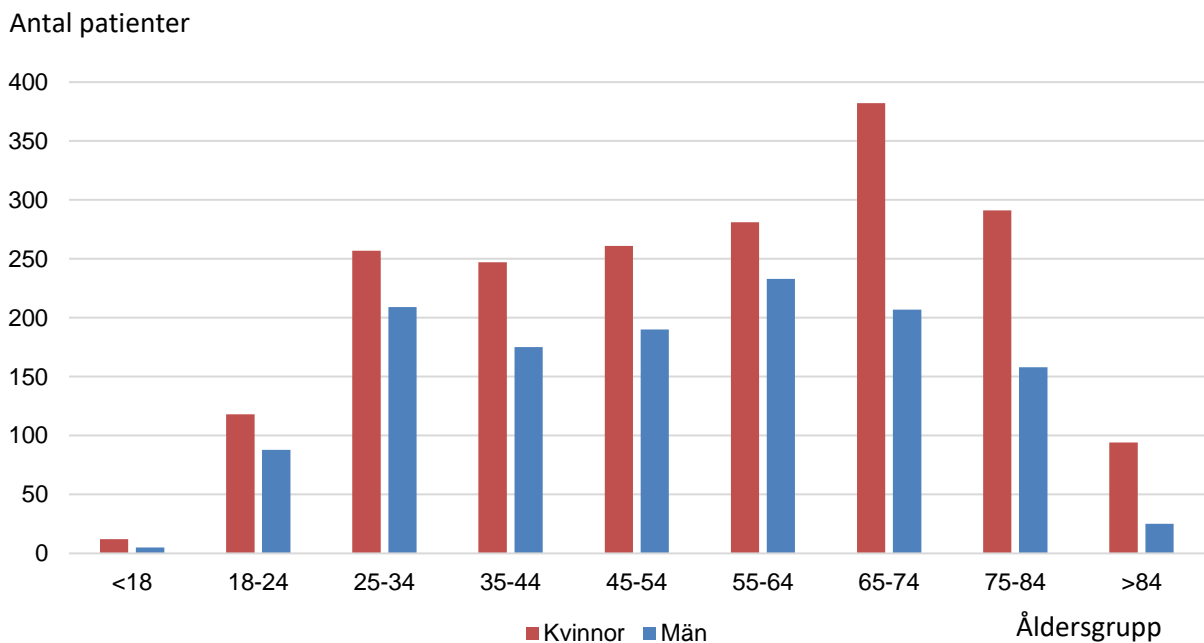
En majoritet av patienterna som behandlas med ECT är kvinnor. Det förklaras främst av att depression är vanligare bland kvinnor än män. ECT förekommer som behandling från och med tonåren i alla åldrar.

59 % av de behandlade var kvinnor och 41 % män. Medelåldern bland de behandlade patienterna var 53 år. ECT förekommer som behandling från och med tonåren i alla åldrar, även för mycket gamla. ECT är en säker behandling även för de flesta äldre patienter med samtidiga kroppsliga sjukdomar.

Figur 1. Könsfördelning hos behandlade patienter



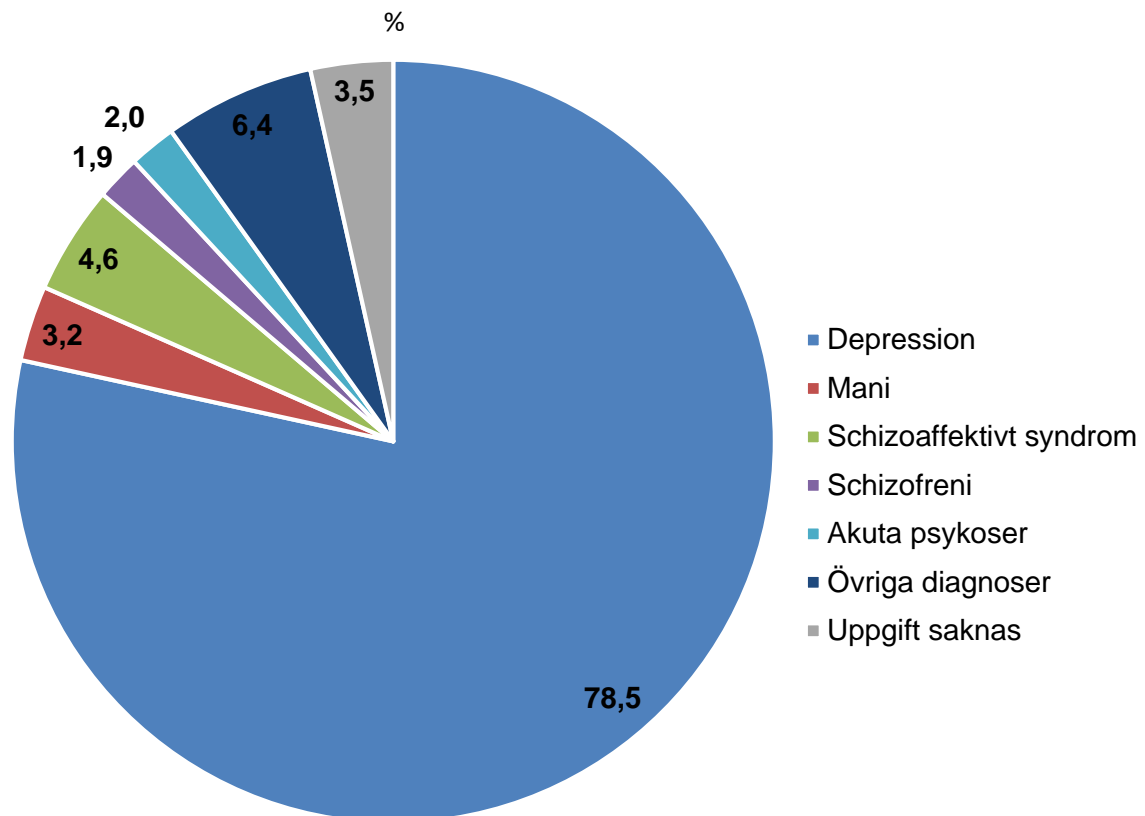
Figur 2. Antal behandlade patienter per kön och åldersgrupp



Diagnosfördelning hos behandlade patienter

ECT används vanligen vid svår depression men kan användas vid flera psykiska sjukdomar. En majoritet (79 %) av patienterna som fick ECT under 2022 behandlades för depression vilket framgår i figur 3. I kategorin depression ingår både unipolära (dvs. patienter som har återkommande depressioner) och bipolära (dvs. patienter som har sjukdomsperioder med både depression och mani). I kategorin övriga diagnoser ingår bland annat ospecificerad bipolär sjukdom, ospecificerad psykos, ångestsyndrom, katatoni och emotionellt instabil personlighetsstörning.

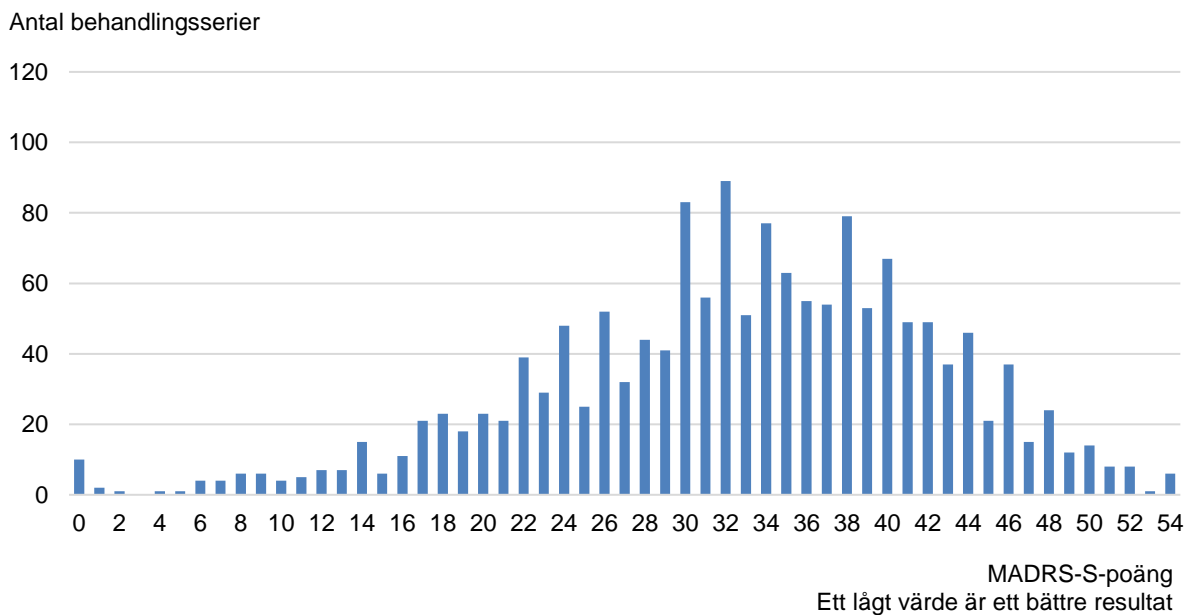
Figur 3. Diagnosfördelning hos behandlade patienter



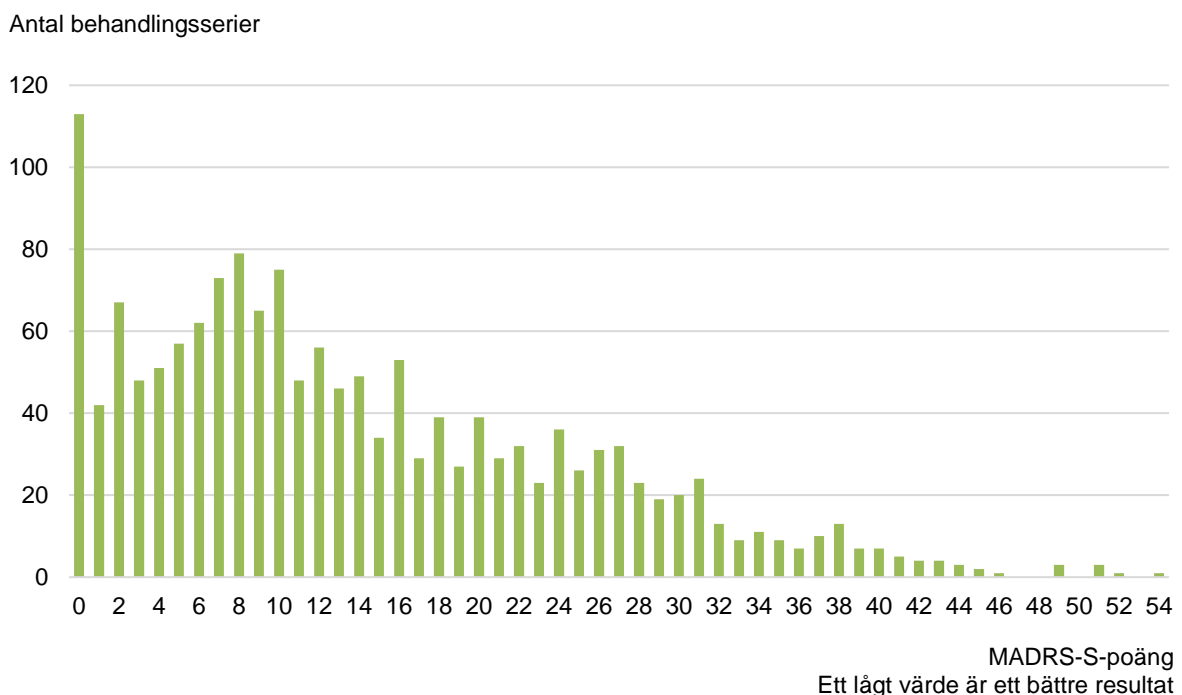
Depressionssymtom före och efter elbehandling

Patienter som behandlas med ECT för depression bör ha blivit symtomskattade både inför och efter sin behandlingsserie. Montgomery Åsbergs depressionsskattningsskala är den mest använda skattningsskalan för depression. Den finns både i en självskattningsversion (MADRS-S) och i en intervju-baserad variant (MADRS). Självskattningsversionen MADRS-S har nio frågor och den maximala totalpoängen är 54 poäng. Låga poäng motsvarar få och lindriga symtom. Figurerna nedan visar hur patienter har skattat sina symtom före och efter ECT. Ur figur 4 och 5 framgår det att patienterna upplevde betydligt lindrigare symtom efter sin behandlingsserie jämfört med före. Medelpoängen före behandlingen var 33 poäng och medelpoängen efter behandlingen var 14 poäng.

Figur 4. Självskattning med depressionsskattningsskala före elbehandling



Figur 5. Självskattning med depressionsskattningsskala första veckan efter elbehandling

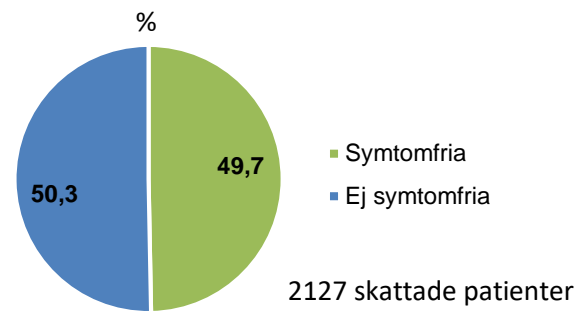


Symtomfrihet efter elbehandling

Målet med depressionsbehandling är att patienten ska bli symtomfri och få tillbaka sin funktionsförmåga. Symtomfrihet efter ECT kan därför ses som ett sammanfattande mått på behandlingens kvalitet.

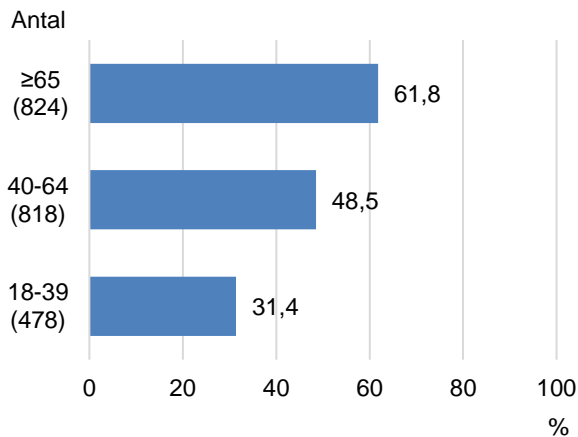
Figur 6 nedan visar hur stor andel av patienterna som blivit symtomfria (dvs. har högst 10 poäng på skattningsskalan MADRS eller självskattningsskalan MADRS-S) efter behandling med ECT. Hälften av 2127 bedömda patienter i riket uppnådde symtomfrihet efter ECT för depression.

Figur 6. Andel patienter med depression som uppnår symtomfrihet första veckan efter elbehandling.

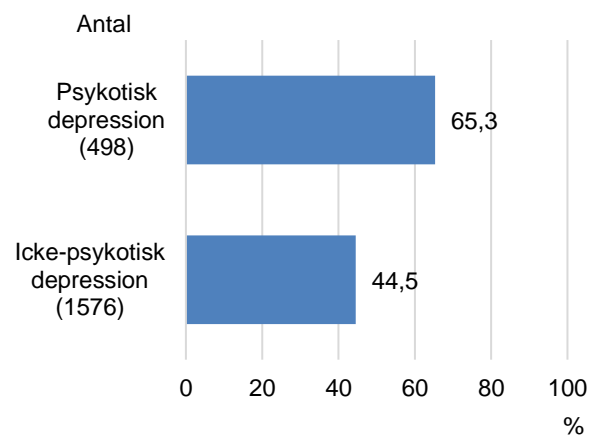


Äldre patienter tenderar att ha större chans till symtomfrihet än yngre patienter. Bland patienter över 65 år så uppnådde 62 % symtomfrihet under 2022. Bland patienter i åldrarna under 40 år var det 31 % som uppnådde symtomfrihet (figur 7). Patienter med svårare former av depression har högre chans till symtomfrihet än patienter med lindrigare former av depression. Bland patienter med psykotisk depression, (dvs. patienter som har depressioner som är så djupa att man har svårt att uppfatta verkligheten på ett riktigt sätt) uppnådde 65 % symtomfrihet första veckan efter avslutad behandling (figur 8).

Figur 7. Symtomfrihet efter ECT för depression inom tre ålderskategorier



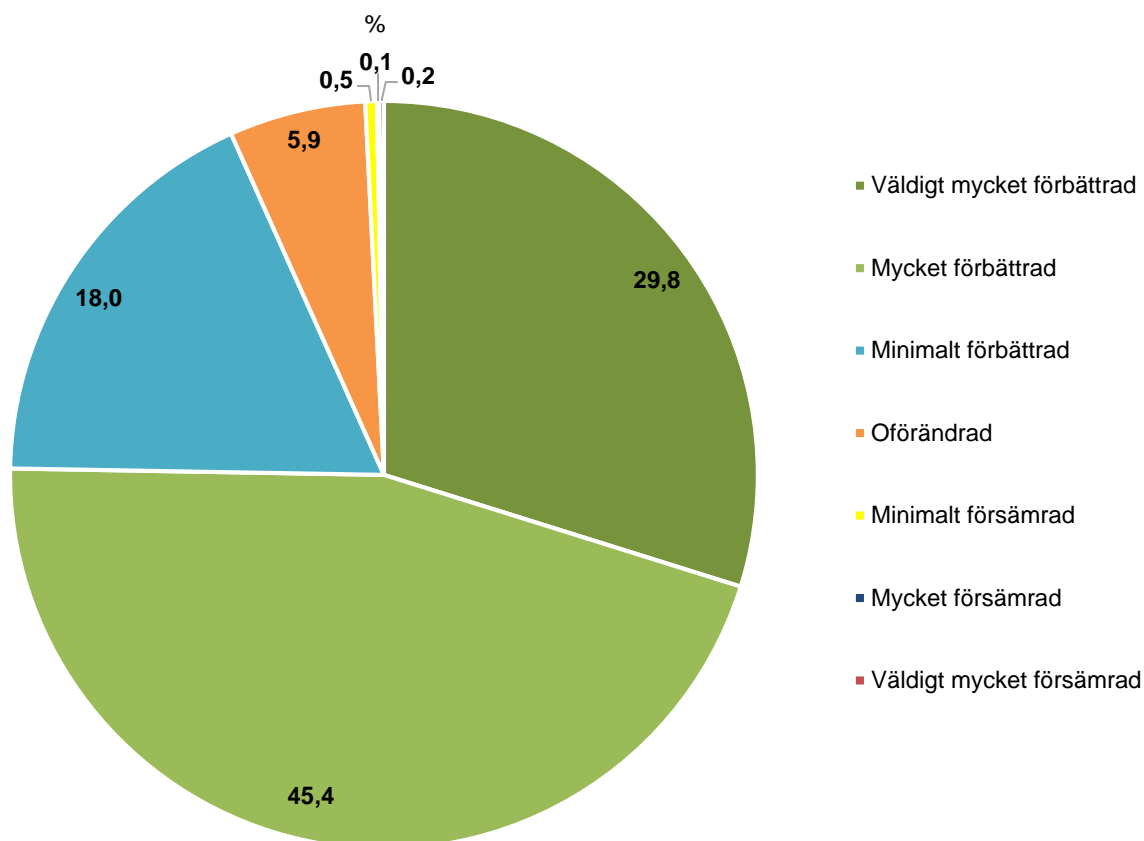
Figur 8. Symtomfrihet efter ECT vid psykotisk och icke-psykotisk depression



Symtomlindring efter elbehandling

Även om målet vid behandling med ECT i regel är symtomfrihet, är symtomlindring ett viktigt första steg. Clinical Global Impression-Improvement, CGI-I är en skala där personalen anger förändringen i den bedömda sammantagna psykiska hälsan. Ur figur 9 framgår att 75 % av patienterna bedömdes som mycket eller väldigt mycket förbättrade. Endast 0,3 % av patienterna bedömdes som mycket eller väldigt mycket försämrade.

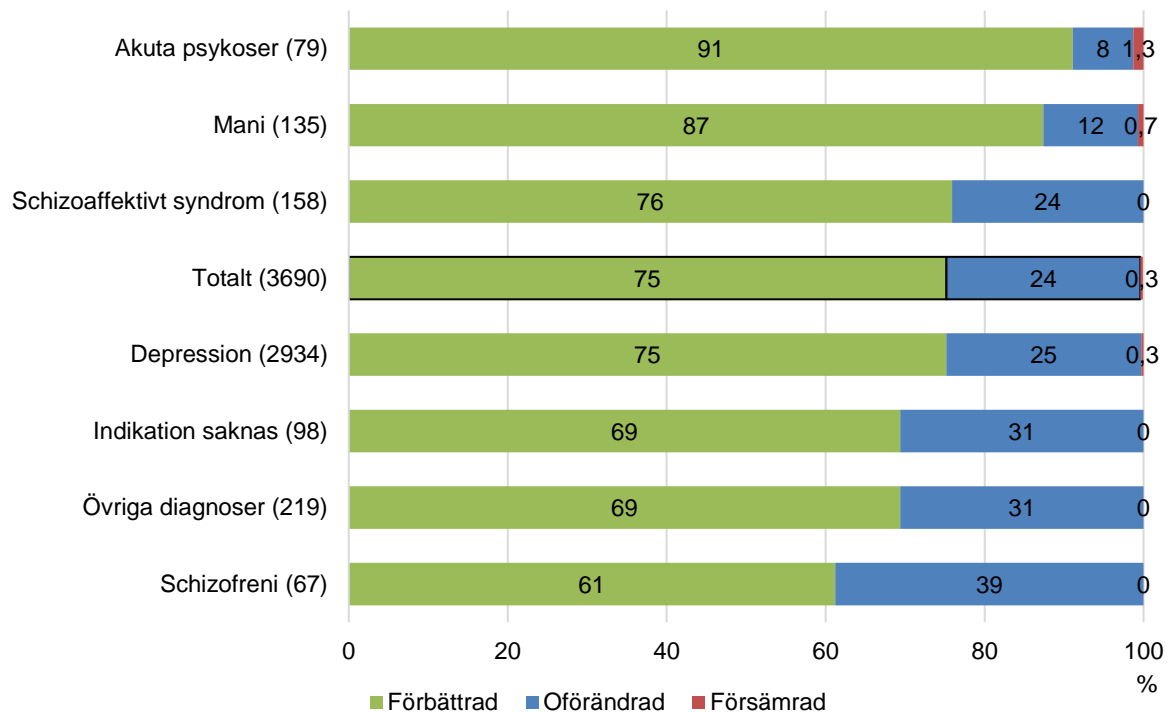
Figur 9. Klinisk förändring efter elbehandling



3690 skattade patienter

I figur 10 har CGI-I skalan kategoriserats i tre grupper: Förbättrad = mycket till väldigt mycket förbättrad. Oförändrad = oförändrad, minimalt förbättrad eller minimalt försämrad. Försämrad = mycket till väldigt mycket försämrad. Figuren visar hur stor andel av patienterna som bedömts som förbättrade, oförändrade och försämrade efter ECT i olika diagnosgrupper.

Figur 10. Klinisk förändring efter elbehandling i olika diagnosgrupper

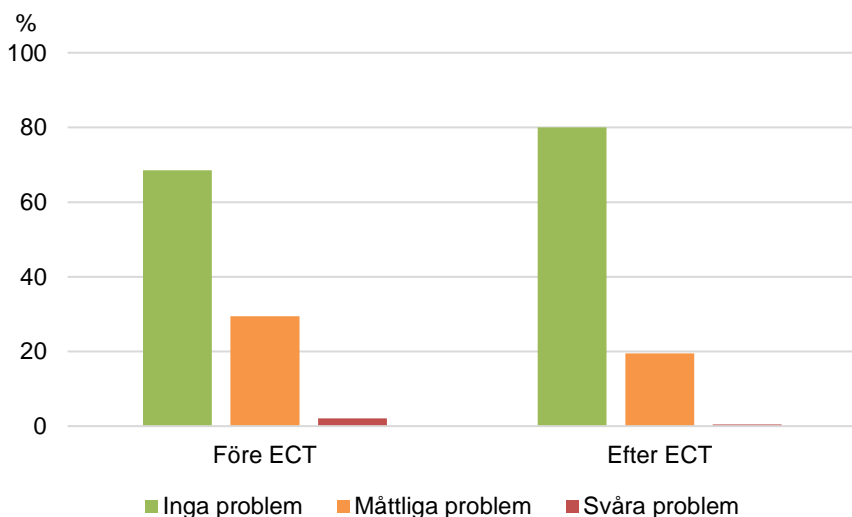


Förbättring av livskvaliteten med hjälp av ECT

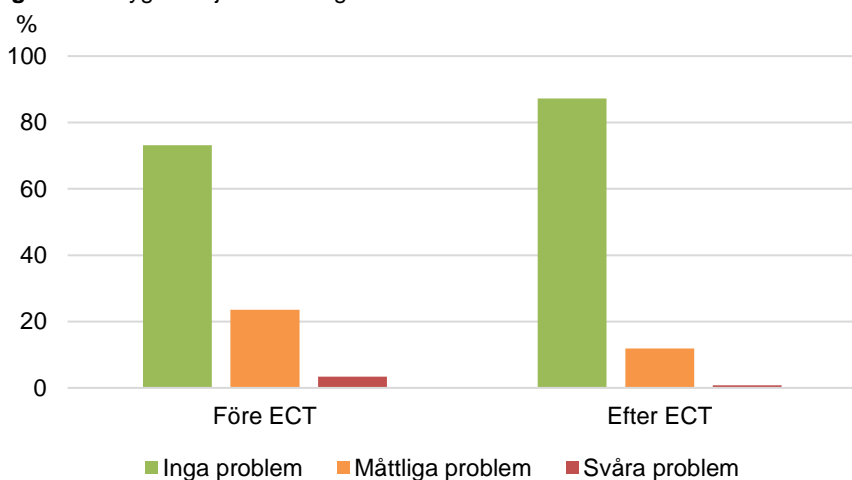
EQ-5D är ett standardiserat frågeformulär där patienter själva kan skatta sin hälsa. Skalan mäter fem olika dimensioner av livskvalité; rörlighet, egenvård, vardagliga aktiviteter, smärta och oro. Patienten klassificerar sin egen hälsa inom dessa dimensioner på en tregradig skala. Till EQ-5D hör också den termometerliknande skalan (EQ VAS) där patienten skattar sitt hälsotillstånd mellan 0 (värsta tänkbara hälsotillstånd) och 100 (bästa tänkbara hälsotillstånd).

Skillnaden mellan före och efter ECT är som störst på dimensionen Oro/nedstämdhet. Före ECT svarade 68 % av patienterna "Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd". Efter ECT angav 10 % av patienterna samma svar (figur 11e). Man kan också notera en stor förändring i hur väl patienterna anger att de klarar av sina huvudsakliga aktiviteter såsom arbete, studier, hushållsarbete och fritidsaktiviteter. Före ECT svarade 21 % av patienterna att de klarar av sina huvudsakliga aktiviteter jämfört med 56 % efter ECT (figur 11c).

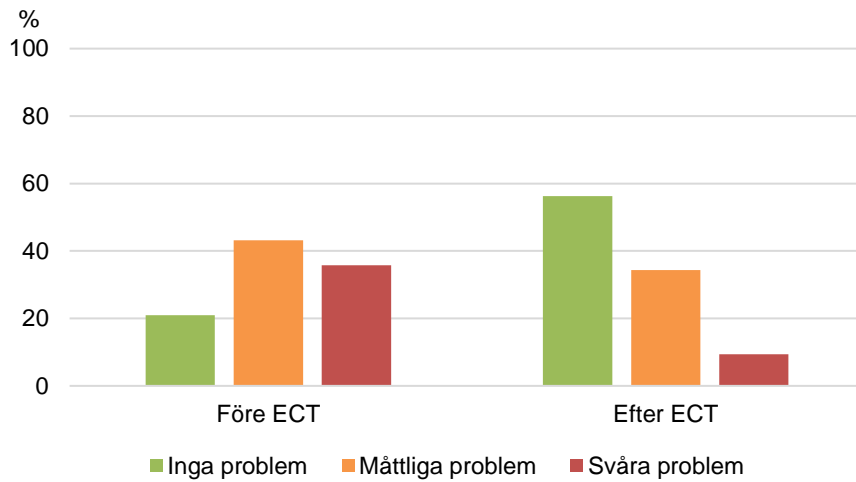
Figur 11a. Rörlighet. Självsfattning före och efter ECT



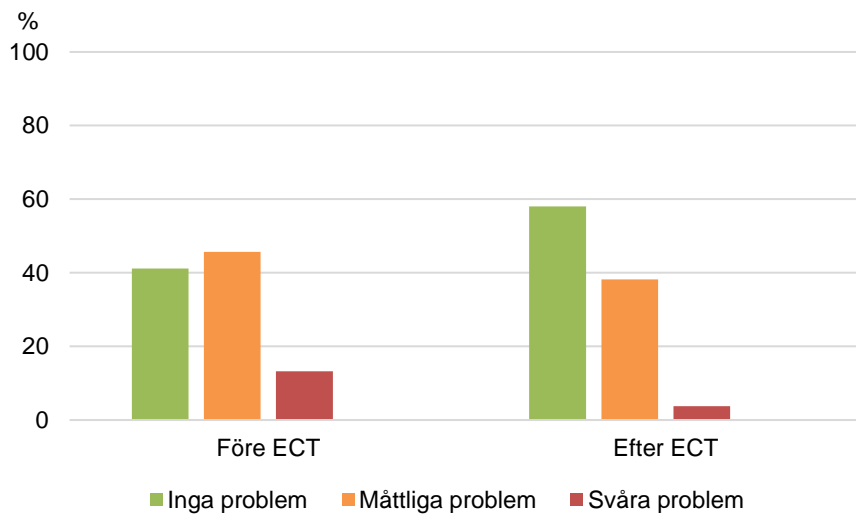
Figur 11b. Hygien. Självsfattning före och efter ECT



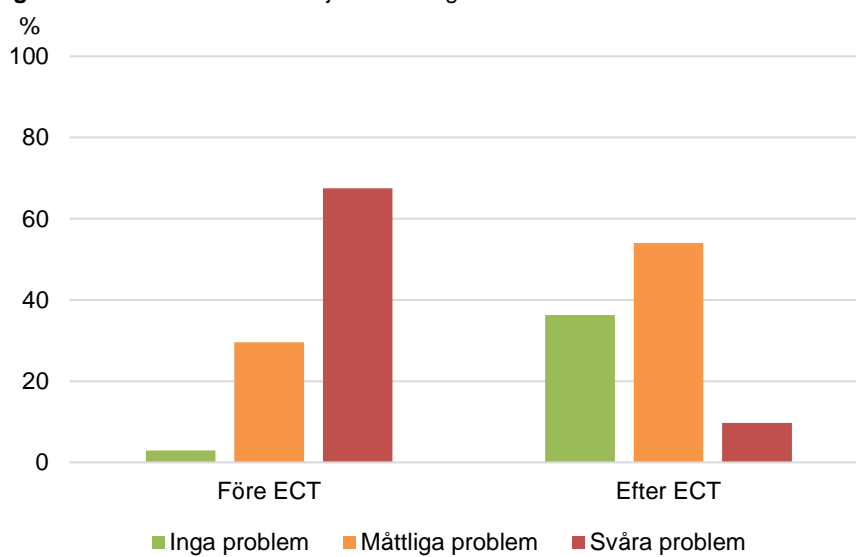
Figur 11c. Huvudsakliga aktiviteter. Självskattning före och efter ECT



11d. Smärtor/besvär. Självskattning före och efter ECT

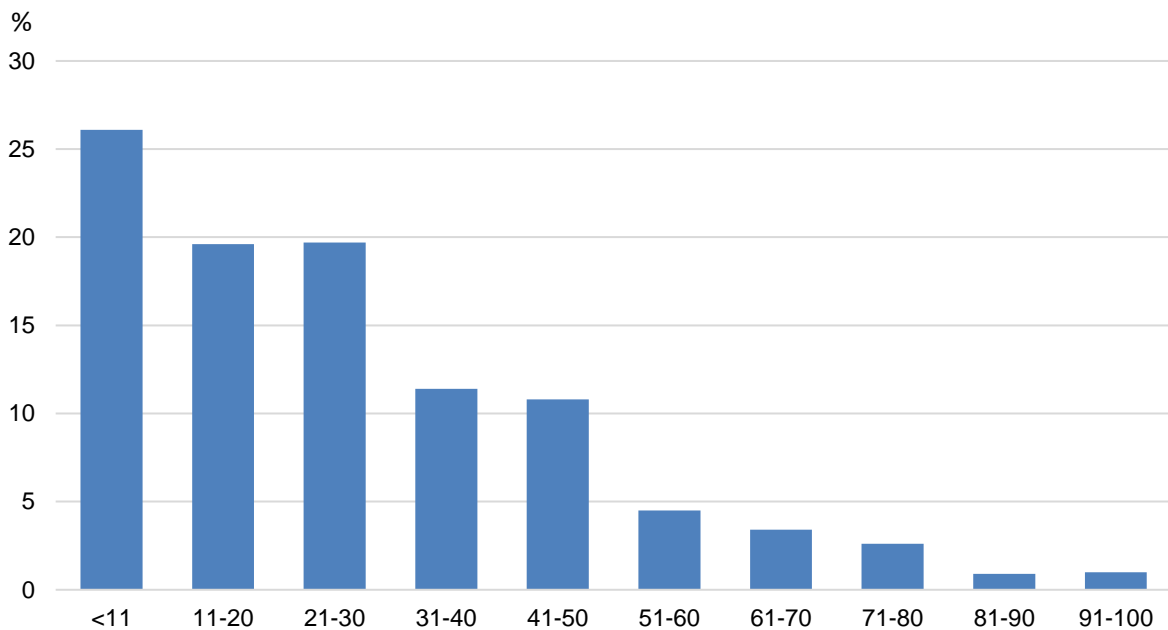


Figur 11e. Oro/nedstämdhet. Självskattning före och efter ECT

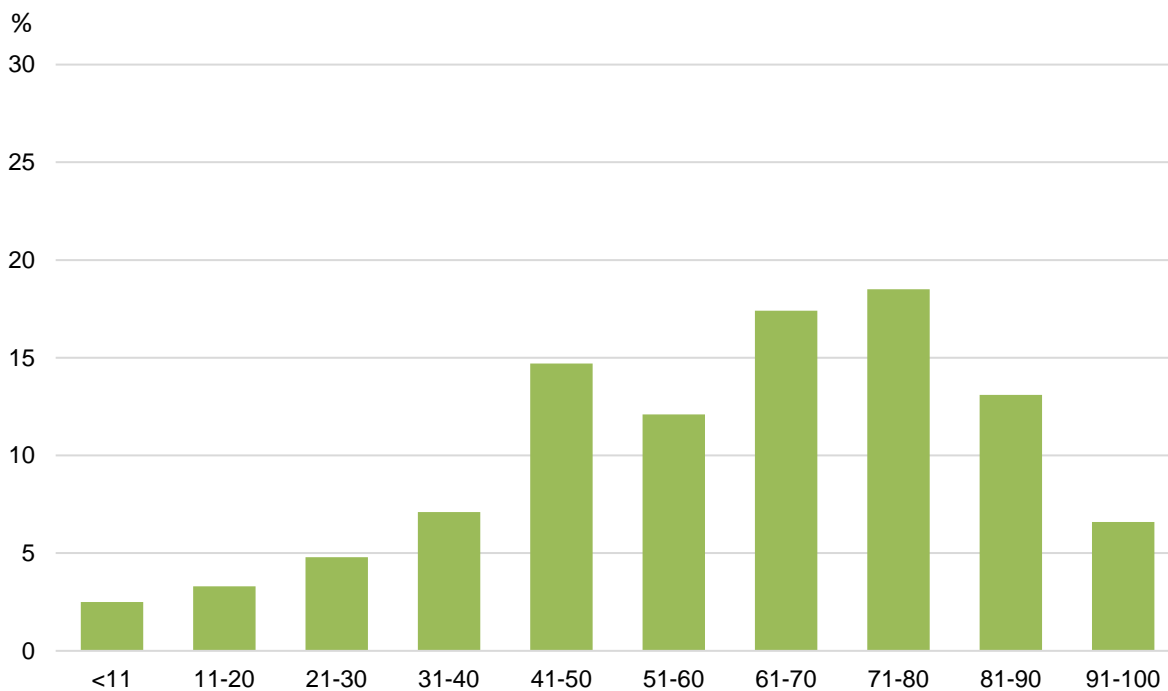


ECT har ofta en stor symtomlindrande effekt men kan också ge biverkningar. Patienterna bedömer att ECT oftast har en mycket god balans mellan effekter och biverkningar på det totala hälsotillståndet, vilket illustreras nedan. Figuren nedan visar hur patienterna har skattat sitt hälsotillstånd på den termometerliknande skalan mellan 0 (värsta tänkbara hälsotillstånd) och 100 (bästa tänkbara hälsotillstånd) före och efter ECT. Medianvärdet för EQ VAS ökade från 29 före ECT till 63 efter. Före ECT skattade 46 % av patienterna sitt hälsotillstånd någonstans mellan 0-20 på skalan (figur 12). Efter ECT skattade endast 6 % av patienterna inom samma intervall (figur 13).

Figur 12. Självsfattat hälsotillstånd på EQ VAS före ECT



Figur 13. Självsfattat hälsotillstånd på EQ VAS efter ECT



Minnesfunktion efter elbehandling

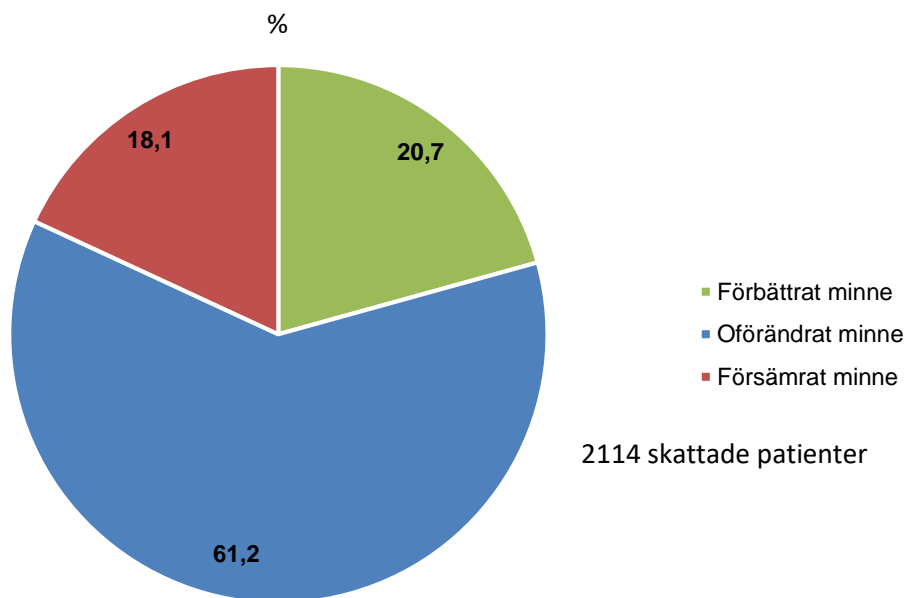
Försämrat minne är en vanlig biverkan till ECT och är oftast övergående inom dagar till veckor. Mer långvariga minnesstörningar kan förekomma och under behandlingstiden eller sjukdomsperioden kan minnesluckor uppstå.

Det är fortfarande osäkert hur många patienter som har kvarstående minnesstörningar efter längre tid. För att få säkrare siffror och för att kunna förbättra vården och föreslå hjälp och behandling lanserade Kvalitetsregister ECT under 2016 en 6-månadersuppföljning som vi hoppas att alla vårdenheter ska börja använda. Det innebär att du kan komma att bli kontaktad ungefär 6 månader efter att du fått elbehandling.

Det är viktigt att eventuell minnesstörning upptäcks för att man ska kunna anpassa behandlingstekniken och behandlingslängden till den enskilda patienten. För att minnesstörningar ska kunna upptäckas rekommenderas vårdgivare att efterfråga och dokumentera patienters upplevelse av minnesstörning med hjälp av en fråga som är utformad som en skala. Skalan går mellan 0 och 6 där 0 motsvarar ingen minnesstörning och 6 motsvarar upplevelse av total oförmåga att minnas. En försämring av minnet på minst två stegs förändring på skalan bedöms motsvara en klinisk relevant försämring.

Figuren nedan visar andelen patienter med minst två stegs försämring på skalan inom en vecka efter ECT jämfört med före. 18 % av patienterna upplevde försämrat minne efter behandling med ECT och 21 % av patienterna upplevde förbättrat minne efter ECT (figur 14). För majoriteten av patienterna var alltså upplevelsen av minnesfunktionen oförändrad efter ECT jämfört med före ECT. Det är vanligare att yngre patienter och kvinnor upplever en minnesförsämring efter elbehandling.

Figur 14. Förändring av minnesfunktion efter elbehandling

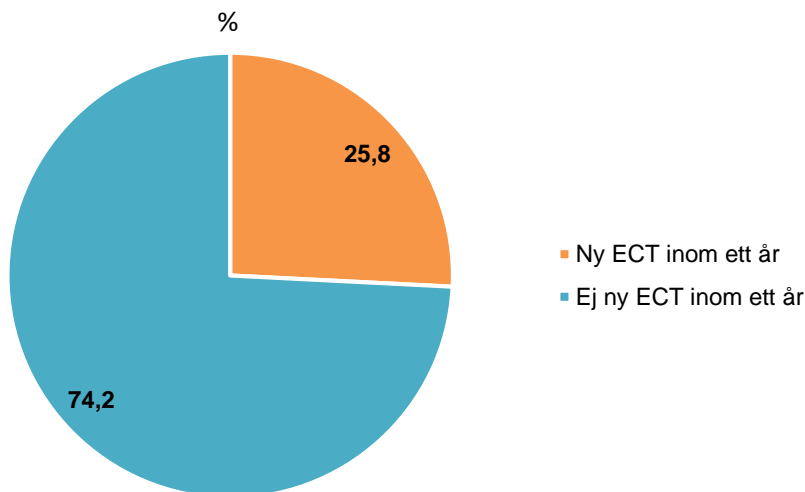


Ny elbehandling inom ett år

Symtomen vid de diagnoser där ECT används, bl.a. depression, tenderar att vara återkommande och effekten av ECT avtar ofta efter en tid. Det illustreras av att omkring hälften av patientgruppen behöver läggas in på sjukhus på grund av att psykiska symtom återkommit inom ett år efter avslutad ECT, trots att förebyggande läkemedelsbehandling erbjuds.

Figur 15 visar andelen patienter som inom ett år efter att en index-serie med ECT avslutats fått en ny index-serie. Tät elbehandling, index-ECT, görs med två till tre behandlingstillfällen per vecka under ett par till några veckors tid. Målet är att patienten ska bli symtomfri eller få en tydlig symtomlindring. För att minska risken för återfall i sjukdom får patienter ibland en fortsättnings-behandling med ECT som ges mer sällan, men som kan pågå längre. Kvalitetsregistret skiljer mellan index-serier och fortsättnings-/underhålls-serier beroende på om behandlingstillfällena planerats till ett behandlingstillfälle per vecka eller tätare. Indikatorn ger en uppfattning om hur stor andel av patienterna som drabbats av en tydlig försämring inom ett år. Men alla försämringsperioder motiverar inte förnyad behandlingen med ECT, i synnerhet inte om behandlingen inte var symtomlindrande för patienten, eller om biverkningarna övervägde de önskade effekterna. Annan behandling kan då istället bli aktuell. Därför ger indikatorn inte någon fullständig bild av hur stor andel av patienterna som drabbas av återinsjuknande. 26 % av 3358 patienter som behandlades med index-ECT i riket under 2021 erhöll en ny index-serie med ECT inom ett år.

Figur 15. Ny elbehandling inom ett år

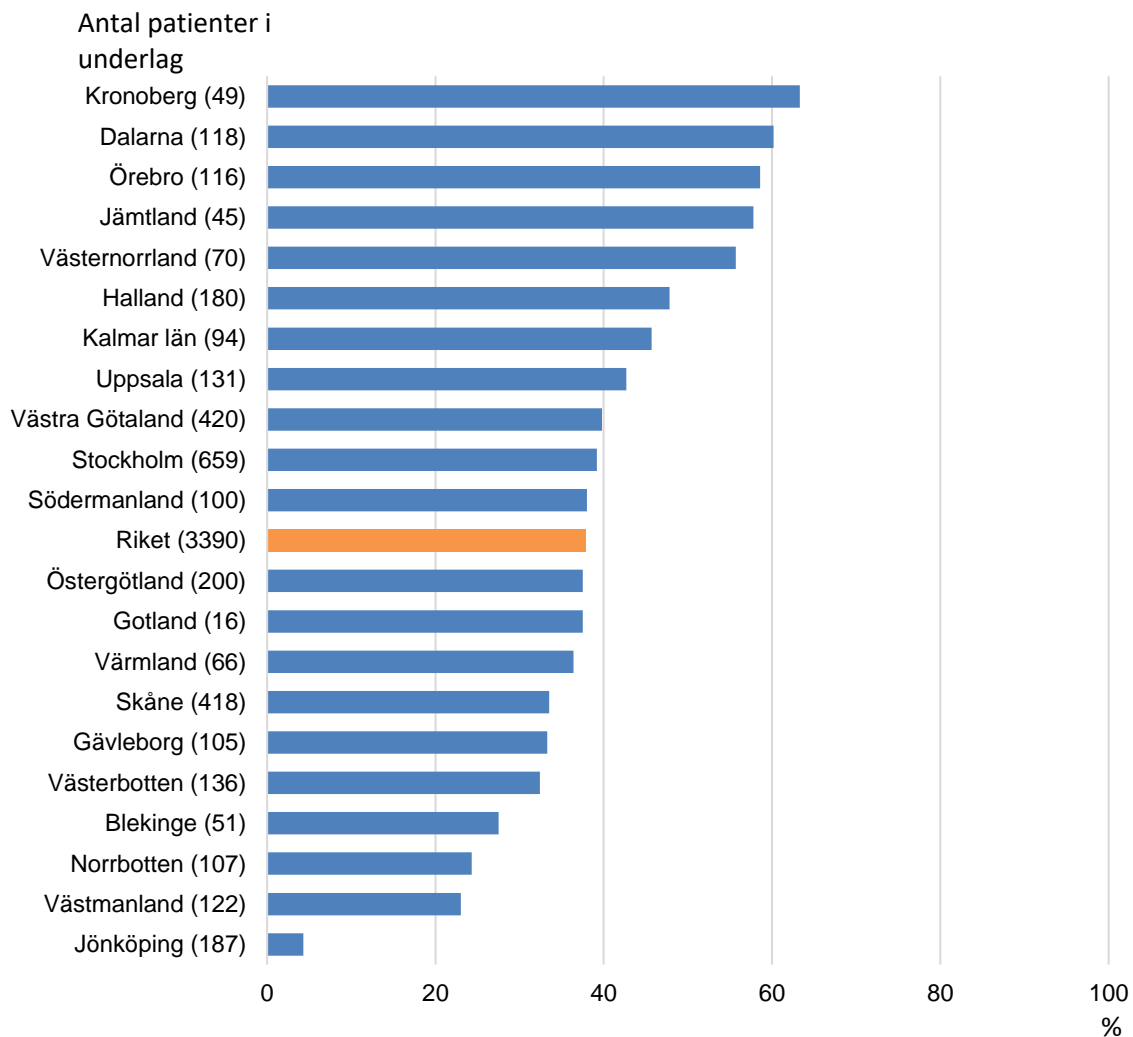


6-månadersuppföljning efter ECT

Uppföljningen 6 månader efter ECT består av en enkät som besvaras av patienten och ett par behandlarrapporterade uppgifter. I enkäten ställs frågor om patientens upplevelse av informationen, behandlingseffekten, biverkningar och om man kan tänka sig att få behandlingen igen.

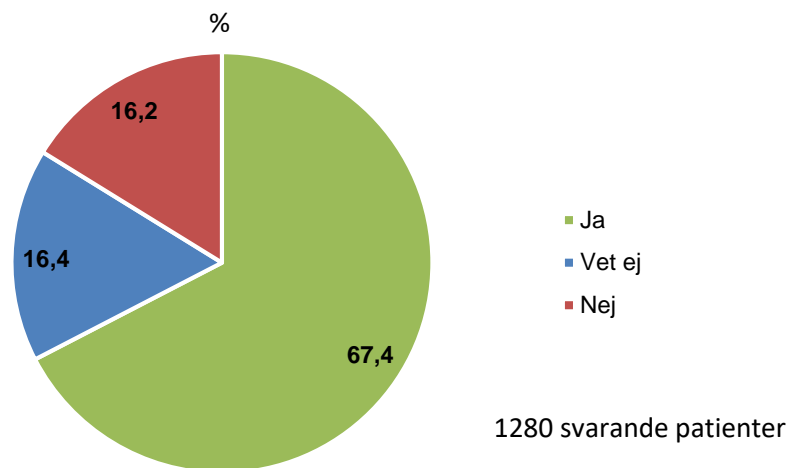
Depressionsskattningsskalan MADRS-S, livskvalitetsinstrumentet EQ-5D och minnesfrågan i CPRS ingår i enkäten. Det finns möjlighet att rapportera 6-månadersuppföljningar med endast behandlarrapporterade uppgifter i de fall patienten inte har besvarat enkäten. I riket blev 38 % uppföljda med patientenkäten. Alla sjukhus har inte fått rutiner för att strukturerat följa upp patienter med enkäten vilket illustreras i figur 16, men andelen som blir uppföljda ökar.

Figur 16. Andel uppföljda patienter under 2022



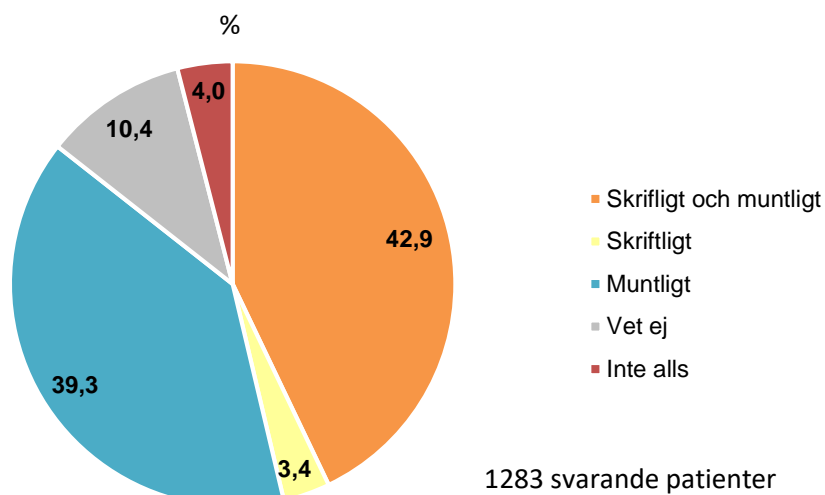
Personer som står inför att behandlas med ECT är ofta inne i en svår depression. Vid svår depression kan förmågan att ta till sig och bearbeta information vara nedsatt. ECT påverkar också minnet så att det blir svårare att komma ihåg information som givits i nära anslutning till behandlingen. Det är därför nödvändigt att ge upprepade muntlig information, i kombination med skriftlig information om behandlingen. I 6-månadersuppföljningen har patienterna svarat på frågan "Upplever du att du fått tillräcklig information om ECT?". 67 % av patienterna svarade ja, 16 % vet ej och 16 % svarade nej (figur 17a). Det finns alltså utrymme för att upprepa informationen vid ytterligare fler tillfällen för en betydande andel av patienterna.

Figur 17a. Tillräcklig information om ECT



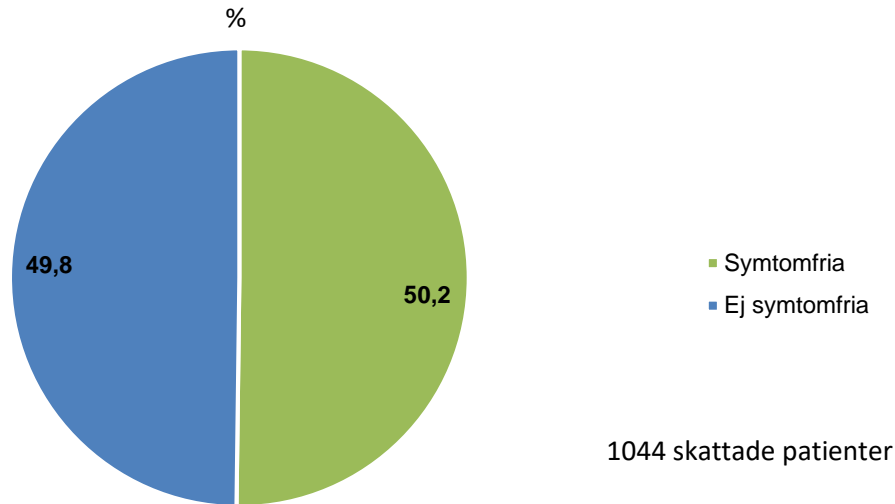
43 % av patienterna svarade att de fått både skriftlig och muntlig information om ECT (figur 17b). 39 % av patienterna svarade att de endast erhållit muntlig information, 3 % endast skriftlig information, 10 % vet ej och 4 % inte alls.

Figur 17b. Hur patienterna svarar att de informerades



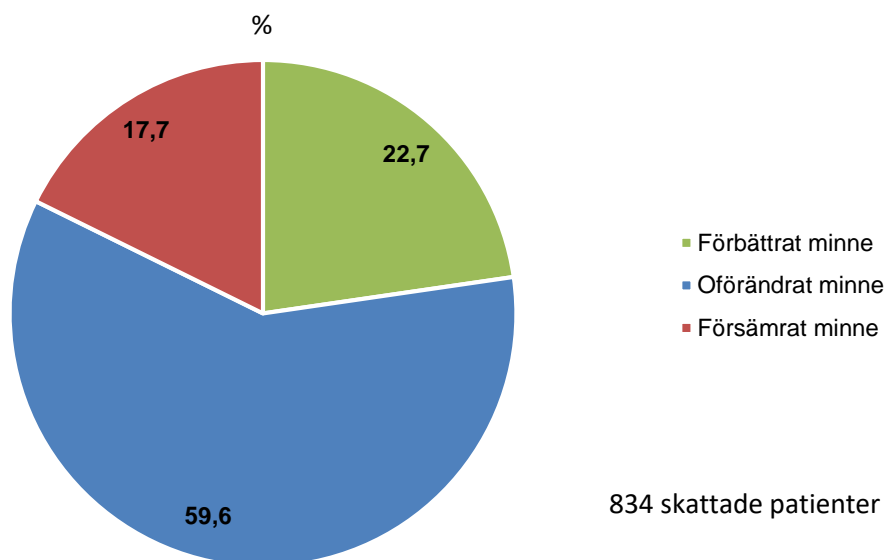
Av de patienter som behandlades med ECT för depression och genomfört 6-månadersuppföljning var det 50 % som skattade 10 poäng eller mindre på depressionsskattningsskalan MADRS-S vid 6-månadersuppföljningen, vilket brukar definieras som symtomfrihet.

Figur 18. Symtomfrihet vid 6-månadersuppföljningen



Figur 19 visar förändringen i hur patienter har skattat sitt minne före ECT jämfört med vid 6-månadersuppföljningen. 18 % av patienterna skattade en försämring och 23 % skattade en förbättring. För en majoritet av patienterna upplevdes minnesfunktionen oförändrad.

Figur 19. Minnesförändring vid 6-månadersuppföljningen



Behandlingstid och antal behandlingar

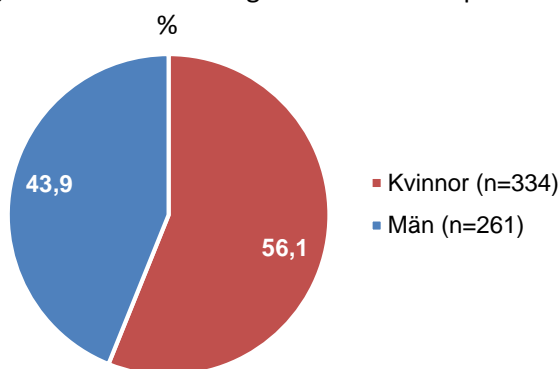
Vid rTMS ges en serie behandlingar som vanligtvis pågår 3-4 veckor. Medianen för behandlingstiden var 29 dagar, vilket innebär att hälften av patienterna hade kortare behandlingstider och hälften hade längre behandlingstider. Medianen för antalet behandlingar per serie var 24.

Tabell 4. Behandlingstid och antal behandlingar per serie	Antal
Antal serier	656
Behandlingstid i dagar (median)	29
Antal behandlingar per rTMS-serie (median)	24

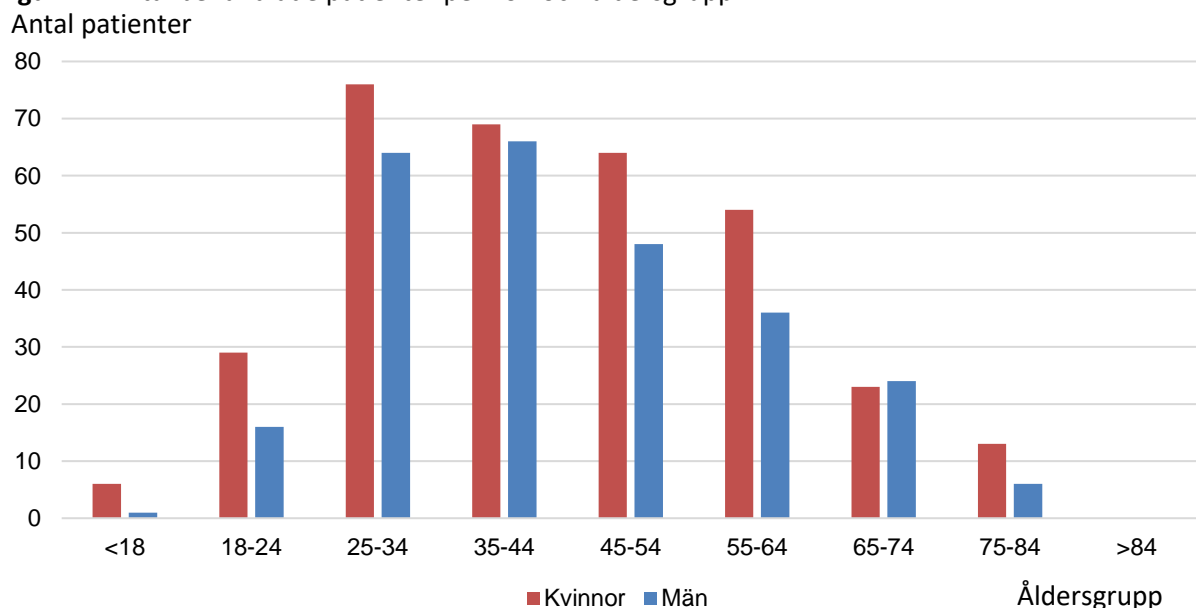
Kön- och åldersfördelning hos behandlade patienter

56 % av de behandlade patienterna var kvinnor och 44 % män (figur 21). Att andelen kvinnor är högre kan förklaras av att depression är vanligare bland kvinnor än män. De yngsta patienterna var 15 år och den äldsta 84 år. Medelåldern bland behandlade patienter var 43 år.

Figur 21. Könsfördelning hos behandlade patienter



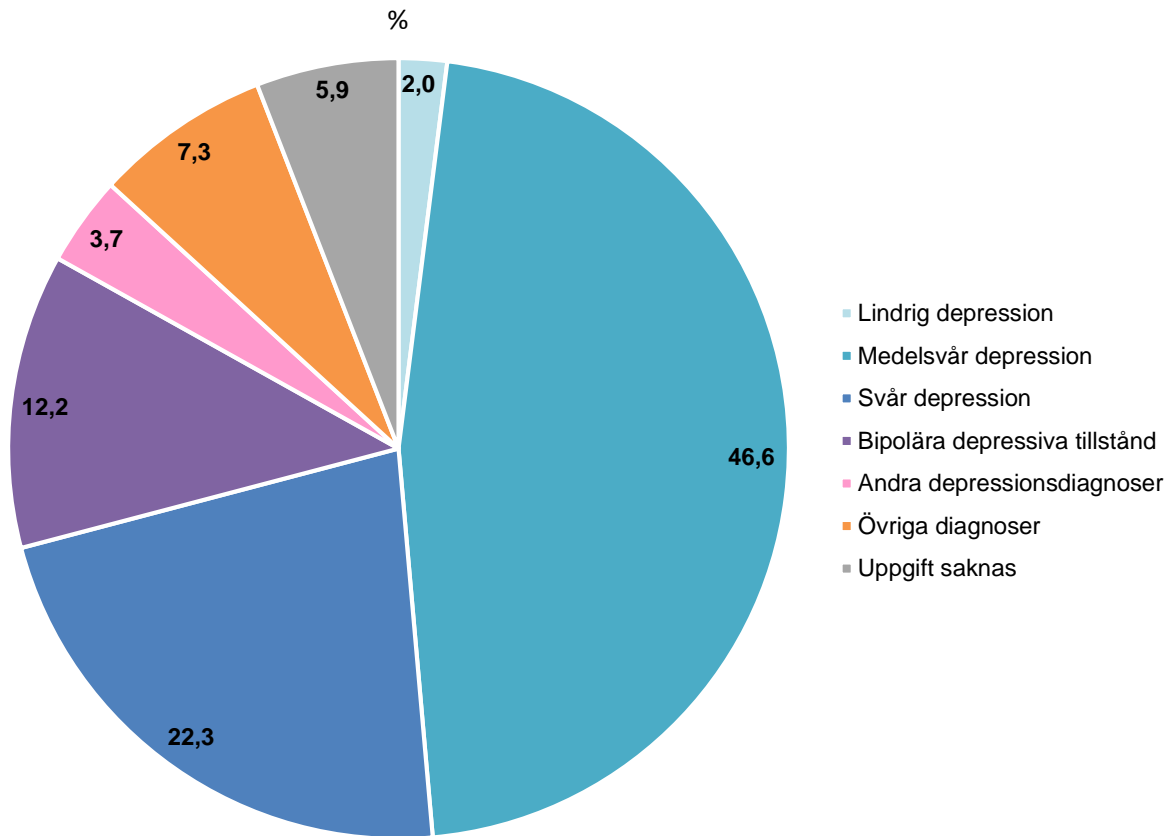
Figur 22. Antal behandlade patienter per kön och åldersgrupp



Diagnosfördelning hos behandlade patienter

En stor majoritet av patienterna (85 %) behandlades för depression. Bland övriga diagnoser fanns bland annat blandade ångest- och depressionstillstånd och dystymi.

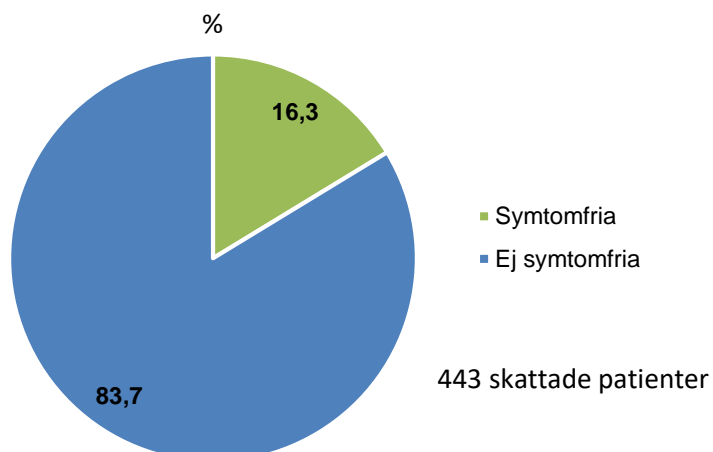
Figur 23. Diagnosfördelning hos behandlade patienter



Symtomfrihet efter rTMS

Figur 24 nedan visar hur stor andel av patienterna som blivit symtomfria (dvs. har högst 10 poäng på skattningsskalan MADRS eller självskattningsskalan MADRS-S) efter behandling med rTMS. 16 % av 443 bedömda patienter i riket uppnådde symtomfrihet efter rTMS för depression.

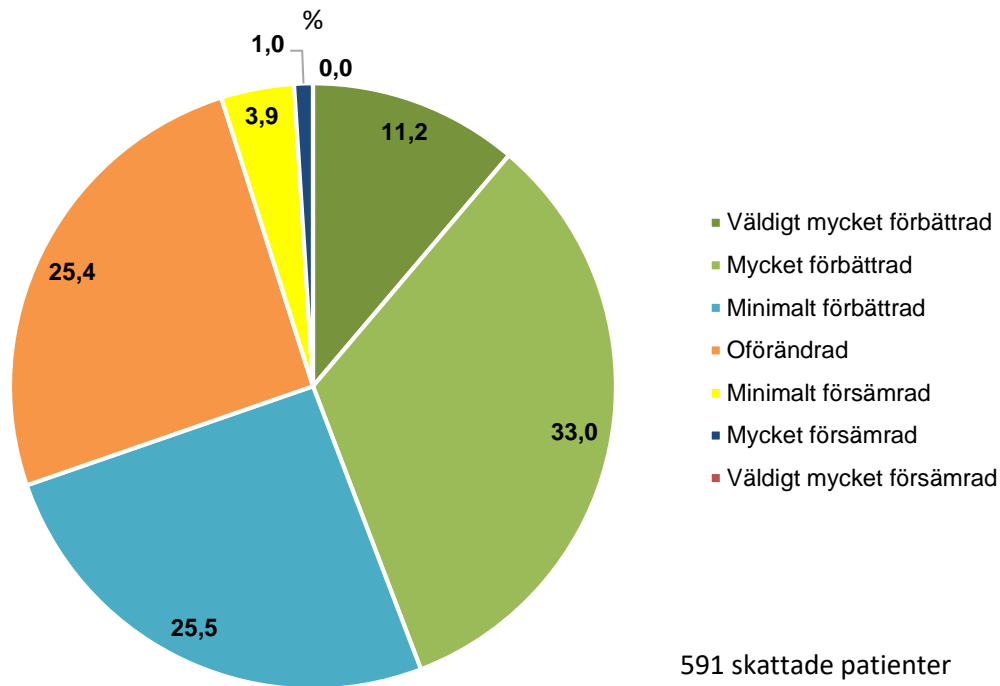
Figur 24. Andel patienter med depression som uppnår symtomfrihet första veckan efter rTMS



Symtomlindring efter rTMS

Clinical Global Impression-Improvement, CGI-I är en skala där personalen anger förändringen i den bedömda sammantagna psykiska hälsan. Ur figur 25 framgår att 44 % av patienterna bedömdes som mycket eller väldigt mycket förbättrade.

Figur 25. Klinisk förändring efter rTMS



Fördjupning och vidare läsning

I årsrapporten redovisas fler resultat från registret. Registrets årsrapporter finns på hemsidan ect.registercentrum.se under menyrubriken statistik.