

Nasjonalt kvalitetsregister for elektrokonvulsiv terapi (ECT)

15. juni 2026

Årsrapport for 2025
med plan for forbedringstiltak

Innhold

I	Resultater fra registeret	1
1	Sammendrag	4
1.1	Summary in English	5
2	Resultater	7
2.1	Kvalitetsindikatorer	7
2.2	Pasientrapporterte data (PROM/PREM)	17
2.2.1	Beskrivelse av variabler	17
2.2.2	Beskrivelse av metoder for innhenting av PROM/PREM-data	17
2.2.3	Resultater fra PROM/PREM-data	18
2.2.4	Resultater fra PROM/PREM-data etter seks måneders	28
2.3	Andre analyser	36
2.3.1	Opplysninger fra pasientserie	36
2.3.2	Opplysninger fra pasientserie seks måneder	44
2.3.3	ECT tilbud i Norge - regional variasjon	45
2.3.4	Nasjonal kartlegging av ECT-tilbud og organisering 2025	50
II	Administrative opplysninger	61
3	Registerbeskrivelse	62
4	Datakvalitet	67
4.1	Tilslutning og antall registreringer	67
4.2	Dekningsgrad og responsrate	70
4.2.1	Metode for beregning av dekningsgrad	70
4.2.2	Siste beregnede dekningsgrad	71
4.2.3	Responsrate for pasientrapporterte data	72
4.3	Vurdering av datakvalitet	72
4.3.1	Kompletthet av sentrale variabler	72
5	Pasientrettet kvalitetsforbedring	73
5.1	Identifiserte forbedringsområder	73
5.2	Igangsatte/utførte forbedringstiltak	73
6	Formidling av resultater	75
7	Samarbeid og forskning	76
7.1	Samarbeid med andre fagmiljøer og helse- og kvalitetsregistre	76
7.2	Datautleveringer fra registeret	76
7.3	Vitenskapelige artikler	76

III	Stadievurdering og plan for videre utvikling av registeret	77
8	Referanser til vurdering av stadium	78
8.1	Vurderingspunkter	78
9	Utvikling av registeret	80
9.1	Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen	80
9.2	Planer og behov	80

Del I

Resultater fra registeret

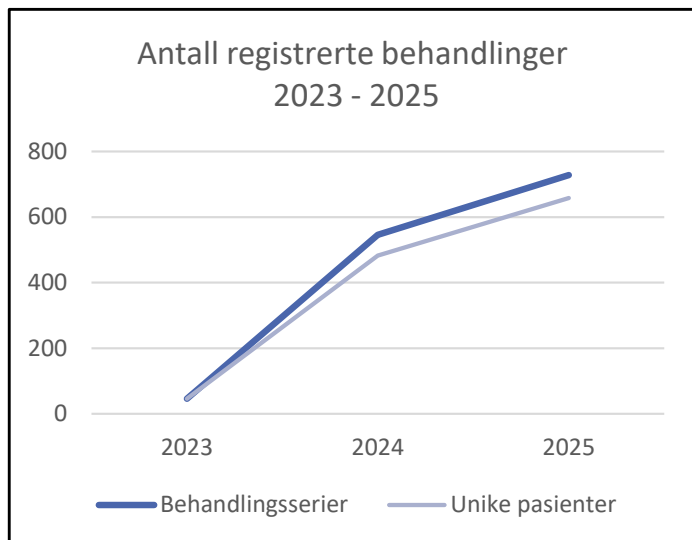
Forkortelser brukt i rapporten

Forkortelser	Forklaringer
CGI-I	Clinical Global Impression - Improvement
CGI-S	Clinical Global Impression - Severity
CPRS	Comprehensive Psychopathological Rating Scale
ECT	Electroconvulsive therapy (elektrokonvulsiv behandling)
Hemit	Helse Midt-Norge IKT
MADRS	Montgomery Åsberg Depression Rating Scale
MRS5	Medisinsk registreringsystem, versjon 5
NCMP	Norsk klassifikasjon av medisinske prosedyrer
NPR	Norsk Pasientregister
PGI-I	Patient global impression-improvement
PREM	Pasient Reported Experience Measures
PROM	Pasient Reported Outcome Measures

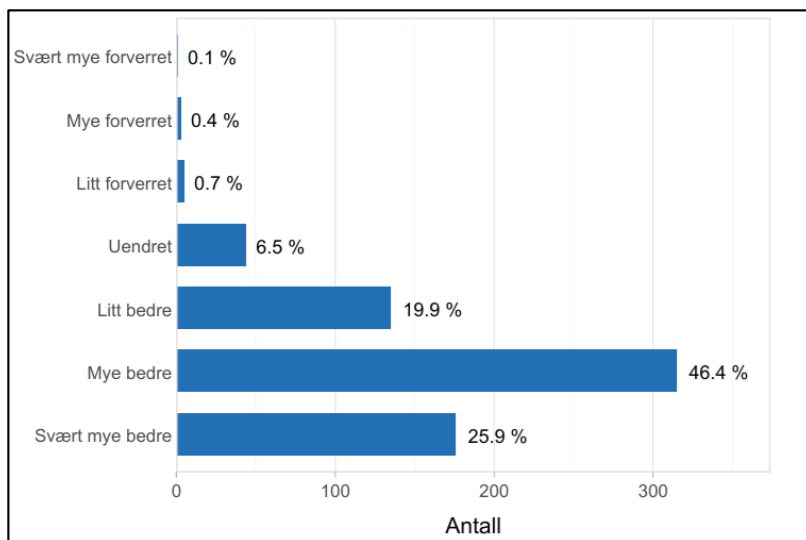
NASJONALT KVALITETSREGISTER FOR ELEKTROKONVULSIV TERAPI (ECT) ÅRSRAPPORT 2025



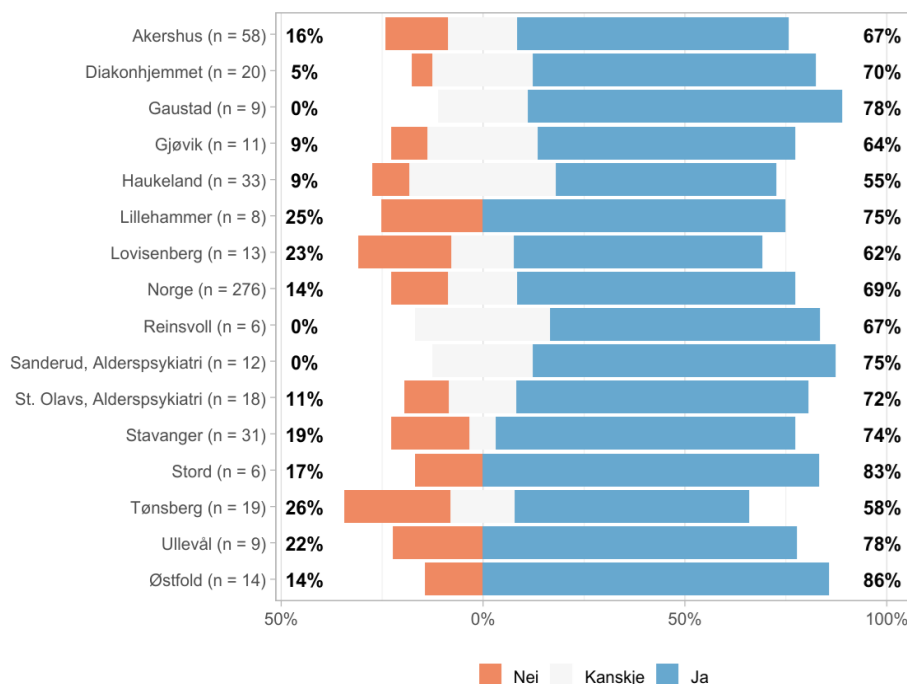
NASJONALT ECT REGISTER



Oversikt over hvor mange behandlingsserier og unike pasienter som ble registrert i registeret for årene 2023, 2024 og 2025.

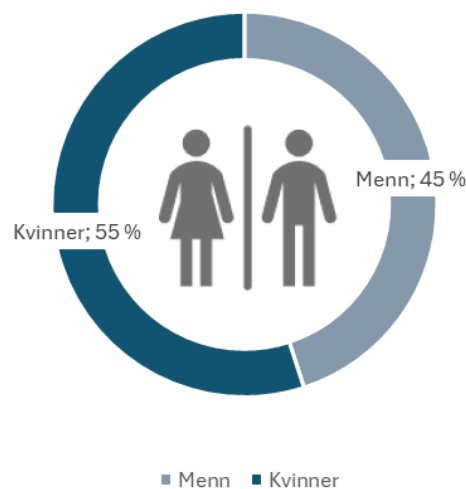


Klinisk vurdering av pasientens bedring etter endt ECT-serie, vurdert med skalaen Clinical Global Impression-Improvement (CGI-I). Antall pasientserier er vist på x-aksen.



Pasientenes subjektive opplevelse av om ECT hjalp dem, vurdert 6 måneder etter avsluttet behandling. Figuren viser pasientenes svarfordelingen for Nei, Kanskje og Ja. Resultatene er vist for hele landet og hver innrapporterende enhet. Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen.

Totalt antall registrerte serier: **734**
 Totalt unike pasienter: **664**
 Gjennomsnittsalder ved start: **60 år**
 Yngste registrerte pasient: **18 år**
 Eldste registrerte pasiente: **94 år**
 Andel pasienter over 65 år: **47,3 %**



Kjønnfordeling for registrerte pasienter

Takk til alle pasienter som har svart på spørreskjema, de som har registrert til oss, og til alle som har svart på Nasjonal kartlegging av ECT-tilbud og organisering for 2025!

1 Sammendrag

Nasjonalt kvalitetsregister for elektrokonvulsiv terapi (ECT) (videre kalt ECT-registeret) er det nasjonale kvalitetsregisteret for behandling med elektrokonvulsiv terapi. Alle pasienter som mottar behandlingen skal registreres, med unntak av pasienter som reserverer seg mot registrering. ECT-registeret har som formål å skaffe oversikt over alle ECT-behandling som gis i Norge, bidra til at Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling (ECT) fra 2017 etterleves, skaffe kunnskap om pasientenes opplevelse av behandlingen og danne grunnlag for forskning. Det samles derfor blant annet inn opplysninger om pasienter og deres behandling, diagnoser, tekniske forhold ved behandlingen, bivirkninger og opplysninger om pasienters opplevelse av behandling, effekt og bivirkninger.

Nytt i denne årsrapporten: Årsrapporten for 2025 viser for første gang resultater om pasientenes opplevelse av behandlingen 6 måneder etter behandlingsslutt, og tall om registrerte 6-månederskontroller. Vi vil i kapittel 2.3.2 vise resultater fra skjemaet som registreres av klinikere (Pasientserie 6mnd), og i kapittel 2.2.4 resultatene fra skjemaene som pasientene selv har besvart (Pasientsvar 6mnd).

Resultater fra registrerte pasienter: 735 behandlingsserier fra 665 unike pasienter ble meldt til registeret i løpet av 2025, i vår elektroniske løsning MRS5. Av disse var 45 % menn og 55 % kvinner. Gjennomsnittsalderen på de innregistrerte pasientene var 60 år, med en spredning fra 18 til 94 år. De samlede tallene viser at ECT er en effektiv behandling for en stor del av pasientene. I 228 av 460 serier (49 %), oppnådde pasienter med depresjon symptomfrihet, definert som MADRS (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale) 10 eller lavere. Pasientenes innrapportering av subjektiv opplevelse av bedring viste at 87,6 % følte seg bedre etter endt ECT-behandling, hvorav 20,7 % rapporterte svært mye bedring, 40,4 % mye bedring og 26,5 % litt bedring. Samtidig er det viktig å vise til at det er individuelle variasjoner.

Ettersom hukommelsesvansker er en kjent bivirkning ved ECT, har pasienten fått anledning til å svare på spørsmål om hukommelse både før og etter ECT-serien. Av 412 registrerte svar rapporterte 20,7 % om bedring av hukommelsesvansker, 40,4 % opplevde ingen endring, og 26,5 % opplevde en forverring av hukommelsesvansker.

Nasjonal kartlegging av ECT-tilbud og organisering: 28 av 28 enheter besvarte vår forespørsel, som gir en svarprosent på 100 %. Under vises et utdrag av resultatene:

- 89 % svarte at det tilbys vedlikeholdsbehandling ved deres enhet.
- 46 % svarte at de har rutiner for å kalle inn pasienter til kontroll 6 måneder etter avsluttet behandling.

- 7 % svarte at det er tilrettelagt for at erfaringskonsulenter eller tidligere pasienter kan gi informasjon til de pasientene som vurderer ECT-behandling.
- 36 % svarte at det var blitt utført nødrettsbehandling med ECT ved deres enhet i 2025.

Lokale variasjoner i bruk av ECT-behandling: Også for 2025 blir det presentert beregninger om bruk av ECT ved de ulike sykehusområdene. Det har blitt gjort grundige undersøkelser i kartleggingen, og resultatene viser store lokale variasjoner i kapasitet og bruk av ECT i Norge. Våre beregninger viser at 25 unike pasienter per 100 000 innbyggere over 16 år mottok ECT i Norge i 2025.

Kristine Elsa Krokli¹

Øyvind Steier¹

Ørjan Løseth Skaar²

Ute Kessler¹

1.1 Summary in English

National Quality Registry for Electroconvulsive Therapy (ECT) (hereafter referred to as the ECT Registry) is the national quality registry for treatment with electroconvulsive therapy (ECT) in Norway. All patients receiving ECT should be registered, except for those who opt out. The purpose of the ECT Registry is to provide an overview of all ECT treatments administered in Norway, to help ensure compliance with the 2017 national guidelines, to gain knowledge about patients' experiences with the treatment, and to serve as a basis for research. Data collected include information on patients and their treatment, diagnoses, technical aspects of the treatment, side effects, and patients' experiences regarding treatment outcomes and adverse effects.

Results from registered patients: 735 treatment series for 665 unique patients were registered in 2025, in our electronic system MRS5. Of these, 45 % were men and 55 % were women. The average age of registered patients was 60 years, ranging from 18 to 94 years. Overall, the data indicate that ECT is an effective treatment for a large proportion of patients. Of the 460 series with outcome data for patients with depression, 228 (49 %) ended in remission, defined as a MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) score of 10 or lower. The patients' subjective assessment after completing ECT treatment showed that 87.6 % experienced improvement, of which 20.7 % reported a great deal of improvement, 40.4 % a lot of improvement and 26.5 % some improvement. At the same time, it is important to acknowledge individual variation in treatment response.

As memory issues are a known side effect of ECT, the patient has been given the opportunity to answer questions about memory

¹Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus

²Fagsenter for medisinske kvalitetsregistre

both before and after the ECT series. Out of 412 responses recorded, 20.7 % reported improvement in memory problems, 40.4 % experienced no change, and 26.5 % experienced worsening of memory problems.

National survey on ECT services and organisation: 28 out of 28 units responded to our enquiry, giving a response rate of 100 %. Below is a selection of results:

- 89 % reported that maintenance treatment is offered at their unit.
- 46 % reported having routines in place for follow-up consultations six months after treatment completion.
- 7 % stated that arrangements exist for peer support workers or former patients to provide information to those considering ECT.
- 36 % reported that emergency treatment with ECT in accordance with the Norwegian Penal Code §17 (necessity) was carried out at their unit in 2025.

Local variation in use of ECT in Norway: Estimates of ECT utilization across different hospital areas are also presented, using numbers reported from 2025. Thorough analyses have been conducted as part of the mapping, and the results reveal substantial local variation in both capacity and use of ECT in Norway. Our estimates indicate that 25 unique patients per 100,000 inhabitants over the age of 16 received ECT in Norway in 2025.

2 Resultater

2.1 Kvalitetsindikatorer

Et av de viktigste formålene med registeret er å bidra til bedre kvalitet i pasientbehandlingen ved de ulike sykehusene i landet. For å kunne vurdere og følge opp kvaliteten på behandlingen som gis, er det utviklet et sett med kvalitetsindikatorer som gir innsikt i både strukturelle forhold, selve behandlingsprosessen og resultatene for pasientene. Disse indikatorene er utviklet av registerets fagråd, og bygger i stor grad på anbefalinger fra Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje om bruken av ECT¹. Kvalitetsindikatorene belyser hvordan helsetjenestene er organisert, hvordan pasientforløpet gjennomføres og hvordan effekten av behandlingen måles.

TABELL 2.1: Kvalitetsindikatorer i registeret.

Kvalitetsindikator	Definisjon	Måloppnåelse
A. Foreligger det etablert indikasjon ved behandling med ECT?	Andel ECT-serier hvor det foreligger etablert indikasjon for behandlingen.	Lav: <75 % Moderat: 75–95 % Høy: >95 %
B. Kartlegges symptomintensitet ved depresjon før og etter endt ECT-serie?	Andel ECT-serier/forløp hvor symptomintensitet ved depresjon har vært kartlagt med MADRS innen en uke før og etter endt ECT-serie.	Lav: <50 % Moderat: 50–80 % Høy: >80 %
C. Oppnås symptomfrihet ved behandling med ECT?	Andel forløp der MADRS-skår etter avsluttet ECT-behandling er 10 eller lavere innen en uke etter siste behandling.	Lav: <30 % Moderat: 30–50 % Høy: >50 %
D. Kartlegges pasienters hukommelse før og etter ECT-serie?	Andel forløp der pasienter får kartlagt sin hukommelse før og etter ECT-serie.	Lav: <50 % Moderat: 50–80 % Høy: >80 %
E. Har ECT-enheten mulighet for å tilby vedlikeholdsbehandling?	Andel enheter som tilbyr vedlikeholdsbehandling.	Lav: <50 % Moderat: 50–80 % Høy: >80 %

Beskrivelse av hver enkelt kvalitetsindikator

Tabell 2.2 - 2.6 gir en oversikt over registerets kvalitetsindikatorer, definisjoner, kunnskaps- og beregningsgrunnlag.

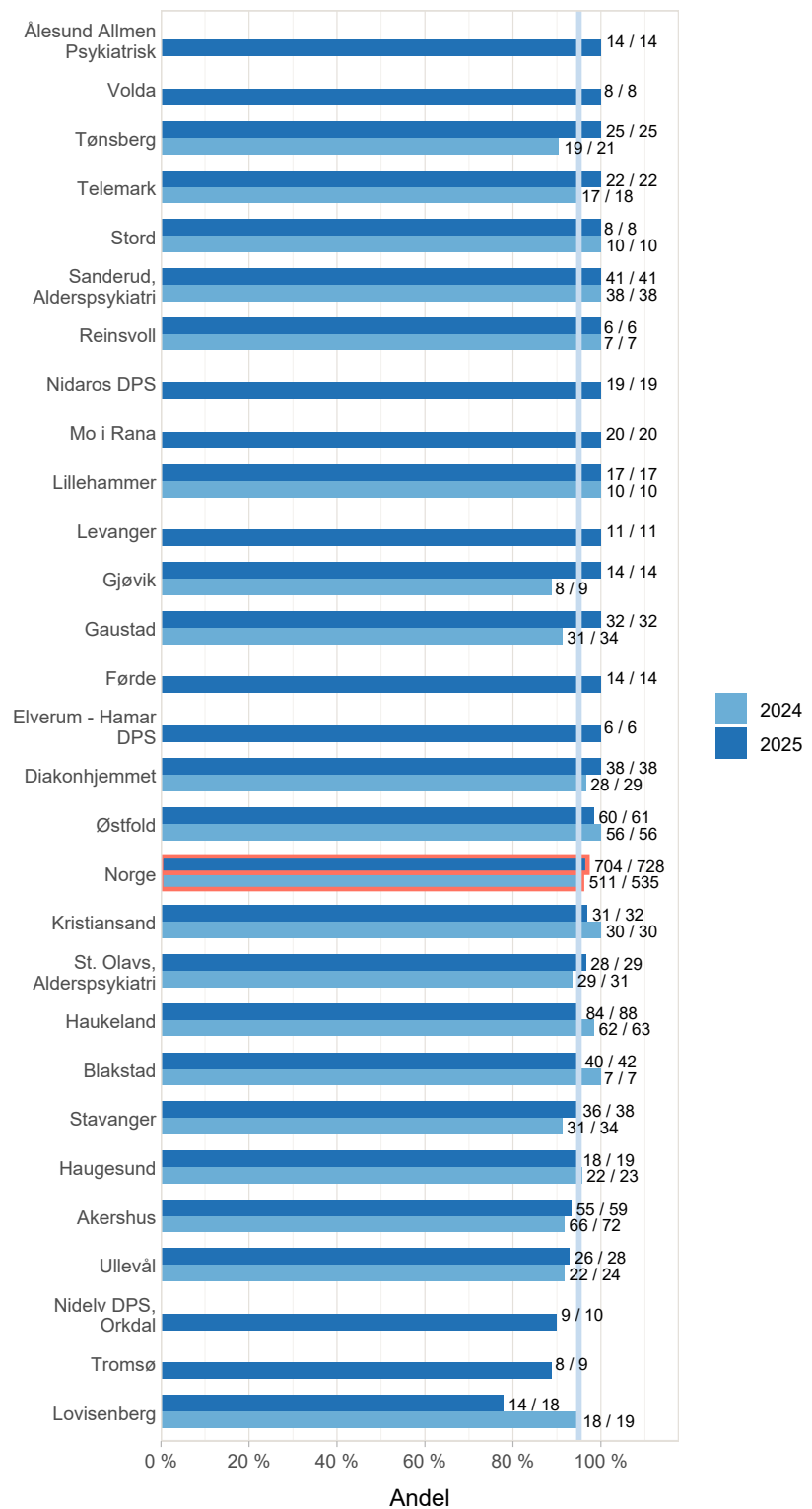
A. Foreligger det etablert indikasjon ved behandling med ECT?

Figur 2.1: Andel behandlingsserier der ECT er gitt på etablert indikasjon.

¹Helsedirektoratet, 2017. Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling – ECT (s. 59).

TABELL 2.2: Foreligger det etablert indikasjon ved behandling med ECT?

Definisjon/beskrivelse	<p>Andel ECT-serier/forløp hvor indikasjon for behandlingen er en etablert indikasjon, definert etter anbefalingene i retningslinjene for ECT.</p> <p>Liste over etablerte indikasjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> - F06.1 Organisk kataton lidelse - F06.3 Organisk affektiv lidelse [stemningslidelse] - F20.2 Kataton schizofreni - F25 Schizoaffektiv lidelse - F30.1 Mani uten psykotisk symptom - F30.2 Mani med psykotisk symptom - F31.1 Bipolar affektiv lidelse med aktuell manisk episode uten psykotisk symptom - F31.2 Bipolar affektiv lidelse med aktuell manisk episode med psykotisk symptom - F31.3 Bipolar affektiv lidelse med aktuell episode med mild eller moderat depresjon - F31.4 Bipolar affektiv lidelse med aktuell episode med alvorlig depresjon uten psykotisk symptom - F31.5 Bipolar affektiv lidelse med aktuell episode med alvorlig depresjon med psykotisk symptom - F31.6 Bipolar affektiv lidelse med aktuell blandet episode - F32.1 Moderat depressiv episode - F32.2 Alvorlig depressiv episode uten psykotisk symptom - F32.3 Alvorlig depressiv episode med psykotisk symptom - F33.1 Tilbakevendende depressiv lidelse med aktuell moderat episode - F33.2 Tilbakevendende depressiv lidelse med aktuell alvorlig episode uten psykotisk symptom - F33.3 Tilbakevendende depressiv lidelse med aktuell alvorlig episode med psykotisk symptom - F53.0 Postpartum depresjon (Lett psykisk eller atferdsmessig forstyrrelse i barseltiden, IKA) - F53.1 Postpartum psykose (Alvorlig psykisk eller atferdsmessig forstyrrelse i barseltiden, IKA) - G21.0 Malignt nevroleptikasyndrom <p>Opplysningene til denne analysen hentes fra: Registrerte hovedskjemaer (Pasientserie) i MRS5. Variabler: «<i>For hvilken tilstand ble ECT gitt i denne behandlingsserien?</i>».</p>
Type indikator	Prosessindikator
Måloppnåelse	<p>Lav: <75 %</p> <p>Moderat: 75–95 %</p> <p>Høy: >95 %</p>
Kunnskapsgrunnlag	<p>Det er flere etablerte indikasjoner for ECT, basert på forskningslitteratur og Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv terapi fra 2017. Retningslinjen gir ingen direkte anbefaling om at indikasjon skal vurderes, men indirekte i anbefaling 6.3.6 «<i>Gode rutiner for å dokumentere hvem som har vurdert indikasjon for ECT og på hvilken indikasjon, bør foreligge</i>» (s.59).</p>
Beregning	<p>Teller: Antall behandlingsserier hvor det foreligger en etablert indikasjon. Nevner: Antall behandlingsserier registrert i ECT-registeret.</p>



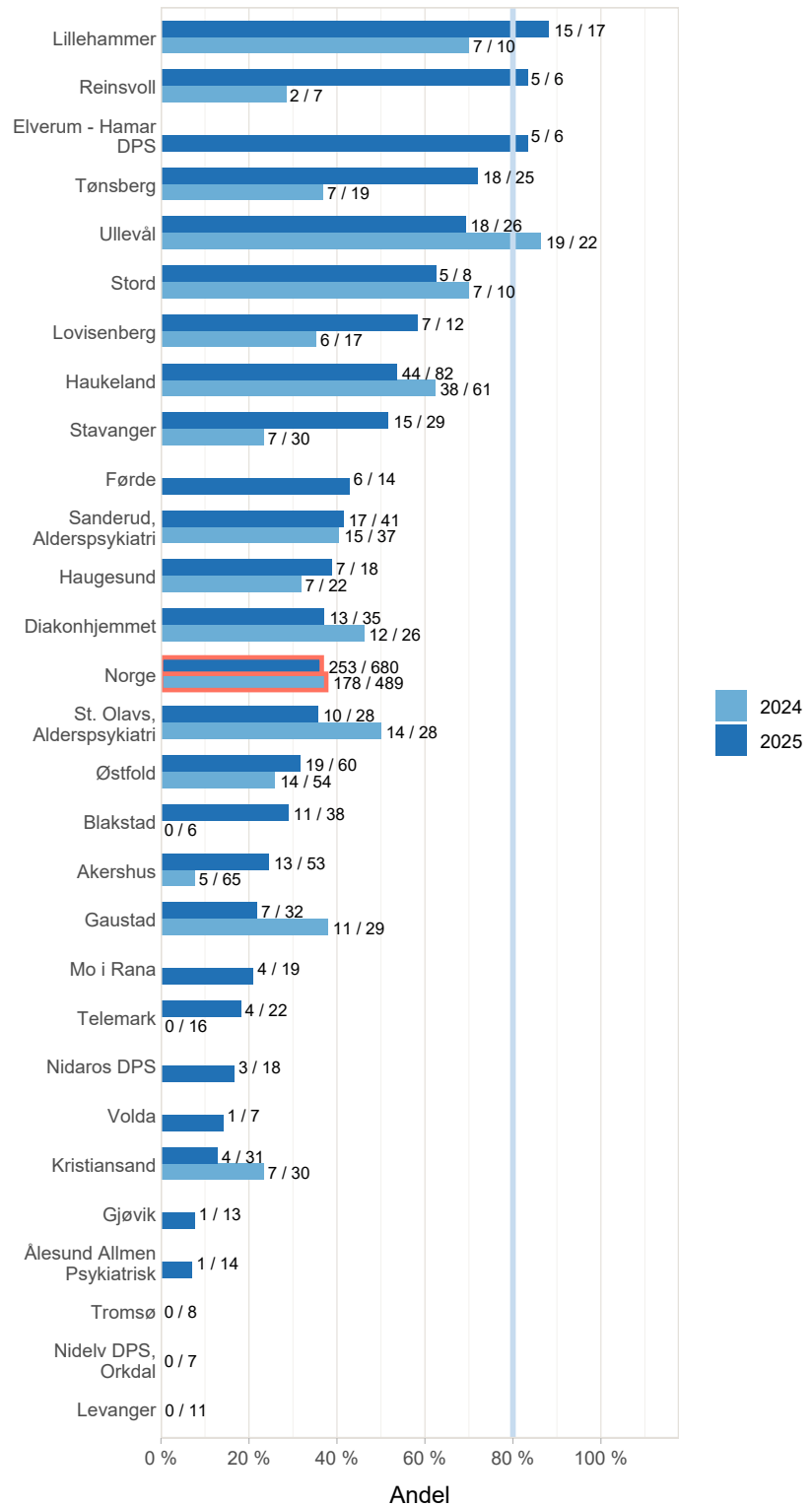
FIGUR 2.1: Andel ECT-serier hvor det foreligger etablert indikasjon for behandlingen, per enhet og nasjonalt. Lyseblå søyler viser resultat fra 2024, mens mørkeblå søyler viser resultat fra 2025. Vertikal linje viser målnivå for høy måloppnåelse (95%). Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen. Antall serier er vist til høyre for søylen.

B. Kartlegges symptomintensitet ved depresjon før og etter endt ECT-serie?

Figur 2.2: Andel pasienter der symptomintensitet ved depresjon er kartlagt med MADRS innen en uke før og etter ECT-serien.

TABELL 2.3: Kartlegges symptomintensitet ved depresjon før og etter endt ECT-serie?

Definisjon/beskrivelse	Andel behandlingsserier der kartlegging med MADRS er gjort innen en uke før og etter siste ECT i serien, på pasienter der depresjonsdiagnose er satt som indikasjon.
	<p>Opplysningene til denne analysen hentes fra: Registrerte hovedskjemaer (Pasientserie) i MRS5.</p> <p>Variabler: «Før første ECT: har pasienten blitt vurdert med MADRS?», «Dato for denne vurderingen», «Har pasienten blitt vurdert med MADRS i forbindelse med siste ECT i serien?», «Dato for denne vurderingen» og «For hvilken diagnose ble ECT gitt i denne serien?».</p>
Type indikator	Prosessindikator
Måloppnåelse	<p>Lav: <50 %</p> <p>Moderat: 50-80 %</p> <p>Høy: >80 %</p>
Kunnskapsgrunnlag	<p>Helsedirektoratet anbefaler at «Det bør finnes rutiner for å evaluere effekt og bivirkninger av behandlingene fortløpende i en serie, herunder vurdering av videre indikasjon for behandling» (s.57, Nasjonal faglig retningslinje om bruk av ECT).</p> <p>Kartlegging med MADRS eller liknende skåringskjemaer er en forutsetning for å få informasjon om effekt av behandlingen. I ECT-registeret har vi valgt MADRS, både fordi det er velkjent og godt implementert i klinikken, og er et valid instrument for måling av depresjonens dybde og behandlingseffekt ved ECT.</p>
Beregning	<p>Teller: Antall behandlingsserier der kartlegging med MADRS er gjort innen en uke før og etter siste ECT i serien, på pasienter der depresjonsdiagnose er satt som indikasjon.</p> <p>Nevner: Antall behandlingsserier der depresjonsdiagnose er satt som indikasjon for ECT-behandling.</p>



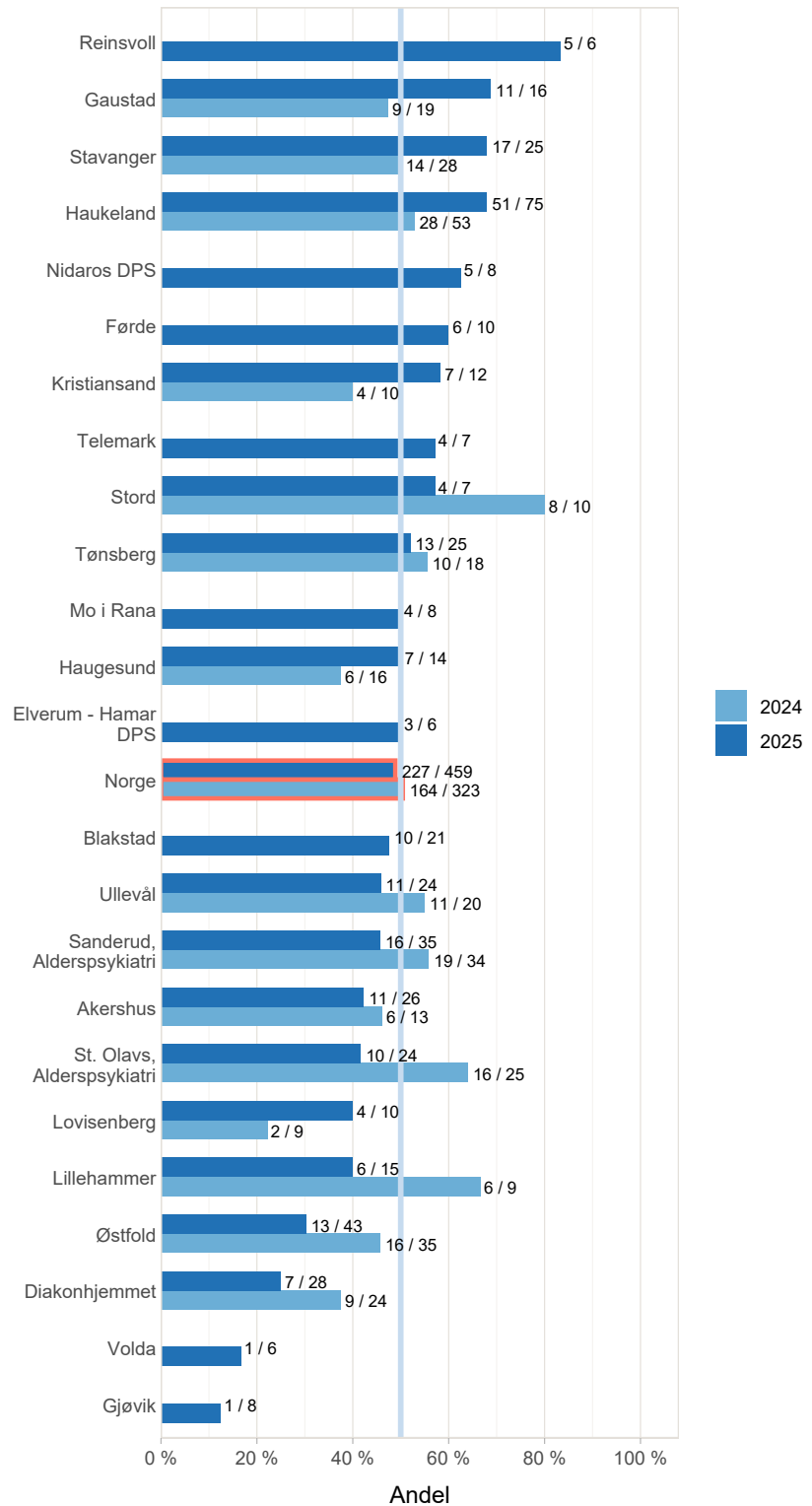
FIGUR 2.2: Andel ECT-serier hvor symptomintensitet ved depresjon er kartlagt med MADRS innen en uke før og etter ECT-serien, per enhet og nasjonalt. Lyseblå søyler viser resultat fra 2024, mens mørkeblå søyler viser resultat fra 2025. Vertikal linje viser målnivå for høy måloppnåelse (80 %). Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen. Antall serier er vist til høyre for søylen.

C. Oppnås symptomfrihet ved behandling med ECT?

Figur 2.3: Andel behandlingsserier der depresjon er indikasjon, som avsluttes i remisjon.

TABELL 2.4: Oppnås symptomfrihet ved behandling med ECT?

Definisjon/beskrivelse	<p>Andel pasienter som oppnår symptomfrihet, det vil si remisjon av symptomer, innen en uke etter endt ECT-serie. Remisjon defineres som en MADRS-skåring med 10 poeng eller mindre totalt.</p> <p>Gir informasjon om nytte av behandlingen for den enkelte pasient. Det er sannsynlig at pasientseleksjon, behandlingsteknikk og antall behandlinger har betydning for resultatet.</p> <p>Opplysningene til denne analysen hentes fra: Registrerte hovedskjemaer (Pasientserie) i MRS5.</p> <p>Variabler: «For hvilken diagnose ble ECT gitt i denne serien?», «Har pasienten blitt vurdert med MADRS etter siste ECT i serien?», «Dato for denne vurderingen», «Angi total MADRS-skår etter siste ECT» og «Sumskår der alle felt er besvart (0-6)».</p>
Type indikator	Resultatindikator
Måloppnåelse	Lav: <30 % Moderat: 30-50 % Høy: >50 %
Kunnskapsgrunnlag	<ul style="list-style-type: none">- Helsedirektoratet, 2017. Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling – ECT (s. 59)- Elvin & Nordenskjöld, 2022. ECT-Årsrapport (s. 21).
Beregning	<p>Teller: Antall behandlingsserier der det blir registrert MADRS-skår på 10 eller mindre innen en uke etter siste behandling, på pasienter der depresjonsdiagnose er satt som indikasjon.</p> <p>Nevner: Antall behandlingsserier der det foreligger en MADRS-skår innen en uke etter siste behandling, på pasienter der depresjonsdiagnose er satt som indikasjon.</p>



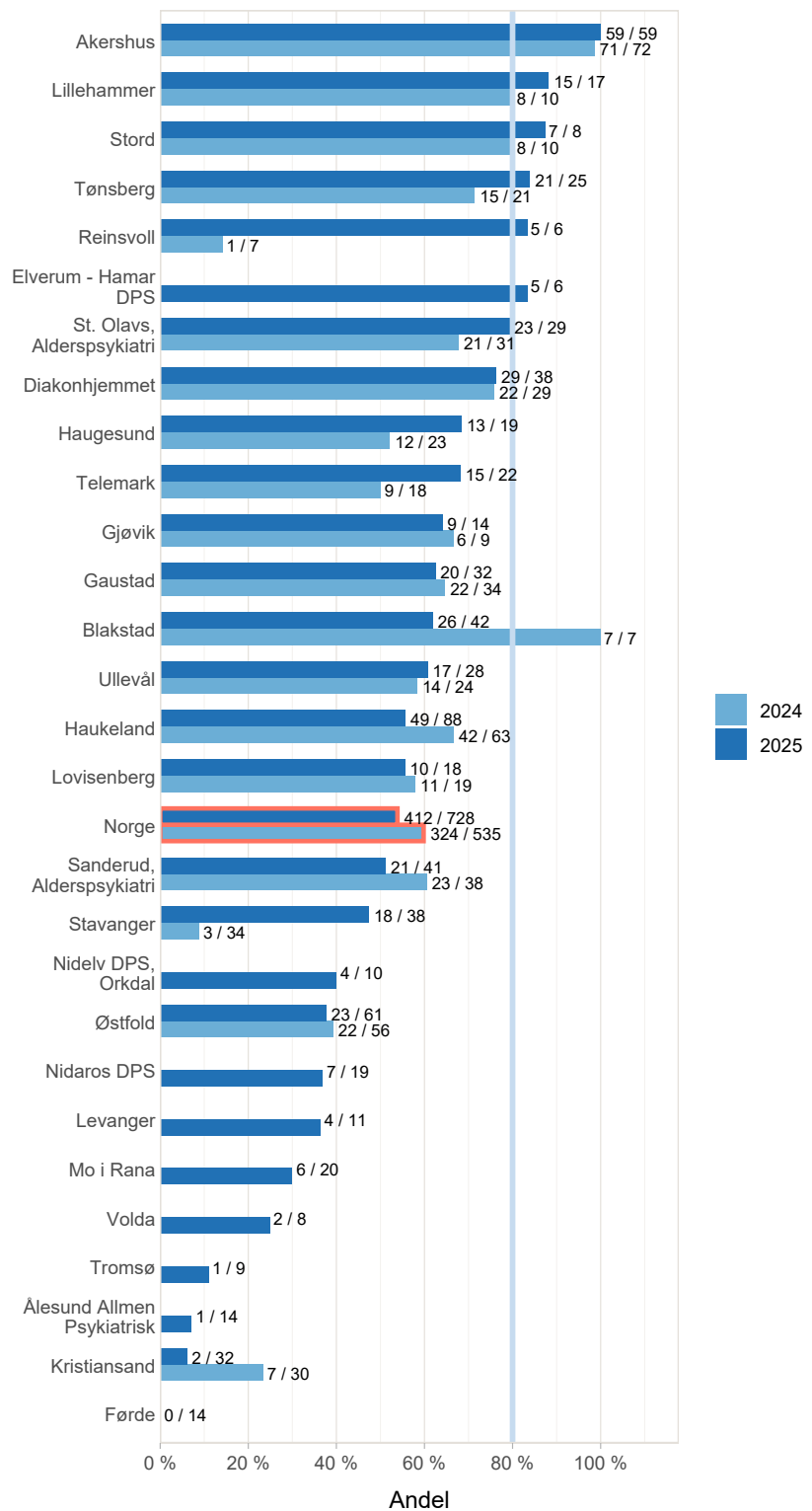
FIGUR 2.3: Andel ECT-serier hvor MADRS skåres til 10 eller mindre, der det foreligger foreligger MADRS ved avslutning, per enhet og nasjonalt. Lyseblå søyler viser resultat fra 2024, mens mørkeblå søyler viser resultat fra 2025. Vertikal linje viser målnivå for høy måloppnåelse (50 %). Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen. Antall serier er vist til høyre for søylen.

D. Kartlegges pasienters hukommelse før og etter ECT-serie?

Figur 2.4: Andel behandlingsserier der kartlegging av hukommelse har blitt gjort før og etter en behandlingsserie.

TABELL 2.5: Kartlegges pasienters hukommelse før og etter ECT-serie?

Definisjon/beskrivelse	<p>Andel behandlingsserier der pasientenes hukommelse blir kartlagt før og etter en behandlingsserie. Måles ved at pasienten blir spurt om hukommelsesvansker på en gradert skala før og etter ECT-serien. I de tilfellene der hukommelsen er redusert med to plasseringer eller mer på denne skalaen etter ECT sammenliknet med før ECT, defineres dette som hukommelsesvansker induisert av ECT.</p> <p>I PROM/PREM-skjemaene er det ett spørsmål som er hentet fra CPRS: «Hvordan er hukommelsen din nå?». CPRS er et instrument for å vurdere alvorlighetsgraden av psykopatologiske symptomer. Skalaen består av 65 elementer som dekker ulike symptomer, inkludert hukommelsesvansker. Hukommelsesleddet fra CPRS brukes for å vurdere alvorlighetsgrad og endringer over tid. Hukommelsen vurderes på en skala fra 0 til 6, hvor høyere poeng indikerer større alvorlighetsgrad.</p> <p>Opplysningene til denne analysen hentes fra: Registrerte hovedskjemaer (Pasientserie) i MRS5, samt PROM-skjema knyttet til førstnevnte hovedskjema. Variabler: «Hvordan er hukommelsen din nå?» og PROM-skjema: «Hvordan er hukommelsen din nå?».</p>
Type indikator	Resultatindikator
Måloppnåelse	Lav: <50 % Moderat: 50-80 % Høy: >80 %
Kunnskapsgrunnlag	<p>I den norske retningslinjen for ECT anbefales kartlegging av kognitive effekter av ECT i flere situasjoner: «Pasientene bør følges opp ukentlig under en indeksserie og minimum hver 3. måned under vedlikeholdsbehandling med tanke på kognitive bivirkninger, og dersom pasienten viser tegn til vedvarende kognitive bivirkninger, bør det vurderes å henvise til nevropsykologisk undersøkelse.»</p> <p>Det gis ingen anbefaling om hvilket måleinstrument som bør/kan brukes. Det svenske ECT-registeret bruker selvutfyllingsskjemaet Comprehensive Psychopathological Rating Scale – memory (CPRS-m), som er et selvutfyllingsskjema, og dette har det norske ECT-registeret også valgt.</p>
Beregning	Teller: Antall behandlingsserier der kartlegging av hukommelse har blitt gjort før og etter en behandlingsserie. Nevner: Antall behandlingsserier registrert i ECT-registeret.

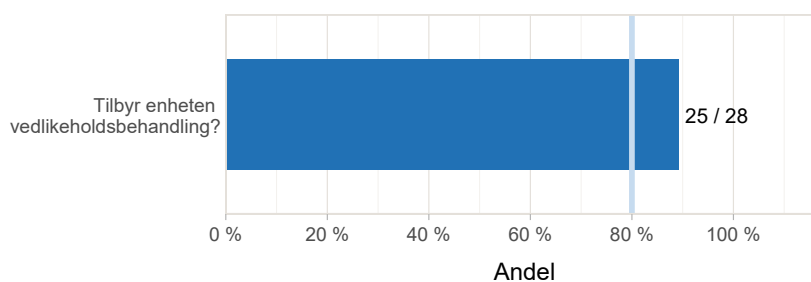


FIGUR 2.4: Andel ECT-serier hvor kartlegging av hukommelse har blitt gjort før og etter ECT-serien, per enhet og nasjonalt. Lyseblå søyler viser resultat fra 2024, mens mørkeblå søyler viser resultat fra 2025. Vertikal linje viser målnivå for høy måloppnåelse (80 %). Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen. Antall serier er vist til høyre for søylen.

E. Har ECT-enheten mulighet for å tilby vedlikeholdsbehandling?

TABELL 2.6: Har ECT-enheten mulighet for å tilby vedlikeholdsbehandling?

Definisjon/beskrivelse	Andel ECT-enheter som tilbyr vedlikeholdsbehandling. Vedlikeholdsbehandling gis etter avsluttet behandlingsserie/indeksserie med det formål å forebygge sykdomstilbakefall. Vanligvis gis behandlingene med lengre intervaller.
	<p>Opplysningene til denne analysen hentes fra: Nasjonal kartlegging av ECT-tilbud og organisering (årlig kartleggingsskjema sendes ut til alle enheter med ansvar for organisering av behandling og drift av ECT-apparat).</p> <p>Variabler: «Tilbyr enheten vedlikeholdsbehandling (1 gang pr uke eller sjeldnere med varighet mer enn 6mnd)?».</p>
Type indikator	Strukturindikator
Måloppnåelse	<p>Lav: <50 %</p> <p>Moderat: 50-80 %</p> <p>Høy: >80 %</p>
Kunnskapsgrunnlag	I de nasjonale ECT-retningslinjene er ECT foreslått som vedlikeholdsbehandling til pasienter som ikke har tilstrekkelig nytte av psykofarmakologisk behandling eller som foretrekker ECT framfor legemidler. Det er ønskelig at alle behandlingseenheter kan tilby vedlikeholdsbehandling til de pasientene som har behov for det. Vedlikeholds-ECT kan bidra til å forhindre tilbakefall av alvorlige psykiske lidelser som depresjon, spesielt hos pasienter som har hatt god effekt av akutt ECT-behandling. Noen sykdomsforløp krever kontinuerlig behandling utover medikamentell behandling og psykoterapi, for å opprettholde symptomfrihet og forbedre pasientens livskvalitet over tid.
Beregning	Teller: Antall enheter som har svart ja på spørsmålet om de tilbyr vedlikeholdsbehandling i Nasjonal kartlegging av ECT-tilbud og organisering. Nevner: Antall enheter som har besvart årlig spørreskjema.



FIGUR 2.5: Andel enheter som har svart ja på spørsmålet om de tilbyr vedlikeholdsbehandling i Nasjonal kartlegging av ECT-tilbud og organisering. Antall enheter er vist til høyre for søylen.

Av de 28 enhetene som svarte på spørsmålet « Tilbyr enheten vedlikeholdsbehandling?», svarte 25 enheter (89,3 %) ja, mens 3 enheter (10,7 %) rapporterte at de ikke tilbyr vedlikeholds-ECT (se figur 2.5).

2.2 Pasientrapporterte data (PROM/PREM)

2.2.1 Beskrivelse av variabler

Registeret skal bidra til å skaffe kunnskap om pasientenes opplevelse av behandlingen. Til dette formålet inviteres pasientene til å svare på spørreskjema (Patient reported outcome measures, PROM, og Patient reported experience measures, PREM). I disse skjemaene svarer pasientene på spørsmål om sin opplevelse av hukommelsesbivirkninger, opplevelse av bedring, tilfredshet med behandlingen, informasjon og oppfølging.

Pasientene inviteres til å fylle ut PROM/PREM-skjema på to tidspunkt – ved avslutning av ECT-serie og 6 måneder etter siste ECT i serien.

Spørsmålene i skjemaene er utarbeidet av fagrådet og/eller oversatt fra det svenske nasjonale ECT-registeret, ment å belyse følgende punkter i henhold til registerets formål og delmål om områder som bør kartlegges:

- Pasienters opplevelse av bedring etter behandling med ECT
- Pasienters rapportering av hukommelsesvansker etter ECT-behandling
- Andel pasienter som ville mottatt ECT på nytt om de ble syke på samme måte igjen
- Andel pasienter som ville anbefale ECT til andre i en lignende situasjon
- Andel pasienter som rapporterer at de opplevde å ha fått tilstrekkelig informasjon om ECT
- Andel pasienter som opplever å ha fått god oppfølging under serie og de første månedene etter endt ECT-serie
- Andre bivirkninger rapportert av pasientene

2.2.2 Beskrivelse av metoder for innhenting av PROM/PREM-data

PROM/PREM-skjemaene bestilles av registrar ved lokal enhet og fylles ut elektronisk av pasient (ePROM), enten på skjema mottatt på Helsenorge eller ved hjelp av lenke og engangskode som kan benyttes lokalt. Bestillingen av disse skjemaene skjer via MRS5, og skjemaene legges automatisk inn i registerets database ved ferdigstilling. Om pasienten ikke ønsker/behersker elektronisk utfylling kan vedkommende fylle ut skjemaet på papir, som registrar i etterkant fyller inn i skjema på MRS5. Registrar kan også fylle ut PROM/PREM direkte i registreringsskjemaet i samarbeid med pasient, dersom ingen av de andre løsningene er mulig/ønskelig. Flere metoder for innsamling av PROM/PREM-data er valgt for å gi pasient og lokale enheter økt fleksibilitet.

I mars 2026 ble løsning for automatisk utsending av pasientskjema (Pasientsvar 6mnd) 6 måneder etter siste behandling i serien utviklet og tatt i bruk.

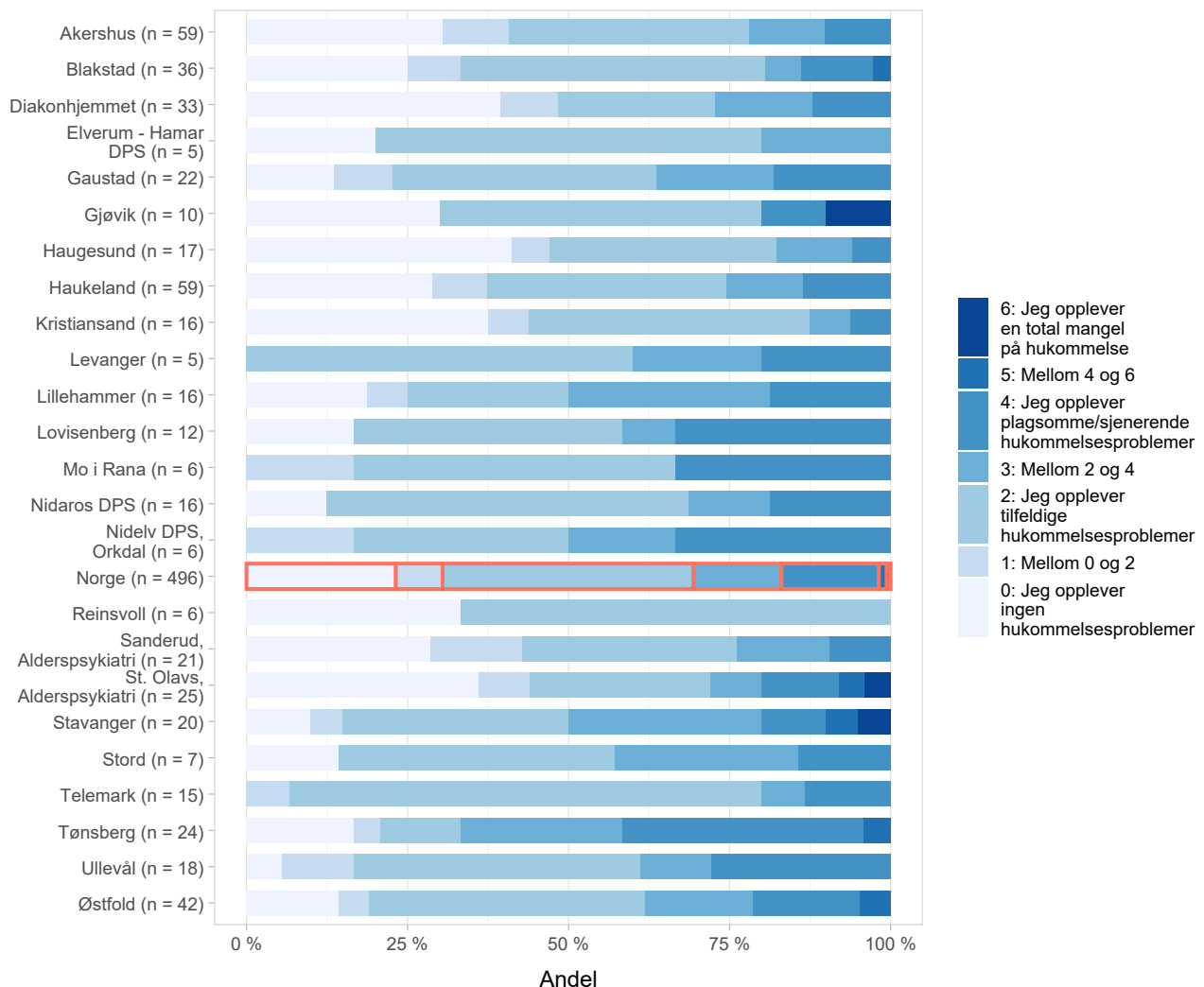
2.2.3 Resultater fra PROM/PREM-data

I analysene nedenfor er det brukt data fra pasienter som ble meldt inn til registeret og der behandlingsserien ble avsluttet mellom 1.1.2025 og 31.12.2025.

735 behandlingsserier fra 665 unike pasienter ble meldt til registeret i 2025, og av disse leverte 509 svar på spørsmål om pasient-skjemaet etter serie (Pasientsvar). Det har vært mulig å bare utfylle deler av spørreskjemaet, slik at antall pasienter som har levert svar varierer fra spørsmål til spørsmål.

Hukommelsesvansker etter ECT

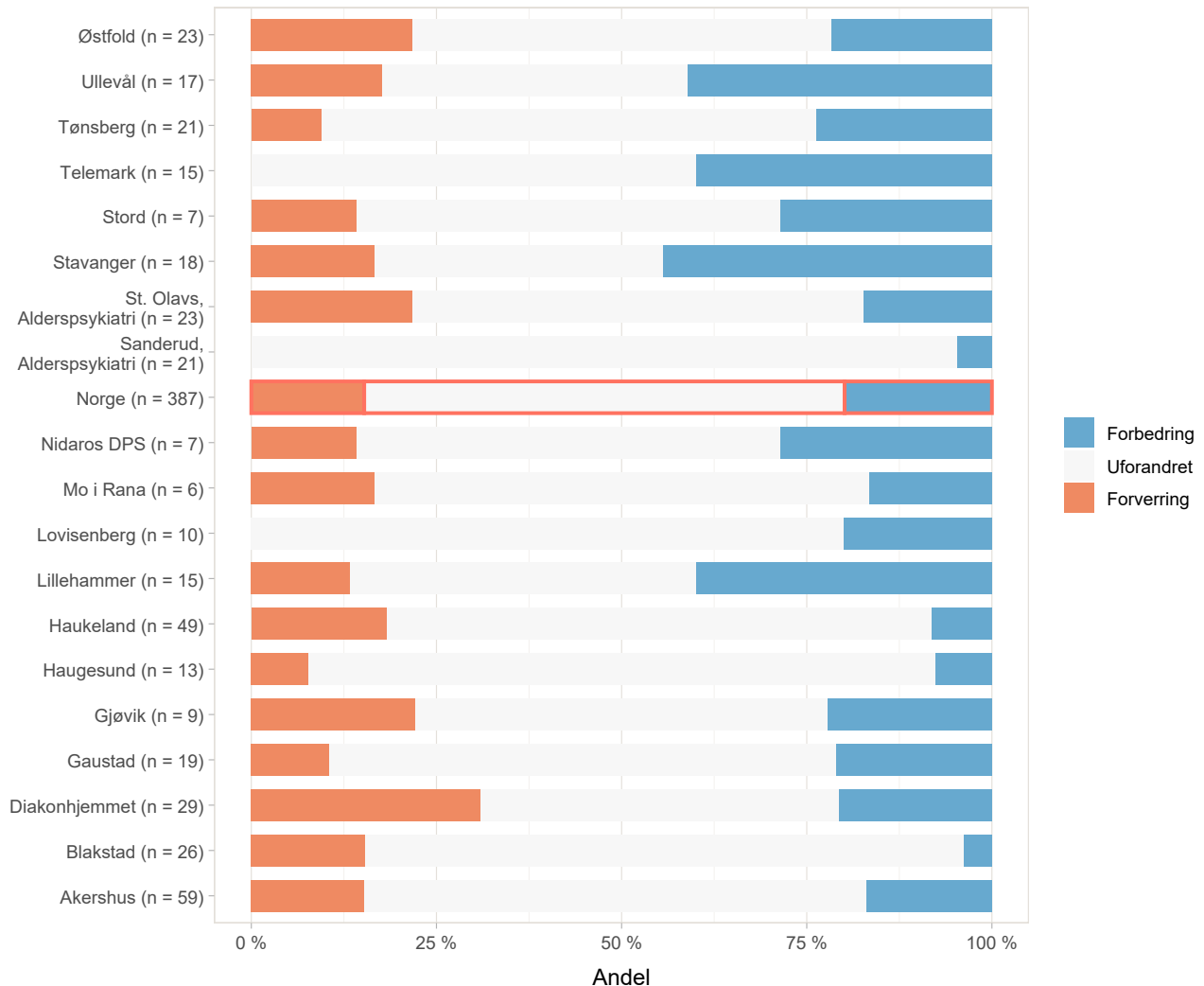
ECT kan medføre bivirkninger, og hukommelsesvansker er en kjent bivirkning av ECT. Hukommelsesvanskene varierer i alvorlighetsgrad og varighet fra pasient til pasient og er viktig å avdekke, for å kunne tilpasse behandlingen til den enkelte pasienten eller, i registersammenheng, å vurdere endring av behandlingsprosedyrer ved den enkelte avdelingen.



FIGUR 2.6: Fordeling av svaralternativer for hukommelse etter ECT-behandling. Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen.

Etter behandlingsserien har pasientene blitt bedt om å gradere omfanget/alvorlighet av hukommelsesvansker (fra ingen hukommelsesplager til total mangel på hukommelse). Graden av hukommelsesvansker etter behandlingen er vist i figur 2.6.

Endring i hukommelsesvansker fra før til etter ECT-serien



FIGUR 2.7: Fordeling av pasienters endring i hukommelse fra før til etter endt ECT-behandling. Forbedring utgjør en endring på +2 eller mer, forverring utgjør en endring på -2 eller mer, og uforandret er uendret eller endringer på +/-1. Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen.

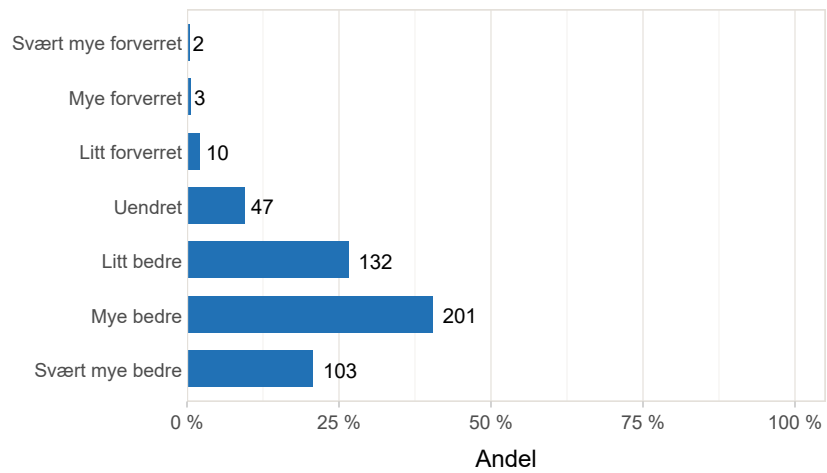
412 serier er registrert med besvart spørsmål om hukommelse både før og etter ECT-serien, se kvalitetsindikator [avsnitt 2.1](#) på side 7.

Som vist i figur 2.7 angir til sammen for Norge 80 pasienter en forbedring av hukommelsesvansker, mens 266 opplevde ingen endring og 66 pasienter opplevde en forverring av hukommelsesvanskene.

Pasientenes subjektive opplevelse av bedring etter ECT

Pasientenes subjektive opplevelse av bedring er vist i figur 2.8.

Pasientene ble bedt om å vurdere sin psykiske tilstand nå, sammenlignet med hvordan den var før behandlingen startet



FIGUR 2.8: Fordeling av svaralternativer for pasientenes subjektive opplevelse av bedring etter ECT. Antall serier er vist til høyre for søylen.

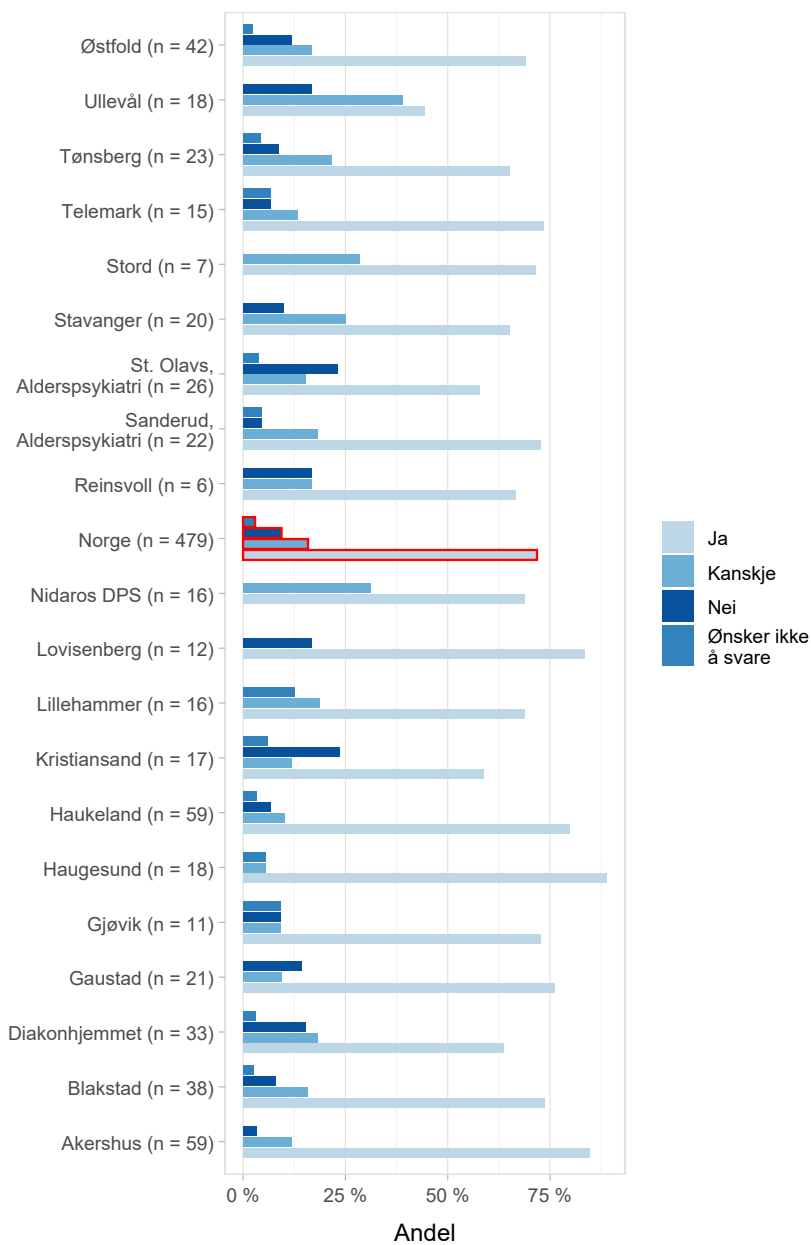
(Patient global impression-improvement PGI-I). Pasienten angir endringen på en skala fra 1 (svært mye bedre) til 7 (svært mye verre). Dette er en enkel måte å måle pasientens subjektive opplevelse av behandlingsresultatet på.

20,7 % av pasientene rapporterte at deres tilstand var svært mye bedre etter ECT-behandlingen. 40,4 % og 26,5 % av pasientene angav at de følte seg henholdsvis mye og litt bedre. 9,4 % av pasientene rapporterte at deres tilstand var uendret etter ECT-behandlingen, mens 2,0 % anga at de følte seg litt verre etter behandlingen. 0,6 % av pasientene rapporterte at deres tilstand var mye verre etter ECT-behandlingen, mens 0,4 % av pasientene følte seg svært mye verre etter behandlingen.

Andel pasienter som ville mottatt ECT på nytt om de ble syke på samme måte igjen

72,0 % av pasientene svarte ja på spørsmålet «Ville du mottatt ECT på nytt dersom du ble syk på samme måte som denne gangen?», mens 15,8 % svarte kanskje, 9,3 % nei og 3,0 % ønsker ikke å svare.

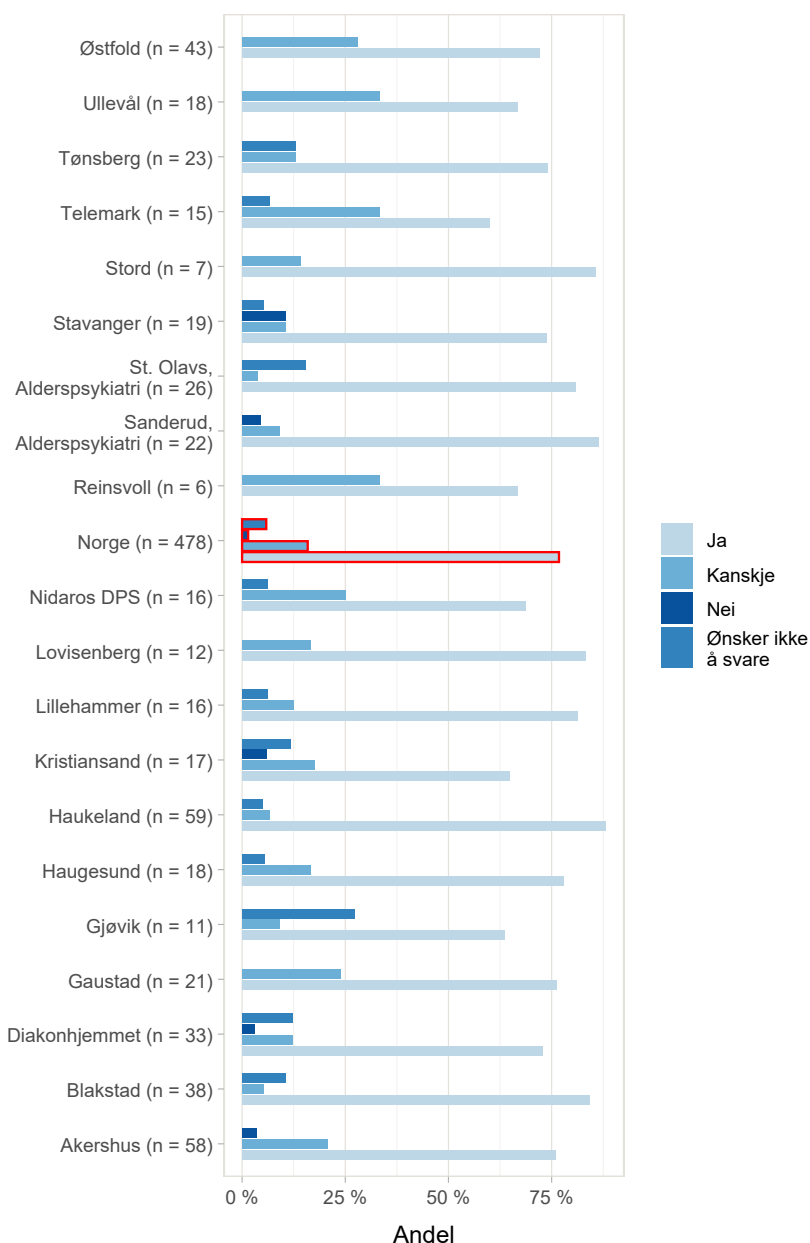
Figur 2.9 viser fordelingen samlet for hele landet og enkeltvis for hver innregistrerende enhet.



FIGUR 2.9: Fordeling av svaralternativer for om pasienter som svarte på spørsmålet «ville du mottatt ECT på nytt dersom du ble syk på samme måte som denne gangen?». Spørsmålet ble stilt etter behandlingsserien. Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen.

Andel pasienter som ville anbefale ECT til andre i en lignende situasjon

For en dypere forståelse av pasientenes subjektive opplevelse av ECT, ble de bedt å gi en vurdering av hvorvidt de tror ECT kunne være nyttig for andre med samme tilstand. På spørsmålet: «Basert på din erfaring med ECT, tror du at andre med samme tilstand som deg kunne ha nytte av ECT?», uttrykte 76,0 % at de tror ECT kunne være nyttig for andre med samme tilstand som dem, mens 16,2 %, svarte kanskje, 1,6 % mente at ECT ikke ville være nyttig for andre med samme tilstand, og 6,1 % svarte ønsker ikke å svare.



FIGUR 2.10: Fordeling av svaralternativer for om pasienter ville anbefale ECT til andre i en lignende situasjon. Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen.

Figur 2.10 viser fordelingen av svarprosent samlet for hele landet og enkeltvis for hver innregistrerende enhet.

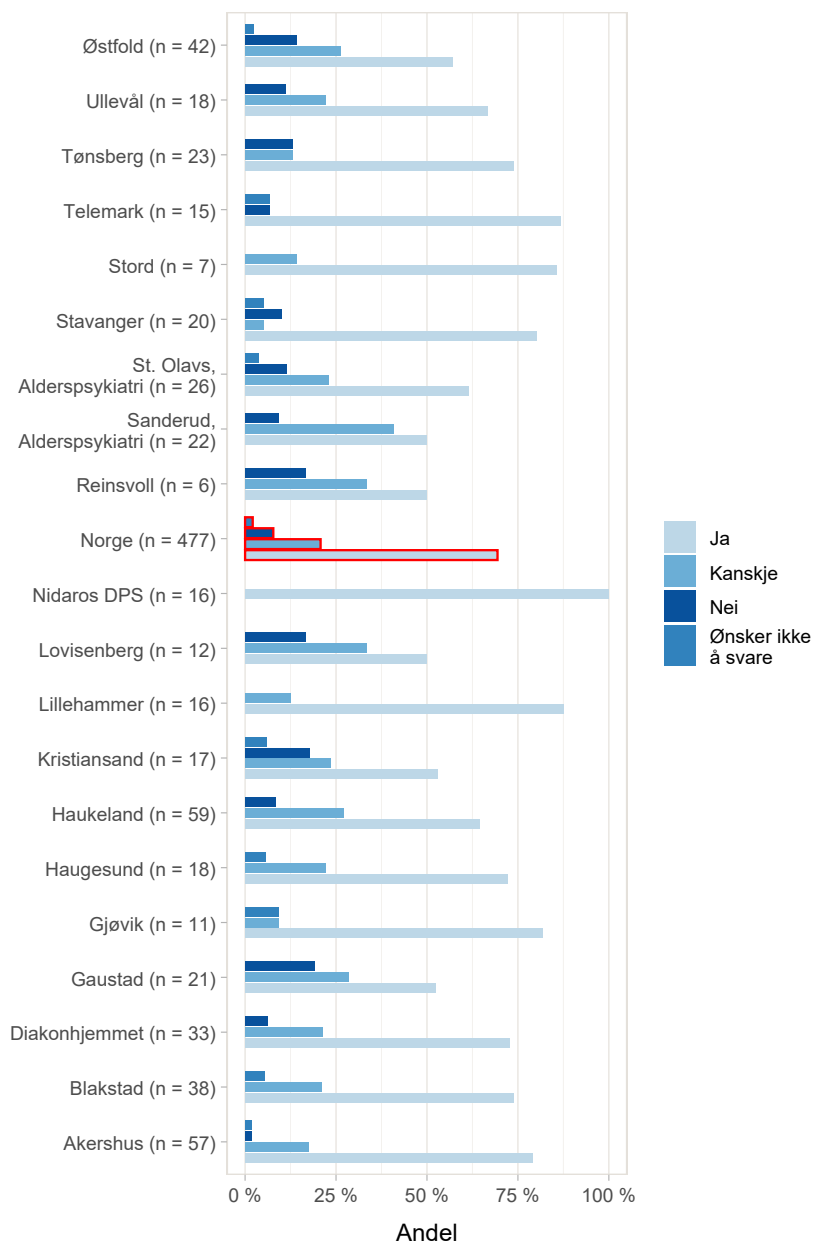
Samlet sett indikerer funnene fra spørsmålene om pasienter ville mottatt ECT på nytt og om de ville anbefalt ECT til andre, at majoriteten av pasientene har en positiv oppfatning av ECT og tror at det kan være en nyttig behandling både for seg selv og for andre med lignende tilstand.

Andel pasienter som rapporterer at de opplevde å ha fått tilstrekkelig informasjon om ECT

For å kunne gi et informert samtykke til behandlingen er det viktig at pasientene forstår hva behandlingen innebærer, inkludert potensielle fordeler og risikofaktorer. Samtidig kan evnen til å ta til seg og bearbeide informasjon være nedsatt ved alvorlig depresjon. Derfor er det viktig å sikre gode rutiner for at informasjon gis gjentatte ganger, både skriftlig og muntlig. Målet er at informasjonen blir formidlet på en måte som er lett forståelig for alle pasienter.

For å få innsikt i pasientens subjektive opplevelse av informasjonen som ble gitt, ble det stilt spørsmålet: «Opplevde du at du fikk tilstrekkelig informasjon om ECT?».

Som vist i figur 2.11, opplevde 70,1 % at de fikk tilstrekkelig informasjon om ECT. Imidlertid rapporterte 20,0 % av pasientene at de delvis fikk tilstrekkelig informasjon, mens 7,7 % følte at de ikke fikk nok informasjon.



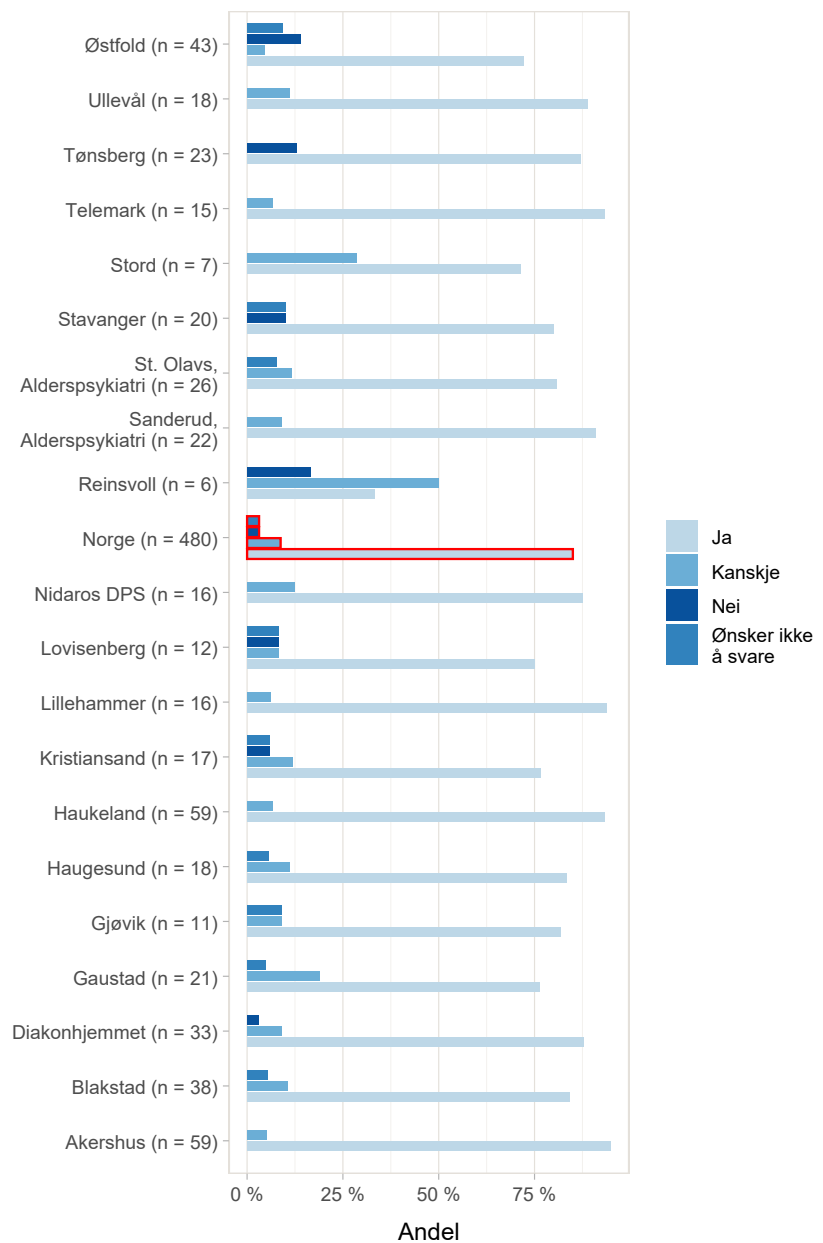
FIGUR 2.11: Figuren viser fordelingen av pasientenes svar på spørsmålet om de opplevde at de fikk tilstrekkelig informasjon om ECT. Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen.

Andel pasienter som opplever å ha fått god oppfølging under ECT-behandlingen

God oppfølging under behandlingen er viktig for å sikre pasienttilfredshet og positive behandlingsresultater. Derfor ble pasientene spurt: «Opplevde du at du fikk god nok oppfølging under ECT-behandlingen?».

Som illustrert i figur 2.12, opplevde 85,2 % av pasientene at de fikk god nok oppfølging under behandlingen. 8,7 % av pasientene rapporterte at de opplevde at de delvis fikk god nok oppfølging, mens 3,1 % opplevde at de ikke fikk god nok oppfølging under behandlingen. 3,0 % av pasientene var usikre på om de fikk god nok oppfølging.

Dette indikerer at majoriteten av pasientene var fornøyd med oppfølgingen de mottok.



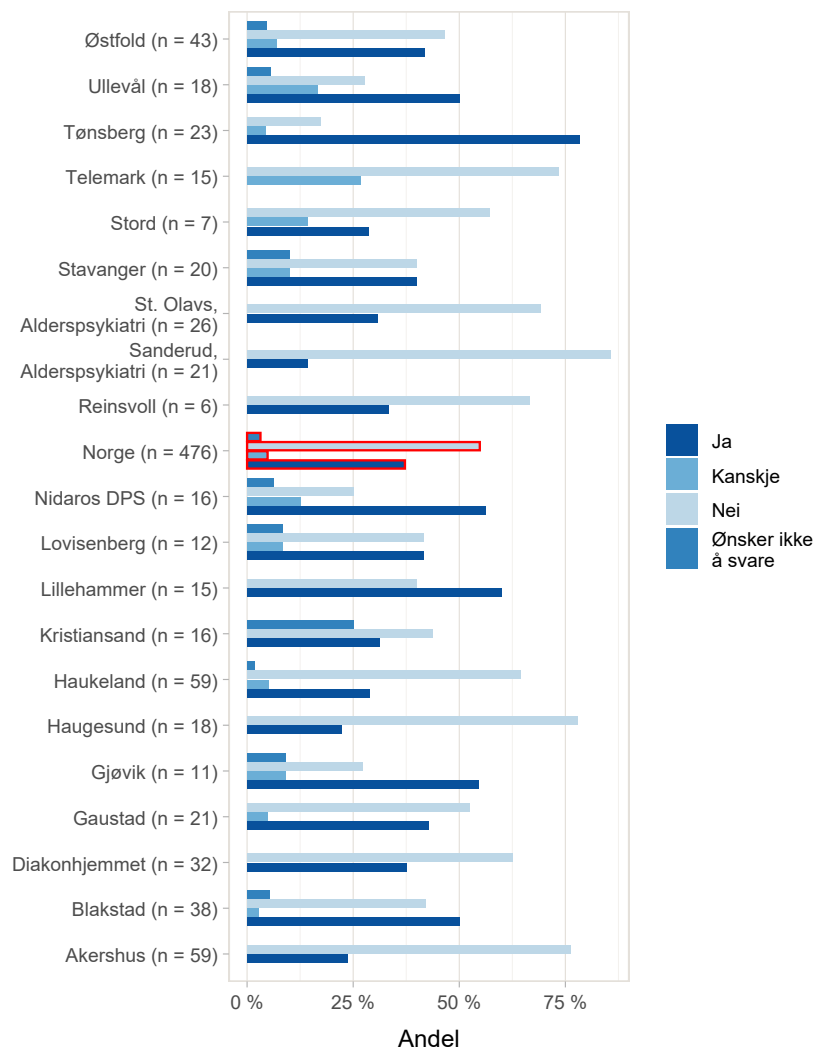
FIGUR 2.12: Figuren viser fordelingen av pasientenes svar på spørsmålet om de opplevde at de fikk god nok oppfølging under ECT-behandlingen for hele landet og hver innrapporterende enhet. Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen.

Plager rapportert av pasientene

For bedre å forstå pasientenes opplevelse av behandlingen ønsket vi å undersøke om pasientene opplevde noen plager under ECT-serien. Vi spurte «Fikk du noen plager i løpet av den tiden du ble behandlet med ECT?» Av 505 besvarelser hadde 37,6 % rapportert at de opplevde plager under behandlingsserien, mens 5,0 % rapporterte at dette kanskje var tilfellet og 54,5 % rapporterte at det ikke var tilfelle.

Pasientene som rapporterte at de opplevde plager under behandlingen, ble tilbudt å beskrive plagene i fritekst. 203 pasienter svarte med fritekst, og av disse var det 173 svar som omhandlet kjente bivirkninger som hukommelsesvansker, hodepine, forvirring, kvalme og muskelsmerter. 9 svar handlet om plager som trolig kommer av anestesi eller narkose (for eksempel tørr hals, blåmerker etter venflon), og 3 svar er trolig ikke relatert til ECT. Av de resterende svarene var det 18 som omhandlet uvanlige eller mer alvorlige hendelser og komplikasjoner. Disse svarene sammenfaller med det som vi finner i registrering av alvorlige hendelser og komplikasjoner i hovedskjemaene, mens de resterende 3 svarene trolig ikke er relatert til ECT.

Innhenting av disse opplysningene gir på sikt en verdifull innsikt i pasientenes opplevelser og nyanser som ikke fanges opp av lege-rapporterte bivirkninger. Den mer personlige og subjektive beskrivelsen av bivirkningene er egnet til å forstå pasientens opplevelse og bekymringer. Videre kan en på denne måten over tid fange opp sjeldne eller ukjente bivirkninger. Samtidig er det, sett bort fra de vanligste og kjente bivirkningene som hukommelsesvansker, muskelsmerter og hodepine, svært få besvarelser per symptomkategori. For å ivareta personvernet, vises ikke disse svarene i årets rapport. Pasientenes egne beskrivelser gir nyttig innsikt og bør følges systematisk over tid for å avdekke områder som krever økt fokus.

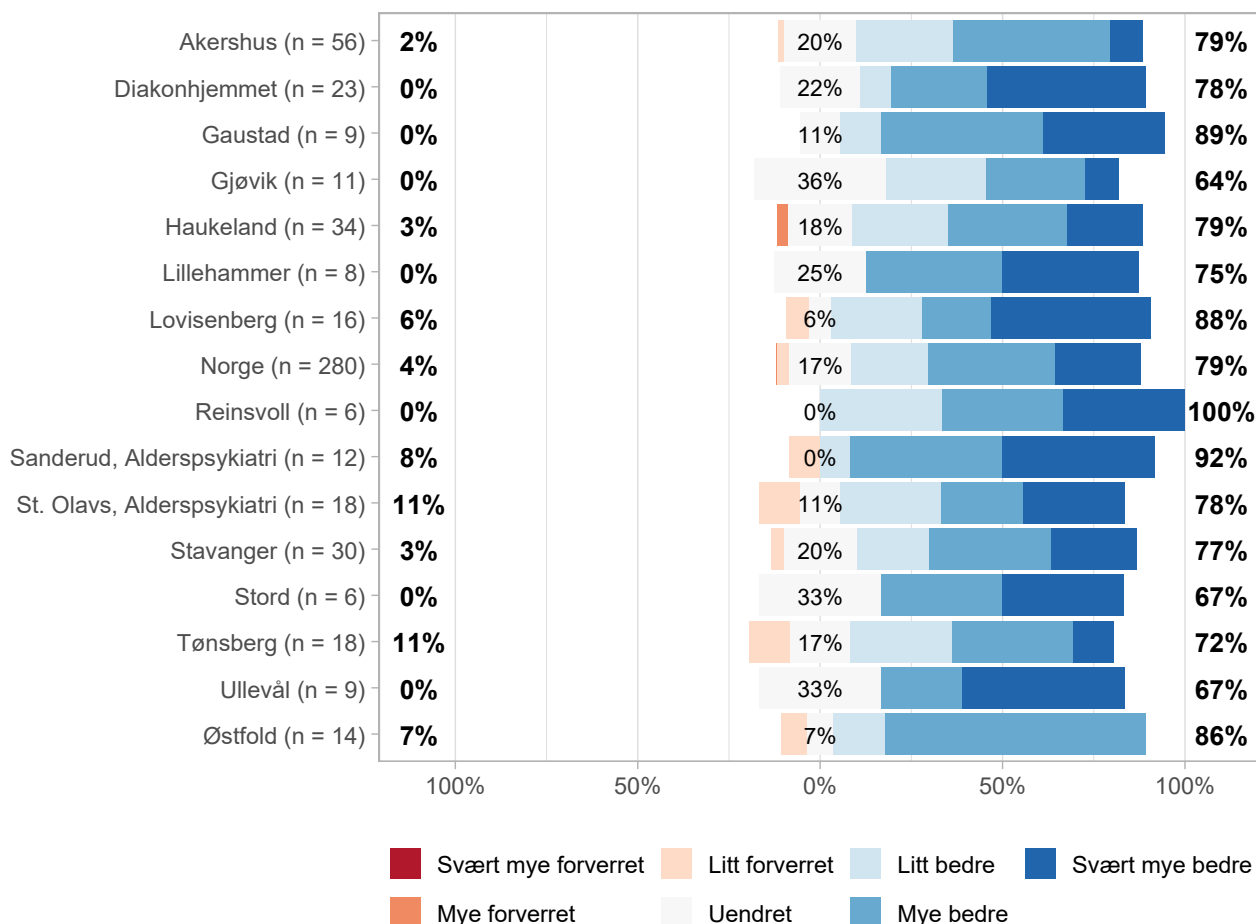


FIGUR 2.13: Figuren viser fordelingen av pasientenes svar på spørsmålet om de opplevde noen plager under ECT-behandlingen for hele landet og hver innrapporterende enhet. Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen.

2.2.4 Resultater fra PROM/PREM-data etter seks måneder

I analysene nedenfor er det brukt data fra pasientsvarskjema tilknyttet 6mnd kontroll-skjema som ble registrert i 2025. 282 unike pasienter svarte på pasientsvar skjemaene som skal sendes ut seks måneder etter siste behandling, totalt 287 skjema. Pasienten trenger ikke fylle ut hele spørreskjemaet, slik at antall svar varierer fra spørsmål til spørsmål. Svarene blir innrapportert på et gitt tidspunkt etter behandlingen, uavhengig av om pasienten har fått tilbakefall av sykdom eller det har tilkommet andre tilstander eller symptomer som kan påvirke svarene. Pasienter som har fått sykdomstilbakefall med ny ECT-serie i løpet av de første 6 månedene vil ikke få tilsendt pasientsvarskjema.

Hva er tilstanden din nå sammenlignet med før du fikk ECT?



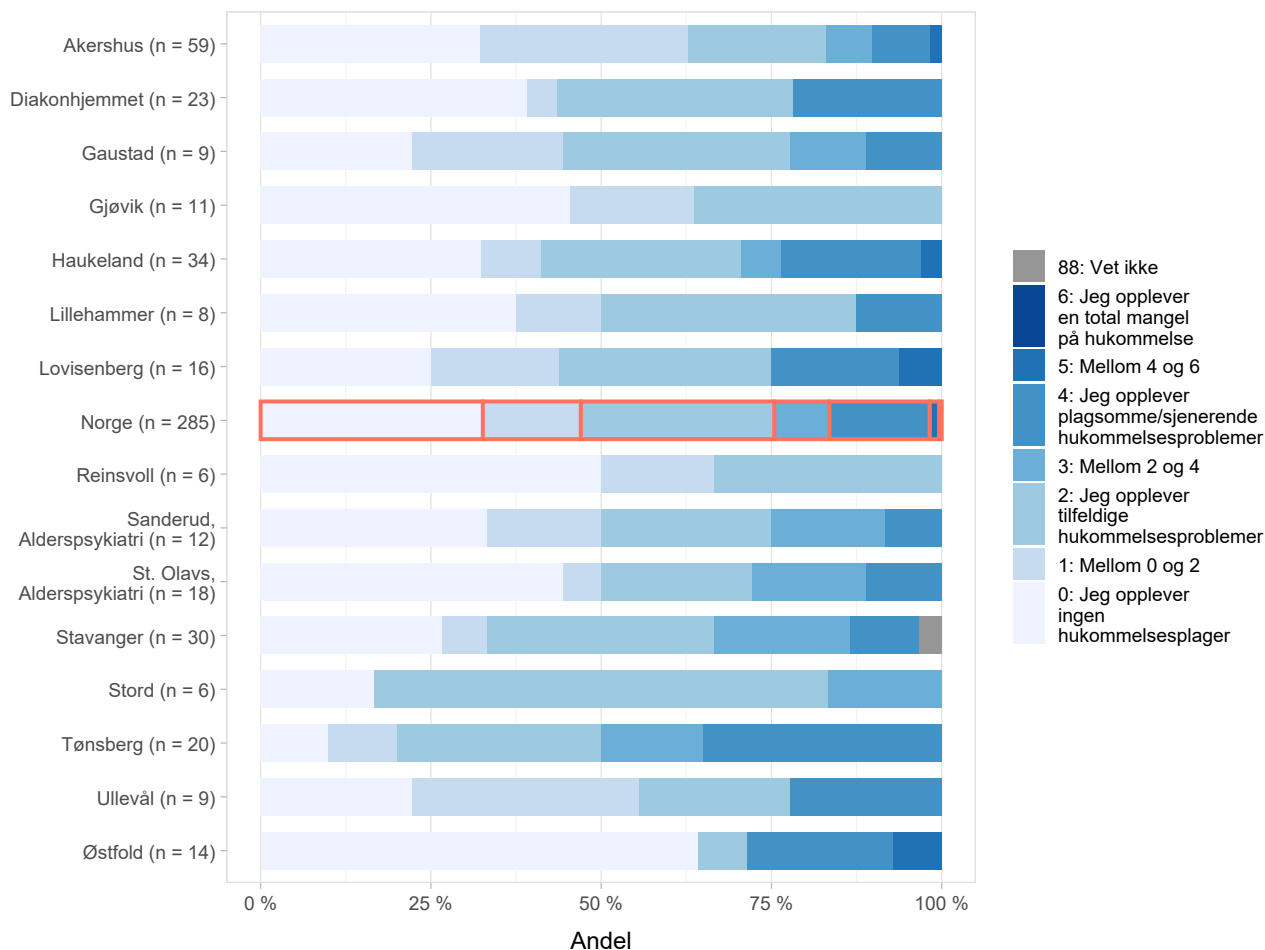
FIGUR 2.14: Pasientenes subjektive opplevelse av bedring seks måneder etter avsluttet ECT-behandlingen, for hele landet og hver innrapporterende enhet. Andelen som vises på venstre side er den totale andelen av forverring (svært mye, mye og litt), mens andelen på høyre side viser den totale andelen av bedring. I midten av x-aksen vises andelen av de som opplevde ingen bedring eller forverring for hver innrapporterende enhet. Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen.

Pasientenes subjektive opplevelse av bedring 6 måneder etter avsluttet behandling er vist i figur 2.14. 24 % av pasientene rapporterte at deres tilstand var svært mye bedre. 35 % og 21 % anga at de følte seg henholdsvis mye og litt bedre. 3 % anga at de følte seg litt verre, og 0 % anga at de følte seg mye verre og 0 % anga at de følte seg svært mye verre 6 måneder etter behandlingsslutt.

Resultatene viser at majoriteten av pasientene opplever at tilstanden 6 måneder etter behandlingsslutt er mye eller svært mye bedre sammenlignet med før de fikk ECT. Det er likevel en betydelig andel som svarer at tilstanden er uendret (17 %).

Hvordan er hukommelsen 6 måneder etter gjennomført ECT?

Pasientene har ved eget skjema 6 måneder etter behandlingen blitt bedt om å svare på hvordan de opplever sin hukommelse på nåværende tidspunkt (fra ingen hukommelsesplager til total mangel



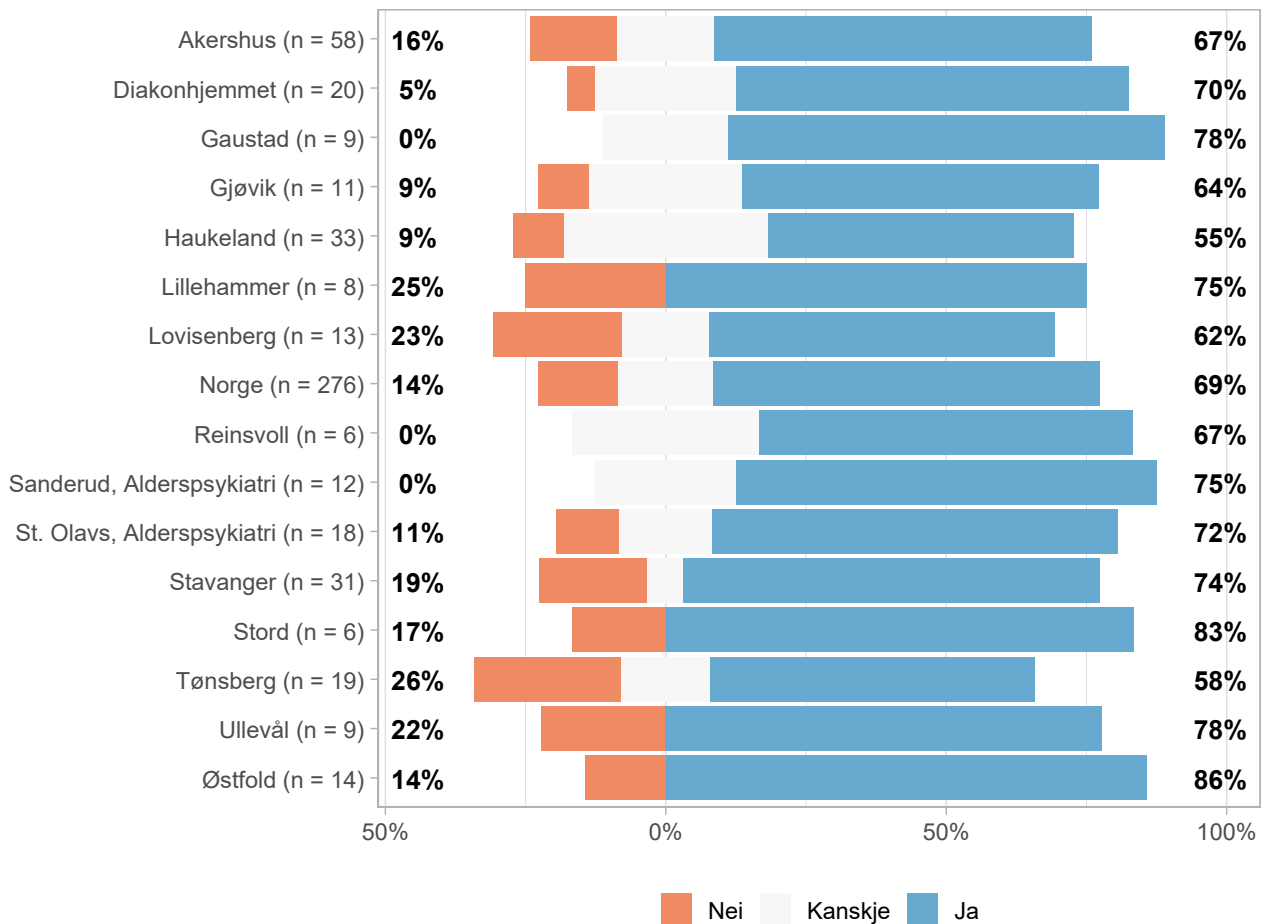
FIGUR 2.15: Pasienters vurdering av sin hukommelse seks måneder etter avsluttet ECT-behandling, for hele landet og hver innrapporterende enhet. Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen.

på hukommelse). Graden av hukommelsesvansker er vist i figur 2.15.

Hukommelsesvansker er en kjent bivirkning av ECT, og det er varierende fra pasient til pasient hvor lenge det varer. Hvor lenge bivirkninger varer er viktig å avdekke, blant annet for å kunne gi pasienter riktig informasjon, men også for å kunne avdekke uønsket variasjon fra behandlingssted til behandlingssted. Samtidig kan det også foreligge andre årsaker til rapporterte hukommelsesvansker enn ECT.

Synes du ECT hjalp deg?

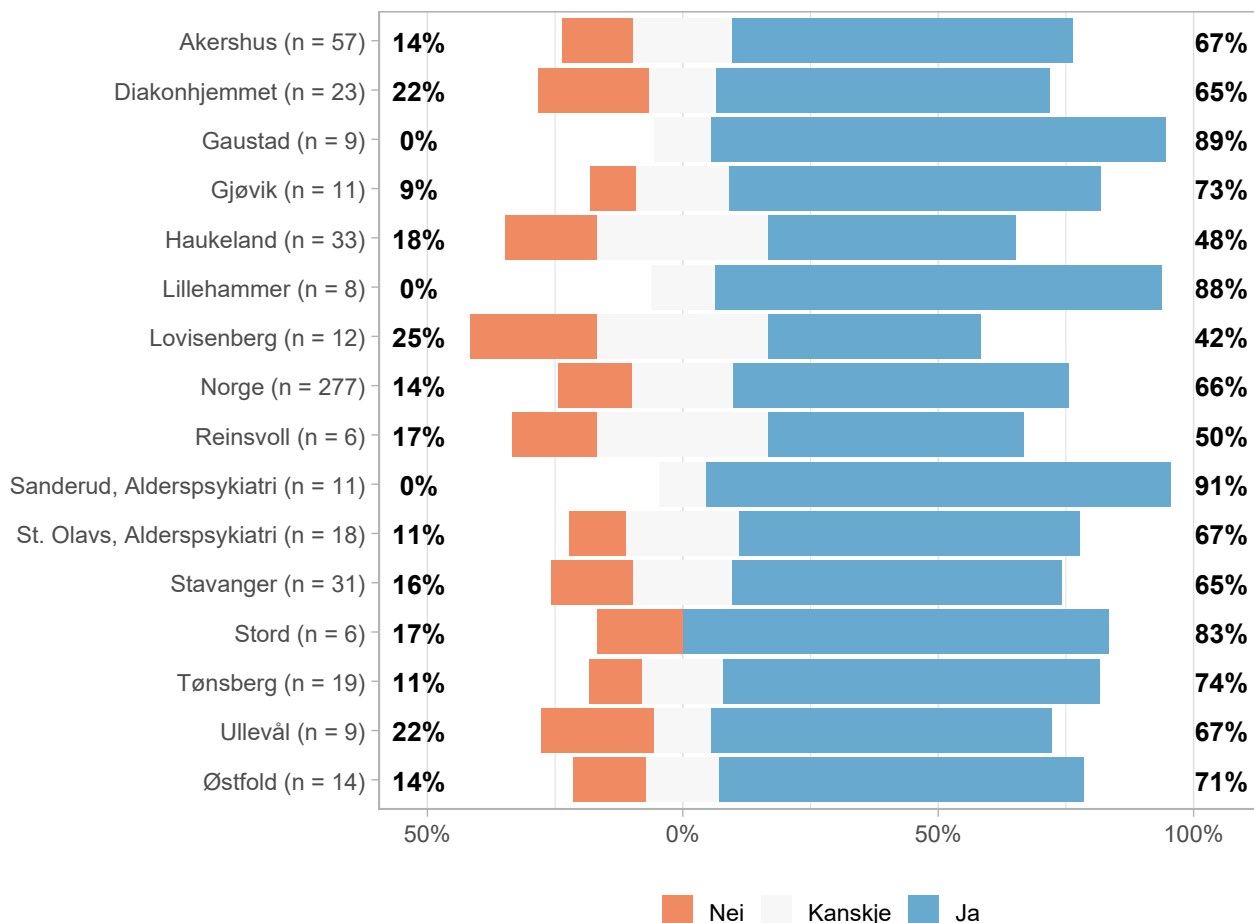
69 % av pasientene svarte at de synes ECT hjalp dem. 17 % svarte at ECT kanskje hadde hjulpet, mens 14 % svarte nei, og 0 % ikke ønsket å svare. Figur 2.16 viser fordelingen samlet for hele landet og enkeltvis for hver innregistrerende enhet. Resultatene viser at majoriteten av pasientene synes at ECT hjalp dem. Det er likevel en betydelig andel som svarer kanskje, og nei på dette spørsmålet.



FIGUR 2.16: Pasientenes subjektive opplevelse seks måneder etter avsluttet ECT-behandling, om ECT hjalp dem. Resultatene er vist for hele landet og hver innrapporterende enhet. Figuren viser pasientenes svarfordelingen for *Nei*, *Kanskje* og *Ja*, om de synes ECT hjalp dem. Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen.

Ville du mottatt ECT på nytt dersom du ble syk på samme måte?

65 % av pasientene svarte ja på spørsmålet «ville du mottatt ECT på nytt dersom du ble syk på samme måte?» seks måneder etter avsluttet serie. 20 % svarte kanskje, og 14 % svarte nei på spørsmålet. 0 % ønsket ikke å svare. Fordelingen for hele landet og enkeltvis per innregistrerende enhet er vist i figur 2.17. Resultatene viser at majoriteten av pasientene ville mottatt ECT på nytt om de ble syke på samme måte igjen.

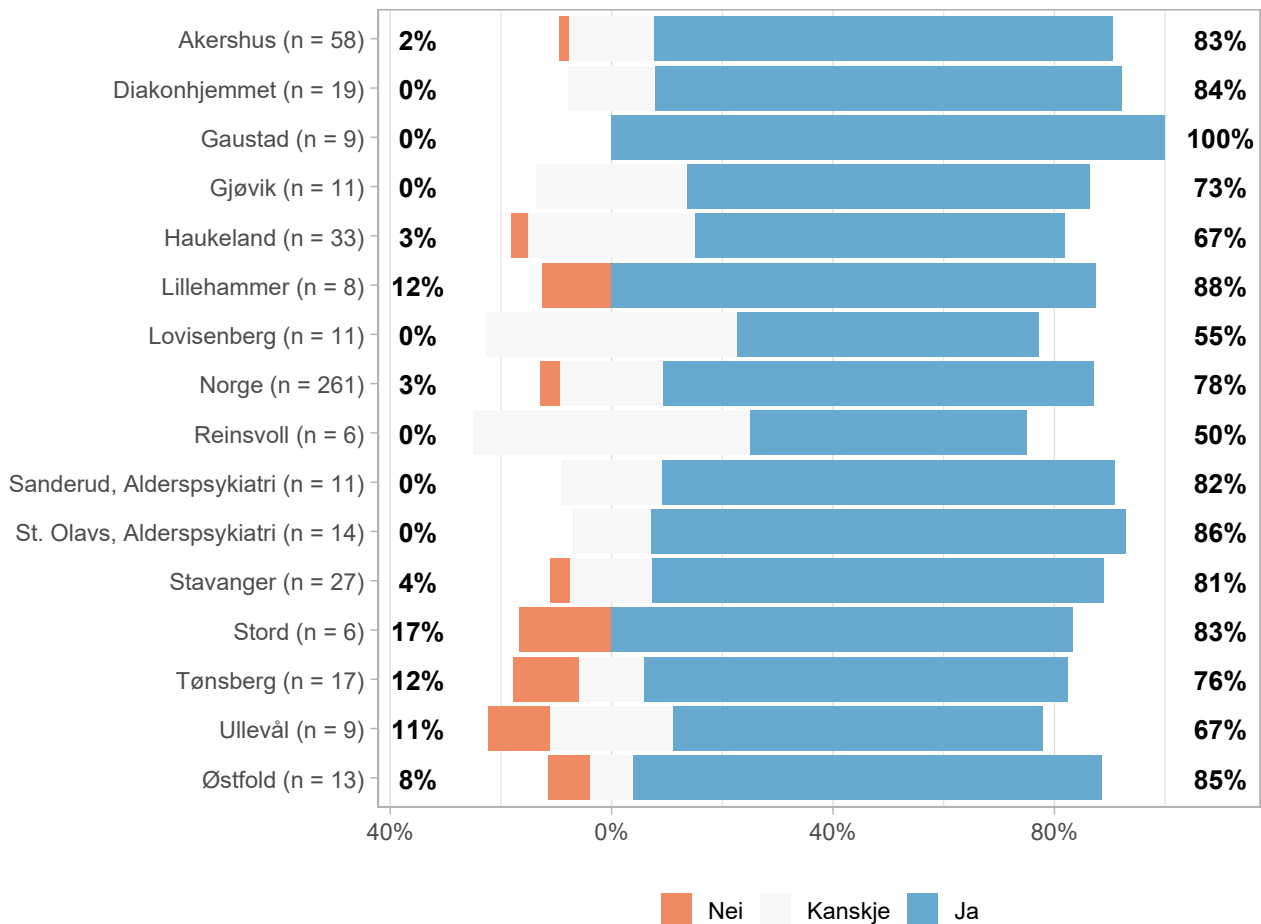


FIGUR 2.17: Andel pasienter som etter seks måneder ville mottatt ECT på nytt om de ble syke på samme måte igjen. Resultatene er vist for hele landet og hver innrapporterende enhet. Figuren viser pasientenes svarfordelingen for *Nei*, *Kanskje* og *Ja*, om de ville mottatt ny ECT. Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen.

Basert på din erfaring med ECT, tror du at andre med samme tilstand som deg kunne ha hatt nytte av ECT?

74 % av pasientene svarte ja på spørsmålet «Basert på din erfaring med ECT, tror du andre med samme tilstand som deg kunne ha hatt nytte av ECT?» seks måneder etter avsluttet serie. 18 % svarte kanskje, og 3 % svarte nei på spørsmålet. 5 % ønsket ikke å svare.

Fordelingen for hele landet og enkeltvis per innregistrerende enhet er vist i figur 2.18. Resultatene viser at majoriteten av pasientene tror at denne behandlingen kunne vært nyttig for andre i lignende situasjon.

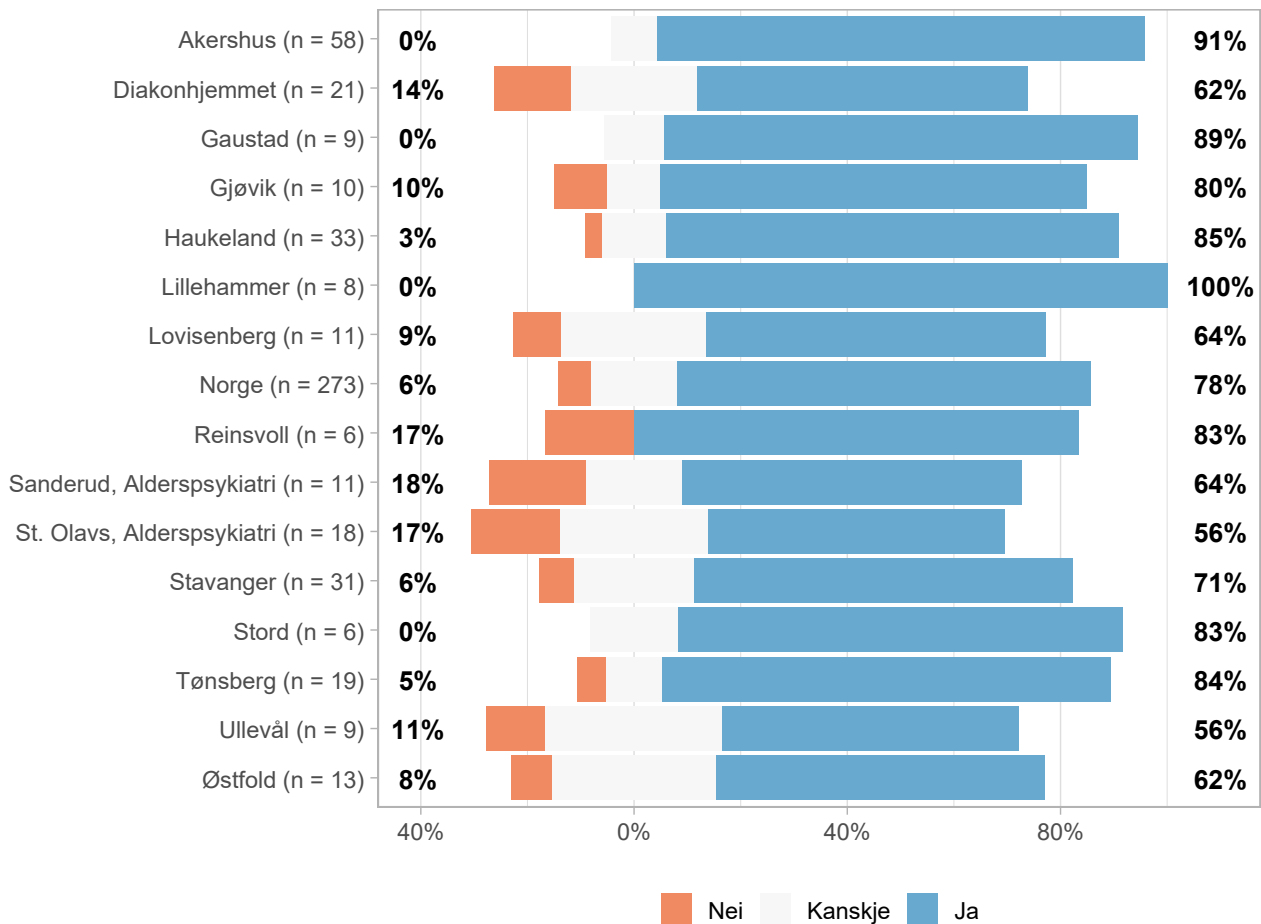


FIGUR 2.18: Andel pasienter som seks måneder etter behandlingen tror ECT kunne vært nyttig for andre i lignende situasjon. Resultatene er vist for hele landet og hver innrapporterende enhet. Figuren viser pasientenes svarfordelingen for *Nei*, *Kanskje* og *Ja*, om de ville anbefale ECT til andre i lignende situasjon. Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen.

Opplevde du at du fikk tilstrekkelig informasjon om ECT?

77 % av pasientene svarte ja på spørsmålet «Opplevde du at du fikk tilstrekkelig informasjon om ECT?» seks måneder etter avsluttet serie. 16 % svarte kanskje, og 6 % svarte nei på spørsmålet. 1 % ønsket ikke å svare.

Fordelingen for hele landet og enkeltvis per innregistrerende enhet er vist i figur 2.19. Resultatene viser at majoriteten av pasientene mener at de fikk tilstrekkelig informasjon om ECT. Det er likevel en andel som svarer kanskje, nei og at de ikke ønsker å svare på spørsmålet.

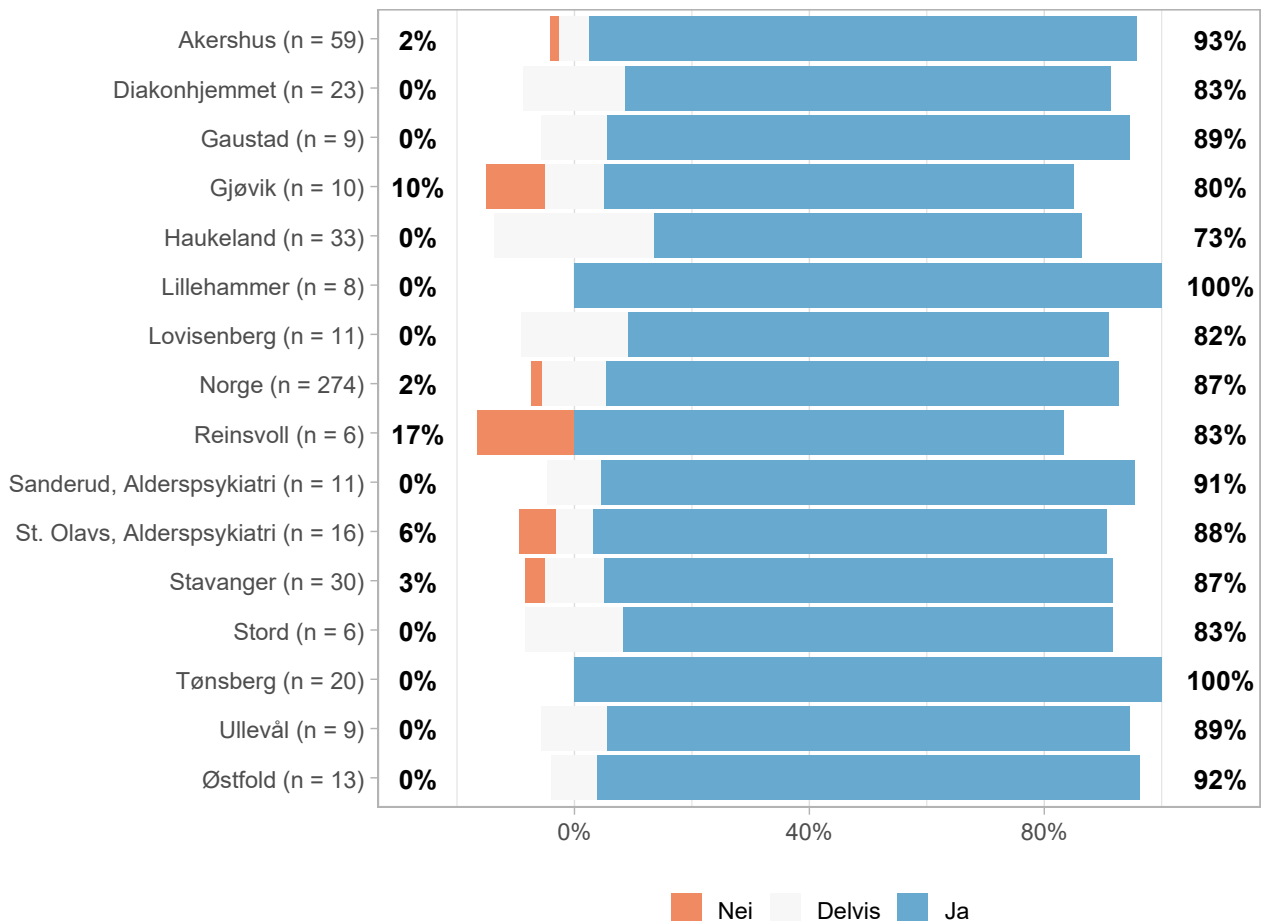


FIGUR 2.19: Andel pasienter seks måneder etter behandlingen som opplevde å ha fått tilstrekkelig informasjon om ECT. Resultatene er vist for hele landet og hver innrapporterende enhet. Figuren viser pasientenes svarfordelingen for *Nei*, *Kanskje* og *Ja*, om de fikk tilstrekkelig med informasjon. Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen.

Opplevde du at du fikk god nok oppfølging under ECT-behandlingen?

86 % av pasientene svarte ja på spørsmålet «Opplevde du at du fikk god nok oppfølging etter ECT-serien?» seks måneder etter avsluttet serie. 11 % svarte delvis, og 2 % svarte nei på spørsmålet. 1 % ønsket ikke å svare.

Fordelingen for hele landet og enkeltvis per innregistrerende enhet er vist i figur 2.20. Resultatene viser at majoriteten av pasientene mener at de fikk god nok oppfølging i etterkant av sin behandling. Det er likevel en andel som svarer delvis, nei og at de ikke ønsker å svare på spørsmålet.

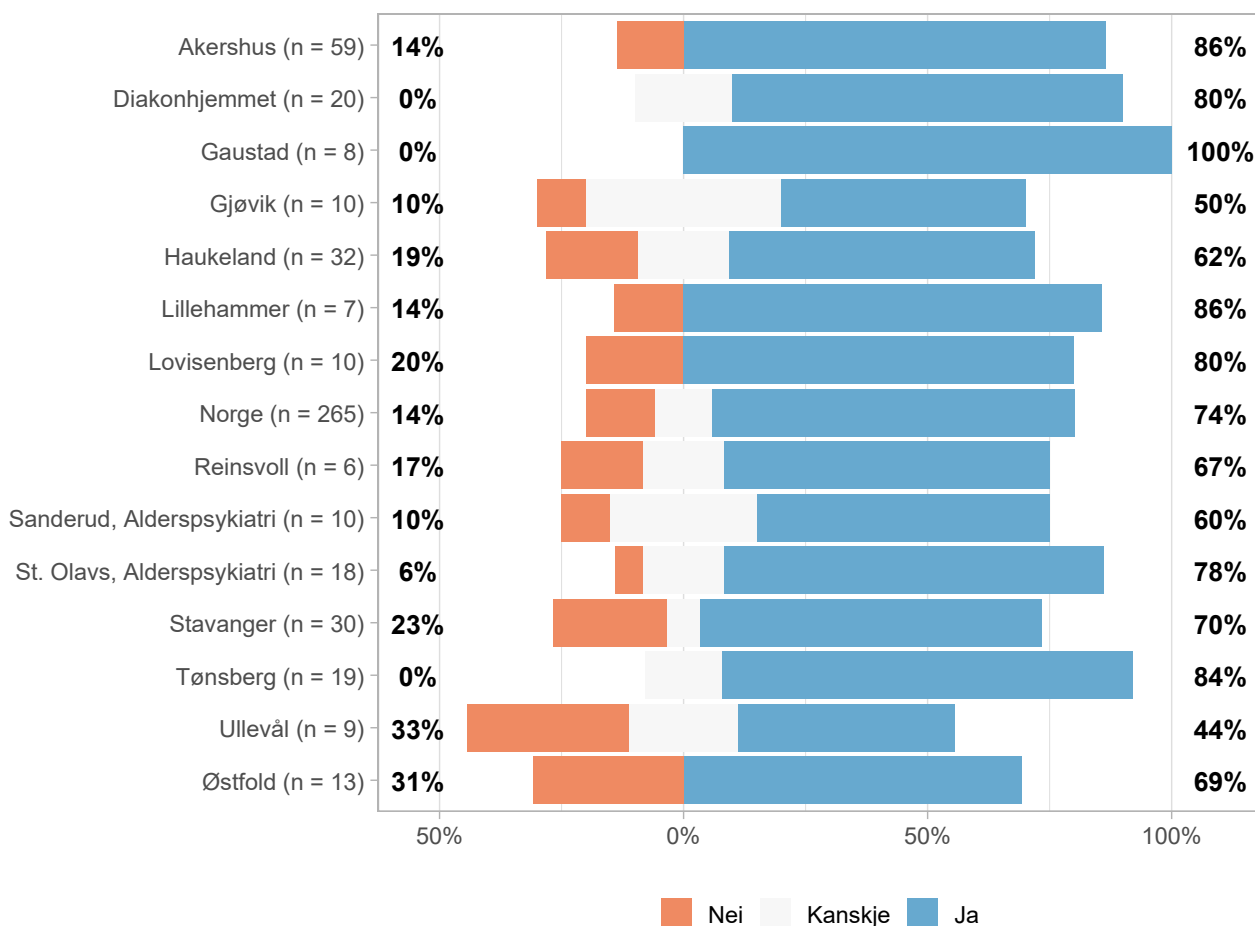


FIGUR 2.20: Andel pasienter seks måneder etter behandlingen som opplevde å ha fått god nok oppfølging under ECT-serien. Resultatene er vist for hele landet og hver innrapporterende enhet. Figuren viser pasientenes svarfordelingen for *Nei*, *Delvis* og *Ja*, om de fikk god nok oppfølging under ECT. Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen.

Opplevde du at du fikk god nok oppfølging etter avsluttet ECT-serie?

72 % av pasientene svarte ja på spørsmålet «Opplevde du at du fikk god nok oppfølging etter ECT-serien?» 6 måneder etter avsluttet serie. 11 % svarte kanskje, og 14 % svarte nei på spørsmålet. 3 % ønsket ikke å svare.

Fordelingen for hele landet og enkeltvis per innregistrerende enhet er vist i figur 2.21. Resultatene viser at majoriteten av pasientene mener at de fikk god nok oppfølging i etterkant av sin behandling. Det er likevel en andel som svarer delvis, nei og at de ikke ønsker å svare på spørsmålet. Andelen som svarer nei på dette spørsmålet, viser et forbedringspotensial.



FIGUR 2.21: Andel pasienter seks måneder etter behandlingen som opplevde å ha fått god nok oppfølging etter ECT-serien. Resultatene er vist for hele landet og hver innrapporterende enhet. Figuren viser pasientenes svarfordelingen for *Nei*, *Kanskje* og *Ja*, om de fikk god nok oppfølging etter ECT. Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen.

2.3 Andre analyser

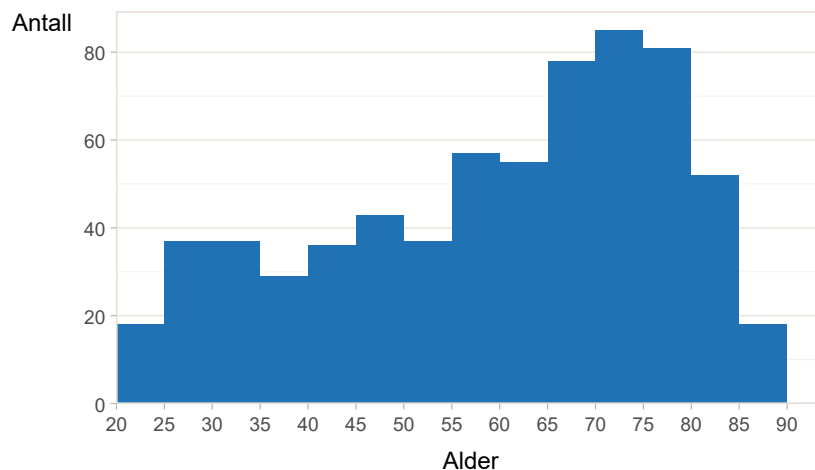
2.3.1 Opplysninger fra pasientserie

Opplysninger fra registeret omtaler 665 unike pasienter fra 32 innre-gistrerende enheter, som hadde avsluttet behandlingen innen 2025 og der skjema var levert inn til registeret før 10.6.26.

Demografi

```
## Scale for x is already present.
## Adding another scale for x, which will replace the
existing scale.
```

Aldersfordeling for pasienter som avsluttet behandlingsserien i 2025 er vist i figur 2.22. Gjennomsnittsalder ved start var 60 år og median-alder var 64 år. Den yngste pasienten var 18 år og den eldste 94 år. Andelen pasienter over 65 år var 47,4 %. Pasienter registreres i regis-teret ved fødselsnummer, og det er derfor det kjønnen som personen er registrert med i folkeregisteret som oppgis i registeret.

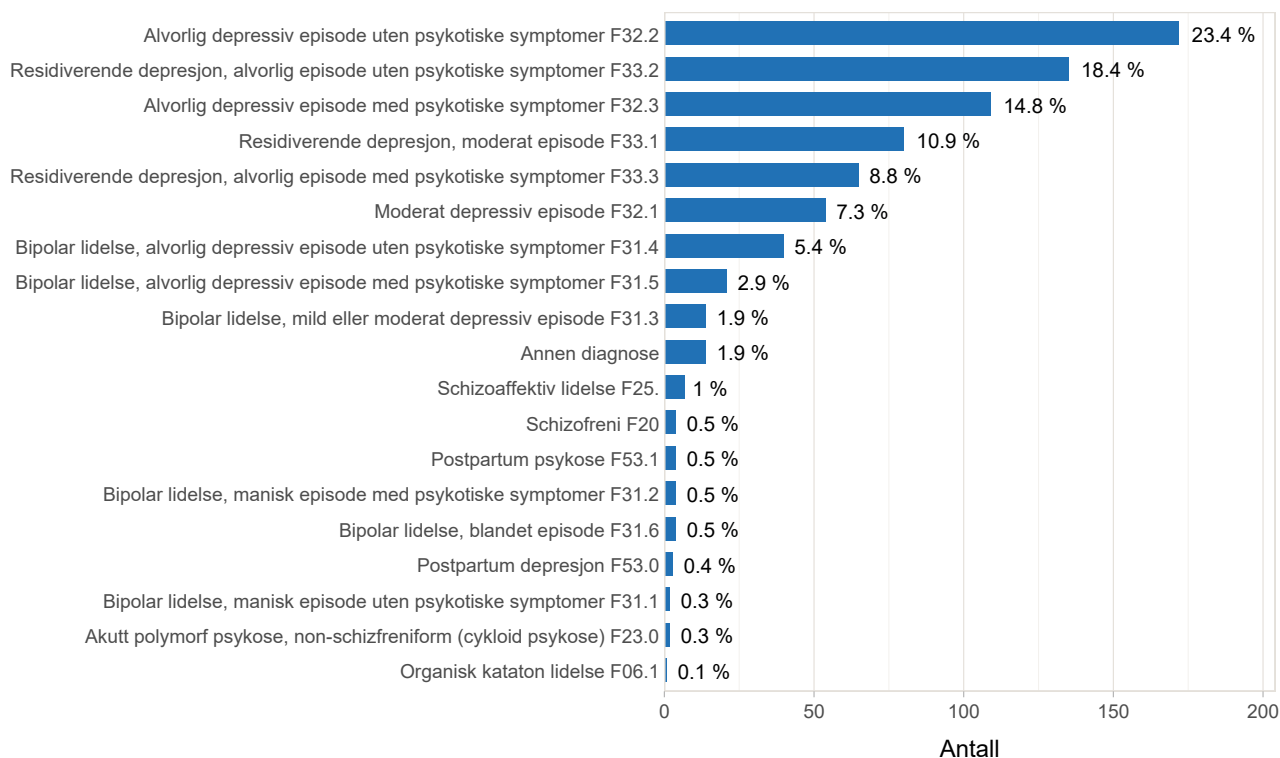


FIGUR 2.22: Aldersfordeling for pasienter som avsluttet ECT-behandling i 2025. Basert på 665 pasienter.

Det er totalt registrert flere kvinner enn menn, 365 kvinner (55 %) og 300 menn (45 %).

Indikasjon for ECT

Oversikten over hvilken diagnose som ga indikasjon for ECT er vist i figur 2.23. Depresjonsdiagnoser er de vanligste indikasjonene for ECT, da 94 % av pasientene mottar behandlingen for denne tilstanden.



FIGUR 2.23: Fordeling av diagnoser som ga indikasjon for ECT

Største gruppen av «annen diagnose» var uspesifiserte eller andre depressive lidelser. Flere andre diagnosekoder ble brukt mindre enn 3 ganger og er derfor ikke spesifisert.

I 318 behandlingsserier hadde pasienten tidligere mottatt ECT (44,1 %). Av disse ble tidligere god effekt av ECT ble oppgitt som en faktor som bidro til at indikasjon for ECT ble stilt i 224 behandlingsserier (70,4 %), og «pasientønske» i 64 behandlingsserier (20,1 %).

Samtykke før oppstart av behandlingsserien

Blant de innregistrerte seriene ble skriftlig samtykke innhentet hos 649 (88,8 %), mens 75 (10,3 %) ga sitt samtykke muntlig. For 7 pasienter (1,0 %) manglet opplysninger om samtykke mens 1,1 % hadde ikke samtykket til ECT, og fikk ECT på nødrettsgrunnlag (til sammen 25 behandlinger).

ECT-behandlinger på nødrettsgrunnlag

Antallet ECT-behandlinger utført på nødrettsgrunnlag for pasienter i registeret er sannsynligvis lavere enn det faktiske antallet nødrettsbehandlinger, da ikke alle enheter har begynt å registrere i det nasjonale ECT-registeret, og pasienter har mulighet til å reservere seg mot registreringen. En annen årsak kan være at pasienter som registreres skal ha mottatt informasjon om at de registreres i registeret. Dersom pasienter er så alvorlig syke at de ikke er mottakelig for informasjon, kan dette være årsaken til at de ikke registreres.

For å få et mer nøyaktig bilde av nødrettspraksis i Norge ble antall nødrettsbehandlinger også innhentet ved å spørre hver behandlingssenheter i Nasjonal kartlegging av ECT-tilbud og organisering 2025. Disse opplysningene viser at 22 pasienter (totalt 63 behandlinger) på nødrett i løpet av 2024, mens 25 pasienter (totalt 77 behandlinger) ble rapportert til NPR via NCMP-koder.

10 av 28 enheter (36 %) oppgir å ha gitt ECT på nødrettsgrunnlag i 2025. I 2024 var det 13 enheter som rapporterte om det samme. 2 enheter ga behandling på nødrett til 5 pasienter, 1 enhet gav behandling til 3 pasienter, 2 enheter ga behandling til 2 pasienter, og de resterende 5 enhetene ga behandling til 1 pasient. Til sammen ble det gitt behandling på nødrett til 22 pasienter, hvilket er det samme tallet som for 2024. I kartleggingskjemaet fikk enhetene mulighet til å oppgi hvor mange sesjoner som blitt gitt totalt for disse pasientene. Ifølge enhetenes egenrapportering ble det oppgitt til sammen 63 behandlingssesjoner på nødrett i 2025, hvilket er lavere enn de rapporterte 102 behandlingssesjoner i 2024.

I fritekstsvar hvor enhetene har blitt invitert til å oppgi kommentar til sin nødrettspraksis svarer få enheter, men de som svarer oppgir på generelt grunnlag at det er tungtveiende årsaker som legges til grunn. Alle som sier noe om dette oppgir at pasienter som har mottatt ECT på nødrett har stått i fare for å dø, da de på grunn av sin tilstand har sluttet å ta til seg væske og næring, eller har hatt malign katatoni eller malignt nevroleptikasymptom.

Å sammenstille data fra flere kilder gir et bedre grunnlag for å forstå omfanget av ECT-behandling gitt på nødrettsgrunnlag. Samtidig vises det at alle innregistreringsmuligheter har en viss feilmargin.

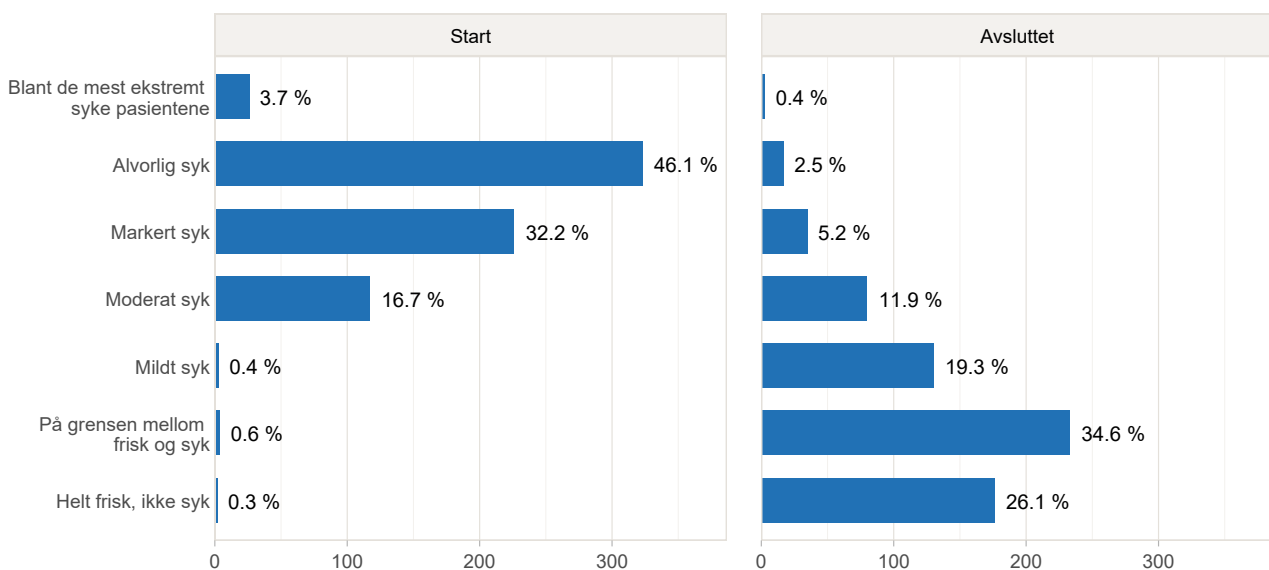
Bruk av ECT hos pasienter under tvunget psykisk helsevern

Ved oppstart av ECT, var 15,0 % av pasientene innlagt under tvunget psykisk helsevern, mens dette ikke var tilfellet for 84,9 %.

Blant pasientene innlagt under tvunget psykisk helsevern, ble det i 85,5 % av tilfellene utført en egen samtykkekompetansevurdering i forbindelse med ECT. Hos 6,4 % manglet opplysninger, mens 8,2 % rapporterte at det ikke ble utført en egen samtykkekompetansevurdering.

Overordnet klinisk inntrykk (CGI-S)

CGI-S er en 7-punkts skala der klinikeren vurderer alvorlighetsgraden av pasientens sykdom på vurderingstidspunktet, basert på klinikerens erfaring med pasienter med samme diagnose. Svarene på spørsmålet: «På bakgrunn av din samlede kliniske erfaring med denne pasientgruppen, hvor alvorlig psykisk syk er pasienten nå?» er vist i figur 2.24 for målingene før behandlingsstart og etter avsluttet behandling.



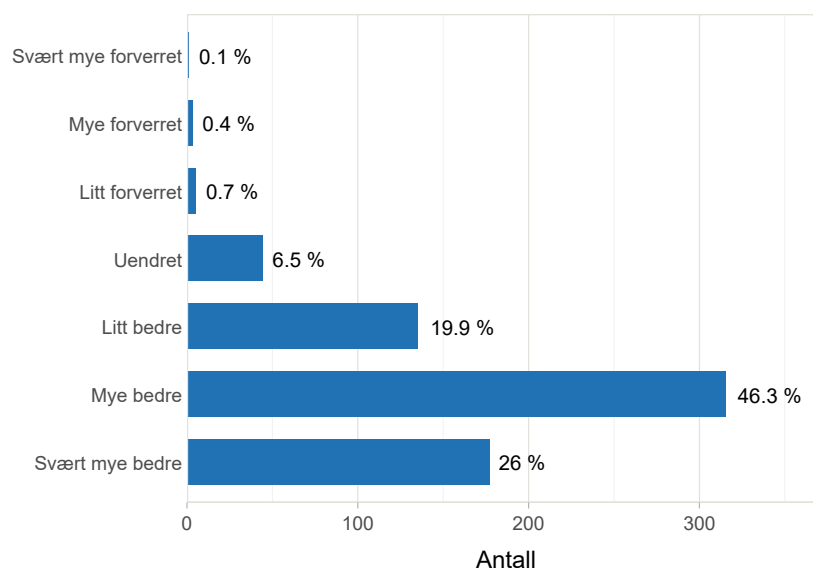
FIGUR 2.24: CGI-S før oppstart og etter avsluttet behandlingsserie.

Svarene tilsier at ECT i all hovedsak blir tilbudt alvorlig og markert syke pasienter. Samtidig er det i 1,3 % av tilfellene registrert at kliniker vurderte tilstanden som henholdsvis frisk, på grensen mellom frisk og syk eller mildt syk. Dette reiser spørsmål om hvorvidt disse registreringene gjelder pasienter som mottar vedlikeholds-ECT, om det dreier seg om pasienter med tilbakevendende depresjoner som tidligere har hatt nytte av ECT, og som opplever at de begynner å få tegn på en ny depresjon, eller om de reflekterer en klinisk praksis som bør vurderes nærmere.

Etter behandlingen ble det observert en betydelig forskyvning mot lavere CGI-S-skårer som illustrerer en klinisk relevant bedring hos et flertall av pasientene.

Klinisk vurdering av pasientens bedring etter ECT (CGI-I)

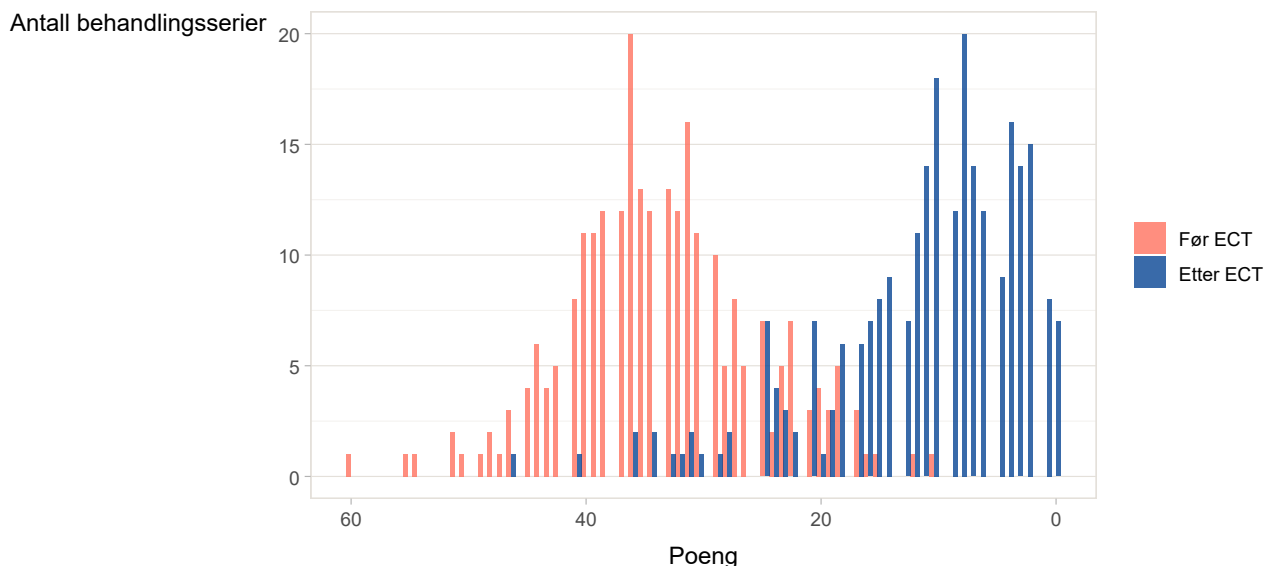
CGI-I er en 7-punkts-skala der kliniker vurderer hvor mye pasientens sykdom har forbedret eller forverret seg i forhold til tilstanden ved starten av behandlingen. Fra figur 2.25 fremgår det at 72,4 % av pasientene ble vurdert som mye eller veldig mye bedre. Ingen av pasientene ble vurdert som mye eller veldig mye forverret.



FIGUR 2.25: CGI-I, klinikervurdert bedring etter ECT

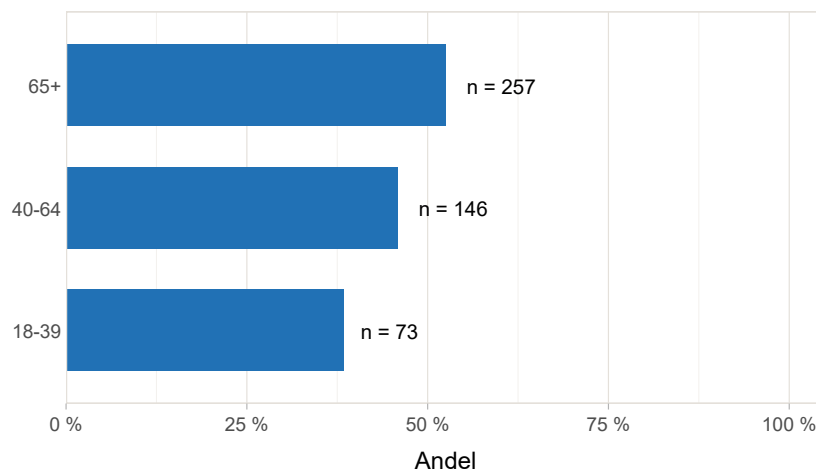
Behandlingseffekter, symptommålinger hos pasienter med depresjon (MADRS)

Størsteparten av de inkluderte pasientene har blitt behandlet for en depresjonsdiagnose, og som vist i avsnitt 2.1 på side 7 (Kartlegges symptomintensitet ved depresjon før og etter endt ECT-serie?) er det et mål at en anerkjent skala brukes til å bedømme symptomnivået før og etter behandlingen. Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) er et verktøy som brukes av behandlerne for å måle alvorlighetsgraden av depresjonssymptomer hos pasienter med stemningslidelser. I analysene nedenfor er det vist verdier for alle pasienter som er blitt behandlet for en depresjonslidelse og der MADRS er tatt innen en uke før behandling og etter behandlingsslutt. Diagrammet nedenfor (figur 2.26) illustrerer fordelingen av MADRS-skåre blant pasientene før behandlingsstart og etter behandlingsserien. En høyere MADRS-verdi indikerer mer alvorlige depresjonssymptomer. Diagrammet viser en høy konsentrasjon av pasienter med høye MADRS-skåre før behandling, noe som indikerer alvorlige depresjonssymptomer. Etter behandling viser histogrammet en forskyvning mot lavere MADRS-skåre, som indikerer at symptombelastningen har blitt tydelig redusert i løpet av behandlingen.

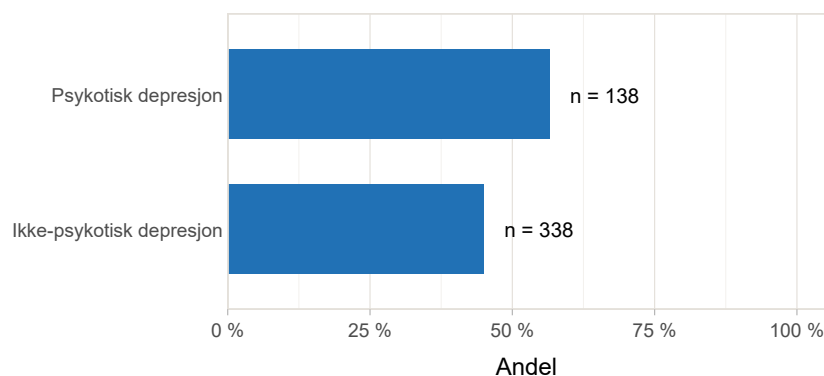


FIGUR 2.26: Fordeling av MADRS-skåre før og etter behandling. X-aksen representerer MADRS-skåre (verdi 0-60), mens Y-aksen viser antall behandlingsserier, der pasienten har blitt skåret med den gitte MADRS-skåren. MADRS-skår før og etter behandlingen ble registrert for 254 serier. Før behandlingen var gjennomsnittlig MADRS-skåre på 33,3. Medianen, som representerer midtpunktet i fordelingen, var 34, tilsvarende en alvorlig depresjon. Skårene strakte seg fra 10 til 60. Etter behandlingen var den gjennomsnittlige MADRS-skåren redusert til 11,1, med en median på 9.5. Skårene etter behandling varierte fra 0 til 46, noe som indikerer en betydelig reduksjon i alvorlighetsgraden av depresjonssymptomer. Andelen pasienter med depresjon som oppnår symptomfrihet etter ECT er vist som kvalitetsindikator (se avsnitt 2.1 på side 7, Oppnås symptomfrihet ved behandling med ECT?).

Andelen pasienter som oppnår symptomfrihet varierer med alder og tilstedeværelsen av psykotiske symptomer. I figur 2.27 og figur 2.28 er andelen forløp som oppnår symptomfrihet vist for pasienter i forskjellige aldersgrupper og hvorvidt det foreligger psykotiske symptomer ved start av depresjonsbehandlingen.



FIGUR 2.27: Andel serier som oppnår symptomfrihet etter ECT for forskjellige aldersgrupper. Antall serier som oppnår symptomfrihet er vist til høyre for søylene.

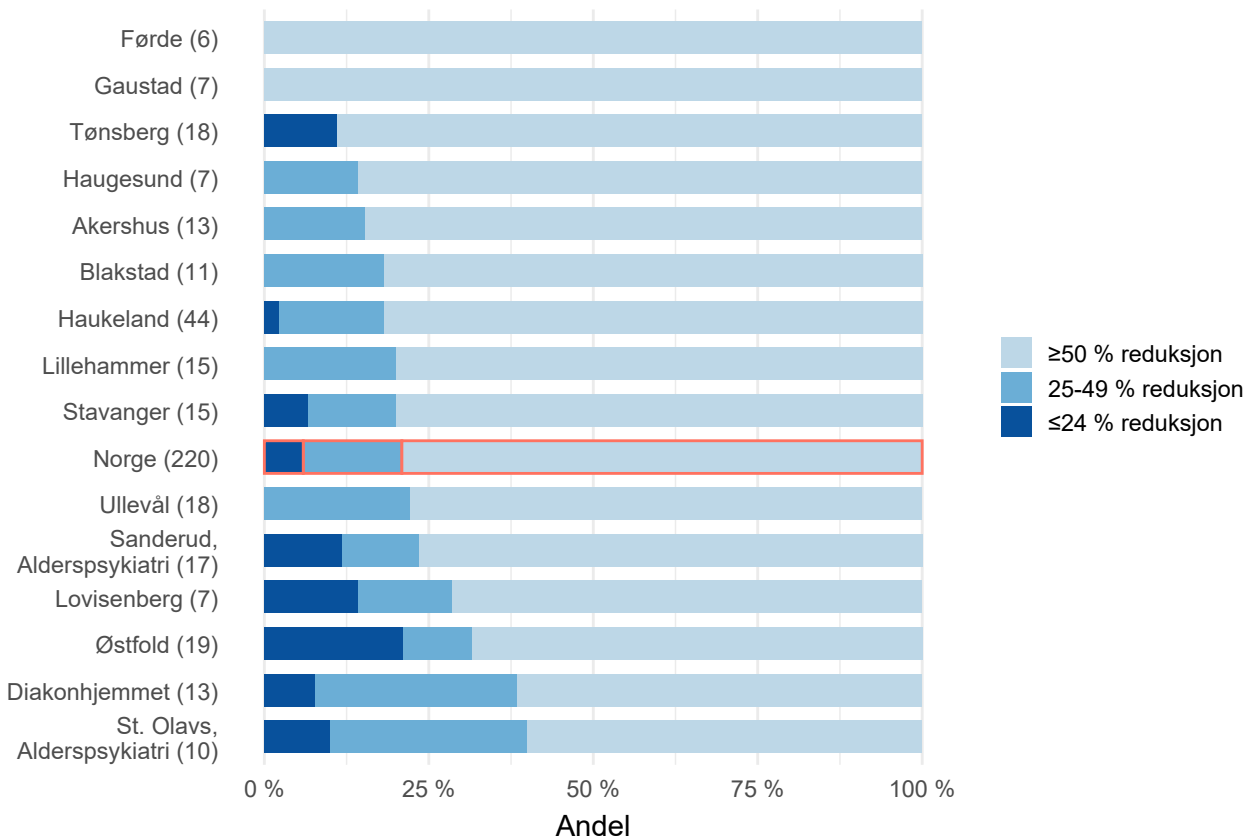


FIGUR 2.28: Andel serier som oppnår symptomfrihet etter ECT ved psykotisk og ikke-psykotisk depresjon. Antall serier som oppnår symptomfrihet er vist til høyre for søylene.

Effekt av ECT på depresjonssymptomer ved de ulike behandlingseenhetene

Figur 2.29 viser effekten av ECT på depresjonssymptomer ved de ulike behandlingseenhetene. Diagrammet viser behandlingsutfall i tre kategorier: respons ($\geq 50\%$), 50-25 % reduksjon av MADRS-skåre, og mindre enn 25 % reduksjon av MADRS-skåre, inkludert de som har fått dårligere skåre. Av disse pasientene er det 145 som har oppnådd remisjon (≤ 10 MADRS-skåre) etter behandlingen.

Diagrammet viser variasjoner i behandlingsutfall ved ulike enheter. Det er ønskelig med høyest mulig andel pasienter i remisjon og respons. Både pasientsammensetningen og behandlingstradisjoner kan påvirke fordelingen av behandlingsutfallene ved de ulike enhetene.



FIGUR 2.29: Figuren viser en stolpe per behandlingseenhet, med tre fargekodede segmenter som representerer de ulike behandlingsutfallene: $\geq 50\%$ reduksjon angir pasienter som har oppnådd minst 50% reduksjon i MADRS-skåre etter behandlingen, 25-49 % reduksjon angir pasienter med 25-49 % reduksjon i MADRS-skåre, og $\leq 24\%$ reduksjon angir pasienter som har oppnådd mindre enn 25% reduksjon i MADRS-skåre etter behandlingen og de som har fått dårligere skåre. Helseforetak med færre enn 5 pasienter til sammen er tatt bort fra visningen. Andelen pasienter med depresjonsdiagnose som avslutter behandlingen i remisjon er vist i figur 2.3.

Antall behandlingssesjoner

Gjennomsnittlig antall behandlingssesjoner per pasient var 8,9, med en spredning fra 1 til 37 sesjoner. Dette viser at antall behandlinger er individuelt, med stor variasjon i antall sesjoner.

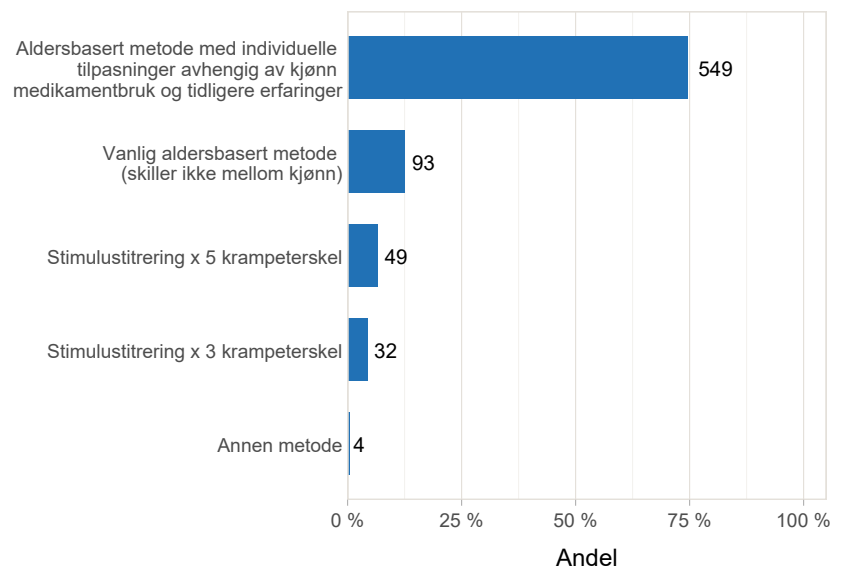
Elektrodeplassing ved første ECT

Ved første ECT-behandling ble det hovedsakelig brukt unilaterale høyre d'Elia elektrodeplassing (76,6 %). Bitemporal plassing ble brukt i 5,2 % av tilfellene, mens bifrontal plassing ble brukt i 15,5 % av tilfellene.

Metode for å bestemme ladning ved første behandlingssesjon

For å bestemme ladning ved første behandlingssesjon ble det brukt aldersbasert metode (der en ikke skiller mellom kjønn) i 12,7 % av seriene, mens det i 74,7 % ble brukt aldersbasert metode med individuelle tilpasninger avhengig av kjønn, medikamentbruk og tidligere erfaringer. Stimulustitrering ble brukt i mindre grad, 6,7 %

for dosering med x 5 krampeterskel og 4,4 % for dosering med x 3 krampeterskel. I 0,5 % ble det rapportert annen doseringsmetode (hvor det er beskrevet i fritekst at dosering ble basert på tidligere behandlingsserier). Se figur 2.30

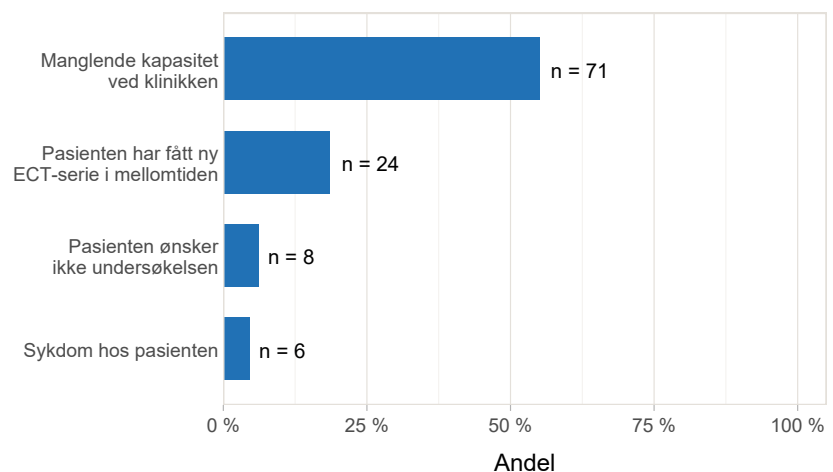


FIGUR 2.30: Andel av behandlingsserier med ulike metoder for å bestemme ladning ved første ECT. Antall serier for hver metode er vist til høyre for søylene.

2.3.2 Opplysninger fra pasientserie seks måneder

243 6-måneders kontrollskjema tilknyttet 237 unike pasienter ble meldt inn til registeret fra 19 innregistrerende enheter i løpet av 2025.

Har 6-månederskontroll blitt gjennomført etter avsluttet serie?



FIGUR 2.31: Årsaker for hvorfor 6-månederskontroller ikke gjennomføres.

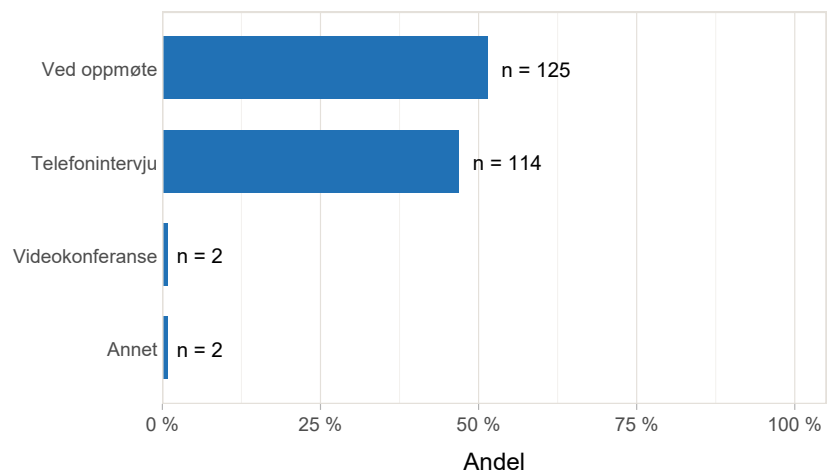
I den nasjonale faglige retningslinjen for ECT fra 2017 (punkt 6.3.7 Rutiner for oppfølging) er det en sterk anbefaling at pasienter bør

kalles inn til kontroll 6 måneder etter avsluttet ECT-serie for å vurdere eventuelle symptomer på tilbakefall eller bivirkninger etter ECT.

Det spørres derfor i skjemaet Pasientserie 6mnd om gjennomføring av 6-månederskontroll, og eventuell årsak for at kontrollen ikke gjennomføres.

Figur 2.31 viser at av de som har svart at 6-månederskontroller ikke er gjennomført, er det i 55 % av tilfellene på grunn av manglende kapasitet ved klinikken, 6 % på grunn av at pasienten ikke ønsker undersøkelsen, 5 % på grunn av sykdom hos pasienten, 19 % på grunn av at pasienten har fått ny serie i mellomtiden og 16 % har svart opplysning mangler.

På hvilken måte ble 6-månederskontrollen gjennomført?



FIGUR 2.32: Fordeling av hvordan 6-månederskontroller er gjennomført.

Hvordan undersøkelsen gjennomføres kan handle om kapasitet ved klinikken eller rutiner ved hver enkelt enhet. Figur 2.32 viser at nasjonalt er det 51 % som gjennomfører sine 6-månederskontroller ved oppmøte, 47 % ved telefonintervju, 1 % ved videokonferanse og 1 % har oppgitt annet, hvor det gis mulighet for fritekstsvar.

2.3.3 ECT tilbud i Norge - regional variasjon

Bakgrunn for analysen

Et av formålene med ECT-registeret er å skaffe oversikt over ECT-behandling i Norge. Ved å estimere raten av ECT-behandlede pasienter per 100 000 innbyggere, får vi et mål som gjør det mulig å sammenligne kapasitet og bruk av ECT ved ulike sykehus og regioner. Med en slik kartlegging vil vi avdekke uønsket variasjon i behandlingen i Norge. Store variasjoner mellom foretak kan tenkes å henge sammen med ulik tilgang, eller forskjeller i klinisk praksis og holdninger til behandlingen. Tilgjengeligheten til ECT er avhengig av flere faktorer. En av disse er kapasiteten til å gjennomføre ECT-narkoser/behandlinger per behandlingsenhet. Når dette settes i forhold til befolkningsgrunnlaget, kan en belyse eventuelle kapasitetsutfordringer.

Slik kom vi fram til tallene

Tall på pasienter som har mottatt ECT og befolkningsgrunnlaget er fra 2025.

I forbindelse med Nasjonal kartlegging av ECT-tilbud og organisering (årlig kartlegging) har det i skjemaene for 2023, 2024 og 2025 blitt gjort arbeid for å kartlegge de ulike opptaksområdene tilhørende sykehus/avdelinger med aktive ECT-apparater i Norge (heretter kalt enheter). I årsrapporten for 2024 var det for to sykehus (Orkdal og Molde) tvil om tallenes gyldighet, og disse var tatt ut av beregningene før første publisering. Det ble også oppdaget feil i etterkant for sykehus i Oslo-området, som førte til publisering av revidert versjon i desember 2025. Det er derfor gjort enda grundigere undersøkelser for tallene som presenteres i årets rapport.

Enhetene har i årets skjema blitt spurt om opptaksområdet vi har funnet fortsatt stemmer, hvorpå 5 enheter har gitt innspill om at manglende kommuner eller pasientgrupper for sine opptaksområder. De fleste er tatt til følge, med unntak av en enhet som ville ha med en kommune som har gjennomgått sammenslåing. Dette ønsket kunne ikke etterkommes, da det ikke kan hentes ut befolkningstall for dette spesifikke området fra SSB. For de to ECT-enhetene i helseforetaket St.Olavs (Alderpsykiatrisk avd ved St.Olavs og Orkdal DPS) har tallene blitt slått sammen, da pasientene i dette sykehusområdet flyter såpass mye mellom opptaksområdene at det vil være vanskelig å gjøre riktige beregninger uten å slå dem sammen.

Vi innhentet informasjon om antall unike pasienter i 2025 ved enhetenes selvrapportering til årlig kartlegging samt fra Norsk pasientregister (NPR) som samler informasjon om aktivitet i spesialisthelsetjenesten gjennom NCMF-koder. I utgangspunktet skulle tallene fra disse kildene være like. Datainnsamlingen for årets rapport bygger på både selvrapporterte tall fra enhetene og data fra NPR.

Hos enkelte så vi til dels betydelige avvik mellom antall rapporterte pasienter i NPR og tallene som ble oppgitt direkte av enhetene. Vi har i etterkant forstått at tallene fra NPR inneholder tall for pasienter som har mottatt vedlikeholdsbehandling, noe som kan gjøre tallene derfra noe høyere enn tallene enhetene har rapportert selv. Som hovedregel ble de selvrapporterte tallene lagt til grunn i analysene, da disse i større grad reflekterer faktisk klinisk aktivitet og er kvalitetssikret lokalt. Unntak ble gjort i to tilfeller der selvrapporterte tall ikke var tilgjengelige.

Videre må en også ta hensyn til at enkelte pasienter mottar ECT-behandling ved en annen enhet enn den de tilhører basert på bosted eller henvisende instans. Dette kan skyldes kapasitetsutfordringer, behov for spesialisert kompetanse, eller organisatoriske forhold i helseforetaket. Slike pasientflyttinger innebærer at

behandlingsdata registreres ved en annen enhet enn den som har det formelle behandlingsansvaret. Registrering av NCMP-koder ved denne typen pasientflyt kan påvirke behandlingsrater per enhet.

Vi beregnet en rate (antall unike ECT-behandlede pasienter pr 100 000 innbyggere over 16 år) på følgende måte:

Antall ECT-behandlede pasienter = n

Antall innbyggere 16 år eller eldre = N

med formelen:

$$n \times \frac{100\,000}{N}.$$

Vi har ikke hatt tilgang til informasjon om antall påbegynte ECT-serier. I og med at noen pasienter kanskje har fått flere ECT-serier i løpet av et år, vil vi derfor ikke kunne fange opp dette i resultatpresentasjonen.

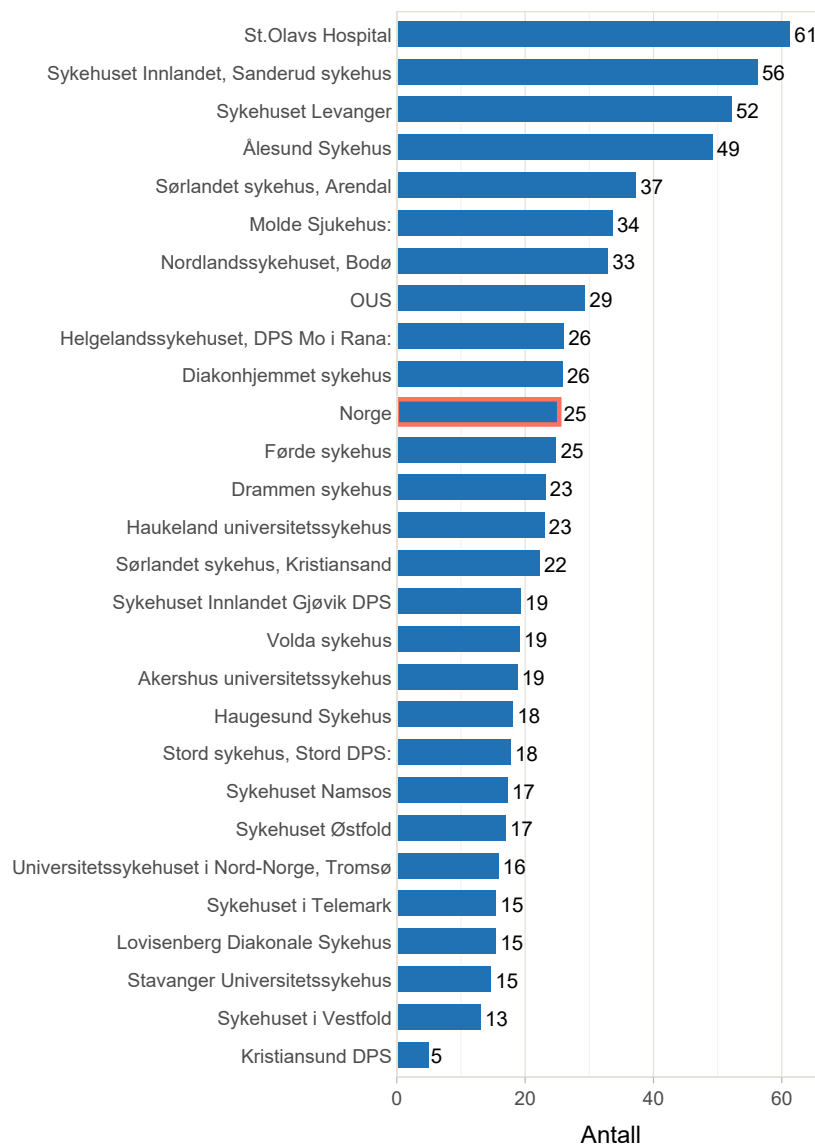
Videre har vi beregnet kapasiteten ved å bruke tall fra den årlige kartleggingen, der hver behandlingsenhet har oppgitt maksimalt antall ECT-behandlinger som kan gjennomføres per uke. For å gjøre tallene sammenlignbare på tvers av enheter, har vi standardisert kapasiteten som antall maksimalt mulige ECT-behandlinger per uke per 100 000 innbyggere. Dette er den teoretiske behandlingsskapasiteten, uavhengig av faktisk aktivitet.

For denne beregningen vil n være antall mulige behandlinger per uke (antall behandlinger per dag*antall behandlingdager i uka), mens N er den samme (antall innbyggere 16 år eller eldre).

Resultater

Antall behandlede pasienter per 100 000 i 2025:

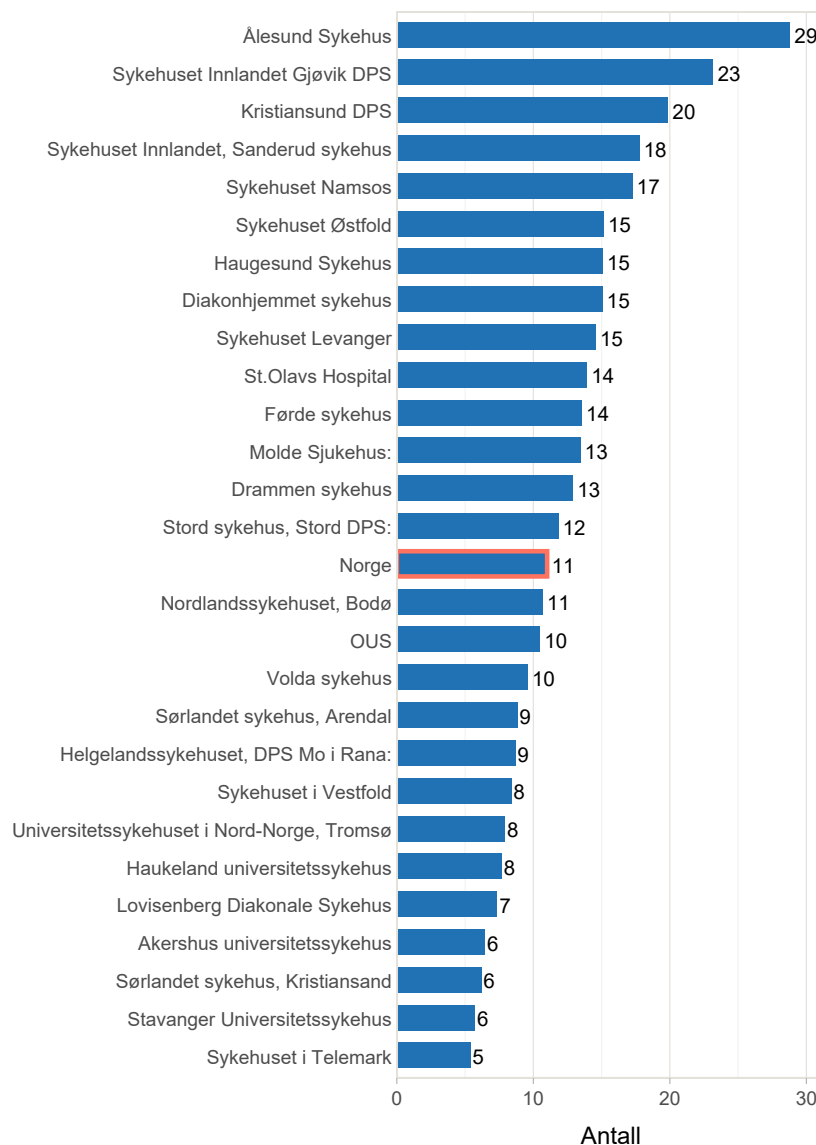
ECT-raten, angitt som antall unike pasienter som ble behandlet med ECT per 100 000 innbyggere i Norge, varierer mye. Gjennomsnittlig mottok 43 pasienter ECT ved hver enhet, per 100 000 innbyggere over 16 år i 2025, mens medianen var 36. Raten spenner fra 5 ved Kristiansund DPS, til 61 ved St.Olavs hospital. For hele landet samlet var raten 25 per 100 000 innbyggere over 16 år.



FIGUR 2.33: Unike pasienter som mottok ECT i 2025 per opptaksområde og per 100 000 i befolkningen (16 år eller eldre).

Kapasitet per uke:

Kapasitet beregnet utfra befolkningsgrunnlaget, slik den angis i antall behandlinger per dag og antall behandlingsdager pr uke, varierer også mye mellom sykehusområdene. Fra 5/100 000 ved Sykehuset i Telemark til 29/100 000 ved Ålesund sykehus. Gjennomsnittlig kapasitet for landet er 12/100 000.



FIGUR 2.34: ECT-kapasitet i et opptaksområde per uke, per 100 000 i befolkningen (16 år eller eldre).

Tallene må tolkes med forsiktighet, da det trolig foreligger variasjoner i registreringspraksis og usikkerhet rundt opptaksområde som beskrevet ovenfor. Likevel gjenspeiler de hvor tilgjengelig ECT-tilbudet er i ulike deler av landet.

Opptaksområdet for enhetene varierer mye. Fra 511 269 personer som sokner til ECT-enheten i Akershus, til 34 774 personer som sokner til enheten ved Namsos sykehus. Gjennomsnittlig opptaksområde (antall personer 16 år eller eldre) for de 27 enhetene er 171 200 ut fra våre beregninger.

Hvor mange unike pasienter som mottar ECT påvirkes av flere faktorer, der kapasitet til å tilby behandlingen er en viktig faktor. Denne faktoren bestemmes igjen av flere faktorer, der opptaksområde for hver ECT-apparat og avtalt antall behandlinger

per uke er de to viktigste, som redegjort for over.

I tillegg vil sesongavhengige endringer (som ferieavvikling) kunne ha større effekter noen steder enn andre, f.eks. der ECT settes på pause i visse perioder, eller gjennomføres med redusert kapasitet. En annen viktig faktor som vil påvirke hvor mye ECT som tilbys vil være faglige, kulturelle og tradisjonsbestemte vurderinger. Slike faktorer lar seg ikke vurdere i dette materialet.

2.3.4 Nasjonal kartlegging av ECT-tilbud og organisering 2025

I denne delen av årsrapporten sammenfattes data som er samlet inn gjennom Nasjonal Kartlegging av ECT-tilbud og organisering 2025.

Dette er en egen modul i registeret som inneholder registerets strukturvariabler og er utenfor MRS5. Sykehus/avdelinger (heretter kalt enheter) blir spurt om organisering, kapasitet, interne rutiner, med mer. Spørsmålene i kartleggingen tar i stor grad utgangspunkt i anbefalingene i Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling - ECT fra 2017, og tar sikte på å måle enhetenes etterlevelse av disse retningslinjene.

Skjemaet har blitt sendt ut til alle 28 sykehus/avdelinger med ansvar for organisering av behandlingstilbudet, opplæring av ECT-operatører og vedlikehold av et ECT-apparat. Mottakerne av skjemaene er ECT-ansvarlig eller avdelingsleder ved enhetene, for å sikre at kun ett skjema for hver enhet har blitt besvart. Avdelinger og DPSer som henviser pasienter til ECT-behandling uten videre ansvar for organisering av tilbudet har ikke fått tilsendt dette skjemaet. Fra 2024 til 2025 har det blitt en enhet mindre, da to enheter ved Oslo Universitetssykehus (Gaustad og Ullevål) har slått seg sammen til en enhet ved Aker sykehus i løpet av 2025.

Vi har mottatt svar fra 28 av de 28 enhetene som mottok skjemaet, som gir en svarprosent på 100 %. Dette er en forbedring fra 2024, hvor svarprosenten var på 96,5 %. Noen av resultatene som presenteres fra 2025 er sammenstilt med resultatene fra 2023, og 2024. Det er ingen spørsmål som er obligatoriske i spørreskjemaet, og det vil derfor være noen spørsmål som står ubesvart i noen av resultatene. N= vil derfor kunne være noe ulikt i de forskjellige analysene.

Enheter som er omfattet i resultatene nedenfor vises i tabell 4.1.

Organisering av avdeling og personale

Har behandlingsstedet egen faglig ansvarlig ECT-leder?

Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling - ECT fra 2017 (Punkt 6.3.1, Organisering av virksomheten) anbefaler en organisering av ECT virksomheten som sikrer at pasientene mottar forsvarlig ECT -behandling. For å oppfylle dette kravet bør det utpekes en leder ved ECT -lokalisasjonen med faglig ansvar for ECT -behandlingen. Denne lederen bør være spesialist i psykiatri.

28 av 28 enheter (100 %) rapporterte at de hadde egen faglig ansvarlig for ECT-virksomheten. Alle rapporterte at denne er spesialist i psykiatri. Ved en av enhetene er det faglige ansvaret fordelt mellom flere, og det er ikke en utpekt leder med det faglige ansvaret. Det er likevel oppgitt at denne enheten har faglig ansvarlig for behandlingen som gis.

Hvor ofte deltar faglig ansvarlig ECT-leder på behandlingsrommet, og hvem setter vanligvis ECT i deres enhet (når det ikke er snakk om opplæring)?

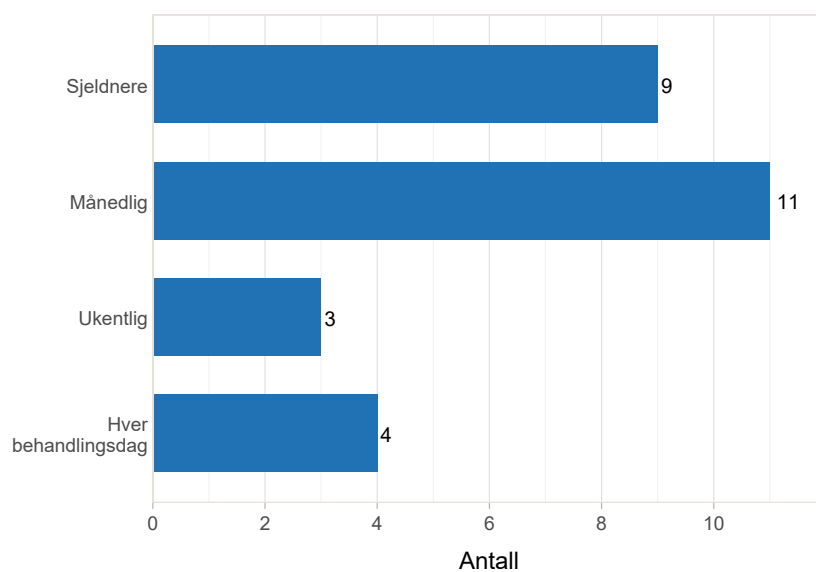
I den årlige kartleggingen har vi spurt enhetene om hvor ofte faglig ansvarlig deltar på behandlingsrommet under behandling, samt hvem som administrerer ECT-behandlingen.

For spørsmålet om hvor ofte faglig ansvarlig ECT-leder deltar på behandlingsrommet, har det vært mulig å krysse av for ett svaralternativ. Resultatene for 2025 viser at 6 færre enheter svarer at faglig ansvarlig er ukentlig til stede på behandlingsrommet i 2025 enn de foregående år, og 7 flere enheter som svarer at faglig ansvarlig er månedlig til stede enn i 2024.

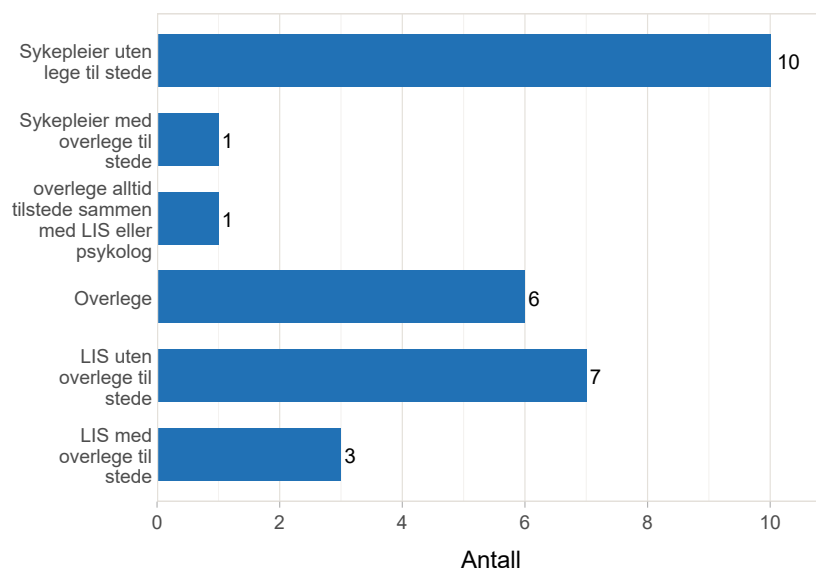
Spørsmålet om hvem som administrerer ECT i enheten har tidligere år vært et spørsmål med mulighet for å oppgi flere svaralternativer. I kartleggingen for 2025 har vi valgt å ta bort mulighet for flervalg, for lettere å kunne se hvilke enheter som er sykepleierdrevet. Resultatene av kartleggingen viser at 10 av 28 svarer at det vanligvis er sykepleier uten lege som setter ECT i enhetene.

Opplæringsprogram

I den Nasjonale faglige retningslinjen om bruk av elektrokonvulsiv behandling - ECT fra 2017 (punkt 6.3.3 Undervisning, opplæring og sertifisering), er det gitt en sterk anbefaling om at det bør utarbeides egne teoretiske og praktiske opplæringsprogram ved hver ECT-lokalisasjon.



FIGUR 2.35: Figuren viser hvor ofte faglig ansvarlig ECT-leder deltar på behandlingsrommet. Svar fra 27 av 28 enheter.



FIGUR 2.36: Figuren viser fordeling av hvem som setter ECT i de ulike enhetene.

Alle 28 enhetene svarer at de har praktisk opplæring som en del av sitt opplæringsprogram. 17 enheter har også teoretisk klasseromsundervisning, og 19 enheter har E-læringskurs.

Enhetene fikk anledning til å kommentere eventuelle utfordringer knyttet til opplæringsprogrammet i fritekstfelt, hvor det var totalt 8 enheter som besvarte. Det var 4 enheter som kommenterte at det manglet leger i spesialisering i stillingene, og 4 enheter (en overlappende) som rapporterte om manglende opplæringskapasitet hos spesialist i psykiatri. En enhet rapporterte om omorganisering som årsak til midlertidig redusert kapasitet.

Interne rutiner og kapasitet

Er det utført service på ECT-apparatet i løpet av siste kalenderår?

I den nasjonale faglige retningslinjen for ECT fra 2017 (punkt 6.3.4 Krav til apparatur, service/vedlikeholdsavtaler og rutiner for klargjøring av utstyr) er det gitt en sterk anbefaling om at apparatet skal kontrolleres regelmessig av kompetent avdeling.

21 av 28 enheter (75 %) svarte at ECT-apparatet hadde gjennomgått service i løpet av det siste året. Dette er en lavere andel enn det som ble rapportert for 2024, hvor 81 % svarte at det hadde blitt utført service i løpet av det siste året. 2 enheter har svart nei på dette spørsmålet i 2023, 2024 og 2025. Utover dette er det ikke de samme enhetene som svarer nei på dette spørsmålet i 2025 som i 2024.

Finnes det en reserveløsning ved maskinfeil?

I den nasjonale faglige retningslinjen for ECT fra 2017 (punkt 6.3.4 Krav til apparatur, service/vedlikeholdsavtaler og rutiner for klargjøring av utstyr) står det «*For å unngå avbrudd i en behandlingsserie dersom apparatet skulle svikte, bør man ha tilgang til et reserveapparat eller ha etablert samarbeid med andre ECT-lokalisasjoner.*»

18 av 28 enheter (64 %) har svart at de har en reserveløsning ved maskinfeil. Dette er en høyere andel enn foregående år (60 %). Det er stort sett de samme enhetene som fra år til år angir å ha reserveløsning, og for 2025 svarer samtlige enheter. Tre enheter som anga å ha en reserveløsning i 2024, anga ikke å ha dette i 2025. 8 enheter som svarte at de ikke hadde reserveløsning i 2024 oppgir dette fortsatt i 2025.

ECT-enhetens lokaler

I den Nasjonale faglige retningslinjen for ECT fra 2017 (punkt 6.3.5 Krav til lokaler) er det gitt en sterk anbefaling om å etablere egne tilfredsstillende lokaler for ECT-virkosomheten. Enhetene ble spurt om de hadde egne lokaler til venterom, behandlingsrom og

TABELL 2.7: ECT-enhetens lokaler – fritekstsvar

«Vi utfører ECT på kirurgisk overvåkningsavdeling. (...) Pasienten får behandling på enerom. ECT apparatet trilles ut og flyttes til neste pasient.»

«ECT utføres på intensiv avdeling som har sine lokaler, DPS døgn ligger på et annet sted. Pasienter kjøres frem og tilbake til ECT. De har alltid følge fra avdelingen.»

«Vi har tilgang til et kontor for samtaler med pasienter, ved behov. I lavdriftsperioder (sommerferie), da anestesipersonalet ikke har anledning til å komme til våre lokaler, kan vi gi behandling på behandlingsrom på intensivavdelingen. Dette lokalet er imidlertid trangt og uhensiktsmessig, vi har ikke eget venterom eller eget område for oppvåkning, og det reduserer kapasiteten til ECT-poliklinikken.»

«Lokalene er nye og veldig fine, oppvåkningsrommet er stort og vi er godt fornøyde.»

oppvåkning.

13 enheter har svart at de har egne lokaler for venterom, 15 har egne lokaler for oppvåkningsrom og 17 av 28 har svart at de har egne behandlingsrom for ECT. 15 av enhetene benytter lokaler i somatiske sykehus. Ved dette spørsmålet er det mulig å svare flere alternativer; en kan derfor ikke utelukke at noen av dem som har krysset av for at de benytter lokaler i somatisk sykehus også har krysset av for at de eksempelvis har eget behandlingsrom eller andre rom.

Enhetene har hatt mulighet til å kommentere sine lokaler i fritekst. I disse kommentarene har 16 enheter skrevet at de benytter lokaler i den somatiske delen av sykehuset (ofte anestesi, operasjon eller dagkirurgi-rom/avdelinger) for å få utført ECT-behandling. Et utvalg av kommentarer fra fritekstfelt er gjengitt i tabell (se tabell 2.7).

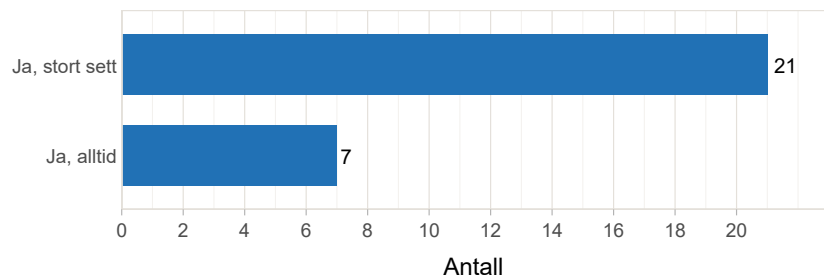
Behandlingskapasitet

Enhetene hadde muligheten til å kommentere sin behandlingskapasitet i fritekst.

Enhetene ble bedt om å svare på om de vanligvis har tilstrekkelig kapasitet til å tilby pasienter ECT når de trenger det. Det var ingen enheter som svarte nei på dette spørsmålet. 7 enheter (25 %) svarte at de alltid har tilstrekkelig kapasitet, mens 21 enheter (75 %) svarte at de stort sett har tilstrekkelig kapasitet til å tilby ECT når pasientene trenger det. På oppfølgende spørsmål om det hender at pasienters behandling må utsettes på grunn av kapasitetsutfordringer, fremgår det imidlertid at 12 enheter (43 %) rapporterer at dette skjer flere ganger i året, mens 3 enheter (11 %) svarer at dette skjer flere ganger hver måned. 13 enheter (46

%) svarer at det ikke hender at behandling må utsettes grunnet kapasitetsutfordringer.

Enhetene hadde også mulighet til å kommentere sin behandlingsskapasitet i fritekst, hvor 21 av 28 enheter svarte. 7 enheter beskrev anestesikapasiteten som en begrensende faktor, og 3 enheter kommenterte eksplisitt at det var kapasitetsutfordringer i ferieavviklingen. Andre kommentarer dreide seg blant annet om økende antall henviste vedlikeholdspasienter. Se utdrag av disse svarene i tabell 2.8.

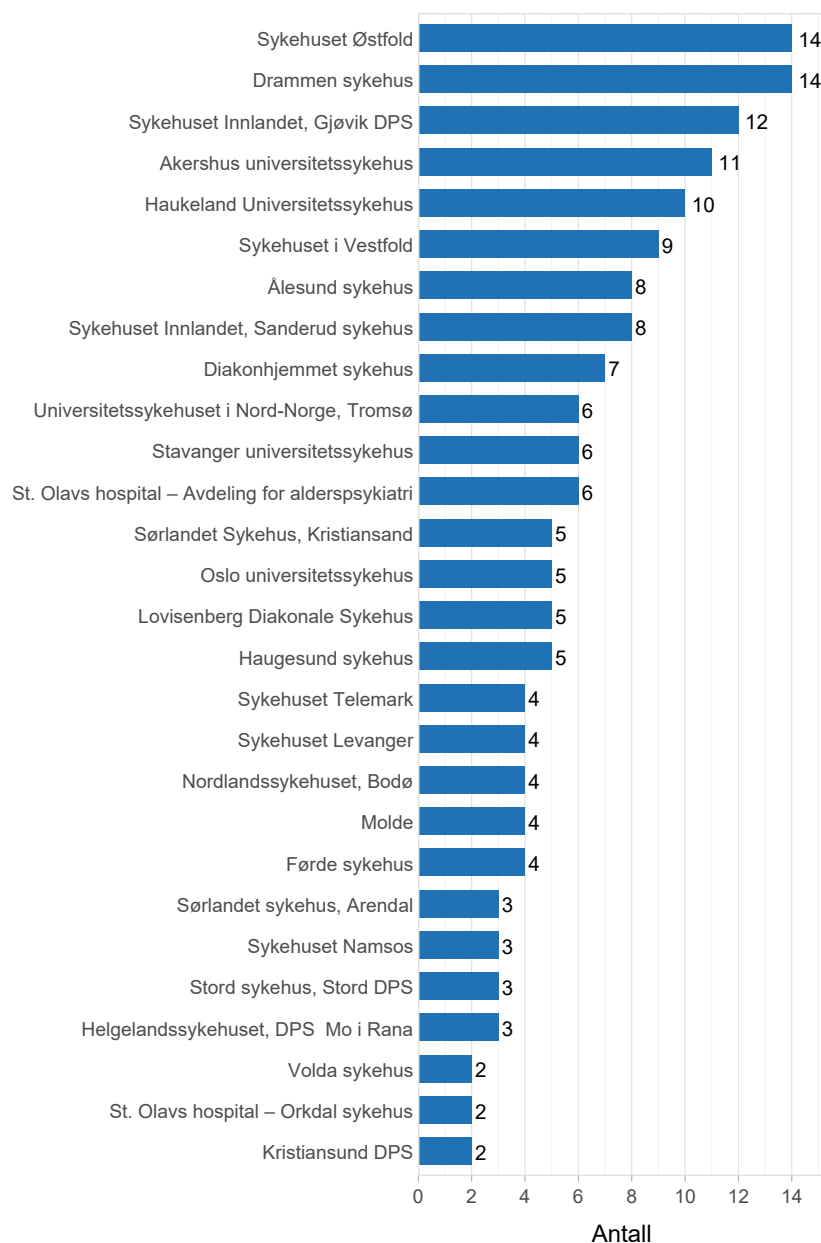


FIGUR 2.37: Figuren viser om enhetene vanligvis har tilstrekkelig kapasitet til å tilby pasienter ECT-serie når de trenger det.

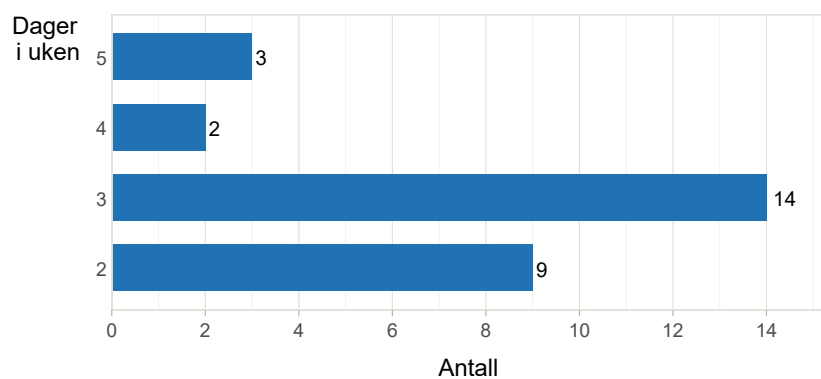
Hvor mange behandlinger kan utføres maksimalt i løpet av en behandlingsdag?

Kapasiteten til å utføre ECT varierer mellom enhetene, med et spenn fra 2 til 14 behandlinger i løpet av en behandlingsdag. Gjennomsnittlig antall mulige behandlinger per enhet i løpet av en dag er 6,0. Denne variasjonen må sees i sammenheng med størrelsen på opptaksområde, personalressurser (psykisk helsevern, anestesi) og pasientgrunnlaget.

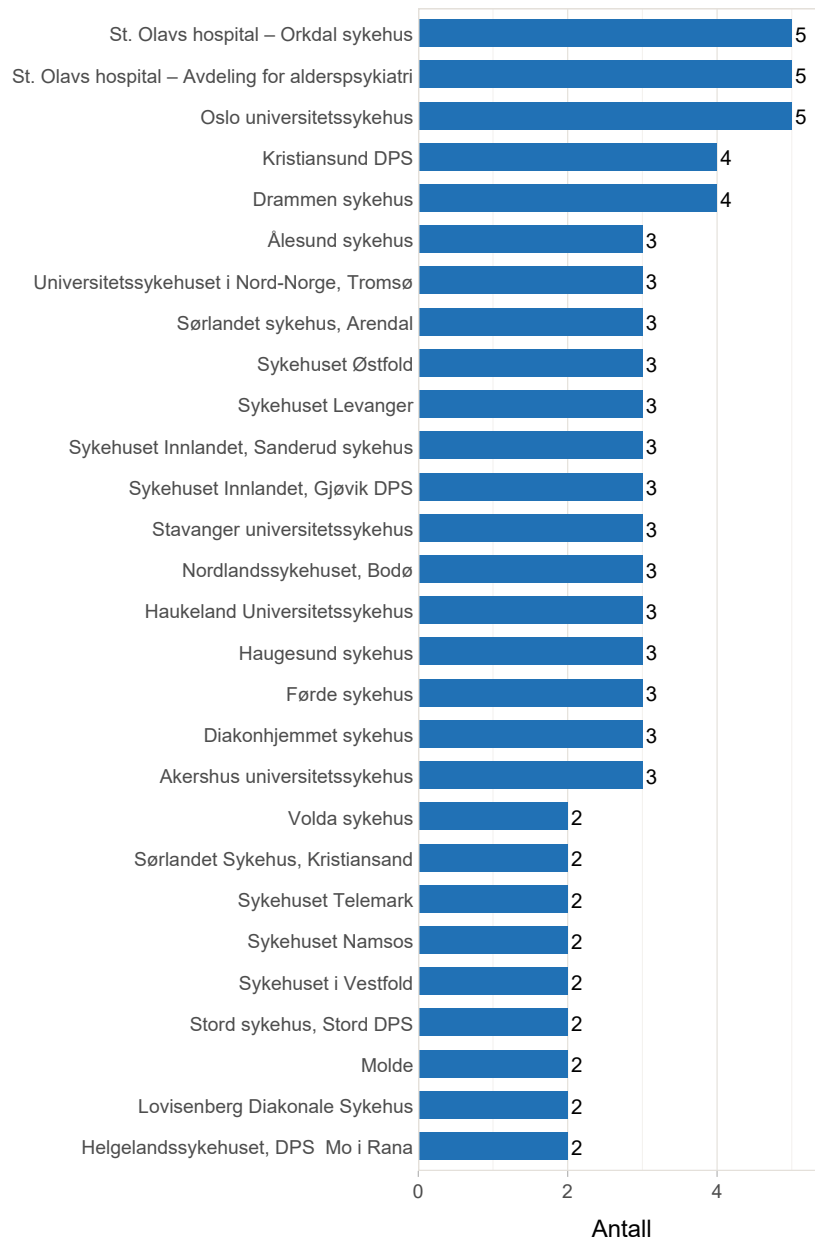
Enhetene ble også bedt om å svare på hvor mange dager i uken de vanligvis gir ECT. Dette varierer mellom enhetene, med et spenn på 2 til 5 dager per uke. 82 % av enhetene svarer at de gir behandling 2 eller 3 dager i uken.



FIGUR 2.38: Figuren viser behandlingsskapitet per behandlingsdag for de ulike enhetene.



FIGUR 2.39: Antall dager i uken det gis ECT-behandling vanligvis.



FIGUR 2.40: Figuren viser antall behandlingsdager per uke for de ulike enhetene.

TABELL 2.8: ECT-enhetens kapasitet – fritekstsvar

«Økende antall vedlikeholdspasienter har gitt hyppigere situasjoner der oppstart må utsettes.»
«Vi har relativt lite kapasitetsutfordringer, men i enkelte perioder med mye pågang får enkelte pasienter 1-2 behandlinger pr uke i stedet for 3, slik at det tar litt lenger tid å få gjennomført en serie. Oppstart er så å si aldri et problem.»
«Det har vært periodevise begrensninger fra anestesipersonalets side, f eks i forbindelse med ferieavvikling, dette har gitt kapasitetsutfordringer og ventetid, og har vært opplevd svært uheldig»
«Vi får ikke tilbudt ECT med samme kapasitet om sommeren, på grunn av lavdrift, både ved ECT-poliklinikken og anesthesiavdelingen. Anesthesiavdelingen har lavdrift i 9 uker (...). Lavdriftsperioden fører til opphopning av pasienter og dermed venteliste utover høsten. Noen pasienter får ikke tilbud. Noen pasienter får oppstart veldig forsinket, og det har vært tilfeller da pasienter i mellomtiden har blitt mye sykere.»
«Kapasiteten går greit bortsett fra i ferier og høytid da antall behandlinger blir redusert. Det arbeides sammen med anesthesiavdelingen for å se på muligheter for å øke kapasiteten spesielt gjennom sommerferien. Slik det har vært frem til nå kamoufleres behovet med at pasienter blir ventende hjemme før innleggelse, eller at pasientene får lengre innleggelser da vi ikke har kapasitet til å gi tilstrekkelig antall behandlinger pr uke.»
«For ca 1,5 år siden fikk vi utvidet kapasitet med 5 flere pasienter, det har hjulpet mye ifht kapasitet og det å kunne tilby vedlikeholds ECT.»
«Vi har relativt lite kapasitetsutfordringer, men i enkelte perioder med mye pågang får enkelte pasienter 1-2 behandlinger pr uke i stedet for 3, slik at det tar litt lenger tid å få gjennomført en serie. Oppstart er så å si aldri et problem.»

Enhetenes tilbud og kapasitet til å tilby kontinuasjonbehandling og vedlikeholdsbehandling

I den nasjonale faglige retningslinjen for ECT fra 2017 (punkt 5.1.2 Vedlikeholdsbehandling etter endt ECT-serie ved depresjon) er det en sterk anbefaling at pasienter fortsetter med medikamentell vedlikeholdsbehandling med antidepressiva etter endt ECT-serie, og en svak anbefaling om at ECT kan foreslås som vedlikeholdsbehandling til pasienter som ikke har tilstrekkelig nytte av psykofarmakologisk behandling eller som foretrekker ECT fremfor legemidler.

Registeret har som et av sine mål å kartlegge ECT-virksomhetens strukr og organisasjon, inkludert å kartlegge om tilbudet om kontinuasjons- og vedlikeholdsbehandling er likeverdig ved de ulike enhetene. Kontinuasjonsbehandling og vedlikeholdsbehandling gis etter avsluttet behandlingsserie/indeksserie med det formål å opprettholde behandlingseffekt og sykdomstilbakefall. Vanligvis gis behandlingene da med lengre intervaller.

23 enheter (82 %) av enhetene har svart at de tilbyr kontinuasjonbehandling, mens 25 enheter (89 %) har svart at de tilbyr vedlikeholdsbehandling. 2 enheter rapporterer at de hverken tilbyr kontinuasjons- eller vedlikeholdsbehandling, mens 3 av enhetene angir at de gir et av behandlingstilbudene.

Registeret spør også om enhetene har kapasitet til å gi kontinuasjon- eller vedlikeholdsbehandling til pasientene når de trenger det. 3 av 25 enheter som tilbyr kontinuasjons- og/eller vedlikeholdsbehandling svarer at de sjelden eller ikke har kapasitet til å tilby behandlingen, til tross for at det er et etablert behandlingstilbud. De resterende 25 enhetene svarer at de stort sett eller alltid har kapasitet til å tilby kontinuasjons- eller vedlikeholdsbehandling til de pasientene som trenger det. 2 av disse har i fritekstfelt kommentert at det er økende kapasitetsutfordringer.

Har enheten rutiner for å kalle inn pasienter til etterkontroll etter 6 måneder?

I den nasjonale faglige retningslinjen for ECT fra 2017 (punkt 6.3.7 Rutiner for oppfølging) er det en sterk anbefaling at pasienter bør kalles inn til kontroll 6 måneder etter avsluttet ECT-serie for å vurdere eventuelle symptomer på tilbakefall eller bivirkninger etter ECT.

13 enheter (46 %) har svart at de har rutiner for å kalle inn pasienter til etterkontroll etter 6 måneder. 2 av enhetene som svarte at de ikke hadde etterkontroll i 2023 har svart at de har etterkontroll i 2024. For øvrig er det de samme enhetene som har svart at de har rutiner for etterkontroll i 2025 som i 2024.

Registreres alle ECT-sesjonene med medisinske prosedyrekoder?

Da korrektheten av ECT-registerets dekningsgrad er avhengig av at enhetene registrerer NCMP-koder for behandlingen som utføres, var dette en variabel som ble tatt med i Nasjonal kartlegging av ECT-tilbud og organisering. 23 enheter (82 %) svarer at alle ECT-sesjonene registreres, dette er økning fra 68 % av enhetene i 2024. Det er ingen enheter som svarer at ECT-sesjonene ikke registreres, men 5 enheter (18 %) angir her at opplysning mangler. Det er også gitt mulighet til å kommentere i fritekst, hvor 2 av de 5 enhetene som har svart at opplysning mangler utdyper at det ikke foreligger oversikt eller rutiner.

Er det lagt til rette for at erfaringskonsulenter eller tidligere pasienter kan gi informasjon til pasienter som vurderer behandling med ECT?

I den nasjonale faglige retningslinjen for ECT fra 2017 er det en sterk anbefaling at hvert helseforetak bør legge til rette for at erfaringskonsulenter eller tidligere pasienter kan gi informasjon til pasienter som vurderer behandling med ECT.

2 enheter (7 %) har svart at det er tilrettelagt at erfaringskonsulenter eller tidligere pasienter kan gi informasjon til pasienter som vurderer behandling med ECT. Dette er en enhet mindre, sammenlignet med tall fra 2024.

Behandlingsrutiner og anestesi

Foretrukne søvnmidler og legemidler som brukes rutinemessig i ECT-behandling

En enhet oppgir at de foretrekker etomidate som søvnmiddel ved ECT-behandling. Resten av enhetene er delt, 15 enheter oppgir at de benytter propofol, mens 12 oppgir at de benytter tiopental.

Enhetene fikk mulighet til å kommentere i fritekst og ble oppfordret til å oppgi hvorfor de benytter foretrukne søvnmiddelet, og 16 enheter responderte på dette. 7 av 15 enheter som oppgir å primært benytte propofol kommenterer at dette er anestesi sitt foretrukne middel, mens 7 av 12 enheter som primært benytter tiopental begrunner dette med kultur og/eller erfaring.

På spørsmål om enheten rutinemessig benytter andre anestesimidler oppgir 1 av enhetene at de benytter ketamin rutinemessig, som tillegg til søvnmiddel. 4 enheter oppgir alfentanil og en enhet oppgir remifentanil.

Del II

Administrative opplysninger

3 Registerbeskrivelse

TABELL 3.1: Opplysninger om registeret.

Bakgrunn for registeret	<p>ECT – elektrokonvulsiv terapi – er en behandlingsform der det gis en kontrollert mengde strøm til hodet for å utløse et generalisert epileptisk anfall. Behandlingen gis under narkose, fortrinnsvis til pasienter som har samtykket til å motta behandlingen. Behandlingen gis i serier – det vil si at pasienten får en rekke behandlinger fra én til flere ganger i uken flere uker på rad, til en oppnår remisjon av symptomer. Behandlingen kan også gis som kontinuasjons- eller vedlikeholdsbehandling. ECT har i mange tilfeller rask effekt på alvorlig depresjon. Hovedindikasjon for behandlingen er alvorlig depresjon med eller uten psykosesymptomer, men ECT kan også ha god effekt hos de med moderate eller alvorlige depressive episoder der medikamentell/annen behandling ikke har ført frem. Før registeret har det ikke eksistert noe oversikt over antall pasienter eller behandlinger som utføres i Norge. Det er også usikkerhet rundt bivirkninger og virkningsmekanismer, og det har vært skepsis til ECT blant befolkning og i fagmiljøet, som oftest knyttet til hukommelsesvansker under og etter behandlingen.</p>
Type register	Prosedyreregister
Årstart etablert	2022
Årstart nasjonal godkjenning	2022
Årstart for start av datainnsamling	2023

Tabellen fortsetter på neste side ...

TABELL 3.1: ... fortsettelse fra forrige side

Registerets formål	<p>ECT-registeret er et kvalitetsregister som inkluderer alle pasienter som behandles med ECT i Norge, og er tilknyttet spesialisthelsetjenesten. Registeret skal bidra til å forbedre og kvalitetssikre behandlingen og danne grunnlag for forskning. Registerets formål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Registeret skal skaffe oversikt over ECT som gis i Norge. 2 Registeret skal bidra til å sikre at Nasjonale retningslinjer for ECT fra 2017 etterleves, særlig med tanke på følgende hovedområder: <ul style="list-style-type: none"> - Informasjon og rettslig grunnlag - Indikasjoner for behandling - Standarder for gjennomføring av behandling 3 Registeret skal bidra til å skaffe kunnskap om pasientenes opplevelse av behandlingen. 4 Registeret skal danne grunnlag for forskning og skape mulighet for kobling av data med andre nasjonale registre, samt sammenlikning av data og resultater nasjonalt og internasjonalt.
Analyser som belyser registerets formål	Registeret har definert 5 kvalitetsindikatorer. Det presenteres også analyser og tall fra registrerte data i MRS, i tillegg til tall fra Nasjonal kartlegging av ECT-tilbud og organisering hvor vi primært henter inn data om organisering, praksis og etterlevelse av retningslinjer.
Juridisk hjemmelsgrunnlag	Det rettslige grunnlaget for databehandlingen er personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav e. Behandlingsgrunnlag følger av Forskrift om medisinske kvalitetsregistre, § 1-4. Forskriften gir nødvendig supplerende rettsgrunnlag i samsvar med artikkel 6 nr. 1 bokstav e, jf. nr. 3, og unntak fra forbudet mot behandling av helseopplysninger i samsvar med artikkel 9 nr. 2 bokstav j. (Helseregisterloven og forskriften om medisinske kvalitetsregistre utgjør nødvendig supplerende nasjonalt rettsgrunnlag, jf. krav i artikkel 6 nr. 3). Registeret er reservasjonsbasert.
Databehandler	Norsk Helsenett
Databehandlingsansvarlig	Helse Bergen HF
Faglig leder/ registersekretariat med kontaktinformasjon	<p>Konst. faglig leder i 2025: Ute Kessler Faglig leder fra 1.1.2026: Øyvind Steier Daglig leder: Kristine Elsa Krokli Kontakt: nasjonaltectregister@helse-bergen.no</p>

Tabellen fortsetter på neste side ...

TABELL 3.1: ... fortsettelse fra forrige side

Fagrådets medlemmer	<p>Fagrådet består av representanter fra alle helseforetak og relevante yrkesforeninger, brukerorganisasjoner og registerledelse.</p> <p>Medlemmer av fagrådet i 2025 har vært:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eivind Aakhus, psykiater, phd, leder av fagrådet - Lisa Digerud, sykepleier, representerer Helse Midt og Norsk sykepleierforbund - Christine Mohn, psykolog, phd, representerer Norsk psykologforening - Ute Kessler, psykiater, phd, forskningsleder (uten stemmerett i 2025, da hun var konstituert faglig leder) - Pernille Hegre Sørensen, psykiater, representerer Helse Vest - Lena Kristin Nerdal, psykiater, representerer Helse Nord og Norsk psykiatrisk forening - Magritt Skjølvold Ræder, psykiater, representerer Helse Sør-Øst - Stig Bech, brukerrepresentant, representerer Bipolarforeningen - Ole-Marius Minde Johnsen, brukerrepresentant, representerer Mental Helse - Bente Mogaard, spesialist i anesthesiologi, representerer Norsk anesthesiologisk forening <p>Faglig og daglig leder er i fagrådets sekretariat, henvendelser kan rettes dit ved epost: nasjonaltecregister@helse-bergen.no</p>
Aktivitet i fagrådet	<p>Fagrådet har i løpet av 2025 hatt tre møter. Møtene i februar og mai var digitale, i oktober hadde fagrådet et fysisk heldagsmøte i Bergen. Fagrådet har i disse møtene diskutert utrulling og implementering av registeret, videre utvikling av variabler og funksjoner i MRS, og faglig retning for registeret. Heldagsmøtet ga rom for en mer detaljert gjennomgang av variabler for årlig kartlegging av ECT-tilbud og organisering, samt resultater og kvalitetsindikatorer i årsrapporten. Fagrådet har også planlagt og gjennomført "den andre nasjonale ECT-konferansen", den 11. februar i Bergen.</p>
Inklusjonskriterier	<p>Inklusjonskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle pasienter over 16 år i Norge som mottar ECT, og som ikke har reservert seg, registreres i MRS5. - Alle sykehus/avdelinger som har ansvar for drift, vedlikehold og opplæring av et aktivt ECT-apparat blir invitert til å svare på Nasjonal kartlegging av ECT-tilbud og organisering.

Tabellen fortsetter på neste side ...

TABELL 3.1: ... fortsettelse fra forrige side

Metode for datafangst	Datainnsamling gjennom teknisk løsning (MRS5):
	<ul style="list-style-type: none"> - Pasientserie (hovedskjema): <ul style="list-style-type: none"> - Registreres av alle sykehus som behandler/har inneliggende pasienter som mottar ECT-behandling. - Data som samles inn via dette skjemaet: Demografi (kjønn, alder, bosted), navn, personnummer, diagnose, indikasjon for ECT, psykometri (symptomintensitet ved MADRS og CGI), tekniske forhold ved behandlingen, antall behandlinger, samtykkestatus, paragrafstatus (§2.1 frivillig, §3.2/§3.3 tvungent psykisk helsevern), komplikasjoner og alvorlige hendelser. - Pasientserie 6mnd (skjema som registreres 6 måneder etter siste behandling i serien, knyttes til hovedskjema): <ul style="list-style-type: none"> - Registreres av alle sykehus som behandler/har inneliggende pasienter som mottar ECT-behandling. - Data som samles inn via dette skjemaet: psykometri (symptomintensitet ved MADRS og CGI), eventuell vedlikeholdsbehandling. - Pasientsvar, PROM/PREM (knyttet til hovedskjema, fylles ut ved behandlingens slutt): <ul style="list-style-type: none"> - Fylles ut av pasient. - Data som samles inn via dette skjemaet: pasientens tilfredshet med behandling og oppfølging, opplevelse av bedring (PGI-I), hukommelse (CPRS hukommelses-ledd). - Pasientsvar, PROM/PREM (knyttet til Pasientserie 6mnd): <ul style="list-style-type: none"> - Fylles ut av pasient. - Data som samles inn via dette skjemaet: samme variabler som PROM/PREM-skjema knyttet til hovedskjema, med to ekstra spørsmål om de følte at ECT hjalp dem og om de fikk god nok oppfølging i tiden etter utskrivelse.
	<p>Datainnsamling gjennom Nasjonal kartlegging av ECT-tilbud og organisering:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Nasjonal kartlegging av ECT- tilbud og organisering (Årlig kartlegging): <ul style="list-style-type: none"> - Fylles ut av alle sykehus som har ansvar for drift, opplæring/sertifisering av ECT-operatører, og vedlikehold av et aktivt ECT-apparat. - Data som samles inn via dette skjemaet: etterlevelse av anbefalinger i nasjonal retningslinje, antall pasienter og behandlinger for året, bruk av nødrett, behandlingsskapitet, tilbud om vedlikeholdsbehandling, komplikasjoner, lokaler, opptaksområde, opplæring, faglig dekning, organisering av tilbudet og utstyr, med mer.

TABELL 3.1: ... fortsettelse fra forrige side

Teknisk løsning for datafangst, og årstall for start	I løpet av 2022 og våren 2023 ble det i samarbeid med Helse Midt-Norge IKT (Hemit) utviklet og implementert en elektronisk løsning for datafangst basert på MRS5-plattformen. Datainnsamling startet 1. september 2023.
Metadata	ECT-registeret ferdigstilte beskrivelse av metadata høsten 2025, og fikk disse publisert på helsedata.no i mai 2026.
Innsynsløsning	ECT-registeret har etablert innsynsløsning via helsenorge.no. Denne løsningen ble etablert i 2023.
Antall pasienter/skjema/hendelser i rapporteringsåret	<p>Pasientserie (Hovedskjema): 735</p> <p>Pasientsvar (PROM/PREM): 533 (135 fra helsenorge)</p> <p>Pasientserie 6mnd: 373</p> <p>Pasientsvar 6mnd (PROM/PREM tilhørende Pasientserie 6mnd): 291</p> <p>Nasjonal kartlegging av ECT- tilbud og organisering (Årlig kartlegging): 28 enheter fikk tilsendt spørreskjemaet. Av disse har 28 enheter respondert.</p>
Totalt antall pasienter/skjema/hendelser	<p>Pasientserie (Hovedskjema): 1305</p> <p>Pasientsvar (PROM/PREM): 980</p> <p>Pasientserie 6mnd: 504</p> <p>Pasientsvar 6mnd (PROM/PREM tilhørende Pasientserie 6mnd): 382</p> <p>Nasjonal kartlegging av ECT- tilbud og organisering (Årlig kartlegging): 28 enheter fikk tilsendt spørreskjemaet. Av disse har 28 enheter respondert.</p>
Stadium og nivå	Ekspergruppen har vurdert Nasjonalt ECT-register til å være i stadium 2B.

4 Datakvalitet

4.1 Tilslutning og antall registreringer

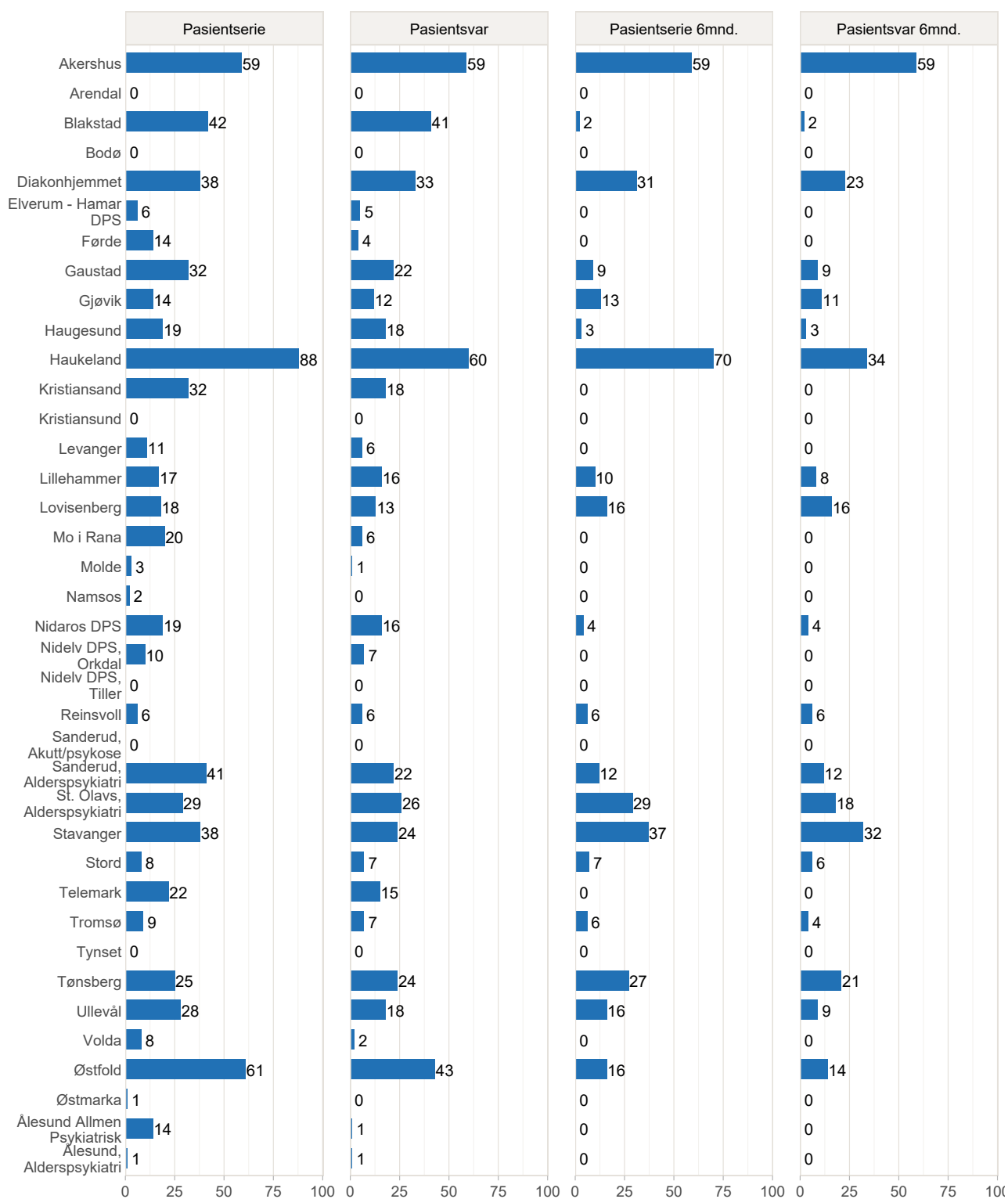
32 av 36¹ innregistrerende enheter (88 %) har rapportert pasientopplysninger til ECT-registeret i MRS5 i 2025. Pasientopplysninger registreres i fire skjema:

- Pasientserie: Registerets hovedskjema hvor det samles inn flest opplysninger om behandlingen. Fylles ut av kliniker.
- Pasientsvar: PROM/PREM-skjema som fylles ut av pasient i etterkant av behandlingen, knyttes til hovedskjemaet.
- Pasientserie 6mnd: Skjema tilknyttet hovedskjemaet, hvor det samles inn opplysninger om pasientens tilstand og behandling i tiden etter ECT-behandling. Fylles ut ved 6-månederskontroll av kliniker
- Pasientsvar 6mnd: PROM/PREM skjema som fylles ut av pasienten 6 måneder etter behandlingen.

I figur 4.1 vises hvor mange av de ulike skjematypene som har blitt registrert ved hver enhet (se kapittel 3 på side 62 for utfyllende beskrivelse av hvert enkelt skjema).

Nasjonal kartlegging av ECT-tilbud og organisering (årlig kartlegging) gjennomføres som en egen modul i registeret og omfatter strukturvariabler knyttet til organisering, opplæring og teknisk drift. Denne modulen er ikke en del av MRS5. Kartleggingen for 2025 er besvart av alle 28 enheter, noe som tilsvarer en svarprosent på 100 %. Dette skjemaet ble sendt til alle enheter som har ansvar for organisering av behandlingstilbudet, opplæring av ECT-operatører og vedlikehold av et ECT-apparat. Hver enhet skal kun besvare ett skjema, og enheter som har levert dette er markert med «1» i siste kolonne i vrefstab:tab-arlig-kartlegging. Enheter som kun henviser pasienter til ECT-behandling, uten å ha ansvar for selve tilbudet, har ikke mottatt skjemaet og er derfor markert med «X». Avdelinger og DPSer som har mottatt skjema men ikke svart, er markert med 0.

¹36 innregistrerende enhet vil si alle sykehus, avdelinger eller DPS som registeret er opplyst om på nåværende tidspunkt at skal levere pasientopplysninger til registeret. Dette tallet kan øke, avhengig av hvordan de ulike sykehusene organiserer registrering og behandling



FIGUR 4.1: Antall registrerte skjema per enhet for 2025.

TABELL 4.1: Enheter som har fått tilsendt årlig kartlegging for 2025. Enhetene som har besvart skjemaet er markert med «1», enheter som ikke har svart er markert med «0», og enhetene som kun henviser pasienter til ECT-behandling, uten å ha ansvar for selve tilbudet, har ikke mottatt skjemaet og er derfor markert med «X».

Enhet	Årlig kartlegging
Haukeland	1
Oslo Universitetssykehus	1
Akershus	1
St. Olavs, Alderspsykiatri	1
Østfold	1
Sanderud, alderspsykiatri	1
Haugesund	1
Stord	1
Tønsberg	1
Telemark	1
Kristiansand	1
Diakonhjemmet	1
Drammen	1
Lovisenberg	1
Gjøvik	1
Stavanger	1
Lillehammer	X
Reinsvoll	X
Førde	1
Nidelv DPS, Orkdal	1
Mo i Rana	1
Kristiansund	1
Molde	1
Ålesund	1
Volda	1
Levanger	1
Namsos	1
Bodø	1
Nidaros DPS	X
Østmarka	X
Sanderud, Akutt/psykose	1
Arendal	1
Tromsø	1

4.2 Dekningsgrad og responsrate

4.2.1 Metode for beregning av dekningsgrad

Registeret har i samarbeid med Folkehelseinstituttet (FHI) i 2025 arbeidet med førstegangs dekningsgradanalyse, og arbeidet ble ferdigstilt like før årsskiftet.

Dekningsgraden beregnes ved å koble skjema registrert i ECT-registeret mot en gitt frekvens av registrerte prosedyrekoder (NCMP-koder) meldt til NPR. Et skjema i ECT-registeret gjelder for én behandlingsserie. Det ble laget oppsett for å identifisere behandlingsseriene i koder registrert for ECT-behandlinger i NPR ut fra datoer de ble registrert og tidsintervall mellom disse.

Registeret har mottatt uttrekk fra NPR med oversikt over følgende prosedyrekoder:

- IBEB00 Elektrokonvulsiv terapi (ECT) med unilateral elektrodeplassing. Elektroder plassert på én side av hodet.
- IBEB05 Nødrett: Elektrokonvulsiv terapi (ECT) med unilateral elektrodeplassing. Prosedyren er utført uten pasientens samtykke, under henvisning til nødrett, jf. straffelovens § 17.
- IBEB11 Elektrokonvulsiv terapi (ECT) med bifrontal elektrodeplassing. Elektroder plassert på pannen på begge sider av hodet.
- IBEB16 Nødrett: Elektrokonvulsiv terapi (ECT) med bifrontal elektrodeplassing. Prosedyren er utført uten pasientens samtykke, under henvisning til nødrett, jf. straffelovens § 17
- IBEB12 Elektrokonvulsiv terapi (ECT) med bitemporal elektrodeplassing. Elektroder plassert på tinningen på begge sider av hodet.
- IBEB17 Nødrett: Elektrokonvulsiv terapi (ECT) med bitemporal elektrodeplassing. Prosedyren er utført uten pasientens samtykke, under henvisning til nødrett, jf. straffelovens § 17

Erfaringene fra dekningsgradsanalysen viser at det er et forbedringspotensial i registreringen av NCMP-koder på nasjonalt nivå. Dette underbygges av avvik vi ser mellom ulike datakilder (årlig kartlegging, NPR, MRS), samt variasjon i rapporteringspraksis mellom enheter. Analysen tyder både på overregistrering og underrapportering av behandlinger. I noen foretak registreres samme behandlingsforløp flere ganger, noe som gir et kunstig høyt antall behandlinger, mens det ved andre enheter fremstår som om ikke alle behandlinger blir kodet og rapportert. Vi mener disse utfordringene i stor grad kan forklares av ulik registreringspraksis. Spesielt ser det ut til å oppstå feil når pasienter mottar behandling på tvers av enheter eller nivåer i helsetjenesten. I slike tilfeller kan innrapporterende enhet endre seg underveis i behandlingsforløpet, noe som øker risikoen for dobbeltregistrering. Samtidig tyder enkelte funn på at mangelfull opplæring eller kapasitet kan bidra til ufullstendig koding.

Dette er en kjent utfordring som registeret i løpet av 2025 har arbeidet systematisk med. Problemstillingen løftes gjennom flere kanaler; inkludert i vårt årlige spørreskjema. Det er også tema på ECT-konferansen, i kontaktmøtene med registrarene og under opplæringsbesøk. Det er avgjørende å fortsette dette arbeidet i tett samarbeid med enhetene for å sikre konsistent registrering av NCMP-koder. Dette vil bidra til å styrke datakvaliteten og gi et mer pålitelig bilde av ECT-behandling i Norge.

4.2.2 Siste beregnede dekningsgrad

ECT-registerets førstegangs dekningsgradanalyse ble ferdigstilt ved slutten av 2025. Dekningsgradanalysen ble utført for tidsperioden 1. september 2023 til og med 31.12.2024. Resultatene av dekningsgradanalysen er vist i tabellen under, og den nasjonale dekningsgraden for denne tidsperioden er 33 %. Analysen ble utført for en periode da registeret var under utrulling, og mange innregistrerende enheter var i oppstartsfasen av registrering. Det forventes derfor en høyere dekningsgrad ved neste analyse, som planlegges utført i 2027.

TABELL 4.2: Dekningsgradsanalyse for ECT-registeret i perioden 1. september 2023 til 31. desember 2024.

Analysen ble ferdigstilt ved utgangen av 2025. Tabellen viser antall ECT-behandlingsserier som er identifisert i datagrunnlaget til både ECT-registeret og Norsk pasientregister ((NPR)), antall behandlingsserier som kun er finnes i ECT-registeret, og behandlingsserier som kun er finnes i (NPR). Dekningsgraden er beregnet som andelen behandlingsserier registrert i registeret av totalt antall identifiserte behandlingsserier. Helseforetakene er sortert etter dekningsgrad.

Helseforetak/Sykehus	Både i ECT og NPR	Kun i ECT	Kun i NPR	Totalt	Dekningsgrad i ECT
Helse Førde	0	3	1	4	75 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	19	0	7	26	73,1 %
Sykehuset Innlandet	5	62	27	94	71,3 %
Sykehuset Telemark	16	1	7	24	70,8 %
Helse Bergen	85	1	40	126	68,3 %
Oslo universitetssykehus	45	18	52	115	54,8 %
Helse Fonna	30	5	29	64	54,7 %
Sykehuset i Vestfold	14	7	18	39	53,8 %
Akershus universitetssykehus	75	2	69	146	52,7 %
Sykehuset Østfold	52	4	55	111	50,5 %
Diakonhjemmet sykehus	13	18	46	77	40,3 %
Helse Stavanger	34	1	52	87	40,2 %
Sørlandet sykehus	35	1	67	103	35 %
St. Olavs Hospital	34	2	200	236	15,3 %
Vestre Viken	6	0	144	150	4 %
Helgelandssykehuset	1	0	26	27	3,7 %
Helse Nord-Trøndelag	2	0	73	75	2,7 %
Helse Møre og Romsdal	0	0	151	151	0 %
Nordlandssykehuset	0	0	54	54	0 %
Universitetssykehuset Nord-Norge	0	0	64	64	0 %
Totalt	466	125	1 182	1 773	33,3 %

4.2.3 Responsrate for pasientrapporterte data

Registeret har mottatt 735 Pasientserie-skjema fra 665 unike pasienter i 2025. 533 Pasientsvar-skjemaer tilhørende Pasientserie ble besvart, som gir en svarprosent på 72,5 %. For pasientsvar 6mnd (373 skjemaer) har registeret mottatt 291 Pasientsvar 6mnd-skjema, som gir en svarprosent på 78 %.

4.3 Vurdering av datakvalitet

Datakvalitet er vurdert ved kompletthet av kvalitetsindikatorerne, se tabell under. Se [kapittel 9](#) på side 80 for videre plan for undersøkelse av datakvalitet.

4.3.1 Kompletthet av sentrale variabler

Kompletthet for sentrale variabler som inngår i utregningene av kvalitetsindikatorerne i [kapittel 2](#) på side 7 kan ses i [tabell 4.3](#).

TABELL 4.3: Oversikt over kompletthet for sentrale variabler i 2025. Tallene viser hvor mange av de 735 seriene i registeret med ECT-behandling i løpet av 2025 som faktisk hadde registrerte verdier for de ulike variablene. Variabler som ikke skal ha svar på grunn av et svar på en annen variabel blir ikke regnet som å ha manglende svar. Det var 28 enheter som svarte på det årlige kartleggingsskjemaet for 2025.

Sentrale variabler	Registrert	Kompletthet
For hvilken diagnose ble ECT gitt i denne behandlingsserien?	735	100,0 %
Før første ECT: har pasienten blitt vurdert med MADRS?	718	97,7 %
Dato for denne vurderingen	637	99,5 %
Har pasienten blitt vurdert med MADRS i forbindelse med siste ECT i serien?	683	92,9 %
Dato for denne vurderingen	498	99,6 %
Angi dato for første behandlingssesjon i den aktuelle serien	735	100,0 %
Angi dato for siste behandlingssesjon i den aktuelle serien	735	100,0 %
Hvordan er hukommelsen din nå? (før ECT)	560	76,2 %
Hvordan er hukommelsen din nå? (etter ECT)	512	69,7 %
Tilbyr enheten vedlikeholdsbehandling (1 gang pr uke eller sjeldnere med varighet mer enn 6mnd)?	28	100,0 %

5 Pasientrettet kvalitetsforbedring

5.1 Identifiserte forbedringsområder

Basert på resultatene presentert i [kapittel 2](#) på side 7 vil registeret påpeke følgende mulige pasientrettede forbedringsområder:

- 6-månederskontroll: 13 av 28 enheter svarte at de hadde rutiner for å kalle inn pasienter til kontroll 6 måneder etter behandlingen.
- Kvalitetsindikator om kartlegging av symptomintensitet ved bruk av MADRS før og etter ECT. Her er det kun 3 enheter som oppnår høy måloppnåelse på 80 %.
- Kvalitetsindikator om kartlegging av hukommelse før og etter ECT-serie. her er det kun 7 enheter som oppnår høy måloppnåelse.
- Erfaringskonsulenter: 2 av 28 enheter rapporterte å ha tilbud om at erfaringskonsulenter eller tidligere pasienter kan gi informasjon til pasienter som vurderer ECT-behandling.

5.2 Igangsatte/utførte forbedringstiltak

TABELL 5.1: Tiltak og resultat

Aktuelt forbedringsområde	Andel pasienter som blir kalt inn til 6-månederskontroll etter ECT-behandling.
Tidsperiode for tiltaket	Pågår

Tabellen fortsetter på neste side ...

TABELL 5.1: ... fortsettelse fra forrige side

Hva ble gjort av hvem?	<p>Nasjonal faglig retningslinje for ECT gir en anbefaling om at pasienten bør innkalles til kontroll 6 måneder etter avsluttet ECT -serie for å vurdere eventuelle symptomer på tilbakefall eller bivirkninger etter ECT. For å støtte enhetene i å etterleve anbefalingene har registeret etablert strukturerte oppfølgingsverktøy. Registeret har skjema for 6-månedersoppfølging som samler opplysninger om pasientens tilstand og eventuell kontinuasjons-/vedlikeholdsbehandling, i tillegg til pasientrapporterte skjema (PROM/PREM). Variablene i skjemaene er valgt for å kunne identifisere behov for videre oppfølging og fange opp mulig tilbakefall og bivirkninger.</p> <p>Daglig leder i registeret har gjennomført opplæring av enhetene i registrering og bruk av skjemaene, samt gitt veiledning om hvordan enhetene kan holde oversikt over når pasienter skal innkalles til kontroll. For ytterligere å styrke gjennomføringen ble det i 2025 og tidlig i 2026 utviklet nye funksjoner i MRS. Funksjonene innebærer automatisk opprettelse av 6-månedersskjema fem måneder etter siste behandling, og skjemaene samles i en oversiktsliste i MRS slik at registrarene får en løpende oversikt over hvilke pasienter som skal kalles inn og når. Det er også utviklet et integrert journalnotat i skjemaet som sammenstiller resultater i en tekst som kan benyttes i pasientjournalen etter kontrollen, samt en strukturert mal med forslag til samtaletema/spørsmål. Videre er det etablert automatisk utsendelse av pasientskjema via Helsenorge 6 måneder etter siste behandling for å styrke pasientmedvirkning og datainnhenting. Registeret vil monitorere effekten av tiltakene gjennom 2026. Dersom tiltakene ikke gir tilstrekkelig økning i andelen gjennomførte 6-månederskontroller, planlegges et målrettet forbedringsprosjekt i samarbeid med én til to enheter, med fokus på implementering av innkallingsrutiner.</p>
Hvilke resultater ble oppnådd?	<p>Implementering av registeret og endrede rutiner rundt dette har trolig økt fokus på 6-månederskontroll ved enhetene. I årsrapporten for 2024 var det rapportert at 11 av 28 enheter hadde rutiner for 6-månederskontroll, mens det i 2025 har økt til 13. Det vil fra 2025 dataene for første gang presenteres resultater om andelen behandlingsserier hvor det blir gjennomført en 6-månederskontroll i etterkant. Årsrapporten for 2026 vil derfor kunne måle mer nøyaktig om tiltakene registeret har iverksatt har hatt effekt på andelen 6-månederskontroller som gjennomføres.</p>

6 Formidling av resultater

TABELL 6.1: Formidling av resultater fra registeret.

Form	Frekvens	Målgruppe/mottakere
<p>Årsrapport – resultatdel</p> <p>Plan for formidling: Det planlegges å sende ut årsrapporten til ledelse ved helseforetakene, ledelse ved ECT-enheter (både de som registrerer og de som ikke ennå er i gang), samt publisering på nettsidene.</p>	Årlig	Fagmiljø, ledelse ved helseforetakene, innregistrerende enheter, brukerorganisasjoner og offentligheten.
<p>Kvalitetsregistre.no</p> <p>Plan for formidling: Publiseres resultater fra alle kvalitetsindikatorerne på nasjonalt nivå, og på enhetsnivå der dette er mulig.</p>	En til to ganger årlig	Fagmiljø, ledelse ved helseforetakene, innregistrerende enheter og offentligheten.
<p>Resultater til registrerende enheter</p> <p>Plan for formidling: Det er laget et eget kapittel i håndboken for registeret om hvordan man tar ut rapporter fra egen avdeling. Denne funksjonen er også vist fram til registrarer på kontaktmøtene, og de som ønsker det har fått demonstrert fremgangsmåte på egne Teams-møter. Hver enhet får også tilbud om gjennomgang av sine resultater i årsrapporten.</p>	Årlig eller oftere	Ledelse, registrarer og fagpersoner ved registrerende enheter. Vi vil anbefale enhetene å ta ut data minst en gang årlig.
<p>Innlegg på møter og konferanser</p> <p>Plan for formidling: Vi blir med jevne mellomrom invitert til å fortelle om registeret og dets resultater på konferanser og møter hvor fagmiljø innenfor kvalitetsregistre, psykiatri og ECT deltar, samt at registeret arrangerer egne ECT-konferanser.</p>	Flere ganger årlig	Ledelse, forskere, fagmiljø.

7 Samarbeid og forskning

7.1 Samarbeid med andre fagmiljøer og helse- og kvalitetsregistre

ECT-registeret er i kontakt med de andre registrene innenfor psykisk helse- og rusfeltet, hvor det planlegges samarbeid for fremtiden. I 2025 har det ikke vært direkte samarbeid med andre registre og/eller fagmiljø som involverer utlevering av data eller sammenstilling av datasett.

ECT-registeret er også i kontakt med det svenske registeret for ECT- og TMS-behandling, og har gjennom tidligere samarbeid utviklet variabler og kvalitetsindikatorer for ECT-registeret som i stor grad er like eller sammenlignbare med deres.

ECT-registeret er også representert som medlem ved sine ansatte i NACT (Nordic Association for Convulsive Therapy), som organiserer årlige fagkonferanser.

7.2 Datautleveringer fra registeret

TABELL 7.1: Antall utleveringer.

Utlevering av data til følgende formål:	2025	2024	2023
Forskning	1	–	–
Kvalitetsforbedring og styringsformål ¹	–	–	1
Andre formål (f.eks. til media)	2	2	1
Totalt	2	2	2

Forskning

Registeret har utlevert tall om hvor mange pasienter som behandles med ECT i Norge til forfatter av en artikkel om omfanget av ECT i Europa.

Andre formål

Registeret har oppgitt sine oversikter over antall pasienter som mottar behandling i landet, til en student i helseadministrasjon i forbindelse med en eksamen. Det har også blitt svart på spørsmål om tall i årsrapporten for en artikkel om ECT-behandling i avisen Dag og Tid, «ECT bergar liv, som ble publisert 2. januar 2026.

7.3 Vitenskapelige artikler

ECT-registeret har ikke medvirket til vitenskapelige artikler som krever utlevering av data i 2025. I slutten av 2025 startet arbeidet med en referanseartikkel som kan brukes som referansepunkt ved bruk av registerets data i vitenskapelige arbeider. Denne vil trolig ferdigstilles i løpet av 2026.

Del III

Stadievurdering og plan for videre utvikling av registeret

8 Referanser til vurdering av stadium

8.1 Vurderingspunkter

TABELL 8.1: Vurderingspunkter for ECT og registerets egen evaluering.

Nr.	Beskrivelse	Kapittel	Egen vurdering 2025	
			Ja	Nei
Stadium 2				
1	Samler data fra alle aktuelle helseregioner	4.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Presenterer kvalitetsindikatorne på nasjonalt nivå	2.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Har en konkret plan for gjennomføring av dekningsgradsanalyser	4.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Har en konkret plan for gjennomføring av analyser og jevnlig rapportering av resultater på enhetsnivå tilbake til deltakende enheter	6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Har en oppdatert plan for videre utvikling	9	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadium 3				
6	Kan dokumentere kompletthet av kvalitetsindikatorer	4.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 60 % i løpet av siste to år	4.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Registeret skal minimum årlig presentere kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Registrerende enheter kan få utlevert eller tilgjengeliggjort egne aggregerte og nasjonale resultater	6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste faglige retningslinjer	2.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret	9	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabellen fortsetter på neste side ...

TABELL 8.1: ... fortsettelse fra forrige side

Nr.	Beskrivelse	Kapittel	Ja	Nei
Stadium 4				
12	Har i løpet av de siste 5 år dokumentert om innsamlede data er korrekte og reliable	4.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 80 % i løpet av siste to år	4.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14	Presenterer minst to ganger årlig kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15	Registeret skal dokumentere at data anvendes vitenskapelig	7.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16	Presenterer resultater på enhetsnivå for PROM/PREM (der dette er mulig)	2.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nivå A				
17	Registeret kan dokumentere resultater fra kvalitetsforbedrende tiltak som har vært igangsatt i løpet av de siste tre år. Tiltakene skal være basert på kunnskap fra registeret.	5.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nivå B				
18	Registeret kan dokumentere at det i rapporteringsåret har identifisert forbedringsområder, og at det er igangsatt eller kontinuert/videreført pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid	5.1, 5.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Nivå C				
19	Oppfyller ikke krav til nivå B		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

9 Utvikling av registeret

9.1 Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen

Ekspertgruppens vurdering av fjorårets årsrapport viste til en økning av innrapporterende enheter fra 8 til 22 i 2024. Dette arbeidet fortsatte med like god driv i 2025, da tallet på innregistrerende enheter økte videre til 32 av totalt 36 enheter. Det ble videre kommentert at det ble arbeidet med datakvalitet, men at det ikke var blitt gjennomført undersøkelser av datakvalitet i 2024. Registeret har fortsatt fokus på datakvalitet, og i årets rapport undersøkes kompletthet av kvalitetsindikatorerne. Et prosjekt for å undersøke reliabilitet er også under planlegging.

For årsrapporten for 2024 ble det også påpekt at responsraten på PROM-skjemaene fremstod som lav. Årsaken til dette skyldes imidlertid en teknisk feil som gjorde at det kun var PROM-skjemaene registrert i MRS via helsenorge som ble telt med i oversikten. Dermed ble ikke størsteparten av pasientsvarene til registeret som besvares på papir og deretter plottes inn i etterkant av registrar tatt med. ECT-registeret fikk inn svar fra 430 pasientsvar tilhørende 546 pasientserier (dette ble beskrevet i kapittel 2.2.3, Resultater fra PROM/PREM-data), som tilsvarer en responsrate på 79 %, ikke 17 %. I rapporten for 2025 ble det registrert 533 pasientsvar fra totalt 735 pasientserier, svarende til en responsrate på 72 %.

9.2 Planer og behov

Registeret befinner seg i stadium 2B, og har ambisjoner om et høyere stadium på sikt. Dette håper vi å oppnå ved å videre arbeide med punktene skissert nedenfor:

Tekniske forbedringer/ forbedringer av metoder for fangst av data

Registeret har i slutten av 2025 og starten 2026 samarbeidet med Hemit om å utvikle nye funksjoner i MRS som forbedrer datainnsamling og kvalitet i registreringene. For å forbedre innrapportering av 6-månderskontroll har det blant annet blitt utviklet automatisk opprettelse av skjema 5 måneder etter siste behandling i en serie/ferdigstillelse av skjema, og automatisk utsending av ePROM etter 6 måneder. Arbeidet med implementering av de nye funksjonene hos enhetene fortsetter gjennom året.

Dokumentere resultater fra kvalitetsforbedrende tiltak som har vært igangsatt i løpet av siste 3 år

Som omtalt har det i løpet av 2025 vært blitt utført tiltak i form av nye tekniske funksjoner som kan bidra til å øke gjennomføring av 6-månederskontroller. Disse tiltakene er beskrevet i Kapittel 5.2. Samtidig har arbeidet fra registerets side med å bevisstgjøre og motivere registrarene og andre klinikere fortsatt gjennom direkte kontakt og fellesmøter. Det er vanskelig å si sikkert om registrering av 6-månederskontroller har økt i 2025 på grunn av at flere enheter har forbedret sine rutiner med registrering, eller om det faktisk er flere kontroller som følge av registerets tiltak. Dette, og mottakelsen av tiltakene hos enhetene vil videre monitoreres gjennom 2026.

Nye registrerende enheter/avdelinger

Registeret arbeider fortsatt med å inkludere de resterende 4 enhetene. Det er per skrivende stund 3 enheter som ikke er opplært i registrering, som vi vil forsøke å få besøkt i løpet av 2026.

Oppfølging av enheter og registrarer

Registeret har fortsatt med sine månedlige kontaktmøter hvor alle registrarer og fagmiljøet for øvrig inviteres. I disse møtene informerer daglig leder om nytt innenfor registeret, eller tar opp spørsmål om registrering eller funksjoner i MRS. Disse møtene har også blitt en faglig arena for erfaringsutveksling og faglig påfyll, da fagrådsmedlemmene bidrar til møtene med korte, faglige innlegg. Registeret vil fortsette med kontaktmøtene, og planlegger også konferanse i 2027 for det samme nettverket, da vi ser at en fysisk møteplass skaper og opprettholder engasjement rundt registeret.

Utlevering og tilgjengeliggjøring av egne og aggregerte data til registrerende enheter

Registeret har per i dag en rapportløsning i MRS, hvor alle innregistrerende enheter kan ta ut rapporter fra egen avdeling. Fremgangsmåte er forklart i registerets håndbok (oppdatert februar 2026). Registeret har også startet arbeidet mot å opprette rapportek. Registeret er i oppstarten av dette arbeidet, og er i kontakt med Norsk helsenett og fagsenteret for medisinske kvalitetsregistre om dette arbeidet.

Datakvalitetsprosjekt

Registeret er i planleggingsfasen av et datakvalitetsprosjekt hvor vi vil undersøke grad av reliabilitet. Fagrådet har allerede diskutert dette på fagrådsmøte i februar 2026, og planlegger å invitere flere fra fagmiljøet til å være med å utarbeide case og fungere som registrarer av fiktive caser. Vi håper å kunne starte realisering av prosjektet mot høsten/vinteren 2026/2027.

Dekningsgrad

Som beskrevet i kapittelet om dekningsgrad har registeret fått utført dekningsgradanalyse for de siste månedene av 2023 og hele året

2024. Ny dekningsgradanalyse planlegges i 2027, og frem til dette vil registeret fortsette arbeidet med å få full tilslutning til registeret. Det ble i dette arbeidet avdekket feilregistreringer i tallgrunnlaget til NPR, som påvirker analysen. Registeret minner derfor enhetene jevnlig på hva som er korrekt registrering, og vil fortsette med det.

Samarbeid og forskning

Registeret arbeider aktivt med synliggjøring, spesielt i forum hvor det presenteres forskning på feltet nasjonalt og internasjonalt. Arbeidet med en referanseartikkel som ble beskrevet i årsrapport for 2024 har også startet vinteren 2025/2026, og det arbeides med ferdigstillelse av denne. Det planlegges publisering av denne artikkelen i et internasjonalt tidsskrift innenfor feltet, og håper dette vil bidra til synliggjøring av registerets data som en potensiell kilde til forskning. Under Nordic Association for Convulsive Therapy (NACT) sin årlige konferanse avholdt i Stavanger i april 2026 var registeret representert med poster som viste fram registerets arbeid.

Nye variabler i forbindelse med endring i psykisk helsevernloven

Stortinget vedtok endring i psykisk helsevernloven våren 2025, og denne trådte i kraft fra og med 01.06.26. Endringen medførte at ECT uten samtykke er hjemlet i lovverket etter §4-4b, og at det ikke lenger er adgang til å bruke ECT med grunnlag i ulovfestet nødrett med analogi til straffelovens frihetsgrunn. Det ble i samarbeid med Hemit utviklet nye variabler for å kunne samle inn aktuelle pasientdata fra det tidspunkt loven trådte i kraft. I forbindelse med Helsedirektoratets informasjonsmaterieell, rundskriv og kommentar til lovendringen fremgikk det at det også unntaksvis kan være aktuelt å gi ECT etter øyeblikkelig hjelp-plikten i helsepersonelloven. For å sikre at det legges til rette korrekt for registrering av ECT gitt uten samtykke har det vært løpende dialog med Helsedirektoratet, og det har blitt utformet fleksible løsninger og gitt ut informasjon om midlertidig papirregistrering og deretter etterregistrering når den endelige tekniske løsningen er på plass. Disse dataene vil forhåpentligvis være av stor verdi når lovendringen skal evalueres etter 2 år.

Kontakt og informasjon

Postadresse

Nasjonalt kvalitetsregister for elektrokonvulsiv terapi
Haukeland universitetssjukehus
Postboks 1400
5021 Bergen

E-post

nasjonaltecregister@helse-bergen.no

Internett

<https://www.helse-bergen.no/nasjonalt-kvalitetsregister-for-elektrokonvulsiv-terapi-ect>

Offentliggjøring

<https://www.kvalitetsregistre.no/registeroversikt/nasjonalt-kvalitetsregister-elektrokonvulsiv-terapi/>

