

Nasjonalt kvalitetsregister for elektrokonvulsiv terapi (ECT)

Revidert utgave,
resultatkapittel om ECT-rate er
oppdatert

10. desember 2025

Årsrapport for 2024
med plan for forbedringstiltak

Innhold

I	Resultater fra registeret	1
1	Sammendrag	4
1.1	Summary in English	5
2	Resultater	6
2.1	Kvalitetsindikatorer	6
2.2	Pasientrapporterte data (PROM/PREM)	16
2.2.1	Beskrivelse av variabler	16
2.2.2	Beskrivelse av metoder for innhenting av PROM/PREM-data	16
2.2.3	Resultater fra PROM/PREM-data	17
2.3	Andre analyser	28
2.3.1	Opplysninger fra pasientserie	28
2.3.2	ECT tilbud i Norge - regional variasjon	36
2.3.3	Nasjonal kartlegging av ECT-tilbud og organisering 2024	41
II	Administrative opplysninger	51
3	Registerbeskrivelse	52
4	Datakvalitet	57
4.1	Tilslutning og antall registreringer	57
4.2	Dekningsgrad og responsrate	60
4.2.1	Metode for beregning av dekningsgrad	60
4.2.2	Siste beregnede dekningsgrad	61
4.2.3	Responsrate for pasientrapporterte data	61
4.3	Vurdering av datakvalitet	61
5	Pasientrettet kvalitetsforbedring	62
5.1	Identifiserte forbedringsområder	62
5.2	Igangsatte/utførte forbedringstiltak	62
6	Formidling av resultater	64
7	Samarbeid og forskning	65
7.1	Samarbeid med andre fagmiljøer og helse- og kvalitetsregistre	65
7.2	Datautleveringer fra registeret	65
7.3	Vitenskapelige artikler	65
III	Stadievurdering og plan for videre utvikling av registeret	67
8	Referanser til vurdering av stadium	68
8.1	Vurderingspunkter	68

9	Utvikling av registeret	70
9.1	Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen	70
9.2	Planer og behov	70
10	Litteratur	73

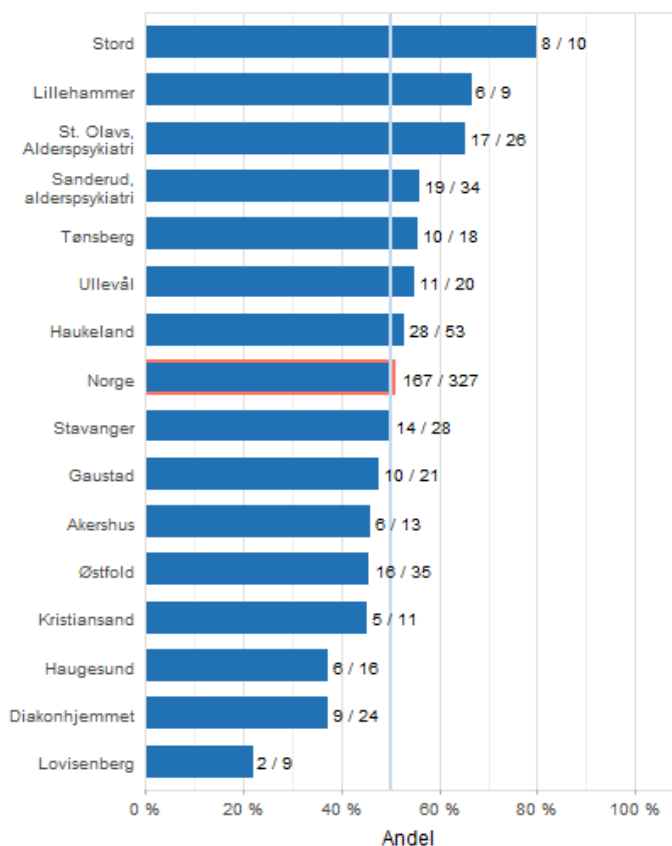
Del I

Resultater fra registeret

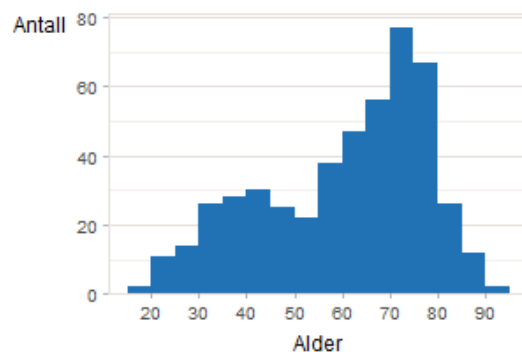
Forkortelser brukt i rapporten

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 registreringssystem, 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 2024



Andel ECT serier hvor det blir registrert MADRS-skår på 10 eller mindre etter ECT serien, per enhet og nasjonalt. 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.

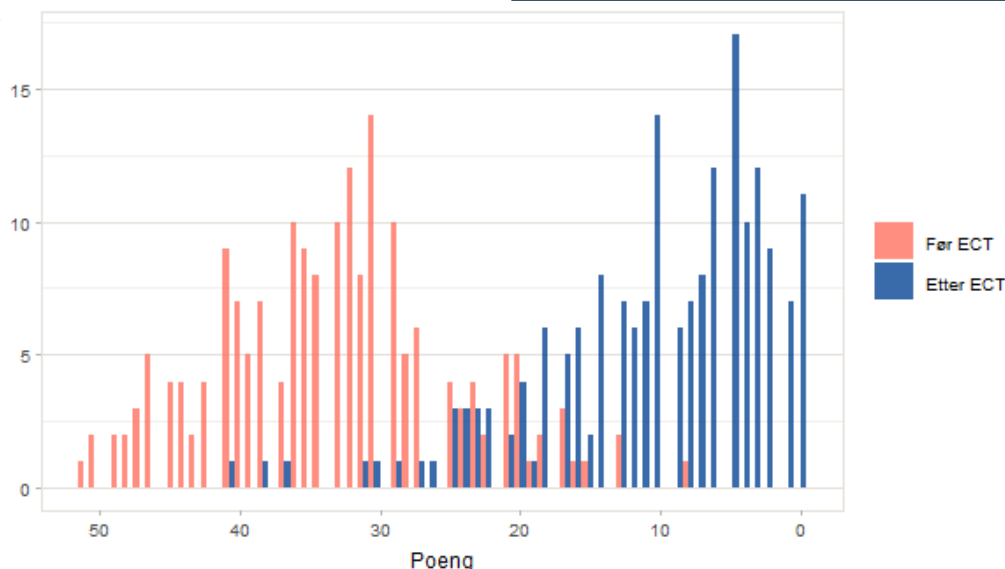


Aldersfordeling for pasienter som avsluttet ECT behandling i 2024. Basert på 483 pasienter. 63 % av disse er kvinner mens menn utgjør 37 %.

Antall behandlingsserier 2024
Pasientserie (Hovedskjema): **546**
Pasientserie 6mnd: **86**

Takk til alle pasienter som har svart på spørreskjema, registrerer som kom i gang med registrering i 2024, og til alle som har svart på Nasjonal kartlegging av ECT-tilbud og organisering!

Antall behandlingsserier



Fordeling av MADRS-skår før og etter behandling. X-aksen representerer MADRS-skår (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 187 serier. Før behandlingen var gjennomsnittlig MADRS-skår på 33,1, tilsvarende en alvorlig depresjon. Etter behandlingen var den gjennomsnittlige MADRS-skåren redusert til 10,3, noe som indikerer en betydelig reduksjon i alvorlighetsgraden av depresjonssymptomer.

1 Sammendrag

Revidert versjon oppdatert 9.12.25:

Denne årsrapporten er en revidert versjon, oppdatert 9. desember 2025. Endringene gjelder for kapittel 2.3.2, da det ble oppdaget feil i tallgrunnlaget etter publisering av første versjon. Se endringer og forklaringer i det aktuelle kapittelet.

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 retningslinjene 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.

Resultater fra registrerte pasienter: 546 serier ble registrert i vår elektroniske løsning MRS5 i 2024. Av disse var 37 % menn og 63 % kvinner. Gjennomsnittsalderen på de innregistrerte pasientene var 61 år, med en spredning fra 18 til 91 år. De samlede tallene viser at ECT er en effektiv behandling for en stor del av pasientene. 167 av 327 serier (51 %) avsluttet behandlingen i remisjon, med MADRS (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale) 10 eller lavere. Samtidig er det viktig å vise til at det er individuelle variasjoner.

Nasjonal kartlegging av ECT-tilbud og organisering: 28 av 29 enheter besvarte vår forespørsel, som gir en svarprosent på 97 %. Under vises et utdrag av resultatene:

- 89 % svarte at det tilbys vedlikeholdsbehandling ved deres enhet.
- 40 % svarte at de har rutiner for å kalle inn pasienter til kontroll 6 måneder etter avsluttet behandling.
- 11 % svarte at det er tilrettelagt for at erfaringskonsulenter eller tidligere pasienter kan gi informasjon til de pasientene som vurderer ECT-behandling.
- 48 % svarte at det var blitt utført nødrettsbehandling med ECT ved deres enhet i 2024.

Våre beregninger viser at det er stor regional variasjon i kapasitet til å tilby ECT og hvor mange unike pasienter som får behandling med ECT.

*Kristine Elsa Krokli¹
Ørjan Løseth Skaar²*

¹Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus

²Fagsenter for medisinske kvalitetsregistre

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: A total of 546 treatment series were registered in our electronic system MRS5 in 2024. Of these, 37 % were men and 63 % were women. The average age of registered patients was 61 years, ranging from 18 to 91 years. Approximately 50 % were 65 years or older. Overall, the data indicate that ECT is an effective treatment for a large proportion of patients. Of the 327 series with outcome data, 167 (51 %) ended in remission, defined as a MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) score of 10 or lower. At the same time, it is important to acknowledge individual variation in treatment response.

National survey on ECT services and organisation: 28 out of 29 units responded to our enquiry, giving a response rate of 97 %.

Below is a selection of results:

- 89 % reported that maintenance treatment is offered at their unit.
- 40 % reported having routines in place for follow-up consultations six months after treatment completion.
- 11 % stated that arrangements exist for peer support workers or former patients to provide information to those considering ECT.
- 48 % reported that emergency treatment with ECT in accordance with the Norwegian Penal Code §17 (necessity) was carried out at their unit in 2024.

Our analysis shows significant regional variation in the capacity to offer ECT and in the number of unique patients receiving ECT treatment.

³Nasjonalt senter for Aldring og Helse

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 valgt ut 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.

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, dens definisjoner, kunnskaps- og beregningsgrunnlag.

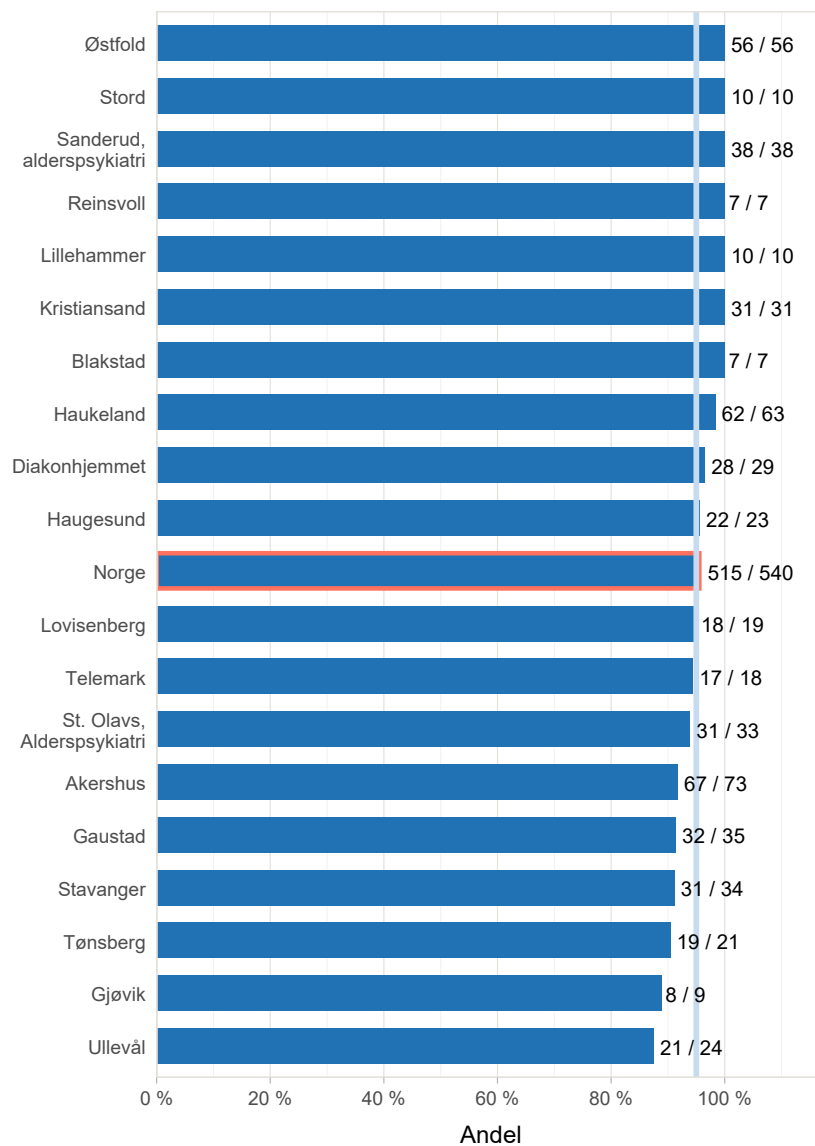
A. Foreligger det etablert indikasjon ved behandling med ECT?

Figur 2.1: Andel pasienter 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	Andel ECT-serier/forløp hvor indikasjon for behandlingen er en etablert indikasjon, definert etter anbefalingene i retningslinjene for ECT. Liste over etablerte indikasjoner: – Moderat depressiv episode F32.1 – Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer F32.2 – Alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer F32.3 – Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode moderat F33.1 – Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode alvorlig uten psykotiske symptomer F33.2 – Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode alvorlig med psykotiske symptomer F33.3 – Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode mild eller moderat depresjon F31.3 – Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode alvorlig depresjon uten psykotiske symptomer F31.4 – Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode alvorlig depresjon med psykotiske symptomer F31.5 – Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode blandet F31.6 – Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode manisk uten psykotiske symptomer F31.1 – Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode manisk med psykotiske symptomer F31.2 – Mani uten psykotiske symptomer F30.1 – Mani med psykotiske symptomer F30.2 – Schizoaffektiv lidelse F25.9 – Postpartum depresjon F53.0 – Postpartum psykose F53.1 – Organisk kataton lidelse F06.1 – Malignt nevroleptikasyndrom G21.0 Opplysningene til denne analysen hentes fra: Registrerte hovedskjemaer (Pasientserie) i MRS5. Variabler: «For hvilken tilstand ble ECT gitt i denne behandlingsserien?».
Type indikator	Prosessindikator
Måloppnåelse	Lav: <75 % Moderat: 75–95 % Høy: >95 %
Kunnskapsgrunnlag	ECT har flere etablerte indikasjoner, 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 «Gode rutiner for å dokumentere hvem som har vurdert indikasjon for ECT og på hvilken indikasjon, bør foreligge» (s.59).
Beregning	Teller: Antall behandlingsserier hvor det foreligger en etablert indikasjon. Nevner: Antall behandlingsserier registrert i ECT-registeret.



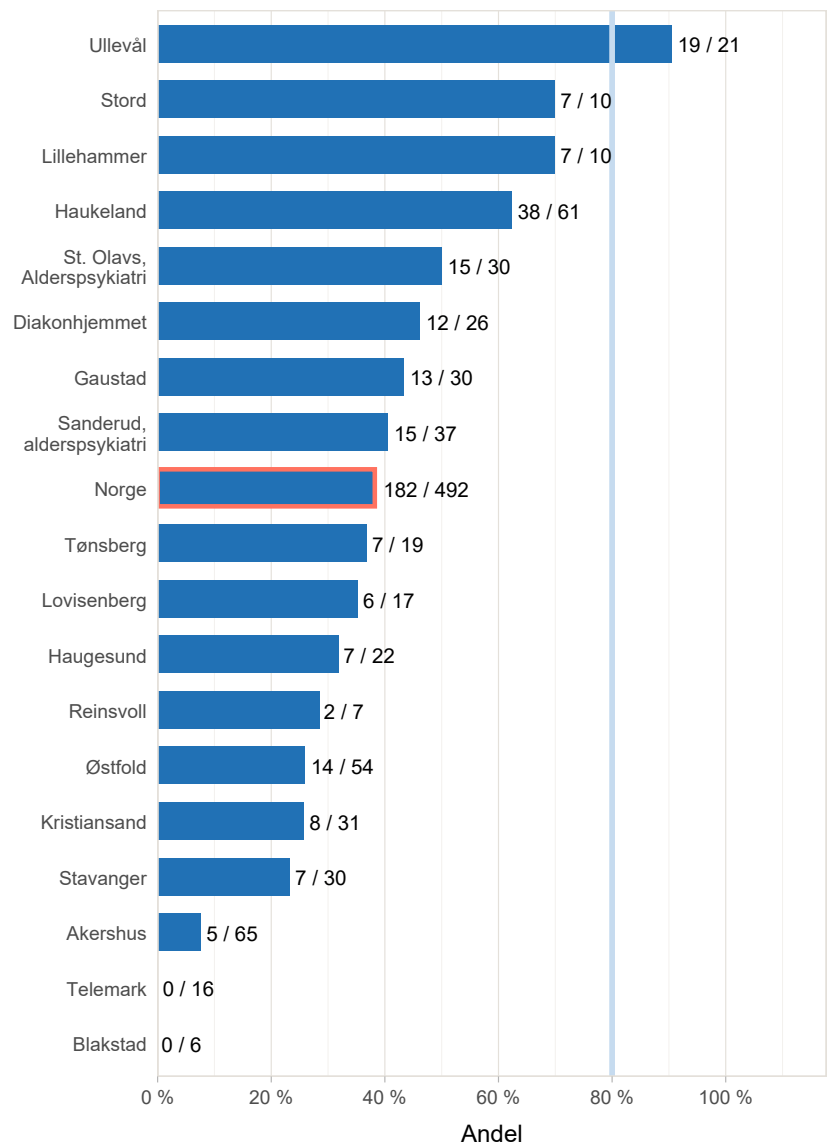
FIGUR 2.1: Andel ECT serier hvor det foreligger etablert indikasjon for behandlingen, per enhet og nasjonalt. Vertikal linje viser målnivå for høy måloppnåelse (95 %). Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen. Antall serier er vist til høyre for søylen.

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.
	Opplysningene til denne analysen hentes fra: Registrerte hovedskjemaer (Pasientserie) i MRS5. 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?».
Type indikator	Prosessindikator
Måloppnåelse	Lav: <50 % Moderat: 50-80 % Høy: >80 %
Kunnskapsgrunnlag	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.59). 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. MADRS (i selvutfyllingsform, MADRS-S) er også det foretrukne skjemaet i det svenske ECT-registeret (2, s. 19). MADRS-S ble ikke valgt i det norske registeret, da det er lite utbredt i klinikken.
Beregning	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. Nevner: Antall behandlingsserier der depresjonsdiagnose er satt som indikasjon for ECT-behandling.



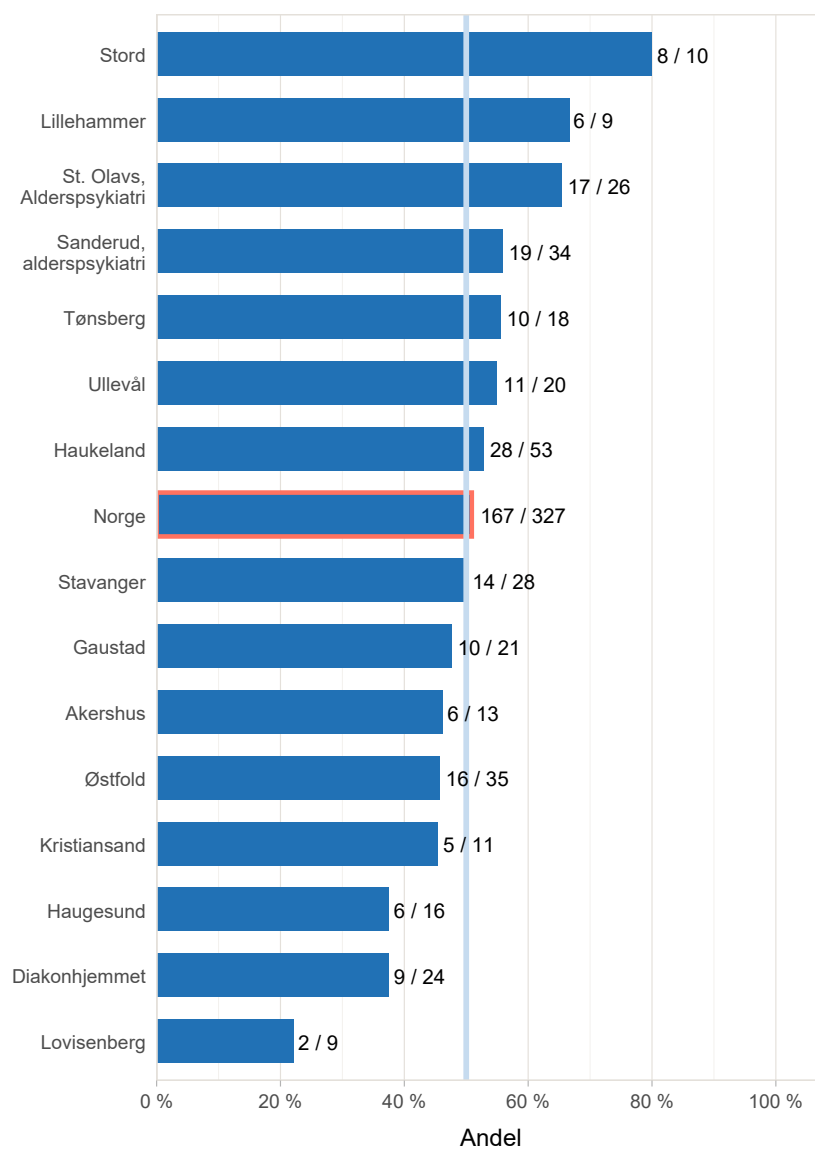
FIGUR 2.2: Andel ECT serier hvor symptomintensitet ved depresjon er kartlagt med MADRS innen en uke før og etter ECT serien, per enhet og nasjonalt. Vertikal linje viser målnivå for høy måloppnåelse (80 %). Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen. Antall serier er vist til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

C. Oppnås symptomfrihet ved behandling med ECT?

Figur 2.3: Andel pasienter med depresjon som var tilnærmet symptomfrie etter endt behandlingsserie.

TABELL 2.4: Oppnås symptomfrihet ved behandling med ECT?

Definisjon/beskrivelse	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. Gir informasjon om nytte av behandlingen for den enkelte pasient. Det er sannsynlig at pasientseleksjon, behandlingsteknikk og antall behandlinger har betydning for resultatet. Opplysningene til denne analysen hentes fra: Registrerte hovedskjemaer (Pasientserie) i MRS5. 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)».		
Type indikator	Resultatindikator		
Måloppnåelse	Lav: <30 % Moderat: 30-50 % Høy: >50 %		
Kunnskapsgrunnlag	– Helsedirektoratet, 2017. Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling – ECT (s. 59) – Elvin & Nordenskjöld, 2022. ECT-Årsrapport (s. 21).		
Beregning	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. Nevner: Antall behandlingsserier der det foreligger en MADRS-skår innen en uke etter siste behandling, på pasienter der depresjonsdiagnose er satt som indikasjon.		



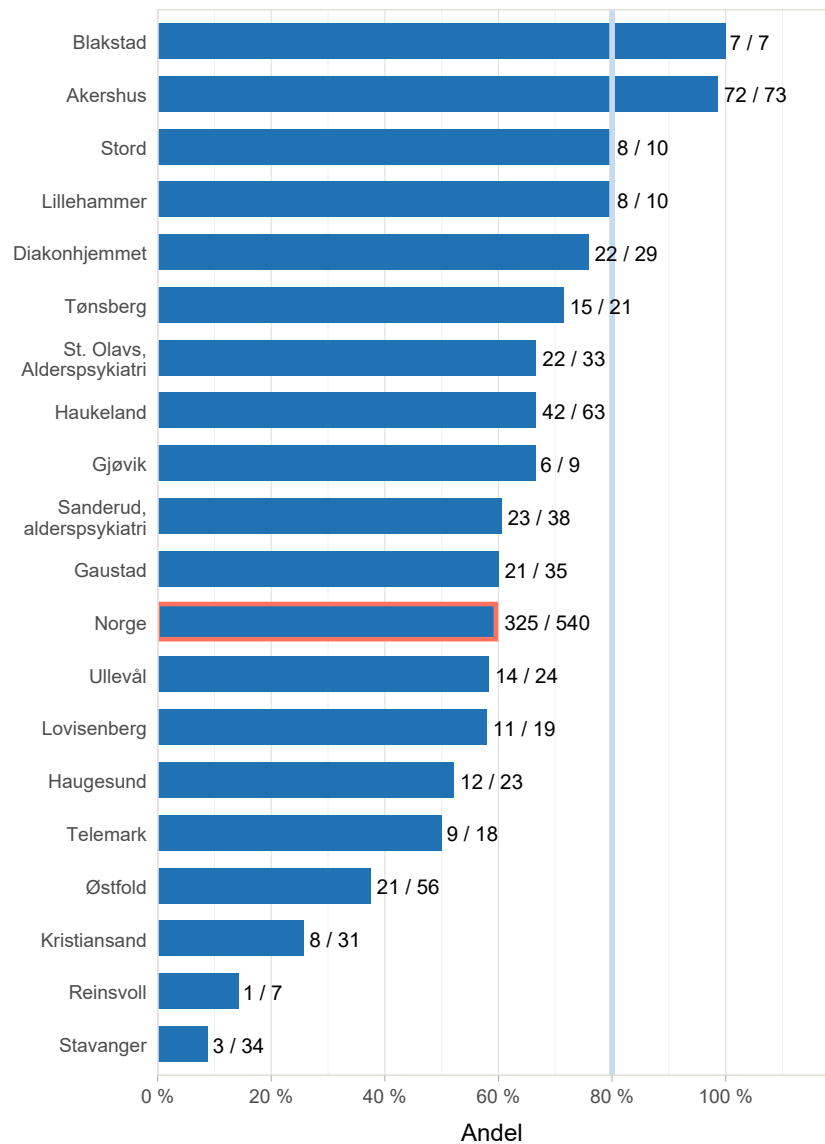
FIGUR 2.3: Andel ECT serier hvor det blir registrert MADRS-skår på 10 eller mindre etter ECT serien, per enhet og nasjonalt. Vertikal linje viser målnivå for høy måloppnåelse (50 %). Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen. Antall serier er vist til høyre for søylen.

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	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, vurderes det å foreligge hukommelsesvansker induisert av ECT.		
	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?».		
Type indikator	Resultatindikator		
Måloppnåelse	Lav: <50 % Moderat: 50-80 % Høy: >80 %		
Kunnskapsgrunnlag	I den norske retningslinjen for ECT anbefales kartlegging av kognitive effekter av ECT i flere situasjoner: «Pasientene bør følges opp ukentlig under en indksserie 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.» 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.		
Beregning	Teller: Antall behandlingsserier der kartlegging av hukommelse har blitt gjort før og etter en behandlingsserie. Nevner: Alle behandlingsserier.		

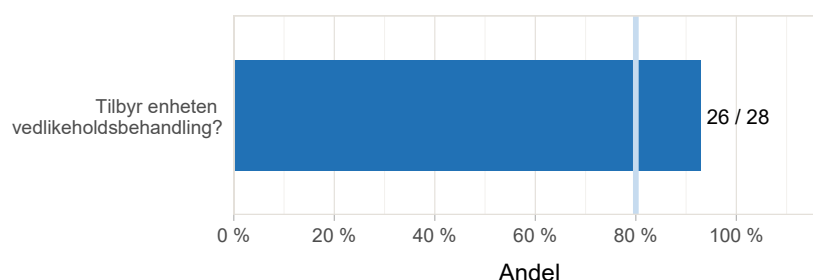


FIGUR 2.4: Andel ECT serier hvor kartlegging av hukommelse har blitt gjort før og etter ECT serien, per enhet og nasjonalt. Vertikal linje viser målnivå for høy måloppnåelse (80 %). Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen. Antall serier er vist til høyre for søylen.

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. 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). Variabler: «Tilbyr enheten vedlikeholdsbehandling (1 gang pr uke eller sjeldnere med varighet mer enn 6mnd)?».
Type indikator	Strukturindikator
Måloppnåelse	Lav: <50 % Moderat: 50-80 % Høy: >80 %
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.
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.

Det er ønskelig at alle behandlingsenheter 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.

Av de 28 enhetene som svarte på spørsmålet «Tilbyr enheten vedlikeholdsbehandling?», svarte 92,9 % (26 enheter) ja, mens 7,1 % (2 enheter) 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): pasientens opplevelse av hukommelsesbivirkninger, pasientens opplevelse av bedring, tilfredshet med behandlingen, pasientens tilfredshet med informasjon og oppfølging).

Pasientene inviteres til å fylle ut PROM/PREM-skjema på to tidspunkt – ved avslutning av ECT-serie og ved 6-måneders-kontroll et halvt år etter ECT-serien.

Hukommelsesvansker etter ECT: 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. Hukommelses-leddet 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.

Pasientenes subjektive opplevelse av bedring etter ECT: Pasientene ble videre bedt om å vurdere sin psykiske tilstand nå, sammenlignet med hvordan den var før behandlingen startet (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.

I tillegg er det spørsmål som 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:

- 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 utskrivelse
- 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.

2.2.3 Resultater fra PROM/PREM-data

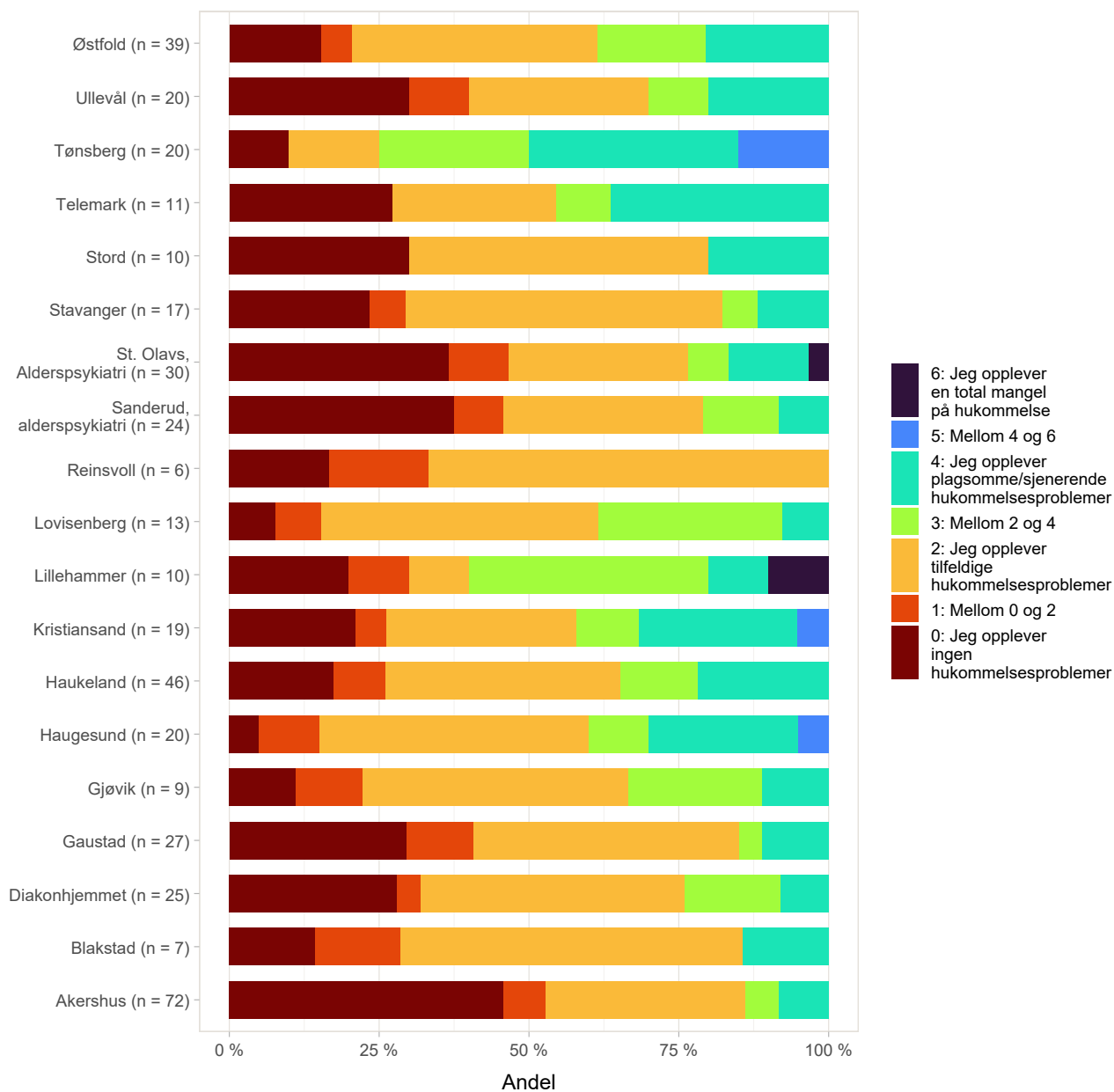
I analysene nedenfor er det brukt data fra pasienter som ble meldt inn til registeret og der behandlingsserien ble avsluttet mellom 1.1.2024 og 31.12.2024.

546 behandlingsserier fra 483 unike pasienter ble meldt til registeret i 2024, og av disse leverte 430 svar på spørsmål om pasientrapporterte data. 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

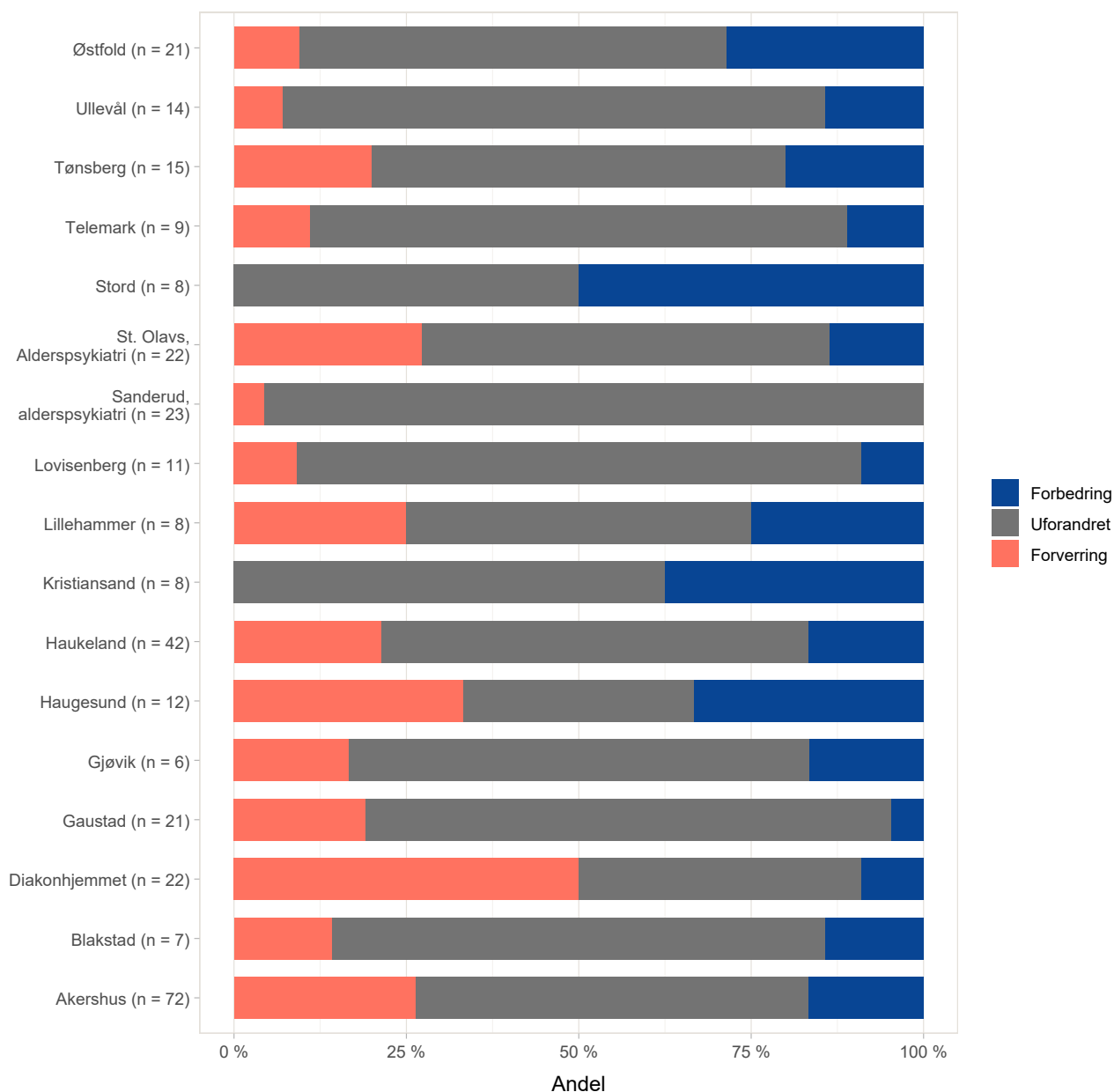
Etter behandlingsserien har pasientene blitt bedt om å gradere omfanget/alvorlighet av hukommelsesvansker (fra ingen hukommelsesplager til total mangel på hukommelse). Graden av hukommelsesvansker etter behandlingen er vist i figur 2.6.

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.

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.

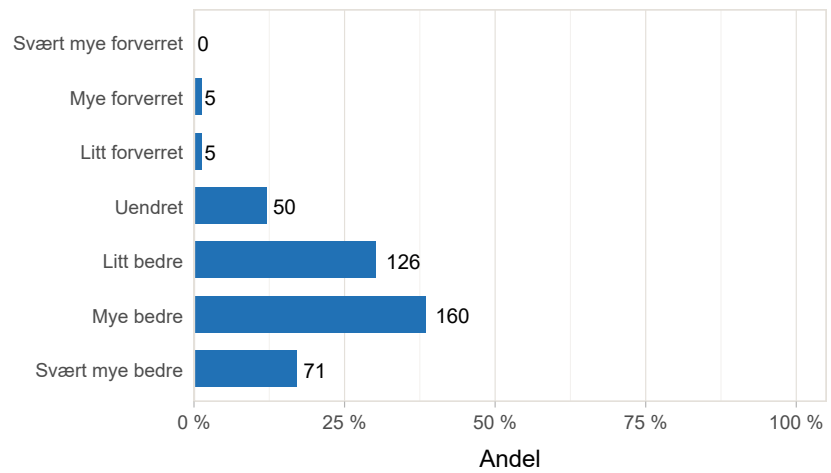
327 serier er registrert med besvart spørsmål om hukommelse både før og etter ECT-serien, se kvalitetsindikator [avsnitt 2.1](#) på side 6.

Som vist i figur 2.7 angir 55 en forbedring av hukommelsesvansker, mens 206 opplevde ingen endring og 66 en forverring av hukommelsesvanskene.

Pasientenes subjektive opplevelse av bedring etter ECT

Pasientenes subjektive opplevelse av bedring er vist i figur 2.8.

17,0 % av pasientene rapporterte at deres tilstand var svært mye bedre etter ECT-behandlingen. 38,4 % og 30,2 % av pasientene angav



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

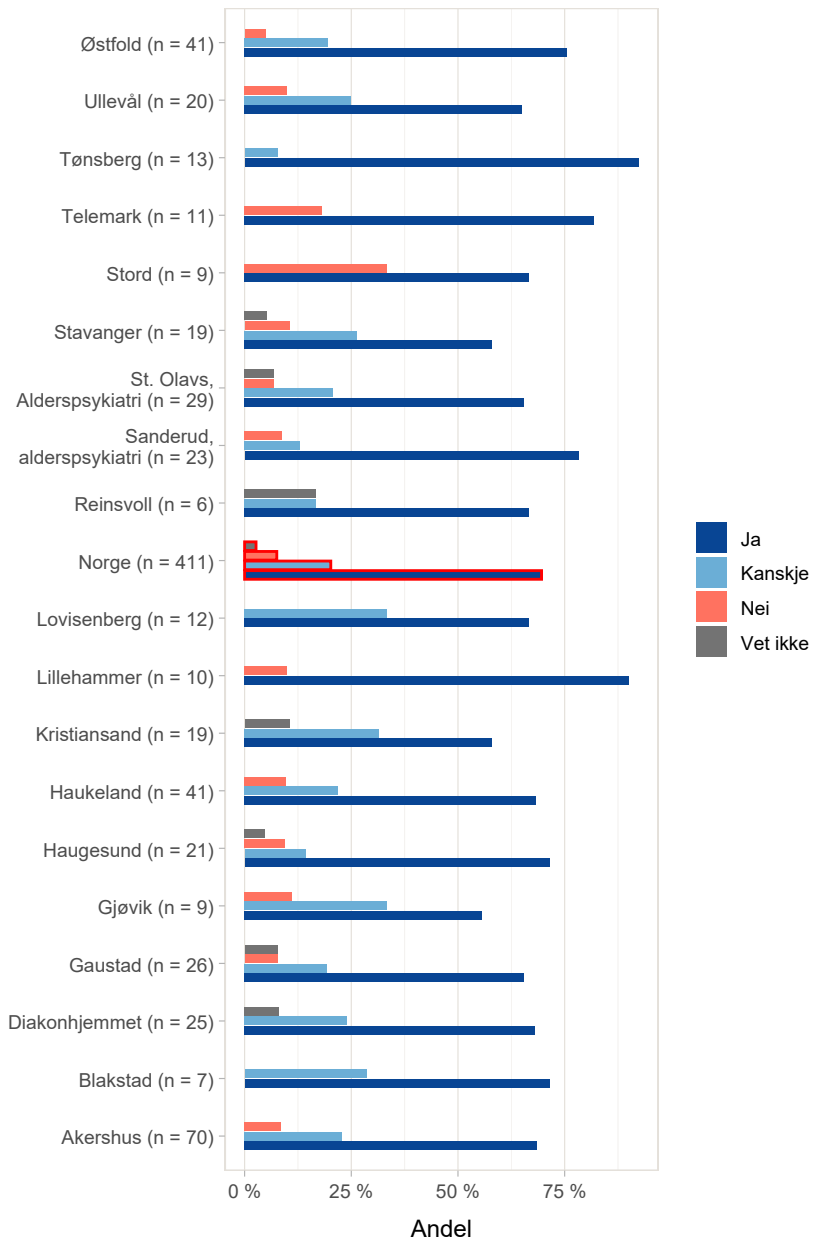
at de følte seg henholdsvis mye og litt bedre. 12,0 % av pasientene rapporterte at deres tilstand var uendret etter ECT-behandlingen, mens 1,2 % anga at de følte seg litt verre etter behandlingen. 1,2 % av pasientene rapporterte at deres tilstand var mye verre etter ECT-behandlingen, mens ingen av pasientene følte seg svært mye verre etter behandlingen.

Resultatene viser at majoriteten av pasientene opplevde en forbedring i sin psykiske tilstand etter ECT-behandlingen, imidlertid har en ikke ubetydelig andel av pasientene opplevd ingen endring eller en forverring i sin tilstand.

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

69,2 % av pasientene svarte ja på spørsmålet «Ville du mottatt ECT på nytt dersom du ble syk på samme måte som denne gangen?», mens 20,7 % svarte kanskje, 7,5 % nei og 2,6 % vet ikke.

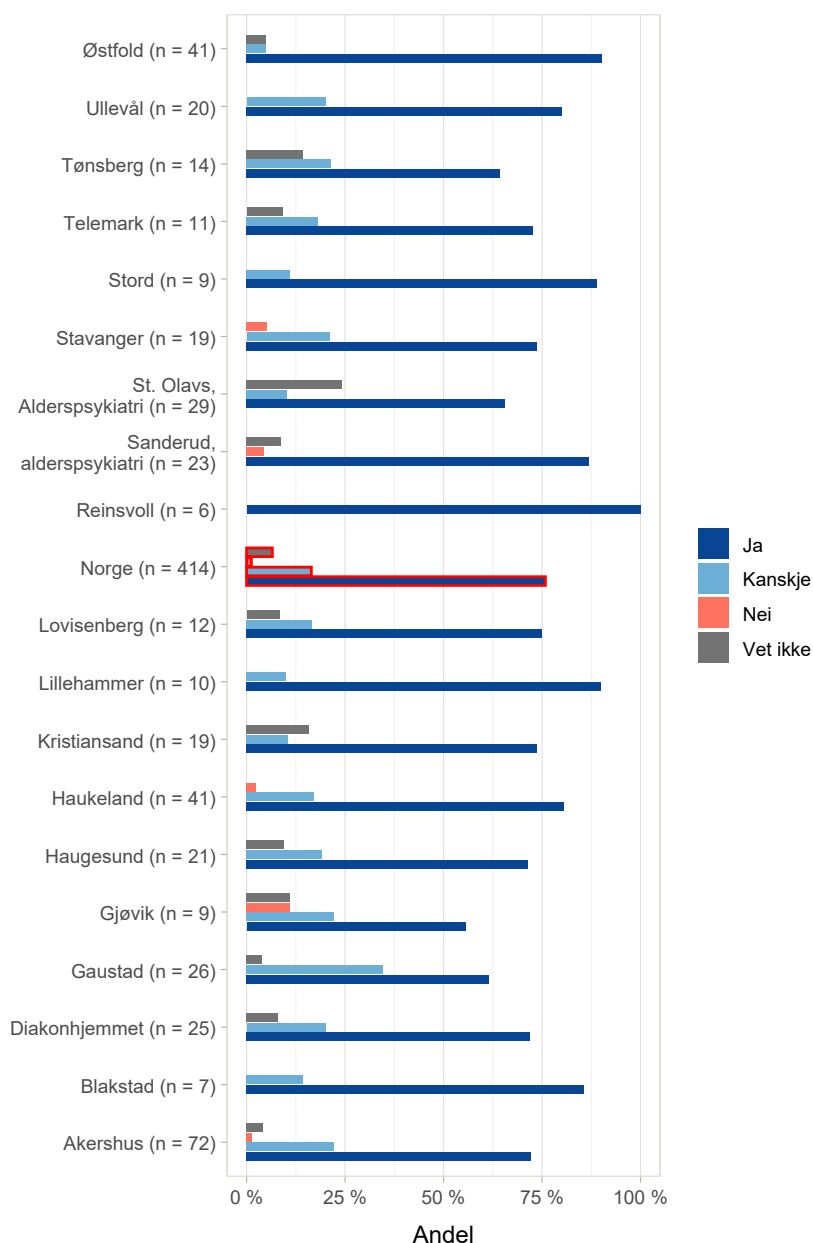
Figur 2.9 viser fordelingen samlet for hele landet og enkeltvis for hver innregistrerende enhet.



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 75,9 % at de tror ECT kunne være nyttig for andre med samme tilstand som dem, mens 16,5 %, svarte kanskje, 1,2 % mente at ECT ikke ville være nyttig for andre med samme tilstand, og 6,4 % svarte vet ikke.



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.

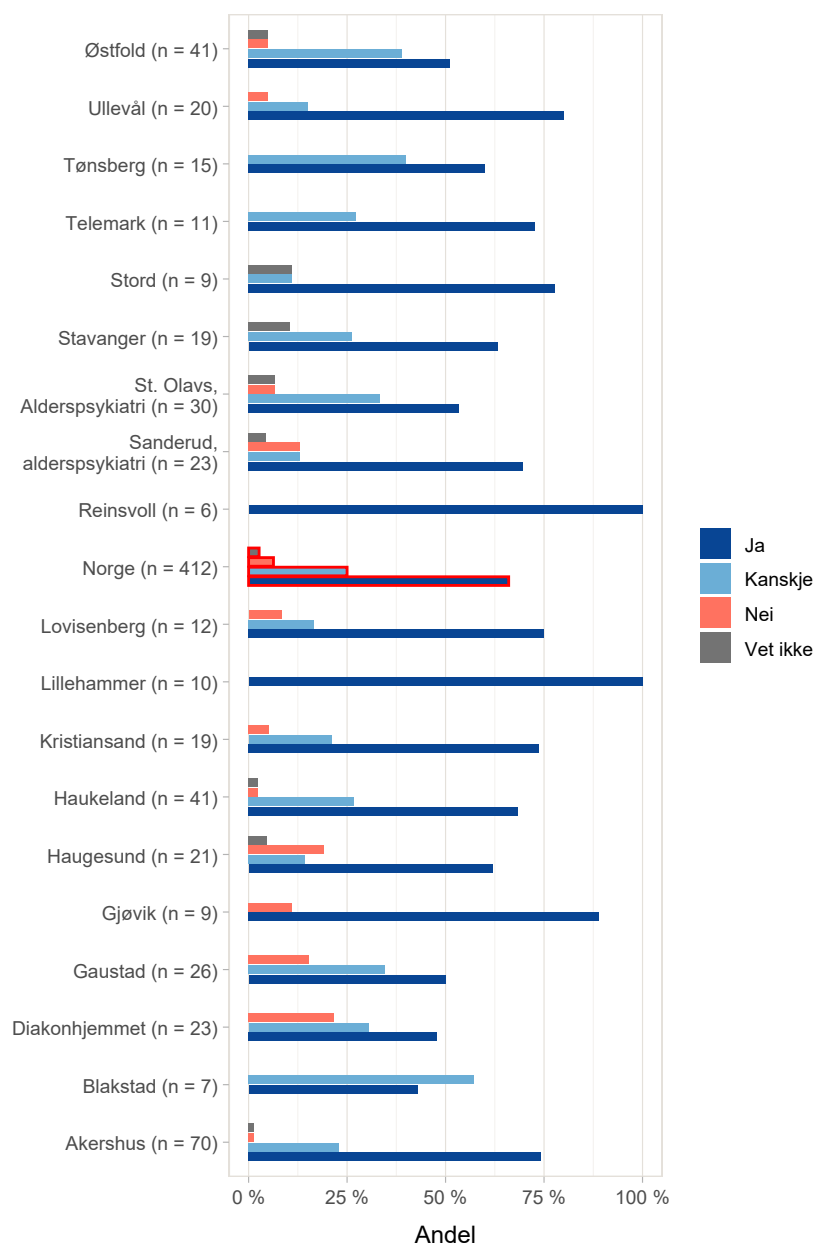
Funnene fra begge spørsmål samlet indikerer at majoriteten av pasientene har en positiv oppfatning av ECT og tror at det kan være en nyttig behandling både for seg selv og for andre med lignende tilstand.

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 66,2 % at de fikk tilstrekkelig informasjon om ECT. Imidlertid rapporterte 24,9 % av pasientene at de delvis fikk tilstrekkelig informasjon, mens 6,2 % følte at de ikke fikk nok informasjon.



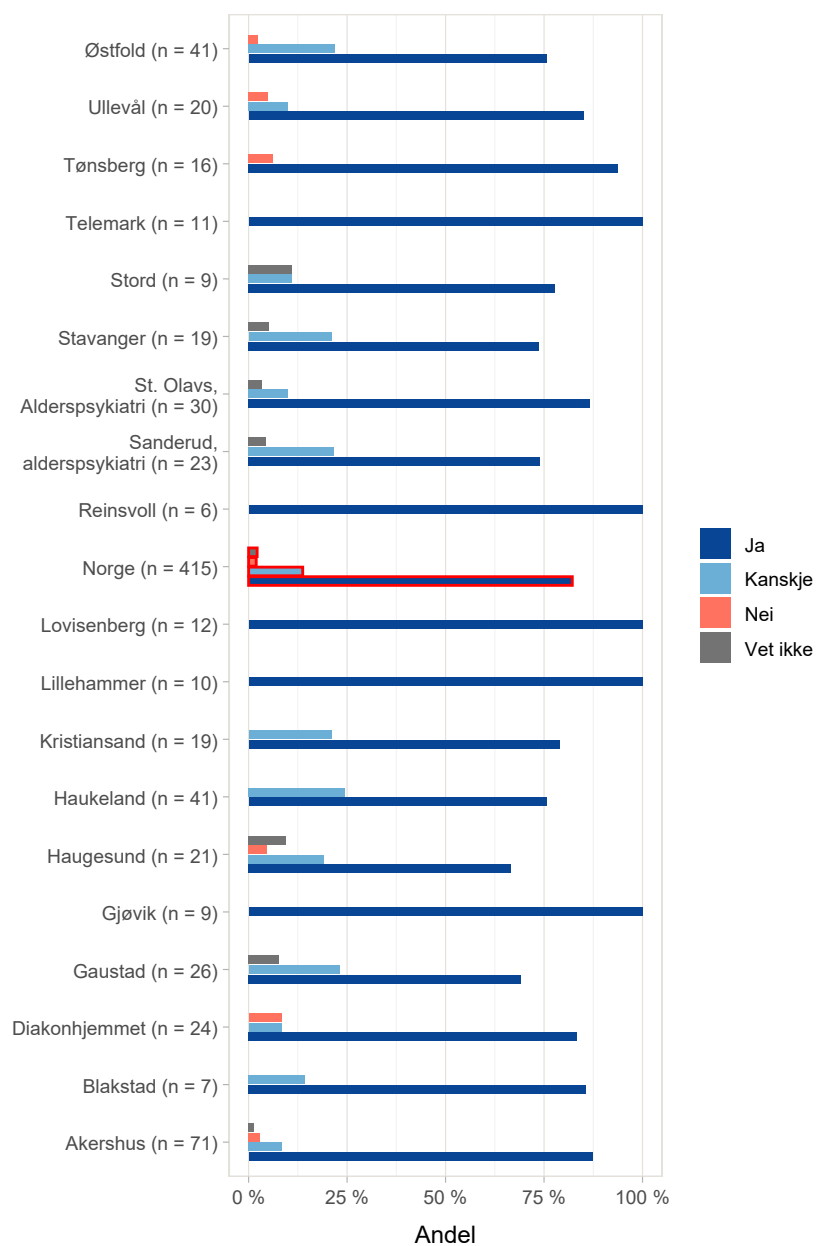
FIGUR 2.11: Figuren viser fordelingen av pasientenes svar på spørsmålet om de opplevde at de fikk tilstrekkelig informasjon om ECT. Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen.

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 82,1 % av pasientene at de fikk god nok oppfølging under behandlingen. 13,8 % av pasientene rapporterte at de opplevde at de delvis fikk god nok oppfølging, mens 1,9 % opplevde at de ikke fikk god nok oppfølging under behandlingen. 2,1 % av pasientene var usikre på om de fikk god nok oppfølging.

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

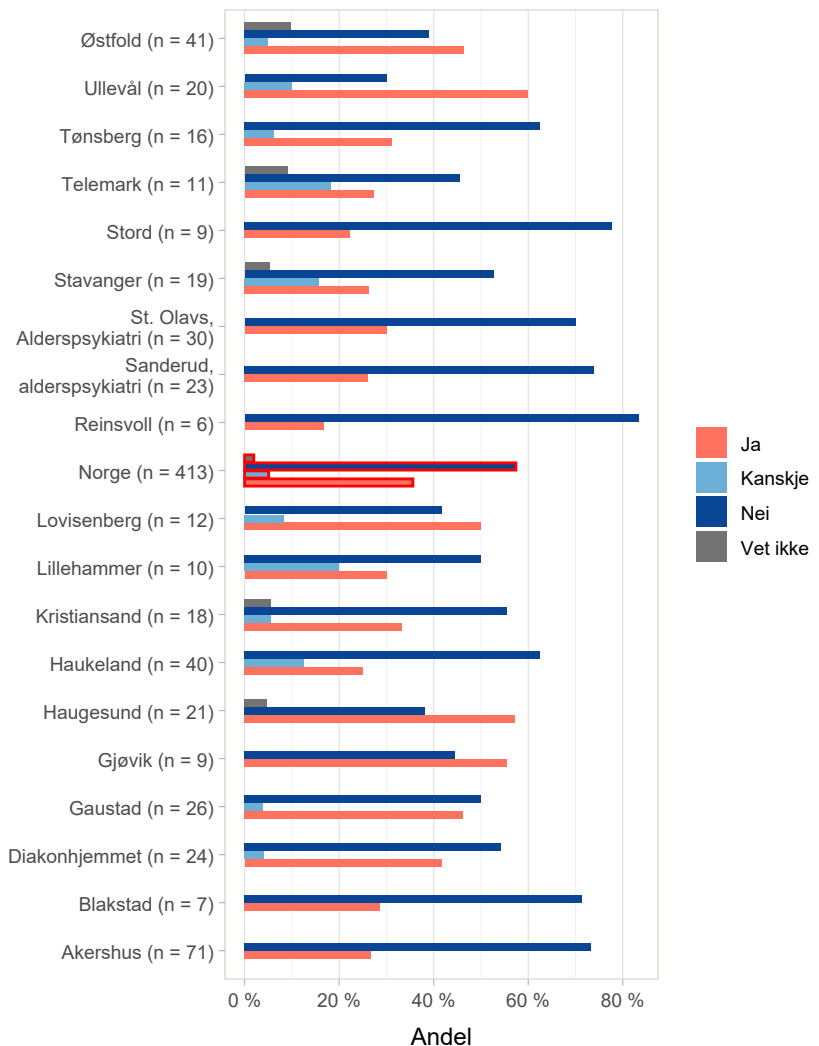


FIGUR 2.12: Figuren viser fordelingen av pasientenes svar på spørsmålet om de opplevde at de fikk god nok oppfølging under ECT-behandlingen for hele landet og hver innrapporterende enhet. Enheter med 5 eller færre besvarelser er ikke inkludert i visningen.

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 418 besvarelser hadde 35,4 % rapportert at de opplevde plager under behandlingsserien, mens 5,3 % rapporterte at dette kanskje var tilfellet og 57,4 % rapporterte at det ikke var tilfelle.

Pasientene som rapporterte at de opplevde plager under behandlingen, ble bedt om å beskrive plagene i fritekst. 52 pasienter svarte med fritekst, og av disse var det 39 svar som omhandlet kjente bivirkninger som hodepine, kvalme, muskelsmerter og hukommelsesvansker. Av de resterende svarene var det tre som omhandlet alvorlige hendelser og komplikasjoner som vi finner igjen i registrering av alvorlige hendelser og komplikasjoner i MRS, mens de resterende 8 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.

2.3 Andre analyser

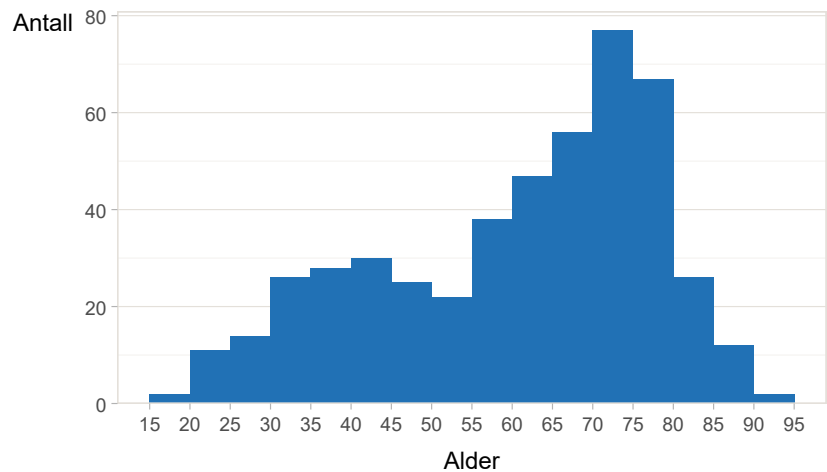
2.3.1 Opplysninger fra pasientserie

Opplysninger fra registeret omtaler 483 pasienter fra 22 innregistrerende enheter, som hadde avsluttet behandlingen innen 2024 og der skjema var levert inn til registeret før 21.3.25.

Demografi

Aldersfordeling for pasienter som avsluttet behandlingsserien i 2024 er vist i figur 2.14. Gjennomsnittsalder ved start var 61 år og medianalder var 65 år. Den yngste pasienten var 18 år og den eldste 91 år. Andelen pasienter over 65 år var 49,7 %.

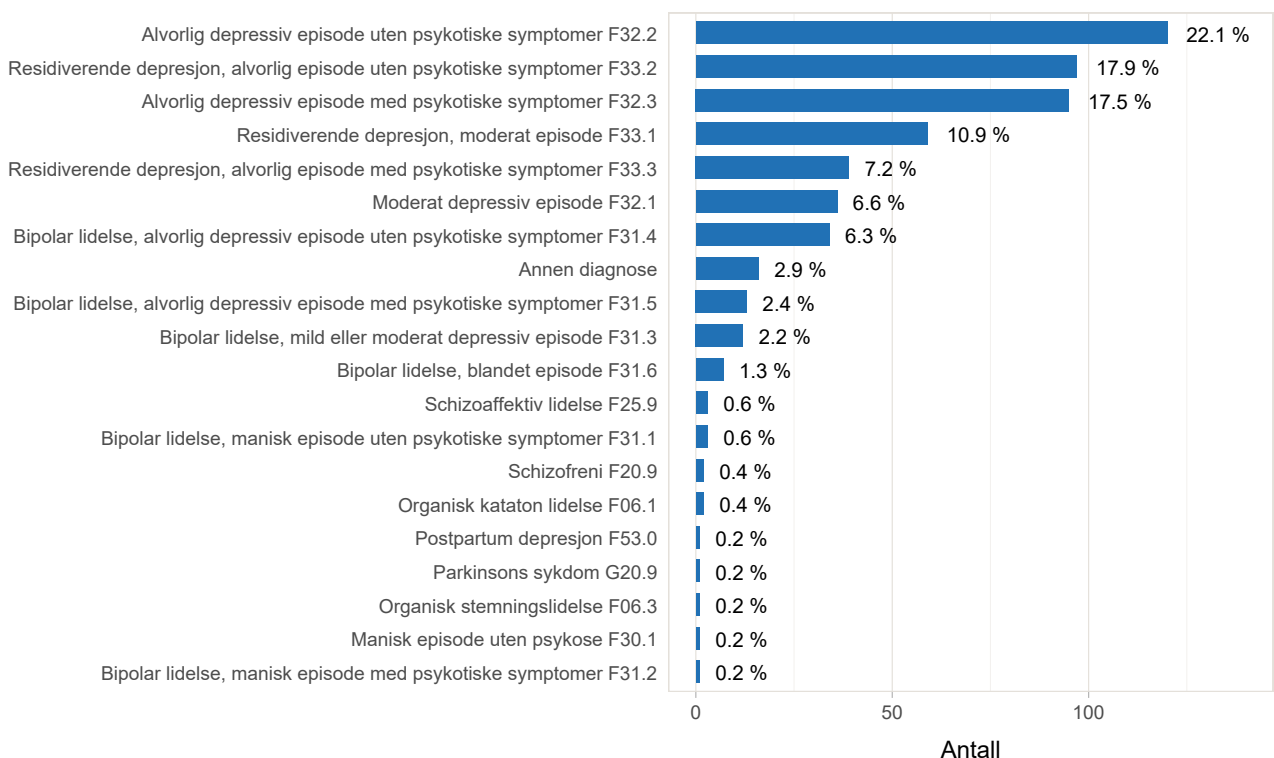
Det er totalt registrert flere kvinner enn menn, 304 kvinnelige (63 %) og 179 mannlige (37 %).



FIGUR 2.14: Aldersfordeling for pasienter som avsluttet ECT behandling i 2024. Basert på 483 pasienter.

Indikasjon for ECT

Oversikten over hvilken diagnose som ga indikasjon for ECT er vist i figur 2.15. En depresjonsdiagnose er den vanligste indikasjonen for ECT, med omtrent 92 % av pasientene som mottar behandlingen for denne tilstanden.



FIGUR 2.15: 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 265 behandlingsserier hadde pasienten tidligere mottatt ECT (49,3 %). Tidligere god effekt av ECT ble oppgitt som en faktor som bidro til at indikasjon for ECT ble stilt i 195 behandlingsserier (73,6 %), og «pasientønske» i 59 behandlingsserier (22,3 %).

Samtykke før oppstart av behandlingsserien

Blant de innregistrerte seriene ble skriftlig samtykke innhentet hos 86,3 % (471), mens 11,9 % (65) ga sitt samtykke muntlig. For 1,8 % (10) manglet opplysninger om samtykke mens 1,7 % hadde ikke samtykket til ECT, og fikk ECT på nødrettsgrunnlag (til sammen 38 behandlinger).

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. For å få et mer nøyaktig bilde, ble antall nødrettsbehandlinger også innhentet ved å spørre hver behandlingsenhet direkte. Disse opplysningene viser at 22 pasienter (totalt 102 behandlinger) på nødrett ila 2024, mens 19 pasienter (totalt 70 behandlinger) ble rapportert til NPR via NCMP-koder.

Sammenholde data fra flere kilder gir et bedre grunnlag for å forstå omfanget av ECT-bruk 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 13,9 % av pasientene innlagt under tvunget psykisk helsevern, mens dette ikke var tilfellet for 86,1 %.

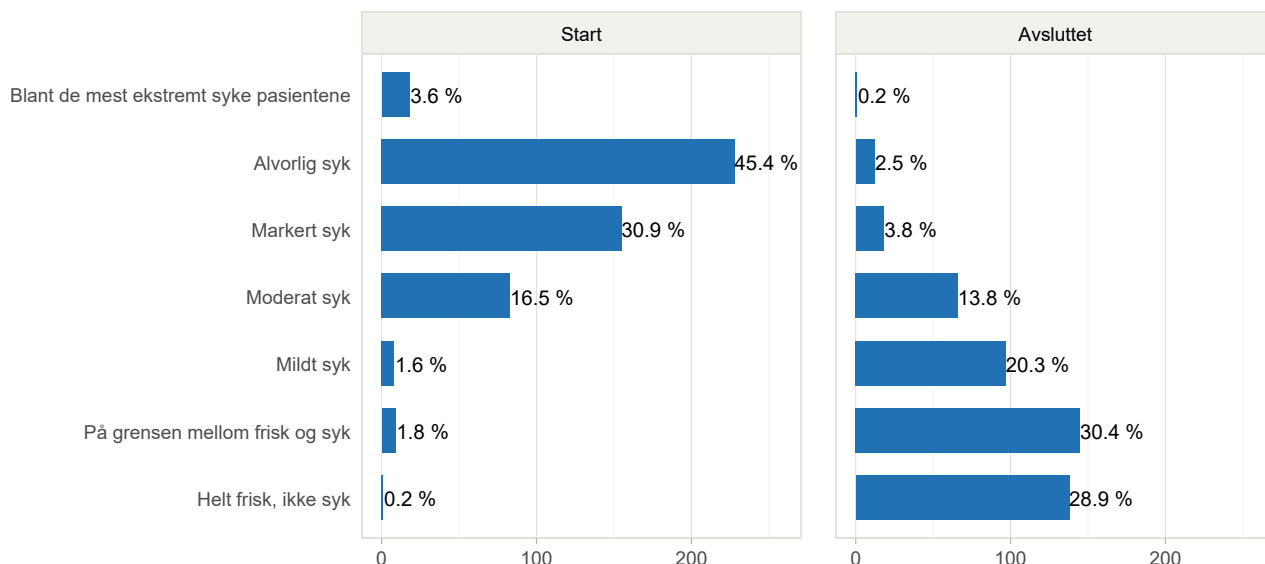
Dette indikerer at ECT brukes i situasjoner med høy alvorlighetsgrad, hvor pasientene er underlagt tvang, og har behov for rask og effektiv behandling.

Blant pasientene innlagt under tvunget psykisk helsevern, ble det i 88,2 % av tilfellene utført en egen samtykkekompetansevurdering i forbindelse med ECT. Hos 9,2 % manglet opplysninger, mens 2,6 % 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 2.16 for målingene før behandlingsstart og etter avsluttet behandling.

Svarene tilsier at ECT i all hovedsak blir tilbudt alvorlig og markert syke pasienter. Samtidig er det i 3,6 % 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



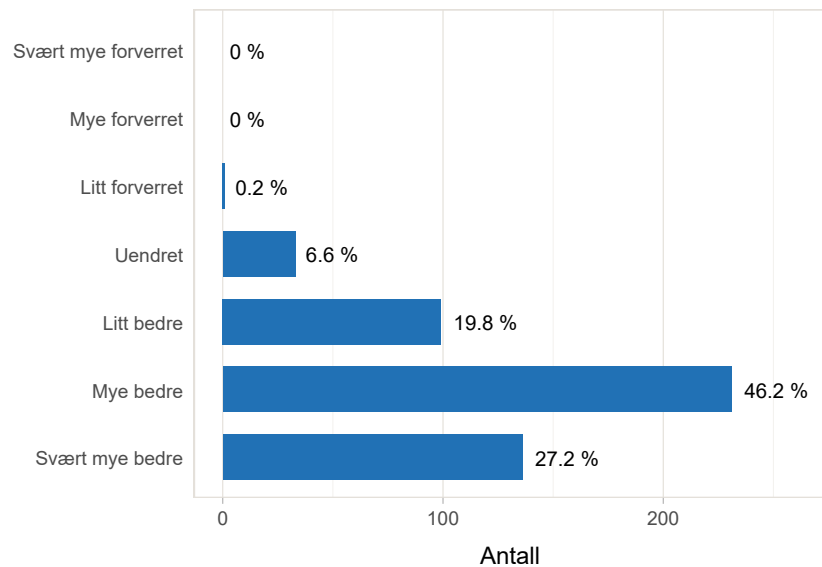
FIGUR 2.16: CGI-S før oppstart og etter avsluttet behandlingsserie.

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. Registeret vil følge opp disse funnene for å avklare årsakene til denne bruken.

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)

Clinical Global Impression-Improvement (CGI-I) er en skala der kliniker vurderer hvor mye pasientens sykdom har forbedret eller forverret seg i forhold til tilstanden ved starten av behandlingen. Fra figur 2.17 fremgår det at 73,4 % av pasientene ble vurdert som mye eller veldig mye bedre. Ingen av pasientene ble vurdert som mye eller veldig mye forverret.

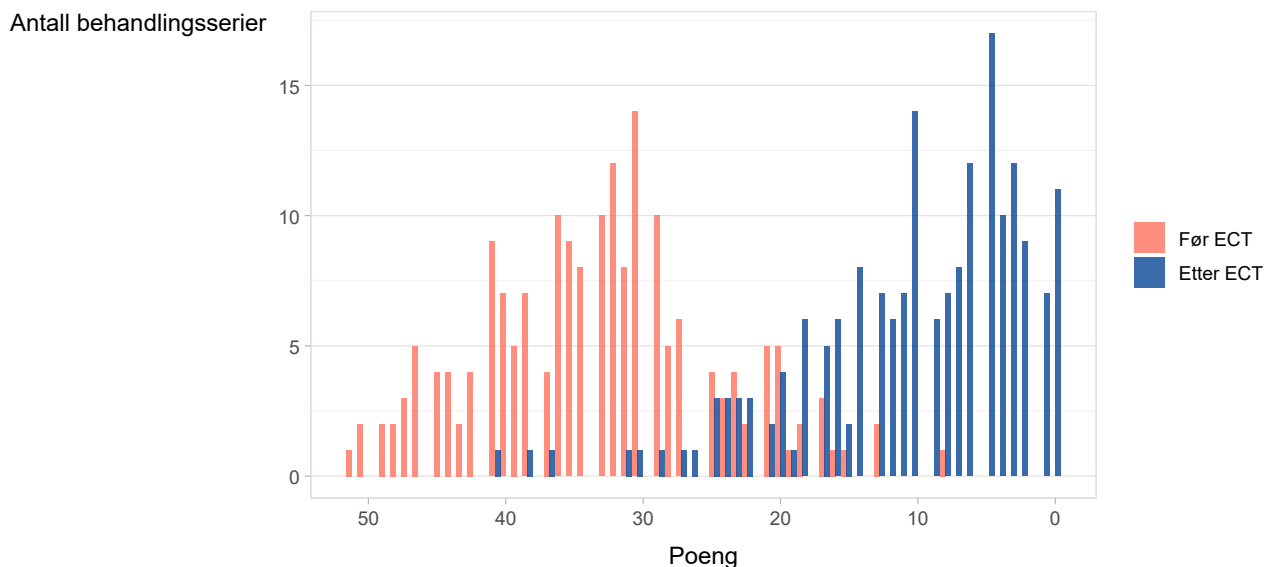


FIGUR 2.17: CGI-S, klinikervurdert bedring etter ECT

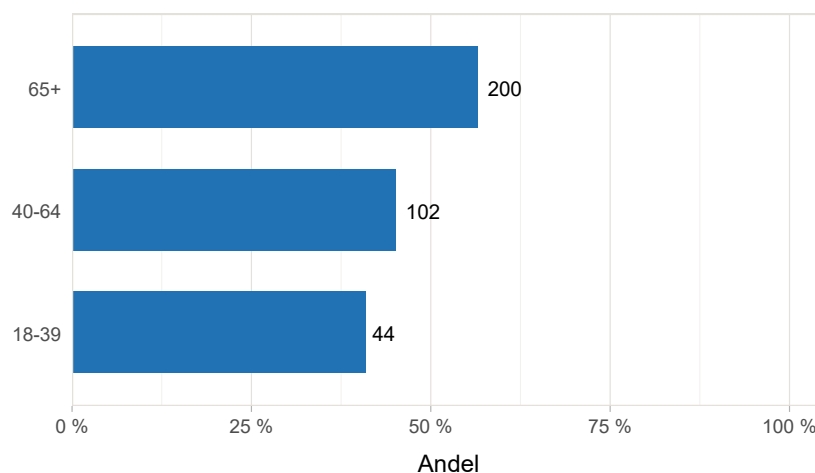
Behandlingseffekter, symptommålinger hos pasienter med depresjon (MADRS)

Størsteparten av de inkluderte pasientene har blitt behandlet for en depresjonsdiagnose, og som vist i [avsnitt 2.1](#) på side 6 (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 depresjonslidelser og der MADRS er tatt innen en uke før behandling og etter behandlingsslutt. Diagrammet nedenfor (figur 2.18) illustrerer fordelingen av MADRS skår 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-skår før behandling, noe som indikerer alvorlige depresjonssymptomer. Etter behandling viser histogrammet en forskyvning mot lavere MADRS-skår, som indikerer at symptombelastningen har blitt tydelig redusert i løpet av behandlingen.

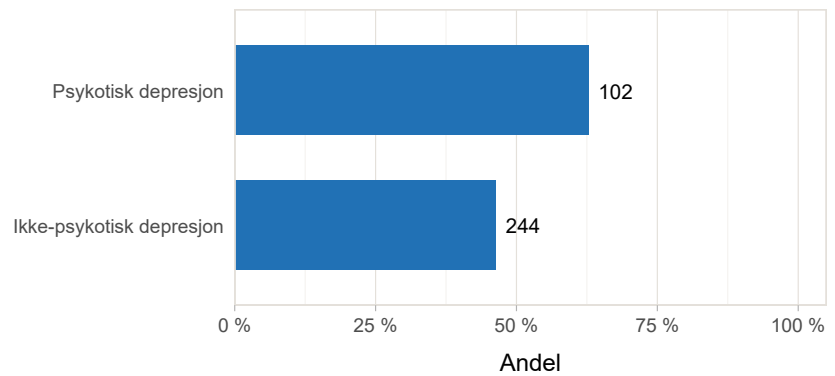
Andelen pasienter som oppnår symptomfrihet varierer med alder og tilstedeværelsen av psykotiske symptomer. I figur 2.19 og figur 2.20 er andelen forløp som oppnår symptomfrihet vist for pasienter i forskjellige aldersgrupper og hvorvidt det foreligger psykotiske symptomer ved start av depresjonsbehandlingen eller ei.



FIGUR 2.18: Fordeling av MADRS-skår før og etter behandling. X-aksen representerer MADRS-skår (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 187 serier. Før behandlingen var gjennomsnittlig MADRS-skår på 33,1. Medianen, som representerer midtpunktet i fordelingen, var 33, tilsvarende en alvorlig depresjon. Skårene strakte seg fra 8 til 51. Etter behandlingen var den gjennomsnittlige MADRS-skåren redusert til 10,3, med en median på 9. Skårene etter behandling varierte fra 0 til 41, 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 6, Oppnås symptomfrihet ved behandling med ECT?).



FIGUR 2.19: Andel serier som oppnår symptomfrihet etter ECT for forskjellige aldersgrupper. Antall serier som oppnår symptomfrihet er vist til høyre for søylene.

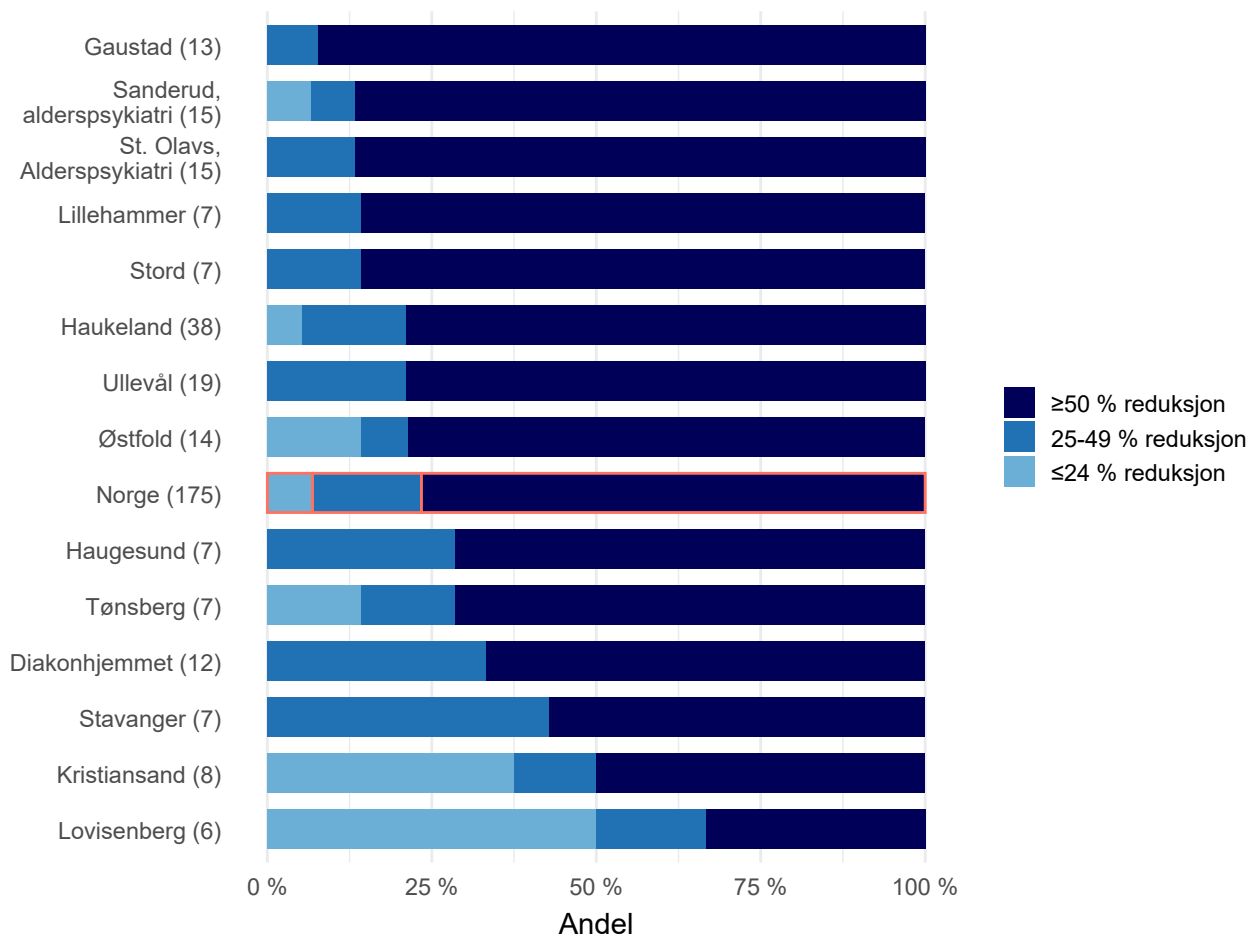


FIGUR 2.20: Andel serier som oppnår symptomfrihet etter ECT ved psykotisk og ikke-psykotisk depresjon. Antall serier som oppnår symptomfrihet er vist til høyre for søylene.

Effekt av ECT på depresjonssymptomer på de ulike behandlingsenhetene

Figur 2.21 viser effekten av ECT på depresjonssymptomer ved de ulike behandlingsenhetene. Diagrammet viser behandlingsutfall i tre kategorier: respons ($\geq 50\%$), 50-25 % reduksjon av MADRS skår, og mindre enn 25 % reduksjon av MADRS skår, inkludert de som har fått dårligere skår. Av disse pasientene er det 113 som har oppnådd remisjon (≤ 10 MADRS skår) 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 2.21: Figuren viser en stolpe per behandlingssenheter, med tre fargekodede segmenter som representerer de ulike behandlingsutfallene: $\geq 50\%$ reduksjon angir pasienter som har oppnådd minst 50% reduksjon i MADRS-skår etter behandlingen, 25-49 % reduksjon angir pasienter med 25-49 % reduksjon i MADRS-skår, og $\leq 24\%$ reduksjon angir pasienter som har oppnådd mindre enn 25% reduksjon i MADRS-skår etter behandlingen og de som har fått dårligere skår. 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 8,7, med en spredning fra 1 til 37 sesjoner. Dette viser at antall behandlinger er individuelt, med stor variasjon i antall sesjoner.

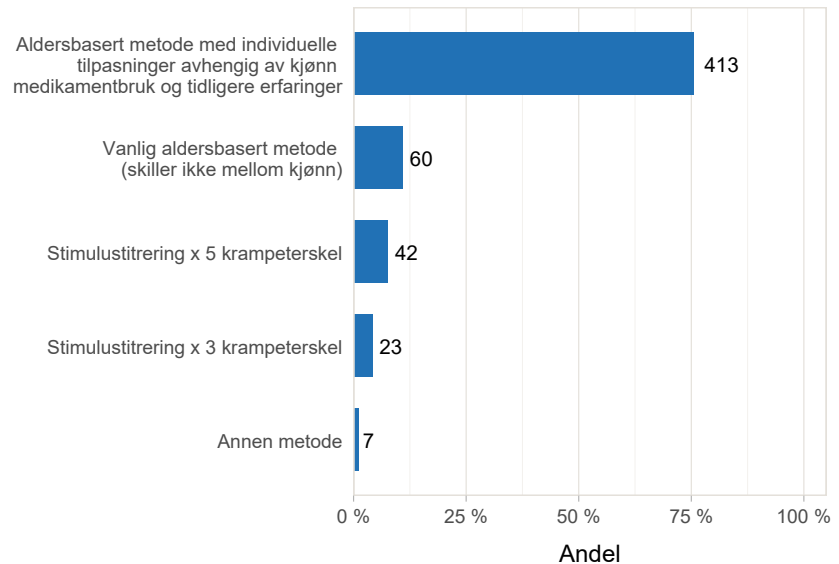
Elektrodeplassing ved første ECT

Ved første ECT-behandling ble det hovedsakelig brukt unilateral høyre d'Elia elektrodeplassing (78,9 %). Bitemporal plassering ble brukt i 6,2 % av tilfellene, mens bifrontal plassering ble brukt i 14,8 % 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) (11,0 %), mens

det i 75,6 % ble brukt aldersbasert metode med individuelle tilpasninger avhengig av kjønn, medikamentbruk og tidligere erfaringer. Stimulustitrering ble brukt i mindre grad, 7,7 % for dosering med x 5 krampeterskel og 4,2 % for dosering med x 3 krampeterskel. I 1,3 % ble det rapportert annen doseringsmetode (i form av dosering basert på tidligere behandlingsserier). Se figur 2.22



FIGUR 2.22: 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 ECT tilbud i Norge - regional variasjon

Revidert versjon gjeldende fra desember 2025

Etter publisering av årsrapporten ble vi gjort oppmerksomme på at vi har lagt til grunn feilaktige tall for opptaksområdene i Oslo (Diakonhjemmet, Lovisenberg og OUS Gaustad/Ullevål). Dette påvirker publiserte tall for både antall behandlede pasienter per 100 000 og kapasitet. Videre har uklareheter i hvordan pasienter fra de ulike bydelene ble fordelt til ECT-klinikkene i Oslo medført at om lag 140 000 innbyggere ble registrert dobbelt i befolkningsgrunnlaget. Dette har også påvirket det beregnede landsgjennomsnittet. På bakgrunn av dette ble tallmaterialet (innmeldte opplysninger om opptaksområdet og antall behandlede pasienter) gjennomgått på nytt. I ny versjon av resultatkapittelet er OUS sine to ECT-enheter (Gaustad og Ullevål) slått sammen, da disse deler opptaksområde. Videre er det blitt korrigert mindre tastefeil.

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, noe som ikke tidligere har blitt gjort for ECT-behandling. Store variasjoner mellom foretak kan tenkes å henge sammen med ulik tilgang, eller forskjeller i klinisk praksis og holdninger til behandlingen.

Tilgjengeligheten av 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.

Tallene som er brukt i våre beregninger både når det gjelder pasienter som har mottatt ECT og befolkningsgrunnlaget er fra 2024.

Slik kom vi fram til tallene

I forbindelse med Nasjonal kartlegging av ECT-tilbud og organisering (årlig kartlegging) i 2023 og 2024 ble det innhentet opplysninger om opptaksområdet til avdelinger/sykehus med aktive ECT-apparat (heretter kalt enheter). Der vi ikke fikk svar eller svarene var unøyaktige, ble informasjon hentet fra sykehusenes hjemmesider. Videre innhentet vi opplysninger om antall innbyggere over 16 år per opptaksområde. For to sykehus (Orkdal og Molde) var det likevel tvil om tallenes gyldighet, og disse ble tatt ut av beregningene.

Vi innhentet informasjon om antall unike pasienter i 2024 ved enhetenes selvrapportering til årlig kartlegging samt fra Norsk pasientregister (NPR) som samler informasjon om aktivitet i spesialisthelsetjenesten gjennom NCMP-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 kvalitets-sikret lokalt. Unntak ble gjort i tilfeller der selvrapporterte tall ikke var tilgjengelige, eller der det forelå åpenbare feil i rapporteringen (basert på blant annet opplysninger sykehusene har oppgitt om sin behandlingskapasitet).

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

$$\text{Antall ECT-behandlede pasienter} = n$$

Antall innbyggere 16 år eller eldre = N

med formelen:

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

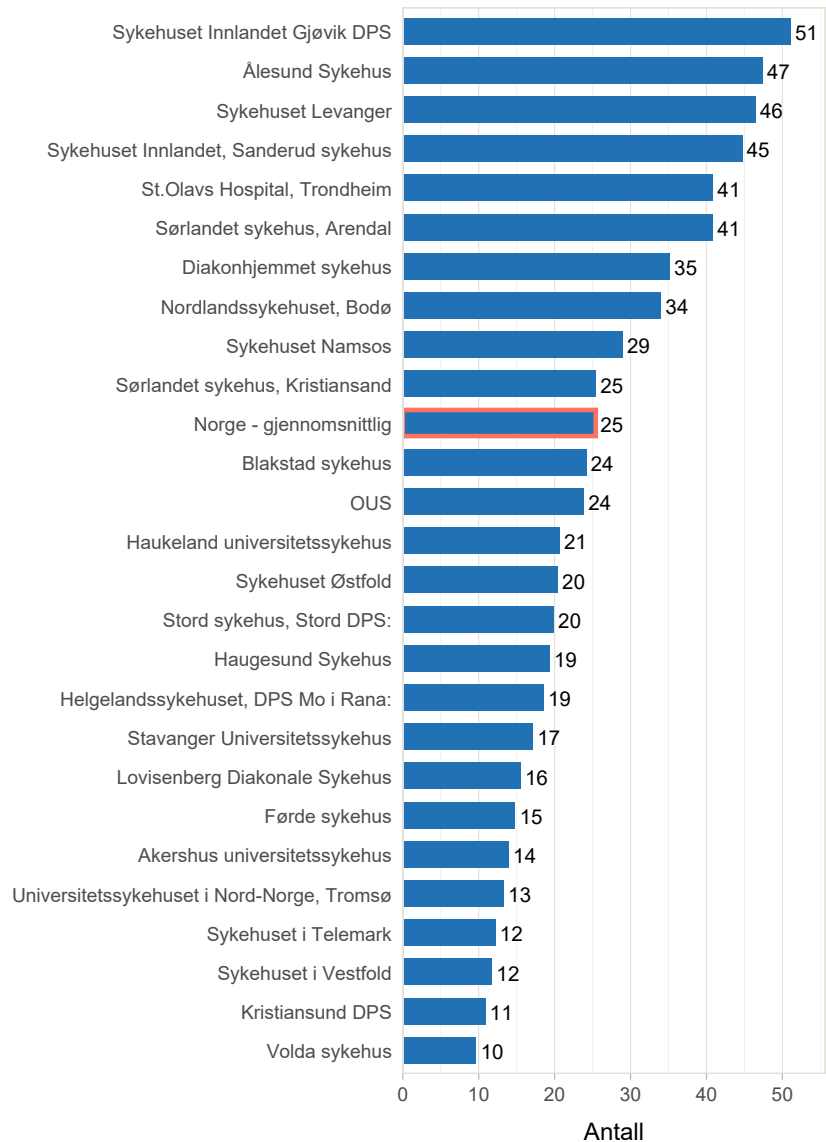
Vi har ikke hatt tilgang til informasjon om antall påbegynte ECT-serier. I og med at noen pasienter kanskje har fått flere ECT-serier i løpet av et år, vil vi derfor ikke kunne fange opp dette i resultatpresentasjonen.

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

Resultater

Antall behandlede pasienter per 100 000 i 2024:

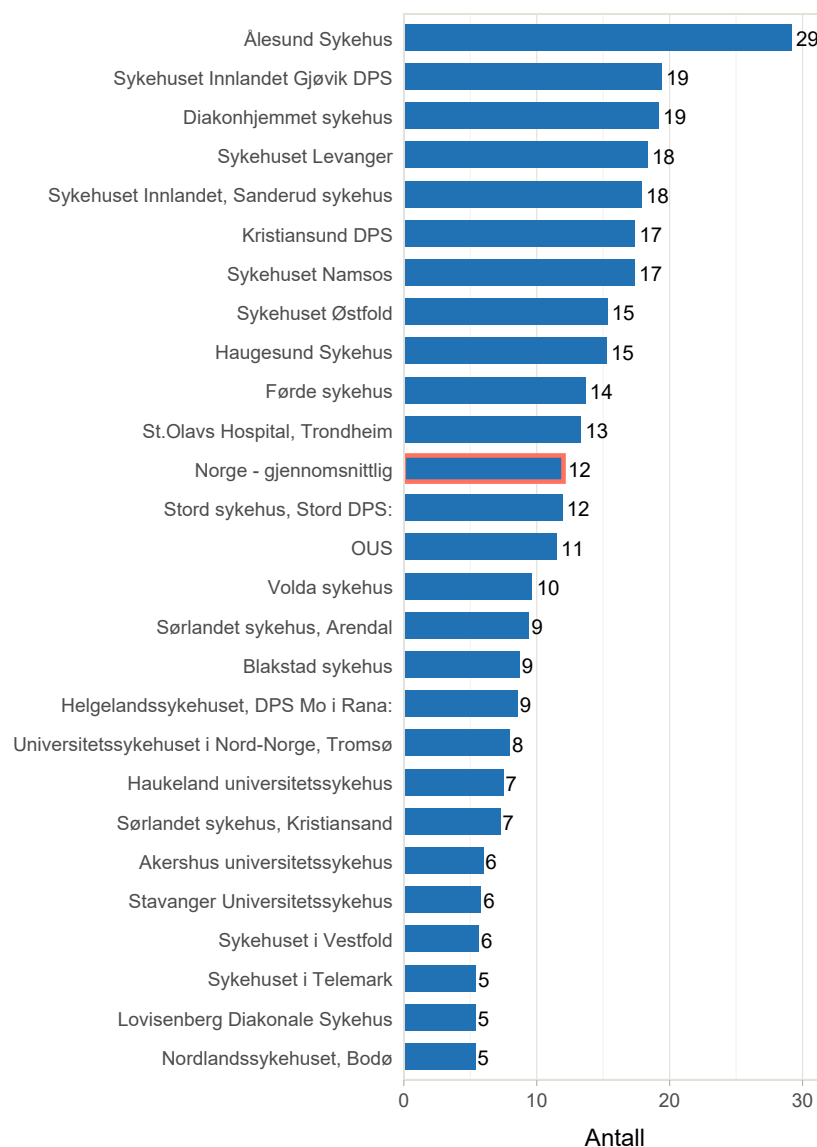
ECT-raten, angitt som antall unike pasienter som fikk ECT per 100 000 innbyggere i Norge varierer mye. Gjennomsnittlig mottok 25 pasienter ECT ved hver enhet, per 100 000 innbyggere over 16 år ECT i 2024, mens medianen var 20,5. Raten spenner fra 10 ved Volda sykehus til 51 ved Sykehuset Innlandet, Gjøvik DPS. For hele landet samlet var raten 24 per 100 000 innbyggere over 16 år.



FIGUR 2.23: Unike pasienter som mottok ECT i 2024, 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 Bodø til 29/100 000 ved Ålesund sykehus. Gjennomsnittlig kapasitet for landet er 12/100 000.



FIGUR 2.24: ECT-kapasitet i et opptaksområde 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 413 869 personer i Vestre Viken, Helse Sør Øst, som sokner til enheten på Blakstad sykehus, til 35 719 personer Helse Nord-Trøndelag som sokner til enheten ved Namsos sykehus. Gjennomsnittlig opptaksområde (antall personer 16 år eller eldre) for de 29 enhetene i Norge er 153 811 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 maskin og avtalt antall behandlinger pr 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.

2.3.3 Nasjonal kartlegging av ECT-tilbud og organisering 2024

I denne delen av årsrapporten sammenfattes data som er samlet inn gjennom Nasjonal Kartlegging av ECT-tilbud og organisering 2024. 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.

Skjemaet har blitt sendt ut til alle 29 enheter med ansvar for organisering av behandlingstilbudet, opplæring av ECT-operatører og vedlikehold av et ECT-apparat. ECT-registeret har gjennom sitt nettverk og undersøkelser funnet at det er 29 ECT-apparater, og ikke 31 som en antok ved første utsendelse av spørreskjemaet (resultater i årsrapport for 2023). Skjemaet er sendt ut til de avdelinger og personer som er ECT-ansvarlig eller avdelingsledere for å sikre at kun et skjema for hvert apparat har blitt besvart. Avdelinger og DPSer som henviser pasienter til ECT-behandling uten videre ansvar for organisering av tilbudet har derfor ikke fått tilsendt dette skjemaet. Vi har mottatt svar fra 28 av de 29 enhetene som mottok skjemaet, som gir en svarprosent på 97 %. Følgende enheter som er omfattet i resultatene nedenfor vises i tabell 4.1.

Resultater fra Nasjonal kartlegging av ECT-tilbud og organisering – 2024

Organisering av avdeling og personale

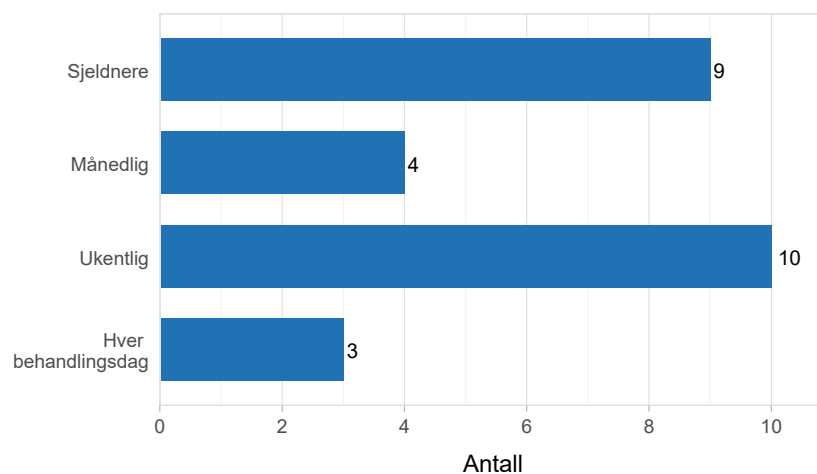
Har behandlingsstedet egen faglig ansvarlig ECT-leder?

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.

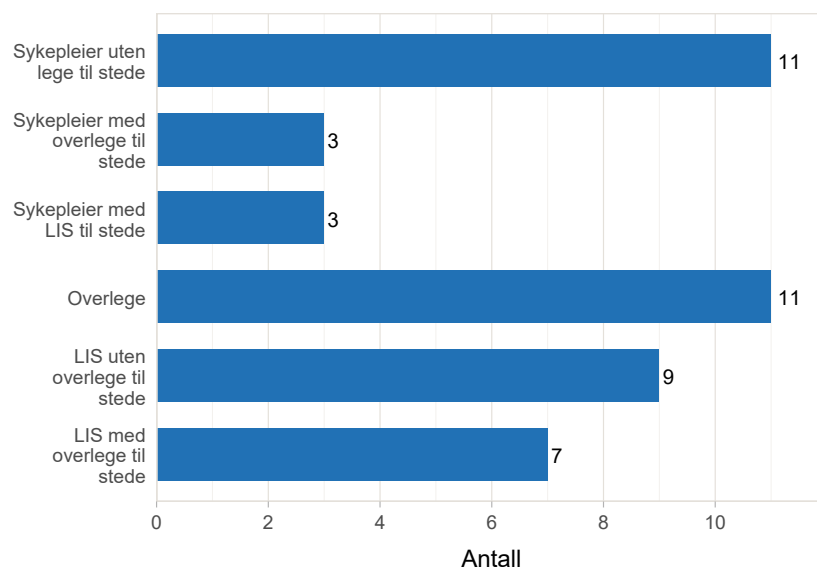
26 av 28 enheter (93 %) rapporterte at de hadde egen faglig ansvarlig for ECT-virksomheten. 24 av de 26 rapporterte at denne er spesialist i psykiatri.

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

ECT-registeret har spurt om hvor ofte faglig ansvarlig deltar på behandlingsrommet og hvem som vanligvis setter ECT. På spørsmål om hvem som vanligvis setter ECT i de ulike enhetene fikk enhetene muligheten til å oppgi flere svaralternativer.



FIGUR 2.25: Figuren viser hvor ofte faglig ansvarlig ECT-leder deltar på behandlingsrommet. Svar fra 26 av 28 enheter.



FIGUR 2.26: Figuren viser hvem som setter ECT i de ulike enhetene (enhetene hadde mulighet til å oppgi flere svaralternativer slik at fordelingen ikke gjengir hva som er mest vanlig).

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.

Alle 28 enhetene svarer at de har praktisk opplæring som en del av sitt opplæringsprogram, og 25 enheter har i tillegg til dette teoretisk klasseromsundervisning og/eller E-læringskurs. 2 enheter svarer at de kun har praktisk opplæring.

Enhetene fikk tilbud om å kommentere eventuelle utfordringer knyttet til opplæringsprogrammet i fritekstfelt. Av de 18 som kommenterte handler 6 av svarene om LIS, at det er begrenset med kapasitet hos disse og at dette gjør det utfordrende å få gitt nødvendig opplæring.

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.

Alle de 28 enhetene (100 %) svarer at de har et Thymatron apparat. 23 av 28 (81 %) svarer at apparatet har hatt service det siste året. Dette var også en variabel i skjemaet for 2023, og resultatene herfra viser at det er de samme enhetene som svarte nei eller opplysning mangler på dette spørsmålet i 2023 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.*»

17 enheter (61 %) har svart at de har en reserveløsning ved maskinfeil. 2 enheter som ikke hadde reserveløsning i 2023 har fått reserveløsning på plass i 2024.

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-virksomheten. Enhetene ble spurt om de hadde egne lokaler til venterom, behandlingsrom og oppvåkning.

14 enheter har svart at de har egne lokaler for venterom, 19 har egne lokaler for oppvåkningsrom og 21 av 28 har svart at de har egne lokaler for ECT-behandling. 7 har svart at de ikke har egne rom for noen av alternativene.

Enhetene har hatt mulighet til å kommentere sine lokaler i fri tekst (se tabell 2.7). I disse kommentarene har 16 enheter skrevet

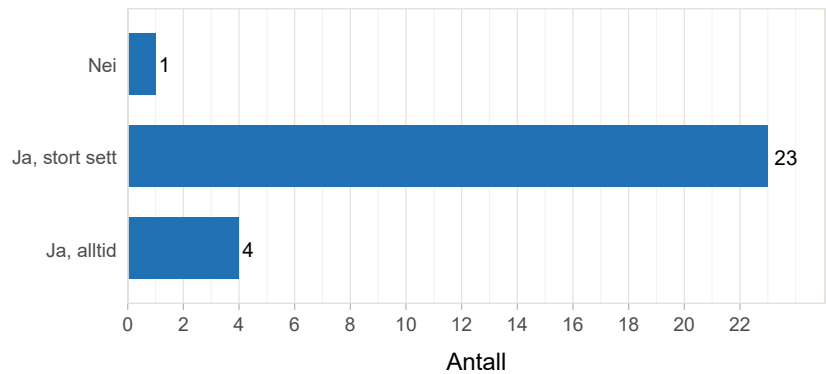
TABELL 2.7: ECT-enhetens lokaler – fritekstsvar

<i>«I helseforetaket vårt åpnet somatikken helt nye lokaler med ny operasjonavdeling, men ECT blir fortsatt gjennomført i de gamle lokalene, i et rom som også blir brukt til andre formål. Ved samtidskonflikt blir ECT gitt ved et rom like ved oppvåkningen.»</i>
<i>«Moderne, gode og funksjonelle lokaler.»</i>
<i>«Det tilbys to timers overvåkning av intensivavdeling med følge fra DPS Døgn. Deretter returnerer pasienten til DPS Døgn.»</i>
<i>«Vi bruker rom ved hovedsykehuset; operasjonstue i kirurgi, pluss deres intensivavdeling. Vi har ikke venterom.»</i>

at de benytter lokaler i den somatiske delen av sykehuset (ofte anestesi-, operasjon- eller dagkirurgi-rom/-avdelinger) for å få utført ECT-behandling.

Behandlingskapasitet

Enhetene hadde muligheten til å kommentere sin behandlingskapasitet i fritekst (se tabell 2.8). I de 22 fritekstsvarene beskrives det mest begrensende faktorer, som at det er dårligere tilbud i ferier, sårbart tilbud pga få LIS og overleger med kompetanse og kapasitet. 10 enheter har i sine svar beskrevet at anestesikapasiteten er begrensende for ECT-tilbudet.

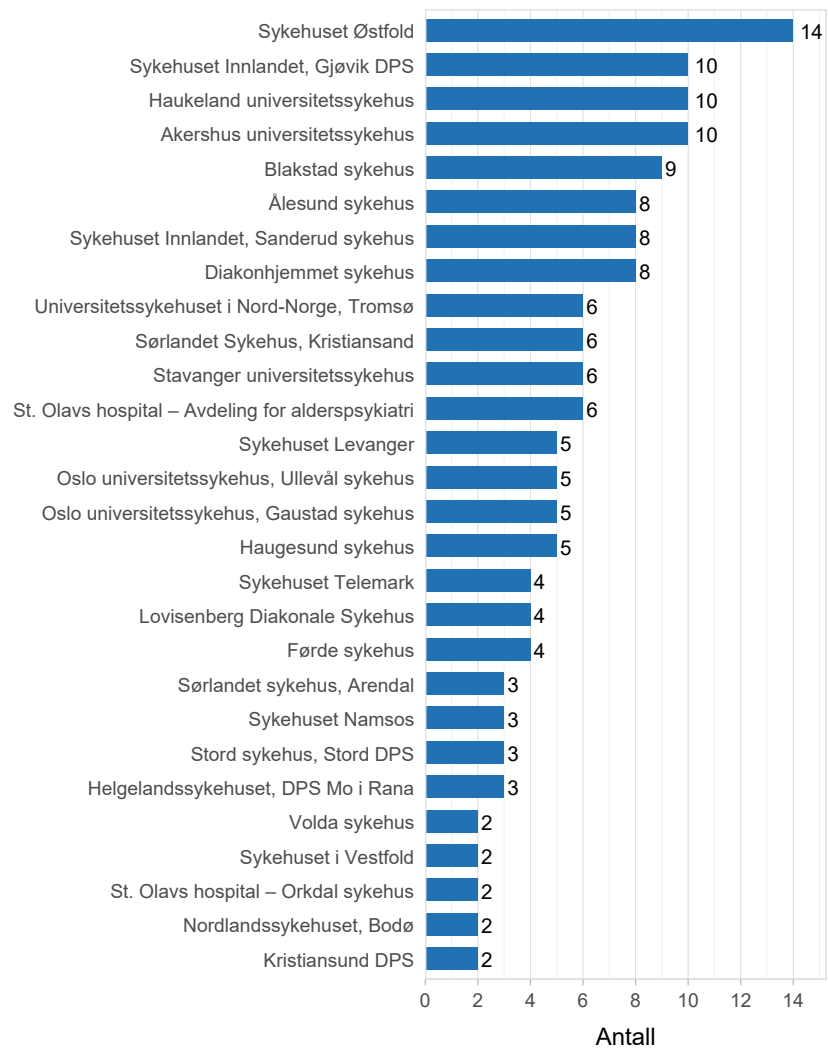


FIGUR 2.27: Figuren viser om enhetene vanligvis har tilstrekkelig kapasitet til å tilby pasienter ECT-serie når de trenger det.

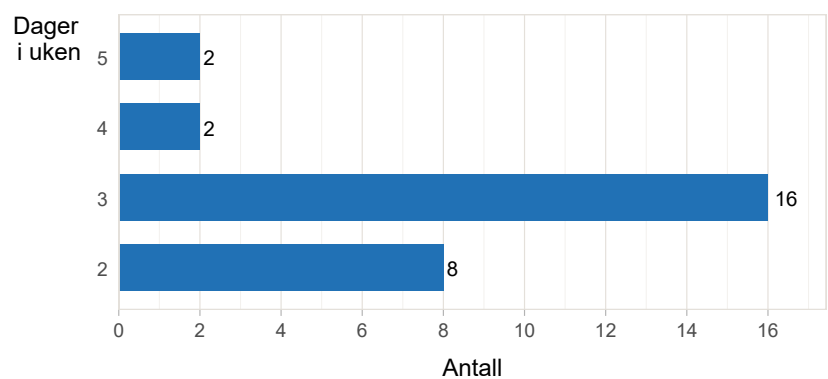
Hvor mange behandlinger kan utføres maksimalt i løpet av en behandlingsdag?

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 5,6. Denne variasjonen må sees i sammenheng med størrelsen på opptaksområde, personalressurser (psykisk helsevern, anestesi) og pasientgrunnlaget.

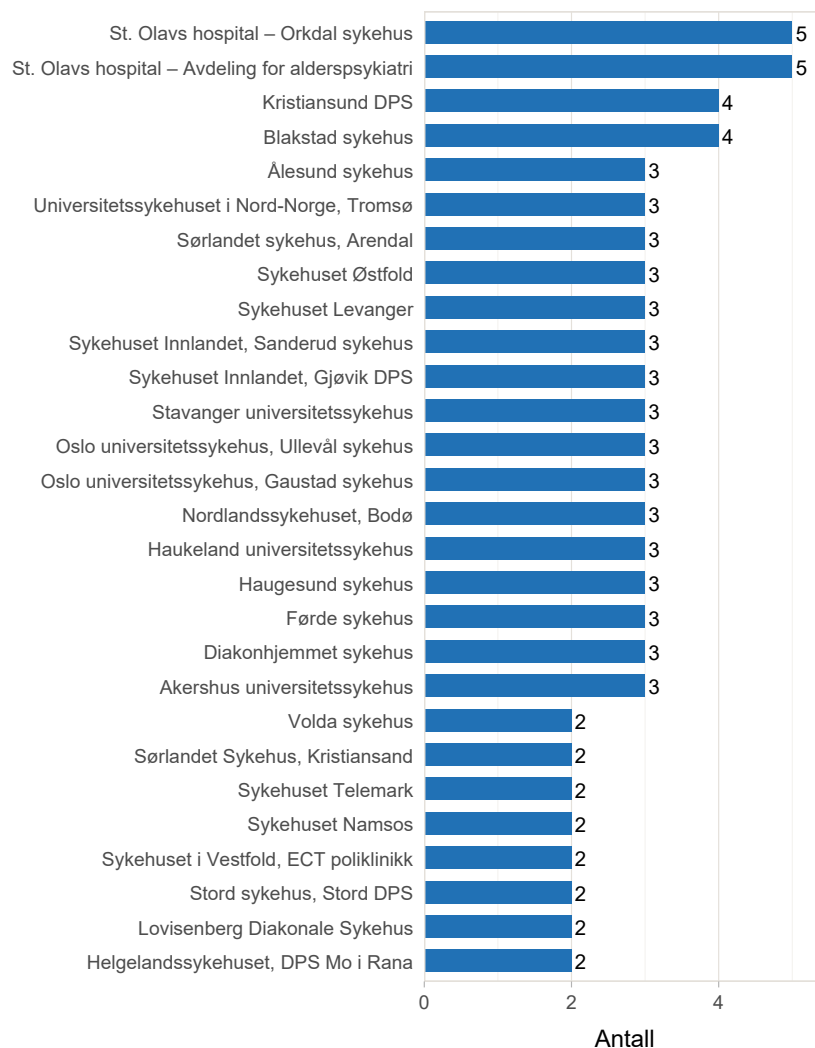
Enhetene ble også bedt om å svare på hvor mange dager i uken de vanligvis gir ECT. Dette varierer mellom enhetene, med et spenn på 2 til 5 dager per uke. 85 % av enhetene svarer at de gir behandling 2 eller 3 dager i uken.



FIGUR 2.28: Figuren viser behandlingskapasitet per behandlingsdag for de ulike enhetene.



FIGUR 2.29: Figuren viser hvor mange dager i uken det gis ECT-behandling vanligvis.



FIGUR 2.30: Figuren viser antall behandlingsdager per uke for de ulike enhetene.

Enhetenes tilbud og kapasitet til å tilby nedtrapping/kontinuasjonsbehandling og vedlikeholdsbehandling

Som en del av registerets strukturmål inngår en systematisk kartlegging av ECT-enhetenes organisering og behandlingspraksis. Et viktig mål er å undersøke tilbudet om kontinuasjons- og vedlikeholdsbehandling. Kontinuasjonsbehandling defineres som ECT-behandling én gang per uke eller sjeldnere med varighet inntil 6 måneder, mens vedlikeholdsbehandling defineres som ECT-behandling én gang per uke eller sjeldnere med varighet lenger enn 6 måneder.

25 enheter (89 %) har svart at de tilbyr kontinuasjonsbehandling.

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.

TABELL 2.8: ECT-enhetens kapasitet – fritekstsvar

«Når det gjelder henvisninger går det litt i bølger hos oss. I perioder med mye trykk må pasienter vente 1-2 uker på oppstart av ny serie, og i disse periodene går det utover pasienter som får vedlikeholds behandling.»
«Det er relativ stor variasjon i behovet for ECT-behandling i foretaket. Det kan i perioder være flere måneder uten pasienter som får behandling, men enkelte uker kan det være 3-4 pasienter som får behandling. Det er et etablert tak på maks 4 pasienter på en behandlingsdag, og dette er med tanke på kapasitet hos anestesi og oppvåkning. Om det oppstår tilfeller hvor det er behov for mer enn 4 pasientbehandlinger i løpet av en behandlingsdag, må dette avklares på forhånd.»
«Stor og god kapasitet. Alltid plass til ø-hjelp.»
«Det er mangel på ECT-behandlere ved ferieavvikling.»
«Det er kapasitet på anestesi som er utfordrende av og til, men dette går bedre og bedre. (...) Det skjer at vedlikeholdsbehandlingen må flyttes, eller at en hovedserie starter med litt forsinkelse, men det skjer skjelden.»
«Vi har økt kapasiteten til 4 hver behandlingsdag. Dette gjør det mulig for oss å tilby vedlikeholdsbehandling, noe som ikke var mulig før. Det er sjeldent ventelister, men noen ganger er det "opphopning" av pasienter hvis mange starter serier sammtidig, slik at det kan være noe ventetid.»
«Det hender man må utsette enkelte behandlinger, men da er det kun snakk om få dager.»
«Noen ganger er det ventetid fra noen uker til noen måneder. Henvisninger varierer gjennom året. Noen ganger er det høyt trykk og ventetid, andre ganger lavt trykk.»

26 enheter (93 %) har svart at de tilbyr vedlikeholdsbehandling. Registeret spør også om enhetene har kapasitet til å gi kontinuasjon- eller vedlikeholdsbehandling til pasientene når de trenger det. Her er det 3 av de 24 enhetene som har svart at de tilbyr kontinuasjons- og vedlikeholdsbehandling, som har svart at de sjeldent eller ikke har kapasitet til å tilby behandlingen til tross for at den tilbys. De resterende 21 enhetene svarer at de har kapasitet til å tilby kontinuasjons- eller vedlikeholdsbehandling til de pasientene som trenger det.

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.

11 enheter (40 %) har svart at de har rutiner for å kalle inn pasienter til etterkontroll etter 6 måneder. 3 av enhetene som svarte at de ikke hadde etterkontroll i 2023 har svart at de har etterkontroll

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. 13 enheter beskriver i fritekstfelt at det er usikkerhet rundt kodepraksis, og at det ofte er dårlig/ikke kodet for inneliggende pasienter. Flere enheter har likevel oversikt over antall pasienter og hvor mange behandlinger som er gitt, og har oppgitt dette til oss i denne kartleggingen.

19 enheter (67,8 %) svarer ja på at de registrerer alle ECT-sesjoner med NCMP-koder.

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.

3 enheter (11 %) har svart at det er tilrettelagt at erfaringskonsulenter eller tidligere pasienter kan gi informasjon til pasienter som vurderer behandling med ECT.

Behandlingsrutiner og anestesi

Foretrukne søvnmidler og legemidler som brukes rutinemessig i ECT-behandling

En enhet oppgir at de foretrekker etomidat som søvnmiddel ved ECT-behandling. Resten av enhetene er delt, 14 enheter oppgir at de benytter Propofol, mens 13 oppgir at de benytter Tiopental.

Enhetene fikk mulighet til å kommentere i fritekst og ble oppfordret til å oppgi hvorfor de benytter foretrukne søvnmiddelet (se tabell 2.9). Flere oppgir at de benytter både Propofol og Tiopental, men at de rutinemessig benytter en av delene. 8 enheter oppgir at grunnen for at de foretrekker det oppgitte middelet ofte er på grunn av vaner og kultur, eller at anestesi foretrekker det.

På spørsmål om enheten rutinemessig benytter andre anestesimidler oppgir 2 av enhetene at de benytter Ketamin rutinemessig, som tillegg til søvnmiddel. Seks enheter oppgir Alfentanil og en enhet oppgir Remifentanil.

TABELL 2.9: ECT-enhetens foretrukket søvnmiddel – fritekstsvar

<i>«Thiopental gir erfaringsmessig noe lengre motorisk og EEG-respons enn Propofol. Dersom pasienten har en aortklaffstenose, velges Ketamin i stedet for thiopental.»</i>
<i>«Vi hadde bedre erfaring med thiopental, som vi brukte før, men så har anestesi bestemt seg for at de vil bruke Propofol.»</i>
<i>«Vi opplevde vansker med å få god nok effekt av behandlingen ved bruk av Propofol for flere år siden, da det var en periode med mangel på Tiopental. Ellers er årsaken primært at vi er vant med denne, og at det fungerer greit både ut fra anestesi og psykiatri sitt ståsted.»</i>
<i>«Mindre kvalme og kardielle bivirkninger med Propofol.»</i>

Nødrett

Har enheten utført ECT på nødrett i 2024?

I den nasjonale faglige retningslinjen for ECT fra 2017 (punkt 2.2 s.24 – Rettslig grunnlag for bruk av ECT) er det en sterk anbefaling at ECT som hovedregel kun gis på grunnlag av pasientens informerte samtykke. Det står videre at «Helt unntaksvis kan ECT vurderes uten pasientens samtykke, om det foreligger en nært forestående alvorlig fare for pasientens liv eller alvorlig helseskade som kun kan avhjelpes ved bruk av ECT.». ECT-registeret har som formål å kartlegge all ECT-behandling som gis i Norge, inkludert nødrettsbehandling.

13 av 27 enheter oppgir å ha gitt ECT på nødrettsgrunnlag. I skjemaet får enhetene muligheten til å oppgi hvor mange pasienter og sesjoner som i så fall har blitt gitt totalt for disse pasientene. Ifølge enhetenes egenrapportering har 22 pasienter fått til sammen 102 behandlinger i 2024.

Del II

Administrative opplysninger

3 Registerbeskrivelse

TABELL 3.1: Opplysninger om registeret.

Bakgrunn for registeret	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, 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 psykosesyntomer, 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.
Type register	Prosedyreregister
Årstall etablert	2022
Årstall nasjonal godkjenning	2022
Årstall for start av datainnsamling	2023

Tabellen fortsetter på neste side ...

TABELL 3.1: ... fortsettelse fra forrige side

Registerets formål	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: 1 Registeret skal skaffe oversikt over ECT som gis i Norge, inkludert vedlikeholds-behandlinger og behandlinger gitt på nødrettsgrunnlag. 2 Registeret skal bidra til å sikre at Nasjonale retningslinjer for ECT fra 2017 etterleves, særlig med tanke på følgende hovedområder: – 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, som vil presenteres på virksomhetsnivå for første gang med tall fra 2024. 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 Helsennett
Databehandlingsansvarlig	Helse Bergen HF
Faglig leder/ registersekretariat med kontaklinformasjon	Konst. faglig leder: Ute Kessler Daglig leder: Kristine Elsa Krokli Kontakt: nasjonaltecregister@helse-bergen.no

Tabellen fortsetter på neste side ...

TABELL 3.1: ... fortsettelse fra forrige side

Fagrådets medlemmer	Fagrådet består av representanter fra alle helseforetak og relevante yrkesforeninger, brukerorganisasjoner og registerledelse. Medlemmer av fagrådet i 2024 har vært: – 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 i ECT-registeret – Pernille Hegre Sørensen, psykiater, representerer Helse Vest – Lena Kristin Nerdal, psykiater, representerer Helse Nord og Norsk psykiatrisk forening – Magritt Skjølsvold 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 – Faglig og daglig leder er i fagrådets sekretariat, henvendelser kan rettes dit ved epost: nasjonalTECTregister@helse-bergen.no
Aktivitet i fagrådet	Fagrådet har i løpet av 2024 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, vedtatt endring av forkortelsen til ECT-registeret, og satt målnivå for kvalitetsindikatorene som manglet ved fjorårets årsrapport. En av kvalitetsindikatorene har også blitt endret, for å bedre samsvare med intensjonene i registeret. Fagrådet har også planlagt og gjennomført ECT-konferansen, den 11 februar i Bergen.
Inklusjonskriterier	Inklusjonskriterier: – 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 bedt om 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):
	- Pasientserie (hovedskjema): - 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 ved 6-måneders kontroll, knyttes til hovedskjema): - 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): - 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 6-månederskontroll): - 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.
	Datainnsamling gjennom Nasjonal kartlegging av ECT-tilbud og organisering: - Nasjonal kartlegging av ECT- tilbud og organisering (Årlig kartlegging): - Fylles ut av alle sykehus som har ansvar for drift, vedlikehold og opplæring 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, behandlingskapasitet, 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 har ikke begynt å publisere metadata på helse-data.no. Det arbeides med dette våren 2025.
Innsynsløsning	ECT-registeret har etablert innsynsløsning via helsenorge.no. Denne løsningen ble etablert i 2023.
Antall pasienter/skjema/hendelser i rapporteringsåret	Pasientserie (Hovedskjema): 546 Pasientsvar (PROM/PREM): 94 Pasientserie 6mnd: 86 Pasientsvar 6mnd (PROM/PREM tilhørende Pasientserie 6-mnd): 16 Nasjonal kartlegging av ECT- tilbud og organisering (Årlig kartlegging): 29 enheter fikk tilsendt spørreskjemaet. Av disse har 28 enheter respondert.
Totalt antall pasienter/skjema/hendelser	Pasientserie (Hovedskjema): 597 Pasientsvar (PROM/PREM): 94 Pasientserie 6mnd: 87 Pasientsvar 6mnd (PROM/PREM tilhørende Pasientserie 6-mnd): 16 Nasjonal kartlegging av ECT- tilbud og organisering (Årlig kartlegging): 29 enheter fikk tilsendt spørreskjemaet. Av disse har 28 enheter respondert.
Stadium og nivå	Ekspertgruppen har vurdert Nasjonalt ECT-register til å være i stadium 1C.

4 Datakvalitet

4.1 Tilslutning og antall registreringer

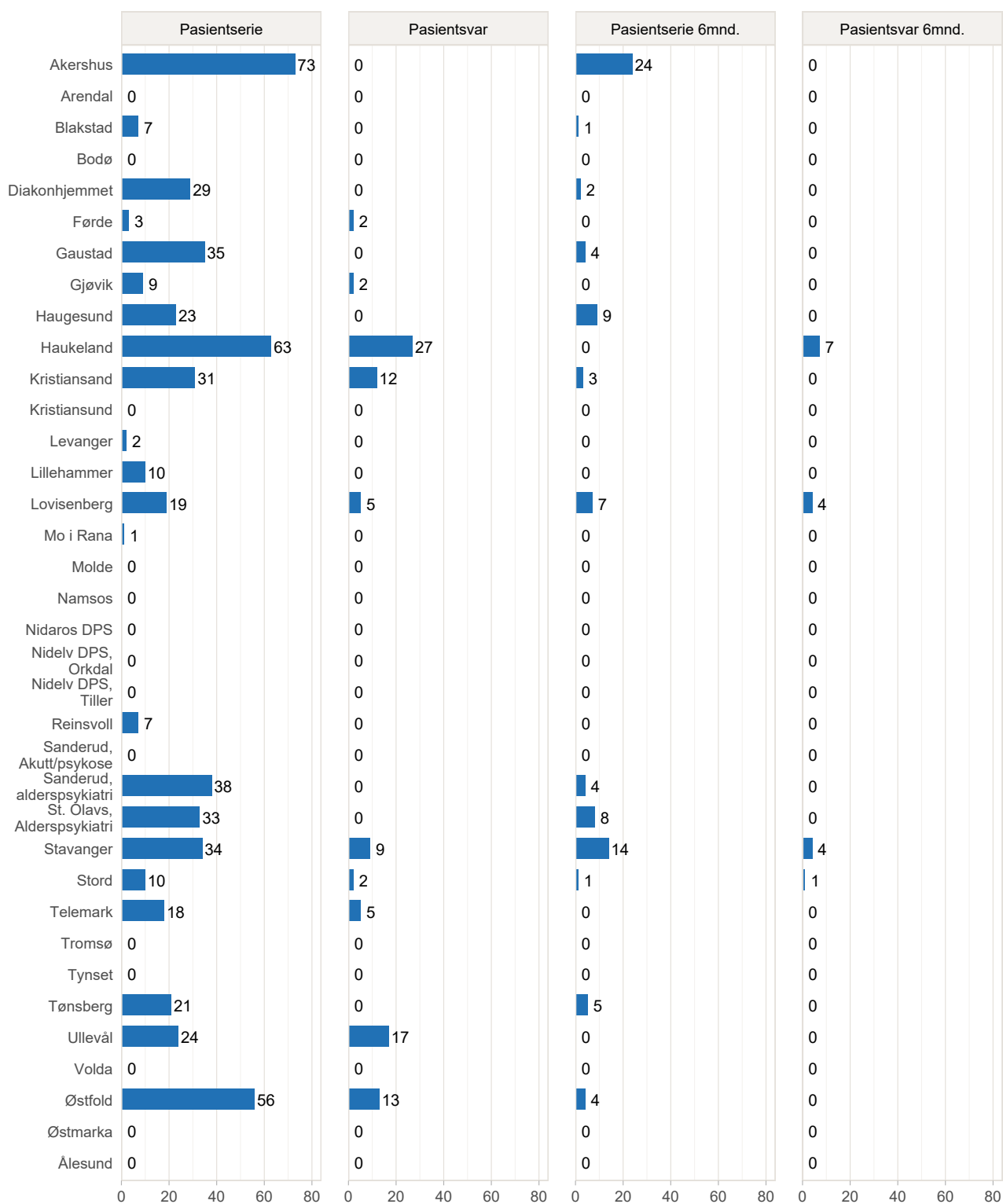
22 av 35¹ innregistrerende enheter (62,8 %) har rapportert pasientopplysninger til ECT-registeret i MRS5 i 2024. Pasientopplysninger registreres i fire skjema:

- 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 52 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 2024 er besvart av 28 av 29 enheter, noe som tilsvarer en svarprosent på 96,5 %. Dette skjemaet ble sendt til alle 29 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.

¹35 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 2024.

TABELL 4.1: Enheter som har fått tilsendt årlig kartlegging for 2024.

Enheter 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
Ullevål	1
Akershus	1
St. Olavs, Alderspsykiatri	1
Østfold	1
Sanderud, alderspsykiatri	1
Haugesund	1
Gaustad	1
Stord	1
Tønsberg	1
Telemark	1
Kristiansand	1
Diakonhjemmet	1
Blakstad	1
Lovisenberg	1
Gjøvik	1
Stavanger	1
Lillehammer	X
Reinsvoll	X
Førde	1
Nidelv DPS, Orkdal	1
Mo i Rana	1
Kristiansund	1
Molde	0
Ålesund	1
Volda	1
Levanger	1
Namsos	1
Bodø	1
Nidaros DPS	X
Nidelv DPS, Tiller	X
Østmarka	X
Sanderud, Akutt/psykose	1
Tynset	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) våren 2025 startet arbeidet med førstegangs dekningsgradanalyse. 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 arbeides våren 2025 med å lage oppsett for å identifisere behandlingsserier i tallene fra NPR.

Registeret har mottatt uttrekk fra Norsk pasientregister (NPR) med oversikt over følgende prosedyrekoder:

- IBEB00 Elektrokonvulsiv terapi (ECT) med unilateral elektrodeplassing. Elektroder plassert på én side av hodet. Anestesi: personen er under narkose og får muskelavslappende midler.
- IBEB05 Nødrett: Elektrokonvulsiv terapi (ECT) med unilateral elektrodeplassing. Prosedyren er utført uten pasientens samtykke, under henvisning til nødrett, jf. straffelovens § 17.
- IBEB10 Elektrokonvulsiv terapi (ECT) med bilateral elektrodeplassing. Elektroder plassert på begge sider av hodet. Anestesi: personen er under narkose og får muskelavslappende midler.
- IBEB15 Nødrett: Elektrokonvulsiv terapi (ECT) med bilateral elektrodeplassing. Prosedyren er utført uten pasientens samtykke, under henvisning til nødrett, jf. straffelovens § 17

Erfaringene så langt viser at det er rom for forbedring når det gjelder registrering av NCMP-koder på nasjonalt nivå. Registeret har mottatt uttrekk fra NPR med oversikt over registrerte prosedyrekoder, og har sammenlignet disse tallene med data rapportert direkte fra enhetene gjennom den årlige kartleggingen. I enkelte områder ser vi at antall registrerte behandlingsserier i NPR i stor grad overstiger det som er rapportert av enhetene til registeret. Dette skyldes trolig at pasienter får behandling på flere ECT enheter, det vil si at innrapporterende enhet endrer seg underveis i behandlingsforløpet, og pasienten dermed registreres flere ganger. Ved noen sykehus er det rapportert færre eller like mange behandlinger enn antall innrapporterte pasienter, noe som tyder på at ikke alle behandlinger blir korrekt kodet eller registrert.

Dette er en kjent utfordring som registeret i løpet av 2024 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 er under utarbeiding våren 2025.

4.2.3 Responsrate for pasientrapporterte data

Registeret har mottatt 546 Pasientserie-skjema fra 483 unike pasienter i 2024. Av disse leverte 94 svar på Pasientsvar-skjemaet (tilhørende Pasientserie). Dette gir en svarprosent på 17,2 %.

4.3 Vurdering av datakvalitet

ECT-registeret har i 2024 ikke gjennomført undersøkelser av datakvalitet ved spesifikke datakvalitetsprosjekt. Se [kapittel 9](#) på side 70 for plan for undersøkelse av datakvalitet. Det er likevel tiltak som allerede nå gjennomføres for å sikre god kvalitet på registrering til registeret:

- Fysisk opplæring tilbys alle sykehus som skal i gang med registrering. På fysisk opplæringsbesøk blir skjemaene og den tekniske plattformen nøye gjennomgått, for å sikre at registrarene skal ha nødvendig opplæring for å registrere korrekt fra start.
- Håndbok for registrering og bruk av registeret. Denne håndboken er laget som et praktisk verktøy for de som registrerer data i registeret. Registrarene skal ha hjelp tilgjengelig underveis som sikrer korrekt og enhetlig registrering av data.
- I løpet av året har vi hatt kontinuerlig fokus på å støtte registrarene i deres arbeid. Det er gjennomført månedlige kontaktmøter med registrarene, hvor det gis veiledning og mulighet for oppfriskning. Under disse møtene ble det tatt opp spørsmål fra praksis, blant annet knyttet til korrekt registrering av 6-månederskontroller, vedlikeholdsbehandling og MADRS-skåringer.
- I tillegg er daglig leder tilgjengelig for spørsmål på e-post og telefon utenom møtene, og det legges stor vekt på å gi raske og presise svar. Dette bidrar til å løse utfordringer fortløpende og styrker registrarens trygghet i arbeidet.
- Registerets tekniske løsninger i MRS støtter også opp om datakvalitet. Det er innebygde regler som hindrer ferdigstilling av skjemaer med manglende opplysninger, med mindre det aktivt krysses av for at opplysningen mangler. Det er også lagt inn valideringsgrenser på enkelte variabler for å forhindre registrering av urealistiske verdier.
- Videre er det utviklet hjelpetekster til store deler av skjemaets variabler. Disse tekstene konkretiserer og definerer hvilke opplysninger som etterspørres, og bidrar til mer ensartet og korrekt registrering på tvers av innregistrerende enheter.

5 Pasientrettet kvalitetsforbedring

5.1 Identifiserte forbedringsområder

Basert på resultatene presentert i [kapittel 2](#) på side 6 vil registeret påpeke følgende mulige pasientrettede forbedringsområder:

- 6-månederskontroll: 11 av 28 enheter svarte at de hadde rutiner for å kalle inn pasienter til kontroll 6 måneder etter behandlingen.
- Kvalitetsindikatorer: I dag er det varierende praksis for systematisk bruk av MADRS og hukommelsestester før og etter ECT-serier. Andelen behandlingsserier der MADRS er benyttet både innen én uke før første og én uke etter siste ECT-behandling, hos pasienter med depresjonsdiagnose som indikasjon bør økes. Videre bør en øke andelen behandlingsserier hvor pasientens hukommelse har blitt kartlagt før og etter ECT serien
- Erfaringskonsulenter: 3 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
Hva ble gjort av hvem?	Registeret har skjema hvor det samles inn opplysninger om pasienters tilstand og eventuell vedlikeholdsbehandling 6 måneder etter endt ECT-behandling, i tillegg til pasientsvar-skjema (PROM/PREM). I disse skjemaene er det variabler egnet for å kunne kartlegge behov for eventuell oppfølging eller tilbakefall av sykdom. Daglig leder i registeret gir opplæring til enhetene i registrering og bruk av disse skjemaene, og gir veiledning om hvordan man skal kunne holde oversikt over når pasienter skal komme til kontroll.

Tabellen fortsetter på neste side ...

TABELL 5.1: ... fortsettelse fra forrige side

Hvilke resultater ble oppnådd?	Vi har hatt økt fokus på 6-månederskontroll. Dette er et ledd i å sikre at pasienter som har fått tilbakefall blir fanget opp og at pasienter som har behov for en samtale om behandlingsopplevelsen, får mulighet til det. Videre er det viktig å identifisere pasienter med langvarige kognitive vansker som krever videre oppfølging. Per i dag er dette ikke en etablert rutine ved alle enheter, men ved å tydeliggjøre etterkontroll som et kvalitetsmål, har registeret bidratt til økt bevissthet og forbedret praksis. Da mange av enhetene kom i gang i løpet av 2024 og ikke fra før hadde rutiner for å kalle inn pasienter til 6-månederskontroll, vil det først i neste årsrapport være hensiktsmessig å se på andelen av pasientene hvor det ble gjennomført 6-månederskontroll.
---------------------------------------	--

6 Formidling av resultater

TABELL 6.1: Formidling av resultater fra registeret.

Form	Frekvens	Målgruppe/mottakere
Årsrapport – resultatdel 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.	Årlig	Fagmiljø, ledelse ved helseforetakene, innregistrerende enheter og offentligheten.
Kvalitetsregistre.no Plan for formidling: Det planlegges å publisere resultater fra alle kvalitetsindikatorerne på nasjonalt nivå, og på enhetsnivå der dette er mulig.	En til to ganger årlig	Fagmiljø, ledelse ved helseforetakene, innregistrerende enheter og offentligheten.
Resultater til registrerende enheter 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.	Årlig eller oftere	Ledelse og fagpersoner ved registrerende enheter. Vi vil anbefale enhetene å ta ut data minst en gang årlig.
Innlegg på møter og konferanser 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 det arrangeres egne ECT-konferanser.	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 2024 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:	2024	2023	2022
Forskning	–	–	–
Kvalitetsforbedring og styringsformål ¹	–	1	–
Andre formål (f.eks. til media)	2	–	–
Totalt	2	1	–

Registeret har oppgitt sine oversikter over antall pasienter som mottar behandling i landet, i forbindelse med en podkast om ECT i NRK. Registeret har også utlevert oversikt over organisering av ECT-tilbudet fra Nasjonal kartlegging av ECT-tilbud og organisering til en av forfatterne av en framtidig bok om ECT.

7.3 Vitenskapelige artikler

ECT-registeret har ikke medvirket til vitenskapelige artikler med hverken utlevering av data eller i form av annet samarbeid i 2024.

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 2024	
			Ja	Nei
Stadium 2				
1	Samler data fra alle aktuelle helseregioner	4.1	☒	☐
2	Presenterer kvalitetsindikatorene på nasjonalt nivå	2.1	☒	☐
3	Har en konkret plan for gjennomføring av dekningsgradsanalyser	4.2	☒	☐
4	Har en konkret plan for gjennomføring av analyser og jevnlig rapportering av resultater på enhetsnivå tilbake til deltakende enheter	6	☒	☐
5	Har en oppdatert plan for videre utvikling	9	☒	☐
Stadium 3				
6	Kan dokumentere komplettethet av kvalitetsindikatorer	4.3	☐	☒
7	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 60 % i løpet av siste to år	4.2	☐	☒
8	Registeret skal minimum årlig presentere kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	6	☐	☒
9	Registrerende enheter kan få utlevert eller tilgjengeliggjort egne aggregerte og nasjonale resultater	6	☐	☒
10	Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste faglige retningslinjer	2.1	☐	☒
11	Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret	9	☒	☐

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	☐	☒
13	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 80 % i løpet av siste to år	4.2	☐	☒
14	Presenterer minst to ganger årlig kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	6	☐	☒
15	Registeret skal dokumentere at data anvendes vitenskapelig	7.3	☐	☒
16	Presenterer resultater på enhetsnivå for PROM/PREM (der dette er mulig)	2.2	☐	☒
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	☐	☒
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	☒	☐
Nivå C				
19	Oppfyller ikke krav til nivå B		☐	☒

9 Utvikling av registeret

9.1 Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen

I ekspertgruppens kommentarer til ECT-registeret blir det beskrevet at det på grunn av kort tid med datasamling og manglende definisjon på måloppnåelse ikke ble presentert analyser av registerets kvalitetsindikatorer. Dette er noe registeret har hatt spesielt fokus på i året som har gått. Alle kvalitetsindikatorene har fått målnivå, og vil i årets rapport presenteres på nasjonalt nivå, og på enhetsnivå der dette er mulig.

Registerets utvikling blir også beskrevet ved at det ble rullet ut til 8 enheter i 2023. Dette arbeidet har vi fortsatt med høy intensitet – 17 enheter fikk opplæring, hvorav 10 ved fysiske besøk fra daglig leder. Dette har resultert i at vi i årsrapporten kan presentere data fra 22 enheter.

I beskrivelsen av planlagte tiltak for videre forbedringer nevnes også beregning av dekningsgrad, utrulling til Helse Nord og arbeid med forbedring av metoder for datafangst. Ekspertgruppen påpekte også at det burde legges en plan for undersøkelse av datakvalitet.

Arbeidet med beregning av dekningsgrad pågår mens årsrapporten for 2024 blir skrevet. Helse Nord er inkludert i registeret; Helgelandssykehusets ECT-enhet i Mo i Rana leverte data om sin første pasient i desember 2024, Universitetssykehuset i Tromsø fikk også opplæring i desember 2024 og startet med innregistrering av pasienter på nyåret 2025. Registeret er i dialog med Nordlandssykehusets ECT-enhet i Bodø om oppstart av registrering høsten 2025. Plan for undersøkelse av datakvalitet ble tatt opp i statusmøte med fagsenteret for medisinske kvalitetsregistre, videre plan for dette kan leses i [avsnitt 9.2](#).

9.2 Planer og behov

Registeret befinner seg i stadium 1C og har en ambisjon om å oppnå stadium 2B. Vi mener at i denne prosessen tilfredsstiller vi alle kriteriene for stadium 2, slik anført i tabell [8.1](#).

Nye variabler for pasientrapporterte resultater

I fjorårets årsrapport meldte vi at vi ble oppfordret til å inkludere i PREM spørreskjema et spørsmål om pasientene fikk god nok informasjon om registeret og sine rettigheter i forbindelse med inklusjon i registeret. Fagrådet besluttet våren 2025 å inkludere en slik kartlegging. Dette vil bli gjennomført når en ny revisjon av MRS datasettet skal gjøres i samarbeid med HEMIT.

Teknisk forbedring

- Registeret har meldt inn flere behov til Helse Vest IKT om ønskelige endringer i variabler og funksjoner som vil gjøre det lettere å sikre gode data for registeret. Ønskelige funksjoner som vil føre til en bedring i datafangst er for eksempel automatisk utsending av eProm 6 måneder etter første skjema ble ferdigstilt.
- Videre må vi være forberedt på endringer i variabler i MRS datasettet pga de nye lovendringene som angår psykisk helsevernloven (Lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bedre beslutningsgrunnlag og behandling)). En er i kontakt med fagsenteret og Helsedirektoratet angående dette behovet.

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

Vi har valgt å fokusere på følgende kvalitetsforbedrende tiltak: 6-måneders kontroll. Registeret har et pågående prosjekt i form av at daglig leder informerer registrarer og andre klinikere om viktigheten av 6-måneders kontroll ved hver kontakt. Vi vil se om dette tiltaket bedrer etterlevelse av denne anbefalingen. Dersom dette ikke bidrar til bedring, vil vi invitere og støtte to eller tre ECT-enheter til å jobbe målrettet med 6-måneders kontroll som et prosjekt. Resultatene fra disse enhetene vil kunne presenteres på den 3. nasjonale ECT-konferansen i 2027.

Nye registrerende enheter/avdelinger

Hovedfokuset til ECT-registeret har siden start av datainnsamling vært å rulle ut registeret og å få med flere innregistrerende enheter. I skrivende stund i 2025 har vi så langt fått med 3 nye enheter som ikke leverte data i 2024 (25 totalt). For å få flere innregistrerende enheter til registeret kontaktes aktuelle fagpersoner ved de ulike enhetene som utfører ECT eller som har pasienter som får ECT-behandling. Disse får informasjon om registeret og opplæringsbesøk planlegges.

Oppfølging av enheter og registrarer

Registeret har månedlige kontaktmøter hvor de som registrerer i registeret og fagpersoner innenfor ECT er invitert. 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.

Registrerende enheters etterlevelse av faglige retningslinjer

ECT-registeret har som en del av sitt formål å bidra til å sikre etterlevelse av retningslinjer fra 2017. Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv terapi - ECT har omkring 50 anbefalinger, og ECT-registeret har 14 av disse som delmål for registeret. Flere av kvalitetsindikatorene er også utviklet med bakgrunn i retningslinjen.

Vi vil med oppfølging av registerets delmål og kvalitetsindikatorer kunne se innregistrerende enheters etterlevelse av retningslinjen. Flere av registerets variabler er utformet med tanke på anbefalinger i retningslinjene, og vi vil kunne synliggjøre etterlevelse ved publisering av resultater.

Formidling av resultater

Årsrapporten fra 2024 vil for første gang publisere resultater fra kvalitetsindikatorer og øvrige variabler. Denne vil både publiseres på nett og bli distribuert til ledelsen ved de ulike enhetene som tilbyr ECT som behandling, samt innregistrerende enheter. Håndbok for registrering og bruk av registeret er blitt oppdatert med informasjon og fremgangsmåte for hvordan innregistrerende enheter kan hente ut rapporter fra egne enheter. Denne informasjonen vil bli gjentatt på de månedlige registrarmøtene.

Samarbeid og forskning

- Forskningsprosjekter og annen vitenskapelig aktivitet:
Arbeidet med metadata ble påbegynt i 2024, men fullføres først i 2025. Det innebærer ECT-registerets data vil være tilgjengelig gjennom helsedata.no og muliggjør kobling med andre helseregistre. ECT-registerets ledelse forbereder en referanseartikkel for ECT-registeret som vil bli publisert med data til og med 2025, planlagt publisert i 2026.

10 Litteratur

Kontakt og informasjon

Postadresse

Nasjonalt kvalitetsregister for elektrokonvulsiv terapi
Haukeland universitetssjukehus
Postboks 1400
5021 Bergen

E-post

nasjonaltektregister@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/>

