

Skräddarsydd ECT

■ Jag är narkosläkare. En förmiddag härom veckan var min uppgift att ta hand om ECT-verksamheten (det vill säga så kallad elbehandling inom psykiatri), den som återigen kom i fokus i november i följd efter två kritiska reportage i SVT-programmet »Uppdrag granskning«. Jag gick därifrån med blandade känslor, och några tankar har vevats flera varv sedan dess.

Programmets stora poäng var att lyfta fram bestående minnespåverkan som en realitet för vissa patienter. Här har svensk psykiatri uppenbarligen levt med skyggglapparna på trots att data funnits tillhands. Programmets avsida var att behandlingsformens livräddande potential kom i skymundan, med risk för att rädslan för biverkningar resulterar i att behövande inte kommer till behandling.

Undersökande journalistik är ett viktigt instrument – en grundbult i det vi kallar demokrati – men ett instrument som måste hanteras lika klokt som skalpellen, eller varför inte lika klokt som ECT-apparaten. Den av mina patienter som var allra mest illa därana, och som vid tillfället i fråga fick sin första behandling, hade riskerat att få denna behandling försenad på grund av att familjen var tveksam till behandlingen.

Att denna tveksamhet kom till uttryck direkt efter att »Uppdrag granskning« sänt sitt reportage hade nog inte bara ett tids samband, utan där fanns säkert också ett orsakssamband. Utan att gå in på detaljer kan jag i denna patients fall hävda att ECT troligen hade en livräddande effekt. För patientens akut livshotande psykiatriska tillstånd har endast ECT tillräckligt snabb effekt.

Vid den vanligaste indikationen för ECT, djup depression,

»Att enbart kartlägga hur många behandlingar som ges nationellt under ett år kan inte vara mer än en startpunkt för viktigare frågeställningar ...«

handlar det också om livräddande potential.

Djup depression har en dödlighet som få tumörsjukdomar kan nå. Ingen ifrågasätter den mycket tuffa behandling vi utsätter cancerpatienter för – kirurgi, strålning, cellgifter. Där är vi alla – patienter, sjukvårdspersonal och hela samhället – eniga om att man får acceptera även oerhört svåra biverkningar för att förhoppningsvis vinna livet.

För de allra flesta patienter som får ECT är biverkningarna förhållandevis milda, särskilt om man ställer dessa i relation till alternativet, risk för självmord eller död i cirkulatorisk kollaps vid kataton tillstånd.

Dessvärre kan det nog finnas ett antal människor i landet som nu i programmets kölvatten avslutar en påbörjad behandlingsserie eller vägrar påbörja en som planerats. Utebliven behandling kan kosta liv. Förutom att ECT på rätt indikation är effektivare än läkemedel mot depression, så kommer också effekten snabbare. Allra bäst är att kombinera de bägge behandlingsformerna.

Jag hoppas att debatten för det goda med sig att behandlingsseriens längd värderas noggrannare för den enskilda patienten och att man börjar dosera ECT med större finess på alla kliniker. Det går att bokstavligen dosera styrkan i ECT-behandlingen till en för den enskilde mer anpassad grad utan att tappa i antide-

pressiv effekt, samtidigt som kognitiva bieffekter minskar [1].

Fler studier i »skräddarsydd« ECT måste initieras. Troligen har unga kvinnor mest att vinna på individualiserad ECT-behandling på grund av mycket låg kramptröskel [2]. Kanske var det inte en tillfällighet att samtliga redovisade fall av bestående minnesstörning i »Uppdrag granskning« reportage var kvinnor, de flesta dessutom unga?

Bättre kunskap för att kunna värdera vad som är optimalt antal behandlingar på individnivå är en annan viktig uppgift för klinisk forskning. Epidemiologi kan ge ledtrådar till vad som är rimligt antal ECT-behandlingar på po-

pulationsnivå. Att kartlägga hur många behandlingar ges nationellt under ett år kan vara en startpunkt för viktigare frågeställningar, en grannliga uppgift för Socialstyrelsens utredare.

Mats Enlund

docent, överläkare
Centrum för klinisk forskning;
Operationskliniken,
Centrallasarettet, Västerås
mats.enlund@ltv.se

REFERENSER

1. Sackeim HA, Prudic J, Nobler MS, Fitzsimons L, Lisanby SH, Payne N, et al. Effects of pulse width and electrode placement on the efficacy and cognitive effects of electroconvulsive therapy. *Brain Stimulation*. 2008;1:71-83.
2. Robertson C, Fergusson G. Electroconvulsive therapy machines. *Advances in Psychiatric Treatment*. 1996;2:24-31.

Mer debatt på webben

Neðanstående inlägg finns att läsa på Lakartidningen.se/debatt

Vetenskapsrådet bör undersöka samförfattarskap
Martin Hällsten, Ulf Sandström

Ur inlägget:

»En alternativ hypotes skulle kunna vara att kunskapen om hur man skriver en effektiv forskningsansökan är större inom miljöer som är representerade i beredningsgruppen, men i sådant fall borde denna stilistik göras offentlig och inte vara förundrad sökande som redan har kontakter i beredningsgrupperna. --- Slutatsen är att varken Billig & Jacobsson eller undertecknade kan ange de underliggande mekanismerna trots att effekten vid det här laget är väldokumenterad. Därför finns det all anledning att fördjupa analyserna av bedömningsprocessen. --- Det är dags att göra det forskningsarbetet ordentligt. Snarare än att försöka stänga borde Vetenskapsrådet öppna frågan för olika typer av analyserande forskning. Till exempel vore det rimligt att noga undersöka ledamöters och sökandes nätverk i form av samförfattarskap och andra betydelsefulla relationer oavsett om de registreras som jäv eller inte.«

Demensutredningar – också en organisationsfråga

Anders Nordlund, Emanuel Åhlfeldt, Hossein Abednazari, Inger Johansson, Susanne Strömsén

Ur inlägget:

»En av våra huvudpoängar är ... att vissa skrivningar i den preliminära versionen av nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom styr utvecklingen mot en viss organisatorisk lösning, som riskerar bidra till en slentrianmässig uppdelning av demensutredningar i två steg. --- Om det vill sig illa riskerar denna uppdelning att försvåra lokala försök att utveckla nya sätt att organisera demensutredningar. Framför allt handlar det om hur beställarenheter inom landstingen väljer att utforma de ekonomiska betalningssystemen. Vi förstår att det inte är Socialstyrelsens intention att styra den lokala organiseringen av demensutredningar ... Riktlinjerna kan ändå komma att styra den lokala organiseringen, om betalningssystem konstrueras endast utifrån att demensutredningar delas i basal och utvidgad utredning.«