



Helsedirektoratet  
Pb. 7000 St. Olavs plass  
0130 Oslo, Norge

## **Høringsvar Mental Helse**

**Oslo, 01.12.2016**

### **Høring - Nasjonal faglig retningslinje for bruk av elektrokonvulsiv behandling – ECT**

#### **Rettslig grunnlag**

Skriftlig samtykke er en forutsetning for forsvarlig behandling med ect. At dette knyttes til et informasjonskrav er bra. Her bør også pårørende inkluderes.

#### **Tvangsgrunnlag**

ECT bør aldri benyttes under tvang. Vi ser at det kan være rasjonelle argumenter for å gjøre individuelle vurderinger ut fra akutte situasjoner, men usikkerhet og mangelfull forskning knyttet til bivirkninger og effekter av behandlingen gjør det etisk svært problematisk å åpne for *noen form for* tvangsgrunnlag. Selv om ingen «andre tiltak ikke er aktuelle». Et avgjørende perspektiv oppe i dette er at enhver situasjon – selv akutte – er en del av et lengre perspektiv. Tilstander er alltid under endring, selv en akutt suicidal depresjon som tilsynelatende ikke har andre tilgjengelige tiltak. Et helsevesen eller en akuttavdeling kan ikke slå seg til ro med en påstand om at det ikke finnes tiltak; det vil alltid være muligheter, noen langsiktige og noen som ikke har effekt her og nå. Når det gjelder ect. så benyttes den innen psykisk helse oftest i forbindelse med alvorlige depresjoner. Nettopp depresjoner har dokumenterbart lindrende alternativer utover medisiner, og derfor vil det være en tvilsom påstand å hevde at det ikke eksisterer andre mulige tiltak.

I tillegg er ect en såpass omfattende inngripen i et menneskes liv og helse at det er ikke lar seg forene med bruk av tvang. Både fysisk, visuelt og ikke minst sosialt er behandlingen relativt ekstrem, og noe som kan gi både tilleggstraumer og vesentlig stigma.

Mental Helse mener derfor at nødrett ikke kan tillates ved bruk av ect.

#### **ECT ved moderat til alvorlig depresjon**

Mental Helse ser at ect kan være et gunstig virkemiddel for mennesker med alvorlige og akutte helsetilstander knyttet til depresjon. Vi er likevel skeptiske til å åpne for en definisjon som inkluderer bruk ved *moderat* depresjon. Mental Helse mener dette bør fjernes og at det først og fremst skal gjelde ved *alvorlige* tilfeller.



### **ECT som førstebehandling**

Muligheten for ECT som førstebehandling kan være en løsning i akutte tilfeller, men forutsetter samtykke, god informasjon og involvering av tilstrekkelig med spesialister. Beslutninger må fattes på kvalitativt grunnlag, noe som innebærer flere enn tre profesjonelle vurderinger. Behandlingen er såpass inngripende og – for mange – eksistensiell, at den må forelegges grundigst mulig forhåndsanalyse.

### **ECT som vedlikeholdsbehandling**

Vedlikeholdsbehandling etter ect bør utvides til å inkludere langt mer enn medisiner. Både kosthold, aktivitet, sosial situasjon og arbeidssituasjon må inkluderes tettere i behandlingsskjeden. Selv om dette ikke er direkte medisinske anliggender henger de like fullt sammen med behandlingen. Særlig gjelder dette for pasienten, som er avhengig av helhet for å lykkes i sin bedringsprosess.

Mental Helse anmoder derfor på det sterkeste å tenke mer helhetlig, da vi tror det øker sjansen for bedring dramatisk.

ECT som vedlikeholdsbehandling er en unødvendig risiko for pasienten. Det er vanskelig å se for seg situasjoner der man ikke finner *noen andre former* for aktivitet, samtalerterapi eller annen behandling som har noen effekt. En slik mekanisme kan minne om systemsvikt basert på latskap eller mangel på kreativitet.

### **ECT ved schizofreni**

Mental Helse stiller seg bak anbefalingen om at ect ikke skal benyttes ved schizofreni.

### **ECT til barn/unge**

Mental Helse støtter en nedre aldersgrense ved bruk av ect.

### **ECT til eldre**

ECT til demente pasienter er en vanskelig problemstilling. På den ene side blir dette en form for tvang, men på den annen side er (sterkt) demente i en livsfase som setter enkelte av de mest uheldige konsekvensene av ect i et annet lys. Mental Helse synes dette spørsmålet representerer et stort dilemma. Vi berømmer at tematikken berøres, og oppfordrer forøvrig til omfattende krav til forhåndsanalyse og involvering av pårørende og spesialister.

### **Standarder for gjennomføring av behandling**

Oppfølgingen av pasienten underveis i behandlingen er svært viktig, og bør gjøres i tett samarbeid med spesialister og pårørende.

Avdelinger som har ect-pasienter bør ha minimumskrav til bemanningens kompetanse knyttet til behandlingen. Det bør aldri forekomme at for eksempel vikarer ikke har nødvendige forkunnskaper i møte med slike pasienter.



Journalføring av ansvarlige er svært viktig. Rutiner for oppfølging og evaluering er meget bra. Bruk av erfaringskonsulenter er en god idé, som vi håper følges opp.

### **Kritiske merknader**

Det mest problematiske med anbefalingene er åpningen for bruk av ECT som tvangsgrunnlag med hjemmel i nødrett. ECT er unntatt bestemmelsene om tvang i psykisk helsevernloven, og inklusjon i hjemmelen om nødrett innebærer dermed en risiko for overdreven bruk av nødrett. Da forsvinner også pasientens klageadgang slik den foreligger i lov om psykisk helsevern. Dette stiller Mental Helse seg meget kritiske til. Vi ser verken at det er behov for en slik endring eller at det lar seg argumentere for medisinsk.

Dernest vil vi trekke frem forslaget om å åpne for bruk av ect som vedlikeholdsbehandling. Det bør ikke tillates.

Anlov P. Mathiesen  
Informasjonsleder og politisk rådgiver  
Mental Helse