

De praktijk van elektroconvulsietherapie in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Resultaten van een enquêteonderzoek

P. SIENAERT, F. BOUCKAERT, W. MILO, J. PEUSKENS

ACHTERGROND De praktijk en frequentie van het gebruik van elektroconvulsietherapie (ECT) zijn erg verschillend in verschillende landen en regio's. Tussen 1995 en 2000 werden in België jaarlijks 4765 elektroconvulsieve behandelingen uitgevoerd, waarvan 2757 in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

DOEL Inventariseren van de toepassing van ECT in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

METHODE Na een telefonische inventarisatie van de instellingen waar ECT wordt aangeboden, werden in totaal 88 vragenlijsten gestuurd naar alle psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische diensten van algemene ziekenhuizen in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

RESULTATEN EN CONCLUSIES ECT wordt aangeboden in 23 van de 88 ziekenhuizen. Alle 23 ECT-aanbieders beantwoordden de vragenlijst. In de meeste ziekenhuizen wordt ECT onregelmatig gebruikt. De behandeling wordt gereserveerd voor ernstige medicatieresistente depressieve toestandsbeelden, en wordt zelden gebruikt bij psychose en manie. Het meest gebruikte anestheticum is propofol. Bitemporale elektrodenpositie met een vaste hoge stimulusdosis is de meest gebruikte behandeltechniek. Onderhouds-ECT en ambulante ECT worden bijna nooit gebruikt. Meer dan de helft van de ziekenhuizen gebruikt geen schriftelijke informed consent. De meeste psychiaters geven aan behoefte te hebben aan een gespecialiseerde opleiding.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)5, 279-289]

TREFWOORDEN België, elektroconvulsietherapie, vragenlijstonderzoek

Elektroconvulsietherapie (ECT) is een zeer werkzame somatische behandeling die wordt gebruikt bij ernstige psychiatrische toestandsbeelden, zoals depressie, manie en psychose. De praktijk en frequentie van het gebruik van ECT is erg variabel in verschillende landen en regio's (Hermann e.a. 1995; Prudice e.a. 2001; Westphal & Rush 2000). Naar het gebruik van ECT in België werd tot dusver

geen onderzoek gedaan. Volgens gegevens van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV, persoonlijke mededeling) werden in de periode 1995 tot 2000 in Vlaanderen gemiddeld 2757, en in Wallonië gemiddeld 2008 ECT-behandelingen per jaar uitgevoerd. De laatste jaren is er een toename van het aantal behandelingen, en vooral van het aantal ambulante behandelingen.

gen. Door middel van een vragenlijstonderzoek is getracht een beeld te krijgen van de huidige ECT-praktijk in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De praktijk wordt getoetst aan de huidige praktijkrichtlijnen voor ECT (Abrams 2002; American Psychiatric Association 2001; Van den Broek e.a. 2000; Royal College of Psychiatrists 1995).

METHODE

Via een telefonische rondvraag aan alle psychiatrische ziekenhuizen (PZ) ($n = 46$) en psychiatrische afdelingen in een algemeen ziekenhuis (PAAZ) ($n = 42$) (gegevens uit de Hospindex 2002 (Anoniem 2002)) werd een inventaris gemaakt van de instellingen waar ECT wordt toegepast en van de daarvoor verantwoordelijke artsen. Vervolgens werd een vragenlijst met 30 vragen opgestuurd naar alle PZ'en en PAAZ'en. Naast enkele algemene vragen naar opleiding en algemene houding ten opzichte van het gebruik van ECT, gingen de vragen vooral over de praktijk van ECT. Nadat de inlevertermijn was verlopen, werd opnieuw contact opgenomen met de betreffende artsen, om de responsratio te maximaliseren. De centra zonder ECT-faciliteiten werden niet opnieuw benaderd.

RESULTATEN

Respons ECT wordt in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest aangeboden in 23 verschillende centra (12 PZ'en, waarvan 1 universitair ziekenhuis, en 11 PAAZ'en, waarvan 3 universitaire diensten). Alle 23 ziekenhuizen waar ECT wordt aangeboden, beantwoordden de vragenlijst. Van de centra die geen ECT aanbieden (65), beantwoordde 58% (38) de vragenlijst.

In tabel 1 staan de hieronder besproken resultaten van de vragenlijst weergegeven.

Toepassing In ongeveer de helft van de ziekenhuizen waar ECT wordt aangeboden, worden minder dan 20 behandelingen per maand uitgevoerd. Patiënten worden meestal (88% van de in-

dicaties) met ECT behandeld wegens een depressieve stoornis. ECT wordt vrij zelden gebruikt voor de behandeling van een schizofrene psychose (8%), een manie (3%) of andere psychiatrische stoornissen (1%). Voordat ECT wordt gestart, worden in 2 centra alle psychofarmaca gestaakt. In de meeste centra worden voorafgaand slechts bepaalde klassen van psychofarmaca gestaakt.

Het meest gebruikte anestheticum is propofol (17 centra; 73,9%). Andere anesthetica worden weinig gebruikt. In de meeste centra (20; 87%) wordt een bilaterale elektrodenpositie gebruikt voor alle patiënten. Drie centra (13%) geven aan verschillende elektrodenposities te gebruiken. De meest gebruikte doseringstechnieken zijn de 'fixed high-dose-techniek' (11 centra; 47,8%) en de dosistitratietechniek (11 centra; 47,8%). Om de geïnduceerde convulsie vast te leggen wordt in 4 centra (17,3%) gebruikgemaakt van een EEG én de 'cuffed-limb-techniek' (het met een bloeddrukmeter afklemmen van een hand of voet vóór het spierrelaxans deze kan bereiken, zodat de motorische convulsie zichtbaar is). In 6 centra (26%) wordt de convulsie op geen enkele manier vastgelegd. In 10 centra (43,4%) bestaat een ECT-kuur uit een vast aantal behandelingen, het betreft aantallen van 4 tot 12. Zeventien centra (73,9%) geven aan te behandelen tot remissie, 7 centra (30,4%) doen dat tot een plateau bereikt wordt in de klinische verbetering. Ambulante ECT en vervolg-ECT (tot 6 maanden na de indexkuur om terugval te voorkomen) worden zelden toegepast. Slechts 2 centra (8,6%) passen ook onderhouds-ECT (langer dan 6 maanden na de indexkuur om recidief te voorkomen) toe.

Behandelruimte, apparatuur en personeel In ongeveer de helft van de ziekenhuizen wordt ECT gegeven in een operatiekamer, en wordt de behandeling uitgevoerd door een vast stafid. In 8 centra (34,7%), 6 PZ'en en 2 PAAZ'en, wordt de anesthesie gevoerd door een vaste anesthesist die behoort tot het behandelteam. In 9 centra (39,1%), allemaal PZ'en, beschikt men over vaste ECT-verpleegkundigen. In 7 centra (30,4%) wordt een

TABEL 1 De praktijk van elektroconvulsietherapie in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Aantal instellingen (%)		Aantal instellingen (%)	
Aantal behandelingen per maand		Doseringsmethode	
0-5	4 (17,3)	Vaste hoge dosis	11 (47,8)
5-10	6 (26)	Dosistitratie	11 (47,8)
10-20	2 (8,6)	Leeftijdmethode	3 (13)
20-30	5 (21,7)	Halveleeftijdmethode	2 (8,6)
30-40	4 (17,3)		
40-50	1 (4,3)	Monitoring	
>50	1 (4,3)	EEG	12 (52,1)
		EEG+Cuff-techniek	4 (17,3)
Anestheticum		Geen	6 (26)
Propofol	17 (73,9)		
Penthotal	4 (17,3)	Vervolg-ECT	
Etomidat	3 (13)	Nooit	10 (43,4)
Methohexital	1 (4,3)	0-5	10 (43,4)
Ketamine	1 (4,3)	5-10	2 (8,6)
Sevoflurane	1 (4,3)	>30	1 (4,3)
Andere	3 (13)		
		Ambulante ECT	
Elektrodenpositie		Nooit	9 (39,1)
Bitemporaal	15 (65,2)	0-5	13 (56,5)
Bifrontaal	5 (21,7)	>20	1 (4,3)
Unilateraal	2 (8,6)		
Verschillende	3 (13)	Toestel	
		Sine-Wave	7 (30,4)
Uitvoerder		Brief-Pulse	12 (52,1)
Vast stafflid	13 (56,5)	Onbekend	4 (17,3)
GSO+altijd supervisor	2 (8,6)		
GSO+soms supervisor	8 (34,7)	Behandelruimte	
		Operatiekamer	12 (52,1)
Farmaca stoppen vóór ECT		ECT-unit	9 (39,1)
Alle farmaca	2 (8,6)	Patiëntenkamer	2 (8,6)
Geen	2 (8,6)		
Lithium	12 (52,1)	Informed Consent	
Anticonvulsiva	12 (52,1)	Ja	10 (43,4)
Benzodiazepinen	14 (60,8)	Neen	13 (56,5)
Antipsychotica	2 (8,6)		
Antidepressiva	6 (26)	Informatie	
		Brochure	12 (52,1)
		Video	4 (17,3)
		Geen	11 (47,8)

GSO = geneesheer specialist in opleiding

ouder, 'sinusgolfstroomtoestel' gebruikt, de Konvulsator (Siemens, Erlangen, Duitsland). In 52,1% van de ziekenhuizen (12) wordt een nieuwer, 'brief-pulse-toestel' gebruikt (in 11 Mecta (Mecta Corporation, Lake Oswego, Oregon); in 1 Ectron (Ectron Limited, Letchworth, Verenigd Konink-

rijk)). Op 4 vragenlijsten werd het type toestel niet aangegeven.

Informed consent en voorlichting Ongeveer de helft van de centra geven aan geen 'informed-consent-formulier' te gebruiken en niet te be-

schikken over educatief materiaal voor patiënten. Bijna alle centra (22; 95,6%) onderschrijven de stelling dat er behoefte is aan Nederlandstalig voorlichtingsmateriaal. Deze stelling wordt onderschreven door 74% van de artsen die zelf geen ECT toepassen; 16% vindt dat die behoefte er niet is.

Opleiding en houding Tweederde van de artsen die ECT toepassen heeft geen specifieke opleiding genoten en 78% zegt geïnteresseerd te zijn in een bijkomende gespecialiseerde opleiding. Van de artsen die geen ECT toepassen, zegt 18% een opleiding gehad te hebben en 31% geïnteresseerd te zijn in een bijkomende ECT-opleiding.

Slechts 1 arts die ECT gebruikt, vindt dat deze behandelvorm voldoende wordt gebruikt. Alle andere artsen die ECT gebruiken (96%), vinden dat ECT te weinig wordt gebruikt, en allen vinden dat ECT te weinig wordt gehonoreerd. Van de artsen die geen ECT toepassen, vindt 50% dat deze behandeling te weinig wordt gebruikt, 31% dat zij voldoende wordt gebruikt en 2,6% (1) dat zij te veel wordt gebruikt. Van de artsen die ECT niet zelf gebruiken, vindt 58% dat de prestatie te weinig wordt vergoed; 26% zegt hierover geen mening te hebben.

BESPREKING

In vergelijking met vele andere landen zijn er in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een groot aantal voorzieningen waar elektroconvulsiotherapie kan worden aangeboden. ECT is in België dus niet uitsluitend in gespecialiseerde centra beschikbaar, zoals Eranti & McLoughlin (2003) beweren. Toch is het een behandeloptie waarvan in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest weinig gebruik wordt gemaakt. In de meeste centra is een behandeling met ECT meer uitzondering dan regel, slecht in enkele centra wordt deze therapie regelmatig toegepast. Zes ziekenhuizen zeggen meer dan 30 behandelsessies per maand uit te voeren. Van 1995 tot 2000 werden in Vlaanderen jaarlijks gemiddeld 2757 behande-

lingen uitgevoerd. Dat komt overeen met 4,05 behandelingen per 10.000 inwoners per jaar. In Nederland is dit cijfer opmerkelijk lager (1,8/10.000 in 1999), in vele andere landen beduidend hoger (Groot-Brittannië 10,9/10.000 in 1999 (Eranti & McLoughlin 2003), India 11,4/10.000 in 2002 (Chanpattana e.a. 2004)). Hieruit kan worden afgeleid dat ECT, althans in Vlaanderen en Nederland, vermoedelijk nog steeds wordt beschouwd als een laatste redmiddel en als zodanig gereserveerd wordt voor patiënten met ernstige medicatieresistente toestandsbeelden. Bovendien wordt ECT nagenoeg uitsluitend gebruikt bij depressieve toestandsbeelden (88% van de indicaties), slechts sporadisch bij psychotische toestandsbeelden (8%) en bijna nooit bij manische toestandsbeelden (3%). Toch is het succespercentage bij manie even hoog als bij depressie (Mukherjee e.a. 1994). Mogelijke verklaringen voor het sporadische gebruik bij manie zijn een gebrek aan ervaring en expertise en de moeilijkheid om bij manische patiënten de toestemming voor een behandeling te verkrijgen. Ter vergelijking: in India, zoals in de meeste Aziatische landen (Little 2003) wordt ECT bij patiënten met schizofrenie minstens even vaak gebruikt als bij patiënten met een depressieve stoornis (respectievelijk 28% en 26%) en wordt de behandeling ook vaker bij manie gebruikt (14%) (Chanpattana e.a. 2004).

Een gevolg van het weinig gebruiken van ECT is dat artsen onvoldoende ervaring kunnen opdoen en geen expertise op kunnen bouwen. Bovendien hebben slechts enkele artsen een (gespecialiseerde) opleiding genoten. Dit wordt weerspiegeld in het grote aantal artsen, zowel ECT-artsen als artsen die de behandeling niet uitvoeren, dat aangeeft behoefte te hebben aan een dergelijke opleiding. Momenteel zijn in België geen gespecialiseerde opleidingen voorhanden. Geïnteresseerde artsen zijn uitsluitend aangewezen op dure buitenlandse, meestal Amerikaanse, opleidingen.

ECT wordt in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in zowat de helft van de ziekenhuizen uitgevoerd door een vast staflid, een psychiater, en in eenderde van de ziekenhuizen

door een geneesheerspecialist in opleiding (GSO), zonder supervisie. Volgens de Nederlandse richtlijn (Van den Broek e.a. 2000) kan een GSO alleen maar ECT uitvoeren wanneer dit onder supervisie gebeurt. In Vlaanderen gebeurt dit slechts in 2 ziekenhuizen. Een minderheid van de psychiaters die ECT aanbieden, kan beroep doen op een vaste anesthesist (34,7%) of op vaste ECT-verpleegkundigen (39,1%). Dit hangt samen met het feit dat in vele, vooral algemene, ziekenhuizen ECT wordt uitgevoerd in een operatiekamer, met de daar aanwezige anesthesist en verpleegkundigen. Omdat de behandelingen dus door een steeds wisselende ploeg worden uitgevoerd, wordt geen expertise ontwikkeld, getuige het bijna exclusieve gebruik van propofol (73,9% van de centra), een anestheticum met een uitgesproken anticonvulsieve werking, en het slechts sporadische gebruik van middelen zoals methohexital en etomidat, die meer geschikt zijn als ECT-anestheticum (Kellner 2003; Royal College of Psychiatrists 1995). Met enige overdrijving kan gesteld worden dat in sommige ziekenhuizen ECT kan plaatsvinden bij gratie van de anesthesist en dat de ECT-psychiater geen inspraak heeft in het gebruikte anestheticum, terwijl in andere ziekenhuizen de anesthesie ten dienst staat van ECT en in nauw overleg met de psychiater het meest geschikte ECT-anestheticum wordt gekozen.

De helft van de ziekenhuizen waar ECT wordt aangeboden, beschikt over moderne apparatuur dat een elektrische stimulus van het brief-pulse-square-wave-type levert. Volgens de Nederlandse richtlijn zijn oudere sinusgolfstroomtoestellen niet meer toelaatbaar (Van den Broek e.a. 2000), wegens het feit dat dit stimulustype geassocieerd is met een duidelijk verhoogde kans op cognitieve bijwerkingen (Abrams 2002). Abrams (2002) stelt dat deze toestellen nog uitsluitend worden gebruikt in sommige delen van de wereld waar de ECT-praktijk niet aan de moderne standaard voldoet, om sociale of economische redenen. In Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest worden deze sinusgolfstroomtoestellen in eenderde van de ziekenhuizen gebruikt.

De huidige richtlijnen (Royal College of Psychiatrists 1995; Van den Broek e.a. 2000; American Psychiatric Association 2001) stellen dat de keuze van de elektrodenpositie gebaseerd moet zijn op een voortdurende inschatting van mogelijke bijwerkingen en effecten en dat ECT-psychiaters dus zowel unilaterale als bilaterale elektrodenposities moeten (kunnen) toepassen. In slechts 2 centra worden zowel bilaterale als unilaterale elektrodenposities gebruikt. In de meeste Vlaamse en Brusselse centra wordt uitsluitend de bitemporale elektrodenplaatsing gebruikt. Deze elektrodenplaatsing is erg effectief, maar veroorzaakt meer cognitieve bijwerkingen (Sackeim e.a. 1993). Vijf centra geven aan ook de bifrontale elektrodenpositie te gebruiken. Dit is op zich verbazingwekkend gezien deze elektrodenpositie nog niet tot de gangbare technieken behoort en er tot op heden slechts beperkt onderzoek voorhanden is over de werkzaamheid en veiligheid van deze techniek (bv. Bailine e.a. 2000). Vermoedelijk hebben een aantal artsen de 'bifrontale elektrodenpositie' op de vragenlijst verward met de 'bifrontotemporale positie', die overeenkomt met de bitemporale positie. Dat zou dus betekenen dat de bitemporale elektrodenpositie in nagenoeg alle centra wordt gebruikt.

Bij ECT is het van belang om een elektrische stimulus te gebruiken die voldoende hoog is om een therapeutisch effectieve convulsie te induceren (een stimulusdosis die gelijk is aan anderhalve keer de prikkeldeempel bij bilaterale elektrodenplaatsingen en minstens 5 keer de prikkeldeempel bij unilaterale elektrodenplaatsing), maar die ook niet te hoog is, zodat cognitieve bijwerkingen worden geminimaliseerd. Theoretisch gezien is de titratietechniek, waarbij de prikkeldeempel empirisch wordt bepaald, het meest geschikt om dit doel te bereiken (American Psychiatric Association 2001). Ongeveer de helft van de centra geven aan de titratietechniek te gebruiken. Deze titratietechniek is vooral nuttig wanneer voor een unilaterale elektrodenpositie wordt gekozen, omdat bij deze positie een stimulus vereist is die een veelvoud is van de prikkeldeempel. De unilaterale elektroden-

positie behoort echter slechts in 2 centra tot de gebruikte behandeltechniek. In de helft van de centra wordt een vaste hoge stimulusdosis gebruikt. In 43,4% van de centra wordt een bitemporale elektrodenpositie gebruikt in combinatie met een vaste hoge stimulusdosis. Deze methode lokt in de meeste gevallen een adequate convulsie uit, maar veroorzaakt onnodig veel cognitieve bijwerkingen omdat een groot aantal patiënten een dosis toegediend krijgt die veel hoger is dan nodig. Een vaste hoge dosis is niet te verdedigen bij een bilaterale elektrodenplaatsing. Bij een unilaterale elektrodenpositie is deze doseringsmethode wel zinvol (Abrams 2002), gezien bij deze positie een veel hogere stimulusdosis nodig is.

Andere doseringsmethoden zijn schattingsmethoden, waarbij de gebruikte dosis afgestemd wordt op de leeftijd (Abrams & Swartz 1985) of de halve leeftijd (Petrides & Fink 1996). Deze beide methoden worden slechts sporadisch gebruikt, terwijl toch vooral de halveleeftijdsmethode een zeer veilige en efficiënte doseringsmethode is bij de in de meeste centra gebruikte bilaterale elektrodenplaatsing (Abrams 2002).

Volgens de huidige richtlijnen dient zowel de motorische als de elektro-encefalografische component van de convulsie vastgelegd te worden (American Psychiatric Association 2001; Van den Broek e.a. 2000). Dit is noodzakelijk om de duur van een convulsie te kunnen bepalen of het optreden van een verlengde convulsie te kunnen uitsluiten. Deze monitoring is tevens noodzakelijk voor het eventueel aanpassen van de stimulusdosis om een adequate behandeling te garanderen. Slechts 4 centra volgen deze richtlijn op. In de helft van de centra wordt de convulsie uitsluitend door middel van een EEG-afleiding vastgelegd. In een kwart van de Vlaamse centra wordt de door ECT geïnduceerde convulsie op geen enkele wijze vastgelegd. Dat houdt in dat de behandelaar geen zicht heeft op de duur en de kwaliteit van de convulsie, en dus ook geen idee heeft over de zin van de interventie. Bovendien heeft men zo geen zicht op het optreden van een verlengd insult (een insult dat langer duurt dan 120-180 seconden), wat in 2%

(Scott & McCreadie 1999) tot 19% (Benbow e.a. 2003) van de behandelingen voorkomt en een hoger risico van ernstige cognitieve bijwerkingen inhoudt.

Volgens de huidige richtlijnen mag een behandelkuur niet uit een vast aantal behandelsessies bestaan (American Psychiatric Association 2001). Een behandeling duurt tot de patiënt in remissie is of tot er een plateau in de verbetering optreedt (American Psychiatric Association 2001). De meeste centra geven aan deze richtlijn te volgen, maar 10 centra werken ook met een vast aantal (4 – 12) behandelingen. Het gemiddelde aantal behandelingen dat vereist is om remissie te bereiken bij een patiënt met een depressieve stoornis is 8 – 10 (bv. Daly e.a. 2001). Een aantal ernstig depressieve patiënten zal dus een behandeling krijgen die wordt gestaakt voordat ze haar effect heeft kunnen bereiken, en dit terwijl deze behandeling vermoedelijk als ‘laatste redmiddel’ werd gezien.

Over het gebruik van psychofarmaca tijdens ECT bestaat in de literatuur heel wat onduidelijkheid. Meestal wordt het aanbevolen om voor het starten van ECT de psychofarmaca te staken (Abrams 2002; American Psychiatric Association 2001; Van den Broek e.a. 2000). In de praktijk lijkt dat echter zelden te gebeuren (Royal College of Psychiatrists 1995). Ook in Vlaamse en Brusselse centra gebeurt dit meestal niet. De middelen die het vaakst worden gestopt, zijn lithium, anticonvulsiva en benzodiazepinen.

Het hoeft niet te verbazen dat ambulante ECT slechts bij uitzondering wordt toegepast. Uit cijfers van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering blijkt dat in de periode 1995 – 2000 in heel België amper 44 ambulante ECT-sessies per jaar toegepast werden (afzonderlijke cijfers voor Vlaanderen niet beschikbaar). De laatste jaren is er een opvallende toename van het aantal ambulante behandelingen: in 2001 waren er 164, in 2002 286. Ongeveer de helft van de Vlaamse centra geeft aan zelden tot nooit (0-5 behandelsessies per maand) ambulante ECT uit te voeren. Slechts 1 centrum maakt vaak van deze behandelingsmodaliteit gebruik. Desalniettemin is ECT een erg vei-

lige behandeling die zich uitstekend leent voor ambulante toepassing (Andrade & Kurinji 2002; Fink e.a. 1996). Een van de redenen waarom ambulante ECT nagenoeg niet wordt toegepast is het geringe gebruik van vervolg- en onderhouds-ECT. In die fasen van de behandeling zijn patiënten in de regel stabiel en is een ambulante behandeling meer voor de hand liggend. Bijna de helft van de centra past nooit vervolg-ECT toe, de andere zelden (0 - 5 behandelsessies per maand). In 2 ziekenhuizen wordt ook onderhouds-ECT (dus ook langer dan 6 maanden na de indexkuur) toegepast. Er is slechts 1 ziekenhuis waar zowel vervolg- als onderhouds-ECT vaak worden gegeven. Toch is onderhouds-ECT een belangrijke behandeloptie bij patiënten met recidiverende depressies die in de acute fase een goede respons op ECT hadden en bij wie een medicamenteuze vervolgbehandeling een terugval niet kan voorkomen of niet getolereerd wordt (Vergouwen 1999). Mogelijke verklaringen hiervoor zijn een gebrek aan ervaring, een gebrek aan consensus over indicaties en twijfel over de werkzaamheid (Vaidya e.a. 2003).

In de huidige richtlijnen wordt het gebruik van informed-consent-procedures sterk benadrukt: ECT kan alleen plaatsvinden nadat de patiënt daarvoor zijn geïnformeerde toestemming heeft gegeven (American Psychiatric Association 2001; Van den Broek e.a. 2000). Het is dan ook verbazingwekkend dat meer dan de helft van de Vlaamse en Brusselse ziekenhuizen aangeeft geen 'informed consent-document' te gebruiken.

CONCLUSIE

Omdat er in Vlaanderen geen registratie van ECT-behandelingen bestaat, zoals dat in Nederland met de Landelijke Evaluatiecommissie Elektroconvulsietherapie het geval is geweest (2000), kon geen informatie worden verkregen over patiëntenkarakteristieken, responsratio, bijwerkingen en recidieven. Om die reden kon in dit onderzoek de praktijk van ECT slechts op een oppervlakkige manier nagegaan worden. Een andere beperking ligt in het feit dat een vragenlijstonder-

zoek slechts weergeeft wat de respondenten aangeven en dus niet de praktijk als dusdanig weet te vatten. Vermoedelijk ziet de praktijk er 'op papier' nog weer anders uit dan in werkelijkheid. Toch geeft dit onderzoek vermoedelijk, door het feit dat alle centra waar ECT wordt aangeboden in het onderzoek zijn opgenomen, een vrij volledig algemeen beeld van de huidige praktijk van ECT in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Over het algemeen lijkt ECT op een vrij 'conservatieve' manier te worden uitgevoerd. Nieuwe elektrodenposities en doseringsmethoden worden nauwelijks toegepast, meerdere centra beschikken niet over moderne apparatuur. ECT-teams, met opgeleide psychiaters, verpleegkundigen en anesthesisten zijn zo goed als onbestaand. Een informed-consent-procedure wordt in minder dan de helft van de centra gebruikt.

De praktijk van ECT is niet gestandaardiseerd en verschilt van centrum tot centrum. Dit is in overeenstemming met de literatuur, waar grote verschillen in praktijk en gebruik van ECT tussen verschillende landen, regio's, ziekenhuizen en zelfs afdelingen binnen eenzelfde ziekenhuis worden gemeld (Glenn & Scott 2000; Pippard 1992). Gebrek aan consensus en een zekere verwaarlozing van deze behandeling door de psychiaters zijn, naast bezorgdheden over de aard van deze behandeling en de mogelijke bijwerkingen, ongetwijfeld redenen die deze grote variabiliteit verklaren (Eranti & McLoughlin 2003). Het is duidelijk dat er behoefte is aan richtlijnen en consensus, en permanente vorming van psychiaters, anesthesisten en verpleegkundigen, om deze zeer zinvolle behandeling op een effectieve en veilige manier verder te kunnen gebruiken. Recent werd onder auspiciën van de Vereniging van Vlaamse Zenuwartsen de Werkgroep ECT Vlaanderen opgericht, in een aanzet om deze nood te lenigen.

LITERATUUR

- Abrams, R. (2002). *Electroconvulsive therapy* (4de druk). New York: Oxford University Press.
- Abrams, R., & Swartz, C.M. (1985). *ECT Instruction manual*. Lake Buff,

IL: Somatics.

- American Psychiatric Association. (2001). *The practice of ECT: recommendations for treatment, training and privileging*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Andrade, C., & Kurinji, S. (2002). Continuation and maintenance ECT: a review of recent research. *Journal of ECT*, 18, 149-158.
- Anoniem. (2002). *Hospindex. Jaarboek van de ziekenhuizen in België*. Gent: Tenacs O.H.P.
- Bailine, S.H., Rifkin, A., Kayne, E., e.a. (2000). Comparison of bifrontal and bitemporal ECT for major depression. *American Journal of Psychiatry*, 157, 121-123.
- Benbow, S.M., Benbow, J., & Tomenson, B. (2003). Electroconvulsive therapy clinics in the united kingdom should routinely monitor electroencephalographic seizures. *Journal of ECT*, 19, 217-220.
- Broek, W.W. van den, Huyser, J., Koster, A.M., e.a. (2000). *Richtlijn Elektroconvulsie therapie*. Amsterdam: Boom.
- Chanpattana, W., Kunigiri, G., Gangadhar, B.N., e.a. (2004). ECT Practice in India. Poster gepresenteerd op de 14de Annual Meeting of the Association for Convulsive Therapy, New York.
- Daly, J.J., Prudic, J., Devanand, D.P., e.a. (2001). ECT in bipolar and unipolar depression: differences in speed of response. *Bipolar Disorders*, 3, 95-104.
- Eranti, S.V., & McLoughlin, D.M. (2003). Electroconvulsive Therapy – State of the art. *British Journal of Psychiatry*, 182, 8-9.
- Fink, M., Abrams, R., Bailine, S., e.a. (1996). Ambulatory electroconvulsive therapy: report of a task force of the association for convulsive therapy. *Association for Convulsive Therapy. Convulsive Therapy*, 12, 42-55.
- Glen, T., & Scott, A.I.F. (2000). Variation in rates of electroconvulsive therapy use among consultant teams in Edinburgh (1993-1996). *Journal of Affective Disorders*, 58, 75-78.
- Hermann, R.C., Dorwart, R.A., Hoover, C.W., e.a. (1995). Variation in ECT use in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 152, 869-875.
- Kellner, C. (2003). Lessons from the methohexital shortage. *The Journal of ECT*, 19, 127-128.
- Landelijke Evaluatiecommissie Elektroconvulsie therapie. (2000). *Jaarlijks rapport van de Landelijke Evaluatiecommissie Elektroconvulsie therapie*. Den Haag: Landelijke Evaluatiecommissie Elektroconvulsie therapie.
- Little, J.D. (2003). ECT in the Asia Pacific region: what do we know? *Journal of ECT*, 19, 93-97.
- Mukherjee, S., Sackeim, H.A., & Schnur, D.B. (1994). Electroconvulsive therapy of acute manic episodes: a review of 50 years' experience. *American Journal of Psychiatry*, 151, 169-176.
- Petrides, G., & Fink, M. (1996). The 'half-age' stimulation strategy for ECT dosing. *Convulsive Therapy*, 12, 138-146.
- Pippard, J. (1992). Audit of electroconvulsive treatment in two National Health Service regions. *British Journal of Psychiatry*, 160, 621-137.
- Prudic, J., Olfson, M., & Sackeim, H.A. (2001). Electroconvulsive therapy practices in the community. *Psychological Medicine*, 31, 929-934.
- Royal College of Psychiatrists. (1995). *The ECT handbook: The second report of the Royal College of Psychiatrists' Special Committee on ECT*. Londen: Royal College of Psychiatrists.
- Sackeim, H.A., Prudic, J., Devanand, D.P., e.a. (1993). Effects of stimulus intensity and electrode placement on the efficacy and cognitive effects of electroconvulsive therapy. *New England Journal of Medicine*, 328, 839-846.
- Scott, A.I., & McCreadie, R.G. (1999). Prolonged seizures detectable by electroencephalogram in electroconvulsive therapy. *British Journal of Psychiatry*, 175, 91-92.
- Vaidya, N.A., Mahabeshwarkar, A.R., & Shahid, R. (2003). Continuation and maintenance ECT in treatment-resistant bipolar disorder. *Journal of ECT*, 19, 10-16.
- Vergouwen, A.C.M. (1999). *Onderhouds-elektroconvulsie therapie: een literatuuronderzoek*. Tijdschrift voor Psychiatrie, 41, 143-149.
- Westphal, J.R., & Rush, J. (2000). A statewide survey of ECT policies and procedures. *Journal of ECT*, 16, 279-286.

AUTEURS

P. SIENAERT is psychiater-psychotherapeut en werkzaam als adjunct-kliniekhoofd, verantwoordelijke dienst ECT, Universitair Centrum Sint-Jozef, Kortenberg, Katholieke Universiteit Leuven.

F. BOUCKAERT is psychiater-psychotherapeut en werkzaam als diensthoofd ouderenpsychiatrie, Universitair Centrum Sint-Jozef, Kortenberg, Katholieke Universiteit Leuven.

W. MILO is psychiatrisch verpleegkundige en werkzaam als hoofdverpleegkundige Neurologie en Slaap-waakcentrum, en ECT-verpleegkundige, Universitair Centrum Sint-Jozef, Kortenberg, Katholieke Universiteit Leuven.

J. PEUSKENS is psychiater en algemeen en medisch directeur van het Universitair Centrum Sint-Jozef, Kortenberg, Katholieke Universiteit Leuven.

Correspondentieadres: P. Sienaert, Universitair Centrum Sint-Jozef, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg (België). Tel.: 0032-2-7580511. Fax: 0032-2-7595380.

E-mail: pascal.sienaert@uc-kortenberg.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-1-2005.

SUMMARY

The practice of electroconvulsive therapy in Flanders and the Brussels Capital Region. A survey – P. Sienaert, F. Bouckaert, W. Milo, J. Peuskens –

BACKGROUND The extent to which electroconvulsive therapy (ECT) is used and the manner in which it is applied vary from country to country and from region to region within a country. Between 1995 and 2000 the average number of ECT-treatments in Belgium was 4765; of these 2757 took place in Flanders

AIM To list the practice of ECT in Flanders and the Brussels Capital Region.

METHOD First, a list was obtained by telephone of all the centres providing ECT. Then a questionnaire was sent to all psychiatric hospitals and psychiatric services of general hospitals in Flanders and the Brussels Capital Region (88).

RESULTS AND CONCLUSIONS ECT is available at 23 of 88 hospitals. ECT-service at each of the 23 hospitals completed and returned the questionnaire. In most of the hospitals concerned ECT is not used regularly; it is reserved for patients with severe depressive disorder that has proved resistant to medication. It is seldom used to treat psychosis and mania. The anaesthetic given most frequently in conjunction with ECT is propofol. The common technique for administering ECT involves the use of bitemporal electrodes and a fixed high-dose stimulus. There is practically no maintenance-ECT or extra-mural ECT. More than half of the hospitals concerned do not use informed-consent documents. Most psychiatrists acknowledge the need for supplementary specialised training procedures.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)5, 279-287]

KEY WORDS Belgium, electroconvulsive therapy, questionnaire design