

Psykiatri

# KAG Bipolar Outcome book

2022



**KAG Bipolar outcome book er udarbejdet af:**

Lars Vedel Kessing

Ellen Margrethe Christensen

Birgitte Vejstrup

Natacha Blauenfeldt Kyster

Pernille Bondo-Kozuch

Anica Hand

# Indhold

<b>1. Kliniske Akademiske Grupper i Region Hovedstadens Psykiatri</b> .....	<b>5</b>
a. Baggrund .....	5
b. Vision .....	6
c. Organisering af Kliniske Akademiske Grupper .....	6
<b>2. Introduktion til RHP-KAG Bipolar</b> .....	<b>8</b>
a. Baggrund for RHP-KAG Bipolar .....	8
b. Patientpopulation .....	8
c og d ledelse og organisering i KAG Bipolar .....	11
e. Organisationsdiagram .....	16
f. Inddragelse af patienter og pårørende .....	17
g. Snitflader til øvrige KAGs i RHP .....	17
<b>3. Periodens resultater og besluttede indsatser</b> .....	<b>18</b>
a. Kompetente medarbejdere .....	18
b. Kvalitet i behandlingen .....	19
c. Patientens ønsker og behov .....	20
d. Forskning og innovation .....	21
<b>4. Kommende indsatser</b> .....	<b>28</b>
a. Kompetente medarbejdere .....	28
b. Kvalitet i behandlingen .....	28
c. Patienters og pårørendes ønsker og behov .....	30
d. Forskning og innovation .....	31
<b>5. Referencer</b> .....	<b>32</b>
<b>Egne noter:</b> .....	<b>34</b>

# 1. Kliniske Akademiske Grupper i Region Hovedstadens Psykiatri

## a. Baggrund

I Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) er der etableret to kliniske akademiske grupper (KAGs) - én for bipolar lidelse og én for psykoterapi. Det centrale omdrejningspunkt for de to KAGs er at sikre en tættere integration mellem klinik, forskning og kompetenceudvikling og at fremme en evidensbaseret behandling af høj og ensartet kvalitet. Begge KAGs har samlet gode erfaringer med den nye matrixorganisation og har arbejdet med mange forskellige projekter indenfor deres område.

På længere sigt skal der etableres flere KAGs i RHP. Formålet med KAGs er, at den kliniske kvalitet løftes, og at der sikres systematisk opsamling af ny viden. Ambitionen er at nye forskningsresultater hurtigere omsættes til klinisk praksis, ligesom forskningen bygger på erfaringer fra klinikken. Konkret skal det ske ved, at KAGs skal stå i spidsen for udarbejdelsen af kliniske standarder for behandlingen inden for KAGens område i hele RHP, ligesom KAGs skal understøtte kompetenceløft inden for KAGs' faglige område.

KAG Bipolar og KAG Psykoterapi udarbejdede deres første outcome books i 2019, som blandt andet beskriver KAGens mål og succeskriterier samt områder, der ønskes at arbejde med i KAGen. Outcome books opdateres en gang om året. Der gøres status over igangværende og afsluttede indsatser, og nye indsatser beskrives. Begge outcome books er nu blevet revideret for anden gang. De nye outcome books 2022 er godkendt i Direktionen og Hospitalsledelsen i november 2021 og er et fælles produkt fra KAG-ledelsen, KAG-partnerne og Hospitalsledelsen som udgangspunkt for fælles matrixledelser.

### Hvad er en outcome book?

Alle KAGs i RHP skal i forbindelse med deres arbejde i KAGen udarbejde en outcome book. En outcome book er en skriftlig aftale mellem linjeledelsen i form af direktion og hospitalsledelse og den tværgående ledelse/KAG-ledelsen om de områder, som KAGen skal arbejde med. En outcome book præsenterer KAGens vision, mål, patientpopulation og udfordringer inden for KAGens område samt planlagte udviklings- og implementeringsindsatser.

## b. Vision

Med henblik på at sikre et fælles udgangspunkt og et pejlemærke, som alle medarbejdere arbejder hen imod, er der formuleret en vision for KAGs.

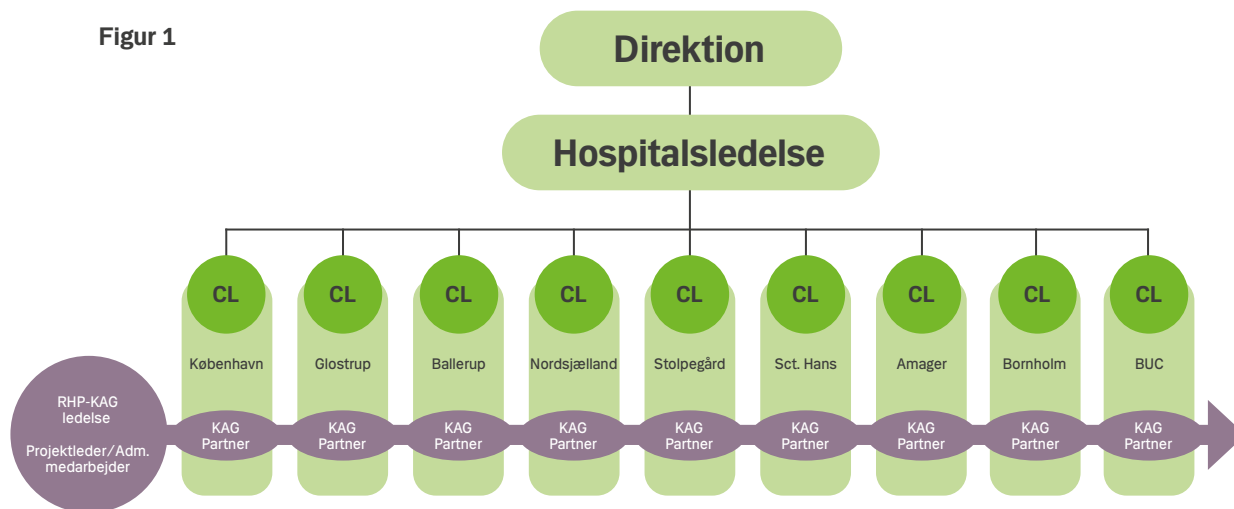
Med KAGs ønsker RHP at:

- Understøtte, at Region Hovedstadens Psykiatri tilbyder den bedste psykiatriske behandling i Danmark, der er specialiseret, af høj ensartet kvalitet og evidensbaseret, hvor vi udnytter de muligheder, der ligger i at være et specialehospital og som kan være til inspiration for andre hospitaler i Danmark
- Patienter oplever en bedre, evidensbaseret og mere sammenhængende behandling
- Bidrage til at bringe pårørende tættere på behandlingen
- Udvikle og beskrive organisationens recovery-orientering i forhold til KAGen
- Samspillet mellem klinik, forskning og uddannelse bliver tættere integreret og kan berige hinanden, og tager udgangspunkt i de udfordringer, der opleves i klinikken
- Drive forskning, som sætter internationale standarder inden for det psykiatriske forskningsfelt
- Opbygge endnu flere forskningsmiljøer, som er internationalt anerkendte og tiltrækker de stærkeste nationale og internationale samarbejdspartnere
- Øge den faglige stolthed blandt alle medarbejdere og skabe en klar faglig sammenhørighed på tværs af organisationen med henblik på at sikre øgede muligheder for rekruttering og fastholdelse af personale
- Alle medarbejdere til enhver tid har de nødvendige kompetencer i forhold til den tilbudte behandling

## c. Organisering af Kliniske Akademiske Grupper

Med etableringen af KAGs dannes der en matrixstruktur med den nuværende (vertikale) linjeledelse og KAG-ledelserne (horisontale, som går på tværs) (se Figur 1). Snitfladerne i en matrixorganisation er mange, og opbygningen af konstruktive arbejdsrelationer er afgørende for at sikre engagement på tværs i organisationen. Den nye ledelsesdimension kræver samarbejde samt løsningsorienteret kommunikation, for at beslutninger ikke trækker ud, og for at der ikke opstår forvirring ift. kommandoveje for det involverede personale. Principper i forhold til ansvar og beslutningsmandat i forbindelse med KAG-arbejdet er beskrevet i et notat omkring ledeshierarki og samarbejdssnitflader.

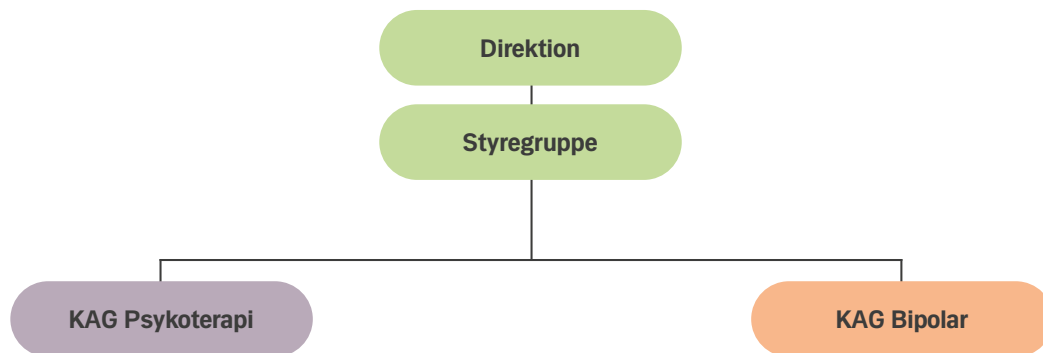
Figur 1



For at kunne følge og understøtte arbejdet med KAGs, er der etableret en fælles ramme omkring arbejdet.

Organiseringen af rammeprogrammet ses i Figur 2. Direktionen er overordnet ansvarlig for alle KAGs i RHP. Under direktionen er der en styregruppe bestående af vicedirektør, programejer, programleder og de overordnede ledere i begge KAGs. Betjeningen af styregruppen er forankret i Økonomi- og Organisationsafdelingen (ØOA). De to KAGs består af en tredelt ledelse, som understøttes af en række administrative funktioner, og som samarbejder med KAG-partnere fra hvert af de centre, som arbejder inden for KAGens område.

**Figur 2**



## 2. Introduktion til RHP-KAG Bipolar

### a. Baggrund for RHP-KAG Bipolar

KAG Bipolar omhandler alle patienter med bipolar lidelse i Region Hovedstadens Psykiatri (RHP), men har særligt fokus på patienter med progredieret bipolar lidelse, det vil sige patienter med læn-gerevarende, ikke nydiagnosticeret, bipolar lidelse.

Da KAG Bipolar blev etableret i 2019, levede det daværende behandlingstilbud til patienter med progredieret bipolar lidelse i RHP ikke op til bedste evidensbaserede medicinske og psykologiske behandling. Mange patienter oplevede hyppige tilbagefald og indlæggelser samt lavt funktionsniveau og livskvalitet.

Forskning fra RHP om debuterende bipolar lidelse foretaget i Ambulatorium for Affektive Lidelser (tidligere Kompetencecenter for Affektive Lidelser) viser, at det er muligt, ved en fokuseret indsats med samling af patienter med nydiagnosticeret bipolar lidelse, markant at bedre klinisk behandlingspraksis, patienternes sygdomsforløb og tilfredshed med behandlingen – og samtidig reducere udgifter per patient (1).

Bipolar lidelse er en relativ sjælden sygdom, og behandlingen i RHP var inden etablering af KAG Bipolar spredt på mange ambulante behandlingssenheder og er fortsat spredt på ca. 63 sengeafsnit. RHP behandler årligt ca. 2.200 patienter med en aktionsdiagnose med bipolar lidelse. Den spredte behandling medførte uensartet diagnostik og behandling, og vanskeliggjorde koordinering af behandlingen, undervisning, supervision og forskning. Dette gør sig fortsat gældende i døgnbehandling.

Der er en betydelig internationalt førende forskning i debuterende bipolar lidelse i Ambulatorium for Affektive Lidelser. Omvendt er der et stort uudnyttet forskningspotentiale i gruppen af patienter med progredieret bipolar lidelse, idet der i praksis ikke har været nogen forskning indenfor denne patientgruppe. Der var ligeledes potentiale for at implementere forskningsviden og dermed bedre den kliniske behandling for denne gruppe patienter.

På baggrund af ovenstående har hospitalsledelsen, på anbefaling af KAG-ledelse og KAG-partnere, valgt at samle ambulante behandling af patienter med progredieret bipolar lidelse i et ambulante team på hver af de fem almen voksenpsykiatriske centre i RHP med flest patienter med bipolar lidelse. De første to teams blev etableret december 2019. De sidste tre teams blev etableret i september 2020.

### b. Patientpopulation

I perioden fra november 2017 til november 2018 blev i alt ca. 2.200 patienter med en aktionsdiagnose med bipolar lidelse behandlet ambulant i RHP. I alt behandles mere end 50.000 patienter ambulant om året i RHP. Antallet af patienter med bipolar lidelse udgør således under 4% af den samlede patientgruppe. Det skønnes, at cirka 1-2 % af den voksne befolkning i Danmark, svarende til 40.000 til 80.000 personer, lider af bipolar lidelse (2). Heraf bor ca. en tredjedel i Region Hovedstaden.



Hospitalsledelsen har besluttet, at KAG Bipolars indsats i første omgang retter sig imod behandling af ambulante patienter med bipolar lidelse. Det betyder at patienter med bipolar lidelse fra psykiatriske ambulatorier og pakkeforløb er blevet samlet i færre og specialiserede teams (se kap. 3). Dette sker i første omgang ved lodtrækning og deltagelse i KAG Bipolar forsøget (se afsnit D, Forskning og innovation).

#### **Hvor blev patienter med bipolar lidelse behandlet ambulat i RHP inden samling i KAG Bipolar**

De ca. 2.200 ambulante patienter med aktionsdiagnosen bipolar lidelse i RHP fordelte sig i perioden november 2017 til november 2018 som det fremgår herunder:

##### **Patienter med progredieret bipolar lidelse**

Fra almene psykiatriske ambulatorier

Den største gruppe af patienter er gruppen med progredieret bipolar lidelse. Disse er hidtil blevet fulgt i de almene psykiatriske ambulatorier, den tidligere distriktspsykiatri.

Ca. 1.370 patienter per år i RHP.

##### **Ældre patienter med bipolar lidelse**

Ældre patienter over 70 år med bipolar lidelse har hidtil modtaget behandling i ældrepsykiatriske teams. Disse patienter er i forår 2021 blevet tilknyttet KAG Bipolar. Det gælder dog ikke patienter med bopæl på plejehjem/midlertidigt ophold på en rehabiliterings- eller genoptræningsafdeling, eller patienter der er diagnosticeret med demenslidelser, eller hvor der er mistanke om demenslidelser i forbindelse med adfærdsforstyrrelser.

Ca. 170 patienter per år.

##### **Patienter i pakkeforløb for bipolar lidelse**

Patienter med behov for gruppebaseret psykoedukation, som ikke er nydiagnosticerede, og som har et relativt højt funktionsniveau, kan henvises til pakkeforløb for bipolar lidelse på ca. et halvt år. Patienter i pakkeforløb er hidtil blevet behandlet på flere forskellige ambulatorietyper i RHP, men er nu samlet på eget center i de nye teams tilknyttet KAG Bipolar.

Ca. 210 patienter per år.

##### **Patienter med nydiagnosticeret bipolar lidelse**

RHP behandler ca. 390 patienter årligt med nydiagnosticeret bipolar lidelse. Disse patienter modtager et 2-årigt debutantforløb i Regionsfunktion. Størstedelen af patienterne behandles i Ambulatorium for Affektive Lidelser på Psykiatrisk Center København og en mindre del behandles i Psykiatrisk Ambulatorium på Psykiatrisk Center Nordsjælland.

##### **Gravide**

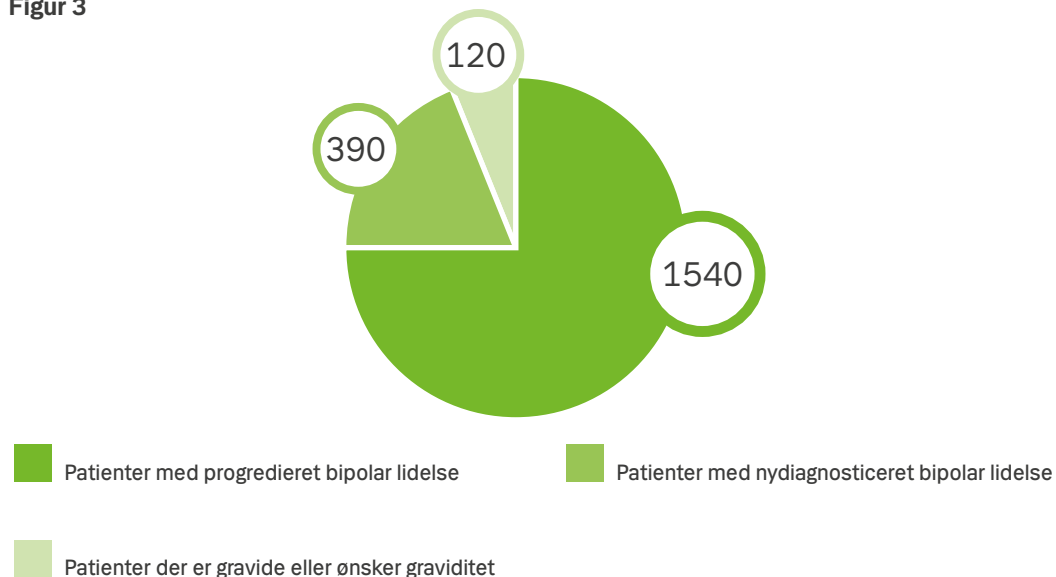
Patienter, som er gravide eller ønsker graviditet tilbydes for størstedelen behandling/rådgivning i Ambulatorium for Affektive Lidelser på Psykiatrisk Center København, ca. 90 patienter årligt. På Psykiatrisk Ambulatorium, Psykiatrisk Center Nordsjælland behandles ca. 30 af disse patienter årligt.

### **Patienter fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center**

Patienter under 18 år med bipolar lidelse behandles i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center.

Ca. 35 patienter per år.

**Figur 3**



*Fordeling af patienter behandlet ambulant i RHP for bipolar lidelse efter samling i KAG Bipolar (juni 2021)*

### **Udfordringer i behandlingen af patienter med bipolar lidelse**

Patienter med bipolar lidelse har ofte komplicerede sygdomsforløb.

Patienter med bipolar lidelse bliver hyppigt indlagt sammenlignet med andre patientgrupper. I Region Hovedstadens Psykiatri blev der på et år i (nov. 2017-18) indlagt 636 patienter med bipolar lidelse, svarende til 28% af de ambulante patienter. Indlæggelsesprocenten for patienter med andre psykiatriske lidelser, var på ca. 20%.

Bipolar affektiv lidelse er næsten altid tilbagevendende (3). Så godt som alle patienter, der har haft en behandlingskrævende mani, vil udvikle flere sygdomsepisoder. Over 90 % af patienterne vil udvikle tre eller flere sygdomsepisoder(3). Patienter med bipolar affektiv lidelse har gennemsnitligt symptomer på deres lidelse næsten halvdelen af tiden (4), og cirka 10 % af patienterne har permanente symptomer (4).

Mellem 30 og 60 % af patienter med bipolar affektiv lidelse har et nedsat psykosocialt funktionsniveau mellem sygdomsepisoderne. Nedsættelsen af det psykosociale funktionsniveau medfører ofte afbrudte uddannelsesforløb og langvarig sygemelding fra arbejde (5, 6).

Omkring 40 % af patienter med bipolar lidelse er i perioder af deres liv afhængige af alkohol eller stoffer (7, 8) og den forventede levetid er nedsat med mellem 8 og 12 år sammenlignet med baggrundsbefolkningen (9). Blandt patienter, som har været indlagt, ender cirka 10 % på sigt med at begå selvmord (10).

Der er således et stort behov for at kvalificere behandlingen i retning af standardiseret evidensbaseret behandling mhp. at forebygge nye sygdomsfaser og indlæggelser, samt at forbedre patienternes funktionsniveau og livskvalitet.

### **Psykiatrisk indlæggelse**

Til trods for, at den psykiatriske behandling over de sidste årtier, såvel internationalt som i Danmark, har bevæget sig væk fra behandling under indlæggelse til primært ambulant behandling, bliver patienter med bipolar lidelse stadig hyppigt indlagt både internationalt, spændende fra 6% (11) til 32% per år (12), og i Danmark (se afsnittet ovenover).

### **Årsager til psykiatrisk indlæggelse?**

Den medicinske behandling, som patienter efter indlæggelse udskrives med, er ofte ikke hensigtsmæssig. Grundet sygdommens natur, er patienter i risiko for udvikling af depression efter en mani. Patienter, som behandles for mani under indlæggelse, udskrives ofte med medicin, som ikke beskytter tilstrækkeligt mod depression.

Non-adhærens til medicin er en hyppig årsag til tilbagefald og indlæggelse (13). Adhærens til medicinsk behandling er lav ved bipolar lidelse (14), idet ca. 50% af patienterne ikke tager medicinen som aftalt med lægen (13). Den hyppigste årsag til non-adhærens er negative holdninger eller fejlagtige forestillinger om medicinen frem for bivirkninger eller frygt for bivirkninger (13, 15). Som anført, er ambulant gruppe-baseret psykoedukation en effektiv metode til at bedre adhærens til medicinen (16).

### **Indlæggelser**

Patienterne er samlet indlagt 32.100 sengedage om året og med en betydelig og ikke forklaret variation i den gennemsnitlige indlæggelsestid mellem psykiatriske centre (mellem 33 og 48 indlæggelsesdage gennemsnitligt (eksklusiv Psykiatrisk Center Sct. Hans)). I henhold til nylig national rapport udgør udgifterne til psykiatriske indlæggelser to tredjedel af alle direkte udgifter til psykiatrien i de fem regioner (17).

Hospitalsledelse og KAG Bipolar ledelsen besluttede at rette KAG Bipolar initiativer imod ambulant behandling de første to år (2020-21) og vente med indsatser ift. behandling under indlæggelse. I 2022 vil KAG Bipolar igangsætte initiativer rettet imod døgnbehandling. Se kap 4

## **c og d ledelse og organisering i KAG Bipolar**

### **KAG-Ledelsens opgaver**

KAG Bipolar består af en tredelt ledelse:

- Lars Kessing, professor, overlæge dr. med. (overordnet KAG leder)
- Ellen Margrethe Christensen, ledende overlæge, speciallæge i psykiatri og
- Birgitte Vejstrup, afdelingssygeplejerske, master of Public Health

samt en projektkoordinator for KAG Bipolar, Natacha Kyster, sygeplejerske og kandidat i folkesundhedsvidenskab. Alle er placeret på Psykiatrisk Center København. KAG Bipolar Ledelsen var frem til 31/7-2021 tilsvarende ledere af Ambulatorium for Affektive lidelser. Pr. 1/8-2021 er der tiltrådt ny ledende overlæge i Ambulatorium for Affektive lidelser. Ambulatorium for Affektive lidelser – rolle i KAG Bipolar

**KAG-partnere**

KAG-ledelsen samarbejder med en KAG-partnergruppe. Denne består af en KAG-partner fra hvert af de psykiatriske centre, der alle er klinikchefer (undtagen fra BUC) samt en KAG-partner med brugerbaggrund og en med pårørendebaggrund.

**KAG-Ledelsens opgaver**

KAG Bipolar skal stå i spidsen for klinik, forskning og uddannelse rettet imod bipolar lidelse for herved at understøtte kompetenceløft af diagnostik og behandling af patienter med bipolar lidelse på tværs af hele hospitalet.

**Ambulatorium for Affektive lidelser – rolle i KAG Bipolar**

Ambulatorium for Affektive Lidelser er en del af KAG Bipolar. Ambulatoriet har funktion som specialiseret enhed, og understøtter kompetenceudvikling af behandlere i de nye teams relateret til KAG Bipolar.

**KAG Bipolar F-ACT-teams**

De specialiserede teams har forskellig tværfaglig sammensætning. De fleste teams har en eller flere speciallæger, en (special) psykolog og flere sygeplejersker, samt en medarbejder med brugerbaggrund. Flere teams har desuden socialrådgiver, ergoterapeuter og andre faggrupper.

## KAG Bipolar ledelsen



### Lars Vedel Kessing

Lars Vedel Kessing har siden 2002 været professor og overlæge i psykiatri ved Psykiatrisk Center København, afdeling O, Rigshospitalet og ved Københavns Universitet. Han grundlagde i 2002 den Affektive Forskningsenhed, senere omdøbt til Copenhagen Affective Disorder Research Center (CADIC), i 2004 Kompetencecenter for Affektive Lidelser i Region Hovedstadens Psykiatri og i 2009 Dansk Selskab for Affektive Lidelser (DSAL) og han er leder af KAG Bipolar.

Lars Kessing forsker i affektive lidelser og et særligt fokus er på udvikling og sygdomsforløb ved affektive lidelser samt effekten af medicinsk og psykologisk behandling på kort og lang sigt. Et særligt prioriteret fokusområde er kognitive vanskeligheder.

Lars Kessing har med kolleger vist at tidlig specialiseret kombineret medicinsk og psykologisk behandling på afgørende vis bedrer langtidsforløbet hos mennesker med nydiagnosticeret bipolar lidelse. Han har tillige i en lang række undersøgelser bekræftet de gavnlige effekter af behandling med lithium. Aktuelt forsker CADIC intensivt i at identificere biomarkører for bipolar lidelse til diagnostik og behandling samt i anvendelsen af smartphones. Et centralt satsningsområde er KAG Bipolar forsøget som undersøger effekt af specialiseret og delvist centraliseret behandling versus generaliseret behandling.



### Ellen Margrethe Christensen

Ellen Margrethe Christensen er speciallæge i psykiatri. Hun har været ansat som læge i psykiatrien siden 1980, tidligere som afdelingslæge på psykiatrisk afdeling, Bispebjerg Hospital og som overlæge på psykiatrisk afdeling, Hillerød. Hun har fortrinsvis beskæftiget sig med patienter med affektive lidelser, ambulante som under indlæggelse.

I 2004 tiltrådte hun en stilling på psykiatrisk afdeling, Rigshospitalet, for at opbygge en nyetableret ambulant klinik for patienter med affektive lidelser, specielt patienter med bipolar lidelse. Klinikken er i tidens løb blevet udbygget og yderligere specialiseret, og hun har udviklet den psykoterapeutiske behandling af bipolare patienter i form af gruppe-baseret psykoedukation. Det nuværende Ambulatorium for Affektive lidelser er en central medspiller ved kompetenceudviklingen i de nye F-ACT-teams, der er tilknyttet KAG-bipolar.

Ellen Margrethe Christensen har publiceret en række videnskabelige artikler i internationale tidsskrifter og underviser speciallæger, kommende speciallæger og specialpsykologer i psykopatologi ved affektive lidelser.



### Birgitte Vejstrup

Birgitte Vejstrup er uddannet sygeplejerske med master i sundhedspædagogik og sundhedsfremme og har desuden forskellige uddannelser i ledelse, projektledelse, leanledelse samt uddannelse i pædagogik og Kognitiv Adfærdsterapi. Birgitte er leder i KAG Bipolar med særligt ansvar for kompetenceudvikling.

Birgitte har de sidste 30 år været ansat i psykiatrien i København, de sidste 20 år som leder af forskellige områder og niveauer: Hun blev i 1999 afdelingssygeplejerske i døgnregi på Bispebjerg, siden i Specialambulatoriet for patienter med dobbeltdiagnose (Sct Hans), derefter udviklingschef på PC Frederiksberg. Fra 2017-19 tog Birgitte del i implementering af F-ACT på Nørrebro, og har siden november 2019 været ansat i en nyoprettet stilling som afdelingssygeplejerske i Ambulatoriet for Affektive Lidelser.

I KAG-ledelsen bidrager Birgitte med sine mange års erfaring med implementering og opstart af nye behandlingstilbud, kompetenceudvikling, brugerdeltagelse, kommunikation, projektledelse og samarbejde på tværs af organisationen.

### **KAG-partnere**

KAG-partnerne i RHP har jævnfør notat januar 2020 om ledelseshierarki og samarbejdsflader i forbindelse med arbejdet med Kliniske Akademiske Grupper i RHP følgende opgaver:

- KAG-partnerne er bindeled imellem KAG-ledelsen og det enkelte psykiatriske center og understøtter beslutninger og implementering.
- KAG-partnerne bidrager med input til outcome book og involveres i beslutninger omkring, hvilke initiativer KAG Bipolar skal iværksætte på tværs af RHP og ikke mindst i beslutninger omkring centerspecifikke initiativer. KAG-partnerne bidrager til implementering af nye initiativer indenfor KAG'en og inddrages i udarbejdelse af implementeringsplan.

KAG-partnerne deltager i fælles møder afholdt af KAG-ledelsen tre gange årligt, foruden deltagelse i løbende møder omkring plan og indsatser i eget center.

Desuden inddrages KAG-partnerne i formulering af proces og resultatmål og i udarbejdelse af forskningsstrategi.

KAG-partnerne med bruger- eller pårørendebaggrund har i sagens natur en anderledes rolle, især hvad angår centerspecifikke opgaver, se mere om dette i afsnit F herunder.

### **Øvrige samarbejdspartnere**

KAG-ledelsen har et tæt og løbende samarbejde med Center for Visitation- og Diagnostik (CVD) om målgrupper og visitation, samt med Økonomi- og Organisationsafdelingen (ØOA) på Kristineberg om KAG-styregruppen og koordination af F-ACT-implementering.

### **Organisering af KAG Bipolar**

Da Region Hovedstadens Psykiatri i juni 2019 besluttede at omorganisere behandlingen af patienter med bipolar lidelse i forbindelse med etablering af KAG Bipolar, besluttede man samtidig at undersøge effekterne af specialiseret og centraliseret behandling versus generaliseret og decentral behandling af bipolar lidelse. Dette undersøges i KAG Bipolar forsøget (se afsnit 3D). I KAG Bipolar samles patienter med bipolar lidelse i specialiserede ambulante teams i 5 af 9 centre i Region Hovedstadens Psykiatri med flest patienter med bipolar lidelse. De fem centre er Psykiatrisk Center København, Ballerup, Amager, Glostrup og Nordsjælland.

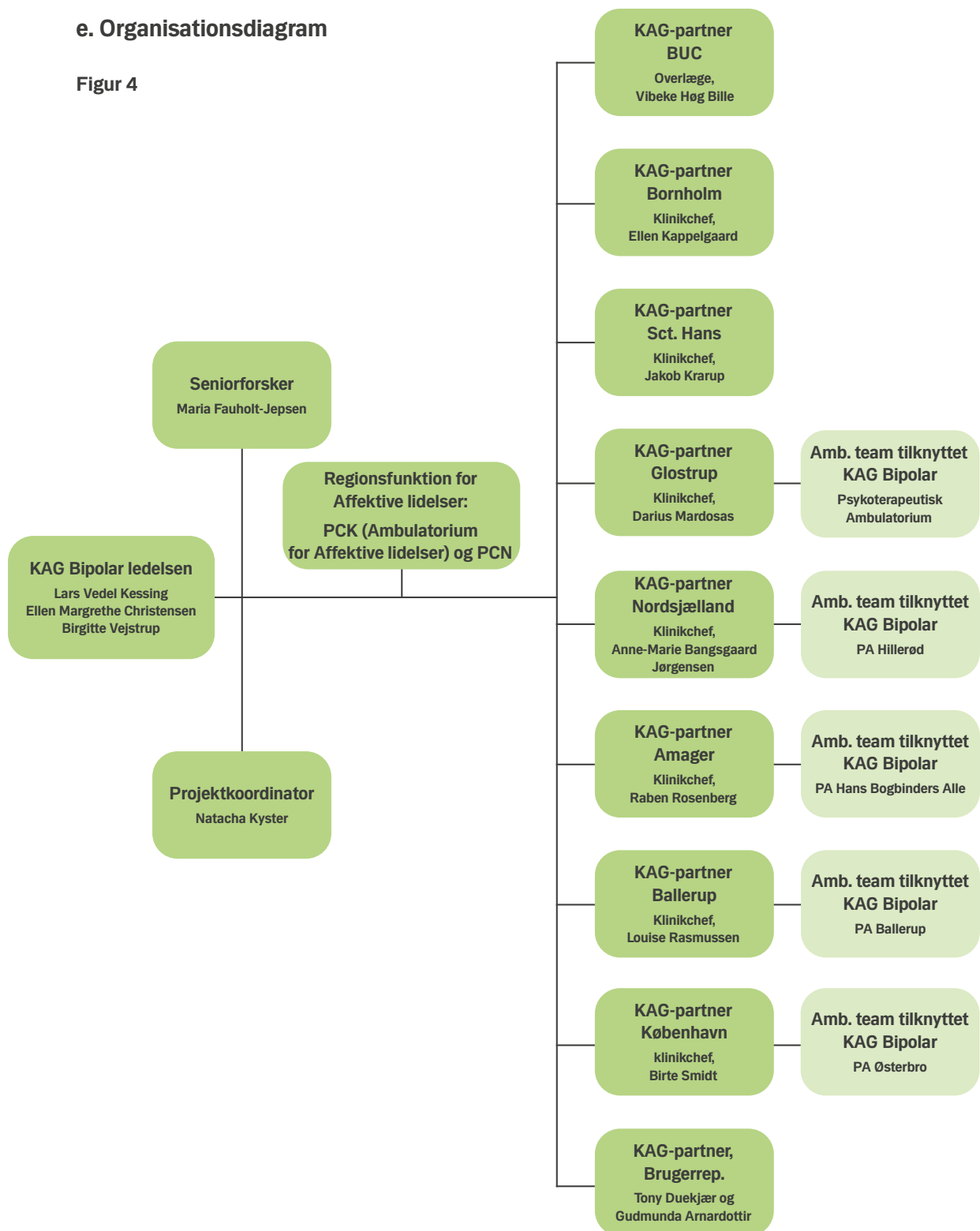
De nye teams under KAG Bipolar er organiseret efter F-ACT-modellen. F-ACT-modellen var ved starten af KAG Bipolar implementeret i nogle centre, hvor andre centre gik i gang med implementering af F-ACT i løbet af 2020.

De fem centre og deres teams tilknyttet KAG Bipolar starter op konsekutivt (se tidsplan i afsnit 3 herunder). For at modtage behandling i et af de nye ambulante teams tilknyttet KAG Bipolar, skal patienterne samtykke til deltagelse i KAG Bipolar forsøget og ved lodtrækning tildeles behandling i enten de nye teams tilknyttet KAG Bipolar eller i et alment F-ACT-team (se KAG Bipolar forsøget i afsnit 3D).

Før etablering af KAG Bipolar fandtes der pakkeforløb for bipolar lidelse på fire centre. Fremover vil der være pakkeforløb for bipolar lidelse i de fem F-ACT- teams tilknyttet KAG Bipolar parallelt med behandling af patienter i F-ACT-forløb. Patienter til pakkeforløb for bipolar lidelse vil således blive henvist til F-ACT-team tilknyttet KAG Bipolar i det center, patienterne geografisk hører til, efterhånden som teamene bliver etableret.

## e. Organisationsdiagram

Figur 4



Der er et tæt og løbende samarbejde mellem KAG-ledelse, Hospitalsledelse, KAG-partnere og den øvrige linjeledelse på det enkelte center samt med medarbejdere i KAG Bipolar.



## **f. Inddragelse af patienter og pårørende**

### **KAG-partnere med bruger- og pårørendebaggrund**

KAG Bipolar har siden sin opstart to KAG-partnere med brugerbaggrund blandt sine KAG-partnere. Disse er aktive i bestyrelsesarbejde mv i Psykiatريفoreningens fællesråd, SIND og Depressionsforeningen.

Depressionsforeningen, som også er patientforening for personer med bipolar lidelse, støtter op om KAG Bipolar, og har bl.a. bidraget med anbefalelsesbrev til forskningsansøgninger. Som andre KAG-partnere deltager bruger- og pårørenderepræsentanten i KAG-partnermøder og understøtter udvikling og indsatser i KAG Bipolar igennem forskellige aktiviteter. Bruger- og pårørenderepræsentanten deltager i KAG Bipolar certificeringskurser og temadage sammen med medarbejdere tilknyttet KAG Bipolar. Her bidrager de med deres viden og erfaring ud fra et bruger- og pårørendeperspektiv og kvalificerer derved udvikling af behandlingstilbuddet. Bruger- og pårørenderepræsentanten bidrager desuden til artikler på intranet og med input til informationsmateriale og outcome book.

### **Fælles beslutningstagning**

Den grundlæggende tanke i RHP's strategi for brugerdeltagelse er, at både medarbejdernes faglige ekspertise og brugerens ekspertise i eget liv, er afgørende for et godt forløb i psykiatrien såvel som for videreudviklingen af psykiatrien.

I behandlingen af bipolar lidelse er fælles beslutningstagning central. Den medicinske behandling af bipolar lidelse er kompliceret og skal nøje justeres i et samarbejde mellem specialiserede behandlere og den enkelte patient og pårørende, for at sikre optimal behandling.

## **g. Snitflader til øvrige KAGs i RHP**

KAG Bipolar og KAG Psykoterapi er de første KAGs i RHP, og fungerer som pilotprojekter for eventuelt kommende KAGs. De to KAGs repræsenterer to forskellige typer KAGs, idet KAG Psykoterapi omhandler behandlingsmetoder, hvorimod KAG Bipolar omhandler en given sygdomsgruppe.

Som udgangspunkt er der et vist overlap mellem KAG Psykoterapi og KAG Bipolar. Behandling af bipolar lidelse inkluderer psykoterapi i form af gruppebaseret psykoedukation som et bærende element. Det er aftalt, at al behandling rettet imod bipolar lidelse hører under KAG Bipolar.

### 3. Periodens resultater og besluttede indsatser

#### a. Kompetente medarbejdere

De kompetenceudviklende tilbud og KAG Bipolar Certificering der blev planlagt og gennemført i 2021 bestod af følgende indsatser:

KAG Bipolar certificering består af hhv. 6 kursusdage over et halvt år (certificering) og løbende kompetenceudvikling.

- PCK og PCB blev certificeret i 2020. I 2021 blev PCA, PCN og PCG certificeret.

#### **Løbende kompetenceudvikling:**

- Klinisk sparring ift. diagnostik og medicinsk behandling to timer om måneden, fælles for de fem teams ved læger i KAG ledelsen og fra Ambulatorium for Affektive lidelser.
- Supervision af gruppebaseret psykoedukation. De behandlere, der leder grupperne, tilbydes fælles supervision en time hver 2. uge ved en sygeplejerske fra Ambulatorium for affektive lidelser.
- KAG Bipolar årssdag med deltagelse af alle fem teams og Ambulatorium for affektive lidelser: I 2021 handlede årssdagen om ny forskning i Bipolar lidelse
- Årlig temadag for de fem ambulante teams tilknyttet KAG Bipolar: på to forskellige dage for henholdsvis PCK og PCB og PCA, PCG og PCN. Fokus på indsatser lokalt i de fem teams.

#### **Særligt for nyansatte i F-ACT-teams tilknyttet KAG Bipolar, der ikke har deltaget i den første certificering.**

Personaleudskiftning er som i alle andre ambulante teams også kendt i teams tilknyttet KAG Bipolar. For disse medarbejdere er der udarbejdet følgende:

- Introduktionsprogram ved Birgitte Vejstrup og projektkoordinator á ca. 2 timer
- Hvert halve år udbydes et halvdagskursus med fokus på medicin og diagnostik ved Lars Kessing og Ellen Margrethe Christensen. Alle nye medarbejdere tilmeldes dette i kursusportalen.

Figur 5

	Certificeringskursus 4 dage	Certificeringsopfølningskursus 2 dage	Sparring og supervision	
			Klinisk Sparring	Supervision af psyko-udvikling
PC Ballerup	Afsluttet	Afsluttet februar 2021	Løbende den 4. torsdag i måneden	Deltager PCB
PC København	Afsluttet	Afsluttet februar 2021	Løbende den 4. torsdag i måneden	Deltager PCK
PC Amager	Afsluttet	Afsluttet februar 2021	Løbende den 4. torsdag i måneden	Deltager PCA
PC Glostrup	Afsluttet	Afsluttet Maj 2021	Løbende den 4. torsdag i måneden	Deltager PCG
PC Nordsjælland	Afsluttet	Afsluttet februar 2021	Løbende den 4. torsdag i måneden	Deltager PCN

## b. Kvalitet i behandlingen

Gruppebaseret psyko-udvikling er opstartet i alle fem teams. Både teams og patienter oplever det som en succes. Alle centre, der har haft et behov herfor, har deltaget i et psyko-udviklingsforløb i Ambulatorium for Affektive lidelser. I 2021 har der været gruppestart for alle fem teams henholdsvis forår og efterår. Der har i 1. semester 2021 været afholdt seks grupper i RHP.

### Monitorering af KAG Bipolar aktiviteter i Hospitalsledelsen

For at sikre fremdriften i forhold til de beskrevne mål i outcome book sendes kvartalsvis opfølgingsdata fra KAG Bipolar til Hospitalsledelsen via Økonomi- og Organisationsafdelingen (ØOA). Der måles på data vedrørende antal og varighed af indlæggelser, samt medikamentel behandling.

De overordnede mål for KAG Bipolar i 2021 var at konsolidere og forankre de fem teams, herunder at sikre ledelsesmæssigt fokus på, at de fornødne rammer og vilkår er til stede.

Initiativer for at opnå målet har været:

- Beskrivelse af opgaver for de fem ambulante teams tilknyttet KAG Bipolar med det formål at det kan indskrives i deres kapacitetsanalyser.
- Udarbejdelse af årshjul med fast kadence for mødeaktiviteter gående fra Hospitalsledelsen, til KAG-partnere, ambulatorieleddelsen og teamkoordinator.

Alle fem teams arbejder ud fra Kvalitets- og forbedringsmodellen med indsatser, der understøtter opnåelse af de overordnede målsætninger i KAG Bipolar. Arbejdet med indsatserne er systematiseret således, at data præsenteres kvartalsvis for styregruppen (februar, maj, august, november) og halvårligt for Hospitalsledelsen. Efterfølgende præsenteres data teamvis på kvartalsvise møder mellem KAG-ledelsen, ambulante team og linjeledelse (marts, juni, september, december). Slutligt afholdes møde med de fem teamkoordinatorer samlet, for at understøtte, vidensdeling og inspirere på tværs af dem fem F-ACT-teams tilknyttet KAG Bipolar (april, juli, oktober, januar).

De opsatte delmål for 2021 var:

1. Minimum 600 patienter randomiseret til KAG Bipolar forsøget - Opfyldt med 684 randomiserede patienter (november 2021)
2. Certificeringskursus fuldt implementeret – Opfyldt
3. Minimum 150 patienter randomiseret til Smart Bipolar forsøget - Ikke opfyldt. Der har været mange opstartsvanskeligheder, herunder en brand i serveren, som betød at arbejdet måtte starte forfra.

### Brug af Monsenso:

Alle fem teams har taget Monsenso i brug og der randomiseres patienter. Målet om 150 inkluderede patienter er ikke opnået, men der har været iværksat initiativer til at understøtte, at Monsenso forblev nærværende for medarbejdere og patienter til trods for de vanskelige omstændigheder i forbindelse med branden af serveren i februar 2021. Alle teams fik i løbet af foråret identificeret mulige kandidater blandt den prævalente patientgruppe (patienter i aktuelt ambulantly forløb), og disse er alle tilbudt deltagelse i Smart Bipolar forsøget. Herudover har de fem teams individuelt udarbejdet arbejdsgange for randomisering af incidente patienter (nyhenviste patienter). Noglepersonernetværket omkring Monsenso er fastholdt i 2021. Monsenso kan således nu kun anvendes af patienter, der er eller har været randomiseret til studiet, eller er opstartet i psykoedukation.

### Visitation og diagnostik

Der har i foråret 2021 været dialog med og er afholdt undervisning for personalet i CVD.

## c. Patientens ønsker og behov

- Alle fem teams har ansat recoverymentorer. Der blev i efteråret opstartet samarbejde mellem disse og KAG-partner med brugerbaggrund.
- For at sikre et solidt patientperspektiv i KAG Bipolar forsøget, er der i juni 2021 igangsat en proces, hvor klinikerne understøtter patienter i at besvare de tre spørgeskemaer, der udsendes gennem den etårige studieperiode.

Figur 6

Deltagelse i KAG Bipolar Forsøget		Proces udarbejdes i de enkelte teams der sikrer booking af patient i SP for både KAG patienter og patienter i vanlig behandling
Patient takker ja til deltagelse i KAG Bipolar Forsøget og Randomiseres	Randomiseres til KAG	• Efter 1 måned • Efter 7 måneder • Efter 13 måneder
	Randomiseres til kontrol	

## d. Forskning og innovation

### KAG Bipolar Forsøget

De første patienter randomiseret på PCK og PCB har gennemgået 1 års studietid pr. 1/9-2021. I alt er der tale om 138 patienter, der således afsluttes i KAG Bipolar forsøget. Heraf kan 31 patienter henvises til fortsat behandling i F-ACT-teams tilknyttet KAG Bipolar efter at have deltaget i kontrolgruppen, såfremt de fortsat har et behandlingsbehov.

Som en del af indsatsen om at bringe klinik og forskning tættere sammen blev der i sommeren 2021 igangsat en proces for, at klinikerne skulle understøtte patienterne i at besvare spørgeskemaerne, da disse besvarelser er eneste mulighed for at få bragt patientperspektivet frem jf. punkt c. Processen er skitseret ovenfor i figur 6.

Figur 7

	1: Antal inkluderede patienter i KAG Bipolar Forsøget *	2: Totalt antal patienter i behandling i teamet**
PC Ballerup	146	83
PC København	190	99
PC Amager	110	66
PC Glostrup	76	43
PC Nordsjælland	100	64
I alt	642	355**

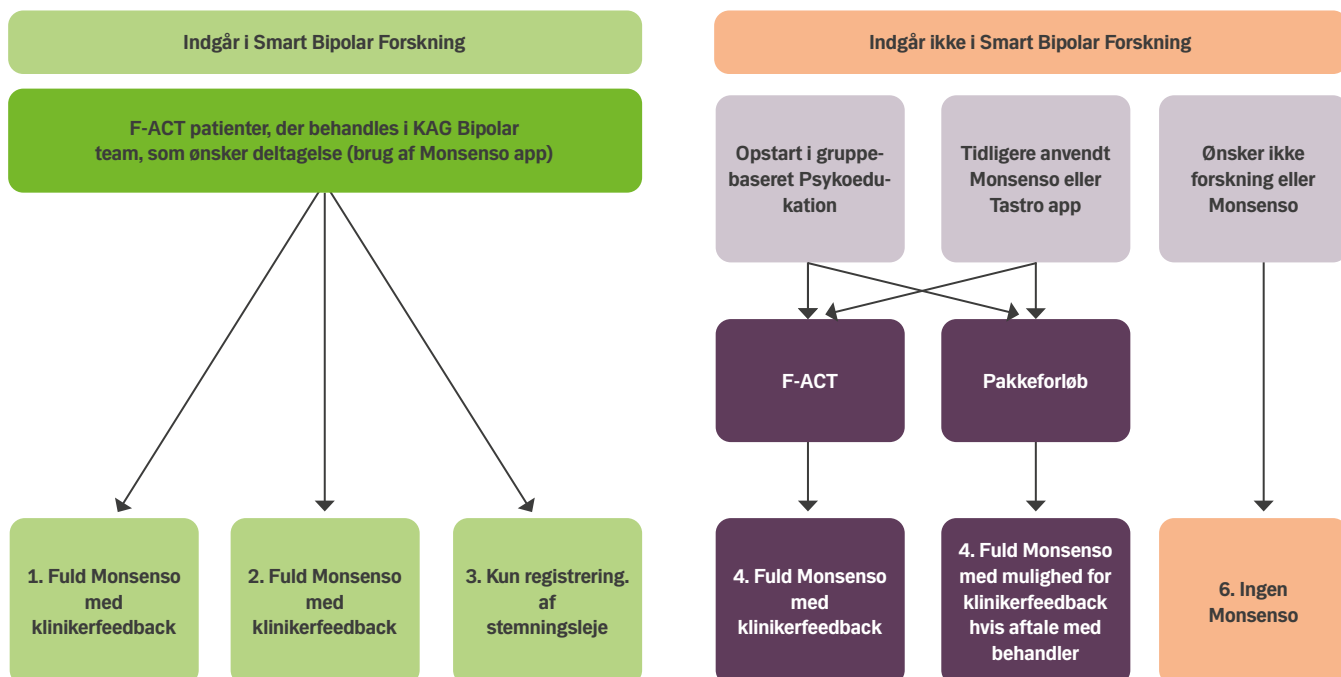
\* Antal inkluderede patienter i alt

\*\* Patienter randomiseret til KAG bipolar opgjort 08.09.2021, der fortsat er i behandling i teamet

### Smart Bipolar forsøget

Inklusion og randomisering fortsætter ind i 2022. Der er fortsat et understøttende arbejde og tæt samarbejde mellem klinik og forskning. Af figur 8 fremgår det, hvilke patienter der kan inkluderes i forsøget. Figur 9 viser et overblik over antallet af patienter inkluderet i Smart Bipolar forsøget, samt det totale antal patienter i teamet, fordelt på de enkelte centre.

Figur 8



Figur 9

	1: Antal inkluderede patienter i Smart Bipolar forsøget	2: Totalt antal patienter i behandling i teamet*	3: Procentvis overblik over deltager i Smart Bipolar
PC Ballerup	4	83	4,8 %
PC København	3	99	3 %
PC Amager	11	66	16,7 %
PC Glostrup	1	43	2,3 %
PC Nordsjælland	8	64	12,5 %
<b>I alt</b>	<b>27</b>	<b>355</b>	<b>7,6 %</b>

\* Patienter randomiseret til KAG bipolar opgjort 08.09.2021, der fortsat er i behandling i teamet

Jf. figur 9 kan det således konkluderes, at 7,6 % af det samlede antal patienter randomiseret til KAG Bipolar intervention, deltager også i Smart Bipolar forsøget.

## Kortlægning af behandling af bipolar lidelse under indlæggelse

### Litteratursøgning

I foråret 2021 er der gennemført en litteratursøgning i PubMed over studier af behandling under indlæggelse af patienter med mani og patienter med depression. Det kan konkluderes at der er stærk evidens for den medicinske behandling under indlæggelse, som kortlagt i RADS Bipolar retningslinjerne (18), og at der er meget sparsom evidens for miljøterapeutiske tiltag (19, 20).

## Antal og varighed af indlæggelser for patienter med bipolar lidelse i RHP

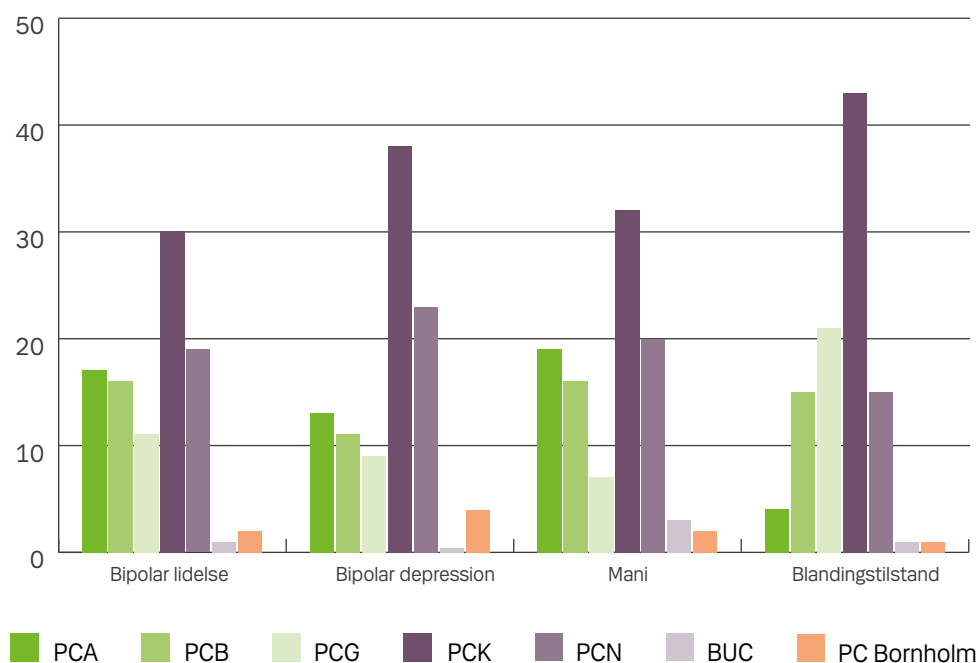
### Miljøterapeutiske tiltag under indlæggelse

I foråret 2021 er der igangsat en proces for at undersøge, hvordan den aktuelle behandling under indlæggelse er struktureret i RHP. Fokus er rettet mod at undersøge antal og varighed af indlæggelser samt brug af medicin, ECT og tvang og miljøterapeutiske tiltag på sengeafsnit for patienter med bipolar lidelse.

Herunder følger først opgørelser over indlæggelser samlet og fordelt på underdiagnoser af bipolar lidelse (figur 10). Dernæst et overblik over den gennemsnitlige indlæggelsestid per indlæggelse (varighed) fordelt på underdiagnoser (Figur 11 og 12). Af grafiske hensyn og da PC Sct. Hans har få indlagte patienter fremgår PC Sct. Hans ikke.

**Figur 10:**

Procentvis fordeling af antallet af indlæggelser, grupperet efter diagnose, opgjort pr. center



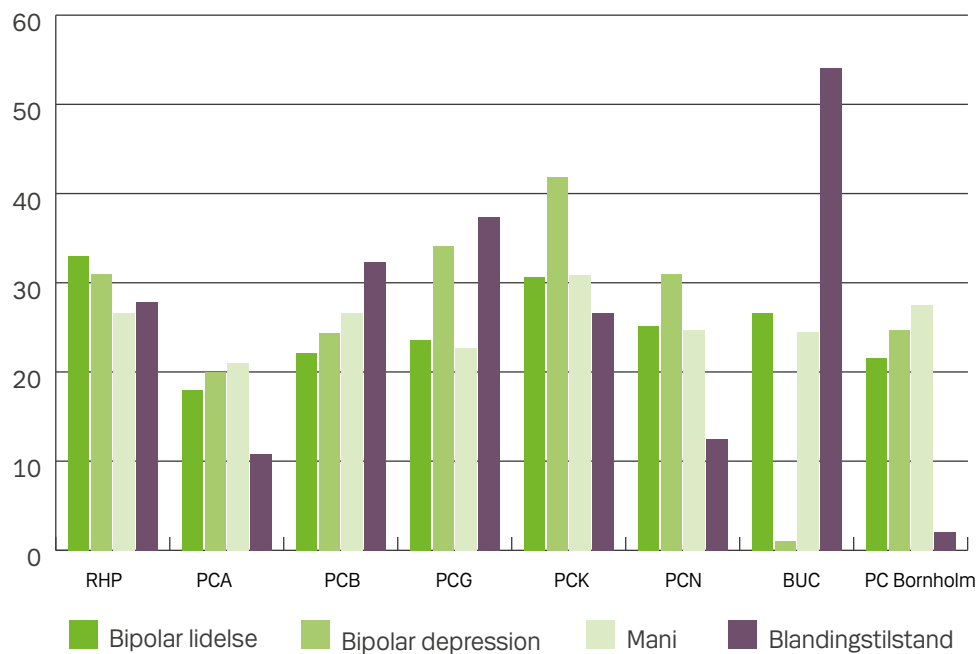
**Figur 11:**

Fordeling af indlæggelser og sengedage

	Bipolar lidelse % indlæggelser / % sengedage	Mani % indlæggelser / % sengedage	Bipolar depression % indlæggelser / % sengedage	Blandingstilstand % indlæggelser / % sengedage
PC København	30 / 36	32 / 37	38 / 49	43 / 41
PC Ballerup	16 / 14	16 / 16	11 / 8	15 / 17
PC Nordsjælland	19 / 19	20 / 18	23 / 21	15 / 7
PC Glostrup	11 / 10	7 / 6	9 / 9	21 / 28
PC Amager	17 / 12	19 / 15	13 / 8	4 / 1

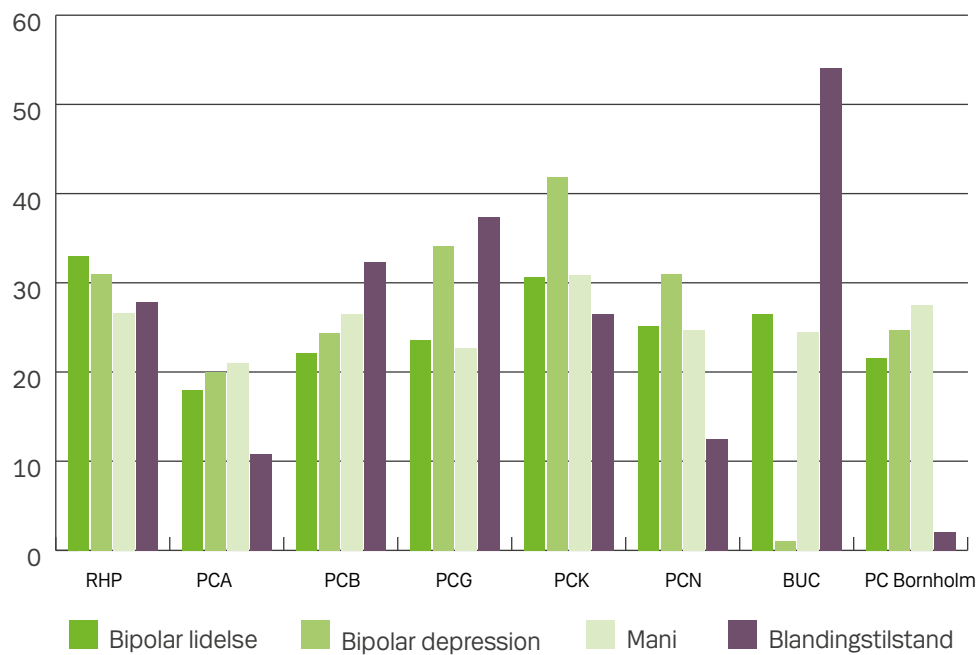
**Figur 12:**

Gennemsnitlig indlæggelsestid pr. indlæggelse (varighed i dage) for patienter med bipolar lidelse i RHP, opgjort pr. center, med underdiagnoser



**Figur 13:**

Gennemsnitlig indlæggelsestid pr. indlæggelse (varighed i dage) for patienter med bipolar lidelse i RHP, opdelt i diagnosegrupper





Følgende kan udledes af Figur 10 - 13 ift. de 5 "store" centre (PCA, PCB, PCG, PCK, PCN):

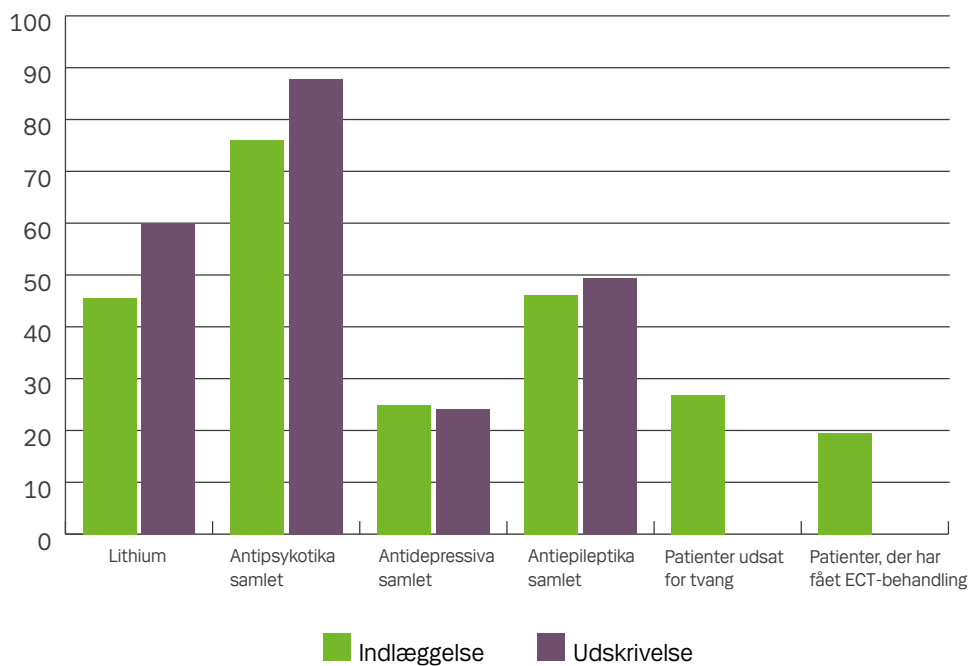
1. Indlæggelser med en **overordnet diagnose med bipolar lidelse**  
PC København udgør 30% af indlæggelser og 36% af antal sengedage med bipolar lidelse i Region Hovedstadens Psykiatri. For PC Ballerup, PC Glostrup og PC Nordsjælland er andelen af indlæggelser og andelen af antal sengedage (næsten) ens, mens andelen af sengedage (12%) er mindre for PC Amager end andelen af indlæggelser (17%). Den gennemsnitlige indlæggelsestid pr. indlæggelse (varighed) er således længere for PC København (gennemsnit 31 dage) og kortere for PC Amager (gennemsnit 18 dage) end for de tre andre centre.
2. Indlæggelser med en **diagnose med bipolar depression**  
Samme mønster som ovenfor: Den gennemsnitlige indlæggelsestid pr. indlæggelse er længere for PC København og kortere for PC Amager end for de tre andre centre. Her udgør PC Københavns andel af indlæggelser (38%) og sengedage (49%) en endnu større andel af de samlede indlæggelser med en gennemsnitlige indlæggelsestid pr. indlæggelse på 41 dage mod 20 dage på PC Amager.
3. Indlæggelser med en **diagnose med mani**  
Samme mønster som ovenfor: PC København udgør 32% af indlæggelser og 37% af antal sengedage med bipolar lidelse i Region Hovedstadens Psykiatri. Den gennemsnitlige indlæggelsestid pr. indlæggelse er længere for PC København (gennemsnit 31 dage) og kortere for PC Amager (gennemsnit 20 dage) end for de tre andre centre.
4. Indlæggelser med en **diagnose med blandingstilstand**  
Her er den gennemsnitlige indlæggelsestid pr. indlæggelse længst for PC Glostrup (38 dage). Omvendt er den gennemsnitlige indlæggelsestid per indlæggelse lavest for PC Amager (9 dage). PC Amagers andel med blandingstilstande udgør en meget lille andel med 4% af alle indlæggelser og 1 % af sengedagene med blandingsepisoder.

**Konklusion:** Der er betydelige forskelle mellem centrene i fordelingen af indlæggelser og sengedage og den gennemsnitlige indlæggelsestid per indlæggelse (varighed) overordnet for patienter med en diagnose med bipolar lidelse og indenfor de forskellige undertyper af bipolare diagnoser.

Antal og varig af indlæggelser er højest for PC København og lavest for PC Amager for en overordnet diagnose med bipolar lidelse og for alle diagnostiske undertyper af bipolar lidelse, undtagen blandingstilstand. PC København anvender i højere grad diagnostiske undertyper end andre centre i deres kliniske praksis. Data illustrerer således også forskellig diagnostisk praksis i centrene.

**Figur 14:**

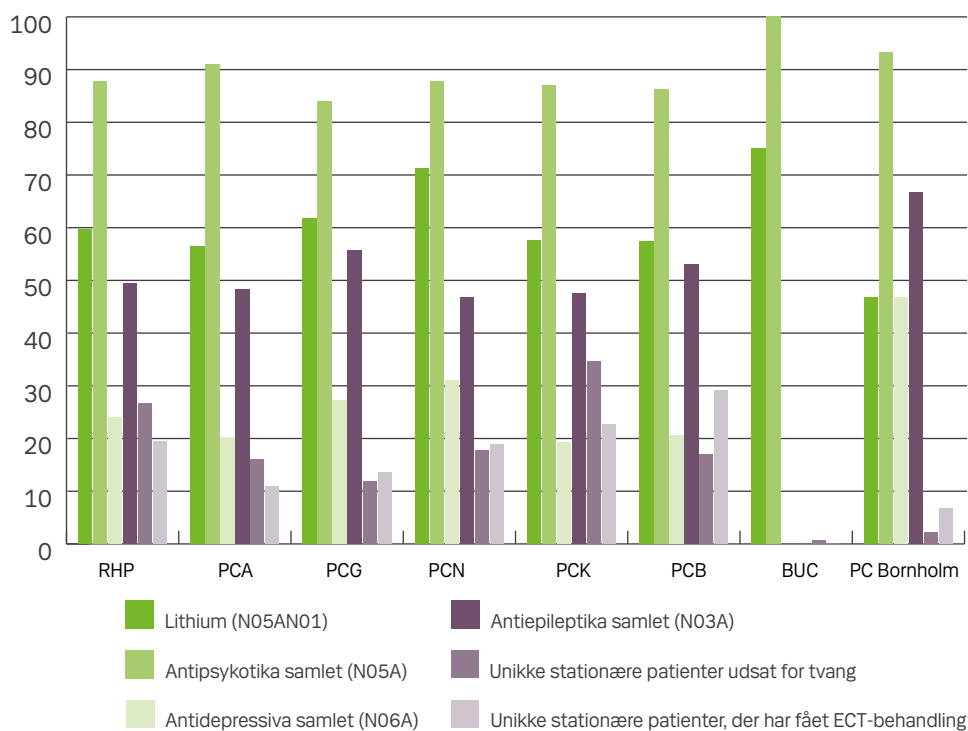
Medicin ved indlæggelse og udskrivelse, og ECT og tvang ved udskrivelse.



Det ses en øgning i brug af lithium og antipsykotika og i mindre grad af antiepileptika fra indlæggelse til udskrivelse. Der ses ikke noget klart fald i brug af antidepressiva (25% / 24%) fra indlæggelse til udskrivelse. I alt udsættes 27% for tvang under indlæggelse og 20% for ECT.

**Figur 15:**

Medicin, ECT og tvang ved udskrivelse fordelt på centre (i procent)



**Ved udskrivelse er der variation i brug af medicin:**

- Lithium: højest for BUC (75%), PCN (71%) og PCG (62%) og lavest for PC Bornholm og PC Sct. Hans
- Antidepressiva: højest for PCN (30%) og PCG (25%) og lavest for PCK (18%)
- Antiepileptika: højest for PC Bornholm (65%), PCG (55%) og PCB (53%) og lavest for PC Sct. Hans (41%)
- Antipsykotika: ensartet højt for alle centre.

**Variation i brug af ECT:** højest for PCB (29%) og PCK 23% og lavest for PCB (7%), PCA (10%) og PCG (12%). BUC og PC Sct. Hans anvender ikke ECT.

**Variation i brug af tvang:** højest for PCK (37%) og lavest for PC Bornholm (1%), PC Sct. Hans (2%), BUC (0), mens alle andre centre ligger mellem 11 og 18%.

**ECT og tvang ift. bipolare subdiagnoser samlet for RHP:**

ECT: mani (8%), bipolar depression (42%) og blandingstilstand (21%)

Tvang: mani (50%), bipolar depression (12%) og blandingstilstand (8%)

Det fremgår således at en stor andel af patienter indlagt med mani underlægges tvang (50%) og en lille andel behandles med ECT (8%), og omvendt, at en stor andel af patienter indlagt med bipolar depression behandles med ECT (42%) og en relativ mindre andel underlægges tvang (12%).

## 4. Kommende indsatser

KAG Bipolar indsatserne er nu godt implementeret i ambulante regi, og alle fem F-ACT-teams tilknyttet KAG Bipolar er certificerede, hvorfor opmærksomheden nu også rettes mod behandling under indlæggelse. Formålet er at tænke KAG Bipolar ind i HELE patientforløbet, og således også behandling under indlæggelse.

Med dette udgangspunkt vil KAG Bipolar opstarte et pilotarbejde, der udelukkende er funderet på PC København. Der tænkes aktuelt en model, hvor der etableres samarbejdssengeafsnit på Frederiksberg matriklen med det ambulante team tilknyttet KAG Bipolar på PC København (Strandboulevarden) ift. patienter i teamet.

### **Proces:**

#### **Opstart i efteråret 2021:**

- I efteråret 2021 opstartes dialog med sengeafsnit på PC København, Rigshospital-matriklen. Ønsket vil her være at få et indblik i, hvordan behandling under indlæggelse til bipolare patienter tilrettelægges. Følgende spørgsmål vil blive centrale i dialogen:
  - Hvad gør I aktuelt ift. medicin, ECT og tvang for en patient med mani/depression/blandingstilstand?
  - Hvad kan blive bedre?
  - Kunne der være en pointe i at samle patienterne på færre sengeafsnit?
- I slutningen af 2021 opstartes en dialog med PC København, Frederiksberg-matriklen, med det formål at afklare, hvordan der kan etableres et pilotprojekt for patienter indlagt med bipolar lidelse

### **I 2022:**

#### **Pilotprojekt på PCK, Frederiksberg-matriklen**

- Frem til midt forår 2022 planlægges dialog med sengeafsnit og Centerledelsen på PC København om, hvordan et pilotprojekt kan sammensættes. Tanken er at afprøve specialisering under indlæggelse på PC København inden det evt. beslutes, hvorvidt specialiseringen kan/skal udbredes til de øvrige fire centre (PCN, PCG, PCB, PCA).
- Tiltag iværksættes under forudsætning af godkendelse i Centerledelse og Hospitalsledelse ifm. PCK, Rigshospitalets indflytning på Frederiksberg juni 2022.

### **a. Kompetente medarbejdere**

De kompetenceudviklende tilbud for de fem F-ACT-teams tilknyttet KAG Bipolar, der er beskrevet i afsnit 3A, fortsætter i 2022.

### **b. Kvalitet i behandlingen**

Indsatserne i de fem ambulante teams tilknyttet KAG Bipolar fortsætter som i 2021.

Det systematiske og målrettede arbejde med kvalitets- og forbedringsmodellen fortsættes i 2022. Alle teams arbejder med kvalitets- og forbedringsmodellen som en del af forbedringsarbejdet. Indsatserne tilpasses til og med de enkelte teams, afhængigt af behov. Indsatserne følges af KAG Bipolar ledelsen hver tredje måned. Indsatserne i forhold til medikamentel behandling følges månedligt af de enkelte teams.

#### **Overordnet mål:**

Fortsætte det tætte samarbejde mellem KAG-ledelsen, KAG-partnere, ambulatorieledelelsen og de fem teams med formålet kontinuerligt at justere, støtte og tilpasse indsatserne ud fra de enkelte teams behov. Dette gøres i kraft af den fastsatte mødekadence, der sikrer kontinuerligt fokus og samarbejde, startende i Hospitalsledelse og ned gennem organisationen.

Der er fortsat en opgave i at sikre ledelsesmæssigt fokus på, at de fornødne rammer og vilkår er til stede.

#### **Delmål:**

1. 930 patienter randomiseret til KAG Bipolar forsøget ved udgangen af 2022
2. Minimum 180 patienter randomiserede til Smart Bipolar forsøget ved udgangen af 2022
3. Certificeringskursus for medarbejdere på udvalgte affektive sengeafsnit på Frederiksbergmatriklen er gennemført
4. 30 % af patienterne i teams tilknyttet KAG Bipolar har gennemført psykoedukation\*

\* For at betragte et forløb som gennemført, skal hver patient deltage i mindst 10/14 sessioner.

**Figur 16**

Opstartede grupper i 1. semester 2021					
Center	Antal grupper	Patienter tilmeldt	Patienter gennemført	Gennemførsels procent	Procentvise andel af patienter i KAG bipolar der har gennemført et psykoedukationsforløb
PC København	1	7	4	57%	4%
PC Ballerup	2	20	12	60%	14%
PC Amager	1	8	6	75%	9%
PC Glostrup	1	5	2	40%	5%
PC Nordsjælland	3	16	9	56%	14%
RHP Samlet	8	50	28	56%	8%

Jf. figur 16 kan det konkluderes, at 8 % af det samlede patientantal deltagende i KAG Bipolar forsøget og tilknyttet F-ACT- teams har gennemført et psykoedukationsforløb i 1. semester 2021.

#### **Opfølgingsdata:**

Gældende for de fem F-ACT-teams tilknyttet KAG Bipolar.

Ugentligt: Orientering til KAG-partnere om antal randomiserede til henholdsvis KAG og Smart Bipolar forsøget udsendes via e-mail.

#### Kvartalsvis:

1. Antal indlæggelser
2. Antal sengedage
3. Anvendelsen af lægemidler

#### **Halvårligt**

Halvårige opgørelser (2. og 4. kvartal) over deltagelse i gruppe-baseret psykoedukation, fordelt på hvert af de fem F-ACT-teams:

1. Hvor mange patienter har deltaget hhv. første og sidste gang?
2. Gennemsnit og spredning på, hvor mange gange hver enkelt patient deltager.
3. Hvor mange procent af patienter, der har deltaget første gang, har deltaget > 10 gange (gennemført)?

Ovennævnte data tilsendes teamet ifm. med opfølgingsmøderne hver tredje måned således, at behandlerne i hvert team kan justere deres forbedringsindsatser ud fra data.

#### **Planlagte indsatser under indlæggelse:**

##### **Kortlægning af og dialog omkring følgende:**

- Medikamentel behandling, ECT og tvang under indlæggelse. Årlig opgørelse af data (som i Kapitel 3).
- Psykiatrisk sygepleje og miljøterapeutiske tiltag.
- Samarbejde mellem ambulatorie og døgnafsnit jf. indsatserne i Bedre Behandling Under Indlæggelse (BBUI), som implementeres efteråret 2021.

#### **Brug af Monsenso:**

Der er en forventning om at de fem F-ACT-teams anvender data fra Monsenso til boardmøder. Dette kan være med til at sikre, at en patient med behov får en hurtigere ambulant indsats, og dermed mindske risiko for indlæggelse.

### **c. Patienters og pårørendes ønsker og behov**

Samarbejdet mellem recovery-mentorer på tværs af de fem teams, teamkoordinatorer og KAG-partnere med brugerbaggrund fortsætter i 2022.

- Pårørendeinddragelse. Psykoedukationsgruppe på tværs af de fem centre er opstartet i efteråret 2021, hvor alle fem teams tilknyttet KAG Bipolar bidrager med udvikling af materialet og deltagelse i grupperne.
- Der er sparsom evidens for effekten af gruppe-baseret psykoedukation for pårørende til bipolar lidelse (21, 22). Vi planlægger en randomiseret kontrolleret trial (RCT) med start forår 2022 mhp. at undersøge om gruppe-baseret psykoedukation for 250 pårørende til patienter med bipolar lidelse i KAG Bipolar bedrer stemningsstabilitet og andre symptomer hos pårørende og patienten med bipolar lidelse (Relative Bipolar: R-Bipolar).

## **d. Forskning og innovation**

### **KAG Bipolar forsøget**

Inklusion af patienter forventes at pågå i hele 2022, med samlet inklusion på 1000 patienter (2023).

### **Smart Bipolar forsøget**

Fortsætter som beskrevet i afsnit 3 tidligere. Incidente patienter adspørges og randomiseres efter lokale arbejdsgange. Randomiserede patienter, der opstarter i psykoedukation udtræder af forskningen, og får den fulde version af APP'en. Der forventes, at der rekrutteres patienter til Smart Bipolar forsøget hele 2022.

### **Relative Bipolar forsøget (R-Bipolar RCT)**

I et lodtrækningsforsøg undersøges om gruppe-baseret psykoedukation til pårørende til patienter med bipolar lidelse bedrer stemningsstabilitet og andre symptomer hos såvel de pårørende som patienten med bipolar lidelse. Planlægges opstartet forår 2022 afhængig af bevilling.

Undersøgelsen (Relative Bipolar: R-Bipolar):

- er den første real-world large-scale RCT om effekten af gruppe-baseret psykoedukation for pårørende til patienter med bipolar lidelse
- er det første studie der inkluderer de samme daglig selv-rapporterede smartphonedata, ratings og spørgeskemaer til patienter med bipolar lidelse og deres pårørende før, under og efter interventionen
- er det første studie, der undersøger om mood instability og andre symptomer samvarierer blandt patienter og deres pårørende
- ligger i forlængelse af målsætning for den kommende 5-års Forskningsplan for Region Hovedstadens Psykiatri, 2022 (herunder vicedirektør Lone Bjørklunds ambition om den afgørende inddragelse af pårørende).

## 5. Referencer

1. Kessing LV, Hansen HV, Hvenegaard A, Christensen EM, Dam H, Gluud C, Wetterslev J. Treatment in a specialised out-patient mood disorder clinic v. standard out-patient treatment in the early course of bipolar disorder: randomised clinical trial. *Br J Psychiatry*. 2013 3/2013;202:212-9.
2. Kessing LV, Hageman, I. *Affektive lidelser*. Klinisk Psykiatri Editors: Ole Mors, Merete Nordentoft, Ida Hageman. 2016;4. udgave.
3. Angst J. Course of affective disorders. In: Sachar EJ, ed. *Handbook of biological psychiatry Part 5 Brain mechanisms and abnormal behaviour*. New York: Marcel Dekker, 1981:225-42.
4. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, Leon AC, Rice JA, Keller MB. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002 6/2002;59(6):530-7.
5. Coryell W, Scheftner W, Keller M, Endicott J, Maser J, Klerman GL. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry*. 1993 5/1993;150(5):720-7.
6. MacQueen GM, Young LT, Joffe RT. A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2001 3/2001;103(3):163-70.
7. Freeman MP, Freeman SA, McElroy SL. The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology, and treatment issues. *J Affect Disord*. 2002 2/2002;68(1):1-23.
8. Messer T, Lammers G, Muller-Siecheneder F, Schmidt RF, Latifi S. Substance abuse in patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2017 Jul;253:338-50.
9. Kessing LV, Vradi E, Andersen PK. Life expectancy in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2015 8/2015;17(5):543-8.
10. Goodwin FKJ, K.R. . *Manic-depressive illness*. . 1990.
11. Joas E, Karanti A, Song J, Goodwin GM, Lichtenstein P, Landen M. Pharmacological treatment and risk of psychiatric hospital admission in bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2017 3/2017;210(3):197-202.
12. O'Hagan M, Cornelius V, Young AH, Taylor D. Predictors of rehospitalization in a naturalistic cohort of patients with bipolar affective disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2017 May;32(3):115-20.
13. Jawad I, Watson S, Haddad PM, Talbot PS, McAllister-Williams RH. Medication nonadherence in bipolar disorder: a narrative review. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2018 Dec;8(12):349-63.
14. Kessing LV, Sondergard L, Kvist K, Andersen PK. Adherence to lithium in naturalistic settings: results from a nationwide pharmacoepidemiological study. *Bipolar Disord*. 2007 11/2007;9(7):730-6.
15. Kessing LV, Hansen HV, Bech P. Attitudes and beliefs among patients treated with mood stabilizers. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2006 5/19/2006;2(1):8.
16. Soo SA, Zhang ZW, Khong SJ, Low JEW, Thambyrajah VS, Alhabsyi S, Chew QH, Sum MY, Sengupta S, Vieta E, McIntyre RS, Sim K. Randomized Controlled Trials of Psychoeducation Modalities in the Management of Bipolar Disorder: A Systematic Review. *J Clin Psychiatry*. 2018 May/Jun;79(3).
17. Psykiatri AuRuo. *Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – kapacitet, sammenhæng og struktur*. Bilagsrapport 1. Afrapportering fra Arbejdsgruppe under Regeringens udvalg om Psykiatri.; 2013.
18. (RADS) RfAaDS. Baggrundsnotat for medicinsk behandling af bipolar lidelse. <http://www.rads.dk/media/1904/bipolar-depression-bgn-september-2015.pdf>. 2015 2015 [cited 2015 11/18/2015]; Available from: <https://www.regioner.dk/media/1903/beh-bipolar-okt-2015-221233.pdf>
19. Daggenvoorde T, Geerling B, Goossens PJ. A qualitative study of nursing care for hospitalized patients with acute mania. *Archives of psychiatric nursing*. 2015 Jun;29(3):186-91.
20. Goossens PJJ, de Velde Harsenhorst R, van Lankeren JE, Testerink AE, Daggenvoorde TH. *Nursing Care*



for Patients With Acute Mania: Exploring Experiential Knowledge and Developing a Standard of Good Care-Results of the Delphi Study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2020 Sep 23;1078390320960519.

21. Baruch E, Pistrang N, Barker C. Psychological interventions for caregivers of people with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2018 Aug 15;236:187-98.
22. Casarez RL, Soares JC, Meyer TD. Psychoeducation for caregivers of patients with bipolar disorder- Lessons learned from a feasibility study. *J Affect Disord*. 2021 May 15;287:367-71.







## Psykiatri

### Kontaktoplysninger

Lars Vedel Kessing, [Lars.Vedel.Kessing@regionh.dk](mailto:Lars.Vedel.Kessing@regionh.dk)

Birgitte Vejstrup, [Birgitte.Vejstrup@regionh.dk](mailto:Birgitte.Vejstrup@regionh.dk)

Ellen Margrethe Christensen, [Ellen.Margrethe.Christensen@regionh.dk](mailto:Ellen.Margrethe.Christensen@regionh.dk)