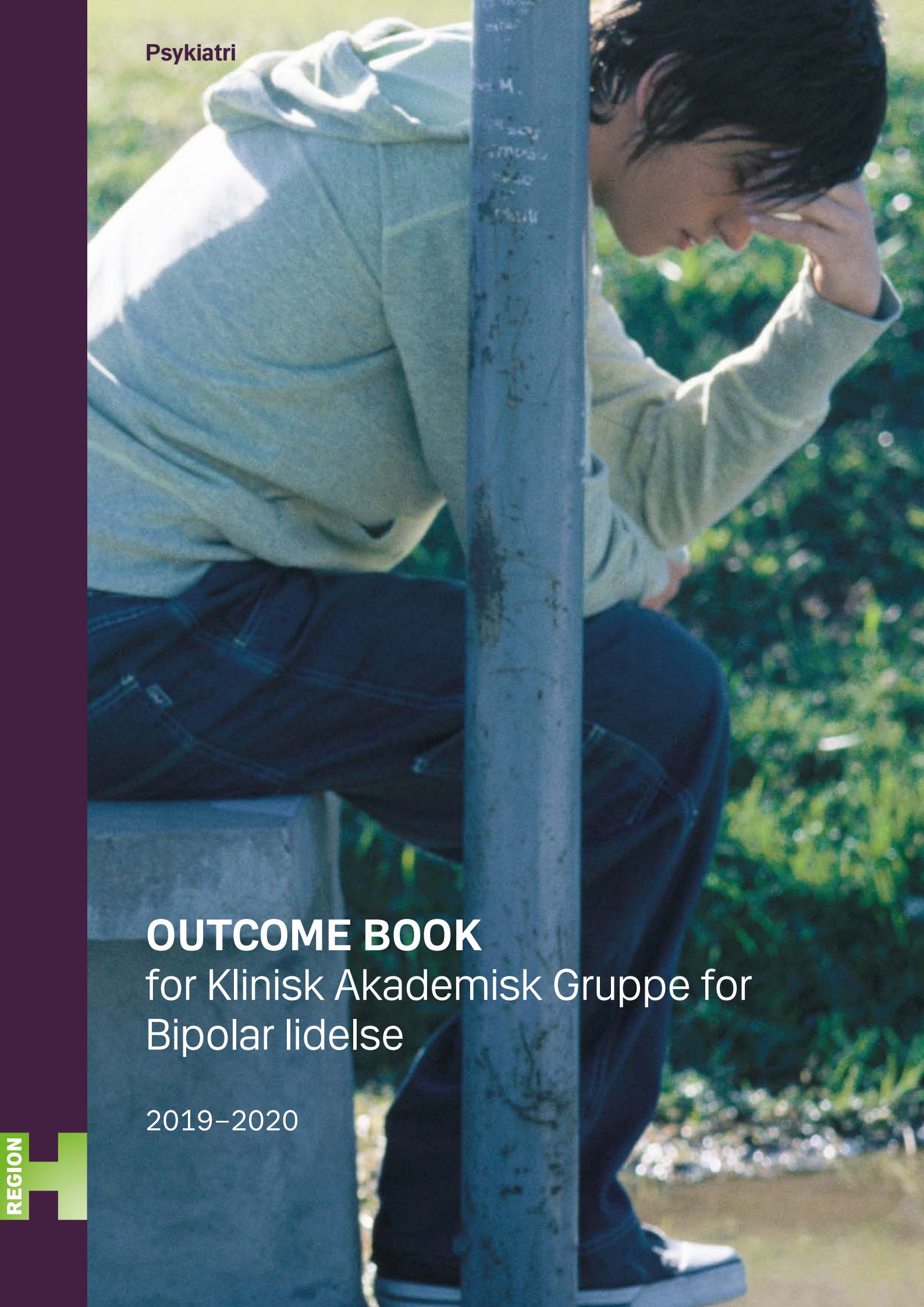


Psykiatri

OUTCOME BOOK
for Klinisk Akademisk Gruppe for
Bipolar lidelse

2019–2020



Indhold

1. Forord og vision for Kliniske Akademiske Grupper i Region Hovedstadens Psykiatri	4
a. Forord	4
b. Vision for KAGs i Region Hovedstadens Psykiatri	5
2. Resumé af Outcome book for KAG Bipolar: Forbedringsmetode, implementering og konklusion/beslutninger	6
3. Introduktion til KAG Bipolar	12
a. Vision for Klinisk Akademisk Gruppe for bipolar lidelse	12
b. Beskrivelse af ledelsen i KAG Bipolar	12
c. Baggrund for KAG Bipolar	12
d. Patientpopulation	17
e. Nuværende organiseringen i Region Hovedstadens Psykiatri af behandling af patienter med bipolar lidelse	17
f. Inddragelse af patienter og pårørende	25
g. Snitflader til øvrige KAGs i Region Hovedstadens Psykiatri	26
4. Udfordringer indenfor KAGens område	27
a. Situationsanalyse	27
b. Udfordringer i klinikken ved diagnostik og behandling	27
c. Prioriterede indsatsområder	29
5. Mulige organiseringer af ambulante KAG Bipolar	31
6. Implementeringsindsatser og kobling til RHPs 3-årsplan	34
a. Implementeringsindsatser	34
b. Kompetente medarbejdere	38
c. Kvalitet i behandlingen	39
d. Patientens ønsker og behov	39
e. Forskning og innovation	40
7. KAG Bipolar processen – fortid, nutid og fremtid	44
8. anbefalinger, konklusion og beslutninger	47
a. anbefalinger	47
b. Konklusion og beslutninger	47
9. Bilag	48
a) Appendix I. Fordeling af ambulante og indlagte patienter med bipolar lidelse i RHP	48
b) Appendix II. protokoller for 2 randomiserede trials vedr. KAG Bipolar og behandling med Mosenso smartphones: KAG Bipolar forsøget og Smart Bipolar forsøget	48
c) Appendix III. CAG Bipolar rapport 2016 med analyser af fordeling af ambulante og indlagte patienter i RHP 2014-2016	48
Referencer	49

1. Forord og vision for Kliniske Akademiske Grupper i Region Hovedstadens Psykiatri

a. Forord

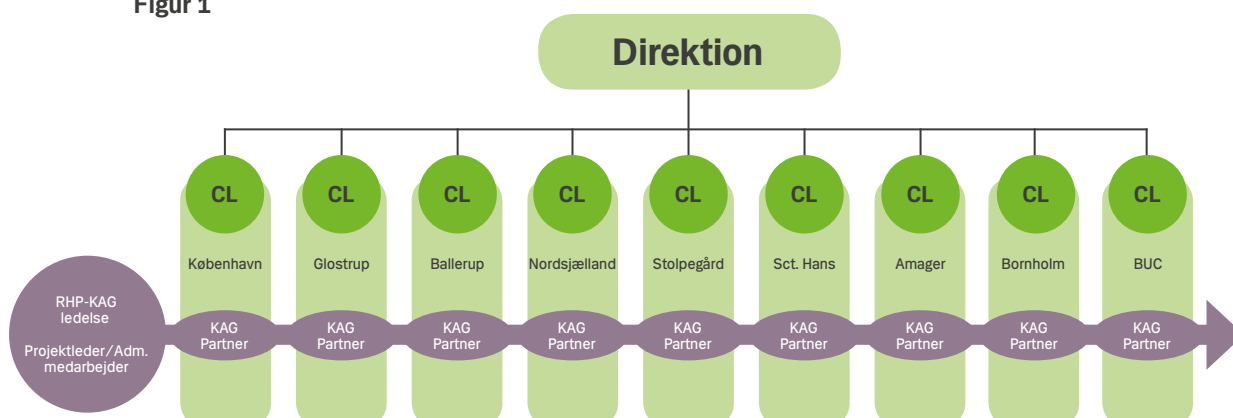
Etableringen af Kliniske Akademiske grupper (KAGs) indebærer en ny tilgang til klinikken, hvor der er en tættere kobling mellem klinik, forskning og uddannelse for herigennem at skabe en bedre patientbehandling. Hospitalsledelsen har besluttet, at der etableres KAGs inden for henholdsvis bipolar affektiv sindslidelse og psykoterapi som pilotprojekter. Formålet med pilotprojekterne er at afprøve KAG-modellen og på længere sigt at etablere flere KAGs i RHP.

KAGs skal stå i spidsen for udarbejdelsen af de kliniske retningslinjer for behandlingen inden for KAGens område i hele Region Hovedstadens Psykiatri (RHP), ligesom KAGs skal være med til at understøtte, at der sker et kompetenceløft inden for KAGs faglige område. Formålet med KAGs er ligeledes, 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 at forskningen bygger på erfaringer fra klinikken.

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 etableringen af KAGs dannes der en matrixstruktur med den nuværende vertikale linjeledelse og KAG-ledelsen (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.

Figur 1



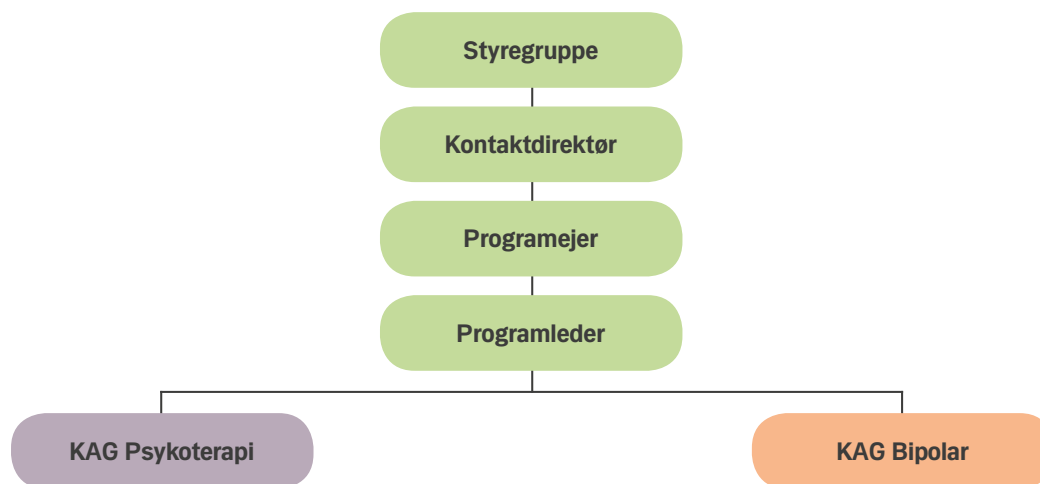
For at kunne følge og understøtte arbejdet med KAGs, er der etableret en fælles ramme omkring arbejdet.

Organiseringen af rammeprogrammet ses i figur 2. Styregruppen for alle KAGs i RHP er direktionen. Under direktionen er der en kontaktdirektør, som indgår i en programgruppe sammen med pro

gramejer og -leder samt de to overordnede ledere i de forskellige KAGs. Økonomi- og organisationsafdelingen overtager programejerrollen fra Kvalitets- og udviklingsafdelingen pr. 1. december 2019. En konsulent fra den stab som ejer projektet, er programleder. 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

Organisering af Kliniske Akademiske Grupper i Region Hovedstadens Psykiatri



Alle KAGs udarbejder en outcome book som udgangspunkt for KAGen. I bogen præsenteres KAGens vision, mål, patientpopulation og udfordringer inden for KAGens område samt planlagte implementeringsindsatser.

Der vil årligt blive gjort status over opnåede resultater og fremtidige planer som tillæg til outcome book. KAG-ledelsen har haft ansvaret for udarbejdelsen og har løbende involveret hospitalsledelse, KAGens partnere samt relevante understøttende stabe for at sikre enighed om form og indhold.

Bogen er godkendt i hospitalsledelsen og er et fælles produkt fra KAG-ledelsen, KAG-partnerne og centerledelserne/hospitalsledelsen som udgangspunkt for fælles matrixledelser.

b. Vision for KAGs i Region Hovedstadens Psykiatri

Med KAGs i RHP ønsker vi at:

- samspillet mellem forskning, klinik og uddannelse bliver tættere integreret og kan berige hinanden, og tager udgangspunkt i de udfordringer, der opleves i klinikken
- 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
- understøtte, at Region Hovedstadens Psykiatri tilbyder den bedste psykiatriske behandling i Danmark, der er specialiseret, ensartet og evidensbaseret, og hvor vi udnytter de muligheder, der ligger i at være et specialehospital.

2. Resumé af Outcome book for KAG Bipolar: Forbedringsmetode, implementering og konklusion/beslutninger

Hvad er egentlig problemet for vores patienter – og potentialet?

Problemet

Det nuværende behandlingstilbud til patienter med progredieret bipolar lidelse i RHP lever i praksis ikke op til bedste evidensbaserede medicinske og psykologiske behandling og patienterne oplever hyppige tilbagefald og indlæggelser samt lavt funktionsniveau og livskvalitet.

Aktuelt er ambulante behandling af bipolar lidelse organiseret således at nydiagnosticerede patienter med bipolar lidelse behandles i Kompetencecenter for Affektive lidelser¹ (i Psykiatrisk Center København og i mindre grad i Psykiatrisk Center Nordsjælland), mens størstedelen af patienterne, nemlig de patienter som har en progredieret bipolar lidelse, behandles i en lang række ambulante enheder i det øvrige RHP.

Der er i praksis ingen forskning i patienter med progredieret bipolar lidelse, idet forskningen kun har kunnet udvikles i Kompetencecenter for Affektive lidelser.

– og potentialet?

Omvendt viser forskning fra RHP vedrørende *debuterende* bipolar lidelse at det er muligt ved en fokuseret indsats med samling af patienter markant at bedre klinisk behandlingspraksis og patienternes sygdomsforløb og tilfredshed med behandlingen – og med reducerede udgifter per patient.

Der er tilsvarende et stort uudnyttet forskningspotentiale i den store gruppe af patienter med progredieret bipolar lidelse og tilsvarende muligheder for at implementere forskningsviden og bedre behandlingen i klinisk praksis for denne gruppe af patienter.

Hvad er egentlig problemet hos os selv – og hvilke årsager er der til det?

Problemet

På trods af enslydende nylige nationale og regionale danske evidensbaserede retningslinjer for medicinsk behandling af bipolar lidelse i alle tre sygdomsfaser (Baggrundsnotat for medicinsk behandling af bipolar lidelse, Rådet for Dyr Sygehusmedicin (RADS), Lægehåndbogen, Sundhed.dk og Region Hovedstadens Psykiatris behandlingsvejledning) følges disse ikke tilstrækkeligt i klinisk praksis, og den medicinske behandling varierer ubegrundet for behandling af mani, depression og vedligeholdelsesfasen.

Der er stærk evidens for positive effekter af gruppebaseret psykoedukation, som er den mest effektive psykoterapeutiske behandling ved bipolar lidelse. Gruppebaseret psykoedukation er ikke standardiseret i RHP og tilbydes til relativt få patienter.

¹ Kompetencecenter for Affektive lidelser omdannes til et specialambulatorium for patienter med debuterende bipolar lidelse. Der er endnu ikke taget beslutning om ny navngivning af ambulatoriet, og derfor anvendes betegnelsen Kompetencecenter for Affektive lidelser i dette dokument.

Mangeårig ihærdig og systematisk undervisningsindsats målrettet læger, sygeplejersker og psykologer i medicinsk og psykologisk behandling af bipolar lidelse har ikke tilstrækkeligt bedret adhærens til retningslinjerne eller medført at gruppebaseret psykoedukation tilbydes på standardiseret måde.

Det er velkendt, at effekt af klinisk undervisning øges ved efterfølgende opfølgning på klinisk praksis ved supervision af patient cases. I RHP har supervision indtil nu været varetaget af de relativt få specialister fra Kompetencecenter for Affektive lidelser. Supervision af patient cases har af praktiske årsager kun været mulig at gennemføre i forhold til klinikere fra hhv. regionsfunktion for nydiagnosticerede patienter med bipolar lidelse ved Psykiatrisk Center Nordsjælland og klinikere fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (begge steder er patienterne samlet geografisk ét sted).

Årsagen

Årsagen til at behandlingen i RHP ikke lever op til bedste evidensbaserede medicinske og psykologiske behandling er, at bipolar lidelse er en relativ sjælden sygdom, og at behandlingen i RHP er spredt på mange behandlingseinheder. Patienter med bipolar lidelse udgør kun ca. 4% af alle ambulante patienter i RHP. RHP behandler årligt ca. 2200 patienter med bipolar lidelse i 99 forskellige ambulante enheder og på 63 forskellige sengeafsnit. Personale, som behandler bipolar lidelse, er tilsvarende fordelt på disse ambulante enheder og sengeafsnit.

Kombinationen af en relativ sjælden sygdom og den spredte behandling på ca. 2000 ambulante behandlere medfører, at der ikke opnås tilstrækkelige gevinster ved systematisk undervisning, og at supervision af patient cases ikke er praktisk muligt. Den spredte behandling medfører uensartet diagnostik og behandling, vanskeliggør koordinering af behandlingen og vanskeliggør undervisning, supervision og forskning.

Hvordan ser "godt ud" – altså, hvordan er bedste evidensbaserede behandling vs. hvad gør vi i dag? (hvad er "gab'et")

Medicinsk behandling

Hovedvedligeholdelsesbehandling ved bipolar lidelse er lithium og bør tilbydes til 70% af alle patienter med bipolar lidelse i RHP. Men kun ca. 35% af patienter forsøges behandlet med lithium i RHP.

Der er ikke evidens for effekt af antidepressiv medicin ved bipolar depression, og antidepressiv medicin bør ikke gives i vedligeholdelsesfasen af bipolar lidelse. Men 88% af patienter med en bipolar diagnose i ambulante hospitalsregi behandles på et tidspunkt med antidepressiv medicin.

Over det sidste årti er disse tendenser øget, så lithium i dag bruges mindre og antidepressiv medicin mere end tidligere.

I alle psykiatriske centre i RHP opleves jævnligt andre uoverensstemmelser mellem anbefalingerne i retningslinjer og klinisk praksis, som kan forværre sygdomsforløbet for patienterne.

Psykologisk behandling

Der er stærk evidens for positive effekter af gruppebaseret psykoedukation. De gruppebaserede psykoedukationsprogrammer tilbydes i RHP som en del af pakkeforløb i tre forskellige psykiatriske centre, mens pakkeforløb i det fjerde center ikke har kunne inkludere gruppebaseret psykoedukation grundet for få patienter. Gruppebaseret psykoedukation er aktuelt ikke standardiseret på tværs af psykiatriske centre, tilbydes kun til en mindre andel af patienterne, og der er generelt for få patienter i hvert pakkeforløb til, at der kan opretholdes effektive gruppeforløb.

Hvordan (og hvad) vil vi skulle arbejde (med) fremadrettet, for at hjælpe RHP til at levere evidensbaseret behandling?

Der beskrives tre mulige organisatoriske scenarier – inkl. fordele og ulemper, som her kun beskrives summarisk:

I) Ingen organisatoriske ændringer

Fordele

- forstyrrer ikke den nuværende eller kommende organisering i RHP
- forstyrrer ikke klinikere

Ulemper

I de sidste 16 år har denne model været prøvet med gentagen undervisning på alle centre og i mange andre forskellige sammenhænge, uden det har ændret afgørende på diagnostik og behandling af bipolar lidelse i RHP.

Supervision ikke muligt.

Ikke costeffektivt.

II) Samling af de 1700 patienter med bipolar lidelse på færre behandlere i hver ambulant enhed, f.eks. 40 behandlingsteams hvert bestående af 1/5 speciallæge og to sygeplejersker til 40 ambulante patienter med bipolar lidelse (bipolar case load: 1:20)

I denne organisering vil patienterne fortsat blive visiteret som i dag, men i den enkelte enhed samles patienterne i ét team og på så få behandlere som muligt. F.eks.: hvis et ambulatorie i dag har 30 patienter med bipolar lidelse fordelt i tre FACT-teams, hos 21 forskellige kontaktpersoner. Så vil disse patienter fremover kunne samles i ét af de tre FACT-teams hos to sygeplejersker/kontaktpersoner og hos én læge. Sygeplejerskerne vil i så fald overvejende behandle patienter med bipolar lidelse, men lægen vil have omkring 20% patienter med bipolar lidelse.

Fordele

- kan resultere i en vis standardiseret diagnostik og behandling af bipolar lidelse indenfor og på tværs af centre, selv om behandlingen stadig vil være spredt på et stort antal behandlere (f.eks. kan de 1700 patienter fordeles på 55 speciallæger med hver 150 patienter, hvoraf 20% har bipolar lidelse, og på 85 sygeplejersker med hver 40 patienter, hvoraf 50% har bipolar lidelse)
- forstyrrer kun i begrænset omfang den nuværende eller kommende organisering i RHP
- forstyrrer kun i begrænset omfang klinikere

Ulemper

- standardiseret diagnostik og behandling af bipolar lidelse indenfor og på tværs af centre er vanskeligt, da undervisning af behandlere og supervision af patient cases vil være vanskeligt grundet det relativt store antal behandlere, særligt læger
- skrøbeligt med små personalebehandlingsenheder ift. sygdom, ferie, jobskifte, orlov, mv.
- mesterlæreprincippet aktiveres ikke, så læring indenfor teamet er begrænset
- tværfaglig behandling begrænses i teamet uden inklusion af psykologer, ergoterapeuter, fysioterapeuter og socialrådgiver
- vanskeligt at bedre kontinuitet og sammenhæng i behandlingen ved indlæggelse og udskrivning da de få behandlere i teamet vil skulle bruge uforholdsvist mange ressourcer på at møde op til behandlingskonferencer for typisk en enkel indlagt patient
- nogle patienter må afbryde nuværende behandlingsforløb

- forskning øges/forbedres ikke væsentligt, da forskningen fortsat skal koordineres med et stort antal klinikere (anslået 130 klinikere i eksemplet foroven)
- implementering af forskningsresultater i klinikken eller gensidig inspiration ændres ikke væsentligt
- ikke væsentlig bedring af cost effektivitet

III) Samling af de 1700 patienter med bipolar lidelse på en ambulant enhed i hvert center, f.eks. et eller to bipolare teams per center med normering svarende til gennemsnitlig normering i F-ACT-team i det pågældende psykiatriske center.

Fordele

- visionen kan realiseres: at bedre behandlingen af bipolar lidelse i RHP ved at bedre samspillet mellem forskning, klinik og uddannelse, så disse bliver tættere integreret og kan berige hinanden, og tager udgangspunkt i de udfordringer, der opleves i klinikken
- det vil være muligt at tilbyde standardiseret diagnostik og behandling af bipolar lidelse indenfor og på tværs af centre
- gruppebaseret psykoedukation vil kunne tilbydes til alle relevante patienter i en optimeret og standardiseret form
- egen læring, motivation for læring og mesterlæreprincippet aktiveres
- alle behandlere i KAG Bipolar vil kunne certificeres i diagnostik og behandling af bipolar lidelse ved flerdages uddannelseskurser (se side 69)
- supervision af patient cases vil være muligt for læger og andre behandlere, og udføres af behandlere i Kompetencecenter for Affektive lidelser
- det vil være muligt at forske i patienter med progredieret bipolar lidelse (ikke Kompetencecenterets patientmålgruppe)
- implementering af forskningsresultater i klinikken og gensidig inspiration øges væsentligt
- cost effektivt ift. Model I og II

Ulemper

- Flere patienter må afbryde nuværende behandlingsforløb
- Flere klinikere vil få ændret funktion
- Patienter får længere fra bosted til ambulatorium
- Behandlere får længere transport ved hjemmebesøg hos patienten (få patienter)
- Samarbejde med flere kommuner (men mere kompetent samarbejde)

Model III vil gøre det muligt at brede den viden, der aktuelt findes i Kompetencecenter for Affektive lidelser, ud til alle behandlere og patienter i KAG Bipolar.

Hvordan kan vi se, at vi forbedrer behandlingen? Succesfaktorer og effekt.

I model III vil succesfaktorer og effekt blive systematisk undersøgt i en randomiseret undersøgelse (se Forskningsprotokol i Appendix II, KAG Bipolar trial). Det forventes at Model III medfører følgende centrale effekter:

1. mindre risiko for indlæggelse og kortere indlæggelsesvarighed
2. færre depressive og maniske symptomer og bedre psykosocial funktion (evne til uddannelse, arbejde, familieliv), livskvalitet, recovery, empowerment, tilfredshed med behandling, adhærens til gældende danske (og internationale) retningslinjer (målt ved øget brug af de tre stemningsstabiliserende midler for bipolar lidelse: lithium, lamotrigine eller quetiapine og mindre brug af antidepressiv medicin).
3. øget behandlertilfredshed med behandlingen og arbejdet

En lang række andre afledte fordele og ulemper ved model III vil også belyses systematisk i undersøgelsen, herunder succesfaktorer (= prædiktorer for behandlingseffekt) så som geografisk afstand fra patientens adresse til den Bipolare Klinik i KAG Bipolar, behandlernormering, forskel mellem psykiatriske centre, foruden en række patientfaktorer, så som alder, sværhedsgrad af sygdom, mv.

Der ansøges om projektmidler til gennemførelse af KAG Bipolar trial, så patienterne randomiseres til behandling i KAG Bipolar versus vanlig behandling.

Hvad vil det koste at forbedre?

KAG Bipolar vil være ressourceneutral i daglig drift i udviklingsfasen, idet der ikke ændres på den samlede gennemsnitlige varighed eller intensitet af behandlingen i forhold til det nuværende ressourceforbrug. Men det er sandsynligt at behandlingen kan tilbydes mere cost-effektivt i en fremtidig KAG Bipolar ved model III grundet flg. faktorer:

- den rette medicin på det rette tidspunkt til den rette patient vil mindske risiko for tilbagefald og indlæggelse og bedre sygdomsforløbet
- standardiseret gruppebaseret psykoedukation til flere patienter med bipolar lidelse er cost-effektivt med flere patienter per behandler
- bedre ensartet og koordineret behandling mellem psykiatriske centre og mellem ambulante- og sengeafsnitsklinikere
- ny forskning på patienter med progredieret bipolar lidelse og direkte implementering af resultater i klinikken i KAG Bipolar
- tidligere forskning og erfaringerne fra RHP har vist at samling af patienter med *debuterende* bipolar lidelse er mere cost-effektivt (færre udgifter per patient) end vanlig spredt behandling og med bedre klinisk behandlingspraksis og bedre sygdomsforløb og tilfredshed for patienterne. Samme effekter kan formodentligt opnås ved samling af patienter med progredieret bipolar lidelse.

Anbefaling

Anbefaling fra KAG partnere i KAG Bipolar

Alle KAG partnere i KAG Bipolar på tværs af RHP anbefaler af faglige grunde model III. Der findes valide data der tydeligt viser, at især medicinsk behandlingskvalitet og dermed patientsikkerhed ikke lever op til anbefalingerne og ikke ser ud til at forbedres i den nuværende organisering. Efter grundig gennemgang af de mulige løsningsmodeller, står model 3 tilbage som den, der klart vil skabe mest værdi for patienterne. Løsningen indeholder et bredt tværfagligt kompetenceløft og vil dermed uden tvivl også skabe værdi for medarbejderne.

Centerledelser

Patienter med bipolar lidelse behandles aktuelt i en geografisk lokaliseret ambulant enhed i PC Bornholm (PCBo)g i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, RHP, mens Psykiatrisk Center Sct. Hans kun har 11 ambulante patienter årligt med bipolar lidelse og Psykiatrisk Center Stolpegård ingen patienter har.

Centerledelserne for Psykiatrisk Center København (PCK), Psykiatrisk Center Nordsjælland (PCN), Psykiatrisk Center Amager (PCA), Psykiatrisk Center Glostrup (PCG) og Psykiatrisk Center Ballerup (PCB) har ved møder med KAG-ledelsen set positivt på implementering af model III og på at implementeringen kan ske gradvist i hvert center efter randomisering i KAG Bipolar forsøget.

KAG-ledelsen anbefaler af diagnostiske, behandlingsmæssige, undervisningsmæssige, forskningsmæssige, organisatoriske og økonomiske årsager at model III implementeres i KAG Bipolar.

Konklusion, beslutning og implementering

På baggrund af ovenstående har hospitalsledelsen i juni 2019 besluttet sig for model III. Centerledelserne for PCK og PCB har besluttet at model III opstartes i løbet af vinter 2019 i en geografisk lokaliseret Bipolar klinik i centeret, mens centerledelserne for PCA, PCN og PCG har tilkendegivet at model III opstartes i løbet af første halvdel af 2020.

KAG Bipolar vil integrere F-ACT og pakkeforløb i en Bipolar klinik i hvert psykiatrisk center.

Effekter af KAG Bipolar vil blive undersøgt i en randomiseret undersøgelse (se Forskningsprotokol i Appendix II, KAG Bipolar trial).

3. Introduktion til KAG Bipolar

a. Vision for Klinisk Akademisk Gruppe for bipolar lidelse

Med KAG Bipolar ønsker vi:

- At sikre at alle patienter med bipolar lidelse i Region Hovedstadens Psykiatri får standardiseret og evidensbaseret medicinsk og psykologisk behandling ihht. gældende danske retningslinjer mhp. at mindske forekomsten af tilbagefald og indlæggelser samt at bedre funktionsniveau, livskvalitet og tilfredshed med behandling.
- At ovenstående sikres ved at bedre diagnostik og behandling af bipolar lidelse i Region Hovedstadens Psykiatri ved at bedre samspillet mellem forskning, klinik og uddannelse, så disse bliver tættere integreret og kan berige hinanden, og tager udgangspunkt i de udfordringer, der opleves i klinikken.
- Konkret: At integrere personale, som diagnosticerer og behandler patienter med bipolar lidelse i Region Hovedstadens Psykiatri, i KAG Bipolar mhp. undervisning i diagnostik og behandling (Bipolar certificering), supervision af patient cases, og aktiv involvering i forskning.

b. Beskrivelse af ledelsen i KAG Bipolar

KAG-ledelsen består af:

Lars Vedel Kessing, professor, overlæge, dr.med

Ellen Margrethe Christensen, overlæge

Birgitte Vejstrup, ledende sygeplejerske, Master in Public Health

KAG-partnerne består af:

Klinikchef Birte Smidt, PCK, centerchef Henrik Søltøft (midlertidigt), PCN; klinikchef, dr.med. Raben Rosenberg, PCA; klinikchef Darius Mardosas, PCG; klinikchef ph.d. Louise Rasmussen, PCB; klinikchef Ellen Kappelgaard, PCBo; Klinikchef Jakob Krarup, PC Sct. Hans; overlæge Katrine Wiemann, BUC.

Udarbejdelsen af outcome book og forskningsansøgninger (Appendix II) er foretaget i et samarbejde mellem KAG-ledelsen og KAG-partnerne.

c. Baggrund for KAG Bipolar

Bipolar lidelse er en kompliceret sygdom med vanskelig diagnostik, et kompliceret sygdomsforløb og en kompliceret behandling. Bipolar lidelse består af tre meget forskellige sygdomsfaser, mani, depression og vedligeholdelsesfasen. Den medicinske og psykologiske behandling er vidt forskellig i de tre faser.

Vanskelig diagnostik

Diagnostik af bipolar lidelse vanskeliggøres af at ca. 85% af patienterne debuterer med en depressiv episode og kun 12% med en mani og 3% med en blandingstilstand (1). Diagnosen skal således oftest stilles hos patienter med tidligere eller aktuel depression, som kan have oplevet hypomani(er) tidligere. Det er derfor helt afgørende for diagnosen at der spørges grundigt ud om tidligere

hypomani, mani og blandingstilstand. Bipolar lidelse fejldiagnosticeres ofte som unipolar lidelse, forbigående psykose, tilpasningsreaktion eller misbrugsdiagnoser (2) og der er en diagnostisk forsinkelse på 5-10 år (3).

Kompliceret sygdomsforløb

- Det skønnes, at cirka 1-2 % af den voksne befolkning, svarende til 40.000 til 80.000 personer i Danmark, lider af bipolar affektiv lidelse (1), hvoraf en tredjedel bor i Region Hovedstaden. En betydelig andel af patienterne vil i perioder have behov for indlæggelse på psykiatrisk afdeling.
- Bipolar affektiv lidelse er næsten altid tilbagevendende (4). 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 (4).
- Patienter med bipolar affektiv lidelse har gennemsnitligt symptomer på deres lidelse næsten halvdelen af tiden (5), og cirka 10 % af patienterne har permanente symptomer (5).
- Patienterne skifter mellem depressiv episode og manisk episode gennemsnitligt tre gange årligt (5).
- 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 (6, 7).
- Omkring 40% af patienter med bipolar lidelse er i perioder af deres liv afhængige af alkohol eller stoffer (8, 9).
- En betydelig del af patienter med bipolar affektiv lidelse har selv i neutral fase problemer med indlæring og hukommelse (10, 11), hvilket vanskeliggør tilbagevenden til uddannelse og arbejde.
- Den forventede levetid er nedsat med mellem 8 og 12 år sammenlignet med baggrundsbefolkningen (12) og patienterne begynder at miste leveår allerede sidst i 20-års alderen (13).
- Blandt patienter, som har været indlagt, ender cirka 10 % på sigt med at begå selvmord og risikoen for selvmord er størst tidligt i sygdomsforløbet (14).

Behandling (medicinsk og psykoterapeutisk)

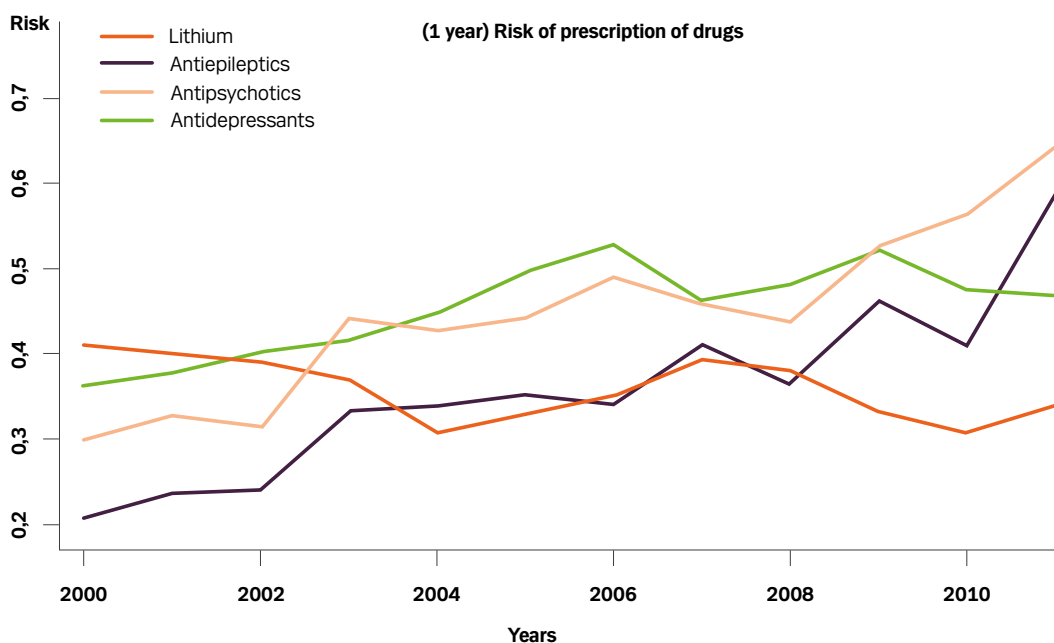
Medicinsk

- Alle patienter med bipolar lidelse skal tilbydes behandling med forebyggende stemningsstabiliserende medicin, som reducerer risikoen for udvikling af nye affektive episoder (15).
- Sygdommens progredierende tendens med tiltagende hyppige affektive episoder og psykiatriske indlæggelser stoppes ikke med vanlig klinisk behandling, dvs. standard behandling (16, 17).
- Ved standard behandling er nedsat adhærens til den stemningsstabiliserende behandling en væsentlig forklaring på den høje risiko for udvikling af nye episoder og den høje risiko for psykiatrisk indlæggelse (18, 19).
- Metabolisk syndrom er et overset fænomen, som også kan være relateret til farmakologisk behandling af bipolar lidelse, men som forekommer hyppigt (20) og med øget risiko for udvikling af senfølger, herunder død af hjertekarsygdom ((21) dansk undersøgelse).
- Den farmakologiske behandling er kompleks (dvs. indviklet). I henhold til den nationale danske (15) og internationale retningslinjer (22-24) skal monoterapi med stemningsstabiliserende vedligeholdelsesbehandling tilstræbes pga. mangelfuld evidens for kombinationsbehandling. De danske retningslinjer (Baggrundsnotat for medicinsk behandling af bipolar lidelse, Rådet for Dyr Sygehusmedicin (RADS), (15)) anbefaler i overensstemmelse med Region Hovedstadens Psykiatris behandlingsvejledning og Lægehåndbogen på Sundhed.dk (<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/lægehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/mani-og-bipolar-lidelse/mani-og-bipolar-lidelse/>) at lithium anvendes som første valg til vedligeholdelsesbehandling sammen med quetiapin og lamotrigen afhængigt af patientens sygdomstype og -forløb, risikoprofil for bivirkninger, herunder særlig risikoprofil for metabolisk syndrom, og patientønsker.

- Den videnskabelige evidens for effekt af vedligeholdelsesbehandling med lithium er øget markant over det sidste årti, som det fremgår af de danske retningslinjer og en nylig metaanalyse (25) og af internationale guidelines (22, 26-28). Desuden viser nye, herunder to danske undersøgelser (29, 30), at den blandt patienter og nogle klinikere frygtede risiko for udvikling af kronisk (end-stage) nyresygdom er beskeden til ikke eksisterende, såfremt behandlingen foretages i henhold til internationale og danske retningslinjer (31). En samlet vurdering af evidens for effekt og bivirkninger for vedligeholdelsesbehandling med lithium, sammenholdt med tilsvarende for andre lægemidler, peger således på at lithium burde være den foretrukne firstline vedligeholdelsesbehandling ved bipolar lidelse (32).
- Den videnskabelige evidens for effekt af antidepressiv medicin ved bipolar depression er beskeden til ikke eksisterende (15, 33). Ingen af 15 randomiserede undersøgelser har fundet effekt af antidepressiv medicin ved bipolar depression fraset et enkelt studie med beskeden og omdiskuteret effekt af fluoxetin som tillægsbehandling til olanzapin (34). Omvendt øger antidepressiv medicin switch fra depression til hypomani, mani eller blandingstilstand hos 10-20% af patienterne med mulighed for destabilisering af den bipolare lidelse og risiko for rapid cycling (34, 35). Selv hos patienter uden switch, er det en klinisk erfaring, at antidepressiv medicin øger graden af stemningsustabilitet ved bipolar lidelse og evt. forværring af depressive symptomer. Retningslinjerne anbefaler derfor tilbageholdenhed med brug af antidepressiv medicin således at antidepressiv medicin kun forsøges ved bipolar depression uden samtidige maniske symptomer (som tankemylder eller motorisk uro) og såfremt lithium, quetiapin eller lamotrigen er forsøgt i monoterapi eller i to-stof- eller tre-stofs kombinationsbehandling, og i visse tilfælde at ECT er overvejet (15). Behandlingen skal seponeres når den bipolare depression letter for ikke at udløse switch (15, 34, 35).
- Som det fremgår af en dansk registerbaseret undersøgelse (30) lever behandling af patienter med bipolar lidelse i Danmark ikke op til anbefalingerne i den danske nationale retningslinje (14) og i internationale retningslinjer (21-23). Figuren herunder illustrerer udviklingen.

Figur 3

Prescription patterns in bipolar disorder in Denmark – in relation to the evidence. Bipolar Disorders, 2016 (30).



- Siden år 2000 er brug af lithium indenfor et år faldet fra 41% i år 2000 til 34% i år 2011, mens brug af alle andre lægemiddelklasser for bipolar lidelse steg (31). I perioden steg brug af antiepileptika fra 20% til 56%, brug af antipsykotika fra 30% til 63% og brug af antidepressiva fra 37% til 44% (31). I perioden gik lithium gik fra at være det først udskrevne lægemiddel til at være det sidste for bipolar lidelse blandt de fire lægemiddelgrupper (lithium, antiepileptika, antipsykotika og antidepressiva) (31). En anden dansk registerbaseret undersøgelse viser at 88% af patienter med en bipolar diagnose i ambulant hospitalsregi på et tidspunkt over flere år behandles med antidepressiv medicin (36). Disse forhold og ændringer over tid står i særdeleshed i modsætning til den stærke videnskabelige evidens for brug af lithium og den svage evidens for brug af antidepressiva ved bipolar lidelse (31).
- Behandlingen i RHP afviger ikke væsentligt fra resten af Danmark.
- Monoterapi er ofte ikke tilstrækkeligt i klinisk praksis. I praksis behandles 80 % af patienter med bipolar lidelse i Danmark med polyfarmaci (36). Forekomsten af kombinationsbehandling er steget markant siden år 2000 (31) samtidigt med at lithium anvendes mindre og påbegyndes senere i sygdomsforløbet, som beskrevet ovenfor. Det er muligt at tidligere start af lithium med bedre adhærens til behandlingen kan medføre mindre polyfarmaci på lang sigt (31) via grundigere og opdateret information og diskussion af fordele og ulemper/bivirkninger ved lithium i relation til andre medicinske muligheder, herunder i gruppebaseret psykoedukation. Tidligere start af lithium vedligeholdelsesbehandling medfører således også øget respons af lithium (37).
- I alle psykiatriske centre i RHP opleves jævnligt uoverensstemmelser mellem anbefalingerne i retningslinjer (15) og klinisk praksis. Det følgende er hyppige eksempler: Lithium er ikke forsøgt. Behandling med antidepressiv medicin, også efter remission af depressiv fase, og med kombinationer af antidepressiv medicin. Hyppige cases med switch efter antidepressiv medicin. Polyfarmaci med mere end tre psykofarmaka. Kombination af to antipsykotika. Lamotrigen til patienter med overvejende maniske episoder. Valproat til patienter med overvejende depressive episoder. Antipsykotika som aripiprazol og ziprasidon ved bipolar depression på trods af at det er dokumenteret at disse lægemidler ikke har effekt ved bipolar depression (15).
- De væsentligste årsager til diskrepans mellem anbefalingerne i retningslinjer og klinisk praksis er formentlig manglende kendskab blandt læger og sygeplejersker til retningslinjerne og lægemiddelvirksomhedernes markedsføring. Som nærmere beskrevet under afsnittet "Udfordringer indenfor KAG Bipolars område" vanskeliggøres implementering af standardiseret diagnostik og behandling af bipolar lidelse inden for og på tværs af centre og ambulante enheder/sengeafsnit af de mange behandlingsenheder inden for hvert psykiatrisk center.
- Psykoterapeutisk behandling
- Gruppebaseret psykoedukation er en psykoterapeutisk behandling.
- Der er stærk evidens for positive effekter af gruppebaseret psykoedukation ved bipolar lidelse (38). Gruppebaseret psykoedukation nedsætter risiko for udvikling af nye affektive episoder og antal og varighed af psykiatriske indlæggelser, reducerer stigmatisering og bedrer adhærens til den ambulante behandling og resulterer i flere patienter får lithium i korrekt terapeutisk niveau (38).
- Patienter med bipolar lidelse har særlig god effekt af gruppe psykoedukation (frem for individuel psykoterapi (38)), da patienterne lærer af andre patienter med bipolar lidelse.
- Effekten af stemningsstabiliserende medicin fordobles ved kombination med systematisk manualiseret gruppe psykoedukation (38-42).
- Effekten af medicinsk og psykologisk behandling synes størst, hvis den initieres tidligt i sygdomsforløbet (43). Således synes behandling med lithium (44-46) og gruppebaseret psykoedukation (47) mest effektiv, hvis den startes tidligt.
- Den psykoterapeutiske behandling er ligeledes kompleks, idet terapeuterne skal have grundigt kendskab til den bipolare lidelses psykopatologi, forløb og dynamik samt til den farmakologiske behandling. En stor del af patienterne erkender ikke, at de lider af mani eller bipolar lidelse og det

er et stort, vigtigt og længerevarende arbejde at opnå erkendelse af sygdommen og enighed om behandlingen (konkordans). Behandlerne skal således være speciallæger i psykiatri, psykologer og sygeplejersker med særlig uddannelse og kompetence indenfor bipolar lidelse.

Psykiatrisk indlæggelse

- Selv om psykiatrisk behandling over de sidste årtier internationalt og i Danmark har skiftet væk fra behandling under indlæggelse til primært ambulant behandling, bliver patienter med bipolar lidelse stadig hyppigt indlagt både internationalt, spændende fra 6% (48) til 32% per år (49), og i Danmark (se under afsnittet Patientpopulation herunder).

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. Det drejer om visse antipsykotika (som olanzapin og aripiprazol) og valproat.
- Non-adhærens til medicin er en hyppig årsag til tilbagefald og indlæggelse (50). Adhærens til medicinsk behandling er lav ved bipolar lidelse (19), idet ca. 50% af patienterne ikke tager medicinen som aftalt med lægen (50). Den hyppigste årsag til non-adhærens er negative holdninger eller fejlagtige forestillinger om medicinen frem for bivirkninger eller frygt for bivirkninger (50, 51). Som anført, er ambulant gruppebaseret psykoedukation en effektiv metode til at bedre adhærens til medicinen (38).

Kan specialisering i og samling af patienter med bipolar lidelse bedre behandlingen?

En dansk randomiseret undersøgelse sammenlignede effekten af ambulant behandlingsforløb i Kompetencecenter for Affektive lidelser med vanlig spredt ambulant behandling i RHP (TIA forsøget, (52)). Studiet inkluderede patienter, som blev udskrevet fra første, anden eller tredje indlæggelse på en psykiatrisk afdeling fra syv psykiatriske centre i RHP. Patienter var således tidligt i deres sygdomsforløb, dvs. debuterende med svær bipolar lidelse. Patienterne blev inkluderet i perioden fra 2005 til 2009 og blev fulgt frem til 2016.

Studiet viste at specialiseret og centraliseret behandling i Kompetencecenteret med optimeret farmakologisk behandling og gruppebaseret psykoedukation bedrede langtidsprognosen over seks år markant med 40% færre genindlæggelser, større patient tilfredshed og øget adhærens til evidensbaseret medicinsk behandling (52). Effekten var yderligere udtalt for yngre voksne (mellem 18 og 27 år), som har stort udbytte af psykoedukation i grupper med andre jævnaldrende med nydiagnosticeret bipolar lidelse (53).

Er specialisering og samling af patienter med bipolar lidelse dyrt?

Ovennævnte studie viste at behandling i Kompetencecenter for Affektive lidelser var 11% billigere per patient end vanlig spredt ambulant behandling i RHP, når udgifter til personale, medicinudgifter og de sparede indlæggelsesdage indgik i beregningen (direkte omkostninger, (52)).

Samlet resumé vedrørende Baggrund for RHP-KAG Bipolar

Det nuværende behandlingstilbud i RHP lever i praksis ikke op til bedste evidensbaserede medicinske og psykologiske behandling og patienterne oplever hyppige tilbagefald og indlæggelser samt lavt funktionsniveau og livskvalitet. Omvendt viser erfaringerne fra RHP vedrørende debuterende bipolar lidelse at det er muligt ved en fokuseret indsats med samling af patienterne markant at bedre klinisk behandlingspraksis og patienternes sygdomsforløb og tilfredshed med behandlingen, og med reducerede udgifter (øget cost effektivitet).

d. Patientpopulation

Populationen af ambulante patienter med bipolar lidelse udgør ca. 2200 patienter per år (se næste afsnit) og fordeler sig på syv ambulante sub-populationer svarende til syv forskellige ambulante funktioner i det nuværende RHP:

1. Patienter **under 18 år** med bipolar lidelse. Disse patienter behandles i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center. Ca. 35 patienter per år.
2. Patienter med **debuterende** enkeltstående mani / bipolar lidelse. Disse patienter behandles i et 2-årig regionsfunktion på PCK, Kompetencecenter for Affektive lidelser, og i mindre grad i PCN. Ca. 390 patienter henvist under diagnosen ny-diagnosticeret bipolar lidelse per år.
3. Patienter, som er **gravide eller ønsker graviditet**. Disse patienter tilbydes behandling/ rådgivning i Kompetencecenter for Affektive lidelser og i mindre grad i PCN. Ca. 30 patienter per år.
4. Patienter, som **ikke er ny-diagnosticerede**, og med et relativt **højt funktionsniveau**. Disse patienter tilbydes typisk pakkeforløb for bipolar lidelse over ét år og kan afsluttes i RHP umiddelbart herefter. Ca. 150 patienter per år.
5. Patienter, som **ikke er ny-diagnosticerede**, og med **moderat nedsat funktionsniveau**. Disse patienter tilbydes pakkeforløb for bipolar lidelse og efterfølgende behandling i FACT / DPC i op til to år. Ca. 60 patienter årligt i RHP.
6. Patienter, som **ikke er ny-diagnosticerede**, og med **lavt funktionsniveau**. Disse patienter følges mellem ét og tre år (gennemsnitligt to år) i F-ACT eller distriktspsykiatrien. Ca. 1370 patienter årligt i RHP.
7. Patienter, som ikke er ny-diagnosticerede, og som er **ældre** (+65). Disse patienter tilbydes behandling i gerontopsykiatrisk ambulatorium/ambulatorium for ældre. Ca. 170 patienter per år.

Beskrivelse af "hvor" patienterne behandles geografisk i RHP fremgår af afsnittet herunder (Nuværende organisering i RHP af behandling af patienter med bipolar lidelse), mens beskrivelse af "hvordan" patienter med bipolar lidelse behandles fremgår af tidligere afsnit "Baggrund for RHP-KAG Bipolar".

e. Nuværende organiseringen i Region Hovedstadens Psykiatri af behandling af patienter med bipolar lidelse

Overblik – hvor og hvor mange patienter med bipolar lidelse behandles i RHP?

I henhold til data udtrukket fra Sundhedsplatformen for perioden november 2017 til november 2018 behandles i alt 2216 patienter med en bipolar lidelse ambulant om året i RHP. I alt behandles mere end 50.000 patienter ambulant om året i RHP og antallet af patienter med bipolar lidelse udgør således under 4% af alle patienter, som behandles i RHP (ambulant).

I RHP behandles patienter med bipolar lidelse på mange forskellige ambulante enheder og sengeafsnit. Som nævnt behandles i alt 2216 patienter med en bipolar lidelse ambulant om året. Endvidere indlægges 636 patienter om året i RHP, dvs. 28,7%, om året, hvilket er højere end den gennemsnitlige indlæggelsesprocent for andre psykiatriske lidelser på 20%.

Patienter med bipolar lidelse behandles i hvert af de ni psykiatriske centre og i samlet 99 forskellige ambulante enheder og på 63 forskellige sengeafsnit. Personale, som behandler bipolar lidelse, er tilsvarende fordelt på disse ambulante enheder og sengeafsnit.

Indlæggelser

Patienterne er samlet indlagt 32100 senge dage 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 (54).

På de følgende sider følger oversigter over hvordan de 2216 ambulante patienter med bipolar lidelse fordeles på psykiatriske centre og ambulante enheder i hvert center.

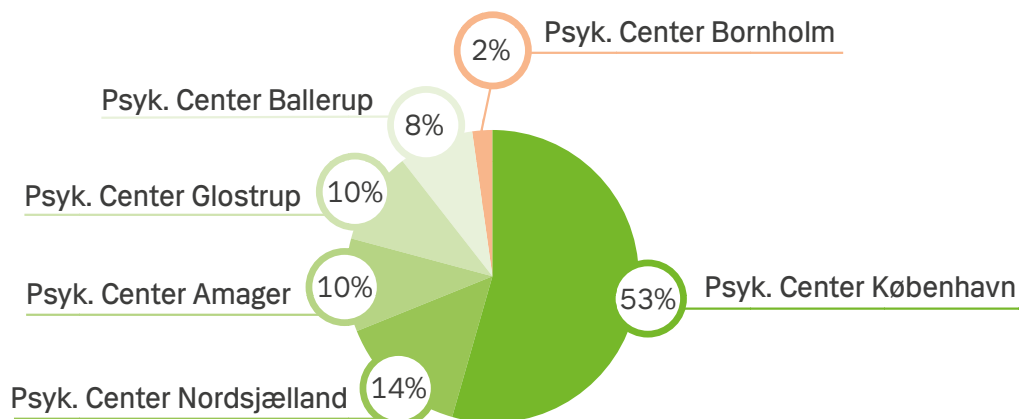
Table 1

Fordeling af antal (individuelle cpr-numre) *ambulance* patienter med bipolar diagnose på et år (november 2017 til november 2018, Aktionsdiagnose)

Psykiatrisk Center	Antal	%
Psyk. Center København	968	43,7
Psyk. Center Nordsjælland	363	16,3
Psyk. Center Amager	204	9,2
Psyk. Center Glostrup	260	11,7
Psyk. Center Ballerup	218	9,8
Psyk. Center Sct. Hans	11	0,5
Psyk. Center Bornholm	67	3,0
Psyko-terapeutisk Center Stolpegård	2	0
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, RHP	36	1,6
Total	2216	100

Figur 4

Fordelingen af ambulante *besøg* på centre november 2017 til november 2018 (N=2216 patienter)



Fem overordnede typer af ambulante tilbud til patienter med bipolar lidelse

Ambulante patienter med bipolar lidelse behandles dels i specialiserede ambulante tilbud udelukkende til patienter med bipolar lidelse og dels som en del af det generelle ambulante tilbud i RHP.

Patienter med bipolar lidelse behandles aktuelt således i fem forskellige typer af ambulante tilbud: 1) Regionsfunktion for ny-diagnosticerede patienter i Kompetencecenter for affektive lidelser og i mindre grad ved PCN 2) Pakkeforløb for mellemgruppen af patienter med bipolar lidelse, som ikke er debuterende og ikke har kompliceret sygdom med lavt funktionsniveau 3) Distriktpsychiatrisk center for patienter med mere kompliceret/progredieret sygdom 4) Opsøgende psykiatriske teams (OP) med høj sværhedsgrad og kompleksitet og 5) F-ACT-teams for patienter med mere kompliceret/progredieret sygdom.

Regionsfunktion for ny-diagnosticerede patienter med bipolar lidelse

Psykiatrisk Center København, Kompetencecenter for Affektive lidelser

Kompetencecenter for Affektive lidelser er en regionsklinik, som ud over visse patientgrupper af unipolar lidelse, i henhold til visitationskriterier behandler 1) patienter med nydiagnosticeret enkeltstående mani eller bipolar lidelse 2) patienter med behandlingsresistent bipolar lidelse/rapid cycling og 3) kvinder med bipolar lidelse, som ønsker graviditet eller er gravide 4) pakkeforløb for bipolar lidelse. Kompetencecenter for Affektive lidelser ser årligt ca. 520 patienter henvist med eller på mistanke om bipolar lidelse (data fra Sundhedsplatformen november 2017 til november 2018). Efter grundig diagnostisk udredning, vurderes ca. 20 % af patienter henvist på mistanke om ny-diagnosticeret bipolar lidelse ikke at lide af sygdommen og viderehenvises til anden relevant behandling. Kompetencecenteret behandler således årligt ca. 300 ny-diagnosticerede patienter med enkeltstående mani/bipolar lidelse, 50 behandlingsresistente patienter med bipolar lidelse, 30 gravide eller ønske om graviditet og 30 i pakkeforløb for bipolar lidelse.

Funktionen varetages svarende til 17 fuldtidsstillinger fordelt på 6½ overlæger i psykiatri, én yngre læge (intermitterende), fire sygeplejersker, tre psykologer, ½ socialrådgiver, ½ fysioterapeut og to sekretærer.

Regionsfunktion ved Psykiatrisk Center Nordsjælland

PCN behandler 30 patienter med nydiagnosticeret bipolar lidelse årligt. En del patienter med nydiagnosticeret bipolar lidelse, og som bor i PCN's optageområde behandles efter ønske i Kompetencecenter for Affektive lidelser. Behandlingsforløbet på PCN er 2-årigt og inkluderer gruppebaseret psykoedukation som i det første år er samkørt med pakkeforløb for Bipolar lidelse. Regionsfunktionen inkluderer behandlingsresistente patienter med bipolar lidelse og et mindre antal gravide med bipolar lidelse.

Pakkeforløb for Bipolar lidelse

Afsnittet herunder bygger på en evaluering af Pakkeforløb for Bipolar lidelse forår 2019, som er foretaget som en del af udarbejdelse af Outcome book.

Visitationskriterier i henhold til Center for Visitation og Diagnostik (CVD): Ikke debuterende eller progredieret sygdom med lavt funktionsniveau, samt behov for gruppebaseret psykoedukation.

Der er pakkeforløb på fire psykiatriske centre, som årligt i henhold til evaluering forår 2019 behandler ca. 210 patienter med bipolar lidelse ca. fordelt som følger: PCK (ved Kompetencecenter for Affektive lidelser): 30, PCN: 60 (debuterende og pakke), PCG 90, PCB: 30 patienter.

Pakkeforløbene fordeles via CVD til de fire centre. Pakkeforløbene er forskellige i de fire psykiatriske centre:

PCB: lokaliseret i psykoteraeutisk ambulatorium. 30 patienter per halvår og ingen gruppeforløb, da for få patienter til at det har kunnet organiseres. Forløbene er således individuelle.

De øvrige psykiatriske centre tilbyder gruppebaseret psykoedukation samt i varierende grad individuel behandling:

PCK: lokaliseret i Kompetencecenter for Affektive lidelser. Klinikerne er en del af Kompetencecenterets klinikere og bruger kun deltid på pakkeforløbene, 16 patienter halvårligt, en gruppe forår og efterår a 14 x 2 timer (slow-open gruppe). To terapeuter (sygeplejerske og psykolog) og mellem 5-9 patienter per gruppe.

PCN: lokaliseret i psykoteraeutisk ambulatorium. 35 patienter halvårligt, men nogle er nydiagnosticerede med bipolar lidelse i henhold til regionsfunktion. 2-2½ gruppe per halvår a 9 x 2 timer. To terapeuter (sygeplejersker) og ca. fem patienter per gruppe

PCG: 46 patienter halvårligt. Tre grupper per halvår a 15 x 2 timer. To terapeuter (speciallæge og sygeplejerske/psykolog) og ca. 15 patienter per gruppe

Gennemførselsprocent: 80-90% i alle centre.

Samlet evaluering af Pakkeforløb for Bipolar lidelse på baggrund af opgørelse forår 2019

Der er stor variation i antal patienter og indhold i de fire Pakkeforløb for Bipolar lidelse i RHP. Der er generelt for få patienter til at der kan opretholdes effektive gruppeforløb med 8-10 patienter i fuld eller delvis remission.

Den generelle målgruppe i opsøgende psykiatriske teams / distriktpsikiatriske center/FACT

Den overordnede målgruppe i de psykiatriske ambulatorier (tidligere distriktpsikiatriske center) er patienter med skizofreni og psykoser, samt patienter med ikke psykotiske lidelser, som grundet lavt funktionsniveau og/eller anden komorbiditet ikke kan indgå i behandling i primærsektor, pakkeforløb mm. (Patientforløbsbeskrivelser RHP 2014)

Målgruppen i opsøgende psykiatriske teams (OP)

Målgruppen i OP-teams er psykiatriske patienter med høj sværhedsgrad og kompleksitet i forhold til sygdom, behandling og social belastning og langvarige sindslidelser. Disse patienter har ofte svært ved at følge behandlingen, hvorfor indsatsen bygger på princippet om Assertive Community Treatment (ACT). Det vil sige at teamet, og ikke patienten, har ansvaret for opretholdelse af kontakt (H:S Rapport 2001). Kontakten med patienterne foregår primært i eget hjem og i lokalmiljøet. Patienter i OP teams er ofte i meget lange forløb med en intensiv indsats med lavt caseload (1:10).

Målgruppen i almene distrikpsykiatriske center (DPC) teams

I de almene DPC-teams følges patienter fra målgruppen for psykiatriske ambulatorier, der ikke følges i OP. Målgruppen er meget bred og antallet af ikke-psykotiske patienter er steget de senere år. Caseload er betydeligt højere end i OP. Behandlingen foregår primært i ambulatoriet. Længden af behandlingsforløbet varierer betydeligt. Nogle ikke-psykotiske patienter følges få uger eller måneder, og en mindre gruppe psykotiske patienter følges i mange år.

Målgruppen i FACT-teams

F-ACT betyder "Fleksibel ACT" indsats og tager afsæt i F-ACT-modellen (OP-teams) og har fokus på recovery. I F-ACT følges alle patienter i de psykiatriske ambulatorier i det samme team. Det betyder at målgruppen er meget bred. Nogle patienter følger en uddannelse eller har arbejde og kommer samtidig til samtaler i ambulatoriet, mens andre patienter har svære psykiatriske symptomer, misbrug og lavt funktionsniveau. Behandlingsforløbene er i henhold til patientforløbsbeskrivelserne 2-årige, men ca. 20% skønnes af blive afsluttet tidligere og 20% senere end de to år grundet variation i graden af kompleksitet/progression af sygdommen.

Patienterne får i ustabile faser intensiv opfølgning med kontakt 2-5 gange ugentlig ved såkaldt shared caseload, hvor teamet løser opgaven i fællesskab.

I stabile faser arbejdes der under såkaldt shared casemanagement, hvor patienten får en mindre intensiv tværfaglig indsats og primært følges af en kontaktperson.

Gruppen af ikke-psykotiske patienter følges primært af en casemanager og har overvejende korte forløb

Fordelene ved F-ACT er større fleksibilitet og kontinuitet, da der hurtigt kan justeres i intensiteten i indsatsen uden at skifte behandler eller enhed. Der gives tidlig og forebyggende indsats – fx ved udskrivning, hvor patienten besøges i eget hjem dagen efter udskrivelse. Der er fokus på sammenhæng i det enkelte forløb, såkaldt transmural indsats, mellem døgn og ambulante behandling og tværsektorielt. Behandlingen er recovery-orienteret med primært udgående indsats. Der er fokus på inddragelse af patientens netværk, samt støtte af borgeren i nærmiljøet og på at borgeren lykkes på egne præmisser.

Patienter med bipolar lidelse udgør en relativ lille andel af det samlede antal patienter i F-ACT-teams. I en opgørelse fra 1. januar 2017 til 1. juli 2018 fra F-ACT-teams på Møntmestervej og i Frederikssund havde i alt 95 patienter med bipolar lidelse ud af i alt 1278 patienter, svarende til 7%, været på F-ACT tavlen (ustabil periode) i denne tidsperiode (personlig kommunikation, Camilla Munch Nielsen, ph.d.-studerende).

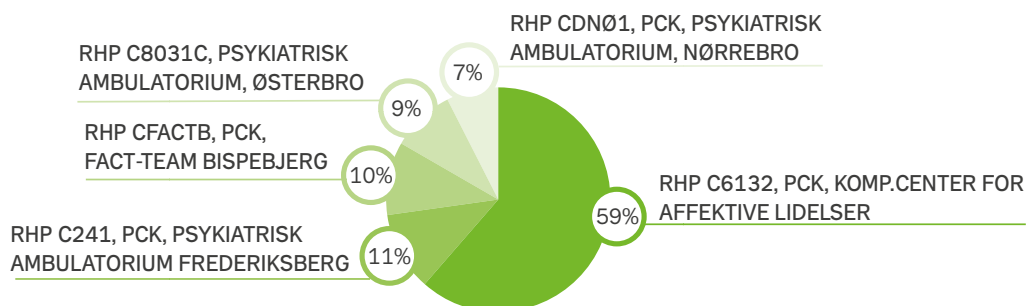
Fordeling af ambulante besøg på de enkelte ambulante enheder i hvert psykiatriske center

Fordeling af ambulante besøg på de enkelte ambulante enheder i hvert psykiatriske center fremgår af de følgende figurer (undtagen for PC Sct. Hans: 11 patienter og PC Stolpegård: to patienter). Som det fremgår, fordeler ambulante patienter med bipolar lidelse sig fortrinsvist på mellem fire og

seks geografiske ambulante enheder i hvert af de større psykiatriske centre. På PC Bo og på BUC er patienter med bipolar lidelse centreret på én ambulante geografisk lokalisation.

Figur 5

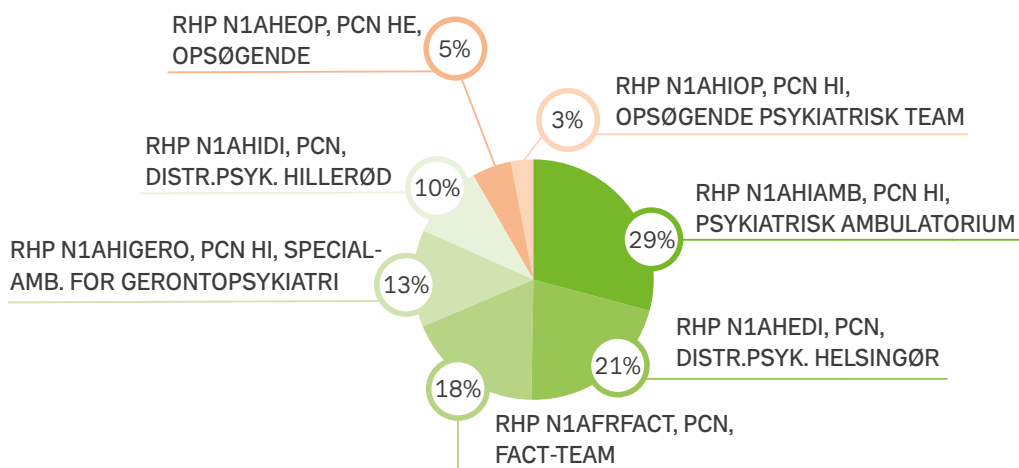
Bipolare lidelser – fordelingen af ambulante besøg på Psyk. Center København fra 2017 til oktober 2018



Kommentar: De 968 patienter med bipolar lidelse fordeler sig fortrinsvist på fem ambulante enheder. Kompetence center for Affektive lidelser står for 59% af af de ambulante besøg og 54% af patienterne (N=522). Den øvrige del af patienterne fordeler sig fortrinsvist på 12 F-ACT teams, lokaliseret på hhv. Østerbro (N=82), Nørrebro (N=55), Bispebjerg (N=72) og Frederiksberg (N=127) med hver tre F-ACT teams.

Figur 6

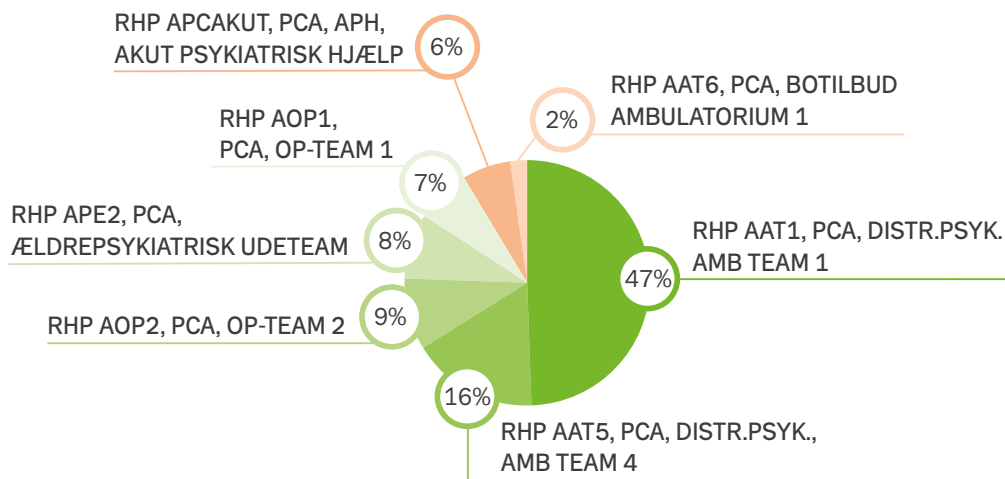
Bipolare lidelser - fordelingen af ambulante besøg på Psyk. Center Nordsjælland fra 2017 til oktober 2018



Kommentar: De 363 patienter med bipolar lidelse fordeler sig fortrinsvist på 5 ambulante enheder, lokaliseret i hhv. Psykiatrisk ambulatorium (N=119, heraf 60 i pakkeforløb for bipolar lidelse) og Distrikpsykiatrisk Center Hillerød (N=38), Gerontopsykiatrisk ambulatorium (N=70), to F-ACT teams i Frederikssund (N=43), Distrikpsykiatrisk Center Helsingør (N=62).

Figur 7

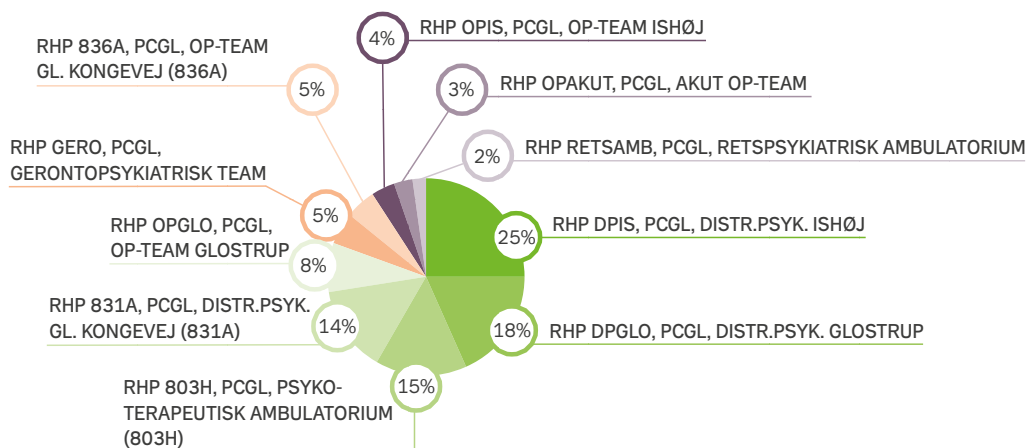
Bipolare lidelser - fordelingen af ambulante besøg på Psyk. Center Amager fra 2017 til oktober 2018



Kommentar: De 204 patienter med bipolar lidelse fordeler sig fortrinsvist på 4 ambulante enheder. Team 1 står for 47% af besøgene og 41% af patienterne s.v.t. 84 patienter årligt. Team 1 er et affektivt ambulatorium med i alt ca. 300 patienter årligt, hvoraf størstedelen har unipolar lidelse, mens 84 patienter har bipolar lidelse. Den øvrige del af patienterne fordeler sig fortrinsvist på Distrikpsykiatrisk Center Gammelkongevej (Team 4, N=36), Akut Psykiatrisk Hjælp (N=28) og ældrepsykiatrisk ude-team (N=2), mens OP team 1 og OP team 2 har få patienter (hhv. tre og otte) med relativt flere ambulante besøg per patient.

Figur 8

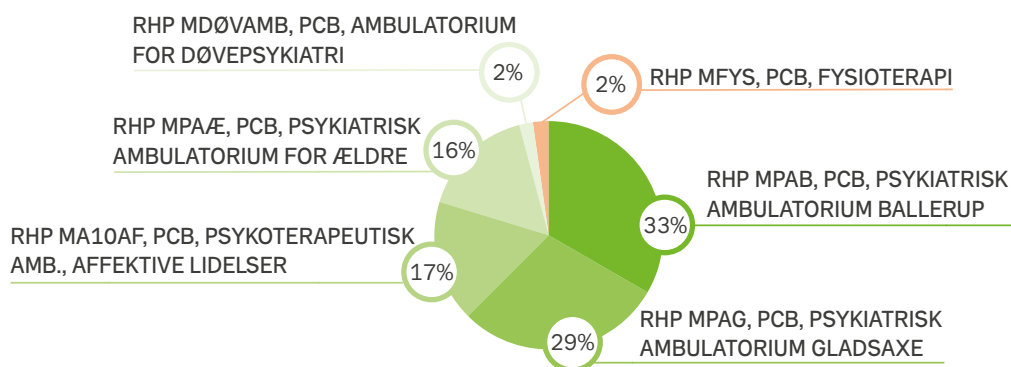
Bipolare lidelser - fordelingen af ambulante besøg på Psyk. Center Glostrup fra 2017 til oktober 2018



Kommentar: De 260 patienter med bipolar lidelse fordeler sig fortrinsvist på 5 ambulante enheder, lokaliseret i hhv. Distrikpsykiatrisk Center Ishøj (N=44), Gerontopsykiatrisk Team (N=33), psyko-terapeutisk ambulatorium (N= 57, heraf 46 i pakkeforløb for bipolar lidelse) og Distrikpsykiatrisk Center Gl. Kongevej (N=41) og Distrikpsykiatrisk Center Glostrup (N=42).

Figur 9

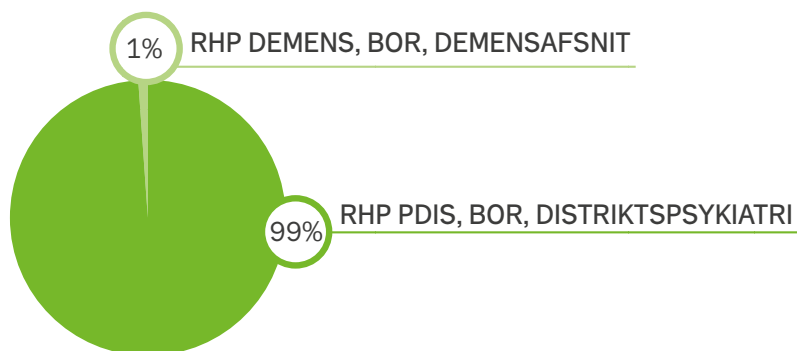
Bipolare lidelser – fordelingen af ambulante besøg på Psyk. Center Ballerup fra 2017 til oktober 2018



Kommentar: De 218 patienter med bipolar lidelse fordeler sig fortrinsvist på 4 ambulante enheder, lokaliseret i hhv. psykiatrisk ambulatorium Gladsaxe (N=64), psykiatrisk ambulatorium for ældre (N=65), psykoterapeutisk ambulatorium affektive lidelser (N=42, heraf 30 i pakkeforløb for bipolar lidelse) og psykiatrisk ambulatorium Ballerup (N=37).

Figur 10

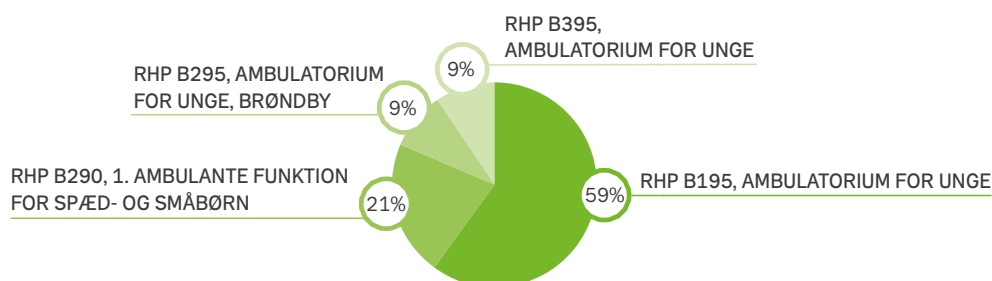
Bipolare lidelser - fordelingen af ambulante besøg på Psyk. Center Bornholm fra 2017 til oktober 2018



Kommentar: På PC Bornholm er alle ambulante patienter med bipolar lidelse samlet i PC Bornholms ambulatorium, Rønne. Geografiske afstande er 30-40 km.

Figur 11

Bipolar lidelse – fordelingen af ambulante besøg på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center fra november 2017 til november 2018 (N=36 patienter)



Kommentar: OBS: alle ambulante patienter med bipolar lidelse er i 2019 samlet på Bispebjerg-matriklen.

Faggrupper og normering

Den gennemsnitlige normering i F-ACT-teams i RHP er ca. 10 klinikere per team (1½ læge, syv sygeplejersker /ergoterapeuter, én psykolog og ½ socialrådgiver) til 200 patienter med bipolar lidelse (case load: 1:20). Men case load varierer mellem centre.

Normeringen i distriktpsikiatriske centre er generelt lavere end i F-ACT (da FACT er en fusion af distriktpsikiatriske centre og OP teams, hvor OP teams som udgangspunkt havde case load på 1:10).

Fordeling af indlagte patienter med bipolar lidelse på sengeafsnit i RHP fremgår af Appendix I.

f. Inddragelse af patienter og pårørende

Patienter og pårørende vil blive tæt involveret i den videre udfærdigelse og implementering af KAG Bipolar ift. klinik, undervisning og forskning.

KAG Bipolar vil således nu inddrage to patienter eller pårørende i møder mellem KAG ledelsen og KAG partnerne.

Det vil herefter blive nærmere afklaret om der skal etableres et patient- og pårørendepanel (f.eks. med en repræsentant fra hvert psykiatrisk center i RHP) eller om der alternativt skal arbejdes med ad hoc patient-feedback-møder efter RHP's aktuelle model.

Depressionsforeningen, som også er patientforening for mennesker med bipolar lidelse, støtter op om KAG Bipolar, og har bidraget med anbefalelsesbrev til forskningsansøgninger.

Patienter/pårørende vil endvidere blive inddraget centralt via Dialogforum i RHP og lokalt i de enkelte KAG Bipolar klinikker.

Recovery mentorer vil indgå centralt i udviklingen og implementeringen af behandlingen for at øge fokus på håb og brobygning til social- og fritidsliv.

Monsenso (se senere) er udviklet i tæt samarbejde med patienter og pårørende, herunder med at definere de outcome mål, som indgår i Monsenso Appen og hermed i KAG Bipolars forskningsdel og forskningsansøgninger.

g. Snitflader til øvrige KAGs i Region Hovedstadens Psykiatri

Det er aftalt med KAG Psykoterapi, at patienter med bipolar lidelse, som måtte gå i psykoterapeutiske ambulatorier, hører til KAG Bipolar.

4. Udfordringer indenfor KAGens område

a. Situationsanalyse

Som beskrevet under afsnittet "Patientpopulation" ovenfor behandles de årligt godt 2200 patienter med bipolar lidelse i 99 forskellige ambulante enheder og på 63 forskellige sengeafsnit. Personale, som behandler bipolar lidelse, er tilsvarende fordelt på disse ambulante enheder og sengeafsnit. Den spredte behandling øger risikoen for uensartet diagnostik og behandling og vanskeliggør koordinering af behandlingen. Tilsvarende vanskeliggør spredningen mulighederne for at bedre behandling, undervisning og forskning ift. patienter med bipolar lidelse i RHP.

b. Udfordringer i klinikken ved diagnostik og behandling

Standardiseret diagnostik og behandling af bipolar lidelse er beskrevet under afsnittet "Baggrund for KAG Bipolar" i Baggrundsnotat for medicinsk behandling af bipolar lidelse, Rådet for Dyr Sygehusmedicin (RADS), (15) og i publikationer vedr. gruppebaseret psykoedukation (38). Implementering af standardiseret diagnostik og behandling af bipolar lidelse indenfor og på tværs af centre og ambulante enheder/sengeafsnit vanskeliggøres af de mange behandlingsenheder indenfor hvert psykiatrisk center.

- Egen læring: Den spredte og ukoordinerede behandling indbefatter at hver kliniker gennemsnitligt ser få patienter med bipolar lidelse om året. Dette medfører at det er vanskeligt for den enkelte kliniker at opnå tilstrækkelig egen læring og ekspertise i diagnostik og behandling (medicinsk, psykologisk og socialt).
- Motivation for læring: Da den enkelte kliniker har ansvar for patienter med mange forskellige psykiatriske lidelser og da de bipolare patienter udgør en lille andel på under 4 % af den gennemsnitlige behandleres patienter er klinikerens i sagens natur mindre motiveret til at søge opdateret viden om bipolar lidelse end om andre psykiske lidelser.
- Mesterlæreprincippet: Mesterlæreprincippet, hvor den mindre erfarne lærer af den erfarne, vanskeliggøres af behandlerne er spredt i mange ambulante enheder og sengeafsnit indenfor hvert psykiatrisk center.
- Kontinuitet og sammenhæng i behandlingen: Kontinuitet og sammenhæng i behandlingen ved indlæggelse og udskrivning fra indlæggelse vanskeliggøres af at behandlerne er spredt i mange ambulante enheder og sengeafsnit indenfor hvert psykiatrisk center. Det er f.eks. ofte vanskeligt at opnå enighed om den medicinske behandling, hvor sengelægen foretager ændringer i behandlingen, som den ambulante læge ikke er enig i eller vise versa.
- Systematisk gruppebaseret psykoedukation af patienter med bipolar lidelse vanskeliggøres grundet spredningen af patienter.

Udfordringer ved undervisning og supervision

Undervisning med henblik på at bedre klinikernes viden ved systematiske undervisningsindsatser og supervision af patient cases er vanskeligt med den nuværende organisering, da det kræver undervisning/supervision af et uoverkommeligt stort antal klinikere (estimeret ca. 2000 ambulante klinikere og 3000 sengeansatte klinikere, som hver ser få patienter gennemsnitligt per år). F.eks. har det ikke været muligt systematisk at undervise i de danske retningslinjer for medicinsk

behandling af bipolar lidelse, som udkom i 2015 (Rådet for Dyr Sygehusmedicin (RADS), (15)). Det er ikke muligt at undervise alle behandlerne i diagnostik og behandling af bipolar lidelse ved flerdages uddannelseskurser.

Hvordan undervises der i den nuværende organisation?

Undervisning i bipolar lidelse varetages i RHP af forholdsvis få personer og er spredt og ukoordineret i forhold til klinikerne i RHP. Specialkompetencer og undervisning indenfor diagnostik, behandling og forskning i bipolar lidelse er i RHP centreret i Kompetencecenter for Affektive lidelser.

Siden etableringen af Kompetencecenter for Affektive lidelser i 2004 har Kompetencecenteret varetaget et stort antal årlige undervisningsaktiviteter dels på landsplan i Danmark og dels i RHP. Undervisningen strækker sig således over (mindst) 14 år og har særligt været målrettet læger, selv om der også har været betydelig undervisning af sygeplejersker og psykologer. Lægegruppen er sammenlignet med plejegruppen mindre og mere afgrænset, hvilket gør organisering af undervisningen lettere.

Tre overlæger fra Kompetencecenteret (Lars Kessing, Ellen Margrethe Christensen, Maj Vinberg, samt enkelte andre speciallæger) har igennem alle årene varetaget flg. undervisningsaktiviteter:

- Undervisning i diagnostik og behandling af bipolar lidelse af læger på Introduktionskurser i psykiatri og på alle niveauer på Sundhedsstyrelsens speciallægeuddannelse i psykiatri og børne-ungdomspsykiatri.
- Undervisning af psykologer i diagnostik og behandling af bipolar lidelse via Dansk Psykolog Forenings kurser i specialistuddannelse for psykologer.
- Utallige gange undervist praktiserende læger og privatpraktiserende psykiatere i diagnostik og behandling af bipolar lidelse.
- 4-dages specialkursus i diagnostik og medicinsk behandling af bipolar lidelse for speciallæger i psykiatri og yngre læger sidst i speciallæge-uddannelsen i regi af Dansk Selskab for Affektive Lidelser (DSAL) gennem utallige år.
- Landsdækkende efteruddannelse i diagnostik og psykopatologi, modul 5 om bipolar lidelse, for speciallæger i psykiatri, specialpsykologer og sygeplejersker
- Utallige gange undervist læger, psykologer og sygeplejersker på de enkelte psykiatriske centre i RHP, herunder i særdeleshed vedrørende medicinsk behandling af bipolar lidelse.
- Utallige gange undervist laboranter, sygehjælpere, sygeplejersker, og personale i socialforvaltninger (team for voksne med særlige handicap) i psykiatri.
- Talrige symposier om bipolar lidelse for såvel yngre læger, speciallæger i psykiatri og praktiserende læger.

Til sammenligning inkluderer RHPs nye "Intensivt 5-dages kursus i psykofarmakologi for speciallæger i psykiatri og børne-ungdomspsykiatri (forår 2019)" knap fire timers undervisning i medicinsk behandling af bipolar lidelse.

Hvordan superviseres patient cases i den nuværende organisation?

Kompetencecenter for Affektive lidelser har i flere år på månedlig basis superviseret patient cases ved møder i Kompetencecenteret for speciallæger og sygeplejersker fra Regionsfunktionen for patienter med nydiagnosticeret bipolar lidelse ved PCN. Tilsvarende har Kompetencecenteret superviseret patient cases fra BUC gennem de senere år.

Supervision af disse to behandlingsenheder er praktisk ladsiggørlig og cost effektivt, da patienter med bipolar lidelse er geografisk samlet på enhederne, og klinikerne således ser mange patienter med bipolar lidelse, som kan diskuteres på månedlige supervisionsmøder.

Udfordringer ved forskning

Klinisk forskning i bipolar lidelse foregår (næsten) udelukkende på patienter i KAL. Der er således udgået mere end 100 videnskabelige kliniske artikler fra Kompetencecenter for Affektive lidelser og antaget 4 disputatser og 2 ph.d.-afhandlinger ud fra patientmateriale i centeret. Omvendt er der ikke publiceret videnskabelige kliniske artikler eller antaget nogen akademiske afhandlinger på baggrund af de 1700 patienter med bipolar lidelse, som behandles i resten af RHP.

For at forskningen kan tage udgangspunkt i de udfordringer, der opleves i klinikken, kræves det at den kliniske behandlergruppe er veldefineret og afgrænset. Ellers er det ikke muligt at indsamle de klinisk relevante forskningsspørgsmål. Endvidere kræver ethvert klinisk forskningsprojekt en koordineret indsats hvor alle patienter med diagnosen principielt spørges om deltagelse.

Da patienter med bipolar lidelse udgør under 4% af de ambulante patienter og da de er spredt ud på 99 forskellige ambulante enheder og et stort antal behandlere er det vanskeligt at fortage yderligere klinisk forskning på gruppen af patienter med bipolar lidelse. Den kliniske forskning, der foretages på patienter med bipolar lidelse, foregår således næsten udelukkende i Kompetencecenter for Affektive lidelser, som jo netop er en regionsklinik og modtager langt størstedelen af nydiagnosticerede patienter med bipolar lidelse i regionen. Der er således meget begrænset forskning i og viden om de ca. 1700 patienter med mere progredieret sygdom, som behandles i RHP udenfor Kompetencecenteret. Det har således på trods af stort ønske om at udvide antallet af deltagere i klinisk forskning i bipolar lidelse ikke været muligt.

Det er vanskeligt for forskningen at tage direkte udgangspunkt i de udfordringer, der opleves i klinikken, i og med at klinikken er spredt.

Udfordringer ved implementering af forskningsresultater i klinikken

Implementering af forskningsresultater kræver at den kliniske modtagergruppe er veldefineret, således at der kan etableres målrettet undervisning og supervision. Da dette ikke er tilfældet i dag, er det f.eks. vanskeligt at implementere opdateret viden, f.eks. om diagnostik af bipolar lidelse, type 2, eller blandingstilstand eller om den medicinske behandling, f.eks. ny viden om risiko for nyrepåvirkning ved behandling med lithium.

Cost effektivitet

Der vurderes grundet de beskrevne udfordringer at være en relativ lav cost effektivitet af klinik, forskning og uddannelse.

Konklusion

Det er vanskeligt med den nuværende spredte behandling af den relative lille gruppe af patienter med bipolar lidelse, at bedre samspillet mellem forskning, klinik og uddannelse, så disse bliver tættere integreret og kan berige hinanden, og tage udgangspunkt i de udfordringer, der opleves i klinikken.

c. Prioriterede indsatsområder

KAG Bipolar har valgt at prioritere indsatsområdet omkring ambulante patienter med bipolar lidelse som det første. Fokus vil være på 1) undervisning af ambulante klinikere i KAG Bipolar, 2) supervision af patient cases og 3) inddragelse af klinikere i forskning i KAG Bipolar 4) evaluering af fordele og ulemper af KAG Bipolar versus standard behandling i et forskningsdesign.

Grundet det stærke fokus på at nedsætte antal indlæggelser og varighed af indlæggelser ved den ambulante del af KAG Bipolar, forventes øget samarbejde og koordinering ved indlæggelse og udskrivning af patienter med bipolar lidelse. Der forventes således at være en vis afsmittende effekt af indsatsen vedrørende den ambulante behandling på behandlingen under indlæggelse.

Indsatsområdet for indlagte patienter og personale på sengeafsnit planlægges at følge efter de første to års KAG Bipolar forløb med indsats ift. klinik, forskning og uddannelse.

5. Mulige organiseringer af ambulante KAG Bipolar

Organiseringen vedrører de ca. 1700 ambulante patienter med mere progredieret bipolar lidelse, som behandles udenfor Kompetencecenter for Affektive lidelser og regionsfunktionen i PCN. Der er tre forskellige organisatoriske scenarier, som i det følgende vurderes ud fra de udfordringer, som er beskrevet og analyseret under afsnittet: "Situationsanalyse".

I) Ingen organisatoriske ændringer

I de sidste 16 år har denne model været prøvet med gentagen undervisning på alle centre og i mange andre forskellige sammenhænge, uden det har ændret afgørende på diagnostik og behandling af bipolar lidelse i RHP.

Fordele:

- forstyrrer ikke den nuværende eller kommende organisering i RHP
- forstyrrer ikke klinikere

Ulemper

- vanskeligt at virkeliggøre visionen: at bedre diagnostik og behandling af bipolar lidelse i Region Hovedstadens Psykiatri ved at bedre samspillet mellem forskning, klinik og uddannelse, så disse bliver tættere integreret og kan berige hinanden, og tager udgangspunkt i de udfordringer, der opleves i klinikken.
- vanskeligt at tilbyde standardiseret diagnostik og behandling af bipolar lidelse indenfor og på tværs af centre jævnfør den særlige psykologiske/adfærdsmæssige samt medicinske behandling, som bedste standardiserede behandling
- kontinuitet og sammenhæng mellem ambulante enheder og sengeafsnit vanskeligt, da patienter med bipolar lidelse er spredt i hele RHP og udgør mindre end 4% af patienter i RHP
- egen læring, motivation for læring og mesterlæreprincipper er kun aktiveret i begrænset omfang ift. diagnostik og behandling af bipolar lidelse
- undervisning af klinikere forbedres ikke i forhold til nuværende indsats
- supervision af patient cases ikke muligt grundet det store antal behandlere
- forskning øges/forbedres ikke i forhold til nuværende indsats
- implementering af forskningsresultater i klinikken eller gensidig inspiration ændres ikke
- ikke cost effektivt (se senere)

II) Samling af de 1700 patienter med bipolar lidelse på færre behandlere i hver ambulante enhed, f.eks. 40 behandlingsteams hvert bestående af 1/5 speciallæge og 2 sygeplejersker til 40 ambulante patienter med bipolar lidelse (bipolar case load: 1:20)

I denne organisering vil patienterne fortsat blive visiteret som i dag, men i den enkelte enhed samles patienterne i et team og på så få behandlere som muligt. Eksempelvis: hvis et ambulatorie i dag har 30 patienter med bipolar lidelse fordelt i 3 FACT-teams, hos 21 forskellige kontaktpersoner. Så vil disse patienter fremover kunne samles i et af de tre FACT-teams hos 2 sygeplejersker/kontaktpersoner og hos 1 læge. Sygeplejerskerne vil i så fald overvejende behandle patienter med bipolar lidelse, men lægen vil have omkring 20 % patienter med bipolar lidelse.

Fordele

- egen læring i diagnostik og behandling af bipolar lidelse vil kunne delvist aktiveres, da klinikerne diagnosticerer og behandler relativt flere patienter med bipolar lidelse (særlig for sygeplejegruppen)
- kan resultere i en vis standardiseret diagnostik og behandling af bipolar lidelse indenfor og på tværs af centre, selv om behandlingen stadig vil være spredt på et stort antal behandlere (eksempelvis kan de 1700 patienter fordeles på 55 speciallæger med hver 150 patienter, hvoraf 20% har bipolar lidelse, og på 85 sygeplejersker med hver 40 patienter, hvoraf 50% har bipolar lidelse)
- forstyrrer kun i begrænset omfang den nuværende eller kommende organisering i RHP
- forstyrrer kun i begrænset omfang klinikere

Ulemper

- standardiseret diagnostik og behandling af bipolar lidelse indenfor og på tværs af centre vanskeligt, da undervisning af behandlere og supervision af patient cases vil være vanskeligt grundet det relativt store antal behandlere, særligt læger
- skrøbeligt med små personalebehandlingsenheder ift. sygdom, ferie, jobskifte, orlov, mv.
- mesterlæreprincippet aktiveres ikke, så læring indenfor teamet er begrænset
- tværfaglig behandling begrænses i teamet uden inklusion af psykologer, ergoterapeuter, fysioterapeuter og socialrådgiver
- vanskeligt at bedre kontinuitet og sammenhæng i behandlingen ved indlæggelse og udskrivning da de få behandlere i teamet vil skulle bruge uforholdsvist mange ressourcer på at møde op til behandlingskonferencer for typisk en enkelt indlagt patient
- nogle patienter må afbryde nuværende behandlingsforløb
- forskning øges/forbedres ikke væsentligt, da forskningen fortsat skal koordineres med et stort antal klinikere (anslået 130 klinikere i eksemplet foroven)
- implementering af forskningsresultater i klinikken eller gensidig inspiration ændres ikke væsentligt
- ikke væsentlig bedring af cost effektivitet

III) Samling af de 1700 patienter med bipolar lidelse på en ambulant enhed i hvert center, f.eks. 1 eller 2 bipolare teams per center med normering sv.t. gennemsnitlig normering i F-ACT-team i det pågældende psykiatriske center.

Herunder to udvalgte eksempler:

Ved normering med gennemsnitlig case load på 1:20 (1 kliniker til 20 patienter) kan 10 klinikere behandle 200 patienter med bipolar lidelse. Det bipolare team kan udgøres af f.eks.: 1½ læge, 7 sygeplejersker, 1 psykolog og ½ socialrådgiver/ergoterapeut

Ved normering med gennemsnitlig case load på 1:40 (1 kliniker til 40 patienter) kan 5 klinikere behandle 200 patienter med bipolar lidelse. Det bipolare team kan udgøres af f.eks.: 0,7 læge, 4 sygeplejersker og ½ socialrådgiver/ergoterapeut

Fordele

- visionen kan realiseres: at bedre behandlingen af bipolar lidelse i Region Hovedstadens Psykiatri ved at bedre samspillet mellem forskning, klinik og uddannelse, så disse bliver tættere integreret og kan berige hinanden, og tager udgangspunkt i de udfordringer, der opleves i klinikken
- det vil være muligt at tilbyde standardiseret diagnostik og behandling af bipolar lidelse indenfor og på tværs af centre

- gruppebaseret psykoedukation vil kunne tilbydes til alle relevante patienter i en optimeret og standardiseret form
- egen læring, motivation for læring og mesterlæreprincippet aktiveres
- alle behandlere i KAG Bipolar vil kunne certificeres i diagnostik og behandling af bipolar lidelse ved flerdages uddannelseskurser (se senere)
- supervision af patient cases vil være muligt for læger og andre behandlere, og udføres af behandlere i Kompetencecenter for Affektive lidelser
- det vil være muligt at forske i patienter med progredieret bipolar lidelse (ikke Kompetencecenterets patientmålgruppe)
- implementering af forskningsresultater i klinikken og gensidig inspiration øges væsentligt
- cost effektivt ift. Model I og II

Ulemper

- Flere patienter må afbryde nuværende behandlingsforløb
- Flere klinikere vil få ændret funktion og evt. geografi
- Patienter får længere fra bosted til ambulatorium
- Behandlere får længere ved hjemmebesøg hos patienten (få patienter)
- Samarbejde med flere kommuner (men mere kompetent samarbejde)

Model III vil gøre det muligt at brede den viden, der aktuelt findes i Kompetencecenter for Affektive lidelser, ud til alle behandlere og patienter i KAG Bipolar.

6. Implementeringsindsatser og kobling til RHPs 3-årsplan

Afsnittet beskriver mulige implementeringsindsatser i KAG Bipolar, tiltag for at udvikle kompetente medarbejder, kvalitet i og mål for behandlingen og endelig er der et afsnit om forskning og innovation.

a. Implementeringsindsatser

Her beskrives hvordan KAG Bipolar overordnet kan organisere og implementere behandlingen ved Model III) Samling af patienter med bipolar lidelse på en ambulant enhed i hvert center

KAG Bipolar kan overordnet organisere sig efter F-ACT-modellen, og heri integrere Pakkeforløb for bipolar lidelse. Organiseringen af KAG Bipolar vil derfor være i overensstemmelse med organisationen i RHP aktuelt og i fremtiden. F-ACT-modellen er implementeret i store dele af RHP og tilstræbes implementeret i hele RHP. De centre der er ved at omorganisere til F-ACT-modellen, kan med fordel omorganisere til KAG Bipolar i samme ryk, da behandlere og patienter således ikke skal skifte team flere gange.

F-ACT-modellen er tilpasset en bred målgruppe af patienter i forskellige faser af deres sygdomsforløb. Derfor vil alle de patienter med bipolar lidelse, som på nuværende tidspunkt behandles i hovedfunktionen i RHP med fordel kunne behandles i KAG Bipolar.

Patienter med bipolar lidelse, der behandles i hovedfunktionen i RHP, har meget forskellige behov, og er i forskellige faser af deres sygdomsforløb. Grad af sygdomsindsigt og sygdomsfølelse varierer og patienterne kan være ustabile med depression, (hypo-)mani eller blandingstilstand eller stabile i remitteret fase. Nogle patienter, som ikke har kompliceret sygdom og lavt funktionsniveau kan møde stabilt. En mindre gruppe har lavt funktionsniveau, og har behov for opsøgende indsats i perioder eller over lang tid for at kunne følge behandlingen. Nogle har brug for psykoedukation og tæt medicinsk opfølgning, andre har mest brug for støttende samtaler med en kontaktperson. Nogle er kognitivt velfungerende, mens andre har kognitive udfordringer. Nogle har brug for korte strukturerede forløb, og kan herefter følges i primærsektoren, mens andre vil have brug for at blive fulgt i psykiatrien over lang tid pga. langvarig ustabilitet og behov for specialiseret medicinsk behandling. Da F-ACT-modellen netop er fleksibel, og er rettet mod patienter med forskellige behov i forskellige faser, i korte eller lange forløb, vil den brede målgruppe af patienter i KAG Bipolar passe optimalt ind i denne organisering.

Patienter i pakkeforløb i KAG Bipolar vil på lige fod med gruppen af ikke psykotiske patienter, have korte forløb. Sådanne patienter er henvist til et struktureret tidsafgrænset forløb, der primært indeholder gruppebaseret psykoedukation og lægesamtaler til medicinsk justering. Disse patienter vil derfor ikke skulle følges tæt af en case manager/kontaktperson, men i stedet deltage i gruppebaseret psykoedukation foruden at have samtaler med psykiater.

I KAG Bipolar F-ACT-modellen gradueres behandlingstilbuddet afhængigt af den enkelte patientens behov:

1. Behandlingstilbud 1: Patienter med bipolar lidelse med et højt funktionsniveau vil tilbydes pakkeforløb for bipolar lidelse over et år og vil kunne afsluttes i RHP umiddelbart herefter.
2. Behandlingstilbud 2: Patienter med bipolar lidelse med et mellem funktionsniveau vil tilbydes pakkeforløb for bipolar lidelse og vil skulle følges i F-ACT delen af KAG Bipolar herefter i op til to år.
3. Behandlingstilbud 3: Patienter med bipolar lidelse med lavt funktionsniveau vil kunne følges i F-ACT delen af KAG Bipolar i længere tid end to år.

Som beskrevet senere, kan antallet af patienter, som tilbydes pakkeforløb for bipolar lidelse med fordel øges, idet den gruppebaserede psykoedukation ønskes revideret, standardiseret og tilpasset en bredere målgruppe end den nuværende.

Fordele ved at samle FACT og Pakkeforløb i en Bipolar klinik i hvert psykiatrisk center i KAG Bipolar

- Overblik: Klinikkerne i F-ACT vil have overblik over samtlige patienter med bipolar lidelse i centeret (både stabile patienter, herunder patienter i Pakkeforløb, og ustabile patienter, som er på F-ACT board møder (se herunder))
- Smidighed i forhold til visitation: Efter henvisning til en bipolar klinik i et psykiatrisk center kan det ved forvisitationen afgøres om patienten bedst har gavn af pakkeforløb eller øvrig behandling i bipolar teamet, og patienten behøver således ikke revisitation via CVD (som det ellers er tilfældet aktuelt)
- Smidighed i forhold til skift i sygdomsfasen eller funktion: Ved forværring eller bedring af tilstanden kan behandlingstilbuddet tilpasses patienten umiddelbart (skift mellem individuel behandling i F-ACT og gruppebaseret psykoedukation i pakkeforløb og vice versa)
- Sikrer kontinuerlige psykoedukationsgrupper målrettet patienternes behov, da antallet af patienter vil blive større end i de nuværende behandlingstilbud for patienter med bipolar lidelse.

F-ACT board møder

Hver bipolar klinik i KAG Bipolar vil anvende daglige F-ACT board møder til sikring af transmuralt samarbejde, overblik og indsats (i takt med at F-ACT implementeres i centrene). De i F-ACT-modellen beskrevne kriterier for at patienterne kommer på F-ACT tavlen vil anvendes: indlagt, ny udskrevet, forværring af symptomer, forstyrret/truende adfærd, alvorlig mangel på egenomsorg, udeblivelser, svær at få kontakt med, tæt medicinsk opfølgning, livskrise, nye patienter.

Øvrige tiltag:

- Daglige selvrappede elektroniske Monsenso data (se afsnit herunder) om forværring af symptomer, indtaget medicin, kriser eller manglende kontakt (ingen selvrappede data) vil være tilgængelig ved de daglige F-ACT board møder og lette behandlingen i F-ACT.
- Fælles beslutningstagning om veldefinerede realistiske behandlingsmål på kort og lang sigt. Formålet er at opnå enighed mellem patient, pårørende og behandlere om veldefinerede realistiske behandlingsmål på kort og lang sigt, behandlingsmål, herunder varighed af behandlingen i KAG-regi.
- Beskrives i patientens behandlingsplan.

Gruppebaseret psykoedukation i pakkeforløb for bipolar lidelse

Evalueringen af "Pakkeforløb for Bipolar lidelse Forår 2019" viser at der er behov for standardisering af pakkeforløbene i forhold til antal patienter og indhold.

En større andel af ambulante patienter med bipolar lidelse i RHP kan med fordel tilbydes gruppebaseret psykoedukation end de aktuelle 210 patienter årligt med bipolar lidelse. Psykoedukations

programmet kan således revideres i forhold til en større gruppe af patienter med bipolar lidelse, herunder patienter med et relativt lavere funktionsniveau. Dette vil facilitere en standardisering af behandlingstilbuddet, som er kognitiv adfærdsterapeutisk orienteret med fokus på den adfærdsorienterede del.

Individuelle forløb

Individuelle forløb vil fortrinsvist foretages af sygeplejersker. Fokus vil være på struktur, døgnrytme, søvnrytme, evt. misbrug, planlægning gerne via Monsenso samt kompensationsstrategier især i forhold til kognitive vanskeligheder.

Recovery-orienteret indsats i KAG Bipolar

KAG Bipolar vil have fokus på udvikling af en recovery-orienteret praksis. Denne praksis vil tage udgangspunkt i CHIME modellens fem elementer, da der er evidens for, at disse fremmer den personlige recovery-proces (Handleplan for udvikling og forankring af recovery-kultur i RHP 2019).

De fem elementer er følgende: Håb og optimisme, Identitet og selvværd, Mening og mestring, Empowerment og selvstændighed, Tilknytning og samhørighed.

Som i alle F-ACT-teams i RHP vil der i de bipolare teams ansættes en recovery-mentor på halv tid. En recovery-mentor har personlige erfaringer med psykisk sygdom, har erfaring med at modtage behandling, og har været igennem en personlig recoveryproces. Alle recovery-mentorer deltager i RHPs peeruddannelse, hvor de styrkes fagligt i peerarbejdet og får konkrete værktøjer, samtidig med at de styrker deres netværk blandt øvrige recovery-mentorer.

Recovery-mentorerne kan i mødet med patienterne, indgyde håb om at det er muligt at komme sig. Alle patienter tilbydes kontakt til teamets recovery-mentor. En recovery-mentor har primært kontakt med patienterne i gruppetilbud, hvor der er fokus på dialog om identitet og selvværd, brobygning til civilsamfundet, samt mestring af et meningsfuldt hverdagsliv. Her kan der eksempelvis arbejdes med Guide til et godt hverdagsliv. Gruppen kan give patienten et fællesskab både i behandlingsforløbet, men muligvis også udenfor behandlingsmiljøet. Dette er et vigtigt element i behandlingen. Anbefaling fra Depressionsforeningen: "Søg fællesskabet, del erfaringer og sov godt" (SIND bladet 1, feb 2018, s.14).

Recovery-mentoren kan også støtte patienter i gode overgange. Eksempelvis kan recovery-mentoren støtte en patient i forbindelse med en udskrivelse bl.a. ved at introducere patienten til Udskrivnings-guiden, og recovery-mentoren kan støtte patienter i afslutningsfasen for det ambulante forløb.

Recovery-mentorerne kan også støtte patienterne i at formulere personlige mål og ønsker for behandlingen, hvilket er et fast punkt på F-ACT boardet og i behandlingsplanen. I svære valg omkring behandlingen kan recovery-mentoren støtte patienten i fælles beslutningstagning.

KAG Bipolar overvejer at implementere et beslutningsstøtteredskab, som er udarbejdet til at hjælpe patienten i forhold til en specifik beslutning: Ottawa Personal Decision Guide. Det er et generisk beslutningsstøtteredskab, der kan anvendes i forhold til enhver beslutning. Dette redskab udmærker sig særligt ved at hjælpe patienten med en værdiafklaring. Redskabet kan eksempelvis anvendes, når patienten skal træffe valg omkring medicinsk behandling. (Fag og Forskning 3,2017, s. 57).

Brug af Monsenso Appen (se afsnit herunder) er ligeledes en måde at styrke patienten i mestring af egen sygdom, hvilket kan understøtte patientens empowerment.

KAG Bipolar vil sikre, at patienter der er i målgruppen for en brugerstyret seng, tilbydes en kontrakt til en sådan.

I forhold til det organisatoriske niveau vil KAG Bipolar rekruttere en patientrepræsentant og en pårørenderepræsentant som KAG partner. Disse vil indgå i den samlede KAG partner gruppe på lige fod med centrenes KAG partnere.

KAG Bipolar overvejer at etablere et brugerråd når KAG Bipolar er lidt længere fremme i implementeringsprocessen. Desuden vil KAG Bipolar arbejde med tablets og patientfeedbackmøder. Denne feedback vil anvendes i det løbende udviklings- og forbedringsarbejde.

Smartphone monitorering, selvhjælpsbehandling og klinikerbehandling via Monsenso systemet

En central komponent i behandlingen omfatter supplerende smartphonebehandling, idet der er indgået kontrakt mellem IT-firmaet Monsenso og RHP.

Monsenso appen er udviklet over et 10-års tæt samarbejde mellem psykiatriske klinikere og forskere i Kompetencecenter for Affektive lidelser og Copenhagen Affective Disorder Research Center (CADIC), Psykiatrisk Center København, patienter med bipolar lidelse, IT-forskere fra IT-Universitetet, København, og DTU, Danmarks Tekniske Universitet.

I smartphonebehandling monitorer patienten selv dagligt stemningsleje, aktivitet, søvn, anden adfærd og medicinindtag. Monsenso har tillige moduler for psykoedukation, personlige advarselstegn og handlingsplaner og kognitive adfærdsterapiværktøjer, som er lettilgængelige for patienter for selvhjælp mellem ambulante aftaler (selvhjælpsbehandling uden direkte kliniker feedback loop). Tilsvarende kan behandlerne følge med i patientens tilstand og adfærd ved monitorering af patientens selvrapporterede smartphone data med mulighed for tidlig kontakt ved tegn på forværring (selvhjælpsbehandling med kliniker feedback loop).

Elektronisk monitorering af behandlingseffekt via Monsenso

Følgende variable monitorer patienterne selv på daglig basis (det tager to minutter og 80% udfylder dagligt over et halvt år): stemningsleje, blandingssymptomer (depressive og maniske), aktivitet, søvn, medicin, alkoholindtag, angst, kognition med simple scoringssystemer.

Data for alle disse variable vil være elektronisk tilgængelig ved de daglige F-ACT board møder.

Monsenso indeholder endvidere moduler til personlige monitoreringsvariabler som f.eks. personlige tidlige advarselstegn og triggere.

Der indgår endvidere en række spørgeskemaer i Monsenso.

Kliniker rating

Klinikerne (læger, sygeplejersker og psykologer) rater patienter ved hvert besøg med Hamilton Depression Scale-17 items (HAMD-17) (55), Young Mania Rating Scale (YMRS) (56) og Functional Assessment Short Test (FAST) og der foretages løbende opgørelser af interrater reliabilitet (se næste afsnit: Kompetente medarbejdere). Herved opnås synergi mellem klinik og forskning.

Bipolar lidelse og komorbiditet

Det kan på sigt overvejes at udvikle særskilte behandlingstiltag i de bipolare klinikker i regi af F-ACT til patienter med bipolar lidelse og henholdsvis komorbid angst, personlighedsforstyrrelse og misbrug.

Ressourceforbrug i KAG bipolar

KAG Bipolar vil være ressourceneutral i daglig drift i udviklingsfasen, idet der ikke ændres på den samlede varighed eller intensitet af behandlingen i forhold til det nuværende ressourceforbrug. Men

det er sandsynligt at behandlingen kan tilbydes mere cost effektivt i en fremtidig KAG Bipolar (se senere).

b. Kompetente medarbejdere

Her beskrives hvordan KAG Bipolar kan styrke medarbejdernes kompetencer i diagnostik og behandling af bipolar lidelse ved Model III) Samling af patienter med bipolar lidelse på en ambulant enhed i hvert center

Egen læring, motivation for læring og mesterlæreprincippet aktiveres.

Supervision af patient cases vil være muligt ved læger og andre behandlere i KAL.

Bipolar certificering

Alle Bipolar klinikker/behandlere vil initialt kunne blive certificeret i diagnostik og behandling af bipolar lidelse ved et uddannelseskursus over fire dage med fokus på diagnose, inklusiv vurdering af depressive og hypomane/maniske symptomer, og optimeret medicinsk og psykologisk behandling i henhold til retningslinjer. Kurset gentages med 1-2 dages kurser hvert halve år.

Undervisningen vil være evidensbaseret og patient case orienteret.

Der vil være særlig fokus på ensartet diagnostik af bipolar lidelse på tværs af psykiatriske centre, herunder af bipolar lidelse, type 1 og 2, samt diagnostik af komorbide tilstande.

Undervisningen inkluderer træning i Hamilton Depression Scale-17 items (HAMD-17) (55), the Young Mania Rating Scale (YMRS) (56) og Functional Assessment Short Test (FAST) (et 24-item klinikeradministreret interview vedr. autonomi, funktion på uddannelse og/eller arbejde, kognitiv funktion, økonomiske forhold, interpersonelle relationer og fritid) (57) og SAPAS (ref). Interrater reliabilitet undersøges løbende.

Undervisning i gruppebaseret psykoedukation

Monsenso systemet integreres i gruppebaseret psykoedukation og i individuel behandling

I gruppebaseret psykoedukation diskuterer patienterne de i Monsenso systemet dagligt registrerede variable (stemningsleje, aktivitet, søvn, anden adfærd og medicinindtag) i forhold til indtastede oplysninger om personlige advarselstegn og handlingsplaner. Sygeplejersker (eller anden personalegruppe) arbejder videre under og efter psykoedukation med individuel behandling via Monsenso systemet.

Den samlede undervisning planlægges og varetages af KAG ledelsen og KAG partnerne sammen med personale i Kompetencecenter for Affektive lidelser.

Sammenhængende fagligt miljø på tværs af psykiatriske centre

Et sammenhængende fagligt miljø vil sikres af KAG ledelsen og KAG-partnerne ved fælles undervisning (bipolar certificering og gentagelseskurser inklusiv fælles ratings), supervision af patient cases og forskningsdage i KAG Bipolar og personaleudveksling med Kompetencecenter for Affektive lidelser.

Det vil være centralt med samarbejde og gensidig læring i KAG Bipolar på tværs af alle psykiatriske centre i RHP.

Center for visitation og diagnostik (CVD)

Øge konsensus om bipolar diagnose gennem fælles undervisning med henblik på at nedsætte risiko for fejlvisitation. Dette sikres af KAG partnere og CVD.

c. Kvalitet i behandlingen

Her beskrives KAG Bipolar's kvalitetsmål ved Model III) Samling af patienter med bipolar lidelse på en ambulant enhed i hvert center

Som en del af et overordnet forskningsprojekt (SmartCAGBipolar studiet, se punktet Forskning og innovation) undersøges om patienterne i KAG Bipolar oplever bedring i forhold til patienter i vanlig behandling over et år i forhold til følgende kvalitetsmål:

- antal indlæggelser og samlet antal indlæggelsesdage
- psykosocial funktion (evne til uddannelse, arbejde, familieliv), livskvalitet, recovery, empowerment, tilfredshed med behandlingen, og i hvor høj grad patienterne får behandling i henhold til gældende danske (og internationale) retningslinjer
- behandlernes tilfredshed med behandlingen og arbejdet

d. Patientens ønsker og behov

Patienter og pårørende vil blive tæt involveret i den videre udfærdigelse og implementering af KAG Bipolar i forhold til klinik, undervisning og forskning.

KAG Bipolar vil således inddrage en patient og en pårørende i møder mellem KAG ledelsen og KAG partnerne.

Det vil herefter blive nærmere afklaret om der skal etableres et patient- og pårørendepanel (f.eks. med en repræsentant fra hvert psykiatrisk center i RHP) eller om der alternativt skal arbejdes med ad hoc patient-feedback-møder efter RHPs aktuelle model.

Depressionsforeningen, som også er patientforening for mennesker med bipolar lidelse, støtter op om KAG Bipolar, og har bidraget med anbefalelsesbrev til forskningsansøgninger.

Patienter med bipolar lidelse vil endvidere blive inddraget centralt via Dialogforum i RHP og lokalt i de bipolare klinikker.

Recovery mentorer vil indgå centralt i behandlingen.

Monsenso er udviklet i tæt samarbejde med patienter og pårørende, herunder med at definere de outcome mål, som indgår i Monsenso Appen og hermed i KAG Bipolars forskningsdel og forskningsansøgninger.

Patienten kan efter eget ønske, og efter aftale med behandlerne, give udvalgte pårørende adgang til egne selvrapporterede elektroniske data, herunder personlige advarselstegn, og integreres i Monsenso behandlingsloopet. Det kan overvejes om Recovery mentorer ligeledes kunne integreres i Monsenso feedback loop systemet.

Patienttilfredshed

Patienttilfredshed i KAG Bipolar vil blive belyst dels systematisk (se senere og forskningsprotokol i Appendix II), som en del af KAG Bipolar forsøget og dels ved kvalitative fokusgruppe interviews.

I den forskningsbaserede opgørelse vil tilfredshed med behandling blive opgjort systematisk ved livskvalitet, tilfredshed med behandlingen ved brug af Verona Satisfaction Scale-Affective Disorder (VSS-A) (58) samt landsdækkende undersøgelse af patienttilfredshed (LUP). Endvidere opgøres andre aspekter af patienttilfredshed som livskvalitet ved WHO Quality of Life-BREF (WHOQoL) (59)), recovery ved Recovery Assessment Scale (60)), empowerment ved Rogers empowerment scale (61).

e. Forskning og innovation

Der er et stort uudnyttet forskningspotentiale i den store gruppe af patienter med progredieret bipolar lidelse og tilsvarende muligheder for at implementere forskningsviden og bedre behandlingen i klinisk praksis for denne gruppe af patienter.

Herunder beskrives først to planlagte randomiserede undersøgelser og herefter andre planlagte forskningsinitiativer.

To planlagte randomiserede undersøgelser

*For detaljer henvises til vedhæftede forskningsprotokol i Appendix II:
Effekt af specialiseret og smartphone-baseret behandling af bipolar lidelse – to lodtrækningsforsøg i ét studie: KAG Bipolar forsøget og Smart Bipolar forsøget (SmartCAGBipolar studiet)*

Projektgruppen udgøres af KAG ledelsen, KAG partnerne, vicedirektør Ida Hageman, RHP, samt klinikere og forskere fra Psykiatrisk Center København, og forskere fra DTU og Monsenso. Styregruppen udgøres af direktør Martin Lund, RHP, direktør Thomas Lethenborg, Monsenso, og professor Lars Kessing (projektleder).

Herunder følger dansk resumé af de to planlagte randomiserede undersøgelser: Mennesker med bipolar lidelse oplever ofte nedsat livskvalitet og problemer i familie og med uddannelse og arbejde og må ofte indlægges grundet forværring i symptomer. Bipolar lidelse er en kompleks sygdom med en kompleks behandling. I Danmark som internationalt er behandlingen af bipolar lidelse generelt spredt og ukoordineret, og patienterne er mellem ambulante aftaler overladt til sig selv. Aktuelt er den ambulante behandling i Region Hovedstadens Psykiatri spredt ud på næsten forskellige 100 behandlingssteder.

Region Hovedstadens psykiatri har derfor besluttet at omorganisere behandlingen af bipolar lidelse (i en KAG Bipolar) og integrere brug af smartphones som supplerende selvbehandling. I KAG Bipolar samles patienter med bipolar lidelse i en specialiseret bipolar klinik i hvert psykiatrisk center i Region Hovedstaden og behandlerne uddannes til optimal medicinsk, psykologisk og kognitiv adfærdsterapeutisk behandling med henblik på et ensartet optimeret behandlingstilbud i hele regionen (KAG Bipolar-modellen).

Behandlingen omfatter supplerende smartphonebehandling, hvor daglig selvmonitorering af stemningsleje, aktivitet, søvn, anden adfærd og medicinindtag samt psykoedukation, personlige advarselstegn og handlingsplaner og kognitive adfærdsterapi værktøjer bliver lettilgængelige for patienten.

ter for selvhjælp mellem ambulante aftaler og for behandlerne. Tilsvarende kan behandlerne følge med i patientens tilstand og adfærd ved monitorering af patientens selvrapporterede smartphone data med mulighed for tidlig kontakt ved tegn på forværring (selvhjælpsbehandling med kliniker feedback).

Det er imidlertid ikke klart hvordan optimal smartphonebehandling bedst supplerer den kliniske behandling – som selvhjælpsbehandling med klinisk feedback eller uden kliniker feedback.

Det er aldrig tidligere undersøgt i stor skala om henholdsvis specialiseret, delvist centraliseret behandling og smartphone-behandling gør en forskel i dagligdagen og bedrer sygdom og liv for mennesker med bipolar lidelse. Der er således netop nu en enestående mulighed for i et forskningsdesign at belyse fordele og evt. ulemper ved KAG Bipolar-modellen med henblik på fortsat optimering af behandlingspraksis for patienter med bipolar lidelse.

Dette er et nyt klinisk og forskningsinitiativ fra RHP og inkluderer de seks psykiatriske centre i regionen, som behandler patienter med bipolar lidelse.

Formålet med studiet er at undersøge om henholdsvis specialiseret, delvist centraliseret behandling og smartphone-behandling bedrer sygdom, livskvalitet og funktion hos personer med bipolar lidelse.

Studiet består af to store lodtrækningsforsøg med inklusion af alle patienter i RHP hhv. 1700 og 1000 patienter med bipolar lidelse.

Randomiseret trial – KAG Bipolar RCT

Der trækkes lod for alle ambulante enheder om patienterne skal indgå i KAG Bipolar fra starten eller vente 1½ år med skæv vægtning (70% starter, 30% venter 1½ år). Patienterne, som indgår i KAG Bipolar samles i én klinik for bipolar lidelse i hver af de seks psykiatriske centre i RHP, mens den anden halvdel fortsætter vanlig behandling i det 1½ år studiet varer, hvorefter de også overgår til klinik for bipolar lidelse.

Behandlerne i de seks klinikker for bipolar lidelse vil herved overvejende behandle patienter med bipolar lidelse, hvorved mesterlæreprincippet styrkes. Alle behandlerne vil blive certificeret i behandling af bipolar lidelse ved et uddannelseskursus med fokus på optimeret medicinsk og psykologisk behandling med henblik på at bedre livskvalitet for patienterne ved opnåelse af enighed mellem patient, pårørende og behandlere om veldefinerede behandlingsmål. Behandlingen vil løbende blive superviseret.

Lodtrækningsforsøget varer ét år. Formålet er at undersøge om patienterne i KAG Bipolar oplever bedring i forhold til patienter i vanlig behandling i forhold til:

1. risiko for indlæggelse og kortere indlæggelsesvarighed
2. depressive (rating ved Hamilton Depression Rating Scale (55)) og maniske symptomer (Young Mania Rating Scale (YMRS) (56)), psykosocial funktion (evne til uddannelse, arbejde, familieliv; Functional Assessment Short Test (FAST) (57)), livskvalitet (WHO Quality of Life-BREF (WHOQoL) (59)), recovery (Recovery Assessment Scale (60)), empowerment (Rogers empowerment scale (61), tilfredshed med behandlingen (Verona Satisfaction Scale-Affective Disorder (VSS-A) (58) samt Landsdækkende Undersøgelse af Patienttilfredshed (LUP)), og i hvor høj grad patienterne får behandling ihht. gældende danske (15) (og internationale) retningslinjer (målt ved øget brug af de tre stemningsstabiliserende midler for bipolar lidelse: lithium, lamotrigine eller quetiapine og mindre brug af antidepressiv medicin).
3. behandlernes tilfredshed med behandlingen og arbejdet

En lang række andre afledte fordele og ulemper ved Model III vil også belyses systematisk i undersøgelsen, herunder succesfaktorer (= prædiktorer for behandlingseffekt) så som geografisk afstand til klinik for bipolar lidelse i KAG Bipolar, behandlernormering, forskel mellem psykiatriske centre, foruden en række patientfaktorer, så som alder, sværhedsgrad af sygdom, mv.

Randomiseret trial – Smart bipolar RCT

Der trækkes lod for alle patienter i KAG Bipolar om supplerende smartphone behandling som 1) selvhjælpsbehandling med kliniker feedback 2) selvhjælpsbehandling uden kliniker feedback 3) KAG Bipolar behandling alene.

Lodtrækningsforsøget varer et halvt år og alle patienter får behandling i KAG Bipolar.

Formålet er at undersøge om patienter som oveni KAG Bipolar behandling bruger Monsenso smart-phone-systemet – med eller uden et klinisk feedback loop – oplever bedring i forhold til patienter i behandling med KAG Bipolar alene ved følgende effektmål:

1. forekomsten af stabilt smartphone-selvrapporeret dagligt stemningsleje, som er et nyt centralt behandlingsmål ved bipolar lidelse, stærkt associeret med øget oplevelse af stress og nedsat livskvalitet og psykosocial funktion (62)
2. samme som i lodtrækningsforsøg KAG Bipolar
3. samme som i lodtrækningsforsøg KAG Bipolar

Fundene fra de to forsøg vil blive implementeret direkte i KAG Bipolar for alle patienter i RHP med bipolar lidelse. Resultaterne vil også få betydning for kommende KAGs for mennesker med andre psykiske lidelser i RHP såvel som for specialisering i de øvrige regioner i Danmark og internationalt.

Andre planlagte forskningsinitiativer

Det planlægges at implementere en elektronisk selvurdering af kognitiv funktion i det pågående projekt ICAT (the Internet-based Cognitive Tool) til alle patienter i KAG Bipolar. ICAT er aktuelt i test pilotfase.

Patienter og pårørendes inddragelse, tilrettelæggelse og deltagelse i forskningsprojekter

Depressionsforeningen, som også er patientforening for mennesker med bipolar lidelse, støtter op om KAG Bipolar, og har bidraget med anbefalelsesbrev til forskningsansøgninger.

Patienter med bipolar lidelse vil endvidere blive inddraget centralt via Dialogforum i RHP og lokalt i de bipolare klinikker.

Recovery mentorer vil indgå centralt i behandlingen.

Monsenso er udviklet i tæt samarbejde med patienter og pårørende, herunder med at definere de monitorerings- og effektmål, som indgår i Monsenso Appen og hermed i KAG Bipolar's forskningsdel og ansøgninger.

Nyt klinisk professorat i psykiatri på PCN

Et professorat besættes ultimo 2019 på PCN med titlen: "Professorat i psykiatri med fokus på forebyggelse og behandling i de tidlige stadier af affektive lidelser". Med professoratet øges mulighederne for forskning i bipolar lidelse og synergi mellem klinik og forskning i hele RHP.

Strategi for forskningsformidling

Resultater fra forskning i KAG Bipolar vil blive publiceret i førende psykiatriske internationale tidskrifter samt i danske fagtidsskrifter inkl. Ugeskrift for læger.

Resultaterne vil blive diskuteret med Depressionsforeningen.

Resultaterne vil tillige blive fremlagt ved internationale kongresser som den årlige kongres for In

ternational Society for Bipolar Disorder (ISBD) samt ved danske faglige møder i Dansk Selskab for Affektive Lidelser (DSAL) og Dansk Psykiatrisk Selskabs årsmøde.

Tillige vil der blive holdt en lang række foredrag på de psykiatriske centre i RHP samt ved psykiatriske afdelinger i alle fem regioner.

Endelig vil resultaterne blive bredt formidlet til danske og evt. udenlandske medier, aviser, TV og radio.

Økonomi og ressourceforbrug i KAG Bipolar

KAG Bipolar vil være ressourceneutral i daglig drift i udviklingsfasen, idet der ikke ændres på den samlede gennemsnitlige varighed eller intensitet af behandlingen i forhold til det nuværende ressourceforbrug. Men det er sandsynligt at behandlingen kan tilbydes mere cost effektivt i en fremtidig KAG Bipolar ved Model III grundet flg. faktorer:

- den rette medicin på det rette tidspunkt til den rette patient vil mindske risiko for tilbagefald og indlæggelse og bedre sygdoms-forløbet
- standardiseret gruppebaseret psykoedukation til flere patienter med bipolar lidelse er cost-effektivt med flere patienter per behandler
- bedre ensartet og koordineret behandling mellem psykiatriske centre og mellem ambulante og sengeafsnits klinikere
- ny forskning på patienter med progredieret bipolar lidelse og direkte implementering af resultater i klinikken i KAG Bipolar
- tidligere forskning og erfaringerne fra RHP har vist at samling af patienter med debuterende bipolar lidelse er mere cost effektivt (færre udgifter per patient) end vanlig spredt behandling og med bedre klinisk behandlingspraksis og bedre sygdomsforløb og tilfredshed for patienterne. Samme effekter kan formentligt opnås ved samling af patienter med progredieret bipolar lidelse.

7. KAG Bipolar processen – fortid, nutid og fremtid

For at give en fornemmelse af tidsprocessen omkring KAG Bipolar gives i dette afsluttende afsnit en kort rids af den samlede KAG proces.

Afsnittet præsenterer kort i følgende fire delafsnit: 1) KAG Bipolars forhistorie 2) den tidligere proces omkring KAG Bipolar fra 2014 til 2018 3) den nylige proces omkring KAG Bipolar og 4) implementering af Model III.

KAG Bipolars forhistorie

Efter dokumentation af lithiums kliniske effekt ved bipolar lidelse fra først i 1950'erne (ved Mogens Schou, Århus, og Paul Baastrup, Glostrup) etableres lithiumklinikker i 1960'erne og 1980'erne for patienter med mani-depressiv sygdom i Danmark og internationalt. Der var tale om specialiserede og centraliserede klinikker. Med indførelsen af geografisk nærhedsprincip og udviklingen af distriktpsykiatrien gennem 1980'erne nedlægges lithiumklinikkerne.

Fra 2014 til 2018: Den tidligere proces om KAGs og KAG Bipolar
Herunder nævnes de væsentligste begivenheder.

Januar 2014: Region Hovedstadens to dages studietur om Clinical Academic Groups til King's Health Partners, London.

Deltagere (i alt 32): Direktører og vicedirektører fra Rigshospitalet, Herlev Hospital, Glostrup Hospital og Region Hovedstadens Psykiatri foruden udvalgte professorer.

September 2014: Præsentation og diskussion af KAG model for Bipolar lidelse i RHP ved Kompetencecenter for Affektive lidelsers 10-års jubilæum 1. september 2014.

Februar 2016: Tidligere RHP-rapport med forslag om etablering af CAG Bipolar i RHP med fuld analyse af fordelingen af patienter med bipolar lidelse på ambulante enheder og sengeafsnit i RHP 2014-2016 (Appendix III)

Rapport med titlen: "CAG for behandling af bipolare lidelser i Region Hovedstadens Psykiatri?" Februar 23, 2016. Udarbejdet af Vicedirektør Peter Treufeldt, Klinikchef Ida Hageman, Professor Lars Kessing og Økonomi- og Planlægningsafdelingen (ØPA) ved Sven Knudsen. Rapporten viser at behandlingen af bipolar lidelse er fordelt på 107 ambulante enheder (2017/2018: på 99 ambulante enheder) og et større antal sengeafsnit i RHP. Rapporten beskriver endvidere forskellige organisatoriske scenarier for samling af ambulante patienter i en KAG Bipolar samt modeller for ledelse, herunder matrix-ledelse.

2016 til juni 2017: En række dialogmøder mellem Psykiatrisk Center København og direktionen om hvordan CAG (eller KAG?) Bipolar kan organiseres og opstartes.

Juni 2017: RHPs direktion og repræsentanter fra hospitalsledelsen tager på studiebesøg vedrørende CAGs ved Kings College London. Direktionen ønsker sammen med hospitalsledelsen at

drøfte de muligheder og overvejelser, der er opstået som følge af besøget. Plan for samlet tilgang til CAG-debatten afventer således hospitalsledelsens drøftelser.

November 2017: RHP heldagsworkshop om "Hvordan skaber vi et intensiveret samarbejde mellem forskning og klinik?" Oplæg bl.a. om "Synergi mellem klinik og forskning illustreret ved KAL og perspektiver for en Klinisk Akademisk Gruppe (KAG) for bipolar lidelse (v. Lars Kessing)"

Februar 2018: – RHPs hospitalsledelse beslutter at etablere to RHP-KAGs indenfor hhv. bipolar lidelse og psykoterapi.

Februar 2018 til 26. juni 2018: Arbejdsgruppe beskriver de aktuelle generelle rammer for KAGs i RHP. Godkendes af hospitalsledelsen d. 26. juni 2018.

Den nylige proces omkring KAG Bipolar

Januar 2019: KAG Bipolar ledelsen og KAG-partnerne udpeges af direktion og hospitalsledelse

Januar – juni 2019: Tæt dialog mellem KAG-ledelsen, KAG-partnerne (klinikchefer fra alle psykiatriske centre), centerledelser og direktionen omfattende:

1. baggrund for KAG Bipolar
2. udfordringer ift. diagnostik, behandling, undervisning og forskning af og i bipolar lidelse med den nuværende organisering i RHP og fordele og ulemper ved forskellige mulige organisatoriske scenarier.
3. mulige organisatoriske scenarier for hvert center i forhold til samling af ambulante patienter med bipolar lidelse.

KAG-partnere har sammen med lægelig vicedirektør være involveret i udvikling af forskningsprotokollerne KAG Bipolar RCT og Smart Bipolar RCT.

KAG-ledelsen og KAG-partnerne har sammen udviklet og beskrevet tiltag til standardiseret diagnostik, behandling, uddannelse af klinikere ved bipolar certificering og forskning, som beskrevet i outcome book.

Klinikere i KAL er indstillet på at medvirke til uddannelse af klinikere og supervision af patienter i KAG Bipolar.

Forskere i Copenhagen Affective Disorder Research Center (CADIC) er indstillet på at indgå i gennemførelsen af de to patient randomiserede undersøgelser, som beskrevet i Appendix II.

Depressionsforeningen har bidraget med støttebrev til forskningsansøgninger og er involveret i den videre udvikling og implementeringsproces ved deltagelse i møder mellem KAG-ledelse og KAG-partnere ligesom der har været dialogmøder med patientpanel og RHPs dialogforum.

Implementering af Model III) Samling af patienter med bipolar lidelse på en ambulant enhed i hvert center

Medarbejderne planlægges samlet i løbet af vinter 2019 i en geografisk lokaliseret enhed for behandling af bipolar lidelse i Psykiatrisk Center København og Psykiatrisk Center Ballerup. Samtidig starter patienter afhængig af resultatet af lodtrækning i disse psykiatriske centre, dvs. sidst i 2019 eller først 2020, idet 70% starter i bipolar klinik i centeret og 30% forbliver i vanlig behandling i 1½ år (kontrolgruppen) og overgår herefter til bipolar klinikken. Øvrige psykiatriske centre følger forår/sommer 2020.

Certificering af KAG Bipolar klinikker

Tanken er at hver KAG Bipolar klinik certificeres i diagnostik og behandling af bipolar lidelse, f.eks. som følger:

Certificering over seks måneder ved:

1. Personalet gennemgår bipolar certificeringskursus (> 85%)
2. Udveksling af to personaler à tre måneder (begge veje)
3. Supervision af seks patienter

Bipolar certificeringskurser

Uddannelsen til bipolar certificering, bestående af et 4-dages kursus og senere et 2-dages kursus, starter umiddelbart efter samling af medarbejdere i den bipolare klinik i centrene og forløber i op til et halvt år frem til forår/sommer 2020. Kurserne gentages jævnligt ved start af nye medarbejdere. Uddannelsen indgår i bipolar certificering af KAG bipolar klinikkerne og omfatter uddannelse i Mon-senso smartphone-behandling.

Udveksling af personale

Personale (typisk én læge og én sygeplejerske) udveksles tre måneder mellem lokal KAG Bipolar klinik og Kompetencecenter for Affektive lidelser (begge veje), typisk tre dage hjemme og to dage ude.

Supervision af patient cases

Patientcases fremlægges med diskussion af diagnose og behandling på månedlige konferencer med Kompetencecenter for Affektive lidelser.

Forskning: To RCT'er i KAG Bipolar

- RCT CAG bipolar: Tid 0 er planlagt til at starte forår/sommer 2020 og løber til forår/sommer 2021. Dvs., selv om randomiseringen starter efterår 2019 / forår 2020 tæller tiden i studiet først et halvt år senere, når organisering og uddannelse er fuldt gennemført. Ved senere start af patienter fra psykiatriske centre eller ved anden forsinket rekruttering forlænges forsøget til 2022.
- RCT Smart Bipolar planlægges startet december 2020 og løber til juni 2021 (ved forsinket rekruttering til 2022)
- Analyser og afrapportering: til april 2022 (ved forsinket rekruttering til 2023)

8. anbefalinger, konklusion og beslutninger

a. anbefalinger

Anbefaling fra KAG partnere i KAG Bipolar

Alle KAG partnere i KAG Bipolar (alle klinikchefer) anbefaler af faglige grunde Model III. Der findes valide data der tydeligt viser, at især medicinsk behandlingskvalitet og dermed patientsikkerhed ikke lever op til anbefalingerne og ikke ser ud til at forbedres i den nuværende organisering. Efter grundig gennemgang af de mulige løsningsmodeller, står Model III tilbage som den, der klart vil skabe mest værdi for patienterne. Løsningen indeholder et bredt tværfagligt kompetenceløft og vil dermed uden tvivl også skabe værdi for medarbejderne.

Centerledelser

Patienter med bipolar lidelse behandles aktuelt i en geografisk lokaliseret ambulant enhed i PCBo og i BUC, RHP, mens PC Sct. Hans kun har 11 ambulante patienter årligt med bipolar lidelse og PC Stolpegård ingen patienter.

Centerledelserne for PCK, PCN, PCA, PCG og PCB har ved møder med KAG ledelsen set positivt på implementering af Model III og på at implementeringen kan ske gradvist i hvert center efter randomisering i KAG Bipolar forsøget.

KAG-ledelsen anbefaler af diagnostiske, behandlingsmæssige, undervisningsmæssige, forskningsmæssige, organisatoriske og økonomiske årsager at Model III implementeres i KAG Bipolar.

b. Konklusion og beslutninger

På baggrund af nærværende outcome book Bipolar og fortløbende dialog har hospitalsledelsen i juni 2019 besluttet sig for Model III. Centerledelserne for PCK og PCB har besluttet at model III opstartes i løbet af vinter 2019, mens centerledelserne for PCA, PCN og PCG har tilkendegivet at model III opstartes i løbet af første halvdel af 2020.

Den samlede KAG Bipolar vil integrere F-ACT og pakkeforløb i en bipolar klinik i hvert psykiatrisk center.

Effekter af KAG Bipolar vil blive undersøgt i en randomiseret undersøgelse (se forskningsprotokol i Appendix II, KAG Bipolar trial).

9. Bilag

- a) Appendix I. Fordeling af ambulante og indlagte patienter med bipolar lidelse i RHP
- b) Appendix II. protokoller for 2 randomiserede trials vedr. KAG Bipolar og behandling med Mon-senso smartphones: KAG Bipolar forsøget og Smart Bipolar forsøget
- c) Appendix III. CAG Bipolar rapport 2016 med analyser af fordeling af ambulante og indlagte patienter i RHP 2014-2016

Ovenstående bilag kan rekvireres ved henvendelse til professor Lars Kessing.

Referencer

1. Kessing LV, Hageman, I. Affektive lidelser. Klinisk Psykiatri. Editors: Ole Mors, Merete Nordentoft, Ida Hageman. 2016;4. udgave.
2. Kessing LV. Diagnostic stability in bipolar disorder in clinical practise as according to ICD-10. *J Affect. Disord* 2005;85(3):293-299.
3. Baldessarini RJ, Tondo L, Baethge CJ, Lepri B, Bratti IM. Effects of treatment latency on response to maintenance treatment in manic-depressive disorders. *Bipolar Disord* 2007;9(4):386-393.
4. Angst J. Course of affective disorders. In: Sachar EJ, editor. *Handbook of biological psychiatry. Part 5. Brain mechanisms and abnormal behaviour*. New York: Marcel Dekker; 1981. p. 225-242.
5. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 2002;59(6):530-537.
6. Coryell W, Scheftner W, Keller M, Endicott J, Maser J, Klerman GL. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am. J. Psychiatry* 1993;150(5):720-727.
7. MacQueen GM, Young LT, Joffe RT. A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr. Scand* 2001;103(3):163-170.
8. Freeman MP, Freeman SA, McElroy SL. The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology, and treatment issues. *J. Affect. Disord* 2002;68(1):1-23.
9. Messer T, Lammers G, Muller-Siecheneder F, Schmidt RF, Latifi S. Substance abuse in patients with bipolar disorder: A systematic review and metaanalysis. *Psychiatry Res* 2017;253:338-350.
10. Kessing LV. Cognitive impairment in the euthymic phase of affective disorder. *Psychol. Med* 1998;28(5):1027-1038.
11. Torres IJ, Boudreau VG, Yatham LN. Neuropsychological functioning in euthymic bipolar disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl* 2007(434):17-26.
12. Kessing LV, Vradi E, Andersen PK. Life expectancy in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2015;17(5):543-548.
13. Kessing LV, Vradi E, McIntyre RS, Andersen PK. Causes of decreased life expectancy over the life span in bipolar disorder. *J Affect. Disord* 2015;180:142-147.
14. Goodwin FKJ, K.R. . Manic-depressive illness. . 1990.
15. (RADS) RfAaDS. Baggrundsnotat for medicinsk behandling af bipolar lidelse. <http://www.rads.dk/media/1904/bipolar-depression-bgn-september-2015.pdf>. In; 2015.
16. Kessing LV, Hansen MG, Andersen PK. Course of illness in depressive and bipolar disorders. Naturalistic study, 1994-1999. *Br J Psychiatry* 2004;185:372-377.
17. Kessing LV, Hansen MG, Andersen PK, Angst J. The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders – a life-long perspective. *Acta Psychiatr. Scand* 2004;109(5):339-344.
18. Vestergaard P, Schou M. Prospective studies on a lithium cohort. 1. General features. *Acta Psychiatr. Scand* 1988;78(4):421-426.
19. Kessing LV, Sondergard L, Kvist K, Andersen PK. Adherence to lithium in naturalistic settings: results from a nationwide pharmacoepidemiological study. *Bipolar. Disord* 2007;9(7):730-736.
20. McIntyre RS, Danilewitz M, Liauw SS, Kemp DE, Nguyen HT, Kahn LS, et al. Bipolar disorder and metabolic syndrome: An international perspective. *J Affect. Disord* 2010.
21. Laursen TM, Nordentoft M. Heart disease treatment and mortality in schizophrenia and bipolar disorder – Changes in the danish population between 1994 and 2006. *J Psychiatr. Res* 2010.
22. Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden C, Licht RW, Moller HJ, et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2012 on the long-term treatment of bipolar disorder. *World J Biol. Psychiatry* 2013;14(3):154-219.
23. Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden C, Licht RW, Moller HJ, et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2009 on the treatment of acute mania. *World J. Biol. Psychiatry* 2009;10(2):85-116.

24. Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden C, Licht RW, Moller HJ, et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2010 on the treatment of acute bipolar depression. *World J Biol. Psychiatry* 2010;11(2):81-109.
25. Severus E, Taylor MJ, Sauer C, Pfennig A, Ritter P, Bauer M, et al. Lithium for prevention of mood episodes in bipolar disorders: systematic review and meta-analysis. *Int. J Bipolar Disord* 2014;2:15.
26. Goodwin GM. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition-recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2009;23(4):346-388.
27. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Beaulieu S, Alda M, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disord* 2013;15(1):1-44.
28. NICE. Bipolar disorder: the assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care. NICE Clinical Guideline 185.; 2015 2015.
29. Kessing LV, Gerds TA, Feldt-Rasmussen B, Andersen PK, Licht RW. Use of lithium and anticonvulsants and the rate of chronic kidney disease a nation-wide population-based study. *JAMA Psychiatry* 2015;72(12):1-10.
30. Kessing LV, Feldt-Rasmussen B, Andersen PK, Gerds TA, Licht RW. Continuation of lithium after a diagnosis of chronic kidney disease. *Acta Psychiatr Scand* 2017;136(6):615-622.
31. Kessing LV, Vradi E, Andersen PK. Nationwide and population-based prescription patterns in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2016;18(2):174-182.
32. Nolen WA. More robust evidence for the efficacy of lithium in the long-term treatment of bipolar disorder: should lithium (again) be recommended as the single preferred first-line treatment? *Int. J Bipolar Disord* 2015;3:1.
33. Pacchiarotti I, Bond DJ, Baldessarini RJ, Nolen WA, Grunze H, Licht RW, et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) task force report on antidepressant use in bipolar disorders. *Am J Psychiatry* 2013;170(11):1249-1262.
34. Sidor MM, MacQueen GM. Antidepressants for the acute treatment of bipolar depression: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2011;72(2):156-167.
35. McGirr A, Vohringer PA, Ghaemi SN, Lam RW, Yatham LN. Safety and efficacy of adjunctive second-generation antidepressant therapy with a mood stabiliser or an atypical antipsychotic in acute bipolar depression: a systematic review and meta-analysis of randomised placebo-controlled trials. *Lancet Psychiatry* 2016;3(12):1138-1146.
36. Kessing LV, Forman JL, Andersen PK. Does lithium protect against dementia? *Bipolar Disord* 2010;12(1):87-94.
37. Kessing LV, Vradi E, Andersen PK. Starting lithium prophylaxis early v. late in bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2014;205(3):214-220.
38. Soo SA, Zhang ZW, Khong SJ, Low JEW, Thambyrajah VS, Alhabsyi S, et al. Randomized Controlled Trials of Psychoeducation Modalities in the Management of Bipolar Disorder: A Systematic Review. *J Clin Psychiatry* 2018;79(3).
39. Huxley NA, Parikh SV, Baldessarini RJ. Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder: state of the evidence. *Harv. Rev. Psychiatry* 2000;8(3):126-140.
40. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch. Gen. Psychiatry* 2003;60(4):402-407.
41. Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 2003;60(9):904-912.
42. Morriss RK, Faizal MA, Jones AP, Williamson PR, Bolton C, McCarthy JP. Interventions for helping people recognise early signs of recurrence in bipolar disorder. *Cochrane. Database. Syst. Rev* 2007(1):CD004854.
43. Berk M, Hallam K, Malhi GS, Henry L, Hasty M, Macneil C, et al. Evidence and implications for early intervention in bipolar disorder. *J Ment. Health* 2010;19(2):113-126.
44. Franchini L, Zanardi R, Smeraldi E, Gasperini M. Early onset of lithium prophylaxis as a predictor of good long-term outcome. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999;249(5):227-230.

45. Swann AC, Bowden CL, Calabrese JR, Dilsaver SC, Morris DD. Differential effect of number of previous episodes of affective disorder on response to lithium or divalproex in acute mania. *Am. J. Psychiatry* 1999;156(8):1264-1266.
46. Post RM, Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, Suppes TM, Keck PE, Jr., et al. An overview of recent findings of the Stanley Foundation Bipolar Network (Part I). *Bipolar Disord* 2003;5(5):310-319.
47. Vieta E, Pacchiarotti I, Valenti M, Berk L, Scott J, Colom F. A critical update on psychological interventions for bipolar disorders. *Curr. Psychiatry Rep* 2009;11(6):494-502.
48. 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;210(3):197-202.
49. 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;32(3):115-120.
50. Jawad I, Watson S, Haddad PM, Talbot PS, McAllister-Williams RH. Medication nonadherence in bipolar disorder: a narrative review. *Ther Adv Psychopharmacol* 2018;8(12):349-363.
51. Kessing LV, Hansen HV, Bech P. Attitudes and beliefs among patients treated with mood stabilizers. *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health* 2006;2(1):8.
52. Kessing LV, Hansen HV, Hvenegaard A, Christensen EM, Dam H, Gluud C, et al. 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;202:212-219.
53. Kessing LV, Hansen HV, Christensen EM, Dam H, Gluud C, Wetterslev J. Do young adults with bipolar disorder benefit from early intervention? *J Affect. Disord* 2014;152-154:403-408.
54. Psykiatri AuRuo. Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – kapacitet, sammenhæng og struktur .Bilagrapport 1. Afrapportering fra Arbejdsgruppe under Regeringens udvalg om Psykiatri.; 2013.
55. Hamilton M. A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 1960;23:56-62.
56. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br. J. Psychiatry* 1978;133:429-435.
57. Rosa AR, Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol. Ment. Health* 2007;3:5.
58. Kessing LV, Hansen HV, Ruggeri M, Bech P. Satisfaction with treatment among patients with depressive and bipolar disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr. Epidemiol* 2006;41(2):148-155.
59. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 2004;13(2):299-310.
60. Corrigan PW, Salzer M, Ralph RO, Sangster Y, Keck L. Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophr. Bull* 2004;30(4):1035-1041.
61. Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML, Crean T. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatr. Serv* 1997;48(8):1042-1047.
62. Faurholt-Jepsen MF, M.; Busk, J.; Christensen, E.M.; Bardram, J.E.; Vinberg, M.; Kessing, L.V. Is smartphone-based mood instability associated with stress, quality of life and functioning in bipolar disorder? *Bipolar Disorder*, in proces. 2019.



Psykiatri

Kontaktoplysninger

Lars Vedel Kessing, Lars.Vedel.Kessing@regionh.dk

Birgitte Vejstrup, Birgitte.Vejstrup@regionh.dk

Ellen Margrethe Christensen, Ellen.Margrethe.Christensen@regionh.dk