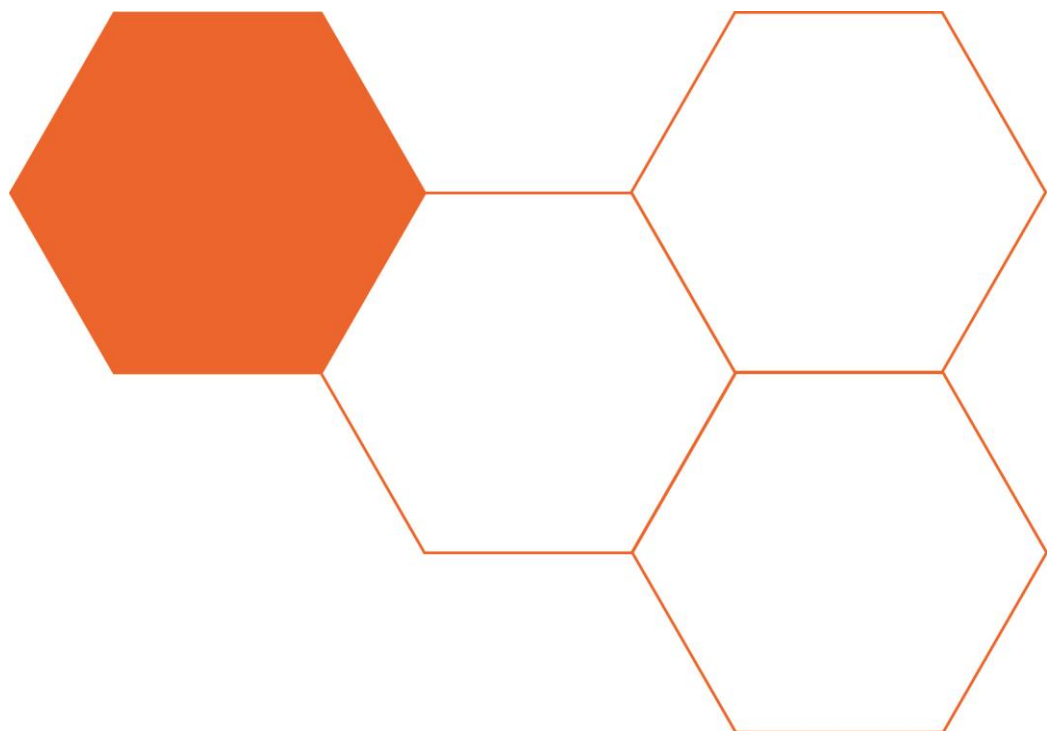


Regional riktlinje för återfalls- förebyggande behandling vid bipolär sjukdom

Riktlinjer för utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne. Regionala riktlinjer har tagits fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper. Riktlinjerna är fastställda av t f hälso- och sjukvårdsdirektör.



FÖRORD

Våren 2015 lämnade, då biträdande medicinsk direktör, Rita Jedlert, Region Skåne, Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning, uppdrag till regional expertgrupp för psykisk ohälsa att ta fram förslag till regionala riktlinjer och vårdprogram inom området psykiatri och psykisk ohälsa.

I den nationella rapporten Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet framgick att Skåne bland annat hade en lägre förskrivning av litium än snittet i landet.

Expertgruppen för psykisk ohälsa fick i uppdrag att ta fram riktlinjer för återfallsförebyggande behandling vid bipolär sjukdom. En arbetsgrupp inom expertgrupp psykisk ohälsa har tagit fram Regional riktlinje för återfallsförebyggande behandling vid bipolär sjukdom.

Fastställd

Malmö 2017-08-15

Rita Jedlert
T f hälso- och sjukvårdsdirektör

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Dokumentinformation	5
2	Sammanfattning	6
2.1	Bakgrund	6
2.2	Återfallsförebyggande behandling enligt aktuell evidens.....	6
2.3	Åtgärd.....	6
3	Uppdrag och syfte	7
4	Vårdprogramsgrupp.....	7
5	Målgrupper	8
5.1	Riktlinjerna vänder sig till	8
5.2	Aktuell patientgrupp	8
5.3	Avgränsning.....	8
6	Bakgrund.....	8
6.1	Återfallsförebyggande behandling för bipolär sjukdom i Region Skåne jämfört med riket	9
6.2	Återinsjuknande	9
6.3	Litiumförskrivning	9
6.4	Patientutbildning.....	9
6.5	Epidemiologi.....	10
7	Återfallsförebyggande behandling av bipolär sjukdom	10
7.1	Farmakologisk behandling i syfte att förebygga återfall i affektiva episoder	10
7.2	Litium	10
7.3	Antiepileptika.....	11
7.4	Antipsykosläkemedel	11
7.5	Systematisk psykologisk behandling	11
7.6	Psykoedukation	12
7.7	Psykoterapi.....	12
8	Sjukskrivning och rehabilitering	12
8.1	Sjukskrivning	12
8.2	Rehabilitering	12
9	Närståendemedverkan.....	13
10	Ansvarsfördelning och vårdorganisation	13
11	Förutsättningar för säker läkemedelsbehandling med litium	14
11.1	Litiumförskrivning i psykiatrisk öppenvård.....	14
12	Analys av möjliga orsaker till minskad förskrivning av litium	14

13	Åtgärder med syfte att höja andel litiumbehandlade patienter till målnivå	15
13.1	Övergripande åtgärder	15
13.2	Åtgärder på verksamhets- och enhetsnivå - hur den kliniska verksamheten ska organiseras	16
13.3	Individuell vårdplan.....	16
13.4	Lättillgänglig skriftlig information till behandlare och patient/närstående	17
13.5	Fort-/utbildningsinsatser.....	17
14	Kvalitetsindikatorer och målnivåer	17
14.1	Kvalitetsregister	17
14.2	Aktuella indikatorer/utfallsmått	17
14.3	Målnivåer	17
15	Referenser och länkar	18

1 DOKUMENTINFORMATION

	Namn	Position	E-postadress
Huvudförfattare	Bäckström Beata	Barn- och ungdoms-psykiatri	beata.backstrom@skane.se
Fastställt av	Rita Jedlert	Tf Hälso- och sjukvårdsdirektör	Rita.jedlert@skane.se
Sakkunniggrupp	Conny Allaskog Ingemar Odenbrand Paul Andersson Angeline Wemmert Åsa Westrin	NSPH NSPH Vuxenpsykiatri Vuxenpsykiatri Vuxenpsykiatri	Conny.allaskog@gmail ingemar.odenbrand@comhem.se paul.andersson@skane.se angeline.wemmert@skane.se Asa.Westrin@skane.se
Kontaktperson Koncernkontoret	Kerstin Lindell	Medicinsk rådgivare	Kerstin.h.lindell@skane.se
Administrativ kontaktperson	Ingrid Håkansson	Publicerare	Ingrid.hakansson@skane.se

GILTIGHETSTID

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	2017-08-15	2020-03-31	Bäckström Beata
Revidering			
Revidering			
Revidering			

2 SAMMANFATTNING

2.1 Bakgrund

Region Skåne ligger:

- cirka 10 procent under riksgenomsnittet för litiumförskrivning
- under riksgenomsnittet för patienter som erhållit patientutbildning som del i sin behandling
- högre än riksgenomsnittet gällande antal patienter som återinsjuknar i nya sjukdomsepisoder

2.2 Återfallsförebyggande behandling enligt aktuell evidens

- Litiumbehandling är förstahandsmedicinering vid bipolär sjukdom typ I
- Evidensbaserade psykoedukativa och psykoterapeutiska modeller ska erbjudas
- Närståendebildning
- Individanpassad rehabilitering och sysselsättning

En korrekt ställd diagnos är en förutsättning för ett adekvat omhändertagande, behandling och uppföljning. Denna process ligger utanför dessa riktlinjers uppdrag. Icke desto mindre förutsätts att diagnostiken genomförts omsorgsfullt innan det blir aktuellt med återfallsförebyggande behandling.

2.3 Åtgärd

- Vård av patienter med bipolära syndrom ska skötas i team bestående av behandlare med särskild kompetens inom området
- För att kunna öka litiumanvändning behöver forskrivarnas arbete med provtagning och uppföljning underlättas genom ett nära samarbete med psykiatrisjukhusköterskor
- Patient- och närståendebildning ska erbjudas samtliga patienter med bipolärt syndrom
- Kompetensförsörjning till behandlare bör ske regelbundet
- Information till patient/närstående om aktuella brukarorganisationer bör ges, då dessa organisationer kan utgöra ett viktigt stöd för patienten
- Kvalitetsindikatorer bör följas genom registrering i och återkoppling från kvalitetsregistret Bipolär
- Verksamheten ska ha en tydligt angiven ledningsfunktion som ansvarar för att vården bedrivs enligt aktuella riktlinjer samt följer upp angivna kvalitetsindikatorer

3 UPPDRAG OCH SYFTE

I Region Skånes analys av Öppna jämförelser av hälso- och sjukvård 2013 samt handlingsplan för förbättringar formuleras åtgärder avseende patientgruppen med bipolär sjukdom.

I enlighet med Region Skånes hälso- och sjukvårdsuppdrag för 2015 ges expertgruppen för psykisk ohälsa i uppdrag att ”ta fram riktlinjer för återfallsförebyggande behandling vid bipolär sjukdom”. Med detta avses behandlingar och åtgärder som kan skydda individen från att återfalla i maniska eller depressiva sjukdomsskov efter stabilisering av den akuta sjukdomsfasen.

Riktlinjerna syftar till att:

- alla patienter med diagnostiserad bipolär sjukdom ska erbjudas evidensbaserade återfallsförebyggande behandlingsinsatser
- möjliggöra ökning av litiumförskrivningen till målnivå
- öka andel patienter och närstående som erhållit psykosocial behandling inkluderande psykoedukation för bipolära syndrom
- minska andel patienter som årligen återinsjuknar i nya skov till målnivå

4 VÅRDPROGRAMSGRUPP

Allaskog Conny, Nationell Samordning för Psykisk hälsa (NSPH) Skåne

Andersson Paul, Specialistpsykolog, Vuxenpsykiatri Lund

Bäckström Beata, Överläkare, Barn och ungdomspsykiatri, Lund

Odenbrand Ingemar, Nationell Samordning för Psykisk hälsa (NSPH) Skåne

Wemmert Angeline, Chefsöverläkare, Vuxenpsykiatri Helsingborg

5 MÅLGRUPPER

5.1 Riktlinjerna vänder sig till

Riktlinjerna vänder sig i första hand till ledningsfunktioner inom psykiatrisk verksamhet och avser att utgöra ett stöd och ett underlag till beslut gällande organisation av vården för den aktuella patientgruppen.

Riktlinjerna kan också vara till nytta för behandlare inom psykiatrisk verksamhet.

5.2 Aktuell patientgrupp

Föreliggande riktlinjer avser återfallsförebyggande behandling och åtgärder vid bipolär sjukdom. En korrekt ställd diagnos är en förutsättning för ett adekvat omhändertagande, behandling och uppföljning. Det kan konstateras att inte bara bipolär sjukdom utan även flera andra psykiatriska diagnoser medför svängningar i stämningsläge och aktivitetsnivå. Många patienter med bipolär sjukdom uppfyller också kriterierna för andra psykiatriska diagnoser.

Diagnostik går dock utanför dessa riktlinjer och för utredning, diagnostik och differentialdiagnostik hänvisas till Svenska Psykiatriska Föreningens riktlinjer: ”Bipolär sjukdom, kliniska riktlinjer för utredning och behandling”, utgiven 2014 (1).

5.3 Avgränsning

De aktuella sjukdomstillstånden definieras i ICD-systemet huvudsakligen som Bipolär sjukdom (F31.0-31.9), men även som Schizoaffektivt syndrom (F25.0), Manisk episod (F30.1-30.9) och Cyklotymi (F34.0).

Avgränsningen följer kvalitetsregister Bipolär (2). I detta register används emellertid även beteckningarna Bipolär typ I, Bipolär typ II, Bipolär UNS samt Schizoaffektivt syndrom. De skilda beteckningarna baseras på delvis skilda utgångspunkter. ICD-diagnoserna betecknar tillståndet vid den specifika tidpunkt då diagnosen ställs.

6 BAKGRUND

Bipolär sjukdom är ett livslångt och allvarligt tillstånd som tidigare kallades manodepressiv sjukdom. Stämningsläget kan växla mellan sjuklig upprymdhet, depression och även blandformer förekommer. Däremellan finns perioder utan symtom. Diagnosen delas in i typ I, med svåra manier och depressioner, och typ II där episoden med höjt stämningsläge är mildare, hypomani. Självordsförsök, fullbordade självmord, ångest och missbruk är vanligare hos personer med bipolär sjukdom än hos personer med andra psykiatriska diagnoser.

Sjukdomsepisoder med mani eller depression innebär ofta ett stort lidande och kraftigt sänkt psykosocial funktion. Återhämtningstiden kan vara lång och innebära långa perioder av nedsatt förmåga att vara i sysselsättning. Både på individnivå och samhällsekonomiskt är det av största intresse att förebygga återinsjuknanden.

En patient med bipolär sjukdom har minskad risk att återinsjukna i en ny sjukdomsepisod av mani eller depression om patienten:

- a) har adekvat läkemedelsbehandling
- b) har god kunskap om sin sjukdom, dess behandling och hur man anpassar sin livssituation utifrån denna
- c) har närstående med kunskap om sjukdomen och hur tidiga varningstecken ska hanteras och
- d) har ett lättillgängligt och professionellt stöd från sitt psykiatriska behandlingsteam

6.1 Återfallsförebyggande behandling för bipolär sjukdom i Region Skåne jämfört med riket

Vid bipolär sjukdom är det av stor vikt att förebygga nya depressiva och maniska episoder när de akuta skoven är behandlade. Återfall innebär ofta förlust av psykosocial funktion, ökad risk för suicid och stort lidande för individen och närstående. Återfallsförebyggande behandling består av kombinationen stämningsstabiliserande läkemedel, psykopedagogiska insatser och vid behov psykoterapeutisk behandling.

6.2 Återinsjuknande

Det huvudsakliga målet med förebyggande behandling är att förhindra nya affektiva sjukdomsskov. Återfall i nytt skov under de senaste 12 månaderna är av det skälet ett viktigt kvalitetsmått. En låg andel patienter med återfall i affektiva skov är en indikator som kan signalera god psykiatrisk vård. BipolärRs målnivå är att max 40 procent av patienterna i registret ska ha återinsjuknat i nytt skov under de senaste 12 månaderna. I Region Skåne återinsjuknade cirka 57 procent av alla registrerade patienter i ett nytt skov under 2015. Endast fyra andra landsting/regioner i Sverige har högre andel insjuknanden än Region Skåne. Motsvarande siffra för hela riket var cirka 51 procent (3, 8).

6.3 Litiumförskrivning

Ytterligare en kvalitetsindikator på underhållsbehandling vid bipolär sjukdom är antalet patienter som medicinerar med litium. Kvalitetsregister BipolärRs målnivå för litiumbehandling är att 70 procent av samtliga patienter med bipolär sjukdom typ I erhåller sådan behandling.

Under 2015 låg litiumförskrivningen gällande hela riket på nivån cirka 65 procent enligt uppgifter från samma register. Sex landsting/regioner låg på en förskrivningsnivå under 60 procent, bland dem Region Skåne (3, 8).

Litiumförskrivningen för patienter med bipolär sjukdom i Skåne låg under rikssnittet enligt Öppna jämförelser. I Psykiatri Skånes divisionsplan för läkemedel 2016 anges som mål att förskrivningen av litium ska öka med minst 10 procent under 2016.

6.4 Patientutbildning

Ett viktigt komplement till läkemedelsbehandling är patientutbildning som syftar till att öka patientens och närståendes medvetenhet och kunskap om sjukdomen, öka patientens sjukdomsinsikt, öka förmågan att tolka tidiga tecken på affektiva skov samt motivera patienten att följa givna behandlingsrekommendationer.

Så kallade psykopedagogiska inslag i behandling av bipolära syndrom har visat sig reducera sjukdagar och minska risk för återinsjuknande i nya skov.

BipolärRs målnivå för antal patienter som erhållit patientutbildning är 45 procent. Liksom för litiumbehandling ses en minskning för den andel patienter med bipolär sjukdom som deltar i patientutbildning. Riksgenomsnitt för andelen patienter som någon gång genomgått patientutbildning låg 2014 på 28 procent och i Region Skåne på 20,7 procent, med stor variation mellan olika mottagningar från 2.7 till 35.6 procent. (3, 8)

6.5 Epidemiologi

Under 2014 gjordes vårdbesök inom Division Psykiatri av 50 028 unika individer. Av dessa hade 2 534 bipolär sjukdom som huvuddiagnos, således 5,1 procent av de besökande. Huvuddelen av besöken gjordes i vuxenpsykiatrisk vård och endast 59 individer gjorde besök inom barn- och ungdomspsykiatri. Utöver dessa tillkommer ytterligare 858 individer som vårdats inom den privat drivna psykiatri i Skåne. Här kan dock förekomma överlappning då registrering inte sker i samma IT-system. Således kan en individ ha vårdats såväl i den privat drivna som i den offentligt drivna psykiatri och siffran blir därför möjligen något lägre.

I befolkningen anges livstidsprevalensen ligga runt 2 procent. Ur ett Skåneperspektiv skulle detta innebära att av Skånes 1,3 miljoner invånare kommer cirka 25 000 någon gång under sin livstid att insjukna i bipolär sjukdom.

Av de vuxna patienterna var totalt 1 181 individer, varav 37 var 18 år eller yngre, registrerade i BipolärR-registret. Av de vuxna patienterna beräknas cirka 700 vara diagnostiserade med Bipolär sjukdom typ I. Av dessa erhöll 370 behandling med litium. Dock var det i Skåne 1 902 unika individer som löste ut recept på litium vid något tillfälle under 2014. I denna grupp ingår även patienter med recidiverande depression vilka inte registreras i BipolärR. Andelen individer med bipolär sjukdom som gör vårdbesök inom division psykiatri har under perioden 2013 till 2015 legat tämligen konstant, även om antalet individer ökat marginellt.

7 ÅTERFALLSFÖREBYGGANDE BEHANDLING AV BIPOLÄR SJUKDOM

7.1 Farmakologisk behandling i syfte att förebygga återfall i affektiva episoder

För aktuella rekommendationer gällande specifika preparatval och dosering hänvisas till bakgrundstexten ”Bipolära syndrom” i Skånelistan.

Nedanstående rekommendationer grundar sig på Socialstyrelsens Nationella riktlinjer, SBU:s alertrapport 12 juni 2015, Skånelistan samt SPF:s kliniska riktlinjer vid Bipolär sjukdom. (Ref 5, 7, 1)

7.2 Litium

Utifrån målet att förebygga återfall efter en manisk eller depressiv episod bör hälso- och sjukvården i första hand erbjuda läkemedelsbehandling med litium. Hälso- och sjukvården kan i vissa fall även erbjuda andra läkemedel såsom läkemedelsbehandling med antiepileptika eller antipsykosmedel.

Litium är den enda stämningsstabiliseraren med dokumenterad antimanisk, antidepressiv och förebyggande effekt vid bipolära syndrom. Litium ska enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer utgöra det primära behandlingsvalet som återfallsförebyggande behandling vid bipolära syndrom och i synnerhet vid bipolärt syndrom typ I.

Litium har en belagd självmordsförebyggande effekt. Detta är viktigt att beakta då självmord är 20 gånger vanligare bland personer med bipolär sjukdom än i normalpopulationen.

Litium tolereras ofta väl av patienter. Preparatet har ett mycket smalt terapeutiskt intervall vilket nödvändiggör noggrann monitorering med regelbundna blodprover. Risk för allvarliga neurologiska symptom vid för höga litiumnivåer finns. Långtidsbiverkningar i form av påverkan på sköldkörtel och njurar förekommer. Litium har effekt även vid Bipolär typ II, dock saknas i nuläget starkare grad av evidens för farmakologisk återfallsprevention vid Bipolär II med läkemedel.

Vissa patienter kan av somatiska skäl eller på grund av biverkningar inte ordinerats litium. Om litium tolereras men inte ger tillräcklig effekt kan litium också kombineras med andra stämningsstabiliserare. Stämningsstabilisering med antiepileptika eller antipsykotika kan då bli aktuell.

7.3 Antiepileptika

Antiepileptika kan i vissa kliniska situationer användas som komplement till litium eller som alternativ när litiumbehandling inte går att genomföra. Flera antiepileptika är fostertoxiska och andra allvarliga biverkningar är beskrivna. Behandlingen behöver följas med regelbundna blodprovskontroller och koncentrationsbestämningar av läkemedlets plasmanivå.

7.4 Antipsykosläkemedel

Det går idag enligt SBU:s rapport inte att bedöma långsiktig nytta och risk för andra generationens antipsykotiska läkemedel som underhållsbehandling vid bipolär sjukdom. Orsaken är avsaknad av studier som är längre än två år. Kunskapsunderlaget för antipsykotiska läkemedels effekt är både på kort och lång sikt begränsat.

Av särskild vikt att beakta är de metabola biverkningarna vid behandling med antipsykotiska läkemedel. Samtliga antipsykotiska läkemedel ger ofta sedering, viktökning och metabola rubbningar som ökar risken för insjuknande i diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar vilket kan resultera i förtida död.

Vid förskrivning av antipsykosmedel ska vikt, blodtryck och blodprovstagnation följas regelbundet enligt gällande riktlinjer och åtgärder vidtas vid tecken på kroppslig påverkan.

7.5 Systematisk psykologisk behandling

Systematisk psykologisk behandling rekommenderas såväl av Socialstyrelsen som av Svenska Psykiatriska Föreningen. Denna kan förenklat sägas vara av två slag, psykoedukation och psykoterapi.

7.6 Psykoedukation

Samtliga patienter med bipolär sjukdom ska erbjudas grundläggande psykoedukation, i denna bör även närståendemedverkan ingå. Psykoedukation innefattar kunskap om sjukdomen, tidiga tecken på återfall, betydelsen av medicinering och livsstil, kännedom om egna stress- och sårbarhetsfaktorer samt verktyg för att monitorera och hantera stämninglägesändringar. Studier har visat att denna typ av psykologisk behandling kan vara effektiv för att förebygga återfall

Psykoedukation kan ges i grupp och/eller individuellt. Det finns idag flera manualiserade behandlingar av detta slag och man har kunnat visa att de minskat risken för återfall i både maniska och depressiva episoder i upp till fem år. Ett exempel av flera på en sådan behandling är Barcelonamodellen omfattande 21 sessioner. (ref 198-200, (1)).

För personer utan komplicerande samsjuklighet är psykoedukation tillsammans med läkemedel ofta tillräcklig behandling.

7.7 Psykoterapi

För att förebygga återfall i manisk eller depressiv episod bör sjukvården erbjuda kognitiv beteendeterapi som tillägg till läkemedelsbehandling (4). I vissa fall kan behov finnas av annan psykologisk behandling, inte minst vid samsjuklighet med annan psykisk sjukdom/ohälsa. Form och innehåll i denna måste avgöras utifrån den enskilde patientens behov och är således i de flesta fall inte fokuserad direkt på den bipolära sjukdomen.

Om annan problematik emellertid inte beaktas kan detta i sig utgöra risk för återfall. Där till exempel relationsproblematik i familjen är en riskfaktor för nya episoder bör fördjupade familjeinterventioner med kommunikationsträning och problemlösningsförmåga erbjudas, liksom vid annan problematik som ökar återfallsrisken. Således ska evidensbaserad psykoterapi i någon form vid behov kunna erbjudas patienter med bipolär sjukdom på samma sätt som till övriga patienter inom specialiserad psykiatri.

8 SJUKSKRIVNING OCH REHABILITERING

8.1 Sjukskrivning

Risk för nya sjukdomsepisoder ökar vid oregelbunden dygnsrytm och förhöjd stress. Det är för denna patientgrupp angeläget i syfte att förhindra nya sjukdomsepisoder att arbete och/eller annan sysselsättning anpassas till patientens funktionsnivå och förmågor. Riktlinjer finns i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (5)

8.2 Rehabilitering

Rehabilitering eller återhämtningsprocessen är inriktad på att förbättra funktionen och minska konsekvenserna av sjukdomen samt att förebyggande anpassa de psykosociala omständigheterna efter patientens förmågor. Det kan röra sig om alltifrån kognitiva hjälpmedel, social färdighetsträning, sundare levnadsvanor, mer regelbunden dygnsrytm, stöd i form av god man/förvaltare boendestöd, arbetsplatsanpassning till sysselsättning överhuvudtaget. Detta kan ställa stora krav på samverkansprocesser, såväl inom Region Skåne som i förhållande till andra huvudmän, och en fast vårdkontakt blir därför viktig.

9 NÄRSTÅENDEMEDVERKAN

Om en medlem i familjen har bipolär sjukdom påverkar det hela familjen. Patient såväl som närstående är i behov av stöd, information och utbildning. Erfarenheter från flera patientföreningar visar att närstående ofta inte anser sig få tillräcklig information om patientens sjukdom från sjukvården. Det närmaste nätverket kan utgöra ett stabilt stöd och bidra till att förhindra återfall, samt vid återfall i samråd med patient och vård veta hur de ska agera. Alla närstående ska i samråd med patienten erbjudas information om sjukdomen, läkemedel samt om relevanta brukarorganisationer.

Brukarorganisationer kan bistå med stödsamtal och fortsättningskurser på den psykoedukation som psykiatrin erbjuder. Brukarorganisationer kan dessutom samla patienter och anhöriga för socialt umgänge vilket leder till en snabbare återhämtning. Man kan också ordna föreläsningar om sjukdomen och dess förlopp så att patienten och den närstående kan anpassa sig till denna. Via återhämtade patienter och deras berättelser kan man gjuta mod i patienterna om möjlighet till ett gott liv även om man har sjukdomen.

10 ANSVARFÖRDELNING OCH VÅRDORGANISATION

Ansvar för utredning, vård och behandling samt uppföljning av patienter med Bipolär sjukdom ligger hos specialistpsykiatrin inom Region Skåne, vilket för närvarande klargörs i ”Handlägningsöverenskommelse primärvård-specialistpsykiatri gällande vuxna” (6).

Psykiatrin i Sverige har genomgått stora strukturella omvandlingar där sektoriseringar under 80-talet syftade till att göra vården mer tillgänglig genom närhetsprincipen. Då det psykiatriska diagnospanoramats blev mycket stort för de allmänpsykiatriska mottagningarna uppstod behov av specialiserade mottagningar för vissa tillstånd.

Bipolär sjukdom är en allvarlig och livslång sjukdom där kontinuitet och tidiga insatser vid försämring är avgörande för förloppet. Detta utgör i sig ett skäl för specialiserade mottagningar. Diagnostik och behandling har utvecklats och för att kunna upprätthålla tillräcklig kunskap och kompetens krävs specialisering för att möjliggöra fokusering på detta potentiellt livshotande tillstånd.

I Region Skåne har vård och behandling av patientgruppen huvudsakligen skett på de allmänpsykiatriska mottagningarna. För Barn- och Ungdomspsykiatrin har en regional specialistmottagning byggts upp i Lund. För vuxna bildades ett affektivt centrum i Malmö 2013 dit vård och behandling av patientgruppen har koncentrerats. Denna mottagning har dock inte något regionövergripande uppdrag. Inom övriga verksamhetsområden behandlas patienter med bipolär sjukdom huvudsakligen på de allmänpsykiatriska mottagningarna.

Av de landsting som idag har specialiserade mottagningar har vissa valt ett begränsat uppdrag till bipolär sjukdom typ I och andra innefattar även typ II. En begränsning till bipolär sjukdom typ I kan motiveras av att det är den grupp där indikationen för litium är som starkast och kan sägas utgöra kärngruppen av bipolär sjukdom. Specialiseringen kan drivas längre och den diagnostiska gränsdragningen gentemot andra diagnoser blir heller inte så problematisk.

Nackdelen är dock att andra diagnosgrupper inom det bredare bipolära spektrat, som det definieras av Bipolär, inte kommer i åtnjutande av samma specialiserade vård. Om däremot det bredare uppdraget gäller blir gränsdragningsproblematiken avsevärt större. Patienter med svårigheter mer typiska för emotionellt instabil personlighetsstörning, ADHD, beroende med mera med samtidig bipolär sjukdom typ II kan ha vårdbehov som bättre tillgodoses i annan verksamhet än specialiserad bipolärmottagning.

Vården bör ges en särskild organisation, antingen i form av specialiserade mottagningar eller specialiserade team med särskild kompetens inom en mottagning. Avgränsning av uppdraget kan variera från att bara gälla bipolär sjukdom typ I till att omfatta bredare diagnosgrupper i enlighet med Bipolärs avgränsning (se ovan 6.3).

11 FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER LÄKEMEDELSBEHANDLING MED LITIAM

11.1 Litiumförskrivning i psykiatrisk öppenvård

Litiummedicinering kräver noggrann monitorering vid insättning och underhållsbehandling då litium kan ge svåra biverkningar, vara livshotande och toxiskt vid fel dosering. Litium har ett relativt snävt terapeutiskt intervall gällande plasmakoncentration.

Läkemedelsbehandling med litium är initialt tidskrävande för behandlingsteamet eftersom det kräver täta vårdkontakter med patienten för information om biverkningar, utvärdering av effekt, justering av ordinationer och hantering av provresultat.

Litiumdosering är individuell och behöver monitoreras och justeras under långa behandlingstider. Det innebär att kännedom om patienten, behandlarkontinuitet och säkra system för uppföljning är en förutsättning för att läkare i psykiatrisk öppenvård ska kunna överväga litium som ett behandlingsalternativ.

12 ANALYS AV MÖJLIGA ORSAKER TILL MINSKAD FÖRSKRIVNING AV LITIAM

Anledning till den minskade förskrivningen av litium vid bipolär I går inte att förklara med ändrade riktlinjer eller nytillkommen annan kunskap. Antal patienter med diagnostiserad bipolär typ I har minskat något, men det förklarar inte den tydliga trenden av minskad förskrivning av litium. Parallellt med minskad litiumförskrivning ses en ökad förskrivning av lamotrigin och antipsykosmedel. Lamotrigin har lägre evidensgrad för behandling av bipolär typ I men är enklare och mer ofarlig att hantera i kliniken. Antipsykosmedel har också en lägre evidensgrad och har ofta allvarliga metabola och sedativa/kognitiva biverkningar (7).

- En orsak till den minskade litiumförskrivningen kan vara att det organisatoriska stödet till läkare och behandlingsteam i öppenvård gällande initiering och monitorering av litiummedicinering upplevs otillräckligt för att upprätthålla patientsäkerheten. En tidspressad klinisk vardag utan tydliga rutiner och resurser avsatta för litiummedicinering kan minska förskrivningen.

- En annan orsak kan vara bristande personalkontinuitet vilket kan leda till att läkare upplever det otryggt att initiera en krävande och potentiellt farlig läkemedelsbehandling om de själva eller annan vårdpersonal inte med säkerhet kommer kunna följa upp behandlingen enligt gällande riktlinjer.
- Kunskapsområdet diagnostik och medicinering av bipolära tillstånd är ett område inom psykiatrin som är komplext. Samsjukligheten är ofta hög och att särskilja tillståndet från andra diagnoser inte alltid enkelt. Kunskap och erfarenhet inom området tar tid att bygga upp samtidigt som behandlare behöver tillägna sig den nya vetenskap som kontinuerligt produceras. En tredje anledning till den sjunkande förskrivningen kan därmed bottna i kunskapsluckor, bristande erfarenhet och mindre tidsutrymme för kollegial handledning och kunskapsutbyte.
- En fjärde anledning kan bestå i att patient och anhöriga inte själva har tillräcklig kunskap om sin diagnos, inte förstår vikten av underhållsmedicinering, inte vet hur tidiga varningstecken på begynnande ny episod ska hanteras och vilka behandlingsmöjligheter som finns. För att kunna ifrågasätta och ställa krav på den sin behandling behöver patient och närstående ha information och utbildning. Förståelse och kunskap förväntas öka patientens motivation och följsamhet till sin litiummedicinering.
- En femte anledning kan vara ett otydligt medicinskt ledningsansvar på verksamhets, områdes och enhetsnivå. Det saknas på många mottagningar rutiner och en tydlig funktion med uppgift att tillse att diagnostik och behandlingsinsatser på enheten följer nationella och regionala riktlinjer samt att behandlarna har adekvat kompetens för uppdraget.
- En sjätte anledning kan vara att litium inte är patentskyddat och det ekonomiska intresset från läkemedelsindustrin därmed är begränsat. Marknadsföring och industristöd finns inte för detta läkemedel utan ansvaret för utbildning vilar helt på förskrivaren och arbetsgivaren.

13 ÅTGÄRDER MED SYFTE ATT HÖJA ANDEL LITIUMBEHANDLADE PATIENTER TILL MÅLNIVÅ

13.1 Övergripande åtgärder

Utifrån analys enligt 13 ska följande övergripande insatser vidtas i syfte att höja vårdkvaliteten för den aktuella patientgruppen. Under 14.2 beskrivs konkret hur den kliniska verksamheten ska organiseras för att nå primära behandlingsmål.

- Möjliggöra för läkare att förskriva litium till de patienter som bör erbjudas denna behandling med säkra rutiner och adekvata stödfunktioner.
- Tillse hög patientsäkerhet för litiumbehandling inom psykiatrisk öppenvård genom en funktion för uppföljning av litiumbehandling med psykiatrisjuksköterska.
- Upprätta subspecialiserade eller specialiserade team för utredning och behandling av patientgruppen.
- Organisera regelbunden och riktad fortbildning till de behandlare som arbetar med patientgruppen

- Tillse att patient och närstående har goda kunskaper om sin diagnos och behandlingsalternativ.
- Inrätta tydliga ledningsfunktioner med ansvar att tillse att vårdutbud och behandlingsinsatser för patientgruppen sker enligt gällande riktlinjer.
- Fastslå respektive vårdgivares ansvar för fortbildning av sin personal.

13.2 Åtgärder på verksamhets- och enhetsnivå - hur den kliniska verksamheten ska organiseras

Nedan redovisas konkreta åtgärder i syfte att höja andel litiumbehandlade patienter och förbättra den återfallsförebyggande behandlingen till patienter med bipolär sjukdom typ I:

- Mottagningar inom psykiatrisk öppenvård som behandlar patienter med litium ska ha psykiatrisjuksköterskor (PS) med särskilt uppdrag och kompetens för litiumbehandling och uppföljning av denna. PS ansvarar för att provtagningar och hälsokontroller sker regelbundet enligt gällande rutiner och riktlinjer. PS kan vid behov utses till fast vårdkontakt.
- Vid läkares beslut att påbörja litiumbehandling kontaktas ansvarig PS som ansvarar för att ge patient och närstående fördjupad information och utbildning kring litiummedicinering. Skriftlig patientinformation ska finnas. Läkarbesök inbokas för utvärdering av effekt samt beslut om dosförändring i samverkan med PS.
- Alla patienter som påbörjar eller redan medicinerar med litium ska ha en PS som kontaktperson. PS-funktionen ska vara lättillgänglig för patienten och kunna nå dagtid per telefon.
- Mottagningen ska ha stöd av dator/journal-system som säkert hanterar och underlättar monitorering av patienter. Ett system som automatiskt påminner om nästa provtagningstillfällen, hälsokontroll och läkarbesök.
- Samtliga patienter och aktuella närstående ska erbjudas evidensbaserade psykoedukativa insatser.
- Patienten ska informeras om aktuella brukarorganisationer och deras utbud av stödinsatser.
- Regelbunden fortbildning för behandlare inom området ska organiseras.
- Skriftliga rutiner med ansvarsfördelning för registrering i Bipolär ska finnas. Rutiner för återkoppling av resultat från kvalitetsregister till medarbetarna/behandlarna bör finnas.
- Rutiner för regelbunden utvärdering av behandlingsinsatserna och dokumentationen av dessa för patientgruppen på enhets, områdes och verksamhets nivå ska finnas.

13.3 Individuell vårdplan

För samtliga patienter ska det upprättas en skriftlig vårdplan. Vårdplan upprättas alltid i samråd med patienten. I vårdplanen ska anges patientens specifika och individuella behandlingsbehov, behandlingsmål, vilka behandlingsinsatser som ska initieras samt hur och när dessa ska följas upp. I patientens vårdplan ska det tydligt framgå vilka behandlare som ingår i teamet kring den unika patienten och vem som ansvarar för de olika insatserna. Behov av stöd och samverkan med andra huvudmän ska anges samt vem som ansvarar för kontakt med dessa, såsom fast vårdkontakt.

13.4 Lättillgänglig skriftlig information till behandlare och patient/närstående

I syfte att underlätta för läkare att initiera litiumbehandling ska det finnas tydlig och lättillgänglig skriftlig information kring litiuminsättning på mottagningen/intranätet. Skriftlig patient-information om diagnosen, behandlingsprinciper och läkemedelsbehandling är ett viktigt komplement till de psykoedukativa insatserna.

- Riktlinjer för läkare och sjuksköterska gällande läkemedelsinsättning och uppföljning ska finnas.
- Skriftlig patientinformation om diagnosen och behandlingsalternativ ska finnas
- Skriftlig patientinformation med tydlig information till patient och närstående om litiumbehandling, och hur man får kontakt med sin sjuksköterska vid frågor ska finnas.
- Skriftlig information kring aktuella brukarorganisationer ska finnas.

13.5 Fort-/utbildningsinsatser

Respektive vårdgivare har ansvar för sin personals kompetensutveckling och fortbildning. Kontinuerlig kompetensutveckling till läkare, behandlare och psykiatrisjuksköterskor med ansvar för patienter med bipolär sjukdom och stämningsstabiliserande medicinering, ska anordnas regelbundet och gärna även regionalt. Årlig återkoppling från kvalitetsregister Bipolär kan stimulera och motivera till ökad användning av litium.

14 KVALITETSINDIKATORER OCH MÅLNIVÅER

14.1 Kvalitetsregister

På enheter som behandlar patienter med bipolär sjukdom ska registrering i kvalitetsregister Bipolär göras. På aktuella enheter ska det finnas tydliga rutiner för hur registreringen ska gå till och vem som ansvarar för denna.

Genom ökad registrering i kvalitetsregistret kan givna behandlingsinsatser, medicinering och sjukdomsförlopp utvärderas och jämföras med högre tillförlitlighet. Data i kvalitetsregistret utgör även förutsättningar att kunna utvärdera utfallsmått/kvalitetsindikatorer.

14.2 Aktuella indikatorer/utfallsmått

- Upprättad vårdplan
- Litiumförskrivning
- Antal patienter som genomgått patientutbildning
- Antal patienter som återfallit i ny episod senaste året

14.3 Målnivåer

- Målnivå andel patienter som de senaste 12 månaderna återfallit i nytt skov bör enligt Bipolär understiga 40 procent
- målnivå för litiumförskrivningen till patienter med bipolär sjukdom typ I är enligt Bipolär minst 70 procent
- Målnivå för andel patienter som erhållit patientutbildning är enligt Bipolär
- minst 45 procent
- Målnivå för andel patienter som har en aktuell vårdplan är 75 procent

15 REFERENSER OCH LÄNKAR

1. Bipolär sjukdom, kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Svensk psykiatri nr 14, Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia fortbildning. 2014.
2. <http://www.psykiatrireger.se/content/start-bipolar>
3. <https://vardenisiffror.se>
4. Socialstyrelsen - Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 stöd för styrning och ledning
5. <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>
6. https://vardgivare.skane.se/contentassets/95864a3893f74caa972ee7d9308b1854/psykiatri-hlok-150428_2.pdf
- 7.
8. <http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/underhallsbehandling-med-nyare-antipsykotiska-lakemedel-vid-bipolar-sjukdom2/>
9. Kvalitetsregister Bipolär Årsrapport 2015, Nationella kvalitetsregistret för bipolär affektiv sjukdom (2016)