

Indledning

I forbindelse med etableringen af Dansk Bipolardatabase blev udkastet til databasens indikatorer sendt i bred høring i perioden 22. januar til 19. februar 2025. Formålet med høringen var at indsamle faglige input og perspektiver fra relevante interessenter med henblik på at sikre indikatorernes relevans, anvendelighed og faglige forankring.

De indkomne høringssvar er blevet behandlet af styregruppen for Dansk Bipolardatabase på møde den 28. februar 2025. På baggrund af styregruppens gennemgang og drøftelse er der udarbejdet en samlet oversigt over høringssvarene med tilhørende besvarelser og eventuelle justeringer. Denne oversigt er samlet i nærværende dokument.

Ud over den samlede gennemgang af høringssvar og styregruppens besvarelser indeholder rapporten også en oversigt over, hvilke høringsparter der har modtaget høringsmaterialet.

Dansk Bipolardatabase går i drift den 1. juni 2025.

Samlede høringsvar for Dansk Bipolardatabase – marts 2025

Datakilde/registrering	Høringsparter	Kommentarer fra styregruppen på høringsvar
➔ Datafangst fra de elektroniske patientjournaler, og ikke udelukkende de gængse registre, ønskeligt.	Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS)	Det er styregruppen helt enig i, men dette er bare ikke teknisk muligt på nuværende tidspunkt.
➔ Eksisterende data bør genbruges i videst muligt omfang frem for ny registrering. Vi bakker op om, at indikator 1a/1b, 6 og 7 genbruger eksisterende data .	Psykiatrien i Region Midtjylland	
➔ Dertil er det højest anbefalelsesværdigt at der så vidt mulig søges at skabe indikatorer, der kan måles ud fra data, der allerede naturligt indberettes .	Børne- og ungdomspsykiatrisk selskab (BUP-DK)	Det har været prioriteret i udformningen af indikatorerne.
Population	Høringsparter	Kommentarer fra styregruppen på høringsvar
"Diagnosedato": Fastsættelse af diagnosedato, for diagnoser på kontakter, som er startet 1. april 2025 eller senere. Vil det være tilstrækkeligt, når det er incidensen, man gerne vil have? Patientkontakter i april 2025 kan jo sagtens dreje sig om patienter, som har haft diagnosen længe. ➔ Burde man gå længere tilbage i LPR for at sikre, at det er reelt nye patienter, som man får fat i?	Region Sjælland	Databasen går tilbage til ICD-8 (1977) til identifikation af incidente patienter. Vi vil præcisere dette i den endelige version af beregningsreglerne.

Med hensyn til diagnoseregistrering savner jeg oplysninger om indeksepisode ved de nydiagnosticerede og i det hele taget oplysninger om arten af episoder, dvs. tredje ciffer i F31-diagnosen, men måske har jeg overset noget. ➔ Det vil også være relevant at vide, hvilke patienter der har psykotiske episoder.	Rasmus Licht, Region Nordjylland	Det er ikke databasens formål at differentiere i forhold til underdiagnoser. Databasen dækker hele populationen og skelner kun mellem diagnosetyper, hvis det er relevant i forhold til specifikke indikatorer f.eks. indikator 5, der skelner mellem type I og type II.
Overordnet er det holdningen fra børne- og ungdomspsykiatrisk selskab, at den nye kliniske kvalitetsdatabase for bipolar sygdom er lavet på et grundigt og velgennemarbejdet grundlag med fokus på at skabe nationale incidens- og patientpopulationer mhp. at afdække, hvor mange patienter der reelt set får diagnosen og følges i hospitalsbaseret psykiatri som anbefalet i retningslinjer. ➔ Ud fra de opstillede populationer, anbefales herfra, såfremt det ikke allerede er sket, at være opmærksomme på mortalitetsbias, og såfremt det ikke er sket inddrage epidemiologer ift. dette.	Børne- og ungdomspsykiat risk selskab (BUP-DK)	Tak for de pæne ord. Vi er opmærksomme på mortalitetsbias og vurderer at dette ikke er en udfordring i forhold til den måde databasen er opbygget på.
Indikatorer – generelt	Høringsparter	Kommentarer fra styregruppen på høringssvar
Der er relevante indikatorer med vægt på psykoedukation, brug af litium og blodprøver. ➔ Resultatindikatorer, i kombination med procesindikatorer, ville være værdifulde. Fx ville en indikator der omhandlede effekt af behandling målt vha. de gængse skalaer eller den danskudviklede PRO være uhyre værdifuld.	Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS)	Det er tanken at indføre PRO i databasen når brugen af PRO i psykiatrien er udbredt til hele landet. Mht. resultatindikatorer, er det også tanken at indføre disse i databasen på sigt. Men det er et bevidst valg at starte med at have fokus på procesindikatorer i opstarten af databasen.
Databasen indeholder udelukkende procesindikatorer. ➔ Den kliniske relevans kan styrkes, hvis der også inkluderes resultatindikatorer – f.eks. måling af behandlingseffekt.	Region Hovedstadens Psykiatri	Det er tanken at indføre resultatindikatorer i databasen på sigt. Men det er et bevidst valg at starte med at have fokus på procesindikatorer i opstarten af databasen.

Der er en fin rapport der gennemgår evidensen for hvilke handlinger, der er evidens for giver et godt behandlingsresultat. Kan ikke finde noget, der fortæller hvordan man måler effekt af behandlingen, og der er ingen indikatorer, der måler om man måler behandlingseffekt. → Der er hverken en indikator for om man måler på funktionsniveau eller antal episoder eller blot livskvalitet, før og efter, under behandling. Fx "Hvor mange patienter får monitoreret behandlingseffekt."	Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland	På nuværende tidspunkt findes der ikke et godt mål for behandlingseffekt over tid. Men det er samtidig et stort ønske i styregruppen at udarbejde indikatorer for behandlingseffekt. Funktionsniveau og livskvalitet indgår i PRO, som det er ønsket at inkludere i databasen på sigt.
I indikatorerne er der ingen mål for ændringer i enten patientgruppens funktionsniveau eller QoL, så nuværende måles på om gældende faglige retningslinjer følges farmakologisk, men ikke på hvilken indflydelse det har på patientens liv prognostisk fraset antal indlæggelser eller non-kompliance. → Kunne en indikator være, "Hvor mange patienter får monitoret behandlingseffekt?" Dette mhp. at sikre måling af, om den evidensbaseret faglige relevante behandling faktisk også har en positiv effekt for de patienter, som er omdrejningspunktet. → Alternativt kunne det være en delindikator under indikator 3 ift. fx ændringer ift. uddannelse, GAF/ABAS, antal sociale ydelser eller lignende.	Børne- og ungdomspsykiatri risk selskab (BUP-DK)	Der er ingen tvivl om at dette er meget relevant, men det er meget komplekst og der findes ingen procedurekoder eller definition af hvordan behandlingseffekt opgøres, så der vil være et stort arbejde forud for idriftsættelse af en sådan indikator.
Flere af de indikatorer som aktuelt indgår i depressions- og skizofrenidatabaserne, kunne have været relevante at overveje, da de kan afspejle kvalitet på tværs af flere målgrupper. → Eksempelvis kunne selvmordsrisiko i relation til indlæggelse have været en relevant indikator.	Sundhedsstyrelsen	Styregruppen har brugt eksisterende databasers indikatorsæt som inspiration til udviklingen af Bipolardatabasens indikatorsæt. Men det har samtidig været et mål at lave et mindre og mere fokuseret indikatorsæt, hvorfor ikke alle relevante indikatorer har fundet plads i det endelige indikatorsæt.

Det er uklart, om relevante indikatorer fra eksisterende databaser har været overvejet, og hvorfor de eventuelt er blevet fravalgt.		
Det kunne være relevant at inkludere en ➔ indikator for brug af antidepressiv medicin hos patienter med bipolar lidelse – f.eks. en maksimal andel på 5 %	Region Hovedstadens Psykiatri	Det er planen, at en sådan opgørelse vil indgå i databasens supplerende materiale i årsrapporten – dog uden standard.
Overordnet ganske fint.	Region Sjælland	Tak
Indikatorerne forekommer velvalgte, og specielt hæfter vi os ved, at de er planlagt fremstillet vha. datafangst, så kompletheden af datagrundlaget for denne psykiatriske database kunne blive mere fuldkomment.	Psykiatrifonden	Tak
Der være behov for en tydeligere definition af indikatorerne for at sikre en mere brugervenlig og præcis anvendelse i klinikken. Beskrivelserne af indikatorerne bør være ensartede og let forståelige , så de kan implementeres uden unødigt tvivl blandt klinikerne. ➔ Det bør – for de relevante indikatorbeskrivelser - præciseres , at de vedrører patienter med enkeltstående mani eller bipolar lidelse for at sikre ensartethed i registreringen.	Region Hovedstadens Psykiatri	Databasen skelner ikke mellem patienter med enkeltstående mani eller bipolar lidelse – alle indgår på lige fod - se <i>Algoritme for dannelse af bipolar studiepopulation</i> (figur 2) i Beregningsreglerne.
Mange patienter med bipolar lidelse afsluttes til almen praksis et par år efter diagnosen. Ca. halvdelen af alle recepter på lithium udskrives af primærsektoren (jf. tillige data nedenfor). Alle patienter med bipolar lidelse mellem 18-60 i behandling med lithium eller større mængde antipsykotika tilbydes en årlig "somatisk undersøgelse ved psykisk sygdom" i almen praksis. Evt. komorbiditet behandles hos e.l. Derfor relevant, at indikatorsættet belyser skæringsflader med almen praksis . Fx	Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)	Styregruppen er enig i denne betragtning. Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at indhente data fra almen praksis til Bipolardatabasen (eller andre af de psykiatriske databaser, for hvilke det også er relevant), men der pågår et arbejde i Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut med at implementere de tekniske løsninger, der skal til. Når dette arbejde er fuldført, vil vi påbegynde arbejde med at indarbejde data fra almen praksis i databasen.

➔ Henvisning og visitation. Henvises der fra egen læge, praktiserende psykiater eller skadestue? Har patienten været afvist? ➔ Hvor mange af patienterne modtager somatisk undersøgelse hos egen læge (kode 2150)? ➔ Afsluttes patienterne til egen læge med sufficient behandlingsplan? ➔		
Jeg kan ikke se, om der er mulighed for at få oplysninger om genhenvisninger af nydiagnosticerede, afsluttede patienter, idet sådan information jo ville være relevant.	Rasmus Licht, Region Nordjylland	Databasen omfatter udelukkende de informationer, der bruges i indikatorberegningerne, så når styregruppen ikke har valgt at lave en indikator vedrørende genhenvisninger vil denne information ikke være at finde i databasen.
Indikator 1a og 1b	Høringsparter	Kommentarer fra styregruppen på høringssvar
Indikator 1a og 1b næsten identiske, hvilket kan skabe uklarhed i klinikken. Da 1a omfatter en længere periode (to år mod ét år i 1b), vil opfyldelsen formentlig være højere. ➔ Man kan afklare, om begge indikatorer er nødvendige, og hvilken der i så fald vægter højest.	Region Hovedstadens Psykiatri	Der har beklageligvis sneget sig en fejl ind i beregningsreglerne. Tællerkriteriet i indikator 1b burde hedde '<i>Antal patienter, hvor mindst 70 % af patientens kontakter ELLER hvor mindst 7 kontakter er foregået i regionsfunktion</i>'.

Supplerende bemærkning:

	Beskrivelse	Tæller	Mål
1a	behandlet i regionsfunktion i de første to år efter diagnose	Antal patienter, hvor mindst 70 % af patientens kontakter ELLER hvor mindst 15 kontakter er foregået i regionsfunktion	85%
1b	behandlet i regionsfunktion i det første diagnoseår	Antal patienter, hvor mindst 70 % af patientens kontakter ELLER hvor mindst 15 kontakter er foregået i regionsfunktion	85%

Indikatorerne varierer kun i tiden, man har til at opfylde målet (1 hhv. 2 år). Hvis en patient har haft 15 kontakter 1. år på reg.funkt., vil patienten opfylde begge indikatorer. Med denne konstruktion vil vi forvente, at indikator 1a har højere målopfyldelse end 1b.

Hvis indikator 1b er et redskab til at kunne nå at handle (dvs. flere kontakter på reg.funkt.), kunne det så give mening at **fjerne målet**? Eller i hvert fald **tydeligt kommunikere** at dette er hensigten med indikatoren.

→ **Kriterierne** for de to indikatorer kan ligeledes **fremstå komplekse**, eftersom de kan opfyldes med både andel (70 %) og antal (15 kontakter). Dette kan evt. gøres mere letforståeligt.

Indikator 1b kan bruges som en early warning, men det er ikke hensigten med indikatoren. Hensigten er at undgå at skulle vente to år før indikatoren kan opgøres.

Grunden til at man enten kan opfylde med en procentsats eller et absolut antal er, at patienterne har meget forskellige kontaktmønstre. I forløb med mange kontakter kan en procentsats blive udvandet selvom patienten har haft et ideelt forløb i regionsfunktion. Disse tilfælde fanges af kravet om hhv. 7 eller 15 kontakter.

Der tilføjes en note i Beregningsreglerne, der præciserer at specialiseringsniveau indhentes via patientkontaktens betalingsoplysninger.

Supplerende bemærkning: Kunne man forestille sig en mere simpel model, hvor man i tælleren fx kun brugte andel? I eksklusionskriterierne kunne man så vælge, at patienter i 1-årspopulationen (indikator 1b) skal have haft fx minimum 15 kontakter og i 2-årspopulationen skal have haft fx minimum 30 kontakter. ➔ Det kan præciseres, om registreringen af specialiseringsniveau baseres på kliniske registreringer eller betalingsaftaler. Hvordan findes info om specialiseringsniveau? (Suppl. bemærkn.)		
Der spottes, som måske er ret minimal eller alternativt en ret stor ting, er ordet Regionsfunktion. Det antages, at det er sidestillelig med Regional funktion - eller lægges der op til, at alle incidente kun kan/bør behandles et sted i hver region? Vi har jo ikke haft samme opdeling i hoved og regionsfunktion for BPD som med fx angst. Vi har affektive temas i hver afdeling, men det vil svare til Hovedfunktion. Skulle alle ses i Regionsfunktion, ville de kun skulle ses i Vest som incident. ➔ Præcisering: Med sammenlægning i horisonten tænker man så, at der kun skal være ét specialiseret Regionsfunktion afsnit/ambulatorium, eller tænkes der reelt Regionalt tilbud kontra Regionsfunktion?	Region Sjælland	I Sundhedsstyrelsens specialevejledning defineres behandlingen på tre niveauer: • Regionsfunktionsniveau • Højtspecialiseret funktionsniveau • Hovedfunktionsniveau Behandlingen af voksne incidente patienter skal, ifølge specialevejledningen, varetages af enheder med regionsfunktion, mens incidente patienter under 18 år skal følges på enheder med højtspecialiseret funktion. Styregruppen er opmærksom på, at der er relativt få enheder med regions- eller højtspecialiseret funktion. En højt specialiseret behandling hænger netop sammen med, at der er få enheder, og styregruppen bakker derfor op om, at de specialiserede funktioner kun skal tilbydes på relativt få centre. Jf. Sundhedsstyrelsens definition af regionsfunktion, så findes regionsfunktionen i Region Sjælland udelukkende i Slagelse. Da der også behandles patienter i Roskilde og Vordingborg foreslår styregruppen, at Region Sjælland overvejer muligheden for at anmode Sundhedsstyrelsen om at få flere centre klassificeret som regionsfunktion.

Vedr. indikator 1b, hvor man vil se på patienter, som får behandling på regionsfunktionsniveau. Registreringsansvarlige kan ikke se, hvordan det vil være muligt at afgrænse til regionsfunktion, men hvis det er på betalingsoplysningen ALFC3 'regionsfunktion', kan de være i tvivl om, at datakvaliteten af denne oplysning er tilstrækkelig god på landsplan.		Dette er også en mulighed for andre regioner, der måtte ønske at få flere centre tildelt for at opfylde regionsfunktionen for incidente patienter med bipolar lidelse. Der afgrænses på betalingsoplysningen ALFC3 'regionsfunktion'. Det er styregruppens forventning at datakvaliteten ikke vil være i top fra start, men at denne vil forbedres over tid.
Den geografiske afstand til regionsfunktionen i Skejby vil formentlig være en barriere ift. nogle patienter, fx fra Vestjylland - vi har erfaring for, at nogle patienter fravælger at tage til Skejby pga. afstanden. ➔ Man bør tage højde for den geografiske afstand i fastsættelsen af standard eller udviklingsmål.	Psykiatrien i Region Midtjylland	Databasen tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens definition af den specialiserede regionsfunktion, og styregruppen bakker op om, at behandlingen af bipolar lidelse bør varetages i en specialiseret enhed et eller få steder i hver region. Styregruppen afviser forslaget om, at der bør tages højde for den geografiske afstand. Det foreslås i stedet, at geografiske udfordringer løses via alternative tilbud som fx videokonsultationer, online gruppebaseret psykoedukation, mv., mens forvisitationer og afgørende møder kan bevares som fysiske møder. Såfremt regionen har ressourcer til at opretholde det, der kræves for en regionsfunktion (speciallæger, forskningsaktiviteter, mv.), kan Sundhedsstyrelsen anmodes om at få flere enheder tildelt regionsfunktion. Styregruppen overvejer at lave supplerende opgørelser opgjort på bopælskommune. Dette tages der endelig stilling til op imod den første rapport.
Jvf. specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri dec. 2023, så defineres børn og ungepatienter med bipolar lidelse som højt specialiserede ptt.	Psykiatrien i Region Syddanmark	Databasen bakker op om Sundhedsstyrelsens fordelingen af specialiseringsniveauer i Danmark.

Såfremt ny diagnosticeret BUP patienter skal følges de første 2 år i højt specialiseret amb., så bliver det svært at imødekomme nærhedsprincippet. Region Syddanmark har kun én specialiseret afdeling hvor afstande til yderområder bliver store. ➔ Det lægger op til at der udvikles et tæt samarbejde mellem højt spec. funktion og hovedfunktion, således at patienterne kan følges flere steder.		Der er tale om en relativt lille patientgruppe som betyder, at behandlingen bør holdes på relativt få hænder for at understøtte erfaringer og kompetencer og dermed et højt behandlingsniveau. Styregruppen vil overveje, om der også her skal ses på målopfyldelse og geografiske forskelle i supplerende opgørelser i forbindelse med den første rapport.
Indikator 2	Høringsparter	Kommentarer fra styregruppen på høringssvar
➔ Det kan overvejes, om diagnosen bipolar lidelse bør stilles af en speciallæge i psykiatri eller specialpsykolog. Særligt bipolar type II kan være vanskelig at differentiere fra tilstande som ADHD og emotionelt ustabil personlighedsstruktur, hvilket kræver klinisk erfaring. En skærpelse af kravene til diagnostisk kompetence kan øge kvaliteten af udredningen.	Region Hovedstadens Psykiatri	Med afsæt i erfaringer fra depressionsdatabasen ønsker styregruppen ikke, at det specificeres yderligere, hvem der varetager bestemte opgaver, netop for at undgå tilsvarende fagpolitiske diskussioner. Herudover vil en indikator, der kræver hele to ting for at være opfyldt, være svær at måle på, idet der vil være usikkerhed om, hvordan den vil skulle opgøres, hvis den ene og ikke den anden del og omvendt, ikke er opfyldt. Samtidig vil en ændring kræve en manuel registrering som erfaringsmæssigt medfører en lav målopfyldelse. Styregruppen fastholder, at indikatoren vil være opfyldt, såfremt der er kodet procedurekode for anvendelse af semistruktureret diagnostisk interview og afviser dermed forslaget.
Det er lidt uklart, hvorfor der for brug af diagnostisk instrument er sat et mål på 85 %, når der samtidig er sat et mål på 90 % for anvendelse af ratingskala ved vurdering af sværhedsgrad af hhv. depression og mani ved indlæggelse (indikator 8).	Sundhedsstyrelsen	Det er vanskeligt at forestille sig udredning for svær psykisk lidelse uden at anvende et semidiagnostisk instrument, og styregruppen støtter forslaget om at ligestille de to indikatorer begge med en målopfyldelsesprocent på 85%.

→ Umiddelbart ville det virke oplagt at ligestille de to indikatorer, men det bemærkes at evidensvurderingerne er forskellige, hvilket måske kan forklare forskellen?		
I stedet for skrive "SCAN" burde man nok skrive → "SCAN/PSE, klinisk version".	Rasmus Licht, Region Nordjylland	Styregruppen imødekommer forslaget og retter teksten til.
Indikator 3	Høringsparter	Kommentarer fra styregruppen på høringssvar
Meget positivt at der ligeledes er lavet en indikator, der måler på, om der bliver iværksat sociale støttebehov. Mhp. at sikre måling af, om den evidensbaseret faglige relevante behandling faktisk også har en positiv effekt for de patienter, som er omdrejningspunktet. → Kunne det være en delindikator under indikator 3 ift. fx ændringer ift. uddannelse, GAF/ABAS, antal sociale ydelser eller lignende.	Børne- og ungepsykiatrisk selskab (BUP- DK)	På sigt er det et ønske at implementere indikatorer, der måler på behandlingseffekt evt. via PRO.
Indikator 4	Høringsparter	Kommentarer fra styregruppen på høringssvar
Vi har nogle patienter, der af flere årsager ikke kan deltage i gruppe, som får tilbudt individuelt manualiseret psykoedukationsforløb. Vi er helt med på, at psykoedukation i gruppe bør være manualiseret. → Vi ser gerne, at dette fagligt, indholdsmæssigt konkretiseres i datadefinitioner eller lignende. Registreringsmæssigt vil vi dog gerne have, at "BRKP8 Psykoedukation i gruppe" kan anvendes sammen med BRKP8A.	Psykatrien i Region Midtjylland	Styregruppen er enig i forslaget om, at det indholdsmæssige konkretiseres, hvilket vil ske gennem DMPGernes retningslinje vedr. psykoedukation.

➔ Vi vil helst kun anvende én psykoedukationskode og gerne den overordnede, idet det passer bedre ind i den besluttede EPI-opsætning i Region Midtjylland.		Databasens indikator vedr. psykoedukation er specifikt rettet mod den manualiserede del af psykoedukationen, hvorfor det er koden BRKP8A, der skal anvendes. Dette er tilsvarende princippet for kodningen i Den Nationale Skizofrenidatabase. Herudover henvises til, at der lige nu udarbejdes en national DMPG retningslinje således, at der på landsplan bliver en ensartet mulighed for at anvende et manualiseret psykoedukativt forløb til patienter med bipolar lidelse. Styregruppen ønsker dermed ikke at imødekomme forslaget om andre koder end BRKP8A, idet den insisterer på at måle på <i>både</i> manualiseret forløb <i>og</i> i gruppe. For præcisering af det indholdsmæssige henviser styregruppen til DMPG-teksten.
Da andelen af patienter i vores population er meget lille, hvilket også vil vanskeliggøre tilstrækkelig mulighed for gruppebaseret psykoedukation til patienter og deres familier. ➔ Her kunne indikatoren muligvis med fordel have en undermarkør, der blot hedder psykoedukation.	Børne- og ungdomspsykiat risk selskab (BUA-DK)	Styregruppen er opmærksom at der er BUP-afdelinger med så få patienter, at gruppebaseret psykoedukation en svært at gennemføre. Styregruppen holder alligevel fast i kravet om at psykoedukation skal være gruppebaseret pga. evidensen bag dette (jf DMPGen vedr. psykoedukation).
Umiddelbart er der et meget lille populationsgrundlag til at afholde manualiseret gruppeforløb. Vi kan være bekymret for om der er patienter nok til at etablere gruppeforløb. Når der nævnes manualiseret gruppeforløb, rejses der spørgsmål om hvorvidt dette allerede eksisterer til børn og unge.	Psykiatrien i Region Syddanmark	Samme problemstilling som ovenfor Se ovenstående svar.
Indikator 5	Høringsparter	Kommentarer fra styregruppen på høringssvar
➔ Indikatorens formulering kan præciseres til "<i>Andel af patienter med bipolar lidelse, type 1, i behandling med lithium.</i>"	Region Hovedstadens Psykiatri	Styregruppen støtter den foreslåede præcisering, som falder bedre i tråd med beskrivelsen i den kommende opdatering af ICD-10-klassifikationen.

➔ Det bør afklares, hvordan indikatoren harmoniseres med den nuværende ICD-10-klassifikation, hvor bipolar lidelse ikke opdeles i type I og II, og hvordan denne opdeling håndteres i den kommende overgang til ICD-11.		Opdateringen af ICD-10 klassifikationen, der sker samtidig med idriftsættelse af databasen, muliggør detaljeret kodning af bipolar type 1 og 2.
Der jo af gode grunde et detaljeret fokus på litium, og også et vist fokus på "antipsykotisk behandling", i det mindste med hensyn til om hvor mange patienter, der modtager og ikke modtager behandling samt oplysninger om monitorering. ➔ Imidlertid savner jeg oplysninger om antiepileptika og antidepressiva.	Rasmus Licht, Region Nordjylland	Det er planen, at en sådanne opgørelser vil indgå i databasens supplerende materiale i årsrapporten.
Indikator 6	Høringsparter	Kommentarer fra styregruppen på høringssvar
➔ Indikatorens formulering kan præciseres til "<i>Andel af patienter med bipolar lidelse i behandling med lithium, som får taget lithium-kontrol minimum hvert halve år.</i>" Målopfyldelsesgraden på 95 % kan være vanskelig at opnå i praksis. ➔ En standard på 90 % kan være mere realistisk.	Region Hovedstadens Psykiatri	Styregruppen imødekommer forslaget om en præcisering af teksten og imødekommer ønsket om at fastlægge målopfyldelsen til 90%. Der er enighed om, at også en standard på 90% kan være svær at opnå. Særlig interessant, og uafhængigt af den fastsatte standard, bliver det dog at følge, om der er forskelle på regionerne, og således et potentiale for udbredelse af en praksis på tværs af regionerne, så der opnås en bedre målopfyldelse og kvalitetsmonitorering for patientgruppen på tværs af landet.
Indikator 7	Høringsparter	Kommentarer fra styregruppen på høringssvar
Da LDL-niveauet i højere grad er genetisk betinget, kan triglycerid i blodet være en mere relevant markør for metaboliske bivirkninger, da det har større sammenhæng med vægtøgning, insulinresistens og kostsammensætning. ➔ For at bevare en enkel model foreslås det dog at fastlægge én indikator for dyslipidæmi.	Region Hovedstadens Psykiatri	Styregruppen fastholder at bruge LDL og afviser forslaget om triglycerid i blodet som en mere relevant markør for metaboliske bivirkninger end LDL. Styregruppen læner sig op ad kardiologiens anbefalinger om anvendelse af SCORE2-skemaet sammen med LDL-måling og vurdering af rygestatus, alder, køn og blodtryk til bestemmelse af risikoen for kardiovaskulære events. Ved at måle på 'behandling' af forhøjet LDL (resultatindikator) frem for på 'måling' af LDL (procesindikator) er styregruppen bekymret for, at

➔ Alternativt kan Skizofrenidatabasens metode følges, hvor fokus er på behandling af forhøjet LDL frem for blot måling af LDL – altså en resultatindikator i stedet for en procesindikator. ➔ UKU kan indføres til monitorering af bivirkninger, da disse ofte fører til ophør af medicinsk behandling. UKU har automatisk kodedrop i SP, hvilket kan lette registreringen.		der vil være et stort mørketal af patienter, der reelt har forhøjet LDL, men som ikke får en diagnose og kommer i behandling - det vil være vanskeligt at sætte en LDL cut-off værdi for, hvornår patienterne bør være i behandling, da dette vil afhænge af køn, alder, rygestatus og BT. Dermed afviser styregruppen forslaget om en resultatindikator. Styregruppen fandt forslaget om UKU til monitorering af bivirkninger interessant, men dog for ambitiøst på nuværende tidspunkt.
Patienter tilknyttet sygehuset kan få tilbudt somatisk undersøgelse ved psykisk sygdom i almen praksis. Komorbiditeter behandles ligeledes i almen praksis. Trækkes data fra laboratoriesvarportalen, kan prøverne være rekvireret både af sygehus og almen praksis. ➔ Det kan være relevant at skelne mellem rekvirenter i laboratoriesvarportalen.	Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)	Med det sigte at øge behandlingskvaliteten for patienter med bipolar lidelse er det ikke afgørende at skelne mellem, hvem der bestiller blodprøverne. Det væsentligste er, at blodprøverne dels er taget og ikke bliver taget flere gange. Styregruppen imødekommer derfor ikke ønsket.
Der rejses en opmærksom på om hvorvidt små doser antipsykotika kræver samme blodprøveopfølgning eller om der kunne defineres en nedre dosisgrænse?	Psykiatrien i Region Syddanmark	Et ph.d.-studie viser, at der er en forhøjet kardiovaskulær risikoprofil og øget risiko for kardiovaskulære events selv på lavdosisbehandling. Styregruppen er derfor af den opfattelse, at der bør laves samme blodprøveopfølgning på al behandling med antipsykotika, selv PN lavdosis Quetiapin.
I stedet for at skrive om "antipsykotisk behandling" vil jeg foreslå, at man skriver om ➔ "behandling med antipsykotika".	Rasmus Licht, Region Nordjylland	Styregruppen støtter præciseringen i teksten.

Indikator 8	Høringsparter	Kommentarer fra styregruppen på høringssvar
Vi bakker om <i>measement based care</i>. Region Midtjylland anvender i dag ikke MAS (Bech-Rafaelsen ManiSkala), men MAS-M (Modificeret Bech-Rafaelsen ManiSkala). MAS-M er en fastetableret praksis i sengeafsnit. Mens MAS har 11 items, har MAS-M 10 items og færre svarmuligheder. Der er ikke en procedurekode på MAS-M i MidtEPJ. Det medfører, at MAS-M for nuværende dermed ikke indberettes via LPR til SundK. Anvendelsen af skala har givet anledning til en del faglige drøftelser hos os, som vi ikke har nået at kunne gøre færdige inden for høringsfristen. <i>På den korte bane vil vi fortsætte med at anvende MAS-M, der som nævnt er en fastetableret praksis.</i> ➔ <i>Vi vil derfor spørge om mulighederne for at kunne indberette MAS-M - teknisk enten bare med MAS-procedurekoden eller ved evt. at oprette en ny ekstra MAS-M procedure kode?</i>	Psykiatrien i Region Midtjylland	Vi imødekommer ønsket og har ansøgt SDS om oprettelse af procedurekode til MAS-M.
Udskrivelse bør så vidt muligt ske i remission, og en måling af sværhedsgraden af depression (HAM-D-17) eller mani (YMRS/MAS) ved både indlæggelse og udskrivelse muliggør en beregning af behandlingsrespons, som det allerede praktiseres i Dansk Depressionsdatabase. ➔ Da det kan være lettere at implementere én skala, bør det vurderes, om der er nationale forskelle i anvendelsen, som nødvendiggør brugen af både MAS og YMRS.	Region Hovedstadens Psykiatri	Styregruppen er bekendt med, at der er forskellig praksis for vurdering af sværhedsgraden af mani med enten YMRS eller MAS eller MAS-M på tværs af landet. Styregruppen har for nuværende valgt at imødekomme dette men håber, at det på sigt kan blive muligt at ensarte praksis på tværs af landet.

Patienter, der først diagnosticeres efter syv dages indlæggelse, falder uden for indikatoren, hvilket kan føre til forkert registrering. Indikatoren kan justeres for at imødekomme dette. ➔ Kortvarige indlæggelser på 1-2 døgn kan evt. ekskluderes fra indikatoren, da det kan være vanskeligt at gennemføre en vurdering af sværhedsgrad inden for den fastsatte tidsramme på syv dage. Supplerende bemærkning: Det er tidligere problematiseret overfor depressionsdatabasen, at der er en betydelig andel indlæggelser på 1-2 døgn, men disse blev ikke ekskluderet fra indikatorberegningen (4a HAM-D17 v. indlæggelse), selvom man har 7 dage fra indlæggelsesdatoen til at udføre proceduren. Deres begrundelse er, at det stadig er klinisk vigtigt at udføre proceduren for de korte indlæggelser. Men harmoniserer det, at man har 7 dage til at udføre en vigtig klinisk handling, når vi ved, at en vis andel af indlæggelserne er under 7 dage? <table><tr><th colspan="3">Depressionsdatabasen 2024 (i alt 1129 indlæggelser)</th></tr><tr><th>Indlæggelseslængde</th><th>Antal</th><th>Andel</th></tr><tr><td>2 døgn eller mindre</td><td>132</td><td>12%</td></tr><tr><td>6 døgn eller mindre</td><td>308</td><td>27%</td></tr></table>		Depressionsdatabasen 2024 (i alt 1129 indlæggelser)			Indlæggelseslængde	Antal	Andel	2 døgn eller mindre	132	12%	6 døgn eller mindre	308	27%		Såfremt adskillelsen mellem to indlæggelser er kort (under 4 døgn) tager indikatoren hensyn til dette ved, at disse sammenlægges til én indlæggelse, og styregruppen mener derfor ikke, at indikatorens definition i sin nuværende form er problematisk. Styregruppen imødekommer dermed ikke ønsket. Dog er styregruppen blevet opmærksomme på at patientstyrede indlæggelser kan forstyrre databasens opgørelser og der arbejdes derfor på at fjerne disse fra populationen.
Depressionsdatabasen 2024 (i alt 1129 indlæggelser)															
Indlæggelseslængde	Antal	Andel													
2 døgn eller mindre	132	12%													
6 døgn eller mindre	308	27%													
Gælder dette alle indlæggelser eller kan administrative udskrivelser undtages?		Psykiatrien i Region Syddanmark	Flere indlæggelser adskilt af kort tid (under 4 døgn) sammenlægges i databasen til én lang indlæggelse. Overflytning mellem afdelinger eller natlig orlov kræver derfor ikke en ny rating for det aktuelle indlæggelsesforløb.												
Øvrige input		Høringsparter	Kommentarer fra styregruppen på høringssvar												
Højtspecialiseret patientgruppe	Mere konkret er det vigtigt at bemærke at iht specialevejledning	Børne- og ungdomspsykiat	Styregruppen anerkender bemærkningen og dette vil blive præciseret.												

	for børne- og ungdomspsykiatri fra december 2023, så defineres børne og ungdomspsykiatriske patienter med bipolar lidelse som højt specialiserede patienter, hvilket ikke fremgår af det fremsendte materiale.	risk selskab (BUA-DK)	Herudover vil der blive udarbejdet supplerende opgørelser på patienter, der følges på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger versus patienter, der følges på voksenafdelinger samt på patienter, der er under/over 18 år og under/over 21 år.
Inklusionskriterier	Både A- og B-diagnoser inkluderes ifølge høringsudkastet. ➔ Vi foreslår, at B-diagnoser IKKE tages med. Erfaringsvist er det mere hensigtsmæssigt at fokusere på A-diagnoser, når patienten inkluderes allerede ved 1-2 ambulante besøg/kontakter i populationerne. Monitoreringen af bipolar lidelse ifølge side 9-10 i specialevejledningen for psykiatri tager tilsvarende heller ikke B-diagnoser med. Det taler for kun at tage A-diagnoser med.	Psykiatrien i Region Midtjylland	Styregruppen ønsker at bibeholde såvel aktionsdiagnose som bi-diagnose i definition af tilstandene, idet sværhedsgraden af den bipolare diagnose er tung. Der gøres tilsvarende i Den Nationale Skizofrenidatabase med samme argumentation. Det kan oplyses at for databasens population gives diagnosen i langt de fleste tilfælde som A-diagnose første gang (omkring 90%).
Screeningsværktøjer	➔ Systematisk brug af kognitive screeningsværktøjer som fx SCIP og COPRA ville være værdifulde, trods deres begrænsede anvendelse i	Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS)	Styregruppen er enig og har det også på tegnebrættet til et senere tidspunkt

	dag.		
Ulighed	På f.eks. kræftområdet, men også i mange andre steder i sundhedsvæsenet, viser det sig, at de mest ressourcestærke patienter (målt på parametre som uddannelse/indtægt etc.) får mest specialiseret behandling. → Har bipolar databasen mulighed for at belyse ulighed i sundhed? Det kunne f.eks. være, at ressource svage har kortere forløb.	Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)	På nuværende tidspunkt er det ikke en mulighed i Bipolardatabasen, men det er et opmærksomhedspunkt for hele det psykiatriske område inkl. Bipolardatabasen at arbejde med at belyse socioøkonomiske faktorer.
Opfølgningsperiode	Under hensyn til, at det drejer sig om en psykoselidelse, hvor der i perioder kan være svigtende evne hos patienten til selv at magte den i mange tilfælde nødvendige livslange behandlingstilknytning, savner vi → en længere tidshorisont for kvaliteten af det potentielt mangeårige forløb. Det kan frygtes, at det for en del patienter vil betyde periodevis manglende behandling, recidiv og evt. tvangsindlæggelse. Nogle	Psykiatrifonden	Databasen inkluderer både incidente patienter (de første to år efter patienten er blevet diagnosticeret) og prævalente patienter (patienter der har haft deres diagnose i mere end to år). Således er også patienter i længere behandlingstilknytning dækket af databasens kvalitetsudvikling. Se specifikationer og yderligere definitioner i databasens beregningsregler.

	patienter kommer dermed til at indgå i den i forvejen store gruppe af patienter med psykoselidelse, der svingtes og kan betegnes som "svingdørspatienter". Psykiatrifonden kunne ønske, at man forholdt sig til denne problematik og ikke kun beskæftigede sig med kvaliteten i de første 2 incidente år. I er velkommen til at kontakte os for uddybning af høringssvar.		
Harmonisering	➔ Harmonisering med eksisterende kvalitetsdatabaser, såsom Skizofrenidatabasen og Dansk Depressionsdatabase, kunne sikre sammenhæng og synergi på tværs af behandlingsområder.	Region Hovedstadens Psykiatri	Dette er et fokusområde for Bipolardatabasen og generelt for de psykiatriske databaser.
Tillægs-/Procedurekoder	Det har lige været drøftet i den nationale ERFA gruppe for registrering af psykiatri, at tillægskoder er udfaset og ikke bruges mere. ➔ SundK fortsætter med at implementere disse, hvorfor	Region Sjælland	Databasen har et ønske om at måle værdien af de ratings, der laves til brug i behandlingen, og det kan kun gøres ved hjælp af tillægskoder.

	det undrer ERFA gruppen, at der stadig ikke kommer henvendelser vedr. sparring ift. procedurekoder.		
--	--	--	--

Høringsliste

Liste over høringsparter i forbindelse høring af kvalitetsindikatorer for Dansk Bipolardatabase

Følgende høringsparter har modtaget høringsmaterialet til den offentlige høring

ADHD-databasen	Ergoterapifagligt Selskab for Psykiatri og Psykosocial Rehabilitering
Bedre Psykiatri	Foreningen af Praktiserende Speciallæger
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab	Kommunernes Landsforening
Dansk Depressionsdatabase	Psykiatriske Sygeplejersker
Dansk Psykolog Forening	Psykiatrifonden
Danske Psykiateres & Børne - & Ungdomspsykiateres organisation	Retspsykiatrisk Database
Danske Patienter	Regionale kontaktpersoner
Dansk Psykiatrisk Selskab	SIND
Danske Regioner	Socialrådgiverforeningen
Dansk Selskab for Almen Medicin	Styregruppen for Dansk Multidisciplinær Psykiatri Grupper
Dansk Selskab for Fysioterapi i Psykiatri og Mental Sundhed	Sundhedsstyrelsen
Depressionsforeningen	Sundhedsdatastyrelsen
Den Nationale Skizofrenidatabase	