

Bipolär

Nationellt kvalitetsregister
för bipolär affektiv sjukdom

Årsrapport 2011 års resultat



Årsrapport 2011

Nationella Kvalitetsregistret för bipolär affektiv sjukdom (Bipolär)

www.kcp.se

Författare

Ulrika Lundberg

Fil.Dr, Projektledare Bipolär
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Blå Stråket 15, vån 3
413 45 Göteborg
ulrika.lundberg@vgregion.se

Mikael Landén

Professor, Överläkare
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

Projektledare

Anneli Ambring

Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg
anneli.ambring@registercentrum.se

Sektionsledare statistik

Ann-Marie Svensson

Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg
ann-marie.svensson@registercentrum.se

Statistiker

Mathias Kardell

Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg
mathias.kardell@registercentrum.se

Registerhållare

Mikael Landén

Professor, Överläkare
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

Ansvarig utgivare

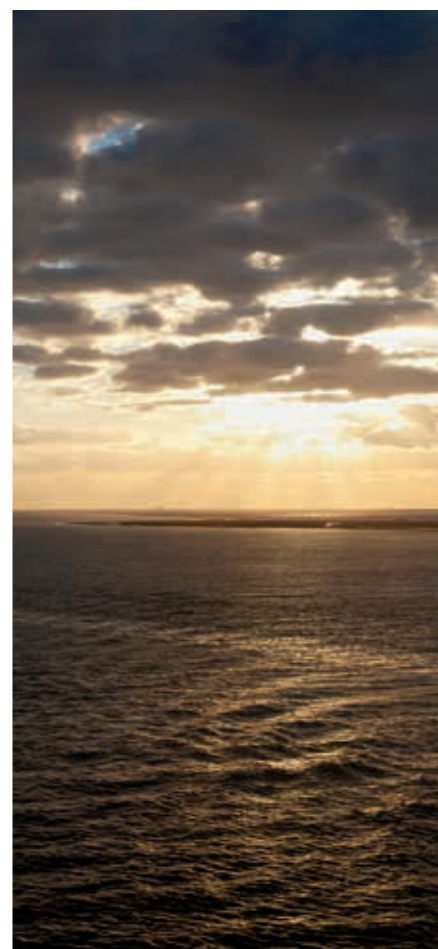
Mikael Landén

Professor
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

Huvudman

Västra Götalandsregionen
413 45 Göteborg

ISSN 2001-2918



Innehållsförteckning

Inledning	4
Sammanfattning	5
Aktiviteter i registret under 2012	6
Bipolärs syfte	6
Bipolär i verksamhetsutveckling	7
Data i Bipolär	8
Standardversion och kortversion	8
Täckningsgrad och datakvalitet	8
Patientgrupp i registret	10
Subdiagnostik	11
Samsjuklighet	12
Bipolärs rekommenderade förbättringsområden	14
Litium	14
Patientutbildning	14
Strukturerad utredning	14
BMI	14
Återfall i skov	14
Bipolärs rekommenderade förbättringsområden	
– statistik ur registret	15
Litium	15
Patientutbildning	15
Strukturerad utredning	16
BMI	17
Återfall i skov	17
Återfall i skov per subdiagnos	18
Övriga processmått i registret	20
Behandling med läkemedel	20
Behandling med ECT	23
Systematisk psykologisk behandling	23
Övriga resultatmått i registret	24
GAF symtomskattning	24
GAF funktionsskattning	24
Sjukskrivning	24
Läkarbedömd symtomgrad – CGI	25
Suicid och/eller självskadande handling	25
Slutenvärdsdagar	26
Kliniska förbättringsarbeten med Bipolär	26
Prestationssatsningen och avsiktsförklaringarna	27
Forskning	28
Fakta om Bipolär	29
Medverkande enheter	30

Inledning

Under slutet av 2011 fick BipoläR ta del av en särskild satsning från regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Syftet var att öka täckningsgraden och datakvaliteten i de psykiatriska kvalitetsregistren. BipoläR var dessutom ett av fem psykiatriska kvalitetsregister som ingick i den så kallade prestationssatsningen. I denna fick vi möjlighet att bjuda in enheter att kvalitetsregistrera och följa upp förbättringsarbeten med hjälp av BipoläR. Enheter som var intresserade fick fylla i en avsiktsförklaring där enheten förband sig att arbeta med något eller några av våra formulerade målområden. För detta fick de ta del av en gemensam pott pengar. För BipoläR uppgick den potten till närmare sex miljoner kronor, som fördelats mellan mer än 80 enheter som anmälde sig. Satsningen sträcker sig från slutet av 2011 och genom hela 2012, vilket betyder att vi under året som kommer kan se fram emot fler rapporter från BipoläR där resultat och registreringsstatus presenteras. Framför allt gäller detta målområdena patientutbildning, strukturerad utredning, litiumförskrivning till patienter med bipolärt syndrom typ I och Body Mass Index, inklusive snabb viktökning som utgör risk för metabolt syndrom.

Från och med 2012 byter BipoläR räkenskapsår, från brutet till kalenderår. Detta betyder att årsrapporten juli 2010 – juni 2011 följs av en ny årsrapport för 2011 som publiceras under första halvåret 2012. Vi har tagit hjälp av Registercentrum Västra Götaland för att utforma 2011 års rapport från BipoläR. I rapporten som följer presenteras BipoläRs syfte och verksamhet, information om datakvalitet och registrets sammansättning, BipoläRs rekommenderade förbättringsområden med data samt

tidsseriedata för process- och resultatmått i registret. Årsrapporten vänder sig till alla som är intresserade av bipolärt syndrom och vård, såväl vårdpersonal som patienter men också politiker, beslutsfattare och anhöriga.

Årsrapporten för 2011 är uppbyggd kring två delar. I den första delen presenteras baslinjedata för våra rekommenderade förbättringsområden. Dessa data presenteras på nationell nivå i tidsserier från 2007 till 2011. Resultaten presenteras även separat för män och kvinnor. I andra delen av rapporten presenteras tidsseriedata från 2007 till 2011 för andra process- och resultatmått som förekommer i registret. Här återfinns bland annat fördjupade utredningar av den trend vi fann i vår senaste rapport – en vikande trend av litiumförskrivning till våra patienter. I år är resultaten analyserade även för män respektive kvinnor, samt för olika subdiagnoser av bipolärt syndrom. Resultaten visar en tydlig minskning av litiumförskrivning, särskilt bland kvinnor med bipolärt syndrom typ II. I detta avsnitt har vi även analyserat forskrivningstrender för andra preparat, exempelvis lamotrigin.

I rapporten ingår även kortfattad information om forskningsstudier där BipoläR medverkar, samt en lista över anslutna enheter som registrerar i BipoläR.

Vi som arbetar med BipoläR-registret hoppas att läsaren och vården finner årsrapporten för 2011 års data användbar och inspireras till fördjupningsanalyser och fortsatta förbättringsåtgärder på den egna mottagningen. LYCKA TILL!

Sammanfattning av 2011 års rapport

I 2011 års rapport presenteras nationella resultat för BipoläRs rekommenderade förbättringsområden: body mass index (BMI), andel patienter med litiumbehandling, patientutbildning, användning av strukturerade utredningar samt frekvensen återfall i affektiva skov. Några av de viktigaste resultaten är:

- att andelen patienter i registret som använder litium minskar, främst bland kvinnor.
- att litium dock fortfarande är det vanligaste preparatet vid behandling av bipolär affektiv sjukdom.
- att patientutbildning är betydligt vanligare vid subspecialiserade enheter och att kvinnor i högre utsträckning än män kommer i kontakt med en sådan.
- att andelen som erhållit patientutbildning inte når upp till registrets målnivå om 45 procent.
- att cirka hälften av patienterna har diagnosticerats med hjälp av strukturerat instrument. BipoläR har formulerat målnivån 80 procent.
- att andelen patienter med 30 eller mer i BMI var 21 procent för kvinnor år 2011 och 24 procent för män samma år. Rekommenderad målnivå från registret är < 10 procent.
- att andelen med viktuppgång på mer än 7 procent mellan två mättillfällen, är 16 procent för kvinnor och 13 procent för män under 2011. Formulerad målnivå är < 10 procent.



Aktiviteter i registret under 2012

20 februari

Sista dagen för enheter att anmäla sig till prestations-satsningen. Bipolär fick in 82 anmälningar.

13–14 mars

Premiär för BipoläRs förbättringsseminarier, omgång 1. Sju enheter träffades i Göteborg för att finslipa förbättringsindikatorer och utbyta goda förbättringsidéer för klinisk verksamhet. Seminariet gästades av Ulla-Britt Löfgren från Nationella Diabetesregistret (NDR) som handledde och visade exempel från NDR:s förbättrings-seminarier som kallas IQ4. Ulrika Frithiofsson från SKL föreläste om Genombrottsmetodik och Tabita Björk från Kompetenscentrum för psykiatriska och andra kvalitetsregister (KCP) visade exempel på ur man kan presentera återkoppling från registret på enhetsnivå för att kunna följa utveckling av förbättringsindikatorer.

25 september

Andra omgången i BipoläRs förbättringsseminarier hålls i Göteborg. Enheterna träffas för att diskutera framgångar och motgångar med förbättringsarbetet på hemmaplan, samt föra dialog med kvalitetsregistret för att optimera användningen av Bipolär i utvärdering av kliniska förbättringsarbeten.

26 september

BipoläRs andra nationella kvalitetsregistermöte i Göteborg (se www.kcp.se). Vid BipoläRs första nationella kvalitetsregistermöte 2011 var temat uppföljning av nationella indikatorer. I år är temat PROM (Patient Reported Outcome Measures) med särskilt fokus på subjektiv livskvalitet. Mötet är öppet för alla som registrerar i Bipolär eller berörs på annat sätt, exempelvis som enhets- eller verksamhetschef.

10–11 oktober

Nationella kvalitetsregisterkonferensen i Karlstad.

Regionala kontaktpersoner

Bipolär utser under 2012 regionala kontaktpersoner för vart och ett av de sex sjukvårdsområdena i Sverige. Deras uppdrag är att stödja kvalitetsregistrering och säkra datakvalitet ute på enheterna. Detta är en del av den prestations-satsning som utlystes av regeringen och SKL 2011.

BipoläRs syfte

Kvalitetsregistret Bipolär arbetar för bättre uppföljning och behandling av bipolär affektiv sjukdom. Nya behandlingsmetoder och utbildningar som introduceras behöver utvärderas för att kunna förbättra den psykiska hälsan och funktionsnivån för patienten. Bipolärs syfte är att skapa förutsättningar för verksamhetsutveckling, utvärdering och forskning rörande till exempel långtidseffekter av medicinering. Förutom basvariablerna registreras:

- Tidigare antal depressiva, maniska, blandade eller hypomana episoder.
- Sjukdomsskov senaste året.
- Förekomst av affektiv sjukdom i familjen.
- Ålder vid insjuknande.
- Behandling med läkemedel.

Under 2012 kommer Bipolär att övergå till en ny IT-plattform: ReQua. I samband med detta kommer en ny och kortare frågeuppsättning att lanseras. Pappersunderlag för aktuella frågeuppsättningar finns att hämta på www.kcp.se.

Bipolär i verksamhetsutveckling

Det finns såväl nationella som internationella behandlingsrekommendationer och allt fler vårdprogram för bipolära syndrom. Socialstyrelsen publicerade 2010 nationella riktlinjer för vård av bipolärt syndrom. Dessa ingår i de nationella riktlinjerna för vård av depression och ångestsyndrom. Under 2012 presenterade Bipolär rekommenderade förbättringsområden som baseras på analyser av registerdata och diskussion med anslutna enheter.

Det största förbättringsområdet för Bipolär som register är för närvarande att öka täckningsgraden för de anslutna enheterna (såväl de subspecialiserade som allmänpsykiatriska enheterna). För att Bipolär ska fullgöra sitt syfte som verktyg i kliniska förbättringsarbeten och verksamhetsutveckling är det viktigt med hög täckningsgrad. Målet är att 75 procent av alla patienter som varje år nybesöker enheten registreras i kvalitetsregistret och att minst 90 procent av dessa följs upp årligen. Bipolär stödjer anslutna enheter i arbete med systematisk verksamhetsutveckling.

God täckningsgrad är en bra förutsättning för att kunna använda registret i verksamhetsutveckling. Med hög täckningsgrad förvandlas kvalitetsregistret från ett ”onödigt ont” till ett användbart verktyg. Så här säger en enhet som använder Bipolär för att kartlägga förskrivning av litium bland patienter med bipolär typ I och typ II och som presenterade sin kartläggning på ett läkarmöte:

”Vi var nöjda med det material Bipolär tagit fram – och inte minst – vi fick också den respons i läkargruppen som vi hoppades. Det var många positiva kommentarer kring att vi faktiskt fått fram resultat och det blev också en dialog kring de olikheter som kunde noteras. Så här långt har vi uppnått det som vi ville uppnå”.

Under 2012 leder Bipolär förbättringsseminarier med fokus på utvärdering genom kvalitetsregisterdata. Genom att kartlägga, diskutera och följa upp sin verksamhet med hjälp av Bipolär utgör kvalitetsregistret en rik källa till information om den egna verksamheten och vilka möjliga förbättringsområden som finns. Anslutna enheter äger sina egna data och visste du att enheterna har möjligheten att lägga till egna, lokala frågor som mäter just de kvalitetsförbättrande åtgärder man arbetar med på hemmaplan, men som kanske saknas i Bipolär. Med Bipolär finns dessutom möjligheten att jämföra enhetens resultat med regionens och hela rikets, samt se trender över tid.

Data i BipoläR

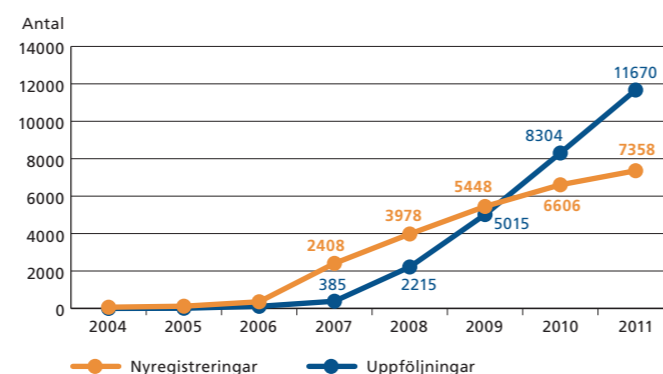
Standardversion och kortversion

År 2011 fanns möjligheten för anslutna enheter att registrera i två olika versioner av BipoläR – standardversionen och kortversionen. År 2011 var 97 enheter anslutna till standardversionen och 70 enheter anslutna till kortversionen. I standardversionen fanns 4 805 nyregistreringar och 6 498 uppföljningsregistreringar. I kortversionen fanns 2 553 nyregistreringar och 5 172 uppföljningsregistreringar. I samband med övergången till den nya IT-plattformen ReQua lanseras istället en gemensam version av BipoläR. Detta för att förenkla vid nationella jämförelser.

Täckningsgrad och datakvalitet

BipoläR startade sin datainsamling under 2004. Registreringarna tog fart under 2007 och framåt. Följande rapport visar därför data för perioden 2007–2011. BipoläR har cirka 165 aktiva enheter anslutna till registret (se fullständig lista på sid 30). Alla län finns representerade. Täckningsgraden är dock skiftande i landet. Under 2011 har Region Skåne varit särskilt aktivt i registret. Över 7 000 patienter finns totalt i nyregistreringsdatabasen och över 10 000 uppföljningsregistreringar finns gjorda. Majoriteten av patienterna är uppföljningsregistrerade en gång, men några har så många som 5–7 uppföljningsregistreringar (se tabell till höger).

Figur 1. Antal nyregistreringar och uppföljningsregistreringar



BipoläR startade år 2004. År 2007 började registret ta fart och både nyregistreringar och uppföljningar började öka. Antalet nyregistreringar och uppföljningar gjorda i registret mellan 2004 och 2011 per kalenderår syns i figuren ovan. I följande rapport redovisas tidsserie data på nationell nivå från och med 2007 och framåt, och visar utvecklingen av olika process – och resultatmått.

Tabell 1. Antal uppföljda individer i hela registret.

	Antal patienter
1 årsuppföljning	5 427
2 årsuppföljningar	3 382
3 årsuppföljningar	1 916
4 årsuppföljningar	738
5 årsuppföljningar	121
6 årsuppföljningar	38
7 årsuppföljningar	7

Fotnot: Samtliga patienter i BipoläR ingår här.

De flesta patienter i BipoläR (69 procent) har en uppföljningsregistrering i registret, men många (41 procent) har två eller tre uppföljningar (22 procent). Enstaka individer har så många som sju uppföljningar. Detta betyder att BipoläR redan idag med sin volym utgör en betydande källa till utvärdering av behandlingseffekter över tid, men ju fler patienter som uppföljningsregistreras på kontinuerlig basis i registret desto bättre möjligheter får vi att utvärdera och jämföra behandlingar mellan olika grupper av patienter.

Tabell 2. Antal registreringar (nyregistrering och uppföljning) och totalt antal unika patienter per landsting.

	2007		2008		2009		2010		2011		Totalt antal unika patienter som finns registrerade
	Nyregistrering	Uppföljning	Nyregistrering	Uppföljning	Nyregistrering	Uppföljning	Nyregistrering	Uppföljning	Nyregistrering	Uppföljning	
Blekinge	13	0	59	5	26	66	7	83	0	4	105
Dalarna	1	0	2	1	3	1	0	3	0	1	6
Gotland	0	0	18	0	6	17	9	22	7	11	40
Gävleborg	0	0	29	0	18	9	0	4	0	0	47
Halland	29	0	20	27	6	29	1	26	3	13	59
Jämtland	1	0	9	1	37	4	7	31	0	33	54
Kalmar	0	0	18	0	18	17	13	22	2	17	51
Kronoberg	7	0	18	5	13	12	9	21	21	29	68
Norrbottnen	22	0	36	22	149	46	48	177	13	202	268
Skåne	24	9	88	25	322	105	268	202	390	412	1 092
Stockholm	1 287	202	652	1 410	464	1 773	338	1 859	153	1 654	2 894
Södermanland	4	0	33	2	19	7	2	12	0	0	58
Uppsala	2	4	30	4	16	25	7	36	11	40	66
Värmland	0	0	5	0	0	5	29	4	47	31	81
Västerbotten	158	0	146	111	74	220	33	254	12	211	423
Västernorrland	3	0	24	2	8	23	16	12	5	34	56
Västmanland	84	0	50	39	20	36	6	25	0	0	160
Västra Götaland	203	46	186	158	118	265	200	242	68	313	775
Örebro	20	1	32	17	48	33	8	71	1	35	109
Östergötland	10	1	115	1	105	107	157	183	19	264	406
Total	1 868	263	1 570	1 830	1 470	2 800	1 158	3 289	752	3 304	6 818

Patientgrupp i registret

Bipolär affektiv sjukdom (även kallad manodepressiv sjukdom) debuterar ofta strax innan eller kring 20 års ålder. Livstidsprevalensen (andelen av populationen som drabbas av sjukdomen under en livstid) uppskattas till 1,5 procent för bipolärt syndrom typ I och typ II och upp till 2–3 procent om de så kallade spektrumtillstånden räknas in. Bipolära syndrom har gemensamt förändringar i stämningsläget av sådan grad att det ger funktionsnedsättningar. Perioder av mani och depression varvas med perioder med neutralt stämningsläge (euthymi). Såväl depressioner som manier kan vara förenade med förlorad verklighetsförankring, en psykos. Vid en akut mani är aktiviteten ökad och man är ofta mycket upprymd, men har ofta även lättväckt irritabilitet. Sömnbehovet är mycket minskat. Många gör saker under sina maniska perioder de sedan ångrar i efterhand, och för familj eller omgivning kan sjukdomen få svåra konsekvenser. För den sjuke blir uppvaknandet från sjukdomen ibland

smärtsamt med de konsekvenser som det akuta sjukdomstillståndet fått. För andra är manierna mildare och kallas då för hypomani. Vid en depression är istället stämningsläget gravt sänkt och funktionsförmågan kraftigt nedsatt. Sömnbehovet kan vara ökat, men vissa drabbas också av sömnsvårigheter. En del personer upplever de återkommande och långdragna depressionerna som det största problemet medan andra upplever att det är de snabba och tvära kasten som är svårast att hantera.

I BipolärR ingår patienter med en diagnostiserad bipolär affektiv sjukdom som den registrerade enheten har för avsikt att behandla. De diagnoskoder som ska registreras är F250, F301-302, F308-319. Nedan presenteras data över patientgruppens sammansättning i kvalitetsregistret.

Tabell 3. Antal och andel patienter, medelålder (standardavvikelse, SD), könsfördelning samt fördelning av subdiagnoser.

	2007	2008	2009	2010	2011
Patienter (antal)	1 868	1 570	1 469	1 157	752
Medelålder (SD)	50,4 (15,3)	50,0 (15,1)	48,2 (15,1)	48,0 (15,5)	45,2 (15,3)
Kvinnor (%)	1 141 (61)	942 (60)	889 (61)	742 (64)	478 (64)
Typ I (%)	1 048 (56)	720 (46)	651 (44)	361 (31)	254 (34)
Typ II (%)	558 (30)	562 (36)	593 (40)	510 (44)	331 (44)
UNS (%)	172 (9)	248 (16)	186 (13)	256 (22)	159 (21)
Schizoaffektivt syndrom (%)	90 (5)	40 (3)	39 (3)	30 (3)	8 (1)

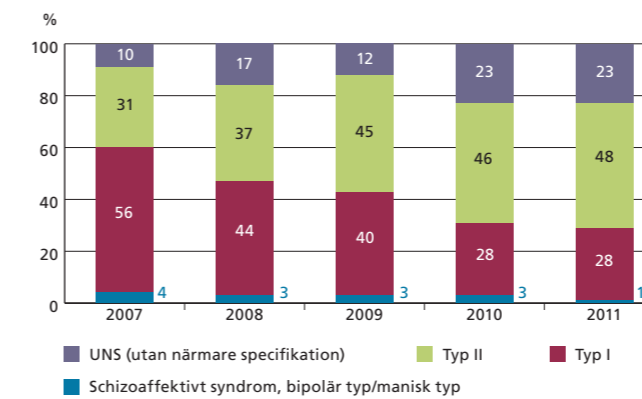
Trots att insjuknandet ofta sker i 20-årsåldern är medelåldern i registret förhållandevis hög, runt 50 år. Den sjunker dock något över tid i kvalitetsregistret. Förändringen är liten men konsekvent och kan tyda på att patienter snabbare registreras efter att ha fått sin diagnos. Generellt registreras något fler kvinnor än män i BipolärR.

Fördelningen av subdiagnoser har förändrats över tid. Typ I var den största undergruppen i registret år 2007, men andelen med typ II har ökat över tid och 2011 registrerades fler patienter med bipolärt syndrom typ II än typ I. Även antalet med bipolärt syndrom UNS diagnos har ökat medan antalet med schizoaffektivt syndrom har minskat.

Subdiagnostik

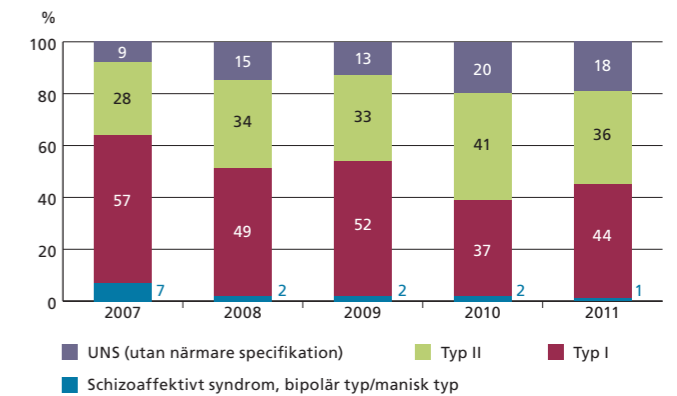
Bipolära syndrom har skiftande uttrycksätt. Vid återkommande manier, ofta men inte alltid växlande med depression, kallas syndromet bipolärt syndrom av typ I. Perioder av hypomani och återkommande depressioner kallas bipolärt syndrom typ II. Diagnosen Bipolär UNS (Utan Närmare Specifikation) beskriver förstämningssymtom som inte ryms i typ I eller typ II, exempelvis för att manierna pågått för kort tid. Om det förutom manier och depression även föreligger långa perioder med psykotiska symtom utan samtidig förstämning kallas det schizoaffektivt syndrom, bipolär (eller manisk) typ. Dessa fyra undergrupper registreras i BipolärR.

Figur 2a. Fördelning av bipolära subdiagnoser vid nyregistrering (kvinnor).



Andelen kvinnor med bipolärt syndrom typ I sjunker över tid i registret medan andelen kvinnor med bipolärt syndrom typ II och bipolärt syndrom UNS ökar. Andelen med schizoaffektivt syndrom, bipolär typ är ovanligt i registret – och trenden stabil över tid. Under 2007 hade 56 procent av kvinnorna i BipolärR bipolärt syndrom typ I, medan andelen år 2011 var 28 procent. Över tid har alltså en förskjutning av registrets sammansättning skett.

Figur 2b. Fördelning av bipolära subdiagnoser vid nyregistrering (män).



Även bland män i registret sjunker andelen med bipolärt syndrom typ I medan andelen män med bipolärt syndrom typ II och bipolärt syndrom UNS ökar. Andelen med schizoaffektivt syndrom är ovanligt i registret. Trenden är jämförbar med den för kvinnor i registret, men bland män är andelen med bipolärt syndrom typ I i registret något större än bland kvinnor. Den största skillnaden mellan män och kvinnor avseende subdiagnos år 2011 är bipolärt syndrom typ I, vilket är vanligare bland män.

Tabell 4. Antal patienter, medelålder (standardavvikelse, SD) och könsfördelning, per subdiagnos vid nyregistrering.

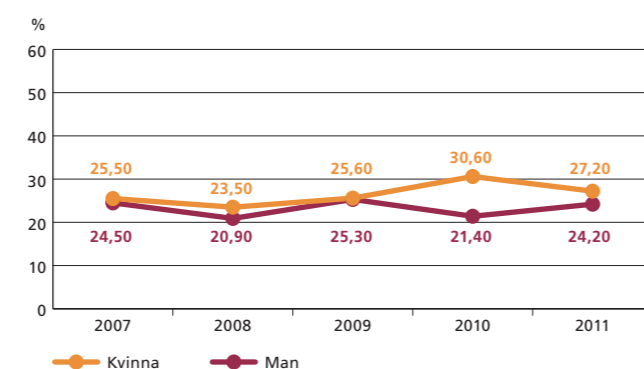
År		Typ I	Typ II	UNS	Schizoaffektivt syndrom
2007	Patienter (antal)	1 048	558	172	90
	Ålder (SD)	52,3 (14,6)	47,4 (16,1)	48,8 (15,7)	49,5 (13,4)
	Kvinnor (%)	634 (60,5)	356 (63,8)	109 (63,4)	42 (46,7)
2008	Patienter (antal)	720	562	248	40
	Ålder (SD)	50,8 (14,9)	48,6 (15,6)	50,6 (15,2)	53,6 (10,9)
	Kvinnor (%)	415 (57,6)	346 (61,6)	156 (62,9)	25 (62,5)
2009	Patienter (antal)	651	593	186	39
	Ålder (SD)	49,7 (16,0)	46,2 (16,0)	49,2 (16,7)	49,9 (14,3)
	Kvinnor (%)	352 (54,1)	401 (67,6)	109 (58,6)	27 (69,2)
2010	Patienter (antal)	361	510	256	30
	Ålder (SD)	50,5 (16,7)	47,2 (15,8)	45,9 (17,4)	49,2 (13,6)
	Kvinnor (%)	209 (57,9)	339 (66,5)	173 (67,6)	21 (70,0)
2011	Patienter (antal)	254	331	159	8
	Ålder (SD)	48,2 (17,0)	43,9 (15,1)	42,8 (17,2)	50,8 (8,0)
	Kvinnor (%)	133 (52,4)	231 (69,8)	110 (69,2)	4 (50,0)

Utvecklingen av registret i termer av demografiska variabler per undergrupp visar att medelåldern bland patienter med bipolärt syndrom typ I minskat, från 52,3 år vid 2007 års registreringar till 48,2 år vid 2011 års registreringar. En liknande trend ses även för patienter med bipolärt syndrom typ II och bipolärt syndrom UNS. För bipolärt syndrom schizoaffektivt syndrom ses dock ingen förändring av medelåldern över tid.

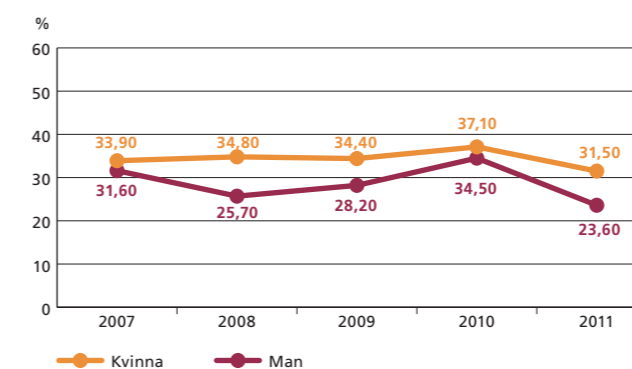
Även andelen kvinnor i relation till de diagnostiska undergrupperna har förändrats. Andelen kvinnor med bipolärt syndrom typ I har sjunkit till 52,4 procent 2011 jämfört med 60,5 procent år 2007. För patienter med bipolärt syndrom typ II är trenden den motsatta, här ökar istället andelen kvinnor från 63,8 procent 2007 till 69,8 procent 2011. Det går dock inte att utifrån dessa data avgöra om typ II blivit vanligare bland kvinnor, eller om kvinnor med bipolärt syndrom typ II allt oftare kvalitetsregistreras. Andelen kvinnor med undergruppen bipolärt syndrom UNS sjönk mellan 2007 till 2009, men har sedan ökat igen och var 2011 högre (69,2 procent) än 2007 (63,4 procent).

Samsjuklighet

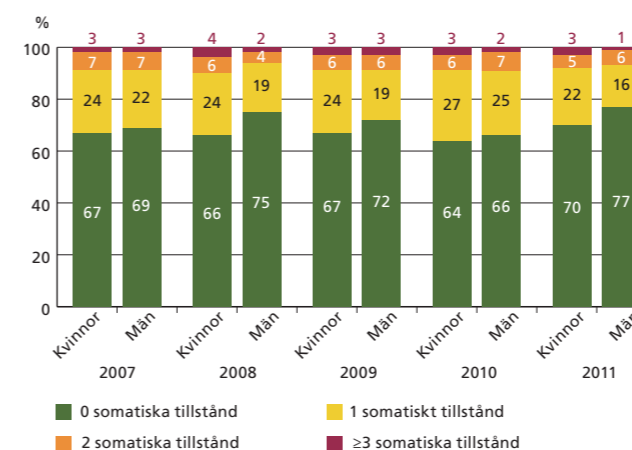
I BipolärR registreras både psykiatrisk och somatisk samsjuklighet. Nedan följer analyser av dessa variabler för män respektive kvinnor över tid. Data är hämtade ur nyregistreringsdatabasen.

Figur 3. Andel kvinnor respektive män i nyregistrering med psykiatrisk samsjuklighet.

Cirka en fjärdedel av patienterna i nyregistreringsdatabasen har registrerad psykiatrisk samsjuklighet. Trenden är stabil över tid och inga systematiska skillnader kan uppmätas mellan kvinnor och män.

Figur 4. Andel kvinnor respektive män i nyregistrering med somatisk samsjuklighet (graviditet undantaget i analysen).

Cirka en tredjedel av registrerade i BipolärR har någon form av somatisk samsjuklighet registrerad (graviditet undantaget). Kvinnor har generellt något mer samsjuklighet än män, även om siffrorna tyder på en marginell skillnad. Andelen män med somatisk samsjuklighet har minskat något över tid bland nyregistreringar (8 procentenheter), men trenden syns inte bland kvinnor.

Figur 5. Självrapporterade sjukskrivningsdagar de senaste 12 månaderna. Andel kvinnor respektive män i uppföljningsregistreringar.

En djupare analys av somatisk samsjuklighet visar att andelen män som inte har något somatisk samsjuklighetstillstånd registrerat ökar jämfört med andelen män som har ett somatiskt samsjuklighetstillstånd. Andelen män med två eller fler somatiska tillstånd är oförändrade över tid.

Tabell 5. Rankinglista över fem vanligaste somatisk samsjuklighetstillstånd i hela registret (nyregistrering, antal 7358).

Somatiskt tillstånd	Antal
Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbingar och ämnesomsättningsjukdomar	512
Sjukdomar i muskuloskeletala systemet	221
Cirkulationsorganens sjukdomar	172
Annat tillstånd som ej kan hänföras till någon av de övriga grupperna	153
Matsmältningsorganens sjukdomar	119
Övrigt	1132
Totalt	2309
Ingen samsjuklighet	5049
Totalt i registret	7358

Av hela registrets 7358 individer är någon form av somatiskt tillstånd registrerat för 2309 individer (31,3 procent). Enligt rankingtabellen över de vanligaste somatiska samsjuklighetstillstånden är samsjuklighet i form av endokrina sjukdomstillstånd oftast förekommande, följt av samsjuklighet i form av sjukdomar i muskuloskeletala systemet. På tredje plats i registret kommer samsjuklighet i form av cirkulationsorganens sjukdomar. "Annat tillstånd" kommer på fjärde plats i rankingordningen, därefter samsjuklighet i form av sjukdomar i matsmältningsorganen. Dessa olika tillstånd representerar tillsammans lika stor andel som individer i registret med övriga somatiska tillstånd.

BipoläRs rekommenderade förbättringsområden

Sedan 2012 rekommenderar BipoläR förbättringsområden baserat på följsamhet till Socialstyrelsens nationella riktlinjer, analyser i registret samt verksamhet hos anslutna enheter. Nedan presenteras respektive förbättringsområde samt indikatorer och målnivåer för utvärdering.

Litium

Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderar litiumprofylax som förstahandsval för återfallsförebyggande behandling av patienter med bipolärt syndrom. Analyser av registerdata från BipoläR visar att förskrivningen av litium minskar över tid i nyregistreringar. BipoläR anger som målnivå att 70 procent av patienter med bipolärt syndrom typ I förskrivs litium och uppmanar enheterna att kartlägga litiumförskrivningen per undergrupp och kön i såväl nyregistreringar som uppföljningar för att utreda följsamhet till nationella riktlinjer, samt eventuella avvikelser och anledningar till dessa.

Patientutbildning

Som komplement till litium anger Socialstyrelsens nationella riktlinjer psykoedukativa insatser som återfallsförebyggande åtgärd. Vid BipoläRs nationella kvalitetsregistermöte i september 2011 diskuterades målnivån för andelen med patientutbildning. Konsensus var att år 2015 ska minst 45 procent av alla patienter vid respektive ansluten enheter ha genomgått strukturerad patientutbildning. På nationell nivå medför detta en fördubbling av antalet patienter som genomgått patientutbildning. En öppen jämförelse på enhetsnivå (se www.kcp.se) visar att mellan 2007–2011 når endast 14 anslutna enheter av 165 (8%) över den gemensamma målnivån.

Strukturerad utredning

För att öka jämställdhet och patientsäkerhet i behandling av bipolärt syndrom rekommenderar BipoläR strukturerade utredningar vid nybesök och uppföljning. Med strukturerad utredning menas i första hand användning av strukturerade intervjumallar och utredningsverktyg (t ex M.I.N.I., SCID, DICA, SCAN).

BMI – Body Mass Index

En rapport på data från BipoläR (Lindwall-Sundel, se www.kcp.se) visar att en hög andel patienter i BipoläR har ett BMI motsvarande övervikt eller fetma, samt att en hög andel patienter ökat mer än sju procent i vikt på ett år. Ett högt BMI (samt en snabb viktuppgång) är en riskfaktor för utveckling av metabolt syndrom. Särskilt i samband med vissa typer av läkemedel. BipoläR rekommenderar regelbunden monitorering och dokumentation av patientens längd och vikt samt rådgivande samtal kring kost, motion och sömn för att minska risken för metabolt syndrom.

Återfall i skov

BipoläR rekommenderar anslutna enheter att regelbundet ta ut, granska och följa statistik över antal återfall i skov de senaste 12 månaderna för enhetens patienter. Återfall i skov kan följas per subdiagnos, per kön och per läkemedel (-sgrupp) för fördjupad information och i anslutning till genomförda behandlingsmodeller och insatser.

Tabell 6. Bipolärs rekommenderade förbättringsområden; indikatorer och målnivåer.

Indikator	Målnivå
Antal patienter med subdiagnos bipolär sjukdom typ I vid första uppföljningstillfället som förskrivs Litium/ totala antalet patienter med bipolär typ I som uppföljningsregistrerades i BipoläR under det aktuella året.	> 70 % av patienterna
Antal patienter i nyregistrering samt uppföljning som under de senaste tre åren genomgått patientutbildning/totala antalet registreringar i BipoläR under given period.	> 45%
Antal nyregistrerade under ett kalenderår som genomgått strukturerad utredning /totala antalet patienter vid enheten.	> 80%
A) Antal patienter med registrerad längd och vikt i nyregistrering samt årliga uppföljningar/totala antalet av enhetens registrerade i BipoläR	> 95 %
B) Antal patienter som ökat 7 % eller mer i vikt mellan mättillfällena (årsuppföljningarna)	< 10 %
C) Antal patienter med BMI över 30/totala antalet patienter i BipoläR	< 10%
Nivå för täckningsgrad på nyregistreringar	> 75 % av behandlade patienter per enhet och år
Nivå för täckningsgrad på uppföljningsregistreringar	> 90 % av nyregistrerade patienter per enhet och år

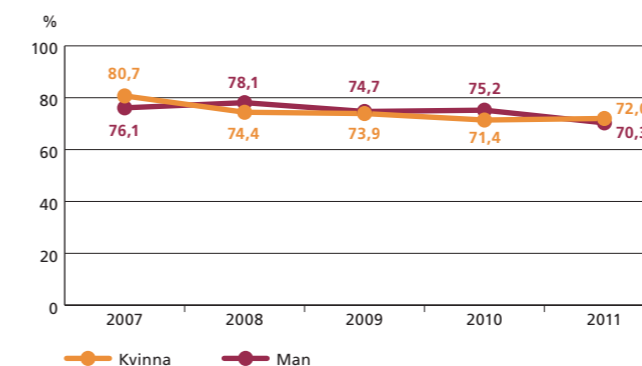
BipoläRs rekommenderade förbättringsområden – statistik ur registret

Nedan presenteras statistik ur registret över de av BipoläR rekommenderade förbättringsområdena. Statistiken presenteras på nationell nivå, över tid uppdelat på kvinnor respektive män.

Litium

Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderar litium som första prioritet vid återfallsförebyggande behandling av patienter med bipolärt syndrom. BipoläR rekommenderar anslutna enheter att följa upp indikatorn ”antal patienter med subdiagnos bipolärt syndrom typ I vid första uppföljningstillfället som förskrivs litium/ totala antalet patienter med bipolär typ I som uppföljningsregistrerades i BipoläR under det aktuella året”. Den av BipoläR rekommenderade målnivån för denna indikator är 70 procent.

Figur 6. Andel kvinnor respektive män med bipolär sjukdom typ I som vid första uppföljningsregistreringen förskrivs litium.



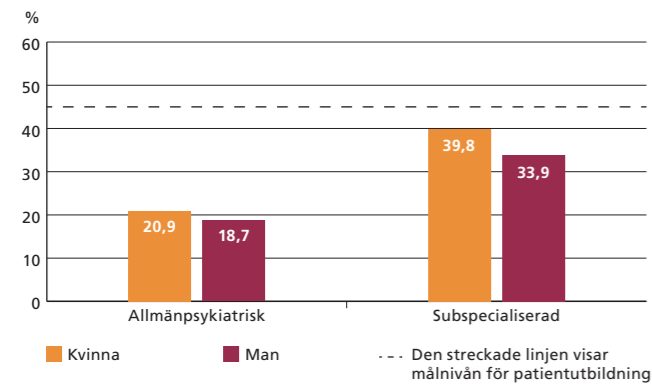
Bland patienter med bipolärt syndrom typ I finns ingen skillnad mellan män och kvinnor i första uppföljningsregistreringen. Trenden över tid visar dock en minskning över tid bland båda könen, där andelen patienter som vid sin första uppföljning förskrivs litium sjunkit från cirka 80 procent vid 2007 till 72 procent för kvinnor och 70 procent för män år 2011. Då andelen patienter som haft sin första uppföljning 2011 ligger strax under BipoläRs rekommenderade målnivå uppmanar registret alla anslutna enheter att följa upp förskrivning av stämningsstabiliserande läkemedel bland sina patienter med bipolärt syndrom typ I.

Patientutbildning

Som komplement till litium rekommenderar Socialstyrelsens nationella riktlinjer psykoedukativa insatser som återfallsförebyggande åtgärd. Vid BipoläRs nationella kvalitetsregistermöte i september 2011 stiftades gemensamt registrets första målnivå: om tre år (2015) ska minst 45 procent av alla patienter vid respektive anslutna enheter ha genomgått strukturerad patientutbildning. På nationell nivå medför detta en fördubbling av antalet patienter som genomgått patientutbildning. En öppen jämförelse på enhetsnivå finns publicerad på www.kcp.se. Nedan presenteras resultat på nationell nivå, uppdelat på allmänpsykiatriska enheter och subspecialiserande enheter.

Eftersom patientutbildning har lång ”hållbarhet” (d v s inte upprepas varje år på individnivå) presenteras resultaten för den samlade perioden 2007–2011. Siffrorna avser alla individer i registret som någon gång under perioden fått patientutbildning, som registrerats antingen i nyregistrering eller i uppföljningsregistrering.

Figur 7. Andel kvinnor respektive män vid allmänpsykiatriska respektive subspecialiserade mottagningar som fått patientutbildning någon gång under perioden 2007–2011.

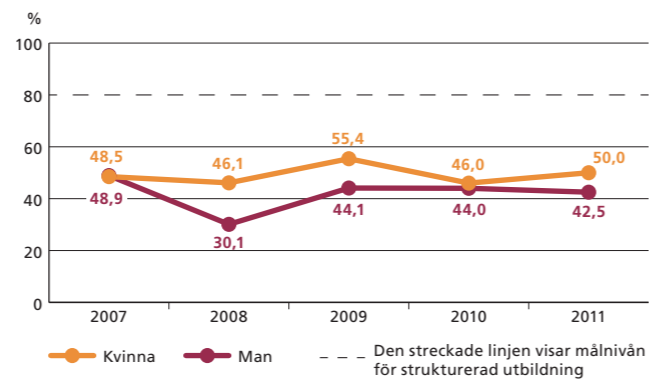


Generellt sett patientutbildar subspecialiserade enheter fler bipolära patienter än allmänpsykiatriska enheter. Allra högst är andelen kvinnor som registrerats av subspecialiserade enheter och som närmar sig den av BipoläR satta målnivån på 45 procent. Då subspecialiserade enheter har ett högre och jämnare patientflöde av bipolära patienter finns här andra förutsättningar för att utveckla rullande scheman för återkommande patientutbildningar. På allmänpsykiatriska mottagningar kan patientflödena skifta och göra det svårare att få ihop patientunderlag för kontinuerliga utbildningar om just bipolärt syndrom. Ett sätt att effektivisera patientutbildningar på allmänpsykiatriska enheter kan vara att gå ihop på verksamhetsområdesnivå. Ett annat att starta samarbeten med subspecialiserade enheter i geografisk närhet och remittera sina patienter att delta i dessa patientutbildningar.

Strukturerad utredning

För att öka jämställdhet och patientsäkerhet i behandling av bipolärt syndrom rekommenderar BipoläR strukturerade utredningar vid nybesök och uppföljning. Rekommenderad målnivå är 80 procent. Med strukturerad utredning menas i första hand användning av strukturerade intervju-mallar och utredningsverktyg (t ex M.I.N.I., SCID, DICA, SCAN).

Figur 8. Andel kvinnor respektive män i nyregistrering som utretts med strukturerat utredningsverktyg (frågan besvaras av de enheter som använder sig av registrets formulär i kortversion).



Antal patienter för Figur 8

	2007	2008	2009	2010	2011
Antal	232	174	148	146	87

Könsskillnader i genomgången strukturerad utredning har jämnats ut de senaste åren. Dock ligger både män och kvinnor långt under registrets målnivå på 80 procent. Från och med 2012 vid övergång till ReQua och det nya frågebiblioteket kommer frågan att ingå för hela registret och ge en mer rättvisande bild av hur många som genomgår en strukturerad utredning.

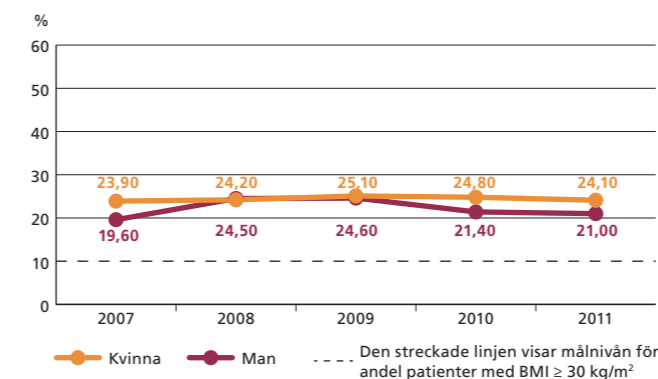
Förutom målsättningen att minst 80 procent av alla patienter bör utredas och diagnosticeras med strukturerade utredningsverktyg finns även positiva erfarenheter i registret av att arbeta med själva kvalitetsregistrets frågor i patientmötet. Genom att tillsammans med patienten gå igenom och besvara frågor om behandling och symtom – särskilt i årliga uppföljningar – får man som behandlare en struktur i arbetet som underlättar och gör behandlingen mer jämställd då man ställer samma frågor till alla. Så här säger en sjuksköterska som jobbar aktivt med BipoläR:

”Sitter här och följer upp de inregistrerade patienterna i BipoläR och blir än mer övertygad om att detta sättet att arbeta, att ringa upp varje individ, prata lite om hur året varit, hur behandlingen sett ut, biverkningar eller inte och lite allmänt om livskvalité, är riktigt roligt. Patienterna blir oerhört glada och smått förvånade över vårdens omtanke”.

BMI – Body Mass Index

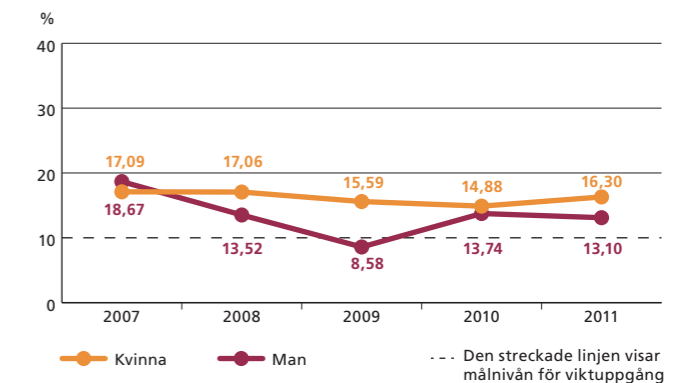
BipoläR uppmärksammar BMI och risken för metabolt syndrom. En rapport på data från BipoläR (av Lindwall-Sundel, se www.kcp.se) visar att en hög andel patienter i BipoläR har ett BMI motsvarande övervikt eller fetma, samt att en hög andel patienter ökat mer än sju procent i vikt på ett år. Ett högt BMI (samt en snabb viktuppgång) är en riskfaktor för utveckling av metabolt syndrom. Särskilt i samband med vissa typer av läkemedel. BipoläR rekommenderar regelbunden monitorering och dokumentation av patientens längd och vikt samt rådgivande samtal kring kost, motion och sömn för att minska risken för metabolt syndrom. Våra målnivåer är att högst tio procent med BMI mer än eller lika med 30, samt högst tio procent med en viktökning på mer än sju procent mellan två uppföljningar.

Figur 9. Andel kvinnor respektive män som vid nyregistrering har BMI ≥ 30 kg/m².



Cirka en fjärdedel av kvinnorna och en femtedel av männen har ett BMI på 30 eller mer vid nyregistrering. Trenden är stabil över tid och inga könsskillnader kan iakttagas. Målnivån är högst tio procent varför man här kan se ett utrymme för förbättringsarbete på nationell nivå. BipoläR uppmanar alla enheter att ta ut statistik på lokal nivå för att identifiera eventuell förbättringspotential. Många anslutna enheter arbetar idag med BMI och/eller livsstilsfaktorer för sina patienter och genom att utvärdera egna insatser via BipoläR finns möjlighet att jämföra sina resultat med andra enheter, med länet eller med riket.

Figur 10. Andel kvinnor respektive män som ökat 7% eller mer i vikt mellan nyregistrering och första uppföljningen.



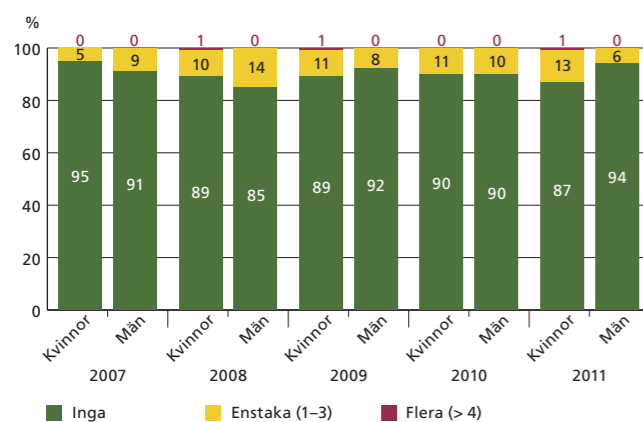
En snabb viktuppgång på sju procent eller mer på ett år är en riskfaktor för metabolt syndrom. Över tid ses en nedgång både bland män och kvinnor i registret, av patienter med snabb viktuppgång på kort tid. Målnivån är mindre än tio procent, vilken tangeras för män år 2009 medan kvinnor ligger strax över. Den minskande trenden kan tyda på en ökad medvetenhet och medvetna strategier hur man arbetar med detta ute på enheterna.

Återfall i skov

Återfall i skov är ett av de viktigaste resultatmått i BipoläR eftersom det övergripande indikerar hur väl behandlingen fungerar. Målet är att den behandlade patienten ska ha noll återfall under den period (här 12 månader) som uppmäts. Resultatet varierar dock beroende på ett flertal faktorer utom behandlaren direkta kontroll såsom patientens följsamhet till förskrivna läkemedel, patientens övriga livsföring och livssituation samt även beroende på sjukdomens utveckling och natur.

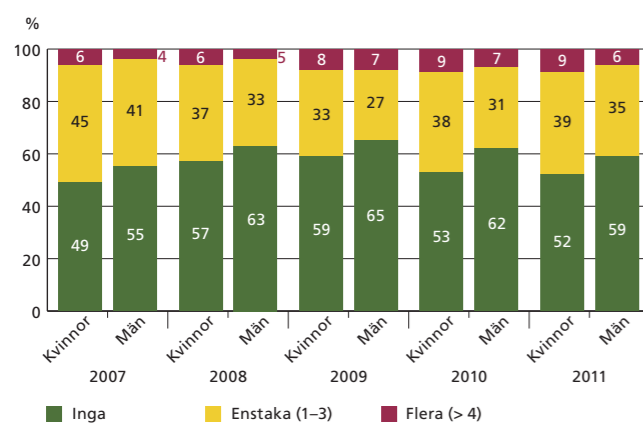
BipoläR rekommenderar anslutna enheter att regelbundet ta ut, granska och följa statistik över antal återfall i skov de senaste 12 månaderna (från uppföljningsregistreringar) för enhetens patienter. Återfall i skov kan följas per subdiagnos, per kön och per läkemedel eller läkemedelsgrupp för fördjupad information och i anslutning till genomförda behandlingsmodeller och insatser. Vid jämförelser med andra enheter, län eller riksgenomsnitt bör alltid fördjupad case-mix analys utföras parallellt för att möjliggöra tolkning av data.

Figur 11. Andel kvinnor respektive män med bipolär sjukdom typ I med återfall i maniska skov de senaste 12 månaderna.



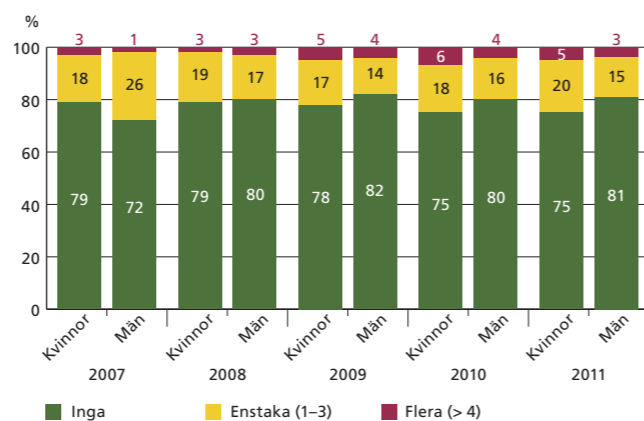
Analysen av uppföljningsdata för patienter i Bipolär med bipolärt syndrom typ I visar att i genomsnitt 90 procent av patienterna inte haft återfall i mani de senaste 12 månaderna, mellan 2007 och 2011. Dem som haft återfall i mani har haft enstaka skov (1–3) och endast enstaka fall har haft fler än fyra skov. Ingen systematisk eller stor skillnad kan ses mellan män och kvinnor. Inga stora trendskillnader ses heller över tid.

Figur 12. Andel kvinnor respektive män med återfall i depressiva skov de senaste 12 månaderna.



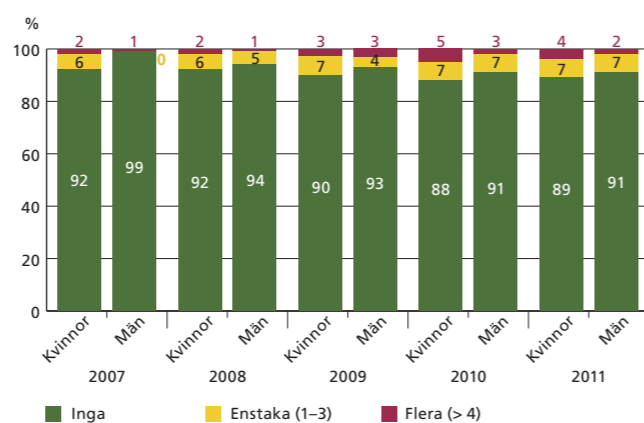
Fler än fyra depressiva skov de senaste 12 månaderna är relativt ovanligt bland patienterna som uppföljningsregistrerats i Bipolär. Andelen med fler än fyra skov de senaste 12 månaderna har dock ökat något över tid, och andelen är något högre bland kvinnor. Samtidigt har andelen med inga återfall ökat bland både män och kvinnor över tid. Andelen med enstaka skov (1–3) har dock minskat något, vilket kan tolkas som att det finns två parallella trender – en positiv där andelen patienter som inte återfaller ökar, och en mindre positiv där andelen patienter som återfaller gör det oftare. Den senaste trenden kan förklaras med att andelen registrerade med subdiagnos typ II ökar i registret. Denna subdiagnos förknippas med tätare depressiva skov.

Figur 13. Andel kvinnor respektive män med återfall i hypomana skov de senaste 12 månaderna.



Återfall i hypomana skov är oförändrade över tid och inga stora skillnader mellan män och kvinnor kan iaktas. Vanligast är inga återfall men cirka 20 procent av patienterna har fått återfall i hypomani de senaste 12 månaderna. Enstaka återfall är vanligare men en liten andel har även fler än fyra återfall per år.

Figur 14. Andel kvinnor respektive män med återfall i blandade skov de senaste 12 månaderna.



Återfall i blandade skov är mycket ovanligt, både bland män och kvinnor. Inte heller här finns någon tidstrend som tyder på förändring.

Återfall i skov per subdiagnos

Ett annat sätt att analysera variabeln återfall i skov är att titta på återfall bland patienter med olika bipolära syndrom, så kallade subdiagnoser. Nedan presenteras data över återfall i skov över tid för patienter med bipolärt syndrom typ I, typ II och bipolärt syndrom UNS.

Tabell 7. Andel återfall senaste 12 månaderna bland subdiagnos typ I vid uppföljning.

	2007	2008	2009	2010	2011
Depression (%)	40,8	35,2	32,9	38,5	33,9
Hypomani (%)	20,4	20,4	19,3	22,3	22,3
Mani (%)	6,8	12,3	9,9	10,5	9,5
Mix (%)	2,9	6,5	6,6	8,2	7,1

Vanligast bland patienter med bipolärt syndrom typ I är återfall i depressiva skov. Andelen med minst ett återfall i depressiva skov har dock minskat något över tid i registret bland patienter med bipolärt syndrom typ I. Andelen med minst ett återfall i hypomani är den näst vanligaste formen av återfall bland patienterna med bipolärt syndrom typ I. Trenden är stabil över tid och omfattar cirka en femtedel av alla patienter i registret med bipolärt syndrom typ I. Andelen patienter med bipolärt syndrom typ I som återfallit i minst ett maniskt skov ökade mellan 2007 och 2008, men har sedan stabiliserats runt 10 procent. Minst vanligt bland patienter med bipolärt syndrom typ I är återfall i minst ett blandat skov. Andelen med återfall i blandade skov har dock ökat något över tid.

Tabell 8. Andel återfall senaste 12 månaderna bland subdiagnos typ II vid uppföljning.

	2007	2008	2009	2010	2011
Depression (%)	58,8	56,7	54,5	53,4	56,4
Hypomani (%)	23,5	27,8	27,0	28,9	27,5
Mani (%)	0,0	2,0	1,0	3,1	1,2
Mix (%)	5,9	9,7	13,9	15,4	12,4

Återfall i depressiva skov är vanligast även bland patienter i registret med bipolärt syndrom typ II. Andelen som haft minst ett återfall är ännu högre än bland patienter med bipolärt syndrom typ I. En minskning i andelen som återfallit i minst ett depressivt skov kan iaktas mellan 2007 och 2010, men under 2011 syns en liten uppgång igen. Näst vanligast är återfall i hypomana skov, och andelen som haft minst ett återfall i hypomani bland patienter med bipolärt syndrom typ II ökade mellan 2007 och 2008 men har därefter legat stabil på runt 27 procent. Subdiagnos bipolärt syndrom typ II har per definition inte återfall i maniska skov men en analys av data i registret visar ändå att några procent av patienter med denna subdiagnos har haft minst ett maniskt återfall.

En pågående validering av registret mot journaldata har indikerat en osäkerhet i subdiagnostik, framför allt vid bipolärt syndrom UNS. Valideringen visade att det var vanligast att patienter med bipolärt syndrom UNS var registrerade som Typ II eller Typ I i kvalitetsregistret. Näst vanligast var att patienter med bipolärt syndrom Typ I var registrerade som Typ II i kvalitetsregistret. Denna typ av felregistreringar av subdiagnos kan förklara återfall i maniska skov bland patienter med bipolärt syndrom typ II men även bipolärt syndrom UNS (se nästa tabell). Bipolär rekommenderar strukturerade utredningar av alla patienter vid nyregistrering för att minska osäkerheten vid subdiagnostisering.

Tabell 9. Andel återfall senaste 12 månaderna bland subdiagnos UNS vid uppföljning.

	2007	2008	2009	2010	2011
Depression (%)	52,9	34,2	35,8	40,3	47,1
Hypomani (%)	35,3	13,5	15,0	17,9	18,3
Mani (%)	0,0	2,6	2,8	3,5	2,9
Mix (%)	17,6	5,8	6,5	8,0	12,0

Även bland patienter med bipolärt syndrom UNS är återfall i depressiva skov vanligast. Trenden över tid visar en minskning mellan 2007 och 2008–2009, därefter vänder trenden uppåt igen. Återfall i hypomana skov är näst vanligast bland patienter i registret med bipolärt syndrom UNS. Även här syns samma trend över tid som för återfall i depression – en minskning mellan 2007 och 2008 sedan en uppgång igen. Ökningen är dock mindre än för depressiva skov. Samma trend syns för återfall i blandade skov för patienter i registret med bipolärt syndrom UNS.

Några procent av patienter med bipolärt syndrom UNS har även haft återfall i maniska skov. Detta beror troligtvis på en osäkerhet i subdiagnostisering i registret.

Det finns ett par tydliga behandlingstrender, bland annat att lamotrigin som stämningsstabiliserare ökar främst bland kvinnor med subdiagnos typ II, men även bland män med denna subdiagnos. Litium som stämningsstabiliserare minskar något över tid, men dominerar fortfarande och en hög andel patienter behandlas med litium i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer. Dock får kvinnor med bipolär typ I inte litium i samma utsträckning som män med typ I, och andelen kvinnor med litium tangerar BipolärRs eget kvalitetskriterium

på minst 70 procent. Det finns därför skäl att särskilt uppmärksamma litiumförskrivningen hos kvinnliga patienter inför 2012.

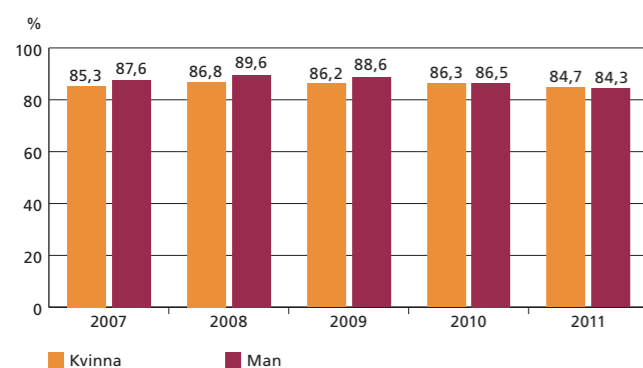
Trender i andelen återfall i skov påverkas troligtvis av trender i subdiagnostik, och då det även finns tydliga skillnader i preparatval vid olika subdiagnoser bör fördjupade analyser göras för att utreda om trender i återfall kan associeras till trender i preparatförskrivning för män respektive kvinnor samt för diagnostiska undergrupper.

Övriga processmått i registret

Nedan presenteras processmått ur registret som inte ingår i BipolärRs rekommenderade förbättringsområden och prestationssatsningen. Dessa processmått är behandling med läkemedel, ECT och systematisk psykologisk behandling. Data över processmått är hämtade ur nyregistreringsdatabasen. Analyser för män respektive kvinnor, ej subdiagnos.

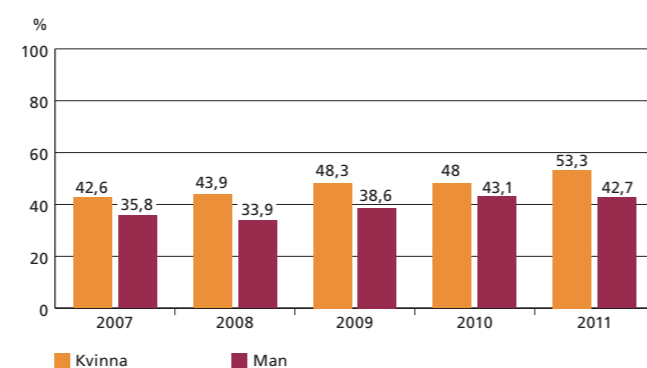
Behandling med läkemedel

Figur 15. Andel kvinnor respektive män som behandlas med stämningsstabiliserande läkemedel.



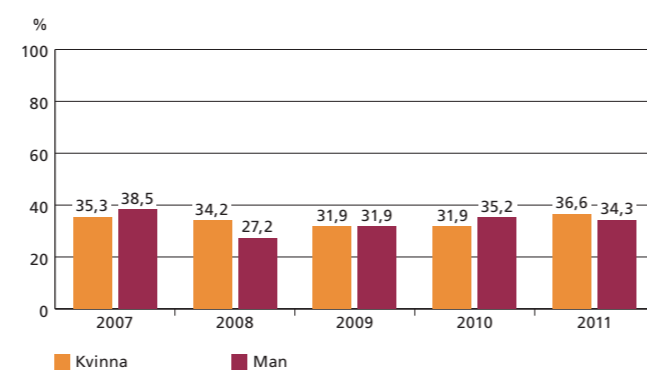
Stämningsstabiliserande preparat är förstahandsvalet vid bipolär diagnos, särskilt vid subdiagnos typ I. Det finns inga systematiska könsskillnader mellan män och kvinnor i förskrivning av stämningsstabiliserande preparat. Andelen är hög och jämn i registret över tid, även om en tendens till en minskning kan anas.

Figur 16. Andel kvinnor respektive män som behandlas med antidepressiva läkemedel.



Kvinnor förskrivs i något högre utsträckning antidepressiva preparat. Trenden är ökande över tid, bland både män och kvinnor. År 2011 förskrevs hälften av alla kvinnor i registret någon form av antidepressivt preparat.

Figur 17. Andel kvinnor respektive män som behandlas med antipsykotiska läkemedel.



Andelen med antipsykotiska medel är något lägre än andelen med antidepressiva preparat. Inga systematiska könsskillnader finns och trenden är stabil över tid.

Vanligaste preparaten i registret

I nyregistrering under perioden 2007–2011 finns 6 818 patienter som ingår i denna analys. De fem vanligaste preparaten har tagits fram inom varje grupp.

Tabell 10. De fem vanligaste stämningsstabiliserande preparaten vid nyregistrering.

Plats	Preparat	Antal patienter med preparatet	Antal patienter med något antidepressivt preparat
1	Litium	3 349	5 808
2	Lamotrigin	959	
3	Valproat	471	
4	Lamotrigin, litium	430	
5	Litium, valproat	178	

Tabell 11. De fem vanligaste antidepressiva preparaten vid nyregistrering.

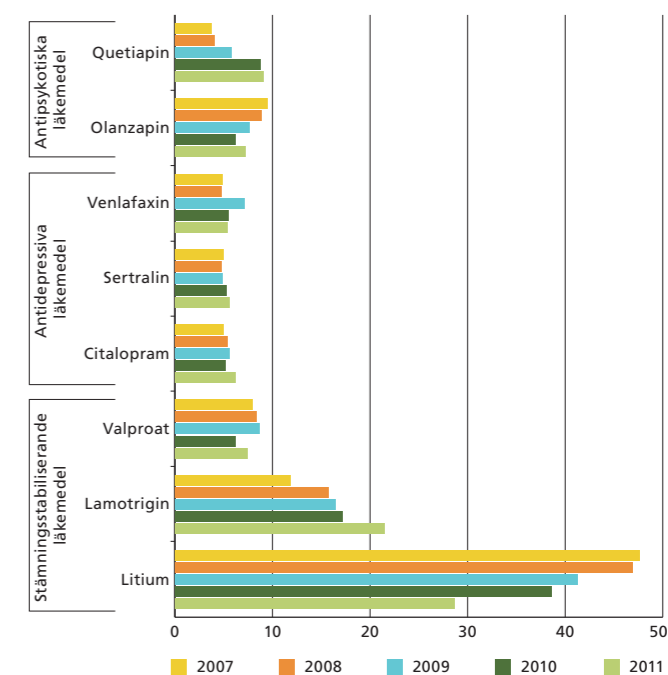
Plats	Preparat	Antal patienter med preparatet	Antal patienter med något antidepressivt preparat
1	Venlafaxin	455	2 810
2	Citalopram	442	
3	Sertralin	427	
4	Mirtazapin	215	
5	Escitalopram	176	

Tabell 12. De fem vanligaste antipsykotiska preparaten vid nyregistrering.

Plats	Preparat	Antal patienter med preparatet	Antal patienter med något antidepressivt preparat
1	Olanzapin	679	2 297
2	Quetiapin	477	
3	Risperidon	211	
4	Aripiprazol	124	
5	Haloperidol	105	

Bland stämningsstabiliserande preparat utmärker sig litium som det tydligt vanligaste preparatet, följt av lamotrigin. Dessa preparat förekommer även i kombination med varandra, vilket dock är relativt ovanligt. Bland de vanligaste antidepressiva preparaten i registret återfinns venlafaxin, citalopram och sertralin. Dessa tre är ungefär lika vanliga att förskrivas. Olanzapin är det vanligast förskrivna preparatet i neuroleptikagruppen. Quetiapin kommer på andra plats.

Figur 18. Andel behandling med antipsykotiska, antidepressiva och stämningsstabiliserande preparat.



I figuren ovan presenteras data över förskrivning av vanliga preparat från rankingtabellen ovan. Data är beräknade för preparat från samtliga grupper. I täljaren återfinns antal patienter med preparaten citalopram, sertralin, venlafaxin, olanzapin, quetiapin plus samtliga stämningsstabiliserande preparat. I nämnaren återfinns en totalsiffra där alla patienter med något av ovanstående preparat adderats för respektive kalenderår.

Figuren visar andel procent av patienterna inom respektive läkemedelskategori som vid nyregistrering förskrivits något av ovanstående läkemedel mellan år 2007–2011. Andelen är beräknad som antal patienter som förskrivits det specifika preparatet/antal patienter som förskrivits en viss typ av preparat (antidepressiva, stämningsstabiliserande eller antipsykotiska läkemedel). Till exempel: antal patienter i nyregistrering som förskrivits quetiapin/antalet patienter i nyregistrering som förskrivits någon form av antipsykotiska preparat under ett kalenderår. Observera att en patient kan ha förskrivits läkemedel från flera kategorier samtidigt, till exempel en stämningsstabiliserare och ett antidepressivt preparat. Kombinationer av preparat inom en kategori förekommer även, till exempel att patienten vid nyregistrering förskrivits litium + lamotrigin. Patienten räknas en gång per kategori för varje läkemedelspreparat, det vill säga en patient med litium + lamotrigin och ett antidepressivt preparat förekommer således tre gånger i figuren ovan.

Förskrivningen av quetiapin totalt i registret har ökat mellan 2007 och 2011, men svarar för en liten andel av alla läkemedelsförskrivningar (< 10 procent). För olanzapin, som också står för en liten del (< 10 procent) av alla förskrivningar totalt, ses istället en minskande trend mellan 2007 och 2011.

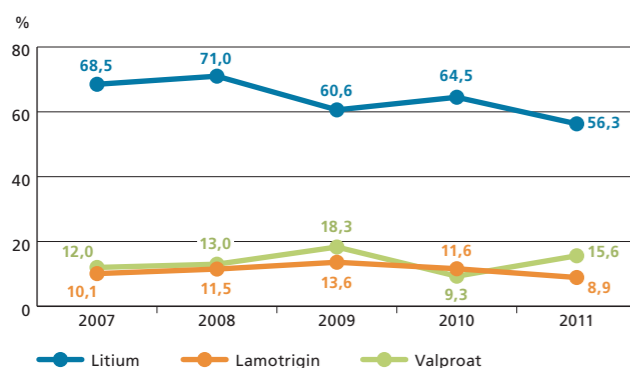
De tre vanligaste antidepressiva preparaten venlafaxin, sertralin och citalopram är sinsemellan lika vanliga och här syns heller inte trendskillnad över tid.

Bland stämningsstabiliserare står venlafaxin för den minsta andelen (< 10 procent), en andel som inte heller förändrats över tid i perioden 2007 till 2011. Lamotrigin har dock ökat totalt sett bland förskrivna läkemedel, medan litium har minskat.

Stämningsstabiliserande preparat

Nedan presenteras data över litium bland män respektive kvinnor uppdelat på olika subdiagnoser. Då vi noterat en sjunkande trend analyserar vi även andra typer av stämningsstabiliserande preparat för att undersöka om minskningen eventuellt kan härledas till en ökning av ett ersättande stämningsstabiliserande preparat. Data kommer från nyregistreringsdatabasen.

Figur 19. Andel förskrivna stämningsstabiliserande preparat vid nyregistrering bland män med bipolär sjukdom typ I.

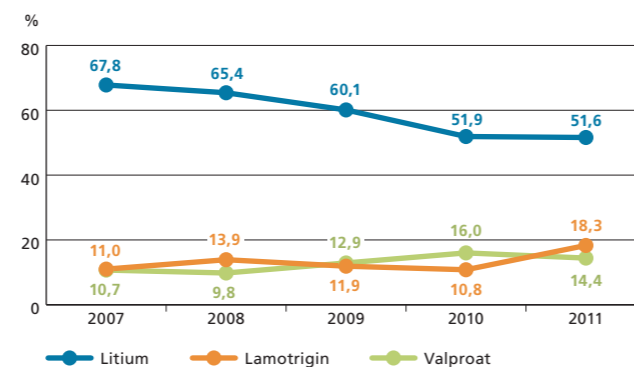


Antal förskrivna stämningsstabiliserande preparat vid nyregistrering bland män med bipolär sjukdom typ I.

	2007	2008	2009	2010	2011
Litium	320	235	209	111	76
Lamotrigin	47	38	47	20	12
Valproat	56	43	63	16	21
Totalt	423	316	319	147	109

Bland män med bipolär typ I ses en vikande trend av litium mellan 2007 och 2011. Den vikande trenden kan inte tydligt förklaras av en ökning av något annat av de vanligaste stämningsstabiliserande preparaten i registret, lamotrigin eller valproat.

Figur 20. Andel förskrivna stämningsstabiliserande preparat vid nyregistrering bland kvinnor med bipolär sjukdom typ I.



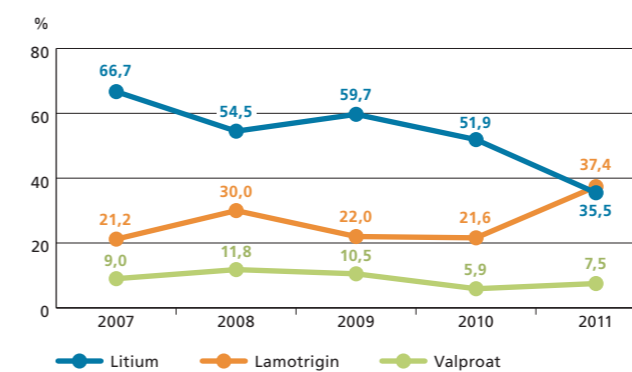
Antal förskrivna stämningsstabiliserande preparat vid nyregistrering bland kvinnor med bipolär sjukdom typ I.

	2007	2008	2009	2010	2011
Litium	456	301	238	120	79
Lamotrigin	74	64	47	25	28
Valproat	72	45	51	37	22
Totalt	602	410	336	182	129

Även bland kvinnor med bipolär typ I ses en vikande trend av litiumförskrivning mellan 2007 och 2011. Bland kvinnor ses det senaste året en ökning av lamotrigin eller valproat, även om den totala andelen som förskrivs dessa preparat fortfarande vid 2011 är relativt låg. Observera att antalet individer i analysen minskar betydligt över tid.

Även om BipoläRs målnivåer endast gäller litium vid bipolär typ I presenteras i anslutning till dessa resultat även förskrivning av stämningsstabiliserande läkemedel för bipolär typ II.

Figur 21. Andel förskrivna stämningsstabiliserande preparat vid nyregistrering bland män med bipolär sjukdom typ II.

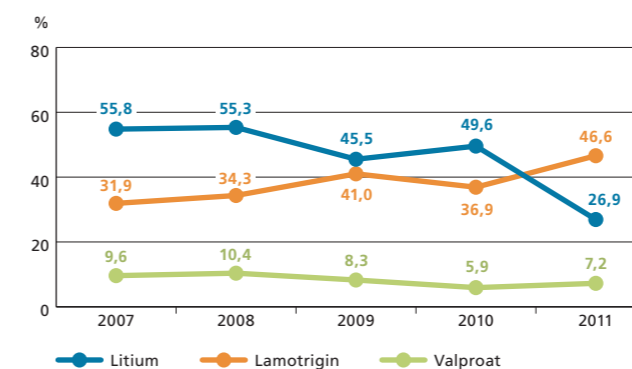


Antal förskrivna stämningsstabiliserande preparat vid nyregistrering bland män med bipolär sjukdom typ II.

	2007	2008	2009	2010	2011
Litium	126	120	114	96	38
Lamotrigin	40	66	42	40	40
Valproat	17	26	20	11	8
Totalt	183	212	176	147	86

Bland män i registret med bipolär subdiagnos typ II syns ännu tydligare en vikande trend av litiumförskrivning till förmån för lamotrigin över tid. År 2011 är båda preparaten lika vanliga bland män med bipolär subdiagnos typ II.

Figur 22. Andel förskrivna stämningsstabiliserande preparat vid nyregistrering bland kvinnor med bipolär sjukdom typ II.



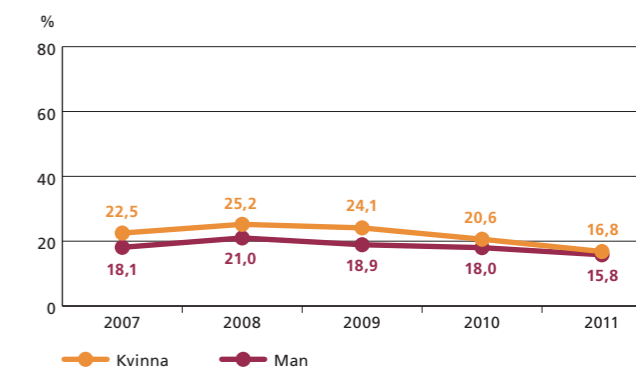
Antal förskrivna stämningsstabiliserande preparat vid nyregistrering bland kvinnor med bipolär sjukdom typ II.

	2007	2008	2009	2010	2011
Litium	177	187	182	168	67
Lamotrigin	103	116	164	125	116
Valproat	31	35	33	20	18
Totalt	311	338	379	313	201

Den vikande trenden av litiumförskrivning till förmån för lamotrigin bland bipolär subdiagnos typ II är ännu tydligare bland kvinnor än bland män i registret. Bland kvinnor har lamotrigin gått om litium som vanligaste preparat bland subdiagnos typ II år 2011.

Behandling med ECT

Figur 23. Andel kvinnor respektive män som vid nyregistrering fått ECT-behandling.

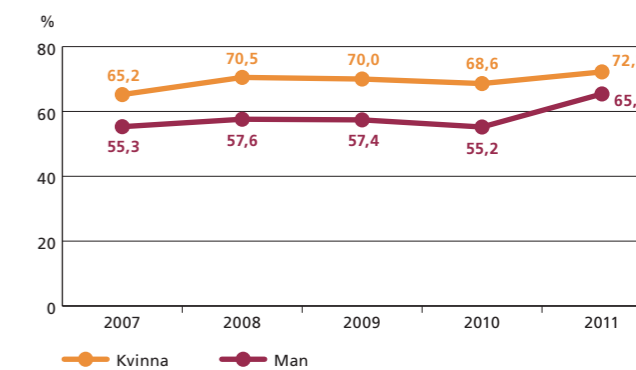


Det finns inga stora könsskillnader i ECT behandling i registret. Även om kvinnor behandlas i något större utsträckning är skillnaden endast några procentenheter. Den stabila trenden för kvinnor och män över tid följs också åt. En marginell minskning tycks ha skett över tid, vilket troligtvis beror på att andelen subdiagnoser i registret har förskjutits.

Systematisk psykologisk behandling

Socialstyrelsen rekommenderar även psykologisk behandling som komplement till stämningsstabiliserande preparat.

Figur 24. Andel kvinnor respektive män som vid nyregistrering fått systematisk psykologisk behandling.



Av registrerade i BipoläR ses en ökande trend av systematisk, psykologisk behandling över tid. Andelen kvinnor som får systematisk psykologisk behandling är i registret högre än andelen män som får samma behandling. Könsskillnaden är konsekvent över tid, även om en antydan till minskning av gapet kan skönjas för år 2011.

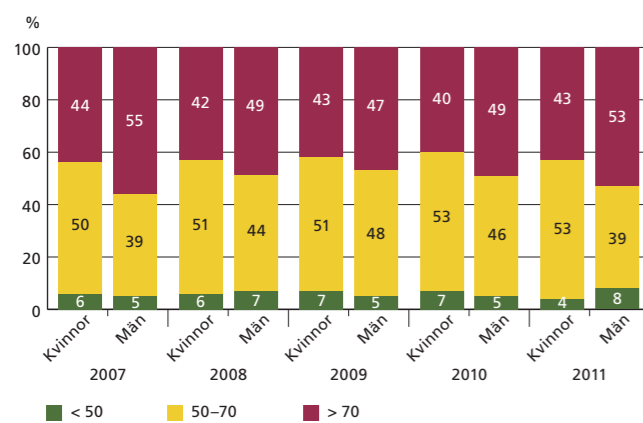
Övriga resultatmått

Nedan presenteras övriga resultatmått som registreras i kvalitetsregistret Bipolär. GAF-skattningar är en behandlarbedömning av patientens symtom och funktion. I Bipolär registreras även självrapporterad sjukskrivning, CGI (Clinical Global Impression scale, även det en behandlarskattning av patientens symtom) samt suicid och/eller självskadeförsök. Alla resultatmått analyseras i uppföljningsdatabasen, där registrering avser uppgifter om de senaste 12 månaderna i patientens liv (oavsett när föreliggande registrering gjordes).

GAF symtomskattning

GAF (Global Assessment Functioning scale) är en numerisk skala (från 1 till 100) som används av kliniker för att subjektivt skatta social, yrkesrelaterad och psykologisk funktionsförmåga hos vuxna, det vill säga hur väl man adapterar till olika problem i det dagliga livet. Skalan presenteras och beskrivs i DSM-IV-TR. Nedan presenteras GAF-skattningarna i kategorier; < 50 (mycket svåra problem/symtom), 50–70 (moderata problem/symtom) samt > 70 (inga eller mycket milda problem/symtom).

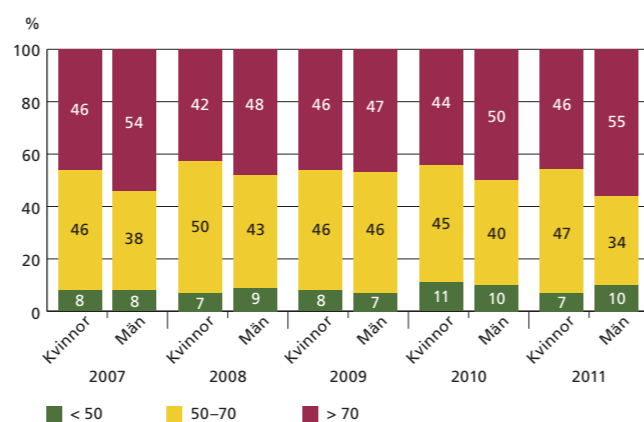
Figur 25. Andel kvinnor respektive män i olika kategorier av GAF symtomskattningar (uppföljningsregistrering).



Endast en liten andel i registret har GAF symtomskattningar under 50, det vill säga mycket svåra. Andelen med GAF < 50 är jämnt fördelat mellan män och kvinnor och ingen större förändring av andelen kan iaktas över tid. Generellt har en något större andel män än kvinnor GAF symtom > 70, det vill säga inga eller milda symtom. Även denna trend är stabil över tid, såsom trenden att kvinnor generellt något oftare än män har GAF symtomskattningar mellan 50–70 (måttliga symtom).

GAF funktionsskattning

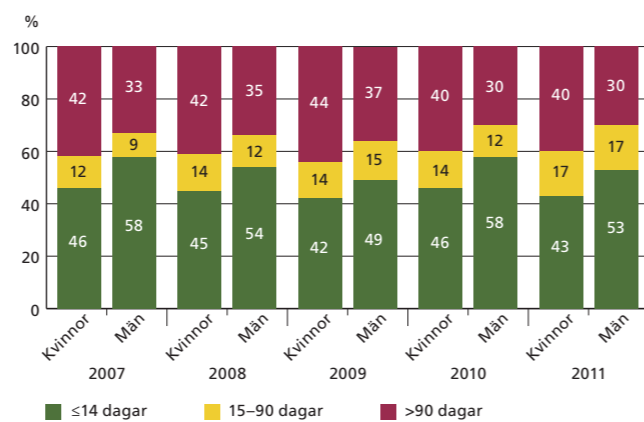
Figur 26. Andel kvinnor respektive män i olika kategorier av GAF funktionsskattningar (uppföljningsregistrering).



Endast en liten andel i registret har GAF funktionsskattningar under 50, det vill säga mycket svåra funktionshinder. Andelen med GAF < 50 är jämnt fördelat mellan män och kvinnor och ingen större förändring av andelen kan iaktas över tid. Generellt har en något större andel män än kvinnor GAF symtom > 70, det vill säga inga eller milda symtom. Även denna trend är stabil över tid, såsom trenden att kvinnor generellt något oftare än män har GAF funktionsskattningar mellan 50–70 (måttliga symtom).

Sjukskrivning

Figur 27. Självrapporterade sjukskrivningsdagar de senaste 12 månaderna. Andel kvinnor respektive män i uppföljningsregistreringar.



Vanligast i registret är korta eller längre (> 90 dagar) sjukskrivningar. Data är hämtade från uppföljningsregistreringarna och gäller de senaste 12 månaderna. Majoriteten (runt hälften av alla registrerade) har bara haft korta sjukskrivningar, mindre än 14 dagar. Detta är något vanligare bland män än bland kvinnor. Bland kvinnor är däremot längre sjukskrivningar, mer än 90 dagar, något vanligare än bland män. Det går inte att se några förändringar i trenden över tid.

Läkarbedömd symtomgrad – CGI

Nedan presenteras CGI (Clinical Global Impression scale) som är en behandlarskattning av patientens tillstånd. Skalan, som har sju svarsalternativ har kodats och presenteras i form av aritmetiska medelvärden över tid, för män respektive kvinnor. Kodning av data presenteras i tabell nedan.

Data är hämtade ur uppföljningsregistreringar och gäller de senaste 12 månaderna.

Analyserna visar ingen skillnad mellan män och kvinnor. Trenden visar på en förändring med cirka 0,5 skalsteg över tid, från 3 till 2,5 motsvarande en förändring från måttliga symtom till mellan milda och måttliga symtom. Förändringen är alltså en svag förbättring. Förändringen är dock så liten att den kliniska signifikansen – alltså den reella skillnaden hos patienten i dennes upplevelse av sitt hälsotillstånd – kan ifrågasättas.

Bipolär har även analyserat CGI för 2011 kvartalsvis på öppen enhetsnivå. Denna rapport finns att läsa på www.kcp.se

Fråga: "Om du väger in din kliniska erfarenhet av denna diagnosgrupp, hur svåra symtom har patienten?"

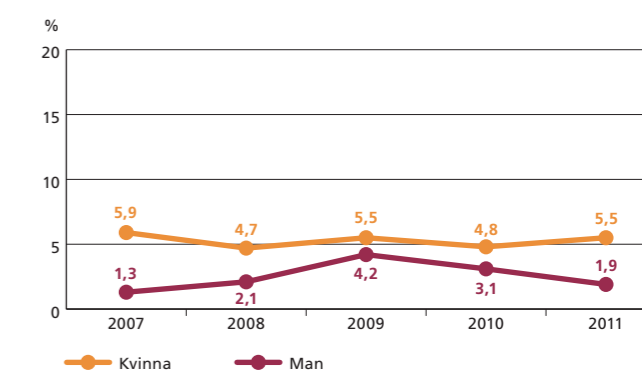
Inga	0
Mycket milda	1
Milda	2
Måttliga	3
Påtagliga	4
Svåra	5
Mycket svåra	6

Figur 28. CGI-poäng på symtomgrad för kvinnor respektive män de senaste 12 månaderna (uppföljningsregistrering).



Suicid och/eller självskadande handling

Figur 29. Andel kvinnor respektive män som genomfört självskadande handling/suicidförsök senaste 12 månaderna (uppföljningsregistrering).

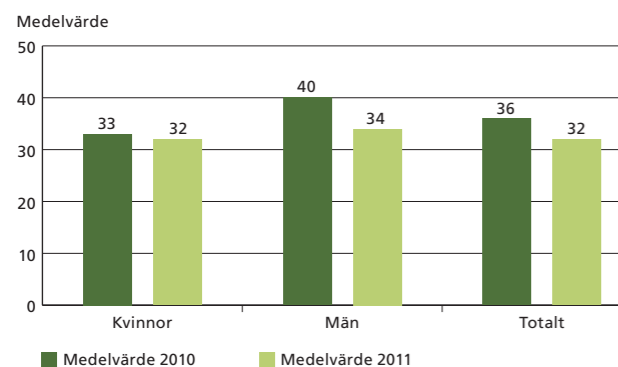


Variabeln självskadande handling och/eller suicidförsök registreras i två steg, a) om patienten begått självskadande handling och/eller suicidförsök, b) om ja – hur många gånger? I figuren presenteras data från uppföljningsdatabasen och resultatet gäller de som begått självskada och/eller suicidförsök.

En något högre andel kvinnor än män har begått självskadande handling och/eller suicidförsök i uppföljningsregistreringarna, även om skillnaden mellan könen inte uppgår till mer än ett par procentenheter. Trenden är stabil över tid, särskilt för kvinnor medan män har en liten topp kring 2009 som sedan dalar igen, men skillnaden mellan år handlar bara om någon enstaka procentenhet och några tolkningar av trenden görs därför inte. Händelserna är dock relativt få vilket gör analyser osäkra.

Slutenvårdsdagar

Figur 30. Medelvärde för antal självrapporterade dagar i slutenvården de senaste 12 månaderna för kvinnor respektive män. Uppföljningsregistreringar gjorda 2010 respektive 2011.



Män har generellt fler dagar i slutenvård än kvinnor, både under 2010 och 2011. Under 2010 hade män i Bipolär i genomsnitt sju dagar fler i slutenvård än kvinnor, en skillnad som jämnades ut under 2011 där män i genomsnitt hade två dagar fler än kvinnor i genomsnitt. Antal slutenvårdsdagar har dock sjunkit bland män under 2011, något som påverkar även totala antalet slutenvårdsdagar i registret och ger en minskning från 2010 till 2011.

Totalt antal dagar i slutenvård var i genomsnitt 36 dagar år 2010 och 32 dagar 2011 – det vill säga ungefär en månad. Det finns stora, individuella variationer i variabeln slutenvårdsdagar vilket gör att det är svårt att dra några generella slutsatser utan djupare case-mix analyser. Bipolär uppmanar dock enskilda, anslutna enheter att kartlägga slutenvårdsdagar lokalt och arbeta med förbättringsarbeten utifrån den egna statistiken.

Kliniska förbättringsarbeten med Bipolär

Från och med mars 2012 deltar sju enheter i ett nationellt förbättringssamarbete i Bipolärs regi. Syftet med det nationella förbättringssamarbetet är att stödja och visa enskilda enheter hur man med hjälp av kvalitetsregistret Bipolär kan identifiera förbättringsområden, ta ut data, samt följa och utvärdera resultat av lokala kvalitetsförbättringsprojekt. Målet är att vid avslutat projekt ska

deltagande enheter ha arbetat upp erfarenhet och rutiner kring att driva självständiga, fortlöpande kvalitetsförbättringsarbeten med stöd av Bipolär som en integrerad del av verksamheten, samt etablerat fungerande och hållbara rutiner för registrering (nyregistrering och årsuppföljning). Följande enheter ingår i förbättringssamarbetet.

Tabell 13. Anslutna enheter som deltar i nationella förbättringssamarbeten.

Enhet	Landsting	Typ av enhet
1. Område allmänpsykiatri	Skåne	Allmänpsykiatrisk öppenvård
2. VO Vuxenpsykiatri i Kristianstad (Kristianstad/Hässleholm)	Skåne	Allmänpsykiatrisk öppenvård
3. Psykmottagningen i Västervik	Kalmar	Allmänpsykiatrisk öppenvård
4. Vuxenpsykiatri Allmänpsykiatriska enheten Växjö	Kronoberg	Allmänpsykiatrisk öppenvård
5. Vuxenpsykiatri Allmänpsykiatriska enheten Ljungby	Kronoberg	Allmänpsykiatrisk öppenvård
6. Affektiva enheten/Affektivt centrum i Göteborg	Västra Götaland	Subspecialiserad mot bipolärvård
7. BUP-kliniken i Norrköping	Östergötland	Allmänpsykiatrisk öppenvård (BUP)

Resultat från förbättringsarbetena presenteras i 2012 års rapport från Bipolär.

Prestationssatsningen och avsiktsförklaringarna

(Följande text hämtad från <http://www.kvalitetsregister.se/projekt/battre-psykiatrisk-varld-med-kvalitetsregister>)

I en ny överenskommelse mellan stat och SKL kallad ”Bättre Psykiatrisk vård med Kvalitetsregister” har man enats om ytterligare satsning på utvecklingsinsatser för psykiatrin, nu med hjälp av Nationella kvalitetsregister. Det behövs ytterligare insatser för att säkerställa ökad inrapportering av data till de befintliga Nationella Kvalitetsregistren inom psykiatrin samt bättre användning av data i den kontinuerliga verksamhetsutvecklingen och bli en naturlig del i psykiatris uppföljningssystem.

Tidsbegränsad satsning i två delar

Nio register och verksamheter deltar i en gemensam insats för att sprida användningen av de Nationella Kvalitetsregistren inom psykiatri: Bipolär, BUSA, LAROS, ECT, PsykosR, RIKSÄT, RättspsyK, SBR, SÖK.

Den gemensamma satsningen har nu rivstartat med planering och aktiviteter och ger avtryck i till exempel registerspecifika ambassadörer, workshops, nätverksträffar, utbildningar i register och förbättringskunskap.

Bipolär, BUSA, PsykosR, ECT, RIKSÄT med tillhörande verksamheter deltar dessutom i en prestationsbaserad satsning för att öka täckningsgrad för register och användning av registerdata som underlag till verksamhetsnära förbättringsarbete.

Arbetet startades upp med ett intensivt arbete av registren där måttal definierades för täckningsgrad och förbättringsindikatorer. Utifrån denna palett av måttal har nu närmare 400 enheter tecknat avsiktsförklaringar som innefattar att man som enhet kommer att arbeta med täckningsgrad och förbättringar av den psykiatriska vården mot uppsatta och angivna måttal.

Registrens avsiktsförklaringar med definierade måttal finns att läsa på www.kcp.se. Här kommer också resultat för täckningsgrad och förbättringsindikatorer att presenteras kontinuerligt.

Forskning

Bipolär uppmuntrar till att registret används för forskning. En forskningspolicy och instruktioner finns på www.kcp.se. För närvarande pågår även följande projekt med anknytning till Bipolär:

Stanleystudien

Detta är en studie som stöds av National Institute of Mental Health (NIMH) och The Stanley center for research och genomförs vid Institutionen för epidemiologi och biostatistik vid Karolinska Institutet. Studien ingår i ett internationellt konsortium som gör den hittills största ansatsen att studera arvet och miljöns betydelse för uppkomsten av bipolära symtom. Läs mer på www.ki.se/stanley.

Skräddarsydd psykiatrisk behandling

Syftet med detta projekt är att finna biomarkörer för psykisk sjukdom för att kunna skräddarsy psykiatrisk behandling. Projektet finansieras av Stiftelsen för Strategisk Forskning 2011. Projektet kommer använda data från Bipolär och andra psykiatriska kvalitetsregister som utfallsvariabler. Visionen är att patienter inom psykiatrin tidigt ska få en korrekt diagnos och en behandling som är speciellt anpassad för dennes behov och förutsättningar. Om man kan förutsäga vem som svarar gynnsamt på en behandling kan man undvika onödiga biverkningar och få bättre behandlingsresultat. Detta är idag omöjligt eftersom det inte finns några mätbara egenskaper, så kallade biomarkörer, som kan användas för att spåra sjukdomen i kroppen. Biomarkörerna kan exempelvis vara genetiska varianter eller proteiner som är kopplade till bestämda egenskaper hos oss. Ett exempel inom demensfältet är så kallade tau och amyloidprotein som visats vara biomarkörer för Alzheimers sjukdom. Det finns idag tekniskt avancerade metoder för att söka igenom hela den genetiska koden eller alla proteiner för att hitta mönster som identifierar exempelvis en person som har stor risk att drabbas av en viss sjukdom. Genom att använda oss av dessa metoder tillsammans med den stora mängd information som finns samlad i psykiatriska kvalitetsregister i Sverige hoppas vi kunna hitta biomarkörer som kan förbättra vården av patienter med olika psykiatriska sjukdomstillstånd. Tack vare de psykiatriska kvalitetsregistren finns det nu möjlighet att göra verkliga framsteg i forskningen kring biomarkörer inom psykiatrin.

Vård och behandlingsutfall vid subspecialiserade respektive allmänpsykiatriska öppenvårds-mottagningar

Uppkomsten av specialmottagningar för patienter med bipolär affektiv sjukdom föranleder frågan om dessa mottagningar erbjuder annan vård än mer allmänt inriktade öppenvårdsmottagningar där även psykiatripatienter med andra diagnoser behandlas. Med hjälp av kvalitetsregistret Bipolär undersöktes case-mix, behandlingar samt vårdresultat i ett nationellt urval av allmänna respektive specialistmottagningar i Sverige. Studien presenterades som poster vid SKL:s nationella kvalitetsregisterkonferens i Stockholm 2011.

Forskningsetiknämnden har godkänt följande studier på data från Bipolär:

1. Är vården för bipolära syndrom jämlik exempelvis avseende patientens kön, utbildning, ålder eller boendeort?
2. Vad predicerar suicid, suicidförsök och våld vid bipolär affektiv sjukdom?
3. Vilka metabola effekter har läkemedel som ges vid bipolär affektiv sjukdom?
4. Vad predicerar förloppet vid bipolärt syndrom?
5. Vad predicerar följsamhet till behandling, samt hur påverkar följsamheten patientens upplevda livskvalitet och inställning till behandling?

Fakta om Bipolär

Registerhållare

Registerhållarens roll (enligt SKL, www.kvalitetsregister.se) är att vara huvudansvarig för registrets utveckling och drift och det är med registerhållaren som beslutsgruppen gör sin överenskommelse vid utbetalningen av medel. Registerhållaren ska vara väl förankrad i berörda professioner och ha eventuella specialistföreningar/sektioner bakom sig, ha ingående kunskaper om registrets innehåll, funktionalitet och resultat och kunna företräda registret i olika sammanhang lokalt och nationellt (och i vissa fall internationellt), exempelvis i kontakterna med kompetenscentra och med SKL. Registerhållaren ska dessutom vara orienterad i de regelverk som finns inom kvalitetsregisterområdet. Registerhållare för Bipolär är Mikael Landén, professor i psykiatri vid Göteborgs universitet samt gästprofessor vid Karolinska Institutet i Stockholm. Mikael Landén leder även flera forskningsprojekt med fokus på bipolära syndrom.

Projektledare

Bipolär har en heltidsanställd projektledare vars uppgift är att koordinera olika insatser i kvalitetsregistret, samt leda det operativa arbetet med återkoppling från registret. I projektledarens uppgifter ingår även information och utbildning om Bipolär. Projektledare arbetar även tillsammans med registerhållaren med strategiska utvecklingsfrågor för kvalitetsregistret, information om registret

Projektledare för Bipolär under 2011 var Ulrika Lundberg, Fil. Dr i psykologi, anställd vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

Statistiker

Statistiker för Bipolär under 2011 var Mathias Kardell, Fil. Kand. statistik och dataanalys, anställd av Bipolär (50%) och vid Registercentrum Västra Götaland (50%).

Styrgrupp

Styrgruppens roll (enligt SKL, www.kvalitetsregister.se) är att som helhet, utöver adekvata specifika medicinska kompetenser, också ha relevant tvärvetenskaplig kompetens samt kunskap avseende statistik och i hur data kan användas i förbättringsarbete. Styrgruppen ska även vara förankrad i eventuella specialistföreningar/sektioner och representativ för hela landet. I samarbete med deltagande kliniker ska styrgruppen utforma registrets innehåll och design, göra registret användbart för förbättringsarbete och arbeta med förbättring av registrets datakvalitet. Styrgruppen ska även tillse en ändamålsenlig återrapportering till berörda målgrupper och utveckla registret enligt den ansökan som lämnats till Beslutsgruppen för Nationella Kvalitetsregister och enligt de kriterier och inriktningsmål som finns för Nationella Kvalitetsregister. Styrgruppen ska arbeta med implementeringen av registret för att kontinuerligt öka registrets täckningsgrad och hjälpa deltagande kliniker med analys av resultat och stötta klinikernas förbättringsarbete, exempelvis genom metodstöd och genom att förmedla kontakter mellan kliniker. Om behov och efterfrågan finns från flera kliniker kan styrgruppen uppdra att samordna projekt där flera inbjuds att delta för att skapa möjlighet till kunskapsöverföring mellan enheter och för att få synergier i förbättringsarbetet.

I Bipolärs styrgrupp ingick under 2011 Mikael Landén, Ulrika Lundberg, Bo Runesson (fd registerhållare), Kristina Lindwall-Sundel (överläkare, arbetat med utveckling av registrets frågor), Mattias Agestam (överläkare, IT-expert), Åsa Westrin (klinisk lektor), Robert Ekman (brukarrepresentant), Lars Häggström (överläkare, ordf. Svenska sällskapet för bipolärt syndrom), Lars von Knorring (professor, överläkare).

Styrgruppen sammanträder regelbundet cirka två gånger per kalenderår.

Kompetenscentrum

Bipolär är anslutna till KCP (Kompetenscentrum för psykiatriska och andra kvalitetsregister, Örebro Uppsala) tillsammans med övriga psykiatriska kvalitetsregister. Bipolär är anslutna till den gemensamma IT-lösningen för psykiatriska kvalitetsregister, ReQua, som utvecklats och drivs från KCP.

Tillsammans med anslutna registerhållare och andra intressenter utvecklar KCP metoder för att underlätta registeranvändningen, göra patienter mer delaktiga i registerarbetet, stödja användningen av registerinformation i kliniskt förbättringsarbete.

KCP erbjuder service och support i den dagliga användningen av registren samt stödjer analys av data och rapportproduktion. KCP kan även fungera som diskussionspartner/bollplank vid uppstart av nya register. KCP drivs gemensamt av Örebro läns landsting och Landstinget i Uppsala län, på uppdrag av SKL.

Bipolär har även under 2011 köpt vissa registertjänster från RC (Registercentrum Västra Götaland), bla statistik och framställning av årsrapport. Bipolär har dessutom ett samarbete med NDR, via RC, om att arbeta med kliniska förbättringsarbeten i kvalitetsregistret.

Medverkande enheter

Tabell 14. Aktiva enheter under 2011.

Län	Enhetsnamn
Stockholm	Carema Hjärnhälsan, Tyresö
	(Allmänpsykiatriska mottagningen i city, Stockholm)
	Allmänpsykiatriska mottagningen, Väst
	Affektivt Centrum, NSP, Stockholm
	Affektiva mottagningen, Psykiatri sydväst, Huddinge
	Carema Hjärnhälsan, Nacka
	Kronans psykiatriska mottagning, Sundbyberg
	Allmänpsykiatriska mottagningen, Vällingby
	Carema Hjärnhälsan, Värmdö
	SLSO Psykiatri Södra Stockholm, Årsta
	Affektiva Mottagningen, Psykiatricentr SSUV, Sollentuna
	Prima vuxenpsykiatri, Åkersberga
	Prima vuxenpsykiatri, Mörby
	Carema Hjärnhälsan Öppenvårdspsykiatri, Haninge
	Carema Hjärnhälsan, Nynäshamn
	Psykiatricentrum, Södertälje
	Prima vuxenpsykiatri, Täby
	Prima vuxenpsykiatri, Vallentuna
	Sigtuna/UpplandsVäsby psykiatriska mottagning
	Sollentuna psykiatriska öppenvård
	Psykosöppenvården, Södertälje psykiatriska klinik
	Prima vuxenpsykiatri, Lidingö
	Huddinge psykiatriska öppenvårdsmottagning
	Järfälla/Upplands-Bro psykiatriska mottagning
	Psykiatriska kliniken vid Norrtälje sjukhus
	Botkyrka öppenvårdsmottagning
	(Skärholmens psykiatriska mottagning)
	Liljeholmens psykiatriska öppenvårdsmottagning
	(Ålvsjö psykiatriska öppenvårdsmottagning)
	Enh för psykotiska & bipolära tillst, BUP, Stockholm
	Äldrepsykiatriska mottagningen, Södertälje
	Psykiatriska kliniken, Ersta sjukhus, Stockholm
Allmänpsykiatriska behandlingsenheten Väst, Bromma	
Allmänpsykiatriska Behandlingsenheten City, Stockholm	
Serafens psykiatriska mottagning City, Stockholm	
PRIMA barn- och ungdomspsykiatri, Handen	
Norrbotten	Vuxenpsykiatriska kliniken, Enhet C, Piteå
	Malmfältens Psykiatri, Gällivare
	Länsgemensam Psykiatri, Öjebyn
	Vuxenpsykiatriska mottagningen Sunderby sjukhus, Luleå
Uppsala	Allmänpsykiatrisk mottagning 2, Uppsala
	Neuropsyk-enheten, BUP, Akademiska, Uppsala
	(Ungdomsteamet, Akademiska sjukhuset, Uppsala)
Södermanland	Flens psykiatriska mottagning
	Psykiatrisk öppenvårdsmottagning 2, Nyköping
	Psykiatrisk öppenvårdsmottagning 1, Nyköping
Östergötland	Mottagning Sydost, Psykiatriska kliniken, Linköping
	Mottagning Nordväst, Psykiatriska kliniken, Linköping
	Psykiatri- och habiliteringsenheten, NSV, Motala
	Barn och Ungdomspsykiatriska kliniken, Norrköping
	(Psykiatriska mottagningen Generalsgatan, Norrköping)
	(Centrala enheten, Norrköping)
	Vuxenpsykiatriska kliniken, Norrköping

Tabell 14. Forts.

Län	Enhetsnamn
Östergötland forts.	BUP Öppenvård, Linköping
	Capio Psykiatri, Linköping
	Capio Psykiatri Norrköping
	Psykiatripartners Barn och ungdom, Mjölby
	Psykiatripartners Barn- och ungdom, Motala
Kronoberg	Vuxenpsyk Kronoberg, Affektiva processen i Växjö
	Allmänpsykiatriska mottagningen Ljungby
Kalmar	Psyk-mottagningen, Västervik
	Psyk-mottagning Norr, Kalmar
	PRE-öppenvård, Kalmar
	Valnötsträdet behandlingsenhet, Kalmar
	Ölands psykiatriska öppenvårdsmott, psykklin Kalmar
	Psykiatriska mottagningen, Nybro-Emmaboda
	Psykiatriska mottagningen, Oskarshamn
	Psykiatriska öppenvårdsmott, Vimmerby-Hultsfred
Gotland	(Psykiatriska kliniken, Öppenvårdsteamet, Visby)
	Psykosmottagningen, Psykiatriska kliniken, Visby
Blekinge	(Vuxenpsykiatriska mottagningen, Karlshamn)
	Affektiva mottagningen, psyk kliniken, Karlskrona väst
	Vuxenpsykiatri Ronneby
	BUP-kliniken, Karlskrona
Skåne	Psykiatriska öppenvårdsmottagningen, Eslöv
	Psykosmottagningen, Lund
	Psykiatriska öppenvårdsmottagningen, Lund
	(Hjärnhälsan, Lund)
	Carema psykiatri, Ystad
	(Psykiatri NVS, rättspsykiatri Helsingborg)
	Psykiatri NVS, specialiserad psykiatri, Helsingborg
	BUP, Teamet för psykos och bipolära tillstånd, Lund
	Psykiatri NVS, allmänpsykiatri, Helsingborg
	Psykiatri NVS, allmänpsykiatri, Ängelholm
	Psykiatriska öppenvårdsmottagningen, Hässleholm
	Psykiatriska kliniken, Kristianstad
	VO Psykiatri Landskrona
	Allmänpsykiatriska öppenvård, UMAS, Malmö
	Allmänpsykiatriska mottagningen, Trelleborg
	Psykiatriska öppenvårdsmottagningen, Arlööv
Psykiatri Skåne, Verksamhetsområde rättspsykiatri	
BUP Ystad/Simrishamn	
PRE, Lund	
Psykoskliniken, Malmö	
Södermottagningen, Helsingborg	
Halland	Psykosteamet, BUP, Halmstad
	Vuxenpsykiatriska mottagningen, Kungsbacka
	Affektiva enheten, Halmstad
	Affektiva teamet VPM, Varberg
	Vuxenpsykiatriska mottagningen, Falkenberg
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Hylte
Västra Götaland	Psykiatriska öppenvårdsmottagningen, Kungälv/Kärna-Rödbo
	Affektivt Centrum, Sahlgrenska, Hisingsbacka
	(Mellanvårdsteamet, Göteborg)
	SÅS VUP, ÖVM Centrum, Borås
	(Evidens Lysekil AB)
	Vuxenpsykiatriska klinikerna 1 + 2, Borås
	SÅS VUP, ÖVM Vårgårda
	SÅS VUP, ÖVM Mark, Skene
	SÅS VUP, ÖVM Kind

Län	Enhetsnamn
Västra Götaland forts.	SÅS VUP, ÖVM Lerum
	SÅS VUP, ÖVM Alingsås
	SÅS BUP, Elinsdal, Borås
	SÅS, BUP-kliniken, BUP-mottagning Skene
	SÅS, BUP-kliniken, BUP-mottagning Solhem
	SÅS, BUP-kliniken, Mittenälvsborg, Alingsås
	(Psykiatriska öppenvårdsmottagningen, Uddevalla)
	Allmänpsykiatrisk mottagning Stenungsund/Tjörn
	Psykiatriska öppenvården, Vänersborg
	Psykiatriska öppenvårdsmottagningen, Trollhättan
	Psykiatriska öppenvårdsmottagningen, Ale
	(Allmänpsyk, mott Centrum-Öst, Göteborg)
	Specmott för bipolär-, psykos- & tvångssyndrom, Göteborg
	Team II, ÖVC, Psykiatri Sahlgrenska, Västra Frölunda
	Psykiatriska öppenvården, Bäckefors
	Psykiatriska öppenvården, Åmål
Sotenäs/Munkedal vuxenpsyk, Munkedal	
Psykiatriska allvårdsenheten, Orust	
Psykiatriska öppenvården, Strömstad/Tanum	
BUP-mottagningen, Stenungsund/Tjörn	
Affektiva enheten, Mölndal	
Avd 245, Mölndals sjukhus	
Carema Psykiatri AB, Lysekil	
Värmland	Psykiatriska öppenvårdsmottagningen, Arvika
	Psykiatriska öppenvården Kristinehamn
	Psykiatriska Öppenvården, Hagfors
	Psykiatriska Öppenvården Karlstad
Psykiatriska Öppenvården Säffle/Grums	
Örebro	Affektiva mottagningen, Allmänpsyk, Örebro
	Vuxenpsykiatriska mottagningen, Hallsberg
	Vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningen, Karlskoga
	Psykiatriska mottagningen, Lindesberg
Västmanland	Specialistmottagning affektiva, Västerås
	Allmänpsykiatriska mottagningen, Sala
	BUP-mottagningen, Sala
	BUP mottagning väst, Västerås
	BUP-mottagningen KAK, Köping
BUP-mottagning öst, Västerås	
Dalarna	Psykiatriska öppenvårdsmottagningen, Malung
	Psykiatriska mottagningen, Rättvik
	Psykiatriska öppenvården, Leksand
	Psykiatriska öppenvården, Mora/Orsa
Psykiatriska öppenvården, Vansbro	
Västerbergslagens psykiatriska sektor, Ludvika	
Psykiatriska mottagningen, Falun	
Gävleborg	Psykiatriska kliniken, Psykiatri & Habilitering, Gävle
Västernorrland	Affektiva enheten, Sundsvall
	Psykiatriska mottagningen, Härnösand
	Vuxenpsykiatri Sollefteå/Kramfors, Sollefteå
Jämtland	Affektiva enheten, Östersund
Västerbotten	Psykiatriska kliniken, Skellefteå
	Medicinsk service, Umeå
	Psykkliniken Södra Lappland, Lycksele
	Psykiatriska öppenvården, Vilhelmina
	Psykiatriska öppenvården, Storuman

REGISTERCENTRUM VÄSTRA GÖTALAND REGISTERCENTRUM FÖR NATIONELLA KVALITETSREGISTER

Registercentrum Västra Götaland är ett kunskapscentrum för kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården. Registercentrum har uppdrag från SKL att ge Nationella kvalitetsregister stöd med utveckling, drift och användning av kvalitetsregister. Här ingår även att främja kvalitetsutveckling och forskning med hjälp av register.

www.registercentrum.se