

Kvalitetsregister Bipolär



Årsrapport 2013

Nationella kvalitetsregistret för bipolär affektiv sjukdom



Årsrapport 2013

Kvalitetsregister Bipolär

Registerhållare

Mikael Landén

Professor, Överläkare
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg
mikael.landen@neuro.gu.se

Författare av årsrapport

Magnus Jansson

Utvecklingsledare Bipolär
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
magnus.l.jansson@vgregion.se

Mikael Landén

Professor, Överläkare
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg
mikael.landen@neuro.gu.se

Statistiker

Mathias Kardell

Sahlgrenska Universitetssjukhuset
mathias.kardell@vgregion.se

Projektledare

Kristina Berglund

Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg
kristina.berglund@registercentrum.se

Utgivare

Mikael Landén

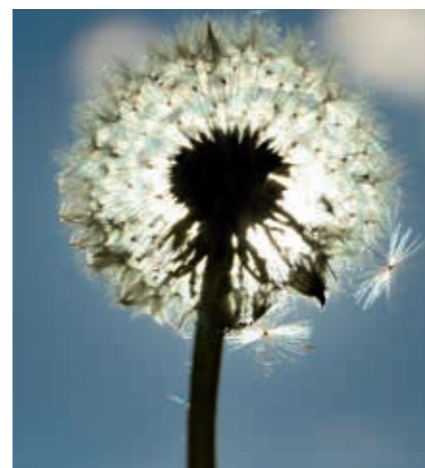
Huvudman

Västra Götalandregionen
Regionens hus
426 80 Vänersborg

Styrgrupp

Mikael Landén
Kristina Lindvall-Sundel
Annika Blom-Sahlén
Arvid Lagercrantz
Lars von Knorring
Bo Runesson
Hans-Peter Mofors
Mattias Agestam

ISSN 2001-2918
Tryckår 2014



Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
50 år med litium	6
Kliniskt förbättringsarbete med Bipolär	7
Data i Bipolär.....	8
Antalet registreringar över år och fördelade på län	8
Könsfördelning	10
Åldersfördelning	10
Patientgrupper i registret.....	11
Subdiagnoser och subdiagnostik	11
Psykiatrisk samsjuklighet	13
Somatisk samsjuklighet	14
Processmått i Bipolär.....	15
Läkemedelsbehandling.....	15
Litiumförskrivning vid respektive underdiagnos	17
Läkemedelsgenomgång	19
Patientutbildning	19
Systematisk psykologisk behandling.....	22
Resultatmått.....	24
BMI och klinisk signifikant viktuppgång	24
Andel i arbete	27
Återfall i skov	28
GAF-funktion	30
Andel slutenvårdade	32
Självskadande handlingar och suicidförsök.....	33
Skattning av njurfunktion vid litiumbehandling	35
Redovisning av kvalitetsindikatorer för vårdenheter	36
Bipolär i forskning	44
Bipolär – vilka är vi?	46
Referenser	47

Sammanfattning

Sammanlagt 165 behandlande enheter över hela landet registrerar i Bipolär, ifrån Gällivare i norr till Trelleborg i söder. Det är allt ifrån små allmänpsykiatriska mottagningar med ett fåtal anställda och ett fåtal registreringar till stora subspecialiserade mottagningar med flera hundra registreringar. Antalet nyregistreringar ökade under 2013 dramatiskt i förhållande till föregående år. 2013 nyregistrerades sammanlagt 4 733 patienter. Det innebär en ökning av nyregistreringarna på mer än 300 procent i förhållande till föregående år. En stor förklaring till denna ökning har varit den prio-satsning som genomförts med ekonomiska incitament till de som uppnår uppsatta målnivåer. Men vi vill även tro att det också finns ett växande intresse för de psykiatriska kvalitetsregistren bland vårdgivare och patienter. Allt fler uppfattar att kvalitetsregistren är en hjälp att kvalitetssäkra vården.

Som hjälp till den bipolära vårdens kvalitetssäkring har registret satt upp sex kvalitetsindikatorer. Dessa är: andelen litiumbehandlade patienter med bipolär sjukdom typ 1, andelen som tillfrågats/fått patientutbildning, andelen som återfallit i skov senaste 12 månaderna, andelen med BMI > 30, andelen med signifikant viktökning, andelen med signifikant GAF-förbättring.

Andelen litiumbehandlade patienter med bipolär sjukdom typ 1 fortsätter att minska. En minoritet av länen uppnår Bipolär:s målnivå om att över 70 procent av patienterna med typ 1 skall behandlas med litium. 2013 behandlades i riket i genomsnitt 67 procent av alla som hade bipolär sjukdom typ 1 med litium. Skillnaderna mellan enskilda länen är emellertid stora.

Ett komplement till litium- och läkemedelsbehandling är patientutbildning. Bipolär:s målnivå är att 45 procent av alla patienter skall fått eller erbjudits patientbehandling. Ett fåtal länen når upp till detta mål. I genomsnitt får omkring 30 procent av patienterna patientutbildning, en något högre andel kvinnor än män. Skillnaderna beroende på länen, ålder och huruvida man behandlas inom allmänpsykiatrisk eller subspecialiserad vård är stora. Yngre patienter får i större omfattning patientutbildning än äldre och patienter som vårdas inom subspecialiserade enheter får patientutbildning i klart högre utsträckning än patienter vid allmänpsykiatriska enheter.

Patientutbildning och litium är behandlingar som syftar till att öka livskvaliteten och minska återfall i skov. Andelen med återfall i skov är en av registrets viktigaste kvalitetsindikatorer. Under den senaste sex-årsperioden har återfall i skov minskat i riket framförallt för män och i synnerhet för de med bipolär sjukdom typ 2. Generellt återfaller kvinnor i högre grad än män i skov och detta oavsett typ av skov. Återigen är skillnaderna mellan länen stora. I en del länen hade över 60 procent av patienterna 2013 under de senaste 12 månaderna återfallit i någon typ av skov, i andra länen var denna andel mindre än 30 procent.

Återfall i skov är nära relaterat till GAF och i förlängningen andelen patienter med signifikant GAF-förbättring vilket är ett annat av Bipolär:s utfallsmått. En jämförelse mellan länen visar att andelen patienter med signifikant GAF-förbättring skiljer sig i hög grad mellan olika länen. En delförklaring kan vara att vissa länen generellt ligger högre i skattad GAF än andra vilket kan minska förbättringspotentialen. Detta kan vara relaterat till så kallade case-mix faktorer det vill säga att de socio-ekonomiska förhållandena mellan länen skiljer sig åt och det är dessa skillnader i förutsättningar snarare än den psykiatriska vården som förklarar skillnader i behandlingsutfall. I vissa fall kan det finnas systematiska skillnader mellan hur vårdgivare i olika regioner skattar funktionsförmåga. Det kan också finnas systematiska skillnader i diagnos-sättningen som påverkar vilken behandling patienterna får. I denna rapport har vi kunnat påvisa stora skillnader i fördelningen av de bipolära underdiagnoserna mellan olika länen.

Den psykiatriska vårdens huvudfokus är att vårda människans psyke. Men kropp och psyke är nära relaterade till varandra och en viktig uppgift för den psykiatriska vården är också att bedriva hälsoinriktat arbete för att förebygga metabolt syndrom. Kraftig viktökning leder till ökad risk för somatiska sjukdomar. Omkring 12 procent av patienterna i registret har endokrina sjukdomar eller ämnesomsättningssjukdomar, omkring 6 procent har sjukdomar i cirkulationsorganen. Med hänsyn till att en del av läkemedlen är associerade med viktökning är det viktigt att arbeta förebyggande med hälsa och livsstil. Bipolär:s mål är att max 10 procent av patienterna skall ha BMI > 30 och att max 10 procent skall ha en signifikant viktuppgång (viktökning med mer än sju procent). På riksnivå uppnåddes inte dessa målnivåer. 2013 hade 28 procent av kvinnorna och 24 procent av männen ett BMI > 30 och 15 procent av kvinnorna respektive 13 procent av männen hade en signifikant viktuppgång. Det finns således en tydlig könsskillnad men även skillnad i BMI och viktökning mellan olika länen vars orsaker skulle behöva analyseras närmare.



50 år med litium

– Du har råkat få för låg litiumkoncentration trots den saftiga dosen av Lithionitduretter. Vi får nog kolla det här. Kan du komma vägen förbi och ta ett kontrollprov?

Så kunde en biträdande överläkare som hette Ulf Durling, skriva till mig i mitten av 1970-talet. Det var innan det fanns någon organiserad blodprovstagning. Jag hade ätit litium i 12 år för mina manier med ständiga pendlingar upp och ner när jag tog prov var tredje månad. Dr Durling skrev små brevsvar, ibland på skrivmaskin, ibland för hand till mig. Jag har bevarat 21 sådana brev.

– *Det ligger fint den här gången*, skrev han. Men så låg det i underkant ett år senare och så helt klart under. Blodkoncentrationen skulle vara mellan 0,7 och 1,2. Jag åt 3 x 3 lithionitduretter. Durling skrev att jag olyckligtvis var en sådan patient där inte nivån hamnade rätt omedelbart. Några månader senare var han helt nöjd med nivån men så låg den nere på 0,6 och jag fick öka till 4 x 4 duretter. Jag kommer ihåg namn under åren som litiumkarbonat, litarex lika med litiumcitrat och litiumsulfat som i dag kallas Lithionit.

Jag har räknat ut att jag under mitt liv 600 gånger blivit stucken i armvecket för att ta ett litiumprov. Och det ska alltid ha gått exakt 12 timmar sedan man åt tablettarna. Nålnarna har blivit allt tunnare och vassare. Det blir sällan större blåmärken. Gummihandskar är i dag obligatoriska.

Av de bevarade breven framgår att jag 1981 var orolig för mina njurvården. Durling skickade mig till en njurläkare som undersökte mig med ultraljud. Resultatet blev att det inte var någon fara, men jag är ändå orolig nu 2014 eftersom mitt kreatininvärde ligger på 139 och ska vara under 100.

Biverkningar kan vara ett skäl till att bipolära minskar sin litiumanvändning, men vi som är bipolära kan också få för oss att litium hejdar vår kreativitet. Det tyckte jag i början av 1980-talet. Dr. Durling gillade inte mitt beslut att kasta litiumburkarna, men skrev att han inte ville driva sin ståndpunkt in absurdum. Han fortsatte: – *Med viss bävan mottager jag i dag ditt besked och accepterar det naturligtvis. Du kan påräkna god förståelse och vid ev. behov allt tänkbart aktivt bistånd från Din tillgivne Ulf D.*

Ganska snart råkade jag ut för en ny svår mani och fick läggas in och då blev det litium igen och sedan dess håller jag fast vid litium om än i en svag dos som ger blodkoncentrationen 0,6.

Sammanlagt har jag ätit litium i 50 år. Men under den tiden har min bipolära sjukdom vållat mig mer än 10 svåra psykosor då jag tvingats till elchocker och neuroleptika. Litium är alltså inte en garant för att inte bli sjuk men utan litium kanske jag hade lagts in dubbelt så många gånger eller tre dubbelt så många, vem vet. För mig är ändå litium kungsvägen för att behandla min sjukdom. Att kvalitetsregistret BipoläR kan visa att användningen minskar är en oroväckande men värdefull kunskap. Och hur det växlar över landet. Nästa steg blir att ta reda på varför och göra något åt det.

Arvid Lagercrantz är vice-ordförande för patientföreningen Balans och medlem i kvalitetsregistret BipoläR:s styrgrupp

Kliniskt förbättringsarbete med BipoläR

– att använda kvalitetsregistret som underlag för att förbättra vården för personer med bipolär sjukdom

Intresset för att använda kvalitetsregister i det dagliga kliniska arbetet blir större och större. I takt med ökande andel patienter vars vård följs upp i kvalitetsregistren, speglar informationen i registren allt bättre sjukvårdens innehåll och resultat. Hur ser det ut hos oss idag? Hur kan vi bli bättre på att bli bättre? Kvalitetsregister blir också vägvisare för vilka områden inom vården som bör stå i fokus för bästa patientnytta.

För att kunna arbeta med förbättrings- och kvalitetsarbete måste vi fortlöpande stämma av hur det ser ut just nu. Vilka behandlingsinsatser fungerar och vilka fungerar inte? Det handlar om att hela tiden förbättra vården, att optimera vårdens patientnytta. Kvalitetsregistren kan visa vad som behöver förbättras och över tid vad som med förändrade arbetssätt eller behandlingsinsatser blivit bättre.

I BipoläR finns variabler som kan användas och följas på enhetsnivå (t. ex. andelen patienter som har litiumbehandling, andelen patienter som genomgått patientutbildning och andelen patienter med ett BMI som innebär ökade risker eller som haft en snabb viktuppgång) och på flera håll i landet implementeras för närvarande verksamhetsnära förbättringsarbete. Många gånger börjar det med att variabelsamlingen i registret inspirerar till något eller några förbättringsområden. Att börja följa en eller flera variabler innebär för de flesta verksamheter att de ser anledning att först göra en noggrann genomgång av förutsättningarna, att se över sina rutiner och kanske till vissa delar förändra strukturerna i arbetet. För att få varaktighet i uppföljnings- och förbättringsarbetet är det nödvändigt med ledningens stöd och delaktighet och att eventuellt behov av utbildning och information för personalen tillgodoses.

Flera verksamheter har som första förbättringsområde valt att följa antingen patient- och närståendebildning eller BMI/snabb viktuppgång. I och med att förbättringsområden identifierats som är möjliga att följa i BipoläR har också nyttan med att använda kvalitetsregister ökat bland medarbetarna. Även bland patienter har verksamheternas vilja att mäta och förbättra vården mötts med positiv respons och till och med uppmaningen: ”Kräv av din behandlare att få vara med i nationella kvalitetsregister för att påverka sjukvården i framtiden.” Patientens medverkan och delaktighet har i ett flertal verksamheter inneburit att patientrepresentation tagits in redan i planeringsarbetet.

Mycket tyder på att kvalitetsregistret BipoläR, precis som många andra kvalitetsregister, bidrar till att öka intresset för vårdprocesserna och viljan att implementera nya arbetssätt för att fortlöpande skapa den bästa vården för varje patient. Att börja med ett förbättringsområde kopplat till uppföljning i kvalitetsregister tränar förmågan att ”hålla koll på läget” och att bygga upp rutiner för att mäta insatser, följa förändringar och säkra förbättringar.

Kristina Lindwall Sundel är läkare och specialist i psykiatri samt medlem i BipoläR:s styrgrupp

Data i Bipolär

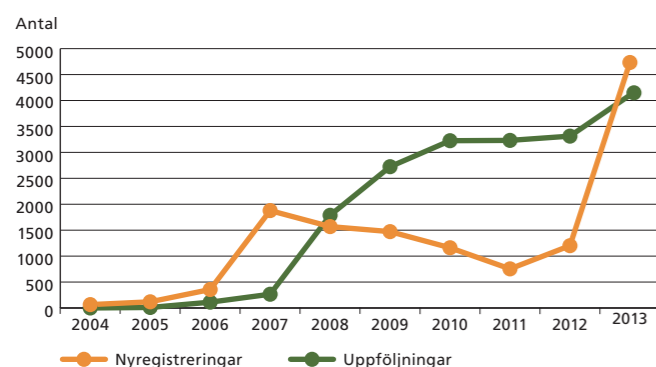
På följande sidor presenteras 2013 års data för Bipolär, det vill säga all data som matats in i registret under det gångna året. Om inte annat anges grundar sig statistiken som presenteras på följande sidor både på ny- och uppföljningsregistreringar. I vissa fall behandlas endast ny- eller endast uppföljningsregistreringar. I dessa fall anges detta i figurtexten. I vissa fall presenteras data för flera år, även i dessa fall anges detta i figurtexten. Om inget annat anges är det endast 2013 års siffror som åsyftas.

Antalet registreringar över år och fördelade på län

Bipolär startade sin datainsamling 2004. Antalet nyregistreringar ökade fram till och med 2007 för att sedan under de följande fyra åren minska i antal. Under 2012 bröts denna negativa trend och under 2013 har antalet nyregistreringar skjutit i höjden. Under 2013 gjordes sammantaget 4 733 nyregistreringar. Därmed översteg för första gången sedan 2007 nyregistreringarna antalet uppföljningsregistreringar under samma år.

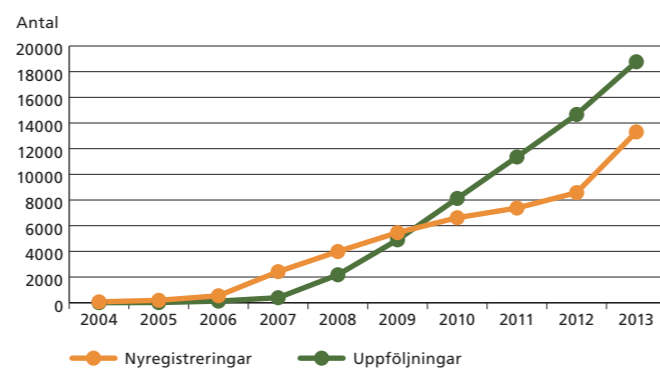
Antalet uppföljningsregistreringar har haft en stabil utveckling och ökat varje år ifrån 2007 till 2010. Under 2010 till 2012 planade antalet uppföljningsregistreringar ut. Först under innevarande år har uppföljningsregistreringarna ökat igen. Antalet uppföljningsregistrerade uppgick 2013 till sammanlagt 4 104 stycken.

Figur 1. Antal ny- och uppföljningsregistreringar perioden 2004–2013.



Figur 2 visar antalet ackumulerade ny- och uppföljningsregistreringar. Under 2013 uppnåddes 13 308 ackumulerade nyregistreringar och 18 771 ackumulerade uppföljningsregistreringar.

Figur 2. Antal ackumulerade ny- och uppföljningsregistreringar perioden 2004–2013.



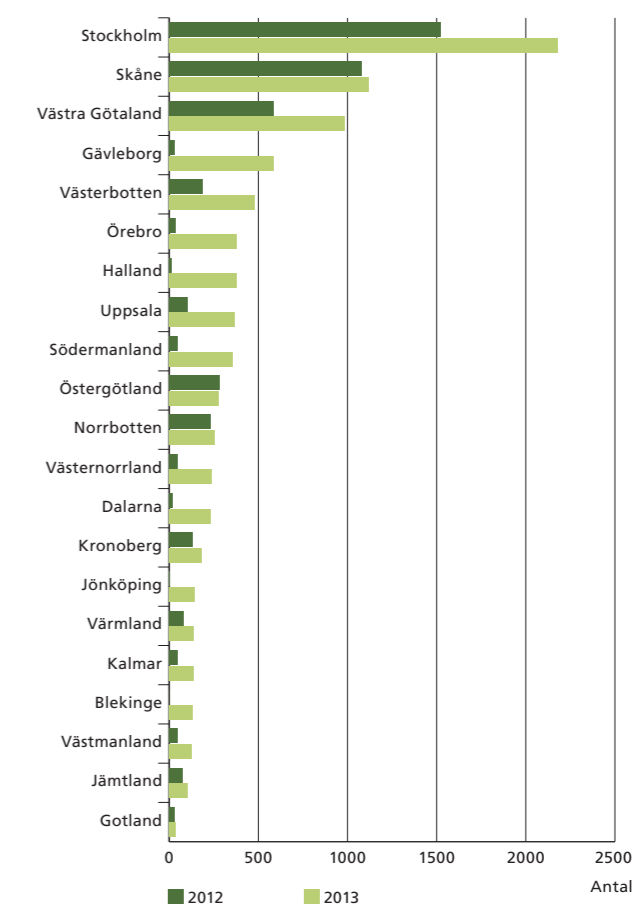
Som framgår av Tabell 1 gjordes flest ny- och uppföljningsregistreringar under 2013 i storstads länen det vill säga i Stockholms län, Västra Götaland och Skåne. Stockholm bidrog med omkring 40 procent av alla uppföljningsregistreringar i registret under 2013 men endast med drygt 12 procent av alla nyregistreringar. För mindre län som Blekinge, Dalarna, Gävleborg, Halland, Södermanland och Örebro framkommer också en klart högre andel nyregistreringar än uppföljningsregistreringar under 2013. Gävleborg hade exempelvis hela 565 nyregistreringar men endast 21 uppföljningsregistreringar.

En jämnare fördelning mellan ny- och uppföljningsregistreringar finner man exempelvis i Västra Götaland där nyregistreringarna i länet utgör cirka 10 procent av samtliga nyregistreringar och cirka 12 procent av samtliga uppföljningsregistreringar i riket.

Tabell 1. Antal ny- och uppföljningsregistreringar gjorda år 2013 per län.

	Nyregistreringar	Uppföljningar
Blekinge	102	30
Dalarna	218	15
Gotland	10	28
Gävleborg	565	21
Halland	331	45
Jämtland	47	54
Jönköping	145	0
Kalmar	102	35
Kronoberg	68	116
Norrbottn	78	178
Skåne	323	796
Stockholm	557	1623
Södermanland	299	58
Uppsala	307	59
Värmland	77	62
Västerbotten	222	257
Västernorrland	187	51
Västmanland	127	2
Västra Götaland	478	508
Örebro	313	64
Östergötland	177	102
Totalt	4733	4104

Figur 3. Antal ny- och uppföljningsregistreringar under år 2012 och år 2013 fördelade på län.

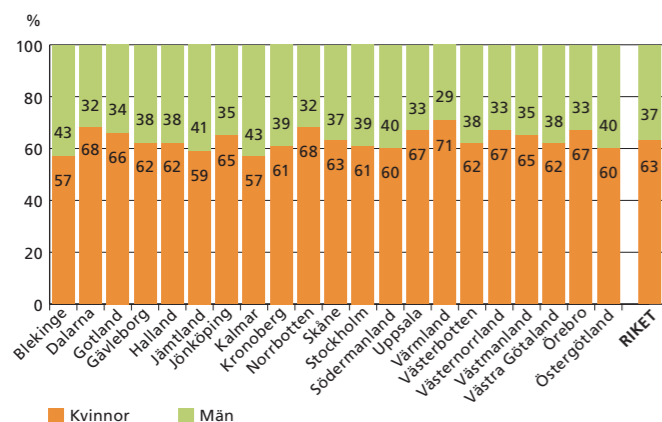


Antalet ny- och uppföljningsregistreringar har under 2013 ökat i förhållande till föregående år för i stort sett samtliga län. Många av länen uppvisar också en betydande proportionell ökning av antalet registreringar i förhållande till föregående år.

Könsfördelning

Av samtliga registrerade personer i BipoläR under 2013 utgjorde kvinnor 63 procent och män 37 procent. Könsfördelningen för riket är därmed densamma som föregående år. Kvinnor är i majoritet i samtliga län. Högst andel registrerade kvinnor har Dalarna, Norrbotten, Uppsala, Värmland, Västernorrland, Örebro där fler än två av tre registrerade är kvinnor.

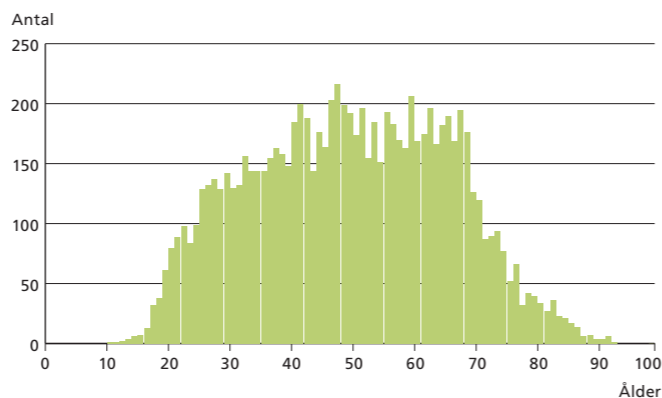
Figur 4. Andel män respektive kvinnor bland individer registrerade under 2013, fördelat på län.



Åldersfördelning

Genomsnittsåldern för de registrerade i BipoläR under 2013 är omkring 50 år. Åldersspridningen är betydande men 50 procent av de registrerade är mellan 38 år och 61 år.

Figur 5. Åldersfördelningen för registreringar år 2013.



Patientgrupper i registret

Bipolära syndrom har skiftande uttrycksätt. Vid återkommande manier, ofta men inte alltid växlande med depression, kallas syndromet bipolärt syndrom typ 1. Perioder av hypomani och återkommande depressioner kallas bipolärt syndrom typ 2. Diagnosen Bipolär UNS (Utan Närmare Specifikation) beskriver förstämningssymptom som inte ryms i typ I eller typ 2, exempelvis för att manierna pågått för kort tid. Om det förutom manier och depression även föreligger långa perioder med psykotiska symptom utan samtidig förstämning kallas det schizoaftektivt syndrom, bipolär (eller manisk) typ. Samtliga dessa fyra diagnoser registreras i BipoläR.

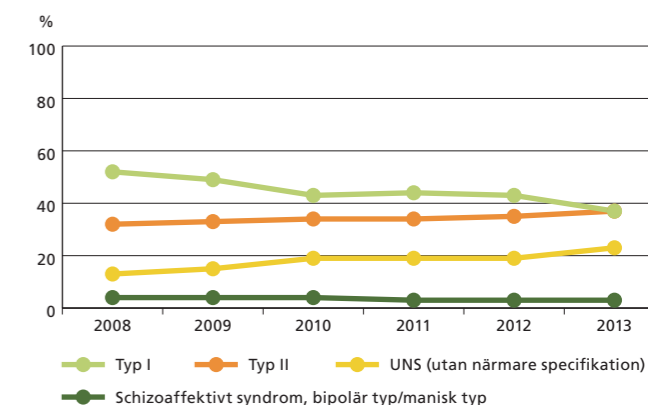
Subdiagnoser och subdiagnostik

Av Tabell 2 framgår att medelåldern för de olika diagnosgrupperna i BipoläR är omkring 50 år. Personer med bipolär typ 1 och schizoaftektivt syndrom är i genomsnitt några år äldre än personer med bipolär typ 2 och UNS. Andelen kvinnor är något högre i gruppen med bipolär typ 2 och UNS än för gruppen med bipolär typ 1 och gruppen med schizoaftektivt syndrom.

Tabell 2. Ålders- och könsfördelningen 2013 för samtliga registrerade (n=8837) uppdelade på de bipolära underdiagnoserna.

	Typ 1	Typ 2	UNS	Schizoaftektivt syndrom
Medelålder	53	47	50	53
Andel kvinnor (%)	59,0	66,0	64,0	61,0

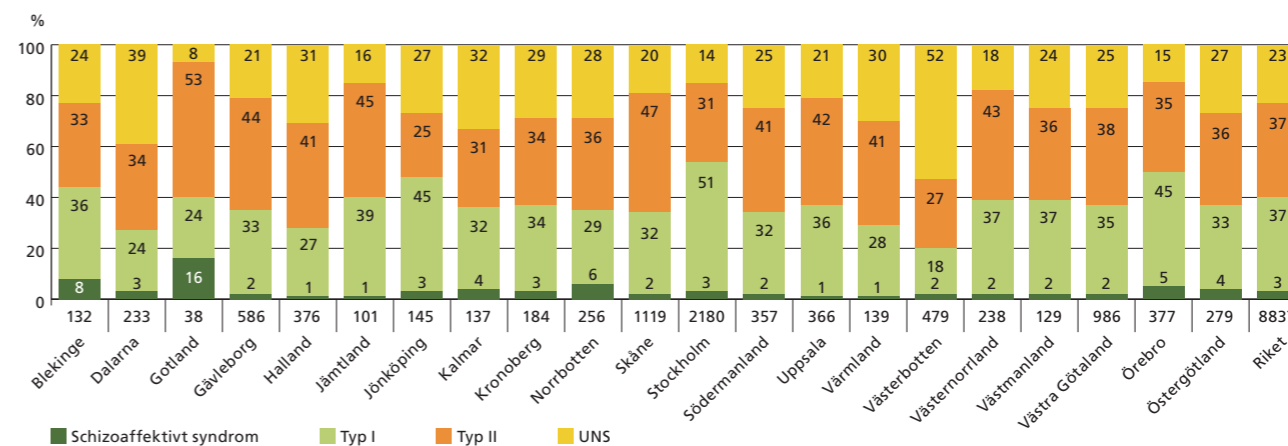
Figur 6. Andel registreringar fördelade på bipolära underdiagnoser år 2008–2013.



Genomsnittsålder för personer med bipolärt syndrom typ 1 i förhållande till övriga grupper speglas delvis av en förändring av diagnossammansättningen. Sedan 2008 har andelen personer med bipolärt syndrom typ 1 minskat medan typ 2 och UNS har ökat. Under 2008 fick 52 procent av personerna i registret bipolärt syndrom typ 1 medan cirka 32 procent fick diagnosen bipolärt syndrom typ 2 och cirka 13 procent UNS. Under 2013 var motsvarande siffror 37 procent för typ 1, 37 procent för typ 2 och 23 procent för UNS. Andelen med Schizoaftektivt syndrom i registret har varit stabil låg under hela perioden.

Vid en jämförelse av diagnosfördelningen mellan olika län under 2013 framkommer att de bipolära underdiagnoserna är ojämnt fördelade över riket. I det län (Stockholm) med högst andel personer med bipolärt syndrom av typ 1 utgör denna diagnosgrupp cirka 50 procent, medan motsvarande andel för de län som registrerat lägst andel personer med bipolär typ 1 är andelen mellan 18–24 procent. Motsvarande spridning mellan länen finner man avseende andelen registrerade med bipolär UNS; från län med något över 50 procent till län med endast 8–20 procent av patienterna med diagnosen UNS.

Figur 7. Andel registreringar per underdiagnos år 2013 fördelat på län. Antal anges under staplarna.



De betydande skillnaderna i fördelningen av underdiagnoserna mellan länen i riket aktualiserar frågan om diagnos-sättningens tillförlitlighet, det vill säga deras validitet. I ett pågående projekt vid Sahlgrenska Universitets-sjukhuset i Göteborg undersöker vårdenhetsöverläkare Aikaterini Karanti diagnosernas validitet i Bipolär. Genom ett stickprovsmässigt förfarande undersöks samstämmigheten mellan diagnosen i Bipolär med den diagnostiska informationen som kan utläsas i journal-anteckningar. Denna validering görs i samarbete med Stanleystudien då personerna tillfrågas om lov att rekvirera journaler. Hitills har journalerna för 104 registrerade personer i Bipolär rekvirerats och undersökts av en specialist i psykiatri. Samtliga av de undersökta personerna bedömdes ha en psykiatrisk diagnos. I 99 av de 104 fallen – det vill säga för 95 procent av fallen – har den övergripande bipolära diagnosen kunnat valideras. I fem fall saknades tillräckligt med uppgifter i de tillgängliga journalanteckningarna för att med säkerhet kunna ställa en bipolär diagnos. För två av dessa fall kunde en annan psykiatrisk diagnos bekräftas. För tre av de fem fall kunde en affektiv sjukdom konstateras men bedömdes inte vara bipolär. När det gäller underdiagnoser av bipolär sjukdom pågår analyser. En svårighet vid valideringen är att vi inte kan vara säkra på om vi skall betrakta journalgenom-gången eller den registrerade diagnosen som den korrekta. Om det i journalen saknas information om ett genom-gånget skov kommer journalgenomgången inte att kunna konfirmera en bipolär diagnos. Men möjligheten kvarstår förstås att den registrerade personen haft ett maniskt skov som inte dokumenterats, eller som dokumenterats i en journal som inte lämnats ut, och att det är den registrerade diagnosen som är korrekt. Valideringen måste därför tolkas med försiktighet. Det är dock tillfredsställande att vi med journalgenomgång i samtliga fall kunde bekräfta en affektiv sjukdom.

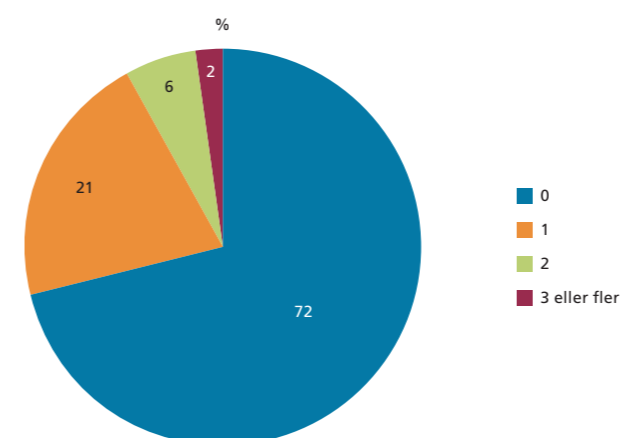
Tidigare beräkningar (år 2012) visade att omkring var fjärde patient i Bipolär ändrat bipolär underdiagnos ifrån nyregistreringstillfället till senaste uppföljningstillfället. Drygt var tredje person med bipolär UNS byter någon gång underdiagnos från nyregistrering till senaste uppföljningen. Det är en lägre andel patienter med bipolär typ 1 (21 procent) och typ 2 (28 procent) som byter bipolär underdiagnos än patienter med bipolär UNS. Trots detta är det ett större antal personer som bytt underdiagnos från bipolär 1 eller 2 till UNS än omvänt eftersom det är fler patienter som från början diagnostiserats med typ 1 och 2 än UNS. Byten från UNS till bipolär typ 1 eller 2 eller från typ 2 till typ 1 kan bero på att ny information tillkommit. Exempelvis kan personen ha drabbats av ett maniskt skov och byter diagnos till typ 1. Däremot kan man definitionsmässigt inte byta från typ 1 till någon annan undergrupp. I sådana fall får man misstänka att man omprövat ett genomlidet affektivt skov och inte längre bedömer att det kvalificerar för en manidiagnos.

Psykiatrisk samsjuklighet

I Bipolär registreras både psykiatrisk och somatisk samsjuklighet. Nedan följer analyser av dessa variabler.

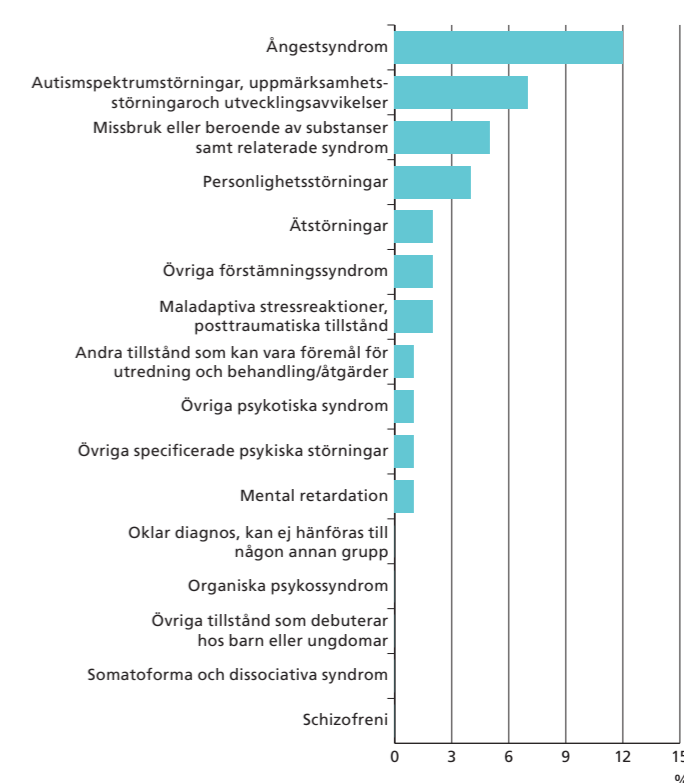
Cirka 28 procent (2 116 individer) av de ny- och uppföljningsregistrerade patienterna 2013 har någon registrerad psykiatrisk samsjuklighet. Något fler kvinnor (29 procent) än män (25 procent) har en psykiatrisk samsjuklighet. De relativt små skillnaderna i samsjuklighet mellan könen har varit stabil över tid. 21 procent har en annan psykiatrisk diagnos, sex procent har två övriga psykiatriska diagnoser, två procent har tre eller fler psykiatriska diagnoser förutom ett bipolärt syndrom.

Figur 8. 2013 års registreringars (n=7 613) fördelning över psykiatrisk samsjuklighet.



Den vanligaste psykiatriska samsjukligheten hos nyregistrerade är ångestsyndrom; omkring 12 procent har ett ångestsyndrom utöver sin bipolära sjukdom. Det näst vanligaste samsjuklighetstillståndet, omkring sju procent, är neuropsykiatriska syndrom eller en utvecklingsavvikelse. Därefter följer missbruk. Fem procent av de nyregistrerade med bipolär sjukdom hade 2013 ett missbrukssyndrom. Fyra procent hade en personlighetsstörning och två procent hade förutom ett bipolärt syndrom också en ätstörning. Mindre än två procent hade maladaptiv stressreaktion eller posttraumatiskt tillstånd.

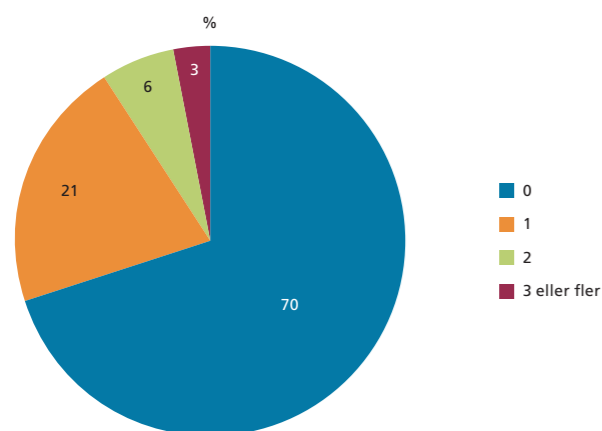
Figur 9. Andelen registreringar 2013 (n=7613) med de olika psykiatriska samsjuklighetstillstånden.



Somatisk samsjuklighet

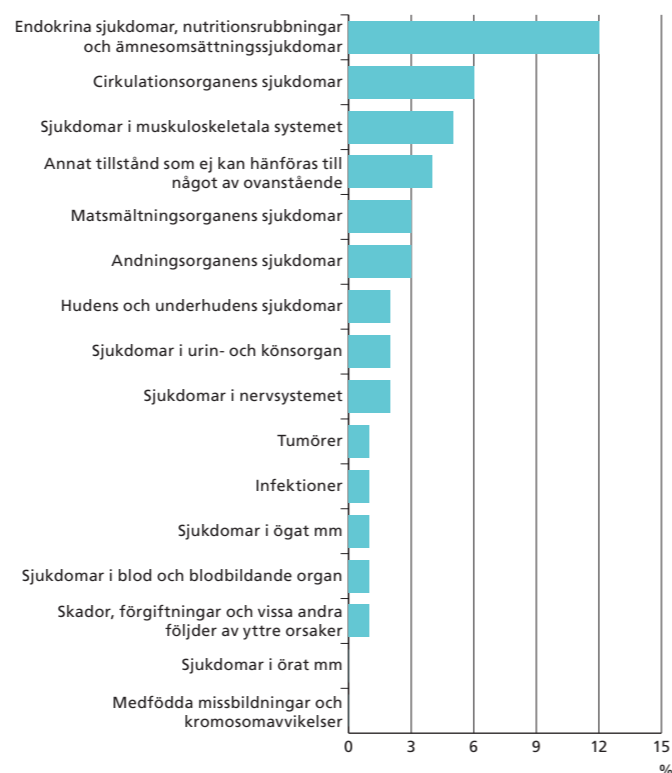
2 267 individer motsvarande cirka 30 procent av de ny- och uppföljningsregistrerade i Bipolär år 2013 har någon somatisk samsjuklighet. Kvinnor har något högre somatisk samsjuklighet (32 procent) än män (26 procent). 21 procent av de nyregistrerade har endast en somatisk diagnos. Sex procent har två somatiska diagnoser och cirka tre procent har tre eller fler somatiska diagnoser.

Figur 10. 2013 års registreringars (n=7613) fördelning över somatisk samsjuklighet.



En djupare analys av somatisk samsjuklighet visar att det vanligaste somatiska samsjuklighetstillståndet är endokrina sjukdomar, nutritionsrubbnings- och ämnesomsättnings-sjukdomar vilka utgör drygt 12 procent av de nyregistrerade 2013. Den näst vanligaste formen av somatisk samsjuklighet är sjukdomar som berör cirkulationsorganen (sex procent) samt sjukdomar i det muskuloskeletala systemet (cirka fem procent). Därefter kommer sjukdomar i matsmältningsorganen (tre procent) följt av sjukdomar som berör andningsorgan (tre procent), urin- och könsorgan (två procent), nervsystemet (två procent) samt huden eller underhuden (två procent).

Figur 11. Andelen registreringar 2013 (n=7613) med de olika somatiska samsjuklighetstillstånden.



Processmått i Bipolär

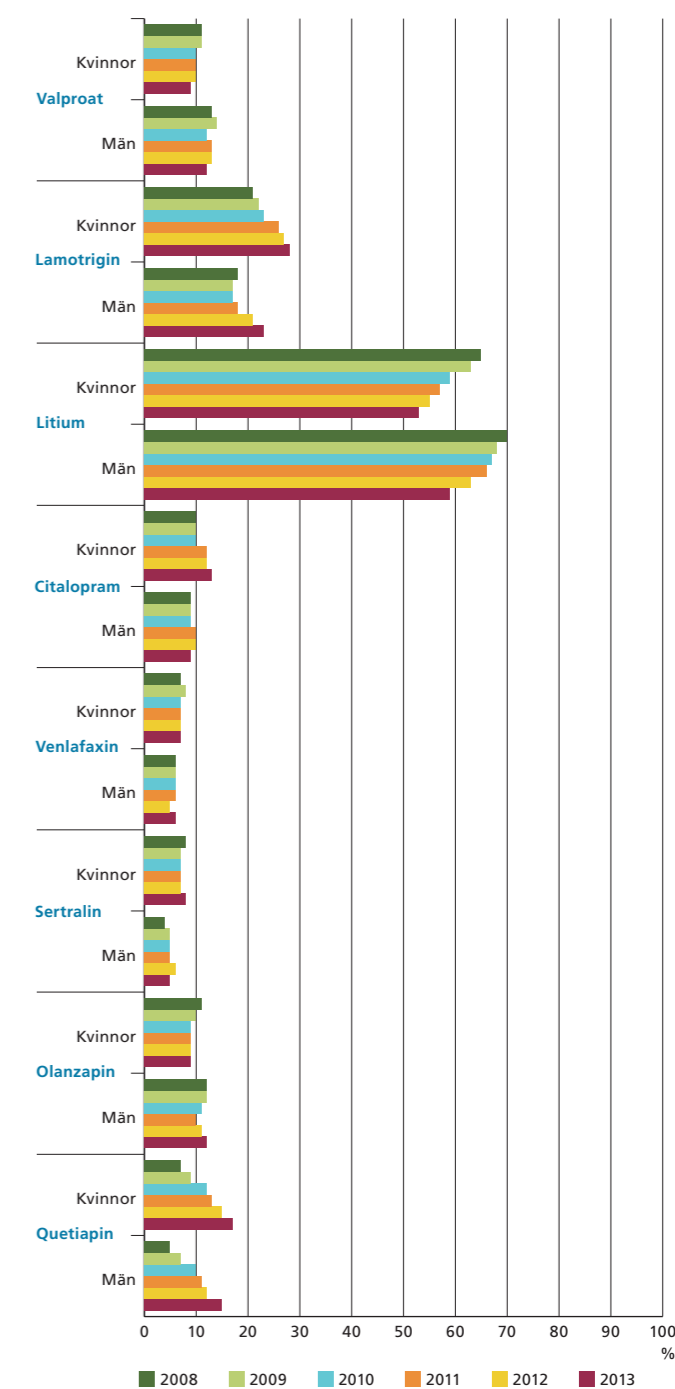
I följande avsnitt rapporteras och analyseras processmått som läkemedelsbehandling, inklusive litiumbehandling, läkemedelsgenomgång, patientutbildning samt systematisk psykologisk behandling. Analyserna gäller om inget annat anges för alla ny- och uppföljningsregistreringar under verksamhetsåret 2013.

Läkemedelsbehandling

Generella trender avseende läkemedelsförskrivning

Nedan presenteras trender 2008–2013 för de vanligaste läkemedelsförskrivningarna i registret. I Figur 12 framgår att litium är det klart vanligast föreskrivna läkemedlet bland patienter med bipolärt syndrom i Bipolär men att andelen män och kvinnor som förskrivs litium har minskat de senaste sex åren. Minskning av litiumförskrivning motsvaras av en ökning av andra stämningsstabiliserare som quetiapin och lamotrigin. Lamotrigin är det näst mest utskrivna läkemedlet. Utskrivningen av lamotrigin har ökat för både män och kvinnor under perioden.

Figur 12. Läkemedelstrender för samtliga registreringar år 2008–2013.



Läkemedelskombinationer

Det vanligaste läkemedelsalternativet för samtliga patienter i Bipolär under 2013 var behandling med enbart en stämningsstabiliserare (32 procent). Näst vanligast var en kombination av stämningsstabiliserare och antidepressiva läkemedel (24 procent). Tredje vanligaste kombinationsbehandlingen var stämningsstabiliserare tillsammans med antipsykotika läkemedel (18 procent). En kombination av alla tre ovanstående preparaten – stämningsstabiliserande, antipsykotika och antidepressiva läkemedel – förskrevs till 14 procent av alla registrerade 2013. En andel om fyra procent hade enbart antipsykotika och en lika stor andel hade antipsykotika tillsammans med antidepressiva läkemedel. Fyra procent hade enbart antidepressiva läkemedel. En mycket liten del, 31 personer, använde under 2013 inga psykofarmaka alls.

Tabell 3. Andel patienter (n=7570) med respektive läkemedel eller läkemedelskombinationer år 2013.

	%	Antal
Enbart stämningsstabiliserare	32	2 425
Antidepressiva, stämningsstabiliserare	24	1 792
Stämningsstabiliserare, antipsykotika	18	1 337
Antidepressiva, stämningsstabiliserare, antipsykotika	14	1 076
Enbart antipsykotika	4	341
Antidepressiva, antipsykotika	4	318
Enbart antidepressiva	4	281

Av de med stämningsstabiliserare under 2013 stod omkring hälften på litium som monoterapi. Därmed utgör litium som monoterapi den klart vanligaste stämningsstabiliserande läkemedelsbehandlingen. Den näst vanligaste stämningsstabiliserande läkemedelsbehandlingen är lamotrigin som monoterapi. 21 procent av patienterna i registret hade enbart lamotrigin. Lamotrigin och litium som kombinationsbehandling förskrevs till nio procent av personerna i registret. Sju procent fick utskrivet valproat som monoterapi. Litium i kombination med valproat respektive lamotrigin i kombination med valproat förskrevs till cirka tre procent respektive en procent av de som enbart hade stämningsstabiliserande läkemedel.

Tabell 4. Andel patienter (n=6566) med stämningsstabiliserare som har respektive läkemedel eller läkemedelskombinationer år 2013.

	%	Antal
Litium	52	3 434
Lamotrigin	21	1 373
Lamotrigin, litium	9	573
Valproat	7	456
Litium, valproat	3	228
Lamotrigin, valproat	1	71
Övriga kombinationer	7	431

Läkemedel fördelade på bipolära underdiagnoser

Tabellen nedan visar att litium är det vanligaste förskrivna läkemedlet för samtliga underdiagnoser av bipolär sjukdom. 67 procent av patienterna med bipolär sjukdom typ 1 får utskrivet litium. Cirka 45 procent av patienterna med bipolär sjukdom typ 2 och 54 procent respektive 58 procent av de med UNS respektive schizoaffectivt syndrom får litium. Det näst vanligaste läkemedlet för samtliga diagnosgrupper med undantag av schizoaffectivt syndrom är lamotrigin. För de med schizoaffectivt syndrom är olanzapin, valproat och quetiapin vanligare än medicinering med lamotrigin. Patienter med bipolär sjukdom typ 2 är den grupp som har högst andel lamotrigin (35 procent). Det tredje vanligaste läkemedlet för samtliga undergrupper utom för gruppen med schizoaffectivt syndrom är quetiapin.

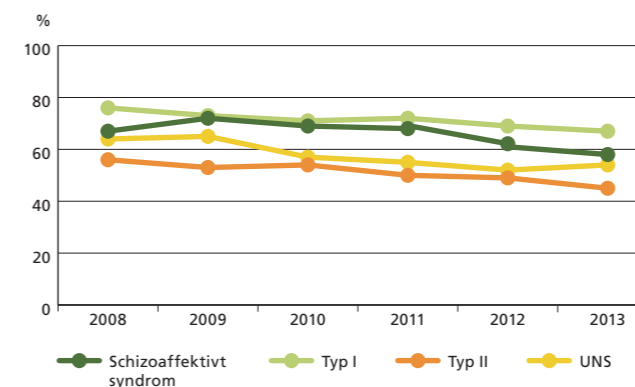
Tabell 5. Andel läkemedelsförskrivning per underdiagnos, 2013 års registreringar.

	Typ 1 (%)	Typ 2 (%)	UNS (%)	Schizoaffectivt syndrom (%)
Litium	67	45	54	58
Lamotrigin	16	35	23	12
Valproat	12	7	7	15
Olanzapin	14	6	9	21
Quetiapin	15	16	15	13
Venlafaxin	6	8	7	5
Sertralin	5	8	7	6
Citalopram	9	12	10	12

Litiumförskrivningen vid respektive underdiagnos

Även om litium är det klart vanligaste använda läkemedlet för samtliga underdiagnoser är trenden en sjunkande andel litiumförskrivning. Litiumförskrivningen har om man undersöker de senaste fem åren ifrån 2008 till 2013 minskat för samtliga bipolära underdiagnoser. 2008 fick 76 procent av patienterna i registret med typ 1 litium; motsvarande siffra för 2013 är 67 procent. För patienter med typ 2 har andelen med litiumbehandling minskat ifrån 56 procent 2008 till 45 procent 2013 och för de med UNS har litiumförskrivningen minskat ifrån 64 till 54 procent.

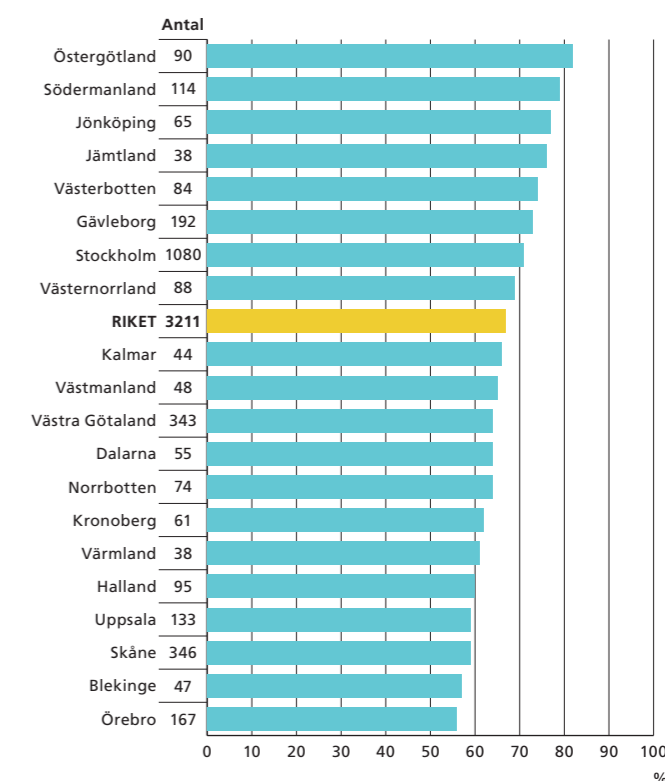
Figur 13. Andel ny- och uppföljningsregistreringar med litium för perioden 2008–2013 fördelat på underdiagnoser.



Länsvisa skillnader i litiumförskrivning

De regionala skillnaderna i litiumförskrivning var ett skäl till kvalitetsregistret Bipolär:s tillkomst. För att undersöka om regionala skillnader föreligger vid förskrivning av litium till patienter med bipolärt syndrom typ 1 – en av Bipolär:s formella kvalitetsindikator – redovisas nedan data på länsnivå. Resultaten återspeglar andelen litiumförskrivningar per län för ny- och uppföljningsregistrerade med bipolär sjukdom typ 1 år 2013. På riksnivå får 67 procent av ny- och uppföljningsregistrerade med typ 1 litium. En klart högre utskrivning av litium än riksgenomsnittet finner man i exempelvis Östergötland där över 80 procent av patienterna med typ 1 förskrivs litium. En klart lägre andel förskrivning av litium än riksgenomsnittet har man däremot i Örebro, Blekinge, Skåne och Uppsala där andelen av patienterna med typ 1 som får litium understiger 60 procent. Sammantaget är det endast sju län som uppnår Bipolär:s målnivå om att minst 70 procent av patienter med typ 1, skall litiumbehandlas.

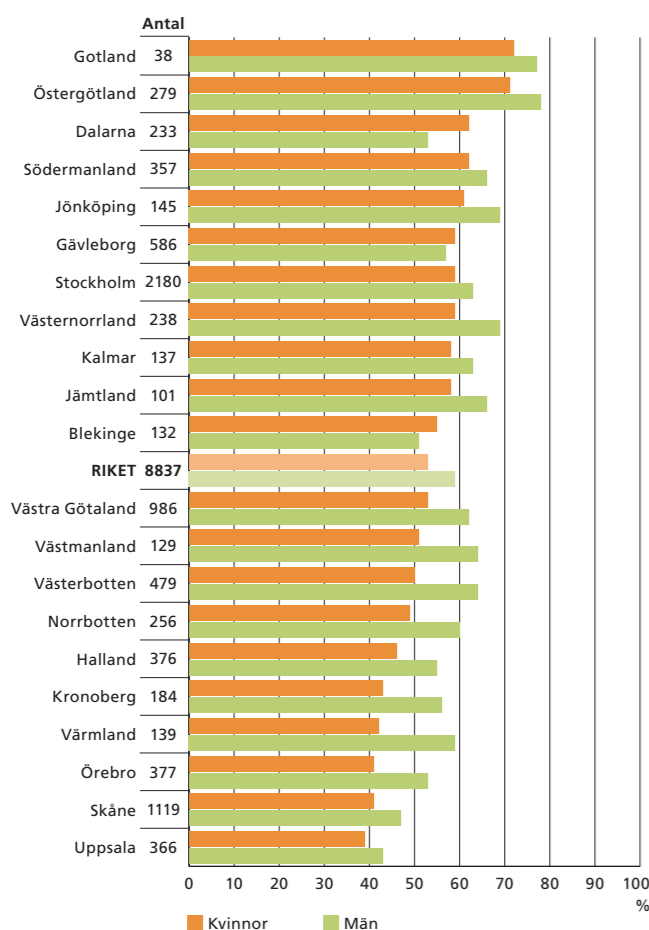
Figur 14. Andelen litiumförskrivningar för ny- och uppföljningsregistreringar av patienter med bipolär typ 1 år 2013 fördelat på län.



Data över länsvisa skillnader presenteras även uppdelat på kön för att möjliggöra analys av könsskillnader inom och mellan län. Figur 15 visar att för riket får en något större andel män än kvinnorna med typ 1 utskrivet litium.

18 av 21 län har en högre andel män än kvinnor som behandlas med litium. Störst könsskillnader återfinns i Örebro, Värmland, Kronoberg, Norrbotten, Västerbotten, Västmanland och Västernorrland. De län med lägre litiumförskrivning än genomsnittet tenderar också att ha större könsskillnader än de län med en högre andel litiumförskrivning än riksgenomsnittet.

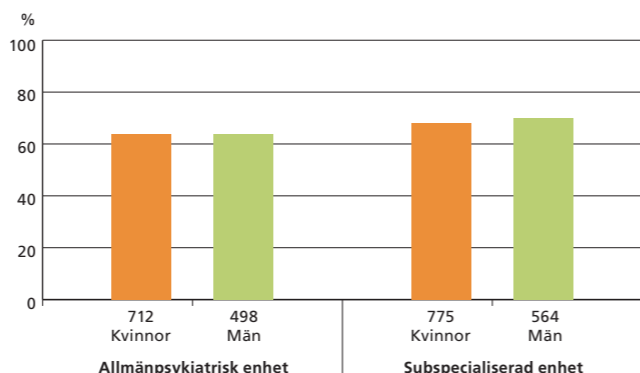
Figur 15. Andel litiumförskrivningar för män respektive kvinnor år 2013 fördelade på län.



Skillnader i litiumförskrivning mellan allmänpsykiatriska respektive subspecialiserade mottagningar

En jämförelse avseende förekomsten av litiumbehandling av patienter med bipolär sjukdom typ 1, vid allmänpsykiatriska respektive subspecialiserade enheter, visar att andelen litiumbehandlade är högre vid subspecialiserade enheter jämfört med de allmänpsykiatriska enheterna. 70 procent av männen vid subspecialiserade enheter behandlas med litium vilket kan jämföras med 64 procent av männen vid allmänpsykiatriska enheter. Även andelen kvinnor som förskrivs litium är något högre inom den subspecialiserade vården jämfört med allmänpsykiatrin. 68 procent av kvinnorna inom den subspecialiserade vården får litium jämfört med 64 procent av kvinnorna inom allmänpsykiatrin. Endast män inom subspecialiserad vård når därmed upp till Bipolär:s rekommenderade målnivå avseende andelen litiumbehandlade med bipolär sjukdom typ 1.

Figur 16. Andel med bipolär sjukdom typ I som förskrivs litium under år 2013 (n=2549) vid allmänpsykiatriska respektive subspecialiserade mottagningar uppdelat på kön. Antal anges under staplarna.

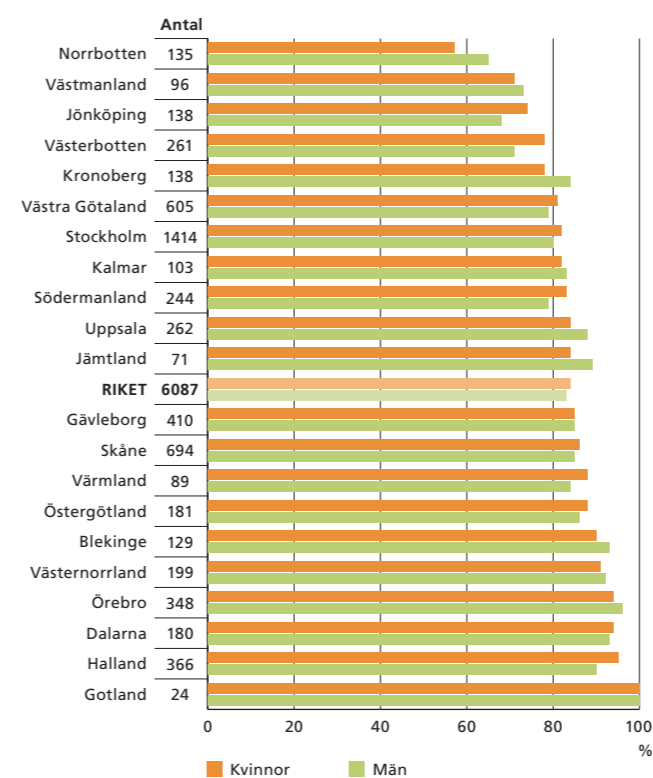


Läkemedelsgenomgång

Bipolär:s rekommendation är att alla patienter i registret med läkemedelsbehandling minst en gång om året skall gå igenom sina läkemedel med sin läkare. Figur 17 presenterar länsvis statistik för andelen patienter som under de senaste 12 månaderna haft en läkemedelsgenomgång. Genomsnittet för riket är att 84 procent av kvinnorna och 83 procent av männen har haft en årlig läkemedelsgenomgång.

Som framgår av diagrammet är det endast Gotland som helt uppnår målet om att alla oavsett kön skall haft en årlig läkemedelsgenomgång. I flera län som Halland, Dalarna, Örebro, Västernorrland och Blekinge, har fler än 90 procent av patienterna haft en läkemedelsgenomgång. En betydligt lägre andel patienter med årlig läkemedelsgenomgång har Norrbotten, Västmanland och Jönköping. I Norrbotten uppges att endast 57 procent av kvinnorna och 65 procent av männen haft en läkemedelsgenomgång de 12 senaste månaderna. En möjlig förklaring är läkarbrist.

Figur 17. Andel registreringar år 2013 som haft läkemedelsgenomgång fördelat på län och kön.



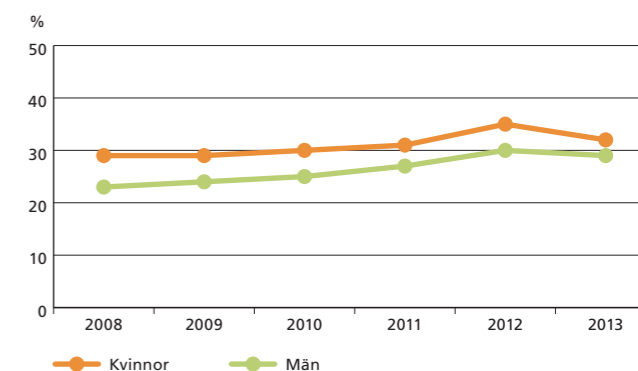
Patientutbildning

Andelen patientutbildade perioden 2008–2013

Läkemedelsbehandling med stämningsstabiliserare vid bipolär sjukdom minskar risken för återinsjuknande i depressiva och maniska skov men återinsjuknande är ändå vanligt. Uppskattningsvis en tredjedel av patienterna med bipolär sjukdom får otillräcklig effekt av läkemedel. Socialstyrelsen rekommenderar därför i sina nationella riktlinjer psykoedukativa insatser som komplement till läkemedelsbehandling. Vid Bipolär:s nationella kvalitetsregistermöte 2011 fastställdes målnivån 45 procent för antalet personer i registret som skall genomgått en patientutbildning. Följande år noteras en ökad andel som erhållit patientutbildning. Under 2013 sjönk dock andelen som patientutbildats till strax över 30 procent. En förklaring till denna utveckling kan vara att nyregistreringarna ökat kraftigt under 2013. En större andel nyregistreringar i förhållande till uppföljningsregistreringar kan ha medfört att färre patienter hunnit erbjudas en patientutbildning. Med hänsyn till att patientflödena på de allmänpsykiatriska mottagningarna kan variera kan det vara utmanande för särskilt mindre kliniker att administrera patientutbildningar varje termin. Det finns därmed skäl att antaga att andelen patienter som fått patientutbildning kommer att öka under följande år då det förmodas bli en annan balans mellan antalet ny- och uppföljningsregistrerade.

I Figur 18 visas andelen patientutbildade män respektive kvinnor i registret. År 2013 hade 32 procent av kvinnorna och 29 procent av männen någon gång genomgått en patientutbildning. Som framgår av Figur 18 har andelen kvinnor som fått patientutbildning konsekvent varit högre än andelen män sedan 2008. Förklaringen till denna över perioden konsekventa könsskillnad skulle kunna bero på att kvinnor i högre utsträckning systematisk tillfrågas om de vill delta i patientutbildning, alternativt att kvinnor är mer intresserade att delta.

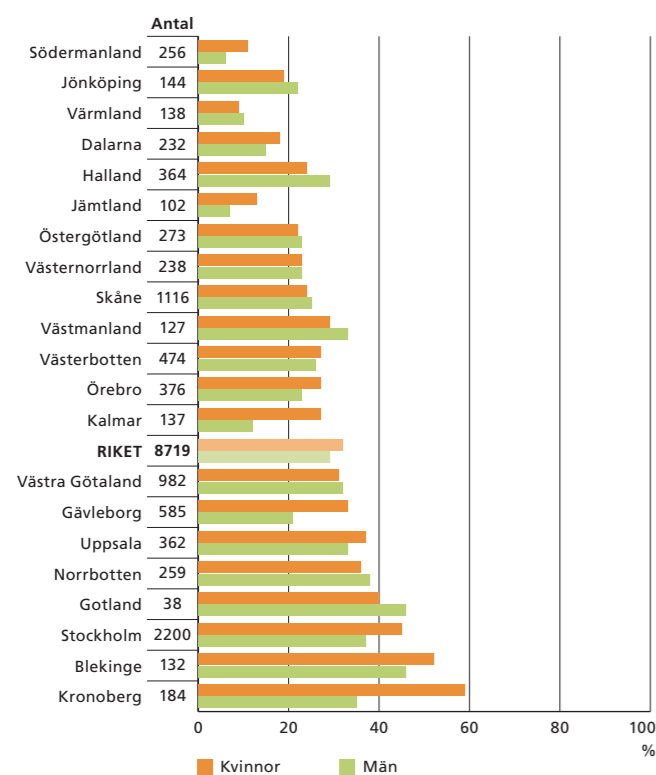
Figur 18. Andel registreringar år 2008–2013 där patienten uppgivit att den erbjudits/genomgått patientutbildning någon gång uppdelat på kön.



Andelen patientutbildade länvis

Figur 19 visar en jämförelse av andelen patientutbildade mellan olika län med hänsyn till kön. Endast Kronoberg och Blekinge når upp till Bipolär:s rekommenderade målnivå att 45 procent av patienterna skall ha erbjudits eller genomgått patientutbildning. Vissa län som Stockholm och Gotland ligger i närheten av målnivån medan andra län som Södermanland, Jönköping, Värmland, Dalarna och Jämtland med under 20 procent patientutbildade ligger betydligt längre ifrån målet.

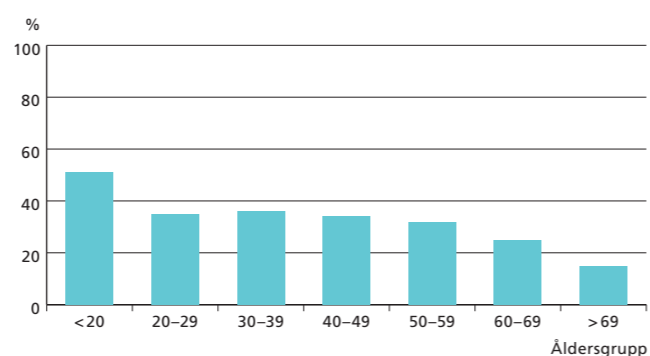
Figur 19. Andel registreringar år 2013 där patienten uppgivit att den erbjudits/genomgått patientutbildning någon gång uppdelat på kön och län.



Andelen patientutbildade per åldersgrupp

Av Figur 20 framgår att ålder påverkar hur vanligt förekommande det är att patienterna erbjudits eller genomgått patientutbildning. Generellt minskar andelen som fått eller erbjudits patientutbildning med en ökande ålder. Omkring hälften (51 procent) av patienter under 20 år har genomgått patientutbildning medan andelen för personer över 69 år är endast 15 procent. Nyligen kom en studie från Danmark som antydde att psykoeducation hade effekt på återinläggningar. Effekten var dock inte statistiskt signifikant. Intressant nog föreföll effekten större hos den unga gruppen under 26 år (Kessing, et al., 2014). Inte heller detta var statistiskt säkerställt men antyder att det kan vara riktigt att prioritera yngre.

Figur 20. Andel registreringar år 2013 där patienten uppgivit att den erbjudits/genomgått patientutbildning någon gång uppdelat på ålder.

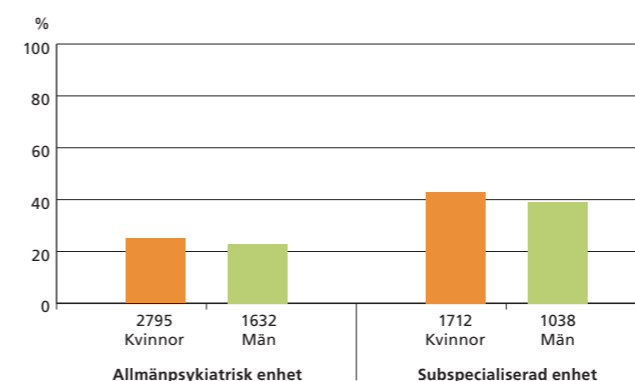


Patientutbildade vid allmän- respektive subspecialiserade mottagningar

Andelen män och kvinnor som får patientutbildning är mindre på allmänpsykiatriska än subspecialiserade enheter. 25 procent av kvinnorna inom allmänpsykiatri jämfört med 43 procent av kvinnorna inom subspecialiserade enheter får eller har erbjudits patientutbildning.

23 procent av männen inom allmänpsykiatri har erbjudits eller fått patientutbildning jämfört med 39 procent av männen som vårdas vid subspecialiserade enheter. Jämfört med senaste tillfället uppmätta, 2011, har andelen patientutbildade ökat med några enstaka procentenheter för båda könen vid både de allmänpsykiatriska och de subspecialiserade enheterna. Könskillnaderna är däremot i det närmaste oförändrade.

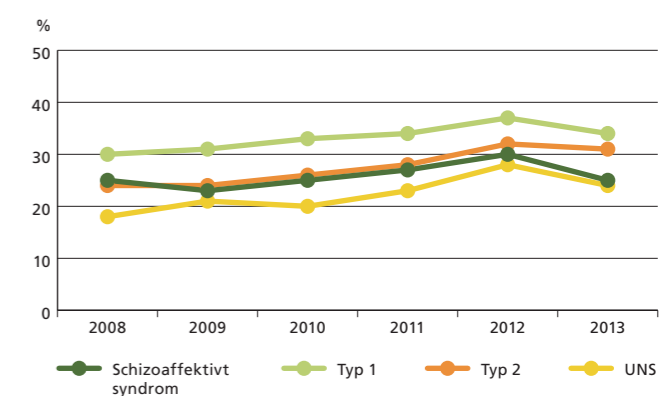
Figur 21. Andel registreringar år 2013 där patienten uppgivit att den erbjudits/genomgått patientutbildning någon gång uppdelat på ålder. Antal anges under staplarna.



Andelen patientutbildade per underdiagnos

Trenden för patientutbildade över perioden 2008 till 2013 är liknande för i stort sett samtliga bipolära underdiagnoser. Andelen som fått eller erbjudits patientutbildning har ökat fram till och med 2012. År 2013 sågs däremot en marginell minskning. Stabilt över tid har varit att personer med bipolär sjukdom typ 1 i högre grad har genomgått patientutbildning än de med andra bipolära underdiagnoser. Omkring en tredjedel av personer med typ 1 har fått eller erbjudits patientutbildning. Det är bland de med UNS-diagnos man finner lägst andel patientutbildade. Skillnaden mellan andelen som fått/erbjudits patientutbildning mellan personer med bipolär typ 1 och UNS är cirka 10 procentenheter. Av organisatoriska orsaker vårdas UNS-gruppen oftare på allmänpsykiatriska mottagningar än på subspecialiserade. Eftersom patientutbildning är vanligare inom den subspecialiserade vården kommer därmed patienter med UNS i lägre omfattning i kontakt med patientutbildning. Detsamma gäller för typ 2.

Figur 22. Andel registreringar år 2008–2013 där patienten uppgivit att den erbjudits/genomgått patientutbildning någon gång uppdelat på underdiagnos.



Systematisk psykologisk behandling

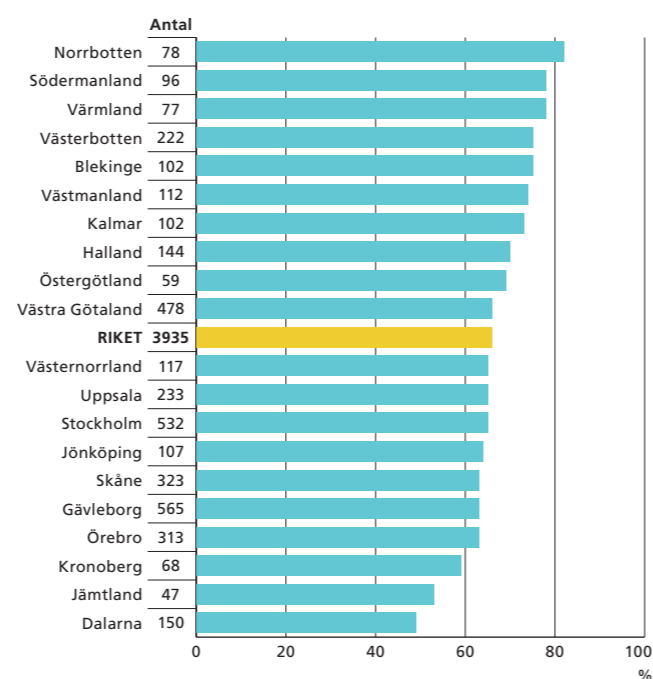
Andelen av de registrerade i Bipolär som fått systematisk psykologisk behandling har varit relativt stabil över tid för båda könen. Omkring 70 procent av kvinnorna och omkring 60 procent av männen har fått psykologisk behandling. Könskillnaden på omkring tio procentenheter är konsekvent över tid. Anledning till skillnaden skulle kunna bero på att kvinnor i högre grad erbjuds denna typ av behandling. Det kan också bero på att kvinnor i högre grad efterfrågar detta behandlingsalternativ.

Figur 23. Andelen män respektive kvinnor som vid nyregistrering perioden 2008–2013 fått systematisk psykologisk behandling.



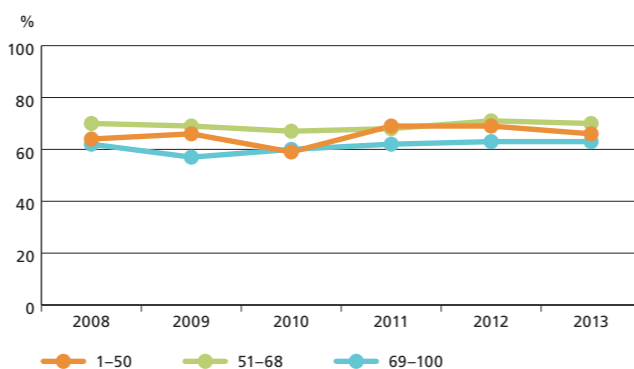
Även länsvis finns det tydliga skillnader i hur stor andel av patienterna i registret som fått systematisk psykologisk behandling. I Norrbotten har över 80 procent av patienterna fått denna typ av behandling, i Södermanland, Värmland, Västerbotten, Blekinge, Västmanland och Kalmar ligger andelen på över 70 procent. I Dalarna och Jämtland är det endast omkring hälften som fått systematisk psykologisk behandling. Genomsnittet för riket ligger på 66 procent.

Figur 24. Andelen nyregistrerade år 2013 som erhållit systematisk psykologisk behandling.



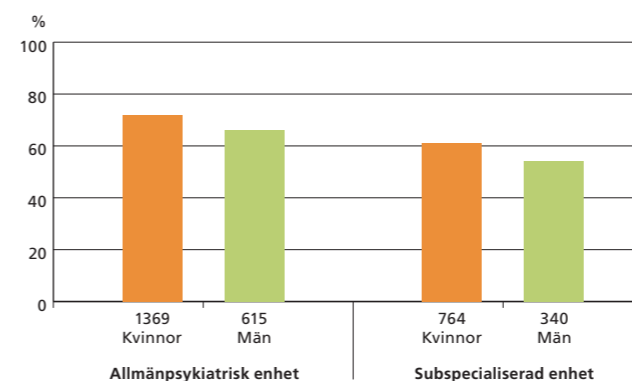
Skillnader mellan andelen som får psykologisk behandling med hänsyn till skattad funktionsnivå (GAF) är inte betydande men personer med högre skattad GAF-funktion (Global Assessment of Function) verkar i något mindre omfattning få systematisk psykologisk behandling. Det är emellertid inte gruppen med allra lägst skattad GAF som i högst omfattning får psykologisk behandling utan mellangruppen av personer med en funktionsnivå mellan svår och lätt funktionsnedsättning.

Figur 25. Andelen nyregistrerade som erhållit systematisk psykologisk behandling fördelade på skattad funktionsnivå i GAF för 2008–2013.



De nyregistrerade i Bipolär som vårdats vid de allmänpsykiatriska enheterna får oavsett kön i högre utsträckning systematisk psykologisk behandling än de som vårdats vid subspecialiserade enheter. 72 procent av kvinnorna inom allmänpsykiatri och 61 procent av kvinnorna vid de subspecialiserade enheterna har fått systematisk psykologisk behandling. Avseende männen har 66 procent inom allmänpsykiatri och 54 procent vid de subspecialiserade enheterna fått systematisk psykologisk behandling. Av figuren nedan indikeras att mottagningstyp har större betydelse för om patienterna får psykologisk behandling än kön, då både män och kvinnor inom allmänpsykiatri i större utsträckning får systematisk psykologisk behandling än kvinnor och män vid subspecialiserad vård.

Figur 26. Andel nyregistrerade män respektive kvinnor 2013 (n=3088) vid allmänpsykiatriska respektive subspecialiserade mottagningar som fått systematisk psykologisk behandling. Antal anges under staplarna.



Resultatmått

Nedan presenteras resultatmått som BMI (Body Mass Index), andelen med signifikant viktuppgång, återfall i skov, självskadande och suicid, GAF-skattningar (behandlarbedömning av patientens symptom och funktion) och andelen slutenvårdade. Om inget annat anges avses både ny- och uppföljningsregistreringar under verksamhetsåret 2013.

BMI och kliniskt signifikant viktuppgång

Många läkemedel som ges vid bipolär sjukdom kan ge viktuppgång som biverkan. Patienter med bipolär sjukdom är därför extra sårbara när det gäller viktuppgång. Det är därför viktigt för behandlaren att ha ett hälsoperspektiv och även ta ansvar för att följa patienternas viktcurvor och vid behov sätta in åtgärder som motverkar viktuppgång för att undvika den risk för somatiska följsjukdomar (exempelvis metabolt syndrom) som kan följa på en kraftigt viktuppgång.

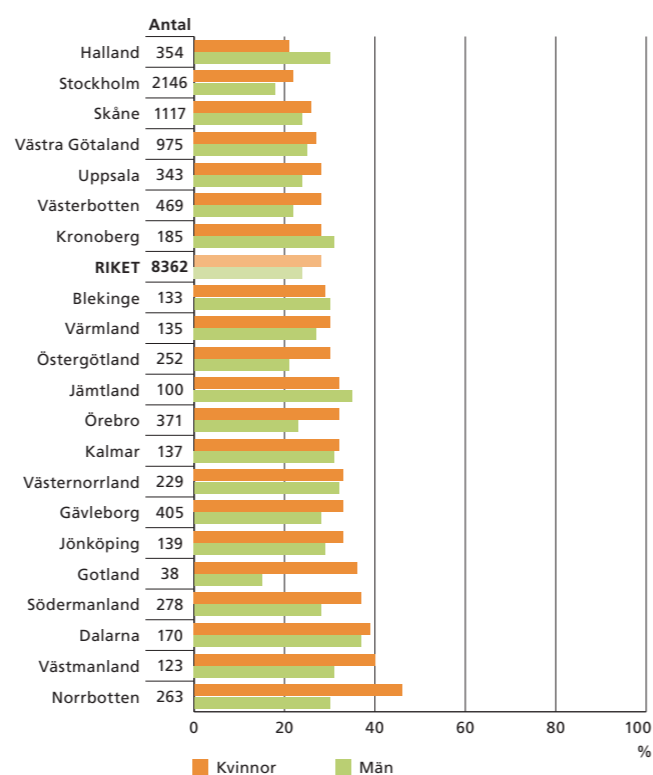
Bipolär rapporterar två kvalitetsindikatorer med anknytning till hälsoperspektivet och vikt: Andel patienter med BMI > 30 och Andel patienter med snabb viktuppgång. Snabb viktuppgång definieras som ökning med mer än 7 procent av kroppsvikten på ett år. I årsrapporten har mätningen utgått från den vikt som anges i uppföljningsregistreringarna gjorda 2013 jämfört med de närmaste föregående gjorda registreringarna (ny- eller uppföljningsregistreringarna).

BMI

Av alla uppföljningsregistrerade kvinnor år 2013 hade 28 procent ett BMI > 30. Motsvarande andel för män var 24 procent. Detta kan jämföras med Bipolär:s målnivå som är att max 10 procent av patienterna skall ha ett BMI > 30. Andelen med BMI > 30 har varit förhållandevis stabilt på nationell nivå de senaste fem åren. Det finns emellertid skillnader i BMI mellan länen i riket. Storstadsläna – Stockholm, Skåne och Västra Götaland – har tillsammans med Halland, Uppsala, Kronoberg och Västerbotten patienter med ett lägre BMI än riksgenomsnittet. Län som Norrbotten, Västmanland, Dalarna och Södermanland ligger något högre än riksgenomsnittet. I diagrammet nedan framkommer också könsskillnader. Andelen kvinnor med BMI > 30 är större än andelen för män. Undantagen är Jämtland, Blekinge, Kronoberg och Halland där männen ligger högre i BMI. Könsskillnaderna är påtagligt större i vissa län som i exempelvis Norrbotten, Gotland och Halland än i exempelvis storstadsläna. Län med större könsskillnader i BMI tenderar också att ha en större andel av patienterna med ett BMI > 30.

För län med hög andel patienter med BMI > 30 kan det finnas anledning att fundera över i vilken mån BMI i patientunderlaget avspeglar det generella BMI för invånarna i länet. I de län där skillnaderna i BMI mellan personerna i registret och befolkningen i länet i övrigt är betydande bör man fundera på om dessa uttalade skillnader kan förklaras av vård som ges. Det kan då vara av särskilt intresse att utvärdera läkemedelsbehandlingen. Man bör även fundera kring hur man mer aktivt kan arbeta med hälsoinriktade behandlingsåtgärder.

Figur 27. Andel registreringar med BMI > 30 år 2013 fördelat på kön och län



Signifikant viktuppgång

Bipolär:s rekommenderade målnivå är att max 10 procent av patienterna skall ha haft en signifikant viktuppgång. Målnivån är hämtad ifrån Folkhälsoinstitutets rekommendationer för normalpopulationen. Även om behandling vid bipolär sjukdom medför läkemedelsbehandling som förknippas med viktuppgång som biverkan ser vi ingen anledning att sätta en mindre sträng målnivå med tanke på att många redan är drabbade av somatisk samsjuklighet. Ur ett omvårdnadsperspektiv bedöms viktökning som särskilt motiverat. Andelen uppföljningsregistrerade män och kvinnor med kliniskt signifikant viktuppgång i riket ligger över målnivån på en förhållandevis konstant nivå för både män och kvinnor. Kvinnor med signifikant viktuppgång ligger generellt några procentenheter högre än männen i registret. Under 2013 hade 15 procent av kvinnorna och 13 procent av männen en signifikant viktuppgång.

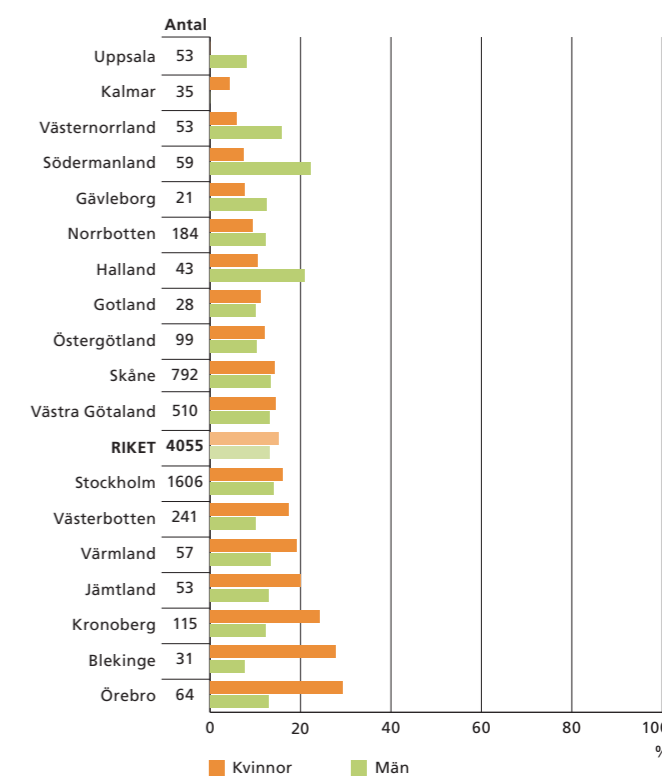
Det finns klara länsvisa skillnader i andelen patienter som har haft en signifikant viktökning. Några län, som exempelvis Örebro, Blekinge och Kronoberg, har en hög andel patienter med signifikant viktuppgång.

Vissa län har både en hög andel patienter med BMI > 30 och en hög andel patienter som ökar kraftigt i vikt på kort tid. Störst risk för negativa hälsokonsekvenser finns om båda faktorerna föreligger parallellt. I de län med en hög andel patienter med BMI > 30 men där andelen med kliniskt signifikant viktuppgång är lägre rekommenderas främst hälsopromotion och livsstilsprogram av olika slag. I län med både hög andel BMI > 30 och en hög andel med kliniskt signifikant viktuppgång rekommenderas dessutom en översyn av läkemedel och andra faktorer i närliggande tid för berörd patientgrupp.

Figur 28 visar andelen uppföljningsregistrerade män respektive kvinnor som har en signifikant viktuppgång i förhållande till föregående år. Riksgenomsnittet ligger på cirka 14 procent det vill säga 14 procent av patienterna har uppnått en signifikant viktuppgång i förhållande till föregående år. Skillnaden mellan länen är emellertid betydande. I vissa län har över 20 procent av patienterna en registrerad signifikant viktuppgång medan i andra län är andelen med signifikant viktuppgång mindre än 10 procent. Det är också tydliga könsskillnader mellan länen.

I exempelvis Örebro, Blekinge, Kronoberg, Värmland, Jämtland och Västerbotten är det en klar majoritet kvinnor med signifikant viktuppgång, i andra län som Västernorrland, Södermanland och Halland är det en klar majoritet män.

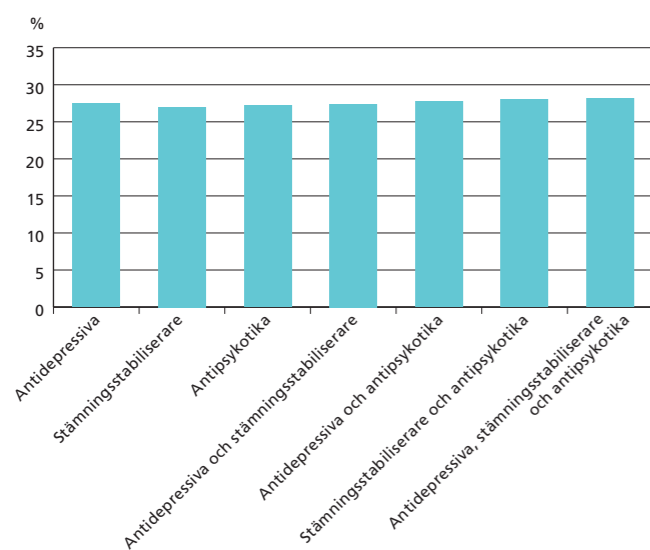
Figur 28. Andel uppföljningsregistrerade patienter år 2013 med signifikant viktökning (7% eller mer av sin kroppsvikt i förhållande till föregående år) uppdelat på kön och län.



BMI och läkemedel

Flera läkemedel som ges vid bipolär sjukdom kan ge viktuppgång. Här redovisas BMI fördelat på olika kombinationer av läkemedel. Som framgår av figuren nedan är skillnaderna mellan olika läkemedelskombinationer små, men det förefaller som stämningsstabilisere i monoterapi är associerad med något lägre BMI. Dessa samband kan bero på läkemedlen men också på att patientgrupperna som föreskrivs de olika läkemedelskombinationerna skiljer sig. Kombinationsbehandlingar skulle exempelvis kunna indikera en svårare sjukdom vilket i sin tur skulle kunna vara associerat med högre BMI. De analyser som presenteras medger således inte slutsatser av kausal natur, det vill säga slutsatser om huruvida vissa preparat typer orsakar viktuppgång.

Figur 29. Medelvärde för BMI för registreringar år 2013 uppdelat på läkemedelskombinationer.

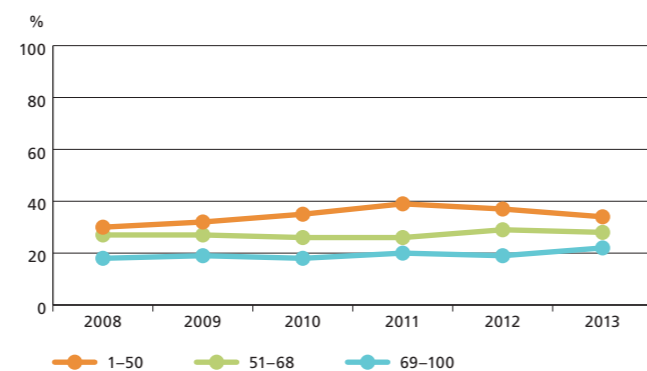


BMI och GAF

Nedan presenteras ett treddiagram för perioden 2008–2013 med andelen av de med BMI > 30 fördelade på skattad funktionsnivå i GAF. Gruppen med lägst skattad funktionsnivå (GAF 1–50) har sedan 2008 en högre andel med BMI > 30 jämfört med gruppen med måttlig funktionsnedsättning (GAF 51–68), som i sin tur har högre andel än gruppen med högst funktionsnivå (GAF 69–100). Sett över hela femårsperioden har dock andelen med BMI > 30 ökat med några enstaka procent för alla de tre grupperna.

BMI > 30 tycks alltså kopplat till lägre funktionsnivå. Denna analys säger oss inget om orsakerna till detta samband. Det kan exempelvis bero på en koppling mellan funktionsnivå och fysisk aktivitet eller på att gruppen med lägst funktionsnivå får fler vikhöjande läkemedel. Men det är ändå kliniskt viktig information att gruppen med lägst funktionsnivå har högst andel hög BMI. Eventuella åtgärdsprogram bör rikta sig till de grupper som har högst risk och där det finns mest att vinna.

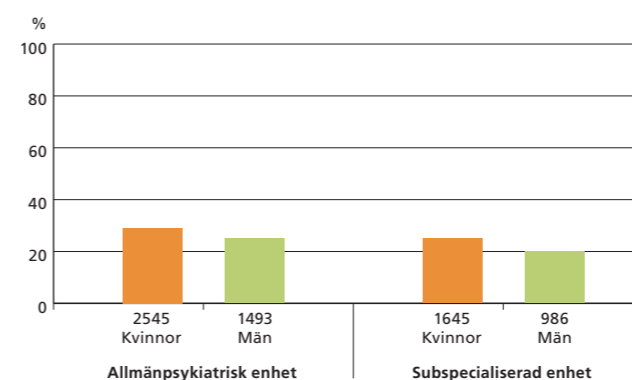
Figur 30. Andelen registreringar av patienter med BMI > 30, år 2008–2013 fördelat på skattad funktionsnivå i GAF.



BMI och mottagningstyper

En jämförelse avseende andelen med BMI > 30 för respektive könen vid allmänpsykiatriska respektive subspecialiserade enheter visar att både andelen kvinnor och andelen män med BMI > 30 är något lägre vid subspecialiserade än vid allmänpsykiatriska enheter. Orsaken till detta är oklar.

Figur 31. Andelen män respektive kvinnor 2013 med BMI > 30 vid allmänpsykiatriska respektive subspecialiserade mottagningar. Antal anges under staplarna.

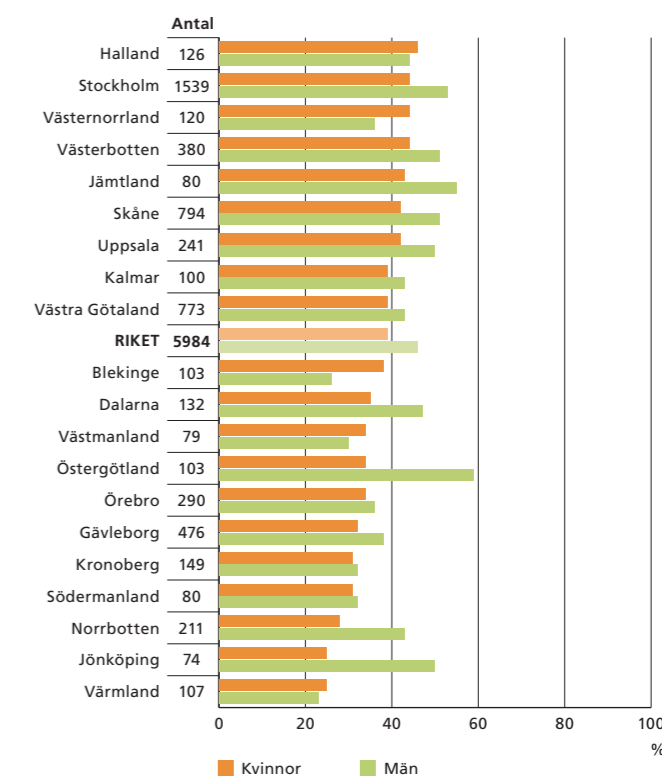


Andel i arbete

Att kunna delta på arbetsmarknaden är en viktig indikator på individens funktionsförmåga. Förutom psykologiska, sociala och privatekonomiska konsekvenser av att vara utanför arbetsmarknaden finns det också en samhällsekonomisk aspekt av sjukdomen. Med hjälp bland annat av data från Bipolär har en svensk hälsoekonomisk studie (Ekman et al., 2013) visat att den största samhällsekonomiska kostnaden för bipolär sjukdom är indirekta kostnader i form av arbetsbortfall.

I Bipolär har 42 procent en minst 50 procentig sysselsättningsgrad. Män (46 procent) är i arbete i högre grad än kvinnor (39 procent). Andelen som förvärvsarbetar beror även på den regionala arbetsmarknaden. Det framkommer vissa moderata skillnader mellan länen; vissa län har mindre än 30 procent av sina patienter i sysselsättning medan andra närmar sig 50 procent. Det finns också tydliga länsvisa könsskillnader. I Jönköping, Norrbotten och Östergötland är det en klart större andel män än kvinnor som förvärvsarbetar, medan en större andel kvinnor än män förvärvsarbetar i exempelvis Värmland, Västmanland, Blekinge, Västernorrland och Halland.

Figur 32. Andelen patienter i åldern 18–65 år som förvärvsarbetat mer än 50% år 2013 fördelat på kön och län.



Återfall i skov

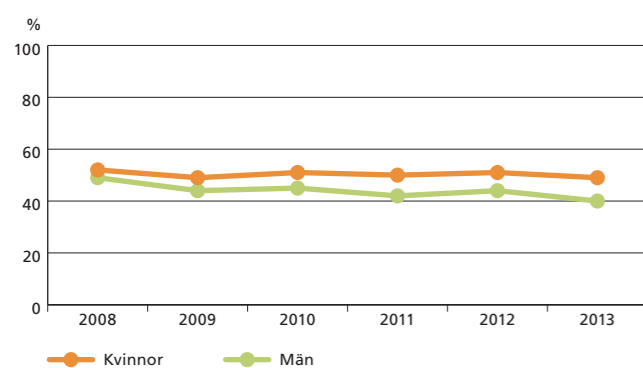
Målet med stämningsstabiliserande behandling vid bipolär sjukdom är att vara fri från sjukdomsskov. Återfall i skov är därför ett av de viktigaste kvalitetsmåten i Bipolär. Sjukdomsskoven kan vara maniska, hypomana, depressiva eller blandade. Målet är att den behandlade patienten inte skall ha några återfall under perioden som uppmäts (senaste 12 månaderna). Resultaten varierar dock beroende på flera faktorer utanför behandlaren direkta kontroll såsom patientens följsamhet till förskrivna läkemedel, patientens livsföring och livssituation samt sjukdomens svårighetsgrad och naturalförlopp.

Bipolär rekommenderar anslutna enheter att följa återfall i skov de senaste 12 månaderna för sina patienter. Detta kan man göra i det nya inmatningsgränssnittet INCA. I INCA kan man jämföra siffrorna för den egna enheten i förhållande till länet och riket. Vid en fördjupad jämförelse med andra enheter, länet eller riksgenomsnittet bör man emellertid alltid beakta case-mix faktorer. Det vill säga att olika sjukvårdsområden har olika förutsättningar beroende på att de socio-ekonomiska förhållandena kan skilja sig åt mellan olika enheters upptagningsområden.

Återfall i skov perioden 2008–2013 och typ av återfall

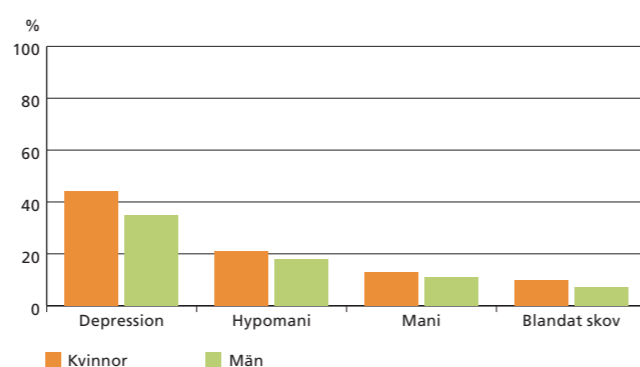
Under perioden 2008–2013 är trenden att andelen med återfall i skov minskat något för båda könen, men i synnerhet för män. 2008 rapporterades 52 procent av kvinnorna och 49 procent av männen ha återfallit i skov de senaste 12 månaderna. Motsvarande siffror 2013 för kvinnor är 49 procent och för männen 40 procent.

Figur 33. Andelen uppföljningsregistrerade patienter som återfallit i skov de senaste 12 månaderna år 2008–2013 fördelat på kön.



Könsskillnaderna framkommer även när man närmare undersöker vilka typer av skov patienterna återfaller i. Kvinnor återfaller i högre andel än män oavsett typ av skov. Det är vanligast för både kvinnor och män att återfalla i depressiva skov. 44 procent av kvinnorna och 35 procent av männen hade återfallit i ett depressivt skov de senaste 12 månaderna. Näst vanligaste är återfall i hypomani (21 procent av kvinnorna, 18 procent av männen). Maniska skov är ovanligare men även här återkommer könsskillnader: 13 procent av kvinnorna och 11 procent av männen hade ett maniskt skov under de senaste 12 månaderna. Blandade skov med en kombination av både maniska episoder och depressiva episoder är något ovanligare: 10 procent av kvinnorna och 7 procent av männen rapporteras ha haft ett blandat skov de senaste 12 månaderna.

Figur 34. Andelen uppföljningsregistrerade år 2013 (n=4100) med återfall i skov de senaste 12 månaderna, fördelat på typ av skov och kön.

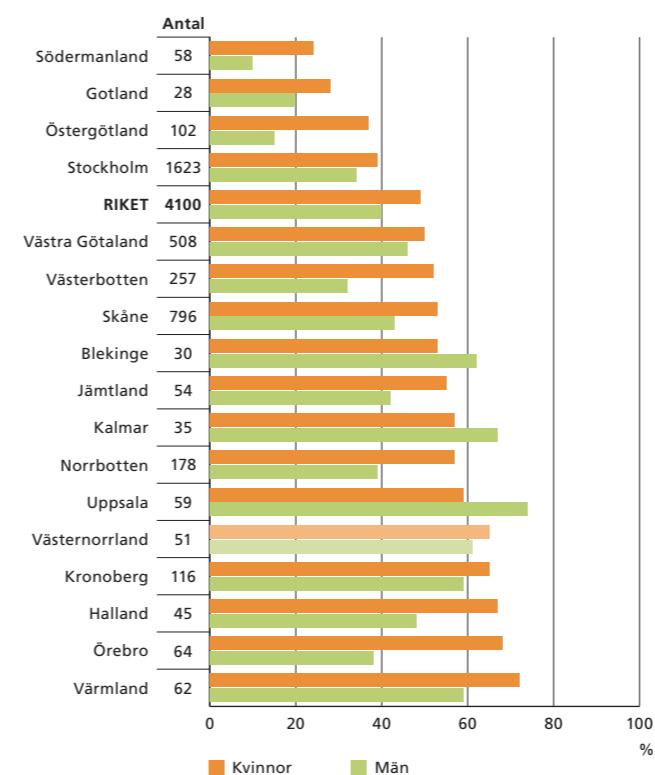


Länsvisa skillnader i återfall i skov

I diagrammet nedan visas att det finns betydande skillnader i återfall i skov mellan länen. I vissa län som Värmland, Kronoberg, Västernorrland och Uppsala hade mer än 60 procent av patienterna återfallit i någon typ av skov de senaste 12 månaderna vilket kan jämföras med de län med lägst andel av patienterna som återinsjuknat i skov som Södermanland, Gotland och Östergötland där motsvarande andel är mindre än 30 procent. Riksgenomsnittet ligger på 46 procent.

Kvinnor återfaller i högre grad i skov än män i samtliga län förutom Uppsala, Kalmar och Blekinge. Könsskillnaderna i återfall i skov är störst i Örebro, Halland, Norrbotten och Västerbotten och tenderar att vara mindre i storstadsregioner som Stockholm, Västra Götaland och Skåne.

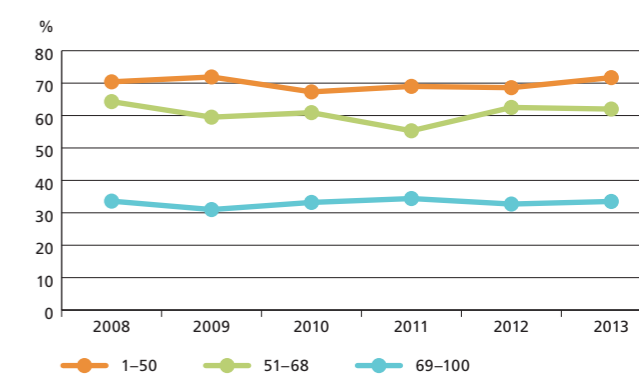
Figur 35. Andel uppföljningsregistrerade patienter som återfallit i skov de senaste 12 månaderna år 2013, fördelat på kön och län.



GAF-funktion och återfall i skov

Det finns ett klart samband mellan återfall i skov och skattad GAF-funktion. Under perioden 2008–2013 har gruppen med lägst skattad GAF-funktion den klart högsta andelen (cirka 70 procent) återfall i skov medan patientgruppen med högst skattad funktionsförmåga ligger betydligt och stabilt lägre (cirka 33 procent återfall i skov). Med hänsyn till att en skattad funktion över 68 i GAF-funktion indikerar en välfungerande individ är det ändå förvånansvärt stor andel som även i denna uppskattningsvis högfungerande grupp som återfaller i någon form av skov.

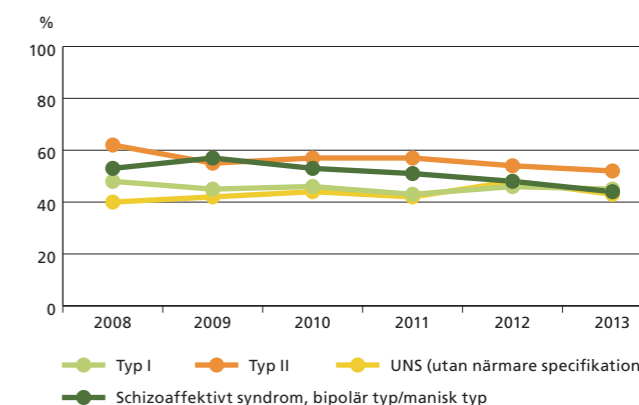
Figur 36. Andelen uppföljningsregistrerade med återfall i skov de senaste 12 månaderna fördelade på skattad funktionsnivå i GAF för perioden 2008–2013.



Återfall i skov i undergrupper av bipolära syndrom

Under perioden 2008–2013 har spridningen mellan diagnosgrupperna avseende återfall i skov minskat. Fortfarande (år 2013) är det dock så att personer med typ 2 återfaller i skov i högre grad (52 procent) än övriga undergrupper (mellan 43–45 procent).

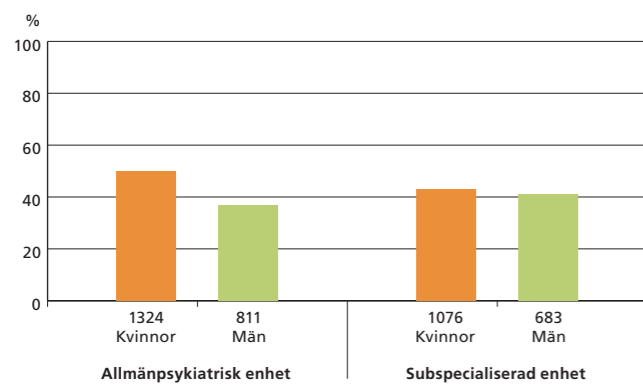
Figur 37. Andel uppföljningsregistrerade med återfall i skov 2008–2013 fördelat på underdiagnoser.



Återfall i skov på olika mottagningstyper

En jämförelse mellan män och kvinnor som återfallit i skov de senaste 12 månaderna fördelat på allmänpsykiatriska respektive subspecialiserade enheter visar att kvinnor på de allmänpsykiatriska enheterna i något högre grad återfallit i skov (50 procent) än kvinnor som vårdas på subspecialiserade enheter (43 procent). För männen är skillnaderna marginella; 37 procent av männen inom allmänpsykiatri återföll i skov jämfört med 41 procent inom den subspecialiserade vården. Med hänsyn till att sammansättningen av patienter på allmänpsykiatriska och subspecialiserade enheter kan skilja sig åt bör man tolka siffrorna med försiktighet.

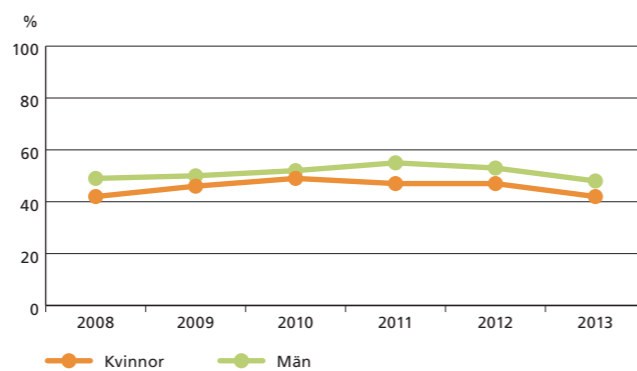
Figur 38. Andel uppföljningsregistrerade år 2013 (n=3894) med återfall i skov de senaste 12 månaderna fördelat på typ av mottagning och kön. Antal anges under staplarna.



GAF-funktion

GAF (Global Assessment of Functioning scale) är bedömningskala som används av kliniker för att bedöma funktionsförmågan hos patienterna. Skalan sträcker sig mellan 1 och 100, där 100 indikerar full funktionsförmåga och 1 avsaknad av funktionsförmåga. Här används GAF funktionskattning > 68 poäng som ett mått på "normal" funktionsförmåga det vill säga en förmåga som möjliggör för individen att klara ett självständigt vardagligt liv. Nedan redovisas andelen patienter i registret perioden 2008–2013 som vid uppföljningsregistrering bedömdes ha GAF > 68 poäng.

Figur 39. Andel med GAF > 68. Samtliga registreringar år 2008–2013.

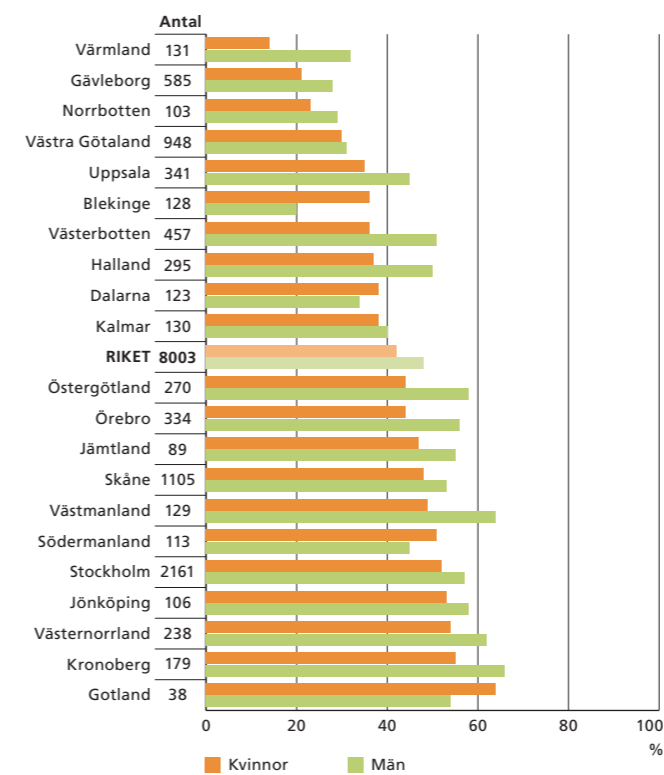


Som framgår av figuren ovan har omkring hälften av patienterna GAF > 68. Andelen män med GAF > 68 är några procentenheter högre än för kvinnorna under hela perioden. 2008 hade 42 procent av kvinnorna ett GAF-värde > 68 medan motsvarande andel för män var 49 procent. 2013 var andelen män med GAF > 68 cirka 48 procent medan kvinnor låg kvar på samma andel som 2008. Skillnaderna mellan könen är små liksom förändringen för hela patientgruppen över tid.

Större skillnader i andelen patienter med GAF > 68 poäng finner man mellan länen. I Värmland, Gävleborg, Norrbotten och Västra Götaland ligger andelen med patienter med skattad GAF > 68 poäng mellan 20 till 30 procent. I Gotland, Kronoberg, Västernorrland, Jönköping och Stockholm är andelen mellan 50 till 65 procent. Huruvida dessa skillnader avspeglar reella skillnader i patienternas funktionsförmåga eller beror på systematiska skillnader i hur kliniker i olika län skattar funktionsförmåga är en relevant fråga med hänsyn till att det är svårt att se några tydligt skiljande case-mix faktorer mellan län som exempelvis Stockholm och Västra Götaland eller Norrbotten och Västernorrland.

Det är också intressant att notera att det finns tydliga variationer i könsskillnader avseende andelen patienter med GAF > 68 poäng mellan länen. I alla län är andelen män med högt GAF (över 68 poäng) större än för kvinnor med undantag av fyra län; Gotland, Södermanland, Dalarna, och Blekinge.

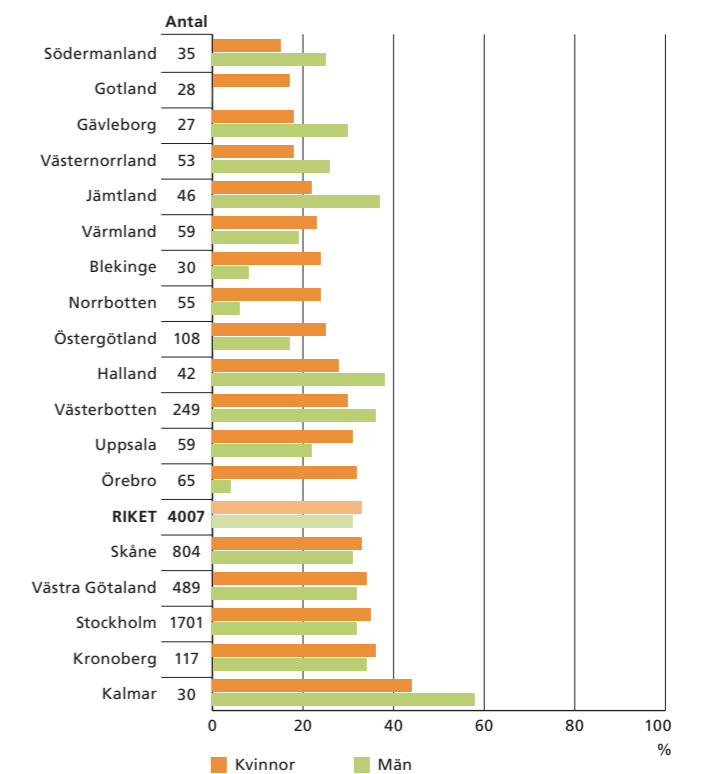
Figur 40. Andel med GAF > 68. Samtliga registreringar 2013.



En annan av Bipolär:s kvalitetsindikatorer som är kopplad till GAF är andelen patienter som förbättrat sitt GAF-funktionsvärde med fem poäng eller mer. Syftet är att indikatorn skall mäta en signifikant förbättring av patientens psykiska hälsotillstånd. Måttet är mindre beroende av case-mix faktorer än andelen med GAF > 68 och därmed en relevantare indikator för att mäta vårdkvalitet.

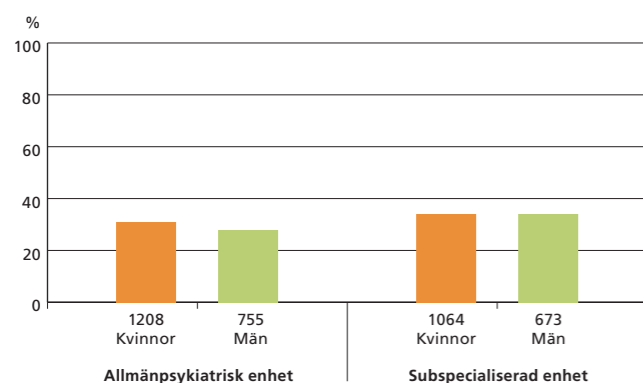
I figuren nedan visas andelen patienter med en signifikant GAF-förbättring (det vill säga en ökning på mer än 5 poäng mellan två mättillfällen) för de olika länen och riket. Riksgenomsnittet ligger på omkring 30 procent. Kön fördelningen för riket är jämn. Kalmar ligger, för både män och kvinnor, över 40 procent av patienterna med en signifikant GAF-funktionsförbättring på 5 poäng eller mer. I andra län som Södermanland, Gotland, Gävleborg och Västernorrland är andelen klart lägre. I en del av dessa senare län som Gotland och Västernorrland skulle en lägre andel av patienter med GAF-funktionsförbättring kunna bero på att de också har en hög andel patienter med GAF > 68, något som kan innebära att förbättringspotentialen är mindre än för län med en patientgrupp som generellt ligger lägre i skattad GAF.

Figur 41. GAF-förbättring med 5 poäng eller mer mellan två registreringar. Uppföljningsregistreringar gjorda år 2013, grupperat på län och kön.



Vid en jämförelse mellan allmänpsykiatrisk och subspecialiserad vård avseende andelen patienter bland de uppföljningsregistrerade männen och kvinnorna under 2013 framkommer en något högre andel patienter som uppnått en signifikant GAF-förbättring vårdade vid subspecialiserade än allmänpsykiatriska enheter. Skillnaderna är små men noterbara både för män och kvinnor. Vid de subspecialiserade enheterna hade 34 procent av både männen och kvinnorna en signifikant GAF-funktionsförbättring medan motsvarande siffror för män och kvinnor vid allmänpsykiatriska enheter är 31 respektive 28 procent.

Figur 42. GAF-förbättring med 5 poäng eller mer mellan två registreringar. Uppföljningsregistreringar gjorda år 2013. Grupperat på enhetstyp och kön. Antal anges under staplarna.

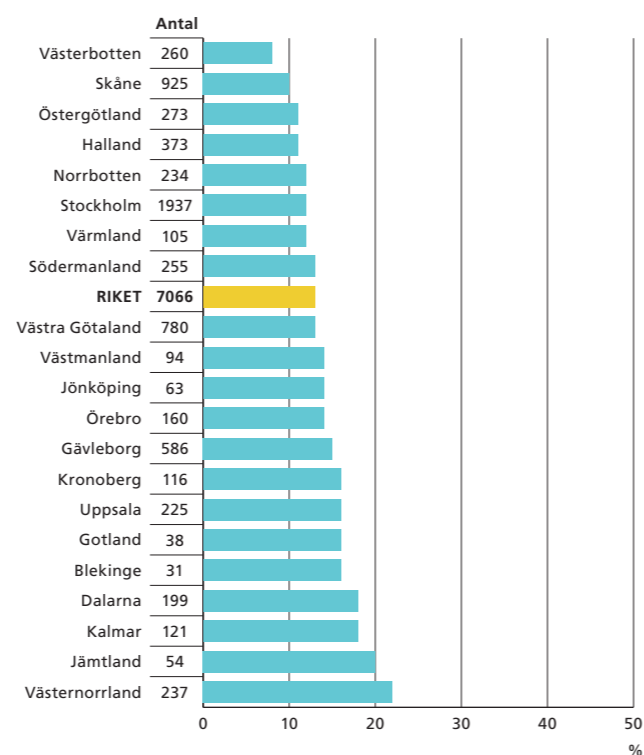


Andel slutenvårdade

Andelen personer med bipolärt syndrom som slutenvårdats under de senaste sex åren har minskat något. Det är en liten men tydlig könsskillnad: kvinnor slutenvårdas i högre grad än männen. Av de diagnostiska undergrupperna har gruppen schizoaftektivt syndrom störst andel slutenvårdade, medan UNS-gruppen hade lägst andel.

Vad gäller länsskillnader har Västernorrland den högsta andelen slutenvårdade patienter. Över 20 procent av patienterna i registret som får sin vård i Västernorrland eller Jämtland har under 2013 någon gång blivit slutenvårdade. Detta kan jämföras med Västerbotten eller Skåne där omkring 10 procent av patienterna blivit slutenvårdade. Orsaken är oklar men möjliga förklaringar är skillnad i patientunderlaget, skillnader i tillgänglighet till slutenvårdsplatser eller att riktlinjerna för slutenvård skiljer sig. Det är också möjligt att det finns systematiska länsvisa skillnader i behandlingen av patienter med bipolär sjukdom som gör att andelen som behöver slutenvård skiljer sig åt. De här frågorna kan vara exempel på viktiga frågor för huvudmännen i de berörda länen att undersöka närmare.

Figur 43. Andel registrerade som blivit slutenvårdade under år 2013, fördelade länsvis.



Självskadande handlingar och suicidförsök

Självskadande handlingar är 20 gånger vanligare bland personer med bipolärt syndrom än i den övriga befolkningen. En av psykiatrins viktigaste uppdrag är att förhindra självmord. Andelen nyregistrerade patienter i Bipolär som någon gång gjort en självskadande handling eller försökt ta sitt liv har varit på en förhållandevis stabil nivå för män. Ungefär en tredjedel av de nyregistrerade männen under perioden 2008 till 2013 har någon gång gjort en självskadande handling eller ett suicidförsök. Andelen kvinnor som gjort självskadande handling eller suicidförsök har konsekvent varit högre än för männen under perioden. Könsskillnaderna har också ökat under de senaste sex åren. Under 2008 var andelen kvinnor med erfarenhet av självskadande eller suicidförsök 41 procent. Motsvarande siffra för 2013 är 48 procent. Nästan hälften av alla kvinnor med bipolär sjukdom har således någon gång skadat sig själv eller försökt att ta sitt eget liv.

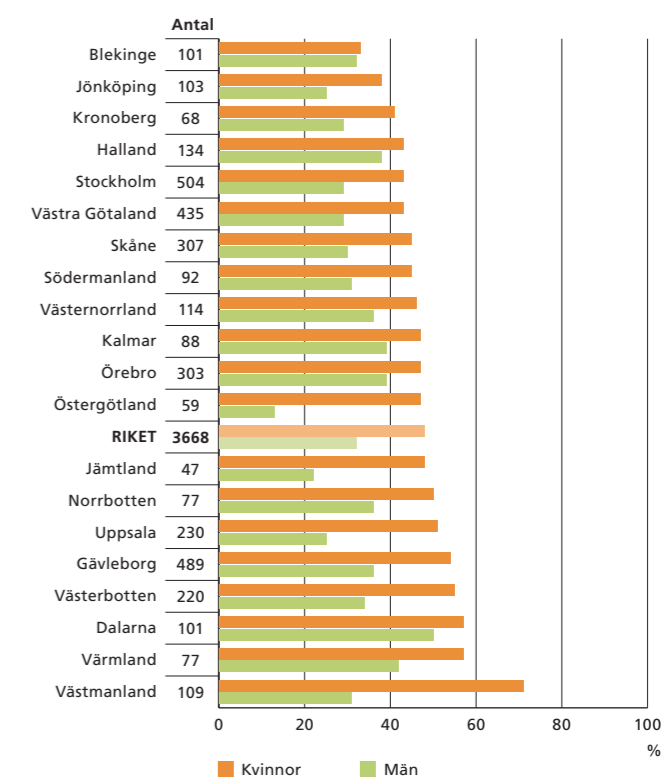
Figur 44. Andel nyregistrerade perioden 2008–2013 som någon gång gjort självskadande handling eller suicidförsök.



En länsvis jämförelse av andelen patienter som någon gång gjort en självskadande handling eller ett suicidförsök visar på betydande skillnader mellan länen men också tydliga könsskillnader inom och mellan länen. I de län med högst andel av patienterna som någon gång gjort en självskadande handling eller ett suicidförsök som Västmanland, Dalarna och Värmland, har över hälften av patienterna denna erfarenhet. I Jönköping och Blekinge är motsvarande andel betydligt lägre, drygt en tredjedel.

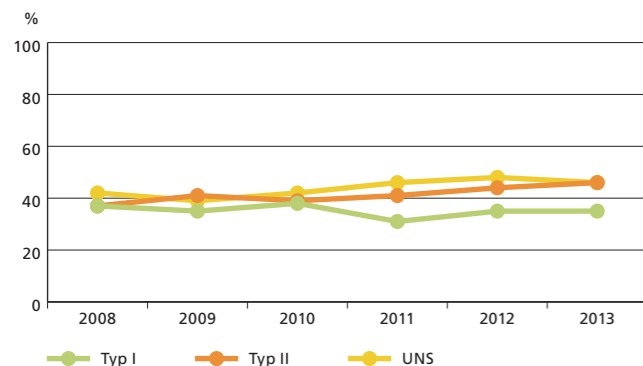
I samtliga län är kvinnor överrepresenterade men i vissa län är könsskillnaderna mer markerade som i Västmanland, Uppsala, Jämtland och Östergötland. Könsskillnaderna är mindre framträdande i exempelvis Blekinge och Halland. Med vissa undantag (som ex. Jönköping) tenderar de län med större könsskillnader än riket också ha en högre andel av sina patienter med självskadande och suicidförsök än riksgenomsnittet medan de mer utjämnade könsskillnaderna tenderar att ha mindre andel av patienterna med självskadande och suicidförsök.

Figur 45. Andel nyregistrerade år 2013 (n=3 668) som någon gång har gjort självskadande handling eller suicidförsök, fördelat på län och kön.



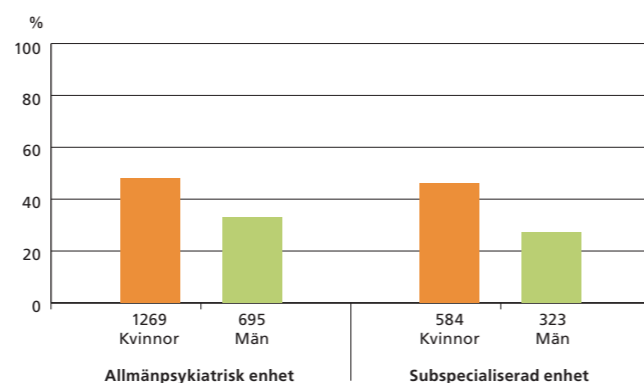
Under perioden 2008–2013 har andelen nyregistrerade som gjort självskadande handling eller suicidförsök ökat för patienter med bipolär sjukdom typ 2 och UNS men minskat något för patienter med typ 1. 2013 hade ungefär 46 procent av patienter med typ 2 och UNS erfarenhet av suicidförsök eller självskadande. Motsvarande andel för patienter med typ 1 är 35 procent. Vad som förklarar skillnaden i självskadande/suicidförsök mellan patienter med typ 1 respektive typ 2 och UNS verkar angeläget att undersöka närmare. Det skulle kunna bero på könsfördelningen; suicidförsök är vanligare bland kvinnor och andelen kvinnor är högre i gruppen av personer med typ 2 och UNS än i typ 1. En annan möjlig förklaring kan vara att patienter med typ 1 generellt har en mindre omfattande psykiatrisk samsjuklighet än de övriga underdiagnoserna. Personer med en typ 1 diagnos verkar i större omfattning tidigt få rätt specifik behandling med exempelvis litium och i högre utsträckning svarar positivt på denna behandling. Litium har en specifik suicidpreventiv effekt.

Figur 46. Andel nyregistrerade 2008–2013 som har gjort självskadande handling eller suicidförsök någon gång, fördelat på underdiagnoser.



Vid en analys av andelen som gjort självskadande handling eller suicidförsök vid allmänpsykiatriska respektive subspecialiserade enheter visar också att de allmänpsykiatriska enheterna uppvisar en något högre andel självskadande/suicidförsök för båda könen än de subspecialiserade enheterna.

Figur 47. Andel nyregistrerade år 2013 (n=2 871) som har gjort självskadande handling eller suicidförsök någon gång, fördelat på typ av mottagning och kön. Antal anges under staplarna.



Skattning av njurfunktion vid litiumbehandling

Långtidsbehandling med litium kan ge glomerulopati som i sällsynta fall kan leda till uremi och terminal njursvikt (Aiff, et al., 2014b). Dock genomförde Harald Aiff och medarbetare nyligen en svensk undersökning och föreslog att moderna riktlinjer för litiumbehandling med lägre mållkoncentrationer kan ha minskat eller eliminerat risken för litiuminducerad njursvikt (Aiff, et al., 2014a). Litiumnefropati utvecklas långsamt, ofta under flera decennier, under vilken filtrationshastigheten i glomeruli (Glomerular filtration rate, GFR) minskar långsamt. GFR mäts i ml/min och normeras som regel till en kroppsyta på 1,73 m². En frisk yngre vuxen har ett GFR mellan 100–130 ml/min/1,73 m². GFR sjunker normalt med stigande ålder och man kan räkna med att GFR sjunker med omkring 10 ml/min/1,73 m² per decennium efter 50 års ålder. Det är viktigt att följa njurfunktionen vid litiumbehandling inte bara pga. risken för terminal njursvikt utan också för att nedsatt njurfunktion utgör en riskfaktor för utveckling av hjärt- och kärlsjukdom. GFR kan mätas genom renalt clearance av inulin som är referensmetoden. Detta tar dock tid och är komplicerat och ett alternativ är att mäta plasma clearance av 51Cr-EDTA eller johexol. Ett enklare och billigare sätt är dock att följa plasmakoncentrationen av kreatinin som stiger vid sjunkande GFR. Individens muskelmassa påverkar kreatininivåerna och det finns därför framtagna matematiska formler för att skatta GFR utifrån ett kreatininvärde. Dessa formler tar hänsyn till ålder, kön, vikt och längd. Ett alternativt sätt att skatta njurfunktionen är att bestämma serumkoncentrationen av cystatin C. Med hjälp av cystatin C kan GFR skattas utan att hänsyn behöver tas till ålder, kön, vikt eller längd. SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) har nyligen publicerat en systematisk litteraturoversikt som ger råd om hur njurfunktionen skall skattas (SBU, 2013). SBU drar slutsatsen att njurfunktionen med tillräcklig noggrannhet kan skattas med hjälp av plasmakoncentrationsbestämningar av kreatinin eller cystatin C. Om man använder kreatinin måste man ta hänsyn till muskelmassa och kan då med fördel använda en kreatininbaserad matematisk formel för att bestämma eGFR (estimerat GFR). Dessa formler finns lätt tillgängliga på SBU: s hemsida och kan också laddas hem som Excel-dokument från sidan <http://sbu.se/214>.

SBU ger också rekommendationen att laboratorier bör redovisa eGFR när man får svar på kreatininbestämning, vilket skulle underlätta tolkningen. Vad gäller cystatin C behöver man inte ta hänsyn till ålder och kön men däremot kan samtidig medicinering med kortikosteroider påverka. En kreatininbaserad formel som rekommenderas är LM-REV (den reviderade Lund-Malmö formeln). Denna kan tillräckligt noggrant skatta njurfunktionen hos vuxna med undantag för patienter med GFR < 30 ml/per min/1,73 m² eller BMI < 20 kg/m². Slutligen skriver SBU i sin rapport att en skattning av GFR baserat på medelvärdet av både kreatinin och cystatin C är kostnadseffektivt. Kostnaden för ett kreatininprov är 10–15 kr och för cystatin C prov 25–50 kr.

Det finns på flera mottagningar en tradition att regelbundet undersöka njurfunktionen med plasma clearance av exempelvis 51Cr-EDTA eller johexol, men SBU föreslår alltså att det är tillräckligt att följa GFR över tid med hjälp av plasmakoncentrationsbestämningar av kreatinin och/eller cystatin C.

Om en patient som registreras i Bipolär använder litium efterfrågas kreatinin och cystatin C värden. Till nästa årsrapport för Bipolär avser vi presentera data för estimerat GFR.

Redovisning av kvalitetsindikatorer för vårdenheter

Tabell 6. Redovisning av värden för de olika kvalitetsindikatorerna för enskilda enheter med antal registreringar inom parentes (om mottagningarnas registreringar är färre än 30 anges inga värden).

* Patienter mellan 18–65 år ingår * Patienter mellan 18–65 år ingår *** Endast patienter med bipolär typ 1

Län	Enhetskod	Enhet	Totalt antal registreringar	Medelvärde för BMI	Medelvärde för GAF-funktion	Andel i % med patientutbildning	Andel sysselsatta >50% i % *	Andel med skov i % **	Andel med litium i % ***
Blekinge	K04	Vuxenpsyki Ronneby	48	27,0 (48)	54 (47)	32 (47)	30 (37)		
	K01	Vuxenpsykiatrisk mottagning Karlshamn	26						
	K02	Vuxenpsykiatrisk mottagning Karlskrona väst	59	27,2 (59)	64 (59)	63 (59)	39 (41)		
Dalarna	W05	Mottagning Leksand	28						
	SE2321000180-473C	Mottagning Malung	9						
	W06	Mottagning Mora	13						
	SE2321000180-479G	Mottagning Rättvik	15						
	SE2321000180-475D	Mottagning Vansbro	6						
	W12	Mottagning Älvdalen	7						
	SE2321000180-49QG	Psykiatrimottagning Avesta	18						
	W09	Psykiatrimottagning Falun	61			15 (61)	56 (45)		
	SE2321000180-475P	Psykiatrimottagning Gagnef	14						
	SE2321000180-4758	Psykiatrimottagning Hedemora	13						
Dalarna	W10	Psykiatrimottagning, Borlänge	14						
	W08	Vuxenpsykiatri Västerbergslagen, Ludvika	35	30,4 (35)		3 (35)	29 (31)		
Gotland	I07	Psykiatri öppenvård Visby	38	27,4 (38)	71 (38)	42 (38)			
Gästrikland	X01	Allmänpsykiatrisk mottagning Gävle	318	27,5 (137)	60 (318)	22 (317)	27 (262)		52 (75)
	X10	Psykiatrisk mottagning Bollnäs	39	30,0 (39)	61 (38)	23 (39)			
	X06	Psykiatrisk mottagning Hudiksvall	65	26,0 (65)	62 (65)	3 (65)	53 (40)		93 (42)
	X07	Psykiatrisk mottagning Ljusdal	25						
	X08	Psykiatrisk mottagning Sandviken	127	29,1 (127)	62 (127)	54 (127)	41 (115)		98 (42)
	X09	Psykiatrisk mottagning Söderhamn	12						
Halland	SE2321000115-O35724	Affektiva mottagningen Halmstad	112	26,7 (100)	68 (105)	40 (107)		62 (117)	58 (36)
	N06	BUP-mottagningen Halmstad	8						
	SE2321000115-O64131	Vuxenpsykiatrimottagningen Halmstad	21						
	SE2321000115-O98368	Vuxenpsykiatrimottagningen Hyltebruk	20						
	N09	Vuxenpsykiatrimottagningen Kungsbacka	57	27,3 (56)	66 (57)	40 (57)	40 (42)		
	SE2321000115-O60397	Vuxenpsykiatrimottagningen Laholm	39	27,5 (37)	66 (38)	8 (39)		67 (39)	
N15	Vuxenpsykiatrimottagningen Varberg	74	26,6 (74)		12 (73)	48 (58)			
Jämtland	Z01	Avdelning 4B affektiva tillstånd och äldrepyskiatri, Östersund	102	27,7 (100)	67 (89)	11 (102)	48 (77)	49 (55)	76 (38)
Jönköping	F13	Psykiatriska kliniken Länssjukhuset Ryhov, Jönköping	18						
	F16	Psykiatriska kliniken, Värnamo	34	28,1 (34)		6 (34)			
	SE2321000057-4N27	Psykiatriska mottagningen Höglandssjukhuset Eksjö	18						
	F09	Psykiatriska mottagningen Höglandssjukhuset Nässjö	25						
	SE2321000057-4N2W	Psykiatriska mottagningen Tranås	20						
	F10	Psykiatriska mottagningen Vetlanda	30	26,7 (30)	73 (30)	7 (30)			
Kalmar	H14	Psykiatrisk mottagning Oskarshamn	16						
	H15	Psykiatrisk mottagning Vimmerby	17						
	H10	Psykiatrisk mottagning Öland	26						
	H05	Psykiatrisk mottagning öppenvård Västervik	53	27,6 (53)	73 (47)	43 (53)	43 (42)	65 (31)	
	H08	Psykiatrisk rehabilitering Kalmar-Torsås-Öland	4						
	H06	Psyk-mottagning Kalmar norr	20						
H09	Valnötsträdet behandlingsenhet Kalmar	1							
Kronoberg	SE2321000065-7330028006245	Allmänpsykiatriska mottagningen Ljungby	1						
	G07	Allmänpsykiatriska öppenvården, Växjö	184	27,9 (184)	71 (180)	50 (183)	32 (146)	63 (117)	62 (61)

Tabell 6. Redovisning av värden för de olika kvalitetsindikatorerna för enskilda enheter med antal registreringar inom parentes (om mottagningarnas registreringar är färre än 30 anges inga värden).

* Patienter mellan 18–65 år ingår * Patienter mellan 18–65 år ingår *** Endast patienter med bipolär typ 1

Län	Enhetskod	Enhet	Totalt antal registreringar	Medelvärde för BMI	Medelvärde för GAF-funktion	Andel i % med patientutbildning	Andel sysselsatta >50% i % *	Andel med skov i % **	Andel med litium i % ***	
Norrland	B10	Psykiatrin Gällivare	37	27,7 (36)	60 (36)	35 (37)				
	B15	Psykiatrin Piteå	70	28,5 (70)	63 (67)	68 (69)	30 (56)			
	B30d	Psykiatrin Sunderbyn, Luleå	158	29,4 (158)		23 (153)	34 (124)	56 (141)		
Skåne	M55	Aleris Psykiatri, Lund	13							
	M56	Integrerad närsjukvård Malmö KB	55	26,1 (55)	71 (55)	18 (55)	46 (41)			
	M49	Södemottagningen, Psykiatripartners, Helsingborg	20							
	M30a	VO BUP Lund	24							
	M45	VO Rättspsykiatri	2							
	M31	VO VUP Helsingborg	219	26,5 (219)	71 (218)	18 (216)	42 (129)	46 (138)	56 (62)	
	M37	VO VUP Kristianstad	206	27,6 (204)	62 (204)	18 (206)	45 (152)	47 (176)	60 (77)	
	M25	VO VUP Lund	258	27,1 (257)	70 (258)	21 (257)	46 (179)	41 (211)	73 (73)	
	M40d	VO VUP Malmö	224	25,8 (223)	71 (222)	30 (224)	52 (179)	60 (179)	56 (61)	
	M41	VO VUP Trelleborg	104	27,8 (104)	64 (103)	23 (98)	38 (73)	53 (96)		
	Stockholm	A12a	Affektiva mottagningen Huddinge	369	27,0 (361)	75 (352)	61 (364)	51 (269)	32 (358)	74 (296)
		A21a	Affektiva mottagningen, Sollentuna	293	26,0 (293)	71 (293)	49 (289)	56 (209)	25 (176)	67 (163)
		A11a	Affektivt centrum, Stockholm	405	26,2 (355)	67 (389)	35 (398)	54 (301)	39 (392)	71 (288)
A10		Allmänpsykiatriska mottagningen Väst, Stockholm	18							
A67		Behandlingsenheten City, Stockholm	14							
SE2321000016-3152		Behandlingsenheten Väst, Bromma	25							
A42		Botkyrka psykiatriska öppenvårdsmottagning	7							
A13		Capio Hjärnhälsan Nacka	125	26,3 (125)	67 (125)	68 (125)	43 (99)	61 (76)	66 (41)	
A28		Capio Hjärnhälsan Nynäshamn	13							
A02		Capio Hjärnhälsan Tyresö	23							
A17		Capio Hjärnhälsan Värmdö	39	28,0 (36)	63 (39)	82 (39)	32 (31)			
A27		Capio Hjärnhälsan, Haninge	50	30,0 (47)	62 (47)	38 (50)	26 (35)			
A52		Enheten för unga med psykos bipolär sjukdom, Stockholm	18							
A72		Järvapsykiatrin, Stockholm	69	27,8 (69)	67 (69)	29 (69)	40 (65)			
A46		Liljeholmens psykiatriska mottagning	25							
A37		Prima vuxenpsykiatri Lidingö	27							
A30		Prima vuxenpsykiatri Täby	28							
A31		Prima vuxenpsykiatri Vallentuna	4							
A25		Prima vuxenpsykiatri Åkersberga	16							
A26		Prima vuxenpsykiatri, Mörby	3							
A36		Psykiatricentrum Södertälje	45	28,4 (45)	68 (45)	33 (45)	49 (45)	31 (45)		
A74		Psykiatrisk specialistmottagning Enskede-Årsta-Vantör	16							
A75		Psykiatrisk specialistmottagning Farsta-Skarpnäck	57	26,0 (57)	68 (57)	47 (57)	52 (42)	64 (47)		
A79		Psykiatrisk specialistmottagning Södermalm	59	24,9 (57)	70 (59)	68 (57)	58 (48)	31 (48)		
A76		Psykiatrisk vårdenhet Enskede-Årsta-Vantör	19							
A78		Psykiatrisk vårdenhet Farsta-Skarpnäck	38	27,8 (38)	59 (38)	24 (37)		56 (36)		
A77		Psykiatrisk vårdenhet Södermalm	71	26,6 (71)	64 (71)	27 (70)	29 (55)	39 (66)	54 (37)	
A40b	Psykiatriska kliniken, Norrtälje sjukhus	86	27,2 (85)	67 (79)	16 (83)	32 (56)	29 (42)	73 (41)		
A54	Psykiatriska kliniken, Stockholm Ersta	15								
A14	Psykiatriska mottagningen Kronan, Sundbyberg	74	24,8 (73)	64 (74)	7 (73)		11 (73)			
A32	Sigtuna UpplandsVäsby	60	22,6 (59)	63 (59)	20 (54)		27 (60)			
A18	SLSO Psykiatrin Södra Stockholm	5								
A33	Sollentuna psykiatriska öppenvård	17								
A71	Ytterö, öppen och heldygnsvård, Stockholm	3								
A53	Äldrepsykiatriska mottagningen, Södertälje	30	26,1 (30)	71 (30)	17 (30)					

Tabell 6. Redovisning av värden för de olika kvalitetsindikatorerna för enskilda enheter med antal registreringar inom parentes (om mottagningarnas registreringar är färre än 30 anges inga värden).

* Patienter mellan 18–65 år ingår * Patienter mellan 18–65 år ingår *** Endast patienter med bipolär typ 1

Län	Enhetskod	Enhet	Totalt antal registreringar	Medelvärde för BMI	Medelvärde för GAF-funktion	Andel i % med patientutbildning	Andel sysselsatta >50% i % *	Andel med skov i % **	Andel med litium i % ***
Södermanland	D07	Psykiatrisk mottagning 1 Nyköpings lasarett	21						
	D02	Psykiatrisk mottagning 2 Nyköpings lasarett	21						
	D13	Psykiatrisk mottagning 3 Oxelösund	28						
	SE2321000032-43LW	Psykiatriska mottagningen Eskilstuna	114	29,2 (79)	62 (32)	11 (36)		12 (114)	80 (40)
	D01	Psykiatriska mottagningen Flen	18						
	D11	Psykiatriska mottagningen Katrineholm	25						
	SE2321000032-43MF	Psykiatriska mottagningen Strängnäs	130	27,9 (79)		2 (108)		29 (130)	
Uppsala	C09	Affektiva mottagningen för vuxna, Uppsala	230	27,1 (230)	66 (222)	40 (230)	52 (195)	74 (35)	60 (88)
	C13	BUP, Uppsala	1						
	SE162321000024-0016867	Bålsta psykiatrimottagning	26						
	C06	Enköpings psykiatrimottagning	12						
	C19	Gimo närpsykiatriska mottagning	8						
	SE162321000024-0016791	Psykiatrimottagningen för unga vuxna, Uppsala	56	23,7 (51)	61 (44)	43 (56)		89 (56)	
	C20	Skutskärsmottagningen, Närpsykiatri i HÄTÖ AB	2						
	C18	Tierp närpsykiatrisk mottagning	9						
	C17	Tärnsjö närpsykiatriska mottagning	3						
Värmland	S03	Psykiatrisk öppenvård Arvika Säffle	26						
	S07	Psykiatrisk öppenvård Karlstad	30	28,4 (30)	67 (30)	20 (30)			
	S06	Psykiatrisk öppenvård, Hagfors Torsby	68	28,1 (64)	58 (60)	9 (68)	26 (54)		
	S05	Psykiatrisk öppenvård, Kristinehamn	33	29,0 (33)	62 (33)	6 (33)			
	Västerbotten	Å08	Psykiatri mottagning Lycksele	59	28,5 (59)	69 (59)	17 (59)	29 (35)	44 (54)
Å10		Psykiatri mottagning Storuman	8						
Å09		Psykiatri mottagning Vilhelmina	4						
Å07		Psykiatrisk enhet för uppföljning och ECT Umeå	320	26,6 (319)	62 (319)	32 (320)	51 (283)	47 (135)	72 (46)
Å03		Psykiatrisk klinik Skellefteå och Södra Lappland	85	28,1 (79)	72 (64)	18 (80)	42 (50)	36 (61)	
Västernorrland		Y03	Affektiva mottagning B, Sundsvall	103	27,7 (103)	68 (102)	28 (103)	44 (77)	70 (43)
	SE2321000206-E00416	Psykiatricentrum Örnsköldsvik	70	29,1 (70)	75 (70)	27 (70)		64 (70)	
	Y07	Psykiatrisk mottagning Härnösand	32		78 (32)	13 (32)			
	Y11	Psykiatrisk verksamhet, Sollefteå	34	28,0 (34)	64 (34)	6 (33)			
Västmanland	U16	Allmänpsykiatriska mottagningen 1 Västerås	29						
	U17	Allmänpsykiatriska mottagningen 2 Västerås	24						
	U18	Allmänpsykiatriska mottagningen 3 Västerås	20						
	U15	Allmänpsykiatriska mottagningen Fagersta	19						
	SE2321000172-182D	Allmänpsykiatriska mottagningen Sala	16						
	U08	Allmänpsykiatriska mottagningen, Köping	13						
	U14	BUP Västmanland	5						
	U04	Specialistmottagning affektiva, Västerås	3						
Västra Götaland	O60	Affektiva enheten, Mölndal	238	27,1 (235)	61 (238)	33 (234)	55 (177)	42 (225)	58 (45)
	O61	Avd 245, Mölndals sjukhus	2						
	O10a	Bipolärmottagning, Göteborg	175	26,4 (169)	65 (148)	59 (175)	51 (149)	59 (125)	70 (122)
	O64	CapioPsykiatri Lysekil	7						
	O46	Tina-mottagningen, Göteborg	12						
	O68	WeMind psykiatri, Göteborg	4						
	O15	Vuxenpsykiatrimottagningen Falkenberg	41	26,8 (41)	64 (36)	5 (41)			
	O30	Vuxenpsykiatrisk mottagning Alingsås	14						
	O11a	Vuxenpsykiatrisk mottagning Centrum, Borås	66	27,8 (65)	66 (65)	50 (66)	29 (48)	53 (47)	
	O28	Vuxenpsykiatrisk mottagning Kind	4						
O29	Vuxenpsykiatrisk mottagning Lerum	39	27,1 (39)	63 (35)	41 (39)	40 (30)			

Tabell 6. Redovisning av värden för de olika kvalitetsindikatorerna för enskilda enheter med antal registreringar inom parentes (om mottagningarnas registreringar är färre än 30 anges inga värden).

* Patienter mellan 18–65 år ingår * Patienter mellan 18–65 år ingår *** Endast patienter med bipolär typ 1

Län	Enhetskod	Enhet	Totalt antal registreringar	Medelvärde för BMI	Medelvärde för GAF-funktion	Andel i % med patientutbildning	Andel sysselsatta >50% i % *	Andel med skov i % **	Andel med litium i % ***
Västra Götaland forts.	O27	Vuxenpsykiatrisk mottagning Mark	76	27,7 (74)	60 (73)	30 (76)	29 (48)	48 (48)	
	O26	Vuxenpsykiatrisk mottagning Vårgårda	31	29,2 (31)		26 (31)			
	O69	Vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning Henån	27						
	O49	Vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning Bäckefors	3						
	O70	Vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning Lilla Edet	17						
	O56	Vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning Strömstad	17						
	O43	Vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning Trollhättan	36	28,5 (36)	64 (36)	11 (36)			
	O39	Vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning Uddevalla sjukhus	51	28,2 (51)	60 (51)	4 (51)	31 (39)		
	O42	Vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning Vänersborg	31	26,2 (31)	58 (31)	13 (31)			
	O52	Vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning Åmål	6						
	O44	Öppenpsykiatrisk mottagning Ale	50	27,8 (50)	61 (50)	6 (50)	21 (43)		
	O01	Öppenpsykiatrisk mottagning Kungälv	42	26,9 (42)	56 (42)	26 (42)			
	O41	Öppenpsykiatrisk mottagning Stenungsund	39	26,5 (39)	55 (39)	23 (39)			
	Örebro	T03	Affektivmottagning Örebro	235	27,6 (233)	66 (192)	34 (235)	36 (190)	61 (51)
T04		Allmänpsykiatri Hallsberg	38	27,7 (37)	63 (38)	17 (36)			
T07		Allmänpsykiatri Lindesberg	32	27,1 (32)	71 (32)	10 (31)			
T12		Allmänpsykiatri Rehab Lindesberg	9						
T06a		Allmänpsykiatri Rehab, Karlskoga	2						
T06		Allmänpsykiatri, Karlskoga	63	27,5 (58)	76 (63)	10 (63)	37 (41)		58 (36)
Östergötland	E05	Allmänpsykiatrisk öppenvård, Linköping	72	26,7 (70)	73 (68)	43 (70)	42 (48)	25 (32)	
	E09	Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken ViN, Norrköping	2						
	E06	Psykiatri-habiliteringsenheten, Motala	126	28,6 (104)	61 (124)	6 (124)		44 (126)	
	E15	Vuxenpsykiatriska kliniken ViN, Norrköping	78	27,7 (75)	66 (76)	26 (76)	50 (52)	27 (67)	88 (41)
	E18	Öppenvården, Linköping BUP	1						

Bipolär i forskning

För närvarande pågår följande projekt med anknytning till Bipolär:

Stanleystudien

Detta är en studie som finansieras av NIMH (National Institute of Mental Health, USA) 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 symptom. Insamlingsdelen av studien avslutades i juni 2013 då över 6 000 personer hade ställt upp och donerat blod och besvarat en telefonintervju. Stanleystudien har hittills bidragit till publikationer i internationella vetenskapliga tidskrifter som Lancet (Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics, 2013), Nature Genetics (Lee, et al., 2013) Molecular Psychiatry (Bergen, et al., 2012; Li, et al., 2013; Ruderfer et al., 2013) med flera. Detta projekt förväntas ge mycket ny kunskap framöver. **Läs mer på www.ki.se/stanley.**

Skräddarsydd psykiatrisk behandling

Detta är ett projekt som finansieras av Stiftelsen för Strategisk Forskning. Syftet är att finna biomarkörer för psykisk sjukdom för att kunna skräddarsy psykiatrisk behandling. 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. Idag finns inga mätbara ämnen i blod, 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 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.

Vad predicerar suicid vid bipolär sjukdom?

Ett projekt har studerat vad som predicerar självmord vid bipolär sjukdom genom att använda data från Bipolär. Resultaten visar att de största riskfaktorerna för suicidförsök var nyligen genomlidna affektiva skov, tidigare suicidförsök och en slutenvårdsepisod nära i tiden. Resultaten har nyligen publicerats (Tideman, et al., 2014).

Samhällskostnader för bipolär sjukdom

Data från Bipolär och från Norra Stockholms psykiatri har använts för att beräkna samhällskostnaderna för bipolär sjukdom och vad det är som driver dessa kostnader (Ekman et al., 2013). Beräkningarna visade att bipolär sjukdom totalt kostade svenska samhället 14 miljarder 2009. Utslaget per patient blir det 259 000 kr per år, av vilket 75 procent var indirekta kostnader. Indirekta kostnader är kostnader på grund av sjukskrivning och produktionsbortfall. Kostnaderna var likartade för bipolär typ 1 och 2. Det fanns tydliga skillnader i kostnader beroende på patienternas funktionsförmåga enligt skattningsinstrumentet GAF (Global Assessment of Functioning). Patienter med allvarliga funktionssvårigheter (GAF < 50) hade en kostnad per patient som var cirka 3–4 gånger högre än för dem som hade inga, obetydliga eller övergående funktionssvårigheter (GAF > 70). De höga indirekta kostnaderna avspeglar en situation med långa perioder med sjukersättning. Studien antyder att även marginella förbättringar i arbetskraftsdeltagandet kan vara av stort värde för såväl individ som samhälle. Frågan som vården bör ställa sig är om det är möjligt att genom bättre behandling, rehabiliteringsinsatser och socialt stöd få en större andel personer med bipolära syndrom att etablera sig på den ordinarie arbetsmarknaden eller förkorta sjukdomstiderna genom att sjukdomsskov förhindras. Givet hur vanligt bipolära syndrom är kan även små förbättringar ge stora samhälleliga effekter.

Flera andra forskningsprojekt pågår där data från Bipolär används:

- Är vården för bipolära syndrom jämlik exempelvis avseende patientens kön, utbildning, ålder eller boendeort?
- Vilka metabola effekter har läkemedel som ges vid bipolär affektiv sjukdom?
- Vad predicerar följsamhet till behandling, samt hur påverkar följsamheten patientens upplevda livskvalitet och inställning till behandling?
- Vilka effekter har patientutbildning på förloppet vid bipolär sjukdom?

Mikael Landén är registerhållare och professor i psykiatri vid Göteborgs Universitet samt gästprofessor i psykiatrisk epidemiologi vid Karolinska Institutet i Stockholm

Bipolär – vilka är vi?

Bipolär drevs under 2013 av en projektgrupp bestående av en registerhållare, en utvecklingsledare, en statistiker, en administratör, en koordinator samt tre regionala ambassadörer. Till hjälp har också Bipolär en styrgrupp som representerar brukare samt olika professioner och verksamheter i landet.

Registerhållare är Mikael Landén, överläkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhus, professor i psykiatri vid Göteborgs universitet samt gästprofessor i psykiatrisk epidemiologi vid Karolinska Institutet i Stockholm. Registerhållarens roll (enligt SKL, www.kvalitetsregister.se) är att vara huvudansvarig för registrets utveckling och drift. Registerhållaren ska vara väl förankrad i berörda professioner och ha eventuella specialistföreningar/sektioner bakom sig, samt 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 Sveriges Kommuner och Landsting. Registerhållaren ska dessutom vara orienterad i de regelverk som finns inom kvalitetsregisterområdet.

Bipolär har **utvecklingsledare** vars uppgift är att leda och utveckla den operativa verksamheten, samt tillsammans med registerhållare och styrgrupp delta i den strategiska utvecklingen av registret. Utvecklingsledare under första halvåret 2013 var Ulrika Lundberg, fil. dr. i psykologi. Utvecklingsledare för Bipolär från och med hösten 2013 var Magnus Jansson, leg. psykolog och fil. dr. i psykologi, anställd vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

Statistiker för Bipolär under 2013 var Mathias Kardell, fil. kand. i statistik och dataanalys, anställd vid Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet.

Sekreterare och administratör i Bipolär under 2013 var Anne Snellman, anställd vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

Bipolärs **koordinator** under 2013 var Annika Sahlén-Blom. Annika ansvarade för att samordna ambassadörerna samt vara Bipolärs regionala kontaktperson för Västra Götalands sjukvårdsregion. Annika har en deltidstjänst som sjuksköterska vid Bipolärmottagningen i Göteborg.

Bipolär hade under 2013 följande fyra deltidsanställda **regionala ambassadörer**. Eva Andersson, Psykiatrisjuksköterska/Vårdutvecklare, anställd vid Psykiatristaben, Östersunds sjukhus, regional kontaktperson för Norrlands sjukvårdsregion.

Karin Dahlman, skötare, Utvecklingsamordnare/Säkerhetsansvarig, anställd vid Psykiatriska kliniken Landstinget Gävleborg, regional kontaktperson för Uppsala-Örebro sjukvårdsregion. Anna Ritzman anställd vid Stockholms läns landsting samt Annika Jonsson, anställd vid Kalmar läns landsting. Dessa personers uppdrag omfattade praktiskt stöd till enheter i frågor som rör registrering, datauttag, utbildning och samordning samt lokala förbättringsarbeten.

Bipolärs har en **styrgrupp** vars roll (enligt SKL, www.kvalitetsregister.se) är att som helhet, utöver adekvata specifika medicinska kompetenser, också ha relevant tvärvetenskaplig kompetens och kunskap avseende statistik och i hur data kan användas i förbättringsarbete. Styrgruppen ska även vara förankrad i eventuella specialistföreningar/sektioner. I samarbete med deltagande kliniker ska styrgruppen utforma registrets innehåll och design, göra registret användbart för förbättringsarbete och arbeta med förbättring av registrets datakvalitet. Under 2013 ingick följande i Bipolärs styrgrupp: Registerhållare Mikael Landén; Kristina Lindwall-Sundel som är läkare och specialist i psykiatri samt verksam som medicinsk rådgivare vid Registercentrum Västra Götaland; Annika Sahlén-Blom, koordinator för Bipolär och sjuksköterska vid Bipolärmottagningen vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset; Robert Ekman, brukarrepresentant och ordförande för brukarorganisationen IBIS i Göteborg, Robert efterträddes 2014 av Arvid Lagercrantz, vice-ordförande i patientföreningen Balans; Lars Häggström, överläkare, Halmstad; Lars von Knorring, professor emeritus, Uppsala; Bo Runesson, professor i psykiatri vid Karolinska institutet Stockholm och tidigare registerhållare för Bipolär; Hans-Peter Mofors, överläkare i Stockholm och Svenska psykiatriska föreningens representant; Mattias Agestam, överläkare och IT-expert, Stockholm.

Bipolär är tillsammans med övriga psykiatriska kvalitetsregister anslutna till **Registercentrum Västra Götaland**.

Referenser

Aiff, H., P.O. Attman, M. Aurell, H. Bendz, S. Schon, and J. Svedlund, End-stage renal disease associated with prophylactic lithium treatment. *Eur Neuro-psychopharmacol*, 2014b. 24(4): p. 540-4.

Aiff, H., P.O. Attman, M. Aurell, H. Bendz, S. Schon, and J. Svedlund, The impact of modern treatment principles may have eliminated lithium-induced renal failure. *J Psychopharmacol*, 2014a. 28(2): p. 151-4.

Bergen, S.E., C.T. O'Dushlaine, S. Ripke, P.H. Lee, D.M. Ruderfer, S. Akterin, . . . P.F. Sullivan, Genome-wide association study in a Swedish population yields support for greater CNV and MHC involvement in schizophrenia compared with bipolar disorder. *Mol Psychiatry*, 2012. 17(9): p. 880-6.

Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics, C. and C. Genetic Risk Outcome of Psychosis, Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *Lancet*, 2013. 381(9875): p. 1371-9.

Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics, C., S.H. Lee, S. Ripke, B.M. Neale, S.V. Faraone, S.M. Purcell, . . . N.R. Wray, Genetic relationship between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs. *Nat Genet*, 2013. 45(9): p. 984-94.

Ekman, M., O. Granström, S. Omerov, J. Jacob, and M. Landén, The societal cost of bipolar disorder in Sweden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2013. 48(10): p. 1601-10.

Kessing, L.V., H.V. Hansen, E.M. Christensen, H. Dam, C. Gluud, J. Wetterslev, and G. Early Intervention Affective Disorders Trial, Do young adults with bipolar disorder benefit from early intervention? *J Affect Disord*, 2014. 152-154: p. 403-8.

Li, M., X.J. Luo, M. Rietschel, C.M. Lewis, M. Mattheisen, B. Muller-Myhsok, . . . B. Su, Allelic differences between Europeans and Chinese for CREB1 SNPs and their implications in gene expression regulation, hippocampal structure and function, and bipolar disorder susceptibility. *Mol Psychiatry*, 2013.

Psychiatric, G.C.B.D.W.G., Large-scale genome-wide association analysis of bipolar disorder identifies a new susceptibility locus near ODZ4. *Nat Genet*, 2011. 43(10): p. 977-83.

Ruderfer, D.M., A.H. Fanous, S. Ripke, A. McQuillin, R.L. Amdur, C. Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics, . . . K.S. Kendler, Polygenic dissection of diagnosis and clinical dimensions of bipolar disorder and schizophrenia. *Mol Psychiatry*, 2013.

SBU, Skattning av njurfunktion. Rapport nummer 214. 2013, Stockholm.

Tidemalm, D., A. Haglund, A. Karanti, M. Landén, and B. Runeson, Attempted suicide in bipolar disorder: risk factors in a cohort of 6086 patients. *PLoS One*, 2014. 9(4): p. e94097.



Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg

Registercentrum Västra Götaland

Registercentrum Västra Götaland erbjuder tjänster för att driva och utveckla nationella kvalitetsregister och ger stöd till registerforskare. Det är ett av flera registercentra i Sverige. Genom centret får nyare register tillgång till äldre registers samlade erfarenheter. Registercentrum Västra Götaland har kompetens framför allt inom statistik och IT för kvalitetsregister. Centrets utvecklingsledare samordnar insatserna för olika register och projektleder produktionen av deras årsrapporter.

www.registercentrum.se