

**Kvalitetsregister Bipolär**



# Årsrapport 2014

Nationella kvalitetsregistret för bipolär affektiv sjukdom



# Årsrapport 2014

Kvalitetsregister Bipolär

## Registerhållare och utgivare

### Mikael Landén

Professor, Överläkare  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
413 45 Göteborg

## Statistiker

### Catherine Rochez

Registercentrum Västra Götaland  
catherine.rochez@registercentrum.se

### Mathias Kardell

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

## Sektionschef statistik

### Peter Gidlund

Registercentrum Västra Götaland  
413 45 Göteborg  
peter.gidlund@registercentrum.se

## Styrgrupp

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

## Författare av årsrapport

### Magnus Jansson

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

### Mikael Landén

Professor, Överläkare  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
413 45 Göteborg

## Projektledare

### Mikael Holteman

Registercentrum Västra Götaland  
mikael.holteman@registercentrum.se

## Huvudman

Västra Götalandregionen  
Regionens hus  
426 80 Vänersborg

ISSN 2001-2918

Tryckår 2015



# Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	4
Inledning.....	6
Patientperspektiv.....	7
Data i Bipolär .....	8
Antalet registreringar över år och fördelade på län .....	8
Könsfördelning .....	10
Åldersfördelning .....	10
Patientgrupper i registret .....	11
Bipolära underdiagnoser .....	11
Psykiatrisk samsjuklighet .....	13
Somatisk samsjuklighet .....	14
Processmått .....	15
Läkemedelsbehandling.....	15
Läkemedelsgenomgång .....	18
Patientutbildning .....	19
Systematisk psykologisk behandling.....	20
Resultatmått .....	21
BMI och klinisk signifikant viktuppgång .....	21
Andel i arbete .....	23
Återfall i skov .....	24
GAF-funktion och GAF-förbättring .....	27
Andel slutenvårdade .....	29
Självskadande och suicidförsök.....	30
Patientrapporterad psykisk och fysisk hälsa .....	31
Redovisning av kvalitetsindikatorer för vårdenheter .....	36
Bipolär i forskning .....	44
Bipolär – Vilka är vi .....	45
Referenser .....	46

# Sammanfattning

Bipolär är ett av tio nationella psykiatriska kvalitetsregister med det övergripande uppdraget att ge underlag för uppföljning och förbättring av den psykiatriska vården. Bipolär har en nationell utbredning med över 200 anslutna enheter och över 2 000 användare. Under 2014 nyregistrerades 3 488 individer i Bipolär och det gjordes 4 923 uppföljningsregistreringar. Totalt uppnåddes under 2014, 16 226 ackumulerade ny- och 24 747 ackumulerade uppföljningsregistreringar. Det motsvarar en betydande del av alla patienter med bipolär sjukdom som får kontinuerlig psykiatrisk vård och uppföljning i den svenska sjukvården. I årsrapporten för 2014 presenteras data registrerad under 2014 för de viktigaste kvalitetsindikatorerna. I Bipolär är dessa: Andel som återfallit i skov de senaste 12 månaderna, andel med bipolär sjukdom av typ 1 som förskrivas litium, andel som genomgått patientutbildning, andel med signifikant viktökning, andel som är i sysselsättning mer än 50 procent, andelen med signifikant GAF-förbättring samt andelen som de senaste 12 månaderna gjort suicidförsök.

Bipolärs målnivå är att andelen patienter i registret som återfallit i skov de senaste 12 månaderna skall understiga 40 procent. Endast tre av länen uppnår detta mål. Omkring 48 procent av de uppföljningsregistrerade männen och 53 procent av de uppföljningsregistrerade kvinnorna i registret har haft något återfall i skov de senaste 12 månaderna. Det är betydande skillnader mellan länen. I vissa län är andelen av patienterna med återfall i skov över 60 procent medan det i andra län är omkring 30 procent som återfallit i skov de senaste 12 månaderna. Variationerna mellan länen kan bero på att det underliggande patientunderlaget skiljer sig åt och/eller att det finns systematiska skillnader i vilka patientgrupper som registreras i Bipolär. Det kan självfallet också avspegla reella skillnader i vårdkvalitet mellan länen.

Man vet att ett av de mest verksamma stämningsstabiliserande läkemedlen vid bipolär sjukdom är litium. Socialstyrelsens behandlingsrekommendation är därför att litium skall utgöra det primära behandlingsvalet vid bipolär sjukdom och detta i synnerhet vid typ 1. En av Bipolärs viktigaste kvalitetsindikatorer är andelen patienter med bipolär sjukdom av typ 1 som litiumbehandlas. Bipolärs mål är att 70 procent av patienterna med typ 1 skall få litiumbehandling. Litiumförskrivningen under 2014 låg dock för riket på 65 procent det vill säga

något under målnivån. Litiumförskrivningen har under de senaste åren minskat och den trenden fortsatte även under 2014. Samtidigt med en minskande andel litiumbehandlade patienter har användandet av andra stämningsstabiliserande läkemedel ökat, särskilt lamotrigin. Denna förändring i läkemedelsförskrivning avspeglar också en förändring i fördelningen av de bipolära underdiagnoserna som pågått under de senaste åren. Andelen patienter med typ 1 har minskat något medan andelen som ges diagnosen UNS har ökat. Ökningen av UNS kan indikera en större diagnostisk osäkerhet. Något som är förenligt med detta antagande är att det också finns tydliga skillnader i fördelningen av de bipolära underdiagnoserna mellan länen. En ökad osäkerhet talar för att vårdgivare i högre utsträckning bör använda strukturerade diagnostiska instrument vid differentialdiagnostiska tveksamheter. För endast 38 procent av de nyregistrerade i Bipolär hade under 2014 ett sådant strukturerat eller semistrukturerat instrument använts som underlag för diagnossättning.

Ett komplement till läkemedelsbehandling är patientutbildning med syfte att öka patientens sjukdomsmedvetenhet och kunskap om den egna sjukdomen. Patientutbildning har visat sig kunna reducera sjukskrivningsdagar och minska återfall i skov (Bond, et al., 2015; Colom, et al., 2003). Bipolärs målnivå är att 45 procent av patienterna i registret skall ha genomgått patientutbildning. Under 2014 var andelen för män 25 procent och för kvinnor 30 procent. Andelen som genomgått patientutbildning har minskat lite men konsekvent sedan 2012. För att vända trenden och bidra till ökad kunskap bland vårdgivare om patientutbildning kommer Bipolär under hösten 2015 att ha patientutbildning som tema för den årliga kunskapsdagen om bipolär sjukdom.

Rätt behandling och rätt medicinering har en betydelsefull påverkan på sjukdomsförloppet. Man vet att litium har en unik suicidpreventiv effekt. Detta är viktigt att beakta med hänsyn till att självmord är 20 gånger vanligare bland personer med bipolär sjukdom än i normalpopulationen. En betydande andel, över 40 procent, av de med bipolär sjukdom i registret har någon gång försökt ta sitt liv eller gjort en självskadande handling. Under 2014 gjorde omkring 3 procent av patienterna i registret ett självmordsförsök. En något högre andel av dessa var kvinnor än män. En viktigare riskfaktor än kön är

emellertid om patienten har en psykiatrisk samsjuklighet. Självmordsrisken för flertalet psykiatriska samsjuklighetsdiagnoser är påtagligt förhöjd, särskilt gäller detta för patienter med samtidig personlighetsstörning där 14 procent av individerna försökt ta sitt liv och där 30 procent gjort självskadande handlingar under det gångna året.

Ett komplement till läkemedelsbehandling för personer med bipolär sjukdom och samtidig psykiatrisk samsjuklighet är systematisk psykologisk behandling. Psykologisk behandling rekommenderas av Socialstyrelsen för att motverka depressiva skov vid bipolär sjukdom. Psykologisk behandling syftar till att öka patienternas färdigheter att hantera sin sjukdom. Studier har påvisat att psykologisk behandling kan vara effektivt för att förebygga sjukdomsåterfall (Cochran, 1984; Fava et al., 2001; Lam et al., 2005). Av de med någon form av psykiatrisk samsjuklighet hade 21 procent under 2014 fått systematisk psykologisk behandling under de senaste 12 månaderna. Detta kan jämföras med att motsvarande andel är 12 procent för samtliga registrerade i Bipolär.

I årsrapporten för 2014 har vi särskilt undersökt gruppen med psykiatriska samsjuklighetstillstånd. Denna grupp särskiljer sig i förhållande till övriga i registret avseende flera av de undersökta kvalitetsindikatorerna. De har en högre självmordsrisk, en högre andel med återfall i skov, de får i större omfattning slutenvård, det har en mindre andel med normal GAF-funktion och de skattar generellt sin hälsa som sämre än patienter utan samsjuklighet. Psykiatrisk samsjuklighet är således för de flesta grupper och i de allra flesta avseenden en komplikation som försämrar prognosen. Inom gruppen av patienter med psykiatrisk samsjuklighet finns det också skillnader. Personer med substansmissbruk skiljer sig i flera avseenden från övriga samsjuklighetskategorier. De har en högre andel med normal GAF, färre skov och ligger i nivå med de utan samsjuklighet i självskattad hälsa. Övertygande forskning visar samtidigt att missbruk allvarligt försämrar sjukdomsförloppet för personer med bipolär sjukdom (Feinman et al., 1996; Sonne et al., 1994).

Möjligen indikerar ovanstående i enlighet med viss forskning på området att de med substansmissbruk har en högre andel av personer med en mildare form av bipolär sjukdom (Pacchiarotti, et al., 2009). Ovanstående

illustrerar också det vanskliga i att dra slutsatser om orsakssamband utifrån enbart den deskriptiva information som presenteras i Bipolär.

Ett annat exempel på vanskligheten i att dra kausala slutsatser utifrån deskriptiv statistik är relationen mellan läkemedel och BMI. Även om man vet att vissa läkemedel är associerade med viktuppgång så kan man inte utifrån statistiken i årsrapporten dra slutsatsen att det är läkemedlen i sig som förklarar den klart högre andel som har BMI över 30 i gruppen som medicinerar med kombinationen av stämningsstabiliserare och antidepressiva än de som enbart tar stämningsstabiliserare eller inga psykofarmaka alls. Användandet av kombinationsbehandling och av antidepressiva läkemedel kan indikera en svårare sjukdom med fler depressiva skov. Det kan då vara sjukdomen snarare än läkemedlen som förklarar viktskillnaderna. För att dra säkra slutsatser behövs kontrollerade undersökningar där samvarierande faktorer kan kontrolleras. Bipolär har under 2014 bidragit till en studie om riskfaktorerna för suicidalitet vid bipolär sjukdom (Tidemalm, et al., 2014) och en om könsskillnader i behandling och läkemedelsförskrivning vid bipolär sjukdom (Karanti, et al., 2014).



## Inledning

Kvalitetsregistret BipolärR skapades på initiativ av Svenska Psykiatriska Föreningen för över 10 år sedan därför att man såg ett behov av att bättre kunna kvalitetssäkra den psykiatriska vården för personer med bipolär sjukdom. Ambitionen för registret var således att vara ett praktiskt hjälpmedel för verksamhetsuppföljning och kvalitetssäkring. Sedan tillkomsten 2004 har antalet registrerade enheter liksom antalet registreringar ökat kraftigt. Idag är BipolärR inte bara till namnet ett Nationellt kvalitetsregister. Sedan tillkomsten har BipolärR liksom övriga kvalitetsregister emellanåt varit ifrågasatta. Det tar tid att registrera och vad får man egentligen som vårdgivare tillbaka av arbetsinsatsen?

Svaret på frågan besvaras ytterst av verksamheterna själva. Om man som vårdgivare uppfattar ett behov av att utvärdera sina behandlingsinsatser och följa upp dessa för olika patientgrupper över tid och kanske i förhållande till övriga jämförbara mottagningar i landet, så tillhandhålls genom BipolärR det enda rikstäckande underlaget för sådan form av kvalitetssäkring.

Det är detta som är BipolärR:s mål, att ge verksamheterna ett verktyg för att följa upp, analysera och utvärdera sitt arbete. I vilken omfattning registret sedan används och integreras för utveckling av den psykiatriska vården avgörs av vårdgivarna själva. Det är också vårdgivaren som bestämmer relevansen av att registrera patienter i registret. Ju fler patienter som registreras desto relevantare och användbarare register.

För att öka användarnyttan av de psykiatriska registren startades under 2014 flera utvecklingsarbeten för att ta fram IT-applikationer som gör det enkelt att som användare ta fram relevant statistik för att exempelvis jämföra den egna mottagningen och det egna sjukvårdsområdet med andra. En av dessa är en applikation i inmatningsgränssnittet INCA som kommer möjliggöra för varje användare att ta fram mångfacetterad statistik för hur just min enhet ligger till avseende viktiga kvalitetsindikatorer som andel med återfall i skov eller andel med signifikant GAF-funktionsförbättring. Vi tror att detta kommer att göra BipolärR och de andra psykiatriregistren till mer praktiska och lättillgängliga redskap för kvalitetsuppföljning och verksamhetsförbättring för användare på olika nivåer inom den vårdgivande organisationen.

Bipolär har också deltagit som ett av flera psykiatriska kvalitetsregister i utvecklandet av Psykiatrikompassen. Psykiatrikompassen är en helt publik webbtjänst där resultat för de viktigaste kvalitetsindikatorerna för respektive register presenteras enkelt och överskådligt med angivna målnivåer. Psykiatrikompassen som initialt var ett samarbete mellan Västra Götaland och Region Halland utvecklas under 2015 med syfte att ge tjänsten en nationell täckning. Ett tredje initiativ för att göra kvalitetsregister data mer lättillgänglig är "Vården i siffror" som är en IT-tjänst för sammanställning av vårddata för all vård i Sverige, den psykiatriska inkluderad.

Ovanstående exempel indikerar att vårdens huvudmän blivit angelägnare om att utvärdera utfallet av den psykiatriska vården, huruvida den är effektiv, jämlik och jämställd över landet. Detta blir allt viktigare i en situation när den psykiatriska vården liksom övrig vård blir konkurrensutsatt. Ett friare vårdval med fler aktörer ökar behovet och efterfrågan på statistik över vårdkvalitet. Man behöver som vårdgivare kunna visa upp sina resultat och att man bedriver ett systematiskt och aktivt kvalitets- och uppföljningsarbete. Omvänt kommer det vara allt viktigare för beställarna av vård att kunna motivera vårdbeställningen utifrån ett omfattande nationellt underlag som mäter vårdkvaliten. Flera parter har därmed ett gemensamt behov av det underlag som BipolärR och andra register tillhandhåller utifrån det övergripande syftet att verka för en god och jämlik vård för den enskilda patienten.

## Patientperspektiv

Visst är det viktigt att patienterna är med på noterna när den psykiatriska vården utformas och förhoppningsvis förbättras. Det gäller också de anhöriga. Inte minst den omfattande registerforskningen visar vilken vikt vården lägger vid vad patienterna säger. Politikerna kräver också att vi så kallade brukare ska höras.

Frågan är sedan hur det fungerar i praktiken. Som en följd av Anders Miltons psykiatriutredning finns det ett nätverk som försöker samordna mängden av patient-, och anhörigorganisationer med namnet Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH). Här finns RSMH, Schizofreniförbundet, föreningar för Tvångssyndrom, Ångest, Självskadebeteende, ADHD, Ätstörningar, Suicidprevention och Balans för bipolära och deprimerade m fl.

De flesta som leder dessa föreningar gör det frivilligt och utan ersättning. I några fall finns det anställda på kanslier. Stat och kommun ger bidrag i vissa fall och efter bestämda villkor. Varje förening ägnar mycket tid åt föreningsregler men försöker också hinna med egen verksamhet i form av självhjälpgrupper, kaféträffar, föredrag. Mycket tid och kraft går åt att svara på det många enkäter som myndigheter sänder till oss. Den långa rad seminarier som vi inbjuds till tar också mycket tid. Samma personer uppträder gång på gång.

Efter sex år i styrelsen för Balans kan jag tycka att det är ganska orimligt att vi frivilliga ska samverka med väl avlönade personer i vården, i myndigheter och inom politiken. I något enstaka fall kan vi få 500 kr för att delta i ett sammanträde. I framtiden får nog stat och kommun bidra betydligt mera till oss brukare.

Det är också viktigt att vården, myndigheterna och politikerna inser att det måste prioriteras när det gäller enkäter till patienter och anhöriga. Man måste tänka igenom sina frågebatterier, inte bara efter vad man undrar över, utan också vad brukarna rimligen kan komma med för svar. Vi har ju knappast några utredningsresurser. Riksrevisorn har ju klagat över att svenska folket inte svarar på frågor som till exempel statistiska centralbyrån sänder ut. Jag förstår dem.

Jag förutsätter att kvalitetsregistret BipolärR noga tänkt igenom sina frågor till bipolära patienter, men tyvärr finns det exempel på motsatsen. Nyligen frågade en internationell organisation vad jag tyckte om de läkemedelsbolag

som verkar i Sverige. Jag svarade inte men fick några månader senare en lista på hur svenskar och andra länder rankade läkemedelsbolagen.

Vi patienter hamnar ofta mellan två stolar. Vi vill ha inflytande men får frågor som vi inte kan svara på eller inte har tid att utreda.

Inom Balans, som startades 1997, ska vi stödja drabbade och närstående och tillvarata deras intressen samt arbeta intressepolitiskt för att förbättra vården och anpassa den till arbetsmarknaden. Vi ska erbjuda en mötesplats och sprida information och kunskap samt öka förståelsen, acceptansen och respekten för de drabbade. Vi är ca 1000 medlemmar i 11 Balans-föreningar över landet. 68 procent är kvinnor.

Vi deltar regelbundet i möten med Socialstyrelsens rådsgrupper med handikapporganisationer och deltar i remissarbete. Vi samverkar med Studieförbundet Vuxenskolan. Vi har en hemsida och vi har informationsblad. Sedan svarar vi på många enkäter. Senast vill kvalitetsregistret ECT samverka och få svar på en långa rad frågor...

Bland det centrala vi har för oss är annars att bli fler medlemmar.

**Arvid Lagercrantz är medlem i patientföreningen Balans och brukarrepresentant i kvalitetsregistret BipolärR:s styrgrupp**



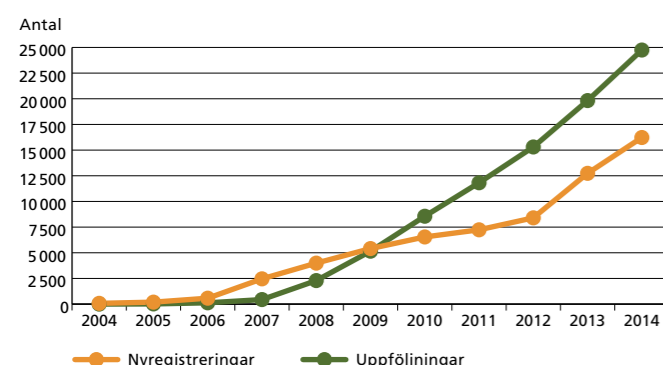
# Data i Bipolär

På följande sidor presenteras 2014-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 2014-års siffror som åsyftas.

## Antalet registreringar över år och fördelade på län

Bipolär startade sin datainsamling 2004 och antalet ackumulerade nyregistreringar har därefter ökat stabilt men svagt fram till 2013. Under 2013 ökade antalet registreringar kraftigt. Trenden med ett ökande antal ackumulerade nyregistreringar har fortsatt under 2014 och motsvarar under 2014 totalt 16 226. Antalet ackumulerade uppföljningsregistreringar har haft en mer jämn utveckling sedan 2008 och uppgick 2014 till 24 747.

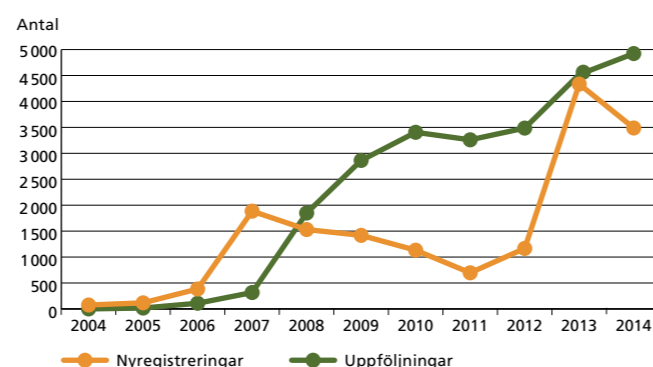
**Figur 1.** Antal ackumulerade ny- och uppföljningsregistreringar perioden 2004–2014.



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 registrerades fler i Bipolär än någonsin tidigare under registrets historia. Under 2014 nyregistrerades totalt 3 488 individer vilket är en minskning av antalet nyregistreringar i förhållande till föregående år med ca 1 000 registreringar. En bidragande orsak till detta kan ha varit lanseringen av den nya IT-plattformen vid årsskiftet 2013/2014 vilket medförde förändrade rutiner för inloggning vid registrering.

Antalet uppföljningsregistreringar har haft en stabil utveckling och ökat varje år ifrån 2004 till 2010. Under 2010 till 2012 planade antalet uppföljningsregistreringar ut. Först under förra året ökade antalet uppföljningsregistreringarna. I år uppgick antalet uppföljningsregistreringar till 4 923 stycken vilket är 400 fler än föregående år.

**Figur 2.** Antal ny- och uppföljningsregistreringar perioden 2004–2014.



Som framgår av tabellen gjordes det under 2014 flest ny- och uppföljningsregistreringar av vårdgivare i Stockholms läns landsting tätt följt av Västra Götaland och därefter Skåne. I 12 av de 21 länen har antalet registreringar minskat i förhållande till föregående år. Störst är minskningen i Stockholms läns landsting, med en minskning på 712 registreringar vilket motsvarar en minskning på 31 procent i förhållande till 2013. I 9 län har antalet registreringar ökat. Störst är ökningen i Västra Götaland där antalet registreringar ökade med 492 registreringar vilket motsvarar en 33-procentig ökning i förhållande till föregående år. Ökningar noteras även i exempelvis Jönköping och Kalmar med 55 procent respektive 64 procent fler registreringar än 2013.

**Tabell 1.** Antal registreringar år 2013 och år 2014 fördelade på län.

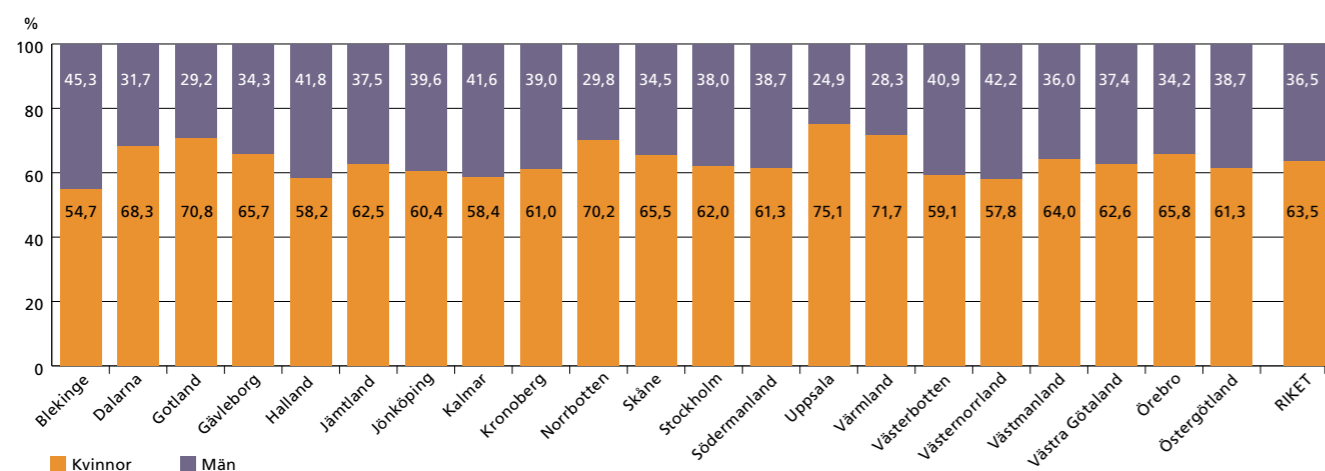
	2013	2014
Blekinge	133	107
Dalarna	219	206
Gotland	37	24
Gävleborg	585	675
Halland	377	173
Jämtland	98	72
Jönköping	146	227
Kalmar	123	202
Kronoberg	179	212
Norrbottnen	265	125
Skåne	1 053	1 181
Stockholm	2 248	1 536
Södermanland	364	305
Uppsala	413	364
Värmland	135	174
Västerbotten	488	518
Västernorrland	203	152
Västmanland	127	140
Västra Götaland	985	1 477
Örebro	379	344
Östergötland	297	197
<b>Totalt</b>	<b>8 854</b>	<b>8 411</b>

### Könsfördelning

I en av WHO:s studier var prevalensen av bipolär sjukdom i 11 undersökta länder omkring 2,4 procent för både män och kvinnor (Merikangas, et al, 2011). I Bipolär har könsfördelningen genomgående under åren varit ojämn med en betydligt högre andel registrerade kvinnor än män. Under 2014 utgjorde andelen kvinnor 63 procent av de registrerade och andelen män 37 procent. Könsfördelningen för riket är därmed densamma som de föregående åren. Kvinnor är i majoritet i samtliga län. Jämlikast könsfördelning

finns man i Blekinge följt av Halland och Västernorrland. Ojämlikast könsfördelning och lägst andel registrerade män har Uppsala och Värmland med endast 25 respektive 28 procent män tätt följt av Gotland och Norrbotten med 29 respektive 30 procent registrerade män. Det finns ingen anledning och tro att den sneda könsfördelningen i Bipolär skulle avspeglar prevalensen i patientunderlaget utan det är troligare att kvinnor, av någon anledning, i högre utsträckning registreras i Bipolär än män.

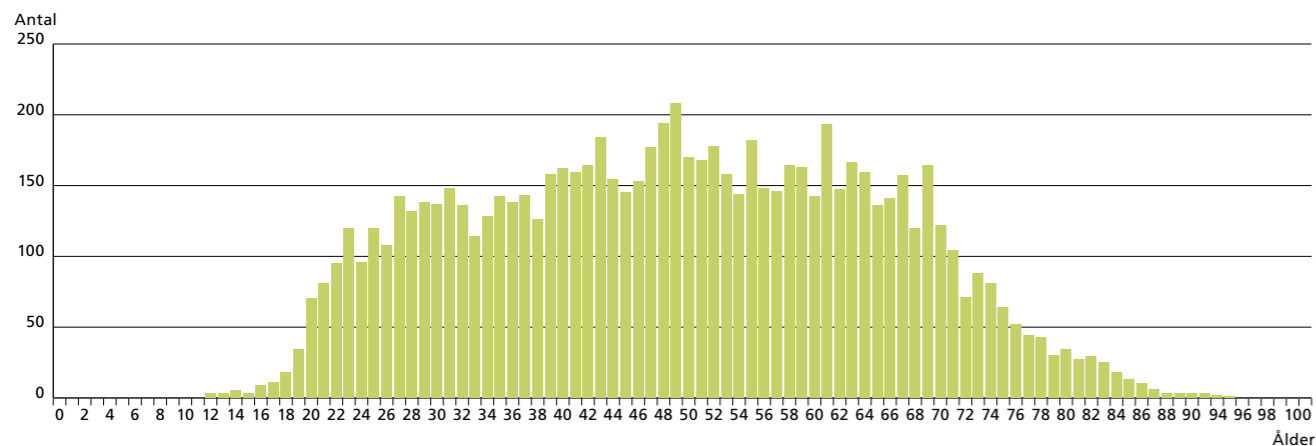
**Figur 3.** Andel män respektive kvinnor bland individer registrerade under 2014, fördelat på län.



### Åldersfördelning

Genomsnittsåldern för de registrerade under 2014 är omkring 50 år. Åldersspridningen är betydande ifrån 12 år till över 90 år med 50 procent av de registrerade är mellan 38 år och 62 år.

**Figur 4.** Åldersfördelning för registreringar år 2014.



## Patientgrupper i registret

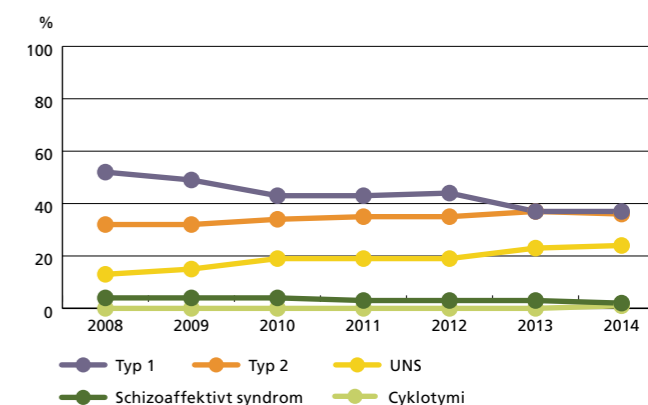
Bipolära syndrom har skiftande uttrycksätt. Återkommande manier, ofta men inte alltid växlande med depression, kallas bipolärt syndrom typ 1. Perioder av hypomani och återkommande depressioner kallas bipolärt syndrom typ 2. Diagnosen bipolär UNS (Utan Närmare Specifikation) beskriver förstämningssymtom som inte ryms i typ 1 eller typ 2, exempelvis för att manierna pågått för kort tid. Cyklotymi är ett tillstånd där det minst under två år förekommit episoder med hypomana symtom som inte uppfyller kriterierna för hypomani och depressiva episoder som inte är tillräckligt markerade för att motsvara egentlig depression. Om det förutom manier och depression även föreligger långa perioder med psykotiska symtom utan samtidig förstämning kallas det schizoaftikt syndrom, bipolär (eller manisk) typ. Samtliga dessa fem diagnoser registreras i Bipolär. En del av personerna i registret har också annan psykiatrisk eller somatisk samsjuklighet. Statistik över denna samsjuklighet presenteras också i nedanstående avsnitt.

### Bipolära underdiagnoser

Av tabell 2 framgår att medelåldern ligger högst för patienter med bipolärt syndrom typ 1 och schizoaftikt syndrom. Lägst medelålder har gruppen med typ 2 och cyklotymi. Något högre andel kvinnor noteras också i dessa två grupper än för övriga. Som framgår i raden längst ned utgör andelen med cyklotymi och schizoaftikt syndrom i registret en mycket liten del av alla registrerade.

Under 2014 var motsvarande siffror 37 procent för typ 1, 36 procent för typ 2, 24 procent för UNS, samt 2 procent respektive 1 procent för andelen med schizoaftikt syndrom respektive cyklotymi.

**Figur 5.** Andel registreringar fördelade på bipolära underdiagnoser år 2008–2014.



Sedan 2008 har det varit en tydlig trend att andelen personer med bipolärt syndrom av typ 1 minskat medan typ 2 och UNS har ökat sin andel. Under 2008 hade 52 procent av personerna i registret typ 1 medan ca 33 procent fick diagnosen bipolärt syndrom typ 2 och ca 12 procent UNS.

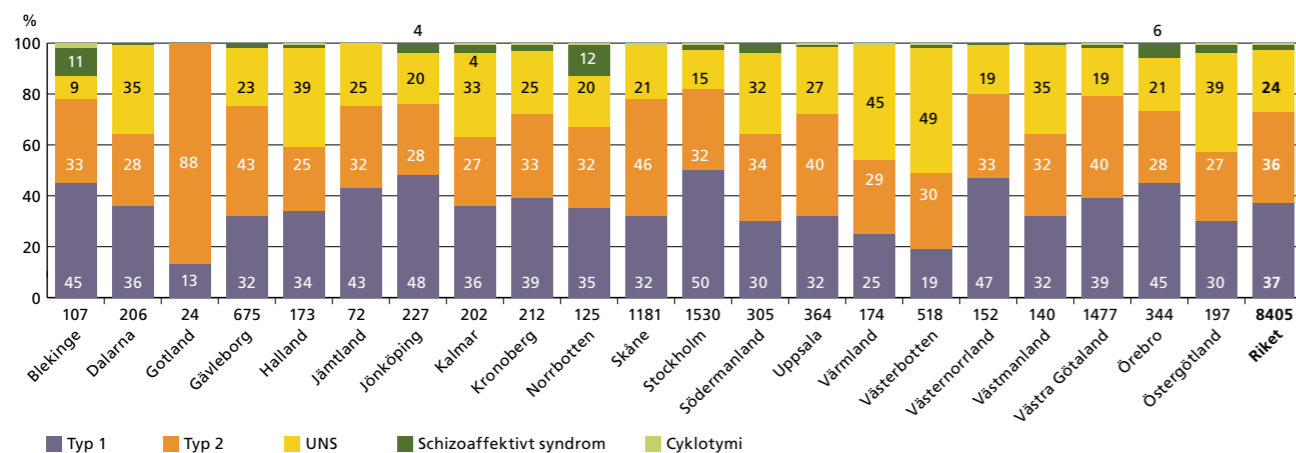
**Tabell 2.** Ålders- och könsfördelningen 2014 för samtliga registrerade uppdelade på de bipolära underdiagnoserna.

	Typ 1	Typ 2	UNS	Schizoaftikt syndrom	Cyklotymi
<b>Medelålder</b>	52	45	50	52	46
<b>Andel kvinnor (%)</b>	59	69	63	59	67
<b>Antal patienter</b>	3101	2962	1986	180	45

Diagnosfördelningen av de patienter som registreras skiljer sig mellan länen. Vårdgivare i Stockholms läns landsting har den högsta andelen av personer med bipolärt syndrom av typ 1. Hela 50 procent av de som registreras tillhör denna diagnosgrupp. Jönköping (48%), Västernorrland (47%) och Örebro (45%) har också en hög andel patienter diagnostiserade med bipolär sjukdom av typ 1. Lägst andel med typ 1 finner man på Gotland (13%), i Västerbotten (19%) och i Värmland (25%). En betydande spridning finner man även avseende andelen patienter som diagnosticerades med bipolär sjukdom typ 2. Gotland sticker ut men antalet registrerade patienter är få och siffran skall därför tolkas med försiktighet. Hög andel diagnostiserade med bipolär sjukdom typ 2 har även Gävleborg (43%), Skåne (46%), Uppsala (40%) och Västra Götaland (40%) medan en klart lägre andel med typ 2 kan noteras i Dalarna (28%), Halland (25%), Jönköping (28%), Kalmar (27%), Värmland (29%), Örebro (28%) och Östergötland (27%).

En hög andel registrerade med UNS har framförallt Halland (39%), Värmland (45%), Västerbotten (49%) och Östergötland (39%). Lägst andel UNS har Gotland (0%) och Blekinge (9%).

Figur 6. Andel registreringar per underdiagnos år 2014 fördelat på län. Antal anges under staplarna.



De stora skillnaderna i fördelningen av underdiagnoserna mellan länen i riket som uppmärksammades vid föregående årsrapport kvarstår. Orsakerna till dessa skillnader kan behöva studeras och diskuteras ytterligare med hänsyn till att de indikerar en diagnostisk osäkerhet som möjligen även indikerar en ojämlik vård över landet. Ett sätt att möjliggöra högre samstämmighet vore att i vårdgivare i större utsträckning använde de strukturerade diagnostiska instrument som hjälpmedel vid diagnos-sättning när det råder differentialdiagnostisk osäkerhet. Användandet av diagnostiska instrument vid diagnos-sättning är ett av Bipolär:s processmått.

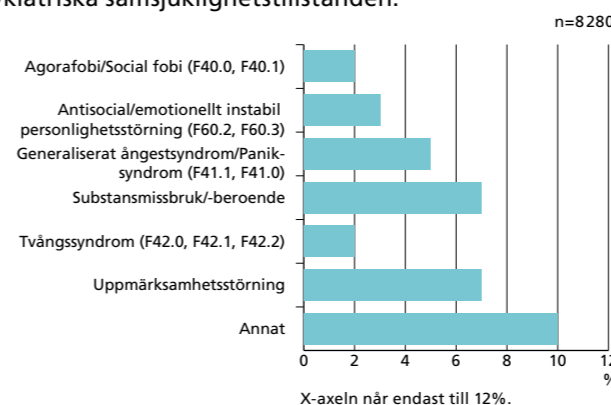
Vid en granskning av hur stor andel av de nyregistrerade i Bipolär där strukturerade eller semistrukturerade instrument använts finner man att dessa nyttjats endast för 38 procent av patienterna under 2014. I vissa län som i Skåne, Södermanland och Halland har strukturerade diagnostiska instrument använts i endast omkring 10 procent av fallen. I andra län som Uppsala (67%) och Gävleborg (55%) har de använts mer frekvent.

### Psykiatrisk samsjuklighet

Nedan följer analyser av de cirka 36 procent av de ny- och uppföljningsregistrerade patienterna i Bipolär som under 2014 hade en registrerad psykiatrisk samsjuklighet.

Som framgår nedan är de vanligaste specifika psykiatriska samsjuklighetstillstånden uppmärksamhetsstörning eller missbruk med vardera 7 procent. Ca 5 procent av de registrerade hade ett generaliserat ångestsyndrom eller panikångest. Endast ca 3 procent har en personlighetsstörningsdiagnos och 2 procent hade vardera tvångssyndrom eller agorafobi/social fobi:

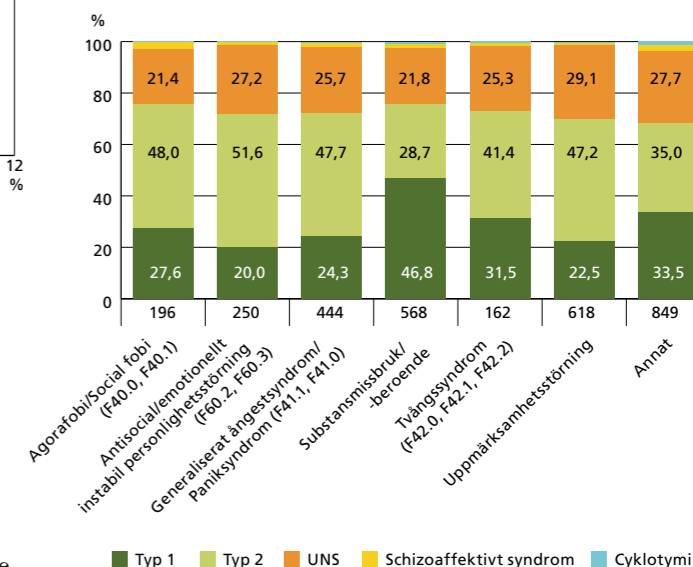
Figur 7. Andel registrerade patienter 2014 med de olika psykiatriska samsjuklighetstillstånden.



Hur ser då fördelningen av de psykiatriska samsjuklighetstillstånden ut med hänsyn till de bipolära underdiagnoserna? Som framgår i figur 8 finns det tydliga skillnader mellan underdiagnosgrupperna. En betydligt högre andel av de med substansmissbruk har en typ 1 diagnos jämfört med övriga underdiagnoser. Man kan också notera att i gruppen med personlighetsstörningar (antisocial/emotionellt instabil personlighetsstörning) ligger andelen med bipolär sjukdom typ 1 betydligt lägre liksom andelen med typ 2 betydligt högre jämfört både med övriga samsjuklighetsgrupper och om man jämför med samtliga patienter i registret.

Motsvarande låg andel personer med typ 1 och högre andel med typ 2 noteras för övriga samsjuklighetsgrupper med undantag av de med substansmissbruk. Om man jämför samtliga av de med psykiatrisk samsjuklighet med samtliga registrerade i Bipolär finner man motsvarande högre andel av patienter med typ 1 och lägre andel av patienter med typ 2. Något självklart skäl till varför det vid samtliga samsjuklighetstillstånd förutom vid substansmissbruk skall finnas en lägre andel med typ 1 och en högre andel personer som diagnostiserats med typ 2 jämfört med samtliga övriga registrerade i Bipolär är svår att finna förutom att samsjuklighetstillståndet antingen påverkar klassificeringen av den bipolära sjukdomen eller att samsjukligheten påverkar det bipolära sjukdomsförloppet.

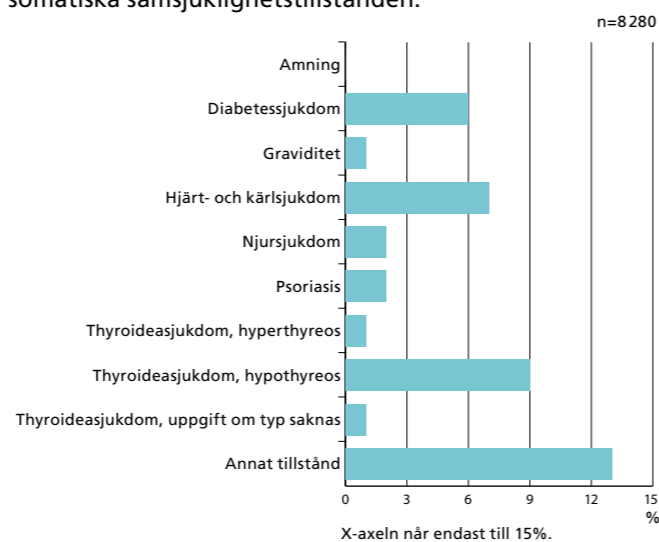
Figur 8. Andel patienter per underdiagnos år 2014 fördelat på psykiatriska samsjuklighetstillstånd. Antal anges under staplarna.



## Somatisk samsjuklighet

Omkring 41 procent av de ny- och uppföljningsregistrerade i Bipolär hade 2014 en somatisk samsjuklighet. Den vanligaste specifika diagnosen var Thyroideasjukdom/hypothyreos d v s problem med produktion av sköldkörtelhormon. Den näst vanligaste sjukdomen var hjärt- och kärlsjukdom. Hjärt- och kärlsjukdom kan vara en konsekvens av ett metabolt syndrom relaterat till medicinering eller livsstil. Inaktivitet eller låg fysisk aktivitet vid exempelvis depressiva skov kan leda till viktuppgång. Vissa läkemedel kan också leda till en viktuppgång med ökade blodfetter och en negativ påverkan på kärlen som följd. Även diabetes som ca 6 procent av patienterna i registret har kan vara relaterat till metabola syndrom och livsstilsfaktorer. Den relativt höga andelen av patienterna i Bipolär med dessa svåra och ofta kroniska sjukdomar understryker betydelsen av att arbeta med livsstilsfaktorer som kost och motion samt se över medicineringen.

**Figur 9.** Andel registrerade patienter 2014 med de olika somatiska samsjuklighetstillstånden.



## Processmått i Bipolär

I följande avsnitt rapporteras och analyseras processmått avseende läkemedelsbehandling, inklusive litiumbehandling, läkemedelsgenomgång, patientutbildning samt systematisk psykologisk behandling. Analyserna gäller om inget annat anges för alla ny- och uppföljningsregistreringar under verksamhetsåret 2014.

### Läkemedelsbehandling

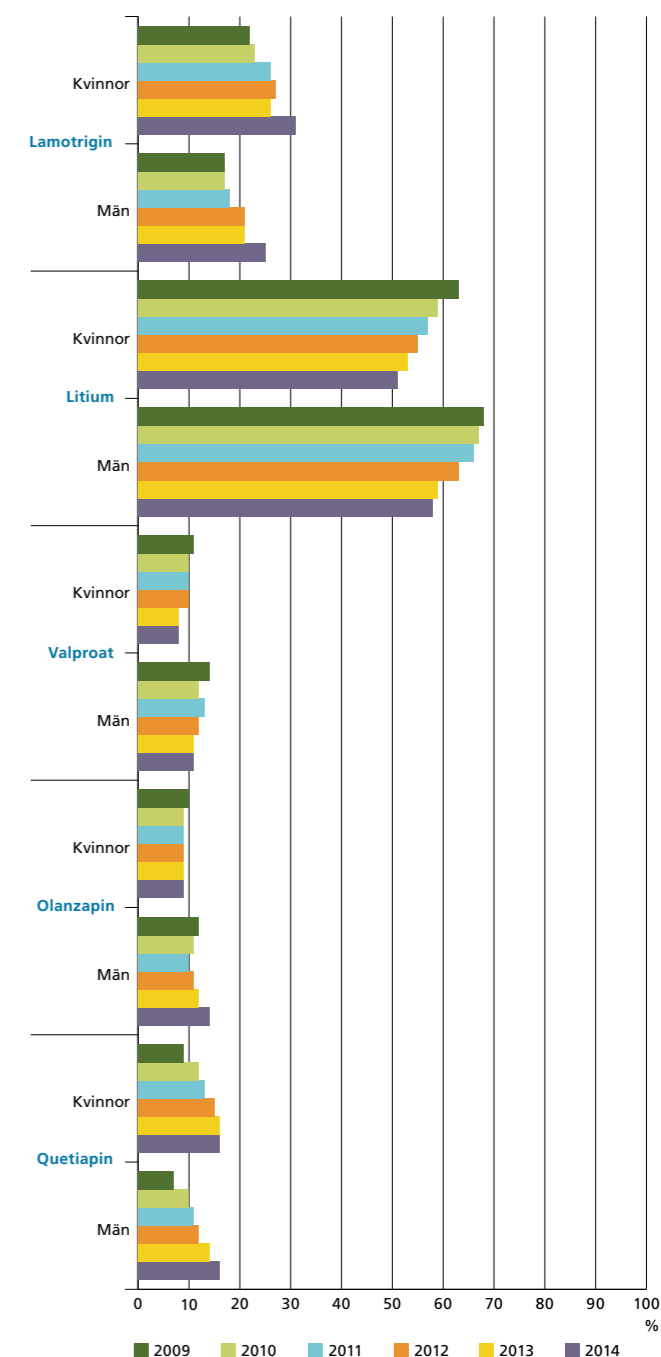
#### Generella trender avseende läkemedelsförskrivning

Till höger presenteras förskrivningstrenderna perioden 2008–2014 för de vanligaste läkemedlen i registret. De tidigare trenderna för de vanligaste läkemedlen fortsätter under 2014. Det innebär att litium som är det klart vanligaste utskrivna läkemedlet vid bipolär sjukdom fortsätter att andelsmässigt minska för båda könen. Likaså fortsätter förskrivningsökningen av lamotrigin. Det är en tydlig ökning av lamotrigin i förhållande till föregående år. Lamotrigin befäster därmed under 2014 ytterligare sin ställning som det näst mest utskrivna läkemedlet vid bipolär sjukdom.

Den relativa minskningen av litium i förhållande till lamotrigin kan förmodligen delvis förklaras av att andelen med bipolär sjukdom typ 1 minskar medan andelen med typ 2 ökar. Litium är mindre vanligt förekommande läkemedel vid typ 2 än vid typ 1 medan andelen patienter som förskrivs lamotrigin är ungefärligen lika omfattande för de med bipolär sjukdom typ 1 och typ 2. Detta framgår bland annat i tabell 4 längre ned.

Figuren till höger visar också på en liten ökning för utskrivningen av quetiapin för både män och kvinnor samt en liten ökning av förskrivningen av olanzapin för män medan utskrivningen av valproat utgör en relativt liten och svagt sjunkande andel av förskrivna läkemedel över tid.

**Figur 10.** Läkemedelstrender för samtliga registreringar år 2009–2014.





### Läkemedelskombinationer

Det vanligaste läkemedelsalternativet för samtliga patienter i Bipolär under 2014 var behandling med enbart en stämningsstabiliserare (26%). Detta är en klar minskning i förhållande till föregående år (32%). I övrigt är det marginella förändringar i förskrivningen av olika läkemedelskombinationer i förhållande till föregående år. Den näst vanligaste läkemedelskombination var liksom föregående år kombinationen av stämningsstabiliserare och antidepressiva läkemedel (24%). Den tredje vanligaste kombinationsbehandlingen var stämningsstabiliserare tillsammans med antipsykotiska läkemedel (20%). En kombination av alla tre ovanstående preparaten – stämningsstabiliserande, antipsykotika och antidepressiva läkemedel – förskrevs till 15 procent av patienterna i registret under 2014. En andel om 4 procent hade enbart antipsykotika och en lika stor andel hade antipsykotika tillsammans med antidepressiva läkemedel. Tre procent hade enbart antidepressiva läkemedel och 5 procent använde inga psykofarmaka alls.

**Tabell 3.** Andel patienter (n=8280) med respektive läkemedel eller läkemedelskombinationer år 2014.

	%	Antal
Enbart stämningsstabiliserare	26	2193
Antidepressiva, stämningsstabiliserare	24	1960
Stämningsstabiliserare, antipsykotika	20	1653
Antidepressiva, stämningsstabiliserare, antipsykotika	15	1224
Enbart antipsykotika	4	293
Enbart antidepressiva	4	293
Antidepressiva, antipsykotika	3	283
Inga antidepressiva, stämningsstabiliserare, antipsykotika	5	381

### Läkemedel fördelade på bipolära underdiagnoser

Tabellen nedan visar att litium är det vanligaste förskrivna läkemedlet för samtliga underdiagnoser av bipolär sjukdom. 65 procent av patienterna med bipolär sjukdom typ 1 får utskrivet litium. Cirka 42 procent av patienterna med bipolär sjukdom typ 2 och 51 procent av de med UNS samt 61 procent av de med schizoaffektiva syndrom behandlas med litium. Bland gruppen med cyklotymi är litiumförskrivningen lägst vilket kan beror på att variationerna i stämningsläge vanligen är mindre uttalade för denna patientkategori och att det depressiva inslaget är mer dominerande än för övriga underdiagnoser i det bipolära spektrumet.

Det näst vanligaste läkemedlet för samtliga diagnosgrupper med undantag av schizoaffektiva syndrom är lamotrigin. Av de med underdiagnosen typ 2 är lamotrigin till och med lika vanligt som litium det vill säga 42 procent av patienterna förskrivs litium och 42 procent förskrivs lamotrigin. I gruppen med cyklotymi är lamotrigin nästan lika vanligt som litium; var tredje person med cyklotymi förskrivs lamotrigin.

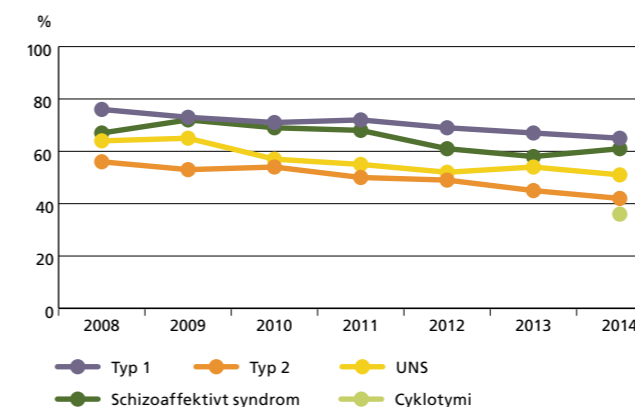
**Tabell 4.** Andel läkemedelsförskrivning per underdiagnos, 2014 års registreringar.

	Typ 1 (%)	Typ 2 (%)	UNS (%)	Schizoaffectivt syndrom (%)	Cyklotymi (%)
Litium	65	42	51	61	36
Lamotrigin	17	42	28	10	33
Valproat	12	7	7	16	13
Olanzapin	14	7	11	17	9
Quetiapin	15	18	15	21	9

### Litiumförskrivningen vid respektive underdiagnos

Även om litium är det vanligaste använda läkemedlet för samtliga underdiagnoser är trenden fortsatt att litium utgör en minskande andel av de förskrivna läkemedlen vid bipolär sjukdom. Litiumförskrivningen har om man undersöker de senaste sex åren ifrån 2008 till 2014 minskat för samtliga bipolära underdiagnoser med undantag av Cyklotymi (där registreringen först inleddes under 2014). 2008 fick 76 procent av patienterna i registret med typ 1 litium; motsvarande siffra för 2014 är 65 procent. För patienter med typ 2 har andelen med litiumbehandling minskat ifrån 56 procent 2008 till 42 procent 2014 och för de med UNS har litiumförskrivningen minskat ifrån 64 till 51 procent.

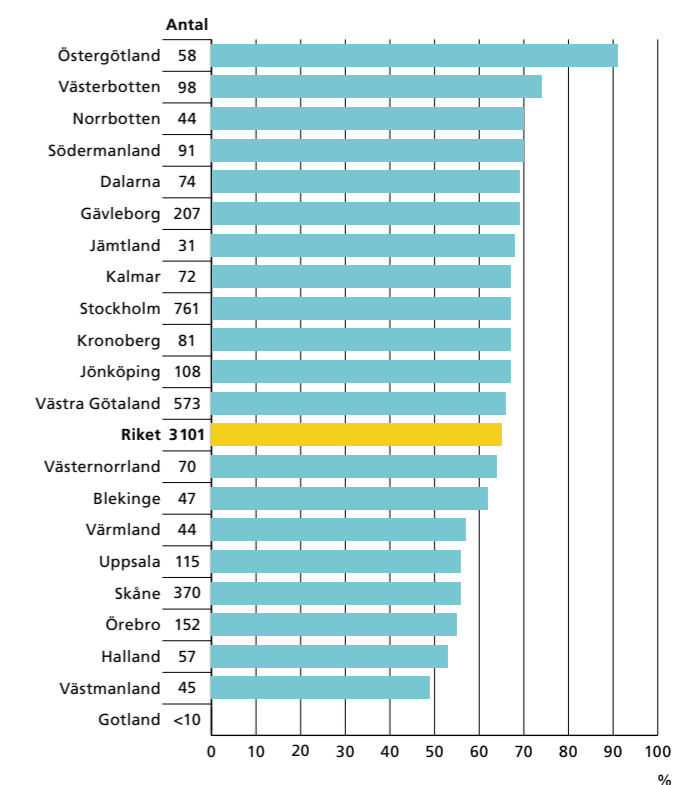
**Figur 11.** Andel registrerade med litium för perioden 2008–2014 fördelat på underdiagnoser.



### Länsvis skillnader i litiumförskrivning

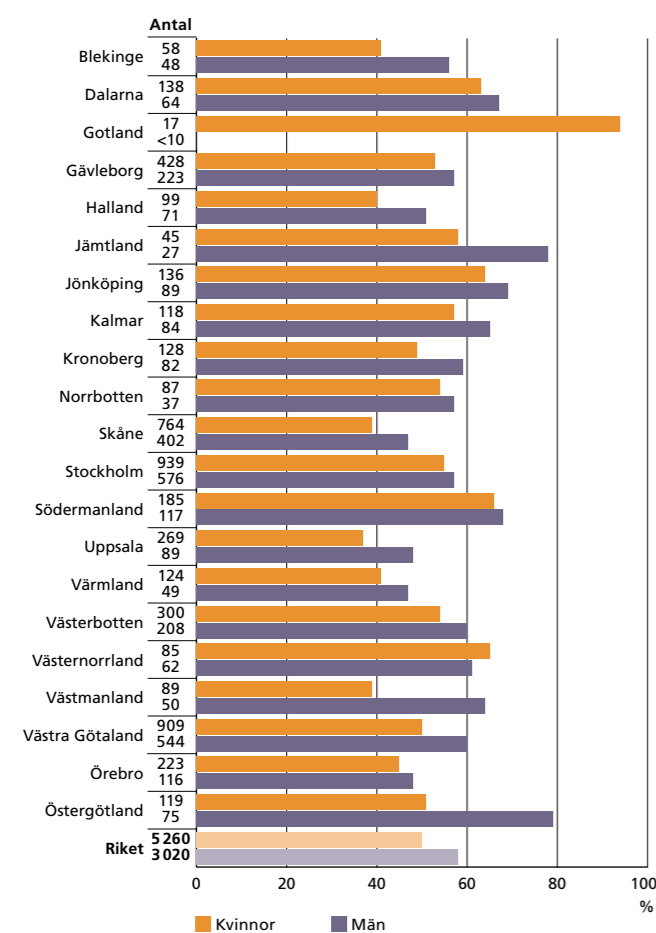
Bipolär uttalade målsättning under 2014 var att minst 70 procent av personerna med bipolär sjukdom av typ 1 skulle medicineras med litium. Endast fyra län nådde upp till detta mål under 2014. Det innebär en minskning av antalet län som når upp till målnivån jämfört med föregående år (7 län under 2014). Även om flertalet län har en förskrivning som ligger över 60 procent är skillnaderna mellan länen betydande. Från under 50 procent (Västmanland) till över 90 procent (Östergötland).

**Figur 12.** Andel patienter med bipolär sjukdom typ 1 med litiummedicinering, år 2014 fördelat på län.



Nedanstående data över länsvisa skillnader uppdelat på kön för litiumförskrivning för alla underdiagnoser gör det även möjligt att analysera könsskillnader. Data visar att det i samtliga län utom Gotland och Västernorrland utskrivs litium i högre andel till män än till kvinnor. I riket utskrevs litium till 58 procent av männen men endast till 50 procent av kvinnorna med någon form av bipolär sjukdom. Dessa och andra systematiska könsskillnader i vården av bipolära patienter har granskats med hjälp av Bipolär-data i en vetenskaplig artikel (Karanti, et al., 2014) och även uppmärksammas i Läkartidningen.

**Figur 13.** Andelen litiumförskrivningar för män respektive kvinnor år 2014 fördelat på län.



## Läkemedelsgenomgång

För att öka kvaliteten och patientsäkerheten vid läkemedelsbehandling har Socialstyrelsen uppdaterat föreskrifterna (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården. I de nya riktlinjerna (SOSFS 2012:9) omnämns särskilt äldre och multisjuka personer, men alla patienter ska, oavsett ålder, erbjudas läkemedelsgenomgång om det anses motiverat med hänsyn till sjukdomspanorama och omfattning av läkemedelsbehandling. Läkemedelsgenomgång delas in i enkel respektive fördjupad. Vid en enkel läkemedelsgenomgång kartläggs en patients samtliga ordinerade och använda läkemedel. Läkemedelslistan kontrolleras och bedömning görs om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig och säker med avseende på behandlingseffekt, biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Vid behov görs en fördjupad läkemedelsgenomgång som är en mer omfattande systematisk bedömning och omprövning av varje ordinerat läkemedel.

I Bipolär ställs frågan: Har patienten under de senaste 12 månaderna haft läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare? Frågan avser genomgång av läkemedel som motsvarar minst enkel läkemedelsgenomgång enligt SOSFS 2012:9, d.v.s. genomgång av

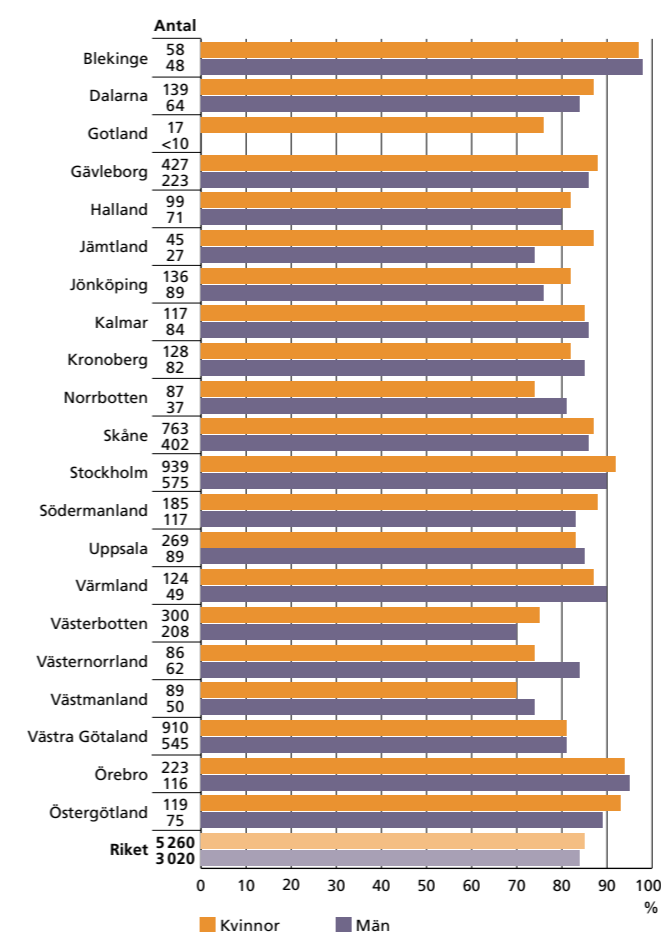
- 1) vilka läkemedel som är ordinerade och varför,
- 2) i vilken styrka och dosering läkemedlen är ordinerade,
- 3) vilka av dessa läkemedel patienten använder,
- 4) vilka övriga läkemedel (inklusive receptfria läkemedel och kosttillskott) patienten använder,
- 5) hur patienten använder läkemedlen, om det finns praktiska problem med läkemedlen och hur följsamheten till ordination ser ut.

Det är läkare som ansvarar för läkemedelsgenomgången och den bör utformas och genomföras i samråd med patient och eventuellt andra medverkanden som t.ex. närstående och sjukvårdspersonal som känner patienten. Läkaren tar ställning till behandlingen i sin helhet och gör bedömning av om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig och säker och ombesörjer dokumentation i patientens journal samt ger patienten individuellt anpassad information om sin läkemedelsbehandling och en uppdaterad läkemedelslista.

Figur 14 presenterar länsvis statistik för andelen patienter som under de senaste 12 månaderna haft en läkemedelsgenomgång. Genomsnittet för riket är att 85 procent av kvinnorna och 84 procent av männen har haft en läkemedelsgenomgång de senaste 12 månaderna. Detta motsvarar en marginell ökning i förhållande till föregående år för båda könen. I de flesta län har mellan 80 till 90 procent av patienterna haft en årlig läkemedelsgenomgång. Högst andel patienter med årlig läkemedelsgenomgång har Blekinge med 97 procent av kvinnorna och 98 procent av männen. En betydligt lägre andel patienter med årlig läkemedelsgenomgång kan noteras i Jämtland, Norrbotten, Västerbotten och Västmanland där andelen ligger omkring 75 procent.

En möjlig förklaring till skillnaderna kan vara tillgången till läkare. I vissa regioner som exempelvis i Norrland kan det på vissa orter råda brist på läkare medan läkartillgången vanligen är mer gynnsam i södra och mellersta Sverige och då särskilt i storstadsregionerna.

**Figur 14.** Andel registrerade patienter år 2014 som haft läkemedelsgenomgång fördelat på län och kön.



**Kristina Lindwall-Sundel är läkare och specialist i psykiatri samt medlem i BipolärS styrgrupp.**

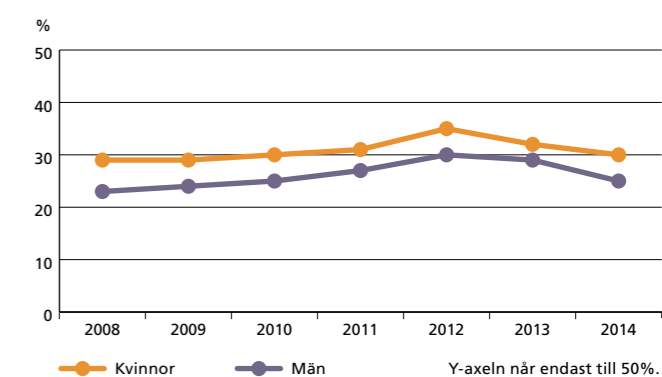
## Patientutbildning

### Andelen patientutbildade perioden 2008-2014

Patientutbildning vid bipolär sjukdom är en komplementär behandling som syftar till att öka patientens sjukdomsinsikt, öka förmågan att tolka de tidiga tecknen på affektiva skov samt motivera patienten att följa givna behandlingsrekommendationer. Studier om effekterna av patientutbildning för personer med bipolär sjukdom indikerar att patientutbildning kan minska återfall i skov och antalet sjukdagar (Bond, et al., 2015; Colom, et al., 2003). Patientutbildning kan vara utformad på många olika sätt men vanligtvis är det en gruppbehandling med fokus på psykoedukation. Kvalitetsregistret BipolärS målsättning är att minst 45 procent av alla patienter med en bipolär diagnos skall ha genomgått patientutbildning. Andelen som genomgått patientutbildning har dock minskat sedan 2012 för både män och kvinnor. Andelen män som genomgått patientutbildning har minskat ifrån 2012 till 2014 med 5 procentenheter det vill säga ifrån 30 procent till 25 procent. Motsvarande 5-procentig minskning noteras för kvinnor, ifrån 35 procent 2012 till 30 procent 2014.

Som framgår av figuren nedan har det under hela perioden varit en något större andel kvinnor som fått patientutbildning än män. Förklaringen till denna konsekventa könsskillnad kan bero på att kvinnor i högre utsträckning tillfrågas alternativt att kvinnor är mer intresserade av patientutbildning än män.

**Figur 15.** Andel registrerade patienter år 2008-2014 där patienten uppgivit att den erbjudits/genomgått patientutbildning någon gång uppdelat på kön.

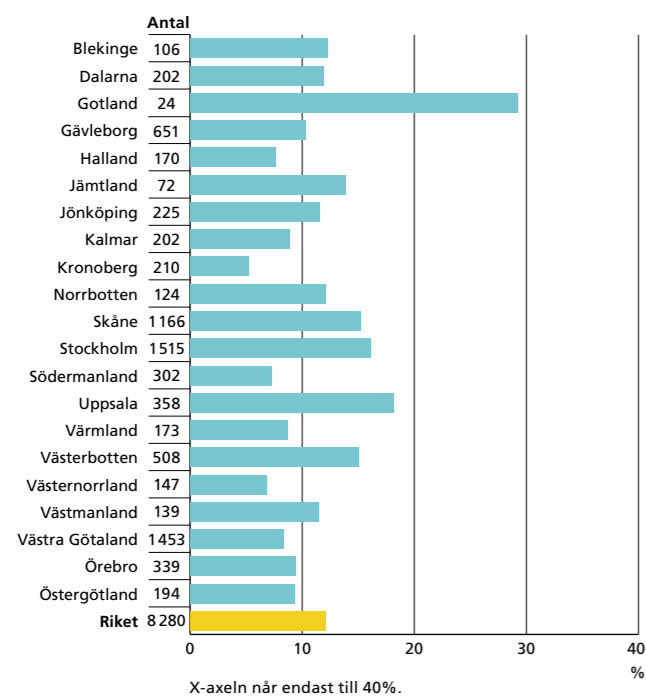


## Systematisk psykologisk behandling

Systematisk psykologisk behandling rekommenderas av Socialstyrelsen som ett komplement till läkemedelsbehandling för att förebygga depressiva skov. Psykologisk behandling syftar till att öka patienternas färdigheter att hantera sin sjukdom. Studier har påvisat att psykologisk behandling kan vara effektivt för att förebygga sjukdomsåterfall (Cochran, 1984; Lam et al., 2005; Fava et al., 2001).

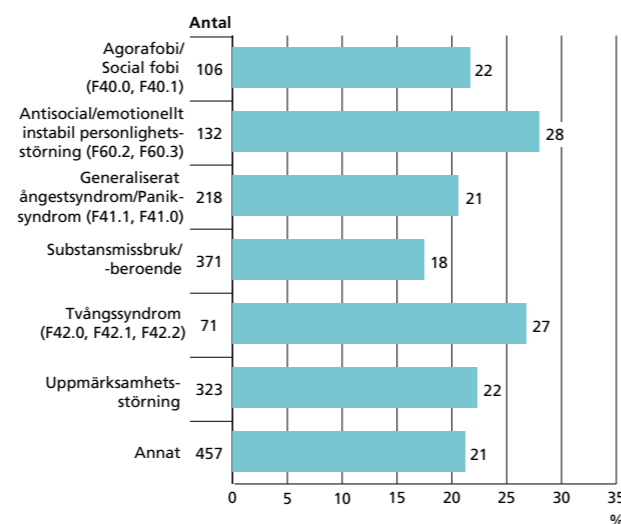
Andelen av de registrerade i Bipolär som får systematisk psykologisk behandling varierar beroende på patientens kön och beroende på i vilket län som patienten vårdas i. Som framgår av figuren nedan är det en relativt liten andel patienter där det rapporterats att de erhållit systematisk psykologisk behandling under de senaste 12 månaderna. Sammantaget i riket har 12 procent fått systematisk psykologisk behandling under det senaste året. Det är noterbart att Gotland är det län med högst andel patienter som får psykologisk behandling. Betydligt mindre andel av patienterna har erhållit psykologisk behandling i exempelvis Halland och Kronoberg. Skillnaderna mellan länen i andelen av patienterna som får psykologisk behandling kan vara relaterat till hur man ser på värdet av psykologisk behandling i den bipolära vården i olika delar av landet.

**Figur 16.** Andelen registrerade år 2014 som erhållit systematisk psykologisk behandling senaste 12 månader.



Det är betydligt vanligare att patienter i registret får systematisk psykologisk behandling om de också har ett psykiatriskt samsjuklighetstillstånd. Av de med psykiatrisk samsjuklighet utgör andelen som fått systematisk psykologisk behandling under de senaste 12 månaderna 21 procent. Det är vanligast med psykologisk behandling vid personlighetsstörningar och vid tvångssyndrom men det är ändå en klar minoritet även av de med psykiatrisk samsjuklighet som får denna form av behandling som komplement till läkemedelsbehandling. Även vid substansmissbruk noteras en låg andel av patienterna få psykologisk behandling. Med hänsyn till att substansmissbruk är en allvarlig komplicerande faktor vid behandling av bipolär sjukdom kan det finnas anledning att närmare granska hur missbruksvården ser ut för denna grupp.

**Figur 17.** Andel patienter som erhållit systematisk psykologisk behandling senaste 12 månader fördelat på psykiatriska samsjuklighetstillstånd, år 2014.



## 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 2014.

### BMI och kliniskt signifikant viktuppgång

Läkemedel som ges vid bipolär sjukdom kan orsaka viktuppgång och den bipolära sjukdomen i sig kan medföra fysisk inaktivitet. Patienter med bipolär sjukdom är därför extra sårbara när det gäller viktuppgång. Av detta skäl är det viktigt för vårdgivaren att följa patienternas viktkurvor och vid behov sätta in åtgärder som motverkar viktuppgång för att undvika somatiska följsjukdomar (exempelvis metabolt syndrom).

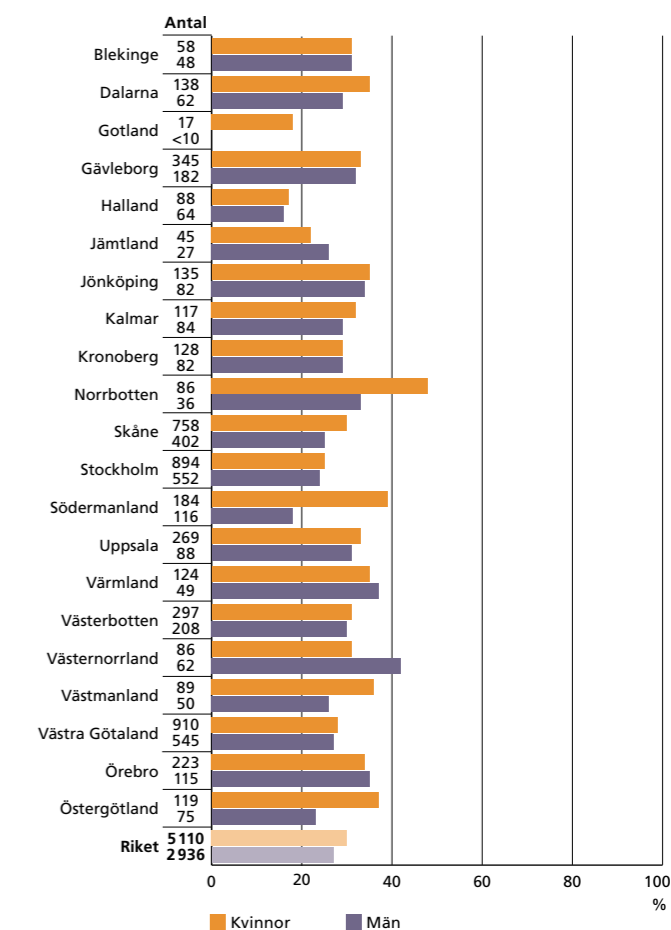
I Bipolär rapporteras två kvalitetsindikatorer med anknytning till vikt dels andel patienter med BMI > 30, dels andel patienter med snabb viktuppgång. Snabb viktuppgång definieras som ökning med mer än 7 procent av kroppsvikten på ett år. I årsrapporten har mätningen utgått från den vikt som anges i uppföljningsregistreringarna gjorda 2014 jämfört med de närmaste föregående gjorda registreringarna (ny- eller uppföljningsregistreringarna). Bipolärs målnivå är att max 10 procent av patienterna registrerade i Bipolär skall ha BMI > 30 och max 10 procent skall ha en signifikant viktuppgång.

### BMI

2014 hade 28 procent av kvinnorna i registret ett BMI över 30. Motsvarande andel för män var 24 procent. Detta ligger således över Bipolärs målnivå. Andelen med BMI över 30 har varit förhållandevis stabil på nationell nivå de senaste 5 åren. Det finns emellertid skillnader i BMI mellan länen i riket. Storstadslänen – Stockholm, Skåne och Västra Götaland – har tillsammans med Halland, Uppsala, Kronoberg och Västerbotten patienter med en lägre andel patienter med BMI över 30 än riksgenomsnittet. Län som Norrbotten, Västmanland, Dalarna och Södermanland ligger något högre än riksgenomsnittet. I diagrammet nedan framkommer också könsskillnader. Andelen kvinnor med BMI över 30 är större än andelen för män. Undantagen är Blekinge, Jämtland, Värmland, Västernorrland och Örebro där männen ligger högre i BMI. Könsskillnaderna är påtagligt större i Norrbotten och Södermanland.

För län med hög andel patienter med BMI över 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 den 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 18.** Antal registrerade patienter med BMI>30 år 2014 fördelat på kön och län.



### Signifikant viktuppgång

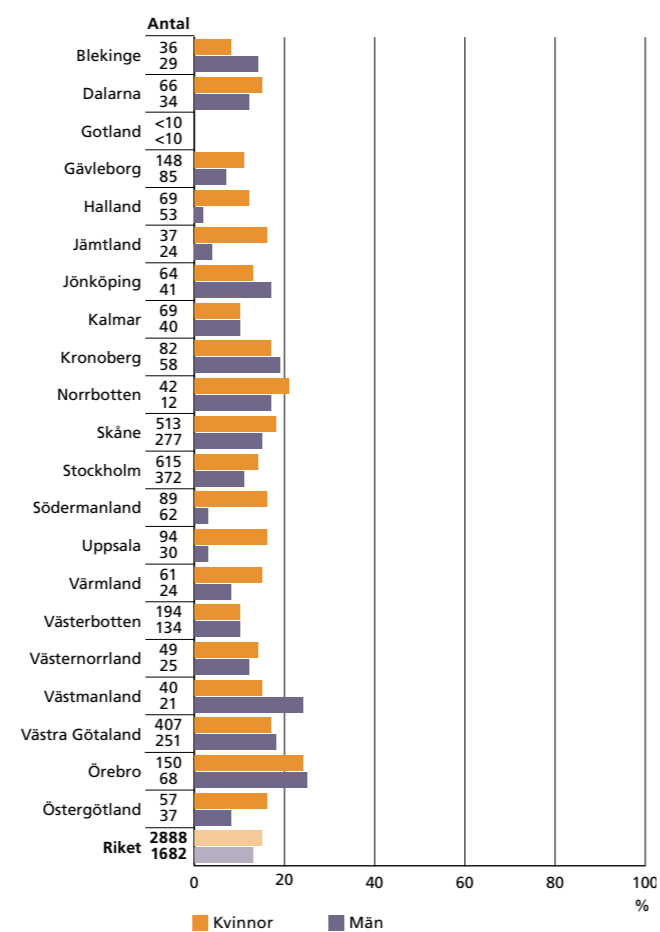
Bipolära rekommenderade målnivå är att max 10 procent av patienterna skall haft en signifikant viktuppgång. Målnivå är hämtad ifrån Folkhälsoinstitutets rekommendationer för normalpopulationen och tar inte hänsyn till att man vid behandling av personer med en bipolär sjukdom ofta använder läkemedel som kan bidra till viktuppgång. Själva sjukdomen i sig med de depressiva skoven medför också större risk för fysisk passivitet och försämrad dygnsrytm vilket kan bidra till viktökning. Att monitorera patienternas viktökning anses som särskilt viktigt för att förhindra metabolt syndrom och i förlängningen försämrad psykisk hälsa.

Ur ett omvårdnadsperspektiv bedöms således vikt-kontroll som centralt vid vård av personer med bipolär sjukdom.

Dessvärre ligger andelen uppföljningsregistrerade med signifikant viktökning i riket över Bipolära målnivå. Under 2014 hade 15 procent av kvinnorna och 13 procent av männen en viktuppgång på mer än sju procent av kroppsvikten.

I figur 19 visas andelen uppföljningsregistrerade män respektive kvinnor med en signifikant viktuppgång under 2014. Riksgenomsnittet ligger på ca 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 klart över 20 procent av patienterna en signifikant viktuppgång medan andelen i andra län är det under 10 procent. Det är också värt att notera de tydliga könsskillnaderna inom länen, exempelvis i Halland, Jämtland, Södermanland, Uppsala, Värmland och Östergötland där andelen kvinnor är betydligt högre än andelen män med signifikant viktuppgång. I sex av länen är det en högre andel män med signifikant viktuppgång än kvinnor (Blekinge, Jönköping, Kronoberg, Västmanland, Västra Götaland, Örebro)

Figur 19. Andel uppföljningsregistrerade patienter år 2014 med signifikant viktökning uppdelat på kön och län.

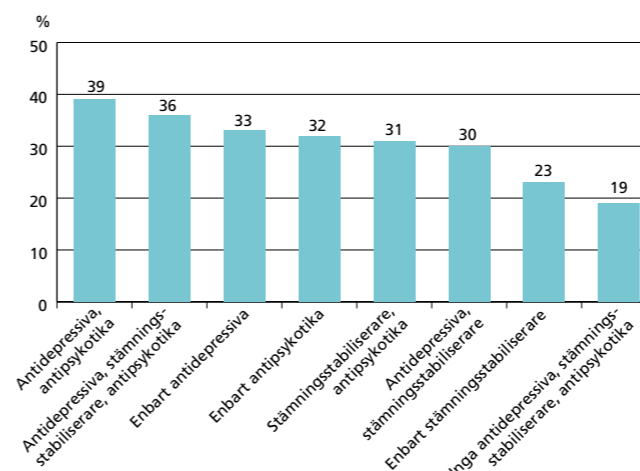


### BMI och läkemedel

Läkemedel som ges vid bipolär sjukdom kan ge viktuppgång. Nedan redovisas andelen registrerade patienter med BMI>30 uppdelat på olika läkemedelskombinationer. Som framgår av figuren har patienter som inte tar några psykofarmaka eller enbart stämningsstabiliserande läkemedel klart lägst andel med BMI>30. I de kombinationer där antidepressiva och/eller antipsykotika förekommer noteras en klart högre andel överviktiga.

Dessa samband kan bero på läkemedlen i sig men det kan också bero på att patientgrupper som enbart föreskrivs stämningsstabiliserande läkemedel eller inga läkemedel alls har en mildare form av bipolär sjukdom med färre skov och med bättre förutsättningar att leva ett hälsosammare och aktivare liv. Det går således inte enbart utifrån nedanstående diagram att dra säkra slutsatser om orsakssambandet mellan läkemedel och vikt.

Figur 20. Andel registrerade patienter med BMI >30 år 2014 uppdelat på läkemedelskombinationer.



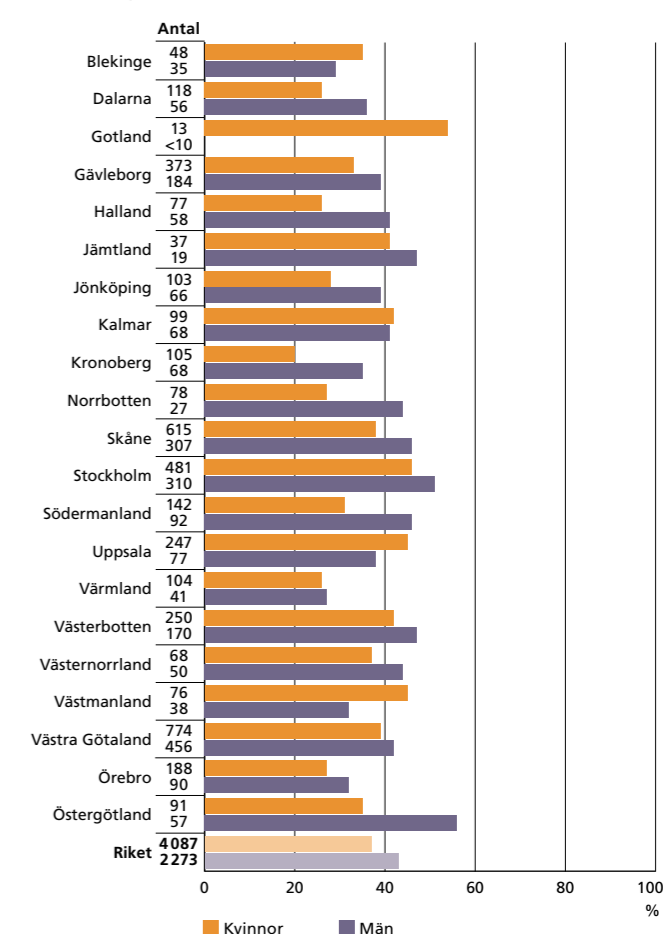
### Andel i arbete

Det är centralt för samhället och för varje enskild individ i arbetsför ålder att ha en funktionsförmåga som möjliggör en självständig försörjning. Den största samhällsekonomiska kostnaden för bipolär sjukdom är de indirekta kostnaderna i form av arbetsbortfall på grund av sjukdomen (Ekman, Granström, Omeroev, Jacob och Landén, 2013). För individen kan en egen försörjning, en meningsfull sysselsättning och en sysselsättningsrelaterad social gemenskap vara av avgörande betydelse för sjukdomsförloppet.

Andelen registrerade som har en sysselsättning eller studerar är ett viktigt mått på individens men också på den psykiatriska vårdens kvalitet. Bipolära målnivå är att 50 procent av patienterna i Bipolära skall ha en högre sysselsättning än 50 procent.

Under 2014 hade 37 procent av kvinnorna och 43 procent av männen i riket en sysselsättningsgrad på mer än 50 procent. Det är en minskning med 2–3 procent för båda könen i förhållande till föregående år. Skillnaderna mellan länen är förhållandevis moderata medan könsskillnaderna inom länen är mer tydliga. Kvinnor har lägre sysselsättningsgrad i samtliga län förutom fem. I vissa län noteras mycket stora könsskillnader i sysselsättningsgrad som i Östergötland, Norrbotten, Kronoberg, Jönköping, Halland och Gotland. Få län når upp till målnivån om 50 procent av patienterna med en sysselsättningsgrad på mer än 50 procent.

Figur 21. Andel patienter i åldern 18–65 år som förvärvat arbetat eller studerat mer än 50% år 2014 fördelat på kön och län.





## Återfall i skov

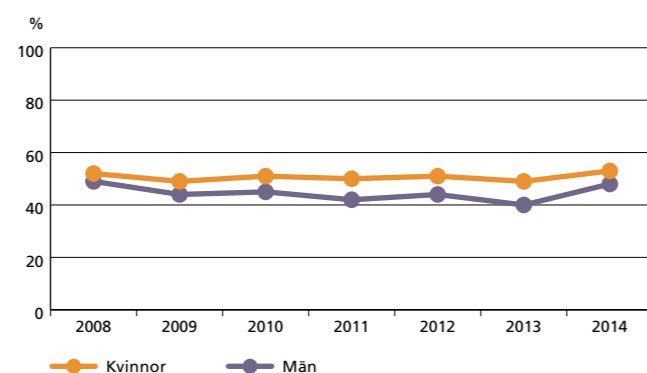
Målet med all stämningssstabiliserande behandling vid bipolär sjukdom är att förhindra affektiva sjukdoms-skov. Andelen patienter med återfall i skov de senaste 12 månaderna är därför en av BipoläRs viktigaste kvalitets-indikatorer. Sjukdomsskoven kan vara maniska, hypomana, depressiva eller blandade. BipoläRs målnivå är att minst 60 procent av patienterna inte skall haft några återfall i skov under perioden som uppmäts (senaste 12 månaderna). Låg andel patienter med affektiva skov kan indikera en god psykiatrisk vård. Resultaten är dock också beroende av faktorer utanför behandlarens direkta kontroll såsom patientens följsamhet till behandlingsrekommendationer, patientens livsföring och livssituation i stort 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 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 ta hänsyn till att patientunderlaget och de socio-ekonomiska förhållandena mellan olika mottagningar kan skilja sig åt vilket i sin tur kan påverka behandlingsutfall på ett sätt som kan försvåra jämförelser.

### Återfall i skov perioden 2008–2014 och typ av återfall

Andelen med återfall i skov under perioden 2008–2014 ligger relativt stabilt. I förhållande till föregående år har dock andelen med återfall i skov ökat något för både män och kvinnor. 48 procent av männen och 53 procent av de uppföljningsregistrerade kvinnorna i BipoläR har haft något återfall i skov under de senaste 12 månaderna. De vanligaste typen av återfall är i fallande ordning; depressiva, hypomana, blandade och maniska skov. Ungefär 44 procent av återfallen är i depressiva skov, endast omkring 23 procent av återfallen är hypomana. Blandade skov utgör endast ca 11 procent medan maniska skov är mest sällsynt med endast 6 procent.

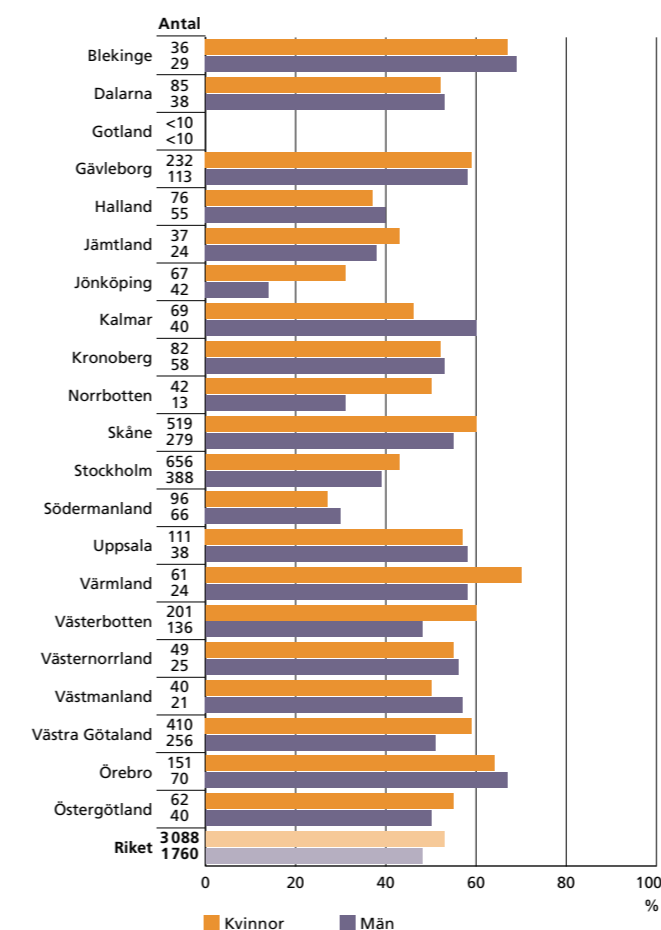
**Figur 22.** Andel uppföljningsregistrerade patienter som återfallit i skov de senaste 12 månaderna år 2008–2014 fördelat på kön.



### Länsvisa skillnader i återfall i skov

Om man ser till riket i sin helhet rapporterades att omkring 53 procent av kvinnorna och 48 procent av männen hade återfallit i skov någon gång de senaste 12 månaderna. Andelen patienter som återfaller i skov skiljer sig således något mellan könen men mer tydligt mellan länen. Variationerna kan bero på systematiska skillnader mellan vilka kategorier av patienter som registreras i olika län exempelvis avseende fördelningen av underdiagnoser. Skillnader i återfall i skov mellan olika län kan emellertid också vara en indikator på skillnader i kvaliteten i den psykiatriska vården. I diagrammet nedan framkommer betydande skillnader i återinsjuknande. I vissa län återfaller över 60 procent av patienterna i skov medan andelen registrerade återfall i andra län endast är mellan 30 och 40 procent. Vid så stora skillnader i behandlingsutfall mellan olika län kan det vara viktigt att noggrant undersöka om det finns systematiska skillnader mellan länen i den behandling som ges och avseende de läkemedel som förskrivs.

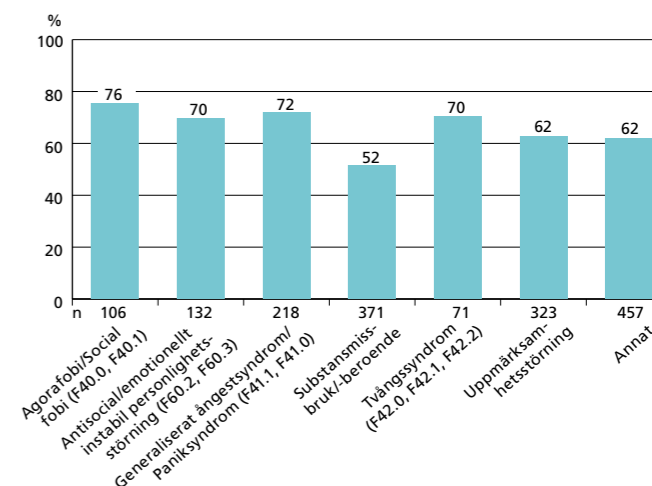
**Figur 23.** Andel uppföljningsregistrerade patienter som återfallit i skov de senaste 12 månaderna år 2014, fördelat på kön och län.



### Återfall i skov vid psykiatrisk samsjuklighet

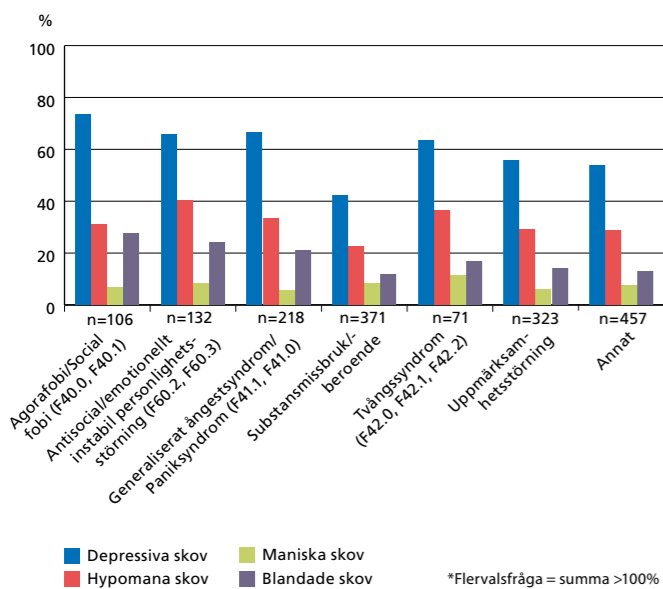
Psykiatrisk samsjuklighet är, för de flesta, en komplicerande faktor vid bipolär sjukdom med en negativ inverkan på sjukdomsförloppet. Som framgår av figur 24 är det en betydligt högre andel i de flesta psykiatriska samsjuklighetsgrupper som återfaller i skov än för övriga. Bland gruppen som förutom en bipolär diagnos också har agorafobi eller social fobi är andelen som återfaller i skov något över 75 procent. Även för de med personlighetsstörningar, ångestsyndrom, tvångssyndrom och uppmärksamhetsstörning är risken för återfall i skov klart förhöjd. Något förvånande utgör andelen av de med substansmissbruk som återfaller i skov en ungefär lika stor andelen som för samtliga i registret. Varför det inte verkar vara någon tydligt förhöjd risk vid substansmissbruk för återfall i skov är oklart men det finns forskningsstudier som indikerar att de med substansmissbruk innan insjuknandet i bipolär sjukdom generellt verkar ha en mindre uttalad bipolär problematik jämfört med de som påbörjar sitt missbruk efter det bipolära insjuknandet (Pacchiarotti, et al., 2009).

**Figur 24.** Återfall i skov de senaste 12 månader fördelat på psykiatriska samsjuklighetstillstånd, uppföljda patienter år 2014.



Om man undersöker vilken typ av skov de olika psykiatriska samsjuklighetsgrupperna återfaller i framkommer att det för samtliga grupper är en klar dominans av depressiva skov, därefter hypomana, blandade och minst frekvent maniska skov. Ordningen över omfattningen av de olika typerna av skov är således likadana som för samtliga i registret. Gruppen med samsjuklighet har en högre andel som återfaller i alla typer av skov med undantag av de med substansmissbruk vilka återfaller i betydligt mindre omfattning än övriga med psykiatrisk samsjuklighet. Man vet att substansmissbruk allvarligt försämrar sjukdomsförloppet (Feinman et al., 1996; Sonne et al., 1994) men det finns också teorier om att de med substansmissbruk har en större andel personer med en mindre biologiskt determinerad bipolär sjukdom och att sjukdom kanske föranleds eller triggas igång av ett aktivt substansmissbruk (Pacchiarotti, et al., 2009).

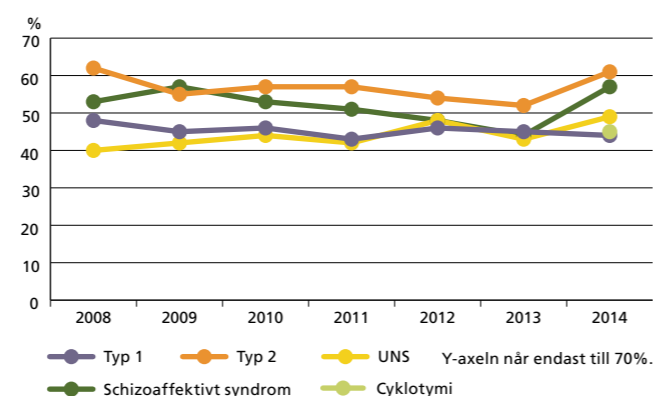
**Figur 25.** Återfall i skov de senaste 12 månader fördelat på psykiatriska samsjuklighetstillstånd och typer av skov, uppföljda patienter år 2014.



### Återfall i skov över tid

Återfall i skov under perioden 2008 – 2014 fördelat på de olika underdiagnoserna visar att patienter med bipolärt syndrom typ 1 hade högst andel med återfall i skov under i stort sett hela perioden. Minskningen för denna grupp har under perioden varit marginell, något över 60 procent har haft återfall i skov de senaste 12 månaderna. Patienter med en typ 1 diagnos har under perioden haft en minskande andel med återfall i skov, ifrån 48 procent 2008 till 44 procent 2014. Minskningen har varit liten men stabil över tid. Motsatt utveckling kan noteras för patienter med UNS. Andelen med återfall i skov har påtagligt ökat under perioden för gruppen med UNS, ifrån 40 procent 2008 till 48 procent 2014. För patienter med schizoaftektivt syndrom utgjorde andelen som hade något återfall i skov 2014 57 procent motsvarande andel för de med cyklotymi (som först 2014 inkluderats i Bipolär) var under 2014, 45 procent. För tre av fyra diagnosgrupper kan man se en liten ökning i andelen med återfall i förhållande till föregående år. Över hela tidsperioden är det emellertid endast två trender som är tydliga och det är att de med en typ 1 diagnos har en något minskande andel med återfall medan de med UNS har en något ökande andel med återfall i skov. Vanligen svarar patienter med typ 1 bättre på stämningsstabiliserande behandling exempelvis litium än de med UNS. Detta kan vara en bidragande faktor som gör att andelen med återfall i skov inte tydligt minskat de senaste åren.

**Figur 26.** Andel uppföljningsregistrerade patienter med återfall i skov 2008–2014 fördelat på underdiagnoser.

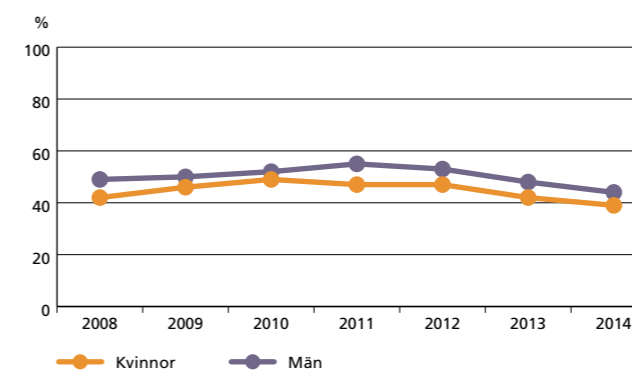


### GAF-funktion och GAF-förbättring

GAF (Global Assessment of Functioning scale) är ett frekvent använt mått för att bedöma och skatta patientens globala funktionsförmåga. 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 liv. Nedan redovisas andelen patienter i registret perioden 2008–2014 som vid uppföljningsregistrering bedömdes ha GAF > 68 poäng.

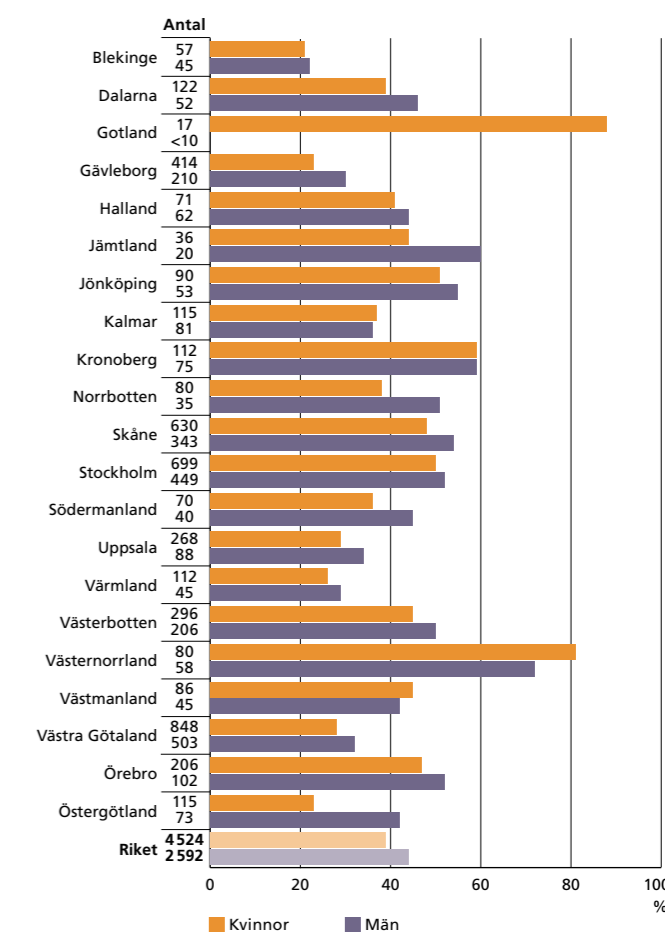
Som framgår av figur nedan fortsätter den negativa trenden från föregående år med en sjunkande andel av patienterna i registret med en normal funktionsförmåga d v s GAF över 68 poäng. Det är en liten men konsekvent könsskillnad där andelen män är något högre (44 %) än andelen kvinnor med GAF>68 (42 %).

**Figur 27.** Andel registrerade patienter med GAF>68, år 2008–2014.

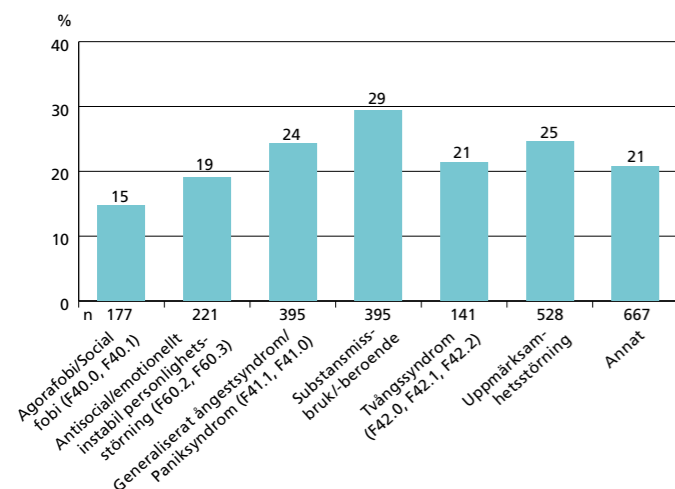


När man sedan jämför andelen av patienterna med en skattad GAF över 68 mellan länen i riket framkommer klara skillnader. I vissa län som Blekinge Gävleborg, Uppsala, Värmland och Västra Götaland är andelen av de registrerade med en GAF-funktion över 68 endast mellan 20–30 procent. I andra län ligger denna andel betydligt högre. I exempelvis Gotland, Jämtland och Västernorrland är andelen med GAF över 68 omkring dubbelt så stor. Skillnaderna mellan olika län kan naturligtvis bero på reella skillnader i patienternas funktionsförmåga men det kan också bero på systematiska skillnader i hur vårdgivare i olika län skattar funktionsförmåga. Något som talar för att det är reella skillnader i funktionsförmåga som noterats är att flera av de ovan nämnda länen också har en relativt hög andel patienter med återfall i skov.

**Figur 28.** Andel registrerade patienter med GAF>68, år 2014.



**Figur 29.** Andel patienter med GAF>68 fördelat på psykiatriska samsjuklighetstillstånd, år 2014.

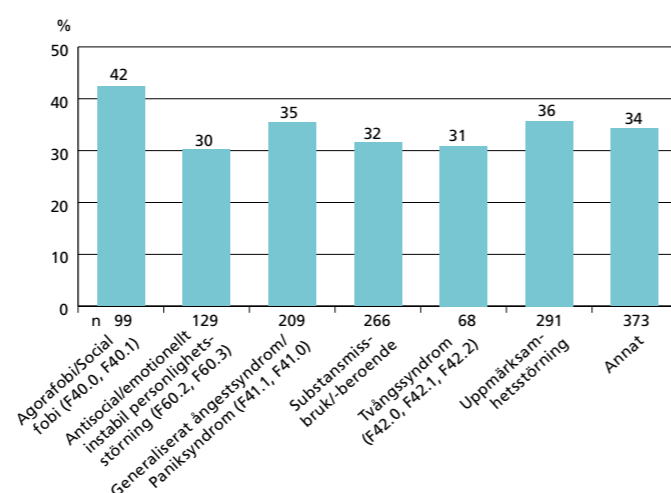


Om man jämför skattningen av GAF för alla patienter i registret med de patienter som också har någon form av psykiatrisk samsjuklighetstillstånd finner man att alla psykiatriska samsjuklighetsgrupper har en lägre andel individer med GAF>68. Det finns också klara skillnader i andelen GAF>68 mellan samsjuklighetsgrupperna. Lägst andel registrerade individer med GAF>68 återfinns i gruppen som förutom en bipolär sjukdom även har agorafobi eller social fobi. Endast omkring 15 procent i denna grupp har GAF>68 vilket kan jämföras med att motsvarande andel i gruppen med substansmissbruk är nästan dubbelt så stor. Generellt sett indikeras, att psykiatrisk samsjuklighet är en komplicerande faktor som påtagligt försämrar patienternas funktion. Något som borde motivera ökade vårdinsatser för denna grupp av patienter med en komplex psykiatrisk problematik.

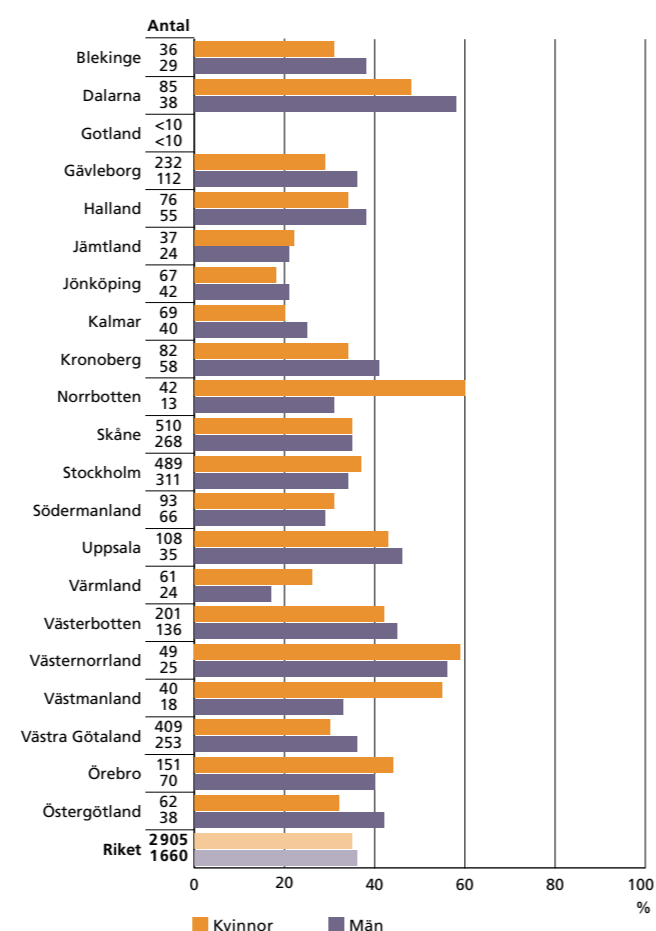
En annan av Bipolärns kvalitetsindikatorer kopplad till GAF är andelen med signifikant GAF-förbättring det vill säga andelen uppföljningsregistrerade patienter som förbättrat sitt GAF-funktionsvärde med fem poäng eller mer mellan två registreringstillfällen. Av de med psykiatrisk samsjuklighet har de med agorafobi eller social fobi högst andel individer med signifikant GAF-förbättring medan de med substansmissbruk tillsammans med gruppen som har en personlighetsstörning och tvångssyndrom lägst andel med signifikant GAF-förbättring.

Om man jämför andelen män med andelen kvinnor med signifikant GAF-förbättring så är det marginell skillnad. Omkring 36 procent av de uppföljningsregistrerade männen i registret har haft en signifikant funk-

**Figur 30.** Andel uppföljningsregistrerade patienter med GAF förbättring fördelat på psykiatriska samsjuklighetstillstånd, år 2014.



**Figur 31.** GAF-förbättring med 5 poäng eller mer mellan två registreringar. Uppföljningsregistreringar gjorda år 2014, grupperad på län och kön.



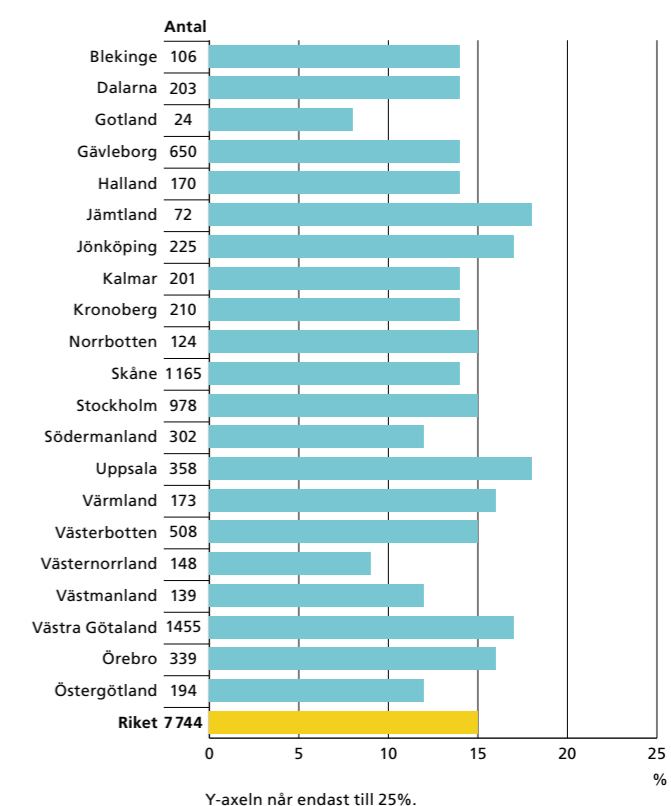
tionsförbättring medan motsvarande andel för kvinnor ligger på 35 procent. Riksgenomsnittet för båda könen låg föregående år på 30 procent. Könsskillnaderna är förhållandevis små även inom olika län med undantag av Norrbotten och Västmanland där andelen kvinnor med signifikant GAF förbättring är betydligt högre än för män. I nio av länen är andelen kvinnor med signifikant GAF-förbättring större än för männen. I län med lägst andel av patienter med signifikant GAF-förbättring, dvs Jämtland, Jönköping och Kalmar ligger andelen på omkring 20 procent medan de län med högst andel med signifikant GAF-förbättring (ex. Dalarna och Västernorrland) där ligger andelen på över 50 procent.

## Andel slutenvårdade

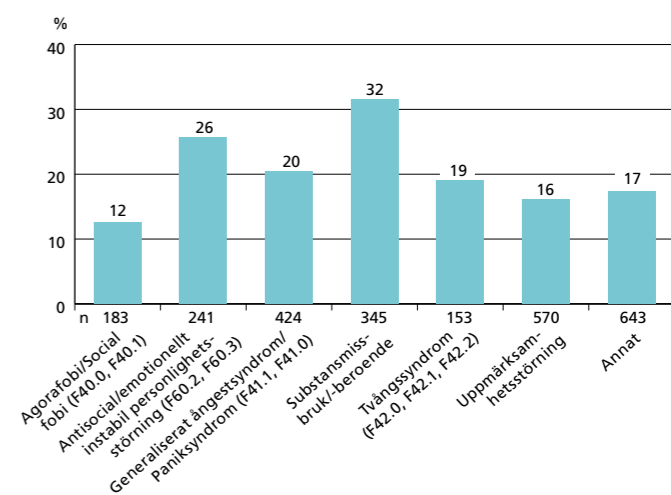
Omkring 15 procent av de registrerade i Bipolär slutenvårdades under 2014. Det är ungefär lika stor andel som föregående år. Under de senaste sju åren har andelen som slutenvårdats minskat något. Några län som Gotland och Västernorrland har en klart lägre andel slutenvårdade. Tillgängligheten till slutenvårdsplatser och regionala riktlinjer kan ha en påverkan men det kan inte uteslutas att det finns systematiska skillnader i patientunderlaget som också kan bidra till att förklara skillnaderna i andelen slutenvårdade mellan länen.

Vid en jämförelse av hur fördelningen av slutenvårdade ser ut med hänsyn till psykiatrisk samsjuklighet noteras att samtliga patientgrupper med psykiatrisk samsjuklighet med undantag av de med agorafobi och/eller socialfobi har en högre andel slutenvårdade än riksgenomsnittet för samtliga i Bipolär. Något förvånande kan tyckas att de med substansmissbruk, vilket är den grupp med lägst andel med återfall i skov och högst andel med normal skattad GAF-funktion, också har högst andel slutenvårdade (ca 32 %), men det förklaras av att missbruksvård ofta innebär slutenvård. Näst efter de med substansmissbruk kommer gruppen med personlighetsstörningar (ca 26 %), patienter med generaliserat ångestsyndrom eller paniksyndrom (ca 20 %), de med tvångssyndrom (19 %) och de med uppmärksamhetsstörning (ca 16 %). De med lägst andel slutenvårdade är de med agorafobi och/eller social fobi (ca 12 %).

**Figur 32.** Andel registrerade som blivit slutenvårdade under 2014, fördelade länsvis.



**Figur 33.** Andel patienter med slutenvård fördelat på psykiatriska samsjuklighetstillstånd, år 2014.

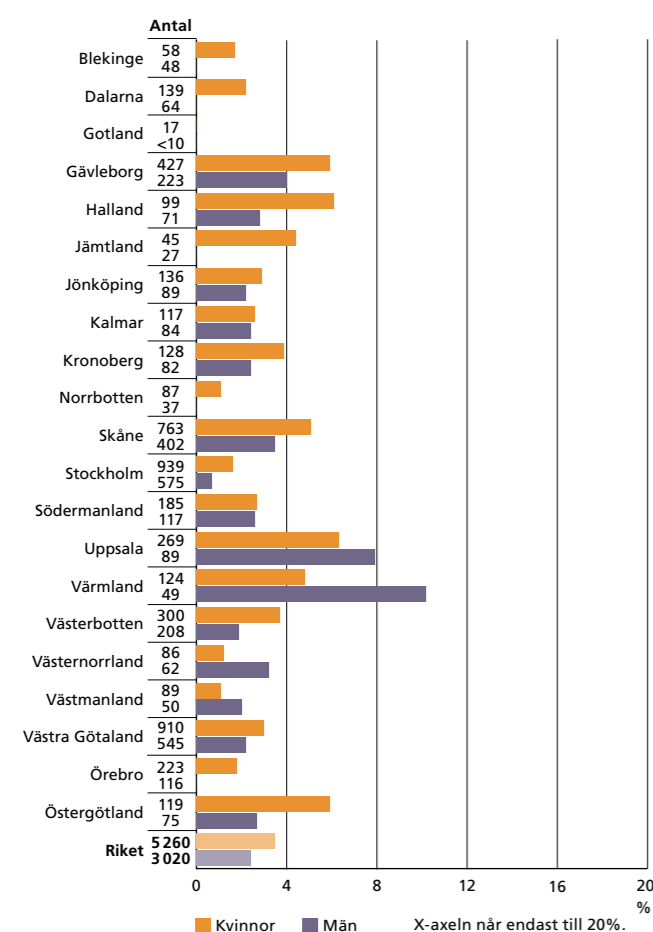


## Självskadande och suicidförsök

Bipolär sjukdom förhöjer den statistiska risken för självmord med ungefär 20 ggr. Ett av psykiatrins viktigaste uppdrag är att förhindra självmord. Man vet att rätt behandling minskar självmordsrisken. Läkemedelsbehandling med litium har visat sig påtagligt kunna minska risken för självmord.

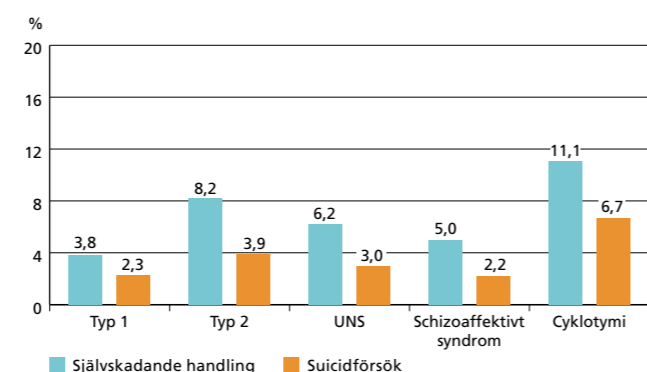
252 av 8 280 registrerade patienter i Bipolär rapportades under 2014 försökt ta sitt liv under de senaste 12 månaderna. Det motsvarar omkring 3 procent av alla registreringar under 2014. Det är en något högre andel kvinnor än män som försökt ta sitt liv. För flertalet av länen är det också en något högre andel kvinnor än män som försökt ta sitt liv. Undantagen är Uppsala, Värmland, Västernorrland och Västmanland. Eftersom det är ett litet antal som gör självmordsförsök kan ett fåtal självmordsförsök få ett stort procentuellt genomslag särskilt för län med ett fåtal registreringar. Man bör därför tolka siffrorna nedan med viss försiktighet.

**Figur 34.** Andel registrerade år 2014 som de senaste 12 månader gjort suicidförsök, fördelat på län och kön.



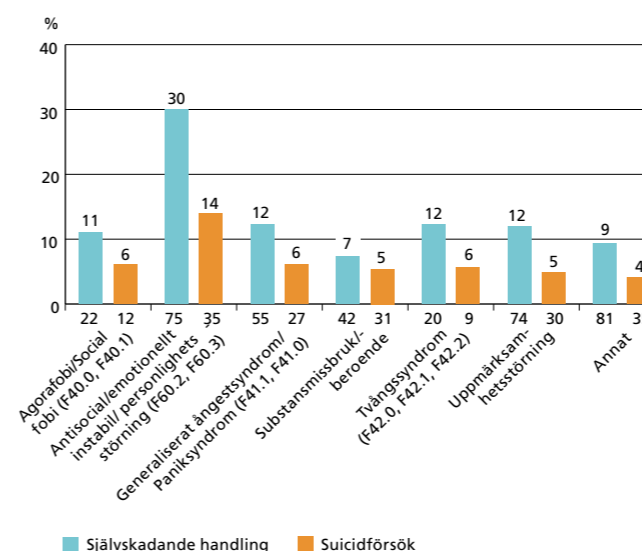
En granskning av hur de självskadande handlingarna och suicidförsöken fördelar sig över de olika underdiagnosgrupperna till bipolär sjukdom visar att både suicidförsök och självskadande handlingar är mest frekvent i gruppen med cyklotymi. Hela 11 procent av de med cyklotymi hade under de senaste 12 månaderna gjort en självskadande handling och närmare 7 procent hade gjort ett självmordsförsök. En hög andel med självmordsförsök och självskadande återfinns även bland gruppen med typ 2 där omkring 8 procent gjort en självskadande handling och cirka 4 procent gjort ett suicidförsök de senaste 12 månaderna. Något lägre andel med självskadande och suicidförsök finner man bland patienter med UNS och de som har ett schizoaffektiva syndrom. Patienter med typ 1 är den underdiagnosgrupp med lägst andel med självskadande handlingar (ca 4 %) och lägst andel med suicidförsök tillsammans med patienter med schizoaffektiva syndrom.

**Figur 35.** Andel registrerade 2014 som de senaste 12 månader gjort självskadande handling eller suicidförsök, fördelat på underdiagnoser.



Om man undersöker hur suicid- och självmordsförsöken fördelar sig mellan de psykiatriska samsjuklighetstillstånden finner man att personer med personlighetsstörningar är klart överrepresenterade avseende framförallt självskadande handlingar men de ligger även högre avseende suicidförsök jämfört med övriga i registret. En så stor andel som 30 procent av patienterna som förutom en bipolär diagnos även har en personlighetsstörning rapporterats under 2014 under de senaste 12 månaderna ha gjort en självskadande handling och hela 14 procent uppges försökt att ta sitt liv under samma period. Man kan konstatera att de med psykiatrisk samsjuklighet som försökt ta sitt liv eller gjort självskadande handlingar de senaste 12 månaderna ligger klart över genomsnittet för övriga i registret. Psykiatrisk samsjuklighet är därmed en tydlig riskfaktor för både suicid och självskadande handlingar.

**Figur 36.** Andel patienter som de senaste 12 månaderna gjort självskadande handling eller suicidförsök fördelat på psykiatriska samsjuklighetstillstånd, år 2014.

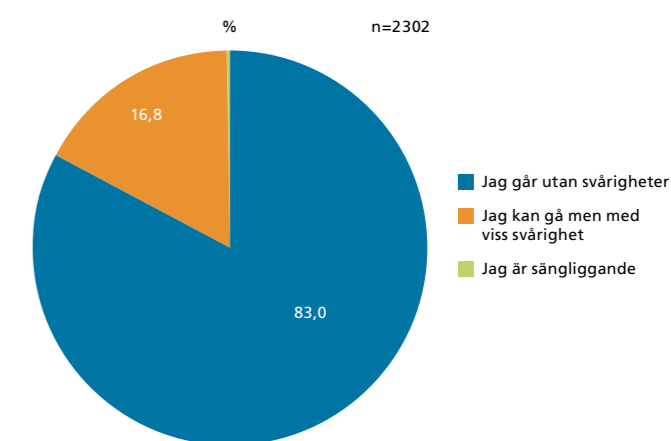


## Patientrapporterad psykisk och fysisk hälsa

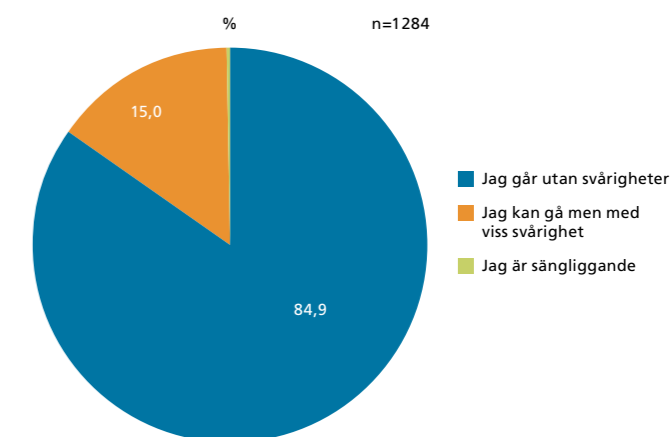
Patientrapporterad hälsa mäts i Bipolär genom EQ5D som är ett standardiserat och internationellt välanvänt formulär. Självs kattad hälsa fångas i EQ5D upp genom fem specifika frågor samt en global fråga om det generella hälsotillståndet. De fem specifika frågorna berör förmåga till fysisk rörlighet, förmåga att sköta sin hygien, förmåga att klara av de vardagliga aktiviteterna samt upplevd fysisk smärta och graden av patientens upplevda nedstämdhet och oro. De fem specifika frågorna besvaras genom att patienten får fylla i ett av tre svarsalternativ där graden av förmåga, funktion eller smärta anges. Den sista frågan om patientens globala hälsotillstånd besvaras på en skala ifrån 0 till 100 där 0 är det sämsta tänkbara hälsotillståndet och 100 utgör det optimala hälsotillståndet.

45 procent av patienterna har besvarat EQ5D. Av dessa anger 83 procent av kvinnorna på den första frågan om rörlighet att de kan gå utan svårigheter, omkring 17 procent anger att de kan gå men med vissa svårigheter medan de som anger att de är sängliggande utgör mindre andel än 0,5 procent. Ungefär motsvarande svarsfördelning finner man för män.

**Figur 37.** EQ5D-Rörlighetsfråga för registrerade kvinnor, år 2014.



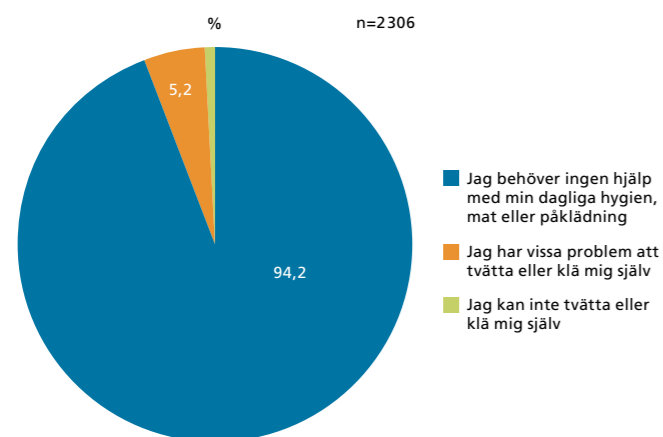
**Figur 38.** EQ5D-Rörlighetsfråga för registrerade män, år 2014.



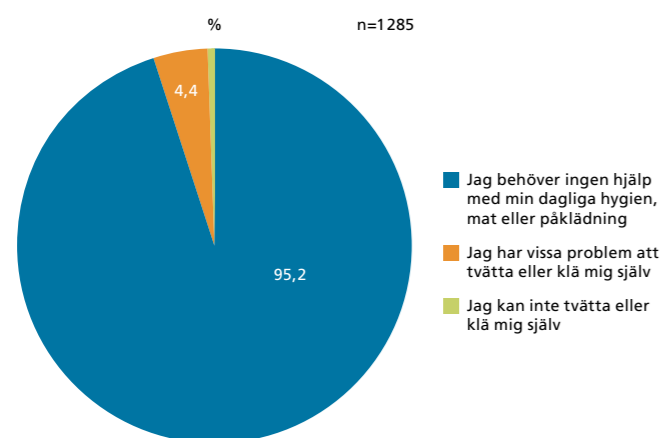


Avseende hygien anger en stor majoritet, omkring 95 procent, av både män och kvinnor att de inte behöver någon hjälp för att sköta sin dagliga hygien eller hjälp med påklädning.

**Figur 39.** EQ5D-Hygienfråga för registrerade kvinnor, år 2014.

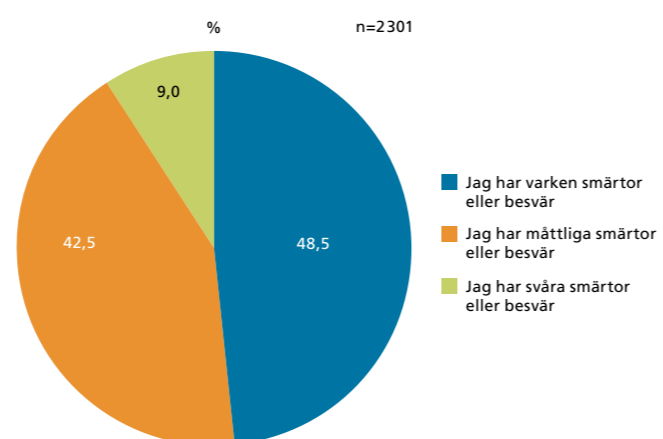


**Figur 40.** EQ5D-Hygienfråga för registrerade män, år 2014.

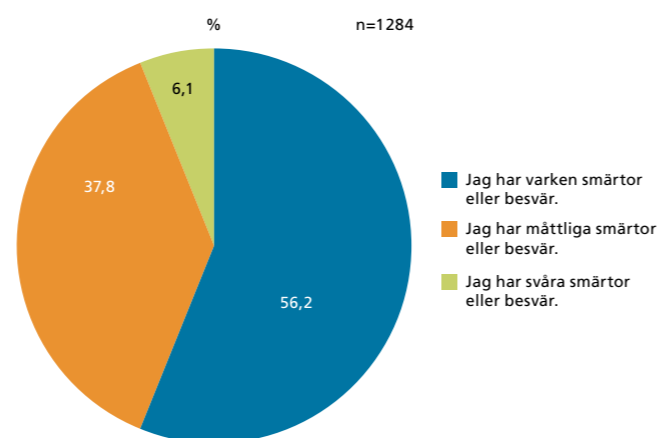


Ungefär hälften av kvinnorna i registret uppger måttliga eller svåra smärtor vilket är några procent högre andel än för män. Hela 9 procent av kvinnorna anger svåra smärtor eller besvär medan denna grupp bland män endast är 6 procent.

**Figur 41.** EQ5D Smärta/besvärfråga för registrerade kvinnor, år 2014.

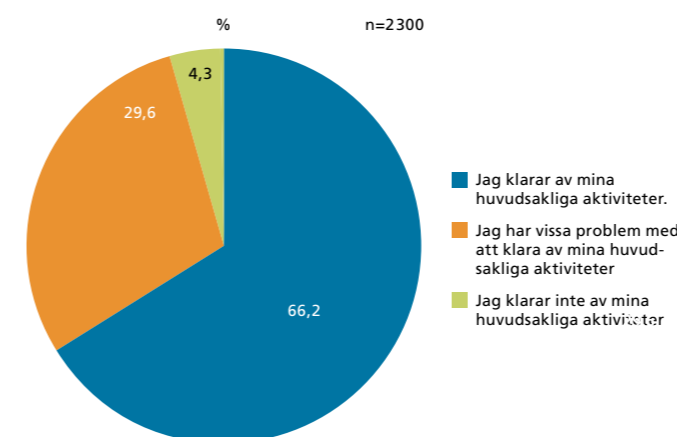


**Figur 42.** EQ5D-Smärta/besvärfråga för registrerade män, år 2014.

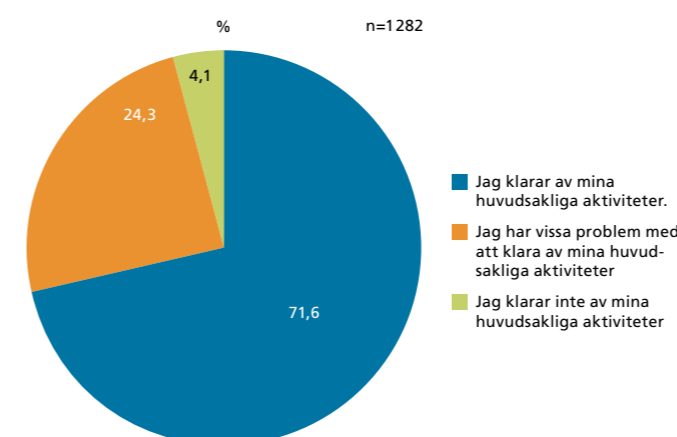


Omkring 2/3 delar, av kvinnorna uppger att de klarar av sina huvudsakliga aktiviteter. Motsvarande andel bland män ligger några procentenheter högre, cirka 70 procent. En relativt stor andel av både männen och kvinnorna i registret anger att de har vissa problem att klara av sina huvudsakliga aktiviteter eller att de inte alls klarar av dem.

**Figur 43.** EQ5D-Huvudsakliga aktiviteterfråga för registrerade kvinnor, år 2014.

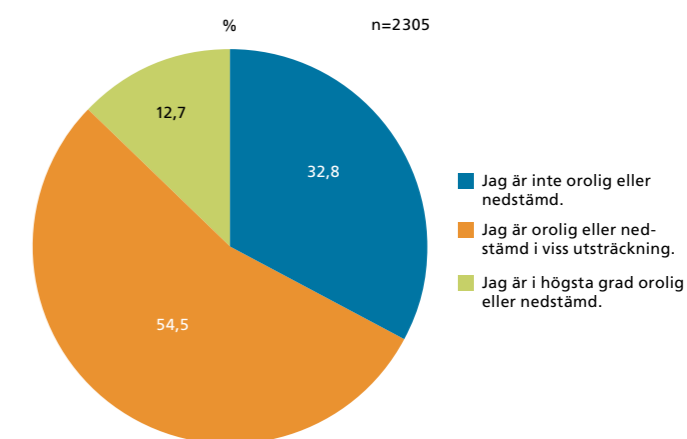


**Figur 44.** EQ5D-Huvudsakliga aktiviteter fråga för registrerade män, år 2014.

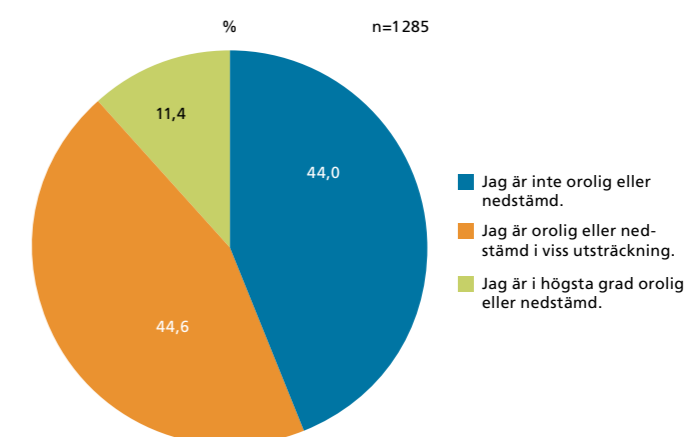


Störst könsskillnad i EQ5D finner man avseende oro och nedstämdhet där endast närmare 1/3 av kvinnorna anger att de varken är oroliga eller nedstämda och omkring 54 procent anger att de är oroliga eller nedstämda i viss utsträckning och cirka 13 procent anger att de i högsta grad oroliga eller nedstämda. För män är andelen som varken är nedstämda eller oroliga 44 procent, cirka 45 procent anger att de är oroliga eller nedstämda i viss utsträckning och omkring 12 procent anger att de i högsta grad är oroliga eller nedstämda.

**Figur 45.** EQ5D-Oro/nedstämdhetsfråga för registrerade kvinnor, år 2014.

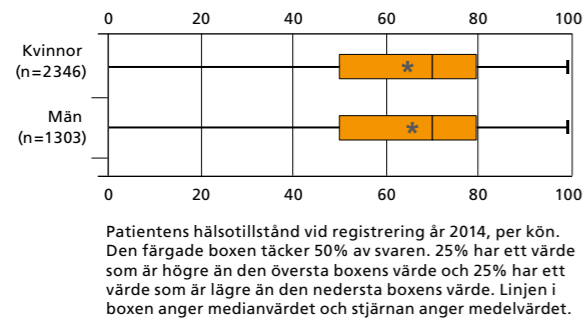


**Figur 46.** EQ5D-Oro/nedstämdhet fråga för registrerade män, år 2014.



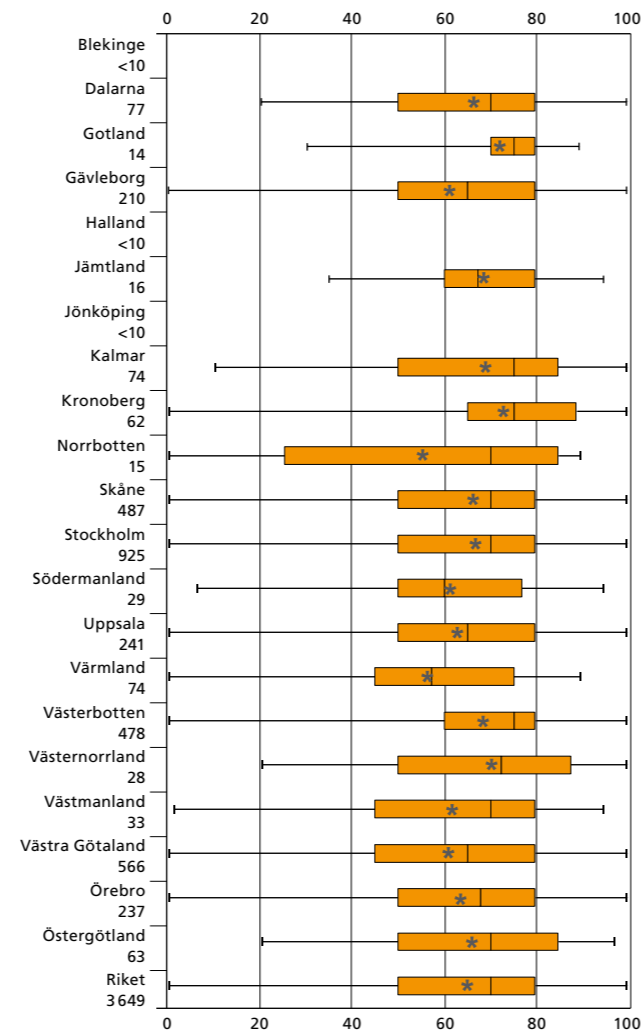
På patienternas självskattade globala hälsotillstånd framkommer inga egentliga könsskillnader. Medelvärdet för båda könen i självskattad global hälsa ligger omkring 65 poäng.

**Figur 47.** Självskattat hälsotillstånd vid registrering år 2014, per kön.



Vid en jämförelse av hur patienternas självskattade hälsotillstånd skiljer sig mellan olika län framkommer att medelvärdet i självskattad hälsa för de registrerade i flertalet av länen ligger mellan 60 till 70 poäng. Endast Norrbotten och Värmland ligger under 60 poäng och endast Gotland, Kronoberg, och Västernorrland ligger över 70 poäng.

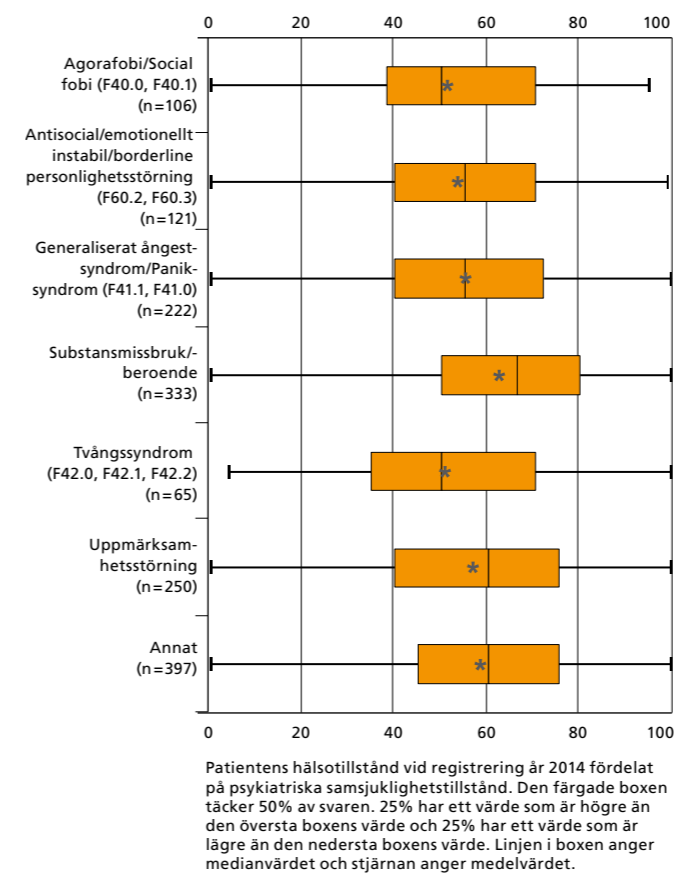
**Figur 48.** Självskattat hälsotillstånd vid registrering år 2014, per län.



Patientens hälsotillstånd vid registrering år 2014, per län. Den färgade boxen täcker 50% av svaren. 25% har ett värde som är högre än den översta boxens värde och 25% har ett värde som är lägre än den nedersta boxens värde. Linjen i boxen anger medianvärdet och stjärnan anger medelvärdet.

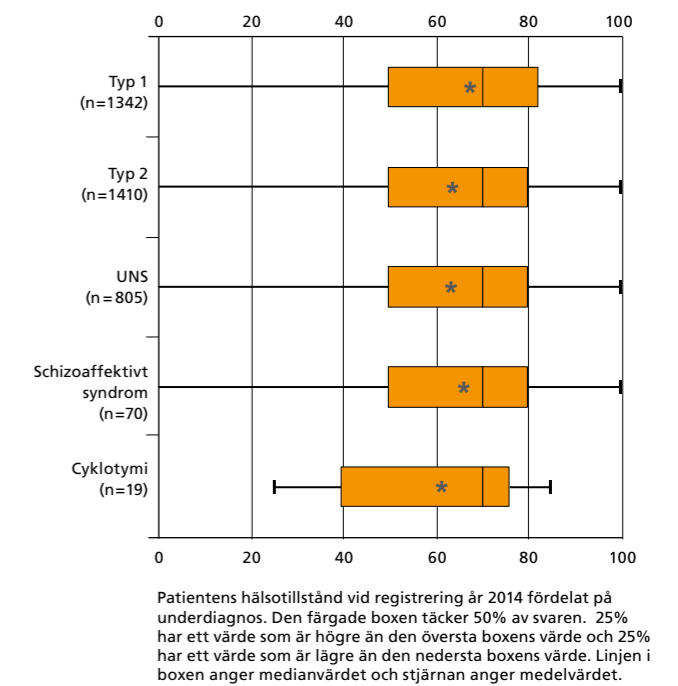
Relativt tydliga skillnader i självskattad global hälsa noteras vid en jämförelse mellan de med psykiatrisk samsjuklighet och övriga i registret. Alla samsjuklighetsgrupper med undantag av de med substansmissbruk ligger klart under medelvärdet för övriga i registret. Lägst självskattad hälsa har de med tvångssyndrom med ett medelvärde på 52 poäng. Högst subjektivt hälsotillstånd har de med substansmissbruk med ett medelvärde på 62 poäng.

**Figur 49.** Självskattat hälsotillstånd vid registrering år 2014 fördelat på psykiatriska samsjuklighetstillstånd.



Vid en jämförelse av självskattad global hälsa mellan de bipolära underdiagnoserna noteras att medelvärdesskillnaderna generellt är små mellan grupperna men att de med cyklotymi ligger lägre i självskattad hälsa än övriga. Inom gruppen med cyklotymi är också spridningen i upplevd hälsa större än för övriga grupper med psykiatrisk samsjuklighet.

**Figur 50.** Självskattat hälsotillstånd vid registrering år 2014 fördelat på underdiagnos.



# Redovisning av kvalitetsindikatorer för vårdenheter

Tabell 5. Redovisning av värden för de olika kvalitetsindikatorerna för enskilda enheter inom parentes (om mottagningarnas registreringar är färre än 20 anges inga värden).

Län	Enhetskod	Enhet	Totalt antal registreringar	Andel patienter med BMI >30	Andel patienter med GAF-funktion >68*	Andel patienter med återfall i skov**	Andel patienter med patientutbildning***	Andel patienter sysselsatta > 50%****	Andel patienter med litium*****
<b>Blekinge</b>	SE2321000081-A185	Vuxenpsykiatri Ronneby	36	38.9	16.7	81.3	19.4	25.0	50.0
	SE2321000081-A218	Vuxenpsykiatrisk mottagning Karlshamn	37	18.9	24.2	75.0	43.2	31.0	53.6
	SE2321000081-A165	Vuxenpsykiatrisk mottagning Karlskrona	34	36.4	21.2	58.6	12.1	45.5	84.6
<b>Dalarna</b>	SE2321000180-476D	Mottagning Leksand	39	33.3	56.3	61.9	7.7	28.1	65.2
	SE2321000180-473C	Mottagning Malung	<20						
	SE2321000180-472H	Mottagning Mora	<20						
	SE2321000180-479G	Mottagning Rättvik	<20						
	SE2321000180-475D	Mottagning Vansbro	<20						
	SE2321000180-4H35	Mottagning Älvdalen	<20						
	SE2321000180-471K	Psykiatrimottagning Borlänge	21	45.0	33.3	44.4	5.0	10.0	50.0
	SE2321000180-495D	Psykiatrimottagning Falun	32	28.1	25.0	53.6	15.6	25.0	77.8
	SE2321000180-475P	Psykiatrimottagning Gagnef	<20						
	SE2321000180-4758	Psykiatrimottagning Hedemora	<20						
<b>Gotland</b>	SE2321000180-465Z	Vuxenpsykiatri Västerbergslagen Ludvika	27	32.0	28.6	46.2	4.0	54.2	100.0
	SE2321000180-49QG	Vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning Avesta	<20						
<b>Gotland</b>	SE2321000016-4TPT	Vuxenpsykiatriska Öppenvården Visby	24	12.5	91.7	45.5	29.2	58.8	100.0
<b>Gävleborg</b>	SE2321000198-019061	Allmänpsykiatrisk mottagning Gävle	286	24.7	22.3	61.8	33.8	35.7	66.7
	SE2321000198-019069	Psykiatrisk mottagning Bollnäs	78	32.9	42.0	35.0	14.5	38.3	56.7
	SE2321000198-019062	Psykiatrisk mottagning Sandviken	183	33.3	22.6	70.5	39.5	36.0	72.5
	SE2321000198-019068	Psykiatrisk mottagning Söderhamn	48	31.3	26.5	63.6		25.6	60.9
	SE2321000198-019067	Psykiatriska mottagningen Hudiksvall	40		15.2	40.0		14.3	100.0
	SE2321000198-019070	Psykiatriska mottagningen Ljusdal	40	12.8	46.2	40.0	61.5	40.0	81.8
	SE2321000115-035724	Affektiva mottagningen Halmstad	42	16.7	51.2	79.3	42.9	33.3	54.5
<b>Halland</b>	SE2321000115-023359	Vuxenpsykiatrimottagningen Falkenberg	<20						
	SE2321000115-064131	Vuxenpsykiatrimottagningen Halmstad	<20						
	SE2321000115-098368	Vuxenpsykiatrimottagningen Hyltebruk	<20						
	SE2321000115-039760	Vuxenpsykiatrimottagningen Kungsbacka	51	4.0	31.3	21.7	20.0	30.8	42.9
	SE2321000115-060397	Vuxenpsykiatrimottagningen Laholm	23	27.3	38.1	27.8		25.0	70.0
	SE2321000115-050592	Vuxenpsykiatrimottagningen Varberg	25	12.0	47.1	47.1	4.0	42.1	50.0
	SE2321000115-030930	Äldrepsykiatrimottagning Halmstad	<20						
<b>Jämtland</b>	SE2321000214-E017423	Avd 4B aff tillst och äldrepsyk Östersund	72	22.2	50.9	41.0	31.9	44.6	67.7
<b>Jönköping</b>	SE2321000057-4VXV	Psykiatriska kliniken Värnamo sjukhus	80	32.9	100.0	10.3	6.3	43.9	72.0
	SE2321000057-4N27	Psykiatriska mottagningen Eksjö	<20						
	SE2321000057-4PVF	Psykiatriska mottagningen Jönköping	38	36.8	83.8	100.0	39.5	55.6	47.6
	SE2321000057-4N2R	Psykiatriska mottagningen Nässjö	30	46.7	36.7	16.0		16.7	62.5
	SE2321000057-4N2W	Psykiatriska mottagningen Tranås	25	28.0	36.4	27.8	52.0	18.2	71.4
<b>Kalmar</b>	SE2321000057-4N2Z	Psykiatriska mottagningen Vetlanda	36	25.7	28.6	38.1	2.9	20.7	66.7
	SE2321000073-4C27	Psykiatrisk mottagning Kalmar norr	36	36.1	41.7	21.2		48.4	81.3
	SE2321000073-4C26	Psykiatrisk mottagning Nybro Emmaboda	<20						
	SE2321000073-81Q7	Psykiatrisk mottagning Oskarshamn	21	23.8	9.5	41.7	14.3	30.0	62.5
	SE2321000073-4C25	Psykiatrisk mottagning Öland	33	33.3	27.3	41.7	3.0	42.3	83.3
	SE2321000073-81PV	Psykiatrisk mottagning öppenvård Västervik	57	31.6	52.7	76.2	47.4	37.5	51.9
	SE2321000073-4C21	Psykiatriska rehabilitering Kalmar-Torås-Öland	<20						

\*Endast patienter med registrerat GAF-F värde. \*\*Endast uppföljningsregistrerade patienter. \*\*\*Patientutbildning någon gång. \*\*\*\*Endast patienter mellan 18–65 år ingår.

\*\*\*\*\*Endast patienter med bipolär typ 1.

**Tabell 5. Redovisning av värden för de olika kvalitetsindikatorerna för enskilda enheter inom parentes (om mottagningarnas registreringar är färre än 20 anges inga värden).**

Län	Enhetskod	Enhet	Total antal registreringar	Andel patienter med BMI >30	Andel patienter med GAF-funktion >68*	Andel patienter med återfall i skov**	Andel patienter med patientutbildning***	Andel patienter sysselsatta > 50%****	Andel patienter med litium*****
Kalmar	SE2321000073-4BS6	Psykiatriskmottagning Vimmerby/Hultsfred	33	33.3	45.5	71.4	12.1	58.1	71.4
	SE2321000073-4C1X	Valnötstrådet behandlingsenhet Kalmar	<20						
Kronoberg	SE2321000065-7330028006245	Allmänpsykiatriska mottagningen Ljungby	39	33.3	61.1	48.1	46.2	18.2	73.3
	SE2321000065-7330028075036	Allmänpsykiatriska mottagningen Växjö	173	28.1	59.2	54.0	42.1	27.9	65.2
Norrbotten	SE2321000230-E00653	Närpsykiatri Boden	25	48.0	36.0	85.7	12.0	17.4	50.0
	SE2321000230-E00652	Närpsykiatri Kalix	<20						
	SE2321000230-E00654	Närpsykiatri Luleå	20	57.9	57.9	83.3	31.6	33.3	66.7
	SE2321000230-E00360	Psykiatri Gällivare	30	36.7	3.4	36.4	46.7	18.2	81.8
	SE2321000230-E00362	Psykiatri Piteå	40	32.5	65.0	21.7	60.0	47.1	68.4
	SE2321000230-E00656	Psykiatrisk mottagning Sunderbyn Luleå	<20						
Skåne	SE162321000255-O20862	Affektivt Centrum Malmö	239	25.6	53.8	64.6	27.5	47.8	56.2
	SE162321000255-O16053	Allmänpsykiatrisk mottagning Helsingborg	77	27.3	70.1	67.7	23.4	37.3	47.6
	SE162321000255-O17426	Allmänpsykiatrisk mottagning Trelleborg	131	29.7	46.9	66.1	18.8	34.3	46.4
	SE162321000255-O17111	Allmänpsykiatrisk mottagning Ängelholm	73	30.1	68.5	61.5	19.2	26.2	56.3
	SE162321000255-F13651	BUP Team Psykos Bipolära tillstånd Lund	37	5.6		75.0	63.9	100.0	85.7
	SE162321000255-O18717	Capio Psykiatri Simrishamn	<20						
	SE162321000255-O18716	Capio psykiatri Ystad	<20						
	SE162321000255-O19466	Integrerad Närsjukvård Malmö	31	23.3	50.0	55.0	16.1	54.2	35.7
	SE162321000255-O16131	Mottagning Äldrepsykiatri Helsingborg	38	13.9	54.3	37.0	2.8		58.8
	SE162321000255-O20842	Psykiatrisk Mottagning 2 Lund	76	23.0	41.1	59.1	13.2	47.5	60.0
	SE162321000255-O12666	Psykiatrisk Mottagning Arlöv	23	22.7	72.7	37.5		53.3	60.0
	SE162321000255-O12630	Psykiatrisk Mottagning Eslöv	91	31.9	63.7	63.6	15.4	41.3	76.2
	SE162321000255-O12633	Psykiatrisk Mottagning Landskrona	75	33.3	45.9	55.6	2.7	32.3	69.2
	SE162321000255-O16140	Psykiatrisk mottagning 1 Lund	47	17.4	50.0	50.0	35.6	57.6	53.3
	SE162321000255-O16139	Psykiatrisk psykosmottagning Lund	<20						
	SE162321000255-O12629	Psykiatrisk rehabenhet Eslöv	<20						
	SE162321000255-O19408	Södermottagningen, Helsingborg	<20						
	SE162321000255-O13246	Vuxenpsykiatri Kristianstad Öppenv. Hässleholm	59	29.8	37.7	50.0	8.8	44.2	33.3
	SE162321000255-O13265	Vuxenpsykiatri Kristianstad Öppenv. Kristianstad	141	38.6	29.3	49.5	22.9	40.2	57.4
Stockholm	SE2321000016-62V1	ADHD-mottagningen Stockholm	<20						
	SE2321000016-5RLN	Affektiva enheten Norrtälje	82	25.6	47.6	41.0	13.4	28.1	75.0
	SE2321000016-14NL	Affektiva mottagningen M 59 Stockholm	410	25.9	60.2	31.7	28.8	37.5	60.3
	SE2321000016-1598	Affektiva mottagningen Sollentuna	27	23.1	68.0	28.6	42.3	50.0	47.8
	SE2321000016-15ZK	Affektivt Centrum Stockholm	199	20.2	46.2	44.9	52.0	52.3	78.8
	SE2321000016-3152	Behandlingsenhet Väst Bromma	<20						
	SE2321000016-168M	Behandlingsenheten City Stockholm	<20						
	SE2321000016-14MV	Botkyrka psykiatriska öppenvårdsmott. Norsborg	<20						
	SE2321000016-4ZRL	Capio Psykiatri Nacka	65	18.5	50.0	84.9	73.8		55.0
	SE2321000016-4ZDN	Capio Psykiatri Nynäshamn	55	34.6	12.5	50.0	15.1		44.4
	SE2321000016-4ZRP	Capio Psykiatri Tyresö	43	34.9	18.6	60.0	35.7	46.9	71.4
	SE2321000016-4ZRK	Capio Psykiatri Värmdö	58	21.8	60.0	72.4	34.5	44.0	50.0
	SE2321000016-5FWX	Ersta Diakoni Stockholm	<20						
	SE2321000016-118R	Grengårdens Rehabenhet Södertälje	<20						
	SE2321000016-164F	Järvapsykiatri Kista	<20						
	SE2321000016-163P	Järvapsykiatri Rinkeby	55	32.7	43.6	60.0	14.5	38.9	66.7
	SE2321000016-163L	Järvapsykiatri Spånga	<20						
SE2321000016-7WBQ	PRIMA Vuxenpsykiatri Jakobsberg	<20							

\*Endast patienter med registrerat GAF-F värde. \*\*Endast uppföljningsregistrerade patienter. \*\*\*Patientutbildning någon gång. \*\*\*\*Endast patienter mellan 18–65 år ingår.

\*\*\*\*\*Endast patienter med bipolär typ 1.



**Tabell 5.** Redovisning av värden för de olika kvalitetsindikatorerna för enskilda enheter (om mottagningarnas registreringar är färre än 20 anges inga värden).

Län	Enhetskod	Enhet	Total antal registreringar	Andel patienter med BMI >30	Andel patienter med GAF-funktion >68*	Andel patienter med återfall i skov**	Andel patienter med patientutbildning***	Andel patienter sysselsatta > 50%****	Andel patienter med litium*****
Stockholm	SE2321000016-15SB	PSM Enskede-Årsta-Vantör	33	9.1	45.5	61.5	27.3	56.7	60.0
	SE2321000016-15S3	PSM Farsta-Skarpnäck	33	24.2	54.5	61.5	66.7	55.6	83.3
	SE2321000016-15SM	PSM Södermalm	71	18.3	58.7	41.9	34.3	60.3	75.0
	SE2321000016-15S5	PVE Enskede-Årsta-Vantör	21	33.3	52.4	33.3	33.3	46.7	64.3
	SE2321000016-15S2	PVE Farsta-Skarpnäck	29	10.3	31.0	26.7	17.2	41.7	62.5
	SE2321000016-15SJ	PVE Södermalm	57	9.4		45.5	32.1		40.0
	SE2321000016-15SQ	PVE Ytterö	<20						
	SE2321000016-5C6D	Prima Vuxenpsykiatri Åkersberga	24	26.1	52.2	37.5	26.1	41.2	85.7
	SE2321000016-5C6F	Prima Vuxenpsykiatri Lidingö	<20						
	SE2321000016-7WB0	Prima Vuxenpsykiatri Liljeholmen	55	20.8	73.6	93.8	42.3	52.1	70.6
	SE2321000016-5C6B	Prima Vuxenpsykiatri Mörby Danderyd	<20						
	SE2321000016-5CH1	Prima Vuxenpsykiatri Täby	41	20.0	72.5	20.7	26.8	63.0	100.0
	SE2321000016-5CHO	Prima Vuxenpsykiatri Vallentuna	<20						
	SE2321000016-2J1X	Psykiatricentrum Väst Bromma	<20						
	SE2321000016-158C	Psykiatrisk mottagning Kronan Sundbyberg	22	13.6		12.5	13.6	45.5	72.7
	SE2321000016-35Z9	Psykiatriska behandlingsteamet Södertälje	24	33.3	37.5	25.0	45.8	91.7	60.0
	SE2321000016-1RZT	Psykiatriskt beroende team Södertälje	<20						
	SE2321000016-1593	Sollentuna psykiatriska öppenvård	<20						
	SE2321000016-118Q	Sydgårdens Rehabilitering Södertälje	<20						
	SE2321000016-1RZV	Äldrepsykiatrisk mottagning Södertälje	<20						
Södermanland	SE2321000032-43H6	Psykiatriska mottagningen 1 Nyköping	37	16.2	92.3	62.5	24.3	48.5	62.5
	SE2321000032-43H7	Psykiatriska mottagningen 2 Nyköping	<20						
	SE2321000032-43HK	Psykiatriska mottagningen Flen	20	26.3	41.2	31.3	5.6	40.0	60.0
	SE2321000032-4J1D	Psykiatriska mottagningen Katrineholm	73	37.5	16.7	35.3	19.2	26.8	42.9
	SE2321000032-43MF	Psykiatriska mottagningen Strängnäs	50	26.5	25.9	25.6	16.3	45.2	100.0
	SE2321000032-43H8	Psykiatriska mottagningen 3 Oxelösund	29	41.4	42.3	52.6	6.9	27.3	60.0
	SE2321000032-43LW	Psykiatriska öppenvårdsmottagningen Eskilstuna	87	32.2	15.8	10.0	90.8	35.1	76.2
	Uppsala	SE162321000024-0039763	Affektiv mottagning 2 Uppsala	26	20.8	41.7	66.7	26.9	33.3
SE162321000024-0039764	Affektiv mottagning 3 Uppsala	119	37.9	31.3	63.6	43.5	49.1	45.5	
SE1623211000024-0016867	Bålsta psykiatrimottagning	27	40.7	37.0	29.2	18.5	37.5	63.6	
SE1623211000024-0036622	Enköpings psykiatrimottagning	44	36.4	48.8	38.1	15.9	20.6	73.3	
SE162321000024-0026800	Gimo närpsykiatriska mottagning	<20							
SE162321000024-0016368	Psykiatricentrumens utvecklingsenhet Uppsala	44	32.6	23.3	84.6	69.0	20.0	63.6	
SE162321000024-0016791	Psykiatricentrum för unga vuxna Uppsala	80	16.3	23.8	83.3	58.8	67.5	46.7	
SE162321000024-0017026	Psykivårdens Ungdomsteam Uppsala	<20							
SE162321000024-0026796	Skutskär närpsykiatriska mottagning	<20							
SE162321000024-0026798	Tierp närpsykiatriska mottagning	<20							
SE162321000024-0026797	Tärnsjö närpsykiatriska mottagning	<20							
Värmland	SE1623210001564G6X	Psykiatrisk öppenvård Arvika	52	32.7	34.6	59.1	15.4	32.6	61.9
	SE162321000156-3Q23	Psykiatrisk öppenvård Hagfors Torsby	53	34.0	32.4	76.3	17.0	22.2	42.9
	SE162321000156-3Q18	Psykiatrisk öppenvård Karlstad	<20						
	SE162321000156-3Q1J	Psykiatrisk öppenvård Kristinehamn	65	40.6	14.1	60.0	15.6	22.6	56.3
Västerbotten	SE2321000222-0000143	Psykiatricentrum mottagning Lycksele	37	43.2	56.8	48.6		28.6	85.7
	SE2321000222-0000144	Psykiatricentrum mottagning Storuman	<20						
	SE2321000222-0000145	Psykiatricentrum mottagning Vilhelmina	<20						
	SE2321000222-0000235	Psykiatrisk enhet för uppföljning ECT Umeå	388	26.6	38.4	58.9	34.6	48.3	71.0
	SE2321000222-0000052	Psykiatrisk klinik Skellefteå och Södra Lappland	91	41.1	75.9	42.6	6.7	31.1	76.2

\*Endast patienter med registrerat GAF-F värde. \*\*Endast uppföljningsregistrerade patienter. \*\*\*Patientutbildning någon gång. \*\*\*\*Endast patienter mellan 18-65 år ingår.

\*\*\*\*\*Endast patienter med bipolär typ 1.

**Tabell 5. Redovisning av värden för de olika kvalitetsindikatorerna för enskilda enheter (om mottagningarnas registreringar är färre än 20 anges inga värden).**

Län	Enhetskod	Enhet	Total antal registreringar	Andel patienter med BMI >30	Andel patienter med GAF-funktion >68*	Andel patienter med återfall i skov**	Andel patienter med patientutbildning***	Andel patienter sysselsatta > 50%****	Andel patienter med litium*****
<b>Västernorrland</b>	SE2321000206-E00126	Affektiv mottagning B Sundsvall	23	39.1	82.6	55.0	52.2	16.7	50.0
	SE2321000206-E00416	Psykiatricentrum Örnsköldsvik	59	33.9	83.1	66.7	35.6	44.9	61.3
	SE3221000206-E00130	Psykiatrisk mottagning Härnösand	37	31.3	71.4	16.7	6.1	51.9	88.9
	SE2321000206-E00181	Psykiatrisk verksamhet Sollefteå	33	39.4	66.7	46.7	15.2	33.3	66.7
<b>Västmanland</b>	SE2321000172-2WMP	Allmänpsykiatrisk mottagning 1 Västerås	24	29.2	12.5	37.5	25.0	43.5	50.0
	SE2321000172-182P	Allmänpsykiatrisk mottagning 2 Västerås	33	48.5	51.5	43.8	42.4	34.5	53.8
	SE2321000172-182N	Allmänpsykiatrisk mottagning 3 Västerås	29	27.6	41.4	71.4	31.0	45.5	50.0
	SE2321000172-1825	Allmänpsykiatrisk mottagning Fagersta	26	24.0	66.7	38.5	20.0	47.1	66.7
	SE2321000172-182C	Allmänpsykiatrisk mottagning Köping	20	35.0	41.2	90.9	20.0	40.0	30.0
	SE2321000172-182D	Allmänpsykiatrisk mottagning Sala	<20						
	SE2321000172-1821	Barn- och ungdomspsykiatri mott Västerås	<20						
<b>Västra Götaland</b>	SE2321000131-E000000004243	Bipolärmottagning Göteborg	609	23.8	29.7	63.1	34.6	47.1	64.9
	SE2321000131-E000000002537	Vuxenpsykiatri mottagning Centrum Borås	254	33.3	37.6	47.9	34.0	35.8	69.9
	SE2321000131-E000000002517	Vuxenpsykiatrisk mottagning Alingsås	76	24.0	9.3	51.9	21.3	30.6	51.2
	SE2321000131-E000000001780	Vuxenpsykiatrisk mottagning Bäckebo	34	47.1	28.1	80.0	44.1	42.9	77.8
	SE2321000131-E000000010435	Vuxenpsykiatrisk mottagning Falköping	<20						
	SE2321000131-E000000001481	Vuxenpsykiatrisk mottagning Henån	<20						
	SE2321000131-E000000002518	Vuxenpsykiatrisk mottagning Lerum	62	24.2	22.0	38.9	35.5	42.9	51.7
	SE2321000131-E000000001779	Vuxenpsykiatrisk mottagning Lilla Edet	<20						
	SE2321000131-E000000002522	Vuxenpsykiatrisk mottagning Mark Skene	74	31.5	37.7	38.6	39.7	31.6	33.3
	SE2321000131-E000000010434	Vuxenpsykiatrisk mottagning Skövde	<20						
	SE2321000131-E000000001781	Vuxenpsykiatrisk mottagning Strömstad	<20						
	SE2321000131-E000000001464	Vuxenpsykiatrisk mottagning Trollhättan	45	28.9	22.2	68.0	11.1	29.3	81.3
	SE2321000131-E000000001238	Vuxenpsykiatrisk mottagning Uddevalla	31	25.8	12.9	52.0	9.7	54.5	100.0
	SE2321000131-E000000001516	Vuxenpsykiatrisk mottagning Vänersborg	<20						
	SE2321000131-E000000002527	Vuxenpsykiatrisk mottagning Vårgårda	34	39.4	54.5	64.3	39.4	25.0	81.0
	SE2321000131-E000000001459	Vuxenpsykiatrisk mottagning Åmål	<20						
	SE2321000131-E000000001575	Öppenpsykiatrisk mottagning Ale Älvängen	71	16.9	21.1	60.5	14.1	19.4	71.4
	SE2321000131-E000000001576	Öppenpsykiatrisk mottagning Kungälv	58	32.8	52.6	60.7	6.9	32.6	68.2
	SE2321000131-E000000001577	Öppenpsykiatrisk mottagning Stenungsund	53	25.0	19.1	63.0	5.8	41.5	80.0
	<b>Örebro</b>	SE2321000164-7381037593806	Affektivmottagning Örebro	249	34.3	50.9	69.7	29.0	30.1
SE2321000164-7381037593486		Allmänpsykiatri Karlskoga	41	39.0	48.1	63.6	17.1	36.7	38.9
SE2321000164-7381037593516		Allmänpsykiatri Lindesberg	26	23.1	60.0	38.5	4.0	30.0	66.7
SE2321000164-7381037593479		Allmänpsykiatri Rehab Karlskoga	<20						
SE2321000164-7381037593523		Allmänpsykiatri Rehab Lindesberg	<20						
SE2321000164-7381037593554		Allmänpsykiatrisk öppenvård Hallsberg	<20						
<b>Östergötland</b>	SE2321000040-SSR1	Allmänpsykiatrisk öppenvård Linköping	<20						
	SE2321000040-SSLP	Capio Psykiatri Linköping	<20						
	SE2321000040-SSLQ	Capio Psykiatri Norrköping	<20						
	SE2321000040-4G4H	Citymottagningen Norrköping	36	22.2	27.8	44.4	16.7	37.9	92.9
	SE2321000040-4TOZ	Psykiatri Habiliteringsenheten Motala	120	35.9	29.7	52.2	23.1	46.0	77.8
SE2321000040-4G36	Vrinnevimmottagningen Norrköping	31	32.3	35.5	54.2	25.8	31.8	95.5	

\*Endast patienter med registrerat GAF-F värde. \*\*Endast uppföljningsregistrerade patienter. \*\*\*Patientutbildning någon gång. \*\*\*\*Endast patienter mellan 18–65 år ingår.

\*\*\*\*\*Endast patienter med bipolär typ 1.

## Bipolär i forskning

Bipolär uppmuntrar till att registret används för forskning. Följande projekt pågick under 2014 med anknytning till Bipolär:

### Stanleystudien

Detta är en studie som stöddes av NIMH och The Stanley center for research och genomförs vid Institutionen för epidemiologi och biostatistik vid Karolinska Institutet. Studien ingår i ett internationellt konsortium som gör den hittills största ansatsen att studera arvet och miljöns betydelse för uppkomsten av bipolära symptom. Insamlingsdelen av studien avslutades i juni 2013 då över 6000 personer hade ställt upp och deltagit. Ungefär 2/3 av patienterna i registret som var möjliga att inkludera samtyckte till studien och lämnade blod. Stanley-studien genererat en rad publikationer i internationella vetenskapliga tidskrifter som Lancet [1], Nature Genetics [2, 3], Molecular Psychiatry [4-6] med flera. Läs mer på [www.ki.se/stanley](http://www.ki.se/stanley).

### Skräddarsydd behandling för psykiatrisk sjukdom

Projektet Skräddarsydd behandling för psykiatrisk sjukdom syftar till att identifiera biomarkörer för att kunna skräddarsy psykiatrisk behandling. Det finansieras av Stiftelsen för Strategisk Forskning 2012-2016. Projektet använder data från Bipolär och andra psykiatriska kvalitetsregister som utfallsvariabler. Visionen är att patienter inom psykiatri tidigt ska få en korrekt diagnos och en behandling som är speciellt anpassad för dennes behov och förutsättningar. Om man kan förutsäga vem som svarar gynnsamt på en behandling kan man undvika onödiga biverkningar och få bättre behandlingsresultat. Detta är idag omöjligt eftersom det inte finns några mätbara egenskaper, så kallade biomarkörer, som kan användas för att spåra sjukdomen i kroppen. Det finns idag tekniskt avancerade metoder för att söka igenom hela den genetiska koden eller alla proteiner för att hitta mönster som identifierar exempelvis en person som har stor risk att drabbas av en viss sjukdom. Genom att använda oss av dessa metoder tillsammans med den stora mängd information som finns samlad i psykiatriska kvalitetsregister i Sverige hoppas vi kunna hitta biomarkörer som kan förbättra vården av patienter med olika psykiatriska sjukdomstillstånd. Tack vare den vetenskapliga expertis som finns i Sverige och de psykiatriska kvalitetsregister som Sverige har, finns det nu möjlighet att göra verkliga framsteg i forskningen kring biomarkörer inom psykiatri. Detta projekt rymmer även forskningsprojekt baserat på RIKS-ÅT (ANGI-studien) och ECT-registret (PREFECT-studien).

### 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 är accepterade i tidskriften Plos One (Tidemalm et al, se nedan).

### Jämlik vård

Ett projekt studerar om vården för bipolära syndrom är jämlik exempelvis avseende patientens kön, utbildning, ålder eller boendeort. Doktorand och specialistläkare Alina Karanti är ansvarig. Under 2014 publicerades en rapport om att behandlingen av bipolära syndrom skiljer sig beroende på kön (Karanti et al, se nedan)

### Planerade och pågående studier

Flera andra forskningsprojekt pågår där data från Bipolär används. Exempel på sådana är:

Vilka metabola effekter har läkemedel som ges vid bipolär affektiv sjukdom?

Detta projekt har beviljats särskilda medel från SKL. Ingår som del i fördjupningsarbete under ST för en ST-läkare i psykiatri och planerat även som avhandlingsprojekt. Ansvarig Erik Pålsson, PhD och ST-läkare Hemen Najjar.

Vilka effekter har patientutbildning på förloppet vid bipolär sjukdom? Projektet pågår. Ansvarig doktorand Erik Joas.

Hyperkalcemi vid litiumbehandling. Examensarbete. Ansvarig Sindre Rolstad, PhD. Mikael Landén

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 2014 av en projektgrupp bestående av en registerhållare, en utvecklingsledare, en statistiker, en administratör och en koordinator. 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](http://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 och biträdande registerhållare under 2014 var Magnus Jansson, leg. psykolog och fil. dr. i psykologi, anställd vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

Statistiker för Bipolär under 2014 var Mathias Kardell, fil. kand. i statistik och dataanalys, anställd vid Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet.

Sekreterare och administratör i Bipolär under 2014 var Anne Snellman, anställd vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

Bipolärs koordinator under 2014 var Annika Sahlén-Blom. Annika har också en deltidstjänst som sjuksköterska vid Bipolärmottagningen i Göteborg,

Bipolärs har en styrgrupp vars roll (enligt SKL, [www.kvalitetsregister.se](http://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 2014 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; Magnus Jansson, utvecklingsledare för Bipolär, Arvid Lagercrantz, brukarrepresentant och medlem i patientföreningen BALANS; 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

Bond, K, and Anderson, I. "Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar disorders*, 2015. 17(4): p. 349-62

Cochran, S. D. Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1984. 52: p. 873-878.

Colom, F., Vieta, E., Eduard Vieta Martínez-Arán, A., Reinares, M., Goikolea, J., Benabarre, A., Torrent, C., Comes, M., Corbella, B., Parramon, G., Corominas, J., A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission." *Archives of General Psychiatry*, 2003. 60(4): p 402-407.

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.

Fava, M. B., Bartolucci, G., Rafanelli, C., & Magnelli, L. Cognitive behavioural management of patients with bipolar disorder who relapsed while on lithium prophylaxis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2001. 63: p. 556-559.

Feinman, J., Dunner D. The effect of alcohol and substance abuse on the course of bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 1996. 37(1): p. 43-49.

Karanti A, Bobeck C, Osterman M, Kardell M, Tidemalm D, Runeson B, Lichtenstein P, Landén M. Gender differences in the treatment of patients with bipolar disorder: A study of 7354 patients. *J Affect Disord*. 2014 Dec 8;174C:303-309. doi: 10.1016/j.jad.2014.11.058

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.

Lam, D., Hayward, P., Watkins, E., Wright, K., Sham, P. Relapse Prevention in Patients With Bipolar Disorder:

Cognitive Therapy Outcome After 2 Years. *The American journal of Psychiatry*. 2005. 162(2): p. 324-329.

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.

Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*, 2011; 68(3): 241-51.

Pacchiarotti, I., Di Marzo, S., Colom, F., Sánchez-Moreno, J., Vieta, E. Bipolar disorder preceded by substance abuse: A different phenotype with not so poor outcome? *The world Journal of Biological Psychiatry*, 2009. 10(3): p. 209-216.

Sonne, S., Brady, K., Morton, A. Substance abuse and bipolar affective disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 182(6).

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](http://www.registercentrum.se)