

Kvalitetsregister Bipolär

Årsrapport 2015

Nationella kvalitetsregistret för bipolär affektiv sjukdom



Årsrapport 2015

Kvalitetsregister Bipolär

Registerhållare och utgivare

Mikael Landén

Professor, Överläkare
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 GÖTEBORG

Statistiker

Catherine Rochez

Registercentrum Västra Götaland
catherine.rochez@registercentrum.se

Styrgrupp

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

Författare av årsrapport

Magnus Jansson

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

Mikael Landén

Professor, Överläkare
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 GÖTEBORG

Projektledare

Jon Fahlberg

Registercentrum Västra Götaland
jon.fahlberg@registercentrum.se

Huvudman

Västra Götalandregionen
Regionens hus
426 80 Vänersborg

ISSN 2001-2918

Tryckår 2016

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	4
Inledning.....	5
Diagnoser ur min journal	6
Data i Bipolär	7
Antalet registreringar över år och fördelade på län	7
Köns- och åldersfördelning i Bipolär	9
Köns- och åldersfördelningen bland underdiagnoserna	9
Patientgrupper i registret	10
Processmått	13
Läkemedelsbehandling	13
Läkemedelsgenomgång	16
Patientutbildning	17
Systematisk psykologisk behandling	18
Resultatmått	19
BMI och klinisk signifikant viktuppgång.....	19
Andel i arbete	21
Återfall i skov.....	22
GAF-funktion och GAF-förbättring	24
Andel slutenvårdade	26
Bipolär sjukdom och suicidalt beteende.....	27
Självskadande och suicidförsök	29
Patientrapporterad psykisk och fysisk hälsa	30
Redovisning av kvalitetsindikatorer för vårdenheter.....	32
Bipolär i forskning	40
Bipolär – Vilka är vi?	43
Referenser.....	44



Sammanfattning

Bipolär är ett nationellt psykiatriskt kvalitetsregister med omkring 240 anslutna enheter och cirka 2 000 användare. Under 2015 nyregistrerades 3 048 individer i Bipolär och det gjordes 6 363 uppföljningsregistreringar. Totalt gjordes under året 9 411 registreringar. Det innebär att registret vid årsskiftet 2015/2016 omfattade 50 371 ackumulerade ny- och uppföljningsregistreringar sedan starten 2004. Registrerets främsta syfte är att vara ett verktyg för kvalitetsförbättringar inom den psykiatriska vården. Bipolär tillhandahåller därför ett antal kvalitetsindikatorer varav de viktigaste är: andel patienter med återfall i affektivt skov de senaste 12 månaderna, andel med bipolär sjukdom av typ 1 som förskrivs litium, andel som genomgått patientutbildning, andel med signifikant viktökning, andel som är i sysselsättning 50 procent eller mer, andel med signifikant GAF-förbättring samt andel som de senaste 12 månaderna gjort suicid eller suicidförsök.

Bipolärs mål är att andelen patienter i registret som återfallit i affektiva skov de senaste 12 månaderna skall understiga 40 procent. I 9 län uppnåddes målet under 2015, men totalt sett återföll 52 procent av patienterna i registret i någon form av affektivt skov. Det är betydande skillnader mellan länen i andelen patienter som återfaller i skov. De län med högst andel återfall i skov hade under 2015 dubbelt så hög andel med återfall i skov som de län med lägst andel.

En annan viktig kvalitetsindikator i Bipolär är andelen som genomfört suicid eller suicidförsök. Suicid är omkring 17 gånger vanligare bland personer med bipolär sjukdom än i normalpopulationen. Under 2015 hade 3,4 procent av personerna i registret försök ta sitt liv de senaste 12 månaderna. Risken för suicidförsök var associerat med kön, missbruk och bipolär underdiagnos. Personer med cyklotymi uppvisar en nästan dubbelt så hög risk för suicidförsök jämfört med andra bipolära diagnoser i registret. Suicid och suicidförsök sker vanligen under depressiva eller blandande skov. Den mest verksamma suicidpreventiva behandlingen vid bipolär sjukdom är stämningsstabiliserande läkemedelsbehandling där litium har en särställning. En av Bipolärs viktigaste kvalitetsindikatorer är därför andelen patienter med bipolär sjukdom typ 1 som förskrivs litium. Bipolärs mål är att 70 procent av patienterna med typ 1 skall förskrivas litium. Ett forskningsprojekt baserat på data från Bipolär syftar till att undersöka om 70 procent är en rimlig andel. Preliminära data visar att andelen återfall i skov är lägre ju högre andel av patienterna i ett län som förskrivs litium och 70 procent är en rimlig målnivå. Litiumförskrivningen under

2015 låg för riket på 65 procent, det vill säga något under målnivån. Litiumförskrivningen har under de senaste åren stadigt minskat, vilket uppmärksammats i forskningsrapporter från Bipolär. Samtidigt kvarstår könsskillnader i litiumförskrivningen; män förskrivs i högre utsträckning litium än kvinnor. Även om detta delvis är relaterat till att andelen kvinnor är fler i undergrupperna typ 2 och UNS, där rekommendationen att förskriva litium är svagare, kvarstår könsskillnader i läkemedelsförskrivningen även om man tar hänsyn till detta. Parallellt med att andelen med litium minskar fortsätter trenden med en ökande förskrivning av lamotrigin och quetiapin. Det finns även könsskillnader i annan typ av behandling. Kvinnor behandlas exempelvis i högre utsträckning än män med systematisk psykologisk behandling och patientutbildning.

Förskrivningsförändringarna av läkemedel är till en del relaterade till förändringar i fördelningen av de bipolära underdiagnoserna. Mellan 2008 och 2015 har andelen med typ 1 minskat från 52 procent till 35 procent, medan typ 2 ökat från 32 procent till 39 procent och de med UNS från 13 procent till 24 procent. Det finns också stora skillnader i diagnosfördelningen mellan olika län. Sammantaget indikerar detta en differentialdiagnostisk osäkerhet. Ett sätt att öka säkerheten i diagnosstämningen är att använda strukturerade diagnostiska instrument. Dessa användes under 2015 för endast omkring var tredje patient i registret och endast för omkring var fjärde patient med UNS.

I Bipolär registreras GAF-funktion (Global Assessment of Functioning scale) vilket är en behandlarskattning av patientens funktion. Andelen med signifikant förbättring av GAF-funktion skiljer sig mellan länen och mellan underdiagnosgrupperna. Omkring var tredje patient hade under 2015 uppnått en signifikant förbättring av sin funktion mätt med GAF i förhållande till föregående registrering. Andelen med en GAF-funktion som ligger över 68 (indikerar "normal funktion") ligger på 46 procent för 2015. Detta kan sättas i relation till andelen utan återfall i skov som ligger på 48 procent och andelen med sysselsättning (studier eller arbete) mer än 50 procent som ligger på 41 procent.

Samtantaget finns det stora regionala skillnader i diagnosstämning och i behandlingsutfall för personer med bipolär sjukdom i landet som behöver diskuteras mer ingående. Ett tillfälle till detta kommer vid Bipolärs användarmöte 2016 som kommer fokusera på framförallt diagnostik.

Inledning

Syftet med Kvalitetsregistret Bipolär är att tillhandahålla ett tillförlitligt underlag för lokal och regional verksamhetsutveckling och nationell kvalitetsutvärdering av vården för personer med bipolär sjukdom. Med registret skall vårdgivare och vårdbeställare kontinuerligt kunna utvärdera den vård som ges och följa upp hur man lyckas i förhållande till andra vårdgivare. Att utvärdera resultat av insatser är en central del för all verksamhet som har ambitionen att förbättras.

Fördelen med Bipolär är att det har en nationell täckning och att man därigenom kan upptäcka nationella trender och därmed också lokala avvikelser. Bipolär har bland annat kunnat visa regionala avvikelser och nationella trender, avseende exempelvis läkemedelsförskrivningen med en minskad andel litiumförskrivning.

Bipolär har också visat att fördelningen av de bipolära underdiagnoserna förändrats under de senaste åren med en minskande andel patienter med typ 1 och en ökande andel med typ 2 och UNS. Detta i kombination med stora skillnader i diagnosfördelningen mellan olika län tyder på en differentialdiagnostisk osäkerhet. Av detta skäl kommer diagnostik vara temat för 2016 års kunskapsdag om bipolär sjukdom.

Detta är några av exemplen på hur registret fångar upp förändringar av betydelse. Det viktiga är emellertid vilken relevans registret har för verksamheter runt om i landet. Under 2015 fick vi en rad exempel på hur Bipolär används för verksamhetsutveckling. Så är exempelvis Bipolär en integrerad del av Sahlgrenska Universitetssjukhusets satsning på "Värdebaserad vård".

Vi hoppas att fler goda exempel skall följa. För ytterst är det självfallet så att registrets existensberättigande bestäms av dess användning. Vid den senaste användarenkäten svarade drygt 43 procent att de aldrig använde registret för utvärdering eller verksamhetsutveckling och endast 28 procent angav mycket stor eller ganska stor nytta av registret. Även om man måste ta i beaktande att många av de som registrerar i Bipolär och svarar på enkäten är enskilda kliniker som inte själva alltid är aktivt engagerade i förbättringsprojekt tyder detta på att vi har en väg att gå för att registret skall bli en naturlig del i utvärderingen av den psykiatriska vården. Vi tror att det nya användargränssnittet i INCA där man numera kan få ut statistik för centrala indikatorer för den egna mottagningen och för riket skall öka tillgängligheten, nyttan och intresset av att använda registerdata. Bipolär har

också resurser för att informera om registret och hur det kan vara användbart lokalt. Vi har en koordinator som besöker mottagningar runt om i landet och informerar om Bipolär och ger exempel på framgångsrika förbättringsprojekt. Vi levererar skraddarsydd statistik till mottagningar som bedriver förbättringsprojekt. Vidare anordnar vi en årlig kunskapsdag för alla användare av registret. Men vi önskar också direktkontakt med fler mottagningar. Det kan gälla synpunkter och frågor om Bipolärs formulär eller frågor om förbättringsprojekt och skraddarsydda datauttag. Vi vill vara en resurs både för kvalitetsutveckling och fungera som kunskapsförmedlare för verksamheter som vill vara i framkant. En del i att vara kunskapsförmedlare är att förmedla forskningsresultat. En rad olika forskningsprojekt bedrivs med hjälp av registret. Exempelvis utvärderas effekter och bieffekter av olika behandlingar. Ni som är intresserade av den forskning som bedrivs med hjälp av registret kan ta del av registerhållare professor Mikael Landéns genomgång av aktuell forskning längst bak i rapporten. Läs även gärna professor Bo Runessons utmärkta genomgång av forskningen om riskfaktorer för suicidalitet vid bipolär sjukdom.



Diagnoser ur min journal

Av Arvid Lagercrantz, brukarrepresentant i styrgruppen för Bipolär.

Under min barndom funderade jag inte över vilken diagnos jag hade. Jag läste dåligt och stavade ännu sämre. Det kallades att vara ordblind. Som 8-åring fick jag gå i lekterapi. Jag hade snattat och nu mer än 60 år senare har jag läst i journalen att jag hade diagnosen ångestneuros. Min mamma var alltid orolig att det var något fel på mig. Jag ansågs ängslig, modersbunden och rädd. Som 15-åring fick jag en svår depression, som hävdes på Karolinskas psykiatriska klinik med neuroleptika och två elbehandlingar.

Sedan länge kallades vi som blev psykiskt sjuka på 1950-talet inte längre för dårar, idioter, galningar, vansinniga eller drabbade av ursinne. Men själv behandlades jag enligt sinnessjuklagen när jag lades i bälte på Beckomberga sjukhus 1965. Oftast användes ordet mentalsjuk eller psykiskt sjuk. Under 2000-talet började man tala om psykiskt funktionshinder och numera psykiskt funktionsnedsatta. Kanske för att markera att diagnosen inte alltid är evig.

För min del blev min psykiska sjukdom dock kronisk och även diagnosen. I mina journaler från 1950- och 60-talen har jag nu i efterhand kunnat se i de då hemliga journalerna att det hela tiden står att min diagnos lydde: "Psychosis manico – depressiva". Läkarna har strukit under om det gällde mani eller depression. De påpekar också att jag hade en stark hereditär belastning för psykisk sjukdom. Sammanlagt har jag tagits in 13 gånger.

Jag vet numera hur viktig diagnosen är, för först när den finns går det att behandla. Men det visste jag inte när jag var ung. Läkarna frågade mig alltid om min bakgrund, vad jag gjort den senaste tiden före inläggningen och om min släkt. Jag insåg att jag hade lätt att bli uppvarvad och ibland inte fick kontroll över mina känslor. När jag blev äldre förstod jag att jag varit psykotisk och att jag kunde kallas manodepressiv. Ibland gick det

flera år mellan sjukdomsperioderna. Varje gång fick jag Haldol, Hibernol, Mallorol och Nozinan och ofta elbehandlingar som vissa år gavs i form av block. Från 22 års ålder åt jag litium, som gett mig en njurskada med risk för framtida dialys. Under ett par år gick jag i psykoterapi hos en psykolog.

Alla läkare som behandlat mig, och de är många, har hållit fast vid diagnosen Psychosis manico depressiva utom en som 1979 ansåg att jag led av cykloid psykos eller schizoaffektiv psykos. Han ansåg att mitt insjuknande skedde mycket snabbare och gav förvirring vilket inte mani gör.

Under 1990-talet hette min diagnos Bipolär typ 1 och därmed hade DSM-systemet införts.

Även om jag är förvissad om att jag har en bipolär sjukdom anser jag att psykiska diagnoser är osäkra och påverkade av vad som är på modet. Läkemedelsindustrins intressen har säkert också betydelse. Jag är tacksam att läkarna upphört med att strida om vad som beror på miljö och vad som är orsakat av biologin. Jag tror det är bra att registrera sjukdomarna, så att vården förbättras. Ökad öppenhet om våra psykiska sjukdomar gör dem lättare att bära. Själv anser jag mig främst som överkänslig och måste då vara särskilt noga med min sömn. Sedan ordnar det nog sig med diagnosen.

Data i Bipolär

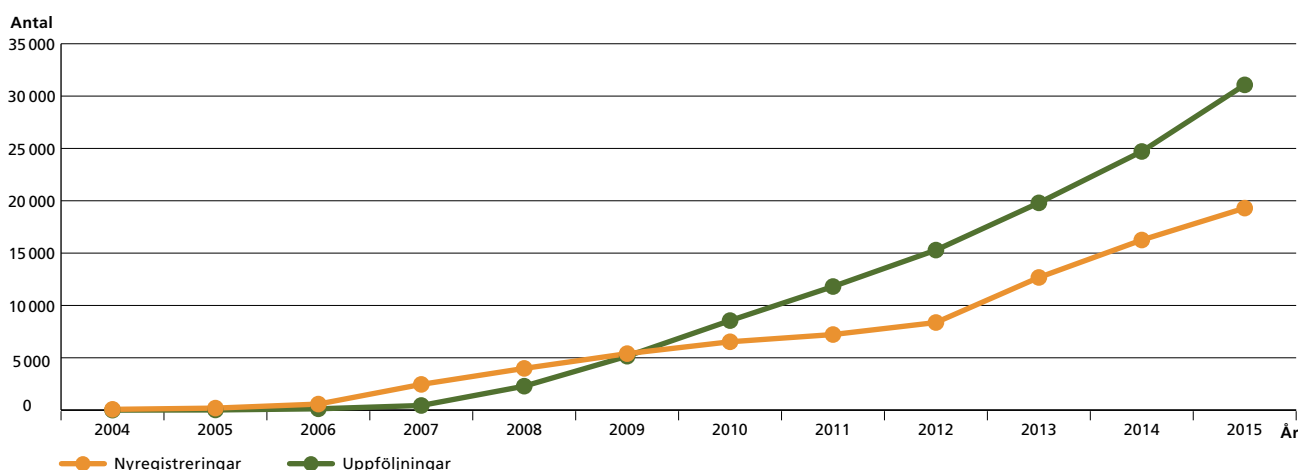
På följande sidor presenteras 2015-års data för Bipolär, det vill säga all data som matats in i registret under det gångna året. Om inte annat anges grundar sig statistiken som presenteras på följande sidor både på ny- och uppföljningsregistreringar. I vissa fall behandlas endast ny- eller endast uppföljningsregistreringar. I dessa fall anges detta i figurtexten. I vissa fall presenteras data för flera år. I dessa fall anges även detta i figurtexten.

Antalet registreringar över år och fördelade på län

Antalet ackumulerade nyregistreringar i Bipolär sedan 2004 uppgick under 2015 till 19 299. Antalet ackumulerade uppföljningsregistreringar uppgick under samma period till 31 072. Det totala antalet ackumulerade registreringar under 2015 blev därmed 50 371.

Högst antal nyregistreringar under ett enskilt år uppnåddes 2013. Under 2014 och 2015 minskande antalet nyregistreringar något. Antalet nyregistreringar under 2015 var 3 048 vilket är 529 registreringar färre registreringar än 2014. Det är naturligt att antalet nyregistreringar minskar med ökad täckningsgrad.

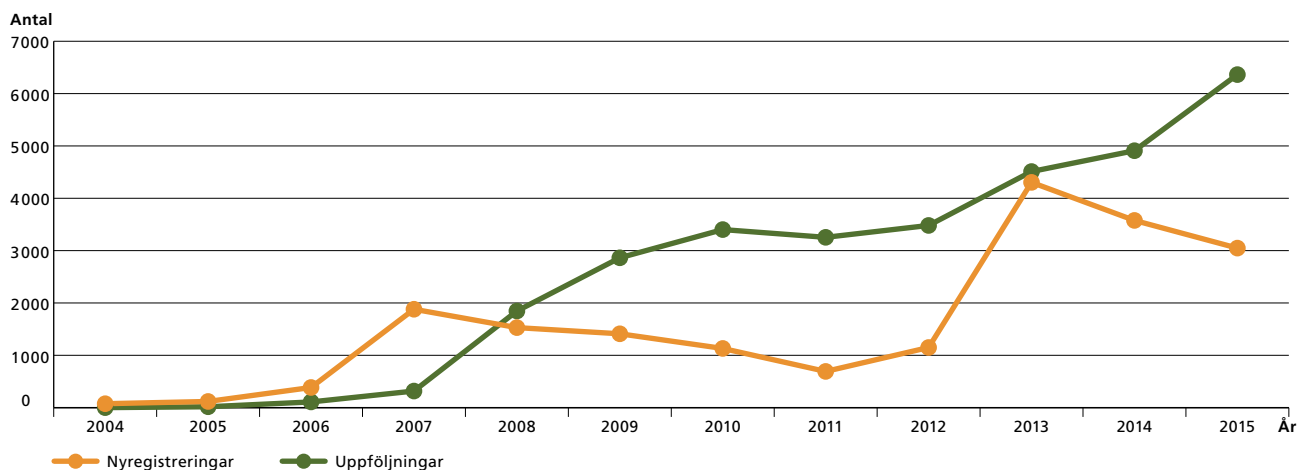
Figur 1. Antal ackumulerade ny- och uppföljningsregistreringar perioden 2004–2015.



Antalet uppföljningsregistreringar har däremot ökat varje år. Under 2015 uppgick antalet uppföljningsregistreringar till 6 363 vilket är 1 454 registreringar fler

än 2014. Antalet uppföljningsregistreringar är därmed under 2015 mer än dubbelt så många som antalet nyregistreringar.

Figur 2. Antal ny- och uppföljningsregistreringar perioden 2004–2015.



Som framgår av tabell 1, gjordes under 2015 totalt 9 411 registreringar. Det är 925 fler registreringar än föregående år. Flest ny- och uppföljningsregistreringar gjordes av vårdgivare i Västra Götaland. Något över 2 000 patienter registrerades under 2015 i Västra Götaland. Därefter kommer Stockholms läns landsting och därefter Skåne. Åtta län gjorde färre registreringar under 2015 än 2014. Tretton län gjorde fler registreringar under 2015 än 2014. På Gotland finner vi störst procentuell ökning – mer än 50 procent – i antalet registreringar jämfört med 2014. Störst total ökning av antalet registreringar finner vi i Västra Götaland med nästan 600 fler registreringar under 2015 än 2014.

Tabell 1. Antal registreringar år 2014 respektive 2015 fördelade på län.

Län	2014	2015
Blekinge	110	120
Dalarna	214	289
Gotland	30	63
Gävleborg	697	779
Halland	176	194
Jämtland	79	98
Jönköping	229	220
Kalmar	201	187
Kronoberg	216	235
Norrbottn	133	259
Skåne	1197	1326
Stockholm	1511	1402
Södermanland	311	181
Uppsala	364	455
Värmland	179	251
Västerbotten	524	443
Västernorrland	154	148
Västmanland	140	125
Västra Götaland	1474	2068
Örebro	345	276
Östergötland	202	292
Totalt	8 486	9 411

Köns- och åldersfördelningen i Bipolär

Könsfördelningen i Bipolär har konsekvent varit ojämn genom åren med en högre andel kvinnor än män. Under 2015 utgjorde andelen kvinnor 65 procent av de registrerade och andelen män 35 procent. I alla åldersgrupper är kvinnor i majoritet, och i åldersgruppen 21–30 år är det nästan tre gånger fler registrerade kvinnor än män. I de äldre åldersgrupperna minskar könsskillnaderna något.

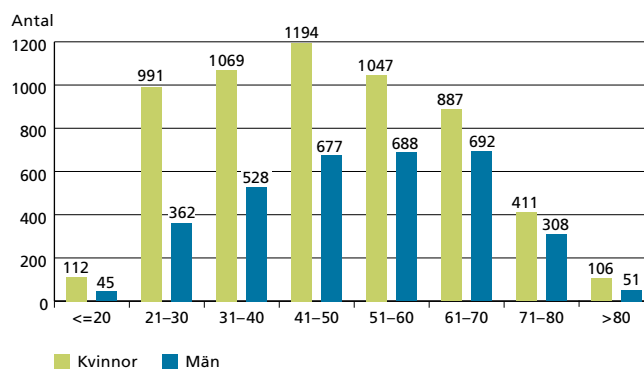
Med hänsyn till att internationella forskningsstudier indikerar att prevalensen av bipolär sjukdom bör vara ungefär jämnt fördelad mellan könen (Merikangas, et al, 2011) jämfördes könsfördelningen i Bipolär med könsfördelningen i patientregistret. I patientregistret registreras samtliga patienters läkarbesök och därmed uppgifter om deras diagnos och kön. Jämförelsen visar att könsfördelningen i Bipolär speglar könsfördelningen i patientregistret men att det förekommer skillnader i vissa län. I exempelvis Gotland, Norrbotten, Uppsala och Värmland är kvinnor tydligt överrepresenterade i Bipolär i förhållande till patientregistret. Likaså är andelen män överrepresenterade i Bipolär i förhållande till patientregistret i Halland och Västernorrland.

En motsvarande jämförelse avseende åldersfördelningen mellan Bipolär och patientregistret visar att åldersfördelningen i Bipolär i stort sett matchar den i patientregistret men att Bipolär har en något högre andel (+5 procent) äldre (åldergruppen över 60 år) och en något mindre andel (-5 procent) yngre (åldergruppen 0–29 år) jämfört med patientregistret. Störst skillnader mellan

Bipolär och patientregistret avseende ålder återfinns i Gotland med 13 procent färre yngre och 14 procent fler äldre i Bipolär än i patientregistret samt i Kalmar med 11 procent fler yngre i Bipolär. I Jämtland, Stockholm och Södermanland är andelen äldre ca 10 procent fler i Bipolär än i patientregistret.

Utifrån jämförelsen mellan Bipolär och patientregistret avseende kön och ålder finns det dock sammantaget ingen anledning och tro att fördelningen i Bipolär inte är representativ för patientgruppen i dess helhet. Vi bör således diskutera varför bipolära syndrom diagnosticeras dubbelt så ofta bland kvinnor jämfört med män upp till 40 års ålder. Föreligger en överdiagnostik hos kvinnor eller en underdiagnostik hos män?

Figur 3. Ålders- och könsfördelning för registreringar år 2015.



Köns- och åldersfördelning bland underdiagnoserna

Genomsnittsåldern för de registrerade under 2015 är omkring 50 år. Genomsnittsåldern skiljer sig dock mellan underdiagnoserna. De med Bipolär sjukdom typ 1 och schizoaffektiva syndrom har en högre medelålder än övriga diagnosgrupper. Lägst medelålder har de med bipolär sjukdom av typ 2. Medelåldersskillnaderna mellan de med typ 1 och typ 2 är hela 7 år.

Andelen kvinnor är också klart högre i gruppen med typ 2 (68 procent). Lägst andel kvinnor finns i gruppen med typ 1 (58 procent). Detta bör föranleda en diskussion om huruvida kön i vissa fall påverkar diagnossättningen.

Tabell 2. Ålders- och könsfördelningen 2015 för samtliga registrerade uppdelade på de bipolära underdiagnoserna.

	Typ 1	Typ 2	UNS	Schizoaffektiva syndrom	Cyklotymi
Medelålder	52	45	49	53	47
Andel kvinnor (%)	58	68	64	63	60
Antal patienter	3 190	3 555	2 205	175	42

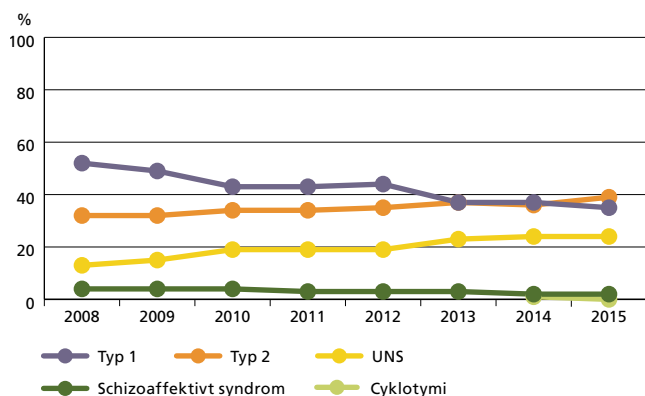
Patientgrupper i registret

Bipolära syndrom har skiftande uttryckssätt. Vid återkommande manier, ofta men inte alltid växlande med depressioner, kallas syndromet bipolärt syndrom typ 1. Vid perioder av hypomani och återkommande depressioner kallas det 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 symptom som inte uppfyller kriterierna för hypomani och depressiva episoder som inte är tillräckligt uttalade för att motsvara egentlig depression. Om det förutom manier och depression även föreligger långa perioder med psykotiska symptom utan samtidig förstämning kallas det schizoaffektiva syndrom, bipolär (eller manisk) typ. Samtliga dessa fem diagnoser registreras i Bipolär.

Den tydliga trend som pågått sedan 2008 med en minskande andel personer med typ 1 i registret och en ökande andel med typ 2 och UNS fortsätter under 2015. Sedan 2008 har andelen med bipolär typ 1 minskat i registret från 52 procent till 35 procent. Andelen med bipolär typ 2 har motsvarande period ökat från 32 till 39 procent. Det innebär att andelen i registret med typ 2 nu för första gången är större än andelen med typ 1. Kategorin UNS ligger kvar på en hög nivå. Ungefär var fjärde person i registret har bipolär sjukdom utan närmare specifikation vilket kan jämföras med att motsvarande andel 2008 var 13 procent. Andelen med schizoaffektiva syndrom och cyklotymi ligger kvar på en låg andel motsvarande 2 procent respektive mindre än 1 procent av alla registrerade under 2015.

Sammantaget visar siffrorna att diagnosfördelningen i riket förändrats betydligt över åren. Detta kan förklaras med att fler personer inkluderas i det bipolära spektrumet.

Figur 4. Andel registreringar fördelade på bipolära underdiagnoser år 2008–2015.



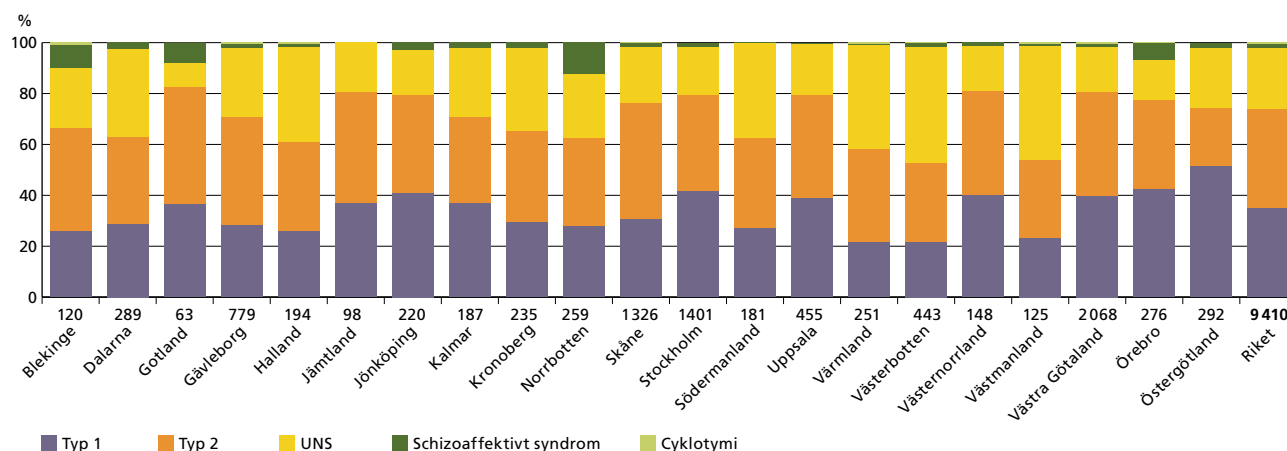
Vid en granskning av diagnosfördelningen mellan länen finns tydliga skillnader. Vårdgivare i Östergötland (50%), Stockholms läns landsting (42%), Jönköping (41%), Örebro (42%) och Västra Götaland (40%) har högst andel registrerade personer med bipolär sjukdom av typ 1. Lägst andel personer med typ 1 har Blekinge (26%), Halland (26%), Värmland (22%) och Västerbotten (22%).

Andelen med bipolär sjukdom av typ 1 är exempelvis omkring dubbelt så stor i Östergötland, Jönköping och Stockholm jämfört med andelen i Värmland och Västerbotten.

Mindre frekvent förekommande skillnader verkar finnas mellan länen avseende bipolär sjukdom av typ 2 men även här finns det enstaka påtagliga skillnader mellan län.

Andelen med UNS skiljer sig klart mellan enskilda län. Högst andel återfinns i Västerbotten (45%), Västmanland (45%) och Värmland (40%). Lägst andel har Gotland (10%), Västernorrland (18%), Västra Götaland (18%) och Örebro (16%).

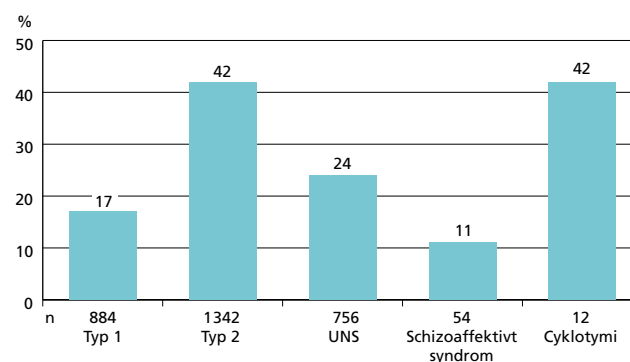
Det finns patienter med en sjukdomsbild som skall diagnosticeras i UNS-kategorin, exempelvis personer med återkommande hypomana eller maniska symptom som inte uppfyller tidskriterierna för hypomani (4 dagar) eller mani (7 dagar). Men man kan förmoda att UNS-kategorin också används för att klinikern är osäker eller inte vill ta ställning till om det rör sig om typ 1 eller typ 2. En hög andel av personer med UNS diagnos i ett län bör därför föranleda en diskussion om diagnostiken. Förmodligen finns det i UNS-kategorin personer som bättre hade beskrivits som typ 1 eller typ 2.

Figur 5. Andel registreringar per underdiagnos år 2015 fördelat på län. Antal anges under staplarna.

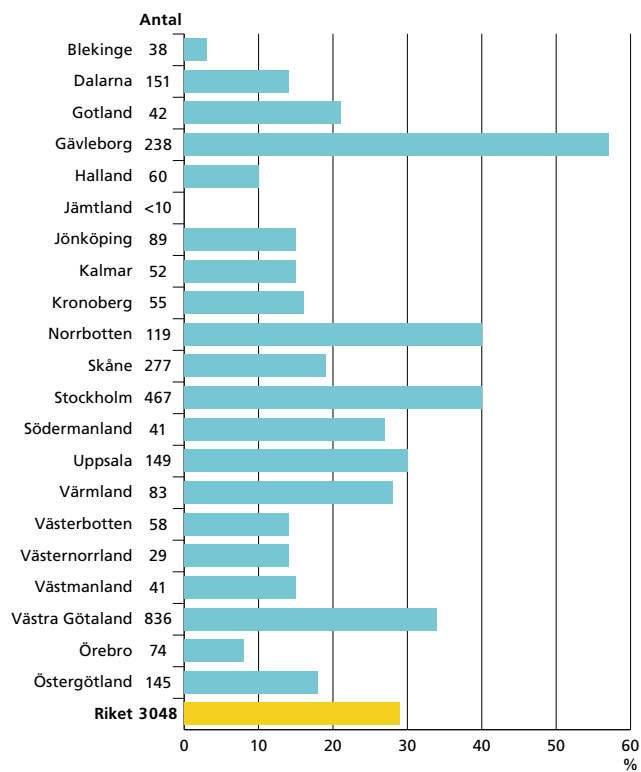
Det är oroande när diagnosfördelningen mellan länen skiljer sig för mycket då det dels indikerar en stor diagnostisk osäkerhet, dels indikerar att den psykiatriska vården inte är enhetlig över landet utan beroende på patientens boendeort. En annan indikation på diagnostisk osäkerhet är andelen patienter som byter diagnos ifrån typ 1 till annan bipolär underdiagnos. Av de uppföljningsregistrerade i registret 2015 är det hela 12 procent av personerna med typ 2 diagnos som vid det föregående registreringsstillfället hade en typ 1 diagnos. Motsvarande andel för UNS är 18 procent och för cyklotymi 19 procent.

Ett sätt att underlätta diagnosticeringen är användandet av strukturerade diagnostiska instrument. Vid en granskning av hur stor andel av de nyregistrerade i Bipolär där man använt strukturerade eller semistrukturerade instrument finner man dessa använts för endast 29 procent av patienterna. Det är som förväntat betydligt vanligare att strukturerade instrument används vid diagnossättning av personer som får typ 2 (42 %) än typ 1 (17 %), eftersom typ 1 är lättare att diagnosticera. Mer oväntat är att det endast används för endast omkring var fjärde patienten som diagnosticerats med UNS. En viktig diskussion är om andelen med UNS hade minskat om användandet av strukturerade diagnostiska instrument hade ökat.

Användandet av strukturerade diagnostiska instrument vid diagnossättningen skiljer sig mellan länen. I vissa län som i Gävleborg (57 %), Norrbotten (40 %), Stockholm (40 %) används strukturerade instrument mer frekvent medan i andra län som Blekinge (3 %), Halland (10 %) och Örebro (8 %) används sådana mer sällan.

Figur 6. Andel nyregistrerade patienter 2015 där strukturerat diagnostiskt instrument använts som stöd i diagnostiken av bipolär sjukdom, fördelat per underdiagnos.

Figur 7. Andel nyregistrerade patienter 2015 där strukturerad diagnostiskt instrument har använts som stöd i diagnostiken av bipolär sjukdom, fördelat per län.



Processmått i Bipolär

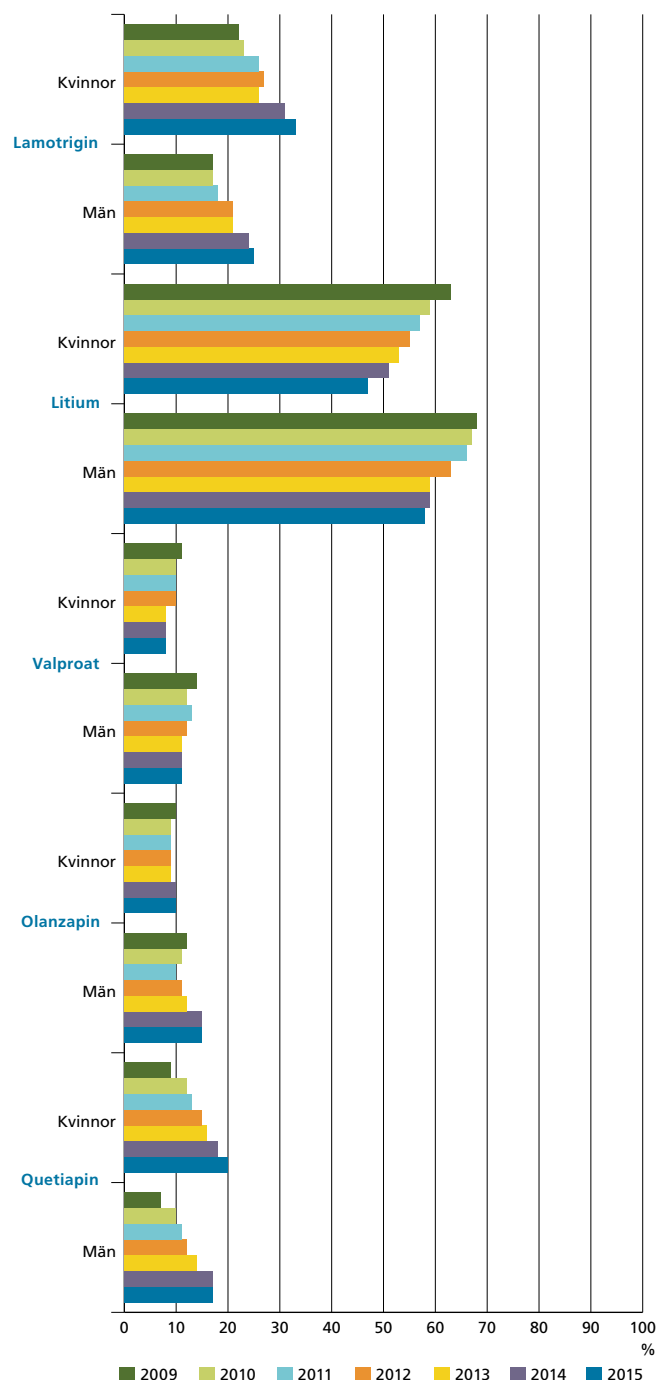
I följande avsnitt rapporteras och analyseras processmått som andel med läkemedelsbehandling, inklusive litiumbehandling, läkemedelsgenomgång, patientutbildning samt systematisk psykologisk behandling. Analyserna gäller om inget annat anges för alla ny- och uppföljningsregistreringar under verksamhetsåret 2015.

Läkemedelsbehandling

Generella trender avseende läkemedelsförskrivning

Här bredvid presenteras förskrivningstrenderna könsuppdelat perioden 2009–2015 för de vanligaste läkemedlen i registret. I figur 8 framgår att de tidigare trenderna för de vanligaste läkemedlen i stor sett fortsätter under 2015. Det innebär att litium – som fortfarande är det klart vanligaste utskrivna läkemedlet vid bipolär sjukdom – fortsätter att andelsmässigt minska för båda könen, men minskningen är större för kvinnor än för män. Likaså fortsätter förskrivningsökningen av quetiapin och lamotrigin, särskilt för kvinnor. Kvinnor får i högre utsträckning än män utskrivet quetiapin och lamotrigin medan litium i högre utsträckning skrivs ut för män. En bidragande förklaring till minskningen av litium och ökningen av lamotrigin och quetiapin är att andelen med bipolär sjukdom typ 1 minskar medan andelen med typ 2 ökar. Andelen kvinnor av de med typ 2 är 68 % procent medan motsvarande andel för de med typ 1 är 58 %. Medan litium är förstahandsvalet vid typ 1 är det ett mindre självklart val vid typ 2. Men forskning visar också att kvinnor – oberoende av diagnos – ges lamotrigin, antidepressiva läkemedel, bensodiazepiner, ECT och psykoterapi i högre utsträckning än män. Män behandlas i högre utsträckning med litium (Karanti et al, 2015).

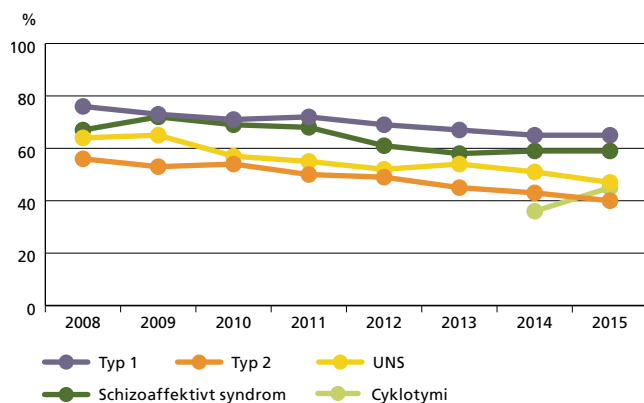
Figur 8. Läkemedelstrender för samtliga registreringar år 2009–2015.



Den ökande förekomsten av andra stämningsstabiliserande läkemedel än litium kan förmodligen också förklaras med en ökande andel av personer med psykiatrisk samsjuklighet i registret. Patienter med bipolärt syndrom typ 2 med en ospecificerad affektlabilitet där man är osäker kring diagnosen eller misstänker även ett tillstånd av emotionellt instabil personlighetsstörning eller ett »mjukt« bipolärt spektrum – har diskuterats som ett skäl till ökningen av exempelvis lamotriginförskrivningen (Karanti et al, 2015). Det föreligger dock inte några studier som stödjer att lamotrigin är effektivt vid ospecificerad affektlabilitet eller emotionell instabilitet. Man ska heller inte enligt Karanti och medarbetare (2014) underskatta marknadsföringens roll. Litium har alltid marknadsförts i mindre omfattning eftersom det är ett billigt läkemedel som saknar patentskydd. Därmed exponeras kliniker i mindre utsträckning för data och evidens som stödjer litiumbehandling. Denna snedvridning av information till kliniker kan förklara varför patentskyddade medel vinner mark på litiums bekostnad. En annan anledning kan vara att litiumbehandling kräver mer noggrann uppföljning med blodprovskontroller än annan stämningsstabiliserande läkemedelsbehandling.

Litiumförskrivningen fortsätter minska för alla bipolära underdiagnoser. För gruppen med typ 1 har andelen som förskrivits litium minskat från 76 procent 2008 till 65 procent 2015. För de med typ 2 har andelen för motsvarande period gått från 56 procent till 40 procent och för de med UNS har andelen gått från 64 procent till 47 procent. För de med schizoaffectivt syndrom har andelen som förskrivits litium minskat från 67 procent 2008 till 59 procent 2015. Den enda gruppen med en ökande andel litiumförskrivning är de med cyklotymi, men här började mätningen först 2014.

Figur 9. Andel registrerade med litiumförskrivning för perioden 2008-2015 fördelat på bipolära underdiagnoser.



Läkemedel fördelade på bipolära underdiagnoser

Från 2004 och framåt har litium varit det vanligaste förskrivna läkemedlet för alla underdiagnoser av bipolär sjukdom. Under 2015 var så är inte längre fallet. För de med typ 2 är nu lamotrigin mer förekommande än litium. För övriga underdiagnoser är litium fortfarande det vanligaste förskrivna läkemedlet. För de med typ 1 utgör andelen som förskrivs litium 65 procent. Motsvarande andel för de med typ 2 är endast 40 procent. För de med UNS förskrivs litium till 47 procent medan andelen för de med schizoaffectivt syndrom ligger på 59 procent.

Tabell 3. Andel läkemedelsförskrivning per underdiagnos, 2015 års registreringar.

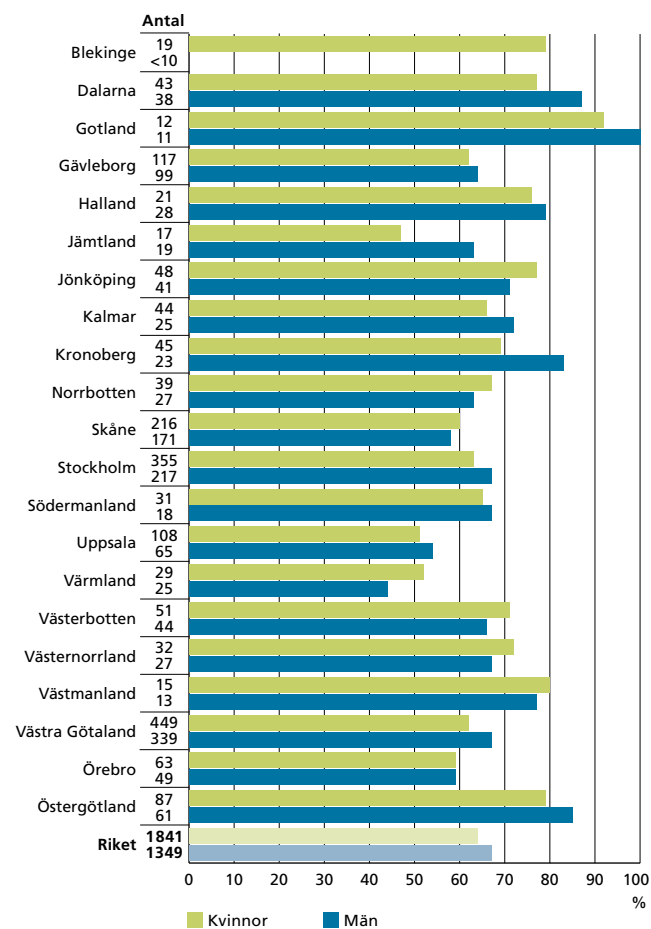
	Typ 1 (%)	Typ 2 (%)	UNS (%)	Schizoaffectivt syndrom (%)	Cyklotymi (%)
Litium	65	40	47	59	43
Lamotrigin	18	42	30	11	24
Valproat	12	6	8	13	12
Olanzapin	17	8	10	18	7
Quetiapin	18	19	18	22	17

Litiumförskrivningen till de med typ 1 och andra underdiagnoser av bipolär sjukdom

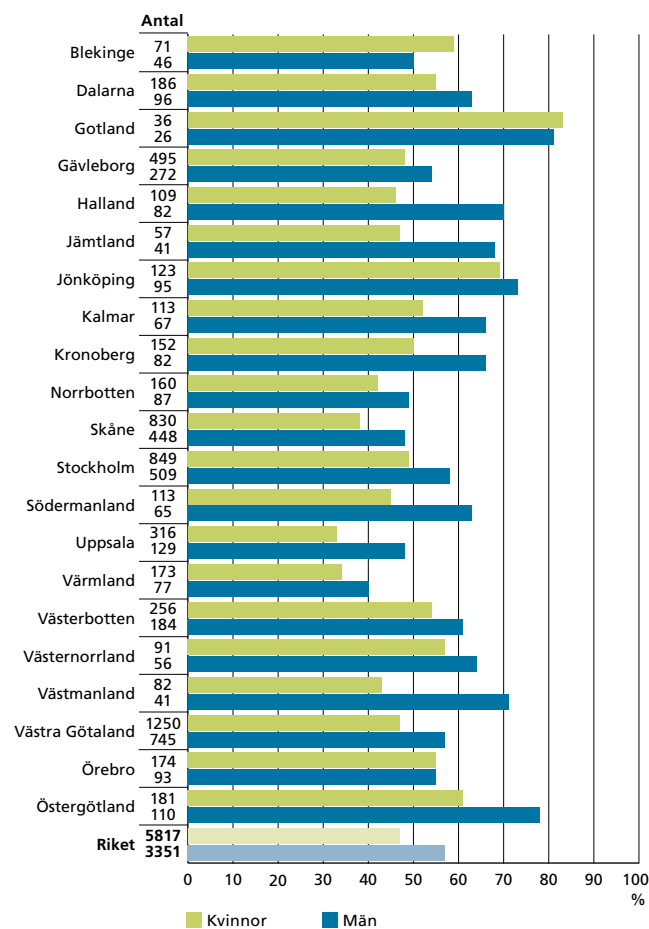
BipoläraRs målsättning är att minst 70 procent av personer med bipolär sjukdom av typ 1 skall medicineras med litium. Förra året, 2014, nådde endast fyra län upp till detta mål. I år når hela nio län (Blekinge, Dalarna, Gotland, Halland, Jönköping, Kronoberg, Västmanland, Västernorrland, Östergötland) upp till målet.

Skillnaderna i andelen av de med bipolär sjukdom typ 1 som förskrivs litium skiljer sig mycket mellan enskilda län. I de län med lägst andel litiumförskrivning – som i Uppsala och Värmland – utgör andelen omkring 50 procent medan andelen är omkring eller över 80 procent i län som Blekinge, Dalarna, Gotland, Västmanland och Östergötland. Könsskillnader i litiumförskrivning förekommer men de är relativt små för riket som helhet. Andelen män som förskrivs litium 2015 är 67 procent medan andelen för kvinnor är 64 procent. I enskilda län kan könsskillnaderna vara mer framträdande som i exempelvis Jämtland och Kronoberg.

Figur 10. Andel med bipolär sjukdom typ 1 med litiumförskrivning fördelat på län.



Figur 11. Andelen män respektive kvinnor med litiumförskrivning fördelat på län.



När det gäller könsskillnader i litiumförskrivning för samtliga bipolära underdiagnoser är skillnaderna mer tydliga. I riket utgör andelen män som förskrivs litium oberoende av bipolär underdiagnos hela 57 procent medan andelen kvinnor utgör 47 procent. I alla län utom två är andelen män som förskrivs litium större än andelen kvinnor. Könsskillnaderna inom länen varierar betydligt. Störst skillnader återfinns i Halland, Kronoberg, Södermanland, Västmanland och Östergötland. I exempelvis Halland och Västmanland skiljer det mellan 25–30 procentenheter i andelen män respektive kvinnor som förskrivs litium.

Läkemedelsgenomgång

Läkemedelsgenomgång delas in i enkel och 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.

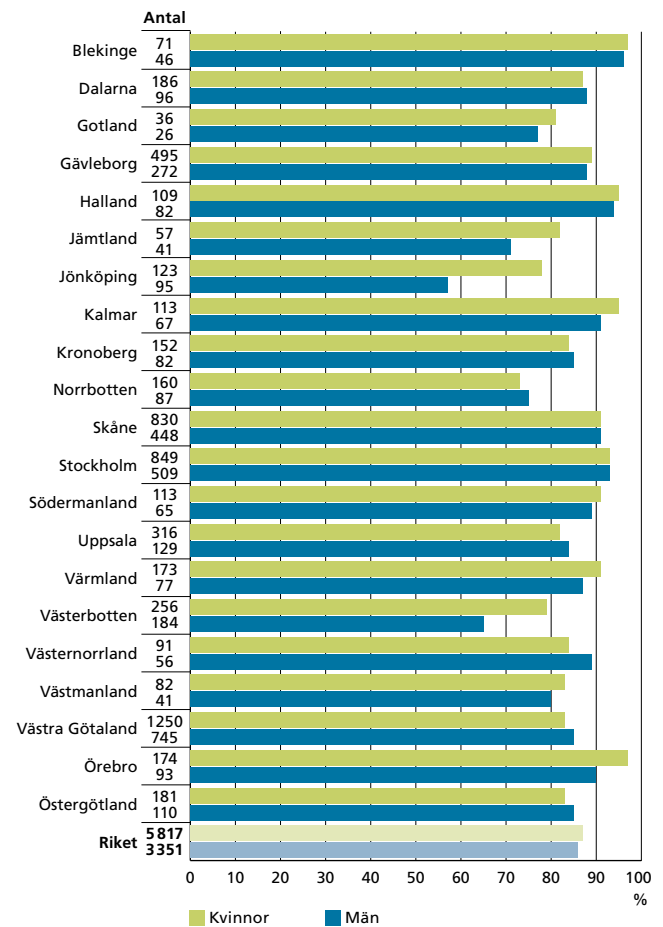
I Bipolär ställs frågan: Har patienten under de senaste 12 månaderna haft läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare? Frågan avser genomgång av läkemedel som motsvarar minst enkel läkemedelsgenomgång enligt SOSFS 2012;9, d.v.s. genomgång av

- 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. Bipolärs målsättning är att minst 90 procent av alla i registret skall haft en årlig läkemedelsgenomgång med en läkare.

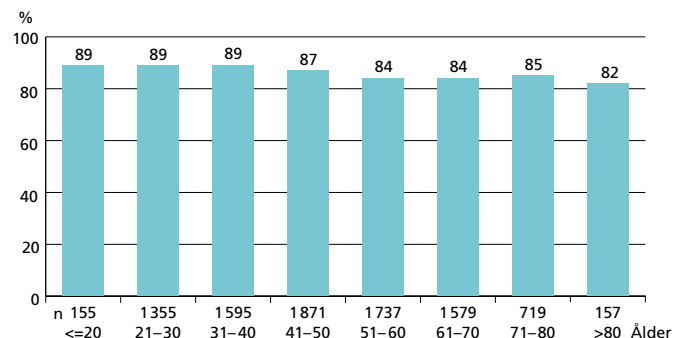
Figur 12 visar att 87 procent av alla kvinnor och 86 procent av alla män fick en sådan genomgång 2015. Det är en ökning med två procentenheter för båda könen i förhållande till föregående år. I alla län utom tre (Jönköping, Västerbotten och Norrbotten) har över 80 procent av patienterna fått en årlig läkemedelsgenomgång. En möjlig förklaring till att vissa län ännu inte når upp till målnivån kan vara brist på läkare. I vissa regioner som exempelvis i Norrbotten och Västerbotten kan läkartillgången antagas vara sämre än för riket i övrigt.

Figur 12. Andel registrerade patienter år 2015 som haft läkemedelsgenomgång fördelat på län och kön.



Andelen som fått en årlig läkemedelsgenomgång skiljer sig också mellan åldersgrupperna. Andelen som inte genomgått årlig läkemedelsgenomgång är något större för de äldre åldersgrupperna än för de yngre.

Figur 13. Andel med årlig läkemedelsgenomgång fördelat på åldersgrupp, år 2015.



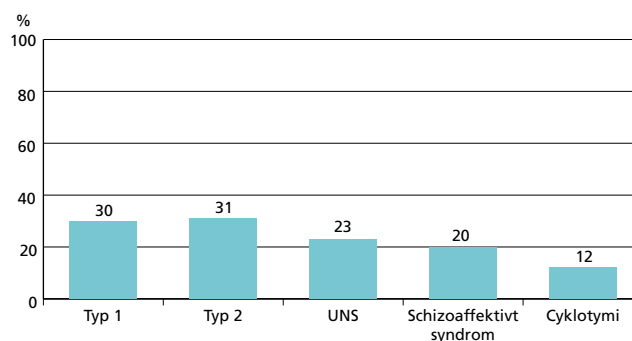
Patientutbildning

Patientutbildning vid bipolär sjukdom 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). Kvalitetsregistret Bipolärs målsättning är att minst 45 procent av alla patienter oberoende av ålder och bipolär underdiagnos skall genomgått patientutbildning. Andelen som någon gång genomgått patientutbildning var för samtliga registrerade under 2015 endast 28 procent. Det motsvarar en marginell ökning på 3 procentenheter jämfört med 2014.

Patientutbildning kan vara utformad på många olika sätt men det är vanligen en gruppbehandling inriktad på psykoedukation bestående av föreläsningar och gruppdiskussioner. Vid en nyligen genomförd kartläggning av patientutbildningarna i riket (Askland & Nawsaid, 2016) visade det sig att en majoritet av utbildningarna inte följer befintliga strukturerade patientutbildningsprogram utan att behandlarna själva utvecklat patientutbildningarna. 60 procent av utbildningarna riktar sig både till patienter och anhöriga. Endast 20 procent riktar sig endast till patienterna. Övriga utbildningar är parbaserade behandlingar eller individuella behandlingar. I genomsnitt ges patientutbildningarna två timmar en gång i veckan för en grupp om genomsnitt nio patienter. Om anhöriga också deltar i utbildningstillfällena är grupperna i genomsnitt bestående av 18 personer. I nästan alla utbildningar ingår både föreläsningar och diskussionstillfällen. Endast 18 procent anger i kartläggningen att de också ger hemuppgifter eller har färdighetsträning. På frågan om hur utbildningen påverkar risken för återfall i skov svarar mer än 95 procent av behandlarna att de tror att utbildningen minskar risken för återfall.

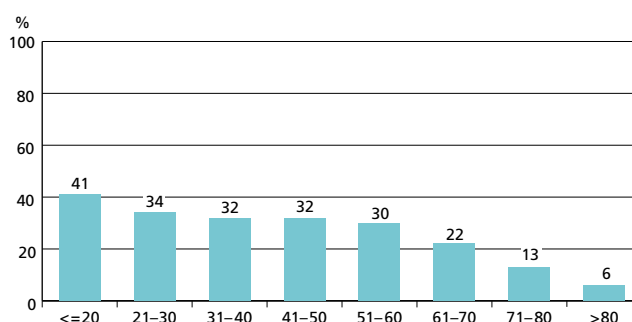
Om man ser vilka patientgrupper som går patientutbildning finner man att en ungefär en tredjedel av de med typ 1 och typ 2 erbjuds patientutbildning medan andelen är klart lägre för övriga diagnosgrupper.

Figur 14. Andel som har erbjudits/genomgått patientutbildning fördelat på underdiagnos, år 2015.



Av de som ges patientutbildning är det en betydligt lägre andel (30 %) som medicinerar med litium och en betydligt högre andel som förskrivs andra stämningsstabiliserare som lamotrigin, valproat, olanzapin och quetiapin än bland samtliga i registret. Detta kan indikera att patientutbildning i högre utsträckning ges till personer som inte svarar på stämningsstabiliserande litiumbehandling eller att utbildningen ges i ett skede innan stämningsstabiliserande behandling satts in. Det är nämligen vanligare att yngre personer genomgår patientutbildning än äldre personer. Andelen yngre är också något mindre bland de med typ 1 där litiumrekommendationen är starkare än för övriga underdiagnoser. Som framgår av diagrammet nedan är andelen som genomgått patientutbildning fallande med ålder.

Figur 15. Andel som erbjudits/genomgått patientutbildning fördelat på ålderskategori, år 2015.

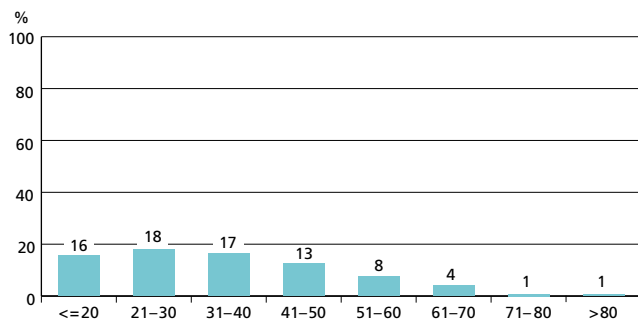


Systematisk psykologisk behandling

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 tydligt beroende på patientens kön och beroende på vilket län som patienten vårdas i. Som visas i diagrammet nedan är det generellt en större andel kvinnor än män som ges systematisk psykologisk behandling. Det är också generellt en större andel yngre än äldre som ges systematisk psykologisk behandling. Ålderskillnaderna avspeglar förmodligen en förändring av fördelningen av de bipolära underdiagnoserna där andelen med typ 1 minskar och andelen med typ 2 och UNS ökar då det är vanligare med psykologisk behandling i dessa senare underdiagnosgrupper än för de med typ 1. Men det beror förmodligen även på att fler i de yngre åldersgrupperna har en psykiatrisk samsjuklighet än i de äldre åldersgrupperna.

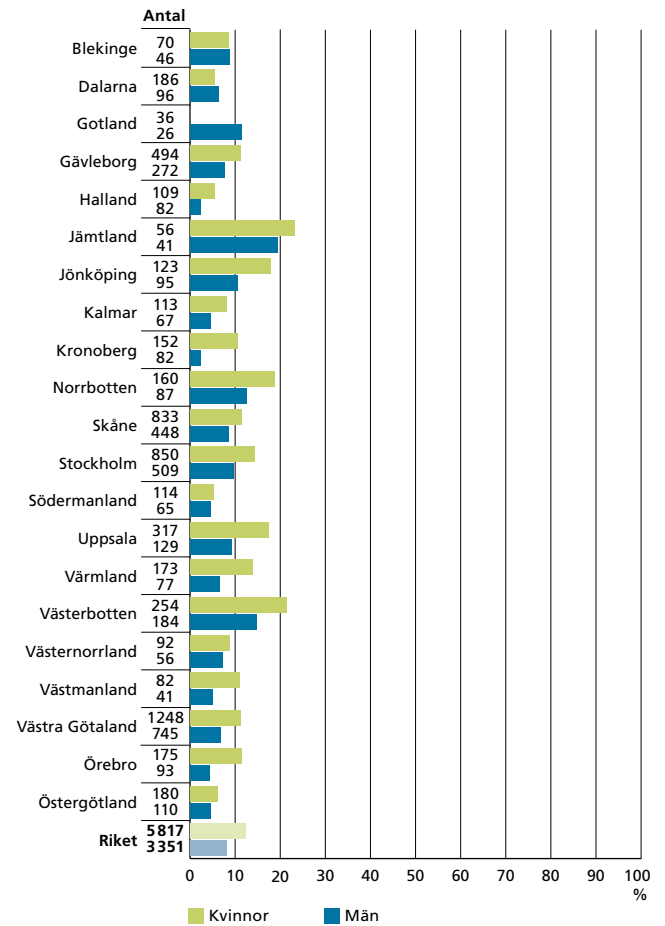
Figur 16. Andel som erhållit systematisk psykologisk behandling de senaste 12 månaderna fördelat på ålderskategori, år 2015.



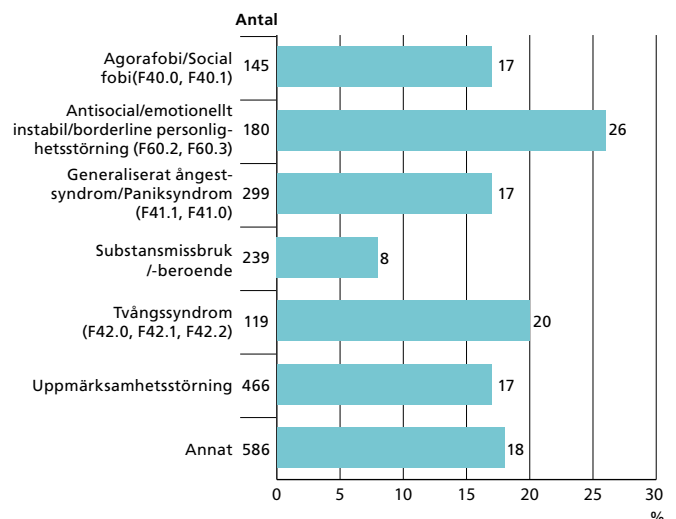
Om man undersöker de med psykiatrisk samsjuklighet under 2015 finner man att andelen som genomgått systematisk psykologisk behandling är högre bland dessa än de utan samsjuklighet. Av de med samsjuklighet är andelen som fått psykologisk systematisk behandling högst bland dem med antisocial eller emotionellt instabil personlighetsstörning.

Lägst andel har de med missbruksproblematik, men även de med tvångssyndrom, generaliserat ångest- och paniksyndrom eller agorafobi ges i liten utsträckning systematisk psykologisk behandling.

Figur 17. Andelen registrerade år 2015 som erhållit systematisk psykologisk behandling senaste 12 månader, fördelat på län och kön.



Figur 18. Andel patienter som erhållit systematisk psykologisk behandling de senaste 12 månaderna fördelat på psykiatriska samsjuklighetstillstånd år 2015.



Resultatmått

Nedan presenteras resultatmått som BMI (Body Mass Index), andel med signifikant viktuppgång, återfall i skov, självskadande och suicid, GAF-skattningar (behandlarbedömning av patientens symtom och funktion) och andel slutenvårdade. Om inget annat anges avses både ny- och uppföljningsregistreringar under verksamhetsåret 2015.

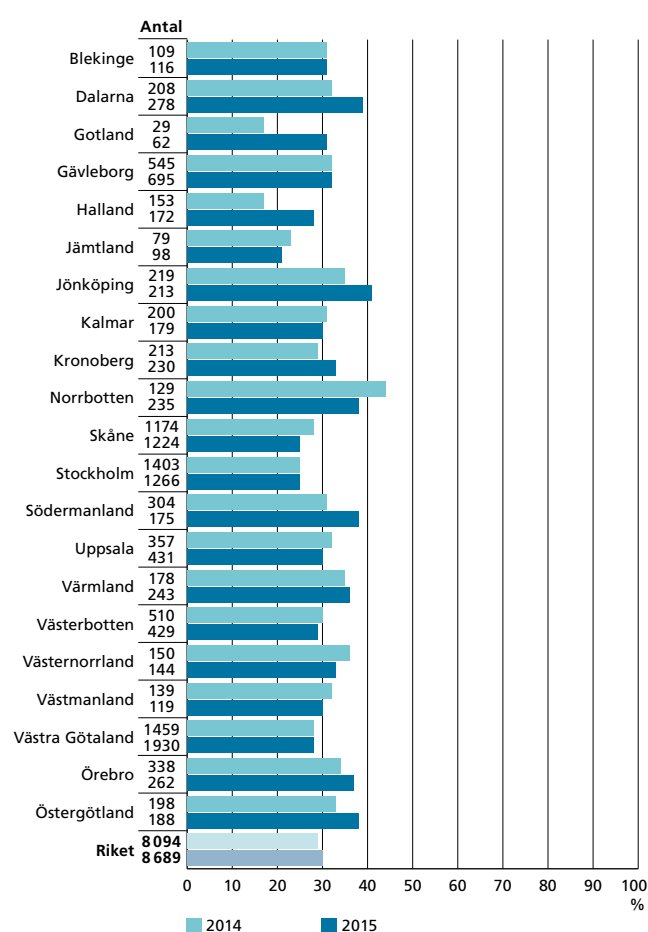
BMI och kliniskt signifikant viktuppgång

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 mellan två registreringar. I årsrapporten har mätningen utgått från den vikt som anges i uppföljningsregistreringarna gjorda 2015 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 över 30 och att max 10 procent skall ha en signifikant viktuppgång.

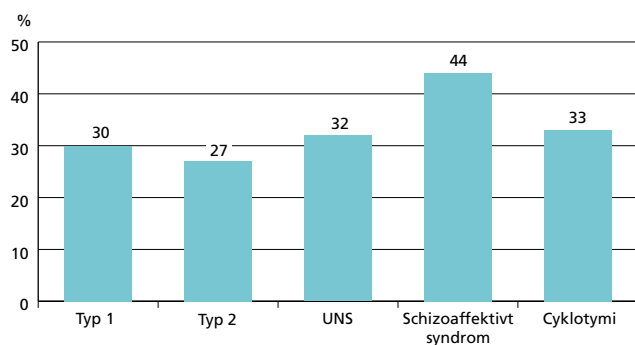
2015 hade 30 procent av alla personerna i registret ett BMI över 30. Motsvarande andel för 2014 var 29 procent. Inget av länen lyckades uppnå BipoläRs målnivå på att max 10 procent av patienterna skall ha ett BMI över 30. Jämfört med föregående år har andelen med BMI över 30 ökat i tio av länen, i tre län är det ingen skillnad jämfört med föregående år medan för åtta av länen har andelen med BMI över 30 minskat. I flertalet län är skillnaderna mellan de två åren marginell men för exempelvis Halland och Gotland noteras en betydligt högre andel med BMI över 30 än föregående år.

Figur 19. Andel registrerade patienter med BMI >30 fördelat på län, år 2014 respektive 2015.



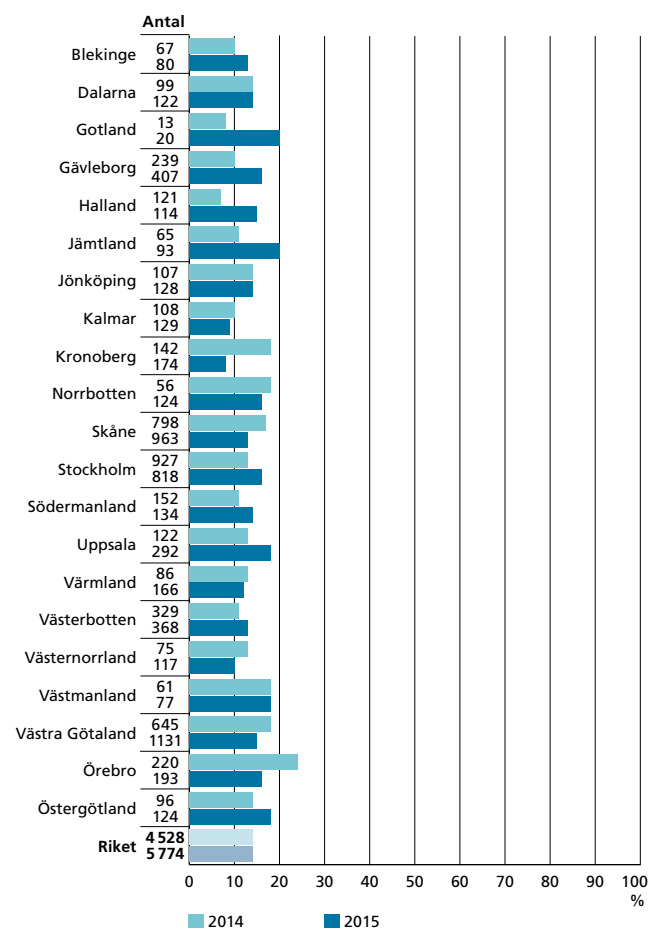
Generellt har ålder och kön betydelse för BMI. Andelen kvinnor över 30 i BMI brukar vara större än andelen män. Äldre brukar också ha högre BMI än yngre. Det finns även skillnader beroende på underdiagnos. Som framgår av figuren nedan har gruppen med schizoaftektivt syndrom en klart högre andel med ett BMI över 30 än övriga grupper. Hela 44 procent av de med schizoaftektivt syndrom har ett BMI över 30 vilket kan jämföras med övriga underdiagnosgrupper där andelen ligger mer än 10 procentenheter lägre. I vilken grad denna skillnad beror på underdiagnosen i sig eller att medicineringen och ålderssammansättningen skiljer sig mellan grupperna analyseras inte här.

Figur 20. Andel registrerade patienter med BMI>30 år 2015 fördelade per underdiagnos.



När det gäller andelen med signifikant viktuppgång under 2015 finner man betydande skillnader mellan länen. Vissa län som Gotland, Jämtland och Örebro har en hög andel patienter med en signifikant viktuppgång. Drygt var femte patient ökade sin vikt med mer än 7 procent i förhållande till närmast föregående registrering i dessa län. De län med lägst andel patienter med signifikant viktökning är Kalmar och Kronoberg som har färre än 10 procent patienter med signifikant viktökning under 2015. De är därmed de enda länen som under 2015 lyckats uppnå målnivån om max 10 procent patienter med signifikant viktökning.

Figur 21. Andel uppföljningsregistrerade patienter med signifikant viktökning uppdelat på län, år 2014 respektive 2015.



För riket som helhet ligger andelen med signifikant viktökning under 2015 på samma nivå som under 2014. Det vill säga 14 procent av patienterna i registret hade en signifikant viktökning under båda åren. För enskilda län är skillnaderna mellan 2014 och 2015 mer betydande. I exempelvis Gotland, Gävleborg och Jämtland noteras en stor ökning av andelen med signifikant viktökning. I vissa fall närmast en fördubbling. I andra län som Kronoberg och Örebro är det en kraftig minskning av andelen med signifikant viktökning.

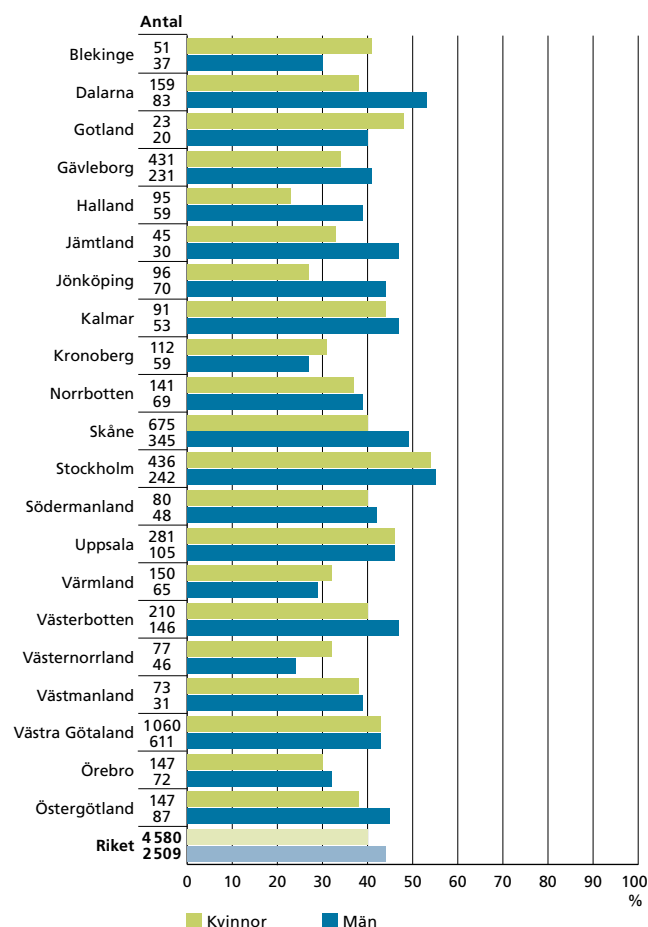
För län med hög andel patienter med BMI över 30 kan det finnas anledning att fundera över om patientunderlaget avspeglar det generella BMI för invånarna i länet. I de län där skillnaderna i BMI mellan personerna i registret och befolkningen i länet i övrigt är betydande bör man fundera på hur man aktivt kan arbeta för att fysiskt aktivera patienterna och förbättra deras fysiska hälsa.

Andel i arbete

En av de absolut viktigaste indikatorerna i Bipolär är andelen personer i arbetsför ålder (18–65 år) som har ett förvärvsarbete eller studerar minst 50 procent. Måttet är en viktig indikation inte bara på individens funktionsförmåga utan även på den psykiatriska vårdens men hänsyn bör dock även tas till utvecklingen på arbetsmarknaden generellt. Bipolärs målnivå är att 55 procent av patienterna i Bipolär skall ha en sysselsättning på minst 50 procent.

Under 2015 hade 40 procent av kvinnorna och 44 procent av männen i arbetsför ålder en sysselsättning (studier eller arbete) på 50 procent eller mer. Motsvarande andel för 2014 var 37 procent av kvinnorna och 43 procent av männen. Endast ett av länen, Stockholm, når upp till målnivån om en andel på 55 procent med en minst 50 procentig sysselsättningsgrad. I majoriteten av länen (14 stycken) är andelen män med minst 50 procentig sysselsättningsgrad högre för kvinnor än män. I de flesta län är emellertid könsskillnaderna små.

Figur 22. Andel patienter i åldern 18–65 år som förvärvsarbetat eller studerat mer än 50% år 2015 fördelat på kön och län.

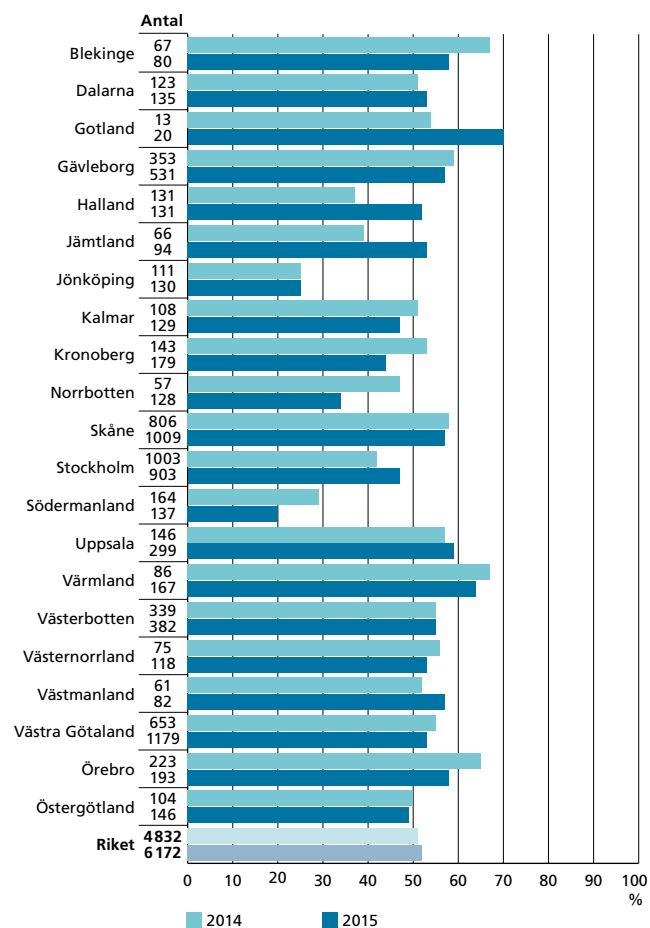


Återfall i skov

Det huvudsakliga målet med all stämningstabiliserande behandling vid bipolär sjukdom är att förhindra affektiva sjukdomsskov. Av det skälet är andelen patienter med återfall i skov de senaste 12 månaderna ett av BipoläRs viktigaste mått. BipoläRs målnivå är att max 40 procent av patienterna i registret skall återfallit i skov under de senaste 12 månaderna. Som skov räknas maniska, hypomana, depressiva eller blandade. En låg andel patienter med återfall i affektiva skov är en indikator som kan signalera god psykiatrisk vård. Under 2015 är det endast tre län som når upp till BipoläRs målnivå och det är Jönköping (25%), Norrbotten (34%) och Södermanland (20%). Högst andel med återfall i skov under 2015 hade Gotland och Värmland med en andel på 70 respektive 65 procent. Det finns således stora skillnader mellan länen. I vilken mån dessa skillnader beror på patientunderlaget och associerade socio-ekonomiska skillnader eller andra faktorer utanför vårdgivarnas direkta kontroll analyseras inte här. Det kan därför vara viktigt för vårdgivarna själva att följa upp de bakomliggande orsakerna till skillnaderna i behandlingsutfall.

Om man jämför 2015 med föregående år så ligger andelen med återfall i riket på stort sett samma andel som 2014. Under 2015 återföll 52 procent av patienterna i registret i affektiva skov under en 12-månadsperiod. Det innebär att andelen med återfall i skov varit på en ungefärlig likartad nivå sedan 2008. Då är det naturligt att det också för de flesta län är små skillnader i återfall i skov mellan 2014 och 2015. Det finns några undantag – som Gotland och Halland – med en tydlig ökning av återfall i skov, samt Norrbotten med en klar minskning av andelen patienter med återfall i skov.

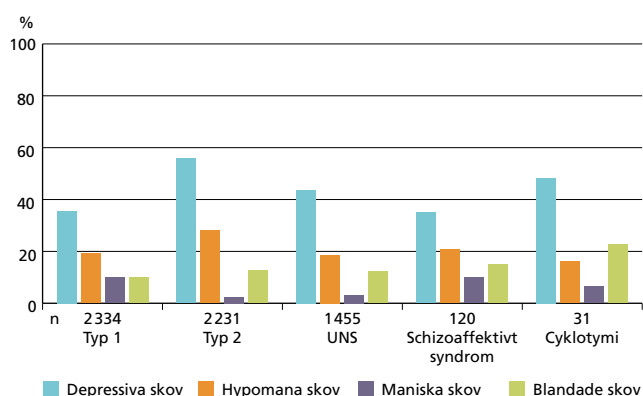
Figur 23. Andel uppföljningsregistrerade patienter som återfallit i skov de senaste 12 månader fördelat på län, år 2014 respektive 2015.



Oberoende av underdiagnos är de depressiva affektiva skoven vanligast förekommande. För de med typ 1 och schizoaffektivt syndrom utgör dock de depressiva skoven en mindre andel av de totala affektiva skoven i förhållande till övriga grupper. För de med typ 1 utgör de depressiva skoven omkring 36 procent av alla skov medan de maniska och hypomana skoven utgör omkring 30 procent. För de med typ 2 utgör de depressiva skoven 56 procent medan de hypomana utgör 28 procent och de maniska 2,5 procent av samtliga skov.

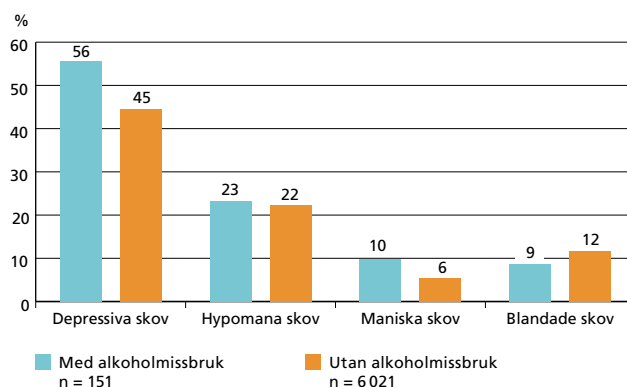
För UNS och cyklotymi dominerar de depressiva skoven medan det är en jämnare fördelning mellan olika typerna av skov för de med schizoaffektivt syndrom.

Figur 24. Andel med återfall i skov de senaste 12 månaderna fördelat på underdiagnos och typer av skov, för uppföljningsregistrerade patienter år 2015.



Alkoholmissbruk betraktas som en riskfaktor för återfall i skov. Som framgår nedan är det en högre andel av de med alkoholmissbruk som återfaller i skov – i synnerhet depressiva – jämfört med de utan missbruk av alkohol.

Figur 25. Andel med respektive utan alkoholmissbruk med återfall i skov de senaste 12 månaderna fördelat på olika typer av skov.



GAF-funktion och GAF-förbättring

GAF (Global Assessment of Functioning scale) är en behandlarskattning av patientens globala funktionsförmåga. Den används för att skatta graden av psykisk ohälsa uttryckt i antingen som psykiska symptom och/eller som nedsatt social och yrkesmässig förmåga. Skalan sträcker sig mellan 1 och 100, där 100 indikerar full funktionsförmåga och 1 avsaknad av funktionsförmåga. I denna rapport 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. Under 2015 hade 46 procent i registret en funktionsförmåga över 68 poäng. Detta kan jämföras med föregående år där andelen låg på 42 procent. Andelen med full funktionsförmåga enligt GAF kan också sättas i relation till de två tidigare resultatmåttandelen i arbetsför ålder (18–65 år) med sysselsättning (ca 41 procent) och andelen som återfallit i skov de senaste 12 månaderna (ca 52 procent).

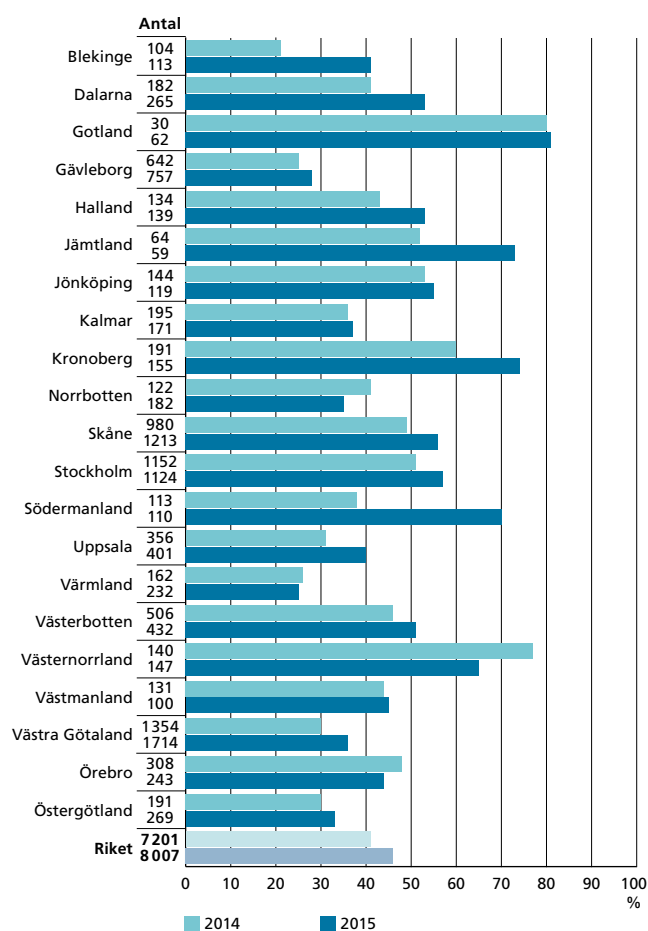
Om man jämför andelen med GAF över 68 poäng för riket under 2015 med år 2014 noteras en liten ökning. För 17 av de 21 länen ligger också andelen med full funktionsförmåga högre under 2015 än 2014. För flertalet av dessa 17 län är skillnaderna små i förhållande till föregående år men för Jämtland, Kronoberg och Södermanland noteras under 2015 en betydande ökning av andelen individer med full funktionsförmåga i förhållande till 2014.

Om man sedan jämför andelen av patienterna med en skattad GAF över 68 mellan länen i riket framkommer klara skillnader. Liksom under 2014 ligger andelen som bedömts ha normal funktionsförmåga lägre i Gävleborg, Värmland och Västra Götaland. Betydligt högre andel patienter med GAF över 68 noteras i Gotland, Jämtland och Södermanland där andelen med GAF över 68 ligger mellan 70 till 80 procent. Det är motsvarar drygt en dubbelt så hög andel med GAF över 68 som i de län med lägst andel patienter med GAF över 68.

Med hänsyn till att GAF är en behandlarskattning av patientens symptom och funktionsförmåga behöver dessa skillnader inte bara avspegla reella skillnader i funktionsförmåga utan kan också avspegla systematiska skillnader i hur vårdgivare i olika län använder GAF. En svensk studie av motsvarande funktionskattningsskala för barn och ungdomar (CGAS: Children's Global Assessment Scale) visade att interbedömarreliabiliteten

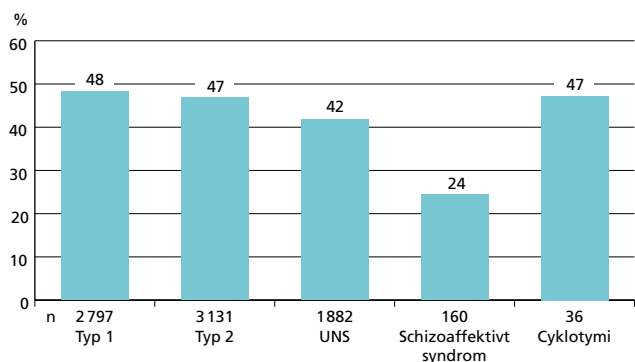
var måttlig och pekade på behovet att utbilda personal i hur skalan används (Lund A, 2010). Det vanligaste felet är att bedöarna överskattar patientens funktion, vilket kan förklaras att vi är tränade att "se det friska". Men instruktionerna för GAF-skalan är tydliga: "I de fall när symptomens svårighetsgrad och funktionsförmågan bedöms ligga inom olika intervall skall den slutgiltiga GAF-skattningen alltid återspegla det sämsta alternativet." (vår kursivering, American Psychiatric Association, 2002).

Figur 26. Andel med GAF>68 fördelade på län, år 2014 respektive 2015.



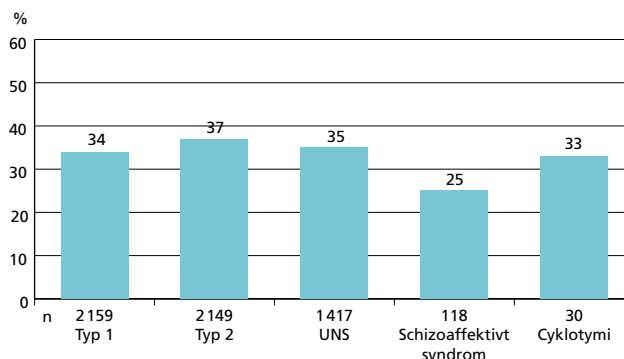
Vi har också undersökt om andelen med GAF över 68 skiljer sig mellan de olika underdiagnoserna av bipolär sjukdom. Denna jämförelse visar att personer med typ 1 har en något högre andel med GAF över 68 än de med typ 2. Personer med typ 2 har i sin tur har en något högre andel med normal funktion än de med UNS. Klart lägst andel med GAF över 68 har de med schizoaffektiva syndrom där endast omkring var fjärde patient har en funktionsförmåga som bedömts som normal. Detta är intressant eftersom bipolär sjukdom typ 2 ibland beskrivs som en mildare variant av bipolär sjukdom än typ 1. Men att döma av GAF-skattade symptom och funktionsförmåga verkar alltså den totala psykiska ohälsan vara större eller lika stor i typ 2-gruppen.

Figur 27. Andel med GAF>68 fördelat på underdiagnos, år 2015.



En annan av BipolärRs kvalitetsindikatorer som är kopplad till GAF är andelen med signifikant GAF-förbättring. Vi har definierat detta som andelen patienter som förbättrat sitt GAF-funktionsvärde med fem poäng eller mer mellan två registreringstillfällen. Under både 2014 och 2015 uppnådde omkring var tredje patient en signifikant förbättring av sitt GAF-värde. Detta gäller för alla underdiagnoser med undantag för schizoaffektiva syndrom där endast var fjärde patient (25 %) hade en signifikant förbättring under 2015 i förhållande till närmast föregående registrering.

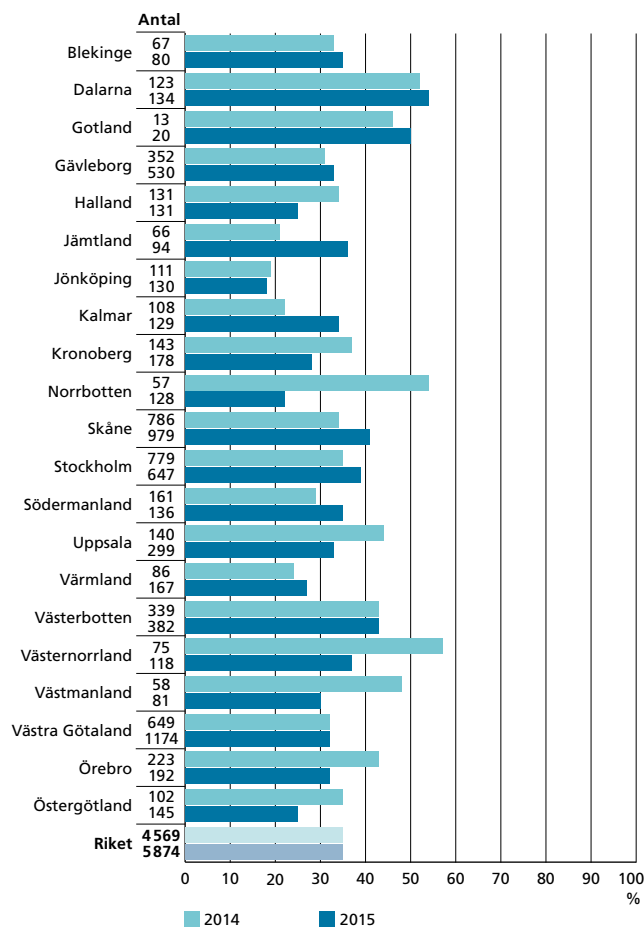
Figur 28. Andel uppföljningsregistrerade patienter med signifikant GAF förbättring fördelat på underdiagnos, år 2015.



Även om skillnader i andelen med signifikant GAF-förbättring mellan 2014 och 2015 för de flesta länen är marginella finns det vissa län där skillnaderna mellan åren är påtagliga. I exempelvis Norrbotten, Västernorrland och Västmanland har andelen med signifikant GAF-förbättring minskat med mellan hälften till en tredjedel i förhållande till föregående år.

Det är också stora skillnader i GAF-förbättring mellan länen. Län med hög andel patienter med signifikant GAF-förbättring under 2015 är Gotland och Dalarna där omkring hälften av patienterna har förbättrats med fem poäng eller mer medan andelen GAF-förbättrade patienter är klart lägre i exempelvis Jönköping, Värmland och Östergötland.

Figur 29. Andel uppföljningsregistrerade med signifikant GAF-förbättring år 2014 respektive 2015 fördelade på län.



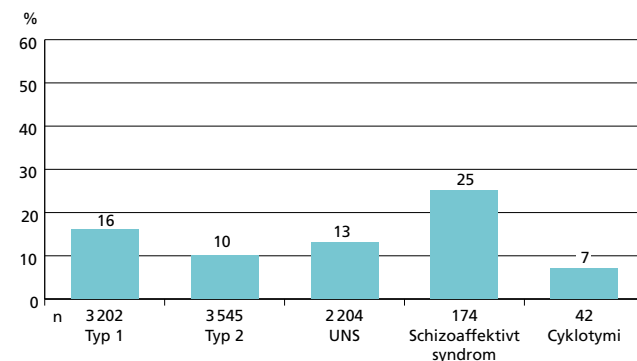
Andel slutenvårdade

Slutenvård innebär inläggande vård för patienter med akut vårdbehov. För personer med bipolär sjukdom är inläggningen vanligen förorsakad av återfall i affektiva skov. Det kan vara patienter som i ett maniskt tillstånd riskerar agera på ett sätt som utgör fara för personen själv eller andra. Slutenvård kan också bli fallet vid en djup depression där patienten bedöms oförmögen att ta hand om sig själv eller där det finns en akut självmordsrisk. Den psykiatriska vården syftar till att förebygga affektiva skov och därmed inläggning. Detta sker exempelvis genom förebyggande stämningsstabiliserande läkemedelsbehandling. Andelen patienter i slutenvård är därmed ett viktigt mått som säger något om hur framgångsrik den förebyggande behandlingen varit.

Den långsiktiga trenden under de senaste åtta åren är att andelen som slutenvårdas minskar. I förhållande till 2014 minskade andelen som slutenvårdades under 2015. Omkring 13 procent av de registrerade i BipolärR blev slutenvårdades under 2015 (2014 var siffran 15 %). De flesta länen hade under 2015 en lägre andel patienter som slutenvårdades i förhållande till 2014, men i vissa län som Västernorrland och Västmanland har andelen slutenvårdade ökat med fem procentenheter eller mer. För andra län som Gotland, Jämtland, Jönköping, Södermanland och Uppsala är det en klart lägre andel som fått slutenvård under 2015 än 2014.

Andelen slutenvårdade skiljer sig också mellan underdiagnosgrupperna av bipolär sjukdom. Det är exempelvis endast 7 procent av de med cyklotymi som slutenvårdades under 2015 medan andelen för de med schizoaffektiva syndrom var hela 25 procent. Andelen är också något högre för de med typ 1 än för de med typ 2 eller UNS, vilket förmodligen avspeglar att maniska affektiva skov är mer vanligt förekommande för de med typ 1 och att maniska skov i sin tur i högre utsträckning motiverar inläggning än övriga skov.

Figur 30. Andel slutenvårdade patienter fördelade på underdiagnos, år 2015.



Bipolär sjukdom och suicidalt beteende

Bipolär affektiv sjukdom är sannolikt den psykiska sjukdom som medför den allra högsta risken för suicid. Suicid är 17 gånger vanligare än i befolkningen enligt en färsk metaanalys (Chesney et al 2014). Bland män med bipolär sjukdom vårdade på sjukhus dog på lång sikt 8 % i suicid, bland kvinnor dog 5 % i suicid enligt en stor dansk studie (Nordentoft et al 2011). Efter suicidförsök är bipolär sjukdom förenat med den högsta risken för senare suicid jämfört med alla andra psykiska sjukdomar (Runeson et al 2015).

Allmänna riskfaktorer för suicid i befolkningen återspeglas bland människor med bipolär sjukdom, men mer intressant är vilka diagnosspecifika faktorer man kan påvisa. Detta gäller både sådana där bipolär sjukdom förstärker suicidrisken liksom sådana som gäller sjukdomens egen karaktär (som antal eller typ av affektiva skov).

Figur (efter Schaffer et al 2015)



Från flera nya studier vet vi att risken för suicidförsök vid bipolaritet är högre hos kvinnor, vid insjuknande i ung ålder, om första skovet är en depression och om den senaste episoden är depression. Vidare ökar risken vid samsjuklighet med ångest, substansbruksyndrom och personlighetsstörning (Schaffer et al 2015, Tidemalm et al 2014).

Det finns åtskilliga studier som analyserat vilka faktorer vid bipolär sjukdom som medför risk för suicidförsök, men mycket färre som visar vilka som medför risk för död i suicid (Schaffer et al 2015). Vi har nu påbörjat en studie av suicid bland patienter i Bipolär; det finns i det stora materialet av patienter 90 suicid efter ett antal års uppföljning.

Risken för suicid är möjligen högre bland män och om det finns en hereditet för bipolär sjukdom bland första gradssläktingar. I övrigt finns många möjliga riskfak-

torer för död i suicid där kunskapen är otillräcklig. Det behövs nu studier av stora patientmaterial som möjliggör en värdering av den relativa betydelsen av de diagnos-specifika faktorerna.

Det är oklart om tidigt insjuknande är relaterat till fullbordat suicid, det är en av kunskapsluckorna. Vad gäller de affektiva skoven förekommer inte suicid vid eutyma tillstånd, knappast heller vid maniska tillstånd. Vanligast är det i relation till depressiva faser och vid så kallade blandade skov. Tidigare gjorda suicidförsök är en faktor av betydelse, men den relativa betydelsen av det behöver man också få bättre uppfattning om. Det finns två färskaste studier som ifrågasatt betydelsen av tidigare suicidförsök som riskfaktor (Ribeiro et al 2016, Weiser et al 2016). Tidigare suicidförsök har vi tillförlitliga uppgifter om i Bipolär och bör kunna belysa noggrant i vår pågående studie. I detta avseende är kvalitetsregisterdata mer informativa än nationella populationsregister.

Samtidig annan psykisk sjukdom är betydelsefull för suicidförsök; det gäller ätstörning för kvinnor och substansbrukssyndrom för män. Huruvida detta är betydelsefullt också för död i suicid vet man otillräckligt om. Samma fråga kan ställas om tidiga livstrauman och om aktuella psykosociala stressorer, vilka vi påvisade i vår tidigare studie av suicidförsök (Tidemalm et al 2014).

Faktorer relaterade till psykiatrisk vård är otillräckligt undersökta. Vi har uppgifter om man vårdats inneliggande och med tvång, möjligen är det en markör för svårighetsgraden av den bipolära sjukdomen som kan vara av betydelse för suicidrisken. Aggressiva drag hos patienter kan vara av betydelse, vi har preliminära uppgifter som kan tala för att tidigare brottslighet förstärker suicidrisken. Kroppslig samsjuklighet behöver också studeras. Man vet inte heller mycket om huruvida viktuppgång och metabola faktorer kan vara associerade till suicid, dessa kan vara konsekvenser av sjukdomen eller av behandlingen och behöver undersökas.

För undergrupperna av bipolär sjukdom – typ I och II – har man funnit motsägelsefulla resultat (Schaffer et al 2015). Vissa har funnit att typ I är mer typisk för suicid, andra tvärtom att typ II har sämre prognos i det avseendet. Där kan vi kanske påvisa skillnader i vår stora patientgrupp. Mer entydiga är resultaten när det gäller om samsjuklighet med psykos: det finns inte stöd för att sådan samsjuklighet ökar risken för suicid eller suicidförsök.

Syftet med att belysa diagnosspecifika faktorer är naturligtvis att förbättra bedömningen av suicidrisk. Kanske kan vi öka tillämpligheten av våra data genom att särskilt se på dem som tar sitt liv tidigt i förloppet, det har kliniskt värde för suicidriskbedömningen (Bolton et al 2015). En nyligen genomförd studie försökte underlätta förståelsen av risk genom att definiera fem kluster av faktorer som innebar ökad risk för suicid (Schaffer et al 2014).

- Män som var ensamstående och som inte tidigare gjort suicidförsök
- Personer som tidigare gjort suicidförsök, inte hade substansberoende, men mycket sjukvårdskontakt och interpersonella stressorer
- Personer med substansberoende, tidigare suicidförsök och stressorer relaterade till kriminalitet
- Äldre, oftast kvinnor, ensamboende, inga uppenbara stressorer, vilka dog i förgiftning
- Yngre kvinnor, sammanboende, som blivit arbetslösa eller hade ekonomiska problem och i liten utsträckning hade vårdkontakt

Sammanfattningsvis är det sannolikt ett komplicerat samspel av flera faktorer som leder till att ett relativt fåtal personer med bipolär sjukdom väljer att ta sitt liv. Den problemfyllda bild av sjukdomen som beskrivs kan också balanseras av att det nu finns opublicerade men tydliga svenska data som visar att man med litiumbehandling kan förhindra suicid i många fall (Song et al 2016).

Texten är författad av Bo Runeson som är professor i psykiatri vid Karolinska institutet i Stockholm samt medlem i BipoläRs styrgrupp.

Självskadande och suicidförsök i registret

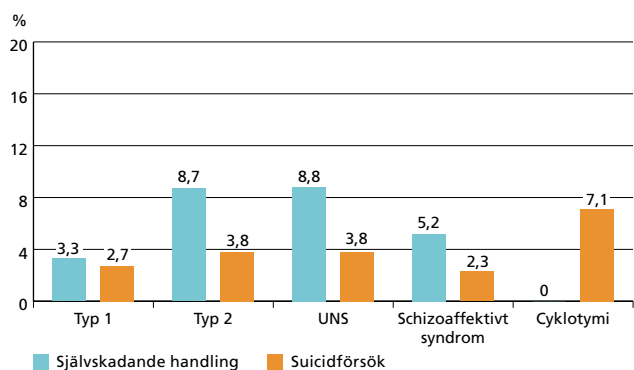
310 av 9 168 registrerade patienterna i Bipolär rapporteras under 2015 försökt ta sitt liv under de senaste 12-månaderna. Det motsvarar 3,4 procent av alla registreringar i Bipolär under 2015. Under 2014 var motsvarande antal 269 personer och motsvarande andel 3,2 procent. Som framgår av diagrammet nedan kan andelen suicidförsök variera kraftigt mellan åren inom ett och samma län. Detta gäller särskilt för län med ett fåtal registreringar. Siffrorna skall således beaktas med försiktighet med hänsyn till att få fall kan göra stort avtryck i statistiken.

Mellan länen noteras stora skillnader i andelen suicidförsök. I vissa län har en så hög andel som 6–8 procent av patienterna försökt ta sitt liv medan i andra län är andelen under 1 procent.

I registret finner man tydliga skillnader i förekomsten av suicidförsök mellan underdiagnoserna. De med cyklotymi har exempelvis en betydligt högre andel som gjort självmordsförsök än övriga underdiagnosgrupper. Hela 7 procent av de med cyklotymi hade under den senaste 12-månadersperioden försökt ta sitt liv. Motsvarande andel bland de med typ 2 och UNS var 4 procent medan typ 1 låg på 3 procent. De med schizoaffektivt syndrom ligger lägst med en andel på omkring 2 procent.

Den höga andelen suicidförsök i gruppen med cyklotymi har uppmärksammats i tidigare årsrapporter. Cyklotymi utmärker sig genom mindre uttalade affektiva skov och mindre förekomst av slutenvård än övriga underdiagnoser samtidigt skiljer sig fördelningen av de affektiva skoven för de med cyklotymi i förhållande till övriga underdiagnosgrupper vilket framkommer i figur 24.

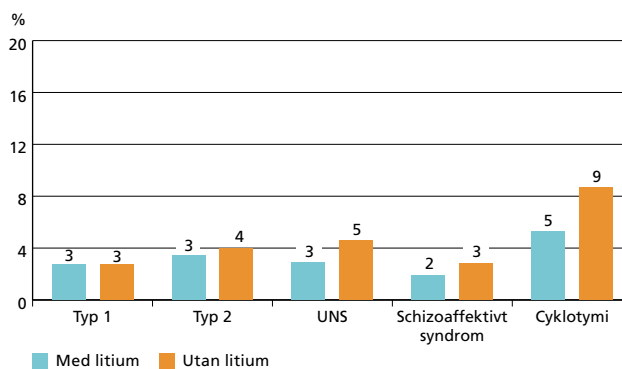
Figur 31. Andel registrerade år 2015 som de senaste 12 månader gjort självskadande handling eller suicidförsök, fördelat på underdiagnoser.



Andelen som gjort *självskadande handlingar utan suicidavsikt* är mer än dubbelt så vanligt som suicidförsök i grupperna med typ 2, UNS och schizoaffektivt syndrom.

I gruppen typ 1 är skillnaden liten. En tolkning är att självskadande handlingar i typ 1 gruppen är allvarligare och oftare har tydligare suicidavsikt än i övriga underdiagnosgrupper. De med cyklotymi särskiljer sig genom att ha en större andel som genomför suicidförsök än som genomför självskadande handlingar (självskadande handlingar redovisas dock inte i diagrammet då antalet är för litet för att vara reliabelt). En annan förklaring till att andelen som utfört självskadande handlingar ligger så mycket högre i grupperna med UNS och typ 2 kan vara att det i dessa grupper är vanligare med psykiatrisk samsjuklighet som exempelvis personlighetsstörningar. Ytterligare skäl kan vara skillnader i hur patienterna svarar på stämningsstabiliserande läkemedelsbehandling. Stämningsstabiliserande behandling med litium har en starkare rekommendation för de med typ 1 än för de med typ 2 eller UNS. Litiummedicinering har en unik suicidpreventiv effekt. I samtliga underdiagnosgrupper med undantag av de med typ 1 har de som förskrivs litium en något lägre andel suicidförsök än de som inte förskrivs litium. Jämförelsen skall emellertid beaktas med försiktighet då grupperna som förskrivs respektive inte förskrivs litiumbehandling förmodligen skiljer sig i flera avseenden. Exempelvis avseende sjukdomens svårighetsgrad. Man bör också beakta att det är ett relativt litet antal som gör självmordsförsök vilket gör att ett fåtal självmordsförsök får stor påverkan för diagnosgrupper med ett fåtal registreringar.

Figur 32. Andel med respektive utan litiumförskrivning som de senaste 12 månaderna gjort suicidförsök fördelade på underdiagnoser.



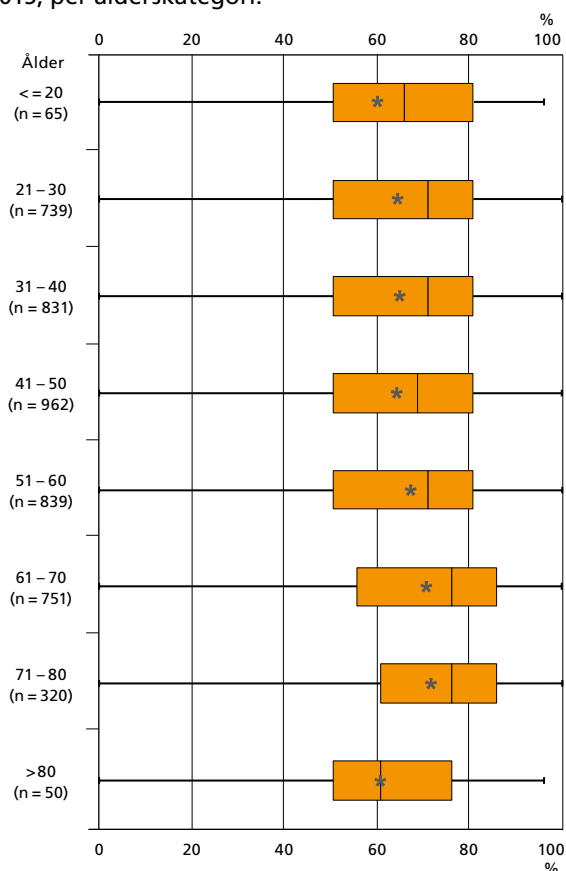
Patientrapporterad psykisk och fysisk hälsa

Patientrapporterad fysisk och psykisk hälsa fångas upp genom en fråga i EQ-5D (som är ett standardiserat internationellt formulär) som besvaras på en skala ifrån 0 till 100. Noll är det sämsta tänkbara upplevda fysiska och psykiska hälsotillståndet och 100 utgör det bästa tänkbara upplevda hälsotillståndet.

Medelvärdet för riket på patientskattad psykisk och fysiska hälsa är 65,5 poäng. Medelvärdet skiljer sig mellan länen. Högst skattar patienterna i Halland sitt hälsotillstånd (77 poäng) följt av Gotland (73 poäng) och Jämtland (70 poäng). Lägst självskattat hälsotillstånd anges i Östergötland (62 poäng) och Västra Götaland (62 poäng).

Den globala självskattade hälsan är också relaterad till underdiagnos och ålder. Högst medelvärde på självskattad hälsa har personer med typ 1. När det gäller ålder skattar de i åldern 61–80 år sin hälsa högst. Efter 80 år sjunker det självskattade hälsotillståndet något.

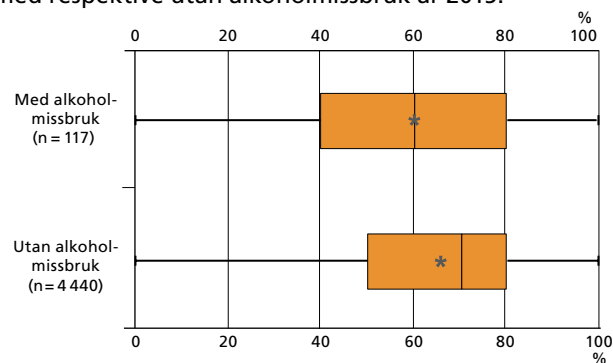
Figur 33. Självskattat hälsotillstånd vid registrering år 2015, per ålderskategori.



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.

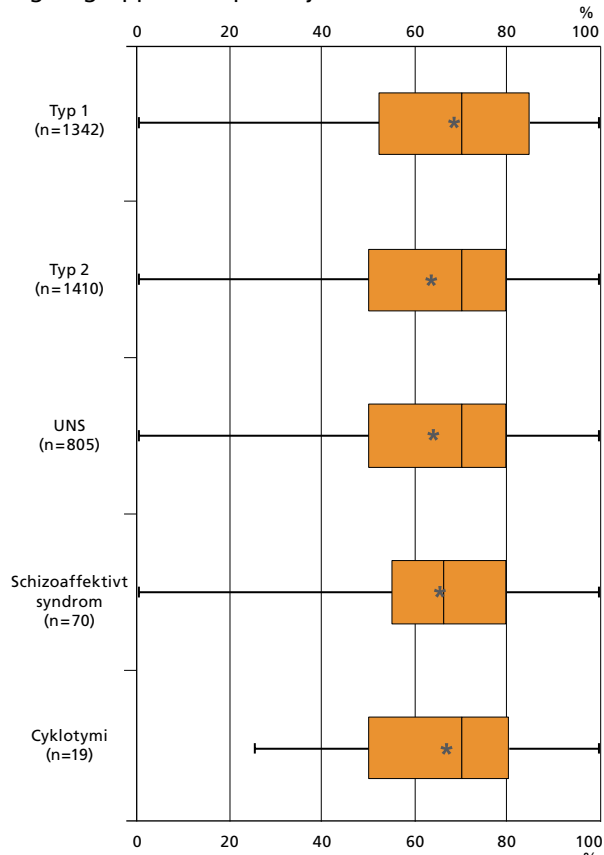
Förekomsten av missbruk påverkar det självupplevda hälsotillståndet vid bipolär sjukdom. Personer med alkoholmissbruk upplever en sämre hälsa än de utan missbruk. Förekomsten av substansmissbruk är en klart komplicerande faktor vid bipolär sjukdom som behöver adresseras för att uppnå en framgångsrik behandling.

Figur 34. Självskattat hälsotillstånd för patienter med respektive utan alkoholmissbruk år 2015.



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.

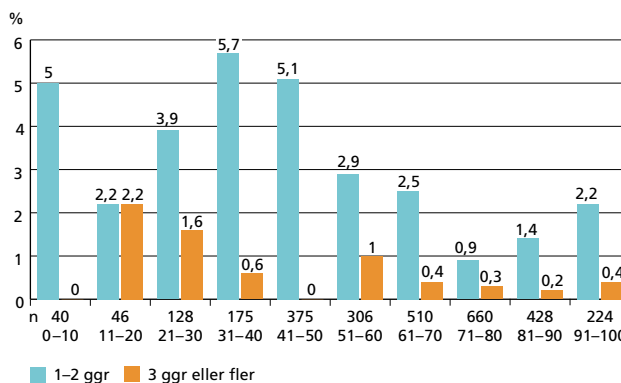
Figur 35. Självskattat hälsotillstånd fördelat på underdiagnosgrupper av bipolär sjukdom år 2015.



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.

Självskattat hälsotillstånd är associerat med självmordsförsök, men sambanden är komplexa. Som nedanstående diagram visar ligger andelen självmordsförsök högre bland de som skattar sitt hälsotillstånd på den lägre delen av självskattningsskalan. Högst andel självmordsförsök har de som skattar sitt tillstånd i intervallen mellan 1–10, 31–40 och mellan 41–50 poäng. I dessa grupper har fem procent eller mer av personerna försökt ta sitt liv under det senaste året. Men anmärkningsvärt nog har en klart lägre andel försökt ta sitt liv i gruppen som skattar sitt hälsotillstånd i intervallen mellan 11–20 och 21–30 poäng. Det är också kontraintuitivt att en ökande andel har försökt ta sitt liv i gruppen som skattar mellan 70–100 poäng, något som indikerar att sambandet mellan självskattad hälsa och självmordsförsök inte är enkelt och linjärt. En faktor att beakta är att självskattningsskalan efterfrågar nuvarande hälsotillstånd medan frågan om suicidförsök avser förekomst av suicidförsök under en period av 12 månader tillbaka i tiden. Höga poäng på självskattningsskalan kan också för vissa patienter vara följden av ett hypomant eller maniskt tillstånd och således vara en indikation på en aktiv sjukdomsfas.

Figur 36. Andel uppföljda patienter som de senaste 12 månader gjort suicidförsök fördelat på självskattat hälsotillståndsnivå, år 2015.



Redovisning av kvalitetsindikatorerna för vårdenheter

(om enheten har färre än 20 registreringar anges inga värden)

Län	Enhetskod	Enhet	Total antal registreringar	Total ant patienter
Blekinge	SE2321000081-A222	Vuxenpsyk Sölvesborg	<20	
	SE2321000081-A185	Vuxenpsykiatri Ronneby	45	44
	SE2321000081-A218	Vuxenpsykiatrisk mottagning Karlshamn	20	20
	SE2321000081-A165	Vuxenpsykiatrisk mottagning Karlskrona	51	49
Dalarna	SE2321000180-49QG	Psykiatrimottagning Avesta	38	35
	SE2321000180-471K	Psykiatrimottagning Borlänge	<20	
	SE2321000180-495D	Psykiatrimottagning Falun	94	91
	SE2321000180-475P	Psykiatrimottagning Gagnef	22	22
	SE2321000180-4758	Psykiatrimottagning Hedemora	28	28
	SE2321000180-476D	Psykiatrimottagning Leksand	<20	
	SE2321000180-473K	Psykiatrimottagning Ludvika	43	43
	SE2321000180-473C	Psykiatrimottagning Malung	<20	
	SE2321000180-479G	Psykiatrimottagning Rättvik	<20	
	SE2321000180-475D	Psykiatrimottagning Vansbro	<20	
Gotland	SE2321000016-4TPT	Vuxenpsykiatriska Öppenvården Visby	63	62
Gävleborg	SE2321000198-019061	Allmänpsykiatrisk mottagning Gävle	311	305
	SE2321000198-019069	Psykiatrisk mottagning Bollnäs	72	72
	SE2321000198-019067	Psykiatrisk mottagning Hudiksvall	81	81
	SE2321000198-019070	Psykiatrisk mottagning Ljusdal	58	56
	SE2321000198-019062	Psykiatrisk mottagning Sandviken	200	196
	SE2321000198-019068	Psykiatrisk mottagning Söderhamn	57	57
Halland	SE2321000115-O35724	Affektiva mottagningen Halmstad	74	74
	SE2321000115-O76594	BUP behandlingsenheten Halmstad	<20	
	SE2321000115-O44412	Capio Psykiatri Varberg	<20	
	SE2321000115-O23359	Vuxenpsykiatrimottagning Falkenberg	24	22
	SE2321000115-O98368	Vuxenpsykiatrimottagning Hyltebruk	<20	
	SE2321000115-O39760	Vuxenpsykiatrimottagning Kungsbacka	<20	
	SE2321000115-O60397	Vuxenpsykiatrimottagning Laholm	37	37
SE2321000115-O50592	Vuxenpsykiatrimottagning Varberg	40	39	
Jämtland	SE2321000214-E017423	Avd 4B aff tillst och äldrepsyk Östersund	98	98
Jönköping	SE2321000057-4VXV	Psykiatriska kliniken Värnamo sjukhus	93	91
	SE2321000057-4N27	Psykiatriska mottagningen Eksjö	<20	
	SE2321000057-4PVF	Psykiatriska mottagningen Jönköping	<20	
	SE2321000057-4N2R	Psykiatriska mottagningen Nässjö	35	35
	SE2321000057-4N2W	Psykiatriska mottagningen Tranås	32	32
	SE2321000057-4N2Z	Psykiatriska mottagningen Vetlanda	30	30
Kalmar	SE2321000073-4C24	Psykiatrisk mottagning Kalmar söder	<20	
	SE2321000073-4C26	Psykiatrisk mottagning Nybro Emmaboda	32	32
	SE2321000073-81Q7	Psykiatrisk mottagning Oskarshamn	27	20
	SE2321000073-4BS6	Psykiatrisk mottagning Vimmerby/Hultsfred	35	35

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

antal ter	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*****
	36,4	25,0	70,4	15,9	24,3	50,0
	20,0	55,0	52,9	45,0	50,0	100,0
	30,6	51,1	48,6	22,4	48,3	83,3
	45,7	58,8	25,0	2,9	40,7	86,7
	34,1	56,7	44,0	25,3	58,0	85,7
	13,6	38,1	50,0	4,5	58,8	85,7
	42,9	21,4	91,7	10,7	25,0	33,3
	55,8	70,6	70,4	18,6	46,2	100,0
	30,6	80,6	70,0	24,2	44,2	95,7
	24,9	23,3	64,3	32,1	36,1	50,5
	30,6	38,0	32,2	23,6	36,7	56,5
	27,2	35,4	32,6	7,4	41,9	93,1
	19,6	41,1	38,2	48,2	47,8	73,9
	40,3	22,9	70,1	40,3	34,8	57,7
	26,3	35,2	46,3	12,3	27,7	70,0
	29,7	58,2	66,7	39,2	26,2	76,2
	13,6	54,5		13,6	23,5	100,0
	27,0	43,8	56,3		27,6	73,3
	23,1	56,0	54,8	12,8	35,5	83,3
	21,4	72,9	53,2	25,5	38,7	55,6
	49,5		21,4	4,4	35,6	73,9
	40,0	50,0	23,3		28,6	66,7
	25,0	57,7	42,9	56,3	26,1	80,0
	36,7	40,0	28,0	10,0	43,5	71,4
	31,3	56,0	27,3		57,7	77,8
	20,0		46,7	20,0	11,1	50,0
	37,1	31,4	50,0	17,1	48,5	61,9

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

Län	Enhetskod	Enhet	Totalt antal registreringar	Totalt antal patienter
	SE2321000073-81PV	Psykiatrisk mottagning Västervik	70	70
	SE2321000073-4C21	Psykiatrisk rehabilitering Kalmar-Torås-Öland	<20	
	SE2321000073-4C1X	Valnötstrådet behandlingsenhet Kalmar	<20	
Kronoberg	SE2321000065-7330028006245	Allmänpsykiatriska mottagningen Ljungby	52	52
	SE2321000065-7330028075036	Allmänpsykiatriska mottagningen Växjö	160	159
Kronoberg	SE2321000065-7330028986189	Äldrepsykiatriska enheten Växjö	23	23
	SE2321000230-E00653	Närpsykiatri Boden	63	63
	SE2321000230-E00652	Närpsykiatri Kalix	27	27
	SE2321000230-E00654	Närpsykiatri Luleå	53	53
	SE2321000230-E00360	Psykiatri Gällivare	42	42
	SE2321000230-E00362	Psykiatri Piteå	74	62
Skåne	SE162321000255-O20862	Affektivt Centrum Malmö	287	270
	SE162321000255-O18714	Aleris Psykiatri Lund	<20	
	SE162321000255-O16053	Allmänpsykiatrisk mottagning Helsingborg	86	82
	SE162321000255-O17426	Allmänpsykiatrisk mottagning Trelleborg	132	123
	SE162321000255-O17111	Allmänpsykiatrisk mottagning Ängelholm	51	50
	SE162321000255-F13651	BUP Team Psykos Bipolära tillstånd Lund	41	37
	SE162321000255-O18716	Capio psykiatri Ystad	<20	
	SE162321000255-O19466	Integrerad Närsjukvård Malmö	76	76
	SE162321000255-O16131	Mottagning Äldrepsykiatri Helsingborg	47	46
	SE162321000255-O12653	Psykiatrisk mott avd psykos Lund	<20	
	SE162321000255-O16140	Psykiatrisk mottagning 1 Lund	54	54
	SE162321000255-O20842	Psykiatrisk mottagning 2 Lund	81	80
	SE162321000255-O12666	Psykiatrisk mottagning Arlov	37	36
	SE162321000255-O12630	Psykiatrisk mottagning Eslöv	97	97
	SE162321000255-O12633	Psykiatrisk mottagning Landskrona	84	82
	SE162321000255-O16139	Psykiatrisk psykosmottagning Lund	<20	
	SE162321000255-O12629	Psykiatrisk rehabenhet Eslöv	<20	
	SE162321000255-O19408	Södermottagningen, Helsingborg	<20	
	SE162321000255-O13246	Vuxenpsyki Hässleholm Öppenv	85	83
	SE162321000255-O13265	Vuxenpsyki Kristianstad Öppenv	132	126
	SE162321000255-O21183	Vuxenpsykiatrimottagning beroende Helsingborg	<20	
Stockholm	SE2321000016-62V1	ADHD-mottagningen Stockholm	<20	
	SE2321000016-5RLN	Affektiva enheten Norrtälje	<20	
	SE2321000016-14NL	Affektiva mottagningen M 59 Stockholm	318	316
	SE2321000016-1598	Affektiva mottagningen Sollentuna	43	43
	SE2321000016-15ZK	Affektivt Centrum Stockholm	66	62
	SE2321000016-168M	Behandlingsenheten City Stockholm	<20	
	SE2321000016-4ZRN	Capio Psykiatri Haninge	<20	
	SE2321000016-4ZRL	Capio Psykiatri Nacka	53	50
	SE2321000016-4ZDN	Capio Psykiatri Nynäshamn	65	59
	SE2321000016-4ZRP	Capio Psykiatri Tyresö	<20	
	SE2321000016-4ZRK	Capio Psykiatri Värmdö	44	44
	SE2321000016-5FWX	Ersta Diakoni Stockholm	27	26
	SE2321000016-118R	Grengårdens Rehabenhet Södertälje	<20	
	SE2321000016-163P	Järvapsykiatri Rinkeby	24	22
	SE2321000016-15SB	PSM Enskede-Årsta-Vantör	34	34

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

Antal patienter	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*****
	32,9	47,1	52,8	50,0	48,3	73,7
	32,7	73,1	40,5	46,2	27,5	85,7
	31,4	73,6	44,9	40,9	30,5	66,7
	34,8			4,3		71,4
	39,7	28,0	53,3	14,3	35,3	62,5
	44,4	37,5	40,0	33,3	47,8	60,0
	30,2	21,4	64,3	13,2	38,8	80,0
	45,2	10,0	22,6	40,5	15,8	83,3
	27,4	62,7	16,3	56,5	51,0	56,5
	23,0	64,9	55,1	35,9	44,8	53,8
	22,0	54,3	59,1	34,1	38,4	54,5
	21,1	48,0	66,4	19,5	35,0	47,5
	32,0	76,1	55,6	22,0	25,0	54,5
	8,1		89,3	75,7	42,9	70,6
	19,7	63,5	32,3	40,8	52,5	48,1
	23,9	67,4	26,3	6,5		69,6
	22,2	61,5	48,8	29,6	64,4	66,7
	15,0	48,6	52,2	16,3	51,6	64,7
	30,6	66,7	50,0	11,1	44,4	76,9
	25,8	73,2	67,9	14,4	47,6	60,0
	36,6	51,2	53,1	9,8	29,4	50,0
	26,5	36,6	54,2	9,6	54,5	68,0
	30,2	33,3	60,2	21,4	40,4	66,7
	27,8	67,0	36,2	37,3		63,5
	30,2	67,4	27,8	46,5	51,6	65,7
	19,4	20,0	40,4	41,9	50,0	69,6
	18,0	33,3	76,7	68,0		37,5
	37,3	9,1	81,8	20,3		37,5
	18,2	79,5	85,2	25,0	57,9	100,0
	3,8	61,5	57,1	3,8	81,5	75,0
	27,3	66,7	47,1	18,2	40,9	83,3
	5,9	29,4	78,3	29,4	57,6	100,0

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

Län	Enhetskod	Enhet	Total antal registreringar	Total ant patienter
	SE2321000016-15S3	PSM Farsta-Skarpnäck	44	44
	SE2321000016-15SM	PSM Södermalm	<20	
	SE2321000016-15S5	PVE Enskede-Årsta-Vantör	<20	
Stockholm	SE2321000016-15S2	PVE Farsta-Skarpnäck	37	37
	SE2321000016-15SJ	PVE Södermalm	50	50
	SE2321000016-15SQ	PVE Ytterö	<20	
	SE2321000016-5C6D	Prima Vuxenpsykiatri Åkersberga	20	20
	SE2321000016-7WBQ	Prima Vuxenpsykiatri Jakobsberg	22	22
	SE2321000016-5C6F	Prima Vuxenpsykiatri Lidingö	37	33
	SE2321000016-7WB0	Prima Vuxenpsykiatri Liljeholmen	172	159
	SE2321000016-5C6B	Prima Vuxenpsykiatri Mörby Danderyd	112	111
	SE2321000016-5CH1	Prima Vuxenpsykiatri Täby	44	38
	SE2321000016-5CH0	Prima Vuxenpsykiatri Vallentuna	<20	
	SE2321000016-2J1X	Psykiatricentrum Väst Bromma	<20	
	SE2321000016-35Z9	Psykiatriska behandlingsteamet Södertälje	48	47
	SE2321000016-1RZT	Psykiatriskt beroende team Södertälje	<20	
	SE2321000016-1593	Sollentuna psykiatriska öppenvård	<20	
	SE2321000016-118Q	Sydgårdens Rehabilitering Södertälje	<20	
	SE2321000016-4ZFT	WeMind	<20	
	SE2321000016-1RZV	Äldrepsykiatrisk mottagning Södertälje	22	22
	SE2321000016-118P	Österängs Rehabcenter Södertälje	<20	
Södermanland	SE2321000032-43H6	Psykiatriska mottagningen 1 Nyköping	48	48
	SE2321000032-43H7	Psykiatriska mottagningen 2 Nyköping	<20	
	SE2321000032-43LW	Psykiatriska mottagningen Eskilstuna	30	28
	SE2321000032-43HK	Psykiatriska mottagningen Flen	<20	
	SE2321000032-4J1D	Psykiatriska mottagningen Katrineholm	40	40
	SE2321000032-43MF	Psykiatriska mottagningen Strängnäs	23	23
	SE2321000032-43H8	Psykiatriska mottagningen 3 Oxelösund	23	23
Uppsala	SE162321000024-0039763	Affektiv mottagning 2 Uppsala	91	85
	SE162321000024-0039764	Affektiv mottagning 3 Uppsala	169	167
	SE1623211000024-0016867	Bålsta psykiatrimottagning	30	30
	SE1623211000024-0036622	Enköpings psykiatrimottagning	49	48
	SE162321000024-0026800	Gimo närpsykiatriska mottagning	<20	
	SE162321000024-0016368	Psykiatridivisionens utvecklingsenhet Uppsala	26	26
	SE162321000024-0016791	Psykiatrimottagningen för unga vuxna Uppsala	73	72
	SE162321000024-0017026	Psykvårdens Ungdomsteam Uppsala	<20	
	SE162321000024-0026796	Skutskär närpsykiatriska mottagning	<20	
	SE162321000024-0026798	Tierp närpsykiatriska mottagning	<20	
Värmland	SE162321000156-4G6W	Psykiatrisk mottagning Säffle	<20	
	SE1623210001564G6X	Psykiatrisk öppenvård Arvika	84	84
	SE162321000156-3Q23	Psykiatrisk öppenvård Hagfors Torsby	60	59
	SE162321000156-3Q18	Psykiatrisk öppenvård Karlstad	<20	
	SE162321000156-3Q1J	Psykiatrisk öppenvård Kristinehamn	81	81
Västerbotten	SE2321000222-0000143	Psykiatri mottagning Lycksele	44	43
	SE2321000222-0000144	Psykiatri mottagning Storuman	<20	
	SE2321000222-0000145	Psykiatri mottagning Vilhelmina	<20	
	SE2321000222-0000235	Psykiatrisk enhet för uppföljning ECT Umeå	353	351

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

Antal patienter	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*****
	20,5	56,8	59,0	63,6	47,2	42,9
	27,0	35,1	40,0	10,8	44,8	71,4
	8,0		29,0	30,0		36,8
	20,0	55,0	25,0	15,0	31,3	57,1
	40,9	63,6	77,8	13,6	50,0	75,0
	15,2	75,8	56,5	9,1	47,1	100,0
	15,7	59,1	70,8	38,4	65,1	72,2
	21,6	62,7	40,5	27,0	60,2	83,3
	21,1	55,6	25,0	26,3	37,9	64,3
	23,4	34,0	41,7	38,3	64,6	76,5
	36,4	81,8	33,3	27,3	50,0	57,1
	29,2	89,4	42,3	29,2	59,0	50,0
	39,3	53,3		89,3	35,0	60,0
	45,0	50,0	19,4	30,0	26,7	50,0
	39,1	42,9	5,3	13,0	22,2	100,0
	47,8	78,3	25,0	4,3	41,2	80,0
	27,1	54,7	64,3	32,9	39,4	58,3
	32,9	45,5	62,6	35,3	46,5	45,6
	36,7	27,6	34,8	30,0	48,1	50,0
	35,4	37,5	28,6	16,7	24,3	57,1
	30,8	30,8	61,5	73,1	23,8	60,0
	11,1	27,8	89,4	61,1	72,6	66,7
	38,1	33,3	53,1	32,1	36,5	40,0
	33,9	21,3	70,8	18,6	34,0	40,0
	37,0	13,6	67,7	34,6	23,5	52,4
	34,9	62,8	58,5		26,9	100,0
	26,5	46,7	54,5	45,9	45,4	58,9

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

Län	Enhetskod	Enhet	Total antal registreringar	Total ant patienter
	SE2321000222-0000052	Psykiatrisk klinik Skellefteå och Södra Lappland	39	39
Västernorrland	SE2321000206-E00126	Affektiv mottagning B Sundsvall	70	70
	SE2321000206-E00416	Psykiatricentrum Örnsköldsvik	<20	
	SE3221000206-E00130	Psykiatrisk mottagning Härnösand	30	29
	SE2321000206-E00181	Psykiatrisk verksamhet Sollefteå	29	29
Västmanland	SE2321000172-2WMP	Allmänpsykiatrisk mottagning 1 Västerås	34	33
	SE2321000172-182P	Allmänpsykiatrisk mottagning 2 Västerås	30	30
	SE2321000172-182N	Allmänpsykiatrisk mottagning 3 Västerås	<20	
	SE2321000172-1825	Allmänpsykiatrisk mottagning Fagersta	<20	
	SE2321000172-182C	Allmänpsykiatrisk mottagning Köping	<20	
	SE2321000172-182D	Allmänpsykiatrisk mottagning Sala	<20	
	SE2321000172-1821	Barn- och ungdomspsyk mott Västerås	<20	
Västra Götaland	SE2321000131-E000000001029	BUP Specialmottagning Göteborg	<20	
	SE2321000131-E000000004243	Bipolärmottagning Göteborg	1033	976
	SE2321000131-E000000002517	Vuxenpsykiatrisk mottagning Alingsås	58	56
	SE2321000131-E000000001780	Vuxenpsykiatrisk mottagning Bäckebo	40	40
	SE2321000131-E000000002537	Vuxenpsykiatrisk mottagning Centrum Borås	323	317
	SE2321000131-E000000010435	Vuxenpsykiatrisk mottagning Falköping	45	44
	SE2321000131-E000000001481	Vuxenpsykiatrisk mottagning Henån	<20	
	SE2321000131-E000000002518	Vuxenpsykiatrisk mottagning Lerum	56	55
	SE2321000131-E000000010436	Vuxenpsykiatrisk mottagning Lidköping	<20	
	SE2321000131-E000000001779	Vuxenpsykiatrisk mottagning Lilla Edet	<20	
	SE2321000131-E000000010437	Vuxenpsykiatrisk mottagning Mariestad	<20	
	SE2321000131-E000000002522	Vuxenpsykiatrisk mottagning Mark Skene	65	65
	SE2321000131-E000000010434	Vuxenpsykiatrisk mottagning Skövde	<20	
	SE2321000131-E000000001781	Vuxenpsykiatrisk mottagning Strömstad	37	36
	SE2321000131-E000000001464	Vuxenpsykiatrisk mottagning Trollhättan	63	63
	SE2321000131-E000000001238	Vuxenpsykiatrisk mottagning Uddevalla	24	24
	SE2321000131-E000000001516	Vuxenpsykiatrisk mottagning Vänersborg	45	45
	SE2321000131-E000000002527	Vuxenpsykiatrisk mottagning Vårgårda	28	27
	SE2321000131-E000000001459	Vuxenpsykiatrisk mottagning Åmål	<20	
	SE2321000131-E000000001575	Öppenpsykiatrisk mottagning Ale Älvängen	77	77
	SE2321000131-E000000001576	Öppenpsykiatrisk mottagning Kungälv	57	57
	SE2321000131-E000000001577	Öppenpsykiatrisk mottagning Stenungsund	59	56
Örebro	SE2321000164-7381037593806	Affektivmottagning Örebro	185	176
	SE2321000164-7381037593486	Allmänpsykiatri Karlskoga	<20	
	SE2321000164-7381037593516	Allmänpsykiatri Lindesberg	26	26
	SE2321000164-7381037593479	Allmänpsykiatri Rehab Karlskoga	<20	
	SE2321000164-7381037593523	Allmänpsykiatri Rehab Lindesberg	<20	
	SE2321000164-7381037593554	Allmänpsykiatrisk öppenvård Hallsberg	37	37
Östergötland	SE2321000040-5SR1	Allmänpsykiatrisk öppenvård Linköping	<20	
	SE2321000040-4G17	Barn och ungdomspsykiatriska kliniken	<20	
	SE2321000040-5SLP	Capio Psykiatri Linköping	80	80
	SE2321000040-5SLQ	Capio Psykiatri Norrköping	29	29
	SE2321000040-4G4H	Citymottagningen Norrköping	24	24
	SE2321000040-4T0Z	Psykiatri Habiliteringsenheten Motala	124	123
	SE2321000040-4G36	Vrinnevimmottagningen Norrköping	26	26

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

antal ter	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*****
	35,9	75,7	57,1	5,1	30,0	57,1
	27,1	74,3	65,7	32,9	29,6	70,4
	41,4	55,2	20,0	20,7	40,7	85,7
	27,6	58,6	20,0	20,7	16,0	63,2
	27,3	17,4	57,9	30,3	32,3	100,0
	33,3	50,0	63,2	33,3	38,5	62,5
	22,3	41,8	54,4	30,3	52,6	62,1
	32,1	17,1	69,6	25,0	25,5	38,1
	37,5	35,0	64,3	22,5	51,6	73,3
	33,1	41,6	48,5	35,6	39,5	68,8
	29,5	13,6	37,5	4,5	28,1	65,0
	21,8	36,8	34,0	38,2	47,8	50,0
	23,1	28,6	26,9	36,9	20,0	30,8
	27,8	13,9	70,6	36,1	33,3	64,3
	27,0	27,0	53,3	19,0	21,6	100,0
	8,3	12,5	38,1	12,5	47,4	100,0
	35,6	7,1	66,7	8,9	35,1	72,2
	37,0	40,0	54,2	33,3	17,6	68,8
	35,1	26,4	58,3	11,7	18,3	69,2
	35,1	48,3	46,7	3,5	41,0	64,3
	25,0	50,0	73,3	12,5	42,2	56,5
	36,4	52,4	62,5	30,7	33,8	71,0
	30,8	34,8	42,9	3,8	31,8	46,2
	29,7	24,3	45,5	10,8	25,0	55,0
	1,3	52,0	25,0		53,6	68,2
	6,9	28,6	66,7	6,9	29,2	100,0
	33,3	8,3	80,0	8,3	25,0	90,9
	42,3	23,3	55,6	21,1	35,1	75,0
	26,9	46,2	26,1	23,1	41,2	89,5

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

Bipolär i forskning

Bipolär uppmuntrar till registerforskning.

Följande projekt pågick under 2015 med anknytning till Bipolär:

Stanleystudien

Detta är en genetisk studie av bipolära syndrom. Insamlingen av denna studie stöddes av NIMH och The Stanley center for research och som genomfördes vid Institutionen för epidemiologi och biostatistik vid Karolinska Institutet. Studien ingår i ett internationellt konsortium som har gjort den hittills största ansatsen att studera arvet och miljöns betydelse för uppkomsten av bipolära syndrom. Insamlingsdelen av studien avslutades i juni 2013 då över 6 000 personer hade ställt upp och donerat blod. Ungefär 2/3 av patienterna i registret som var möjliga att inkludera samtyckte till studien och lämnade blod. Data från Stanleystudien har figurerat i en rad publikationer i internationella vetenskapliga tidskrifter under 2015 (1-5). Läs mer på www.ki.se/stanley och på www.cibris.se.

Genetiken bakom bra effekt av litium

Vi behöver biomarkörer för att veta vilka som har nytta av litiumbehandling. Med hjälp av data från Stanley-studien publicerades under 2015/2016 två nya studier av genetiken bakom vilka som svarar väl på litiumbehandling: en i *Molecular Psychiatry* och en i *Lancet*. I den första studien fann man att en gen som reglerar fosfolipider var vanligare hos personer som svarade bra på litium (6). Detta är intressant eftersom man tror att fosfolipidmetabolismen är inblandad i litiums verkningsmekanism. I *Lancet*-studien kunde man identifiera markörer på kromosom 21 som var associerade med litiumrespons (7).

Jämlik vård

Är vården för patienter med bipolära syndrom jämlik avseende kön, utbildning, ålder och boendeort? Under 2014 publicerades en rapport som visar att behandlingen av bipolära syndrom skiljer sig beroende på kön (8). För närvarande pågår arbete för att studera om behandlingen skiljer sig åt beroende på patientens utbildning.

Läkemedelsbehandling vid bipolär sjukdom i Sverige

Data från Bipolär har tidigare använts för att studera könsskillnader i läkemedelsbehandlingen av personer med bipolär sjukdom och då kunnat konstatera könsskillnader avseende bland annat litiumförskrivningen (8). I ett uppföljande forskningsprojekt undersöks nu också

trender i läkemedelsanvändningen vid bipolära syndrom med hjälp av data från Bipolär och från Läkemedelsregistret. Resultaten visar att litiumanvändningen minskade stadigt i Sverige 2007–2013 (9) och att det istället blir vanligare med lamotrigin och quetiapin.

Skräddarsydd behandling för psykiatrisk sjukdom

Projektet Skräddarsydd behandling för psykiatrisk sjukdom syftar till att identifiera biomarkörer för att kunna skräddarsy psykiatrisk behandling. Forskningen finansieras av Stiftelsen för Strategisk Forskning 2012–2016 och 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 förut säga 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 framsteg i forskningen kring biomarkörer inom psykiatri. Detta projekt rymmer även forskningsprojekt baserat på data i RIKS-ÅT och ECT-registret.

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 (10). För närvarande pågår ett projekt med att också identifiera riskfaktorer för fullbordad suicid vid bipolär sjukdom.

Metabola riskfaktorer

Vilka metabola effekter har läkemedel som ges vid bipolär affektiv sjukdom? Detta projekt har beviljats särskilda medel från SKL och ingår i ett avhandlingsprojekt.

Patientutbildning

I en pågående forskningsstudie undersöks behandlingseffekterna av patientutbildning på sjukdomsförloppet för olika underdiagnoser av bipolär sjukdom.

Hur många bör få litium?

Bipolär anger som målnivå att 70 % av patienter med bipolär sjukdom typ 1 bör förskrivas litium. Detta är baserat på att litium är det bäst dokumenterade stämningsstabiliserande preparatet och att det förmodligen har unika suicidpreventiva egenskaper. Men är 70 % en optimalt på gruppnivå? Bör vi sikta ännu högre? Eller är en lägre andel motiverad givet att somliga patienter svarar sämre på litium eller får biverkningar? För att undersöka detta studeras i ett projekt relationen mellan litiumprevalens på länsnivå och utfall i form av inläggningar och återfall i skov. Projektet syftar till att ge oss information om vilken målnivå för litiumförskrivning som ger det bästa resultatet på gruppnivå.

Hyperkalcemi

Hur vanligt är hyperkalcemi vid litiumbehandling? I ett examensarbete undersöktes incidensen av hyperkalcemi vid bipolär sjukdom. I tidigare studier finns viss evidens som indikerar att litiumanvändande ökar risken för hyperkalcemi markant. Då det per idag endast föreligger data från mindre kliniska studier användes data från Bipolär för att uppskatta förekomsten av hyperkalcemi bland litiumbehandlade patienter. Totalt hade omkring 10% av 2000 undersökta bipolära patienter med litiumbehandling total eller joniserat kalciumvärde indikerande hyperkalcemi. Studien indikerar att hyperkalcemi är klart lägre än vad tidigare kliniska studier så långt visat och att det är mindre vanligt bland patienter som mottar vård vid mottagningar specialiserade på behandling av bipolära sjukdomar.

Publikationer sedan 2014 där data från Bipolär ingår

1. Ruderfer DM, ... Kendler KS. Polygenic dissection of diagnosis and clinical dimensions of bipolar disorder and schizophrenia. *Mol Psychiatry*. 2014 Sep;19(9):1017-24.
2. Andreassen OA, ... Dale AM. Genetic pleiotropy between multiple sclerosis and schizophrenia but not bipolar disorder: differential involvement of immune-related gene loci. *Mol Psychiatry*. 2014 Jan 28.
3. 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.
4. Nurnberger JI Jr, Koller DL, Jung J, Edenberg HJ, Foroud T, Guella I, Vawter MP, Kelsoe JR; Psychiatric Genomics Consortium Bipolar Group. Identification of pathways for bipolar disorder: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2014 Jun;71(6):657-64. doi: 10.1001/jama-psychiatry.2014.176
5. Karanti A, Kardell M, Lundberg U, Landén M. Förändringar i förskrivningen till patienter med bipolära syndrom - Ökad användning av lamotrigin och minskning av litium. *Läkartidningen*. 2014 Dec 16;111(51-52).
6. Karanti A, Bobeck C, Osterman M, Kardell M, Tidemalm D, Runeson B, Lichtenstien P, M. Landen, Gender differences in the treatment of patients with bipolar disorder: A study of 7354 patients. *J Affect Disord*, 2014. 174C: p. 303-309.
7. Byrne EM et al. Seasonality shows evidence for polygenic architecture and genetic correlation with schizophrenia and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2015 Feb;76(2):128-34.
8. Network and C. Pathway Analysis Subgroup of Psychiatric Genomics, Psychiatric genome-wide association study analyses implicate neuronal, immune and histone pathways. *Nat Neurosci*, 2015. 18(2): p. 199-209.

9. Maier, R., G. Moser, G.B. Chen, S. Ripke, C. Cross-Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics, W. Coryell, . . . S.H. Lee, Joint analysis of psychiatric disorders increases accuracy of risk prediction for schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder. *Am J Hum Genet*, 2015. 96(2): p. 283-94.
10. Li, M., X.J. Luo, M. Landén, S.E. Bergen, C.M. Hultman, X. Li, . . . B. Su, Impact of a cis-associated gene expression SNP on chromosome 20q11.22 on bipolar disorder susceptibility, hippocampal structure and cognitive performance. *Br J Psychiatry*, 2016. 208(2): p. 128-37.
11. Li, M., L. Huang, M. Grigoriu-Serbanescu, S.E. Bergen, M. Landén, C.M. Hultman, . . . G. Swedish Bipolar Study, Convergent Lines of Evidence Support LRP8 as a Susceptibility Gene for Psychosis. *Mol Neurobiol*, 2015.
12. Hughes, T., L. Hansson, I.E. Sonderby, L. Athanasiu, V. Zuber, M. Tesli, . . . S. Djurovic, A Loss-of-Function Variant in a Minor Isoform of ANK3 Protects Against Bipolar Disorder and Schizophrenia. *Biol Psychiatry*, 2015.
13. Song, J., S.E. Bergen, A. Di Florio, R. Karlsson, A. Charney, D.M. Ruderfer, . . . M. Landén, Genome-wide association study identifies SESTD1 as a novel risk gene for lithium-responsive bipolar disorder. *Mol Psychiatry*, 2015.
14. Hou, L., U. Heilbronner, F. Degenhardt, M. Adli, K. Akiyama, N. Akula, . . . T.G. Schulze, Genetic variants associated with response to lithium treatment in bipolar disorder: a genome-wide association study. *Lancet*, 2016. 12;387(10023):1085-93.
15. Karanti, A., M. Kardell, U. Lundberg, and M. Landén, Changes in mood stabilizer prescription patterns in bipolar disorder. *J Affect Disord*, 2016. 195: p. 50-56.
16. Goes FS, Pirooznia M, Parla JS, Kramer M, Ghiban E, Mavruk S, Chen YC, Monson ET, Willour VL, Karchin R, Flickinger M, Locke AE, Levy SE, Scott IJ, Boehnke M, Stahl E, Moran JL, Hultman CM, Landén M, Purcell SM, Sklar P, Zandi PP, McCombie WR, Potash JB. Exome Sequencing of Familial Bipolar Disorder. *JAMA Psychiatry*. 2016 Apr 27. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0251

Bipolär – vilka är vi?

Bipolär drevs under 2015 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) är att vara huvudansvarig för registrets utveckling och drift. Registerhållaren ska vara väl förankrad i berörda professioner och ha eventuella specialistföreningar/sektioner bakom sig, samt ha ingående kunskaper om registrets innehåll, funktionalitet och resultat och kunna företräda registret i olika sammanhang lokalt och nationellt (och i vissa fall internationellt), exempelvis i kontakterna med kompetenscentra och med Sveriges Kommuner och Landsting. Registerhållaren ska dessutom vara orienterad i de regelverk som finns inom kvalitetsregisterområdet.

Bipolär har **utvecklingsledare** vars uppgift är att leda och utveckla den operativa verksamheten, samt tillsammans med registerhållare och styrgrupp delta i den strategiska utvecklingen av registret.

Utvecklingsledare under 2015 var Magnus Jansson, leg. psykolog och fil. dr. i psykologi, anställd vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

Statistiker för Bipolär under 2015 var Mathias Kardell, fil. kand. i statistik och dataanalys, anställd vid Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet.

Sekreterare och administratör i Bipolär under 2015 var Anne Snellman, anställd vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

Bipolärs **koordinator** under 2015 var Annika Blom. Annika är kontaktperson för alla användare av registret och föreläser om registrets funktion och användningsområden. Annika Blom arbetar deltid som sjuksköterska vid Bipolärmottagningen i Göteborg,

Bipolärs har en **styrgrupp** vars roll (enligt SKL, www.kvalitetsregister.se) är att som helhet, utöver adekvata specifika medicinska kompetenser, också ha relevant tvärvetenskaplig kompetens och kunskap avseende statistik och i hur data kan användas i förbättringsarbete. Styrgruppen ska även vara förankrad i eventuella specialistföreningar/sektioner. I samarbete med deltagande kliniker ska styrgruppen utforma registrets innehåll och design, göra registret användbart för förbättringsarbete och arbeta med förbättring av registrets datakvalitet. Under 2013 ingick följande i Bipolärs styrgrupp: Registerhållare Mikael Landén; Kristina Lindwall-Sundel som är läkare och specialist i psykiatri samt verksam som medicinsk rådgivare vid Registercentrum Västra Götaland; Annika 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 Runeson, 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

American Psychiatric Association. MINI-D IV. 2002. Pilgrim Press, Danderyd.

Askland D, and Sadik A. S. Psychoeducation for persons with bipolar disorder setup and content of education in outpatient clinics. Examensarbete i omvårdnad på avancerad nivå. Högskolan Väst, 2016.

Bolton JM et al. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ* 2015;351:h4978

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.

Lundh A, Kowalski J, Sundberg C-J, Gumpert C, Landén M. Children's Global Assessment Scale (CGAS) in a naturalistic clinical setting: inter-rater reliability and comparison with expert ratings. *Psychiatry Res*. 2010;177(1-2):206-210.

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.

Nordentoft M et al. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68: 1058-1064.

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.

Ribeiro JD et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med* 2016;46:225-236

Runeson B et al. Suicide risk after nonfatal self-harm: a national cohort study, 2000-2008. *J Clin Psychiatry* 2015; Aug 4

Schaffer A et al. Suicide in bipolar disorder: characteristics and subgroups. *Bipolar Disord* 2014;16:732-740

Schaffer A et al. A review of factors associated with greater likelihood of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Austr New Zeal J Psychiatry* 2015;49:11:1006-1020

Song J et al. Suicidal behavior during lithium and valproate medication for bipolar disorder: a Swedish register based study. (Manuscript)

Sonne, S., Brady, K., Morton, A. Substance abuse and bipolar affective disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 1994; 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.

Weiser et al. Risk of completed suicide in 80 049 young males assessed by a mental health professional. *European Neuropsychopharmacology* 2016;39:341-349

BIPOLÄR är ett nationellt psykiatriskt kvalitetsregister som funnits sedan 2004 och arbetar för bättre uppföljning och behandling av bipolär affektiv sjukdom – ett tillstånd med växlingar mellan depressioner och perioder med överaktivitet och kraftig upprymdhet. Sjukdomen, som i allmänhet debuterar mellan 15 och 30 års ålder, drabbar ca 1–2 procent av befolkningen. Bipolärs syfte är att skapa förutsättningar för verksamhetsutveckling, utvärdering och forskning.