

Kvalitetsregister Bipolär

Årsrapport 2018

Nationella kvalitetsregistret för bipolär affektiv sjukdom



Årsrapport 2018

Kvalitetsregister Bipolär

Registerhållare och utgivare

Mikael Landén

Professor, Överläkare
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

Statistiker

Linda Akrami

Registercentrum Västra Götaland
linda.akrami@registercentrum.se

Styrgrupp

Mattias Agestam
Annika Blom
Magnus Jansson
Axel Nordenskjöld
Simone Gynnemo
Mikael Landén
Kristina Lindwall Sundel
Hans-Peter Mofors
Bo Runeson
Lisa Vesterberg

Författare av årsrapport

Erik Pålsson

Biträdande registerhållare Bipolär
Göteborgs universitet
erik.palsson@gu.se

Mikael Landén

Professor, Överläkare
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

Projektledare

Jonas Lekander

Registercentrum Västra Götaland
jonas.lekander@registercentrum.se

Huvudman

Västra Götalandsregionen
Regionens hus
426 80 Vänersborg

ISSN 2001–2918

Tryckår 2019

För mer information om kvalitetsregistret Bipolär, se registrets hemsida som du når via <https://bipolar.registercentrum.se/>.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Inledning	6
Kvalitetsindikatorer i Bipolär	7
Litiumbehandling vid bipolär sjukdom typ 1	7
Läkemedelsanvändning vid bipolär sjukdom	9
Återfall i skov	10
Patientutbildning	12
Strukturerat instrument för diagnostik	13
Andel i arbete	14
Data i Bipolär	15
Validitet och täckningsgrad	15
Antalet registreringar över år och fördelade på län	15
Köns- och åldersfördelning i Bipolär	18
Köns- och åldersfördelning bland underdiagnoserna	19
Patientgrupper i registret	20
Samsjuklighet i patientgruppen	22
Bipolär i forskning	23
Redovisning av kvalitetsindikatorer för vårdenheter	26



Sammanfattning

Bipolär är ett nationellt psykiatriskt kvalitetsregister som arbetar för bättre uppföljning och behandling av bipolär affektiv sjukdom. Registret har över 240 anslutna enheter och mer än 2 400 användare. Under 2018 nyregistrerades 1 416 individer i Bipolär och det gjordes 4 951 uppföljningsregistreringar. Totalt gjordes under året 6 367 registreringar. Det innebär att registret vid årsskiftet 2018/2019 omfattade 69 492 ackumulerade ny- och uppföljningsregistreringar sedan starten 2004. Registrets främsta syfte är att vara ett verktyg för kvalitetsförbättringar inom den psykiatriska vården. Bipolär tillhandahåller därför ett antal kvalitetsindikatorer varav fem redovisas på Vården i Siffror (ViS): andel patienter med återfall i affektivt skov de senaste 12 månaderna, andel med bipolär sjukdom typ 1 som förskrivs litium, andel som genomgått patientutbildning, andel där ett strukturerat instrument använts som stöd vid diagnostik och andel patienter med bipolär sjukdom som har sysselsättning på mer än halvtid.

Återfall i skov

Bipolärs mål är att andelen patienter i registret som återfallit i affektiva skov de senaste 12 månaderna ska understiga 40 procent. I sju län uppnåddes målet under 2018, men totalt sett återföll 42 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 2018 nära dubbelt så hög andel med återfall i skov jämfört med länen med lägst andel.

Litiumbehandling vid bipolär sjukdom typ 1

En viktig kvalitetsindikator är andelen patienter med bipolär sjukdom typ 1 som förskrivs litium. Bipolärs mål är att 70 procent av patienterna med typ 1 bör behandlas med litium. Litiumförskrivningen under 2018 låg för riket på 72 procent, det vill säga något över målnivån. Detta är goda nyheter och betyder att den nedgång i litiumförskrivning som registret rapporterat om i många sammanhang under en rad år har vänt. Förskrivningen ökade jämfört med föregående år då 66 procent av patienterna med bipolär sjukdom typ 1 förskrevs litium.

Diagnostik med strukturerade instrument

Det fortsätter att finnas stora skillnader i diagnosfördelningen mellan olika län. Sammantaget indikerar detta en differentialdiagnostisk osäkerhet. I ett forskningsprojekt analyserar BipoläR för närvarande vad som bidrar till diagnostisk osäkerhet och ändrade diagnoser. Preliminära analyser pekar på att säkerheten i diagnossättningen ökar genom att använda strukturerade diagnostiska instrument. Sådana användes under 2018 för 52 procent av de nyregistrerade patienterna. Denna indikator har ökat sedan föregående år (33 procent). Detta är också goda nyheter även om tolkningen av indikatorn kompliceras av att en relativt hög andel av registreringarna anger 'uppgift saknas' för indikatorn.

Patientutbildning

För att förebygga återfall efter ett maniskt eller depressivt skov bör hälso- och sjukvården erbjuda patientutbildning som komplement till återfallsförebyggande läkemedelsbehandling enligt Socialstyrelsens rekommendationer om omhändertagande och behandling av vuxna med bipolär sjukdom. Svenska Psykiatriska Föreningen rekommenderar i sina riktlinjer för

bipolär sjukdom att alla patienter bör erbjudas grundläggande psykoedukation. BipoläR redovisar andelen patienter som någon gång erhållit patientutbildning för bipolär sjukdom och målsättningen är att minst 45 procent av alla patienter oberoende av ålder och bipolär underdiagnos ska ha genomgått patientutbildning. Denna målnivå har satts i samsyn med registrets användare och ska ses som en initial nivå som sedan successivt bör höjas. Andelen som någon gång genomgått patientutbildning under 2018 var för samtliga registrerade 37 procent. Detta är något lägre än föregående år då 39 procent hade erhållit patientutbildning.

Andel i arbete

Ytterligare en viktig indikator i BipoläR är andelen personer i arbetsför ålder (18–65 år) som har ett förvärvsarbete eller studerar mer än 50 procent. Måttet är en viktig indikation inte bara på individens funktionsförmåga utan även på den psykiatriska vårdens kvalitet. BipoläRs målnivå är att 55 procent av patienterna i BipoläR skall ha en sysselsättning på mer än 50 procent. Under 2018 hade 48 procent av patienterna i arbetsför ålder en sysselsättning (studier eller arbete) på över 50 procent.

Inledning

Syftet med Kvalitetsregistret Bipolär är att tillhandahålla ett redskap för lokal och regional verksamhetsutveckling och nationell kvalitetsutvärdering av vården för personer med bipolär sjukdom. Med registret ska vårdgivare och vårdbeställare kontinuerligt kunna utvärdera den vård som ges och följa upp hur man lyckas i förhållande till andra vårdgivare. Att utvärdera resultatet av vården är en central del för all verksamhet som har ambitionen att förbättras. Indikatorerna i Bipolär ska återspegla nationella riktlinjer för vård av personer med bipolär sjukdom och utvecklas i samverkan med vårdpersonal, huvudmän och patienter.

Med Bipolär kan nationella trender och lokala avvikelser identifieras. Bipolär har tidigare pekat på den nationella trenden med minskad litiumförskrivning och också kunnat visa regionala avvikelser avseende läkemedelsförskrivningen. Vi tror att Bipolärs arbete bidragit till att vända trenden med vikande litiumförskrivning och vi ser i år en viss ökning.

Även om litium har bäst evidens vad gäller att förebygga affektiva skov på gruppnivå, kan vi inte på vetenskaplig grund fastslå exakt på vilken nivå en optimal litiumförskrivning bör vara på populationsnivå. Bipolär har därför drivit ett projekt för att studera sambandet mellan litiumförskrivning och återfall i skov på populationsnivå. Litiumbehandling fungerar inte lika bra för alla patienter och man kan antaga att ökad litiumförskrivning minskar risken för återfall i skov till en nivå där nyttan av ökad förskrivning börjar avta. Genom att utnyttja data från Bipolär har vi funnit att det finns ett samband mellan högre litiumförskrivning och lägre frekvens av återfall i skov på populationsnivå (Sköld M, opublicerat), men vi har ännu inte funnit någon övre gräns. Detta gör att vi håller fast vid målnivån att 70 procent av patienterna med bipolär sjukdom typ 1 bör förskrivas litium.

Detta är ett exempel på hur registret kan fånga upp nationella förändringar av betydelse men också peka på sannolika effekter av dessa förändringar. Det är också viktigt att registret har relevans på lokal nivå. Den nya organisation för styrning av kvalitetsregister som nu införts innebär ett tätare samarbete mellan register och huvudmän. Registret samverkar med patientföreningen Balans, Svenska Sällskapet för Bipolär Sjukdom som också är en subsektion i Svenska Psykiatriska Föreningen och det nationella programområdet för psykisk hälsa för att fortsatt öka användbarheten hos registret. Bipolär samverkar också med övriga psykiatriska kvalitetsregister i gemensamma frågor.

Vi har en koordinator, Annika Blom, som besöker mottagningar i hela 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. Detta är det största nationella mötet för bipolära syndrom som de senaste åren samlat omkring 250 deltagare. Bipolär-dagen är ett uppskattat tillfälle för de som arbetar med registret att mötas. Men vi önskar också direktkontakt med fler mottagningar. Det kan gälla synpunkter och frågor om Bipolärs formulär eller mer generella 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 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 Mikael Landéns genomgång av aktuell forskning längst bak i rapporten. Det går också bra att kontakta biträdande registerhållare Erik Pålsson för mer information om pågående forskningsprojekt.

Kvalitetsindikatorer i Bipolär

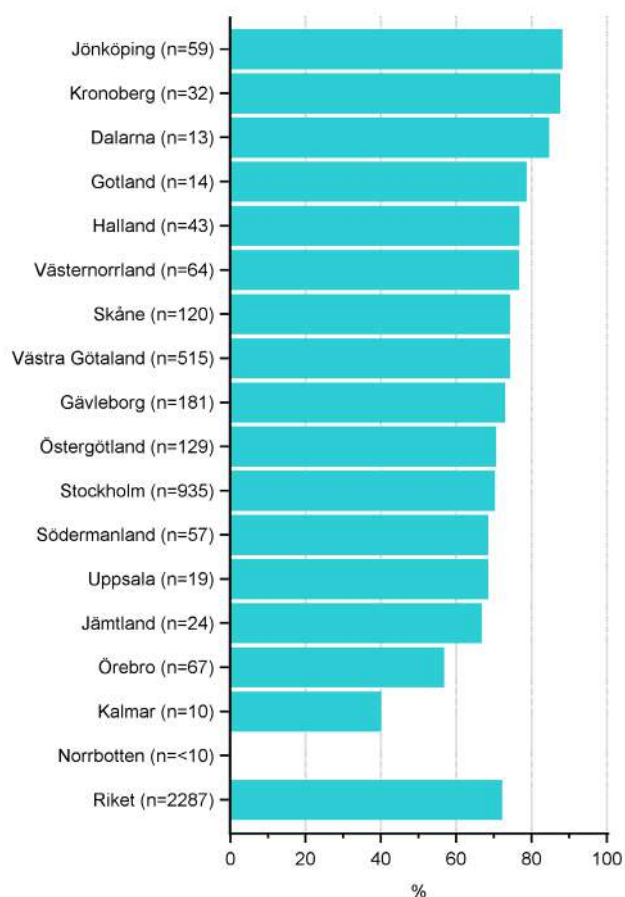
Bipolär förser Vården i Siffror (ViS) med utdata för några utvalda variabler som är viktiga för vårdprocesser och behandlingsutfall. Vi presenterar här analyser av de fem indikatorer som idag inkluderas i ViS. Dessa indikatorer är litiumbehandling vid bipolär sjukdom typ I, återfall i skov, patientutbildning, användande av strukturerade diagnostiska instrument samt andel patienter med som har sysselsättning på mer än halvtid. Analyserna gäller om inget annat anges för alla ny- och uppföljningsregistreringar under verksamhetsåret 2018.

Litiumbehandling vid bipolär sjukdom typ 1

Litium är förstahandsalternativ för långtidsbehandling av bipolär sjukdom typ 1 och har god evidens som akutbehandling för mani och som återfallsförebyggande behandling. BipolärRs målsättning är att minst 70 procent av personer med bipolär sjukdom typ 1 ska förskrivas litium. Föregående år, 2017, nådde endast fem län (Dalarna, Östergötland, Jämtland, Kronoberg och Västra Götaland) upp till målet. Under år 2018 är det elva län (Jönköping, Kronoberg, Dalarna, Gotland, Halland, Västernorrland, Skåne, Västra Götaland, Gävleborg, Östergötland och Stockholm) som når upp till målet att minst 70 procent av personer med bipolär sjukdom typ 1 behandlas med litium.

Andelen av de med bipolär sjukdom typ 1 som förskrivas litium skiljer sig fortfarande mellan enskilda län. Av de län som rapporterat in data för mer än tio patienter med bipolär sjukdom typ 1 placerar sig de flesta län mellan 66 och 80 procent, och inget län ligger under 55 procent. Andelen individer med bipolär sjukdom typ 1 som behandlas med litium har ökat från föregående år, 66 procent år 2017 och 72 procent år 2018.

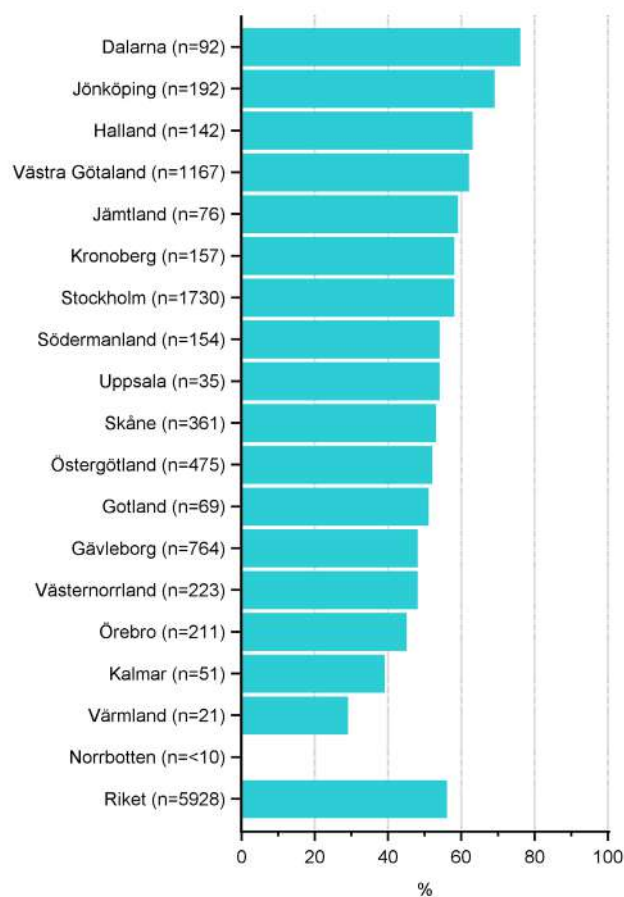
Figur 1. Andel patienter med bipolär sjukdom typ 1 med litiumförskrivning fördelat på län, år 2018.



Bipolär har tidigare rapporterat om sjunkande litiumförskrivning på nationell nivå och könsskillnader i förskrivning, där män oftare behandlas med litium än kvinnor. Förra året visade årets registreringar inte bara att litiumförskrivningen stabiliserats utan också att könsskillnaderna i princip hade försvunnit. För första gången kan vi nu rapportera en ökande grad av litiumförskrivning vid bipolär sjukdom typ 1.

Om man tittar på registerdata för litiumanvändning i hela gruppen individer med bipolär sjukdom så behandlades 56 procent med litium under år 2018, vilket också är en ökning från 2017 då andelen var 53 procent. Fördelningen uppdelat på län följer, med några undantag, den för bipolär sjukdom typ 1.

Figur 2. Andel patienter med Litiumförskrivning fördelat på län, år 2018.

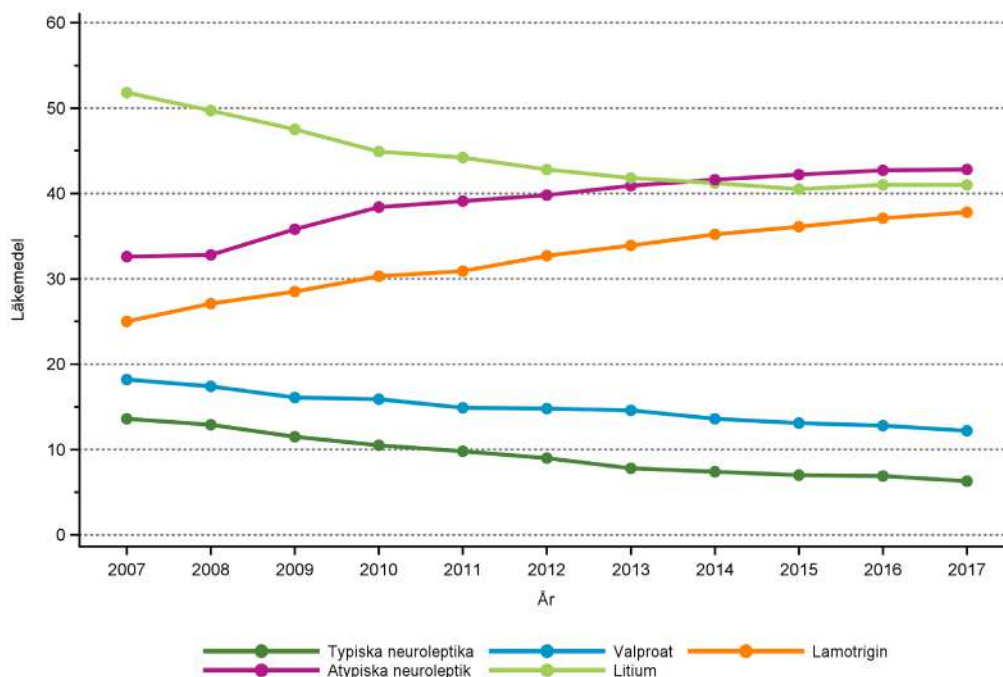


Läkemedelsanvändning vid bipolär sjukdom

Givet att täckningsgraden för Bipolär är relativt låg så inkluderar vi i år även data från Patientregistret och Läkemedelsregistret. Detta ger en möjlighet att tydligare belysa generaliserbarheten i de trender vi observerat i Bipolär. I figur 3 visas andelen patienter med diagnosen bipolär sjukdom som behandlats med olika läkemedel under åren 2007 till 2017. Vi kan här visa att andelen som behandlas med litium sjunkit med cirka 10 procent under en tioårsperiod. Detta stämmer väl överens med vad som under en följd av år observerats i Bipolär. Vidare ser denna minskning ut att ha avstannat vilket också är i linje med vad data från Bipolär visar. Minskningen i litiumanvändningen löper parallellt med en ökning av andelen patienter som förskrivs lamotrigin och atypiska neuroleptika. Även detta är i linje med vad som kunnat observeras i Bipolär. Den sjunkande trenden för förskrivning av valproat speglar likaså vad som under tidigare år kunnat utläsas i Bipolär. Sammantaget tyder både underlaget från Bipolär och patientregistret på en förskjutning i behandlingsmönstret vid bipolär sjukdom

under den senaste tioårsperioden, där behandling med litium fått ge vika för en ökad användning av lamotrigin och atypiska neuroleptika. Eftersom litium är förstahandsvalet vid bipolär sjukdom typ I kan en tolkning vara att förändringen i förskrivningsmönster är sekundär till en förändring i diagnostiken. Här kan vi med hjälp av Bipolär:s inklusion av subdiagnostik konstatera att nedgången i litiumanvändning skett även för individer med bipolär sjukdom typ I. Givet att det nyligen publicerats data som bekräftar att litium har bäst förebyggande effekt för såväl depressiva som maniska skov så går förändringen i förskrivningsmönster i fel riktning om man utgår från att behandlingen med bäst evidens ska väljas i första hand. Varken Bipolär eller Läkemedelsregistret kan svara på vad som orsakat nedgången men siffrorna bör föranleda en reflektion i verksamheten kring hur man ska arbeta med behandlingsriktlinjer och säkerställa att vården bedrivs utifrån ett kunskapsbaserat arbetssätt.

Figur 3. Andel patienter med bipolär sjukdom med förskrivning av litium, valproat, lamotrigin, atypiska och typiska neuroleptika, siffror från patientregistret och läkemedelsregistret, år 2007–2017.

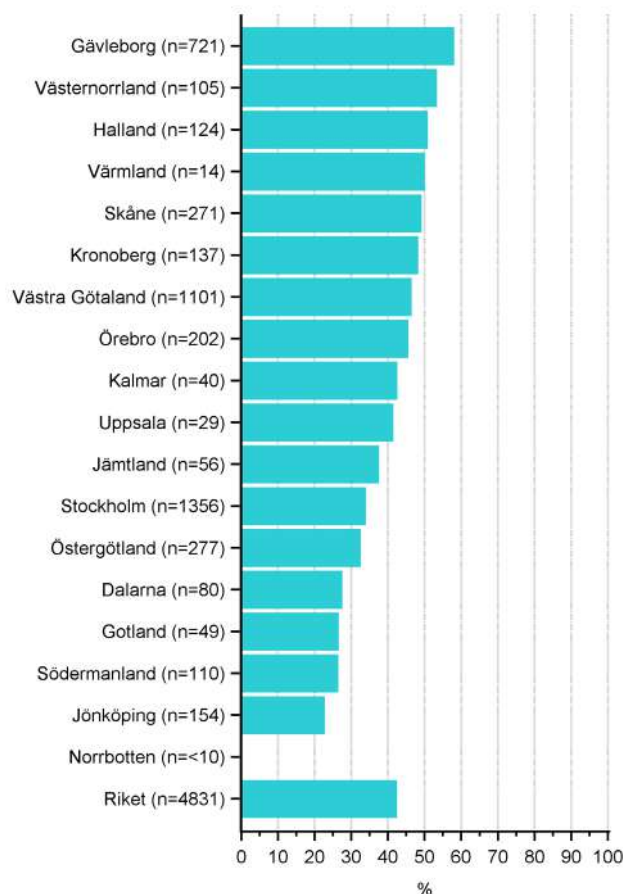


Återfall i skov

Det huvudsakliga målet med all stämningsstabiliserande 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 högst 40 procent av patienterna i registret ska ha 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 2018 är det sju län som når upp till BipoläR:s målnivå och det är Jönköping (23 procent), Södermanland (26 procent), Gotland (27 procent), Dalarna (28 procent), Östergötland (33 procent), Stockholm (34 procent) och Jämtland (38 procent). Bland dessa sju län återfinns också fyra län som nådde målnivån år 2017. Högst andel med återfall i skov under 2018 hade Gävleborg och Västernorrland med en andel på 58 respektive 53 procent. Det är alltså fortsatt stora skillnader mellan län med lägst respektive högst återfallsfrekvens. Om skillnaderna beror på skillnader i vård eller faktorer utanför vårdgivarens kontroll kan inte utläsas ur registret. Däremot kan det vara viktigt för vårdgivarna själva att följa upp de bakomliggande orsakerna till skillnaderna i behandlingsutfall. En god nyhet är att andelen patienter med återfall i skov på riksnivå sjönk från 44 till 42 procent 2017–2018.

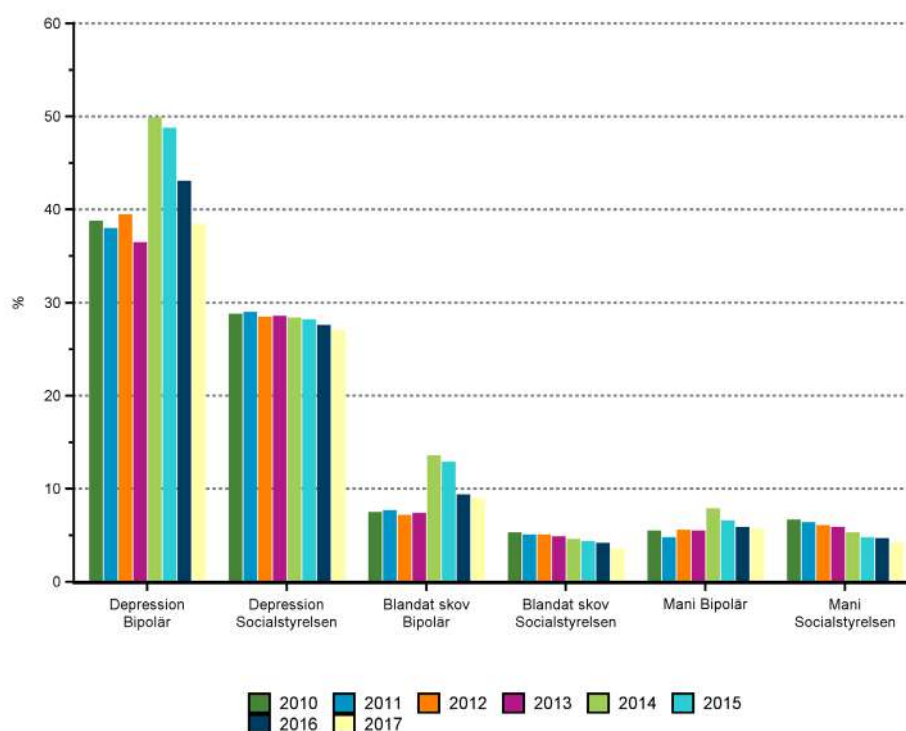
Figur 4. Andel uppföljda patienter som återfallit i skov de senaste 12 månaderna fördelat på län, år 2018.



Genom att använda oss av underlag från Patientregistret och en närmare analys av informationen som samlats in i BipoläR ger vi här också en fördjupad bild av hur risken för återfall i skov ser ut på riksnivå. I figur 5 visas en sammanställning av inrapporterad data från BipoläR och Patientregistret. I staplarna med data från Socialstyrelsen visas andel av personer med diagnos för mani (F30.1, F30.2, F30.8, F30.9, F31.1, F31.2), depression (F31.3, F31.4, F31.5, F32) eller blandat skov (F316) under aktuellt år. I motsvarande stapel för BipoläR visas andel patienter som haft minst ett skov av respektive typ senaste året. I det underlag som rapporteras in till Socialstyrelsen så sjunker andelen återfall för alla typer av skov under tiden från 2010 till 2017. Denna trend återspeglas inte i BipoläR där andelen återfall i skov 2017 ligger på samma nivå som 2010 eller något högre för blandade skov.

Skillnaden i nivån på andel återfall i skov förklaras sannolikt av att Patientregistret kräver en inrapporterad diagnoskod medan BipoläR utgår från patientintervjuer. Det senare fångar sannolikt både fler sanna återfall i skov men även fler fall där symtombedömningen inte nått upp till fastställda kriterier för behandling. Det som är mer oklart är varför trenden ser olika ut över tid i de två registren. En förklaring kan vara att de patienter som inkluderas i BipoläR har en något svårare sjukdomsbild än genomsnittet i Patientregistret. Diagnossiffror från Patientregistret tyder på att diagnosen bipolär sjukdom blir allt vanligare vilket kan innebära att fler individer med mindre prototypiskt bipolära symptom och mer angränsande psykiatrisk sjukdomsbörda inkluderas i patientgruppen. Dessa individer har sannolikt en mindre risk att återfalla i renodlade affektiva skov. Att förändringen speglar en faktisk förbättring i vården av bipolär sjukdom är mindre sannolikt då andra kvalitetsmått från BipoläR inte pekar i den riktningen.

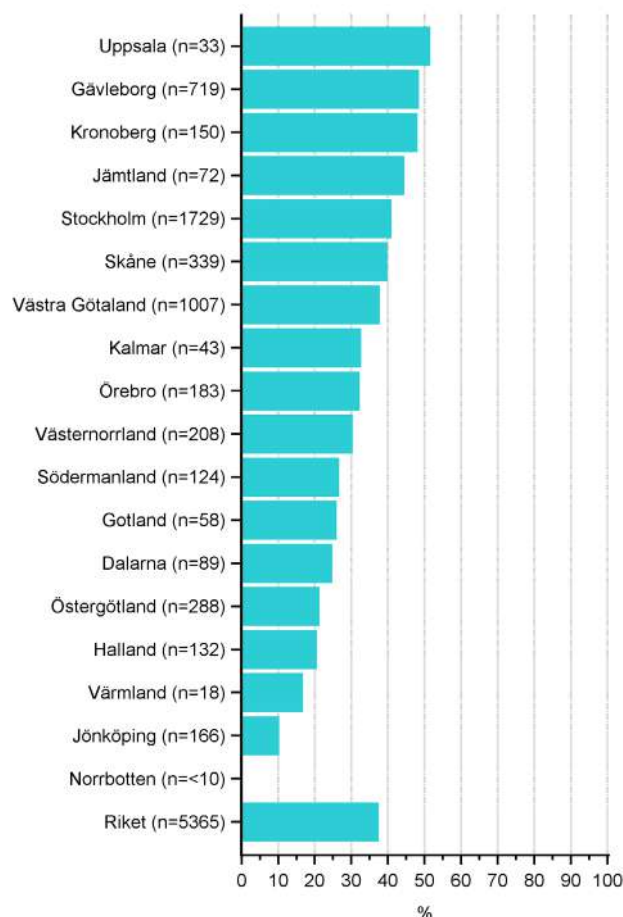
Figur 5. Andel patienter som haft minst ett skov av respektive typ senaste året, år 2010–2017.



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 (Colom, Vieta et al. 2003, Bond and Anderson 2015). En nyligen genomförd studie med data från Kvalitetsregistret Bipolär bekräftar att patientutbildning minskar risken att återinsjukna i såväl maniska/hypomana som depressiva skov (Joas, Bäckman et al. under review.). Kvalitetsregistret BipoläRs målsättning är att minst 45 procent av alla patienter oberoende av ålder och bipolär underdiagnos ska ha genomgått patientutbildning. Andelen som någon gång genomgått patientutbildning låg för samtliga registrerade under 2018 på 37 procent. Detta är något lägre än 2017 då motsvarande siffra var 39 procent. På länsnivå når Uppsala, Gävleborg och Kronoberg upp till registrets mål på 45 procent.

Figur 6. Andel patienter som har erbjudits/genomgått patientutbildning någon gång, fördelat på län, år 2018.

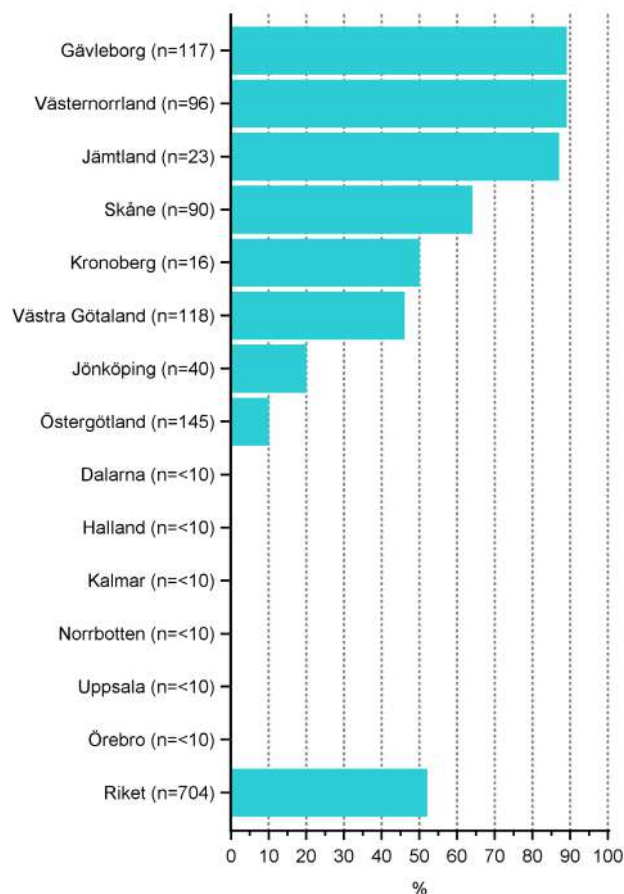


Strukturerat instrument för diagnostik

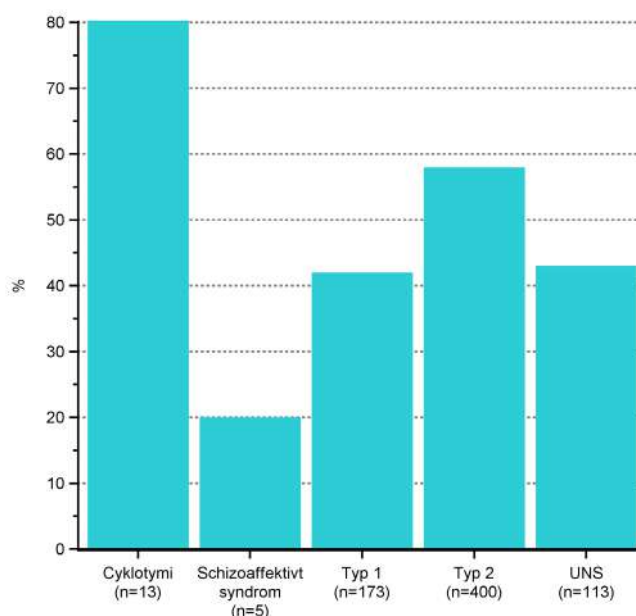
I Svenska Psykiatriska Föreningens riktlinjer för utredning och behandling av bipolär sjukdom framhålls vikten av att arbeta strukturerat vid diagnosticeringen av bipolär sjukdom. Under 2018 har ett strukturerat diagnostiskt instrument använts som stöd i diagnostiken för 52 procent av alla nyregistrerade patienter. En god nyhet är att denna siffra är högre än för år 2017 då ett strukturerat diagnostiskt instrument använts i 33 procent av fallen. Bipolär har satt som mål att 50 procent av alla nyregistrerade patienter ska ha diagnosticerats med ett strukturerat diagnostiskt instrument som stöd. Under år 2018 nådde Gävleborgs, Västernorrlands, Jämtlands, Skåne och Kronobergs län upp till detta mål. En svårighet med tolkningen av indikatorn är att uppgift saknas vid många nyregistreringar. För flera län är underlaget dessutom så litet att inga slutsatser kan dras om användningen av strukturerade diagnostiska instrument. Detta kan bero på svårigheter att vid registreringsbesöket fastställa om ett strukturerat diagnostiskt instrument använts när diagnos ställts tidigare. Klart är att det ökar osäkerheten kring hur stor andel patienter där strukturerat diagnostiskt instrument har använts som stöd i diagnostiken av bipolär sjukdom.

Ser man till de huvudsakliga subdiagnoserna så är det fortfarande vanligast att använda strukturerade diagnostiska instrument vid bipolär sjukdom typ 2. Underlaget för schizoaffektivt syndrom och cyklotymi är så litet att det inte går att uttala sig om den faktiska användningen av diagnostiska instrument vid dessa underdiagnoser.

Figur 7. Andel nyregistrerade patienter 2018 där strukturerat diagnostiskt instrument har använts som stöd i diagnostiken av bipolär sjukdom, fördelat per län.



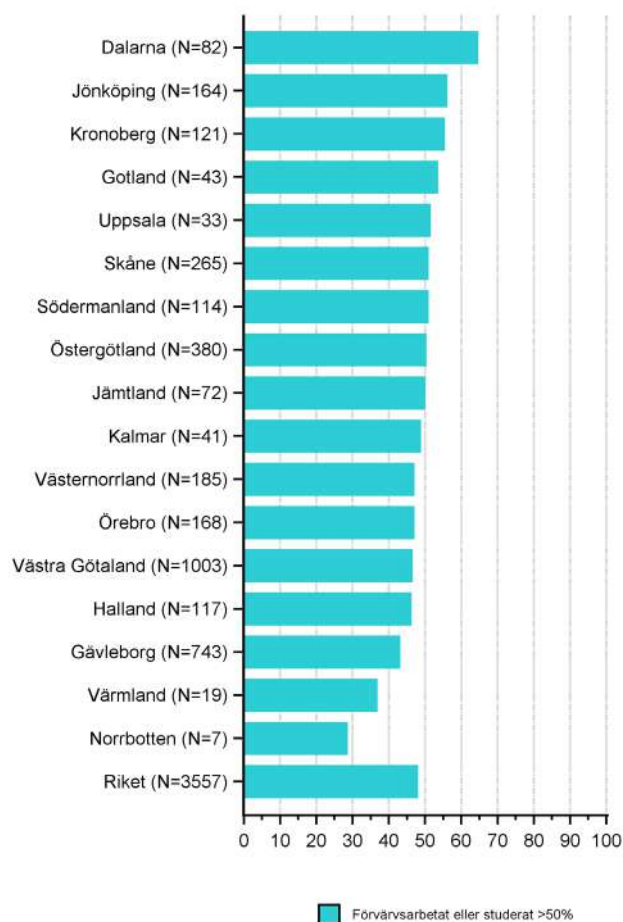
Figur 8. Andel nyregistrerade patienter 2018 där strukturerat diagnostiskt instrument har använts som stöd i diagnostiken av bipolär sjukdom, fördelat per underdiagnos.



Andel i arbete

Ytterligare en viktig indikator i BipoläR är andelen personer i arbetsför ålder (18–65 år) som har ett förvärvsarbete eller studerar mer än 50 procent. Måttet är en viktig indikation inte bara på individens funktionsförmåga utan även på den psykiatriska vårdens kvalitet. 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 mer än 50 procent. Under 2018 hade 48 procent av patienterna i arbetsför ålder en sysselsättning (studier eller arbete) på mer än 50 procent. Endast tre av länen, Dalarna, Jönköping och Kronoberg når upp till målnivån om en andel på 55 procent med sysselsättningsgrad på mer än 50 procent. Vad gäller Stockholm går det inte att uttala sig om indikatorn då överföring av denna information från vårdinformationssystemet till registrets databas ännu inte fungerar tillfredställande.

Figur 9. Andel patienter i ålder 18–65 år som förvärvsarbetat eller studerat mer än 50% fördelat på län, år 2018.



Data i Bipolär

På följande sidor presenteras 2018 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.

Vi presenterar även en kompletterande analys där data från Socialstyrelsen används för att berika och validera den information som återfinns i Bipolär.

Validitet och täckningsgrad

Registret arbetar löpande med att underlätta inmatning av data och med kontroller av validiteten hos data. Registret och Registercentrum Västra Götaland gör löpande logiska kontroller av data för att säkerställa kvalitén på denna innan den redovisas och används för kvalitetsarbete eller forskning. Vi arbetar också med logiska kontroller vid inmatning för att öka datakvalitén.

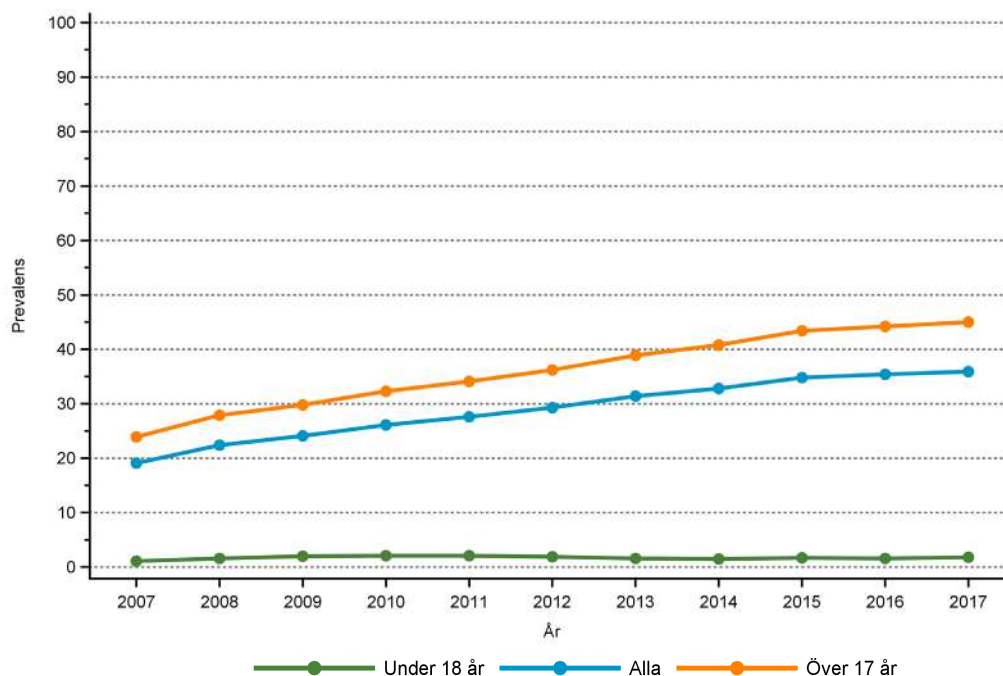
Registret gör också en årlig täckningsgradsanalys via en samkörning med Socialstyrelsens Patientregister (PAR). För att få med all information från patientregistret så görs denna samkörning i slutet av eftervarande kalenderår. De siffror för täckningsgrad som vi redovisar här är alltså baserade på data för 2017. Unika patienter ur Bipolär jämförs med unika patienter ur PAR. Registreringar från unika patienter under 2017 i Bipolär jämförs med patienter som i patientregistrets öppenvårdsdel diagnosticerats med bipolär sjukdom minst en gång

per år på samma psykiatriska klinik under 2016–2017. Denna jämförelse visar på en täckningsgrad på 23,1 procent för Bipolär. Detta kan jämföras med 23,9 procent under år 2016. Täckningsgraden har alltså sjunkit något under 2017 och detta beror på att antalet patienter som identifieras i PAR fortsätter att öka vilket visas i figur 10. Då PAR nu anses ha god täckningsgrad även för psykiatrisk specialiserad öppenvård är den mest sannolika tolkningen att diagnosen bipolär sjukdom ställs i högre omfattning än tidigare.

Antalet registreringar över år och fördelade på län

Antalet ackumulerade nyregistreringar i Bipolär sedan 2004 uppgick under 2018 till 23 482. Antalet ackumulerade uppföljningsregistreringar uppgick under samma period till 46 010. Det totala antalet ackumulerade registreringar under 2018 blev därmed 69 492.

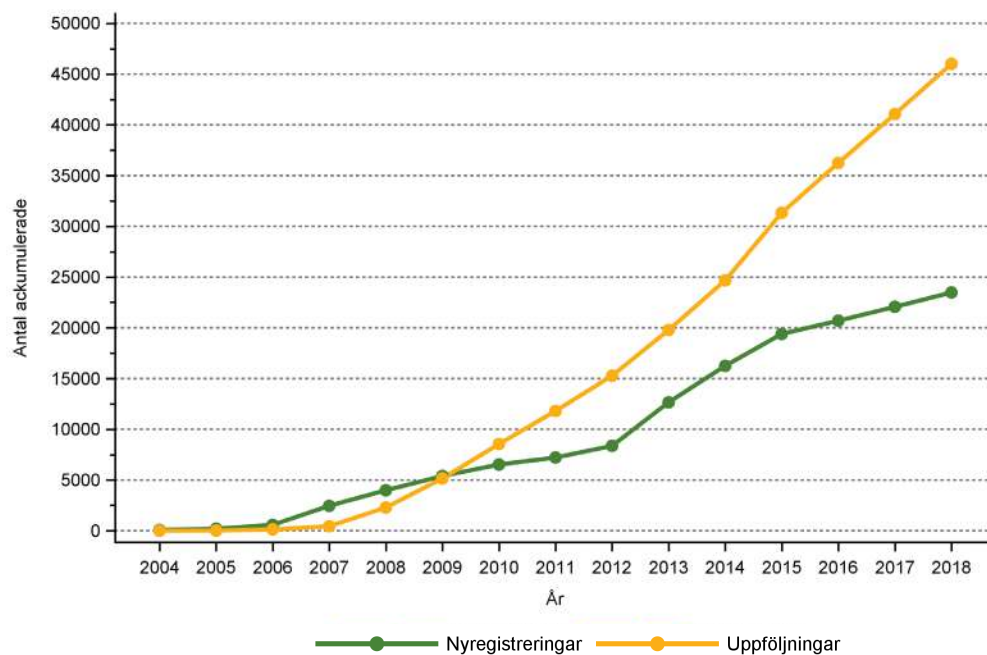
Figur 10. Antal bipolärpatienter som vårdats under året per 10 000 invånare vid slutet på året, år 2007–2017.



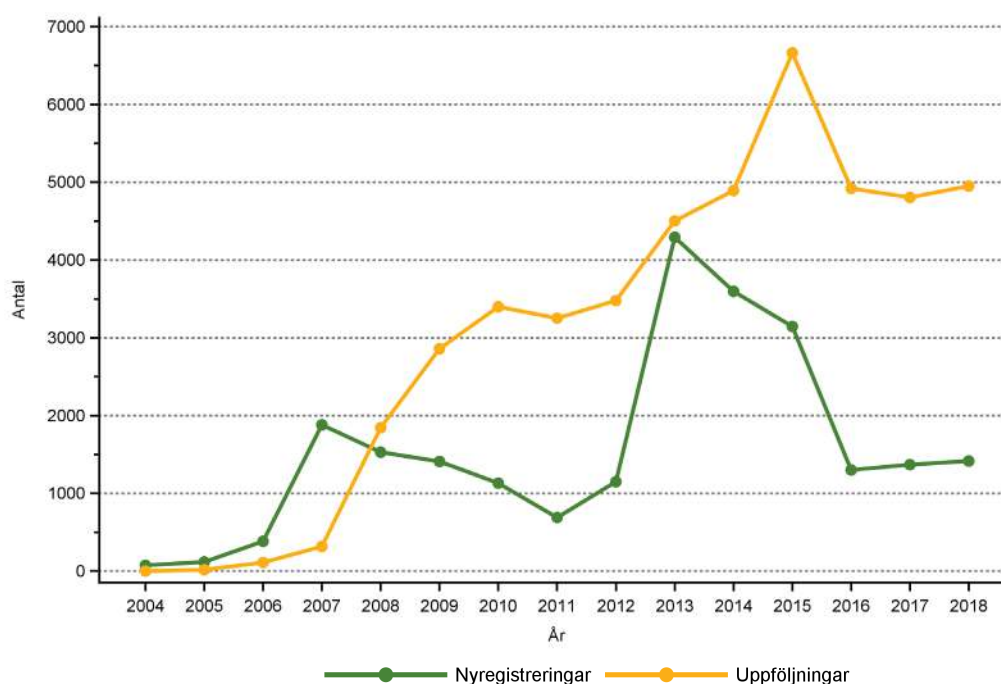
Högst antal nyregistreringar under ett enskilt år uppnåddes 2013. Från 2014 och framåt minskar antalet nyregistreringar. Antalet nyregistreringar under 2018 var 1 416, vilket är 68 registreringar mer än 2017 (1 348). Antalet uppföljningsregistreringar har ökat varje år fram

till år 2015 då antalet uppföljningsregistreringar uppgick till 6 363. Under år 2016 minskade dock antalet uppföljningsregistreringar till 4 871, följt av 4 758 uppföljningsregistreringar för år 2017 och under 2018 ligger siffran på 4 951.

Figur 11. Antal ackumulerade ny- och uppföljningsregistreringar perioden 2004–2018.



Figur 12. Antal ny- och uppföljningsregistreringar perioden 2004–2018.



Som framgår av tabellen nedan gjordes under 2018 totalt 6 367 registreringar. Det är 194 fler registreringar än föregående år (6173). Flest ny- och uppföljningsregistreringar gjordes av vårdgivare i Stockholm och Västra Götaland. Därefter kommer Gävleborgs och Öster-

götlands län. Gävleborg, Jämtland, Jönköping, Kronoberg, Stockholm, Västernorrland och Östergötland ökar antalet registreringar sedan 2017. Tre län, Västerbotten, Blekinge och Västmanland, registrerade inte någon patient under 2018.

Tabell 1. Antal registreringar år 2016–2018 fördelade på län.

Län	2015	2016	2017	2018
Blekinge	120	10	0	0
Dalarna	290	145	124	99
Gotland	71	42	71	70
Gävleborg	799	772	878	883
Halland	194	75	243	161
Jämtland	98	20	71	87
Jönköping	221	229	174	214
Kalmar	187	96	56	54
Kronoberg	235	151	162	173
Norrbottn	259	44	4	8
Skåne	1 333	662	419	388
Stockholm	1 747	1 192	1 579	1 771
Södermanland	181	69	205	156
Uppsala	457	94	79	35
Värmland	253	154	36	22
Västerbotten	451	340	0	0
Västernorrland	153	65	74	224
Västmanland	126	30	2	0
Västra Götaland	2 060	1 586	1 425	1 308
Örebro	276	254	415	213
Östergötland	297	190	156	501
Totalt	9 808	6 220	6 173	6 367

Köns- och åldersfördelningen i Bipolär

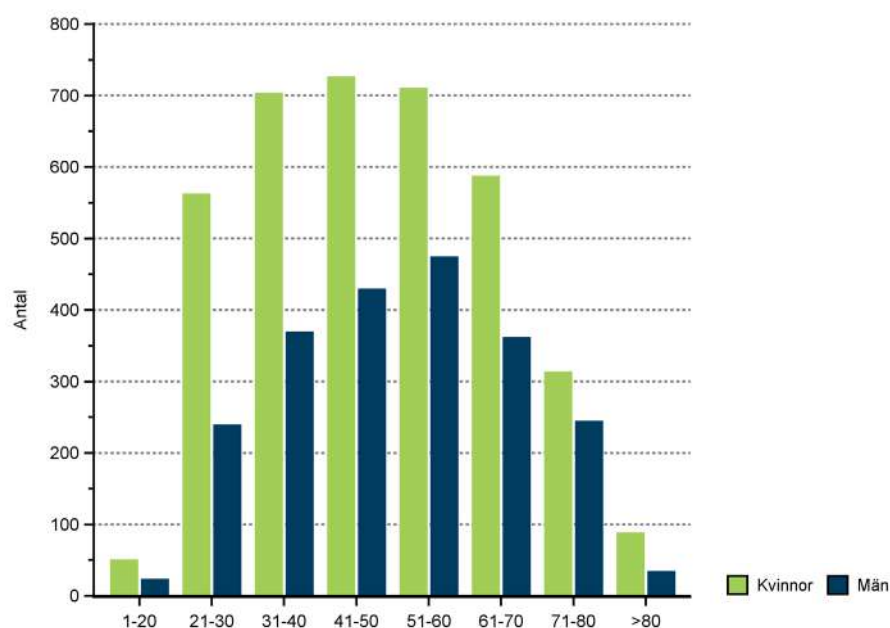
Könsfördelningen har i Bipolär konsekvent varit ojämn med en högre andel kvinnor än män. Under 2018 utgjorde andelen kvinnor 63 procent av de registrerade. I figur 13 visas en jämförelse mellan Bipolär och Patientregistret avseende kön för perioden 2010 till 2017. Denna bekräftar att könsfördelningen i Bipolär väl speglar fördelningen i patientgruppen som helhet.

Samtidigt indikerar internationella forskningsstudier att prevalensen av bipolär sjukdom är ungefär jämnt fördelad mellan könen (Merikangas, Jin et al. 2011, Patel, Virani et al. 2018) finns det fortsatt anledning att diskutera varför bipolära syndrom diagnosticeras dubbelt så ofta bland kvinnor i Sverige.

Figur 13. Andel kvinnor, år 2007–2017.



Figur 14. Ålders- och könsfördelning för registreringar år 2018.



Köns- och åldersfördelning bland underdiagnoserna

Genomsnittsåldern för de registrerade under 2018 är omkring 49 år. Genomsnittsåldern skiljer sig dock mellan underdiagnoserna. De med bipolär sjukdom typ 1, bipolär sjukdom UNS och schizoaffektiva syndrom har en högre medelålder än bipolär sjukdom typ 2 och cyklotymi. Medelålderskillnaderna mellan de med typ 1 och

typ 2 ligger kvar på sex år jämfört med år 2017. Andelen kvinnor är också större i gruppen med bipolär sjukdom typ 2, bipolär sjukdom UNS och schizoaffektiva syndrom. Lägst andel kvinnor finns i gruppen med cyklotymi.

Tabell 2. Ålders- och könsfördelningen 2018 för samtliga registrerade uppdelade på de bipolära underdiagnoserna.

Statistiska mått	Typ 1	Typ 2	UNS	Schizoaffektivt syndrom	Cyklotymi	Total
Medelålder	52	46	51	53	39	49
Andel kvinnor (%)	58	67	64	66	56	63
Antal patienter	2 287	2 589	948	74	25	5 923



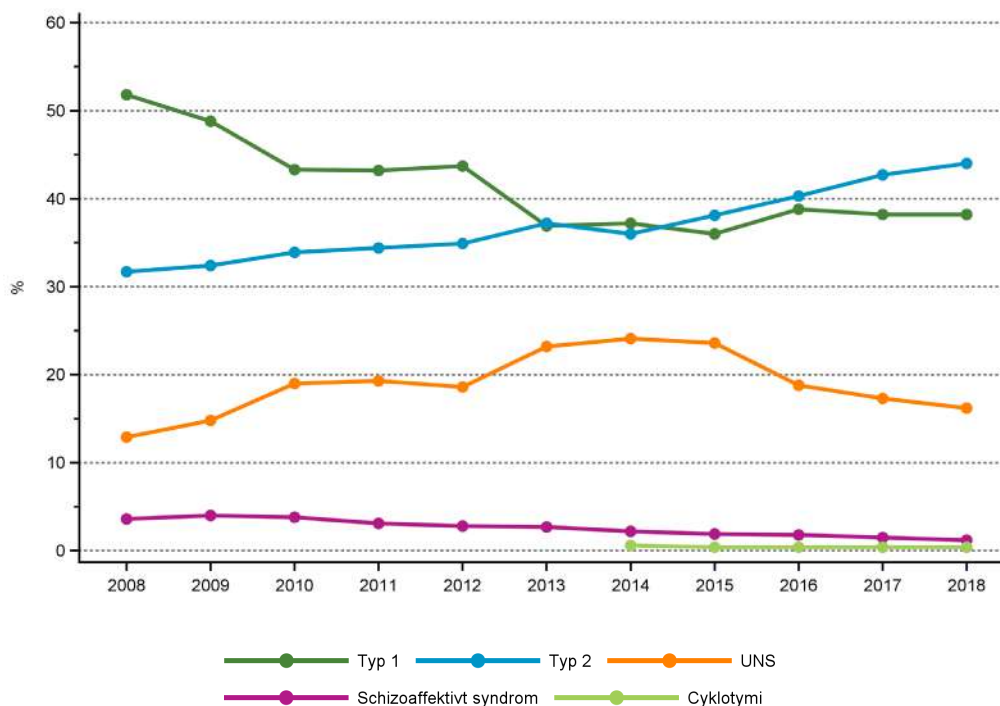
Patientgrupper i registret

Bipolära syndrom har skiftande uttrycksätt. Vid återkommande manier, ofta men inte alltid växlande med depressioner, kallas syndromet bipolär sjukdom typ 1. Vid perioder av hypomani och återkommande depressioner kallas tillståndet bipolär sjukdom typ 2. Diagnosen bipolär sjukdom 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 under minst två år förekommit episoder med hypomana symtom 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 symtom utan samtidig förstämning kallas det schizoaffectivt syndrom, bipolär (eller manisk) typ. Samtliga dessa fem diagnoser registreras i BipolärR.

Den tydliga trend som pågått sedan 2008 med en minskande andel personer med typ 1 i registret och en ökande andel med typ 2 bröts under 2016. Under år 2018 ligger andelen med typ 1 på samma nivå som år 2017 medan andelen med typ 2 fortsätter öka. Andelen med UNS fortsätter sjunka till 16 procent. Andelen med schizoaffectivt syndrom och cyklotymi ligger kvar på en låg andel motsvarande 1 procent respektive mindre än 1 procent av alla registrerade under 2018. Vad gäller schizoaffectivt syndrom är det värt att notera att endast en del av patientgruppen registreras i BipolärR. Huvuddelen registreras istället i PsykosR.

Sammantaget visar siffrorna att diagnosfördelningen i riket förändrats betydligt över åren. Fram till 2012 var typ 1 den vanligaste subdiagnosen men år 2018 är typ 2 den vanligaste subdiagnosen. Eftersom PAR inte registrerar typ 1, typ 2 och UNS som separata subtyper av bipolär sjukdom går det här inte att jämföra data från BipolärR.

Figur 15. Andel registreringar fördelat på bipolär subdiagnos, år 2008–2018.



Vid en granskning av diagnosfördelningen mellan länen finns liksom år 2017 tydliga skillnader. Vårdgivare i Stockholms läns landsting (54 procent), Uppsala (54 procent), Norrbotten (50 procent) och Västra Götaland (44 procent) har högst andel registrerade personer med bipolär sjukdom typ 1. Lägst andel personer med typ 1 har Kalmar (22 procent), Kronoberg (21 procent), Gotland (20 procent), Dalarna (15 procent) och Värmland (5 procent).

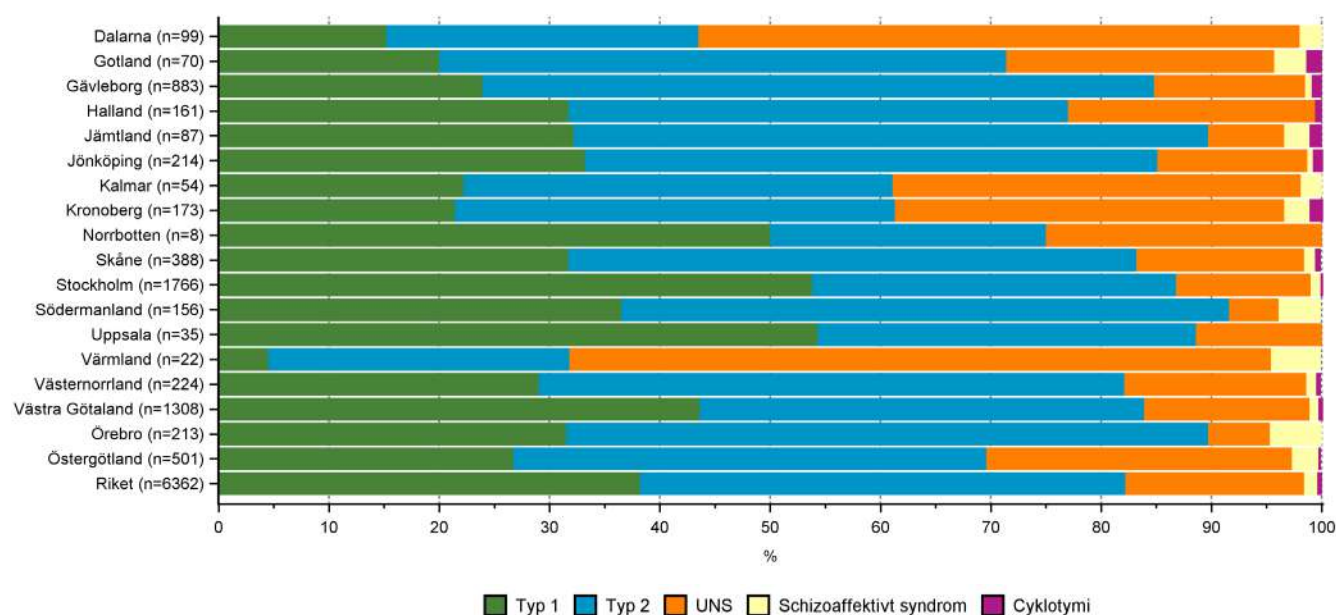
Andelen med bipolär sjukdom typ 1 är omkring dubbelt så stor i länen med högst andel jämfört med de med lägst andel.

Mindre frekvent förekommande skillnader verkar finnas mellan länen avseende bipolär sjukdom typ 2 men även här finns det enstaka påtagliga skillnader mellan länen. Andelen med bipolär sjukdom UNS skiljer sig också mellan enskilda länen. Högst andel återfinns i Värmland

(64 procent), Dalarna (55 procent), Kalmar (39 procent) och Kronoberg (35 procent). Lägst andel har Södermanland (5 procent), Jämtland (7 procent) och Örebro (6 procent). För vissa länen, exempelvis Norrbotten, är antalet registreringar så få att det inte går att redovisa några meningsfulla utfall.

Det finns patienter med en sjukdomsbild som ska diagnosticeras i UNS-kategorin, exempelvis personer med återkommande hypomana eller maniska symtom 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 stor andel av personer med UNS-diagnos i ett länen bör därför föranleda en diskussion om diagnostiken. Förmodligen finns det i UNS-kategorin personer vars symtombild bättre hade passat kriterierna för en typ 1 eller typ 2 diagnos.

Figur 16. Andel registreringar per subdiagnos år 2018 fördelat på länen.



Att diagnosfördelningen mellan länen kraftigt skiljer sig åt kan indikera en stor diagnostisk osäkerhet, men kan också bero på vårdens organisation. Specialiserade mottagningar deltar i högre utsträckning i kvalitetsregistret. Om dessa specialiserade enheter sköter patienter med

typ 1 medan typ 2 vårdas på allmänpsykiatriska enheter kommer det ge en falsk bild av att typ 1 är vanligare. Sannolikt indikerar dock dessa skillnader att den psykiatriska vården inte är enhetlig över landet utan beroende på patientens boendeort.

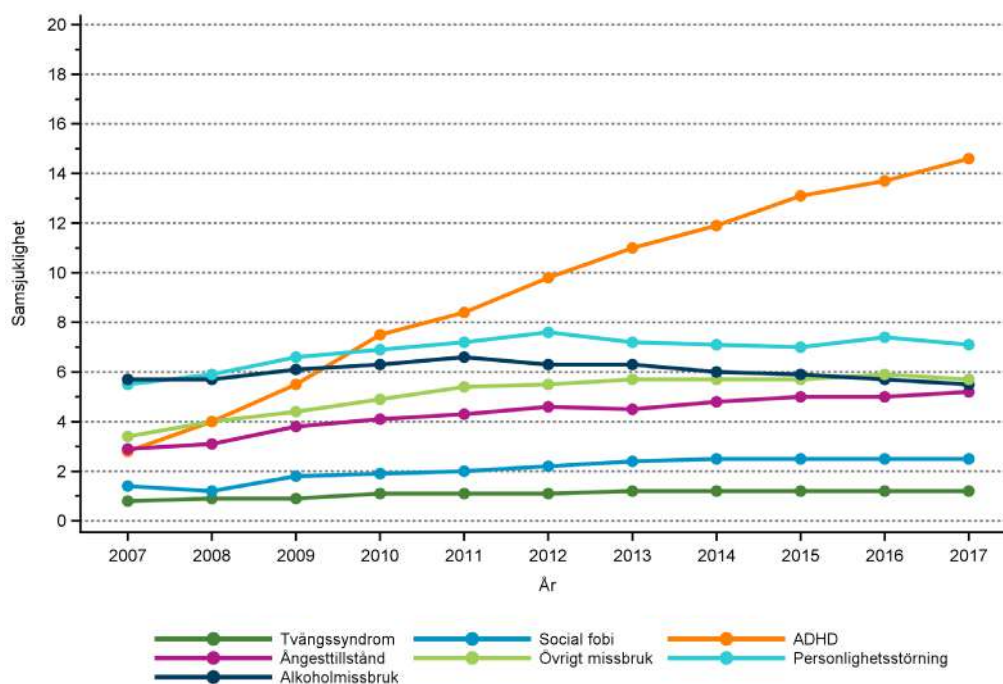
Samsjuklighet i patientgruppen

Diagnosen bipolär sjukdom är kopplad till samsjuklighet med en rad andra psykiatriska diagnoser. Detta uppmärksammades under kunskapsdagen 2015 där temat var diagnostik och samsjukligheten med bland annat ADHD belystes. Året efter låg fokus på alkoholmissbruk. Samsjuklighet kan påverka både behandlingsval och prognos och Bipolär ger möjlighet att ange en rad psykiatriska diagnoser utöver bipolär sjukdom. Samtidigt har exempelvis samsjukligheten i alkoholberoende legat under den genomsnittliga prevalensen hos befolkningen i stort. Huruvida detta beror på underdiagnostik eller låg rapportering till registret kan inte med säkerhet sägas. PAR utgör en alternativ källa till information om samsjuklighet vid bipolär sjukdom. Nedan presenteras

siffror från PAR för ett antal psykiatriska diagnoser för personer som också fått en diagnos för bipolär sjukdom under samma år.

Den största förändringen som skett under perioden 2007 till 2017 är att ADHD ökat från en prevalens på knappt 3 procent till drygt 15 procent. En förklaring är att ADHD varit underdiagnosticerat i patientgruppen och i allt större omfattning nu diagnosticeras och behandlas. Samtidigt kan det också vara så att det sker en viss överdiagnostik av ADHD och frågan bör studeras närmare då ADHD i nuläget utgör den vanligaste formen av psykiatrisk samsjuklighet vid bipolär sjukdom.

Figur 17. Samsjuklighet med andra psykiatriska syndrom, siffror från patientregistret, år 2007–2017



Bipolär i forskning

Bipolär uppmuntrar till att registret används för forskning.
Följande projekt pågick under 2018 med anknytning till Bipolär:

SWEBIC 1 (Stanley-studien)

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 använts sju publikationer i internationella vetenskapliga tidskrifter under 2018 (publikation 3 till 9 nedan).

Läs mer på www.ki.se/stanley och på www.cibris.se.

SWEBIC 2

Denna studie är en direkt fortsättning på Stanleystudien och stöds också av The Stanley center for research och genomförs vid Institutionen för epidemiologi och biostatistik vid Karolinska Institutet. Liksom i Stanleystudien kommer deltagarna främst att rekryteras från Bipolär. Målet är att inkludera 5 000 patienter under en 4-årsperiod. SWEBIC startade med en pilotstudie hösten 2017 och officiellt i januari 2018.

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 (Karanti, Bocke et al. 2015). För närvarande pågår arbete för att studera om behandlingen skiljer sig åt beroende på patientens utbildning.

Läkemedelsbehandling vid bipolär sjukdom

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. 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 (Karanti, Kardell et al. 2016) och att det istället blir vanligare med lamotrigin och quetiapin. Samtidigt har en parallell studie (Joas, Karanti et al. 2017), bland annat med data från Bipolär, visat att litium är effektivare än lamotrigin vad gäller att förebygga maniska skov och effektivare än quetiapin både för maniska och depressiva skov.

Suicid vid bipolär sjukdom

Ett projekt har studerat vad som predicerar självmordsförsök 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 (Tidemalm, Haglund et al. 2014). I en nyligen publicerad studie har också riskfaktorer för fullbordad suicid studerats. Dessa överlappar delvis med identifierade riskfaktorer för suicidförsök men det finns också skillnader. Riskfaktorerna skiljer också delvis åt beroende på kön (Hansson, Joas et al. 2018). En pilotstudie har också visat att AI kan användas för att med registerdata prospektivt bedöma risk för suicidförsök med en tillförlitlighet som är jämförbar med strukturerad intervju-baserad suicidriskbedömning. Detta kommer nu att undersökas noggrannare inom ramen för ett nyligen startat forskningsprojekt.

Metabola riskfaktorer

Vilka metabola effekter har läkemedel som ges vid bipolär affektiv sjukdom? Den första studien i detta projekt studerar effekten av tilläggsbehandling med atypiska antipsykotika på BMI vid bipolär sjukdom. Slutsatsen från arbetet är att sådan tilläggsbehandling inte är förenat med någon ökad risk för viktuppgång i patientgruppen som helhet (Najar, Joas et al. 2017). I en pågående studie undersöks nu hur kroppsvikt varierar stratifierat på ålder och kön i kvalitetsregistret jämfört med en jämförelsekohort från Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC, SCB). Preliminära resultat

visar att individer med bipolär sjukdom har högre Body Mass Index (BMI) än befolkningen i stort och att denna skillnad är störst mellan 30 och 60 års ålder. Dessutom är skillnaderna ännu större hos individer som uppfyller WHO:s kriterier för övervikt och fetma.

Patientutbildning

Behandlingseffekterna av patientutbildning på sjukdomsförloppet för olika underdiagnoser av bipolär sjukdom har nyligen undersökts i en studie som bekräftar resultaten från flera internationella studier och visar att patientutbildning minskar risken att återinsjukna i såväl maniska/hypomana som depressiva skov (Joas, Bäckman et al. under review).

Hur många bör få litium?

BipolärR anger som mål att 70 procent 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 procent optimalt på gruppnivå? Detta studeras i ett projekt där relationen mellan litiumprevalens på länsnivå och utfall i form av inläggningar och återfall i skov undersöks. Studien bekräftar att det finns ett samband mellan hög användning av litium och låg risk för återinsjuknande i skov.

Publikationer under 2018 där data från Bipolär ingår

1. Risk factors for suicide in bipolar disorder: a cohort study of 12 850 patients. Hansson C, Joas E, Pålsson E, Hawton K, Runeson B, Landén M. *Acta Psychiatr Scand.* 2018 Nov;138(5):456–463.
2. Specificity in Etiology of Subtypes of Bipolar Disorder: Evidence From a Swedish Population-Based Family Study. Song J, Kuja-Halkola R, Sjölander A, Bergen SE, Larsson H, Landén M, Lichtenstein P. *Biol Psychiatry.* 2018 Dec 1;84(11):810–816.
3. Analysis of the Influence of microRNAs in Lithium Response in Bipolar Disorder. Reinbold CS, Forstner AJ, Hecker J, Fullerton JM, Hoffmann P, Hou L, Heilbronner U, Degenhardt F, Adli M, Akiyama K, Akula N, Arda R, Arias B, Backlund L, Benabarre A, Bengesser S, Bhattacharjee AK, Biernacka JM, Birner A, Marie-Claire C, Cervantes P, Chen GB, Chen HC, Chillotti C, Clark SR, Colom F, Cousins DA, Cruceanu C, Czerski PM, Dayer A, Étain B, Falkai P, Frisé L, Gard S, Garnham JS, Goes FS, Grof P, Gruber O, Hashimoto R, Hauser J, Herms S, Jamain S, Jiménez E, Kahn JP, Kassem L, Kittel-Schneider S, Kliwicky S, König B, Kusumi I, Lackner N, Laje G, Landén M, Lavebratt C, Leboyer M, Leckband SG, López Jaramillo CA, MacQueen G, Manchía M, Martinsson L, Mattheisen M, McCarthy MJ, McElroy SL, Mitjans M, Mondimore FM, Monteleone P, Nievergelt CM, Ösby U, Ozaki N, Perlis RH, Pfennig A, Reich-Erkelenz D, Rouleau GA, Schofield PR, Schubert KO, Schweizer BW, Seemüller F, Severino G, Shekhtman T, Shilling PD, Shimoda K, Simhandl C, Slaney CM, Smoller JW, Squassina A, Stamm TJ, Stopkova P, Tighe SK, Tortorella A, Turecki G, Volkert J, Witt SH, Wright AJ, Young LT, Zandi PP, Potash JB, DePaulo JR, Bauer M, Reininghaus E, Novák T, Aubry JM, Maj M, Baune BT, Mitchell PB, Vieta E, Frye MA, Rybakowski JK, Kuo PH, Kato T, Grigoriu-Serbanescu M, Reif A, Del Zompo M, Bellivier F, Schalling M, Wray NR, Kelsoe JR, Alda M, McMahon FJ, Schulze TG, Rietschel M, Nöthen MM, Cichon S. *Front Psychiatry.* 2018 May 31;9:207
4. Association of Polygenic Score for Schizophrenia and HLA Antigen and Inflammation Genes With Response to Lithium in Bipolar Affective Disorder: A Genome-Wide Association Study. International Consortium on Lithium Genetics (ConLi+Gen), Amare AT, Schubert KO, Hou L, Clark SR, Papiol S, Heilbronner U, Degenhardt F, Tekola-Ayele F, Hsu YH, Shekhtman T, Adli M, Akula N, Akiyama K, Arda R, Arias B, Aubry JM, Backlund L, Bhattacharjee

- AK, Bellivier F, Benabarre A, Bengesser S, Biernacka JM, Birner A, Brichant-Petitjean C, Cervantes P, Chen HC, Chillotti C, Cichon S, Cruceanu C, Czerski PM, Dalkner N, Dayer A, Del Zompo M, DePaulo JR, Étain B, Falkai P, Forstner AJ, Frisen L, Frye MA, Fullerton JM, Gard S, Garnham JS, Goes FS, Grigoriu-Serbanescu M, Grof P, Hashimoto R, Hauser J, Herms S, Hoffmann P, Hofmann A, Jamain S, Jiménez E, Kahn JP, Kassem L, Kuo PH, Kato T, Kelsoe J, Kittel-Schneider S, Kliwicky S, König B, Kusumi I, Laje G, Landén M, Lavebratt C, Leboyer M, Leckband SG, Tortorella A, Manchia M, Martinsson L, McCarthy MJ, McElroy S, Colom F, Mitjans M, Mondimore FM, Monteleone P, Nievergelt CM, Nöthen MM, Novák T, O'Donovan C, Ozaki N, Ösby U, Pfennig A, Potash JB, Reif A, Reininghaus E, Rouleau GA, Rybakowski JK, Schalling M, Schofield PR, Schweizer BW, Severino G, Shilling PD, Shimoda K, Simhandl C, Slaney CM, Squassina A, Stamm T, Stopkova P, Maj M, Turecki G, Vieta E, Volkert J, Witt S, Wright A, Zandi PP, Mitchell PB, Bauer M, Alda M, Rietschel M, McMahon FJ, Schulze TG, Baune BT. *JAMA Psychiatry*. 2018 Jan 1;75(1):65–74.
5. Contribution of Rare Copy Number Variants to Bipolar Disorder Risk Is Limited to Schizoaffective Cases. *Biol Psychiatry*. 2018 Dec 20. Charney AW, Stahl EA, Green EK, Chen CY, Moran JL, Chambert K, Belliveau RA Jr, Forty L, Gordon-Smith K, Lee PH, Bromet EJ, Buckley PF, Escamilla MA, Fanous AH, Fochtmann LJ, Lehrer DS, Malaspina D, Marder SR, Morley CP, Nicolini H, Perkins DO, Rakofsky JJ, Rapaport MH, Medeiros H, Sobell JL, Backlund L, Bergen SE, Juréus A, Schalling M, Lichtenstein P, Knowles JA, Burdick KE, Jones I, Jones LA, Hultman CM, Perlis R, Purcell SM, McCarroll SA, Pato CN, Pato MT, Di Florio A, Craddock N, Landén M, Smoller JW, Ruderfer DM, Sklar P.
6. Applying polygenic risk scoring for psychiatric disorders to a large family with bipolar disorder and major depressive disorder. *Commun Biol*. 2018 Oct 8;1:163. de Jong S, Diniz MJA, Saloma A, Gadelha A, Santoro ML, Ota VK, Noto C; Major Depressive Disorder and Bipolar Disorder Working Groups of the Psychiatric Genomics Consortium, Curtis C, Newhouse SJ, Patel H, Hall LS, O Reilly PF, Belanger SI, Bressan RA, Breen G.
7. Elevated expression of a minor isoform of ANK3 is a risk factor for bipolar disorder. *Transl Psychiatry*. 2018 Oct 8;8(1):210. Hughes T, Sønderby IE, Polushina T, Hansson L, Holmgren A, Athanasiu L, Melbø-Jørgensen C, Hassani S, Hoeffding LK, Herms S, Bergen SE, Karlsson R, Song J, Rietschel M, Nöthen MM, Forstner AJ, Hoffmann P, Hultman CM, Landén M, Cichon S, Werge T, Andreassen OA, Le Hellard S, Djurovic S.
8. Genomic Dissection of Bipolar Disorder and Schizophrenia, Including 28 Subphenotypes. *Cell*. 2018 Jun 14;173(7):1705–1715. Bipolar Disorder and Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium.
9. A loop-counting method for covariate-corrected low-rank biclustering of gene-expression and genome-wide association study data. *PLoS Comput Biol*. 2018 May 14;14(5):e1006105. Rangan AV, McGrouther CC, Kelsoe J, Schork N, Stahl E, Zhu Q, Krishnan A, Yao V, Troyanskaya O, Bilaloglu S, Raghavan P, Bergen S, Jureus A, Landén M; Bipolar Disorders Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium.

Redovisning av kvalitetsindikatorerna för vårdenheter

Län	Enhet	Antal unika patienter	Andel patienter med BMI >30	Antal patienter med strukturerat diagnostiskt instrument
Dalarna	Psykiatrimottagning Avesta	<10	.	
	Psykiatrimottagning Borlänge	<10	.	
	Psykiatrimottagning Falun	45	33.3	ja
	Psykiatrimottagning Gagnef	13	26.7	ja
	Psykiatrimottagning Leksand	<10	.	
	Psykiatrimottagning Ludvika	10	60	ja
	Psykiatrimottagning Malung	<10	.	
	Psykiatrimottagning Rättvik	11	36.4	ja
Gotland	Vuxenpsykiatriska Öppenvården Visby	69	23.2	ja
Gävleborg	Allmänpsykiatrisk mottagning Gävle	407	26	ja
	Psykiatrisk mottagning Bollnäs	70	33.8	ja
	Psykiatrisk mottagning Hudiksvall	67	27.1	ja
	Psykiatrisk mottagning Sandviken	175	37.9	ja
	Psykiatrisk mottagning Söderhamn	22	28	ja
Halland	Vuxenpsykiatrimottagning Falkenberg	61	16.4	ja
	Vuxenpsykiatrimottagning Kungsbacka	14	35.7	ja
	Vuxenpsykiatrimottagning Laholm	22	23.1	
	Vuxenpsykiatrimottagning Varberg	45	31.6	ja
Jämtland	Avd 4B aff tillst och äldrepsyk Östersund	76	29.4	ja
Jönköping	Psykiatriska kliniken Värnamo sjukhus	103	40.9	ja
	Psykiatriska mottagningen Eksjö	<10	.	
	Psykiatriska mottagningen Nässjö	24	41.7	ja
	Psykiatriska mottagningen Tranås	33	20	
	Psykiatriska mottagningen Vetlanda	31	29.4	ja
Kalmar	Psykiatrisk mottagning Oskarshamn	<10	.	
	Psykiatrisk mottagning Vimmerby/Hultsfred	26	30.8	ja
	Psykiatrisk mottagning Västervik	16	43.8	ja
	Psykiatrisk rehabilitering Kalmar-Torås-Öland	<10	.	
Kronoberg	Allmänpsykiatriska mottagningen Ljungby	29	21.9	ja
	Allmänpsykiatriska mottagningen Växjö	120	26.2	ja
	Äldrepsykiatriska enheten Växjö	<10	.	
Norrbottn	Närpsykiatrin Boden	<10	.	ja
	Psykiatrin Gällivare	<10	.	ja
	Psykiatrin Piteå	<10	.	
Skåne	Allmänpsykiatrisk mottagning Helsingborg	27	25.9	ja
	Allmänpsykiatrisk mottagning Ängelholm	32	36.1	ja
	BUP Team Psykos Bipolära tillstånd Lund	18	11.1	ja
	Integrerad Närpsykiatri Malmö	30	23.3	ja
	Mottagning Äldrepsykiatri Helsingborg	57	27.1	ja
	Psykiatripartners Lund	<10	.	
	Psykiatrisk mottagning 1 Lund	<10	.	
	Psykiatrisk mottagning 2 Lund	30	22.9	ja
	Psykiatrisk mottagning Eslöv	21	27.3	ja
	Södermottagningen, Helsingborg	<10	.	
	Vuxenpsyk Hässleholm Öppenv	41	18.6	ja
	Vuxenpsyk Kristianstad Öppenv	38	42.2	ja
	Vuxenpsykiatri POM-team Lund	<10	.	
Vuxenpsykiatrimottagning Ystad	<10	.	ja	
Vuxenpsykiatrimottagning allmänpsykiatri Landskrona	<10	.		
Vuxenpsykiatrimottagning bipolär Malmö	44	22.7	ja	

	Andel patienter där strukturerat diagnostiskt instrument använts	Andel uppföljda patienter med återfall i skov	Andel patienter sysselsatta > 50%	Andel patienter med diagnos bipolär typ I med litium

	33.3	26.2	80.5	50
	70	15.4	58.3	83.3

	16.7	30	33.3	75

	66.7	28.6	55.6	.
	7.1	26.5	53.5	78.6
	87.4	57.8	41.5	53.8
	54.1	66.7	48.4	72.7
	34.1	41.2	38.2	90.5
	55.2	64.6	47.9	71.9
	18.8	23.8	18.8	70
	18.2	45.8	51.2	65
	75	50	41.7	33.3
	.	34.8	35	60
	25	64.4	47.6	69.6
	59.6	37.5	50	57.1
	21	22.6	65.9	79.4

	11.8	18.2	31.6	62.5
	.	25	61.5	94.1
	42.9	19	42.4	66.7

	41.7	57.1	47.6	50
	33.3	33.3	61.5	40

	20	44.8	50	90
	37	47.5	56.6	70.4

	30.8	55	33.3	42.9
	36	72	60	83.3
	38.9	.	100	77.8
	14.3	35	54.5	90
	5.7	36.8	.	72.4

	60	53.6	65.6	100
	44.4	69.2	52.6	75

	22.2	48.8	48.4	64.3
	100	38.1	48.6	73.3

	97.4	100	50	46.2

Redovisning av kvalitetsindikatorerna för vårdenheter, forts.

Län	Enhet	Antal unika patienter	Andel patienter med BMI >30	Antal patienter med strukturerat diagnostiskt instrument
Stockholm	Affektiv mottagning Globen	27	22.2	
	Affektiva mottagningen M 59 Stockholm	466	28.3	
	Affektiva mottagningen, Psykiatri Nordväst Stockholm	263	25.1	
	Behandlingsenhet Väst Bromma	<10	.	
	Behandlingsenheten	88	33	
	Capio Psykiatri Nynäshamn	<10	.	
	Ersta Diakoni Stockholm	55	17.5	
	Järvapsykiatri Kista	44	18.2	
	Järvapsykiatri Rinkeby	<10	.	
	Järvapsykiatri Spånga	21	40.9	
	Lidingö allmänpsykiatri	<10	.	
	Lotsa psykos	<10	.	
	Mottagning för adhd I St Eriksplan Stockholm	14	21.4	
	Mottagning för affektiva sjukdomar II S:t Eriksplan	15	13.3	
	Mottagning för unga vuxna Globen	<10	.	
	Mottagningen för Affektiva sjukdomar Alvik	24	8.3	
	Mottagningen för affektiva sjukdomar 1 S:t Eriksplan	370	16.5	
	Mörby allmänpsykiatri	128	17.8	
	Neuropsykiatriska enheten	<10	.	
	PVE Farsta-Skarpnäck	<10	.	
	PVE Södermalm	<10	.	
	Prima Vuxenpsykiatri Åkersberga	<10	.	
	Prima Vuxenpsykiatri Mörby Danderyd	<10	.	
	Prima Vuxenpsykiatri Täby	<10	.	
	Prima Vuxenpsykiatri Vallentuna	<10	.	
	Psykiatricentrum Väst Bromma	<10	.	
	Psykiatrisk mottagning Kronan Sundbyberg	11	.	
	Sigtuna Upplands Väsby Psykiatriska mottagning	<10	.	
	Sydgårdens Rehabilitering Södertälje	13	42.9	
	Vallentuna allmänpsykiatri	27	7.4	
	WeMind Psykiatri Haninge	21	14.3	
	WeMind Psykiatri Nacka	26	15.4	
	WeMind Psykiatri Nynäshamn	24	60	
WeMind Psykiatri Tyresö	<10	.		
WeMind Psykiatri Värmdö	<10	.		
Äldrepsykiatriska enheten	33	25.7		
Åkersberga allmänpsykiatri	<10	.		
Södermanland	Psykiatriska mottagningen Eskilstuna	58	31	
	Psykiatriska mottagningen Katrineholm	<10	.	
	Psykiatriska mottagningen Strängnäs	88	30.7	ja
Uppsala	Affektiv mottagning 2 Uppsala	31	35.5	ja
	Affektiv mottagning 3 Uppsala	<10	.	ja
Värmland	Psykiatrisk öppenvård Hagfors Torsby	21	47.6	ja
Västernorrland	Affektiv mottagning B Sundsvall	123	26	ja
	Psykiatrisk mottagning Härnösand	68	22.1	ja
	Psykiatrisk mottagning Kramfors	18	61.1	
	Psykiatrisk mottagning Sollefteå	<10	.	ja
	Psykiatrisk mottagning Örnsköldsvik	<10	.	ja

	Andel patienter där strukturerat diagnostiskt instrument använts	Andel uppföljda patienter med återfall i skov	Andel patienter sysselsatta > 50%	Andel patienter med diagnos bipolär typ I med litium
	.	35.7	.	33.3
	.	31.4	.	75.9
	.	20.4	.	65

	.	35.4	.	78.9

	.	70	.	83.3
	.	75	.	25

	.	40	.	.

	.	85.7	.	.
	.	55.6	.	100

	.	20	.	.
	.	30.3	.	73.2
	.	38.4	.	52.9

	.	25	.	100

	.	8.3	.	40
	.	66.7	.	75
	.	42.9	.	33.3
	.	50	.	18.2
	.	79.2	.	.

	.	33.3	.	71.4

	.	23.3	25.6	70.3

	66.7	28	64.3	68.8
	78.6	42.3	55.2	62.5

	21.4	50	36.8	.
	79.8	64.4	46.3	73.1
	43.9	40.5	54.7	74.2
	.	50	26.7	100

Redovisning av kvalitetsindikatorerna för vårdenheter, forts.

Län	Enhet	Antal unika patienter	Andel patienter med BMI >30	Antal patienter med strukturerat diagnostiskt instrument	
Västra Götaland	BUP Specialmottagning Göteborg	<10	.	ja	
	Bipolärmottagning Göteborg	611	22.2	ja	
	Psykiatrimottagning Centrum Göteborg	17	5.9	ja	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Alingsås	<10	.	ja	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Bäckefors	32	38.5	ja	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Centrum Borås	304	32.5	ja	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Falköping	28	32.3	ja	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Henån	<10	.		
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Lerum	<10	.		
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Mariestad	15	46.7	ja	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Mark Skene	46	39.7	ja	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Trollhättan	14	35.7	ja	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Vänersborg	23	38.5	ja	
	WeMind	<10	.	ja	
	Öppenpsykiatrisk mottagning Ale Älvängen	<10	.	ja	
	Öppenpsykiatrisk mottagning Kungälv	<10	.	ja	
Öppenpsykiatrisk mottagning Stenungsund	28	26.7	ja		
Örebro	Affektivmottagning Örebro	211	25	ja	
Östergötland	Barn och ungdomspsykiatriska kliniken	<10	.		
	Capio Psykiatri Linköping	97	17.5	ja	
	Capio Psykiatri Norrköping	122	21.3		
	Citymottagningen Norrköping	17	27.8		
	Psykiatri Habiliteringsenheten Motala	179	41.4	ja	
	Psykiatripartners Vuxna	57	1.8	ja	
	Psykiatriska mottagningen	<10	.		
Riket		5 905	26.9	ja	

	Andel patienter där strukturerat diagnostiskt instrument använts	Andel uppföljda patienter med återfall i skov	Andel patienter sysselsatta > 50%	Andel patienter med diagnos bipolär typ I med litium

	49.8	48.3	49.4	68.6
	14.3	100	20	100

	30	66.7	55.2	81.3
	27.7	43.9	43.3	68.8
	53.8	36	40	40

	83.3	92.9	28.6	66.7
	15	29.1	19	55.6
	33.3	33.3	55.6	66.7
	54.5	52.4	43.8	75

	16.7	33.3	71.4	53.8
	17.7	45.5	47	56.7

	1.3	16.9	49.4	72.7
	.	35.3	38.4	51.4
	.	63.6	35.7	100
	21.4	35.2	54.6	72.2
	80	57.1	64.8	100

	44.1	42.3	48	68.8

BipoläR – vilka är vi?

BipoläR drevs under 2018 av en arbetsgrupp bestående av en registerhållare, en biträdande registerhållare, en statistiker, en administratör och en koordinator. Dessa personer arbetar alla deltid med registerarbete. Till hjälp har BipoläR en styrgrupp som representerar brukare samt olika professioner och verksamheter i landet.

Registerhållare är Mikael Landén, överläkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, professor i psykiatri vid Göteborgs universitet. 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 också en biträdande registerhållare vars uppgifter är att leda och utveckla den operativa verksamheten, samt tillsammans med registerhållare och styrgrupp delta i den strategiska utvecklingen av registret. Den biträdande registerhållaren fungerar också som officiell representant för registret vid de tillfällen då registerhållaren är förhindrad att ta den rollen.

Biträdande registerhållare under 2018 var Erik Pålsson, docent i neurofarmakologi, anställd vid Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet.

Statistiker för BipoläR under 2018 var Mathias Kardell, fil. kand. i statistik och dataanalys, anställd vid Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet.

Sekreterare och administratör i BipoläR under 2018 var Anne Snellman, anställd vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

BipoläRs koordinator under 2018 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.

BipoläR 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 2018 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, psykolog vid Kungälv's sjukhus, Simone Gynnemo, brukarrepresentant och ordförande i Riksförbundet BALANS; Axel Nordenskjöld, överläkare och registerhållare för ECT-registret, Örebro; Bo Runeson, professor i psykiatri vid Karolinska institutet Stockholm och tidigare registerhållare för BipoläR; Mattias Agestam, överläkare och IT-expert, Stockholm samt Lisa Vesterberg överläkare i Östersund.

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

Referenser

- Bond, K. and I. M. Anderson (2015). "Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials." *Bipolar Disord* 17(4): 349–362.
- Colom, F., E. Vieta, A. Martinez-Aran, M. Reinares, J. M. Goikolea, A. Benabarre, C. Torrent, M. Comes, B. Corbella, G. Parramon and J. Corominas (2003). "A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission." *Arch Gen Psychiatry* 60(4): 402–407.
- Hansson, C., E. Joas, E. Pålsson, K. Hawton, B. Runeson and M. Landén (2018). "Risk factors for suicide in bipolar disorder: a cohort study of 12 850 patients." *Acta Psychiatr Scand* 138(5): 456–463.
- Joas, E., K. Bäckman, A. Karanti, T. Sparding, F. Colom, E. Pålsson and M. Landén (under review). "Psychoeducation for bipolar disorder and risk of recurrence and hospitalization." *Psychological Medicine*.
- Joas, E., A. Karanti, J. Song, G. M. Goodwin, P. Lichtenstein and M. Landén (2017). "Pharmacological treatment and risk of psychiatric hospital admission in bipolar disorder." *Br J Psychiatry* 210(3): 197–202.
- Karanti, A., C. Bobeck, M. Osterman, M. Kardell, D. Tidemalm, B. Runeson, P. Lichtenstein and M. Landén (2015). "Gender differences in the treatment of patients with bipolar disorder: a study of 7354 patients." *J Affect Disord* 174: 303–309.
- Karanti, A., M. Kardell, U. Lundberg and M. Landén (2016). "Changes in mood stabilizer prescription patterns in bipolar disorder." *J Affect Disord* 195: 50–56.
- Merikangas, K. R., R. Jin, J. P. He, R. C. Kessler, S. Lee, N. A. Sampson, M. C. Viana, L. H. Andrade, C. Hu, E. G. Karam, M. Ladea, M. E. Medina-Mora, Y. Ono, J. Posada-Villa, R. Sagar, J. E. Wells and Z. Zarkov (2011). "Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative." *Arch Gen Psychiatry* 68(3): 241–251.
- Najar, H., E. Joas, M. Kardell, E. Pålsson and M. Landén (2017). "Weight gain with add-on second-generation antipsychotics in bipolar disorder: a naturalistic study." *Acta Psychiatr Scand* 135(6): 606–611.
- Patel, R. S., S. Virani, H. Saeed, S. Nimmagadda, J. Talukdar and N. A. Youssef (2018). "Gender Differences and Comorbidities in U.S. Adults with Bipolar Disorder." *Brain Sci* 8(9).
- Tidemalm, D., A. Haglund, A. Karanti, M. Landén and B. Runeson (2014). "Attempted suicide in bipolar disorder: risk factors in a cohort of 6086 patients." *PLoS One* 9(4): e94097.

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 cirka 1–2 procent av befolkningen. Bipolärs syfte är att skapa förutsättningar för verksamhetsutveckling, utvärdering och forskning.