

Kvalitetsregister Bipolär

Årsrapport 2017

Nationella kvalitetsregistret för bipolär affektiv sjukdom



Årsrapport 2017

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 Elgh

Författare av årsrapport

Erik Pålsson

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

Mikael Landén

Professor, Överläkare
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

Projektledare

Constanze Wartenberg

Registercentrum Västra Götaland
constanze.wartenberg@registercentrum.se

Huvudman

Västra Götalandsregionen
Regionens hus
426 80 Vänersborg

ISSN 2001–2918

Tryckår 2018

För mer information om kvalitetsregistret Bipolär, se registrets hemsida som du når via www.psykiatriregister.se.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Inledning	6
Kvalitetsindikatorer i Bipolär	7
Behandling med litium	7
Återfall i skov	9
Patientutbildning	10
Strukturerat instrument för diagnostik	11
ECT vid bipolär sjukdom	12
Data i Bipolär	14
Validitet och täckningsgrad	14
Antalet registreringar över år och fördelade på län	14
Köns- och åldersfördelning i Bipolär	16
Köns- och åldersfördelning bland underdiagnoserna	17
Patientgrupper i registret	18
Bipolär i forskning	20
Redovisning av kvalitetsindikatorer för vårdenheter	24
Bipolär – Vilka är vi?	30
Referenser	31



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 2017 nyregistrerades 1 348 individer i Bipolär och det gjordes 4 758 uppföljningsregistreringar. Totalt gjordes under året 6 160 registreringar. Det innebär att registret vid årsskiftet 2017/2018 omfattade 63 066 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 sex 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 fyra län uppnåddes målet under 2017, men totalt sett återföll 44 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 2017 dubbelt så hög andel med återfall i skov jämfört med länen med lägst andel.

Litiumbehandling vid bipolär sjukdom typ 1

En av Bipolärs viktigaste kvalitetsindikatorer är andelen patienter med bipolär sjukdom typ 1 som förskrivs litium. Bipolärs mål är att 70 procent av patienterna med typ 1 bör förskrivas litium. Litiumförskrivningen under 2017 låg för riket på 66 procent, det vill säga något under målnivån. Litiumförskrivningen ligger också i princip stilla på samma nivå som under 2016 då 67 procent av patienterna med bipolär sjukdom typ 1 som förskrevs litium.

Diagnostik med strukturerade instrument

Det fortsätter att finnas stora skillnader i diagnosfördelningen mellan olika län. Sammantaget indikerar detta en differentialdiagnostisk osäkerhet. Ett sätt att öka säkerheten i diagnossättningen är att använda strukturerade diagnostiska instrument. Dessa användes under 2017 för endast 23 procent av de nyregistrerade patienterna. Därmed har denna indikator sjunkit sedan föregående år. Tolkningen av indikatorn försvåras dock av att 30 procent av registreringarna anger uppgift saknas för indikatorn.

Patientutbildning

För att förebygga återfall efter ett maniskt eller depressivt skov bör hälso- och sjukvården, enligt Socialstyrelsens rekommendationer om omhändertagande och behandling av vuxna med bipolär sjukdom, erbjuda patientutbildning som komplement till återfallsförebyggande läkemedelsbehandling. 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. Andelen som någon gång genomgått patientutbildning under 2017 var för samtliga registrerade 39 procent. Då nämnaren beräknats på olika sätt för år 2016 och 2017 så är det svårt att avgöra om det skett en ökning av andelen som erhållit patientutbildning sedan föregående år.

ECT vid bipolär sjukdom

Vid bipolär sjukdom så är ECT ett behandlingsalternativ vid svårbehandlade depressioner och manier. Elbehandling har varit ett behandlingsalternativ vid depression i över 80 år och effekten vid depression är väl beprövad. Under år 2017 behandlades knappt tre procent av de registrerade patienterna i Bipolär med ECT. Behandling ECT används ungefär dubbelt så ofta för kvinnor och den totala andelen patienter som fått behandling har sjunkit med cirka en halv procent sedan år 2014.

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.

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 kunnat visa regionala avvikelser avseende exempelvis läkemedelsförskrivningen och nationella trender med minskad litiumförskrivning.

Bipolär har också visat att andelen patienter som erbjuds patientutbildning är låg givet att detta rekommenderas vid bipolär sjukdom. Vidare har ett projekt som utgått från registerdata visat att det är stora skillnader i hur patientutbildningen är utformad vid olika enheter i landet. Samtidigt har forskning baserad på data från Bipolär visat att patientutbildning minskar risken för återfall i skov. På förra årets kunskapsdag presenterades också landets första digitala patientutbildning för bipolär sjukdom. Förhoppningen är att digitala alternativ kan öka tillgängligheten och användningen av patientutbildning för individer med bipolär sjukdom.

Detta är två exempel på hur registret fångar upp nationella förändringar av betydelse. 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. Samtidigt råder viss osäkerhet kring hur detta samarbete bäst ska organiseras. Registret följer utvecklingen nationellt och regionalt och 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 ett välbesökt och 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

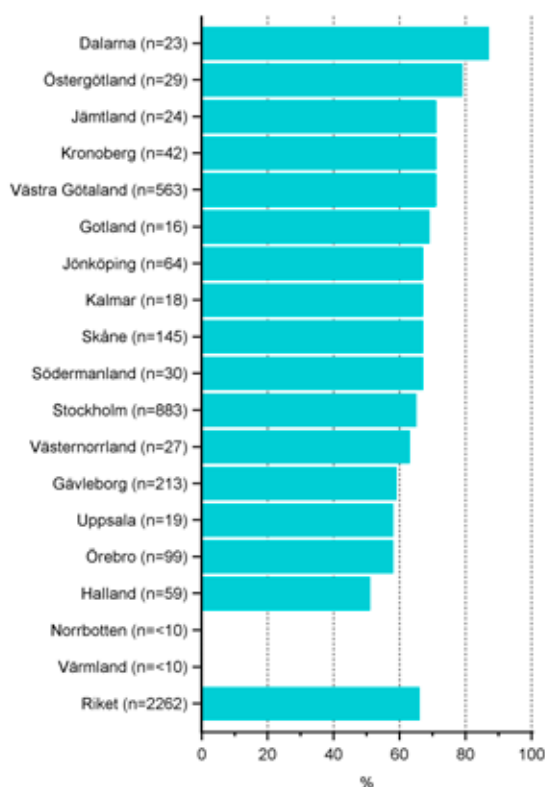
Bipolär förser både ViS och Psykiatrikompassen med utdata för några utvalda variabler som är viktiga för vårdprocesser och behandlingsutfall. Vi presenterar här analyser av de fyra indikatorer som idag inkluderas i Psykiatrikompassen och ViS. Då Psykiatrikompassen håller på att avvecklas så arbetar vi med att säkerställa att alla indikatorer som funnits på Psykiatrikompassen framöver kommer att finnas med i ViS. Dessa indikatorer är litiumbehandling vid bipolär sjukdom typ I, återfall i skov, patientutbildning samt användande av strukturerade diagnostiska instrument. Analyserna gäller om inget annat anges för alla ny- och uppföljningsregistreringar under verksamhetsåret 2017.

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. Bipolärns målsättning är att minst 70 procent av personer med bipolär sjukdom typ 1 ska förskrivas litium. Föregående år, 2016, nådde endast fyra län (Dalarna, Jönköping, Östergötland och Södermanland) upp till målet. Under år 2017 är det fem län, Dalarna, Östergötland, Jämtland, Kronoberg och Västra Götaland som når upp till målet att minst 70 procent av personer med bipolär sjukdom typ 1 behandlas med litium.

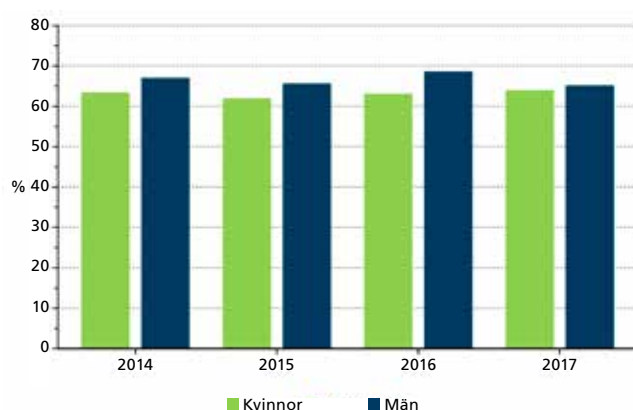
Andelen av de med bipolär sjukdom typ 1 som förskrivs litium skiljer sig fortfarande mellan enskilda län. Förra året låg endast två län (Norrbotten och Värmland) under 50 procent. Varken Värmland eller Norrbotten har rapporterat in tillräcklig mängd data för att möjliggöra någon analys för år 2017. Av de län som rapporterat in data så placerar sig de flesta län mellan 60 och 70 procent, och inget län ligger under 50 procent. Andelen individer med bipolär sjukdom typ 1 som behandlas med litium skiljer sig inte nämnvärt från föregående år, 67 procent år 2016 och 66 procent år 2017.

Figur 1. Andel patienter med bipolär sjukdom typ 1 med litiumförskrivning fördelat på län och kön, år 2017.



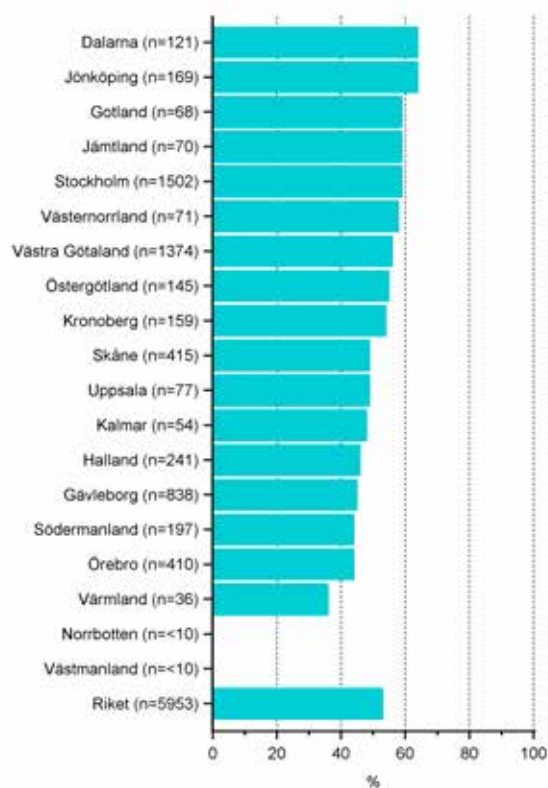
Vi har tidigare rapporterat om sjunkande litiumförskrivning på nationell nivå och könsskillnader i förskrivning, där män oftare behandlas med litium än kvinnor. Tittar man på de senaste fyra åren i patientgruppen med bipolär sjukdom typ 1 så har andelen litiumbehandlade sjunkit från 67 till 65 procent hos män men ökat från 63 till 64 procent hos kvinnor. Detta innebär en liten minskning totalt sett men också att könsskillnaderna i förskrivning i princip har försvunnit.

Figur 2. Trend i litiumförskrivning för patienter med bipolär typ 1 per kön, år 2014–2017.



Om man tittar på registerdata för litiumanvändning i hela gruppen individer med bipolär sjukdom så behandlades 53 procent med litium under år 2017, vilket är något lägre än 2016, då andelen låg på 55 procent. Fördelningen uppdelat på län följer, med några undantag, den för bipolär sjukdom typ 1.

Figur 3. Andel patienter med bipolär sjukdom (oavsett subdiagnos) med litiumförskrivning fördelat på län, år 2017.



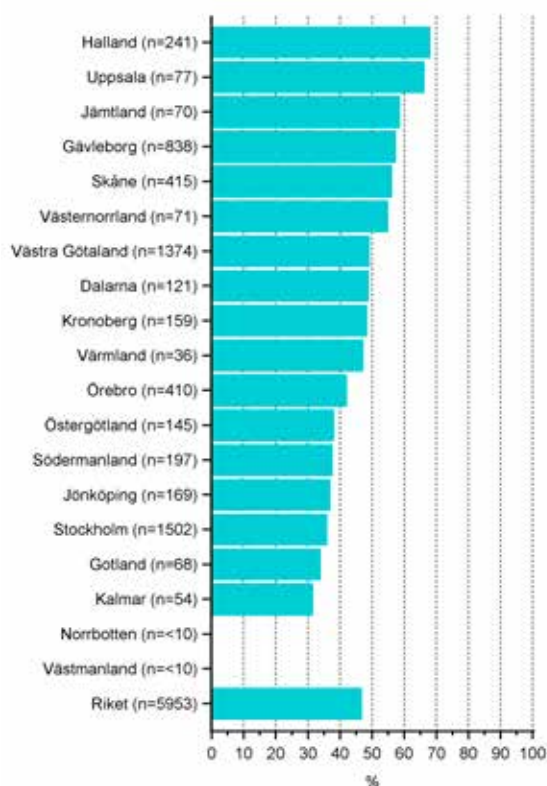
Återfall i skov

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 2017 är det sex län som når upp till BipoläRs målnivå och det är Kalmar (32 procent), Gotland (34 procent), Stockholm (36 procent), Jönköping (37 procent), Södermanland (38 procent) och Östergötland (38 procent). Fem av dessa län återfinns också bland de sex län som nådde målnivån år 2016. Högst andel med återfall i skov under 2017 hade Halland och Uppsala med en andel på 68 respektive 66 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.

Om man jämför 2017 med år 2016 så ligger andelen patienter med återfall i skov på riksnivå kvar på 47 procent. Det ser därmed ut som att andelen med återfall i skov fortsätter ligga på ungefär samma nivå sedan 2008.

Figur 4. Andel uppföljda patienter som återfallit i skov de senaste 12 månaderna fördelat på län, år 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 BipolärR bekräftar att patientutbildning minskar risken att återinsjukna i såväl maniska/hypomana som depressiva skov (Joas, Bäckman et al. under review.). Kvalitetsregistret BipolärRs 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 2017 på 39 procent. Detta är en ökning från 2016 då motsvarande siffra var 29 procent. Dock har sättet att räkna fram siffran ändrats sedan årsrapporten för 2016. Då ingick även individer med svaret uppgift saknas i nämnaren för indikatorn. I nämnaren för år 2017 ingår endast individer med ett ja- eller nej-svar. Nio procent av de registrerade patienterna saknade uppgift om patientutbildning. På länsnivå når Kronoberg, Gävleborg, Jämtland, och Kalmar upp till registrets mål på 45 procent. Västmanland har endast två registreringar under 2017 varför det inte går att dra några slutsatser utifrån underlaget.

Figur 5. Andel patienter som har erbjudits/genomgått patientutbildning, fördelat på län, år 2017.

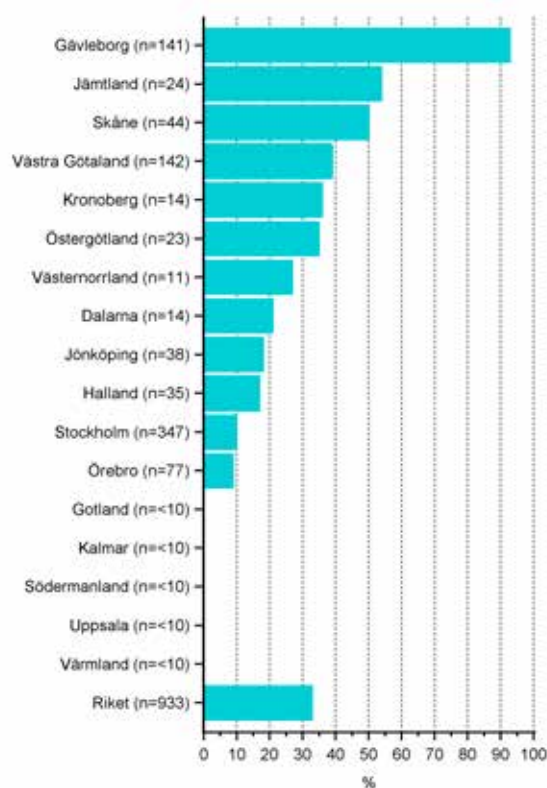


Strukturerat instrument för diagnostik

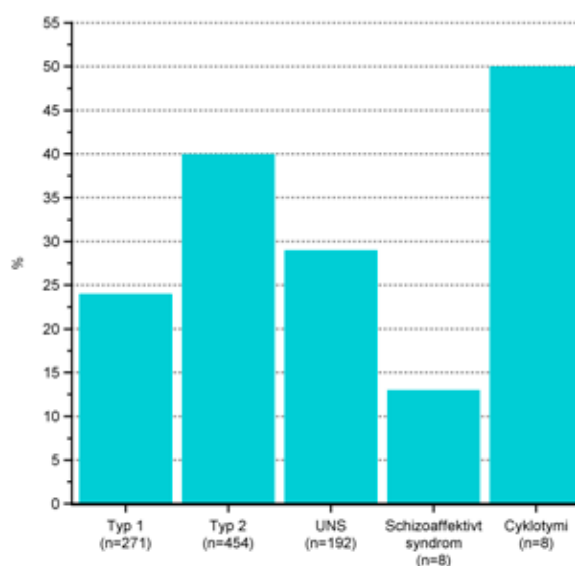
I Svenska Psykiatriska Föreningens riktlinjer för utredning och behandling av bipolär sjukdom framhålls vikten av att arbeta strukturerat vid diagnosticeringen av bipolär sjukdom. Detta har också varit fokus för en av Bipolär:s kunskapsdagar (2016). Under 2017 har ett strukturerat diagnostiskt instrument använts som stöd i diagnostiken för 33 procent av alla nyregistrerade patienter. Denna siffra är högre än för år 2016 då ett strukturerat diagnostiskt instrument använts i 26 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 2017 är det tre län, Gävleborg (93 procent), Jämtland (54 procent) och Skåne (50 procent), som når upp till detta mål. En svårighet med tolkningen av indikatorn är att cirka 30 procent av nyregistreringarna anger att uppgift saknas. 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. Mönstret skiljer sig något från föregående år då det är användningen av ett diagnostiskt instrument vid bipolär sjukdom typ 2 som sjunkit. Trenden för bipolär sjukdom UNS är en liten ökning.

Figur 6. Andel nyregistrerade patienter 2017 där strukturerat diagnostiskt instrument har använts som stöd i diagnostiken av bipolär sjukdom, fördelat per län.



Figur 7. Andel nyregistrerade patienter 2017 där strukturerat diagnostiskt instrument har använts som stöd i diagnostiken av bipolär sjukdom, fördelat per underdiagnos.



ECT vid bipolär sjukdom

Det finns få studier som specifikt utvärderat effekten av ECT eller elbehandling vid bipolär sjukdom. Svenska Psykiatriska Föreningens riktlinjer för utredning och behandling av bipolär sjukdom identifierar elbehandling som ett behandlingsalternativ vid svårbehandlade depressioner och manier. Elbehandling har varit ett behandlingsalternativ vid depression i över 80 år och effekten vid depression är väl beprövad.

Det svenska kvalitetsregistret för ECT har visat att i Sverige är det främst kvinnor som ges elbehandling (62 procent år 2016). Vid behandling för depression blev 46 procent av patienterna symtomfria och en systematisk genomgång av behandlingar vid depression har identifierat elbehandling som den mest effektiva (SBU 2004). Användningen av elbehandling har ifrågasatts bland annat på basis av risken för kognitiva biverkningar. Kortvariga minnesförsämringar är en vanlig biverkan men det är osäkert om patienter kan drabbas av mer långvariga minnesbiverkningar. Det är vanligare att kvinnor upplever minnesbiverkningar och siffror från Kvalitetsregister ECT anger att 16 procent av kvinnorna som fick elbehandling under 2016 upplevde försämrat minne första veckan efter behandlingen.

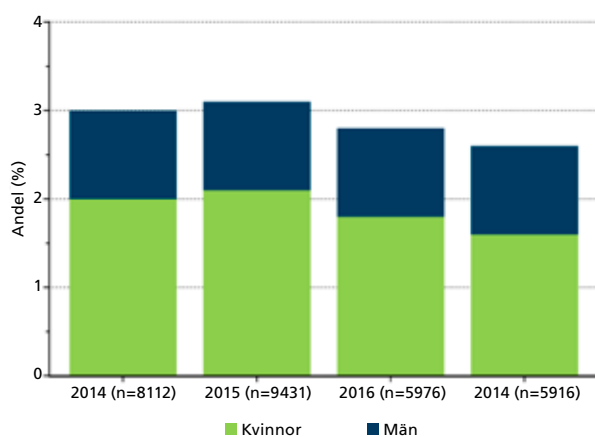
Under år 2017 behandlades 2.6 procent av de registrerade patienterna i BipolärR med ECT. Siffran skiljer sig dock avsevärt mellan länen. I Uppsala och Halland har mer än 6 procent av patienterna behandlats med ECT. I andra änden av skalan ligger Örebro där endast 0.3 procent av de registrerade patienterna behandlats med ECT. Könsfördelningen följer den som redovisats av Kvalitetsregister ECT där cirka två tredjedelar av patienterna som behandlats med ECT är kvinnor.

Figur 8. Andel nyregistrerade och uppföljda patienter som behandlats med ECT de senaste 12 månaderna fördelat på län, år 2017.



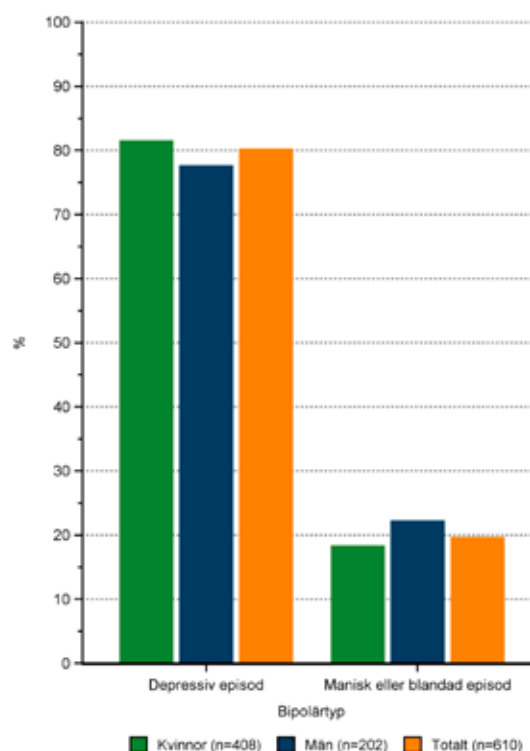
Andelen patienter som behandlas med ECT har sjunkit från drygt 3 procent år 2014 till 2.6 procent år 2017. Sett till könsfördelningen så ligger andelen män som behandlas med ECT stilla på en procent medan andelen kvinnor sjunkit från 2 till 1.6 procent sedan 2014.

Figur 9. Andel nyregistrerade och uppföljda patienter som behandlats med ECT de senaste 12 månaderna fördelat på kön, år 2014–2017



Behandling med ECT är ett behandlingsalternativ både vid svår depression och vid maniska skov. Med hjälp av siffror från Kvalitetsregister ECT kan vi visa att 80 procent av individerna med diagnosen bipolär sjukdom behandlades med ECT för indikationen depression under 2017. Denna andel var något högre för kvinnor än för män.

Figur 10. Andel individer i Kvalitetsregister ECT under 2017 med bipolär sjukdom (F311-F316) eller manisk episod (F301-F302) som fick ECT för indikationen depressiv episod (F313-315) respektive manisk/ blandad episod.



Data i BipoläR

På följande sidor presenteras 2017 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.

Validitet och täckningsgrad

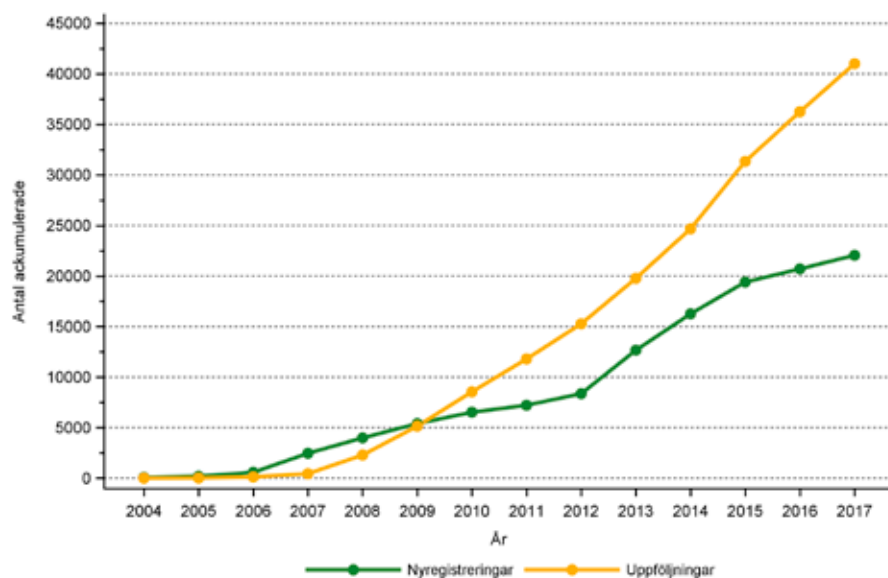
Registret arbetar löpande med att underlätta inmatning av data och med kontroller av validiteten hos data. Registret och Registercentrum Västra Götaland gör löpande logiska kontroller av data för att säkerställa kvalitén på denna innan den redovisas och används för kvalitetsarbete eller forskning. Vi 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 2016. Unika patienter ur BipoläR jämförs med unika patienter ur PAR. Registreringar från unika patienter under 2016 i BipoläR jämförs med patienter som i patientregistrets öppenvårdsdel diagnostiserats med bipolär sjukdom minst två gånger på samma psykiatriska klinik under 2015–2016. Denna jämförelse visar på en täckningsgrad på 17,7 procent för BipoläR. Detta kan jämföras med 29,2 procent under år 2015. Täckningsgraden har alltså sjunkit avsevärt under 2016 och det är främst antalet nyregistrerade patienter som gått ned. Delvis kan detta förklaras av att den satsning som under fem år gjordes på nationella kvalitetsregister nu är avslutad och de ekonomiska incitament för registrering som då fanns är borttagna. Siffror för 2017 finns ännu inte men då antalet registreringar ligger relativt stabilt sedan föregående år så kommer täckningsgraden för 2017 att ligga på ungefär samma nivå.

Antalet registreringar över år och fördelade på län

Antalet ackumulerade nyregistreringar i BipoläR sedan 2004 uppgick under 2017 till 22 050. Antalet ackumulerade uppföljningsregistreringar uppgick under samma period till 41 011. Det totala antalet ackumulerade registreringar under 2017 blev därmed 63 066.

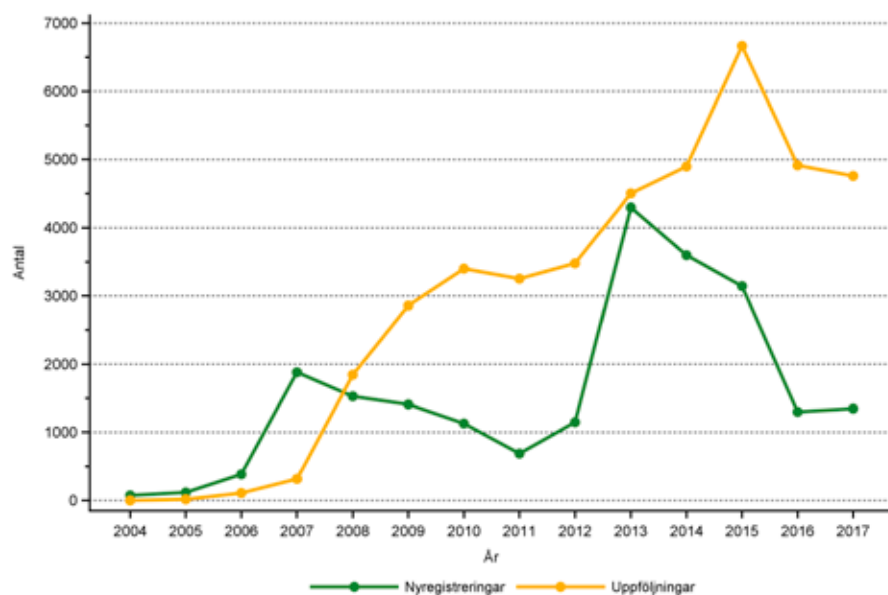
Figur 11. Antal ackumulerade ny- och uppföljningsregistreringar perioden 2004–2017.



Högst antal nyregistreringar under ett enskilt år uppnåddes 2013. Från 2014 och framåt minskar antalet nyregistreringar. Antalet nyregistreringar under 2017 var 1 348 vilket är 48 registreringar mer än 2016. 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 och för år 2017 ligger siffran på 4 758 uppföljningsregistreringar.

Figur 12. Antal ny- och uppföljningsregistreringar perioden 2004–2017.



Antalet registreringar över år och fördelade på län, forts.

Som framgår av tabellen nedan gjordes under 2017 totalt 6 106 registreringar. Det är 108 färre registreringar än föregående år. Flest ny- och uppföljningsregistreringar gjordes av vårdgivare i Stockholm och Västra Götaland. Därefter kommer Gävleborgs län. Stockholm, Örebro, Västernorrland, Södermanland, Kronoberg, Halland, Gävleborg och Gotland ökar antalet registreringar sedan 2016. Två län, Västerbotten och Blekinge, registrerade inte någon patient under 2016.

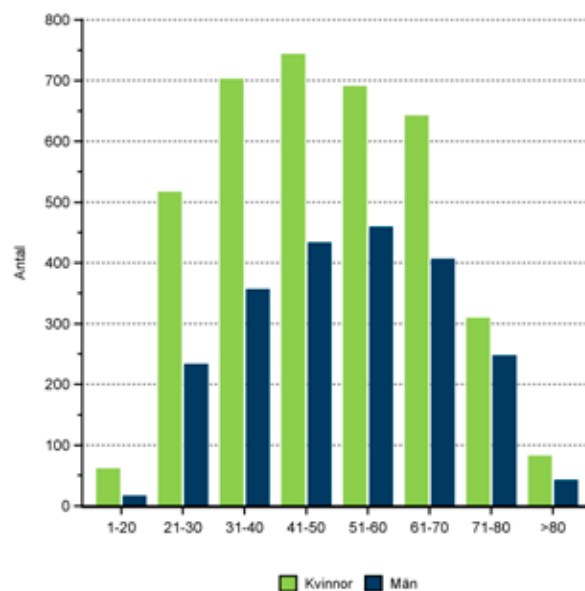
Tabell 1. Antal registreringar 2014–2017 fördelat per län.

Län	2014	2015	2016	2017
Blekinge	110	120	10	0
Dalarna	214	290	145	122
Gotland	30	71	42	68
Gävleborg	697	799	772	873
Halland	176	194	75	243
Jämtland	79	98	20	71
Jönköping	229	220	229	171
Kalmar	201	187	96	56
Kronoberg	216	235	151	162
Norrbottn	133	259	44	4
Skåne	1 197	1 335	663	417
Stockholm	1 527	1 743	1 182	1 538
Södermanland	312	182	69	203
Uppsala	363	457	94	78
Värmland	179	253	154	36
Västerbotten	526	451	340	0
Västernorrland	154	153	65	74
Västmanland	140	126	30	2
Västra Götaland	1 465	2 062	1 587	1 417
Örebro	345	276	255	416
Östergötland	202	297	191	155
Totalt	8 495	9 808	6 214	6 106

Köns- och åldersfördelning i Bipolär

Könsfördelningen har i Bipolär konsekvent varit ojämn med en högre andel kvinnor än män. Under 2017 utgjorde andelen kvinnor 63 procent av de registrerade och andelen män 37 procent. En tidigare genomförd jämförelse mellan Bipolär och patientregistret avseende kön och ålder har visat att fördelningen i Bipolär i stort sett är representativ för patientgruppen i dess helhet. En uppdaterad jämförelse för diagnosen bipolär sjukdom under 2016 visar att andelen kvinnor är 63 procent. Med hänsyn till att internationella forskningsstudier indikerar att prevalensen av bipolär sjukdom är ungefär jämnt fördelad mellan könen (Merikangas, Jin et al. 2011) finns det fortsatt anledning att diskutera varför bipolära syndrom diagnostieras dubbelt så ofta bland kvinnor.

Figur 13. Ålders- och könsfördelning för registreringar, år 2017.



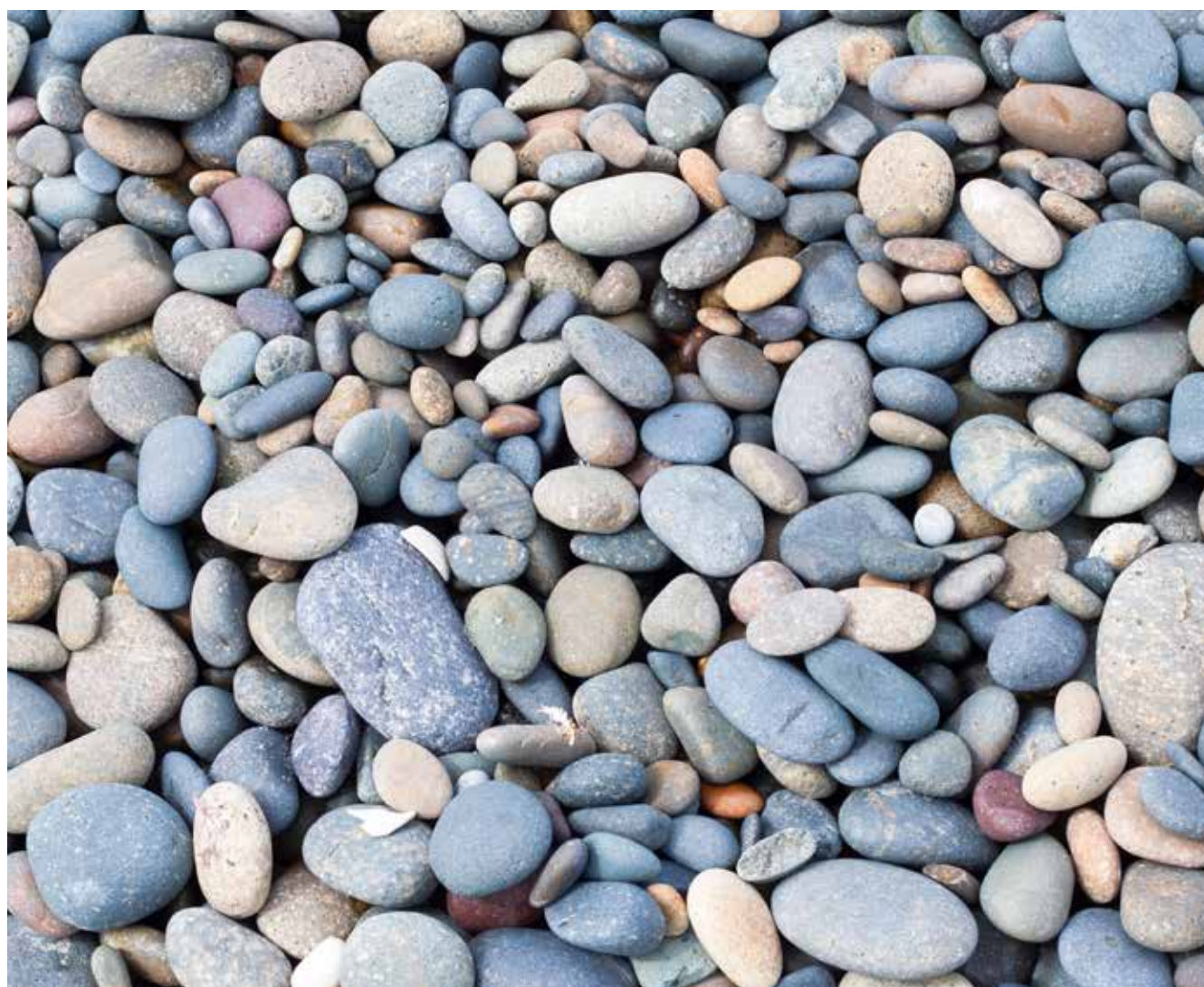
Köns- och åldersfördelning bland underdiagnoserna

Genomsnittsåldern för de registrerade under 2017 är omkring 50 år. Genomsnittsåldern skiljer sig dock mellan underdiagnoserna. De med bipolär sjukdom typ 1, bipolär sjukdom UNS och schizoaffektivt syndrom har en högre medelålder än bipolär sjukdom typ 2 och

cyklotymi. Medelåldersskillnaderna mellan de med typ 1 och typ 2 ligger kvar på 6 år jämfört med 2016. Andelen kvinnor är också större i gruppen med cyklotymi, bipolär sjukdom typ 2 och schizoaffektivt syndrom. Lägst andel kvinnor finns i gruppen med typ 1.

Tabell 2. Ålders- och könsfördelningen 2017 för samtliga registrerade patienter uppdelad på de bipolära underdiagnoserna

Statistiska mått	Typ 1	Typ 2	UNS	Schizoaffektivt syndrom	Cyklotymi
Medelålder	53	47	50	53	43
Andel kvinnor (%)	58	67	63	64	59
Antal patienter	2 262	2 557	1 025	87	22



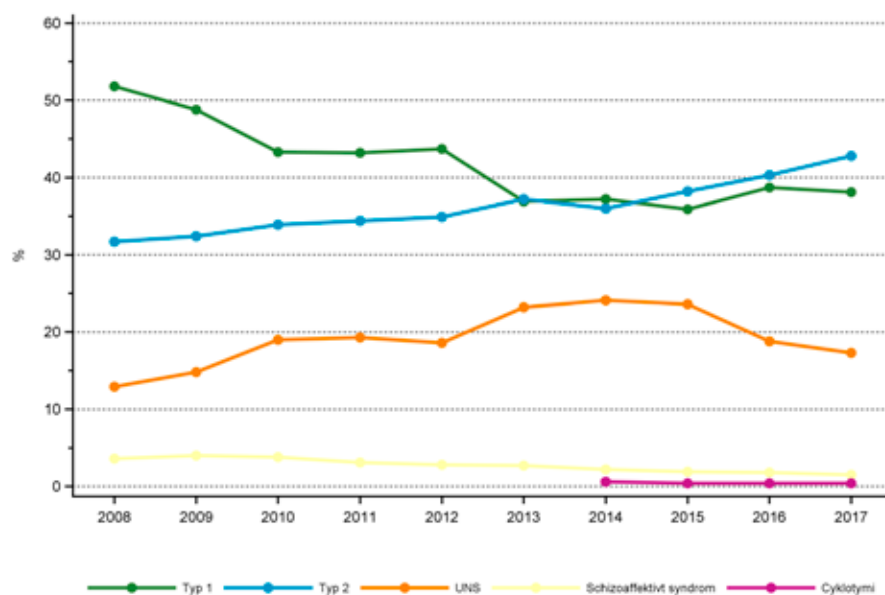
Patientgrupper i registret

Bipolära syndrom har skiftande uttrycks sätt. Vid återkommande manier, ofta men inte alltid växlande med depressioner, kallas syndromet bipolär sjukdom typ 1. Vid perioder av hypomani och återkommande depressioner kallas 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 schizoaffektiva 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 2017 minskar andelen med typ 1 något medan andelen med typ 2 fortsätter öka. Andelen med UNS fortsätter sjunka till 17 procent. Andelen med schizoaffektiva syndrom och cyklotymi ligger kvar på en låg andel motsvarande 1 procent respektive mindre än 1 procent av alla registrerade under 2017. Vad gäller schizoaffektiva 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 och fram till 2012 var typ 1 den vanligaste subdiagnosen men år 2017 är typ 2 den vanligaste subdiagnosen.

Figur 14. Andel registreringar fördelat på bipolär subdiagnos, 2008–2017.



Vid en granskning av diagnosfördelningen mellan länen finns liksom år 2016 tydliga skillnader. Vårdgivare i Stockholms läns landsting (59 procent), Norrbotten (50 procent), Västra Götaland (41 procent) och Jönköping (39 procent) har högst andel registrerade personer med bipolär sjukdom typ 1. Lägst andel personer med typ 1 har Södermanland (16 procent), Värmland (17 procent), Dalarna (19 procent) och Östergötland (21 procent).

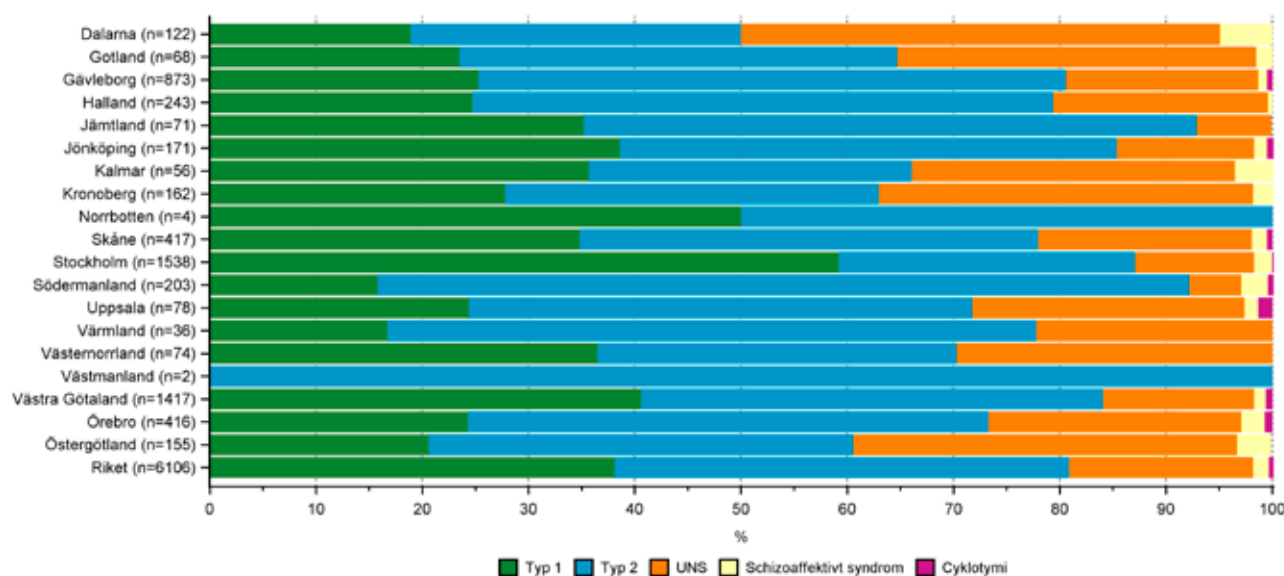
Andelen med bipolär sjukdom typ 1 är omkring dubbelt så stor i länen med högst andel jämfört med de med lägst andel.

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 Dalarna (45 procent), Östergötland (36 procent), Kronoberg (35 procent) och Gotland (34 procent). Lägst andel har Södermanland (5 procent), Jämtland (7 procent), Stockholm (11 procent) och Jönköping (13 procent). För vissa länen, exempelvis Västmanland, är antalet registreringar så få att det inte går att redovisa några meningsfulla utfall.

Det finns patienter med en sjukdomsbild som ska diagnostiseras 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 kliniker 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 15. Andel registreringar per subdiagnos år 2017 fördelat på länen.



Det är oroande att diagnosfördelningen mellan länen fortsätter att kraftigt skilja sig åt, då det dels indikerar en stor diagnostisk osäkerhet, dels indikerar att den

psykiatriska vården inte är enhetlig över landet utan beroende på patientens boendeort.

Bipolär i forskning

Bipolär uppmuntrar till att registret används för forskning. Följande projekt pågick under 2017 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 6000 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 i en rad publikationer i internationella vetenskapliga tidskrifter under 2017 (publikation 2, 5, 7 och 9–11 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.

Genetiska och proteinnivåbaserade markörer bakom bra effekt av litium

Vi behöver biomarkörer för att veta vilka som har nytta av litiumbehandling. Med hjälp av data från Stanleystudien publicerades under 2015/2016 två nya studier av genetiken bakom vilka som svarar väl på litiumbehandling: en i *Molecular Psychiatry* (Song, Bergen et al. 2016) och en i *Lancet* (Hou, Heilbronner et al. 2016). Båda studierna visar att genetiska faktorer spelar roll för om man svarar på litium eller inte, men för att detta skall vara användbar information i kliniken krävs större och oberoende studier. En del av individerna i Stanleystudien har nu också karakteriserats med hjälp av så kallad proteomik, där koncentrationen av cirka 200 proteiner mäts i blodprover. Det pågår nu ett projekt där man studerar om koncentrationerna av vissa proteiner skiljer sig åt beroende på om man bedömts svara väl på litiumbehandling.

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, Bobeck 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). För närvarande pågår ett projekt med att också identifiera riskfaktorer för fullbordat suicid vid bipolär sjukdom. Det pågår också ett projekt där datorbaserad mönsterigenkänning och inlärning, så kallad machine learning, används för att hitta nya vägar att utifrån klinisk information bedöma suicidrisk.

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).

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?

Bipolär 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 grupp nivå? Detta studeras i ett projekt där relationen mellan litiumprevalens på länsnivå och utfall i form av inläggningar och återfall i skov undersökts. Studien bekräftar att det finns ett samband mellan hög användning av litium och låg risk för återinsjuknande i skov.

Publikationer under 2017 där data från Bipolär ingår

1. 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*. 2017 Nov 20.
2. 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, Ardaur 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.
3. Prevalences of autoimmune diseases in schizophrenia, bipolar I and II disorder, and controls. Cremaschi L, Kardell M, Johansson V, Isgren A, Sellgren CM, Altamura AC, Hultman CM, Landén M. *Psychiatry Res*. 2017 Dec;258:9–14.

4. Solar insolation in springtime influences age of onset of bipolar I disorder. Bauer M, Glenn T, Alda M, Aleksandrovich MA, Andreassen OA, Angelopoulos E, Arda R, Ayhan Y, Baethge C, Bharathram SR, Bauer R, Baune BT, Becerra-Palars C, Bellivier F, Belmaker RH, Berk M, Bersudsky Y, Bicakci Ş, Birabwa-Oketcho H, Bjella TD, Bossini L, Cabrera J, Cheung EYW, Del Zompo M, Dodd S, Donix M, Etain B, Fagiolini A, Fountoulakis KN, Frye MA, Gonzalez-Pinto A, Gottlieb JF, Grof P, Harima H, Henry C, Isometsä ET, Janno S, Kapczinski F, Kardell M, Khaldi S, Kliwicki S, König B, Kot TL, Krogh R, Kunz M, Lafer B, Landén M, Larsen ER, Lewitzka U, Licht RW, Lopez-Jaramillo C, MacQueen G, Manchia M, Marsh W, Martinez-Cengotitabengoa M, Melle I, Meza-Urúza F, Yee Ming M, Monteith S, Morken G, Mosca E, Munoz R, Mythri SV, Nacef F, Nadella RK, Nery FG, Nielsen RE, O'Donovan C, Omrani A, Osher Y, Østermark Sørensen H, Ouali U, Pica Ruiz Y, Pilhatsch M, Pinna M, da Ponte FDR, Quiroz D, Ramesar R, Rasgon N, Reddy MS, Reif A, Ritter P, Rybakowski JK, Sagduyu K, Scippa ÂM, Severus E, Simhandl C, Stein DJ, Strejilevich S, Subramaniam M, Sulaiman AH, Suominen K, Tagata H, Tatebayashi Y, Tondo L, Torrent C, Vaaler AE, Veeh J, Vieta E, Viswanath B, Yoldi-Negrete M, Zetin M, Zgueb Y, Whybrow PC. *Acta Psychiatr Scand.* 2017 Dec;136(6):571–582.
5. Genome-wide association study of borderline personality disorder reveals genetic overlap with bipolar disorder, major depression and schizophrenia. Witt SH, Streit F, Jungkunz M, Frank J, Awasthi S, Reinbold CS, Treutlein J, Degenhardt F, Forstner AJ, Heilmann-Heimbach S, Dietl L, Schwarze CE, Schendel D, Strohmaier J, Abdellaoui A, Adolphsson R, Air TM, Akil H, Alda M, Alliey-Rodriguez N, Andreassen OA, Babadjanova G, Bass NJ, Bauer M, Baune BT, Bellivier F, Bergen S, Bethell A, Biernacka JM, Blackwood DHR, Boks MP, Boomsma DI, Børglum AD, Borrmann-Hassenbach M, Brennan P, Budde M, Buttenschøn HN, Byrne EM, Cervantes P, Clarke TK, Craddock N, Cruceanu C, Curtis D, Czerski PM, Dannlowski U, Davis T, de Geus EJC, Di Florio A, Djurovic S, Domenici E, Edenberg HJ, Etain B, Fischer SB, Forty L, Fraser C, Frye MA, Fullerton JM, Gade K, Gershon ES, Giegling I, Gordon SD, Gordon-Smith K, Grabe HJ, Green EK, Greenwood TA, Grigoriu-Serbanescu M, Guzman-Parra J, Hall LS, Hamshere M, Hauser J, Hautzinger M, Heilbronner U, Herms S, Hitturlingappa S, Hoffmann P, Holmans P, Hottenga JJ, Jamain S, Jones I, Jones LA, Juréus A, Kahn RS, Kammerer-Ciernioch J, Kirov G, Kittel-Schneider S, Kloiber S, Knott SV, Kogevinas M, Landén M, Leber M, Leboyer M, Li QS, Lissowska J, Lucae S, Martin NG, Mayoral-Cleries F, McElroy SL, McIntosh AM, McKay JD, McQuillin A, Medland SE, Middeldorp CM, Milaneschi Y, Mitchell PB, Montgomery GW, Morken G, Mors O, Mühleisen TW, Müller-Myhsok B, Myers RM, Nievergelt CM, Nurnberger JI, O'Donovan MC, Loohuis LMO, Ophoff R, Oruc L, Owen MJ, Paciga SA, Penninx BWJH, Perry A, Pfennig A, Potash JB, Preisig M, Reif A, Rivas F, Rouleau GA, Schofield PR, Schulze TG, Schwarz M, Scott L, Sinnaon GCB, Stahl EA, Strauss J, Turecki G, Van der Auwera S, Vedder H, Vincent JB, Willemssen G, Witt CC, Wray NR, Xi HS; Bipolar Disorders Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium; Major Depressive Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium; Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, Tadic A, Dahmen N, Schott BH, Cichon S, Nöthen MM, Ripke S, Mobascher A, Rujescu D, Lieb K, Roepke S, Schmahl C, Bohus M, Rietschel M. *Transl Psychiatry.* 2017 Jun 20;7(6):e1155.
6. Weight gain with add-on second-generation antipsychotics in bipolar disorder: a naturalistic study. Najar H, Joas E, Kardell M, Pålsson E, Landén M. *Acta Psychiatr Scand.* 2017 Jun;135(6):606–611.
7. Genome-wide association study identifies SESTD1 as a novel risk gene for lithium-responsive bipolar disorder. Song J, Bergen SE, Di Florio A, Karlsson R, Charney A, Ruderfer DM, Stahl EA; Members of the International Cohort Collection for Bipolar Disorder (ICCBD), Chambert KD, Moran JL, Gordon-Smith K, Forty L, Green EK, Jones I, Jones L, Scolnick EM, Sklar P, Smoller JW, Lichtenstein P, Hultman C, Craddock N, Landén M. *Mol Psychiatry.* 2017 Aug;22(8):1223.
8. Pharmacological treatment and risk of psychiatric hospital admission in bipolar disorder. Joas E, Karanti A, Song J, Goodwin GM, Lichtenstein P, Landén M. *Br J Psychiatry.* 2017 Mar;210(3):197–202.

9. Evidence for genetic heterogeneity between clinical subtypes of bipolar disorder. Charney AW, Ruderfer DM, Stahl EA, Moran JL, Chambert K, Belliveau RA, Forty L, Gordon-Smith K, Di Florio A, 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, Green EK, Backlund L, Bergen SE, Juréus A, Schalling M, Lichtenstein P, Roussos P, Knowles JA, Jones I, Jones LA, Hultman CM, Perlis RH, Purcell SM, McCarroll SA, Pato CN, Pato MT, Craddock N, Landén M, Smoller JW, Sklar P. *Transl Psychiatry*. 2017 Jan 10;7(1):e993.
10. Genetic Overlap Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Bipolar Disorder: Evidence From Genome-wide Association Study Meta-analysis. van Hulzen KJE, Scholz CJ, Franke B, Ripke S, Klein M, McQuillin A, Sonuga-Barke EJ; PGC ADHD Working Group, Kelsoe JR, Landén M, Andreassen OA; PGC Bipolar Disorder Working Group, Lesch KP, Weber H, Faraone SV, Arias-Vasquez A, Reif A. *Biol Psychiatry*. 2017 Nov 1;82(9):634–641.
11. Identification of a Bipolar Disorder Vulnerable Gene CHDH at 3p21.1. Chang H, Li L, Peng T, Grigoriu-Serbanescu M, Bergen SE, Landén M, Hultman CM, Forstner AJ, Strohmaier J, Hecker J, Schulze TG, Müller-Myhsok B, Reif A, Mitchell PB, Martin NG, Cichon S, Nöthen MM, Jamain S, Leboyer M, Bellivier F, Etain B, Kahn JP, Henry C, Rietschel M; Swedish Bipolar Study Group; MooDS Consortium, Xiao X, Li M. *Mol Neurobiol*. 2017 Sep;54(7):5166–5176.

Redovisning av kvalitetsindikatorerna för vårdenheter

Län	Enhet	Antal unika patienter	Andel patienter med BMI >30	Andel patienter där strukturerat diagnostiskt instrument använts
Dalarna	Psykiatrimottagning Avesta	16	37,5	5,9
	Psykiatrimottagning Falun	49	28,6	40
	Psykiatrimottagning Gagnef	12	25	77,8
	Psykiatrimottagning Ludvika	21	57,1	14,3
	Psykiatrimottagning Malung	<10	.	.
	Psykiatrimottagning Rättvik	21	28,6	.
Gotland	Vuxenpsykiatriska Öppenvården Visby	68	20,6	19,4
Gävleborg	Allmänpsykiatrisk mottagning Gävle	427	27,4	85,6
	Psykiatrisk mottagning Bollnäs	80	40	50
	Psykiatrisk mottagning Hudiksvall	62	24,2	23,5
	Psykiatrisk mottagning Sandviken	217	35	56,9
	Psykiatrisk mottagning Söderhamn	24	41,7	36,4
Halland	Affektiva mottagningen Halmstad	41	26,8	12
	Vuxenpsykiatrimottagning Falkenberg	64	20,3	20
	Vuxenpsykiatrimottagning Kungsbacka	40	35	23,1
	Vuxenpsykiatrimottagning Laholm	20	25	.
	Vuxenpsykiatrimottagning Varberg	76	23,7	24
Jämtland	Avd 4B aff tillst och äldrepsyk Östersund	70	25,7	45,2
Jönköping	Psykiatriska kliniken Värnamo sjukhus	85	38,8	22
	Psykiatriska mottagningen Eksjö	<10	.	.
	Psykiatriska mottagningen Jönköping	<10	.	.
	Psykiatriska mottagningen Nässjö	13	30,8	10
	Psykiatriska mottagningen Tranås	37	27	7,1
	Psykiatriska mottagningen Vetlanda	27	22,2	33,3
Kalmar	Psykiatrisk mottagning Vimmerby/Hultsfred	36	25	35,3
	Psykiatrisk mottagning Västervik	14	42,9	50
	Psykiatrisk rehabilitering Kalmar-Torås-Öland	<10	.	.
Kronoberg	Allmänpsykiatriska mottagningen Ljungby	40	27,5	31,8
	Allmänpsykiatriska mottagningen Växjö	107	29	32,1
	Äldrepsykiatriska enheten Växjö	12	25	.
Norrbottnen	Närpsykiatrin Kalix	<10	.	.
	Psykiatrin Gällivare	<10	.	.
Skåne	Affektivt Centrum Malmö	<10	.	.
	Aleris Psykiatri Lund	16	12,5	100
	Allmänpsykiatrisk mottagning Helsingborg	27	18,5	25
	Allmänpsykiatrisk mottagning Ängelholm	33	21,2	17,6
	BUP Team Psykos Bipolära tillstånd Lund	27	7,4	59,3
	Integrerad Närpsykiatri Malmö	<10	.	.
	Mottagning Äldrepsykiatri Helsingborg	69	26,1	5
	Psykiatripartners Lund	<10	.	.
	Psykiatrisk mottagning 1 Lund	<10	.	.
	Psykiatrisk mottagning 2 Lund	48	29,2	45
	Psykiatrisk mottagning Eslöv	56	41,1	42,4
	Psykiatrisk psykosmottagning Lund	<10	.	.
	Psykiatrisk rehabenhet Eslöv	<10	.	.

	Andel uppföljda patienter med återfall i skov	Andel patienter med patientutbildning	Andel patienter sysselsatta > 50 %	Andel patienter med diagnos bipolär typ I med litium
	55.6	12.5	38.5	66.7
	32.6	34.8	79.1	100
	87.5	16.7	44.4	100
	56.3	20	47.4	100

	23.5	35.7	35.3	66.7
	25.5	40	46.5	68.8
	55.9	53.8	39.1	47.6
	59.4	50.6	38.2	81.8
	21.4	14.3	36.4	82.6
	62.4	52.8	43.1	62.1
	15.8	6.3	50	70
	83,3	53,8	28,1	45,5
	53,5	7,8	35,6	44,4
	58,8	20,5	38,2	33,3
	53,8	22,2	26,7	83,3
	67,6	16,4	37,7	60
	43,9	48,6	50	70,8
	24,1	7,1	57,4	70,6

	25	.	37,5	60
	31,4	56,3	40,7	70,6
	63,6	12,5	39,1	33,3
	36,8	28,6	44,4	63,6
	50	85,7	50	80

	38,7	53,8	42,3	71,4
	51,1	51,9	38,8	71,4
	45,5	14,3	.	.

	80	43,8	66,7	.
	55	36,4	29,6	27,3
	68	46,9	53,1	57,1
	84,6	92,6	66,7	87,5

	22,2	14,5	.	70,6

	47,4	38,3	58,1	90
	74,4	14,3	44,7	50

Län	Enhet	Antal unika patienter	Andel patienter med BMI >30	Andel patienter där strukturerat diagnostiskt instrument använts	
	Södermottagningen, Helsingborg	<10	.	.	
	Vuxenpsyki Hässleholm Öppenvård	51	29,4	25,6	
	Vuxenpsyki Kristianstad Öppenvård	57	50,9	52,6	
	Vuxenpsykiatrimottagning allmänpsykiatri Landskrona	<10	.	.	
Stockholm	Affektiv mottagning Globen	24	8,3	.	
	Affektiv mottagning Rosenlund	<10	.	.	
	Affektiva enheten Norrtälje	23	17,4	50	
	Affektiva mottagningen M 59 Stockholm	503	29	23,7	
	Affektiva mottagningen, Psykiatri Nordväst Stockholm	238	21	2,6	
	BUP Enhet för unga med psykos och bipolär sjukdom	<10	.	.	
	Capio Mobil Psykiatri	<10	.	.	
	Capio Psykiatri Haninge	<10	.	.	
	Capio Psykiatri Nacka	31	19,4	.	
	Capio Psykiatri Nynäshamn	46	45,7	.	
	Capio Psykiatri Tyresö	<10	.	.	
	Capio Psykiatri Värmdö	15	40	8,3	
	Ersta Diakoni Stockholm	34	14,7	5	
	Järvapsykiatri Kista	31	19,4	9,7	
	Järvapsykiatri Rinkeby	12	33,3	.	
	Järvapsykiatri Spånga	<10	.	.	
	Mottagning för adhd I St Eriksplan Stockholm	<10	.	.	
	Mottagning för affektiva sjukdomar II, S:t Eriksplan	<10	.	.	
	Mottagning för unga vuxna Globen	<10	.	.	
	Mottagningen för Affektiva sjukdomar Alvik	20	20	.	
	Mottagningen för affektiva sjukdomar 1, S:t Eriksplan Norra Stockholms psykiatri	307	17,9	.	
	PVE Farsta-Skarpnäck	<10	.	.	
	PVE Södermalm	<10	.	.	
	Prima Vuxenpsykiatri Åkersberga	23	13	.	
	Prima Vuxenpsykiatri Jakobsberg	<10	.	.	
	Prima Vuxenpsykiatri Mörby Danderyd	28	10,7	.	
	Prima Vuxenpsykiatri Täby	10	10	.	
	Prima Vuxenpsykiatri Vallentuna	<10	.	.	
	Psykiatricentrum Väst Bromma	<10	.	.	
	Psykiatrisk mottagning Kronan Sundbyberg	<10	.	.	
	Psykiatriska behandlingsteamet Södertälje	53	30,2	.	
	Psykiatriskt beroende team Södertälje	<10	.	.	
	Sigtuna Upplands Väsby Psykiatriska mottagning	<10	.	.	
	Sydgårdens Rehabilitering Södertälje	14	50	.	
	WeMind	<10	.	.	
	Äldrepsykiatrisk mottagning Södertälje	15	40	.	

	Andel uppföljda patienter med återfall i skov	Andel patienter med patientutbildning	Andel patienter sysselsatta > 50 %	Andel patienter med diagnos bipolär typ I med litium

	52,1	26,7	43,6	58,8
	50,9	54,3	39,1	73,1

	45,5	45,8	.	33,3

	25	50	30,8	78,6
	33,3	45,5	.	64,5
	18,4	41,2	.	67,7

	65	51,6	.	75
	67,4	52,2	.	40

	35,7	86,7	.	25
	81	20,6	.	83,3
	50	6,5	.	.
	57,1	16,7	.	.

	28,6	30	.	.
	28,4	43,6	.	68,6

	30	4,3	100	50

	20	.	.	76,9

	32,5	60,4	.	84,6

	9,1	100	.	50

	14,3	33,3	.	40

Län	Enhet	Antal unika patienter	Andel patienter med BMI >30	Andel patienter där strukturerat diagnostiskt instrument använts	
Södermanland	Psykiatriska mottagningen Flen	<10	.	.	
	Psykiatriska mottagningen Katrineholm	<10	.	.	
	Psykiatriska mottagningen Strängnäs	187	23,5	71,4	
Uppsala	Affektiv mottagning 2 Uppsala	13	46,2	100	
	Bålsta psykiatrimottagning	25	44	100	
	Enköpings psykiatrimottagning	39	51,3	20	
Värmland	Psykiatrisk öppenvård Arvika	<10	.	.	
	Psykiatrisk öppenvård Hagfors Torsby	28	35,7	55,6	
Västernorrland	Affektiv mottagning B Sundsvall	<10	.	.	
	Psykiatrisk mottagning Härnösand	40	25	18,5	
	Psykiatrisk mottagning Kramfors	17	41,2	50	
	Psykiatrisk mottagning Sollefteå	<10	.	.	
	Psykiatrisk mottagning Örnsköldsvik	<10	.	.	
Västmanland	Allmänpsykiatrisk mottagning Fagersta	<10	.	.	
Västra Götaland	Bipolärmottagning Göteborg	611	21,9	44,9	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Alingsås	60	31,7	2,5	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Bäckebo	35	42,9	38,5	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Centrum Borås	349	32,4	29,4	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Falköping	26	23,1	42,9	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Lerum	23	34,8	36,4	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Mariestad	30	43,3	83,3	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Mark Skene	93	22,6	15,5	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Strömstad	<10	.	.	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Trollhättan	53	28,3	58,3	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Vänersborg	18	50	66,7	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Vårgårda	28	39,3	11,1	
	Öppenpsykiatrisk mottagning Ale Älvängen	35	25,7	85,7	
	Öppenpsykiatrisk mottagning Kungälv	10	30	.	
	Öppenpsykiatrisk mottagning Stenungsund	<10	.	.	
Örebro	Affektivmottagning Örebro	409	7,8	15,2	
	Allmänpsykiatrisk öppenvård Hallsberg	<10	.	.	
Östergötland	Allmänpsykiatrisk öppenvård Linköping	<10	.	.	
	Capio Psykiatri Linköping	<10	.	.	
	Citymottagningen Norrköping	13	23,1	.	
	Psykiatri Habiliteringsenheten Motala	129	37,2	21,9	
Riket	Riket	5 925	26,5	34,3	

	Andel uppföljda patienter med återfall i skov	Andel patienter med patientutbildning	Andel patienter sysselsatta > 50 %	Andel patienter med diagnos bipolär typ I med litium

	43	16	58,5	64
	50	46,2	45,5	100
	50	34,8	45	80
	67,6	33,3	28,6	41,7

	42,9	7,7	52	100

	44,4	33,3	45,5	59,1
	45,5	29,4	50	50

	46	41,3	49,4	71,8
	54,2	33,3	37,8	64
	63,3	20	63	84,6
	47,1	43,8	39,9	70,9
	60	26,9	41,7	33,3
	54,5	65	72,2	83,3
	81,3	33,3	21,4	50
	30,3	51,9	29,6	55,6

	38,3	34	30	69,6
	31,3	11,1	25	57,1
	46,2	50	21,4	85,7
	51,6	17,1	30	80
	30	12,5	40	100

	44,2	43,6	45,2	58,2

	75	15,4	30	100
	29,8	27,7	51,7	76,2
	44,1	39,3	43,4	66

Bipolär – vilka är vi?

Bipolär drevs under 2017 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 2017 var Erik Pålsson, docent i neurofarmakologi, anställd vid Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet.

Statistiker för Bipolär under 2017 var Mathias Kardell, fil. kand. i statistik och dataanalys, anställd vid Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet.

Sekreterare och administratör i Bipolär under 2017 var Anne Snellman, anställd vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

Bipolärs koordinator under 2017 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 2017 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, Arvid Lagercrantz, brukarrepresentant och medlem i Riksförbundet BALANS (fram till september); Simone Gynnemo, brukarrepresentant och ordförande i Riksförbundet BALANS (från september); Axel Nordenskjöld, överläkare och registerhållare för ECT-registret, Örebro; 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 samt Lisa Elg, 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.
- Hou, L., U. Heilbronner, F. Degenhardt, M. Adli, K. Akiyama, N. Akula, R. Ardu, B. Arias, L. Backlund, C. E. Banzato, A. Benabarre, S. Bengesser, A. K. Bhattacharjee, J. M. Biernacka, A. Birner, C. Brichant-Petitjean, E. T. Bui, P. Cervantes, G. B. Chen, H. C. Chen, C. Chiolotti, S. Cichon, S. R. Clark, F. Colom, D. A. Cousins, C. Cruceanu, P. M. Czerski, C. R. Dantas, A. Dayer, B. Etain, P. Falkai, A. J. Forstner, L. Frisen, J. M. Fullerton, S. Gard, J. S. Garnham, F. S. Goes, P. Grof, O. Gruber, R. Hashimoto, J. Hauser, S. Herms, P. Hoffmann, A. Hofmann, S. Jamain, E. Jimenez, J. P. Kahn, L. Kassem, S. Kittel-Schneider, S. Kliwicki, B. Konig, I. Kusumi, N. Lackner, G. Laje, M. Landen, C. Lavebratt, M. Leboyer, S. G. Leckband, C. A. Jaramillo, G. MacQueen, M. Manchia, L. Martinsson, M. Mattheisen, M. J. McCarthy, S. L. McElroy, M. Mitjans, F. M. Mondimore, P. Monteleone, C. M. Nievergelt, M. M. Nothen, U. Osby, N. Ozaki, R. H. Perlis, A. Pfennig, D. Reich-Erkelenz, G. A. Rouleau, P. R. Schofield, K. O. Schubert, B. W. Schweizer, F. Seemuller, G. Severino, T. Shekhtman, P. D. Shilling, K. Shimoda, C. Simhandl, C. M. Slaney, J. W. Smoller, A. Squassina, T. Stamm, P. Stopkova, S. K. Tighe, A. Tortorella, G. Turecki, J. Volkert, S. Witt, A. Wright, L. T. Young, P. P. Zandi, J. B. Potash, J. R. DePaulo, M. Bauer, E. Z. Reininghaus, T. Novak, J. M. Aubry, M. Maj, B. T. Baune, P. B. Mitchell, E. Vieta, M. A. Frye, J. K. Rybakowski, P. H. Kuo, T. Kato, M. Grigoriu-Serbanescu, A. Reif, M. Del Zompo, F. Bellivier, M. Schalling, N. R. Wray, J. R. Kelsey, M. Alda, M. Rietschel, F. J. McMahon and T. G. Schulze (2016). "Genetic variants associated with response to lithium treatment in bipolar disorder: a genome-wide association study." *Lancet* 387(10023): 1085–1093.
- 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. Landen (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. Landen (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. Landen (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. Landen (2017). "Weight gain with add-on second-generation antipsychotics in bipolar disorder: a naturalistic study." *Acta Psychiatr Scand* 135(6): 606–611.
- SBU (2004). *Behandling av depressionssjukdomar*. S. b. f. m. utvärdering.
- Song, J., S. E. Bergen, A. Di Florio, R. Karlsson, A. Charney, D. M. Ruderfer, E. A. Stahl, D. Members of the International Cohort Collection for Bipolar, K. D. Chambert, J. L. Moran, K. Gordon-Smith, L. Forty, E. K. Green, I. Jones, L. Jones, E. M. Scolnick, P. Sklar, J. W. Smoller, P. Lichtenstein, C. Hultman, N. Craddock, M. Landen, J. W. Smoller, R. H. Perlis, P. H. Lee, V. M. Castro, A. G. Hoffnagle, P. Sklar, E. A. Stahl, S. M. Purcell, D. M. Ruderfer, A. W. Charney, P. Roussos, C. P. Michele Pato, H. Medeiros, J. Sobel, N. Craddock, I. Jones, L. Forty, A. D. Florio, E. Green, L. Jones, K. Gordon-Smith, M. Landen, C. Hultman, A. Jureus, S. Bergen, S. McCarroll, J. Moran, J. W. Smoller, K. Chambert and R. A. Belliveau (2016). "Genome-wide association study identifies *SESTD1* as a novel risk gene for lithium-responsive bipolar disorder." *Mol Psychiatry* 21(9): 1290–1297.
- Tidemalm, D., A. Haglund, A. Karanti, M. Landen 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.