

Bipolär

Nationellt kvalitetsregister
för bipolär affektiv sjukdom

Årsrapport 2012 års resultat



Årsrapport 2012

Nationella Kvalitetsregistret för bipolär affektiv sjukdom (Bipolär)
www.kcp.se

Författare

Ulrika Lundberg

Fil.Dr, Projektledare Bipolär
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Blå Stråket 15, vån 3
413 45 Göteborg
ulrika.lundberg@vgregion.se

Mikael Landén

Professor, Överläkare
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

Projektledare

Anna Sandelin

Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg
anna.sandelin@registercentrum.se

Statistiker

Mathias Kardell

Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg
mathias.kardell@vgregion.se

Registerhållare

Mikael Landén

Professor, Överläkare
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

Utgivare

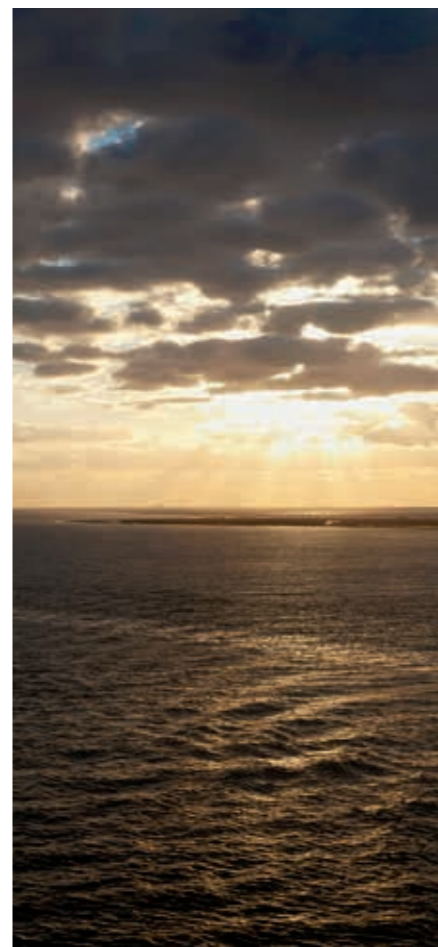
Mikael Landén

Professor, Överläkare
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

Huvudman

Västra Götalandsregionen
Regionens hus
426 80 Vänersborg

ISSN 2001-2918



Innehållsförteckning

Inledning	4
Kommentar från brukarperspektiv	5
Bipolär – vilka är vi?	6
Registrerande enheter	8
2012 års datalager	11
Antal registreringar	11
Könsfördelning	11
Underdiagnosfördelning	12
Åldersfördelning	13
Syftet med Bipolär	14
Bipolärs rekommenderade förbättringsområden	15
Litiumbehandling	15
Trender i litiumbehandling över tid	15
Litiumbehandling vid olika underdiagnoser	16
Litiumbehandling vid olika ålderskategorier	16
Länsvisa skillnader i litiumföreskrivning	17
Avsedd serumkoncentration vid litiumbehandling	17
Inrapportering av kalciumvärden vid litiumbehandling	20
Kort sammanfattning	20
Kan vi förklara den nedåtgående trenden i litiumföreskrivning med kvalitetsregisterdata?	20
Trender över vanligaste läkemedlen i registret	21
Litiumtrender – sammanfattning och slutsats	23
Patientutbildning	23
Jämlig vård – finns skillnader i vem som erbjuds patientutbildning?	24
Hälsoperspektivet – BMI och kliniskt signifikant viktuppgång	27
Vikt och olika typer av läkemedel	29
Hälsoperspektivet – sammanfattning och slutsats	30
Hur går det för patienterna?	31
Andel i arbete	31
GAF-funktion	32
Återfall i skov	33
Slutenvård	34
Resultatanalys 2012	36
Hur använder vi kunskapen?	37
Om databasen Bipolär	40
Bipolär sjukdom – populationsbeskrivning	40
Bipolär databasbeskrivning	41
Datakvalitet	46
Bipolär i forskning	49

Inledning

BipoläRs årsrapport 2012 presenterar analyser av våra rekommenderade förbättringsområden: litiumbehandling, patientutbildning och BMI/kliniskt signifikant viktuppgång. Litiumbehandling rekommenderas av Socialstyrelsen i nationella riktlinjer för vård av patienter med bipolär sjukdom. Vi har tidigare presenterat data som indikerar att litiumbehandling används i allt mindre utsträckning till patienter som diagnostiserats med bipolärt syndrom. Årsrapporten 2012 utreder denna trend vidare. Vi ser att litiumbehandling bland patienter med bipolärt syndrom typ I fortsätter minska, särskilt bland kvinnor. Vi ser också att det fortfarande finns länsvisa skillnader i litiumförskrivning. Förskrivning av lamotrigin och moderna antipsykotika ökar något över tid och kan förklara en viss del av nedgången i litiumförskrivning.

Även patientutbildning rekommenderas i de nationella riktlinjerna som komplement till läkemedelsbehandling. Generellt är andelen patientutbildade i registret låg, men efter BipoläRs nationella konferens år 2011 då patientutbildning stod på agendan ses en tydlig ökning av patientutbildningar i registret.

Hälsoperspektivet berörs i årsrapporten genom analyser av BMI och kliniskt signifikant viktuppgång. Bipolär sjukdom behandlas med läkemedel som kan ge viktuppgång, som i sin tur ger ökad risk för metabolt syndrom. Störst andel med BMI > 30 ses bland patienter som behandlas med antipsykotika. Störst andel med kliniskt signifikant viktuppgång ses bland patienter som behandlas med en kombination av antidepressiva och antipsykotika. Lägst andel med både BMI > 30 och kliniskt signifikant viktuppgång ses bland patienter som behandlas med stämningsstabiliserare.

BipoläR utgör en unik datakälla med fler än 8 000 unika individer med olika underdiagnoser av bipolär sjukdom och upp till åtta uppföljningsregistreringar. BipoläRs ambition är att vara ett kvalitetsregister som gör skillnad i vården. Genom årsrapporten vill vi presentera den rikedom av kunskap som vårt kvalitetsregister kan bidra med för den som berörs av bipolär sjukdom – antingen som patient, anhörig, behandlare eller beslutsfattare.

Kommentar från ett brukarperspektiv

Kvalitetsregistrering av min sjukdom eller en strukturerad uppföljning av min behandling?

Psykiatrin och dess behandling bygger på ett möte mellan individer. Oavsett om mötet är med en sekreterare, sjuksköterska, vårdare eller läkare är ett professionellt bemötande avgörande. Rätt bemötande ger också snabbare återhämtning, bättre medicinsk följsamhet och framför allt en bra livskvalitet och allt detta utan att påverka verksamhetens budget med en enda krona. Så är bemötande en registerfråga?

Finns det egennyttan med att registrera händelser eller förlopp? Inom forskningen är det självklart att allt skall registreras för att därefter kunna analyseras. Men hur förhåller vi oss till registrering av oss själva? Registrerade på skattemyndigheten eller kronofogden är ju inte så kul. Inte heller en registrering i polisregistret under 3 år för en fortkörning är något positivt. Men tänk om konstapeln vid registrering av boken sa ”dessutom kommer du att ingå i ett förbättringsarbete i hur vi inom Polisen kan bli bättre på att minska hastigheten på vägarna och därmed minska olyckorna”. Skulle detta påverka din uppfattning om det preventiva polisarbetet när du får boken på 2 500 kr?

Och hur definierar vi kvalitet i en verksamhet? I början av 70-talet producerade en av våra bilfabriker sina bilar i så dåligt skick att över 30 procent av bilarna var tvungna att omjusteras innan de kunde lämna fabriken. Och när man började diskutera om att bygga in kvalitet i produktionen så var attityden rätt så klar. ”Kvalitet är inget som man kan bygga in i produkten, kvalitet är en känsla!” Idag är bilmärket synonymt med kvalitet och säkerhet. Är psykiatrin i samma mentala tillstånd som bilfabriken var i eller kan man mäta kvalitet i den psykiatriska vården?

Kvalitetsregister som startade på 70-talet var pionjärer i att se nyttan med att registrera och dokumentera olika kirurginsatser för att både bli effektivare men också minska patientens lidande och påskynda tillfrisknandet dock med samhällsekonomiska incitament som förtecken. Idag finns det 73 Nationella Kvalitetsregister varav 11 inom psykiatrin. Vare sig på 60-, 70-, eller på 80-talet var det något större fokus på hur patienten kunde tillföra vården någon nytta. Med mössan i handen var de flesta tacksamma att man fick vård och att ifrågasätta eller rent av hänvisa till annan typ av behandling var helt uteslutet, oavsett psykiatrisk eller somatisk vård.

Bilfabriken fick lägga ned enheten med 30 personer som skulle laga felaktiga bilar när man byggde in kvalitet i bilen. Så blir det samma situation nu när man vill införa kvalitetsregister inom psykiatrin? Skulle värsta scenario

bli att beställarna finner att den klinik som inte uppnått viss typ av kvalitet i den evidensbaserade vården skall läggas ner. Kanske makten i framtiden inte ligger i hur beställaren vill fördela resurser baserat på olika processmått ur ett kvalitetsregister. Makten kommer förmodligen i allt högre utsträckning att ligga hos patienten. Den generation som nu växer upp vet inte hur man håller i mössan och det framstår inte som omöjligt att sociala media kan få oss att styra valet till den ”bästa kliniken”? I skrivande stund hör jag en reklamfilm på tv:n ”Söker du vård ring 118 118”.

Min resa in i registervärlden är oerhört spännande och det känns lite som man är pionjär. Som representant för personer med bipolär sjukdom i styrgruppen för BipoläR får jag ett respektfullt bemötande och en lyhördhet kring olika synpunkter. Jag kan också känna att det är imponerande att man redan har över 8 000 registreringar med tanke på hur vi bipolära förhåller oss till olika register. Jag möter många, framför allt äldre, som aldrig kan tänka sig en registrering. Därför är det ännu viktigare att BipoläR får en profil som aktivt arbetar med att följa upp ”hur bra vården förbättrats på din klinik” då ser fler anledning att medverka. Jag skulle önska att BipoläR utvecklas till att bli det första registret som profilerar patientnyttan mer än processnyttan och därmed blir ett register grundat på behoven utifrån psykiatrins värdegrund.

För dig som funderar på att ansluta din klinik eller enhet till BipoläR, se det primärt som ett led i processen att förbättra livskvaliteten för personer med bipolär sjukdom. Det sekundära blir att ni får ett strukturerat verktyg som kan bygga in kvaliteten i verksamheten.

Slutligen ett litet tips. Jag tror att man kan få fler personer att medverka i BipoläR som ”följer upp din behandling” än att man blir registrerad i ett register.

Robert Ekman

Ordförande

IBIS – Intresseföreningen bipolär sjukdom

Bipolär – vilka är vi?

Registerhållare

Registerhållarens roll (enligt SKL, www.kvalitetsregister.se) är att vara huvudansvarig för registrets utveckling och drift och det är med registerhållaren som beslutsgruppen gör sin överenskommelse vid utbetalningen av medel. Registerhållaren ska vara väl förankrad i berörda professioner och ha eventuella specialistföreningar/sektioner bakom sig, 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.

Registerhållare för Bipolär är Mikael Landén, professor i psykiatri vid Göteborgs universitet samt gästprofessor i psykiatrisk epidemiologi vid Karolinska Institutet i Stockholm. Mikael Landén leder även nationella och internationella forskningsprojekt med fokus på bipolära syndrom.

Projektledare

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

Projektledare för Bipolär under 2012 var Ulrika Lundberg, fil. dr. i psykologi, anställd vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

Regionala koordinatörer

Bipolär strävar efter att ha sex regionala koordinatörer, en för respektive sjukvårdsregion. Dessa kontaktpersoners uppdrag omfattar praktiskt stöd till enheter i frågor rör registrering, datauttag, utbildning och samordning samt lokala förbättringsarbeten. Under 2012 har Bipolär haft tre aktiva kontaktpersoner.

- Annika Blom (sammanställande), sjuksköterska, anställd vid Bipolärmottagningen i Göteborg, regional kontaktperson för Västra Götalands sjukvårdsregion.
- Eva Andersson, Psykiatrisjuksköterska/vårdutvecklare, anställd vid Centrum barn, kvinna, Psykiatri stab, Östersunds sjukhus, regional kontaktperson för Norrlands sjukvårdsregion.
- Karin Dahlman, skötare, Utvecklingssamordnare/Säkerhetsansvarig, anställd vid Psykiatriska Kliniken Landstinget Gävleborg, regional kontaktperson för Uppsala-Örebro sjukvårdsregionen.

Statistiker

Statistiker för Bipolär under 2012 var Mathias Kardell, fil. kand. i statistik och dataanalys, anställd vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

Styrgrupp

Styrgruppens roll (enligt SKL, www.kvalitetsregister.se) är att som helhet, utöver adekvata specifika medicinska kompetenser, också ha relevant tvärvetenskaplig kompetens samt kunskap avseende statistik och i hur data kan användas i förbättringsarbete. Styrgruppen ska även vara förankrad i eventuella specialistföreningar/sektioner och representativ för hela landet. I samarbete med deltagande kliniker ska styrgruppen utforma registrets innehåll och design, göra registret användbart för förbättringsarbete och arbeta med förbättring av registrets datakvalitet. Styrgruppen ska även tillse en ändamålsenlig återrapportering till berörda målgrupper och utveckla registret enligt den ansökan som lämnats till Beslutsgruppen för Nationella Kvalitetsregister och enligt de kriterier och inriktningsmål som finns för Nationella Kvalitetsregister. Styrgruppen ska arbeta med implementeringen av registret för att kontinuerligt öka registrets täckningsgrad och hjälpa deltagande kliniker med analys av resultat och stötta klinikers förbättringsarbete, exempelvis genom metodstöd och genom att förmedla kontakter mellan kliniker. Om behov och efterfrågan finns från flera kliniker kan styrgruppen uppdra att samordna projekt där flera inbjuds att delta för att skapa möjlighet till kunskapsöverföring mellan enheter och för att få synergier i förbättringsarbetet.

Bipolär har under 2012 omorganiserat sin styrgrupp i en beredande styrgrupp (registerhållare Mikael Landén, projektledare Ulrika Lundberg, överläkare Kristina Lindwall-Sundel, sammankallande regional kontaktperson Annika Blom, brukarrepresentant Robert Ekman) och en referensgrupp (överläkare Lars Häggström, professor Lars von Knorring, professor och tidigare registerhållare Bo Runesson, Svenska psykiatriska föreningens representant Hans-Peter Mofors och IT-expert Mattias Agestam).

Styrgruppen sammanträder regelbundet cirka två gånger per kalenderår.

Kompetenscentrum

Bipolär är anslutna till KCP (Kompetenscentrum för psykiatriska och andra kvalitetsregister, Örebro Uppsala) tillsammans med övriga psykiatriska kvalitetsregister.

Bipolär samarbetar även med Registercentrum Västra Götaland som hjälper oss med årsrapportsarbetet. Bipolär ingår även i ett registerhållarnätverk genom Registercentrum Västra Götaland.



Registrerande enheter

Tabell 1. Anslutna enheter som registrerat (nyregistrerat eller uppföljningsregistrerat) under år 2012.

Län	Enhetskod	Enhetsnamn	
Stockholm	A02	Carema Hjärnhälsan, Tyresö	
	A10	Allmänpsykiatriska mottagningen, Väst	
	A11a	Affektivt Centrum, NSP, Stockholm	
	A12a	Affektiva mottagningen, Psykiatri sydväst, Huddinge	
	A13	Carema Hjärnhälsan, Nacka	
	A14	Kronans psykiatriska mottagning, Sundbyberg	
	A17	Carema Hjärnhälsan, Värmdö	
	A18	SLSO Psykiatri Södra Stockholm, Årsta	
	A21a	Affektiva Mottagningen, Psykiatricentr SSUV, Sollentuna	
	A25	Prima vuxenpsykiatri, Åkersberga	
	A27	Carema Hjärnhälsan Öppenvårdspsykiatri, Haninge	
	A28	Carema Hjärnhälsan, Nynäshamn	
	A29	Psykiatricentrum, Södertälje	
	A32	Sigtuna/UpplandsVäsby psykiatriska mottagning	
	A33	Sollentuna psykiatriska öppenvård	
	A36	Psykosöppenvården, Södertälje psykiatriska klinik	
	A37	Prima vuxenpsykiatri, Lidingö	
	A40	Järfälla/Upplands-Bro psykiatriska mottagning	
	A40b	Psykiatriska kliniken vid Norrtälje sjukhus	
	A42	Botkyrka öppenvårdsmottagning	
	A46	Liljeholmens psykiatriska öppenvårdsmottagning	
	A52	Enh för psykotiska & bipolära tillst, BUP, Stockholm	
	A53	Äldrepsykiatriska mottagningen, Södertälje	
	A54	Psykiatriska kliniken, Ersta sjukhus, Stockholm	
	A67	Allmänpsykiatriska Behandlingsenheten City, Stockholm	
	B08a	Vuxenpsykiatriska kliniken, Enhet C, Piteå	
	Norrbotten	B10	Malmfältens Psykiatri, Gällivare
		B30d	Vuxenpsykiatriska mottagningen Sunderby sjukhus, Luleå
	Uppsala	C09	Allmänpsykiatrisk mottagning 2, Uppsala
C13		Neuropsyk-enheten, BUP, Akademiska, Uppsala	
C17		Tärnsjö närpsykiatriska mottagning	
C18		Tierp närpsykiatrisk mottagning	
C19		Gimo närpsykiatrisk mottagning	
Östergötland	E05	Psykiatriska kliniken, Linköping	
	E06	Psykiatri- och habiliteringsenheten, NSV, Motala	
	E09	Barn och Ungdomspsykiatriska kliniken, Norrköping	
	E15	Vuxenpsykiatriska kliniken, Norrköping	
	E18	BUP Öppenvård, Linköping	
Kronoberg	G07	Vuxenpsyk Kronoberg, Affektiva processen i Växjö	
Kalmar	H05	Psyk-mottagningen, Västervik	
	H06	Psyk-mottagning Norr, Kalmar	
	H08	PRE-öppenvård, Kalmar	
Gotland	I07	Psykosmottagningen, Psykiatriska kliniken, Visby	
Skåne	M05	Psykiatriska öppenvårdsmottagningen, Eslöv	
	M24	Psykosmottagningen, Lund	
	M25	Psykiatriska öppenvårdsmottagningen, Lund	
	M27	Carema psykiatri, Ystad	
	M30	Psykiatri NVS, specialiserad psykiatri, Helsingborg	
	M30a	BUP, Teamet för psykos och bipolära tillstånd, Lund	

Tabell 1 forts. Anslutna enheter som registrerat (nyregistrerat eller uppföljningsregistrerat) under år 2012.

Län	Enhetskod	Enhetsnamn
Skåne forts.	M31	Psykiatri NVS, allmänpsykiatri, Helsingborg
	M32	Psykiatri NVS, allmänpsykiatri, Ängelholm
	M36	Psykiatriska öppenvårdsmottagningen, Hässleholm
	M37	Psykiatriska kliniken, Kristianstad
	M38	VO Psykiatri Landskrona
	M40d	Allmänpsykiatriska öppenvård, UMAS, Malmö
	M41	Allmänpsykiatriska mottagningen, Trelleborg
	M43	Psykiatriska öppenvårdsmottagningen, Arlov
	M45	Psykiatri Skåne, Verksamhetsområde rättspsykiatri
	M47	PRE, Lund
Halland	M48	Psykoskliniken, Malmö
	M49	Södermottagningen, Helsingborg
Västra Götaland	N06	Psykosteamet, BUP, Halmstad
	O01	Psykiatriska öppenvårdsmottagningen, Kungälv/Kärra-Rödbo
	O10a	Affektivt Centrum, Sahlgrenska sjukhuset
	O11a	SÅS VUP, ÖVM Centrum, Borås
	O27	SÅS VUP, ÖVM Mark, Skene
	O30	SÅS VUP, ÖVM Alingsås
	O39	Psykiatriska öppenvårdsmottagningen Uddevalla
	O40	SÅS VUP, ÖVM Ulricehamn
	O48	Team II, ÖVC, Psykiatri Sahlgrenska, Västra Frölunda
	O54	Carema Sotenäs/Munkedal vuxenpsyk, Munkedal
	O56	Psykiatriska öppenvården, Strömstad/Tanum
	O60	Affektiva enheten, Sahlgrenska sjukhuset
	O64	Carema Psykiatri AB, Lysekil
Värmland	S03	Psykiatriska öppenvårdsmottagningen, Arvika
	S05	Psykiatriska öppenvården Kristinehamn
	S06	Psykiatriska Öppenvården, Hagfors
	S07	Psykiatriska Öppenvården Karlstad
	S08	Psykiatriska Öppenvården Säffle/Grums
Örebro	T03	Affektiva mottagningen, Allmänpsyk, Örebro
	T04	Vuxenpsykiatriska mottagningen, Hallsberg
	T07	Psykiatriska mottagningen, Lindesberg
Västmanland	U04	Specialistmottagning affektiva, Västerås
	U14	Barn- och ungdomspsykiatri Västmanland
Dalarna	W08	Västerbergslagens psykiatriska sektor, Ludvika
Gävleborg	X08	Psykiatrisk mottagning, Sandviken
	X09	Psykiatrisk mottagning, Söderhamn
	X10	Psykiatrisk mottagning, Bollnäs
Västernorrland	Y03	Affektiva enheten, Sundsvall
	Y07	Psykiatriska mottagningen, Härnösand
	Y11	Vuxenpsykiatri Sollefteå/Kramfors, Sollefteå
Jämtland	Z01	Affektiva enheten, Östersund
Västerbotten	Å03	Psykiatriska kliniken, Skellefteå
	Å07	Medicinsk service, Umeå
	Å08	Psyk-kliniken Södra Lappland, Lycksele
	Å09	Psykiatriska öppenvården, Vilhelmina
	Å10	Psykiatriska öppenvården, Storuman

Utvecklingen av en ny IT-plattform (ReQua) för de psykiatriska kvalitetsregistren Bipolär har pågått under flera år och under 2012 påbörjades överflyttningen av ett antal enheter för Bipolär:s del. I samband med överflyttningen till ReQua uppdateras även Bipolär:s registerfrågor. De enheter som presenteras i Tabell 2 (se nästa sida) har under 2012 kvalitetsregistrerat i ReQua. I årsrapporten för 2012 redovisas enbart data från vår gamla plattform.

Tabell 2. Följande enheter har registrerat i IT-plattformen ReQua. Observera att data som registrerats på denna plattform inte ingår i årsrapportsanalyserna.

Enhetskod	Enhetsnamn
SE162321000024-0016791	Psykiatrimottagningen för unga vuxna
SE162321000024-0016867	Bålsta psykiatrimottagning
SE162321000156-3QBZ	Barn- och ungdomspsykiatri
SE2321000016-3152	Behandlingsenheten Väst
SE2321000032-43LW	Psykiatriska mottagningen Eskilstuna
SE2321000032-43MF	Psykiatriska mottagningen Strängnäs
SE2321000040-4T0Z	Psykiatri-habiliteringsenheten
SE2321000057-4N27	Psykiatriska mottagningen Höglandssjukhuset Eksjö
SE2321000065-7330028006245	Allmänpsykiatriska mottagningen Ljungby
SE2321000115-035724	Affektiva mottagningen Halmstad
SE2321000115-064131	Vuxenpsykiatrimottagningen Halmstad
SE2321000172-182D	Allmänpsykiatriska mottagningen Sala
SE2321000180-472H	Mottagning Mora
SE2321000180-473C	Mottagning Malung
SE2321000180-4758	Psykiatrimottagning Hedemora
SE2321000180-475D	Mottagning Vansbro
SE2321000180-475P	Psykiatrimottagning Gagnef
SE2321000180-476D	Mottagning Leksand
SE2321000180-479G	Mottagning Rättvik
SE2321000180-49QG	Psykiatrimottagning Avesta
SE2321000198-019062	Psykiatrisk mottagning Sandviken

2012 års datalager

Nedan presenteras 2012 års datalager, det vill säga de data som matats in i registret under 2012 (nyregistreringar och uppföljningsregistreringar). I årsrapporten redovisas huvudsakligen resultat från uppföljningsregistreringar gjorda under 2012, där inget annat anges. Vissa analyser sker dock utifrån unika individer. Vid dessa tillfällen avses alla registreringar (både ny- och uppföljningsregistreringar) som gjorts under 2012, eller som anses motsvara ett resultat för 2012 års verksamhet.

Antal registreringar 2012

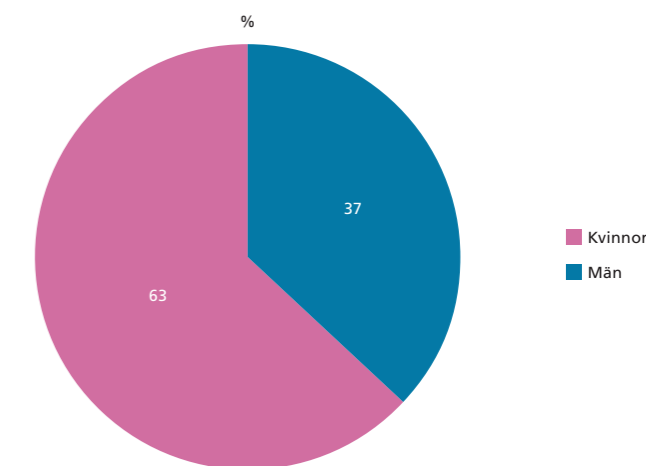
Under 2012 gjordes totalt 1 084 nyregistreringar och 3 413 uppföljningsregistreringar. Antal registreringar per län under 2012 redovisas i Tabell 3. I årsrapporten bygger länsvis jämförelser på län med fler än 15 registreringar för respektive variabel.

Tabell 3. Antal ny- och uppföljningsregistreringar gjorda år 2012 per län.

	Nyregistreringar 2012	Uppföljningar 2012
Dalarna	5	1
Gotland	5	26
Gävleborg	19	0
Halland	0	6
Jämtland	34	40
Kalmar	35	14
Kronoberg	86	45
Norrbottn	11	224
Skåne	360	719
Stockholm	142	1377
Uppsala	32	59
Värmland	31	49
Västerbotten	19	170
Västernorrland	12	38
Västmanland	30	14
Västra Götaland	217	371
Örebro	3	33
Östergötland	43	227
Totalt	1084	3413

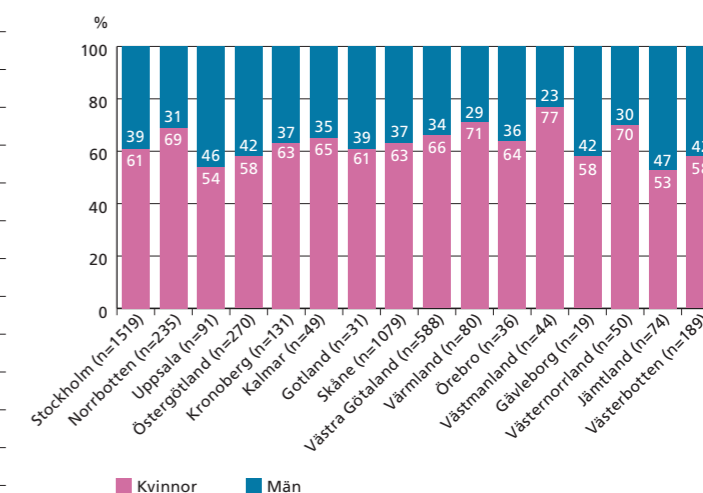
Könsfördelning 2012

Figur 1. Könsfördelning i andel procent av antal ny- eller uppföljningsregistrerade (n=4349) år 2012 på nationell nivå.



Av de som ny- eller uppföljningsregistrerades i Bipolär under 2012 (totalt 4 349) var 63 procent kvinnor och 37 procent män. Könsfördelningen skiljer sig åt mellan länen (se Figur 2).

Figur 2. Andel registrerade män och kvinnor länsvis, i län med minst 15 registreringar gjorda under 2012 (n=4 349)

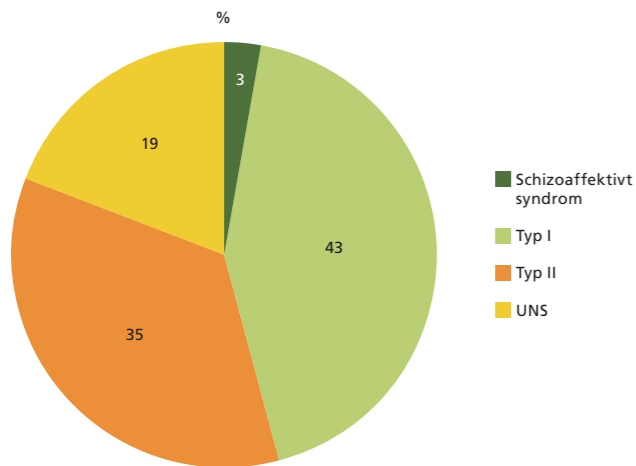


Högst andel kvinnor registrerade Västmanland under 2012. Lägst andel kvinnor registrerades 2012 i Jämtland. Uppsala hade en mer jämlik könsfördelning, och även en högre andel män jämfört med riksgenomsnittet.

Underdiagnosfördelning 2012

I Bipolär registreras fyra underdiagnoser av bipolärt syndrom: bipolärt syndrom typ I, bipolärt syndrom typ II, bipolärt syndrom UNS och schizoaffektivt syndrom manisk (bipolär) typ. I Figur 3 och 4 presenteras fördelningen av underdiagnoser som registrerades under 2012.

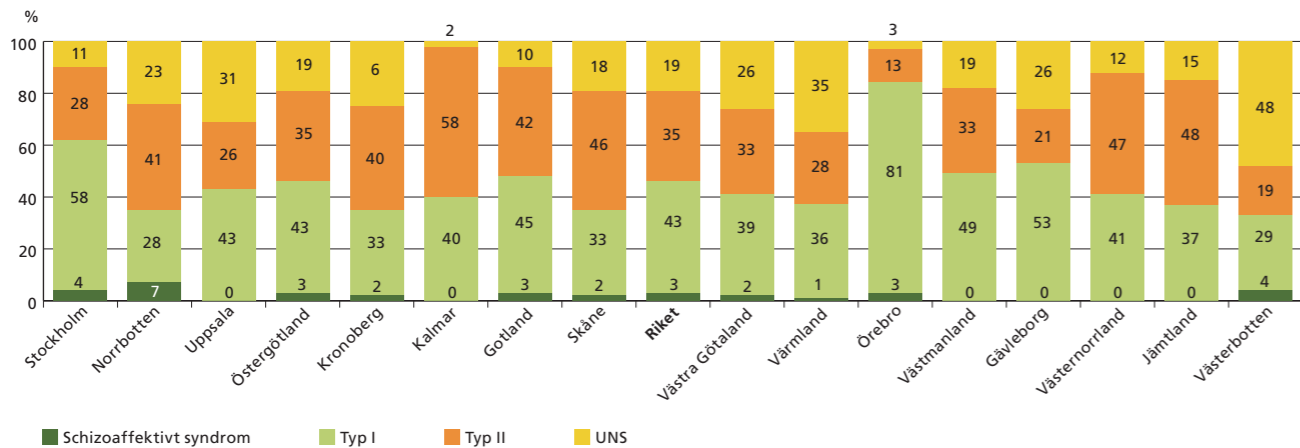
Figur 3. Fördelning av andelen registrerade underdiagnoser år 2012 (nyregistrering samt uppföljnings-registrering).



Den vanligast registrerade underdiagnosen på nationell nivå i Bipolär var bipolärt syndrom typ I (43 procent). Näst vanligast var bipolärt syndrom typ II (35 procent). Av den totala andelen registrerade 2012 hade 19 procent underdiagnosen bipolärt syndrom UNS, medan endast tre procent av de registrerade hade diagnosen schizoaffektivt syndrom manisk typ.

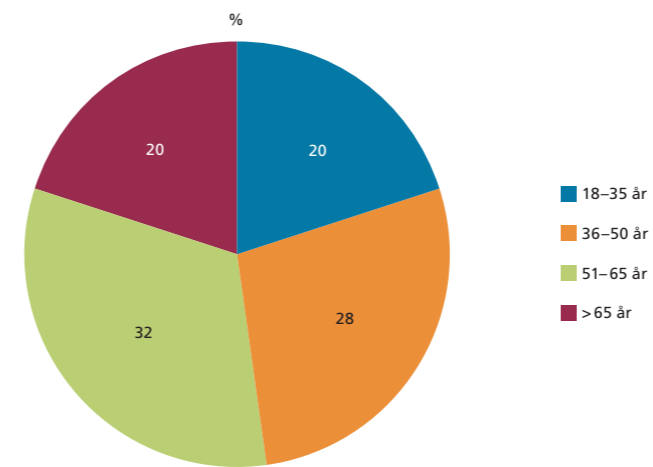
Det finns skillnader mellan länen i andel registrerade underdiagnoser under 2012. Bl.a. Kalmar, Jämtland och Västernorrland har registrerat större andel med bipolärt syndrom typ II än riksgenomsnittet, medan framför allt Örebro och Stockholm sticker ut vad gäller registrering av andel med bipolärt syndrom typ I. Underdiagnosen schizoaffektivt syndrom, manisk typ har registrerats i högre utsträckning i Norrbotten.

Figur 4. Andel registrerade underdiagnoser i olika län (med mer än 15 registreringar) 2012.



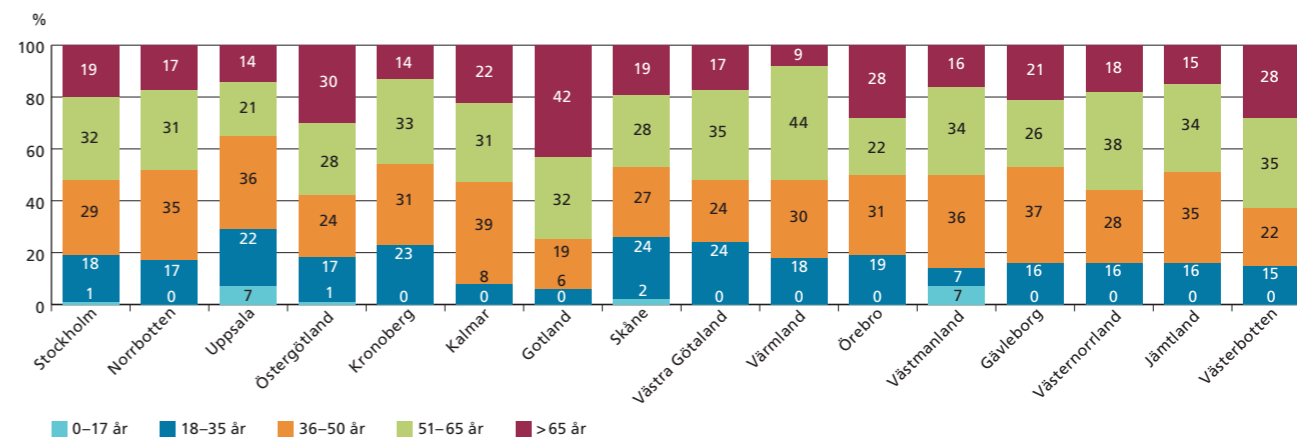
Åldersfördelning 2012

Figur 5. Andel av olika ålderskategorier som registreras 2012. Ytterligare tre procent av de registrerade var under 18 år och ingår inte i rapporten.



Åldersfördelningen i Bipolär under 2012 var på nationell nivå relativt jämt fördelad mellan ålderskategorierna 18-35 år (20 procent), 36-50 år (28 procent) och 51-65 år (32 procent). Andelen registrerade över 65 år var 20 procent.

Figur 6. Andel av olika ålderskategorier som registreras länsvis 2012. Data för patienter under 18 år ingår inte i årsrapportens analyser.



På länsnivå finns några skillnader i fördelning av ålderskategorier. Gotland registrerade 2012 en högre andel äldre patienter över 65 år jämfört med riket och andra län. De registrerade även färre yngre personer, i kategorin 18-35 år. Värmland registrerade 2012 något större andel i kategorin 51-56 år än riket och andra län, samtidigt som andelen registrerade över 65 år var något lägre i jämförelse.

Kön, underdiagnostik och ålder är tre faktorer som kan påverka behandling eller behandlingsutfall. Olika fördelningar mellan dessa variabler i olika län bör alltså tas med i tolkningen av behandlingar eller behandlingsresultat vid exempelvis länsvisa jämförelser.

Syftet med Bipolär

Ett av skälen att starta Bipolär var att man uppmärksammat regionala skillnader i litiumbehandling. Man ville med hjälp av det upprättade registret kartlägga och på sikt utjämna skillnader i behandling över landet. Uppföljning av litiumbehandling, som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer, är fortfarande en av registrets viktigare uppgifter. Bipolär ska också användas för kliniska förbättringsarbeten och verksamhetsutveckling. 2012 startade vi ett nationellt förbättringssamarbete för att stödja lokala enheter i att etablera rutiner för att använda kvalitetsregisterdata för utveckling och förbättring av vården. Data från Bipolär skall även kunna användas i forskning kring bipolära syndrom.

Genom analyser av data från Bipolär identifieras på nationell nivå områden som är aktuella för verksamhetsförbättring. Dessa områden följs sedan upp även regionalt och lokalt och återkopplas i olika former till anslutna enheter.

Följer vi riktlinjerna?

God vård ska vara evidensbaserad, alltså utgå från vetenskapligt beprövad kunskap. Vetenskapliga rön sammanställs exempelvis i rapporter från SBU som ligger till grund för Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård. Bipolär är utformat för att medge uppföljning av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård av bipolärt syndrom (2010 redovisades dessa i riktlinjer för vård av ångest och depression). Under de senaste åren har vi främst fokuserat på litiumbehandling som rekommenderas med Prio 1-status i riktlinjerna, samt patientutbildning som rekommenderas som komplement till medicinsk behandling. Anledningen är främst att vi i registret iakttagit såväl regionala skillnader i litiumbehandling som en nedåtgående forskrivningstrend på nationell nivå. Andelen patientutbildade i registret har också varit låg, men genom en gemensam satsning tillsammans med anslutna enheter ser vi att siffrorna sakta kryper uppåt.

Och jämlikhet då? Får alla samma vård?

En kandidatuppsats från Linköpings Universitet (Bobeck, C. and M. Osterman (2010). Genus-, utbildnings- och diagnosperspektiv vid vanliga behandlingsformer för bipolär sjukdom – en statistisk tvärsnitt- och longitudinell studie. Institutionen för datavetenskap. Linköping, Linköpings universitet.) visade att det fanns skillnader i behandlingsinsatser som kunde härledas till bland annat kön och ålder.



I Bipolärs årsrapport analyseras data därför med avseende på könsskillnader och åldersskillnader. Vi ser könsskillnader vad gäller patientutbildning där kvinnor oftare erbjudits denna behandling, och även avseende vilka grupper av läkemedel man förskrivs. Att arbeta strukturerat i utredning av patienter tror vi kan minska icke motiverade könsskillnader som kan bero på ogrundade föreställningar hos behandlare eller patient.

Är vården säker?

En viktig patientsäkerhetsfråga är att misstänkt bipolär sjukdom tidigt utreds med strukturerade instrument som även ger grund för underdiagnos. Det finns olika typer av bipolära syndrom. I Bipolär registreras bipolärt syndrom typ I, typ II, UNS och schizoaffektivt syndrom manisk typ – och de förknippas med något olika förlopp. Det finns ökande evidens för att olika underdiagnoser svarar på olika typer av läkemedel. I årsrapporten analyseras därför data uppdelat på underdiagnos. I kortversionen av Bipolär efterfrågas även om patienten utretts med strukturerat diagnostiskt instrument. Dessa data återspeglar därför inte hela registret. Målet är att uppdatera registrets frågeuppsättning så att denna fråga ska kunna utvärderas nationellt.

Hälsoperspektivet

Patienter med bipolär sjukdom förskrivs ofta läkemedel som kan ge biverkningar i form av snabb viktuppgång (definierat som > 7 procent av kroppsvikten på ett år). Det är därför viktigt att även följa patienternas viktkurva för att motverka risk för metabola syndrom och annan somatisk samsjuklighet. Bipolär rapporterar därför även BMI och snabb viktuppgång för att påminna om vikten av att arbeta utifrån hälsoperspektivet.

Bipolärs rekommenderade förbättringsområden

I följande avsnitt av årsrapporten analyseras och avrapporteras Bipolärs rekommenderade förbättringsområden: litiumbehandling, patientutbildning, BMI och kliniskt signifikant viktuppgång. Analyserna gäller verksamhetsåret 2012 (1 januari–31 december).

Litiumbehandling

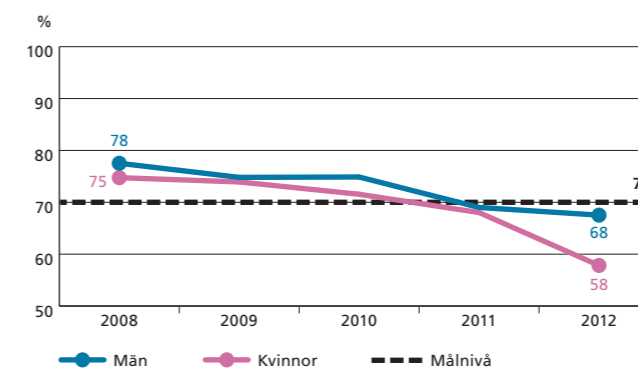
I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas litiumprofylax som förstahandsval för återfallsförebyggande behandling av patienter med bipolärt syndrom. Ett viktigt syfte med Bipolär är att besvara frågeställningen om hur följsamheten till Socialstyrelsens nationella riktlinjer ser ut, både på nationell och på länsnivå.

I årsrapporten 2011 publicerade Bipolär en särskild kvalitetsindikator för litiumbehandling. Kvalitetsindikatorn återger andelen av patienter med bipolärt syndrom typ I som vid första uppföljningsregistreringen förskrivs litium. Indikatorn mäts i första uppföljningsregistreringen på grundval av att nyregistreringsdatabasen delvis återspeglar nyinsjuknade patienter som fortfarande kan befinna sig under utredning. Bipolärs rekommenderar som målnivå att minst 70 procent av patienter med bipolärt syndrom typ I förskrivs litium.

Trender i litiumbehandling över tid

Bipolär har i tidigare årsrapporter (2010/2011, 2011) rapporterat om en trend av minskad litiumförskrivning framför allt i nyregistreringsdata. Denna trend analyserades i förra årsrapporten (2011) även med avseende på underdiagnos, där det framkom att minskningen framför allt gällde för patienter med bipolärt syndrom typ II men gällde även för patienter med bipolärt syndrom typ I. Nedan presenteras Bipolärs kvalitetsindikator redovisad per kön.

Figur 7. Andel patienter med bipolärt syndrom typ I som förskrivs litium vid första uppföljningstillfället 2008–2012.



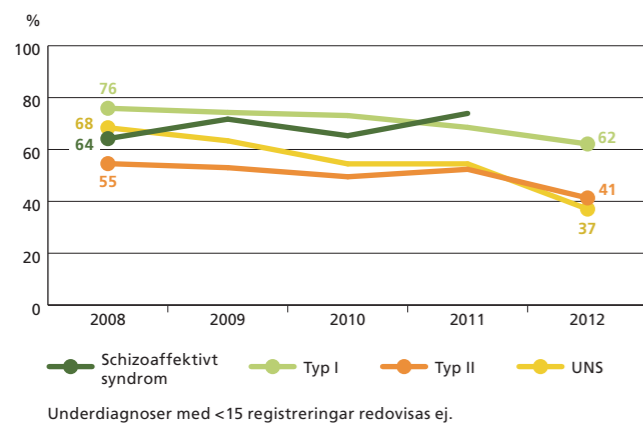
Den nedåtgående trend i litiumförskrivning som tidigare presenterats (årsrapporten 2011) fortsätter att minska även under 2012. Minskningen är särskilt markant bland kvinnor i registret och endast 58 procent av kvinnliga patienter med bipolärt syndrom typ I förskrevs litium under 2012. För män är siffran 68 procent, strax under Bipolärs rekommenderade målnivå.

Över tid har andelen litiumförskrivningar till män med bipolärt syndrom typ I i registret minskat med tio procentenheter de senaste fem åren, från 78 procent år 2008 till 68 procent år 2012. Bland kvinnor med bipolärt syndrom typ I i registret har andelen minskat med hela 17 procentenheter under samma period, från 75 procent år 2008 till 58 procent år 2012. Den minskning som tidigare noterats i nyregistreringsdata kommer "ikapp" i uppföljningsregistreringsdata varför vi ser en i tid förskjuten minskning jämfört med analyser av nyregistreringsdata. Analyser av uppföljningsregistreringar indikerar dock att det inte enbart är fråga om till exempel en förskjuten insättning av litium; det tar längre tid innan patienten ordinerar detta läkemedel. Analysen av enbart patienter med bipolärt syndrom typ I visar också att minskningen inte enbart förklaras av att sammansättningen av underdiagnoser i registret förändrats över tid (andelen med bipolärt syndrom typ II har ökat). Vi ser också en markant könsskillnad där andelen kvinnor med bipolärt syndrom typ I – trots en viss övervikt totalt i registret (år 2012 var andelen kvinnor med bipolärt syndrom typ I 57 procent i registret) – som förskrivs litium är betydligt lägre än andelen bland män med samma underdiagnos.

Litiumbehandling vid olika underdiagnoser

Nedan presenteras litiumförskrivning bland alla underdiagnoser som uppföljningsregistrerats första gången mellan 2008 och 2012, alltså inte bara patienter med bipolärt syndrom typ I.

Figur 8. Andelen patienter som förskrivits litium vid första uppföljningsregistrering gjord 2012. Data redovisas per underdiagnos.



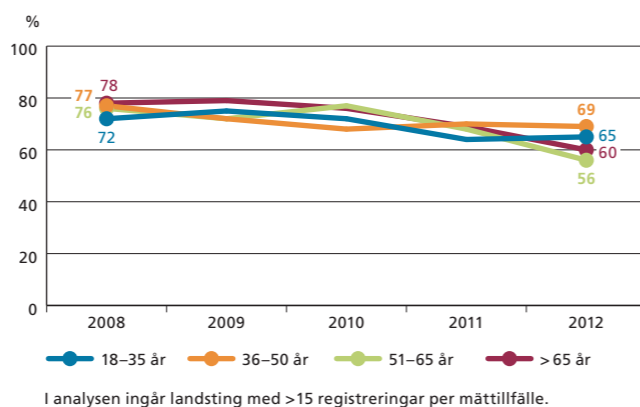
Minskning av andelen patienter som förskrivs litium i första uppföljningsregistreringen ses på nationell nivå bland tre av fyra registrerade underdiagnoser. Undantaget är schizoaffektivt syndrom, där litium istället tycks öka. Dock saknas värde för 2012 där endast 9 första uppföljningsregistreringar var gjorda. Denna subgrupp i registret är liten, endast tre procent av dem som nyregistrerades 2012 hade schizoaffektivt syndrom, manisk (bipolär) typ. Av kvalitetsregistrerade patienter är det vanligast vid första uppföljningsregistreringen att patienter med bipolärt syndrom typ I förskrivits litium, bortsett från den lilla gruppen med schizoaffektivt syndrom.

Minst vanligt med litium år 2012 var det bland patienter med bipolärt syndrom UNS, samt bipolärt syndrom typ II. Vad gäller bipolärt syndrom typ II har ingen större förändring skett över de senaste fem åren. Däremot bland patienter med bipolärt syndrom UNS har en markant minskning skett, från att ha varit den näst största gruppen litiumbehandlade år 2008 till att vara den minst förekommande år 2012. Under de senaste fem åren har andelen litiumförskrivningar i första uppföljningen minskat från 68 procent 2008 till 43 procent 2012 bland patienter med bipolärt syndrom UNS.

Litiumbehandling vid olika ålderskategorier

En naturlig följdfråga är om litiumbehandling skiljer sig mellan åldersgrupper samt om den nedåtgående trenden är särskilt märkbar för en viss ålderskategori i registret.

Figur 9. Andelen av patienter med bipolärt syndrom typ I i respektive ålderskategori som uppföljningsregistrerats första gången 2012 och som förskrivits litium.



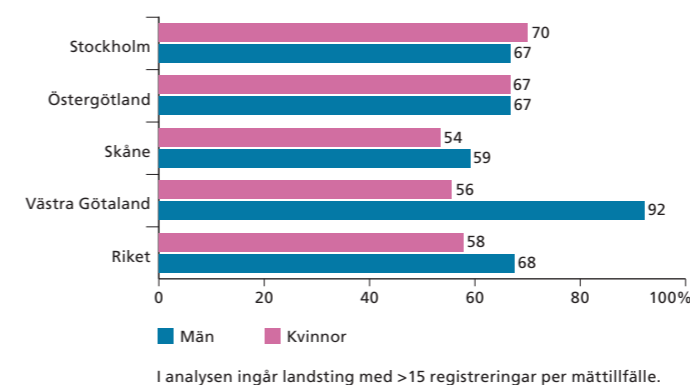
Det finns ingen stor spridning i litiumförskrivning som går att härröra till ålderskategori. Variansen mellan kategorier är liten, dock har den ökat något under 2012. Den generella nedåtgående trenden av litiumförskrivning är tydligast i gruppen över 51 år. I gruppen 51-65-åringar har litiumförskrivningen vid första uppföljningsregistrering minskat från 76 procent år 2008 till 56 procent år 2012 (20 procentenheter) medan andelen av patienter över 65 år som förskrivs litium i första uppföljningsregistreringen minskade med 18 procentenheter från 78 procent år 2008 till 60 procent år 2012. Det är också främst dessa ålderskategorier som hamnar under BipoläRs rekommenderade målnivå för litiumförskrivning. Under samma period minskade andelen unika individer mellan 51-65 år med tre procentenheter i registret, och andelen unika individer >65 år i registret ökade med tre procentenheter.

I gruppen 18-35-åringar har litiumförskrivningen vid första uppföljningsregistrering minskat från 72 procent år 2008 till 65 procent år 2012. Alltså en minskning på sju procentenheter. I gruppen 36-50-åringar har litiumförskrivningen vid första uppföljningsregistrering minskat från 77 procent år 2008 till 69 procent år 2012, vilket utgör en minskning på åtta procentenheter. Den nedåtgående trenden av litiumförskrivning är alltså inte lika tydlig i dessa ålderskategorier som bland äldre patienter i registret. Andelen patienter med litium i dessa grupper, framför allt ålderskategorin 36-50, ligger heller inte långt ifrån BipoläRs rekommenderade målnivå.

Länsvis skillnader i litiumförskrivning

De regionala skillnaderna i litiumförskrivning var en del av bakgrunden till kvalitetsregistret BipoläRs tillkomst. För att undersöka om regionala skillnader föreligger i förskrivning av litium till patienter med bipolärt syndrom typ I – BipoläRs formella kvalitetsindikator – redovisas nedan data på länsnivå. Resultaten återspeglar andelen litiumförskrivningar per län i första uppföljningsregistreringar som gjorts under 2012. Data presenteras även uppdelat på kön för att även möjliggöra analys av könsskillnader. Eftersom nyregistreringsaktiviteten var låg under 2011 är underlaget för analyser av första uppföljningsregistreringar gjorda under 2012 ofullständigt, det vill säga saknar representation från alla län. Endast fyra län hade gjort >15 första uppföljningar av patienter med bipolärt syndrom typ I.

Figur 10. Andelen patienter med bipolärt syndrom typ I som uppföljningsregistrerats första gången 2012 och som förskrivits litium.



Andelen män i Västra Götaland med bipolärt syndrom typ I som uppföljningsregistrerades i BipoläR första gången 2012 som förskrevs litium var markant högre än riksgenomsnittet (92 procent) och översteg även BipoläRs rekommenderade målnivå. Bland kvinnor i Västra Götaland var andelen som förskrevs litium betydligt lägre, endast 56 procent. Skillnaden kan bero på slump men är så pass slående att den bör utredas vidare regional och/eller lokalt. I Skåne förskrevs litium i första uppföljningsregistrering gjord 2012 till 59 procent av männen och 53 procent av kvinnorna med bipolärt syndrom typ I. Östergötland och Stockholm låg i linje med vår rekommenderade målnivå för både män och kvinnor.

Avsedd serumkoncentration vid litiumbehandling

Litiumbehandling har bäst effekt inom ett så kallat terapeutiskt intervall (0,5-0,8 mmol/l, källa FASS). För att optimera behandlingseffekten och minimera risken för negativa biverkningar ska alltså avsedd litiumdos ligga inom dessa riktvärden. Vid uppföljningsregistrering i BipoläR efterfrågas den avsedda serumkoncentrationen (mmol/liter) vid behandling av litium. I årsrapporten redovisas dessa data uppdelat på kön för att besvara frågan om vi som förlängning av könsskillnaderna i förskrivning av litium även kan se könsskillnader i behandlingsintentioner. Observera att data inte återspeglar den faktiska serumkoncentrationen utan avser behandlarens dosrekommendation. Data redovisas på länsnivå med riksvärdet som referens och analyseras för män och kvinnor separat.

Tabell 4. Avsedd serumkoncentration i mmol/l för kvinnor som uppföljningsregistrerades under 2012. Endast län med > 15 registreringar redovisas. Variansmättet är rosamarkerat och beräknat utifrån ett centralmått (högst andel av behandlade) och ett spridningsmått (andelar ≤ 10 procentenheters avvikelse från centralmättet).

Alla kvinnor i uppföljningar gjorda 2012.										
	<0,4	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1	>1,0	Totalt
Stockholm	2	3	16	35	29	14	1	–	–	283
Norrbottn	4	5	11	36	27	13	2	2	–	55
Uppsala	8	–	8	38	46	–	–	–	–	13
Östergötland	–	3	21	56	21	–	–	–	–	34
Kronoberg	–	–	8	15	38	31	–	–	8	13
Skåne	4	6	23	21	29	13	4	–	1	119
Västra Götaland	6	6	26	32	27	2	–	–	–	126
Örebro	–	–	11	56	22	11	–	–	–	9
Jämtland	–	8	15	31	46	–	–	–	–	13
Västerbotten	11	8	14	32	32	3	–	–	–	37
Riket	4	4	18	33	29	10	1	–	–	712

Tabell 5. Avsedd serumkoncentration i mmol/l för män som uppföljningsregistrerades under 2012. Endast län med > 15 registreringar redovisas. Variansmättet är blåmarkerat och beräknat utifrån ett centralmått (högst andel av behandlade) och ett spridningsmått (andelar ≤ 10 procentenheters avvikelse från centralmättet). *Bredvid länsnamnet markerar att könsskillnad föreligger.

Alla män i uppföljningar gjorda 2012.										
	<0,4	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1	>1,0	Totalt
Stockholm	2	4	14	32	30	18	–	–	–	210
Norrbottn	–	4	7	33	44	11	–	–	–	27
Uppsala*	–	10	10	50	30	–	–	–	–	10
Östergötland*	–	–	38	38	25	–	–	–	–	16
Kronoberg*	20	–	20	40	–	20	–	–	–	5
Skåne*	2	1	14	31	33	11	6	1	–	97
Västra Götaland*	6	1	15	34	38	6	–	–	–	80
Örebro*	–	17	17	–	67	–	–	–	–	6
Jämtland	–	–	14	43	43	–	–	–	–	14
Västerbotten*	7	25	11	32	21	4	–	–	–	28
Riket	3	4	14	33	32	12	1	–	–	503

Alla data bör dock tolkas försiktigt med vetskapen om att representativiteten i data fortfarande är låg och registrets mognadsgrad ännu inte är uppfylld.

Med centralmått avses det vanligaste värdet, det vill säga den serumkoncentration som avsetts störst andel patienter. Med spridning menas övriga serumkoncentrationsmått som avviker ≤ 10 procentenheter från centralmättet.

På riksnivå ligger de flesta patienter (män och kvinnor) som uppföljningsregistrerats 2012 på avsedd serumkoncentrationsnivå mellan 0,6–0,7 mmol/l, vilket motsvarar det rekommenderade terapeutiska intervallet.

På länsnivå finns några smärre avvikelser från riksnivån. Östergötland avviker både vid avsedd behandling av kvinnor och män, och här finns även en könsskillnad i avsedd behandling. För kvinnor som uppföljningsregistrerades i Östergötland 2012 gäller att det fanns mindre spridning än i riksvärdet och hela 56 procent avsågs behandlas med en serumkoncentrationsnivå på 0,6 mmol/l. För männen som uppföljningsregistrerades i Östergötland 2012 avvek inte själva spridningsmättet (två avsedda koncentrationsmått) från riksvärdet – däremot indikerade spridningen en något lägre avsedd serumnivå (0,5–0,6 mmol/l) jämfört med riksvärdet (0,6–0,7 mmol/l).

Kronoberg avviker även de från riksvärdet med avseende på avsedd behandling samt könsskillnader. För kvinnor ligger spridningen mellan 0,7–0,8 mmol/l, alltså något högre än riksvärdet. En kvinna (som på grund av ett litet antal deltagare utgör åtta procent) hade avsedd litiumkoncentration på > 1,0 mmol/l, vilket överstiger det rekommenderade terapeutiska intervallet men som förstas kan vara medicinskt indicerat i enstaka fall. Av männen som uppföljningsregistrerades i Kronoberg 2012 var centralmättet 0,6 mmol/l (40 procent), alltså något lägre än bland kvinnorna. I Kronoberg har även 20 procent av männen en avsedd serumkoncentration på < 0,4 mmol/l, vilket understiger det rekommenderade terapeutiska intervallet.

Män som uppföljningsregistrerats i Skåne och Västra Götaland under 2012 avviker inte från riksvärdet eller det rekommenderade terapeutiska intervallet. Bland kvinnor som uppföljningsregistrerats i dessa län under 2012 ses dock en större spridning i data jämfört med riksvärdet. Det vill säga en könsskillnad i avsedd serumkoncentration finns där något fler kvinnor ligger på avsedd serumkoncentration 0,5 mmol/l jämfört med männen i samma län.

I Örebro finns avvikelser från riksgenomsnittet med avseende på spridningen både för män och kvinnor. Bland kvinnor som uppföljningsregistrerades 2012 finns en mindre spridning jämfört med riksvärdet, alltså en större koncentration av de avsedda serumvärdena. För kvinnor i Örebro är centralmättet 0,6 mmol/l och för män 0,7 mmol/l. Det finns alltså även en liten könsskillnad i avsedd behandling. Om man tittar på den totala spridningen i Örebro ligger kvinnor mellan 0,5–0,8 mmol/l, det vill säga över hela det terapeutiska intervallet. Männen ligger mellan 0,4–0,7 mmol/l, alltså något lägre.

Västerbotten har också mindre spridning jämfört med riksvärdet bland män som uppföljningsregistrerades 2012, men inte bland kvinnor. Spridningsmättet skiljer sig dock endast med en procentenhet från riksvärdet, då det tolkats som ≤ 10 procentenheter från det vanligast förekommande värdet. För män gick den under gränsen för att inkluderas i spridningsmättet vid 22 procent medan empiriska data uppmättes till 21 procent. Däremot kan noteras att en fjärdel av männen som uppföljningsregistrerades 2012 i Västerbotten hade avsedd serumkoncentration på 0,4 mmol/l.

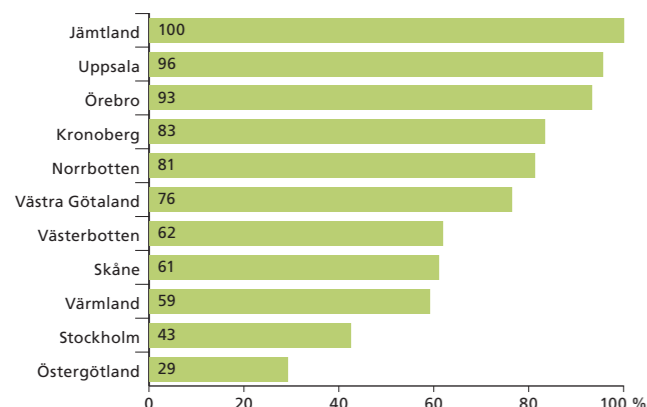
På riksnivå förekommer inga könsskillnader i avsedd serumkoncentrationsnivå. På länsnivå finns vissa avvikelser med avseende på spridning – både mot riksgenomsnittet och mellan män och kvinnor. Könsskillnaderna är dock inte så stora att män och/eller kvinnor i vissa län hamnar utanför det terapeutiska intervallet. Då representativiteten i data är oklar gör Bipolär utifrån denna rapport några ytterligare rekommendationer med avseende på avsedd serumkoncentration men rekommenderar alla anslutna enheter att följa denna variabel på lokal nivå i datauttag från kvalitetsregistret för att identifiera eventuella slumpmässigt uppkomna könsskillnader i avsedd behandling.

Om man ser till den lägre delen av serumkoncentrationsnivåer utanför det terapeutiska intervallet (< 0,4 mmol/l) är det vanligare att patienter hamnar här än bland de högre värdena utanför det terapeutiska intervallet. I Norrbotten, Östergötland, Skåne och Jämtland är det vanligare att kvinnor ligger på lägre avsedd serumkoncentrationsnivå än vad som anges av det terapeutiska intervallet, medan det i Kronoberg, Västra Götaland, Örebro och Västerbotten är vanligare att män ligger lägre än det terapeutiska intervallet. Dessa skillnader bör tolkas med försiktighet utifrån datas representativitet, men bör ändå utredas vidare med avseende på underdiagnosfördelning i dessa län.

Inrapportering av kalciumvärden vid litiumbehandling

Med anledning av risken för njurskador som föreligger vid behandling med litium rekommenderas regelbunden uppföljning av patientens kalciumvärden. Nedan redovisas data från BipoläRs uppföljningsregistrering där det efterfrågas om kalciumprover tagits (ja/nej). Data redovisas per län.

Figur 11. Andel av patienter som förskrivits litium med inrapporterat kalciumvärde. Data rapporteras länsvis för län med >15 rapporterade patienter med litium.



Det finns stora skillnader mellan länen i andel inrapporterade kalciumvärden. Jämtland ligger i topp med 100 procent, det vill säga samtliga patienter i Jämtland som återfinns i BipoläR och förskrivits litium (enligt kvalitetsregistret) har även ett kalciumvärde i BipoläR. Tätt efter kommer Uppsala och Örebro. Stockholm och Östergötland ligger i botten av tabellen med 43 respektive 29 procent.

Observera att data inte medger slutsatser om huruvida länsvisa skillnader föreligger i faktiska provtagningar, endast benägenheten att rapportera in värden i kvalitetsregistret.

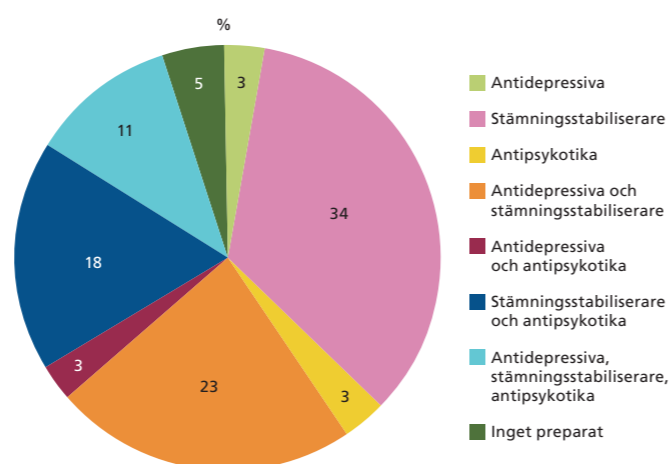
Kort sammanfattning

Den nedgående trend av litiumförskrivning bland nyregistrerade patienter som BipoläR rapporterat tidigare gäller, enligt 2012 års rapport även bland patienter som uppföljningsregistreras. Andelen som förskrivs litium minskar bland alla underdiagnoser (utom schizoaftaktivt syndrom), men minskningen är tydligare bland kvinnor och bland patienter i registret som är över 51 år. Det finns även länsvis skillnader i litiumförskrivning. Länsvis skillnader i följsamhet till Socialstyrelsens riktlinjer bör följas upp även fortsättningsvis. För detta ändamål bör fler län registrera i BipoläR.

Kan vi förklara den nedåtgående trenden i litiumförskrivning med kvalitetsregisterdata?

Möjliga förklaringar till att litium förskrivs i mindre utsträckning kan vara en övergång till modernare läkemedel, till exempel stämningsstabilisatorer som inte förknippas med risk för njurpåverkan, eller sena versioner av antipsykotika. I Figur 12 presenteras i andel procent hur olika möjliga kombinationer av läkemedelsförskrivningar är fördelade bland dem som uppföljningsregistrerades under 2012.

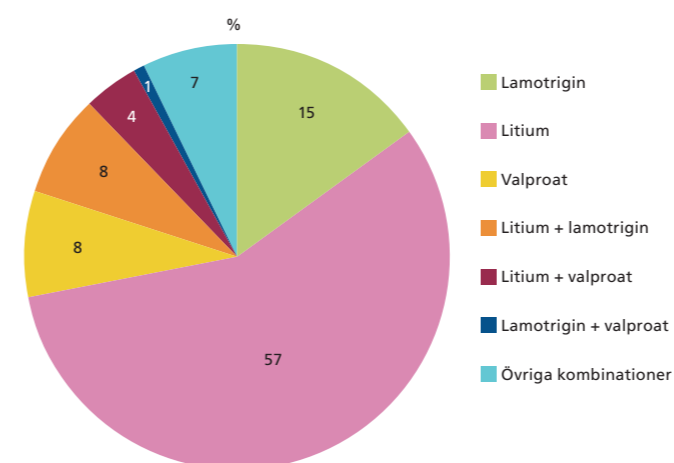
Figur 12. Andel av förskrivna läkemedel eller läkemedelskombinationer av uppföljningsregistrerade 2012.



Det vanligaste läkemedelsalternativet i uppföljningsregistreringar gjorda 2012 var behandling med stämningsstabilisatorer som förskrevs till 34 procent. Näst vanligast var en kombination av stämningsstabilisatorer, tillsammans med antidepressiva läkemedel (23 procent). Tredje vanligaste alternativet var stämningsstabilisatorer tillsammans med antipsykotika läkemedel (18 procent). En kombination av alla tre ovanstående preparaten – stämningsstabiliserande, antipsykotika och antidepressiva läkemedel – förskrevs till 11 procent av alla som uppföljningsregistrerades 2012. En andel om ytterligare 11 procent saknade stämningsstabiliserande läkemedel (3 procent hade enbart antipsykotika, 3 procent hade antipsykotika tillsammans med antidepressiva läkemedel) varav fem procent (151 stycken) i denna grupp helt saknade läkemedel.

Totalt 86 procent av alla som uppföljningsregistrerades under 2012 behandlades alltså med stämningsstabilisatorer i någon form. Det betyder att trots en kraftig nedgång av litium de senaste fem åren har en betydande majoritet 2012 någon form av stämningsstabilisatorer. I Figur 13 utreds fördelningen av olika typer av stämningsstabilisatorer som förskrivits i uppföljningsregistreringar 2012.

Figur 13. Andel förskrivna stämningsstabilisatorer 2012.



Litium som monoterapi var det klart dominerande behandlingsalternativet bland dem som uppföljningsregistrerats 2012, strax över hälften (57 procent) av alla som förskrivits stämningsstabilisatorer hade litium som monoterapi enligt registret. Därefter kom lamotrigin som monoterapi, som förskrevs till 15 procent av alla som uppföljningsregistrerades 2012. Andelen med valproat som monoterapi var lika stor (åtta procent) som andelen som fick litium i kombination med lamotrigin eller som hade någon övrig kombination än som angetts specifikt i grafen (sju procent). Kombinationen litium plus valproat svarade för fyra procent, lamotrigin plus valproat var ännu ovanligare (endast en procent).

Tabell 6. Antal patienter med stämningsstabilisatorer, uppföljningar gjorda 2012.

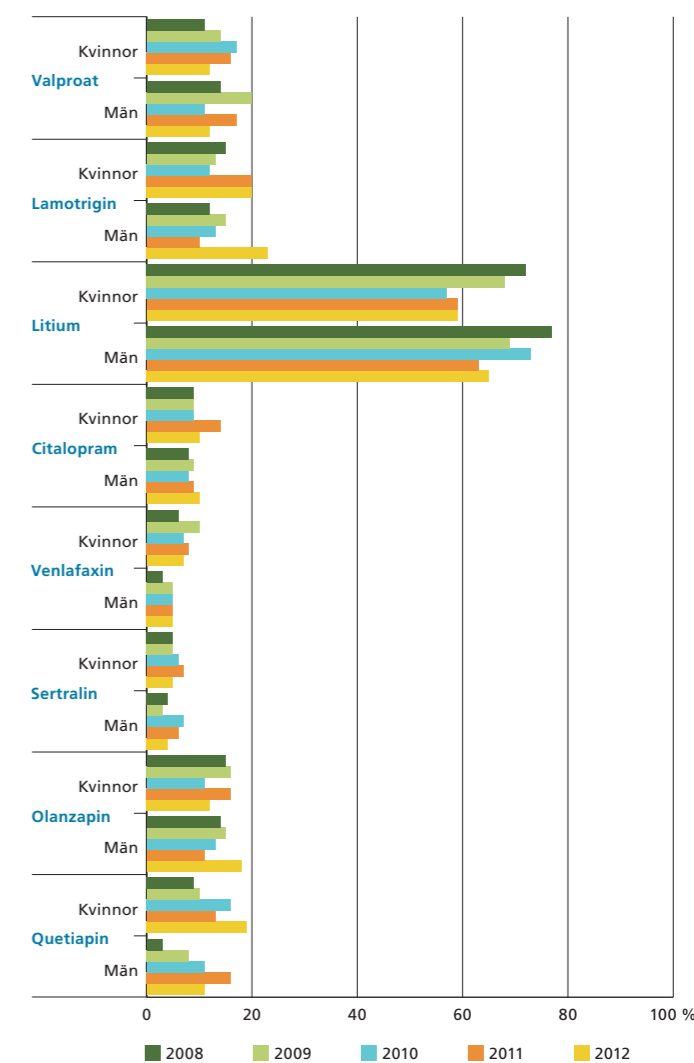
Läkemedel	Antal patienter
Litium	1 572
Lamotrigin	430
Litium + lamotrigin	229
Valproat	212
Övriga kombinationer	205
Litium + valproat	123
Lamotrigin + valproat	27

Trots en nedåtgående trend av litiumförskrivning i registret är litium som monoterapi fortfarande det dominerande läkemedelsbehandlingsalternativet för registrerade patienter med bipolär sjukdom och strax över hälften av alla som uppföljningsregistrerades 2012 hade förskrivits detta alternativ. På andra plats, även om andelen var betydligt mindre (15 procent) kom lamotrigin som monoterapi.

Trender över vanligaste läkemedlen i registret

I Figur 14 och 15 presenteras analyser av nyregistreringsdata från 2008–2012, för patienter med bipolärt syndrom typ I respektive patienter med bipolärt syndrom typ II. I figurerna nedan presenteras trender över förskrivning av de i registret vanligast förekommande preparaten över tid. Data är hämtade från nyregistreringar gjorda mellan 2008–2012.

Figur 14. Preparattrender i nyregistrering 2008–2012. Bipolärt syndrom typ I.



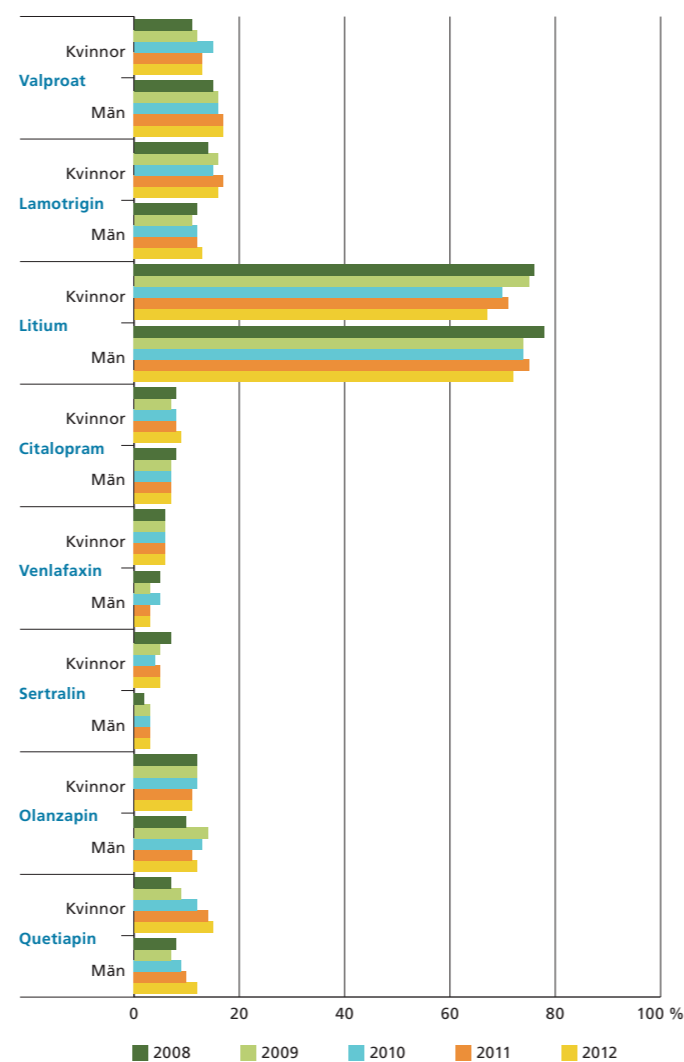
I grafen framgår att litium, trots en nedåtgående trend, är det klart vanligast förekommande läkemedlet bland patienter med bipolärt syndrom typ I som registreras i Bipolär, även i jämförelse med andra typer av preparat (det vill säga ej stämningsstabiliserande). Det framgår också att andra typer av stämningsstabiliserare (lamotrigin och valproat) är lika vanliga – eller ovanliga – som moderna antipsykotika som quetiapin och olanzapin bland patienter i registret med bipolärt syndrom typ I. I denna grupp av patienter är antidepressiva preparat relativt ovanliga, i jämförelse med de andra två preparattyperna.

I grafen ser man också, parallellt med minskningen av litiumförskrivning, att framför allt quetiapin ökat de senaste åren (både bland män och kvinnor). Olanzapin-förskrivningen till patienter med bipolärt syndrom typ I är mer svårtolkad då den saknar tydlig upp- eller nedgång över tid. Lamotrigin har dock ökat, särskilt bland män under 2012 men även bland kvinnor ser man en ökning med början 2011.

Den minskning av litiumförskrivning till män med bipolärt syndrom typ I som noterats under de senaste fem åren motsvaras av en på gränsen till överkompenserande ökning av quetiapin eller lamotrigin. Minskningen av litium bland kvinnor med bipolärt syndrom typ I motsvaras även den av proportionellt ökande andelar quetiapin och lamotrigin.

Det saknas evidens för behandling specifikt av bipolärt syndrom typ II. I Figur 15 presenteras trender i förskrivning av olika preparat i nyregistrering av patienter med bipolärt syndrom typ II gjorda 2008–2012.

Figur 15. Preparattrender i nyregistrering 2008–2012. Bipolärt syndrom typ II.



Tabell till Figur 14 (se föregående sida). Preparattrender i nyregistrering 2008–2012. Bipolärt syndrom typ I.

År	Valproat		Lamotrigin		Litium		Citalopram		Venlafaxin		Sertralín		Olanzapin		Quetiapin	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
2008	11	14	15	12	72	77	9	8	6	3	5	4	15	14	9	3
2009	14	20	13	15	68	69	9	9	10	5	5	3	16	15	10	8
2010	17	11	12	13	57	73	9	8	7	5	6	7	11	13	16	11
2011	16	17	20	10	59	63	14	9	8	5	7	6	16	11	13	16
2012	12	12	20	23	59	65	10	10	7	5	5	4	12	18	19	11

Tabell till Figur 15. Preparattrender i nyregistrering 2008–2012. Bipolärt syndrom typ II.

År	Valproat		Lamotrigin		Litium		Citalopram		Venlafaxin		Sertralín		Olanzapin		Quetiapin	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
2008	11	15	14	12	76	78	8	8	6	5	7	2	12	10	7	8
2009	12	16	16	11	75	74	7	7	6	3	5	3	12	14	9	7
2010	15	16	15	12	70	74	8	7	6	5	4	3	12	13	12	9
2011	13	17	17	12	71	75	8	7	6	3	5	3	11	11	14	10
2012	13	17	16	13	67	72	9	7	6	3	5	3	11	12	15	12

Behandling med litium är inte lika tydligt dominerande bland patienter med bipolärt syndrom typ II som bland patienter med bipolärt syndrom typ I. I denna patientgrupp är behandling med lamotrigin nästan lika vanligt, särskilt bland kvinnor. Bland män är litium dock vanligast även för denna underdiagnos, även om skillnaden mot lamotrigin är betydligt mindre än i gruppen med bipolärt syndrom typ I.

Behandling med quetiapin är lika vanligt bland män som bland kvinnor med bipolärt syndrom typ II – och alltså lite vanligare för män med denna underdiagnos, jämfört med män med underdiagnosen bipolärt syndrom typ I. Behandling med olanzapin är dock något vanligare bland män med bipolärt syndrom typ II än bland män med bipolärt syndrom typ I, vilket får en utslätande effekt mellan underdiagnoserna om man tittar på hur vanligt det är att behandla med någon form av moderna antipsykotika vid bipolärt syndrom typ I jämfört med typ II.

Litiumtrender – sammanfattning och slutsats

Den nedåtgående trend av litiumförskrivning som noterats i kvalitetsregisterdata gäller alltså både bland nyregistrerade patienter, och patienter som uppföljningsregistreras. Minskningen gäller i alla underdiagnoser av bipolär sjukdom, och är något tydligare bland äldre även om en minskning sker i alla åldersgrupper. För behandling specifikt av bipolärt syndrom typ II syns i registerdata att behandling med lamotrigin är lika ofta förekommande som litium. Lamotriginförskrivningen och även quetiapin vid denna underdiagnos ökar över tid parallellt med att litiumförskrivningen minskar. Vid bipolärt syndrom typ I talar evidensen för litium i första hand. I registret ser vi dock en tydlig minskning av förskrivning av litium till personer med denna underdiagnos. Minskningen är tydligast bland kvinnor. Lamotrigin ökar något i denna grupp, men även quetiapin som är ett modernt antipsykotika. Majoriteten av alla som uppföljningsregistreras (86 procent) får dock någon form av stämningsstabiliserande läkemedel och av dessa dominerar fortfarande litium som monoterapi. Trots en markant minskning används alltså litium i betydande utsträckning som behandling av bipolärt syndrom, även om skillnader finns som går att härleda till kön, underdiagnos och/eller vilket län man behandlas inom.

Patientutbildning

Som komplement till litium anger Socialstyrelsens nationella riktlinjer psykoedukativa insatser som återfallsförebyggande åtgärd. Av patienterna som registreras i Bipolär är andelen som patientutbildats låg. Cirka en tredjedel av alla som ingick i registret 2012 hade fått en patientutbildning de senaste tio åren.

En anledning till att patientutbildning sker i låg utsträckning är bristande patientunderlag. Patientflödena på allmänpsykiatriska mottagningar kan variera, och det kan vara utmanande för kliniken att administrera gruppundervisning per termin. En analys av kvalitetsregisterdata (Kärn, Tidemalm, Lundberg & Landén, poster presenterad vid nationella kvalitetsregisterkonferensen 2011) visade att patienter vid subspecialiserade mottagningar oftare erhöll patientutbildning än patienter vid allmänpsykiatriska mottagningar (OR=1,6). Skillnaden var statistiskt signifikant men andelen patientutbildade vid subspecialiserade mottagningar var fortfarande låg.

Bipolär tilldelades i november 2010 särskilda medel för att öka följsamheten till nationella riktlinjer. En del av dessa projektmedel användes för att bjuda in anslutna enheter till en konferens på samma tema. På konferensen diskuterades en för till registret anslutna enheter gemensam satsning på att öka andelen patientutbildade, och en delmål nivå på 45 procent som skulle uppnås inom tre år fastställdes. Bipolär arbetar med regelbunden återföring av kvalitetsindikatorn "andel patientutbildade" (antal unika individer som patientutbildats de senaste tio åren/antalet unika individer som finns i kvalitetsregistret) för uppföljning av målsättningen. Förutom i årsrapporten avrapporteras indikatorn i rapporter som beställs av enheterna själva samt i olika rapporter på landstingsnivå som skickas ut till berörda verksamhetschefer och/eller presenteras vid olika möten och konferenser där dessa medverkar. Indikatorn följs också av alla enheter som medverkar i nationella eller regionala förbättringssamarbeten, projekt som leds av kvalitetsregistret. Inom dessa förbättringssamarbeten ser vi ett ökat samarbete mellan enheterna i form av utbyte av goda exempel – man lär av varandra olika sätt att lägga upp patientutbildningar. Bipolärs hemsida (www.bipolar.kcp.se) har också en flik där enheter kan posta upplägg eller andra idéer för spridning i landet, i syftet att verka för lika vård. Vi ser också samarbeten där enheter inom närliggande geografi går samman och håller klinikgemensamma patientutbildningar för att nå ett större patientunderlag.

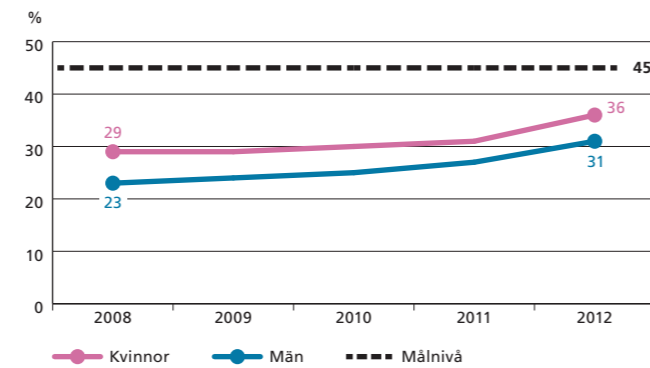
Vid analyser av data kan man se en ökad aktivitet i patientutbildningar efter 2011 års konferens. Ökningen är liten, endast 4,5 procentenheter, men om man ser till trenden är det ändå tydligt att den sker under 2011. Själva indikatorn är också långsam i rörlighet, om man beaktar att antalet nybesök på en mottagning måste nå en viss gräns innan utbildning i grupp kan startas. Ofta sker inte mer än en utbildning per termin eller år på en mottagning. Mot bakgrund av den låga täckningsgraden i registret finns dock utrymme för måluppfyllelse, då många patienter som gått länge på mottagningen nyregistreras allt eftersom enheterna förbättrar sina rutiner för kvalitetsregistrering. En patientutbildning anses ha en hållbarhet på tio år, varför patienter som en gång fått utbildning och som nyregistreras, bidrar till att höja andelen även om patientutbildningen inte skett det senaste året.

I Figur 16 presenteras data på nationell nivå som visar trenden av andelen patientutbildade i registret. I analysen ingår alla patienter som ny- eller uppföljningsregistrerats under 2012. Dessa individer har sedan följts bakåt och siffrorna anger andelen av dessa som någon gång (sedan registrets start 2004) erhållit patientutbildning. Detta medför att enheter som inte registrerat (eller registrerat färre än 15 patienter) under 2012 saknas i analysen. Bipolär har dock valt att redovisa denna indikator i årsrapporten då det återspeglar 2012 års aktivitet vid jämförelser över tid.

Generellt patientutbildas fler kvinnor än män. Andelen kvinnor i registret totalt är 62 procent, vilket gör att den mest troliga förklaringen till könsskillnaden i patientutbildning är att den återspeglar den ojämlika könsfördelningen i databasen. Särskilt som könsskillnaden är stabil över tid, och den ökning som sker 2011 återfinns i samma utsträckning bland båda könen.

Analysen, som avser alla unika patienter som registrerats (ny- eller uppföljning) under 2012, återspeglar verksamhetsåret 2012. Ökningen av andelen patientutbildade kan därför tolkas som att det skett en ökning av aktivitet när det gäller patientutbildningar, och/eller en ökad registreringsaktivitet där "gamla" patienter som patientutbildats under tidigare år nu syns i registret. Med tanke på patientutbildningens långa hållbarhet kan dock all ökning betraktas som positiv och som ett steg närmare delmålet på 45 procent.

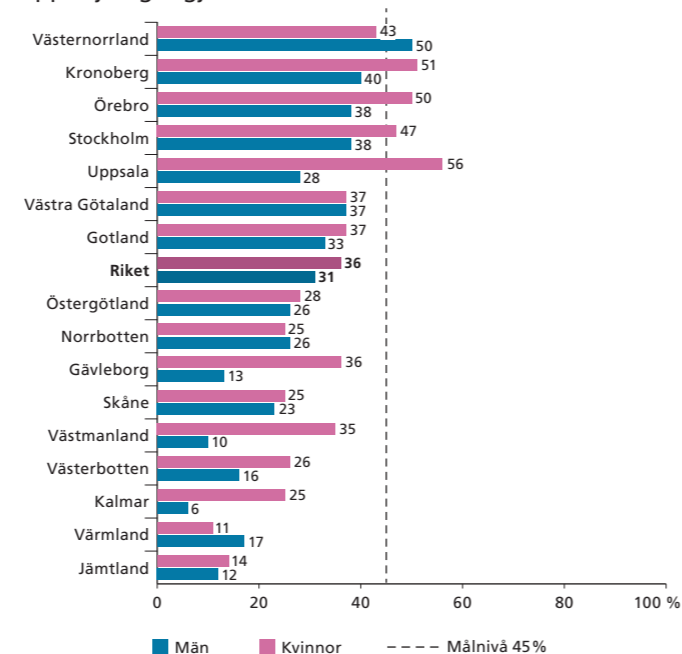
Figur 16. Andel unika patienter 2008–2012, som erhållit patientutbildning de senaste 10 åren. Nationell nivå.



Jämlig vård? Finns skillnader i vem som erbjuds patientutbildning?

Förutom könsskillnader har vi vidare analyserat indikatorn patientutbildning med avseende på civilstånd (prioriteras ensamboende och/eller sammanboende patienter vid urval till patientutbildning?), underdiagnos (prioriteras patienter med vissa underdiagnoser vid urval till patientutbildning?) och ålder (prioriteras vissa åldersgrupper i urvalet till patientutbildning?). Även analyser av skillnader mellan län redovisas. Inga skillnader kunde hittas med avseende på civilstånd.

Figur 17. Andel unika patienter som erhållit patientutbildning de senaste 10 åren. Länsvis registrering där län > 15 presenteras. Data är selekterade utifrån uppföljningar gjorda 2012.

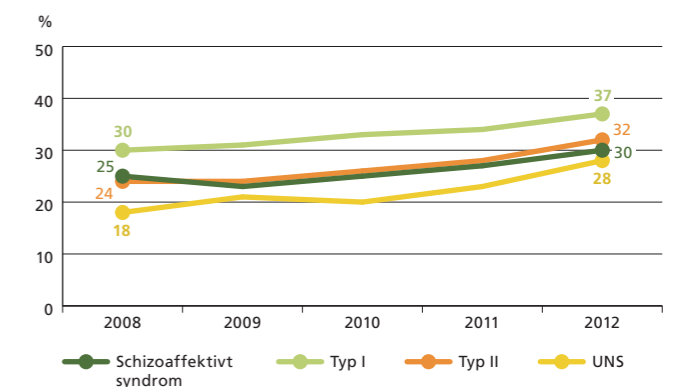


Det finns stora skillnader mellan länen i andelen patientutbildade i registret. Stockholm, Uppsala, Kronoberg och Örebro ligger över målnivån för patientutbildade kvinnor. I Västernorrland ligger man endast två procentenheter ifrån måluppfyllelse för kvinnor i registret, men ligger över målnivån för män. Kronoberg ligger 2012 på 40 procent patientutbildade män, och Örebro på 38 procent – vilket är under målnivån för män. Om man räknar snittnivån för patientutbildade i dessa län hamnar Kronoberg på målnivån, Västernorrland strax över och Stockholm, Uppsala och Örebro någon enstaka procentenhet under målnivån. Det bör dock beaktas att målnivån enligt konferensöverenskommelsen ska vara uppfyllt år 2015 (tre hela registreringskalenderår senare). Det är därför viktigt att de län som redan idag ligger vid målnivån sätter egna, högre mål och fortsätter sträva efter att nå dessa. Samtidigt är det viktigt att län som ligger en bit ifrån jobbar aktivt, både med kvalitetsregistreringsrutiner och med patientutbildningar för att nå upp till målet 2015. De län som börjat med kvalitetsregistrering på bred front under 2012 kan räkna med att se resultat redan i nästa års rapport.

Vissa län har stora könsskillnader i andelen patientutbildade. Även om vi i registret på nationell nivå inte kan se skillnader som vi tolkar som icke slumpmässiga och beroende på kön, går det inte att utesluta att sådana skillnader i urval finns i de olika länen. Rimliga förklaringsmodeller av könsskillnaderna kan vara antingen könsskillnader i dem som nyregistreras. Till exempel om kvinnor i större utsträckning tillfrågas om de vill vara med i kvalitetsregistret, eller att inflödet av patienter aktuella för patientutbildning inte är könsjämlikt varje år. Har man ett litet antal registrerade slår det också mer på skillnader när de redovisas i andel procent, vilket vi gör för att kunna presentera jämförande analyser. Men det kan också vara så att vissa län i större utsträckning systematiskt erbjuder kvinnor patientutbildning i högre utsträckning. De län som uppvisar stora könsskillnader rekommenderas att utreda frågan regionalt och/eller lokalt.

Patientutbildning per underdiagnos

Figur 18. Andel unika patienter med registrerade underdiagnoser som erhållit patientutbildning de senaste tio åren. Urvalet är baserat på den underdiagnos som registrerades vid första registreringstillfället. Nationell nivå.



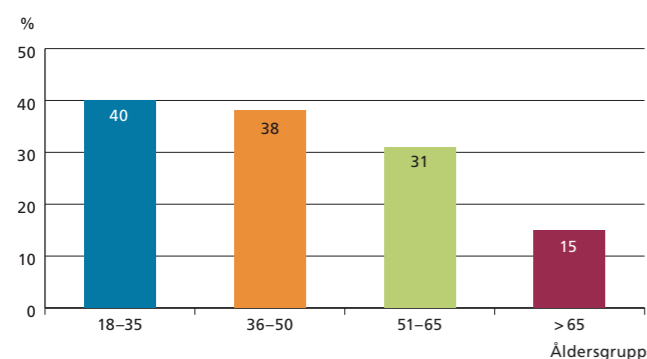
Andelen patientutbildade är störst bland patienter med bipolärt syndrom typ I, där 37 procent av alla unika individer som registrerades år 2012 hade patientutbildats de senaste tio åren. Denna underdiagnos har tidigare varit den vanligaste i kvalitetsregistret, men 2012 dominerade andelen med bipolärt syndrom typ II i registerdatabasen. Det betyder att patienter med underdiagnos bipolärt syndrom typ I har ett litet försprång när det gäller patientutbildning. Minst vanligt är att patienter med bipolärt syndrom UNS (utan närmare specifikation) utbildas. Denna underdiagnos sätts ofta vid atypiska symptom på bipolär sjukdom. Även om det är viktigt att en patient utreds ordentligt och diagnosen är säker kan man även vända på resonemanget och argumentera att det är särskilt viktigt att patienter med otydligt sjukdomsförlopp, som kan ha svårt att känna igen sig i och identifiera sig med den sjukdomsbild av bipolär sjukdom som kommuniceras, får utbildning i just sin typ av underdiagnos för att öka följsamhet och minska risken för onödiga återfall. En möjlighet till förbättringsarbete på regional nivå kan vara att utverka mallar för patientutbildning just vid bipolärt syndrom UNS.

Skillnader i andel patientutbildade per län bygger delvis på skillnader i registreringsaktivitet/täckningsgrad. I Figur 17 presenteras data länsvis, för län med fler än 15 ny- eller uppföljningsregistreringar gjorda under 2012. Data presenteras uppdelat på kön.

Patientutbildning per åldersgrupp

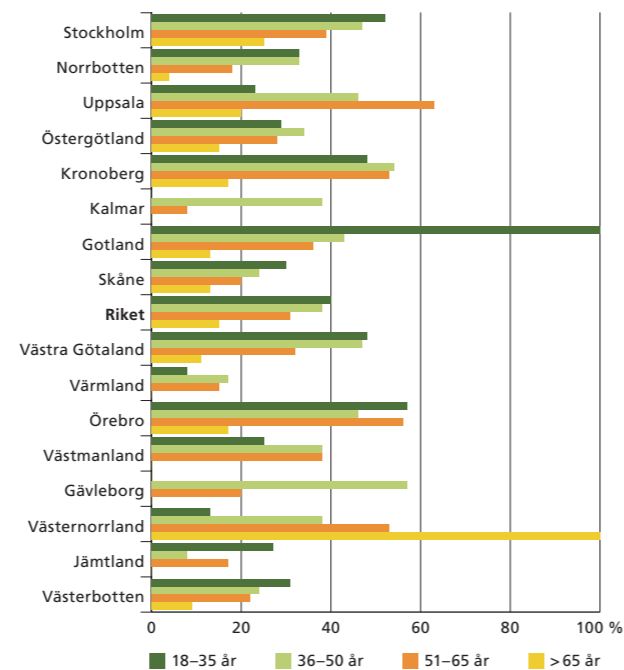
Patientutbildning är vanligast i ålderskategorin 18–35 år, näst vanligast i ålderskategorin 36–50 år och minst vanlig bland patienter över 65 år. Patientutbildning har ökat något över tid på nationell nivå de senaste fem åren. Ökningen är lika stor i alla ålderskategorier. Ingen förändring i andelen patientutbildade kan alltså härledas till ålder.

Figur 19. Andel unika patienter som erhållit patientutbildning de senaste 10 åren. Data rapporteras på nationell nivå, per ålderskategori.



BipolärR mäter andelen patientutbildade de senaste tio åren. Eftersom bipolär sjukdom brukar debutera i det tidigare vuxenlivet behöver siffrorna inte betyda att äldre patienter inte fått utbildning alls. Däremot kan man diskutera behovet av en förnyad patientutbildning för denna grupp. Efter införandet av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid bipolär sjukdom har betydelsen av patientutbildning fått såväl mer uppmärksamhet som att kraven på både struktur och innehåll skärpts. Patienter som patientutbildades för mer än tio år sedan (troligtvis även många i gruppen 51–56 år) skulle dra nytta av en uppdaterad patientutbildning, särskilt som nya behandlingsformer och ny kunskap om sjukdomens ursprung och förlopp tillkommit. Denna patientgrupp har även stor erfarenhet av att leva med bipolär sjukdom, en erfarenhet som vid patientutbildning i grupp under pedagogisk ledning kan överföras till yngre, mer nyinsjuknade patienter.

Figur 20. Andel unika patienter som erhållit patientutbildning de senaste 10 åren. Länsvis registrering där län med fler än 15 registreringar presenteras. Data är selekterade utifrån uppföljningar gjorda 2012.



Tabell till Figur 20. Andel patientutbildade per ålderskategori – länsvis.

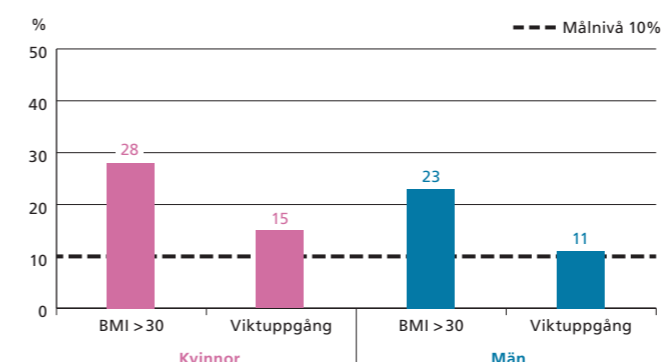
	18–35	36–50	51–65	>65
Stockholm	52	47	39	25
Norrbotten	33	33	18	4
Uppsala	23	46	63	20
Östergötland	29	34	28	15
Kronoberg	48	54	53	17
Kalmar	0	38	8	0
Gotland	100	43	36	13
Skåne	30	24	20	13
Riket	40	38	31	15
Västra Götaland	48	47	32	11
Värmland	8	17	15	0
Örebro	57	46	56	17
Västmanland	25	38	38	0
Gävleborg	0	57	20	0
Västernorrland	13	38	53	100
Jämtland	27	8	17	0
Västerbotten	31	24	22	9

Hälsoperspektivet – BMI och kliniskt signifikant viktuppgång

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

BipolärR rapporterar två kvalitetsindikatorer med anknytning till hälsoperspektivet och vikt: andel patienter med BMI > 30 och andel patienter med snabb viktuppgång. Snabb viktuppgång definieras som ökning med mer än 7 procent av kroppsvikten på ett år. I årsrapporten har mätningen utgått från den vikt som anges i uppföljningsregistrering gjord 2012 och den närmaste föregående gjorda registreringen (ny- eller uppföljningsregistrering).

Figur 21. Andel av uppföljningsregistrerade patienter under 2012 med BMI > 30 och andel av uppföljningsregistrerade som gått upp 7% eller mer av sin kroppsvikt, mellan uppföljning gjord 2012 och närmast föreliggande registrering.

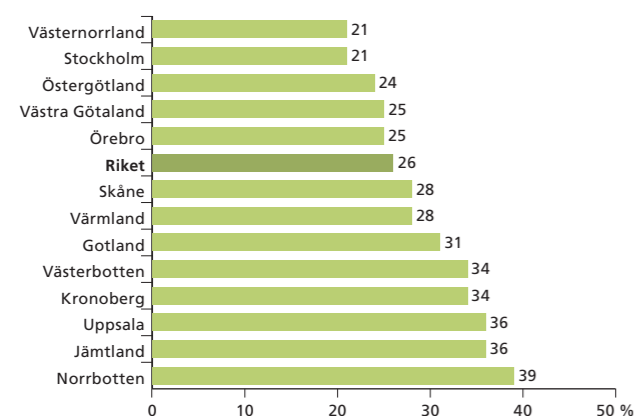


Av alla uppföljningsregistrerade kvinnor år 2012 hade 28 procent ett BMI över 30. För männen var siffran 23 procent. En ökning med tre procentenheter har skett de senaste fem åren, både bland män och kvinnor. Denna indikator anses därför vara stabil över tid på nationell nivå. Även kliniskt signifikant viktuppgång (mer än 7 procent av den egna kroppsvikten på ett år) är stabil över tid på nationell nivå. Kvinnor ligger generellt några procentandelar högre än männen i registret.

BipolärRs rekommenderade målnivå – max 10 procent – är hämtad från Folkhälsoinstitutet och deras rekommendationer för normalpopulationen. Även om behandling vid bipolär sjukdom medför vissa läkemedel som förknippas med viktuppgång som biverkan ser vi ingen anledning att sätta en mindre sträng målnivå för vår population, särskilt med tanke på att många redan är drabbade av somatisk samsjuklighet. Ur ett omvårdnadsperspektiv bedöms viktkontroll snarare som särskilt motiverat.

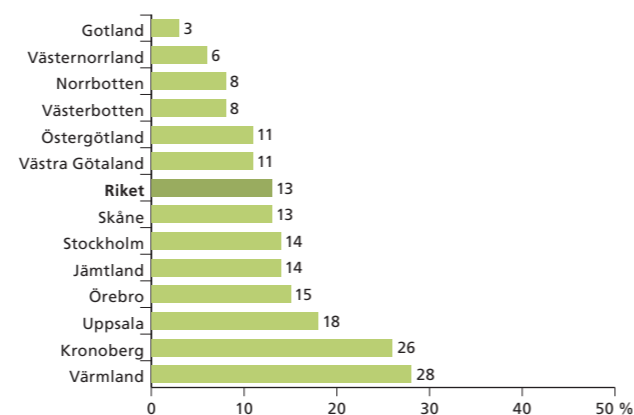
I Figur 22 presenteras data för andel BMI > 30 länsvis (se nästa sida).

Figur 22. Andel patienter av uppföljningsregistrerade 2012 som hade BMI >30. Jämförelse av län med >15 uppföljningsregistreringar.



Det finns stora skillnader mellan länen i andel patienter med BMI > 30. Stockholm och Västernorrland är de län som ligger lägst, även om de fortfarande ligger cirka tio procentenheter över den rekommenderade målnivån. I de län som är orange- och rödmarkerade har en tredjedel eller mer av alla som uppföljningsregistrerades 2012 BMI > 30. I Örebro, Västra Götaland och Östergötland ligger man under riksgenomsnittet men fortfarande över den rekommenderade målnivån. Tre av de fyra Norrlands-län som uppföljningsregistrerade mer än 15 personer 2012 ligger högst i andel patienter med BMI > 30. Här finns ett utmärkt tillfälle för ett regionalt förbättringsarbete, där flera av Norrlands län tillsammans tittar på populationen i allmänhet i relation till övriga Sverige, vilken typ av läkemedel de bipolära patienterna får, livsstil och annat som kan påverka vikten negativt för att sedan formulera en målnivå och börja arbeta med olika typer av hälsoinriktade behandlingsåtgärder för denna målgrupp.

Figur 23. Andel patienter som gått upp 7% eller mer av sin kroppsvikt mellan uppföljning gjord 2012 och närmast föreliggande registrering. Jämförelse av län med >15 uppföljningsregistreringar.

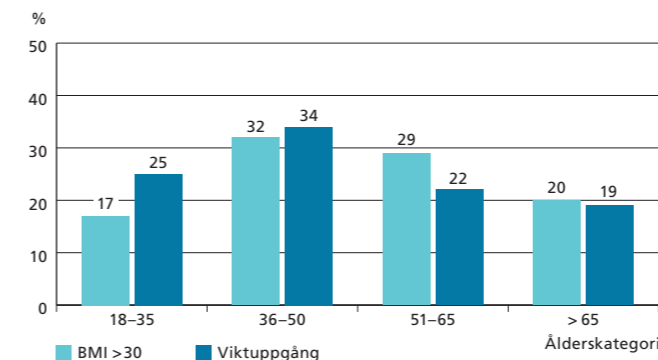


Värmland och Kronoberg sticker ut med en hög andel patienter som ökat mer än 7 procent av sin kroppsvikt av dem som uppföljningsregistrerades under 2012. I Västernorrland och Norrbotten har andelen minskat mellan 2011 och 2012. År 2012 låg Västerbotten och Norrbotten under den rekommenderade målnivån.

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

Andelen med BMI > 30 och kliniskt signifikant viktuppgång i olika ålderskategorier 2012 redovisas i Figur 24.

Figur 24. Andel patienter med BMI >30 respektive kliniskt signifikant viktuppgång per ålderskategori i uppföljningsregistreringar gjorda 2012. Nationell nivå.



BMI > 30 var vanligast bland patienter mellan 36–50 år i uppföljningsregistreringar gjorda 2012. Yngre patienter (18–35) i registret har mer sällan BMI > 30, och inte heller patienter > 65 år.

Patienter i ålderskategorin 36–50 utgör i registret den största andelen med kliniskt signifikant viktuppgång. Fördelningen mellan ålderskategorier är dock jämn i registret 2012. Vi utförde även analyser av tidstrender de senaste fem åren (2008–2012) men dessa visade ingen skillnad över tid. På nationell nivå finns alltså ingen skillnad i BMI eller kliniskt signifikant viktuppgång som går att härleda till ålder.

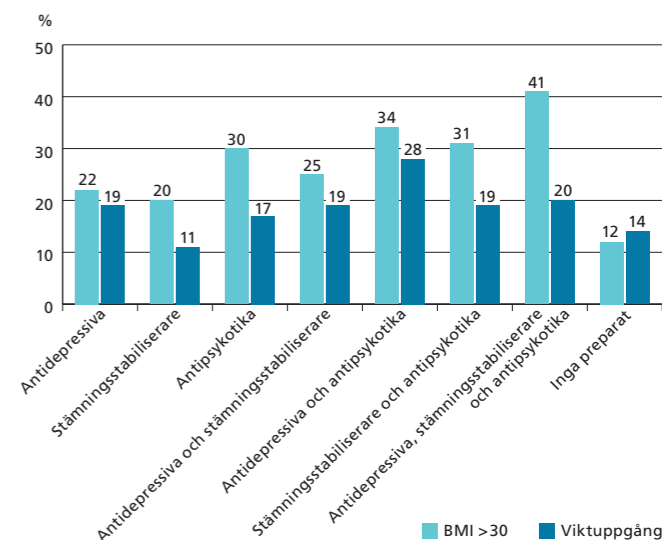
Det finns dock stora skillnader mellan olika län, vilket föranleder rekommendationer från registret att upprätta olika regionala vårdprogram med speciellt fokus på hälsoperspektivet. I dessa bör man även inom länet utreda eventuella skillnader per ålderskategori.

Vikt och olika typer av läkemedel

Det finns många olika samverkande faktorer som påverkar vikt och viktutveckling och i många fall kan det diskuteras i vilken utsträckningen behandlaren kan och bör intervernera. När det gäller förskrivning av olika typer av läkemedel som förknippas med viktuppgång som biverkning är dock behandlaren ansvar tydligare. I den mån övriga behandlingsutfall inte påverkas negativt bör läkemedel som är förknippade med viktuppgång som biverkan bytas ut mot andra för att minska risken för somatiska följsjukdomar som till exempel metabolt syndrom.

I Figur 25 presenteras andel patienter i uppföljningsregistreringar 2012 som förskrivits olika kombinationer av läkemedel och andelen med BMI > 30 i respektive kategori, samt andel med kliniskt signifikant viktuppgång mellan uppföljningsregistrering gjord 2012 och föregående registrering.

Figur 25. Andel patienter med BMI >30 och kliniskt signifikant viktuppgång av dem som i uppföljningsregistreringar 2012 förskrivits respektive preparat eller preparatkombinationer.



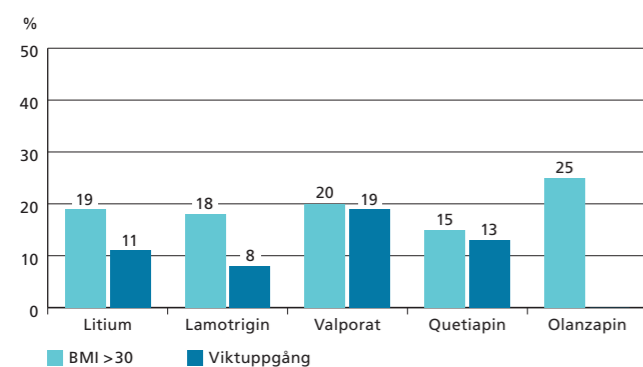
Andelen med BMI > 30 är störst (41 procent) bland patienter som förskrivits en kombination av antidepressiva, antipsykotika och stämningstabiliserande preparat. Andelen med kliniskt signifikant viktuppgång, som främst förknippas med överrisk för metabolt syndrom och andra somatiska följsjukdomar, är dock högst i gruppen som förskrivits antidepressiva och antipsykotika. Man kan därför anta att ett högt BMI bland dessa patienter i första hand inte är orsakat av preparaten, utan att preparatkombinationen troligtvis förskrivs till en grupp där andelen med högt BMI är stor – till exempel en grupp som på grund av långa perioder i depression, som slutenvårdas ofta eller länge eller av andra anledningar gått upp i vikt.

Störst andel patienter med kliniskt signifikant viktuppgång mellan uppföljning gjord 2012 och närmast föreliggande registrering återfinns i gruppen som förskrivits antidepressiva preparat tillsammans med antipsykotika (28 procent). Både antidepressiva och antipsykotika preparat tycks vara förknippade med mer frekvent förekomst av kliniskt signifikant viktuppgång och särskilt kombinationen av dem tillsammans, vilket tyder på en adderande effekt.

Lägst andel med kliniskt signifikant viktuppgång hade patienter som förskrevs stämningsstabilisere. Andelen var även lägre i gruppen som saknar preparat (15 procent). Ur ett hälsoperspektiv verkar endast stämningsstabilisere mer sällan vara förknippat med viktproblem, även om orsakssambanden inte går att fastställa. Observera att analysen inte heller svarar på andelen med BMI > 30 eller kliniskt signifikant viktuppgång varierar beroende på om patienten har en stämningsstabilisere eller en kombination av flera stämningsstabilisere.

Ovanstående analyser är dock gjorda utifrån preparatgrupp. För att vidare utreda om olika typer av läkemedel inom respektive preparatgrupp skiljer sig med avseende på andel patienter med BMI > 30 och/eller kliniskt signifikant viktuppgång presenteras i Figur 26 andel patienter av uppföljningsregistrerade 2012 som har ett BMI > 30 samt förskrivits något av de vanligast förekommande läkemedlen i registret.

Figur 26. Andel av uppföljningsregistrerade under 2012 med BMI > 30 respektive kliniskt signifikant viktuppgång av de vanligast förekommande stämningsstabiliserarna och antipsykotika (monoterapi) i Bipolär.



En analys av de vanligaste läkemedlen i registret visar att andelen med BMI > 30 är störst (25 procent) bland patienter som i uppföljningsregistreringar 2012 förskrevs olanzapin (antipsykotika). Dataunderlag för beräkning av kliniskt signifikant viktuppgång saknas dock för denna grupp. Andelen med BMI > 30 är likvärdig i de tre grupperna med olika typer av stämningsstabilisere, däremot är andelen med kliniskt signifikant viktuppgång större bland dem som förskrivits valproat. Det skiljer tre procentenheter mellan gruppen som förskrivits litium och lamotrigin med avseende på kliniskt signifikant viktuppgång, vilket inte är en tillräckligt markant skillnad för att utifrån detta underlag utfärda rekommendationer. Snarare rekommenderas vidare forskning för att utröna om skillnader i risk för negativa biverkningar på vikten föreligger annat än i slumpmässiga fall.

Quetiapin, också ett antipsykotika, är förknippat med en något lägre andel patienter med BMI > 30. Andelen i denna grupp är 15 procent, precis som i gruppen som förskrevs lamotrigin. Bland dem som förskrivits litium var andelen 19 procent.

Generellt är alltså antipsykotika och främst olanzapin förknippat med BMI > 30 bland dem som uppföljningsregistrerats i Bipolär 2012. Högst andel med BMI > 30 hade dock de som stod på valproat. Litium hade minst andel med BMI > 30. Ur ett hälsoperspektiv med övervikt och medföljande riskfaktorer som medföljer antyder 2012 års data att litium är att föredra. Det kan också finnas andra förklaringar till dessa skillnader, exempelvis att de med högt BMI i större utsträckning förskrivs antipsykotika och valproat. Kausalitet kan inte bestämmas från registerdata.

Hälsoperspektivet – sammanfattning och slutsats

De analyser som presenteras medger inte slutsatser av kausal natur, det vill säga slutsatser om huruvida vissa preparat orsakar viktuppgång. Kvalitetsregisterdata visar dock en statistisk samverkan mellan vissa preparat och högt BMI och/eller kliniskt signifikant viktuppgång. Antipsykotika och antidepressiva läkemedel är mest förknippade med BMI > 30 och/eller kliniskt signifikant viktuppgång. Stämningsstabiliserande läkemedel och främst litium förknippas i mindre utsträckning med hög vikt. Då stora skillnader i BMI och kliniskt signifikant viktuppgång förelåg mellan länen rekommenderar Bipolär olika regionala eller länsvisa översyn av läkemedelsförskrivning i kombination med viktindikatorer för att – om möjligt – utveckla behandlingsprogram ur hälsoperspektivet där även läkemedelsgenomgång ingår.

Hur går det för patienterna?

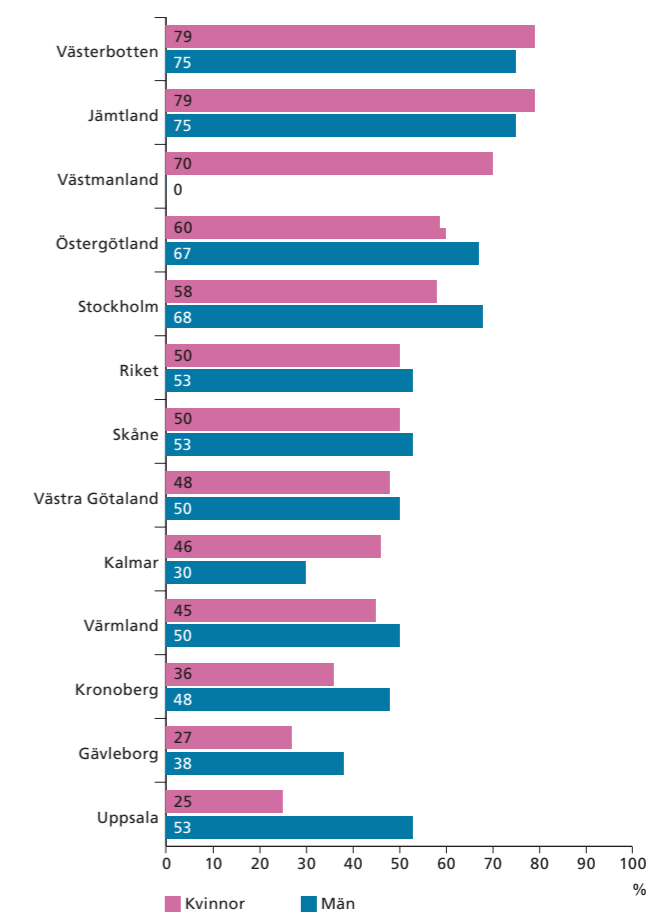
I den mognadsfas Bipolär befinner sig 2012 är följsamhet till nationella riktlinjer parallellt med ökad kvalitetsregistrering fortfarande i fokus. Med varierande täckningsgrad och bristande jämlikhet i behandlingsrutiner och inte minst – ett sjukdomsförlopp som varierar starkt både inom och mellan individer – är det svårt att göra meningsfulla tolkningar på nationell nivå av behandlingsutfall. Data från Bipolär används idag endast i forskningssammanhang för att analysera samband mellan behandling och utfall. Om några år av kvalitetsregisterutveckling ser vi dock möjligheter att även återkoppla den typen av kunskap direkt ut i de kliniska verksamheterna, som stöd i olika verksamhetsutvecklingsfrågor.

Andel i arbete

En hälsoekonomisk studie (Ekman, M., Omerov, S., Jacob, J., Granström, O., & Landén, M., 2010) har visat att den största samhällsekonomiska kostnaden för bipolär sjukdom är arbetsbortfall. Att kunna delta på arbetsmarknaden är en viktig funktionsindikator och nedan redovisas andelen patienter i Bipolär som länsvis var aktiva på arbetsmarknaden i någon form under 2012.

Andelen patienter i någon form av sysselsättning var under 2012 störst i Västerbotten och Jämtland. I dessa län förelåg heller inga könsskillnader. Västmanland, Östergötland och Stockholm hade även de en hög andel av registrerade som deltagit på arbetsmarknaden. I Västmanland fanns dock inga män registrerade 2012 som deltagit i arbetsmarknaden. Skåne och Västra Götaland var jämförbara med riskgenomsnittet i Bipolär 2012, och inte heller i dessa län förelåg könsskillnader. I Kalmar län var större andel kvinnor än män av de som registrerats 2012 aktiva på arbetsmarknaden under året, medan Kronoberg hade färre aktiva män. Även i Gävleborg och Uppsala förelåg en könsskillnad, och dessa län hade också lägst andel aktiva på arbetsmarknaden av dem som registrerats i Bipolär 2012.

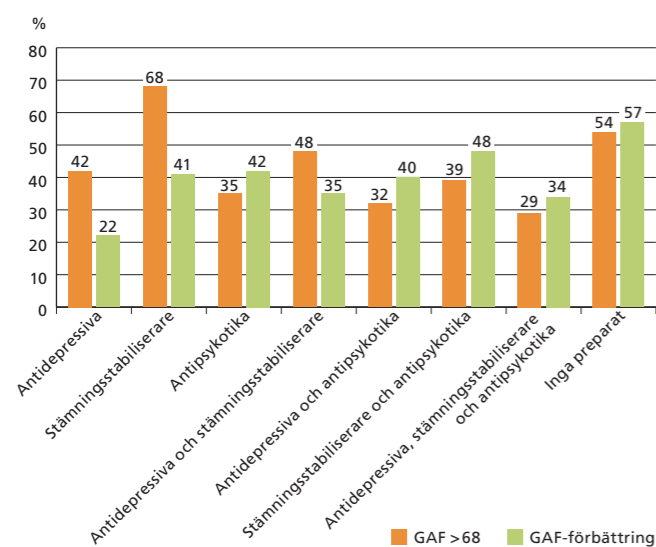
Figur 27. Andelen registrerade som deltagit i arbetsmarknaden i någon form (förvärvsarbete, skyddad anställning på hel- eller deltid) 2012. Data presenteras länsvis för län med > 15 registreringar gjorda 2012.



GAF funktion

GAF (Global Assessment of Functioning scale) är ett sätt för kliniker att med hjälp av en strukturerad skala skatta funktionsförmåga hos patienterna. Skalan sträcker sig mellan 1 och 100, där 100 indikerar full funktionsförmåga och 1 total avsaknad av funktionsförmåga. Vi har använt GAF funktionskattning > 68 poäng som en kliniskt signifikant indikator på "normal" funktionsförmåga, det vill säga skattningar över 68 förknippas med tillräcklig funktionsförmåga för att klara av ett vardagligt liv i arbete. Nedan redovisas andelen patienter som uppföljningsregistrerades första gången i Bipolär 2012 med GAF funktionskattningar > 68 per förskrivna preparat. I diagrammet redovisas även andelen patienter som förbättrats mer än 5 poäng på GAF funktionskattningen mellan första uppföljningsregistrering gjord 2012 och nyregistrering.

Figur 28. Andel patienter med GAF funktion > 68 respektive GAF förbättring > 5 per preparatgrupp.

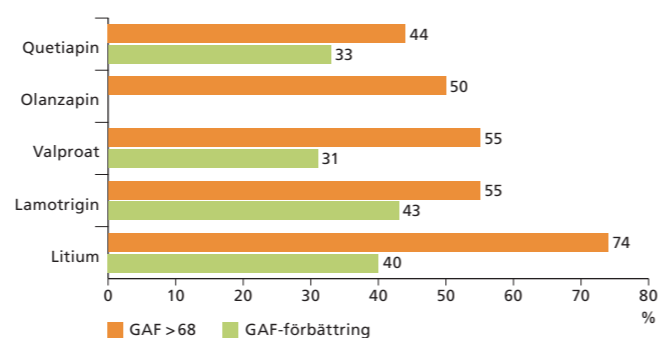


Som grupp betraktat hade patienter som saknade preparat högst andel med GAF > 68 samt flest andel som förbättrats mellan nyregistreringen och första uppföljningen. Högsta andel patienter med GAF > 68 återfanns bland patienter med stämningsstabiliserare, medan gruppen som förbättrats mest mellan nyregistrering och första uppföljning återfanns bland dem som förskrivits en kombination av stämningsstabiliserare och antipsykotika. Denna grupp hade dock lägre andel med GAF > 68 vilket antyder att antipsykotika haft en god behandlingseffekt men förskrivits till personer som haft mer nedsatt funktionsförmåga, det vill säga varit svårare sjuka.

Tabell 7. Antal patienter som ingår i analyser av andel med GAF > 68, och andel med GAF förbättring > 5 poäng mellan nyregistrering och första uppföljning per preparatgrupp.

Preparatgrupp	Antal GAF > 68	GAF-förbättring > 5 poäng
Antidepressiva	88	27
Stämningsstabiliserare	1 076	202
Antipsykotika	107	24
Antidepressiva och stämningsstabiliserare	691	202
Antidepressiva och antipsykotika	91	25
Stämningsstabiliserare och antipsykotika	538	101
Antidepressiva, stämningsstabiliserare och antipsykotika	339	85
Inga preparat	144	23

Figur 29. Andel patienter med GAF funktionskattning > 68 poäng, och eller GAF förbättring med mer än fem poäng mellan nyregistrering och första uppföljningsregistrering gjord 2012.



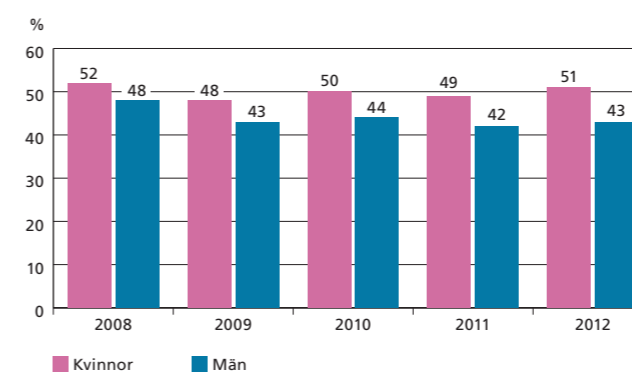
Högst andel med GAF > 68 återfinns i gruppen som förskrivits litium. Andelen med GAF > 68 är högre i alla tre grupper som behandlats med stämningsstabiliserare än gruppen som behandlats med antipsykotika. Analysen är inte kausal, det vill säga det går inte att dra slutsatser om huruvida de olika läkemedlen ger mer eller mindre effekt på funktionsförmågan. Det är sannolikt att anta att antipsykotika förskrivs till personer som har svårare symptom och lägre GAF funktionspoäng än patienter som behandlas med litium. Störst andel med GAF förbättring mer än fem poäng mellan nyregistrering och första uppföljning finns i gruppen som förskrivits lamotrigin. Skillnaden mellan andelen som förskrivits lamotrigin och litium är tre procentenheter. Underlag saknas (färre än 15 uppföljningsregistreringar 2012) för att beräkna andelen med GAF förbättring mer än fem poäng i gruppen som förskrivits olanzapin.

Återfall i skov

Återfall i skov är ett av de viktigaste resultatmått i Bipolär eftersom det övergripande indikerar hur väl behandlingen fungerar. Målet är att den behandlade patienten ska ha noll återfall under den period (här 12 månader) som uppmäts. Resultatet varierar dock beroende på ett flertal faktorer utom behandlarnas direkta kontroll såsom patientens följsamhet till förskrivna läkemedel, patientens övriga livsföring och livssituation samt även beroende på sjukdomens utveckling och natur.

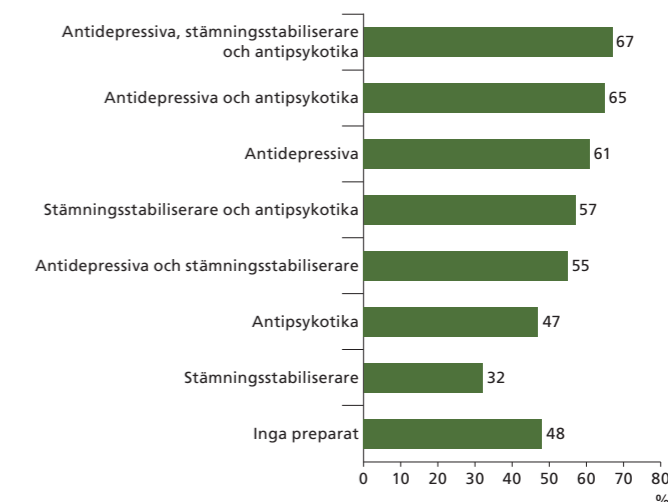
Bipolär rekommenderar anslutna enheter att regelbundet ta ut, granska och följa statistik över antal återfall i skov de senaste 12 månaderna (från uppföljningsregistreringar) för enhetens patienter. Återfall i skov kan följas per underdiagnos, per kön och per läkemedelsgrupp för fördjupad information och i anslutning till genomförda behandlingsmodeller och insatser. Vid jämförelser med andra enheter, län eller riksgenomsnitt bör alltid fördjupad case-mix analys utföras parallellt för att möjliggöra tolkning av data.

Figur 30. Andel som återfallit i skov (ja/nej) de senaste fem åren.



Andelen som återfallit i skov de senaste fem åren är stabil på nationell nivå. Kvinnor återfaller med några procentenheter oftare än män och könsskillnaderna har ökat de senaste fem åren. Det bör utredas vidare om ökningen har samband med de förändringar vi ser i förskrivning, där litium minskat bland kvinnor.

Figur 31. Andel patienter av dem som förskrivits respektive preparat eller kombinationer av preparat som uppföljningsregistrerades 2012 och återfallit i skov (ja/nej) de senaste 12 månaderna.

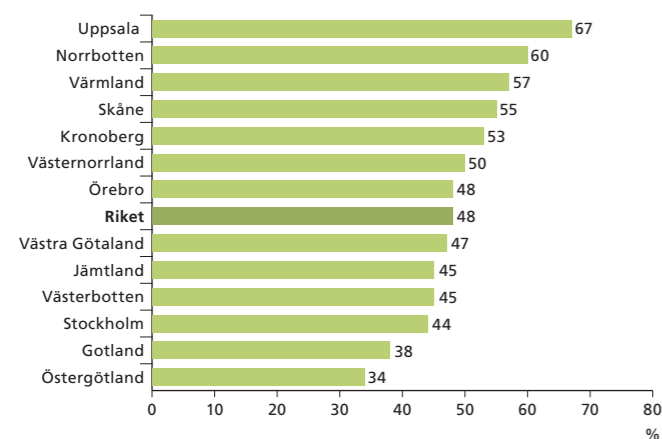


De patienter som förskrivits enbart stämningsstabiliserare har lägst andel återfall. Näst lägst har gruppen som förskrivits enbart antipsykotika. Högst andel återfall i skov har de grupper som förskrivits antidepressiva läkemedel. Den höga andelen i återfall gäller både om man förskrivits enbart antidepressiva eller får antidepressiva i kombination med andra preparat. Även gruppen med en kombination av antipsykotika och stämningsstabiliserare har en hög andel återfall i skov. Analysens upplägg medger inte slutsatser om orsakstillstånd, men det är sannolikt att kombinationen antipsykotika och stämningsstabiliserare ges till en grupp med svårare symptom. När det gäller eventuella kausala samband mellan antidepressiva läkemedel och återfall i skov krävs mer forskning.

Tabell 8. Antal patienter som ingår i analyser av andel återfall i skov (ja/nej) de senaste 12 månaderna i uppföljningsregistreringar gjorda 2012.

Preparat	Antal
Antidepressiva	97
Stämningsstabiliserare	1 120
Antipsykotika	110
Antidepressiva och stämningsstabiliserare	744
Antidepressiva och antipsykotika	95
Stämningsstabiliserare och antipsykotika	574
Antidepressiva, stämningsstabiliserare och antipsykotika	363
Inga preparat	154

Figur 32. Andel återfall i skov (ja/nej) de senaste 12 månaderna bland uppföljningsregistrerade 2012. Data presenteras länsvis för län med >15 registreringar.

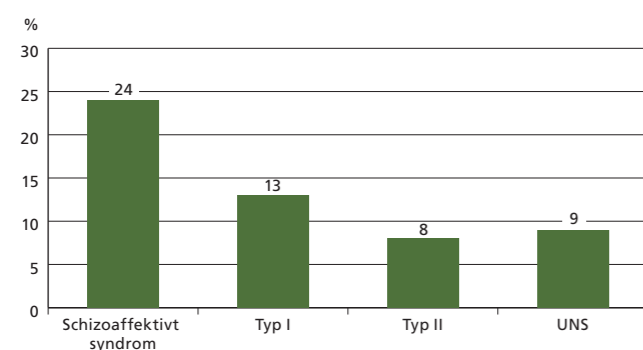


Det är stor skillnad mellan länen. Västerbotten, Stockholm och Västra Götaland – tre län som har en förhållandevis hög registreringsgrad (och därmed något mer stabila data) ligger alla under riksgenomsnittet på 48 procent. Högst andel med återfall har Uppsala län. Skåne, som också har en hög registreringsaktivitet, ligger över riksgenomsnittet.

Slutenvård

Av de kvinnor som uppföljningsregistrerats 2012 hade 12 procent slutenvårdats de senaste 12 månaderna. Bland männen var siffran 10 procent. Siffran har inte ändrats de senaste fem åren.

Figur 33. Andel slutenvårdade per underdiagnos 2012.



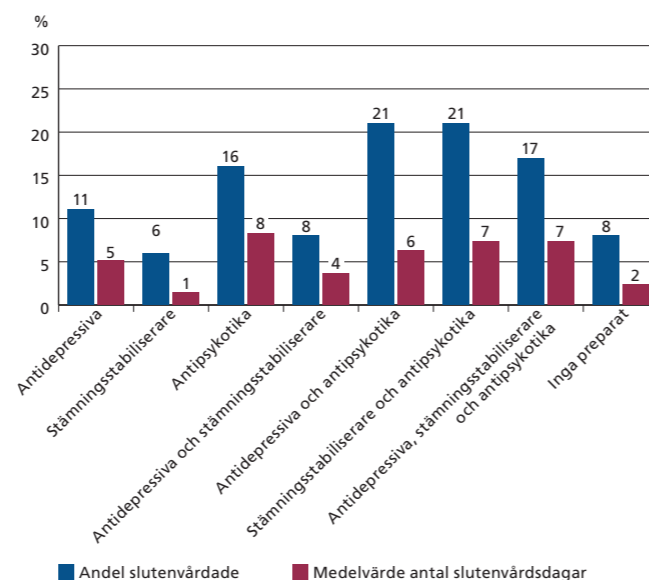
Störst andel av slutenvård senaste 12 månaderna stod gruppen med schizoaffectivt syndrom för. Minst vanligt var att patienter med underdiagnosen bipolärt syndrom UNS slutenvårdats. Inga förändring av andelarna mellan olika underdiagnoser har skett de senaste fem åren.

Andel slutenvård per preparat redovisas i Figur 34.

Tabell 9. Medelvärde antal slutenvårdsdagar per underdiagnos.

Underdiagnos	Medelvärde antal slutenvårdsdagar (StD)	95% KI	
		KI nedre gräns	KI övre gräns
Schizoaffectivt syndrom	9,3 (30)	3,7	14,9
Typ I	5,3 (23)	4,1	6,5
Typ II	2,6 (15)	1,7	3,5
UNS	2,8 (15)	1,6	4,0

Figur 34. Andel som slutenvårdats samt medelvårdtid, per preparatgrupp, 2012.



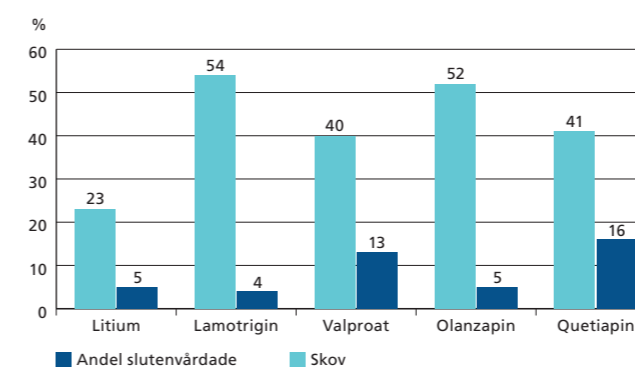
Lägst andel som slutenvårdats fanns i gruppen med stämningsstabiliserare. Även gruppen med stämningsstabiliserare och antidepressiva hade låg andel med slutenvård, och ett lågt medelvärde i antal slutenvårdsdagar. Högst andel som slutenvårdats återfanns i gruppen som förskrivits en kombination av antidepressiva och antipsykotika, samt gruppen som förskrivits en kombination av stämningsstabiliserare och antipsykotika. Det går inte att dra några slutsatser om kausala samband utifrån data. Det vill säga det går inte att säga utifrån resultatet att en viss typ av preparat eller preparatkombination leder till fler eller färre återfall. Det är rimligt att anta att en grupp med svåra symptom förskrivs till exempel både stämningsstabiliserare och antipsykotika.

Tabell 10. Medelvärde, standardavvikelse och konfidensintervall för antal slutenvårdsdagar per preparat/kombination.

Preparat/kombination	Medelvärde antal slutenvårdsdagar (StD)	95% KI	
		KI nedre gräns	KI övre gräns
Antidepressiva	5,1 (35)	-1,9	12,1
Stämningsstabiliserare	1,4 (8)	0,9	1,9
Antipsykotika	8,3 (25)	3,6	13,0
Antidepressiva och stämningsstabiliserare	3,7 (21)	2,2	5,2
Antidepressiva och antipsykotika	6,3 (19)	2,5	10,1
Stämningsstabiliserare och antipsykotika	7,3 (23)	5,4	9,2
Antidepressiva, stämningsstabiliserare och antipsykotika	7,4 (28)	4,5	10,3
Inga preparat	2,4 (14)	0,2	4,6

I första hand gruppen med stämningsstabiliserare (monoterapi) och i andra hand gruppen med antipsykotika (monoterapi) hade såväl också lägsta andelen återfall i skov som lägsta andelen slutenvård 2012. I Figur 35 återges andelen som återfallit i skov och/eller slutenvårdats baserat på vilken typ av stämningsstabiliserande läkemedel (litium, lamotrigin eller valproat) som förskrevs i uppföljningsregistrering 2012.

Figur 35. Andel av uppföljningsregistrerade 2012 som återfallit i skov (ja/nej) och/eller slutenvårdats de senaste 12 månaderna redovisat per läkemedel.



Alla lägst andel återfall i skov de senaste 12 månaderna, i uppföljningsregistrering 2012 hade gruppen som förskrivits litium. Andelen med slutenvård (ja/nej) de senaste 12 månaderna i uppföljningsregistrering gjord 2012 var högre bland patienter som förskrivits valproat eller quetiapin. Högst andel återfall i skov de senaste 12 månaderna hade gruppen som förskrivits lamotrigin.

Resultatanalys 2012

Bipolär har under de senaste åren haft särskilt fokus på följsamhet till Socialstyrelsens nationella riktlinjer vid vård av patienter med bipolärt syndrom. Vi har följt förskrivningen av litium och rapporterat om en nedåtgående trend i förskrivningen. Nedgången syns både bland män och kvinnor men särskilt bland kvinnor i Bipolär med bipolärt syndrom typ II. I årsrapporten 2012 ser vi dock att även andelen kvinnor med bipolärt syndrom typ I som förskrivs litium minskat markant. Den nedåtgående trenden av litiumförskrivning sker parallellt med en ökning av lamotriginförskrivning och även en viss ökning av quetiapin. Analyser av olika resultatmått utifrån typ av preparat och/eller läkemedel visar att stämningsstabiliserare och framför allt litium sammanfaller med goda resultat. Andelen med BMI > 30 och kliniskt signifikant viktuppgång är lägre bland patienter som förskrivits litium. Andelen med GAF funktionskattning > 68 poäng och andelen som återfallit i skov är lägre. Så även andelen som slutenvårdats. Andelen som haft återfall i skov var markant högre bland patienter som förskrivits lamotrigin.

Resultaten går inte att styrka som kausala, det vill säga att litium har bättre effekt än andra läkemedel. För att dra sådana slutsatser måste data bearbetas så att man kan studera olika behandling och utfall longitudinellt, till exempel genom regressionsanalyser med data från flera olika tidsperioder. Givet storleken på Bipolärs databas och det ökande antalet uppföljningsregistreringar på individnivå kan sådana frågeställningar beforskas på redan insamlade registerdata, och nå tillförlitliga resultat.

Resultaten från årsrapporten 2012 utgör dock en utmärkt grund för diskussion inom professionen under 2013 – vilka behandlingstrender och rutiner råder på enskilda mottagningar? Hur ser vårdprogrammen på regional nivå ut – vilka behandlingsrekommendationer ges? I vilken utsträckning följs Socialstyrelsens nationella riktlinjer?

De data som presenteras i årsrapporten 2012 är att betraktas som ett underlag för olika kliniska utvecklingsarbeten och Bipolär rekommenderar alla anslutna enheter att följa upp de presenterade resultaten på lokal nivå, gärna inom ramen för Bipolärs regionala förbättrings-samarbeten. Tag kontakt med er regionala koordinator (för kontaktuppgifter, se www.bipolar.kcp.se) eller med registerledningen för vidare samtal.

Hur använder vi kunskapen?

“Här följer vi upp vårdens kvalitet. Kvalitetsuppföljning görs inom många av sjukvårdens områden och innebär...”. Så kan informationen inledas kring kvalitetsregister inom sjukvården, kompletterat med noggrann information om Bipolär och vid uppföljningar: **“Idag är det dags för uppföljning av din behandling.”**

Kvalitetsuppföljningen i Bipolär är ett av de viktiga mötena mellan patient och behandlare. Uppföljning görs årligen och det kopplas lämpligen till att man tillsammans utvärderar den aktuella vårdplanens måluppfyllelse, uppdaterar handlingsplanen (krisplanen) och utformar ny vårdplan. Variabel för variabel i Bipolär går igenom antingen strikt efter ordningen i formuläret eller där de passar bäst in under samtalet. På individnivå kan jämförelser göras med personens tidigare uppföljningar och på gruppnivå kan information om resultat ges för viktiga kvalitetsindikatorer som följs upp i Bipolär. Den här typen av besök slutar oftast med ett handslag och responsen att ”det här var ett bra och konstruktivt möte, nu har vi en plan”.

I Bipolär har vi hittills i huvudsak kunnat följa frekvensdata, som i sig gett tankeväckande information och som varit intressanta att följa även om underlaget inte varit så stort. Bland annat har de senaste årsrapporterna visat en successivt sjunkande litiumförskrivning för de personer som är med i kvalitetsregistret. Trenden gäller både män och kvinnor men är mest påtaglig för kvinnor och trenden kan inte förklaras av att det skett en ökning av andelen med bipolär sjukdom typ II.

Med uppgifter om vårdinsatser och resultat för över 8000 unika personer runt om i landet börjar vi få volym och med ett allt större antal uppföljningstillfällen medges möjligheter att också börja studera samband mellan olika variabler. I årets rapport finns analyser som talar för att en generellt minskande användning av litium inte är tillräddlig. Val av läkemedel har kopplats till några olika resultatmått och vi ser skillnader mellan typ av läkemedel och samband med högt BMI, snabb viktuppgång, återinsjuknande i affektivt skov och förekomst av slutenvård. När det gäller återinsjuknande visar siffrorna att personer med litium som monoterapi har den lägsta andelen återfall i skov och att de, jämfört med övriga, i mindre omfattning vårdats inom slutenvård mellan mät-tillfällena. Flera frågor infinner sig men den stora frågan är om en mer konsekvent användning av litium skulle innebära en större möjlighet för fler personer att befinna sig i remission med bibehållen funktionsförmåga, fullgod livskvalitet och undvikande av de allvarliga konsekvenser och lidanden som återinsjuknanden medför?

I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 finns på goda grunder tydliga rekommendationer för läkemedelsbehandling vid bipolär sjukdom. Rekommendationerna skiljer lite för barn och ungdomar jämfört med vuxna men för samtliga har litium högsta prioritet vid förebyggande behandling och mycket hög prioritet vid behandling av maniska och depressiva skov.

Vad beror då den minskande användningen av litium på? Är det oro för biverkningar? Är det en ökad tilltro till andra läkemedel? Är det upplevelse av att litiumbehandling är svår att monitorera och att de personer som har behandling med litium binds upp för mycket med blodprovstagning och kontroller? Eller - är det en omedveten förändring i läkemedelsförskrivningen som medför denna förskjutning? Med de siffror som 2012 års rapport visar finns det anledning att vi ställer oss dessa och andra frågor och att vi, vid sidan av det samlade grepp som Bipolär tagit i rekommendationen att minst 70 procent av patienter med bipolär sjukdom typ I förskrivs litium, också inom den egna verksamheten på allvar aktivt medvetandegör, diskuterar och ser över eventuella behov av förändring i förhållningssätt och behandlingsrutiner.

Även för andra verksamhetsförbättringar finns i Bipolär flera relevanta processmått värda att följa upp och stämna av mot. Lokala och regionala behov avgör vilka mått och kvalitetsindikatorer som i den egna verksamheten är underlag för de bästa förbättringsåtgärderna och den största patientnyttan. Med hjälp av data som bygger på de uppgifter vi själva fortlöpande dokumenterar om den vård våra patienter får har vi med Bipolär en unik möjlighet att både följa hur det ser ut inom den egna verksamheten, vilka behandlingsmetoder vi använder företrädesvis och koppla dessa till hur det går, samt göra jämförelser med medelvärden för hela riket eller andra delar av landet.

Använd resultaten från Bipolär som underlag för diskussioner inom den egna verksamheten och med den enskilda patienten i samband med uppföljning av vården. Se över rutiner för uppföljning och följsamhet till riktlinjer och vårdprogram. Gör innehållet i Bipolär till ett naturligt redskap vid generering av förbättringsområden där avstämning mot mätpunkter och möjlighet till nationell jämförelse är av värde.

Ett bra kvalitetsregister ska fungera som ett hjälpredskap för anslutna verksamheter i sin strävan att ständigt förbättra vården. **Det första steget i denna process** är att kartlägga verksamheten för att kunna identifiera möjliga förbättringsområden. Under 2012 har Bipolär levererat rapporter till såväl olika landsting och regioner, som till lokala enheter. Bipolär har även varit ute i verksamheterna och fört en dialog med behandlare både kring relevanta behandlingsfrågor som kvalitetsregistrets nytta och användningsområden.

Det andra steget för anslutna enheter är att sätta mål för kontinuerlig uppföljning. Bipolär har fyra rekommenderade förbättringsområden (litiumbehandling, patientutbildning, hälsofrämjande arbete med fokus på BMI och strukturerad utredning) med angivna målnivåer, men det står naturligtvis enheterna fritt att sätta egna mål och arbeta med andra förbättringsområden. Bipolärs rekommenderade förbättringsområden på nationell nivå avser olika behandlingsstrategier som återfinns i nationella riktlinjer eller evidens. Vi föreslår våra enheter att själva sätta förbättringsmål som rör patienternas funktionsförmåga (GAF, CGI, återfall i skov, slutenvård eller arbetsförmåga) för att främja vården. Det finns olika sätt att formulera förbättringsmål. Bipolär har för våra rekommenderade förbättringsområden satt målnivåer att nå upp – eller ner – till. Till exempel ”minst 70 procent av alla patienter med bipolärt syndrom typ I ska behandlas med litium”. Man kan även formulera relativa förbättringsmål som ”på ett år ska vi halvera antalet slutenvårdsdagar för våra patienter med schizoaffektivt syndrom, manisk typ” eller ”under kommande tvåårsperiod ska vi fördubbla antalet patientutbildade”.

Det tredje steget är att begära data från kvalitetsregistret för att stämma av sina målsättningar. För att stimulera till en ökad aktivitet på detta område och samtidigt stödja enheterna att komma igång med regelbundna återkopplingar från inmatade kvalitetsregisterdata startade Bipolär under 2012 ett nationellt förbättringssamarbete.

Bipolärs förbättringssamarbeten – registrets stöd till anslutna enheter

Syftet med förbättringssamarbetet är att stimulera till ökad användning av kvalitetsregister i utvärdering av förbättringsarbete, ge erfarenhet och rutiner kring att driva självständiga, fortlöpande kvalitetsförbättringsarbeten med stöd av Bipolär som en integrerad del av verksamheten, samt etablerat fungerande och hållbara rutiner för registrering (nyregistrering och årsuppföljning). Projektet förväntades även bidra till att öka täckningsgraden i registret och ge deltagande enheter möjligheter till erfarenhetsutbyte kring kliniska rutiner och sprida ”goda exempel”.

Åtta enheter från hela landet medverkar i projektet.

Tabell 11. Deltagare i Bipolärs nationella förbättringssamarbete

Enhet	Landsting	Typ av enhet
1. Område allmänpsykiatri i Malmö	Region Skåne	Allmänpsykiatrisk öppenvård
2. VO Vuxenpsykiatri i Kristianstad (Kristianstad/Hässleholm)	Region Skåne	Allmänpsykiatrisk öppenvård
3. Psykiatriska mottagningen i Västervik	Kalmar	Allmänpsykiatrisk öppenvård
4. Psykiatriska öppenvårds-mottagningen Arlööv	Region Skåne	Allmänpsykiatrisk öppenvård
5. Vuxenpsykiatri Allmänpsykiatriska enheten Växjö	Kronoberg	Allmänpsykiatrisk öppenvård
6. Vuxenpsykiatri Allmänpsykiatriska enheten Ljungby	Kronoberg	Allmänpsykiatrisk öppenvård
7. Affektivt centrum i Göteborg	VGR	Subspecialiserad
8. BUP-kliniken i Norrköping	Östergötland	Allmänpsykiatrisk öppenvård (BUP)

Förutsättningar och villkor för deltagande

En förutsättning för att delta är att man samtidigt registrerar i Bipolär. En hög täckningsgrad vid projektets start är dock inte ett nödvändigt krav, däremot är en poäng med projektet att enheten vid projektets slut har nått en hög individbaserad täckningsgrad (50–80 procent av patienterna som nybesökt enheten under projekttiden, samt att årsuppföljningar genomförts och kontinuerligt registrerats). Vidare krävs att enheten kan utse en projektansvarig person som kommer att finnas tillgänglig under hela projekttiden. Denna person sköter kontakter med kvalitetsregistret, får information inför träffar samt ansvarar för dialogen mellan enheten och kvalitetsregistret, mellan enheten och projekthandledaren samt mellan enheten och kontaktpersoner för andra deltagande enheter där så behövs. Det krävs även att enheten har möjlighet att bekosta resor och logi vid gemensamma träffar.

Projektmodell

Enheterna förbinder sig att delta i projektet som varar under 15 månader samt att under tiden aktivt arbeta parallellt med att etablera hållbara rutiner för kvalitetsregistrering i Bipolär.

Varje enhet identifierar och definierar själva ett förbättringsområde man vill arbeta med. Området måste dock vara möjligt att utvärdera i kvalitetsregistret Bipolär. Förbättringsområden kan vara både process- och resultatmätt.

Deltagande enheter kallas till gemensamma seminarie-träffar vid fyra tillfällen under projektidens gång: en inledningsträff, en avslutningsträff där resultaten redovisas samt två avstämningsträffar däremellan där deltagande enheter redovisar hur projekten framskrider, stöttar varandra, delar erfarenheter samt delger registret önskemål om kvalitetsförbättring och utveckling som förbättrar möjligheten till att använda Bipolär i verksamhetsförbättringsprojekt.

Varje träff består av tre delar: **1)** dialog mellan enheterna, **2)** Kompetensutveckling inom bipolärvård, **3)** Kvalitetsutveckling av Bipolär. Mellan träffarna arbetar enheterna självständigt med sina respektive förbättringsprojekt på hemmaplan. Bipolär erbjuder under projekttiden enheterna viss handledning (stöd och återkoppling angående val av förbättringsområde, formulering av resultatmål), upplägg av det kliniska förbättringsarbetet (föreslå strukturer och rutiner, erbjuda kunskap om evidensbaserade vårdinsatser, stödja vid författande av rapporter och presentationer vid avstämning av resultat till andra deltagande enheter).

Projekt mål

Förutom att stimulera kliniska förbättringsarbeten med hjälp av Bipolär, som är projektets huvudsyfte, är en annan viktig målsättning att öka täckningsgrad och datakvalitet i registret. Genom den projektmodell som valts hoppas vi även att projektet ska stimulera nätverkande och samarbete mellan olika enheter runtom i landet. De gemensamma träffarna hoppas vi ska ge inspiration till hur man kan arbeta med förbättringsprojekt då medverkande enheter själva väljer sitt förbättringsområde (vilket kan formuleras lika bra i termer av processmätt som resultatmätt). Självklart är också ett syfte att goda resultat och praxis ska spridas mellan medverkande enheter. Sist men inte minst är ett av projektmålen att kvalitetsutveckla Bipolär för ändamålet kliniska förbättringsarbeten. Genom att arbeta löpande och parallellt med våra kvalitetsvariabler är vår målsättning att vid projektets slut ha fått ett ännu bättre kvalitetsregister genom dialog med enheterna som ska använda det.

Om databasen

Kvalitetsregistret Bipolär består av två databaser – en nyregistreringsdatabas och en uppföljningsregistreringsdatabas. När en patient registreras första gången i Bipolär görs detta i nyregistreringsdatabasen. Då registret fortfarande befinner sig i en uppbyggnadsfas finns i nyregistreringsdatabasen både patienter som gått länge på mottagningen men är nya i registret, samt nybesök – det vill säga patienter som kommer nya till mottagningen. När registret uppnått en mer mogen fas kommer nyregistreringsdatabasen att främst bestå av data från patienter som gör nybesök på mottagningen.

Uppföljningsregistrering i Bipolär sker var 12:e månad, med utgångspunkt i tidpunkten för nyregistrering. Den behandlare som är ansvarig för nyregistreringen får ett automatiskt e-postmeddelande från registret när det är dags att boka in tid för uppföljning. Uppföljningsregistrering i Bipolär bör ske i samband med uppföljningsbesök på mottagningen (till exempel för provtagning och läkemedelsgenomgång) men är inte bundet till återbesök i bemärkelsen att antal uppföljningsregistreringar i Bipolär = antal besök på mottagningen.

I nuvarande version av Bipolär kan man inte i analyserna skilja ut vilka patienter som är nytillkomna på mottagningen och vilka som nyregistreras men gått länge i behandling. Verksamhetsanalyser utförs därför i huvudsak på uppföljningsdata, som med större säkerhet speglar de åtgärder eller resultat som gäller för de senaste 12 månadernas verksamhet. Observera dock att en uppföljningsregistrering inte är bunden till kalenderår. De uppföljningsregistreringar som gjorts under 2012 (och redovisas i årsrapporten för 2012) avser behandlingsresultat och åtgärder de senaste 12 månaderna. För en patient som uppföljningsregistrerats i januari 2012 gäller alltså uppgifterna för verksamhetsåret 2011 medan för en patient som uppföljningsregistrerats i december 2012 gäller uppgifterna för verksamhetsåret 2012. Detta medför att viss statistik kan skilja sig från annan verksamhetsbunden rapportering och bör tas i beaktande vid jämförelser mellan information från Bipolär och information från andra datakällor och inrapporteringsystem.

I diagrammet visas andelen nyregistreringar och uppföljningsregistreringar gjorda per år. Registret befinner sig fortfarande under en uppbyggnadsfas, under vilken nya enheter ansluter sig och börjar (ny)registrera aktuella patienter som går på mottagningen. När registret nått mognadsfasen kommer andelen nyregistreringar att motsvara nybesök på enheten medan övriga patienter uppföljningsregistreras.

Bipolär sjukdom – populationsbeskrivning

Bipolär affektiv sjukdom (även kallad manodepressiv sjukdom) debuterar ofta strax innan eller kring 20 års ålder. Livstidsprevalensen (andelen av populationen som drabbas av sjukdomen under en livstid) uppskattas till 1,5 procent för bipolärt syndrom typ I och II och upp till 2–3 procent om de så kallade spektrumtillstånden räknas in. Bipolära syndrom har gemensamt förändringar i stämningsläget av sådan grad att det ger funktionsnedsättningar. Perioder av mani och depression varvas med perioder med neutralt stämningsläge (euthymi). Såväl depressioner som manier kan vara förenade med förlorad verklighetsförankring, en psykos. Vid en akut mani är aktiviteten ökad och man är ofta mycket upprymd, men kan också ha en lättväckt irritabilitet. Sömnbehovet är mycket minskat. Många gör saker under sina maniska perioder de sedan ångrar i efterhand och för familj eller omgivning kan sjukdomen få svåra konsekvenser. För den sjuke blir uppvaknandet från sjukdomen ibland smärtsamt med de konsekvenser som det akuta sjukdomstillståndet fått. För andra är manierna mildare och kallas då för hypomani. Vid en depression är istället stämningsläget gravt sänkt och funktionsförmågan kraftigt nedsatt. Sömnbehovet kan vara ökat men vissa drabbas också av sömnsvårigheter. En del personer upplever de återkommande och långdragna depressionerna som det största problemet medan andra upplever att det är de snabba och tvära kasten som är svårast att hantera.

Bipolära syndrom har skiftande uttrycks sätt. Vid återkommande manier, ofta men inte alltid växlande med depression, kallas syndromet bipolärt syndrom av typ I. Perioder av hypomani och återkommande depressioner kallas bipolärt syndrom typ II. Diagnosen Bipolär UNS (Utan Närmare Specifikation) beskriver förstärknings-symptom som inte ryms i typ I eller typ II, exempelvis för att manierna pågått för kort tid. Om det förutom manier och depression även föreligger långa perioder med psykotiska symptom utan samtidig förstärkning kallas det schizoaffektivt syndrom, bipolär (eller manisk) typ. Dessa fyra undergrupper registreras i Bipolär.

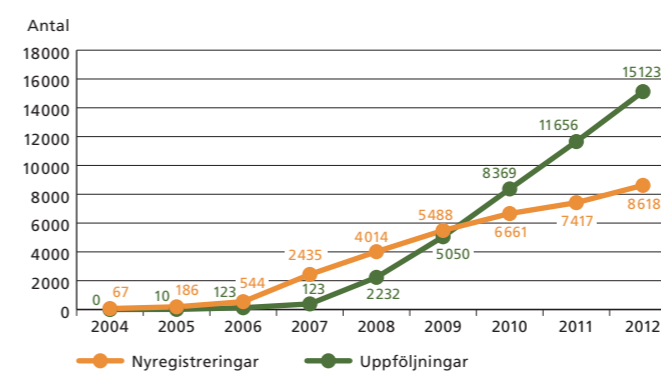
Bipolär – databasbeskrivning

I Bipolär ingår patienter med en diagnostiserad bipolär affektiv sjukdom som den registrerande enheten har för avsikt att behandla. De diagnoskoder som ska registreras är F20. F301-302. F308-319.

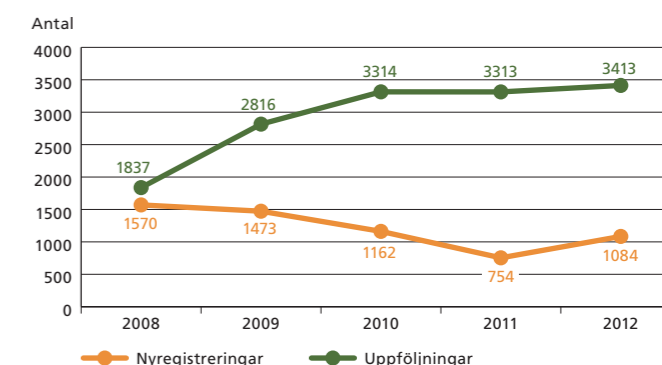
Registreringar

Bipolär startades i Stockholm 2004. Antalet nyregistreringar tog fart under 2007, och året efter ser man motsvarande ökning även bland uppföljningsregistreringar. Därefter har Bipolär haft en stadig tillväxt och 2012 fanns uppgifter om över 8 000 individer registrerade i databasen.

Figur 36. Antal ackumulerade ny- och uppföljningsregistreringar per år från registrets start 2004 till och med 2012.

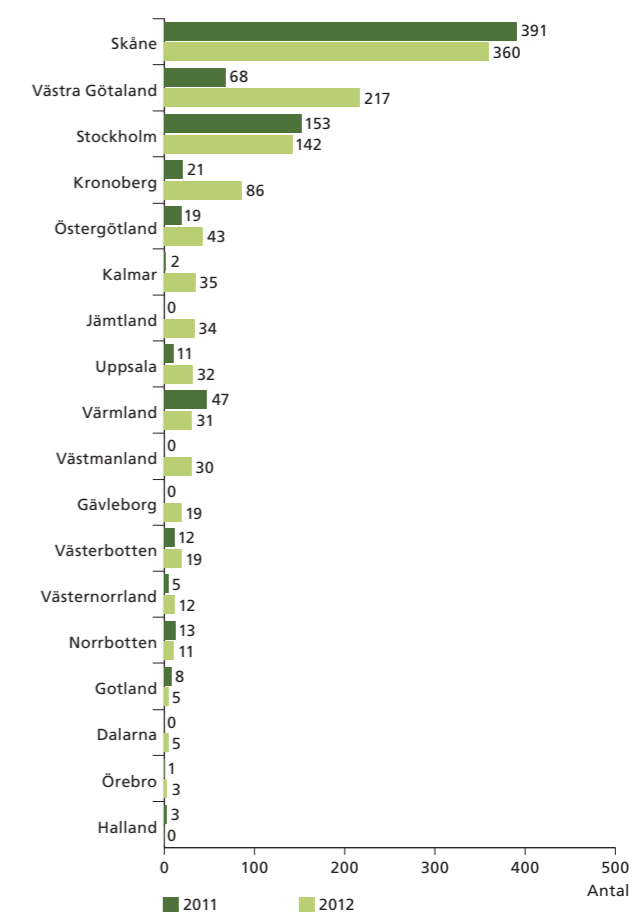


Figur 37. Antal unika ny- respektive uppföljningsregistreringar gjorda årsvis de senaste fem åren (2008–2012).



Mellan 2008 och 2011 skedde en nedgång i antalet nyregistreringar. Uppföljningsregistreringar fortsatte dock att öka. Under den här perioden har Bipolär stått inför byte av teknisk plattform och många mottagningar avvaktade med nyregistreringar. Redan nyregistrerade patienter har dock fortsatt att följas upp. Under 2012 har den negativa nyregistreringstrenden vänt och vi ser åter en tillväxt i registret. Tillväxten presenteras länsvis i Figur 38:

Figur 38. Antal nyregistreringar gjorda 2011 och 2012 per län.



Skåne och Stockholm har gjort något färre nyregistreringar under 2012 jämfört med 2011, men har också ett mindre förbättringsutrymme eftersom dessa län sedan tidigare har relativt god täckningsgrad jämfört med andra län (dock inte 75 procent, vilket betyder att förbättringsutrymme fortfarande finns). Västra Götaland och Kronoberg står för de största förbättringarna i antal nyregistrerade mellan 2011 och 2012. Vi ser också en trend där många län under 2012 kommit igång och registrerat vars framgångar kommer att synas först i nästa årsrapport för 2013. Det är dock glädjande att vi ser en positiv trend på bred front under 2012.

Tabell 12. Antal individer med första- andra- tredje- osv. uppföljningsregistreringar per län 2012.

Län	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8
Stockholm	141	191	280	365	337	38	20	5
Västra Götaland	69	186	47	37	23	8	1	–
Skåne	391	195	93	26	9	5	–	–
Västerbotten	12	22	49	60	27	–	–	–
Norrbottn	18	56	114	20	16	–	–	–
Örebro	2	2	11	14	2	–	–	–
Kronoberg	21	10	7	6	1	–	–	–
Halland	2	–	–	2	2	–	–	–
Värmland	37	9	–	3	4	–	–	–
Uppsala	13	8	18	20	–	–	–	–
Östergötland	30	90	58	49	–	–	–	–
Gotland	2	9	13	2	–	–	–	–
Västernorrland	5	12	3	16	–	–	–	–
Jämtland	7	8	22	3	–	–	–	–
Kalmar	5	3	6	–	–	–	–	–
Västmanland	8	5	1	–	–	–	–	–
Dalarna	–	–	1	–	–	–	–	–

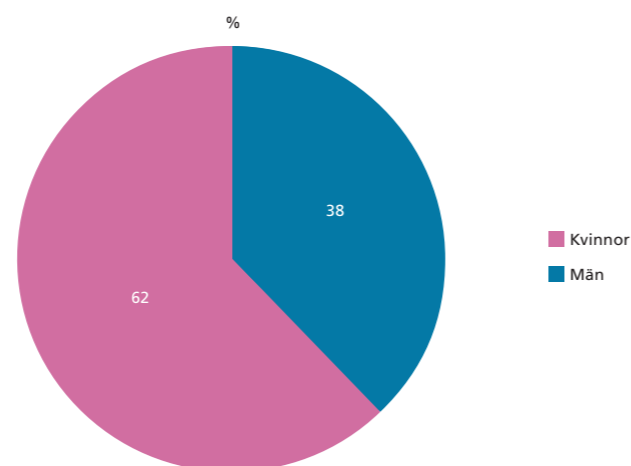
I Stockholm, där registret startade, finns fem individer med åtta uppföljningsregistreringar gjorda. I Västra Götaland finns en som uppföljningsregistrerats sju gånger, och i Region Skåne finns upp till fem uppföljningsregistreringar i databasen. Antalet individer med så många uppföljningsregistreringar är dock lågt och underlaget ännu för tunt för att dra slutsatser utifrån. Upp till fem uppföljningsregistreringar med något större volym finns dock samlat i registret.

Vissa län, till exempel Halland, Värmland och Dalarna har internt bortfall i databasen. Det vill säga man har gjort vissa uppföljningsregistreringar men inte alla (exempelvis Halland, där två med första, fjärde och femte årsuppföljningsregistrering finns lagrade men inte uppföljningsregistrerades andra och tredje året).

Ålder och könsfördelning totalt i registret

I pajdiagrammet presenteras andelen registrerade kvinnor respektive män totalt i databasen. Fördelningen anger andelen av unika individer (ackumulerade) sedan registrets start.

Figur 39. Könsfördelning av totalt antal registrerade unika patienter i hela databasen Bipolär.



Databasen Bipolär innehåller totalt en något större andel kvinnor än män. Det finns ingen evidens som antyder att kvinnor oftare drabbas av bipolär sjukdom. Det finns heller ingen evidens som talar för att kvinnor och män bör behandlas med olika metoder. Avsaknad av evidens betyder dock inte att könsskillnader rörande bipolär sjukdom är uteslutet, och databasen Bipolär utgör en tillgång för forskning om just könsskillnader vid bipolära syndrom.

Tabell 13. Könsfördelning av totalt antal registrerade unika patienter i hela databasen mellan 2008–2012.

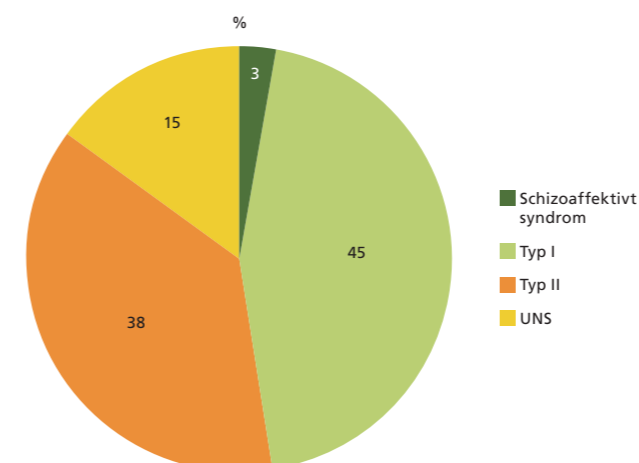
År	Antal kvinnor (%)	Antal män (%)	Totalt antal nyregistreringar
2004	34 (52)	31 (48)	65
2005	65 (55)	54 (45)	119
2006	210 (59)	146 (41)	356
2007	1 149 (61)	730 (39)	1 879
2008	942 (60)	628 (40)	1 570
2009	892 (61)	581 (39)	1 473
2010	746 (64)	416 (36)	1 162
2011	480 (64)	274 (36)	754
2012	710 (65)	374 (35)	1 084
Totalt	5 228 (62)	3 234 (38)	8 462

Könsfördelningen i databasen har förändrats sedan registret startade 2004, då andelen kvinnor och män var mer jämlik (52/48 procent). Förändringen har skett kontinuerligt över tid. Eftersom epidemiologiska populationsdata saknas vet vi inte om könsfördelningen i populationen är jämlik. Den gradvisa förändringen som sker i takt med registrets mognadsgrad kan tala för en snedfördelning på populationsnivå, det vill säga att det finns en överrisk för kvinnor att drabbas av bipolära syndrom. Men data kan också spegla en snedrekrytering till Bipolär, det vill säga kvinnor tillfrågas om – eller accepterar oftare – att ingå i kvalitetsregistret.

Underdiagnoser

I Bipolär registreras fyra olika underdiagnoser av bipolär affektiv sjukdom; bipolärt syndrom typ I, bipolärt syndrom typ II, bipolärt syndrom UNS (utan närmare specifikation) och schizoaffektiva syndrom maniskt typ.

Figur 40. Fördelningen av andelar registrerade underdiagnoser totalt i databasen. Selektionen är gjord på första registrerade underdiagnosen.



Totalt i databasen dominerar underdiagnosen bipolärt syndrom typ I – den klassiska och mest "typiska" varianten av bipolär sjukdom med uttalade manier varvat med djupa depressioner. Registrerade fall av bipolärt syndrom typ II är dock nästan lika vanligt. Vid bipolärt syndrom typ II är manierna mildare, så kallade hypomana skov. Bipolärt syndrom UNS (Utan Närmare Specifikation) används när symptomen är atypiska men bipolära, till exempel snabbt svängande. Denna underdiagnos utgör 15 procent i databasen totalt.

Tabell 14. Andelar med registrerade underdiagnoser över tid i registrets databas.

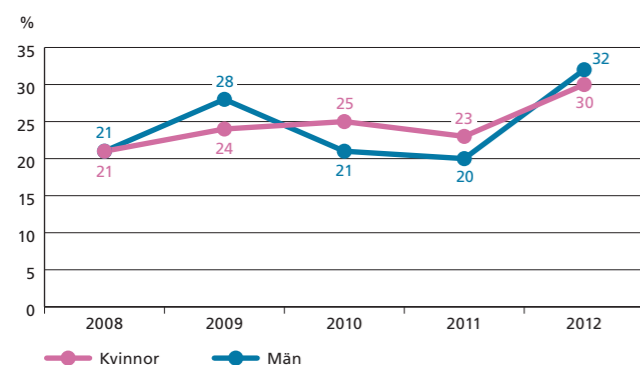
År	Typ I (%)	Typ II (%)	UNS (%)	Schizoaffektivt syndrom (%)
2004	69	26	3	2
2005	61	33	3	4
2006	59	32	8	1
2007	56	30	9	5
2008	46	36	16	3
2009	44	40	13	3
2010	31	44	22	3
2011	34	44	21	1
2012	38	43	18	1
Totalt	45	38	15	3

Vid registrets start var bipolärt syndrom typ I övervägande vanligast bland dem som registrerades. Därefter har andelen registrerade bipolära syndrom typ II och UNS ökat, och sedan 2010 är andelen registrerade med bipolärt syndrom typ II störst i databasen. Andelen med bipolärt syndrom typ I ökar dock något igen samtidigt som bipolärt syndrom UNS minskar i databasen. Detta kan tyda på att registrets tillväxtfas de senaste åren närmar sig spridningen i den sanna populationen, och skulle således betyda att registrets representativitet ökat.

Ändring av underdiagnos

Utredning av bipolär sjukdom sker kontinuerligt över långa tidsperioder. Det förekommer att underdiagnoser ändras i registret.

Figur 41. Andelen ändrade underdiagnoser mellan nyregistrering och första uppföljningsregistrering totalt i Bipolär 2008–2012.



Andelen ändrade underdiagnoser mellan nyregistrering och första uppföljningsregistrering har ökat de senaste fem åren. Det finns inga könsskillnader, det vill säga omdiagnostisering på underdiagnosnivå förekommer inte oftare bland män eller kvinnor (eller vice versa).

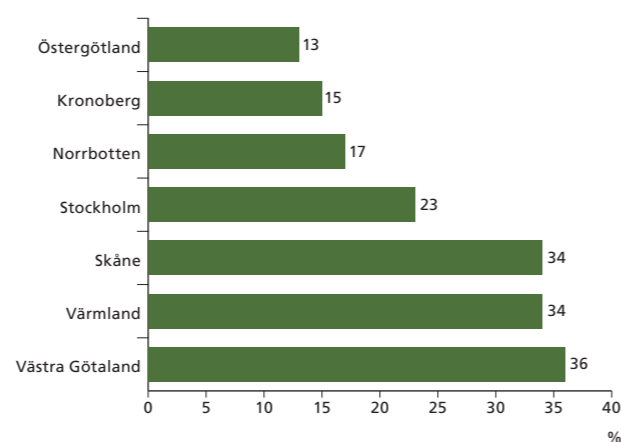
Totalt i databasen har 1 375 patienter bytt underdiagnos mellan nyregistrering och uppföljning. I Tabell 15 redovisas andelen registrerade underdiagnoser vid nyregistrering och första uppföljningsregistreringen. Observera att data gäller för hela databasen och inte enbart första uppföljningsregistreringar gjorda 2012.

Tabell 15. Andel av underdiagnoser i Bipolär som registrerats vid nyregistrering respektive första uppföljningsregistreringen. Data är hämtade från hela databasen.

Underdiagnos	Nyregistrering (%)	Första uppföljningsregistreringen (%)
Schizoaffektivt syndrom	46 (3)	76 (5)
Bipolärt syndrom typ I	508 (37)	407 (30)
Bipolärt syndrom typ II	551 (40)	386 (28)
Bipolärt syndrom UNS	270 (20)	506 (37)

Schizoaffektivt syndrom utgör totalt en liten del av registrerade underdiagnoser i databasen, tre procent vid nyregistrering och fem procent vid första uppföljningsregistreringen. Det betyder att omdiagnostisering till schizoaffektivt syndrom har skett vid 30 fall. Vid nyregistrering utgörs 40 procent av underdiagnosen typ I, medan i första uppföljningsregistrering är andelen 30 procent. Det betyder att det skett en omdiagnostisering från bipolärt syndrom typ I vid 101 fall. Underdiagnosen bipolärt syndrom typ II sattes i 40 procent av alla fall i nyregistrering och i 28 procent av alla fall vid första uppföljningsregistrering. Det betyder att omdiagnostisering från bipolärt syndrom typ II skett i 165 fall. Bipolärt syndrom UNS har satts som underdiagnos i 20 procent av alla nyregistreringar och i 37 procent av alla fall vid första uppföljningsregistreringen. Det betyder att en omdiagnostisering till bipolärt syndrom UNS skett i 214 fall. Ökningen av andelen underdiagnoser bipolärt syndrom UNS totalt i registret kan alltså delvis förklaras av att fler får den underdiagnosen efter en tid i behandling.

Figur 42. Andelen ändrade underdiagnoser mellan nyregistrering och första uppföljningsregistrering gjord 2012. Data presenteras länsvis för län med >15 registreringar.

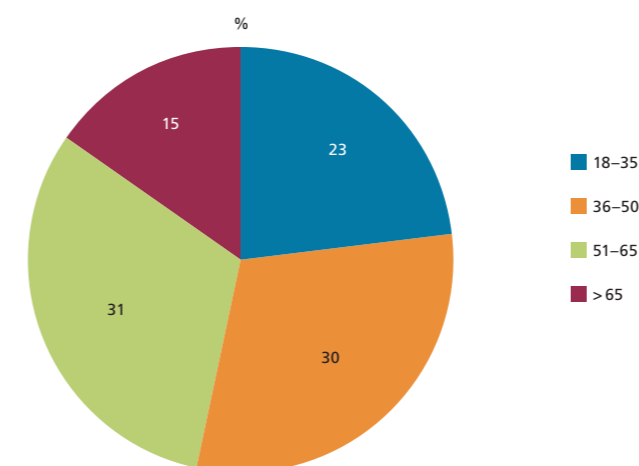


Det finns även länsvisa skillnader i ändring av underdiagnos mellan nyregistrering och första uppföljning. Omdiagnostisering med avseende på underdiagnos sker oftare i Västra Götaland, Skåne och Värmland. Det går inte att dra slutsatser om detta är bra eller dåligt. Resultatet kan indikera skicklighet i underdiagnostisering – ju större skicklighet desto tidigare kan man ”pricka rätt”. Men resultaten kan också indikera skillnader i utredningsförfaranden – ju mer omfattande och långt gående utredningar desto mer ofta förekommande att underdiagnoser ändras.

Åldersfördelning

Bipolära syndrom debuterar ofta i tidig vuxenålder. Ofta tar det tid att ställa rätt diagnos då ett första skov kan efterföljas av en längre tid av mer eller mindre symptomfrihet, vilket kan medföra en lång period utan kontakt med sjukvården för den drabbade. Många insjuknar också i ett första depressivt skov, vilket inte alltid följs upp av sjukvården med frågor om maniska eller hypomana skov förekommit tidigare. Således fördröjs en korrekt diagnos, ibland flera år. Efter diagnosen är satt följer ofta en tid med inprovning av läkemedel, då det ytterligare klarnar om det är en bipolär sjukdom. Vidare tar ofta psykologiska och neuropsykiatriska utredningar lång tid. Först när rätt diagnos (och underdiagnos) är satt registreras patienten i Bipolär, vilket kan förklara den förhållandevis höga medelåldern i relation till debutåldern. Det finns dock ingen anledning att misstänka snedrekrytering av en viss åldersgrupp i Bipolär och data bör gå att generalisera utifrån ett åldersperspektiv.

Figur 43. Andel i olika ålderskategorier av den totala databasen. Data är selekterade utifrån ålder vid nyregistrering.



Tabell 16. Andel i olika ålderskategorier av den totala databasen. Data från personer under 17 år redovisas inte i årsrapporten.

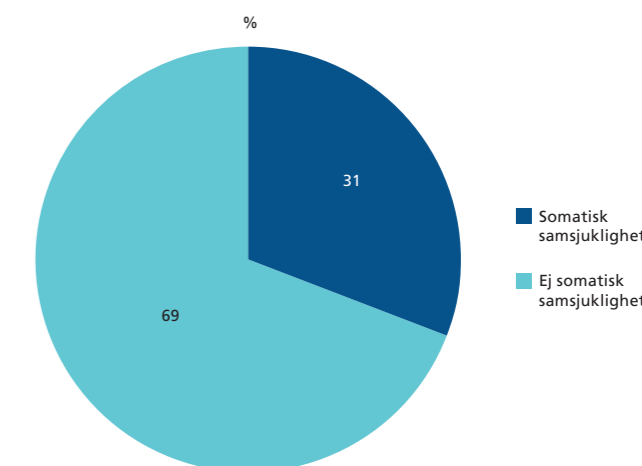
År	Medelålder (Std)
2004	51 (15)
2005	45 (16)
2006	48 (15)
2007	50 (15)
2008	51 (15)
2009	48 (16)
2010	48 (16)
2011	45 (16)
2012	44 (16)
Totalt	48 (16)

Medelåldern i nyregistreringar har sjunkit över tid, från 51 år när Bipolär startade till 44 år 2012. Spridningen är dock stor.

Samsjuklighet

Både somatisk och psykiatrisk samsjuklighet är vanlig vid bipolära syndrom. Många läkemedel är dessutom förknippade med biverkningar som kan påverka den somatiska hälsan negativt.

Figur 44. Andel av nyregistrerade med registrerad somatisk samsjuklighet.

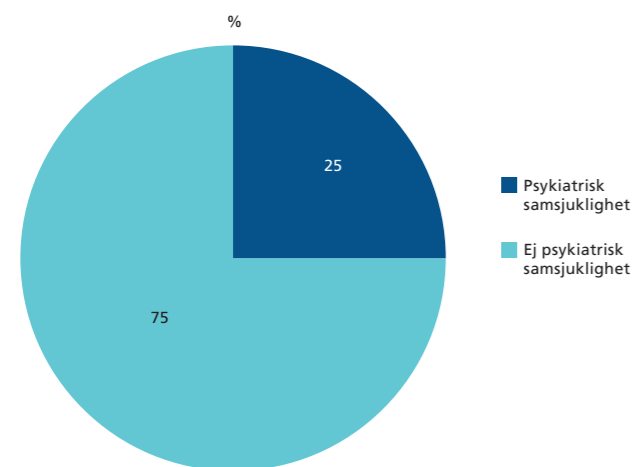


Totalt 31 procent av alla unika individer i databasen har en registrerad somatisk samsjuklighet. I Tabell 17 redovisas de fem vanligaste somatiska samsjuklighetstillstånden. Tillstånden är räknade både om de förekommer ensamma och om de förekommer tillsammans med andra tillstånd, det vill säga analysen är baserad på unika individer i databasen.

Tabell 17. De fem vanligaste somatiska samsjuklighetstillstånden (enskilt samt i fall de förekommer parallellt med andra tillstånd) i samtliga nyregistreringar.

Tillstånd i rangordning	Antal
Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbnings- och ämnesomsättningsjukdomar	924
Cirkulationsorganens sjukdomar	455
Sjukdomar i muskuloskeletala systemet	437
Matsmältningsorganens sjukdomar	278
Annat tillstånd som ej kan hänföras till något av ovanstående	244

Figur 45. Andel av nyregistrerade med registrerad psykiatrisk samsjuklighet.



En fjärdedel av alla som registrerats i BipoläR har någon form av registrerad psykiatrisk samsjuklighet. Ångestsyndrom dominerar bland registrerade psykiatriska samsjuklighetstillstånd och har registrerats för 900 patienter, mer än dubbelt så många som har registrerad missbruks- eller beroendeproblematik (433 stycken).

Tabell 18. De fem vanligaste psykiatriska samsjuklighetstillstånden (enskilt samt i fall de förekommer parallellt med andra tillstånd) i samtliga nyregistreringar.

Tillstånd i rangordning	Antal
Ångestsyndrom	900
Missbruk eller beroende av substanser samt relaterade syndrom	433
Autismspektrumstörningar, uppmärksamhetsstörningar och utvecklingsavvikelser	247
Personlighetsstörningar	197
Övriga förstämningssyndrom	138

Datakvalitet

Extern validitet (täckningsgrad)

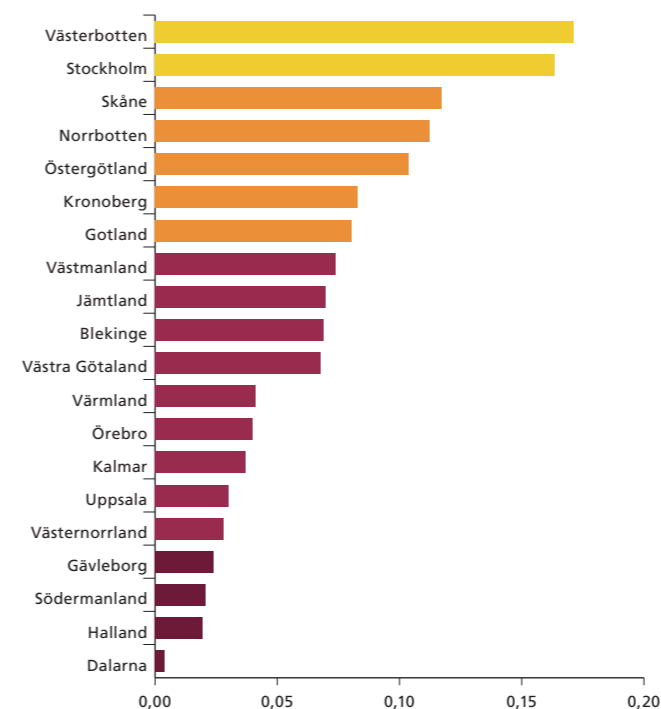
Det största förbättringsområdet för BipoläR som kvalitetsregister är för närvarande att öka täckningsgraden. För att BipoläR ska fullgöra sitt syfte som verktyg i kliniska förbättringsarbeten och verksamhetsutveckling är det viktigt med en databas som är representativ för den bipolära populationen och för verksamheten. BipoläRs målnivå är att 75 procent av alla patienter som är inskrivna på mottagningen ska registreras i kvalitetsregistret och minst 90 procent av dessa ska följas upp och kvalitetsregistreras årligen.

Begreppet täckningsgrad är mångfacetterat och kan avse **A)** andel anslutna och registrerande enheter i Sverige, **B)** andel kvalitetsregistrerade länsvis av det totala underlaget möjliga patienter i länet, **C)** antalet registrerade patienter av totala antalet som besöker mottagningen. Det saknas idag en sammanställning på nationell nivå över mottagningar som behandlar patienter med bipolärt syndrom varför täckningsgrad av typ A är svårt att beräkna. Det pågår ett samarbete mellan KCP och samtliga landsting i Sverige med målet att samla in data över möjligt patientunderlag länsvis för att kunna beräkna täckningsgrad av typ B. Denna typ av täckningsgrad kompliceras dock av utformningen på patientadministrativa system eftersom prevalensskattningar av bipolärt syndrom styrs av registrerade mottagningsbesök.

BipoläR har gjort en täckningsgradsjämförelse mellan PAR öppen- och slutenvårdsregister, i vilken en stor osäkerhetskälla utgörs av att PAR endast omfattar läkarbesök. Vi vet att bipolära patienter inte alltid träffar en läkare en gång om året (även om de borde). Det finns också en svårighet med utredning och diagnostik av bipolära syndrom som gör att det är svårt att göra säkra prevalensskattningar. BipoläR strävar därför i första hand efter täckningsgrad av typ C – att 75 procent av alla mottagningens patienter med bipolära syndrom ska kvalitetsregistreras.

Nedanstående figur återspeglar ett sätt att uppskatta registreringsaktivitet. Den visar en uppskattad punktprevalens (antal registrerade individer i BipoläR/befolkningssantalet vid samma tidpunkt). Figuren är inte ett mått på täckningsgrad men ger en indikation om vilka län som är mest aktiva användare av kvalitetsregistret.

Figur 46. Figuren visar en uppskattad punktprevalens beräknad som antal unika individer som återfanns i BipoläR 2012-11-01 delat med antal i befolkningen vid samma tidpunkt * 100.



Västerbottens län ligger i topp, tätt följt av Stockholms län. Därefter kommer Skåne, Norrbotten och Östergötland. I botten av tabellen ligger Gävleborg, Södermanland, Halland och Dalarna. I Skåne har man dessutom haft ett så kallat beställarkrav där kvalitetsregistrering ingår i uppdraget och ersätts ekonomiskt på verksamhetsnivå. I Stockholm pågår ett projekt för automatisk dataöverföring mellan journal och kvalitetsregister för att öka täckningsgraden. Enheter från Skåne, Kronoberg, Kalmar och Västra Götaland ingår i BipoläRs nationella förbättringssamarbete med syfte att öka registreringsaktiviteten. Enheter från Dalarna och Gävleborg ingår i ett regionalt förbättringssamarbete.

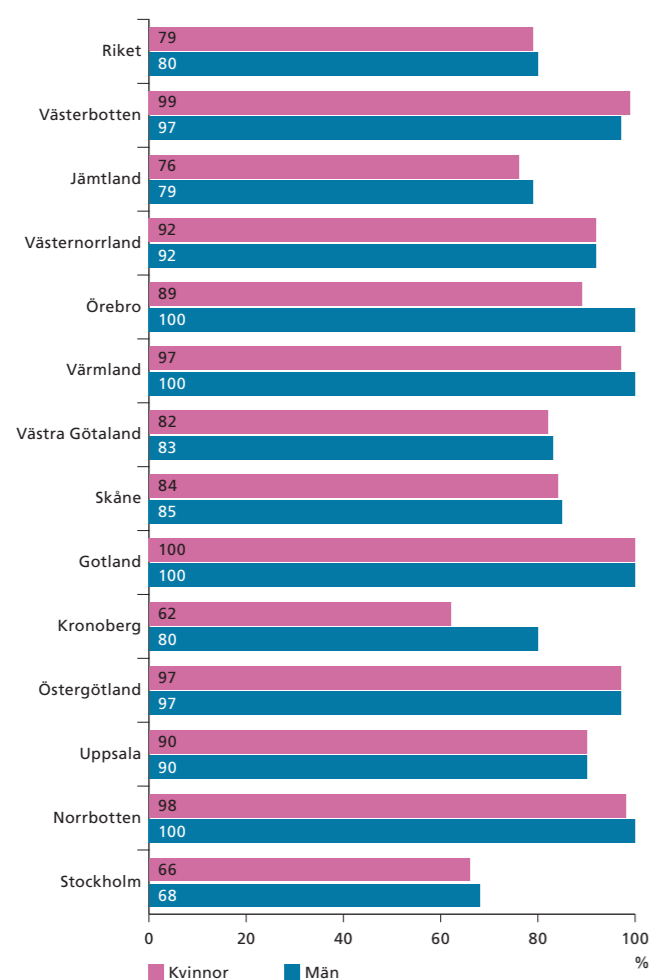
BipoläR befinner sig fortfarande i en tillväxtfas, där antalet nyregistreringar ökar. Tillväxtfasens intensitet varierar mellan olika län, där senaste Region Skåne haft ett så kallat beställarkrav som vi ser gett effekt på täckningsgraden. Tidigare har även Stockholm haft ett beställarkrav. Under 2012 har Kronoberg satsat särskilt på kvalitetsregistrering i BipoläR. I flera län (Gävleborg, Dalarna) har man under 2012 beslutat om en satsning på kvalitetsregistrering i BipoläR. Flera län i Norrland har också varit aktiva kvalitetsregistrerare i BipoläR under 2012. Alla data från registret ska därför tolkas med stor försiktighet, eftersom representativiteten i data jämfört med populationen är osäker. Vi ser i registerdata att andelen kvinnor som registreras i BipoläR ökat sedan registret startade, medan andelen män minskar. Det finns ingen evidens som antyder att kvinnor i större risk drabbas av bipolära syndrom, därför är det möjligt att kvinnor oftare rekryteras till registret. Antingen är kvinnor generellt mer positiva till registrets förekomst och är mer benägna att tacka ja, eller så tillfrågas kvinnor oftare på mottagningarna utifrån föreställningar om att de mer sällan tackar nej. Det är viktigt att mottagningar som registrerar i BipoläR har fasta rutiner för hur man kvalitetsregistrerar och att dessa är kända för all personal (inklusive hyrpersonal).

Fördelningen av underdiagnoser i registret har förändrats under de år som BipoläR funnits. Framför allt har andelen registrerade med bipolärt syndrom typ II och bipolärt syndrom UNS ökat. Den senaste tidens utveckling av bipolär diagnos återspeglas alltså i registret, vilket ur ett validitetsperspektiv är bra.

Intern validitet

God datakvalitet är en annan förutsättning för reliabla analyser på kvalitetsregisterdata. Regelbunden kvalitetsregistrering är en förutsättning för att Bipolär dels ska fungera som ett stöd i den kliniska vardagen, där registerfrågorna ligger till grund för årliga återbesök med rekommenderade provtagningar och anamnes. Men också för att kvaliteten i databasen ska vara tillräcklig för att utvärdera effekter av läkemedel eller annan behandling longitudinellt. Kvalitetsindikatorn litium vid bipolärt syndrom typ I mäts till exempel vid första uppföljningen. För optimal tolkning av denna indikator krävs att patienter som nyregistreras också följs upp efter ett år. Nedan redovisas länsvis andelen patienter som inom 18 månader efter nyregistrering uppföljningsregistrerades första gången.

Figur 47. Andelen uppföljningsregistrerade inom 18 månader efter nyregistrering.



Andelen patienter som uppföljningsregistreras inom 18 månader från nyregistreringstillfället är 79 procent i hela riket. Bipolärs rekommenderade målnivå är 90 procent.

De flesta län uppföljningsregistrerar första gången 18 månader efter nyregistrering. I Stockholm och Kronoberg är andelen dock lägre. I Kronoberg har man nyligen åter-satsat på kvalitetsregistrering och ökat antalet nyregistrerade markant år 2012. De som uppföljningsregistrerats 2012 är främst patienter som tidigare funnits i registret, då aktiviteten varit lägre. I Kronoberg finns även en könsskillnad som visar att andelen män som uppföljningsregistreras inom 18 månader är betydligt högre än andelen kvinnor.

Även i Stockholm har kvalitetsregistrering i Bipolär stannat av några år vilket visar sig ovan i andelen uppföljningsregistreringar.

Bipolär i forskning

Bipolär uppmuntrar till att registret används för forskning. En forskningspolicy och instruktioner finns på www.kcp.se. För närvarande pågår även följande projekt med anknytning till Bipolär:

Stanleystudien

Detta är en studie som stöds av NIMH och The Stanley center for research och genomförs vid Institutionen för epidemiologi och biostatistik vid Karolinska Institutet. Studien ingår i ett internationellt konsortium som gör den hittills största ansatsen att studera arvet och miljöns betydelse för uppkomsten av bipolära symptom. Läs mer på www.ki.se/stanley.

Skräddarsydd psykiatrisk behandling

Syftet med detta projekt är att finna biomarkörer för psykisk sjukdom för att kunna skräddarsy psykiatrisk behandling. Projektet finansieras av Stiftelsen för Strategisk Forskning 2011. Projektet kommer använda data från Bipolär och andra psykiatriska kvalitetsregister som utfallsvariabler. Visionen är att patienter inom psykiatri tidigt ska få en korrekt diagnos och en behandling som är speciellt anpassad för dennes behov och förutsättningar. Om man kan förutsäga vem som svarar gynnsamt på en behandling kan man undvika onödiga biverkningar och få bättre behandlingsresultat. Detta är idag omöjligt eftersom det inte finns några mätbara egenskaper, så kallade biomarkörer, som kan användas för att spåra sjukdomen i kroppen. Biomarkörerna kan exempelvis vara genetiska varianter eller proteiner som är kopplade till bestämda egenskaper hos oss. Ett exempel inom demensfältet är så kallade tau och amyloidprotein som visats vara biomarkörer för Alzheimers sjukdom. Det finns idag tekniskt avancerade metoder för att söka igenom hela den genetiska koden eller alla proteiner för att hitta mönster som identifierar exempelvis en person som har stor risk att drabbas av en viss sjukdom. Genom att använda oss av dessa metoder tillsammans med den stora mängd information som finns samlad i psykiatriska kvalitetsregister i Sverige hoppas vi kunna hitta biomarkörer som kan förbättra vården av patienter med olika psykiatriska sjukdomstillstånd. Tack vare de psykiatriska kvalitetsregistren finns det nu möjlighet att göra verkliga framsteg i forskningen kring biomarkörer inom psykiatri.

Vård och behandlingsutfall vid subspecialiserade respektive allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar.

Uppkomsten av specialmottagningar för patienter med bipolär affektiv sjukdom föranleder frågan om dessa mottagningar erbjuder annan vård än mer allmänt inriktade öppenvårdsmottagningar där även psykiatripatienter med andra diagnoser behandlas. Med hjälp av kvalitetsregistret Bipolär undersöktes case-mix, behandlingar samt vårdresultat i ett nationellt urval av allmänna respektive specialistmottagningar i Sverige. Studien presenterades som poster vid SKL:s nationella kvalitetsregisterkonferens i Stockholm 2011.

Etikprövningsnämnden har godkänt följande studier på data från Bipolär:

1. Är vården för bipolära syndrom jämlik exempelvis avseende patientens kön, utbildning, ålder eller boendeort?
2. Vad predicerar suicid, suicidförsök och våld vid bipolär affektiv sjukdom?
3. Vilka metabola effekter har läkemedel som ges vid bipolär affektiv sjukdom?
4. Vad predicerar förloppet vid bipolärt syndrom?
5. Vad predicerar följsamhet till behandling, samt hur påverkar följsamheten patientens upplevda livskvalitet och inställning till behandling?

REGISTERCENTRUM VÄSTRA GÖTALAND
REGISTERCENTRUM FÖR NATIONELLA KVALITETSREGISTER

Registercentrum Västra Götaland är ett kunskapscentrum för kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården. Registercentrum har uppdrag från SKL att ge Nationella kvalitetsregister stöd med utveckling, drift och användning av kvalitetsregister. Här ingår även att främja kvalitetsutveckling och forskning med hjälp av register.

www.registercentrum.se