

Kvalitetsregister Bipolär

Årsrapport 2016

Nationella kvalitetsregistret för bipolär affektiv sjukdom



Årsrapport 2016

Kvalitetsregister Bipolär

Registerhållare och utgivare

Mikael Landén

Professor, Överläkare
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 GÖTEBORG

Statistiker

Linda Akrami

Registercentrum Västra Götaland
linda.akrami@registercentrum.se

Styrgrupp

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

Författare av årsrapport

Erik Pålsson

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

Mikael Landén

Professor, Överläkare
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 GÖTEBORG

Projektledare

Constanze Wartenberg

Registercentrum Västra Götaland
constanze.wartenberg@registercentrum.se

Huvudman

Västra Götalandregionen
Regionens hus
426 80 Vänersborg

ISSN 2001-2918

Tryckår 2017

För mer information om kvalitetsregistret Bipolär, se registrets hemsida som du når via www.psykiatriregister.se.
(Bipolär kommer att få en ny hemsida under hösten 2017. Den nås via samma adress)

Innehållsförteckning

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



Sammanfattning

Bipolär är ett nationellt psykiatriskt kvalitetsregister som arbetar för bättre uppföljning och behandling av bipolär affektiv sjukdom. Registret har över 240 anslutna enheter och mer än 2 400 användare. Under 2016 nyregistrerades 1 289 individer i Bipolär och det gjordes 4 871 uppföljningsregistreringar. Totalt gjordes under året 6 160 registreringar. Det innebär att registret vid årsskiftet 2016/2017 omfattade 56 862 ackumulerade ny- och uppföljningsregistreringar sedan starten 2004. Registreringsfrämsta syfte är att vara ett verktyg för kvalitetsförbättringar inom den psykiatriska vården. Bipolär tillhandahåller därför ett antal kvalitetsindikatorer varav fyra också redovisas på Psykiatrikompassen och Vården i Siffror: andel patienter med återfall i affektivt skov de senaste 12 månaderna, andel med bipolär sjukdom typ 1 som förskrivs litium, andel som genomgått patientutbildning och andel där ett strukturerat instrument använts som stöd vid diagnostik.

Återfall i skov

Bipolärs mål är att andelen patienter i registret som återfallit i affektiva skov de senaste 12 månaderna ska understiga 40 procent. I sex län uppnåddes målet under 2016, men totalt sett återföll 47 procent av patienterna i registret i någon form av affektivt skov. Det är betydande skillnader mellan länen i andelen patienter som återfaller i skov. De län med högst andel återfall i skov hade under 2016 dubbelt så hög andel med återfall i skov som de län med lägst andel.

Litiumbehandling vid bipolär sjukdom typ 1

En av Bipolärs viktigaste kvalitetsindikatorer är andelen patienter med bipolär sjukdom typ 1 som förskrivs litium. Bipolärs mål är att 70 procent av patienterna med typ 1 bör förskrivas litium. Ett forskningsprojekt baserat på data från Bipolär syftar till att undersöka om 70 procent är en rimlig andel utifrån bland annat förväntad klinisk effekt och risk för biverkningar. Preliminära data visar att andelen återfall i skov är lägre ju högre andel av patienterna i ett län som förskrivs litium och att 70 procent är en rimlig målnivå. Litiumförskrivningen under 2016 låg för riket på 67 procent, det vill säga något under målnivån. Litiumförskrivningen har under de senaste åren stadigt minskat, vilket uppmärksammas

i forskningsrapporter från Bipolär. Glädjande är då att denna trend brutits under 2016 och litiumförskrivningen har stigit något sedan 2015. Det är dock för tidigt att säga om detta är ett faktiskt trendbrott eller en tillfällig variation i förskrivningsmönstret.

Diagnostik med strukturerade instrument

Fördelningen av de bipolära underdiagnoserna har förändrats de senaste åren. Mellan 2008 och 2015 minskade andelen med typ 1 från 52 procent till 35 procent, medan typ 2 ökade från 32 procent till 39 procent och de med UNS från 13 procent till 24 procent. Denna trend ser också ut att ha brutits under 2016. Både andelen med typ 1 och typ 2 ökar något under 2016 och andelen med UNS har sjunkit med 5 procent sedan 2015 till 19 procent. Andelen med bipolär typ 1 och andelen med bipolär typ 2 ligger nu i princip lika på 39 respektive 40 procent. Det fortsätter att finnas stora skillnader i diagnosfördelningen mellan olika län. Sammantaget indikerar detta en differentialdiagnostisk osäkerhet. Ett sätt att öka säkerheten i diagnossättningen är att använda strukturerade diagnostiska instrument. Dessa användes under 2016 för endast omkring var tredje patient i registret. Därmed ligger denna indikator kvar på liknande nivå som 2015 och befinner sig fortfarande långt från målnivån på 50 procent.

Patientutbildning

För att förebygga återfall efter ett maniskt eller depressivt skov bör hälso- och sjukvården, enligt Socialstyrelsens rekommendationer om omhändertagande och behandling av vuxna med bipolär sjukdom, erbjuda patientutbildning som komplement till återfallsförebyggande läkemedelsbehandling. Svenska Psykiatriska Föreningen rekommenderar i sina riktlinjer för bipolär sjukdom att alla patienter bör erbjudas grundläggande psykoedukation. Bipolär redovisar andelen patienter som någon gång erhållit patientutbildning för bipolär sjukdom och målsättningen är att minst 45 procent av alla patienter oberoende av ålder och bipolär underdiagnos ska ha genomgått patientutbildning. Andelen som någon gång genomgått patientutbildning var för samtliga registrerade under 2016 endast 29 procent. Detta innebär att det inte skett någon ökning sedan år 2015.

Samsjuklighet

Diagnosen bipolär sjukdom är kopplad till samsjuklighet med en rad andra psykiatriska diagnoser. Detta uppmärksammades under BipoläRs kunskapsdag 2016 där temat var diagnostik. I år fokuserar vi på alkoholmissbruk. Kostnaden för alkoholrelaterade hälsoproblem är hög både för samhället och för de individer som på olika sätt är drabbade. Ett flertal studier har visat att risken för alkoholberoende och annan beroendesjukdom är avsevärt förhöjd hos personer med bipolär sjukdom. BipoläR innehåller två indikatorer för alkoholmissbruk och beroende. Dels kan en alkoholmissbruksdiagnos (F10.1/ F10.2) anges och dels kan totalpoäng för AUDIT-C eller AUDIT registreras. År 2016 fanns det en alkoholmissbruksdiagnos vid 2,9 procent av registreringarna. Denna siffra är avsevärt lägre än en beräknad prevalens på 4–5 procent hos den vuxna befolkningen i Sverige. Samtidigt har prevalensen av alkoholmissbruk och

alkoholberoende uppskattats till ungefär 8 procent hos individer med en affektiv diagnos (Grant et al, 2004). Huruvida detta speglar en skevhet i patientgruppen i BipoläR, underdiagnostik eller låg rapportering till registret kan inte med säkerhet sägas, men troligast är att det föreligger en underdiagnostik av beroendetillstånd. BipoläR innehåller även AUDIT-C och AUDIT som indikatorer för riskbruk av alkohol. Detta ger en möjlighet att få kompletterande information om missbruksrisken hos personer med bipolär sjukdom. Dock är bortfallet stort och det är därför inte möjligt att i dagsläget göra någon fördjupad analys av prevalensen av riskbruk i patientgruppen. Sammantaget är det osäkert hur hög prevalensen av alkoholmissbruk är hos patienter med bipolär sjukdom och hur stor andel av patientgruppen som har ett riskbruk av alkohol.



Inledning

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

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

Bipolär har också visat att fördelningen av de bipolära underdiagnoserna förändrats under de senaste åren där andelen patienter med typ 1 har minskat medan typ 2 och UNS har ökat. Detta i kombination med stora skillnader i diagnosfördelningen mellan olika län tyder på en differentialdiagnostisk osäkerhet. Detta belystes på 2016 års kunskapsdag. Denna årsrapport visar på en minskande andel UNS-diagnoser vilket kan vara ett tecken på ett ökat fokus på diagnostik.

Detta är två exempel på hur registret fångar upp förändringar av betydelse. Det viktiga är emellertid vilken relevans registret har för verksamheter runt om i landet. Vi ser fortsatta exempel på hur Bipolär kan användas som stöd vid verksamhetsutveckling. Exempelvis har Region Halland tagit fram nya vårdriktlinjer för bipolär sjukdom och Bipolärmottagningen i Göteborg utvecklar en ny nätbaserad patientutbildning för att öka tillgängligheten.

Vi hoppas att fler goda exempel ska följa. För ytterst bestäms registrets existensberättigande av dess användning. Det har pågått en utredning om kvalitetsregistrens framtid och denna har landat i ett antal förändringar av hur kvalitetsregistren ska fungera. Man vill knyta registren närmare huvudmännen, enheterna och patienterna. Från Bipolär:s sida ser vi med tillförsikt på en förstärkt samverkan som vi hoppas kan göra registret till en mer naturlig följeslagare i vårdens förbättringsarbete och kvalitetsuppföljning. Vi arbetar med flera förändringar som vi hoppas ska göra registret än mer relevant för kvalitetsarbete och mer lättarbetat för de registrerande enheterna. Det ska också påpekas att den nya modellen kommer att innebära ökade krav på relevans och täckningsgrad och ett minskat ekonomiskt utrymme. Om vi fortsatt vill se ett nationellt kvalitetsregister för bipolär sjukdom kommer alla intressenter att behöva arbeta för att kvalitet och användning av registret fortsätter förbättras. Det är tydligt i den nya modellen att register som inte utvecklas eller når bestämda mål inom en viss tid kan komma att läggas ned. Från registrets sida kommer vi att göra allt vi kan för att vårdgivare och patienter även framöver ska ha tillgång till mätbara indikatorer för vårdens kvalitet. Vi har en koordinator, Annika Blom, som besöker mottagningar runt om i landet och informerar om Bipolär och ger exempel på framgångsrika förbättringsprojekt. Vi levererar skraddarsydd statistik till mottagningar som bedriver förbättringsprojekt. Vidare anordnar vi en årlig kunskapsdag för alla användare av registret. Detta är ett välbesökt och uppskattat tillfälle för de som arbetar med registret att mötas. Men vi önskar också direktkontakt med fler mottagningar. Det kan gälla synpunkter och frågor om Bipolärs formulär eller mer generella frågor om förbättringsprojekt och skraddarsydda datauttag. Vi vill vara en resurs både för kvalitetsutveckling och fungera som kunskapsförmedlare för verksamheter som vill vara i framkant. En del i att vara kunskapsförmedlare är att förmedla forskningsresultat. En rad olika forskningsprojekt bedrivs med hjälp av registret. Exempelvis utvärderas effekter och bieffekter av olika behandlingar. Ni som är intresserade av den forskning som bedrivs med hjälp av registret kan ta del av registerhållare Mikael Landéns genomgång av aktuell forskning längst bak i rapporten.

Kvalitetsindikatorer i Bipolär

Bipolär förser både Vården i Siffror (ViS) och Psykiatrikompassen med utdata för några utvalda variabler som är viktiga för vårdprocesser och behandlingsutfall. Vi presenterar här analyser av de fyra indikatorer som idag inkluderas i Psykiatrikompassen och Vården i Siffror. Dessa indikatorer är litiumbehandling vid bipolär sjukdom typ I, återfall i skov, patientutbildning samt användande av strukturerade diagnostiska instrument. Analyserna gäller om inget annat anges för alla ny- och uppföljningsregistreringar under verksamhetsåret 2016.

Litiumbehandling vid bipolär sjukdom typ I

Litium är förstahandsalternativ för långtidsbehandling av bipolär sjukdom typ 1 och har god evidens som akutbehandling för mani och som återfallsförebyggande behandling. Bipolärs målsättning är att minst 70 procent av personer med bipolär sjukdom typ 1 ska medicinera med litium. År 2015 nådde nio län (Blekinge, Dalarna, Gotland, Halland, Jönköping, Kronoberg, Västmanland, Västernorrland, Östergötland) upp till målet. Under år 2016 är det betydligt färre län eller regioner som når upp till målet och endast i Dalarna, Jönköping, Östergötland och Södermanland behandlades minst 70 procent av personer med bipolär sjukdom typ 1 med litium.

Figur 1. Andel patienter med bipolär sjukdom typ 1 med litiumförskrivning fördelat på län, år 2016.



Andelen av de med bipolär sjukdom typ 1 som förskrivs litium skiljer sig fortfarande mellan enskilda län men trenden är att dessa skillnader krympt något sedan föregående år. Med undantag för Norrbotten och Värmland, som ligger under 50 procent, så placerar sig de flesta län mellan 60 och 70 procent. Även om färre län når upp till målet på 70 procent så ökar andelen individer med bipolär sjukdom typ 1 som behandlas med litium något, från 65 procent år 2015 till 67 procent år 2016.

En nyligen genomförd svensk registerstudie har jämfört den förebyggande effekten av olika stämningsstabiliserande läkemedel på risken för återfall i skov. Studien visar att litium är det läkemedel med bäst förebyggande effekt om man ser till både maniska/hypomana och depressiva skov (Joas et al, 2017). Detta oavsett bipolär subdiagnos. Om man tittar på registerdata för litiumanvändning i hela gruppen av individer med bipolär sjukdom så behandlades 55 procent med litium under år 2016. Fördelningen uppdelat på län följer i stort den för bipolär sjukdom typ I.

Figur 2. Andel patienter med bipolär sjukdom (oavsett subdiagnos) med litiumförskrivning fördelat på län, år 2016.



Återfall i skov

Det huvudsakliga målet med all stämningsstabiliserande behandling vid bipolär sjukdom är att förhindra affektiva sjukdomsskov. Av det skälet är andelen patienter med återfall i skov de senaste 12 månaderna ett av BipoläRs viktigaste mått. BipoläRs målnivå är att högst 40 procent av patienterna i registret ska ha återfallit i skov under de senaste 12 månaderna. Som skov räknas maniska, hypomana, depressiva eller blandade. En låg andel patienter med återfall i affektiva skov är en indikator som kan signalera god psykiatrisk vård.

Under 2016 är det sex län som når upp till BipoläRs målnivå och det är Norrbotten (9 procent), Jönköping (29 procent), Östergötland (32 procent), Södermanland (32 procent), Stockholm (38 procent) och Gotland (38 procent). Högst andel med återfall i skov under 2016 hade Örebro och Uppsala med en andel på 63 respektive 59 procent. Det är alltså fortsatt stora skillnader mellan län med lägst respektive högst återfallsfrekvens. Om skillnaderna beror på skillnader i vård eller faktorer utanför vårdgivarens kontroll kan inte utläsas ur registret. Däremot kan det vara viktigt för vårdgivarna själva att följa upp de bakomliggande orsakerna till skillnaderna i behandlingsutfall.

Om man jämför 2016 med år 2015 så har andelen patienter med återfall i skov på riksnivå sjunkit från 52 till 47 procent. Andelen med återfall i skov har varit på ungefär samma nivå sedan 2008 men det är ännu för tidigt att säga om denna trend nu brutits till förmån för en sjunkande andel återfall.

Figur 3. Andel uppföljda patienter som återfallit i skov de senaste 12 månader fördelat på län, år 2016.

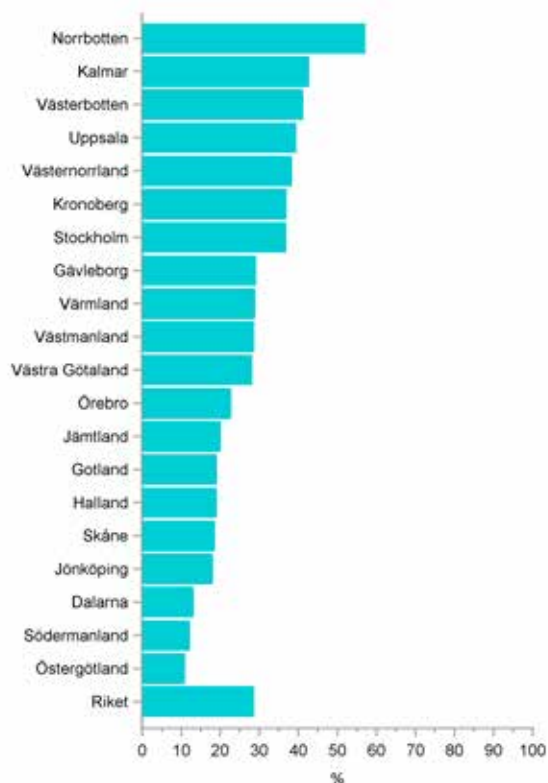


Patientutbildning

Patientutbildning vid bipolär sjukdom syftar till att öka patientens sjukdomsinsikt, öka förmågan att tolka de tidiga tecknen på affektiva skov samt motivera patienten att följa givna behandlingsrekommendationer. Studier om effekterna av patientutbildning för personer med bipolär sjukdom indikerar att patientutbildning kan minska återfall i skov och antalet sjukdagar (Bond and Anderson, 2015; Colom et al, 2003). En nyligen genomförd studie med data från Kvalitetsregistret Bipolär bekräftar att patientutbildning minskar risken att återinsjukna i såväl maniska/hypomana som depressiva skov (Joas et al., manuscript). Kvalitetsregistret BipoläRs målsättning är att minst 45 procent av alla patienter oberoende av ålder och bipolär underdiagnos ska ha genomgått patientutbildning. Andelen som någon gång genomgått patientutbildning var för samtliga registrerade under 2016 fortfarande endast 29 procent. Detta innebär att det inte skett någon egentlig ökning sedan år 2015. På länsnivå är det endast Norrbotten som når upp till målet på 45 procent.

Patientutbildning kan vara utformad på många olika sätt men vanligtvis är det en gruppbehandling med fokus på psykoedukation som består av föreläsningar och gruppdiskussioner. En nyligen genomförd kartläggning av patientutbildningarna i riket (Askland and Sadik, 2016) visade att en majoritet av utbildningarna inte följer befintliga strukturerade patientutbildningsprogram. Istället har behandlarna själva utvecklat patientutbildningarna. Trots den stora variation som finns i hur patientutbildningen ser ut så ser man i data från Bipolär ändå en positiv effekt på risken att återfalla i skov (Joas et al., manuscript).

Figur 4. Andel patienter som har erbjudits/genomgått patientutbildning någon gång, fördelat på län, år 2016.



Strukturerat instrument för diagnostik

Vid förra årets kunskapsdag framhölls vikten av att arbeta strukturerat vid diagnosticeringen av bipolär sjukdom. Under år 2016 genomfördes också ett projekt där en extern granskare (Alina Karanti) gick igenom 111 journaler och ställde diagnos utifrån denna. Dessa resultat jämfördes sedan med registerdata. Sammanfattningsvis uppvisade BipoläR mycket god validitet beträffande den bipolära diagnosen (~90 procent). Här ska man också observera att resterande 10 procent kan ha varit korrekta men journalanteckningarna var inte tillräckligt detaljerade för att kontrollera detta. Diagnostiken av subdiagnoser överensstämmer med extern granskare till 68–69 procent för typ 1 och typ 2, betydligt lägre för övriga subdiagnoser. Subdiagnostiken är en utmaning även i klinisk praxis och reliabiliteten av diagnostik ökar vid strukturerade utredningar.

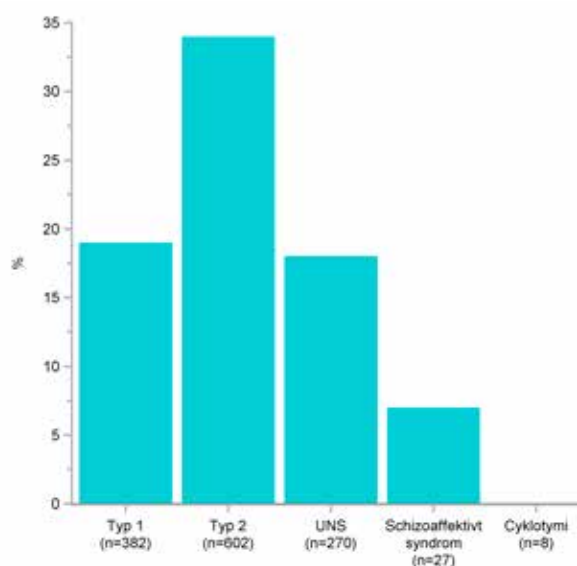
Under 2016 har ett strukturerat diagnostiskt instrument använts som stöd i diagnostiken för 26 procent av alla nyregistrerade patienter. Denna siffra är lägre än för år 2015 då ett strukturerat diagnostiskt instrument använts i 29 procent av fallen. BipoläR har satt som mål att 50 procent av alla nyregistrerade patienter ska ha diagnostiserats med ett strukturerat diagnostiskt instrument som stöd. Liksom föregående år är det bara Gävleborgs län som når upp till detta mål.

Ser man till de olika subdiagnoserna så är det fortfarande vanligast att använda strukturerade diagnostiska instrument vid bipolär sjukdom typ 2. Mönstret är väldigt likt föregående år men andelen där ett diagnostiskt instrument använts har sjunkit både för bipolär sjukdom typ 2 och UNS. Detta är olyckligt då dessa subdiagnoser ofta är svårare att diagnosticera än bipolär sjukdom typ I.

Figur 5. Andel nyregistrerade patienter 2016 där strukturerat diagnostiskt instrument har använts som stöd i diagnostiken av bipolär sjukdom, fördelat per län.



Figur 6. Andel nyregistrerade patienter 2016 där strukturerat diagnostiskt instrument har använts som stöd i diagnostiken av bipolär sjukdom, fördelat per subdiagnos.

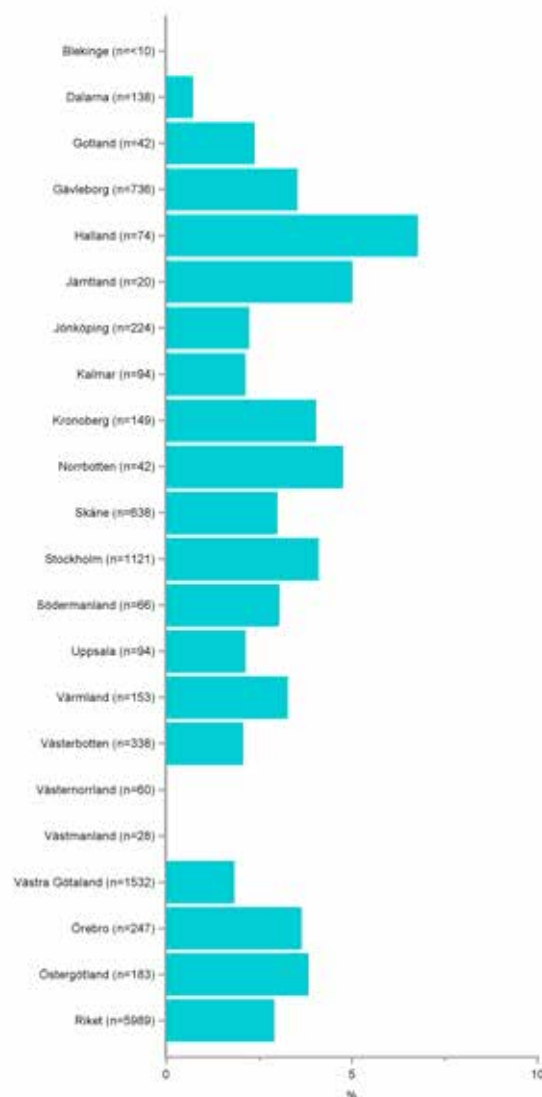


Alkoholmissbruk

Diagnosen bipolär sjukdom är kopplad till samsjuklighet med en rad andra psykiatriska diagnoser. Detta uppmärksammades under kunskapsdagen 2016 där temat var diagnostik och samsjukligheten med bland annat ADHD belystes. I år fokuserar vi på alkoholmissbruk. Kostnaden för alkoholrelaterade hälsoproblem är hög både för samhället och för de individer som på olika sätt är drabbade. Ett flertal studier har visat att risken för alkoholberoende och annan beroendesjukdom är avsevärt förhöjd hos personer med bipolär sjukdom. Det är fortfarande inte fullt klarlagt vilka faktorer som är starkast kopplade till risken för alkoholberoende vid bipolär sjukdom. En nyligen genomförd review och meta-analys pekar på manligt kön, antal maniska skov och suicidförsök som riskfaktorer (Messer et al, 2017). Man pekar också på att en beroendesjukdom påverkar prognos, kliniskt förlopp, risk för återinsjuknande och behandlingssvar.

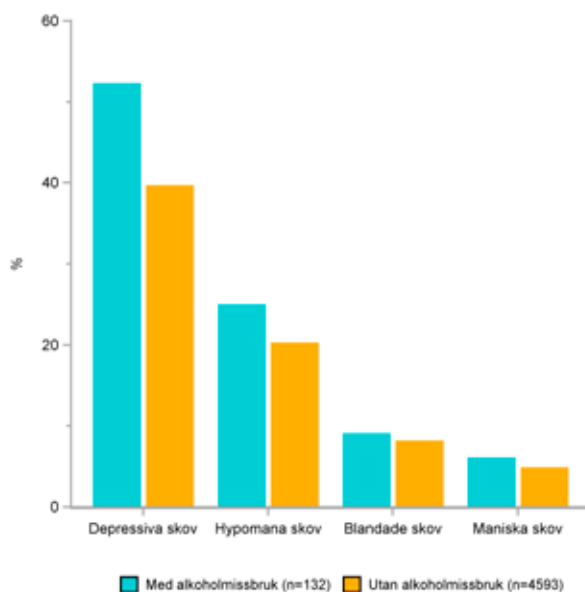
Bipolär innehåller två indikatorer för alkoholmissbruk och beroende. Dels kan en alkoholmissbruksdiagnos (F10.1/ F10.2) anges och dels kan totalpoäng för AUDIT-C eller AUDIT registreras. År 2016 fanns det en alkoholmissbruksdiagnos för ungefär 3 procent av registreringarna. Denna siffra är avsevärt lägre än en beräknad prevalens på 4–5 procent hos den vuxna befolkningen i Sverige. Samtidigt har prevalensen av alkoholmissbruk och alkoholberoende uppskattats till ungefär 8 procent hos individer med en affektiv diagnos (Grant et al, 2004). Huruvida detta speglar en skevhet i patientgruppen i Bipolär, underdiagnostik eller låg rapportering till registret kan inte med säkerhet sägas. Dock saknas uppgift om alkoholmissbruksdiagnos för cirka 20 procent av registreringarna under 2016 vilket tyder på svårigheter med inrapporteringen av denna indikator. Högst andel individer med alkoholmissbruksdiagnos finns i Halland (cirka 7 procent), följt av Norrbotten, Stockholm och Kronoberg (4–5 procent). Lägst prevalens rapporteras av Dalarna (cirka en procent) och Västra Götaland (cirka 2 procent).

Figur 7. Andel patienter med alkoholmissbruksdiagnosen (F10.1/F10.2) fördelad på län år 2016.



Alkoholmissbruk betraktas som en riskfaktor för återfall i skov. Med utgångspunkt i data som rapporterats in till BipolÄR så är det en högre andel av de med alkoholmissbruk som återfaller i skov – i synnerhet depressiva – jämfört med de utan missbruk av alkohol.

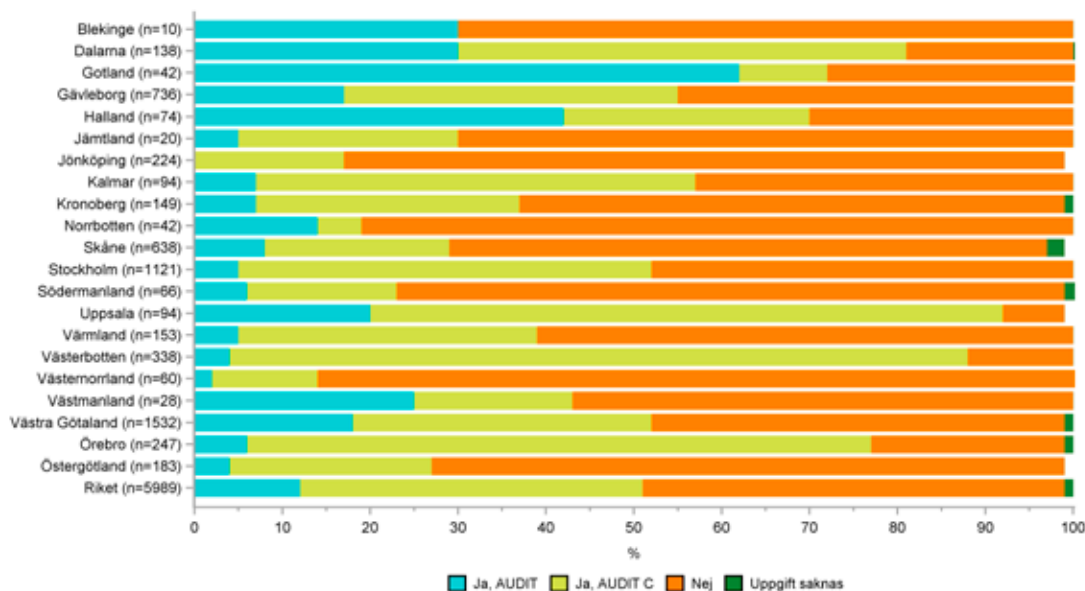
Figur 8. Andel uppföljda patienter med respektive utan alkoholmissbruk med återfall i skov de senaste 12 månaderna fördelat på olika typer av skov, år 2016.



Förekomsten av missbruk påverkar också det självupplevda hälsotillståndet vid bipolär sjukdom. Personer med alkoholmissbruk upplever en sämre hälsa än de utan missbruk. Förekomsten av substansmissbruk är en klart komplicerande faktor vid bipolär sjukdom som behöver adresseras för att uppnå en framgångsrik behandling. BipolÄR har även med AUDIT-C och AUDIT som indikatorer för riskbruk av alkohol. Detta ger en möjlighet att få kompletterande information om missbruksrisken hos personer med bipolär sjukdom. År 2016 angav man att AUDIT-C eller AUDIT använts i den kliniska utredningen i 51 procent av fallen. Variationen mellan länen är dock stor. I Dalarna, Uppsala och Västerbotten används AUDIT-C eller AUDIT i över 80 procent av fallen. I andra änden av skalan finner man Västernorrland, Jönköping och Norrbotten där AUDIT-C eller AUDIT använts i mindre än 20 procent av fallen.

Dock är bortfallet vad gäller poäng vid skattningen stort och det är därför inte möjligt att i dagsläget göra någon fördjupad analys av prevalensen av riskbruk i patientgruppen. En ytterligare komplicerande faktor är att det inte heller finns någon nationell konsensus kring vilken version av AUDIT som ska användas. Totalpoängen i AUDIT är inte jämförbar med totalpoängen i AUDIT-C eftersom AUDIT inkluderar frågor som rör andra delar av riskbeteende jämfört med AUDIT-C. Vad gäller AUDIT-C förekommer också olika versioner som har olika gränsvärden för riskbruk. Registret redovisar därför inte någon sammanfattad statistik för AUDIT eller AUDIT-C men enskilda enheter kan givetvis be om att få ut en sammanställning för den egna patientgruppen.

Figur 9. Fördelningen av användningen av AUDIT och AUDIT- C per län, år 2016.



Data i BipoläR

På följande sidor presenteras 2016 års data för BipoläR, det vill säga all data som matats in i registret under det gångna året. Om inte annat anges grundar sig statistiken som presenteras på följande sidor både på ny- och uppföljningsregistreringar. I vissa fall behandlas endast ny- eller endast uppföljningsregistreringar. I dessa fall anges detta i figurtexten. I vissa fall presenteras data för flera år. I dessa fall anges även detta i figurtexten.

Validitet och täckningsgrad

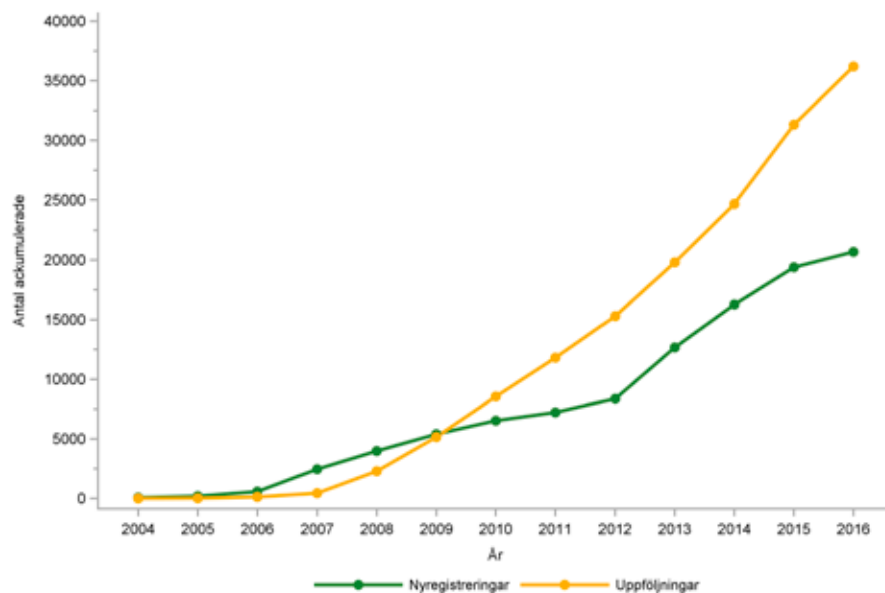
Registret arbetar löpande med att underlätta inmatning av data och med kontroller av validiteten hos inmatad data. Registret och Registercentrum Västra Götaland gör löpande logiska kontroller av inmatad data för att säkerställa kvalitén på denna innan den redovisas och används för kvalitetsarbete eller forskning. Vi arbetar också med logiska kontroller vid inmatning för att öka datakvalitén. Under år 2016 genomfördes också en validering mot källdata där en extern granskare gick igenom 111 journaler och ställde diagnos utifrån dessa. Resultatet jämfördes sedan med registerdata. Sammanfattningsvis uppvisade BipoläR mycket god validitet beträffande den bipolära diagnosen (~90 procent). Här ska man också observera att resterande 10 procent kan ha varit korrekta men journalanteckningarna var inte tillräckligt detaljerade för att kontrollera detta.

Registret gör också en årlig täckningsgradsanalys via en samkörning med Socialstyrelsens Patientregister (PAR). För att få med all information från patientregistret så görs denna samkörning i slutet av eftervarande kalenderår. De siffror för täckningsgrad som vi redovisar här är alltså baserade på data för 2015. Unika patienter ur BipoläR jämförs med unika patienter ur PAR. Registreringar från unika patienter under 2015 i BipoläR jämförs med patienter som i patientregistrets öppenvårdsdel diagnosticerats med bipolär sjukdom minst två gånger på samma psykiatriska klinik under 2014–2015. Denna jämförelse visar på en täckningsgrad på 29,2 procent för BipoläR. Detta kan jämföras med 27,8 procent under år 2014. Siffror för 2016 finns ännu inte men då antalet registreringar sjunkit sedan föregående år så kommer även täckningsgraden för 2016 att sjunka.

Antalet registreringar över år och fördelade på län

Antalet ackumulerade nyregistreringar i BipoläR sedan 2004 uppgick under 2016 till 20 666. Antalet ackumulerade uppföljningsregistreringar uppgick under samma period till 36 196. Det totala antalet ackumulerade registreringar under 2016 blev därmed 56 862.

Figur 10. Antal ackumulerade ny- och uppföljningsregistreringar under perioden 2004–2016.



Högst antal nyregistreringar under ett enskilt år uppnåddes 2013. Från 2014 och framåt minskar antalet nyregistreringar. Antalet nyregistreringar under 2016 var 1 289 vilket är 1 834 registreringar färre än 2015. Minskningen kan delvis förklaras av att täckningsgraden ökat under flera år men den viktigaste förklaringen är sannolikt att prio-satsningen på nationella kvalitetsregister avslutats. Det finns därför inte längre något ekonomiskt incitament för att öka antalet nyregistreringar.

Antalet uppföljningsregistreringar har ökat varje år och under 2015 uppgick antalet uppföljningsregistreringar till 6 363. Under år 2016 minskar dock antalet uppföljningsregistreringar till 4 871 vilket återigen sannolikt kan hänföras till den avslutade prio-satsningen.

Figur 11. Antal ny- och uppföljningsregistreringar under perioden 2004–2016.



Antalet registreringar över år och fördelade på län, forts.

Som framgår av tabellen nedan gjordes under 2016 totalt 6 160 registreringar. Det är 3 251 färre registreringar än föregående år. Flest ny- och uppföljningsregistreringar gjordes av vårdgivare i Västra Götaland. Något över 1 582 patienter registrerades under 2016 i Västra Götaland. Därefter kommer Stockholms läns landsting och därefter Gävleborg. Det enda län som ökat antalet registreringar sedan 2015 är Jönköping. Tio län gjorde färre än hälften så många registreringar under 2016 jämfört med 2015.

Tabell 1. Antal registreringar år 2015–2016 fördelade på län.

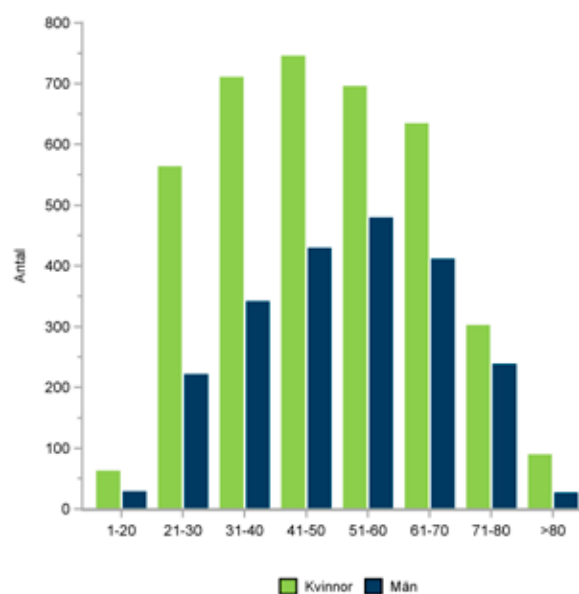
Län	2014	2015	2016
Blekinge	110	120	10
Dalarna	214	290	143
Gotland	30	71	42
Gävleborg	697	799	772
Halland	176	194	75
Jämtland	79	98	20
Jönköping	229	220	229
Kalmar	201	187	96
Kronoberg	216	235	150
Norrbottn	133	259	44
Skåne	1 197	1 335	657
Stockholm	1511	1 692	1 149
Södermanland	312	182	67
Uppsala	363	457	94
Värmland	179	253	154
Västerbotten	526	451	340
Västernorrland	154	153	63
Västmanland	140	126	30
Västra Götaland	1 472	2 070	1 582
Örebro	345	276	255
Östergötland	202	297	188
Totalt	8 486	9 765	6 160

Köns- och åldersfördelning i Bipolär

Könsfördelningen har i Bipolär konsekvent varit ojämn med en högre andel kvinnor än män. Under 2016 utgjorde andelen kvinnor 64 procent av de registrerade och andelen män 36 procent. I alla åldersgrupper är kvinnor i majoritet, men i åldersgruppen 21–30 år är det nästan tre gånger fler registrerade kvinnor än män. I de äldre åldersgrupperna minskar könsskillnaderna.

En tidigare genomförd jämförelse mellan Bipolär och patientregistret avseende kön och ålder har visat att fördelningen i Bipolär i stort sett är representativ för patientgruppen i dess helhet. Med hänsyn till att internationella forskningsstudier indikerar att prevalensen av bipolär sjukdom bör vara ungefär jämnt fördelad mellan könen (Merikangas et al, 2011) finns det fortsatt anledning att diskutera varför bipolära syndrom diagnosticeras dubbelt så ofta bland kvinnor jämfört med män upp till 40 års ålder.

Figur 12. Ålders- och könsfördelning för registreringar år 2016.



Köns- och åldersfördelning bland underdiagnoserna

Genomsnittsåldern för de registrerade under 2016 är omkring 50 år. Genomsnittsåldern skiljer sig dock mellan underdiagnoserna. De med bipolär sjukdom typ 1, bipolär sjukdom UNS och schizoaffektiva syndrom har en högre medelålder än bipolär sjukdom typ 2 och cyklotymi. Medelålderskillnaderna mellan de med typ 1

och typ 2 har minskat från 10 till 6 år jämfört med 2015. Andelen kvinnor är också klart större i gruppen med cyklotymi (71 procent), bipolär sjukdom typ 2 och schizoaffektiva syndrom (68 procent). Lägst andel kvinnor finns i gruppen med typ 1 (58 procent).

Tabell 2. Ålders- och könsfördelningen 2016 för samtliga registrerade patienter uppdelad på de bipolära underdiagnoserna.

	Typ 1	Typ 2	UNS	Schizoaffektiva syndrom	Cyklotymi
Medelålder	52	46	51	53	47
Andel kvinnor (%)	58	68	65	68	71
Antal patienter	2 308	2 419	1 133	105	24



Patientgrupper i registret

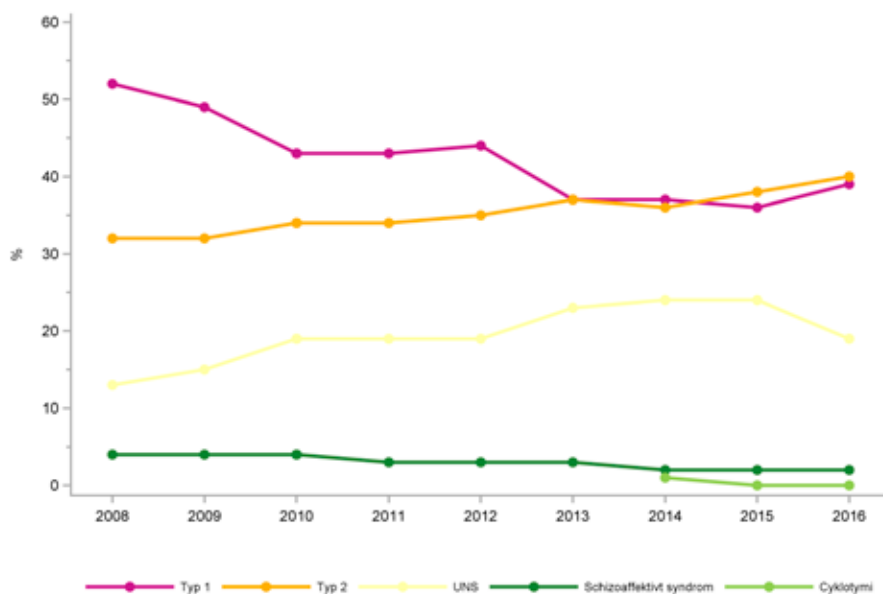
Bipolära syndrom har skiftande uttrycksätt. Vid återkommande manier, ofta men inte alltid växlande med depressioner, kallas syndromet bipolär sjukdom typ 1. Vid perioder av hypomani och återkommande depressioner kallas bipolär sjukdom typ 2. Diagnosen bipolär sjukdom UNS (Utan Närmare Specifikation) beskriver förstämningssymtom som inte ryms i typ 1 eller typ 2, exempelvis för att manierna pågått för kort tid. Cyklotymi är ett tillstånd där det under minst två år förekommit episoder med hypomana symtom som inte uppfyller kriterierna för hypomani och depressiva episoder som inte är tillräckligt uttalade för att motsvara egentlig depression. Om det förutom manier och depression även föreligger långa perioder med psykotiska symtom utan samtidig förstämning kallas det schizoaffektiva syndrom, bipolär (eller manisk) typ. Samtliga dessa fem diagnoser registreras i BipolärR.

Den tydliga trend som pågått sedan 2008 med en minskande andel personer med typ 1 i registret och en

ökande andel med typ 2 ser ut att ha brutits under 2016. Både andelen med typ 1 och typ 2 ökar något under 2016 och andelen med UNS har sjunkit med 5 procent sedan 2015 till 19 procent. Andelen med bipolär typ 1 och andelen med bipolär typ 2 ligger nu i princip lika på 39 respektive 40 procent. Andelen med schizoaffektiva syndrom och cyklotymi ligger kvar på en låg andel motsvarande 2 procent respektive mindre än 1 procent av alla registrerade under 2016. Vad gäller schizoaffektiva syndrom är det värt att notera att endast en del av patientgruppen registreras i BipolärR. Huvuddelen registreras istället i PsykosR.

Sammantaget visar siffrorna att diagnosfördelningen i riket förändrats betydligt över åren men att den trend som pågått sedan 2008 kan vara på väg att vända. Detta kan betyda att diagnostiken förbättrats något sedan 2015, dock har andelen patienter där ett strukturerat diagnosinstrument använts sjunkit sedan föregående år.

Figur 13. Andel registreringar fördelat på bipolär subdiagnos, år 2008–2016.



Vid en granskning av diagnosfördelningen mellan länen finns liksom år 2015 tydliga skillnader. Vårdgivare i Stockholms läns landsting (61 procent), Jämtland (45 procent), Kalmar (43 procent), Västerbotten (41 procent) och Västra Götaland (40 procent) har högst andel registrerade personer med bipolär sjukdom typ 1. Lägst andel personer med typ 1 har Västmanland (13 procent), Värmland (20 procent), Gävleborg (25 procent) och Väster-norrland (25 procent).

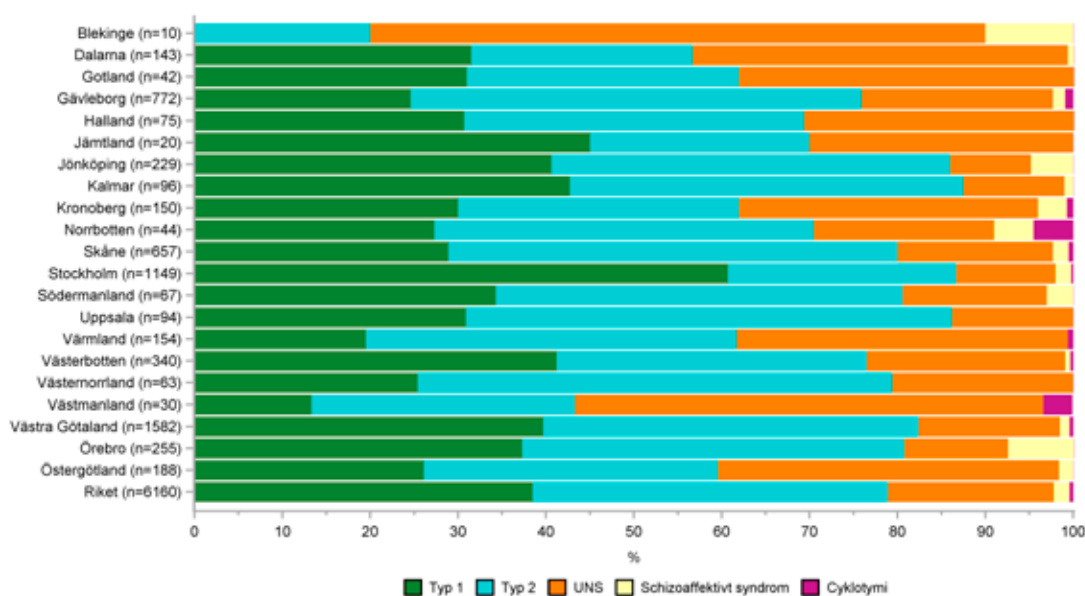
Andelen med bipolär sjukdom typ 1 är omkring dubbelt så stor i länen med högst andel jämfört med de med lägst andel.

Mindre frekvent förekommande skillnader verkar finnas mellan länen avseende bipolär sjukdom typ 2 men även här finns det enstaka påtagliga skillnader mellan länen. Andelen med bipolär sjukdom UNS skiljer sig klart

mellan enskilda länen. Högst andel återfinns i Blekinge (70 procent), Västernorrland (53 procent) och Dalarna (43 procent). Lägst andel har Jönköping (9 procent), Stockholm (11 procent) och Örebro (12 procent).

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

Figur 14. Andel registreringar per subdiagnos år 2016 fördelat på länen.



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

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

Bipolär i forskning

Bipolär uppmuntrar till att registret används för forskning. Följande projekt pågick under 2016 med anknytning till Bipolär:

Stanleystudien

Detta är en genetisk studie av bipolära syndrom. Insamlingen av denna studie stöddes av NIMH och The Stanley center for research och som genomfördes vid Institutionen för epidemiologi och biostatistik vid Karolinska Institutet. Studien ingår i ett internationellt konsortium som har gjort den hittills största ansatsen att studera arvet och miljöns betydelse för uppkomsten av bipolära syndrom. Insamlingsdelen av studien avslutades i juni 2013 då över 6 000 personer hade ställt upp och donerat blod. Ungefär 2/3 av patienterna i registret som var möjliga att inkludera samtyckte till studien och lämnade blod. Data från Stanleystudien har använts i en rad publikationer i internationella vetenskapliga tidskrifter under 2016 (publikation 1–3 och 6–12 nedan). Läs mer på www.ki.se/stanley och på www.cibris.se.

Genetiska och proteinnivåbaserade markörer bakom bra effekt av litium

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

Jämlik vård

Är vården för patienter med bipolära syndrom jämlik avseende kön, utbildning, ålder och boendeort? Under 2014 publicerades en rapport som visar att behandlingen av bipolära syndrom skiljer sig beroende på kön (Karanti et al, 2015). För närvarande pågår arbete för att studera om behandlingen skiljer sig åt beroende på patientens utbildning.

Läkemedelsbehandling vid bipolär sjukdom i Sverige

Data från Bipolär har tidigare använts för att studera könsskillnader i läkemedelsbehandlingen av personer med bipolär sjukdom och då kunnat konstatera könsskillnader avseende bland annat litiumföreskrivningen. I ett uppföljande forskningsprojekt undersöks nu också trender i läkemedelsanvändningen vid bipolära syndrom med hjälp av data från Bipolär och från Läkemedelsregistret. Resultaten visar att litiumanvändningen minskade stadigt i Sverige 2007-2013 (Karanti et al, 2016) och att det istället blir vanligare med lamotrigin och quetiapin.

Suicid vid bipolär sjukdom

Ett projekt har studerat vad som predicerar självmordsförsök vid bipolär sjukdom genom att använda data från Bipolär. Resultaten visar att de största riskfaktorerna för suicidförsök var nyligen genomlidna affektiva skov, tidigare suicidförsök och en slutenvårdsepisod nära i tiden (Tidemalm et al, 2014). För närvarande pågår ett projekt med att också identifiera riskfaktorer för fullbordat suicid vid bipolär sjukdom. Det pågår också ett projekt där datorbaserad mönsterigenkänning och inlärning, så kallad machine learning, används för att hitta nya vägar att utifrån klinisk information bedöma suicidrisk.

Metabola riskfaktorer

Vilka metabola effekter har läkemedel som ges vid bipolär affektiv sjukdom? Den första studien i detta projekt studerar effekten av tilläggsbehandling med atypiska antipsykotika på BMI vid bipolär sjukdom. Slutsatsen från arbetet är att sådan tilläggsbehandling inte är förenat med någon ökad risk för viktuppgång i patientgruppen som helhet (Najar et al, 2017). Däremot kan det vara viktigt att identifiera undergrupper med förhöjd risk för viktuppgång.

Patientutbildning

I en pågående forskningsstudie undersöks behandlingseffekterna av patientutbildning på sjukdomsförloppet för olika underdiagnoser av bipolär sjukdom. Studien bekräftar resultaten från flera internationella studier och visar att patientutbildning minskar risken att återinsjukna i såväl maniska/hypomana som depressiva skov (Joas et al, manuscript).

Hur många bör få litium?

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

Publikationer under 2016 där data från Bipolär ingår

- Li M, Luo XJ, Landén M, Bergen SE, Hultman CM, Li X, Zhang W, Yao YG, Zhang C, Liu J, Mattheisen M, Cichon S, Mühleisen TW, Degenhardt FA, Nöthen MM, Schulze TG, Grigoriu-Serbanescu M, Li H, Fuller CK, Chen C, Dong Q, Chen C, Jamain S, Leboyer M, Bellivier F, Etain B, Kahn JP, Henry C, Preisig M, Kutalik Z, Castelao E, Wright A, Mitchell PB, Fullerton JM, Schofield PR, Montgomery GW, Medland SE, Gordon SD, Martin NG; MoodDS Consortium; Swedish Bipolar Study Group, Rietschel M, Liu C, Kleinman JE, Hyde TM, Weinberger DR, Su B. Impact of a cis-associated gene expression SNP on chromosome 20q11.22 on bipolar disorder susceptibility, hippocampal structure and cognitive performance. *Br J Psychiatry*. 2016 Feb;208(2):128-37. doi: 10.1192/bjp.bp.114.156976.
- Hughes T, Hansson L, Sønderby IE, Athanasiu L, Zuber V, Tesli M, Song J, Hultman CM, Bergen SE, Landén M, Melle I, Andreassen OA, Djurovic S. A loss-of-function variant in a minor isoform of ANK3 protects against bipolar disorder and schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 2016 Aug 15;80(4):323-30. doi: 10.1016/j.biopsych.2015.09.021.
- Hou L, Heilbronner U, Degenhardt F, Adli M, Akiyama K, Akula N, Ardaur R, Arias B, Backlund L, Banzato CE, Benabarre A, Bengesser S, Bhattacharjee AK, Biernacka JM, Birner A, Brichant-Petitjean C, Bui ET, Cervantes P, Chen GB, Chen HC, Chillotti C, Cichon S, Clark SR, Colom F, Cousins DA, Cruceanu C, Czerski PM, Dantas CR, Dayer A, Étain B, Falkai P, Forstner AJ, Frisé L, Fullerton JM, Gard S, Garnham JS, Goes FS, Grof P, Gruber O, Hashimoto R, Hauser J, Herms S, Hoffmann P, Hofmann A, Jamain S, Jiménez E, Kahn JP, Kassem L, Kittel-Schneider S, Kliwicky S, König B, Kusumi I, Lackner N, Laje G, Landén M, Lavebratt C, Leboyer M, Leckband SG, Jaramillo CA, MacQueen G, Manchia M, Martinsson L, Mattheisen M, McCarthy MJ, McElroy SL, Mitjans M, Mondimore FM, Monteleone P, Nievergelt CM, Nöthen MM, Ösby U, Ozaki N, Perlis RH, Pfenning A, Reich-Erkelenz D, Rouleau GA, Schofield PR, Schubert KO, Schweizer BW, Seemüller F, Severino G, Shekhtman T, Shilling PD, Shimoda K, Simhandl C, Slaney CM, Smoller JW, Squassina A, Stamm T, Stopkova P, Tighe SK, Tortorella A, Turecki G, Volkert J, Witt S, Wright A, Young LT, Zandi PP, Potash JB, DePaulo JR, Bauer M, Reininghaus EZ, Novák T, Aubry JM, Maj M, Baune BT, Mitchell PB, Vieta E, Frye MA, Rybakowski JK, Kuo PH, Kato T, Grigoriu-Serbanescu M, Reif A, Del Zompo M, Bellivier F, Schalling M, Wray NR, Kelsoe JR, Alda M, Rietschel M, McMahon FJ, Schulze TG. Genetic variants associated with response to lithium treatment in bipolar disorder: a genome-wide association study. *Lancet*. 2016 Mar 12;387(10023):1085-93. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00143-4.

4. Hibar DP, Westlye LT, van Erp TG, Rasmussen J, Leonardo CD, Faskowitz J, Haukvik UK, Hartberg CB, Doan NT, Agartz I, Dale AM, Gruber O, Krämer B, Trost S, Liberg B, Abé C, Ekman CJ, Ingvar M, Landén M, Fears SC, Freimer NB, Bearden CE; Costa Rica/Colombia Consortium for Genetic Investigation of Bipolar Endophenotypes, Sprooten E, Glahn DC, Pearlson GD, Emsell L, Kenney J, Scanlon C, McDonald C, Cannon DM, Almeida J, Versace A, Caseras X, Lawrence NS, Phillips ML, Dima D, Delvecchio G, Frangou S, Satterthwaite TD, Wolf D, Houenou J, Henry C, Malt UF, Bøen E, Elvsåshagen T, Young AH, Lloyd AJ, Goodwin GM, Mackay CE, Bourne C, Bilderbeck A, Abramovic L, Boks MP, van Haren NE, Ophoff RA, Kahn RS, Bauer M, Pfennig A, Alda M, Hajek T, Mwangi B, Soares JC, Nickson T, Dimitrova R, Sussmann JE, Hagenaars S, Whalley HC, McIntosh AM, Thompson PM, Andreassen OA. Subcortical volumetric abnormalities in bipolar disorder. *Mol Psychiatry*. 2016 Feb 9. doi: 10.1038/mp.2015.227.
5. Karanti A, Kardell M, Lundberg U, Landén M. Changes in mood stabilizer prescription patterns in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2016 Feb 2;195:50-56. doi: 10.1016/j.jad.2016.01.043.
6. Demirkan A, Lahti J, Direk N, Viktorin A, Lunetta KL, Terracciano A, Nalls MA, Tanaka T, Hek K, Fornage M, Wellmann J, Cornelis MC, Ollila HM, Yu L, Smith JA, Pilling LC, Isaacs A, Palotie A, Zhuang WV, Zonderman A, Faul JD, Sutin A, Meirelles O, Mulas A, Hofman A, Uitterlinden A, Rivadeneira F, Perola M, Zhao W, Salomaa V, Yaffe K, Luik AI; NABEC, Liu Y, Ding J, Lichtenstein P, Landén M, Widen E, Weir DR, Llewellyn DJ, Murray A, Kardia SL, Eriksson JG, Koenen K, Magnusson PK, Ferrucci L, Mosley TH, Cucca F, Oostra BA, Bennett DA, Paunio T, Berger K, Harris TB, Pedersen NL, Mura-bitto JM, Tiemeier H, van Duijn CM, Rääkkönen K. Somatic, positive and negative domains of the Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D) scale: a meta-analysis of genome-wide association studies. *Psychol Med*. 2016 Jun;46(8):1613-23. doi: 10.1017/S0033291715002081.
7. Goes FS, Pirooznia M, Parla JS, Kramer M, Ghiban E, Mavruk S, Chen YC, Monson ET, Willour VL, Karchin R, Flickinger M, Locke AE, Levy SE, Scott LJ, Boehnke M, Stahl E, Moran JL, Hultman CM, Landén M, Purcell SM, Sklar P, Zandi PP, McCombie WR, Potash JB. Exome Sequencing of Familial Bipolar Disorder. *JAMA Psychiatry*. 2016 Apr 27. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0251.
8. Hou L, Bergen SE, Akula N, Song J, Hultman CM, Landén M, Adli M, Alda M, Arda R, Arias B, Aubry JM, Backlund L, Badner JA, Barrett TB, Bauer M, Baune BT, Bellivier F, Benabarro A, Bengesser S, Berrettini WH, Bhattacharjee AK, Biernacka JM, Birner A, Bloss CS, Brichant-Petitjean C, Bui ET, Byerley W, Cervantes P, Chillotti C, Cichon S, Colom F, Coryell W, Craig DW, Cruceanu C, Czerski PM, Davis T, Dayer A, Degenhardt F, Del Zompo M, DePaulo JR, Edenberg HJ, Étain B, Falkai P, Frouud T, Forstner AJ, Frisén L, Frye MA, Fullerton JM, Gard S, Garnham JS, Gershon ES, Goes FS, Greenwood TA, Grigoriou-Serbanescu M, Hauser J, Heilbronner U, Heilmann-Heimbach S, Herms S, Hipolito M, Hitturlingappa S, Hoffmann P, Hofmann A, Jamain S, Jiménez E, Kahn JP, Kassem L, Kelsoe JR, Kittel-Schneider S, Kliwicki S, Koller DL, König B, Lackner N, Laje G, Lang M, Lavebratt C, Lawson WB, Leboyer M, Leckband SG, Liu C, Maaser A, Mahon PB, Maier W, Maj M, Manchia M, Martinsson L, McCarthy MJ, McElroy SL, McInnis MG, McKinney R, Mitchell PB, Mitjans M, Mondimore FM, Monteleone P, Mühleisen TW, Nievergelt CM, Nöthen MM, Novák T, Nurnberger JI Jr, Nwulia EA, Ösby U, Pfennig A, Potash JB, Propping P, Reif A, Reininghaus E, Rice J, Rietschel M, Rouleau GA, Rybakowski JK, Schalling M, Scheftner WA, Schofield PR, Schork NJ, Schulze TG, Schumacher J, Schweizer BW, Severino G, Shekhtman T, Shilling PD, Simhandl C, Slaney CM, Smith EN, Squassina A, Stamm T, Stopkova P, Streit F, Strohmaier J, Szelinger S, Tighe SK, Tortorella A, Turecki G, Vieta E, Volkert J, Witt SH, Wright A, Zandi PP, Zhang P, Zollner S, McMahon FJ. Genome-wide association study of 40,000 individuals identifies two novel loci associated with bipolar disorder. *Hum Mol Genet*. 2016 Jun 21. pii: ddw181.

9. Power RA, Tansey KE, Buttenschøn HN, Cohen-Woods S, Bigdeli T, Hall LS, Kusalik Z, Lee SH, Ripke S, Steinberg S, Teumer A, Viktorin A, Wray NR, Arolt V, Baune BT, Boomsma DI, Børglum AD, Byrne EM, Castelao E, Craddock N, Craig IW, Dannlowski U, Deary IJ, Degenhardt F, Forstner AJ, Gordon SD, Grabe HJ, Grove J, Hamilton SP, Hayward C, Heath AC, Hocking LJ, Homuth G, Hot-tenga JJ, Kloiber S, Krogh J, Landén M, Lang M, Levinson DF, Lichtenstein P, Lucae S, MacIntyre DJ, Madden P, Magnusson PK, Martin NG, McIntosh AM, Middeldorp CM, Milaneschi Y, Montgomery GW, Mors O, Müller-Myhsok B, Nyholt DR, Oskars-son H, Owen MJ, Padmanabhan S, Penninx BW, Per-gadia ML, Porteous DJ, Potash JB, Preisig M, Rivera M, Shi J, Shyn SI, Sigurdsson E, Smit JH, Smith BH, Stefansson H, Stefansson K, Strohmaier J, Sullivan PF, Thomson P, Thorgeirsson TE, Van der Auwera S, Weissman MM; CONVERGE Consortium, CARDIo-GRAM Consortium, GERAD1 Consortium, Breen G, Lewis CM. Genome-wide Association for Major Depression Through Age at Onset Stratification: Major Depressive Disorder Working Group of the Psy-chiatric Genomics Consortium. *Biol Psychiatry*. 2016 May 24. pii: S0006-3223(16)32386-1. doi: 10.1016/j.biopsych.2016.05.010.
10. Chang H, Li L, Peng T, Grigoriou-Serbanescu M, Bergen SE, Landén M, Hultman CM, Forstner AJ, Strohmaier J, Hecker J, Schulze TG, Müller-Myhsok B, Reif A, Mitchell PB, Martin NG, Cichon S, Nöthen MM, Jamain S, Leboyer M, Bellivier F, Etain B, Kahn JP, Henry C, Rietschel M; Swedish Bipolar Study Group; MooDS Consortium, Xiao X, Li M. Identification of a Bipolar Disorder Vulnerable Gene CHDH at 3p21.1. *Mol Neurobiol*. 2016 Aug 25.
11. Genovese G, Fromer M, Stahl EA, Ruderfer DM, Chambert K, Landén M, Moran JL, Purcell SM, Sklar P, Sullivan PF, Hultman CM, McCarroll SA. Increased burden of ultra-rare protein-altering vari-ants among 4,877 individuals with schizophrenia. *Nat Neurosci*. 2016 Oct 3. doi: 10.1038/nn.4402.
12. van Hulzen KJ, Scholz CJ, Franke B, Ripke S, Klein M, McQuillin A, Sonuga-Barke EJ; PGC ADHD Working Group., Kelsoe JR, Landén M, Andreas-son OA; PGC Bipolar Disorder Working Group., Lesch KP, Weber H, Faraone SV, Arias-Vasquez A, Reif A. Genetic Overlap Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Bipolar Dis-order: Evidence From Genome-wide Association Study Meta-analysis. *Biol Psychiatry*. 2016 Oct 18. pii: S0006-3223(16)32920-1. doi: 10.1016/j.biopsych.2016.08.040.

Redovisning av kvalitetsindikatorerna för vårdenheter

Län	Enhet	Antal unika patienter 2016	Andel patienter med BMI >30	Andel patienter där strukturerat diagnostiskt instrument använts
Blekinge	Vuxenpsyki Sölvesborg	10	20	
Dalarna	Psykiatrimottagning Avesta	<10		
	Psykiatrimottagning Falun	53	22.6	7.7
	Psykiatrimottagning Gagnef	24	20.8	33.3
	Psykiatrimottagning Hedemora	<10		
	Psykiatrimottagning Leksand	<10		
	Psykiatrimottagning Ludvika	29	31	20
	Psykiatrimottagning Malung	<10		
	Psykiatrimottagning Mora	<10		
	Psykiatrimottagning Rättvik	13	15.4	
Gotland	Vuxenpsykiatriska Öppenvården Visby	42	16.7	7.7
Gävleborg	Allmänpsykiatrisk mottagning Gävle	316	25.9	88.9
	Psykiatrisk mottagning Bollnäs	83	37.3	63.6
	Psykiatrisk mottagning Hudiksvall	68	27.9	12.5
	Psykiatrisk mottagning Ljusdal	30	23.3	20
	Psykiatrisk mottagning Sandviken	193	36.8	36.4
	Psykiatrisk mottagning Söderhamn	46	28.3	
Halland	Affektiva mottagningen Halmstad	24	33.3	14.3
	Vuxenpsykiatrimottagning Falkenberg	39	23.1	21.4
	Vuxenpsykiatrimottagning Kungsbacka	<10		
	Vuxenpsykiatrimottagning Laholm	<10		
	Vuxenpsykiatrimottagning Varberg	<10		
Jämtland	Avd 4B aff tillst och äldrepsyki Östersund	20	20	22.2
Jönköping	Psykiatriska kliniken Värnamo sjukhus	76	43.4	33.3
	Psykiatriska mottagningen Eksjö	<10		
	Psykiatriska mottagningen Jönköping	88	33	8.4
	Psykiatriska mottagningen Nässjö	13	38.5	
	Psykiatriska mottagningen Tranås	41	26.8	
	Psykiatriska mottagningen Vetlanda	<10		
Kalmar	Psykiatrisk mottagning Oskarshamn	<10		
	Psykiatrisk mottagning Vimmerby/Hultsfred	28	35.7	
	Psykiatrisk mottagning Västervik	58	39.7	16.7
	Psykiatrisk rehabilitering Kalmar-Torås-Öland	<10		
Kronoberg	Allmänpsykiatriska mottagningen Ljungby	17	17.6	
	Allmänpsykiatriska mottagningen Växjö	106	30.2	20
	Äldrepsykiatriska enheten Växjö	26	42.3	
Norrbottnen	Närpsykiatri Kalix	10	50	20
	Närpsykiatri Luleå	<10		
	Psykiatri Gällivare	<10		
	Psykiatri Piteå	24	25	25
Skåne	Affektivt Centrum Malmö	15	26.7	50
	Aleris Psykiatri Lund	18	16.7	
	Allmänpsykiatrisk mottagning Helsingborg	34	20.6	12.5
	Allmänpsykiatrisk mottagning Ängelholm	65	30.8	10.8
	BUP Team Psykos Bipolära tillstånd Lund	23	4.3	58.3
	Integrerad Närsjukvård Malmö	42	7.1	5.3

	Andel uppföljningsregistrerade patienter med återfall i skov	Andel patienter med patientutbildning	Andel patienter sysselsatta >50 %	Andel patienter med diagnos bipolär typ I med litium
			44.4	
	40	20.8	80.9	
	66.7	8.3	76.2	100
	68.4	10.3	44	86.7
	63.6	7.7	25	25
	37.9	19	36	69.2
	56.6	27.5	33.4	63.7
	51.4	24.1	46.4	60
	35	10.3	40.4	86.4
	44	46.7	30.8	100
	62.1	41.5	42	65.5
	48.8	13	30.6	64.7
	76.5	45.8	18.2	46.2
	52	7.7	39.3	60
	54.5	20	47.1	66.7
	34.4	5.3	49.2	84.6
	16.7	12.5	42.9	100
	16.7		27.3	75
	25	58.5	40	68.2
	46.4	21.4	39.1	64.3
	63.5	53.4	42.9	73.9
	30.8	41.2	40	72.7
	44.6	44.3	32.6	65.5
	65.2	3.8		60
	40	60	20	
		54.2	65	25
	61.5	26.7	35.7	100
	50	22.2	53.3	40
	15.4	29.4	46.7	46.7
	53.6	7.7	40	28.6
	72.7	52.2		80
	60.9	16.7	51.4	72.7

Län	Enhet	Antal unika patienter 2016	Andel patienter med BMI >30	Andel patienter där strukturerat diagnostiskt instrument använts
	Mottagning Äldrepsykiatri Helsingborg	50	26	
	Psykiatrisk mott avd psykos Lund	<10		
	Psykiatrisk mottagning 1 Lund	33	18.2	
	Psykiatrisk mottagning 2 Lund	31	12.9	66.7
	Psykiatrisk mottagning Arlööv	<10		
	Psykiatrisk mottagning Eslöv	48	35.4	60
	Psykiatrisk psykosmottagning Lund	<10		
	Psykiatrisk rehabenhet Eslöv	<10		
	Södermottagningen, Helsingborg	14	50	
	Vuxenpsyki Hässleholm Öppenv	75	22.7	44.4
	Vuxenpsyki Kristianstad Öppenv	91	30.8	42.9
	Vuxenpsykiatri POM-team Lund	<10		
	Vuxenpsykiatrimottagning Simrishamn	31	48.4	4.8
	Vuxenpsykiatrimottagning allmänpsykiatri Landskrona	53	47.2	
Stockholm	Affektiva mottagningen M 59 Stockholm	365	27.4	34.3
	Affektiva mottagningen, Psykiatri Nordväst Stockholm	26	26.9	
	Capio Psykiatri Haninge	15	13.3	14.3
	Capio Psykiatri Nacka	30	10	
	Capio Psykiatri Nynäshamn	67	37.3	
	Capio Psykiatri Tyresö	17	17.6	
	Capio Psykiatri Värmdö	18	44.4	
	Ersta Diakoni Stockholm	23	13	
	Järvapsykiatrin Kista	<10		
	Järvapsykiatrin Rinkeby	17	23.5	10
	Järvapsykiatrin Spånga	12	41.7	100
	Mottagning för adhd I St Eriksplan Stockholm	16	12.5	40
	Mottagning för affektiva sjukdomar II, S:t Eriksplan	<10		
	Mottagningen för Affektiva sjukdomar Alvik	<10		
	Mottagningen för affektiva sjukdomar 1, S:t Eriksplan Norra Stockholms psykiatri	364	15.9	
	PSM Enske-Årsta-Vantör	<10		
	PVE Södermalm	15	13.3	25
	Prima Vuxenpsykiatri Åkersberga	20	40	66.7
	Prima Vuxenpsykiatri Jakobsberg	16	31.3	100
	Prima Vuxenpsykiatri Lidingö	<10		
	Prima Vuxenpsykiatri Liljeholmen	<10		
	Psykiatricentrum Väst Bromma	<10		
	Psykiatriska behandlingsteamet Södertälje	40	35	20
	Psykiatriskt beroende team Södertälje	<10		
	Sydgårdens Rehabenhet Södertälje	<10		
	WeMind	<10		
	Äldrepsykiatrisk mottagning Södertälje	16	25	
Södermanland	Psykiatriska mottagningen 1 Nyköping	<10		
	Psykiatriska mottagningen Flen	12	25	
	Psykiatriska mottagningen Katrineholm	<10		
	Psykiatriska mottagningen Strängnäs	31	25.8	16.7
	Psykiatriska mottagningen 3 Oxelösund	15	40	

	Andel uppföljningsregistrerade patienter med återfall i skov	Andel patienter med patientutbildning	Andel patienter sysselsatta >50 %	Andel patienter med diagnos bipolär typ I med litium
	17.4	6		70.4
	61.5	30.3	73.1	62.5
	53.6	25.8	53.6	80
	53.5	8.3	37.8	75
	50	14.3	35.7	25
	59.4	13.3	49.2	56
	55.3	30.8	50	69.2
	10		30.4	
	54.7	7.5	28.9	63.6
	29.9	39.2		65.3
	26.7	15.4	6.7	64.7
	50	20		77.8
	55.6	50		50
	72.7	28.4		36.4
	46.2	29.4		37.5
	35.7	55.6		33.3
	47.4	8.7		100
	50	5.9	17.6	50
	33.3	8.3	50	
	63.6	37.5		
	35.7	45.1		66.4
	36.4	13.3		100
	35.3	20	60	75
	71.4	31.3	50	100
	43.3	22.5	17.4	75
	30	50	100	60
	25	8.3	42.9	71.4
	21.1	12.9	34.6	87.5
	50		41.7	60

Län	Enhet	Antal unika patienter 2016	Andel patienter med BMI >30	Andel patienter där strukturerat diagnostiskt instrument använts	
Uppsala	Affektiv mottagning 2 Uppsala	32	28.1	25	
	Bålsta psykiatrimottagning	29	37.9		
	Gimo närpsykiatriska mottagning	<10			
	Psykiatrimottagningen för unga vuxna Uppsala	20	20	87.5	
	Skutskär närpsykiatriska mottagning	<10			
	Tierp närpsykiatriska mottagning	<10			
	Tärnsjö närpsykiatriska mottagning	<10			
Värmland	Psykiatrisk öppenvård Arvika	49	40.8		
	Psykiatrisk öppenvård Hagfors Torsby	65	20	22.7	
	Psykiatrisk öppenvård Karlstad	<10			
	Psykiatrisk öppenvård Kristinehamn	35	31.4		
Västerbotten	Psykiatri mottagning Lycksele	<10			
	Psykiatri mottagning Vilhelmina	<10			
	Psykiatrisk enhet för uppföljning ECT Umeå	298	30.2	13.8	
	Psykiatrisk klinik Skellefteå och Södra Lappland	34	41.2		
Västernorrland	Affektiv mottagning B Sundsvall	28	32.1	57.1	
	Psykiatrisk mottagning Härnösand	22	31.8	33.3	
	Psykiatrisk mottagning Sollefteå	<10			
	Psykiatrisk mottagning Örnsköldsvik	<10			
Västmanland	Allmänpsykiatrisk mottagning 1 Västerås	<10			
	Allmänpsykiatrisk mottagning 2 Västerås	<10			
	Allmänpsykiatrisk mottagning 3 Västerås	<10			
	Allmänpsykiatrisk mottagning Fagersta	10	30		
	Allmänpsykiatrisk mottagning Köping	<10			
Västra Götaland	BUP Specialmottagning Göteborg	<10			
	Bipolärmottagning Göteborg	688	22.4	36.8	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Alingsås	68	32.4		
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Bäckefors	36	41.7		
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Centrum Borås	387	32.8	29.6	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Falköping	29	27.6	27.3	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Lerum	41	34.1	40	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Mariestad	10	60	90	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Mark Skene	68	13.2	13.3	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Skövde	<10			
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Strömstad	11	18.2		
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Trollhättan	56	25	37.5	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Vänersborg	21	9.5	100	
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Vårgårda	33	45.5		
	Öppenpsykiatrisk mottagning Ale Älvängen	47	36.2	75	
	Öppenpsykiatrisk mottagning Kungälv	27	33.3		
Öppenpsykiatrisk mottagning Stenungsund	<10				
Örebro	Affektivmottagning Örebro	243	35	25.5	
	Allmänpsykiatri Rehab Lindesberg	<10			
	Allmänpsykiatrisk öppenvård Hallsberg	<10			
Östergötland	Allmänpsykiatrisk öppenvård Linköping	57	12.3	6.3	
	Capio Psykiatri Norrköping	26			
	Citymottagningen Norrköping	<10			
	Psykiatri Habiliteringsenheten Motala	94	36.2	14.3	
	Vrinnevimottagningen Norrköping	<10			
Riket	Riket	5 989	27.9	25.7	

	Andel uppföljningsregistrerade patienter med återfall i skov	Andel patienter med patientutbildning	Andel patienter sysselsatta >50 %	Andel patienter med diagnos bipolär typ I med litium
	58.3	37.5	43.3	75
	58.3	31	59.3	50
	83.3	75	75	33.3
	46.9	38.8	23.8	35.7
	58.1	10.8	33.3	40
	41.2	48.6	23.3	50
	52.8	46	45.2	63.6
	64.3	5.9	34.6	33.3
	85.7	60.7	44.4	44.4
	30.8	13.6	42.9	66.7
	44.4	10	57.1	50
	45.7	29.8	47.4	68
	59.3	22.1	30.8	64
	65.6	22.2	53.8	87.5
	44.6	31.3	43.1	66
	61.1		40.9	40
	52.8	39	51.5	71.4
			30	75
	28.3	30.9	29.5	41.2
	45.5	36.4	57.1	60
	47.9	25	26.7	86.4
	50	9.5	68.8	63.6
	48.4	39.4	44.4	81.3
	86	8.5	32.6	57.1
	66.7	3.7	35	83.3
	63.8	23	34.2	65.9
	9.8	5.3	41.7	94.7
	33.3	3.8	33.3	28.6
	40	17	38.2	78.9
	47.3	28.6	39.7	67.2

BipoläR – vilka är vi?

BipoläR drevs under 2016 av en arbetsgrupp bestående av en registerhållare, en utvecklingsledare/biträdande registerhållare, en statistiker, en administratör och en koordinator. Till hjälp har BipoläR en styrgrupp som representerar brukare samt olika professioner och verksamheter i landet.

Registerhållare är Mikael Landén, överläkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, professor i psykiatri vid Göteborgs universitet. Registerhållarens roll (enligt SKL, www.kvalitetsregister.se) är att vara huvudansvarig för registrets utveckling och drift. Registerhållaren ska vara väl förankrad i berörda professioner och ha eventuella specialistföreningar/sektioner bakom sig, samt ha ingående kunskaper om registrets innehåll, funktionalitet och resultat och kunna företräda registret i olika sammanhang lokalt och nationellt (och i vissa fall internationellt), exempelvis i kontakterna med kompetenscentra och med Sveriges Kommuner och Landsting. Registerhållaren ska dessutom vara orienterad i de regelverk som finns inom kvalitetsregisterområdet.

BipoläR hade fram till och med september 2016 en utvecklingsledare vars uppgift är att leda och utveckla den operativa verksamheten, samt tillsammans med registerhållare och styrgrupp delta i den strategiska utvecklingen av registret.

Utvecklingsledare under 2016 var Magnus Jansson, leg. psykolog och fil. dr. i psykologi, anställd vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

Från och med oktober 2016 har registret istället en biträdande registerhållare vars uppgifter också är att leda och utveckla den operativa verksamheten, samt tillsammans med registerhållare och styrgrupp delta i den strategiska utvecklingen av registret. Titeln på uppdraget ändrades för att tydligare betona rollen som officiell representant för registret vid de tillfällen då registerhållaren är förhindrad att ta den rollen.

Biträdande registerhållare under 2016 var Erik Pålsson, docent i neurofarmakologi, anställd vid Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet.

Statistiker för BipoläR under 2016 var Mathias Kardell, fil. kand. i statistik och dataanalys, anställd vid Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet.

Sekreterare och administratör i BipoläR under 2016 var Anne Snellman, anställd vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

BipoläRs koordinator under 2016 var Annika Sahlén-Blom. Annika är kontaktperson för alla användare av registret och föreläser om registrets funktion och användningsområden. Annika Sahlén-Blom arbetar deltid som sjuksköterska vid Bipolärmottagningen i Göteborg, BipoläR har en styrgrupp vars roll (enligt SKL, www.kvalitetsregister.se) är att som helhet, utöver adekvata specifika medicinska kompetenser, också ha relevant tvärvetenskaplig kompetens och kunskap avseende statistik och i hur data kan användas i förbättringsarbete. Styrgruppen ska även vara förankrad i eventuella specialistföreningar/sektioner. I samarbete med deltagande kliniker ska styrgruppen utforma registrets innehåll och design, göra registret användbart för förbättringsarbete och arbeta med förbättring av registrets datakvalitet. Under 2016 ingick följande i BipoläRs styrgrupp: Registerhållare Mikael Landén; Kristina Lindwall-Sundel som är läkare och specialist i psykiatri samt verksam som medicinsk rådgivare vid Registercentrum Västra Götaland; Annika Blom, koordinator för BipoläR och sjuksköterska vid Bipolärmottagningen vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset; Magnus Jansson, psykolog vid Kungälvssjukhus, Arvid Lagercrantz, brukarrepresentant och medlem i patientföreningen BALANS; Lars von Knorring, professor emeritus, Uppsala; Bo Runeson, professor i psykiatri vid Karolinska institutet Stockholm och tidigare registerhållare för BipoläR; Hans-Peter Mofors, överläkare i Stockholm och Svenska psykiatriska föreningens representant; Mattias Agestam, överläkare och IT-expert, Stockholm samt Lisa Elg, överläkare i Östersund.

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

Referenser

- Askland D, Sadik AS (2016). Psychoeducation for persons with bipolar disorder setup and content of education in outpatient clinics. Examensarbete i omvårdnad på avancerad nivå. thesis, Högskolan Väst.
- Bond K, Anderson IM (2015). Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disord* 17(4): 349-362.
- Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, et al (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 60(4): 402-407.
- Grant B, Stinson F, Dawson D, Chou S, Dufour M, Compton W, et al (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 61(8): 807-816.
- Hou L, Heilbronner U, Degenhardt F, Adli M, Akiyama K, Akula N, et al (2016). Genetic variants associated with response to lithium treatment in bipolar disorder: a genome-wide association study. *Lancet* 387(10023): 1085-1093.
- Joas E, Karanti A, Song J, Goodwin GM, Lichtenstein P, Landen M (2017). Pharmacological treatment and risk of psychiatric hospital admission in bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 210(3): 197-202.
- Karanti A, Bobeck C, Osterman M, Kardell M, Tidemalm D, Runeson B, et al (2015). Gender differences in the treatment of patients with bipolar disorder: a study of 7354 patients. *J Affect Disord* 174: 303-309.
- Karanti A, Kardell M, Lundberg U, Landen M (2016). Changes in mood stabilizer prescription patterns in bipolar disorder. *J Affect Disord* 195: 50-56.
- Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry* 68(3): 241-251.
- Messer T, Lammers G, Muller-Siecheneder F, Schmidt RF, Latifi S (2017). Substance abuse in patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 253: 338-350.
- Najar H, Joas E, Kardell M, Palsson E, Landen M (2017). Weight gain with add-on second-generation antipsychotics in bipolar disorder: a naturalistic study. *Acta psychiatrica Scandinavica* 135(6): 606-611.
- Song J, Bergen SE, Di Florio A, Karlsson R, Charney A, Ruderfer DM, et al (2016). Genome-wide association study identifies SESTD1 as a novel risk gene for lithium-responsive bipolar disorder. *Molecular psychiatry* 21(9): 1290-1297.
- Tidemalm D, Haglund A, Karanti A, Landén M, Runeson B (2014). Attempted Suicide in Bipolar Disorder: Risk Factors in a Cohort of 6086 Patients. *PLOS One* In press.

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