

Klinisk retningslinje

Regionsfunktion for patienter med nydiagnosticeret bipolar lidelse

DMPG Bipolar

HØRINGSVERSION

Version 1.0**Fagligt godkendt**

[dd.mm.åååå] (DMPG Bipolar)

Administrativt godkendt

[dd.mm.åååå] (SundK Retningslinjefunktionen)

Planlagt opdatering

[dd.mm.åååå]

Indeksering

DMPG, Bipolar affektiv sindslidelse, Regionsfunktion, Udredning og behandling

Indhold

1. Nyt siden sidst (ændringslog).....	4
2. Anbefalinger (centrale budskaber)	4
Udredning af bipolar lidelse	4
Behandling af nydiagnosticeret bipolar lidelse	5
Organisering og samarbejde på tværs	7
3. Introduktion	8
Formål	8
Patientgruppe.....	9
Målgruppe for brug af retningslinjen	9
4. Evidensgrundlag	10
Udredning af bipolar lidelse	10
Behandling af nydiagnosticeret bipolar lidelse	17
Organisering og samarbejde på tværs	44
5. Referencer	46
6. Metode	54
Litteratursøgning	54
Litteraturgennemgang.....	54
Sundhedsøkonomiske konsekvenser	55
Formulering af anbefalinger	55
Interessentinvolvering	56
Høring	56
Godkendelse	56
Behov for yderligere forskning	56
Forfattere og habilitet.....	56
Plan for opdatering.....	57
Version af retningslinjeskabelon	57
7. Monitorering	58
8. Implementering	59
9. Bilag	60
Bilag 1: Søgeprotokol	60
Bilag 2: Kvalitetsvurdering af retningslinjer.....	62
10. Om denne kliniske retningslinje.....	63

1. Nyt siden sidst (ændringslog)

Denne retningslinje foreligger i sin første version, hvorfor der ikke er ændringer at berette.

2. Anbefalinger (centrale budskaber)

Anbefalingernes styrke er graderet efter Oxford Levels of Evidence. En A-anbefaling bygger på evidens af høj kvalitet og udtrykker høj sikkerhed i anbefalingen. En D-anbefaling bygger på evidens af lav kvalitet og udtrykker lav sikkerhed i anbefalingen.

Udredning af bipolar lidelse

1. Udredning bør foretages af en kvalificeret kliniker – eller under supervision af en kvalificeret kliniker - med erfaring i udredning af affektiv lidelse, fx en speciallæge eller specialpsykolog i psykiatri (D)
2. Inden diagnosen stilles bør der følges centrale elementer for en god udredning:
 - a) Indhent oplysninger om aktuelle og tidligere psykiatrisk historik herunder stemningssvingninger og episoder med overaktivitet og hæmning eller anden ændring i adfærd. Tillige beskrives symptomer i perioderne herimellem samt triggere af tidligere episoder og mønster i recidiv (D)
 - b) Mulige differentialdiagnoser vurderes, som f.eks. skizofreni, unipolar depressiv lidelse, personlighedsforstyrrelser, misbrug, ADHD og underliggende somatiske lidelser som f.eks. stofskiftelidelser, eller medicin- eller stof-udløste manioforme symptomer (D)
 - c) Diagnosen enkeltstående mani eller bipolar lidelse kan stilles ved hjælp af et semistruktureret diagnostisk instrument i form af SCAN/PSE, der også er indikator i Dansk Bipolardatabase (D)
 - d) Indhent oplysninger om familiære dispositioner for at kvalificere udredningen (D)
 - e) Indhent oplysninger om udvikling og ændring i typen af stemningssvingninger og de medfølgende udfordringer i hele personens liv, f.eks. barndomstraumer samt mere aktuelle traumer, udviklingsforstyrrelser og kognitive forstyrrelser (D)
 - f) Inviter pårørende eller et familiemedlem til at supplere og bidrage med oplysninger (D)
 - g) Indhent relevante oplysninger om tidligere behandling, herunder afprøvet medicinsk behandling, samt effekten og eventuelle bivirkninger heraf (D)
 - h) Hvis diagnosen enkeltstående mani eller bipolar lidelse ikke med sikkerhed kan stilles ifm. udredningssamtaler og interview ved speciallæge/specialpsykolog i regionsfunktion for nydiagnosticert bipolar lidelse, bør den ikke stilles (D)
 - i) Indhent oplysninger om aktuelle og tidligere komorbide tilstande, både psykiatriske (fx angst, PTSD, OCD, personlighedsforstyrrelser, misbrug, ADHD, autisme, spiseforstyrrelse, mv.) og somatiske (D)
 - j) Udfør en somatisk undersøgelse (D)

3. Når diagnosen bipolar lidelse stilles, vurderes om der er tale om bipolar lidelse type I eller II, som også er en indikator i Dansk Bipolardatabase (D)
4. Overvej at supplere udredning med testning af kognitive funktioner, når patienten er i hel eller delvis remission for affektive symptomer, og der er en formodet funktionspåvirkning relateret til de kognitive deficit (D)
5. Indhent oplysninger om patientens hverdag, sociale forhold og funktionsevne samt aktuelle psykosociale stressorer, der også er en indikator i Dansk Bipolardatabase (D)

Behandling af nydiagnosticeret bipolar lidelse

6. For patienter med nydiagnosticeret bipolar lidelse anbefales det at foretages en baseline screening med monitorering af metaboliske parametre, kardiovaskular status, ernæringsstatus og fysisk aktivitet (B)
7. For patienter med nydiagnosticeret bipolar lidelse bør der løbende og systematisk vurderes sygdomsaktivitet (depressive og maniske symptomer) ved anvendelse af psykometriske værktøjer, fx i form af Hamilton Depression Rating Scale, Young Mania Rating Scale eller Mania Assessment Scale) mhp. at monitorere patientens sygdomsaktivitet og effekt af behandlingen (A)
8. Hos patienter med nydiagnosticeret bipolar lidelse anbefales det at anvende "shared decision making" ved valg af behandling. Ved medicinsk behandling informeres om formål, mulige bivirkninger og planlagt monitorering. Dette skal sikre, at behandling sker på et informeret grundlag i samarbejde med patienten. Der bør i forlængelse heraf udarbejdes en behandlingsplan i samarbejde med patienten, som indeholder en individuel kriseplan med navne på faste kontaktpersoner. Behandlingsplanen kan deles med alment praktiserende læge og eventuelt pårørende, og den bør inkludere identificerede triggere, tidlige advarselstegn, samt strategier til håndtering og forebyggelse af tilbagefald (D)
9. Det anbefales at vurdere søvnproblemer rutinemæssigt, da disse er en integreret del af diagnosen bipolar lidelse og ofte kræver behandling. Psykoeduktion om søvn og døgnrytme anbefales generelt (D)
10. Ved behandling med lithium bør der måles vægt (BMI), nyrefunktion (inkl. eGFR), thyroideafunktion, blodbillede og væsketal (inkl. calciumniveau) før start og mindst hver 6. måned. Der bør som udgangspunkt monitoreres niveau af plasma-lithium ca. en uge efter opstart og hver dosisændring. Relevant biokemisk monitorering bør overvejes ved dosisændringer, ændret somatisk tilstand, interaktioner, dehydrering, ændret nyrefunktion eller klinisk mistanke om toksicitet. Selv ved stabilt niveau anbefales det, at plasma-lithium måles hver 3. måned det første år, herefter hver 3.-6. måned (A).
11. Hvis behandling med psykofarmaka stoppes, bør det ske med en gradvis udtapning for at mindske risikoen for stemningsustabilitet (A)
12. Ved brug af psykofarmaka til ældre med bipolar lidelse, bør der oftest anvendes en lavere dosis, og der bør tages hensyn til mulig påvirkning af den kognitive funktion, mulig øget risiko for medicinske interaktioner, en mulig negativ effekt af antikolinerg medicin på kognition og helbred samt fortsat behandling af eventuelle aldersrelaterede somatiske sygdomme (D)
13. Det anbefales at overveje ECT ved behandlingsresistent mani, depression eller blandingstilstand samt ved psykotiske symptomer og suicidalfare. Det anbefales at anvende ECT til hurtig og kortvarig symptomlindring når andre behandlinger har været utilstrækkelige og når tilstanden

enten vurderes livstruende, hos personer med langvarig eller svær mani, blandingstilstand eller depression eller ved psykotiske symptomer (A)

14. Overvej at tilbyde repetitiv transkraniel magnetisk stimulation (TMS) i protokolleret regi som tillægsbehandling til voksne patienter med utilstrækkelig effekt af farmakologisk behandling (B*)
15. Lysterapi kan overvejes som kortvarigt tillæg ved behandling af bipolar depression (B*)
16. Det bør løbende vurderes, om der er komorbidity misbrug, og hvis der er, bør der tilbydes en plan for behandlingen af dette i primær eller sekundærsektoren (D)
17. Påbegynd intensiveret patientkontakt til patienter med recidiv af affektive symptomer, risiko for behandlingssvigt og suicidalrisiko (D)
18. Der bør tilbydes gruppebaseret psykoedukation til nydiagnosticerede patienter i stabil fase som en central del af det samlede behandlingsforløb (A). Dette er en indikator i Dansk Bipolardatabase. Der henvises til DMPG-retningslinje for gruppebaseret psykoedukation til nydiagnosticeret bipolar lidelse med tilhørende materiale.
19. Kognitiv Adfærdsterapi
 - a) Overvej at tilbyde individuel Kognitiv Adfærdsterapi eller Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT) som tillægsbehandling ved depressive symptomer og som led i forebyggende indsats (B*)
 - b) Overvej at tilbyde individuel Kognitiv Adfærdsterapi til patienter i hel eller partiel remission ved persisterende angstsymptomer (B*)
20. Tilbyd social støtte efter behov (B)
21. Vedrørende medicinsk behandling af bipolar lidelse: der henvises til gældende dansk vejledning fra RADS (RADS 2015, Behandlingsvejledning for medicinsk behandling af bipolar lidelse) og den nationale kliniske retningslinje for medicinsk behandling ved bipolar lidelse (NKR farmakologisk behandling af bipolar lidelse – supplerende vedligeholdelsesbehandling efter depression 2014). Fremadrettet henvises til den kommende Sundhedsstyrelsens Nationale Kliniske Anbefaling (NKA) for medicinsk behandling af bipolar lidelse (udkommer i 2026) og den kommende retningslinje fra DMPG vedrørende medicinsk behandling ved bipolar lidelse (opstartes i 2026) (C)
22. Der anbefales ikke en specifik medicinsk behandling for søvnevanskeligheder eller ved behov for beroligende medicinering (D)
23. Recovery
 - a) Recovery-orienteret tilgang: Det anbefales, at behandlingen af bipolar lidelse tilrettelægges recovery-orienteret. Dette indebærer, at indsatsen ikke alene har fokus på symptomreduktion, men også på trivsel, funktionsevne, håb og patientens egne mål, herunder uddannelse, beskæftigelse og sociale relationer (D)
 - b) Recovery-orienteret sprogbrug: Det anbefales, at fagpersoner anvender et recovery-orienteret og ikke-stigmatiserende sprog, hvor personen ikke reduceres til "patient", men anerkendes som individ med ressourcer, håb og mulighed for at komme sig (D)
 - c) Peer-støtte og støttegrupper: Det anbefales, at patienter informeres om og opfordres til at få peer-støtte samt i støttegrupper eller patientforeninger, da disse kan fremme håb, egenmestring og social støtte (D)

- d) Tværfaglig tilgang: Der bør anvendes en tværfaglig tilgang, der kombinerer medicinsk behandling med psykosociale og recovery-orienteret behandling. I praksis involverer det kompetencer fra læge, sygeplejerske, socialrådgiver, psykolog, og evt. fysioterapeut og ergoterapeut i det omfang, det er relevant for den enkelte patient. (A)
- e) Recovery-orienteret plan anbefales: at der undervejs i forløbet udarbejdes, og løbende opdateres, både krise- og forebyggelsesplan (D)
- f) IPS (individual placement and support) bør tilbydes som beskæftigelsesindsats (A)

24. Pårørendeinddragelse

- a) Voksne pårørende: Det anbefales, at pårørende inddrages aktivt i behandlingen, når patienten samtykker. Pårørende bør tilbydes psykoedukation og information om sygdom, behandling og recovery-proces. Psykoedukation for pårørende kan med fordel tilbydes i grupper mhp. indbyrdes sparring og diskussion mellem de pårørende (B*)
- b) Børn som pårørende: Det anbefales, at børn af forældre med bipolar lidelse identificeres og tilbydes relevant støtte. Familiefokuseret terapi og psykoedukation bør overvejes som led i behandlingen (D)

Organisering og samarbejde på tværs

- 25. Behandlingsforløbet anbefales koordineret i samarbejde med behandlende klinikere, herunder på tværs af ambulante behandlere og behandlere på sengeafsnit når/hvis patienten er indlagt (D)
- 26. Ved afslutning af behandlingsforløb anbefales at sikre relevant afslutning, herunder koordinering til primær og sekundær sektor (D)

3. Introduktion

Bipolar affektiv sindslidelse er en alvorlig psykisk lidelse med en prævalens på 1-2% i den danske befolkning, svarende til ca. 60.000-120.000 personer. Som oftest udvikler sygdommen sig i ungdomsårene, men debut i sent i livet ses også. Gennemsnitligt stilles diagnosen midt i 20'erne (1). Det er i undersøgelser vist, at der forekommer en betydelig forsinkelse af korrekt diagnose, og at patienter med debuterende bipolar lidelse ofte har haft stemningssvingninger i op til 10 år før diagnosen bipolar lidelse stilles (2).

Sundhedsstyrelsens Specialevejledning for Psykiatri, 2. oktober 2023 angiver at patienter med manisk enkeltepisode eller nyligt diagnosticeret bipolar lidelse, som ikke er sekundær til anden lidelse, skal behandles i specialiseret Regionsfunktion (2-4). Baggrunden herfor, inklusive evidensgrundlaget, er beskrevet i Dansk Bipolar Database - Grundlag for databasens population, indikatorer og standarder, 2025 (5) og refereres kort her.

Sundhedsstyrelsen anbefalede i 2006 i en Medicinsk Teknologi Vurdering (MTV) om Forebyggende Ambulant Behandling af svære Affektive lidelser at supplere den aktuelle organisation af den ambulante behandling af patienter med affektivelidelser med 5-10 specialklinikker, svarende til 1-2 klinikker i hver af de kommende regioner, som bl.a. skulle tilbyde vurdering og behandling af patienter med bipolar lidelse i fasen omkring sygdomsdebut (6). Det anbefalede tillige at effekten af et sådan behandlingstilbud kunne afprøves i et forskningsprojekt. Efterfølgende viste en dansk randomiseret undersøgelse, at tidlig intervention med et toårigt ambulant behandlingsforløb for bipolar lidelse i en specialklinik for affektive lidelser med optimeret farmakologisk behandling og gruppebaseret psykoedukation markant bedre langtidsprognosen. Undersøgelsen viste at den tidlige intervention resulterede i 40 % færre genindlæggelser, øget brug af stemningsstabiliserende medicin, herunder lithium, og større patienttilfredshed sammenlignet med vanlig ambulant behandling ved egen læge, privatpraktiserende psykiater eller i distriktpspsykiatrien (2). De ekstra omkostninger for specialklinikken blev mere end opvejet af reducerede hospitalsindlæggelser, da indlæggelsesomkostningerne for patienter ambulant i specialklinikken (14.487 euro) kun var to tredjedele af beløbet for patienter behandlet i vanlig ambulant behandling (21.511 euro). Effekten var yderligere udtalt for yngre voksne (mellem 18 og 27 år) nydiagnosticeret med bipolar lidelse, som har vist stort udbytte af psykoedukation i grupper med andre jævnaldrende (3). En senere efterundersøgelse har vist at effekterne af tidlig intervention holdt sig over 16 års follow-up (4).

Tidlig og korrekt diagnosticering af bipolar lidelse samt et intensivt behandlingstilbud svarende til ovenstående viste sig altså gavnligt for patienterne på både kort og lang sigt.

Det konkluderes således i " Dansk Bipolar Database - Grundlag for databasens population, indikatorer og standarder, 2025 (5) at der fra et klinisk, organisatorisk og økonomisk synspunkt er god evidens, herunder særligt fra Danmark, for at patienter med manisk enkeltepisode eller nyligt diagnosticeret bipolar lidelse, som ikke er sekundær til anden lidelse, bør behandles i en specialiseret Regionsfunktion (evidensstyrke 1A)."

Det har således i en årrække fremgået af Sundhedsstyrelsens Specialevejledning for Psykiatri (7) at patienter med manisk enkeltepisode eller nyligt diagnosticeret bipolar lidelse, som ikke er sekundær til anden lidelse, skal behandles i regionsfunktion for nydiagnosticeret bipolar lidelse.

Formål

Det overordnede formål med retningslinjen er at understøtte en evidensbaseret indsats ved nydiagnosticeret bipolar lidelse af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark.

Behandlingstilbuddet til patienter med nydiagnosticeret bipolar lidelse varierer mellem regionerne i indhold og varighed. Formålet med retningslinjen er således at beskrive rammerne og indhold af behandlingstilbuddet for nydiagnosticeret bipolar lidelse i Danmark.

Patientgruppe

I henhold til Sundhedsstyrelsens Specialevejledning for Psykiatri 2. oktober 2023 skal alle patienter med manisk enkeltepisode eller nyligt diagnosticeret bipolar lidelse, som ikke er sekundær til anden lidelse, henvises til regionsfunktion for nydiagnosticeret bipolar lidelse (7). I praksis gælder det alle patienter, hvor diagnosen enkeltstående mani eller bipolar lidelse er stillet indenfor de seneste to år. Varigheden af forløbet på regionsfunktion er ikke veldefineret, men tilstræbes at være et regelret forløb af typisk to års varighed.

Målgruppe for brug af retningslinjen

Denne retningslinje skal primært understøtte det kliniske arbejde og udviklingen af den kliniske kvalitet, hvorfor den primære målgruppe er klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i psykiatrien, dvs. læger, psykologer, sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle, der arbejder med udredning og behandling af patienter med nydiagnosticeret bipolar lidelse.

4. Evidensgrundlag

Udredning af bipolar lidelse

1. Udredning bør foretages af en kvalificeret kliniker – eller under supervision af en kvalificeret kliniker - med erfaring i udredning af affektiv lidelse, fx en speciallæge eller specialpsykolog i psykiatri (D)
2. Inden diagnosen stilles bør der følges centrale elementer for en god udredning:
 - a) Indhent oplysninger om aktuelle og tidligere psykiatrisk historik herunder stemningssvingninger og episoder med overaktivitet og hæmning eller anden ændring i adfærd. Tillige beskrives symptomer i perioderne herimellem samt triggere af tidligere episoder og mønster i recidiv (D)
 - b) Mulige differentialdiagnoser vurderes, som f.eks. skizofreni, unipolar depressiv lidelse, personlighedsforstyrrelser, misbrug, ADHD og underliggende somatiske lidelser som f.eks. stofskiftelidelser, eller medicin- eller stof-udløste manioforme symptomer (D)
 - c) Diagnosen enkeltstående mani eller bipolar lidelse kan stilles ved hjælp af et semistruktureret diagnostisk instrument i form af SCAN/PSE, der også er indikator i Dansk Bipolardatabase (D)
 - d) Indhent oplysninger om familiære dispositioner for at kvalificere udredningen (D)
 - e) Indhent oplysninger om udvikling og ændring i typen af stemningssvingninger og de medfølgende udfordringer i hele personens liv, f.eks. barndomstraumer samt mere aktuelle traumer, udviklingsforstyrrelser og kognitive forstyrrelser (D)
 - f) Inviter pårørende eller et familiemedlem til at supplere og bidrage med oplysninger (D).
 - g) Indhent relevante oplysninger om tidligere behandling, herunder afprøvet medicinsk behandling, samt effekten og eventuelle bivirkninger heraf (D)
 - h) Hvis diagnosen enkeltstående mani eller bipolar lidelse ikke med sikkerhed kan stilles ifm. udredningssamtaler og interview ved speciallæge/specialpsykolog i regionsfunktion for nydiagnosticert bipolar lidelse, bør den ikke stilles (D)
 - i) Indhent oplysninger om aktuelle og tidligere komorbide tilstande, både psykiatriske (fx angst, PTSD, OCD, personlighedsforstyrrelser, misbrug, ADHD, autisme, spiseforstyrrelse, mv.) og somatiske (D).
 - j) Udfør en somatisk undersøgelse (D).
3. Når diagnosen bipolar lidelse stilles, vurderes om der er tale om bipolar lidelse type I eller II, som også er en indikator i Dansk Bipolardatabase (D)
4. Overvej at supplere udredning med testning af kognitive funktioner, når patienten er i hel eller delvis remission for affektive symptomer, og der er en formodet funktionspåvirkning relateret til de kognitive deficit (D)
5. Indhent oplysninger om patientens hverdag, sociale forhold og funktionsevne samt aktuelle psykosociale stressorer, der også er en indikator i Dansk Bipolardatabase (D)

Ad anbefaling 1 og 2: Anamnese og kliniske karakteristika

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefaling 1: I Danmark skal patienter henvises på mistanke om eller efter diagnosticeringen af bipolar lidelse til regionsfunktion for nydiagnosticeret bipolar lidelse. Udredningen af bipolar lidelse er kompleks pga. de tidvist uspecifikke symptomer, og den høje grad af komorbiditet. Udredning bør foretages af en kvalificeret kliniker med erfaring i udredning af affektiv lidelse, fx en speciallæge eller specialpsykolog i psykiatri (2, 8) [1b]. NICE guideline (2025) (9) anbefaler specifikt udredning ved et specialiseret psykiatrisk team med erfaring i bipolar lidelse, eller et specialiseret integreret psykiatrisk "community based team". Uanset er der tale om god klinisk praksis.

Anbefaling 2a-g er adapteret fra NICE (2025) (9) og af høj kvalitet. NICE (2025) identificerede ingen studier der evaluerer anamnese, herunder den samlede kliniske udredning ved mistanke om bipolar lidelse. På grund af manglende evidens baserede NICE-anbefalingerne sig på en konsensusbaseret tilgang og gennemførte en narrativ syntese (9).

Evidensen bag udførelse af somatisk undersøgelse (2j), vurdering af differentialdiagnoser og indhentning af oplysninger om komorbide tilstande ved udredning for bipolar lidelse (2i) er begrænset. NICE (2025) og andre kliniske retningslinjer dokumenterer ikke forskning, der direkte evaluerer disse vurderinger som diagnostiske instrumenter. Anbefaling 2 bygger derfor på ekspertkonsensus, suppleret med erfaring fra forfattergruppen og eksisterende kliniske retningslinjer, og understreger vigtigheden af en helhedsorienteret psykiatrisk vurdering, som inkluderer både somatisk undersøgelse, differentialdiagnostik samt information om tidligere tilstande.

Somatiske/organiske eller andre symptomatiske psykiatriske lidelser bør udelukkes inden en endelig bipolar diagnose kan stilles. En generel somatisk helbredsundersøgelse bør foretages inkl. neurologisk vurdering og blodprøvescreening med bl.a. rødt og hvidt blodbillede og stofskifteprøver. Hvis en tilgrundliggende organisk årsag mistænkes, og ved debut af bipolar lidelse efter 50 årsalderen, skal det overvejes at udrede videre med MR-skanning af cerebrum og EEG (10).

Det er vigtigt at være opmærksom på mulighed for at et skift i stemningsleje, aktivitetsniveau og adfærd potentielt kan være stof- eller medicininduceret som f.eks. sekundære manifforme symptomer som bivirkning til behandling med centralstimulantia, antidepressiv medicin eller f.eks. prednisolon. Hvis tilstanden klinger af i løbet af få dage efter seponering, peger det i retning af, at symptomerne var medicinsk udløste, og dermed ikke en primær mani som led i en bipolar lidelse. Ved et kronisk eller intermitterende rusmiddelbrug kan det være vanskeligt at afgøre om affektive symptomer skyldes forbruget, forstærkes heraf eller rusmiddelindtaget skal ses overvejende sekundært til de affektive symptomer. I sådanne tilfælde tilrådes forsigtighed med at stille diagnosen. Omvendt skal et skadeligt brug af rusmidler ikke unødigt forsinke en korrekt behandling af bipolar lidelse.

I udredningen af bipolar lidelse er det således vigtigt at overveje mange mulige differentialdiagnoser, både somatiske, psykiatriske og medicinudløste, idet adskillige tilstande klinisk kan præsentere sig som depressive og/eller maniske symptomer.

Diagnosen stilles i forbindelse med udredningen ved opfyldelse af diagnostiske kriterier i International Classification of Diseases 10 (ICD-10), hvor de overordnede sygdomskategorier "enkeltstående mani" og "bipolar affektiv sindslidelse" findes i kapitel DF30 og DF31. Ved udredningen er det nødvendigt med udførligt uddybet anamnese, så vidt muligt med deltagelse af pårørende. Det er ved udredningen centralt at få overblik over, hvorvidt de affektive episoder adskiller sig fra hinanden over tid og forekommer som afgrænsede episoder.

I klinisk praksis bruges ofte en arbejdsgang, hvor der evt. sammen med patienten optegnes en livslinje. Dette mhp. kortlægning af, hvorvidt de affektive episoder tidsmæssigt kan adskilles fra

hinanden, evt. udløsende faktorer/stressorer. For at stille diagnosen bipolar lidelse, er det centralt, at der retrospektivt kan detekteres hhv. maniske og depressive perioder i et fasisk forløb, der opfylder de diagnostiske kriterier, herunder tidskriterier for mani/hypomani, depression og blandingstilstande.

Hvis diagnosen enkeltstående mani eller bipolar lidelse ikke med sikkerhed kan stilles ifm. udredningssamtaler og interview ved speciallæge/specialpsykolog i regionsfunktion for nydiagnosticeret bipolar lidelse, anbefales at den ikke stilles jf. anbefaling 2h (11) [5].

Ingen af de inkluderede kliniske retningslinjer anbefaler anvendelse af et specifikt diagnostisk interviewinstrument ved udredning for bipolar lidelse. Flere retningslinjer fremhæver imidlertid betydningen af en systematisk og detaljeret gennemgang af symptomer og sygehistorie som grundlag for diagnostik (9).

I den engelske NICE (2025) anføres det, at der ved vurdering af mistanke om bipolar lidelse bør foretages en fuldstændig psykiatrisk vurdering, der dokumenterer en detaljeret historie om familiehistorie og patientens stemningsleje, episoder med overaktivitet og hæmning eller andre episodiske og vedvarende ændringer i adfærd, symptomer mellem episoder, triggere af tidligere episoder og mønstre af tilbagefald (9).

Tilsvarende fremhæver retningslinjen fra Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) (12) og International Society for Bipolar Disorders (ISBD), at for at forbedre diagnostisk præcision, er det afgørende, at klinikere nøje følger de diagnostiske kriterier frem for at basere sig på skøn. En grundig psykiatrisk anamnese bør optages, herunder med oplysninger fra førstegradsslægtinge, med særlig opmærksomhed på eventuelle episoder med øget aktivitet, irritabilitet eller andre ændringer i adfærd. Supplerende oplysninger fra pårørende bør inddrages, hvor det er muligt.

På denne baggrund har forfatterne bag denne kliniske retningslinje opnået konsensus om anvendelse af de semistrukturerede diagnostiske interviewinstrumenter SCAN/PSE, idet disse vurderes at understøtte en systematisk, kriteriebaseret, detaljeret og dybdegående psykiatrisk vurdering i overensstemmelse med anbefalingerne i de ovennævnte internationale kliniske retningslinjer. PSE er en forkortet version af Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) (13) [4], som afdækker de enkelte symptomer, der indgår i de diagnostiske ICD-10 kriterier.

Anbefaling 2c er i overensstemmelse med Indikator 2 ("Interview med semistruktureret interview") i Dansk Bipolar Database, Grundlag for databasens population, indikatorer og standarder, 2025 (5) hvortil henvises.

Anbefaling 2i-j bygger på konsensus i DMPG forfattergruppen og er i overensstemmelse med internationale retningslinjer, der baserer deres anbefalinger på kliniske tværsnitsstudier, kohortestudier samt faglig konsensus (10, 12, 14). Patienter med bipolar lidelse har ofte komorbide lidelser, både psykiatriske og somatiske. Af psykiatriske komorbide tilstande ses hyppigst afhængighedssyndrom og skadelig brug af rusmidler, angstlidelser, OCD, PTSD, ADHD, autisme og eventuelt personlighedsforstyrrelser (10, 12, 14).

Det anbefales ved debuterende bipolar lidelse at behandle den bipolare lidelse inden evt. udredning og behandling af komorbid psykiatrisk lidelse, idet der ved mange af symptomerne kan ses overlap til andre psykiatriske lidelser, og affektive symptomer kan forveksles med komorbide tilstande, der ofte forsvinder eller mindskes i sværhedsgrad ved sufficient behandling.

Imidlertid skal diagnosticering af egentligt selvstændige komorbide lidelser ske så tidligt som muligt, når den affektive tilstand er stabiliseret og optimalt behandlet, idet komorbid lidelse også kan forværre den aktuelle kliniske tilstand, herunder øge risikoen for udvikling af nye affektive episoder.

Særligt vedrørende komorbiditet i form af alkohol- eller stofmisbrug:

Som led i behandlingen bør afhængighedssyndrom erkendes tidligt og behandles (14, 15). Behandling af afhængighedssyndrom varetages i kommunalt rusmiddelcenter eller ved integreret dobbeltdiagnosebehandling.

Særligt vedrørende komorbid angstlidelse:

I tilfælde af partiel eller fuld remission af bipolar lidelse, hvor der resterer angstsymptomer på et niveau for at stille en komorbid angstdiagnose, anbefales kognitiv adfærdsterapi som behandling herfor (16).

Særligt vedrørende komorbid ADHD:

Det anbefales ikke at opstarte medicinsk behandling for ADHD før patienten er i hel eller delvis remission fra sin bipolare lidelse, idet der er en risiko for udvikling af fornyede affektive episoder ved opstart af ADHD-medicinering (17) [5].

Patientværdier og –præferencer

Det vurderes, at det er i patienternes interesse at få en grundig og fyldestgørende udredning, som inddrager oplysninger fra pårørende, og som har øje for eventuelle psykiatriske og somatiske komorbide tilstande. Der er omvendt ikke nogen gevinst for patienten ved at indgå i et mere specialiseret behandlingstilbud, hvis der ikke er sikret en tilstrækkelig tyngde af information, der bekræfter eller afkræfter diagnosen. Det skønnes at være i patienternes interesse at behandle klinikere forholder sig til tidligt, hvorvidt der kunne være komorbide diagnoser, både psykiatriske og somatiske. Dette både af hensyn til prognose og behandlingsrespons på længere sigt. Manglende erkendelse af tilstedeværelse af komorbiditet kan føre til et forlænget og uhensigtsmæssigt behandlingsforløb.

Rationale

Anbefaling 1 og 2a-j er graderet som D, da de i overvejende grad bygger på ekspertkonsensus frem for direkte evidens fra kliniske studier. Konsensus er opnået gennem løbende drøftelser i forfattergruppen, efterfølgende bekræftet gennem intern høring i DMPG Bipolar, og yderligere understøttet af de inkluderede kliniske retningslinjer. Denne tilgang sikrer, at anbefalingerne afspejler både faglig ekspertise og etableret praksis, selv om der ikke foreligger forskningsbaseret evidens af høj kvalitet.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 1-2 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒ Ja ☐ Ved ikke ☐

Ad anbefaling 3: Inddeling efter type

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen om inddeling efter undertype af diagnose bygger dels på det amerikanske diagnosesystem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) (18) og WHO's diagnosesystem (ICD-11), der forventes indført i Danmark inden for en overskuelig årrække.

Derudover bygger anbefalingen på randomiserede kontrollerede undersøgelser af effekten af forskellige lægemidler ved de to underdiagnoser (19, 20). Evidensen for lithium er undersøgt i langt flere randomiserede undersøgelser ved bipolar lidelse type I end ved bipolar type II (19, 20).

Ved udredningen skal det kortlægges, hvorvidt der er tale om bipolar lidelse type I eller II (hvilket indgår som indikator i Dansk Bipolar database). Bipolar lidelse type I er defineret ved forekomst af mindst én manisk episode eller blandingsepisode, og bipolar lidelse type II er defineret ved mindst én hypomanisk episode men aldrig tidligere forekomst af mani eller blandingsepisode (9, 21).

Underinddelingen i type I og II sker i henhold til principperne i det amerikanske diagnosesystem, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) (18), indtil ICD-11 er indført i Danmark. Bestemmelsen af type er vigtig både for forståelsen af patientens samlede kliniske billede og prognose, og i særdeleshed også i forhold til den medicinske behandlingsstrategi som beskrevet i gældende dansk vejledning fra RADS (22). Hvis der ved udredningen ikke kan kortlægges tidligere mani, men kun en eller flere hypomanier i anamnesen, stilles diagnosen bipolar lidelse type II (18).

Patientværdier og –præferencer

Det vurderes, at det er i patienternes interesse at få en grundig og fyldestgørende udredning, der tager udsagn fra pårørende og behandlere til indtægt, samt har øje for eventuelle komorbide tilstande af både psykiatrisk og somatisk art. Der er ikke nogen gevinst ved at indgå i et mere specialiseret behandlingstilbud, hvis der ikke er sikret en tilstrækkelig tyngde af information, der kan vejlede patient og kliniker om korrekt behandlingsstrategi. En forkert eller mangelfuld udredning, kan føre til et for patienten forlænget og uhensigtsmæssigt behandlingsforløb.

Rationale

Anbefaling 3 er graderet som D, da den i overvejende grad bygger på ekspertkonsensus frem for direkte evidens fra kliniske studier. Konsensus er opnået gennem løbende drøftelser i forfattergruppen, efterfølgende bekræftet gennem intern høring i DMPG for Bipolar, og yderligere understøttet af de inkluderede kliniske retningslinjer.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 3 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒

Ja ☐

Ved ikke ☐

Ad anbefaling 4: Kognitive funktioner

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefaling 4 er adapteret fra The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines for Mood Disorders, hvor evidensgrundlaget er grundigt beskrevet (23, s. 27 og frem).

Der er ikke klare retningslinjer for, hvornår og hvordan en patient bør kognitivt screenes eller udredes, hvorfor det derfor beror på en klinisk vurdering. Patienter med bipolar lidelse oplever ofte kognitive vanskeligheder. Dette kan gøre sig gældende både i maniske og depressive episoder samt ved blandingstilstande, hvor de affektive episoder i sig selv kan påvirke koncentration og tænkning, men også i perioder uden og ved lav grad af affektive symptomer. I hel eller delvis remission oplever mange patienter således at have kognitive udfordringer. Patienterne kan opleve vanskeligheder med hukommelse og koncentrationsevne, manglende overblik og nedsatte eksekutive funktioner, men har typisk intakte kortikale funktioner (ingen afasi, apraksi eller agnosi). De kognitive vanskeligheder er ofte til stor gene for patienterne i hverdagen, og kan i høj grad være med til at vanskeliggøre et velfungerende arbejds- og socialt liv (24) [5], (25) [3b].

Behandelende kliniker bør være opmærksom på, hvorvidt patienten har kognitive vanskeligheder og overveje nærmere udredning heraf. Interventionsstudier målrettet kognition er i stigning i psykiatrisk forskning i disse år. I forskningssammenhænge, såvel som i klinisk praksis, er der iht. anbefalinger fra the International Society for Bipolar Disorders Targeting Cognition Task Force (8) [5] konsensus omkring benyttelsen af Cognitive Complaints in Bipolar Disorder Rating Scale (COBRA) og Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP). COBRA er et spørgeskema vedrørende patientens subjektive rapportering af kognitive vanskeligheder i hverdagen, mens SCIP er klinikerens testning af patientens kognitive funktioner. Testning for kognitive vanskeligheder udføres vanligtvis kun når patienten er i hel eller delvis remission, og ikke er påvirket af mange maniske eller depressive symptomer (8) [5]. Da SCIP er tidskrævende, er det forventeligt, at der vil være klinisk præference for løbende mindre tidskrævende vurderinger med f.eks. COBRA, hvorimod SCIP så ville kunne være et anvendeligt objektivi mål udført f.eks. ved start og slut af et to-årigt behandlingsforløb.

Patientværdier og –præferencer

Vurdering med SCIP og COBRA kan hjælpe patienten til bedre forståelse for egen hverdag, hvis specifikke domæner viser sig påvirket. Dette er f.eks. forståelse for, hvordan ekstra tid og bedre struktur kan hjælpe i hverdagen. Derudover kan det også være forbundet med stor lettelse for de patienter, der subjektivt har en fornemmelse af at have kognitive udfordringer, at få afklaret om de kognitive funktioner er indenfor normalområdet i en objektiv testning.

Rationale

Der er tale om en overvejende konsensusvurdering af de anbefalede redskaber. Der er ikke klare retningslinjer for, hvornår og hvordan en patient bør kognitivt screenes eller udredes, hvorfor det derfor beror på en klinisk vurdering. Fokus på kognitive vanskeligheder er et felt, som har været i tiltagende fokus, og kan forventes at blive yderligere belyst i de kommende år. Det ligger gruppen på sinde, at der er anbefalet redskaber til belysning af et evt. lavere funktionsniveau imellem de affektive episoder, sammenlignet med før sygdomsdebut. Et overblik over patientens kognitive vanskeligheder, kan evt. modvirke kontraproduktive forventninger fra patienten selv eller offentlige instanser, samt hjælpe til at målrette fokus for en eventuel genoptræning og fremtidig balance mellem ressourcer og krav.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 4 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒

Ja ☐

Ved ikke ☐

Ad anbefaling 5: Vurdering af funktionsevne

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefaling 5 er adapteret fra NICE guideline (2025) (9) af høj kvalitet. Evidensen bag systematisk vurdering af funktionsevne hos patienter med bipolar lidelse er imidlertid begrænset. Anbefaling 5 bygger derfor på ekspertkonsensus, herunder erfaring fra forfattergruppen og eksisterende kliniske retningslinjer (9) [5].

At leve med bipolar lidelse har væsentlig indvirkning på patienternes liv (uddannelse, arbejde, relationer, familieliv, m.v.). Dette gør sig gældende både på diagnosetidspunktet og i årene efter diagnosen er stillet (26) [2b]. Patienter med bipolar lidelse opnår således sjældnere en højere uddannelse, er sjældnere i beskæftigelse, opnår sjældnere en høj indtægt og er sjældnere samlevende eller gift end den almene danske befolkning.

Sygdomsepisoder, både maniske, depressive og blandingsepisoder, er alvorlige og medfører øget risiko for udvikling af både medicinske og psykiatriske følgetilstande (6). Disse påvirker i høj grad patienternes arbejdsevne, sociale liv og overordnede funktionsevne. Funktionsevnen er også ofte nedsat i perioder mellem sygdomsepisoderne. Det er således vigtigt som led i behandlingen at holde sig for øje, at op mod halvdelen af patientpopulationen kan have nedsat funktionsevne selv i perioder med remission (27) [3b].

Ligesom graden af affektive symptomer kan monitoreres over tid med psykometriske rating scales, findes også adskillige spørgeskemaer og rating scales til monitorering af funktionsevne, der ofte også fluktuerer over tid (28) [5]. I klinisk praksis benyttes FAST-skalaen (Functioning Assessment Short Test), som er et klinikeradministreret interview specifikt udviklet til afklaring af funktionsevne ved affektive lidelser, og som er sensitiv over for påvisning af nedsat funktionsevne på gruppe-niveau og for den enkelte patient over tid (29) [3b]. FAST-skalaen er udarbejdet som model til klinisk brug baseret på WHO's International Classification of Functioning (ICF-model).

Det anbefales at bruge FAST som et valideret redskab til at monitorere funktionsevnen over tid. Dette kan fx gøres indledende ved opstart af behandling samt ved afslutning af behandlingsforløb. Opgørelse af hvilke domæner af patientens funktionsevne, der er påvirket, giver mulighed for at vurdere om igangsat behandling bedrer patientens samlede funktionsevne over tid. Et eksempel herpå kan være at få detekteret specifikke domæner af patientens hverdag, hvor der kan være behov for understøttende indsatser (16).

Patientværdier og -præferencer

Vurdering af funktionsniveau med f.eks. FAST kan hjælpe patienten til bedre forståelse for egen hverdag. Systematisk beskrivelse af funktionsniveau af daglig funktion inden for arbejde, sociale relationer og kognition hos patienter med bipolar lidelse er ønskværdigt, fordi den systematiske vurdering giver et mere nuanceret billede end kun at måle symptomer på mani eller depression. FAST kan eventuelt identificere skjulte funktionsnedsættelser, selv når patienten er i stabil fase. Redskabet gør det lettere at målrette behandling og følge udvikling over tid. Især hvis specifikke domæner viser

sig påvirket.

Rationale

Anbefaling 5 er adapteret fra NICE (2025) (9) af høj kvalitet. Evidensen bag systematisk vurdering af funktionsevne hos patienter med bipolar lidelse er imidlertid begrænset. Anbefaling 5 bygger derfor på ekspertkonsensus, herunder erfaring fra forfattergruppen og eksisterende kliniske retningslinjer. Rekommandation af FAST er specifikt begrundet i, at det er et redskab der er undersøgt og udviklet til klinisk brug og i regi af WHO. Et overblik over patientens funktionsniveau, kan evt. modvirke kontraproduktive forventninger fra patienten selv, dennes netværk eller offentlige instanser, samt hjælpe til at målrette fokus for en eventuel genoptræning og fremtidig balance mellem ressourcer og krav.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 5 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒ Ja ☐ Ved ikke ☐

Behandling af nydiagnosticeret bipolar lidelse

6. For patienter med nydiagnosticeret bipolar lidelse anbefales det at foretages en baseline screening med monitorering af metaboliske parametre, kardiovaskular status, ernæringsstatus og fysisk aktivitet (B).
7. For patienter med nydiagnosticeret bipolar lidelse bør der løbende og systematisk vurderes sygdomsaktivitet (depressive og maniske symptomer) ved anvendelse af psykometriske værktøjer, fx i form af Hamilton Depression Rating Scale, Young Mania Rating Scale eller Mania Assessment Scale) mhp. at monitorere patientens sygdomsaktivitet og effekt af behandlingen (A)
8. Hos patienter med nydiagnosticeret bipolar lidelse anbefales det at anvende "shared decision making" ved valg af behandling. Ved medicinsk behandling informeres om formål, mulige bivirkninger og planlagt monitorering. Dette skal sikre, at behandling sker på et informeret grundlag i samarbejde med patienten. Der bør i forlængelse heraf udarbejdes en behandlingsplan i samarbejde med patienten, som indeholder en individuel kriseplan med navne på faste kontaktpersoner. Behandlingsplanen kan deles med alment praktiserende læge og eventuelt pårørende, og den bør inkludere identificerede triggere, tidlige advarselstegn, samt strategier til håndtering og forebyggelse af tilbagefald (D)
9. Det anbefales at vurdere søvnproblemer rutinemæssigt, da disse er en integreret del af diagnosen bipolar lidelse og ofte kræver behandling. Psykoeduktion om søvn og døgnrytme anbefales generelt (D)
10. Ved behandling med lithium bør der måles vægt (BMI), nyrefunktion (inkl. eGFR), thyroideafunktion, blodbillede og væsketal (inkl. calciumniveau) før start og mindst hver 6. måned. Der bør som udgangspunkt monitoreres niveau af plasma-lithium ca. en uge efter opstart og hver dosisændring. Relevant biokemisk monitorering bør overvejes ved dosisændringer, ændret somatisk tilstand, interaktioner, dehydrering, ændret nyrefunktion eller klinisk mistanke om toksicitet. Selv ved stabilt niveau anbefales det, at plasma-lithium måles hver 3. måned det første år, herefter hver 3.-6. måned (A).

11. Hvis behandling med psykofarmaka stoppes, bør det ske med en gradvis udtapning for at mindske risikoen for stemningsustabilitet (A)
12. Ved brug af psykofarmaka til ældre med bipolar lidelse, bør der oftest anvendes en lavere dosis, og der bør tages hensyn til mulig påvirkning af den kognitive funktion, mulig øget risiko for medicinske interaktioner, en mulig negativ effekt af antikolinerg medicin på kognition og helbred samt fortsat behandling af eventuelle aldersrelaterede somatiske sygdomme (D)
13. Det anbefales at overveje ECT ved behandlingsresistent mani, depression eller blandingstilstand samt ved psykotiske symptomer og suicidalfare. Det anbefales at anvende ECT til hurtig og kortvarig symptomlindring når andre behandlinger har været utilstrækkelige og når tilstanden enten vurderes livstruende, hos personer med langvarig eller svær mani, blandingstilstand eller depression eller ved psykotiske symptomer (A)
14. Overvej at tilbyde repetitiv transkraniel magnetisk stimulation (TMS) i protokolleret regi som tillægsbehandling til voksne patienter med utilstrækkelig effekt af farmakologisk behandling (B*)
15. Lysterapi kan overvejes som kortvarigt tillæg ved behandling af bipolar depression (B*)
16. Det bør løbende vurderes, om der er komorbidity misbrug, og hvis der er, bør der tilbydes en plan for behandlingen af dette i primær eller sekundærsektoren (D)
17. Påbegynd intensiveret patientkontakt til patienter med recidiv af affektive symptomer, risiko for behandlingssvigt og suicidalrisiko (D)
18. Der bør tilbydes gruppebaseret psykoedukation til nydiagnosticerede patienter i stabil fase som en central del af det samlede behandlingsforløb (A). Dette er en indikator i Dansk Bipolardatabase. Der henvises til DMPG-retningslinje for gruppebaseret psykoedukation til nydiagnosticeret bipolar lidelse med tilhørende materiale.
19. Kognitiv Adfærdsterapi
 - a) Overvej at tilbyde individuel Kognitiv Adfærdsterapi eller Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT) som tillægsbehandling ved depressive symptomer og som led i forebyggende indsats (B*)
 - b) Overvej at tilbyde individuel Kognitiv Adfærdsterapi til patienter i hel eller partiel remission ved persisterende angstsymptomer (B*)
20. Tilbyd social støtte efter behov (B)
21. Vedrørende medicinsk behandling af bipolar lidelse: der henvises til gældende dansk vejledning fra RADS (RADS 2015, Behandlingsvejledning for medicinsk behandling af bipolar lidelse) og den nationale kliniske retningslinje for medicinsk behandling ved bipolar lidelse (NKR farmakologisk behandling af bipolar lidelse – supplerende vedligeholdelsesbehandling efter depression 2014). Fremadrettet henvises til den kommende Sundhedsstyrelsens Nationale Kliniske Anbefaling (NKA) for medicinsk behandling af bipolar lidelse (udkommer i 2026) og den kommende retningslinje fra DMPG vedrørende medicinsk behandling ved bipolar lidelse (opstartes i 2026) (C)
22. Der anbefales ikke en specifik medicinsk behandling for søvnvanskeligheder eller ved behov for beroligende medicinering (D)

23. Recovery

- a) Recovery-orienteret tilgang: Det anbefales, at behandlingen af bipolar lidelse tilrettelægges recovery-orienteret. Dette indebærer, at indsatsen ikke alene har fokus på symptomreduktion, men også på trivsel, funktionsevne, håb og patientens egne mål, herunder uddannelse, beskæftigelse og sociale relationer (D)
- b) Recovery-orienteret sprogbrug: Det anbefales, at fagpersoner anvender et recovery-orienteret og ikke-stigmatiserende sprog, hvor personen ikke reduceres til "patient", men anerkendes som individ med ressourcer, håb og mulighed for at komme sig (D)
- c) Peer-støtte og støttegrupper: Det anbefales, at patienter informeres om og opfordres til at få peer-støtte samt i støttegrupper eller patientforeninger, da disse kan fremme håb, egenmestring og social støtte (D)
- d) Tværfaglig tilgang: Der bør anvendes en tværfaglig tilgang, der kombinerer medicinsk behandling med psykosociale og recovery-orienteret behandling. I praksis involverer det kompetencer fra læge, sygeplejerske, socialrådgiver, psykolog og evt. fysioterapeut og ergoterapeut i det omfang, det er relevant for den enkelte patient. (A)
- e) Recovery-orienteret plan anbefales: at der undervejs i forløbet udarbejdes, og løbende opdateres, både krise- og forebyggelsesplan (D)
- f) IPS (individual placement and support) bør tilbydes som beskæftigelsesindsats (A)⁴

24. Pårørendeinddragelse

- a) Voksne pårørende: Det anbefales, at pårørende inddrages aktivt i behandlingen, når patienten samtykker. Pårørende bør tilbydes psykoedukation og information om sygdom, behandling og recovery-proces. Psykoedukation for pårørende kan med fordel tilbydes i grupper mhp. indbyrdes sparring og diskussion mellem de pårørende (B*)
- b) Børn som pårørende: Det anbefales, at børn af forældre med bipolar lidelse identificeres og tilbydes relevant støtte. Familiefokuseret terapi og psykoedukation bør overvejes som led i behandlingen (D)

Ad anbefaling 6: Baseline screening

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er adapteret fra NICE guideline (2025) (9).

NICE (2025) anbefaler en systematisk somatisk baseline-screening ved bipolar lidelse, efterfulgt af mindst en årlig fysisk helbredsundersøgelse, der omfatter metaboliske parametre (vægt/BMI, glukose/HbA1c, lipider), kardiovaskulær status (puls, blodtryk), ernæringsstatus og fysisk aktivitet, samt supplerende lever-, nyre-, thyroidea- og calciumkontrol, når behandlingen tilsiger det.

Anbefalingen er konsensus- og sikkerhedsbaseret og bygger på robust epidemiologi, der dokumenterer en betydelig overdødelighed og kardiometabolisk risiko ved bipolar lidelse. Data viser, at personer med bipolar lidelse har højere forekomst af overdødelighed i forhold til baggrundsbefolkningen. Dette er dokumenteret i store kohortestudier, reviews og i et systematisk review og metaanalyse (30) [2b], (31) [4], (32) [2c], (33) [2a].

NICE (2025) knytter ikke deres anbefaling til én specifik RCT, men til den kumulative evidens for forhøjet fysisk sygdomsbyrde og dødelighed i SMI, hvorfor rutinemæssig baseline- og årskontrol

anses som nødvendig.

Patientværdier og –præferencer

En systematisk og standardiseret vurdering af fysisk helbred vurderes at være i patientens interesse, da det kan give tryghed, at der bliver taget hånd om eventuelle tilstedeværende eller begyndende somatiske sygdomme.

Rationale

Ved at screene ved baseline og opfølgninger kan man identificere personer med forhøjet risiko og intervenere. Dermed kan man ofte reducere progression til diabetes ved at monitorere blodsukker og lipidprofil, have opmærksomhed på vægtøgning og sænke blodtrykket. Man kan forhindre eller forsinke udvikling af alvorlige kardiovaskulære komplikationer og dermed reducere morbiditet, forbedre livslængde og livskvalitet. Dårlig ernæring, inaktivitet og overvægt er hyppig blandt personer med bipolar lidelse på grund af sygdommens natur, bivirkninger og sociale / økonomiske forhold. Kost og fysisk aktivitet er udover medicin væsentlige faktorer, som kan moderere risikoen for øget sygdomsbyrde.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 6 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒ Ja ☐ Ved ikke ☐

Ad anbefaling 7: Brug af psykometriske tests

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er konsensusbaseret i gruppen, baseret på god klinisk praksis, og hviler ligeledes på VA/DoD-guideline (16), der anbefaler systematisk og løbende monitorering af symptomer som en del af "measurement-based care". Der opfordres til at bruge validerede psykometriske skalaer, bl.a. HAM-D eller MADRS og YMRS eller MAS. VA/DoD-guidelinen (16) favoriserer ikke én skala frem for en anden, men fremhæver systematisk brug af validerede redskaber. Valideringsgrundlaget stammer bl.a. fra en metaanalyse af screenings-/vurderingsværktøjer ved bipolar lidelse af Youngstrom et al.(34) [1a]. Meta-analysen af Youngstrom et al. undersøgte 103 studier, der evaluerede 14 skalaer for voksne som samlet viste, at flere anerkendte rating scales til bipolar lidelse har solid diagnostisk nøjagtighed på tværs af rammer og giver mening i "measurement-based care" som støtte ved systematisk monitorering.

Patientværdier og –præferencer

Det antages, at de fleste patienter vil deltage i en vurdering vha. en skala, der undersøger sværhedsgraden af hhv. depression og mani og vil ønske dette sammenholdt med den kliniske vurdering, inklusiv en beskrivelse af varighed og funktionspåvirkning.

Rationale

Kategoriseringen af sværhedsgrad af (hypo-)mani eller depression samt varigheden danner grundlaget for behandlingsanbefalinger. Det er desuden vigtigt at afdække, om der foreligger melankoliforme og/eller psykotiske symptomer, idet det har betydning for behandlingsvalg og medicinjustering. Skalaer som HAM-D og YMRS er meget brugte i forskningen, har rimelig solid psykometriske egenskaber, herunder til at måle symptomintensitet over tid. (35) [5], (36) [4], (37) [3b], (38) [1a].

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 7 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒ Ja ☐ Ved ikke ☐

Ad anbefaling 8: Shared decision making

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er konsensusbaseret, adapteret fra NICE guideline (2025) (9), og ses som god klinisk praksis i forfattergruppen. Der er en stærk anbefaling for at anvende behandlingsplan og at angive af faste kontaktpersoner (9). Anbefalingens ordlyd i NICE (2025) er adapteret fra en anden NICE guideline (Psychosis and schizophrenia in adults (39). Evidensen for NICE (2025) baseres desuden på et kvalitativt interviewstudie af Russell SJ et al. (40) [5].

Patientværdier og -præferencer

Det antages, at patienter med bipolar lidelse vil være positivt indstillet overfor at anvende "shared decision making" ved valg af behandling, og at patienterne vil være interesserede i at udarbejde en behandlingsplan i samarbejde med behandleren. Det antages ligeledes, at patienterne vil være interesserede i, at deres behandlingsplan indeholder en tydelig plan, som de kan støtte sig op ad, og kontaktoplysninger på deres behandlere, hvis de oplever forværring.

Rationale

En behandlings- og kriseplan kan bidrage til compliance, overblik og kontinuitet i behandlingen. Den bidrager desuden til en struktureret risikohåndtering, særligt i forhold til suicidale symptomer, rusmiddelbrug eller manglende behandlingsmotivation. Involvering af patienten i udarbejdelsen af planen styrker behandlingsalliancen.

Tager planen udgangspunkt i patientens præferencer og mestringsstrategier, og indeholder den konkrete aftaler om håndtering af tilbagefald, medicinjustering og kontaktmuligheder ved forværring, synes det at styrke patientens oplevelse af medindflydelse. Patientens ansvar for egen behandling øges dermed, og der skabes et fælles grundlag for beslutningstagning, hvilket samlet set fremmer kvaliteten af den kliniske indsats.

På trods af et begrænset evidensgrundlag (D) vurderer forfattergruppen ved konsensus, at anbefalingens væsentlighed er fagligt velunderbygget, idet den baserer sig på klinisk erfaring, generelle principper for patientinddragelse samt en plausibel positiv indvirkning på behandlingskvalitet

og kontinuitet.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 8 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒ Ja ☐ Ved ikke ☐

Ad anbefaling 9: Vurdering af søvn

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er konsensusbaseret og hviler desuden på The Royal Australian and New Zealand Guideline (ANZCP) (23). Dette er begrundet i, at de fire primære guidelines med højest AGREE-II score ikke adresserer behandling af søvnforstyrrelser.

ANZCP's anbefalinger om søvn og døgnrytme hviler på nedenstående evidens, der understøtter, at målrettet stabilisering af søvn og social rytme kan være en central del af behandlingen.

ANZCP guideline beskriver tre kronobiologiske interventioner med evidens ved akut bipolar depression; "bright light therapy" (BLT), "total sleep deprivation" (TSD) og "interpersonal social rhythm therapy" (IPSRT).

Lysbehandling er den bedst undersøgte kronoterapi. En metaanalyse af Tseng et al. (41) [1a] viste, at lysbehandling reducerer depressive symptomer i bipolar depression uden øget risiko for mani. Dette understøttes af tre randomiserede kontrollerede studier, som fandt signifikant symptomreduktion ved tillæg af lysbehandling til standardbehandling (42-44) [1b]. Effekten er mest veldokumenteret ved unipolar depression, men data ved bipolar depression er voksende.

Desuden har IPSRT vist sig effektiv både som en evidensbaseret psykologisk vedligeholdelsesbehandling og som en søvnunderstøttende intervention. IPSRT sigter mod at stabilisere daglige rutiner og social rytme, hvilket medfører bedre søvn og humørstabilitet. Ashman et al. (45) [4] viste en sammenhæng mellem uregelmæssige sociale rytmer og stemningsudsving hos patienter med rapid cycling bipolar lidelse. Senere dokumenterede Miklowitz et al. (46) [1a] i en systematisk review og network metaanalyse, at psykoterapier i tillæg, herunder IPSRT, signifikant reducerer risikoen for tilbagefald.

Patientværdier og -præferencer

Søvnproblemer er oftest forbundet med stor frustration for patienterne. Derfor antages det, at størstedelen vil ønske hjælp til søvnbehandling. Yderligere antages det, at psykoedukation ift. søvn vil være en præference for de fleste, idet det synes at kunne reducere risikoen for nye stemningsudsving og forbedre funktionsniveauet imellem episoderne. Forfattergruppen for denne retningslinje vurderer, at gevinsten ved forbedret søvnkvalitet overgår ulemperne ved at kortlægge problemets omfang og evt. støtte op om en behandling.

Rationale

Søvn- og døgnrytmeforstyrrelser er meget almindelige ved bipolar lidelse og indgår i kernesymptomatologien. Søvnforstyrrelser som hypersomni, insomni, nedsat søvnbehov og

fragmenteret søvn inter-episodisk er hyppigt forekommende ved bipolar lidelse. Kronobiologiske interventioner har i de seneste år vundet stigende evidens som supplerende behandling ved bipolar depression.

Interventioner der stabiliserer søvn og døgnrytme (f.eks. søvnhygiejne, lysbehandling, IPSRT og TSD) har klinisk relevans som behandlingsovervejelser, da disse metoder sigter mod at stabilisere døgnrytmer og søvn mønstre, hvilket kan forbedre humørreguleringen og reducere risikoen for recidiv.

På trods af begrænset evidens for systematisk, rutinemæssig vurdering af søvnproblemer vurderer forfattergruppen ved konsensus, at anbefalingen er fagligt velbegrundet, idet søvn- og døgnrytmeforstyrrelser udgør en central del af sygdommens kernesymptomatologi og har betydelig indvirkning på patienterne. Vurderingen understøttes desuden af evidens for effekt af relevante interventioner samt en plausibel betydningsfor sygdomsforløb og behandlingskvalitet.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 9 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒ Ja ☐ Ved ikke ☐

Ad anbefaling 10: Monitorering ifm. lithium behandling

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingerne baseres på NICE guideline (2025) (9), som hviler på nedenstående evidensgrundlag, hvor NICE angiver tidsintervallerne for monitorering som god klinisk praksis.

Evidensgrundlaget for disse anbefalinger består ikke af randomiserede studier, der direkte afprøver monitoreringsfrekvens, men af en samlet vurdering af lithiums velkendte bivirkningsprofil, observationelle studier og systematiske reviews. McKnight et al. (47) [1a] gennemførte et stort systematisk review og meta-analyse, som dokumenterede risiko for nyrefunktionsnedsættelse, hypothyreose og hyperparathyreoidisme under langtidsbehandling, hvilket understøtter behovet for regelmæssig monitorering.

Shine et al. (48) [2b] viste i et stort kohortestudie, at lithiumbehandling er associeret med reduceret nyrefunktion samt forstyrrelser i thyroidea- og parathyroidea-funktion, hvilket ligeledes bekræfter nødvendigheden af løbende blodprøver.

Werneke et al. (49) [4] udførte en beslutningsanalyse, som viste, at lithium fortsat er effektivt og omkostningseffektivt til forebyggelse af recidiv og selvmord, men at det forudsætter systematisk monitorering af nyrefunktion.

Endelig viste Nolen & Weisler (50) [2a] i en post hoc-analyse af RCT-data, at serum-lithiumkoncentrationer hænger sammen med behandlingsrespons, hvilket underbygger nødvendigheden af serumkontrol i titreringsfasen og periodisk herefter.

Den konkrete monitoreringsfrekvens er baseret på en kombination af ovenstående evidens, farmakologisk viden og ekspertkonsensus, idet der ikke findes etisk gennemførlige RCT'er af monitoreringsfrekvens.

Patientværdier og –præferencer

Det antages, at langt de fleste patienter vil være interesserede i at få monitoreret fysisk status vha. blodprøvetagning og vejning, da det kan have betydning for behandling og prognose.

Rationale

Litium udgør fortsat en hjørnesten i den farmakologiske behandling af bipolar lidelse, også hvor lidelsen er nydiagnosticeret, hvorfor der er udarbejdet en særskilt vejledning herfor. Det er en prioritet fra forfattergruppens side at bibeholde et fokus på fremtidig anvendelse af litium som et 1. valg i særligt forebyggelsesbehandlingen af affektive episoder. Der vurderes ikke at være større skadevirkninger ved denne monitorering i forhold til, hvor alvorlige tilstande der kan opstå ved f.eks. akut eller kronisk forhøjet niveau af lithium, foruden at for lave niveauer kan føre til nye affektive episoder. Det vurderes, at de fleste patienter kan acceptere rationalet for denne monitorering og er tillige er informeret om nødvendigheden af blodprøver inden opstart af lithium.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 10 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒ Ja ☐ Ved ikke ☐

Ad anbefaling 11: Udtrapning af medicinsk behandling

Litteratur og evidensgennemgang

Ordlyden i anbefalingen hviler på NICE guideline (2025) (9) og bygger på både ekspertkonsensus og på en konsistent evidens for hyppigt recidiv, når aktiv behandling stoppes brat. Evidensen som NICE (2025) baserer deres anbefalinger på, hviler på følgende studier: et prospektivt kohortestudie af Altshuler et al. med 84 patienter med bipolar lidelse, der var i remission efter en depressiv episode. Alle var i behandling med stemningsstabiliserende medicin, og havde derudover fået et antidepressivt præparat. Patienterne blev fulgt over tid og opdelt i grupper alt efter, om de fortsatte med antidepressiv behandling, eller om de stoppede tidligt. Formålet var at undersøge risikoen for depressivt recidiv og risikoen for mani, når antidepressiv behandling blev fortsat versus stoppet tidligt. Patienterne fik samtidigt stadig en stemningsstabiliserende behandling. Studiet fandt, at patienter der stoppede med antidepressiv behandling tidligt, havde en signifikant højere risiko for at få en ny depressiv episode sammenlignet med patienter der fortsatte medicinen. Studiet fandt desuden, at fortsat behandling ikke var forbundet med en signifikant øget risiko for mani (51) [2b]

Bowden et al. (52) [1b] udførte et randomiseret dobbeltblindet studie, hvor patienter med bipolar lidelse type I blev randomiseret til vedligeholdelsesbehandling med enten lithium, divalproex eller placebo over 12 måneder. Alle patienter var stabiliseret efter en akut episode, før de indgik i vedligeholdelsesfasen. Formålet var at sammenligne effekten af fortsat stemningsstabiliserende behandling med placebo på forebyggelse af recidiv. Resultaterne viste, at både lithium og divalproex var mere effektive end placebo i at fastholde patienterne i behandling og dermed reducere risikoen for tilbagefald. Studiet fremhæver den væsentlige rolle af vedligeholdelsesbehandling og illustrerer de negative konsekvenser ved ophør.

Et andet stort randomiseret åbent studie (53) [1b] medtog patienter med bipolar lidelse type I, der havde behov for langtidsbehandling. De blev randomiseret til enten lithium eller valproat alene eller kombinationen af lithium og valproat. Studiet løb over to år og havde til formål at sammenligne de to behandlingsformer i forhold til forebyggelse af nye episoder. Resultaterne viste, at både lithium alene og kombinationen af lithium og valproat var mere effektive end valproat alene til at forhindre recidiv. Dette understreger, at ophør eller fravalg af effektiv langtidsbehandling øger risikoen for tilbagefald, og at især lithium spiller en central rolle i recidivforebyggelsen.

Tohen et al. (54) [1b] undersøgte i et randomiseret dobbeltblindet studie patienter, der var stabiliseret efter en manisk eller blandet episode på kombinationsbehandling med olanzapin og lithium. patienterne blev randomiseret til enten at fortsætte med olanzapin eller lithium som monoterapi. Studiet havde en varighed på 12 måneder og skulle afklare, hvilken behandling, der bedst kunne forebygge nye affektive episoder. Resultaterne viste, at olanzapin var mere effektiv end lithium til at forhindre nye maniske eller blandede episoder, mens forskellen på depressive episoder var mindre tydelig. Dette studie demonstrerede at ophør eller skift i behandlingen kan øge risikoen for stemningsinstabilitet.

I et randomiseret dobbeltblindet studie undersøgte Marcus et al. (55) [1b] effekten af aripiprazol som tillæg til lithium eller valproat hos patienter med bipolar lidelse type I, der havde responderet på kombinationsbehandling. Patienterne blev randomiseret til enten fortsat aripiprazol eller placebo som tillæg i 52 uger. Formålet var at undersøge tid til recidiv. Resultaterne viste, at de der fortsatte aripiprazol havde signifikant forlænget tid til recidiv sammenlignet med dem der fik placebo. Dette understøtter, at seponering af tillægsbehandling øger risikoen for tidligt tilbagefald.

I et andet dobbeltblindet studie (56) [1b] med patienter, der havde responderet på kombinationsbehandling med aripiprazol og lamotrigin, blev deltagerne randomiseret til fortsat kombinationsbehandling eller til placebo og lamotrigin. Formålet var at vurdere, om aripiprazol havde en vedligeholdende effekt. Resultaterne viste, at fortsat aripiprazol i kombination med lamotrigin reducerede risikoen for recidiv sammenlignet med placebo og lamotrigin alene. Studiet demonstrerede som tidligere studier, at ophør af aktiv tillægsbehandling kan føre til øget risiko for tilbagefald (56) [1b].

Samlet viser studierne, at fortsat og systematisk vedligeholdelsesbehandling ved bipolar lidelse har en betydelig effekt på at forebygge recidiv, mens ophør eller hurtig seponering indebærer en markant højere risiko for nye episoder.

Patientværdier og -præferencer

Det antages, at alle patienter ønsker at leve så stabilt som muligt med bipolar lidelse, dvs. med så få og så korte stemningsudsving som muligt og med så højt funktionsniveau som muligt. Nogle patienter kan i en periode af deres liv ønske at ophøre delvist eller helt med medicinske behandling af bipolar lidelse. Andre patienter kan have et ønske om at udtrappe et præparat for at opstarte et andet, f.eks. pga. ønske om graviditet og amning. Det antages, at alle patienter har et ønske om, at der i samarbejde med en fast behandler bliver lagt en så tryk plan som muligt for ovenstående, og at de klædes godt på til at håndtere de konsekvenser medicinændringer måtte medføre.

Rationale

Mange studier viser en øget risiko for et nyt stemningsudsving i de første måneder efter ophør af forebyggende medicin, hvorfor tæt monitorering i denne periode er yderst vigtigt. Det er kendt at hurtig seponering kan føre til withdrawal-symptomer eller rebound-symptomer, hvorfor langsom nedtrapning anbefales. Seponering skal aftales, planlægges og ske langsomt med tæt monitorering. Det forventes også, at et mindretal af patienter vil ønske at modtage en non-farmakologisk behandling i en periode

af deres forløb, hvorfor der forventes at skulle tages stilling hertil.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 11 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒ Ja ☐ Ved ikke ☐

Praktiske overvejelser

NICE (2025) (9) anbefaler, at hvis man stopper antipsykotika, valproat eller lamotrigin, bør dosis reduceres gradvis over mindst 4 uger for at minimere risikoen for tilbagefald. Ved seponering af lithium anbefales det med en gradvis reduktion over mindst 4 uger og gerne op til 3 måneder, og man skal overvåge patienten tæt under dosisreduktion og i perioden efter udtrapningen af lithium.

Ad anbefaling 12: Behandling af ældre

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på god klinisk praksis og konsensus, og den hviler på NICE guideline (2025) (9).

Patientværdier og –præferencer

Ældre mennesker (såvel som yngre mennesker) ønsker et så højt funktionsniveau som muligt, hvorfor det er særlig vigtigt at balancere den medicinske behandling således, at der er størst mulig effekt og færrest bivirkninger af den givne behandling, med hensyntagen til mulige medicininteraktioner og svækket fysik.

Rationale

Da aldring påvirker både farmakokinetik og farmakodynamik startes med en lav dosis og derfra titreres langsomt op under tæt monitorering, for oftest at ende på en dosis som er lavere end hos yngre mennesker. Anbefalingen bygger på veldokumenterede farmakologiske principper og kendte aldersrelaterede risici, samt på vigtigheden af systematisk somatisk monitorering.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 12 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒ Ja ☐ Ved ikke ☐

Ad anbefaling 13: Behandling med ECT

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingens ordlyd hviler på NICE guideline (2025) (9), der henviser direkte til TA59, når det handler om ECT. TA59 er en NICE Technology Appraisal fra 2003: "Guidance on the use of electroconvulsive therapy (ECT)". Det er et dokument, hvor NICE vurderer alt tilgængelig evidens for ECT (ved depression, mani, katatoni og skizofreni) og hvor det defineres, hvornår ECT kan anbefales (57).

NICE (2025) (9) anbefaler kun at overveje at bruge ECT ved svær behandlingsresistent depression eller mani, eller hvis patientens tilstand er livstruende, hvor hurtig effekt er afgørende. Evidensen bygger på RCT'er og meta-analyser, som viser, at ECT virker hurtigt ved svær depression og akut mani, men at effekten ikke nødvendigvis varer ved. Evidensen der ligger til grund herfor stammer bl.a. fra et RCT af Small et al., der undersøgte effekten af ECT versus lithium ved akut mani blandt 34 patienter. Her fandt de at ECT gav hurtigere bedring i de første uger, men efter 8 uger var forskellen udlignet (58) [1b].

Effekt af ECT på indlæggelsestid og på tilstanden ved patienter i mani blev undersøgt i et kontrolleret kohortestudie (59) [2b]. Her så man at behandling med ECT medførte kortere indlæggelser og bedre tilstand ved udskrivelse.

The UK ECT Review Group undersøgte effekten af ECT på depression i et systematisk review og meta-analyse i 2003. Her inkluderede man på baggrund af 18 RCT'er af ECT ved depression, og mere end 1000 patienter var inkluderet i alt. Man sammenlignede ECT med farmakologisk behandling og ECT med "sham-ECT" samt forskellige ECT-parametre (bilateral versus unilateral, høj- versus lavdosis). Formålet var at vurdere den samlede evidens for ECT's effektivitet ved svær depression, sammenligne det med andre behandlinger, og undersøge hvordan tekniske parametre påvirker behandlingseffekten. Resultaterne viste, at ECT er klart mere effektiv end både antidepressiv medicin og sham-ECT i behandlingen af svær depression, især på kort sigt. Effekten var mest udtalt ved bilateral ECT og ved høj stimulusdosis. Data om langtidseffekten var begrænsede, men evidensen støtter ECT som korttidsbehandling snarere end som vedligeholdelse (60) [1a].

Kho et al. undersøgte ligeledes effekten af ECT på depression i et systematisk review og meta-analyse af 15 kontrollerede studier med i alt ca. 700 patienter med depression (inkl. unipolar og bipolar). Her sammenlignede de ECT med antidepressiv medicin og med sham-ECT. Forfatterne undersøgte også forskelle mellem forskellige ECT-parametre (unilateral versus bilateral og stimulusdosis). De ønskede at undersøge den samlede effektstørrelse af ECT sammenlignet med andre behandlinger, samt at vurdere hvor hurtigt effekten indtræder og om specifikke tekniske faktorer (placering af elektroder og dosering) påvirker effekten. De fandt, at ECT var signifikant mere effektiv end både medicin og sham-ECT, især når et fuldt ECT-forløb blev gennemført. De fandt at effekten var tydeligst hos patienter med psykotisk depression. Analysen fandt ingen stærk evidens for, at ECT havde hurtigere indtræden af effekt end medicin, men forfatterne understregede, at bilateral og højdosis ECT generelt giver bedre respons end unilateral og lavdosis. Evidensen for langtidseffekt var begrænset, ligesom risikoen for kognitive bivirkninger blev fremhævet som væsentlig risiko (61) [1a].

Patientværdier og -præferencer

Patienter og evt. pårørende har ofte en stor bekymring ved ECT. Dette er især grundet de kognitive bivirkninger, hvilket ligeledes beskrives som hovedårsagen til at behandlingen stoppes. Patienter og pårørende bør have grundig information om forventet effekt og typisk forløb af bivirkninger, da grundig information giver øget tryghed, hvilket antages af medføre øget accept og compliance til behandlingen.

Rationale

Anbefalingens ordlyd om at "overveje" ECT trods evidensstyrke (A) i NICE (2025) (9) bunder i, at ECT er en invasiv behandling med potentielle bivirkninger (fx hukommelsestab), og derfor anbefales det ikke som førstevalg til alle patienter med svær bipolar lidelse. Det anbefales at overveje ECT, når andre behandlinger ikke er tilstrækkelige, eller når tilstanden er alvorlig nok til, at fordelene opvejer risici og ulemper. ECT bør tilbydes på baggrund af en individuel vurdering af sygdommens sværhedsgrad, behandlingsrespons, og patientens ønsker og værdier. ECT er ikke et førstevalg for alle, men en vigtig mulighed ved alvorlig, behandlingsresistent bipolar lidelse eller ved livstruende tilstande. "Overvej" afspejler nødvendigheden af, at beslutningen tages i samarbejde med patient og / eller teamet omkring patienten, og ikke som en automatisk eller rutinemæssig behandling.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 13 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒ Ja ☐ Ved ikke ☐

Ad anbefaling 14: Behandling med TMS

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingens ordlyd er adapteret fra VA/DoD guidelinen (16), som baseres på et systematisk review og metaanalyse af 11 randomiserede kontrollerede studier (62) [1a], samt to efterfølgende randomiserede kontrollerede studier (63) [1b], (64) [1b]. Anbefalingen er ligeledes i overensstemmelse med Dansk Psykiatrisk Selskabs TMS-vejledning (2025) (65), som ikke anbefaler rTMS som rutinebehandling ved bipolar lidelse, men angiver, at behandlingen kan overvejes ved moderat til svær bipolar depression efter utilstrækkelig effekt eller manglende tolerabilitet af behandlinger med højere evidensniveau, herunder farmakologiske interventioner.

VA/DoD guidelinen (16) baserer anbefalingen om overvejelse af rTMS som add-on ved bipolar lidelse, hvor der er delvis eller ingen effekt af farmakologisk behandling af depressive symptomer. Anbefalingen bygger primært på et systematisk review og meta-analyse af Tee & Au, 2020 (af 11 RCT'er (62) [1a*]). Dette studie viser, at rTMS ved bipolar depression gav en lille men signifikant forbedring af depressive symptomer (SMD $\approx$ 0,30) og højere remissionsrate end sham (absolut forskel $\sim$ 10 %; NNT $\approx$ 10). Der fandtes ingen konsistent effekt af rTMS ved mani.

Der var ingen alvorlige bivirkninger ved behandlingen og lav risiko for behandlingsudløst mani. En væsentlig begrænsning ved det systematiske review og metaanalysen var, at flere af de inkluderede primærstudier var små og metodisk heterogene. VA/DoD (16) inkluderede desuden to RCT'er fra 2021, som ikke fandt signifikante forskelle vs. sham. I et RCT af Mak et al. 2021 med inklusion af 54 patienter med non-respons til antidepressiv medicin for bipolar depression (63) [1b*], fandt man ingen forskel i respons eller remission ved afslutning af studiet eller efter 6 eller 12 uger. Interventionen bestod af 3 ugers lavfrekvent rTMS vs. sham. Der fandtes ikke øgede risici ved metoden, i form af øget forekomst af hypomani og der var ingen epileptiske anfald. I et andet randomiseret studie af McGirr et al. 2021 (64) [1b*], hvor man undersøgte "intermittent theta-burst stimulation", en særlig variant af rTMS, som tillæg til antimanisk middel hos 37 patienter med bipolar depression, fandtes ingen klinisk effekt over 4 uger sammenlignet med sham. Studiet blev stoppet tidligt, grundet stor sandsynlighed for, at studiet ikke ville vise en meningsfuld effekt. Studiet fandt ikke, at behandlingen førte til flere maniske symptomer. VA/DoD (16) opsummerer derfor samlet evidensen som en svag

anbefaling for og fremhæver praktiske barrierer (tilgængelighed, mange besøg) og ulighedshensyn.

Patientværdier og –præferencer

Patienter oplever muligvis rTMS som mindre stigmatiserende end ECT, hvilket kan øge accept af behandlingen. rTMS kræver ikke fuld narkose som ECT og giver sjældent kognitive gener omend effekten er svagere.

En væsentlig ulempe for patienterne er imidlertid, at rTMS kræver daglig behandling over en længere periode, hvilket gør behandlingsforløbet tidskrævende. Det hyppige fremmøde kan udgøre en betydelig belastning, særligt for patienter i en depressiv fase med nedsat energi og funktionsniveau. Derudover må det forventes, at geografiske forhold kan medføre variation i patienters mulighed for at møde frem til behandling med den nødvendige hyppighed.

Rationale

Ved behandlingsresistent bipolar depression eller ved bipolar depression, hvor konventionel behandling kun har haft en mindre effekt, findes ved tillæg af rTMS en lille til moderat bedring af depressionen. rTMS tolereres godt med få alvorlige bivirkninger.

Anbefaling 14 er nedgraderet til B*, da VA/DoD's (16) anbefaling henviser til RCT'er med små samples, og en meta-analyse, der består af primærstudier med små samples og metodisk variation, samt konkluderede inkonsistent effekt.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 14 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒ Ja ☐ Ved ikke ☐

Ad anbefaling 15: Behandling med lysterapi

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingens ordlyd er adapteret fra VA/DoD guidelinen (16) som baserer deres anbefaling på et systematisk review og metaanalyse (66) [1a].

Guidelinen giver en svag anbefaling for at forsøge kortvarig lysbehandling som augmentering til farmakoterapi ved personer med bipolar depression (type I eller II). Guidelinen baserer deres anbefaling på studiet af Lam et al. 2020 (66) [1a] (Systematisk review & meta-analyse af 7 RCT'er, hvor der i alt var 259 patienter med bipolar lidelse). Studiet fandt signifikant effekt i reduktion af mængden af depressive symptomer (standardiseret middel forskel SMD $\approx$ 0,43; 95 % CI [0.04, 0.82]; $p \sim$ 0.03). Den kliniske respons var også bedre i lysbehandlingsgruppen (OR $\approx$ 2,32; 95 % CI [1.12, 4.81]; $p \approx$ 0.024). Studiet fandt ikke signifikant højere remission, og det fandt ingen forskel i risiko for udviklingen af maniske symptomer blandt personer der fik aktiv behandling og kontrolpersoner.

Patientværdier og –præferencer

Patienternes præferencer kan variere. Lysterapi kan være udfordrende for nogle, da der er en økonomisk byrde ved at skulle anskaffe sig en lyslampe, og det kan for nogle synes for tidskrævende og bevægeindskrænkende. For andre vil det være en mindre udgift og de vil ikke finde tidsforbruget hindrende.

Rationale

De potentielle fordele ved lysterapi til bedring af bipolar depression vurderes at overstige de mulige ulemper for patienter. Lysterapi synes at være veltolereret og forbundet med lav risiko for bivirkninger. Der blev ikke fundet en øget forekomst af affektive skift sammenlignet med kontroller (16).

Evidensen bygger på én metaanalyse omfattende i alt 259 patienter, hvilket må betragtes som en lille studiepopulation med deraf følgende usikkerhed om effektstørrelser og generaliserbarhed. På denne baggrund vurderes evidensstyrken som svarende til Oxford level B*, idet der foreligger systematisk sammenfattet evidens, men med begrænset datagrundlag og dermed usikkerhed i den kliniske anvendelighed.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 15 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒ Ja ☐ Ved ikke ☐

Ad anbefaling 16: Komorbidt misbrug

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen om håndtering af samtidig rusmiddelbrug og bipolar lidelse hviler på konsensusbaserede anbefalinger i NICE guideline (2025) (9) og Sundhedsstyrelsens NKR (2014) (21). NICE (2025) anbefaler, at man aktivt vurderer komorbiditeter og er opmærksom på, at rusmidler kan minde om og forværre affektive episoder. NKR konkluderede, at der ikke foreligger tilstrækkelig robust evidens for specifikke farmakologiske strategier målrettet patienter med bipolar lidelse og samtidigt misbrug. I NKR henvises der til, at evidensen er sparsom, og derfor er anbefalingerne baseret på "god praksis" fremfor evidens.

Både NICE og NKR baserer deres anbefalinger på studier som Weiss et al. (Integrated Group Therapy) og Salloum et al. (valproat ved alkoholmisbrug), men disse studier vurderes ikke at give grundlag for stærke evidensbaserede anbefalinger.

Weiss et al., 2007 udførte et RCT med 62 patienter med bipolar lidelse og misbrug i 20 ugers behandling og med 3 måneders opfølgning. Her sammenlignede de Integrated Group Therapy (IGT) versus. Group Drug Counseling (GDC). Formålet var at undersøge om IGT, der samtidig adresserer bipolar lidelse og misbrug, er mere effektiv end misbrugsfokuseret behandling.

Resultaterne viste, at IGT reducerede antal dage med misbrug (67) [1b].

Weiss et al., 2009 udførte et RCT med ca. 61 patienter med bipolar lidelse og misbrug, med kortere version af IGT (12 sessioner) som blev leveret af misbrugsrådgivere uden specialuddannelse i bipolar

lidelse eller kognitiv terapi. Formålet var at teste en "community-venlig" version af IGT mod GDC. Resultatet viste en tendens til bedre outcome for IGT, herunder højere chance for afholdenhed, kortere tid til første afholdne måned og bedre samlet outcome. (68) [1b].

Salloum et al. 2005 undersøgte ved hjælp af et dobbelt-blindet RCT med 59 patienter over 24 uger om valproat kunne reducere alkoholforbrug hos patienter med bipolar lidelse og alkoholafhængighed. Her fandt de at valproat reducerede andelen af "heavy drinking days", og at der var færre drinks pr. drikke dag (69) [1b].

Patientværdier og -præferencer

Det antages, at de fleste patienter vil være interesseret i at medvirke til en grundig anamnese indeholdende en samtale om eventuelt misbrug og muligheder for behandling, til trods for at emnet kan være sårbart for nogle patienter.

Rationale

Hos patienter med bipolar lidelse er rusmiddelbrug en hyppig komorbid tilstand, og dette kan medføre nedsat eller manglende compliance til behandlingen. Desuden udgør rusmiddelbrug en væsentlig risikofaktor for forværring af sygdomsforløbet, da det kan medføre øget somatisk sygdom, kognitive vanskeligheder, reducere behandlingseffekten samt øget risikoen for suicidal adfærd. Hos patienter med samtidig bipolar lidelse og rusmiddelbrug anbefales det at indgå i en målrettet dialog om rusmidlets indvirkning på sygdommens udvikling (herunder at være opmærksom på, at rusmiddelbruget ofte forekommer som en form for selvmedicinering), forløb og sværhedsgrad. Se i øvrigt DMPG retningslinjer indenfor Rusmidler og psykiatri – herunder bl.a. Substitutionsbehandling - med særligt fokus på patienter med dobbeltdiagnose.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 16 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒ Ja ☐ Ved ikke ☐

Ad anbefaling 17: Intensiveret patientkontakt

Litteratur og evidensgennemgang

Forfattergruppen for DMPG bipolar mener, at det er god klinisk praksis at tilbyde patienter i risiko for behandlings- og specifikt medicinsvigt tættere opfølgning i en periode, hvis det vurderes at kunne øge samarbejdet om behandlingen, mindske risiko for suicidium og reducere risiko for svær forværring af bipolar sygdom.

NICE guideline (2025) (9) angiver en svag anbefaling for "intensive case management" (ICM), da der kun er indirekte evidens fra andre SMI-populationer (Serious Mental Illness). Der er i Danmark ikke et lignende tilbud til patienter med bipolar lidelse, hvorfor direkte overførsel til danske forhold ikke lader sig gøre. Anbefalingen fra NICE (2025) (9) bygger ikke på nye (for bipolar lidelse) ICM-studier, men adopterer evidensen fra NICE CG178 (skizofreni) (39), som primært baserer deres anbefaling og evidensgrundlag på et Cochrane-review (70) [1a], som inkluderede 38 RCT'er. Det er et systematisk review og meta-analyse af randomiserede og kontrollerede studier, der undersøger effekt af intensiv case management versus standard care og / eller versus non-intensiv case management blandt personer med svær psykisk sygdom. Resultaterne viser, at ICM reducerer antal hospitalsdage og

hyppighed af indlæggelser i nogle studier. Der er imidlertid nogle svagheder i de anvendte studier i cochrane-reviewet, bl.a. heterogenitet i hvordan ICM er defineret (caseload og intensitet) og varierende follow-up tidspunkter. Desuden er nogle studier af kort varighed, og der er flere små studier med svag metodisk kvalitet for visse outcome-målinger. Forfattergruppen her, har derfor valgt blot at anbefale mulighed for en fleksibel anvendelse af personaleressourcerne til de patienter med størst behov på et givent tidspunkt.

Patientværdier og –præferencer

Da det er et tilbud, vil det være muligt at sige til eller fra, og dermed vil det antageligt ikke føles som en byrde for patienterne med den tætte kontakt, men forhåbentlig ses som en behandlingsalliance.

Rationale

Nogle patienter vil have gavn af en et tæt behandlingsforløb i kortere eller længere perioder med henblik på at understøtte compliance og undgå medicinsvigt, hvilket måske kan medføre reduceret indlæggelsesfrekvens og reducere risikoen for fald i funktionsniveau.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 17 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒ Ja ☐ Ved ikke ☐

Ad anbefaling 18: Gruppebaseret psykoedukation

Litteratur og evidensgennemgang

Forfattergruppen bag nærværende retningslinjer henviser til retningslinjen Gruppebaseret psykoedukation for unge og voksne med bipolar affektiv sindslidelse 2026 (71), som ligeledes er udarbejdet i regi af DMPG Bipolar. Denne retningslinje uddyber anbefalinger vedrørende gruppebaseret psykoedukation til unge og voksne med nydiagnosticeret bipolar lidelse.

Gruppebaseret psykoedukation udgør en central del af behandlingen af bipolar lidelse. Hovedelementerne er læring om sygdommen og dens behandling, tidlige advarselstegn, stressorer og mestringsstrategier. Det gruppebaserede format muliggør erfaringsudveksling mellem deltagerne, og er et vigtigt element i forhold til at opnå accept af sygdommen og udvikle personligt tilpassede strategier, der øger oplevelsen af mestring.

Anbefaling 32 er adapteret fra NICE (2025) (9) og underbygget af en opdateret litteratursøgning, hvor evidensgrundlaget består af seks nyere systematiske reviews- og metaanalyser med lav til moderat metodisk kvalitet. Disse studier konkluderer konsistent, at gruppebaseret psykoedukation reducerer risikoen for recidiv og/eller indlæggelse sammenlignet med sædvanlig behandling alene (46, 72-76) [1a].

Colom et al. viste med deres forsøg fra Barcelona, at psykoedukation bør indgå som central del af behandlingstilbuddet til personer med bipolar lidelse. I forsøget blev 120 patienter med bipolar I og II i remission over en studieperiode på mindst 6 måneder randomiseret til 21 sessioners struktureret gruppebaseret psykoedukation vs. 21 sessioners gruppestøtte. Alle patienter var i medicinsk behandling. Ved opfølgning efter 2 år havde psykoedukationsgruppen sammenlignet med

støttegruppen (i) færre patienter med recidiv, (ii) færre recidiver pr. patient, (iii) længere tid til både depressive, maniske/hypomane og blandede episoder, og (iv) færre og kortere indlæggelser. Effekten var vedvarende i 5-års opfølgning med lavere episodeantal og mindre tid med symptomer (9, 77, 78) [1b].

I en stor pragmatisk randomiseret undersøgelse (PARADES) var den samlede forskel på tid til næste episode mindre end forventet, men der sås tegn på dosis-respons (fleste fordele ved ≥ 10 sessioner) og bedre effekt hos patienter med færre tidligere episoder, hvilket taler for tidlig iværksættelse af gruppepsykoedukation (12, 79, 80) [1b].

Data fra en national registeranalyse viser ligeledes lavere risiko for nye episoder og indlæggelser efter psykoedukation (81) [2c], og effekt er også vist i ressourcemæssigt udfordrede settings (82) [2c].

Patientværdier og -præferencer

Det forventes, at størstedelen af unge og voksne med bipolar lidelse er motiveret for deltagelse i gruppebaseret psykoedukation. Såvel forskning som klinisk praksis viser dog, at cirka en fjerdedel ikke gennemfører forløbet (83). Flere forhold kan bidrage til, at nogle patienter takker nej til tilbud om gruppebaseret psykoedukation eller afbryder forløbet før tid. Nogle patienter har svært ved at indgå i gruppesammenhænge, fx kan patienter med social angst eller præstationsangst opleve deres symptomer forværret i gruppe (83). Andre grunde til ophør i gruppen kan være forværring i den bipolare lidelse og/eller manglende udbytte. Desuden vil nogle patienter erfaringsmæssigt have svært ved at møde regelmæssigt på et bestemt tidspunkt i en længere periode, fx pga. familieliv, skolegang, studie eller arbejde. Det kan således være relevant at overveje mulighed for at tilbyde psykoedukationsforløb med afholdelse uden for almindelig arbejdstid.

Rationale

Gruppebaseret psykoedukation udgør en vigtig del af den forebyggende behandling ved bipolar lidelse og har bedre effekt tidligt i sygdomsforløbet end hos patienter med længerevarende sygdomsforløb. Sammenlignet med individuel psykoedukation kan der være såvel behandlingsmæssige, ressourcemæssige som pædagogiske fordele ved det gruppebaserede format, hvor der er mulighed for erfaringsudveksling og interpersonel læring. I gruppebaseret psykoedukation har deltagerne mulighed for at spejle sig i hinanden og at få feedback og støtte fraigestillede. Deltagelse i gruppe kan bidrage til accept og indsigt, reducere oplevelse af skam, skyld og stigmatisering samt modvirke isolation. Opdagelsen af, at en bestemt form for behandling eller bestemte redskaber eller strategier har hjulpet, kan for den enkelte gruppedeltager blive kilde til nyt håb og bidrage til fortsat udvikling af personligt tilpassede strategier, der øger oplevelsen af mestring.

For yderligere detaljer samt psykoedukationsmateriale henvises til retningslinjen Gruppebaseret psykoedukation for unge og voksne med bipolar affektiv sindslidelse 2026, udarbejdet af DMPG Bipolar (71).

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 18 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒ Ja ☐ Ved ikke ☐

Ad anbefaling 19: Kognitiv adfærdsterapi

Litteratur og evidensgennemgang

Kognitiv adfærdsterapi (KAT) ved bipolar lidelse er en struktureret psykologisk behandlingsmetode med fokus på sammenhænge mellem tanker, følelser, adfærd og stemningsudsving. KAT indeholder elementer af psykoedukation samt forebyggelsesplan, herunder sygdomsforståelse, identifikation af advarselssignaler, triggere og hjælpsomme strategier. KAT ved bipolar lidelse består typisk af 10-12 sessioner over 6 måneder (9).

Interpersonel og social rytme terapi (IPSRT) er en struktureret psykologisk intervention med fokus på stabilisering af sociale rytmer og behandling af interpersonelle stressorer. IPS er oprindeligt udviklet til behandling af depression, men adapteret til bipolar lidelse (IPSRT) med yderligere fokus på stabilisering af sociale rytmer. Ved bipolar lidelse er en tæt sammenhæng mellem livsbegivenheder, interpersonel stress, forstyrrelse af søvn/døgnrytme og stemningsudsving. IPSRT er i udgangspunktet et faseopbygget længerevarende forløb med op til 40 sessioner indenfor en 2-årig periode (9).

Anbefaling 19a, er adapteret fra NICE (2025), hvor evidensgrundlaget bygger på systematiske reviews og RCT-studier med effektmål vedrørende reduktion af symptombyrde, forebyggelse af nye episoder samt reduktion i indlæggelse. Overordnet konkluderes at psykologiske interventioner kan være associeret med forbedring af symptombyrde, færre nye episoder og indlæggelsesdage (9).

KAT indgik i 8 undersøgelser (84-91) [1b]. Fra et effektivitets- og økonomisk perspektiv fremhæves forsøg ved Lam 2005b og Lam 2003. Her var KAT introduceret ved 14 sessioner over i gennemsnit 6 måneder samt 2 ekstra sessioner over de følgende 6 måneder. KAT sammenlignet med "treatment as usual" (TAU) viste positiv forskel på antal dage med affektiv episode efter 12 og 30 mdr.

Et systematisk review ved Miklowitz et al. 2021 (46) [1a], (16), indeholdende 21 studier af forskellige terapier sammenlignet med TAU. Manualiserede terapier som overordnet gruppe var associeret med lavere tilbagefald end kontrolgruppen. Der var indikation på, at KAT var associeret med reduktion af tilbagefald samt nedsat alvorsgrad af maniske symptomer og depressive symptomer ved follow-up sammenlignet med TAU.

I en nyere IPD-metaanalyse af Yilmaz et al. 2025 (92) [1a] fremhæves ligeledes Lam 2003 (85), Ball 2006 (84) og Scott et al. 2006 (88). KAT forbindes med signifikant reduktion af depressive symptomer sammenlignet med kontrolbetingelser.

IPRST indgår i 3 undersøgelser i NICE (2025) (86, 93, 94) [1a], hvor deltagere ved start er i en depressiv episode. Resultatet var inkonklusivt vedrørende effekt på depression, men et af studierne viste nedsat risiko for tilbagefald.

Et review af Colom og Vieta 2004 (95) [5] konkluderer, at IPSRT kan være associeret med færre depressive episoder, hurtigere recovery fra depression og færre sub-depressive symptomer.

Miziou et al. 2015 (96) [1a] og Fountoulakis et al 2017 (97) finder grundlag for, at IPRST kan forlænge tiden til en ny episode, hvis det tilbydes tidligt og især i den akutte depression.

I et RCT-studie af Steardo jr et al (2020) (98)[1b] med 44 deltagere og evaluering ved 3 og 6 måneder, viste IPSRT bedring på maniske, depressive og angstsymptomer samt funktionsniveau sammenlignet med TAU.

KAT og IPRST kan således tilbydes som en del af en forebyggende indsats. KAT og IPRST kan tillige overvejes som tilbud til patienter i episode med depression eller med vedvarende depressive symptomer trods relevant medicinsk behandling (9). Det antages, at psykologiske interventioner, som i udgangspunktet er udviklet til unipolar depression, kan tilbydes patienter med bipolar depression.

Anbefaling 19b bygger på et systematisk review med 10 RCT-studier som viste fald i angstsymptomer i gruppen som modtog psykoterapi sammenlignet med kontrolgruppen (99).

Patientværdier og –præferencer

Det antages, at en del patienter vil være motiverede for at indgå i en psykologisk behandling, som er evidensbaseret og tilpasset den enkeltes behov. Der kan være patienter, som finder det for tidskrævende med hyppigt fremmøde og hjemmearbejde, eller af andre grunde kan have svært ved at indgå i et terapeutisk forløb.

Rationale

For mange patienter udgør depression den største del af de affektive episoder. En del patienter har i tillæg subsyndromale symptomer imellem de affektive episoder. Det vurderes på den baggrund relevant at overveje tilbud om evidensbaserede psykologiske interventioner, om end de fleste anbefalinger har svag evidensstyrke herfor.

Angst ses ofte som komorbiditet ved bipolar lidelse, og vurderes at påvirke såvel livskvalitet som funktionsniveau og prognose.

Der er ikke fundet evidens for psykologiske interventioner, når pt. er i hypoman eller manisk episode.

For anbefaling 19a har forfatterne bag NICE (2025) (9) vurderet studierne med betydelige metodiske svagheder og vurderet inkonsistens på tværs af studierne, hvorfor anbefalingen er nedgraderet til B*.

Grundet metodiske svagheder i evidensgrundlaget for psykologiske interventioner i anbefaling 19b, herunder små studiepopulationer, forskellige outcomes, manglende blinding og inkonsekvente resultater, vurderes anbefalingen af gruppen bag VA/DoD (16) som lav anbefaling for og nedgraderes derfor til B*.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 19 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒ Ja ☐ Ved ikke ☐

Praktiske overvejelser

Det vægtes at psykologiske behandlingsformer udføres af personale, som har klinisk erfaring med bipolar lidelse udover relevant kendskab til terapeutisk retning. Manualiseret terapi skal altid tilpasses den enkelte patients behov og med hensyntagen til evt. kognitive vanskeligheder og komorbide tilstande. Ved bipolar lidelse er beskrevet flere psykologiske forhold af betydning. Det drejer sig bl.a. om negativ selvopfattelse, fluktuerende selvværd, attribueringsstil samt øget præstationsorientering også i habituel tilstand (9).

Ad anbefaling 20: Social støtte

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er adapteret fra NICE guideline (2025) (9), hvor det anbefales at tilbyde det fulde udvalg af relevante medicinske, psykologiske, sociale, beskæftigelses- og uddannelsesmæssige interventioner. Anbefalingen understøttes desuden af Va/DoD, RANZCP og JSMD (10, 16, 23).

De fleste guidelines har fokus på kortlægning af psykosociale behov ved indledende vurdering, mens RANZCP tillige har en anbefaling om opfølgning og evaluering over tid.

Ved første kontakt til sygehuspsykiatrien i Danmark har patienter med bipolar lidelse, sammenlignet med den generelle befolkning, lavere uddannelsesniveau, beskæftigelsesgrad og indkomst. De er sjældnere samboende eller gift (26) [2b].

Et systematisk review fra 2018 inkluderende i alt 4 studier, at hos patienter med bipolar lidelse er oplevelsen af manglende social støtte associeret med flere depressive symptomer, nedsat funktionsniveau samt længere tid til recovery. For patienter i remission var en opfattelse af lav social støtte associeret med øget risiko for ny episode med mani eller depression efter et år (100) [2a].

Patientværdier og –præferencer

Det antages, at de fleste patienter vil være motiverede for kortlægning af sociale behov og interesserede i relevant støtte. Mange patienter beskriver sig belastet af forhold relateret til arbejde, studie, sygemelding, beskæftigelsesrettede indsatser, økonomi mv.

Rationale

Ved bipolar lidelse ses flere patienter med psykosociale udfordringer. Der vil være en gruppe af patienter, som i kortere eller længere perioder har brug for social støtte. Psykosociale stressorer kan være med til at udløse nye affektive episoder (9), og manglende støtte kan have en negativ påvirkning af sygdomsforløbet.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 20 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒ Ja ☐ Ved ikke ☐

Praktiske overvejelser

Det er klinisk erfaring at kortlægning og rådgivning vedr. social støtte varetages mest effektivt af en socialrådgiver tilknyttet behandlingsenheden. De har fagligt de bedste forudsætninger for løbende at være opdateret på regler og mulige tilbud indenfor området med et samtidigt kendskab til patientgruppen. De kan have en væsentlig koordinerende funktion i forhold til kommunale aktører, herunder eks. IPS-mentorer.

Ad anbefaling 21: Farmakologisk behandling

Litteratur og evidensgennemgang

Forfattergruppen har valgt ikke at komme med specifikke anbefalinger til medicinske behandlingsstrategier, pga. udarbejdelse af flere forestående fokuserede anbefalinger (NKA 2026 og DMPG), der ventes publiceret senere i 2026. Gruppen har dog valgt at referere til de fire udvalgte guidelines med højest AGREE-II score, og kort beskrive, hvad disse overordnet anbefaler som hovedbudskaber. Der vil her fortrinsvist blive nævnt de to internationale guidelines fra hhv. NICE (2025) (9) og VA/DoD (2023) (16) samt Sundhedsstyrelsens NKR (2014) (21), ligesom anbefalinger om 1. valg af monoterapi rapporteres frem for kombinationsbehandlinger og monoterapeutiske 2. valg. Der henvises derfor fremtidigt til Sundhedsstyrelsens pågående Nationale Kliniske Anbefalinger for medicinsk behandling af Bipolar lidelse, som endnu ikke er publiceret, og den kommende DMPG bipolar omhandlende den farmakologiske behandling. Indtil da anbefales at referere til NKR 2014 (21) og RADS 2015 (22) vedrørende medicinsk behandling af bipolar lidelse.

Specifikke farmakologiske anbefalinger ved behandling af bipolar lidelse fra de fire anvendte retningslinjer.

National Klinisk Retningslinje (2014) adresserer flere kliniske spørgsmål, der omhandler valg af farmakologisk behandling som tillæg til en allerede opstartet behandling efter remitteret depression ved bipolar lidelse. Der er en række anbefalinger, der hovedsageligt er svage anbefalinger for eller imod et behandlingsregime samt flere forslag byggende på god klinisk praksis. Nedenfor er kun medtaget de væsentligste anbefalinger. For yderligere uddybning refereres til retningslinjen, der har en detaljeret evidensgennemgang (21).

Retningslinjen anfører, at det kan overvejes at fortsætte vedligeholdelsesbehandling med quetiapin (hvis der har været effekt i den forudgående akutte depressive episode) i tillæg til igangværende lithium-behandling. Der er svag anbefaling for, som bygger på RCT-studier. Det anbefales desuden kun i særlige tilfælde at fortsætte vedligeholdelsesbehandling med aripiprazol, olanzapin, oxcarbazepin, paliperidon, risperidon, valproat og ziprasidon i tillæg til igangværende lithium-behandling. Der er svag anbefaling imod. For en detaljeret gennemgang af evidensen og medtagne studier henvises til NKR (21, bilag 9). Graden af evidensen er vurderet som lav.

Det anføres desuden, at det kan overvejes at påbegynde vedligeholdelsesbehandling med lithium i tillæg til en igangværende behandling med atypiske antipsykotika frem for lamotrigin eller valproat. Der er en svag anbefaling for. Det anføres, at det kan overvejes at fortsætte vedligeholdelsesbehandling med lithium eller lamotrigin, hvis der har været effekt i den forudgående akutte depressive episode, i tillæg til igangværende behandling med et atypisk antipsykotikum frem for valproat. Der er en svag anbefaling for. Graden af evidens er anført som "meget lav". For en detaljeret evidensgennemgang henvises til NKR (21, bilag 9).

Retningslinjen anfører også, at det kan overvejes at påbegynde vedligeholdelsesbehandling med lithium i tillæg til igangværende behandling med et antikonvulsivum frem for lamotrigin, olanzapin, quetiapin eller valproat. Der er svag anbefaling for. Det anføres desuden, at det kan overvejes at fortsætte vedligeholdelsesbehandling med lamotrigin, lithium eller quetiapin, hvis der har været effekt i den forudgående akutte depression i tillæg til igangværende behandling med et antikonvulsivum. Der er svag anbefaling for. Evidensen er anført som "meget lav". For en gennemgang af evidensen henvises til NKR (21, bilag 9).

NICE (The nice guideline on the assessment and management of bipolar disorder In adults, children and young people in primary and secondary care. Updated Edition) (9).

Lithium anbefales her som et førstevalg ved vedligeholdelsesbehandling af bipolar lidelse, og lithium anføres i retningslinjen som det bedst dokumenterede valg. Der er i NICE (2025) et ret omfangsrigt kapitel, der gennemgår litteraturen bag anbefalingen (9, kapitel 7).

NICE (2025) anbefaler specifikke antipsykotika som 1.valg ved mani og hypomani; haloperidol, olanzapin, quetiapin eller risperidon, hvis ikke patienten allerede behandles med antipsykotika eller stemningsstabiliserende medicin. Der er her en stærk anbefaling for, som bygger på RCT-studier (9, se kapitel 6.2. for litteraturgennemgang).

NICE (2025) anbefaler quetiapin eller kombinationspræparatet af olanzapin/fluoxetin (som ikke findes i Europa) som et førstevalg ved bipolar depression, evt. i tillæg til allerede opstartet lithiumbehandling (9, se kapitel 6.3. for litteraturgennemgang). Der er anført stærk anbefaling for, som bygger på RCT-studier.

VA/DoD (VA/DoD Clinical Practice Guidelines. Management of Bipolar Disorder (BD) (2023) (16))

Den kliniske retningslinje fra VA/DoD (16) om behandling af bipolar lidelse indeholder overvejende stærke eller svage anbefalinger, og for hver anbefaling angives graden af evidens samt retningslinjens egen tiltro til det videnskabelige grundlag. Retningslinjen bygger primært på randomiserede kontrollerede studier (RCT'er), og der henvises til retningslinjens egen systematiske litteraturgennemgang for en nærmere gennemgang af evidensen.

Ved behandling af mani eller hypomani anbefales lithium eller quetiapin som førstevalgsbehandling. Denne anbefaling er angivet som svag, og forfattergruppen vurderer, at tiltroen til evidensen er lav og anført som (B).

Til forebyggelse af mani anbefales ligeledes lithium og quetiapin som førstevalg. Her er anbefalingen stærk, og der angives moderat tiltro til evidensen (B).

Når det gælder forebyggelse af depression ved bipolar lidelse, anbefales lithium som førstevalg. Denne anbefaling er imidlertid svag, og evidensgrundlaget vurderes ligeledes som svagt (B).

Ved behandling af bipolar depression anbefales quetiapin som førstevalg. Her gives en stærk anbefaling, og der er moderat tiltro til evidensen (evidensgrad B). Quetiapin anbefales også som forebyggende behandling mod bipolar depression, men i denne sammenhæng er anbefalingen svag, om end tiltroen til evidensen fortsat vurderes som moderat (B).

Lamotrigin anbefales som forebyggende behandling mod bipolar depression, med særlig vægt på bipolar lidelse type 2. Denne anbefaling er stærk, og tiltroen til evidensen vurderes som moderat (B).

Endelig anbefaler VA/DoD (16) ikke antidepressiva som monoterapi ved bipolar depression. Baggrunden er utilstrækkelig evidens for effekt og sikkerhed, og evidensgrundlaget angives som insufficient (D).

MTV (2006) (6) indbefatter en litteraturgennemgang, og der nævnes her specifikt lithiums forebyggende effekt på nye affektive episoder. MTV fremkommer dog ikke med deciderede anbefalinger til medicinsk behandling, ligesom alderen på teknologivurderingen (2006) gør, at der ikke refereres yderligere hertil.

Patientværdier og –præferencer

Det vurderes af gruppen, at patienterne vil overordnet foretrække, at en behandling er baseret på rekommandationer, der er forankret nationalt og i forskning eller ekspertkonsensus, frem for det modsatte.

Rationale

Det er valgt at referere til allerede eksisterende nationale retningslinjer som NKR 2014 (21) og RADS 2015 (22), samt kommende nationale anbefalinger. Ved udarbejdelsen af denne retningslinje for nydiagnosticeret bipolar lidelse, var der taget udgangspunkt i de internationale guidelines med højest AGREE-II score, men ikke lavet en tilbundsgående litteraturgennemgang eller inddraget eventuelle nyere data. Derfor afgrænses denne retningslinje ift. at give specifikke rekommandationer.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 21 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒ Ja ☐ Ved ikke ☐

Ad anbefaling 22: Sovemedicin, beroligende medicin

Litteratur og evidensgennemgang

Ingen af de fire gennemgåede retningslinjer med højest AGREE-II score udtaler sig om søvnfremmende eller beroligende medicinsk behandling (9). Derfor vælges ikke at anbefale nogen specifik medicinsk håndtering af søvnforstyrrelser eller behov for beroligende medicin ved nydiagnosticeret bipolar lidelse ud over Sundhedsstyrelsen generelle anbefalinger og de eksisterende lokale regionale retningslinjer.

Patientværdier og –præferencer

Det er kendt, at patienter kan være bekymret for bivirkninger ved psykofarmaka, og at det kan medføre et stop for behandlingen. Ligeledes kan en mangelfuld effekt ligeledes føre til at en behandling stoppes. Patienternes medicinske behandling skal derfor altid være på et oplyst grundlag, når dette er muligt, som balancerer viden om effekt, bivirkninger, tidligere erfaring og præference. Det vurderes her, at det er muligt at følge retningslinjer for majoriteten af patienterne, men en for kategorisk efterlevelse kan efterlade et mindretal af patienterne med en oplevelse af manglende medbestemmelse. Der skal derfor være særlig opmærksomhed på at informere patienterne om bivirkningers karakter, og den viden der er om effekt af behandlingen.

Rationale

Der anbefales ikke en specifik medicinsk behandling, men refereres til de overordnede anbefalinger på tværs af retningslinjer. Konklusionen vil således være helt overordnet at lægge op til, at der arbejdes specifikt med farmakologiske anbefalinger gældende på tværs af de danske regioner i andet regi.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 22 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒

Ja ☐

Ved ikke ☐

Ad anbefaling 23: Recovery

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingerne om recovery bygger på to anvendte retningslinjer, NICE guideline (2025) (9) og VA/DoD (2023) (16).

Evidensen for aktiv inddragelse af pårørende, særligt gennem struktureret (gerne gruppebaseret) psykoedukation, er veldokumenteret og bygger primært på randomiserede kontrollerede studier. NICE's fulde evidensgrundlag inkluderer en række centrale RCT'er af familieinterventioner og psykoedukation, herunder Family-Focused Therapy (FFT) og gruppebaseret psykoedukation til pårørende. Disse interventioner omfatter systematisk undervisning i sygdomsforståelse, behandling, tidlige advarselssignaler, forebyggelses- og kriseplaner samt træning af kommunikations- og problemløsningsfærdigheder. Disse RCT'er viser konsistent, at familie- og gruppebaseret psykoedukation reducerer risikoen for tilbagefald, øger tiden i remission, reducerer behovet for indlæggelse samt forbedrer funktion, samarbejde og prognose. Miklowitz et al. (2000) viste for FFT reduceret recidiv og forbedret funktion (101) [1b], Miklowitz et al. (2003) viste at FFT for unge og familier gav længere remission og færre symptomer (102) [1b]. Rea et al. (2003) undersøgte familiepsykoedukation vs. standard care og fandt færre nye episoder og færre nye indlæggelser (103) [1b]. Reinares et al. (2004) viste at psykoedukation for pårørende gav forbedret viden og samarbejde (104) [1b]. Reinares et al. (2008) sammenlignede caregiver group psychoeducation i en RCT, der fandt reduceret belastning og bedre familiefunktion (105) [1b] og Colom & Vieta et al. (1999/2003) fandt at gruppebaseret psykoedukation resulterede i færre tilbagefald og længere remissionstid (77) [1b]. NICE anbefaler derfor, at pårørende aktivt inddrages i behandlingen, når patienten samtykker, og at de tilbydes struktureret carer-fokuseret uddannelse og støtteprogrammer som del af behandlingsforløbet. Dette fremgår af NICE (2025) (9) afsnit 1.1.6–1.1.8, hvor det understreges, at information og psykoedukation til pårørende bør være en integreret del af et kvalitetsbehandlingsforløb. VA/DoD-retningslinjens (16) anbefalinger hviler på en systematisk gennemgang af RCT'er om pårørendebaserede interventioner og identificerer to nyere randomiserede studier som direkte evidensgrundlag: Perlick et al. (2018) undersøgte og fandt at FFT i en RCT viste forbedring af pårørendes mentale helbred og reduktion i patientens affektive symptomer (106) [1b]. Madigan et al. (2012) undersøgte multifamily group psychoeducation i et RCT, der fandt øget viden, reduceret belastning og mindre psykologisk distress hos pårørende efter 1 og 2 år (107) [1b]. VA/DoD (16) konkluderer på baggrund af disse studier, at psykoedukations- og støttetilbud til pårørende bør indgå som en del af en tværfaglig, recovery-orienteret behandlingsindsats. Samlet viser de inkluderede studier, at systematisk inddragelse af pårørende, særligt via struktureret og gerne gruppebaseret psykoedukation, har dokumenteret effekt på både symptomudvikling, funktion og familiefunktion.

Anbefalingen om en tværfaglig tilgang bygger primært på evidensen for psykosociale interventioner, som i international praksis integreres i et tværfagligt behandlingsmiljø (psykologer, psykiatere, sygeplejersker, socialfaglige medarbejdere m.fl.). VA/DoD-retningslinjen (16, kapitel IX.D) understreger, at effekten af disse interventioner netop forudsætter en tværfaglig organisering, hvor farmakologisk behandling kombineres med struktureret psykoterapi, psykoedukation og social støtte som led i én samlet behandlingsindsats. Flere randomiserede kontrollerede studier dokumenterer

effekten af disse psykosociale indsatser, som derfor udgør det evidensmæssige grundlag for den tværfaglige behandlingsmodel (her indsættes kilderne på RCT'erne). Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT) har i et RCT af Frank et al. (2005) vist forlænget tid til recidiv og forbedret stabilitet i sociale og biologiske rytmer sammenlignet med kontrolbetingelser (108) [1b].

Kognitiv adfærdsterapi (CBT) ved bipolar lidelse er undersøgt i flere RCT'er; Scott et al. (2001) fandt reduceret risiko for tilbagefald og forbedret funktion hos patienter med færre tidligere episoder (87), og Lam et al. (2003) dokumenterede lavere depressionsrecidiv og bedre selvmonitorering hos patienter i remission (85) [1b]. Family-Focused Therapy (FFT), som typisk leveres i et tværfagligt setup, har ligeledes i et RCT demonstreret forbedret funktion og forlænget tid til tilbagefald (86) [1b]. Disse interventioner er centrale behandlingskomponenter for bipolar lidelse og implementeres i praksis af flere faggrupper i samarbejde. Det er således ikke blot de enkelte psykosociale metoder, men selve den koordinerede, tværfaglige behandlingsramme, der understøttes af evidensen.

Individuel Placement and Support (IPS) bliver i VA/DoD-retningslinjen (16) fremhævet som en anbefalet beskæftigelsesindsats for personer med alvorlig psykisk sygdom, herunder bipolar lidelse. IPS beskrives som en evidensbaseret model for støttet beskæftigelse, hvor hurtig jobplacering i ordinært arbejde kombineres med individuel løbende støtte, tæt samarbejde med behandlingssystemet og fokus på borgerens egne ønsker og mål. I VA/DoD's Appendix G (16) klassificeres IPS som et af de bedst dokumenterede støttetilbud, hvor flere kontrollerede studier viser, at IPS markant øger sandsynligheden for ordinært job sammenlignet med traditionelle arbejdsforberedende tilbud. Evidensen for IPS bygger på en række randomiserede kontrollerede forsøg, der konsekvent viser højere jobopnåelse, kortere tid til ansættelse og bedre fastholdelse i arbejde for mennesker med psykiske lidelser. Bond et al. (2008) gennemførte et review af 11 randomiserede studier over effekten af Individual Placement and Support (IPS) modellen, og konkluderede, at 61% af deltagerne i IPS opnåede ordinært arbejde mod 23% i kontrolgruppen, med bedre jobfastholdelse og funktionelle outcomes (109) [1a]. Burns et al. (2007) gennemførte et europæisk multisite-RCT, hvor IPS var signifikant mere effektiv end traditionel "vocational rehabilitation" i at sikre ordinære jobplaceringer på tværs af diagnoser, herunder affektive lidelser (110) [1b]. Drake et al. (1999) fandt, at IPS øgede sandsynligheden for ordinært arbejde sammenlignet med jobtræning og beskyttet beskæftigelse i en amerikansk RCT (111) [1b]. Disse studier er grundlaget for VA/DoD's anbefaling af IPS som en central del af en recovery-orienteret og tværfaglig indsats for mennesker med bipolar lidelse. Resultaterne viser, at IPS ikke blot forbedrer arbejdsmarkedsdeltagelse, men også øger livskvalitet, håb, selvstændighed og funktion, hvilket understøtter recovery-processen.

Øvrige anbefalinger under anbefaling 23 hviler på ekspertkonsensus.

Patientværdier og -præferencer

I behandlingen af bipolar affektiv sindslidelse anerkendes recovery (at komme sig) som et centralt og primært mål, der strækker sig ud over blot symptomhåndtering. Der er kommet mere fokus på at arbejde recovery-orienteret i hele psykiatrien. Der er kommet mere forskning på området. Der er blevet ansat peer-medarbejdere (recovery-mentor) i mange regioner og oprettet recovery-skoler, enten i kommunalt regi eller i regionalt regi. Alt sammen noget der kommer patienterne til gode, og som de oplever værdifuldt.

Recovery er ikke en metode, men en tankegang om at alle har mulighed for at komme sig. Det er en individuel proces som de fleste har brug for støtte til, fx fra behandlingsenheden, kommunen og støtte fra ligesindede. Fokus på generel trivsel er et nøgleelement i tankegangen for at komme sig.

Rationale

Anbefalingernes ordlyd og evidensgrundlag om recovery-orienteret tilgang stammer fra to anvendte retningslinjer (9). De anførte studier omhandler dog studier, der fokuserer på outcomes, der ikke er en fyldestgørende beskrivelse af recovery. Recovery fremstår som en individuel proces, hvor personer med psykisk lidelse kan arbejde med deres personlige recovery-proces. Det er en proces, der bl.a. er afhængig af medbestemmelse af behandlingen samt værdier og holdninger hos både patienten, behandlere og samfundet.

Recovery omfatter flere centrale livsområder, som tilsammen understøtter personens mulighed for at komme sig. Det indebærer, at man kan håndtere sin sygdom eller sine symptomer og træffe informerede og sunde valg, der fremmer både fysisk og mental sundhed. Det forudsætter også et stabilt og trygt sted at bo, som skaber rammerne for sikkerhed og trivsel i hverdagen. Recovery handler desuden om at have et formål i livet gennem meningsfulde daglige aktiviteter, mulighed for uddannelse eller arbejde og adgang til de nødvendige ressourcer, der giver uafhængighed og deltagelse i samfundslivet. Endelig er fællesskab og sociale relationer afgørende fx relationer og netværk, der giver støtte, venskab, kærlighed og håb, og som bidrager til at styrke processen med at komme sig.

Selvom det er potentielt gavnligt i klinisk praksis, er der vedvarende vanskeligheder med konsekvent operationalisering af tilgangen, idet der er mange forskellige definitioner i litteraturen, som gør det meget vanskeligt at måle i en klinisk praksis. Derfor er en ensartet tilgang og forståelsesramme nødvendig at udvikle.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 23 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒ Ja ☐ Ved ikke ☐

Ad anbefaling 24: Pårørendeinddragelse

Litteratur og evidensgennemgang

Psykoedukation har til formål at give information om lidelsens natur, dens behandling og centrale mestringsstrategier og anbefales til pårørende til patienter med bipolar lidelse (112). Psykoedukation, der involverer pårørende, kan opdeles i interventioner udelukkende for pårørende og fælles interventioner fælles for patient og pårørende. Inden for sidstnævnte kategori er familiefokuseret behandling den mest anerkendte tilgang, typisk med 21 sessioner, der tilbydes i patient-familie-relationer. Familiefokuseret behandling som supplerende behandling til medicinsk behandling har vist resultater med lavere tilbagefaldsrater, hurtigere episodegenopretning og færre symptomer hos patienten med bipolar lidelse (113). Imidlertid er familiefokuseret behandling ressourcekrævende på grund af det store antal sessioner og levering til enkeltstående familier og deraf følgende betydelige omkostninger og organisatoriske vanskeligheder i implementeringen (72). At levere psykoedukation i grupper af pårørende er en måde at reducere omkostninger og organisatoriske vanskeligheder på. Desuden kan selve gruppeformatet give yderligere terapeutiske fordele.

Baruch et al. udførte en systematisk review og metaanalyse i 2018 for at evaluere effekten af psykologiske interventioner, der sigter mod at forbedre oplevelsen af omsorg for patienter med bipolar lidelse (114)[1a]. Metaanalysen samlede interventioner leveret i gruppe- og individuelt format (114)[1a], hvilket gjorde det vanskeligt at konkludere om effekt af gruppebaseret psykoedukation. Studiet omfattede ni randomiserede undersøgelser, hvoraf fem blev leveret i gruppeformat.

Metaanalysen antydede positive effekter på pårørendes belastning og psykologiske symptomer; dog med betydelig usikkerhed. Konfidensintervallerne var brede og forenelige med både en reduktion og en stigning i symptomer, og effektstørrelserne var i høj grad drevet af et enkelt studie. I modsætning hertil var forbedringerne i viden om bipolar lidelse mere markante og konsistente (114) [1a]. Siden dette systematiske review af Baruch et al. er der publiceret et randomiseret studie, som undersøgte effekten af gruppebaseret psykoedukation med kognitiv adfærdsterapi for pårørende i løbet af 8 sessioner. Undersøgelsen mangler imidlertid metodologisk stringens, herunder manglende definition af det primære effektmål (115), hvorfor studiet ikke inddrages yderligere her.

I Danmark er der aktuelt gennemført en randomiseret undersøgelse over effekten af gruppe-baseret psykoedukation i store grupper af pårørende på 20-30 personer versus venteliste kontrolpersoner, som afventer videnskabelig vurdering (116) [1b]. Det primære effektmål var humørstabilitet (Mood Instability), som afspejler variation i humør relateret til psykisk belastning, og er baseret på data fra daglige smartphone selvrapporteringer af humør. Sekundære effektmål var belastning af den pårørende (Burden Assessment Scale) og viden om bipolar lidelse (Bipolar Disorder Knowledge Scale), som blev målt ved inklusion og ved opfølgning 4–6 uger efter sidste session. I alt blev 206 pårørende inkluderet. Der blev ikke fundet effekt på humørstabilitet eller belastning af den pårørende, men der blev observeret en statistisk signifikant forbedring af viden om bipolar lidelse.

Patientværdier og –præferencer

Der må forventes betydelig variation i pårørendes ønsker og muligheder for deltagelse, afhængigt af egne ressourcer og praktiske forhold som geografisk afstand og arbejdsmæssige forpligtelser. Gruppebaseret psykoedukation kan for nogle pårørende opleves som en fordel i sig selv, idet gruppeformatet giver mulighed for erfaringsudveksling og fællesskab med andre i lignende situationer. Det er en klinisk erfaring, at pårørende generelt efterspørger viden om lidelsen og dens behandling, og at øget viden opleves som meningsfuldt og støttende. Forbedret pårørendekompetence og reduceret belastning kan indirekte bidrage til mere stabilitet og bedret livskvalitet for patienten.

Rationale

Anbefalingen om pårørendeinddragelse bygger på begrænset evidens. Metaanalysen af Baruch et al. (114) [1a] antydede mulige positive effekter på pårørendes belastning og psykologiske symptomer, men konfidensintervallerne var brede og resultaterne primært drevet af et enkelt studie. Den seneste danske randomiserede undersøgelse fandt ikke effekt på humørstabilitet eller pårørendebelastning, men påviste en statistisk signifikant forbedring i viden om bipolar lidelse, hvilket er konsistent på tværs af studier (116) [1b]. Familiefokuseret behandling er den mest evidensbaserede tilgang, men er ressourcekrævende og forbundet med organisatoriske vanskeligheder, der begrænser implementerbarhed i dansk klinisk praksis. På baggrund af den samlede evidens, den kliniske erfaring med at pårørendeinddragelse kan have betydning for patientforløbet, samt hensynet til pårørendes egne behov for støtte og viden, vurderes det relevant at tilbyde gruppebaseret psykoedukation til pårørende under anerkendelse af, at evidensgrundlaget er svagt. Samlet vurderes evidensgrundlaget at være af begrænset og anbefalingen 24a nedgraderes derfor fra A til B*. Grundet manglende evidens for børn og unge vurderes anbefaling 24b som værende en D-anbefaling baseret på klinisk konsensus, men underbygget af indirekte evidens.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 24 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒

Ja ☐

Ved ikke ☐

Organisering og samarbejde på tværs

25. Behandlingsforløbet anbefales koordineret i samarbejde med behandlende klinikere, herunder på tværs af ambulante behandlere og behandlere på sengeafsnit når/hvis patienten er indlagt (D)
26. Ved afslutning af behandlingsforløb anbefales at sikre relevant afslutning, herunder koordinering til primær og sekundær sektor (D)

Ad anbefaling 25: Samarbejde/koordinering mellem døgnafsnit og ambulatorie

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen bygger på konsensus i forfattergruppen, da der ikke er identificeret internationale retningslinjer, som direkte dokumenterer evidens for effekten af koordinering på tværs i den specifikke målgruppe. Anbefalingen vurderes som god klinisk praksis, der understøtter et sammenhængende og sikkert patientforløb.

Ved overgange mellem døgnafsnit og ambulatorie anbefales tæt koordinering og inddragelse af den ambulante funktion under indlæggelsen. Samarbejdet kan foregå ved direkte kontakt ved møde eller telefon/e-mail mellem de behandlingsansvarlige eller kommunikation gennem patientjournalen. Der kan afholdes behandlingsplansmøder i døgnregi med deltagelse af de ambulante behandlere, og det tilrådes at man arbejder i en fælles behandlingsplan som revideres ved overgangen mellem afsnittene.

Ved udskrivelse til ambulatoriet anbefales at der ved behov udfærdiges en udskrivnings- eller koordinationsplan, og at der fra ambulatoriet tages kontakt enten telefonisk eller med fremmøde til patienten dagen efter udskrivelse mhp. opfølgning og videre plan (117) [5].

Patientværdier og -præferencer

I forhold til anbefaling 25, er det antageligt at patienterne klart vil forvente et samarbejde mellem forskellige fagprofessionelle, der må involveres i et behandlingsforløb. Dette være sig både inden for sundhedsvæsenet, men også imellem sygehus, kommune, praktiserende læge og andre instanser, der som fællesnævner har patientens interesser for øje.

Ad anbefaling 26: Den gode afslutning/videre forløb og samarbejdet med primærsektor

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefaling 26 bygger ligeledes på konsensus i forfattergruppen, da der ikke er identificeret internationale retningslinjer, som direkte dokumenterer evidens for effekten af koordinering til primær sektor. Anbefalingen vurderes som god klinisk praksis, der understøtter en sikker og sammenhængende overgang for patienten.

Ved afslutning fra et ambulant forløb på regionsfunktion i psykiatrien træffes beslutning om hvilket regi patienten tilhører mhp. henvisning i god tid, så afslutning kan ske direkte dertil. Det kan være til hovedfunktionsniveau i regionen, egen læge, privat praktiserende psykiater og/eller -psykolog.

Det er mest hensigtsmæssigt, at patienter afsluttes velbehandlede, stemningsmæssigt stabile med lav risiko for suicidalitet, fortrinsvis i monoterapi, har afklaret komorbiditet, et tilfredsstillende funktionsniveau og tydelig plan for tilbagehenvisning ved forværring.

Hvis patienten i fremtiden udvikler nye affektive symptomer, kan der ske henvisning til privat praktiserende psykiater eller hovedfunktionsniveau i regionen.

Det anbefales af gruppen, at afslutningen af det ambulante forløb er planlagt og forberedt med inddragelse af patienten og pårørende, og at der i epikrisen fremgår anbefalinger vedr. den fremtidige medicinske behandling og eventuelle ændringer i bl.a. dosis eller blodprøve- og ekg-kontroller.

Ved behov kan der afholdes et netværksmøde med inddragelse af alle involverede parter internt og eksternt i sektorerne.

Det anbefales at primærsektoren har let adgang til kontakt til affektivt specialistaftsnit med f.eks. daglige telefontider eller muligheder for at sende beskeder.

Patientværdier og -præferencer

I forhold til anbefalingerne 25 og 26 er det antageligt at patienterne klart vil forvente et samarbejde mellem forskellige fagprofessionelle, der må involveres i et behandlingsforløb. Dette være sig både inden for sundhedsvæsenet, men også imellem sygehus, kommune, praktiserende læge og andre instanser, der som fællesnævner har patientens interesser for øje.

Rationale for anbefaling 25 og 26

Anbefaling 25 og 26 er graderet som D, da de i overvejende grad bygger på konsensus i forfattergruppen og målsætninger regionalt frem for direkte evidens fra kliniske studier. Konsensus er opnået gennem løbende drøftelser i forfattergruppen, efterfølgende bekræftet gennem intern høring i DMPG Bipolar. Denne tilgang sikrer, at anbefalingerne afspejler både faglig ekspertise og etableret praksis, selv om der ikke foreligger højkvalitativ forskningsbaseret evidens.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 25 og 26 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒ Ja ☐ Ved ikke ☐

5. Referencer

1. McIntyre RS, Berk M, Brietzke E, Goldstein BI, López-Jaramillo C, Kessing LV, et al. Bipolar disorders. *Lancet*. 2020;396(10265):1841–56.
2. Kessing LV, Hansen HV, Hvenegaard A, Christensen EM, Dam H, Gluud C, et al. Treatment in a specialised out-patient mood disorder clinic v. standard out-patient treatment in the early course of bipolar disorder: randomised clinical trial. *British Journal of Psychiatry*. 2013;202(3):212–9.
3. Kessing LV, Hansen HV, Christensen EM, Dam H, Gluud C, Wetterslev J. Do young adults with bipolar disorder benefit from early intervention? *Journal of Affective Disorders*. 2014;152-154:403–8.
4. Munkholm K, Kessing LV. Early specialised treatment for bipolar disorder: Long-term follow-up from the early intervention in affective disorders (EIA) randomised controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2024;150(3):138–47.
5. Dansk Bipolardatabase: Evidensrapport - Grundlag for databasens population, indikatorer og standarder Aarhus: Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut; 2025 [Available from: https://www.sundk.dk/media/j3tlyl12/bipolar_evidensrapport_dansk-bipolardatabase_final_21012025.pdf].
6. Teknologivurdering CfEoM. Forebyggende ambulant behandling ved svær affektiv lidelse (depression og mani). En medicinsk teknologivurdering - sammenfatning. Sundhedsstyrelsen; 2006.
7. Sundhedsstyrelsen. Specialevejledning for Psykiatri 2023 [updated 25. juli 2023. Available from: <https://www.sst.dk/vidensbase/sundhedsvaesenets-rammer/specialeplanlaegning-for-sygehusvaesenet/gaeldende-specialeplan/psykiatri>].
8. Miskowiak KW, Burdick KE, Martinez-Aran A, Bonnin CM, Bowie CR, Carvalho AF, et al. Assessing and addressing cognitive impairment in bipolar disorder: the International Society for Bipolar Disorders targeting cognition task force recommendations for clinicians. *Bipolar Disorders*. 2018;20:11–.
9. NICE: National Institute for Health and Care Excellence. Bipolar disorder: assessment and management: Clinical guideline (CG185) 2014 [updated 02 September 2025. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/chapter/Update-information>].
10. Kato T, Ogasawara K, Motomura K, Kato M, Tanaka T, Takaesu Y, et al. Practice Guidelines for Bipolar Disorder by the JSMD (Japanese Society of Mood Disorders). *Psychiatry Clin Neurosci*. 2024;78(11):633–45.
11. Malhi GS, Adams D, Lampe L, Paton M, O'Connor N, Newton LA, et al. Clinical practice recommendations for bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2009(439):27–46.
12. Keramatian K, Chithra NK, Yatham LN. The CANMAT and ISBD Guidelines for the Treatment of Bipolar Disorder: Summary and a 2023 Update of Evidence. *Focus*. 2023;21(4):344–53.
13. Wing JK, Babor T, Brugha T, Burke J, Cooper JE, Giel R, et al. SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47(6):589–93.
14. Ministry of Health Malaysia. Management of bipolar disorder in adults. Putrajaya: Malaysia Health Technology Assessment Section (MaHTAS); 2014 2014. Report No.: 9789670769004.
15. Mok YM, Chan HN, Chee KS, Chua TE, Lim BL, Marziyana AR, et al. Ministry of Health clinical practice guidelines: bipolar disorder. *Singapore Med J*. 2011;52(12):914–8; quiz 9.

16. Management of Bipolar Disorder Work Group. VA/DoD Clinical practice guideline for management of bipolar disorder. Washington, DC: U.S; 2023 2023.
17. Straszek SPV, Straarup KMN, Hjerrild S, Vinberg M. Voksne med både bipolar affektiv sindslidelse og ADHD. Ugeskr Laeger. 2024;186(15).
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. DMS-5. Fifth edition, text revision ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2013 2022. 1050 p.
19. Ulrichsen A, Hampsey E, Taylor RH, Gadelrab R, Strawbridge R, Young AH. Comparing measurements of lithium treatment efficacy in people with bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. BJPsych Open. 2023;9(3).
20. Fredskild MU, Bruun CF, Vinberg M, Faurholt-Jepsen M, Kessing LV, Munkholm K. Lithium and lamotrigine for the treatment of bipolar II disorder - a systematic review and meta-analysis of randomized trials. J Affect Disord. 2025;383:341–53.
21. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for farmakologisk behandling af bipolar lidelse: supplerende vedligeholdelsesbehandling efter depression. 2300 København S: Sundhedsstyrelsen; 2014 27. maj 2014. Report No.: 9788771040326.
22. Fagudvalget for medicinsk behandling af bipolar lidelse. Baggrundsnotat for medicinsk behandling af bipolar lidelse. 2015.
23. Malhi GS, Bell E, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Hazell P, et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. Aust N Z J Psychiatry. 2021;55(1):7–117.
24. Nicolero-SantaBarbara J, Majd M, Miskowiak K, Burns K, Goldstein BI, Burdick KE. Cognition in Bipolar Disorder: An Update for Clinicians. Focus (Am Psychiatr Publ). 2023;21(4):363–9.
25. Demant KM, Vinberg M, Kessing LV, Miskowiak KW. Assessment of subjective and objective cognitive function in bipolar disorder: Correlations, predictors and the relation to psychosocial function. Psychiatry Res. 2015;229(1-2):565–71.
26. Sletved KSO, Ziersen SC, Andersen PK, Vinberg M, Kessing LV. Socio-economic functioning in patients with bipolar disorder and their unaffected siblings - results from a nation-wide population-based longitudinal study. Psychol Med. 2023;53(3):706–13.
27. Sletved KSO, Coello K, Stanislaus S, Kjærstad HL, Melbye SA, Faurholt-Jepsen M, et al. Socio-economic status and functioning in patients newly diagnosed with bipolar disorder and their unaffected siblings - Results from a cross-sectional clinical study. J Affect Disord. 2022;310:404–11.
28. Sletved KSO, Schwarz RM, Kessing LV, Vinberg M. Assessment of functional ability in affective disorders. Ugeskr Laeger. 2023;185(45).
29. Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2007;3:5.
30. Osby U, Brandt L, Correia N, Ekblom A, Sparén P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. Arch Gen Psychiatry. 2001;58(9):844–50.
31. Grant JE, Menard W, Pagano ME, Fay C, Phillips KA. Substance use disorders in individuals with body dysmorphic disorder. J Clin Psychiatry. 2005;66(3):309–16; quiz 404–5.
32. Carlborg A, Ferntoft L, Thuresson M, Bodegard J. Population study of disease burden, management, and treatment of bipolar disorder in Sweden: a retrospective observational registry study. Bipolar Disord. 2015;17(1):76–85.

33. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(4):334–41.
34. Youngstrom EA, Egerton GA, Genzlinger J, Freeman LK, Rizvi SH, Van Meter A. Improving the global identification of bipolar spectrum disorders: Meta-analysis of the diagnostic accuracy of checklists. *Psychol Bull*. 2018;144(3):315–42.
35. Bech P. The Bech-Rafaelsen Mania Scale in clinical trials of therapies for bipolar disorder: a 20-year review of its use as an outcome measure. *CNS Drugs*. 2002;16(1):47–63.
36. Licht RW, Jensen J. Validation of the Bech-Rafaelsen Mania Scale using latent structure analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;96(5):367–72.
37. Targum SD, Pendergrass JC, Lee S, Loebel A. Ratings surveillance and reliability in a study of major depressive disorder with subthreshold hypomania (mixed features). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2018;27(4):e1729.
38. Hengartner MP, Jakobsen JC, Sørensen A, Plöderl M. Efficacy of new-generation antidepressants assessed with the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, the gold standard clinician rating scale: A meta-analysis of randomised placebo-controlled trials. *PLoS One*. 2020;15(2):e0229381.
39. NICE: National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management (CG178) 2025 [updated 18 March 2014].
40. Russell SJ, Browne JL. Staying Well with Bipolar Disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005;39(3):187–93.
41. Thase ME, Mahableshwarkar AR, Dragheim M, Loft H, Vieta E. A meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials of vortioxetine for the treatment of major depressive disorder in adults. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2016;26(6):979–93.
42. Sit DK, McGowan J, Wiltout C, Diler RS, Dills JJ, Luther J, et al. Adjunctive Bright Light Therapy for Bipolar Depression: A Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial. *Am J Psychiatry*. 2018;175(2):131–9.
43. Yorguner Kupeli N, Bulut NS, Carkaxhiu Bulut G, Kurt E, Kora K. Efficacy of bright light therapy in bipolar depression. *Psychiatry Res*. 2018;260:432–8.
44. Zhou TH, Dang WM, Ma YT, Hu CQ, Wang N, Zhang GY, et al. Clinical efficacy, onset time and safety of bright light therapy in acute bipolar depression as an adjunctive therapy: A randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 2018;227:90–6.
45. Ashman SB, Monk TH, Kupfer DJ, Clark CH, Myers FS, Frank E, et al. Relationship between social rhythms and mood in patients with rapid cycling bipolar disorder. *Psychiatry Res*. 1999;86(1):1–8.
46. Miklowitz DJ, Efthimiou O, Furukawa TA, Scott J, McLaren R, Geddes JR, et al. Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder: A Systematic Review and Component Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(2):141–50.
47. McKnight RF, Adida M, Budge K, Stockton S, Goodwin GM, Geddes JR. Lithium toxicity profile: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2012;379(9817):721–8.
48. Shine B, McKnight RF, Leaver L, Geddes JR. Long-term effects of lithium on renal, thyroid, and parathyroid function: a retrospective analysis of laboratory data. *Lancet*. 2015;386(9992):461–8.
49. Werneke U, Ott M, Renberg ES, Taylor D, Stegmayr B. A decision analysis of long-term lithium treatment and the risk of renal failure. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;126(3):186–97.
50. Nolen WA, Weisler RH. The association of the effect of lithium in the maintenance treatment of bipolar disorder with lithium plasma levels: a post hoc analysis of a double-blind study

comparing switching to lithium or placebo in patients who responded to quetiapine (Trial 144). *Bipolar Disord.* 2013;15(1):100–9.

51. Altshuler L, Suppes T, Black D, Nolen WA, Keck PE, Jr., Frye MA, et al. Impact of antidepressant discontinuation after acute bipolar depression remission on rates of depressive relapse at 1-year follow-up. *Am J Psychiatry.* 2003;160(7):1252–62.
52. Bowden CL, Calabrese JR, McElroy SL, Gyulai L, Wassef A, Petty F, et al. A randomized, placebo-controlled 12-month trial of divalproex and lithium in treatment of outpatients with bipolar I disorder. Divalproex Maintenance Study Group. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57(5):481–9.
53. Geddes JR, Goodwin GM, Rendell J, Azorin JM, Cipriani A, Ostacher MJ, et al. Lithium plus valproate combination therapy versus monotherapy for relapse prevention in bipolar I disorder (BALANCE): a randomised open-label trial. *Lancet.* 2010;375(9712):385–95.
54. Tohen M, Greil W, Calabrese JR, Sachs GS, Yatham LN, Oerlinghausen BM, et al. Olanzapine versus lithium in the maintenance treatment of bipolar disorder: a 12-month, randomized, double-blind, controlled clinical trial. *Am J Psychiatry.* 2005;162(7):1281–90.
55. Marcus R, Khan A, Rollin L, Morris B, Timko K, Carson W, et al. Efficacy of aripiprazole adjunctive to lithium or valproate in the long-term treatment of patients with bipolar I disorder with an inadequate response to lithium or valproate monotherapy: a multicenter, double-blind, randomized study. *Bipolar Disord.* 2011;13(2):133–44.
56. Carlson BX, Ketter TA, Sun W, Timko K, McQuade RD, Sanchez R, et al. Aripiprazole in combination with lamotrigine for the long-term treatment of patients with bipolar I disorder (manic or mixed): a randomized, multicenter, double-blind study (CN138-392). *Bipolar Disorders.* 2012;14(1):41–53.
57. NICE National Institute for Health and Care Excellence. Guidance on the use of electroconvulsive therapy. Technology appraisal guidance (TA59) 2003 [updated 01 October 2009]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ta59>.
58. Small JG, Klapper MH, Kellams JJ, Miller MJ, Milstein V, Sharpley PH, et al. Electroconvulsive treatment compared with lithium in the management of manic states. *Arch Gen Psychiatry.* 1988;45(8):727–32.
59. McCabe MS. ECT in the treatment of mania: a controlled study. *Am J Psychiatry.* 1976;133(6):688–91.
60. UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2003;361(9360):799–808.
61. Kho KH, van Vreeswijk MF, Simpson S, Zwinderman AH. A meta-analysis of electroconvulsive therapy efficacy in depression. *J ect.* 2003;19(3):139–47.
62. Tee MMK, Au CH. A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Sham-Controlled Trials of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for Bipolar Disorder. *Psychiatr Q.* 2020;91(4):1225–47.
63. Mak ADP, Neggers SFW, Leung ONW, Chu WCW, Ho JYM, Chou IWY, et al. Antidepressant efficacy of low-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation in antidepressant-nonresponding bipolar depression: a single-blind randomized sham-controlled trial. *Int J Bipolar Disord.* 2021;9(1):40.
64. McGirr A, Vila-Rodriguez F, Cole J, Torres IJ, Arumugham SS, Keramatian K, et al. Efficacy of Active vs Sham Intermittent Theta Burst Transcranial Magnetic Stimulation for Patients With Bipolar Depression: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open.* 2021;4(3):e210963.

65. Barata PC, Pimenta S, Carmo AL, Martiny K, Videbech P. Tms-vejledning transkraniel magnetisk stimulation i psykiatri. Dansk Psykiatrisk Selskab; 2025. Contract No.: 20-04-2026.
66. Lam RW, Teng MY, Jung YE, Evans VC, Gottlieb JF, Chakrabarty T, et al. Light Therapy for Patients With Bipolar Depression: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Can J Psychiatry*. 2020;65(5):290–300.
67. Weiss RD, Griffin ML, Kolodziej ME, Greenfield SF, Najavits LM, Daley DC, et al. A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. *Am J Psychiatry*. 2007;164(1):100–7.
68. Weiss RD, Griffin ML, Jaffee WB, Bender RE, Graff FS, Gallop RJ, et al. A "community-friendly" version of integrated group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend*. 2009;104(3):212–9.
69. Salloum IM, Cornelius JR, Daley DC, Kirisci L, Himmelhoch JM, Thase ME. Efficacy of valproate maintenance in patients with bipolar disorder and alcoholism: a double-blind placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(1):37–45.
70. Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;1(1):Cd007906.
71. DMPG Bipolar. Gruppebaseret psykoedukation for unge og voksne med nydiagnosticeret bipolar affektiv sindslidelse: Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper; 2026 [Available from: <https://www.dmpg.dk/dmpgerne/dmpg-bipolar/gruppebaseret-psykoedukation-for-unge-og-voksne-med-bipolar-affektiv-sindslidelse/>].
72. Ratheesh A, Hett D, Raiman J, Wong E, Berk L, Conus P, et al. A systematic review of interventions in the early course of bipolar disorder I or II: a report of the International Society for Bipolar Disorders Taskforce on early intervention. *Int J Bipolar Disord*. 2023;11(1):1.
73. Bond K, Anderson IM. Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disord*. 2015;17(4):349–62.
74. Oud M, Mayo-Wilson E, Braidwood R, Schulte P, Jones SH, Morriss R, et al. Psychological interventions for adults with bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2016;208(3):213–22.
75. Rabelo JL, Cruz BF, Ferreira JDR, Viana BM, Barbosa IG. Psychoeducation in bipolar disorder: A systematic review. *World J Psychiatry*. 2021;11(12):1407–24.
76. Chatterton ML, Stockings E, Berk M, Barendregt JJ, Carter R, Mihalopoulos C. Psychosocial therapies for the adjunctive treatment of bipolar disorder in adults: network meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017;210(5):333–41.
77. Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, et al. A Randomized Trial on the Efficacy of Group Psychoeducation in the Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients Whose Disease Is in Remission. *Archives of General Psychiatry*. 2003;60(4):402–7.
78. Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Palomino-Otiniano R, Reinares M, Goikolea JM, et al. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry*. 2009;194(3):260–5.
79. Morriss R, Lobban F, Riste L, Davies L, Holland F, Long R, et al. Clinical effectiveness and acceptability of structured group psychoeducation versus optimised unstructured peer support for patients with remitted bipolar disorder (PARADES): a pragmatic, multicentre, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(11):1029–38.

80. Camacho EM, Ntais D, Jones S, Riste L, Morriss R, Lobban F, et al. Cost-effectiveness of structured group psychoeducation versus unstructured group support for bipolar disorder: Results from a multi-centre pragmatic randomised controlled trial. *J Affect Disord*. 2017;211:27–36.
81. Joas E, Bäckman K, Karanti A, Sparding T, Colom F, Pålsson E, et al. Psychoeducation for bipolar disorder and risk of recurrence and hospitalization - a within-individual analysis using registry data. *Psychol Med*. 2020;50(6):1043–9.
82. Arnbjerg CJ, Musoni-Rwililiza E, Rurangwa NU, Bendtsen MG, Murekatete C, Gishoma D, et al. Effectiveness of structured group psychoeducation for people with bipolar disorder in Rwanda: A randomized open-label superiority trial. *Journal of Affective Disorders*. 2024;356:405–13.
83. Cakir S, Gümüş F. Individual or Group Psychoeducation: Motivation and Continuation of Patients with Bipolar Disorders. *International Journal of Mental Health*. 2015;44.
84. Ball JR, Mitchell PB, Corry JC, Skillecorn A, Smith M, Malhi GS. A randomized controlled trial of cognitive therapy for bipolar disorder: focus on long-term change. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(2):277–86.
85. Lam DH, Watkins ER, Hayward P, Bright J, Wright K, Kerr N, et al. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(2):145–52.
86. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Wisniewski SR, Kogan JN, et al. Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(4):419–26.
87. Scott J, Garland A, Moorhead S. A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychol Med*. 2001;31(3):459–67.
88. Scott J, Paykel E, Morriss R, Bentall R, Kinderman P, Johnson T, et al. Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2006;188:313–20.
89. Zaretsky A, Lancee W, Miller C, Harris A, Parikh SV. Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? *Can J Psychiatry*. 2008;53(7):441–8.
90. Jones SH, Smith G, Mulligan LD, Lobban F, Law H, Dunn G, et al. Recovery-focused cognitive-behavioural therapy for recent-onset bipolar disorder: randomised controlled pilot trial. *Br J Psychiatry*. 2015;206(1):58–66.
91. Lam DH, Bright J, Jones S, Hayward P, Schuck N, Chisholm D, et al. Cognitive Therapy for Bipolar Illness—A Pilot Study of Relapse Prevention. *Cognitive Therapy and Research*. 2000;24(5):503–20.
92. Yilmaz S, Huguet A, Kisely S, Rao S, Wang J, Price M, et al. The clinical efficacy of psychological interventions for bipolar depression: a systematic review and individual patient data (IPD) meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2025;55:e154.
93. Frank E, Swartz HA, Mallinger AG, Thase ME, Weaver EV, Kupfer DJ. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: effects of changing treatment modality. *J Abnorm Psychol*. 1999;108(4):579–87.
94. Swartz HA, Frank E, Cheng Y. A randomized pilot study of psychotherapy and quetiapine for the acute treatment of bipolar II depression. *Bipolar Disord*. 2012;14(2):211–6.
95. Colom F, Vieta E. A perspective on the use of psychoeducation, cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for bipolar patients. *Bipolar Disorders*. 2004;6(6):480–6.
96. Miziou S, Tsitsipa E, Moysidou S, Karavelas V, Dimelis D, Polyzoidou V, et al. Psychosocial treatment and interventions for bipolar disorder: a systematic review. *Ann Gen Psychiatry*. 2015;14:19.

97. Fountoulakis KN, Grunze H, Vieta E, Young A, Yatham L, Blier P, et al. The International College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) Treatment Guidelines for Bipolar Disorder in Adults (CINP-BD-2017), Part 3: The Clinical Guidelines. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2017;20(2):180–95.
98. Steardo L, Jr., Luciano M, Sampogna G, Zinno F, Saviano P, Staltari F, et al. Efficacy of the interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) in patients with bipolar disorder: results from a real-world, controlled trial. *Ann Gen Psychiatry*. 2020;19:15.
99. Seeberg I, Nielsen IB, Jørgensen CK, Eskestad ND, Miskowiak KW. Effects of psychological and pharmacological interventions on anxiety symptoms in patients with bipolar disorder in full or partial remission: A systematic review. *J Affect Disord*. 2021;279:31–45.
100. Wang J, Mann F, Lloyd-Evans B, Ma R, Johnson S. Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):156.
101. Miklowitz DJ, Simoneau TL, George EL, Richards JA, Kalbag A, Sachs-Ericsson N, et al. Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry*. 2000;48(6):582–92.
102. Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(9):904–12.
103. Rea MM, Tompson MC, Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Hwang S, Mintz J. Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(3):482–92.
104. Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C, Comes M, et al. Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychother Psychosom*. 2004;73(5):312–9.
105. Reinares M, Colom F, Sánchez-Moreno J, Torrent C, Martínez-Arán A, Comes M, et al. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. *Bipolar Disord*. 2008;10(4):511–9.
106. Perlick DA, Jackson C, Grier S, Huntington B, Aronson A, Luo X, et al. Randomized trial comparing caregiver-only family-focused treatment to standard health education on the 6-month outcome of bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2018;20(7):622–33.
107. Madigan K, Egan P, Brennan D, Hill S, Maguire B, Horgan F, et al. A randomised controlled trial of carer-focussed multi-family group psychoeducation in bipolar disorder. *Eur Psychiatry*. 2012;27(4):281–4.
108. Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, Mallinger AG, Swartz HA, Fagioli AM, et al. Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(9):996–1004.
109. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J*. 2008;31(4):280–90.
110. Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2007;370(9593):1146–52.
111. Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR, Becker DR, Harris M, Bond GR, et al. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(7):627–33.
112. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar

- Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2018;20(2):97–170.
113. Miklowitz DJ, Chung B. Family-Focused Therapy for Bipolar Disorder: Reflections on 30 Years of Research. *Fam Process.* 2016;55(3):483–99.
114. Baruch E, Pistrang N, Barker C. Psychological interventions for caregivers of people with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2018;236:187–98.
115. Barbeito S, Vega P, Ruiz de Azúa S, González-Ortega I, Alberich S, González-Pinto A. Two-year evaluation of a multifamily psychoeducational program (PROTEC) in the family burden and prognosis of bipolar patients. *Span J Psychiatry Ment Health.* 2023;16(4):225–34.
116. Stokholm JR, Vinberg M, Faurholt-Jepsen M, Kessing LV. Study protocol: group-based psychoeducation for relatives of patients with bipolar disorder-a large scale real-world randomized controlled parallel group trial, the R-bipolar RCT. *Trials.* 2024;25(1):342.
117. Legind CW, Christina. For psykiatriske centre: Patientforløbsbeskrivelse for indlagte patienter - korte og øvrige forløb: Region Hovedstadens Psykiatri; 2026 [Available from: <https://vip.regionh.dk/app/documents/X5CC0A809948A394FC125887E00350B7E?db=1500>].
118. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Bipolar Disorder. The assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care (Updated edition). 2014.

6. Metode

Litteratursøgning

Evidensgrundlaget for nærværende kliniske retningslinje baserer sig på en adaptation af internationale evidensbaserede retningslinjer.

Den systematiske litteratursøgning blev gennemført i perioden d. 24. april til den 8. maj 2025 i følgende informationskilder: Guidelines International Network (G-I-N), National Institute for Health and Care Excellence (NICE, UK), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), The Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA), American Psychiatric Association (APA), The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP), Australian ADHD Professionals Association (AADPA), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Socialstyrelsen (Sverige), Helsedirektoratet (Norge), Kunnskapssenteret (Norge), Sundhedsstyrelsen samt databaserne PubMed og PsycInfo. Herudover blev der foretaget supplerende ad hoc-søgninger via forfatternes faglige netværk for at identificere eventuelle relevante evidensbaserede retningslinjer, som ikke fremgik af databasesøgningerne.

Retningslinjer publiceret i perioden fra 2005 til 10. april 2025 blev inkluderet, forudsat at de opfyldte følgende inklusionskriterier: 1) evidensbaserede kliniske retningslinjer, 2) målgruppe omfattende voksne med bipolar affektiv lidelse, samt 3) publicering på dansk, svensk, norsk eller engelsk. Såfremt en organisation havde publiceret flere versioner af samme retningslinje inden for den angivne periode, blev udelukkende den seneste version inkluderet.

Den fulde søgeprotokol er vedlagt som Bilag 1.

Anbefalingerne vedrørende udredning af bipolar lidelse (anbefaling 1-13) er primært adapteret fra NICE (2025) (9). Litteratursøgningen, der danner grundlag for NICE' anbefalinger omhandlende udredning, er fra 2014 (118). NICE har ved efterfølgende opdateringer, herunder senest i 2025, vurderet, at der ikke forelå ny evidens, som nødvendiggjorde en opdatering af litteratursøgningen for udredning (9). Forfattergruppen bag nærværende retningslinje er ligeledes ikke bekendt med ny evidens, der tilsiger ændringer i de gældende anbefalinger.

Metoden og litteratursøgningen, der ligger til grund for NICE (2025) anbefalinger, er udførligt beskrevet i den fulde retningslinje fra 2014 (9), som er offentligt tilgængelig.

Anbefalingerne omhandlende behandling af nydiagnosticeret bipolarlidelse (anbefaling 14-39) i nærværende retningslinje, baserer sig primært på NICE (2025) (9) og VA/DoDs (2023). VA/DoDs (2023) (16) beskriver deres søgestrategi detaljeret og deres metodiske beskrivelser kan læses i Appendix A og Appendix L tabel L-1 i VA/DoD (16).

Litteraturgennemgang

Litteraturgennemgangen blev gennemført i onlineprogrammet Covidence, hvor to forfattere uafhængigt af hinanden screenede alle referencer både på titel og abstract niveau samt fuldtekst niveau. Eventuelle uenigheder blev afgjort ved inddragelse af en tredje person.

Litteratursøgningen identificerede 27 internationale kliniske retningslinjer. Heraf blev 19 inkluderet til fuldtekstscreening, hvoraf 14 blev endeligt inkluderet og indgik i en kvalitets vurdering ved anvendelse af AGREE II, domæne 3 (Rigour of Development). AGREE II er et internationalt anerkendt redskab til systematisk vurdering af kliniske retningslinjers metodiske kvalitet, transparens og anvendelighed i praksis.

Seks af AGREE II-vurderingerne blev foretaget i forbindelse med udarbejdelsen af evidensrapporten til Dansk Bipolardatabase under Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. Forfatterne bag evidensrapporten har givet tilsagn til, at disse vurderinger kan anvendes i nærværende kliniske retningslinje. De resterende vurderinger blev foretaget i Retningslinjefunktionen i SundK.

Kun to retningslinjer blev vurderet til at have høj metodisk kvalitet, defineret som en score >70 % i domæne 3 (Rigour of Development): Sundhedsstyrelsens evidensbaserede retningslinje fra 2014 National klinisk retningslinje for farmakologisk behandling af bipolar lidelse – supplerende vedligeholdelsesbehandling efter depression (21) og NICE evidensbaserede retningslinje fra 2025 Bipolar disorder: assessment and management (9).

Der er primært blevet anvendt to internationale retningslinjer i nærværende retningslinje: NICE (2025) (9), som vurderes til at score på 85,4 % i domæne 3 (Rigour of development) i AGREE II og VA/DoD (2023) (16), der er vurderet til at score 66,7 % i domæne 3 (Rigour of development) i AGREE II. Selvom retningslinjen fra VA/DoD ikke har en score over 70%, har den som nævnt ovenfor, en veldokumenteret søgestrategi.

Som supplement er følgende retningslinjer anvendt i et mindre omfang:

MTV 2006 (6), Sundhedsstyrelsens NKR 2014 (21), The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders (23), Practice guidelines for Bipolar Disorder by the JSMD (10), Management of bipolar disorder in adults. Clinical practice Guidelines (MaHTAS) 2014 (14), The CANMAT and ISBD Guidelines for the treatment of Bipolar Disorder: Summary and at 2023 Update of evidence (12), RADS: Behandlingsvejledning for medicinsk behandling af bipolar lidelse 2015 (22), Malhi G.S et al. Clinical practice recommendations for bipolar disorder (11).

Alle AGREE II domæne 3 vurderinger for de inkluderede retningslinjer er rapporteret i Bilag 2.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser

Flere af anbefalingerne var indledningsvist behæftet med usikkerhed vedrørende de sundhedsøkonomiske konsekvenser. De sundhedsøkonomiske konsekvenser for udvalgte anbefalinger er derfor drøftet med en sundhedsøkonom i Retningslinjefunktionen i SundK. Drøftelserne medførte mindre formuleringsmæssige justeringer af enkelte anbefalinger. Det er på den baggrund vurderet, at ingen af anbefalingerne i nærværende retningslinje på nuværende tidspunkt bør undersøges nærmere ved en sundhedsøkonomisk analyse.

Formulering af anbefalinger

Forfattergruppen har afholdt 9 møder med mellemliggende udarbejdelse af retningslinjen. På møderne har der været løbende intern drøftelse af evidens og udkast til anbefalinger, og ved uenighed om formuleringer er disse blevet behandlet i plenum, indtil der er opnået konsensus. Grundet retningslinjens omfang, der spænder fra udredning til behandling, er anbefalingerne først udarbejdet i tre forfatterundergrupper, hvorefter de er blevet samlet, gennemgået og drøftet i hele forfattergruppen. Der er opnået enighed om anbefalingernes endelig ordlyd gennem åben dialog.

Anbefalingerne i denne retningslinje er klassificeret efter evidensniveau A, B, C eller D i overensstemmelse med Oxford Levels of Evidence.

Ved udarbejdelsen af anbefalingerne er evidensniveau og anbefalingsstyrke omsat til sproglig styrke i formuleringerne. Generelt gælder, at stærkere evidens og/eller konsistente anbefalinger på tværs af

metodisk robuste retningslinjer afspejles i mere handlingsanvisende formuleringer, mens svagere evidens, større usikkerhed eller variation understøtter mere forbeholdne formuleringer.

I særlige tilfælde kan formuleringen være justeret op eller ned på baggrund af specifikke forhold. Sådanne afvigelser er beskrevet i afsnittet "Rationale for anbefalingen".

Interessentinvolvering

Gruppen har bestået af uddannelseslæge i psykiatri, speciallæger i psykiatri, psykolog og patientrepræsentant i form af recoverymentor, der har deltaget i udformning af retningslinjen og især anbefaling om recovery.

Patient- og pårørendeorganisationer har haft mulighed for at afgive kommentarer i den offentlige høring. Derudover deltager en patient- og pårørenderepræsentant i DMPG'en for bipolar lidelse, som har medvirket i den interne høring samt i den faglige godkendelse af retningslinjen.

Høring

Denne kliniske retningslinje har været i intern høring i DMPG Bipolar den 22. juni 2026 samt i offentlig høring i perioden xxx til xxx 2026. Retningslinjen har været sendt til alle regioner, de faglige selskaber og patientforeninger og har desuden været offentligt tilgængelig på hjemmesiden med invitation til alle om at afgive høringssvar.

Forfattergruppen har modtaget høringssvar fra xxx, xxx, xxx og xxx. Efter afsluttet høring har forfattergruppen gennemgået alle høringssvar og, hvor relevant, justeret retningslinjen. Den er herefter sendt til endelig faglig godkendelse i DMPG Bipolar.

Godkendelse

Faglig godkendelse

Angiv hvem der fagligt har godkendt retningslinjen og beskriv godkendelsesprocessen. Retningslinjens indhold skal afspejle konsensus i det faglige selskab.

Administrativ godkendelse

Dato for administrativ godkendelse udfyldes af Retningslinjefunktionen.

Behov for yderligere forskning

Ingen bemærkninger.

Forfattere og habilitet

- Mathilde Laursen, afdelingslæge, ph.d., Region Nord, tovholder for retningslinjen
- Sune Straszek, overlæge, ph.d., Region Midt
- Kimie Sletved, uddannelseslæge i psykiatri, FYP-repræsentant, Region Hovedstaden
- Tine Lambertsen, specialpsykolog, Region Syd
- Line Hansen, overlæge, Region Hovedstaden (medlem af gruppen i 2025, nu udtrådt)
- Gudmunda Sirry Arnardottir (Mynte), patientrepræsentant, Region Hovedstaden (medlem af gruppen i 2025, nu udtrådt)

- Lars Vedel Kessing, Professor, overlæge, dr.med., Psykiatrisk Center København

Der vurderes samlet set ikke at være interessekonflikter blandt forfatterne. Lars Vedel Kessing har indenfor de sidste 3 år afholdt foredrag for Lundbeck og Teva.

Plan for opdatering

Retningslinjen forventes opdateret i 2030. Opdateringen varetages af en forfattergruppe udpeget af DMPG Bipolar. DMPG Bipolar overvåger løbende området og vil revidere retningslinjen tidligere, hvis ny evidens giver anledning hertil.

For at lette den kommende opdatering er arbejdsprocessen arkiveret i forfattergruppens fælles SharePoint-bibliotek i regi af SundK. Arkivet indeholder dokumentation for søgestrategi, evidensstabeller, kvalitetsvurderinger af de inkluderede studier samt øvrigt baggrundsmateriale.

Ved næste opdatering gennemføres en ny litteratursøgning med fokus på nytilkommen evidens inden for de områder, der er omfattet af denne retningslinje.

Version af retningslinjeskabelon

Retningslinjen er udarbejdet i version 1.0 af SundK retningslinjeskabelonen.

7. Monitorering

Udvalgte anbefalinger i denne kliniske retningslinje monitoreres delvist i Dansk Bipolardatabasen.

Dansk Bipolardatabase omfatter i alt 8 indikatorer, hvoraf 4 specifikt omhandler Regionsfunktion for patienter med nydiagnosticeret bipolar lidelse.

De 4 indikatorer i **Dansk BipolarDatabase** er:

Indikator 1a og b: Andelen af incidente patienter med nydiagnosticeret enkeltstående mani eller bipolar lidelse behandlet i regionsfunktion (det første år) eller i de første to år efter diagnose.

Indikator 2: Andelen af incidente patienter der interviewes med semistruktureret diagnostisk instrument (SCAN/PSE, klinisk version)

Indikator 3: Andelen af incidente patienter som vurderes for sociale støttebehov

Indikator 4: Andelen af incidente patienter, der påbegynder manualiseret gruppebaseret psykoedukation.

8. Implementering

Implementeringen af retningslinjen sker gennem aktiviteter i DMPG og øvrige relevante indsatser med henblik på at sikre kendskab til og anvendelse blandt relevante faggrupper. Retningslinjens centrale budskaber fastholdes, samtidig med at der tages hensyn til lokale organisatoriske og faglige forhold.

9. Bilag

Bilag 1: Søgeprotokol

Inkl. dokumentation af søgningen i form af søgehistorik fra alle databaser.

Titel på retningslinje	Regionsfunktion for patienter med nydiagnosticeret bipolar lidelse
DMPG	Bipolar
Kontakt med metodespecialist	Kamilla Horn Diedrichsen (KHD)
Senest udfyldt	08/05/2025

Afgrænsning af emne	
Baggrund	Behandling i en specialfunktion af voksne, 18 år eller derover, med nydiagnosticeret med bipolar lidelse.
Inklusions- og eksklusionskriterier	- Publikationsdato (periode): 2005-2025 - Sprog: Engelsk, svensk, norsk, dansk - Publikationstype(-r): Internationale og nationale kliniske retningslinjer - Eksklusionskriterier: <18 år, børn og unge, udelukkende farmakologi,

Emneord	Populationen	Kontekst	Intervention
	"Single manic episode" "Bipolar disorder" "Bipolar" "Newly diagnosed bipolar" "Early onset bipolar" "Maniodepressiv" "Manic depression"	"Mood disorder clinic" "Specialised treatment" "Specialised care"	"Functional remediation" "Group based psychoeducation for relatives" "Cognitive remediation"

Søgelog: I søgningen efter retningslinjer, søges kun på population. Præcisering af kontekst og intervention giver ingen resultater i databaserne.

Databaser (Guidelines)	Dato for søgning	Ansvarlig for søgningen	Hits
G-I-N International http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library	07/05/2025	KHD	4
NICE (UK) https://www.nice.org.uk/guidance/published?type=apq.csg.cg.mpg.ph.sg.sc	07/05/2025	KHD	3
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) http://www.sign.ac.uk/our-guidelines.html	07/05/2025	KHD	0
CANMAT guidelines	07/05/2025	KHD	2

Helsedirektoratet (Norge) https://helsedirektoratet.no/retningslinjer	07/05/2025	KHD	0
Socialstyrelsen (Sverige) http://www.socialstyrelsen.se/	07/04/2025	KHD	0
Sundhedsstyrelsen	07/05/2025	KHD	1
American Psychiatric Association (APA) Psychiatry Online	08/05/2025	KHD	1
The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP) https://www.ranzcp.org/files/resources/college_statements/clinician/cpg/schizophrenia-disorders-cpg.aspx	08/05/2025	KHD	2
PsycInfo	08/05/2025	KHD	3
PubMed	08/05/2025	KHD	6
Gennem forfatterens netværk	24/04/2025	KHD	7
Karta riktlinjer	08/05/2025	KHD	5

Søgestreng:

Pubmed:

("Single manic episode" OR "Bipolar disorder" OR "Bipolar" OR "Newly diagnosed bipolar" OR "Early onset bipolar" OR "Maniodepressiv" OR "manic depression" Filters: Guideline, English, Adult: 19+ years, from 2005 – 2025

PsycInfo:

("Single manic episode" OR "Bipolar disorder" OR "Bipolar" OR "Newly diagnosed bipolar" OR "Early onset bipolar" OR "Maniodepressiv" OR "manic depression") AND ("Mood disorder clinic" OR "Specialised treatment" OR "Specialised care")

Filter: Guidelines, adults, 2005-2025

Bilag 2: Kvalitetsvurdering af retningslinjer

Dette bilag indeholder de metodiske vurderinger af nationale og internationale retningslinjer, der er anvendt som evidensgrundlag i retningslinjen. Retningslinjer er vurderet med AGREE II, domæne 3 (Rigour of development).

Vurderingerne er foretaget af én metodekonsulent i retningslinjefunktionen. Det er anerkendt, at metodiske vurderinger ideelt set bør udføres af mindst to uafhængige bedømmere, men af ressourcemæssige hensyn har dette ikke været muligt.

Tabel 1: Vurdering af den metodiske kvalitet med AGREE II domæne 3

Retningslinje (årstal):	NICE (2025) (9)	VA/DoD (2023) (16)	Sundhedsstyrelsens NKR (2014) (21)	RANZCP Clinical Practice Guideline for Mood Disorders (2020) (23)	MaHTAS Clinical Practice Guideline for Bipolar Disorder (2014) (14)	CANMAT/ISBD Guidelines for Bipolar Disorder (2023) (12)	Malhi G.S et al. Clinical practice recommendations for bipolar disorder (2020) (11)	JSMD Practice Guidelines for Bipolar Disorder (2024) (10)	Sundhedsstyrelsen MTV (2006) (6) **
Systematisk litteratursøgning	7	7	7	6	5	2	6	2	6
Udvælgelseskriterier	7	6	6	4	3	2	4	2	5
Litteratur- og evidensvurdering	7	4	5	4	1	4	4	4	5
Formulering af anbefalinger	5	6	5	4	4	4	4	4	4
Sundhedsfordele, risici og bivirkninger	6	6	7	5	3	4	5	4	5
Rationale mellem evidens og anbefalinger	7	5	6	5	3	3	5	3	7
Interessentinvolvering	7	5	6	5	5	2	5	2	7
Revision og opdatering	3	1	4	2	4	2	2	2	1
Samlet score*	85,4	66,7	79,2	56,3	41,7	31,3	56,3	31,3	66,7

*En samlet score over 70% tolkes som høj metodisk kvalitet.

Med afsæt i domæne 3, indeholdende 8 items, er 'Minimum mulig score' lig 8, imens 'Maksimum mulig score' er 56.

**AGREE II er udviklet til at vurdere kliniske retningslinjer, ikke medicinske teknologivurderinger, læs derfor vurderingen med forbehold.

10. Om denne kliniske retningslinje

Denne kliniske retningslinje er udarbejdet med afsæt i aftale om, at Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut skal understøtte udarbejdelsen af landsdækkende kliniske retningslinjer i en række faglige miljøer, som en del af en styrket indsats for kliniske retningslinjer i Danmark. Formålet med indsatsen er at sikre en evidensbaseret tilgang til behandling på tværs af sundhedsvæsenet, for derigennem at understøtte at patienter og borgere modtager behandling af høj og ensartet kvalitet. Retningslinjen er udformet af og til sundhedsprofessionelle miljøer og godkendt af relevante faglige selskaber. Den administrative godkendelse er foretaget af Retningslinjefunktionen under Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut.

Retningslinjen er tiltænkt klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen og indeholder systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter i konkrete kliniske situationer.

De kliniske retningslinjer fungerer som faglig rådgivning, og er ikke i sig selv juridisk bindende. I den konkrete situation er det sundhedspersonalets faglige skøn, der afgør den bedste tilgang for den enkelte patient. Selv ved nøje overholdelse af anbefalingerne kan et succesfuldt behandlingsresultat ikke garanteres. I nogle tilfælde kan det være hensigtsmæssigt at vælge en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke, hvis den vurderes at passe bedre til patientens individuelle behov. Selvom de kliniske retningslinjer ikke er juridisk bindende, anvendes de f.eks. ved tilsyn samt klage- og erstatningssager til vurdering af 'omhu og samvittighedsfuldhed'. Det er derfor hensigtsmæssigt at dokumentere evt. afvigelser fra retningslinjeanbefalingerne i patientjournalen samt relevant begrundelse for behandlingsvalg jf. reglerne om journalføring. Læseren bør også være opmærksom på lovgivning, bekendtgørelser, myndighedsvejledninger o.l. på området, da de ikke altid indgår i retningslinjerne.

Retningslinjeskabelonen er udviklet i overensstemmelse med internationale kvalitetsstandarder som fastlagt af AGREE II, GRADE og RIGHT.

Denne retningslinje er udarbejdet med støtte fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, der finansieres af Danske Regioner.