



Gruppebaseret psykoedukation for unge og voksne med bipolar affektiv sindslidelse

Version 1.0

GODKENDT

Faglig godkendelse

03. februar 2026 (DMPG Bipolar)

Administrativ godkendelse

04. februar 2026 (Retningslinjefunktionen)

OPDATERING

Planlagt: 1. marts 2029

INDEKSERING

DMPG, Bipolar, psykoedukation,

Indholdsfortegnelse

1. Anbefalinger (Quick guide)	2
2. Introduktion.....	3
3. Grundlag.....	5
4. Referencer.....	12
5. Metode	15
6. Monitorering.....	18
7. Bilag	19
8. Om denne kliniske retningslinje	23

1. Anbefalinger (Quick guide)

1. **Unge og voksne med incident bipolar lidelse bør tilbydes gruppebaseret psykoedukation (A)**
2. **Unge og voksne med incident bipolar lidelse bør tilbydes gruppebaseret psykoedukation så tidligt i sygdomsforløbet som muligt (A)**
3. **Deltagerne bør være uden betydende affektive symptomer ved påbegyndelse af gruppebaseret psykoedukation (A)**
4. **Det anbefales, at antallet af deltagere i den enkelte psykoedukationsgruppe er 8-12 patienter, og at der i sammensætning af gruppen tilstræbes en vis homogenitet fx mht. alder, køn og/eller livssituation (D)**
5. **Gruppebaseret psykoedukation ved incident bipolar lidelse bør omfatte minimum 10 sessioner og indeholde følgende grundelementer: information om bipolar lidelse og behandling deraf, stress-sårbarheds-modellen, forløb, tidlige advarselstegn, stressorer og mestringsstrategier, herunder individuelle forebyggelsesplaner, stresshåndtering og recoveryprocesser (A)**
6. **I gruppebaseret psykoedukation ved incident bipolar lidelse bør tilstræbes en interaktiv formidlingsform, hvor der er fokus på facilitering af aktiv deltagelse, dialog og erfaringsudveksling (D)**
7. **I gruppebaseret psykoedukation for unge (14-18-årige) med incident bipolar lidelse anbefales det, at pårørende inddrages i mindst 4 sessioner ud af det samlede antal sessioner (D)**

2. Introduktion

Denne retningslinje og tilhørende undervisningsmateriale vedrører gruppebaseret psykoedukation for unge (14-18 år) og voksne med nydiagnosticeret bipolar affektiv sindslidelse (herefter benævnt bipolar lidelse).

Retningslinjen hviler på en metodisk gennemgang og kvalitetsvurdering af nyere internationale guidelines samt relevante systematiske reviews, metaanalyser og primærlitteratur på området. Undervisningsmaterialet er udarbejdet med udgangspunkt i forskellige psykoedukationsmanualer, som er udviklet - og gennem flere år har været anvendt – i hele landet. Retningslinjen og undervisningsmaterialet har til formål at sikre en høj faglig og ensartet kvalitet i behandlingen af unge og voksne med bipolar lidelse. Der henvises til bilag 1 for nærmere information om undervisningsmaterialet.

Formål

Det overordnede formål med denne retningslinje og tilhørende undervisningsmateriale er at understøtte udbredelsen af evidensbaseret gruppebaseret psykoedukation på tværs af Danmark. Gruppebaseret psykoedukation udgør en vigtig del af den forebyggende behandling ved bipolar lidelse. Der er behov for en national retningslinje og ensartet og kontinuerligt opdateret undervisningsmateriale grundet variation i praksis på forskellige behandlende enheder.

Patientgruppe

Anbefalingerne er målrettet unge og voksne patienter med bipolar lidelse i ambulant behandling. Bipolar lidelse har en forekomst på 1-2% svarende til 50-100.000 mennesker i Danmark, og der kommer 10-30 nye tilfælde pr. år pr. 100.000 personer (1). Global Burden of Disease studiet viser, at der er sket en stigning i incidens, prævalens og år med levet lidelse (YLD) for bipolar lidelse fra 1990 til 2019 (2). Bipolar lidelse kan debutere når som helst i livet, men risikoen er højest i teenageårene og ung voksen alder. Gennemsnitsalder ved diagnostik er i begyndelsen til midten af tyverne, og der er høj risiko for tilbagevendende episoder (2). Bipolar lidelse er præget af betydelig psykiatrisk og somatisk komorbiditet og er karakteriseret ved en overdødelighed sammenlignet med baggrundsbefolkningen (3-5). En betydelig andel af patienter med bipolar lidelse i remission har kognitive vanskeligheder såsom hukommelses- og koncentrationsbesvær (6) og nedsat funktionsniveau på en række domæner inklusive arbejdsliv, familieliv og fritidsaktiviteter (7-9).

Sygdomsforløbet af bipolar lidelse er præget af en tendens til klinisk progression, men tidlig intervention i en specialiseret klinik forbedrer det samlede sygdomsforløb, selv efter afslutning fra behandlingen (10-13). Centralt i behandlingen står anvendelsen af stemningsstabiliserende lægemidler og gruppebaseret psykoedukation, som kan forbedre prognosen (14).

Målgruppe for brug af retningslinjen

Denne retningslinje og tilhørende gruppebaseret psykoedukationsmanual skal primært understøtte det kliniske arbejde og udviklingen af den kliniske kvalitet i behandlingen af bipolar lidelse. Den primære målgruppe er klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle, dvs. sygeplejersker, læger, psykologer og andre faggrupper, der

varetager gruppebaseret psykoedukation for unge og voksne med bipolar lidelse i den ambulante hospitalsbaserede psykiatri.

3. Grundlag

Gruppebaseret psykoedukation for unge og voksne med bipolar affektiv sindslidelse

1. **Unge og voksne med incident bipolar lidelse bør tilbydes gruppebaseret psykoedukation (A)**
2. **Unge og voksne med incident bipolar lidelse bør tilbydes gruppebaseret psykoedukation så tidligt i sygdomsforløbet som muligt (A)**
3. **Deltagerne bør være uden betydende affektive symptomer ved påbegyndelse af gruppebaseret psykoedukation (A)**
4. **Det anbefales, at antallet af deltagere i den enkelte psykoedukationsgruppe er 8-12 patienter, og at der i sammensætning af gruppen tilstræbes en vis homogenitet fx mht. alder, køn og/eller livssituation (D)**
5. **Gruppebaseret psykoedukation ved incident bipolar lidelse bør omfatte minimum 10 sessioner og indeholde følgende grundelementer: information om bipolar lidelse og behandling deraf, stress-sårbarheds-modellen, forløb, tidlige advarselstegn, stressorer og mestringsstrategier, herunder individuelle forebyggelsesplaner, stresshåndtering og recoveryprocesser (A)**
6. **I gruppebaseret psykoedukation ved incident bipolar lidelse bør tilstræbes en interaktiv formidlingsform, hvor der er fokus på facilitering af aktiv deltagelse, dialog og erfaringsudveksling (D)**
7. **I gruppebaseret psykoedukation for unge (14-18-årige) med incident bipolar lidelse anbefales det, at pårørende inddrages i mindst 4 sessioner ud af det samlede antal sessioner (D)**

Ad anbefaling 1 og 2

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefaling 1 og 2 er adapteret fra NICE guideline (2025) og bygger på deres evidensgrundlag. Ligeledes anbefaler tre internationale guidelines (CANMAT/ISBD 2018, BAP 2016 og RANZCP, 2021) psykoedukation som et centralt, forebyggende element ved behandling af bipolar lidelse (15-18). Seks nyere systematiske reviews/meta-analyser, med lav til moderat metodisk kvalitet, konkluderer konsistent, at gruppebaseret psykoedukation reducerer risikoen for recidiv og/eller indlæggelse sammenlignet med sædvanlig behandling alene (11, 19-23) [1a], (se tabel 1, i bilag 2). Nedenfor fremhæves to effektstudier:

Colom et al viste med deres forsøg gennemført i Barcelona, at psykoedukation bør indgå som central del af

behandlingstilbuddet til personer med bipolar lidelse. I forsøget blev 120 patienter med bipolar I/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 (15, 24, 25) [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 (flere fordele ved ≥ 10 sessioner) og bedre effekt hos patienter med færre tidligere episoder, hvilket taler for tidlig iværksættelse af gruppe psykoedukation (26-28) [1b].

Real-world data fra en national registeranalyse viser ligeledes lavere risiko for nye episoder og indlæggelser efter psykoedukation (29) [2c], og effekt er også vist i ressourcemæssigt udfordrede settings (30) [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 (31). 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 (31). 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 – fx om aftenen.

Rationale for anbefalingen

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 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 fra ligestillede. 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 ligestillede kan for den enkelte gruppedeltager blive kilde til nyt håb og bidrage til fortsat udvikling af personligt tilpassede strategier, der øger oplevelsen af mestring.

Bemærkninger og overvejelser

Det anbefales, at der er mindst to gruppeledere tilknyttet gruppen, idet det bidrager til dynamik, fleksibilitet og

kontinuitet. Gruppelederne kan være læger, psykologer, sygeplejersker eller andre faggrupper med flere års erfaring med behandling af patienter med bipolar lidelse. Gruppelederne bør være fortrolige med symptomer på bipolar lidelse, forløb og behandling, ligesom det er vigtigt at have kendskab til de særlige behov og udfordringer, der er forbundet med at have bipolar lidelse. Ligeledes er det væsentlig, at gruppelederne har kendskab til den recoveryorienterede tilgang for at kun støtte op om den enkelte deltagers personlige bedringsproces. Desuden er det en fordel, at gruppelederne har kendskab til gruppedynamiske processer og har en vis pædagogisk erfaring.

Det er vigtigt at nye gruppeledere tilbydes mulighed for at tilegne sig ovenstående kompetencer hvorfor det skønnes relevant, at disse tilbydes at indgå som co-terapeuter i igangværende gruppeforløb og/eller at der etables mulighed for løbende supervision/sparring ved erfarne gruppeledere forud og samtidig med rollen som gruppeleder udføres.

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 og 4

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefaling 3 og 4 er ligeledes adapteret fra NICE guideline (2025). Ovenfor omtalte RCT'er (24, 26) [1b] inkluderede stabiliserede/euthyme patienter ved baseline, og manualerne forudsætter, at deltagerne kan indgå aktivt i læring og planlægning. Dette underbygger ligeledes anbefalingen om at tilstræbe symptomfrihed eller kun lette restsymptomer ved opstart (15, 26). I Colom et al's forsøg (32) [1b] var inklusionskriteriet, at deltagerne var stabile i 6 måneder før gruppestart. Antallet af deltagere var 8-12 deltagere, og varigheden af den enkelte session var 1,5 time.

Patientværdier og – præferencer

Det vurderes, at patienterne foretrækker at være så stabile som muligt ved påbegyndelse af gruppebaseret psykoedukation, idet det skaber optimalt grundlag for deltagelse og læring. Unge og voksne med incident bipolar lidelse præget af vedvarende stemningsudsving og komplekst sygdomsbillede bør dog over tid ikke udelukkes fra deltagelse i gruppeforløb, men kan inkluderes i gruppe, hvis det efter individuel vurdering skønnes, at de er motiveret herfor og kan profitere heraf.

Rationale for anbefalingen

Det vurderes, at unge og voksne med incident bipolar lidelse har bedst forudsætning for at gennemføre og profitere af gruppebaseret psykoedukation, når de er i en stabil fase. Det vurderes i praksis ikke realistisk, at patienten kan være i remission i 6 måneder før gruppestart.

Da der ikke findes studier, der direkte undersøger effekten af psykoedukationsgruppens størrelse, er Anbefaling 4 baseret på klinisk erfaring og konsensus i forfattergruppen. Evidens viser effekt ved grupper på 8–12 deltagere, men der mangler sammenlignende data for andre gruppestørrelser; anbefalingen følger derfor den praksis, der er anvendt i eksisterende studier.

Det er forfattergruppens vurdering at en gruppestørrelse på 8-12 deltagere vurderes at tilvejebringe gode betingelser for erfaringsudveksling og dialog. Et lavere deltagerantal (6 og derunder) gør gruppen særlig sårbar over for frafald, mens et større deltagerantal (mere end 12 personer) dels kan gøre det svært for gruppelederne at have fornemmelse for den enkeltes tilstand og trivsel i gruppen, dels kan det opleves overvældende for den enkelte deltager og medfører en oplevelse af, at der ikke er tid nok for den enkelte til at ytre sig.

I sammensætning af gruppen tilstræbes en vis homogenitet, så alle har mulighed for at spejle sig i mindst en af de øvrige deltagere med hensyn til køn, alder og/eller livssituation. Typisk vil der i gruppen være individuelle forskelle i forløb, funktionsniveau og evne til at leve med den bipolar lidelse. Især unge kan have et særligt behov for at kunne spejle sig i ligesindede. Klinisk erfaring taler for, at en stor del af gruppedeltagerne er i stand til at identificere sig med hinanden og dele erfaringer i en eller anden grad på tværs af alder, køn og livssituation.

Bemærkninger og overvejelser

Sammensætning af en psykoedukationsgruppe må tilpasses det patientgrundlag, som er på det enkelte behandlingssted. I nogle dele af landet kan der være særlige udfordringer i forhold til at rekruttere deltagere.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 3-4 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

☒ Nej ☐ Ja ☐ Ved ikke

Ad anbefaling 5 og 6

Litteratur og evidensgennemgang

Effektive gruppebaseret psykoedukationsforløb spænder fra 12 til 21 sessioner; både RCT- og økonomiske analyser peger på bedre resultater ved ≥ 10 sessioner (dosis-respons) (26-28, 33)[1b].

Flere evidensbaserede nationale guidelines anfører at gruppebaseret psykoedukation ved bipolar lidelse bør indeholde følgende kernemoduler: information om bipolar lidelse og behandling heraf, stress-sårbarhedsmodellen, funktionsniveau, forløb, søvn/døgnytm og stressorer, tidlige advarselstegn, og mestringsstrategier, herunder individuelle forebyggelsesplaner, stresshåndtering, og recoveryprocesser (15, 26, 32).

I såvel manualer som guidelines anbefales det, at gruppebaseret psykoedukation bygger på en interaktiv formidlingsstil med høj grad af deltageraktivitet, dialog og løbende erfaringsudveksling (15, 18, 32) [5].

Patientværdier og – præferencer

Det vurderes, at de fleste gruppedeltagere vil være i stand til at møde i en periode over 8-12 gange, at de er motiveret for at tilegne sig viden og mestringsstrategier samt deltage aktivt i gruppen, bidrage til samhørighed og indgå i gensidig erfaringsudveksling.

Gruppebaseret psykoedukation bør løbende have fokus på tilbagevenden til hverdagslivet inklusive skolegang/uddannelse og arbejde. Forløbet kan bidrage til deltagernes empowerment (at have magt i eget liv), som de kan trække på flere år efter, idet de anvender strategier på egen hånd og på den måde øger livskvaliteten og personlig recovery.

Det kan være relevant, at gruppelederne undersøger om deltagerne har ønske om at berøre temaer, der ikke er nævnt eksplicit i gruppemanualen – og i bekræftende fald tage stilling til, om det er et ønske, som kan imødekommes.

Rationale for anbefalingen

Det vurderes på baggrund af forskning og klinisk erfaring, at 10-12 sessioner er optimalt med henblik på at dække centrale temaer i psykoedukation ved incident bipolar lidelse. Klinisk erfaring viser, at ovenfor nævnte temaer generelt opleves som relevante for deltagere i gruppebaseret psykoedukation. En interaktiv formidlingsform skaber gode forudsætninger for læring, refleksion og udvikling af indsigt hos den enkelte.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 5-6 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

☒ Nej ☐ Ja ☐ Ved ikke

Ad anbefaling 7

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er adapteret fra NICE guideline (2025) som anbefaler systematisk information og inddragelse af familie/pårørende hos børn, unge og voksne (15). Hos unge er evidensen stærk for familiefokuserede forløb, hvor psykoedukation kombineres med kommunikations- og problemløsningstræning; flere randomiserede undersøgelser viser hurtigere symptomreduktion og længere tid til recidiv med 12–21 familiesessioner vs. færre sessioners standardpsykoedukation (33, 34) [1b]. Derimod har det ikke været muligt at identificere evidens for at inddrage pårørende blandt voksne, og derfor at anbefalingen i NICE guideline baseret på ekspertkonsensus (15, 17, 18). Andre guidelines anbefaler ligeledes inddragelse af pårørende hos voksne psykoedukationsgrupper baseret på konsensus (15, 17, 18).

Patientværdier og – præferencer

Mens størstedelen af unge og voksne med bipolar lidelse er interesserede i at inddrage deres pårørende i behandlingsforløbet, er der både unge og voksne, der ikke ønsker at inddrage pårørende.

Rationale for anbefalingen

Det er generelt vigtigt at inddrage pårørende til patienter med bipolar lidelse i behandlingen mhp. at give information om bipolar lidelse, behandling, tidlige tegn på depressive og maniske/hypomane symptomer, forebyggelsesplaner samt udfordringer som pårørende til patienter med bipolar lidelse. Det anbefales at pårørende tilbydes deltagelse i enten gruppebaseret psykoedukation for pårørende (typisk en gang hver 14. dag over 6 gange) eller alternativt at pårørende inviteres til deltagelse i en enkelt eller flere sessioner i gruppebaseret psykoedukation for patienter med bipolar lidelse.

Det er i særdeleshed vigtigt at inddrage forældre/nærmeste pårørende til unge med bipolar lidelse i gruppebaseret psykoedukation, fordi de unge i høj grad er afhængige af deres nære relationer i mange af livets aspekter. Forældre/nærmeste pårørende er væsentlige i forhold til at støtte den unge i at etablere basal viden om bipolar lidelse samt kortlægge vigtige erfaringer fra den unges sygdomsforløb, herunder tidlige tegn på depressive og maniske/hypomane symptomer, sårbare situationer og etablering af forebyggelsesplan og støtte til at arbejde med stemningsregistrering.

Det kan anbefales ud fra klinisk erfaring, at forældre/ nære pårørende til den enkelte unge er med til nogle af sessionerne fx om bipolar lidelse, mani/hypomani, depression og blandingstilstand samt medicinsk behandling svarende til session 1-5. Klinisk erfaring taler for, at de unge også har brug for et fortroligt rum (uden forældre/pårørende deltagelse), hvor de kan udveksle erfaringer med andre unge med bipolar lidelse. Det kan skabe modvægt til ensomhedsfølelse, og der opstår ofte gode drøftelser. Oplevelsen af at være fælles om noget, som er svært, kan være med til at skabe lindring og håb.

Det er hensigtsmæssigt at forældre/nære pårørende ligeledes inddrages i den afsluttende session. Forældre/ nære pårørende vil være vigtige i den fremadrettede håndtering af den bipolare lidelse hos den unge og kan give vigtig feedback i forbindelse med evalueringen af psykoedukationsforløbet.

I ungegruppen er der gode erfaringer med, at forældre/nære pårørende tilbydes separat session med socialrådgiver i Ungdomspsykiatrisk ambulatorium. Unge med bipolar lidelse vil ofte have betydelige støttebehov. Det er væsentligt at forældre/nære pårørende orienteres om relevante støttemuligheder i primær sektor.

Bemærkninger og overvejelser

En udfordring kan være, at ikke alle gruppedeltagere har mulighed for at have pårørende med. En anden mulighed for indirekte pårørendeinddragelse i gruppeforløbet er, at de enkelte gruppedeltagere får som hjemmeopgave at inddrage deres nærmeste i udarbejdelse af forebyggelsesplan.

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

4. Referencer

1. Kessing LV. 67 Epidemiology of mood disorders. In: Geddes JR, Andreasen NC, Goodwin GM, Geddes JR, Andreasen NC, Goodwin GM, editors. *New Oxford Textbook of Psychiatry*: Oxford University Press; 2020. p. 691-9.
2. Lai J, Li S, Wei C, Chen J, Fang Y, Song P, et al. Mapping the global, regional and national burden of bipolar disorder from 1990 to 2019: trend analysis on the Global Burden of Disease Study 2019. *Br J Psychiatry*. 2024;224(2):36-46.
3. Kessing LV, Vradi E, McIntyre RS, Andersen PK. Causes of decreased life expectancy over the life span in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2015;180:142-7.
4. Laursen TM, Munk-Olsen T, Gasse C. Chronic somatic comorbidity and excess mortality due to natural causes in persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *PLoS One*. 2011;6(9):e24597.
5. Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(9):931-9.
6. 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 Disord*. 2018;20(3):184-94.
7. Solé B, Bonnin CM, Jiménez E, Torrent C, Torres I, Varo C, et al. Heterogeneity of functional outcomes in patients with bipolar disorder: a cluster-analytic approach. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;137(6):516-27.
8. López-Villarreal A, Sánchez-Morla EM, Jiménez-López E, Martínez-Vizcaíno V, Aparicio AI, Mateo-Sotos J, et al. Progression of the functional deficit in a group of patients with bipolar disorder: a cluster analysis based on longitudinal data. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2020;270(8):947-57.
9. 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.
10. Kessing L. Longitudinal Course and Clinical Progression of Bipolar Disorder: An Updated Systematic Review. 2025. p. 187-209.
11. 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.
12. 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. *Br J Psychiatry*. 2013;202(3):212-9.
13. 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 Psychiatr Scand*. 2024;150(3):138-47.
14. McIntyre RS, Berk M, Brietzke E, Goldstein BI, López-Jaramillo C, Kessing LV, et al. Bipolar disorders. *Lancet*. 2020;396(10265):1841-56.
15. 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>.

16. 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.
17. Goodwin GM, Haddad PM, Ferrier IN, Aronson JK, Barnes T, Cipriani A, et al. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol.* 2016;30(6):495-553.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.

31. Cakir S, Gümüş F. Individual or Group Psychoeducation: Motivation and Continuation of Patients with Bipolar Disorders. *International Journal of Mental Health*. 2015;44.
32. Francesc Colom, Eduard Vieta. *Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder*. New York: Cambridge University Press; 2006.
33. Novick DM, Swartz HA. Evidence-Based Psychotherapies for Bipolar Disorder. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2019;17(3):238-48.
34. Miklowitz DJ, Axelson DA, Birmaher B, George EL, Taylor DO, Schneck CD, et al. Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder: results of a 2-year randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(9):1053-61.

5. Metode

Litteratursøgning

Anbefalingerne i denne kliniske retningslinje bygger på systematiske litteratursøgninger foretaget i regi af Dansk Bipolardatabase (indikator 4: Behandling med gruppebaseret psykoedukation) under Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. Litteratursøgningen er dokumenteret i evidensrapporten på s. 31 og frem, som er offentligt tilgængelig på Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstituts hjemmeside og via linket her [Evidensrapport 2025](#).

En fuld gengivelse af søgestrategien fremgår desuden af bilag 2 i nærværende retningslinje.

Søgningen fulgte en tre-trins-model:

1. Identifikation af internationale og nationale kliniske retningslinjer.
2. Systematisk søgning efter sekundærlitteratur, herunder systematiske reviews og metaanalyser.
3. Supplerende søgning efter primærstudier.

Søgningen efter systematiske reviews og primær litteratur blev udført i databaserne PubMed og Embase.

Litteraturgennemgang

Den identificerede litteratur blev først gennemgået og vurderet af forfatterne bag evidensrapporten og derefter af forfattergruppen til denne kliniske retningslinje.

Anbefalingerne i nærværende retningslinje er primært adapteret fra NICE guideline (2025) (15), herunder dens evidensgennemgang samt metodiske grundlag, og er suppleret med sekundærlitteratur samt øvrige internationale guidelines. anbefalingerne i NICE guideline vedrørende psykologiske interventioner er opdateret i juni 2022.

Alle anvendte kliniske retningslinjer og systematiske reviews er kvalitetsvurderet med henholdsvis AGREE II og AMSTAR 2 af forfatterne bag evidensrapporten. Forfatterne bag evidensrapporten har givet tilsagn til, at disse vurderinger kan anvendes i nærværende retningslinje.

NICE-guidelinen (2025) (15) opnåede en score på 85,4 % i domæne 3 (Rigour of development) i AGREE II. Denne score dokumenterer guidelinens metodiske kvalitet og understøtter, at den kan danne grundlag for adaptation i nærværende kliniske retningslinje. Den metode og litteratursøgning, der ligger til grund for NICE-guidelinens anbefalinger, er udførligt beskrevet i den fulde guideline (s. 56–76), som er offentligt tilgængelig.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser

Anbefalingerne i nærværende retningslinje vurderes ikke at være forbundet med betydelige merudgifter, sammenlignet med nuværende praksis.

Formulering af anbefalinger

Forfattergruppen har i perioden 23. september 2024 – 20. august 2025 afholdt 3 online-møder samt 2 fysiske halvdagsmøder. Anbefalingerne i nærværende retningslinje er udarbejdet i fællesskab i forfattergruppen og

drøftet ved ovenstående møder. I forbindelse hermed er der opnået konsensus mellem de kliniske eksperter som har deltaget i gruppen.

I nærværende retningslinje anføres evidensniveauet efter hver reference samt evidensgraden efter hver anbefaling i henhold til *Oxford Levels of Evidence 2009*. Den anførte evidensgrad skal således forstås som anbefaling af i hvilken grad en given anbefaling bør vægtes klinisk.

Interessentinvolvering

Patientperspektivet har været direkte repræsenteret i såvel udarbejdelse af selve retningslinjen som det konkrete undervisningsmateriale i og med at patientrepræsentant Gudmunda Arnardottir har været direkte involveret heri. Yderligere har retningslinjen været i offentlig høring hvor patientforeningerne *Depressionsforeningen*, *SIND* og *Bedre psykiatri* har været inviteret til at kommentere på indholdet.

Høring

Den kliniske retningslinje har været i intern høring i DMPG for Bipolar samt i offentlig høring i perioden 5. december 2025 til 13. januar 2026. Retningslinjen har været sendt til alle regioner, faglige selskaber, patientforeninger og er lagt offentligt tilgængelig på hjemmesiden med invitation til alle om at afgive høringssvar. Forfattergruppen har modtaget høringssvar fra *Sundhedsstyrelsen*, *Region Hovedstaden*, *Region Sjælland*, *Region Midt* og *Region Nordjylland*. Efter endt høring har forfattergruppen gennemgået alle høringssvar og, hvor relevant, justeret retningslinjen og sendt den til endelig faglig godkendelse ved DMPG Bipolar.

Godkendelse

Faglig godkendelse:

Retningslinjen er faglig godkendt af DMPG for Bipolar den 3. februar 2026.

Administrativ godkendelse:

Retningslinjen er administrativt godkendt af Retningslinjefunktionen i Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut den 4. februar 2026.

Behov for yderligere forskning

Ingen bemærkninger.

Forfattere og habilitet

- Jette Thrane, specialpsykolog, Psykiatrien, Enhed for Bipolar Lidelser, Aalborg Universitetshospital Region Nordjylland (Formand for forfattergruppen)
- René Ernst Nielsen, professor, overlæge, speciallæge i psykiatri, Region Nordjylland (Formand DMPG)

- Krista Straarup, specialpsykolog i psykiatri, Klinik for bipolar sygdom, Aarhus Universitetshospital, Psykiatrien
- Tine Lambertsen, specialpsykolog, Psykiatrien Region Syddanmark, Psykiatrisk Afd. Odense-Svendborg, ansættelsessted
- Ellen Margrethe Christensen, overlæge, speciallæge i psykiatri, Region Hovedstadens psykiatri
- Lise Mandrup Møller, Ledende specialpsykolog, Psykiatrien Region Sjælland, Psykiatrien Vest, Distriktskykiatrien Slagelse
- Morten Sau, sygeplejerske, Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrisk Center Kbh., Amb. For Affektive Lidelser
- Helle Lundgreen Thornberg, socialrådgiver, Psykiatrien Syd, Distriktskykiatrien, Vordingborg
- Høgni Kragestein, psykolog, specialist, Team for Ungdomspsykiatri (TUP2), Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afd. Region Midt
- Gudmunda Sirry Arnardottir, Lærer og underviser, Region Hovedstadens Psykiatri, Skolen for Recovery, (Patientrepræsentant)

For detaljerede samarbejdsrelationer henvises til deklaration via Lægemiddelstyrelsens hjemmeside:

<https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/godkendelse/sundhedspersoners-tilknytning-til-virksomheder/lister-over-tilknytning-til-virksomheder/apotekere,-laeger,-sygeplejersker-og-tandlaeger>

Samlet vurdering af habilitet for forfattergruppen: Ingen interessekonflikter

Plan for opdatering

Retningslinjen skal opdateres hvert 3. år, dvs. næste opdatering forventes publiceret i marts 2029. DMPG Bipolar er ansvarlig for at iværksætte næste opdatering og invitere forfattergruppens medlemmer og eventuelt nye til at deltage i opdateringen. For at lette den kommende opdatering er arbejdsprocessen arkiveret i gruppens fælles SharePoint-bibliotek i regi af SundK, som indeholder dokumentation for søgestrategi, evidensstabeller, kvalitetsvurdering af de inkluderede studier samt øvrigt baggrundsmateriale. Ved næste opdatering vil der blive foretaget en ny litteratursøgning med fokus på nytilkommen evidens inden for de områder, der indgår i denne retningslinje.

Version af retningslinjeskabelon

Retningslinjen er udarbejdet i version 2.1 af skabelonen.

6. Monitorering

Udvikling af kvaliteten på dette område understøttes af viden fra Dansk Bipolardatabase i regi af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut idet indikatorerne i databasen skal belyse relevante kliniske retningslinjer.

Den kliniske kvalitetsdatabases styregruppe har mandatet til at beslutte databasens indikatorsæt, herunder hvilke specifikke processer og resultater der monitoreres i databasen.

Gruppebaseret psykoedukation er en af otte udvalgte kvalitetsindikatorer, i Dansk Bipolar Database etableret under Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, som hospitalsafdelinger skal indrapportere data på. Målet er, at 85 % af alle patienter med incident bipolar lidelse skal påbegynde gruppebaseret psykoedukation.

7. Bilag

Bilag 1 – Gruppebaseret psykoedukationsmateriale

Sideløbende med denne kliniske retningslinje er der udviklet undervisningsmateriale til gruppebaseret psykoedukation samt informationsmateriale til personalet:

Materialet er tilgængeligt på dmpg.dk

Undervisningsmateriale til gruppebaseret psykoedukation omfatter:

- Session 1
- Session 2
- Session 3
- Session 4
- Session 5
- Session 6
- Session 7
- Session 8
- Session 9 + supplerende materiale
- Session 10
- Session 11 + supplerende materiale
- Session 12

Bilag 2 –Søgestrategi

Søgeprotokol og søgestrategi for indikator 4: Behandling med gruppe-baseret psykoedukation

Dato: 9/10 2024

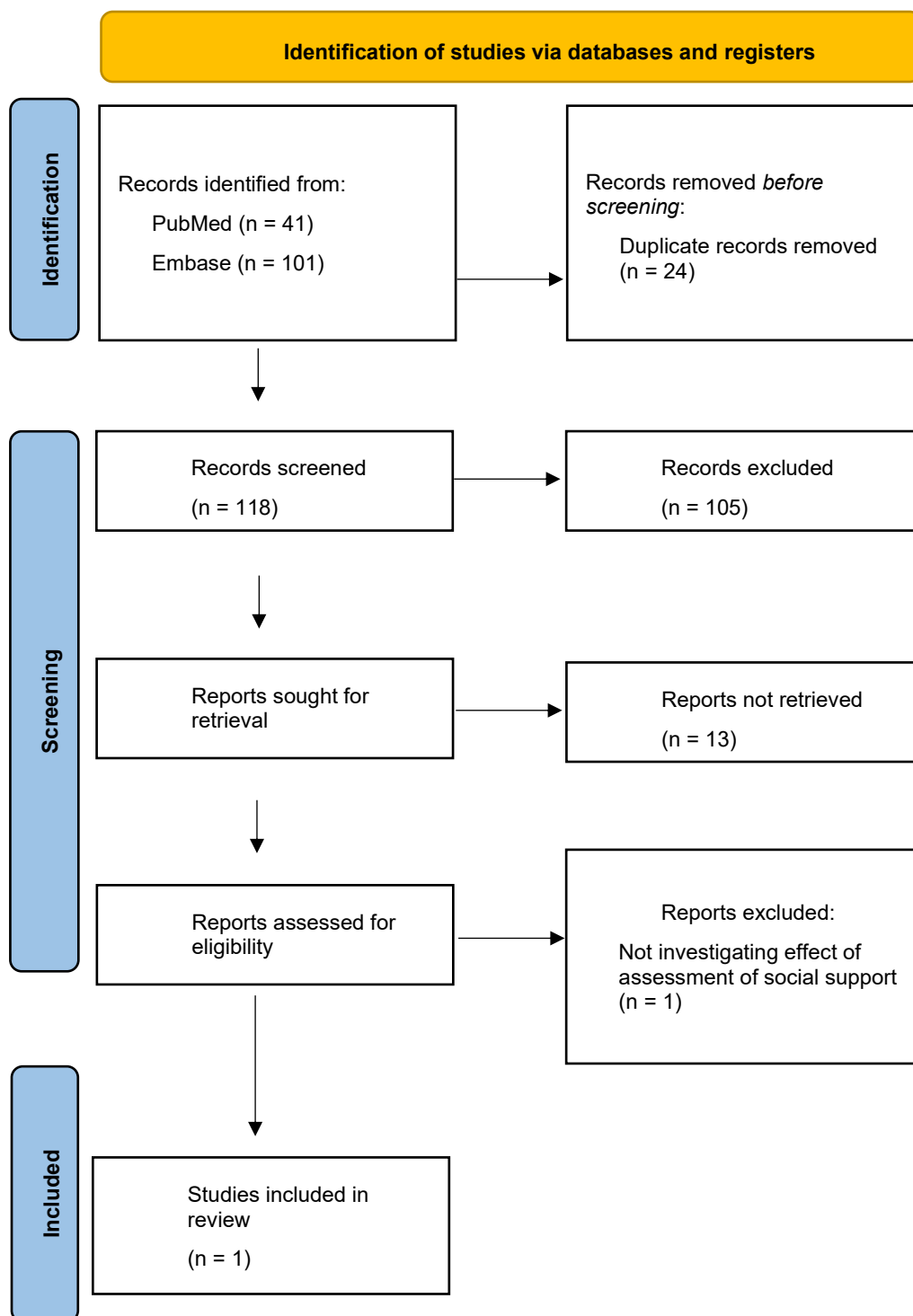
Sprog: Engelsk eller dansk.

Årstal: 2014 - aktuelt.

Publikationstype: Systematiske reviews, publicerede.

Inklusionskriterier: Voksne patienter med bipolar lidelse.

Emneord	Søgestreng	Antal hits
Pubmed		
Psychoeducation; bipolar disorder	((("psychoeducation"[All Fields] OR "psychoeducational"[All Fields] OR "psychoeducative"[All Fields]) AND ("bipolar disorder"[MeSH Terms] OR ("bipolar"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "bipolar disorder"[All Fields])) AND ((meta-analysis[Filter] OR systematicreview[Filter]) AND (2014/1/1:3000/12/12[pdat]) AND (english[Filter])))	41
Embase		
Psychoeducation; bipolar disorder	1 bipolar disorder.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word] 85736 2 psychoeducation.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word] 15842 3 1 and 2 1598 4 limit 3 to (english language and (meta analysis or "systematic review") and yr="2014 -Current" and (article or "review")) 101	101

Figur 1. Systematiske reviews af psykoedukation ved bipolar lidelse. Flowchart for søgning og udvælgelse.

Tabel 1. AMSTAR 2 vurderinger

Reference	AMSTAR 2 - vurdering
Ratheesh A, Hett D, Romain J, et al. (2023) Ref nr: (11)	Moderat sikkerhed af evidens
Bond K, Anderson IM. (2015) Ref. nr: (19)	Lav sikkerhed af evidens
Oud M, Mayo-Wilson E, Braidwood R, et al. (2016) Ref. nr: (20)	Moderat sikkerhed af evidens
Rabelo JL, Cruz BF, Ferreira JDR, Viana BM, Barbosa IG. (2021) Ref. nr: (21)	Lav sikkerhed af evidens
Miklowitz DJ, Efthimiou O, Furukawa TA, et al. (2021) Ref. nr: (22)	Moderat sikkerhed af evidens
Chatterton ML, Stockings E, Berk M, Barendregt JJ, Carter R, Mihalopoulos C. (2017) Ref. nr: (23)	Moderat sikkerhed af evidens

8. Om denne kliniske retningslinje

Denne kliniske retningslinje er udarbejdet i et samarbejde mellem de danske regioner, Lægeforeningen og Lægevidenskabelige Selskaber som en del af en styrket indsats for kliniske retningslinjer i Danmark. Formålet med denne indsats er at sikre en evidensbaseret tilgang af høj og ensartet kvalitet til behandling på tværs af sundhedsvæsenet. Retningslinjen er fagligt udformet og godkendt af relevante faglige selskaber, og den administrative godkendelse er foretaget af det centrale sekretariat for kliniske retningslinjer. Retningslinjen er tiltænkt klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen og indeholder systematisk udarbejdede udsagn, som kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter i konkrete kliniske situationer. De kliniske retningslinjer fungerer som faglig rådgivning, men de er ikke juridisk bindende. I sidste ende er det altid sundhedspersonalets faglige skøn i den konkrete situation, der afgør den bedste tilgang. Selv ved nøje opfølgning 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. Ud over de centrale anbefalinger (kapitel 1 – quick guide) indeholder retningslinjen en detaljeret beskrivelse af grundlaget for anbefalingerne, herunder den anvendte evidens (kapitel 3), referencer (kapitel 4) og metodiske tilgange (kapitel 5). Anbefalingerne er klassificeret, hvor mærkningen "A" repræsenterer den stærkeste evidens, mens "D" angiver svagere evidens. Yderligere information om evidensvurderingen, udarbejdet efter "Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations", kan findes i retningslinjen. Generelle oplysninger om patientpopulationen (kapitel 2) og retningslinjens udviklingsproces (kapitel 5) er også beskrevet. Se indholdsfortegnelsen for at finde de ønskede kapitler. Retningslinjeskabelonen er udviklet i overensstemmelse med internationale kvalitetsstandarder, som fastlagt af [AGREE II](#), [GRADE](#) og [RIGHT](#). Denne retningslinje er udarbejdet med økonomisk støtte fra Danske Regioner under Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut.