

København, den 3. september 2026

Til Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut/DMPG

Høringssvar fra DSAM vedr. Klinisk retningslinje om regionsfunktion for patienter med nydiagnosticeret bipolar lidelse

DSAM takker for muligheden for at afgive høringssvar på den kliniske retningslinje for regionsfunktion for nydiagnosticeret bipolar lidelse.

Retningslinjen vedrører primært udredning og behandling i psykiatrien og ligger hovedsagelig uden for almenmedicinsk faglighed.

Jævnfør målbeskrivelsen i almen medicin skal en praktiserende læge foretage initial udredning ved mistanke om blandt andet bipolar lidelse og kende til behandlingen. Det fremgår derimod ikke, at den praktiserende læge skal kunne varetage behandling af bipolar lidelse. Til sammenligning fremgår det direkte, at den praktiserende læge skal kunne varetage behandling af patienter med angst og depression.

DSAM vil derfor især kommentere anbefaling 26 om "Den gode afslutning/videre forløb og samarbejdet med primærsektor".

DSAM mener ikke, at patienter i fortsat behandling for bipolar lidelse skal afsluttes til egen læge. Vi anbefaler dermed, at kapitel 26 omskrives.

Det fremgår, at anbefalingen bygger på konsensus i forfattergruppen, fordi der ikke er identificeret internationale retningslinjer, som direkte dokumenterer evidens for effekten af koordinering til primær sektor. Samtidig beskrives det, at patienter efter afslutning fra regionsfunktionen blandt andet kan overgå til egen læge, når de er velbehandlede, stabile og har lav risiko for suicidalitet. Men stabilitet er ikke i sig selv et argument for, at en specialiseret behandlingsopgave bliver almenmedicinsk.

Praktiserende læger er ikke uddannet til at varetage medicinsk behandling af bipolar lidelse. Det gælder blandt andet behandling med lithium, lamotrigin og antipsykotisk medicin.

Det er et faktum, at en del af disse patienter gennem årene er blevet afsluttet til almen praksis som følge af opgaveglidning. Det er sket uden overordnet planlægning og uden ledsagelse af relevante DSAM-vejledninger, efteruddannelse og kvalitetssikring i almen praksis.

Ifølge Medstat er omkring 9.000 patienter i behandling med lithium i almen praksis. Det svarer til få patienter pr. praktiserende læge og giver meget begrænset mulighed for at opbygge og vedligeholde rutine i behandlingen. Vi ved desuden, at nogle patienter behandles med for eksempel lamotrigin. Heller ikke denne behandling indgår som en behandlingskompetence i speciallægeuddannelsen i almen medicin.

Der er etableret en aftale mellem PLO og Danske Regioner om somatisk undersøgelse af patienter med svær psykisk sygdom i almen praksis. Denne omfatter ikke monitorering af den konkrete psykiatriske medicinske behandling med for eksempel lithium eller antipsykotisk medicin.

DSAM finder det vigtigt at skelne mellem varetagelse af patientens somatiske sygdomme og monitorering af den psykiatriske farmakologiske behandling. At en blodprøve eller anden undersøgelse udføres i almen praksis, indebærer ikke i sig selv, at behandlingsansvaret kan overdrages. Den behandlingsansvarlige for den stemningsstabiliserende eller antipsykotiske behandling bør også have ansvaret for indikation, fortolkning af monitoreringsresultater samt beslutninger om dosisændringer og håndtering af bivirkninger og interaktioner. Varetagelse af somatiske komorbiditeter finder derimod ofte mest hensigtsmæssigt sted i almen praksis. Her kan mulighederne for konference mellem speciallægerne forbedres, både skriftligt, telefonisk og via video. Den psykiatriske speciallæge kan med fordel konferere med egen læge om somatiske komorbiditeter. Hvis håndteringen af somatisk komorbiditet ikke skal ligge i psykiatrien, kan der frigives tid dér til behandling af den psykiske lidelse.

Enkelte praktiserende læger kan have særlige kompetencer i behandling af bipolar lidelse, for eksempel efter tidligere uddannelse i psykiatrien. I sådanne tilfælde kan behandlingsansvaret efter konkret aftale eventuelt overdrages. Retningslinjen bør tydeliggøre, at en sådan overdragelse kræver en udtrykkelig aftale med patientens praktiserende læge. Det er ikke tilstrækkeligt, at egen læge efterfølgende kan genhenvise til psykiatrien ved manglende kompetencer. Ved afslutning fra psykiatrien bør der foreligge en konkret plan for, hvor patient og egen læge kan henvende sig ved begyndende forværring samt være mulighed for hurtig psykiatrisk vurdering uden et nyt længerevarende visitationsforløb.

Almenmedicinsk faglighed

DSAM bemærker, at der ikke har deltaget almenmedicinsk faglighed i forfattergruppen, selv om anbefaling 26 direkte omhandler overdragelse af behandlingsansvar til almen praksis.

DSAM finder det problematisk at udarbejde anbefalinger om overdragelse til et andet speciale uden at inddrage dette speciale.

Vi anbefaler derfor, at DSAM inddrages, når DMPG-retningslinjer omhandler snitflader til almen praksis. Det betyder ikke, at en DSAM-udpeget nødvendigvis skal deltage i hele arbejdet. Ved tilstande, der hovedsagelig håndteres i psykiatrien, kan en kortvarig og målrettet deltagelse være tilstrækkelig. Inddragelse under arbejdet er bedre, end at DSAM først bliver hørt, når retningslinjen kommer i høring.

Afslutningsvist undrer det, at afsnittet om behov for yderligere forskning angiver »Ingen bemærkninger«. Når anbefalingen om overgangen til primærsektoren netop bygger på konsensus og ikke på dokumenteret evidens, er der tydeligvis et videnshul.

DSAM finder det bemærkelsesværdigt, at retningslinjen fremhæver stærk evidens for specialiseret behandling tidligt i forløbet ved nydiagnosticeret bipolar lidelse, herunder en dansk randomiseret undersøgelse med 40 % færre genindlæggelser og større patienttilfredshed end ved vanlig behandling, blandt andet hos egen læge. Samtidig bygger anbefalingen om efterfølgende overdragelse til almen praksis alene på konsensus. Det taler for, at en ændret opgavefordeling bør undersøges systematisk og ikke alene begrundes med, at patienten er klinisk stabil. En sådan ændring bør ikke ske gennem fortsat opgaveglidning, hvor opgaven flyttes, og fagligheden halter bagefter. Det bør være en fælles almenmedicinsk og psykiatrisk forsknings- og kvalitetsopgave.

En eventuel opgaveflytning bør således forudgås af pilotforsøg og vurdering i de fagvidenskabelige selskaber og sundhedsstyrelsen. Hvis dette fører til et fagligt underbygget ønske om opgaveflytning, bør målbeskrivelsen for specialet almen medicin ændres, og DMPG-vejledningen kan få et kapitel om den gode afslutning. Derefter bør der laves relevante DSAM-vejledninger, der bør laves klare aftaler om snitflader, tilbydes efteruddannelse, og den del af behandlingen, der varetages i almen praksis, bør kvalitetssikres.

Demensudredning er et aktuelt eksempel på, at dette kan lade sig gøre. Her er opgaveflytning forberedt gennem et omfattende fagligt arbejde, en ny DSAM Demensvejledning, relevant efteruddannelse og klyngepakker. Der er arbejdsgrupper etableret for visitationsretningslinjer og følgegruppe vedrørende implementering. Det er denne type proces, der bør gå forud for en eventuel opgaveflytning ved bipolar lidelse.

Med venlig hilsen



Maria Krüger
Formand for DSAM