

Regional medicinsk riktlinje

Bipolär sjukdom hos barn och ungdomar

Förändringar sedan föregående version

Länkar har uppdaterats och riktlinjen är anpassad till gällande regional mall för styrande dokument.

Huvudbudskap

Med adekvat behandling kan en majoritet av de patienter som insjuknar i bipolär sjukdom undvika allvarliga återinsjuknanden. En stor andel av de drabbade kan också få återställd funktion. Det är därför av yttersta vikt att patienter med bipolär sjukdom får ta del av en evidensbaserad sjukvård, som idag innefattar såväl farmakologiska som psykologiska behandlingsmetoder.

Prevalensen av diagnosticerad Bipolär sjukdom är förhållandevis låg i barnpopulationen. Samtidigt visar retroaktiva siffror att många som diagnosticeras i vuxen ålder hade sina första symptom som ung. Detta ställer krav på utredning och behandling av både misstänkta symptom och sjukdom. Klinisk bedömning av tillståndets förlopp över tid är avgörande för att skilja bipolär sjukdom från andra tillstånd. Diagnostik och differentialdiagnostik försvåras av samsjuklighet. Tillståndet bör följas och diagnostiken kan behöva omvärderas.

Syfte

Riktlinjen ger klinisk vägledning för detektion, diagnostik och behandling av Bipolär sjukdom hos barn och ungdomar upp till 18 år. Viktiga syften med riktlinjen är att:

- Medverka till att alla patienter med bipolär sjukdom erbjuds en integrerad och evidensbaserad farmakologisk och psykopedagogisk

behandling med möjlighet till specifika psykoterapeutiska och familjeorienterade insatser.

- Medverka till att alla patienter med bipolär sjukdom erbjuds en långsiktig och noggrann uppföljning och utvärdering av behandlingsinsatser, funktionsnivå och biverkningsbild med god kontinuitet
- Motverka underdiagnostik av bipolaritet exempelvis hos patienter med behandlingsrefraktära eller långdragna depressioner där episoder av manier och hypomanier ofta inte uppmärksammas.
- Motverka överdiagnostik av bipolaritet i de tillfällen då problem med affektreglering bättre kan ses som del av exempelvis ADHD eller personlighetsstörning men även uppmärksamma att samsjuklighet är vanlig, särskilt vid tidig debut av bipolaritet.

Vårdnivå och samverkan

Bipolär sjukdom utreds och behandlas inom barn- och ungdomspsykiatri, på enheter där kunskap och erfarenhet finns av Bipolär sjukdom.

Primärvården har ansvar för att upptäcka och remittera patienter med misstänkt bipolär sjukdom.

[RMR Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri avseende barn med psykisk ohälsa och/eller psykiatriska tillstånd](#)

Bakgrund

Bipolär sjukdom debuterar sällan före puberteten. Prevalensen bland barn och ungdomar är omtvistad och visar stor variation mellan studier och länder. När man kartlägger vuxna patienter har 30-50% haft sitt första skov före 18 års ålder, vilket innebär en risk på 0,5-1% att utveckla bipolär sjukdom under barn- och ungdomsåren. Eftersom debutepisoden ofta är depression, kan bipolär diagnos dock inte ställas i alla dessa fall.

Etiologin till bipolär sjukdom är inte känd men sjukdomen har betydande inslag av ärftlighet. Uppskattningsvis drabbas omkring 10-15% av förstegradssläktingar till individer med bipolär sjukdom också av sjukdomen.

Kvalitetsindikatorer

1. Registrering i Bipolär- och psykosregistret
2. Andel patienter med diagnos F31 som, inom 6 månader, erhållit psykopedagogisk behandling DU023
3. Andel patienter med diagnos F31 som behandlas med litium
4. Andel patienter som återfaller i affektivt skov per år

Utredning

Symtombild

Bipolär sjukdom utmärks av återkommande sjukdomsskov av depression och mani/hypomani. Mellan de affektiva episoderna är stämningsläget oftast neutralt och personen återfår ofta sin funktion.

Maniska episoder kännetecknas av abnormt förhöjd, expansiv eller irritabel sinnesstämning, abnormt förhöjd självkänsla, minskat sömnbehov, talträngdhet, snabba associationer, tankeflykt och ökad aktivitet som leder till kraftig funktionsförsämring. Det är vanligt med stämningskongruenta psykotiska symtom och vanföreställningar.

Hypomana episoder kännetecknas av samma symtombild men i en mildare form och med mindre funktionspåverkan samt utan psykotiska symtom.

Vid blandtillstånd kan symtom på både mani och depression samexistera under vissa tidsperioder, så kallas mixed state med exempelvis depressiva symtom som dysfori, ångest, trötthet och en känsla av hopplöshet under en manisk episod.

Samsjuklighet och differentialdiagnostik

Samsjuklighet är vanligt vid bipolär sjukdom, och i synnerhet vid tidigt insjuknande. Adhd, trottsyndrom/uppförandestörning, ångestsyndrom men även emotionell instabilitet, autism, substansbruk och inlärningssvårigheter kan förekomma samtidigt med med bipolär sjukdom. Samsjuklighet innebär ytterligare belastning på symtom och funktion. Motsvarande tillstånd kan även försvåra diagnossättning vid utredning då symptombilden ibland är snarlik. Oaktat vart man befinner sig i den diagnostiska processen, bör man planera för hur först de affektiva symptomen men sedan även samsjukligheten ska behandlas

Diagnostiska rekommendationer

De diagnostiska kriterierna för mani och bipolaritet är desamma för barn och unga som för vuxna i både DSM-5 och ICD 10. Vid depression är skillnaden att irritabelt stämningsläge likställs för barn och unga med nedstämdhet som ett generalkriterium.

Det som främst komplicerar diagnostiken bland unga är att enskilda kriterier och symtom ofta överlappar mellan olika diagnoser. Det gäller särskilt för irritabilitet, som mycket ofta förekommer oavsett diagnos och är en anledning till vårdkontakt.

Diagnostik hos unga är särskilt svår. Därför bör man vara särskilt noga med att värdera diagnosen både utifrån en helhetsbedömning (prototyp), inklusive förlopp, och en värdering av samtliga enskilda symtom (kriterier), samla in

beskrivning från flera informanter (inklusive skola), observera prospektivt via stämningsdagbok, samt vid diagnostisk värdering ta hänsyn till livssituation och mognad.

Några huvudpunkter för att skilja om symtom av affektiv instabilitet beror på ADHD, Bipolär sjukdom eller Emotionellt instabilt personlighetssyndrom, kan förenklat beskrivas enligt tabellen nedan.

Differentialdiagnostik mellan några vanliga tillstånd med affektiv instabilitet			
	ADHD	Bipolär	EIPS
Debutålder	Alltid före puberteten	Oftast efter puberteten	Tonår eller unga vuxenår
Förlopp	Kroniskt fluktuerande affektiv dysreglering	Episodiskt med avgränsade episoder av förändrat stämningsläge och energi.	Kroniskt fluktuerande problem med affektreglering, självbild och relationer samt självskadebeteende.
Symtom och duration av uppvarvning	Ospecifik uppvarvning och irritabilitet, oftast <2 dagar	Eufori, förhöjd självkänsla, minskat sömnbehov ≥ 4 dagar (2–3 dagar gränsfall)	Affektutbrott, oftast <2 dagar
Ärftlighet	ADHD	Bipolär	
Farmaka-respons	Bättre av stimulantia	Switch av antidepressiva och centralstimulantia, stabilisering av stämningsstabiliserande medicin	Ingen, svag eller övergående effekt av farmaka

Läkemedel och andra substanser kan utlösa mani eller hypomani hos känsliga personer, en så kallad substansutlöst (hypo)mani eller ”switch”. Sådana manier eller hypomanier behöver kunna särskiljas från ruseffekter och ospecifika uppvarvningstillstånd. Unga reagerar ofta med agitation på SSRI. Agitation ger rastlöshet och uppvarvning, och kan felaktigt uppfattas som en hypomani. Den kommer snart efter insättning eller dosökning, åtföljs ibland av ångest men ej av eufori, och avklingar snabbt vid dosreduktion. Agitationen har inte någon prognostisk betydelse för effekten av SSRI eller för diagnos.

Läkemedelsutlöst mani uppträder senare, efter initial förbättring av depressionen, samt uppvisar en mer klassisk bild av (hypo)mani. Vid tveksamhet om det rör sig om agitation eller switch bör man expektera och eventuellt reducera dosen men vänta med att ange reaktionen som ett överslag i mani till detta är helt uppenbart för både läkare och familj.

Diagnos

Diagnos inkluderar både typ av bipolär sjukdom och sjukdomsfas. Har manier förekommit föreligger bipolär sjukdom typ 1. Har hypomanier och depressioner förekommit föreligger bipolär sjukdom typ 2. Om kriterier inte fullt är uppfyllda kan det röra sig om en ospecificerad bipolär sjukdom.

Diagnostisk bedömning görs enligt DSM 5. Klassifikation görs enligt ICD-10:

Bipolär sjukdom typ 1:

F31.0 Bipolär sjukdom, hypoman episod

F31.1 Bipolär sjukdom, manisk episod utan psykotiska symtom

F31.2 Bipolär sjukdom, manisk episod med psykotiska symtom

F31.3 Bipolär sjukdom, lindrig eller medelsvår depressiv episod

F31.4 Bipolär sjukdom, svår depressiv episod utan psykotiska symtom

F31.5 Bipolär sjukdom, svår depressiv episod med psykotiska symtom

F31.6 Bipolär sjukdom, blandad episod

F31.7 Bipolär sjukdom, utan aktuella symtom

Bipolär sjukdom typ 2:

F31.8A Bipolär sjukdom typ 2, hypoman episod

F31.8B Bipolär sjukdom typ 2, lindrig eller medelsvår depressiv episod

F31.8C Bipolär sjukdom typ 2, svår depressiv episod utan psykotiska symtom

F31.8D Bipolär sjukdom typ 2, svår depressiv episod med psykotiska symtom

F31.8E Bipolär sjukdom typ 2, blandad episod

F31.8F Bipolär sjukdom typ 2 utan aktuella symtom

Andra bipolära syndrom:

F31.8W Andra specificerade bipolära sjukdomar

F31.9 Bipolär sjukdom, ospecificerad

F25 Schizoaffektivt syndrom

F34.0 Cyklotymi

Utredning – innehåll:

- Fördjupad bakgrundsanamnes inklusive utvecklingsanamnes med premorbid funktionsnivå, kognitiv, social och motorisk utveckling.
- Ärftlighet av affektiva tillstånd och övriga psykiatriska tillstånd hos första och andragsradssläkting. Specificera symptom, diagnoser och behandlingsinsatser, behov av inläggande vård etc. Bipolär sjukdom hos förälder ökar risken och särskilt om föräldern insjuknat i unga år. Man bör noga gå igenom samtliga första- och andragsradssläktingar vad gäller diagnoser inom det affektiva spektrat, psykoser, substanssyndrom, beteendestörning och ADHD och kanske inte helt lita till en klinisk diagnos utan värdera diagnosen utifrån beskriven sjukdomsbild och svar på behandling. Vid bipolär sjukdom i släkten bör respons på litium efterfrågas.
- *Flera informationskällor.* Man bör alltid intervjua både föräldrar och patient. Symtombeskrivning görs bäst av förälder vad gäller att identifiera hypomana episoder och tidssamband medan barnet ofta bättre kan svara på frågor om depression och suicidalitet. Information via telefonsamtal eller skattningsskala från en mentor eller lärare är ofta av stort värde för att belysa beteendestörning, ADHD, inslag av autism men även episodicitet och funktionsnedsättning av affektiv störning. K-SADS-PL är en lämplig halvstrukturerad klinisk intervju för att sammanställa klinisk information.
- Riktad anamnes avseende affektiva symptom, episodernas karaktär, förlopp, livslinje över symptom, funktionsnivå, livshändelser och behandlingsinsatser. Stämningssdagboken kan användas.
- Samsjuklighet och differentialdiagnostik
- Somatisk anamnes och status, provtagning inklusive drogscreening
- Hälso- och livsstilsaspekter inklusive substansbruk
- Screening av kognitiva och exekutiva svårigheter
- Psykosocial anamnes inklusive risk- och skyddsfaktorer och familjens förmåga
- Svar på tidigare given behandling
- Motivation och följsamhet till behandling
- Bedöma risk för våldsamt beteende
- Suicidriskbedömning, [RMR Suicidriskbedömning och säkerhetsplan – handläggning av barn och ungdom](#)

Bipolär sjukdom diagnostiseras genom det kliniska samtalet. Samtalet bör kompletteras med en strukturerad intervju till exempel MINI-KID, K-SADS-PL. För skattning av graden av mani eller depression kan CMRS/YMRS respektive MADRS användas. Skattningsskalan MDQ är inte ett diagnostiskt instrument, utan ett screeninginstrument, varför det är behäftat med en stor andel falskt positiva svar.

Behandling

Behandling vid bipolär sjukdom behöver anpassas till sjukdomens olika faser. Stämningsstabiliserande läkemedel används med målet att förebygga framtida sjukdomsskov. Vid pågående sjukdomsskov behandlas dessa också i regel med stämningsstabiliserande läkemedel, men val av preparat och dosering kan skilja sig beroende på sjukdomsfas. Efter remission från sjukdomsskov bör en läkemedelsgenomgång genomföras för att lägga upp en plan för återfallspreventiv behandling. Detta innefattar utvärdering av effekt, biverkningar och risker på kort och lång sikt, samt patientens inställning till läkemedel.

Utöver läkemedel är psykopedagogiska interventioner en grundbult i behandlingen. Dessa ges till patient och närstående, och syftar till att öka kunskap om individens sjukdom, minska stressorer, säkerställa följsamhet till behandling, och därigenom reducera risken för nya skov.

ECT bör övervägas vid svårbehandlade manier eller depressioner som inte svarat på läkemedelsbehandling, och skall primärt övervägas vid deliriös mani.

Suicidriskbedömning sker löpande, då sjukdomen i alla faser medför en ökad suicidrisk.

Psykiatrisk samsjuklighet är vanligt förekommande, och skall behandlas i förekommande fall, då obehandlad samsjuklighet kan öka stress och risk för återinsjuknande. Hänsyn måste då tas till den bipolära sjukdomen, då flera läkemedel (centralstimulantia och antidepressiva) annars kan öka risken för destabilisering av bipolär sjukdom.

Läkemedel

Litium:

Litium har effekt vid såväl akuta sjukdomsskov (mani, depression och blandtillstånd) som för underhållsbehandling.

Antipsykotiska läkemedel:

Aripiprazol och ziprasidon har indikation i Sverige för behandling av bipolära tillstånd hos barn och unga, medans lurasidon har denna indikation i USA men ej EU. Övriga antipsykotiska läkemedel kan användas off-label, och det finns visst forskningsstöd vad gäller quetiapin och risperidon. Ett läkemedel som ofta används vid akut mani är olanzapin då det har en god dämpande effekt. Olanzapin bör dock inte användas som förstahandsmedel då akuta symtom klingat av, på grund av allvarlig risk för kraftig viktökning, metabol påverkan inklusive diabetes mellitus typ II. Vid all långtidsanvändning med antipsykotiska läkemedel ska metabola biverkningar, liksom prolaktinsteging, förebyggas och uppmärksammas.

Antiepileptika:

Valproat - saknar indikation bipolär sjukdom hos barn och unga, men används som andrahandspreparat, då indikation finns för vuxenpopulationen. Skall undvikas till flickor i fertil ålder på grund av hormonella och teratogena biverkningar. Valproat skyddar mot mani men inte depression.

Lamotrigin - saknar indikation bipolär sjukdom hos barn och unga, men kan användas för att behandla och förebygga depression. Det har ingen effekt för att förebygga eller behandla mani.

Godkända e-PED-instruktioner finns (förutom för ziprasidon). Var god se [RMR Läkemedel Bipolär sjukdom](#), för mer specifika behandlingsrekommendationer inklusive provtagning och kontroller.)

Läkemedelsbehandling i sjukdomens olika faser

Förebyggande underhållsbehandling: Förstahandsvalet för underhållsbehandling av barn och unga är litium. Andrahandsval är atypiska antipsykotika eller antiepileptika. Ibland behövs kombinationsbehandling. Förebyggande läkemedelsbehandling rekommenderas under minst 12 - 24 månader efter uppnådd remission. Vid säkerställd bipolär sjukdom rekommenderas i regel livslång behandling.

Akutbehandling mani: Atypiska antipsykotiska läkemedel, gärna med sederande effekt. I det akuta skedet är olanzapin ett ofta använt alternativ, men även risperidon, aripiprazol, ziprasidon och quetiapin är tänkbara alternativ. För att säkerställa sömn och minska agitation krävs i akutskedet i regel sömnmedicin och lugnande läkemedel, ofta i form av bensodiazepiner. Vid säker diagnos bör ställningstagande till insättning av litium ske.

Akutbehandling depression: Lurasidon har indikation bipolär depression (i USA) hos barn och unga. Ett andrahandsalternativ är lamotrigin och litium i kombination. Lamotrigin kan användas mot bipolär depression, men kräver långsam upptrappning vilket i praktiken minskar användbarheten i akutskedet. Antidepressiva kan användas försiktigt i utvalda fall vid bipolär sjukdom typ 2, vid samtidig stämningsstabiliserande behandling.

Behandlingsinsatser heldygnsvård

Vid akut mani ska vård enligt Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (LPT) övervägas, liksom vid depression med vanföreställningar eller hög suicidrisk. Patienter med depression eller mani kan ibland trots dålig sjukdomsinsikt i stunden acceptera sjukhusvård, varför man därför också behöver ta ställning till om patienten till följd av sitt tillstånd är i stånd att fatta ett grundat ställningstagande.

Vid mani begränsas stimuli och aktiviteter. Kommunikation skall vara tydlig, konsekvent och lätt för patienten att förstå. Antal personer som har kontakt med patienten begränsas, både besök och personal. Sömn och matintag säkerställs, vätska monitoreras vid behov. Vid depression beteendeaktivering, säkerställa sömn och matintag.

Behandlingsinsatser öppenvård

- Psykopedagogisk behandling, inklusive hjälp att identifiera tidiga tecken på sjukdomsskov och att hantera egna stress- och sårbarhetsfaktorer erbjuds både patient och närstående.
- Överväg SIP och information till skolan, eventuellt anpassad skolgång.
- Uppföljning av livsstilsfaktorer såsom kost, sömn, fysisk aktivitet och substansbruk.
- Stöd att hantera eventuella kvarstående symtom och funktionsnedsättning.
- Regelbunden uppföljning är viktigt och ökar följsamheten till behandling.
- Kontakt med vuxenpsykiatri etableras i god tid, i vissa fall är det lämpligt med SIP-möte i samband med övergången. [RMR: Övergång från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri eller primärvård](#)
- Ställningstagande till behov av försäkringsmedicinsk bedömning och utfärdande av aktuella intyg eller utlåtanden.

Åtgärds-koder

- Standardiserad intervju för psykiatrisk syndromdiagnostik AU006
- Strukturerad suicidriskbedömning AU118
- Psykopedagogisk behandling DU023
- Enkel läkemedelsgenomgång XV015

Uppföljning av denna riktlinje

Kunskapsstöd för psykisk hälsa ansvarar i samverkan med enheten regional vårdanalys för uppföljning och återkopplar till berörda samordningsråd samt till primärvårdsrådet. Uppföljning sker via de indikatorer som finns beskrivna under riktlinjens rubrik: Indikatorer.

Innehållsansvarig

Regionalt processteam depression under ledning av samordningsråd Barn- och ungdomspsykiatri med ansvar för regional kunskapsstyrning samt Kunskapsstöd för psykisk hälsa kunskapsstod.psykiskhalsa@vgregion.se

För vårdgivare

[RMR Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri avseende barn med psykisk ohälsa och/eller psykiatriska tillstånd](#)

[RMR Övergång från barn-och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri eller primärvård](#)

[RMR Läkemedel Bipolär sjukdom](#)

[RMR Suicidriskbedömning och säkerhetsplan – handläggning av barn och ungdom](#)

Referenser

[Svenska psykiatriska föreningens riktlinjer för utredning och behandling av Bipolär sjukdom \(Barn och vuxna \)](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Ronja Freyholtz, (ronbu1), Vårdenhetschef

Granskad av: Martin Rödholm, (marro29), Verksamhetschef

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-715

Version: 3.0

Giltig från: 2026-08-21

Giltig till: 2028-08-21