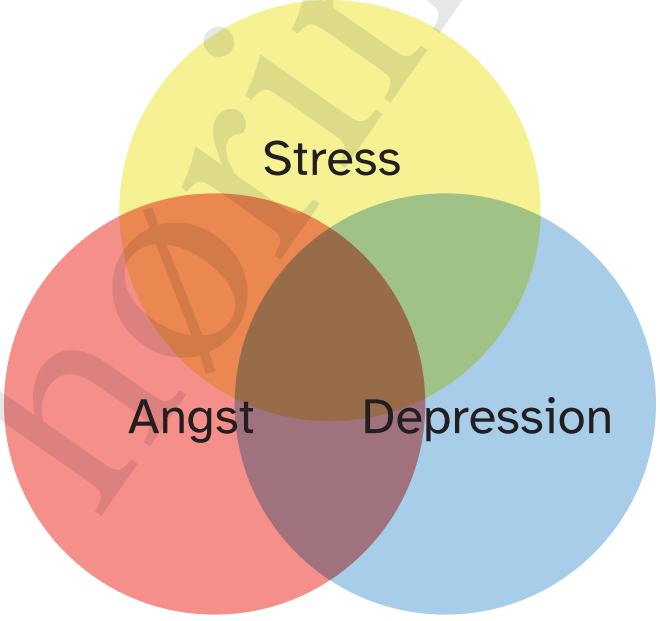
Stress, angst og depression hos voksne

Udredning og behandling



høringsversion

Dansk Selskab for Almen Medicin

Kolofon

Stress, angst og depression hos voksne: Udredning og behandling

Copyright © Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), 2026
1. udgave, 1. oplag 2026

Det er tilladt at citere fra vejledningen med tydelig kildeangivelse:
Stress, angst og depression hos voksne: Udredning og behandling. Klinisk vejledning. 2026. Dansk Selskab for Almen Medicin.

ISBN (elektronisk): 978-87-91244-49-0
ISBN (trykt): 978-87-91244-50-6

Arbejdsgruppens medlemmer

Kaj Sparle Christensen, professor, ph.d., speciallæge i almen medicin, formand for arbejdsgruppen, Aarhus
Simon Graff, HU-læge i almen medicin, ph.d.-studerende, Aarhus
Ellen Jensen, HU-læge i almen medicin, ph.d.-studerende, Aalborg
Betina O. Kornblit, speciallæge i almen medicin, praktiserende læge, Roskilde
Lisbeth Sidenius, speciallæge i almen medicin, praktiserende læge, Horsens
Lone B. Svenningsen, ekstern lektor, speciallæge i almen medicin, overlæge i compassion, Esbjerg
Rasmus Wæhrens, ph.d., speciallæge i almen medicin og psykiatri, praktiserende læge, Frederikssund

Tak til Poul Videbech, Lisa Monica Nielsen og Tove Kristjansen for værdifulde faglige kommentarer.

Redaktion

Karolina Lewandowska, vejledningsredaktør
Rasmus Køster-Rasmussen, vejledningsredaktør

Sekretariatsbistand

Anette Sonne Nielsen, chefkonsulent
Annette Gehrs, webmedarbejder
Mie Christiansen, udviklingskonsulent

Korrektur

Lone Niedziella, sprogkonsulent

Forsidefoto

AI-genereret

Grafisk tilrettelæggelse og illustrationer
Jannerup Grafisk

Trykkeri

Scandinavian Print Group

Finansiering

DSAM's vejledninger finansieres af midler fra "Overenskomst om almen praksis".

SVANEMÆRKET
5041 0826
Miljømærket tryksag
Lever op til skrappe miljø- og klimakrav i hele produktets livscyklus

Indhold

Hurtigt overblik **4**
Forord **7**
Evidensgrundlag **8**
Kliniske arbejdsgange **9**
Udredning og behandling af SAD 9
Første konsultation 10
Opfølgende konsultationer 11
Årsstatus 13
Klinisk præsentation af patienten med SAD **15**
Forekomst og epidemiologi 15
Biologisk forståelse af SAD 16
Hvordan skelner man mellem stress, angst og depression? 16
Udredning og diagnostik **18**
Somatisk udredning 18
Psykiatrisk udredning og differentialdiagnoser 19
Vurdering af selvmordsrisiko 20
Håndtering af patienter med selvmordstanker 20
Diagnostiske kriterier for SAD og klinisk vurdering 21
Anbefalede psykometriske test **26**
Visitation og behandlingsniveau **35**
Henvisning til kommunale tilbud og psykolog 36
Internetbaseret behandling 36
Henvisning til psykiatrien 37
Sygemelding: indikation, varighed og opfølgning 39
Samarbejde med kommune og arbejdsplads 40
Behandling **42**
Samtaleterapeutisk behandling i almen praksis 42
Farmakologisk behandling 43
Særlige patientgrupper 48
Prognose **50**
Referencer **51**
Bilag: Diagnostiske kriterier i ICD-10 ..... **54**

Høring version

Hurtigt overblik

Indikation

- Mistanke om stress, angst eller depression
- Nedsat funktionsevne i forbindelse med studium, arbejde, dagligdag eller relationer

Vurder

- Funktionsevne: ingen, let, moderat eller svær funktionsnedsættelse
- Selvmordsrisiko: spørg direkte
- Belastninger, søvn og ressourcer
- Om symptomerne kan skyldes somatisk sygdom

Udredning

- Anvend SAD-15
- Overvej supplerende test: PSS, ASS, MDI eller GDS
- Overvej somatisk udredning: psykiatripakke

Behandling

- Psykoedukation, stressreduktion, livsstil
- Sværhedsgrad af SAD
  - o **Let:** opfølgning
  - o **Moderat:** samtaleterapi uden eller med medicin
  - o **Svær:** medicin og tæt opfølgning
- Ved diagnostisk usikkerhed: afvent medicin og planlæg tæt opfølgning

Opfølgning

- Følg op med 1-2 ugers interval
- Monitorér symptomer med SAD-15
- Revurder diagnose ved manglende bedring
- Justér behandling ved utilstrækkelig effekt

Henvisning

- Manglende effekt efter 8–12 uger
- Mistanke om bipolar lidelse eller psykose
- Selvmordsrisiko

Mål

- Størst mulig symptombedring og genoprettet funktionsevne inden for 1–3 måneder.

høringsversion



Forord

Stress, angst og depression (SAD) er blandt de hyppigste psykiske problemstillinger i almen praksis og er karakteriseret ved betydeligt symptomoverlap.

Vejledningens udgangspunkt er, at SAD-tilstande bør vurderes og håndteres samlet. En snæver opdeling i enkeltdiagnoser kan medføre overset komorbiditet og utilstrækkelig behandling.

SAD opstår ofte i samspil med længerevarende belastninger, som både kan udløse og vedligeholde symptomer. Udredning og behandling bør derfor omfatte symptomer, funktionsevne og belastningsforhold.

Til understøttelse af en systematisk og ensartet klinisk vurdering introduceres screeningsredskabet SAD-15, som arbejdsgruppen anbefaler ved klinisk mistanke om psykisk mistrivsel i almen praksis.

Vejledningen er baseret på *stepped care*-princippet med henblik på rettidig indsats og størst mulig symptombedring samt genoprettet funktionsevne inden for 1–3 måneder.

Anbefalingerne er målrettet læger i almen praksis med fokus på klinisk anvendelighed. Den konkrete håndtering skal tilpasses den enkelte patient på baggrund af en individuel klinisk vurdering.

Vejledningen har til formål at understøtte en systematisk, patientcentreret og praksisnær håndtering af patienter med SAD i almen praksis. ■

Arbejdsgruppen, august 2026

høringsversion

Evidensgrundlag

Denne vejledning bygger på arbejdsgruppens gennemgang af relevant originallitteratur samt nationale og internationale kliniske vejledninger. Litteraturen og anbefalingerne er vurderet i forhold til patienter og muligheder i dansk almen praksis. Der er ikke foretaget en fuldstændig systematisk litteraturgennemgang. Hvor evidensgrundlaget er begrænset, bygger anbefalingerne også på arbejdsgruppens kliniske erfaring og faglige konsensus.

høringsversion

Kliniske arbejdsgange

Udredning og behandling af SAD

Håndtering af stress, angst og depression (SAD) i almen praksis bør følge en systematisk og trinvis tilgang med fokus på funktionsevne, patientsikkerhed og rettidig behandling.

Behandlingen tilpasses løbende ud fra den kliniske vurdering og patientens respons. Ved manglende bedring inden for 8–12 uger bør diagnosen revurderes, og behandlingen justeres, intensiveres eller suppleres med henvisning til en psykiater.

Målet er remission og genoprettet funktionsevne inden for 1–3 måneder.

Udredning og behandling af SAD

Mistanke om SAD
Symptomer og nedsat funktionsevne

Udeluk somatisk sygdom, og vurder selvmordsrisiko
Anamnese, objektiv undersøgelse, relevante laboratorieprøver

Vurder symptomer
SAD-15 (eventuelt supplerende test)

Klassificér sværhedsgrad
- Let: daglige aktiviteter kan opretholdes
- Moderat: nedsat funktion med mærkbare vanskeligheder i dagligdagen
- Svær: ude af stand til at klare daglige aktiviteter og behov for hjælp

Iværksæt handling (stepped care)
1. Psykoedukation
2. Stresshåndtering og problemløsning
3. Samtaleterapi
4. Farmakologisk behandling (ved behov)
5. Henvisning: kommune, psykolog, psykiatri

Følg op, og revurder
- 1-2 uger: trivsel, bivirkninger, initial effekt
- 4-8 uger: behandlingsrespons
- 8-12 uger: remission?

Ingen bedring: Revurder diagnose, og intensiver behandling eller henvis
Bedring: Fortsæt behandling, og planlæg vedligeholdelse

høringsversion

Første konsultation

Formål
At skabe overblik, fælles forståelse og en patientsikker plan.

Anamnese og klinisk vurdering
- Afdæk symptomer, varighed og udvikling.
- Vurdér funktionsevne i studie, arbejde, dagligdag og relationer.
- Afdæk belastninger, søvn og ressourcer.
- Vurdér selvmordsrisiko: spørg direkte til selvmordstanker og planer.
- Overvej om symptomerne kan skyldes somatisk sygdom, medicin eller rusmidler, og iværksæt relevante undersøgelser.
- Prioritér i første omgang funktionsevne, belastninger og sikkerhed frem for en detaljeret diagnostisk afklaring.

Udredning
- Anvend SAD-15 som baselinemåling.
- Supplér ved behov med PSS, ASS, MDI eller GDS (se afsnittet ”Anbefalede psykometriske test”).

Samlet vurdering
- Vurder tilstandens sværhedsgrad ud fra symptomer, funktionsevne og risikofaktorer.
- Vurder behovet for hel eller delvis sygemelding.

Plan og initial behandling
- Tilbyd psykoedukation og drøft relevante strategier til stresshåndtering.
- Iværksæt relevante livsstilstiltag, f.eks. motion, søvn og pauser.
- Overvej henvisning til kommunale tilbud eller psykolog.
- Tilrettelæg behandlingen efter stepped care-princippet og tilstandens sværhedsgrad:
  - **Let:** livsstilstiltag og planlagt opfølgning
  - **Moderat:** samtalebehandling uden eller med medicin.
  - **Svær:** medicinsk behandling og tæt opfølgning. Foretag akut vurdering eller henvisning ved selvmordsrisiko.
- Ved diagnostisk usikkerhed kan medicinsk behandling som udgangspunkt afventes i 1-2 uger med tæt opfølgning.

Eksempel på journalnotat (første konsultation)

P03 Nedtrykthed
Aktuelt: Nedtrykthed, træthed og nedsat overskud gennem en måned. Belastet af ægtefællens sygdom. Nedsat funktion på arbejde og i hjemmet. Ingen selvmordstanker eller -planer. Tidligere psykisk rask. Mor med bipolar lidelse. Ingen tidligere maniske eller hypomane episoder.
Objektivt: Virker trist og anspændt. God kontakt. Ingen psykotiske symptomer.
Skemaer: SAD-15: 40 (10/10/20). MDI: 31.
Vurdering: Symptomer og funktionspåvirkning forenelige med moderat depression. Ingen aktuel selvmordsrisiko. Bipolar lidelse vurderes ikke sandsynlig aktuelt.
Plan: Relevante blodprøver. Psykoedukation og drøftelse af behandlingsmuligheder. Opfølgning om en uge, tidligere ved forværring.

Opfølgende konsultationer

Formål
At følge udviklingen i symptomer og funktionsevne, vurdere behandlingseffekten og justere planen med henblik på remission og genoprettet funktion.

Tidlig opfølgning efter 1–2 uger
- Vurdér symptomer, funktionsevne og respons på behandlingen.
- Spørg til søvn, belastninger, ressourcer og barrierer for bedring.
- Gentag eventuelt SAD-15.
- Ved medicinsk behandling vurderes bivirkninger, dosis og behandlingsadhærens.
- Se efter tidlige tegn på bedring, f.eks. bedre søvn, mindre uro eller øget handlekraft.
- Revurdér selvmordsrisiko ved forværring, håbløshed eller andre risikotegn.

Monitorering hver 2.–4. uge
- Gentag SAD-15 og sammenhold resultaterne med tidligere målinger.
- Følg symptomer, hverdagsfunktion, arbejdsfunktion og eventuel sygemelding.
- Som tommelfingerregel forventes mindst 25 % symptomreduktion efter 2-4 uger og mindst 50 % efter 4-8 uger.

Ved utilstrækkelig effekt
- Revurder diagnose, belastningsfaktorer og eventuel komorbiditet.
- Vurdér behandlingsadhærens, og om behandlingen er tilstrækkelig gennemført.
- Justér behandlingen, f.eks. dosisøgning/præparatskift eller intensivering af samtalebehandlingen.
- Overvej henvisning til psykolog, kommunale tilbud eller tværsektorielt samarbejde.

---

høringsversion

Sygemelding og arbejdsfunktion
- Følg funktionsevne og arbejdsbelastning og vurder løbende muligheden for hel eller delvis tilbagevenden til arbejde.
- Tilpas sygemeldingen med f.eks. deltid eller gradvis optrapning og anvend den aktivt i behandlingsplanen.
- Samarbejd ved behov med arbejdsplads og kommune, f.eks. via mulighedserklæring eller LÆ165.

Revurdering efter 8–12 uger
Ved manglende bedring revurderes diagnose, behandling, komorbiditet og aktuelle belastninger, og behandlingen intensiveres eller suppleres med relevant henvisning til psykolog/psykiater.

Mål
Målet er remission, forstået som klinisk bedring, og forbedring af funktionsevnen. Opfølgningen fortsættes, indtil en stabil bedring er opnået.

Eksempel på journalnotat (opfølgning på depression)

P76 Depression
Aktuelt: Let bedring siden sidst. Sover bedre og oplever mindre indre uro, men fortsat nedsat energi og koncentration. Fortsat delvist sygemeldt. Ingen selvmordstanker.
Skemaer: SAD-15 faldet fra 40 til 31. Fortsat moderat funktionspåvirkning.
Behandling: Sertralin 50 mg dagligt gennem to uger. Let kvalme de første dage, nu aftaget. Tager medicinen som aftalt. Har påbegyndt daglige gåture og haft første samtale hos psykolog.
Vurdering: Tidlige tegn på behandlingseffekt. Ingen alvorlige bivirkninger eller aktuel selvmordsrisiko.
Plan: Fortsæt uændret behandling. Fasthold delvis sygemelding og gradvis øgning af aktivitet. Ny opfølgning om to uger, tidligere ved forværring.

Årsstatus

Formål
Årlig status bør tilbydes ved medicinsk behandling af stress-, angst- eller depressionstilstande gennem mere end 3 måneder. Formålet er at vurdere indikation, effekt, bivirkninger og behov for forsat medicinsk behandling.

Årlig vurdering
- Vurdér aktuel mental tilstand, evt. ved hjælp af SAD-15.
- Vurdér funktionsevne, behandlingseffekt og fortsat behandlingsbehov.
- Vurder bivirkninger og behandlingsadhærens.
- Overvej dosisjustering, fortsat behandling eller seponering.
- Revurdér selvmordsrisiko og eventuel psykiatrisk komorbiditet ved fortsatte symptomer.

Somatisk monitorering
Tilpas monitorering til præparat, alder og komorbiditet. Ved relevante lægemidler eller risikofaktorer kan følgende overvejes:
- EKG
- Blodtryk og puls
- Vægt
- HbA1c, lipidprofil og væsketal.

Ved fortsat medicinsk behandling
- Aftal plan for videre kontrol, typisk med 3–12 måneders interval.
- Følg fortsat behandlingseffekt, bivirkninger og behandlingsbehov.
- Dokumentér begrundelsen for længerevarende behandling.

Ved ønske om seponering
- Vurdér risikoen for tilbagefald.
- Informér om fordele og ulemper ved fortsat behandling og seponering.
- Respektér patientens præferencer og læg en fælles plan.
- Undgå, at manglende støtte fører til pludseligt eller uhensigtsmæssigt ophør.

Udtrapning af SSRI/SNRI
- Informer om mulige seponeringssymptomer og risikoen for tilbagefald.
- Planlæg en gradvis og individuelt tilpasset udtrapning.
- Reducér dosis trinvist, f.eks. med 25-50 % hver 2.–4. uge.
- Anvend mindre dosisreduktioner ved lave doser og efter længerevarende behandling.
- Sænk tempoet i udtrapningen ved seponeringssymptomer.
- Ved svære seponeringssymptomer: Gå tilbage til senest tolererede dosis og genoptag derefter en langsommere udtrapning.
- Planlæg opfølgning under og efter seponeringen efter behov.

høringsversion

Eksempel på journalnotat
(årsstatus ved antidepressiv behandling)

P76 Depression
Aktuelt: Psykisk velbefindende gennem det seneste år. Ingen væsentlige symptomer på angst eller depression. Fungerer som tidligere i arbejde, hjem og relationer. Har haft god effekt af psykologbehandling.
Objektivt: God kontakt. Virker hverken angstpræget eller nedtrykt.
Skema: SAD-15: 9 (5/2/2).
Vurdering: Stabil remission. Patienten ønsker at ophøre med sertralin. Tilbagefaldsrisiko og tidligere sygdomsforløb gennemgået.
Plan: Individuelt tilpasset udtrapning af sertralin. Informeret om mulige seponeringssymptomer og tegn på tilbagefald. Opfølgning efter behov og ved symptomforværring.

Klinisk præsentation af patienten med SAD

Forekomst og epidemiologi

Almen praksis håndterer og behandler 90 % af de personer, som er i kontakt med sundhedsvæsnet for psykiske problemer og psykiatriske tilstande[4]. Almen praksis har derfor en central rolle i diagnostisk udredning, initial behandling og visitation til relevante behandlingstilbud.

Patienter henvender sig ofte med både psykiske og somatiske symptomer, funktionsbegrænsning og bekymring for sygdom. Vurdering af funktionsevne er central og bør altid omfatte patientens evne til at varetage uddannelse, arbejde, dagligdag og sociale relationer. Graden af funktionsnedsættelse er afgørende for vurdering af sværhedsgrad og behandlingsbehov.

Det kan være vanskeligt at skelne mellem mentale og somatiske lidelser. Psykiske tilstande præsenterer sig ofte med somatiske symptomer som træthed, appetitændringer, søvnforstyrrelser, smerter, hjertebanken, åndenød, svimmelhed og tremor. Søvnforstyrrelser er et hyppigt og ofte tidligt symptom og bør altid afdækkes systematisk gennem spørgsmål om indsovning, opvågninger og døgnrytme.

En opgørelse fra almen praksis viste, at cirka 10 % af alle konsultationer blev kodet med en psykiatrisk diagnose (ICPC). Af disse udgjorde stress, angst og depression tilsammen omkring 80 % af diagnoserne[5].

Stigende forekomst
Registerdata fra Danmark viser en stigende forekomst af SAD-relaterede tilstande i perioden fra 2015 til 2021. Prævalensen af depression steg fra 12,6 % til 13,5 %, mens angsttilstande steg fra 4,4 % til 5,6 %. Stressrelaterede lidelser steg fra 3,5 % til 4,4 %. Søvnforstyrrelser, som ofte optræder sammen med stress, angst og depression, blev registreret hos 13,5 % af befolkningen i 2021[6].

Epidemiologiske studier viser, at visse befolkningsgrupper har en øget forekomst af depression[7]. På denne baggrund vurderer arbejdsgruppen, at man bør være særlig opmærksom på risikoen for SAD hos personer med følgende karakteristika:

- Svær eller langvarig belastning
- Tidligere episoder med SAD
- Familieanamnese med SAD
- Kronisk somatisk sygdom
- Behandling med visse lægemidler*

høringsversion

- Gravide og kvinder i postpartum-perioden
- Etniske minoriteter
- Anden psykiatrisk sygdom.

*) Eksempler på lægemidler: p-piller og hormonspiral, kortikosteroider, betablokkere, antiepileptika, Parkinsons-midler, ADHD-medicin og isotretinoin.

Biologisk forståelse af SAD

Ved belastning aktiveres kroppens stresssystem via hjernen med frigivelse af stresshormoner (adrenalin og kortisol), hvilket medfører øget puls, hurtigere vejrtrækning og muskelspænding.

Stress, angst og depression forstås bedst i et biopsykosocialt perspektiv, hvor biologiske sårbarheder, psykologiske processer og sociale belastninger indgår i et dynamisk samspil.

Stressresponsen er hensigtsmæssig på kort sigt, men ved længerevarende eller gentagne belastninger kan systemet komme i ubalance med vedvarende uro, træthed og nedsat følelsesregulering. Samtidig kan der opstå øget følsomhed i stresssystemet, så selv mindre belastninger kan udløse symptomer eller tilbagefald.

Langvarig stress kan påvirke hjernens funktion, særligt områder med betydning for koncentration, hukommelse og følelsesregulering, og kan også øge sårbarheden for angst og depression[8].

Ved angst kan kropslige symptomer (f.eks. hjertebanken eller åndenød) fejltolkes som tegn på fare, hvilket kan forstærke og vedligeholde symptomerne.

Hvordan skelner man mellem stress, angst og depression?

Stress, angst og depression har et betydeligt overlap af symptomer og forekommer ofte samtidigt. Tilstandene bør derfor vurderes samlet. Det er dog også nødvendigt at foretage en klinisk vurdering af de enkelte elementer for at identificere de mest dominerende symptomer og målrette behandling og opfølgning.

Ved den indledende vurdering skal alvorlig somatisk sygdom udelukkes og selvmordsrisiko vurderes. Spørg ind til symptomernes debut, varighed, belastningsfaktorer og påvirkning af funktionsevnen i arbejdsliv, uddannelse, familieliv og sociale relationer. Den psykiske objektive undersøgelse kan omfatte stemningsleje, psykomotorisk tempo, mimik, øjenkontakt og affektiv kontakt. Vurderingen bør altid inkludere graden af funktionsnedsættelse, da den er afgørende for valg af behandlingsniveau.

Differentiering mellem stress, angst og depressive symptomer baseres primært på det dominerende tankeindhold, det følelsesmæssige præg, stemningslejet, patientens adfærd og symptomernes forløb:

- **Stress:** Oplevelse af ydre eller indre pres og opgavefokuserede tanker. Tilstanden er typisk reaktiv og varierer med belastningsniveauet. Hyppige ledsagesymptomer er irritabilitet, anspændthed og søvnforstyrrelser.
- **Angst**: Udløses af bekymringer, frygt eller katastrofetanker ledsaget af indre uro og undgåelsesadfærd. Symptomerne kan være situationsbundne, episodiske eller generaliserede.
- **Depression:** Vedvarende nedtrykthed og/eller tydeligt nedsat interesse eller glæde (anhedoni). Tankerne er ofte præget af håbløshed og manglende fremtidstro. Tilstanden ledsages hyppigt af energitab, nedsat initiativ og social tilbagetrækning og har typisk et mere konstant og langvarigt forløb.

Et skematisk overblik over centrale forskelle fremgår af tabel 1.

Tabel 1 | Karakteristika ved stress, angst og depression

Aspekt	Stress	Angst	Depression
Tanker	Opgaver	Bekymringer	Grublerier
Følelser	Irritabilitet	Nervøsitet	Nedtrykthed
Adfærd	Rastløshed	Undgåelse	Isolation
Forløb	Reaktivt	Varierende	Konstant

Kilde: Tabellen er tilpasset fra "Almen medicin i praksis" (kapitel 10), 2021, Munksgaard, København[9].

Stress er ikke en diagnose i sig selv, men en risikofaktor for udvikling af somatiske og psykiske lidelser. Nervøsitet og nedtrykthed er almindelige fænomener og bliver først til sygdom, når symptomerne medfører betydelig funktionsnedsættelse eller nedsat livskvalitet[10].

Skelnen mellem stress, angst og depression bør bruges som et praktisk redskab til at identificere de mest dominerende symptomer og målrette behandlingen – ikke som en rigid kategorisering. ■

høringsversion

Udredning og diagnostik

Somatisk udredning

Den basale udredning i almen praksis baseres på anamnese, objektiv undersøgelse, psykometriske test og blodprøver samt evt. parakliniske undersøgelser som EKG og LFU.

I anamnesen lægges vægt på patientens egen og eventuelt pårørendes vurdering af symptomerne samt relevante dispositioner og ekspositioner.

Søvnforstyrrelser er ofte et tidligt og centralt symptom ved både stress, angst og depression og bør altid afdækkes systematisk, herunder indsovning, opvågning og døgnrytme. Disse mønstre anvendes aktivt i vurdering, behandling og opfølgning.

Den objektive undersøgelse for psykisk sygdom bør omfatte observation af almentilstand, kontakt, stemningsleje, psykomotorik og adfærd.

Når relevant somatisk sygdom er udelukket eller behandlet, kan udredningen af psykiatriske problemstillinger gennemføres systematisk og struktureret.

I praksis vil en relativt enkel udredning ofte være tilstrækkelig til at screene for relevant somatisk komorbiditet. Ved behov for yderligere udredning for somatisk sygdom følges de gældende kliniske retningslinjer. En standard basisudredning ("psykiatripakke") er som regel tilstrækkelig (se tabel 2), mens en udvidet pakke kan vælges på klinisk indikation. EKG er relevant hos patienter med mulig hjertesygdom, og hvis lægen overvejer behandling med præparater, der kan medføre QT-forlængelse. Vægt er relevant at inddrage ved utilsigtet vægttab og behandling med præparater, der kan medføre vægtøgning.

Tabel 2 | Psykiatripakke: basisundersøgelse og supplerende somatisk udredning

Basisundersøgelser
• Hæmoglobin
• TSH
• Blodtryk og puls
Undersøgelser på klinisk indikation
• Leukocytter og CRP
• Natrium, kalium og kreatinin/eGFR
• HbA1c
• ALAT og basisk fosfatase
• B12-vitamin og folat
• Calcium total, albumin
• D-vitamin
• EKG
• Vægt/BMI
• Urinstiks
• Lungefunktion

Psykiatrisk udredning og differentialdiagnoser

Ved mistanke om SAD bør man altid overveje og udelukke andre psykiatriske tilstande, som enten kan forklare symptombilledet bedre eller komplicere forløbet.

Generelt bør følgende psykiatriske tilstande overvejes/vurderes:

- Delirium og demens
- Misbrug og afhængighed
- Skizofreni og anden psykose
- Depression og bipolar lidelse
- Angst og stressrelateret lidelse
- Spiseforstyrrelse
- Personlighedsforstyrrelse
- Mental retardering
- Autismespektrumforstyrrelse
- ADHD/ADD.

Vurderingen bør baseres på anamnese (gerne med inddragelse af pårørende) og objektiv psykiatrisk undersøgelse.

høringsversion

Vurdering af selvmordsrisiko

Indledende vurdering: Selvmordsrisiko skal vurderes løbende ved psykisk lidelse[11]. Spørg altid direkte og ikke-dømmende[12] (se tabel 3).

Tabel 3 | Spørgsmål til vurdering af selvmordsrisiko

- *"Har du haft tanker om, at livet ikke er værd at leve?"*
- *"Har du haft tanker om at skade dig selv eller tage dit eget liv?"*

Ved bekræftende svar:

- *"Har du gjort dig tanker om, hvordan du ville gøre det?"*
- *"Har du planer om at handle på det?"*
- *"Har du tidligere forsøgt?"*
- *"Hvad holder dig tilbage?"*

Risikofaktorer: Inddrag eventuelle bekymringer fra patientens netværk i din vurdering. Vær særlig opmærksom på specifikke risikofaktorer for selvmord (se tabel 4).

Tabel 4 | Risikofaktorer for selvmord

- Tidligere selvmordsforsøg
- Psykiatrisk komorbiditet og misbrug
- Psykotiske symptomer
- Udtalt håbløshed eller nylige belastninger

Psykometriske risikoskalaer for selvmord anbefales ikke til rutinemæssig brug i almen praksis[13].

Håndtering af patienter med selvmordstanker

Akut risiko: Når en patient vurderes som akut selvmordstruet, skal du som læge iværksætte en øjeblikkelig psykiatrisk indlæggelse. Hvis patienten afviser dette, men opfylder de relevante kriterier, iværksættes tvangsindlæggelse efter gældende lovgivning[14].

Øget risiko: Patienter med selvmordstanker, som ikke vurderes akut selvmordstruede, bør følges tæt og eventuelt henvises til en klinik for selvmordsforebyggelse (hvor dette findes regionalt).

Lav risiko: Fortsæt eller iværksæt relevant behandling og opfølgning.

Information til patienten: Ved forværring uden for egen læges åbningstid opfordres patienten til at kontakte lægevagten, psykiatrisk akutmodtagelse eller Livslinien (tlf. 70 201 201), eller ringe 1-1-2, hvis situationen er livstruende

Ved udeblivelse fra en aftalt opfølgning skal lægen foretage en konkret vurdering af behovet for at kontakte patienten og eventuelt følge op på udeblivelsen. Vurderingen journalføres.

Diagnostiske kriterier for SAD og klinisk vurdering

Diagnostik baseres ikke kun på patientens symptomer og lægens observationer, men inddrager også eventuelt klinisk relevant funktionsnedsættelse. Symptomer uden påvirkning af funktionsevne og livskvalitet bør som udgangspunkt ikke klassificeres som sygdom.

Stress (ICPC-kode: P02, P29)
Stress er ikke en selvstændig diagnose, men en væsentlig risikofaktor for at udvikle både fysiske og psykiske lidelser. I ICD-10 dækker stress over tilstande som tilpasningsreaktioner, belastningsreaktioner og posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) (se tabel 5).

De enkelte stressrelaterede tilstande afgrænses i ICD-10 ved specifikke diagnostiske kriterier (se bilag 1, side 46-48). For PTSD findes desuden et FAQta-ark fra DSAM.

Tabel 5 | Karakteristika for udvalgte stressrelaterede tilstande

Tilstand	Varighed	Udløsende stressor	Kernekarakteristika
Tilpasnings-reaktion	Uger til måneder	Identificerbar psykosocial belastning, f.eks. sygdom, skilsmisse eller arbejds-pres	Udtalt optagethed af belastningen og vanskeligheder ved at tilpasse sig, som medfører betydelig psykisk belastning eller funktionspåvirkning.
Akut belastnings-reaktion	Timer til dage (under en måned)	Ekstremt truende eller voldsom hændelse, f.eks. ulykke, vold eller katastrofe	Umiddelbar, forbigående reaktion med angst, desorganisering, autonom aktivering og evt. dissociation. Aftager spontant, når belastningen ophører.
Posttrauma-tisk belast-ningsreak-tion (PTSD)	Måneder til år	Traumatisk begivenhed, f.eks. livstruende hændelse, vold eller seksuelle overgreb	Genoplevelse i nutids-præget form, undgåelse af påmindelser og vedvarende oplevelse af forhøjet trussel. Symptomerne medfører funktionspåvirkning og varer ved efter hændelsen.

De fleste mennesker har oplevet kortere eller længere perioder med belastningsudløst stress. Typiske symptomer inkluderer vedvarende tanker om uløste opgaver (”tankemylder”), irritabilitet, rastløshed og ofte forstyrret nattesøvn. Mange oplever, at symptomerne forværres sidst på weekenden (”søndagsforværring”) og forbedres på fridage og i ferier.

Kortvarig stress kendes f.eks. fra perioder med eksamen eller øget arbejdsbelastning og er forbundet med øget frigivelse af adrenalin og noradrenalin fra binyremarven. Dette medfører fysiske symptomer som indre uro, hjertebanken og svedudbrud. De fleste mennesker håndterer kortvarig stress uden større negative konsekvenser.

Langvarig stress forekommer ved langvarige belastninger og eksistentielle kriser. Epidemiologiske og biologiske studier viser, at kronisk stress er forbundet med øget risiko for både psykiske lidelser og en række somatiske sygdomme via neuroendokrine, autonome og inflammatoriske mekanismer.

Sundhedsbrøken kan være et nyttigt værktøj til at vurdere patientens stressniveau (se tabel 6). Den illustrerer balancen mellem belastninger og ressourcer. Stress opstår typisk, når belastningerne overstiger individets ressourcer.

Tabel 6 | Sundhedsbrøken

$$\frac{\textit{Belastninger}}{\textit{Ressourcer}}$$

Kilde: Tabellen er tilpasset fra ”Almen medicin i praksis” (kapitel 10), 2021, Munksgaard, København.

Belastninger kan skyldes både eksterne faktorer (f.eks. arbejdspres, relationelle konflikter eller økonomiske problemer) og interne faktorer (f.eks. perfektionisme, høje selvkrav eller manglende opmærksomhed på egne behov). Ressourcer omfatter både personlige forhold (f.eks. mestringsstrategier), sociale forhold (f.eks. netværk) og fysiske forhold (f.eks. søvn og restitution). En systematisk kortlægning af både belastninger og ressourcer kan danne grundlag for en målrettet behandlingsplan med fokus på både reduktion af belastninger og styrkelse af ressourcer.

Angsttilstande (ICPC-kode: P74, P79, P82)
Angst er en normal følelse, som alle oplever i situationer, hvor man oplever sig truet. Reaktionen skærper opmærksomheden og øger vores handleparathed, så den er en vigtig beskyttelsesmekanisme i situationer, hvor der foreligger reel fare. Vi gøres parate til at flygte, kæmpe eller forholde os helt i ro (”spille død”).

Angsttilstande er karakteriseret ved bekymringer (tanker), nervøsitet (følelser), indre uro (fysiske symptomer) og ofte sekundær undgåelsesadfærd.

Undgåelsesadfærd reducerer angsten på kort sigt, men vedligeholder og forstærker symptomerne på længere sigt, og denne adfærd bør derfor adresseres aktivt i behandlingen.

De fysiske symptomer omfatter især muskelspændinger og autonome symptomer som hjertebanken, svedudbrud, rysten og svimmelhed.

De specifikke angsttilstande omfatter social angst, generaliseret angst (GAD), panikangst, helbredsangst og tvangstanker eller -handlinger (OCD) samt specifikke fobier (f.eks. edderkopper, åbne pladser og højder). De vigtigste forskelle mellem disse tilstande fremgår af tabel 7.

Tabel 7 | Karakteristik af specifikke angsttilstande

Type	Beskrivelse
Social angst	Angst i sociale situationer (social fobi). Personen har ofte tanker om, at andre vil vurdere én kritisk eller negativt. Selvkritiske tanker er almindelige. Der kan være en udtalt frygt for at fremstå pinlig eller latterlig. Dette fører ofte til undgåelse af sociale situationer.
Generaliseret angst	Angstlidelse, som er præget af vedvarende og ukontrollable bekymringstanker om hverdagsrelaterede emner, f.eks. arbejde, helbred eller relationer. Tilstanden fører ofte til kronisk anspændthed i kroppen, indre uro samt smerter og ømhed i musklerne.
Panikangst	Angstanfald, der opstår pludseligt og uden tydelig årsag. Personen bliver ofte meget opmærksom på kropslige symptomer som hjertebanken, svimmelhed, åndenød og rysten. Der kan deraf opstå tanker om at have en akut og livstruende sygdom, f.eks. hjertesygdom eller lungesygdom. I andre udtalte tilfælde kan personen få svært ved at forlade hjemmet, hvilket kan udvikle sig til agorafobi.
Helbredsangst	Vedvarende optagethed (ruminationer) om at have eller udvikle alvorlig somatisk sygdom baseret på fejltolkning af kropslige symptomer eller fornemmelser. Bekymringen er vedvarende på trods af lægelig beroligelse og ledsages ofte af gentagne tjek, sundhedssøgning eller undgåelse af sundhedsinformation.
OCD	Tilstand kendetegnes ved tilbagevendende og påtrængende tvangstanker (obsessioner), som medfører angst. For at reducere angsten udfører personen gentagne handlinger eller mentale ritualer (kompulsioner).

Typiske symptomer ved angsttilstande er bekymringer, nervøsitet, kropslig uro, undgåelsesadfærd og eventuelt panikanfald. Diagnosen "angst" forudsætter, at somatisk sygdom, misbrug, psykoser og depression er udelukket som primær forklaring. De enkelte angsttilstande afgrænses i ICD-10 ved specifikke diagnostiske kriterier (se bilag 1, side 46-48).

Depression (ICPC-kode: P76)
Unipolær depression er en tilstand, som er karakteriseret ved en vedvarende sænkning af stemningslejet. Diagnosen forudsætter, at symptomerne ikke kan forklares ved en anden sygdom, og at de har været til stede i mindst to uger.

De tre kernesymptomer ved depression er nedtrykthed, nedsat lyst eller interesse og nedsat energi eller øget trætbarhed. Ved tilstedeværelse af mindst to af disse kernesymptomer bør patienten udredes for depression (se tabel 8).

Diagnosen stilles på baggrund af en samlet klinisk vurdering, ofte over flere konsultationer. Det er almindeligt, at patienten har det lidt bedre allerede efter den første samtale, men der vil ofte være behov for yderligere opfølgning og behandling.

Tabel 8 | Diagnostik af depression (ICD-10)

Kernesymptomer
- Nedtrykthed
- Nedsat lyst eller interesse
- Nedsat energi eller øget trætbarhed

Ledsagesymptomer
- Nedsat selvtillid eller selvfølelse
- Selvbebrejdelser eller skyldfølelse
- Tanker om død eller selvmord
- Tænke- eller koncentrationsbesvær
- Agitation eller hæmning
- Søvnforstyrrelser
- Appetit- eller vægtændring

Graduering af sværhedsgrad
- Let depression: 2 kernesymptomer og mindst 2 ledsagesymptomer
- Moderat depression: 2 kernesymptomer og mindst 4 ledsagesymptomer
- Svær depression: 3 kernesymptomer og mindst 5 ledsagesymptomer.

Blandt patienter med depression i almen praksis har cirka 3–9 % en bipolar lidelse ved vurdering med struktureret diagnostisk interview[15]. Bipolar depression kan derfor fejltolkes som unipolar depression, og man bør være opmærksom på tegn, der øger mistanken om bipolaritet (se tabel 9)[16].

Tabel 9 | Indikationer på bipolar lidelse

Overvej bipolar depression ved
- Tidligere hypomani eller mani
- Bipolar lidelse i familien
- Tidlig debut og mange depressive episoder
- Øget søvnbehov og øget appetit
- Psykotiske symptomer
- Hypomani/mani under behandling med antidepressiv medicin

Spørg aktivt til tidligere perioder med øget aktivitet og nedsat søvnbehov.

høringsversion

Anbefalede psykometriske test

Psykometriske tests kan være et værdifuldt supplement til udredning, diagnostik og monitorering af patienter med SAD[17]. De bør anvendes målrettet ved klinisk mistanke – ikke som screening[18].

Psykometriske testresultater bør aldrig stå alene, men altid fortolkes i sammenhæng med den kliniske vurdering og patientens livssituation. Eksempelvis kan en høj score på en depressionsskala efter et dødsfald afspejle en normal sorgreaktion frem for en depressiv episode.

DSAM anbefaler primært patientrapporterede instrumenter, da de er tidseffektive, lette at anvende og kræver minimal oplæring. Hamilton-skalaer er mindre anvendelige i almen praksis, da de er tidskrævende og forudsætter specialiseret træning. De anbefalede psykometriske test fremgår af figur 3-7.

SAD til måling af stress, angst og depression
SAD-spørgeskemaet (SAD-15) kan anvendes som første trin i udredningen ved mistanke om SAD-tilstande for at identificere og kvalificere overlappende symptomer[19] (se figur 3). SAD-15 kan ofte erstatte den indledende brug af flere separate tests. SAD-15 er udviklet med afsæt i arbejdet med denne vejledning. Skemaet understøtter en struktureret og helhedsorienteret vurdering og kan anvendes til både initial vurdering og monitorering.

PSS til måling af stress
Ved mistanke om stress anbefales det at anvende Perceived Stress Scale (PSS-10)[20-22] (se figur 4). Skalaen kan anvendes til både udredning og monitorering og er designet til at måle, hvor uforudsigeligt, ukontrollerbart og belastende livet opleves.

ASS til måling af angst
Ved mistanke om angsttilstande anbefales det at anvende Angst Symptom Spørgeskemaet (ASS) (se figur 5). Skemaet kan bruges til både udredning og monitorering af angsttilstande[23-25].

MDI til måling af depression
Ved mistanke om depression anbefales udredning og monitorering med Major Depression Inventory (MDI) (se figur 6). Spørgeskemaet hjælper med at vurdere depressionens sværhedsgrad (ingen, let, moderat, svær). Den samlede score kan anvendes til at monitorere, hvordan tilstanden ændrer sig over tid[26-30]. Spørgsmålene i MDI kan rangeres efter sværhedsgrad, fra det letteste (træthed) til det sværeste (tanker om, at livet ikke er værd at leve).

Figur 3 | Spørgeskema om stress, angst og depression (SAD-15)

Formål: Screening for stress, angst og depression
Opbygning: 15 spørgsmål, 5 per domæne
Scoring: 0–20 per domæne, total 0–60
Cut-off: Stress ≥ 7, angst ≥ 5, depression ≥ 5, total ≥ 17
Anvendelse: Initial vurdering og monitorering (total score og score for hvert domæne).

Spørgsmålene omhandler symptomer på stress, angst og depression indenfor de seneste to uger. Læs hvert spørgsmål grundigt og vælg det svar, der bedst beskriver, hvor meget af tiden symptomet har været til stede.

I de seneste to uger har jeg		På intet tidspunkt[0]	Lidt af tiden[1]	En del af tiden[2]	Det meste af tiden[3]	Hele tiden[4]
S1	Haft for mange opgaver eller nødvendige gøremål					
S2	Haft svært ved at sove					
S3	Haft svært ved at slappe af					
S4	Haft svært ved at koncentrere mig om det jeg laver					
S5	Følt mig irriteret over afbrydelser					
A6	Haft mange bekymringer					
A7	Følt mig nervøs, urolig, eller anspændt					
A8	Været nødt til at undgå det der gør mig bange eller angst					
A9	Tænkt tilbage på en meget voldsom oplevelse					
A10	Oplevet episoder med angstanfald					
D11	Mærket træthed eller nedsat energi					
D12	Manglet interesse for mine daglige gøremål					
D13	Følt mig trist til mode, eller ked af det					
D14	Tænkt at min fremtid virker håbløs					
D15	Overvejet om mit liv er værd at leve					

Ved behov for yderligere diagnostisk afklaring kan SAD-15 suppleres med mere specifikke instrumenter (PSS, ASS, MDI eller GDS).

Figur 4 | Perceived Stress Scale (PSS)

Formål: Måler oplevet stress
Scoring: 0–40
Tolkning: Normal: 0–16, forhøjet: 17–40
Anvendelse: Udredning og monitorering (score).

Spørgsmålene i dette skema drejer sig om dine følelser og tanker inden for den sidste måned. Ved hvert punkt skal du angive med et kryds, hvor ofte du har haft den pågældende følelse eller tanke.

		Aldrig	Næsten aldrig	Ind imellem	Ret ofte	Meget ofte
1	Hvor ofte inden for den sidste måned er du blevet oprevet over noget, der skete uventet?	0	1	2	3	4
2	Hvor ofte inden for den sidste måned har du følt, at du var ude af stand til at kontrollere de betydningsfulde ting i dit liv?	0	1	2	3	4
3	Hvor ofte inden for den sidste måned har du følt dig nervøs og "stresset"?	0	1	2	3	4
4	Hvor ofte inden for den sidste måned har du følt dig sikker på dine evner til at klare dine personlige problemer?	4	3	2	1	0
5	Hvor ofte inden for den sidste måned har du følt, at tingene gik som du ønskede det?	4	3	2	1	0
6	Hvor ofte inden for den sidste måned har du oplevet, at du ikke kunne overkomme alt det du skulle?	0	1	2	3	4
7	Hvor ofte inden for den sidste måned har du været i stand til at håndtere ting, som irriterer dig?	4	3	2	1	0
8	Hvor ofte inden for den sidste måned har du følt, at du havde styr på tingene?	4	3	2	1	0
9	Hvor ofte inden for den sidste måned er du blevet vred over ting, du ikke havde indflydelse på?	0	1	2	3	4
10	Hvor ofte inden for den sidste måned har du følt, at vanskelighederne hobede sig så meget op, at du ikke kunne klare dem?	0	1	2	3	4

Konsensusversionen af PSS er lavet ud fra tre forskellige tidligere oversættelser af skalaen, som er blevet anvendt i dansk forskning. Forskerne bag de tidligere oversættelser har i fællesskab lavet denne version til brug i fremtidig dansk forskning.

Bag oversættelsen står:
Anders Jørgensen, M.D., Ph.D. Psychiatric Centre Copenhagen / Laboratory of Neuropsychiatry, Dep. O, Rigshospitalet

Bobby (Robert) Zachariae, Professor, dr.med. Enhed for Psykoonkologi og Sundhedspsykologi Onkologisk Afd., Aarhus Universitetshospital og Psykologisk Institut, Aarhus Universitet

Lis Raabæk Olsen, Afdelingslæge, Ph.D. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup

Samt en gruppe forskere fra Arbejdsmedicinsk klinik på Regionshospitalet i Herning.

Spørgsmål til denne version af skalaen kan rettes til psykolog Anita Eskildsen, Arbejdsmedicinsk klinik, Regionshospitalet Herning animorte@rm.dk
Generelle informationer om PSS kan findes på: http://www.psy.cmu.edu/~scohen/

høringsversion

Figur 5 | Angst Symptom Spørgeskemaet (ASS)

Formål: Måling af angst
Scoring: 0–50
Tolkning: Fremgår af skemaet
Anvendelse: Udredning og monitorering (score).

Igennem de sidste 2 uger, hvor stor en del af tiden har du:		Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt over halv-delen af tiden	Lidt under halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tids-punkt
1	Været nervøs, anspændt eller følt indre uro?	5	4	3	2	1	0
2	Været meget bekymret over selv de mindste ting i din dagligdag?	5	4	3	2	1	0
3	Været nødt til at undgå visse ting, steder eller aktiviteter fordi de er angst-provokerende?	5	4	3	2	1	0
4	Haft tilløb til angstanfald (panik)?	5	4	3	2	1	0
5	Haft egentlige angstanfald (panikangst)	5	4	3	2	1	0
6	Haft gentagne ubehagelige tvangstanker, du ikke kan få ud af hovedet?	5	4	3	2	1	0
7	Været nødt til at kontrol-lere alt, hvad du gør eller gentage de samme handlinger igen og igen?	5	4	3	2	1	0
8	Været meget genert, fx når du spiser eller taler, mens andre ser på dig?	5	4	3	2	1	0
9	Haft tilbagevendende tan-ker eller erindringer om en meget voldsom oplevelse?	5	4	3	2	1	0
10	Haft svært ved at udføre dine daglige aktiviteter pga. disse symptomer?	5	4	3	2	1	0

Ved fortolkningen af ASS skal man først undersøge, om item 10 (symptomernes påvirkning på de daglige funktioner) er scoret med tre eller mere. Såfremt dette er tilfældet, undersø-ger man hvilket af de ni angstsymptomer, der har det højeste score og herefter om der er en score på de tre øverste symptomer, som er de egentlige angstsymptomer. Man kan naturlig-vis benytte total score ved måling af effekten af den behandling der tilbydes.

Spgsm 1-2: generel angst/GAD
Spgsm 3: undvigeadfærd/agorafobi
Spgsm 4-5: panikangst
Spgsm 6-7: OCD
Spgsm 8: social fobi
Spgsm 9: PTSD
Spgsm 10: funktionsnedsættelse

Figur 6 | Major Depression Inventory (MDI)

Formål: Vurdering af depression og sværhedsgrad
Scoring: 0–50
Tolkning: Ingen: 0–20, let: 21–25, moderat: 26–30, svær: 31–50
Anvendelse: Diagnose (kriterier) og monitorering (score).

Nedennævnte spørgsmål handler om hvordan du har haft det gennem de sidste 2 uger.

Hvor stor en del af tiden		Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt over halvdelen af tiden	Lidt under halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tids-punkt
1	Har du følt dig trist til mode, ked af det?						
2	Har du manglet interesse for dine daglige gøremål?						
3	Har du følt at du manglede energi og kræfter?						
4	Har du haft mindre selvtillid?						
5	Har du haft dårlig samvittighed eller skyldfølelse?						
6	Har du følt, at livet ikke var værd at leve?						
7	Har du haft besvær med at koncentrere dig, f.eks. at læse avis eller følge med i fjernsyn?						
8a	Har du følt dig rastløs?						
8b	Har du følt dig mere stille?						
9	Har du haft besvær med at sove om natten?						
10a	Har du haft nedsat appetit?						
10b	Har du haft øget appetit?						

Navn: _____ Dato: _____

Depressionsspørgeskemaet MDI: Scoringsinstruktion

Skemaet består af de ti symptomer, som indgår i Verdenssundhedsorganisationen WHO's afgrænsning af depression. WHO benytter de sidste to uger som det tidsrum, hvorunder det skal vurderes, hvorvidt de enkelte symptomer har været tilstede over halvdelen af tiden. Da disse symptomer helt overvejende er subjektive oplevelser, er det naturligt at bede patienten om at udfylde det A-4 ark hvor skemaet er angivet, således at patienten nemt kan sætte et kryds ud for hvert af symptomerne. Jo højere talværdi mellem 0 og 5 der afkrydses, jo mere konstant har det pågældende symptom været tilstede. Husk at få navn og dato påført skemaet.

Patientens udfyldte skema aflæses af den vedhæftede scoringsnøgle. MDI, som står for Major Depression Inventory, har en dobbeltfunktion, idet det både kan scores (A) som et sværhedsgradsinstrument på samme måde som Hamiltons Depressionsskala, og (B) som et diagnoseredskab.

(A) Benyttes MDI som en **rating scale** på samme måde som Hamiltonskalaerne, er det summen af de 10 spørgsmål der angiver graden af depression. For item 8 og 10, hvor der er to svarkategorier (a) og (b), vælger man det der har højeste score. Den teoretiske sumscore går derfor fra 0 (ingen depression) til 50 (maksimal depression).
Let depression: MDI total score fra 20 til 24
Moderat depression: MDI total score fra 25 til 29
Svær depression: MDI total score på 30 eller mere

(B) Benyttes MDI som et **diagnoseinstrument**, benytter man den lodrette linie som er angivet på skemaet vist herunder (den diagnostiske demarkationslinie). For de tre øverste items, som afspejler kernesymptomerne på WHO/ICD-10 depressionsdiagnosen, forlanges der, at de gennem de sidste to uger skal have været til stede det meste af tiden. For ledsagesymptomerne, som findes i de resterende syv MDI-items, forlanges det, at de skal have været til stede gennem de sidste to uger i over halvdelen af tiden.

I**CD-10 algoritmen** bruges herefter således:
Let depression: 2 kernesymptomer og 2 ledsagesymptomer
Moderat depression: 2 kernesymptomer og 4 ledsagesymptomer
Svær depression: 3 kernesymptomer og 5 ledsagesymptomer.

MDI kan også anvendes til DSM-IV major depressionsdiagnosen. Ifølge DSM-IV opereres der kun med ni symptomer, idet item 4 i DSM-IV er inkluderet i item 5. Derfor benytter man det af de to items der har den højeste score.

Algoritmen for DSM-IV er at:
5 af de 9 symptomer skal være tilstede
Heraf et af de to første items, som ifølge DSM-IV er kernesymptomer.

Depressionsskemaet MDI: Scoringsnøgle

Øverst er den diagnostiske demarkationslinie angivet, og nederst anføres total score for de 10 items.

Den diagnostiske demarkationsline

		Hvor stor en del af tiden	**Hele tiden**	**Det meste af tiden**	**Lidt over halvdelen af tiden**	**Lidt under halvdelen af tiden**	**Lidt af tiden**	**På intet tidspunkt**
Kernesymptomer	1	Har du følt dig trist til mode, ked af det?	5	4	3	2	1	0
	2	Har du manglet interesse for dine daglige gøremål?	5	4	3	2	1	0
	3	Har du følt at du manglede energi og kræfter?	5	4	3	2	1	0
Ledsagesymptomer	4	Har du haft mindre selvtillid?	5	4	3	2	1	0
	5	Har du haft dårlig samvittighed eller skyldfølelse?	5	4	3	2	1	0
	6	Har du følt, at livet ikke var værd at leve?	5	4	3	2	1	0
	7	Har du haft besvær med at koncentrere dig, f.eks. at læse avis eller følge med i fjernsyn?	5	4	3	2	1	0
Højeste score	8a	Har du følt dig rastløs?	5	4	3	2	1	0
	8b	Har du følt dig mere stille?	5	4	3	2	1	0
	9	Har du haft besvær med at sove om natten?	5	4	3	2	1	0
Højeste score	10a	Har du haft nedsat appetit?	5	4	3	2	1	0
	10b	Har du haft øget appetit?	5	4	3	2	1	0

Total score (item 1 - 10): = ____ + ____ + ____ + ____ + ____ = ☐☐

Diagnose: ICD-10 : _____ DSM-IV _____

hørring version

GDS til måling af depression hos ældre
Til udredning og monitorering af depression hos ældre borgere (+65 år) kan Geriatric Depression Scale (GDS) anvendes (se figur 7). GDS er specifikt designet til at identificere depression hos ældre og tager højde for symptomer, der kan være aldersspecifikke[31].

Figur 7 | Geriatric Depression Scale (GDS)

Formål: Vurdering af depression og sværhedsgrad hos +65-årige
Scoring: 0–15
Tolkning: Fremgår af skemaet
Anvendelse: Diagnose og monitorering (score).

Sådan udføres testen
- Forklar patienten, hvorfor du ønsker at udføre testen.
- Skab en tryg atmosfære.
- Sæt en cirkel om patientens svar ved hvert spørgsmål.

	Ja	Nej
1. Er du stort set tilfreds med livet?	0	1
2. Har du opgivet mange af dine aktiviteter og interesser?	1	0
3. Føler du et stort tomrum i dit liv?	1	0
4. Keder du dig ofte?	1	0
5. Er du for det meste i godt humør?	0	1
6. Er du bange for, at der skal ske dig noget alvorligt?	1	0
7. Føler du dig glad og tilfreds?	0	1
8. Føler du dig ofte hjælpeløs?	1	0
9. Vil du hellere blive hjemme end ud at opleve noget nyt?	1	0
10. Tror du, at din hukommelse er dårligere end de fleste andres?	1	0
11. Er du lykkelig ved livet lige nu?	0	1
12. Føler du dig værdiløs?	1	0
13. Har du masser af energi?	0	1
14. Synes du, at din situation er håbløs?	1	0
15. Tror du, at de fleste mennesker har det bedre end dig?	1	0
Total score (0–15):		
Tolkning		
0–4 point	Normal scoring	
5–7 point	Muligvis depression	
8–15 point	Sandsynligvis depression	

Visitation og behandlingsniveau

Målet er remission med symptomfrihed og genoprettet funktionsevne inden for 1–3 måneder.

Tommelfingerregel: Efter 2–4 uger kan forventes begyndende effekt (≥ 25 % bedring) og efter 4–8 uger tydelig effekt (≥ 50 % bedring). Ved utilstrækkelig effekt justeres eller eskaleres behandlingen (se boks 1).

Valg af behandlingsniveau baseres på symptomernes sværhedsgrad, patientens funktionsevne og komorbiditet. Behandlingen eskaleres ved manglende effekt, funktionsfald eller risikofaktorer.

En struktureret tilgang med gradvis intensivering fra almen praksis til specialiseret niveau sikrer rettidig og behovstilpasset behandling.

Boks 1 | *Stepped care*-model for behandling af SAD: Behandlingen optrappes ved manglende effekt, funktionsfald eller komorbiditet

Niveau 1
Psykoedukation – livsstil – opfølgning

Niveau 2
Stressreduktion – samtale – psykolog

Niveau 3
Antidepressiv behandling (SSRI/SNRI)

Niveau 4
Henvisning til psykiater

Niveau 5
Hospitalspsykiatri

Henvisning til kommunale tilbud og psykolog

Kommunerne har en række gratis tilbud til borgere med stress, angst og depression. Mange af disse tilbud har fokus på tidlig indsats, mestring, forebyggelse og social støtte frem for specialistbehandling. De forskellige tilbud kan fremsøges på Sundhed.dk eller kommunens egen hjemmeside.

Siden 1992 har særligt udsatte persongrupper kunnet modtage offentligt tilskud til psykologbehandling, hvor tilskuddet dækker 60 % af psykologens honorar. Praktiserende læger kan henvise patienter, der opfylder kriterierne i tabel 10.

Unge 18–24 år med angst eller depression
Unge i alderen 18–24 år med let til moderat angst eller depression har adgang til vederlagsfri psykologbehandling. Fra 1. oktober 2026 varetages tilbuddet af regionerne. Egen læge henviser til det regionale tilbud, som visiterer patienten og tilrettelægger behandlingen. Der er ret til behandlingsstart inden for 30 dage. De konkrete henvisningsveje fremgår af de regionale vejledninger på Sundhed.dk.

Tabel 10 | Hvem kan henvises fra praktiserende læge til psykolog med offentligt tilskud?

1. Røveri-, volds- og voldtægtsofre
2. Trafik- og ulykkesofre
3. Pårørende til alvorligt psykisk syge
4. Patienter, der er ramt af alvorligt invaliderende sygdom
5. Pårørende til patienter, der er ramt af alvorligt invaliderende sygdom
6. Pårørende ved dødsfald
7. Patienter, der har forsøgt selvmord
8. Kvinder, der får foretaget provokeret abort ved graviditet efter 12. svangerskabsuge. Lægen kan henvise til psykologhjælp forud for abortindgrebet, når anmodning om tilladelse til indgrebet er sendt til abortsamrådet.
9. Patienter, der har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb, inden de fyldte 18 år.
10. Patienter over 18 år med let til moderat depression
11. Patienter over 18 år med let til moderat angst, herunder let til moderat OCD.

Internetbaseret behandling

Personer med let til moderat depression, socialfobi, panikangst, agorafobi og enkelfobi kan gratis få adgang til internetbaseret behandling gennem Internetpsykiatrien. Behandlingen er evidensbaseret og et godt alternativ for patienter, der foretrækker en fleksibel og hjemmebaseret løsning. Yderligere information om ansøgningsprocessen og krav til behandling findes på internetpsykiatrien.dk[32].

Digitale og AI-baserede løsninger kan fremover understøtte behandling og monitorering, men anvendelsen kræver yderligere evidens og etisk afklaring[33].

Henvisning til psykiatrien

Ved behov for differentialdiagnostisk psykiatrisk udredning eller intensiveret behandling vil den praktiserende læge som regel henvise patienten til en privatpraktiserende psykiater eller til den hospitalsbaserede psykiatri. Der er dog ofte betydelig ventetid på både diagnostisk udredning og behandling hos privatpraktiserende psykiatere.

I tvivlstilfælde kan den praktiserende læge henvise patienten via § 66 til en afklarende samtale inden for 14 dage hos en privatpraktiserende psykiater.

Hvis den praktiserende læge vurderer, at patienten er i målgruppen for regionspsykiatrien, henvises patienten til psykiatriens centrale visitation. Lægen skal sikre, at stepped care-tilgangen er fulgt (se boks 1 og afsnittet derover), og at patienten opfylder kriterierne for en psykisk lidelse af mindst moderat sygdomsgrad og en tilsvarende funktionsnedsættelse.

Gode redskaber til at vurdere sygdomsgrad og socialt funktionsniveau er Clinical Global Impression Scale (CGI-S) (se figur 8) og Global Assessment of Functioning (GAF-F) (se figur 9)[34].

Figur 8 | Clinical Global Impression Scale (CGI-S)

(Sværhedsgradsgrads-version)

Score	Clinical Global Impression (sygdomsgrad)
1	Ingen tegn på psykisk sygdom
2	Tvivlsomt, om der foreligger en psykisk sygdom
3	Let sygdomsgrad
4	Moderat sygdomsgrad
5	Svær sygdomsgrad
6	Meget udtalt sygdomsgrad
7	Blandt de mest alvorlige syge patienter inde for den psykiatriske diagnose, patienten tilhører

Figur 9 | Global Assessment of Functioning (GAF-F)

(Socialt funktionsniveau)

Score	Symptomniveau
91-99	Strålende funktionsniveau inden for en lang række områder, mister aldrig overblikket over problemer, opsøges af andre på grund af mange positive kvaliteter.
81-90	Godt funtionsniveau på alle områder, interesseret og i gang med et stort spektrum af aktiviteter, socialt velfungerede, generelt tilfreds med tilværelsen, kun hverdagsproblemer og bekymringer (f.eks. et lejlighedsvist skænderi med én i familien).
71-80	Ubetydelig, midlertidig og situationsbestemt nedsat social, arbejdsmæssig eller uddannelsesmæssig funktion (f.eks. ganske midlertidigt bagud med skolearbejdet).
61-70	Nogle vanskeligheder med sociale, arbejdsmæssige eller uddannelses-mæssige funktioner (f.eks. lejlighedsvis skulken eller rapseri i hjemmet).
51-60	Moderat vanskeligheder med sociale, arbejdsmæssige eller uddannelsesmæssige funktioner (meget få venner, problemer med dem der skal samarbejdes med).
41-50	Alvorlig forstyrrelse af sociale, arbejdsmæssige eller uddannelsesmæssige funktioner (f.eks. ingen venner, ude af stand til at bevare et job, hyppige butikstyverier).
31-40	Større funktionssvigt på adskellige områder så som arbejder, skole eller familieforhold (f.eks. undgår kontakt med venner, forsømmer familien og kan ikke passe sit arbejde).
21-30	Manglende evne til at fungere inden for næsten alle områder (ligger i sengen hele dagen, har ikke job, bolig eller venner).
11-20	Personen er lejlighedsvis ikke i stand til at opretholde minimal personlig hygiejne (f.eks. smører afføring ud).
1-10	Permanent ophævet evne til at opretholde minimal personlig hygiejne.

Eksempel på journalnotat
(ved manglende effekt af behandling)

P76 Depression
Aktuelt: Fortsat udtalte depressive symptomer og betydelig funktionspåvirkning trods sufficient behandling med sertralin 150 mg dagligt og efterfølgende duloxetin 120 mg dagligt. Fortsat fuldt sygemeldt.
Ingen selvmordstanker eller -planer.
Objektivt: Virker trist, træt og hæmmet. God kontakt. Ingen psykotiske symptomer.
Skema: MDI: 36.
Vurdering: Svær depression med utilstrækkelig effekt af to antidepressiva. Ingen aktuel selvmordsrisiko.
Plan: Henvises til psykiatrisk vurdering via § 66. Fortsat behandling uændret indtil vurderingen. Opfølgning her om tre uger, tidligere ved forværring.

Sygemelding: indikation, varighed og opfølgning

En eventuel sygemelding bør tilpasses patientens symptomer med fokus på den underliggende problematik og patientens funktionsevne.

Stress:
Formålet med sygemelding er at skabe mulighed for restitution og genvinde søvn, energi og overblik. Kortvarig fuldtidssygemelding (typisk 1–2 uger) kan være relevant initialt, hvorefter gradvis tilbagevenden til arbejdet bør tilstræbes. Kortlæg arbejdsrelaterede belastninger og ressourcer med fokus på rammer, opgaver og samarbejde (ROS, se boks 2). Udarbejd en plan for gradvis genoptagelse af arbejdet. Kontakt til arbejdspladsen bør som hovedregel opretholdes under sygemeldingen. Ved arbejdsrelaterede konflikter kan fagforeningen inddrages.

Boks 2 | Arbejdsrelaterede stressorer kan inddeles i tre hovedkategorier: rammer, opgaver og samarbejde (ROS)

Rammer	Opgaver	Samarbejde
Fysiske rammer, arbejdstider, transportmuligheder, graden af fleksibilitet	Opgavernes art og omfang, kompetencer og ansvar, opgaveglidning og autonomi	Relationer til kolleger og ledelse, arbejdspladskultur

Angst:
Formålet med sygemelding er at skabe midlertidig aflastning ved betydelig funktionspåvirkning og understøtte behandling og gradvis genoptagelse af aktiviteter. Sygemelding bør som udgangspunkt være tidsbegrænset, da længerevarende fravær kan understøtte undgåelsesadfærd. Planlæg tidligt en gradvis tilbagevenden til arbejde og øvrige aktiviteter.

Depression:
Formålet med sygemelding er at reducere belastningen og skabe mulighed for restitution og behandling. Behov og varighed vurderes individuelt ud fra symptomernes sværhedsgrad og funktionsniveau. Under sygemeldingen bør daglig struktur, aktivitet og kontakt til hverdagslivet så vidt muligt fastholdes, og gradvis tilbagevenden til arbejdet planlægges, når tilstanden tillader det.

Opfølgning
Opfølgning i almen praksis tilpasses de specifikke problemstillinger. Formålet er at støtte en gradvis tilbagevenden til arbejdet. Ved opfølgningen vurderes søvn, energiniveau, ressourceopbygning og behovet for yderligere udredning, herunder differentialdiagnoser.

Mulighedserklæringen kan tilpasses med skåneopgaver og en gradvis optrapning af arbejdstimer fordelt over dage. Ved svær SAD kan optrapningen strække sig over 3 måneder og tilpasses, f.eks. ved at inkludere hjemmearbejdsdage eller afskærmede arbejdsforhold.

Ved gentagne sygemeldinger eller tvivl om tilbagevenden til samme erhverv kan patienten henvises til en arbejdsmedicinsk klinik for udredning. Det samme gælder, hvis der ses et mønster med flere lignende sygemeldinger fra den samme arbejdsplads.

Samarbejde med kommune og arbejdsplads

Uddannelse og arbejde udgør for mange et centralt holdepunkt og en vigtig del af identiteten. Tab af tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet er forbundet med betydelige personlige og økonomiske konsekvenser. Ved risiko for længerevarende sygemelding på grund af SAD bør der tidligt iværksættes en koordineret indsats. Ud over mulighedserklæring og kontakt til fagforening kan kommunens jobcenter inddrages.

Lægen kan uden kommunal anmodning udfylde LÆ 165 (forslag om socialmedicinsk sagsbehandling) med henblik på at understøtte en tidlig, helhedsorienteret indsats i samarbejde med kommunen.

Hvis en sygemelding forventes at vare mere end 8 uger, kan arbejdsgiver og medarbejder via fast track-ordningen anmode om en tidlig opfølgningssamtale i jobcentret. Efter 5–7 ugers sygemelding indledes som udgangspunkt et samarbejde mellem borgeren og beskæftigelsesområdet.

Arbejdsgiver afholder udgifter til løn eller sygedagpenge i de første 30 dage, hvorefter der kan opnås refusion. Kommunen kan anmode den praktiserende læge om relevante attester, som bør udfyldes og returneres inden for cirka 2 uger.

Hvis borgeren fortsat er uarbejdsdygtig efter sygedagpengeperiodens udløb (22 uger), skal sagen revurderes med henblik på eventuel forlængelse.

Arbejdsgiver og medarbejder kan desuden søge om en § 56-aftale, som giver arbejdsgiver ret til refusion fra første sygedag ved sygdomsrelateret fravær.

Derudover findes der uvisiterede kommunale og frivillige tilbud, hvor både borgere og pårørende kan få støtte (se f.eks. socialkompas.dk).

høringsversion

Behandling

Samtaleterapeutisk behandling i almen praksis

Rationel samtaleterapeutisk behandling af stress, angst og depression (SAD) i almen praksis er struktureret, handlingsorienteret og integreret i det løbende behandlingsforløb. Indsatsen består typisk af psykoedukation, støtte til livsstilsregulering, konkret stresshåndtering og eventuelt struktureret samtaleterapi ved behov. Formålet er at styrke patientens forståelse, mestring og handlekompetence samt at fremme remission og genoprette funktionsevnen.

Psykoedukation udgør et centralt element. Patienten (og eventuelt pårørende) informeres om symptomer, årsagsforhold, behandlingsmuligheder og forventet forløb. Formidlingen bør normalisere tilstanden uden at trivialisere den: Psykisk sygdom er reel, hyppig og kan behandles, men bedring kræver ofte tid og aktiv indsats. Psykoedukationen bør også omfatte en forklaring af sammenhængen mellem belastning, symptomer og kroppens stressrespons, så patienten får en forståelig og ikke-stigmatiserende forklaring på sine symptomer. Informationen bør gøres handlingsnær ved at koble symptomer til konkrete handlemuligheder i hverdagen. Skriftligt materiale, f.eks. fra Patienthåndbogen på sundhed.dk, kan anvendes som supplement og understøtte kontinuitet mellem konsultationerne. Psykoedukation kan styrke mestring, reducere risikoen for tilbagefald og understøtte samarbejdet mellem patient og behandler[35].

Livsstilsfaktorer bør inddrages systematisk. Regelmæssig fysisk aktivitet har dokumenteret positiv effekt på humør, søvn og stressniveau[36]. Søvnregulering og en stabil døgnrytme er centrale elementer, da søvnforstyrrelser kan vedligeholde og forværre emotionelle, kognitive og somatiske symptomer[37]. Enkle søvninterventioner (f.eks. faste sengetider, reduktion af skærmbrug og koffein samt stimuluskontrol) kan med fordel indgå som en del af den initiale behandling. Struktur i hverdagen, herunder en hensigtsmæssig balance mellem aktivitet og restitution, kan øge forudsigeligheden og oplevelsen af kontrol. Livsstilsinterventioner skal tilpasses patientens aktuelle situation og ses som et supplement til den øvrige behandling. Misbrug af alkohol og andre rusmidler kan forværre symptomerne og vanskeliggøre fremdriften i behandlingen. Derfor bør det identificeres tidligt og håndteres parallelt, eventuelt med relevant henvisning.

Ved stressrelaterede tilstande kan en systematisk kortlægning af belastninger og ressourcer skabe overblik og retning. Belastninger kan være både eksterne (f.eks. arbejdspres eller familiære forpligtelser) og interne (f.eks. perfektionisme eller høje selvkrav). Ressourcer omfatter søvn, pauser, fysisk aktivitet, sociale relationer og tidligere mestringsstrategier. Sammen med patienten udarbejdes en enkel og realistisk handlingsplan med fokus på at styrke ressourcerne og reducere påvirkelige belastninger. Patientens egne forslag bør prioriteres, da de øger sandsynligheden for gennemførelse. Opfølgning planlægges typisk inden for 1–2 uger med henblik på justering af indsatsen. Ved manglende bedring bør en systematisk vurdering for depression og angst overvejes.

Struktureret samtaleterapi kan tilbydes i almen praksis inden for rammerne af gældende overenskomst. Enkle, strukturerede metoder som problemløsende terapi kan anvendes og fokuserer på identifikation af konkrete problemer, udvikling og afprøvning af løsningsforslag samt styrkelse af patientens aktive rolle[38].

Mere erfarne læger kan anvende elementer fra kognitiv adfærdsterapi, metakognitiv terapi, interpersonel terapi eller mindfulness-baserede tilgange[39, 40]. Valg af metode bør afhænge af symptombillede, sværhedsgrad og patientens motivation.

Den samlede tilgang i almen praksis er kendetegnet ved kontinuitet, systematisk opfølgning og integration med eventuel farmakologisk behandling (se afsnittet ”Farmakologisk behandling” nedenfor). Målet er at støtte patienten frem mod remission gennem en kombination af viden, struktur, livsstilsregulering og aktiv deltagelse i egen behandling.

Farmakologisk behandling

Lette til moderate SAD-tilstande behandles primært med psykoedukation og struktureret samtaleterapi. Ved moderate til svære SAD-tilstande kan farmakologisk behandling være indiceret som supplement.

Graduering af lidelsens sværhedsgrad

- **Let funktionsnedsættelse:** Daglige aktiviteter og arbejde/studie kan opretholdes, men med øget belastning
- **Moderat funktionsnedsættelse:** Tydeligt nedsat funktionsevne med mærkbare vanskeligheder i dagligdagen; ofte behov for delvis sygemelding
- **Svær funktionsnedsættelse:** Manglende evne til at varetage daglige aktiviteter og arbejde/studie; behov for støtte eller hjælp, eventuelt ledsaget af selvmordstanker.

Behandlingsstart, monitorering og seponering bør følge Sundhedsstyrelsens vejledning om behandling med psykofarmaka til voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser[11] og vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler[41].

høringsversion

Inden behandlingsopstart skal patienten informeres om forventet effekt, tid til virkning og de potentielle bivirkninger, som kan være forbundet med flere af præparaterne.

Potentielle bivirkninger:
- Uønsket sedation
- Afhængighed (særligt benzodiazepiner og hypnotika)
- Seponeringssymptomer
- Selvmordsimpulser
- Seksuel dysfunktion
- Vægtøgning.

Beslutning om opstart kan ofte afvente 1–2 uger ved usikker diagnose, men bør ikke forsinkes ved svær lidelse eller betydelig funktionsnedsættelse. Patienten bør som hovedregel ses igen inden for 1-2 uger. Særligt i de første behandlingsuger skal der være opmærksomhed på forværring af angst eller selvmordstanker. Hvis patienten udebliver fra aftalt opfølgning, bør klinikken aktivt kontakte patienten. Afvigelser fra planen skal journalføres.

Ved diagnostisk usikkerhed:

- Afvent medicin 1-2 uger
- Start samtale og monitorering
- Gentag vurdering

Tabel 11 | Valg af psykofarmaka ved moderat til svær SAD

Psykofarmaka	Svær stress	Angsttilstande	Depression
SSRI (primært sertralin)		Første valg	Første valg
SNRI (primært duloxetin)		Andet valg	Andet valg
NaSSA (primært mirtazepin)			Andet valg
Serotoninmodulator (vortioxetin)			Andet valg
Melatoninagonist (agomelatin)			Andet valg
Antiepileptikum (pregabalin)		Andet valg ved generaliseret angst	
Benzodiazepiner (korttidsvirkende)	Svær forpinthed	Svær forpinthed	Svær forpinthed
Hypnotika (korttidsvirkende)	Svær søvnløshed	Svær søvnløshed	Svær søvnløshed

Valg af psykofarmaka og anbefalet behandlingsvarighed ved moderat og svær SAD gennemgås herunder (se tabel 11).

Valget af præparat bør baseres på en samlet klinisk vurdering, herunder symptomernes sværhedsgrad, komorbiditet, tidligere behandlingsrespons og forholdet mellem forventet effekt (Number Needed to Treat (NNT)) og risikoen for bivirkninger (Number Needed to Harm (NNH)).

NNT angiver, hvor mange patienter der skal behandles, for at én opnår klinisk relevant effekt sammenlignet med placebo. NNH angiver, hvor mange der skal behandles, før én oplever en bivirkning[42].

For SSRI og SNRI ved depression og angst ligger NNT typisk på omkring 5–7 for klinisk respons. NNH for alvorlige bivirkninger er generelt højere, mens NNH for hyppige, men milde bivirkninger (f.eks. kvalme eller seksuel dysfunktion) er lavere[43-45].

For pregabalin ved generaliseret angst ligger NNT ligeledes omkring 4–6, men NNH for svimmelhed og sedation er relativt lav[45,46]. Benzodiazepiner har lav NNT ved korttidsbehandling (ofte 3–5), men også lav NNH for sedation, kognitiv påvirkning og afhængighed, hvilket begrænser deres anvendelse[47]. Tilsvarende gælder for hypnotika, hvor effekten på søvn er moderat[48].

Benzodiazepiner
Behandling bør begrænses til maksimalt 4 uger for at minimere risikoen for afhængighed og bivirkninger. Ved behov for længerevarende behandling bør behandlingen

høringsversion

jævnligt vurderes. Gradvis nedtrapning er standard ved seponering af benzodiazepiner. Pregabalin kan i udvalgte tilfælde reducere abstinenssymptomer, men evidensen er begrænset, og behandlingen anbefales ikke rutinemæssigt[49].

Hypnotika
Behandling bør begrænses til maksimalt 2 uger for at undgå afhængighed og toleransudvikling. Sværere søvnforstyrrelser ved depression kan eventuelt behandles med et sederende antidepressivum som monoterapi eller tillægsbehandling. Ved længerevarende behandling bør behandlingen vurderes med jævne mellemrum.

Antidepressiva
Målet er at opnå remission, hvor patientens depressive og/eller nervøse kernesymptomer er helt eller næsten forsvundet, og funktionsevnen er genoprettet(50). Ved opstart af antidepressiv medicin bør behovet for EKG vurderes (se boks 3).

Boks 3 | QT-forlængelse ved behandling med antidepressiva

Hvornår tages EKG?
Kun ved risikofaktorer eller symptomer på arytmi.

Risikofaktorer
Hjertesygdom · QT-forlængende medicin · elektrolytforstyrrelser · polyfarmaci

Tolkning og handling
- **QTc < 480 ms:** Behandling kan initieres/fortsættes
- **QTc 480–500 ms:** Revurder indikation og risikofaktorer
- **QTc > 500 ms:** Seponér/undlad behandling, konferer eventuelt med kardiolog

Bemærkning
Sertralin, mirtazepin og duloxetin har lav risiko for klinisk relevant QT-forlængelse. Rutinemæssig EKG-monitorering er ikke indiceret hos patienter uden risikofaktorer eller symptomer på arytmi.

Behandlingen indledes typisk med standard startdosis (f.eks. sertralin 50 mg dagligt) og optitreres med 1–2 ugers intervaller. Dosis øges gradvist inden for det anbefalede terapeutiske interval, så længe der er klinisk respons, og bivirkningerne er acceptable.

Ved angsttilstande, særligt panikangst, kan det være hensigtsmæssigt at starte med en lavere dosis (f.eks. 25 mg dagligt) og langsommere optitrering for at reducere risikoen for initial forværring af angst.

For SSRI svarer en tilstrækkelig dosis ofte til midten af dosisintervallet (f.eks. sertralin 100 mg dagligt), men nogle patienter har behov for højere doser (f.eks. fast metabolizers).

Hvis der ikke ses tilstrækkelig effekt efter 2–4 uger på en tilstrækkelig dosis, anbefales det at skifte fra første- til andetvalgspræparat.

Et skifte fra f.eks. sertralin til duloxetin kan foretages ved seponering af sertralin og opstart af duloxetin i lav startdosis (f.eks. 30 mg dagligt) med optitrering efter 1–2 uger, afhængigt af effekt og tolerabilitet. De fleste patienter stabiliseres på 60 mg duloxetin dagligt. Doser over 60 mg giver ofte begrænset yderligere effekt, men flere bivirkninger[50].

Forslag til behandling med SSRI/SNRI

Præparat	Start	Typisk	Højeste dosis
sertralin*	50 mg	100 mg	200 mg
duloxetin	30 mg	60 mg	120 mg

* Panikangst: start med 25 mg

Efter opnået remission bør behandlingen fortsætte i 6-12 måneder for at reducere risikoen for tilbagefald.

Udtrapning bør som udgangspunkt ske gradvist over 1-3 måneder for at reducere risikoen for seponeringssymptomer. Ved længerevarende behandling eller udtalte og vedvarende symptomer kan en langsommere og individuelt tilpasset udtrapning være nødvendig.

I et systematisk review og metaanalyse fandt Henssler et al.[51], at ca. 31 % rapporterede symptomer efter ophør af antidepressiva mod ca. 17 % efter ophør af placebo, svarende til en estimeret lægemiddelrelateret forekomst på ca. 15 % og svære symptomer hos ca. 3 %. Estimaterne er dog usikre og følsomme over for studiedesign og målemetode[52].

Seponeringssymptomer debuterer typisk inden for få dage efter dosisreduktion eller ophør. De omfatter ofte svimmelhed, kvalme, influenzalignende symptomer, søvnforstyrrelser og "elektriske stød" (brain zaps). Symptomerne kan opleves som nye eller atypiske, og de bedres hurtigt ved genoptagelse af medicinen. Genoptagelse kan bidrage til at skelne seponeringssymptomer fra recidiv.

Recidiv af angst eller depression udvikler sig derimod oftest over uger til måneder og viser sig ved tilbagevenden af de oprindelige kernesymptomer.

Behandlingsvarighed: Ved recidiv af angst eller depression forlænges behandlingsvarigheden, afhængigt af symptomernes sværhedsgrad og varighed. Specifikt for depression anbefales forlænget behandling i mindst 12 måneder efter remission. Ved

høringsversion

tredje depressive episode bør der tilstræbes vedligeholdelsesbehandling i mindst 2 år, eventuelt længere afhængigt af risikoprofil. Se eventuelt også afsnittene ”Behandling af angst” og ”Unipolare depressive tilstande” på pro.medicin.dk.

Særlige patientgrupper

Unge (18-25 år): Vær særlig opmærksom på selvmordsimpulser, tegn på eventuel bipolar lidelse og debuterende psykose i denne aldersgruppe. Siden 2024 er der ikke længere krav om forudgående psykiatrisk vurdering, men der anbefales tæt klinisk opfølgning i den tidlige behandlingsfase.

Gravide og ammende: Sertralin® anbefales som førstevalg. Behandlingen bør foregå i samråd med psykiatrien for at sikre optimal sikkerhed for både mor og barn.

Ældre: Det er vigtigt at være opmærksom på doseringen og at kontrollere væsketal (risiko for hyponatriæmi), især hos skrøbelige ældre, for at undgå komplikationer. Førstevalgspræparatet for ældre er Sertralin®, men søvnløshed og nedsat appetit kan tale for behandling med Mirtazepin.

Slow metabolizers: Nedsat CYP2D6-aktivitet kan forsinke omsætningen af antidepressiva og øge serumkoncentrationerne ved normal dosering. Tilstanden forekommer hyppigere hos personer med asiatisk eller inuit baggrund. Overvej serummåling ved bivirkninger på lav dosis. For yderligere detaljer henvises til afsnittet ”Koncentrationsbestemmelse af antidepressiva” på pro.medicin.dk.

Fakta om behandling med psykofarmaka i Danmark (2024)

- 859.825 (14,3 %) fik psykofarmaka
- 205.450 (3,4 %) fik benzodiazepiner eller sovemedicin
- 496.695 (8,3 %) fik antidepressiva
- 146.690 (2,4 %) fik antipsykotika
- 133.295 (2,2 %) fik ADHD-medicin

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, medstat.dk

Tallene ovenfor viser, at psykofarmaka anvendes i stor skala i Danmark; mere end hver syvende dansker modtager årligt behandling. En stor del håndteres i almen praksis. Det understreger behovet for løbende opmærksomhed på indikation, effekt, bivirkninger og behandlingsvarighed samt systematisk opfølgning og revurdering. ■

Hyppige faldgruber

- Overdiagnostik af depression ved stressreaktioner
- Overset misbrug eller bipolar lidelse
- For hurtig opstart af medicinsk behandling
- For langvarig sygemelding ved stress
- Manglende opfølgning

høringsversion

Prognose

Stress: Omkring 60 % af de patienter, der blev henvist til en dansk arbejdsmedicinsk klinik på grund af stress, var tilbage i arbejde efter et år. Til sammenligning gjaldt dette for under 40 % af patienterne med andre psykiske lidelser[53]. Det er vigtigt for prognosen at identificere stressorer og tilgængelige ressourcer og at lægge en plan for, hvordan de håndteres og forvaltes[54].

Angst: Studier viser, at angsttilstande ofte debuterer tidligt i livet, at de kan blive kroniske eller have et recidiverende forløb, og at der ofte tilkommer komorbiditet[55]. Behandling med kognitiv adfærdsterapi og psykofarmaka forbedrer prognosen[56].

Depression: Risikoen for recidiv af depression er cirka 50 % efter første depression, og den stiger i gennemsnit med 16 % for hver efterfølgende depressive episode. Risikoen for recidiv er størst inden for de første 6 måneder efter remission[57]. Langtidsbehandling med antidepressiva og mindfulnessbaseret kognitiv adfærdsterapi kan forebygge tilbagefald af depression[40].

høringsversion

Referencer

1. Using Evidence McMaster University, Canada2025 [Available from: https://hslmcmaster.libguides.com/familymedicine.
2. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996;312(7023):71–2.
3. Lundorf LJ. Dømmekraften i centrum. Practicus. 2020.
4. Mental health in primary care: Royal College og General Practitioners; 2017 [Policy statement]. Available from: https://www.rcgp.org.uk/representing-you/policy-areas/mental-health-in-primary-care.
5. Moth G, Vedsted P, Olesen F. Kontakt- og Sygdomsmønsterundersøgelse - KOS 2008. Aarhus: Forskningsenheden for Almen Praksis; 2010 2010.
6. Fuglsang CH, Rasmussen TB, Rudolfsen JH, Olsen J, Skipper N, Ulrichsen SP, et al. Occurrence, mortality, and economic burden of brain disorders in Denmark, 2015-2021: a population-based cohort study. Lancet Reg Health Eur. 2025;50:101189.
7. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen; 2007 2007.
8. Krugers HJ, Lucassen PJ, Karst H, Joëls M. Chronic stress effects on hippocampal structure and synaptic function: relevance for depression and normalization by anti-glucocorticoid treatment. Front Synaptic Neurosci. 2010;2:24.
9. Kristensen JK, Jarbøl DE, Maagaard R, Christensen KS, Drivsholm T, Ertmann R. Almen medicin i praksis. Almen medicin i praksis. 1. København: Munksgaard; 2021.
10. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992 1992.
11. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser - VEJ nr 9697 af 10/09/2024: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2024 [Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2024/9697.
12. Sundhedsstyrelsen. Vurdering og visitation af selvmordstruede. Vejledning til sundhedspersonale. Sundhedsstyrelsen; 2007.
13. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence: NICE guideline; 2022 [Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/Recommendations-#risk-assessment-tools-and-scales.
14. Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. 2024 [Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2024/1045.
15. Cerimele JM, Chwastiak LA, Dodson S, Katon WJ. The prevalence of bipolar disorder in primary care patients with depression or other psychiatric complaints: a systematic review. Psychosomatics. 2013;54(6):515–24.
16. Forty L, Smith D, Jones L, Jones I, Caesar S, Cooper C, et al. Clinical differences between bipolar and unipolar depression. Br J Psychiatry. 2008;192(5):388–9.
17. Bech P. Klinisk psykometri. København: Munksgaard Danmark; 2011.
18. Christensen KS, Sokolowski I, Olesen F. Case-finding and risk-group screening for depression in primary care. Scand J Prim Health Care. 2011;29(2):80–4.
19. Christensen KS. Validating the 15-item stress anxiety depression scale (SAD-15) using Rasch analysis. J Psychosom Res. 2025;197:112349.

høringsversion

20. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983;24(4):385–96.
21. Eskildsen A, Dalgaard VL, Nielsen KJ, Andersen JH, Zachariae R, Olsen LR, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Danish consensus version of the 10-item Perceived Stress Scale. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health. 2015;41(5):486–90.
22. Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed - Den Narionale Sundhedsprofil 2021. Sundhedsstyrelsen; 2021.
23. Pedersen HS, Christensen KB, Prior A, Sparle Christensen K. Structural validity of the Anxiety Symptom Scale - a Danish validation study. Nord J Psychiatry. 2025;79(2):166–74.
24. Christensen KS, Packness A, Pedersen HS, Simonsen E. Rasch analysis of the structural validity of the anxiety symptom scale in the lolland-falster health study. Journal of Affective Disorders. 2022;303:58–63.
25. Packness A, Sparle Christensen K, Simonsen E. Concurrent validity of the anxiety symptom-scale compared to two well-being scales: results from the Lolland-Falster health study. Nord J Psychiatry. 2023;77(6):532–9.
26. Bech P, Rasmussen NA, Olsen LR, Noerholm V, Abildgaard W. The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity. J Affect Disord. 2001;66(2-3):159–64.
27. Christensen KS, Oernboel E, Nielsen MG, Bech P. Diagnosing depression in primary care: a Rasch analysis of the major depression inventory. Scand J Prim Health Care. 2019;37(1):105–12.
28. Christensen KS, Sparle-Christensen M. Comparing the construct validity of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the Major Depression Inventory (MDI) using Rasch analysis. Journal of Affective Disorders. 2023;333:44–50.
29. Nielsen MG, Ornbol E, Bech P, Vestergaard M, Christensen KS. The criterion validity of the web-based Major Depression Inventory when used on clinical suspicion of depression in primary care. Clin Epidemiol. 2017;9:355–65.
30. Pedersen HS, Christensen KB, Prior A, Christensen KS. A comparison of the original major depression inventory with a modified version: A Danish validation study. Acta Psychiatr Scand. 2024;149(3):267–78.
31. Djernes JK, Kvist E, Olesen F, Munk-Jorgensen P, Gulmann NC. [Validation of a Danish translation of Geriatric Depression Scale-15 as a screening tool for depression among frail elderly living at home]. Ugeskr Laeger. 2004;166(10):905–9.
32. Internetpsykiatrien. [Available from: https://internetpsykiatrien.dk/.
33. Vaidyam AN, Wisniewski H, Halamka JD, Kashavan MS, Torous JB. Chatbots and Conversational Agents in Mental Health: A Review of the Psychiatric Landscape. Can J Psychiatry. 2019;64(7):456–64.
34. Bech P, Licht, R W, Stage, K B, Abildgaard, W, Bech-Andersen, G, Søndergaard, S, Martiny, K. Rating scales for affektive lidelser. Kompendium. Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrisk Sygehus, Hillerød2005. Available from: www.psykiatri-regionh.dk/CCMH/Rating-scales-og-spoergeskemaer/Documents/DenblaabogRatingscalesforaffektivelidelser.pdf.
35. Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, Christensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. BMC Med. 2009;7:79.
36. Munro NR, Teague S, Somoray K, Simpson A, Budden T, Jackson B, et al. Effect of exercise on depression and anxiety symptoms: systematic umbrella review with meta-meta-analysis. Br J Sports Med. 2026.
37. Scott AJ, Webb TL, Martyn-St James M, Rowse G, Weich S. Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomised controlled trials. Sleep Med Rev. 2021;60:101556.
38. Mynors-Wallis L. Problem-solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. Int J Psychiatry Med. 1996;26(3):249–62.
39. Sundhedsstyrelsen. Behandling af angstlidelser hos voksne. National klinisk retningslinje. København: Sundhedsstyrelsen; 2021.
40. Sundhedsstyrelsen. Non-farmakologisk behandling af unipolar depression. National klinisk retningslinje. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
41. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler 2019 [Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2019/9523.
42. Cook RJ, Sackett DL. The number needed to treat: a clinically useful measure of treatment effect. BMJ. 1995;310(6977):452–4.
43. Geddes JR, Carney SM, Davies C, Furukawa TA, Kupfer DJ, Frank E, et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. Lancet. 2003;361(9358):653–61.
44. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, et al. Comparative Efficacy and Acceptability of 21 Antidepressant Drugs for the Acute Treatment of Adults With Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. Focus (Am Psychiatr Publ). 2018;16(4):420–9.
45. Baldwin DS, Waldman S, Allgulander C. Evidence-based pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. Int J Neuropsychopharmacol. 2011;14(5):697–710.
46. Hidalgo RB, Tupler LA, Davidson JR. An effect-size analysis of pharmacologic treatments for generalized anxiety disorder. J Psychopharmacol. 2007;21(8):864–72.
47. Offidani E, Guidi J, Tomba E, Fava GA. Efficacy and tolerability of benzodiazepines versus antidepressants in anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. Psychother Psychosom. 2013;82(6):355–62.
48. Glass J, Lanctot KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. BMJ. 2005;331(7526):1169.
49. Parr JM, Kavanagh DJ, Cahill L, Mitchell G, Mc DYR. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. Addiction. 2009;104(1):13–24.
50. Taylor D, Paton, C., & Kapur, S. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 14 ed: Wiley-Blackwell; 2024.
51. Henssler J, Schmidt Y, Schmidt U, Schwarzer G, Bschor T, Baethge C. Incidence of antidepressant discontinuation symptoms: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiat. 2024;11(7):526–35.
52. Moncrieff J, Hobday H, Sorensen A, Read J, Ploderl M, Hengartner M, et al. Evidence on antidepressant withdrawal: an appraisal and reanalysis of a recent systematic review. Psychol Med. 2025;55:e191.
53. Kyndi M, Willert MV, Vestergaard JM, Andersen JH, Christiansen DH, Dalgaard VL. Long-term follow-up study of work status among patients with work-related mental disorders referred to departments of occupational medicine in Denmark. Bmj Open. 2023;13(11):e072217.
54. Nelholt PL. Efter stress? - om at komme tilbage på arbejde efter stress. Arbejdsmedicin, Regionshospitalet Gødstrup; 2019.
55. Thuile J, Even C, Rouillon F. Long-term outcome of anxiety disorders: a review of double-blind studies. Curr Opin Psychiatry. 2009;22(1):84–9.
56. van Dis EAM, van Veen SC, Hagenaars MA, Batelaan NM, Bockting CLH, van den Heuvel RM, et al. Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2020;77(3):265–73.
57. Solomon DA, Keller MB, Leon AC, Mueller TI, Lavori PW, Shea MT, et al. Multiple recurrences of major depressive disorder. Am J Psychiatry. 2000;157(2):229–33.

høringsversion

Bilag

Diagnostiske kriterier i ICD-10

F41.0. Panikangst

A. ≥ 4 panikanfald inden for 4 ugers periode med mindst fire af følgende, heraf mindst et autonomt (1)-(4):
(1) hjertebanken
(2) sveden
(3) rysten
(4) mundtørhed
(5) åndedrætsbesvær
(6) kvælningsfornemmelse
(7) smerter eller trykken i brystet
(8) kvalme eller maveuro
(9) svimmelhed
(10) uvirkelighedsfølelse
(11) frygt for at miste selvkontrollen
(12) dødsangst
(13) uldegysninger
(14) dødhedsfølelse eller paræstesier

B. Ikke forbundet med specifik situation eller objekt, reel fare eller fysisk belastning

C. Ikke forårsaget af fysisk eller af anden psykisk lidelse

F41.1. Generaliseret angst

A. Periode på ≥ 6 måneder med anspændthed, bekymringstendens og almen ængstelighed over for dagligdags begivenheder og problemer

B. Mindst fire angst-spændingssymptomer, heraf mindst et autonomt:
Autonome symptomer:
(1) palpitationer, hjertebanken eller hurtig puls
(2) sveden
(3) rysten
(4) mundtørhed
Symptomer fra bryst og mave:
(5) følelse af åndenød
(6) kvælningsfornemmelse
(7) trykken eller smerte i brystet
(8) kvalme eller uro i maven
Psykiske symptomer:
(9) svimmelhed eller ørhed
(10) uvirkelighedsfølelse
(11) frygt for at blive sindssyg
(12) dødsangst
Almene symptomer:
(13) varme- eller kuldefølelse
(14) dødheds- eller sovende fornemmelser
Tensionssymptomer:
(15) muskelspænding eller -smerte
(16) rastløshed, vanskelighed ved at slappe af
(17) psykisk spændingsfølelse
(18) følelse af synkebesvær
Uspecifikke symptomer:
(19) tendens til sammenfaren
(20) koncentrationsbesvær
(21) irritabilitet
(22) indsovningsbesvær

C. Organisk ætiologi, psykotiske lidelser og andre angsttilstande udelukkes.

F42. Obsessiv-kompulsiv tilstand

A. **A.** Obsessioner (tvangstanker, idéer eller forestillinger) og/eller kompulsioner (tvangshandlinger) er til stede på de fleste dage i mindst 2 uger.
B. **B.** Obsessionerne eller kompulsionerne:
C. erkendes som egne tanker eller tilskyndelser og ikke som påført udefra
D. er tilbagevendende og ubehagelige, og mindst én erkendes som overdreven eller urimelig
E. søges modstået; mindst én obsession eller kompulsion modstås uden held
F. opleves eller udføres ikke i sig selv som lystbetonet; midlertidig lindring af spænding eller angst regnes ikke som lyst.
G. **C.** Obsessionerne eller kompulsionerne medfører lidelse eller interfererer med social funktion eller dagliglivets funktioner.
H. **D.** Symptomerne skyldes ikke en anden psykisk lidelse, fx skizofreni eller beslægtede lidelser (F20–F29) eller affektive lidelser (F30–F39).

F43.0. Akut belastningsreaktion

A. Udsættelse for exceptionel svær fysisk og psykisk belastning (af katastrofekarakter)
B. Umiddelbart (inden for 1 time) efterfulgt af symptomer
(1) symptomer som ved generaliseret angsttilstand
(2) (a) tilbagetrukkethed
(b) bevidsthedsindsnævring

høringsversion

(c) desorientering
(d) vrede eller verbal aggressivitet
(e) fortvivlelse eller håbløshed
(f) overdreven eller formålsløs hyperaktivitet
(g) ubehersket og overdreven sorgreaktion i forhold til kulturel baggrund

C. Symptomerne aftager hurtigt
(1) < 8 timer ved forbigående belastning
(2) < 48 timer ved bestående belastning

D. Anden psykisk lidelse udelukkes.

F43.1. Posttraumatisk belastningsreaktion

A. Tidligere udsættelse for exceptionel svær belastning (af katastrofekarakter)

B. (1) tilbagevendende genoplevelse af traumet i "flashbacks", påtrængende erindringer eller mareridt eller
(2) stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder, der minder om traumet

C. Undgåelse af alt, der minder om traumet

D. (1) delvis, eventuelt fuld amnesi for den traumatiske oplevelse
eller
(2) vedvarende symptomer på psykisk overfølsomhed eller alarmberedskab med ≥ 2 af følgende:
(a) indsovnings- eller gennemsovningsbesvær
(b) irritabilitet eller vredesudbrud
(c) koncentrationsbesvær
(d) hypervigilitet (øget årvågenhed)
(e) tilbøjelighed til sammenfaren

E. optræder inden for 6 mdr. efter den traumatiske oplevelse.

F43.2. Tilpasningsreaktion

A. Kendt traume eller belastning (ikke af usædvanlig eller katastrofeagtig karakter) inden for den sidste måned
B. Emotionelle og adfærdsmæssige symptomer, men uden at opfylde kriterierne for andre psykiske lidelser eller tilstande
C. Varighed < 6 måneder

høringsversion