Høringssvar til DSAM-vejledningen "Stress, angst og depression hos voksne: udredning og behandling" (deadline 5. november 2026)

Fra: skriv navn/organisation på afsender

Afsnit og sidetal	Feedback/kommentarer	Forbeholdt DSAM
Side 8	Det er et væsentligt problem, at der ikke er foretaget en systematisk litteraturgennemgang, men at anbefalingerne bygger på arbejdsgruppens gennemgang af litteratur suppleret med klinisk erfaring og faglige konsensus. Det anbefales at der gennem teksten gøres rede for eveidens grundlaget løbende og specielt fremhæve når dette er baseret på faglig konsensus.	
Side 7- 9 og16-17	Forordet beskriver, at tilstandene bør vurderes samlet på grund af symptomoverlap (s. 7). Den kliniske arbejdsgang er beskrevet på s. 9, og afsnittet om differentiering understreger både behovet for at vurdere de enkelte komponenter og, at skelnen ikke bør bruges som rigid kategorisering (s. 16–17). herefter redegøres der fx for at depression beskrives med varighedskrav, kernesymptomer og graduering af sværhedsgrad på s. 24–25. MDI'ens diagnostiske scoring beskrives nærmere på s. 32–33, og ICD-10-kriterierne for udvalgte tilstande står i bilaget, s. 54–56. Skulle der knyttes en kommentar til at den samlede tilgang bør ledsages af tydelig diagnostisk afgrænsning?	
Side 26-27	Vejledningen bør præcisere SAD-15's anvendelsesmuligheder og begrænsninger samt understrege, at en score alene ikke fastslår en diagnose, jf. ovenstående.	
Side 36	Beskrivelsen af tilbuddet til unge mellem 18-24 år fremstår som om behandlingen overtages i regionalt regi. Det er fortsat almen praksis som har behandlingsansvar – en behandling der suppleres med psykologbehandling, som nu er flyttet til regionen, men ikke er en integreret del af den regionale psykiatriske behandling. Almen praksis vil skulle henvise til praktiserende speciallæge eller den regionale Psykiatri, hvis psykologbehandlingen er utilstrækkelig.	
Side 37-38	En præcisering af hvornår klinisk vurdering og eventuel specialistudredning bør supplere spørgeskemaerne herunder henvisning til psykiatrien og visitationsforudsætninger. Det ville være relevant at tilføje, at henvisningskriterierne bør være tydelige og afstemt med de regionale visitationsveje. Der sættes konkrete behandlingsmål og tidsrammer for forventet forbedring. Det er glimrende, ligesom den beskrevne steped-care model.	

	Det er ikke i hele landet at der er tilbud om afklarende samtale ved praktiserende speciallæge i psykiatri/§66 udredning. Score på en psykometrisk test vil ikke danne grundlag for visitation til behandling eller udredning i psykiatrien. En henvisning vil skulle indeholde en klinisk beskrivelse og behandlingsforsøg. Det kunne med fordel tilføjes et sted under "Henvisning til psykiatrien". Det påskønnes at funktionsniveau indgår i beskrivelsen, hvor CGI-S nok er ved at vinde mere frem. Ved henvisning til psykiatrien er beskrivelse af funktionstab relevant og kunne også med fordel nævnes.	
Side 43	Her står at lette til moderate SAD-tilstande primært behandles med psykoedukation og struktureret samtaleterapi, mens medicin kan være et supplement ved moderate til svære tilstande. Det understøtter at fastholde en klar tærskel for medicinsk behandling og at vejledningen ikke bør læses som én samlet antidepressiv algoritme for alle tre tilstande. Endvidere skal det beskrives at stepped care modellen jo ikke skal forhindre at man er på to trin altså fx modtager samtalebehandling og medicin samtidig	
Side 43-47	De farmakologiske anbefalinger på s. 43–47 bør afstemmes eksplicit med den særskilte DMPG-vejledning om farmakologisk behandling af unipolar depression, specielt m.h.t. førstevalg, hvor der i DMPG ikke anbefales en specifik SSRI.	
Generelt	Iht læsningen ville det være en fordel med en oversigt over anvendte forkortelser	
	Vejledningen fremstår overskuelig, veldispositionsret, relevant.	