Høringssvar vedr. DSAM's vejledning om stress, angst og depression (2026)

Samlet vurdering

Vejledningen er glimrende! Den er en fornøjelse at læse. En overskuelig, praksisorienteret og indeholder flere relevante anbefalinger, navnlig om systematisk opfølgning, selvmordsrisiko, differentialdiagnostik og vurdering af funktionsevne.

Der er imidlertid visse faglige og metodologiske problemer, som efter min vurdering bør forsøges adresseret inden endelig offentliggørelse.

De vigtigste er:

1. SAD-15 anbefales meget centralt, selv om dets validering og kliniske anvendelighed kræver en mere kritisk dokumentation.
2. Depressionens sværhedsgrad defineres lidt inkonsekvent, idet funktionsnedsættelse flere steder får forrang frem for diagnostiske symptomer (som i ICD-10).
3. Evidensgrundlaget er utilstrækkeligt transparent til, at læseren kan skelne mellem veldokumenterede anbefalinger og arbejdsgruppens konsensus.
4. Jeg synes også det bør fremhæves, at man generelt ikke ordinerer antidepressiv medicin efter kun én konsultation. Der er naturligvis undtagelser (sværhedsgraden af depressionen, selvmordstanker, tidligere eklatant effekt af antidepressiv medicin osv.) Men man står sig ved at tøve og tale med patienten over et par gange, hvorved man får en god bedømmelse af baseline. Det er omtalt på side 43-44, men jeg synes, man skal overveje at stramme op, så det bliver undtagelsen, at man straks ordinerer antidepressiva.

Jeg vil skelne mellem egentlige fejl, fagligt diskutable udsagn og forhold, der bør præciseres. Sidetallene nedenfor henviser til publikationens trykte sidetal.

1. Konkrete faglige fejl og problemer

Side 24: Diagnostiske kriterier for depression

I tabel 8 angives moderat depression som to kernesymptomer og mindst fire ledsagesymptomer. Det er en forenkling af ICD-10, som også tillader tre kernesymptomer og tre ledsagesymptomer ved moderat depression. For god ordens skyld skal det måske nævnes, så tabellen ikke fører til forkert graduering.

Side 31–32: Modstridende MDI-grænser

På side 31 angives let depression som MDI 21–25, moderat som 26–30 og svær som 31–50. På side 32 står der derimod let 20–24, moderat 25–29 og svær fra 30. Det er en intern inkonsistens, som bør rettes. Der bør vælges én dokumenteret scoringskonvention og den bør anvendes konsekvent.

Side 47: Utilstrækkelig effekt efter 2–4 uger

Der anbefales skift fra første- til andetvalgspræparat ved utilstrækkelig effekt efter 2–4 uger på tilstrækkelig dosis. Det er nok for kategorisk. Tidlig manglende bedring er prognostisk relevant, men er ikke i sig selv tilstrækkeligt grundlag for præparatskift. Behandlingsvarighed, dosis, adherence, tolerabilitet og eventuel delvis respons skal indgå i vurderingen.

Side 46: QTc-grænse på 480 ms

I boks 3 anføres, at behandling kan initieres eller fortsættes ved QTc under 480 ms. En sådan generel sikkerhedsgrænse er for upræcis. QTc skal vurderes i forhold til køn, præparat, ændring fra baseline og øvrige risikofaktorer. QTc mellem 450 og 480 ms kan allerede være relevant afhængigt af konteksten.

2. Problemer med SAD-15

Dette er efter min vurdering et af vejledningens vigtigste metodologiske problemer.

På side 26–27 præsenteres SAD-15 som et centralt redskab til udredning og monitorering. Det angives endda, at det ofte kan erstatte flere separate instrumenter.

Der henvises til Christensen KS, Validating the 15-item stress anxiety depression scale (SAD-15) using Rasch analysis, Journal of Psychosomatic Research, 2025.

Rasch-validering kan understøtte en skala som måleinstrument, men dokumenterer ikke i sig selv, at skalaen er egnet til klinisk diagnostik eller behandlingsmonitorering.

Der bør derfor hvis muligt redegøres for:

- Diagnostisk sensitivitet og specificitet ved de foreslåede cutoffs.
- Validering mod uafhængige kliniske diagnoser.
- Responsivitet og mindste klinisk betydningsfulde ændring.
- Om skalaen er undersøgt i en repræsentativ almenmedicinsk population.
- Om anvendelsen medfører bedre kliniske beslutninger end etablerede instrumenter.

Særligt problem: Skalaens fem stressspørgsmål omfatter blandt andet mange opgaver, søvnproblemer, koncentrationsbesvær og irritation ved afbrydelser. Disse symptomer er

uspecifikke og forekommer også ved depression, angst, søvnsygdomme og somatiske lidelser.

Endvidere indeholder angstdomænet et spørgsmål om genoplevelse af en voldsom hændelse, hvilket snarere kan indikere PTSD end en generel angstlidelse.

Det er ikke nødvendigvis fejl i skalaens konstruktion, men understreger, at dens tre domænescorer ikke uden videre kan fortolkes som diagnostisk specifikke.

Forslag: SAD-15 bør beskrives som et supplerende, nyere instrument, hvis kliniske anvendelighed fortsat skal dokumenteres. Det bør ikke uden stærkere sammenlignende evidens gives forrang frem for veletablerede skalaer.

3. Problematisk sammenblanding af diagnostik og funktionsniveau

På side 9 og 43 gradueres SAD-tilstande overvejende efter funktionsevne:

Grad	Vejledningens princip
Let	Daglige aktiviteter kan opretholdes
Moderat	Tydelig funktionsnedsættelse
Svær	Kan ikke varetage daglige aktiviteter

Dette kan være hensigtsmæssigt som vurdering af hjælpebehov, men funktionsevne og sygdommens symptomatiske sværhedsgrad er jo ikke nødvendigvis identiske størrelser.

En patient med svær depression kan eksempelvis fortsat møde på arbejde, mens en patient med relativt begrænsede depressive symptomer kan have meget betydelig funktionsnedsættelse på grund af komorbiditet eller sociale forhold.

Vejledningen risikerer således at sammenblande tre forskellige dimensioner:

- Diagnostisk klassifikation.
- Symptomernes sværhedsgrad.
- Funktionsevne og behandlingsbehov.

Jeg synes de bør vurderes separat og derefter indgå i en samlet klinisk beslutning.

4. Farmakologisk behandling

Præparatvalg, side 44–47

Tabel 11 anbefaler sertralin som førstevalg ved både angst og depression og duloxetin som andetvalg ved begge tilstande.

Dette er en praktisk forenkling, men ikke helt nuanceret.

Tabellen placerer desuden benzodiazepiner under »svær forpinthed« ved både svær stress, angst og depression. Det kan give indtryk af, at benzodiazepiner har en selvstændig plads i behandlingen af disse tilstande. De kan med stor fordel anvendes i udvalgte situationer kortvarigt som symptomatisk behandling, som add-on, men behandler ikke depressionens kernesymptomer, som behandles primært. Det ved jeg også I mener, men måske skulle det tydeliggøres.

Pregabalin ved generaliseret angst omtales uden tilstrækkelig vægt på risikoen for afhængighed, misbrug og seponeringsproblemer. Formentligt er dette stof lige så ”slemt” som benzodiazepiner.

Dosering af sertralin, side 46

Det anføres, at en tilstrækkelig SSRI-dosis ofte svarer til midten af dosisintervallet, eksempelvis sertralin 100 mg.

Det er problematisk som generel regel. Ved depression er sammenhængen mellem SSRI-dosis og effekt forholdsvis flad, mens bivirkningerne ofte er dosisafhængige. Højere dosis kan imidlertid være relevant hos udvalgte patienter, ikke nødvendigvis kun til de nævnte fast metabolizers. Dosis er generelt særdeles afhængig af de bivirkninger som patienten oplever.

Udtrapning, side 13 og 47

På side 13 foreslås dosisreduktion med 25–50 % hver 2.–4. uge. På side 47 anbefales udtrapning som udgangspunkt over 1–3 måneder.

Begge kan være rimelige udgangspunkter for nogle patienter, men anbefalingerne er for skematiske, især efter mange års behandling eller ved tidligere seponeringsproblemer.

Vejledningen anerkender behovet for mindre reduktioner ved lave doser, hvilket er positivt. Den bør imidlertid tydeligere forklare, at seponeringsforløb varierer betydeligt, og at nogle patienter behøver væsentligt længere tid, måske op til ½ år.

5. Epidemiologi og prognose

På side 15 angives en depressionsprævalens på 13,5 % i 2021 med henvisning til Fuglsang et al., 2025.

Dette tal bør præciseres. Der skal tydeligt skelnes mellem registerdefineret forekomst, behandlingsprævalens, punktprævalens og livstidsprævalens. Ellers kan læseren fejlagtigt opfatte 13,5 % som andelen af befolkningen med en aktuel depressiv episode.

På side 50 anføres, at recidivrisikoen efter første depression er cirka 50 %, og at den stiger med gennemsnitligt 16 % for hver efterfølgende episode.

Denne formulering er nok for kategorisk. Recidivrisikoen afhænger af opfølgningsperiode, patientpopulation, residualsymptomer, tidligere episoder og behandling. Det er desuden uklart, om de 16 % er en relativ eller absolut risikoforøgelse.

6. Evidensgrundlag og referencer

Vejledningen oplyser selv på side 8, at der ikke er foretaget en fuldstændig systematisk litteraturgennemgang. Det er bestemt acceptabelt for en praksisvejledning, men indebærer, at anbefalingerne ikke bør fremstå med samme sikkerhed som systematisk evidensgraderede kliniske retningslinjer. Det ville være fantastisk, med en tydelig markering af, hvilke anbefalinger der bygger på randomiserede undersøgelser, systematiske reviews, eksisterende retningslinjer eller ekspertkonsensus.

7. Tyrk-fejl

Side	Problem	Forslag
13	»forsat medicinsk behandling«	»fortsat medicinsk behandling«
21 og 24	Henvisning til bilag 1 på side 46–48	Forkert sidehenvisning. Indholdsfortegnelsen angiver side 54
31–32	Forskellige MDI-grænseværdier	Ensret og dokumentér grænserne
44 og 46	»mirtazepin«	»mirtazapin«

Der er også konkrete redaktionelle problemer i referencelisten. Eksempelvis står der »2010 2010« ved reference 5, »1992 1992« ved reference 10 og »Den Narionale Sundhedsprofil« ved reference 22.

Konklusion

Et fantastisk nyttigt og godt arbejde. En del mindre ting, man kan overveje at korrigere eller uddybe.