# Rettelser og bemærkninger til DSAM's kliniske vejledning "Funktionelle lidelser" fra 2013

Vejledningen er gennemgået i juli 2026 af Marianne Rosendal, speciallæge i almen medicin, ph.d. og seniorforsker, Funktionelle Lidelser, AUH, og Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus. Dette dokument beskriver vigtige ændringer på området siden 2013. Der er *ikke* foretaget en ny litteratursøgning. Nedenstående bemærkninger til vejledningen bygger på forfatterens aktuelle viden om området. De angivne sidetal henviser til vejledningen fra 2013.

## Generelle ændringer

Nedennævnte ændringer gælder for hele vejledningen inkl. laminatark.

Med udgivelsen af ICD-11 i 2022 blev helbredsangst defineret som en selvstændig sygdom – nu under angstlidelser. **Helbredsangst betragtes ikke længere som en somatoform tilstand eller en funktionel lidelse**. Derfor udgør helbredsangst ikke længere en del af vejledningen, og afsnit om helbredsangst er ikke opdateret eller kommenteret yderligere.

**Sundhedsstyrelsen erstattede i 2018 "bodily distress syndrome" med diagnosebetegnelsen "funktionel lidelse".**

## Indledning

### Definition af funktionelle lidelser (side 5)

Siden 2019 har en funktionel lidelse haft sin egen diagnosekode i den danske udgave af ICD-10. Sundhedsstyrelsen beskriver det sådan her:

> *"Funktionel lidelse er kendetegnet ved, at patienten har fysiske symptomer, som påvirker funktionsevne og livskvalitet, og som har et karakteristisk mønster. Et fælles kendetegn for de funktionelle lidelser er, at de ikke kan påvises ved blodprøver, røntgenundersøgelser eller andre medicinske tests."*
>
> Kilde: Funktionelle lidelser. Viden og redskaber til almen praksis. Sundhedsstyrelsen, 2021, side 6 (1).

Her kan tilføjes:

- Diagnosen stilles ud fra det karakteristiske symptommønster.
- Differentialdiagnoser skal udelukkes i relevant omfang (som ved andre tilstande).

### Hvad betyder kultur og kontekst? (side 9)

Udbredelsen af kronisk træthedssyndrom har ændret sig siden 2013, og der har siden været opblussen af nye syndromepidemier, f.eks. reaktioner på HPV-vaccine og senfølger efter Covid-infektion.

## Diagnostik

### Diagnostiske kriterier (side 11)

Funktionel lidelse rubriceres *ikke* længere som en psykiatrisk lidelse, og nye diagnosekriterier anvendes (*ikke* ICD-10-kriterier for somatoform tilstand eller ICD-11-kriterier for *bodily distress disorder*, hvilket er en anden lidelse end det tidligere *bodily distress syndrome*).

Diagnosen er ikke længere en udelukkelsesdiagnose; den bygger på positive diagnosekriterier. Se ”Nyt bilag 2. Diagnosekriterier for funktionel lidelse”.

Funktionel lidelse er tilføjet i den danske udgave af ICPC under diagnosen ”A29 Almen(t) symptom/klage IKA” og her mappet til ICD-10, men under den forældede betegnelse ”medicinsk uforklarede symptomer” (MUS), selvom sygdommen ikke længere betragtes som medicinsk uforklaret. Funktionel lidelse er herved blevet flyttet ud af psykiatrikapitlet og står i stedet som en symptomdiagnose i det kapitel, der omfatter flere organsystemer.

## Differentialdiagnostik og komorbiditet (side 14)

Ud over de nævnte psykiske sygdomme bør også udviklingsforstyrrelser som f.eks. ADHD og autisme overvejes.

Helbredsangst er en (vigtig) differentialdiagnose til en funktionel lidelse. Helbredsangst kan også forekomme samtidig med en funktionel lidelse, dvs. som komorbiditet.

Definitionen og de diagnostiske kriterier for helbredsangst findes bl.a. i Lægehåndbogen (2).

## Udredning

### Hvad er udredningsprogrammet for ukarakteristiske symptomer? (side 17)

Spørgeskemaet ”Common Mental Disorders Questionnaire” (CMDQ) anvendes fortsat til en hurtig, samlet vurdering af symptombelastning, helbredsangst, depression, angst og alkoholmisbrug. For et mere målrettet skema for funktionel lidelse anbefales BDS-symptomtjeklisten. Se ”Bilag 3. Supplement om BDS-symptomtjekliste”.

# Vedligeholdende og forstærkende faktorer (side 21)

Ny evidens viser, at sygdomsforståelse, adfærd og forventninger spiller en væsentlig rolle for forløbet:

- Ændret sygdomsforståelse har i to randomiserede studier i primærsektoren vist positiv effekt på symptombelastning (3, 4). Begge studier fokuserer på kommunikation med patienten, og en ny forståelse af funktionel lidelse formidles med fokus på både biologiske og psykosociale faktorer.
- Kohortestudier viser, at positive (sammenlignet med negative) forventninger til forløbet efter piskesmæld er forbundet med signifikant bedre udfald (5), og at adaptive mestringsstrategier har betydning for forløbet (6).

Ligeledes viser ny evidens fra placeboforskning, at information, som skaber positive eller negative forventninger med tilsvarende forandringer i bl.a. nervesystemet, har betydning (7, 8). Noceboeffekter koblet med det, der betegnes som "social smitte", vil sammen kunne bidrage til at initiere, vedligeholde og forstærke symptomer {Meinert, 2016 #4408}.

# Behandling og visitation (side 25)

Tilgangen til behandling er ikke ændret væsentligt. Sundhedsstyrelsen anbefaler fortsat *stepped care*, hvor kun de mest syge tilbydes specialiseret behandling i tværfaglige regionale centre. Den aktuelle organisering af behandlingen for børn, unge og voksne er beskrevet i Ugeskrift for Læger i 2026 (9).

Siden udgivelsen af den kliniske vejledning har Sundhedsstyrelsen samlet anbefalinger og vejledninger om funktionelle lidelser, herunder en redskabskasse til almen praksis {Sundhedsstyrelsen, 2023 #4409}.

Der er fortsat stærk evidens for behandling med kognitiv adfærdsterapi.

## Særligt om *graded exercise therapy* (side 30)

Fysisk aktivitet er blevet en mere central del af behandlingen, og her handler det ikke alene om at undgå dekonditionering. Tilgangen beskrives nu i stedet som gradueret aktivitetstræning og tager udgangspunkt i sværhedsgraden af den enkeltes sygdom, og hvad der motiverer til aktivitet. Målet med behandlingen er at øge patientens fysiske og sociale formåen gradvist, hvilket oftest over tid også giver en generel bedring af den funktionelle lidelse. Siden 2013 er man desuden blevet opmærksom på, at muskler ved aktivitet frigiver myokiner og således også fungerer som endokrint organ. Myokiner medierer bl.a. kommunikation mellem muskler og en række andre organer inkl. hjernen og har antiinflammatorisk effekt (10).

### Hvornår er der indikation for farmakologisk behandling? (side 30)

Efter udgivelsen af vejledningen i 2013 er der gennemført et randomiseret studie af behandling med imipramin ved funktionel lidelse, der dokumenterer effekt af behandling med tricyklisk antidepressivum ved funktionel lidelse på tværs af symptomer (11).

Det anbefales at starte med en lille dosis og trappe langsomt op med støtte undervejs, da mange får midlertidige bivirkninger. Der anbefales lav slutdosis (f.eks. 80 mg amitriptylin, da imipramin aktuelt ikke er tilgængeligt). Nyere bredspektrede antidepressiva som duloxetin har formentlig også effekt og undersøges i et pågående dansk studie. Derimod virker SRRI ikke på funktionel lidelse, men har dokumenteret effekt på helbredsangst (12).

## Prognose

### Hvad skal jeg sige til patienten om prognose? (side 40)

I forhold til tab af funktionsevne har en dansk undersøgelse vist, at den relative risiko for at blive tildelt førtidspension i løbet af 10 år var 4-5 gange højere for dem med funktionel lidelse, enkeltorgan, og 8-9 gange højere for dem med funktionel lidelse, multiorgan, sammenlignet med patienter med veldefineret biomedicinsk sygdom (13).

### Hvordan monitorerer vi bedst behandlingen af funktionelle lidelser? (side 40)

Hvis man ønsker at monitorere udelukkende på symptombelastning, kan man anvende BDS-tjeklisten (14). Skemaet er angivet som supplement til bilag 3 nedenfor.

## Funktionelle lidelser hos børn og unge (side 41-44)

Kapitlet kan suppleres med statusartiklen ”Funktionelle lidelser hos børn og unge”, som blev bragt i Ugeskrift for Læger i 2026 {Toft-Kehler, 2026 #4410}.

### Hvordan er det kliniske billede hos børn og unge? (side 41)

Siden 2019 er funktionel lidelse blevet diagnostisk klassificeret i ICD-10 ved brug af de samme diagnosekoder og kategorier, som anvendes hos voksne (se Nyt bilag 1 og Nyt bilag 2 herunder).

Dissociative tilstande er anført (se Nyt bilag 1 under P75). Aktuelt anvendes i stigende grad ordlyden ”funktionel neurologisk lidelse” i stedet, f.eks. kramper, bevægelsesforstyrrelser og sanseforstyrrelser, herunder blindhed.

På side 42 nævnes forskellige sårbarhedsfaktorer. En evt. udviklingsforstyrrelse kan også øge risikoen for funktionel lidelse.

### Hvordan skal børn og unge behandles? (side 44)

*Stepped care* med indbygget *shared care* mellem f.eks. pædiatrien og børne-unge-psykiatrien er nu implementeret i Danmark og er beskrevet i en artikel i Ugeskrift for Læger (9).

Mht. farmakologisk behandling:

- Ved komorbid ADHD kan centralstimulantia anvendes
- Der er ikke evidens for farmakologisk behandling af selve den funktionelle lidelse
- Al iværksættelse af psykofarmakologisk behandling er en specialistopgave.

Lidelsen "Münchausen by proxy" benævnes nu "medicinsk børnemishandling".

## Funktionelle lidelser hos patienter med anden etnisk baggrund end dansk (side 47-50)

På side 48 nævnes en række spørgsmål fra de amerikanske anbefalinger under afsnittet om *the Cultural Formulation Interview* i *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Spørgsmålene supplerer spørgsmålene i konsultationens trin 1 fra TERM-modellen (se side 28 i vejledningen fra 2013). Spørgsmålsstrukturen er blevet forenklet i DSM-V. Nedenfor angives de aktuelle 16 spørgsmål. De er yderligere uddybet i DSM-V.

**Kulturel definition af problemet**

1. Hvad får dig til at komme her i dag? Evt. suppleret med: Folk forstår ofte deres problem på deres egen måde, som kan være den samme som eller forskellig fra, hvordan læger beskriver problemet. Hvordan vil du selv beskrive dit problem?
2. Sommetider har folk forskellige måder at fortælle om deres problem til deres familie, venner eller andre i nærmiljøet. Hvordan ville du beskrive dit problem for dem?
3. Hvad bekymrer dig mest i forbindelse med dit problem?

**Kulturel perception af årsag, kontekst og støtte**

4. Hvorfor tror du, dette sker for dig? Hvad tror du er årsagen til [problemet]?
5. Hvad tror andre i din familie, blandt dine venner eller andre i dit nærmiljø er årsag til dit [problem]?
6. Er der nogen form for støtte, der formindsker dit [problem], f.eks. støtte fra familie, venner eller andre?
7. Er der nogen form for belastning, der forværrer dit [problem], f.eks. økonomiske eller familiemæssige problemer?
8. Hvad er for dig de vigtigste dele af din baggrund eller din identitet?
9. Er der sider af din baggrund eller identitet, der har betydning for dit [problem]?

10. Er der sider af din baggrund eller identitet, der giver dig andre bekymringer eller vanskeligheder?

**Kulturelle faktorer, der påvirker mestring af sig selv og tidligere søgning om hjælp**

11. Sommetider har folk forskellige måder at klare problemer som dit [problem] på. Hvad har du selv gjort for at håndtere dit [problem]?
12. Folk søger ofte hjælp mange forskellige steder, herunder forskellige slags læger, støttepersonale eller healere. Hvilken form for behandling, hjælp, rådgivning eller healing har du tidligere søgt for at løse dit [problem]?
13. Er der noget, der har hindret dig i at få den hjælp, du har brug for?

**Kulturelle faktorer, der påvirker nuværende søgning om hjælp**

14. Hvilken form for hjælp ville du tro, der var bedst for dig her og nu i forbindelse med dit [problem]?
15. Er der andre former for hjælp, som din familie, dine venner eller andre mennesker har sagt ville være godt for dig nu?

**Relation mellem behandler og patient**

16. Har du været bekymret for dette? Er der noget, vi kan gøre for at skaffe dig den hjælp, du har brug for?

# Almen praksis' relationer til sundheds- og socialvæsen (side 51-56)

## Hvad er udfordringen for almen praksis? (side 52)

Siden 2018 er der etableret regionale centre for funktionelle lidelser i alle regioner. Centrene har aktuelt en meget lille behandlingskapacitet, men de tilbyder også telefonisk rådgivning til almen praksis. Henvisningskriterier fremgår af Sundhed.dk.

# Kvalitetssikring (side 57-58)

Afsnittet om kvalitetssikring og indikatorer udgår, idet DAK-E er nedlagt. E-læringsprogrammet er ligeledes udgået, da Lægeforeningen har nedlagt de ældre e-læringsprogrammer.

## Information til fagfolk og patienter (side 58) – opdateret liste

### Websteder

- Funktionelle lidelser: www.funktionellelidelser.dk
- Lægehåndbogen (information om funktionel lidelse, helbredsangst, kronisk træthedssyndrom og socialmedicinske forhold): www.lægehåndbogen.dk

- Informationsmateriale om funktionelle lidelser (f.eks. kort film om filtermodellen, forelæsninger fra Danskernes Akademi): https://funktionellelidelser.dk/om-funktionelle-lidelser/informationsmateriale/
  - Funktionelle anfald: https://pnes.au.dk/
- Sundhedsstyrelsens materialer: https://www.sst.dk/vidensbase/sygdomme-og-behandling/funktionelle-lidelser/anbefalinger-og-vejledninger-om-funktionelle-lidelser
  - Kortfilm om funktionel lidelse hos børn og unge: https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/psykiatriske-centre/boerne-og-ungdomspsykiatrisk-center/viden-om/sm%C3%A5-b%C3%B8rn-/sider/funktionel-lidelse.aspx.

### Til fagfolk

- Månedsskriftets særtryk om længerevarende symptomer og funktionel lidelse: https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-saertryk/
- Funktionelle lidelser. Udredning og behandling
  Redaktion: Per Fink, Marianne Rosendal, Munksgaard, 2012
- Almen medicin i praksis (kapitel 11)
  M. Rosendal, Munksgaard, 2021
- Almen medicin: Uafklarede symptomer og funktionelle lidelser (kapitel 2.14)
  M. Rosendal, Munksgaard, 2014.

### Til patienter

- Når kroppen siger fra. Information om funktionel lidelse
  Komitéen for Sundhedsoplysning, 2012,
  http://funktionellelidelser.au.dk/fileadmin/www.funktionellelidelser.au.dk/patient_Pjecer/Na__r_kroppen_siger_fra.pdf
- Forstå dine symptomer – om sammenhæng mellem fysiske symptomer og psykiske belastninger. Komitéen for Sundhedsoplysning, 2006,
  http://www.sundhedsoplysning.dk/kfs_handel/produkt_info/1623.htm
- Malte og Maltes mave. Komitéen for Sundhedsoplysning, 2016,
  http://kfsbutik.dk/da/born/172-malte-og-maltes-mave.html
- Anes anfald. Komitéen for Sundhedsoplysning, 2021
  https://kfsbutik.dk/da/born/350-anes-anfald.html
- Funktionelle lidelser. Viden, samtaler og sygehistorier, L. Toscano, FADL's Forlag, 2015.

# Nyt bilag 1. Diagnosekodning i dansk udgave af ICPC-2-DK

**Symptomkoder 01-29** gælder for alle kapitler, inkl. kapitel P.

**A29 Alment symptom IKA** anvendes som diagnose for funktionel lidelse. Man kan vælge at bruge den mappede ICD-10-diagnose ”medicinsk uforklarede symptomer” (MUS). Kapitel A anvendes generelt, når der er symptomer fra mere end et organsystem.

**P75 Somatoform forstyrrelse** anvendes udelukkende, hvis patienten opfylder de diagnostiske kriterier for en af de inkluderede diagnoser. Det vil sige, at der ud over de mange symptomklager også er optagethed af og tilbagevendende præsentation af somatiske symptomer og klager sammen med stadige anmodninger om lægelig undersøgelse trods gentagne negative fund og forsikringer fra læger. Diagnosen kræver, at der gennem en periode af mindst et års varighed er præsenteret multiple, tilbagevendende og ofte skiftende somatiske symptomer for lægen. P75 indeholder desuden fortsat diagnoserne hypokonder tilstand, som nu betegnes helbredsangst, og dissociative tilstande.

Hertil kommer koder for funktionelle syndromer i andre organkapitler (f.eks. D93 Colon irritabile).

# Nyt bilag 2. Diagnosekriterier for funktionel lidelse

Beskrivelse: En funktionel lidelse er en sygdom, der er kendetegnet ved fysiske symptomer. Symptomerne har oftest et karakteristisk mønster, som påvirker personens funktionsevne og livskvalitet. En funktionel lidelse kan ikke påvises ved blodprøver, røntgenundersøgelser eller andre biomedicinske tests. Diagnosen stilles klinisk ud fra det karakteristiske symptom-billede. Som ved andre tilstande skal differentialdiagnoser udelukkes i relevant omfang.

Diagnosekriterier for en funktionel lidelse fremgår af nedenstående tabel og er etableret på baggrund af videnskabelige undersøgelser bl.a. i dansk almen praksis (15).

| **Patienten opfylder et eller flere af nedennævnte symptommønstre** | |
|---|---|
| **Mindst 3 symptomer** | **Kardiopulmonal arousal**<br>F.eks. hjertebanken/uro i brystet, trykken/smerter i brystet, forpustethed uden anstrengelse, anfald med vejrtrækningsbesvær, varm- eller koldsved, mundtørhed |
| **Mindst 3 symptomer** | **Gastrointestinal arousal**<br>F.eks. mavesmerter, hyppige og/eller løse afføringer, diarré, oppustethed/ tyngdefornemmelse i maven, utilpashed/kvalme, opgylpning/opstød, brændende fornemmelse i bryst/maven eller halsbrand |
| **Mindst 3 symptomer** | **Muskuloskeletal påvirkning**<br>F.eks. smerter i arme eller ben, muskelsmerter, ledsmerter, følelse af lammelse i arme eller ben, rygsmerter, smerter som flytter sig, ubehagelig dødheds-fornemmelse eller føleforstyrrelser |
| **Mindst 3 symptomer** | **Generelle symptomer**<br>F.eks. koncentrationsbesvær, hukommelsesbesvær, træthed, hovedpine, svimmelhed |
| **Sygdommen skal medføre moderat til svær påvirkning af funktionsniveau og/eller velbefindende.** | |
| **Relevante differentialdiagnoser er overvejet.** | |
| **Sygdomsvarigheden skal være mindst 3 måneder.** | |

**Funktionel lidelse, enkelt organ** anvendes for patienter, der har mindst 3 symptomer fra 1-2 af de angivne områder, dvs. en funktionel lidelse, der primært har dominerende symptomer fra ét organsystem.

**Funktionel lidelse, multiorgan** anvendes for patienter, der har mindst 3 symptomer fra mindst 3 af de angivne områder, dvs. en funktionel lidelse med mange fysiske symptomer fra flere organsystemer.

Sundhedsstyrelsen har desuden oprettet kategorien **"funktionel lidelse, enkelt symptom"**, som giver mulighed for at kode evt. enkeltsymptomer, der opfylder beskrivelsen for funktionel lidelse og har betydelig indflydelse på patientens funktionsniveau og/eller livskvalitet.

Oversigt over diagnosekoder for funktionelle lidelser i den danske udgave af ICD-10:

| **SKS-kode** | **Diagnose** |
|---|---|
| DR688A9 | Funktionel lidelse, IKA |
| DR688A9A | Funktionel lidelse, multiorgan |
| DR688A9B | Funktionel lidelse, enkelt organ |
| DR688A9B1 | Funktionel lidelse, almen/træthed |
| DR688A9B2 | Funktionel lidelse, gastrointestinal |
| DR688A9B3 | Funktionel lidelse, muskuloskeletal |
| DR688A9B4 | Funktionel lidelse, kardiopulmonal |
| DR688A9B5 | Funktionel lidelse, neurologisk |
| DR688A9B6 | Funktionel lidelse, urogenital |
| DR688A9B9 | Anden funktionel lidelse, enkelt organ |
| DR688A9C | Funktionel lidelse, enkelt symptom |

Ovenstående koder er mappet til ICPC, kode A29 "Almen(t) symptom/klage IKA", hvor betegnelsen "Medicinsk uforklarede symptomer (MUS)" kan vælges.

Når den kliniske vurdering efter endt udredning er, at patienten har en funktionel lidelse, anbefales det generelt at anvende de nye koder for funktionelle lidelser som de primære koder (aktionsdiagnoser), da disse i langt de fleste tilfælde vil være mere præcise og klinisk meningsfulde end organ- og/eller specialespecifikke syndromdiagnoser, f.eks. irritabel tyktarm eller fibromyalgi. De specialespecifikke syndromdiagnoser, som fortsat vil være tilgængelige til brug i klassifikationssystemet, bør kun bruges som supplement til de nye koder for funktionelle lidelser, og kun hvis det er klinisk hensigtsmæssigt for patientens tilstand.

Kilde: Kodning af funktionelle lidelser. Vejledning til sundhedspersonale. Sundhedsstyrelsen, 2020 {Sundhedsstyrelsen, 2020 #3301}.

# Bilag 3. Supplement om BDS-symptomtjekliste

BDS-tjeklisten er et spørgeskema, der er udviklet til at screene for det typiske symptommønster ved funktionel lidelse (16).

Patienten besvarer selv spørgeskemaet. Vær opmærksom på, at der spørges til de seneste 4 uger.

Ved afkodning lægges en skæringslinje mellem ”lidt” og ”noget”, hvorefter antallet af symptomer til højre for linjen kan tælles sammen for hver af de fire symptomgrupper og dernæst sammenholdes med de diagnostiske kriterier.

Som beskrevet i vejledningen skelner man mellem **let til moderat funktionel lidelse**, hvis patienten har mindst 3 symptomer fra hver af de 1-2 symptomgrupper, og **svær funktionel lidelse**, hvis patienten har mindst 3 symptomer fra hver af de 3-4 symptomgrupper.

Skemaet kan også anvendes til at monitorere sværhedsgraden af en funktionel lidelse.
Til monitorering kan kolonnerne værdisættes på følgende måde:

- Slet ikke = 0
- Lidt = 1
- Noget = 2
- En hel del = 3
- Virkelig meget = 4

Den samlede score for tjeklisten vil gå fra 0 til 100.

## BDS-tjeklisten

| ***I de sidste fire uger hvor meget har du været generet af:*** | Slet ikke | Lidt | Noget | En hel del | Virkelig meget |
|---|---|---|---|---|---|
| **Symptomer fra hjerte og lunger m.m.** | | | | | |
| Hjertebanken eller uro i brystet? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Trykken eller smerter i brystet? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Forpustethed uden anstrengelse? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Anfald med vejrtrækningsbesvær? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Varm- eller koldsveden? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mundtørhed? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Symptomer fra mave og tarm** | | | | | |
| Hyppige, løse afføringer? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mavesmerter? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Oppustethed, spændings- eller tyngdefornemmelse i maven? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Diarré? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Opgylpning eller opstød? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Utilpashed eller kvalme? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Brændende fornemmelse i brystet eller maven? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Symptomer fra muskler og led** | | | | | |
| Smerter i armene eller benene? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Muskelsmerter eller ømhed? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ledsmerter? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Følelse af lammelse i arme eller ben? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Rygsmerter? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Smerter som flytter sig fra sted til sted? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ubehagelig dødhedsfornemmelse eller føleforstyrrelser? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Almene symptomer** | | | | | |
| Koncentrationsbesvær? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Træthed? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Hovedpine? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Hukommelsesbesvær? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Svimmelhed? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

0 = slet ikke, 1 = lidt, 2 = noget, 3 = en hel del, 4 = virkelig meget.

# Referencer


1. Sundhedsstyrelsen. Funktionelle Lidelser. Viden og Redskaber til Almen Praksis 2021 [Available from: https://www.sst.dk/media/4vhdym1t/funktionelle-lidelser-viden-og-redskaber.pdf.
2. Fink P. Lægehåndbogen: Helbredsangst 2025 [Available from: [https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/angstlidelser/helbredsangst/.
3. Burton C, Mooney C, Sutton L, White D, Dawson J, Neilson AR, et al. Effectiveness of a symptom-clinic intervention delivered by general practitioners with an extended role for people with multiple and persistent physical symptoms in England: the Multiple Symptoms Study 3 pragmatic, multicentre, parallel-group, individually randomised controlled trial. Lancet. 2024;403(10444):2619–29.
4. Abrahamsen C, Reme SE, Wangen KR, Lindbaek M, Werner EL. The effects of a structured communication tool in patients with medically unexplained physical symptoms: a cluster randomized trial. EClinicalMedicine. 2023;65:102262.
5. Holm LW, Carroll LJ, Cassidy JD, Skillgate E, Ahlbom A. Expectations for recovery important in the prognosis of whiplash injuries. PLoSMed. 2008;5(5):e105.
6. Myrtveit SM, Carstensen T, Kasch H, Ornbol E, Frostholm L. Initial healthcare and coping preferences are associated with outcome 1 year after whiplash trauma: a multicentre 1-year follow-up study. BMJ Open. 2015;5(3):e007239.
7. Ortega A, Salazar J, Galban N, Rojas M, Ariza D, Chavez-Castillo M, et al. Psycho-Neuro-Endocrine-Immunological Basis of the Placebo Effect: Potential Applications beyond Pain Therapy. Int J Mol Sci. 2022;23(8).
8. Vase L, Wager TD, Eccleston C. Opportunities for chronic pain self-management: core psychological principles and neurobiological underpinnings. Lancet. 2025;405(10491):1781–90.
9. Kallesoe KH, Gormsen L, Fink P, Rosendal M, Rask CU. [Organisation of assessment and treatment of functional somatic disorders]. Ugeskr Laeger. 2026;188(27).
10. Pedersen BK. From the discovery of myokines to exercise as medicine. Dan Med J. 2023;70(9).
11. Agger JL, Schroder A, Gormsen LK, Jensen JS, Jensen TS, Fink PK. Imipramine versus placebo for multiple functional somatic syndromes (STreSS-3): a double-blind, randomised study. Lancet Psychiatry. 2017;4(5):378–88.
12. Greeven A, van Balkom AJ, Visser S, Merkelbach JW, van Rood YR, van Dyck R, et al. Cognitive behavior therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis: a randomized controlled trial. Am J Psychiatry. 2007;164(1):91–9.
13. Rask MT, Ornbol E, Rosendal M, Fink P. Long-Term Outcome of Bodily Distress Syndrome in Primary Care: A Follow-Up Study on Health Care Costs, Work Disability, and Self-Rated Health. Psychosom Med. 2017;79(3):345–57.
14. Budtz-Lilly A, Fink P, Ornbol E, Vestergaard M, Moth G, Christensen KS, et al. A new questionnaire to identify bodily distress in primary care: The 'BDS checklist'. J Psychosom Res. 2015;78(6):536–45.

15. Fink P, Toft T, Hansen MS, Ornbol E, Olesen F. Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. PsychosomMed. 2007;69(1):30–9.
16. Petersen MW, Rosendal M, Ornbol E, Fink P, Jorgensen T, Dantoft TM, et al. The BDS checklist as measure of illness severity: a cross-sectional cohort study in the Danish general population, primary care and specialised setting. BMJ Open. 2020;10(12):e042880.