

Udskriftsdato: 25. december 2025

VEJ nr 10033 af 18/10/2016 (Historisk)

Vejledning om personers adgang til tilskudsberettiget psykologbehandling

Ministerium: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Journalnummer: Sundheds- og Ældreministeriet,
Sundhedsstyrelsen, j.nr. 4-1012-51/11

Senere ændringer til forskriften

BEK nr 241 af 01/03/2017 - BEK nr 989 af 25/09/2019

Vejledning om personers adgang til tilskudsberettiget psykologbehandling

1. Indledning

Det følger af sundhedsloven § 69, at regionsrådet yder tilskud til behandling hos psykolog efter lægehenviisning.

De nærmere regler om tilskud til psykologbehandling efter sundhedsloven fremgår af bekendtgørelse nr. 413 af 4. maj 2016 om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper (herefter benævnt bekendtgørelsen).

Tilskudsordningen er målrettet personer med let til moderat angst og depression, og personer der har udviklet psykopatologisk reaktion som følge af en alvorlig livsbegivenhed, jf. bekendtgørelsen. For at der kan henvises til psykologbehandling i praksissektoren, skal der med afsæt i den henvisende læges vurdering af patienten være en sundhedsfaglig indikation for behandlingen.

2. Formål

Formålet med denne vejledning er at præcisere den målgruppe, som er omfattet af tilskudsordningen for psykologbehandling.

3. Anvendte begreber

Denne vejledning anvender følgende begreber:

3.1. *Praktiserende psykologer*

Ved praktiserende psykologer forstås i denne vejledning de psykologer, som har et ydernummer, hvormed de har tilsluttet sig overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Psykologforening.

3.2. *Psykopatologisk reaktion*

I denne vejledning anvendes 'psykopatologisk reaktion', hvor bekendtgørelsen bruger begrebet 'psykisk patologisk reaktion', jf. § 2, stk. 5. Psykopatologisk reaktion, som følge af en alvorlig livsbegivenhed, skal i denne vejledning forstås som en mental tilstand, udløst af en livsbegivenhed, hvor tilstanden har en karakter og alvorlighed, hvor der er behov for behandling for at reducere risikoen for varig lidelse og funktionsbegrænsning. Der henvises i øvrigt til beskrivelsen af reaktioner i bilag A til vejledningen.

3.3. *Let til moderat nedsat funktionsniveau*

I bekendtgørelsen er det i § 2 stk. 5 anført, at den alvorlige livsbegivenhed skal have forårsaget en 'psykisk patologisk reaktion med moderat nedsat funktion'. I vejledningen præciseres det, at det for den psykopatologiske reaktion, ligesom for depression og angst, gør sig gældende, at funktionsniveauet skal være nedsat i let til moderat grad.

4. Opgavefordeling

4.1. *Almen praksis*

Ansvarlig for vurdering af sundhedsfaglig indikation ved henvisning til psykologbehandling.

Nogle alment praktiserende læger kan tilbyde støttende samtaler og samtaleterapi-konsultationer. Ved manglende respons på lægens behandling bør udrednings- eller behandlingsbehovet vurderes på ny og evt. henvises til specialiseret behandling hos privatpraktiserende psykolog, psykiater eller regional psykiatri.

4.2. Praktiserende psykologer

Praktiserende psykologer kan tilbyde behandling med offentligt tilskud, hvis patienten falder inden for målgruppen for psykologordningen. Patienten skal være i stand til at følge et ambulant psykologisk tilbud. Psykologen bør løbende fagligt vurdere behandlingseffekten. Hvis patienten ikke oplever tydelig bedring, bør patienten henvises til egen læge til revurdering af behandlingsbehovet.

4.3. Praktiserende psykiater

Der kan i visse tilfælde være behov for at henvise til praktiserende psykiater. Det kan fx dreje sig om situationer med manglende respons på psykologbehandling, usikkerhed om diagnosen, omfattende kompleks komorbiditet eller ved behov for langvarig medicinsk behandling som reducerer risiko for symptomrecidiv.

4.4. Regional ambulant psykiatri

Der kan være behov for at henvise til ambulant udredning og behandling i den regionale psykiatri. Det kan fx være personer med moderat til svære psykiske lidelser herunder moderat eller svær depression, svær angst med samtidige komplicerende faktorer, såsom alvorlig somatisk sygdom, alvorlig personlighedsforstyrrelse, alvorligt svækkede kognitive funktioner eller kompliceret social problematik.

4.5. Psykiatrisk afdeling

Ved psykiske lidelser med fx suicidale symptomer, udtalt spisevægring eller psykotiske symptomer bør der ud fra en konkret sundhedsfaglig vurdering ske henvisning til vurdering i den regionale psykiatri.

4.6. Kommunale tilbud

Lægen kan, efter en konkret vurdering af patientens funktionsevne, henvise til kommunale tilbud på sundhedsområdet, beskæftigelsesområdet, undervisningsområdet og socialområdet. Det er kommunen, der visiterer til de konkrete tilbud.

5. Målgruppen

5.1. Hvem er omfattet af ordningen

Det følger af bekendtgørelsen, at målgruppen for tilskudsordningen afgrænses på baggrund af dels en række alvorlige livsbegivenheder og dels diagnoser (let til moderat depression og angst).

5.1.1. Henvisningsårsag 1-9 (alvorlige livsbegivenheder)

Det følger af bekendtgørelsen, at en person kun kan henvises til psykologbehandling, hvis den alvorlige livsbegivenhed har forårsaget udvikling af en psykopatologisk reaktion med let til moderat nedsat funktionsevne. Se bilag A til vejledningen for yderligere beskrivelse af psykopatologisk reaktion, herunder psykiske risikofaktorer og for funktionsniveau.

For henvisningsårsag 1-8 kan henvisningen som udgangspunkt ikke udstedes senere end 6 måneder efter den alvorlige livsbegivenhed, der er årsag til henvisningen har fundet sted. Dog kan der være behov for, at henvisningen udstedes senest 12 måneder efter den alvorlige livsbegivenhed, jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 3. For henvisningsårsag 9 er der ikke fastsat en tidsgrænse for henvisningen.

5.1.2. Henvisningsårsag 10-11 (let til moderat depression og angst)

Det følger af bekendtgørelsen, at det alene er personer, der har lette til moderate depressions- og angsttilstande, der kan henvises til psykologordningen. Se bilag A til vejledningen for yderligere beskrivelse af diagnosekriterierne.

Alder indgår som et kriterium for afgrænsning af persongruppen ved henvisning af personer med let til moderat angst og depression, idet personer skal være fyldt 18 år ved henvisning til ordningen. Personer, der henvises for angst, kan ikke være ældre end 38 år på henvisningstidspunktet.

Personer, der isoleret har symptomer på fx stress, personlighedsforstyrrelse eller funktionelle tilstande, kan ikke henvises til psykologbehandling med tilskud, da de nævnte tilstande ikke er omfattet af henvisningskategorierne.

5.2. Undersøgelser, som almen praksis bør foretage i forbindelse med henvisning af gruppe 1-sikrede og gruppe 2-sikrede personer, der har ret til tilskud til behandling

5.2.1. Alle henvisningsårsager

For alle henvisningsårsager 1-11 i bekendtgørelsens § 1 gælder, at den praktiserende læges vurdering af personens adgang til ordningen for psykologbehandling må bero på en konkret og individuel faglig vurdering af, om der er en sundhedsfaglig indikation for psykologbehandling.

Helhedsvurdering

Den sundhedsfaglige indikation for psykologbehandling vurderes med udgangspunkt i:

- personens ressourcer og vanskeligheder
- personens ønsker, præferencer og motivation for psykologbehandling
- reaktionens/symptomernes sværhedsgrad
- bæredygtigheden af personens netværk
- personens sårbarhed, aktuelle livssituation og tidligere belastninger

Funktionsevne

Personens funktionsevne skal være nedsat i let til moderat grad. Den nedsatte funktionsevne kan fx vise sig ved påvirkning af evnen til at indgå i relationer eller sociale sammenhænge, nedsat livskvalitet, vanskeligheder ved at gå på arbejde, hukommelses- og koncentrationsbesvær.

Differentialdiagnostisk udredning

Personen bør være udredt med relevante undersøgelser for både somatisk og psykisk lidelse (se fx Dansk Selskab for Almen Medicins kliniske vejledninger for henholdsvis depression og angst¹). Det beror på en konkret sundhedsfaglig vurdering, hvilke undersøgelser, der indgår i den differentialdiagnostiske udredning.

5.2.2. Henvisningsårsag 1-9 (alvorlig livsbegivenhed)

Nedenstående kriterier skal være opfyldt, for at personen kan henvises til psykolog:

Udredning

Personen bør udredes med udgangspunkt i de henvisningskriterier, der følger med de enkelte henvisningsårsager 1-9 i bekendtgørelsens § 1.

Praktiserende læge har mulighed for at vurdere behandlingsbehovet ved mindst én samtalekonsultation, jf. beskrivelsen af reaktioner i bilaget til vejledningen.

5.2.3. Henvisningsårsag 10 (let til moderat depression)

Nedenstående kriterier skal være opfyldt, for at personen kan henvises til psykologordningen:

Udredning

Personen skal udredes med udgangspunkt i de diagnostiske kriterier for depression, hvilket i udgangspunktet bør ske over mindst to konsultationer i almen praksis. Eventuelle psykiatriske differentialdiagnoser bør afdækkes under disse konsultationer.

Psykometrisk test

Depressionens sværhedsgrad skal vurderes klinisk og skal suppleres med psykometrisk test fx MDI (Major Depression-spørgeskema)²⁾, Hamiltons Depressionsskala (HAM-D17)³⁾ eller anden anerkendt test.

5.2.4. Henvisningsårsag 11 (let til moderat angst, herunder OCD)

Nedenstående kriterier skal være opfyldt for at personer kan henvises til psykologordningen:

Udredning

Personen skal udredes med udgangspunkt i de diagnostiske kriterier for angsttilstande over mindst to konsultationer i almen praksis. Eventuelle psykiatriske differentialdiagnoser bør afdækkes under disse konsultationer.

Psykometrisk test

Angsttilstandens sværhedsgrad bør vurderes klinisk og bør suppleres med psykometrisk test fx Angst Symptom Spørgeskemaet (ASS)⁴⁾, Hamiltons angstskaala (HAMA)⁵⁾, eller anden anerkendt test.

6. Henvisningen

6.1. Henvisningens indhold

Henvisningen bør indeholde relevant og nødvendig information, fx:

- Beskrivelse af problemstillingen med varighed og formål for henvisning
- Beskrivelse af de væsentligste symptomer og fund, der er lagt til grund for vurdering af diagnose og sværhedsgrad, særligt for personer med let til moderat depression og angst. For de øvrige henvisningsårsager skal der beskrives symptomer på en psykopatologisk reaktion med let til moderat nedsat funktionsevne for at kunne henvise til psykologbehandling (se Bilag A til vejledning for personers adgang til tilskudsberettiget psykologbehandling)
- Tidligere psykiske problemstillinger
- Eventuelle psykosociale forhold, der er relevante for tilstanden fx manglende bæredygtigt netværk
- Beskrivelse af somatisk udredning, hvis relevant for den videre behandling
- Beskrivelse af hidtidige behandlingsforløb, herunder eventuel medicinsk behandling af tilstanden
- Beskrivelse af relevant komorbiditet
- Anden relevant medicinsk behandling.

Det følger af bekendtgørelsens § 2, stk. 2, at henvisningen kun har gyldighed, hvis psykologen modtager den senest en måned efter udstedelsen. Det skal i vejledningen præciseres, at dette gælder for både den akutte og den ordinære henvisning.

7. Ikrafttrædelse mv.

Denne vejledning træder i kraft den 14. oktober 2016. Vejledningen erstatter Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9983 af den 29. september 2016 for personers adgang til tilskudsberettiget psykologbehandling.

Sundhedsstyrelsen, den 18. oktober 2016

SØREN BROSTRØM

/ Anne Bøgh Mortensen

- 1) Unipolar depression (Dansk Selskab for Almen Medicin, 2010) og Angsttilstande (Dansk Selskab for Almen Medicin, 2010) for henholdsvis depression og angst.
- 2) http://www.dsam.dk/files/9/depression_bilag_1.pdf
- 3) http://www.dsam.dk/files/9/sst_depressionsrapport_131_133.pdf
- 4) http://www.dsam.dk/files/9/angsttilstande_laminerende_ark.pdf
- 5) http://www.dsam.dk/files/9/hama_scoringsark.pdf

Vejledning for personers adgang til tilskudsberettiget psykologbehandling

1. Introduktion

Det fremgår af Bekendtgørelse nr. 413 af 4. maj 2016 om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper, at praktiserende læge kun kan henvise og evt. genhenvise personer, der opfylder kriterierne for henvisningsgruppe 1-11 i bekendtgørelsens bilag 1.

Bilag A til Vejledning for personers adgang til tilskudsberettiget psykologbehandling er en vejledende beskrivelse af psykopatologiske reaktioner, der kan opstå som følge af en alvorlig livsbegivenhed. Desuden beskrives de risikofaktorer, som praktiserende læge kan medtage i sin betragtning ved henvisning af personer til tilskudsberettiget psykologbehandling. Endvidere er der en kort vejledende beskrivelse af de diagnostiske kriterier for henvisning af personer med let til moderat depression og angst.

2. Psykopatologiske reaktioner ved alvorlige livsbegivenheder

For en gruppe af de personer, der udsættes for en alvorlig livsbegivenhed, aftager den initiale reaktion ikke uden hjælp. Hvis akutreaktionen er særlig voldsom (intensiteten), eller hvis den ikke aftager indenfor de første timer, få dage eller 2-4 uger (varighed), kan der være indikation for behandlingstiltag. Det skyldes, at risikoen for at udvikle en langvarig kropslig stresstilstand og en kronisk tilstand med nedsat funktionsniveau er væsentligt forhøjet.

2.1. Symptomer i den akutte reaktion, der kan indikere et behandlingsbehov, hvis de ikke aftager, er fx:

- påtrængende tanker og fantasier om det hændte
- ufrivillig genoplevelse med stærke sanseindtryk og følelser
- generelt forhøjet arousalniveau og følelsesaktivering
- søvnforstyrrelser
- hukommelses- og koncentrationsbesvær
- hjælpeløshed og ængstelighed
- oplevelse af at være handlingslammet
- træthed og irritabilitet
- forhøjet angstniveau
- tristhed og mild depression
- somatiske reaktioner som fx maveproblemer, kvalme, ændring af spisevaner og lignende.

Der er forøget risiko for en kronisk tilstand, hvis reaktionen vedbliver ud over én måned, hvor personen som følge af den alvorlige livsbegivenhed ikke ved egen hjælp kan få hverdagen til at fungere, fortsætte sædvanlig aktivitet og har svært ved at mestre konkrete aspekter af sit liv. Behandlingsbehovet bør derfor nøje vurderes. Fortsætter tilstanden i 6 måneder, er der dårlig prognose for personens mentale helbred med stærk forhøjet risiko for udviklingen af alvorligere psykiske problemer og lidelser.

2.2. Symptomer på en fortsat psykopatologisk reaktion er fx:

- at personen er uden for sin normale habitus og kan have svært ved at varetage almindelige gøremål i hjemmet
- at personen lider under nedsat livskvalitet og reagerer på anden måde end normalt, fx følelsesmæssigt ubehag, oplevelsen af sårbarhed, uro og følelsesmæssige udsving
- nedsat evne til at håndtere krav eller arbejdspress
- søvnforstyrrelser
- koncentrations- og hukommelsesproblemer

- at personen ikke kan overskue at være i kontakt med andre mennesker længere tid af gangen, har problemer med at opretholde personlig kommunikation og relationer og udtrættes hurtigt.

3. Risikofaktorer ved alvorlige livsbegivenheder

Det er ofte ikke dét at være udsat for en alvorlig livsbegivenhed i sig selv, der afgør, om en person er i risiko for at udvikle en alvorlig psykisk lidelse med behov for behandling. Det er samspillet mellem en række risikofaktorer og udsættelsen for den alvorlige livsbegivenhed, der udgør den samlede risiko for at udvikle en reaktion, der er behandlingskrævende.

En risikofaktor beskrives her som en faktor, som lægen bør være opmærksom på, og som har betydning for, hvor hurtigt personen finder tilbage til sin almindelige hverdag.

3.1. Generelle risikofaktorer kan fx være:

- Hændelsens art, karakter samt forløb har betydning
- Flere belastende livsbegivenheder inden for det seneste år
- Risiko for kumuleret effekt, hvor det er sværere at finde tilbage til normal tilstand
- Alvorligt belastende livsbegivenheder tidligere i livet
- Større påvirkelighed af stress og færre ressourcer til at tilpasse sig reaktionen efter livsbegivenheden
- Tidligere psykisk lidelse
- Psykisk sårbarhed
- Manglende bæredygtigt netværk
- Belastende livsopvækst med omsorgssvigt.

Derudover er der en række specifikke risikofaktorer ved enkelte henvisningsårsager, som lægen bør være opmærksom på i sin vurdering af behandlingsbehovet. Disse beskrives nedenfor.

3.2. Specifikke risikofaktorer ved de enkelte henvisningsårsager

3.2.1. Henvisningskategori 6: Pårørende til dødsfald

Ved pludselige dødsfald, særligt voldsomme eller usædvanlige dødsfald (mord, selvmord, m.m.) bør den praktiserende læge være særligt opmærksom på, om den akutte reaktion aftager over de første uger. Der kan være andre komplicerende faktorer i forhold til at kunne tilpasse sig et tab fx langvarige belastende sygdomsforløb, en relation til den afdøde præget af ambi-valens, ubearbejdet konflikt eller skyld og skam.

Særlige opmærksomhedspunkter:

- manglende accept af tabet, herunder manglende tilpasning til tabet
- rumination
- ingen reduktion i følelsesmæssig intensitet over de første måneder
- overoptagethed af dødsfaldet/afdøde eller undgåelse af alt, der har med dødsfaldet at gøre
- fysiske symptomer fx hjertebanken, ondt i maven, kvalme, svimmelhed, muskelømhed.

3.2.2. Henvisningskategori 7: Personer, som har forsøgt selvmord

Faktorer for personer, der er særlige sårbare og i øget risiko for selvmord:

- tidligere selvmordsforsøg (antal af tidligere forsøg øger risikoen)
- selvmord i familie og/eller omgangskreds
- psykisk sygdom
- pårørende til psykisk syge
- personer udsat for tidlig omsorgssvigt og fysiske eller seksuelle overgreb i barndom
- tidligt tab af nær tilknytningsperson

- omfattende traumatisering i voksenliv, er særlige sårbare og er i øget risiko for selvmord.

Særlige opmærksomhedspunkter:

- Vurdering af risiko for gentagne selvmordsforsøg
- Vurdering af akut selvmordsfare
- Vurdering af behandlingstilbuddet, herunder om tilskudsordningen er det rette behandlingstilbud, eller om det kræver en mere specialiseret behandlingsindsats.

3.2.3. Henvisningskategori 9: Personer, der inden de fyldte 18 år har været ofre for incest eller andre seksuelle krænkelser.

Personer udsat for seksuelle krænkelser i barndommen har i mange tilfælde et omfattende behandlingsbehov. Behandling under tilskudsordningen kan være relevant i de tilfælde, hvor konsekvenserne af overgreb er relativt afgrænsede, fx ved at der kan etableres en nogenlunde klar sammenhæng mellem overgrebet og en given problematik. Det kan være problematikker i form af vanskeligheder med tilfredsstillende seksualliv, vanskeligheder med selvverd eller tillidsrelationer (fx vanskeligheder med at stole på egne grænser eller tro på egne reaktioner og følelser).

Særlige opmærksomhedspunkter:

- Vurdering af den konkrete problematik, herunder om tilskudsordningen er det rette behandlingstilbud, eller om det kræver en mere specialiseret behandlingsindsats.

4. Let til moderat depression

Det er en forudsætning for at kunne blive henvist til psykologordningen i henvisningsgruppe 10, at patienten lider af let til moderat depression.

I den gældende ICD-10 klassifikation defineres depression som en tilstand med flere samtidige symptomer, som har været til stede det meste af tiden, næsten hver dag, i de seneste 14 dage.

4.1. De diagnostiske kriterier (ICD-10) for depressiv enkeltepisode og periodisk depression er:

A. Generelle kriterier:

- 1) Varighed af depressiv episode mindst to uger
- 2) Ingen tidligere episoder med depression (gælder for enkeltepisode) eller med hypomani, mani eller blandingstilstand
- 3) Organisk ætiologi udelukkes.

Der skelnes desuden mellem kernesymptomer og ledsagesymptomer, hvor personen skal opfylde mindst to ud af tre såkaldte kernesymptomer for at kunne opfylde en depressionsdiagnose:

B. Kernesymptomer:

- 1) Nedtrykthed
- 2) Nedsat lyst eller interesse
- 3) Nedsat energi eller øget træthed.

C. Ledsagesymptomer:

- 1) Nedsat selvtillid eller selvfølelse
- 2) Selvbefrejdelser eller skyldfølelse
- 3) Tanker om død eller selvmord
- 4) Tænke- eller koncentrationsbesvær
- 5) Agitation eller hæmning
- 6) Søvnforstyrrelser

7) Appetit eller vægtændring.

Sværhedsgraden af depressionen defineres ud fra antallet og intensiteten af tilstedeværende symptomer, hvor kriterier for diagnosticering af let, moderat og svær depression er:

- **Let depression:** 2 B-symptomer og 2 C-symptomer
- **Moderat depression:** 2 B-symptomer og 4 C-symptomer
- **Svær depression:** 3 B-symptomer og 5 eller flere C-symptomer

Der henvises i øvrigt til bekendtgørelsens bilag 1 samt den gældende kliniske vejledning fra Dansk Selskab for Almen Medicin om 'Unipolar depression – Diagnostik og behandling' i forhold til relevante somatiske undersøgelser, differentialdiagnostiske overvejelser og eksempler på psykometriske tests.

5. Let til moderat angst

Det er en forudsætning for at kunne blive henvist til psykologordningen i henvisningsgruppe 11, at patienten lider af let til moderat angst. Der henvises i øvrigt til bekendtgørelsens bilag 1, hvor det fremgår, at personer med enkeltfobier (F40.2) ikke kan henvises til tilskudsordningen.

I forhold til relevante somatiske undersøgelser, differentialdiagnostiske overvejelser og eksempler på psykometriske tests henvises der til den gældende kliniske vejledning fra Dansk Selskab for Almen Medicin om 'Angsttilstande – Diagnostik og behandling'.

5.1. Symptomer knyttet til angsttilstande:

- Palpitationer, hjertebanken eller hurtig puls
- Sveden
- Rysten
- Mundtørhed
- Følelse af åndenød
- Kvælningss fornemmelse
- Trykken eller smerte i brystet
- Kvalme eller uro i maven
- Svimmelhed eller ørhed
- Uvirkelighedsfølelse
- Frygt for at blive sindssyg
- Dødsangst
- Varme- eller kuldefølelse
- Dødheds- eller sovende fornemmelser
- Muskelspænding eller -smerte
- Rastløshed og vanskelighed ved at slappe af
- Psykisk spændingsfølelse
- Følelse af synkebesvær
- Tendens til sammenfaren
- Koncentrationsbesvær
- Irritabilitet
- Indsovningsbesvær.

I den gældende ICD-10 klassifikation er de enkelte angsttilstande afgrænset ved specifikke diagnostiske kriterier med angivelse af inklusions- og eksklusionskriterier.

5.2. Fobiske angsttilstande

En relativt veldefineret gruppe med erkendt urimelig angst.

F40.0 Agorafobi – fobisk angst for at færdes alene uden for hjemmet

Undgåelse af mindst 2 af følgende:

- Menneskemængder
- Offentlige steder, fx komme i forretninger
- Færden alene, fx rejse alene med tog, bus eller fly
- Færden uden for hjemmet.

Panikangst optræder ofte i forbindelse med agorafobi.

F40.1 Socialfobi – fobisk angst i sociale situationer

Frygt for at blive kritisk iagttaget af andre mennesker eller frygt for at komme til at gøre noget pinligt, specielt ved at rødme eller få opkastnings- eller vandladningstrang. Sociale situationer undgås. Mere gennemgribende sociale fobier er sædvanligvis ledsaget af lavt selvværd og frygt for kritik.

F40.2 Enkeltfobi – fobisk angst i særlige situationer

Fobier begrænset til helt specifikke situationer såsom angst for dyr, højder, torden, mørke, flyvning, lukkede rum, besøg på offentlige toiletter, indtagelse af visse fødevarer, tandlægebesøg, synet af blod eller legemsbeskadigelse.

Patienter med enkeltfobier kan ikke henvises til psykolog med tilskud.

5.3. Paniske angsttilstande

F41.0 Panikangst

Tilbagevendende anfald (mindst fire panikanfald på fire uger) af pludseligt indsættende svær panikagtig angst, som ikke er begrænset til særlige situationer eller omstændigheder, og som derfor optræder uforudsigeligt. Mindst fire angstsymptomer, heraf ét autonomt symptom.

5.4. Bekymring og ængstelse

F41.1 Generaliseret angst

Det essentielle træk er en bekymringstendens og angst, som er generaliseret og vedvarende, men ikke begrænset til særlige situationer eller omstændigheder. Mindst fire angstsymptomer, mindst ét autonomt symptom i en periode på mere end seks måneder med anspændelse, bekymring og almen ængstelse over almindelige gøremål.

F41.2 Lettere angst-depressionstilstand. F41.3 Anden blandet angsttilstand. F41.8 Andre angsttilstande. F41.9 Angsttilstande, uspecificeret

Kategorien F41.2 anvendes, når både angst og depression er til stede på samme tid, men kriterierne for depression eller andre angstdiagnoser ikke er opfyldt. F41.3 benyttes til patienter med angstsymptomer blandet med træk fra F42-F48, det vil sige obsessive, somatoforme eller dissociative symptomer.

5.5. Tvangstanker og -handlinger

F42 Obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD)

Tilstanden er karakteriseret ved tilbagevendende tvangstanker eller tvangshandlinger (mindst to uger eller gentagende). Tvangstanker og -handlinger er ufrivillige, urimelige og ubehagelige ideer, tankebilleder eller indskydelser, som dukker op i patientens bevidsthed igen og igen på stereotyp måde. Tvangstanker- og handlingerne medfører meningsløs funktionsbegrænsende adfærd eller angst, hvis forsøgt afvist.