

Der er næsten lige så mange patienter med helbredsangst som med depression i Danmark, men langt færre henvisningsmuligheder. Få her en række enkle råd til at opkvalificere behandlingen i almen praksis, og få ny viden om mulighed for selvhenvielse til internetbaseret hjælp.

# Diagnostik og behandling af helbredsangst

– en vej ud af sundhedsvæsenets labyrint

● Af Ditte Hoffmann Jensen, Charlotte Ulrikka Rask, Rasmus Bræmer og Lisbeth Frostholt



## Kontakt

dittjese@rm.dk

## Biografi

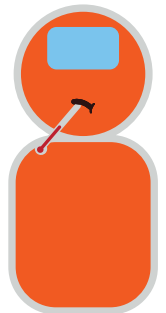
Ditte Hoffmann Jensen er psykolog og ph.d.-studerende på forskningsprojektet, som undersøger internetbehandling til helbredsangst. Charlotte Rask er overlæge, ph.d. og forsker i helbredsangst hos børn og unge. Rasmus Bræmer er praktikant fra Folkesundhedsvidenskab. Lisbeth Frostholt er ledende psykolog, ph.d. og forsker i sygdomsopfattelse og helbredsangst.

**RESUME:** Helbredsangst fylder ikke bare meget kvantitativt, men også kvalitativt i den enkeltes liv. De kliniske kendetegn gennemgås og perspektiveres. Der gives nogle råd til den praktiserende læge vedrørende samtalen med den helbredsangste patient, ligesom der gives et her og nu-indblik i muligheder for viderehenvisning i et omskifteligt og projektstyret sundhedsvæsen.

MÅNEDSSKRIFT  
for almen praksis

**H**elbredsangst, også kaldet *hypokondertilstand* i det psykiatriske diagnosesystem ICD-10, er en lidelse, hvor man i sygelig grad bekymrer sig om at fejle noget alvorligt, eller om at kunne få en alvorlig sygdom. Sygdomsbekymringerne er svære at kontrollere, og på trods af gentagne somatiske undersøgelser og lægens forsikringer om, at alt er normalt, kan personen kun kortvarigt beroliges heraf. Lidelsen har en prævalens på 4,7-9,5 % i primærsektoren (<sup>1</sup>), debuterer som regel i en ung alder, kan være svært invaliderende og er ofte forbundet med et stort forbrug af sundhedsydelser og dermed væsentlige samfundsøkonomiske udgifter. Tidligere blev helbredsangst betragtet som en svær lidelse at behandle. Det er den ikke, men den er en overset lidelse. I et nyt projekt kan personer med helbredsangst selvhenvise sig til internetbehandling.

Sygehistorie: Anne, en 39-årig kvinde samlevende med sin mand og 3 børn, arbejder som sygeplejerske og selvhenvender sig til afdeling for Funktionelle Lidelser på Aarhus Universitetshospital for at deltage i internetbehandling af helbredsangst. Hun har svimmelhed, hjertebanken, kraftig puls i maven, susen for ørene, træthed og vedvarende tanker om, at



<sup>1</sup> Den varierende forekomst afhænger af de anvendte diagnostiske kriterier.



**Patienter med helbredsangst bruger i gennemsnit 41-78 % flere sundhedsydelse om året end patienter med en veldefineret somatisk sygdom**



symptomerne er tegn på en hjernetumor, sklerose eller ALS. Hendes fader døde af kræft, da hun var barn, og moderen var kendt med somatiserings-tilstand og havde et langvarigt misbrug. Anne formåede at tage sig både af sine mindre søskende, moderen og samtidig tage sin uddannelse til sygeplejerske. Hun havde ikke tidligere lidt af angst og havde altid kunnet klare det nødvendige. Anne fortæller: *”Da min helbredsangst var allerværst, tog jeg orlov fra mit job som sygeplejerske, og det gjorde jeg, fordi jeg nok var 98 % sikker på, at jeg ikke kunne arbejde i mit fag mere. Jeg var konstant bange for, at jeg var syg, når jeg var sammen med patienterne.”* På arbejdet var hun konstant svimmel og sikker på, at hun led af en alvorlig sygdom. Parallelt med hendes arbejde gennemgik hun forskellige somatiske udredninger: *”Jeg har fået lavet en CT-scanning af thorax og abdomen med kontrast akut, da jeg pludselig blev meget opmærksom på, at jeg kunne mærke pulsen i maven. Jeg har altid kunnet mærke den! Jeg ved jo godt, hvad jeg skal sige... Der var helt normale forhold. Jeg var i panik indvendigt, men jeg har bare evnen til at fremstå cool og fattet. Jeg har nok fået lavet 4-5 undersøgelser i alt. Jeg ved bare i dag, at jeg ikke skal gøre noget lignende igen”.*

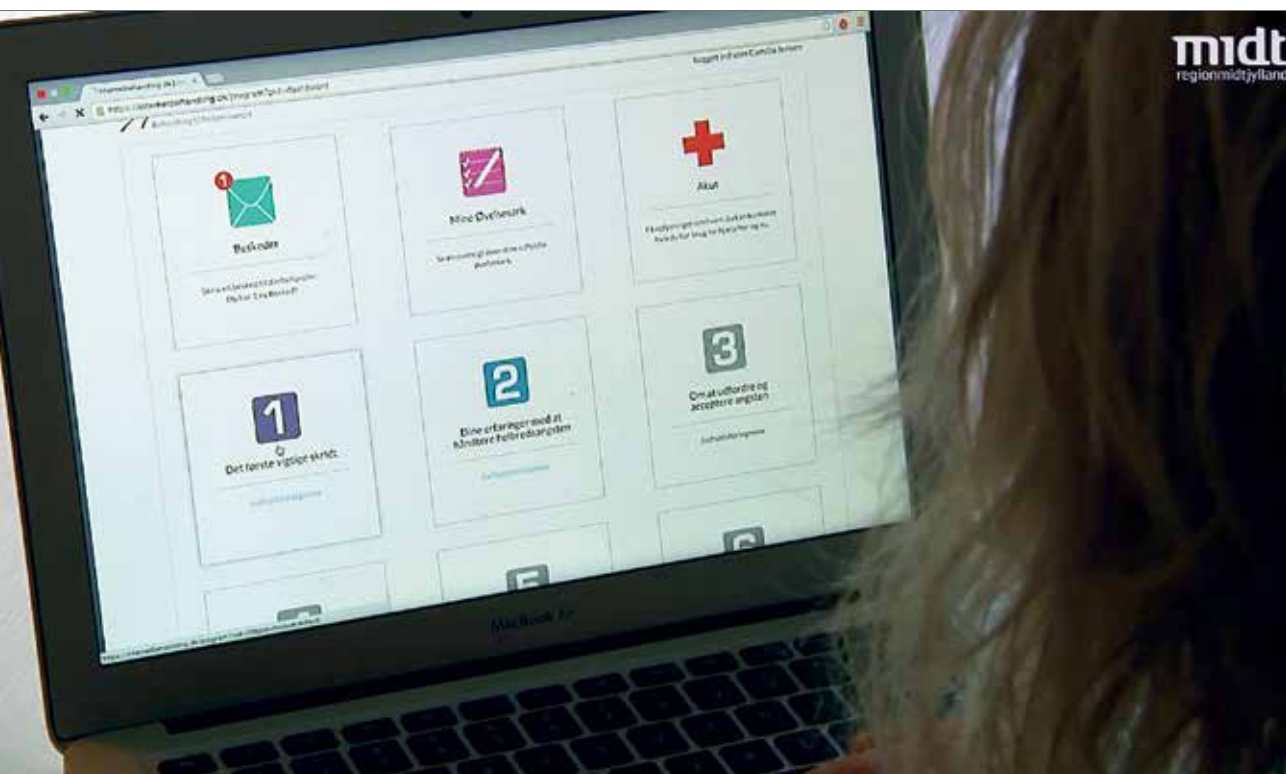
### **Hvordan genkender du helbredsangst?**

Alle praktiserende læger kender deres patienter med helbredsangst på, at de kommer mere hyppigt til undersøgelser. De kommer enten gentagne gange med den samme bekymring om et symptom eller henvender sig med forskellige nye symptomer. Symptomerne tolkes typisk som tegn på alvorlige somatiske sygdomme såsom kræft, sklerose, HIV eller hjertesygdomme.

Sygdomsbekymringerne er vedvarende, og patienten kan sjældent eller kun kortvarigt beroliges af lægelige forsikringer og undersøgelser og søger derfor gentagen lægelig hjælp eller information gennem Google eller Netdoktor. Patienterne er ofte meget påvirkelige og får hurtigt symptomer svarende til sygdomme, de hører eller læser om. Det er imidlertid sjældent symptomerne i sig selv, men de ledsagende sygdomstanker, der er den primære belastning.

### **Jeg ville sove i en CT-skanner, hvis jeg kunne**

En dansk opfølgingsundersøgelse over to år har vist, at patienter med helbredsangst i gennemsnit bruger 41-78 % flere sundhedsydelse om året end patienter med en veldefineret somatisk sygdom (2). Formålet med undersøgelseerne er at opnå vished og blive beroliget. En patient udtrykte det således: *”... hvis bare jeg kunne have en CT-scanner i min kælder, så ville jeg overnatte i den og vide hver dag med sikkerhed, at der*



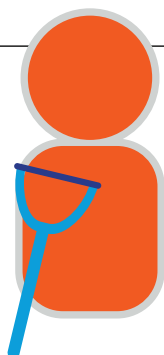
**Foto 1 /**  
Fra videoen [www.helbredsangst.dk](http://www.helbredsangst.dk)

*ikke var noget galt".* Nogle patienter er villige til at betale en dyr pris for midlertidig beroligelse, på trods af at medicinske undersøgelser kan indebære en sundhedsmæssig risiko i sig selv.

Det er dog ikke alle med helbredsangst, som er meget behandlingsøgende. Der findes en gruppe, som undgår kontakt til sundhedsvæsenet, fordi de er bange for at få dårlige resultater.

### **Helbredsangst er en sygdom, som kan behandles**

Patienter med helbredsangst lider; de fejler bare ikke det, de tror. Undersøgelser viser, at helbredsangst er en svært invaliderende lidelse for patienterne (3) med forringet livskvalitet, øget angst og depression samt nedsat arbejdsevne til følge (4). Anne fortæller fra perioden, hvor hendes helbredsangst var på det højeste: "Det er ødelæggende for ens hverdag hele tiden at have nogle tanker, der bare kører rundt i hovedet, fx hvis der er en vinterjakke på tilbud i maj måned, så tænker jeg – den gider jeg ikke købe, for tænk nu hvis jeg er død". Ubehandlet betragtes helbredsangst som en kronisk lidelse, hvor spontan bedring er sjælden (2). Nyere forskning har vist effekt af både medicin og psykoterapi (5), men at patienterne foretrækker psykoterapeutisk behandling (6).



## Kliniske kendetegn ved helbredsangst:

- Tilbagevendende tanker om at have en alvorlig sygdom.
- Hvis man hører eller læser om sygdom, bliver man bange for, at man har eller får samme sygdom.
- Stor opmærksomhed på kroppen og dens signaler.
- Optagethed af information om sundhed og sygdom.
- Frygt for at blive syg af noget, man fx har rørt eller spist.
- Frygt for at tage ordineret medicin.
- Tankerne om sygdom påvirker ens hverdag og livskvalitet.

## Behov for tidlig diagnostik

En dansk undersøgelse af forekomsten af helbredsangst blandt 1.785 patienter, som konsulterede deres egen læge med et nyt helbredsproblem, viste, at 4,7-9,5 % havde helbredsangst (1). En nylig australsk undersøgelse fandt en livstidsprævalens på 5,7 % i almenbefolkningen (7). Overført til en dansk kontekst vil det svare til, at det er en prævalens næsten på højde med depression, hvor der i dag findes betydeligt flere tilgængelige behandlingstilbud.

På Funktionelle Lidelser har vi en behandlingskapacitet på 80 patienter med helbredsangst årligt. En undersøgelse fra afdelingen viste, at patienterne i gennemsnit havde haft helbredsangst i 10,4 år ved udredningstidspunktet (8). Et øget kendskab til helbredsangst i almen praksis og viden om tilgængelige behandlingstilbud kan være et første skridt til tidligere diagnostik og behandling.

### Foto 2 /

Tegning: Trine

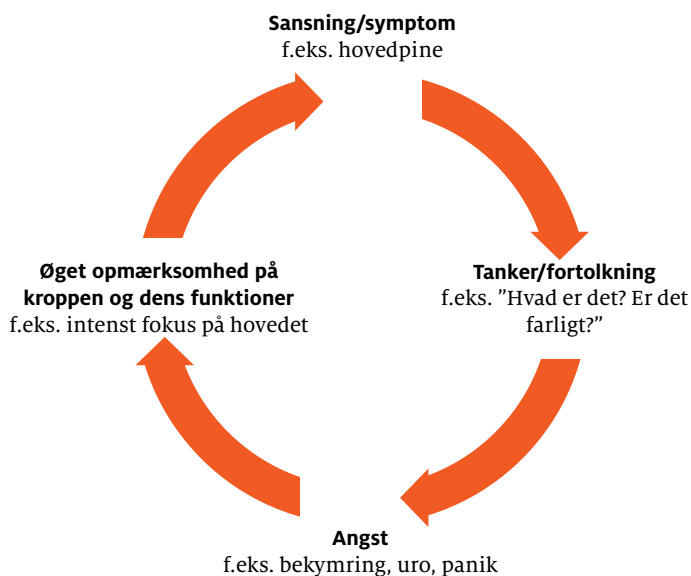
Henriette Kristensen.

## Hvorfor er det svært at diagnosticere helbredsangst?

Praktiserende læger har et stort ansvar med hensyn til at vurdere de mangeartede symptombilleder og være gate-keepere for viderehenvisning for forskellige sygdomme. Der er flere grunde til, at det kan være vanskeligt at diagnosticere helbredsangst. For det første har patienter med helbredsangst ofte skiftende fysiske symptomer, som kan give mistanke om alvorlige somatiske sygdomme. En patient med helbredsangst kan have ondt i brystet med udstråling til venstre arm og derfor blive akut indlagt,



hvorefter alle undersøgelser viser normale forhold. Patienterne *har* symptomerne, de "spiller" dem ikke, på samme måde som alene tanken om lus kan få din hovedbund til at krible (se model for helbredsangst). For det *andet* tolker patienterne deres symptomer som tegn på alvorlig sygdom og er sjældent klar over, i hvor høj grad angst er uløseligt forbundet med oplevelsen af fysiske symptomer. *Og for det tredje* kan patientens angst spille sammen med lægens frygt for at overse alvorlig sygdom, hvilket kan fastholde patienten i gentagne somatiske udredninger over tid, uden det bliver tydeligt, at årsagen er helbredsangst.



### **Model for helbredsangst**

Helbredsangst starter ofte med et kropsligt symptom, fx hovedpine. Herefter fortolkes symptomet; hvad er der galt, er det farligt? Hvis man har helbredsangst vil tolkningen ofte være: Det er kræft, jeg dør! Den fortolkning vækker naturligt angst og uro, hvorefter al opmærksomhed fokuseres på symptomet og kropsområdet. Fokus kan næsten ikke fjernes, og al energi tages fra andre ting i hverdagen. Symptomerne og bekymringerne vedligeholdes og forstærkes i en ond cirkel.

### **Sygdomsopfattelsen styrer adfærden**

Patienter med helbredsangst behøver ofte hjælp for at forstå, hvor meget det er angst, som styrer deres sygdomsopfattelse. Patienterne



**Mere end 300.000 anslås til enten at lide af eller komme til at lide af helbredsangst**



tolker symptomer som tegn på sygdom og overvurderer sygdomsrisikoen. Hvis lægen siger, det er 99,9 % sikkert, at der ikke er noget galt, så vil mange med helbredsangst tro, at de hører til den sidste promille.

Den praktiserende læge kan hjælpe med at ændre patientens sygdomsopfattelse, også i de kortvarige konsultationer, der er til rådighed.

### **Fortæl patienten, at kroppen "larmer"**

En amerikansk opfølgingsundersøgelse blandt 1.000 patienter i almen praksis undersøgte de 10 mest forekommende symptomer, såsom brystsmerter, træthed, svimmelhed, hovedpine m.fl., og fandt, at kun 16 % af de præsenterede symptomer efter 3 år viste sig at være forklaret ved organisk lidelse (9). Herudover kunne 10 % forklares ved en psykologisk årsag, og de resterende 74 % var uforklarede. Kroppen producerer hele tiden tusindvis af signaler til hjernen, og det er mere undtagelsen end reglen, at det skyldes en alvorlig sygdom. Kan man lære, at kroppen ofte "larmer", uden det er farligt, vil man opdage, at de fleste ikke-akutte symptomer forsvinder af sig selv efter 1-3 uger. Kan den praktiserende læge støtte patienten til at udholde symptomerne gradvist længere tid og udsætte akutte lægehenvendelser, kan patienten ofte få en erfaring med, at symptomerne forandrer sig eller forsvinder af sig selv.

### **Når lægen bliver en vedligeholdende faktor**

Patienter med helbredsangst har selvfølgelig samme risiko for at få en alvorlig fysisk sygdom som alle andre. Derfor er man som læge i et konstant dilemma: Hvornår er min patient tilstrækkeligt velundersøgt, og hvornår vil jeg tage ansvaret for at sige stop, når patienten fx ønsker en ny CT-scanning? Gentagne undersøgelser og konsultationer kan imidlertid på lang sigt være med til at bekræfte og vedligeholde helbredsangsten. Patienten kan tænke: *"Der er noget at være bange for, ellers ville min læge ikke sende mig til denne undersøgelse"*. På den måde risikerer den praktiserende læge at blive en vedligeholdende faktor for helbredsangsten, så patienten ikke får den relevante behandling for sin angstlidelse.

### **6 råd: Sådan snakker jeg om helbredsangst med mine patienter**

3 tidligere patienter med helbredsangst har reflekteret over, hvordan deres læge kunne have hjulpet dem. Alle understregede samtidig kompleksiteten i dilemmaet, og Anne udtrykte det således: *"Det er vigtigt, at lægen ret hurtigt er i stand til at stille diagnosen helbredsangst. Når relevante symptomer er undersøgt, bør lægen tale med patienten om, hvorvidt det drejer*

*sig om angst. Jeg ved godt, det er en hårfin balance: Lægen er naturligvis bekymret for at overse en somatisk sygdom, og patienten kan være meget uvillig til at acceptere en psykisk sygdom som årsag til fysiske symptomer”.*

#### *1. Stol på din faglige vurdering*

Stol på din kliniske vurdering og hold fast i, at der ikke er indikation for flere undersøgelser, selvom patienten presser på. Spørg dig selv: Ville du sende en patient uden helbredsangst med det samme symptombillede til den givne undersøgelse? Det er vigtigt at være klar og tydelig og med indføling bruge sin autoritet i samtalen, fordi det tager noget ansvar fra patientens skuldre at mærke, at lægen står ved sit faglige skøn.

#### *2. Spørg ind til angsten*

Spørg ind til sygdomstankerne og påvirkningsgraden: Tænker du ofte på, om du har en alvorlig sygdom? Hvilken sygdom? Er det svært for dig at slå tanken ud af hovedet? Hvordan påvirker tankerne din hverdag? Italesæt, at det lyder som helbredsangst, og snak med patienten om kendetegn ved helbredsangst. Mange vil blive overrasket over, at det kan være det, de lider af.

#### *3. Kald det helbredsangst eller sygdomsangst*

De fleste bryder sig ikke om betegnelsen ”hypokonder”, som også er ved at forsvinde ud af vores klassifikationssystemer. Kald det helbredsangst eller sygdomsangst. Hjælp med at fjerne stigmatiseringen ved at fortælle, at det er en lidelse ligesom stress og depression, som de fleste kender til.

#### *4. Brug psykoedukation*

Brug helbredsangstens cirkel med patienten til at forstå sammenhængen mellem symptomer og angst (se model). Snak med patienten om, at kroppen ”larmer” og konstant producerer tusindvis af reaktioner og naturlige kropslige symptomer. Jo mere man observerer og forfølger hvert symptom, jo mere anspændt bliver man. Gennemgå evt. adrenalin og stresshormonernes virkning i kroppen og deres sammenhæng med de mest almindelige kropslige symptomer.

#### *5. Oplys om behandlingsmuligheder*

Mange patienter tror, de er den eneste med sygdomsbekymringer, så fortæl, at mange i klinikken har lignende bekymringer. Brug evt. 4 minutter på at vise patienten en video med andre patienter, som fortæller om deres helbredsangst på [www.funktionellelidelser.dk/enhed/museer/video-om-helbredsangst/](http://www.funktionellelidelser.dk/enhed/museer/video-om-helbredsangst/).



Fortæl, at der findes psykologisk behandling, som kan hjælpe én til bedre at håndtere kroppens larm og sygdomsbekymringerne.

## 6. Lav konkrete aftaler

Undersøg sammen med din patient, hvordan det virker fx at google symptomer, ringe til lægevagten og få en akuttid. Det virker ofte på kort sigt. Undersøg, om patienten kan være med på, at det ikke virker på lang sigt, fordi sygdomsbekymringerne kommer igen. Hvis det er muligt, så lav konkrete aftaler om at stoppe eller skære ned på Netdoktor og begrænse akuthenvendelser. Ikke bedrevidende, men omsorgsfuldt, fordi det ikke virker og i stedet vedligeholder angsten! Du kan evt. i en periode lave nogle faste aftaler med patienten.



[www.helbredsangst.dk](http://www.helbredsangst.dk)

## Aktuelle henvisningsmuligheder i Danmark

- Region Midtjylland: Funktionelle Lidelser, Aarhus Universitetshospital. Har regionsfunktion. Modtager henvisning fra alle regioner, som godkender den ambulante behandling. Forskningsprojekt vedr. internetbehandling dækker nationalt, og patienter kan selv henvise sig gennem [www.helbredsangst.dk](http://www.helbredsangst.dk)
- Region Nordjylland: Ambulatorium for Liaisonpsykiatri, Aalborg Universitetshospital, Psykiatrien. Modtager kun henvisning fra Sygehus Syd og Nord ved Aalborg Universitetshospital.
- Region Syddanmark: Affektivt Team, psykiatrien i Region Syd. Har regionsfunktion. Modtager henvisning fra læger fra optageområde eller fra lokalpsykiatrien.
- Region Sjælland: Klinik for Liaisonpsykiatri, Køge. Har regionsfunktion. Modtager henvisning fra læger til Psykiatrisk Visitationsklinik.
- Region Hovedstaden: Liaisonklinikken, Psykiatrisk center København. Har regionsfunktion. Modtager henvisning fra læger til Den Centrale Visitation.
- Det er muligt at henvise til de forskellige angstklinikker, såfremt specialiseret behandling ikke er en mulighed.

## Internetbehandling er tilgængelig og specialiseret

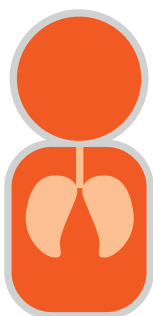
Det er ikke kun den forsinkede diagnostik, som er problematisk, men også den manglende tilgængelighed af specialiseret behandling. Vores caseperson, Anne, deltog i et forskningsprojekt, som afprøver et 12-ugers internetbaseret behandlingsprogram til helbredsangst. Internetprogrammet bygger på psykologiske principper og træner redskaber til at genkende og håndtere angsten mere effektivt. *”Det afdramatiserede*



det rigtig meget for mig, at helbredsangsten havde et navn. For det første har jeg taget med, at det er normalt, at kroppen "larmer". Jeg var blevet overopmærksom på kroppens signaler. Angsten er jo sådan set ikke rigtig farlig, den er primært ubehagelig".

Internetbehandling er en ny måde at levere behandling på, men det psykologiske indhold svarer til den vanlige behandling. En meta-analyse peger på, at internetbehandling har lige så god effekt som "ansigt-til-ansigt" behandling over for depression og angstlidelser (10). Anne afsluttede behandlingsprogrammet for et halvt år siden: "Jeg havde frygtet, at jeg ikke kunne arbejde som sygeplejerske mere. Efter behandlingen startede jeg stille og roligt op igen i samme fagområde, samme afdeling og arbejder den dag i dag i en anden jobfunktion på fuld tid. Jeg går heller ikke i forhold til patienterne og er bange for at blive syg." Behandlingsprogrammet bygger på den evidensbaserede gruppebehandling fra afdelingen. Et pilotprojekt med 15 patienter er netop afsluttet, og til foråret 2016 starter en større randomiseret, kontrolleret undersøgelse med 150 patienter.

**Hvis lægen siger, det er 99,9 % sikkert, at der ikke er noget galt, vil mange med helbredsangst tro, at de hører til den sidste promille**



### **Selvhenvisning og samarbejde med almen praksis**

Forskningsprojektet afprøver en ny procedure for selvhenvisning, hvor patienter selv tager kontakt og ikke skal henvises gennem egen læge. Selvhenvisning anvendes aktuelt i Telepsykiatrisk Center i Region Syd og på Internetpsykiatrienheden ved Karolinska Institutet, Stockholm, hvor de har mere end 10 års erfaring med selvhenvisning til psykologisk internetbehandling. Formålet med selvhenvisning er at nå nogle patienter, som enten undgår kontakt til sundhedsvæsenet eller har svært ved at fortælle om deres sygdomstanker, når de er hos lægen, og derved ikke får hjælp for helbredsangsten. Proceduren for selvhenvisning er et forsøgsprojekt, som skal evalueres.

Samarbejdet med almen praksis er vigtigt, hvorfor der ved patient-samtykke sendes brev til egen læge med information ved behandlingsopstart og afslutning. Alle patienter gennemgår en grundig diagnostisk udredning på 1-3 timer med en læge eller psykolog, og ved somatiske tvivlsspørgsmål henvises patienten til yderligere udredning ved egen læge.

Praktiserende læger kan gøre relevante patienter opmærksomme på forskningsprojektet via hjemmesiden [www.helbredsangst.dk](http://www.helbredsangst.dk). Forskningsprojektet er finansieret af Trygfonden og dækker derfor nationalt i projektperioden. Telemedicinske løsninger udfordrer de gængse behandlingsgrænser, mens behandlingsansvaret er uændret. Fremtiden

for internetbehandling og selvhenvisning afhænger både af den afsluttende evaluering og af, om den nye behandling kan taksæres og dermed implementeres i driften.

## Konklusion

Den manglende viden om helbredsangst, både blandt sundhedsprofessionelle og patienterne selv, er medvirkende til, at patienterne fastholdes i sundhedsvæsenets labyrint af undersøgelsesmuligheder. Tidlig diagnostik og viden om behandlingstilbud kan spare både sundhedsvæsenet og patienterne for mange omkostninger. ●

*Økonomiske interessekonflikter:* ingen angivet

## Litteratur

- (1) Fink P, Ørnbøl E, Toft T, Sparle KC, Frostholm L, Olesen F. A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. *Am J Psychiatry* 2004 September;161(9):1680-91.
- (2) Fink P, Ørnbøl E, Christensen KS. The Outcome of Health Anxiety in Primary Care. A Two-Year Follow-up Study on Health Care Costs and Self-Rated Health. *PLoS ONE* 2010 March 24;5(3):e9873.
- (3) Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res* 2004 April;56(4):391-408.
- (4) Mykletun A, Heradstveit O, Eriksen K, Glozier N, Overland S, Maeland JG et al. Health anxiety and disability pension award: The HUSK Study. *Psychosomatic Med* 2009 April;71(3):353-60.
- (5) Thomson AB, Page LA. Psychotherapies for hypochondriasis. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):CD006520.
- (6) Walker J, Vincent N, Furer P, Cox B, Kjernisted K. Treatment preference in hypochondriasis. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1999 December;30(4):251-8.
- (7) Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *Br J Psychiatry* 2012 April 12.
- (8) Eilenberg T, Fink P, Jensen JS, Rief W, Frostholm L. Acceptance and commitment group therapy (ACT-G) for health anxiety: a randomized controlled trial. *Psychological med* 2015 August 18;46(01):103-15.
- (9) Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med* 1989;86:262-6.
- (10) Andersson G, Cuijpers P, Carlbring P, Riper H, Hedman E. Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 2014 October;13(3):288-95.
- (11) Quick guide til helbredsangst - se mere på den elektroniske udgave [www.maanedsskriftet.dk](http://www.maanedsskriftet.dk)

