

# HÅNDTERING AF PATIENTER MED HELBREDSANGST I ALMEN PRAKSIS

Forskningstræningsprojekt

Skrevet af:  
Heidi Hedevang, Katharina Falck Schmidt og Anne Mette Torp

Vejleder: Annemette Bondo Lind  
Holdnummer: FT 68

## Indholdsfortegnelse

Introduktion og formål med opgaven .....	2
Baggrund.....	3
Metode .....	5
Litteratursøgning .....	5
Resultater .....	6
Deskriptiv analyse af de inkluderede studier .....	13
Diskussion.....	16
Styrker og svagheder ved vores studium .....	20
Kliniske implikationer .....	20
Konklusion.....	21
Referencer .....	22
Bilag 1 .....	23
Bilag 2 .....	24

# Håndtering af patienter med helbredsangst i almen praksis

## Introduktion og formål med opgaven

Helbredsangst er en pinefuld tilstand for patienten (1), men også en byrde for lægen og samfundet. Tilstanden er defineret ved, at patienten i sygelig eller overdrevet grad bekymrer sig om at fejle noget alvorligt. Modsat almindelig bekymring for sygdom kan personen ikke stoppe eller kontrollere tankerne, og de kan tage helt overhånd. Tilstanden kan eksistere i mange former fra mild til svær (2).

Tilstanden er hyppig i almen praksis, med en anslået prævalens på 4,7-9,5 % (3). Et dansk studie fra almen praksis har vist, at patienter med helbredsangst har lavere selvrapporeret fysisk og mentalt funktionsniveau, uafhængigt af fysisk og psykisk komorbiditet. Samme studie viser, at patienter med svær helbredsangst bruger omkring 41-78 % flere sundhedsydelser pr. år, end patienter med en veldefineret somatisk sygdom (4).

Vi oplever, at denne patientgruppe fylder meget i almen praksis og i lægevagten, og at disse patienter ofte kan opleves som en udfordring for de alment praktiserende læger, idet mange praktiserende læger mangler redskaber til at håndtere og behandle tilstanden.

### *Formål*

I dette litteraturstudie vil vi derfor gennemgå evidensen for behandling af helbredsangst, ved hjælp af en systematisk litteratursøgning. På baggrund af søgningen vil vi lave en praksisrelevant behandlingsvejledning, hvor vi desuden kortlægger, hvilke behandlings- og henvisningsmuligheder, der findes i Region Midt.

**Forskningsspørgsmål:** Hvordan forbedrer vi som alment praktiserende læger håndteringen af helbredsangst i almen praksis?

## Baggrund

Hypokondri er et gammelt udtryk, skabt af Hippokrates og betyder "under brusken", hvilket refererer til området under ribbenskurvaturen. Her mente Hippokrates, at "hypokondriens sygdom" sad, som var en lidelse i maven og sindet, der forårsagede fordøjelsesproblemer, melankoli og frygt for at dø (5). Hypokondri - eller som det betegnes nu - helbredsangst har således længe været en kendt tilstand, med mange eksempler op igennem historien: Et eksempel kan findes i komedien »Den indbildt syge«, skrevet af Molière omhandlede manden Argan, der plagede sine omgivelser med sin indbildte syge og spildte sin formue på virkningsløs medicin. H.C. Andersen er et andet eksempel på et prominent menneske med helbredsangst, og tidligere har diagnosen da også været forbeholdt fornemme folk (6).

### *Diagnostiske kriterier*

I vores tid defineres diagnosen ud fra en række kriterier (7):

Skal være til stede:

- Obsessiv rumination med påtrængende tanker eller forestillinger om at lide af en somatisk sygdom

Desuden et eller flere af følgende symptomer:

- Optagethed af fysiske symptomer og bekymringer over fysisk helbred
- Kropslig optagethed
- Suggestivitet og autosuggestivitet
- Overdreven fascination af medicinsk information
- Frygt for at tage ordineret medicin

### Udløsende sårbarhed og vedligeholdende faktorer

I bogen "Kort og godt om helbredsangst" omtales de forskellige årsager til udviklingen af helbredsangst, herunder en beskrivelse af sårbarhed, udløsende faktorer samt vedligeholdende faktorer. For at lægen kan hjælpe patienten bedst muligt, er det vigtigt at ovenstående sårbarheder og faktorer bliver identificeret. Sårbarheden kan tage sit udgangspunkt i en genetisk disponering for angst, udsættelse for traumer/ belastninger i barndommen eller oplevelser med sygdom hos en selv eller andre. Den udløsende faktor for helbredsangsten kommer ofte

senere i livet i form af skelsættende begivenheder som ved en fyring, skilsmisse, økonomiske problemer, arbejdsrelateret stress eller sygdom hos en selv eller en nærtstående. Disse begivenheder vil kunne aktivere stress-responset i kroppen og medføre kropslige symptomer, der kan igangsætte eller vedligeholde helbredsangsten. Helbredsangsten vedligeholdes gennem overopmærksomhed på kropslige symptomer hos patienten, forsinket diagnostik og behandling af helbredsangsten, kontrol og undgåelsesadfærd samt overdrevet rumination (8).

#### *Svært at skabe alliance med patienten*

I almen praksis er det en udfordring at håndtere denne patientgruppe af flere grunde: Det kan være svært og tidskrævende at skabe en alliance med patienten, som ofte er i affekt, mens lægen er mere rationel. Hvis patienten ikke føler sig hørt eller taget alvorligt, kan det komme til udtryk i form af flere eller kraftigere symptomer, som kan bidrage til, at lægen bliver usikker på, om patienten faktisk lider af en somatisk sygdom og tyr til flere undersøgelser, som så kan vedligeholde og forstærke helbredsangsten (9).

#### *Iatrogene faktorer kan vedligeholde angsten*

Studier bekræfter, at patienter med helbredsangst bruger mange sundhedsydelser, og i vores hverdag i almen praksis oplever vi også, at denne patientgruppe optager mange tider, både akutte, planlagte og i lægevagten. Dette kan skabe frustration hos læger og klinikpersonale, som ikke kan forstå eller acceptere de mange henvendelser om den samme problemstilling. Akutte, korte tider og besøg i lægevagten vil oftest have et snævert, biomedicinsk fokus, som ikke tager hånd om helbredsangsten, og generelt kan vurdering fra skiftende læger medføre flere henvisninger og yderligere risiko for iatrogen skade. Man ved, at lægens frygt for at overse somatisk sygdom er den hyppigste grund til viderehenvisning til udredning og behandling, på trods af at studier har vist, at alvorlig sygdom kun sjældent overses i denne patientgruppe (9).

#### *En sygdom, der også påvirker omgivelserne*

Konsekvenserne af helbredsangst kan være, at patienten rammes hårdt blandt andet i form af nedsat arbejdsevne og komorbid depression. Men det er også velbelyst, at patientens omgivelser kan påvirkes i svær grad, fx konflikter i relationen,

bekymringer for angstens forløb, overførsel af angsten for sygdom til eventuelle børn, sidstnævnte kaldes helbredsangst by proxy (8). Der er således mange grunde til, at almen praksis bør hjælpe patienter med helbredsangst.

### *Usikkerhed ved lægen*

Vi oplever, at mange læger har en sparsom viden om helbredsangst og føler sig uerfarne i at håndtere tilstanden, og at de tilgængelige behandlingsvejledninger enten er meget lange, eller skrevet af ikke-praktiserende læger, og dermed ikke praksisnære.

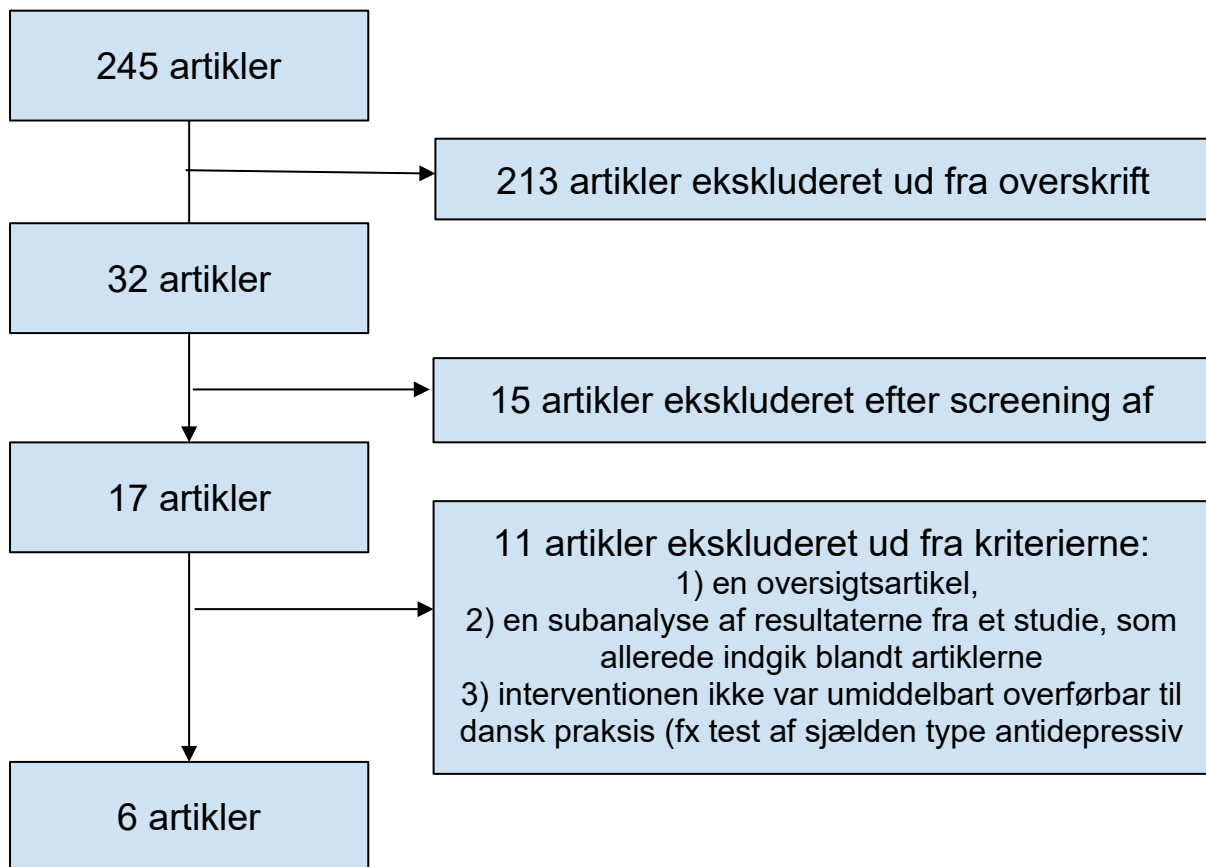
## Metode

### Litteratursøgning

Vi udførte en litteratursøgning på PubMed d. 29.10.2025. Vi lavede en søgestreng med MeSH-ordene "Therapeutics" og "Psychotherapy" som udtryk for behandling af enhver art. Vi brugte MeSH-terminen "Hypochondriasis" og fritestordene "health anxiety" og "illness anxiety" til at dække begrebet "helbredsangst". Vi udelod begrebet "almen praksis" da dette gjorde søgningen for snæver. Den samlede søgestreng, med tilføjede filtre, kan ses i bilag 1.

Vi valgte at fokusere alene på behandling af voksne personer. Fra denne søgning fik vi 245 artikler, som vi screenede ud fra overskrifter, og inkluderede alle artikler, der omhandlede helbredsangst og evt. enten behandling eller håndtering heraf. Vi opdelte screeningen, så vi gennemgik en tredjedel hver. Dette gav 32 artikler, som vi, ved hjælp af fælles diskussion ud fra overskrifter, indsnævrede til 17 artikler ud fra det kriterium, at artiklerne skulle handle om behandling eller håndtering af helbredsangst. Disse artikler blev screenet ud fra abstract og fravalgt, hvis der var tale om 1) en oversigtsartikel, 2) en subanalyse af resultaterne fra et studie, som allerede indgik blandt artiklerne og 3) interventionen ikke var umiddelbart overførbart til dansk praksis (fx test af sjælden type antidepressiv medicin). I den endelige selektion valgte vi de artikler, der var bedst egnede til at besvare vores forskningsspørgsmål. Her identificerede vi 6 artikler. Se figur 1 "flowchart" for selektionsprocessen.

Desuden ønskede vi at undersøge, hvilke henvisningsmuligheder, der findes i Region Midt for denne patientgruppe.



Figur 1 - Flowchart

### *Behandlingsvejledning*

Vi gennemgik hjemmesiderne fra Dansk Selskab for almen medicin (DSAM), Dansk psykiatrisk selskab, Center for Funktionelle Lidelser og sundhed.dk for behandlingsvejledninger af helbredsangst. Vi fandt behandlingsvejledninger fra DSAM og sundhed.dk, samt en omfattende beskrivelse af diagnosen på Center for Funktionelle Lidelsers hjemmeside. Vi brugte dette som baggrund for vores egen behandlingsvejledning, sammen med resultaterne fra litteratursøgningen.

## Resultater

Litteratursøgningen gav i alt seks artikler, heriblandt en metaanalyse som bestod af 13 randomiserede, kontrollerede studier, som var relevante for denne opgave.

Artiklerne gennemgås her i en oversigtstabel samt deskriptivt.

Tabel 1 inkluderede artikler

Forfatter	Årstal	Setting	Design	N (antal ptt)	Hovedresultater	Konklusion	Styrker/svagheder
Olatunji	2014	-	Metaanalyse	1081	13 RCT'er indgik. Kognitiv adfærdsterapi var signifikant bedre end kontrolbetingelser (psykolog-placebo, venteliste og pille-placebo) både efter endt behandling og ved follow-up. Kognitiv adfærdsterapi reducerede også depressive symptomer. Svær helbredsangst forudsagde bedre behandlingsrespons ved follow-up. Dosis-respons sammenhæng mellem antal behandlinger og effekt.	Kognitiv adfærdsterapi er en god behandling for helbredsangst, med størst effekt hos ptt. med svær helbredangst. Jo flere sessioner, jo bedre effekt.	Svagheder: 13 RCT'er er en relativt lille metaanalyse. Der var stor heterogenitet mellem studierne. Styrker: Kun inklusion af RCT'er. Veludført systematisk litteratursøgning. Der blev lavet "random effects analyse", for at tage højde for heterogeniteten. Studiet tog højde for publikationbias i form af "file drawer problem".
Ditte Hoffmann	2020	Danmark	Randomiseret kontrolleret forsørløb	151, 101 randomiseret	Der var en signifikant større reduktion i helbredsangst (WI-7) i iACT-gruppen versus iFORUM fra baseline til 6-måneders follow-up: gennemsnitlig forskel på <b>19,0 point</b> (95 % CI: 10,8–27,2, $p < 0,001$ ).  Number Needed to Treat (NNT) var 2,8 (95 % CI: 1,8–6,1)	iACT (internet-leveret ACT med klinikerguidance) viste sig at være en effektiv behandling mod svær helbredsangst med vedvarende effekt 6 måneder efter afslutning	Styrker: Randomiseret kontrolleret design med aktiv kontrol (iFORUM) – styrker intern validitet. Patienterne i iACT gennemførte mange moduler, og databasen var begrænset.  Langsigtet opfølgning (6 mdr.)

						<p>Svagheder:</p> <p><i>Selvhenvisning:</i>  kan begrænse generaliserbarhed  en: De deltagere, der tilmelder sig via internettet, kan være mere motiverede eller teknologisk kompetente end den generelle patientgruppe med helbredsangst.</p> <p>Manglende klinik-baseret diagnostik efter behandling:  Der var ikke en struktureret klinisk diagnosticering ved follow-up for at bekræfte remission; resultaterne er baseret på selvrapporterede mål.</p> <p>Blinding:  Patienterne vidste, hvilken gruppe de var i (iACT vs forum), hvilket kan påvirke forventninger og rapportering af symptomer.</p> <p>Behandling skævhed: Fordi kontrolgruppen var et diskussionsforum, kan der være forskelle i engagement eller</p>
--	--	--	--	--	--	---

							<p>terapeutisk input, som ikke svarer til "rigtig terapi", hvilket kan overdrive effekten af iACT</p> <p>Digital eksklusion: Patienter uden internetadgang eller lavt digitalt færdighedsniveau er ikke repræsenteret, hvilket begrænser anvendeligheden af resultaterne i visse populationer.</p>
<p>Weck F, Cognitive therapy versus exposure therapy for hypochondriasis (health anxiety): A randomized controlled trial</p>	2015	Tyskland	Kontrolleret, randomiseret forsøg	84	<p>Både CT og ET viste signifikant effekt sammenlignet med venteliste</p> <p>Sekundære mål: begge behandlinger reducerede depressive symptomer og kropslige klager signifikant i forhold til venteliste</p> <p>Angstsymptomer blev kun signifikant reduceret af ET</p>		<p>Styrker: randomiseret kontrolleret design der styrker intern validitet, uafhængige vurderinger af primært outcome via interview, mindsker risikoen for bias fra terapeuter eller patienter</p> <p>Opfølgning efter 1 år, giver indblik i vedligeholdelse af effekt over tid.</p> <p>Svagheder: Begrænset deltagerantal 84, begrænset generaliserbarhed</p> <p>Ingen placebo behandling men sammenligning er</p>

Forskningstræningsprojekt

							mod "venteliste deltagerer" der ikke modtager beh. hvilket kan overdrive effektstørrelse.
Weck F, <i>Response and Remission After Cognitive and Exposure Therapy for Hypochondriasis.</i>	2015	Tyskland	kontrolleret randomiseret forsøg	75	<p>Ved slut-behandling opnåede 72,0 % af deltagerne respons, og 45,3 % opnåede remission.</p> <p>Ved 12-måneders opfølgning var 68,0 % responderende, og 54,7 % i remission.</p> <p>Der var ingen signifikant forskel mellem de to behandlingsformer (CT vs. ET) med hensyn til respons- og remissionsrater</p>	Kognitiv terapi og eksponeringsterapi er begge effektive til at fremkalde både respons og remission hos patienter med hypochondriasis.	<p>Styrker: Randomiseret, kontrolleret design, hvilket styrker den interne validitet.</p> <p>Svagheder: Resultaterne kan være begrænset i forhold til generaliserbarhed, hvis deltagergruppen er relativ homogen (fx meget motiverede eller lign. obs. kun 75 patienter)</p> <p>Terapeuternes erfaring i de to grupper kan have påvirket resultaterne (fx hvis CBT-terapeuter var mere trænede end ET-terapeuter).</p>
Weck F, <i>Therapist competence and therapeutic alliance are important in the treatment of health anxiety (hypochondriasis)</i>	2015	Tyskland	Sekundær analyse af et RCT	68	<p>Terapeutisk alliance og terapeutkompetence er centrale for behandlingsudbytte ved helbredsangst.</p> <p>Terapeutkompetence forudsiger kun bedre behandlingsresultat indirekte, nemlig gennem en stærkere</p>	Effekten af psykoterapi ved helbredsangst afhænger i høj grad af terapeutens faglige kompetence og evne til at skabe en god terapeutisk alliance, mens terapeutkompetence i sig selv ikke er afgørende for	<p>Styrker: Data fra et randomiseret kontrolleret studie (RCT).</p> <p>Fokus på terapiprocesser</p> <p>Flere vurderingsperspektiver (uafhængige</p>

					<p>terapeutisk alliance.</p> <p>Terapeutisk alliance medierer sammenhængen mellem terapeutkompetence og behandlingsudfald.</p> <p>Terapeutadherence havde ingen signifikant sammenhæng med behandlingsresultat.</p> <p>Resultaterne gjaldt både kognitiv terapi og eksponeringsterapi</p>	<p>behandlingsresultat.</p>	<p>ratere, terapeuter, patienter og supervisorere)</p> <p>Anvendelse af multitrait-multimethod-analyse.</p> <p>Standardiseret og blindet outcome-måling foretaget af uafhængige diagnostikere.</p> <p>Svagheder: Relativt lille studie (N=68).</p> <p>Sekundær analyse, hvor studiet oprindeligt ikke var ikke designet til proces-outcome-analyser.</p> <p>Observationsbaseret et sammenhæng mellem procesvariabler og outcome.</p> <p>Stor metodeeffekt mellem vurderingsperspektiver, hvilket vanskeliggør fortolkning.</p> <p>Procesvariabler målt på udvalgte sessioner, som måske ikke repræsenterer hele terapiforløbet.</p>
Barsky A	2013		Follow up med to	89	Både kognitiv adfærdsterapi (CBT)	Hos højforbrugende patienter med	Styrker: RCT, hvilket

## Forskningstræningsprojekt

<p>Randomized Trial of Treatments for High-Utilizing Somatizing Patients</p>			<p>arme, RT og CBT, 6 og 12 mdr</p>		<p>og afslapningstræning (RT) gav signifikante forbedringer i somatisering, helbredsangst, generel psykisk belastning og funktionsniveau.</p> <p>Ingen signifikant forskel mellem CBT og RT</p> <p>Effekten holdt over tid: Forbedringerne var tydelige både efter 6 måneder og 12 måneder.</p> <p>Samlet set faldt forbrug af ambulante besøg med 14 %.</p> <p>Psykiatriske besøg ændrede sig ikke signifikant.</p> <p>En simpel og kort afslapningsintervention, leveret i almen praksis af almindeligt sundhedspersonale, var lige så effektiv som en mere kompleks CBT-indsats</p>	<p>somatisering og helbredsangst forbedrer både kognitiv adfærdsterapi (CBT) og afslapningstræning (RT) symptomer, funktionsniveau og reducerer brugen af ambulante sundhedsydelser, uden at den ene behandling er bedre end den anden, og behandlingerne kan effektivt gennemføres i almen praksis</p>	<p>reducerer selektionsbias.</p> <p>Pragmatisk "real-world" studie gennemført i almindelig almen praksis (høj ekstern validitet).</p> <p>Interventioner leveret af primærsektorens eget personale, ikke specialiseret psykiatri, hvilket giver høj klinisk relevans.</p> <p>Lang opfølgning (6 og 12 måneder), som viser vedvarende effekt.</p> <p>Svagheder: Ingen egentlig kontrolgruppe, og dermed svært at udelukke placeboeffekt og regression mod middelværdien.</p> <p>Relativt lille studie (n=89) og dermed begrænset statistisk styrke og generaliserbarhed.</p> <p>Ulig kønsfordeling mellem grupperne, som kan påvirke resultater trods statistisk justering.</p> <p>Frafald/attrition, som kan give positiv bias (dem der dropper ud,</p>
--	--	--	-------------------------------------	--	--	---	--

							<p>har ofte ringere effekt).</p> <p>Manglende blinding af patienter og behandlere (svært at undgå, men stadig en svaghed)</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

*KAT*: Kognitiv adfærdsterapi

*CT*: *Kognitiv terapi*: Fokus på identifikation og omstrukturering af dysfunktionelle helbredsrelaterede tanker.

*ET*: *Eksponeringsterapi*: Systematisk eksponering for frygtede kropslige fornemmelser og sygdomsrelaterede situationer uden brug af sikkerhedsadfærd.

## Deskriptiv analyse af de inkluderede studier

### *Kognitiv-adfærdsterapi virker signifikant ved helbredsangst*

Artiklen "***Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators***" fra 2014 af Olatunji et al, er en metaanalyse af 13 randomiserede kontrollerede forsøg med i alt 1081 deltagere. Formålet var at vurdere effekten af kognitiv adfærdsterapi for helbredsangst, sammenlignet med kontrolbetingelser. Desuden lavede man moderatoranalyser til at undersøge faktorer, som påvirkede behandlingsudbyttet. Som metode brugte man systematisk litteratursøgning, inkl. kontakt til alle forfattergrupper med henblik på at opspore studier tæt på publicering, for at få så mange studier inkluderet som muligt. Da studierne var heterogene, valgte man en særlig analysemetode, som tog højde for dette. Konklusionen var, at kognitiv adfærdsterapi havde en signifikant bedre effekt på behandling af helbredsangst end kontrolbetingelser (typisk venteliste). Effekten kunne ses både på kort og lang sigt, men var størst på kort sigt. Moderatoranalyserne, altså de analyser man brugte til at undersøge faktorer som påvirker effekten, viste at jo sværere helbredsangst ved behandlingens start, jo større effekt. Desuden fandt man en dosis-responsssammenhæng. Herudover fandt man også, at den kognitive adfærdsterapi også virkede godt på komorbid depression.

Studiets svaghed består først og fremmest i heterogeniteten imellem de medtagne studier, der betyder, at det er svært præcist at konkludere, hvilke komponenter i behandlingen som virker bedst. Overordnet er metaanalysen dog stærk, dels da den inkluderer et stort antal studier og mange patienter, desuden fordi den entydigt viser, at kognitiv adfærdsterapi har en effekt på helbredsangst sammenlignet med kontrolbetingelser.

#### *Acceptance and commitment terapi via internet reducerer symptomer på helbredsangst signifikant*

Artiklen "***Efficacy of internet-delivered acceptance and commitment therapy for severe health anxiety: results from a randomized, controlled trial***" fra 2020 af Ditte Hoffmann et al., har til formål at undersøge effekten af internet-leveret acceptance- and commitment Therapy (iACT) hos voksne med svær helbredsangst, sammenlignet med en aktiv kontrolgruppe, der deltog i et internet diskussionsforum (iForum).

Design og primary outcome: Patienterne blev randomiseret til 12 ugers forløb i iACT eller IFORUM, primære måling var Whiteley- 7 index ( WI-7) for helbredsangstsymptomer, derudover målt på antal gennemførte moduler, logins, beskeder ect. samt sekundære udfald som depressive sympt.

Resultater: Studiet viser signifikant større reduktion i helbredsangstsymptomer med udgangspunkt i WI-7 i iACT gruppen vs. IFORUM, fra baseline til 6 måneder. follow up. Gennemsnitligt 19,0 point ( 95% CI: 10.8-27,2 -  $p < 0,001$ ). Konklusionen er derfor, at iACT med klinikerguidance er en effektiv behandling med vedvarende effekt 6 mdr. efter afslutning, og at fordelene ved denne terapiform er, at den er let tilgængelig, fleksibel og potentielt kan dække et større antal patienter (fx ptt. i yderområder), som måske ellers ikke ville modtage specialiseret behandling. Helbredsangst er invaliderende og omkostningstungt og adgang til specialiseret behandling er begrænset, hvorfor det er interessant at undersøge internet behandling, der potentielt vil øge tilgængeligheden af evidensbaseret terapi.

#### *Både kognitiv adfærdsterapi og eksponeringsterapi reducerer symptomer på helbredsangst signifikant*

I artiklerne "***Cognitive therapy versus exposure therapy for hypochondriasis (health anxiety): A randomized controlled trial***" og "***Response and Remission After Cognitive and Exposure Therapy for Hypochondriasis***", begge fra 2015 af Weck F. et al., sammenligner de effekten af kognitiv terapi (CT) og eksponeringsterapi (ET) overfor hinanden samt mod venteliste kontrolgruppe. I alt deltog 84 patienter, der blev randomiseret til en af de tre ovenfor nævnte grupper. Primære udfald var strukturerede interviews med udgangspunkt i hypokondriske tanker/adfærd gennemført af uafhængige diagnostikere kombineret med selvrapporterede mål som depression, kropslige klager og angst. Resultaterne viste at både CT og ET var signifikant bedre for patienterne end at stå på venteliste, men sammenligningen mellem CT og ET viste ingen signifikante forskelle. Ved endt behandling opnåede 72,0 % af deltagerne respons, og 45,3 % opnåede remission (samlet for begge grupper). Ved 12-måneders opfølgning var 68,0 % responderende, og 54,7 % i remission. Der var ingen signifikant forskel mellem de to behandlingsformer (CT vs. ET) med hensyn til respons- og remissionsrater. Altså fandt man, at kognitiv adfærdsterapi og eksponeringsterapi var lige effektive til bedring af patientens tilstand.

#### *Kognitiv adfærdsterapi og afslapningstræning virker lige effektivt på helbredsangst*

Artiklen "***Response and Remission After Cognitive and Exposure Therapy for Hypochondriasis***" fra 2015 af Weck F, et al., søger at afklare, hvilken af de to metoder kognitiv adfærdsterapi (CBT) eller afslapningstræning (RT) der giver den mest robuste symptomreduktion. Det gøres gennem et randomiseret kontrolleret design, hvor der fokuseres på ændringer i helbredsangst, funktionsevne og relaterede psykologiske mål. Studiet viser at begge behandlinger reducerer helbredsangst signifikant, men at CT generelt viser en større og mere vedvarende effekt. Studiet undersøgte, om to forskellige behandlingsmetoder kunne forbedre symptomer og reducere sundhedsforbruget hos patienter med høj grad af somatisering og helbredsangst. Behandlingerne blev leveret af medicinsk personale i almindelige lægepraksisser for at øge tilgængelighed og accept blandt patienterne.

I alt deltog 89 patienter, der blev tilfældigt fordelt til CBT eller RT. Begge behandlinger førte til betydelige forbedringer både efter 6 og 12 måneder i

somatisering, helbredsangst symptomer og funktionsniveau.

Der var ingen signifikante forskelle mellem CBT og RT. Det samlede antal ambulante lægebesøg og de tilknyttede omkostninger faldt med omkring 14 % året efter behandling, mens forbruget havde været stabilt de to år inden behandlingen. Psykiatrisk behandling ændrede sig ikke væsentligt.

Forfatterne konkluderer, at begge interventioner er gennemførlige og gavnlige, når de leveres i primærsektoren. RT er enklere, kortere og sandsynligvis billigere og kan derfor anvendes bredt, mens CBT kan reserveres til mere komplekse eller svære tilfælde. Integrationen af psykologisk behandling i almen praksis vurderes som en vigtig fordel for både patienter og sundhedssystemet.

#### *Alliancen mellem behandler og patient påvirker patientens udbytte af behandlingen*

Artiklen **“*Therapist competence and therapeutic alliance are important in the treatment of health anxiety (hypochondriasis)*”** fra 2015 af Weck F. et al., undersøgte, hvordan tre behandlingsfaktorer – terapeutisk adhærens, terapeutisk kompetence og terapeutisk alliance – påvirker udfaldet af psykoterapi for helbredsangst. Studiet fandt, at behandlingsfaktorerne varierer meget alt efter hvem, der vurderer dem (bedømmer, terapeut, patient osv.) og at terapeutisk alliance og terapeutisk kompetence påvirker behandlingsresultatet. Begge forklarer ca. 6% af variationen i behandlingsudfaldet. Terapeutisk adhærens (om terapeuten følger manualen) havde ingen sammenhæng med udfaldet. Terapeutisk kompetence må forventes indirekte at kunne påvirke patientens udbytte og derigennem resultatet via terapeutalliance. Dermed kan fokus på styrkelse af terapeutens kompetence og relationen mellem terapeut og patient forbedre resultatet af terapi mod helbredsangst. At terapeuten følger manualen stringent, er derimod ikke tilstrækkeligt for at forbedre patientens outcome.

## Diskussion

Igennem vores litteratursøgning fandt vi, at kognitiv terapi har en effekt i behandlingen af helbredsangst, men at andre typer terapi også er effektive, og at det grundlæggende er vigtigt at der er en god alliance mellem patient og behandler.

#### *Kognitiv adfærdsterapi har signifikant effekt*

Resultaterne fra litteratursøgningen viser, at der overordnet er stærk evidens for at kognitiv terapi har en effekt på behandlingen af helbredsangst. I metaanalysen af Olatunji et al var det kun ét studie ud af 13 RCT'er, som ikke fandt en signifikant effekt af kognitiv terapi i forhold til kontrolbetingelser, således viste metaanalysen overordnet set, at ptt. med helbredsangst har en signifikant effekt af kognitiv adfærdsterapi.

#### *Eksposeringsterapi og afslapningstræning har også signifikant effekt*

Vi fandt desuden, at effekten af kognitiv adfærdsterapi var ligeværdig med både eksposeringsterapi og afslapningstræning – alle behandlinger viste signifikant reduktion af symptomer sammenlignet med kontrolgrupperne.

#### *IACT kan nå ud til nye grupper af patienter*

En anden form for terapi "acceptance and commitment terapi" distribueret via internettet (iACT) viste ligeledes signifikant symptomreduktion både ved 6 og 12 mdr. follow-up. Denne terapiform kan nå ud til en bredere population af patienter, fx dem som ellers ikke ville have mulighed for at deltage i terapi med fysisk fremmøde.

#### *Behandlingsalliance er vigtig*

I studiet af Barsky et al blev det undersøgt om praksispersonale kunne behandle helbredsangst hvis praksispersonalet fik et kort kursus i at udføre enten kognitiv terapi eller mindfulness-lignende øvelser. Studiet viste, at patienterne oplevede bedring af deres helbredsangst ved begge metoder, og at antallet af konsultationer i opfølgingsperioden faldt med 14%.

Effekten af terapien, uanset om der var tale om kognitiv terapi eller mindfulness, kan måske forklares ved terapeutalliancen - altså at patienten møder et praksispersonale, som de er trygge ved og stoler på. Denne tolkning underbygges i studiet "Therapist competence and therapeutic alliance are important in the treatment of health anxiety (hypochondriasis)" af Weck et al. Her blev det undersøgt, hvilken betydning behandlingsalliancen mellem patient og sundhedsprofessionel havde. Studiet viste, at terapeutisk alliance og terapeutisk kompetence har betydning for hvor godt patienterne responderer, mens terapeutisk adhærens, altså hvor godt

den sundhedsprofessionelle følger en specifik guideline til kognitiv adfærdsterapi, ikke har nogen sammenhæng med udfaldet.

Man kan ud fra de to studier tænke, at det ikke er afgørende præcis, hvordan terapien udføres, men at det primært er vigtigt, at der skabes en alliance mellem sundhedsprofessionel og patient, og at den sundhedsprofessionelle er kompetent til at udføre en form for terapi.

I studiet af Weck et al, omhandlende kognitiv terapi versus eksponeringsterapi, deltog 84 personer, til analyse af om der var signifikant forskel mellem de to typer terapi. Der var en signifikant effekt af begge typer terapi på depressive symptomer og kropslige klager, sammenlignet med dem som stod på venteliste, men der var ikke signifikant forskel mellem de to typer terapi. Dette bekræfter ligeledes vores analyse, at det ikke nødvendigvis er afgørende præcis hvilken terapi almen praksis udøver, men at det udøves af en sundhedsprofessionel, som adhærer til en plan og skaber en alliance med patienten. Studiet viste, at eksponeringsterapien dog havde en bedre effekt på at dæmpe angstsymptomerne. Opfølgning viste, at terapien fortsat havde effekt efter 1 år.

I studiet "response and remission after cognitive- and exposure therapy", så man på forskellene i metoderne i de to former for behandling, og på hvordan symptomerne remitterede, og der sås ingen forskel.

#### *Kognitiv adfærdsterapi i almen praksis – fordele og ulemper*

Kognitiv adfærdsterapi har både fordele og ulemper. Fordelene er blandt andre, at det også kan behandle komorbid depression, som det sås i metaanalysen af Olatunji et al. Desuden er kognitiv adfærdsterapi en anerkendt behandlingsform, som mange patienter kender til og kan acceptere. Metoden i kognitiv adfærdsterapi lærer patienterne at tænke alternative tanker, når de rammes af helbredsangstens negative automatiske tænkning. Denne metode vil patienten derfor ofte kunne bruge uafhængigt af en sundhedsprofessionel behandler, og derved har behandlingen ofte en langvarig effekt. Ulemperne ved kognitiv adfærdsterapi er at: det er tidskrævende i en presset hverdag, og at lægen skal kende principperne, hvilket kræver enten efteruddannelse eller en god vejledning.

### *Henvisningsmuligheder i Region Midt*

Hvis man ikke føler sig i stand til at udføre kognitiv adfærdsterapi i almen praksis, kan man henvise til enten psykolog eller, i Region Midt, Center for Funktionelle Lidelser, som behandler helbredsangst ved hjælp af kognitiv adfærdsterapi i form af gruppeterapi eller internetbaseret behandling.

### *Fordele ved iACT*

I studiet af Frostholm et al undersøgte man effekten af internetbaseret kognitiv terapi i et RCT. Studiet fandt signifikant forskel på internetbaseret kognitiv terapi i forhold til et internetbaseret gruppeforum, hvor patienterne uden guidance fra en sundhedsprofessionel kunne tale med hinanden om helbredsangst. Ved follow-up efter 6 mdr. var der fortsat effekt af den internetbaserede terapi. Fordelene ved et internetbaseret tilbud er, at man kan nå en større geografisk patientgruppe, at patienterne skal bruge mindre tid, og at det er mindre stigmatiserende for patienten, fordi en arbejdsgiver ikke skal indblandes, hvis man skal være væk til gruppeterapi 3 timer pr. gang.

Udfordringen ved de behandlingstilbud, som praktiserende læger kan henvise til, er at de alle har en begrænset varighed. Tilbuddet om internetbaseret terapi ved Center for Funktionelle Lidelser varer fx 3 mdr, men efter dette vender patienten tilbage til praksis. Vi mener, at der er brug for at egen læge følger op, da helbredsangst som oftest er en kronisk lidelse, der kan blusse op igen (8).

### *Medicinsk behandling af helbredsangst*

I vores litteraturstudie er medicinsk behandling af helbredsangst med SSRI ikke særligt godt belyst. Der findes få studier hvor SSRI versus kognitiv adfærdsterapi er undersøgt, men studierne er små. En grund til at det ikke er bedre undersøgt menes at være fordi patienterne med helbredsangst er meget medicinskeptiske (8), og derfor er det svært at rekruttere patienter til sådanne studier. I de studier, som er udført, ses det at SSRI har en lille til moderat effekt. I studierne er der brugt præparaterne paroxetin og fluoxetin, som er velkendte og veldokumenterede til brug for andre former for angst.

Vi mener at medicinsk behandling til helbredsangst aldrig bør stå alene, men kan være et godt redskab for den praktiserende læge, til behandling af svære tilfælde, hvor angstsymptomerne dominerer meget.

## Styrker og svagheder ved vores studium

En styrke ved vores studium er, at vi har nærstuderet forskning med afprøvning af forskellige terapiformer for helbredsangst. Nogle har været i almen praksis setting og kan derfor direkte implementeres og generaliseres til en almen praksis setting, mens andre har fundet sted i en setting uden for almen praksis. Det gælder fx studiet af Hoffmann et al, som udgår fra Forskningsklinik for Funktionelle Lidelser, hvilket giver indblik i, om henvisning til iACT er en effektiv terapiform for denne patientgruppe.

En svaghed i vores studium er, at tiden kun gav mulighed for at studere 6 artikler med forskellige interventioner for helbredsangst, hvorfor vores studium ikke har alle relevante studier inkluderet. En anden svaghed er, at vores fokus har været på terapeutiske interventioner frem for medicinske interventioner, som der ikke er lavet forskning på i samme grad og som ikke var fokus for vores forskningstræningsprojekt. Således har vi ikke grundlag for at konkludere om der er større effekt ved at kombinere terapeutiske tiltag med en supplerende medicinsk behandling.

## Kliniske implikationer

Et af formålene med projektet var at klæde os selv og andre læger på til at forbedre behandlingen af helbredsangst. Derfor har vi lavet et forslag til en behandlingsvejledning med fokus på spørgsmålet "Hvordan kan vi møde patienterne, der er diagnosticeret med helbredsangst, mere hensigtsmæssigt?"

Manglende viden om helbredsangst, både blandt sundhedsprofessionelle og patienterne selv, kan være 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 (10). Følgende behandlingsvejledning, se bilag 2, er baseret på fundene i vores litteratursøgning, samt de vigtigste pointer fra de forskellige

behandlingsvejledninger og undervisningsmateriale, som vi har refereret til i baggrundsafsnittet.

## Konklusion

I dette forskningstræningsprojekt har vi gennem en systematisk litteratursøgning fundet, at kognitiv adfærdsterapi har en signifikant effekt i behandlingen af helbredsangst, men at andre typer terapi også fungerer, og vigtigst er det, at der er en god alliance mellem patient og behandler.

I vores behandlingsvejledning, som vi har udarbejdet på baggrund af fundene i dette projekt, har vi lagt vægt på at understøtte, at den praktiserende læge godt kan være både tovholder og udføre behandlende terapi samtidigt. Hjørnestenene i forløbet er 1) at afdække at der er tale om helbredsangst og italesætte det med patienten, 2) identificere udløsende sårbarhed og 3) identificere vedligeholdende faktorer.

Baseret på vores kliniske erfaringer fra almen praksis mener vi, at det har stor værdi at patient og læge kender hinanden i almen praksis. Denne erfaring ser det ud til, at forskningslitteraturen kan bekræfte. Derfor er almen praksis et godt sted til at håndtere helbredsangst.

## Referencer

- 1: Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res* 2004 April;56(4):391-408
- 2: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/angsttilstande/helbredsangst/>
- 3: Fink P, Ørnbøl E, Toft T, Sparle KC, Frostholm L, Olesen F. A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. *Am J Psychiatry* 2004.
- 4: 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.
- 5: podcast "Hypokonder" afsnit 2 "verdens ældste diagnose" af Ditte Hoffmann Frydendal og Kasper Birch
- 6: <https://ugeskriftet.dk/nyhed/hypokondri-en-fornem-gammel-sygdom>
- 7: "Helbredsangst - Lægehåndbogen på sundhed.dk"
- 8: bogen, "kort og godt om helbredsangst", 2021, af Line Sørensen, Lisbeth Frostholm, Charlotte Rask og Ditte Hoffmann Frydendal
- 9: DSAM's vejledning "funktionelle lidelser"
- 10: Diagnostik og behandling af helbredsangst – en vej ud af sundhedsvæsenets labyrint Af Ditte Hoffmann Jensen, Charlotte Ulrikka Rask, Rasmus Bræmer og Lisbeth Frostholm.

## Bilag 1

((("Therapeutics"[Mesh] OR ("Psychotherapy"[Mesh])) AND

((("Hypochondriasis"[Mesh] OR ("health anxiety"[tiab])) OR ("illness anxiety"[tiab]))

Tilføjede filtre: Dansk, Engelsk, Adults (+19), studier fra 2000-2025, Full text

## Bilag 2

### Behandlingsvejledning

#### Helbredsangst i almen praksis (Region Midtjylland)

##### 1. Formål

Formålet med denne vejledning er at hjælpe alment praktiserende læger med identifikation, udredning og behandling af patienter med helbredsangst, samt at give overblik over relevante henvisningsmuligheder i Region Midtjylland.

---

##### 2. Definition af helbredsangst

Helbredsangst er en vedvarende og overdreven bekymring for at have eller udvikle en alvorlig sygdom, på trods af negative eller beroligende medicinske undersøgelser. Tilstanden medfører betydelig lidelse og uhensigtsmæssig adfærd såsom gentagne kropsundersøgelser, hyppige lægebesøg eller undgåelse af sundhedsydelse.

---

##### 3. Identifikation og udredning i almen praksis

###### Diagnostiske kriterier:

###### Skal være til stede:

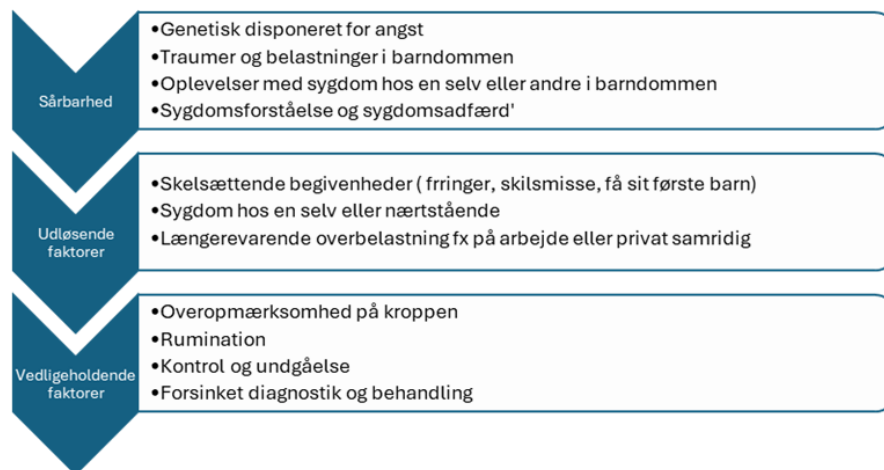
- Obsessiv rumination med påtrængende tanker eller forestillinger om at lide af en somatisk sygdom

###### Et eller flere af følgende symptomer:

- Optagethed af fysiske symptomer og bekymringer over fysisk helbred
- Kropslig optagethed: Opmærksomhed og øget bevidsthed omkring kropsfunktioner, fysiske sensationer, fysiologiske reaktioner eller mindre kropslige problemer, der misfortolkes som værende alvorlig sygdom
- Suggestivitet og autosuggestivitet: Hvis patienten hører eller læser om sygdomme, er han/hun tilbøjelig til at frygte, at han/hun har samme sygdom
- Overdreven fascination af medicinsk information: Patienten læser om sygdom i bøger, søger informationer på de sociale medier og googler symptomer. De kan dog også helt undgå medicinsk information, fordi de ved, at det gør dem så angste
- Overdrevet frygt for at blive smittet: En urealistisk frygt for at blive smittet eller kontamineret af noget, som man har rørt, spist, en person, man har rørt ved osv.
- Frygt for at tage ordineret medicin: Frygter bivirkninger, og at de kan tage skade af det

### Identifikation af årsager til helbredsangst:

Det er ikke altid muligt at identificere disponerende eller udløsende faktorer, men i langt de fleste tilfælde kan der være skabt en sårbarhed tidligere i livet, og ved identifikation af denne samt udløsende og vedligeholdende faktorer som listet nedenfor i Figur 1, vil man kunne hjælpe patienten langt bedre.



Figur 1: Stress-sårbarhedsmodel for helbredsangst, fra bogen "Kort og godt om helbredsangst"

### Nøgleelementer i udredningen:

- Grundig anamnese med fokus på angstsymptomer, bekymringsmønstre og funktionsevne.
- Somatisk undersøgelse med vurdering af evt. behov for supplerende tests (gøres restriktivt og kun på lægelig indikation, ikke pga. patientens frygt eller forestillinger).
- Vurdering af komorbide tilstande (fx depression, generaliseret angst).
- Brug af screeningsværktøjer (fx Whiteley-Index eller Health Anxiety Inventory) kan anvendes diagnostisk og til monitorering af forløbet. (Bilag A)

---

## 4. Behandling i almen praksis

Til brug i konsultationen med patienten kan bilag B "Samtaleark" printes

### Psykoedukation:

- Normalisering af kropslige symptomer. Brug sætninger som fx:
  - "Det er normalt at kroppen kan larme"
  - "Det du mærker, det er mærker du, men det er ikke udtryk for sygdom"
  - "Ved helbredsangst er hjernes filter for at mærke kropslige signaler mere grovmasket, hvilket betyder der kommer flere signaler igennem"

- Forklaring af angstens fysiologi; Gennemgang af helbredsangstcirklen og kropslige symptomer. Se *Bilag B, figur 2, figur 3 og figur 4.*

**Kognitiv adfærdsterapi-inspirerede tiltag:**

- Identifikation af bekymringstanker.
- Eksponering for undgåede situationer.
- Begrænsning af tjek-adfærd (ex. selvundersøgelse og lægeundersøgelse)
- Hjælp patienten med at bryde helbredsangstens onde cirkel, ved at gøre dem bevidst om deres uhensigtsmæssige tankemønstre, overopmærksomhed på kroppen eller selvundersøgelser. Se *bilag B, figur 4.*

**Medicinsk behandling:**

- Der er fundet effekt af behandling med SSRI præparater. Kan overvejes ved svær helbredsangst eller komorbid angst/depression.
- Obs. at de fleste patienter med helbredsangst kan være bange for at tage medicin grundet frygt for bivirkninger. Det er derfor vigtigt, at man starter op i lav dosis og følger dem tæt i forbindelse med opstart af behandlingen, hvor man oftest ser kortvarig forværring af angstsymptomer.
- Overvej årskontrol ved de patienter, der behandles med SSRI.

**Opfølgning:**

Når man har helbredsangst, kan det være en udfordring at finde ud af, hvornår man skal kontakte lægen. Hvis lægen og patienten ikke har en fælles forståelse af angsten, kan man risikere at vedligeholde helbredsangsten, hvis konsultationerne primært tager udgangspunkt i kropslige symptomer og undersøgelse.

- Planlagte frem for behovsbestemte konsultationer, i det akutte forløb fx. hver 2-4 uge.
- Tidlig vurdering af behandlingsrespons. Obs. på eventuel lang ventetid ved viderehenvielse.
- Hjælp patienterne med at finde ud af hvornår de skal søge læge og hvornår det ikke er nødvendigt hos de patienter med hyppige lægebesøg.

---

## 7. Henvisningsmuligheder i Region Midtjylland

**Henvisning til psykolog:**

- Ved moderat til svær helbredsangst. Forskellige former af kognitiv adfærdsterapi er fundet effektivt, både ved individuel behandling og i grupper.
- Psykologhjælp med tilskud (§ 69 – Angst).

**Henvisning til psykiatrien:**

- Ved mistanke om komorbide lidelser som svær depression, OCD eller PTSD efter gældende henvisningskriterier
- Ved behov for specialiseret udredning.

### Henvisning til Center for Funktionelle Lidelser - Aarhus Universitetshospital:

- De tilbyder internetbaseret psykoterapi og gruppeterapi til voksne (+18 år)
- Obs. på at der kan være lang ventetid.

### Henvisningskriterier:

- Kan henvises ved svær funktionsnedsættelse, dvs. symptomerne skal være svært forstyrrende eller gribe ind i dagligdagsaktiviteter.
- Symptomerne skal have været til stede i mindst 6 mdr.
- Relevante somatiske differentialdiagnoser skal være udelukket
- Der må ikke være betydende psykiatrisk komorbiditet, patienten skal kunne anvende en computer og ikke være ordblind.
- Må ikke være i behandling med afhængighedsskabende medicin eller have aktuelt misbrug af alkohol/psykoaktive stoffer.

### Kommunale tilbud:

- Kommunale forebyggelsestilbud (fx mestringsforløb og stress-/angstkurser, varierer efter kommune).
- Nogle kommuner tilbyder særlige mestringstilbud for funktionelle lidelser og helbredsangst.

---

## 8. Materialer og patientinformation

- Bogen "Kort & godt om helbredsangst"
- Pjecer til patienter og pårørende:
  - [https://funktionellelidelser.dk/fileadmin/user\\_upload/Helbredsangst\\_pjece.pdf](https://funktionellelidelser.dk/fileadmin/user_upload/Helbredsangst_pjece.pdf)
  - [https://funktionellelidelser.dk/fileadmin/www.funktionellelidelser.au.dk/patient\\_Pjecer/Angstforeningen\\_pjece\\_2018.pdf](https://funktionellelidelser.dk/fileadmin/www.funktionellelidelser.au.dk/patient_Pjecer/Angstforeningen_pjece_2018.pdf)
- Anbefaling af apps:
  - "Mindhelper"
  - "Min Livsstil"
  - "Styr på Angsten"
- Links til kommunale tilbud:
  - Aarhus: <https://aarhus.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud/naar-du-har-det-svaert>
- Patientforeninger med mulighed for rådgivning:
  - <https://www.angststress.dk/?page=helbredsangst>

---

## 9. Prognose

Ubehandlet kan helbredsangst blive kronisk eller cyklisk forløbende. Der kan være store udsving i intensiteten, og der kan være perioder hvor patienten er helt symptomfri, ligesom

det også er set at der kan forekomme spontan remission. Hvis patienten henvises til psykolog eller tilbydes forløb ved Center for Funktionelle Lidelser, er det vigtigt at egen læge fortsat er med på sidelinjen, i tilfælde af recidiv. Her kan man hjælpe patienterne med at genopfriske de teknikker, de har lært samt gennemgå helbredsangstcirklen, se *bilag B, figur 2*.

---

### Forslag til konsultationsopbygning:

1. **Fast rammesætning** (2 min)
    - Aftal fokus: "Vi skal arbejde med din angst for sygdom og hvordan den påvirker dig."
    - Undgå at gå ind i nye somatiske hypoteser.
  2. **Kort symptomstatus – uden at udvide udredning** (3–5 min)
    - Spørg til funktion frem for sygdom: "Hvordan har angsten påvirket din daglige aktivitet?"
    - Anerkend ubehaget uden at forstærke sygdomsbekymringen.
  3. **Psykoedukation** (5 min)
    - Brug helbredsangstcirklen (*bilag B, figur 3 og 4*) og fysiologien bag kropslige symptomer.
    - Normalisér: "Det er kroppen, der reagerer på angst – ikke sygdom."
  4. **Behandlingsfokus** (5–7 min)
    - Udvælg én konkret øvelse: fx eksponering, reduktion af tjek-adfærd eller bekymringsudsættelse. fx. sæt grænse for hvor lang tid der må bruges på at google symptomer dagligt/bekymre sig om kropslige symptomer.
    - Aftal hjemmearbejde
  5. **Planlagt opfølgning**
    - Altid planlagte tider i det akutte forløb fx hver 2.–4. uge, for at undgå behovsdrivne konsultationer. Tiden mellem konsultationerne kan justeres hen ad vejen.
-

## Bilag A

**Spørgeskema om helbredsangst (Whiteley-6-R). Ved en score over 5 bør man være opmærksom på, om patienten kan have helbredsangst.**

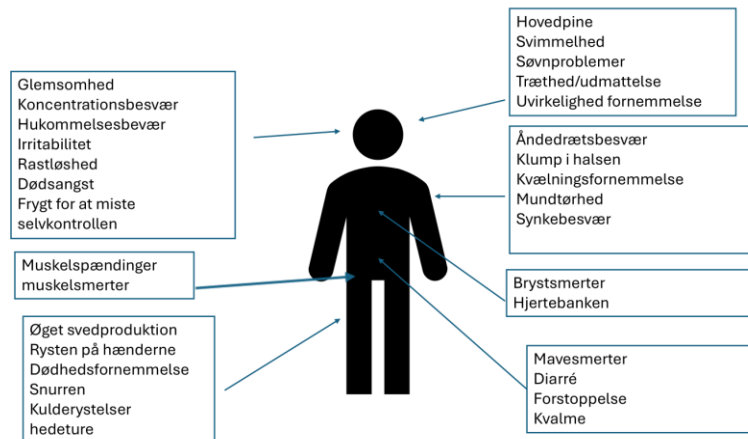
I de **seneste 4 uger**, hvor meget har du været generet af:

Sygdomsbekymring:	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
1. Bekymringer om, at der er noget alvorligt galt med din krop?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bekymringer over, om du selv lider af en sygdom, som du har hørt om eller læst om?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bekymringer over, om du lider af en alvorlig sygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tanker om, at lægen måske tager fejl, hvis han/hun siger, at der ikke er noget at bekymre sig om?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bekymringer om dit helbred?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tilbagevendende tanker om at du fejler noget, og som du har svært ved at slå ud af hovedet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

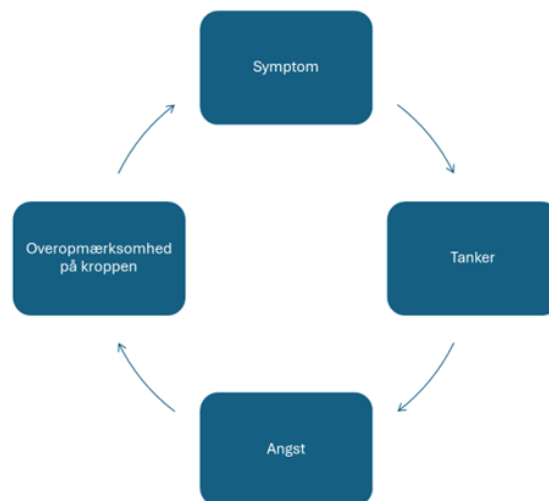
*Bilag 1: Whiteley-6-R Spørgeskema fra sundhed.dk*

**Bilag B** (Figurerne stammer fra bogen "Kort & godt om helbredsangst")

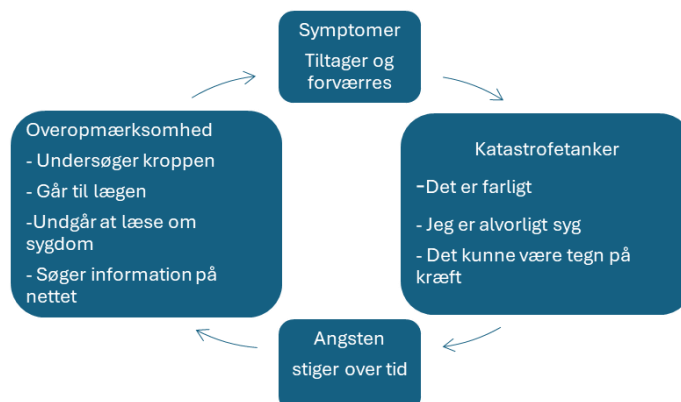
**Samtaleark til brug ved konsultation om helbredsangst**



Figur 2: Kroplige angstsymptomer



Figur 3: helbredsangst cirkel



Figur 4: Udbygget helbredsangst cirkel/"Den onde cirkel"