VIDENSKAB OG PRAKSIS | SEKUNDÆRPUBLIKATION

Dette projekts udfald støtter ikke indførelsen af en struktureret journalmodel per se, men man kan heller ikke afvise en effekt, tidligere studier og aktuelle implementeringsproblemer taget i betragtning. Derfor har Medicinsk Afdeling, Centralsygehuset Herning, valgt at arbejde videre med en delvis skematiseret journalmodel inkl. obligatorisk stillingtagen til beskrevne problemstillinger for på længere sigt at sikre en journalopbygning, der muliggør hurtigt overblik over patientens aktive problemstillinger. For den patientpopulation, som er indlagt i længere tid, her tre dage eller mere, synes reduceret indlæggelseslængde forsat at være et relevant succeskriterium.

Vi må samlet konkludere, at en sammenhæng mellem SSP dokumenteret i patientjournalen og reduktion i indlæggelsestid ikke har kunnet påvises i denne undersøgelse. Vanskelighederne ved implementering af et nyt journalsystem må ikke undervurderes. Ikke mindst bør man være opmærksom på dette, når ændring af journalstrukturen planlægges gennemført ved indførelse af den elektroniske patientjournal.

Korrespondance: *Bo Amdi Jensen*, Toftagervej 3, DK-2700 Brønshøj.
E-mail: bo.amdi@mail.tele.dk

Antaget: 22. november 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelser: Ledende overlæge *Niels Thorsgaard* og ledende sekretær *Britta Mørk*, Medicinsk Afdeling, Herning Centralsygehus, takkes for afdelingens deltagelse i projektet og deres store personlige engagement. Statistiker *Lisbeth Nørgaard Møller*, Forsk-ningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Københavns Amt, takkes for hjælp til de statistiske analyser.

En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

Litteratur

1. Cardozo L, Ahrens S, Steinberg J et al. Implementing a clinical pathway for congestive heart failure: experiences at a teaching hospital.Qual Man Health Care 1998;7:1-12.
2. Benenson R, Magalski A, Cavanaugh S et al. Effects of a pneumonia clinical pathway on time to antibiotic treatment, length of stay and mortality. Acad Emerg Med 1999;6:12438.
3. Farley K. The COPD critical pathway: a study in progress. Qual Man Health Care 1995;3:43-54.
4. Every NR, Hochman J, Becker R et al. Critical pathways: a review. Circulation 2000;101:4612.
5. Den Gode Medicinske Afdeling. Standarder og indikatorer for Det tværsektorielle patientforløb. København: DGMA, 2002. www.dgma.dk /dec. 2004.
6. Hellebæk A, Lippert S, Zimakoff J et al. Den Gode Medicinske Afdeling. Ugeskr Læger 2002;164:4431-7.
7. Restuccia JD, Payne MSC, Lenhart G et al. Assessing the appropriateness of hospital utilization to improve efficiency and competitive position. Health Care Manage Rev 1987;12:17-27.
8. Hayes CB, Johnson Z, Hynes M. Utilisation of hospital beds by the elderly – a cohort study of admission to a teaching hospital. Ir Med J 1995;88:124-6.
9. Chopard P, Perneger TV, Gaspoz JM et al. Predictors of inappropriate hospital days in a department of internal medicine. Int J Epidemiol 1998;27:5139.
10. Selker HP, Beshansky JR, Pauker SG et al. The epidemiology of delays in a teaching hospital. Med Care 1989;27:112-9.
11. From G, Pedersen LM, Hansen J et al. Evaluating two different methods of documenting care plans in medical records. Clin Governance Int J 2003;8: 138-50.
12. Oterino de la Fuente D, Peiro S, Marchan C et al. Inappropriate hospitalization. Eur J Public Healt 1996;6:126-32.
13. DeCoster C, Roos NP, Carriére KC et al. Inappropriate hospital use by patients receiving care for medical conditions: targeting utilization review. CMAJ 1997;157:889-96.
14. DeCoster C, Peterson S, Carriere KC et al. Assessing the extent to which hospitals are used for acute care purposes. Med Care 1999;37:JS15166.
15. Sundhedsstyrelsen Grundstruktur for Elektronisk Patient Journal, version 1.0. www.sst.dk /dec 2001.
16. Styrborn K. Early discharge planning for elderly patients in acute hospitals – an intervention study. Scand J Soc Med 1995;4:273-85.
17. Fine MJ, Medsger AR, Stone RA et al. The hospital discharge decision for patients with community-acquired pneumonia. Arch Int Med 1997;157:47-56.

En ny, empirisk baseret hypokondridiagnose – sekundærpublikation

Overlæge Per K. Fink, statistiker Eva Ørnbøl, overlæge Tomas Toft, læge Kaj Sparle Christensen, psykolog Lisbeth Frostholm & professor Frede Olesen

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser og Psykosomatik, og Aarhus Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis

Resume

De snævre International Classification of Diseases (ICD)-10- og Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM)-IV-kriterier for hypokondri bevirker, at diagnosen hypokondri sjældent anvendes. På grundlag af en latentklasseanalyse af symptomerne blandt 701 patienter (18-65 år) fra almen praksis, blev en ny og mere valid hypokondridiagnose defineret i denne undersøgelse. Hovedsymptomet i diagnosen er »obsessive ruminationer med tanker om at have en sygdom«, og patienterne skal herudover have mindst et af fem andre symptomer. Prævalensen var 9,5, ens for begge køn. Der var god overensstemmelse mellem diagnosen, der var stillet ved det psykiatriske interview, og de praktiserende lægers vurdering.

Somatoforme lidelser er blandt de hyppigste psykiatriske sygdomme. Ud over den lidelse, som sygdommene påfører patienterne, udgør de en stor økonomisk byrde for sundhedsvæsnet [1, 2]. Forskning i disse lidelser er imidlertid vanskeliggjort af mangel på valide diagnoser både ud fra et klinisk og et nosologisk synspunkt [2-5].

Fokus for denne undersøgelse er hypokondridiagnosen, hvis vigtigste diagnostiske kriterium ifølge Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM)-IV er »en ikke-psykotisk optagethed af eller frygt for at lide af en alvorlig fysisk sygdom« (kriterium A), »optagetheden eller frygten forsvinder ikke på trods af en adækvat medicinsk udredning og beroligelse« (kriterium B), »besværet er klinisk signifikant og påvirker funktionsniveauet« (kriterium D), og varigheden er over seks måneder (kriterium E). Kriterierne B og D indgår også i definitionen af andre somatoforme diagnoser, og kriterium A er hyppig også hos patienter med andre somatoforme lidelser, hvorfor alene diagnosekriterierne indikerer, at der må være et validitetsproblem med diagnosen.

Derudover har man i nogle studier fundet, at næsten ingen patienter i almen praksis opfylder kriterierne for hypokondri. Det skyldes hovedsageligt, at kun meget få patienter slet ikke lader sig berolige efter en adækvat medicinsk udredning og lægens forsikringer om, at der ikke er noget alvorligt galt (kriterium B), og at tidsafgrænsningen er vilkårlig og svækker diagnosens værdi i ikkepsykiatrisk sammenhæng, specielt i almen praksis [2, 4, 5].

Der er derfor et påtrængende behov for empirisk baserede nosologiske studier af hypokondri, der er baseret på repræsentative patientpopulationer, *state of the art*-undersøgelsesmetoder og moderne statistiske analysemetoder.

Formålet med dette studie var at undersøge, om en række kandidatsymptomer til en ny hypokondridiagnose grupperer sig hos nogle individer, og at foreslå en nosologisk, distinkt diagnoseenhed, der kan afgrænses i forhold til andre somatoforme og psykiatriske diagnoser.

Materiale og metoder

I undersøgelsen blev der inkluderet 1.785 konsekutive patienter (18-65 år), som søgte praktiserende læge (PL) pga. et nyt helbredsproblem over en treugersperiode. Lægerne udfyldte efter konsultationen et spørgeskema med deres vurdering af patienten. Alle patienter udfyldte før konsultationen et screeningsspørgeskema i venteværelset. Patienter med høj score på screeningsspørgeskemaet (*symptom checklist* (SCL)-8d, Whiteley-7, CAGE, SCL-somatiserings-subskalaen) og $^1/_9$ af de resterende patienter blev udvalgt til diagnostisk psykiatrisk interview.

Til de psykiatriske interview blev der anvendt det semistrukturede, standardiserede interview Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), version 2.1, som dækker alle typer psykiske lidelser.

I litteraturen er der hos patienter med hypokondri beskrevet en række kognitive og emotionelle symptomer ud over de i DSM-IV og International Classification of Diseases (ICD)-10 specificerede [6]:

a. Overdreven bekymring og frygt for at lide af en alvorlig fysisk sygdom (DSM-IV-kriterium A)
b. Overdreven optagethed af eller opmærksomhed på kroppen og dens funktioner, f.eks. kropslig ekskretion, fysisk funktion, sansning, udseende og kropslige præstationer.
c. Obsessiv rumination med påtrængende tanker eller forestillinger om at lide af en sygdom; tanker, som personen ikke kan, eller kun med stort besvær kan stoppe.
d. Suggestivitet eller autosuggestivitet. Normale kropslige sensationer eller banale symptomer mistolkes som tegn på sygdom, eller personerne kan tro, de selv har en sygdom, de har læst om, eller som en, de kender, har fået etc.
e. Overdreven fascination af medicinsk information, patienterne læser lægebøger, sundhedsstof i blade og opslagsbøger og følger intenst med i nyheder og tv-programmer vedrørende sundhed etc.
f. En urealistisk frygt for at blive smittet eller kontamineret af noget man har rørt eller spist, eller af en person, man har rørt ved etc.
g. En patologisk overdreven sundhedsbevarende adfærd, f.eks. at spise speciel mad og dyrke overdreven motion.
h. Fokuserer primært på årsagssammenhæng. Patienten er mere optaget af årsagen til symptomerne end af de gener, de forårsager.
i. Angst for at tage medicin.

Disse kandidatsymptomer blev indføjet i Schedules for Clin-

A Obsessiv rumination med påtrængende *(intrusive)* tanker eller forestillinger om at lide af en sygdom; tanker, som personen ikke kan, eller kun med stort besvær kan stoppe.

B Et (eller flere) af følgende fem symptomer:
1. Enten a eller/og b.
   a. Overdreven bekymring eller optagethed af frygt for at have en alvorlig fysisk sygdom eller tanke om at få en sygdom i fremtiden eller optagethed af andre helbredsspørgsmål.
   b. Opmærksomhed på og øget bevidsthed omkring kropsfunktioner, fysiske sensationer, fysiologiske reaktioner eller mindre kropslige problemer, der misfortolkes som værende alvorlig sygdom.
2. Suggestivitet og autosuggestivitet. Hvis patienten hører eller læser om sygdom, er han/hun tilbøjelig til at frygte at have samme sygdom.
3. Overdreven fascination af medicinsk information.
4. En urealistisk frygt for at blive smittet eller kontamineret af noget, man har rørt eller spist, eller af en person, man har rørt ved osv.
5. Frygt for at tage ordineret medicin.

C I tilfælde af tilstedeværelse af en somatisk lidelse overstiger patientens reaktion klart, hvad der er forventeligt på baggrund af sygdommen alene.

D Symptomerne kan ikke forklares bedre af anden psykisk lidelse.

E Symptomerne bør være til stede det meste af tiden i mindst to uger.

F Specifikation:
Svær: Mindst et af symptomerne A-B er svært forstyrrende eller griber signifikant ind i dagligdagsaktiviteter.
Mild: Alle andre.

Figur 1. Foreslåede diagnostiske kriterier for hypokondri.

ical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)-interviewets afsnit om fysisk helbred.

SCAN-interviewene blev udført af seks læger med psykiatrisk erfaring og med certificering af WHO.

DSM-IV-psykiatriske diagnoser blev stillet ved hjælp af det til SCAN knyttede computerprogram.

Resultater

De ni kandidatsymptomer til en ny hypokondridiagnose blev analyseret i latentklasseanalyser. Efter at have ekskluderet de to symptomer »overdreven sundhedsbevarende adfærd« og »fokuserer primært på årsagssammenhæng«, fremkom der en meningsfuld 3-klasse-model. Symptomerne »optagethed af eller frygt for at have en alvorlig fysisk sygdom« og »kropslig optagethed« forekom overvejende hos de samme individer, hvorfor vi slog de to symptomer sammen til et. Den endelige model inkluderer således seks symptomer (**Tabel 1**). 14,6% af de interviewede patienter var i latentklasse 1 og havde en høj sandsynlighed for at have de fleste af de symptomer, der er vist i Tabel 1. Symptomet rumination var stærkt prædikativt for denne klasse, idet kun tre af patienterne med dette symptom ikke tilhørte den. Alle patienter med klasse 1-hypokondri havde to eller flere af de seks symptomer, 45,1% havde fire eller flere symptomer.

På baggrund af latentklasseanalysen opstillede vi diagnostiske kriterier for hypokondri til klinisk brug (**Figur 1**). Kri-

Tabel 1. Diagnostiske klasser ved latentklasseanalyse af seks symptomer.

Symptom	Hyppighed (n = 701) %	Klasse 1 hypokondri (n = 102) probabilitet[a]	Klasse 2 andre somatoforme (n = 244) probabilitet[a]	Klasse 3 ikke-somatoforme (n = 355) probabilitet[a]	DSM-IV[b] hypokondri (n = 59) %
Rumination	15,1	0,97	0,07	0,01	48
Overdrevet optagethed af kroppens funktioner eller frygt for at have en fysisk sygdom	19,9	0,96	0,91	0,10	100
Suggestivitet og autosuggestivitet	14,4	0,57	0,21	0,00	48
Overdreven fascination af medicinsk information	22,0	0,38	0,43	0,07	31
Frygt for at blive smittet	7,7	0,37	0,09	0,00	24
Frygt for medicin	14,6	0,31	0,24	0,05	36
		%	%	%	
Observeret klasseprævalens (n = 701)[c]	–	14,6	34,8	50,6	8,4
Forventet prævalens fra latentklassemodel[c]	–	13,1	32,5	54,3	–
Ingen af ovenstående symptomer	44,1	0,0	0,0	87	0,0
1 symptom	20,0	0,0	38,5	13	22,0
2 symptomer	17,0	16,7	41,8	0	20,3
3 symptomer	11,8	38,2	18,0	0	25,4
4-6 symptomer	7,2	45,1	1,6	0	32,2

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders.
a) Betinget probabilitet for at have symptomet i klassen.
b) Uden eksklusion af andre somatoforme eller psykiske lidelser, men inkl. seks måneders varighed eller mere (DSM-IV-kriterium E).
c) Ikkevægtet.

Tabel 2. Praktiserende lægers vurdering.

Praktiserende lægers vurdering	Klasse 1 hypokondri mild (n = 21) %	Klasse 1 hypokondri svær (n = 81) %	Klasse 2 andre somatoforme milde (n = 102) %	Klasse 2 andre somatoforme svære (n = 142) %	Klasse 3 andre milde (n = 292) %	Klasse 3 andre svære (n = 63) %	χ^2-test χ^2	DF	p	DSM-IV[a] hypokondri (n = 59) %
Lav tærskel for lægebesøg	28,6[b]	40,0[b]	21,6	31,0[b]	14,6[b]	24,2	29,9	5	0,000	44,1
Overdreven kropslig optagethed	42,6	62,0[b]	40,6	52,1[b]	28,5[b]	43,5	40,6	5	0,000	61,0
Overdreven frygt for/eller bekymring om sygdom:										
Ja, men beroliges nemt	33,3	26,3	27,7	26,1	24,2	24,2	50,2	10	0,000	18,6
Ja, svær eller umulig at berolige	38,1	45,0[b]	19,8	35,2[b]	15,9[b]	29,0				45,8
Hyppige lægebesøg med funktionelle fysiske symptomer	61,9	75,9[b]	52,5	73,2[b]	37,5[b]	69,0[b]	72,9	5	0,000	77,6

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders; DF: *Degrees of freedom*.
a) Uden eksklusion af andre somatoforme eller psykiske lidelser.
b) Signifikante celler på 5%-niveau (dvs. *adjusted* standardresidualer ved χ^2-test >1,96 eller <–1,96).

terierne inkluderer en opdeling mellem milde og svære tilfælde, dvs. tilfælde hvor mindst et af symptomerne er svært generende eller i udtalt grad påvirker patientens funktionsniveau.

Sygdommen havde varet to år eller længere hos mere end 54,3%, af de svære klasse 1-hypokondri-patienter, fem år eller længere hos 42%, ti år eller længere hos 24,7% og en måned eller kortere hos 27,2%. I den svære klasse 1-kategori var mediandebutalderen 25 år, idet den yngste var fem år og den ældste var 60 år ved symptomdebut. På nær mild klasse 2- og klasse 3-kategorierne havde gennemsnitspatienten i alle klasser multiple medicinsk uforklarede symptomer fra mange organsystemer.

Imellem en tiendedel og en tredjedel af patienterne med svær klasse 1-hypokondri opfyldte også kriterierne for en anden somatoform tilstand. For alle somatoforme diagnoser var overlappet større blandt patienter med DSM IV-hypokondri. Den svære klasse 1-hypokondri-diagnose og DSM IV-hypokondri havde samme komorbiditet med ikkesomatoforme psykiatriske lidelser: 49% af patienterne havde også en anden psykisk lidelse.

De praktiserende læger vurderede, at alle de i **Tabel 2** anførte karakteristika var hyppigst blandt patienter med svær klasse 1-hypokondri, men også blandt patienterne i den milde klasse 1 var disse karakteristika hyppige.

Prævalensen af svær klasse 1-hypokondri var 9,5% (konfidensinterval (KI) 95%: 6,6-13,3) sammenlignet med 4,7% (KI 95%: 2,9-7,6%) for DSM IV-hypokondri. Der var ingen alders- eller kønsforskelle i prævalenserne af svær hypokondri, hvorimod patienter med mild klasse 1-hypokondri var signifikant yngre.

Diskussion

I en søgen efter en mere valid hypokondridiagnose, inkluderede vi i denne undersøgelse en række symptomer, der angives at være typiske for hypokondri [6]. Ved en latentklasseanalyse fandt vi, at seks ud af de ni undersøgte symptomer dannede en velafgrænset hypokondridiagnose (klasse 1).

Vi havde forventet, at symptomet »kropslig optagethed« var et af kernesymptomerne for hypokondri, idet forstærkning af og øget opmærksomhed på kropslige symptomer og sensationer er blevet foreslået som grundmekanismen ved hypokondri [7]. Men ligesom symptomet »optagethed af sygdom« var dette symptom lige så hyppigt blandt patienter i klassen »andre somatoforme lidelser« (klasse 2) som blandt patienter med hypokondri. Sammen med symptomet »udtalt fascination af sundhedsinformation og sundhedslitteratur« kan disse to symptomer i stedet ses som typiske symptomer for somatoforme lidelser generelt og ikke kun for hypokondri, og disse symptomer kan derfor ikke anvendes til at afgrænse specifikke somatoforme diagnoser. Dette kan være en del af forklaringen på det store overlap mellem DSM IV-hypokondri og andre diagnoser inden for gruppen af somatoforme lidelser.

Symptomet »obsessiv rumination over at have en sygdom« viste sig at være meget velegnet til at afgrænse hypokondri over for andre somatoforme diagnoser, og »frygt for at blive smittet eller at blive kontamineret« viste sig ligeledes at være relativt specifikt for hypokondri. Dette rejser spørgsmål om, hvorvidt hypokondri bør ses som en *obsessive-compulsive disorder* (OCD)-spektrumlidelse, dvs. en »OCD-kropslig type« eller alternativt som en specifik sygdomsfobi. Vi kan ikke besvare dette spørgsmål ud fra denne undersøgelse, idet der kun var tre patienter med OCD.

Ud over en høj statistisk validitet synes kriterierne for klasse 1-hypokondri også at være valide ud fra et klinisk synspunkt, idet der var god overensstemmelse mellem lægernes vurdering og diagnosen. Der er dog behov for, at dette bekræftes i den daglige kliniske praksis.

Overlappet mellem klasse 1-hypokondri og andre somatoforme lidelser var på niveau med overlappet mellem depressiv lidelse og angstlidelse.

Hypokondri i almen praksis har en prævalens for svær klasse 1-hypokondri på 9,5%, hvilket er højere end prævalensraterne på 0,0-6,3%, der er fundet i andre studier i almen praksis [5]. I overensstemmelse med resultaterne af de fleste andre studier fandt vi ingen forskel i køn eller alder blandt patienter med hypokondri [5].

Korrespondance: *Per Fink,* Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser og Psykosomatik, Århus Universitetshospital, DK-8000 Århus C. E-mail: flip@as.aaa.dk

Antaget: 28. februar 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelser: Undersøgelsen blev støttet med bevilling fra Det Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd (bevilling 2028-00-0007) og Kvalitetsudviklingsudvalget for Almen Praksis Århus Amt. Vi takker de deltagende praktiserende læger og lægesekretærer.

Dette studie er en del af Functional Illness in Primary Care (FIP)-studiet under ledelse af Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser. Gruppen består af forskere fra følgende institutioner: Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser og Psykosomatik, Århus Universitetshospital, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, Afdeling for Etnografi og Socialantropologi, Aarhus Universitet og Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.

This article is based on a study first reported in the American Journal of Psychiatry 2004;161:1680-91. Reprinted with permission, American Psychiatric Association 2004.

Komplet referenceliste fra originalpublikation kan fås hos forfatterne.

Litteratur

1. Gureje O, Simon GE, Ustun TB et al. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. Am J Psychiatry 1997;154:989-95.
2. Fink P, Sørensen L, Engberg M et al. Somatization in primary care. Psychosomatics 1999;40:330-8.
3. Fink P. Somatization – beyond symptom count. J Psychosom Res 1996;40:7-10.
4. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman LG. Transient hypochondriasis. Arch Gen Psychiatry 1990;47:746-52.
5. Gureje O, Ustun TB, Simon GE. The syndrome of hypochondriasis: a cross-national study in primary care. Psychological Med 1997;27:1001-10.
6. Barsky AJ, Ahern DK, Bailey ED et al. Hypochondriacal patients' appraisal of health and physical risks. Am J Psychiatry 2001;158:783-7.
7. Barsky AJ. Patients who amplify bodily sensations. Ann Intern Med 1979;91:63-70.