

Fra: [Carsten Krogh Jørgensen](#)
Til: [DSAM](#)
Cc: [Marianne Rosendal \(MAROSE@rm.dk\)](#); [Lene Hardt Sanchez Toscano](#)
Emne: 08 - Dansk Selskab for Funktionelle Lidelser
Dato: 18. marts 2025 15:47:58
Vedhæftede filer: [image001.gif](#)
[image002.gif](#)
[Forbedring af livskvaliteten hos patienter i behandling for lavt stofskifte Rapport til SST.pdf](#)

Mange tak for muligheden for at kommentere den nye vejledning om behandling af hypo- og hyperthyreose i almen praksis.

Jeg vil henlede opmærksomheden på et nyligt afsluttet projekt i Region Syddanmark, hvor Center for Funktionelle Lidelser har været involveret. Baggrunden for projektet var at mindst 15% af patienter, som er i medicinsk behandling grundet for lavt stofskifte (hypothyroidisme), har nedsat livskvalitet sammenlignet med baggrundsbefolkningen. Der er holdepunkt for, at der er flere forskellige årsagsfaktorer, som ikke gensidigt udelukker hinanden [referencer i vedhæftede rapport til Sundhedsstyrelsen].

1. utilstrækkelig medicinsk behandling pga. manglende omsætning af T4 til T3 i forskellige organer
2. uerkendt komorbiditet (dvs. anden sygdom end hypothyroidisme)
3. andre komponenter af sygdommen, som fx autoimmun betinget inflammation
4. irreversible effekter af langvarig hypothyroidisme på visse fysiologiske og mentale funktioner
5. en kombination af biologiske, psykologiske og sociale faktorer.

Mange af de symptomer som patienter med såvel ubehandlet som behandlet hypothyroidisme oplever, ses også hos raske kontrolpersoner og patienter med andre kroniske lidelser.

Konklusionerne på de tre delprojekter var følgende:

1. Denne undersøgelse giver en mere nuanceret forståelse af de udfordringer, nogle patienter med biokemisk velbehandlet hypothyroidisme kan opleve. På trods af korrekt medicinsk behandling oplever patienterne vedvarende og diffuse symptomer. Patienterne føler ofte, at de står alene med deres symptomer, og de oplever manglende støtte og forståelse fra sundhedssystemet. Dette kan føre til bekymringer, frustration og magtesløshed. Denne frustration, som nogle patienter oplever, er dog ikke unik for hypothyroidisme og kan også ses indenfor andre områder, f.eks. covid senfølger, fibromyalgi og andre tilstande, som ikke umiddelbart medfører synlige fysiske skader på kroppen. Nærværende undersøgelse fremhæver behovet for bedre kommunikation og opfølgning, hvor patienterne får den nødvendige viden og redskaber til at håndtere deres tilstand. Patientuddannelse og støtte fra sundhedsvæsenet, både individuelt og i grupper, kan være afgørende for at forbedre livskvaliteten for disse patienter. En integreret og patientcentreret tilgang, hvor både medicinske og psykosociale faktorer tages i betragtning, er nødvendig for at kunne støtte patienter med hypothyroidisme på en effektiv måde. Dette inkluderer bedre uddannelse af patienter og en mere helhedsorienteret tilgang til behandlingen, der tager højde for patienternes oplevelser og dagligdagens udfordringer.
2. I dette screeningsstudie af patienter med hypothyroidisme havde 85% mindst én uerkendt komorbiditet. Mange af de nydiagnosticerede komorbiditeter var forholdsvis simple mangeltilstande (vitaminer eller mineraler). Mere end halvdelen (55%) af de screenede patienter opfyldte kriterierne for søvnapnø, hvoraf de fleste tilfælde var uerkendte. I alt 16% af de 130 screenede patienter opfyldte kriterierne for CPAPbehandling. BMI var positivt associeret til sværhedsgraden af søvnapnø, hvilket er kendt også i andre patientpopulationer. Patienter med søvnapnø havde generelt mere påvirket livskvalitet end patienter uden søvnapnø. Både patienter med og uden søvnapnø udviste en forbedring i livskvaliteten efter 3 måneder, men fortsat med forskel imellem grupperne. En

forbedring af livskvaliteten ved en bred screeningsundersøgelse, selv uden fund af nogen uerkendt sygdom, tyder på en vis placeboeffekt, eller at patienterne føler sig mere trygge ved bevidstheden om, at de ikke lider af nogen skjult sygdom. Det skal understreges, at patienterne i den aktuelle undersøgelse udgør en selekteret gruppe på baggrund af selvrapporteret nedsat livskvalitet. Resultaterne af undersøgelsen kan derfor ikke umiddelbart overføres til en større gruppe af patienter med hypothyroidisme, hvis livskvalitet er mindre påvirket.

3. Projektet i Center for Funktionelle Lidelser viste, at halvdelen af patienterne opfyldte kriterierne for en funktionel lidelse, ikke blot på antallet af symptomer, men også med relevante sårbarhedsfaktorer, udløsende faktorer og vedligeholdende faktorer for funktionel lidelse. Yderligere 35% havde generende symptomer, som kunne forklares funktionelt, men som ikke opfyldte kriterierne for en funktionel lidelse, da funktionsevnen ikke var væsentligt påvirket. En stor del af patienterne havde en forudgående opfattelse af, at deres symptomer overvejende skyldtes stofskiftelidelsen. Patienterne accepterede efter forsamlingen stort set uden undtagelse en bredere bio-psyko-social sygdomsforståelse. Efter afslutning af forløbet scorede patienterne gennemsnitligt bedre på måling af sygdomsforståelse med IPQ, som handler om både tanker og følelser omkring sygdommen og dens betydning, fremtidsudsigter og oplevelsen af egenkontrol. Efter et individualiseret behandlingsforløb - med fokus på det, der for den enkelte var relevant og inden for rammerne af tilbuddet i projektet - var der tegn på bedring af såvel livskvalitet som funktionsevne. Der var generelt stor tilfredshed med forløbet.

Det viste sig altså, at der var en stor del af de patienter, som havde selvoplevet dårlig livskvalitet og vedvarende symptomer på trods af normaliserede thyroideaparametre efter medicinsk behandling, ofte havde anden komorbiditet, som medvirkende årsag til symptomerne.

Det er en subgruppe af patienter med hypothyreose (som sagt ca 15%), som har det svært og som oplever at de ikke får den rigtige hjælp i sundhedsvæsenet. Det kan også ofte være udfordrende for den praktiserende læge.

Jeg tænker at det er vigtigt at man i vejledningen til de praktiserende læger pointerer at de ofte uspecifikke symptomer som træthed og muskelsmerter ikke altid er forklaret af en (oftest subklinisk) hypothyreose. Det ser ud til at effekten af medicinsk behandling tit udebliver hos dem med subklinisk hypothyreose (måske fordi der ikke er tale om en stofskiftelidelse). Der ud over som i alle andre tilfælde, kan man fejle mere end én ting. Så det vil være anbefalelsesværdigt at den praktiserende læge undersøger muligheden for anden komorbiditet, når der er behandlingssvigt. Det være sig søvnapnø, vitaminmangel eller funktionel lidelse. Det kan med fordel undersøges, før man stiller diagnosen subklinisk hypothyreose. Alt andet lige er det lettere for patienterne at anerkende alternative forklaringer, hvis det er taget op på forhånd og ikke på bagkant, når behandlingen viser sig ikke at virke.

Venlig hilsen
På vegne af Dasefu (Dansk Selskab for Funktionelle Lidelser)

Carsten Krogh Jørgensen

Afdelingslæge, PhD

Center for Funktionelle Lidelser, Vejle Sygehus

carsten.krogh.jorgensen@rsyd.dk

Direkte tlf. 7940 9039



Sygehusvej 24, 6000 Kolding, Tlf. 7636 2000

Beriderbakken 4, 7100 Vejle, Tlf. 7940 5000

Østre Hougvej 55, 5500 Middelfart, Tlf. 6348 4000

www.sygehuslillebaelt.dk

