



Funktionel lidelse: aktivitetsregulering og træning

Når smerte og aktivitet går hånd i hånd, er det svært for såvel patient som læge at finde en vej til øget fysisk aktivitet. Aktivitetsregulering kan være en del af svaret, og i denne artikel kan du lære om nogle af de retningslinjer, som kan guide patienten tilbage til et højere niveau af fysisk aktivitet. Overordnet anbefales: *"Start low and go slow"* pakket ind i et målbart og meningsfyldt forløb set med patientens øjne.

Af / Morten Høgh og
Marianne Rosendal



FAKTA /

En funktionel lidelse er en sygdom, hvor man er belastet af fysiske gener i en grad, der gør det svært at fungere i dagligdagen. Symptomerne kan ikke forklares ved en anden veldefineret somatisk eller psykiatrisk sygdom, men de er i sig selv blevet til sygdom. Man kan forstå funktionel lidelse som en tilstand, hvor hjernen og kroppen er overbelastet, og samspillet ikke længere fungerer normalt. Hvis du vil vide mere om den kliniske definition og diagnosen, henvises til den første artikel i serien: Funktionel lidelse – en ny diagnose, udgivet af Månedsskriftet i april 2021. Du kan også finde information til patienter og fagfolk om funktionel lidelse på www.funktionel-lidelser.dk og på www.dasefu.dk.

Alle mennesker har sandsynligvis en intuitiv uvilje imod at bevæge sig, når det medfører smerte eller andre negative kropslige oplevelser. Og hos patienter med en klar nociceptiv årsag til smerterne anses dette da også som både naturligt og beskyttende. Men patienter med funktionel lidelse (Petersen MW, et al. 2020) og kroniske, primære

smerter (Nicolas M, et al. 2019) kan opleve invaliderende smerter helt uden en vævsskade eller inflammation. Aktivitetsbetingede smerter er et af de største problemer, men i modsætning til nociceptive smerter vil smerterne hos patienter med funktionel lidelse ofte være uforudsigelige, således at forstå, at smerte ikke altid påvirker (eller påvir-



Kontakt / morten@videnomsmrter.dk, Foto: Isabelle Pateer



Biografi / Morten Høgh (ph.d., MSc Pain) er specialist i fysioterapi. Han arbejder som adjunkt på Aalborg Universitet, praktiserende fysioterapeut og freelance underviser/konsulent hos VidenOmSmerter.dk. Marianne Rosendal er speciallæge i almen medicin og tidligere praktiserende læge i Vejle. Arbejder aktuelt som projektleder og seniorforsker ved Funktionelle lidelser, Aarhus Universitetshospital og Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus.



Faktaboks 1 / Om fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet omfatter ikke blot træning, men omfatter også fx rengøring, havearbejde og transport på cykel eller til fods. Formålet med fysisk aktivitet er først og fremmest at bevare funktionsevnen og reducere risici for sygdomme. I udgangspunktet anses fysisk aktivitet for at være hypoalgesisk, dvs. at aktiviteten i sig selv mindsker smerteoplevelse, men flere studier tyder på, at nogle mennesker med kroniske smerter oplever det modsatte, dvs. øget smerte ved og efter fysisk aktivitet [Vægter H et al. 2020].

Foto 1 /
Foto: Colourbox

kes af) aktivitet på den samme måde. Netop dette manglende mønster i aktivitet-smerte-relationen medfører ofte frustration, bekymring og afmagt for patienterne (Corbette DB et al. 2019). For mange af patienterne resulterer det i et gradvist faldende funktionsniveau (Amris K et al. 2011).

På grund af uforudsigeligheden af smerterne, og evt. manglen på erfaring med bevægelse i det hele taget, opleves aktivitetsregulering ofte som en udfordring i klinikken. Den dikotome model, hvor man vejleder i at balancere aktivitet og hvile, er ikke altid effektiv, og mange patienter kan opleve, at selv beskudne stigninger i deres aktivitetsniveau kan være dage eller uger om at normalisere sig. En mulig forklaring på dette er, at smerter er påvirkelige af

mange andre faktorer end blot bevægelse, herunder især erfaringer, forventninger og viden (Colloca L and Barsky AJ, 2020). Dette er også argumentet for, at aktivitetsregulering altid bør bestå af både psykoedukation og konkrete instruktioner (Gardner T et al. 2019). Formålet er især at give patienten viden om smerternes multifactorielle karakter og derved skabe forståelse for, at smerte under bevægelse ikke automatisk betyder, at bevægelse er skadeligt.

Efter at have hørt patientens erfaringer med motion kan det være relevant at spejle dem i de to arketyper, når det kommer til uhensigtsmæssig aktivitetsadfærd: Boom-bust og Frygt-for-smerte. I *Boom-bust*-mønstret vil patienten fortsætte aktivitet, så længe det er muligt (uden at tage hensyn til egne grænser)



Funktionelle lidelser –
skemaer til brug i praksis –
[https://www.medibox.dk/
doc?doc_id=36435](https://www.medibox.dk/doc?doc_id=36435)



og ende med at betale prisen i form af smerte og afmagt i dagevis bagefter. *Frygt-for-smerte* beskriver et mønster, hvor patienten lader smerterne styre deres adfærd, og at de således stopper enhver aktivitet, når smerterne stiger. Begge stereotyper er uhensigtsmæssige og indebærer stor risiko for tab af funktion.

Lægens rolle er således at hjælpe patienten til at *prioritere, strukturere og evaluere* patientens erfaringer og i samarbejde finde en måde at adfærdsregulere på, som fremmer funktion og livskvalitet. Det vil ofte være nødvendigt at starte forløbet med at finde ind til de funktioner, som patienten kan fastholde uden at forværre smerterne, og først herefter tilføje funktioner/ak-

tiviteter, som øger patientens funktionsniveau uden at fremprovokere opblussen af kendte smerter og andre symptomer. Se også faktaboks 1.

Når patienten er mistænkt for at have funktionel lidelse, bør der iværksættes interventioner, som skal støtte patienten til gradvist at overtage ansvaret for den daglige vedligeholdelse af hverdagsfunktioner og fysisk aktivitet. I lighed med andre kroniske sygdomme har patienter med funktionel lidelse et langvarigt behov for at kunne fastholde en normal hverdag, samtidig med at de tager hensyn til deres sygdom.

En kombination af træningsvejledning og psykoterapi er muligvis den kombination, der bedst støtter patien-



Faktaboks 2 / Om fysioterapeutens rolle

Fysioterapeutens rolle over for patienter med funktionel lidelse (FL) består primært af psykoedukation, aktivitetstilpasning og instruktion i selvadministreret smertelindring. Et forløb strækker sig typisk over nogle måneder, men vil sjældent omfatte mere end 5-8 konsultationer på klinikken. Mellem konsultationerne skal patienten selv arbejde med balancen mellem symptomer og aktivitet. Patienter, som oplever længerevarende opblussen af deres symptomer, kan desuden have gavn af "booster-sessions", hvor fysioterapeuten støtter patienten i gradvist at gendanne dennes sædvanlige funktionsniveau. Den fysioterapeutiske indsats består således primært i at øge patientens autonomi frem for at gennemføre passive eller langvarige behandlingsforløb og kan derfor ses som et "kørekort til livet med funktionel lidelse".

Det bør du have med i din henvisning til fysioterapeuten

Når du henviser patienter med FL til fysioterapeut (speciale 51), er det en rigtig god idé at beskrive, hvilke lidelser der allerede er udelukket (fx reumatologiske eller neurologiske), og afstemme forventninger (fx om du ønsker en vurdering, eller om du henviser, mhp. at fysioterapeuten skal støtte patienten i at få en mere aktiv hverdag). Begge dele hjælper fysioterapeuten til at støtte op om den information, du allerede har givet til patienten, og begrænser i øvrigt ikke fysioterapeutens mulighed for at tilpasse behandlingen eller supplere den med andre relevante tiltag.

Fysioterapeuter kan efteruddanne sig inden for behandling af kroniske smerter ad mange veje. Uanset hvilken vej de vælger, kan de tage en diplomeksamen under *European Pain Federation*, som også afholder eksamen for læger, sygeplejersker og psykologer. Fysioterapeuter med denne eksamen kan kendes på titlen EDPP (European Diploma in Pain Physiotherapy).

ten til at tro på egne evner (Martinez-Calderon J et al. 2020). Når patienter øger deres tiltro til egne evner, har det en positiv effekt på deres aktivitetsniveau og en lang række andre faktorer (Martinez-Calderon J, 2018). Man har påpeget, at konkrete mål og en specifik plan lavet i samarbejde med patienten er afgørende for succes med denne proces (Werbrouck A, et al. 2018).

Lægen bør være særligt opmærk-

som på patientens bevæggrunde (motivation) for at bevæge sig på trods af smerterne og bør være klar til at diskutere med patienten, om mål og midler hænger sammen. En patient kan eksempelvis bruge mange ressourcer på at gå til symptomlindrende behandling i håbet om at opnå varig lindring eller tro, at hvis hun/han laver de "korrekte" øvelser, så vil smerten gå i sig selv. Denne søgen efter et liv uden sympto-



Faktaboks 3 / Om sundhedsstyrelsens retningslinjer for motion

Anbefalinger for fysisk aktivitet for børn og unge (5-17 år)

Vær fysisk aktiv mindst 60 minutter om dagen. Aktiviteten skal være med moderat til høj intensitet og ligge ud over almindelige, kortvarige dagligdags aktiviteter. Hvis de 60 minutter deles op, skal hver aktivitet være mindst 10 minutter.

Mindst tre gange om ugen skal der indgå fysisk aktivitet med høj intensitet af mindst 30 minutters varighed for at vedligeholde eller øge konditionen og muskelstyrken. Der skal indgå aktiviteter, som øger knoglestyrken og bevægeligheden.

Fysisk aktivitet ud over det anbefalede vil medføre yderligere sundhedsmæssige fordele.

Anbefalinger for fysisk aktivitet for voksne (18-64 år)

Vær fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen. Aktiviteten skal være med moderat til høj intensitet og ligge ud over almindelige, kortvarige dagligdags aktiviteter. Hvis de 30 minutter deles op, skal aktiviteten være mindst 10 minutter.

Mindst to gange om ugen skal der indgå fysisk aktivitet med høj intensitet af mindst 20 minutters varighed for at vedligeholde eller øge konditionen og muskelstyrken. Der skal indgå aktiviteter, som øger knoglestyrken og bevægeligheden.

Fysisk aktivitet ud over det anbefalede vil medføre yderligere sundhedsmæssige fordele.

Anbefalinger for fysisk aktivitet for ældre (+65 år)

Vær fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen. Aktiviteten skal være med moderat intensitet og ligge ud over almindelige, kortvarige dagligdags aktiviteter. Hvis de 30 minutter deles op, skal aktiviteten være mindst 10 minutter.

Mindst to gange om ugen skal der indgå aktiviteter af mindst 20 minutters varighed, som vedligeholder eller øger konditionen og muskel- og knoglestyrken.

Lav udstrækningsøvelser mindst to gange om ugen af mindst 10 minutters varighed for at vedligeholde eller øge kroppens bevægelighed. Udfør desuden regelmæssigt øvelser for at vedligeholde eller øge balanceevnen.

Fysisk aktivitet ud over det anbefalede vil medføre yderligere sundhedsmæssige fordele.

Kilde: Pedersen BK og Andersen LB (2018)



Diagnostik og udredning af funktionelle lidelser – platarke blåt side 1+2 – DSAM - https://www.medibox.dk/file?doc_id=33266



mer er naturligvis forståeligt, men når det medfører, at patienten bruger alle sine ressourcer på at søge og derfor ikke har ressourcer til at gennemføre aktiviteter, der er nødvendige og ønskelige i patientens hverdag, kan den hurtigste forbedring muligvis opnås, ved at patienten omprioriterer sin hverdag. Se også faktaboks 2.

Man kan ikke bare "lytte til smerterne"

I modsætning til akutte, nociceptive smerter er kroniske smerter ikke rationelle i den forstand, at de gør mere ondt, når man laver mere nociception. Derfor bør patienten forstå, at smerterne ikke afspejler en nociceptiv belastning men et langt mere komplekst billede. Af samme grund er det ikke ønskeligt at tilrettelægge den gradvise

stigning i funktion/aktivitet efter smerterne, som man ville gøre i forbindelse med en akut vævsskade (Booth J, et al. 2017).

Derimod er det tanken, at man udnytter nervesystemets plasticitet ved at stimulere patienten gradvist og uden at forværre smerterne. Over for patienterne kan dette italesættes, som om man "flyver under radaren", forstået på den måde, at når de foretager sig noget, som ikke medfører flere smerter og andre kendte symptomer, så er alt ok. Og når de "bliver fanget af radaren", er der ikke tale om, at de har ødelagt noget, blot at de er gået for hurtigt frem. Idealet i denne tilgang er, at patienten finder et niveau af fysisk aktivitet, som ikke provokerer symptomerne, og at hun/han herfra gradvist øger aktiviteten, indtil det ikke længere er

Tablet 1/ Eksempler på metaforer og forklaringsmodeller, der kan erstatte fagtermer og jargon

| Budskab | Forslag til forklaring i patientsprog |
|--|--|
| Motion er nødvendigt for kroppen | "Det er strømmen til dine batterier – uden strøm bliver din krop (batteriet) mindre og mindre effektivt over tid." |
| Smerte er ikke farligt, men ubehageligt | "De smerter, som man har, når man er diagnosticeret med funktionel lidelse, er lige så reelle som alle andre smerter. Men de advarer ikke om en skade på kroppen. Derfor er det ideelt, hvis du kan være så aktiv som overhovedet muligt uden at provokere smerterne." |
| Der er intet vundet ved at provokere smerterne | "Smerter er altid ubehagelige, og du opnår ikke noget ved at forsøge at "overvinde dem". Det bedste, du kan gøre, er at være så aktiv som muligt uden at provokere smerterne – gerne ved at lave lidt-men-ofte." |
| Formålet med at være aktiv er at bevare funktioner og forebygge sygdom | "Der er mange, som tror, at meningen at regelmæssig træning skal gøre dem smertefrie. Og det er da også tilfældet for en del patienter. Men faktisk er det mere en slags positiv bivirkning, fordi den egentlige effekt af fysisk aktivitet er, at du kan blive ved med at klare dig selv/ arbejde/være en aktiv forælder og forebygge sygdom. Til gengæld er det forventningen, at du gradvist kan genvinde de tabte funktioner, uden at smerten af den grund bliver værre/mere invaliderende." |
| Inaktivitet er forbundet med øget risiko for flere smerter | "Selvom det kan være særdeles ubehageligt at bevæge sig, når det gør ondt, så er alternativet – inaktivitet – faktisk værre. Både fordi det øger risikoen for sygdomme, og fordi der er noget, der tyder på, at det med tiden kan forværre dine smerter." |

meningsfyldt (fx Sundhedsstyrelses retningslinjer, se faktaboks 3), eller indtil det ikke længere er muligt at stabilisere symptombilledet. I de tilfælde, hvor smerterne stiger efter progression, bør man blot returnere til sidste aktivitetsniveau og forblive der i 1-2 dage/indtil symptomerne er tilbage på *baseline-niveau*. For nogle patienter betyder det, at de slet ingen smerter vil have i hverdagen, men for størstedelen vil *baseline-smerterne være moderate – men kontrollable og forudsigelige*. I de tilfælde, hvor patienten ikke er i stand til at vende tilbage til den planlagte, gradvise stigning, bør man overveje helt at ændre planen (fx fokusere på andre aktiviteter), så patienten ikke mister viljen til og troen på, at den kan lykkes.

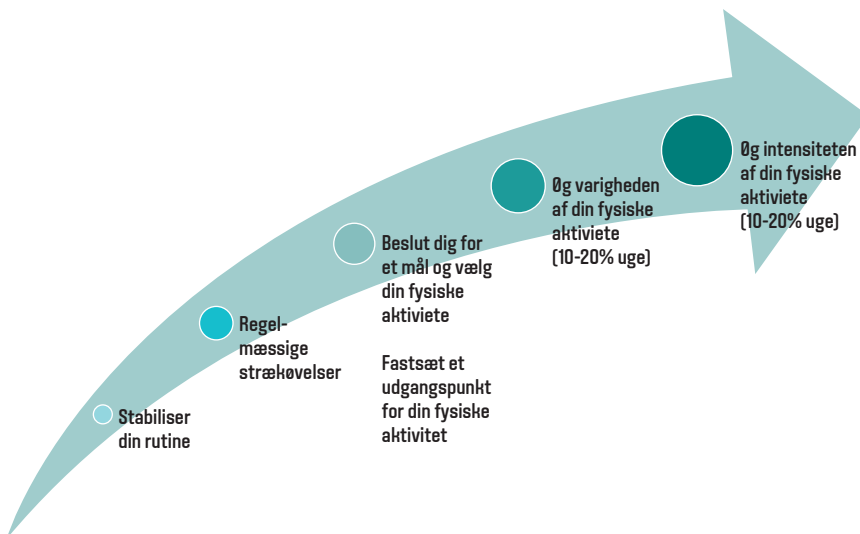
Formålet med at være aktiv

Mange mennesker er mere motiverede af formål end autoritet, og det er vanskeligt at forklare en patient, at det er bedre at være aktiv-med-smerter end inaktiv-med-smerter, hvis patienten ikke forstår

den præmis, som anbefalingen er baseret på. Her er nogle argumenter, der anvendes i dialogen med patienten:

Gradueret træning – sådan vejleder du patienten

Før selve træningen initieres, er det vigtigt, at patienten stabiliserer sin daglige rutine på et niveau, hvor der ikke sker symptomforværring. Det vil være meget forskelligt, hvad udgangsniveauet for forskellige patienter er. I figur 1 ses en tilgang til en patient, der i udgangspunktet har et meget lavt funktionsniveau (svær funktionel lidelse), mens casen nedenfor beskriver en patient med et betydeligt højere funktionsniveau (moderat funktionel lidelse). Patienten skal efter stabilisering og evt. langsom opstart sætte sig et mål, der er motiverende, og derefter vælge sit udgangsniveau fx ud fra en dårlig dag. Man skal kunne træne cirka fem gange om ugen, og der må gerne indlægges pauser. Træningstiden øges *langsomt* med maks. 10-20 % pr. uge, og en tommelfingerregel er, at man skal kunne træne i ca. 30



Figur 1 / Gradueret træning i fem trin.



https://funktionellelidelser.dk/fileadmin/www.funktionellelidelser.au.dk/patient_Pjecer/Gradueret_genoptraening.pdf

min., før der sættes fokus på at øge intensiteten. Tænk også på, at der ofte opstår en eller anden grad af tilbagefald, og tal med patienten om, hvordan det kan håndteres. En patientguide til selvhjælp findes her:

Generelle tips til patienten omkring balance mellem aktivitet og restitution:

- Notér dine daglige aktiviteter – hvornår begynder det at gøre ondt?

- Du må gerne have smerter, når du er aktiv, men du skal undgå at gøre dem værre.
- Planlæg hvileperioder hver dag (fx fem minutter efter 30 minutters aktivitet).
- Ændr arbejdsopgave eller -position – kan være lige så godt som et hvil!
- Tag et hvil, FØR smerten bliver værre (stop for gult i stedet for rødt).
- Del aktiviteter op i mindre dele – også når det er fristende at "knokle på".



CASE /

Peter er IT-supporter og er sygemeldt på sytten måneder med uspecifikke smerter i armene og maveregionen. Han oplever desuden hyppigt, at hans puls er meget kraftig, hvilket bekymrer ham en del. En grundig udredning viser, at Peters samlede symptombillede er foreneligt med funktionel lidelse. Han er bekymret for, om arbejdet er årsagen til smerterne, og er derfor meget i tvivl om, om hvorvidt han vil være i stand til at arbejde igen, før smerterne er helt væk.

Lægen har forklaret Peter, at smerte ikke automatisk betyder, at der er noget galt i hans arme eller mave, og at det er normalt, at man kan mærke pulsen, når man er fysisk aktiv. For at støtte Peter med gradvist at vende tilbage til sit arbejde, henvises lægen til den lokale fysioterapiklinik.

I samarbejde med fysioterapeuten begynder Peter at arbejde med et program, der består dels af gradvist stigende fysisk træning, dels en gradvis tilbagevenden til sit arbejde. Den fysiske træning består primært af intervaltræning, som Peter selv kan lave. Fysioterapeuten taler med Peter om, at det er normalt, at pulsen stiger og falder, i takt med at han presser sig selv. Selve kredsløbstræningen starter som gangtræning, fordi Peter bliver forpustet af blot at gå korte distancer. De starter med at gå to minutter i normalt tempo (ca. 4 km/t) efterfulgt af et minut i højt tempo (ca. 6 km/t). Peter gennemfører dette fem gange om dagen i den første uge. Da der ingen opblussen er i smerterne, og da Peter er tryk ved at mærke pulsen stige og falde, igangsættes en gradvis stigende belastning (samme frekvens og 10-20 % længere intervaller om ugen). I takt med at Peter bliver mere tryk ved intervaltræningen reduceres frekvensen til to-tre træningspas pr. dag, og intensiteten af hvert træningspas øges tilsvarende. Målet er, at Peter opbygger en vane med at være fysisk aktiv 30 minutter om dagen (fordelt på en-to træningspas).

Samtidig med intervaltræningen taler fysioterapeuten med Peter om at vende tilbage til arbejde, herunder også Peters bekymringer omkring arbejdet. De aftaler, at Peter laver nogle enkle øvelser (som tager ca. to minutter pr. dag), der kan reducere hans smerter i armene. Herudover aftaler de at bygge arbejdsindsatsen op gradvist over fire uger ved at arbejde én time mere hver anden dag.

Peter taler med fysioterapeuten om, hvordan han kan vide, om smerterne er normale eller "farlige", og de enes om, at Peters smerter er acceptable, så længe de er faldet tilbage til baseline næste morgen.

- Planlæg i stedet for at jage med dig selv.
- Fyld ikke din kalender med aftaler – der skal være plads til pauser.

Interessekonflikter: *ingen angivet*

Litteratur

1. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11. PAIN. 2019;160(1):28-37. doi:10.1097/j.pain.0000000000001390.
2. Petersen MW, der ASX, Jørgensen TJX, et al. Irritable bowel, chronic widespread pain, chronic fatigue and related syndromes are prevalent and highly overlapping in the general population: DanFunD. Sci Rep. February 2020:1-10.
3. Corbett DB, Simon CB, Manini TM, George SZ, Riley JL III, Fillingim RB. Movement-evoked pain. PAIN. 2019;160(4):757-761.
4. Amris K, Wæhrens EEE, Jespersen A, Bliddal H, & Dannekiold-Samsøe B. (2011). Observation-based assessment of functional ability in patients with chronic widespread pain: A cross-sectional study. Pain, 152, 2470-2476.
5. Vaegter HB, Fehrmann E, Gajsar H, Kreddig N. Endogenous Modulation of Pain. The Clinical Journal of Pain. 2020;36(3):150-161.
6. Colloca L, Barsky AJ. Placebo and Nocebo Effects. Ropper AH, ed. N Engl J Med. 2020;382(6):554-561.
7. Gardner T et al. Combined education and patient-led goal setting intervention reduced chronic low back pain disability and intensity at 12 months. BJSM February 2019
8. Martinez-Calderon J, Flores-Cortes M, Morales-Asencio JM, Fernandez-Sanchez M, Luque-Suarez A. Which Interventions Enhance Pain Self-efficacy in People With Chronic Musculoskeletal Pain? A Systematic Review With Meta-analysis of Randomized Controlled Trials, Including Over 12 000 Participants. J Orthop Sports Phys Ther. 2020;50(8):418-430.
9. Martinez-Calderon J, Zamora-Campos C, Navarro-Ledesma S, Luque-Suarez A. The Role of Self-Efficacy on the Prognosis of Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review. J Pain. 2018;19(1):10-34.
10. Werbrouck A, et al. How to empower patients? A systematic review and meta-analysis. Behav Med Pract Policy Res. 2018;17(1):37-15.
11. Booth J, Moseley GL, Schiltenswolf M, Cashin A, Davies M, Hübscher M. Exercise for chronic musculoskeletal pain: A biopsychosocial approach. Musculoskeletal care. 2017;15(4):413-421.
12. Pedersen BK og A LB. Fysisk aktivitet - Håndbog om forebyggelse og behandling (2018), Sundhedsstyrelsen, Elektronisk ISBN: 978-87-7104-045-4



HOVEDBUDESKABER

1. Når fysisk aktivitet gør ondt, er patientens egen motivation essentiel. Derfor er mål og midler en delt beslutning mellem læge og patient.
2. Fysisk aktivitet skal forstås i den bredest mulige forstand og inkluderer enhver form for kropslig aktivitet, hvad enten det er i form af gåture, fitness eller arbejde.
3. Fysisk aktivitet tilfredsstiller et fysiologisk behov, som er forudsætningen for et godt helbred. Derfor kan smerte til tider være et acceptabelt eller nødvendigt onde, mens forværring af eksisterende smerter (og øvrige symptomer) bør undgås.
4. Inaktivitet kan have sundhedsmæssige konsekvenser og bidrage til social isolation. Der kan opstå et klinisk dilemma imellem ønsket om ikke at provokere unødvendig forværring og nødvendigheden af at opretholde tilstrækkelig fysisk aktivitet. Men reduktion af fysisk inaktivitet bør have høj prioritet (evt i samarbejde med fysioterapeut).
5. Den generelle anbefaling lyder *start low and go slow* og bør pakkes ind i et målbart og meningsfyldt forløb set med patientens øjne.
6. Fysioterapeuter med den rette efteruddannelse kan støtte patienterne, indtil de selv kan regulere aktivitet/funktion og symptomer i hverdagen.