

Længerevarende symptomer og funktionel lidelse

Redaktion:
Marianne Rosendal,
Lene H. S. Toscano
og Christian Vøhtz

Særtryk fra Månedsskrift for almen praksis

København 2023

Månedsskrift for almen praksis

Stockholmsgade 55
2100 København Ø

Forside/Layout/tryk:

Jørn Thomsen Elbo A/S
Produceret med støtte fra TrygFonden.
Er udarbejdet i samarbejde med Center for
funktionelle lidelser.

ISBN 978-87-88638-65-3

Forord

Klinisk forskning i funktionel lidelse tog fart i Danmark i 1999, hvor den første forskningsklinik for funktionelle lidelser åbnede ved Aarhus Universitetshospital. Siden er den specialiserede behandling blevet opprioriteret nationalt, og yderligere fire centre har set dagens lys. Vores viden på området er i en rivende udvikling, og mange i sundhedsvæsenet er løbende i kontakt med patienter med mange og længerevarende symptomer i forbindelse med udredning og/eller behandling. På den baggrund lancerede Månedsskrift for Almen Praksis i 2021 en artikelserie, der skulle formidle, hvad vi aktuelt ved om diagnosen funktionel lidelse, om årsager til funktionel lidelse og om forebyggelse og behandling af sygdommen. Det blev til i alt 15 artikler, som i denne bog gengives i del 1.

Artiklerien suppleres i del 2 af bogen af yderligere 4 tidligere udgivelser, der relaterer sig til emnet. En artikel om lægens rolle fra 2012 belyser udfordringer i samarbejdet mellem praksis og kommune, når patienten har en diffus eller funktionel lidelse. En nyere artikel om sociale medier belyser, hvordan nye informationskilder kan indvirke på patientens forståelse og tilgang til funktionel lidelse. Endelig medtages 2 artikler om henholdsvis irritable tyktarm og langvarige symptomer efter hovedtraume som konkrete eksempler på syndromdiagnoser.

Udover hovedartiklerne har Månedsskriftet også udgivet en serie artikler under betegnelsen "Værktøjskassen", som gengives i del 3 af bogen. Artiklerne beskriver kort 13 konkrete værktøjer, der kan være hjælpsomme i udredning og behandling af patienter med længerevarende symptomer eller funktionel lidelse. Værktøjerne er i stort omfang identiske med den redskabssamling, som Sundhedsstyrelsen udgav i 2021, men de har et anderledes layout.

De gengives her i bogen til fri benyttelse og findes også på hjemmesiden for Månedsskriftet, hvorfra de kan printes.

Det er mit håb, at vi ved at samle artikler og værktøjer i denne bog, kan inspirere til det fremtidige arbejde med funktionel lidelse. De mange bidrag til bogen repræsenterer en stor del af vores aktuelle viden om funktionel lidelse, og selv om indholdet primært har fokus på patienter i almen praksis vil bogen med fordel også kunne anvendes i andre dele af sundhedsvæsenet.

Taksigelser

Bogen var ikke blevet til uden bidrag fra en række kyndige forfattere til såvel artikler som værktøjskasse. Stor tak til jer for jeres indsats, og fordi I har prioriteret at bruge tid på at formidle jeres unikke viden på området. Også tak til Månedsskriftets redaktører, som både har udvist et stort engagement og også er kommet med konstruktiv feedback, der har sikret, at artiklerne er blevet klinisknære. Indholdet af de mange artikler bygger i vidt omfang på forskningsbaseret evidens, men formidlingen heraf er ikke altid så lige til. Her har de mange gode og udfordrende spørgsmål fra patienter, yngre almenmedicinere på specialeuddannelsen og andre gode kolleger bidraget til, hvordan vi her i bogen kan formidle indholdet til læseren. Tak til alle jer, der løbende er i dialog med os forskere og klinikere om, hvordan vi kan forbedre vores forklaringsmodeller og søge ny viden. Endelig en stor tak til TrygFonden for den bevilling, der har gjort det muligt at samle artiklerne i bogform og for fondens løbende støtte til dansk forskning og formidling i relation til funktionel lidelse.

*København, november 2022
Marianne Rosendal*

Indhold

Forord

Del 1: Grundviden om funktionel lidelse

Funktionel lidelse – en ny diagnose

Hvordan kan vi forstå funktionel lidelse? (1)

Hvordan kan vi forstå funktionel lidelse? (2)

Funktionel lidelse – hvad kan vi lære af placebo og noceboforskningen?

Funktionel lidelse: en diagnostisk udfordring

I grænselandet mellem symptom og funktionel lidelse

Den tværsektorielle indsats for patienter med komplekse problemstillinger

Funktionel lidelse: aktivitetsregulering og træning

Funktionel lidelse: Farmakologisk behandling

Funktionel lidelse: Psykologisk behandling med fokus på kognitiv terapi

Funktionel lidelse: Samtaleforløb i praksis

Funktionel lidelse: Når sygdommen er blevet kronisk

Funktionel lidelse hos børn og unge

Funktionel lidelse: Hvad er TERM-modellen?

Funktionel lidelse: Nyeste viden fra befolkningsundersøgelserne DanFund og DaSK

Del 2: Tidligere udgivelser i relation til funktionel lidelse

Lægens rolle i forhold til patienter med diffuse lidelser (2012)

Funktionelle lidelser og sociale medier (2020)

Irritabel tyktarm - hvad er det? (2016)

Behandling af langvarige symptomer efter hjernerystelse (2021)

Del 3: Værktøjskasse til funktionel lidelse

Symptomoverblik

Årsagssammenhæng

Ugeskema

Livslinjen

Filtermodel

Overbelastning og sammenbrud

Zone-Redskabet

STOP-øvelse

Ressourcebrøk

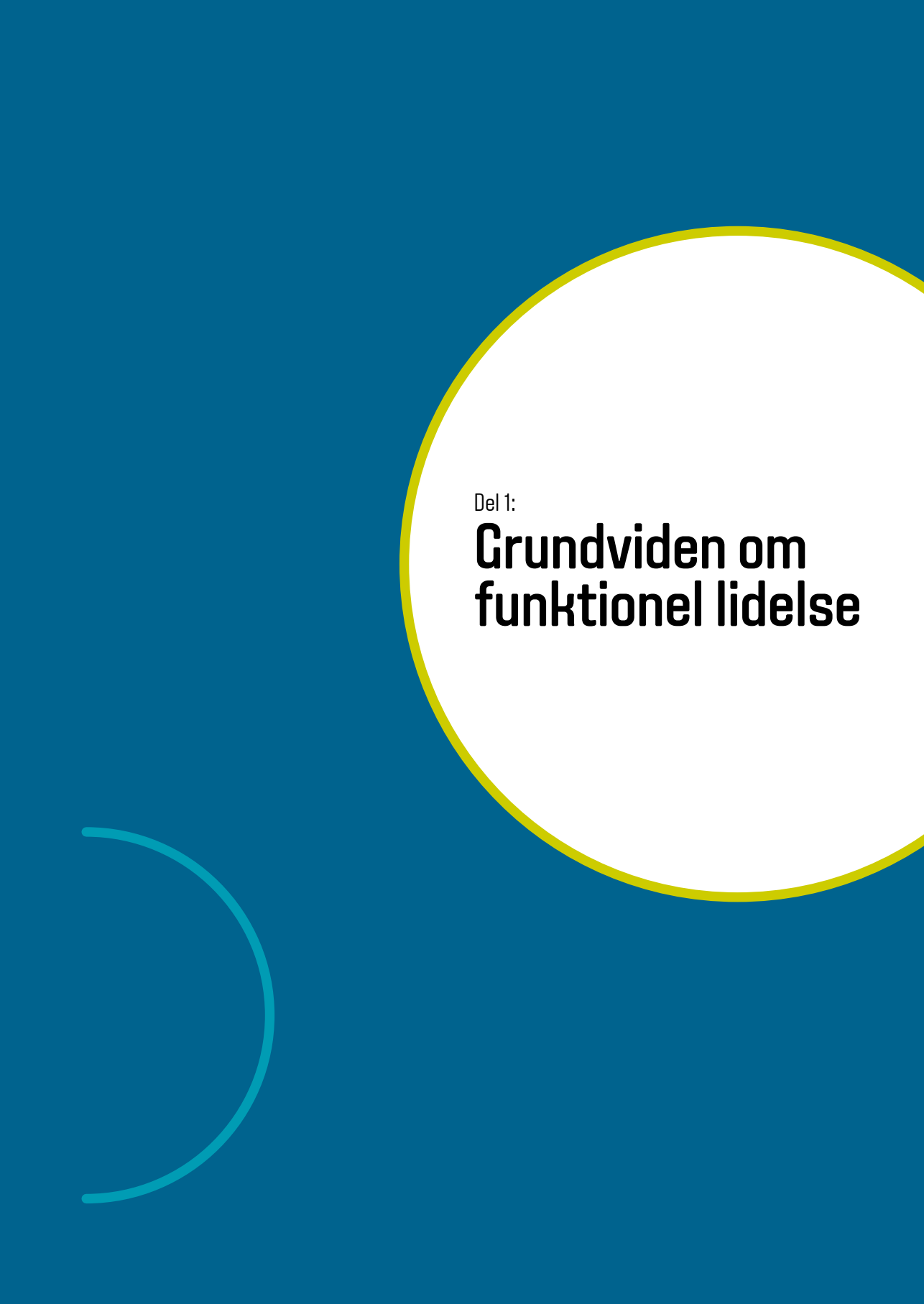
Måltrappe

Værdiafklaring

Den Kognitive Diamant

Det Autonome Nervesystem Illustreret

Forfatteroversigt



Del 1:

Grundviden om funktionel lidelse



Funktionel lidelse – en ny diagnose Og hvorfor nu det?

Vi kender patienterne, men ved ikke altid, hvordan vi skal håndtere deres sygdom. De har vedvarende og uspecifikke symptomer, og nogle bliver kronisk syge og svært invaliderede – men vi har svært ved at stille en diagnose og skabe et afsæt for behandling. Patienterne føler sig stigmatiseret og mistænkeliggjort, og usikkerheden sniger sig ind på begge sider af lægens bord. Læs denne artikel og bliv klogere på den nye diagnose, og hvordan du fremover kan skærpe din opmærksomhed på det karakteristiske symptom mønster hos patienter med funktionel lidelse.

Af / Marianne Rosendal

Funktionel lidelse er kendetegnet ved fysiske symptomer, der påvirker patientens funktionsevne og livskvalitet, uden at der kan påvises forandringer ved kliniske eller parakliniske undersøgelser. De fysiske symptomer kan således ikke forklares ved en anden veldefineret somatisk eller psykiatrisk sygdom. I almen praksis ser vi næsten dagligt patienter med funktionel lidelse af forskellig sværhedsgrad. Det er altså et fænomen, der fylder meget i venteværelset; men lige så vigtigt er det måske, at disse patienter kan fylde rigtig meget i lægers bevidsthed. Måske mange læger oplever det som udtrykt af en kollega:

Jeg kan godt lide at hjælpe folk, så jeg foretrækker, når de kommer med noget, hvor jeg kan forklare, hvad det er, og hvad vi vil gøre. Disse patienter [med funktionel lidelse], de bliver nogen, hvor jeg ikke ved, hvad jeg skal gøre. Derfor er de ... de er ikke så rare at behandle (1).

Ikke sjældent er det en udfordring at hjælpe en patient, der er svært syg af sin funktionelle lidelse. Som læge skal man på én gang sikre grundig udredning for førtilhede struende sygdomme og samtidig forebygge sygeliggørelse. Man skal desuden håndtere samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen og



Kontakt / MAROSE@rm.dk

Biografi / Marianne Rosendal, speciallæge i almen medicin, tidligere praktiserende læge, seniorforsker v. Funktionelle lidelser, Aarhus Universitetshospital og Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus. Hun er desuden forperson for Dansk Selskab for Funktionelle Lidelser (www.dasefu.dk).





Foto 1 /
Ved funktionel lidelse har patienten fysiske symptomer, som ikke kan forklares ved en somatisk eller psykiatrisk lidelse.
Foto: privat v. Kelvin Scott-Fordsmandtmara



socialvæsenet uden at have en af de almindeligt kendte diagnoser at arbejde ud fra. Udfordringen er imidlertid blevet meget mere håndterbar med den viden, vi har i dag. Månedsskriftet vil i det kommende år kaste lys over emnet med en ny artikelserie, hvor vi bl.a. vil se på, hvordan vi kan forstå og behandle funktionel lidelse. Parallelt med artikelserien bringes beskrivelser af en række konkrete redskaber, der kan bruges i udredning af, dialog med og behandling af patienter med funktionelle lidelser i almen praksis. Redskaber, hvoraf de fleste også findes i Sundhedsstyrelsens kommende udgivelse "Værktøjskasse til almen praksis". Du finder det første redskab på side 285 i dette nummer.

I denne første artikel vil vi se på selve diagnosen funktionel lidelse: Hvorfor og hvordan er den blevet indført i Danmark, og hvad er de diagnostiske kriterier?

Sundhedsstyrelsens udspil

I 2018 udgav Sundhedsstyrelsen anbefalinger til udredning, behandling, rehabilitering og afstigmatisering af funktionelle lidelser. På baggrund af

stedes) og dermed ikke længere opfattes som en psykiatrisk lidelse. Parallelt med introduktionen af diagnosen har regionerne desuden været ved at omlægge deres behandlingstilbud i det specialiserede sundhedsvæsen fra at være placeret i psykiatrien til nu at ligge i det somatiske sygehusvæsen (2).

Men hvad er en funktionel lidelse, og hvorfor er der så megen debat om, hvor den hører til?

En af de faktorer, der har haft væsentlig betydning for debatten om funktionelle lidelser, er den medicinske dualisme og den heraf afledte, organkonsoliderede specialeinddeling. Denne første artikel indledes derfor med et indblik heri, før der stilles skarpt på de nye diagnosekriterier.

Dualisme

Dualisme betyder todelthed og bygger på vores opfattelse af, at universet grundlæggende består af to forskellige substanser: materie og ånd. I medicinsk sammenhæng er det blevet til krop og psyke. Dualismen og skillet mellem krop og psyke føres tilbage til den franske filosof Descartes, f. 1596, og har haft stor indflydelse på den lægevidenskabelige tilgang og forståelse af sygdomme. Selv om der er sket meget på 300 år, og vi i stigende grad har fået en forståelse af, at krop og psyke påvirker hinanden gensidigt og i virkeligheden slet ikke kan skilles ad, så har vi fortsat en tendens til at udrede, diagnosticere og behandle ud fra tankegangen: Er det fysisk eller psykisk?

Som almenmedicinere vil vi nok hævde, at vi er bedre end mange andre specialer til at have en helhedsorienteret tilgang til vores patienter, og at vi tænker bio-psyko-socialt i ethvert møde med dem. Men forholder det sig nu også sådan i en travl hverdag? I

» Befolkningen har i høj grad taget dualismen til sig og skelner skarpt imellem fysiske sygdomme og psykiske lidelser

denne vejledning introducerede styrelsen i juli 2019 en ny diagnose i den danske version af ICD-10: funktionel lidelse (R688A9). Ud over at være en ny diagnose er det også nyt, at sygdommen er placeret i det neutrale diagnosekapitel R (symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andet-

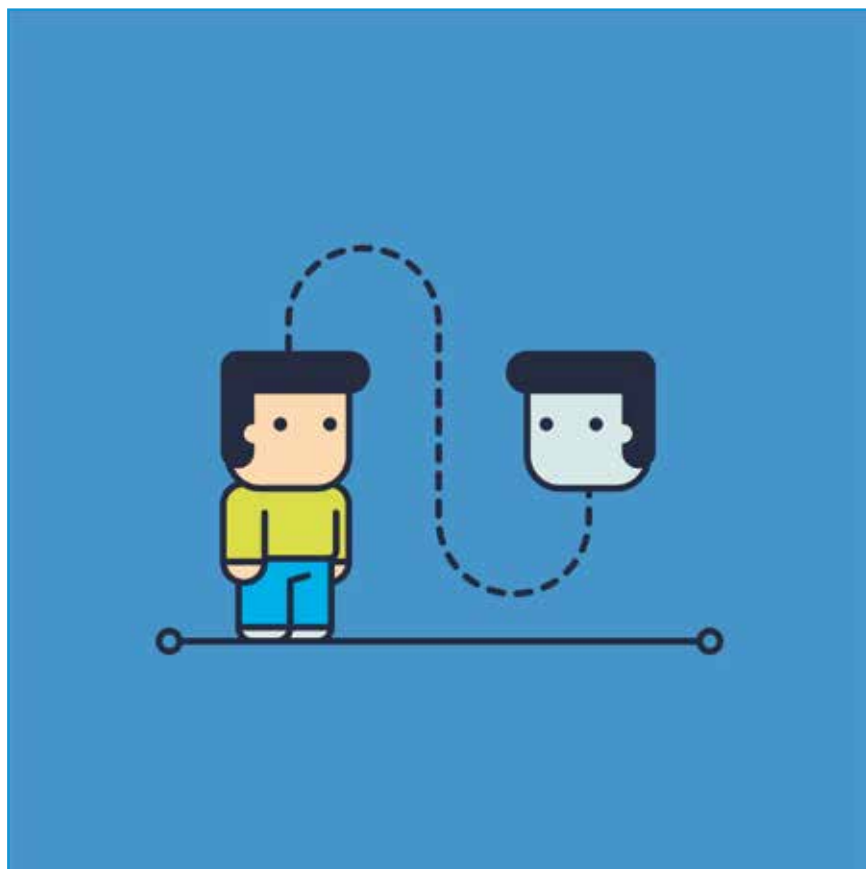


Foto 2 /
Både læger og befolkning
skelner skarpt imellem fysi-
ske sygdomme og psykiatri-
ske lidelser, når symptomer
skal forklares.

Illustration: Colourbox

2009 gennemførte Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus en tvær-
snitsundersøgelse i Region Midtjylland
med deltagelse af rundt regnet 400 læ-
ger og 5.500 tilfældigt udvalgte voksne
patienter. Her anslog lægerne for 52 %
af patienterne, at det **udelukkende**
var biomedicinske forhold, der spillede
en rolle i konsultationen med dem.
Gennemsnitligt anførte lægerne, at be-
tydningen af det biomedicinske var 78
%, mens psykologiske og sociale for-
hold kun udgjorde henholdsvis 17 og 5
% (3). Hvis man er perrnitten, vil man
dog kunne hævde, at selve betegnel-
sen bio-psyko-social og måden at spør-
ge til det på i sig selv lægger op til en

opsplitning i forskellige områder frem
for at tage en holistisk tilgang.

Befolkningen har i høj grad taget
dualismen til sig og skelner skarpt
imellem fysiske sygdomme og psyki-
ske lidelser. Fysiske sygdomme har høj
prioritet, fx intensiv forskning i kræft-
sygdomme og udbredelse af kræftpak-
ker, mens psykiatrien på flere måder
har været nedprioriteret. Samtidig har
psykiske lidelser tidligere været svære
at behandle, og der findes fortsat for-
domme og usikkerhed i forhold til pa-
tienter med psykiske lidelser. Alt sam-
men noget, der har bidraget til stigma-
tisering af psykiske lidelser.

Ved funktionel lidelse oplever pa-



Skemaer som kan anvendes
ved behandling af patienter
med funktionelle lidelser
- [https://www.medibox.dk/
doc?doc_id=36435](https://www.medibox.dk/doc?doc_id=36435)



tienterne kropslige symptomer, der påvirker deres hverdag. Samtidig har mange fagprofessionelle (haft) den opfattelse, at problemet primært er psykisk. Dualismen sniger sig derfor meget let ind i debatten om funktionelle lidelser og bidrager til, at mange patienter føler sig misforstået og stigmatiseret. I kraft af den dualistiske tilgang kører debatten meget let af sporet, for funktionel lidelse er et ”både og”.

Funktionelle syndromer

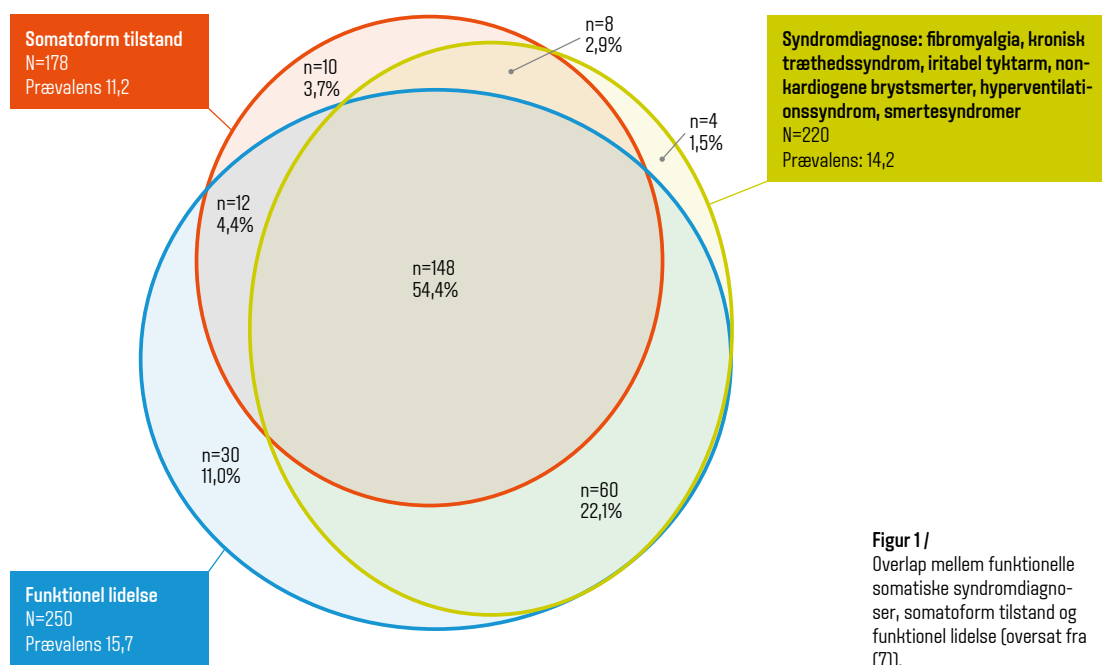
Dualismen har sammen med en organspecifik tilgang dannet grundlag for vores klassifikationssystemer og specialeinddeling. Det har bl.a. resulteret i, at nogle af de samme symptom-mønstre er blevet tolket som forskellige sygdomme på tværs af specialer. Et eksempel er sygdommen kronisk træthedssyndrom, der er diagnostisk indplaceret i det infektionsmedicinske speciale, mens sygdommen neurasteni, med stort set samme symptomatologi, er defineret som en psykiatrisk lidelse. I tabel 1 er angivet en række forskellige syndromdiagnoser, som har

det til fælles, at de bygger på subjektive symptomer, hvor man ikke objektivt kan påvise organfejl ved kliniske eller parakliniske undersøgelser. Det billede, der tegner sig, er, at hvert speciale har lavet sine egne syndromdiagnoser. Nye undersøgelser viser imidlertid, at mange af patienterne med sådanne syndromer faktisk har de samme symptomer (4), og at symptomerne, og dermed syndromerne, kan skifte hos den samme patient over tid (5). Syndromerne afspejler altså i et vist omfang vores specialer, mere end de afspejler forskellige sygdomme.

Senest har en tværsnitsundersøgelse af befolkningen i Glostrup med interview af 1.590 voksne vist et stort overlap mellem flg. syndromer: irritabel tyktarm, fibromyalgi, kronisk piskesmæld, kronisk træthedssyndrom og multipel kemisk hypersensitivitet (4). Således opfyldte 82 % af patienter med fibromyalgi samtidigt kriterierne for en eller flere af de øvrige syndromer. I den anden ende lå irritabel tyktarm, hvor 57 % samtidig havde andre syndromer. Tilsvarende har man tidligere fundet et stort overlap mellem

Tabel 1 / Eksempler på funktionelle syndromer efter fagspeciale (6).

Gastroenterologi	Irritabel tyktarm (IBS), funktionel dyspepsi
Gynækologi	Bækkenløsning, kroniske bækken smerter
Reumatologi	Fibromyalgi, kroniske rygsmerter
Kardiologi	Non-kardiogene bryst smerter
Lungemedicin	Hyperventilationssyndrom
Infektionsmedicin	Kronisk træthedssyndrom (CFS, ME)
Neurologi	Spændingshovedpine, non-epileptiske anfald
Tandlæger	Temporomandibular joint dysfunction (TMD)
ØNH	Globus-syndrom
Allergologi	Duft- og kemikalieoverfølsomhed (MCS)
Ortopædkirurgi	Kronisk piskesmæld
Anæstesiologi	Kroniske smertetilstande
Psykiatri	Somatoform tilstand, herunder somatiseringstilstand



Figur 1 /
Overlap mellem funktionelle somatiske syndromdiagnoser, somatoform tilstand og funktionel lidelse (oversat fra [7]).

den psykiatriske diagnose somatoform tilstand og syndromdiagnoserne irritable tyktarm, fibromyalgi, kronisk træthedssyndrom, non-kardiogene bryst smerter, hyperventilationssyndrom og smertesyndromer. Disse lapper samtidigt over med den nye diagnose: funktionel lidelse (figur 1) (7).

Det store overlap mellem de forskellige både somatiske og psykiatriske syndromdiagnoser er en væsentlig grund til at begynde at betragte symp-

tommønstrene som ét og samme fænomen.

En ny diagnose

Igennem de seneste 10 år har flere forskningsprojekter undersøgt symptom mønstre i befolkningen og iblandt patienter i almen praksis. Disse undersøgelser bekræfter, at der er et underliggende fænomen, der går på tværs af symptomerne. Patienterne har typisk flere symptomer samtidig eller over

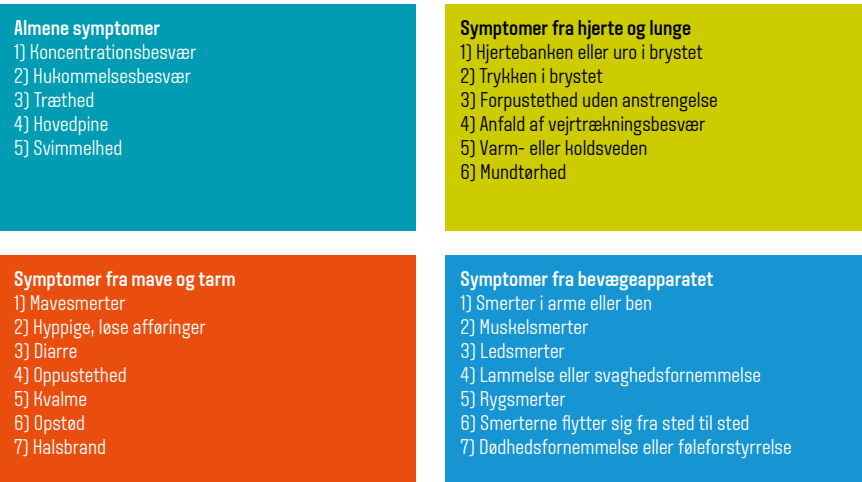
De diagnostiske kriterier for kropslig stresstilstand er:

- Min. 3 symptomer fra én eller flere af symptomgrupperne vist i figur 2
- Moderat til svært påvirket funktionsevne eller livskvalitet
- Sygdomsvarighed min. 3 mdr.
- Relevante differentialdiagnoser er udelukket





Figur 2 /
Symptomer ved funktionel lidelse.



tid, og ofte går disse symptomer også på tværs af flere organsystemer. Symptomerne er helt almindelige symptomer, der også optræder hyppigt og som vage og uspecifikke enkeltsymptomer iblandt raske i normalbefolkningen. Hvordan vi kan forstå det underliggende fænomen, vender vi tilbage til i en senere artikel. Selve diagnosen er rent deskriptiv, dvs. baseret på symptom-mønstret og ikke på ætiologi. Diagno-

sen er i forskningssammenhæng blevet betegnet *bodily distress syndrome* (BDS), på dansk ”kropslig stresstilstand” (8-10).
En funktionel lidelse er således 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

Tabel 2 / Klassifikation af funktionel lidelse i dansk ICD og ICPC (11).

Dansk ICD-10	
R688A9	Funktionel lidelse IKA
R688A9A	Funktionel lidelse, multiorgan
R688A9B	Funktionel lidelse, enkeltorgan
R688A9B1	Funktionel lidelse, almen/træthed
R688A9B2	Funktionel lidelse, gastrointestinal
R688A9B3	Funktionel lidelse, muskuloskeletal
R688A9B4	Funktionel lidelse, kardiopulmonal
R688A9B5	Funktionel lidelse, neurologisk
R688A9B6	Funktionel lidelse, urogenital
R688A9B9	Anden funktionel lidelse, enkelt organ
R688A9C	Funktionel lidelse, enkelt symptom
ICPC-2-DK	
A29	Medicinsk uforklarede symptomer (MUS)

sygdom. Man kan forstå funktionel lidelse som en tilstand, hvor hjernen og kroppen er overbelastet, og samspillet ikke længere fungerer normalt.

Sværhedsgraden af funktionel lidelse kan vurderes dels ved graden af funktionsnedsættelse, dels ud fra antallet af involverede symptomer. Analyser fra de nævnte studier har således vist, at man for det meste er rask, hvis man IKKE har multiple symptomer (altså under tre), at man er moderat syg, hvis man har tre eller flere symptomer fra en eller to af de viste symptomgrupper (funktionel lidelse, enkelt organ), og at man er svært syg, hvis man har mindst tre symptomer fra tre eller alle fire af symptomgrupperne (funktionel lidelse, multiorgan). Man kan evt. bruge den validerede BDS-symptomtjekliste til hurtigt at få et overblik over patientens symptomer (9).

Sundhedsstyrelsens definition af funktionel lidelse er mere omfattende end den oprindelige definition af

kropslig stresstilstand/bodily distress syndrome, således at den også omfatter andre organsystemer samt vedvarende enkeltsymptomer (tabel 2) (11). Det sidste er atypisk, men skal kunne rummes i en udtømmende klassifikation.

Sundhedsstyrelsen har med den nye diagnose *ikke* afskaffet de eksisterende syndromdiagnoser. Det er således en mulighed at give flere diagnoser til samme patient, fx funktionel lidelse, gastrointestinal + colon irritabile. Ved at bruge diagnoserne under funktionel lidelse vil det imidlertid i fremtiden blive lettere at skabe et samlet overblik over og blive klogere på alle disse tilstande. Ikke mindst har vi nu en diagnose til de mange patienter, som ikke nødvendigvis opfylder kriterierne for specialespecifikke syndromdiagnoser. Vi undgår således, at syge patienter falder imellem menneskeskabte diagnosekasser i såvel sundhedsvæsen som socialvæsen.



Case / Morten

Morten er 38 år og gift med Anne, der er jævnaldrende. De har 3 børn på 4, 8 og 10 år. Morten er uddannet datalog og medejer af et mindre it-firma, hvor han arbejder som leder og udvikler. Anne har været ledig i en længere periode, men er nu sendt i praktik. Der er travlhed både på arbejde og derhjemme, og det er taget til nu, hvor Anne også skal ud ad døren om morgenen. Familien har været på en tiltrængt efterårsferie, hvor Morten dog følte sig usædvanlig træt. Efterfølgende fik han influenzasymptomer og var sygemeldt i 10 dage. Der tilkom hovedpine, som ikke rigtigt ville fortage sig, og trætheden hænger stadig i her 3 måneder senere. Morten henvender sig i praksis, hvor han fortæller, at han har fået tiltagende problemer med at sove om natten, især her på den anden side af nytår, og koncentrationen svigter indimellem, så han har fået svært ved at passe sit arbejde. På det sidste har han desuden bemærket hjertebanken og lige som en klemmen rundt om brystet i forbindelse med møder på arbejde, og han synes, at det er svært at trække vejret ordentligt igennem. Derhjemme plejer han at hjælpe med madlavning om aftenen, men det har han slet ikke overskud til mere. Han er bekymret for, hvad der er galt og forstår ikke, hvorfor symptomerne bliver værre, og det hele trækker sådan ud.



BDS checkliste / I de sidste fire uger, hvor meget har du været generet af:

	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
Symptomer fra hjerte og lunger:					
Hjertebanken eller uro i brystet?	☐	☐	☐	☐	☐
Trykken eller smerter i brystet?	☐	☐	☐	☐	☐
Forpustethed uden anstrengelse?	☐	☐	☐	☐	☐
Anfald med vejtrækningsbesvær?	☐	☐	☐	☐	☐
Varm- eller koldsveden?	☐	☐	☐	☐	☐
Mundtørhed?	☐	☐	☐	☐	☐
Symptomer fra mave og tarm:					
Hyppige, løse afføringer?	☐	☐	☐	☐	☐
Mavesmerter?	☐	☐	☐	☐	☐
Oppustethed, spændings- eller tyngdefornemmelse i maven?	☐	☐	☐	☐	☐
Diaré?	☐	☐	☐	☐	☐
Sure opstød?	☐	☐	☐	☐	☐
Kvalme?	☐	☐	☐	☐	☐
Svie eller smerter i toppen af maven?	☐	☐	☐	☐	☐
Symptomer fra muskler og led:					
Smerter i armene eller benene?	☐	☐	☐	☐	☐
Muskelsmerter eller ømhed?	☐	☐	☐	☐	☐
Ledsmerter?	☐	☐	☐	☐	☐
Følelse af lammelse i arme eller ben?	☐	☐	☐	☐	☐
Rygsmarter?	☐	☐	☐	☐	☐
Smerter som flytter sig fra sted til sted?	☐	☐	☐	☐	☐
Ubehagelig dødhedsfølelse eller føleforstyrrelser?	☐	☐	☐	☐	☐
Almene symptomer:					
Koncentrationsbesvær?	☐	☐	☐	☐	☐
Træthed?	☐	☐	☐	☐	☐
Hovedpine?	☐	☐	☐	☐	☐
Hukommelsesbesvær?	☐	☐	☐	☐	☐
Svimmelhed?	☐	☐	☐	☐	☐

Har Morten en funktionel lidelse?

1. Han har et symptom mønster, der kunne pege i den retning: koncentrationsbesvær, træthed og hovedpine + hjertebanken, trykken for brystet og vejtrækningsbesvær.

Han har altså tre af symptomerne fra to kasser i figur 2 og kunne have funktionel lidelse, enkeltorgan.

2. Han har påvirket funktionsevne, idet han ikke længere kan varetage de samme opgaver hjemme, og ar-

bejdsevnen også er begyndt at svinge.

3. Det har stået på i 3 mdr. med debut omkring efterårsferien.
4. En uddybende anamnese og objektiv undersøgelse vil formentlig give anledning til, at enkelte differentialdiagnoser bør afklares. Indtil det er sket, kan diagnosen funktionel lidelse ikke stilles endeligt, men bør være med i de diagnostiske overvejelser.

Hvorfor er det vigtigt at kunne stille diagnosen funktionel lidelse?

De omtalte tilstande er overordentlig hyppige. Ifølge den nævnte undersøgelse fra Glostrup har ca. 11 % af voksne danskere en funktionel lidelse i en eller anden grad. De 2 % har en svær funktionel lidelse af multiorgan type (4). Tilsvarende tal er fundet i dansk almen praksis, hvor en tværsnitsundersøgelse ved brug af spørgeskema viste, at op imod 17 % af patienter i alderen 18-65 år opfyldte symptomkriterierne for funktionel lidelse – uanset om de havde en samtidig kronisk lidelse eller ikke. Vi ser altså rigtig mange af disse patienter i praksis. Et opfølgingsstudie i almen praksis har desuden vist, at ca. halvdelen af de patienter, der opfylder kriterierne for at have en funktionel lidelse, fortsat opfylder disse 2 år senere (5).

De 17 % af patienterne i almen praksis, der opfyldte kriterierne for funktionel lidelse, havde et dårligt helbred målt på såvel fysisk formåen som psykisk helbred. Cirka halvdelen havde et fysisk funktionsniveau på niveau med KOL-patienter, 40 % screenede positivt for angstlidelse, og 40 % screenede positivt for depression. I 2009 udgjorde de i øvrigt 40 % af de patienter, der fik ordineret behandling med opioider (12).

Samtidig ved vi, at patienter med funktionel lidelse er i stor risiko for at miste tilknytning til arbejdsmarkedet. Funktionel lidelse udgør 14 % af samtlige sygemeldinger ud over 8 uger og 8 % af nytilkendte førtidspensioner i Danmark (13). Har man en funktionel

» **Patienter med funktionel lidelse er i høj risiko for at udvikle et dårligt helbred og påvirket arbejdsevne. Derfor har det stor betydning, at vi i almen praksis kender diagnosen og har den med i differentialdiagnostiske overvejelser, når patienter præsenterer multiple symptomer**

lidelse af typen enkeltorgan, har man en fem gange forøget risiko for at få tilkendt førtidspension i de efterfølgende 10 år, og har man funktionel lidelse af multiorgantype, er risikoen forøget gange ni (14). Funktionel lidelse er en sygdom med risiko for svære følgevirkninger. Derfor skal vi kende den og kunne diagnosticere den, så vi kan hjælpe patienterne bedre på vej.

Interessekonflikter: *ingen angivet*

Litteratur

1. Rask MT, Andersen RS, Bro F, Fink P, Rosendal M. Towards a clinically useful diagnosis for mild-to-moderate conditions of medically unexplained symptoms in general practice: a mixed methods study. *BMC Fam Pract.* 2014;15:118.
 2. Sundhedsstyrelsen. Funktionelle lidelser: Anbefalinger til udredning, behandling, rehabilitering og afstigmatisering 2018 [Available from: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Funktionelle-lidelser---anbefalinger-til-udredning-behandling-rehabilitering-og-afstigmatisering.ashx?la=da&hash=FDE9CAF9DB39B3E49E048125A3D46F4F1B090C7B>].
- Rosendal M, Vedsted P, Christensen KS, Moth G. Psychological and social problems in primary care patients - general practitioners' assessment

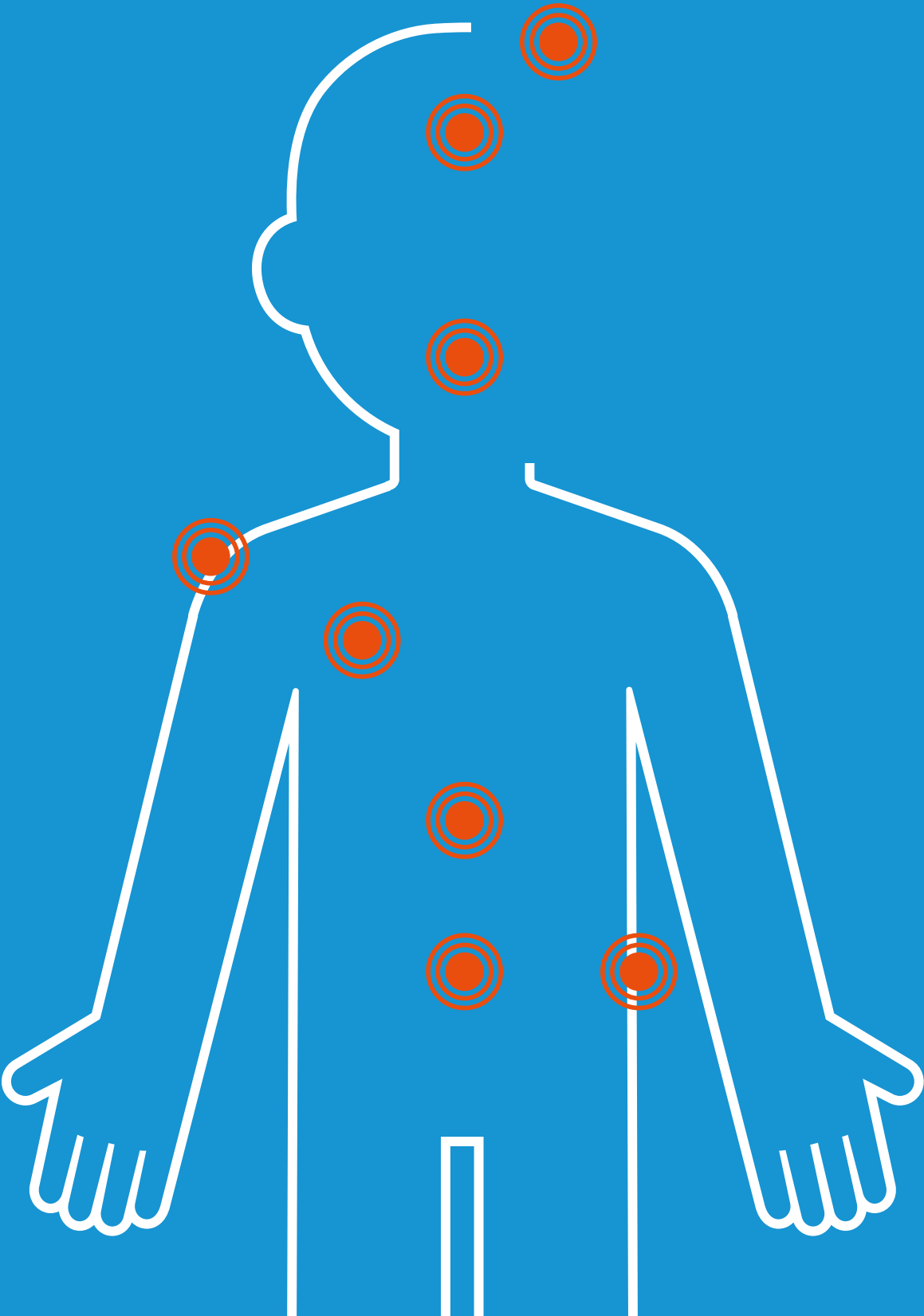


- and classification. *Scand J Prim Health Care*. 2013;31(1):43-9.
3. Petersen MW, Schroder A, Jorgensen T, Ornbol E, Meinertz Dantoft T, Eliassen M, et al. Irritable bowel, chronic widespread pain, chronic fatigue and related syndromes are prevalent and highly overlapping in the general population: DanFunD. *Sci Rep*. 2020;10(1):3273.
 4. Budtz-Lilly A, Vestergaard M, Fink P, Carlsen AH, Rosendal M. The prognosis of bodily distress syndrome: a cohort study in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015;37(6):560-6.
 5. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet*. 1999;354(9182):936-9.
 6. Fink P, Schroder A. One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*. 2010;68(5):415-26.
 7. Fink P, Toft T, Hansen MS, Ornbol E, Olesen F. Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. *Psychosom Med*. 2007;69(1):30-9.
 8. Budtz-Lilly A, Fink P, Ornbol E, Vestergaard M, Moth G, Christensen KS, et al. A new questionnaire to identify bodily distress in primary care: The 'BDS checklist'. *J Psychosom Res*. 2015.
 9. Petersen MW, Schroder A, Jorgensen T, Ornbol E, Dantoft TM, Eliassen M, et al. The unifying diagnostic construct of bodily distress syndrome (BDS) was confirmed in the general population. *J Psychosom Res*. 2020;128:109868.
 10. Sundhedsstyrelsen. Kodning af funktionelle lidelser Sundhedsstyrelsen; 2020 [1-14]. Available from: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/vejledning-til-anvendelse-af-koder-for-funktionelle-lidelser>.
 11. Budtz-Lilly A, Vestergaard M, Fink P, Carlsen AH, Rosendal M. Patient characteristics and frequency of bodily distress syndrome in primary care: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. 2015;65(638):e617-e23.
 12. Sorensen K, Nielsen CV, Hjort J, Christensen KS, Oernboel E, Fink P. [About sick leave. Focus on clients with 8 weeks absence from work]. Aarhus: Aarhus University Hospital and the Region of Midjotland; 2008.
 13. Rask MT, Ornbol E, Rosendal M, Fink P. Long-Term Outcome of Bodily Distress Syndrome in Primary Care: A Follow-Up Study on Health Care Costs, Work Disability, and Self-Rated Health. *Psychosom Med*. 2017;79(3):345-57.



HOVEDBUDSKABER

1. Vi skal bevæge os ud over en dualistisk tænkning for at kunne forstå og arbejde med funktionel lidelse.
2. Sundhedsstyrelsen har i 2019 introduceret nye diagnoser for funktionel lidelse i Danmark og anbefalet, at behandlingen fremover placeres i det somatiske sundhedsvæsen.
3. Patienter med funktionel lidelse er i høj risiko for at udvikle et dårligt helbred og påvirket arbejdsevne. Derfor har det stor betydning, at vi i almen praksis kender diagnosen og har den med i differentialdiagnostiske overvejelser, når patienter præsenterer multiple symptomer.





Hvordan kan vi forstå funktionel lidelse?

En forklaringsmodel i tre trin

Hvordan opstår funktionel lidelse? Der er stadig meget, vi ikke forstår, men forfattergruppen bag serien om funktionel lidelse kommer her med en forklaringsmodel i tre trin.

Af / Marianne Rosendal



Boks 1 /

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.funktionellelidelser.dk og på www.dasefu.dk.

Ligesom ved mange andre sygdomme kender vi ikke de tilgrundliggende årsager og mekanismer ved funktionel lidelse. De senere år er der dog fremkommet en række velunderbyggede hypoteser og modeller, der bl.a. bygger på solide psykologiske forsøg – især fra forskning i smerter og placeboeffekter. Modellerne er ofte lavet i relation til langvarige, kroniske smertesyndromer og svær

funktionel lidelse. De skal derfor tages med et vist forbehold, når vi i praksis arbejder med lette og moderate tilstande, men det er ikke usandsynligt, at de beskrevne mekanismer med tiden vil vise sig at være de samme.

I denne artikel beskrives en overordnet forklaringsmodel bestående af tre trin. I næste måneds artikel følger en mere indgående beskrivelse af mulige mekanismer i centralnervesystemet og



Kontakt / MAROSE@rm.dk

Biografi / Marianne Rosendal, speciallæge i almen medicin, tidligere praktiserende læge, seniorforsker v. Funktionelle lidelser, Aarhus Universitetshospital og Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus. Hun er desuden forperson for Dansk Selskab for Funktionelle Lidelser (www.dasefu.dk).

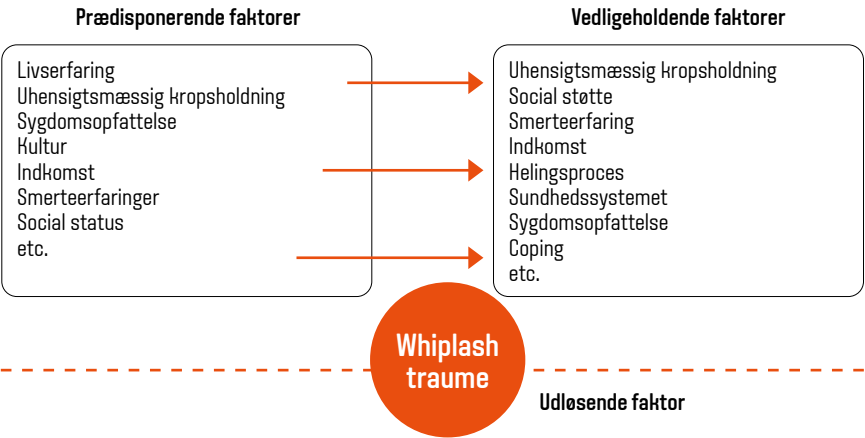




der næst en artikel om viden fra placeboforskning, der yderligere understøtter de aktuelle forståelsesmodeller. Forklaringsmodellen i tre trin er en forenklet model, der bl.a. bygger på evidens fra "Whiplash Associated Disorders" (kronisk piskesmæld) (se figur 1) (1, 2). Figur 2 er en mere generel ar-

bejdsmodel, der med udgangspunkt i figur 1 illustrerer, hvordan funktionel lidelse kan forstås som multifaktoriel betinget af følgende tre trin: 1) risikofaktorer, 2) udløsende begivenhed/trigger og 3) forstærkende og vedligeholdende faktorer. I det følgende uddybes de enkelte trin.

Foto 1 /
Foto: Colourbox



Figur 1 /
Multifaktoriel model af kronisk piskesmældsskade. Med tilladelse fra DMJ [2].



Figur 2 /
Årsager til funktionel lidelse – en forklaringsmodel i tre trin.

Risikofaktorer

Medfødt/arv
Erhvervet: opvækst, alvorlig sygdom, traumer
Belastninger op til udløsende begivenhed

Udløsende begivenhed/trigger

Traume, fx ulykke
Sygdom, fx infektion
Gentagne belastninger

Forstærkende og vedligeholdende faktorer

Forandringer i nervesystemets funktion
Tanker (utryghed, sygdomsbekymring, negative tanker)
Adfærd (svingende aktivitetsniveau/boom-and-bust)
Livsstil (søvn, kost, bevægelse)
Mange undersøgelser i sundhedsvæsenet
Sociale forhold (isolation, økonomisk afhængighed)

**Funktionel
Lidelse**

Risikofaktorer

De prædisponerende faktorer kan også beskrives som patientens sårbarhed. Alle har en sårbarhed med baggrund i biologiske, psykologiske og sociale forhold. Det er faktorer, der som hovedregel hører fortiden til og derfor ikke i sig selv er påvirkelige i nutiden.

Der er påvist en genetisk disposition, men den er betydelig lavere end det, der ses ved fx bipolar lidelse (3-5). Sammen med den medfødte genetik kan også perinatale forhold og faktorer i opvæksten spille ind. Tidligere alvorlig sygdom eller traumer menes også at kunne bidrage til en indlæring i centralnervesystemet (CNS), der øger ens risiko for senere udvikling af funktionel lidelse. Endelig viser nyere undersøgelser af fx piske-smældsskader, at der er en øget forekomst af fysiske symptomer og øget søgning til sundhedsvæsenet, forud for at en funktionel lidelse debutterer. Disse undersøgelser peger på, at en fysisk stresstilstand muligvis kan bringe kroppen og CNS i en tilstand af øget følsom-

hed og dermed øge risikoen for, at en evt. trigger (her et ulykkestilfælde) vil kunne udløse en funktionel lidelse (figur 1) (6, 7).

Udløsende begivenhed/trigger

Mange opfatter triggeren som den eneste årsag til sygdommen, netop fordi sygdommen startede med den. Triggeren kan være meget forskellig fra individ til individ. Det kan fx dreje sig om en infektionssygdom, en anden sygdom, et traume, en ulykke eller gentagne belastninger. Velkendte eksempler er maveinfektion forud for langvarige mave-tarm-symptomer, influenza forud for langvarig træthed eller et hovedtraume, der giver problemer med langvarige post-commotionelle symptomer. Endelig kan vi som læger bidrage til at udløse en funktionel lidelse ved at starte en odysse af udredninger og behandlingsforsøg på baggrund af et tilfældigt fund. Det skal i øvrigt nævnes, at der ikke altid foreligger en entydig eller tydelig trigger. Ofte vil

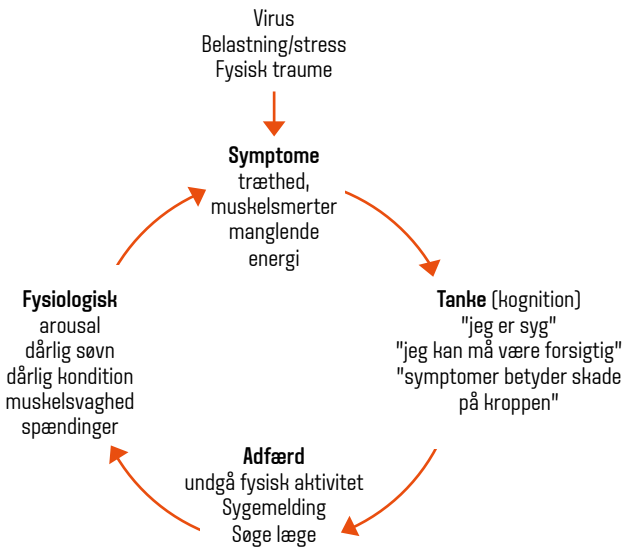
patienten (og lægen) have meget fokus på den udløsende begivenhed, men det er de vedligeholdende faktorer, der er påvirkelige og dermed de mest interessante. Det er her, behandling kan gøre en forskel.

Forstærkende og vedligeholdende faktorer

Som det fremgår af figur 2, kan en række forhold medvirke til at forstærke og vedligeholde funktionelle lidelser: forandringer i nervesystemets funktion, tanker, adfærd, livsstil, lange udredningsforløb i sundhedsvæsenet og sociale forhold. CNS' rolle i at vedligeholde funktionel lidelse beskrives nærmere i næste udgave af Månedsskriftet. Med hensyn til patientens tanker ved vi i dag, at sygdomsforståelse, sygdomsbekymring og utryghed samt negative forventninger påvirker kroppens arousal og adfærd og dermed symptomerne og forløbet på længere sigt (8). For eksempel viste en undersøgelse af piskesmældsskader fra 2008, at prognosen for forløbet afhang

af de tilskadekomnes forventninger på skadestidspunktet (odds ratio var 4,2 for at blive rask, når man sammenlignede de tilskadekomne, der havde positive forventninger med dem, der havde negative forventninger) (9). Tankernes betydning for adfærd og dermed forløbet kan illustreres i den såkaldte "onde cirkel" (figur 3). Som det også ses af denne cirkel, er det ikke triggeren, der afgør forløbet, men derimod de vedligeholdende faktorer (tanker og adfærd). Patientens egen symptom- og sygdomsforståelse spiller derfor en helt central rolle i såvel forståelse af som behandling af funktionel lidelse. Derfor er det en vigtig del af udredningen af symptomer at spørge grundigt ind til patientens sygdomsforståelse (se forslag i tabel 1).

I forhold til patientens adfærd er det særligt vigtigt at være opmærksom på et fænomen, der betegnes "boom-and-bust" eller på dansk "optur og nedtur". Det er et aktivitetsmønster, der svinger mellem overaktivitet og underaktivitet. På en god dag, eller når patienten fx



Figur 3 /
Den onde cirkel (10).


Tabel 1 / Spørgsmål til patientens sygdomsforståelse.

Identitet	Den betegnelse patienten bruger. <i>"Hvilke tanker har du selv gjort dig om, hvad du fejler?"</i>
Årsag	Hvilke årsager tænker patienten ligger til grund for symptomerne (legemlig sygdom, psykiske faktorer, sociale forhold, andet)? <i>"Hvilke tanker har du selv gjort dig om, hvad der kan have udløst dine symptomer?"</i>
Tidshorisont	Tænker patienten, at det er en kortvarig sygdom, eller er der frygt for en kronisk tilstand? <i>"Hvor længe har du tænkt, at det kan vare?"</i>
Konsekvens	Hvilke tanker gør patienten sig om fx arbejde, sygemeldinger, alvorlige gener mv.? <i>"Hvad tror du, det vil betyde for din dagligdag?"</i>
Helbredelse og kontrol	Tror patienten, at han vil blive rask, at en behandling vil kunne hjælpe, og at han har indflydelse på sine symptomer? Eller føler patienten sig helt hjælpeløs? <i>"Har du tænkt over eller gjort dig nogen erfaringer med, hvad der kan forbedre eller forværre dine symptomer?"</i>

skal møde op i praksis, bruger patienten al sin energi, og nogle gange mere til, på at fremstå, som inden han/hun blev syg. Konsekvensen er, at der i dagene efter ingen energi er tilbage, og patienten "ligger brak". Hvis dette aktivitetsmønster står på i lang tid, forværres tilstanden gradvist, og patienten vil opleve, at funktionsniveauet bliver dårligere og dårligere. Boom-and-bust-mønsteret opstår bl.a., fordi det er svært at acceptere det tab i funktion, som den funktionelle lidelse (midlertidigt) har medført. Endelig hører det også med til vedligeholdende adfærd, at nogle gradvist kan få en dårligere livsstil i form af dårlig søvn, ændrede kostvaner og minimal fysisk bevægelse. Alt sammen noget, der påvirker kroppens og nervesystemets funktion i negativ retning.

I forhold til det sociale er der mange forskellige faktorer, der kan være med til at vedligeholde symptomer. Helt banalt kan det dreje sig om legitimering af sin sygdom i forhold til nære relationer eller social- og sundhedsvæsen.

Som en engelsk forfatter skrev i 1996: *"If you have to prove you are ill, you can't get well"* (11). Der er stor risiko for, at symptomer ubevidst forstærkes, hvis man over længere tid skal legitimere sine symptomer og sin funktionsnedsættelse fx i forbindelse med forsikringssager eller sygedagpengesager. I konsultationen vil man typisk opleve, at patienten begynder at præsentere flere eller kraftigere symptomer, når han/hun ikke oplever sig hørt eller forstået. Funktionel lidelse er desværre stadig en stigmatiserende sygdom, der ofte er forbundet med manglende forståelse fra omgivelserne.

En evt. manglende forståelse eller måske blot manglende opmærksomhed i sundhedsvæsenet kan desværre også være en vedligeholdende eller endda forstærkende faktor. Ikke sjældent kommer vi til at passivisere patienten og skabe usikkerhed og bekymring i kraft af, at vi iværksætter den ene udredning efter den anden uden samtidig at italesætte muligheden for, at symptomerne måske kunne

være funktionelle. På den måde bidrager vi til at fastslå patienten i en somatisk forståelse af sine symptomer, og vi får ikke skabt et ordentligt afsæt for patientens egne handlemuligheder. Husk at somatiske udredninger ikke altid beroliger patienter, men i stedet kan bidrage til øget sygdomsbekymring og undgåelsesadfærd – og af og til direkte iatrogene skader.

I sidste nummer af Månedsskriftet mødte du datalogen Morten med træthed og hovedpine samt tiltagende søvnbesvær. Hvordan vil du tale med Morten om, hvad han fejler, og hvordan det kan forklares?

Statuskonsultation og livslinje

En indgang til samtalen med patienten kan være at aftale en statuskonsultation og lægge ud med at lave en livslinje sammen. Hvis patientens funktionelle lidelse er kronisk, kan man gøre det som led i en årskontrol. Et alternativ kan være at gennemføre et samtaleforløb, hvor der er bedre tid til at gå i dialog om diagnosen og gennemføre

behandlingen, som i et vist omfang består i, at lægen ”sætter sig på hænderne” og hjælper patienten til at gøre forandringsarbejdet – med støtte.

Som forberedelse til statuskonsultationen gennemgår lægen patientens journalmateriale og opsummerer symptomer, undersøgelsesresultater, diagnoser og behandlinger (tabel 2). Man kan evt. bede patienten om hjemmefra at udfylde en tidslinje med vigtige livshændelser.

I forbindelse med selve statuskonsultationen udfylder læge og patient sammen det, vi kalder en livslinje (figur 5). Det kan gøres på et stort whiteboard, eller man kan fx bruge et stykke A3-papir at skrive på. Det vigtige er at gøre det i fællesskab og dermed skabe overblik for både sig selv og for patienten. Ikke sjældent vil patienten i forløbet spontant kunne se nogle sammenhænge mellem symptomers opståen eller forværring og forskellige hændelser.

Når livslinjen er udfyldt, giver det ofte sig selv at inddrage den nævnte



Tabel 2 / Statuskonsultationen (12)

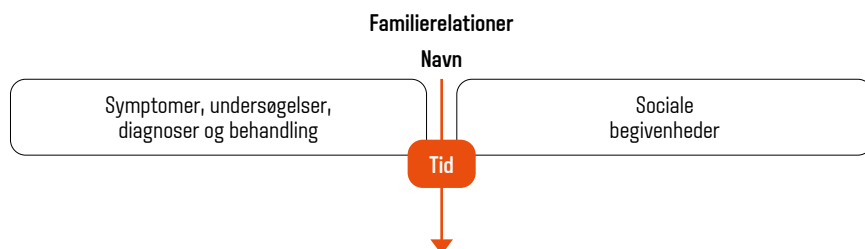
Før konsultationen

- Afsæt den fornødne tid til at gennemgå patientens journal
- Opsummer de symptombilleder, som patienten har præsenteret og har været udredt for i få hovedgrupper
- Opsummer, hvilke udredninger og behandlinger patienten har været igennem – husk både positive og negative fund

Under konsultationen

- Fortæl patienten om formålet med statuskonsultationen
- Fremlæg opsummeringen af journalmaterialet som neutrale fakta – sæt dem ind i tidslinjen
- Se efter mønstre over tid i sygdomsgrad i relation til livsbegivenheder
- Se også efter evt. tegn på psykiske lidelser (pga. høj komorbiditet ved funktionel lidelse)
- Uddyb patientens forventninger til behandlersystemet
- Vær optimistisk/skab positive forventninger

Figur 4 /
Livslinje.



tretrinsmodel. Man kan som regel direkte aflæse, hvad der er risikofaktorer/sårbarhed, hvad triggeren eller triggerne har været og måske også, hvad der er med til at vedligeholde symptomerne. Det giver et godt udgangspunkt for den videre dialog med patienten om, hvad en funktionel lidelse er. Evt. kan patienten få redskabet med hjem og selv udfylde det på baggrund af dagens samtale. Et eksempel baseret på Morten, nævnt ovenfor, ses i figur 5. Se også redskabet i værktøjsskassen, side 362.

Afslutning

De tre redskaber, forklaringsmodel i tre trin, den onde cirkel og livslinjen, giver på forskellig vis en indgang til at gå i dialog med patienten om, hvordan en funktionel lidelse kan forstås ud fra en række ydre og indre forhold som tanker og adfærd. Hertil kommer en ændret forståelse af, hvordan vores krop og psyke er forbundet, så det ikke længere giver mening at tale om, hvorvidt funktionel lidelse sidder det ene eller andet sted – og hvorfor det giver mening at anvende såvel psykologiske

Figur 5 /
Årsager beskrevet ud fra tidslinje beskrevet af Morten.

Risikofaktorer

Vokset op hos mor i sammenbragt familie, der endte i skilsmisse, da jeg var 15 år
Minimal kontakt til far og ingen til bonusfar
Mor havde moderat til svær depression, da jeg var ca. 13 år

Udløsende begivenhed/trigger

Tiltagende travlhed på arbejde - kommer mere og mere bagud med opgaverne
Travlhed derhjemme, da Anne starter i praktik
Influenza?

Forstærkende og vedligeholdende faktorer

Er begyndt at få sitren af muskler i ansigtet, og jeg kan ikke holde ud at høre musik mere. Det bekymrer mig.
Er i det hele taget bekymret for mine symptomer og for ikke at kunne tage vare på mit arbejde eller min familie i fremtiden
Spekulerer over, hvad de seneste blodprøver fra lægen mon vil vise
Tager mig ind imellem gevaldigt sammen og går på arbejde, men ligger så på sofaen hele weekenden
Dårlig nattesøvn. Ser TV, når jeg ikke kan sove
Holdt op med at motionere for et halvt år siden pga. travlhed i hverdagen og er begyndt at tage på i vægt
Har ikke overskud til at have gæster og se mine venner mere

som fysiske metoder i behandlingen.
Mere herom i næste måneds udgivelse.

Interessekonflikter: *ingen angivet*

Referencer

1. Carstensen TB, Fink P, Oernboel E, Kasch H, Jensen TS, Frostholt L. Sick Leave within 5 Years of Whiplash Trauma Predicts Recovery: A Prospective Cohort and Register-Based Study. *PLoS One*. 2015;10(6):e0130298.
2. Carstensen TB. The influence of psychosocial factors on recovery following acute whiplash trauma. *Dan Med J*. 2012;59(12):B4560.
3. Gillespie NA, Zhu G, Heath AC, Hickie IB, Martin NG. The genetic aetiology of somatic distress. *Psychol Med*. 2000;30(5):1051-61.
4. Buchwald D, Herrell R, Ashton S, Belcourt M, Schmalink K, Sullivan P, et al. A twin study of chronic fatigue. *Psychosom Med*. 2001;63(6):936-43.
5. Bengtson MB, Ronning T, Vatn MH, Harris JR. Irritable bowel syndrome in twins: genes and environment. *Gut*. 2006;55(12):1754-9.
6. Osterland TB, Kasch H, Frostholt L, Bendix T, Jensen TS, Jensen JS, et al. Precollision Medical Diagnoses Predict Chronic Neck Pain Following Acute Whiplash Trauma. *Clin J Pain*. 2019;35(4):304-14.
7. Krogsgaard LW, Bech BH, Plana-Ripoll O, Thomsen RW, Rytter D. Hospital contacts and diagnoses five years prior to HPV vaccination among females referred for suspected adverse vaccine effects: A Danish nationwide case-control study. *Vaccine*. 2019;37(13):1763-8.
8. Deary V, Chalder T, Sharpe M. The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: a theoretical and empirical review. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(7):781-97.
9. Holm LW, Carroll LJ, Cassidy JD, Skillgate E, Ahlborn A. Expectations for recovery important in the prognosis of whiplash injuries. *PLoS Med*. 2008;5(5):e105.
10. Wessely S, Sharpe M. Chronic fatigue and chronic fatigue syndrome. . In: Mayou R, Bass C, Sharpe M, editors. *Treatment of functional somatic symptoms*. Oxford, UK: Oxford University Press; 1995.
11. Hadler NM. If you have to prove you are ill, you can't get well. The object lesson of fibromyalgia. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1996;21(20):2397-400.
12. Fink P, Rosendal M, Schroder A, Ostenfeld-Rosenthal A, Rask CU, Toscano L, et al. Funktionelle lidelser - udredning og behandling. Fink P, Rosendal M, editors. København: Munksgaard; 2012. 11-244 p.

HOVEDBUDSKABER

1. Funktionel lidelse forstås bedst ud fra en multifaktoriel model.
2. Én model er tretrinsmodellen bestående af:
 - 1) risikofaktorer,
 - 2) udløsende begivenhed/trigger og
 - 3) vedligeholdende og forstærkende faktorer.
3. Modellen er et godt dialogredskab i mødet med patienten og kan tage sit afsæt i et overblik over patientens livsforløb mht. symptomer, undersøgelsesresultater, diagnoser og behandlinger samt sociale begivenheder/livshændelser (livslinje).





Hvordan kan vi forstå funktionel lidelse (2)

Centralnervesystemets rolle

For at forstå de plagsomme symptomer ved funktionel lidelse bliver vi nødt til at forkaste den klassiske opdeling i sjæl og legeme. Måske ligger der en forklaring i samspillet mellem sansning af eksterne stimuli og den videre processing i CNS. Læs videre her.

Af / Marianne Rosendal

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.funktionellelidelser.dk og på www.dasefu.dk.

I sidste måneds artikel blev den enkle tretrinsmodel præsenteret som én måde at forstå funktionel lidelse på. Den er et godt udgangspunkt for dialog

med patienten i forhold til at kunne forstå baggrunden for og behandlingen af vedvarende symptomer. Denne artikel går i dybden med, hvordan vi som læger kan forstå symptomer ved funktionel lidelse ud fra nutidige hypoteser om centralnervesystemets (CNS') måde at fungere på. Artiklen besvarer ikke spørgsmål om, hvorfor funktionel lidelse opstår, men sætter fokus på nogle af de mekanismer, man i dag mener er i spil, når symptomer varer ved, selv om der ikke (længere) findes et fysiologisk grundlag for dem. Det skal understreges, at vores viden om symptomer og funktionel lidelse stadig er ufuldstændig og primært udspringer af undersøgelsesresultater fra patienter med svær funktionel lidelse og kroniske smertetilstande. Der er fortsat mange ubesvarede spørgsmål, og vores nuværende viden er endnu i vidt omfang begrænset til at være hypotese genererende.



Kontakt / MAROSE@rm.dk

Biografi / 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. Hun er desuden forperson for Dansk Selskab for Funktionelle Lidelser (www.dasefu.dk).



I artiklen præsenteres først det normale samspil mellem sansning af eksterne stimuli, processering af disse signaler og betydningen af nervesystemets højere niveauer i form af *predictive processing*. Predictive processing baseret på CNS' fejlprædiktioner (*prediction errors*) vil være omdrejningspunktet for artiklen. Dernæst ser vi på, hvad det betyder i forhold til sansning af kroppens indre (interoception), og hvordan vores nervesystem nogle gange kan lave "fejladaptationer" i forhold til symptomoplevelser og symptomproduktion – især når det gælder diffuse og vage symptomer.

De begreber, artiklen introducerer, er ikke helt nemme at omsætte, hvorfor artiklen næppe egner sig til godnatlæsning. Tag i stedet fat på den, når du er frisk i hovedet, og grib muligheden for måske at komme til at se verden gennem helt nye briller.

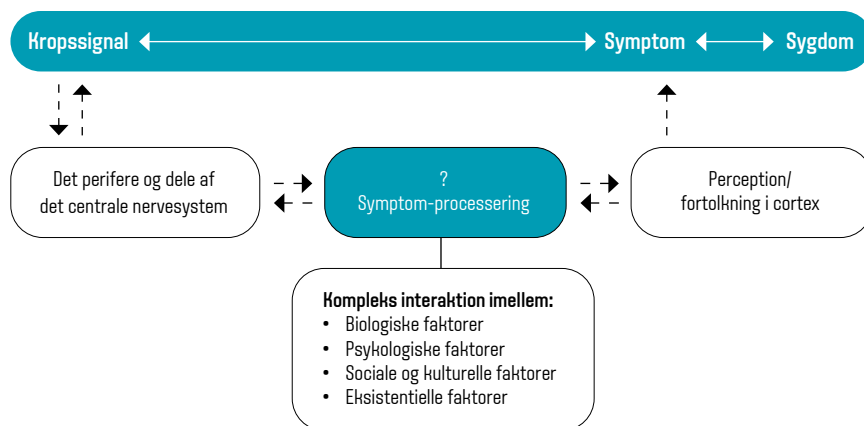
Processering af signaler i CNS overordnet set

I en Månedsskriftsartikel fra 2015 blev symptomer som alment fænomen beskrevet, og i den forbindelse blev en figur svarende til figur 1 præsenteret.

Generelt gælder for symptomer, at der langt fra er en én-til-én-sammenhæng imellem den bevidste oplevelse og objektive indikatorer for fysiologisk dysfunktion eller vævsskade. Dette fænomen er særligt udtalt hos patienter med funktionel lidelse. Den signalprocessering i CNS, der leder frem til en

» Man kan se CNS som et system, der gør det muligt at interagere succesfuldt og adaptivt med omgivelserne mere end blot at være en central kontrolenhed

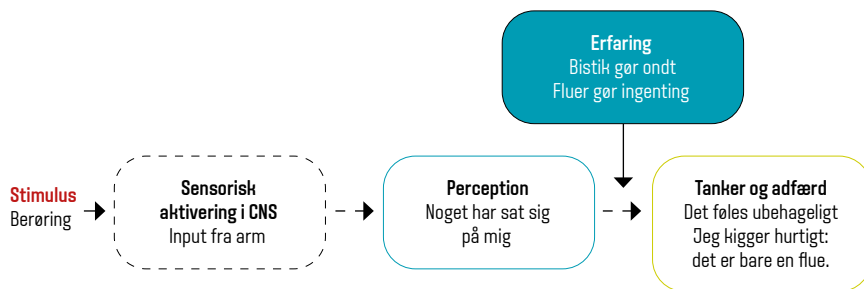
symptomoplevelse, er blevet set som en "black box", hvor vi ikke ved, hvad der foregår. Vi ved dog, at processeringen og den efterfølgende bevidste fortolkning er påvirkelige af en lang række faktorer. Der er nu også meget, der tyder på, at det ikke er en proces, der kun går fra periferien og ind til CNS, men også den anden vej, således at CNS kan sætte nye kropssignaler i gang fx via det autonome nervesystem. Nye hypoteser tegner i dag et



Figur 1/
Fra signal til symptom
(og evt. sygdom).



Figur 2 /
Lineær forståelse af CNS' processering af signaler og perception (modificeret efter Henningsen 2018).



billede af, hvordan vi kan forstå, hvad der foregår i "black box".

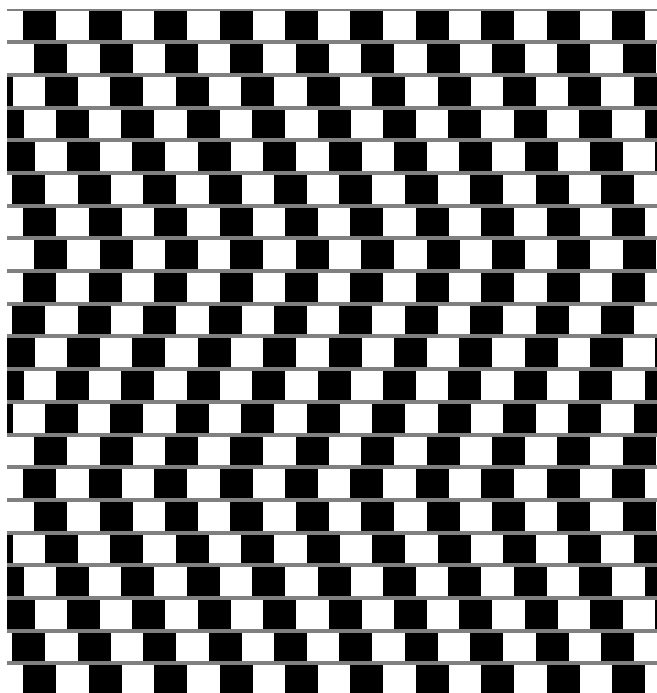
Predictive processing og perception

Vores hidtidige forståelse af nervesystemets måde at håndtere signaler på har været præget af lineær tænkning. Oprindeligt har man opfattet sansesignaler som signaler, der gik "rent" ind i CNS med efterfølgende bearbejdning forud for en bevidst oplevelse. Dvs. at perception sås som en simpel repræ-

sentation af en ydre eller indre virkelighed, som på et højere niveau i systemet kunne påvirkes af fortolkning og dermed blive modificeret. Det kunne fx være, at berøringssansen på huden aktiveres. Signalet om berøring løber hurtigt op igennem systemet, men kan opleves forskelligt, afhængig af hvilke signaler der konkret kommer ind og tidligere erfaringer med lignende signaler. I figur 2 illustreres oplevelsen af et nyt signal. På grund af tidligere ubehagelige erfaringer aktiveres synssansen, og den bevidste del af hjernen tolker: Det er bare en flue. I denne forståelse vil tidligere oplevelser kunne påvirke intensiteten af og ubehaget ved den oplevede sansning.

Der er sket en markant ændring i vores forståelse til nu at være langt mere kompleks, hvor vi i højere grad ser CNS som aktivt interagerende med såvel den ydre som den indre verden. Man kan se CNS som et system, der gør det muligt at interagere succesfuldt og adaptivt med omgivelserne mere end blot at være en central kontrolenhed. Den nye forståelsesmodel antager, at CNS løbende genererer hypoteser eller forudsigelsesmodeller om, hvad den forventer af indkommende signaler. Det vil sige, at vi i CNS har at gøre med en generativ proces, hvor input prædikteres for derefter at blive sammenlignet med de konkrete signaler. CNS

Figur 3 /
a) Er linjerne lige eller buede? Test med en lineal.
Optiske illusioner.
Colourbox.



vægter dernæst sin egen prædiktions mod de konkrete input. Kun hvis resultatet afviger betydeligt, vil CNS ændre sin egen prædiktions. Hvis resultatet derimod er, at prædiktionsen vægtes højere end de konkrete input, kan der opstå en "fejlperception". Dette fænomen kender de fleste fra optiske illusioner, se figur 3.

CNS ses altså ikke længere som et system, der blot venter på input for derefter at behandle disse. CNS er på konstant arbejde med at sammenligne egne prædiktions baseret på tidligere erfaringer med nye input for at opdage evt. uoverensstemmelser (*prediction errors*). Modellen antager, at målet er at minimere *prediction error* for at tilpasse organismen og dens reaktioner bedst muligt til omgivelserne. Dette skal dog ske under optimering, dvs. med lavest muligt ressourceforbrug. For at opnå det vil CNS aktivt forsøge at få prædiktions og signalinput til at passe sammen – enten ved at ændre sin egen prædiktions eller ved at ændre på signalet.

CNS deltager altså aktivt i at skabe perception fx i form af symptomoplevelser. Et klassisk eksempel, der illustrerer dette, er fra 1995, hvor en 29-årig bygningsarbejder hoppede ned fra et stillads og fik et 15 cm langt søm op



Foto 4 /
Eksempel på, hvordan hjernen kan generere smerte
(Fisher et al, BMJ 1995; 310: 70).

Foto: BMJ 1995; 310: 70

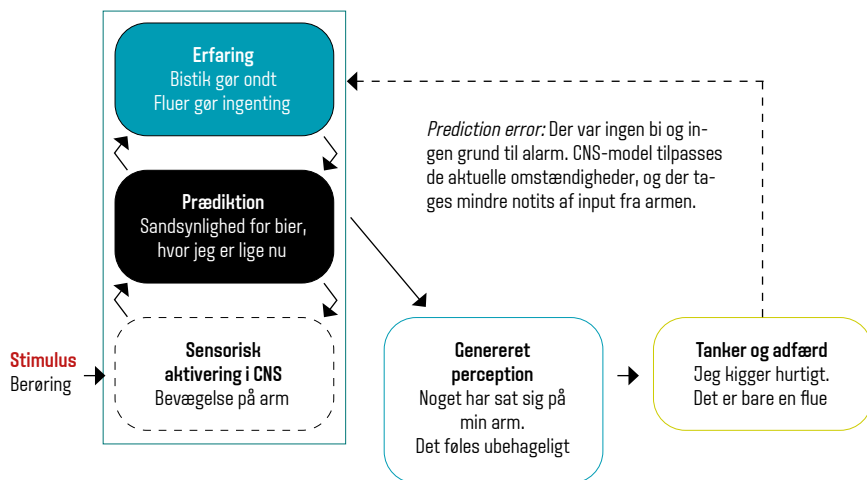
igennem støvlen (figur 4). Han blev kørt til skadestuen, hvor man fandt ham voldsomt forpint. Efter at han var blevet sederet, fik man trukket sømmet ud og taget støvlen af, og det viste sig, at sømmet havde siddet midt imellem to tæer. Foden var helt ubeskadiget. Smerten var ægte, og eksemplet viser blot, at al oplevet smerte genereres i hjernen. Et symptom som smerte kan således både udløses af organskade og af CNS i sig selv (baseret på erfaring og forventning).

Ifølge den nye forståelse er perception altså ikke en simpel repræsentation af et sanseindtryk, men afspejler en række automatiske og dermed ubevidste processer i CNS, hvor signalinput vægtes op imod en etableret **prædiktiv model** i CNS. Denne måde at forstå nervesystemets signalprocessering på giver ny betydning til psykologiske og kontekstuelle faktorer. Psykologiske faktorer som fx sygdomsforståelse, bekymringer, forventninger, opmærksomhed, angst, tristhed samt social kontekst er indlejret eller kodet i hjernens forudsigelsesmodeller og bidrager derfor i selve tilblivelsen af perception og oplevelse. Det samme kan anføres for begrebet "social smitte", hvor omtale i medier kan skabe ændringer i forventninger til symptomer og dermed påvirke nervesystemets prædiktive model. Også tidligere indlært betingning vil kunne påvirke denne model. Den nye forståelse fra signal til perception er illustreret i figur 5.

Figur 5 kan opfattes som en adaptiv model i forhold til at beskytte kroppen mod ekstern skade. Omvendt vil CNS også kunne adaptere til ufarlige signaler ved at undertrykke disse og lade dem forblive ubevidste. Det vil fx ske, når den prædikterede sansning opleves ufarlig og konsolideres af, at CNS-



Figur 5 /
Ny forståelse af CNS' processing af signaler baseret på "predictive processing" (generativ model af perception).



prædiktationen er præcis og korrekt gentagne gange. Det sker for eksempel, når vi *ikke* mærker det tøj, vi har på. Hjernen kan på den måde slå den bevidste oplevelse af signaler til og fra afhængigt af omstændigheder og erfaring – med det formål at beskytte organismen, energioptimere og sikre god adaptation til omgivelserne. Det hører til modellen, at langt hovedparten af signaler vil forblive ubevidste.

Prediction error og statistik

Vi skal bruge vores viden om statistiske analyser for at forstå sammenhænge mellem signal, CNS' prædiktation og den oplevede perception, og hvorfor "illusioner" nogle gange skabes og fastholdes. Selv om det kræver din fulde opmærksomhed, så hæng i lidt endnu.

I modellen om predictive processing beskrives CNS' helt basale funktion ud fra statistiske modeller. Det antages, at CNS ekstrapolerer sig frem til en forudsigelsesmodel, der både inddrager tidligere erfaringer og den aktuelle kontekst. CNS laver således en "**før-model**", som kan anskueliggøres ved

en sandsynlighedsfordeling for den forventede værdi af et givent signal. Dette skøn sammenlignes med det konkrete input, og forskellen betegnes *prediction error*. Herefter genereres en opdateret model ("**efter-model**"), der svarer til den bevidste oplevelse. Systemet arbejder som nævnt på hele tiden at minimere *prediction error*. Denne antagelse begrundes med en helt grundlæggende forståelse af biologiske organismers stræben efter energioptimering.

Hvis det indkommende signal er kraftigt og præcist, dvs. har en høj og smal fordelingskurve, vil hjernen hurtigere kunne opfange, om det adskiller sig fra tidligere signaler, dvs. *før-modellen* i CNS. Dermed vil *prediction error* fremstå tydeligt i CNS. Dette er illustreret i figur 6 ved en høj *prediction error* og en ændring af *efter-modellen*. Det modsatte gør sig gældende, hvis signalet er vagt, dvs. har en lav og/eller bred fordeling. Dette er ligeledes illustreret i figur 6. Selvom middelværdien ligger langt fra *før-modellen*, så korrigeres CNS-ekstrapolationen og

dermed efter-modellen ikke i samme omfang. Præcise signaler er således hurtige til at korrigere en forudsigelsesmodel, så fremtidige fejl minimeres, og CNS-prædiktionen bliver mere lig realiteterne, dvs. en god adaptation til virkeligheden. Modsat vil CNS have en tendens til at overhøre vage signaler og dermed fortsætte en evt. fejlprædiktion. Som eksempel kan nævnes, at man normalt ikke mærker sine sko, når først de sidder på fødderne; men kommer der et uventet signal fra en sten i skoen, så mærkes det tydeligt. Langt hen ad vejen er det et effektivt system, der kun kræver vores energi og opmærksomhed, når der er behov for det. Falske modeller kan således i nogle tilfælde være energimæssigt mere effektive for individet.

Når vi tager vores viden om forudsigelsesmodeller med ind i kroppens indre (interoception), får vi en ny forståelse af funktionelle symptomer, hvor man kan tale om "somato-viscerale illusioner" på linje med de optiske illusioner.

Interoception og CNS-håndtering af signaler

Interoception er sansningen af kroppens indre tilstand og kan i nogle til-

fælde være bevidst, men er overvejende ubevidst. Her får CNS-modeller, som beskrevet ovenfor, en særlig betydning. Målet er fortsat at sikre organismens adaptation, men det vil i nogle tilfælde betyde, at CNS har en mere aktiv rolle i også at "skabe signaler" med henblik på at sikre den indre, fysiologiske homeostase.

Udgangspunktet er, at CNS vil stile mod at minimere *prediction error*. Det kan opnås ved at opdatere den prædiktive model:

1. CNS ændrer efter-modellen ifølge nyt signal (tydeligt afvigende fra før-modellen).
2. CNS fastholder før-modellen trods nyt signal (ved svagt signal).
3. CNS ændrer efter-modellen trods manglende nyt signal (trigger fra tidligere betingning eller øget opmærksomhed koblet med tilfældige input).
4. CNS fastholder før-modellen trods nyt signal (opretholde status quo ved selv at generere passende signaler).

For at illustrere de første muligheder ser vi på en patient, der får øresten. De nye input til CNS fra øresten i buegangene er tydeligt afvigende fra tidligere input. Derfor korrigeres den prædiktive

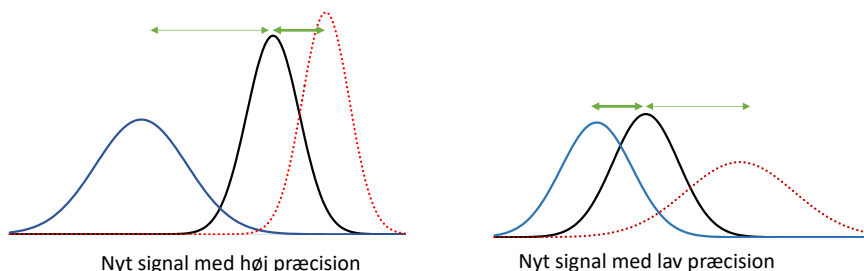


Foto 6 /
Betydningen af præcision for hjernens prædiktion (inspireret af Henningsen 2018).

Note til figuren:

Den stejle kurve svarer til et kraftigt signal med høj præcision, mens den flade kurve svarer til et svagt signal med lav præcision.

→ Forventning baseret på tidligere erfaringer = CNS' før-model

→ Nyt signal

→ CNS-model justeres = efter-model, afhængig af, hvor alternativt prediction error er mindst (illustreret ved de grønne pile).



Boks 1 / Eksempel på smerteforklaring.

Da du først oplevede dine smerter, var det efter et hold i ryggen. Den overbelastning eller skæve bevægelse, du kom til at lave, alarmerede dit nervesystem, som hjalp dig med at spænde op i dine muskler, så der ikke skete noget. Nu kan der så være sket det, at dit nervesystem stadig opfatter selv de mindste signaler som alarmer, dvs. at der bliver sat gang i en falsk alarm, og derfor fortsætter muskelspændingerne og smerterne, på trods af at der ikke længere er fare på færde. Det betyder, at du skal lære dit nervesystem og din krop på ny, at bevægelser i ryggen ikke er farlige. Det kan du gøre ved at lave bevægelser.

model til en ny efter-model, der er i overensstemmelse med den nye sansning og oplevelsen af svimmelhed (1). Selv om ørestenen er behandlet, kan patienten imidlertid fortsat opleve svimmelhed. Der kommer godt nok nye input fra buegangene, men disse er nu vage, og CNS fastholder sin før-model (2). Dette sker især, hvis input yderligere mindskes, fx pga. sengeleje. Det samme kan opleves ved smerter. Se eksempel på, hvordan det kan forklares til patienten i boks 1.

Hos en anden patient er svimmelheden måske opstået spontant, uden at der har været nogen form for ledsagende sygdom med påvirkning af balanceorganer. Dette kan fx være forårsaget af en trigger fra en tidligere episode med svimmelhed og/eller en stærk overbevisning om svimmelhed i den givne situation. Begge dele styrker den eksisterende prædiktive model (førmodellen) om, at man er svimmel, og gør derved modellen meget præcis. Tilfældige kropslige signaler om ubalance kan nu løbende bekræfte denne før-model og bidrage til at fastholde den, til trods for at de samme signaler hos andre ville være normale fluktuationer. Tjekkeadfærd med hyppig indre skanning for symptomer fx pga. be-

kymring vil yderligere bidrage hertil. Modsatrettede signaler om god balance kan samtidigt være for vage til at modificere modellen. Den stærke overbevisning, som styrker eller fastholder den eksisterende prædiktive model på trods af nye input, kan fx skyldes tidligere erfaringer under opvæksten eller i voksenlivet. Der kan være særlige trigger, der er indlært i form af betingning og dermed kun kræver et ganske lille signal for at fastholde eller genfinde en tidligere og velkendt prædiktiv model. Også sundhedsvæsenet kan medvirke til at skabe bekymring og fastholdelse i symptomer fx i form af manglende beroligelse og lange udredningsforløb.

Endelig kan CNS aktivt tilpasse signaler og den prædiktive model ved at generere signaler i overensstemmelse med modellen frem for at tilpasse modellen til de indkommende signaler. Det kan fx ske via aktivering af det autonome nervesystem, hvorved nervesystemet regulerer vores fysiologiske systemer. Aktivering af det autonome nervesystem og dermed neuroendokrine systemer og immunologiske reaktioner forstås i modellen som adaptive reaktioner på prediction errors mere end som en forstyrrelse i sy-

stemet. Det er igen en adaptiv proces, at CNS ændrer på kroppens signaler, hvor målet er at sikre balance i kroppens funktioner.

Nervesystemets før-model bliver i særlig grad afgørende, når det gælder vage og diffust lokaliserede signaler, og netop interoception er mere vag og diffus end eksterne stimuli. Derfor er det netop de meget almindelige og vage diffuse symptomer, vi ser ved funktionel lidelse. Oplevelsen af symptomer bliver da i højere grad præget af den eksisterende prædiktive model end af de konkrete signaler fra kroppen. Der behøver derfor ikke at være en fysiologisk dysfunktion, for at man oplever symptomer, og funktionel lidelse kan opstå ud fra normale krops-signaler. Symptomerne er lige så virkelige som symptomer, der opstår på baggrund af en organskade. Dette forklarer i øvrigt også, hvorfor den samme organiske sygdom kan give anledning til vidt forskellige grader af symptomoplevelse.

Perspektivering i forhold til behandling af funktionel lidelse

Ud fra den beskrevne forståelse kan man beskrive symptomer som: en bevidst oplevelse, der dannes ud fra indkommende information fra kroppen

(stimulus) i lyset af forventninger i den givne situation baseret på tidligere erfaringer (CNS-prædiktio) og modereret af præcision af den prædiktive model og prediction error. Perifere forandringer/fysiologiske ændringer er derfor hverken nødvendige eller tilstrækkelige, for at man oplever symp-

» Der er langt fra en én-til-én-sammenhæng imellem den bevidste oplevelse og objektive indikatorer for fysiologisk dysfunktion eller vævsskade, og CNS kan – lige som ved optiske illusioner – generere "fejltagtige oplevelser" af kroppens indre tilstand (interoception)

tomer. Denne forståelse af symptomer sammen med viden om nervesystemets plasticitet har betydning for, hvordan vi i dag behandler funktionel lidelse. Man kan overordnet arbejde ad to veje for at ændre den prædiktive CNS-model: a) påvirke erfaringer og forventninger eller b) øge de sensoriske input. Erfaringer og forventninger kan ændres ved at arbejde med sygdomsforståelse, tanker og adfærd. Her er der bl.a. fokus på at reducere be-

Boks 2 / Hvad er bevidsthed?

I en TED-talk om, hvad vores bevidsthed er, beskrives, hvordan vores bevidste virkelighed, herunder symptomoplevelser, måske i realiteten blot er kontrollerede "hallucinerer" produceret af CNS. Denne TED-talk omhandler ikke specifikt funktionel lidelse, men kan alligevel anbefales som hjælp til en bedre forståelse af vores oplevelser: https://www.ted.com/talks/anil_seth_how_your_brain_hallucinates_your_conscious_reality/transcript





kymringer, rumination, tjekkeadfærd og behov for kontrol (der forudsiger, at symptomerne vil være der eller opstå). Der anvendes især kognitiv adfærdsterapi, men også accept af symptomer vil ændre oplevelsen af potentiel fare, frygt og ubehag og dermed påvirke prædiktionen og gradvist selve symptomoplevelsen. I forhold til sensoriske input arbejdes med at "forstyrre" CNS gentagne gange med nye signaler for at skabe en ny efter-model, der er i bedre overensstemmelse med virkeligheden. Dette gøres fx ved fysisk træning eller mindful sansning. Der kan også arbejdes med at træne interoception og differentiering mellem somatiske og emotionelle tilstande fx ved brug af biofeedback, mindfulness og kropsterapi. Endelig kan der arbejdes med at reducere arousal, hvorved CNS også gives mulighed for at differentiere imellem flere signaler og evt. ændre

sin prædiktive model. I forhold til den centrale rolle, CNS spiller i relation til funktionel lidelse, skal man holde sig for øje, at man hverken overbelaster krop eller nervesystem i relation til behandlingen.

Som supplement til artiklen henvises til en TED-talk, se boks 2.

Interessekonflikter: *ingen angivet*

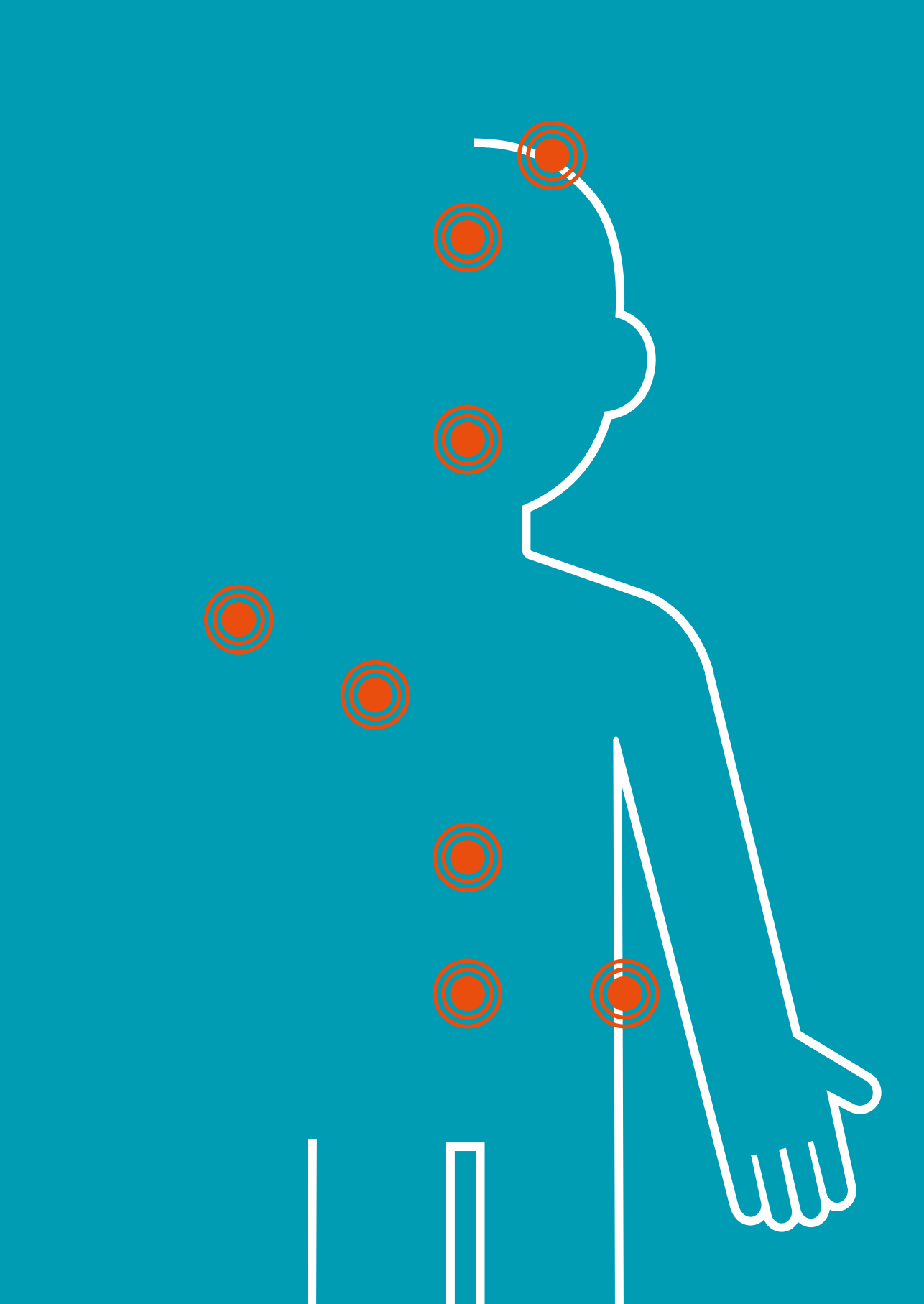
Litteratur

1. Rosendal M. Alle har symptomer – nogle får funktionelle lidelser. Månedsskrift for almen praksis. 2015;93(11):909-24.
2. Henningsen P, Gundel H, Kop WJ, Lowe B, Martin A, Rief W, et al. Persistent Physical Symptoms as Perceptual Dysregulation: A Neuropsychobehavioral Model and Its Clinical Implications. Psychosom Med. 2018;80(5):422-31.
3. Van den Bergh O, Witthoft M, Petersen S, Brown RJ. Symptoms and the body: Taking the inferential leap. Neurosci Biobehav Rev. 2017;74(Pt A):185-203.
4. Seth AK. Interoceptive inference, emotion, and the embodied self. Trends Cogn Sci. 2013;17(11):565-73.

HOVEDBUDSKABER

1. Vores forståelse af den bevidste symptomoplevelse har ændret sig væsentligt, og man ser i dag CNS som et system, der gør det muligt at interagere succesfuldt og adaptivt med omgivelserne mere end blot at være en central kontrolenhed.
2. Der er langt fra en én-til-én-sammenhæng imellem den bevidste oplevelse og objektive indikatorer for fysiologisk dysfunktion eller vævsskade, og CNS kan – lige som ved optiske illusioner – generere "fejltagtige oplevelser" af kroppens indre tilstand (interoception).
3. Den nye forståelse af, hvordan symptomoplevelse håndteres i CNS, har betydning for vores nutidige behandlingsmuligheder for vedvarende symptomer og funktionel lidelse.







Funktionel lidelse

– hvad kan vi lære af placebo- og noceboforskningen?

Hvad ved vi fra placebo- og noceboforskningen, der kan hjælpe os med at forstå funktionel lidelse? Læs med her.

Af / Frede Olesen

Fra studietiden er vi indpodet viden om, at "snydepiller" er en vigtig del af al medicinafprøvelse, fordi der kan være virkning af snydepiller. Af og til har vi endda fået indtryk af, at den virkning bare skulle være en slags falsk forestilling om en virkning, der reelt ikke eksisterede. Andre har ment, at placeboeffekten kun var et forskningsmetodologisk problem pga. symptomers fluktuation i forløb og den såkaldte regression mod middelværdi ved gentagne målinger.

For ca. 25 år siden kom der for alvor – og med årene i stigende styrke – gang i en meget vigtig forskning, som stillede spørgsmålet: "Hvad er det egentlig, der foranlediger placeboeffekten?", "Hvad sker der klinisk og fysiologisk, når patienter oplever effekt af placebo?" Der er nu universel enighed om, at der i behandlinger ofte er en egentlig placeboeffekt, som via fysiologiske mediatorer i centralnervesystemet modulerer symptomer og den kliniske tilstand.

Det har givet anledning til vigtig klinisk, psykologisk, neurobiologisk og antropologisk indsigt, som er beskrevet i talrige videnskabelige artikler – og også i en klinisk orienteret serie her i Månedsskriftet. (1)

Formålet med artiklen her er at fremdrage væsentlige aspekter af denne viden, fordi forskningen i placeboeffekten og i dens modpol, noceboeffekten, kan yde et væsentligt bidrag til forståelsen af patogenesen og interventionsmulighederne ved funktionelle lidelser.

Nogle af de vigtigste fund i denne forskning skal først fremhæves.

Placebo, nocebo og symptomer

Man har igen og igen påvist, at forventning og tidligere erfaringer på valgt måde kan modificere symptomoplevelser i positiv (placebo) eller negativ (nocebo) retning. Den betingede læring, som vi i studiet lærte om fra forsøgene med Pavlovs hunde, er en central del af denne forventningsopbygning. Endelig er det i talrige kliniske



Kontakt / fo@ph.au.dk

Biografi / Fhv. praktiserende læge, dr.med., adj. prof. ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, tidligere formand for Kræftens Bekæmpelse.



forsøg vist, at opstående placebo- og nocebovirkninger kan være langvarige eller varige, idet læring giver erfaring, som igen giver læring osv. osv. Nyere viden om den plastiske hjerne giver også forståelse for, at indtrufne symptommodulerende oplevelser kan blive varige via selvvedligeholdende positive eller negative loops.

Det er i elegante forsøg vist, at tillid og relation til behandler er stærkt symptommodulerende, og det samme gælder de rituelle handlinger – fx et kirurgisk indgreb eller en alternativ behandles ritualer – som omgiver en behandling. Alt dette er udførligt beskrevet i tidligere artikler i Månedsskriftet, hvor det understreges, at lægen selv er et vigtigt ”medikament”, når patienters symptomoplevelse skal påvirkes. (2)

Dernæst er det påvist, at informationer og påvirkninger fra omgivelserne, fx fra pårørende eller presse, influerer på den forventnings- og erfaringsdatabase, patienten trækker på. Derfor forstår vi idag sociale epidemier som fx de alvorlige symptomer, som vi så i tiden med de mange symptomer efter HPV-vaccination. Meninger og holdninger smitter, og det påvirker symptomoplevelsen. Patienter simulerer ikke. De oplever sig syge, og smitte med bekymring, meninger og angst er den patogenetiske agens, som skaber symptomer eller som forstærker symptomer, der hos andre blev oplevet som harmløse. (3)

Som noget nyt fra de senere års forskning har man også vist, at selv åben placebobehandling – altså hvor patienten informeres om, at de får ”en inaktiv tablet, som sommetider alligevel viser effekt” – kan have en dramatisk symptommodulerende effekt, der i forsøg har vist sig at kunne have samme højsignifikante styrke som sædvanlig ”skjult” placebos dosering (se fx Pain jan 2021) (4)

Hele den beskrevne viden gør, at vi i dag forstår, hvorfor så mange patienter oplever god symptommodulerende effekt på fx smerter, når de opsøger alternativ behandling, og den viden gør også, at vi som klinikere skal være varssomme, når vi fx med stor sikkerhed siger: ”Det er nu bevist, at medicinsk cannabis ingen effekt har”. Jo, det er bevist, at det ikke virker bedre end placebo, men solid forskning viser, at placeboeffekten kan være endog meget stærk, hvad enten den er medieret af en tablet, et ritual eller en god behandler-/klientkontakt – og det gælder især, hvis klienten har tryghed, tillid og forventning om effekt. Medicinsk cannabis virker – bare ikke bedre end placebo, men brugeren oplever effekt. Masser af forskning viser også omvendt noceboeffekten – altså fx at bekymringer om bivirkninger i sig selv skaber bivirkninger. (5)

Et symptom

I engelsk sprog skelner man mellem ”symptoms and signs”, og didaktisk kan det være nyttigt at bruge denne



1. www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/placebo/



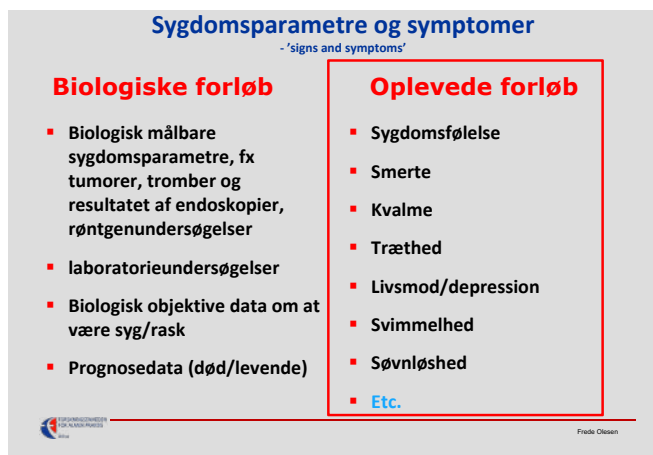
2. <https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/placebo/11226/>



3. <https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/placebo/11953/>



4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33449503/>



Figur 1/

En sygdom er både de oplevede sanser og symptomer og de objektivt påviselige biologiske fejl, men for patienter er symptomoplevelsen ofte det værste.



terminologi. Patienter søger oftest læge pga. symptomer – sjældnere pga. det objektive tegn på sygdom (figur 1). Ofte siger man, at den praktiserende læge er speciallægen i symptomer og i at bringe patienten fra et symptom til en specifik diagnose, som ofte er dokumenteret via klare objektive tegn. Men en del gange standser diagnostikken

ved en "symptomdiagnose" uden klare objektive fund – her har vi også ofte hele gruppen af syndromdiagnoser.

Symptomer – snarere end de objektive fund – er ofte det, patienten forbinder med at være syg. Der kan derfor være grund til at dvæle ved spørgsmålet: "Hvad er et symptom?" Et symptom er en oplevelse, som af hjernen formidles til vores bevidsthed. Netop vedrørende den biologiske generering af symptomoplevelsen er der, som også beskrevet i forrige artikel i serien her (6) i de sidste 10-15 år kommet helt afgørende og radikal ny viden – viden som påpeger hjernens selvstændige rolle i at danne et symptom.

Groft set anså man oprindeligt hjernen som en central relæstation, som modtog signaler fra kroppen og fordelte dem som forskellige bevidste sansoplevelser (figur 2). Især i de sidste 20 år har det stået klart, at den opfattelse var alt for simpel. Hjernen modificerer og bearbejder hele tiden de sansendeindtryk, den modtager; vi ved, at fx oplevelsen af smerte kan afledes, når mor puster på det ømme sted, og den kan også påvirkes af centralt virkende analgetica, og fx kan symptomet angst påvirkes af benzodiazepiner. I ekstreme tilfælde kan hjernen helt spærre for et sansendeindtryk, som fx når soldaten ikke umiddelbart mærker det svære traume (figur 3).

Men vi kender også begrebet fantomsmerter – altså oplagte, bevidste symptomoplevelser, som kommer fra ikke eksisterende sansesteder – hjernens tolkning af ikke eksisterende eller minimale signaler bliver til symptomer. Symptomerne er reelle, men de er produceret i hjernen (se figur 4) (7)

Når der opstår placebo- og noceboeffekter, er det en følge af påvirkninger af hjernens symptommodulerende



Figur 2 /
Den fejlagtige opfattelse af hjernen som en passiv relæstation, der modtager signaler og fordeler signalerne som sansoplevelser.



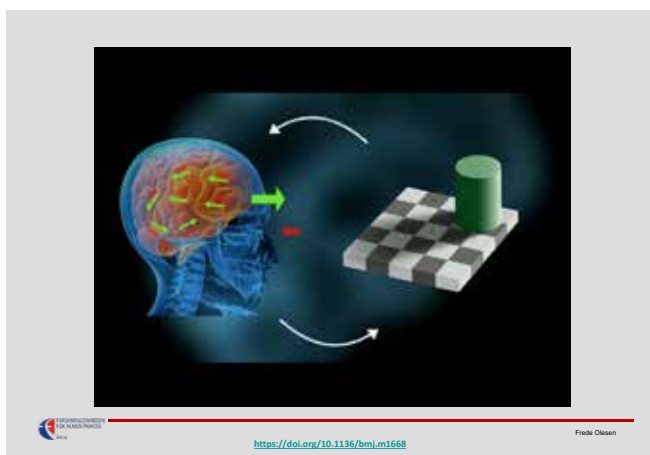
Figur 3 /
Hjernen som signalmodtager, der modtager og bearbejder signaler og evt. forstærker eller reducerer signalerne – den symptommodulerende hjerne. Kan påvirkes fx af morfin og benzodiazepiner.

egenskaber, og forskningen i placebo- og noceboeffekten har vist, i hvor høj grad disse modulerende mekanismer er dynamiske og påvirkelige af udefrakommende stimuli, herunder erfaringer, tidligere indlæring, forventning og læge-patient-relationen og de ritualer, der indgår i et individs omgang med sine interpersonelle og fysiske omgivelser. Hjernen tolker – og evt. mistolker – til stadighed indkommende signaler baseret på dens tidligere erfaring, og det tolkede sanseindtryk er det, vi opfatter. Vi kender fx alle til alvorlige mistolkninger af syns- eller lydsansninger, når vi vandrer i tussmørke eller mørke, eller når vi med sikkerhed mener at have hørt noget andet end det, afsender faktisk sagde.

Patogenesen ved funktionelle lidelser

Vi kender ikke den nøjagtige patogenese ved funktionelle lidelser, og vi mangler rigtig meget viden om de bedste metoder til tidlig intervention og forebyggelse. Jeg vil derfor i det følgende afsnit på helt uvidenskabelig vis, men stærkt inspireret af den indsigt, jeg har fået fra mange års klinik og interesse i moderne placeboforskning, vise min egen metode til tidlig intervention og forebyggelse. Og samtidig vil jeg efterlyse langt mere og videnskabelig korrekt forskning i metoder til tidlig intervention, således som det fx foregår på Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser i Aarhus i samarbejde med Forskningsenheden for Almen Praksis. Forsøg på forebyggelse og tidlig intervention ved truende funktionelle lidelser er et forsømt område sammenlignet med de kolossalt mange midler, der investeres i svært udviklet lidelse.

Min forgænger i almen praksis var en klog, tænksom ældre læge. Engang i



Figur 4 /

Den moderne hjerneopfattelse, hvor signaler modtages, moduleres, men også tolkes, fordi hjernen baseret på sine erfaringer prædikerer og tolker, hvordan et signal skal forstås. Det endeligt oplevede symptom eller sanseindtryk er produktet af en tolkning, som også kan være en fejltolkning. (Rosendal R. Hvordan kan vi forstå funktionel lidelse [3] Centralnervesystemets rolle. Månedsskr aln praksis 2021; 5: 420-28)

mine tidlige år i almen praksis fortalte han om sine erfaringer om læge-patient-samarbejdet: "Hvis din indsats skal lykkes, skal du altid være i stand til at forklare patienten, hvad der sker, på en kort, klar og forståelig måde", sagde han, og så tilføjede han med et glimt i øjet: "Og det gør ikke noget, at det er lidt usandt". Det sidste mente han naturligvis ikke, men han sagde det for at understrege, at forklaringer skal være så simple, at patienten forstår det, der siges. Disse vise ord er nøglen til læge-patient-samarbejdet og nøglen til, at patienten føler sig forstået, og ofte også nøglen til at få et samarbejde i gang om en forandringsproces.

I hele min kliniske karriere mødte jeg naturligvis mange patienter med mange diffuse, ofte uforklarede symptomer, og gang på gang står enhver kliniker ved den korsvej, hvor man for nemmer, at det her lærer patienten enten selv at håndtere. Eller også kan



5. se <https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/placebo/11226/>



6. <https://www.maanedsskriftet.dk/mpl/2021/344/13044/>



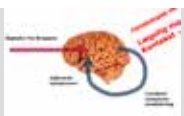
7. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1668>



8. se <https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/placebo/11953/>



Funktionelle lidelser ...



"Du har af en årsag, vi endnu ikke helt forstår fået en forstyrrelse i den måde din hjerne håndterer og filtrerer symptomer på"

"Det er ikke en psykisk sygdom på samme måde som for eksempel sclerose – der også opstår i nervesystemet - ikke en psykisk sygdom"

"Det gode er, at vi kan genoplære hjernen til en mere 'normal' håndtering igen"



Frederik Østergaard

Figur 5 /

En forklaringsmodel, som patienter forstår, når man skal i dialog med dem om tolkningen af mange diffuse og tilsyneladende uforklarlige symptomer.

symptommængden løbe helt løbsk og over tid udvikle sig til funktionelle lidelser, fordi en ond cirkel med uforklarede og angst- og bekymringsprovokerende symptomer blev mere og mere dominerende og selvforstærkende på en måde som beskrevet i figur 4. Til disse patienter indledte jeg ofte en serie på få – og ikke sjældent succesfyldte – forebyggende samtaler med den sætning, der ses i figur 5, og jeg viste en tegning, der ligner figur 2 (figur 5).

» **De centrale processer, som fremkaldte en overhyppighed af symptomer, gav anledning til frigivelse af signalstoffer, som normalt indgår i de neurovegetative signalveje. Hjerne og krop er et hele**

Ikke kun symptomer

Men der er en sten i skoen, når hele forståelsen af funktionelle lidelsers tidlige patogenese beskrives så simpelt som ovenfor. For funktionelle lidelser er mere end blot oplevede symptomer.

Lidelserne har, foruden at forskellige smerte- og træthedssymptomer næsten altid er til stede, også næsten altid flere ledsagende fysiske symptomer, især i relation til det vegetative nervesystem, men også symptomer, der kan associeres til det immunologiske system. Også her giver nogle af de forsøg, der er lavet i moderne placeboforskning, en antydning af forståelige patogenetiske mekanismer.

I neurobiologen Benedettis berømte forsøg med en kunstig social epidemi af højdeinduceret hovedpine hos en række frivillige forsøgspersoner (studerende på samme campus) observerede han noget spændende. (8)

I løbet af ugen efter at én studerende (indekspersonen) var informeret om de forventede symptomer ved eksponering for stor højde i bjergene, nåede denne studerende at "smitte" 36 medstuderende med viden og bekymring om det forestående forsøg, hvor de skulle op i iltfattig bjerg højde med forventede tegn på højdesyge i form af bl.a. hovedpine og kvalme. Langt flere end i kontrolgruppen fik symptomer på højdesyge, men det mest interessante var, at han kunne påvise langt større koncentrationer af smertemedierende transmittere i blod og spyt hos interventionsgruppen, og han kunne påvise en lineær dosis-responskurve, så de, der havde talt hyppigst og mest med indekspersonen, havde de højeste koncentrationer. Med andre ord gav de cerebrale processer, som i første omgang fremkaldte en overhyppighed af symptomer, også anledning til frigivelse af signalstoffer, som normalt indgår i de neurovegetative signalveje. Hjerne og krop er et hele. På samme måde kan patienter med funktionelle symptomer opleve neurovegetative ledsagesymptomer fra især mave-tarm-regionen –

noget, de fleste i.ø. kender i mindre skala, når fx den cerebralt udløste nervøsitet på en eksamensdag ledsages af banal diarré.

Endnu en serie interessante placeboforsøg viser, at krop og sind hænger sammen, og at placebopåvirkning af hjernen også kan påvirke det neurohumorale og immunologiske system.

I et spændende randomiseret studie om desensibilisering af peanuttallergikere var interventionen behandlerens ordvalg. Ved lettere ledsagesymptomer som snue og kløe oplystes til den ene patientgruppe, at det var en normal, men uheldig bivirkning (kontrolgruppe), medens interventionsgruppen i en relationsskabende samtale blev oplyst om, at symptomerne var et godt tegn på effekt af desensibiliseringen. I interventionsgruppen var der mindre angst, lidt færre – dog ikke signifikant – alvorlige reaktioner, men det interessante var påvisning større immunrespons i form af neutraliserende antistoffer. Behandlerens ordvalg moderer behandlingens effekt – noget, som mange praktiserende læger kan nikke genkendende til, og et fænomen, som en engelsk praktiserende læge beskrev i en artikel i BMJ så tidligt som i 1978. (9,10)

I et andet tilsvarende forsøg fik patienter, der var i kemoterapi med cyklosporin A, i første del af forsøget sammen med det aktive kemoterapeutikum en ledsagende særligt farvet og særligt smagende placebodrik. I et efterfølgende forsøg fik de alene placebodrikken. Alligevel så man også i denne gruppe en klar biologisk effekt vurderet på målte cytokininer og på t-cellepons. Både dette studie og en lang række andre studier, der viser, hvordan placebo kan påvirke det neurohumorale og immunologiske system, omtales i en oversigt af Benedetti et al. i 2010 i Nature med tit-

len "How Placebos Change the Patient's Brain" (11), og en tilsvarende opdateret oversigt findes i et omfattende review med titlen "Neurobiology of the Placebo Effect" fra 2018. (12)

I disse covid-tider kan der som et kuriosum også være grund til at minde om forsøget, som viste bedre immunrespons af vaccination hos de patienter, som i et prospektivt kohortestudie på vaccinationsdagen udviste mindst stress og bedst humør. (13)

Hele denne forskning om placebo- og nocebopåvirkning af neurovegetative og immunologiske mekanismer er næppe endnu så solide, at de ikke skal tages med forbehold, når talen er om funktionelle lidelser, fordi langt de fleste forsøg omhandler modulering af smerte. Men de viser, at de cerebrale biologiske mekanismer, der er i spil ved placebovirkninger – og som formentlig er af samme art som symptommodulering og symptomgenerering i funktionelle lidelser – kan øve afgørende indflydelse på kroppens øvrige normale homeostase-mekanismer.

Afslutning

I forrige artikel i denne serie viste Marianne Rosendal, hvordan et symptom er et sanset slutprodukt, der er opstået som følge af et eksternt sanseindtryk og hjernens prædiktions af, hvordan sanseindtrykket skal fortolkes. Placebo- og ikke mindst noceboforskningen har på afgørende vis igen og igen vist, at hjernens prædiktionsmodeller er modificerbare, og at det endelige symptom derfor kan påvirkes. De senere års placeboforskning har også vist, at sanseindtryk via immunologiske reaktioner og reaktioner i det autonome nervesystem også modererer og påvirker den samlede kropsfysiologi. Det giver alt i alt brikker til forståelse af et



9. se BJGP 2015: <https://doi.org/10.3399/bjgp15X683017>



10. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2213219819300753>



11. <https://www.nature.com/articles/npp201081>



12. <https://www.elsevier.com/books/book-series/international-review-of-neurobiology>



13. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159117304233>



14. <https://journals.physiology.org/doi/pdf/10.1152/physrev.00043.2012>



symptoms natur og til forståelse af funktionelle lidelsers patogenese og patofysiologi og dermed forståelse af, hvorfor patienter med disse symptomer er syge i betydningen, at kroppens

» **Set fra et almenmedicinsk synspunkt er placebo- og noceboforskningen – eller rettere forskningen om "behandleren som medikament" – interessant, fordi den forklarer så mange af de observationer, man gør i daglig klinik**

normale fysiologi er forstyrret med deraf følgende funktionshæmning.

Set fra et almenmedicinsk synspunkt er placebo- og noceboforskning-

gen – eller rettere forskningen om "behandleren som medikament" – interessant, fordi den forklarer så mange af de observationer, man gør i daglig klinik. Som illustreret ovenfor kan vi gennemskue, hvorfor så mange patienter er glade for alternativ behandling med disse behandlings ritualer, forsimplede forklaringer og pseudopræparater, der doseres med overbevisning; vi forstår, at indgreb i sig selv kan være et terapeutikum; vi forstår de rasende diskussioner om cannabiseffekten; men især forstår vi mange af de forløb, vi ser i daglig klinik, fx når et præparatskift blandt synonyme præparater kan give anledning til dramatisk effekt, og det samme gælder mange andre daglige kliniske observationer. (14)



HOVEDBUDSKABER

1. Symptomer – snarere end de objektive fund – er ofte det, patienten forbinder med at være syg. Et symptom er en oplevelse, som af hjernen formidles til vores bevidsthed, og ny viden viser, at hjernen har en selvstændig og påvirkelig rolle i at danne og fortolke et symptom og i graden af et symptoms styrke. Hjernen er symptommodulerende.
2. Fra et almenmedicinsk synspunkt er nocebo- og placeboforskningen – eller rettere forskningen om "behandleren som medikament" – interessant, fordi den forklarer så mange af de observationer, man gør i daglig klinik. Men forståelsen af mekanismerne bag placebo- og noceboeffekten kan også øve afgørende bidrag til at forstå patogenesen ved funktionelle lidelser.
3. Når der opstår placebo- og noceboeffekter, er det en følge af påvirkninger af hjernens symptommodulerende egenskaber. Disse modulerende mekanismer er dynamiske og påvirkelige af udefrakommende stimuli, herunder erfaringer, tidligere indlæring, forventning og læge-patient-relationen og de ritualer, der indgår i et individs omgang med sine interpersonelle og fysiske omgivelser. Hjernen tolker – og evt. mistolker – til stadighed indkommende signaler baseret på dens tidligere erfaring, og det tolkede sanseindtryk er det, vi opfatter.
4. Symptomer giver ofte anledning til frigivelse af signalstoffer, som normalt indgår i de neurovegetative signalveje eller i funktionen af vores komplekse immunsystem. Et oplevet symptom kan give målbare somatiske følgevirkninger – målbare følger, som vi normalt ser det ved klas-siske somatiske symptomer og sygdomme.
5. Styrken og tolkningen af et symptom og dets somatiske følgevirkninger kan påvirkes ved klinisk intervention fx med samtaleterapi.

Fra et behandlingssynspunkt er det endvidere blevet klart, at de fortolkningsmodeller, som vores sanseapparat ubevidst bruger, når symptomer præsenteres for centralnervesystemet, er tilgængelige for varige forbedringer gennem nonmedikamentel terapi. Hjernen er i sin funktion langt mere plastisk og forandringstilgængelig, end man tidligere troede.

De senere års forskning har bragt vores indsigt meget fremad, men spørgsmålet er, om ikke tiden er kommet, hvor både de, der planlægger sundhedsvæsenet, og den kliniske verden skal drage konsekvensen af denne indsigt.

Man må derfor håbe på et betydeligt mere intensivt samarbejde mellem forskellige forskningsgrene inden for neurovidenskaberne i fremtiden, uanset om forskerne kommer fra medicin, psykologi, biologi eller antropologi. Den forskning bør inkludere samarbejde mellem forskere, der har forskellig uddannelse, og som udøver forskellige

terapiformer. De mange terapiformer og de mange specialer prøver formentlig alle at påvirke den samme klasse af grundlæggende biologiske processer.

Vi har i de senere år på sygehuse og i sygehusplanlægning set en meget betænkelig og potentielt kontraproduktiv udvikling af dele af både forskningen og behandlingen. Vi har fået flere siloopdelte centre for disse patienter, fx smertecentre, centre for kronisk træthed, HPV-centre osv. Der er ikke behov for flere knopskydninger med fokus på hver sit symptom eller syndrom. Der er behov for, at der i hver region oprettes fælles centre for symptomforskning og for symptombehandling, og bemanningen af disse forskningsforpligtede behandlingscentre skal være tværfaglig med specialister fra de mange professioner og subspecialer inklusive almen medicin, som nu arbejder med symptomforståelse.

Interessekonflikter: *ingen angivet*



Funktionel lidelse: en diagnostisk udfordring

Det er en vanskelig, men vigtig opgave at få stillet diagnosen funktionel lidelse. Her præsenteres to illustrative forløb med relevant henvisning til teori.

Af / Marianne Rosendal
og Klaus Hansen

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.funktionelidelser.dk og på www.dasefu.dk. I denne artikel træder vi et skridt tilbage og ser på patienter, der blot henvender sig med symptomer. De henvender sig måske gentagne gange, fordi deres symptomer ikke går væk af sig selv, men det er endnu

uklart, hvorfor symptomerne er til stede. Når du ser en patient tidligt i et sygdomsforløb, er det som at køre bil i bjergene en tåget morgen. Det er svært at se, hvad der sker om 100 m, om der kommer et sving, og hvad retning det tager. Det er en god idé at holde alle sanser åbne – og at sænke farten!

For at illustrere disse forløb åbner vi nu døren til lægens konsultation og møder to forskellige patienter, hvor vi endnu ikke ved, hvad deres symptomer skyldes.

Anne, 25 år

Anne henvender sig med smerter fra underlivet. Hun fortæller, at hun fornemmer, at huden på skamlæberne er som "råt kød". Det svier og brænder, og det har været sådan i 3 uger. Hun har ikke haft noget lignende før, men hun fortæller, at hun i samme periode har følt sig træt, plaget af triste tanker og har det svært ved social kontakt. Hun har haft menstruation for 2 uger siden,



Kontakt / marose@rm.dk

Biografi / 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. Hun er desuden forperson for Dansk Selskab for Funktionelle Lidelser (www.dasefu.dk).

Klaus Hansen er praktiserende læge i Odense og står for undervisningen i "Kommunikation og funktionelle lidelser" på Specialeuddannelsen for Almen Medicin i Odense.





har fast kæreste, og de bruger kondom som prævention.

Objektivt findes normal GU. Det "rå kød" på skamlæberne ser faktisk normalt ud. Der er muligvis lidt svamp, men ikke nok til at forklare den udtalte brænden og svien, synes du. Hun giver klart udtryk for ubehag, når du berører skamlæberne. Du poder for klamydia og gonorré, og hun afleverer også en urinprøve til urinstiks og U-HCG. Du forklarer, at den gynækologiske undersøgelse egentlig er normal, og nu skal I jo vente på prøvesvarene. Samtidig påtaler du, at hendes reaktion på berøring var kraftigere, end du ville forvente.

Hvilke diagnoser overvejer du nu?

Claus, 49 år

Claus henvender sig med smerter i hænder og knæ. Han har arbejdet som elektriker i 27 år. Der har tidligere været enkelte kortvarige sygdomsmeldinger pga. smerter fra bevægeapparatet. "Har jeg gigt?", spørger han. "For det havde min

mor nemlig". Undervejs fortæller han også, at det er lidt svært derhjemme for tiden. Hans to teenagebørn er "ustyrlige", og konen er frustreret. I aftaler, at der skal tages blodprøver, og du bestiller røntgenbilleder af hænder og knæ – og så skal I ses igen.

Hvilke diagnoser overvejer du nu?

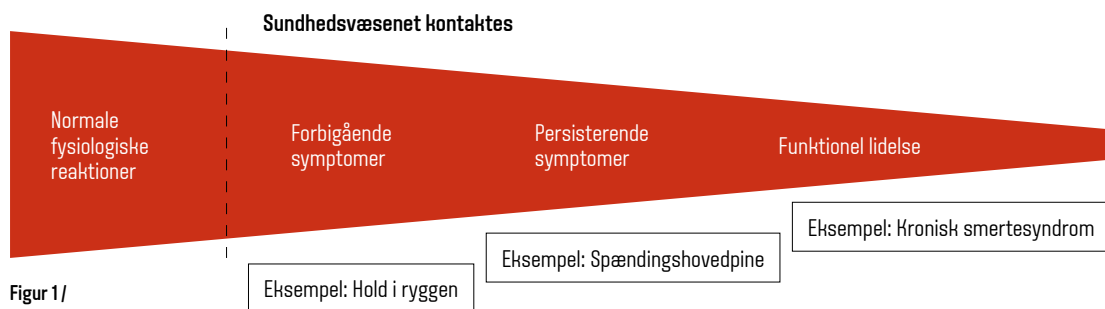
Teori

Oplevelsen af symptomer kan have meget forskellig sværhedsgrad og beskrives derfor som et symptomsspektrum uden klart definerede skel (figur 1). I den ene ende oplever vi alle fysiologiske reaktioner fx ved nervøsitet før en betydningsfuld præstation. Det er symptomer, som meget hurtigt forsvinder igen, og som er kendte for individet. En stor gruppe oplever symptomer, der kan give anledning til bekymring eller behov for kortvarig behandling, hvorfor de søger hjælp hos bl.a. egen læge. Fra en stor, dansk befolkningsundersøgelse ved vi, at mange

Foto 1/

Når du ser en patient tidligt i et sygdomsforløb, er det som at køre bil i bjergene en tåget morgen. Det er svært at se, hvad der sker om 100 m, om der kommer et sving, og hvad retning det tager. Det er en god idé at holde alle sanser åbne – og at sænke farten!

Foto: Colourbox



Figur 1/
Symptomspektret.

danskere oplever et eller flere af følgende symptomer inden for en måned: træthed (50 %), hovedpine (37 %), rygsmerter (32 %), oppustethed (30 %) og mavesmerter (20 %) (1). Det er således almindeligt at mærke signaler fra kroppen, men også almindeligt, at de kommer og går. Problemet opstår, når symptomerne varer ved og i sjældne tilfælde udvikler sig til en svær sygdom i form af en funktionel lidelse.

Når vi første gang møder Anne og Claus, vidner varighed og funktionspåvirkning om, at vi måske er i den "lette ende" af spektret, og forløbet over tid bliver en vigtig diagnostisk faktor. Vi holder alle muligheder åbne og afventer, hvad der sker i næste konsultation.

2. konsultation med Anne

Anne kommer til svar på prøverne, som alle viser sig at være normale. Dvs. urinstiksen var blank, U-HCG var negativ, og test for klamydia og gonorré ligeledes negativ. Anne fortæller nu, at hun for cirka tre måneder siden har været udsat for ubehagelige seksuelle tilnærmelser på vej hjem fra en bytur. Hun har skammet sig over "overgrebet". Hun var nok blevet lidt for fuld, og så "er man jo et let offer", som hun forklarer. Hun fortæller også, at hun er begyndt at døje med hovedpine, træthed og lidt koncentrationsbesvær. I øv-

rigt gik hun i folkeskolen til psykolog, fordi hun havde svært ved at få venner og indimellem blev drillet. Hun kalder det ikke mobning. Smerterne i underlivet er uændrede. Du beslutter dig for at introducere den bio-psyko-sociale sygdomsmodel og forklarer, at dét, hun fejler i sit underliv, kunne hænge sammen med det seksuelle overgreb, hun har været udsat for. I beslutter sammen, at der skal skrives henvisning til psykolog og samtidig ses an i forhold til underlivssmerterne.

Men Anne kommer igen. Der går en uge, og så står hendes navn igen på dit program. Nu går den ikke længere med det svien og brænden: "Du må gøre noget". Igen er GU'en påfaldende normal, og reaktionen på berøring uændret voldsom. Der er ikke egentlig vaginisme. Hun presser på for at få en vurdering hos gynækolog, og du skriver en henvisning. Det lykkes hende efterfølgende at få en afbudstid hos gynækolog, så allerede en uge efter står hun igen på programmet. Gynækologen havde sagt, at "hun fejlede ikke noget med det underliv".

Anne har imidlertid selv googlet sig frem til, at hun har symptomer på infektion med ureaplasma urealyticum. Du spørger til hendes opfattelse og tanker omkring den bio-psyko-sociale sygdomsmodel, og hun er ikke afvisen-

de. Hun har bare en klar fornemmelse af, at der er noget "andet" galt også. Du poder.

Hvilke diagnoser overvejer du nu?

2. konsultation med Claus

3 uger senere er der kommet svar på undersøgelserne, og der er ingen abnorme fund. I mellemtiden har Claus fået mere ondt. Han beskriver også en vis form for morgenstivhed i leddene og synes, at leddene hæver lidt op indimellem. I aftaler, at Claus skal vurderes hos en reumatolog. Hans funktionsevne er tiltagende påvirket, og måske er han truet i sit erhverv.

Hvilke diagnoser overvejer du nu?

Teori

Det tager tid at stille en diagnose, og i den tid er det vigtigt at holde alle døre

åbne, eller sagt på en anden måde: at kunne ride på flere heste samtidig! Der kan være biologiske, psykologiske, sociale og eksistentielle forhold, der spiller ind – og ofte er årsager en kompleks blanding af disse faktorer. Når det gælder symptomer, er der tre spor, det er vigtigt for os som læger at tænke i og udrede parallelt og ligeværdigt:

- Somatisk sygdom
- Funktionel lidelse
- Psykisk lidelse.

Dels kan symptomer være tegn på en alvorlig lidelse i et af sporene, dels kan der være flere sygdomme i spil på én gang. Vi skal huske, at diagnoser blot er "kasser" skabt af os, og at sygdomsbilleder ikke altid passer præcist heri. Ikke desto mindre er det vigtigt, at vi

Foto 2 /

Når det gælder symptomer, er der tre spor, det er vigtigt for os som læger at tænke i og udrede parallelt og ligeværdigt: somatisk sygdom, funktionel lidelse og psykisk lidelse.

Foto: Colourbox





kender kasserne og kan relatere symptomerne til de mønstre, vores diagnostiske kriterier beskriver. Nogle gange er der et tydeligt mønster, hvor vi måske vurderer, at der er en høj sandsynlighed for, at symptomerne kan skyldes en funktionel lidelse (se artikel fra april 2021, side 274-284). Mønsteret er her, at patienten har mange og vage symptomer fra forskellige steder i kroppen. Billedligt talt er det som et motiv, kameraet har svært ved at stille skarpt på. Derfor kan vi vælge at give dette spor mere plads, mens de øvrige spor udredes i et omfang, der er tilstrækkeligt til at udelukke vigtige og relevante differentialdiagnoser. Andre gange er der ikke så tydeligt et mønster; tågen på vejen er tykkere, og vi må i højere grad forfølge alle tre spor ligeværdigt.

Ud over at vi sikrer den diagnostiske udredning, vil det også være givende at dele vores tanker med patienten. Patienten har ofte henvendt sig til praksis pga. bekymring for sygdom, men langt de fleste har mange forskellige tanker

» **Nogle gange er der et tydeligt mønster, hvor vi måske vurderer, at der er en høj sandsynlighed for, at symptomerne kan skyldes en funktionel lidelse.. Mønsteret er her, at patienten har mange og vage symptomer fra forskellige steder i kroppen.**

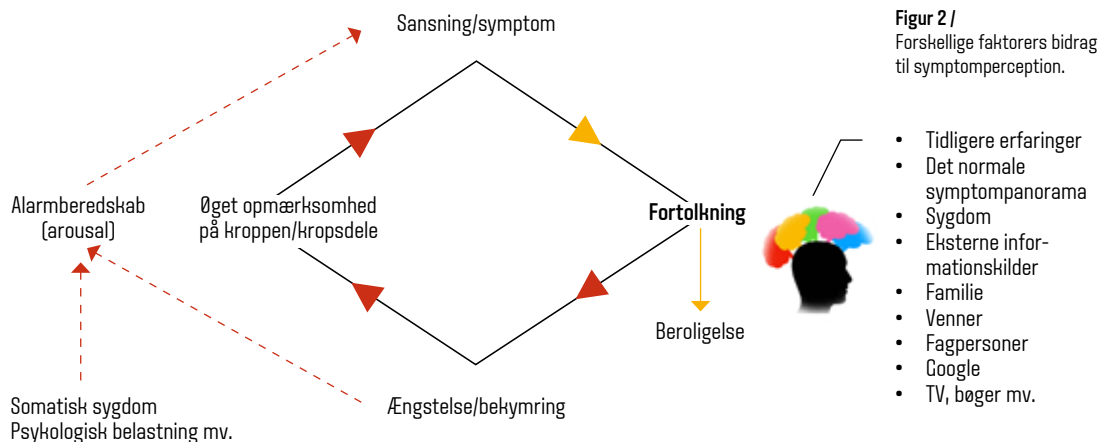
om årsager til deres symptomer (2), og det letter kommunikationen hele vejen igennem, når lægen er åben og transparent i forhold til sine overvejelser.

Det gør en stor forskel, hvis vi i dialogen med patienten også kan inddrage patientens egen forståelse af symptomerne og forventninger til, hvad de

bringer med sig. Et yderst vigtigt omdrejningspunkt er patientens egne fortolkninger af symptomerne (figur 2). Når vi oplever noget i kroppen, er vores fortolkning afgørende for, om vi føler os trygge ved det og beroliges, eller vi bliver bekymrede og dermed starter en kaskade af utryghed, tilbagevendende tjek af kroppen og angstbettinget arousal, som igen skaber flere symptomer. I værste fald kan der måske opstå en alvorlig ubalance i vores centralnervesystem som beskrevet i artiklen om funktionel lidelse i juni 2021, side 420-28.

Der er mange faktorer, der spiller ind på vores symptomoplevelser. Som beskrevet i artiklen i juni vil tidligere erfaringer påvirke nervesystemets håndtering af signaler allerede på et ubevidst plan. Det kan både dreje sig om tidligere erfaringer med "ubetydelige" signaler (det normale symptompanorama) og med symptomer i relation til sygdom som fx influenza. Det handler primært om tidligere erfaringer i egen krop, men også symptomer og sygdomsforløb hos ens nærmeste kan bidrage til de indarbejdede erfaringer. Fortolkningen af symptomoplevelserne påvirkes ydermere af en række eksterne faktorer som fx information fra internettet, aviser, venner eller fra egen læge. Endelig vil hele forløbet af symptomperceptionen være under ubevidst indflydelse af evt. samtidig fysisk eller psykisk sygdom samt af arv og opvækst (risikofaktorer, maj og juni side 354-61 og 420-28). Det er værd at være opmærksom på, at patienterne vil have en forskellig bekymringstærskel, så nogle har en meget letvakt bekymringstendens, mens andre savner denne og måske har for lidt egenomsorg.

Fra studier af piskesmældsskader ved vi også, at det har stor betydning,



hvad patienter forventer af fremtiden. I et af disse studier sammenlignede man ca. 1.000 patienters funktionsniveau efter et halvt år i forhold til deres forventning til helbredelse på skadestidspunktet. Man fandt, efter justering for symptomernes alvorlighedsgrad, at der var en OR på 4,2 mellem positive versus negative forventninger (3). Forventningers betydning kendes også fra placeboforskning, som det er beskrevet i en artikel fra august i denne serie, side 540-47. Samtidig med at vi udredde og/eller følger patienten, har det således også betydning, at vi har fokus på at understøtte positive forventninger til forløbet.

Opfølgning på Anne

Svaret kommer 10 dage efter; der er påvist ureaplasma urealyticum! Da du ikke er bekendt med behandlingen af denne infektion, konfererer du med den lokale mikrobiologiske afdeling, og behandling startes.

Hvilke tanker gør du dig om forløbet?

4 uger senere booker hun selv tid til opfølgning. Svien, brænden og fornemmelse af "råt kød" er væk, og du stikker

en finger i jorden omkring hendes opfattelse af det bio-psyko-sociale samspil. Hun svarer, at hun er glad for forklaringen omkring kroppens produktion af symptomer, fordi det har hjulpet hende med at forstå, at der kan være flere forklaringer i spil.

Opfølgning Claus

En måned senere får du i en e-kons besked fra Claus om, at han har sygemeldt sig. Han har ondt i knæ og hænd og har nu også fået hjertebanken og indimellem åndenød. Han er tiltagende træt og oplever, at det er blevet sværere at koncentrere sig. Han synes også, at han husker dårligere.

Efter to måneder har Claus været til vurdering hos reumatologen. Der blev ikke fundet holdepunkter for "inflammatorisk led- eller bindevævssygdom". Claus er stadig sygemeldt, og han beskriver en stresset hverdag med skiftende opgaver, der er svære at færdiggøre, før den næste venter på ham. Han er i tvivl, om han kan blive ved med at holde til jobbet. Du har modtaget en attest om sygedagpengeopfølgning (LÆ285).

Hvilke tanker gør du dig om forløbet?



Differentialdiagnostiske overvejelser i forhold til funktionel lidelse

I sporet somatisk sygdom bør man have en særlig opmærksomhed på sygdomme med multiple og/eller uspeci-

et hurtigt overblik over, om der er tegn på depression, angst, helbredsangst eller alkoholmisbrug.

Specifikt i forhold til helbredsangst adskiller den sig fra funktionel lidelse ved at være en angstlidelse. Den behandles ud fra samme principper som andre angstlidelser, men nogle steder i samme regi som funktionel lidelse, fordi patienten har så meget fokus på kropslige symptomer. Der kan også være overlap mellem angst og funktionel lidelse, især i de tidlige faser, som vi ser i almen praksis. Patienter med helbredsangst er karakteriseret ved at være funktionspåvirket af deres tanker (og ikke symptomerne i sig selv). Symptomerne eller almindelige kropslige signaler giver blot startskuddet til, at tankerne begynder at køre i ring, og patienten bliver fanget i grublerier (ruminationer) og øget opmærksomhed på kroppen. Patienter med helbredsangst kan kun med stort besvær stoppe disse ruminationer.

Afslutning

Vi håber, at denne og de foregående artikler har givet et godt indblik i, hvordan vi aktuelt kan forstå vedvarende symptomer og funktionelle lidelser og dermed give et godt afsæt for en kon-

» Tænk bio-psyko-socialt-eksistentielt

fikke symptomer. Derfor anbefales det at overveje udredning for følgende sygdomme: stofskiftelidelse, dissemineret sclerose, hyperparathyreoidisme, binyrebarkinsufficiens/Addisons sygdom, akut intermitterende porfyri, Parkinsons sygdom, myastenia gravis, AIDS, borreliose, systemisk lupus erythematosus og andre bindevævssygdomme (4). Afhængig af patientens symptom billede kan også andre sygdomme være relevante at tage i betragtning. Mønstret ved en række somatiske sygdomme adskiller sig typisk fra funktionel lidelse som anført i tabel 1.

Mange psykiatriske lidelser debuterer med fysiske symptomer, hvorfor det også er vigtigt at udrede for disse. Her kan anbefales at bruge screeningsværktøjet Common Mental Disorder Questionnaire (CMDQ), der giver

Tabel 1 / Karakteristika for symptomer ved somatisk sygdom.

- Få og specifikke symptomer
- Karakteristiske symptomer eller symptom mønstre
- Konstant symptomlokalisering
- Tydelig variation i intensitet med få lindrende eller forværrende faktorer
- Hovedklage kan identificeres
- Beskrivelsen er klar
- Effekt af specifik behandling



struktiv dialog med patienten. De kommende artikler vil tage hul på, hvordan vi som fagprofessionelle kan blive bedre til at imødekomme patienternes behov i forhold til mestring af symptomer og de mange udfordringer, der følger med.

Referencer

1. Elnegaard S, Andersen RS, Pedersen AF, Larsen PV, Sondergaard J, Rasmussen S, et al. Self-reported symptoms and healthcare seeking in the general population--exploring "The Symptom Iceberg". BMC Public Health. 2015;15:685.
2. Risor MB. Illness explanations among patients with medically unexplained symptoms: different idioms for different contexts. Health (London). 2009;13(5):505-21.
3. Holm LW, Carroll LJ, Cassidy JD, Skillgate E, Ahlbom A. Expectations for recovery important in the prognosis of whiplash injuries. PLoS Med. 2008;5(5):e105.
4. Rosendal M, Christensen KS, Agersnap L, Fink P, Nielsen CV. Funktionelle lidelser. Klinisk vejledning for almen praksis. København: DSAM; 2013. 1-72 p.

HOVEDBUDSKABER

1. Konkluder ikke for tidligt, når patienten præsenterer symptomer.
2. Åbn flere mulige spor tidligt i forløbet.
3. Forklar patienten i store træk, hvordan du arbejder.
4. Tænk bio-psyko-socialt-eksistentielt.





I grænselandet mellem symptom og funktionel lidelse: Hvad er der behov for, når patientens symptomer varer ved?

Hvornår har en patient et vedvarende symptom, og hvornår har patienten en decideret funktionel lidelse? Hvad er op og ned, og hvad kan den praktiserende læge egentlig gøre for at hjælpe sin patient videre, når lægen er i tvivl? Artiklen her belyser problemstillingen ud fra en kvalitativ undersøgelse og et internetbaseret selvhjælpsprogram.

Af / Mette Trøllund Rask
& 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.

Begrebet grænseland står centralt, når vi taler om vedvarende symptomer og funktionel lidelse. En interviewundersøgelse blandt patienter med længerevarende symptomer og deres praktiserende læger tegnede dette billede:

"Så for mig at se er det enormt vigtigt, at vi som fagpersoner, og der mener jeg hele vejen rundt i virkeligheden, tænker det som en lige så reel differentialdiagnose som en psykisk lidelse og som en fysisk lidelse. Men at det ligger der i grænselandet." (Læge 1)



Kontakt / MERASK@rm.dk



Biografi / Mette Trøllund Rask er cand.scient.san., ph.d. og arbejder som seniorforsker ved Funktionelle Lidelser, Aarhus Universitetshospital.

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. Hun er desuden forperson for Dansk Selskab for Funktionelle Lidelser (www.dasefu.dk).

Ikke kun grænselandet mellem fysisk og psykisk trådte frem, men også grænselandet mellem usikkerhed og vished, mellem for tidligt og for sent, mellem at kunne gøre noget og intet have at tilbyde og mellem håb og håbløshed (1).

Undersøgelsen af praktiserende læger og deres patienter havde til formål at bidrage til udviklingen af et internet-baseret selvhjælpsprogram til patienter med længerevarende symptomer ved at kortlægge lægers og patienters behov, når patienter i højere grad skal støttes i selv at mestre deres symptomer. I denne artikel vil vi gerne dele lægernes og patienternes erfaringer som bidrag til refleksion over egen praksis. Sidst i artiklen vender vi tilbage til selvhjælpsprogrammet "Mine Symptomer".

Seks praktiserende læger og 14 patienter deltog i interviewundersøgelsen.

Fjorten patienter og seks praktiserende læger deltog i interviewundersøgelsen. De deltagende læger repræsenterede kompagniskabs- og samarbejdspraksis, der var læger fra både land og by og læger med og uden særlig interesse i længerevarende symptomer og eHealth-løsninger. De deltagende læger inviterede nogle af deres egne patienter til at deltage i undersøgelsen. For at deltage skulle patienterne være 18-65 år, have haft symptomer gennem minimum tre måneder og have mindst fire generende symptomer målt med BDS-symptomtjeklisten (2) (se også artikel fra april 2021).

Bring længerevarende symptomer på banen tidligt og tilbyd en forklaring

Patienterne efterspurgte en tidlig og

helhedsorienteret forklaring på deres symptomer. Adspurgt til, hvornår deres symptomer var startet, refererede mange patienter til et tidspunkt i livet, hvor de havde været belastede. Det kunne være som følge af livsomstændigheder som et stort arbejdspress, at være forælder til små børn eller at være i en midtvejskrise. Det kunne også være som følge af store livsomvæltninger i form af skilsmisse, en ulykke eller tabet af en nærtstående.

Selvom patienterne oplevede, at stress og belastninger havde betydning for deres symptomer, oplevede de færreste, at det blev italesat af deres læge:

"En lille ny, nyt hus, det med maven og kan jeg passe mit arbejde? Du ved, så begynder det at køre, og det er så det, jeg skal lære at styre. Og der tænker jeg, at min læge ville have kunnet hjælpe mig, hvis hun noget tidligere havde snakket med mig om det og havde spurgt, hvordan jeg egentlig havde det." (Patient, 33 år)

Generelt efterspurgte patienterne, at det tidligere i deres forløb var blevet italesat, at deres symptomer var længerevarende symptomer, og at de havde fået en mere bio-psyko-social forklaring på symptomerne. De deltagende læger var opmærksomme på, at risikoen for længerevarende symptomer eller funktionel lidelse skal introduceres tidligt, men behovet for vished varierede blandt lægerne. Mens nogle





betragtede funktionel lidelse som en differentialdiagnose på linje med somatiske og psykiatriske lidelser (se artiklens indledende citat), betragtede andre det som en diagnose, der først kunne anvendes, når andre potentielle forklaringer var udelukket:

"Det er vigtigt, at de er kommet et godt stykke hen i deres forløb, før de er klar til at høre om funktionel lidelse. Der er mange andre mere vigtige ting, de skal have styr på først som cancer, hjertekar-sygdomme og alle de kronikerområder, vi møder her i almen praksis." (Læge 6)

Flere patienter reflekterede også over det rette tidspunkt for at få information om, at symptomerne måske kunne skyldes en funktionel lidelse, og timingen var afgørende; først og fremmest var der behov for, at alvorlig sygdom var udelukket:

"Men hvis det var blevet introduceret for mig første gang, jeg fik det med mit hjerte i forbindelse med, at min far døde for 10 år siden, det ved jeg ikke, om jeg

Håndtér usikkerheden

Selvom mange af patienterne var åbne for en multifaktoriel forklaring af deres symptomer og så stress som en betydende faktor for symptomerne, var flere alligevel usikre på, om deres symptomer udelukkende skyldtes stress eller nærmere en underliggende og endnu ikke diagnosticeret sygdom. Det fik flere til at udtrykke et behov for yderligere undersøgelser:

"Vi må simpelthen finde ud af, hvorfor jeg har så ondt i min ryg. Og jeg har virkelig svært ved at tro på, at det er noget psykisk. Så noget mere udredning vil jeg gerne have. For så kan vi udrede, at der ikke er noget galt, og så må vi tage den derfra." (Patient, 32 år)

Patienterne havde generelt været igennem adskillige tests og undersøgelser, og flere patienter var afklarede med, at deres symptomer ikke skyldtes en underliggende sygdom. Ændringer i symptomerne som fx øgede smerter eller nyttilkomne symptomer kunne alligevel være en kilde til stor frygt, og her havde den praktiserende læge en vigtig rolle i at berolige patienten. Flere af lægerne søgte at berolige patienterne gennem yderligere undersøgelser:

"Og man ved jo også godt med sig selv, at nogen gange så sender man patienter til en undersøgelse bare for at blive bekræftet i, at det er normalt, og man har en helt klar forventning om, at det er normalt i de blodprøver og de UL scanninger, men så er patienten ligesom beroliget i større grad, fordi man rent faktisk har set efter, at der ikke er noget." (Læge 2)

Ingen af lægerne gav udtryk for stor usikkerhed i forhold til at afklare læn-gerevarende symptomer eller funktionel lidelse. Det var i stedet frygten for at overse en alvorlig sygdom, der kunne få lægerne til at henvise patienterne til yderligere udredning. Samtidig

» Patienterne efterspurgte lægens hjælp til konkrete og effektive strategier til at mestre symptomerne

ville have været klar til. Jeg ville jo være sikker på, at der ikke var noget med mit hjerte." (Patient, 58 år)

Ud over at den diagnostiske afklaring og usikkerhed havde betydning for både patienten og den enkelte læges tilgang til hhv. at modtage information og at give information om funktionel lidelse, var risikoen for at blive afvist af patienten eller ødelægge læge-patient-forholdet en barriere for lægernes introduktion af emnet.

var de dog bevidste om, at det kunne være med til at fastholde patientens bekymringer:

"Jeg tror, det er et stort problem, at vi som læger sender patienterne rundt i systemet, fordi vi ikke kan få det sagt, at vi ikke tror, vi kan finde en årsag. Og patienterne bliver egentlig bare mere nervøse af, at vi bliver ved med at lede." (Læge 4)

Uanset om omfattende tests og undersøgelser blev udført, fordi patienten efterspurgte det, eller de blev foretaget på den praktiserende læges foranledning, så bidrog normale fund i sig selv hverken til en bedre symptomforståelse eller til normalisering af symptomerne på den lange bane.

Tilbyd konkrete redskaber til håndtering af symptomer

Patienterne oplevede, at der på internettet og i deres omgangskreds var mange velmenende råd til, hvordan de skulle håndtere deres symptomer; råd, der ikke var til stor hjælp, men i stedet skabte usikkerhed og forvirring. Patienterne efterspurgte lægens hjælp til konkrete og effektive strategier til at mestre symptomerne. Men også her blev lægens råd for generelle og for lidt konkrete, og det bidrog yderligere til usikkerhed:

"Det er nemt at sige hvil dig, gør noget du bliver glad af. Ja! Men hvad er det præcis, jeg skal gøre? Det hjælper mig, at der nogen der siger noget konkret, som jeg kan forholde mig til, så det ikke hele tiden er mig selv, der skal mærke efter [...] OG så den der med meget mere detaljeret information om hvad det betyder at hvile sig og lave noget, der er rart. Og hvad er det, du skal mærke efter?" (Patient, 56 år)

Den praktiserende læge var vigtig for alle patienterne; som en autoritet, man kunne have tillid til, og som en sparringspartner, der kunne hjælpe med at skelne symptomer fra alvorlig

sygdom. Forud for interviewundersøgelsen udfyldte patienterne BDS-symptomtjeklisten. Flere patienter oplevede, at det havde været hjælpsomt. Symptomregistreringen gav dem et visuelt og præcist overblik over deres symptomer. En patient udtrykte lettelse over at have et sted at "parkere" sine symptomer, så vedkommende ikke længere skulle gå og monitorere sin krop og huske på symptomerne:

"Det er jo en form for ruminering, hvor man hele tiden går og opsummerer sine symptomer, og går og husker på dem. [...] Og det er jo bare rart at vide, at nu har lægen alle symptomerne, og så er det lægens job at finde ud af, hvad jeg fejler. Nu har jeg gjort min del, og så er resten hans ansvar." (Patient, 39 år)

Deltagende læger med særlig interesse i længerevarende symptomer og funktionel lidelse gav udtryk for, at de håndterede patienterne ved at tilbyde dem en multifaktoriel forklaring på deres symptomer og ved at anvende de redskaber, de allerede havde ved hånden (fx skemaer til aktivitetsregistrering og symptommonitorering). Samtidig brugte de kontinuitet og opfølgende konsultationer som en bevidst håndteringsstrategi. Andre læger efterspurgte mere specifikke og lettilgængelige redskaber og følte sig begrænsede af manglende tilbud til patienterne:

"Og andre gange så afslutter man dem jo også bare. Og så går de jo egentlig for lud og koldt vand, for de bliver jo egentlig afsluttet fordi, jamen der er jo ikke fundet noget. Og så har jeg jo ikke umiddelbart noget tilbud til dem." (Læge 6)

Giv håb

Flere patienter beskrev en følelse af håbløshed over deres situation. De bekymrede sig for, hvordan deres symptomer ville påvirke deres fremtid, om



Illustration 1-4 /
Fra programmet
"Mine symptomer"

de ville være i stand til at fortsætte arbejdet, tage sig af deres familie, og om de ville skulle leve med symptomer resten af livet. Nogle patienter oplevede, at deres læge og andet sundhedspersonale fokuserede alt for meget på accept og på at lære at leve med symptomer i stedet for at finde årsagen til symptomerne.

For patienterne generelt var det vigtigt at bevare håbet og troen på, at de kunne få det bedre. Mange patienter udtrykte et behov for at møde andre patienter med længerevarende symptomer for at få inspiration til, hvordan de klarede deres hverdag:

"Det ville virkelig være nyttigt, hvis du kunne få en fornemmelse af ikke at være alene ved at tale med eller se andre i samme situation og se, hvordan de klarer deres symptomer." (Patient, 23 år)

I relation til et internetbaseret selv-

hjælpsprogram foreslog flere patienter et forum, hvor de kunne møde jævnaldrende eller alternativt se videoer eller cases med andre patienter, og hvor deres strategier for håndtering af symptomer blev præsenteret. Det var af største betydning for patienterne, at fokus for et selvhjælpsprogram skulle være at tilbyde håb, positive oplevelser og effektive strategier:

"Det er vigtigt, at der er nogen, der hjælper en med at føle håb i den tunnel, man tror, der er lang. Jeg vil sige, det skal man give folk. For jeg har f.eks. mistet håbet nogle gange og har tænkt: Skal jeg have det sådan her resten af mit liv?" (Patient, 33 år)

Selvhjælpsprogrammet "Mine Symptomer"

Interviewundersøgelsens resultater er blevet omsat til konkret indhold i det

internetbaserede selvhjælpsprogram "Mine symptomer". "Mine Symptomer" er udviklet i perioden 2018-2021 af en tværfaglig forskergruppe ved Aarhus Universitetshospital i et samarbejde med Forskningsenhederne for Almen Praksis. Programmet indgår aktuelt kun i forskningsprojekter, men det er målet, at alle praktiserende læger i fremtiden vil kunne "henvise" patienter med længerevarende symptomer til at bruge det. Programmet er bygget op omkring tre hjørneste:

1. Den nyeste internationale evidens og ekspertviden om effektiv behandling af længerevarende symptomer.
2. Et systematisk review af selvhjælpsprogrammer, der har identificeret de behandlingstilgange og redskaber, der er særligt hjælpsomme ved længerevarende symptomer.
3. Inddragelse af praktiserende læger og deres patienter i udvikling og test af både indhold og program-mets måde at fungere på.

Programmet indeholder skriftlig information, animationer og lydfiler, der tilbyder patienten en bio-psyko-social sygdomsforståelse, normalisering af symptomer og enkle redskaber til symptomhåndtering. Programmet

ventes at kunne hjælpe praksis med at formidle viden om og forståelse af længerevarende symptomer og på den måde forhåbentlig bidrage til øget livskvalitet og reduceret sygefravær for patienterne.

Du kan følge projektet på www.mine-symptomer.dk, og måske du er så heldig, at der bliver mulighed for at deltage i afprøvning af programmet i netop din region i løbet af 2022.

Stor tak til praktiserende læger og patienter i Region Syddanmark for deres vigtige bidrag til projektet. Tak til dem, som finansierer projektet: Innovationsfonden, TrygFonden, Helsefonden, Region Nordjylland, Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalgene i Region Syddanmark og Region Midtjylland og Fonden for Almen Praksis. Og tak til den øvrige projektgruppe, særligt Pernille Ravn Jakobsen, Jane Clemensen og Lisbeth Frostholt, der gennemførte undersøgelsen sammen med denne artikels forfattere.

Litteratur

1. Rask MT, Jakobsen PR, Clemensen J, Rosendal M, Frostholt L. Development of an eHealth programme for self-management of persistent physical symptoms: a qualitative study on user needs in general practice. BMC 2021;22:33.
2. Budtz-Lilly A, Fink P, Ørnboel E, Vestergaard M, Moth G, Christensen KS, Rosendal M. A new questionnaire to identify bodily distress in primary care: The 'BDS checklist'. J Psychosom Res 2015;78:536-45.

HOVEDBUDSKABER

1. Patienter har brug for en helhedsorienteret symptomforklaring, konkrete mestringsstrategier og hjælp til at håndtere usikkerhed og bevare et håb om bedring.
2. Manglende tilbud til patienterne er en udfordring for nogle læger.
3. Vores viden om behov er omsat til konkret indhold i det internetbaserede selvhjælpsprogram "Mine symptomer", som lanceres i nogle regioner fra 2022.





Den tværsektorielle indsats for patienter med komplekse problemstillinger

Som for alle komplekse sygdomme er der ved funktionel lidelse behov for en koordineret indsats for et godt forløb. Det er desværre langt fra den virkelighed, vi står i. Læs mere her.

Af / Annette Davidsen,
Rikke Hinge Carlsson,
Caroline van Wylich-
Muxoll

Patienter med funktionel lidelse har ofte komplekse problemstillinger og kontakt med professionelle fra flere forskellige sektorer, enten samtidig eller konsekutivt. Ud over at de benytter deres praktiserende læge, er patienterne ofte uarbejdsdygtige i længere perioder og bliver endvidere henvist til udredning på forskellige specialafdelinger.

Kommunens jobcenter har en vigtig rolle i patienternes forløb, da forsørgelsen ofte er afhængig af jobcentret, som i forbindelse med uarbejdsdygtighed skal foretage en vurdering af patientens mulighed for deltagelse på arbejdsmarkedet bl.a. baseret på helbredsoplysninger fra egen læge og hospital. Koordinering af indsatsen mellem de tre sektorer er imidlertid ofte udfordret af, at de arbejder under forskellige professionelle, lovgivningsmæssige og finansielle vilkår (1). Studier viser, at vigtige bar-

rierer for en integreret indsats mellem sektorerne er mangel på tillid og manglende kommunikation og gensidig forståelse mellem de professionelle samt organisationsstrukturer, som ikke passer sammen (2).

Indgangsporten til sundhedsvæsenet er den praktiserende læge, som også fungerer som gatekeeper til det sekundære sundhedsvæsen. Det betyder, at patienterne, uanset lidelsens



Kontakt / adavid@sund.ku.dk

Biografi / Forfatter er lektor ved forskning og uddannelse i almen praksis, Københavns Universitet. Rikke Hinge Carlsson er speciallæge i samfundsmedicin, er afsnitsansvarlig overlæge ved Center for Komplekse Symptomer, Frederiksberg Hospital, der vurderer og behandler funktionelle lidelser af moderat til svær grad i Region Hovedstaden. Caroline Muxoll er socialrådgiver, projektleder og koordinerende sagsbehandler i Gentofte Kommune og har i en årrække arbejdet med udvikling af tværsektorielt samarbejde.



CASE 1 /

En 45-årig kvinde, AK, har oplevet tiltagende smerteproblematik, øget stressbarhed og tendens til hurtig udtrætning efter et forløb med arbejdsrelateret stress. Egen læge har udredt med blodprøver og undersøgelse hos reumatolog, men uden at finde forklaring på symptomerne. Lægen har haft samtaler med hende om belastende arbejdsforhold og problemer med trivsel hos et barn i hjemmet. AK er blevet sygemeldt, og kommunen har brug for en statusattest. AK er forsøgt behandlet ved fysioterapeut, har også haft psykologsamtaler pga. tilkomne depressive symptomer, og der er igangsat antidepressiv medicin ved egen læge. AK er nu henvist til behandling ved et regionalt center for funktionel lidelse. Her er igangsat et tværfagligt behandlingsforløb med fysioterapeutisk, psykoterapeutisk og socialfaglig indsats med fokus på ressourcer/belastninger og de kommunale indsatser med kontakt til sagsbehandler ved kommunen. AK går undervejs i dette forløb også til egen læge med hovedpine og efterspørger en MR-scanning. Hun vil også gerne have en snak om smertestillende medicin for hovedpine og nakkesmerter. Kommunen skal tage stilling til forlængelse af sygedagpenge og anmoder nu atter om statusattest fra egen læge og desuden fra det regionale center for funktionelle lidelser som igangværende behandlingssted. Patienten er forvirret over, hvem der skal tage sig af hvilke ting, og spørger, om de forskellige parter ikke kan tale sammen.

art, henvender sig til deres praktiserende læge, hvis de oplever symptomer, som kræver lægehjælp. Når det drejer sig om funktionel lidelse, vil der ofte være en længere afklaringsfase med forskellige undersøgelser, før den praktiserende læge kan konstatere, at det drejer sig om en funktionel lidelse.

Hvis det drejer sig om en let til moderat funktionel lidelse, varetager den praktiserende læge selv behandlingen af patienten. Dette er beskrevet i vejledninger fra Sundhedsstyrelsen (3), hvor det samtidig nævnes, at den praktiserende læge har en koordinerende rolle mellem almen praksis, kommunen og hospitaler. Denne koordinerende rolle er vigtig for patienter med funktionel lidelse, da de øvrige sektorer som regel også er involverede ved denne patientgruppe; men opgaven er vanskelig for den praktiserende læge at leve op til pga. besværlig og ufleksibel kommunikation med de øvrige sektorer (4). Sagsbehandlerne i jobcentret

og den praktiserende læge udveksler hovedsagelig informationer gennem skriftlige, standardiserede og aftalte formularer i IT-systemer designet til at håndtere disse formularer, men uden umiddelbar mulighed for anden form for kommunikation. Et studie viste, at især sagsbehandlere i jobcentrene og de praktiserende læger oplevede samarbejdet og koordineringen af indsatsen som udfordret, og at der kunne opstå uenigheder og konflikter karakteriseret ved kommunikationsproblemer og forskellige holdninger og roller i forhold til patienten (4). Den praktiserende læge kan desuden have vanskeligt ved at følge med i forløbet i kommunen, ligesom sagsbehandleren er henvist til at indhente helbredsoplysninger via de nævnte formularer (5).

Samme udfordringer gør sig gældende, når patienter med en funktionel lidelse af moderat til svær grad er henvist til et behandlingstilbud i sekundærsektoren, hvor der kommer yderli-



gere en spiller ind i et i forvejen udfordrende tværsektorielt samarbejde. Løbende kommunikation med de øvrige sektorer er vigtig, dels for at skabe en rød tråd og tryghed for patienten, dels for at iværksætte et samspil mellem indsatserne i de forskellige sektorer. Derudover er der behov for kendskab til de andre sektors arbejde og deres indsatsområder.

Tværregionale behandlingstilbud til funktionel lidelse

For at styrke sammenhængen i behandlingen af patienter med funktionel lidelse blev der ved udgangen af

en specialiseret og tværfaglig udredning og behandling, der afhængig af det specifikke center bl.a. kan indeholde psykoedukation, psykoterapi, fysioterapi, behandling med medicin og/eller socialfaglig indsats ift. belastende og vedligeholdende faktorer. De enkelte centre er angivet på sundhed.dk.

Det kommunale jobcentersystem

Som anført er mange af patienterne i kontakt med det kommunale jobcentersystem i forbindelse med længerevarende sygemeldinger. Der er primært to veje ind i det kommunale jobcentersystem, hvor patienterne omtales som borgere.

» Patienter med funktionel lidelse har ofte meget langvarige, ukoordinerede forløb, hvilket i sig selv er med til at kronificere tilstanden og forlænge forløbet

2018 og i 2019 i samtlige regioner etableret et specialiseret, tværfagligt behandlingstilbud til patienter med funktionel lidelse af moderat til svær grad. Denne specialiserede behandling er forankret i somatisk regi. Centrene modtager patienter over 18 år, der kan behandles ambulant. Lidelsen skal ved henvisningstidspunktet have stået på i mindst seks måneder og have medført omfattende påvirkning af patientens livskvalitet og/eller funktionsevne. Derudover skal der 1) være foretaget relevant udredning af symptomerne, 2) patienten skal have modtaget basal information om, hvordan funktionelle symptomer kan forstås, og hvordan øvrige livsomstændigheder kan medvirke til vedligeholdelse af funktionel lidelse, og 3) denne psykoedukation skal have haft utilstrækkelig effekt. Ved de tværregionale centre tilbydes

Sygemelding

For de fleste borgere med funktionel lidelse sker den første kontakt med kommunen ved en længerevarende sygemelding. Forud for sygemeldingen har borgeren ofte haft flere korte sygemeldinger og kan have haft skiftende ansættelser samt tidligere perioder på arbejdsløshedsdagpenge.

Som udgangspunkt kan man være sygemeldt i 22 uger. Herefter skal der tages stilling til, om borgeren kan raskmeldes. Er der ikke en attest med beskrivelse af forventet raskmelding fra egen læge, skal der tages stilling til, om borgerens sygedagpenge kan forlænges, eller om han/hun skal overgå til jobafklaring eller i mere komplekse tilfælde til ressourceforløb. Der vil være risiko for, at borgeren opsiges fra sin arbejdsplads, hvis det ikke er muligt at lave en plan om tilbagevenden til arbejde.

I forbindelse med sygemeldingen skal der afholdes en første samtale i jobcentret inden otte uger. Efter 12 uger foretages der en bred vurdering i forhold til det videre forløb for at få en

indikation på, om der bliver tale om et langvarigt forløb. Sygedagpenge kan kun forlænges ud over de 22 uger på visse betingelser, hvorefter der er tale om en langvarig sygemelding. Der skal afholdes fire lovpligtige samtaler inden for de første seks måneder. Derefter afholdes samtaler efter behov i henhold til ny lovgivning pr. 1. januar 2020.

Der kan tages kontakt til borgerens arbejdsgiver med henblik på at udfærdige en plan om tilbagevenden til arbejdet med fokus på at fastholde ansættelsen. Dette sker i samarbejde med egen læge. I denne periode kan jobcentret anmode lægen om forskellige attester (LÆ 285, LÆ 125, LÆ 135 og LÆ 145, se boks 1). LÆ 285 til sygedagpengeopfølgning er ikke længere lovpligtig.

Kontanthjælp

Borgere, som er ledige og ikke har ret til arbejdsløshedsdagpenge, har heller ikke ret til sygedagpenge ved sygdom, men er henvist til kontanthjælp. Disse borgere er ofte kendt i jobcentret pga. lang varighed på offentlig forsørgelse og har tillige ofte hyppige besøg hos egen læge med mange udredninger og behandlinger, er uafklarede og i en socialt vanskelig situation.

Kommunens rehabiliteringsteam

Når en sag vurderes at være langvarig og kompleks – dvs. at der er problemstillinger af såvel helbredsmæssig, so-

cial som beskæftigelsesmæssig art – lægges den op til en tværfaglig vurdering i kommunens rehabiliteringsteam.

Rehabiliteringsteamet består af:

- En sundhedskordinator fra regionen (læge)
- En sundhedsfaglig repræsentant (fx fysioterapeut, ergoterapeut, sygeplejerske)
- En repræsentant fra det sociale område
- En repræsentant fra beskæftigelsesområdet
- En repræsentant fra uddannelsesområdet (i sager med unge under 30 år)

Borgeren deltager i rehabiliteringsmødet, og rehabiliteringsteamet kan indstille til følgende forløb:

- Jobafklaring
- Ressourceforløb
- Fleksjob
- Førtidspension

For gruppen af borgere med komplekse problemstillinger er der oftest tale om indstilling til jobafklaring eller ressourceforløb. Ved ressourceforløb skal jobcentret indhente en LÆ 265 (lovpligtig).

Jobafklaring

Formålet med et jobafklaringsforløb (to år) er at udvikle borgerens funktionsniveau/arbejdsevne med et mål om at vende tilbage til arbejde på ordinære

Boks 1 / Hyppigt anvendte socialmedicinske attester

LÆ 285 – Attest til sygedagpengeopfølgning
LÆ 125 – Statusattest
LÆ 135 – Specifik helbredsattest
LÆ 145 – Generel helbredsattest
LÆ 265 – Lægeattest til rehabiliteringsteam



vilkår. Dette sker gennem praktikforløb/arbejdsprøvning med parallelle sociale og helbredsmæssige indsatser. Såfremt borgeren ikke er kommet i arbejde i løbet af det to-årige jobafklaringsforløb, kan rehabiliteringsteamet indstille til yderligere jobafklaringsforløb. Vurderes det, at der er tale om komplekse problemstillinger af en sådan art, at der er behov for en langvarig koordineret indsats, kan rehabiliteringsteamet i stedet indstille til et ressourceforløb.

Ressourceforløb

Formålet med ressourceforløbet er gennem koordinerede helbredsmæssige, sociale og beskæftigelsesmæssige indsatser i første omgang at udvikle borgerens funktionsniveau. Der kan bevilges et ressourceforløb i op til fem år, hvor målet er at udvikle en arbejds- evne, der kan anvendes på arbejdsmarkedet. Borgere i denne målgruppe har et væsentligt nedsat funktionsniveau, og borgere med funktionel lidelse, som kommer i ressourceforløb, har ofte været op til ni år på anden forsørgelse (A-dagpenge, sygedagpenge, kontanthjælp), inden de får bevilget et ressourceforløb. Disse borgere indstilles ofte til fleksjob eller førtidspension som et resultat af ressourceforløbet. Det er kommunens rehabiliteringsteam, som indstiller til fleksjob og førtidspension.

Den rehabiliterende indsats – mange professionelle

Patienter med funktionel lidelse, som modtager en rehabiliterende indsats, kan, ud over de sundhedsfaglige kontakter, have mange forskellige professionelle tilknyttet i kommunen. Når en patient modtager offentlig forsørgelse, vil patienten altid have en jobcenter-

sagsbehandler og en sagsbehandler i ydelsesafdelingen. Patienten kan herudover også modtage sociale indsatser (fx misbrugsbehandling, bostøtte eller hjemmevejleder) og dermed også have en sagsbehandler i socialcentret, evt. også en børnesag med en sagsbehandler i familieafdelingen. Dertil kan der være tilknyttet en række aktører som fx mentor, familiebehandler, praktikplads mv.

Det kan være overvældende for en patient med komplekse problemstillinger at navigere mellem de mange aktører. Der er derfor behov for et tidligt og tæt både tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, og der bør være fokus på inddragelse af patienten og dennes netværk under hele forløbet.

Ideelt set bør der udarbejdes en koordineret indsatsplan, som deles med alle aktører, så der på den måde arbejdes i samme retning. Er der ikke udvikling og afklaring, må planen justeres i samarbejde med patienten og aktørerne. Sker disse justeringer ikke hurtigt, vil der være risiko for, at forløbets varighed øges, og patienten oplever at blive tiltagende dårlig.

Behov for samarbejde

Der er således brug for et tæt og koordineret samarbejde om disse patienter. Da den praktiserende læge selv står for behandlingen af en stor del af patienter med funktionel lidelse, er der behov for, at den koordinerende sagsbehandler i jobcentret og egen læge som helbredsmæssig tovholder samarbejder om forløbet. I disse sager rækker det ikke med skriftlige attester. Der er behov for dialog i form af socialmedicinsk samarbejde, fx rundbordssamtaler, med henblik på at der arbejdes i samme retning om det helbredsmæssige, det sociale og de beskæftigelses-

mæssige indsatser. Det kan bidrage til at skabe et fælles overblik over udredninger og behandlingsindsatser, så der kan tages stilling til, om borgerens funktionsniveau fortsat kan udvikles, eller om der er tale om en varig og væsentlig begrænsning, som i så fald peger mod fleksjob eller førtidspension. Der kan i perioder være behov for at inddrage behandlere fra sekundærsektoren i dette samarbejde.

Det viser sig dog, at det tværsektorielle samarbejde ofte støder på forhindringer, især pga. manglen på face-to-face-møder mellem sagsbehandlere og praktiserende læger, men også pga. forskellige opfattelser mellem sektorerne mht. optimale tidsflows (4, 6).

Sagsbehandlerne skal handle i henhold til de forskellige deadlines i beskæftigelseslovgivningen, hvorimod de sundhedsprofessionelle ønsker tid til den helbredende eller funktionsfremmende indsats for patienten, hvilket ofte kræver mere tid end den, lovgivningen tillader. De praktiserende læger og sagsbehandlerne viser sig desuden at indtage forskellige roller i forhold til patienten, hvilket kan bringe dem i opposition til hinanden i stedet for i en samarbejdende rolle. Sagsbehandlerne er afhængige af dokumentation og helbredsoplysninger fra praktiserende læger og hospitalsafdelinger, og pga. krav om dokumentation kan lægerne komme til at opfatte sagsbehandlerne som en art anklagere, hvorimod de selv agerer som patientens forsvarer. Sagsbehandlerne ønsker mere kommunikation, især med de praktiserende læger, og forsøger ofte at tage initiativ til et face-to-face-møde, men de praktiserende læger kan finde det vanskeligt at afse tid til sådanne møder (4).

Værdien af face-to-face-møder for at

fremme koordination og samarbejde er også fremhævet i litteraturen, men relationsdannelse mellem de professionelle kræver en indsats, og organisatoriske forhold kan hæmme personlige netværk (7, 8). Det er derfor nødvendigt at udfordre den eksisterende silostruktur og den opdelte organisering af sundhedsvæsen og kommunal indsats i håndteringen af disse patienter, hvis en mere integreret indsats skal opnås.

Konklusion

De tværregionale tilbud i form af de regionale centre viser vejen for et tværfagligt samarbejde om de patienter med funktionel lidelse, som er hårdest ramt. Alligevel kan der være udfordringer i forhold til at koordinere med både praktiserende læge og kommune samtidig. Den praktiserende læge står imidlertid selv for behandlingen og koordineringen af behandling for patienter med lette til moderate symptomer. Patienter med funktionel lidelse har ofte meget langvarige, ukoordinerede forløb, hvilket i sig selv er med til at kronificere tilstanden og forlænge for-

» Tværregionale tilbud i form af de regionale centre viser vejen for et tværfagligt samarbejde om de patienter med funktionel lidelse, som er hårdest ramt

løbet. Der er behov for en tidlig koordineret indsats, som inddrager både resourcer og belastninger i patientens livsomstændigheder, den arbejdsmarkedsrettede situation og de helbredsmæssige forhold. Kommunikation via de aftalte attester er ikke nok. Der er behov for, at parterne, især de praktiserende læger og sagsbehandlerne fra



kommunen, udnytter de eksisterende muligheder i overenskomsten for socialmedicinsk samarbejde. Kommunens sagsbehandlere udtrykker et stort behov for socialmedicinske møder og er som regel villige til at lade disse foregå hos den praktiserende læge. Lægen bør stille sig villig til at aftale sådanne møder og vil med fordel også selv kunne tage initiativ til møderne på et tidligt tidspunkt i patientens forløb mhp. at undgå kronificering af tilstanden. Patienterne ønsker dette samarbejde, ligesom de også gerne vil inddrage livsomstændigheder og forskellige bekymringer i samtalen med de professionelle (9). De praktiserende læger oplever undertiden, at de ikke har tid til disse møder (4), men det koordinerede forløb med fælles dagsorden og gennemskuelse for patienten vil betyde mindre tidsforbrug på længere sigt og vil sikre en mere smidig sagsbehandling for patienten samt større mulighed for at bevare en tilknytning til arbejdsmarkedet.

Interessekonflikter: *ingen angivet*

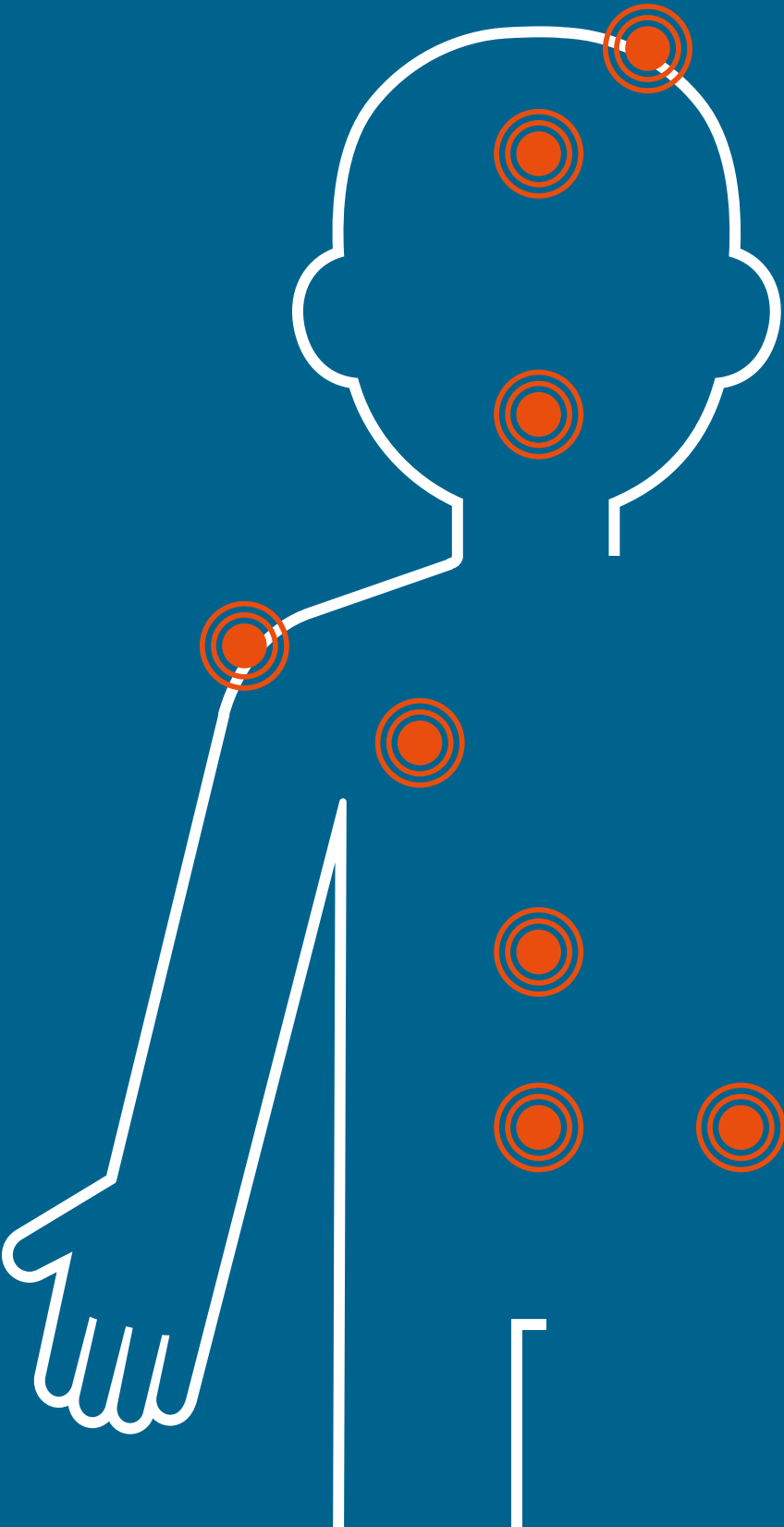
Litteratur

1. Mik-Meyer N, Johansen MB. Magtfulde diagnoser og diffuse lidelser. Frederiksberg: Samfunds-litteratur; 2009.
2. Auschra C. Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings: A Literature Review. *Int J Integr Care*. 2018;18(1):5.
3. Sundhedsstyrelsen. Funktionelle lidelser - Anbefaling til udredning, behandling, rehabilitering og afstigmatisering. Copenhagen; 2018.
4. Schultz R, Brostrom Kousgaard M, Davidsen AS. "We have two different agendas": the views of general practitioners, social workers and hospital staff on interprofessional coordination for patients with chronic widespread pain. *J Interprof Care*. 2020;1-9.
5. Schultz R, Kousgaard MB, la Cour P, Davidsen AS. Between three chairs: Experiences of being a patient with chronic widespread pain in an intersectoral setting in Denmark. *Health Psychol Open*. 2019;6(1):2055102919852500.
6. Creed F, Henningsen P, Fink P. Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress: developing better clinical services. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.
7. King N, Bravington A, Brooks J, Melvin J, Wilde D. "Go Make Your Face Known": Collaborative Working through the Lens of Personal Relationships. *Int J Integr Care*. 2017;17(4):3.
8. Gittel JH, Godfrey M, Thistlethwaite J. Interprofessional collaborative practice and relational coordination: improving healthcare through relationships. *J Interprof Care*. 2013;27(3):210-3.
9. Salmon P, Dowrick CF, Ring A, Humphris GM. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *British Journal of General Practice*. 2004;54(500):171-6.



HOVEDBUDSKABER

1. Patienter med funktionel lidelse har ofte meget langvarige, ukoordinerede forløb, hvilket i sig selv er med til at kronificere tilstanden og forlænge forløbet.
2. Tværregionale tilbud i form af de regionale centre viser vejen for et tværfagligt samarbejde om de patienter med funktionel lidelse, som er hårdest ramt.
3. Praktiserende læger står selv for behandlingen af mange patienter med funktionel lidelse, og der er behov for en tidlig koordineret indsats, hvor de eksisterende muligheder i overenskomsten for socialmedicinsk samarbejde udnyttes til face-to-face-møder.
4. Et koordineret forløb mellem læge, sagsbehandler og patient skaber en fælles dagsorden og gennemskuelse for patienten, hvilket kan betyde mindre tidsforbrug på længere sigt, en mere smidig sagsbehandling og større mulighed for, at patienten kan bevare en tilknytning til arbejdsmarkedet.





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 beskeden 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 multifaktorielle 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 begrundelse (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 daglige 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 daglige 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 daglige 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 – plas-
tarke blåt side 1+2 – DSAM
- [https://www.medibox.dk/
file?doc_id=33266](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

Tabel 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."
Smerter 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

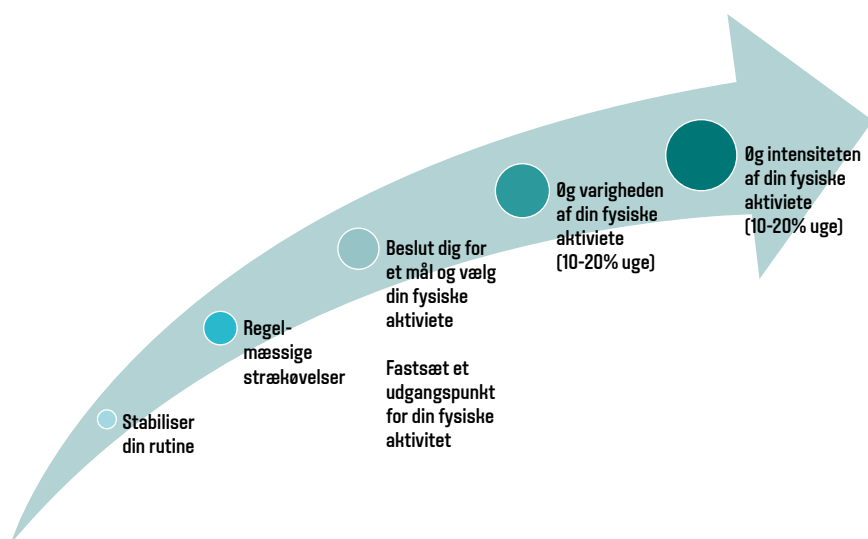
Mange mennesker er mere motiverede af formål end autoritet, og det er vanskeligt at forklare en patient, at det er bedre at være aktiv-med-smerter end inaktiv-med-smerter, hvis patienten ikke forstår

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://funktionelidelser.dk/fileadmin/www.funktionelidelser.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 syv måneder med uspecifikke smerter i armene og maveområdet. Han oplever desuden hyppigt, at hans puls er meget kraftig, hvilket bekymrer ham en del. En grundig udredning viser, at Peters samlede symptom-billede 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, Jorgensen 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, & Danneskiold-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

HOVEDBUDSKABER

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.





Funktionel lidelse: farmakologisk behandling

Farmakologisk behandling af funktionelle lidelser kan sjældent stå alene, hvorimod multimodal behandling inklusive psykoedukation, gradueret genoptræning og psykoterapi synes at have en positiv effekt både med hensyn til symptomreduktion, tilbagevenden til arbejde og varighed af sygdommeldinger.

Af / Lise Kirstine
Gormsen



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.

Indledning

I de seneste år er behandlingsmulighederne for patienter med funktionel lidelse forbedret i takt med en øget forskningsaktivitet og den nylige oprettelse af behandlingssteder i alle regioner. Der er dog fortsat kun få behandlingstilbud, som er underbygget af forskning. Generelt kan farmakolo-

gisk behandling sjældent stå alene, hvorimod multimodal behandling inklusive psykoedukation, gradueret genoptræning og psykoterapi (jf. Sundhedsstyrelsens (SST) vejledning for behandling af funktionelle lidelser) synes at have en positiv effekt både med hensyn til symptomreduktion, tilbagevenden til arbejde og varighed af



Kontakt / lisegorm@rm.dk



Biografi / Forfatter er uddannelsesansvarlig overlæge på Funktionelle Lidelser, Aarhus Universitetshospital og lektor på Klinisk Institut, Aarhus Universitet. Hun er speciallæge i psykiatri og har både klinisk og forskningsmæssigt interesseret sig for funktionelle lidelser de sidste 10-15 år. Hendes ph.d. omhandlede smerter, angst og depression i forskellige patientgrupper blandt andet patienter med fibromyalgi.



Case 1 / Heidi

Heidi er 41 år. Hun er fraskilt og er alene med tre børn på ni, syv og fire år. Hun arbejder fuld tid på kontor. Symptomerne begyndte for ca. 10 år siden med diffuse smerter i lænden. De var ikke forudgået af nogen konkret hændelse eller traume. Der er siden tilstødt tinnitus, synspåvirkninger i form af sorte og hvide prikker for øjnene samt afbrudt søvn. Desuden er der over det sidste år tilkommet en invaliderende både fysisk og mental træthed. Heidi har af og til behov for at springe en arbejdsdag over for at restituere sig grundet træthed. Hun bruger typisk weekenderne i sofaen. Symptomerne bliver markant forværret ved udsættelse for belastninger eller krav fra omgivelserne. En typisk hverdag går med, at hun er på kontoret, kommer hjem, når at hvile, inden hun henter børnene, prøver at lave noget med dem, hvorefter hun er helt udmattet og ikke kan foretage sig yderligere. Efter relevant udredning er der ingen somatisk eller psykiatrisk sygdom, der kan forklare hendes symptomer.

Foto 1 /
Foto: Colourbox

sygemeldinger. Der er dog en mindre gruppe af patienter, der er så svært syge, at de ikke kan hjælpes tilfredsstillende (1).

Generel evidens for farmakologisk behandling af funktionel lidelse

Kliniske studier af den farmakologiske behandling af funktionel lidelse afspejler de forskellige diagnoser, der er beskrevet i Månedsskriftets første artikel i denne serie (se Månedsskriftet, marts 2021). Generelt deler de sig i to grupper: 1) studier inden for syndromdiagnoserne, der ofte er knyttet til et

specifikt medicinsk speciale, fx fibromyalgi og reumatologi, og 2) studier af patienter med multiple somatiske symptomer, der studeres under den bredere diagnose funktionel lidelse, multiorgan. Dog har det stort anlagte danske epidemiologiske studie af symptomer DanFunD vist, at enkeltorgandiagnoserne af funktionel lidelse praktisk talt svarer til syndromdiagnoserne. Det betyder, at vi benytter *funktionel lidelse*, *muskuloskeletal* synonymt med fibromyalgi og tilsvarende *funktionel lidelse*, *gastrointestinal* med irriterabel tyktarm samt *funktionel lidel-*



Case 2 / Arne

Arne er 52 år. Han er gift og har voksne børn, der er flyttet hjemmefra. Han er nu sygemeldt, men har hele sit liv arbejdet i dagligvarebutikker, ofte som butikschef. Symptomerne begyndte for fire år siden, hvor han pludseligt fik ondt i brystet og kom akut på hospitalet. Mistanken om akut myokardieanfald blev afkræftet. De sidste år har smerte i brystkassen plaget ham. Derudover generes han af voldsom træthed, koncentrationsproblemer og mavesymptomer. Hans funktionsniveau er blevet lavt siden sygemeldingen for nogle måneder siden. Han ligger mest på sofaen og vil ikke ud blandt mennesker. I de seneste år, hvor han har forsøgt at fastholde et arbejde, har det været helt nødvendigt, at han har kunnet komme og gå, som han havde energi til. Efter relevant udredning er der ingen somatisk eller psykiatrisk sygdom, der kan forklare hans symptomer.

se, almen/træthed med kronisk træthedssyndrom.

Evidens for farmakologisk behandling findes primært inden for forskningen i fibromyalgi og er overvejende fundet af reumatologer internationalt. Det mest undersøgte stof er duloxetine, der er en serotonin-noradrenalin-genoptagelseshæmmer (SNRI), som har nogen effekt på smerterne, men samtidig bivirkninger som kvalme, mundtørhed, svimmelhed og træthed samt vægtøgning. Derfor anbefaler SST kun brugen svagt (jf. den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling samt rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet). Tricykliske antidepressiva (TCA) er dårligt undersøgt i gruppen af fibromyalgi-patienter, men der foreligger nogle undersøgelser med amitriptylin. Det kan derfor svagt anbefales på trods af bivirkninger, og selvom det kun er godkendt til neuropatiske smerter og derfor skal bruges off-label til patienter med funktionel lidelse. Alle serotonin- og noradrenalin-genoptagelseshæmmer (SSRI)-præparater anbefales svagt og bruges som regel kun, når der er komorbid angst eller depression. Antiepileptika i form af lyrica og

gabapentin har muligvis nogen effekt, hvorimod det *ikke* anbefales at bruge morfika. De fleste professionelle, der arbejder med funktionel lidelse, fraråder i øvrigt brugen af alle morfika, da det forringer patientens evnen til at få det optimale udbytte af psykoedukation og psykoterapi, der er helt central for en vellykket behandling.

Gastroenterologerne har også forsket i behandlingen af irritable tyktarm, ofte forkortet fra engelsk IBS. Behandlingen følger to strategier, dels er der evidens for at behandle lidelsen som de andre enkeltorgan-funktionelle lidelser med antidepressiva (SNRI og lav dosis TCA), dels for at behandle de enkelte symptomer ved irritable tyktarm, fx diarré, smerter, obstipation eller oppustethed farmakologisk. Dansk Selskab for Gastroenterologi & Hepatologi har skrevet retningslinjer for udredning og behandling (www.dsgh.dk), der følger sidstnævnte strategi. De to strategier kan benyttes sideløbende.

For andre former for funktionelle syndromer og tilstande er der ingen evidens for antidepressiv behandling fraset en svag evidens for funktionel lidelse med almene symptomer i form af kronisk træthed. Generelt mangler

der forsat farmakologisk forskning i funktionel lidelse.

Inden for de diagnoser, der inkluderer patienter med funktionelle symptomer fra flere organsystemer, funktionel lidelse, multiorgan, findes der kun evidens for farmakologisk behandling af de svære tilstande, der omfatter cirka 1 % af den danske befolkning og kun udgør cirka 5 % af patienterne med funktionel lidelse (jf. følgende afsnit). For de øvrige patienter er der ingen evidens for en specifik farmakologisk behandling, og det er derfor svært at give anbefalinger. Det er dog altid vigtigt, at *eventuelle farmakologiske behandlinger ledsages af psykoedukation*, og at både lægen og patienten gør sig formålet med den farmakologiske behandling klart, jf. afsnittet om faldgruber for farmakologisk behandling

Farmakologisk behandling af svær funktionel lidelse

Der er dokumentation for behandling med "bredspektrede" antidepressiva, det vil sige stoffer, der rammer flere neurotransmittere. Et studie med imipramin til patienter med svær funk-

tionel lidelse, der opfylder diagnosen funktionel lidelse, multiorgan, har vist positiv effekt, også hos patienter, der ikke var deprimerede (tabel 1) (2). *Af de patienter, der fik imipramin, fik 52 % det bedre eller meget bedre på det selv-rapporterede primære effektmål sammenlignet med kun 25 % i placebogruppen.* Patienterne blev behandlet med lavdosis imipramin (25-75 mg), hvor de startede langsomt op med 10 mg i en til to uger, så 25 mg i to uger, og derefter, hvis muligt, stigende hver anden uge til 75 mg. De blev på den dosis i seks uger, hvis det overhovedet var muligt på grund af bivirkninger, ellers blev dosis reduceret til 50 mg. De patienter, der fik imipramin, fik typisk bivirkninger i form af mundtørhed, svimmelhed, kvalme og øget svedtendens, men de tolererede det godt i undersøgelsen (tabel 2).

Duloxetin er et præparat, der også bruges til funktionel lidelse af multiorgantypen, selvom der ikke for nuværende foreligger undersøgelser, der underbygger brugen. Potentialet ved duloxetin vil være, at det i antidepressive doser har en bedre bivirkningspro-



Case 3 / Cecilie

Cecilie er 25 år. Hun bor sammen med sin kæreste og har ingen børn. Hun læser til sygeplejerske, men har haft svært ved at klare studierne det sidste år. Hun plages af maveproblemer i form af smerter, oppustethed og vekslende afføring, som har fulgt hende størstedelen af hendes liv. Det sidste år er hendes mave er gået helt i stå, hvilket har medført, at hun tager store doser laksantia. Dette medfører, at når hun endelig skal på toilettet, skal det gå stærkt, og hun får det fysisk dårligt af det med sveden og rysten. Af frygt for at hun pludselig skal på toilettet, når hun er på studiet, på hospitalet eller ude, tager hun laksantia til natten hver anden nat. Dette medfører, at hun hver anden nat ikke sover særligt meget, og at hun går i en konstant træthed og plages af spændingshovedpine. På en typisk hverdag spiser hun ikke særligt meget, idet hun frygter, at det skal udløse mavesymptomer. Efter relevant udredning er der ingen somatisk eller psykiatrisk sygdom, der kan forklare hendes symptomer.



Tabel 1 / "Clinical Global Improvement score" efter behandling med imipramin (oversat fra Agger et al. 2017).

	Imipramin (n=63)	Placebo (n=57)
Meget værre	1 [2 %]	1 [2 %]
Værre	4 [6 %]	11 [19 %]
Uændret	25 [40 %]	31 [54 %]
Bedre	22 [35 %]	14 [25 %]
Meget bedre	11 [17 %]	0 [0 %]

Tabellen angiver antal patienter (%), som svarer på spørgsmålet: "Hvordan vil du vurdere dit helbred nu, i forhold til da du først kom til klinikken?"
Manglende besvarelse for to og tre patienter i henholdsvis imipramin- og placebogruppen.

Tabel 2 / Bivirkninger ved imipraminbehandling, resultater af et randomiseret studie på patienter med funktionel lidelse, multiorgan type (oversat fra Agger et al. 2017).

	Imipramin (n=65)	Placebo (n=60)
Alle hændelser		
Ingen bivirkninger	7 (10,8 %)	17 (28,3 %)
Mindst en bivirkning af moderat intensitet	36 (55,4 %)	12 (20,0 %)
Patientfrafald pga. bivirkninger	4 (6,2 %)	3 (5,0 %)
Specifikke bivirkninger		
Mundtørhed	26 (40,0 %)	8 (13,3 %)
Svimmelhed	23 (35,4 %)	7 (11,7 %)
Kvalme	14 (21,5 %)	6 (10,0 %)
Øget svedtendens	11 (16,9 %)	4 (6,7 %)

fil end imipramin og derved vil kunne bruges, når patienterne har komorbid depression og angst.

Endvidere har antiepileptika (gabapentin, pregabalin, lamotrigin, carbamazepin) effekt ved neuropatiske smerter. Der kunne formodentlig også være effekt af disse præparater, ud over effekten på smerter ved funktionel lidelse, men der mangler endnu veldesignede, randomiserede, kontrollerede undersøgelser af dette.

Hypotesen bag at bruge antidepressiva mod funktionel lidelse er, at behandlingen retter sig mod forstyrrelser i symptomperceptionen centralt og i de descenderende inhibitoriske baner i rygmærken, hvor serotonin og norepinephrin er signalstoffer, og ikke mod en

formodet underliggende depression eller anden psykisk lidelse (3). Hvis patienten har komorbid angst, depression eller anden psykisk lidelse, kan der behandles efter de sædvanlige retningslinjer, og behandlingen synes lige så effektiv som ved angst og depression uden komorbid funktionel lidelse.

Mulige faldgruber ved farmakologisk behandling af funktionel lidelse
Patienter med funktionel lidelse er ofte meget følsomme over for bivirkninger. Derfor bør man starte i mindre doser som i imipramin-studiet (2) , kun øge langsomt og være stoisk med hensyn til mulige bivirkninger (start low - go slow). Dog ser det ud til, at patienterne tolererede bivirkningerne af imipramin

godt i det føromtalt studie. En af forklaringerne på dette er måske, at patienterne blev fulgt tæt i forbindelse med undersøgelsen. De havde mulighed for at kontakte personalet dagligt i forbindelse med spørgsmål. Dette siger noget om, at denne patientgruppe eventuelt har brug for tæt opfølgning, for at behandlingen følges og får maksimal effekt.

Patienter med svær funktionel lidelse er ofte - især når symptomerne også inkluderer smerter - udsat for en markant polyfarmaci, inkl. anvendelse af opioider (4). De vil derfor meget ofte have behov for udtrapning af medicin med ledsagende abstinensbehandling. Det er som før nævnt forfatters opfattelse, at brugen af alle opioider er kontraindiceret i behandlingen af funktionel lidelse, og hvis det finder sted, bør det kun forekomme i korte perioder. Patienterne er i overhængende risiko for afhængighed og kommer ofte ud i et lægesanktioneret opioidmisbrug. Værst er dog, at anden ikkefarmakologisk behandlingseffekt hæmmes. Polyfarmaci og/eller uhensigtsmæssig farmakologisk behandling kan undgås ved, at man er omhyggelig med at monitorere effekt og dosering, og at der indlægges milepæle, hvor indikationen for fortsat behandling tages op til overvejelse. Ved manglende virkning skal behandlingen seponeres, når den har været anvendt i sufficient dosis og tid.

Farmakologisk behandling kan aldrig stå alene: psykoedukation og psykoterapi

Et vigtigt element i behandlingen af funktionel lidelse er at give patienterne kvalificeret viden om deres sygdom og hjælpeværktøjer til håndteringen af sygdommen samt at arbejde med deres sygdomsforståelse og -adfærd. Med

udgangspunkt i dette og med erfaring fra tidligere studier er der udviklet en patientskole for funktionel lidelse, multiorgan, som for nylig er testet i et ukontrolleret pilotstudie med lovende resultater (5). Patientskoleforløbet består af en gruppeundervisningssession og individuelle konsultationer. Der fokuseres i gruppeundervisningen især på sygdomsforståelse og -adfærd, og i de efterfølgende konsultationer individualiseres uddannelseselementerne. Forløbet sigter mod at øge patienternes forståelse af deres sygdom og betydningen af stressfaktorer samt styrke deres engagement i selvbehandling og evt. anden behandling. Patientskolen minder om den type patientuddannelse, der i stigende grad anvendes til håndtering af kroniske tilstande, også til kroniske smerter.

Et patientskoleforløb/psykoedukation kan for mange patienter kombineres med medicinsk behandling, idet kombinationen formodentlig øger effekten af begge interventioner. Dette gælder især for medicin med antidepressive egenskaber, idet denne type medicin kan forbedre patienternes symptomer, psykiske velbefindende og muligvis også deres kognitive funktionsniveau.

Hvad kan man stille op i almen praksis med patienterne fra casene?

Vores patienter i de indledende cases ville man formentlig som praktiserende læge have et indgående kendskab til, idet de sikkert ville være kendte gæster i praksis. Det vil være vigtigt, at de har følt sig taget alvorligt og grundigt undersøgt allerede ved de første kontakter for Heidis (case 1) vedkommende for 10 år siden, og at dette er blevet vedligeholdt over årene. Det ville formentlig betyde, at de allerede tidligt i processen var blevet præsentere-



ret for differentialdiagnosen: funktionel lidelse, når de er blevet henvist til relevante udredningsforløb. Det er særligt vigtigt i denne patientgruppe, at udredningshenvisninger er lægefagligt funderet og ikke drevet af patientens bekymringer, dels fordi helbreds-bekymringer sjældent dæmpes af undersøgelser, og dels fordi for mange og

tion til bivirkningerne. Ulemperne er ud over bivirkninger, at patienter i nogle tilfælde styrkes i en udelukkende biologisk tankegang om symptomerne. Der er derfor ikke noget entydigt svar på den medicinske behandling af funktionelle lidelser i de beskrevne cases, men fordele og ulemper må meget nøje vurderes i de enkelte cases.

» Der er derfor ikke noget entydigt svar på den medicinske behandling af funktionelle lidelser i de beskrevne cases, men fordele og ulemper må meget nøje vurderes i de enkelte cases

lange udredninger med usikkerhed osv. ikke er befordrende for bedring af den funktionelle lidelse. I kommunikationen omkring symptomer, diagnoser og udredninger har bl.a. TERM-modellen (6) vist sig brugbar i almen praksis. Desuden ville udlevering af skriftligt materiale om funktionelle lidelser (7) og henvisning til hjemmesiden: www.funktionellelidelser.dkordre en fælles multifaktoriel sygdomsforståelse. For yderlige forslag til behandling i praksis, se de andre artikler i denne serie i Månedsskriftet og "værktøjskasse" med redskaber. Redskab 1 er for eksempel at få patienten til at markere alle sine symptomer på et tegnet omrids af et menneske. Ideen er for både lægen og patienten at få overblik over mængden og arten af symptomer. Dette redskab kan bruges i alle tre cases i starten af forløbet.

Som tidligere nævnt er evidensen for medicinsk behandling ikke meget stærk, og sandsynligheden for symptomfrihed ved behandling er meget lille. Generelt er fordelene en symptomreduktion, men denne skal altid ses i rela-

I Heidis tilfælde (case 1) ville jeg overveje at give duloxetine, idet de muskuloskeletale smerter har været dominerende over mange år. Jeg ville desuden være meget opmærksom på et eventuelt andet forbrug af smertestillende medicin såsom ibuprofen eller opioider. Samtidig ville jeg tale med hende om at gå ned i tid på arbejdet, eventuel deltidssygemelding, og dermed blive aflastet. I Arnes tilfælde (case 2) ville jeg overveje at give imipramin, idet patienten har symptomer fra mindst tre organsystemer og dermed har funktionel lidelse, multiorgan. Jeg ville også være opmærksom på, om han er ved at udvikle en depression, idet han meget af dagen ligger på sofaen. Derudover ville jeg sende ham til gradueret genoptræning hos en fysioterapeut, der kender til funktionelle lidelser. I Cecilies tilfælde (case 3) vil jeg først gå i gang med det uhensigtsmæssige laksantiaforbrug og ellers følge Dansk Selskab for Gastroenterologi & Hepatologis retningslinjer for behandling af gastrointestinale symptomer. Derudover ville jeg foreslå hende duloxetine, dels grundet hendes høje angstniveau (angsten for at skulle på toilettet i løbet af dagen), dels grundet den evidens, der viser, at antidepressiva generelt behandler patienter med funktionelle mavesymptomer.

I de beskrevne cases ville det formentlig blive nødvendigt at henvise Arne (case 2) og måske Heidi (case 1) til

et af de fem regionale behandlingssteder for funktionelle lidelser, hvis de ikke responderer på den beskrevne farmakologiske og non-farmakologiske behandling. På baggrund af de lange ventetider ved de regionale behandlingssteder, nogle steder over et år, er det fortsat vigtigt at give behandling for funktionelle lidelser i almen praksis.

Der indgår en række faktorer i vurderingen af, hvor intensivt et behandlingstilbud den enkelte patient har behov for. Der er både patientens forpint-hed og funktionsniveau at tage hensyn til, og hvor kompleks patientens situation er. Desuden om patienten kun har et enkeltstående symptom eller multiple symptomer, om der er samtidige sociale eller psykiske problemer, og om der er tale om flere samtidige sygdomme eller et stort eller mangeartet medicinforbrug.

Med stigende sværhedsgrad og kompleksitet fordres en stigende behandlingsindsats. Som ved mange andre sygdomme skal patienterne derfor kunne behandles på flere forskellige niveauer. Det betyder, at en stepped care-tilgang er hensigtsmæssig. Denne model har til formål at sikre, at patientens behov dækkes på det lavest for-svarlige niveau. Det betyder, at de fle-ste patienter behandles hos praktise-rende læge, nogle hos praktiserende speciallæge eller psykolog og et fåtal på egentlige multidisciplinære centre

for funktionelle lidelser. Det er især i de svære tilfælde med tværfaglig be-handling, at farmakologisk behandling tages i brug.

Interessekonflikter: *ingen angivet*

Referencer

1. Schröder A, Fink P, Fjorback LO, Frostholm L, Rehfeld E, Rosendal M. Behandlingsstrategi for funktionelle syndromer og somatisering. Ugeskr læger 2010;172(24):1839-42.
2. Agger JL, Schröder A, Gormsen LK, Jensen JS, Jensen TS, Fink PK. Imipramin versus placebo for multiple functional somatic syndroms (STresSS-3): a double-blind, randomized study. Lancet Psychiatry. 2017;4(5):378-388.
3. Gormsen L, Bach FW, Rosenberg R, Jensen TS. Differential pain modulation in patients with peripheral neuropathic pain and fibromyalgia. Scandinavian Journal of Pain, 2012;3(3):116-23.
4. Agger JL, Fink PK, Gormsen LK, Jensen TS, Schröder A. The use of prescription medication in 239 patients with multiple functional somatic syndromes. General Hospital Psychiatry, Bind 51, 03.2018, s. 96-105.
5. Pedersen HF, Holsting A, Frostholm L, Rask, C, Jensen JS, Høeg MD, Schröder A. "Understand your illness and your needs": Assessment-informed patient education for people with multiple functional somatic syndromes. Patient Education and Counseling, Bind 102, Nr. 9, 09.2019, s. 1662-1671.
6. Fink P, Rosendal M, Schröder A, Ostenfeld-Rosenthal A, Rask CU, Toscano L, et al. Funktionelle lidelser - udredning og behandling. Fink P, Rosendal M, editors. København: Munksgaard; 2012. 11-244 p.
7. Forstå dine symptomer. Om sammenhæng mellem fysiske symptomer og psykiske belastninger. Komitén for Sundhedsoplysning, 2006.

For flere referencer se: www.funktionellelidelser.dk

HOVEDBUDSKABER

1. Farmakologisk behandling af funktionelle lidelser kan sjældent stå alene.
2. Lavdosis antidepressiva har vist effekt på funktionelle lidelser.
3. Multimodal behandling, der inkluderer psykoedukation, graderet genoptræning og psykoterapi, har vist sig mest effektiv.





Funktionel lidelse: Psykologisk behandling med fokus på kognitiv terapi

Kognitiv terapi har dokumenteret effekt på patienter med funktionel lidelse. Læs her mere om tilgangen.

Af / Andreas Schröder



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.funktionelle-lidelser.dk og på www.dasefu.dk.

"Mennesket påvirkes ikke af de hændelser, der sker, men af den betydning, det tillægger dem." Epiktet, græsk filosof

Kognitiv terapi er på sin vis en ældgammel kunstform. Som det udtrykkes så fint i ovenstående citat, påvirkes vi mennesker i lige så høj grad af vores egen forståelse og fortolkning af svære hændelser som af hændelserne selv. I nogen grad gælder dette for al

sygdom, der måtte ramme os – men citatet har en særlig vægt ved de funktionelle lidelser, hvor symptomerne i sig selv, patientens antagelser om symptomernes konsekvenser og symptomernes påvirkning af patientens funktionsniveau og livskvalitet tilsammen har udmøntet sig i sygdom. For at kunne hjælpe patienten med en funktionel lidelse er det derfor altafgørende at



Kontakt / Andreas.Schroeder@aarhus.rm.dk

Biografi / Forfatter er psykiater, ph.d., tidl. overlæge ved Funktionelle Lidelser, Aarhus Universitetshospital og tidl. klinisk lektor ved Aarhus Universitet. Siden 2021 arbejder han primært med samtaleterapi ved Afdeling for Psykiatri og Eksistens, Center for Familieudvikling, København og Aarhus. Han er medlem af bestyrelsen i Dansk Selskab for Funktionelle Lidelser (Dasefu).



kunne undersøge den betydning, han eller hun tillægger sine symptomer, og at forstå patientens måde at håndtere dem i et gensidigt og tillidsfuldt samarbejde. Kun ud fra en sådan fælles forståelse kan lægen lykkes med at anvisе en ny og mere frugtbar vej i både forståelse og håndtering af symptomerne.

Målet med et kognitivt baseret samtaleforløb: at patienten bliver ekspert i egen sygdom

Den sokratiske dialog, én af grundstene i kognitiv terapi, er i særlig grad

egnet til at sætte rammerne omkring et sådant tillidsfuldt samarbejde i undersøgelsen af patientens sygdomsforståelse (boks 1). Den danner derfor en rød tråd igennem et kognitivt samtaleforløb og leder hen imod samtaleforløbets overordnede mål: at patienten med funktionel lidelse bliver ekspert i egen sygdom, dvs. forstår sine fysiske symptomer, lærer, hvordan de kan dæmpes eller bedres, og i sidste ende er i stand til at hjælpe sig selv, hvis symptomerne skulle vende tilbage.

De vigtigste elementer i et kognitivt behandlingsforløb er skitseret i boks 2.



Boks 1 / Den sokratiske dialog som kongevej til patientens (ubevidste) forventninger til symptomoplevelsen

Aaron T. Beck, grundlæggeren af den kognitive terapi, genopdagede og forfinede den sokratiske dialog, som med fokus på et gensidigt samarbejde og en fælles erkendelse stod i diametral modsætning til 1950'ernes ortodokse, paternalistiske psykoanalyse. I datidens psykologiske behandling var terapeuten eksperten, der – på baggrund af patientens drømme og frie associationer – skulle analysere og bevidstgøre patientens ubevidste intrapsyriske konflikter. Oftest var dette en årelang proces, som ikke nødvendigvis medførte nogen bedring. Beck og hans medforløbere for den kognitive metode gjorde op med eksperternes teoritunge, forudfattede holdninger. De begyndte i stedet at udforske patientens indre verden – især dennes tænkning – igennem gensidig, ligeværdig dialog, og de samlede systematisk det "materiale", som fremkom igennem samtalen, for bedre at kunne forstå den forvrængede tænkning, som er med til at vedligeholde psykisk lidelse. Dette skabte en revolution i datidens psykologiske behandling og banede vejen for nutidens evidensbaserede psykoterapi.

Der er en vis ironisk parallel mellem psykoanalysens insisteren på at forstå og helbrede psykisk lidelse igennem fri association og tolkning og biomedicinens insisteren på at forstå, og måske endda helbrede, funktionel lidelse igennem en endeløs række af biomedicinske test og biomedicinske interventioner. Parallellen er, at terapeuten – lægen – insisterer på at være eksperten og hjælpe patienten igennem værktøjer, som lægen alene styrer, og som i øvrigt langt hen ad vejen er særdeles uegnede til både at forstå og behandle funktionel lidelse. Biomedicinens "behandling" af en patient med funktionel lidelse er ligesom datidens psykoanalyse ofte en årelang proces, som sjældent medfører bedring, og som alt for ofte ender på samme måde som psykoanalysen af den psykisk syge: Patienten erklæres for at være besværlig, umotiveret eller uegnet til behandling. Lægen – eksperten – må hellere bruge sin dyrebare tid på andre, mindre besværlige patienter. Behandlingen opgives, og både læge og patient efterlades i frustration.



Boks 2 / Et typisk forløb med kognitiv adfærdsterapi.

- Patientundervisning
- Caseformulering
- Symptomregistrering
- Den kognitive diamant: analyse og omstrukturering af typiske problemsituationer
- Adfærdseksperimenter
- Tilbagefaldsforebyggelse

Elementernes konkrete anvendelse i almen praksis vil blive udfoldet nærmere i en næste måneds artikel i denne serie (Funktionel lidelse: Samtaleforløb i praksis), hvor også specifikke kognitive teknikker vil blive uddybet. Formålet med herværende artikel er dels at give et overblik over den videnskabelige evidens for behandlingsmetoden samt et indblik dens virkningsmekanismer, dels at klæde lægen på til at motivere patienten til et psykologisk behandlingsforløb ud fra vores nuværende forståelse af funktionelle lidelser. Artiklen fokuserer derfor på det første, og for et vellykket forløb afgørende, element i et kognitivt baseret samtaleforløb: patientundervisning. Det er en særlig udfordring at formidle vores viden om funktionel lidelse på en måde, så det vækker genklang i patienten og giver lyst til at afprøve den nye forståelse.

Patientundervisning: formidling af viden om funktionelle lidelser

Når lægen motiverer patienten med funktionel lidelse til et kognitivt samtaleforløb, enten i egen praksis eller hos en psykolog, er det ofte hjælpsomt at starte med en disclaimer. Patienten kan blive usikker: Mon lægen antyder, at mine symptomer er indbildning?

Tror lægen, at der er tale om rene tankeprocesser eller falske forestillinger? Dette er selvfølgelig ikke tilfældet, men det kan være nødvendigt at sige det tydeligt og ligefremt:

"Når jeg vil tale med dig om de tanker, du gør dig, når du har hovedpine, er det, fordi vores tanker påvirker den måde, vores nervesystem fungerer på. Det vil sige, at man via sine tanker kan påvirke nervesystemet og kroppen og derved i sidste ende også ændre på sine symptomer. Vil du høre lidt om, hvad lægevidenskaben har fundet ud af om de mekanismer, som er på spil ved funktionelle lidelser?"

I det følgende gennemgås kortfattet vores nuværende forståelse af funktionel lidelse, som kan anvendes i patientundervisningen, og som ligger til grund for anvendelsen af kognitiv terapi ved funktionelle lidelser. Denne forklaringsmodel skal selvfølgelig ikke præsenteres i én lang monolog, men med passende timing ift. patientens tankeproces, og tilpasset patientens egen forståelsesramme og baggrundsviden. Det er vigtigt, at det foregår i en løbende dialog med patienten. I forhold til yderligere forklaringsmodeller, som kan hjælpe både lægen og patienten, henvises til tidligere artikler i denne artikelserie (5; 8-9).

Funktionelle lidelser er i deres essens *funktionsforstyrrelser* i hjernens måde at skabe en meningsfuld og handlingsanvisende integration mellem myriader af nye sanseinput og hjernens allerede indlærte model af verden (7). En funktionel lidelse synes at nedsætte hjernens evne til at bruge sanseinput korrekt, hvilket medfører, at det primært er forventningen, som definerer patientens bevidste oplevelse. Sanseinput er både interoceptive, dvs. sansninger af kroppens fysiologiske status, og exteroceptive, dvs. lugt, smag, syn, lyd og berøring. I nogle tilfælde – fx ved funktionelle kramper eller funktionelle lammelser – sker der et egentligt sammenbrud i selve sanseintegrationen, dvs. fylogenetisk tidligt udviklede, ”primitive” beskyttelsesprogrammer overruler storchjernens evne til at styre slagets gang. Patienten besvimer, kramper, mister evnen til at se eller høre eller bliver lam. De fleste mennesker er i stand til at opleve sådanne ”uforståelige” reaktioner under voldsomme katastrofer, svære traumatiske hændelser eller i særlige kulturelle sammenhænge, fx ved religiøse ritualer. Når traumerne er vedva-

rende, eller personen har en særlig sårbarhed, kan han/hun opleve dette integrationssammenbrud så hyppigt, at det i sidste ende kan blive en vedvarende, dysfunktionel overlevelsesstrategi, som fx beskytter mod svær indre smerte eller sikrer en position i verden, hvor man er ufarlig for andre. Det skal understreges her, at langvarig sansedeprivation – som den fx nogle gange tilrådes personer med hjernerystelse eller med kronisk træthed – øger risikoen for, at angsten for og forventningen til sanseoplevelsen fuldstændig overskriver de (sparsomme) reelle interoceptive og exteroceptive sanseinput, hjernen modtager, og derfor forværrer situationen. Det samme gælder patienter, som ned-

Foto 1/
Filosoffen Sokrates lægger navn til den sokratiske dialog, som er en måde at tænke fordomsfrit sammen for at nå frem til en ny, fælles forståelse igennem samtalen.
Foto: Shutterstock





sætter de interoceptive signaler ved at bevæge sig for lidt, eller ved at undgå kropsstillinger eller bevægelser, som erfaringsmæssigt har medført smerte eller ubehag.

Langt hyppigere er det dog, at kroppen igennem påvirkning af det autonome nervesystem, immunsystemet og HPA-aksen, men også vha. tilpasning af adfærden, skaber overensstemmelse mellem hjernens fortolkning af kroppen og verdens tilstand. Sagt mere simpelt: Hjernen forudsiger, hvordan en situation vil udvikle sig, og hvordan den vil opleves, og tilpasser kroppens indre tilstand og personens ydre adfærd til situationen (7). Derfor er en helt central virkningsmekanisme af kognitiv behandling at underkaste de mere eller mindre ubevidste forudsigelser en nøje granskning igennem vidensformidling, refleksion og adfærdseksperimenter (1).

Funktionelle lidelser har således en lang række neurobiologiske, immunologiske og humorale korrelater, selvom disse (endnu) ikke kan bruges i rutinediagnostikken. Det ser endda ud til, at der kan opstå varige forandringer i det autonome og centrale nervesystem,

komplekse bio-psyko-sociale samspil ikke grundlæggende anderledes end ved bedre forståede sygdomme som diabetes eller depression. Der er dog én væsentlig forskel: Selve samspillet af biologiske processer med ændringer i tænkning, adfærd og følelsesliv er det helt centrale ved lidelsen. Funktionelle lidelser er ægte mind-body-sygdomme, såkaldte interface-lidelser. De kan ikke placeres i hverken vores kasse med somatiske sygdomme eller psykiske sygdomme, uden at vi mister en væsentlig del af forståelsen.

Hvorfor behandle med kognitiv terapi?

Når denne artikel anbefaler praktiserende læger og klinikpersonale at bruge samtalebehandling med inddragelse af elementer fra kognitiv terapi i behandlingen af funktionelle lidelser (1), skyldes dette tre faktorer:

1. Anvendelsen af kognitiv terapi bygger på stærk evidens: Blandt de psykologiske behandlingsformer for funktionel lidelse er kognitiv behandling bedst undersøgt. Der foreligger flest studier af denne terapiform, og der er påvist en stabil, moderat effekt på tværs af de funktionelle syndromdiagnoser (irritabel tyktarm, fibromyalgi, kronisk træthed) og de psykiatriske diagnosekoder (somatoforme tilstande) (2-4). Ved kroniske smerter er kognitiv terapi (mindst) lige så effektiv som *Impramin*, *Pregabalin* eller lignende smertemodulerende præparater, men med en effekt, som ofte varer ved, når terapiforløbet er afsluttet.
2. Anvendelsen af kognitiv terapi har stort terapeutisk potentiale: Bevidste og ubevidste forventninger til, hvordan kroppen vil opleves "inde fra" nu og fremover, synes at spille

» Derfor er en helt central virkningsmekanisme af kognitiv behandling at underkaste de mere eller mindre ubevidste forudsigelser en nøje granskning igennem vidensformidling, refleksion og adfærdseksperimenter

som ikke altid er reversible. Vi ved ikke med sikkerhed, om det er de (neuro-) biologiske forandringer eller de observerede ændringer i tænkning og adfærd, som er den primære driver i sygdomsudviklingen. Formentlig er deres

en væsentlig rolle i både udvikling og vedligeholdelse af funktionel lidelse. Bevidste alternative tanker, som modsiger automatiske (og ofte ubevidste) negative forventninger, har derfor et stort potentiale til at medføre symptomlindring igennem mere adaptiv adfærd. I laboratoriet er dette bevist igennem et utal af eksperimenter. Men også i real life viser det sig gang på gang, at vi mennesker påvirkes af vores antagelser om os selv, verden og fremtiden (såkaldte placebo- og noceboeffekter) (5). Et velkendt dansk eksempel for en noceboeffekt på samlivsplan, såkaldt social smitte, er HPV-vaccine-krisen tilbage i 2015. Her udløste en TV-dokumentar både bivirkningsindberetninger af epidemiske dimensioner og en enorm nedgang af vaccinetilslutningen. Et andet, helt aktuelt dansk eksempel er noceboeffekter ifm. vaccination mod Covid-19. Vi ved således, at menneskers forestillinger og forventninger har enormt stor betydning ikke kun for *interoceptionen*, dvs. sansningen af kroppen, men også for *styringen af kroppens funktioner* igennem det autonome nervesystem, dvs. tilpasningen af vores indre tilstand til den formodede virkelighed. Kathi Wiech, stjerneforsker i smertebearbejdning, formulerede allerede i 2016 følgende i et studie publiceret i Science: *“The concept of pain as an actively constructed experience that is determined by expectations and their modification through learning has far-reaching implications for pain treatment and prevention.”* (6). Forskningen de senere år har bekræftet dette og vist, at udsagnet ikke alene gælder smerte, men også

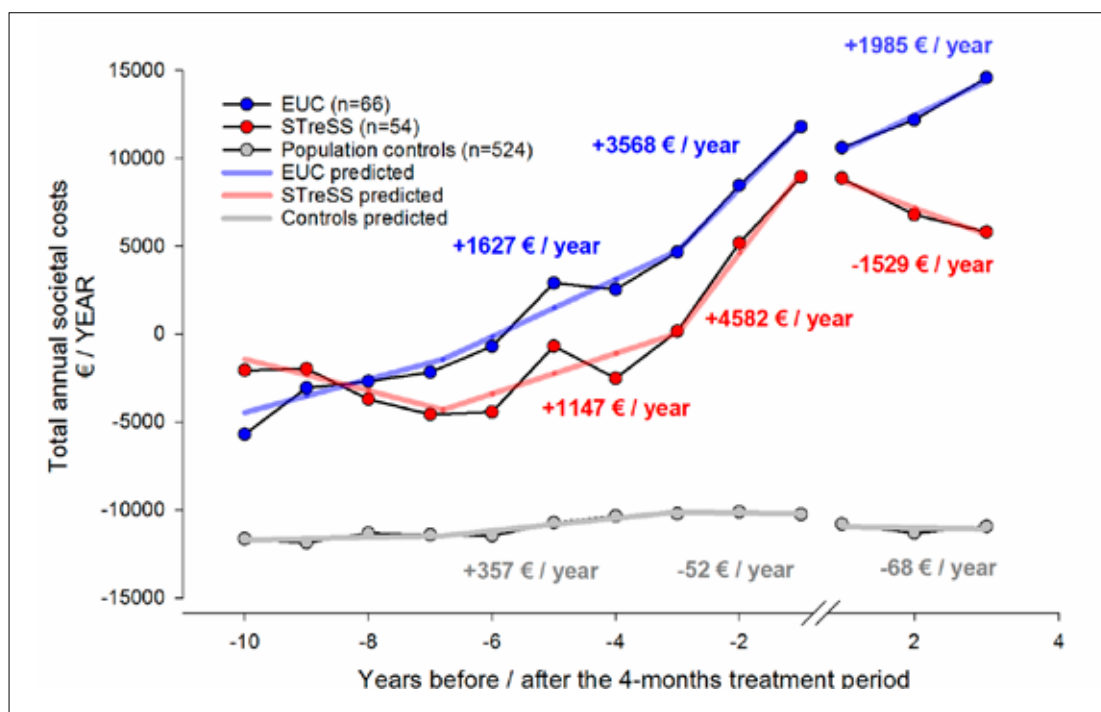
mange andre fysiske symptomer (5, 7).

3. Elementer af kognitiv terapi er i høj grad anvendelige i almen praksis: Den gensidige, dialogiske samtaleform (dvs. den sokratiske dialog) synes særlig velegnet i situationer, hvor både læge og patient kan være usikre på, hvordan patientens fysiske symptomer skal forstås. Som det er udfoldet i tidligere artikler om funktionelle lidelser her i Månedsskriftet, ligger nøglen til denne forståelse typisk i patientens dispositioner, tidligere erfaringer og det nu levede liv, frem for i kliniske eller parakliniske test (8). Den kognitive terapeutiske tilgang og den sokratiske dialog frisætter lægen fra at skulle kunne forklare patienten, hvordan vores generelle viden om funktionel lidelse passer på hendes situation og sygdom; i stedet for udvikles denne specifikke forståelse igennem samtale og samarbejde med patienten.

Langtidseffekter af kognitiv terapi: danske studier

Idet klinisk randomiserede studier af psykologisk behandling er behæftet med en række metodiske svagheder pga. særlige udfordringer med blinding af både deltagere og behandlere, spiller ”hårde” langtidsmål, såsom tilknytning til arbejdsmarkedet, en helt særlig rolle i vurderingen af den sande effekt af psykologisk behandling, ud over mulige placebo- og taknemmelighedseffekter.

Igennem de seneste 15 år har Afdelingen for Funktionelle Lidelser ved Aarhus Universitetshospital afprøvet bl.a. kognitiv terapi, ACT og mindfulness over for personer med svær funktionel lidelse i randomiserede kliniske



Figur 1/ Igennem en 10-års periode forud for behandlingen stiger de offentlige udgifter støt i begge grupper. Efter den kognitive behandling falder udgifterne i behandlingsgruppen, mens de stiger yderligere i kontrolgruppen. Forskellen skyldes i overvejende grad en højere tilknytning til arbejdsmarkedet i behandlingsgruppen (11). STreSS = Specialised Treatment for Severe Bodily Distress Syndromes; EUC = Enhanced usual care.

studier. Den kognitive behandling havde de mest overbevisende resultater, med moderate effekter på symptom-scores, smerterelateret funktionsindskrænkning og det selvrapporterede fysiske helbred (*Cohen's d* mellem 0,5 og 0,7) (10). Effekten af den kognitive terapi på overførselsindkomster var endda støt stigende, dvs. afstanden i offentlige udgifter mellem behandlings- og kontrolgruppen tiltog frem til det 3. år efter gennemført kognitiv terapi. Omregnet i kroner og øre og tillagt en ikke uvæsentlig forskel i forbrug af sundhedsydelser mellem de to grupper medførte den psykologiske behandling en reduktion af offentlige udgifter på mere end 50.000 kr. årligt pr. studiedeltager (figur 1). Det kognitive terapiforløb syntes således at have virket som et vendepunkt hos mange studiedeltagere med effekter, som først

for alvor slog igennem en rum tid, efter behandlingen var afsluttet (11). Her ligger den største force af psykologisk behandling for funktionelle lidelser, sammenlignet med farmakologisk behandling.

Behandlingens formål var dels at klæde patienterne på til at være eksperter i egen sygdom, dels at motivere til – og helst begynde på – helt konkrete ændringer af sygdomsadfærden. Interventionen var et gruppebehandlingsprogram, som forløb over 16 uger, med 9 behandlingsdage af 3½ times varighed (figur 2). Rationalet med behandlingsprogrammet var at udfordre patienters egen forståelse af sygdommen og at finde frem til en mere fleksibel, adaptiv forståelse. På baggrund af denne nye eller modificerede sygdomsopfattelse fik patienterne hjælp til at sætte konkrete korttidsmål for be-

handlingsperioden, samt at inddele disse mål i helt konkrete ”skridt”, som skulle trænes frem til næste behandlingsdag. Formålet herved var at indøve en mere adaptiv og sund livsstil, som tager højde for de multiple funktionelle symptomer, men samtidig forbedrer det fysiske funktionsniveau og aflaster fra stress, sygdomsrelaterede bekymringer eller andre belastninger. Denne ændring i tænkning og adfærd skulle på længere sigt medføre både øget livskvalitet og højere funktionsniveau. Det randomiserede studie testede denne intervention over for *enhanced usual care* (EUC), hvor studiedeltagerne modtog en grundig diagnostisk udredning med tilbagemelding til egen læge, men ellers ingen specifik behandling.

Hvordan virker kognitiv terapi ved funktionelle lidelser?

Selvom virkningsmekanismerne af psykologisk behandling for funktionelle lidelser ikke er endeligt klarlagte, regner mange forskere med en styrkelse af den såkaldte top-down regulation af den subjektive symptomoplevelse, hvilket på længere sigt vil kunne medføre en normalisering af det sensibiliserede smertesystem, som er så typisk for patienter med svære funktionelle lidelser. Selvom de biologiske virkningsmekanismer af vores psykologiske behandlingsmetoder således endnu er ukendte, ved vi, at psykologisk behandling på det bevidste plan bl.a. virker igennem en ændring af patienters sygdomsopfattelse, konkret via en reduktion af *symptom catastrophizing* og en øgning af den selvoplevede symptomkontrol (12).

Der er endnu ikke udført danske studier, som undersøger brugen af manualiseret kognitiv terapi ved funktionel-

STreSS-behandlingsprogram (Specialised Treatment of Severe Bodily Distress Syndromes)		
Modul	Uge	Indhold og mål
1. Modul	1	Introduktion til STreSS Mål: At styrke motivationen til at håndtere smertefulde og invaliderende kropslige symptomer. Fullt anerkendelse af patienternes lidelse. Introduktion til kognitiv adfærdsterapi. Introduktion af gruppeledelse.
2. Modul	2	Kropslige symptomer og fortolkningen af disse Mål: At registrere og differentiere kropslige symptomer. At udfordre ubeflexible symptomattributter.
3. Modul	3	Sygdomsforståelse. Stressreaktioner. Behandlingsmål. Mål: Diagnostiske betegnelser for og undergrupper af funktionel sygdom (bodily distress syndromes). Biologiske, psykologiske og sociale faktorer, der medvirker til udviklingen og vedligeholdelsen af symptomerne. Effekt af negativ sygdomsforståelse. At definere individuelle behandlingsmål for hver patient.
4. Modul	4	Negative automatiske tanker og dysfunktionel adfærd Mål: At kæde kropslige symptomer sammen med følelser, tanker og adfærd. Klarlægge for hver patient tanker og adfærd der medvirker til vedligeholdelse af funktionsnedsættelse.
5. Modul	6	Kognitiv forvrængning og følelsesmæssig opmærksomhed Mål: At fortsætte arbejdet med at kæde kropslige symptomer, følelser, tanker og adfærd sammen. At identificere kognitive forvrængninger. At etablere alternativt tænkning. At styrke følelsesmæssig opmærksomhed.
6. Modul	8	Fra sygdomsadfærd til helbredsadfærd I Mål: At fortsætte arbejdet med at kæde kropslige symptomer, følelser, tanker og adfærd sammen. Tilbageblik: at kæde hændelser i livet sammen med funktionel sygdom. Fremtidsblik: at øge behagelige aktiviteter.
7. Modul	10	Fra sygdomsadfærd til helbredsadfærd II Mål: At genoprette søvn, afbalanceret kost og fysisk aktivitet. At evaluere sociale netværk og relationer til andre mennesker. At evaluere arbejdssituationen. At revidere og tilpasse individuelle behandlingsmål.
8. Modul	12	Sig selv som behandler. Forebyggelse af tilbagefald Mål: At tilpasse livsstil til et forbedret funktionsniveau. Fornyelse gennemgang af dysfunktionel tænkning og adfærd, og hvordan dette overvindes. Teknikker til problemløsning. At lave individuelle behandlingsmanualer for eventuelt tilbagefald.
9. Modul	16	Vedligeholdelse af tilærte færdigheder og håndteringsstrategier Mål: Gennemgang af de begreber, der er undervist i, og af de tilærte færdigheder fra STreSS-programmet. At definere individuelle mål for de næste 3 måneder. Sammenfatning og afslutning.

le lidelser i praksis. Vi ved dog fra udlandet, at tiltagene kan være effektive også i praksis, og mange praktiserende læger i Danmark anvender kognitiv terapi i deres behandling af angst og depression og er således fortrolige med de grundlæggende kognitive teknikker.

Grænserne af kognitiv terapi og betydningen af andre terapietninger
Væsentligt ved al psykologisk behandling er den syges motivation for at arbejde med indgroede mønstre i tanker, følelser og adfærd, som er med til at vedligeholde symptomerne, og som står i vejen for ændringer, som er nødvendige for at få det bedre. Der er stor forskel på, hvilken tilgang patienterne oplever som gavnlig, og hvor ”dybde-

Figur 2 / Oversigt over et kognitiv gruppebehandlingsforløb på specialafdeling (10). Manualen er tilgængelig på <https://funktionellelidelser.dk/for-fagfolk-og-forskere/til-behandlere/behandlingsmanualer-og-kliniske-vejledninger/>. STreSS = Specialised Treatment for Severe Bodily Distress Syndromes.



1. Møde

Introduktion til behandlingen Kognitiv adfærdsterapi

Programoversigt

Kl. 12.30 – 13.30:

- Velkommen
- Introduktion af behandlere
- Navne på deltagere
- Programoversigt
- Boksskalaregistrering
- Spørgsmål vedr. boksskalaregistrering
- Rammer og regler
- Introduktion af deltagerne 2 & 2. Øvelse 1

Kl. 13.30 – 13.45: Pause

Kl. 13.45 – 14.45:

- Introduktion af deltagerne i gruppen
- Forventninger til behandlingen *Skema 1*
- Introduktion af Kognitiv Adfærdsterapi (forkortet KAB). *Undervisning 1 og 2*
- Faste punkter i hvert møde. *Undervisning 3*
- Fysiske øvelser *Øvelse 2*

Kl. 14.45 – 15.00: Pause

Kl. 15.00 – 16.00:

- Undervisningsmetoder og ordbog. *Undervisning 4 og 5*
- Hjemmeopgaver til 2. Møde 1. Ugeskema. *Skema 2*
- Afrunding
- Boksskalaregistrering

4

Foto 2/

Eksempel på et program for det første møde i en kognitiv gruppebehandling. Fra <https://funktionellelidelse.dk/for-fagfolk-og-forskere/til-behandlere/behandlingsmanualer-og-kliniske-vejledninger/>

gående” et psykologisk arbejde de ønsker. Nogle har primært brug for at reducere følgevirkninger af sygdommen, dvs. hjælp til at genvinde deres tidligere mere sunde adfærd og tænkning.

Disse patienter har oftest stor gavn af den strukturerede, ”coachende” tilgang, et kognitivt terapiforløb tilbyder.

Andre patienter opdager igennem patientundervisning eller deres individuelle caseformulering (8), at deres funktionelle symptomer er tæt knyttet til svære følelsesmæssige tilstande, tidligere traumatiske oplevelser eller uløste indre konflikter (som kan være ”gemt” under en dyne af træthed eller finde udtryk i fx mavesmerter). Her er det ofte meningsfuldt at tilbyde en oplevelsorienteret, stærkt relations-

bunden terapiform. For selvom kognitiv terapi afsøger de mere ubevidste tankeprocesser (det, som Aaron Beck har kaldt negative automatiske tanker) og de bagvedliggende, grundlæggende antagelser om selvet, den omgivne verden, og fremtiden, tager den ikke direkte fat på mulige intrapsyriske konflikter (som er domænet af de psykodynamiske terapiretninger), ligesom den ikke nødvendigvis udfordrer den syges indstilling til lidelsens natur som sådan (hvilket er en væsentlig grundtone i den såkaldte 3. generations psykoterapi, fx Acceptance and Commitment Therapy (ACT) og mindfulness-træning i alle sine forskellige udformninger). Den kognitive terapi har heller ikke til formål ”at se hele billedet”, hvilket er den analytiske psykoterapis domæne. Der vil således være situationer, hvor et kognitivt behandlingsforløb kun kradser i overfladen og ikke er egnet til at medføre væsentlige forbedringer eller varige forandringer hos patienten med en svær funktionel lidelse. Hvis lægen er i tvivl, kan det anbefales at rådføre sig med en ekspert ved de regionale centre forud for en henvisning til psykologisk behandling.

Konklusion

Denne artikel bygger på de diagnostiske overvejelser og de aktuelle ætiologiske modeller, som de er formidlet i tidligere afsnit af denne artikelserie (5, 8-9). Som det er blevet udfoldet, er kognitiv terapi en ætiologisk orienteret behandling, idet den – via indlæring af nye måder at fortolke kroppens signaler og derved nye måder at sanse og bruge kroppen på – forsøger at dæmpe eller endda ”slette” nogle af de neurobiologiske funktionsforstyrrelser, som kendetegner de funktionelle

lidelser (7, 12). Når den kognitive terapi igennem bl.a. den sokratiske dialog vælger ”vejen via pandelapperne”, står dette på ingen måde i modstrid til fysioterapeutiske (13) eller farmakologiske (14) behandlingstilgange, men er derimod et supplement til disse. I den kliniske praksis vil man ved svære funktionelle lidelser således oftest vælge en kombination af flere behandlingsformer, selvom den videnskabelige evidens for at kombinere medicin, fysisk træning og psykologisk behandling er begrænset.

Interessekonflikter: *Ingen.*

Referencer

1. Arendt M og Rosenberg NK. Kognitiv terapi - Nyeste udvikling. Hans Reitzels Forlag, 2012.
2. Henningsen P, Zipfel S, Sattel H et al. Management of Functional Somatic Symptoms and Bodily Distress. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2018;87: 12-31.
3. Chey WD, Kurlander J, Eswaran S. Irritable bowel syndrome: a clinical review. *JAMA* 2015;9: 949-58.
4. Clauw DJ. Fibromyalgia: a clinical review. *JAMA* 2014;15: 1547-55.
5. Olesen F. Funktionel lidelse – hvad kan vi lære af placebo- og noceboforskningen? *Månedsskrift for almen praksis*. 2021; 540-547.
6. Wiech K. Deconstructing the sensation of pain: The influence of cognitive processes on pain perception. *Science* 2018;354: 584-587.
7. Henningsen P, Van den Bergh O, Gündel H, et al. for the EURONET Soma Group: Persistent physical symptoms as perceptual dysregulation: a neuropsychobehavioral model and its clinical implications. *Psychosomatic Medicine* 2018;80: 422-431.
8. Rosendal M. Hvordan kan vi forstå funktionel lidelse? En forklaringsmodel i tre trin. *Månedsskrift for almen praksis*. 2021; 354-361.
9. Rosendal M. Hvordan kan vi forstå funktionel lidelse? Centralnervesystemets rolle. *Månedsskrift for almen praksis*. 2021; 420-428.
10. Schröder A, Rehfeld E, Ørnboel E, et al. Cognitive-behavioural group treatment for a range of functional somatic syndromes: randomised trial. *Br J Psychiatry*. 2012;200: 499-507.
11. Schröder A, Ørnboel E, Jensen JS, et al. Long-term economic evaluation of cognitive-behavioural group treatment versus enhanced usual care for functional somatic syndromes. *Journal of Psychosomatic research* 2017;94: 73-81.
12. Christensen SS, Frostholt L, Ørnboel E, et al. Changes in illness perceptions mediated the effect of cognitive-behavioural therapy in severe functional somatic syndromes. *Journal of Psychosomatic research* 2015;78: 363-370.
13. Høgh M & Rosendal M. Funktionel lidelse: aktivtetsregulering og træning. *Månedsskrift for almen praksis*. 2021; 858-865.
14. Gormsen, L. Farmakologisk behandling af funktionel lidelse. *Månedsskrift for almen praksis*. 2022.

HOVEDBUDSKABER

1. Blandt de psykologiske behandlingsformer for funktionel lidelse viser kognitiv terapi den stærkeste evidens, med moderate effekter på symptomreduktion, funktionsniveau og livskvalitet.
2. Et kognitivt baseret samtaleforløb sigter mod at hjælpe patienten til at blive ekspert i egen sygdom.
3. Den sokratiske dialog, hvor lægen og patienten igennem nysgerrig og tillidsfuld samtale udforsker patientens symptomer og deres betydning, er en hjørnesten i kognitiv terapi.





Funktionel lidelse: Samtaleforløb i praksis

Mange af os sætter stor pris på at lave samtaleforløb i almen praksis. Patienter med funktionel lidelse kan have stor gevinst af det. Men hvordan gør vi? Hvilket indhold skal vi prioritere? Artiklen her kommer med et godt bud, der tager udgangspunkt i den kognitive metode.

Af / Andreas Schröder,
Line Kirkeby Petersen og
Marianne Rosendal



Case / Peter

35-årige Peter* er en meget engageret og energisk mand, der bor med sin kone og deres to døtre på 2 og 4 år. Peter brænder for sit job som socialpædagog med udsatte unge og har store ambitioner om at gøre en forskel på arbejdspladsen. Han er desuden engageret i frivilligt arbejde i den lokale spejderklub. Familien bor i et hus, der er under renovering, og for at spare penge forsøger Peter at reparere og renovere så meget som muligt selv. Hans døtre er ofte syge af forkølelser og andre virusinfektioner, hvilket gør det svært for Peter at passe alle sine gøremål. De sidste måneder har Peter været tiltagende generet af smerter i højre side af ansigt, nakke og skulder uden sikker udløsende årsag. Han har været til gentagne undersøgelser hos egen læge, otolog, røntgen, tandlæge samt til mange forskellige behandlinger hos akupunktør, fysioterapeut og kiropraktor. Der har hverken været parakliniske eller objektive fund, og Peter har heller ikke oplevet varig effekt af de mange forskellige behandlingsforsøg.

** Peters case gengiver et reelt patientforløb, men navn og en række detaljer er ændret på en måde, så patienten ikke kan genkendes.*

En indre ild, en masse at se til og smerter uden årsag – Peters vej ind i sygdommen

Som beskrevet i sidste måneds afsnit i denne artikelserie (1) er det overordne-

de mål med et kognitivt baseret samtaleforløb for funktionel lidelse, at patienten bliver ekspert i egen sygdom, dvs. forstår sine symptomer og lærer, hvordan de kan dæmpes. I Peters til-



Kontakt / Andreas.Schroeder@aarhus.rm.dk

Biografi / Andreas Schröder er psykiater, ph.d., tidl. overlæge ved Funktionelle Lidelser, Aarhus Universitetshospital og tidl. klinisk lektor ved Aarhus Universitet. Siden 2021 arbejder han primært med samtaleterapi ved Afdeling for Psykiatri og Eksistens, Center for Familieudvikling, København og Aarhus. Line Kirkeby Petersen er almenmedicin, overlæge ved Center for Funktionelle Lidelser, Vejle Sygehus. Marianne Rosendal er speciallæge i almen medicin og tidligere praktiserende læge i Vejle. Aktuelt seniorforsker ved Funktionelle Lidelser, Aarhus Universitetshospital og Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus. Forfatterne er hhv. medlem (AS), næstformand (LKP) og forperson (MR) for Dansk Selskab for Funktionelle Lidelser (www.dasefu.dk).

fælde havde både læge og patient forsøgt at finde en biomedicinsk eller "mekanisk" årsag til hans smerter, og lægen havde også været opmærksom på, om Peter led af en psykisk sygdom. Men alle undersøgelser var normale, og på trods af forskellige behandlinger såsom akupunktur eller manuel terapi hos kiropraktor oplevede Peter ingen varig forbedring. Smerterne forblev de samme.

Hvad er lægens muligheder i denne situation? Skal Peter bare acceptere, at han har ondt? Han "fejler" jo ikke noget "rigtigt"? Eller skal han henvises til yderligere undersøgelser? Der kunne være overset noget! Måske lægen skal sige til ham, at han nok er stresset og skal tage det med ro?

Formentlig ville ingen af disse interventioner hjælpe Peter på vej mod en bedring. Han kan ikke acceptere, at han "bare" har ondt, sådan uden nogen grund, uden at nogen – eller han selv – kan gøre noget. Han er også træt af de mange frugtesløse undersøgelser, og sandsynligheden for, at de vil frembringe ny viden, er yderst beskeden. Endelig oplever han sig på ingen måde stresset. *"Ja, der er meget at se til, men dette er der intet nyt i"*, som han siger. Og travlhed giver vel ikke ansigts-smerter?

Lægen aftaler en statuskonsultation (2), hvor hun sammen med Peter gennemgår alle symptomer og undersøgelser for derefter at medgive Peter et ugeskema (3). Ugeskemaet anvendes som en "undersøgelse" af Peters levede liv (frem for hans krops målbare tilstand) og dennes sammenhæng med hans smertesymptomer. Dette bliver en øjenåbner for Peter: Til hans store overraskelse viser ugeskemaet stor variation i smerterne og en høj smertescore især på de dage, hvor hans kalen-

der er hårdt presset af rigtig mange gøremål.

Da Peter erkender, hvor meget smerterne varierer ugen igennem, og at de i nogen grad hænger sammen med det, han foretager sig, bliver han nysgerrig på at undersøge sammenhængen yderligere. Lægen vælger derfor at tilbyde Peter et samtaleforløb: *"Peter, jeg kan både se på dit ugeskema og høre på det, du fortæller mig, at du er belastet af mange smerter og gener fra din krop. Jeg vil gerne hjælpe dig. Hvad tænker du om, at vi sammen finder ud af, hvordan du kan få det bedre?"*

At aftale rammerne omkring et samtaleforløb

Rammerne er centrale for et vellykket samtaleforløb. Dels sætter overenskomsten nogle rammer for, hvor mange samtaler i form af længerevarende konsultationer man kan honoreres for, dels er det vigtigt, at lægen selv kan overskue de samtaleforløb, han/hun tilbyder, og ikke bliver presset af dem. Man kan fx starte med at aftale tre samtaler med 14 dages mellemrum og sikre sig, at patienten er villig til at ar-

» Hvis der ikke kan skabes udvikling, eller hvis dialogen går i hårdknude, anbefales lægen at opsøge supervision eller på anden vis udforske mulige barrierer for samarbejdet.

bejde videre imellem samtalerne ved at afprøve nye måder at tænke og handle på. Er de første samtaler til gavn for patienten, dvs. medfører bedre forståelse og/eller begyndende symptomlindring, udvides aftalen til et fuldt samtaleforløb (boks 1). Hvis der ikke kan skabes udvikling, eller



Boks 1 / Et typisk samtaleforløb for funktionel lidelse i almen praksis [7 samtaler a 30 min]

- Patientundervisning: Et landkort over funktionelle symptomer
- Caseformulering: Konceptualisering af patientens sygdom
- Symptomregistrering: Et kompas til at finde vej på landkortet
- Den kognitive diamant: Analyse af typiske problemsituationer og omstrukturering af sygdomsfremmede tanker
- Adfærdseksperimenter: At gøre sig nye kropslige erfaringer
- Tilbagefaldsforebyggelse: At konsolidere ny viden og nye erfaringer

hvis dialogen går i hårdknude, anbefales lægen at opsøge supervision eller på anden vis udforske mulige barrierer for samarbejdet (se de sidste afsnit i denne artikel), før der aftales yderligere samtaler.

Patientundervisning

At få basal viden om funktionel lidelse, som det er beskrevet i seneste artikel i denne serie (1), er en stor, og ofte helt afgørende, hjælp for patienten. Denne viden kan fungere som et landkort, hvor det er muligt at finde orientering midt i indre kaos og forvirring. Også mange læger oplever, at en bedre forståelse af funktionel lidelse ikke kun øger empatien med den syge, men også styrker lægens egen mestringsfølelse. Det uforståelige bliver forståeligt. Mistro, skepsis og irritation kan erstattes med nysgerrighed, optimisme eller endda begejstring. Hjernen er et fantastisk komplekst organ, og samspillet mellem krop og psyke når vi nok aldrig helt til bunds i. Hvis lægen lykkes med en ærlig undren og en oprigtig interesse, er første skridt taget til at kunne hjælpe patienten: *"Hvordan i alverden kan du være plaget af alle disse symptomer, når alle undersøgelser er normale?"*

Vi bliver da nødt til at forstå det! Har du hørt om manden, der havde forfærdelige smerter efter at have fået et søm igennem sin støvle, men uden at foden havde taget skade? (4), (Foto 1)"

Caseformulering: konceptualisering af patientens sygdom

I løbet af de første samtaler i et kognitivt baseret samtaleforløb skabes en caseformulering. Caseformuleringen er en konceptualisering af patientens sygdom med biografiske detaljer, og den kan antage forskellige former. Nogle foretrækker i fællesskab at skabe et narrativ, dvs. en indsigtsfuld gengivelse af sygdomsforløbet med inddragelse af væsentlige årsagselementer, mens andre har gavn af en systematisk tilgang, hvor læge og patient støtter sig til en række værktøjer. Uanset hvordan caseformuleringen tilvejebringes, vil den typisk omfatte nogle centrale elementer (tabel 1). Især værktøjet "Årsagssammenhæng" (5) er velegnet til at anvende vores generelle viden om funktionelle lidelsers ætiologi til en bedre forståelse af patientens sygdom og til at komme i dialog om vedligeholdende faktorer i patientens liv, som er tilgængelige for intervention.

Foto 1 /
Eksempel på, hvordan hjernen kan generere smerte (Fisher et al, BMJ 1995; 310: 70).
Foto: BMJ



Tabel 1/ Værktøjer, som er nyttige til at tilvejebringe en caseformulering.

Navn	Nr. i værktøjskassen/ udgivelsesmåned	Indhold/formål
Symptomoverblik [6]	1/april 2021	At skabe et fælles overblik over patientens symptomer
Ugeskema [3]	3/juni-juli 2021	At sammenholde symptomdagbog og "almindelig dagbog" for at få øje på lindrende eller forværrende faktorer eller opdage mulige mønstre (hverdag vs. weekend, ændringer i løbet af døgnet, etc.)
Livslinjen [7]	4/august 2021	At sammenstille patientens symptomer og lægelige undersøgelser med dennes livsforløb for at få øje på mulige udløsende begivenheder, livshistoriske mønstre eller andre sammenhænge
Årsagssammenhæng [5]	2/maj 2021	At opsætte hypoteser om mulige årsagssammenhænge, herunder disponerende, udløsende og vedligeholdende faktorer

Symptomregistrering: Et kompas til at finde vej på landkortet

En grundig symptomregistrering, som sammenholdes med det levede liv, kan vise typiske mønstre i symptomniveau. Samtaleteknikken er den sokratiske dialog (1), hvor lægen sammen med patienten er nysgerrig på mulige sammenhænge og nye erkendelser.

Der anvendes simple, korte spørgsmål, som hjælper patienten til at tænke sig om, og det er væsentligt, at det er patienten, som taler mest. Når patienten opdager, at symptomernes sværhedsgrad er knyttet til ydre omstændigheder ("Hvem er jeg sammen med? Sker det på arbejdet eller derhjemme?") eller indre forventninger ("Jeg får det skidt bare ved at tænke på det!"), får han eller hun en første, spirende forståelse af, at symptomerne netop ikke kommer *"ud af det blå"*. Oftest øger dette motivationen til at eksperimentere med faktorer, som kan ændre symptomoplevelsen.

Men selvom den nye opdagelse kan være befriende, kan den også vække svære følelser. Mange patienter oplever det skamfuldt at få øje på, at deres egen adfærd bidrager til at vedligeholde eller endda forværre symptomerne.

Lægen må derfor træde varsomt og afholde sig fra at være bedreviddende eller belærende, men i stedet anerkende patientens følelsesmæssige reaktioner ved samtalen: *"Du har jo ikke haft vinden om denne sammenhæng før, så det er da meget forståeligt, at du ikke tidligere har gjort noget ved det!"*

Den kognitive diamant: Analyse af typiske problemsituationer og omstrukturering af sygdomsfremmen-de tanker

Symptomregistreringen er velegnet til at opdage mønstre og mulige sammenhænge med situationer, adfærd eller omstændigheder, som medfører symptomer. Men for at opbygge mestring (og ikke bare udvikle undgåelse ift. symptomforværrende situationer) er det nødvendigt at gennemgå specifikke situationer fra patientens liv og at finde frem til konkrete alternative tanker og handlemuligheder. Dette kan gøres ved hjælp af den kognitive diamant: Lægen og patienten udvælger i fællesskab et eksempel fra de seneste uger, hvor symptomerne var særligt slemme, og som patienten kan huske tydeligt (figur 1).

Det er væsentligt at se på alle



Foto 2 /

Den kognitive diamant er et centralt redskab i et kognitivt-baseret samtaleforløb. Den kan også anvendes uden skema, men det er væsentligt at komme omkring alle elementer (se figur 1 på næste side)

Foto: Colourbox



Boks 2 / Hjælpespørgsmål til omstrukturering af sygdomsfremmende tanker

- Hvordan ved du det?
- Hvad kunne du ellers tænke?
- Hvad er mest realistisk?
- Hvordan ville det være, hvis?
- Hvad ville du tænke, hvis det var en anden?
- Hvad ville være mere hjælpsomt at tænke?
- Hvad er det værste, der kan ske?
- Hvad kunne du ellers have gjort?
- Hvad betyder det på kort og langt sigt, hvis du fortsætter på den måde?
- Hvilke fordele og ulemper er der ved den adfærd?
- Hvad ville du have tænkt, hvis en anden handlede på den måde?

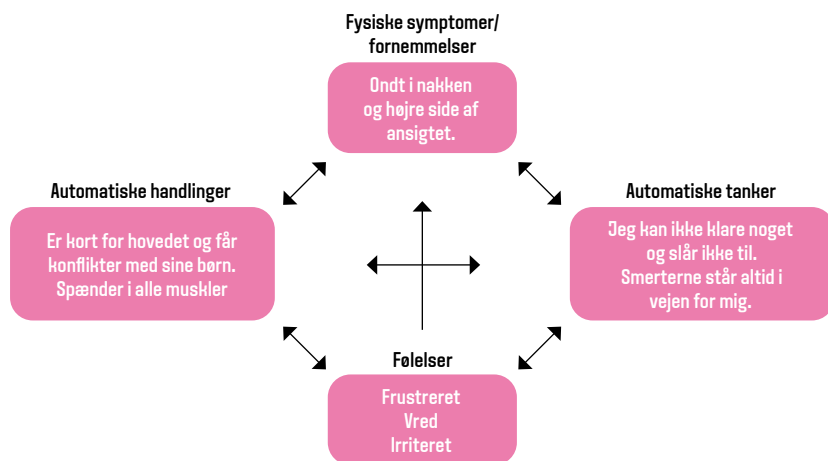
aspekter af den situation, som medfører symptomforværring: de ydre omstændigheder (larm, travlhed, fjendtlig atmosfære, arbejdspress etc.), patientens adfærd (kost, hvile, bevægelse, typer af arbejde/aktivitet), patientens tanker ("Jeg orker det ikke mere!"/"Det

kommer til at gå galt!"/"Chefen er altid efter mig!") og de emotioner, som aktiveres i situationen. Når alle aspekter er noteret, sikrer lægen sig, at situationen er velbeskrevet og stemmer overens med patientens oplevelse. Nu begynder den egentlige intervention:

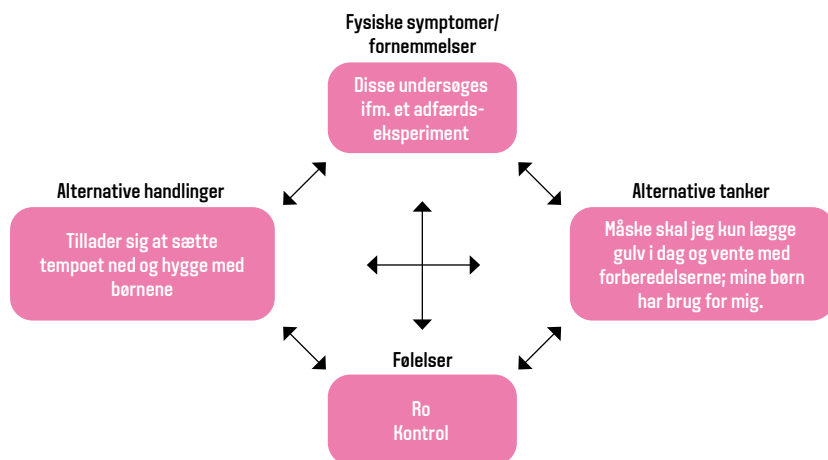
Situation: lørdag eftermiddag, hvor Peter er hjemme og skal lægge gulv, forberede arbejdsopgaver til næste uge og samtidig være far.

Figur 1 / Den kognitive diamant

Automatiske tanker og handlinger



Alternative tanker og handlinger



en nænsom omstrukturering af patientens indre forestillingsverden (boks 2).

Formålet med den kognitive omstrukturering er at hjælpe patienten til en mere fleksibel tænkning og til at erkende, hvordan han måske har en tendens til at frygte det værste, give op på

forhånd eller bebrejde sig selv/andre, at han igen har det dårligt. Der formuleres nye, alternative tanker, og deres effekt på patientens adfærd, følelsesliv og oplevelse af kroppen undersøges. Alternative tanker, adfærd og følelser noteres i en ny kognitiv diamant (figur



1 nederst). Denne nye diamant danner udgangspunkt for et eller flere adfærdseksperimenter for at afprøve den reelle effekt af ændret tænkning og adfærd på patientens symptomer og følelsesliv.

Adfærdseksperimenter: at gøre sig nye kropslige erfaringer

Et adfærdseksperiment er patientens unikke mulighed for at afprøve og indlære nye tænke- og handlemåder imellem konsultationerne. Et eksempel kunne være STOP-øvelsen (8), som Peter begynder at bruge med stort udbytte. Han opdager, at han har brug for langt flere korte pauser i løbet af arbejdsdagen, end han har været vant til. At gøre disse korte pauser til en god vane hjælper ham i et næste skridt til at prioritere anderledes i konkrete situationer: Han lærer at sige nej, være mindre perfektionistisk og ambitiøs og være mere omsorgsfuld over for sig selv. Når smerterne begynder, laver han korte udstrækningsøvelser og vender samtidig sine tanker væk fra det svære og frem til et rart minde. Når han føler, at han slet ikke kan se ud over alle de opgaver, han har, planlægger han en lystbetonet aktivitet, som han glæder sig til at lave efter arbejdet

samme dag, og forbyder sig selv at arbejde mere denne aften. Samtidig vælger han mindst én opgave, som han stryger fra sin to-do-liste som noget, der sagtens kan undværes. Han erfarer, at han herved er i stand til at bremse sine kropslige symptomer.

Peters forløb i praksis ender med, at han efter syv samtaler har fået en god forståelse for, hvad der udløser smerter. Han kan i langt højere grad regulere sit aktivitetsniveau og engagement og derved i nogen grad dæmpe sine kropslige symptomer. Peter oplever væsentlig symptomlindring, og han bliver i stand til fortsat at passe sit fuldtidsarbejde, samtidig med at han nyder sit liv langt mere end tidligere.

Tilbagefaldsforebyggelse

Sidste samtale aftales i god tid, og her indgår en dialog om, hvordan tilbagefald kan forebygges. Som det fremgår af værktøjet Årsagssammenhæng (5), vil patienten ofte have forskellige risikofaktorer, som behandlingen ikke har kunnet ændre, og de giver en øget risiko for, at længerevarende symptomer eller en funktionel lidelse kan opstå igen. Derfor er det vigtigt at være opmærksom på de første signaler på fornyet sygdom og på, hvordan patienten



Boks 4 / Tilbagefaldsforebyggelse

- Hvad er de første advarselstegn på, at symptomerne er ved at vende tilbage eller blive værre (tænk eventuelt på, hvordan jeg begynder at undgå ...)
- Hvilke værktøjer har jeg fået i forløbet, som jeg kan bruge, hvis det sker?
- Hvad vil være mit første skridt til at komme tilbage på sporet?
- Hvad kan forhindre mig i at bruge min handleplan?
- Hvor vil jeg opbevare min handleplan?
- Hvem kan støtte mig, og hvem skal kende min handleplan?

kan hjælpe sig selv til at forebygge forværring og i stedet finde tilbage i "det gode spor", som samtaleforløbet har bibragt ham/hende kendskab til. De elementer, som kan indgå i en sådan handleplan, er vist i boks 4.

Mulige barrierer og udfordringer i et kognitivt-baseret samtaleforløb

At opbygge et tillidsfuldt samarbejde

I et kognitivt-baseret samtaleforløb er lægen en aktiv medspiller og indtager en coachende, støttende og samarbejdende rolle. Det kræver et bevidst skifte fra at være den, der skal fikse patientens problem til at være den, der i stedet guider processen. I det følgende beskrives nogle af de hyppigste barrierer, som den praktiserende læge kan møde i samtaleforløbet, og der peges på løsninger, som er mulige i almen praksis.

Når patienten ikke tåler udfordring

Nogle patienter oplever enhver udfordring af deres sygdomsadfærd som manglende forståelse for deres situation eller tolker det endda som tegn på lægens manglende faglighed: *"Lægen forstår slet ikke, at det forværrer min sygdom, når jeg begynder at træne. Det er farligt for mig at få (flere) symptomer!"* Dette kan medføre dårligt samarbejde, idet lægen frustreres, mens patienten udfordres på en måde, han eller hun ikke kan honorere. Her er det vigtigt, at lægen i stedet for at presse sin egen forståelse igennem vender tilbage til udgangspunktet: en oprigtig interesse til at forstå patientens tænkning. Lægen kan fx sige: *"Jeg kan høre, at du synes, det er en rigtig dårlig idé at begynde at gå daglige ture. Vil du fortælle lidt om, hvorfor du tænker sådan?"* Denne tilgang vil oftest kunne genop-

rette samarbejdet, og lægen vil samtidig få en dybere indsigt i patientens indre liv og en forståelse for, hvilke erfaringer, forestillinger og sygdomsfremmende tanker der er styrende for patientens adfærd.

Når læge og patient er uenig om årsagerne

I starten af et samtaleforløb er det snarere reglen end undtagelsen, at læge og patient har forskellige tilgange til patientens sygdom. Nogle gange forekommer det vanskeligt at opnå en fælles forståelse af de mulige årsager (caseformulering) som beskrevet ovenfor.

» **I starten af et samtaleforløb er det snarere reglen end undtagelsen, at læge og patient har forskellige tilgange til patientens sygdom.**

Her anbefales en pragmatisk tilgang, hvor lægen sammen med patienten ser fremad frem for at komme i konflikt omkring caseformuleringen. Selv hvis patienten på ingen måde (an)erkender fx tidligere belastninger som medudløsende for den funktionelle sygdom, er der stadigvæk mulighed for at undersøge, om symptomoplevelsen kan ændres igennem arbejde med tænkning og adfærd. *Det er dog en grundlæggende forudsætning for et godt samtaleforløb i behandlingen af funktionel lidelse, at læge og patient er enige om, at krop og psyke spiller sammen, og at patienten har en nysgerrighed til at udforske disse sammenhænge hos sig selv i et tillidsfuldt samarbejde med lægen.*

Når patienten "ved bedre"

Indimellem forekommer det, at roller-



ne byttes rundt, og lægen møder en patient, som vil belære ham eller hende om den nyeste forskning inden for fx seronegativ neuroborreliose, myalgisk encephalomyelitis (ME) eller stofskiftelidelser. Der synes ingen grænser at være for misinformation, når man fx googler "ME" eller læser om det på Facebook. Patienten kan, med baggrund i sådanne (mis-)informationer, insistere på, at hans/hendes sygdom

sine personlige grænser. Lægen kan venligt gøre det klart, at det er patientens valg, om han/hun vil lytte til lægen og tage imod behandlingsforslag, eller om tilliden er så begrænset, at det er bedre at afslutte samarbejdet. Det er ikke hjælpsomt at lade sig trænge i defensen, og et lægeskift, eller en second opinion, er bedre, end at lægen lader sig irritere og begynder at tale nedsættende til eller om patienten.

» Den kliniske erfaring tilsiger, at der bag kravene om en bestemt fortolkning ofte gemmer sig lidelse, angst og stor usikkerhed.

er "100 % fysisk", og enhver brug af begrebet funktionel lidelse eller forslag om samtalebehandling kan blive tolket som tegn på lægens manglende faglighed (9). Selvom udviklingen med den misinformerede patient langtfra er specifik for funktionel lidelse, kan den her være overvældende (10).

Den kliniske erfaring tilsiger, at der bag kravene om en bestemt fortolkning ofte gemmer sig lidelse, angst og stor usikkerhed. Nogle patienter har gjort sig meget svære erfaringer i mødet med sundhedspersoner og sagsbehandlere. At lytte fordomsfrit til deres erfaringer kan hjælpe lægen til at bevare empati med den syge uden at gå på kompromis med egen faglighed. Efter at have lyttet og forstået patientens perspektiv er det langt nemmere at rette op på misinformation igennem en empatisk og respektfuld dialog.

Hvis læge og patient *slet ikke* kan enes om en fælles tilgang til patientens symptomer, er lægen dog i sin gode ret til at stå ved sin faglighed og

Supervision og kollegial sparring er vigtig

Samtaleforløb med patienter med funktionel lidelse opleves af mange praktiserende læger ekstra udfordrende, hvilket bl.a. skyldes vores mindre gode faglige forståelse af de enormt komplekse psyke-soma-processer ved funktionel lidelse og deres indlejring og vekselvirkning med sociale relationer og det omgivende samfund. Sat lidt på spidsen kan man sige, at funktionelle lidelser i særlig grad vidner om hjernens evne til at skabe de kropslige forandringer og den sygdomsadfærd, som den finder nødvendig for at sikre individets fysiske og psykiske overlevelse. Dette kan medføre voldsomme dynamikker i og omkring den syge, som kan bringe selv den mest erfarne terapeut på gatis. Det kan derfor ikke understreges tydeligt nok, at læger, som tilbyder samtaleterapi, anbefales at opsøge regelmæssig supervision.

Konklusion

Et kognitivt-baseret samtaleforløb kan blive et vendepunkt for patienten med funktionel lidelse. Hovedparten af patienter i almen praksis har let til moderat funktionel sygdom, og mange vil hellere hjælpes af lægen end gå hos en psykolog. Disse patienter har oftest stor gavn af en struktureret, "coach-

de" og værktøjsbaseret tilgang, som den beskrives i herværende artikel.

Men også patienter, som har modtaget specialiseret behandling hos en psykolog eller i et regionalt center for funktionel lidelse, vil have behov for videre støttende behandling i primærsektoren. Et grundlæggende kendskab til de her beskrevne værktøjer og samtaleteknikker kan hjælpe lægen til at yde denne støtte. Den særligt interesserede kollega anbefales at finde yderligere redskaber i standardlitteraturen for kognitiv terapi (11) eller at besøge et af PLO's efteruddannelseskurser i emnet.

Referencer

1. Schröder A. Funktionel Lidelse: Psykologisk behandling med fokus på kognitiv terapi. Månedsskrift for almen praksis 2022: 44-53.
2. Rosendal M. Funktionel lidelse: når sygdommen er blevet kronisk. Månedsskrift for almen praksis 2022 in press.
3. Toscano L, Rosendal M. Værktøjskassen til funktionel lidelse 3: Ugeskema. Månedsskrift for almen praksis 2021: 429-433.
4. Rosendal M. Hvordan kan vi forstå funktionel lidelse? Centralnervesystemets rolle. Månedsskrift for almen praksis 2021: 420-428.
5. Toscano L, Rosendal M. Værktøjskassen til funktionel lidelse 2: Årsagssammenhæng. Månedsskrift for almen praksis 2021: 362-365.
6. Toscano L, Rosendal M. Værktøjskassen til funktionel lidelse 1: Symptomoverblik 285-289. Månedsskrift for almen praksis 2021: 362-365.
7. Toscano L, Rosendal M. Værktøjskassen til funktionel lidelse 4: Livslinjen. Månedsskrift for almen praksis 2021: 548-553.
8. Toscano L, Rosendal M. Værktøjskassen til funktionel lidelse 8: STOP-øvelsen. Månedsskrift for almen praksis 2021: 866-870.
9. Schröder A. Primær træthed – hjemløs, forsømt og krigerisk. Ugeskrift for læger 2019; 181: 2023.
10. Søndergaard B. Sygdomsaktivister truer forskere til tavshed. Kristeligt Dagblad 13.1.2020: <https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/sygdomsaktivister-truer-forskere-til-tavshed>
11. Arendt M og Rosenberg NK. Kognitiv adfærdsterapi på tværs – transdiagnostiske problemer og metoder. Hans Reitzels Forlag, 2021.

HOVEDBUDSKABER

1. Et kognitivt-baseret samtaleforløb for funktionel lidelse i almen praksis strækker sig typisk over 3-4 måneder og omfatter 7 samtaler à 30 minutter.
2. Lægen kan med fordel anvende 4-5 redskaber fra "værktøjskassen", som han/hun har gjort sig fortrolig med.
3. Empatisk udfordring og nænsom omstrukturering af sygdomsfremmende tanker er nødvendige for at opnå varige ændringer af sygdomsadfærden.
4. Samtaleforløbet kan tilbydes som alternativ til behandling hos psykolog, men kan også anvendes i ventetiden ved viderehenvisning til fx specialafdeling.





Funktionel lidelse: Når sygdommen er blevet kronisk

Vi har i Månedsskriftet gennem det sidste års tid fokuseret på funktionel lidelse. I denne artikel præsenteres du for vigtige pointer fra foregående artikler og får nogle konkrete råd til at hjælpe både patienterne og klinikken i forhold til mestring af de mest kroniske tilstande af funktionel lidelse.

Af / Marianne Rosendal

***E**n 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.funktionellelidelser.dk og på www.dasefu.dk

Langt de fleste af de patienter med funktionel lidelse, vi møder i almen praksis, har heldigvis et let til moderat

forløb. Den høje forekomst af funktionel lidelse gør imidlertid, at vi også alle ser patienter med kroniske tilstande. Flere undersøgelser tyder på, at op imod 6% af patienter i praksis (1) eller 2% af voksne i befolkningen (2) har en så svær funktionel lidelse, at de er blevet invalideret af deres symptomer. En stor del af disse patienter vil desuden have komorbiditet med anden sygdom, psykiatrisk og/eller somatisk. Som praktiserende læge bliver det derfor særlig vigtigt at påtage sig rollen som tovholder for patientens forløb i sundhedsvæsenet. Almen praksis kan alene ved denne rolle gøre en stor forskel for både den enkelte patient og for sundhedsvæsenet.

Hos den lille gruppe af patienter med svær og kronisk funktionel lidelse bliver målet, lige som ved andre kroniske sygdomme, i højere grad at støtte patienten i at mestre sin sygdom end at stile imod helbredelse. Som ofte ci-



Kontakt / marose@rm.dk

Biografi / 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. Hun er desuden forperson for Dansk Selskab for Funktionelle Lidelser (www.dasefu.dk).





teret fra Hippokrates, så skal vi som læger *"stundom helbrede, ofte lindre, altid trøste, aldrig skade"*. Hos patienter med kronisk funktionel lidelse bliver målet således at lindre og trøste – og i særlig grad at forebygge iatrogene skader pga. de multiple, vekslende og vedvarende symptomer. I denne artikel præsenteres nogle af de principper, man kan anvende i praksis for at hjælpe patienten godt på vej mod bedring.

Case: Jytte 56 år

Jytte har været sygemeldt i flere omgange og er det også aktuelt. Hun er ufaglært og har tidligere arbejdet med rengøring. Hun kommer i praksis, fordi kommunen vil sende hende i arbejdsprøvning, og det kan hun slet ikke overskue, sådan som hun har det nu.

Jyttes opvækst har været belastet. Hun boede som barn på en gård, hvor hun var nr. tre af en søskendeflok på fire. Hun har siden seks-årsalderen skullet hjælpe til med mange praktiske

opgaver på gården og oplevede ingen følelsesmæssig omsorg. Hun har ikke noget nært forhold til sin familie ud over til sin lillesøster. Som voksen blev hun tidligt gift og fik sine tre børn, som nu er flyttet hjemmefra. Hun har haft skiftende jobs, altid fysisk krævende. Samtidig har hun måttet tage et stort slæb med husholdningen og børnene. For fem år siden gik manden fra hende, og hun bor nu i en lille lejlighed, men opholder sig mest hos sin lillesøster, fordi hun selv har svært ved at klare dagligdagen.

Hun er kommet mange gange i praksis med skiftende smerter i hoved og bevægeapparat, problemer med fordøjelsen, koncentrationsbesvær, hukommelsesproblemer og massiv træthed. Hun fortæller, at hun ikke selv kan vaske sit hår pga. svage armmuskler. Hun kan ikke længere lave mad selv, og hun hviler mange timer i løbet af dagen. Hun går kun korte ture omkring søsterens ejendom.

Foto 1/
Foto: Colourbox



Tabel 1 / Forslag til, hvordan man kan spørge til patientens funktionsniveau.

- "Hvordan går det med at koncentrere dig om de ting, du gør?"
- "Hvor meget kan du klare fysisk? Hvor langt kan du gå?"
- "Hvordan tager du hånd om dig selv til daglig? Kan du komme i bad og ...?"
- "Hvordan er din kontakt med dine venner og ...?"
- "Hvordan påvirker det dit arbejde (og/eller dine fritidsaktiviteter)?"
- "Hvordan passer du din bolig?"
- "Hvor meget kan du deltage i lokale aktiviteter, der hvor du bor?"
- "Hvordan har du tidligere håndteret det?"
- "Hvordan forløb din dag i går – fra du stod op til du gik i seng?"

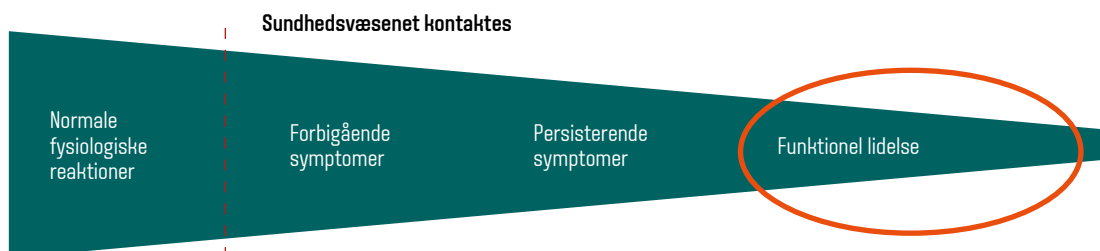
Som læge har jeg den overvejelse, at Jytte på nuværende tidspunkt er så svært påvirket af sin funktionelle lidelse og har været det igennem så lang tid, at prognosen for helbredelse er dårlig. Hun er også svært kognitivt påvirket og vil derfor næppe få noget ud af psykologisk behandling. Mit mål bliver derfor i højere grad at støtte Jytte end at stile mod helbredelse. Jeg vurderer, at hun formentlig kun vil få meget lidt ud af at blive henvist til specialiseret behandling, men at der kan være behov for en socialmedicinsk vurdering.

Få et godt afsæt for behandling

Det kan være svært at få overblik over patientens mange symptomer og ofte

lange sygdomsforløb med utallige undersøgelser og behandlingsforsøg. Manglende overblik skaber usikkerhed både hos patienten og hos os som behandlere. Der er derfor behov for at lave en statuskonsultation og ofte også for at gennemføre en årlig kontrol som ved andre kroniske sygdomme. Statuskonsultationen er beskrevet i artiklen om funktionel lidelse fra maj 2021. Der gøres her status sammen med patienten, så man får et fælles overblik over situationen og dermed et bedre afsæt for, hvordan det videre behandlingsforløb skal forme sig.

Under statuskonsultationen er det vigtigt at have øje for evt. komorbiditet. Det kan bl.a. dreje sig om at diagnosticere evt. samtidig psykisk lidelse,



Figur 1 / Symptomspektret.

idet psykiske lidelser optræder hos ca. halvdelen af patienter med svær funktionel lidelse. Det drejer sig oftest om angst og/eller depression (3). En anden vigtig ting er at få et konkret indblik i patientens funktionsniveau. Til dette formål kan man dels bruge de forslag til spørgsmål, der er angivet i tabel 1, dels bede patienten udfylde et ugeskema hjemme (se værktøjskassen 3 i Månedsskriftet juni 2021).

En klar forudsætning for at få et godt afsæt er også, at man både gør sig selv og patienten klart, at diagnosen er "en svær funktionel lidelse". Det vil sige, at vi befinder os i den yderste, højre ende af symptomspektret (figur 1), og det har, som beskrevet i indledningen, nogle konsekvenser for både forståelsen af sygdommen som kronisk og for behandlingsforløbet.

Behandlingsprincipper ved kronisk funktionel lidelse

Der er tre fundamentale principper i behandlingen/håndteringen af en patient med en kronisk funktionel lidelse:

- Stil diagnosen og forklar patienten, hvad en funktionel lidelse er – på en måde, så patienten også kan videreformidle det til sine nærmeste.
- Hjælp patienten til accept af den kroniske tilstand og understøt samtidig patientens egne ressourcer (empowerment/self-efficacy).
- Vær den faste tovholder på patientens forløb i sundhedsvæsenet – også i egen praksis.

Afhængigt af den konkrete situation er der desuden en række andre forhold, der kan være hjælpsomme for patienten fx i et forløb i praksis. En oversigt over disse findes i tabel 2 og (i en tidligere version) i DSAM's vejledning om funktionelle lidelser (<https://vejledninger.dsam.dk/funktionellelidelser/>) (4).

Somatisk udredning

Patienter med funktionel lidelse får somatiske sygdomme lige som alle andre. Spørgsmålet er, hvordan man skelner imellem symptomer, der skyldes nyopstået somatisk sygdom, og symptomer, der skyldes den funktionelle lidelse. I artiklen fra september 2021 er følgende karakteristika angivet som tegn på, at symptomer kan skyldes en somatisk sygdom: få og specifikke symptomer, karakteristiske symptom mønstre, konstant symptomlokalisering, tydelig variation i intensitet med få lindrende eller forværrende faktorer, en tydelig hovedklage, en klar beskrivelse af symptomet/symptomerne. Ud over at lytte til disse karakteristika i patientens beskrivelse bør man fokusere sin somatiske undersøgelse og evt. supplerende udredning på det organsystem, hvorfra patienten klager. Der lægges som altid vægt på de objektive fund og på tids-

» **Praktiserende læger kan gøre en stor forskel alene ved at være tovholder for patienters forløb i sundhedsvæsenet.**

forløbet. Overvej således nøje, hvad der er indikation for både mht. udredning og biomedicinsk behandling.

Farmakologisk

Patienten med kronisk funktionel lidelse får måske allerede flere typer medicin. Når du har stillet diagnosen, bør du derfor sammen med patienten overveje, om der er behov for at reducere eller omlægge medicinordinationerne. Patienter med funktionel lidelse reagerer kraftigt på både op- og nedtrapning af medicin og kan derfor være bekymrede for ændringer. Det anbefa-



Tabel 2 / Behandlingsprincipper ved kronisk funktionel lidelse (revideret fra DSAM's kliniske vejledning [4]).

Somatisk og psykiatrisk

1. Foretag en fokuseret klinisk undersøgelse med udgangspunkt i patientens henvendelsesårsag
2. Undgå udredning, der ikke er indiceret på grundlag af objektive fund eller et veldefineret klinisk sygdomsbillede
3. Behandl aldrig en lidelse, patienten ikke har
4. Behandl evt. samtidig psykisk sygdom

Farmakologisk

5. Sanér patientens medicin og undgå p.n.-ordinationer
6. Overvej behandling med psykoaktiv medicin
7. Undgå vanedannende medicin
8. Start low, go slow. Vær stoisk over for bivirkninger

Psykologisk

9. Stil diagnosen funktionel lidelse
10. Anerkend patientens symptomer
11. Vær direkte, ærlig og respekterende
12. Vær stoisk, forvent ingen hurtige ændringer eller helbredelse
13. Reducer forventningerne om helbredelse, men understøt troen på bedring
14. Overvej, om nytilkomne symptomer eller en forværring er udtryk for en forværring af den funktionelle lidelse
15. Anvend specifik terapi og overvej henvisning til specialiseret behandling

Administrativt

16. Vær bevidst om din rolle i behandlingen
17. Vær proaktiv og aftal fast behandler i praksis samt faste konsultationstider
18. Undlad så vidt muligt sygemeldinger
19. Aftal evt. udredning/behandling med den faste behandler
20. Skab en alliance med patienten om, at du er tovholder, og om at begrænse antallet af behandlere
21. Informer kolleger om behandlingsplan og aftaler
22. Inddrag de pårørende
23. Arranger evt. supervision og støtte til dig selv

les at forklare baggrunden for ændringer, at lægge en realistisk plan og at støtte patienten tæt undervejs i forhold til at tolerere evt. nye symptomer i relation til medicinomlægning. Når der er behov for farmakologisk behandling, så

undgå så vidt muligt vanedannende medicin og p.n.-ordinationer.

Psykologisk

Mange patienter har været i kontakt med sundhedsvæsenet flere gange og

igennem flere år. Det kan være meget forskelligt, hvordan de har oplevet at blive mødt med deres mange symptomer, og ikke sjældent har de følt sig afvist og ikke forstået. Det er derfor vigtigt for det videre behandlingsforløb at anerkende patientens symptomer, at stille diagnosen funktionel lidelse og forklare, hvad det vil sige at have en kronisk sygdom i form af en funktionel lidelse. Vær transparent over for patienten i forløbet: Forklar, hvordan du ser situationen, at der ikke er udsigt til hurtige ændringer eller fuldstændig helbredelse, men at målet er at opnå bedring. Understøt patienten i at bevare troen på positiv forandring inden for det, der er realistisk.

Når der opstår nye symptomer, så overvej, om de passer med mønsteret ved funktionel lidelse, og om de kan tolkes som en forværring i grundsygdommen – eller om mønsteret peger i en anden retning. Og vær, som nævnt ovenfor, særlig opmærksom på evt. nystopstået komorbid psykisk lidelse.

Administrativt

De tre vigtigste ting, du kan gøre i praksis er: 1) Vær tovholder for patientens forløb, 2) inddrag evt. pårørende og 3) aftal faste tider. Fordi patienter med funktionel lidelse fortløbende oplever symptomer, kommer de jævnligt i praksis, og der vil over årene også indimellem være behov for udredning for somatisk sygdom. Derfor er det vigtigt, at patienten ikke cirkulerer imellem forskellige læger i praksis, som hver gang – måske pga. almindelig travlhed – kommer til at starte forfra med lange udredningsforløb, der kunne være undgået. Det samme gælder henvendelser til skadestue og lægevagten. Tal åbent med patienten om det u hensigtsmæssige og potentielt skadelige i hyppige

konsultationer med forskellige læger. Der kan naturligvis være behov for en second opinion en gang imellem ved uklare symptombilleder. Træf i så fald et bevidst valg herom, frem for at det er patienten, der konsulterer tilfældige læger i akuttider.

Tovholderrollen indebærer også, at man har et øje på den sociale indsats. Det kan være, at der er behov for støtteforanstaltninger eller afklaring af arbejdsevne. Ofte har patienterne kontakt til eller har haft kontakt til den kommunale socialforvaltning under et langt sygdomsforløb, og her er det hjælpsomt for patienten, hvis der er en god dialog imellem praksis og sagsbehandler. Hvis der er behov for at informere sagsbehandlere om diagnosen, kan det evt. være en hjælp at henvise til: <https://funktionelidelser.dk/for-fagfolk-og-forskere/sagsbehandler/>.

De pårørende har en vigtig rolle i forhold til at støtte patienten i en hensigtsmæssig adfærd. Det gør det lettere for dem at støtte op om nye initiativer og aftaler, hvis de har en god forståelse for, hvad patienten fejler. Inviter dem derfor med ind i konsultationen til en fælles snak om, hvad funktionel lidelse er, og hvad der kan være vigtigt i forløbet. Det kan i øvrigt også være en hjælp for patienten at få kontakt til Patientforeningen For Funktionelle Lidelser (<https://www.pffl.dk>).

Ved at lave faste aftaler med patienten undgås akutte henvendelser, der har fokus på symptomer og evt. somatisk udredning. I stedet gives mulighed for en mere åben snak om, hvad der rører sig i patientens liv, og hvilken rolle symptomerne spiller her. Du kan evt. bruge nogle af de redskaber, der er beskrevet i Månedsskriftet, men det kan også være konsultationer, der står helt åbne over for, hvad patienten måtte



have brug for at tale om. De faste aftaler understøtter desuden din rolle som tovholder for patienten og giver patienten tryghed for, at praksis står til rådighed – på en håndtérbar måde for begge parter.

Henvi sning til de regionale centre for funktionelle lidelser

Hver region har et center, hvor man tilbyder tværfaglig behandling af funktionel lidelse. Det fremgår af sundhed.dk, hvad de præcise kriterier for henvi sning er. Inden en patient med kronisk funktionel lidelse henvises, er det dog vigtigt at overveje, om patienten vil kunne profitere af behandlingen. Hvis du som patientens faste læge vurderer, at tilstanden er så kronisk, at patienten dårligt kan medvirke til den behandling, der tilbydes på centeret, så gavner det ikke at henvise og måske risikere at få patienten sat på en langvarig venteliste, hvor den passive ventetid risikerer at forværre tilstanden.

Husk også på, at selv når din patient evt. har gennemgået et specialiseret

behandlingsforløb, så kommer patienten tilbage til praksis igen efter forløbet, og så kan ovenstående principper stadig være gode at huske på.

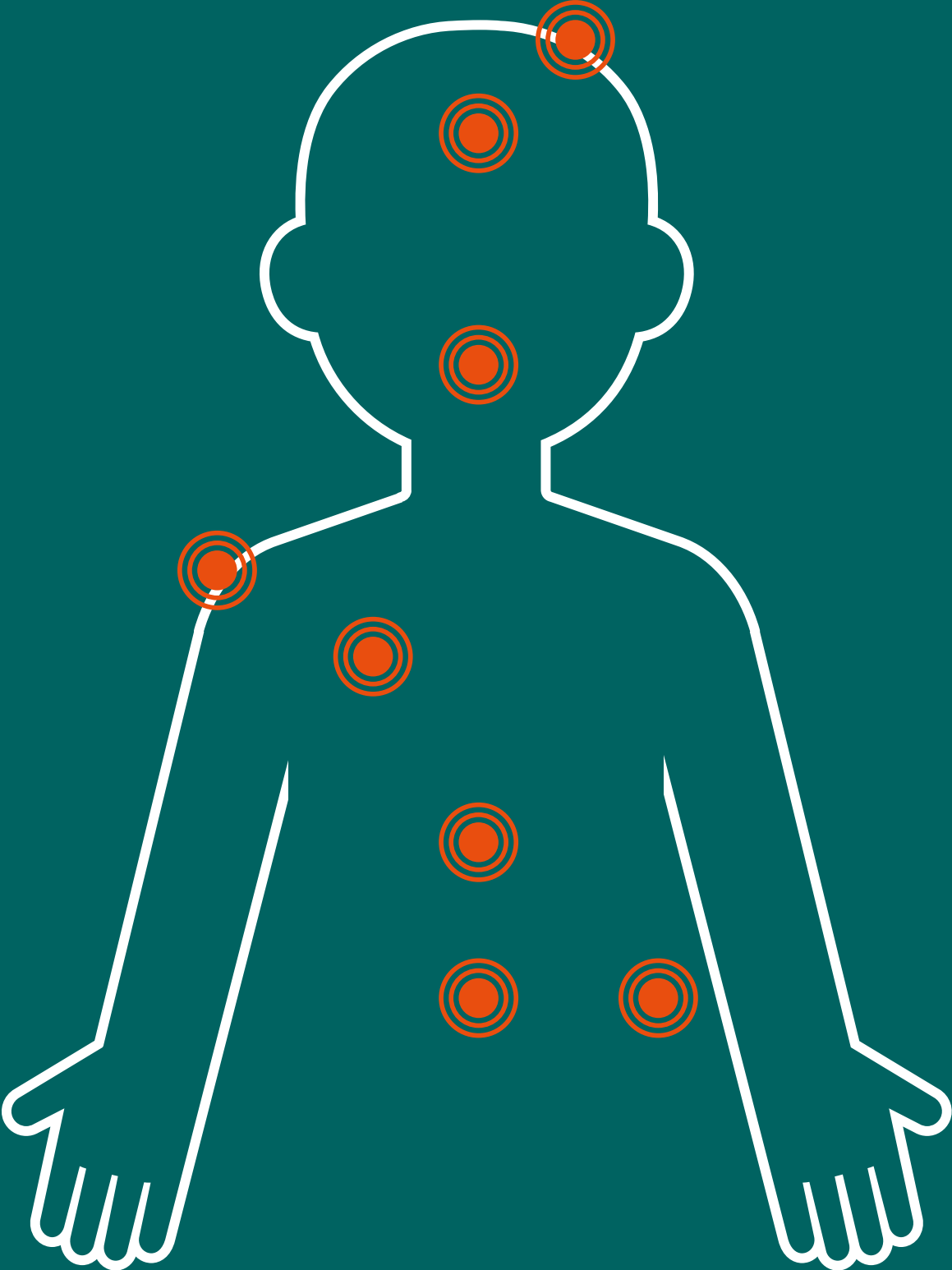
Referencer

1. Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frostholm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. results from the functional illness in primary care (FIP) study. *PsycholMed*. 2005; 35(8):1175-84.
2. Petersen MW, Schroder A, Jorgensen T, Ornbol E, Meinertz Dantoft T, Eliassen M, et al. Irritable bowel, chronic widespread pain, chronic fatigue and related syndromes are prevalent and highly overlapping in the general population: DanFunD. *Sci Rep*. 2020;10(1):3273.
3. Budtz-Lilly A, Vestergaard M, Fink P, Carlsen AH, Rosendal M. Patient characteristics and frequency of bodily distress syndrome in primary care: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. 2015;65(638):e617-e23.
4. Rosendal M, Christensen KS, Agersnap L, Fink P, Nielsen CV. Funktionelle lidelser. Klinisk vejledning for almen praksis. København: DSAM; 2013. 1-72 p.



HOVEDBUDSKABER

1. Praktiserende læger kan gøre en stor forskel alene ved at være tovholder for patienters forløb i sundhedsvæsenet, når det gælder patienter med svær og invaliderende funktionel lidelse
2. Stil diagnosen "funktionel lidelse", og forklar patienten, hvad det er, og at patienten har sygdommen i svær grad.
3. Vær opmærksom på komorbiditet – både somatisk og psykiatrisk.





Funktionel lidelse hos børn og unge

Et barn med generende mavesmerter kender vi nok alle fra vores konsultation. Men har du tænkt på, at det kan være en funktionel lidelse? Og vidste du, at funktionel lidelse skønnes at være lige så udbredt hos børn som hos voksne?

Af / Karen H. Kallesøe og
Charlotte Ulrikka Rask

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.funktionellelidelser.dk og på www.dasefu.dk.

Indledning

Mange børn og unge oplever forbigående funktionelle symptomer, men præcis hvor mange der udvikler en egentlig funktionel lidelse, vides ikke. Danske og internationale studier peger på, at cirka 4-10 % af børn og unge har tilba-

gevendende og generende symptomer, som er potentielt behandlingskrævende (1, 2). Det ser desuden ud til, at forekomsten er stigende hos børn og unge (3). Der findes ingen samlede danske tal for, hvor mange børn og unge med funktionel lidelse, der ses i hospitalsregi, men udenlandske studier peger på, at cirka en tiendedel af kontakterne i børne- og ungereg, både ambulante og indlæggelser, udgøres af børn og unge med en funktionel lidelse.

Forklaringsmodellen for, hvordan den funktionelle lidelse opstår og vedligeholdes, er i hovedtræk den samme som ved voksne som beskrevet i artikel 2 og 3 i denne artikelserie. Ved børn og unge skal sygdomsbilledet imidlertid ses i et udviklingsperspektiv, og desuden spiller familien og netværket omkring dem en særlig rolle. Denne artikel har derfor fokus på disse særlige faktorerets betydning for forståelsen af funktionelle lidelser hos børn og unge, samt hvordan de inddrages i den diagnostiske og behandlingsmæssige tilgang.



Kontakt / karekall@rm.dk



Biografi / Karen H. Kallesøe, speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, afdelingslæge og seniorforsker v. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital. Er bestyrelsesmedlem i Dansk Selskab for Funktionelle Lidelser (www.dasefu.dk).
Charlotte Ulrikka Rask, speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, overlæge og klinisk professor v. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital. Medlem af EURONET-SOMA, et europæisk initiativ til at styrke forskning i funktionelle lidelser (<https://www.euronet-soma.eu/>).



Udviklingsperspektiv

Der anvendes de samme diagnoser for funktionel lidelse til børn og unge som til voksne (4) <https://www.maaneds-skriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-artikler/12688>, men det typiske symptombillede ved børn og unge er, at de har færre og mere afgrænsede symptomer sammenlignet med voksne. Derfor kan den generelle forståelse fra voksne, hvor man for det meste er rask, hvis man ikke har multiple symptomer, ikke overføres til børn og unge. De yngste børn har som regel et eller to symptomer, ofte smerteklager, mens de unge kan have symptomer fra flere steder i kroppen. Diagnosemæssigt betyder det, at børn og unge sjældent opfylder kriterierne for multiorgan-funktionel lidelse, men snarere enkeltorgan- eller enkeltsymptom-funktionel lidelse, hvor de kan være lige så funktionshæmmede af de enkelte symptomer. De mest almindelige symptomer er træthed, hovedpine, mave-, muskel- og ledsmerter. Omkring 30 % af børn og unge med funktionel lidelse har ko-

morbiditet med angst eller depression. Enkelte studier tyder desuden på, at der er en sammenhæng mellem udviklingen af en funktionel lidelse hos børn og unge og neuro-udviklingsforstyrrelser som autisme og ADHD samt indlæringsmæssige vanskeligheder som ordblindhed (5-7). Nogle børn kan gå længe med uopdagede grundlæggende vanskeligheder, og derfor er det et vigtigt opmærksomhedspunkt at afdække mulige grundlæggende vanskeligheder, når man ser et barn eller en ung med funktionelle symptomer i almen praksis.

Konsekvenser

Selv om børn og unge har færre symptomer, så har en funktionel lidelse ofte store konsekvenser for det enkelte barn, familien og samfundet generelt. Mange børn har højt skolefravær, stopper med fritidsaktiviteter og trækker sig fra socialt samvær med venner. Der er desuden en betydelig risiko for, at lidelsen fortsætter ind i voksenlivet, hvilket kan påvirke uddannelsesniveau og



Tegning / Erik Petri Johansen



samtidig øge risikoen for udvikling af yderligere psykiatrisk komorbiditet (8). Den funktionelle lidelse er desuden ofte en stor belastning for hele familien både følelsesmæssigt og økonomisk.

» **Børn og unges symptombillede er oftest karakteriseret ved færre og mere afgrænsede symptomer sammenlignet med voksne, men samtidig kan de være lige så syge af deres funktionelle lidelse**

Forældrene er ofte bekymrede for deres barns helbred, og de har højere fravær fra arbejde, mens der også kan ses mistrivsel hos søskende (9).

Studier har samtidig vist, at børn og unge med funktionel lidelse er dyre for samfundet (10), både på grund af mange kontakter til sundhedsvæsenet med dyre undersøgelser og på grund af bredere samfundsmæssige omkostninger som forældres fravær fra arbejde og på sigt lavere uddannelsesniveau hos bør-

nene. Det er derfor vigtigt at opdage den funktionelle lidelse i tide, da mange børn og unge kan blive raske, hvis de får den rette hjælp.

Familiens rolle
Familiemønstre i samspil med sårbarhedsfaktorer hos barnet

Funktionel lidelse ses med ophobning i familier, og familien har ofte en central rolle både i forhold til udvikling og vedligeholdelse af den funktionelle lidelse hos barnet eller den unge (11-13). Der er formentlig tale om et samspil mellem genetik og forskellige belastninger, som øger barnets kropslige stressreaktion over tid. For alle børn og unge med en funktionel lidelse er det derfor vigtigt at afdække mulige belastninger i barnets nærmiljø, dvs. typisk familie, skoleliv og venneforhold, men også hvordan den funktionelle lidelse hos barnet påvirker den øvrige familie. Der kan være tale om belastede familier med dårlige socioøkonomiske forhold, højt konfliktniveau, skilsmisse, flere dødsfald eller alvorlige fy-

Tabel 1 / Faktorer af betydning for udvikling af funktionel lidelse hos børn og unge. Adapteret fra Kargas, Køllesøe & Rask, 2020 [14]

Sårbarhedsfaktorer hos barnet	• Sensitiv, ængstelig, lav selvtillid • Problemer med følelsesmæssig regulering • Nedsatte kognitive evner/indlæringsvanskeligheder • Perfektionisme med høje krav til sig selv og fokus på præstation • Uopdaget neuro-udviklingsforstyrrelse som fx ADHD eller autisme
Familie	• Fysiske og/eller psykiske helbredsproblemer • Følelsesmæssig overinvolvering og overbeskyttelse • Ensidig biomedicinsk forståelse af symptomer • Begrænset evne til at tale om følelsesmæssige emner • Højt konfliktniveau med kritik og skældud • Urealistiske krav til barnet ift. modenhed og kognitive evner
Øvrige omgivelser	• Belastninger i skolen som fx social isolering og mobning • Akademisk pres • Langvarige medicinske udredningsforløb

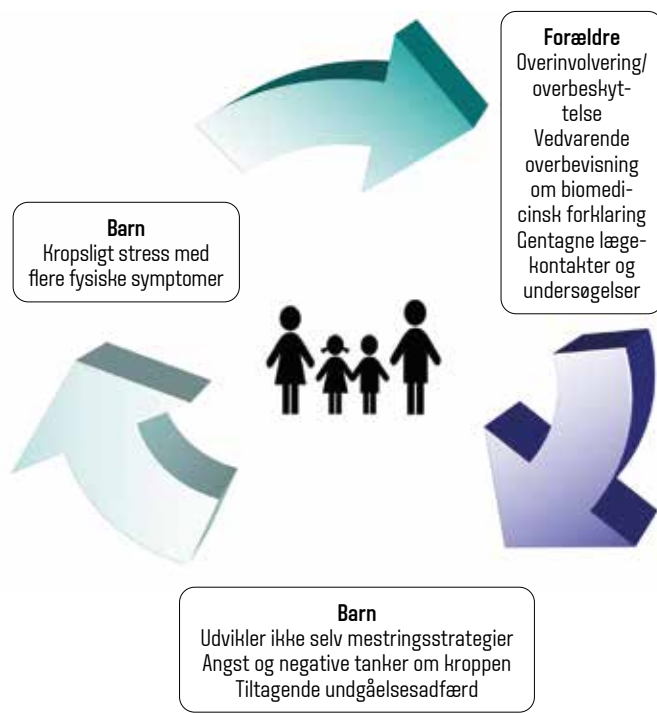
siske eller psykiske sygdomme hos forældre eller andre nære familiemedlemmer. I sjældne tilfælde kan der være egentlige fysiske eller psykiske overgreb på barnet. Der kan imidlertid også være tale om familier, som fremstår velfungerende, men hvor forældrene er overbeskyttende, overinvolverende eller måske stiller højere krav til barnet, end det kan honorere. Begge familiemønstre kan formentlig i kombination med sårbarhedsfaktorer hos barnet som ængstelighed, dårlig følelsesregulering eller nedsatte kognitive evner føre til, at barnets stressfølsomhed øges med flere og flere kropslige reaktioner ved selv mindre belastninger (se tabel 1).

Betydning af familiens sygdomsopfattelse og sygdomsadfærd

Et særligt fokus i udredningen og behandlingen af en funktionel lidelse hos børn og unge er uhensigtsmæssig sygdomsopfattelse eller -adfærd hos forældrene, som barnet selv kan indlære over tid. Hvis forældrene reagerer med overinvolvering og overbeskyttelse på barnets symptomer, øger det risikoen for, at barnet ikke lærer at mestre almindelige kropslige sensationer og symptomer og dermed for, at han/hun udvikler en funktionel lidelse (15).

Dette kan være i form af overdreven opmærksomhed rettet mod barnets helt almindelige fysiske symptomer eller hyppige lægebesøg pga. vedvarende overbevisning om en biomedicinsk forklaring på symptomerne – selv efter adskillige negative undersøgelser.

Herudover kan uhensigtsmæssig sygdomsadfærd, hvor barnet af forældrene og det øvrige netværk støttes i inaktivitet og skolefravær, virke vedligeholdende på den funktionelle lidelse. Samtidig kan barnets egen måde at



reagere på også påvirke, hvor meget forældrene reagerer med kontrol og overbeskyttelse (se figur 1).

Som i alle andre situationer, hvor børn kommer til lægen, skal lægen sikre sig, at barnets sundhed og udvikling ikke er truet, og vurdere, om der skal ske underretning til kommunen. Samtidig er det vigtigt som læge at være opmærksom på, om forældrene har en overdreven bekymring for barnets symptomer, da det kan medføre et uhensigtsmæssig pres for at få foretaget yderligere undersøgelser af barnet. Her er det vigtigt som læge ikke bare at forsøge at berolige forældrene, men også at beskytte barnet mod unødvendige og potentielt farlige medicinske undersøgelser. Differentialdiagnostikken til Münchhausen by Proxy, hvor forældrene med vilje opfinder eller påfører barnet skader og sygdom, kan

Figur 1 / Den vedligeholdende spiral med uhensigtsmæssig sygdomsforståelse og sygdomsadfærd i familien.



være svær. Denne sygdom er sjælden, men det er her særligt vigtigt for lægen at beskytte barnet.

Inddragelse af familie og netværk i udredning og behandling

Som det følger af ovenstående, har familien og netværket omkring barnet/den unge stor betydning for forløbet af den funktionelle lidelse. Det er derfor vigtigt at inddrage forældrene i både udredning og behandling. Særligt hos yngre børn kan forældrene hjælpe med at sætte ord på det, barnet oplever, og

give nyttig information til lægen, som barnet enten ikke husker eller finder uvæsentligt. Forældrene kan hjælpe med at overføre det, man taler med barnet om i konsultationen, til dagligdagen, fx vejledning om øget fysisk aktivitet og bedre søvnrytme. Omvendt kan forældres egne vanskeligheder, en uhensigtsmæssig håndtering af barnets symptomer og en belastet forælderbarn-relation bidrage til at vedligeholde barnets problemer. I sådanne tilfælde kan det være vigtigere at have fokus på at hjælpe forældrene til at se, hvordan

Tabel 2 / Spørgsmål til afdækning af familiemønstre

Mulige medvirkende familiefaktorer	Eksempler på hjælpespørgsmål
Biomedicinsk forståelse Har familien, trods negative medicinske undersøgelser og flere lægeundersøgelser, en meget biomedicinsk forståelse af symptomerne frem for mere psykosociale forklaringer?	- Hvad er familiens forståelse af barnets symptomer? - Hvornår startede det? - Hvad skete der i familien og i barnets liv på det tidspunkt? (Anvend evt. livs-linjen til dette (ref. værktøjskassen)) - Er der forskelle på forståelsen i familien, og har det betydning for barnets symptomer?
Bekymring Er der familiemedlemmer, som er særligt bekymrede for barnets symptomer og hvorfor?	Hvem i familien er mest bekymret og hvorfor?
Håndtering af følelser Er det svært at tale om følelser i familien (lav følelsesmæssig intelligens)?	Hvilken "funktion" har den funktionelle lidelse i familien? – Legaliserer den fx forældrefravær fra en stresset arbejdsplads, eller afleder den fra andre konflikter i familien?
Konfliktniveau Er der et højt konfliktniveau i familien (høj grad af "expressed emotions")?	- Hvad ville der ske, hvis den funktionelle lidelse blev helbredt? - Hvad er den funktionelle lidelse med til at vedligeholde?
Overinvolvering Er der tegn på en overinvolvering i barnets symptomer med overbeskyttelse og understøttelse af en sygerolle?	- Hvor alvorligt tænker familien, det er? - Tror de, at det vil blive bedre? - Hvad skulle der ske, for at det kunne blive bedre?

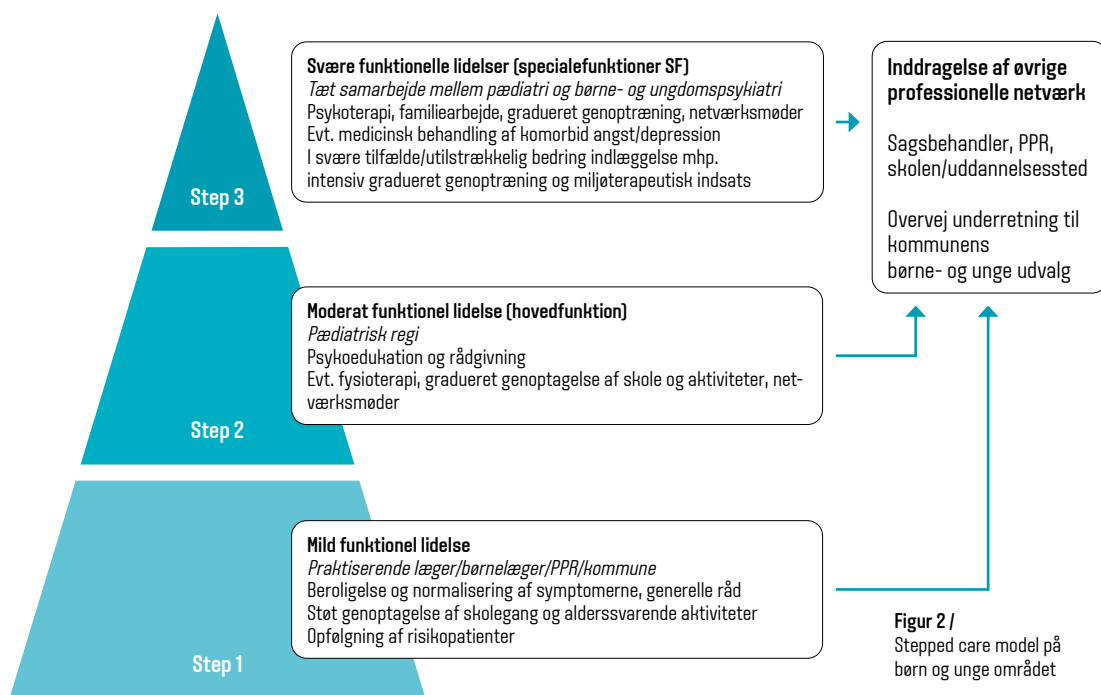
Inspireret af "MEDICALLY UNEXPLAINED SYMPTOMS (MUS) IN CHILDREN AND YOUNG PEOPLE. A guide to assessing and managing patients under the age of 18 who are referred to secondary care" (16).

de bedst støtter og hjælper deres barn, frem for at de uforvarende kommer til at vedligeholde eller forstærke den funktionelle lidelse. Hjælpespørgsmål til at afdække sådanne uhensigtsmæssige familiemønstre omkring den funktionelle lidelse er vist i tabel 2.

Når den funktionelle lidelse også begynder at påvirke barnets dagligdag i andre miljøer, fx i form af skolevægring, er det af afgørende betydning at inddrage skolen i barnets gradvise tilbagevenden til undervisning. Inddragelse sker ofte ved netværksmøder, hvor relevante samarbejdspartnere mødes, gør status og søger en fælles forståelse af den funktionelle lidelse, aftaler fremtidige mål for behandling og fordele roller og opgaver. Deltagere kan være forældre, barnet/den unge selv, praktiserende læge, familierådgiver, sagsbehandler, PPR, skolelærere, SFO m.fl.

Stepped care-model for udredning og behandling af børn og unge

På børne- og ungeområdet har man ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger og den nyeste specialeplan defineret en stepped care-model med udspecificering af, hvem der har ansvaret for at hjælpe barnet og familien afhængigt af sværhedsgraden af den funktionelle lidelse (figur 2). Lette grader af funktionel lidelse udredes og behandles i primærsektoren, herunder i almen praksis og ved privatpraktiserende børnelæger. Henvi- sning til privatpraktiserende børnelæge kan med fordel ske, når der er behov for yderligere somatisk vurdering og uddybende psyko- dukation hos børn med tilbagevenden- de fysiske symptomer med let grad af funktionspåvirkning. De moderate til sværere grader af funktionel lidelse (med længere symptomvarighed og





Case / Emma

Emma er 11 år og bor sammen med sin mor og lillebror. Emma har det sidste halve år haft meget skolefravær pga. ondt i maven. Mavesmerterne er velkendte for Emma, da hun har haft dem med svingende intensitet siden 7-årsalderen. For et par år siden, da forældrene blev skilt, havde Emma også en kortvarig periode med hovedpine.

Emma er undersøgt flere gange hos egen læge med blodprøver og afføringsprøver, uden at der er fundet en tydelig årsagsforklaring på mavesmerterne. En enkelt gang fik hun konstateret børneorm og fik behandling herfor. Selvom der ikke er påvist glutenallergi eller mælkeintolerans, har mor fået Emma til at afprøve forskellige diæter. Det har imidlertid ikke ændret symptomerne.

Far har svært ved at forstå Emmas mavesmerter, og forældrene kommer tit op at skændes om, hvordan de skal håndtere dem. Far mener, at mor er for overbeskyttende og lader Emma slippe af sted med at blive hjemme fra skole, selv når smerterne ikke er særligt kraftige. Når Emma er hos far i hverdagene, kommer hun altid i skole, men ringer så ofte til mor fra skolen for at blive hentet. Emmas lillebror er presset af uroen omkring Emma og trækker sig ofte ind på sit værelse.

Emma går i 5. klasse. Hun har nogle gode veninder i skolen, som hun er sammen med i frikvartererne og nogle gange efter skole. I timerne har hun det dog svært. Hun læser langsomt og har svært ved at følge med. Forældrene har problematiseret Emmas manglende faglige udvikling, men fra skolens side ser de ikke det store problem.

Emma og mor henvender sig nu i almen praksis igen med ønske om mere udredning af mavesmerterne.

Hvad passer på en funktionel lidelse, og hvilke faktorer er vigtige i Emmas historie?

Diagnose

1. Emma har højst sandsynligt en funktionel lidelse, da hun har vedvarende fysiske symptomer over længere tid, uden at blodprøver og andre undersøgelser giver en forklaring på dem. Helt karakteristisk for børn og unge har hun kun haft enkelte typer af symptomer.

Udløsende faktorer

2. I Emmas sygdomshistorie er der flere belastninger, der peger på en sammenhæng med de fysiske symptomer. Der er ud fra forældrenes beskrivelse en mistanke om, at Emma kan have indlæringsmæssige vanskeligheder evt. ordblindhed. Dette kan være en udløsende faktor for hendes symptomer pga. den vedvarende belastning, vanskelighederne udgør i hendes hverdag. Samtidig ses i forbindelse med forældrenes skilsmisse en periode med hovedpine, hvilket understøtter Emmas tendens til at reagere med fysiske symptomer ved generelle belastninger.

Vedligeholdende faktorer

3. Det høje konfliktniveau mellem forældrene og deres forskellige forståelse og håndtering af Emmas symptomer er en vigtig vedligeholdende faktor, både for Emmas symptomer og for den mere generelle mistrivsel i familien, herunder lillebrors mistrivsel. Det bliver derfor vigtigt at lægge en plan i samarbejde med forældrene om, hvordan de håndterer symptomerne på trods af deres forskellige forståelse. Det kan desuden være vigtigt at italesætte mors tendens til at søge læge med pres for flere undersøgelser og afprøvning af flere typer diæt, da dette kan være en selvstændigt vedligeholdende faktor. Da Emmas symptomer er er milde ligger ansvaret for hendes behandling på step 1 i stepped care modellen (Figur 2).



Case / Lukas

Lukas er 13 år og bor med begge forældre. Han har gennem de seneste år fået tiltagende smerter i begge ben og under fødderne. Lukas er fagligt dygtig i skolen og har mange venner. Indtil for ½ år siden gik han i en særlig talentfodboldklasse med træning 5 gange om ugen og kampe oveni, men har været nødsaget til at stoppe, da han ikke længere kan holde til at spille fodbold. I starten var smerterne der kun et par gange om ugen af et par timers varighed. Lukas har været hos egen læge, hvor der ikke er fundet en objektiv forklaring på symptomerne. Lukas rådes til at aflaste og har på forældrenes initiativ afprøvet forskellige smertepastre og bedøvende cremer uden effekt. Da Lukas og forældrene beskriver, at smerterne begynder at påvirke Lukas' deltagelse i fysiske aktiviteter, herunder fodbold, henvises han til privatpraktiserende børnelæge. Yderligere undersøgelser herunder scanninger er fortsat normale. På nuværende tidspunkt er det blevet svært for Lukas at deltage i almindelig skolegang. Han er hjemme fra skole flere dage om ugen, hvor han blot ligger i sin seng med benene oppe. Lukas henvises derfor til børne- og ungeafdelingen, der efter yderligere undersøgelser konkluderer, at Lukas har en funktional lidelse. Da Lukas har en betydelig funktionspåvirkning, varetager børne- og ungeafdelingen hans videre behandling (stepped care model step 3).



Case / Sofie

Sofie er 17 år og går i 1. g på gymnasiet. Efter en introtur med sin nye klasse udvikler hun intermitterende blindhed på det ene øje og føleforstyrrelser ud i begge arme. Sofie henvender sig sammen med sin mor til egen læge. Egen læge genfinder ved objektiv undersøgelse, at Sofie ikke kan se på det ene øje, og at hun har føleforstyrrelser, og henviser hende til børne- og ungeafdelingen.

På hospitalet udføres scanning af hjernen og en række parakliniske undersøgelser samt tilsyn fra øjenlægerne. Der findes ingen veldefineret fysisk årsagsforklaring på Sofies symptomer, og øjenlægerne finder ved hjælp af mere avancerede undersøgelser, at Sofies syn er normalt. Ved nærmere udspørgen fortæller Sofie, at hun har været udsat for cybermobning, hvor en eks-kæreste har delt kompromitterende billeder af hende på nettet. Dette opdagede Sofie, da hun var på introtur.

Sofie informeres om, at hun har en funktional neurologisk lidelse, og at dette kan ses i relation til stress og svær belastning.

Behandlingen af Sofie er yderligere psykoedukation og hjælp til at håndtere de belastninger hun har været udsat for.

Ansvar for behandlingen hører i første omgang til på step 2 i stepped care modellen. Hvis Sofie ikke umiddelbart får symptomlindring af psykoedukation og fokus på at håndtere belastningerne, så er der en risiko for at symptomerne bliver langvarige og forværres. I dette tilfælde kan det være nødvendigt med psykoterapi og involvering af netværket evt. via børne- og ungdomspsykiatrien (step 3).



højere grad af funktionspåvirkning) henvises typisk til hospitalsregi, hvor der er mulighed for en tværfaglig vurdering og indsats, herunder observationsindlæggelse. Til forskel fra organiseringen for voksne patienter, så er regions- og højt specialiserede funktioner for svær funktionel lidelse hos børn og unge (<18 år) forankret i et tæt samarbejde mellem de somatiske børne- og ungeafdelinger og børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Den-

» **Familiemæssige faktorer spiller ofte en betydelig rolle for vedligeholdelse af de funktionelle symptomer, hvor særligt forældrenes forståelse og håndtering af symptomerne har en afgørende betydning for barnets sygdomsforløb**

ne

organisering tager højde for udviklingsperspektivet og de særlige forhold ved børn og unge, hvor håndteringen af underliggende psykopatologi samt svære familiemæssige faktorer er et vigtigt fokuspunkt i udredning og behandling.

Uanset sværhedsgraden af den funktionelle lidelse er det vigtigt at inddrage samarbejdspartnere, så barnet kan få den rette hjælp også via netværket (se ovenfor).

Afslutning

Funktionel lidelse er hyppigt forekommende hos børn og unge og har ofte store konsekvenser i det enkelte barns og families liv. Derfor er det vigtigt at kende til de særlige udviklingsmæssige karakteristika og de familiemæssige faktorer, der kan spille ind i udviklingen og vedligeholdelsen af den funktionelle lidelse i denne aldersgruppe.

Litteratur:

1. Garralda ME, Rask CU. Somatoform and related disorders. In: Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor EA, editors. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 6th Edition ed: Wiley-Blackwell; 2015. p. 1038.
2. Rask CU, Bonvanie IJ, Garralda ME. Risk and Protective Factors and Course of Functional Somatic Symptoms in Young People. In: Hodes M, Gau S, Petrus De Vries SG, editors. *Understanding Uniqueness and Diversity in Child and Adolescent Mental Health* 1st ed: Academic Press; 2018. p. 77.
3. van Geelen SM, Rydelius PA, Hagquist C. Somatic symptoms and psychological concerns in a general adolescent population: Exploring the relevance of DSM-5 somatic symptom disorder. *J Psychosom Res*. 2015;79(4):251-8.
4. Sundhedsstyrelsen. Kodning af funktionelle lidelser. Sundhedsstyrelsen; 2020.
5. Kingma EM, Janssens KA, Venema M, Ormel J, de Jonge P, Rosmalen JG. Adolescents with low intelligence are at risk of functional somatic symptoms: the TRAILS study. *J Adolesc Health*. 2011;49(6):621-6.
6. Holmberg K, Hjern A. Health complaints in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Acta Paediatr*. 2006;95(6):664-70.
7. McWilliams A, Reilly C, Gupta J, Hadji-Michael M, Srinivasan R, Heyman I. Autism spectrum disorder in children and young people with non-epileptic seizures. *Seizure*. 2019;73:51-5.
8. Kashikar-Zuck S, Cunningham N, Sil S, Bromberg MH, Lynch-Jordan AM, Strotman D, et al. Long-term outcomes of adolescents with juvenile-onset fibromyalgia in early adulthood. *Pediatrics*. 2014;133(3):e592-600.
9. Calvano C, Warschburger P. Quality of life among parents seeking treatment for their child's functional abdominal pain. (1573-2649 (Electronic)).
10. Saunders NR, Gandhi S, Chen S, Vigod S, Fung K, De Souza C, et al. Health Care Use and Costs of Children, Adolescents, and Young Adults With Somatic Symptom and Related Disorders. *JAMA Network Open*. 2020;3(7):e2011295-e.
11. Schulte IE, Petermann F. Familial risk factors for the development of somatoform symptoms and disorders in children and adolescents: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2011;42(5):569-83.
12. van Gils A, Janssens KA, Rosmalen JG. Family disruption increases functional somatic symptoms in late adolescence: the TRAILS study. *Health Psychol*. 2014;33(11):1354-61.
13. Edwards TM, Wiersma M, Cisneros A, Huth A. Children and adolescents with medically unexplained symptoms: A systematic review of the literature. *American Journal of Family Therapy*. 2019;47(3):183-97.
14. Kangas M, Kallesoe KH, Rask CU. Functional Somatic Syndromes (FSS) in Children and Ado-



Recidiverende mavesmerter hos børn - MediBOX Lægenote

lescents. Zeitschrift für Psychologie. 2020; 228(2):81-92.

15. Marshall T, Jones DP, Ramchandani PG, Stein A, Bass C. Intergenerational transmission of health beliefs in somatoform disorders: exploratory study. Br J Psychiatry. 2007;191:449-50.
16. MEDICALLY UNEXPLAINED SYMPTOMS (MUS) IN CHILDREN AND YOUNG PEOPLE A guide to assessing and managing patients under the age of 18 who are referred to secondary care. In: PMHA RCoPRatPMHA, editor. 2018.



HOVEDBUDSKABER

1. Børn og unges symptombillede er oftest karakteriseret ved færre og mere afgrænsede symptomer sammenlignet med voksne, men samtidig kan de være lige så syge af deres funktionelle lidelse.
2. Det er vigtigt at afdække, om barnet med funktionelle symptomer har mulige grundlæggende vanskeligheder (fx autisme, ADHD eller indlæringsmæssige vanskeligheder), som kan have en betydning for, at barnet udvikler funktionelle symptomer i en tidlig alder.
3. Familiemæssige faktorer spiller ofte en betydelig rolle for vedligeholdelse af de funktionelle symptomer, hvor særligt forældrenes forståelse og håndtering af symptomerne har en afgørende betydning for barnets sygdomsforløb.
4. Ved behandling af børn og unge er inddragelsen af forældrene og netværket omkring barnet (fx skole, PPR og socialforvaltning) vigtig. Jo yngre barnet er, des mere vil behandlingen skulle ske indirekte via forældre og netværk ved at stille relevante og realistiske krav til barnet uden at overbelaste.



Funktionel lidelse: Hvad er TERM-modellen?

TERM-modellen er en konsultations- og behandlingsmodel, man kan bruge til sine patienter med længerevarende symptomer og funktionel lidelse. Læs mere om, hvad det er, og hvad den kan. Denne artikel er den sidste af 14 artikler i Månedsskriftets serie om emnet funktionel lidelse.

Af / Marianne Rosendal
og Per Fink



Boks /

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.funktionelideliser.dk og på www.dasefu.dk

På specialeuddannelsen for almen medicin i Aarhus og Odense har kursisterne et kursusforløb i kommunikation og funktionel lidelse bestående af to dage plus en opfølgningsdag med supervision af videooptagelser fra praksis. Her undervises i TERM-modellen som en konsultations- og behandlingsmodel i relation til patienter med funktionel li-

delse. Læger på vej mod almen praksis, der ikke har gennemgået dette kursusforløb, spørger derfor ofte: "Hvad er TERM-modellen?" Det vil vi belyse i denne artikel.

TERM-modellen historisk set

Akronymet "TERM-modellen" er en forkortelse og fordanskning af *The Ex-*



Kontakt / MAROSE@rm.dk

Biografi / 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. Hun er desuden forperson for Dansk Selskab for Funktionelle Lidelser (www.dasefu.dk).

Per Fink er speciallæge i psykiatri og har været ledende overlæge af Funktionelle Lidelser, Aarhus Universitetshospital siden 1999. Han har igennem 25 år arbejdet med både forskning og klinisk behandling af patienter med funktionel lidelse.





tended Reattribution and Management model. Ordet reattribution kan oversættes med "at tillægge/tilskrive en ny betydning", dvs. at forstå noget på en ny måde.

TERM-modellen blev udviklet i 1999-2000 med afsæt i den daværende viden om somatiseringstilstande. Vores forståelse af det, vi betegnede "medicinsk uforklarede symptomer" og senere funktionelle eller længerevarende symptomer og funktionel lidelse, var dog allerede på det tidspunkt i en rivende udvikling. Ved årtusindskiftet var forståelsen af sygdomme endnu præget af dualisme: Enten sidder problemet i kroppen eller også sidder det i psyken. Men TERM-modellen forsøgte fra start at gøre op med denne forståelse og i stedet italesætte funktionel lidelse som en *interface-sygdom*, hvor krop og psyke spiller sammen i såvel udvikling som behandling af sygdommen.

TERM-modellen blev til i et samarbejde mellem 1) forskere på Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus, og Funktionelle Lidelser, Aarhus Universitetshospital, 2) professor Linda Gask fra Manchester University og 3) en gruppe praktiserende læger, der igennem flere år havde arbejdet med supervision og undervisning i kommunikation. Linda Gask havde siden 1989

arbejdet med udvikling og evaluering af *The reattribution Model* (1) til brug i almen praksis i England. Modellen var baseret på en forståelse af, at medicinsk uforklarede symptomer dækkede over ikke erkendt psykisk lidelse som fx angst og depression. Selv om vi var ved at få en anden og bredere forståelse af disse symptomer, blev nogle centrale elementer fra den oprindelige model bevaret, mens det teoretiske grundlag blev ændret, og modellen blev udbygget.

Følgende elementer blev bevaret fra den oprindelige *reattribution-model*:

- betydningen af at arbejde indgående med patientens symptom- og sygdomsforståelse
- en problemorienteret tilgang til mestring af symptomer
- modellens indbyggede principper om, at vi bedst lærer ved at øve os, hvorfor indlæring af modellen gennemføres ved brug af færdighedstræning (micro skills training) og gruppebaseret supervision af videooptagelser af øvelser med skuespillere og konsultationer med patienter.

Disse elementer blev i TERM-modellen tilpasset og udbygget på følgende måde:



- Generelle interviewteknikker blev integreret i modellen.
- Opdateret evidens vedr. længerevarende symptomer og funktionel lidelse udgjorde fundamentet for modellen. Funktionel lidelse sås som en selvstændig sygdom, og som følge heraf blev biologiske forklaringsmodeller indarbejdet som en central del af forståelsen af funktionel lidelse.
- Modellen blev bygget op omkring konsultationsprocessen i almen praksis, men patientens del blev udbygget med særskilte anamnese-punkter om psykisk lidelse, funktionsevne og forventninger.
- Der blev lavet en specifik vejledning om håndtering af kroniske funktionelle lidelser.

Hele grundlaget for og indholdet af TERM-modellen er detaljeret beskrevet i bogen Funktionelle lidelser – udredning og behandling fra 2012 (2), og vi vil her kun give en kort opsummering af modellens indhold og runde artiklen af med den evaluering, der fandt sted i dansk almen praksis i 2000-2002.

TERM-modellen som konsultationsmodel

TERM-modellen beskriver konsultationsprocessen, som vi også kender den fra andre områder (tabel 1). Når patienten har længerevarende symptomer og måske en funktionel lidelse, er der imidlertid nogle områder, der i anamnesen fortjener særlig opmærksomhed, og det er blevet specificeret i modellen. Derudover rummer den fælles del vores nuværende forståelse af længerevarende symptomer og funktionel lidelse, således at den giver et konkret afsæt for at kunne arbejde videre med de forskellige redskaber, der bl.a. er blevet introduceret her i Månedsskriftet.

Uddybelse af TERM-modellens trin

Trin A: Forståelse

Et vigtigt mål i patientens del er, at patienten føler sig lyttet til og forstået. Det er en væsentlig del af behandlingen. Som læger skal vi omkring alle punkter i tabel 2, og det er vigtigt, at vi ikke korrigerer patienten undervejs og i stedet lytter aktivt og interesseret. Derfor anvender vi i denne del af kon-

Tabel 1 / TERM-modellen som konsultationsmodel.

TERM-modellen	Konsultationsmodel
A. Forståelse	Patientens del
B. Lægens bord og anerkendelse	Lægens del
C. Forhandling af ny/modificeret forståelsesmodel	Fælles del 1
a. Patientens sygdomsforståelse klargøres	
b. Nuancering	
i. Evt. specifikke årsagsforklaringer	
ii. Længerevarende symptomer (lette tilstande)	
iii. Funktionel lidelse (moderate og svære tilstande)	
D. Opsummering og planlægning af efterforløb	Fælles del 2

Ud over ovenstående indeholder modellen også en specifik vejledning vedr. håndtering af kronisk funktionel lidelse.



Funktionelle lidelser - skemaer til brug i praksis - MediBOX Lægenote

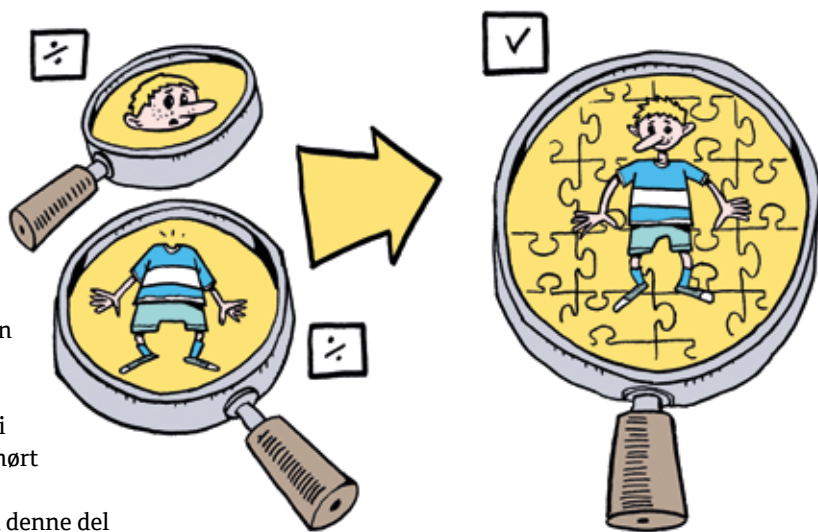
sultationsprocessen *so-
kratisk spørgeteknik*: at
være neutral og ægte
nysgerrig, at stille åbne
spørgsmål, at komme
med opmuntringer lø-
bende, men også at
holde fokus. Ingen råd
og ingen korrektioner, for
så risikerer vi, at patienten
måske ikke tør komme
frem med sine forskellige
tanker og overvejelser og i
værste fald ikke føler sig hørt
og forstået.

For nogle patienter kan denne del
gennemføres i løbet af en enkelt, al-
mindelig konsultation, hvor man hur-
tigt når til en fælles forståelse og
håndtering af problemstillingen. For
andre skal man måske bruge flere kon-
sultationer alene på patientens del. Jo
længere patientens symptomer har
stået på, desto vigtigere bliver det at
give tid til denne del og få en forståel-
se af, hvordan det samlede puslespil
ser ud for netop denne patient.

Symptomanamnesen er grundig og
skal gerne være konkret. Man kan fx
bede patienten beskrive i detaljer,
hvordan dagen i går forløb:

*Vil du prøve at fortælle mig, hvordan
din dag i går var? Hvordan var det at
vågne i din seng i går morges? Hvordan
kom du ud af sengen? Hvad lavede du
så? Hvad spiste du til morgen og til fro-
kost? Hvordan forløb aftenen? Hvornår
gik du i seng, og hvordan var det? Hvor-
dan har du sovet i nat?*

Det er også muligt at uddybe symp-
tomerne ved at anvende nogle af Må-
nedsskriftets redskaber (redskab nr. 1:
symptomoverblik og redskab nr. 3: uge-
skema). Undervejs i patientens fortæl-
ling er det vigtigt at spørge til de emo-
tionelle signaler, der opstår. Derudover



spørges direkte ind til symptomer på
angst og depression pga. en høj komor-
biditet. Ligeledes spørges direkte til ak-
tuelle ressourcer og belastninger.

I forhold til funktionsniveauet er
det igen nødvendigt at blive meget
konkret. Her skal man være opmærk-
som på, om patienten evt. har et møn-
ster, der betegnes *boom-and-bust* eller
optur-nedtur, hvor han/hun skiftevis
overbelaster sig selv og ligger brak (se
også redskab nr. 6 og artikel fra april
2022: Når sygdommen bliver kronisk).
Sidst, men ikke mindst, er en grundig
uddybning af sygdomsforståelse (se
også artikel fra maj 2021) og forvent-
ninger helt central i anamnesen, idet
vi skal arbejde videre netop med ud-
gangspunkt heri under den fælles del.

I konsultationsmodellen indgår som
rutine, at der gennemføres en almin-
delig objektiv undersøgelse. Patienten
henvender sig med fysiske symptomer
og har derfor en helt naturlig forvent-
ning om også at blive undersøgt fy-
sisk. Den almindelige objektive under-
søgelse og evt. supplerende undersø-
gelser skal naturligvis tilpasses de
tentative diagnoser. Supplerende un-

Tegning 1 /
Illustration: Erik Petri
Johansen



Tabel 2 / At få patienten til at føle sig forstået (patientens del).

Trin A: Forståelse
1. Uddyb symptomanamnese (fx en typisk dag med symptomer)
2. Uddyb signaler om emotionelle problemer
3. Spørg til angst- og depressionssymptomer
4. Afdæk belastninger, stress og ydre faktorer (sociale, arbejdsmæssige, familie)
5. Spørg til funktionsniveau (fysisk, socialt, rolle)
6. Afdæk patientens sygdomsforståelse
7. Afdæk patientens forventninger til udredning og behandling
8. Foretag en fokuseret klinisk og evt. parakliniske undersøgelser

dersøgelser skal kun foretages på medicinsk indikation, og husk, at biomedicinske udredninger for at berolige patienten kan virke stik imod hensigten. De kan i stedet bidrage til at forstærke patientens bekymringer.

Trin B: Lægens bord og anerkendelse

I lægens del (tabel 3) opsummeres dels de oplysninger, der er kommet frem i patientens del, dels resultatet af den objektive undersøgelse og evt. andre undersøgelser. Denne feedback gives neutralt, og der medtages således både positive og negative fund. Det er hjælpsomt for patienten, hvis dette gøres meget konkret som fx:

Sidst du var her, tog vi nogle blodprøver. Jeg kan fortælle dig, at de viser, at din lever fungerer normalt, dine nyrer fungerer normalt, der er normal blodprocent og saltbalance i dit blod. Vi talte også om, at du måske kunne have problemer med at tåle mælk, men blodprø-

ven viser, at du godt kan omsætte lakto-
se i tarmen.

Når patienten har en funktionel lidelse, ender vi ofte med at fortælle om en række negative fund. Det kan komme til at virke som en afvisning af patientens lidelse, hvorfor det er vigtigt altid at anerkende tilstedeværelsen af patientens symptomer – nærmest som en refleks i opsummeringen. Ud over opsummering er også empati og emotionel feedback vigtige teknikker i denne del af konsultationsprocessen. Husk også at bryde opsummeringer op med spørgsmål undervejs:

Hvad tænker du om det, jeg lige har sagt?
Hvordan forstår du det, jeg har fortalt indtil nu?

Trin C: Forhandling af ny eller modificeret forståelsesmodel

Uanset om vi har at gøre med længerevarende symptomer eller en egentlig

Tabel 3 / Lægens del.

Trin B: Lægens bord og anerkendelse
1. Giv feedback på resultatet af den kliniske undersøgelse
2. Anerkend, at symptomerne er reelle
3. Forklar, at der ikke er (eller at der er) indikation for yderligere somatiske undersøgelser eller behandlinger (i form af medicinsk eller kirurgisk behandling)

funktionel lidelse, er vi her nået til at skulle forhandle en bredere forståelse af symptomerne, som ikke handler om flere biomedicinske udredninger eller behandlingsforsøg. I stedet skal vi sammen med patienten arbejde med forståelsen af, at vi (lige som ved mange andre sygdomme) ikke altid kender den grundliggende årsag til funktionel lidelse; men at vi ved, den er multifaktoriel, og at centralnervesystemet spiller en vigtig rolle. Der ligger også en vigtig formidling i forståelsen af, hvordan krop og psyke fungerer som en helhed. Som læger bringer vi vores ekspertise ind i form af faglig viden om symptomer og funktionel lidelse. Forhandling af forståelse og behand-

ling af symptomer forudsætter imidlertid, at også patienten kommer på banen som ekspert på, hvad der virker for ham/hende (tabel 4).

Første skridt er (endnu engang) at klargøre, hvordan patientens forståelse og forventninger er. Ud fra dette kendskab arbejdes med at nuancere forståelsen bl.a. ved kvalificerende normalisering:

Jeg møder mange patienter her i praksis, som også oplever smerter i ryg og nakkemuskler og samtidig uro i maven. Det er der faktisk mange mennesker, der døjer med indimellem. Og jeg kan berolige dig med, at det ikke ser ud til at skyldes mælkeintolerans, som var det, du var mest bekymret for.

Det kvalificerende består i, at man vender tilbage til patientens egen forståelse og får den sat ind i sammenhængen. Hensigten er, at forklaringen skal være meningsfuld for patienten

og understøtte hans/hendes egen mestring. Hos nogle er det tilstrækkeligt, hos andre kan man arbejde videre herfra i form af alternative forklaringer, som fx at stress og belastninger kan være medvirkende til at udløse og fastholde symptomerne. Man kan evt. også "demonstrere" dette ved at spørge:

Hvordan oplever du lige nu din mave og dine muskler, når du fortæller om, hvor presset du er på arbejdet? Eller når du sidder her og virker lidt nervøs?

Hos patienter med svære funktionelle lidelser kan problemstillingen være mere kompleks. Her anbefales det at lave en statuskonsultation som beskrevet i artiklen fra april 2022, hvor det samlede sygdomsforløb gennemgås med patienten. Derefter stilles diagnosen funktionel lidelse,



Tegning 2 /
Illustration: Erik Petri
Johansen



Tabel 4 / Fælles del.

Trin C: Forhandling af ny eller modificeret forståelsesmodel	
1. Patientens sygdomsforståelse klargøres	
2. Nuancering af sygdomsforståelsen	
a. Klarhed over evt. mulige (og ikke mulige) årsagsforklaringer	
b. Længerevarende symptomer (lette tilstande)	
i. Kvalificerende normalisering	
ii. Reaktion ved belastning og stress	
iii. Demonstration	
c. Funktionel lidelse (moderate og svære tilstande)	
i. Kendt fænomen med en diagnose (funktionel lidelse)	
ii. At blive mere fintfølede/mangle den normale CNS-filterfunktion	
iii. Øget symptomproduktion i kroppen	
iiii. Mestring af symptomer (adfærd) er vigtig for, hvordan man får det	
Trin D: Opsummering og planlægning af efterforløb	
1. Opsummering af dagens samtale	
2. Forhandling med patienten om mål, indhold og form af et evt. videre forløb	
3. Overvej samtaleforløb i praksis	
4. Overvej evt. henvisning til behandling hos psykolog, fysioterapeut eller tværfagligt behandlingscenter	

og forklaringsmodeller som omtalt i de første artikler i denne serie samt de tilhørende redskaber kan anvendes.

I den fælles del af konsultationsprocessen er det særligt vigtigt at undgå konfrontationer. I stedet handler det om at svaje af og at være lydhør over for patienten, når man får fornemmelsen af, at han/hun måske ikke er helt med. Det er desuden uhyre vigtigt at understøtte hjælp til selvhjælp (empowerment), fordi det som nævnt er patienten selv, der skal hjem og gøre arbejdet for at få det bedre og forhåbentlig blive helt rask. Målet er at hjælpe patienten til at få øje på for ham eller hende vigtigt livsindhold, så det kan komme i forgrunden, mens symptomerne skubbes i baggrunden.

Trin D: Opsummering og konkret efterforløb

Ved afslutning opsummeres resultatet

af dagens konsultation, og der aftales afslutning eller rammer omkring et videre forløb. Også her vil det være hjælpsomt at tjekke med patienten, hvordan han/hun har forstået indholdet. For nogle patienter vil det være hensigtsmæssigt at gennemføre et egentligt samtaleforløb (se fx artiklen fra marts 2022). Det kan også være, at patienten er så syg, at behandling ligger uden for mulighederne i almen praksis. Ud over overvejelser om henvisning til tværfaglig behandling kan det måske også være en hjælp at bruge TERM-modellens råd om håndtering af kronisk funktionel lidelse.

Håndtering af kronikere

TERM-modellens specifikke råd for, hvordan man kan hjælpe patienter med kronisk funktionel lidelse, er beskrevet i en artikel fra april 2022. Nogle patienter kan have været syge af

funktionel lidelse gennem mange år og er blevet så svært invaliderede, at der er behov for at støtte og lindre frem for at stile imod helbredelse. TERM-modellen giver her en række konkrete råd til lægen om, hvordan man kan gøre det og med tiden også opnå, at patienten får det bedre.

Evaluerings af TERM-modellen

I 2000 blev der gennemført to randomiserede studier af TERM-modellen i almen praksis i henholdsvis Vejle Amt og Aarhus Amt. I undersøgelsen deltog 43 læger fra Vejle Amt, og her fandt man, at et kursus i TERM-modellen gav en signifikant og positiv ændring i lægernes holdning til patienter med funktionel lidelse, samt at lægernes opmærksomhed på længerevarende symptomer blev øget (3, 4). I Aarhus Amt deltog 28 læger. Her fandt man, at patienttilfredsheden var højere og udgifter til sekundærsektoren lavere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen (5, 6).

I begge studier fandtes kun små ændringer i patienternes symptom- og helbredsmål, og disse var ligeværdige i interventions- og kontrolgruppen. Dette fund var helt tilsvarende, hvad man har fundet i internationale studier vedr. såvel funktionel lidelse som andre sygdomme, når vi "skubber specifikke interventioner ud" i dagligdagen i almen praksis (6).

På baggrund af de positive effekter på læger og sundhedsvæsen og delvist på patientniveau valgte man i 2007 at integrere TERM-modellen i den almenmedicinske videreuddannelse i Aarhus (Videreuddannelsesregion Nord) og Odense (Videreuddannelsesregion Syd). Der er aktuelt undervist mere end 1.500 yngre almenmedicinere de to steder, og kurserne har løbende fået

overordentligt positive evalueringer. Uddannelse i TERM-modellen har desuden være gennemført for socialmedicinske læger, smertelæger m.fl. og ventes at blive udbudt til en bredere kreds i fremtiden.

Det står dog også klart, at TERM-modellen er utilstrækkelig i forhold til

» TERM-modellen er målrettet patienter i almen praksis med længerevarende symptomer eller funktionel lidelse.

de mest syge patienter med funktionel lidelse. Derfor har man nu etableret specialiseret, tværfaglig behandling i alle fem regioner. Det efterlader stadig et hul imellem almen praksis' gode håndtering af lette og moderate tilfælde og specialiseret behandling af de sværest syge patienter. Såvel i Danmark som internationalt arbejdes der derfor aktuelt på at understøtte patientbehandlingen i praksis bedre bl.a. via 1) internetbaserede programmer (se artikel oktober 2021 om selvhjælpsprogrammet "Mine symptomer") og 2) støtte/guidning via andet personale i praksis. I 2021 har Sundhedsstyrelsen desuden beskrevet, at læger inden for en række medicinske specialer skal have færdigheder i diagnostik og psykoedukation af patienter med funktionel lidelse. Disse og andre fremtidige tiltag kan forhåbentlig bidrage til, at vi får en samlet plan for hurtige udredningsforløb og kompetent behandling af patienter med længerevarende symptomer og funktionel lidelse helt på linje med det, vi ser ved andre sygdomme.

Interessekonflikter: Ingen?



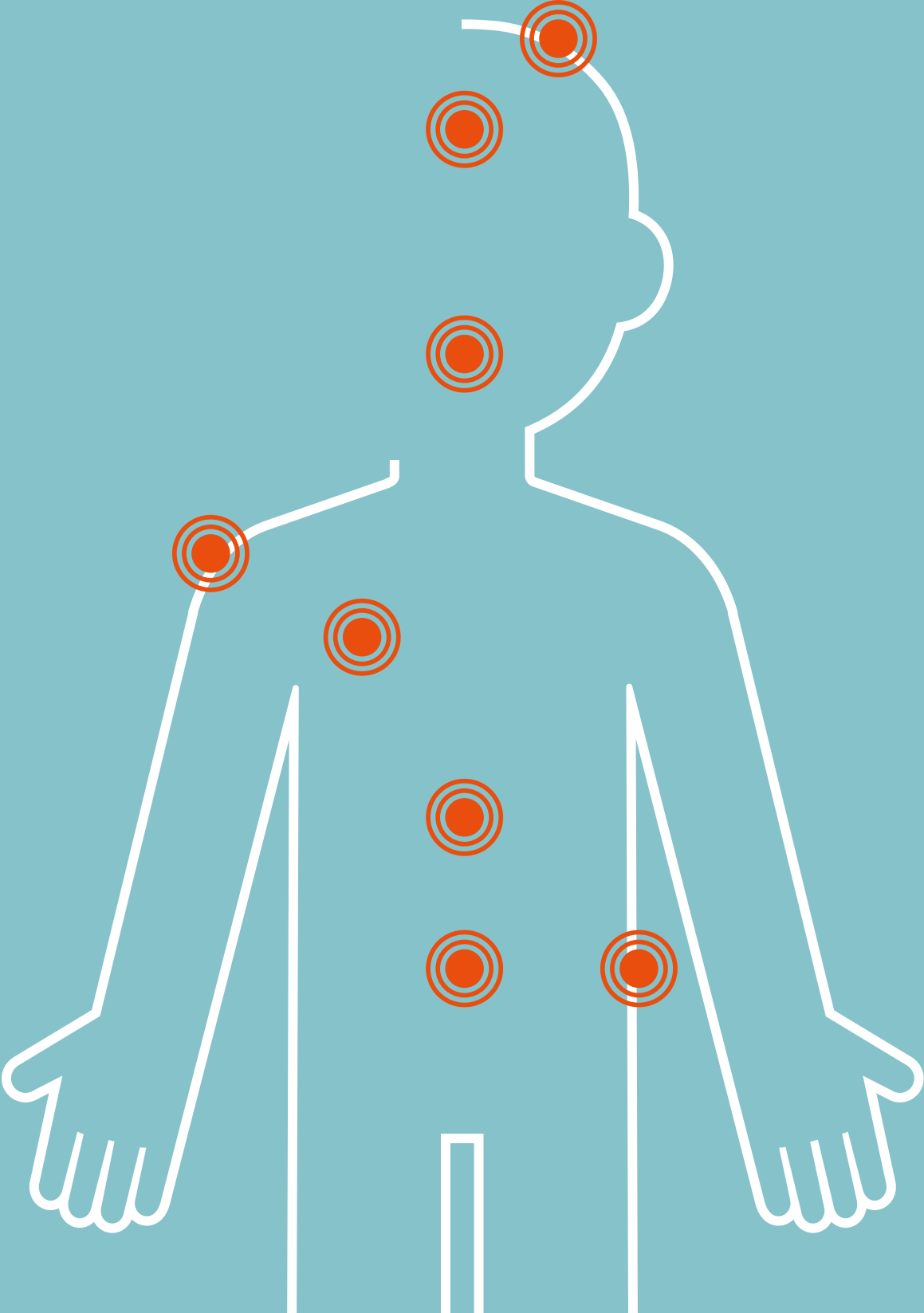
Litteratur

1. Goldberg D, Gask L, O'Dowd T. The treatment of somatization: teaching techniques of reattribution. *Journal of Psychosomatic Research*. 1989;33(6):689-95.
2. Fink P, Rosendal M, Schroder A, Ostensfeld-Rosenthal A, Rask CU, Toscano L, et al. Funktionelle lidelser - udredning og behandling. Fink P, Rosendal M, editors. København: Munksgaard; 2012. 11-244 p.
3. Rosendal M, Bro F, Sokolowski I, Fink P, Toft T, Olesen F. A randomised controlled trial of brief training in assessment and treatment of somatisation: Effects on general practitioners' attitudes. *FamPract*. 2005;22(4):419-27.
4. Rosendal M, Bro F, Fink P, Christensen KS, Olesen F. Diagnosis of somatisation: effect of an educational intervention in a cluster randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2003;53(497):917-22.
5. Frostholm L, Fink P, Oernboel E, Christensen KS, Toft T, Olesen F, et al. The uncertain consultation and patient satisfaction: the impact of patients' illness perceptions and a randomized controlled trial on the training of physicians' communication skills. *PsychosomMed*. 2005;67(6):897-905.
6. Rosendal M, Blankenstein AH, Morriss R, Fink P, Sharpe M, Burton C. Enhanced care by generalists for functional somatic symptoms and disorders in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;10:CD008142.



HOVEDBUDSKABER

1. TERM-modellen er målrettet patienter i almen praksis med længerevarende symptomer eller funktionel lidelse.
2. Modellen baserer sig på aktuel evidens om funktionel lidelse og integrerer samtaleteknikker fra kognitiv adfærdsterapi.
3. TERM-modellen er undersøgt i to randomiserede kliniske forsøg og har vist positive effekter på praktiserende lægers holdning, patienters tilfredshed og sundhedsekonomi.





Funktionel lidelse: Nyeste viden fra befolkningsundersøgelserne DanFunD og DaSK

Hvor hyppig er sygdommen funktionel lidelse, og hvilke konsekvenser har den for patienterne? Her præsenteres vi for den nyeste viden fra befolkningsundersøgelserne DanFunD og DaSK.

Af / Marie Weinreich Petersen, Isabella Raasthøj og Thomas Meinertz Dantoft



FAKTA /

En funktionel lidelse er en sygdom, hvor man er belastet af fysiske gener i en sådan grad, at det er svært at fungere i dagligdagen. Der er ved tilstanden ingen sikre objektive kliniske eller parakliniske fund, og diagnosen stilles ud fra et distinkt symptom mønster og sygdomsbillede. 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 der til den første artikel i serien: Funktionel lidelse – en ny diagnose, udgivet af Månedsskriftet i april 2021.

Du kan også finde information om funktionelle lidelser til patienter og fagfolk på www.funktionellelidelser.dk og www.dasefu.dk

For at få en bedre forståelse af funktionel lidelse er det nødvendigt med større epidemiologiske undersøgelser, hvor deltagerne følges over tid. I Danmark gennemføres i øjeblikket to store befolkningsundersøgelser med fokus på symptomer, funk-

tionel lidelse og en række funktionelle syndromer. Vi ønsker med denne artikel at skabe kendskab til undersøgelserne og formidle nogle af de første resultater fra de indledende tværsnitsundersøgelser.



Kontakt / mawept@rm.dk

Biografi / Marie Weinreich Petersen: Klinisk specialist, cand.scient.med., ph.d., Funktionelle Lidelser, Aarhus Universitetshospital. Isabella Raasthøj: Læge, ph.d.-studerende, Forskningsenheden for Almen Praksis Odense, Syddansk Universitet. Thomas Meinertz Dantoft: Projekt- og teamleder, cand.polyt., ph.d., Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.



Forekomst af funktionel lidelse i Danmark

DanFunD-studiet (The Danish Study of Functional Disorders, www.danfund.org) blev etableret i 2011 som den første fokuserede satsning på at afdække epidemiologien bag funktionel lidelse, som det er sket for andre kroniske sygdomme, fx diabetes og hjerte-kar-sygdomme. DanFunD udgår fra Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse i Region Hovedstaden og har til formål at generere den nødvendige viden om bl.a. prævalens, ætiologi og patofysiologi (figur 1) (1, 2). I DanFunD er personer med en funktionel lidelse blevet identificeret ved hjælp af validerede spørgeskemaer og diagnostiske interviews udført af alment praktiserende læger. I alt 9.656 personer fra den voksne danske almenbefolkning har deltaget i undersøgelsen, som foruden spørgeskemaer og interviews består af en omfattende helbredsundersøgelse af hver deltager. DanFunD består af to kohorter: baselinkohorten med data indhentet mellem 2011 og 2015 og en 5-års-genundersøgelse med data indhentet fra 2018 til 2020.

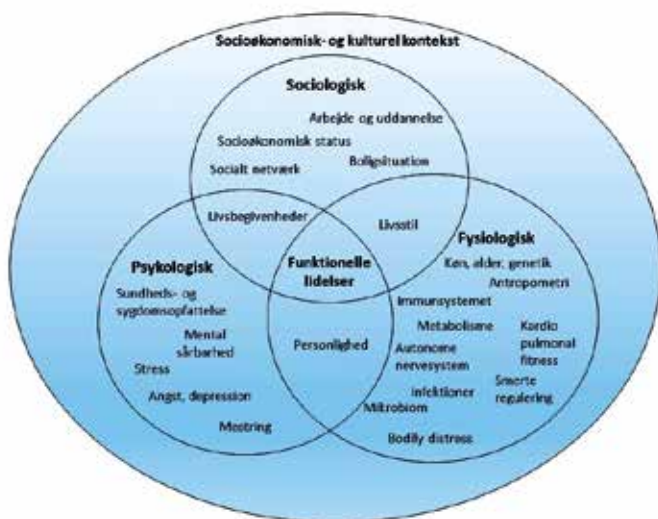
En anden befolkningsundersøgelse, DaSK (Den Danske Symptom Kohorte, <https://www.sdu.dk/da/dask>), udgår fra Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense. DaSK er en internet-baseret spørgeskemaundersøgelse fra 2012, og kohorten inkluderer knap 50.000 danskere over 20 år (3). Der er netop gennemført en 10-års-opfølgning blandt deltagerne fra 2012, og samtidig er der inkluderet et nyt repræsentativt udsnit på 100.000 personer af den danske befolkning

i kohorten. I DaSK identificeres deltagere med en funktionel lidelse udelukkende ved brug af validerede spørgeskemaer (4).

Både DanFunD og DaSK dokumenterer, at funktionelle lidelser er overordentlig hyppige i befolkningen. I begge undersøgelser opfylder omkring 16 % af voksne personer over 18 år kriterierne (4, 5). Diagnostiske interviews i DanFunD viser en lidt lavere forekomst på 10 %. Det vigtigste fund fra begge kohorter er dog, at 2 % af alle voksne har sygdommen i svær grad og dermed opfylder kriterierne for diagnosen multiorgan funktionel lidelse (4, 6). Det svarer til, at omkring 85.000 voksne danskere har svært påvirket funktionsevne pga. multiple symptomer.

Foto 1 /
Foto: Colourbox





Figur 1 /
En teoretisk model for
mulige årsager til funktionelle
lidelser (DanFunD).

Hvad karakteriserer personer med en funktionel lidelse?

Studier fra både DanFunD og DaSK viser, at funktionelle lidelser forekommer i alle aldersgrupper og hos både mænd og kvinder, dog hyppigst hos kvinder (4-6). Personer med en funktionel lidelse har en større sandsynlighed for at bo alene og at være uden for arbejdsmarkedet samt en lavere sandsynlighed for at have en længerevarende uddannelse (4, 7). Begge undersøgelser har desuden vist, at personer med en funktionel lidelse er mere tilbøjelige til at vurdere deres egen sociale status som lav (4, 7), og at de generelt rapporterer et dårligere selv vurderet helbred og begrænsninger i deres hverdag grundet deres dårlige fysiske helbred (5, 6, 8, 9). I studiet fra DaSK ses endvidere en højere forekomst af funktionel lidelse blandt etniske minoriteter (8).

Forbrug af sundheds- og velfærdsydelser

Personer med funktionel lidelse har et højt forbrug af medicin og sundhedsydelser. DaSK har vist, at personer med

multiple symptomer har et højere forbrug af ydelser fra den praktiserende læge og fysioterapeuter/kiropraktorer, har flere indlæggelser og hyppigere får opioider og syrehæmmende medicin (4). Endvidere har analyser i DanFunD vist, at personer med irriterbar tyktarm (colon irritable) har større sandsynlighed for at få tilkendt førtidspension og sygedagpenge sammenlignet med personer, der ikke har irriterbar tyktarm. Det estimeres desuden, at en person med irriterbar tyktarm koster 5.000 kr. mere hvert år i sundheds- og velfærdsydelser sammenlignet med personer, der ikke har irriterbar tyktarm (10). Dette er i tråd med tal fra almen praksis, hvor patienter med mange symptomer har en 5-9 gange øget risiko for tilkendelse af førtidspension (11) og et øget forbrug af både det primære og sekundære sundhedsvæsen (12).

Der ser ikke ud til at være en højere forekomst af udvikling af andre kroniske sygdomme, ligesom mortaliteten ikke er forøget hos personer med irriterbar tyktarm (10). Nærmere analyser af disse aspekter er planlagt til at skulle gennemføres i DanFunD i 2022-2023.

Normal smerteregulering ved funktionel lidelse

Der har været en veletableret hypotese om, at de symptomer, som især smertepatienter med funktionel lidelse præsenterede, var et udtryk for forstyrrelser i den descenderende inhibitoriske kontrol i rygmargen og en central sensibilisering. Dette virker plausibelt, når man møder patienterne i klinikken, idet de ofte beskriver en hypersensibilitet over for alle stimuli som kulde og varme eller lyde og dufte. I DanFunD har man undersøgt smertetærskler og konditioneret smerterespons hos en gruppe deltagere med et

trykalgometer (13). Smertetærskler (eng. pressure pain threshold) blev defineret som gennemsnittet af tre målinger på hhv. M. trapezius og M. tibialis. Det konditionerede smerterespons (eng. conditioned pain modulation) blev defineret som forskellen i smertetærskel målt før og under, at deltageren sad med den ene hånd i 3°C cirkulerende vand. Overordnet var der ingen forskel på smertetærskel mellem deltagerne med en funktionel lidelse og de raske kontroller. Det skal dog understreges, at gruppen med svær funktionel lidelse i dette studie var meget lille (n = 19), hvorfor resultaterne for denne hårdest ramte gruppe er usikre. Overordnet peger resultaterne på en normal smerteregulering hos personer med en funktionel lidelse og understøtter således ikke den eksisterende antagelse om, at abnorm smerteregulering spiller en rolle i patofysiologien ved funktionel lidelse. Smertetærskel vil blive undersøgt yderligere i 5-års-genundersøgelsen i DanFunD.

Fysisk helbred

Studier vedrørende funktionel lidelse og fysisk helbred er i DanFunD udført på deltagere, der opfylder kriterierne for at have duft- og kemikalieoverfølsomhed, enten som et enkelt syndrom eller samtidig med en anden funktionel lidelse (14, 15). Duft- og kemikalieoverfølsomhed er en funktionel lidelse, der kendetegnes ved fysiske symptomer, som udløses af almindelige dagligdags dufte og luftbårne kemiske stoffer i små mængder, fx parfumerede produkter, afdampning fra friske tryksager, husholdningsmidler og udstødningsgasser. Symptomerne manifesterer sig ofte som hovedpine, træthed, kvalme og muskel- og ledsmerter, og flere organsystemer er dermed ramt.



Boks 1 /

Signifikante forskelle på biologiske parametre hos deltagere med duft- og kemikalieoverfølsomhed sammenlignet med kontroller (fra DanFunD-studiet):

- ↓ Lungefunktion
- ↓ Systolisk blodtryk
- ↓ Muskelstyrke
- ↓ Kondition
- ↑ Høftemål
- ↑ Fedtprocent
- ↑ BMI
- ↑ Triglycerider
- ↑ Glukose
- ↑ Insulin
- ↑ HOMA-IR*

*HOMA-IR = The homeostasis model of insulin resistance.

Sammenlignet med kontrollerne var deltagerne med funktionel lidelse/duft- og kemikalieoverfølsomhed generelt i dårligere fysisk form, især hvis de havde duft- og kemikalieoverfølsomhed samtidig med en anden funktionel lidelse: De havde et øget høftemål, en højere fedtprocent og et højere BMI (15). Desuden havde de lavere muskelstyrke, dårligere kondition estimeret ved step-test, dårligere lungefunktion og et lavere systolisk blodtryk sammenlignet med kontrollerne (boks 1).

Derudover rapporterede de fysiske begrænsninger i forbindelse med udførelse af normale hverdagsaktiviteter, var mindre fysisk aktive i fritiden og oplevede hyppigt søvnproblemer (16). Disse udfordringer kan delvist forklare det forhøjede BMI og den højere fedtprocent, da deltagerne med duft- og kemikalieoverfølsomhed ikke spiste mere usundt og desuden både drak og



røg mindre end kontrollerne (16). Overordnet viser resultaterne dermed en øget risiko for en række negative konsekvenser ved duft- og kemikalieoverfølsomhed, specielt hvis de samtidig har en anden funktionel lidelse. Det er derfor klinisk relevant at screene patienter med duft- og kemikalieoverfølsomhed for samtidig anden funktionel lidelse. Da der på nuværende tidspunkt ikke eksisterer en behandling med dokumenteret effekt, kan det være nyttigt at rådgive og støtte patienter med duft- og kemikalieoverfølsomhed i forhold til en sund livsstil. Et studie fra DaSK har vist, at funktionel lidelse var associeret med rygning, overvægt og fedme, så et vigtigt aspekt i fremtidige studier vil være at kaste lys over, om de kliniske råd til patienter med duft- og kemikalieoverfølsomhed også kan gøre sig gældende for andre funktionelle lidelser (4).

Mentalt helbred

I DanFunD arbejdes der på nuværende tidspunkt med en lang række hypoteser og analyser omkring de psykologiske faktorer, der kan spille en rolle for udviklingen og vedligeholdelsen af en funktionel lidelse. Indtil nu har man fundet, at deltagere med en funktionel lidelse har større sandsynlighed for at have selvrapporteret psykiatrisk sygdom i form af angst eller depression sammenlignet med deltagere uden en funktionel lidelse (5). Et studie, der specifikt omhandler patienter med irritable tyktarm, har endvidere påvist en stærk association mellem denne diagnose og senere udvikling af andre funktionelle lidelser (17). Et nyere studie har fundet en stærk sammenhæng mellem funktionel lidelse og en generel uhensigtsmæssig sygdomsforståelse, både angående konsekvenser, tids-

ramme, bekymring om symptomer og emotionelle repræsentationer af symptomer (18).

Videre undersøgelser i DanFunD og DaSK vil inkludere analyser af betydningen af andre psykologiske faktorer som personlighed, stress, coping/mestring og negative livsbegivenheder.

De næste skridt i afdækningen af funktionel lidelse

De store tværsnitsundersøgelser af befolkningen har allerede bidraget med essentiel viden på området funktionel lidelse. Gennem det allerede eksisterende interdisciplinære samarbejde mellem forskere fra grundforskning, klinisk forskning, epidemiologi og folkesundhed vil befolkningsundersøgelserne være med til at bane vejen for videnskabeligt baseret forebyggelse, behandling og rehabilitering af patienter med en funktionel lidelse. I de kommende år følger videre analyser af de psykologiske, socioøkonomiske og biologiske faktorer for funktionel lidelse, herunder analyser af betydningen af personlighed, mestringsevne, mental sårbarhed, ubalancer i det autonome nervesystem og immunsystemets regulering samt sammenhængen mellem tidligere infektioner og udvikling og vedligeholdelse af funktionelle lidelser. Dertil kommer nu muligheden for at se på opfølgningsdata fra DanFunD og DaSK, hvor fremtidige undersøgelser vil fokusere på incidens, kausale epidemiologiske analyser og prognoser.

Interessekonflikter *ingen angivet*

Referencer

1. Dantoft TM, Ebstrup JF, Linneberg A, Skovbjerg S, Madsen AL, Mehlsen J, et al. Cohort description: The Danish Study of Functional Disorders. Clin Epidemiol. 2017;9:127-39.

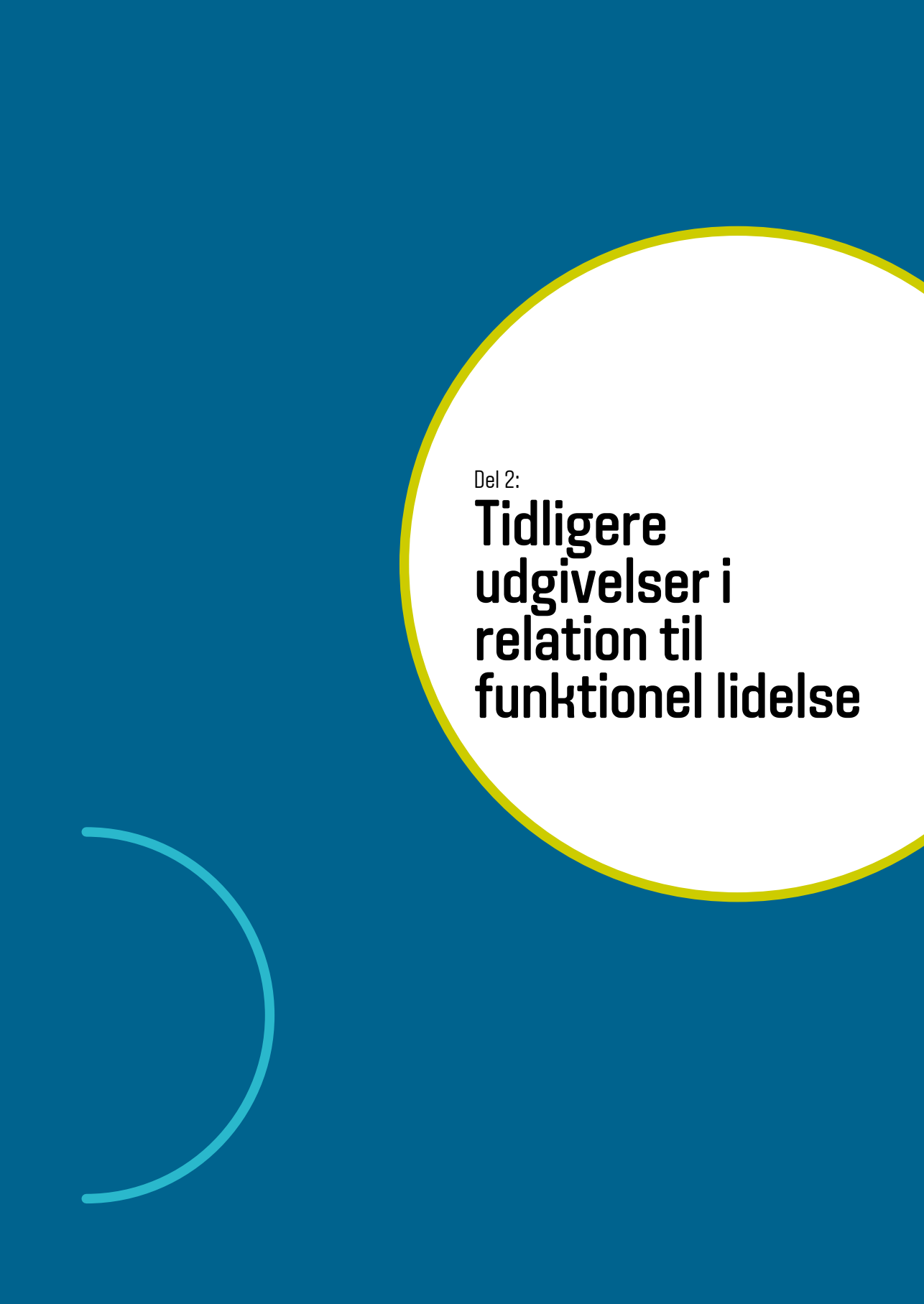
2. Jørgensen TD, TM. Petersen, MW. Benros, ME. Poulsen, CH. Eplov, LF. Gormsen, L. Frostholm, L. Carstensen, TBW. Eliassen, MH. Kårhus, LL. Skovbjerg, S. Bjerregaard, AA. Brix, S. Linneberg, A. Fink, P. Examine the public health impacts of functional somatic disorders using the DanFunD study. Accepted. Scandinavian Journal of Public Health. 2022.
3. Rasmussen S, Søndergaard J, Larsen PV, Balasubramaniam K, Elnegaard S, Svendsen RP, et al. The Danish Symptom Cohort: Questionnaire and Feasibility in the Nationwide Study on Symptom Experience and Healthcare-Seeking among 100 000 Individuals. *Int J Family Med*. 2014;2014:187280.
4. Rasmussen S, Jensen CT, Rosendal M, Vægter HB, Søndergaard J, Jarbøl DE. Multiple physical symptoms and individual characteristics – A cross-sectional study of the general population. *Journal of Psychosomatic Research*. 2020;131: 109941.
5. Petersen MW, Schröder A, Jørgensen T, Ørnbøl E, Dantoft TM, Eliassen M, et al. Prevalence of functional somatic syndromes and bodily distress syndrome in the Danish population: the DanFunD study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2020;48(5):567-76.
6. Petersen MW, Schröder A, Jørgensen T, Ørnbøl ED, T. M., Eliassen M, Benros ME, et al. Irritable bowel, chronic widespread pain, chronic fatigue and related syndromes are prevalent and highly overlapping in the general population: DanFunD. *Scientific Reports*. 2020;10(1):3273-.
7. Schovsbo SU, Dantoft TM, Thuesen BH, Leth-Møller KB, Eplov LF, Petersen MW, et al. Social position and functional somatic disorders: The DanFunD study. *Scand J Public Health*. 2021;14034948211056752.
8. Rasmussen S, Jensen TH, Henriksen SL, Haastrup PF, Larsen PV, Søndergaard J, et al. Overlap of symptoms of gastroesophageal reflux disease, dyspepsia and irritable bowel syndrome in the general population. *Scand J Gastroenterol*. 2015;50(2):162-9.
9. Jarbøl DE, Rasmussen S, Balasubramaniam K, Elnegaard S, Haastrup PF. Self-rated health and functional capacity in individuals reporting overlapping symptoms of gastroesophageal reflux disease, functional dyspepsia and irritable bowel syndrome - a population based study. *BMC Gastroenterology*. 2017;17(1):65.
10. Poulsen CH, Eplov LF, Hjorthøj C, Hastrup LH, Eliassen M, Dantoft TM, et al. Irritable bowel symptoms, use of healthcare, costs, sickness and disability pension benefits: A long-term population-based study. *Scand J Public Health*. 2019;47(8):867-75.
11. Rask MT, Ørnbøl E, Rosendal M, Fink P. Long-Term Outcome of Bodily Distress Syndrome in Primary Care: A Follow-Up Study on Health Care Costs, Work Disability, and Self-Rated Health. *Psychosomatic Med*. 2017;79(3):345-57.
12. Budtz-Lilly A, Vestergaard M, Fink P, Carlsen AH, Rosendal M. The prognosis of bodily distress syndrome: a cohort study in primary care. *General Hosp Psychiatry*. 2015;37(6):560-6.
13. Petersen MW, Skovbjerg S, Jensen JS, Wisbech Carstensen TB, Dantoft TM, Fink P, et al. Conditioned pain modulation and pain sensitivity in functional somatic disorders: The DanFunD study. *Eur J Pain*. 2022;26(1):154-66.
14. Bjerregaard AA, Petersen MW, Gormsen LK, Skovbjerg S, Jørgensen NR, Linneberg A, et al. Insulin Resistance Is Associated with Multiple Chemical Sensitivity in a Danish Population-Based Study-DanFunD. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(23): 12654.
15. Bjerregaard AA, Petersen MW, Skovbjerg S, Gormsen LK, Cedeño-Laurent JG, Jørgensen T, et al. Physiological Health and Physical Performance in Multiple Chemical Sensitivity-Described in the General Population. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(15): 9039.

Komplet referenceliste kan ses i den elektroniske udgave



HOVEDBUDSKABER

1. Funktionel lidelse er hyppig i den danske befolkning, og sygdommen har store konsekvenser for patienterne.
2. Forskningen understreger vigtigheden af en bio-psyko-social tilgang til og forståelse af sygdommen.
3. Store epidemiologiske befolkningsundersøgelser, hvor deltagere følges over tid, er nødvendige for at få skabt den nødvendige viden om sygdommen.



Del 2:

Tidligere udgivelser i relation til funktionel lidelse



Lægens rolle i forhold til patienter med diuse lidelser

Praktiserende læger kan opleve frustration i arbejdet med dagpengeattester til sociale myndigheder. Opgaven er både at være sandhedsvidne over for myndigheden og samtidig advokat for sin patient. Rollerne synes byttet om: Lægen med sin sygdomsekspertise accepterer lettere psykosociale årsager til funktionsnedsættelse end den socialt uddannede sagsbehandler – der har brug for en klar diagnose til at begrunde dagpengereetten.

Af / Nanna Mik-Meyer

I denne artikel fokuserer jeg på, hvordan læger forstår deres rolle som professionelle i dag i forhold til en voksende patientgruppe i Danmark, nemlig borgere med diffuse lidelser. Denne gruppe borgere er særlig interessant, når fokus er på lægers forståelser af deres arbejdsopgave, da det diffuse ved denne gruppe borgeres tilstand stiller skarpt på, hvordan man er »læge«, når patientens lidelser ikke passer ind i etablerede biomedicinske diagnoser. Min analyse tager afsæt i et forskningsprojekt, der blev gennemført i 2008-2009, hvor jeg så på, hvad det vil sige at være syg og rask set fra patientens, socialrådgiverens og lægens perspektiv (1). Denne korte artikel tager primært afsæt i 11 halvanden timers gruppe-/enkeltinterview med 21 læger, der lod sig interviewe fordi de fandt undersøgelsen interessant.

Diagnosens forklarende ramme

Der har været forsket meget i diagnosticering i biomedicin fra et sociologisk perspektiv (2). *Jutel* skriver fx: »at blive diagnosticeret giver tilladelse til at være syg. Hvad, der tidligere var en klage, er nu en sygdom« (3). Spørgsmålet er imidlertid, hvad der sker, når læger ikke kan give den »tilladelse«, som det sociale system efterspørger, og som er snævert sammenkædet med biomedicinske diagnoser? Hvilken rolle får lægen så i mødet med patienten? Meget forskning har vist, at samfundet har en funktionel interesse i at minimere sygdomme, fordi det at være syg antages at hæmme opfyldelsen af alle andre sociale roller, som fx arbejdstager, forældre mv. Grænsedragningen mellem at være syg eller rask kan med andre ord i dag i høj grad ses som et politisk anliggende, da mange



Kontakt / nmm.ioa@cbs.dk

Biografi / Nanna Mik-Meyer er uddannet antropolog (cand.scient.) og sociolog (ph.d.) og har i en årrække forsket i mødet mellem velfærdssystemet og borgeren. I de seneste syv år har hun haft særlig interesse for sundhedsproblemstillinger. Se også: www.mik-meyer.com





nutidige symptomer ikke falder inden for velkendte biomedicinske sygdomskategorier. Politisering af arbejdet virker ind på lægers klassificering af symptomer og problemer med den konsekvens, at lægens (samfundspålagte) opgave bliver at legitimere eller delegitimere rollen som syg ud fra divergerende parametre, der ikke kun relaterer sig til de faktiske klager, patienten kommer med, eller lægens fagligt skolede baggrund.

Personer med diffuse lidelser er en gruppe borgere, der beretter om en række forskellige lidelser, fx diffuse smerter, træthed, søvnbesvær, manglende energi, etc. Selv om det er åbenlyst, at denne gruppe borgere hverken er homogen i forhold til deres symptomer eller i forhold til deres faglige, so-

cialle eller uddannelsesmæssige baggrund, så udgør de en kategori i lægernes øjne, da deres problem biomedicinsk betragtet ofte er »diffust«, hvilket gør patientgruppen tidskrævende

Foto 1 /

I kampen om hvordan sygdom skal defineres lader det til, at det er patienten, der bliver den største taber.

Foto: Colourbox

» **Patienter med diffuse lidelser udfordrer således lægers traditionelle, biomedicinske tilgang til diagnose og intervention, og hvad det kræver at være en »legitim« patient i lægens øjne.**

og besværlig at arbejde med. Mange af disse borgeres symptomer falder med andre ord uden for rammerne af biomedicinsk observation. Jeg har tidligere vist (5), at når en person har symp-



tomter, der ikke kan diagnosticeres biomedicinsk, har læger en tendens til enten at klassificere symptomerne som psykologiske eller helt at ignorere patienternes fysiske symptomer. Patienter med diffuse lidelser udfordrer således lægers traditionelle, biomedicinske tilgang til diagnose og intervention, og hvad det kræver at være en »legitim« patient i lægens øjne. Denne patientgruppes legitimitet som syg kommer derfor til at hænge snævert sammen med den praktiserende læges evne til at skabe en forklarende ramme, der kan anvendes, når lægen skal redegøre for patientens symptomer, selv når en biomedicinsk diagnose er fraværende (6). De fraværende biomedicinske diagnoser får den konsekvens, at disse patienter ofte udstyres med lidt vage lægeerklæringer (biomedicinsk betragtet), som derfor får stor betydning for behandlingen af deres sag efterfølgende i det sociale system. I det sociale system er der brug for biomedicinske diagnoser for at opretholde sygedagpenge, så hvis lægeerklæringen er for vag, så vil den kommunale socialrådgiver typisk kræve udtalelser fra speciallæger (se i øvrigt (1)).

Lægens rolle: at være patientens advokat

I den følgende analyse fokuserer jeg på vanskelighederne ved at være en læge, når symptomerne ikke kan omsættes til biomedicinske termer, og når en vigtig samarbejdspartner for læger er det sociale system, der netop kræver biomedicinske diagnoser.

Lægen er som regel den professionelle, som borgeren først møder i sit sygdomsforløb, da arbejdspladsen, som borgeren sygemeldes fra, typisk efterspørger en lægeerklæring efter nogen tids sygdom. Særligt kendetegnende for

personer med diffuse lidelser er, at mange har haft en hyppig kontakt til deres alment praktiserende læge, samt at de gennemgår både lange og grundige udredningsforløb med et stort antal henvisninger til forskellige speciallæger. For lægerne er det typisk et »funktionskriterium«, der anvendes, når lægeerklæringen skrives. Kan patienten ikke fungere i sin hverdag, er vedkommende syg, uanset om der umiddelbart kan findes en diagnose eller ej. En læge fra Bornholm fortæller:

Når du spørger, hvad kriteriet [for at sygemelde uden en diagnose] er, så er kriteriet jo et funktionskriterium, det er jo ikke en diagnose, men kriteriet er, at de ikke kan, og kriteriet er vel også, at jeg tror på dem.

Fundamental tillid til patienten er for de fleste læger i min undersøgelse, som i citatet her, et altafgørende fokus, når det handler om patienter med diffuse lidelser. At udvise tillid er imidlertid en udfordring i arbejdet, som diskuteres med jævne mellemrum. Herunder ser vi, hvordan tillid kan diskuteres i forhold til objektivitet i en samtale mellem to læger (A og B) fra Odense:

A: Jeg synes, disse patienter er svære, fordi vi skal give en objektiv vurdering i den situation, hvor der er uoverensstemmelse mellem patientens oplevede symptomer og [vores] objektive fund. Skal man så være advokat for patienten eller for kommunekassen eller hvad? Man skal jo forholde sig objektivt, men jeg synes, det er svært. Fordi så kan man kun sige: »Patienten får smerter af at sidde ned på skolebænken henholdsvis stå op som kantinedhjælper« eller et eller andet. Det er jo stadig subjektivt, det er svært at være objektiv.

B: Du må tage det [patienten siger] for pålydende.

A: Jamen, det er det, »Patienten fejler ikke en skid, han skal bare ud og arbejde 37 timer«, det, synes jeg, er svært at udtale sig om i de situationer. Vi gør jo vores bedste.

B: Det er jo også en balancegang for os, fordi dem, der synes, det er dejligt at gå sygemeldt, hvor det ikke er rimeligt, de skal ikke gå sygemeldt. Men dem, der skal sygemeldes, skal også sygemeldes.

A: Ja, og så er det faktisk ens fornemmelse igen, hvad er det for en patient det her. Er det én, der skal have et kærligt los et vist sted, eller er det én, der lige skal værnes om i en periode.

Som vi ser i dialogen mellem de to, udfordres læger på idealet om objektivitet, når der er uoverensstemmelse mellem lægens (manglende) fund og patientens sygdomsbeskrivelse. Kriteriet for vurdering af patienternes sygdomstilstand skridder fra objektivitet til at indeholde vurderinger af patientens troværdighed, som bliver rammesættende for, hvordan den enkelte patient opfattes. Og i den forbindelse bliver lægerne en vigtig aktør som enten patientens eller »kommunekassens« advokat, som A fortæller.

Lægerollen skifter således fra at diagnosticere og helbrede og udelukke alvorlig sygdom, til at støtte og vejlede samt ikke mindst tage stilling til, om det er kommunen – alias socialrådgiveren/sagsbehandleren – eller patienten, der skal agere »advokat« (A) for, eller som en læge fra Holstebro fortæller, være »væbner i kampen mod systemet« for. Der er blandt lægerne i undersøgelsen forskel på, hvor aktiv og advokerende de opfatter, deres rolle som »væbner i kampen mod systemet« bør

være. Herunder fortæller en læge fra København om sin advokatlignende position:

Vi siger, det her det er et samarbejde, og jeg er din mand og kun din mand. Jeg er ikke statens mand, eller arbejdsgiverens mand eller kommunens mand eller regionens mand eller nogen andres mand, jeg er din.

» Flere læger beskriver det som en nødvendighed at indtage rollen som mægler, advokat eller beskytter, da det sociale system ellers antages at gøre patienterne mere syge, end de i forvejen er

En anden læge fra Holstebro uddyber, hvordan han forstår både at indtage en beskytterrolle og mæglerrolle i forhold til det sociale system:

Vi beskytter dem. Simpelthen. Vi har jo retten til sygemeldingen, og det er decideret en beskyttelse i forhold til kommunens pres om arbejde. Det er blevet meget hårdere, fordi opfølgningen er meget hårdere nu. (...) Det er jo angsten for kommunens henvendelse. På de møder [med socialrådgiverne], der beder jeg dem om, at »lad lige hende her slippe«.

Flere læger beskriver det som en nødvendighed at indtage rollen som mægler, advokat eller beskytter, da det sociale system ellers antages at gøre patienterne mere syge, end de i forvejen er:

Hvis du ser det som specialist, uanset hvad det er for en lidelse, så vil du aldrig nogensinde kunne sige, »Jeg har været ude i alle hjørner, der er ikke mere at gøre i den her situation«, så derfor slutter alle speciallægeudtalelser af med, »man kan forestille sig at, eller man kan ikke ude-



lukke og bla, bla, bla». Så sidder der en lille bitte snip tilbage, som socialrådgiveren på kommunen kan tage fat i og sige: »Hun har været hos øjenlægen, som siger, at det ikke kan udelukkes, at hun også har noget med ørerne. Så må vi have fat på en ørelæge, eller vi må have fat på en neurolog, eller vi må have fat

» Der synes i dag med andre ord at udspille sig en kamp mellem det medicinske og sociale system om, hvem der har retten til at afgøre, om en person er syg, og ikke mindst hvordan sygdom skal defineres

på en psykolog». Der er hele tiden en snip, som kan føre det videre, og det vil sige, den uvished, som de her mennesker går rundt i, den gør, at de får forværret deres sygelighed både subjektivt og objektivt. Hvor det er helt tydeligt, at når man ser det sådan mere alment medicinsk, så er de i en livssituation, hvor de selvfølgelig er syge og dårlige, og det er det, man skal tage hånd om, man skal ikke prøve at jage et eller andet somatisk, som ikke er der. Men det er, sådan som loven er skruet sammen.

Det kan synes paradoksalt, at nogle læger ser deres rolle som patientens »væbner« i relation til det sociale system, da de samtidig udtrykker, at de ikke kan gøre denne patientgruppe raske alene, da behandlingen kræver et stærkt samarbejde lige præcis med det selv samme sociale system. I det sociale er der, som en socialrådgiver fra Odense fortæller, »en søgning efter diagnoser«, og hvis man ikke efter utallige undersøgelser kan finde en diagnose at sætte på folk, så er vi ovre i såkaldte »eksistentielle problematik-

ker«, som hun siger, og de er ikke gyldige som lovmæssigt grundlag for en sygemelding:

»Når lægepapirerne ikke er helt klare, skal der så meget desto mere dokumentation til i en sag, for at vi kan få dem ind på den rigtige hylde«, som en anden socialrådgiver fra Horsens fortæller. Lægerne er bekendt med det øgede fokus på biomedicinske diagnoser i det sociale system (som deres patienter er afhængige af), og nogle læger forklarer da også, at de nogle gange vælger at tilføje diagnosen »depression« til patienter, som de opfatter som stressede, fordi »depression« er en klinisk biomedicinsk diagnose (i modsætning til fx »stress«-beskrivelsen), der giver patienten den sygdomsstatus, de har brug for i det sociale system, så de kan blive »ladt i fred«.

Afrunding

Jeg har forsøgt i analysen at vise, at læger i dag kan anvende et bredt sygdomsbegreb, som godt kan rumme livskriser og belastende psykosociale forhold, og at lægerne således får udvidet deres arbejdsfundament i arbejdet med patienter med diffuse lidelser, idet de bliver nødt til at arbejde med tillid, forståelse og personlige vurderinger i deres repertoire af vurderingsværktøjer. Denne bredere forståelse af sygdom kolliderer imidlertid med det sociale systems forståelse af sygdom, og det betyder, at nogle læger kommer til at indtage en rolle imellem patienten og det sociale system, enten som væbner, advokat eller beskytter, som de fortæller, idet de anser det sociale system som potentielt sygdomsforværende, på trods af at de samtidig ikke mener at kunne hjælpe personer med diffuse lidelser uden at samarbejde med det sociale system.

Det sociale system kræver biomedicinske diagnoser; i dette system er man først syg, når en biomedicinsk diagnose kan fremskaffes. Når patientens læger sender vedkommende fra den ene speciallæge til den anden, skal denne praksis forstås snævert knyttet til det sociale systems krav om, at en syg borger skal udstyres med en biomedicinsk diagnose. Der synes i dag med andre ord at udspille sig en kamp mellem det medicinske og sociale system om, hvem der har retten til at afgøre, om en person er syg, og ikke mindst hvordan sygdom skal defineres. Som det er i dag, lader det til, at det er patienten, der bliver den største taber i denne kamp.

Økonomiske interessekonflikter: *ingen angivet.*

Litteratur

1. Mik-Meyer N, Johansen MB. Magtfulde diagnoser og diffuse lidelser. København: Samfundslitteratur, 2009.
2. Bowker GC, Starr SL. Sorting things out: classification and its consequences. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 1999.
3. Jutel A. Sociology of a diagnosis: a preliminary review. *Sociol Health Illn* 2009;31:278-99.
4. Jutel A. Medical unexplained symptoms and the disease label. *Social Theory and Health* 2010;8:229-45.
5. Mik-Meyer N, Obling AR. The negotiation of the sick role: general practitioners' classification of patients with medically unexplained symptoms. *Soc Health Illn* 2012;34 (i trykken).
6. Cassell E. The nature of suffering and the goals of medicine. New York: Oxford University Press, 2004.



Funktionelle lidelser og sociale medier

Sociale medier (SoMe) anvendes flittigt, også af patienter med funktionelle lidelser. Den enorme mængde af tvivlsom information, som patienterne deler med hinanden, kan udfordre os som læger. Men kan vi bruge SoMe konstruktivt?

Af / Amalie Bach Dybdal,
Jane Ege Møller, Lene
Hardt Sanchez Toscano og
Lise Kirstine Gormsen

"... hvis læger ikke formår at tage snakken og vise forståelse og tillid til patienterne, søger patienter viden andre steder. Og der skal lægerne være klar over, at patienterne kan søge viden, som ikke er konstruktiv for dem... Helt ærligt, hvis lægen bare gad sætte lidt mere tid af til snakken. Der er et ungt menneske, der har fået en svær diagnose, der ændrer livskvalitet og formål; vi skal lige have rundet den her patient ordentligt. Så tror jeg, at man vil undgå, at patienter bruger de sociale medier på den måde, jeg gjorde i starten."

– kvinde, 30 år, med Bodily Distress Syndrome (BDS).

Citatet afsluttede sidste interview i undersøgelsen af, hvordan sociale medier (SoMe) påvirker sygdomsforståelsen hos patienter med en funktionel lidelse. Udtalelsen giver os indblik i, hvordan SoMe har spillet en betydelig rolle i patientens forståelse af sit helbredsproblem. Det peger på, at læger skal være opmærksomme på samspil-

let mellem patienternes sygdomsforståelse, og hvad de møder på SoMe.

SoMe og sygdomsforståelse hos patienter med funktionelle lidelser

Funktionelle lidelser er en samlebetegnelse for en gruppe af sygdomme, der er karakteriseret af somatiske symptomer uden veldefineret strukturel organisk patologi. Sygdomsgruppen forårsager betydelig lidelse og funktionstab for patienterne. Nyeste forskning tyder på en fælles underliggende patofysiologi, hvilket har ført til en ny klassificering under forskningsdiagnosen Bodily Distress Syndrome (BDS) (boks 1) (1).

Et nyligt dansk tværsnitsstudie (DanFund) viste, at i en kohorte på omkring 10.000 individer havde 10 % af mændene og 16 % af kvinderne mindst en ud af fem funktionelle lidelser. Det er en stor udfordring for sundhedssystemet og de praktiserende læger (2, 3). Patienterne bliver ofte henvist til



Kontakt / amalie_b-s@hotmail.com

Biografi / Amalie Bach Dybdal er nyuddannet læge fra 2020 med særlig interesse for funktionelle lidelser under studiet. Jane Ege Møller er Cand.mag. ved klinisk institut, Aarhus Universitet. Lene H Sanchez Toscano er speciallæge i almen medicin, journalist og overlæge ved Afsnit for funktionelle lidelser, Vejle sygehus. Lise K Gormsen er Cand.med, MHH, PhD. og overlæge ved Aarhus Universitetshospital.





Boks 1 / BDS, symptomer og diagnose.

Om BDS

Bodily Distress Syndrome (BDS) er en ny diagnose, der indtil videre mest anvendes i forbindelse med forskning. Der findes endnu ikke en dansk betegnelse, men Bodily Distress Syndrome kan oversættes til "kropsligt plaget" eller "kropslig stresstilstand". Personer med BDS har mange svære symptomer, der begrænser dem i det daglige. Den nyeste forskning tyder på, at mange af de såkaldt funktionelle syndromdiagnoser er underformer af den samme sygdom. Flere undersøgelser har vist, at patienterne, trods forskellige diagnoser, ofte har overlappende symptomer.

Symptomer:

Almene symptomer: hukommelsesbesvær, spændingshovedpine, svimmelhed, koncentrationsbesvær, træthed efter anstrengelse.

Bevægeapparatet: muskelsmerter, ledsmerter, smerter i arme eller ben, rygsmerter, smerterne flytter sig fra sted til sted, lammelse eller svaghedsfornemmelse, dødhedsfornemmelse eller snurren.

Hjerte og lunger: hjertebanken eller uro, trykken i brystet, forpustethed uden anstrengelse, hyperventilation, varm- eller koldsveden, "sommerfugle" eller køren i maven, rysten eller sitren, mundtørhed, rødmen eller blussen.

Mave/tarm: oppustethed i maven, forstoppelse, løse afføringer, diarré, mavesmerter, kvalme, opstød, ophastninger, brændende fornemmelse i toppen af maven.

Diagnostiske kriterier:

1. Mindst 3 symptomer fra en af grupperne (enkeltorgan BDS)
2. Moderat til svært påvirket funktionsniveau
3. Varighed: mindst 6 måneder.
4. Mindst 3 symptomer i hver af mindst 3 forskellige grupper (multiorgan BDS).

For mere information se hjemmesiden. [Funktionellelidelser.dk]

Foto 1 /

Brugen af SoMe påvirker både sygdomsforståelsen og håndteringen af sygdommen hos patienter med funktionelle lidelser.

Foto: Colourbox



adskillige specialer og undersøgelser, men når den funktionelle diagnose ligger fast, foregår størstedelen af behandlingen hos egen læge.

Internationale studier peger på, at patienters sygdomsforståelse spiller en central rolle i udviklingen af og prognosen for BDS. Begrebet sygdomsforståelse rummer en patients kognitive processer i erkendelsen af et helbredsproblem samt patientens adfærd i håndteringen heraf. Det har betydning for, om patienten søger læge, tilfredsheden med lægekonsultationer og oplevet sundhed hos patienten (4). Derfor er viden om, hvad der former patientens sygdomsopfattelse vigtig, for at kunne behandle patienten bedst muligt.

Her bliver det interessant at studere SoMe-brugen hos patienterne. Op mod 70 % af danskere i alderen 15-89 år bruger SoMe (5), hyppigst via platformene Facebook, Instagram og Snapchat. SoMe har altså stor indflydelse på det moderne individ og sygdomsforståelsen. Model 1 bygger på *Common-Sense Model of Self-Regulation*; en sundhedspsykologisk model, der forklarer, hvordan emotionelle reaktioner og kognitiv forståelse er grundla-

get for, hvordan en patient opfatter og håndterer sit helbredsproblem (6). Modelen beskriver, at både interne og eksterne faktorer influerer på en patients emotionelle reaktioner og kognitive forståelse, som tilsammen former sygdomsforståelsen. Mange af disse faktorer er vigtige at få belyst, men så vidt vides har ingen tidligere set på, hvordan SoMe påvirker patienternes sygdomsforståelse.

Vi gennemførte derfor et mindre, kvalitativt studie for at undersøge dette. Først undersøgte vi gruppenavne på Facebook-interessegrupper for funktionelle lidelser og BDS for at få et overblik. Dernæst analyserede vi ved hjælp af fænomenologisk tilgang tre interviews med patienter, som har diagnosen multiorgan-BDS for at forstå, hvad de møder på SoMe, og hvordan det påvirker deres sygdomsforståelse.

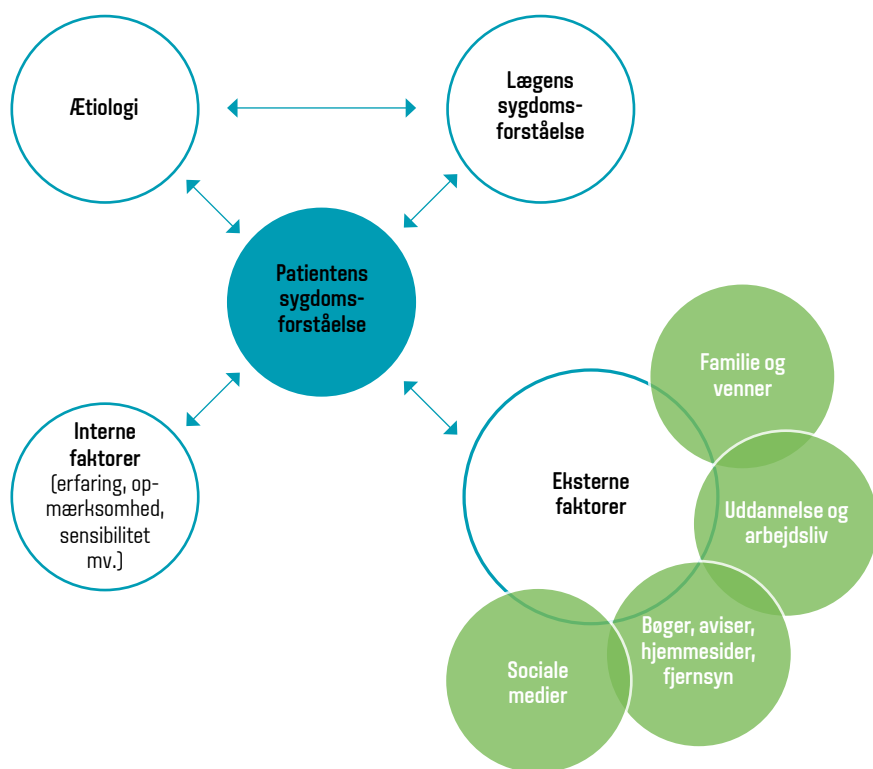
SoMe-landskabet

Facebook har en gruppefunktion, hvor man kan samle sig omkring et emne og dele viden. Det betyder, at man på en særlig måde kan udveksle holdninger og erfaringer med langt flere end på fx Instagram eller Snapchat.

Går man ind på Facebook og søger

Tabel 1 / Facebookgrupper vedr. funktionelle lidelser.

Holdning til funktionelle lidelser	Gruppenavne	Antal medlemmer
Negativ	Stop forsøg med syge borgere, afskaf Funktionelle Lidelser NU	1900
	Bodily Distress Syndrome og Funktionelle Lidelser, fup eller fakta?	602
	Funktionelle lidelser – sidder det hele i hjernen?	
	Trygfonden, Lundbeck Fonden og Funktionelle Lidelser, et givtigt samarbejde	330 250
Positiv	Bodily Distress Syndrome	500
	Patientforeningen for Funktionelle Lidelser 11	330



Figur 1/
Egen model over faktorer
der former patientens sygdomsforståelse.

på grupper, der indeholder ordene "Funktionelle lidelser" eller "Bodily Distress Syndrome", udfolder der sig et polariseret landskab. Gruppenavnene illustrerer overordnet en positiv og en kritisk holdning over for funktionelle lidelser. Det interessante er karakteristika for de to poler. Den kritiske fløj har ti forskellige større grupper (med op til 1.900 medlemmer), som alle er åbne og lette at blive medlemmer af. Det er de samme to personer, som administrerer alle grupperne. Den positive fløj består af fire mindre grupper med maksimalt 500 medlemmer, og tre af grupperne kræver en skriftlig ansøgning for at blive godkendt som medlem. Hvor mange gengangere, der er i de to typer grupper, er svært at få overblik over, men der er tendens til at

være medlem af flere grupper, især i de mere kritisk indstillede.

Et udvalg af de største grupper samt medlemstal kan ses i tabel 1. Grupperne med kritisk profil har stærkt holdningsprægede navne, mens den positive fløj i højere grad har neutrale gruppenavne.

Tematikker fra interviews: Hvad betyder SoMe for sygdomsforståelsen?

SoMe har mange funktioner for det moderne individ. Interviewdeltagerne beskrev dem som en verden af muligheder, som de kunne tilgå og forme, som de ville, og som ændrede sig og afspejlede deres aktuelle livssituation.

I de tre interviews opstod gentagne tematikker, som belyste, hvordan



SoMe påvirkede patienternes sygdomsforståelse. For det første beskrev patienterne, hvordan det at have diagnosen BDS var en eksistentiel rejse med varierende mængde kontrol og mening. **Håb og frygt** flettede sig sammen på vejen igennem henvisninger, undersøgelser og læger. At få diagnosen BDS var et vendepunkt og gav en følelse af kontrol og håb, også på et eksistentielt niveau. De interviewede fortalte, at deres tilknytning og aktivitet på SoMe afspejlede deres aktuelle ståsted i forståelsen af helbredsproblemet: *"I begyndelsen havde jeg et negativt mindset, og jeg var bekymret. Og nu tænker jeg: det er, hvad det er. Og jeg er nu gået ind i ... [et] positivt mindset, hvor jeg bruger en anden gruppe på Facebook til erfaringsudveksling."*

Patienterne beskrev, hvordan SoMe på samme tid gav håb og efterlod dem med nogen håbløshed. De oplevede, at diskussioner på kritiske Facebook-grupper om, hvorvidt BDS er en legitim diagnose, gjorde, at de oplevede deres situation mere håbløs. Omvendt

deres sociale isolation og følelsen af at være alene med sygdommen. En patient beskrev: *"SoMe giver mig en følelse af ikke at være alene. Jeg kender ingen i den virkelige verden, som har min diagnose. Jeg har været alene med den hele vejen."* Patienterne gav dog samtidig udtryk for, at de ikke fik et dybere kendskab til andre mennesker, hvilket gjorde, at de ikke slap ensomheden på trods af fællesskabsfølelsen.

På samme modsætningsfyldte måde oplevede patienterne, at de på SoMe mødte en polariseret verden med både **hjælpere og modstandere**, afhængigt af holdningen til deres helbredsproblem og diagnosen BDS på et givent tidspunkt. Hvordan patienterne blev mødt, havde afgørende betydning for patienternes egen opfattelse af deres sygdom. *"Jeg tror den negative holdning omkring funktionelle lidelser har givet mig en distancering, tvivl og mistillid. Det er ikke, fordi jeg møder mine læger med mistillid, ligesom: jeg vil ikke lytte til dig. Overhovedet ikke. Det er mere inde i mit hoved, at jeg tænker: Lad os nu se, om det er rigtigt"*, beskrev en af de interviewede. Mødet med den kritiske stemme fra SoMe fulgte patienten helt ind i lægekonsultationen.

Udfordringen ved SoMe var desuden, at indholdet oplevedes fragmenteret og forvirrende. Grænsen mellem **viden og tro** er flydende, og der stilles spørgsmålstejn ved alle autoriteter og al viden. Alle kan påstå at kende sandheden. *"Du må forstå, at internettet er en stor bunke rod, som ingen rydder op i. Du ved aldrig, om det er rigtigt eller ej"*, sagde en af de interviewede. Når patienterne søgte forklaring og mening, mødte de på SoMe en verden af tilfældigheder, hvor de selv skulle vælge sygdomsforståelse. Dette forstærkede deres usikkerhed.

» Med voksende forståelse for SoMe's indflydelse på det moderne menneskes sundhed er interessen for at bruge medierne som platform for sundhedsfaglig information og intervention tiltaget ...

gav opslag om ny forskning dem en følelse af, at der skete fremskridt, og at der var omsorg for individet og håb for fremtiden.

En anden central tematik var, hvordan SoMe faciliterede et **fællesskab**. Funktionsniveauet i patientgruppen er lavt, og mange kæmper med at deltage i sociale sammenhænge. SoMe brød

Den sidste tematik er **anerkendelse og afvisning**. Diagnosen BDS ekskluderede patienterne fra at føle sig normale. Derfor blev oplevelsen af at blive anerkendt på SoMe vigtig for dem. Gennem samtaler med både professionelle og lægmænd ved personligt møde og på SoMe oplevede patienterne bedre at kunne anerkende sig selv og deres sygdom. En beskrev: *"Tidligere havde jeg et mere negativt billede af BDS. Gennem forskellige medier troede jeg, at det var det mest sande. Og nu har det ændret sig lidt igen på grund af SoMe. At få faktisk viden fra patientforeningens Facebookside og hjemmeside, tror jeg, har været med til, at jeg anerkender mig selv mere."* Anerkendelsen formede grundlaget for en mere positiv sygdomsforståelse og en større oplevelse af kontrol.

Hvad skal den praktiserende læge stille op?

Denne undersøgelse af de sociale mediers påvirkning af BDS-patienters sygdomsforståelse kan føre til refleksion over, om SoMe udfordrer lægens roller som kommunikator og medicinsk ekspert.

Som kommunikator er fundamentet viljen til at lytte, forstå og respektere patienterne. De interviewede patienter angav, at de søgte læge, fordi de havde behov for anerkendelse. Hvis behovet ikke blev opfyldt, søgte de viden og anerkendelse andre steder som på SoMe. Hvis indlæg og medpatienter på SoMe er bedre til at formidle forståelse og respekt end lægerne, kan det have betydning for, hvordan patienternes sygdomsopfattelse bliver formet. Herudover kan det påvirke villigheden til at lytte til lægens sygdomsforklaring. Et spørgsmål, som rejser sig, er, om patienternes oplevelse af i højere grad at blive lyttet til og forstået på SoMe end

hos deres læge muligvis kan give modstand i kommunikationen med lægen og i nogle tilfælde have negativ indflydelse på behandlingen.

Som medicinsk ekspert har lægen den udfordring, at SoMe er med til at skabe fragmentering og tvivl omkring information om BDS. Hvis usikkerheden tages med ind i lægekonsultationen, bliver lægens sygdomsforklaring en af mange, som patienten skal vurdere. Selv hvis lægen er empatisk og god til at formidle en sygdomsforklaring, er udfordringen med at formidle sygdomsforståelsen så stor, at patienterne på forhånd kan have modstand. I de situationer kunne det give mening at metakommunikere med patienterne om de forskellige forklaringsmodeller, som patienten møder. Desuden er det vigtigt i diagnosticeringsfasen hos egen læge at forberede patienten på, at hospitalslægerne med stor sandsynlighed ikke finder noget. Sådan kan lægen være med til at vedligeholde tiliden til den medicinske ekspert.

Det kunne måske være meningsfuldt for nogle læger at orientere sig eller evt. tage aktivt del i diskussionen på SoMe og bruge dem som en hjælp i interaktionen med patienter. Med voksende forståelse for SoMe's indflydelse på det moderne menneskes sundhed er interessen for at bruge medierne som platform for sundhedsfaglig information og intervention tiltaget i forskningen (7-11). Det lange tidsforløb mellem undersøgelser, diagnose og behandling af en patient med BDS betyder, at der er rig





mulighed for at præge patienternes sygdomsforståelse undervejs. På den baggrund kan det være interessant for sundhedssystemet at få indflydelse på, hvad patienterne møder på SoMe. Spørgsmålet er, hvordan den helt praktiske udformning af en sådan lægelig indflydelse skulle være, og der mangler fortsat forskning inden for området.

Denne undersøgelse rejser både en filosofisk og praktisk udfordring til lægens opfattelse af sandt og falsk, objektivitet og subjektivitet, i mødet med et helbredsproblem som BDS. En kultur, hvor blandt andet SoMe tilsyneladende relativiserer sandheden, vil have direkte indflydelse på patientens møde med lægen. Det stiller høje krav til sundhedssystemet og den enkelte læge om fleksibilitet af tilgangen til patienten inden for de givne rammer. Bevidstheden om, at lægens sygdomsmodel blot repræsenterer én ud af mange holdninger til patientens helbredsproblem, kan være med til at fremme den patientorienterede behandling. Det er centralt i mødet med patienter med funktionelle lidelser, hvis vi skal blive bedre til at behandle denne store gruppe med betydelig funktionsnedsættelse.

Interessekonflikter: *Ingen angivet*

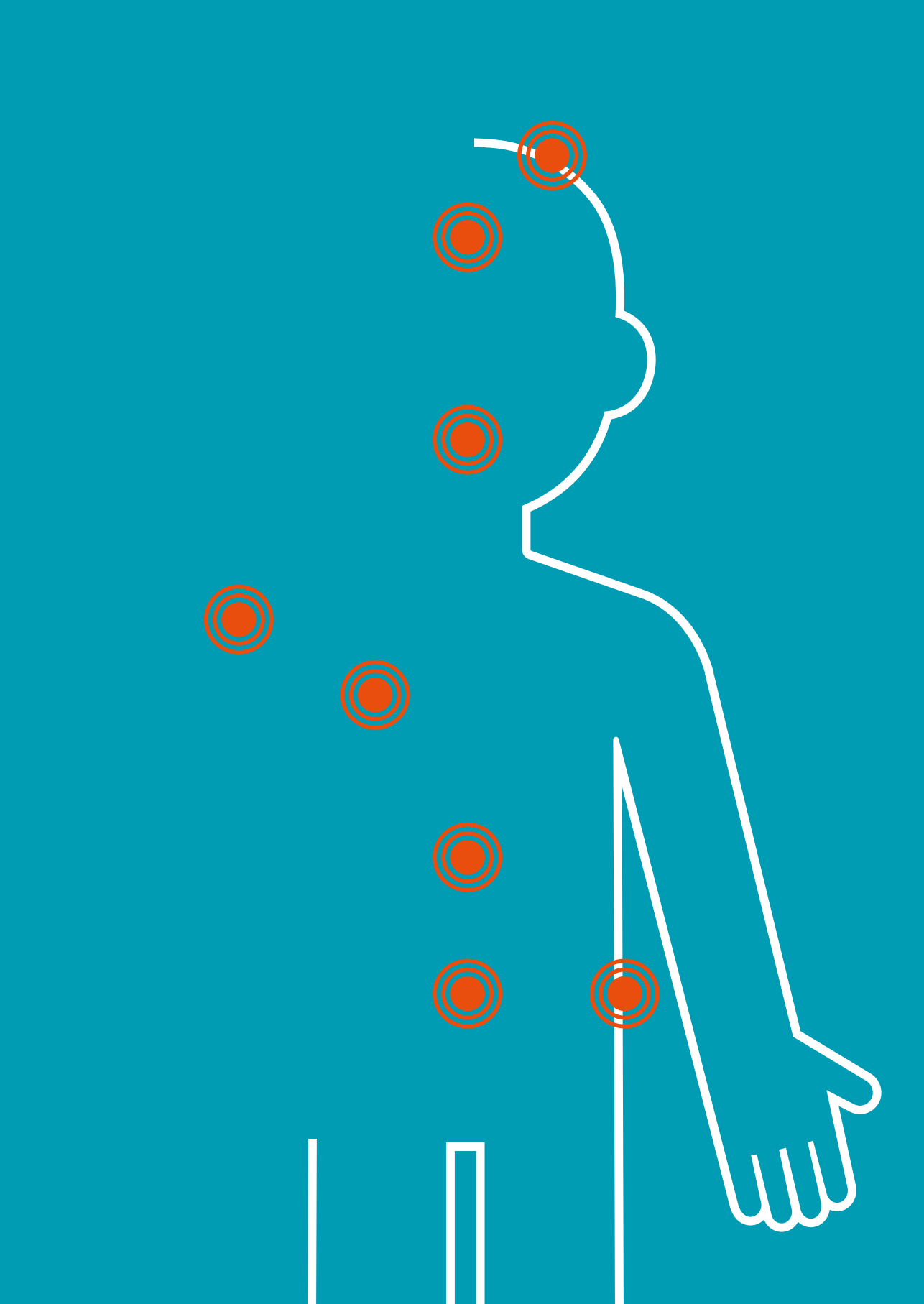
Litteratur

1. Budtz-Lilly A, et al. A new questionnaire to identify bodily distress in primary care: The 'BDS checklist'. *J Psychosom Res*, 2015. 78(6): p. 536-45.
2. Rask MT. Long-Term Outcome of Bodily Distress Syndrome in Primary Care: A Follow-Up Study on Health Care Costs, Work Disability, and Self-Rated Health. *Psychosomatic medicine*, 2017. 79(3): p. 345-357.
3. Henningsen P, et al. Management of Functional Somatic Syndromes and Bodily Distress. *Psychother Psychosom*, 2018. 87(1): p. 12-31.
4. Frostholm L. Sygdomsopfattelse - et sundhedspsykologisk perspektiv. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 2005. 3(5).
5. Danmarks Statistik. Brug af adskillige sociale medier hitter blandt unge. *Nyt fra Danmarks Statistik*, 2016. Nr. 496.
6. Leventhal H, Phillips LA, and Burns EJJoBM. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. 2016. 39(6): p. 935-946.
7. McLean SA, et al. A pilot evaluation of a social media literacy intervention to reduce risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2017. 50(7): p. 847-851.
8. Bull SS. Social media-delivered sexual health intervention: a cluster randomized controlled trial. *American journal of preventive medicine*, 2012. 43(5): p. 467-474.
9. Vyas AN. Public health interventions: reaching Latino adolescents via short message service and social media. *Journal of medical Internet research*, 2012. 14(4): p. e99.
10. Cao B. Social Media Interventions to Promote HIV Testing, Linkage, Adherence, and Retention: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of medical Internet research*, 2017. 19(11): p. e394.
11. Widmer RJ. Social Media Platforms and Heart Failure. *Journal of cardiac failure*, 2017. 23(11): p. 809-812.



HOVEDBUDSKABER

1. Patienter med funktionelle lidelser udgør en betydelig udfordring i almen praksis.
2. Sygdomsforståelsen er afgørende for udviklingen af og prognosen for Bodily Distress Syndrome (BDS). SoMe påvirker i høj grad sygdomsforståelsen.
3. På SoMe oplever patienterne håb og håbløshed, fællesskab og isolation, hjælpere og modstandere, viden og tro, anerkendelse og afvisning.
4. Lægens rolle som kommunikator og medicinsk ekspert udfordres af SoMe.





Irritabel tyktarm

– hvad er det? og hvad kan praksispersonalet gøre?

Mavesmerter, oppustethed og skiftende afføring, patienten tænker tarmkræft. Det ligger også i vores baghoved. Colon irritabile kan ikke diagnosticeres ved en blodprøve eller scanning, men der er et symptombillede, der er værd at kende. Så kan patienten muligvis spares for unødvendige undersøgelser.

Af / Peter Fentz
Haastrup, Luise Mølen-
berg Begtrup og Dorte
Ejg Jarbøl



Case 1 /

Susanne er 24 år og har periodevis gennem de seneste år været generet af maveproblemer, der bl.a. bevirker, at hun ikke spiser sammen med andre. Hendes smerter opstår typisk efter måltider. Hun har måttet sygemelde sig flere gange. Ofte oplever hun bydende afføringstrang og vandtynde diarréer, men hun har også perioder, hvor hun er forstoppet. Hun er synligt oppustet og oplever rumlen i maven. Afføringen er indimellem slimet.

Susanne har med stor sandsynlighed colon irritabile, en kronisk lidelse karakteriseret ved svingende mavesmerter eller ubehag i maven, ledsaget af afføringsforstyrrelser – ofte i form af vekslende afføringsmønstre, bydende afføringstrang og følelse af ufuldstændig tømning af tarmen. Der kan godt være både kortere og længere perioder uden symptomer.

Colon irritabile, irriteret tyktarm, irritable bowel syndrome – kært barn har mange navne

Symptomerne er hyppige, idet 10-16 % af den voksne danske befolkning i løbet af en tre måneders periode har oplevet symptomer på irritabel tyktarm (1, 2). Irritabel tyktarm er et af flere uforklarede komplekser af symptomer fra maveregionen (1).



Kontakt / phaastrup@health.sdu.dk



Biografi / Peter Fentz Haastrup er læge i hoveduddannelse i almen medicin og har skrevet ph.d.-afhandling ved Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet. Luise M. Begtrup har skrevet ph.d.-afhandling om colon irritabile og er i hoveduddannelse til arbejdsmedicin. Dorte Ejg Jarbøl er praktiserende læge i Kerteminde og lektor, ph.d. og seniorforsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet.

Irritabel tyktarm er en blandet tilstand, hvor såvel frekvens, type og sværhedsgrad af symptomerne varierer fra patient til patient og over tid hos den enkelte. Det centrale symptom er smerter eller ubehag i maven, der kan variere fra rumlende ubehag/trykken i maven til intense smerter. Ofte lindres symptomerne ved afføring eller luftafgang. Mange har vekslende afføringskonsistens i form af skiftevis diarré og forstoppelse. Ofte fortæller patienterne, at de ikke føler, at tarmen bliver tømt ordentligt, når de har afføring. Nogle må på toilettet flere gange dagligt, ofte forudgået af en bydende afføringstrang. Der kan være slim i afføringen, men det er ikke en del af symptom billedet at have blod i afføringen ved irritabel tyktarm. Ud over mavesmerterne og afføringsforstyrrelserne klager mange patienter med irritabel tyktarm også over megen luft i maven. Det kommer til udtryk som rumlen i maven og en følelse af, at maven spiler sig op i løbet af dagen.

Hvem får irritabel tyktarm, og hvad kommer det af?

Der er ca. dobbelt så mange kvinder som mænd, der har irritabel tyktarm. Symptomerne kan begynde allerede i barnealderen, hvor uforklarlige mavesmerter også er hyppigt forekommende i skolealderen (3). Hos andre begynder symptomerne i ung voksenalder. Det er karakteristisk, at symptomerne aftager med alderen, og kun få ældre oplever symptomer på irritabel tyktarm (1).

Forskningen har peget på flere forskellige mulige årsager til irritabel tyktarm: abnorme tarmbevægelser, hypersensitiv tarm, forstyrrelser i nerveforbindelserne mellem mave og hjerne, kronisk betændelse i mild grad og ændringer i tarmflora, fx efter en mave-



Foto 1/

Det centrale symptom er smerter eller ubehag i maven, der kan variere fra rumlende ubehag/trykken i maven til intense smerter.

Foto: Colourbox



tarm-infektion (4). Ingen af disse enkeltfaktorer kan imidlertid forklare alle symptomerne ved irritable tyktarm. Da der også er påvist en øget forekomst af

» Flere patienter med irritable tyktarm oplever, at symptomerne forværres ved indtagelse af bestemte fødevarer

andre medicinsk uforklarede lidelser og psykiske symptomer hos patienter med irritable tyktarm, bliver symptomerne nu ofte forklaret i en biopsykosocial forståelsesramme, der tager højde for det komplekse samspil mellem indre og ydre faktorer (se figur 1):

Betyder det noget at have irritable tyktarm?

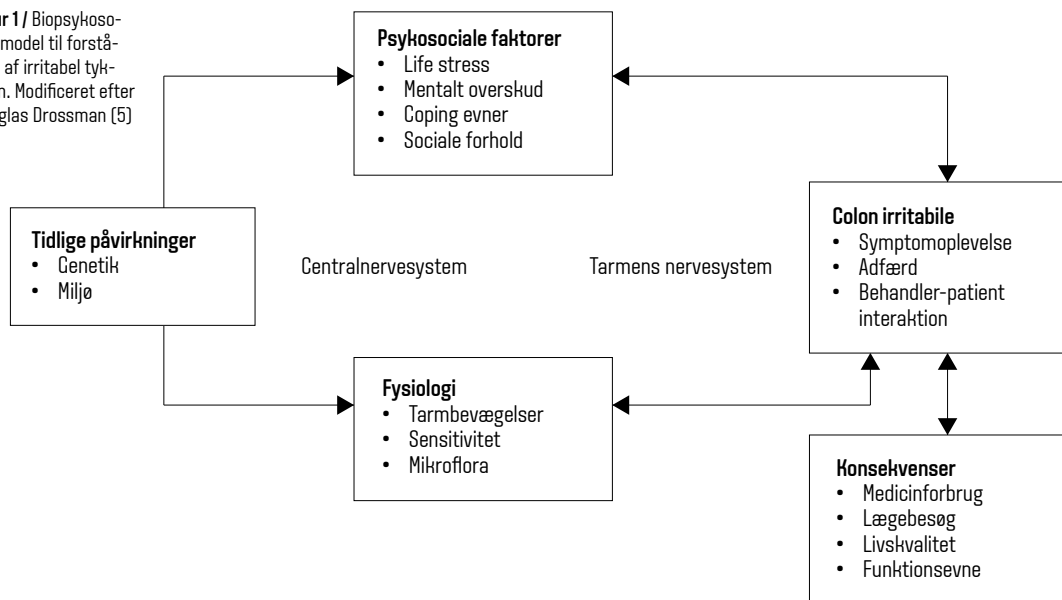
Studier har vist, at symptomerne påvirker patienternes livskvalitet i væsentlig grad, ligesom patienterne har flere sygedage og højere forbrug af

sundhedsydelse end andre sammenlignelige personer (6). Samtidig kan det være svært at leve med en sygdom, der er svingende i karakter, og hvor der ikke kan påvises nogen tydelig årsag. Da det herudover kan være svært at tale om afføringsforstyrrelser, kan det være vanskeligt for patienterne at få omgivelsernes accept af, at symptomerne påvirker dem.

Kun omkring halvdelen af alle, der har symptomer på irritable tyktarm, søger læge (7). Nedsat livskvalitet, sværhedsgrad af symptomerne og frygt for at fejle noget alvorligt er væsentlige årsager til, at patienterne søger læge (8). For at sikre en tilfredsstillende behandling af patienten med irritable tyktarm er det derfor vigtigt at afklare, hvad der er årsagen til patientens henvendelse. Er det centrale for patienten at få hjælp til generne, få afklaret frygt for alvorlig sygdom eller begge dele?

Lena er grundigt undersøgt siden barnealderen, men er alligevel usikker på,

Figur 1 / Biopsykosocial model til forståelse af irritable tyktarm. Modifieret efter Douglas Drossman (5)





Case 2 /

Lena er 43 år. Hun bestiller tid hos sin læge pga. anfaldsvise mavesmerter, der typisk varer 2-5 dage. Smerterne er så kraftige, at hun har måttet sygemelde sig. Lægen kender Lena og ved, at hun har døjet med periodevise mavesmerter siden barndommen. I før-teenagealderen blev hun udredt på børneafdelingen for mavesmerterne, og som 34-årig blev hun indlagt og fik lavet en kikkertundersøgelse af maven pga. smerter i maven. For nylig blev hun igen henvist til sygehuset, hvor man efter fuldt udredningsprogram ikke fandt nogen forklaring på hendes symptomer. Trods kost-regulering og forsøg med bl.a. smertestillende medicin har hun stadig mange perioder med voldsomme mavesmerter, og hun er bange for, at hun ikke er blevet undersøgt grundigt nok.

om noget er overset. Der er ikke vist en større hyppighed af kræft i tyk- eller endetarmen eller overdødelighed blandt patienter med irritable tyktarm, hvilket er en vigtig information til patienten. Beroligelse bliver af både læger og patienter anset som en vigtig del af håndteringen af irritable tyktarm. Ofte kan information om tilstanden og samtale om udløsende årsager, frygt, forventninger give beroligelse og være med til, at patienten bedre kan acceptere symptomerne, håndtere dem og leve med dem.

Hvordan udredes patienter med symptomer på irritable tyktarm?

Sygehistorien er ofte så typisk, at anamnesen hurtigt giver mistanke om

colon irritabile som årsag til patientens symptomer. Afhængigt af symptom-billedet vil der være organiske differentialdiagnoser, der skal afklares, og det er således altid en lægeopgave at stille diagnosen irritable tyktarm.

Patienter, der bør udredes i hospitalsregi, er dem, der frembyder alarmsymptomer, dvs. symptomer, der kan være tegn på kræft i tyk- eller endetarm. For praksispersonalet er det derfor relevant at kende til disse symptomer, der bør vurderes af en læge.

Irritable tyktarm er en tilstand, der kræver balanceret opmærksomhed. Det er vigtigt at anerkende patientens symptomer og håndtere evt. frygt for alvorlig sygdom uden samtidig at fore-



Tabel 1 / Alarmsymptomer på kræft i tyk- eller endetarm, der kan føre til udredning i kræftpakkeforløb.

Alarmsymptomer på kræft i tyk- eller endetarm:

Alder > 40 år med mindst et af følgende symptomer:

- Synlig rektalblødning (frisk/ikke frisk)
- Ændrede afføringsvaner → 1 måned
- Blodmangel/anæmi
- Andre symptomer, fx smerter eller vægttab efter individuel vurdering.



Tabel 2 / Klassiske symptomer på irritable tyktarm.

Symptomkriterier ved diagnosen irritable tyktarm:

Patienten har haft smerter eller ubehag i maven i mindst tre dage hver måned i de sidste tre måneder og derudover mindst to af følgende karakteristika:

- Lindring ved afføring
- Smerterne/ubehaget ledsages af samtidig forandring i afføringsfrekvens
- Smerterne/ubehaget ledsages af samtidig forandring i afføringskonsistens (tynd eller hård afføring).

Det skal være mindst seks måneder siden, at patienten første gang oplevede symptomerne.

Mulige ledsagesymptomer ved irritable tyktarm:

- Luftgener, oppustethed eller udspilet mave
- Pludselig afføringstrang
- Følelse af inkomplet tømning af tarmen ved afføring
- Slim i afføringen.

tage unødvendig udredning. Henvisning af yngre patienter med symptomer på irritable tyktarm kan resultere i unødigt ressourceforbrug, at patienten fastholdes i en sygdomsrolle, og i yderste konsekvens at patienten påføres skade. Derfor er der nu indført symptomkriterier, så diagnosen irritable

At disse kriterier er anvendelige til diagnostik af irritable tyktarm i almen praksis er påvist i et dansk studie (12). Risikoen for at overse alvorlig sygdom er meget lav, og det har ikke megen diagnostisk værdi at tillægge kikkertundersøgelse (13, 14). Ydermere er anvendelse af den billigere symptombaserede diagnostik ikke dårligere end et mere ekstensivt udredningsprogram med kikkertundersøgelse målt på patienternes livskvalitet, tilfredshed, symptomer og brug af sundhedsydelser (15).

Hvordan kan irritable tyktarm behandles?

Da man endnu ikke kender årsagen til irritable tyktarm, er flere forskellige behandlingsformer undersøgt i håbet om at finde en effektiv behandling mod denne hyppige og generende tilstand. Det er vigtigt altid at lave en forventningsafstemning med patienten inden et eventuelt behandlingsfor-

» Der er ca. dobbelt så mange kvinder som mænd, der har irritable tyktarm. Symptomerne kan begynde allerede i barnealderen, hvor uforklarlige mavesmerter også er hyppigt forekommende i skolealderen.

tyktarm kan stilles ud fra fastlagte symptomer. Selvom det er en lægelig opgave at stille diagnosen, kan man som praksispersonale med kendskab til symptomerne medvirke til effektivt at triagere patienter med symptomer fra maven.

søg. Behandlingen er primært symptombehandling, og ingen behandling har endnu vist stor effekt med hensyn til alle symptomer eller på alle patienter.

Blandt de non-farmakologiske behandlingsformer anvender mange patienter fibertilskud, men der er ikke systematisk evidens for en effekt af tilskud af fibre hos patienter med irriterabel tyktarm (17). Studier af alternative behandlingsformer såsom akupunktur, homøopati og naturmedicin er alle af for usikker kvalitet til at drage konklusioner (18). Effekten af psykologisk behandling er usikker og i bedste fald svag (19).

Med baggrund i en hypotese om, at irriterabel tyktarm skyldes ændret bakteriesammensætning i tarmen, har tilskud af probiotika (mælkesyrebakterier) været foreslået som en mulig behandling. I et nyligt dansk lodtrækningsforsøg udført i almen praksis har man dog ikke kunnet påvise nogen positiv effekt af probiotika sammenlignet med placebo (20).

Flere patienter med irriterabel tyktarm oplever, at symptomerne forværrer ved indtagelse af bestemte fødevarer, fx stærkt krydret eller røget mad, men det kan være meget individuelt. Her kan patienten ved hjælp af kostdagbog få indblik i, om der skulle være bestemte fødevarer, der synes at fremprovokere symptomerne. Herved kan uhensigtsmæssigt stort brug af fx kaffe, sukkerfrit slik eller lignende, der er kendt for at kunne give mavesmerter og diarré, ligeledes afdækkes.

Inden for de senere år har koststrategien low FODMAP som behandling for irriterabel tyktarm vundet stort indpas. FODMAP omfatter forskellige former for kulhydrater, og hvis man skal følge low FODMAP, skal patienterne

således undgå mejeriprodukter, hvede, løg og flere forskellige slags frugt som fx æbler, blommer og pærer. Rationalet bag at undgå FODMAP er, at det er påvist, at disse kulhydrater kun nedbrydes og optages i begrænset omfang i tyndtarmen og dermed når tyktarmen, hvor de kan påvirke væskemængden i tarmen og føre til øget luftproduktion (21). Dette forekommer både hos raske

» **For at sikre en tilfredsstillende behandling af patienten med irriterabel tyktarm er det vigtigt at afklare, hvad der er årsagen til patientens henvendelse. Er det centrale for patienten at få hjælp til generne, få afklaret frygt for alvorlig sygdom eller begge dele?**

og hos patienter med irriterabel tyktarm, men tankegangen er, at den øgede luftproduktion pga. øget følsomhed i tarmen kun giver symptomer hos personer med irriterabel tyktarm. Selvom der synes at være evidens for, at FODMAP i høje doser kan fremkalde mave-tarm-symptomer, foreligger der endnu ikke tilstrækkelig evidens for effekten af low FODMAP-diæt (22). Der foreligger endnu ikke studier af low FODMAP-diæt i primærsektoren.

Den sundhedsprofessionelles rolle

Et af de mest effektive lægemidler ved irriterabel tyktarm kan vise sig at være den sundhedsprofessionelle. Her er det vist, at en god interaktion kan føre til betydelig bedring i symptomerne (23). Det er vigtigt at tage patienten alvorligt og vise, at man vil og tør tale om et tabu, som afføringsændringer kan være. Ofte kan information og beroligelse om tilstandens godartede natur



være tilstrækkelig. Det er vigtigt at italesætte evt. frygt hos patienten, der kan beroliges med, at irritable tyktarm ikke er forbundet med øget dødelighed og ikke fører til andre sygdomme senere, fx cancer eller betændelsestilstande i tarmen.

For en del patienter kan det være relevant at sætte fokus på, at hvis man

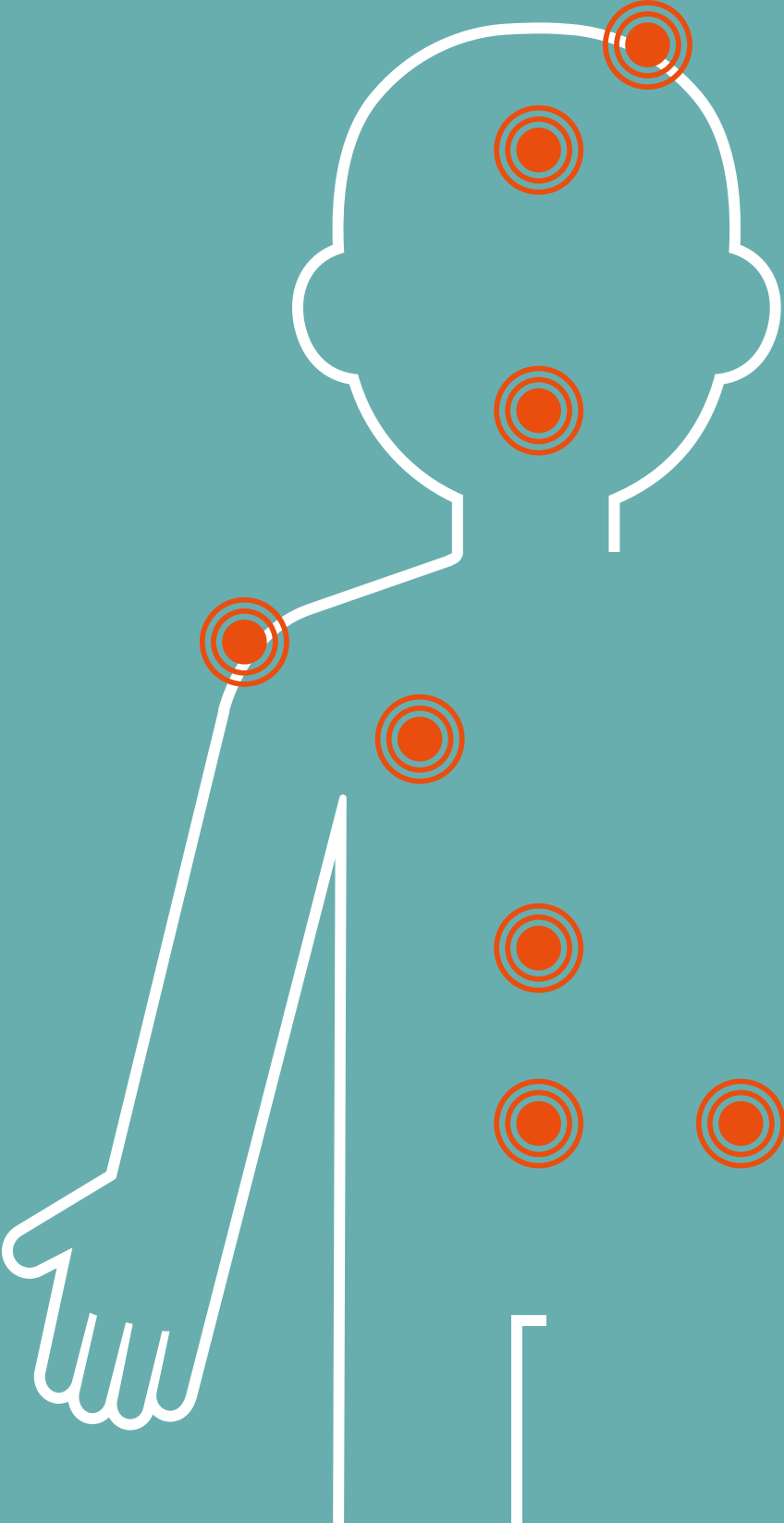
der selv ønsker at gøre noget, prøve sig frem med fx kost og motion. Det kan ofte give patienten en følelse af at få magten over symptomerne tilbage og af at have indflydelse på tilstanden.

Udvalgte referencer, fuld referenceliste kan rekvireres hos forfatterne

1. Rasmussen S, Jensen TH, Henriksen SL, Haastrup PF, Larsen PV, Sondergaard J et al. Overlap of symptoms of gastroesophageal reflux disease, dyspepsia and irritable bowel syndrome in the general population. *Scand J Gastroenterol.* 2015;50(2):162-9.
4. Spiller R, Aziz Q, Creed F, Emmanuel A, Houghton L, Hungin P et al. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut.* 2007;56(12):1770-98.
7. Cremonini F, Talley NJ. Irritable bowel syndrome: epidemiology, natural history, health care seeking and emerging risk factors. *Gastroenterol Clin North Am.* 2005;34(2):189-204.
15. Begtrup LM, Engsbø AL, Kjeldsen J, Larsen PV, Schaffalitzky de Muckadell O, Bytzer P, et al. A positive diagnostic strategy is noninferior to a strategy of exclusion for patients with irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2013;11(8):956-62.e1.
22. Krogsgaard LR, Lyngesen M, Bytzer P. Der er utilstrækkelig evidens for effekten af low-FOD-MAP-diæt ved colon irritabile. *Ugeskr Laeger.* 2015;177(18):1503-7.

» **Henvisning af yngre patienter med symptomer på irritable tyktarm kan resultere i unødigt ressourceforbrug, at patienten fastholdes i en sygdomsrolle, og i yderste konsekvens at patienten påføres skade. Derfor er der nu indført symptomkriterier, så diagnosen irritable tyktarm kan stilles ud fra fastlagte symptomer.**

ikke kan ændre symptomerne, kan man ændre måden at håndtere dem på. Her kan praksispersonalet med selvstændige patientkontakter ofte være en stor hjælp i vejledningen af disse patienter. Selvom evidensen for de nonfarmakologiske behandlingsmuligheder er begrænset, kan de patienter,





Behandling af langvarige symptomer efter hjernerystelse: seneste viden og nyt tilbud

Raske patienter, som slår hovedet og dør med hovedpine, koncentrationsbesvær og manglende mentalt overskud i månedsvis. Vi ser dem tit, men hvad stiller vi op? En ny national klinisk retningslinje samler den eksisterende viden. I Region H har man oprettet et specialiseret behandlingstilbud.

Af / Hana Malá Rytter, Camilla Lundin Overbeck, Mathias Royster Olsen og Pernille Cornelia Huusfeldt.

En ny national klinisk retningslinje samler den nyeste viden om ikkefarmakologisk behandling af voksne over 18 år med hjernerystelse, der lider af længerevarende symptomer. Retningslinjen kan bruges som støtte bl.a. til læger i almen praksis, når der træffes beslutning om, hvilken behandling der vil være bedst egnet til den enkelte patient.

Da der ikke findes mange tilbud til unge under 18 år, har man i Region Hovedstaden ved Afdeling for Hjerneska-der på Hvidovre Hospital netop etableret "Unge-Klinikken for Hjerneska-der", der bl.a. skal hjælpe unge mellem 15 og 30 år, der har længerevarende symptomer efter hjernerystelse.

Når hjernerystelse bliver hverdag CASE:

Maria på 22 år styrter på cykel med cy-

kelhjelm. Hun slår hovedet i asfalten og er lettere forvirret, men mister ikke bevidstheden. Hun cykler hjem og kontakter ikke skadestuen eller egen læge. I dagene efter er hun plaget af svær hovedpine, svimmelhed og kvalme, træthed og lysfølsomhed. Efter en uge er der kun minimal bedring, og hun kontakter egen læge, der vurderer, at hun har fået en hjernerystelse, og opfordrer hende til at forholde sig i ro i et par uger mere.

I de følgende uger oplever Maria en mindre bedring og begynder så småt at være fysisk aktiv igen. To måneder efter cykelstyrtet er Maria dog fortsat sygmeldt fra sit studie. Hun har hyppig hovedpine og er meget påvirket af træthed. Egen læge henviser hende til neurolog, som finder hende neurologisk intakt og konstaterer øget muskelspænding i nakken. Maria opfor-



Kontakt / hana.mala@psy.ku.dk

Biografi / Hana Malá Rytter, cand.psych., ph.d., lektor i neuropsykologi, København Universitet og Bispebjerg-Frederiksberg Hospital, leder af Dansk Center for Hjernerystelse, www.dcfh.dk, projektleder for NKR omhandlende hjernerystelse.

Camilla Lundin Overbeck, cand.psych.aut., neuropsykolog v. Unge-Klinikken for Hjerneska-der.
Mathias Royster Olsen, fysioterapeut v. Unge-Klinikken for Hjerneska-der.

Pernille Cornelia Huusfeldt, ergoterapeut og koordinator v. Unge-Klinikken for Hjerneska-der.

dres til at vende tilbage til sin hverdag og starte langsomt op.

Efter seks måneder er Maria fortsat ikke rask. Hun plages af daglig hovedpine og hurtig udtrætning, særligt foran en computerskærm. Der er tilkommet lydfølsomhed, nakkesmerter samt koncentrationsbesvær og manglende overblik. Maria har svært ved at følge med i sit studie, og hun har måttet skrue væsentligt ned for sit sociale liv, da hun udtrættes i sociale sammenhænge og bruger sine weekender på at restituere.

Hvad kan man gøre for at hjælpe Maria?

Håndtering af langvarige symptomer er udfordrende

Håndtering af langvarige symptomer efter hjernerystelse er en udfordring både for patienten og for sundhedsvæsenet. Patienter oplever ofte, at de får

forskelligartet information, og at det er op til den enkelte at finde relevant behandling og vanskeligt at navigere mellem de forskellige tilbud.

Adgang til tilbud afhænger af den enkelte kommune eller evt. privat forsikringsselskab. Patienten følges af sin praktiserende læge, som ofte udtrykker behov for mere viden om patientgruppen og henvisningsmuligheder (1). Håndtering af patienterne varierer derfor fra læge til læge og fra kommune til kommune, og der mangler tværsektoriel koordinering. Dette kan give ineffektive forløb, som bidrager til, at patientens bedring forsinkes.

Nyeste viden om behandling

Netop behov for mere ensartet information og overblik over viden om håndtering af langvarige symptomer efter hjernerystelse danner baggrund

Foto 1 /
Foto: Colourbox





for udarbejdelse af den nye nationale kliniske retningslinje (NKR) (2). Der er nemlig stor tvivl om, hvordan man skal behandle disse personer, og hvilket evidensgrundlag der er for de forskellige tiltag, der anvendes. Den eneste retningslinje, som klinisk praksis hidtil har kunnet støtte sig til, har omhandlet håndtering af hjernerystelsespatienter i den akutte fase, umiddelbart efter traumet (3). Denne NKR fokuserer på ikke-farmakologisk behandling af patienter med længerevarende symptomer (i mere end fire uger efter traumet). Retningslinjen er det første spadestik til at sikre en mere ensartet og evidensbaseret behandlingsindsats, bedre patientforløb og større vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper i Danmark. Retningslinjen er udarbejdet i et tværfagligt samarbejde med deltagelse af læge, neuropsykolog, fysioterapeut, ergoterapeut, kiropraktor og optometrist samt en repræsentant for patientorganisationen Hjernerystelsesforeningen.

Anbefalinger inden for syv behandlingsområder

Retningslinjen indeholder systematisk udarbejdede anbefalinger (4) inden for syv udvalgte, velafgrænsede kliniske problemstillinger. Disse beskriver evidensen for anvendelsen af:

1. tidlig systematiseret information og rådgivning for at forebygge længerevarende symptomer
2. gradueret fysisk træning som behandling af længerevarende symptomer
3. vestibulær træning som behandling af længerevarende problemer med balance og svimmelhed
4. manuel behandling af nakken og rygsøjlen ved nakkesmerter og hovedpine
5. samsynstræning som behandling for samsynsvanskeligheder, fx ved læsning og skærmarbejde
6. psykologisk behandling, som fokuserer på psykoedukation, metstringsstrategier og evt. kognitiv rehabilitering
7. tværfaglig rehabiliteringsindsats, hvis det vurderes, at patienten har behov for flere koordinerede behandlingstiltag, hvor fagpersonerne på tværs af fag samarbejder om patienten.

Problemstillingerne er valgt ud fra, hvilke behandlinger der anvendes i klinisk praksis, og repræsenterer de områder, hvor behov for afdækning af evidens var størst.

Anbefalingerne i den nye NKR er givet på baggrund af den tilgængelige evidens vedr. gavnlige eller skadelige virkninger ved behandlingerne, patienternes præferencer og kliniske erfaringer på området. Den aktuelle viden peger på, at behandling, træning og rehabilitering af langvarige symptomer efter hjernerystelse har en gavnlig effekt (se tabel 1). Dog er anbefalingerne betingede/svage, da der er metodiske svagheder ved studierne. På spørgsmålet vedr. samsynstræning lykkedes det ikke at finde relevante studier, og her giver NKR en konsensusbaseret anbefaling. Resultater af den nye danske NKR er i fuld overensstemmelse med andre internationale kliniske retningslinjer. NKR kan tilgås på Sundhedsstyrelsens hjemmeside eller på <https://dcfh.dk/national-klinisk-retningslinje/>.

Hvordan stilles diagnosen hjernerystelse (commotio cerebri)?

Commotio cerebri er en klinisk diagnose, der stilles på baggrund af et traume

Tabel 1/

Systematiseret information og rådgivning

Svag/betinget anbefaling for

↑ Overvej at tilbyde systematiseret information og rådgivning til patienter inden for 4 uger efter hjernerystelse.

Evidensen bag denne anbefaling baserer sig på studier, hvor information og rådgivning tilbydes umiddelbart efter traumet. Information og rådgivning bliver i studierne tilbudt i form af bl.a. telefonbaseret rådgivning, sms-beskeder, udlevering af skriftligt informationsmateriale eller som fysisk konsultation med relevant fagprofessionel. Information og rådgivning bør udføres af fagprofessionel med relevant faglig baggrund, og som har viden inden for de pågældende metoder anvendt på patientgruppen.

Ud fra den foreliggende evidens er der indikation for, at information og rådgivning muligvis har en større effekt, hvis det tilbydes som en længerevarende indsats, hvorfor dette kan overvejes.

Gradueret fysisk træning

Svag/betinget anbefaling for

↑ Overvej at tilbyde gradueret fysisk træning i tillæg til anden behandling til personer med længerevarende symptomer efter hjernerystelse.

Gradueret fysisk træning inkluderer individuel eller gruppebaseret motion og/eller anden struktureret fysisk træning og defineres her som individuelt tilpasset og gradvist øget i træningsvarighed og/eller -intensitet.

Gradueret fysisk træning kan tilbydes i tillæg til anden behandling, fx ved en tværfaglig koordineret rehabiliterende indsats. Den kan desuden inkludere fokus på hverdagsaktiviteter og rådgivning om, hvorledes disse håndteres.

Gradueret fysisk træning bør udføres af fagprofessionel med relevant faglig baggrund, og som har viden inden for de pågældende metoder anvendt på patientgruppen.

Vestibulær træning

Svag/betinget anbefaling for

↑ Overvej at tilbyde vestibulær træning i tillæg til anden behandling til personer med fortsatte vestibulære symptomer efter hjernerystelse.

Personer med vestibulære symptomer omfatter alle personer, der udviser symptomer som vertigo, svimmelhed og nedsat balance efter hjernerystelse.

Vestibulær træning inkluderer individuelt tilpasset træning med habituationsøvelser, adaptations- og substitutionsøvelser, fx fiksationsstabilitet af øjne eller stabilisering af blik, stående og dynamisk balancetræning. Vestibulær træning kan tilbydes i tillæg til anden behandling enten som gruppebaseret eller individuel træning. Personer med vestibulære symptomer efter hjernerystelse bør desuden udredes og evt. behandles for øresten. Vestibulær træning bør udføres af fagprofessionel med relevant faglig baggrund, og som har viden inden for de pågældende metoder anvendt på patientgruppen.

Manuel behandling af nakke og ryg

Svag/betinget anbefaling for

↑ Overvej at tilbyde manuel behandling af nakke og ryg i tillæg til anden behandling til personer med længerevarende symptomer efter hjernerystelse.

Manuel behandling af nakke og ryg inkluderer behandling ved hjælp af mobilisering og/eller manipulation af rygsøjlen. Arbejdsgruppen forventer, at manuel behandling især kan være relevant for patienter med nakkesmerter med eller uden samtidig hovedpine efter en hjernerystelse. Manuel behandling bør udføres af fagprofessionel med relevant faglig baggrund, og som har viden inden for de pågældende metoder anvendt på patientgruppen.



Tabel 1/ FORTSAT

Optometrisk samsynstræning

God praksis-anbefaling for

- ✓ **Det er god praksis at overveje at tilbyde optometrisk samsynstræning til patienter med længerevarende visuelle symptomer efter hjernerystelse.**

Optometrisk samsynstræning inkluderer træning af øjenbevægelser og evnen til at stille skarpt for at reducere den synsmæssige funktionsnedsættelse.

Optometrisk samsynstræning bør udføres af fagprofessionel med relevant faglig baggrund, og som har viden inden for de pågældende metoder anvendt på patientgruppen.

Psykologisk behandling

Svag/betinget anbefaling for

- ↑ **Overvej at tilbyde psykologisk behandling i tillæg til anden behandling til personer med længerevarende symptomer efter hjernerystelse.**

Psykologisk behandling kan overordnet defineres som en kvalificeret anvendelse af metoder baseret på etablerede psykologiske principper, hvor den fagprofessionelle samarbejder med patienten om at ændre adfærd, tankemønstre eller følelser i en mere hensigtsmæssig retning i forhold til bedringsprocessen, og som patienten oplever som ønskværdig.

Psykologisk behandling bør udføres af fagprofessionel med relevant faglig baggrund, og som har viden inden for de pågældende metoder anvendt på patientgruppen.

Personer, der lider af egentlig psykisk komorbiditet som fx angst eller depression, vil kræve en mere fokuseret terapeutisk behandling ved psykolog eller psykiater. Personer med langvarige symptomer efter hjernerystelse bør altid undersøges for behandlingskrævende psykopatologi.

Tværfaglig koordineret rehabiliterende indsats

Svag/betinget anbefaling for

- ↑ **Overvej at tilbyde en tværfaglig koordineret rehabiliterende indsats til personer med længerevarende symptomer efter hjernerystelse**

En tværfaglig koordineret rehabiliterende indsats er en indsats, der udføres af fagprofessionelle fra mindst to faggrupper, som samarbejder om patientens rehabilitering. Indsatsen indebærer to eller flere interventioner som fx vestibulær træning, fysisk træning, optometrisk samsynstræning, manuel behandling, vejledning i forhold til hverdagsaktiviteter, psykologisk behandling og erhvervsrettet rehabilitering målrettet tilbagevenden til job eller studie og fremstår som en samlet tværdisciplinær indsats. Indsatsen bør udføres af fagprofessionelle med relevant faglig baggrund, og som har viden inden for de pågældende metoder anvendt på patientgruppen.

Forklaring:

- ↑ **Svag/betinget anbefaling for**

Der gives en svag/betinget anbefaling for interventionen, når det vurderes, at fordelene ved interventionen er større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved interventionen, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende. Denne anbefaling anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

- ✓ **God praksis**

God praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens, og bygger således på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. Da der er tale om faglig konsensus, er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de evidensbaseret er stærke eller svage.

mod hoved, nakke eller krop (5, 6). Her overføres der mekanisk energi, som medfører en fysiologisk forstyrrelse af hjernefunktionen. Denne forstyrrelse viser sig ved et eller flere tegn umiddelbart efter traumet. Det hyppigste akutte symptom er en forbigående ændring i mental tilstand som fx forvirring, desorientering, langsom tænkning. Herudover kan patienten mangle erindring for begivenheder omkring traumetidspunktet, der kan være kortvarigt bevidsthedstab eller forbigående neurologisk udfald. De kliniske tegn forandrer sig hurtigt i tiden efter traumet. Blot ét af ovenstående kliniske tegn behøver at være til stede, for at man kan stille diagnosen (se faktaboks 1). Det estimeres, at diagnosen hjernerystelse stilles årligt hos ca. 25.000 danskere og er den mest anvendte neurologisk diagnose hos voksne i den erhvervsdygtige alder (7, 8). Mange rammes i en ung alder.

Effekten af hjernerystelse er typisk

usynlig på konventionelle skanninger såsom CT eller strukturel MR, hvilket primært afspejler metodernes begrænsede sensitivitet. Disse skanninger anvendes dog ikke med henblik på at visualisere hjernerystelsen, men i stedet for at udelukke en mere alvorlig patologi, såsom intrakranielle blødninger. Forskningen, som anvender diffusion tensor imaging (DTI), diffusion kurtosis imaging (DKI), spektroskopi og resting state funktionel MRI, viser, at hjernerystelse resulterer i forstyrrelser og skader på neurale forbindelser, funktionel konnektivitet, hjernens metabolisme, hjernens blodforsyning, samt øget inflammatorisk respons (9-13). Hvid substans' integritet er typisk forstyrret i corpus callosum, cingulum og frontal og temporallap (9). Forskning i biomarkører viser ændringer i fx glial fibrillary acidic protein (GFAP), et protein, der kun er til stede i CNS' gliaceller, eller af neurofilament light- (NFL) protein, som typisk ses i lange, mye-



FAKTABOKS 1 / Kriterier for diagnosen hjernerystelse (commotio cerebri):

Umiddelbart efter et traume mod hoved, nakke eller krop udviser patienten et eller flere af følgende symptomer:

1. Ændring i mental tilstand (konfusion, desorientering, langsom tænkning mv.)
2. Tab af hukommelse umiddelbart før eller efter ulykken, som varer mindre end 24 timer (posttraumatisk amnesi, PTA)
3. Tab af eller reduceret bevidsthed, som ikke varer længere end 30 minutter
4. Forbigående neurologiske udfald eller fysiske tegn (svimmelhed, nedsat kraft, balanceproblemer, ændret syn mv.)

Ovenstående kliniske præsentation må ikke være forårsaget af stoffer, alkohol, medicin eller anden skade og/eller behandling for anden sygdom.

Kilder: Ontario Neurotrauma Foundation Guideline for Concussion/Mild Traumatic Brain Injury & Prolonged Symptoms, 2018 [5]. WHO, 2004 [6].



liniserede axoner i hvid substans, hvilket indikerer neural skade (14). Således er der samstemmende data fra flere kilder, der påviser strukturelle, funktionelle og/eller metaboliske forstyr-

» Tidlig intervention kan forebygge udvikling af langvarige symptomer

relser, der udløses af slaget, som bekræfter tilstedeværelsen af en neural beskadigelse. Prognosen efter hjernerystelse er god, og størstedelen af patienterne med hjernerystelse oplever spontan bedring inden for de første 2-3 uger. De ovennævnte neurale skader genoprettes i løbet af de første uger til måneder efter slaget, og man skal være opmærksom på, at patienter kan opleve klinisk bedring hurtigere, end den neurale reparation er fuldført (12).

Når symptomerne bliver langvarige

Desværre er det ikke alle, der oplever spontan bedring i løbet af de første uger. Op mod 40 % vil opleve langvarige symptomer (> 4 uger) (15). Disse kan fx være hovedpine, svimmelhed, lys- og lydoverfølsomhed, problemer med at læse og udføre skærmarbejde, koncentrationsbesvær og hukommelsesvanskeligheder, søvnløshed og hurtig udtrætning (15) (se faktaboks 2). Her er det vigtigt med individuelt tilpasset rådgivning af patienten (se faktaboks 3). Mens flere vil komme sig i løbet af de første måneder, oplever omkring 30 % fortsat symptomer 6 måneder efter traumet (15). Omkring en tredjedel af patienterne udvikler post-traumatiske psykologiske reaktioner som angst, stress og depression (16). Hos nogle varer symptomerne flere år eller resten af livet og resulterer i reduceret livskvalitet (16).

Det er fortsat uafklaret, hvorfor nogle patienter udvikler langvarige følger efter hjernerystelse, mens andre ikke gør. Der er tale om komplekse årsagssammenhænge mellem skadesrelaterede faktorer samt præmorbide og postmorbide faktorer, som gensidigt påvirker hinanden og tilsammen skaber symptomoplevelsen (13, 17). Sygdomstilstanden forstås derfor bedst ud fra en bio-psyko-social forståelsesramme, som understreger, at der er en vekselvirkning mellem den neurale patologi og de psykologiske og sociale faktorer, der alle kan have fremmende eller hæmmende effekt på bedringen. I dette indgår, at behandlingsstrategien skal tage hensyn til ikke alene de enkelte symptomer, men også til, hvordan symptomerne påvirker hinanden (17). Man må derfor vurdere personen i sin helhed og tilpasse behandlingen personens individuelle situation og be-



FAKTABOKS 2 / Længerevarende symptomer efter hjernerystelse:

- Træthed
- Hovedpine
- Svimmelhed
- Lyd- og lysfølsomhed
- Samsynsvanskeligheder
- Irritabilitet
- Angst
- Tristhed
- Koncentrationsbesvær
- Hukommelsesvanskeligheder
- Langsommere tænkning
- Reduceret tolerance for stress
- Reduceret tolerance for alkohol
- Påvirket søvn



FAKTABOKS 3 / Anbefalinger til tidlig information og rådgivning efter hjernerystelse:

Inden for 4 uger efter hjernerystelsen bør patienten tilbydes en samtale med henblik på:

- Information om hjernerystelse, forventelige symptomer, herunder både fysiske og kognitive symptomer, samt typisk forløb efter hjernerystelse.
- Beroligelse i forhold til prognose: Langt de fleste vil opleve hurtigt at få det bedre, og at symptomerne typisk fortager sig gradvist over en kortere periode. Undgå tidsmæssige deadlines for, hvornår patienten kan forvente at være "tilbage til normalen" igen, da dette ofte skaber en u hensigtsmæssig stressfaktor.

Rådgivning i forhold til symptomhåndtering:

- Komplet hvile og ro bør ikke overstige mere end de første 3 dage.
- Gradvis tilbagevenden til normalt aktivitets- og deltagelsesniveau; indledningsvist vekslende mellem hvile og let aktivitet.
- Fysisk aktivitet, så længe det ikke provokerer symptomerne.
- Kan patienten læse, se TV og bruge computerskærm i kortere intervaller afbrudt af pauser uden symptomforværring, er det ikke noget, patienten behøver at holde sig fra.
- Brug gerne deisen: *Lidt ad gangen er vejen frem.*

Tilbyd en opfølgende konsultation og inddrag gerne pårørende i rådgivningen.

Kilder: NHR for non-farmakologisk behandling af længerevarende symptomer efter hjernerystelse, 2021 [2]. Ontario Neurotrauma Foundation Guideline for Concussion/Mild Traumatic Brain Injury & Prolonged Symptoms, 2018 [5].

hov. Dette er vigtigt, da personer med langvarige symptomer kan have meget forskelligartede behov hvad angår rådgivning, behandling, rehabilitering og støtte i det hele taget.

Et nyt tilbud i Region H til unge mellem 15 og 30 år

I Region Hovedstaden har man oprettet et nyt behandlingstilbud: Unge-Klinikken for Hjernesker på Hvidovre Hospital. Her tilbydes unge mellem 15 og 30 år, der har langvarige symptomer efter hjernerystelse, en tværfaglig forundersøgelse. På baggrund af denne vurderes behovet for yderligere undersøgelser i form af en neurologisk udredning, scanning, fysioterapeutisk

undersøgelse, synsscreening, ergoterapeutisk undersøgelse og neuropsykologisk testning, og om det er nødvendigt at henvise den unge videre til andre relevante instanser.

Dernæst kan den unge tilbydes et interventionsforløb med fokus på at få mere viden om længerevarende følger efter hjernerystelse og støtte til hensigtsmæssig håndtering, herunder graderet træningsterapi, vejledning ved neuropsykolog og ergoterapeut. Formålet med forløbet er, at den unge lærer mere om mekanismerne bag og årsagerne til de langvarige symptomer. Den øgede viden og forståelse kan på sigt støtte den unge til en mere hensigtsmæssig håndtering af sine symp-



tomter i dagligdagen. Der er tale om et gruppebaseret forløb, som også giver den unge mulighed for at møde andre unge med langvarige symptomer efter hjernerystelse, hvilket kan være gavnligt i sig selv i forhold til forståelse og håndtering (18, 19).

Interventionsforløbet læner sig op ad den evidensbaserede viden, der er samlet i den nye NKR. Tilbuddet er baseret på en kognitiv, adfærdsterapeutisk tilgang og består af faglige, psyko-educative oplæg med inddragelse af de unge. Der arbejdes med energiforvaltning og en gradueret tilgang til dagligdagsaktiviteter. De unge får hjemmeopgaver, hvor de arbejder med forskellige håndteringsstrategier fra gang til gang i form af fx meditationsøvelser eller gradueret træning.

Forløbet består af tre gruppesessioner og tre individuelle samtaler med neuropsykolog og fysio- og ergoterapeut efter behov. Der er mulighed for pårørende-deltagelse. Forløbet afrundes med en tværfaglig opfølgning, hvor der tages stilling til, om den unge har behov for henvisning til andre tilbud eller yderligere behandling.

Ungeindsatsen indeholder også et tilbud om en koordinerende funktion. Koordinatoren vejleder og støtter den unge i den videre plan og til at formidle vanskeligheder i hverdagslivet til uddannelsessted, arbejdsplads og kom-

munale samarbejdspartnere. Koordinatoren har mulighed for at følge den unge i op til et år.

Henvisning til Unge-Klinikken for Hjerneskader

Unge i Region Hovedstaden med langvarige symptomer efter hjernerystelse kan henvises til Unge-Klinikken for Hjerneskader via egen læge eller speciallæge samt hjerneskadekoordinator i kommunen (se faktaboks 4). Den unge kan tidligst henvises 3 måneder og senest et år efter skaden. Ambulatoriet yder rådgivning og støtte ikke alene til den unge og dennes pårørende, men også til praktiserende læger, kommunale samarbejdspartnere og andre relevante personer.

Hvis den kommunale hjerneskadekoordinator er henviseren, har denne pligt til at orientere praktiserende læge.

Ud over tilbud i Region H til unge er der fra januar 2021 etableret et tilbud om fysioterapeutisk og ergoterapeutisk udredning for voksne (18 år+) patienter med hjernerystelse på Kolding Sygehus ved Sygehus Lillebælt. Her kan personer, der oplever symptomer længere end 3 måneder efter skaden, få vurderet deres genoptræningsbehov, og, hvor det er relevant, få udarbejdet en genoptræningsplan. Genoptræningsplanen sendes videre til kom-



FAKTABOKS 4 / Henvisningskriterier til Unge-Klinikken

- Unge mellem 15 og 30 år i Region H.
- Symptomer 3 måneder efter hjernerystelsen; maks. 12 måneder.
- Henvisning via egen læge, speciallæge eller hjerneskadekoordinator.
- Unge-Klinikken tilbyder tværfaglig udredning og et behandlingsforløb

muner, der står for træning og behandling.

Så vidt det er forfatterne bekendt, findes der aktuelt ikke andre regionale tilbud i Danmark, der også inkluderer behandling – hverken til unge eller til personer i den erhvervsdygtige alder.

Der er gennem de seneste år kommet en større anerkendelse af, at langvarige følger efter hjernerystelse har store konsekvenser, og at de kan og skal behandles. Derfor er der blevet etableret tilbud på fx hjerneskadecentrene og i regi af Danske Tale-, Høre- & Synsinstitutioner. Flere kommuner begynder ligeledes at etablere egne tilbud. Men disse tilbud kræver som regel en bevilling (fx fra kommunen, forsikringen eller egen betaling), og læger har ikke mulighed for at henvise til dem direkte.

Ændrede livsvilkår efter hjernerystelse

CASE – FORTSAT:

Efter et interventionsforløb i Unge-Klinikken er Maria fortsat studerende. Med støtte fra Unge-Klinikkens koordinator har Maria via sin studievejledning fået implementeret en række støttende tiltag, heriblandt mere tid til eksaminerne og mulighed for at blive fritaget fra dele af undervisningen efter behov. Hun oplever at kunne forvalte sin energi mere hensigtsmæssigt i sin dagligdag og har mere overskud til at deltage i sociale sammenhænge. Hun bruger dog fortsat mere tid end førhen på at restituere. Hun er begyndt at løbetræne, men er opmærksom på at tilpasse sin træning. Hun har været glad for at møde andre unge med senfølger efter hjernerystelse, og hun har for første gang oplevet, at hendes situation er blevet anerkendt og håndteret. Maria er desuden rådet til at kon-

takte en optometrist med ekspertise i samsynstræning, da hun ved synsscreening i Unge-Klinikken for Hjerneskader viste tegn på samsynsvanskeligheder.

Langvarige symptomer har store omkostninger

Langvarige symptomer efter hjernerystelse har store personlige og familiemæssige konsekvenser for den enkelte og udgør samtidig en væsentlig samfundsøkonomisk byrde. Patienterne oplever nedsat livskvalitet, øget forekomst af stress, angst og depression og er i fare for social isolation. Forskning viser, at hjernerystelse er forbundet med øget risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet (20) og mindsker muligheden for at opnå samme uddannelse og karriereudvikling, som man ellers ville uden en hjernerystelse (21). Den nye NKR dokumenterer, at der er lovende indsatser med gavnlige virkninger, og at det giver mening at tilbyde træning og rehabilitering til dem, der har brug for det – som fx den indsats, der nu tilbydes ved Unge-Klinikken for Hjerneskader. Men der er fortsat et stort behov for forskning på området.

Interessekonflikter: *ingen angivet*

Referencer

1. Graff HJ, Deleu NW, Christiansen P, Rytter HM. Facilitators of and barriers to return to work after mild traumatic brain injury: A thematic analysis. *Neuropsychol Rehabil.* 2020;1-25.
 2. Dansk Center for Hjernerystelse. National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af længerevarende symptomer efter hjernerystelse. 2021. <https://dcfh.dk/national-klinisk-retningslinje>.
- Unden J, Ingebrigtsen T, Romner B, Scandinavian Neurotrauma C, Kock-Jensen C, Unden J, Romner B, Ingebrigtsen T, Sundstrom T, Springborg J, Wester K, Grande PO, Eskesen V, Sollid S, Juul N, Bellander B-M, Dahl B, Rosenlund C, Reinstrup P. Scandinavian guidelines for initial



- management of minimal, mild and moderate head injuries in adults: an evidence and consensus-based update. *BMC Med.* 2013;11:50.
3. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, Schunemann HJ, & Grade Working Group. Going from evidence to recommendations. *BMJ.* 2008;336(7652):1049-1051.
 4. Marshall S, Bayley MT, McCullagh S, Berrigan L, Fischer L, Ouchterlony D, Rockwell C, Velikonja D, et al. Ontario Neurotrauma Foundation Guideline for Concussion/Mild Traumatic Brain Injury and Prolonged Symptoms: 3rd Edition (for Adults 18+ years of age). 2018.
 5. Carroll LJ, Cassidy JD, Holm L, Kraus J, Coronado VG, & WHO Task force for Mild Traumatic Brain Injury. Methodological issues and research recommendations for mild traumatic brain injury: the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *J Rehabil Med.* 2004(43 Suppl):113-125.
 6. Pinner M, Børgensen SE, Jensen R, Birket-Smith M, Gade A, Riis JO. Konsensusrapport om commotio cerebri (hjernerystelse). Videnscenter for Hjernesgade. 2003.
 7. Skandsen T, Einarsen CE, Normann I, Bjoralt S, Karlens RH, McDonagh D, Nilsen TL, Akslen AN, Haberg AK, Vik A. The epidemiology of mild traumatic brain injury: the Trondheim MTBI follow-up study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2018;26(1):34.
 8. Puig J, Ellis MJ, Kornelsen J, Figley TD, Figley CR, Daunis IEP, Mutch WAC, Essig M. Magnetic Resonance Imaging Biomarkers of Brain Connectivity in Predicting Outcome after Mild Traumatic Brain Injury: A Systematic Review. *J Neurotrauma.* 2020;37(16):1761-1776.
 9. Hellewell SC, Nguyen VPB, Jayasena RN, Welton T, Grieve SM. Characteristic patterns of white matter tract injury in sport-related concussion: An image based meta-analysis. *Neuroimage Clin.* 2020;26:102253.
 10. Ebert SE, Jensen P, Ozenne B, Armand S, Svarer C, Stenbaek DS, Moeller K, Dyssegaard A, Thomsen G, Steinmetz J, Forchhammer BH, Knudsen GM, Pinborg LH. Molecular imaging of neuroinflammation in patients after mild traumatic brain injury: a longitudinal (123) I-CINDE single photon emission computed tomography study. *Eur J Neurol.* 2019;26(12):1426-1432.
 11. Vagnozzi R, Signoretti S, Cristofori L, Alessandrini F, Floris R, Isgro E, Ria A, Marziali S, Zoccatelli G, Tavazzi B, Del Bolgia F, Sorge R, Broglio SP, McIntosh TK, Lazzarino G. Assessment of metabolic brain damage and recovery following mild traumatic brain injury: a multicentre, proton magnetic resonance spectroscopic study in concussed patients. *Brain.* 2010;133(11):3232-3242.
 12. Biagianni B, Stocchetti N, Brambilla P, Van Vleet T. Brain dysfunction underlying prolonged post-concussive syndrome: A systematic review. *J Affect Disord.* 2020;262:71-76.
 13. Hossain I, Mohammadian M, Takala RSK, Tenovuo O, Lagerstedt L, Ala-Seppala H, Frantzen J, van Gils M, Hutchinson P, Katila AJ, Maanpaa HR, Menon DK, Newcombe VF, Tallus J, Hrusovsky K, Wilson DH, Blennow K, Sanchez JC, Zetterberg H, Posti JP. Early Levels of Glial Fibrillary Acidic Protein and Neurofilament Light Protein in Predicting the Outcome of Mild Traumatic Brain Injury. *J Neurotrauma.* 2019;36(10):1551-1560.
 14. Voormolen DC, Haagsma JA, Polinder S, Maas AIR, Steyerberg EW, Vulekovic P, Sewalt CA, Gravesteijn BY, Covic A, Andelic N, Plass AM, von Steinbuechel N. Post-Concussion Symptoms in Complicated vs. Uncomplicated Mild Traumatic Brain Injury Patients at Three and Six Months Post-Injury: Results from the CENTER-TBI Study. *J Clin Med.* 2019;8(11).
- Komplet referenceliste kan ses i den elektroniske udgave.



HOVEDBUDSKABER

1. Der er behov for aktiv indsats rettet mod symptomer, der varer mere end 4 uger efter hjernerystelse.
2. Tidlig intervention kan forebygge udvikling af langvarige symptomer.
3. Langvarige symptomer efter hjernerystelse kan give store udfordringer i hverdagen samt have sociale og erhvervsmæssige konsekvenser.



Del 3:

Værktøjskasse til funktionel lidelse





Værktøjskassen til funktionel lidelse præsenterer en række værktøjer, som den praktiserende læge kan benytte sig af i behandlingen af funktionel lidelse. Første værktøj finder du i Månedsskriftet April 2021

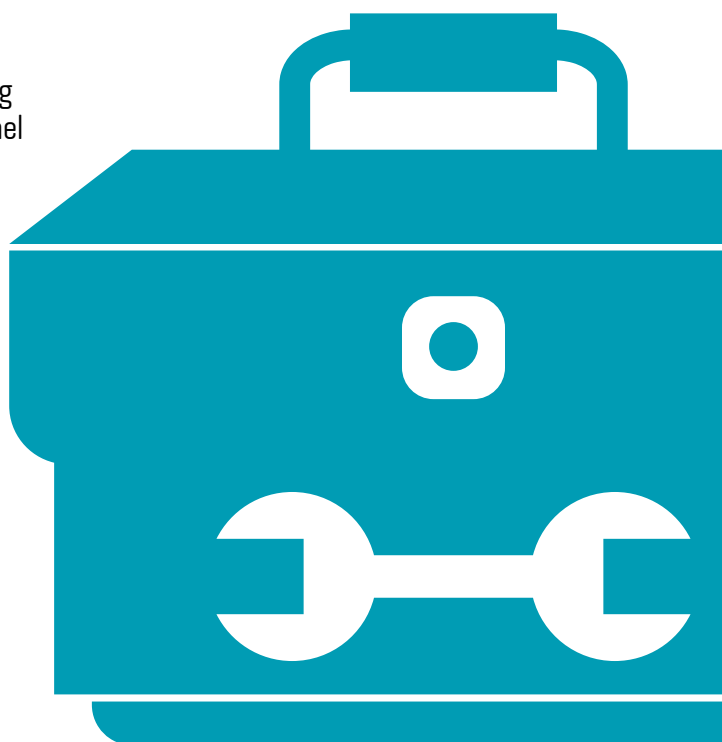
Værktøjskassen til funktionel lidelse 1

SYMPTOMOVERBLIK

Redskaber til håndtering og behandling af vedvarende symptomer og funktionel lidelse i almen praksis.

Af / Lene Toscano og Marianne Rosendal

Alle praktiserende læger møder patienter med symptomer og funktionel lidelse af varierende sværhedsgrad. De senere års forskning kombineret med afprøvning af forskellige redskaber i behandlingen har vist, at vi har gode muligheder for at hjælpe disse patienter – også inden for rammerne i almen praksis. I denne artikelserie præsenterer vi en række af disse redskaber. Tanken er, at du i løbet af det kommende år kan samle de redskaber, du finder brugbare, i din egen værktøjskasse.



Biografi / Lene H S Toscano er speciallæge i almen medicin og ledende overlæge på Center for Funktionelle Lidelser, Sygehus Lillebælt, Vejle.

Marianne Rosendal er speciallæge i almen medicin, tidligere praktiserende læge og ansat ved Funktionelle Lidelser, Aarhus Universitetshospital og Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus.



Du kan downloade og/eller printe redskaberne i A4-størrelse fra <https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-vaerktojskasser/>

Parallelt med udgivelsen af værktøjskassen udgiver Månedsskriftet artikelserien "Funktionel lidelse", hvor der går i dybden med forskellige temaer inden for dette felt. Du finder den første artikel i serien i Månedsskriftets udgivelse fra april 2021. Det kan være en god idé også at læse disse ar-

tikler for at få en bedre forståelse af, hvorfor de forskellige redskaber anbefales.

Case 1: Anne

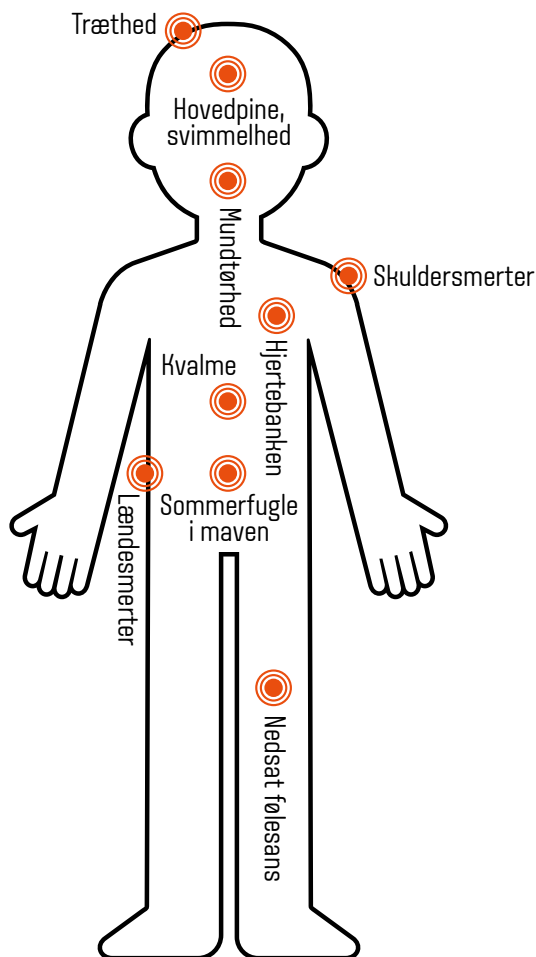
Anne er 43 år og er gennem det seneste ca. 1½ år blevet undersøgt i almen praksis flere gange. Hun har desuden været henvist til reumatologisk og neurologisk udredning, uden at man har fundet noget patologisk.

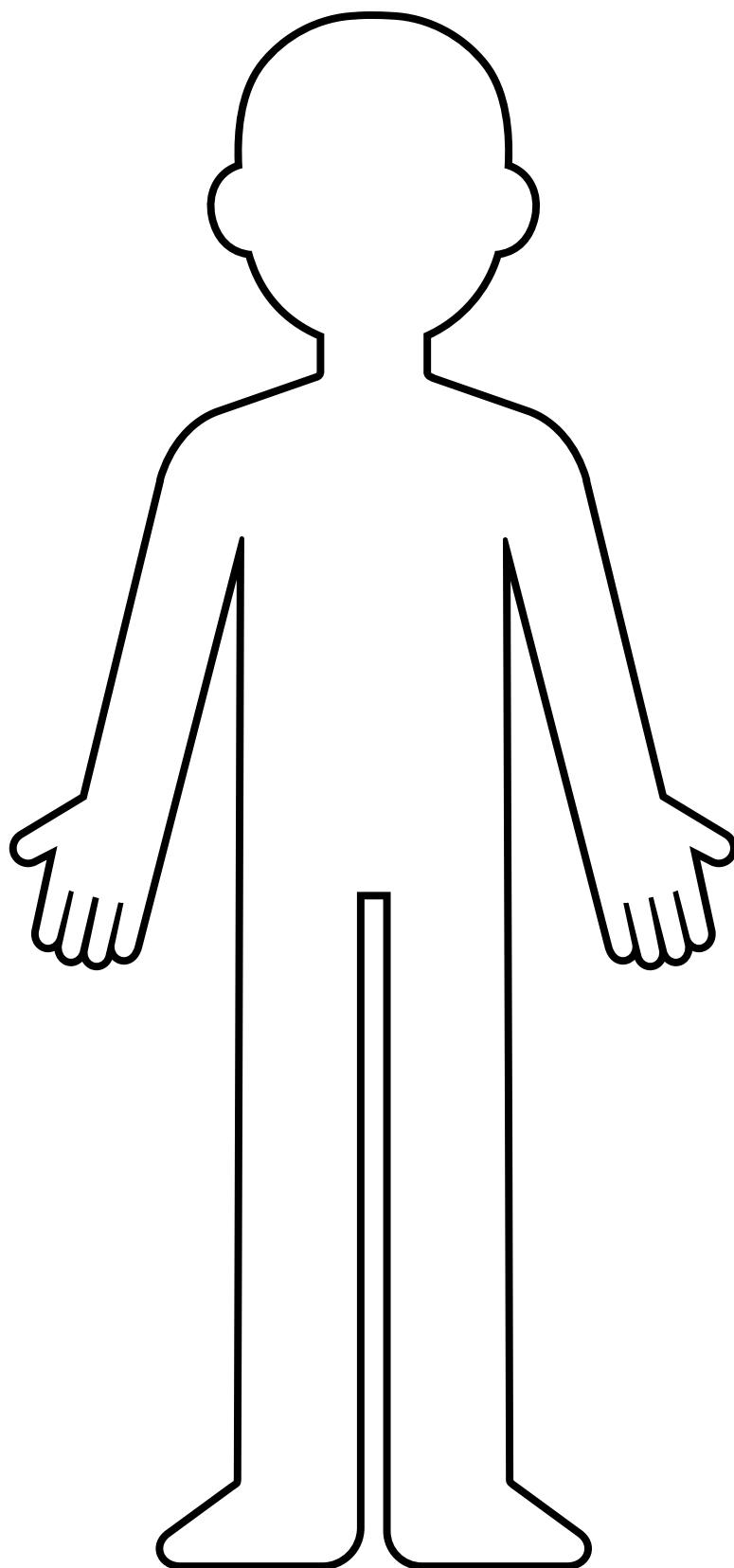
Anne henvender sig og fortæller om adskillige symptomer fra det meste af kroppen. Hun giver udtryk for, at hun har behov for at få en afklaring på tilstanden og en ordentlig undersøgelse, samt at hun tvivler på, om lægen tager hendes klager alvorligt.

Lægen afdækker, at der ikke er alarmsymptomer, som kræver akut intervention, og giver derefter Anne ret i, at det lyder, som om der er behov for en grundig gennemgang af alle symptomerne.

Lægen tager redskab 1 frem og præsenterer det for hende. Sammen markerer de nogle af symptomerne på tegningen, og lægen instruerer hende i, som hjemmearbejde, at udfylde figuren med alle de symptomer, som gennem de næste 2 uger er generende. Anne får en tid til opfølgning.

Ved den opfølgende konsultation er det gået op for Anne, at hun faktisk er overvældet af diffuse symptomer fra det meste af kroppen. Symptomerne flytter sig rundt og veksler meget i styrke. Nogle dage har hun haft så voldsomme smerter fra det ene ben, at hun næsten ikke kunne gå, mens hun andre dage slet ikke har haft gener fra benet, men derimod været overmandet af træthed og hovedpine. Symptomerne er vanskelige at afgrænse og kan i løbet af kort tid flytte sig fra et sted i kroppen til et andet.







Symptomerne passer med kriterierne for funktionel lidelse.

Lægen gennemgår de undersøgelser, som allerede er foretaget, og med udgangspunkt i Annes symptomer foretager lægen en grundig somatisk undersøgelse og vurderer på den baggrund, at der skal foretages enkelte parakliniske undersøgelser. Lægen fortæller, at hendes symptomer i høj grad passer på det mønster, man ser ved

ofte så mange signaler og symptomer fra forskellige steder i kroppen, at det kan være svært at få et overblik. Symptomerne vil typisk være diffuse, skiftende og flytte sig rundt i kroppen. Det kan være tidskrævende at få et overblik over alle symptomerne, og ofte vil patienten opleve, at lægen ikke lytter eller tager tilstanden alvorligt, når det ikke kan lade sig gøre at undersøge alle symptomer i løbet af én konsultation.

Når patienten får den hjemmeopgave at sætte navn og lokalisering på alle sine symptomer, bliver det nemmere både for lægen og for patienten at kigge på symptomerne udefra og forholde sig til dem som et samlet billede, samtidig med at det sparer tid i konsultationen. Lægen bliver også hjulpet til at få øje på evt. alarmsymptomer, som ellers nemt kan gemme sig i den store mængde af diffuse symptomer.

Hvis lægen har mistanke om, at der kan være tale om en funktionel lidelse, er det vigtigt at spørge ind til de typiske funktionelle symptomer, som fremgår af denne tabel:

Redskabet på forrige side er især velegnet tidligt i forløbet, hvor der er brug for at danne et overblik, og hvor

» Når patienten får som hjemmeopgave at sætte navn og lokalisering på alle sine symptomer, bliver det nemmere for både lægen og patienten at kigge på symptomerne udefra og forholde sig til dem som et samlet billede

funktionel lidelse, men at det er nødvendigt at foretage nogle yderligere undersøgelser, før man kan fastslå, at det netop er det, hun fejler.

Redskab 1: Symptomoverblik
Formål

Mennesker med funktionel lidelse har

Tabel 1 /

Almene symptomer	Symptomer fra mave og tarm	Symptomer fra hjerte og lunge	Symptomer fra bevægeapparatet
Koncentrationsbesvær	Mavesmerter	Hjertebanken eller uro i brystet	Smarter i arme eller ben
Hukommelsesbesvær	Hyppige, løse afføringer	Trykken for brystet	Muskelsmerter
Træthed	Oppustethed	Forpustethed uden anstrengelse	Ledsmerter
Hovedpine	Kvalme	Anfald af vejrtrækningsbesvær	Lammelse eller svaghedsfornemmelse
Svimmelhed	Opstød	Varm- eller koldsveden	Rygsmarter
	Halsbrand	Mundtørhed	Smarterne flytter sig fra sted til sted
			Dødhedsfornemmelse eller føleforstyrrelse

tegningen kan bruges som led i udredning og diagnostisk afklaring. Også hvis der stadig er tvivl om årsagen til patientens symptomer.

Instruktion til lægen

Bed patienten anføre alle sine symptomer inden for fx de sidste 2 uger på figuren på forrige side. Dette kan evt. suppleres med et tal 0-10, der angiver, hvor generende symptomet har været. Alternativt kan patienten sætte en ring om de mest generende symptomer.

Bemærk

Det kan være en voldsom oplevelse for patienten at blive konfronteret med alle symptomerne på én gang. Når man har mange forskellige og vekslende symptomer, er det ikke ualmindeligt, at man gradvist har udviklet en evne til at fortrænge, eller "glemme", hvor ondt det gør, eller hvor træt man er. Når man på denne måde får til opgave at se alle symptomerne i øjnene på én gang, kan det virke overvældende.

- Tænk på, hvilke symptomer du har haft i løbet af de seneste 2 uger eller læg mærke til dine symptomer de næste 2 uger.
- Skriv navnet på symptomerne, og noter hvor på kroppen, du mærkede det pågældende symptom.
- Du kan vælge at sætte en streg eller pil hen til det område på kroppen, hvor du mærkede fx smerte, føleforstyrrelser, svimmelhed, kvalme, træthed osv. Eller du kan vælge at skraverer eller farvelægge de områder i kroppen, hvor de forskellige symptomer sad.





Værktøjskassen til funktionel lidelse 2

ÅRSAGSSAMMENHÆNG

Redskaber til håndtering og behandling af vedvarende symptomer og funktionel lidelse i almen praksis.

Af / Lene Toscano og Marianne Rosendal

Alle praktiserende læger møder patienter med symptomer og funktionel lidelse af varierende sværhedsgrad. De senere års forskning kombineret med afprøvning af forskellige redskaber i behandlingen har vist, at vi har gode muligheder for at hjælpe disse patienter – også inden for rammerne i almen praksis. I denne artikelserie præsenterer vi en række af disse redskaber. Tanken er, at du i løbet af det kommende år kan samle de redskaber, du finder brugbare, i din egen værktøjskasse. Du kan downloade og/eller printe redska-

berne i A4-størrelse fra <https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-værktøjskasser/>

Parallelt med udgivelsen af værktøjskassen udgiver Månedsskriftet artikelserien "Funktionel lidelse", hvor der går i dybden med forskellige temaer inden for dette felt. Du finder den første artikel i serien i Månedsskriftets udgivelse fra april 2021. Det kan være en god idé også at læse disse artikler for at få en bedre forståelse af, hvorfor de forskellige redskaber anbefales.

.....

Biografi / Lene H S Toscano er speciallæge i almen medicin og ledende overlæge på Center for Funktionelle Lidelser, Sygehus Lillebælt, Vejle. Marianne Rosendal er speciallæge i almen medicin, tidligere praktiserende læge og ansat ved Funktionelle lidelser, Aarhus Universitetshospital og Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus.



Værktøjskassen til funktionel lidelse præsenterer en række værktøjer, som den praktiserende læge kan benytte sig af i behandlingen af funktionel lidelse. Første værktøj finder du i Månedsskriftet April 2021

Case Sofie

Sofie er 29 år og henvender sig, da hun har været nødt til at sygemelde sig fra sit arbejde. Hun har multiple fysiske symptomer, som er grundigt undersøgt, uden at man har kunnet finde en årsag. Hun føler sig stresset på arbejdet, fordi hun på grund af smerter, træthed og koncentrationsproblemer ikke kan overskue de arbejdsopgaver, hun normalt kan klare.

Sofie kan ikke forstå, hvorfor hun pludselig har fået det så dårligt. Hun har tidligere været højt præsterende og har kunnet klare de fleste udfordringer ved at tage sig sammen og knokle igennem. Hvis hun har haft smerter eller ubehag fra kroppen, har hun kunnet få det til at forsvinde ved at dyrke motion. Nu føler hun, at selv minimale udfordringer kan vælte hende omkuld, og at fysisk træning gør symptomerne værre.

Lægen forklarer sammenhængen mellem fysiske symptomer, sårbarhed, udløsende, vedligeholdende og forværende faktorer. Lægen udleverer redskab 2 og beder hende som hjemmearbejde overveje, hvilke faktorer der kan være relevante for hende. Under konsultationen åbnes der op for, at hun tidligere skulle være det stærke barn i en noget belastet familie, og at de fysiske symptomer opstod umiddelbart efter, at hun havde afbrudt forholdet til en voldelig kæreste.

Ved en opfølgende konsultation har Sofie udfyldt skemaet. Det viser sig, at

der var flere belastninger i opvæksten, bl.a. mobning og forældrenes komplicerede skilsmisse. Det viser sig også, at patienten er voldsomt presset på sit arbejde, dels på grund af ydre belastninger pga. et stor arbejdspress og dels på grund indre belastninger pga. frygt for ikke at være dygtig nok og en perfektionistisk tilgang til arbejdsopgaverne. Der er en enten-eller-tilgang til håndtering af symptomerne, hvor hun enten træner 2 timer i et center og kombinerer dette med løb på minimum 7 km eller slapper helt af i sofaen eller sengen i flere timer eller dage.

Redskabet åbner for en samtale om, at der muligvis ikke er én simpel





årsag til symptomerne og dermed heller ikke én simpel behandling, men at det er nødvendigt at blive bevidst om de forskellige faktorer og derefter arbejde med de faktorer, som kan ændres. Det bliver også tydeligt, at symptomerne ikke har enten en fysisk eller en psykisk årsag, men at der er tale om en bio-psyko-social sammenhæng, hvor sårbarhed fra barndom og opvækst, kombineret med en perfektionistisk personlighed, et uhensigtsmæssigt træningsmønster og længerevarende aktiveret stress-system spiller forskellige roller.

Figur 1/
MINE ÅRSAGER



Redskab 2: Årsagssammenhæng

Formål

Funktionelle lidelser er multifaktorielle og består af en kombination af biologiske, psykologiske, sociale, miljømæssige, kulturelle og andre faktorer. Sygdommen udvikles ofte på baggrund af en grundliggende sårbarhed kombineret med en eller flere udløsende begi-

venheder samt forskellige vedligeholdende og forværende faktorer.

Redskab 2 anvendes til at kortlægge de faktorer, som tilsammen kan have været medvirkende til udvikling af sygdom hos den enkelte. For patienten kan det være en øjenåbner at finde ud af, hvordan kombinationen af disse faktorer har ført til den nuværende tilstand samt hjælpe med at fokusere på de forhold, som kan ændres.

Instruktion til lægen

Her følger en beskrivelse af nogle af de faktorer, de tre "kasser" kan indeholde:

- **Risikofaktorer:** sårbarhed, som er opstået på et tidligt tidspunkt. Fx genetisk arv, social arv, sygdom, traumer, overgreb eller belastninger i den tidlige barndom og opvækst.
- **Udløsende faktorer:** fx et traume, en ulykke, anden sygdom, stress, fysisk eller psykologisk belastning.
- **Forstærkende og vedligeholdende faktorer:** fx vedvarende stress, angst, depression eller belastning. Konflikter med omgivelserne. Uuhensigtsmæssig tilgang til sygdommen i sundhedsvæsenet. Uuhensigtsmæssig sygdomsforståelse hos patienten og forkert håndtering af symptomer. Øget symptomproduktion pga. øget arousal og aktiveret sympatikus. Ændret opfattelse af smertesignaler med central og perifer sensibilisering.

Bemærk

I behandlingen af funktionelle lidelser arbejder man med at ændre de forstærkende og vedligeholdende faktorer. Risikofaktorer og udløsende faktorer er vigtige at kende for at kunne acceptere dem som vilkår og hændelser tidligere i livet, som ikke længere kan ændres.

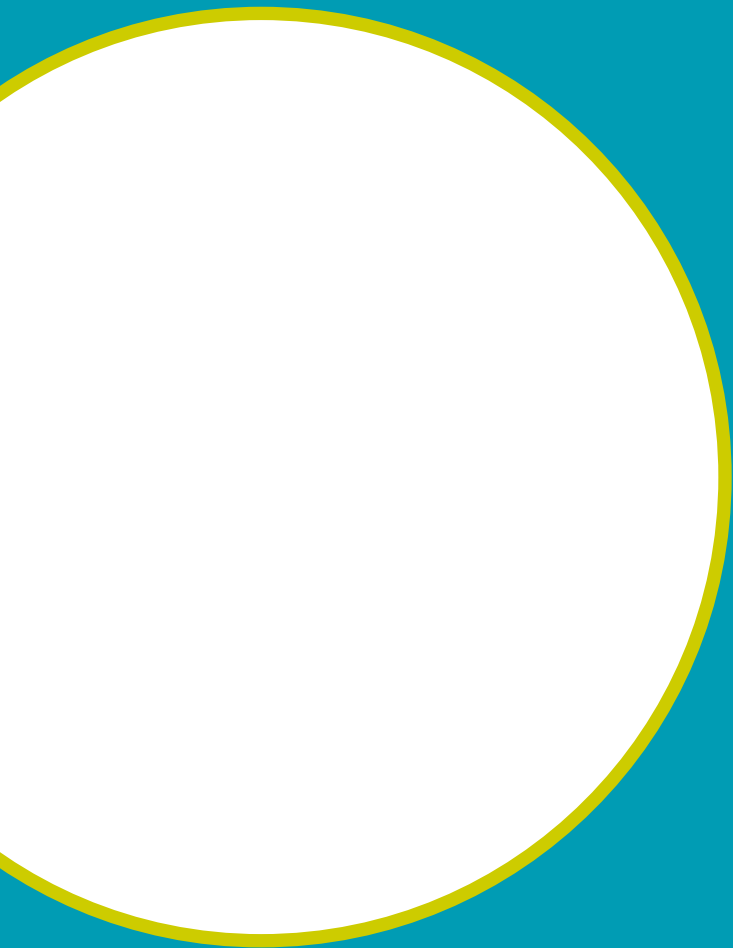


Risikofaktorer

Udløsende begivenhed

Vedligeholder og forstærker

Syg





Værktøjskassen til funktionel lidelse præsenterer en række værktøjer, som den praktiserende læge kan benytte sig af i behandlingen af funktionel lidelse. Første værktøj finder du i Månedsskriftet April 2021

Værktøjskassen til funktionel lidelse 3

UGESKEMA

Redskaber til håndtering og behandling af vedvarende symptomer og funktionel lidelse i almen praksis.

Af / Lene Toscano og Marianne Rosendal

Alle praktiserende læger møder patienter med symptomer og funktionel lidelse af varierende sværhedsgrad. De senere års forskning kombineret med afprøvning af forskellige redskaber i behandlingen har vist, at vi har gode muligheder for at hjælpe disse patienter – også inden for rammerne i almen praksis. I denne artikelserie præsenterer vi en række af disse redskaber. Tanken er, at du i løbet af et år fra april 2021 kan samle de redskaber, du finder brugbare, i din egen værktøjskasse. Du kan downloade og/eller printe redska-

berne i A4-størrelse fra <https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-værktøjskasser/>

Parallelt med udgivelsen af værktøjskassen udgiver Månedsskriftet artikelserien "Funktionel lidelse", hvor der går i dybden med forskellige temaer inden for dette felt. Du finder den første artikel i serien i Månedsskriftets udgivelse fra april 2021. Det kan være en god idé også at læse disse artikler for at få en bedre forståelse af, hvorfor de forskellige redskaber anbefales.

Biografi / Lene H S Toscano er speciallæge i almen medicin og ansat som overlæge på Afsnit for Funktionelle Lidelser, Vejle Sygehus. Marianne Rosendal er speciallæge i almen medicin, tidligere praktiserende læge og ansat ved Funktionelle lidelser, Aarhus Universitetshospital og Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus.



Case Kirsten

Kirsten er 61 år og arbejder som kontorassistent i en mindre virksomhed. Gennem de seneste 6 måneder har hun gennemgået flere forskellige undersøgelser pga. mavesmerter, følelse af at være oppustet, kvalme, sure opstød og vekslende afføring. Hun henvender sig, da hun efterhånden synes at situationen er uholdbar. Hun er begyndt at få smerter i lænden og hovedpine, hun sover dårligt om natten og er bekymret for, om hun kan blive ved med at klare arbejdet, hvis ikke hun snart får det bedre.

Lægen spørger ind til de mange symptomer, men det er vanskeligt at få et ordentligt overblik, da Kirsten tilsyneladende godt kan have nogle dage næsten uden symptomer, mens hun andre dage kan være sengeliggende.

Der er umiddelbart ikke nogle udefra kommende faktorer,

som forværrer symptomerne eller får dem til at blive bedre.

Lægen er i tvivl, om der skal foretages yderligere somatisk udredning og i hvilken rækkefølge evt. yderligere undersøgelser skal foretages. Kirsten bliver derfor bedt om at udfylde et ugeskema, hvor hun gennem en uge fire gange i døgnet skal notere, hvilke symptomer hun oplever, i hvilken grad de generer samt hvad hun lavede på det pågældende tidspunkt.

Da Kirsten kommer til den opfølgende konsultation, har hun medbragt ugeskemaet. Det viser sig, at der er en nøje sammenhæng mellem mavesmerter, sure opstød og løs afføring, når hun er på arbejde, og især når hun har følt sig presset. Dette ledsages ofte af, at hun drikker ekstra kaffe. I weekenden og på fridage, er symptomerne stort set væk.

Kirsten bliver overrasket over, hvor åbenlys sammenhængen er, og det motiverer hende til at tage en snak med sin arbejdsgiver, så arbejdsopgaverne bliver fordelt på en mere hensigtsmæssig måde.

Da der ikke er alarmsymptomer og tidligere undersøgelser har været normale, vælger lægen at se symptomerne an og ikke foretage yderligere somatisk udredning nu. Han giver Kirsten nogle redskaber til håndtering af funktionelle symptomer og aftaler en ny opfølgning med hende.

Redskab 3: Ugeskema

Formål

Et karakteristisk mønster ved funktionelle symptomer er, at de veksler meget over tid. Der kan være timer eller dage, hvor symptomerne er så voldsomme, at patienten er sengeliggende, mens der på andre tidspunkter kun er lette eller måske slet ingen symptomer. Funktionsniveauet kan på samme



måde svinge, så patienten fx på en god dag kan have et normalt eller ligefrem højt funktionsniveau og gennemføre mange arbejdsopgaver og fysisk belastende aktiviteter, mens patienten efterfølgende oplever, at der er ”en regning der skal betales” i form af et udtalt påvirket funktionsniveau, hvor patienten ikke er i stand til at udføre selvløse opgaver.

Når patienten udfylder et ugeskema, vil der somme tider optræde mønstre, hvor det bliver tydeligt, at der er nogle faktorer, som kan udløse, vedligeholde og forværre symptomerne, mens der er andre faktorer, som virker lindrende. Disse faktorer er vigtige at kende, når patienten skal hjælpes til at håndtere de funktionelle symptomer.

Ugeskemaet kan også bruges som led i en diagnostisk proces, hvor det kan blive mere tydeligt for lægen, om der er tale om et klassisk funktionelt mønster, eller om der er symptomer, som kræver yderligere somatisk udredning.

Endelig hjælper ugeskemaet både lægen og patienten med at lægge en del af udredningen og behandlingen

over på patientens banehalvdel. Det er en umulig opgave for lægen at gætte sig til, hvilke faktorer i patientens liv, der kan forværre de funktionelle symptomer. Men sammen med patienten kan lægen måske få øje på mønstre, som man kan arbejde videre med.

Instruktion til lægen

Ugeskemaet kan bruges til at undersøge, om der er et mønster i symptomerne. Måske får patienten det værre dagen efter fysisk aktivitet, samtidig med at patienten er stresset eller er sammen med bestemte mennesker? Måske mærkes lindring, når patienten går en tur i skoven, får tilstrækkeligt med søvn, strikker, synger eller laver andre aktiviteter, som vedkommende holder af?

Det er ikke sikkert, at der fremkommer et klart mønster, men for mange kan ugeskemaet være en øjenåbner og en vejviser til at tage skridt i den rigtige retning.

Udfyld gerne en enkelt dag med patienten i konsultationen (fx dagen i går), så patienten forstår instruktionen til redskabet.

Figur 1 / Eksempel på et udfyldt ugeskema

	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Formiddag	2 rolig formiddag	7 hasteopgave	5 mange opgaver	7 svær opgave	10 skal være færdig med opgave	8 uoplagt men går tur	0 brunch på cafe
Eftermiddag	2 rutineopgaver	10 meget travlt	5 har indhentet det meste	8 ekstra opgave	8 meget stresset	3 bager boller	1 gåtur i skoven
Aften	1 ser TV	10 går tidligt i seng	3 læser en bog	10 prøver at gå tur	8 får et glas vin	1 taler i telefon med datter	1 Film og TV
Nat	0 god nat	8 vågner fire gange	3 vågner 2 gange	2 vågner en gang	3 vågner en gang	0 sover godt	0 sover godt



For hvert notat skriver du et stikord om den situation, du var i.

Det kunne f.eks. være: i bussen, på arbejde, med familien, dagligdag...

Bemærk:

Nogle patienter kan opleve symptomforværring, når de bliver bedt om at være særligt opmærksom på deres symptomer. Det kan være hensigtsmæssigt at forberede patienten på det og samtidig understrege, at symptomregistreringen kun skal foretages i 1 eller 2 uger.

Sådan kan du bruge skemaet

Du kan enten registrere dine samlede symptomer eller udvælge ét symptom (fx smerte, træthed, svimmelhed), som du ønsker at undersøge.

Beslut dig for at gennemføre registreringen i en almindelig uge, hvor du laver de aktiviteter, som du normalt gør.

Udfyld skemaet 4 gange om dagen, så du registrerer, hvordan dine symptomer var om formiddagen, eftermiddagen, aftenen og om natten. Hvis du har sovet hele natten, har symptomerne været =0

Lav en vurdering af, hvor svære dine symptomer er på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er slet ingen symptomer og 10 er de værste symptomer, du kan forestille dig.

Skriv et par ord om, hvad du lavede på det pågældende tidspunkt, og hvem du evt. var sammen med.

Nogle har brug for at udfylde skemaet i 2 uger for at finde et mønster, for andre er 1 uge nok.

Nogle oplever, at deres symptomer forværres, når de bliver bedt om at lægge mærke til dem og skrive dem ned. Det er en vigtig observation, og det er ikke farligt, når registreringen kun foretages 1-2 uger.

Skemaet skal i første omgang bruges til at lede efter et mønster i dine symptomer, ikke til at gøre symptomerne mindre.

Andre oplever, at de bliver bedre til at håndtere symptomerne, når de har et system til at registrere dem 4 gange om dagen. For dem kan det være et element i behandlingen at fortsætte med at lave ugeskemaer som en fast del af hverdagen.

Husk: Det ene er ikke mere rigtigt end det andet. Det skal være en hjælp for dig.



Tabel 1 / Notér for hver dag og tid på dagen, hvor svære dine symptomer var

Ingen symptomer **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** **Værst tænkelige symptomer**
For hvert notat skriver du et stikord om den situation, du var i.
Det kunne f.eks. være: i bussen, på arbejde, med familien, dagligdag osv.

	Dato:	dag	Dato:	dag	Dato:	dag	Dato:	dag	Dato:	dag	Dato:
Formiddag											
Eftermiddag											
Aften											
Nat											



Værktøjskassen til funktionel lidelse 4

LIVSLINJEN

Redskaber til håndtering og behandling af vedvarende symptomer og funktionel lidelse i almen praksis.

Af / Lene Toscano og Marianne Rosendal

Alle praktiserende læger møder patienter med symptomer og funktionel lidelse af varierende sværhedsgrad. De senere års forskning kombineret med afprøvning af forskellige redskaber i behandlingen har vist, at vi har gode muligheder for at hjælpe disse patienter – også inden for rammerne i almen praksis. I denne artikelserie præsenterer vi en række af disse redskaber. Tanken er, at du i løbet af det kommende år kan samle de redskaber, du finder brugbare, i din egen værktøjskasse. Du kan downloade og/eller printe redskaberne i A4-størrelse fra <https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-værktøjskassen>

Parallelt med udgivelsen af værktøjskassen udgiver Månedsskriftet artikelserien "Funktionel lidelse", hvor der går i dybden med forskellige temaer inden for dette felt. Du finder den første artikel i serien i Månedsskriftets udgivelse fra april 2021. Det kan være en god idé også at læse disse artikler for at få en bedre forståelse af, hvorfor de forskellige redskaber anbefales. [Vi gør opmærksom på, at Sundhedsstyrelsen har udgivet et hæfte til almen praksis, som også inkluderer værktøjerne og beskriver det mere uddybende.

Biografi / Lene H S Toscano er speciallæge i almen medicin og ledende overlæge på Center for Funktionelle Lidelser, Sygehus Lillebælt, Vejle. Marianne Rosendal er speciallæge i almen medicin, tidligere praktiserende læge og ansat ved Funktionelle lidelser, Aarhus Universitetshospital og Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus.



Værktøjsskassen til funktionel lidelse præsenterer en række værktøjer, som den praktiserende læge kan benytte sig af i behandlingen af funktionel lidelse. Første værktøj finder du i Månedsskriftet april 2021

Dette er redskab nr. 4 af 13.

Case Anders

Anders er 45 år, ingeniør, gift og har 3 hjemmeboende børn. Han har ikke haft væsentlige helbredsmæssige problemer indtil for ca. 2 år siden, hvor han blev påkørt med lav fart bagfra i sin bil. Umiddelbart skete der ingen skader på Anders, han blev undersøgt på skadestuen og genoptog sit arbejde dagen efter. Bilen fik en mindre bule.

Siden påkørslen har Anders gradvist fået tiltagende hovedpine og nakkesmerter, som med tiden har bredt sig ud i resten af kroppen. Han har nu smerter i næsten alle muskler og led samt bl.a. træthed, koncentrationsbesvær, dårlig hukommelse, svimmelhed, hjertebanken, tendens til åndenød i hvile, irritabilitet og overfølsomhed over for lyd og lys. Han har kæmpet hårdt for at passe sit arbejde, men der har været tiltagende sygedage, og for 3 måneder siden er han blevet fuldtids-sygemeldt.

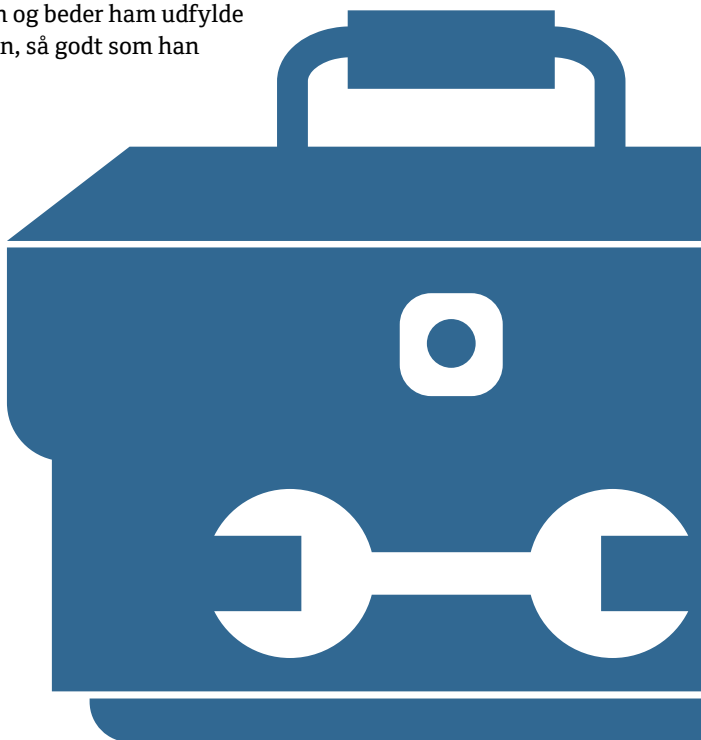
Anders er blevet grundigt undersøgt, først i offentligt og siden i privat regi. Han har forsøgt behandling ved fysioterapeut og kiropraktor samt forskellig medicinsk behandling, alt sammen uden blivende effekt.

Anders er efterhånden ved at være desperat. Han regner med, at han snart bliver fyret, da det ikke er realistisk for ham at passe et krævende arbejde. Han er bekymret for økonomien, fami-

lien og fremtiden. Anders har selv en oplevelse af, at alt stort set var perfekt indtil ulykken ramte.

Lægen forklarer, at kroppen kan komme i en langvarig tilstand, hvor man har mange fysiske symptomer, som påvirker funktionsniveauet, og at Anders symptomer passer med det, man ser ved en funktionel lidelse. Ofte er den udløsende begivenhed kun en enkelt brik i et komplekst puslespil, som det kan være hensigtsmæssigt at få samlet.

Lægen introducerer livslinjen og beder ham udfylde den, så godt som han





kan. Samtidig vil lægen gennemgå hele journalen og forberede sig på en grundig gennemgang, når de mødes næste gang.

Det viser sig, at Anders som barn er blevet udredt pga. mavesmerter. Som nyuddannet var han gennem en reumatologisk udredning pga. led- og muskelsmerter, og et par år senere blev han udredt neurologisk pga. svimmelhed. Der blev aldrig fundet årsager til symptomerne, som forsvandt spontant.

Anders fortæller, at han er opvokset i en almindelig familie med en far, som var selvstændig, en mor som arbejdede på kontor og en lillebror. Anders var dygtig i skolen og dyrkede meget idræt, især håndbold. Barndommen var præget af, at faren drak rigeligt og jævnligt var opfarende og truende over for sin hustru og somme tider også over for børnene. Anders følte et stort ansvar for at passe på sin mor og lillebror.

Det har altid været vigtigt for Anders at klare sig godt og være en god far. Han er perfektionistisk og god til at overskride sine egne grænser. Han er vellidt og god til at aflæse, hvordan andre har det. Som nyuddannet fik han afslag på nogle jobansøgninger, hvilket gik ham meget på, samtidig blev han forladt af en ex-kæreste og umiddelbart herefter begyndte han at få diffuse smerter.

Senere fandt han sammen med sin nuværende ægtefælle. Deres første barn er født 5 uger for tidligt, og nogle måneder efter fødslen begyndte Anders at blive svimmel. Han frygtede at have sklerose, men efter en grundig neurologisk udredning slap han denne frygt, og svimmelheden forsvandt igen.

Det går op for Anders, at han har

haft en tendens til at få fysiske symptomer ved forskellige former for belastning. Ved påkørslen for 2 år siden var han en del af en kiggekø, hvor der i den modsatte kørebane var et voldsomt uheld med 2 døde og et barn, som kom svært til skade. I lang tid efter havde han mareridt og frygtede at køre bil. Kort tid før påkørslen havde han fået et nyt job med et lederansvar. Det var meget vigtigt for ham ikke at tabe ansigt og virke svag over for de nye kolleger. Samtidig var han presset på hjemmefronten pga. forskellige konflikter, og kort tid efter påkørslen blev hans far diagnosticeret med demens.

Livslinjen åbner for, at Anders sammen med lægen kan se symptomerne i en større sammenhæng.

Redskab 4: Livslinje

Formål:

Hvis en patient har været syg længe, kan det være godt at gennemgå hele sygdoms- og livsforløbet fx på en livslinje. Hvis der har været en oplagt udløsende faktor i sygdomsforløbet, er der en risiko for, at både patient, læge og resten af sundhedsvæsenet kan komme til at fokusere på denne faktor og overse andre vigtige forhold. Livslinjen kan være en hjælp til at se sygdomsforløbet i et bredere perspektiv.

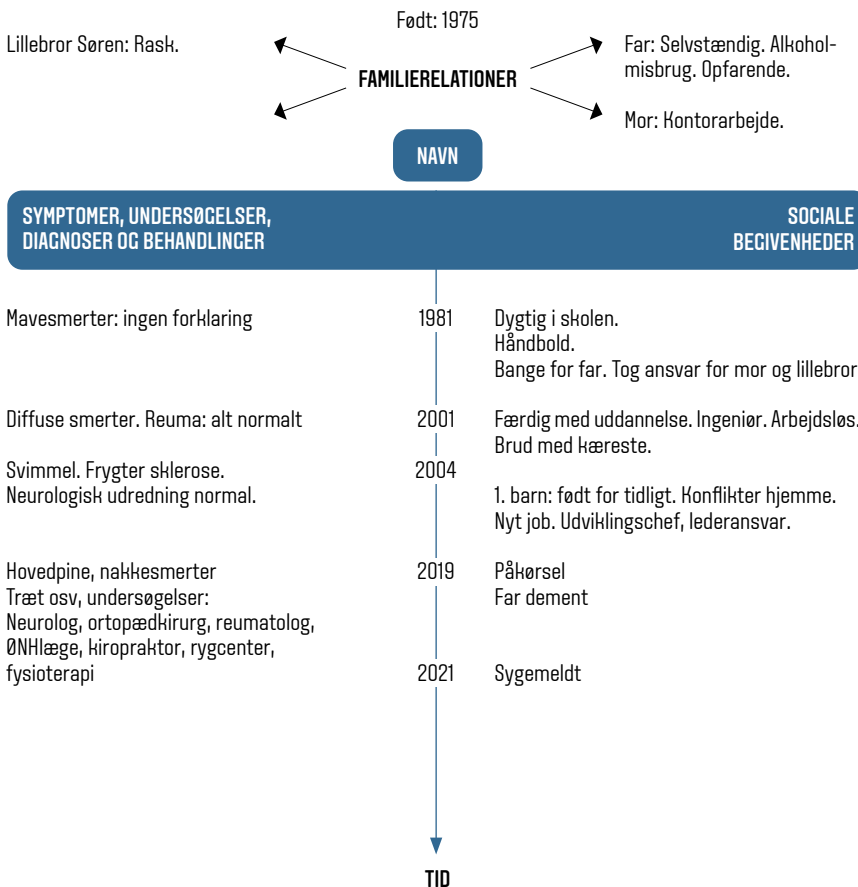
I mange tilfælde kan denne gennemgang bidrage til at både læge og patient får øje på nye mønstre.

Har patienten tidligere reageret med fysiske symptomer ved forskellige former for belastning?

Har der været længerevarende belastninger, som patienten har undladt at reagere på, og hvor man kan se symptomerne som et udtryk for, at kroppen nu siger fra?

Mange patienter med funktionelle

Figur 1/
MIN LIVSLINJE



lidelser har haft en tendens til at overskride egne grænser og været gode til at arbejde sig ud af modgang. Men nu står de i en situation, hvor deres velkendte metoder til håndtering af problemer ikke længere virker.

Instruktion til lægen:

- Øverst noteres familierelationer: Forældre og søskende, og om de har eller har haft sygdomme.
- I midten noteres relevante årstal.
- I venstre side noteres symptomer, undersøgelser, diagnoser og behandlinger. Her kan gennemgang af journalen give væsentlige input.

Det er ikke usædvanligt, at patienter kan glemme sygdomsperioder og udredningsforløb.

- I højre side noteres væsentlige begivenheder som fx skolestart, uddannelse, jobskifte, flytning, ægteskab, børnefødsler, stress, dødsfald, konflikter i familien, skilsmisse, mobning, økonomiske problemer mm.

Bemærk:

For nogen kan livslinjen være et vigtigt skridt hen imod at finde nogle mønstre, som kan tages med videre i forståelsen og behandlingen af sygdommen og symptomerne.

**Sådan kan du bruge skemaet**

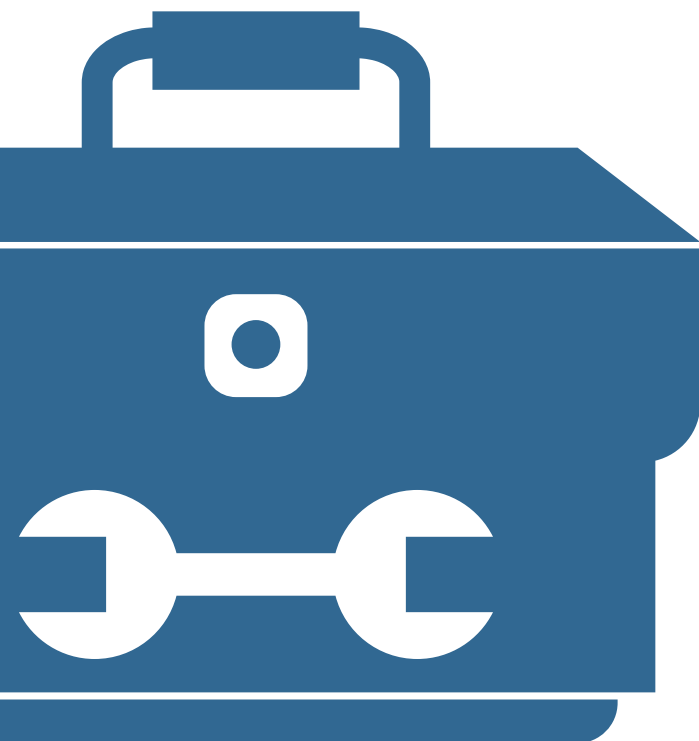
Øverst beskriver du dine familierelationer: Dine forældre og søskende samt om de har eller har haft sygdomme. Du må også gerne notere andre ting, som kan være væsentlige, fx deres uddannelse, arbejde, familieforhold, pension, misbrug, skilsmisse eller andet relevant. Sæt gerne et par ord på hver af dem: hvordan vil du beskrive dem?

I midten skriver du relevante årstal: Start med dit fødselsår.

Udfyld venstre side, som handler om dine symptomer, undersøgelser, diagnoser og behandlinger. Tænk hele dit liv igennem: Har du fået fortalt, at der var problemer omkring din fødsel? Havde du smerter eller sygdom i barndommen? Hvornår oplevede du første gang symptomer, som fik dig til at søge læge? Hvordan blev du undersøgt? Fik

du behandling? Har symptomerne været forsvundet i en eller flere perioder og er kommet tilbage? Noter i stikordsform så mange oplysninger som muligt. Ud for hver væsentlig begivenhed skriver du det pågældende årstal på den blå linje i midten.

Udfyld derefter højre side. Her skal du notere hvilke andre begivenheder, der har været i dit liv. Skriv først 'almindelige' forhold som evt. børnehave, skolestart, uddannelse, jobskifte, flytning, kærester og evt. ægteskab, børn osv. Noter derefter andre væsentlige begivenheder, som har gjort indtryk på dig. Det kan fx være arbejdsmæssigt stress, dødsfald, konflikter i familien, skilsmisse, mobning, økonomiske problemer mm. Igen skriver du de pågældende årstal på den blå linje.





NAVN

SYMPTOMER, UNDERSØGELSER,
DIAGNOSER OG BEHANDLINGER

SOCIALE
BEGIVENHEDER



TID



Værktøjskassen til funktionel lidelse 5

FILTERMODEL

Redskaber til håndtering og behandling af vedvarende symptomer og funktionel lidelse i almen praksis.

Af / Lene Toscano og Marianne Rosendal

Alle praktiserende læger møder patienter med symptomer og funktionel lidelse af varierende sværhedsgrad. De senere års forskning kombineret med afprøvning af forskellige redskaber i behandlingen har vist, at vi har gode muligheder for at hjælpe disse patienter – også inden for rammerne i almen praksis. I denne artikelserie præsenterer vi en række af disse redskaber. Tanken er, at du i løbet af et år fra april 2021 kan samle de redskaber, du finder brugbare, i din egen værktøjskasse. Du kan downloade og/eller printe redskaberne i A4-størrelse fra [https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel lidelse-værktøjskasser/](https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-værktøjskasser/)



Parallelt med udgivelsen af værktøjskassen udgiver Månedsskriftet artikelserien "Funktionel lidelse", hvor der går i dybden med forskellige temaer inden for dette felt. Du finder den første artikel i serien i Månedsskriftets udgivelse fra april 2021. Det kan være en god idé også at læse disse artikler for at få en bedre forståelse af, hvorfor de forskellige redskaber anbefales.

Case Louise

Louise er 32 år, bor alene, har ingen børn og arbejder som sygeplejerske. Gennem de senere år har hun været generet af diffuse og multiple symptomer fra det meste af kroppen. Symptomer-

Biografi / Lene H S Toscano er speciallæge i almen medicin og ledende overlæge på Center for Funktionelle Lidelser, Sygehus Lillebælt, Vejle. Marianne Rosendal er speciallæge i almen medicin, tidligere praktiserende læge og nu ansat ved Funktionelle lidelser, Aarhus Universitetshospital og Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus.



Værktøjskassen til funktionel lidelse præsenterer en række værktøjer, som den praktiserende læge kan benytte sig af i behandlingen af funktionel lidelse. Første værktøj finder du i Månedsskriftet april 2021

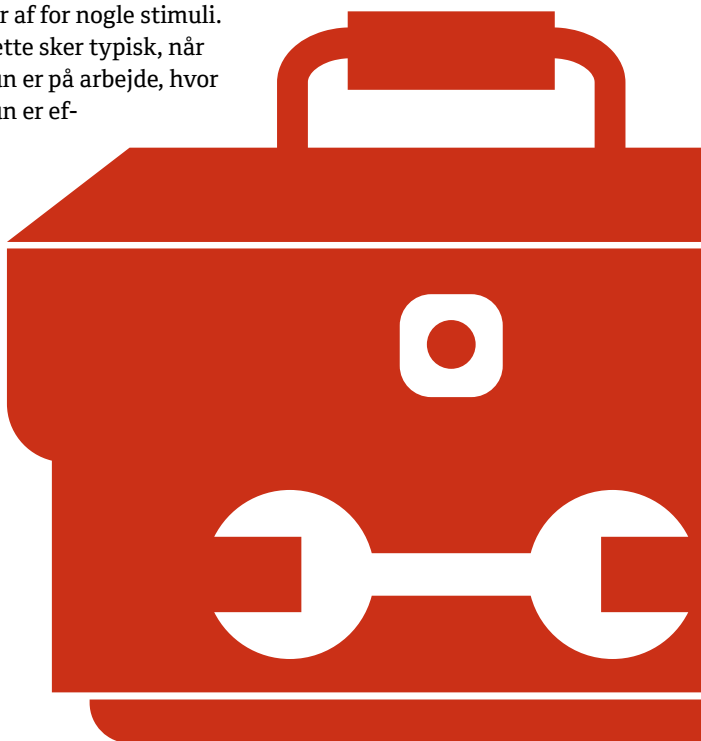
ne forværres af forskellige former for stimuli som fx bevægelse, lyd, lys, lugte og sociale sammenhænge. Hun har gennem de senere år i tiltagende grad forsøgt at undgå de stimuli, som forværrer hendes symptomer. Denne adfærd har bevirket, at hun efterhånden har trukket sig fra mange sociale sammenhænge, og for et par måneder siden har hun valgt at gå ned i arbejdstid.

Louise er blevet grundigt udredt, alle undersøgelser har været normale. Hun har lavet ugeskema, symptomoverblik og livsline (skema 1, 3 og 4), og det står klart, at der er tale om en funktionel lidelse.

Lægen forklarer, at hjernen og nervesystemet har en filterfunktion, som både kan filtrere ubetydelige signaler fra og forstærke de signaler, som hjernen vurderer kan være farlige. Somme tider kan nervesystemet begynde at overfortolke signaler, som vi ikke behøver forholde os til. Andre gange kan det undertrykke signaler, som vi egentlig burde reagere på. Ved en funktionel lidelse vil man ofte opleve, at denne filterfunktion ikke fungerer helt, som den skal. Lægen inviterer

Louise til at undersøge, hvordan hendes hjerne filtrerer forskellige symptomer og giver hende skema 5 med hjem.

Louise vender efter et par uger tilbage og medbringer 2 detaljerede tegninger. På den ene tegning har hun noteret, at hun somme tider lukker af for nogle stimuli. Dette sker typisk, når hun er på arbejde, hvor hun er ef-





fektiv og pligtopfyldende. Her kan hun klare mange arbejdsopgaver, og hun glemmer ofte fx at spise, drikke og gå på toiletet i arbejdstiden. Hun lægger

» Det er vigtigt både at have fokus på signaler, patienten er blevet særlig sensitiv overfor, og på signaler, patienten overhører og måske har vænnet sig til at overhøre gennem længere tid

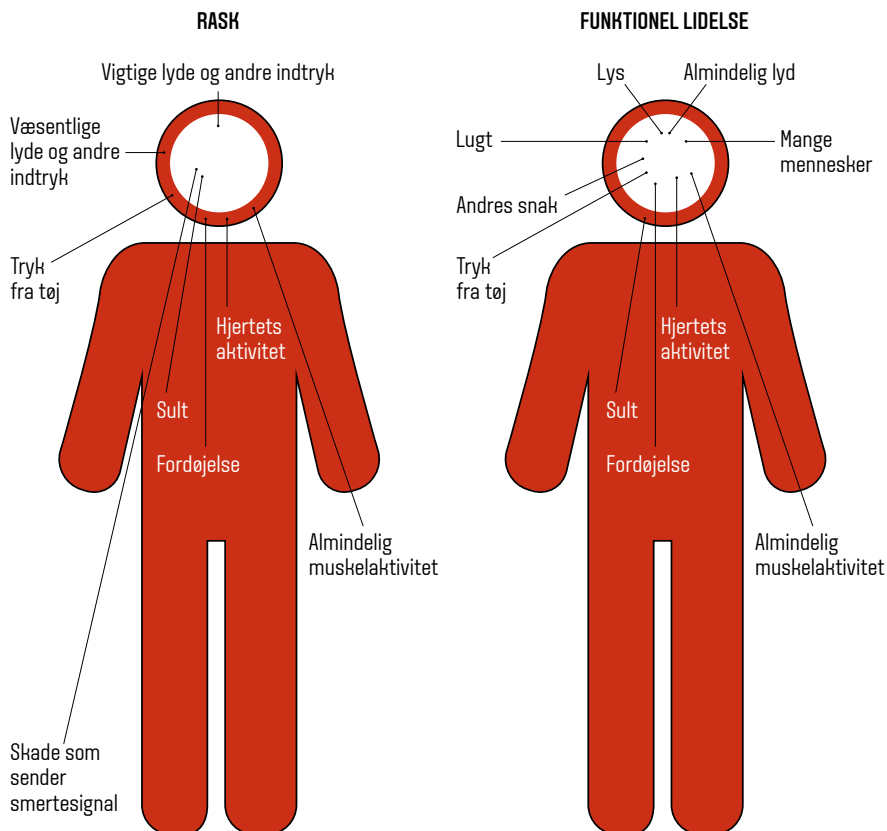
heller ikke mærke til, om hun er træt eller overbelaster sig selv. Et par gange er det sket, at hendes kolleger har min-

det hende om, at hun skal huske at holde pause og bruge de nødvendige hjælpemidler ved tunge patienter.

Når hun har fri, bliver hun ofte overmandet af træthed, smerter i kroppen, kvalme, svimmelhed og en overfølsomhed som gør, at hun ikke kan holde ud fx at mødes med venner på en café eller dyrke motion i et center, hvilket hun tidligere har været glad for. Hun har det bedst, når hun er alene, helst i sin seng med lyset slukket og uden lyde.

Louise bliver opmærksom på, at hendes filterfunktion enten filtrerer for meget eller for lidt, og at den kan skif-

Redskab 5 /
Filtermodel



te i løbet af meget kort tid. Det gør hende bevidst om, at det er vigtigt at hun over sig i at tage signaler som fx sult og tørst mere alvorligt og reagere på dem. Det gør hende samtidig interesseret i at lære teknikker, som kan normalisere filterfunktionen.

Formål

Hjernen bliver konstant bombarderet med signaler både fra kroppen og fra omgivelserne. Under normale omstændigheder kan hjernen lukke af for ubetydelige signaler og forstærke vigtige signaler, som man bør reagere på.

Filterfunktionen kan ændre sig efter forholdene. Det er et kendt fænomen, at bare tanken om lus, kan få det til at klø i håret, og det er et lige så velkendt fænomen, at mennesker som fx er involveret i en voldsom ulykke kan lukke helt af for fx stærk smerte.

Ved funktionel lidelse er denne filterfunktion ofte påvirket på en måde, så filterfunktionen fungerer dårligt. Mange patienter oplever det som om, de er blevet mere følsomme eller sensitive for helt almindelige sanseindtryk. Samtidig vil der ofte være en nedsat eller forsinket følsomhed over for andre stimuli.

Et typisk mønster kan fx være en patient, som glemmer at spise, drikke og gå på toilettet, fordi vedkommende ikke oplever sult, tørst eller vandladningstrang. Samtidig kan almindelige lyde, berøring og fysisk anstrengelse udløse multiple fysiske symptomer.

Formålet med denne figur er, at patienten bliver mere bevidst om, hvordan filterfunktionen fungerer. Patienterne er ofte slet ikke bevidste om, at de kan være gode til i lang tid at overhøre signaler, som de måske burde reagere på lidt før.

Nogle kan være bekymrede for, om

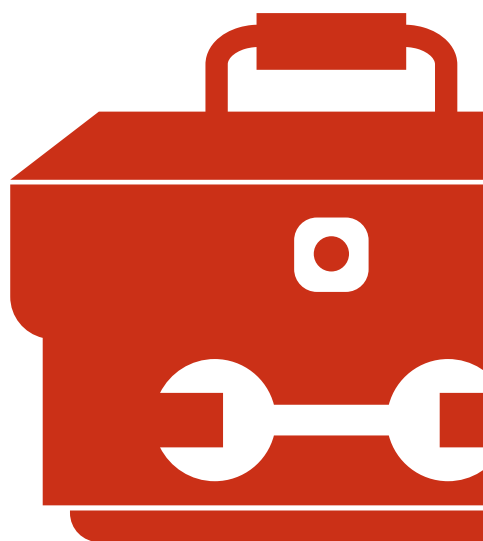
somatisk sygdom er overset, når de oplever voldsomme symptomer. Men når de bliver bevidste om, at symptomerne i mange situationer er et udtryk for en dysfunktionel filterfunktion, vil det dels medføre beroligelse, dels hjælpe patienten til at forstå sin sygdom lidt bedre.

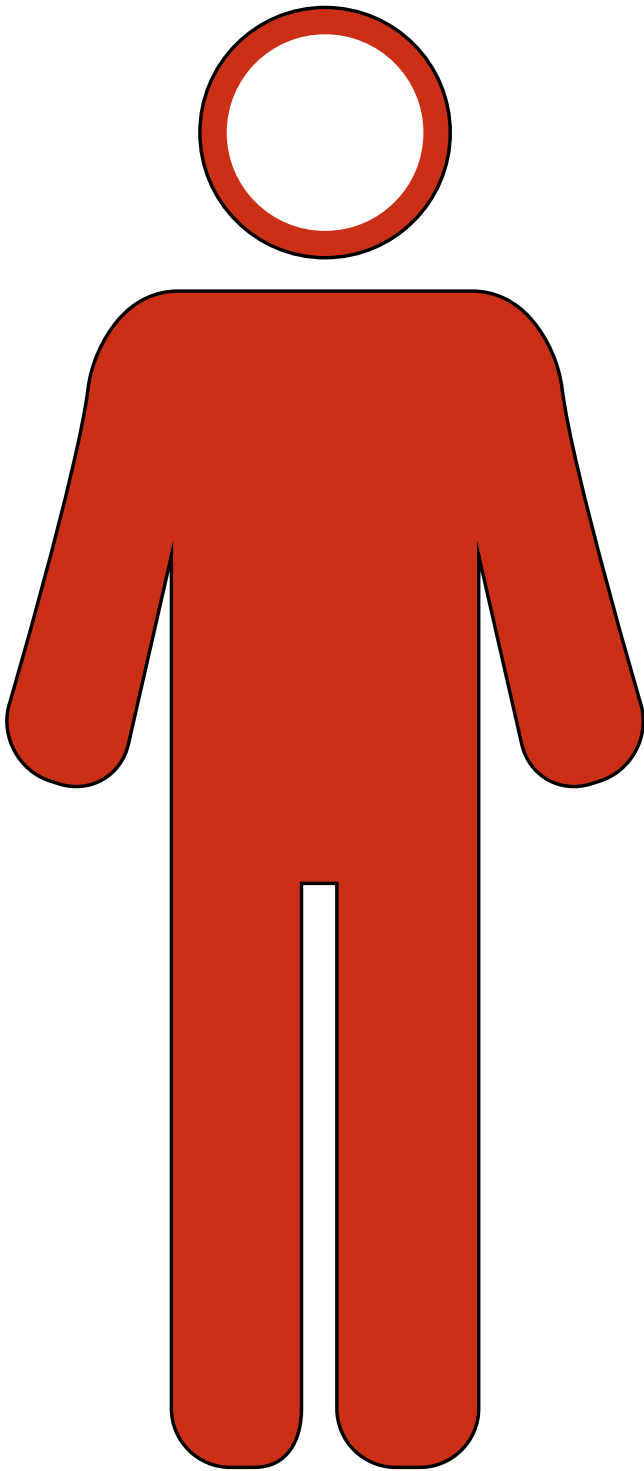
Instruktion til lægen

Det er vigtigt både at have fokus på signaler, patienten er blevet særlig sensitiv overfor, og på signaler, patienten overhører og måske har vænnet sig til at overhøre gennem længere tid. Det giver mulighed for at træne sin opmærksomhed på basale behov og dermed en aktiv handling samtidig med, at det skaber forståelse for, at den ændrede filterfunktion medvirker til, at kroppen larmer mere end normalt.

Bemærk:

For nogle bliver det tydeligt med denne figur, hvor meget deres hjerne er på overarbejde. Det gør det nemmere at forstå, hvorfor der ofte tilstøder træthed og koncentrations- og hukommelsesproblemer.







Værktøjskassen til funktionel lidelse præsenterer en række værktøjer, som den praktiserende læge kan benytte sig af i behandlingen af funktionel lidelse. Første værktøj finder du i Månedsskriftet april 2021

Værktøjskassen til funktionel lidelse 6

OVERBELASTNING OG SAMMENBRUD

Redskaber til håndtering og behandling af vedvarende symptomer og funktionel lidelse i almen praksis

Af / Lene Toscano og Marianne Rosendal

Alle praktiserende læger møder patienter med symptomer og funktionel lidelse af varierende sværhedsgrad. De senere års forskning kombineret med afprøvning af forskellige redskaber i behandlingen har vist, at vi har gode muligheder for at hjælpe disse patienter – også inden for rammerne i almen praksis. I denne artikelserie præsenterer vi en række af disse redskaber. Tanken er, at du i løbet af det kommende år kan samle de redskaber, du finder brugbare, i din egen værktøjskasse. Du kan downloade og/eller printe redska-

berne i A4-størrelse fra <https://www.manedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-værktøjskasser/>

Parallelt med udgivelsen af værktøjskassen udgiver Månedsskriftet artikelserien "Funktionel lidelse", hvor der går i dybden med forskellige temaer inden for dette felt. Du finder den første artikel i serien i Månedsskriftets udgivelse fra april 2021. Det kan være en god idé også at læse disse artikler for at få en bedre forståelse af, hvorfor de forskellige redskaber anbefales. Dette er redskab nr. 6.

Biografi / Lene H S Toscano er speciallæge i almen medicin og ledende overlæge på Center for Funktionelle Lidelser, Sygehus Lillebælt, Vejle. Marianne Rosendal er speciallæge i almen medicin, tidligere praktiserende læge og nu ansat ved Funktionelle Lidelser, Aarhus Universitetshospital og Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus.

**Case: Lukas**

Lukas er 19 år, bor sammen med sine forældre og går i 3.g. Han har to ældre brødre, som er flyttet hjemmefra. Familien er generelt velfungerende, og han har kun haft kontakt til sundhedsvæsenet i form af skadestuebesøg, børnevaccinationer og et par enkelte infektioner.

For tre måneder siden væltede han på sin cykel og slog hovedet i asfalten. Han blev umiddelbart svimmel og fik smerter i hoved og nakke, men han var ikke besvimmel. En kammerat trak cyklen for ham og fulgte ham hjem. Om aftenen fik han kvalme og en enkelt opkastning. Forældrene kørte ham på skadestuen, hvor han blev vurderet, og pga. smerter i nakken blev der foretaget en CT-skanning af cerebrum og columna cervicalis, hvor der blev fundet normale forhold.

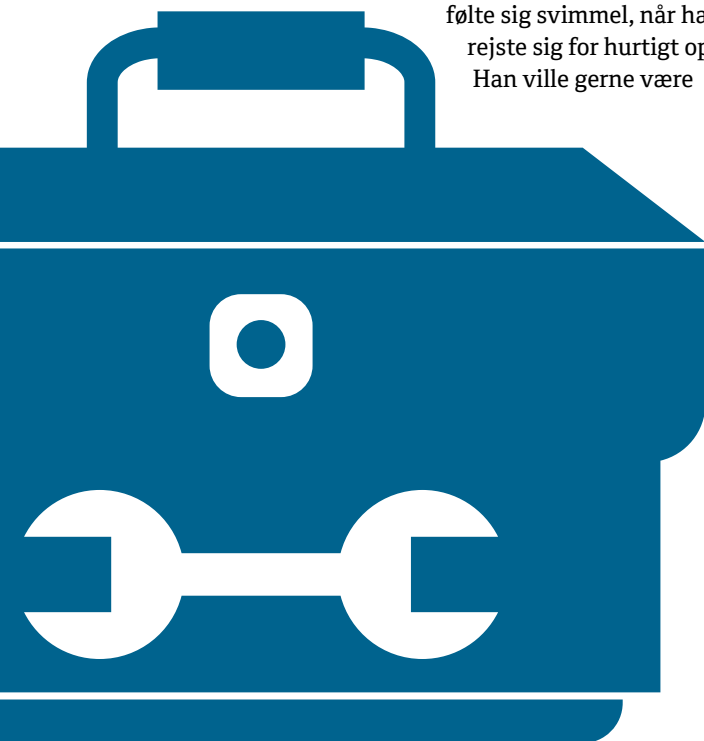
Lukas blev hjemme i en uge. Han havde hovedpine, kvalme og følte sig svimmel, når han rejste sig for hurtigt op. Han ville gerne være

gået i gang med fodboldtræning efter tre dage, men hans forældre mente, at han skulle blive hjemme og passe på sig selv. Efter en uge gik han i gang med sine almindelige aktiviteter igen.

Han henvender sig nu, tre måneder efter han væltede, til lægen sammen med sin mor. Mor er bekymret, og Lukas er tiltagende frustreret.

Siden cykelstyrtet er tilstanden blevet gradvist værre. Lukas har fået tiltagende hovedpine, er blevet lyd- og lysoverfølsom, har fået kvalme og er især plaget af træthed og problemer med hukommelsen. Han forsøger at følge med i gymnasiet, men han har flere og flere dage, hvor han må blive hjemme. Der har desuden været afleveringer, hvor han har måttet bede om ekstra tid, hvilket er begyndt at stresse ham, da han efterhånden har en ophobning af opgaver foran sig. Nogle dage har han det godt, kan spille fodbold, gå til fester og følge med i timerne, men de gode dage er blevet sjældnere, og de dårlige dage, hvor han ligger i sengen for nedrullede gardiner er blevet hyppigere.

Det viser sig, at Lukas er gået i gang med at udvikle et klassisk mønster med overbelastning og efterfølgende sammenbrud. Han har gennem det meste af livet været vant til at kæmpe for at opnå det han ville. Han har haft slåskampe med de to ældre brødre og været god til ikke at give op, selvom noget gjorde ondt. Han er dygtig til fodboldt og spiller på førsteholdet. Fagligt har han også været vant til at klare sig godt. Da Lukas gik i gang med sport og skole efter hjernerystelsen havde han dels en stor opgave, som han var kommet lidt bagud med efter at have ligget i sengen i en uge, og dels skulle han spille en vigtig fodboldkamp. Få dage senere fik han voldsom hovedpine, men der var en meget vig-



tig fest, som han absolut ikke ville gå glip af, så han fortalte ikke sine forældre, hvor dårligt han havde det.

Efter en uge i skole blev han nødt til at blive hjemme et par dage. Han var meget omhyggelig med at ligge stille i sengen, og efter tre dage regnede han med, at hovedet havde fået så meget ro, at han kunne gå i gang igen. Og siden har han haft skiftevis dage, hvor han har været aktiv og haft det godt, efterfulgt af dage i sengen.

Lægen forklarer Lukas om dette klassiske mønster og giver ham skemaet med Overbelastning og Sammenbrud med hjem for at hjælpe ham med at få øje på mønstret.

Lukas har svært ved at acceptere, at han både skal undgå overbelastningen og det efterfølgende sammenbrud. Men han kan godt se, at den strategi han hidtil har brugt ikke har gjort ham rask. Tværtimod er det tydeligt, at han har fået det dårligere og dårligere, og han accepterer modvilligt, at han nok bliver nødt til at gøre noget andet end det, der falder ham naturligt.

Det bliver tydeligt, at han overbelastes, når han spiller fodbold, laver store afleveringer til langt ud på natten og går til fester, hvor han kommer sent i seng. Sammen med lægen finder Lukas frem til en plan, hvor han i en periode kun spiller 'hygge-bold', undlader kampene, går mindst en tur i frisk luft hver dag, deler de store afleveringer op i flere mindre bidder, hvor han indlægger pauser, og prøver at tage lidt tidligere hjem fra festerne, eller måske bare gå ud et par gange i løbet af aftenen og få noget frisk luft.

Redskab 6: Overbelastning og sammenbrud

Mennesker med funktionel lidelse udvikler ofte et aktivitetsmønster med

skiftende opture og nedture. Det kaldes også *Boom and Bust*. Denne vekslen mellem overbelastning og sammenbrud er i sig selv vedligeholdende og forværrende for sygdommens udvikling. Det er derfor helt nødvendigt at få brudt dette mønster.

De fleste mennesker, som ikke er syge, har et aktivitets- og energi-

» Mennesker med funktionel lidelse udvikler ofte et aktivitetsmønster med skiftende opture og nedture. Det kaldes også Boom and Bust

niveau, som svinger lidt omkring et nogenlunde stabilt niveau. Nogle dage har man mere energi end andre, men som regel kan man passe sit arbejde og de øvrige forpligtelser, som man har. Nogle dage overkommer man mere end andre, men der er ikke voldsomme udsving.

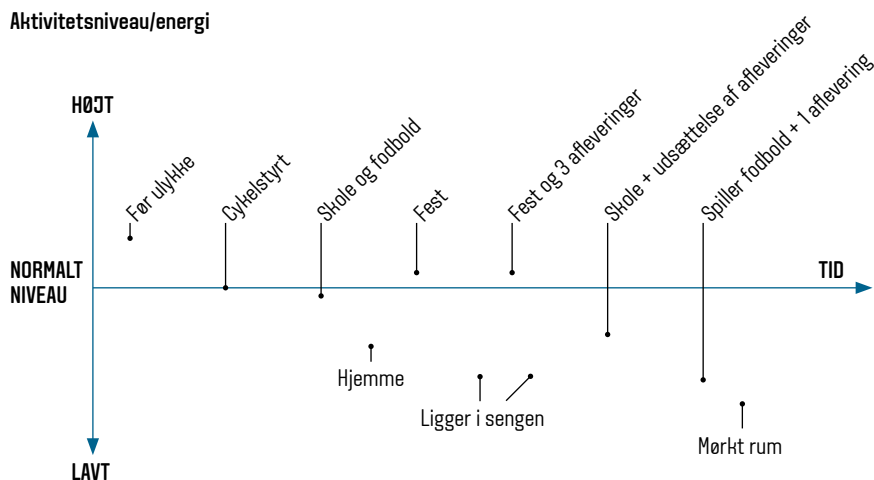
Mange mennesker, som udvikler en funktionel lidelse, har tidligere haft et normalt aktivitets- og energiniveau. Nogle har endda haft et relativt højt niveau, sammenlignet med andre. Efter de er blevet syge, er niveauet faldet meget, og der er begyndt at komme skiftevis opture og nedture.

Formål:

Nogle mennesker med komplekse symptomer og funktionel lidelse er ikke bevidste om, hvor u hensigtsmæssigt dette mønster er for udviklingen af deres sygdom. Dette redskab kan hjælpe med at finde ud af, om det er et problem, og derudover kan det være en øjenåbner i forhold til at se, hvad det er, der udløser og forværrer både opturene og nedturene. Dette vil være det



Figur 1 /
Aktivitetsenergi



første skridt i retningen imod at ændre mønstret.

Instruktion til lægen:

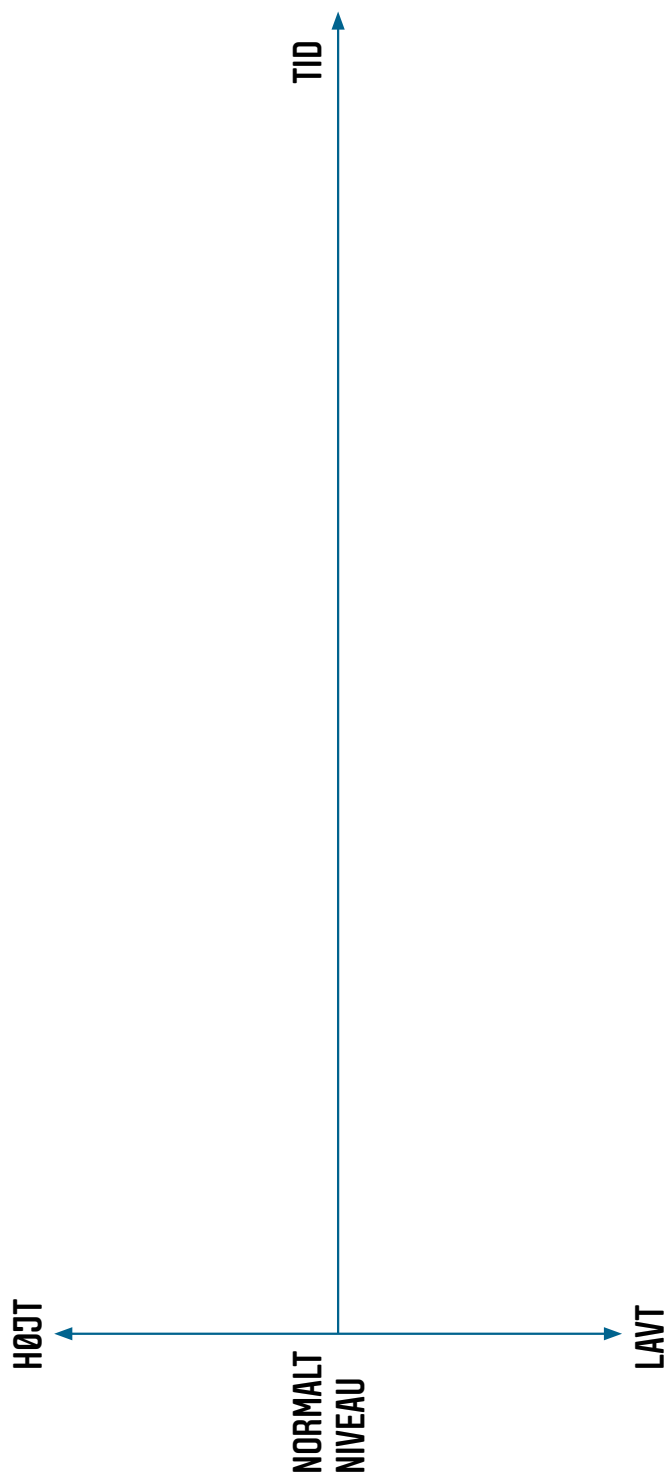
- I forhold til en gennemsnitsperson på samme alder, hvordan lå aktivitets- og energiniveau før sygdommen? Det sted markeres på figuren.
- Da patienten begyndte at blive syg, hvor lå det gennemsnitlige niveau da? Marker også det sted på figuren.
- Nu skal patienten prøve at tænke tilbage på de seneste to uger, hvordan har aktivitets- og energiniveau været? Har det været stabilt? Eller har der været udsving?
- Hvis det er for vanskeligt at huske de sidste to uger, kan man i stedet vælge at lave skemaet de næste to uger, hvor man for hver dag markerer, hvordan niveauet har været. For nogle kan niveauet svinge i løbet af dagen, hvis det er tilfældet, må man gerne markere sit niveau på figuren flere gange i løbet af dagen.

me tider kan have en eller flere gode timer eller dage, hvor energien er høj, og hvor de så sørger for at få ordnet alle de ting, som de har forsømt pga. symptomer. Der kan være dage, hvor man kan få ordnet alle de arbejdsopgaver, som har ligget og ventet, man kan ordne vasketøjet, gøre hele huset rent og løbe en lang tur. Men dagen efter kommer der så en 'regning', der skal betales: Batterierne er helt flade, og energien er brugt op. Måske bliver man så dårlig, at man er nødt til at ligge på sofaen eller i sengen det meste af dagen. Eller måske i flere dage efter.

Dette mønster er bl.a. skyld i, at nogle oplever at blive mistænkt eller beskyldt for at lyve eller snyde. For hvordan kan det passe, at man den ene dag kan en masse, og så slet ingen ting kan den næste dag? Dette mønster er netop karakteristisk for funktionel lidelse, og det er vigtigt at få mønstret brudt.

Bemærk:

Det er et typisk mønster for mennesker med funktionel lidelse, at de som-





Værktøjskassen til funktionel lidelse 7

ZONE-REDSKABET

Redskaber til håndtering og behandling
af vedvarende symptomer og funktionel
lidelse i almen praksis

Af / Lene Toscano og Marianne Rosendal



<https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-vaerktojskasser/>

Alle praktiserende læger møder patienter med symptomer og funktionel lidelse af varierende sværhedsgrad. De senere års forskning kombineret med afprøvning af forskellige redskaber i behandlingen har vist, at vi har gode muligheder for at hjælpe disse patienter – også inden for rammerne i almen praksis. I denne artikelserie præsenterer vi en række af disse redskaber. Tanken er, at du i løbet af det kommende år kan samle de redskaber, du finder brugbare, i din egen værktøjskasse. Du kan downloade og/eller printe redska-

berne i A4-størrelse fra <https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-vaerktojskasser/>

Parallelt med udgivelsen af værktøjskassen udgiver Månedsskriftet artikelserien "Funktionel lidelse", hvor der går i dybden med forskellige temaer inden for dette felt. Du finder den første artikel i serien i Månedsskriftets udgivelse fra april 2021. Det kan være en god idé også at læse disse artikler for at få en bedre forståelse af, hvorfor de forskellige redskaber anbefales. Dette er redskab nr. 7.

Biografi / Lene H S Toscano er speciallæge i almen medicin og ledende overlæge på Center for Funktionelle Lidelser, Sygehus Lillebælt, Vejle. Marianne Rosendal er speciallæge i almen medicin, tidligere praktiserende læge og nu ansat ved Funktionelle lidelser, Aarhus Universitetshospital og Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus.



Værktøjskassen til funktionel lidelse præsenterer en række værktøjer, som den praktiserende læge kan benytte sig af i behandlingen af funktionel lidelse. Første værktøj finder du i Månedsskriftet april 2021

Case: Ahmed

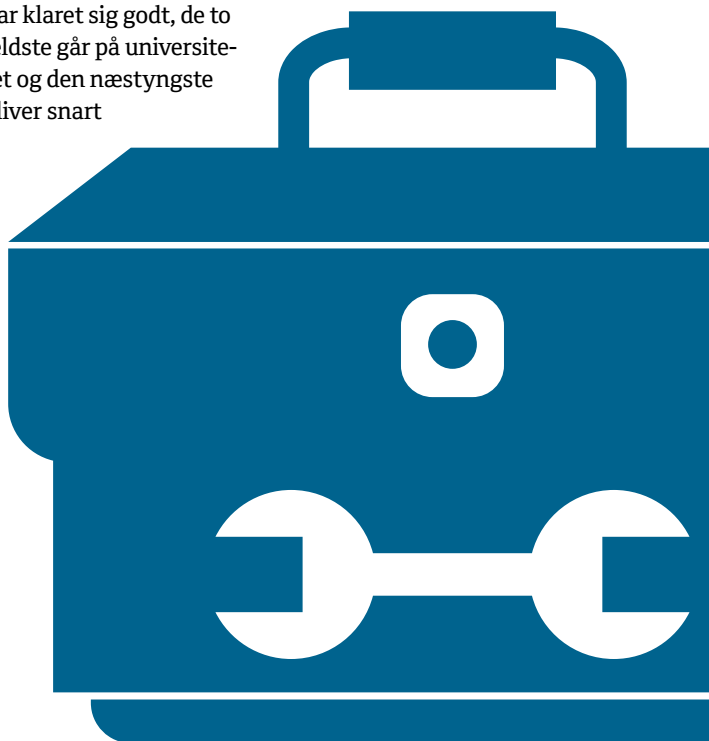
Ahmed er 48 år, er født i Afghanistan og kom til Danmark som flygtning for 25 år siden. Han er gift med en kvinde fra sit hjemland og sammen har de fået fire børn, hvor den yngste er 16 år. Ahmed har altid sat en ære i at kunne forsørge sin familie. Han havde i begyndelsen forskelligt ufaglært arbejde, men for 15 år siden uddannede han sig til buschauffør og havde fast arbejde indtil han for et år siden sygemeldte sig på grund af rygsmerter.

Rygsmerterne blev udløst, da han blev nødt til at foretage en katastrofeopbremsning med bussen pga. en bilist, som ikke overholdt sin ubetingede vigepligt. Ahmed var meget tæt på at ramme bilen, men undgik en ulykke pga. den hurtige reaktion. Bilisten dyttede aggressivt, rullede vinduet ned og råbte 'Så se dig dog for, idiot' til Ahmed. I bussen væltede to passagerer omkuld pga. den hårde opbremsning.

Ahmed var efterfølgende chokeret, men han gjorde arbejdsdagen færdig. Om natten vågnede han med smerter i ryggen og nakken, og dagen efter fik han også hovedpine. Han tog på arbejde og bed smerterne i sig. Tre dage senere blev han kaldt ind på sin leders kontor og fik at vide, at en passager havde klaget over den hårde opbremsning. Ahmed forklarede, hvad der var sket, og at det havde været den eneste mulighed for at undgå et større uheld. Lederen accepterede forklaringen, han syntes at Ahmed skulle glemme episoden. Ahmed blev vred over klagen, og

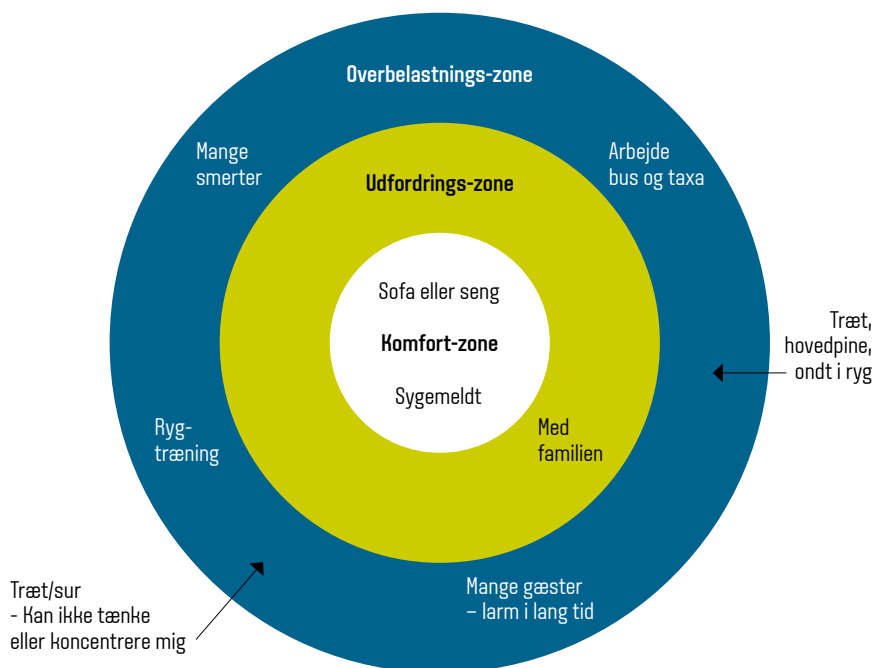
han synes stadig, at det er uretfærdigt, at han blev råbt ad og endda også fik en klage, når han i virkeligheden havde gjort det eneste rigtige i situationen.

Siden opbremsningen har han fået tiltagende smerter i ryggen, så han det seneste år stort set kun har ligget på sofaen. Han har været til adskillige undersøgelser og været igennem mange medicineringsforsøg, uden at der har været nævneværdig effekt. Ahmed er efterhånden blevet opgivende. Han fortæller, at han altid har været en stærk og aktiv mand, som ud over at køre bus også kørte taxa om aftenen og i mange weekender. Han er stolt af, at hans børn har klaret sig godt, de to ældste går på universitetet og den næst yngste bliver snart





Figur 1/
Zone-redskab



student. Han forstår ikke, at der endnu ikke er nogen, der har fundet ud af hvad han fejler, så han kan få den rigtige behandling, og blive rask og komme tilbage på arbejdet.

Lægen forklarer Ahmed om de tre forskellige aktivitetszoner. Ahmed har det meste af livet ligget i overbelastningszonen. Da han var barn og ung måtte han flygte og i en ung alder tage et meget stort ansvar. I Danmark har han været god til at overskride sine fysiske grænser, og det har været mere reglen end undtagelsen, at han har haft to-tre forskellige jobs på én gang. Nu kan han ikke ret meget og ligger helt inde i komfortzonen og har en forestilling om, at han skal ligge og vente på den rigtige diagnose og behandling, før han kan komme ud i den overbelastningszone, han kender så godt.

Lægen forklarer, at der sjældent er en hurtig genvej fra komfort- til overbelast-

ningszonen, og at det i øvrigt er de færreste mennesker, der kan leve et helt liv i overbelastningszonen. Måske er Ahmed ikke kun blevet så syg af den hårde opbremsning. Lægen fortæller, at han har andre patienter, som bliver ved med at have smerter, fordi kroppen husker, at man var bange og vred, da uheldet skete, og at man har følt sig uretfærdigt behandlet. Lægen spørger, om Ahmed vil være med til at prøve, om han kan gå et lille skridt ud i udfordringszonen. Ahmed er først afvisende, han vil hellere have den rigtige pille eller den operation, som kan gøre ham rask. Lægen deler frustrationen og fortæller, at hvis han havde den pille eller den operation, så ville han give den til Ahmed med det samme. Men den hurtige vej findes desværre ikke. Den eneste mulige vej, som lægen kender, det er den langsomme og gradvise vej ud igennem udfordringszonen. Og måske bør Ahmed ikke komme

helt ud i overbelastningszonen i lang tid ad gangen igen.

Formål:

Mennesker med funktionel lidelse og komplekse symptomer har ofte svært ved at finde den balance, hvor de hverken overbelaster sig selv eller går i stå. Denne figur kan være en hjælp til at finde ud af, hvornår man er i den ene eller den anden zone i sit liv. Målet er, at man skal opholde sig så meget som muligt i 'Udfordrings-zonen'. Både 'overbelastnings-' og 'komfort-zonen' kan nemlig vedligeholde og forværre symptomerne.

Instruktion til lægen:

Patienten skal overveje for hver af de tre zoner, hvornår han er i hvilken zone. Hvor er han mest? Veksler han mellem de forskellige zoner i løbet af dagen? Hvordan føles de forskellige zoner?

Der kan evt. skrives stikord på figuren.

- *Komfort-zonen:* Her er man, når man skal slappe af og genoplade sine batterier. Det kan være i sofaen efter en lang arbejdsdag eller på en liggestol i haven i weekenden. Det er udmærket at være her engang imellem, men hvis man opholder sig for længe i komfort-zonen, begynder kroppens muskler at miste styrke, kredsløbet ændrer sig, og man bliver mere træt og uoplagt.
- *Overbelastnings-zonen:* Her er man, når man tager sig sammen, giver den en ekstra skalle, bryder grænser og klarer lidt mere, end man troede, at man kunne. Man arbejder ekstra eller klarer særligt udfordrende opgaver. Det er også udmærket at befinde sig i overbelastnings-zonen en gang imellem. Man kan godt blive lidt høj, og denne form for kortvarig stress og be-

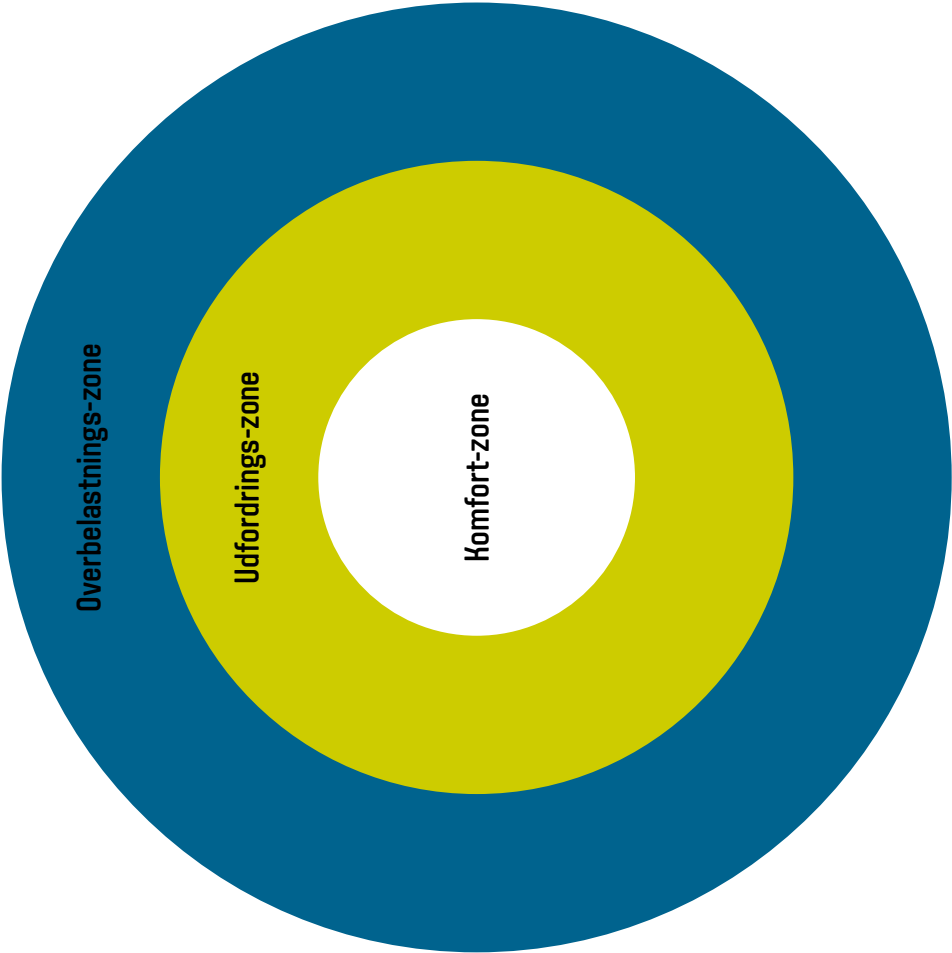
lastning er ikke usund. Men hvis man overbelastes for ofte og for længe, vil der indtræde en kronisk stresstilstand, som er nedbrydende, og som på den lange bane vil gøre os syge.

- *Udfordrings-zonen:* Det er i denne zone, man skal opholde sig mest. Det er her, man kan leve sit liv med almindelige aktiviteter hver dag, hvor man hverken bliver overbelastet eller går i stå. Man udfordres og udvikler sig gradvist i et tempo, hvor både krop og psyke kan følge med. Nogle mennesker finder i denne øvelse ud af, at de næsten aldrig er i denne zone. De er oftest helt ude på kanten, hvor de er overbelastede, eller helt inde i midten, hvor de er brast sammen, batterierne er flade, og de kan ikke ret meget andet end ligge på sofaen eller i sengen.

Bemærk:

Zonerne er forskellige fra person til person. For nogen kan det være afslappende at have gæster, for andre kan det være en overbelastning. For nogle opleves det tilpas udfordrende at træne i et fitness center. For andre kan det opleves stressende og ubehageligt, mens en tur i skoven vil være en mere tilpas udfordring. Som regel ændrer zonerne sig gennem livet. Det som engang var en stor udfordring bliver gennem træning og øvelse til en rutine. Og omvendt kan ting, som tidligere har været nemme, senere gå hen og blive svære, fx på grund af ændrede livsomstændigheder.

Hvis patienten synes, at det kan være svært at mærke, om han er i den ene eller den anden zone, kan man prøve at indføre STOP-øvelsen.





Værktøjskassen til funktionel lidelse præsenterer en række værktøjer, som den praktiserende læge kan benytte sig af i behandlingen af funktionel lidelse. Første værktøj finder du i Månedsskriftet april 2021

Værktøjskassen til funktionel lidelse 8

STOP-ØVELSE

Redskaber til håndtering og behandling af vedvarende symptomer og funktionel lidelse i almen praksis

Af / Lene Toscano og Marianne Rosendal

Alle praktiserende læger møder patienter med symptomer og funktionel lidelse af varierende sværhedsgrad. De senere års forskning kombineret med afprøvning af forskellige redskaber i behandlingen har vist, at vi har gode muligheder for at hjælpe disse patienter – også inden for rammerne i almen praksis. I denne artikelserie præsenterer vi en række af disse redskaber.

Tanken er, at du i løbet af det kommende år kan samle de redskaber, du finder brugbare, i din egen værktøjskasse. Du kan downloade og/eller printe redskaberne i A4-størrelse fra <https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-vaerktojskasser/>

<https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-vaerktojskasser/>

Du kan finde tilsvarende redskaber i Sundhedsstyrelsen udgivelse af en redskabssamling til behandling af funktionelle lidelser almen praksis fra oktober 2021: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Funktionelle-lidelser/Redskabssamling---Funktionelle-lidelser.aspx?la=da&hash=894545D102A15EFAE63645BC9C11AE6ED6D40DE3>

Parallelt med udgivelsen af værktøjskassen udgiver Månedsskriftet artikelserien "Funktionel lidelse", hvor der går i dybden med forskellige tema-



<https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-vaerktojskasser/>



<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Funktionelle-lidelser/Redskabssamling---Funktionelle-lidelser.aspx?la=da&hash=894545D102A15EFAE63645BC9C11AE6ED6D40DE3>

Biografi / Lene H S Toscano er Speciallæge i almen medicin og ledende overlæge på Center for Funktionelle Lidelser, Sygehus Lillebælt, Vejle. Marianne Rosendal er speciallæge i almen medicin, tidligere praktiserende læge og nu ansat ved Funktionelle lidelser, Aarhus Universitetshospital og Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus.



er inden for dette felt. Du finder den første artikel i serien i Månedsskriftets udgivelse fra april 2021. Det kan være en god idé også at læse disse artikler for at få en bedre forståelse af, hvorfor de forskellige redskaber anbefales.

Dette er redskab nr. 8

Case Anette

Anette er 52 år og arbejder som skolelærer. Hun bor sammen med sin mand og deres to teenagere. Anette har siden barndommen haft forskellige former for allergi, og har siden første graviditet haft tendens til smerter i lænden. De seneste ti år har hun haft problemer med maven, og hun er blevet udredt og diagnosticeret med irritabel tyktarm. Hun har ændret kostvaner og holder sig nu fra sukker og hvidt brød, hvilket kan holde maven i ro. Hun har desuden haft perioder med svimmelhed, og for syv år siden blev

hun udredt på mistanke om sklerose på grund af nogle ukarakteristiske føleforstyrrelser.

Hun fortæller, at hun nok altid har været sensitiv. Hun bliver hurtigt træt og overmandet, men hun har været i stand til at håndtere det. Hun synes, det er vigtigt at være en god kollega, og en god mor og hustru. Hun føler et stort ansvar for en ældre nabo, som er ensom og gangbesværet og meget glad for Anettes hjælp og selskab. Hun har generelt dårlig samvittighed over, at hun ikke kan overkomme så meget, som hun gerne vil. Hendes største frygt er at blive som sin mor, som havde kroniske smerter, og som ofte lå på sofaen og beklagede sig, da Anette var barn.

Siden folkeskolereformen har Anette følt sig presset, og hun har fået tiltagende smerter i det meste af kroppen, hun er træt, sover dårligt om natten, har problemer med at huske og koncentrere sig, og på det seneste er hun blevet svimmel og har fået en generende tinnitus. Hun er blevet grundigt undersøgt, uden at der er fundet en forklaring på de mange symptomer. Hun har haft tiltagende sygedage og frygter, at hun snart må stoppe med at arbejde.

Anette har lavet et ugeskema (redskab 3), og det viser sig, at hun ofte har stærke smerter og er voldsomt træt, når hun kommer hjem fra arbejde. Hun lægger sig enten på sofaen eller går i seng og sover i et par timer. Ofte orker hun ikke at lave mad, og hun bestiller så et par pizzaer, hvilket hun ikke bliver kritiseret for, men det giver hende dårlig samvittighed, at hun ikke laver ordentlig mad til de to teenagere. Samtidig ved hun godt, at det ikke er godt for hendes mave at spise pizza. I weekenden er hun ofte så



udkørt, at hun bare har lyst til at lave så lidt som muligt.

Hun har fået Zone-modellen (redskab 7), hvor hun så, at hun enten er i overbelastnings- eller komfortzonen. Det bliver tydeligt, at Anette har svært ved at mærke sig selv og sine behov. Hun glemmer at spise og gå på toiletet i løbet af dagen, og spiser for meget når hun kommer hjem. Hun sætter ingen grænser for sine børn eller naboer og bruger al sin energi på at tænke på andre end sig selv.

Lægen introducerer derfor STOP-øvelsen, som hun får med hjem.

Redskab 8: STOP-øvelse

Formål

Hvis man har haft symptomer i lang tid, kan det være svært at mærke sin

krop og reagere hensigtsmæssigt på alle de signaler, den udsender. Her kan STOP-øvelsen være en god hjælp i hverdagen. Formålet er at hjælpe patienten med at blive mere bevidst om, hvilke signaler kroppen sender, og samtidig hjælpe med at finde ud af, hvordan man bedst bør reagere på de ting, man mærker.

Instruktion til lægen

- Patienten skal beslutte sig for, hvor mange gange om dagen øvelsen skal laves. Den tager ikke mere end ca. et minut at lave, så man kan sagtens lave den mange gange i løbet af dagen. Et udgangspunkt kan være at lave øvelsen en gang hver time eller fem gange i løbet af dagen. Sæt evt. et stopur eller en tele-

S - Stop op:

KL.11.30: SPISEFRIKVARTER. PÅ VEJ MOD KOPIRUMMET FOR AT PRINTE EN TEKST.

Figur 1 /
Redskab 8

T - Træk vejret:

GÅR IND I KOPIRUMMET. LUKKER DØREN OG TRÆKKER VEJRET FEM GANGE. DET ER SVÆRT.

O - Observer:

HAR ONDT I LÆNDEN, ER TØRSTIG OG SKAL PÅ TOILETTET.

P - Prioriter:

- 1) GÅR PÅ WC
- 2) LAGER UDSTRÆKNING I RYGGEN
- 3) DRIKKER NOGET VAND. SPISER OGSÅ ET ÆBLE.



fon til at give et signal, når øvelsen skal laves. Det er vigtigt at lave øvelsen inden man mærker, at man har fået det dårligt og ikke vente og lave øvelsen, når man er generet af symptomer.

- **S** betyder 'Stop op'. Man skal altså stoppe den aktivitet, man er i gang med.
- **T** betyder 'Træk vejret'. Man skal altså trække vejret godt igennem, gerne fire-fem gange.
- **O** betyder 'Observer'. Man skal nu observere sig selv, krop, psyke og omgivelser lige her og nu. Kropslige signaler, tanker, lyde osv. Øvelsen går ud på at observere sig selv på en åben, neutral og nysgerrig måde, som om man er en opdagelsesrejsende, som for første gang er på besøg i kroppen. Ingen observationer er mere rigtige eller mere vigtige end andre.
- **P** betyder 'Prioriter'. Man skal til sidst på baggrund af observationerne prioritere, hvad man vil gøre, så snart stop-øvelsen er slut. Måske rej-

fuld, hvis man laver den med hyppige mellemrum. Den vil træne hjernen i at blive mere opmærksom på de tidlige signaler, som kroppen sender, så man kan reagere hensigtsmæssig på dem, inden det er for sent. Samtidig viser øvelsen også, at man ikke skal gå og mærke efter i kroppen hele tiden.

Det er ikke meningen, at man skal lave stop-øvelsen en gang i timen resten af sit liv. Man kan tænke på den som en træning i at få nogle nye vaner og en ny opmærksomhed. På et tidspunkt vil mange opleve, at de får nemmere ved at tolke deres signaler og reagere på dem på en måde, så de vil få det bedre. Herefter vil mange opleve, at de helt automatisk laver en stop-øvelse engang imellem, uden at de behøver sætte et ur og gøre det til en planlagt aktivitet.

Eksempler på lydfiler:

1. fra Funktionelle lidelser, Aarhus Universitets-hospital: [link](#)
2. fra CKS, Frederiksberg hospital: [link](#)

» Hvis man har haft symptomer i lang tid, kan det være svært at mærke sin krop og reagere hensigtsmæssigt på alle de signaler, den udsender

se sig op og bevæge skuldrene? Drikke et glas vand eller måske på toiletet? Måske har man det faktisk meget godt og skal bare fortsætte den aktivitet, man var i gang med.

Bemærk:

Det kan synes som en utrolig simpel øvelse. Og det er det faktisk også. Men ikke desto mindre er den meget kraft-



S - Stop op:

--

T - Træk vejret:

--

O - Observer:

--

P - Prioriter:

--



Værktøjskassen til funktionel lidelse 9

RESSOURCEBRØK

Redskaber til håndtering og behandling
af vedvarende symptomer og funktionel
lidelse i almen praksis

Af / Lene Toscano og Marianne Rosendal



<https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-vaerktojskasser/>



<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Funktionelle-lidelser/Redskabssamling---Funktionelle-lidelser.ashx?la=da&hash=894545D102A15EFAE63645BC9C11AE6ED6D-40DE3>

Alle praktiserende læger møder patienter med symptomer og funktionel lidelse af varierende sværhedsgrad. De senere års forskning kombineret med afprøvning af forskellige redskaber i behandlingen har vist, at vi har gode muligheder for at hjælpe disse patienter – også inden for rammerne i almen praksis. I denne artikelserie præsenterer vi en række af disse redskaber.

Tanken er, at du i løbet af det kommende år kan samle de redskaber, du finder brugbare, i din egen værktøjskasse. Du kan downloade og/eller printe redskaberne i A4-størrelse fra <https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-vaerktojskasser/>

Du kan finde tilsvarende redskaber i Sundhedsstyrelsen udgivelse af en redskabssamling til behandling af funktionelle lidelser i almen praksis fra oktober 2021: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Funktionelle-lidelser/Redskabssamling---Funktionelle-lidelser.ashx?la=da&hash=894545D102A15EFAE63645BC9C11AE6ED6D40DE3>

Parallelt med udgivelsen af værktøjskassen udgiver Månedsskriftet artikelserien "Funktionel lidelse", hvor der går i dybden med forskellige temaer inden for dette felt. Du finder den første artikel i serien i Månedsskriftets

Biografi / Lene H S Toscano er speciallæge i almen medicin og ledende overlæge på Center for Funktionelle Lidelser, Sygehus Lillebælt, Vejle. Marianne Rosendal er speciallæge i almen medicin, tidligere praktiserende læge og nu ansat ved Funktionelle lidelser, Aarhus Universitetshospital og Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus.



Værktøjskassen til funktionel lidelse præsenterer en række værktøjer, som den praktiserende læge kan benytte sig af i behandlingen af funktionel lidelse. Første værktøj finder du i Månedsskriftet april 2021.

udgivelse fra april 2021. Det kan være en god idé også at læse disse artikler for at få en bedre forståelse af, hvorfor de forskellige redskaber anbefales.

Dette er redskab nr. 9

Case Liv

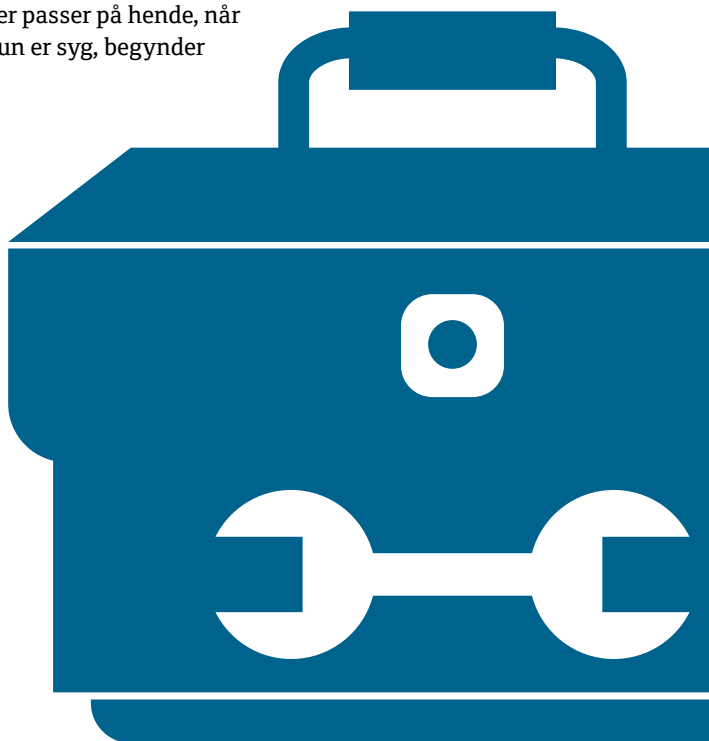
Liv er 32 år og bor alene med sine tre børn på hhv. to, fem og syv år. Hun er uddannet grafiker og har været ansat i et stort reklamebureau, men hun valgte at blive selvstændig efter fødslen af det andet barn, så hun dels kunne være mere sammen med børnene og dels kunne bakke sin eks-mand op, da han havde en del rejseaktivitet og altid har arbejdet meget.

Eks-manden forlod hende lige før deres yngste barn blev et år. Der havde været en del skænderier, men det var et chok for Liv, at han valgte at give op og forlade både hende og det liv de var i gang med at bygge op sammen. Samtidig synes hun, det er flovt, at hun er blevet forladt, og sætter en ære i, at hun godt kan klare sig selv. Når andre kan klare sig som enlig mor, så kan hun også, siger hun.

Liv er gennem de seneste måneder blevet tiltagende overfølsom over for lyd, larm, lys, lugte og uro i omgivelserne. Hun har det, det som om hun har influenza og har flere gange været ved lægen for at blive undersøgt for,

om hun har en infektion. Symptomerne bølger frem og tilbage, hun kan have dage, hvor hun har overskud og får lavet en masse arbejde, men efterfølgende bliver hun så øm i musklerne og så overfølsom over for selv minimal lyd og lys, at hun bliver nødt til at gå i seng, bruge ørepropper og rulle gardinerne for.

Lægen lytter til Livs fortælling, og da han spørger hende, hvem der passer på hende, når hun er syg, begynder





hun til sin egen overraskelse at græde. Lægen inviterer herefter Liv til at undersøge, hvilke belastninger og hvilke ressourcer hun har.

Det viser sig, at Liv har en holdning om, at hun skal kunne klare sig selv. Hendes forældre var ikke særligt be-

hun synes ikke, at hun kan tillade sig at prioritere det, når der er så meget andet, hun skal. Liv prøver at udfylde ressourcebrøken for at få et overblik over, hvad hun evt. kan justere.

Redskab 9 Ressourcebrøk

Formål:

Langvarig stress er en væsentlig faktor ved funktionel lidelse. Hvis man betragter årsagerne til stress, handler det helt basalt om en ubalance mellem de ressourcer, man har det rådighed, og de belastninger man udsættes for. Dette forhold kalder man ofte 'ressource-brøken'.

Hvis man ønsker at nedsætte sin stressbelastning, kan det første skridt være at danne sig et overblik over, hvilke belastninger man har i sit liv, og hvilke ressourcer man har.

Instruktion til lægen:

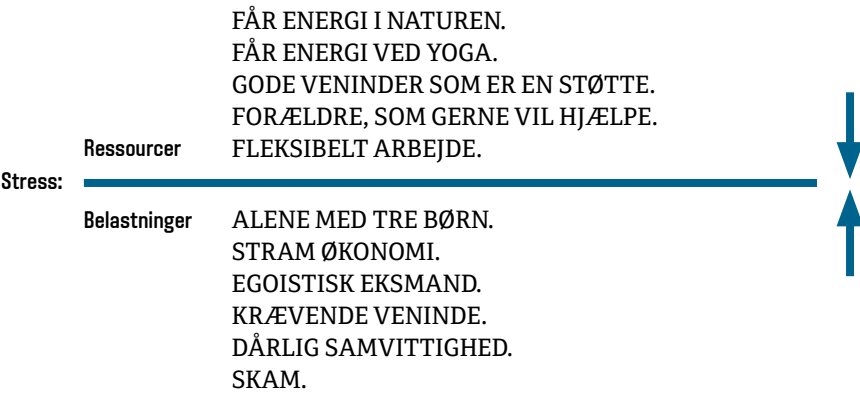
- Hvilke belastninger har patienten i sit liv? Tænk fx over følgende områder: Økonomi, parforhold, forholdet til forældre, søskende, børn, kolleger og naboer, arbejde, forhold til mad, tobak, alkohol, motion, sociale medier, hvile, søvn og aktivitet, fritidsinteresser, det sociale netværk, for-

» Langvarig stress er en væsentlig faktor ved funktionel lidelse

gejstrede for Livs eks-mand, og hun følger, at de på en måde fik ret i deres mening om ham. De har tilbudt at hjælpe hende med børnene, men hun vil helst ikke have, at de opdager, hvor svag hun er.

Liv har en veninde, som også er blevet skilt. Veninden er alene med to drenge, som er meget vilde, veninden er glad for at være sammen med Liv og kommer på besøg cirka en dag om ugen, hvor Liv laver mad til dem alle sammen. Ofte vil veninden også gerne være sammen i de weekender, hvor hun har sine drenge. Liv har tidligere gået til yoga sammen med to andre veninder, men

Figur 1 / Redskab 9



- tid og mulighederne for fremtiden.
- Belastningerne kan noteres under brøkstregen.
 - Hvilke ressourcer har patienten i sit liv? Fx mulighed for hjælp og støtte fra familie eller det sociale netværk, sund økonomi, godt ægteskab, forstående arbejdsgiver og tryghed i ansættelsen.
 - Ressourcerne kan noteres over brøkstregen.
 - Patienten skal nu overveje, om nogle af belastningerne kan nedsættes. Belastningerne kan tages én ad gangen i prioriteret rækkefølge, hvor man begynder med den største belastning. Mulige løsninger overvejes og skrives ned. Patienten bør selv beslutte sig for, hvilken belastning der skal nedsættes som et første skridt.
 - Derefter skal patienten overveje, om ressourcerne på nogen måde kan øges. Ofte kan følgende områder være hensigtsmæssige at arbejde med:
 - Forbedring af søvnen.
 - Bedre kost, hvor man spiser sundere og hverken spiser for lidt eller for meget.
 - Gradueret fysisk træning, hvor man gradvist opnår større styrke og bliver mere aktiv, uden at man bliver overbelastet og nedslidt.
 - Mindfulness, afspænding, yoga, beroligende musik, ophold i naturen er eksempler på aktiviteter, som kan nedsætte kroppens stress. Undersøg, hvad der føles bedst.
 - Prioritering af positive aktiviteter, hvor man beskæftiger sig med noget, man holder af, og som giver glæde.

- Bedre udnyttelse af netværk. Måske får man tilbudt hjælp, aflastning og støtte, men siger 'nej tak' af stolthed, generthed eller gammel vane?
- Bedre arbejdsforhold. Måske skal man gå lidt ned i tid eller bare huske at overholde sine pauser? Måske tale med arbejdsgiver eller tillidsrepræsentant?
- Overblik over økonomi. Det er for de fleste en stressfaktor, hvis man er bange for, om økonomien kan hænge sammen. Hvis man er sygemeldt, kan økonomien ændre sig og blive mere stram. Måske er der behov for at lave et realistisk budget, så man ved, hvordan man bør prioritere?

Bemærk:

Forhold som kan være en belastning for den ene kan være en ressource for den anden. Det kan også ændre sig gennem livet. Måske var forældre eller en veninde engang en ressource men er nu blevet en belastning? Det kan være vigtigt at blive bevidst om den slags ændringer.



Ressourcer

Belastninger

Stress:



Værktøjskassen til funktionel lidelse præsenterer en række værktøjer, som den praktiserende læge kan benytte sig af i behandlingen af funktionel lidelse. Første værktøj finder du i Månedsskriftet april 2021.

Værktøjskassen til funktionel lidelse 10

MÅLTRAPPE

Redskaber til håndtering og behandling af vedvarende symptomer og funktionel lidelse i almen praksis

Af / Lene Toscano og Marianne Rosendal

Alle praktiserende læger møder patienter med symptomer og funktionel lidelse af varierende sværhedsgrad. De senere års forskning kombineret med afprøvning af forskellige redskaber i behandlingen har vist, at vi har gode muligheder for at hjælpe disse patienter – også inden for rammerne i almen praksis. I denne artikelserie præsenterer vi en række af disse redskaber.

Tanken er, at du i løbet af det kommende år kan samle de redskaber, du finder brugbare, i din egen værktøjskasse. Du kan downloade og/eller printe redskaberne i A4-størrelse fra [https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funk-](https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-vaerktojskasser/)

[tionel-lidelse-vaerktojskasser/](https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-vaerktojskasser/) Du kan finde tilsvarende redskaber i Sundhedsstyrelsen udgivelse af en redskabssamling til behandling af funktionelle lidelser i almen praksis fra oktober 2021: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Funktionelle-lidelser/Redskabssamling---Funktionelle-lidelser.ashx?la=da&hash=894545D102A15EFAE63645BC9C11AE6ED6D40DE3>

Parallelt med udgivelsen af værktøjskassen udgiver Månedsskriftet artikelserien "Funktionel lidelse", hvor der går i dybden med forskellige temaer inden for dette felt. Du finder den første artikel i serien i Månedsskriftets



<https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-vaerktojskasser/>



<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Funktionelle-lidelser/Redskabssamling---Funktionelle-lidelser.ashx?la=da&hash=894545D102A15EFAE63645BC9C11AE6ED6D40DE3>

Biografi / Lene H S Toscano er speciallæge i almen medicin og ledende overlæge på Center for Funktionelle Lidelser, Sygehus Lillebælt, Vejle. Marianne Rosendal er speciallæge i almen medicin, tidligere praktiserende læge og nu ansat ved Funktionelle lidelser, Aarhus Universitetshospital og Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus.



udgivelse fra april 2021. Det kan være en god idé også at læse disse artikler for at få en bedre forståelse af, hvorfor de forskellige redskaber anbefales.

Dette er redskab nr. 10

Case Henrik

Henrik er 39 år, arbejder i en bank og blev skilt for 2 år siden. Han har 2 børn på hhv. 7 og 10 år, og ved skilsmissen insisterede han på en 7-7 ordning, da han var bange for at miste kontakten til sine børn. For 1½ år siden begyndte han at få diffuse symptomer i form af føleforstyrrelser i arme og ben, han begyndte at tabe ting og fik dårligere koncentration og hukommelse. Han frygtede, at han havde fået en hjernetumor eller ALS og gennemgik en længere neurologisk udredning, hvor alt var normalt. Siden blev han tiltagende

træt, og for 1 år siden fik han en pludselig indsættende smerte i lænderyggen og en

fornemmelse af, at benene ikke kunne bære ham. Han ringede 112 og blev indlagt akut. Man fandt, at han havde nogle degenerative forandringer og en discusprotrusion, men gode pladsforhold. Han blev anbefalet rygtræning.

Henrik har siden forsøgt at træne sig op. Han har tidligere været glad for cykling og kunne nemt cykle 50 km. Han har flere gange forsøgt at få gang i cyklingen igen, han kan godt cykle op til 30 km. uden væsentlige problemer, men hver gang er han blevet voldsomt syg efterfølgende med svære smerter, træthed og en influenza-agtig følelse i kroppen. Han har også forsøgt at træne i det lokale fitnesscenter, men hver gang har han relativt hurtigt kunnet træne sig op til et fornuftigt niveau, men efterfølgende er han blevet så udmattet, at han måtte melde sig syg i 1-2 uger.

Han oplever, at tilstanden går hastigt ned ad bakke, og han er bange for, at han snart ikke kan passe sit arbejde længere. Han har haft mange sygedage, det er ved den sidste MUS-samtale blevet kommenteret. Han har fået at vide, at der er en forventning om, at sygefraværet ændrer sig i fremtiden. Henriks største bekymring er, at han har svært ved at overholde sin del af samværsaftalen omkring børnene. Hans eks-hustru vil altid gerne tage børnene, og det piner ham, at han efterhånden ikke har overskud til at have dem mere end maksimalt 2 dage ad gangen. Når han har sine børn prøver han til gengæld at kompensere og lave mange sjove aktiviteter med dem.

Det bliver hurtigt tydeligt for lægen, at Henrik har et klassisk mønster med overbelastning og sammenbrud (redskab 6), og at det er vigtigt at få det brudt. De laver en værdiafklaring (redskab 11), hvor Henrik finder frem til, at de vigtigste værdier for ham er, at



være en god far, at være aktiv med cykling og være dygtig i sit arbejde. Lægen præsenterer måltrappen, og de bliver enige om, at Henriks første mål skal være at kunne cykle en tur med sine børn uden at blive så udkørt, at han må ligge i sengen dagen efter.

Redskab 10: Måltrappe

Formål

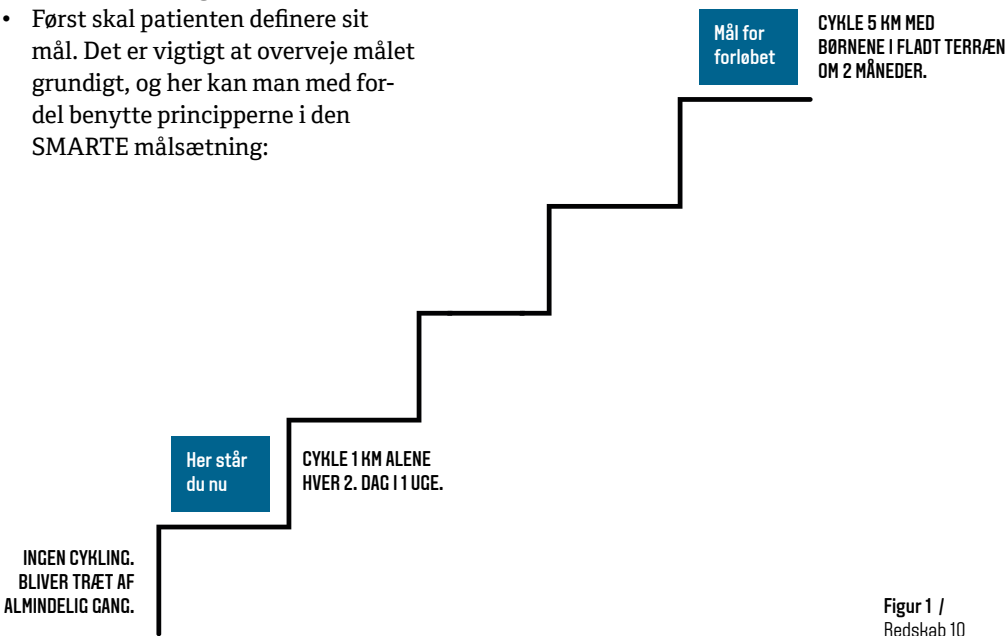
Når man skal arbejde med at få det bedre, er det vigtigt at gå gradvist frem, hvor man tager ét trin ad gangen. Her er måltrappen et godt redskab til dels at sætte sig et overordnet mål for, hvad man gerne vil have ud af behandlingen, og derefter nogle delmål, hvor man hver gang evaluerer, om det går som forventet, eller om man skal justere lidt på de enkelte trin.

Formålet er at påbegynde en gradvis fremgang uden at man overbelaster sig selv på en måde, så der kommer en forværring i tilstanden.

Instruktion til lægen

- Først skal patienten definere sit mål. Det er vigtigt at overveje målet grundigt, og her kan man med fordel benytte principperne i den SMARTE målsætning:

- **Specifikt** betyder, at målet skal være konkret og præcist. At skrive 'jeg vil være smertefri', 'jeg vil have det bedre' eller 'jeg vil i bedre fysisk form' er for uspecifikt. Det er specifikt at skrive fx 'jeg vil kunne gå 2 km' eller 'jeg vil kunne arbejde 20 timer om ugen'.
- **Målbart** betyder, at man nemt skal kunne måle, om man har nået sit mål. Det er ikke målbart at skrive 'jeg vil kunne cykle mere' eller 'jeg vil være mere social'. Det er målbart at skrive fx 'jeg vil cykle 5 km' eller 'jeg vil deltage i min nevøs konfirmation om 3 måneder'.
- **Attraktivt** betyder, at målet skal være noget, som har en stor betydning for patienten. Man skal ikke sætte et mål om at kunne træne i et center, hvis man ikke kan lide den form for motion. Målet skal være noget, som man vir-



Figur 1 /
Redskab 10



kelig savner og gerne vil have i sit liv. Det kan fx være 'jeg vil kunne kan gå sammen med min søn, når han skal til fodboldtræning'.

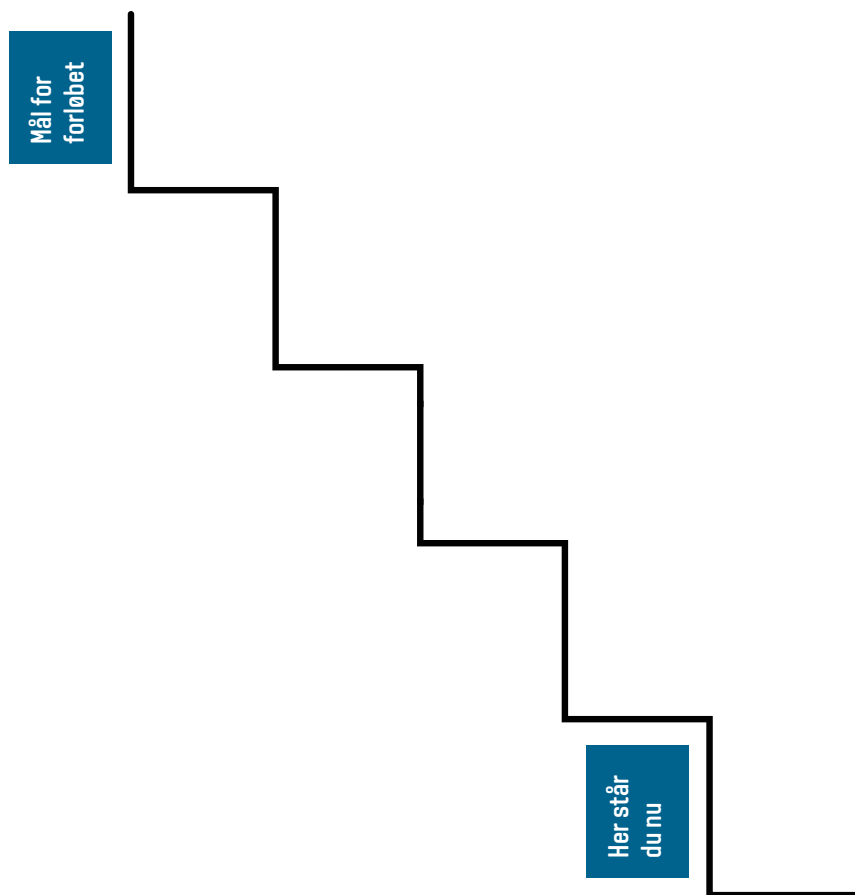
- **Realistisk** betyder, at målet skal være muligt at nå. Hvis man er sengeliggende lige nu, er det ikke realistisk, at man skal kunne gennemføre et maraton om 3 måneder. Så skal målet måske være, at man kan gå en tur rundt om sit hus 3 gange om dagen. Patienten skal selv tro på, at det med en rimelig sandsynlighed vil kunne lade sig gøre at nå målet.
- **Tidsafgrænset** betyder, at der skal sættes tid på, hvornår mål og delmål skal være nået. 'Jeg vil gerne dyrke mere motion i fremtiden' har ingen slutdato. Men 'om 3 måneder vil jeg kunne gå 2 km' har en fastsat slutdato.
- **Evaluerbart** betyder, at man skal kunne evaluere og vurdere udviklingen, både når målet er nået, og undervejs i takt med at patienten når sine delmål. 'Jeg vil have færre smerter' eller 'jeg vil kunne gå mere' er svært at evaluere. 'Om 3 måneder vil jeg kunne gå 2 km, så jeg kan følge min søn til fodboldtræning' er et eksempel på et specifikt, målbart, attraktivt, realistisk, tidsafgrænset og evaluerbart mål.
- Når patienten har besluttet sig for, hvilket mål der skal arbejdes hen imod, skal det noteres øverst på trappen.
- Herefter beslutter patienten sig for sit første delmål. Hvis målet fx er at kunne gå 2 km, kan første trin på måltrappen være at gå 100 m én gang om dagen.
- Patienten skal også beslutte sig for, hvor lang tid det skal tage at nå før-

ste delmål. Det skal være en overskuelig periode, 1-2 uger er tit passende.

- Når tiden for 1. delmål er gået, skal det evalueres: Hvordan gik det? Var det svært? Var det for nemt? Har patienten fået det bedre eller værre?
- Dernæst skal patienten beslutte sig for, hvad 2. trin på måltrappen skal være og hvor lang tid, det skal tage.
- Sådan fortsætter man trin for trin. Hvis patienten har været for ambitiøs og stillet for store krav til sig selv, kan man gøre trinene mindre, og hvis det går godt, kan man godt gøre trinene lidt større. Det vigtigste er, at der hele tiden er en gradvis fremgang.

Bemærk:

Når man begynder at gøre ting, som man tidligere ikke har gjort, er det normalt, at det vil være forbundet med en vis grad af ubehag. Hvis man skal i gang med at være fysisk aktiv, vil mange opleve, at musklerne bliver ømme, pulsen stiger og man bliver forpustet. Det er ikke farligt, det er en del af at befinde sig i 'Udfordrings-zonen'. Men hvis patienten bliver så udmattet, at det er nødvendigt at ligge i sengen dagen efter, eller symptomerne forværres i mere end 1 dag efter, så har man været for ambitiøs og valgt et for højt delmål.





Værktøjskassen til funktionel lidelse 11

VÆRDIAFKLARING

Redskaber til håndtering og behandling af vedvarende symptomer og funktionel lidelse i almen praksis.

Af / Lene Toscano og Marianne Rosendal



<https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-vaerktojskasser/>



<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Funktionelle-lidelser/Redskabssamling---Funktionelle-lidelser.aspx?la=da&hash=894545D102A15EFAE63645BC9C11AE6ED6D40DE3>

Alle praktiserende læger møder patienter med symptomer og funktionel lidelse af varierende sværhedsgrad. De senere års forskning kombineret med afprøvning af forskellige redskaber i behandlingen har vist, at vi har gode muligheder for at hjælpe disse patienter – også inden for rammerne i almen praksis. I denne artikelserie præsenterer vi en række af disse redskaber.

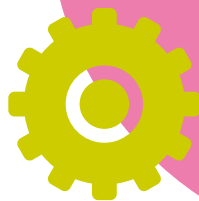
Tanken er, at du i løbet af det kommende år kan samle de redskaber, du finder brugbare, i din egen værktøjskasse. Du kan downloade og/eller printe redskaberne i A4-størrelse fra <https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-vaerktojskasser/> Du kan finde tilsvarende redskaber i Sundhedsstyrelsen udgivelse af en redskabssam-

ling til behandling af funktionelle lidelser i almen praksis fra oktober 2021: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Funktionelle-lidelser/Redskabssamling---Funktionelle-lidelser.aspx?la=da&hash=894545D102A15EFAE63645BC9C11AE6ED6D40DE3>

Parallelt med udgivelsen af værktøjskassen udgiver Månedsskriftet artikelserien "Funktionel lidelse", hvor der går i dybden med forskellige temaer inden for dette felt. Du finder den første artikel i serien i Månedsskriftets udgivelse fra april 2021. Det kan være en god idé også at læse disse artikler for at få en bedre forståelse af, hvorfor de forskellige redskaber anbefales.

Dette er redskab nr. 11

Biografi / Lene H S Toscano er speciallæge i almen medicin og ledende overlæge på Center for Funktionelle Lidelser, Sygehus Lillebælt, Vejle. Marianne Rosendal er speciallæge i almen medicin, tidligere praktiserende læge og nu ansat ved Funktionelle lidelser, Aarhus Universitetshospital og Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus.



Værktøjskassen til funktionel lidelse præsenterer en række værktøjer, som den praktiserende læge kan benytte sig af i behandlingen af funktionel lidelse. Første værktøj finder du i Månedsskriftet april 2021.

Case Gry

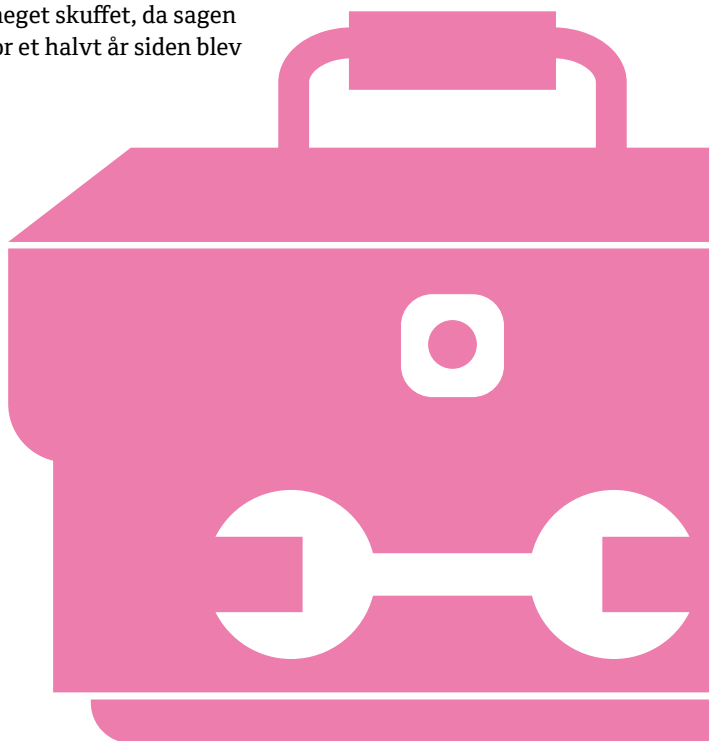
Gry er 25 år, bor alene og var som 20-årig involveret i en trafikulykke, hvor hun blev påkørt bagfra. Umiddelbart var der ingen skader. Hun var lige kommet ind på frisøruddannelsen og havde fundet en rigtig god læreplads. Hun forsøgte at følge sit studie og fik i begyndelsen ros for sin indsats, men pga. smerter i ryg og nakke blev det efterhånden sværere for hende at klare uddannelsen. Hun blev svimmel og fik ondt i nakken, når hun skulle klippe, hun fik svært ved at koncentrere sig, når hun var i skoleforløb, og lugt fra hårfarve og larm fra føntørre blev tiltagende generende, forværrede smerterne og gjorde hende træt. Efter et halvt år anbefalede skolen, at hun holdt en pause og fik lov til at vende tilbage til uddannelsen, når hun var blevet rask.

I de forløbne år har hun forsøgt at arbejde i butik, med rengøring og på plejehjem, men hver gang har hun måttet stoppe igen efter et par måneder. Hun har også forsøgt en Social- og sundhedshjælperuddannelse men stoppede efter 3 måneder. Hun er desuden blevet sendt ud i forskellige former for praktik og har i hele forløbet følt sig presset af kommunen, som ikke forstår hendes situation, og flere sagsbehandlere har foreslået, at hun melder sig rask og bare går i gang med en uddannelse eller finder et arbejde på ordinære vilkår.

Hun er i forløbet blevet grundigt un-

dersøgt og har gennemgået mange behandlingsforsøg, uden at der er fundet nogen årsag til de mange symptomer. To år efter ulykken blev hun diagnosticeret med whiplash i forbindelse med en speciallægeerklæring.

Hun har haft en verserende erstatningssag og fik hjælp af en advokat med speciale i whiplash-skader. Han lovede hende tidligt i forløbet, at der var meget stor chance for, at hun ville få minimum 300.000 kr. i erstatning. Hun havde planlagt, at hun ville bruge erstatningen på en privat uddannelse til kosmetolog og blev derfor meget skuffet, da sagen for et halvt år siden blev





afgjort, og hun ikke fik nogen erstatning men i stedet skulle betale nogle sagsomkostninger.

Gry er opgivende, det meste af hendes tilværelse foregår på sofaen, og de eneste, hun efterhånden har kontakt med, er kæresten og en veninde. Hun er vred på kommunen og venter på, at hun bliver sendt ud i en ny praktik, som hun allerede nu ved, vil blive en fiasko.

Lægen spørger ind til drømme om fremtiden, og Gry siger, at det eneste hun ønsker, er at blive helt smertefri, blive fri for kommunen, blive troet på og få sit gamle liv tilbage. Ellers har hun ingen drømme.

Lægen inviterer Gry til at undersøge, hvilke værdier hun har i sit liv. Det går op for hende, at livet efterhånden kun handler om, hvordan hun kan undgå eller kontrollere smerterne. Hun har tidligere haft værdier som at gøre en forskel for andre, at være en vigtig person og at hjælpe dyr. Hendes store drøm har været at blive leder af et stort

og anerkendt dyreinternat. 'Men det er jo helt urealistisk, når jeg har så mange smerter,' siger hun.

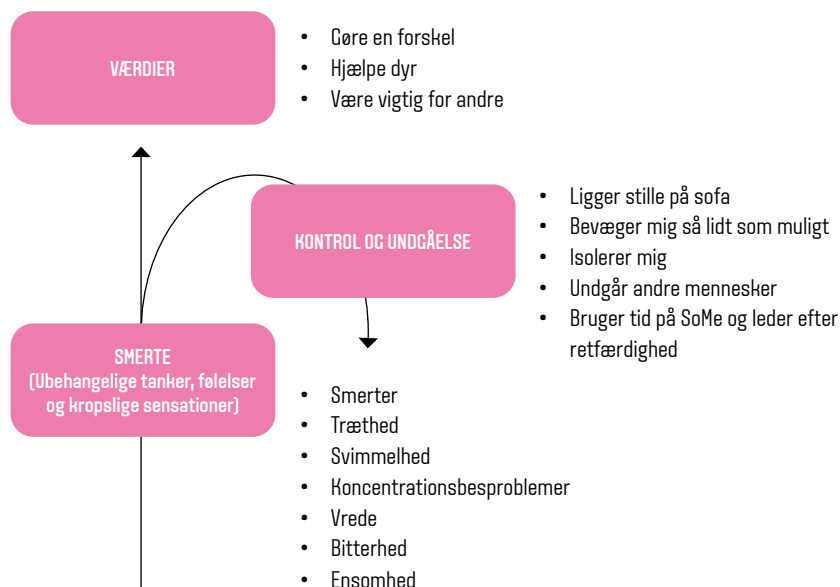
Lægen anerkender hendes drøm, og sammen finder de ud af, hvordan hun alligevel kan bevæge sig et lille skridt i en retning, som er meningsfuld for hende. Hun foreslår selv, at et skridt på vejen kunne være at blive i stand til at gå tur med naboens hund.

Lægen introducerer Måltrappen (redskab 10) og viser Gry, hvordan den kan hjælpe hende med at bevæge sig gradvist mod sit mål.

Redskab 11: Værdiafklaring

Værdier kan ses som det fyrtårn, vi sigter efter, når vi ønsker at bevæge os i vores liv. Når man bliver syg, kan man somme tider få følelsen af, at man er faret vild. Hvor er jeg på vej hen? Hvad er det egentlig jeg vil? Hvem bestemmer retningen i mit liv? Er det mig selv, kommunen, lægen, samfundet, andres forventninger eller sygdommen der bestemmer?

Figur 1/



Formål

Denne figur er en lidt simpel model for, hvordan sygdom og symptomer kan komme til at skubbe patienten i en retning, hun i virkeligheden slet ikke ønsker. Figuren kan måske hjælpe patienten til at komme på ret køl og blive i stand til at bevæge sig i en retning, som føles meningsfuld.

Instruktion til lægen

- Patienten skal finde sine værdier: Værdier er noget relativt stabilt, der løber som en strøm gennem ethvert livsforløb og giver tilværelsen mening og retning. Værdier er ikke mål, som man kan opnå og blive færdige med, men mål kan godt være skridt i den retning, som værdierne viser.

Det kan fx være en værdi at være en god og kærlig mor. At have et sundt og harmonisk familieliv. At dyrke naturen og leve bæredygtigt. At have en god og udviklende karriere. At gøre en forskel for andre mennesker. Eller at være en del af sociale fællesskaber. Men det er kun eksempler. Det er vigtigt, at patienten finder ind til *sine* værdier, for det er dem, der giver *patientens* liv mening.

Værdier er kendetegnet ved, at det er noget, man kan arbejde hen imod hele livet. At bruge energi på at være en god og kærlig mor, bliver man aldrig rigtig færdig med, og en god karriere og sociale fællesskaber er også noget, man kan bruge hele livet på at udvikle.

Hvis det er vanskeligt for patienten at finde frem til sine værdier, kan man bruge denne lille øvelse:

Forestil dig den perfekte dag. En dag hvor du, fra du vågner om morgenen til du går i seng om aftenen, kan be-

stemme alt, hvad der skal ske. Der er ingen begrænsninger, hverken økonomi, tid, lovgivning, årstid eller andet. Luk øjnene og forestil dig, hvordan din perfekte dag skal forløbe. Hvor skal du vågne? Hvem er du sammen med? Hvad spiser du til morgenmad? I hvilke omgivelser? Alene eller sammen med nogen? Hvad taler I om? Hører I musik, eller er der andre baggrundslyde? Hvad laver du bagefter? Tager du et sted hen? Sammen med nogen? Hvad spiser du til frokost, til aftensmad, natmad og mellemmåltider? Hvad drikker du? Hvad laver du?

Prøv om du kan finde ind til så mange detaljer som muligt. Se din perfekte dag for dig, forestil dig lyde, lugte, dufte, smage og andre sanseoplevelser.

Nogle bliver overraskede over indholdet i deres perfekte dag. Måske finder man ud af, at indholdet denne dag er i stik modsat retning af det, man faktisk arbejder og kæmper for i sin hverdag. Den perfekte dag er selvfølgelig urealistisk, ingen dage er helt perfekte og ingen kan leve et perfekt liv. Men bevidstheden om, hvad man i virkeligheden ønsker, at livet skal handle om, hvis man kunne få lov til at bestemme alting, kan være et første skridt til at bevæge sig lidt i den retning, som er meningsfuld.

- **Patienten skal notere den eller de vigtigste værdier i den øverste kasse.**
- **Herefter stilles spørgsmålet: Hvad forhindrer dig i at leve i overensstemmelse med dine værdier?**

Mange mennesker, som er blevet syge, oplever, at sygdommen er blevet en forhindring i at bevæge sig i



den retning, som føles meningsfuld. Hvordan er det for patienten? Måske er smerterne skyld i, at man ikke kan være den mor eller far, man ønsker at være? Måske bevirker træthed og koncentrationsproblemer, at det kan være svært at passe et arbejde? Måske bliver patienten nemt overstimuleret af for mange indtryk og bliver derfor nødt til at melde afbud til arrangementer, som man egentlig gerne ville deltage i? Patienten opfordres til at tænke over hvilke fysiske symptomer, følelser og ubehagelige tanker, der er en forhindring for at bevæge sig den vej, der er meningsfuld.

- **Patienten noterer symptomer, tanker og følelser i den nederste kasse.**

- **Til sidst stilles spørgsmålet: Hvilke strategier bruger du i forsoget på at undgå eller kontrollere de ubehagelige symptomer, tanker og følelser?**

Når man mærker smerte, angst eller andre former for ubehag, vil man helt automatisk forsøge enten at undgå det ubehagelige eller forsøge at kontrollere det. Hvis man brænder hånden på en varm kogeplade, vil man omgående flytte hånden væk. Hvis man føler sig utryk i et mørkt rum, tænder man noget lys eller går et andet sted hen. Det er nogle meget fornuftige strategier, når man står overfor simpelt og kortvarigt ubehag. Men ved komplekse og langvarige symptomer vil mange opleve, at de strategier ikke er særlig hensigtsmæssige. Somme tider gør strategierne patienterne mere syge – selvom de forsøger alt hvad de kan for at blive raske.

Patienten skal prøve at identificere, hvilke strategier der benyttes, og om det hjælper i forhold til at bevæge sig i retning af værdierne, eller om strategierne i virkeligheden skubber patienten længere og længere væk fra den retning, som giver mening.

Her er nogle eksempler:

- Hvis man fx altid undgår at bruge sin krop, når den gør ondt, vil man komme i dårligere form, hvilket ofte vil medføre endnu mere smerte.
- Hvis man bliver hjemme, når man har det dårligt, vil man efterhånden blive mere og mere isoleret.
- Hvis man overtræner og straffer sig selv, når man er træt, risikerer man at blive overbelastet og endnu mere træt.
- **Patienten skriver herefter sine strategier i stikordsform i den sidste kasse.**

Bemærk:

Denne øvelse kan godt være svær og kræver en vis grad af evne til refleksion og abstrakt tænkning. Øvelsen er særligt egnet til patienter, som er gået i stå og enten virker opgivende eller bruger al deres energi på formålsløse kampe.



VÆRDIER

SMERTE
(Ubehagelige tanker, følelser
og kropslige sensationer)

KONTROL OG UNDGÅELSE



Værktøjskassen til funktionel lidelse 12

DEN KOGNITIVE DIAMANT

Redskaber til håndtering og behandling af vedvarende symptomer og funktionel lidelse i almen praksis.

Af / Lene Toscano og Marianne Rosendal



<https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-vaerktojskasser/>



<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Funktionelle-lidelser/Redskabssamling---Funktionelle-lidelser.ashx?la=da&hash=894545D102A15EFAE63645BC9C11AE6ED6D40DE3>

Alle praktiserende læger møder patienter med symptomer og funktionel lidelse af varierende sværhedsgrad. De senere års forskning kombineret med afprøvning af forskellige redskaber i behandlingen har vist, at vi har gode muligheder for at hjælpe disse patienter – også inden for rammerne i almen praksis. I denne artikelserie præsenterer vi en række af disse redskaber.

Tanken er, at du i løbet af det kommende år kan samle de redskaber, du finder brugbare, i din egen værktøjskasse. Du kan downloade og/eller printe redskaberne i A4-størrelse fra <https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-vaerktojskasser/> Du kan finde tilsvarende redskaber i Sundhedsstyrelsen udgivelse af en redskabssam-

ling til behandling af funktionelle lidelser i almen praksis fra oktober 2021: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Funktionelle-lidelser/Redskabssamling---Funktionelle-lidelser.ashx?la=da&hash=894545D102A15EFAE63645BC9C11AE6ED6D40DE3>

Parallelt med udgivelsen af værktøjskassen udgiver Månedsskriftet artikelserien "Funktionel lidelse", hvor der går i dybden med forskellige temaer inden for dette felt. Du finder den første artikel i serien i Månedsskriftets udgivelse fra april 2021. Det kan være en god idé også at læse disse artikler for at få en bedre forståelse af, hvorfor de forskellige redskaber anbefales.

Dette er redskab nr. 12

Biografi / Lene H S Toscano er Speciallæge i almen medicin og ledende overlæge på Center for Funktionelle Lidelser, Sygehus Lillebælt, Vejle. Marianne Rosendal er speciallæge i almen medicin, tidligere praktiserende læge og ansat som overlæge og leder af Center for Funktionelle Lidelser, Vejle Sygehus.



Værktøjskassen til funktionel lidelse præsenterer en række værktøjer, som den praktiserende læge kan benytte sig af i behandlingen af funktionel lidelse. Første værktøj finder du i Månedsskriftet april 2021.

Case Inger

Inger er 63 år. Hun har gennem flere år været plaget af tiltagende smerter, træthed og problemer med koncentration og hukommelse. Hun valgte for et halvt år siden at gå på efterløn, hvilket har givet hende ro og i første omgang hjalp lidt på symptomerne. Hun havde dog håbet på en større effekt, og på det seneste synes hun faktisk, at det er begyndt at gå den forkerte vej.

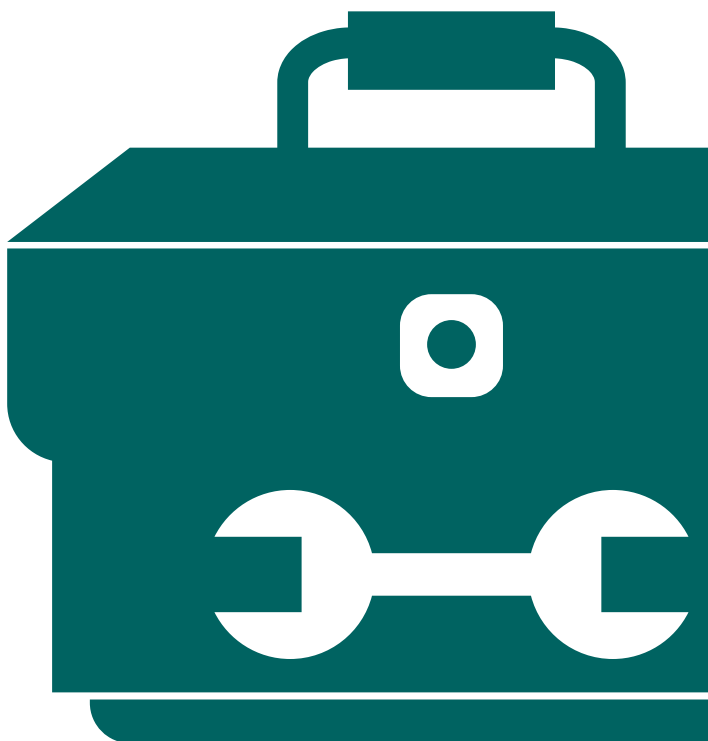
Inger har tidligere været aktiv. Hun har arbejdet som sekretær på en efterskole, og privat har hun haft det primære ansvar for hjemmet og tre børn, som nu er flyttet hjemmefra. Samtidig har hun altid engageret sig i frivillige aktiviteter omkring børnene og ægtefællen. Inger har været gift med Jørgen i næsten 40 år. Han er ingeniør og er en udmærket støtte, selvom han ikke helt forstår, hvordan hun har det.

Ingers smerter og træthed begyndte for ca. 10 år siden umiddelbart efter, at hendes mor døde. Moren havde et langt sygdomsforløb, hvor Inger følte, at hun stod meget alene med ansvaret. Samtidig blev hun kritiseret for sin indsats både af sin mor og sine to søskende, som hun gennem det meste af livet har haft et anstrengt forhold til. Efter morens død har hun brudt kontakten med de to søskende.

Inger fortæller lægen, at det er blevet nødvendigt for hende at trække sig fra aktiviteter, fordi smerterne og trætheden nu er begyndt at blive værre. Hun gi-

ver udtryk for, at hun er bange for, om hun inden længe bliver helt handicappet og slet ikke kan være til nogen gavn.

Lægen og Inger har tidligere talt om værdier og om, hvordan hendes symptomer i høj grad hænger sammen med stress og belastninger. Det har hun en god forståelse for, og hun er derfor skuffet over, at hun ikke får det bedre, nu hvor hun er gået på efterløn og ikke længere er så presset.





Lægen viser Inger *den kognitive diamant* og spørger, om hun vil være med til at bruge modellen til at undersøge en konkret situation. Det vil hun gerne.

Inger vælger at tage udgangspunkt i en lørdag, hvor hun og Jørgen er på besøg hos deres datter, svigersøn og to børnebørn, som Inger tit passer. Inger har taget hjemmebagte boller og en lagkage med. Hun ved, at datteren har en travl hverdag, og Inger gør alt hvad hun kan for at hjælpe med borddækning, afrydning og andre praktiske opgaver.

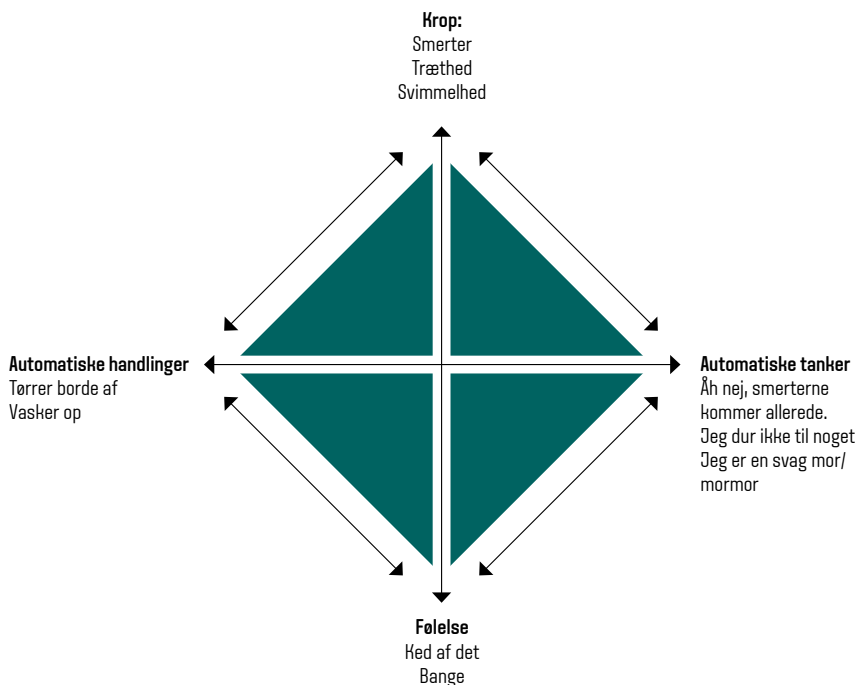
Inger mærker smerter, træthed og svimmelhed allerede da de ankommer. Det skriver hun under 'Krop' i den kognitive diamant.

Lægen spørger, hvilke tanker hun

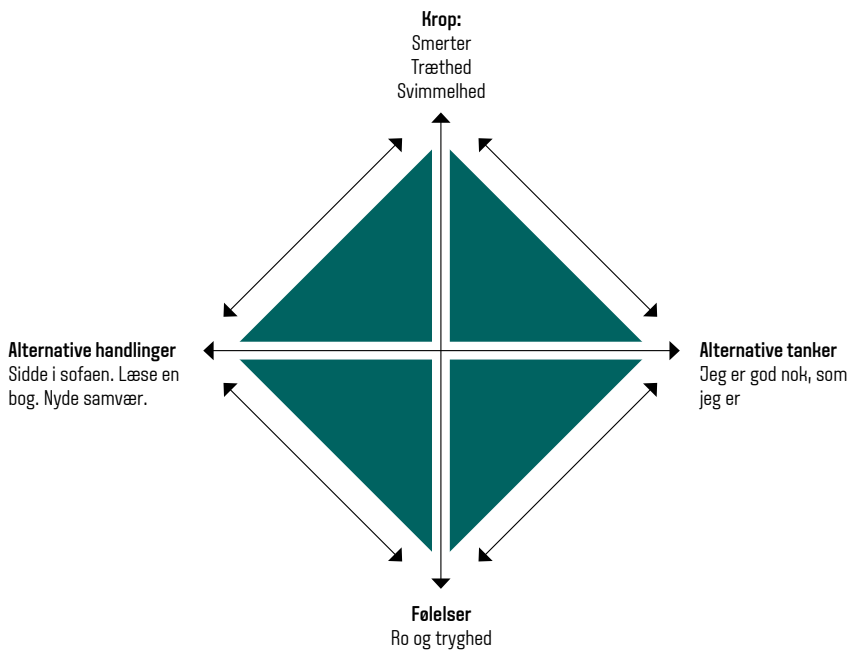
havde. Inger fortæller, at hun fik flere forskellige tanker, bl.a. 'Åh nej, nu kommer smerterne allerede', 'Jeg dur ikke til noget', 'Jeg er en svag mor, som ikke engang kan hjælpe min datter', 'Jeg er en svag mormor, som ikke engang har overskud til at lege med mine børnebørn', 'Hvis det fortsætter på den måde, er der da ingen som gider have noget med mig at gøre'. Hun skriver nogle af sætningerne under 'Automatiske tanker'.

Lægen spørger til Ingers følelser, og hun fortæller, at hun både bliver ked af det og bange. Da lægen spørger lidt mere ind til det, får Inger tårer i øjnene og siger 'Jeg er bange for, at ingen kan lide mig.'

Figur 1 /
Tidspunkt: Lørdag, besøg
hos datter og svigersøn



Figur 2 /
 Alternativ diamant
 Redskabet findes på <https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-vaerktojskasser/>



Lægen spørger, hvad Inger gjorde, og hun fortæller, at hun gik i gang med at tørre borde og vaske nogle store gryder af. Hun gjorde en masse hurtige bevægelser, og selvom det gjorde ondt, så fortsatte hun, for hun nægtede at lade smerterne bestemme. De to børnebørn spurgte på et tidspunkt, om hun ville læse en bog for dem, men hun valgte at vaske op, selvom hendes svigersøn sagde, at hun bare kunne lade det stå.

Besøget ender med, at hun og Jørgen må tage tidligere hjem end planlagt, fordi hun har så mange smerter og er blevet så svimmel, at hun har brug for at gå i seng.

Lægen forklarer Inger om sammenhængen mellem de fire elementer i den kognitive diamant, og han spørger hende, om hun kunne forestille sig nogle alternative tanker. Inger siger 'Jeg ved jo godt, at det godt kan lide mig. De siger så tit, at jeg ikke behøver hjælpe dem så meget, og at jeg bare

skal sætte mig ned og slappe af. Men jeg vil jo ikke ende som min mor. Hun gjorde aldrig noget for mig.'

Inger og lægen prøver at lave en alternativ diamant, hvor en alternativ tanke er 'Jeg er god nok, som jeg er'.

Lægen spørger, hvilke følelser den tanke vil kunne give, og Inger skriver 'Ro' og 'Tryghed'.

Lægen spørger, om hun ville vaske op og gøre rent, hvis hun følte ro og tryghed, eller om der ville være andre handlinger, som ville være bedre. Inger svarer, at så ville hun nok vælge at sætte sig ind i sofaen sammen med de to børnebørn, slappe af, læse en bog for dem og nyde samværet.

Formål

Krop, tanker, følelser og handlinger hænger sammen og påvirker hinanden. Den kognitive diamant kan bruges til at undersøge disse sammenhænge og inspirere patienten til at ar-



bejde med alternative tanker og handlinger, som kan have en positiv indflydelse på krop og følelser.

Instruktion til lægen:

- Inviter patienten til at tage udgangspunkt i en konkret begivenhed, hvor der opstod uønskede kropslige symptomer.
- Lad patienten notere, hvilke symptomer vedkommende var generet af.
- Undersøg derefter hvilke tanker der opstod. Der er ofte tale om automatiske tanker, som patienten måske ikke umiddelbart er bevidst om.
- Undersøg, hvilke følelser der opstod.
- Bed patienten om at beskrive, hvilke handlinger dette medførte. Der vil ofte være tale om handlinger, som indebærer elementer af undgåelse og/eller kontrol. Fx at patienten overpræsterer eller trækker sig. Ofte

- Invitér patienten til at undersøge mulige alternative tanker, som måske vil være mere hjælpsomme i situationen.
- Undersøg sammen med patienten, om disse alternative tanker vil medføre andre følelser.
- Undersøg, om patienten på den baggrund kunne forestille sig alternative handlinger, som vil være mere hensigtsmæssige, og som på den længere bane vil kunne forbedre tilstanden.

Bemærk

Patienten kan tage modellen med og arbejde videre med den hjemme og på den måde undersøge flere forskellige situationer. Det vil ofte være en længere proces at ændre de negative og dysfunktionelle tanker, følelser og handlemønstre. Patienten bør opfordres til at træne de alternative tankemønstre, da træningen ofte medfører, at det bliver nemmere og mindre anstrengende for hver gang.

» **Krop, tanker, følelser og handlinger hænger sammen og påvirker hinanden. Den kognitive diamant kan bruges til at undersøge disse sammenhænge og inspirere patienten til at arbejde med alternative tanker og handlinger, som kan have en positiv indflydelse på krop og følelser.**

vil tanker, følelser og handlinger være dysfunktionelle, og med tiden medføre forværring af sygdommen.

- Derefter inviteres patienten til at udfylde en kognitiv diamant med alternative tanker og handlinger.
- Tag udgangspunkt i den samme situation med de samme symptomer.



Krop

Automatiske
handler

Automatiske
tanker

Følelse



Værktøjskassen til funktionel lidelse 13

DET AUTONOME NERVESYSTEM ILLUSTRERET

Redskaber til håndtering og behandling af vedvarende symptomer og funktionel lidelse i almen praksis.

Af / Lene Toscano og Marianne Rosendal



<https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-vaerktojskasser/>



<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Funktionelle-lidelser/Redskabssamling---Funktionelle-lidelser.ashx?la=da&hash=894545D102A15EFAE63645BC9C11AE6ED6D-40DE3>

Alle praktiserende læger møder patienter med symptomer og funktionel lidelse af varierende sværhedsgrad. De senere års forskning kombineret med afprøvning af forskellige redskaber i behandlingen har vist, at vi har gode muligheder for at hjælpe disse patienter – også inden for rammerne i almen praksis. I denne artikelserie præsenterer vi en række af disse redskaber. **Dette redskab er det sidste i serien.**

Du kan downloade og/eller printe redskaberne i A4-størrelse fra <https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-vaerktojskasser/>

Du kan finde tilsvarende redskaber i Sundhedsstyrelsens udgivelse af en

redskabssamling til behandling af funktionelle lidelser i almen praksis fra oktober 2021.

Parallelt med udgivelsen af værktøjskassen udgiver Månedsskriftet artikelserien "Funktionel lidelse", hvor der går i dybden med forskellige temaer inden for dette felt. Du finder den første artikel i serien i Månedsskriftets udgivelse fra april 2021. Det kan være en god idé også at læse disse artikler for at få en bedre forståelse af, hvorfor de forskellige redskaber anbefales. Dette er redskab nr. 13.

Patienter med funktionel lidelse er plaget af multiple og ofte diffuse fysiske symptomer. Mange oplever derfor at blive sendt igennem en lang række af

Biografi / Lene H S Toscano er Speciallæge i almen medicin og ledende overlæge på Center for Funktionelle Lidelser, Sygehus Lillebælt, Vejle. Marianne Rosendal er speciallæge i almen medicin, tidligere praktiserende læge og nu ansat ved Funktionelle lidelser, Aarhus Universitetshospital og Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus.



Værktøjskassen til funktionel lidelse præsenterer en række værktøjer, som den praktiserende læge kan benytte sig af i behandlingen af funktionel lidelse. Første værktøj finder du i Månedsskriftet april 2021.

somatiske udredninger i forskellige specialer, uden at de får en forklaring på mulige årsager til de mange symptomer.

Når man ikke får en forklaring, opstår der nemt utryghed og frygt; *Ved lægerne overhovedet, hvad de laver? Fejler jeg noget meget sjældent, som får lov til at udvikle sig, fordi ingen kan finde ud af, hvad det er? Tror de, at det bare er noget, jeg bilder mig ind? Tænker de, jeg er blevet skør? Fejler jeg både noget med hjertet, lungerne, musklerne, knoglerne, hjernen, tarmene og øjnene på én gang? Hvor mange forskellige sygdomme har jeg egentlig?*

Frygten vil nemt føre til en aktivering af stresssystemet, hvilket igen vil forværre de mange symptomer.

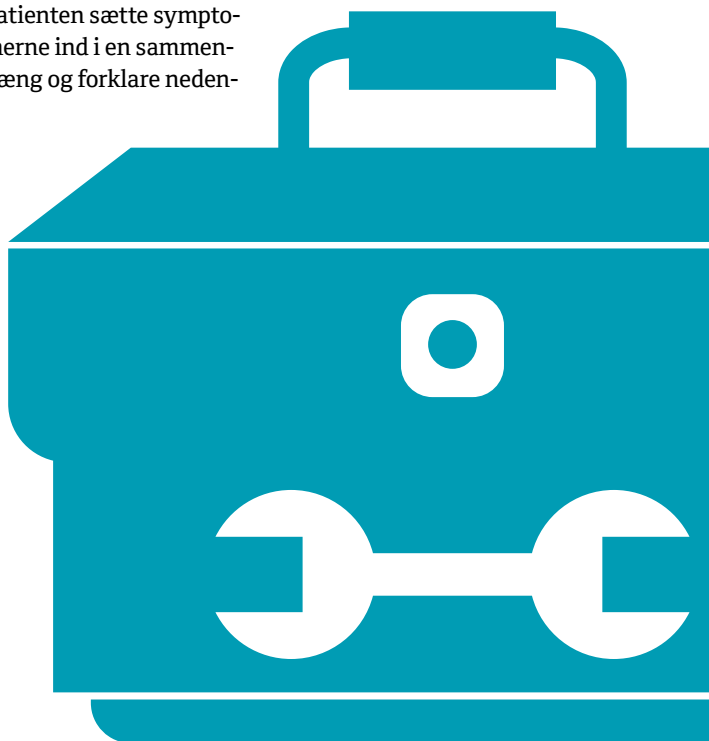
Formål

En vigtig opgave for den praktiserende læge er at give patienten en forklaring på, hvor symptomerne stammer fra. Dette vil ofte i sig selv virke beroligende og være første skridt til et forløb, hvor patienten kan lære at håndtere og regulere sygdommen.

Illustrationen må bruges frit og må også udleveres til patienter og pårørende. Den kan downloades her: <https://www.maanedsskriftet.dk/tema-saertryk/funktionel-lidelse-vaerktojskasser/>

Sådan kan lægen bruge illustrationen

Når lægen har sandsynliggjort, at der er tale om en funktionel lidelse, og at symptomerne bl.a. kan hænge sammen med en ubalance i det autonome nervesystem med langvarig aktivering af det sympatiske nervesystem, kan man invitere patienten til en forklaring, hvor man sammen kigger på illustrationen. Lægen kan i samarbejde med patienten sætte symptomerne ind i en sammenhæng og forklare neden-





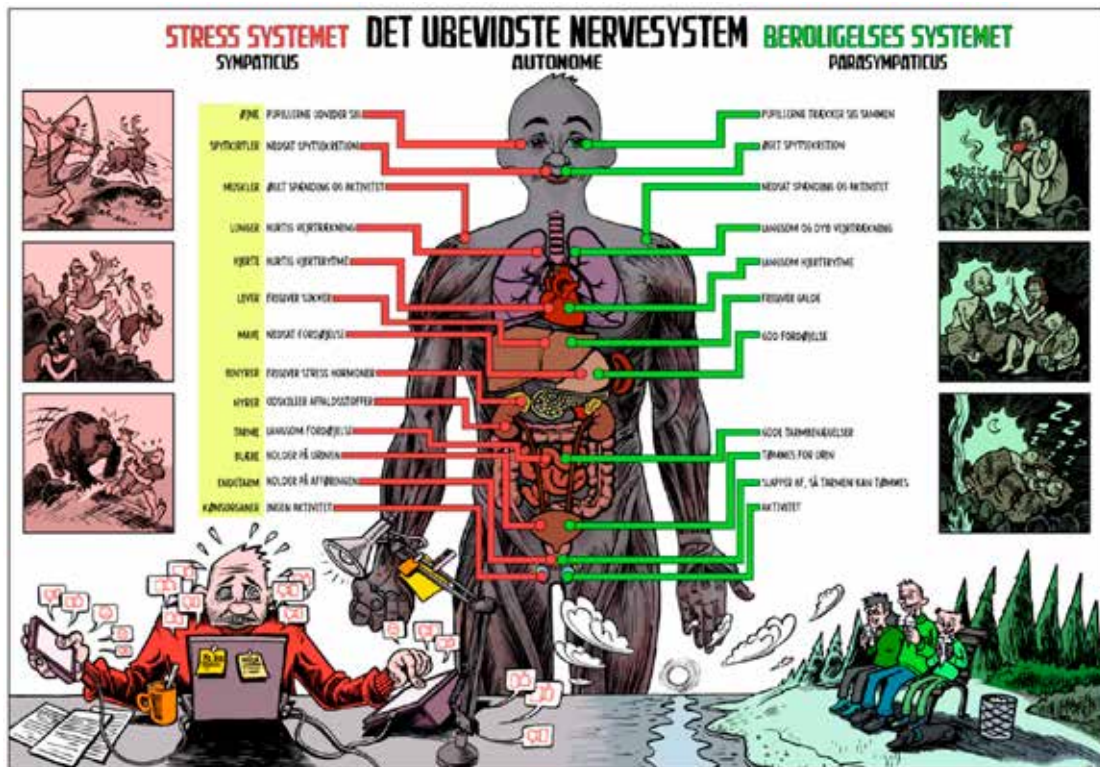
stående; *Husk at holde pauser og sørg for, at patienten ikke bliver tabt undervejs.*

"Vi har to forskellige nervesystemer. Det 'bevidste nervesystem' har vi kontrol over. Det bruger vi, når vi fx skal bevæge armene eller benene, når vi taler, eller når vi vælger at tie stille. Det kan vi med vores bevidste hjerne kontrollere. Det 'ubevidste nervesystem' er uden for vores bevidste kontrol og er tæt forbundet med overlevelse. Det ubevidste nervesystem sørger for, at hjertet slår, at vi trækker vejret, at maven bliver fordøjet, at der bliver sendt ekstra energi til musklerne, når de skal bruges osv. Det behøver vi ikke huske eller koncentrere os om. Det ubevidste nervesystem fungerer, selvom vi fx sover eller tænker på noget andet.

Det ubevidste nervesystem skal holde en balance imellem 'stress-systemet' og 'beroligelses-systemet'. Det er et gammelt system, og det reagerer i mange situationer på måder, som var hensigtsmæssige og logiske i stenalderen.

På venstre side kan du se, hvad der sker, når 'stress-systemet' bliver aktiveret. Det sker i situationer, hvor stenaldermanden skal ud og fx jage en kronhjort for at finde føde. Han bliver begejstret og har brug for ekstra styrke. Derfor banker hjertet hurtigere, lungerne udvider sig og der sendes ekstra energi til de store muskler, så han kan løbe stærkt. Blodet sendes væk fra tarmene, for det er ikke så vigtigt at fordøje maden lige nu, det kan han gøre senere. Koncentrationen fo-

Figur 1/



kuseres på byttet, og han bemærker ikke smerte eller sult.

For det moderne menneske sker det samme, når vi kæmper for noget, vi gerne vil opnå. Det kan fx være at vinde en fodboldkamp, at få drømmejobbet eller klare en stor og udfordrende opgave. Vi bliver begejstrede og oplever, at vi får ekstra energi til at nå vores mål.

Det er det samme system, som aktiveres, hvis stenaldersmanden møder en fjende, som han skal kæmpe imod. Så bliver han vred og går til modangreb, og stress-systemet aktiveres endnu mere. For det moderne menneske sker det i situationer, hvor vi fx skal kæmpe imod konkurrenter eller uretfærdige forhold.

Stress-systemet aktiveres maksimalt, hvis stenaldersmanden kommer i livsfare og fx skal flygte fra en sulten bjørn. Så oplever han angst, og kroppen indstiller sig på at bruge al energi på at flygte for at overleve. Det sker for os, hvis vi oplever, at vi bliver truet. Det kan være, vi oplever fysisk eller psykisk vold, men det kan også være en trussel om fx fyring, en frygt for ikke at være god nok eller en vedvarende bekymring for, om vores børn kan klare de udfordringer de har.

Vores stress-system bliver i høj grad aktiveret i situationer, hvor vi er i risiko for at blive udstødt af flokken. I stenalderen var det forbundet med livsfare, hvis man ikke var en del af en flok. Derfor reagerer vi mennesker meget stærkt på fx mobning, fyring, skilsmisse eller andre situationer, hvor vi pludselig står alene. Alene frygten for at blive udstødt, vil aktivere vores stress-system.

Når stress-systemet er maksimalt og langvarigt aktiveret, kan man opleve mange af de symptomer, som er be-

skrevet på tegningen. Pupillerne udvider sig, og nogle oplever at blive overfølsomme for lys. Slimhinderne bliver tørre og tarmene fordøjer ikke maden ret godt, så mange oplever at få skiftevis løs og træg afføring, ondt i maven, sure opstød, man bliver oppustet og nogle kan kaste op. Hvis man skal flygte fra en bjørn, er det måske praktisk at tømme mavesækken. Men hvis man er langvarigt stresset eller nervøs fx pga. en eksamen, er det mest til besvær at få diarré eller kaste op. Blæren udvider sig, så der bliver plads til mere urin, og lysten og evnen til sex forsvinder. Immunforsvaret bliver også aktiveret. Det kan opleves som en influenzalignende følelse i kroppen, som typisk opstår efter en belastning. På den lidt længere bane opstår der smerter i muskler og led i det meste af kroppen på samme måde, som hvis man har været meget fysisk aktiv. Man sover dårligt om natten, bliver træt, svimmel, oplever dårligere hukommelse og får svært ved at koncentrere sig.

Vi kan sagtens holde til, at stress-systemet er aktiveret. Vi er faktisk bygget til at kunne være i livsfare, hvilket vi sandsynligvis var ret ofte i stenalderen. Men for at kunne holde til det, kræver det, at vi også får aktiveret beroligelsessystemet. Det er vist på illustrationens højre side. Beroligelsessystemet bliver aktiveret, når stenaldersmanden kommer hjem til hulen, hvor der måske er noget mad, en familie og et bål, og hvor han kan sidde og kigge ind i flammerne.

Det moderne menneske har også brug for at aktivere beroligelsessystemet. Det sker, når vi kommer hjem efter en lang arbejdsdag, flader ud på sofaen, hygger med familien eller går en rolig tur i skoven. Der er ikke noget, vi skal præstere, der er ikke ret mange



krav. Hjertet slår langsommere, lungerne trækker vejret dybere og roligere, musklerne slapper af, tarmene fordøjer maden, vi kan gå på toilettet, og vi oplever ro og tryghed.

For nogle kan det være svært at aktivere beroligelsessystemet. Somme tider kan man stå i en situation, hvor der er utrygt, der hvor der burde være tryghed. En situation hvor 'bjørnen er flyttet med ind i hulen'. Måske er man vokset op i et utrygt hjem. Måske har man været udsat for vold eller svigt. Måske er der hyppige skænderier på hjemmefronten. Det kan også være arbejdsmails, som forstyrrer freden, eller et barn som har problemer, som man bliver nødt til at forholde sig til.

Sociale medier, computerspil og nyheder kan umiddelbart opleves afslappende. Men vores ubevidste nervesystem kan ikke se forskel på reel fare og oplevet fare, så det reagerer med høj aktivitet, når vi skal kæmpe mod en fjende på skærmen eller ser krig og

vesystem, hvor stress-systemet er overaktiveret."

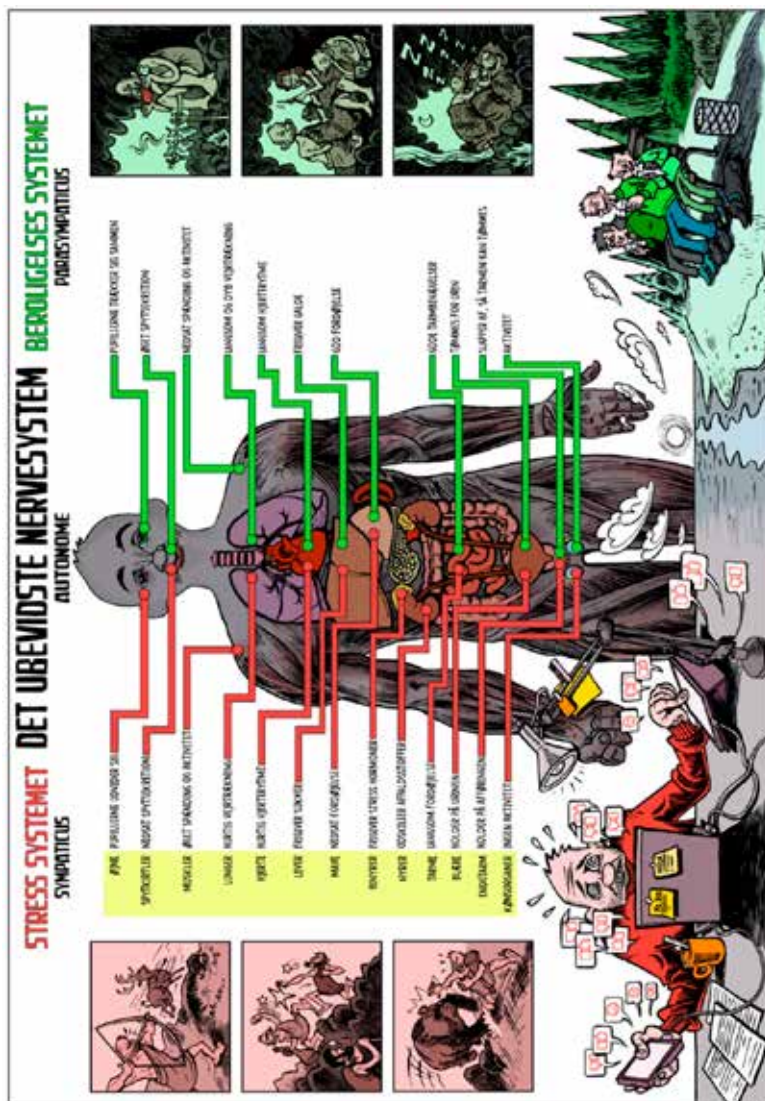
Sådan kan patienten bruge illustrationen

- Overvej hvornår dit stress-system er aktiveret
- Overvej hvornår dit beroligelsessystem er aktiveret
- Er der en fornuftig balance, eller er der noget der bør ændres?
- Hvis du ønsker at træne aktivering af beroligelsessystemet, kan du evt. prøve følgende teknikker:
 - Rolige dybe vejrtrækninger, evt. STOP-øvelsen (se redskab nr. 8)
 - Ophold og rolig bevægelse i naturen, fx gåture
 - Samvær med mennesker, som giver dig en følelse af tryghed
 - Fritidsaktiviteter, som ikke er forbundet med præstation
 - Mindfulness, yoga, meditation
- Det er ikke farligt at aktivere stress-systemet. Kortvarig aktivering kan sammenlignes med træning; du vil med tiden blive stærkere og kunne udholde mere. Men det kræver samtidig træning af beroligelsessystemet, så kroppen får mulighed for at restituere og holde en god balance.
- Husk at det ubevidste nervesystem er noget, alle mennesker har. Det er normalt, at der er aktivitet i begge sider af systemet, og alle mennesker får symptomer. Målet er altså ikke, at du slet ikke må få symptomer. Målet er at få en bedre balance, hvor du øver dig i at regulere de ubehagelige symptomer og samtidig lærer at leve så godt som muligt med alle de symptomer, som din krop vil blive ved med at producere i forskellige sammenhænge.

» Det moderne menneske har også brug for at aktivere beroligelsessystemet

eksplosioner i fjernsynet. Det grænseløse arbejdsmarked og de konstante muligheder for at følge med i hvad der sker, er en stor fristelse for vores medfødte nysgerrighed. Vi har hele tiden muligheden for at aktivere vores stress-system, og mange bliver i dag nødt til at tage en bevidst beslutning, hvis beroligelsessystemet skal have plads.

Når man får en funktionel lidelse med langvarige og generende fysiske symptomer, er det tit et udtryk for, at der er en ubalance i det ubevidste ner-



Forfatteroversigt

Begtrup, Louise Mølenberg	154
Carlsson, Rikke Hinge	60
Dantoft, Thomas Meinertz	132
Davidson, Annette	60
Dybdal, Amalie Bach	146
Fink, Per	122
Gormsen, Lise Kirstine	76, 146
Hansen, Klaus	46
Huusfeldt, Pernille Cornelia	162
Høgh, Morten	68
Hastrup, Peter Fenz	154
Jarbøl, Dorte Ejg	154
Kallesøe, Karen H.	112
Mik-Meyer, Nanna	140
Møller, Jane Ege	146
Olesen, Frede	38
Olsen, Mathias Royster	162
Overbeck, Camilla Lundin	162
Petersen, Line Kirkeby	94
Petersen, Marie Weinreich	132
Rask, Charlotte Ulrikka	112
Rask, Mette Trøllund	54
Rosendal, Marianne	8, 20, 28, 46, 54, 68, 94, 104, 122
Rytter, Hana Mala	162
Raasthøj, Isabella	132
Schröder, Andreas	84, 94
Toscano, Lene Hardt Sanchez	146
van Wylich-Muxoll, Caroline	60



I forbindelse med udgivelse af artikelserien om funktionel lidelse har Månedsskrift for almen praksis produceret to podcasts

I den første podcast er gæsterne praktiserende læge Morten Jakobsen og seniorforsker og speciallæge i almen medicin Marianne Rosendal. Interviewet handler om grænselandet mellem symptom og funktionel lidelse, og du kan her høre om diagnose, prognose, tilgang og behandlingsmuligheder.

Lyt her <https://www.buzzsprout.com/1419550/10352076-funktionel-lidelse-1-i-graenselandet-i-mellem-symptom-og-diagnose>

I den efterfølgende podcast deltager også to repræsentanter fra Patientforeningen for Funktionelle Lidelser (PFFL). Med udgangspunkt i deres oplevelser diskuteres, hvordan man bedst hjælper sine patienter igennem et forløb med funktionel lidelse.

Lyt her: <https://www.buzzsprout.com/1419550/10352093-funktionel-lidelse-2-at-leve-med-svaer-funktionel-lidelse>

