

**Statusartikler** er oversigtsartikler, der beskriver den nyeste udvikling og forskning inden for et velafgrænset felt af relevans for fysioterapeuter. Artiklerne er typisk igangsat af redaktionen, og forfatterne er forskere med speciale inden for feltet.

# Fysioterapeutens rolle i behandling og lindring til patienter med kroniske smerter

Hver femte dansker har kroniske smerter, og antallet stiger. Der er dog sket en revolution i vores forståelse af muskuloskeletale smerter fra en apparatfejlsmodel til en mere kompleks forståelse for sammenhængen mellem smerte og nervesystemet og livet med kroniske smerter. **FYSIOTERAPEUTER KAN HJÆLPE PATIENTERNE MED METODER TIL LINDRING OG EN ØGET FORSTÅELSE AF SMERTERNE**, så de får mulighed for at leve et godt liv på trods af smerterne.

**F**OR BLOT 20 år siden blev smerter stort set altid fortolket på den måde, vi har nedarvet fra Descartes; de var enten *fysiske* eller *psykiske*. Det var normalt at behandle alle smerter ved at identificere og fjerne årsagen. Rationalet var, at smerte var resultatet af en underliggende årsag, som kunne identificeres og ændres eller fjernes. Hvis en dygtig terapeut eller læge kunne identificere årsagen, så ville hun/han kunne helbrede patienten fra sine smerter. Den empiri, der fastholdt os i dette selvbekræftende paradigme, inkluderede bl.a. 'evnen' til at diagnosticere og sygeliggøre

naturlige processer (fx degeneration), samt opfinde diagnoser for kliniske syndromer (fx facetledslåsninger).

De sidste to årtiers forskningsresultater har udfordret og erstattet mange af disse paradigmer og tilføjet nuancer til vores syn på fx rygsmerter<sup>1</sup> og idræts-relaterede smerter.<sup>2</sup> Konsensus i dag, når det kommer til størstedelen af de muskuloskeletale smerter, er derfor, at de ikke kan forklares med én eller få faktorer (fx degeneration, forkerte bevægelser eller uhensigtsmæssige tanker), men at smerte er en kompleks oplevelse, der skyldes mange, gensidigt påvirkende faktorer.<sup>1,3</sup>

Af



**MORTEN HØGH**

Ph.d., MSc Pain, specialist i sportsfysioterapi, EDPP (European Diploma in Pain Physiotherapy). Lektor, Aalborg Universitet, Kandidatuddannelsen i muskuloskeletal fysioterapi. Formand for Dansk Selskab for Smerte og Fysioterapi (SMOF)

## Smerte kan optræde sammen med, men også uden skader eller patologier.

Ligeledes anerkendes det i dag, at smerte i sig selv kan være en alvorlig problemstilling, der fx kan invalidere topatleter, og at smerte kan optræde både sammen med, men også uden skader eller patologier.<sup>2</sup>

Den populærvidenskabelige bog, *Explain Pain*, fik enorm betydning for det, der i fysioterapeutiske kredse er blevet kendt som *smerterevolutionen*.<sup>4</sup> Revolutionen bestod i et paradigmeskift fra biomekaniske forklaringsmodeller af smerte til en neurofysiologisk model. Skiftet betød ikke blot, at fysioterapeuter skulle lære nye udtryk som fx central sensibilisering, men i høj grad også at patienten kom i fokus; tanker, forventninger og læring er siden blevet centrale elementer både i smerterelateret forskning og i den kliniske hverdag.<sup>3</sup>

### Akutte smerter

Når smerte opstår akut eller i tilknytning til fysisk aktivitet eller sygdom, er det overvejende sandsynligt, at det skyldes nociception. Nociception er fagudtrykket for den proces, der foregår i nervecellerne, når vi udsættes for potentielt skadelige stimuli (fx tryk, varme eller kemi). Smerteforskningen viser tydeligt, at nociception spiller en afgørende rolle for akutte smerter, idet der ses en sammenhæng mellem nociceptive stimuli (fx tryk, varme, kulde eller kemi) og smerte.<sup>5</sup> Hvis kroppen bliver skadet, får en patologi eller bliver invaderet af vira eller bakterier, reagerer den med et inflammatorisk respons. Dette respons medfører sensibilisering af de nociceptive signalbaner og kan forklare, hvorfor vi oplever nye og flere smerter. Behandling af akutte smerter med fx lokalbedøvelse eller opioid-baseret medicin fungerer bl.a., fordi de hæmmer de nociceptive signaler. Hvis akutte smerter

skyldes en skade (fx fraktur) eller patologi (fx cancer) er det naturligvis ikke tilstrækkeligt at hæmme smerterne, da de blot er et symptom. Andre gange skyldes smerter måske *overbelastning* (inflammation), og de vil forsvinde af sig selv, når inflammationen går i sig selv efter nogle dage.

Hvis man tror, at smerter altid er et symptom, kan det lede til unødvendige undersøgelser og behandlinger.<sup>6</sup> Et tydeligt eksempel på dette er MR-skanninger til mennesker med uspecifikke lænderygsmerter, hvor henvisning til scanning tidligt i forløbet er forbundet med øget risiko for funktionstab samt reduceret eller forsinket tilbagevenden til arbejde.<sup>7,8</sup>

Selv når det virker logisk, at man er kommet til skade, som fx ved en akut opstået smerte i forbindelse med et løft, taler statistikken imod, at løft er årsagen til smerter i ryggen.<sup>9</sup> Det betyder ikke, at smerterne ikke er reelle, for det er alle smerter. Men det er blot et eksempel på, at det er normalt at opleve smerter *uden en skade*. Et andet eksempel er den forsinkede træningsømhed, de fleste kender (*delayed onset of muscle soreness, DOMS*); tidligere antog man, at smerterne var resultatet af 'mikrotraumer', men nyere forskning tyder på, at fænomenet ikke har noget med vævsskade at gøre, men at DOMS derimod kan forklares som resultatet af forandringer i centralnervesystemet (CNS).<sup>10</sup> Disse forandringer kendes under fællesbetegnelsen 'central sensibilisering', og de forklarer, hvorfor normale bevægelser (fx at gå ned af en trappe) kan være smertefulde i 1-3 døgn efter, man har trænet styrketræning.

Fælles for smerter, der opstår samtidig med en vævsskade og/eller inflammatorisk proces, er, at de nociceptive signaler vil blive mindre i takt med, at den inflammatoriske fase afløses af celle-delingsfasen, og at smerterne i langt

## Kroniske smerter

Antallet af personer med kroniske smerter er steget fra 19% i 2000 til 29% i 2017 svarende til over 1,3 millioner danskere. Til sammenligning har 235.000 mennesker i Danmark diabetes (2017).

Kroniske smerter har betydelig effekt på både helbredsrelateret livskvalitet og arbejdsevnen og stod samlet for 20% af danske sygedage i 2015.

KILDE: SUNDHEDSSTYRELSEN

de fleste tilfælde vil reduceres i takt hermed.<sup>11</sup> Smerter, der fortsætter ud over denne periode, betragtes oftest som *langvarige* og vil i mindre grad være afhængige af nociception alene.<sup>12</sup> Konsekvensen bliver, at behandling, der retter sig mod at dæmpe nociception (fx lokalbedøvelse, NSAID eller aflastning) mister deres effekt eller giver flere alvorlige bivirkninger.<sup>13,14</sup>

### Kroniske smerter er en selvstændig diagnose

Smerter, som varer ud over 3 måneder, og som påvirker individet i udtalt grad (hverdagsfunktion, sociale funktioner og/eller emotionelt), kan diagnosticeres som *kroniske smerter* jf. WHO's ICD-II.<sup>15</sup> Kroniske smerter er i sig selv en sygdom på lige fod med andre kroniske lidelser. På den ene side ligner sygdommen eksempelvis diabetes mellitus, fordi patienten skal og kan lære at leve med den. På andre måder minder kroniske smerter om mentale sygdomme, som fx angst og depression, fordi sygdommen manifesterer sig usynligt for omverdenen, men særdeles mærkbart hos patienten.

Sundhedsstyrelsen anslår, at ca. 1,3 mio danskere – eller ca. hver femte – lever med langvarige smerter. Mange klarer sig allerede uden hjælp fra sundhedsvæsenet; nogle har formentligt periodiske eller tilbagevendende smerter, mens andre har daglige smerter. Langt fra alle 1,3 mio danskere har brug for behandling, men vi må antage, at de fleste har erfaringer med at lindre og/eller forværre deres smerter. Den viden kan fysioterapeuten bruge, når en patient henvender sig: Lyt til patienten og lær af deres erfaringer; de er eksperter på deres egne smerter! Det er med andre ord vigtigt, at fysioterapeuterne husker på, at patienterne er eksperter i deres eget liv

og dermed også deres smerter, og at de derfor skal ses som ligeværdige eksperter, fremfor svagelige patienter.

#### Kroniske primære smerter

Når kroniske smerter opstår uden en synlig eller målbar patologi, kategoriseres det under ICD-II som *kroniske primære smerter*.<sup>16</sup> Denne kategori omfatter generaliserede smerter, kronisk regionalt smertesyndrom (CRPS), visse hovedpineformer og underlivssmerter samt uspecifikke smerter i lænd, bækken, nakke og ekstremiteter. Her er det vigtigt at forstå, at smerterne i sig selv udgør sygdommen; der er således ingen anden kendt årsag til smerterne, og derfor retter behandlingen sig mod at hjælpe individet til at forstå og håndtere sine smerter samt genfinde en balance i livet på trods af smerterne. Fælles for patientgruppen med kroniske primære smerter er, at de ofte har svært ved *a)* at blive udredt,<sup>17</sup> *b)* at blive forstået,<sup>18</sup> *c)* at forstå smerterne, når der ingen underliggende (enkelstående) årsag er til smerterne<sup>19</sup> og *d)* at finde en balance mellem at skulle lære smerterne at kende og undgå stigmatisering mv. fra omverdenen.<sup>20</sup> Dermed ikke sagt, at patienterne ikke kan blive raske eller smertefrie; det er der nogle, som bliver. Men der findes i dag ingen kendt behandling, som kan helbrede kroniske primære smerter. Også mange fagfolk har svært ved at acceptere dette. Man kan drage parallel til covid-relateret sygdom, som vi endnu ikke kan behandle effektivt, men vi kan yde essentiel og effektiv hjælp i den akutte fase (fx med respirator), mens behandlingen af senfølger i høj grad retter sig mod at reducere symptomerne og begrænse deres indvirkning i patientens liv ved bl.a. at være opmærksom på effekterne af indlæggelse, inaktivitet og de traumelignende oplevelser, patienten kan have haft.<sup>21</sup>

## Hovedbudskaber

- WHO's sygdomsklassifikation ICD-11 definerer kroniske smerter som en sygdom, når smerterne varer mere end tre måneder og i væsentlig grad begrænser patienterne.
- Årsagen til kroniske smerter er ukendt, og mennesker med kroniske smerter skal lære at leve med smerterne på samme måde, som det er tilfældet for andre kroniske sygdomme.
- Fysioterapeuter kan hjælpe patientgruppen, men det kræver, at de får kompetencerne.
- Fysioterapeuter skal løbende regulere behandlingen, afhængig af virkningen hos den enkelte.
- Fysioterapeuter skal fokusere på at gøre patienterne uafhængige af fysioterapeuten, således at patienten selv lærer at mestre teknikker til lindring og håndtering af deres smerter.

### Kroniske sekundære smerter

Den anden kategori af kroniske smerter (jf. ICD-11) opstår parallelt med synlige patologier; det gælder bl.a. smerte, som opstår i forbindelse med nerveskade eller reumatologiske lidelser. WHO kalder denne form for kroniske smerter for kroniske sekundære smerter.<sup>22</sup> Denne type kroniske smerter har to 'spor'; et primært, som fokuserer på at begrænse patologien og et sekundært, der fokuserer på at lindre smerten og begrænse påvirkningerne i patientens liv (præcis som det gælder for kroniske primære smerter).

### Mange patienter søger hjælp hos fysioterapeut

Mange patienter med langvarige smerter op søger privatpraktiserende fysioterapeuter. En endnu ikke offentliggjort undersøgelse af mere end 63.000 patienter fra fysioterapiklinikker i Danmark viser, at 43% har haft smerter i mere end 3 måneder. Cirka 20% er så påvirkede af smerter, at de er begrænset i deres hverdagsliv og dermed sandsynligvis har sygdommen kroniske smerter. Tallene indikerer dermed, at fysioterapeuter i primærsektoren ser mange smertepatienter og derfor har brug for de nødvendige kompetencer til at hjælpe denne patientgruppe.

### Fysioterapeutens kompetencer

Viden om kroniske smerter er en forholdsvis ny disciplin, og derfor har de færreste fysioterapeuter de nødvendige kompetencer. Det europæiske smerteforbund (European Pain Federation) har defineret, hvilke kompetencer en fysioterapeut, der arbejder med smertepatienter, bør have og beskrevet det i et curriculum for smertefysioterapi.<sup>23</sup> Flere og flere efteruddanner sig indenfor fagområdet, og såvel


på fysioterapeutuddannelsen som i de faglige selskaber er der sat gang i at opdatere fysioterapeuternes viden om emnet. Helt overordnet bør fysioterapeuter være i stand til at kunne lytte til og kommunikere professionelt med patienter indenfor en patient-centreret ramme.<sup>24</sup> Kompetencer til at støtte, vejlede og coacher patienter er også væsentlige, da formidling af viden og uddannelse af patienter ikke ser ud til at være tilstrækkeligt til at hjælpe patienten med at finde sin egen vej tilbage til et liv med smerter.<sup>25</sup> Udover fysioterapeutens kompetencer i den direkte patientrelation bør fysioterapeuten kende de mest basale neurofysiologiske principper og deres relation til smerter og smertebehandling. Desuden er viden om differential diagnostik, alvorlig patologi og test af det muskuloskeletale system (fx ligament-test) væsentlig for, at fysioterapeuten kan udelukke skader, diagnosticere og indgå i ligeværdige samarbejder med andre faggrupper omkring patienten, hvis smerterne mistænkes for at være relateret til vævsskade eller patologi.

### Behandling af kroniske smerter

Hvis man ikke kender årsagen til kroniske smerter, og man derfor ikke kan fjerne den, så er det rimeligt og relevant at stille spørgsmålet; hvad er egentlig formålet med at tilbyde behandling til mennesker med kroniske smerter? Man kunne måske endda få tanken, at behandling er spild af tid og ressourcer. Men det er heldigvis ikke tilfældet.

De traditionelle, fysioterapeutiske redskaber til behandling af muskuloskeletale smerter omfatter bl.a. patientuddannelse, træning og manuel terapi. Alle tre tilbud er fortsat relevante i dag, og selvom vi nu ved, at den gennemsnitlige effekt af disse behand-

European Pain Federation har også et online akademi (EFIC Academy), hvor man kan lære mere og selv sammensætte en uddannelse, der kan lede til eksamen.

 Læs mere på [kortlink.dk/2f62h](http://kortlink.dk/2f62h)

linger på smerte og funktion er beskeden, så er variationen stor.<sup>26-28</sup> Nogle patienter oplever sandsynligvis en meget stor, og måske endda vedvarende, effekt af disse behandlinger, mens andre slet ikke oplever nogen effekt. Problemet er altså ikke, at vi ikke har redskaber, men at vi ikke har mulighed for at forudse, hvilke behandlinger der virker til den enkelte. Dette taler for, at fysioterapeuter – i samarbejde med deres patienter – afprøver forskellige terapier, som ikke medfører en risiko for alvorlige bivirkninger. Hvis behandlinger med fx manuel terapi ikke virker på kort sigt, bør det lede til, at man a) stopper behandlingen og b) taler med patienten om at prøve andre teknikker (fremfor flere manuelle terapi-former).

Et andet problem, som fysioterapeuter skal være opmærksomme på, er, at de fleste interventioner mod kroniske rygsmerter (og tilsvarende problemer), kun virker kortvarigt – typisk i under 12 uger.<sup>29,30</sup> Det tyder altså på, at smertelindrende behandling til kroniske smerter i bevægeapparatet kan sammenlignes med batteriet i en iPhone; uanset hvilken behandling (iPhone) man vælger, så skal behandlingen gentages regelmæssigt (som et batteri, der lades op), for at behandlingen skal virke. Af denne grund bør smertelindrende behandling af kroniske smerter, som patienten selv kan styre (fx varme, bevægelse eller øvelser) foretrækkes fremfor terapeutstyret behandling (fx manuel terapi og apparatbehandling). Det frigør patienten mest muligt fra at være afhængig af at møde ind hos fysioterapeuten. De terapeutstyrede behandlinger kan spille en rolle i begyndelsen af et forløb og bør altid følges med patientuddannelse, således at patienten forstår, at smertelindring ikke er resultatet af fx den manuelle terapi eller apparaterne alene, men en kompleks

proces, som patienten selv kan lære at styre.

Fysioterapeuten spiller en afgørende rolle for mange patienter og i alle dele af sundhedsvæsenet. Men smertelindring alene er ikke løsningen på kroniske smerter. Derfor kan den fysioterapeutiske indsats heller ikke alene fokusere på at smertelindre. Fokus i samarbejdet med patienten bør som nævnt være at sikre forståelse for smerterne og kendskab til non-farmakologisk smertelindring og derudover 1) at bevare eksisterende funktioner og sociale relationer, inkl. fastholdelse af arbejdsevnen og fysisk aktivitet i hverdagen, 2) at genvinde funktioner og sociale relationer, der er væsentlige for patienten.

#### Arbejdslivet

Arbejde spiller en afgørende rolle i mange voksnes liv, og tab af erhvervsevne og/eller job er forbundet med store negative konsekvenser på såvel helbred som humør og økonomi.<sup>34</sup> Derfor kan tidlig fokus på jobfastholdelse, begrænset brug af sygemelding og samtaler med arbejdspladsen være værdifulde indsatsområder, som fysioterapeuten kan påvirke. Det er formentligt mindre kompliceret at fastholde arbejdsevne, sociale relationer og hverdagsfunktioner end at genvinde dem. Derfor bør patienterne informeres om, at de skal bevare så mange funktioner, inkl. arbejde, som muligt. Men at arbejde med (kroniske) smerter er hverken let eller noget, som patienten selv kan klare.<sup>31</sup> Såvel patienten som kolleger og ledelse skal forpligte sig til at finde løsninger, der i øjeblikket ikke er tænkt ind i fx de kollektive overenskomster på arbejdsmarkedet. Fysioterapeuten kan spille en væsentlig rolle i bl.a. at være bindeled mellem patienten og arbejdspladsen tidligt i forløbet,<sup>32</sup> og i at hjælpe alle parter til at forstå, at kroniske smerter er en sygdom, som ikke går væk, men som

# *Kroniske smerter er en sygdom, som ikke går væk, men som skal ses på lige fod med alle andre kroniske lidelser.*

skal ses på lige fod med alle andre kroniske lidelser.<sup>33</sup> Derfor er det afgørende, at fysioterapeuten skaber en god relation til patienten, så fysioterapeuten kan hjælpe patienten med at forstå, hvordan hun/han skal agere, når smerterne begrænser hverdagen. Hvis en patient eksempelvis ikke kan løfte pga. en akut opblussen af smerter i ryggen, er det vigtigt at sikre, at patienten ikke vælger helt at undgå at bevæge sig ('for en sikkerheds skyld'), men at patienten derimod forstår, at det er bedre at bevæge sig, besøge venner og fastholde arbejdet i størst muligt omfang og gradvist vende tilbage til arbejde mv. i takt med, at smerterne aftager (typisk over nogle få dage).

### Psykoedukation

Patientuddannelse er, som tidligere nævnt, en relevant behandlingsform indenfor smertebehandling/håndtering. Det er dog essentielt at tilbyde mere end blot undervisning til patienterne om deres sygdom. Psykoedukation indebærer, at man giver patienten praktisk viden og kompetencer til at mestre sygdommen og livet med kronisk sygdom. Herunder indgår også kompetencer til egenbehandling og egen monitorering af sygdommen.

Fysioterapeuten skal anvende sin faglige viden om smerte i kombination med sine terapeutiske og kommunikative evner, til at udføre psykoedukation. Patienten er allerede i en sårbar position og ofte udsat for stigmatisering,<sup>35</sup> så der er en risiko for, at patienten misforstår fysioterapeutens budskab. Kommunikation kan både have karakter af information (fx hvad man må og bør) og af at formidle kompetencer eller viden, som kan understøtte patientens kompetencer. Sidstnævnte omfatter eksempelvis en samtale med aktiv lytning, identifikation af patientens mål (fx SMART-mål) samt formidling af viden, som

understøtter eller udfordrer patientens sygdomsforståelse (fx give rationelle forklaringer på, hvorfor det ikke er farligt at 'sidde med krum ryg').

Viden om sundhedskommunikation, erfaring med psykoedukation samt god forståelse for smerte er gode værktøjer i denne sammenhæng.<sup>36,37</sup>

Brugen af metaforer baseret på neurobiologi, som bl.a. er kendt fra bogen Explain Pain, giver mening i arbejdet med at hjælpe patienterne til at beskrive og forstå deres smerter.<sup>26</sup>

### Perspektiver

Mange mennesker lever allerede med kroniske smerter, og antallet er stigende. Fysioterapeuter har en vigtig rolle i at hjælpe disse mennesker til at leve med smerterne.

I denne artikel er beskrevet nogle af de redskaber, der ser ud til at kunne bidrage til at hjælpe mennesker med kroniske smerter. Men i dag mangler rammer og incitament til at gøre det rigtige for patientgruppen. I kommunerne er forløb ofte tidsstyrkede med begrænsede muligheder for at lave individuelle tilpasninger, og på praksisområdet er RLTN-overenskomsten ikke tilpasset evidensanbefalingerne (der er fx ikke tilskud til psykoedukation), mens den understøtter lindrende behandlinger (fx manuel terapi) og lav-kvalitetsbehandlinger såsom kortbølge og ultralyd. Der er derfor behov for en ændring af rammerne for praksis. Fysioterapeuterne kan ikke løse udfordringerne alene. ⊗

### Metafor om smertebehandling

En metafor kan eksempelvis være, at patienten kan betragte smertebehandlingen som at tage et kørekort fremfor at købe en taxatur. Ved taxaturen forventer man, at chaufføren fikser det hele, kender vejen og får passageren sikkert og hurtigt frem. Det er sjældent realistisk, at en behandler kan fikse smerteproblematikken på denne måde. Hvis patienten i stedet deltager på en køreskole, så skal vedkommende lære teori (forståelse af smerter og egen reaktion på forskellige aktiviteter mv.) og praktisk undervisning. Patienten øver sig på at håndtere de udfordringer, som smerterne giver med støtte fra fx fysioterapeut.

Hør Morten Høegh give flere eksempler på metaforer i episode 2 i podcastserien Smertevejleder.

[kortlink.dk/2fhba](https://kortlink.dk/2fhba)



Download [referencelisten](#) på onlineudgaven af artiklen på [fysio.dk](https://fysio.dk)

