

# Slidgigt og fysisk aktivitet

Patienterne skal lære at leve med smerte

AF KIRSTEN KAYA ROESSLER, LEKTOR, CAND.PSYCH., PH.D., OG PERNILLE VIBE RASMUSSEN ER CAND.SCIENT., FORSKNINGSASSISTENT.

FOTO FRANK TUSCH/CORBIS

Slidgigt er den mest udbredte ledsygdom i Danmark, og den betegnes i dag som en folkesygdom. Også i USA er slidgigt den mest udbredte ledsygdom (1). Omkring 220.000 slidgigtpatienter kontakter årligt det danske sundhedsvæsen. Af disse er 63 pct. kvinder, og 51 pct. er mellem 40 og 64 år, knap 37 pct. er over 65 år (2).

Mange mennesker over 60 år har tegn på slidgigt i mindst et led, men også yngre får diagnosticeret slidgigt. Arvelig disposition, overvægt, manglende fysisk aktivitet, tidligere ledskader og andre gigtsygdomme kan være medvirkende til udvikling af slidgigt. Sygdommen udvikles oftest over en lang årrække.

Der kan være perioder, hvor slidgigten udvikler sig hurtigt og aggressivt, men der kan også være perioder, hvor sygdommen er i ro eller ligefrem i bedring (3).

Slidgigt er karakteriseret ved en gradvis nedbrydning af ledbrusken i det slidgigttramte led. Knoglerne, slimhinderne, ledkapslerne og ledbåndene fortykkes, og musklerne og senerne svækkes. Mest udsatte er knæ, hofte, ryg samt fingre. Symptomerne på slidgigt er smerte, hævelse, stivhed samt nedsat bevægelighed omkring det ramte led. Patienter med slidgigt klager overvejende over kroniske smerter (3), hvilket har en stor

betydning for patienternes daglige livskvalitet. Det er derfor særdeles relevant for den enkelte patients travsel at finde behandlingsforløb, som kan forebygge og reducere udviklingen af slidgigt. Videre er det centralt at forske i, hvordan slidgigtpatienter kan lindre deres kroniske smerter.

## SMERTER - PSYKOLOGISK SET

En smertepatient kan ikke (altid) reducere smerterne,

men kan forsøge at tackle dem, både fysiologisk og psykologisk. Patienten kan forsøge at mestre smerterne i sit daglige liv og prøve at skabe en slags balance. Men det er ikke nemt, og det kan ofte føre til svære kriser og depressioner. Disse depressioner, angst eller spændinger kan i sig selv føre til en øgning af smerteimpulser, så patienten kommer ind i en ond cirkel, også betegnet som 5-D-syndrom bestående af *dramatization, dysfunction, drug misuse, dependency, disability* (4).

Patienter med kroniske smerter har ofte en forhøjet aktivitet i deres muskler, og forsøg med konditionering viser, at smertepatienter er hurtigere til at spænde muskulaturen (5). De er altså mere tilbøjelige til at udvikle muskelspændinger end smertefrie personer. De psykiske processer kan føre til forandringer i det sympatiske nervesystem, til forhøjet svedsekretion eller øget gennemblødning i hud og indre organer. Når samarbejdet mellem krop og psyke er dårligt, kan det således føre til øgning af smerter og andre symptomer (5, 6). Derfor er det vigtigt at undersøge samspillet mellem kropslig aktivitet og psykisk velvære.

## SMERTENS ART OG OPLEVELSE

Akutte og kroniske smerter er komplekse, og behandlingen er afhængig af smertens art. Der kan skelnes mellem fire forskellige smerteformer: Inflammatoriske smerter, nociceptive smerter, neuropatiske smerter og psykogene smerter (7). Slidgigtpatienternes smerter hører ind under de smerter, der karakteriseres som nociceptive smerter. De nociceptive smerter kan være forbundet med betændelser, men behøver ikke at være det. Ofte handler det om dybe, borende smerter, og de muskulære smerter er hyppigt ledsaget af kramper. Nociceptive smerter behandles oftest med Non-Steroid-Anti-Inflammatory Drugs (NSAID).

Slidgigtpatienternes smerter opleves og beskrives forskelligt fra patient til patient. De kan mærkes både ▶

## indgang

■ En smertepatient kan ikke (altid) reducere smerterne, men kan forsøge at tackle dem, både fysiologisk og psykologisk. Forfatterne til denne artikel fremhæver, at både den praktiserende læge og fysioterapeuten har en væsentlig motiverende rolle i forhold til at få patienterne til at fortsætte i et motionsforløb.

Artiklen har været trykt i Månedsskrift for Læger i maj 2007.



- ▶ omkring det slidgigtramte led og i større eller mindre afstand fra leddet. Da brusk ikke indeholder smertenerver, er det ikke den ødelagte brusk, der fremkalder smerterne. Smerterne kommer fra knoglerne, leddets slimhinder og fra de muskler, der forsøger at modvirke ødelæggelsen af leddet (8). Smerterne kan være varierende fra dage med mange stærke smerter til dage, hvor patienterne kun har få eller næsten ingen smerter. De kroniske gigtsmerter er en stor psykisk udfordring for patienterne, idet de ikke kan forvente en hurtig og vedvarende lindring. Akutte smerter fører ofte til uro, stress og et behov for at gøre noget, mens de kroniske smerter ofte er forbundet med isolation og håbløshed. Slidgigtpatienterne kan blive afhængige af medikamenter og inaktive på grund af de mange smerter. De kan blive mere modtagelige for psykiske problemer eller få en tendens til at isolere sig fra deres medmennesker. Smertepatienterne kan opleve et tab af identitet i forhold til arbejde og fritidsinteresser samt en ændret rolle i forhold til familien. Der kan udspille sig et reaktionsmønster, der på mange måder ligner det, som ses ved depression (9). Flere undersøgelser har vist, at patienter med kroniske muskel- eller skeletlidelser - herunder slidgigt - har hyppigere psykiske problemer, f.eks. svære depressioner (10).

Slidgigtsmerterne behandles med medicin eller ved kirurgiske indgreb, men undersøgelser viser, at også afspændingsteknikker og fysisk aktivitet kan lindre de kroniske smerter. Det er derfor vigtigt, at der i slidgigtbehandlingen sættes ind på flere fronter, da det på grund af de kroniske gigtsmerters kompleksitet er nødvendigt at anlægge en helhedsvurdering (9).

Inden for de sidste årtier har både den offentlige og private sektor haft en enorm fokusering på fysisk aktivitet. Grunden til dette er ikke overraskende, da flere og flere studier understreger den fysiske aktivitets betydning for individets sundhed (11). I forhold til slidgigt er der i dag international konsensus om, at behandlingen af alle grader af slidgigt skal understøttes med fysisk træning (1). Flere studier har vist, at den fysiske aktivitet medfører en positiv effekt på patienternes smerter og deres evne til at klare sig i hverdagen (12). Totalt ophør med fysisk aktivitet vil måske på kort sigt nedsætte smerterne hos patienterne, men på længere sigt vil det give anledning til svind af muskulaturen og

deraf følgende instabilitet og øget belastning af leddet (13). En motionsindsats til personer med slidgigt vil derfor på længere sigt kunne øge muligheden for at forebygge smerter samt yderligere komplikationer, der kan nødvendiggøre et stort medicinforbrug eller senere operationer. Psykologisk rådgivning samt social omsorg kan også være centralt i forhold til at støtte slidgigtpatienterne i at mestre tilværelsen på trods af de kroniske smerter. Gigtsmerter er multifaktorielle, og derfor bør der fokuseres på en tværfaglig tilgang, hvor den medicinske viden understøttes af sundhedspsykologisk forskning.

Den bio-psyko-sociale sygdomsmodel understreger, at både biologiske, psykologiske og sociologiske fag bør inddrages, hvis man vil forstå de processer og faktorer, som spiller ind på sygdom og sundhed. I den bio-psyko-sociale sygdomsmodel tages der derved hensyn til den samlede livssituations betydning for udviklingen af symptomer, da mange faktorer har indflydelse på individets sundhed og evne til at ændre adfærd (6, 14, 15).

Den bio-psyko-sociale tilgang er derved en god tilgangsvinkel, hvis smerte- og adfærdsmønstre skal undersøges. Det er denne tilgangsvinkel, der er brugt i det præsenterede projekt »Motion på Recept - tidlig motionsindsats til slidgigtpatienter i Vestsjællands Amt«, idet der fokuseres på samspillet mellem de fysiologiske, de psykologiske og de sociale faktorer i forbindelse med slidgigt. Projektet er gennemført af Gigtforeningen i samarbejde med Vestsjællands Amt. Evalueringen som består af en kvantitativ og en kvalitativ del er udarbejdet af Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund, Syddansk Universitet (16). I det følgende skal nogle af resultaterne fra undersøgelsen diskuteres. Desuden beskrives de erfaringer, som projektet har erhvervet sig i forhold til fysioterapeuten og den praktiserende læges arbejde. For nærmere beskrivelse af metode og resultater henvises til selve evalueringen.

### MOTION PÅ RECEPT TIL SLIDGIGT

Formålet med projektet var at afprøve fysisk aktivitet som motivationsfaktor for knap 60 slidgigtpatienter i Vestsjællands Amt. Det skulle undersøges, om slidgigtpatienterne fastholder en aktiv livsstil efter tre måneders interventionsperiode med fysisk aktivitet

to gange ugentligt. Desuden blev der lagt vægt på at undersøge, hvorfor nogle patienter dropper ud, mens andre fortsætter med træningen. Endelig var formålet at undersøge, om den fysiske aktivitet havde en effekt på slidgigtpatienternes generelle helbred og deres ofte kroniske smerter: 45 af patienterne modtog både træning og en sundhedsprofil; de resterende 14 modtog alene en sundhedsprofil, hvorefter de selv skulle stå for at tilrettelægge deres træning; 11 droppede ud undervejs i forløbet, dette var fortrinsvis de patienter som ikke deltog i træningsforløbet på en af de tre motionsklinikker.

Slidgigtpatienterne har generelt fået færre smerter, og den fysiske træning har vist sig at have en gavnlig effekt på dette område. Den største gevinst lå afgang i deres selvoplevede smertereduktion.

I alt 82 pct. har fået færre smerter i ryggens nedre del, og 92 pct. har fået færre smerter i knæene, og denne tendens fortsætter i de øvrige leddede. Patienterne blev spurgt om, hvordan det er at være fysisk aktiv, når det er forbundet med smerter, og her svarede hele 38 pct., at de får det »bedre« efter de har været aktive; 44 pct. syntes, at »det går«, og kun 15 pct. brød sig slet »ikke« om at være fysisk aktive med smerter. Seks måneder efter afsluttet forløb angav 66 pct. af patienterne, at de stadig har færre smerter.

Evalueringen dokumenterer som den øvrige litteratur på dette område, at fysisk aktivitet og motion kan være smertereducerende for denne målgruppe. Patienterne giver udtryk for, at træningen har betydet meget for deres livskvalitet. De kan overkomme mere og har generelt fået et øget energiniveau. Færre smerter i hverdagen giver patienterne psykisk og fysisk overskud.

Flere af de interviewede patienter har formået at nedsætte deres medicinindtag, men det er ikke blevet systematisk undersøgt. Men det kan konstateres, at flere af patienterne har formået at komme ud af den onde cirkel (af især dysfunktion og depression), da deres smerter er reduceret. Det er videre lykkedes at gøre de fleste af patienterne bevidste om, at motion og bevægelse kan reducere smerte. Dette er centralt for slidgigtpatienterne, idet det motiverer til fortsat fysisk udfoldelse.

Mange af patienterne havde fra starten et forbehold over for fysisk aktivitet og motion, da de associerede

fysisk udfoldelse med flere smerter. Men hele 80 pct. af deltagerne svarede efter deltagelse, at de er blevet bedre til at motionere, selvom de har smerter. Det er bemærkelsesværdigt, at så mange af patienterne ikke mere ser deres smerter som en hindring for at være fysisk aktive. Det er centralt for de kroniske slidgigtpatienter, at de lærer ikke at være angst for smerte, da smerterne ikke må blive en barriere for fysisk aktivitet og generel udfoldelse i hverdagen. I dette projekt har mange af patienterne lært at mestre smerterne, og de har lært, at selvom det kan gøre ondt at være fysisk aktiv og bevæge sig, har det en gavnlig langtidseffekt (11).

## FYSIOTERAPEUTENS ROLLE

Især fysioterapeuterne kan i deres vejledning vægte den smertereducerende faktor. Dette har de haft positive erfaringer med på Center for sundhed og træning i Skælskør. Fysioterapeuterne har forklaret patienterne, at der skal en øget muskelstyrke til for at beskytte leddene, og generelt har de brugt tid på at fortælle om de fysiologiske ændringer, der sker ved træningen. De prøver at få patienterne til at indse, at de ikke skal være bange for at være aktive trods smerte. Det er naturligt, at patienterne får lidt flere smerter i opstartsfasen af træningsforløbet, og her er det motiverende element altafgørende for videre fysisk aktivitet. Det er ikke undersøgt, i hvor høj grad den praktiserende læge motiverer med den smertelindrende faktor. Men det kan anbefales, at denne faktor vægtes, når der udskrives »motion på recept« til slidgigtpatienter.

Struktureret fysisk aktivitet på en fysioterapeutklinik foregår i en social kontekst, og det sociale møde patienterne imellem har haft en væsentlig betydning for succes i dette projekt. Efter træningsinterventionen var afsluttet, var der flere patienter, der ønskede at motionere sammen med andre end ved starten af projektet. I alt 57 pct. af patienterne angav, at de havde lært andre mennesker at kende. Det sociale element, som ingen rolle spillede i patienternes forventninger inden projektets start, viser sig i bakspejlet som en støttende og motiverende faktor. Det opleves som en følelsesmæssig støtte, hvor oplevelsen med andre har en større betydning end oprindeligt antaget. Et resultat, som støttes af andre undersøgelser (17, 18). Gruppetræningen på motionsklinikkerne ►

- ▶ reducerede dropout-procenten væsentligt. Det sociale møde deltagerne imellem og den ugentlige opbakning fra fysioterapeuterne og de andre patienter, har derved vist sig at have en central betydning.

Projektets resultater viste videre, at fysioterapeuternes omsorg og vejledning også havde stor betydning for patienternes tilfredshed med forløbet. Det er ifølge *Charlotte Højberg* fra Center for Sundhed og Træning i Skælskør altafgørende, at patienterne får succesoplevelser i træningsforløbet. Også fysioterapeuternes opmuntring og opfølgning i udslusningsfasen havde en afgørende betydning. Evalueringen viste en klar sammenhæng mellem fysioterapeuternes engagement i udslusningen og patienternes motivation for at bibeholde den aktive livsstil. På én af klinikkerne brugte man opfølgende telefonsamtaler, og her har man haft en særdeles positiv effekt på patienternes engagement til fortsat aktivitet og også den største patienttilfredshed.

Det var tydeligt, at patienterne forventede omsorg samt kyndig vejledning fra fysioterapeutens side. Ifølge *Højberg* kan det anbefales, at fysioterapeuterne videreuddanner sig inden for gigtområdet. Videre er det centralt med kendskab til den motiverende samtale. Generelt når der motiveres til fortsat fysisk aktivitet, tager fysioterapeuterne på Center for sundhed og træning udgangspunkt i patienternes egne ønsker.

#### ANBEFALINGER TIL LÆGERNE

Opfølgningen efter motionsprojekter er altafgørende for fortsat fysisk aktivitet, og også den praktiserende læge har her en central rolle. Når patienten på et tidspunkt efter endt motionsforløb er til konsultation hos sin læge, er det vigtigt, at lægen bruger tid på at spørge ind til forløbet og fortsat motivere til fysisk aktivitet. Desuden bør lægen kende til de motionstilbud, der tilbydes på motionsklinikkerne.

I forhold til henvisninger fortalte fysioterapeuten *Højberg*, at lægen i henvisningsfasen ikke skal tænke så meget over patienternes alder. I dette projekt skulle patienterne være erhvervsaktive, men generelt opfordrer hun til at henvise patienter i alle aldre. Det, den praktiserende læge skal være opmærksom på ved henvisning, er, at patienten skal være selvhjulpne. Patienten skal selv kunne klare af- og påklædning og være i stand til

selv at komme ind og ud af styrketræningsmaskinerne. Derudover er det vigtigt, at lægen i henvisningen anviser sekundære diagnoser, så fysioterapeuterne også kan tage højde for disse i træningssituationen; 66 pct. af patienterne havde selv taget kontakt til deres læge for at få udskrevet en recept. Både de interviewede deltagere og fysioterapeuterne gav udtryk for manglende motivation fra lægens side i forhold til henvisning. Men dette er ikke undersøgt i spørgeskemaundersøgelsen. I motion og kost på recept i Københavns Kommune er det cirka halvdelen af patienterne, der opfordres af deres læge til at deltage, og den resterende patientgruppe opfordrer selv lægen til at henvise dem (18).

Afsluttende må det fremhæves, at både den praktiserende læge og fysioterapeuten har en væsentlig motiverende rolle i forhold til at få patienterne til at deltage i motionsforløbet. Hvilket er helt afgørende for, at en livsstilsændring kan finde sted.

#### PERSPEKTIVER

Generelt viser resultaterne, at tre måneders intervention med stor fokusering på udslusningsfasen og fastholdelse medfører positive effekter både på det fysiologiske, det psykiske og sociale plan. Projektet har vist, at opbakning, social og faglig støtte er afgørende for, at motivationen til at opretholde den aktive livsstil bibeholdes. Patienterne bør derfor følges over en længere periode eventuelt af fysioterapeuten eller af en motionsformidler.

I forhold til motivation er det centralt, at der motiveres til fysisk aktivitet som effektivt middel til at mestre livet med slidgigt. Den praktiserende læge har også et ansvar i forhold til at motivere patienten til fortsat fysisk aktivitet. Erfaringerne fra projektet giver positiv evidens for, at fysisk aktivitet kan medføre fysiske, psykiske og sociale fordele for den enkelte slidgigtpatient. Der bør i fremtiden sættes på en tværfaglig indgangsvinkel, som kombinerer henholdsvis den medicinske behandling og den fysiske træning med patienternes ønsker om omsorg og etablering af sociale træningsnetværk. Denne kombination giver muligheden for at reducere angsten for smerter, der ofte er blokerende for en ændring af livsstilen. ■

*Interessekonflikter:* ingen angivet.

## LITTERATUR

1. Hochberg MC, Altman RD, Brandt KD, Clark BM, Dieppe PA, Griffin MR et al. Guidelines for the medical management of osteoarthritis. Part I-II American College of rheumatology. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 1535-46.
2. Bilde L, Svenning AR, Juhl HH, Bøgh A, Arrevald MS, Fritsen KS, Beining L. De samfundsøkonomiske konsekvenser ved behandling af slidgigt i Danmark. Udarbejdet for Gigtforeningen i Danmark København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2003.
3. Østergaard K. Lev godt med slidgigt. København: Gyldendal, 2003.
4. Brena SF, Chapman SL. Management of patients with chronic pain. New York: S. P. Medical & Scientific Books, 1983.
5. Baseler H-D. Psychologische Schmerztherapie. Berlin, Heidelberg: Springer, 1996.
6. Uexküll T von. Psychosomatische Medizin. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1997.
7. Jensen, NH. Behandling af kroniske smertetilstande. *Farmaci* Nr. 10, 1997.
8. Slidgigt - fakta og forebyggelse. Sundhedsstyrelsen, 2005.
9. Frølich S. Kroniske smerter. I: Friis-Haschi E, Elsass P, Nielsen T, red. *Klinisk sundhedspsykologi*. København: Munksgaard, 2004.
10. Ostenfeld S. Muskel- og skeletsygdomme. I: Friis-Haschi E, Elsass P, Nielsen T, red. *Klinisk sundhedspsykologi*. København: Munksgaard, 2004.
11. Pedersen BK, Saltin B. Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.
12. Van Baar ME, Dekker J, Oostendorp RAB, Bijl D, Voorn ThB, Bijlsma JWJ. Effectiveness of exercise in patient with osteoarthritis of hip and knee: nine months follow up. *Ann Rheum Dis* 2001; 60: 1123-30.
13. Friis J, Kjær M. Artrose. *Månedsskr Prakt Lægegern* 1994; 72: 489-94.
14. Roessler KK. Sport auf Rezept. *Gesundheit, Psychologie und Bewegung*. Köln: Edition Humanistische Psychologie, 2006.
15. White P. Biopsychosocial Medicine. An integrated approach to understanding illness. Oxford: Oxford University Press, 2005.
16. Roessler KK, Rasmussen PV. Slidgigt, fysisk aktivitet og fastholdelse. Evalueringen af Motion på Recept - til slidgigtpatienter i Vestsjællands Amt, projektrapport. Gigtforeningen & Syddansk Universitet, 2006.
17. Biddle S, Mutrie N. *Psychology of physical activity. Determinants, well-being and interventions*. London: Routledge, 2001.
18. Roessler KK, Ibsen B. Midtvejsrapport for evalueringen »»Motion og Kost på Recept«. Københavns Kommune & Syddansk Universitet, 2006.