

IMPLEMENTERING AF EGENHÅNDBTERINGSSTRATEGIER HOS PATIENTER MED MUSKULOSKELETALE SMERTER

Bog om god praksis for sundhedsprofessionelle



Forfattere

Víctor Doménech-García¹, Julia Blasco-Abadía¹, Kieran O'Sullivan², Lara Coyne², Mary O'Keeffe^{3,4}, Nathan Skidmore^{3,5}, Zsófia Nagy^{3,6}, Thorvaldur Skuli Palsson^{7,8}, Steffan Wittrup McPhee Christensen^{9,10}, Morten Hoegh⁹, Alice Baroncini¹¹, Domenico Compagnone¹¹, Pedro Berjano¹¹, Lisa Zauber¹², Pablo Bellosta-López¹.



- 1** Universidad San Jorge. Campus Universitario, Autov. A23 km 299, 50830. Villanueva de Gállego, Zaragoza, Spain.
- 2** School of Allied Health, University of Limerick, Ireland.
- 3** European Pain Federation EFIC, Brussels, Belgium.
- 4** School of Public Health, Physiotherapy and Sports Science, University College Dublin, Dublin, Ireland.
- 5** Department of Sport, Exercise and Rehabilitation, Northumbria University, UK.
- 6** Rétköz Health Center, Budapest, Hungary.
- 7** Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Aalborg Denmark.
- 8** Department of Physiotherapy and Occupational Therapy, Aalborg University Hospital, Denmark.
- 9** Department of Health Science and Technology, Aalborg University, Aalborg, Denmark.
- 10** Department of Physiotherapy, University College of Northern Denmark, Aalborg, Denmark.
- 11** IRCCS Ospedale Galeazzi-Sant'Ambrogio, Milan, Italy.
- 12** Research & Development Department, SYNYO GmbH, Vienna, Austria.



Ansvarsfraskrivelse

Dette dokument er udarbejdet inden for rammerne af et europæisk projekt udelukkende til uddannelses- og informationsformål. Indholdet er ikke beregnet til at erstatte klinisk vurdering, faglige retningslinjer eller institutionelle protokoller. Det udgør ikke lægelig rådgivning, diagnose eller behandling. Sundhedsprofessionelle bør basere deres beslutninger på deres egen ekspertise, kliniske erfaring og gældende standarder for behandling. Hverken forfatterne eller projektpartnerne påtager sig noget ansvar for handlinger eller beslutninger, der træffes på baggrund af oplysningerne i dette materiale.

Erklæring om brug af kunstig intelligens: Generative AI-værktøjer blev brugt til at hjælpe med udarbejdelse, redigering og tilpasning af originalt råmateriale skabt af DIGI4MSK-konsortiet. Alle AI-genererede resultater blev gennemgået, verificeret og tilpasset af forfatterne.

© Januar 2026. Digi4MSK. Licenseret under CC BY 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.da>

doi: <https://doi.org/10.54391/20.500.14888/2014>



Indeks

Om bogen	10
Sådan bruges denne bog	11
1. Introduktion til egenhåndtering	13
1.1. Hvorfor er egenhåndtering nødvendig?	13
1.2. Kernefærdigheder i egenhåndtering af muskuloskeletale smerter	15
1.2.1 Problemløsning	15
1.2.2 Beslutningstagning	16
1.2.3 Ressourceudnyttelse	17
1.2.4 Partnerskab mellem patient og sundhedsprofessionelle	21
1.2.5 Handling	24
1.3. Facilitatorer for egenhåndtering	25
1.3.1 Erfaring	25
1.3.2 Fysisk aktivitet og deltagelse i arbejdslivet	27
1.3.3 Søvn	28
1.3.4 Strategier til adfærdsændring	30
1.3.5 Tillid	32
1.4. Barrierer for egenhåndtering	33
1.4.1 Videnshuller	33
1.4.2 Færdighedsgab	34
1.4.3 Usikkerhed	36
1.4.4 Manglende evne til at håndtere opblussen	37
1.4.5 Ressourceudtømmning	39
2. Hurtig screening og håndtering af lav sundhedskompetence hos patienter med muskuloskeletale smerter	41
2.1. Hvorfor er det vigtigt at opdage lav sundhedskompetence hos patienter med muskuloskeletale lidelser	41

2.2. Sundhedskompetenceområder inden for muskuloskeletal sundhed	43
2.2.1 Adgang	43
2.2.2 Forstå	47
2.2.3 Vurder	50
2.2.4 Anvend	55
2.3. Sundhedspædagogiske principper til forbedring af muskuloskeletal sundhedskompetence	62
2.3.1 Klarhed og personalisering	62
2.3.2 Aktiv involvering og dialog	63
2.3.3 Gentagelse, forstærkning og feedback	63
2.3.4 Fælles beslutningstagning og motivation	63
2.3.5 Normalisering af udsving og opbygning af robusthed	64
3. Vurdering og håndtering af manglende motivation for forandring	65
3.1. Hvorfor er det vigtigt at spotte lav motivation for forandring hos smertepatienter?	65
3.2. Tilpasning af intervention for at fremme motivation til forandring	66
3.2.1 Motivationsstadier for forandring ved muskuloskeletale smerter	66
3.2.2 Før overvejelse: <i>"Jeg ser ikke pointen"</i>	68
3.2.3 Overvejelse: <i>"Jeg ved, jeg burde, men..."</i>	69
3.2.4 Forberedelse: <i>"Jeg gør mig klar"</i>	69
3.2.5 Handling: <i>"Jeg er kommet i gang, men det er skrøbeligt"</i>	70
3.2.6 Vedligeholdelse: <i>"Det er en del af mit liv, men jeg vakler stadig"</i>	71
3.2.7 Tilbagefald/genbrug: <i>"Jeg faldt tilbage"</i>	72
4. Kliniske vignetter	73
4.1. Bevægelse og aktivitet	73
4.1.1 Føler sig usikker på at motionere og øge sin fysiske aktivitet	73
4.1.2 Følelse af manglende succes med fysisk aktivitet	77

4.1.3 Usikkerhed om smerte	81
4.1.4 Manglende tillid til terapeuten	83
4.1.5 Forstår vigtigheden af fysisk aktivitet, men ved ikke, hvordan man kommer i gang	87
4.1.6 Træning med komorbiditeter: hvordan man kommer i gang og håndterer barrierer	91
4.1.7 Tilpasning af motion til uforudsigelige rutiner såsom skifteholdsarbejde eller forældre	95
4.1.8 Håndtering af frygt for bevægelse	97
4.1.9 Brug af pacing-strategier for at undgå boom-bust-cykler	101
4.1.10 Integration af bevægelse i stillesiddende job eller lange pendlerture	105
4.1.11 Brug af AI til at fremme bevægelse og fysisk aktivitet.	109
4.1.12 Undgå at løfte vægte: Bevis bag anbefalingen om rygsmerter	113
4.2. Interaktion mellem kliniker og patient	117
4.2.1 Hjælp til patienter med at forberede en konsultation med kliniker og håndtering af second opinions	117
4.2.2 Identificering af korrekt vs. misvisende information online	121
4.2.3 Forståelse af scanningsresultater	125
4.2.4 Forklaring af diagnostiske betegnelser	129
4.2.5 Navigering i afhængighed af passive terapier	133
4.2.6 Håndtering af for tidlige anbefalinger om operation ved akut lumbal radikulopati uden negative neurologiske tegn	137
4.2.7 Kombination af nye behandlingsmuligheder for overvægt med livsstilsændringer: Semaglutide tilbydes en patient med overvægt og hofteartrose	141
4.3. Værdier, målsætning og færdigheder	145
4.3.1 Håndtering af opblussen uden panik	145
4.3.2 Håndtering af modløshed fra andre: <i>"Har du stadig smerter?"</i>	149

4.3.3	Opretholdelse af fremskridt efter udskrivning fra terapi	153
4.3.4	Håndtering af følelsesmæssige reaktioner på kronisk smerte, såsom frustration eller angst	157
4.4.	Arbejde og smerte	161
4.4.1	Sikker tilbagevenden til arbejdet	161
4.4.2	Forveksling af arbejdsaktivitet med motion: en slagteriarbejder med smerter	165
4.4.3	Misforståelse af ergonomi: hvad det tilbyder og ikke tilbyder til smerte	169



Om bogen

Muskuloskeletale smerter (MSK) er en af de mest udbredte og invaliderende helbredstilstande på verdensplan. De varer ofte ved, selv efter at vævsskaden er helet, og er en kompleks oplevelse, der er præget af biologiske, psykologiske og sociale faktorer. For sundhedsprofessionelle, der arbejder med disse patienter, er klinisk ekspertise alene ikke nok – den virkelige udfordring ligger i at hjælpe mennesker **med at forstå deres smerter, give dem mening og tage en aktiv og selvstændig rolle i håndteringen af dem.**

Denne bog er tænkt som en **hurtig referenceguide** for sundhedsprofessionelle og specialister i muskuloskeletale lidelser, der søger praktiske værktøjer og et teoretisk grundlag for centrale emner i forbindelse med **implementering af egenhåndteringsstrategier til muskuloskeletale smerter**. Sproget i bogen er med vilje gjort tydeligt, respektfuldt og personcentreret. Patienter betragtes som aktive partnere, ikke passive modtagere. Klinikerens rolle er at vejlede, støtte og coache mennesker i at opbygge færdigheder, selvtillid og robusthed i håndteringen af deres tilstand.

Specifikt giver guiden en kortfattet, klinisk relevant ramme for:

- De **generelle principper for egenhåndtering** af muskuloskeletale smerter, med fokus på, hvordan man kan hjælpe patienterne at tilegne sig og fastholde adfærdsmønstre, der forbedrer deres funktionsevne og livskvalitet.
- **Hvordan man vurderer og forbedrer patientens motivation til egenhåndtering og adfærdssændring** ved hjælp af modeller fra sundhedspsykologi og smertevidenskab.
- **Hvordan man identificerer og adresserer lave sundhedskompetencer og manglende smerteforståelse**, så man sikrer, at informationen ikke kun gives, men også forstås, vurderes og anvendes i patientens dagligdag.

Som supplement til disse konceptuelle afsnit indeholder bogen også **26 kliniske vignetter**, der illustrerer almindelige udfordringer i muskuloskeletal praksis. Disse korte, realistiske cases viser, hvordan man kan håndtere barrierer såsom frygt for bevægelse, undgåelsesadfærd, urealistiske forventninger, misforståelser om billeddiagnostiske resultater, vanskeligheder med arbejdsdeltagelse eller problemer med at sætte mål og overholde dem. Hver vignette integrerer kommunikationsteknikker (f.eks. motiverende samtaler, teach-back, empati-baseret dialog) og klinisk ræsonnement for at demonstrere, hvordan teori omsættes til praksis.

Sådan bruges denne bog

Denne bog er udformet som en praktisk guide til at støtte klinikere, undervisere og studerende i at fremme egenhåndtering og sundhedskompetence blandt mennesker med muskuloskeletale (MSK) smerter. Den kombinerer klinisk ræsonnering med kommunikationsevner, principper for adfærdssændring og eksempler fra virkeligheden for at bygge bro mellem evidens og daglig praksis.

I stedet for at give udtømmende teoretiske forklaringer fokuserer hvert afsnit på, hvad man kan gøre, hvad man kan sige, og hvordan man kan anvende det i det kliniske møde. Målet er at gøre personcentreret, psykologisk informeret praksis både tilgængelig og handlingsorienteret.

Bogen er opbygget som en række **modulopbyggede kapitler**, der hver især fokuserer på et centralt element i støttet egenhåndtering (kernekompetencer, sundhedskompetence, interaktion mellem kliniker og patient, værdier, mål og kompetencer, værktøjskasser og ressourcer).

1. Introduktion til egenhåndtering
2. Vurdering og håndtering af manglende motivation for forandring
3. Vurdering og håndtering af lav sundhedskompetence hos patienter med muskuloskeletale smerter.
4. Kliniske vignetter

Du kan læse og anvende indholdet i denne bog ved at springe frem og tilbage, da hver vignette står alene og kan læses uafhængigt. Derudover kan du starte der, hvor det er mest relevant: Vælg en problemstilling, der ligner dine patienter eller de udfordringer, du oftest står over for.

I praksis (før eller under konsultationer) kan du bruge eksemplerne til at forenkle forklaringer og øge trygheden, bekræfte forståelsen med korte spørgsmål til tilbagemeldinger osv. Du finder eksempler i hele bogen i kursiv og/eller anførselstegn. Til digital eller skriftlig patientoplysning: Tilpas manuskripter, resuméer og visuelle hjælpemidler til foldere, onlinemateriale eller app-indhold (med tydelig henvisning til Digi4MSK).

Endelig er denne bog, der er rettet mod sundhedsprofessionelle, suppleret af en anden bog til patienter og den brede offentlighed. Den er også baseret på vignetter, hvor patienter og deres pårørende kan se, hvordan de kan forbedre specifikke færdigheder i relation til deres viden om smerte og muskuloskeletal sundhed. Den kan ligeledes anbefales af sundhedsprofessionelle som en ressource til patienter.

“Praktisk guide til mennesker med smerter” | doi: <https://doi.org/10.54391/20.500.14888/2003>

1. Introduktion til egenhåndtering

Dette kapitel introducerer begrebet egenhåndtering i forbindelse med muskuloskeletale smerter. Det forklarer, hvordan man ved at give patienterne mulighed for at tage en aktiv rolle i håndteringen af deres symptomer kan forbedre både de kliniske resultater og det generelle velbefindende. Kapitlet skitserer de grundlæggende principper for egenhåndtering, herunder patientuddannelse, adfærdsændring, motion og livsstilsændring, samtidig med at det understreger vigtigheden af samarbejde mellem sundhedsprofessionelle og patienter. Det fremhæver også, hvordan strategier for egenhåndtering skal tilpasses den enkeltes niveau af sundhedskompetence og motivation for at sikre meningsfuldt engagement og langsigtet succes.

1.1. Hvorfor er egenhåndtering nødvendig?

Patienter kommer ofte med **langvarige smerteproblemer såsom lændesmerter, osteoartrose i knæet, tendinopati i skulderen eller kroniske nakkesmerter**. Mange har også **multisygdomsprofiler** såsom type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdom, overvægt eller depression. Disse tilstande forekommer sjældent isoleret – de interagerer og forstærker hinanden, hvilket skaber komplekse daglige udfordringer. For eksempel:

- **Kroniske lændesmerter + overvægt + søvnforstyrrelser:** Smerter begrænser mobiliteten, overvægt og dårlig søvn øger følsomheden over for smerter.
- **Osteoartrose i knæet + diabetes + forhøjet blodtryk:** Stivhed i leddene reducerer aktiviteten, inaktivitet forværrer glukosekontrollen, og risikoen for hjerte-kar-sygdomme stiger.
- **Nakkesmerter + angst + stillesiddende arbejde:** Frygt for bevægelse fører til mere undgåelse, hvilket forstærker muskelømhed og psykisk ubehag.

Traditionelle biomedicinske behandlingsmodeller, hvor den professionelle "helbreder" patienten med passive behandlinger, er imidlertid utilstrækkelige i disse sammenhænge. Når smerterne varer længere end 3-6 måneder, udvikler de sig normalt til en **langvarig tilstand** snarere end en helbredelig episode.

1. Tilstandene er kroniske og tilbagevendende.

Muskuloskeletale smertesyndromer og multimorbiditet kan **normalt ikke helbredes med en enkelt behandling**. Der kan forventes opblussen, og patienterne har brug for færdigheder til at håndtere, tilpasse sig og fungere trods disse.

2. Sundhedsvæsenet kan ikke bære hele byrden.

Da en tredjedel af alle voksne verden over er ramt af multisygdom, er det uholdbart – både



økonomisk og praktisk – at være afhængig af fagfolk ved hver eneste opblussen.

3. Patient empowerment forbedrer resultaterne.

Erfaring viser, at når patienter er udstyret med **strategier til egenhåndtering** (problemløsning, pacing, beslutningstagning, livsstilsændringer), opnår de resultater, **der er sammenlignelige med eller bedre** end regelmæssig behandling med hensyn til smertelindring, funktion og livskvalitet.

4. Det reducerer afhængighed og opbygger robusthed.

Egenhåndtering flytter gradvist ansvaret fra klinikken til patientens dagligdag. Dette betyder ikke at patienten er overladt til sig selv: klinikere fungerer som coaches og sikrer, at patienterne føler sig støttet, mens de udvikler uafhængighed.

5. Multisygdom kræver integreret handling.

En patient med osteoartrose og diabetes kan ikke håndtere det ene uden at tage hensyn til det andet. Strategier til egenhåndtering, såsom fysisk aktivitet, kost, stressregulering og håndteringsevner, går på tværs af tilstande og hjælper patienten med at tackle **det samlede sundhedsbillede** i stedet for isolerede symptomer.

Egenhåndtering er derfor nødvendig, fordi muskuloskeletale smerter og multisygdom ofte forekommer samtidigt, er langvarige, komplekse og tæt forbundet med livsstilen. Patienterne skal blive aktive aktører i deres egen behandling for at mindske smerteproblemet og bevare funktionsevnen.



Klinisk eksempel

Jeanette, 62 år, med osteoartrose i knæet, type 2-diabetes og overvægt: Hvis Jeanette kun stoler på smertestillende medicin og regelmæssige lægebesøg, kan hendes smerter midlertidigt lette, men inaktivitet kan øge hendes vægt, glukosekontrol og hjerte-kar-sundhed. Ved at lære Jeanette **enkle, bæredygtige egenhåndteringsfærdigheder** – såsom daglige 10-minutters gåture, tempoet i huslige pligter og brug af en dagbog til at monitorere opblussen – giver man hende mulighed for at påvirke alle sine tilstande på én gang. Denne integration er grunden til, at egenhåndtering ikke er valgfri, men **nødvendig**.

1.2. Kernefærdigheder i egenhåndtering af muskuloskeletale smerter

1.2.1 Problemløsning

Vedvarende muskuloskeletale smerter er sjældent ligetil: Patienterne oplever svingende symptomer, uforudsigelige opblussen og barrierer i dagligdagen. Problemløsning betyder at give patienterne redskaber til **at identificere udfordringer, generere muligheder, afprøve strategier og lære af resultaterne**. I stedet for udelukkende at stole på, at en kliniker dikterer løsningerne, bliver patienterne gradvist mere sikre på at tilpasse deres egne reaktioner.

Hvorfor dette er vigtigt:

- Smerter påvirkes af biologiske, psykologiske og sociale faktorer. Der findes ikke én enkelt løsning, der virker hver gang.
- Patienter, der ikke kan løse problemer, kan blive fastlåst i undgåelse (f.eks. stoppe alle aktiviteter efter en opblussen) eller frustration ("intet virker").
- Undervisning i problemløsning fremmer **tilpasningsevne og robusthed** – hvilket er afgørende for at leve med langvarige lidelser.

Skridt til at styrke denne færdighed i klinikken:

1. Definer problemet klart.

Mange patienter formulerer problemer vagt ("Min ryg er altid dårlig"). Hjælp dem med at indsnævre det: "Når jeg sidder i mere end 30 minutter på arbejde, forværres min smerte."

2. Brainstorm flere løsninger.

Opfordre til at finde mere end én løsning. På denne måde er det lettere at tilpasse sig patientens præferencer og situation, og patienten opfatter, at der er en plan A og en plan B, hvis plan A ikke virker. For eksempel ved smerter i forbindelse med at sidde: Prøv at stå op hver halve time, bruge forskellige siddestillinger, skift kropsholdning eller indsæt strækpauser.

3. Vælg en løsning, der skal afprøves.

Vejled patienten til at vælge en realistisk, gennemførlig mulighed. Fremhæv eksperimentering.

4. Gennemgå resultaterne.

Ved næste besøg skal du spørge: "Hvad virkede? Hvad virkede ikke? Hvad kunne vi justere?" Betragt tilbageslag som **information, ikke som fiasko**.

Praktisk tip til klinikere: Brug metoden “Hvad, hvornår, hvad hvis?” i sessionen:

- Hvad sker der helt præcist?
- Hvornår forekommer det oftest?
- Hvad hvis du prøver [mulighed A] – hvordan kunne du afprøve det i denne uge?

Denne strukturerede dialog hjælper patienterne med at tænke i trin frem for i globale, håbløse vendinger. Over tid internaliserer de metoden og begynder at anvende den automatisk.

1.2.2 Beslutningstagning

Beslutningstagning i egenhåndtering handler om at sætte patienterne i stand til at **afveje muligheder, fortolke kroppens signaler og træffe oplyste beslutninger** om deres daglige sundhedsadfærd. For mennesker med vedvarende MSK-smerter indebærer beslutninger ofte at afveje aktivitet og hvile, beslutte, om smerten er et sikkert signal eller en advarsel, og vide, hvornår professionel hjælp er nødvendig.

Hvorfor dette er vigtigt:

- Uden denne færdighed kan patienterne enten overbeskytte sig selv (“enhver smerte = skade”) eller ignorere faresignaler (“jeg vil presse mig igennem den svære hævelse”).
- Klar beslutningstagning reducerer unødvendige lægebesøg og sikrer samtidig sikkerheden.
- Det understøtter autonomi – patienterne føler sig i stand til at styre deres egen behandling.

Skridt til at styrke denne færdighed i klinikken:

1. Afklar “acceptable” kontra “bekymrende” symptomer.

Lær tommelfingerregler: mild ømhed efter ny træning er normalt; hævelse, tab af funktion eller alarmerende symptomer kræver undersøgelse.

2. Indfør beslutningsstøtte.

Brug enkle visuelle hjælpemidler som trafiklyssystemer:

- **Grøn:** fortsæt aktiviteten (milde, forbedrede symptomer).
- **Gul:** juster, men stop ikke (opblussen, tålelig smerte).
- **Rød:** stop og søg lægehjælp (alvorlige, pludselige eller tiltagende symptomer)

3. Øv scenariebaseret ræsonnement.

Rollespilssituationer i klinikken: “Hvis dit knæ gør ondt efter 20 minutters gang, hvilke muligheder har du så?”

4. Forstærk refleksion.

Opfordre patienterne til at spørge sig selv: “Hvad baserede jeg dette valg på?” – det hjælper dem med at blive bevidste om deres ræsonnement.



Klinisk eksempel:

- **Case:** Maria, 56 år, osteoartrose i knæet. Hun stopper ofte med at være aktiv efter mindre ubehag, fordi hun frygter at blive skadet.
- **Process:** Lægen introducerer trafiklys-værktøjet. Sammen øver de sig i at kategorisere scenarier: “Let stivhed efter at have gået? Det er grønt. Let hævelse, der forsvinder inden for 24 timer? Gult. Pludselig låsning? Rødt.”
- **Resultat:** Inden for få uger går Maria mere konsekvent, reducerer unødvendig hvile og ringer kun til sin læge, når det virkelig er nødvendigt.

Praktisk tip til klinikere:

Inddrag **teach-back**: “Kan du forklare, hvordan du vil afgøre, om dagens smerter er en grøn, gul eller rød situation?” Dette sikrer forståelse og skaber tillid.

1.2.3 Ressourceudnyttelse

Ressourceudnyttelse er evnen til **at vide, hvornår og hvordan man søger yderligere støtte** – hvad enten det er fra mennesker, tjenester eller værktøjer – og bruger denne støtte effektivt. For patienter med vedvarende muskuloskeletale smerter kan eksterne ressourcer være broen mellem det, der er muligt i klinikken, og det, der er nødvendigt i hverdagen. Denne færdighed hører under sundhedskompetenceområdet “Adgang”.

Hvorfor dette er vigtigt:

- Vedvarende smerter kræver ofte **mere end én fagpersons indsats**.
- Patienter, der ikke benytter eksterne ressourcer, kan enten blive alt for afhængige af lægen eller omvendt fare vild i upålidelige kilder.
- At vejlede patienterne til de **rigtige ressourcer på det rigtige tidspunkt** skaber uafhængighed, tryghed og selvtillid.

Sådan styrkes denne færdighed i klinikken**1. Identificer muligheder for ekstern støtte.**

Spørg: "Er der en del af din plan, der kunne drage fordel af et andet sæt øjne, hænder eller værktøjer?"

2. Introducer ressourcerne på det rigtige tidspunkt.

At overbelaste patienterne med for mange muligheder for tidligt fører til manglende engagement. Kobl ressourcerne til konkrete behov eller milepæle.

3. Faciliter forbindelsen.

Nøjes ikke med at "anbefale", forklar formålet, rollen og den forventede fordel. Giv om muligt en skriftlig note, henvisning eller demonstration. Tilpas til det format, som patienten foretrækker.

**Kliniske eksempler****1. Tilmelding til et fitnesscenter med struktureret kommunikation**

- **Case:** Jonas, 55 år, kroniske lændesmerter, motiveret til at øge sin styrke.
- **Klinikerens handling:** I stedet for blot at foreslå "gå i fitnesscenter", skriver klinikerens en kort sammenfattende note til fitnessinstruktøren: "Jonas har gavn af øvelser, der fokuserer på styrke i mave- og rygmuskler og med en gradvis belastningsprogression. Undgå tunge dødløft i de første 6 uger. Monitorer tolerancen over for romaskinen."
- **Resultat:** Jonas føler sig mere tryk, fitnessinstruktøren har klare retningslinjer, og patienten bruger ressourcen effektivt i stedet for at give op efter den første smerteforværring.

2. Udvidelse af viden om smerter med digitale ressourcer

- **Case:** Laura, 42, tilbagevendende nakkesmerter, var i starten overvældet. I begyndelsen er det nok med enkle beroligende ord og råd om pacing.
- **Klinikerens handling:** Efter 3 besøg viser Laura nysgerrighed: "Hvorfor forværrer stress mine nakkesmerter?" Klinikerens erkender, at hun er klar til mere viden og deler en relevant webresource med korte videoer, der forklarer smerte og sammenhængen mellem stress og spændinger.
- **Resultat:** Laura engagerer sig i sit eget tempo, undgår misinformation på sociale medier og begynder at anvende afspændingsstrategier.

3. Henvisning til diætist ved hofteartrose med overvægt

- **Tilfælde:** Hanne, 62 år, hofteartrose, BMI 33, i medicinsk behandling, men med begrænset mobilitet.
- **Klinikerens handling:** Forklarer med enkle ord: "Selv et vægttab på 5 kg kan reducere belastningen på din hofte og mindske irritation af leddet. En diætist kan vejlede dig i fornuftige, gradvise ændringer, der også forbedrer dit blodsukker. Skal jeg sætte dig i kontakt med en?"
- **Resultat:** Hanne accepterer, ser fremskridt med ledsmerter og diabetesregulering og betragter besøg hos diætisten som en del af sin smerteplan, ikke kun som "vægttab".

4. Samfundsbase ret støtte til pacing og aktivitet

- **Sag:** Anders, 68 år, kroniske udbredte smerter og social isolation.
- **Klinikerens handling:** Henviser Ahmed til en lokal vandregruppe i lokalsamfundet og fremstiller det som både en pacing-strategi og social støtte. Giver en besked til gruppelederen: "Opfordre Anders til at starte med kortere ture og gradvist øge distancen."
- **Resultat:** Ahmed øger ikke kun sin aktivitet, men føler sig også mindre isoleret, hvilket forbedrer hans humør og overholdelse af behandlingsplanen.

Praktisk tip til klinikere

Præsenter altid eksterne ressourcer med **tre nøglebudskaber**:

- **Hvad det er** ("en diætist hjælper med at skabe balance i din kost og reducere belastningen af leddene")
- **Hvorfor det er vigtigt nu** ("det er godt for både din hoftesmerter og dit blodsukker"),
- **Hvordan man bruger det** ("Jeg skriver en note / her er et pålideligt link / du kan prøve denne ene aktivitet i denne uge").

Ressourceudnyttelse som en forlængelse af konsultationen

Når vi lærer en patient en ny øvelse, omformulerer deres overbevisninger eller sammen udarbejder en handleplan, **forsvinder** fordelene ofte **hurtigt**, hvis den ikke forstærkes uden for klinikken. Patienterne går hjem, støder på forhindringer eller glemmer detaljer. Det er her, korrekt brug af eksterne ressourcer bliver afgørende.

■ Tænk på konsultationen som at plante et frø.

Eksterne ressourcer – hvad enten det er en træner i fitnesscentret, en diætist, en pålidelig hjemmeside eller en gruppe i lokalsamfundet – er **jorden, vandet og sollyset**, der får frøet til at spire.

■ Uden ressourcer forbliver forandringen skrøbelig.

Patienterne prøver måske én gang, kæmper og giver op. Med ressourcer bliver hver dag mellem besøgene en mulighed for at øve, tilpasse og forstærke de nye færdigheder.

■ Ressourcer udvider klinikerens stemme.

En skriftlig note til træneren i fitnesscentret eller en henvisning til en diætist betyder, at dit råd giver genlyd i miljøer, hvor du ikke er fysisk til stede. Konsultationen fortsætter gennem andres hænder, skærmen på en app eller strukturen i en fællesskabsgruppe.

■ Ressourcer forvandler en enkelt session til et program i konstant forandring.

I stedet for en isoleret konsultation på 30 minutter oplever patienten et kontinuerlig behandlingsforløb – med check-ins, feedback og støtte integreret i de daglige rutiner.

Klinisk eksempel

Case: Torben, 50 år, kroniske lændesmerter, ser sin fysioterapeut en gang hver anden uge i en periode.

■ **Uden ressourcer:** Torben udfører den foreskrevne øvelse to gange, glemmer teknikken, får et tilbagefald og holder op indtil næste session. Konsultationens effekt er begrænset til et par dage.

■ **Med ressourcer:** Fysioterapeuten filmer Torben, mens han udfører øvelsen, deler et link til en kort video fra en pålidelig app og skriver en note til Torbens træner. Nu bliver Torben hver dag mindet om, vejledt og støttet. Næste besøg bygger videre på det opnåede fremskridt.

■ **Resultat:** Den enkelte konsultation er ikke bare en engangsbegivenhed – den bliver **startpunktet for en vedvarende forandringsproces**.

Hovedbudskab

Korrekt ressourceudnyttelse = **forstærkning af effekten af din konsultation**.

Det sikrer, at det, der begynder i klinikken, **lever videre i patientens virkelige verden**, så råd bliver til handling, handling bliver til vane, og vane bliver til langsigtet sundhedsforbedring.

1.2.4 Partnerskab mellem patient og sundhedsprofessionelle

Partnerskabet mellem patient og sundhedsprofessionelle er **grundlaget for effektiv egenhåndtering**. Uden et tillidsfuldt, samarbejdsbaseret forhold risikerer selv de bedste uddannelses- og handleplaner at blive ignoreret eller opgivet. Partnerskab betyder, at patientens perspektiv bliver hørt, valideret og integreret, mens klinikerens bidrager med ekspertise, vejledning og støtte. Sammen udarbejder de en plan, der er meningsfuld, realistisk og fleksibel.

Hvorfor dette er vigtigt:

- **Vedvarende smerter underminerer tilliden.** Mange patienter har før følt sig afvist ("det er alt sammen i dit hoved") eller overmedicineret ("du skal opereres"). At genoprette tilliden er lige så vigtigt som at ordinere øvelser.

- **Overholdelse ≠ partnerskab.** Passivt at følge ordrer er ikke ægte engagement. Partnerskab kræver, at patienterne aktivt former processen.
- **Partnerskab skaber motivation.** Patienter er mere tilbøjelige til at følge de planer, de selv har været med til at udarbejde, og som afspejler deres egne mål og kontekst.

Praktiske strategier for klinikere

1. Aktiv lytning og validering

- Start med at spørge: *"Hvad bekymrer dig mest ved din smerte?"* eller *"Hvad håber du at opnå?"*
- Reflekter tilbage: *"Jeg forstår, at opblussen får dig til at føle dig håbløs. Lad os sammen finde måder at håndtere dem på."*
- Validering betyder ikke, at man er enig i misforståelser; det betyder, at man anerkender følelser, før man omformulerer dem.

2. Fælles dagsorden / Målsætning

- Skriv 2-3 prioriteter ned i starten af konsultationen.
- Sørg for, at mindst én af dem kommer direkte fra patienten (f.eks. "gå op ad trapper uden at hvile").
- Dette øger følelsen af fælles ejerskab.

3. Gennemsigtige forklaringer og fortællinger

- Undgå generelle fortællinger om smerter ("det er alt sammen nerver").
- Kobl i stedet forklaringerne til patientens historie: *"Din hofte gør mere ondt efter at have siddet længe, fordi leddene bliver stive uden bevægelse. Det er noget vi kan ændre."*
- Dette skaber en **personlig, sammenhængende historie**, som patienterne kan genfortælle for sig selv og andre.

4. Samarbejdsbaseret planlægning

- Tilbyd to eller tre realistiske muligheder, og lad patienten vælge: *"Vi kan starte med korte gåture, let udstrækning eller begge dele. Hvad føles mest realistisk for dig i denne uge?"*
- Fleksibilitet signalerer respekt og øger overholdelsen.

5. Opfølgning og feedback

- Behandl hver opfølgning som en feedbacksløjfe, ikke som en præstationsvurdering. Spørg: *"Hvad virkede for dig?"* *"Hvad var svært?"*
- Fejr små sejre: *"Du har klaret tre gåture i denne uge – det er fremskridt."*
- Normaliser tilbageslag: *"Det er normalt at springe et par dage over. Lad os tilpasse planen, så den passer bedre."*

6. Partnerskabssprog

- Erstatpræskriptivekommandoer ("Du skal...") med samarbejdsorienterede formuleringer:
 - *"Skal vi prøve..."*
 - *"Hvilken mulighed føles mest realistisk lige nu?"*
 - *"Hvordan kunne det passe ind i din uge?"*



Klinisk eksempel

Sag: Anette, 52, med fibromyalgi, udmattet efter år med mislykkede behandlinger.

- **Første møde:** Hun siger: "Lægerne siger bare, at jeg skal motionere, men det virker aldrig."
- **Partnerskabstilgang:** Klinikeren lytter, anerkender frustrationen og opfordrer hende til at sætte dagsordenen. Anette vælger egenhåndtering af træthed som prioritet.
- **Planlægning:** Sammen udarbejder de en plan for daglige aktiviteter og bliver enige om at føre dagbog over træthedsniveauer.
- **Opfølgning:** Anette rapporterer, at hun kun kunne logge 3 dage. I stedet for at betragte dette som en fiasko, siger klinikeren: *"Det er en god start. Hvad gjorde de tre dage mulige? Hvordan kan vi bygge videre på det?"*
- **Resultat:** Anette føler ejerskab, ikke pres, og engagerer sig mere i de senere sessioner.

Fælder, der skal undgås

- **At skynde sig frem til løsninger:** Patienter har ofte brug for at føle sig hørt, før de kan tage imod råd.
- **At afvise overbevisninger for hurtigt:** Korrigér forsigtigt, men start med at forstå patientens perspektiv.
- **Rigid planlægning:** Overdrevent præskriptive instruktioner underminerer ejerskabet.
- **Informationsoverload:** For meget på én gang skaber overvældelse; partnerskab kræver også, at informationen leveres i et passende tempo.

Partnerskab som forlængelse af konsultationen

Et stærkt partnerskab sikrer, at konsultationen ikke slutter, når patienten forlader rummet. Når patienter føler, at de er **medforfattere til planen**, er de mere tilbøjelige til at øve færdigheder, afprøve strategier og komme tilbage med meningsfuld feedback. Med andre ord forvandler partnerskab konsultationen til en **løbende dialog**, der fortsætter mellem besøgene.

Hovedbudskab: Partnerskabet mellem patient og behandler handler ikke om overholdelse af regler, men om **samarbejde, respekt og fælles udformning**. Når patienterne føler sig lyttet til og støttet, bliver egenhåndtering mulig, bæredygtig og meningsfuld.

1.2.5 Handling

At handle drejer sig om at omdanne intentioner til **konkrete, opnåelige og evaluerbare skridt**. Det er den praktiske test af alle andre færdigheder: uden handling forbliver viden og diskussioner abstrakte.

Hvorfor det er vigtigt:

- Mange patienter ved, hvad de bør gøre (bevæge sig mere, gå i et roligt tempo, slappe af), men formår ikke at omsætte det til dagligdagen.
- Succes med små handlinger opbygger **selvtillid** – troen på, at "jeg kan påvirke min tilstand".
- Uden strukturerede handleplaner kan patienter sætte vage eller urealistiske mål, hvilket fører til frustration.

Skridt til at styrke denne færdighed i klinikken:**1. Sæt SMART-mål.**

Specifikke, målbare, opnåelige, relevante og tidsbestemte.

2. Forankr dem i rutiner.

Knyt nye adfærdsmønstre til eksisterende vaner (f.eks. "stræk læggene efter tandbørstning").

3. Hold det småt.

Start med en målsætning på 1-2 minutter. Succes er vigtigere end intensitet.

4. Skriv det ned.

Patienterne skriver planen ned (kalender, telefonnotat, papirlog).

5. Gennemgå og juster.

Spørg: "Hvad virkede? Hvad var svært? Hvordan kan vi justere det?"

**Klinisk eksempel**

- **Sag:** Mark, 70 år, kroniske rygsmerter, lav motivation.
- **Process:** Lægen og Mark lægger en plan for en uge: "Gå 5 minutter efter morgenmaden, 4 dage i denne uge." Mark noterer fremskridt i en kalender.
- **Resultat:** Han lykkes 3/4 gange og rapporterer, at han har mere energi. Klinikeren fejrer succesen og aftaler at øge til 7 minutter i den følgende uge.

Praktisk tip til klinikere:

Afslut hver konsultation med **"et næste skridt"**, som patienten forpligter sig til. Hold det småt, specifikt og overskueligt.

Sammen udgør disse fem færdigheder en **praktisk ramme** for MSK-egenhåndtering: Patienterne lærer at definere problemer, træffe sikre beslutninger, bruge ressourcer, samarbejde effektivt og handle meningsfuldt.

1.3. Facilitatorer for egenhåndtering

1.3.1 Erfaring

Erfaring er en stærk facilitator for egenhåndtering, både for fagfolk og for patienter. På den professionelle side skaber erfaring tillid til at undgå unødvendige tests og behandlinger og i

stedet fokusere på strategier, der har langsigtede fordele. En erfaren kliniker ved, hvornår en MR-scanning ikke er indiceret, hvornår man skal trappe ineffektive medicin ned, og hvornår man skal flytte fokus fra kortvarig symptomlindring til langsigtet adfærdsændring. Lige så vigtigt er det, at erfaring giver mulighed for at berolige patienterne med, at opblusninger er normale og håndterbare. Sundhedsprofessionelle, der har set hundredvis af tilfælde af vedvarende smerter, kan med sikkerhed sige: *"Dette er ikke usædvanligt – opblusninger forekommer, men vi kan planlægge efter dem."* Denne troværdighed hjælper patienterne med at stole på processen.

For patienterne kan smerteoplevelsen også blive en ressource snarere end kun en byrde. Mennesker, der har oplevet opblussen og bemærket, at smerten til sidst vender tilbage til udgangspunktet, kan få et nyt perspektiv: Smerte kan være intens og frustrerende, men det betyder ikke altid, at der er skade. Klinikere kan styrke denne oplevelse ved at hjælpe patienterne med at reflektere over deres tidligere erfaringer og drage læring af dem. For eksempel kan en patient huske, at komplet hvile efter opblussen gjorde dem mere stive, mens let aktivitet hjalp på bedringen. At fremhæve disse øjeblikke hjælper patienterne med at erkende, at de allerede har nyttige færdigheder og robusthed, hvilket styrker deres selvtillid.

Erfaring i praksis

Professionel side	Patientens side	Hvordan man kan styrke det i klinikken
Erkend, når scanninger eller opioider er unødvendige.	Har oplevet, at smerter er aftaget uden behandling.	Spørg: <i>"Kan du huske et tidspunkt, hvor smerten blev værre, men derefter aftog igen?"</i> Brug dette til at normalisere udsving.
Kender forskellen mellem akut behandling og langsigtet adfærdsændring.	Er klar over, at aktivitet nogle gange forbedrer symptomerne.	Tilskynd til refleksion: <i>"Hvad hjalp dig mest under sidste opblussen?"</i>
Bruger tidligere tilfælde til at berolige og vejlede patienterne.	Begynder at se mønstre i smerteadfærd.	Knyt deres historie til strategier: <i>"Sidste gang fortsatte du med at gå forsigtigt, og det hjalp – kan vi bygge videre på det?"</i>



Klinisk eksempel:

Jens, 50, med kroniske lændesmerter, kom til klinikken bekymret efter en pludselig opblussen. Hans fysioterapeut forklarede: *"Jeg har set mange patienter som dig – opblusninger er almindelige og betyder ikke, at der er kommet nye skader."* Sammen gennemgik de Jens' tidligere erfaringer og bemærkede, at let gang tidligere havde reduceret stivheden. Ved at fremhæve hans egne succesrige strategier forvandlede klinikerens Jens' oplevelse fra frygt til et redskab til robusthed.

1.3.2 Fysisk aktivitet og deltagelse i arbejdslivet

Fysisk aktivitet og engagement i meningsfuldt arbejde eller roller er blandt de mest effektive hjælpemidler til egenhåndtering. Dette giver fagfolk muligheden for at omdefinere bevægelse som sikker og terapeutisk, selv når der er smerter. En erfaren kliniker kan identificere muligheder for at integrere aktivitet i daglige rutiner og støtte patienter i at opretholde eller tilpasse deres arbejdsroller. I stedet for at råde en lagerarbejder med lændesmerter til at "undgå at løfte", kan klinikerne for eksempel vejlede vedkommende i pacing, tilpasning af opgaver og løftestrategier. På samme måde giver det struktur, sociale kontakter og tillid til, at patienterne stadig er i stand til at udføre deres arbejde, når man hjælper dem med at forblive engagerede i arbejdet – selv i en ændret kapacitet. Disse tilgange gør daglige aktiviteter til en del af behandlingen i stedet for noget, man skal frygte.

For patienter er fysisk aktivitet og deltagelse i arbejdslivet et konkret bevis på deres formåen. At gennemføre meningsfulde opgaver – hvad enten det er at gå til bussen, arbejde i haven eller varetage arbejdsopgaver – kan ændre fortællingen fra *"Jeg er begrænset af smerter"* til *"Jeg kan stadig gøre ting på trods af smerter"*. Dette styrker selvtilliden og opmuntrer til yderligere eksperimenter. Selv små, konsekvente aktiviteter kan give tillid til, at smerter ikke altid er en barriere. Klinikere kan forstærke dette ved at knytte aktiviteten til patientens mål og indarbejde strategier i deres kontekst. For eksempel kan en person med stillesiddende kontorarbejde blive vejledt til at stå op i to minutter hver halve time, mens en atlet med knæ smerter kan få en sport specifik tilpasningsplan. Disse personaliserede strategier gør aktiviteterne meningsfulde og bæredygtige.

Fysisk aktivitet og deltagelse i arbejdslivet i praksis

Professionel side	Patientens side	Hvordan man kan øge aktiviteten i klinikken
Fremstiller bevægelse som sikker og terapeutisk.	Oplever færre smerter eller stivhed efter aktivitet.	Demonstrer pacing-strategier under sessionen; forsikr om, at bevægelse kan være sikker.
Støtter modificeret deltagelse i arbejdsroller.	Værdsætter at kunne fortsætte med at arbejde eller udføre daglige opgaver.	Spørg: "Hvilken opgave på arbejde eller derhjemme er vigtigst for dig?" Tilpas den derefter sammen.
Integrerer motion i daglige rutiner.	Får selvtilid ved at gennemføre meningsfulde aktiviteter.	Sæt aktivitetsmål, der er knyttet til dagligdagen (trapper, gåture, havearbejde).

 Klinisk eksempel:

Kasper, 45, med kroniske rygsmerter, frygtede at vende tilbage til sit job på lageret. Hans fysioterapeut omformulerede løft som håndterbart med pacing og ændret teknik, og de øvede sig i skift mellem opgaver. Kasper rapporterede tilbage, at han kunne gennemføre sine vagter uden panik og indså, at han stadig var i stand til at arbejde. Denne succes styrkede hans selvtilid i at håndtere smerter i hverdagen.

1.3.3 Søvn

Søvn er en grundlæggende søjle i egenhåndtering, fordi forstyrret søvn både kan øge smertefølsomheden og reducere evnen til at håndtere smerter. Forskning viser, at dårlig søvnkvalitet er forbundet med større smerteintensitet, større handicap og dårligere psykisk velbefindende hos mennesker med muskuloskeletale smerter. Eksperimentelle studier viser, at selv en enkelt nat med søvnmangel kan sænke smertetærsklen, mens kronisk søvnløshed forstærker øget følsomhed i det centrale nervesystem. For sundhedsprofessionelle hjælper erkendelsen af denne sammenhæng med at flytte søvn fra en "sekundær klage" til et **centralt behandlingsmål**. Forskningsresultater understøtter kognitiv adfærdsterapi for søvnløshed (CBT-I) som den gyldne standardintervention, der viser konsekvente forbedringer i søvneffektivitet og reduktioner i smertefølsomhed. Klinikere leverer måske ikke altid fuld CBT-I, men de kan integrere kerneelementer: stimuluskontrol (kun bruge sengen til at sove i),

søvnrestriktion (begrænse tiden i sengen for at konsolidere søvnen) og afspændingstræning. Selv små forbedringer i søvnkvaliteten kan på meningsfuld vis understøtte egenhåndtering i dagtimerne.

For patienterne er forbedring af søvnen ofte den første mærkbare succes i egenhåndteringen, hvilket styrker deres motivation. Bedre søvn reducerer morgenstivhed, øger energien til aktivitet og forbedrer humørreguleringen, hvilket alt sammen bidrager til en positiv cyklus af håndtering. Patienter kan coaches til at eksperimentere med praktiske, evidensbaserede strategier: at fastsætte en fast vågnetid, undgå skærme i timen før sengetid, reducere koffeinindtag efter middagstid og skabe et kort afslapningsritual (strækning, vejrtrækning eller mindfulness). Nyere forskningsresultater understøtter også **mindfulness-baserede interventioner** og **korte digitale CBT-I-programmer**, som kan leveres via apps eller onlineplatforme. Klinikere bør ikke fremstille disse strategier som valgfri livsstilstips, men som aktive behandlingskomponenter: "Ved at forbedre din søvn kan du reducere smertefølsomheden og øge din krops evne til at komme sig." Denne fremstilling øger patienternes tilslutning og positionerer søvnforbedring som centralt for smertehåndtering.

Søvn i praksis

Professionel side	Patientens side	Hvordan man kan forbedre det i klinikken (evidensbaseret)
Anerkender, at dårlig søvn øger smertefølsomheden.	Bemærker, at smerterne føles mere håndterbare efter en god nats søvn.	Oplys: "Forskning viser, at forbedret søvn kan reducere smerteintensiteten."
Anvender CBT-I-principper: stimuluskontrol, søvnrestriktion, afspændingstræning.	Kæmper med søvnløshed eller hyppige opvågninger.	Underviser i stimuluskontrol: stå op af sengen, hvis man ikke kan sove efter 20 minutter; begræns sengens brug til kun at sove i.
Fremstiller søvnhygiejne som behandling, ikke som "rådgivning".	Bekymrer sig om, at smerter forstyrrer søvnen, og føler sig hjælpeløs.	Udarbejd en søvnhygiejneplan: fast vågnetid, begræns koffein efter middagstid, reducer skærmtid om aftenen.
Forbinder patienter med evidensbaserede digitale eller gruppe-CBT-I-programmer.	Får selvtilid, når bedre søvn fører til mindre stivhed og mere energi.	Henvi til valideret digital CBT-I-app eller mindfulness-program som supplement til behandlingen.

**Klinisk eksempel:**

Karina, 62, med hofteartrose, rapporterede om forstyrret nattesøvn på grund af smerter samt træthed i løbet af dagen. Hendes læge forklarede sammenhængen mellem dårlig søvn og smertefølsomhed og introducerede CBT-I-strategier: fast vågnetid, fjernelse af hendes telefon fra soveværelset og øvelser i progressiv muskelafspænding før sengetid. Karina downloadede også et digitalt CBT-I-program, som klinikken anbefalede. Efter 6 uger rapporterede hun, at hun sov længere, følte sig mindre udmattet og bemærkede, at hendes morgenstivhed i hoften var reduceret, hvilket øgede hendes selvtillid til at fortsætte med at gå dagligt.

1.3.4 Strategier til adfærdsændring

Patienter med vedvarende muskuloskeletale smerter ændrer ofte ikke deres adfærd på grund af en simpel forklaring. Adfærdsændringsvidenskab er centralt for egenhåndtering, fordi det sjældent er nok at vide, *hvad* man skal gøre – patienterne skal støttes i at omsætte viden til vedvarende daglige vaner. På den professionelle side undervurderer klinikere ofte, hvor svært det kan være at ændre adfærd, især når der er smerter, træthed eller frygt til stede. Evidens fra sundhedspsykologi og smertebehandling understreger, at interventioner virker bedst, når de er rettet mod motivation, handlekraft og vanedannelse. Teknikker såsom **målsætning, handlingsplanlægning, feedback og selvmonitorering** har konsekvent vist sig at forbedre overholdelsen af muskuloskeletal rehabilitering. For eksempel viser resultater fra lodtrækningsstudier, at SMART-mål (specifikke, målbare, opnåelige, relevante, tidsbestemte) øger patienternes engagement sammenlignet med vage råd som *”motioner mere”*. Tilsvarende støttes indlejring af nye adfærdsmønstre i eksisterende rutiner (habit stacking) og brug af motiverende samtaler til at løse ambivalens stærkt i adfærdsvidenskabelig litteratur.

For patienter forvandler effektive strategier til adfærdsændring, egenhåndtering fra en byrde til en opnåelig proces. Patienter med muskuloskeletale smerter kæmper ofte med pacing, undgåelse eller inkonsekvent engagement — hvilket fører til en *”boom-and-bust”*-cyklus. Forskning viser, at støtte til **selvmonitorering** (f.eks. sporing af fremskridt, forudse barrierer og planlægge strategier til at håndtere situationen) reducerer funktionsevnetab og forbedrer resultaterne ved vedvarende lændesmerter og osteoartrose. Selv digitale interventioner, der integrerer principper for adfærdsændring (målpåmindelser, feedback om fremskridt, værktøjer til selvmonitorering), har vist sig at forbedre overholdelsen og reducere smerterelateret funktionsevnetab. Klinikere kan styrke dette ved at samarbejde med patienterne om at skabe

små, opnåelige trin, forstærke succeser og omformulere tilbageslag som muligheder for læring. Det er vigtigt, at strategier til adfærdsændring også hjælper med at tilpasse behandlingen til det, der er vigtigt for patienten, hvilket øger både overholdelse og tilfredshed.

Adfærdsændringsstrategier i praksis

Den professionelle side	Patientens side	Hvordan man kan styrke det i klinikken (evidensbaseret)
Ved, at adfærdsændring kræver mere end at give råd.	Forstår anbefalingerne, men har svært ved at følge dem.	Brug SMART-målsætning : <i>”Gå 10 minutter efter frokost, 3 dage om ugen.”</i>
Anvender motiverende samtaler til at udforske ambivalens.	Føler sig splittet: ønsker at motionere, men frygter forværret smerte.	Stil åbne spørgsmål: <i>”Hvad betyder det mest for dig at være aktiv?”</i>
Tilskynder til selvmonitorering og feedback.	Mister motivationen, når fremskridtene er langsomme eller uregelmæssige.	Giv en logbog eller app til at registrere aktiviteter og gennemgå i opfølgninger.
Indarbejder nye handlinger i dagligdagen (habit stacking).	Glemmer eller føler sig overvældet af nye rutiner.	Knyt adfærd til eksisterende vaner: <i>”Stræk ud efter tandbørstning.”</i>
Betrakter tilbageslag som en del af processen, ikke som en fiasko.	Stopper, når der opstår tilbagefald, fordi man tror, at planen er slået fejl.	Omformuler: <i>”Dette tilbagefald er data, ikke nederlag – lad os justere planen sammen.”</i>

**Klinisk eksempel:**

Daniel, 47, med kroniske lændesmerter, havde gentagne gange ikke formået at holde fast i sin træning, fordi opblussen af smerterne demotiverede ham. Hans fysioterapeut brugte motiverende samtaler til at udforske Daniels mål og opdagede, at hans vigtigste prioritet var at kunne spille fodbold med sin søn. Sammen satte de et SMART-mål: at gå 5 minutter efter aftensmaden fire gange om ugen. Daniel registrerede sine gåture i en simpel logbog, som de gennemgik ved det næste besøg. Da han gik glip af to sessioner på grund af smerter, omformulerede fysioterapeuten det som nyttig feedback og justerede planen. Inden for seks uger gik Daniel 20 minutter de fleste aftener og rapporterede, at han følte sig mere i kontrol, hvilket han tilskrev strukturen og de små succeser, der holdt ham motiveret.

1.3.5 Tillid

Tillid kan påvirke effektiv egenhåndtering og terapeutisk alliance. På den professionelle side betyder tillid at have tillid til patientens evne til at lære, eksperimentere og håndtere sin tilstand. Tillid kræver også, at sundhedsprofessionelle tolererer usikkerhed, deler beslutningstagningen i stedet for at diktere og skaber et trygt miljø, hvor patienterne føler sig støttet til at prøve, fejle og justere strategier. For eksempel kan en fysioterapeut sige: *"Jeg tror, du kan klare denne øvelse – lad os prøve det sammen og se, hvordan din krop reagerer."* Dette overfører ikke kun ansvaret, men signalerer også respekt for patientens evner.

For patienterne virker tillid i to retninger: tillid til deres sundhedsprofessionelle og tillid til sig selv. Erfaringer viser, at når patienter føler, at deres sundhedsprofessionelle lytter, anerkender deres bekymringer og inddrager dem i beslutningerne, er de mere tilbøjelige til at fortælle om deres vanskeligheder, fortsætte behandlingen og opretholde adfærdsændringer. Lige så vigtigt er **selvtillid** – tilliden til at afprøve strategier, dele, når tingene ikke fungerer, og tro på, at tilbageslag ikke er fiaskoer, men en del af processen. En patient, der stoler på sin sundhedsprofessionelle, er mere villig til at rapportere ærligt: *"Jeg klarede ikke gåplanen i denne uge, fordi jeg følte mig for træt."* Denne åbenhed gør det muligt at tilpasse planen, så engagementet opretholdes i stedet for frafald. Opbygning af tillid skaber derfor en feedbacksløjfe, hvor både den sundhedsprofessionelle og patient føler sig trygge i den fælles proces med at håndtere vedvarende smerter.

Den professionelle side	Patientens side	Hvordan man kan styrke tilliden i klinikken (evidensbaseret)
Viser tillid til patientens evne til at håndtere smerter.	Føler sig tryk ved at dele bekymringer eller fiaskoer.	Sig eksplicit: <i>"Det er normalt at have det svært nogle gange – lad os arbejde os igennem det sammen."</i>
Bruger fælles beslutningstagning og fælles målsætning.	Stoler nok på klinikerens til at prøve nye strategier.	Involver patienten i valget mellem 2-3 behandlingsmuligheder.
Giver tryghed under eksperimenter med aktivitet.	Udvikler selvtillid ved at opleve succes i små skridt.	Tillader sikker afprøvning på klinikken og opfordrer derefter til gentagelse derhjemme.
Betrakter tilbageslag som muligheder for tilpasning, ikke som fiaskoer.	Betrakt opblusninger som håndterbare i stedet for katastrofale.	Normaliser: <i>"Opblussen betyder ikke skade – det er chance for at øve sig i at håndtere det."</i>

Tillid i praksis

Klinisk eksempel:

Anna, 38, med fibromyalgi, skammede sig, da hun ikke kunne følge sin aktivitetsplan. I stedet for at kritisere hende sagde hendes fysioterapeut: *"Tak, fordi du fortalte mig det. Det er ikke en fiasko – det er information, vi kan bruge."* Sammen justerede de planen til kortere aktivitetsperioder. Anna fortalte, at hun følte sig lettet og støttet, og sagde: *"Jeg stoler på, at vi finder ud af det sammen."* Med tiden blev hun mere villig til at eksperimentere og viste voksende tillid til både sin kliniker og sine egne evner.

1.4. Barrierer for egenhåndtering

1.4.1 Videnshuller

Videnshuller er en af de mest almindelige barrierer for effektiv egenhåndtering af muskuloskeletale smerter. På den professionelle side viser de sig ofte som en overdreven afhængighed af traditionelle biomedicinske strategier: gentagne billedundersøgelser, ordination af opioider eller tilbud om passive behandlinger, når symptomerne vedvarer. Disse tilgange kan føles sikre for klinikerens, men de forstærker ubevidst patientens forventning om, at der skal findes og afhjælpes en "skjult strukturel årsag". Endnu vigtigere er det, at de forsinker overgangen til egenhåndtering og genoprettelse af funktionsevne. En erfaren kliniker ved derimod, hvornår man skal stoppe unødvendige undersøgelser og i stedet omdirigere fokus til strategier, der styrker patienten i dagligdagen.

På patientens side viser manglende viden sig i form af misforståelser om smerte og dens betydning. Patienter tror ofte at smerte altid er lig med skade, at hvile er sikrere end bevægelse, eller at intet kan forbedres, før der er foretaget en medicinsk behandling. Disse misforståelser begrænser engagementet i egenhåndtering og øger undvigelsesadfærd. I forbindelse med sundhedskompetenceområderne viser barriererne sig i forståelsesområdet (manglende forståelse for, at vedvarende smerte ≠ vedvarende skade), vurderingsområdet (vanskeligheder med at skelne mellem pålidelige og vildledende råd) og overbevisningsområdet (dybt rodfastet overbevisning om, at aktivitet er farligt). I praksis kan disse huller udfyldes med enkle forklaringer, vejledende demonstration af bevægelse og forstærkning gennem pålidelige ressourcer.

Den professionelle side	Patientens side	Hvordan håndteres det i klinikken
Bestiller billeddiagnostik uden klar indikation; ordinerer passive behandlingsformer til langvarige smerter.	Siger: "Jeg er bange for at bøje mig, fordi jeg så får en diskusprolaps."	Vis at det er ok at bøje sig i sessionen; forklar, at opblussen ikke er ensbetydende med ny skade.
Føler sig mere tryk ved at "gøre noget" (scanninger, recepter) end at fokusere på adfærdsændringer.	Tror, at kun medicin eller kirurgi kan løse problemet.	Omformuler: "Din MR-scanning viste forandringer, der er almindelige for din alder, men disse forklarer ikke udsving i din smerte. Det er det, vi gør i hverdagen, der gør forskellen."
Er tilbageholdende med at stoppe behandling med begrænset effekt af frygt for at skuffe patienten.	Har svært ved at skelne mellem pålidelig og vildledende information online.	Giv patienten én udvalgt ressource (brochure, app eller hjemmeside) og lær patienten at bruge den.

Videnshuller i praksis

Klinisk eksempel:

Kasper, 48, en lagerarbejder med kroniske lændesmerter, insisterer på, at han vil "få en diskusprolaps", hvis han bøjer sig. I stedet for at bestille endnu en scanning viser hans læge ham, hvordan man bøjer sig sikkert fremad, lader Kasper prøve og forklarer, hvorfor smerteanfald ikke er det samme som skade. Med en brochure, der understreger budskabet, vender Kasper tilbage og siger, at han nu bøjer sig forsigtigt på arbejdet – et lille, men vigtigt gennembrud i egenhåndteringen.

1.4.2 Færdighedsgab

Færdighedsgab opstår, når enten klinikeren eller patienten mangler den praktiske evne til at implementere egenhåndteringsstrategier. På den professionelle side vises barrieren ofte som et gab mellem teori og praksis. En kliniker ved måske, at pacing, fælles beslutningstagning og motiverende samtaler er effektive, men uden praktisk afprøvning eller selvtillid falder de tilbage på en prækriptiv stil: at fortælle patienterne, hvad de skal gøre, i stedet for at vejlede dem i,

hvordan de skal gøre det. Dette kan gøre råd om egenhåndtering abstrakte, generiske eller afkoblede fra patientens dagligdag. For eksempel vil en anbefaling om at "motionere mere" uden at vise, hvordan man tilpasser aktiviteten på dage med opblussen, efterlade patienten uforberedt og tilbøjelig til at opgive planen.

På patientens side strækker færdighedsgab sig ud over viden til **udførelse af adfærd**. Mange patienter kæmper med **aktivitetsregulering** – de gør for meget på gode dage og undgår alt på dårlige dage (boom-and-bust-cyklus). Andre mangler **færdigheder i pacing og planlægning**, såsom at opdele opgaver i mindre dele eller skifte mellem aktivitet og restitution. Nogle patienter kan ikke tilpasse øvelserne til deres aktuelle tilstand, hvilket fører til frustration eller frygt. Disse mangler handler ikke kun om misforståelser (sundhedskompetence), men om manglende træning, repetition og feedback. Uden vejledet træning stopper patienterne ofte for tidligt, overbevist om at strategien "ikke virker for dem". I klinikken kan manglende færdigheder omdannes til muligheder ved at øve opgaver sammen, udarbejde fælles planer for opblussen og fejre små sejre.

Professionel side	Patientens side	Hvordan man håndterer det i klinikken
Falder tilbage på at "fortælle" i stedet for at coache; giver vage råd som "motioner mere".	Starter stærkt, men stopper efter den første opblussen (boom-and-bust-cyklus).	Øv pacing i sessionen: "Lad os stoppe, før smerten bliver for stærk – prøv 10 gentagelser i stedet for 20."
Undgår motiverende samtaler; ordinerer ensartede træningsprogrammer.	Siger: "Jeg ved, at motion er godt, men når det gør ondt, holder jeg op."	Rollespil med opblussen: "Hvis smerten stiger lidt, skal du skrue ned, ikke stoppe. Lad os skrive det ned som din plan for opblussen."
Demonstrerer eller øver ikke opgaver; forventer, at patienterne finder ud af det selv.	Kan ikke tilpasse aktiviteter (f.eks. hviler fuldstændigt i stedet for at ændre).	Gennemfør guidet øvelse: udfør øvelsen sammen, juster belastningen og skriv et SMART-mål for hjemmet.

**Færdighedsgab i praksis****Klinisk eksempel:**

Maria, 56, med osteoartrose i knæet, siger, at hun starter gangprogrammer, men giver op efter sin første opblussen. Hendes fysioterapeut øver pacing under sessionen: Maria går i 5 minutter og stopper derefter, før smerten intensiveres. De skriver en plan: gå 5 minutter dagligt i denne uge, selvom smerten stiger lidt. Ved opfølgningen rapporterer Maria, at hun klarede 5 ud af 7 dage uden at "gå ned". Denne succes begynder at genopbygge hendes tillid til, at hun kan klare aktiviteterne sikkert.

1.4.3 Usikkerhed

Usikkerhed er en stor barriere for egenhåndtering, både for klinikere og for patienter. På den professionelle side opstår usikkerhed ofte, når vedvarende muskuloskeletale smerter ikke passer ind i en klar diagnostisk betegnelse. Mange klinikere føler sig pressede til at give entydige svar og kan ty til at bestille unødvendige undersøgelser, overhenvise eller ordinere passive behandlinger for at mindske deres egen ubehag. Selvom disse handlinger midlertidigt kan berolige både klinikere og patient, forstærker de troen på, at den reelle "årsag" endnu ikke er fundet, og at løsningen ligger uden for patientens kontrol. For eksempel kan en praktiserende læge anmode om en MR-scanning for ikke-specifikke lændesmerter blot for at føle, at "intet er blevet overset", selvom retningslinjerne ikke anbefaler det.

For patienten er usikkerheden om årsagen, forløbet eller prognosen for smerten ofte overvældende. Ikke at vide, hvorfor smerten varer ved, kan føre til angst, katastrofetænkning og undgåelse. Mange tolker usikkerhed som fare: "Hvis ingen kan forklare dette, må det være noget alvorligt." Dette underminerer ikke kun tilliden til egenhåndtering, men fører også til afhængighed af gentagne konsultationer eller uprøvede behandlinger. Patienter kan også have svært ved at forudsige eller håndtere opblussen, som de tolker som tegn på forværring af sygdommen. For at tackle denne barriere er det nødvendigt at omdefinere usikkerhed som noget normalt ved kroniske smerter og udstyre patienterne med fleksible strategier til at håndtere udsving. I stedet for at forsøge at fjerne usikkerheden kan klinikere mindske truslen ved at hjælpe patienterne med at genkende mønstre, forberede sig på variabilitet og øve sig i sikre reaktioner, når symptomerne forværres.

Den professionelle side	Patientens side	Hvordan man håndterer det i klinikken
Bestiller tests eller billeddiagnostik "for en sikkerheds skyld".	Siger: "Hvis ingen ved, hvad der er galt, er det måske noget alvorligt."	Omformuler: "Vedvarende smerter varierer ofte uden nogen klar årsag. Det er normalt. Det vigtige er, hvordan du reagerer."
Giver vage eller ikke-konsekvente forklaringer.	Undgår aktivitet af frygt for, at usikkerhed = fare.	Udarbejd en fælles plan for forværring: grøn (sikker), gul (ændring), rød (søg hjælp).
Synes det er ubehageligt at sige "jeg ved det ikke" eller "vi kan ikke være sikre."	Føler sig hjælpeløs, når smerten pludselig stiger.	Normaliser uforudsigelighed: fremhæv tidligere eksempler, hvor opblussen er forsvundet uden skade.

Usikkerhed i praksis**Klinisk eksempel:**

Jørgen, 45, med kroniske rygsmerter, siger til sin fysioterapeut: "Jeg er bange, fordi smerten kommer og går uden grund. Måske er der noget, der er overset." I stedet for at bestille flere undersøgelser forklarer klinikeren, at smertevariationer er almindelige ved vedvarende rygproblemer. Sammen udarbejder de en "trafiklysplan": grøn = normal aktivitet, gul = juster eller sæt tempoet ned, rød = søg lægehjælp, hvis der opstår nye advarselstegn. To uger senere fortæller Jørgen, at han brugte planen under et smerteanfald og klarede det uden panik. Hans selvtillid vokser, og usikkerheden bliver mindre truende.

1.4.4 Manglende evne til at håndtere opblussen

Opblussen er en normal del af vedvarende muskuloskeletale smerter, men både sundhedsprofessionelle og patienter behandler dem ofte som fiaskoer. På den professionelle side undgår nogle sundhedsprofessionelle at diskutere opblussen i detaljer af frygt for at skræmme patienterne eller afsløre usikkerhed. Som følge heraf er patienterne uforberedte, og når symptomerne forværres, tolker de det som skade eller behandlingssvigt. For eksempel kan en fysioterapeut ordinere styrketræning for skuldersmerter, men aldrig forklare, hvad man skal

gøre, hvis smerterne forværres – hvilket får patienten til at stoppe helt. Ved at tackle opblussen direkte, normalisere deres forekomst og foreslå strategier til at håndtere dem, forvandles de fra trusler til muligheder for læring.

For patienterne skyldes manglende evne til at håndtere opblussen ofte frygt, usikkerhed og mangel på klare strategier. Mange tolker en opblussen som en skade ("Jeg har skadet mig selv igen") og reagerer med undgåelse eller immobilisering. Andre presser måske aggressivt på, hvilket forværrer symptomerne og bekræfter deres frygt. Uden en ramme føles hver opblussen som at starte forfra. Klinikere kan bryde denne cyklus ved at udarbejde enkle handleplaner i samarbejde med patienterne, lære dem at skelne mellem normale symptomer og symptomer der kræver opmærksomhed samt øve tilpasninger under sessionen. Dette hjælper patienterne med at fortsætte fremskridtene i stedet for at opgive deres indsats, når smerterne svinger.

Manglende evne til at håndtere opblussen i praksis

Professionel side	Patientens side	Hvordan man håndterer det i klinikken
Undgår at diskutere opblussen for at holde fokus "positivt".	Ser hver opblussen som en ny skade.	Normaliser: "Opblusninger er forventelige – de betyder ikke noget skadeligt. Lad os planlægge, hvordan vi skal håndtere dem."
Giver ingen klare instruktioner om tilpasning af øvelser.	Stopper alle aktiviteter, når smerterne øges.	Udarbejd en handleplan for opblussen (f.eks. "reducer, tilpas, genoptag").
Stoler kun på kortsigtede løsninger (hvile, medicin).	Presser aggressivt på og bryder derefter sammen.	Øv strategier for pacing under sessionen for at undgå boom-and-bust.



Klinisk eksempel:

Emma, 42, med kroniske rygsmerter, stoppede al motion efter en pludselig forværring. Hendes fysioterapeut forklarede, at perioder med forværring er normale, og sammen udarbejdede de en "trafiklys"-plan: grøn = fortsæt, gul = tilpas, rød = søg hjælp, hvis der opstår nye alarmerende symptomer. Ved opfølgningen rapporterede Emma, at hun havde brugt planen under et forværringsanfald – hun reducerede intensiteten, men forblev aktiv og undgik det sædvanlige tilbageslag.

1.4.5 Ressourceudtømning

Ressourceudtømning refererer til mangel på tid, energi eller støtte til at engagere sig i egenhåndtering. På den professionelle side betyder dette ofte, at klinikere føler sig pressede, med begrænset tid til at coache adfærdsstrategier eller utilstrækkelig adgang til tværfaglige ressourcer (f.eks. diætister, psykologer, offentligt tilgængelige programmer). I sådanne sammenhænge kan de som standard ty til recepter eller passive behandlinger, fordi de synes at være hurtigere. For eksempel kan en praktiserende læge, der er under tidspres, ordinere medicin i stedet for at investere i diskussioner om pacing eller målsætning. Dette gør egenhåndtering sværere at implementere i dagligdagen.

For patienterne viser ressourceudtømningen sig i dagligdagen som træthed, konkurrerende prioriteter eller begrænset økonomisk og social støtte. Nogle patienter siger: "Jeg vil gerne motionere, men efter arbejde og familiepligter er jeg udmattet." Andre mangler adgang til sikre omgivelser for aktivitet, har ikke råd til et fitnesscenter eller har ingen til at opmuntre dem. Uden tilstrækkelige ressourcer kan selv enkle strategier føles uopnåelige. Klinikere kan hjælpe ved at nedskalere målene til de mindste bæredygtige trin, integrere dem i eksisterende rutiner og forbinde patienterne med overkommelige eller ressourcer i lokalsamfundet. På denne måde behøver begrænsede ressourcer ikke at betyde, at der ikke sker fremskridt.

Ressourceudtømning i praksis

Den professionelle side	Patientens side	Hvordan man håndterer det i klinikken
Begrænset tid til konsultationer.	Rapporterer udmattelse fra daglige forpligtelser.	Integrer mikrostrategier: "2 minutters styrketræning efter tandbørstning, udført i en enkelt serie."
Få henvisningsmuligheder eller manglende teamstøtte.	Mangler økonomiske midler til fitnesscenter eller privat terapi.	Foreslå ressourcer i lokalsamfundet eller gratis ressourcer (f.eks. lokal vandregruppe).
Bruger medicin som en "hurtig løsning".	Siger: "Jeg har ikke energi til motion."	Omformuler: "Lad os finde noget, der sparer energi – korte, regelmæssige pauser kan reducere træthed generelt."

**Klinisk eksempel:**

Lars, 58, med osteoartrose i knæet, sagde, at han var for træt efter sit fabriksarbejde til at deltage i motionskurser. Hans fysioterapeut foreslog korte "bevægelsessnacks" på arbejdet (2 minutters udstrækning i pauserne) i stedet for lange sessioner. Han blev også henvist til en vandregulpe i lokalsamfundet tæt på sit hjem. Dette gjorde planen realistisk inden for hans energi- og tidsbegrænsninger og forvandlede ressourceknaphed til en bæredygtig strategi.

2. Hurtig screening og håndtering af lav sundhedskompetence hos patienter med muskuloskeletale smerter

Sundhedskompetence er blevet defineret på flere måder. For eksempel er det blevet defineret som "de personlige og sociale færdigheder, der bestemmer individers evne til at få adgang til, forstå og bruge information til at fremme og opretholde et godt helbred" (Nutbeam D, 2000).

2.1. Hvorfor er det vigtigt at opdage lav sundhedskompetence hos patienter med muskuloskeletale lidelser

Lav sundhedskompetence betragtes som en barriere for egenhåndtering og positivt udbytte fra behandling ved flere kroniske sygdomme. Der findes imidlertid kun få undersøgelser af sundhedskompetencens indvirkning på behandlingsudbytte hos mennesker med kroniske smerter, og disse undersøgelser giver ofte heterogene resultater. Derimod er der foretaget flere undersøgelser af andre kroniske sygdomme, som f.eks. viser sammenhængen mellem lav sundhedskompetence og dårligere behandlingsresultater ved hjerte-kar-sygdomme, kronisk obstruktiv lungesygdom og diabetes. Derudover er der observeret lav sundhedskompetence og dårligere symptomkontrol hos personer med diabetes og hypertension, men ikke hos personer med gigt og astma. Personer med astma og lav sundhedskompetence har dog også en lavere livskvalitet. Derfor afhænger koblingen mellem lav sundhedskompetence og dårligere udbytte fra behandling af sygdommen og specifikke sundhedsrelaterede variabler.

Ved kroniske muskuloskeletale smerter kan cirka halvdelen af personerne have lav sundhedskompetence, hvilket igen er forbundet med højere alder, lavere uddannelse, lav socioøkonomisk status og komorbiditeter. Derudover tilskynder retningslinjer for behandling af kroniske smerter til uddannelse og egenhåndtering som førstevalg af behandling for at opnå de rette resultater. Klinikerne har dog en tendens til at overvurdere patientens evne til at forstå sundhedsrelaterede oplysninger.

Evidensbaserede grunde til at identificere lav sundhedskompetence ved muskuloskeletale smerter:

1. Sundhedskompetence kan forudsige nogle kliniske resultater

- Patienter med lav sundhedskompetence rapporterer om **højere smerteintensitet, dårligere fysisk funktion og lavere livskvalitet** ved muskuloskeletale lidelser (f.eks. lændesmerter, osteoartrose).

2. Lav sundhedskompetence er forbundet med større funktionsnedsættelse

- Undersøgelser viser, at personer med kroniske muskuloskeletale smerter og lav sundhedskompetence har større **funktionelle begrænsninger og mobilitetsbegrænsninger**, hvilket forværrer deltagelsen i daglige aktiviteter.

3. Dårlig overholdelse af egenhåndtering

- Patienter med begrænset sundhedskompetence har svært ved at **forstå, huske og anvende anbefalinger om motion og livsstil**, hvilket fører til dårlig overholdelse af egenhåndteringsstrategier.

4. Større brug af passiv eller behandling med begrænset effekt

- Lav sundhedskompetence er forbundet med **større afhængighed af medicin, injektioner, billeddiagnostik eller operationer**, selv når retningslinjerne fraråder dette.

5. Vanskeligheder med at vurdere sundhedsoplysninger

- Patienter med lav sundhedskompetence er mere sårbare over for **misinformation (f.eks. mirakelkure, uverificerede online-råd)** og mindre i stand til kritisk at vurdere behandlingsmuligheder.

6. Øget brug af sundhedsvæsenet og øgede omkostninger

- Lav sundhedskompetence hænger sammen med **hyppigere besøg i sundhedsvæsenet, unødvendige undersøgelser og længere hospitalsophold**, hvilket øger belastningen på sundhedssystemerne.

7. Dårligere kommunikation og fælles beslutningstagning

- Patienter med lav sundhedskompetence har ofte svært ved **at forstå medicinsk terminologi, stille spørgsmål eller udtrykke præferencer**, hvilket mindsker deres deltagelse i fælles beslutningstagning.

8. Stærkere uhensigtsmæssige smerteopfattelser

- Forskning kæder lav sundhedskompetence sammen med **katastrofetænkning, frygt-undgåelsesopfattelser og biomedicinske smertefortællinger** (f.eks. "smerte betyder altid skade"), som begrænser bedring.

9. Barrierer for digitale sundhedsværktøjer

- Lav sundhedskompetence overlapper ofte med **lav digital kompetence**, hvilket begrænser den effektive brug af apps, telemedicin og online egenhåndteringsprogrammer, som i stigende grad er en del af MSK-behandlingen.

10. Ulighed og sårbare befolkningsgrupper

- Lav sundhedskompetence er mere udbredt i grupper, der allerede er i højere risiko (ældre voksne, lavere socioøkonomisk status, multisygdom), hvilket gør det vigtigt at identificere dette for at forhindre **øget ulighed i sundhed** inden for MSK-smertebehandling.

2.2. Sundhedskompetenceområder inden for muskuloskeletal sundhed

Sundhedskompetenceområder er de centrale færdighedsområder, der beskriver, hvad en person *skal kunne* for at forstå, engagere sig i og handle på baggrund af sundhedsoplysninger og sundhedssystemet på en effektiv måde. Disse områder hjælper med at strukturere den måde, vi vurderer og forbedrer en persons evne til at håndtere sin sundhed på.

2.2.1 Adgang

Definition

Adgang refererer til patienters evne til **at søge, finde og gøre passende brug af sundhedsoplysninger og sundhedsressourcer**. I forbindelse med muskuloskeletale (MSK) smerter betyder dette mere end at søge på internettet: det indebærer at navigere i sundhedssystemer (f.eks. kiropraktik, diætetik, psykologi, vægtkontrolprogrammer), engagere sig i samfundets ressourcer (f.eks. motions- eller mindfulness-grupper) og gøre effektiv brug af digitale platforme (apps, telemedicin, online patientuddannelse). Adgang er derfor en praktisk bro mellem at vide, at der findes støtte, og *faktisk at drage nytte af den*.

Hvorfor det er vigtigt:

- **Klinisk effekt:** Patienter med dårlig adgang til relevante sundhedsinformationer udsætter ofte evidensbaseret behandling, hvilket forværrer prognosen og funktionsevne. For eksempel rapporterer personer med osteoartrose i knæet, der aldrig benytter sig af trænings- eller væggtabsprogrammer, typisk om dårligere funktion sammenlignet med dem, der gør det.
- **Effektivitet i sundhedsvæsenet:** Uden vejledning om, hvor de skal henvende sig, bruger patienter ofte i overdreven grad akutlægehjælp eller gennemgår unødvendige billeddiagnostiske undersøgelser, opioidbehandling eller operationer i stedet for den konservative behandling, der anbefales i retningslinjerne.
- **Ulighed:** Befolkninger med lavere socioøkonomisk status, højere alder eller multimorbiditet har en højere risiko for digital eksklusion og manglende adgang til ressourcer, hvilket øger uligheden i MSK-resultater.
- **Helhedsorienteret behandling:** Vedvarende smerter er ofte forbundet med overvægt, diabetes, angst eller depression. Effektiv adgang giver patienterne mulighed for at få kontakt til tværfaglige og tjenester i nærmiljøet, der adresserer disse flere faktorer samtidigt.

Sådan vurderes det:

Stil åbne spørgsmål for at identificere styrker og mangler i adgangskompetence:

- "Hvis du ønskede rådgivning om din smerte, hvor ville du så starte?"
- "Ved du, hvordan du kan få adgang til diætist eller psykolog, hvis du ønsker det?"
- "Hvilke hjemmesider, apps eller sociale medier bruger du normalt til at finde sundhedsoplysninger?"
- "Føler du, at du har tid, internetadgang eller er du tryk ved at bruge onlineprogrammer, hvis vi anbefaler dem?"

Advarselstegn på lav adgang omfatter at stole udelukkende på Google/Facebook, at tro, at kun læger kan "åbne døre", at være uvidende om tilgængelige programmer eller at undgå digitale værktøjer på grund af lav tillid til egne evner.

Hvordan man kan forbedre det (evidensbaserede metoder)

1. **Kortlæg klare henvisningsveje:** Giv trinvis instruktioner om, hvordan man får adgang til fysioterapi eller kiropraktik, smerteprogrammer, diætister eller behandling, der retter sig mod overvægt.

2. **Fremme tværfaglige ressourcer:** Tilskynd til brug af vægtkontrolprogrammer, mindfulness/stresshåndteringsgrupper (fibromyalgi, stressrelaterede opblusninger) og fysiske sociale aktivitetsgrupper for inaktive patienter.
3. **Støt digital navigation:** Anbefal validerede apps (motion, CBT-I til søvn, mindfulness) og øv dig i at bruge dem under sessionen.
4. **Håndter barrierer:** Hvis den digitale eller økonomiske adgang er begrænset, skal du bruge papirbaserede materialer, korte telefoniske gennemgange eller gratis fællesskaber i nærmiljøet.
5. **Normaliser tværfaglig behandling:** Omtal ikke henvisninger som "ekstra hjælp", men som retningslinjebaseret bedste praksis for vedvarende MSK-smerter.

Access in Practice

Professionel side (barrierer/facilitatorer)	Patientens side (typiske situationer)	Hvordan man kan lette adgangen i klinikken (strategier og eksempler)
Forudsætter, at patienterne ved, hvordan de finder pålidelige ressourcer.	Stoler på Google/Facebook-grupper eller venter passivt på, at lægen "åbner døren".	Spørg, hvor de normalt søger; giv 2-3 godkendte ressourcer. Øv jer i at åbne en pålidelig hjemmeside/app sammen under sessionen.
Fokuserer snævert på fysioterapi og overser bredere ressourcer.	Har knæ-/hofteartrose og overvægt; kender ikke til vægtkontrol eller andre discipliner såsom kiropraktik	Henvi til vægttapsprogram ; forklar sammenhængen mellem moderat vægttab, reduceret belastning af leddene og inflammation.
Overvejer ikke psykosociale programmer.	Rapporterer stress, angst eller dårlig søvn, der forværrer smerterne.	Foreslå mindfulness- eller stresshåndteringsgrupper (personligt eller online). Forklar, hvordan stress forstærker smertefølsomhed og søvnproblemer.
Tager ikke fat på inaktivitet hos stillesiddende patienter.	Stillesiddende livsstil, "aldrig været sportslig", frygter aktivitet.	Anbefal gåture i lokalsamfundet eller udendørs aktivitetsgrupper ; læg vægt på social støtte, pacing og gradvis tilpasning.

Professionel side (barrierer/facilitatorer)	Patientens side (typiske situationer)	Hvordan man kan lette adgangen i klinikken (strategier og eksempler)
Overser manglende digitale færdigheder.	Siger: "Jeg er for gammel til apps" eller mangler tillid til internettet.	Start med en papirbaseret plan eller opfølgende telefonopkald; introducer gradvist en enkel app (f.eks. motion eller CBT-I) under sessionen.
Overvurderer patientens evne til at navigere i systemet.	Føler sig fortabt i henvisningsforløbet; giver op, hvis adgangen ikke er ligetil.	Skriv henvisningsforløbet ned trin for trin; udlever en udskrevet "plejekort" med kontaktoplysninger og næste trin.
Betragter tværfaglige henvisninger som "ekstra".	Mener, at behov for mere end fysioterapi betyder, at de fejler.	Normaliser: forklar, at det er standard, retningslinjebaseret behandling for vedvarende MSK-smerter at kombinere fysioterapi, diætetik, psykologi og fællesskabsgrupper.



Klinisk eksempel:

Karina, 62, med osteoartrose i knæet og overvægt, sagde: "Jeg tager bare mine piller; jeg ved ikke, hvordan jeg skal komme i gang med noget andet." Hun stoledde kun på Facebook for rådgivning og havde aldrig hørt om vægttabs- eller aktivitetsprogrammer. Hendes læge forklarede, hvordan en beskeden vægttab kunne mindske smerterne, henviste hende til en diætist og opfordrede hende til at melde sig ind i en lokal vandregruppe. De øvede sig også i at åbne en anbefalet træningsapp sammen. Ved opfølgningen fortalte Karina, at hun havde været til sin første diætistkonsultation og var blevet medlem af vandregruppen, hvilket havde øget både hendes selvtillid og hendes aktivitetsniveau.

2.2.2 Forstå

Definition

Forståelse refererer til en patients evne til **at forstå og give mening til sundhedsoplysninger**, der gives mundtligt, skriftligt eller visuelt. Ved muskuloskeletale smerter er det graden af, i hvilket omfang patienterne kan forstå, hvad deres tilstand betyder, hvorfor visse behandlinger anbefales, og hvordan livsstil og egenhåndtering påvirker deres symptomer. Det handler ikke kun om at høre eller læse informationen, men om virkelig at *internalisere* den på en måde, der mindsker frygt og vejleder til effektiv handling.

Hvorfor det er vigtigt

- Patienter med dårlig forståelse fortolker ofte biomedicinske termer (f.eks. "degeneration", "brud") som katastrofale diagnoser, hvilket skaber frygt, undgåelse og inaktivitet.
- Misforståelse af anbefalinger kan føre til **manglende tilslutning**, f.eks. at man opgiver motion, når ømhed fejlagtigt tolkes som en ny skade.
- Tilstrækkelig forståelse fremmer **selvtillid** og tryghed til at bruge strategier til at håndtere situationen, pacing og problemløsning.
- Forskningen viser, at bedre forståelse er forbundet med **mindre funktionsevnetab, færre uhensigtsmæssige tanker og holdninger og bedre langsigtede resultater** ved vedvarende MSK-smerter.

Sådan vurderes det:

Klinikere kan kontrollere patientens forståelsesniveau ved hjælp af korte, åbne spørgsmål:

- "Kan du med dine egne ord fortælle mig, hvad du tror, der sker i din ryg/knæ/nakke?"
- "Hvorfor tror du, vi fokuserer på motion i stedet for scanninger eller hvile?"
- "Hvordan ville du forklare din smerte til et familiemedlem?"
- "Hvad tror du, der vil ske, hvis du følger denne plan? Og hvis du ikke gør det?"

Svar, der er vage, inkonsekvente eller udelukkende biomedicinske (f.eks. "min ryg er ved at falde fra hinanden"), kan indikere lav forståelse.



Hvordan man forbedrer forståelsen

- 1. **Enkelt sprog:** Erstat teknisk fagsprog med enkle udtryk.
- 2. **Teach-back:** Bed patienten om at gentage forklaringerne med egne ord for at bekræfte forståelsen.
- 3. **Analogier og metaforer:** Brug velkendte sammenligninger, der mindsker truslen (f.eks. rynker, batterier, alarmer).
- 4. **Chunk & check:** Giv informationen i små bidder og bekræft, før du fortsætter.
- 5. **Multimodal undervisning:** Understreg med diagrammer, modeller og demonstrationer under sessionen.
- 6. **Normaliser læring:** Tilskynd til spørgsmål og indrøm kompleksitet: "Smertevidenskab er kompliceret, men lad os gøre det enkelt sammen."

Almindeligt misforståede begreber inden for MSK-smerte – og hvordan man forklarer dem enkelt

Begreb	Hvordan man forklarer det enkelt
Sensibilisering	"Nogle gange fortsætter nerverne med at sende signaler om smerte, selv efter at den oprindelige skade er helet. Det er lidt som om alarmsystemet forbliver tændt, selv når der ikke længere er nogen fare og scanninger eller tests viser ofte ikke nogen nye skader, fordi vævet er fint."
Inflammation	"Inflammation er kroppens naturlige reparationsmekanisme efter en skade, som f.eks. en hævet ankel efter en forstuvning. Men ved langvarige smerter kan inflammationen være mildere og ikke forårsage synlig hævelse. Den kan forblive let aktiv i baggrunden og gøre området mere følsomt, selvom der ikke er tegn på inflammation udefra."
Kronisk vs. akut smerte	"Akut smerte er som en alarm, der signalerer skade. Kronisk smerte er, når alarmen fortsætter med at ringe, selv efter at ilden er slukket – det betyder, at dit system er blevet mere følsomt, ikke at du stadig er skadet."
Søvnmangel	"Når du ikke sover godt, sidder kroppens 'volumenknop' for smerte fast på høj. God søvn hjælper med at nulstille systemet, så smerten bliver lettere at håndtere."
Fysisk aktivitet og smerte	"Når vi holder op med at bevæge os, svækkes musklerne og leddene kan blive stive, hvilket faktisk kan øge smerterne. Let aktivitet, selv når der er vedvarende moderat eller svag smerte, er som olie til et rustent hængsel."



Begreb	Hvordan man forklarer det enkelt
Smertestillende medicin	"Medicin kan mindske smerten i en periode, men det løser ikke årsagen. Betragt det som en lysdæmper, ikke en reparation. Vi skal kombinere det med strategier, der opbygger styrke og modstandsdygtighed."
Billeddiagnostiske fund	"Scanninger er meget nyttige i visse situationer, men de bruges ofte for meget. Mange fund på MR-scanninger eller røntgenbilleder, såsom diskusprotrusioner eller »slid«, er normale aldersrelaterede forandringer og ikke tegn på en igangværende skade. De forklarer ikke altid, hvorfor en person har smerter, eller hvor meget det gør ondt."
Neuropatisk, nociceptiv, nociplastisk smerte	"Nogle gange kommer smerten hovedsageligt fra beskadiget væv (nociceptiv), andre gange fra beskadigede nerver (neuropatisk) og i nogle tilfælde fra et følsomt nervesystem uden nye skader (nociplastisk). Mange mennesker har en blanding – og det hjælper os med at vælge den bedste strategi."
Genetik og smerte	"Gener kan gøre nogle mennesker mere følsomme over for smerte, ligesom nogle mennesker hurtigere bliver solbrændte. Men smerte er ikke blot arveligt – søvn, stress, bevægelse og livsstil har større indflydelse på, om smerten bliver langvarig."
Kropsholdning og 'alignment'	"Der findes ikke en perfekt kropsholdning. Det handler mere om at bevæge sig ofte og skifte stilling end at holde en 'korrekt' stilling."
Stabilitet fra bugmuskler / Core / svage muskler	"Det hjælper at have stærke muskler, men at holde maven spændt hele tiden kan faktisk øge smerten. Det vigtige er at føle sig tryk ved at bevæge sig, ikke at spænde hele tiden."
Diskusprolaps eller diskusudbulinger	"Diskus glider ikke ud af position. De kan bule ud, men kroppen tilpasser sig normalt og heler med tiden uden operation."
'Slid'	"Dine led er ikke som bildæk, der bare slides ned. De kan tilpasse sig og blive stærkere med bevægelse. Motion hjælper med at nære og beskytte dem."
Arvæv/ sammenvoksninger	"Arvæv behøver ikke at blive brudt op. Det omdannes naturligt, og bevægelse er det, der virkelig gendanner fleksibiliteten."
Prognose for gigt	"At have gigt betyder ikke, at du ender med at blive handicappet. Mange mennesker forbliver aktive og uafhængige med den rigtige kombination af behandlinger. Medicin som methotrexat kan hjælpe med at kontrollere inflammation, men livsstilsfaktorer; at forblive aktiv, kontrollere vægten, sove godt og opbygge styrke, er lige så vigtige for at holde symptomerne under kontrol."
Knækkende eller poppende led	"Lyde fra leddene er typisk harmløs, ligesom når man hiver en sugekop af en glasflade eller sener bevæger sig. Det betyder ikke, at der er sket skade."



Begreb	Hvordan man forklarer det enkelt
Motion og smerter	"Det er sikkert at bevæge sig, selvom der er lidt ubehag. Målet er stabil, håndterbar aktivitet – ikke at presse sig selv til ekstrem smerte og ikke at undgå det helt."
Aldring og smerter	"At blive ældre behøver ikke at betyde, at man skal leve med smerter. Der sker forandringer, men ved at forblive aktiv, sove godt og håndtere stress kan mange ældre voksne leve uden smerter."

Klinisk eksempel:

En 55-årig patient med osteoartrose i knæet siger: "Min læge sagde, at mit knæ er ved at blive ødelagt – det er knogle mod knogle. Jeg tror, det er irreversibelt."

- **Vurdering:** Lægen spørger: "Hvad er din forståelse af, hvad der sker inde i dit knæ?"
- **Patientens svar:** "Det smuldrer væk."
- **Forbedring:** Lægen omformulerer: "Det vi ser, er aldersrelaterede forandringer – ligesom rynker, bare inde i leddet. Det betyder ikke, at dit knæ er ødelagt. Bevægelse og styrke er de redskaber, der holder det i gang." Der vises et diagram, og patienten bliver bedt om at forklare det, så det sikres, at han har forstået det

2.2.3 Vurder

Definition

"Vurdere" i sundhedskompetence betyder patienters evne til **kritisk at evaluere sundhedsoplysninger, råd og behandlingsmuligheder**. Det kræver en vurdering af, om oplysningerne er pålidelige, relevante, evidensbaserede og passende i deres sammenhæng. Ved muskuloskeletale (MSK) smerter handler vurdering om at skelne mellem troværdig vejledning (f.eks. motion, vægtkontrol, retningslinjebaseret medicin) og vildledende eller muligheder med lille værdi (f.eks. skræmmende taktikker som "knogle mod knogle", mirakuløse kosttilskud, unødvendig billeddiagnostik eller forhastet kirurgi).

Hvorfor det er vigtigt:

- **Risiko for misinformation:** Manglende vurderingskompetencer udsætter patienter for vildledende eller skadelige budskaber fra internettet, sociale medier eller kommercielle interesser. Dette er især relevant i forbindelse med muskuloskeletale smerter, hvor kosttilskud, holdningshjælpemidler eller injektioner markedsføres aggressivt.
- **Overbehandling og underbehandling:** Patienter, der ikke er i stand til at vurdere mulighederne, kan acceptere unødvendige MR-scanninger, injektioner eller tidlig kirurgi, mens de afviser gavnlige konservative strategier.
- **Fælles beslutningstagning:** For at fælles beslutninger kan fungere, skal patienterne overveje risici, fordele og usikkerheder. Dårlige vurderingsfærdigheder skaber afhængighed, forvirring eller misplaceret tillid til behandling af lav værdi.
- **Autonomi:** Evnen til at vurdere kritisk giver patienterne mulighed for at blive partnere i behandlingen. Der er dokumentation for, at patienter med større vurderingskompetence har **bedre overholdelse af retningslinjebaseret behandling, mindre katastrofetænkning og forbedrede funktionelle resultater**.

Hvordan vurderes det:

Klinikere kan undersøge vurderingskompetence med fokuserede spørgsmål såsom:

- "Hvordan afgør du normalt, om de sundhedsoplysninger, du læser eller hører, er troværdige?"
- "Når du hører to forskellige anbefalinger, hvordan vælger du så, hvad du skal følge?"
- "Hvad tænker du på, når du skal vælge mellem injektioner, motion eller operation?"
- "Hvad betyder dette MR-resultat for dig? Hvor vigtigt synes du, det er?"

Røde flag omfatter:

- At behandle alle MR-fund som lige vigtige.
- At acceptere kosttilskud eller apparater ukritisk, fordi "de er naturlige" eller "alle anbefaler dem online".
- At tro, at kirurgi altid er den eneste løsning.
- At afvise retningslinjebaserede råd (aktivitet, vægtkontrol), fordi det føles "for simpelt" sammenlignet med højteknologiske løsninger.

Hvordan man kan forbedre det (evidensbaserede metoder)

■ Kommunikationsfærdigheder (klinikerens side):

1. **Afbalanceret rammesætning:** Forklar fordele og risici, men også usikkerheder (f.eks. kan injektioner mindske smerter på kort sigt, men ændrer ikke forløbet).
2. **Brug sammenlignende risiko:** F.eks. "Operation på dette tidspunkt indebærer større risici og giver for de fleste patienter med din tilstand ikke bedre resultater end træning."
3. **Omformuler MR-resultater:** Brug analogier som "rynker på indersiden" til at forklare aldersrelaterede fund.
4. **Tilskynd til spørgsmål:** Sig eksplicit: "Det er godt at stille spørgsmål til behandlinger – lad os se på evidensen sammen."

■ Værktøjer og systemer (patientens side):

Indfør strukturerede rammer for at hjælpe patienterne med at vurdere troværdigheden:

1. **HONcode-principper** (f.eks. angiver hjemmesiden forfattere? Citerer den kilder? Oplyser den om interessekonflikter?
2. **DISCERN-værktøj** (bruges til skriftlig information om behandlingsvalg). Patienter kan blandt andet bruge følgende punkter:
 - Er informationen afbalanceret og upartisk?
 - Er både risici og fordele beskrevet?
 - Er der henvisninger til kilder?
 - Hvem giver denne rådgivning?
 - Hvilket evidensgrundlag bygger det baseret på?
 - Er alternativer og risici forklaret?
 - Er det i overensstemmelse med det, mit sundhedsteam anbefaler?

Almindelige MSK-vurderingsscenarier (gode vs. dårlige eksempler)

Scenarie	Almindelig misforståelse (lav vurdering)	Hvordan man fremmer en god vurdering
Rygsmarter – løft	<i>Tro: "Jeg bør undgå at løfte for evigt, ellers beskadiger jeg min rygrad."</i>	<i>Omformuler: Forklar, at løft er sikkert, når det foregår gradvist og fornuftigt. Vis i klinikken, hvordan man løfter med pacing.</i>
Knæartrose – kun injektioner tilbydes	<i>Accepterer injektioner som "den eneste mulighed" og er ikke klar over, at de kun giver kortvarig lindring og ikke ændrer sygdommens forløb.</i>	<i>Forklar evidensen: Injektioner kan hjælpe midlertidigt, men motion og vægtkontrol forbedrer de langsigtede resultater. Tilbyd adgang til begge dele.</i>
Hjælpemidler til kropsholdning/trøjer	<i>Tror, at en holdningskorrigerende trøje "løser" smerter ved at rette ryggraden.</i>	<i>Forklar, at variation i kropsholdning og bevægelse er vigtigere end en fast stilling. Foreslå i stedet strategier for pacing.</i>
Kosttilskud til led/inflammation	<i>Køber dyre glukosamin-, gulkemeje- eller kollagenprodukter i troen om, at de er dokumenterede kurer.</i>	<i>Forklar, at der kun er begrænset/lav kvalitet på evidensen, og sammenlign med de dokumenterede fordele ved motion og vægttab. Lær, hvordan man kontrollerer, om påstande er baseret på evidens.</i>
Lumbal radikulopati – tidlig operation	<i>Tilbyder operation inden for få uger på trods af ingen neurologiske deficits. Patienten tror, at hurtigere er bedre.</i>	<i>Diskuter evidensen: De fleste radikulopati forbedres med tiden + aktivitet. Kirurgi er forbeholdt tilfælde med neurologisk udfald eller refraktær smerte.</i>
MR-scanning af ryggen	<i>Behandler alle fund (diskusprotrusion, spondylose) som lige så katastrofale.</i>	<i>Forklar den naturlige udvikling: De fleste fund er almindelige og ofte uden relation til smerter. Brug analogi: "rynker på indersiden." Fokuser på relevante røde flag.</i>

Vurdering i praksis

Professionel side	Patientens side	Hvordan man letter arbejdet i klinikken
Overvurderer patientens evne til at afveje fordele og ulemper.	Accepterer injektioner eller operationer ukritisk.	Giv en afbalanceret vurdering af fordele og ulemper; normaliser usikkerheden; brug beslutningsstøtte.
Leverer MR-fund uden kontekst.	Antager, at alle scanningsresultater er ensbetydende med skade.	Bruger analogier ("rynker") + knytter dem til kliniske symptomer.
Undgår at diskutere kosttilskud/hjælpemidler.	Bruger penge på ineffektive eller udokumenterede løsninger.	Anerkend interessen; forklar evidensen (lav/usikker); omdiriger til dokumenterede strategier.
Overser psykosociale drivkræfter bag beslutningstagning.	Vælger behandling af lav værdi, fordi den "føles stærkere".	Brug motiverende samtaler til at udforske værdier/mål; tilpas planen i overensstemmelse hermed.
Tilbyder ikke vurderingsværktøjer.	Stoler på sociale medier eller reklamer.	Undervis i HONcode/DISCERN-grundlæggende; giv patienten en tjekliste til evaluering af information.



Klinisk eksempel:

Mark, 52, med kroniske lændesmerter, medbragte en MR-rapport, der viste tre diskusprotrusioner. Han sagde: "Det betyder, at min ryg er ødelagt. Jeg har også set en reklame for en holdningskorrigerende trøje – måske er det min eneste mulighed." Hans læge forklarede, at diskusprotrusioner er almindelige aldersrelaterede fund, ligesom rynker, og at de ikke alle er smertefulde. Sammen gennemgik de reklamen ved hjælp af DISCERN-spørgsmål: Hvem har skrevet den? Er risici og alternativer forklaret? Da Mark ikke kunne finde nogen, indså han, at det var markedsføring snarere end tilgang understøttet af evidens. Lægen demonstrerede derefter at det var sikkert at bøje ryggen og henviste ham til et træningsprogram. Ved opfølgningen rapporterede Mark, at han ikke længere var bange for at bøje sig og havde holdt op med at søge efter holdningskorrigerende udstyr.

2.2.4 Anvend

Definition

Anvende refererer til en patients evne til **at omsætte forståelse og vurdering til konsekvent handling** – at udføre øvelser, pacing, søvnrutiner, vægtkontrol, stressregulerende praksis og planer for opblussen i det virkelige liv. I muskuloskeletal (MSK) behandling er Anvendelse det sted, hvor viden bliver til **sund adfærd**. Det drives af praktiske færdigheder (planlægning, selvovervågning, tilpasning) og adfærdsmæssige drivkræfter (motivation, evne, mulighed).

Hvorfor det er vigtigt:

- Resultaterne ved vedvarende MSK-smerter afhænger mindre af, *hvad patienterne ved*, og mere af, *hvad de gør gentagne gange*. Motion, gradvis eksponering for aktivitet, søvnforbedring, vægtkontrol ved osteoartrose og stressregulering kræver alle **adfærdsmæssig vedholdenhed**.
- Frafaldet sker typisk på den "sidste kilometer": Mange patienter forstår og er endda enige i planen baseret på sund adfærd, men **undlader at gennemføre** den på grund af svingende smerter, træthed, konkurrerende prioriteter eller frygt for opblussen.
- Anvendelse af adfærdsvidenskab (f.eks. COM-B-modellen, adfærdsændringsteknikker – BCT'er, motiverende samtaler, implementeringsintentioner) gør det muligt for ikke-psykologisk trænede klinikere at **fremme overholdelse**: øge evnen, skabe muligheder og styrke motivationen, så sunde handlinger bliver normen.

Hvordan vurderes det (hurtige spørgsmål under konsultationen):

- **Handlingsklarhed**: "Hvad vil du helt præcist gøre i denne uge, på hvilke dage, på hvilket tidspunkt og hvor?"
- **Selvtillid**: "På en skala fra 0 til 10, hvor sikker er du på, at du vil gøre dette?" (Hvis <7, er planen for omfattende; så skal du reducere den.)
- **Barriereidentifikation**: "Hvad kan komme i vejen?" / "Når smerterne er værst, eller når du er træt, hvad er din backup-plan?"
- **Stikord og støtte**: "Hvilken påmindelse eller rutine vil motivere dig?" / "Hvem kan støtte dig?"
- **Selvmonitorering**: "Hvordan vil du følge op på det, og hvordan vil vi gennemgå det sammen?"
- **Tilpasning**: "Hvis dette føles for svært eller for let, hvordan vil du så justere dosis?"

Sådan forbedrer du det: Teknikker til adfærdsændringer, du kan levere på klinikken

1. **Afklar adfærd:** Adfærd skal være **specifik, observerbar og målbar**. "Træn mere" er for ukonkret, mens "gå 10 minutter efter frokost mandag, onsdag og fredag" er konkret og målbart. Adfærdsvidenskaben kalder dette handlingsplanlægning. I MSK-behandling kan det at være specifik, reducere forvirring og gøre det muligt for både patienten og klinikeren at følge op på overholdelsen.
2. **Kobl til værdier:** Adfærd holder sig, når den knyttes til personlige **værdier, roller eller identiteter**. Ifølge teorier omkring autonomi er indre motivation nøglen. En patient med hofteartrose kan lettere forpligte sig til vægttab, hvis det formuleres som "at kunne spille fodbold med min søn" frem for "at reducere BMI". At knytte adfærd til værdier skaber et følelsesmæssigt engagement, der opretholder overholdelsen.
3. **Opdel i små trin:** Patienter lykkes, når de oplever tidlig mestring. **Gradvis eksponering** (fra psykologien) og **pacing** (fra rehabiliteringsvidenskaben) reducerer frygt og forhindrer boom-bust-cykler. For eksempel kan en patient, der er bange for at bukke sig forover efter en diskusprolaps, starte med at række ud til midten af skinnebenet, derefter løfte en 2 kg tung kasse fra en stol og derefter gå videre til at løfte fra gulvet. Succes opbygger selvtillid og nedbryder katastroetanker.
4. **Brug signaler og påmindelser:** Adfærd er stærkt kontekstafhængig. At knytte handlinger til **miljømæssige triggere** ("habit stacking") gør dem mere automatiske. For eksempel at lave strækøvelser, mens kaffen brygges, eller indstille en alarm på telefonen til en aftenvandring. For patienter, der selv skal håndtere flere lidelser, reducerer afhængigheden af hukommelsen og forbedrer gennemførelsen.
5. **Spor fremskridt: Selvmonitorering** via apps, dagbøger eller kalendere skaber ansvarlighed og muliggør rettidige justeringer. I MSK-behandlingen kan logfiler registrere gåtid, træningsrepetitioner, opblussen eller søvn. Men registrering er kun nyttigt, hvis det gennemgås af klinikeren. Gennemgang af logfiler under konsultationer viser patienterne, at deres indsats betyder noget, og styrker deres motivation.
6. **Forstærk indsatsen:** Positiv feedback øger sandsynligheden for, at en adfærd gentages. Det er afgørende at forstærke **indsatsen og konsistensen**, ikke kun resultaterne. Ros vedholdenhed, selvom smerterne ikke mindskes umiddelbart. Eksempel: "Du fortsatte med at gå trods to opblusninger – det viser robusthed." Dette understøtter robusthed og undgår demoralisering, når fremskridtene ikke er lineære.

7. **Planlæg for tilbageslag:** Tilbagefald er uundgåelige. **Implementeringsintentioner** ("hvis-så"-regler) hjælper patienterne med at forberede sig. Eksempel: "Hvis det regner, vil jeg lave sit-to-stands indendørs." Eller "Hvis smerten er >6/10, vil jeg reducere aktivitetsniveauet med 50 %, men fortsætte med at bevæge mig." At forudse forhindringer mindsker stress og forhindrer alt-eller-intet-tænkning.
8. **Styrk handlekompetencer:** Handlekompetencer – tillid til egne evner – er den stærkeste indikator for overholdelse (Bandura). Klinikere kan opbygge den ved at give mestringsoplevelser (øvelser i klinikken), modellere fremskridt og omformulere symptomer. For eksempel kan øvelser i sikker løftning under sessionen vise patienterne, at de er i stand til det, og udfordre overbevisninger som "min ryg er skrøbelig".
9. **Opbyg social støtte:** Ansvarlighed og opmuntring øger overholdelsen. Ved at henvise patienter til gruppeprogrammer (vandregupper, mindfulness-kurser) forankres adfærd i et støttende miljø. Sociale relationer hjælper også med at omformulere smerte som håndterbar i stedet for isolerende.
10. **Fremme indre motivation:** Målet er at gøre adfærd til en del af identiteten: "Jeg er en person, der aktivt håndterer smerte." Klinikere kan opmuntre til dette ved at bede patienterne reflektere over fordelene: "Hvilke forskelle har du bemærket, siden du begyndte at pace?" Patienter rapporterer ofte om bedre søvn eller mindre stivhed. Refleksion forstærker betydningen og opretholder adfærd længe efter, at supervisionen er afsluttet.

Anvend i praksis

Professionel side (hvad du gør)	Patientens side (hvad de står over for)	Hvordan man faciliterer i klinikken (konkrete tiltag)	Illustrativt klinisk eksempel
Oversæt mål til specifikke adfærdsmønstre (BCT: handlingsplanlægning, SMART-mål)	Ved, at "motion hjælper", men kommer ikke i gang; overvældet af vage råd.	Udarbejd i fællesskab et SMART-mikromål : "Gå 10 minutter efter frokost mandag/onsdag/fredag i denne uge." Skriv det i journalen og giv det til patienten. Knyt det til personlige værdier.	<i>Anders, 52, med kroniske lændesmerter, gik med til at "gå 10 minutter efter aftensmaden tirsdag/torsdag/lørdag" i stedet for det vage "gå mere". Han gennemførte 2/3 af gåture i den første uge – hans første succes i flere måneder.</i>

Professionel side (hvad du gør)	Patientens side (hvad de står over for)	Hvordan man faciliterer i klinikken (konkrete tiltag)	Illustrativt klinisk eksempel
Øv under sessionen (kapacitetsopbygning, gradvis eksponering)	Usikker på, hvordan bevægelsen skal udføres; frygter skader.	Demonstrer → patienten gentager → juster til succespunkt. Bekræft den sidste succesfulde version som startpunkt derhjemme. Giv tryghed med mestringsoplevelser.	<i>Maria, 56, med osteoarthrose i knæet, øvede sig i at rejse sig fra siddende stilling på klinikken. Hun indså, at smerten forblev stabil. Hun fik ordineret 2 × 5 gentagelser dagligt derhjemme, startende på det niveau, hvor hun havde succes.</i>
Installer signaler og tilpas miljøet (mulighedsformning)	Glemmer det på grund af arbejde / familiesituation. Stoler på hukommelsen.	Indfør vanesignaler : telefonalarmer, kalenderinvitationer, social ven. Kombiner med rutiner (f.eks. udstrækninger i pauserne).	<i>Lars, 44, med skuldersmerter, indstillede en telefonalarm til kl. 21 for skuldermobilitet. Efter 2 uger rapporterede han 80 % overholdelse, fordi signalet blev en rutine.</i>
Tilføj alternative planer og regler for opblussen (forventning, håndteringsscenarier)	Stopper aktiviteten helt, når smerten stiger; sidestiller opblussen med skade.	Forudskriv regel: "Hvis smerten øges, reducer dosis med 50 % i 48 timer, fortsæt med at bevæge dig, genoptag stigen." Normaliser opblussen med trafiklysplan.	<i>Emma, 42, med fibromyalgi, brugte sit flare-script: halverede gåtiden i 2 dage og genoptog derefter. Hun undgik sin sædvanlige 2-ugers "nedlukning".</i>

Professionel side (hvad du gør)	Patientens side (hvad de står over for)	Hvordan man faciliterer i klinikken (konkrete tiltag)	Illustrativt klinisk eksempel
Selvmonitorering og gennemgang af fremskridt (feedbacksløjfe)	Bemærker ikke små sejre → føler sig demotiveret.	Giv en tracker (kalender, graf, app). Gennemgå i klinikken: fremhæv fremskridt ("6 gåture denne uge, op fra 2"). Ros indsats og vedholdenhed.	<i>Samuel, 49, registrerede sine gåture på en kalender på køleskabet. Ved opfølgningen fremhævede hans fysioterapeut de stadige fremskridt, som Diego ikke havde indset. Dette øgede hans motivation.</i>
Brug motiverende samtaler til at løse ambivalens (motivation)	"Jeg vil gerne gå, men jeg er bange for, at det vil forværre det." Føler sig splittet.	Brug MI-mikrofærdigheder (OARS): frembring værdier, reflekter over forandringssnak, rul med modstand, bekræft styrker. Enig om en minimumsstart .	<i>Anna, 38, med fibromyalgi, sagde: "Motion giver altid bagslag." Gennem MI kobled hun gåture til "mere energi til børnene." Hun gik med til at starte med 2 minutter om dagen.</i>
Løs problemer systematisk (COM-B-analyse)	Skifteholdsarbejde, børnepasning, træthed, manglende udstyr.	Identificer barrieren → brainstorm muligheder → vælg en justering. Test i 1 uge. Eksempel: Del det op i 2 × 5 minutters intervaller i stedet for 1 × 10 minutter.	<i>Carsten, 60 år, med lændesmerter og skifteholdsarbejde, sagde, at det var umuligt om morgenen. Sammen planlagde de 5 minutters mobilitet efter hans nattevagtsbrusebad – en bæredygtig justering.</i>

Professionel side (hvad du gør)	Patientens side (hvad de står over for)	Hvordan man faciliterer i klinikken (konkrete tiltag)	Illustrativt klinisk eksempel
Normalisér tilbagefald og planlæg på forhånd, hvordan man kommer i gang igen (forebyggelse af tilbagefald)	Går glip af dage → føler sig skyldig, mislykket. Undgår at starte forfra.	Omformuler tilbagefald som forventet. Forbered et manuskript: "To udeladte dage? Genoptag med den sidste lette dosis; send mig en sms med 'BACK ON'."	<i>Sofia, 39, med nakkesmerter, gik glip af 5 dage og følte, at hun "havde fejlet." Hendes fysioterapeut mindede hende om genindtrædelsesplanen. Hun startede forfra på sit sidste lette niveau og undgik dermed at falde fra.</i>
Indarbejd adfærdsforstærkning (social og digital støtte)	Motivationen svinder efter den første entusiasme.	Tilføj digitale påmindelser (sms'er, app-påmindelser, grafer) + social støtte (kontakt med venner, gruppeaktiviteter). Opfordre til at fejre små sejre.	<i>Rosa, 62, med hofteartrose, meldte sig ind i en lokal vandregruppe. Opbakning fra andre medlemmer holdt hende motiveret længe efter, at den første entusiasme var forsvundet.</i>
Adressér overbevisninger og myter direkte (kritisk vurdering + anvendelse)	Udsat for misinformation (holdningsskjorter, kosttilskud, tidlig operation).	Lær hurtige filtre (HONcode, DISCERN). Rollespil-vurdering: "Dette kosttilskud har ingen referencer, sælger produkt → lav troværdighed."	<i>Mark, 52, medbragte en annonce for en holdningskorregerende trøje. Hans fysioterapeut guidede ham gennem DISCERN-spørgsmålene. Mark konkluderede, at det var markedsføring, ikke medicin.</i>



Klinisk eksempel:

Daniel, 49, lagerarbejder med vedvarende lændesmerter, frygter at løfte og er holdt op med at træne. Han ønsker at "komme i form", men holder op efter opblussen.

- Vurdering Anvendelse:** Han har ingen specifik plan, selvtillid 4/10, ingen signaler, ingen plan for smerteopblussen.
- Planlæg ved hjælp af teknikker til adfærdsændringer:**
 - **Handleplan:** Tirsdag/torsdag/lørdag – 5 minutters udstrækning af hoftebøjere + 8 minutters gåtur efter aftensmaden.
 - **Graderet eksponeringsstige:** Løfte kasteskaff med let vægt → 2 kg kasse fra stol → 5 kg fra knæhøjde.
 - **Hvis-så:** "Hvis smerten er >5/10 eller træthed er høj, så halver antallet af gentagelser og fortsæt med at gå."
 - **Signaler:** telefonalarmer; kasse ved gangen; kone som selskab på gåturen.
 - **Selvmonitorering:** afkrydsningsskema på køleskabet; gennemgang ved næste besøg.
- Øv i klinikken:** find smertetolerabel niveau; aftal startbelastning; bekræft selvtillid ≥7/10.
- Gennemgang efter 2 uger:** 6/6 gåture gennemført, kasse løftet i trin 2; et anfald håndteret med halv dosis-reglen; selvtillid nu 8/10. Øg gåturen til 12 minutter og prøv trin 3-løft.
- Resultat:** Daniel rapporterer mindre frygt, mere rolige arbejdsdage og stolthed over at "fortsætte, selv når det gjorde ondt".

Praktiske skabeloner, du kan kopiere/indsætte i noter eller uddelingsmateriale

- **Handleplan på én linje:**

"Denne uge vil jeg [adfærd] i [varighed] på [dage] kl. [tid/sted]."
- **Hvis-så-håndteringsplan (implementeringsintention):**

"Hvis [barriere/opblussen], så vil jeg [specifik tilpasning] og genoptage planen inden for 48 timer."

■ Minimum bæredygtig adfærd:

"På dage med lav energi vil jeg kun gøre det i 2 minutter – det er stadig en sejr."

■ Regel for genoptagelse:

"Efter to udeladte sessioner skal du genstarte med den sidste lette dosis og sende en sms med teksten 'BACK ON' til din buddy/kliniker."

Vigtige pointer for klinikere

- Behandl Apply som en **adfærds-mæssig opgave**: designkapacitet (øvelse), mulighed (signaler, miljø, støtte) og motivation (motiverende samtale, feedback, identitet: "Jeg er en person, der bevæger mig dagligt").
- Små, specifikke og opnåelige mål er bedre end store, ukontrete og inspirerende mål.
- Opblussen og udeladelser er **funktioner**, ikke fejl – planlæg efter dem, lær af dem og hold løkken i gang.

2.3. Sundhedspædagogiske principper til forbedring af muskuloskeletal sundhedskompetence

2.3.1 Klarhed og personalisering

Digi4MSK-rammen fremhæver, at **tilstrækkelig sundhedskompetence er en forudsætning for effektiv egenhåndtering**. Patienter med lav kompetence misforstår ofte udtryk som "degeneration" eller "ustabilitet", hvilket skaber frygt og undgåelse. Bevis viser, at brug af **klart sprog, metaforer og visuelle hjælpemidler** reducerer katastrofetænkning og forbedrer hukommelsen (Lorig & Holman, 2003; Nutbeam, 2008). Men klarhed alene er ikke nok: Rådgivning skal **tilpasses patientens situation**. At sige til en kontoransat, at han eller hun skal "bevæge sig mere", kan føles abstrakt, mens forslaget om at "stå op hver 30. minut" gør det mere konkret. Ved osteoartrose kan man omformulere vægttab til "at reducere belastningen på knæet ved hvert skridt", hvilket knytter budskabet direkte til patientens smerteoplevelse.

2.3.2 Aktiv involvering og dialog

Både Digi4MSK og bredere sundhedsuddannelsesforskning understreger, at patienter skal være **aktive deltagere** i deres læring. Passiv lytning fører til dårlig hukommelse; aktiv involvering (teach-back, rollespil, øvelser under sessionen) øger fastholdelsen og selvtilliden. I evidensbaserede rammer som **interaktiv sundhedskompetence** konstruerer patienten og klinikerens betydning sammen. For eksempel er det mere effektivt at undervise i pacing, hvis patienten øver sig i aktivitetsplanlægning på klinikken og derefter forklarer det med sine egne ord. Dette øger **egen mestringsevner**, som er en konsistent indikator for overholdelse af behandlingen af MSK-smerter.

2.3.3 Gentagelse, forstærkning og feedback

Systematiske gennemgange af MSK-smerter (Babatunde 2017; Lin 2020) bekræfter, at **løbende uddannelse, ikke engangsrådgivning**, forbedrer de langsigtede resultater. Digi4MSK-materialet lægger også vægt på gentagelse gennem digital opfølgning og forstærkning fra fællesskabet. Gentagelse konsoliderer læringen, mens feedback forstærker adfærden. En patient, der logger sine gåture og gennemgår fremskridt med en kliniker, oplever positiv forstærkning, hvilket styrker patientens vedholdenhed, selv før smertelindringen indtræffer. Dette princip afspejler adfærdsændringer (operant betingning) og teorier omkring patientuddannelse (aktive feedbacksløjfe).

2.3.4 Fælles beslutningstagning og motivation

Sundhedsoplysning er mest effektiv, når den er integreret i **fælles beslutningstagning**. Ifølge WHO's retningslinjer for patientinddragelse fører en åben forklaring af risici, fordele og usikkerheder til større tilfredshed og overholdelse. Digi4MSK-projektet lægger også vægt på at tilpasse interventioner til patienternes motivationsniveau. Teknikker fra **motiverende samtaler** – åbne spørgsmål, bekræftelser, reflekterende lytning – hjælper med at afdække den indre motivation. For eksempel gør det forstærker det adfærdsændringen og gør den meningsfuld at spørge "hvad betyder mest for dig?" og knytte aktiviteten til den værdi (f.eks. at lege med børnebørnene) i stedet for at ordinere motion som "lægens ordre".

2.3.5 Normalisering af udsving og opbygning af robusthed

Vedvarende smerter er kendetegnet ved variabilitet. Der er belæg for at **beroligelse gennem information om opblussen** reducerer katastrofetænkning og understøtter overholdelse af egenhåndtering. Digi4MSK anbefaler at integrere strategier for opblussen (f.eks. trafiklysplaner, hvis-så-regler) i undervisningen. Dette er i tråd med adfærdsændringsteknikker til **forebyggelse af tilbagefald**: at lære patienterne, at tilbageslag er forventelige, og at planlægge mulige veje tilbage. For eksempel undgår en patient med lændesmerter at komme ind i en cyklus, hvor alting stopper, hvis han lærer at halvere sin gåtid under opblussen, men fortsætter med at bevæge sig. Normalisering opbygger robusthed og beskytter det langsigtede engagement.

Disse principper understøttes både af **Digi4MSK-projektet** (med vægt på læse- og skrivefærdigheder, patientempowerment og digitale/samfundsmæssige ressourcer) og af forskningsviden om sundhedskompetence og adfærdsændring. Anvendes de konsekvent, hjælper de patienterne ikke kun med at forstå deres tilstand, men også med at få adgang til de rigtige ressourcer, kritisk vurdere muligheder, øger deres bevidsthed om egen adfærd i dagligdagen og opretholde overbevisninger, der understøtter langsigtet muskuloskeletal sundhed.

3. Vurdering og håndtering af manglende motivation for forandring

Muskuloskeletale smerter bliver ofte en langvarig tilstand, hvor bedring i mindre grad afhænger af en "hurtig løsning" og i højere grad af at støtte mennesker i at leve et godt liv med smerter. Dette indebærer at indføre og opretholde **sundere adfærd i bred forstand**: ikke kun regelmæssig fysisk aktivitet, men også at finde måder at bevæge sig på, der er *behagelige*, at deltage i *værdsatte og meningsfulde aktiviteter*, at styrke *sociale forbindelser*, at bruge pacing i dagligdagen, at forbedre søvnrutiner og at integrere stressregulerende praksis. Disse aktiviteter er afgørende for at opbygge robusthed og livskvalitet ved vedvarende smerter. Men de kræver energi, vedholdenhed og tilpasning, hvilket kan være svært, når smerterne svinger, eller fremskridtene føles langsomme. **Motivation for forandring er derfor en central faktor for resultatet.**

3.1. Hvorfor er det vigtigt at spotte lav motivation for forandring hos smertepatienter?

Det er vigtigt at bemærke, at lav motivation ikke betyder, at patienterne mangler viden. Mange mennesker med muskuloskeletale smerter forstår, at bevægelse eller livsstilsændringer kan hjælpe, men føler sig ikke klar, villige eller i stand til at gøre en indsats – eller kan ikke se, hvordan de kan passe det ind i deres liv. I adfærdsvidenskabelige termer er der en kløft mellem **viden** og **handling**. Hvis klinikere ordinerer trænings- eller livsstilsplaner uden at tage højde for motivationen, risikerer de at gøre patienterne frustrerede eller demotiverede.

Forskning viser konsekvent, at motivation er en stærkere indikator for overholdelse af egenhåndtering end smerteintensitet eller billeddiagnostiske fund. For eksempel har patienter med lændesmerter, der føler sig motiverede til at forblive aktive, tendens til at komme sig bedre end dem, der forbliver ambivalente, selv når de får identisk fysioterapi. Omvendt kan patienter med osteoartrose, der kæmper med livsstilsændringer såsom vægtkontrol, ende med at få gentagne injektioner eller operationer, hvis deres motivation ikke understøttes.

Omvendt kan patienter med osteoartrose, der kæmper med livsstilsændringer såsom vægtkontrol, ende med at få gentagne injektioner eller operationer, hvis deres motivation er ikke statisk. Den udbredte **transteoretiske model** (Prochaska & DiClemente, 1982) beskriver stadier som forovervejelse, overvejelse, forberedelse, handling og vedligeholdelse. Denne

ramme er stadig nyttig, men nyere perspektiver understreger, at motivation er flydende og kontekstafhængig. Patienter kan føle sig meget motiverede den ene dag og håbløse den næste, eller motiverede til en bestemt adfærd (f.eks. at gå), men umotiverede over for en anden (f.eks. kostændringer). Smerteudbrud, humør, familiens støtte og endda tidspunktet på dagen kan ændre motivationsniveauet. Derfor bør klinikere betragte motivation som en **dynamisk proces**, ikke en fast egenskab, og tilpasse deres tilgang fleksibelt fra konsultation til konsultation.

Opsummeret er det vigtigt at opdage lav motivation, fordi adfærdsændring er hjørnestenen i behandlingen af muskuloskeletale smerter. Ved at identificere motivationsbarrierer tidligt – og erkende, at motivation svinger og interagerer med biologiske og sociale faktorer – kan klinikere justere deres strategier. Dette kan betyde, at man først fokuserer på sjove, meningsfulde aktiviteter frem for formel "motion", udforsker patientens værdier gennem motiverende samtaler eller støtter adgangen til nye behandlingsformer, der mindsker barrierer. Dette øger sandsynligheden for, at sundere adfærd ikke kun forsøges, men også opretholdes på lang sigt.

3.2. Tilpasning af intervention for at fremme motivation til forandring

3.2.1 Motivationsstadier for forandring ved muskuloskeletale smerter

Baggrundskoncepter:

- **Transteoretisk model** (Prochaska & DiClemente, 1982): Antyder, at mennesker gennemgår forskellige stadier, når de ændrer deres sundhedsadfærd – fra slet ikke at overveje det, til at tænke over det, til at forberede sig, handle, opretholde og undgå tilbagefald. Nyttigt til at identificere, hvor en patient er i sin parathed til forandring.
- **Adfærdsændringshjulet/COM-B-modellen** (Michie, 2011): Forklarer, at adfærd (B) opstår, når mennesker har **evner** (færdigheder, viden, selvtillid), **muligheder** (miljø, ressourcer, social støtte) og **motivation** (ønske, intention, vaner). Hvis et element mangler, går adfærdsændringen i stå. Hjulet foreslår derefter "interventionsfunktioner" (uddannelse, træning, aktivering, overtalelse osv.), der er skræddersyet til det COM-B-element, der er svagt.
- **Fordyces adfærdsprincipper** (1976): Anvendte adfærdspsykologi på kronisk smerte. Han viste, at "smerteadfærd" (f.eks. stønnen, hvile, undgåelse af aktivitet, gentagen søgen efter medicinsk beroligelse) ofte ubevidst forstærkes af opmærksomhed og sympati, mens "velværeadfærd" (aktivitet, problemløsning, vedholdenhed) ofte går ubemærket hen.

Klinikere kan reducere forstærkningen af smerteadfærd og aktivt belønne wellness-adfærd for at ændre langsigtede mønstre.

Hvorfor fokusere på motivation?

At hjælpe mennesker med muskuloskeletale smerter kræver meget mere end at identificere en smertefuld struktur eller udskrive et træningsprogram. Langvarig bedring afhænger ofte af, om patienterne er villige til og i stand til at foretage ændringer i deres dagligdag. Disse ændringer er brede: Nogle involverer **behagelige former for bevægelse** som svømning eller dans, andre betyder at genoptage **meningsfulde sociale aktiviteter** som at mødes med venner til en gåtur, mens andre igen fokuserer på **søvnregulering, pacing i daglige opgaver eller udforskning af stresshåndteringsmetoder**. For mange mennesker medfører smerter en indskrænkning af livet; motivation er det, der afgør, om de kan begynde at udvide den cirkel igen.

Motivation er imidlertid ikke et fast personlighedstræk. Den svinger afhængigt af humør, social støtte, stressfaktorer i livet og endda tidspunktet på dagen. En patient, der er klar til at gå en tur om morgenen, kan føle sig nedtrykt om aftenen. En, der er ivrig efter at prøve afslapning, kan være stærkt umotiveret til at ændre kosten. Denne dynamiske natur af motivation betyder, at klinikere skal lære at "aflæse", hvor en patient står i øjeblikket, og ikke sætte en permanent etiket på dem.

Tre rammer er særligt nyttige til at vejlede denne proces. Den **transteoretiske model for forandring** kortlægger de forskellige stadier, som mennesker typisk gennemgår, når de ændrer deres sundhedsadfærd. Michies **adfærdsændringshjul (COM-B-modellen)** forklarer, at adfærd kun opstår, når der er tilstrækkelig kapacitet (viden og færdigheder), **mulighed** (et støttende miljø) og **motivation** (ønske og intention). Endelig minder **Wilbert Fordyces adfærdsprincipper** os om, at ved kroniske smerter kan "smerteadfærd" såsom at undgå aktivitet eller gentagne gange søge beroligelse ubevidst forstærkes af opmærksomhed, mens "wellness-adfærd" såsom vedholdenhed, pacing eller kreativ problemløsning ofte går ubemærket hen. Ved at omdirigere forstærkningen kan klinikere forme et mere adaptivt livsmønster.

Med disse perspektiver i mente vil vi gennemgå motivationsstadierne og undersøge, hvordan de kommer til udtryk i muskuloskeletal praksis, hvordan man identificerer dem i konsultationer, og hvordan man kan hjælpe patienterne med at bevæge sig mod et sundere engagement.

3.2.2 Før overvejelse: "Jeg ser ikke pointen"

Patienter i prækontemplation overvejer slet ikke forandring. De tror ofte, at deres tilstand er rent biomedicinsk, og at kun medicinske indgreb kan hjælpe. De siger måske ting som *"Min MR-scanning viser degeneration – hvad forskel ville motion gøre?"* eller *"Jeg har bare brug for endnu en indsprøjtning."* Nogle er modløse efter år med mislykkede forsøg, mens andre måske aldrig har fået tilbudt egenhåndtering som en seriøs mulighed.

Klinisk eksempel:

Jens, en 55-årig kontoransat med langvarig osteoartrose i knæet, kommer til klinikken og beder om endnu en blokade. Han forklarer, at han prøvede "øvelserne" for mange år siden, men at de kun gjorde det værre. Han er holdt op med at gå ture i weekenden med sin kone og tilbringer de fleste aftener foran fjernsynet. Han er overbevist om, at bevægelse skader hans knæ yderligere og ser ingen grund til at prøve igen.

En måde at arbejde med ham:

COM-B-modellen viser os, at hans **motivation** er minimal, og hans **evner** er underudviklede, da han ikke ved, hvordan han kan træne sikkert uden at forværre sin tilstand. **Mulighederne** er begrænsede: hans sociale miljø fremmer hvile frem for aktivitet. Set fra et Fordycean-perspektiv forstærkes hans smerteadfærd i høj grad af gentagen lægehjælp og af, at hans kone overtager det huslige arbejde, når han klager.

På dette stadium er målet ikke at give ham en række øvelser. Det er at forsigtigt plante frøet om, at egenhåndtering kunne være muligt. Dette kan gøres ved at give præcise forklaringer, der udfordrer misforståelser, for eksempel: *"Disse ændringer i dit knæ er som rynker på indersiden – de betyder ikke, at det er ødelagt."* Det hjælper også at udforske hans værdier: *"Hvad ville du gerne kunne gøre, hvis dit knæ havde det bedre?"* Når han svarer: *"Jeg vil gerne spille fodbold med mit barnebarn,"* forbinder klinikerens denne værdi med betydningen af tryk bevægelse og skaber dermed en første sprække i hans modstand. Det er vigtigt, at klinikerens undgår at forstærke undgåelsesadfærd (f.eks. at bestille endnu en scanning) og i stedet roser små daglige præstationer, såsom det faktum, at han stadig går op ad trappen på arbejde.

3.2.3 Overvejelse: "Jeg ved, jeg burde, men..."

Patienter i overvejelserfasen erkender, at en ændring kan være nødvendig, men forbliver ambivalente. De kan nævne både fordelene og barriererne, men frygten for forværrede smerter eller minder om mislykkede forsøg holder dem fastlåste.

Klinisk eksempel:

Randi, 42, har haft vedvarende rygsmerter i flere år. Hun fortæller sin fysioterapeut: *"Jeg ved, jeg burde bevæge mig mere, men hver gang jeg prøver, får jeg et tilbagefald og har det dårligere i flere dage."* Hun veksler mellem korte perioder med entusiasme og lange perioder med inaktivitet og tilbringer ofte hele weekenden i sengen efter et tilbagefald.

En måde at arbejde med hende:

Hendes motivation er modstridende: hun ønsker fordelene ved aktivitet, men er rædselsslagen for smerteanfald. Hendes formåen er skrøbelig, da hun mangler evnen til at dosere og gradvist øge sin eksponering. Hendes undvigende adfærd forstærkes utilsigtet, når venner eller endda læger fortæller hende, at det var "klogt af hende at stoppe."

Strategien her er ikke at presse hende til at gennemføre fulde programmer, men at arbejde med hendes ambivalens. Lægen kan lave en simpel liste over fordele og ulemper sammen med hende, hvor begge sider vægtes lige højt. Derefter kan de foreslå et eksperiment med lav risiko, f.eks. en fem minutters gåtur i roligt tempo, der ikke fremstilles som "motion", men som en test for at se, hvordan hendes krop reagerer. Når hun lykkes, forstærker klinikerens indsatsen uanset resultatet: *"Du viste stor mod ved at prøve dette. Selvom det forårsagede lidt ubehag, skadede det ikke."* Ved at omformulere opblussen som normal følsomhed snarere end tegn på skade, hjælper klinikerens med at reducere frygt og opbygge parathed til næste fase.

3.2.4 Forberedelse: "Jeg gør mig klar"

Patienter i forberedelsesfasen planlægger at ændre sig og har måske allerede taget små skridt. De har måske købt træningssko, fundet en lokal træningsgruppe eller downloadet en søvnapp. Deres motivation er højere, men frygt for nederlag eller manglende viden kan holde dem tilbage.

**Klinisk eksempel:**

Daniel, 60, har osteoartrose i hoften. Han fortæller stolt sin fysioterapeut: *"Jeg har købt nye vandresko og overvejer at melde mig ind i den lokale vandregruppe, men jeg er ikke sikker på, at jeg kan følge med dem."*

Sådan arbejder du med ham:

Han har motivationen, men endnu ikke den fulde **evne** – han ved ikke, hvordan han skal pace, og hans selvtillid er skrøbelig. Hans **muligheder** vokser (han har fundet en gruppe), men han har stadig brug for hjælp.

Klinikeren kan støtte ham ved at udarbejde en specifik handleplan sammen med ham: *"Lad os starte med, at du går i otte minutter efter morgenmaden på tirsdag, torsdag og lørdag."* De kan øve det første skridt i klinikken ved at bede ham gå i et roligt tempo og vise ham, hvordan han kan monitorere sine symptomer. Ved hjælp af en hvad-nu-hvis håndteringsplan hjælper klinikeren ham med at forberede sig på tilbageslag: *"Hvis din hofte bliver øm, så halver tiden og se, hvordan det føles."* Fordyces principper anvendes ved at forstærke "wellness-snak" (planlægning, investering i sko) frem for frygtudtalelser. Dette omdanner gode intentioner til et realistisk første skridt.

3.2.5 Handling: "Jeg er kommet i gang, men det er skrøbeligt"

I handlingsfasen engagerer patienterne sig aktivt i nye adfærdsmønstre, men har gjort det i mindre end seks måneder. Motivationen er højere, men rutinerne er skrøbelige og kan let afspores af smerteudbrud, stress eller manglende støtte.

**Clinical example:**

Katrine, 38, med fibromyalgi, er begyndt at gå til yogakurser to gange om ugen og registrerer sin søvn med en app. Hun siger: *"Jeg føler mig lidt bedre, men hvis min smerte bliver værre, vil jeg sandsynligvis holde op, fordi jeg ikke tror, jeg kan klare det."*

En måde at arbejde med hende:

Hun har allerede vist stor motivation, men hendes selvtillid er skrøbelig. Klinikeren har til opgave at beskytte denne skrøbelige nye rutine. Det indebærer at normalisere tilbageslag: *"Det er normalt, at symptomerne svinger, selv når du er på rette spor."* De giver hende strategier til at håndtere situationen, f.eks.: *"Hvis smerterne stiger, skal du reducere intensiteten eller forkorte sessionen, men ikke stoppe helt."* Ved at gennemgå hendes fremskridtslogbøger kan klinikeren fremhæve fordele ud over smertelindring, såsom forbedret søvn eller energi. Ved at bruge Fordyces perspektiv undgår klinikeren at forstærke total hvile efter et tilbagefald og roser i stedet hendes tilpasningsevne og vedholdenhed: *"Du tilpassede din rutine og fortsatte – det viser ægte egenhåndtering."*

3.2.6 Vedligeholdelse: "Det er en del af mit liv, men jeg vakler stadig"

I vedligeholdelsesfasen har patienterne opretholdt nye adfærdsmønstre i mere end seks måneder. Vanerne er mere stabile, men motivationen kan svinde under stress eller når nyhedsværdien forsvinder. Risikoen her er tilbagefald.

**Klinisk eksempel:**

Anton, 47, har gået ture hver dag og praktiseret mindfulness i otte måneder. Han fortæller sin fysioterapeut: *"Det er en del af mit liv nu, men når jeg har travlt på arbejde, har jeg en tendens til at droppe det hele."*

En måde at arbejde med ham:

Hans **evner** og **motivation** er stærke, men hans **muligheder** forsvinder i stressede perioder. Klinikeren hjælper ved at styrke hans identitet: *"Du er en person, der aktivt håndterer din smerte."* De udarbejder planer for forebyggelse af tilbagefald, f.eks. ved at planlægge korte pauser på arbejdet eller bruge en "minimumsrutine" (f.eks. en 5 minutters gåtur), når han er under pres. Ved at flytte fokus fra smertelindring til naturlige belønninger – større uafhængighed, sociale relationer, humor – hjælper klinikeren med at opretholde modstandsdygtigheden.

3.2.7 Tilbagefald/genbrug: "Jeg faldt tilbage"

Tilbagefald er almindeligt og bør ses som en del af forandringsprocessen, ikke som et nederlag. Patienter skifter ofte mellem stadierne afhængigt af kontekst, humør og livsbegivenheder.

Klinisk eksempel:

Jenny, 50, havde trænet regelmæssigt i fem måneder, men stoppede efter en stressende periode på arbejdet. Hun sukker: *"Jeg er tilbage ved start."*

En måde at arbejde med hende :

I stedet for at betragte dette som et nederlag, beroliger kliniker hende: *"Du har gjort det før, så vi ved, at du kan gøre det igen."* De hjælper hende med at starte forfra på det sidste succesfulde niveau, måske 2x ti minutters gåture om ugen, i stedet for at kræve den tidligere fulde rutine. Ved hjælp af COM-B-modellen vurderer kliniker, hvilket element der brød sammen – var det muligheden (tid, støtte) eller motivationen (stress, modløshed)? Fordyces perspektiv minder os om, at vi ikke skal forstærke skyldfølelse, men belønne indsatsen for at komme tilbage. Målet er at normalisere tilbagefaldet og hurtigt få hende tilbage i forberedelses- eller handlingsfasen.

Opsummeret

Motivation ved muskuloskeletale smerter er flydende. Patienter kan bevæge sig fremad, falde tilbage eller svæve mellem stadierne. Kliniker har ikke til opgave at presse alle til at handle, men at **genkende stadiet**, forstå hvorfor de sidder fast og yde den rette støtte. Ved at kombinere **forandringsstadierne**, **COM-B-modellen** og **Fordyces forstærkningsprincipper** kan klinikere yde support, der er psykologisk informeret, realistisk og medfølelse. Vigtigst af alt kan de hjælpe patienterne med at omdanne øjeblikke af ambivalens eller tilbagefald til muligheder for vækst og fornyet engagement.

4. Kliniske vignetter

Følgende kliniske vignetter illustrerer, hvordan man anvender bedste praksis inden for muskuloskeletal sundhedskompetence og støtte til egenhåndtering i almindelige scenarier fra virkeligheden. Hver vignette præsenterer en typisk klinisk udfordring, fremhæver vigtige kommunikationsstrategier og viser, hvordan man integrerer evidensbaserede principper for egenhåndtering i den daglige behandling.

Casene er organiseret i fire praktiske underafsnit for at lette hurtig reference under konsultationer: 4.1) Bevægelse og aktivitet, 4.2 Interaktion mellem kliniker og patient, 4.3 Værdier, målsætning og færdigheder og 4.4) Arbejde og smerte.

Disse vignetter fungerer som praktiske, handlingsorienterede værktøjer til at understøtte effektive konsultationer og konsekvent integration af principper for sundhedskompetence i den daglige kliniske praksis.

4.1. Bevægelse og aktivitet

I denne del finder du scenarier, der fokuserer på at støtte tryk bevægelse, håndtere frygt for aktivitet og vejlede patienter mod meningsfulde funktionelle mål.

4.1.1 Føler sig usikker på at motionere og øge sin fysiske aktivitet

Alice, en 52-årig kontoransat, har haft vedvarende lændesmerter i fire måneder. Hun tilbringer det meste af dagen siddende og er holdt op med at gå ture i fritiden, fordi hun er bange for, at bevægelse kan forværre hendes rygproblemer. Hun har ikke motioneret regelmæssigt i årtier og er forvirret af de modstridende råd, hun har fundet online. Hendes bekymring over motion og begrænsede forståelse af hvordan smertesystemet fungerer har fået hende til at undgå aktivitet, hvilket har ført til dårlig kondition og lavere selvtillid.



Integreret behandlingsplan

- **Opbyg en god relation og udforsk tanker og holdninger** – Start med at spørge Alice om hendes bekymringer og tidligere erfaringer med motion (“Hvad får dig til at tøve med at begynde at bevæge dig?”). Brug reflekterende lytning og åbne spørgsmål fra motiverende samtaler til at forstå hendes overbevisning om, at smerte er lig med skade. Omformuler forsigtigt disse overbevisninger ved at forklare, at muskuloskeletale smerter ofte vedvarer på grund af et følsomt nervesystem snarere end vedvarende skader, og at bevægelse kan hjælpe med at reducere følsomheden i nervesystemet og forbedre livskvaliteten.
- **Giv information i et letforståeligt sprog** – Forklar, at regelmæssig fysisk aktivitet er en central del af håndteringen af rygsmerter. Understreg, at det at blive i sengen eller undgå aktivitet kan forsinke bedringen og øge tab af funktionsevne, mens det at forblive aktiv letter tilbagevenden til arbejde og daglige funktioner. Brug enkle metaforer, f.eks. at sammenligne kroppen med et alarmsystem, der er blevet for følsomt. Undgå medicinsk fagsprog, og bekræft forståelsen ved at bede Alice gentage de vigtigste punkter med sine egne ord (teach-back). Tilbyd pålidelige skriftlige eller digitale ressourcer (f.eks. patientbrochurer), så hun kan få adgang til information efter sessionen.
- **Fælles målsætning og gradvis aktivitet** – Identificer meningsfulde aktiviteter, som Alice gerne vil genoptage, f.eks. at gå tur med hunden eller havearbejde. Sæt specifikke og opnåelige mål (f.eks. at gå 10 minutter dagligt og derefter øge med 2 minutter hver uge). Understreg, at let til moderat træning med flere komponenter 2-3 gange om ugen kan forbedre smerter, søvn og humør, og at pacing i aktiviteterne hjælper med at undgå “boom-bust”-cyklussen. Giv hende en aktivitetsdagbog eller en smartphone-app, så hun kan følge med i fremskridtene og styrke sin egenhåndtering.
- **Undervis i pacing og problemløsningsstrategier** – Introducer aktivitets pacing: stop en aktivitet baseret på forudbestemt tid i stedet for at vente på smerter, planlæg pauser og øg gradvist varigheden. Opfordre Alice til at tænke fremad om potentielle forhindringer (f.eks. travle arbejdsdage eller dårligt vejr) og brainstorme praktiske løsninger, såsom indendørs gåture eller korte bevægelsespåuser under arbejdet. Understreg, at opblussen er normale og ikke er tegn på skade; foreslå at reducere intensiteten kortvarigt og derefter vende tilbage til planen.
- **Inkorporer psykologisk informeret praksis** – Brug elementer fra kognitiv adfærdsterapi i fysioterapisessionerne. Lær Alice afspændingsteknikker (f.eks. diafragmavejrtrækning) og kognitive strategier til at udfordre negative tanker. Øv gradvis eksponering ved gradvist at introducere bevægelser, hun frygter (f.eks. at bøje sig for at samle lette genstande op), forstærke succes og korrigere uhensigtsmæssige bevægelsesmønstre.

- **Støt digitalt engagement med forsigtighed** – Vurder Alices fortrolighed med teknologi. Hvis det er relevant, kan du anbefale en enkel app eller noget udstyr til at overvåge skridt og sende påmindelser. Giv vejledning i, hvordan teknologien bruges, og sørg for, at hun ved, at det er et redskab – ikke en forpligtelse – til at støtte hendes fremskridt.
- **Følg op og styrk selvtilliden** – Planlæg regelmæssige opfølgninger for at gennemgå mål, fejre succeser og justere programmet. Opfordre Alice til at erkende sammenhængen mellem hendes indsats og forbedringer i funktion. Over tid skal du overføre hendes træningsprogram fra strukturerede sessioner til daglige rutineaktiviteter for at støtte langsigtet overholdelse.

Denne integrerede tilgang imødegår Alices usikkerhed omkring fysisk aktivitet ved at tilpasse egenhåndteringsstrategier til hendes overbevisninger, støtte hende i at forstå og anvende sundhedsoplysninger og bruge kognitive og adfærdsmæssige strategier til at opbygge selvtillid og robusthed.

4.1.2 Følelse af manglende succes med fysisk aktivitet

Karl, en 60-årig buschauffør med osteoartrose i knæet og langvarige lændesmerter, har flere gange fået rådet til at "motionere mere". Han har forsøgt at gå på vandreture og meldt sig ind i et fitnesscenter, men stoppede efter få uger, fordi hans smerter blussede op, eller han følte sig overvældet. Hver gang han stoppede, følte han, at han havde "fejlet", og nu tror han, at han ikke er den type person, der kan holde fast i et træningsprogram. Han udtrykker frustration og en følelse af håbløshed over at være fysisk aktiv. Karls sundhedskompetence er tilstrækkelig til daglige gøremål, men han har svært ved at fortolke kropslige fornemmelser under træning og kan ikke skelne mellem forventet ømhed efter træning og skadelig smerte.



Integreret behandlingsplan

- **Udforsk tidligere erfaringer og overbevisninger** – Begynd med at opfordre Karl til at beskrive sine tidligere forsøg på at træne ("Fortæl mig, hvad der skete, da du forsøgte at gå regelmæssigt"). Brug åbne spørgsmål og reflekterende lytning til at forstå de specifikke udfordringer, han stod over for (f.eks. pludselige stigninger i intensiteten, manglende vejledning, smerteudbrud). Normaliser vanskelighederne ved adfærdsændringer og forsikr ham om, at tilbagefald er almindelige. Identificer selvdestruktive overbevisninger ("Jeg giver altid op") og omformuler dem ("Du var fast besluttet på at komme i gang; nu justerer vi planen, så den bliver holdbar").
- **Brug gradvis, personlig aktivitetsplanlægning** – Hjælp Karl med at udarbejde et træningsprogram, der starter langt under de tærskler, der tidligere udløste smerteanfald. Hvis f.eks. 30 minutters gang udløste et smerteanfald, kan I aftale at starte med 5 minutters gang tre gange om dagen og øge med 10 % om ugen. Inddrag styrke- og smidighedsøvelser, der er egnede til osteoartrose i knæet, ved hjælp af simpelt udstyr såsom træningselastikker.



Understreg, at let til moderat træning forbedrer smerter og funktion, når det udføres konsekvent, og at ubehag under de første sessioner ikke betyder skade. Giv skriftlige eller digitale instruktioner med klart, letforståeligt sprog og billeder.

- **Pacing og selvmonitorering** – Lær Karl pacing-teknikker: planlæg regelmæssige pauser, skift mellem aktiviteter, der belaster forskellige kropsdele, og stop en aktivitet på forudbestemt tid i stedet for at vente på smerter. Opfordre ham til at føre en enkel aktivitetslogbog, hvor han noterer varighed, hvor anstrengende hans opfattelse er og smerter før og efter aktiviteten. At gennemgå disse logbøger sammen hjælper ham med at se fremskridt objektivt og identificere mønstre, hvilket styrker hans følelse af mestring.
- **Fokuser på forståelse og vurdering** – Forklar forskellen mellem normal træningsbetinget ømhed (typisk diffus og kortvarig) og advarselstegn, der kræver ændringer (f.eks. skarp, tiltagende ledsmerter). Brug analogier og enkle diagrammer til at beskrive, hvordan muskler tilpasser sig stress og bliver stærkere over tid. Gør det klart, at midlertidige stigninger i ubehag er en del af tilpasningsprocessen og ikke et tegn på "nederlag". Opfordre Karl til at vurdere informationskilder kritisk; rådgiv ham til at stole på vejledning fra sundhedsprofessionelle og velrenommerede organisationer frem for anekdotiske onlinehistorier.
- **Forbedr selvstændighed gennem målsætning og forstærkning** – Sæt i fællesskab kortfristede mål, der er realistiske og personligt meningsfulde (f.eks. at gå en tur rundt om blokken uden at stoppe, at gå op ad trapper uden knæ smerter). Fejr små præstationer under opfølgende besøg for at modvirke hans fortælling om nederlag. Indfør gradvist variation (cykling, svømning) for at opretholde interessen og reducere ensartet belastning. Tilskynd til social støtte – måske at gå en tur med et familiemedlem eller deltage i et fællesskabskursus – for at øge ansvarlighed og glæde.
- **Inkorporer kognitive og adfærdsmæssige strategier** – Brug korte kognitive adfærdsteknikker til at hjælpe Karl med at genkende og udfordre automatiske tanker, der underminerer hans indsats ("Denne smerte betyder, at det skader mit knæ"). Lær afspændingsøvelser (f.eks. kontrolleret vejrtrækning) for at håndtere angst, når smerten øges. Diskuter strategier til at håndtere tilbageslag, såsom midlertidigt at reducere aktiviteten i stedet for at stoppe helt og bruge varme eller lette bevægelser til at lindre oplussen.
- **Opfølgning og tilpasningsevne** – Planlæg regelmæssige evalueringer for at justere programmet på baggrund af Karls feedback og fremskridt. Understreg, at tilbageslag er læringsmuligheder snarere end fiaskoer. Efterhånden som hans selvtillid vokser, kan du gradvist øge træningsintensiteten og opmuntre ham til at integrere fysisk aktivitet i sine daglige rutiner (f.eks. parkere længere væk fra arbejdet, tage trappen). Over tid kan du flytte fokus fra strukturerede sessioner til at opretholde en aktiv livsstil, som han selv kan styre.

Denne integrerede tilgang imødegår Karls følelse af at være mislykket ved at skabe opnåelige trin, forbedre hans forståelse af smerte og tilpasning og opbygge selvtillid gennem støttende feedback og psykologisk informeret praksis.

4.1.3 Usikkerhed om smerte

Lisa, en 45-årig lagerchef, udviklede vedvarende smerter i midten af ryggen efter at have løftet tunge kasser for otte måneder siden. Hendes MR-rapport nævner "degenerative forandringer i diskus", hvilket hun tolker som "slid" på rygsøjlen. Hver gang hun føler smerte, stopper hun med det, hun er i gang med, og hviler sig i flere dage af frygt for at "beskadige noget". Hun er ængstelig for at bevæge sig og er begyndt at undgå huslige pligter. Hun er usikker på, hvordan hun skal vurdere, om den smerte, hun føler, er et tegn på skade eller en del af helingsprocessen.



Integreret behandlingsplan

- **Afklar betydningen af smerte og billeddiagnostiske fund** – Start med at spørge Lisa, hvad hun mener er årsagen til hendes smerter, og hvad hendes MR-resultater betyder for hende. Bekræft hendes bekymringer og forklar, at mange billeddiagnostiske fund, såsom diskusdegeneration, er normale aldersrelaterede forandringer og har ringe sammenhæng med smerteintensiteten. Brug et enkelt sprog og analogier (f.eks. "rynker på indersiden") for at illustrere, at strukturelle ændringer på scanninger er almindelige hos smertefri personer. Understreg, at smerte er et alarmsystem, der påvirkes af nervesystemet, følelser og kontekst, og at det ofte signalerer beskyttende følsomhed snarere end skade.
- **Undervis i "smerte kontra skade" og genkendelse af røde flag** – Diskuter begrebet, at muskuloskeletale smerter kan føles intense uden at indikere skade. Giv en "trafiklys"-ramme:
 - **Grøn** – muskelsmerter eller kedelig smerte, der lindres ved bevægelse og ikke forværrer funktionen; det er sikkert at fortsætte aktiviteten.

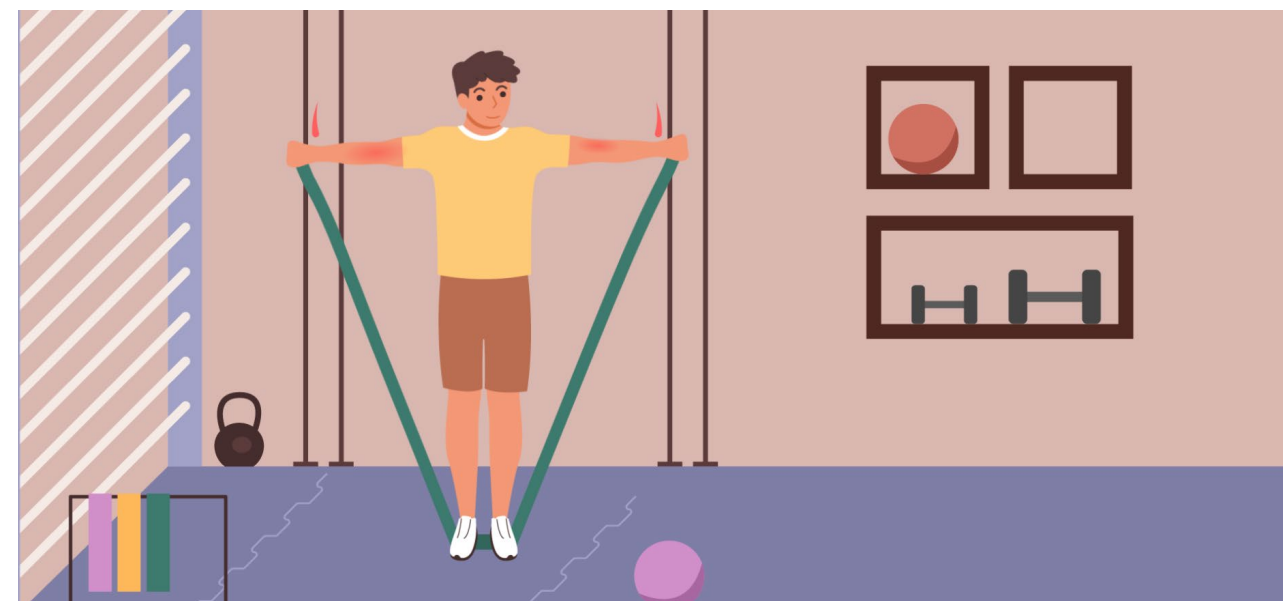


- **Gul** – smerter, der forværres under eller efter aktiviteten, men aftager inden for 24-48 timer; reducer intensiteten eller varigheden næste gang, men bekræft, at det er sikkert at fortsætte aktiviteten.
 - **Rød** – smerter ledsaget af neurologiske forandringer (f.eks. følelsesløshed, nedsat muskelstyrke), vedvarende nattesmerter, feber eller uforklarligt vægttab; rådgiv om øjeblikkelig lægeundersøgelse. Dette giver Lisa mulighed for at vurdere sine symptomer og beslutte, hvornår egenhåndtering er passende, og hvornår hun skal søge professionel vurdering.
- **Genopbyg tilliden gennem gradvis eksponering** – Identificer bevægelser, som Lisa undgår (f.eks. at bøje sig, vride sig). Udarbejd en plan for gradvis eksponering, der starter med lav belastning og smertefri bevægelser (f.eks. understøttede kropsrotationer) og gradvist øger bevægelsesomfanget og belastningen. Opfordre hende til at være opmærksom på og registrere sine smerteniveauer og funktion efter hver session. Når hun uden skade udfører de bevægelser, hun frygter, vil hendes tillid vokse, og frygten vil mindskes. Understreg, at midlertidige forværringer af ubehaget er forventelige, men ikke betyder, at hun skader sig selv.
- **Fremme aktiv håndtering og afslapning** – Lær Lisa afslapnings- og vejtrækningsteknikker for at reducere sympatisk ophidselse under smerteepisoder. Tilskynd hende til mindfulness- eller kropsscanningøvelser for at hjælpe hende med at observere fornemmelser uden at katastrofere. Forklar, hvordan stress og angst kan forstærke smerteopfattelsen, og at beroligende teknikker kan modulere smerteoplevelsen.
- **Adressér overbevisninger og giv pålidelig information** – Udfordr katastrofetanker ("Min ryg er ved at falde fra hinanden") ved hjælp af evidensbaserede forklaringer. Giv patientvenlige ressourcer, der forklarer den naturlige historie bag rygsmerter og begrænsningerne ved billeddiagnostik. Tilskynd Lisa til at diskutere sine spørgsmål med sin fysioterapeut eller praktiserende læge i stedet for at stole på anekdotiske onlinehistorier.
- **Monitorer og støt egenhåndtering** – Brug opfølgende aftaler til at gennemgå Lisas symptomdagbog, justere hendes aktivitetsplan og styrke hendes evne til at vurdere smerter korrekt. Tilskynd hende til gradvist at genoptage normale aktiviteter og arbejdsopgaver ved hjælp af trafiklysmodellen som vejledning i beslutningstagningen. Hvis hun oplever et rødt flag-symptom, skal du instruere hende om, hvornår og hvor hun skal søge øjeblikkelig lægehjælp.

Denne skræddersyede tilgang imødegår Lisas usikkerhed ved at afmystificere smertesignaler, udstyre hende med en ramme til at vurdere symptomer og fremme sikker, gradvis eksponering for bevægelse. Den kombinerer uddannelse, adfærdstræning og kognitiv omstrukturering for at forbedre hendes selvtillid og funktionsevne.

4.1.4 Manglende tillid til terapeuten

Jonas, en 38-årig bygningsarbejder, udviklede smerter i højre skulder efter et fald. Han har konsulteret tre forskellige behandlere i løbet af de sidste seks måneder: en ortopædkirurg, der anbefalede operation, en kiropraktor, der ordinerede øvelser med minimal forklaring, og en fysioterapeut, der solgte ham en pakke med 20 sessioner på forhånd. Jonas's smerter fortsætter, og han stiller nu spørgsmålstejn ved motiverne bag sundhedsprofessionelles anbefalinger. Han møder op hos en ny fysioterapeut med forsigtigt kropssprog og direkte spørgsmål: "Hvordan ved jeg, at du ikke bare vil sælge mig noget? Hvorfor skal jeg tro på det, du siger om mine smerter?" Han er usikker på, om hans skuldersmerter er harmløse eller et tegn på en alvorlig skade, og han mistror klinisk rådgivning på grund af tidligere erfaringer.



Integreret behandlingsplan

- **Anerkend tidligere erfaringer og bekræft mistilliden** – Begynd med åbent at opfordre Jonas til at fortælle om sine tidligere oplevelser med sundhedsvæsenet. Brug reflekterende lytning til at anerkende hans frustration ("Det lyder som om, du har følt dig presset til at gennemgå behandlinger, der ikke hjalp, og det har forståeligt nok gjort dig skeptisk"). Undgå at forsvare andre klinikere; bekræft i stedet hans ret til at stille spørgsmålstejn ved anbefalingerne. Anerkend, at den terapeutiske alliance ofte kompromitteres af modstridende meninger, økonomisk pres og uklar kommunikation.

- **Anvend transparent, partnerskabsbaseret tilgang** – Forklar din rolle, dine kvalifikationer og den evidensbaserede karakter af dine anbefalinger. Skitsér vurderingsprocessen, inden du går i gang, herunder hvilke tests der vil blive udført, og hvilke der ikke vil blive udført. Del beslutningsmagten ved at præsentere Jonas for forskellige muligheder (f.eks. aktiv rehabilitering, afventende holdning, henvisning til billeddiagnostik) og diskutere fordele og ulemper ved hver enkelt. Brug beslutningshjælpemidler (grafer, uddelingsmateriale) til at visualisere sandsynlige resultater og understøtte hans vurdering. Tilbyd at give skriftlige resuméer eller kopier af dine kliniske noter for at styrke gennemsigtigheden.
- **Opbyg troværdighed gennem evidens og logik** – Diskuter den naturlige udvikling af skuldersmerter og den begrænsede sammenhæng mellem billeddiagnostiske fund og symptomer. Forklar, at mange strukturelle "abnormiteter", der identificeres på scanninger, også findes hos smertefri personer, og at der er beviser for, at konservativ behandling er det bedste valg i første omgang. Del denne information mundtligt, og hvis Jonas giver sit samtykke, gennemgå retningslinjer fra anerkendte kilder (f.eks. nationale sundhedsprofessionelle selskaber), så han selv kan vurdere informationen. Opfordre Jonas til at verificere det, du fortæller ham, via pålidelige kilder eller ved at indhente en second opinion.
- **Brug motiverende samtaler til at udforske overbevisninger** – Stil Jonas åbne spørgsmål om hans forståelse af smerte og forventninger til behandlingen. For eksempel: "Hvad tror du, der forårsager din skuldersmerte?" eller "Hvad ville give dig tillid til den plan, vi udarbejder?" Udforsk underliggende frygt (f.eks. frygt for at blive manipuleret for økonomisk gevinst, frygt for at bevægelse vil forværre hans skade). Reflekter disse tilbage til ham og identificer i fællesskab, hvordan de kan håndteres, f.eks. ved at aftale et begrænset antal sessioner med foruddefinerede mål og revurderingspunkter.
- **Adressér kognitive og følelsesmæssige faktorer** – Oplys Jonas om placebo-effekten – den måde, hvorpå negative forventninger kan forstærke smerten – og stress og årvågenhedens rolle i opretholdelsen af symptomerne. Brug kognitive adfærdsteknikker til at hjælpe ham med at identificere uhensigtsmæssige tanker ("De vil bare have mine penge") og omformulere dem ("Jeg vil evaluere anbefalingerne på baggrund af evidens og mine egne fremskridt"). Introducer afspændingsmetoder for at reducere hypervågenhed og sympatisk ophidselse, hvilket kan mindske smertefølsomheden.
- **Udarbejd en fleksibel, selvstyret rehabiliteringsplan** – Fastlæg i fællesskab funktionelle mål (f.eks. at vende tilbage til arbejde over hovedhøjde eller sport). Fremhæv aktive egenhåndteringsstrategier: gradvise styrke- og mobilitetsøvelser for skulderen, ergonomiske tilpasninger på arbejdspladsen og aktivitetsrytme. Giv detaljerede instruktioner og videoer, så Jonas kan udføre øvelserne selvstændigt. Aftal specifikke milepæle og en tidsbegrænset

prøveperiode for behandlingen (f.eks. "Lad os se, hvordan seks sessioner over tre uger påvirker din funktion; vi vil derefter revurdere og sammen beslutte, om vi skal fortsætte").

- **Tilskynd til vurdering og second opinions** – Styrk Jonas's ret til at stille spørgsmål, søge afklaring og indhente second opinions. Giv ham en liste med spørgsmål, han kan stille enhver behandler (f.eks. "Hvad er evidensen for denne behandling?" "Hvad er alternativerne?"). Undervis ham i, hvordan han genkender faresignaler (f.eks. pludseligt tab af styrke, udbredt følelsesløshed), der kræver akut lægelig vurdering, i modsætning til variationer i smerteintensitet, der er almindelige og ikke-truende.
- **Oprethold konsekvent kommunikation og grænser** – Planlæg regelmæssige check-ins (personligt eller via telemedicin) for at drøfte Jonas's fremskridt. Tilskynd ham til straks at kommunikere eventuelle tvivl eller ændringer i symptomer. Hvis du anbefaler en passiv behandlingsform (f.eks. manuel terapi), skal du forklare formålet tydeligt, placere den i et bredere aktivt program og fastsætte klare forventninger til hyppighed og varighed for at undgå opfattelsen af unødvendig afhængighed.
- **Udnyt tværfaglig støtte** – Hvis Jonas's mistillid vedrører økonomiske eller systemmæssige problemer, skal du sætte ham i kontakt med patientrådgivningstjenester eller sundhedskompetenceprogrammer, der kan hjælpe ham med at navigere i sundhedssystemet. Hvis du har mistanke om, at uafklarede traumer eller svær angst bidrager til mistilliden, skal du overveje at kontakte eller henvise til en psykolog med erfaring i kroniske smerter.

Ved eksplicit at anerkende Jonas's skepsis, dele information på en transparent måde og i fællesskab udarbejde en struktureret, tidsbegrænset plan viser klinikeren respekt for autonomi og skaber tillid. Ved at integrere motiverende samtaler og kognitive adfærdsstrategier hjælper man Jonas med at fortolke sin smerte og tidligere oplevelser på en ny måde, mens aktiv egenhåndtering styrker hans kontrol over sit eget helbred. Dette niveau af kompleksitet går ud over almindelig sund fornuft og adresserer de dybere relationelle og kognitive barrierer, der gør disse tilfælde udfordrende for klinikere.

4.1.5 Forstår vigtigheden af fysisk aktivitet, men ved ikke, hvordan man kommer i gang

Sara er en 55-årig IT-projektleder med mild hypertension og forhøjet kolesterol. Hun erkender vigtigheden af at være aktiv, men har ikke trænet regelmæssigt i årtier og føler sig intimideret af fitnesscentre. Hun har travlt med arbejde og pleje og er usikker på, hvordan hun skal komme i gang, og bekymrer sig om skader.



Integreret behandlingsplan

- **Vurder parathed og helbredstilstand** – Begynd med en kort helbredsscreening (f.eks. PAR-Q+ "Physical Activity Readiness Questionnaire") for at sikre, at Sara sikkert kan deltage i generelle fysiske aktiviteter. Gennemgå hendes sygehistorie og drøft eventuelle bevægelsesbegrænsninger. Gør det klart, at målet er at finde aktiviteter, hun nyder, snarere end at udlevere et standard program.
- **Få frem, hvad hun har interesseret sig for tidligere og nu** – Brug motiverende samtaler til at udforske Saras hobbyer og hvad hun nød at lave som barn eller ung voksen – danse til sociale arrangementer, cykle med venner, havearbejde, vandreture. Stil åbne spørgsmål som f.eks. "Hvilke former for bevægelse har du haft det godt med tidligere?" og "Er der aktiviteter, du altid har ønsket at prøve, men ikke har gjort?"



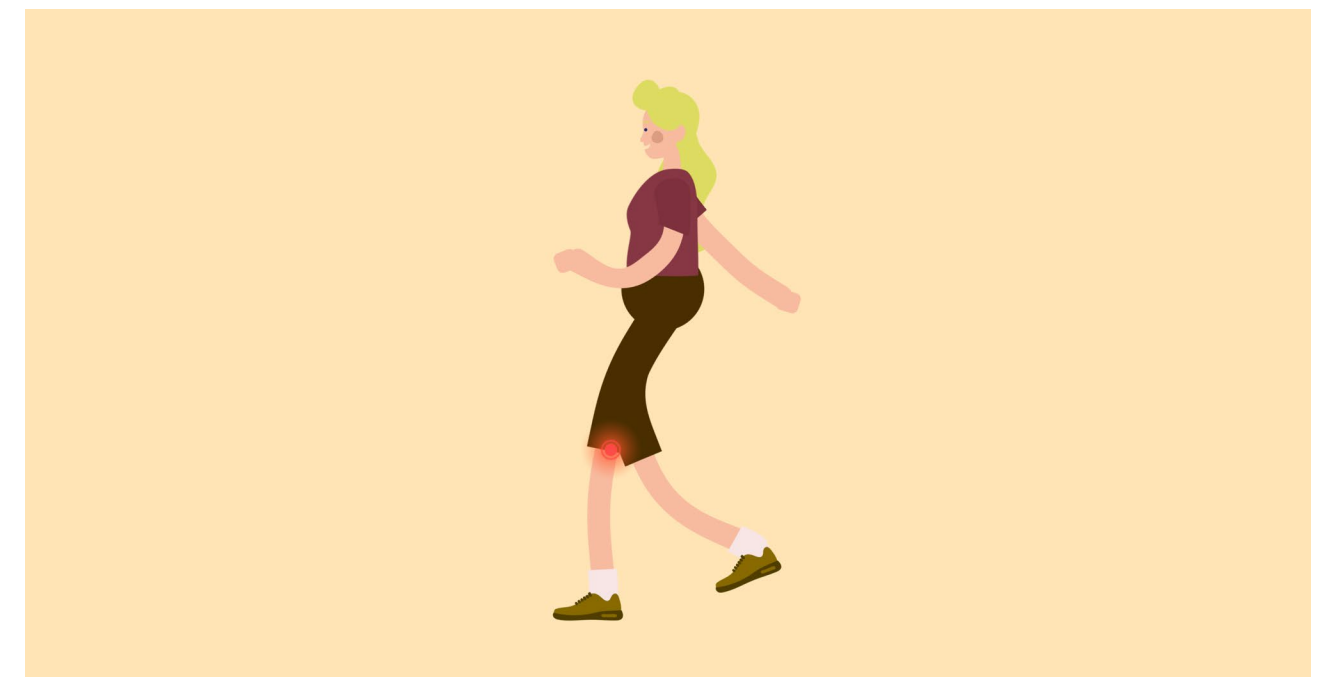
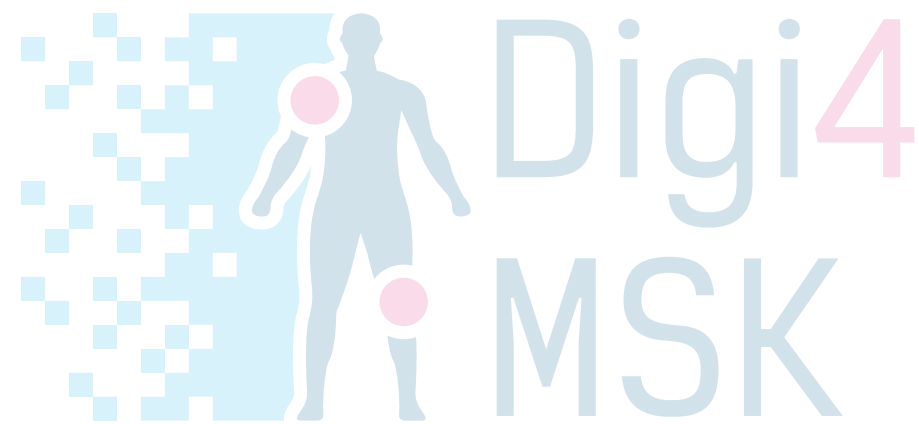
- **Introducer begrebet "bevægelsessnacks"** – Forklar, at fysisk aktivitet ikke behøver at være struktureret motion; det kan akkumuleres gennem korte, sjove bevægelsesøvelser. Eksempler kan være at lege med børnebørnene, gå tur med hunden, danse lidt til en yndlingssang, havearbejde eller tage trappen i stedet for elevatoren.
- **Lav en aktivitetsmenu til afprøvning** – Brainstorm i fællesskab en liste over aktiviteter, der passer til Saras interesser og logistiske realiteter. Mulighederne kunne være:
 - Deltagelse i en salsa- eller linedance-klasse for begyndere for at få socialt samvær.
 - At tage på naturvandring eller lette vandreture i weekenden med familie eller venner.
 - Udforskning af lokale kultursteder til fods ("urban eksploration").
 - At prøve vandaerobic eller rekreativ svømning, hvis hun nyder at være i vandet.
 - Deltagelse i fælleshaver eller frivilligt arbejde med oprydning i parker.
 - At cykle til korte ærinder eller gå til møder i nærheden.
 - Brug interaktive videospil (f.eks. danse- eller fitnessspil) derhjemme for sjov.
- **Planlæg korte prøveforløb med minimal forpligtelse** – Opfordre Sara til at prøve to eller tre aktiviteter i løbet af den næste måned. Sæt en lav tærskel for forpligtelse for hver aktivitet (f.eks. deltag i en dansetime, gå en 20 minutters tur i parken, prøv en online yogasession for begyndere). Bed hende om at notere, hvordan hun har det under og efter hver aktivitet – energiniveau, nydelse, sociale kontakter – i stedet for at fokusere på kalorier eller puls.
- **Reflekter og finpuds** – Ved opfølgningssessionerne skal du diskutere Saras oplevelser med hver aktivitet. Brug reflekterende spørgsmål: "Hvad fik du mest ud af?" "Var der noget, der overraskede dig?" "Hvilke aktiviteter føltes som en pligt, og hvilke føltes som leg?" Baseret på hendes feedback skal du fjerne de aktiviteter, hun ikke nød, og udvide dem, der vækkede glæde eller nysgerrighed.
- **Fremme vanedannelse gennem glæde og sociale relationer** – Når Sara har identificeret en eller to foretrukne aktiviteter, skal du hjælpe hende med at integrere dem i hendes ugentlige rutine ved at knytte dem til eksisterende vaner eller sociale forpligtelser (f.eks. dansetime om lørdagen med en ven, aftenvandring på hverdage med en nabo). Fremhæv, at indre glæde og social støtte er stærke drivkræfter for at holde fast i vanerne. Opfordre hende til at invitere familiemedlemmer eller kolleger med, så der skabes et netværk af ansvarlighed og støtte.

- **Forbedr sundhedskompetencen omkring aktivitetsvariation** – Undervis Sara om fordelene ved forskellige bevægelsesmønstre: aerobe aktiviteter for kredsløbets sundhed, vægtbærende aktiviteter for knoglestyrke og stræk- eller balanceøvelser for at forebygge fald. Brug et enkelt sprog til at forklare, at variation reducerer risikoen for overbelastningsskader og holder aktiviteten interessant. Giv tips til at genkende tegn på overanstrengelse og hvordan man justerer intensiteten ud fra, hvordan kroppen føles.
- **Støt med ressourcer og kontakter i lokalsamfundet** – Giv information om lokale forsamlingshuse, fritidsforeninger for voksne, dansestudier og vandregupper. Hvis hun er fortrolig med digitale medier, kan du anbefale apps, der gør daglig bevægelse til et spil eller forbinder mennesker med lignende interesser (f.eks. sociale vandreapps, geocaching). Hvis hendes digitale kompetencer er begrænsede, kan du hjælpe hende med tilmeldingsprocessen eller foreslå, at hun tilmelder sig personligt i forsamlingshuset.
- **Håndter psykologiske barrierer og selvopfattelse** – Brug kognitive adfærdsstrategier til at udfordre forestillingen om, at fysisk aktivitet skal være anstrengende eller foregå i et fitnesscenter. Omformuler "motion" til "at bevæge sig på måder, der får dig til at føle dig levende". Diskuter eventuelle bekymringer om forlegenhed eller kropsbillede, og normaliser disse følelser. Hvis Sara føler sig selvbevidst i gruppeforhold, kan du foreslå, at hun starter med aktiviteter derhjemme eller i små grupper.
- **Følg op og udvikl** – Planlæg opfølgninger hver anden uge for at fejre succeser, løse problemer (dårligt vejr, ændringer i tidsplanen) og introducere nye aktivitetsmuligheder, når interessen aftager. Når Saras selvtillid og glæde vokser, kan du gradvis foreslå at tilføje korte styrkeøvelser (f.eks. at bære indkøbsposer, bruge modstandsbånd) inden for rammerne af de aktiviteter, hun har valgt.

Ved at fokusere på udforskning og glæde giver denne tilgang Sara mulighed for at udvikle bæredygtige bevægelsesvaner, der er forankret i positive oplevelser snarere end forpligtelser. Terapeuten fungerer som coach og facilitator, der guider hende gennem prøver, refleksion og vanedannelse og sikrer, at hun forstår, hvordan hun kan være sikker og genkende aktiviteter, der passer til hendes livsstil og præferencer.

4.1.6 Træning med komorbiditeter: hvordan man kommer i gang og håndterer barrierer

Maria er en 63-årig pensioneret lærer med type 2-diabetes, forhøjet blodtryk, overvægt (BMI 33) og bilateral osteoartrose i knæene. Hun lider også af mild diabetisk perifer neuropati, der forårsager intermitterende følelsesløshed i fødderne. Hendes praktiserende læge har rådgivet hende om, at regelmæssig aktivitet kan forbedre blodsukkerkontrollen og reducere risikoen for hjerte-kar-sygdomme. Maria er villig, men usikker på, hvordan hun skal komme i gang: hendes knæ gør ondt efter længere tids stående, hun er bekymret for hypoglykæmi under træning på grund af insulinbrug, og hun føler sig træt og ængstelig ved at gå alene. Hun har prøvet træningsvideoer til hjemmebrug, men blev modløs, da hun ikke kunne følge med instruktøren.



Integreret behandlingsplan

- **Omfattende vurdering og samarbejde** – I betragtning af sameksistensen af flere kroniske sygdomme skal du bekræfte medicinsk stabilitet, inden du påbegynder træningen. Hvis du ikke er læge, skal du kontakte den praktiserende læge eller endokrinologen for at sikre, at blodtryk og blodsukker er godt kontrolleret, og for at justere insulindoseringen

eller doseringen af blodtrykssænkende medicin efter behov. Inden for fysioterapi eller træningsterapi skal du foretage en grundig funktionel vurdering, herunder bevægelighed, styrke i underekstremiteterne, balance, gangfunktion og træningstolerance. Dokumenter vanlige aktiviteter, træthedsmønstre, søvn og tidligere træningserfaringer for at identificere fysiske og adfærdsmæssige udgangspunkter. Denne vurdering afklarer risici (f.eks. neuropatisk skade, kardiovaskulær stress) og fastlægger den sikreste intensitet for progression.

- **Skræddersyet undervisning i sikkerhed og selvovervågning** – Undervis i praktiske, evidensbaserede sikkerhedsforanstaltninger. Instruer Maria i at kontrollere kapillær glukose før og efter træning i starten, medbringe 15 g hurtigtvirkende kulhydrater og genkende symptomer på hypoglykæmi. Diskuter korrekt fodtøj og daglig fodinspektion på grund af risikoen for neuropati. Gør det klart, at moderat fysisk aktivitet kan forbedre ledsmerter og mobilitet ved osteoartrose i knæet ved at forbedre neuromuskulær kontrol og antiinflammatoriske mediatorer. Forsikre hende om, at forbigående ubehag under aktiviteten ikke er ensbetydende med skade. Giv skriftlige instruktioner, der beskriver, hvad hun skal gøre ved unormale glukosemålinger eller smerteudbrud.
- **Identificer og håndter psykologiske eller færdighedsrelaterede barrierer ved hjælp af motiverende samtaler** – Udforsk Marias specifikke bekymringer ("Jeg er bange for, at mit blodsukker falder", "Mine knæ gør ondt, når jeg går", "Jeg bliver hurtigt træt"). Bekræft hendes bekymringer og brainstorm løsninger i fællesskab. For frygt for hypoglykæmi skal du planlægge motion omkring måltider eller insulintidspunkter under vejledning af hendes læge. Ved knæsmarter skal du vælge aktiviteter med lav belastning (f.eks. vandaerobic, stationær cykling, siddende tai chi), der aflaster leddene og samtidig giver aerobe fordele. Ved træthed og frygt for at træne alene skal du planlægge aktiviteter i hendes "energispidser" og undersøge mulighederne for gruppe- eller partnertræning. Tilskynd til deltagelse i samfundsprogrammer, der er skræddersyet til ældre voksne med kroniske lidelser (f.eks. diabetes-vandregrupper, gigt-træningshold), som giver social støtte og professionel overvågning. Brug kognitive adfærdsteknikker til at omformulere negative forudsigelser ("Jeg bliver for træt") til handlingsplaner ("Jeg kan hvile, når jeg har brug for det, og stadig få gavn af det").
- **Udarbejd en progressiv, fleksibel aktivitetsplan med lav belastning** – Start med lavintensitets aktiviteter, der giver mulighed for pauser og minimerer belastningen af knæene. Egnede muligheder er vandgymnastik med modstand fra vandet, liggende cykling for aerob konditionstræning uden vægtbelastning, stavgang for at fordele belastningen på overkroppen og siddende øvelser eller øvelser med træningselastikker for at styrke quadriceps og glutealmusklerne. Start med korte intervaller – ca. 10 minutter to gange

dagligt – og understreg, at akkumuleret bevægelse forbedrer sundhedsresultaterne. Brug pacing: hold pause, hvis smerten overstiger et tåleligt niveau, fortsæt, når den aftager, og øg varigheden eller intensiteten gradvist (5-10 % om ugen), mens du monitorerer knæsymptomer og blodsukkerniveauet. Suppler aerob træning med enkle styrke-, balance- og smidighedsøvelser, såsom at rejse sig fra siddende stilling, stå på et ben med støtte eller lette strækøvelser for lægge og baglår. Tilskynd til at integrere disse øvelser i daglige rutiner (hælhævninger, mens man børster tænder, mini-squats under huslige gøremål), så træningen føles overkommelig og bæredygtig.

- **Inkorporer styrke, balance og fleksibilitet** – Da komorbiditeter øger risikoen for fald og leddegeneration, skal du integrere øvelser, der målretter sig mod styrke i underekstremiteterne (sit-to-stand, wall squats), balance (stå på et ben med støtte) og fleksibilitet (let udstrækning af hamstrings og lægge). Disse elementer kan indarbejdes i daglige opgaver – øvelser med hæve-sænke-bevægelser med hælen, mens man børster tænder, eller mini-squats under tv-reklamer – så Maria ikke opfatter dem som separate træningsøvelser.
- **Forbedr sundhedskompetence og digital support** – Giv kortfattede skriftlige retningslinjer for sikker træning for personer med diabetes, forhøjet blodtryk og osteoartrose, og fremhæv begrundelsen bag hver anbefaling. Hvis Maria bruger en smartphone, kan du introducere brugervenlige apps, der sammen registrerer blodsukker og fysisk aktivitet, eller vise videodemonstrationer af øvelser med lav belastning. Hvis den digitale kompetence er lav, kan du tilbyde trykte billeder eller planlægge personlige demonstrationer for at sikre forståelsen.
- **Planlæg løbende støtte og tilpasning** – Planlæg regelmæssige opfølgninger (i starten hver 1-2 uge) for at gennemgå symptomer, blodsukkerniveauer og overholdelse af behandlingen. Samarbejd med Marias læge om at justere medicinen, hvis hendes blodsukker forbedres. Når hendes kondition forbedres, kan du introducere nye udfordringer (f.eks. let cykling med modstand, let intervaltræning), samtidig med at du respekterer hendes komorbiditeter. Tilskynd Maria til at sætte langsigtede funktionelle mål, såsom at kunne gå ture med sine børnebørn eller rejse komfortabelt.

Denne tilgang anerkender det komplekse samspil mellem komorbiditeter og barrierer. Ved at integrere medicinsk vejledning, personlige aktivitetsvalg, undervisning i sikker træning og psykologisk informeret praksis gør den det muligt for patienter som Maria at påbegynde og opretholde fysisk aktivitet, samtidig med at de håndterer deres helbredstilstand.

4.1.7 Tilpasning af motion til uforudsigelige rutiner såsom skifteholdsarbejde eller forældre

Tom er en 40-årig sygeplejerske på en akutafdeling med skiftende vagter og har to små børn. Han forstår vigtigheden af fysisk aktivitet, men har svært ved at opretholde en rutine på grund af skiftende arbejdstider, søvnforstyrrelser og familieforpligtelser. Tidligere forsøg på at følge strukturerede programmer mislykkedes, når hans tidsplan ændrede sig, hvilket efterlod ham frustreret og skyldbetynet.



Integreret behandlingsplan

- **Vurdering af tidsplan og træthed** – Begynd med at kortlægge Tomstypiske skifteholdsrytme, søvncyklusser og familieforpligtelser. Diskuter udsving i energiniveau i forbindelse med nat- og dagvagter og identificer muligheder for korte aktivitetsperioder. Anerkend indvirkningen af døgnrytmeforstyrrelser på motivation og restitution.
- **Aktivitetsmenu og integrering af vaner** – Brug motiverende samtaler til at udforske Toms præferencer og barrierer. Udvikl en "menu" med fleksible, underholdende aktiviteter – 5 minutters kropsvægtstræning, 10 minutters rask gang med børnene eller aktiv leg på legepladsen – som kan indpasses i uforudsigelige dage. Understreg, at den samlede bevægelse tæller, og opmuntr til at opbygge vaner (f.eks. squats efter tandbørstning, strækøvelser i tv-pauser).



- **Mikrosessionsprogression og pacing** – Start med meget korte sessioner (f.eks. to 5-minutters omgange dagligt), som han kan gennemføre uanset skiftets længde. Tilskynd ham til at logge aktiviteterne og notere tidspunktet på dagen, energiniveauet og humøret. Øg gradvist den samlede ugentlige aktivitet med 5-10 %, efterhånden som hans krop tilpasser sig, og tilpas intensiteten ud fra træthed og søvnkvalitet. Inkluder mobilitets- og styrke i bugmuskler for at modvirke arbejdsrelaterede belastninger.
- **Sundhedskompetence og digitale værktøjer** – Giv klare oplysninger om, hvordan fragmenterede aktiviteter gavner hjerte-kar-sundheden og den mentale sundhed. Vis enkle øvelser, som Tom kan udføre sikkert uden udstyr, og hvis han har digitale kompetencer, kan du anbefale apps, der tilbyder korte træningsprogrammer eller "bevægelsespåmindelser", der er tilpasset variable tidsplaner. Foreslå værktøjer til at spore den samlede aktivitet for at styrke fremskridtet.
- **Strategier for familie og arbejdsmiljø** – Tilskynd til at inddrage familien i bevægelse – leg med børnene, gå til skole eller cykle sammen på fridage. På arbejdspladsen skal du identificere muligheder for bevægelse: gå på trapper, udfør hurtige strækøvelser i pausen eller start en "strækcirkel" med kollegerne. Opbygning af et støttende miljø mindsker opfattelsen af aktivitet som en ensom opgave.
- **Psykologisk informeret praksis og selvstændighed** – Adressér skyldfølelse og alt-eller-intet-tankegang gennem kognitive adfærdsstrategier. Omformuler udeladte sessioner som muligheder for at justere i stedet for nederlag. Sæt fleksible, procesfokuserede mål (f.eks. "Jeg vil bevæge mig fire dage i denne uge") og fejlr små sejre. Planlæg opfølgninger for at genbesøge barrierer, tilpasse aktivitetsmenuen og styrke Toms tillid til at håndtere sin sundhed på trods af uforudsigelige rutiner.

Denne koncise, samarbejdsbaserede tilgang anerkender udfordringerne ved skifteholdsarbejde og forælderrollen, samtidig med at den tilbyder handlingsrettede strategier til at integrere aktivitet problemfrit i Toms liv.

4.1.8 Håndtering af frygt for bevægelse

Laura er en 47-årig revisor, der i otte måneder har haft uspecifikke lændesmerter. Efter at have følt en skarp "smerte" under løft af en kasse, blev hun bange for at bøje sig, da hun troede, at hun ville "få en diskusprolaps". Hun bevæger sig nu stift, undgår at løfte noget tungere end en kaffekande og bærer næsten konstant et lændestøttebælte. Hendes MR-scanning viste "milde degenerative forandringer", som hun tolker som alvorlige skader. Smerterne fortsætter trods hvile.



Integreret behandlingsplan

- **Vurdering og identifikation af uhensigtsmæssige tanker** – Foretag en fysisk og funktionel vurdering og brug målinger som Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire og Tampa Scale of Kinesiophobia til at kvantificere frygtniveauer. Undersøg Lauras overbevisninger om hendes ryg, MR-fundene og de specifikke aktiviteter, hun undgår. Afklar, hvordan katastrofale fortolkninger (f.eks. "Min rygrad vil kollapse, hvis jeg bøjer mig") bidrager til hendes undgåelse.

- **Smerteundervisning (sundhedskompetence: forståelse og overbevisninger)** – Forklar smertemekanismerne på en forståelig måde. Understreg, at mange ændringer i rygsøjlen, der ses på billeddiagnostik, er normale, og at smerter ofte afspejler et følsomt nervesystem snarere end strukturelle skader. Brug metaforer og visuelle hjælpemidler ("rynker på indersiden") til at afmystificere fundene. Lær, at smerte ikke er det samme som skade, og at gradvise bevægelser kan reducere systemets følsomhed. Bekræft forståelsen gennem teach-back.
- **Samarbejdsbaseret frygthierarki og detaljeret gradvis eksponering** – Udarbejd i fællesskab et hierarki over frygtede aktiviteter, hvor de rangordnes fra mindst til mest truende. Begynd med enkle opgaver, der ikke vækker megen frygt, såsom at række sig fremad, mens man sidder, og gå videre til mere udfordrende bevægelser, såsom at løfte en let genstand fra gulvet. Giv detaljeret vejledning til hvert trin:
 - **Forberedelse:** Undervis i hvordan rygsøjlen's forskellige positioner og hvordan man bruger hoftebøjning til løft for at reducere den opfattede risiko. Øv disse bevægelser uden belastning, indtil hun føler sig tryg.
 - **Kontrolleret eksponering:** Brug en trinvis tilgang – øv først bevægelsen uden belastning, tilføj derefter minimal belastning (f.eks. en blød bold) og øg til sidst vægten, efterhånden som selvtilliden vokser.
 - **Kontekstuel variation:** Varier miljøet (f.eks. stående, siddende, samle genstande i forskellige højder) for at overføre selvtilliden uden for klinikken.
 - **Refleksion:** Efter hver eksponering skal du bede Laura om at vurdere sin frygt før og efter og notere, hvad der skete i forhold til, hvad hun havde forventet. Dette forstærker forskellen mellem forventning og virkelighed og reducerer katastrofale forudsigelser.
- **Kognitiv-adfærdsmæssige strategier til at udfordre katastrofale tanker** – Hjælp Laura med at identificere automatiske negative tanker ("Hvis jeg løfter, ender jeg i en kørestol") og undersøge deres nøjagtighed. Opfordre hende til at omformulere disse til afbalancerede udsagn ("Min ryg er stærk; gradvise bevægelser gør den sundere"). Brug tankeregistreringer til at dokumentere forudsigelser og faktiske resultater for aktiviteter. Integrer afspændingsteknikker som diafragmavejrtrækning eller progressiv muskelafspænding for at reducere forhøjet opmærksomhed under eksponeringssessioner.
- **Pacing og gradvis aktivitetsplanlægning** – Udarbejd en aktivitetsplan, der indeholder gradvise daglige mål for gåture, husholdningsopgaver og fritid. Lær Laura at overvåge anstrengelsen ved hjælp af skalaer der kan måle opfattet anstrengelse og at stoppe på forud aftalte tidspunkter i stedet for når smerterne blusser op. Brug en dagbog eller en digital app

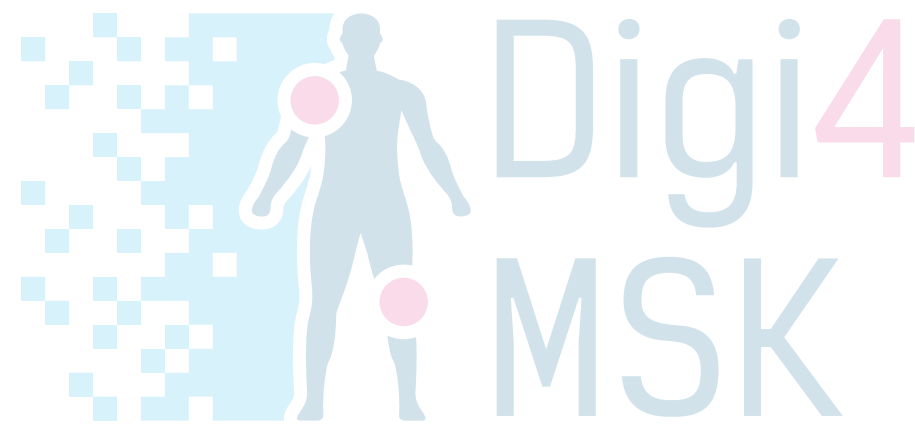
til at holde styr på det. Øg varigheden eller intensiteten gradvist, så hver fremgang føles overkommelig.

- **Sundhedskompetence: vurder og anvend** – Giv Laura mulighed for kritisk at vurdere sundhedsoplysninger. Diskuter, hvordan bekymringsskabende sprogbrug ("diskusprolaps") og restriktive råd kan forstærke frygten. Giv hende udvalgte, evidensbaserede ressourcer om rygsmerter og bevægelse. Lær hende at spørge: "Hvem har skrevet dette? Er det evidensbaseret? Stemmer det overens med det, jeg har lært om smerte kontra skade?" Opfordre hende til at anvende denne kritiske brille, når hun konfronteres med modstridende budskaber online.
- **Digital og social støtte** – Hvis Laura er fortrolig med teknologi, kan du anbefale apps, der guider hende gennem trinvis eksponeringsøvelser eller tilbyder beroligende øvelser. Alternativt kan du foreslå sociale aktiviteter såsom let yoga eller pilates, hvor instruktørerne lægger vægt på kropsbevidsthed og normale bevægelser. Gruppesammenhængen kan normalisere bevægelser og give social støtte, hvilket yderligere mindsker frygten.
- **Opfølgning og forebyggelse af tilbagefald** – Planlæg regelmæssige opfølgninger for at gennemgå fremskridt, justere frygthierarkiet og forstærke gevinster. Lær Laura, hvordan hun håndterer opblussen uden at falde tilbage i undgåelse: brug pacing, afslapning og kognitiv omformulering. Tilskynd hende til fortsat at praktisere sine eksponeringsøvelser for at bevare selvtilliden og forhindre tilbagefald til frygtbaserede undgåelsesmønstre.

Ved at vurdere overbevisninger og frygt kan klinikerne tilpasse og personalisere en bevægelseseksponeringsstrategi, der hjælper Laura med at reducere bekymringer og genoprette funktion.

4.1.9 Brug af pacing-strategier for at undgå boom-bust-cykler

Karl er en 50-årig lagerchef med kroniske, udbredte muskuloskeletale smerter, der svarer til fibromyalgi. Han veksler mellem dage med høj aktivitet – rengøring af garagen, havearbejde, ærinder – og dage, hvor han er sengeliggende af træthed og smerter. Når han føler sig "god", presser han sig selv for at indhente det forsømte, men det fører ofte til alvorlige opblussen, der varer flere dage. Karl føler sig skyldig over at hvile sig og er bekymret for, at mindre aktivitet vil gøre ham doven. Han spørger, hvordan han kan styre sin aktivitet uden konstant at være på denne rutsjebane.



Integreret behandlingsplan

- **Identificer basisniveau og boom-bust-mønstre** – Begynd med en detaljeret vurdering af Karls daglige aktiviteter, smerteudsving, søvn mønstre og humør. Bed ham om at udfylde en aktivitets- og symptomdagbog for en uge, hvor han noterer, hvad han laver, hvor længe, hans oplevede energiniveau og smerteniveau. Dette hjælper ham med at se sammenhængen mellem at overanstrenge sig på "gode" dage og efterfølgende nedture. Fremhæv, at boom-bust-mønstre er almindelige ved kroniske smerter og træthedstilstande og forlænger symptomernes sværhedsgrad.

- **Sundhedskompetence: forståelse og overbevisninger** – Undervis Karl om smerte og trætheds fysiologi. Forklar, at overskridelse af hans fysiske og neurologiske "energiramme" kan fremprovokere central sensibilisering, hvilket kan føre til opblussen. Brug enkle vendinger til at beskrive, hvordan pacing opretholder en stabil ydelse inden for hans nuværende kapacitet, så hans krop kan komme sig gradvist og opbygge tolerance. Udfordr overbevisninger, der sidestiller hvile med dovenskab; understrege, at strategisk hvile er en aktiv egenhåndteringsfærdighed, ikke et tegn på svaghed.
- **Etabler et sikkert basisniveau og kvotesystem** – Arbejd sammen med Karl om at beregne hans basisniveau – den mængde aktivitet, han kan udføre på både gode og dårlige dage uden at forværre symptomerne. Dette kan betyde, at aktiviteterne midlertidigt skal reduceres for at finde et bæredygtigt udgangspunkt (f.eks. 10 minutters havearbejde eller 20 minutters gåtur efterfulgt af hvile). Anvend en kvotebaseret, tidsafhængig tilgang frem for en smerteafhængig adfærd. Aftal f.eks., at han stopper efter 20 minutters husarbejde, selvom han har det godt, og hvil i 10 minutter, før han starter på endnu en 20-minutters blok.
- **Implementer strategier for pacing** – Indfør centrale principper for pacing:
 - **Opdel opgaver i mindre dele** – Opdel store opgaver (f.eks. rengøring af garagen) i overskuelige dele, der kan spredes over flere dage.
 - **Skift mellem aktiviteter** – Skift mellem tungere og lettere opgaver (f.eks. efter at have støvsuget, sæt dig ned for at betale regninger) for at undgå vedvarende belastning af de samme muskelgrupper.
 - **Planlæg regelmæssige pauser** – Brug timere til at minde ham om at hvile, inden smerter eller træthed bliver for stærke. Under pauserne kan I øve jer i afspændingsteknikker eller let udstrækning.
 - **Brug 10%-reglen** – Når basisniveauet er blevet tolereret i en uge, øges aktivitetsvarigheden med højst 10 % for gradvist at opbygge udholdenhed uden at udløse forværringer.
- **Værktøjer til monitorering og forstærkning** – Giv Karl en skabelon til en dagbog eller en digital app, hvor han kan registrere aktiviteter, symptomernes sværhedsgrad og hvileperioder. Visuel feedback hjælper ham med at værdsætte fremskridt og overholdelse. Nogle apps giver brugerne mulighed for at indstille tidsbestemte påmindelser om pauser og spore den samlede aktivitet. Gennemgå logfilerne regelmæssigt for at justere kvoter og fejre succeser. Hvis læse- og skrivefærdigheder eller digitale færdigheder er begrænsede, kan du bruge farvekodede papirkort eller enkle tjeklister.

- **Psykologisk informeret praksis** – Adressér skyldfølelse og perfektionisme ved hjælp af kognitive adfærdsstrategier. Hjælp Karl med at omdefinere hvile som en investering i produktivitet ("At tage pauser hjælper mig med at opnå mere samlet set") snarere end spildt tid. Udforsk værdier og prioriteter: Hvilke aktiviteter giver ham glæde eller mening? Tilskynd ham til at bruge sin energi på disse frem for på ikke-væsentlige opgaver. Lær ham at løse problemer (f.eks. ved at delegerer opgaver, bede om hjælp) og afspændingsteknikker til at håndtere frustration, når han må stoppe, selvom han føler sig i stand til mere.
- **Sundhedskompetence: anvendelse og digitale domæner** – Vis Karl, hvordan han kan anvende principperne for pacing i forskellige sammenhænge – arbejde, hjem, sociale aktiviteter. Giv klare, trinvis instruktioner, og tjek hans forståelse. Hvis han bruger bærbar teknologi (smartwatch, fitness-tracker), skal du diskutere, hvordan man fortolker skridttællinger eller energiforbrug uden at fokusere på tal. Understreg, at data skal informere beslutninger om pacing snarere end at føre til overanstrengelse.
- **Gradvis funktionel progression** – Når Karl konsekvent overholder sin pacing-plan og oplever færre opblussen, skal I samarbejde om gradvist at øge hans aktivitetsniveau. Indfør lette styrkeøvelser eller aerobe aktiviteter med lav belastning (f.eks. svømning, cykling) for at forbedre udholdenheden. Understreg, at progressionen er langsom, og at lejlighedsvis opblussen er læringsmuligheder til at justere kvoterne.
- **Regelmæssig gennemgang og tilpasning** – Planlæg periodiske opfølgningssamtaler for at evaluere effektiviteten af Karls pacing. Brug hans logbøger til at identificere mønstre (f.eks. specifikke aktiviteter, der stadig udløser opblussen) og justere kvoterne. Genbesøg overbevisninger og følelsesmæssige reaktioner på pacing, efterhånden som hans funktionelle kapacitet udvikler sig. Opfordre ham til at dele pacing-strategier med familie eller kolleger, så de forstår hans begrænsninger og kan yde støtte.

Ved at kombinere undervisning om boom-bust-cyklussen, strukturerede pacing-teknikker, psykologisk informeret praksis og løbende monitorering giver denne plan Karl mulighed for at styre sin energi mere effektivt. Den fremmer bæredygtige aktivitetsmønstre, der stabiliserer symptomerne og gradvist udvider hans funktionelle kapacitet.

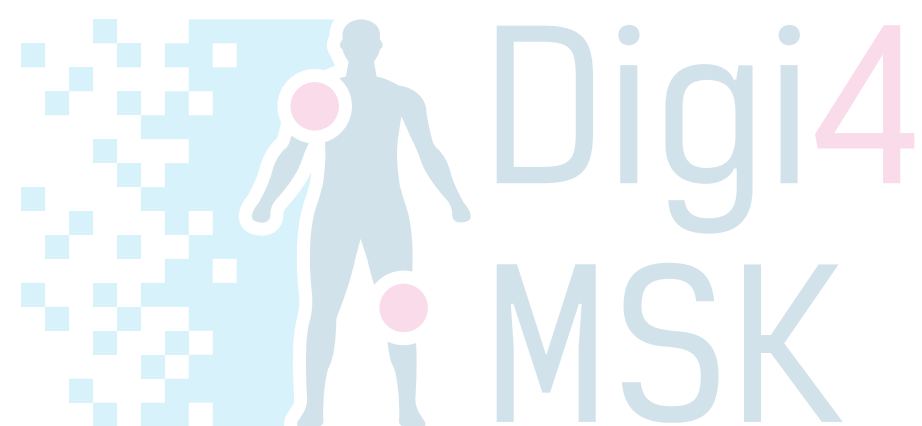
4.1.10 Integration af bevægelse i stillesiddende job eller lange pendlerture

Elena er en 35-årig marketingchef, der tilbringer otte til ni timer ved sit skrivebord og 90 minutter på pendling hver dag. Hun rapporterer om stivhed i nakken, lejlighedsvis lændesmerter og sløvhed. Hendes tidsplan giver hende kun lidt tid til struktureret motion i løbet af ugen. I weekenden vandrer hun, men kontrasten mellem intens weekendaktivitet og inaktivitet på hverdage efterlader hende øm og træt. Hun spørger, hvordan hun kan integrere mere bevægelse i sin daglige rutine.



Integreret behandlingsplan

- **Evaluer siddende vaner og variation** – I stedet for at fokusere på en “korrekt kropsholdning” skal du vurdere Elenas evne til at variere sine positioner i løbet af dagen. Diskuter hendes stoleindstillinger, skrivebordshøjde og skærmlacering med det formål at muliggøre bevægelse: juster sædehøjden for at skifte mellem hoftevinkler, brug en fodstøtte med mellemrum, og sørg for, at hun komfortabelt kan skifte mellem fremadbøjet, tilbagelænet og opretstående positioner. Tilskynd til at udforske en række stillinger, der passer til forskellige opgaver (f.eks. læne sig tilbage, når man læser, sidde fremad, når man skriver) og hyppige bevægelsespåuser.



- **Sundhedskompetence: forståelse og overbevisninger** – Forklar, at langvarig statisk siddende stilling bidrager til muskuloskeletale gener og øget risiko for livsstilssygdomme, og at inddragelse af bevægelse – “korte bevægelsespauser” – i arbejdstiden kan forbedre cirkulationen, reducere stivhed og øge koncentrationen. Tag fat på almindelige overbevisninger om, at produktivitet kræver uafbrudt siddende stilling; del dokumentation for, at korte, målrettede pauser forbedrer den kognitive ydeevne og trivsel. Understreg, at målet er at indarbejde bevægelse i eksisterende rutiner i stedet for at tilføje en separat træning.
- **Ændringer af arbejdsstationen for at fremme variation** – Samarbejd med Elena om at tilpasse hendes arbejdsplads, så den tilskynder til hyppige holdningsændringer i stedet for at foreskrive en enkelt “ideel” position. Dette kan indebære at tilføje en sidde-stå-skrivebordsomformer for at skifte mellem at sidde og stå, sikre, at hendes stol og skrivebord let kan justeres til forskellige holdninger, og placere ofte anvendte genstande lige uden for rækkevidde for at tilskynde til lejlighedsvis at stå op eller række ud. Hvis der bruges dynamiske siddehjælpemidler (f.eks. wobble-pude, fodrulle), skal du lægge vægt på korte perioder med brug for at introducere mikrobevægelser uden at skabe en ny “statisk” kropsholdning. Fokus er på at muliggøre overgange og komfort i løbet af dagen.
- **Mikropauser og bevægelsessnacks** – Udarbejd en fleksibel plan for korte bevægelsespauser. Foreslå at indstille digitale påmindelser hvert 30.-45. minut. I hver pause kan Elena udføre et par enkle bevægelser: skulderrulninger, rygsøjlerotationer, siddende march eller en rask gåtur til køkkenet eller postkassen. Tilskynd til strækning i forskellige planer – sidebøjninger, brystkassestrækninger – for at modvirke vedvarende stillinger. Understreg, at selv 1-2 minutters bevægelse bidrager til den generelle sundhed.
- **Aktiv pendling og pauser under pendlingen** – Undersøg mulighederne for at indarbejde bevægelse i hendes pendling. Hvis hun bruger offentlig transport, kan Elena stå af et stop tidligere og gå den resterende afstand eller stå op i stedet for at sidde ned. Ved pendling i bil kan du anbefale hende at parkere længere væk fra bygningen og tage trappen i stedet for elevatoren. Ved længere køreture kan du foreslå korte pauser på 2-3 minutter, hvor hun kan gå og strække sig for at lindre stivhed og bevare opmærksomheden.
- **Øvelser ved skrivebordet og isometriske rutiner** – Giv Elena diskret træning, som hun kan integrere i sin arbejdsdag: baldepres, bækkenvridninger i siddende stilling, skulderbladpres eller skiftevis hæleløft. Lær hende at strække brystkassen ved hjælp af et sammenrullet håndklæde midt på ryggen. Tilskynd hende til isometriske hold, såsom at presse håndfladerne sammen, for at aktivere musklerne i overkroppen. Disse øvelser kræver minimal afbrydelse og kan udføres, mens hun læser e-mails eller deltager i telefonmøder.

- **Digitale værktøjer og aktivitetsmåling** – Anbefal apps eller softwareudvidelser, der opfordrer til bevægelsespauser og måler den samlede stående tid eller antal skridt. Hvis hun bruger et smartur eller en fitness-tracker, kan du hjælpe med at sætte realistiske mål (f.eks. at stå op i 5 minutter hver halve time, nå 4.000-5.000 skridt i løbet af arbejdstiden). Nogle programmer gør aktiviteten til et spil og fremmer venlig konkurrence med kolleger eller familie.
- **Modulering af weekendaktiviteter og restitution** – Rådgiv Elena til at pacing i hendes weekendvandring for at minimere ømhed. Opbyg gradvist aktiviteten på hverdage – korte gåture efter arbejde, yogastrækninger før sengetid – for at reducere kontrasten mellem weekendens anstrengelser og hverdagens stillesiddende liv. Understreg vigtigheden af tilstrækkelig hvile, hydrering og let strækning efter vandreturen for at hjælpe restitutionen.
- **Fremme en bevægelsesvenlig kultur** – Opfordre Elena til at dele sine bevægelsesstrategier med kolleger og ledere. Foreslå gående møder, stående møder eller hold strækpauser. Normalisering af mikropauser kræver organisatorisk støtte; når ledere viser disse adfærdsmønstre, er medarbejderne mere tilbøjelige til at overtage dem. Fremhæv, at sådanne praksisser kan øge teamets fokus og reducere muskuloskeletale gener.
- **Undersøg sammen med hende muligheden for at arbejde hjemmefra en eller to dage om ugen.** Hvis hun kan forhandle sig frem til en eller to dage med hjemmearbejde om ugen, kan hun bruge den tid, hun sparer på pendling, til at udføre nogle af de anbefalede fysiske aktiviteter.
- **Gennemgå og juster** – Planlæg opfølgninger for at evaluere Elenas symptomer og integrering af aktiviteter. Juster bevægelsesfrekvensen og -typerne på baggrund af hendes feedback. Fejr forbedringer, såsom reduceret stivhed eller øget energi. Hvis specifikke gener fortsætter trods disse ændringer, skal du undersøge målrettet styrketræning eller henvise til arbejdsmedicinske specialister for yderligere evaluering.

Ved at kombinere uddannelse i moderne ergonomi med implementering af specifikke foranstaltninger kan Elena udforske og indarbejde nye komfortable måder at arbejde på samt integrere sunde bevægelsesvaner og fysisk aktivitet i sin daglige rutine.

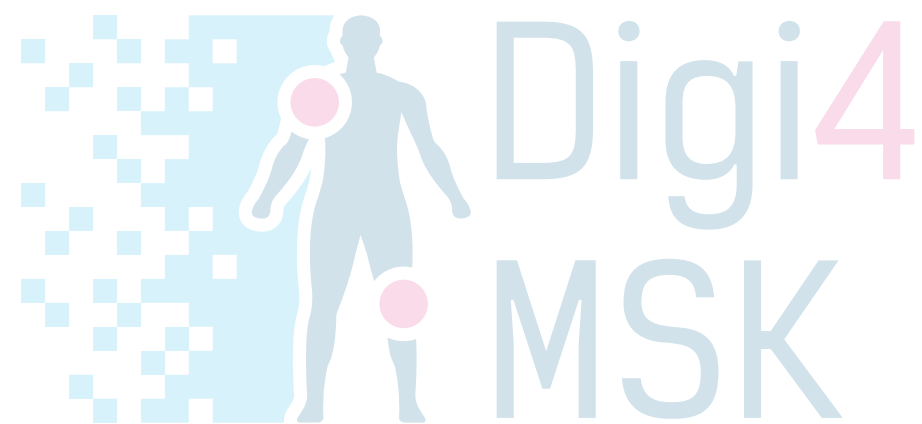
4.1.11 Brug af AI til at fremme bevægelse og fysisk aktivitet

Morten er en 52-årig ingeniør med kronisk osteoartrose i knæet. Under din indledende vurdering fastslår du, at han er fortrolig med at bruge teknologi, aldrig har fulgt et struktureret træningsprogram og søger ideer til at blive mere aktiv. Han har downloadet en dialogbaseret AI-app, der giver forslag til øvelser, men ved ikke, hvordan han skal bede den om sikre, skræddersyede råd.



Integreret behandlingsplan

- **Vurder digital kompetence og afklar mål** – Bekræft, at Morten kan navigere i AI-grænsefladen og forstår dens grundlæggende funktioner. Diskuter hans mål: at forbedre knæfunktionen, øge den generelle kondition og bevare motivationen. Noter eventuelle komorbiditeter eller bevægelsesbegrænsninger, som AI'en skal tage højde for (f.eks. undgå aktiviteter med høj belastning på grund af osteoartrose). Understreg, at AI skal understøtte – ikke erstatte – professionel vejledning.



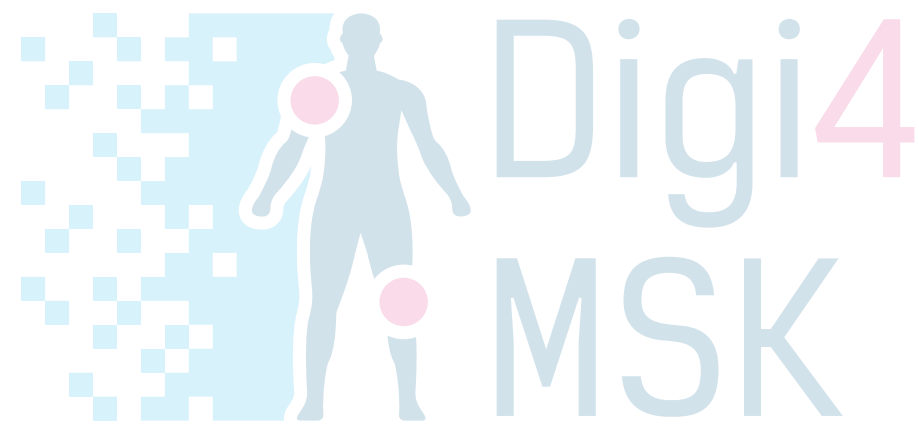
- **Lær effektiv AI-prompting til træningsplaner** – Vis Morten, hvordan man udarbejder detaljerede prompts, der giver sikrere og mere relevante forslag. Nøgleelementer omfatter:
 - **Kontekst:** Beskriv hans alder, helbredstilstand (f.eks. "Jeg er 52 år gammel med osteoartrose i knæet og har ingen tidligere erfaring med træning") og eventuelt tilgængeligt udstyr (f.eks. "Jeg har modstandsbånd og en yogamåtte").
 - **Mål:** Angiv de ønskede resultater (f.eks. "Jeg vil gerne starte med lavintensiv træning for at forbedre min styrke og smidighed").
 - **Begrænsninger:** Nævn tidsbegrænsninger og hyppighed (f.eks. "Jeg kan forpligte mig til 15 minutters sessioner tre gange om ugen").
 - **Overvejelser omkring tilpasning:** Bed om ændringer for at finde passende dosering (f.eks. "Undgå øvelser med høj belastning eller dybe squats, og foreslå ændringer for knæ smerter").
 - **Format:** Bed om klare, trinvis instruktioner og advarsler (f.eks. "Angiv øvelser med enkle beskrivelser, og fortæl mig, hvad jeg skal føle, og hvornår jeg skal stoppe").
- **Du kan f.eks. bruge en prompt som denne:** *"Udarbejd et træningsprogram for begyndere til en 52-årig mand med osteoartrose i knæet. Jeg har ingen tidligere træningserfaring, kan træne derhjemme med modstandsbånd og en yogamåtte og ønsker at forbedre min benstyrke og generelle mobilitet. Giv mig tre øvelser med lav belastning, som jeg kan udføre i en 15-minutters session tre gange om ugen, med instruktioner og sikkerhedstips til beskyttelse af mine knæ."*
- **Evaluer og finpuds AI-genererede planer** – Opfordre Morten til at dele AI'ens forslag med dig, inden han går i gang. Gennemgå sammen hver øvelse for at sikre, at den er passende. Kontroller, at de passer til hans fysiske formåen (f.eks. ved at sikre, at den anbefalede lunge-dybde er lav, og erstatte højbelastende bevægelser med step-ups). Ændr eventuelle usikre eller upraktiske elementer. Forklar Morten, hvorfor visse øvelser er eller ikke er passende, så han kan justere fremtidige forslag.
- **Giv dine egne ideer til begynderaktiviteter, som AI'en kan bruge** – Tilbyd et udvalg af lavbelastende, begyndervenlige aktiviteter, som AI'en kan uddybe. Eksempler:
 - **Stolassisterede squats** – Stå op fra en stol og sæt dig langsomt ned igen for at opbygge styrke i quadriceps.
 - **Siddende knæstræk** – Stræk og bøj knæet, mens du sidder, for at forbedre bevægelsesområdet.
 - **Stationær march eller step-touches** – Let kardio uden belastning af leddene.
 - **Armbøjninger mod væg** – Styrke overkroppen med minimal belastning af knæene.

- **Foreslå Morten at inkludere disse, når han spørger AI'en:** "Brug squats med stol og siddende knæstrækninger som en del af min rutine." Dette sikrer, at AI'ens output forbliver inden for passende grænser.
- **Tilskynd til gradvis progression og overvåg feedback** – Rådgiv Morten til at starte med den AI-assisterede rutine to til tre gange om ugen og lytte til sin krop. Lær ham at monitorere smerteniveau, træthed og nydelse. Tilskynd til at føre dagbog over sessionerne og gennemgå dem i opfølgninger. Når han får mere selvtillid, kan han bede om lidt mere udfordrende variationer ("Tilføj øvelser med træningselastik for at øge min benstyrke") under din supervision.

Ved at vurdere Mortens digitale kompetencer og vise ham forskellige eksempler på, hvordan man bruger generativ AI, kan han få bedre adgang til ressourcer og vejledninger, der fremmer fysisk aktivitet.

4.1.12 Undgå at løfte vægte: Bevis bag anbefalingen om rygsmerter

Torben, en 45-årig lagerarbejder, har haft periodiske lændesmerter det sidste år. Efter at have set diagrammer på arbejdet, der antydede, at "løft med ret ryg" er den eneste sikre måde at løfte på, begyndte han at undgå alle former for løfte- eller bøjningsopgaver. Hvis han skal løfte noget tungt, beder han kolleger om hjælp eller løfter akavet ved kun at bruge armene. Han er også holdt op med at gå i fitnesscenter af frygt for at "beskadige" sin ryg. Torben mener, at det er farligt at bøje ryggen, og tror, at vægttræning vil forværre hans smerter. Når han bliver spurgt om sin fysiske aktivitet, svarer han, at han kun går og strækker sig let. Han spekulerer på, om han nogensinde skal løfte vægte igen.



Integreret behandlingsplan

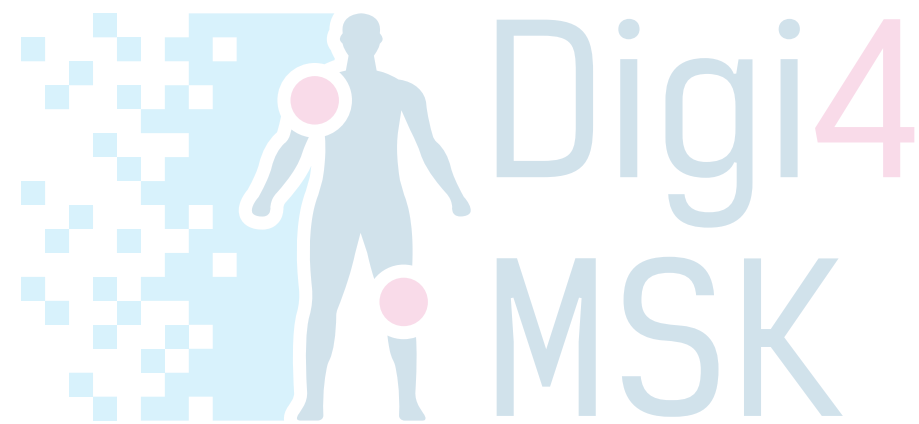
- **Vurder overbevisninger og grundlæggende kapacitet** – Foretag en funktionel vurdering af Torbens styrke, fleksibilitet og løfteteknik. Brug spørgeskemaet Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire til at kvantificere hans frygt for at løfte. Udforsk hans overbevisninger: "Hvad tror du, der sker, når du bøjer ryggen?" eller "Hvor har du hørt, at det er skadeligt at løfte vægte?" Identificer misforståelser og årsagerne til hans frygt (f.eks. plakater på arbejdspladsen, tidligere råd).

- **Giv smerteundervisning baseret på opdateret evidens** – Forklar, at den aktuelle forskning udfordrer den langvarige overbevisning om, at en neutral rygsøjle altid er påkrævet under løft. En gennemgang fra 2022 bemærkede, at de fleste klinikere går ind for squat-løft, men træning i squat-løft forhindrer ikke lændesmerter, og løft med større lændefleksion (et "foroverbøjet" løft) er ikke en risikofaktor for opståen, vedvarende eller tilbagevendende lændesmerter¹. Diskuter, at selv når folk forsøger at holde "ryggen ret", viser undersøgelser, at der forekommer 50-80 % maksimal rygbøjning, hvilket gør det umuligt at undgå bøjning fuldstændigt. En systematisk gennemgang af litteraturen fandt ingen forskel i positionering af lændehvirvlerne under løft mellem personer med og uden rygsmerter og konkluderede, at øget rygsøjlefleksion ikke er forbundet med diskusprolaps eller vedvarende rygsmerter. Understreg, at rygsøjlen er stærk og tilpasningsdygtig, og at gradvis belastning gør vævet mere modstandsdygtigt.
- **Omformuler løfteteknik og belastningsstyring** – Indfør rammen "berolig vævet, opbyg vævet, forbedr arbejdskapaciteten": Under smertefulde episoder skal opgaverne tilpasses for at reducere belastningen (berolig vævet). Når symptomerne aftager, skal du gradvist opbygge vævstolerance gennem gradvis modstandstræning og varierede løfteteknikker. Forklar, at der ikke findes én teknik, der passer til alle; bøjet, squat og semi-squat løft er lige sikre, og hver har sine fordele. For eksempel kan stopløft være mere metabolisk effektivt og mindre krævende for hjerte-lungesystemet¹. Vælg den teknik, der føles mest behagelig for Torben og passer til opgaven.
- **Udvikl et gradueret styrketræningsprogram** – Begynd med lette, kontrollerede modstandsøvelser (kropsvægtssquats til en stol, hoftebøjninger med rundstok) for at lære hofte-dominerende bevægelser og opbygge selvtillid. Gå videre til træningselastikker eller lette håndvægts-dødløft med fokus på jævne, smertefri bevægelser. Øg belastningen med 5-10 % om ugen, og sørg for, at Torben kan opretholde form og kontrol. Inddrag øvelser, der kræver lændefleksion, såsom Jefferson curls eller kettlebell-dødløft, når han kan tolerere grundlæggende bevægelser, for gradvist at udsætte ham for fleksion under belastning. Understreg, at muskelsmerter er normale, når man starter et nyt program, og at de normalt forsvinder inden for 48-72 timer.
- **Brug gradvis eksponering for bøjnings- og løfteopgaver** – Lav en liste over Torbens frygtede bevægelser (f.eks. at løfte en værktøjskasse, læsse bilen). Rangér dem fra mindst til mest bekymrende. Begynd at øve opgaver, der giver mindre frygt, under fysioterapeutens opsyn, og tilføj gradvist vægt eller kompleksitet. Opfordre Torben til at notere sine frygt før aktiviteten og registrere, hvad der faktisk sker bagefter. Fremhæv uoverensstemmelser for at reducere katastrofetænkning. Over tid kan du gå videre til tungere løft, der ligner hans arbejdsopgaver, altid under monitorering af symptomer og justering af volumen.

- **Adressér sundhedskompetence: forståelse og vurdering** – Giv Torben tilgængelige, evidensbaserede ressourcer, der afkræfter almindelige myter om rygbøjning og løft (f.eks. faktablade fra sundhedsprofessionelle foreninger eller infografik, der opsummerer, at løft med bøjet ryg ikke er skadeligt). Lær ham at kritisk vurdere onlineinformation ved at kontrollere forfatterskab, publikationsdato og overensstemmelse med aktuelle retningslinjer. Opfordre ham til at dele disse ressourcer med kolleger og vejledere for at udfordre forældede plakater om manuel håndtering.
- **Inkorporer psykologisk informeret praksis** – Brug motiverende samtaler til at styrke Torbens indre motivation for at vende tilbage til styrketræning (f.eks. "At kunne løfte med selvtillid vil hjælpe dig med at udføre dit arbejde og beskytte din uafhængighed"). Brug kognitiv omstrukturering til at erstatte tanker som "Min ryg er svag" med "Min ryg bliver stærkere, når jeg træner gradvist." Lær afspændingsteknikker til at håndtere angst under løfteopgaver.
- **Ændr ergonomien og kommunikationen på arbejdspladsen** – Samarbejd med Torben og hans arbejdsmiljøteam om at opdatere retningslinjerne for løft på arbejdspladsen, så de afspejler moderne viden. Foreslå plakater, der promoverer forskellige løfteteknikker, hvor ben- og rygmusklerne bruges sammen, og som lægger vægt på opgavespecifikke strategier frem for strenge regler om "ret ryg". Tilskynd til mikro-pauser og bevægelsesvariation under hans vagter for at reducere den samlede belastning.
- **Monitorer fremskridt og juster** – Planlæg opfølgninger hver 2-3 uge for at revurdere styrke, smerter og selvtillid. Brug resultatmålinger såsom Oswestry Disability Index til at spore funktionelle forbedringer. Juster programmet ud fra hans reaktion – hvis han oplever forværringer, skal belastningen reduceres midlertidigt, og der skal fokuseres på teknikken; hvis fremskridtene er stabile, kan der introduceres mere komplekse løft eller funktionelle opgaver. Tilskynd til at følge udviklingen med en træningsdagbog, så Torben kan se sine fremskridt og erkende, at lejlighedsvis ubehag ikke betyder skade.

Ved at sammenfatte den aktuelle viden om sammenhængen mellem løft, skaderisiko, smerter og frygt kan terapeuten berolige Torben og hjælpe ham med at udforske forskellige løftestrategier.

1. Washmuth NB, et al. Int J Sports Phys Ther. 2022. <https://doi.org/10.26603/001c.30023>

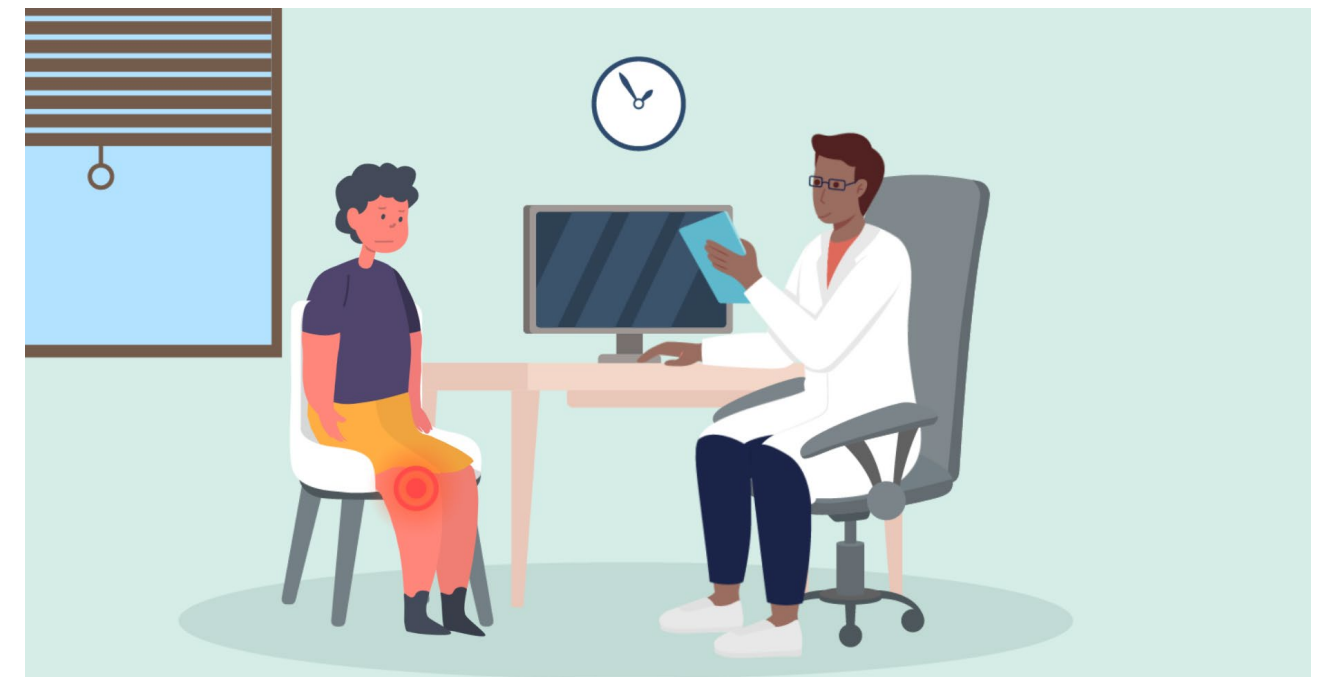


4.2. Interaktion mellem kliniker og patient

I denne del finder du eksempler, der illustrerer, hvordan man håndterer udfordrende samtaler, modstridende informationer, forventninger og second opinions.

4.2.1 Hjælp til patienter med at forberede en konsultation med kliniker og håndtering af second opinions.

Laura, en 62-årig lærer, har haft vedvarende smerter i knæ og hofte i tre år. Hendes praktiserende læge diagnosticerede "degenerativ ledsygdom" og anbefalede vægttab og smertestillende medicin. Efterfølgende klinikere gav modstridende råd – den ene foreslog at få et nyt knæ, en anden anbefalede injektioner, og en tredje sagde, at hun var "for ung" til operation. Laura var forvirret og henvendte sig til en AI-chatbot, der listede flere mulige lidelser og reklamerede for kosttilskud. Efter yderligere søgning på internettet læste hun alarmerende påstande om, at injektioner "ødelægger brusk", hvilket øgede hendes angst. Hun har nu en aftale med en erfaren muskuloskeletal fysioterapeut og ønsker at forberede sig effektivt, stille velinformerede spørgsmål og vide, hvornår en second opinion er på sin plads.



Integreret behandlingsplan

- **Start med at anerkende Lauras frustration og bekræfte hendes ønske om klarhed.** Undersøg hendes opfattelse af sin diagnose og tidligere konsultationer: Hvad forstod hun fra hver enkelt læge? Hvad foreslog Al'en, og hvordan påvirkede det hendes følelser? Denne samtale identificerer misforståelser og følelsesmæssige barrierer, så du kan tilpasse information og støtte.
- **Forberedelse til den kommende konsultation.** Hjælp Laura med at udarbejde en struktureret plan forud for besøget, der opsummerer hendes historie, tidligere behandlinger og mål. Opfordre hende til at bruge en *liste med spørgsmål (QPL)* – en valideret metode, der øger patientens engagement og informationsfastholdelse. Hjælp hende med at prioritere 4-5 nøglespørgsmål, såsom: *"Hvad er den mest sandsynlige årsag til min smerte?"*, *"Hvordan hænger billeddiagnostiske resultater sammen med symptomerne?"* eller *"Hvad er fordelene og risiciene ved hver behandling?"*. Opfordre hende til at medbringe denne liste og notere svarene, hvilket letter fælles beslutningstagning.
- **Tal med hende om hendes brug af AI-værktøjer.** Gør det klart, at AI kan give generelle oplysninger, men ikke kan erstatte en personlig vurdering. Lær hende at formulere specifikke spørgsmål, der giver mere relevante forslag, såsom *"Giv mig lavintensitetsøvelser, der er egnede for en 62-årig kvinde med knæsmærter og begrænset mobilitet."* Understreg, at hun altid bør gennemgå væsentlige AI-genererede anbefalinger med en læge hvis hun er i tvivl, før hun handler på dem. Fraråd hende at stole på AI til diagnose eller køb af ikke-verificerede kosttilskud. Forklar, at AI-modeller muligvis ikke tager højde for hendes komorbiditeter eller individuelle historie, og at deres resultater kan være forudindtaget af kommercielle interesser.
- **Vejled Laura i at søge efter troværdige oplysninger om hendes tilstand.** Introducer hende til de seks kvalitetskriterier for evaluering af online sundhedsoplysninger: forfatterskab, pålidelighed, nytteværdi, tilgængelighed, læsbarhed og privatliv¹. Vis hende, hvordan man kontrollerer, om artiklerne er skrevet af autoriserede sundhedsprofessionelle, om oplysningerne er underbygget af kildehenvisninger, og om webstedet har en gennemsigtig privatlivspolitik. Anbefal velrenommerede kilder – faglige foreninger, offentlige websteder – og advar mod blogs eller fora, der mangler dokumentation eller promoverer produkter. Lær hende at krydstjekke oplysninger på flere pålidelige websteder og at drøfte det, hun finder, med sin sundhedsudbyder.
- **Anden udtalelse og fælles forståelse.** Normaliser processen med at indhente en anden udtalelse, især når der foreslås operation. Hjælp Laura med at afgøre, om yderligere konsultation er påkrævet, ved at gennemgå, hvad der stadig er uklart i den nuværende

rådgivning. Hvis hun søger en anden udtalelse, kan du foreslå, at hun anmoder om kopier af relevante billeddiagnostiske undersøgelser og testresultater, genbruger sin QPL og sammenligner anbefalingerne for at identificere konsensus eller berettigede forskelle.

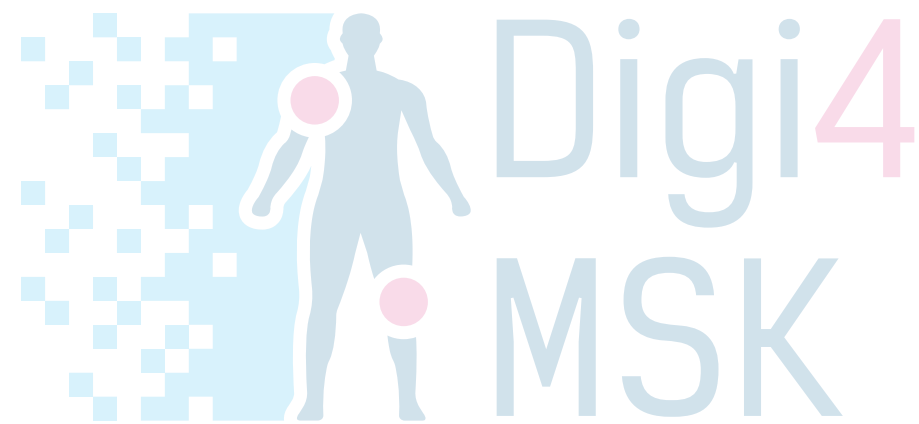
- **Brug motiverende samtaleteknikker til at undersøge Lauras parathed til at engagere sig i egenhåndtering.** Reflekter hendes udsagn (*"Det lyder som om du helst vil undgå operation, hvis det er muligt"*) og still åbne spørgsmål (*"Hvilke aktiviteter savner du mest?"*). Tilpas din plan til hendes værdier – måske at forblive aktiv med børnebørnene eller fortsætte med at undervise uden smerter. Udarbejd i fællesskab en målrettet behandlingsplan, der omfatter gradvis træning, vægtskontrolstrategier og smertehåndtering, og sørg for, at hun forstår begrundelsen og de forventede tidsrammer.
- **Implementer strategier for sundhedskompetence med fokus på adgang, vurdering og anvendelse.** Giv hende trykte eller digitale materialer skrevet i et letforståeligt sprog, der forklarer osteoartrose og behandlingsmuligheder, herunder fordele og ulemper ved operation, injektioner og træningsterapi. Vis øvelserne under sessionerne, og bed hende om at udføre dem for at bekræfte, at hun har forstået dem (teach-back). Foreslå hende at føre en trænings- og symptombog for at holde styr på, hvad der virker, og identificere udløsende faktorer. Dette fremmer selvmonitorering og giver information til diskussioner ved opfølgninger. Giv hende mulighed for at vurdere nye oplysninger ved at spørge: *"Er dette i overensstemmelse med den plan, vi har lavet?"* eller *"Er dette råd fra en troværdig kilde?"*
- **Til sidst skal du tage fat på den følelsesmæssige påvirkning af modstridende råd og informationsoverload.** Anerkend, at usikkerhed kan øge angst og forstærke smerteopfattelsen. Brug kognitive adfærdsteknikker til at hjælpe hende med at omformulere tanker som *"Mit led smuldrer"* til *"Mit led tilpasser sig; styrketræning vil hjælpe."* Tilskynd til stresshåndteringsstrategier – åndedrætsøvelser, mindful walking – som kan forbedre hendes håndtering og gøre det lettere for hende at overholde sit program.

Ved at vejlede Laura i at forberede sig effektivt til konsultationer, stille både AI og klinikere målrettede spørgsmål, kritisk vurdere onlineinformation og omhyggeligt navigere i second opinions, kan klinikere støtte hende i at træffe informerede beslutninger. Denne integrerede tilgang kombinerer egenhåndtering, forbedring af sundhedskompetence og psykologisk informeret praksis, hvilket giver patienterne mulighed for at engagere sig med tillid i forhold til sundhedsudbydere og digitale værktøjer.

¹ Daraz L, et al. J Patient Exp. 2024. <https://doi.org/10.1177/23743735241259440>

4.2.2 Identifying correct vs. incorrect advice online

Susanne er en 40-årig grafisk designer med intermitterende smerter i håndled og albue, som skyldes brug af computer. Efter at have fået en foreløbig diagnose af tendinopati fra sin fysioterapeut, søgte hun på internettet efter behandlinger. Hun fandt modstridende råd: En blog insisterede på fuldstændig hvile og håndledsbandager, en anden promoverede dyre kosttilskud til at "helbrede sener på få uger", mens en influencer på sociale medier anbefalede aggressive belastningsøvelser. Susanne købte kosttilskud og undgik at skrive på tastaturet i to uger, men hendes smerter blev værre. Hun er nu skeptisk over for sin fysioterapeuts anbefaling om gradvist at genoptage aktiviteten. Hun vil gerne vide, hvordan man kan se, hvilke online råd der er troværdige, og om hun skal fortsætte med nogen af de behandlinger, hun har fundet online.



Integreret behandlingsplan

- **Undersøg Susannes kilder og overbevisninger.** Begynd med at bede Susanne om at opremse de hjemmesider, sociale medie-konti og AI-værktøjer, hun har brugt. Spørg, hvorfor hun stolede på bestemte kilder ("Influenceren havde mange følgere") og hvilke resultater hun opnåede. Dette hjælper med at identificere misforståelser og følelsesmæssige drivkræfter, såsom frygt for at gå glip af noget eller frustration over langsom bedring.

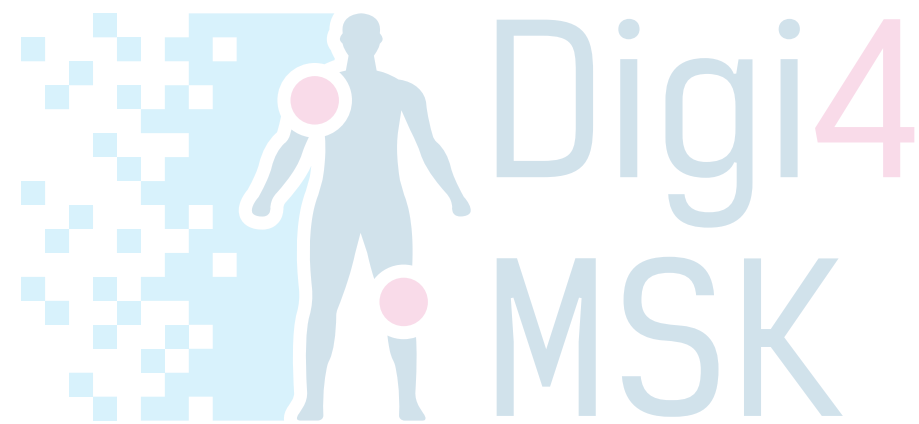
- **Introducer principper for sundhedskompetence til evaluering af information.** Forklar, at ikke alle online sundhedsoplysninger er pålidelige, og at det er vigtigt at evaluere dem nøje. Del praktiske kriterier fra anerkendte retningslinjer: Pålidelige hjemmesider angiver tydeligt, hvem der driver dem (ideelt set offentlige myndigheder, medicinske fakulteter eller professionelle/non-profit organisationer), deres formål og hvordan de finansieres. De oplyser, hvornår informationen er skrevet eller opdateret, og giver referencer til forskning. Advar hende om hjemmesider, der finansieres af reklamer eller virksomheder, der kan promovere produkter. Lær hende at undgå websteder med dramatiske påstande, mirakuløse kurer eller sensationelt sprog. Opfordre hende til at kigge efter en redaktion eller en revisionsproces og kontrollere, at indholdet er afbalanceret og evidensbaseret.
- **Diskuter vigtigheden af at krydstjekke og konsultere en læge.** Understreg, at det øger troværdigheden, hvis man finder lignende oplysninger på flere velrenommerede websteder. Opfordre Susanne til at tage alle råd, hun overvejer at følge, med til sin fysioterapeut for at diskutere dem, inden hun handler på dem. Understreg, at personlige anekdoter på sociale medier eller umoderede fora muligvis ikke er relevante for hendes tilstand og kan være skadelige.
- **Vis, hvordan man vurderer konkrete eksempler.** Gennemgå et af de websteder, Susanne har brugt. Tjek sammen afsnittet "Om os": Hvem er forfatter til indholdet? Er formålet uddannelsesmæssigt eller kommercielt? Citerer webstedet peer-reviewed (fagfællebedømte) kilder? Vurder, om anbefalingerne er i overensstemmelse med den aktuelle viden om behandling af tendinopati. Brug denne øvelse til at udvikle hendes kritiske tænkning og vis hende, hvordan hun kan anvende kriterierne i fremtidige søgninger.
- **Tilpas egenhåndteringsstrategier til troværdige råd.** Forklar, at graduerede belastningsøvelser og gradvis tilbagevenden til at skrive på tastatur er evidensbaseret behandling af tendinopati, mens fuldstændig hvile kan føre til yderligere svækkelse. Giv klare, trinvis hjemmeøvelser med instruktioner om intensitet og progression. Opfordre Susanne til at føre en symptom- og aktivitetsdagbog for at følge med i, hvordan hendes smerter reagerer på specifikke aktiviteter og interventioner. Denne selvovervågning giver hende mulighed for at se effekten af troværdige strategier i forhold til ikke-verificerede strategier og fremmer en følelse af kontrol.
- **Adressér overbevisninger og følelser gennem psykologisk informeret praksis.** Brug motiverende samtaler til at udforske Susannes frygt ("Jeg er bange for, at motion vil forværre det") og ambivalens over for evidensbaserede anbefalinger. Reflekter hendes følelser ("Du er frustreret, fordi du har prøvet hvile og kosttilskud, men det hjalp ikke") og guid hende mod egenhåndtering ved at fremhæve senere styrke og den progressive belastnings

rolle i rehabiliteringen. Opfordre hende til at omformulere tanker som "Internettets råd var forkerte; jeg spildte tiden" til "Jeg har lært at identificere bedre kilder og vil træffe informerede valg fremover.

- **Forbedre digital kompetence og sikker brug af AI.** Hvis Susanne bruger AI-chatbots, skal du lære hende at give kontekst i sine spørgsmål ("Jeg har arbejdsrelaterede smerter i håndleddet; foreslå gradvise øvelser, der er godkendt af sundhedsprofessionelle") og at betragte AI-resultater som generelle forslag, ikke receptpligtige behandlinger. Mind hende om at ignorere AI-anbefalinger, der er i strid med klinisk rådgivning, og at konsultere sin fysioterapeut, før hun begynder på nye øvelser eller tager kosttilskud som hun er i tvivl om. Opfordre hende til at kontrollere, om AI-værktøjet oplyser sine informationskilder og har en privatlivspolitik.
- **Giv hende udvalgte ressourcer og beslutningshjælp.** Anbefal pålidelige hjemmesider med patientvenlig information (f.eks. nationale sundhedstjenestesider, sundhedsprofessionelle foreninger) og forklar, hvordan hun finder dem. Giv hende et simpelt arbejdsark, der opsummerer evalueringskriterierne, som hun kan henvise til, når hun browser. Introducer lister med spørgsmål, så hun kan formulere spørgsmål til sin læge om onlineinformation¹. Spørgsmålene kan f.eks. være: "Hvordan virker denne øvelse eller dette kosttilskud?" "Hvilke beviser understøtter det?" og "Er der nogen risici for mig?" Erfaringer viser, at sådanne lister med spørgsmål giver patienterne mulighed for at stille flere spørgsmål og forbedrer kvaliteten af de oplysninger, de modtager¹.
- **Planlæg opfølgning og løbende støtte.** Planlæg en opfølgningssamtale for at gennemgå Susannes fremskridt, besvare hendes spørgsmål og revurdere hendes egenhåndteringsplan. Opfordre hende til at medbringe nye online råd, hun støder på, til disse sessioner, så de kan vurderes. Forstærk succeser – reduceret smerte under arbejdet, forbedret tillid til at skelne troværdige kilder – og juster hendes træningsprogram efter behov.

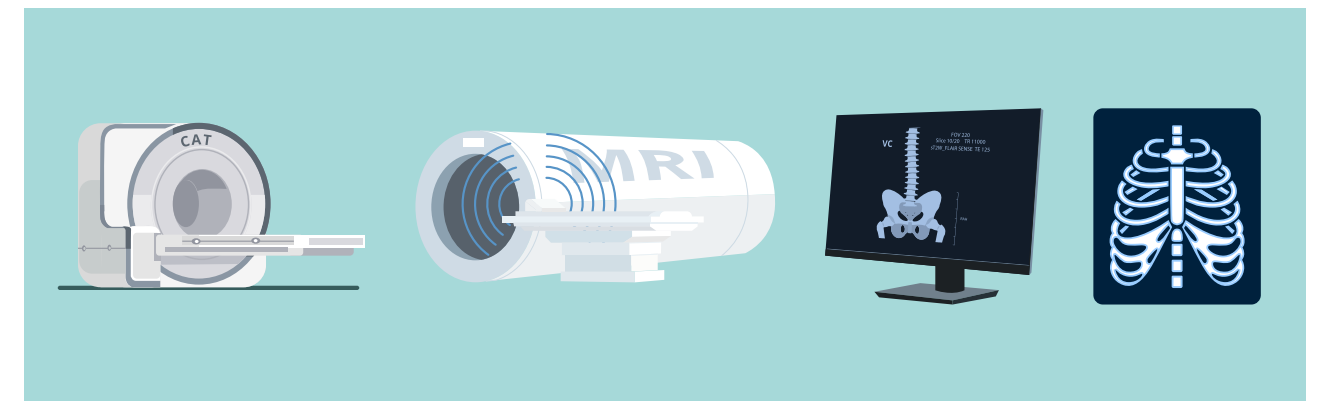
Ved at lære Susanne at vurdere digital information, tilpasse selvforvaltning til evidensbaseret vejledning og bruge motiverende samtaler til at tackle frygt, kan klinikere hjælpe patienter med at navigere i det enorme landskab af online sundhedsråd. Denne tilgang forbedrer digital og informationskompetence, reducerer risikoen for at anvende skadelige praksisser og giver patienterne mulighed for at engagere sig med tillid i deres muskuloskeletale behandling.

1 Tracy M, et al. Health Expect. 2022. <https://doi.org/10.1111/hex.13509>



4.2.3 Forståelse af scanningsresultater

Bente er en 57-årig kontoransat med episodiske lændesmerter. Efter at have løftet en tung kasse på arbejdet oplevede hun en forværring, og hendes praktiserende læge bestilte en MR-scanning "for en sikkerheds skyld". Rapporten bemærkede "moderat discusdegeneration ved L4-L5, mild discusudbuling og facetledsartrose". Bente blev foruroliget over udtryk som "degeneration" og "udbuling" søgte Bente på internettet og læste, at sådanne fund kunne føre til lammelse, hvis de ikke blev behandlet. Hun tolkede scanningen som bevis på permanent skade, begyndte at undgå at bøje sig eller løfte og anmodede om en kirurgisk konsultation. Hendes fysioterapeut ved, at degenerative forandringer på MR-scanning er almindelige hos voksne uden smerter og ofte tilfældige¹. Bente klager ikke over smerter eller andre symptomer i benene. Bente beder om hjælp til at forstå sine scanningsresultater og om de forklarer hendes smerter.



Integreret behandlingsplan

- **Foretag en generel fysisk undersøgelse uden at lægge vægt på den neurologiske vurdering** (hun viser ingen tegn eller symptomer, der berettiger en grundig neurologisk vurdering). Del derefter resultaterne med Bente og understreg, at alt ser normalt ud (bevægelse, ingen neurologiske tegn osv.). Dette beroliger hende med, at det er usandsynligt, at der er tale om en alvorlig nerve- eller rygmærssygdom, og skaber tillid til din vurdering.
- **Vurder Bentes udgangspunkt, overbevisninger og følelsesmæssige reaktioner.** Efter at have præsenteret de normale undersøgelsesresultater, bed Bente om at beskrive, hvad hun mener, at MR-udtrykkene betyder, og hvordan rapporten fik hende til at føle. Stil åbne

spørgsmål: "Hvad tænkte du, da du læste 'diskdegeneration'?" "Hvad bekymrer dig mest ved disse fund?" Dette trin afdækker misforståelser (f.eks. at sidestille degeneration med irreversibel skade) og følelser som frygt eller angst, hvilket danner grundlag for skræddersyet information.

- **Undervis om forekomsten og betydningen af billeddiagnostiske fund.** Når du har taget hånd om hendes bekymringer, skal du give hende baggrundsinformation om billeddiagnostik. Mens nyere studier viser en relativt højere forekomst af MR-fund hos personer med smerter, og at disse fund i et vist omfang har en akkumulerende effekt på smerterne², skal du forklare, at diskdegeneration og diskusprotrusioner er meget almindelige, selv hos personer uden rygsmerter. En systematisk gennemgang viste, at en tredjedel af asymptomatiske 21-årige havde diskdegeneration, hvilket steg til over 90 % hos personer over 50 år¹. Talrige undersøgelser viser ingen konsistent sammenhæng mellem MR-fund (Modic-forandringer, diskdegeneration, diskusprolaps) og lændesmerter¹. Billeddiagnostiske tegn på degenerativ ryg sygdom afspejler ofte normal aldring og skal fortolkes sammen med kliniske fund¹. Brug analogier ("rynker på indersiden") og visuelle hjælpemidler til at afmystificere begreber. Understreg, at MR-scanningen viser struktur, ikke smerte, og at smerte opstår som følge af flere faktorer, herunder inflammation og følsomhed i nervesystemet.
- **Overvind manglende sundhedskompetence (forståelse og overbevisninger).** Oversæt fagudtryk til almindeligt sprog. Forklar, at "mild diskusprotrusion" betyder en let udbulning uden nervekompression, og at "facetledsartrose" svarer til artrose på knæ eller fingre. Brug teach-back: Bed Bente om at forklare disse begreber for dig og afklare eventuelle resterende misforståelser. Opfordre hende til at stille spørgsmål, når hun støder på ukendte medicinske udtryk.
- **Styrk egenhåndtering og aktiv rehabilitering.** Forklar, at undgåelse af bevægelse kan forværre smerter og stivhed. Udvikl et graderet træningsprogram med fokus på mobilitet og styrke. Start med lette, smertefri bevægelser (rygkrumninger, strækning af kroppen fra knæ til bryst) og gå videre til foroverbøjninger, kontrolleret fleksion og ekstension af rygsøjlen og squats med kropsvægt. Understreg, at gradvis eksponering for fleksion af rygsøjlen er sikkert og opbygger modstandsdygtighed. Inkluder strategier for pacing og en aktivitetsdagbog for at følge fremskridt og opblussen.
- **Anvend psykologisk informeret praksis.** Adressér katastrofetanker ("Min rygrad er ved at smuldre") ved hjælp af kognitive adfærdsstrategier. Erstat dem med afbalancerede udsagn ("Disse ændringer er almindelige og ofte tilfældige"). Undervis i diafragmavejrtrækning, mindfulness eller progressiv muskelaftspænding for at reducere angst og muskelspændinger. Opfordre Bente til at visualisere sig selv bevæge sig selvsikkert og fokusere på fornemmelser uden at dømme.

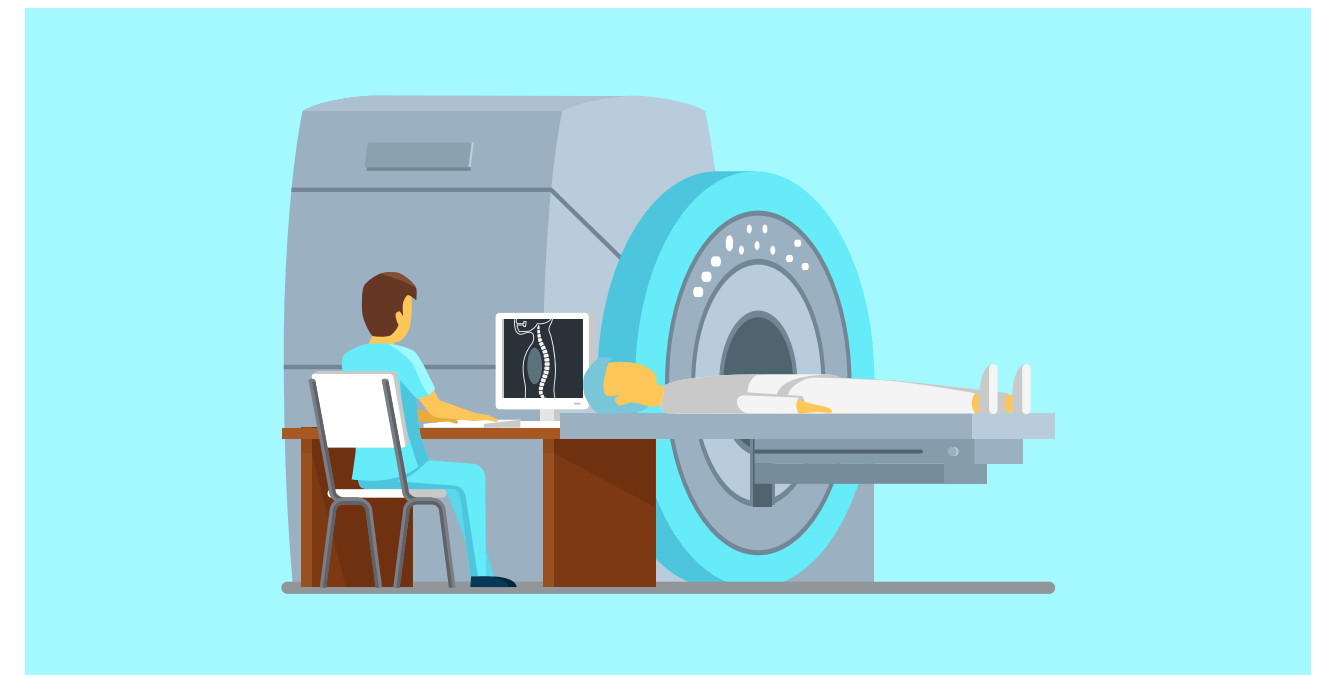
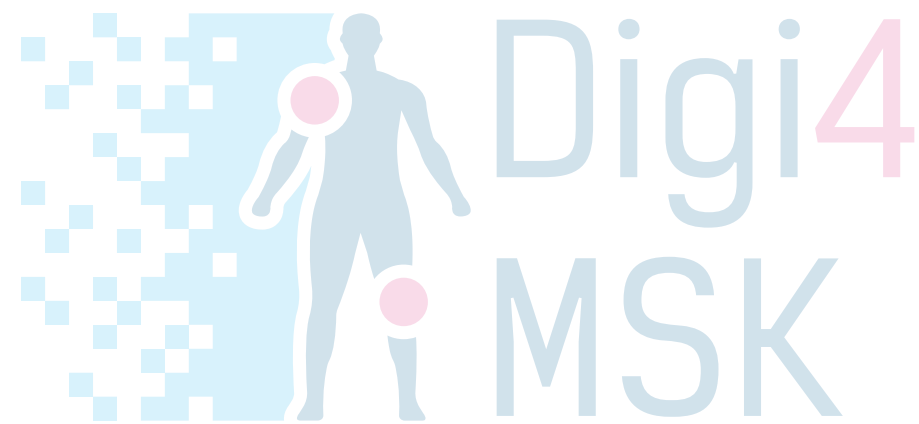
- **Vejled i vurdering af digital information.** Undervis Bente i at vurdere online sundhedsoplysninger: kontrollér, hvem der driver webstedet, og hvad formålet er; tjek hvem der har betalt for det; sørg for, at indholdet er afbalanceret, evidensbaseret og opdateret; og se efter referencer. Advarsel hende om sensationelle påstande og mirakuløse kurer. Opfordre hende til at diskutere eventuelle online råd med sin læge, inden hun handler på dem.
- **Planlæg opfølgning og styrk forståelsen.** Planlæg regelmæssige kontrolbesøg til en start for at overvåge symptomerne, gennemgå hendes forståelse af MR-fundene og justere hendes træningsprogram. Hvis hun søger en kirurgisk vurdering, skal du hjælpe hende med at sammenligne kirurgens fortolkning af MR-scanningen med din egen og diskutere alle muligheder. Fortsæt med at understrege, at billeddiagnostik kun er en brik i puslespillet; klinisk vurdering og funktionelle mål er afgørende for behandlingsbeslutninger.

Ved at udføre en detaljeret fysisk og neurologisk undersøgelse, diskutere de normale resultater, udforske patientens overbevisninger og derefter give evidensbaseret kontekst for billeddiagnostiske fund kan læger mindske frygt, opbygge tillid og give patienter som Bente mulighed for at fortolke scanninger korrekt. Denne strukturerede tilgang integrerer forbedring af sundhedskompetence, støtte til egenhåndtering og psykologisk informeret praksis for at fremme informeret, aktiv deltagelse i muskuloskeletal sundhed.

1. Brinjikji W, et al. Am J Neuroradiol. 2015. <https://doi.org/10.3174/ajnr.A4173>
2. Dragsbæk L, et al. Eur J Pain. 2025. <https://doi.org/10.1002/ejp.70076>

4.2.4 Forklaring af diagnostiske betegnelser

Anders er en 49-årig mekaniker, der fik lændesmerter efter at have løftet en tung værktøjskasse. Hans læge bestilte en MR-scanning og fortalte ham, at han havde "diskdegeneration og en udbulet diskus". En anden læge beskrev senere hans problem som "lændehvirvelartrose". Disse udtryk skræmte Anders; han forestillede sig, at hans rygrad var ved at smuldre, og begyndte at undgå at bøje sig, løfte og lege med sine børn. Han insisterede også på yderligere scanninger og overvejede operation. Da han konsulterede en fysioterapeut, forklarede denne, at han faktisk havde uspecifikke lændesmerter og forstuvnings-lignende symptomer. Anders følte sig forvirret: Er hans ryg ved at degenerere? Er den forstuvet? Han ønsker klarhed over, hvad disse betegnelser betyder, om han har brug for flere undersøgelser, og hvordan han skal håndtere sine smerter.



Integreret behandlingsplan

- **Foretag en vurdering og udeluk alvorlig patologi.** Begynd med at tage en detaljeret sygehistorie og foretage en fysisk undersøgelse for at bekræfte, at Anders' smerter er mekaniske og ikke forbundet med neurologiske udfald eller røde flag. Evaluer bevægeligheden i lænden, palper for ømhed, udfør strakt-benløfts- og slump-tests, vurder muskelstyrken (L2–

S1), reflekser (Patellar og Achilles) og sensitivitet for at udelukke radikulopati eller alvorlig patologi. Forklar resultaterne for Anders og understrege, at hans neurologiske undersøgelse er normal, og at der ikke er tegn på nerveskader eller strukturel ustabilitet. Dette skaber klinisk troværdighed og beroliger ham med, at konservativ behandling er passende.

- **Undersøg Anders' forståelse og følelser omkring hans diagnose.** Stil åbne spørgsmål: "Hvad tror du, 'diskdegeneration' betyder?" "Hvordan havde du det, da du hørte, at du har 'artrose i lændehvirvler'?" Dette afslører misforståelser og frygt (f.eks. at tro, at hans ryggrad er ved at smuldre) og giver dig mulighed for at vise empati for hans følelsesmæssige reaktion.
- **Giv evidensbaseret kontekst om diagnostiske betegnelser.** Forklar, at udtryk som "diskusprotrusion", "degeneration" og "artrose" ofte beskriver aldersrelaterede forandringer, der ses på billeddiagnostik, og er meget almindelige hos mennesker uden rygsmerter. En systematisk gennemgang af MR-undersøgelser viste diskusdegeneration hos en tredjedel af asymptomatiske 21-årige og over 90 % af mennesker over 50 år¹. Mange billeddiagnostiske fund – diskusdegeneration, Modic-forandringer, facetledsartrose – har ingen konsistent sammenhæng med smerter. Beskriv disse forandringer som rygsøjlsens version af gråt hår eller rynker – normale og ikke i sig selv farlige. Dette hjælper Anders med at forstå, at hans MR-fund ikke er afgørende for hans prognose.
- **Vælg beroligende, lægmandssprog og undgå patologiserende betegnelser.** Diskuter evidensen for, at diagnostiske betegnelser kan påvirke patientens opfattelse og behandlingsindikationer. Et randomiseret studie viste, at betegnelser som "diskusprotrusion", "degeneration" og "arthritis" øgede den opfattede behov for billeddiagnostik, kirurgi og second opinions og sænkede forventningerne til helbredelse sammenlignet med betegnelser som "lumbal forstuvning", "episode med rygsmerter" eller "uspecifikke lændesmerter"². Fortæl Anders, at uspecifikke rygsmerter betyder, at der ikke er nogen farlig underliggende patologi, og at smerten typisk er relateret til muskler, led og nerver, der reagerer godt på bevægelse og styrketræning. Brug et enkelt sprog som "rygbelastning" eller "episode med rygsmerter" og fokuser på funktion: hvad han kan gøre for at genvinde styrke og fleksibilitet.
- **Håndtér sundhedskompetenceområder (forståelse og vurdering).** Lær Anders, hvordan man vurderer sundhedsoplysninger: søg efter kilder, der drives af sundhedsprofessionelle organisationer eller offentlige myndigheder; kontroller, om oplysningerne er aktuelle og evidensbaserede; vær på vagt over for sensationelle formuleringer eller mirakuløse kurer; og vær opmærksom på, når etiketter bruges til at sælge behandlinger eller retfærdiggøre unødvendig billeddiagnostik. Opfordre ham til at medbringe forvirrende udtryk eller online-råd til sine konsultationer for at få dem afklaret. Giv ham letlæselige informationsark, der forklarer almindelige udtryk inden for MR-scanning af rygsøjlen og deres udbredelse i asymptomatiske populationer.

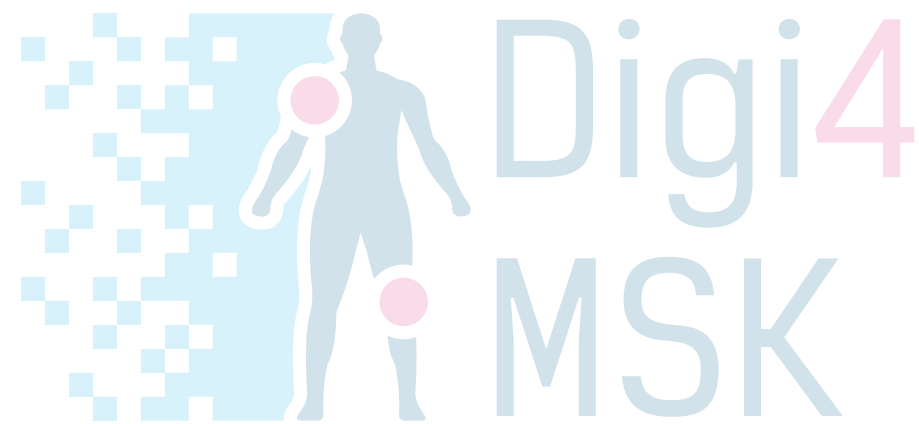
- **Brug psykologisk informeret praksis.** Brug kognitive adfærdsteknikker til at udfordre tanker som "Min ryggrad er ved at blive ødelagt" og erstat dem med realistiske udsagn, såsom "Min MR-scanning viser normale aldersrelaterede forandringer, som ikke bestemmer min smerte eller begrænser min mulighed for bedring." Brug motiverende samtaler til at udforske hans værdier (f.eks. at lege med sine børn) og knyt dem til målet om gradvist at genoptage aktiviteten. Lær afspændingsteknikker og pacing for at håndtere opblussen, og understrege, at lejlighedsvis ubehag ikke betyder skade.
- **Udarbejd en gradvis rehabiliteringsplan.** Udarbejd et personligt træningsprogram, der gradvist belaster hans ryg. Begynd med lette mobilitets- og styrkeøvelser for bugmuskler, gå derefter videre til squats med kropsvægts og til sidst løft med vægt, der ligner hans arbejdsopgaver. Understreg, at rygsøjlen tilpasser sig og bliver stærkere, når den belastes gradvist. Opfordre ham til at registrere sine aktiviteter og symptomer for at observere forbedringer og opbygge selvtillid.
- **Planlæg opfølgning og fælles beslutningstagning.** Planlæg regelmæssige opfølgninger til en start for at gennemgå hans fremskridt, besvare nye spørgsmål og justere hans program. Hvis han stadig føler sig usikker, skal du drøfte, om en second opinion kan hjælpe ham til at føle sig mere tryk. Opfordre ham til at medbringe sin liste med spørgsmål til hver konsultation og stille specifikke spørgsmål om eventuelle fagudtryk, han støder på. Understreg, at han har ret til at forstå sin diagnose og begrundelsen bag hver anbefaling.

Ved at udelukke alvorlig patologi, udforske patientens overbevisninger, sætte billeddiagnostiske termer i kontekst med evidens og vælge et sprog, der understreger modstandsdygtighed frem for skrøbelighed, kan klinikere forhindre, at diagnostiske etiketter skaber frygt og undgåelse. Ved at kombinere klar kommunikation med gradvis rehabilitering og kritiske vurderingsfærdigheder giver man patienter som Anders mulighed for at engagere sig aktivt i deres helbredelse og træffe informerede valg om deres muskuloskeletale sundhed.

1. Brinjikji W, et al. Am J Neuroradiol. 2015. <https://doi.org/10.3174/ajnr.A4173>
2. O'Keeffe M, et al. Eur J Pain. 2022. <https://doi.org/10.1002/ejp.1981>.

4.2.5 Navigering i afhængighed af passive terapier

Isabella er en 55-årig yogainstruktør, der udviklede kroniske smerter i nakken og øvre del af ryggen efter en bilulykke for to år siden. Hun modtog oprindeligt fysioterapi, der kombinerede lette øvelser med manuel terapi og bløddelsbehandling. De manuelle behandlinger gav midlertidig lindring, og hun booker nu ugentlige aftaler til massage og manipulation. Da hendes forsikringsselskab reducerede dækningen, begyndte hun at betale af egen lomme og sagde: "Hvis jeg går glip af min ugentlige behandling, blusser mine smerter op." Hun bruger kun lidt tid på hjemmetræning, fordi hun mener, at det er terapeutens manuelle terapi, der holder hende i gang. Isabella har fået modstridende budskaber: En kliniker fortalte hende, at hun har brug for løbende vedligeholdelsesbehandling, mens en anden lagde vægt på træning. Hun frygter, at en reduktion af den manuelle terapi vil forværre hendes smerter, men hun er frustreret over omkostningerne og afhængigheden af aftaler. Hun spørger sin nye fysioterapeut, om hun kan fortsætte med manuel terapi på ubestemt tid.



Integreret behandlingsplan

- **Omfattende vurdering og fælles forståelse.** Vurder Isabellas nakke- og øvre rygfunktion (bevægelsesområde, styrke, udholdenhed, kropsholdning og ergonomi under yogainstruktion) og screen for røde flag eller neurologiske udfald. Udforsk hendes overbevisninger og forventninger: "Hvad tror du, den manuelle terapi gør for dig?" "Hvad gør dig nervøs for at reducere den?" Dette afklarer hendes opfattelse af afhængighed og giver dig mulighed for at tilpasse samtalen.
- **Bekræft hendes oplevelse og brug historier til at præsentere beviser.** Anerkend, at manuel terapi har givet lindring. Del relaterbare historier eller analogier – for eksempel er manuel terapi som en jump-start, der hjælper hende med at føle sig kortvarigt bedre, mens aktiv bevægelse er brændstoffet, der holder hende i gang. Forklar, at kliniske retningslinjer angiver, at manuel terapi giver en kortvarig bedring og bør kombineres med en aktiv tilgang såsom motion¹ i stedet for at være den eneste intervention. At indramme fakta gennem fortælling gør dem mindre tekniske og mere meningsfulde.
- **Brug motiverende samtaler til at udforske ambivalens.** Brug åbne spørgsmål ("Hvad er fordele og ulemper ved at fortsætte med manuel terapi, som du gør nu?"), reflekterende lytning og bekræftelser for at hjælpe Isabella med at formulere sine egne grunde til forandring. Fremhæv uoverensstemmelser mellem hendes ønske om uafhængighed og hendes afhængighed af ugentlige sessioner. Bed hende om at vurdere sin tillid til at reducere afhængigheden af passiv terapi og diskuter strategier til at øge den. Denne samarbejdsbaserede tilgang fremmer indre motivation.
- **Udarbejd i fællesskab en faseplan for at reducere passiv behandling.** Forhandl en tidsplan, der gradvist reducerer den passive behandling, samtidig med at det aktive engagement øges. Aftal for eksempel ugentlige sessioner i starten, med den forståelse, at når hun laver sine øvelser og monitorerer sine symptomer, kan sessionerne spredes yderligere. Sæt klare milepæle – såsom konsekvent overholdelse af øvelserne og stabile smerteniveauer – som vil være retningsgivende for den næste reduktion. Denne plan anerkender hendes tilknytning til manuel terapi, samtidig med at den tilskynder til egenhåndtering.
- **Udvikl et personligt, meningsfuldt træningsprogram.** Udarbejd en trinvis hjemme-rutine, der passer til hendes yoga-baggrund. Start med lette bevægelsesøvelser og øvelser for nakkemusklernes gå videre til aktiv mobilisering af brystryggen og nakke/skulder området; integrer derefter elastikker og styrketræning med kropsvægt. Lær hende at indarbejde disse øvelser i daglige rutiner og yogapraksis. Foreslå, at hun bruger en dagbog eller app til at registrere øvelser og fornemmelser, hvilket forstærker positive oplevelser. Forklar, at gradvis opbygning af styrke og udholdenhed mindsker afhængigheden af passiv behandling.

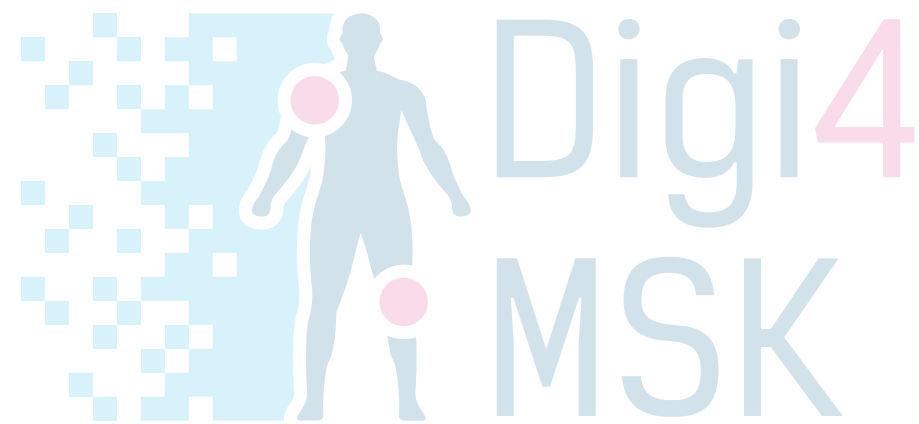
- **Forbedr sundhedskompetence og vurderingsfærdigheder med mekanistisk undervisning.** Anerkend, at Isabella er intellektuelt nysgerrig og ønsker at forstå, hvordan manuel terapi virker. Brug et enkelt sprog til at forklare, at manuel terapi kan aktivere nedadgående smertehæmmende baner i hjernen og rygmarven og modulere smertesignaler. Det kan stimulere frigivelsen af endorfiner (naturlige smertelindrende kemikalier) og forbedre blodgennemstrømningen til spændte muskler, hvilket bidrager til kortvarig lindring. Disse effekter er dog midlertidige; uden styrke- og bevægelsestræning tilpasser vævet sig ikke til at håndtere daglige belastninger. Lær hende at vurdere information om manuel terapi ved at spørge: "Forklarer denne kilde mekanismerne nøjagtigt?" "Understreger den vigtigheden af at kombinere manuel terapi med aktiv rehabilitering?" Giv hende pålidelige ressourcer, der diskuterer både neurofysiologiske og biomekaniske effekter og understreger vigtigheden af egenhåndtering. Opfordre hende til at medbringe nye oplysninger eller spørgsmål til konsultationerne, så I kan undersøge dem sammen.

Ved at kombinere empatisk dialog, motiverende samtaler, gradvis reduktion af passive behandlinger, et personligt træningsprogram og skræddersyet mekanisk undervisning kan klinikere på respektfuld vis vejlede patienter som Isabella væk fra passiv afhængighed. Denne tilgang respekterer hendes erfaringer, stimulerer hendes nysgerrighed og giver hende mulighed for at tage en aktiv rolle i sin muskuloskeletale sundhed.

1 Luna EG, et al. Am J Lifestyle Med. 2017. <https://doi.org/10.1177/1559827617697273>

4.2.6 Håndtering af for tidlige anbefalinger om operation ved akut lumbal radikulopati uden negative neurologiske tegn

Rasmus, en 48-årig lagerchef, udviklede pludselige lændesmerter, der strålede ud i hans højre ben, efter at han havde løftet en tung kasse for tre uger siden. Han beskriver en skarp, jagende smerte ned ad bagsiden af låret og læggen med lejlighedsvis prikken i foden, men han rapporterer ingen svaghed, følelsesløshed eller ændringer i blære- eller tarmfunktion. Hans praktiserende læge diagnosticerede akut lumbal radikulopati og henviste ham til en ortopædkirurg. Ved den kirurgiske konsultation anbefalede lægen øjeblikkelig operation og advarede om, at en "diskusprolaps" kunne forværres, hvis den ikke blev behandlet. Rasmus er bange; han er bekymret for, at ventetiden kan forårsage permanent skade, men han har ingen tydelige neurologiske udfald. For at få en second opinion konsulterer han en fysioterapeut og spørger, om det er sikkert at udsætte operationen, og hvad han kan gøre i mellemtiden.



Integreret behandlingsplan

- **Omfattende vurdering og udelukkelse af røde flag.** Begynd med en detaljeret anamnese og undersøgelse. Vurder symptomernes debut og progression, forværrende og lindrende faktorer samt funktionelle begrænsninger. Udfør en fysisk vurdering, herunder bevægelighed i lænden og neurodynamiske tests (strakt-benløft- og slump test) for at bekræfte radikulær irritation. Udfør en neurologisk undersøgelse: test vigtige myotomer (L2–S1), dybe reflekser (Patella L3–L4 og Achilles S1–S2) og sensitivitet. Screen for røde flag såsom progressiv svaghed, ændret følesans i ridebukseområdet, tab af tarm-/blærekontrol, feber eller uforklarligt vægttab. Del resultaterne med Rasmus og forklar, at normal styrke, reflekser og følsomhed betyder, at hans nerver fungerer godt, og at der ikke er tegn på alvorlig patologi, der kræver akut operation.
- **Skab en god kontakt og udforsk hans overbevisninger.** Spørg Rasmus, hvordan han fortolkede kirurgens anbefaling: "Hvad bekymrer dig mest ved at vente?" "Hvad tror du, der kan ske, hvis du ikke bliver opereret med det samme?" Bekræft hans frygt og afklar misforståelser. Forklar, at "diskusprolaps" er et bredt udtryk; i hans tilfælde forårsager diskusprolapsen nerveirritation, men ikke nerveskader. Denne udforskning hjælper med at skræddersy afklaring og giver ham mulighed for at udtrykke tvivl.
- **Berolig ham ved at forklare den naturlige forløb og sikkerheden ved konservativ behandling.** Kommuniker klart, at størstedelen af mennesker med lumbal radikulopati på grund af diskusprolaps får det bedre uden operation; ca. 90 % kommer sig inden for tre måneder med konservativ behandling. Generelt anbefales det at operation kun overvejes efter mindst 4-8 ugers mislykket konservativ behandling, eller når der er betydelige neurologiske udfald. Understreg, at det er rimeligt og sikkert at vente, da hans neurologiske undersøgelse er normal. Brug analogier (f.eks. "ligesom et blå mærke, der heler, så krymper diskusmateriale ofte med tiden, hvilket reducerer trykket på nerven") og patienthistorier til at illustrere bedring uden operation. Tryghedsskabende kommunikation bør være kontinuerlig gennem hele besøget og ikke noget der kun gives én gang; vend tilbage til den hver gang han udtrykker bekymring.
- **Identificer og lær ham symptomlindrende stillinger (neurale hvilestillinger).** Arbejd sammen med Rasmus for at finde stillinger, der reducerer nervespændinger og lindrer hans symptomer. Disse kan omfatte at ligge på siden med det smertefulde ben øverst og en pude mellem knæene, let sidebøjning af lænden væk fra den smertefulde side eller at ligge i fosterstilling med hofter og knæ støttet. Opfordre ham til at bruge disse "neurale hvilestillinger" under akutte opblussen og skifte mellem dem i løbet af dagen. Forklar, at midlertidig lindring i disse stillinger indikerer, at nerven er irritabel, men ikke beskadiget, hvilket understreger budskabet om, at hans tilstand er håndterbar.

- **Udarbejd en gradueret egenhåndteringsplan.** Tilskynd Rasmus til at være så aktiv som muligt og undgå langvarig sengeleje. Giv ham enkle øvelser, der ikke fremkalder smerter: lette bækkenkipninger, træning af mavemuskler og hoftebaserede bevægelser som bækkenløft. Når symptomerne tillader det, kan han gå videre til at gå eller cykle på en stationær cykel. Lær ham at monitorere sin smerte og stoppe, før den eskalere, og gradvist øge aktivitetsvarigheden hver dag. Foreslå, at han fører en daglig logbog over aktiviteter og symptomer for at observere forbedringer og identificere forværrende mønstre. Giv vejledning om passende smertestillende midler og rådgiv ham til at konsultere sin læge vedrørende ikke-steroide antiinflammatoriske lægemidler eller andre medicin.
- **Sundhedskompetence og kommunikationsstrategier: fokus på beroligelse og beslutningstagning.** I stedet for at gentage tekniske forklaringer om diskusanatomi, skal du fokusere på at hjælpe Rasmus med at forstå, hvorfor det er sikkert at vente. Brug et enkelt sprog til at forklare, at hans nerver er sunde, og at smerter ikke nødvendigvis betyder skade. Lær ham at identificere nye røde flag (progressiv kraftnedsættelse, tab af tarm-/blærekontrol), og berolig ham med, at hvis disse opstår, vil operation straks blive overvejet igen. Giv patientvenlig information om lumbal radikulopati og konservativ behandling fra pålidelige kilder. Opfordre Rasmus til at stille spørgsmål, udtrykke præferencer og træffe beslutninger i fællesskab. Du kan f.eks. sige: "Lad os aftale en kontrol om nogle uger. Hvis din smerte forbedres støt, fortsætter vi; hvis ikke, kan vi diskutere andre muligheder."
- **Brug motiverende samtaler for at øge engagementet.** Brug reflekterende lytning og åbne spørgsmål for at afdække Rasmus' motivation (f.eks. at vende tilbage til arbejde, lege med sine børn) og for at udforske hans ambivalens omkring at udskyde operationen. Hjælp ham med at afveje fordelene ved at undgå unødvendig operation mod frykten for vedvarende smerter. Sæt mål i fællesskab (f.eks. reducere smerter i benet fra 8/10 til 5/10 inden for to uger, øge gangtolerancen fra 5 til 15 minutter). Fejr gradvise forbedringer for at styrke selvtilliden.
- **Planlæg opfølgning og beredskab.** Planlæg opfølgende aftaler med to ugers mellemrum for at gennemgå symptomer, justere øvelser og styrke trygheden. Monitorer funktionelle fremskridt ved hjælp af enkle resultatmålinger (f.eks. Oswestry Disability Index, smerteskalaer). Hvis hans smerter ikke forbedres efter 6-8 uger, eller hvis der udvikles neurologiske tegn, skal du drøfte henvisning tilbage til hans praktiserende læge eller en rygspecialist for yderligere vurdering. Forbered Rasmus på at stille målrettede spørgsmål ved enhver kirurgisk konsultation: "Hvad er risiciene og fordelene ved kirurgi i forhold til fortsat konservativ behandling?" "Hvad er den forventede restitutionstid?" "Hvordan vil du afgøre, om kirurgi er nødvendigt?"

Ved at foretage en grundig vurdering, åbent adressere patientens frygt, undervise i symptomlindrende stillinger og gradvis aktivitet og gentagne gange forsikre ham om sikkerheden ved at udsætte operationen, når der ikke er neurologiske udfald, kan klinikere hjælpe patienter som Rasmus med at træffe informerede og sikre beslutninger. At lægge vægt på samarbejdsbaseret beslutningstagning og støtte til sundhedskompetence fremmer tillid og tilskynder til overholdelse af konservativ behandling, hvor operation forbeholdes tilfælde, hvor det virkelig er indiceret.

4.2.7 Kombination af nye behandlingsmuligheder for overvægt med livsstilsændringer: Semaglutide tilbydes en patient med overvægt og hofteartrose

Lennart er en 60-årig kontoransat med langvarig overvægt (BMI 34), forhøjet blodtryk og nyligt diagnosticeret osteoartrose i knæ og hofte. Smerter i venstre knæ begrænser hans evne til at gå på trapper og gå mere end 200 meter. Han blev henvist til en ortopædkirurg, der tilbød en kortikosteroidinjektion i knæet og sagde: "Det er alt, vi kan gøre, indtil du er klar til en knæalloplastik." Der blev ikke diskuteret andre behandlingsformer. Lennart opsøgte senere en endokrinolog, der ordinerede semaglutid (Ozempic®) for at hjælpe ham med at tabe sig, idet han bemærkede, at vægttab kunne mindske belastningen af hans led og lindre hoftesmerterne. Lennart er ivrig efter at prøve semaglutid, men er ikke sikker på, hvordan det virker, og er bekymret for bivirkningerne. Han er også urolig over, at motion og selvstændig indsats ikke blev nævnt fra starten. Han spekulerer på, hvordan han kan integrere disse anbefalinger, og om der findes andre muligheder, før han tyer til injektioner alene.



Integreret behandlingsplan

- **Afklar mål og vurder udgangspunktet.** Vurder Lennarts funktionelle status (gået afstand, trappegang, evne til at sidde på hug), smerteniveau og forventninger. Undersøg hans forståelse af de foreslåede behandlinger og hans bekymringer: "Hvad forventer du af injektionen?"

“Hvad synes du om at starte med semaglutide?” Dette hjælper med at tilpasse informationen og sikrer patientcentreret beslutningstagning.

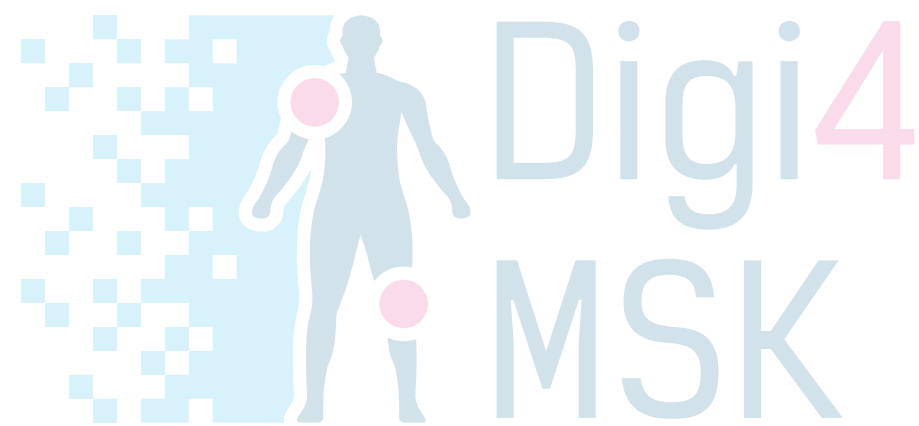
- **Forklar den multimodale karakter af behandling af osteoartrose.** Diskuter de tre søjler i osteoartrosebehandling: information og egenhåndtering, motion/fysisk aktivitet og vægtkontrol. Intraartikulære kortikosteroidinjektioner kan give kortvarig smertelindring, men ændrer ikke den underliggende problemstilling og bør være et supplement snarere end den eneste behandling. Forklar de potentielle fordele og risici, og gør det klart, at injektioner ikke erstatter aktive behandlinger. Understreg, at de indledende konservative strategier bør omfatte motion, vægtkontrol og sundhedsoplysning. Injektioner overvejes generelt, når andre tiltag ikke har givet tilstrækkelig lindring, eller som en overgangsløsning for at muliggøre motion.
- **Undervis om semaglutids mekanismer og evidens.** Bekræft endokrinologens anbefaling: semaglutid, en GLP-1-receptoragonist, understøtter betydeligt vægttab og kan direkte reducere osteoartrosesmerter. Forklar, hvordan semaglutid øger mæthedsfølelsen og forsinker mavetømmningen, hvilket fører til vægttab, der reducerer den mekaniske belastning. Fremhæv også nyere forskning, der tyder på, at GLP-1-analoger har pleiotrope (større påvirkning på gener), antiinflammatoriske virkninger, der kan være til gavn for patienter med osteoartrose. De mindsker en mild systemisk inflammation og kan virke lokalt i leddene. Disse mekanismer adresserer overvægt som en årsag til kroniske smerter ud over mekanisk belastning¹.
- **Placer semaglutid inden for en trinvis behandlingsstrategi.** Gør det klart, at farmakologiske vægttabsmidler er passende, når kost, motion og adfærdsmæssige interventioner er blevet forsøgt, men ikke har opnået tilstrækkeligt vægttab eller symptomlindring. Opfordre Lennart til at fortsætte livsstilsændringer sideløbende med semaglutid: sund kost, regelmæssig fysisk aktivitet og adfærdsmæssig rådgivning.
- **Udvikl et omfattende trænings- og egenhåndteringsprogram.** Udarbejd i fællesskab et evidensbaseret program, der adresserer både knæ- og hofteartrose:
 - **Aerob aktivitet:** Tilskynd til aktiviteter med lav belastning (rask gang, cykling, svømning) i 20-30 minutter 3-5 gange om ugen. Dette forbedrer hjerte-kar-sundheden, hjælper med vægtkontrol og reducerer ledsmerter.
 - **Styrketræning:** Ordiner øvelser, der målretter sig mod quadriceps, hofteabduktorer og glutealmuskler (f.eks. rejse-sætte sig øvelser, step-ups, hofteabduktioner med elastik, mini-squats). Begynd med lav modstand og øg gradvist.
 - **Strategier til lindring af symptomer:** Vis Lennart, hvordan han kan finde behagelige hvilestillinger (f.eks. liggende på siden med en pude mellem knæene) og bruge pacing for

at undgå opblussen. Lær ham, hvordan han kan tilpasse sine daglige aktiviteter (opdele opgaver i mindre dele, bruge støttende fodtøj, justere arbejdsstationer).

- **Giv ham en struktureret træningsplan til brug i hjemmet, og opfordre ham til at føre dagbog over aktiviteter og symptomer for at følge fremskridt og identificere udløsende faktorer.** Tilbyd at gennemgå hans dagbog ved opfølgninger for at justere programmet.
- **Håndtér sundhedskompetence og fremme kritisk vurdering.** Brug et klart sprog til at forklare medicinske termer og mekanismer. Lær Lennart at evaluere informationskilder: søg efter hjemmesider fra offentlige eller professionelle organisationer, tjek om anbefalingerne er evidensbaserede og opdaterede, og vær på vagt over for påstande om mirakuløse kurer. Opfordre ham til at medbringe spørgsmål eller information, han finder, til konsultationerne, så I kan diskutere dem. Giv patientvenlige materialer om håndtering af osteoartrose og vægttabsmedicinens rolle.
- **Brug motiverende samtaler og fælles beslutningstagning.** Undersøg Lennarts ambivalens over for injektioner og vægttabsmedicin. Stil åbne spørgsmål om hans prioriteter og parathed til forandring: “Hvilke fordele håber du at opnå ved vægttab?” Reflekter hans udsagn for at vise forståelse, og hjælp ham med at forbinde hans værdier (at være aktiv med børnebørnene, undgå operation) med adfærdsendring. Sæt SMART-mål (f.eks. 5 % vægttab på tre måneder, gå 30 minutter de fleste dage, udføre styrkeøvelser to gange om ugen). Fejr små præstationer for at opbygge selvtillid.
- **Koordiner behandlingsindsatser mellem sundhedsudbydere.** Kommuniker med ortopædkirurgen og endokrinologen for at sikre overensstemmelse. Informer dem om trænings- og egenhåndteringsplanen. Bed endokrinologen om at monitorere semaglutides effektivitet og sikkerhed, og kirurgen om at rådgive om timing og indikationer for injektioner. Overvej at inddrage en diætist til ernæringsvejledning og en psykolog, hvis der er behov for følelsesmæssig eller adfærdsmæssig støtte. Du kan også planlægge opfølgninger hver 4.-6. uge for at gennemgå smerteniveau, funktionelle forbedringer, vægtændringer og overholdelse af træningsprogrammet. Juster træningsprogrammet på baggrund af responsen.

Ved at integrere dokumentation for, at semaglutid ikke kun fremmer vægttab, men også kan have direkte antiinflammatoriske og smertestillende virkninger, kan klinikere præsentere farmakologisk vægtkontrol som en del af en omfattende behandlingsplan snarere end en isoleret løsning. Kombineret med uddannelse, gradvis træning og fælles beslutningstagning giver denne tilgang patienter som Lennart mulighed for at forstå og anvende multifacetterede behandlinger af osteoartrose, hvilket forbedrer smerter, funktion og generelle helbred.

1 Bliddal H, et al. N Engl J Med. 2024. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2403664>



4.3. Værdier, målsætning og færdigheder

I denne del finder du cases, der viser, hvordan man udforsker patientens værdier, opstiller fælles mål og opbygger færdigheder til egenhåndtering ved hjælp af enkle, strukturerede metoder.

4.3.1 Håndtering af opblussen uden panik

Maria er en 45-årig kvinde med fibromyalgi, der har vedvarende smerter og periodiske opblussen, der forværrer hendes smerter og træthed. Hun er motiveret for at lære egenhåndtering (hun er i handlingsfasen af forandringen), men har middel gode sundhedskompetence – hun kan følge grundlæggende sundhedsoplysninger, men har svært ved komplekse forklaringer og finder online ressourcer forvirrende. Når smerteforværringer opstår, går Maria i panik og bekymrer sig om, at der er noget alvorligt galt, og tyer ofte til sengeleje og akutte klinikbesøg. Dette har ført til forstyrrede rutiner og tabt selvtillid. Hun beder sin MSK-læge om praktisk vejledning til at håndtere smerteforværringer uden panik, så hun kan forblive funktionel og rolig.



Integreret behandlingsplan

- **Omformuler opblussen med oplysning og beroligelse.** Begynd med at normalisere opblussen som midlertidige symptomforværringer snarere end tegn på skade. Forklar i et klart sprog, at smerten kommer fra et overfølsomt nervesystem snarere end skader, og at opblussen ikke betyder, at hun er “tilbage ved start”. Brug enkle analogier, såsom en

overfølsom alarm eller stormvejr, for at tydeliggøre, at smerteforværringer er forventelige og vil gå over. Bed Maria om at gentage de vigtigste punkter med sine egne ord for at sikre forståelse (teach-back). Ved at omdefinere opblussen som håndterbare begivenheder snarere end katastrofale tilbageslag reducerer du frygten og giver hende mulighed for at reagere konstruktivt.

- **Lær hende at finde en balance.** Forklar, at for meget aktivitet på gode dage og for lidt på dårlige dage forårsager en "boom-bust"-cyklus. Opfordre Maria til at fordele aktiviteterne over hele dagen, tage pauser, før træthed eller smerter stiger, og undgå at ligge i sengen hele dagen, selv når hun føler sig nedtrykt. Arbejd sammen med hende om at fastlægge et behageligt udgangspunkt – måske en håndterbar gåtid eller et antal opgaver – og foreslå små forøgelser, såsom at tilføje to minutters gang, når hun har tolereret det foregående niveau i et par dage. Brug en analogi som "at gå nye sko til": korte perioder bliver gradvist længere uden at forårsage vabler. Effektiv pacing hjælper med at opretholde funktionen og reducerer intensiteten af fremtidige opblussen.
- **Identificer tidlige advarselstegn.** Hjælp Maria med at lære at spotte subtile stigninger i symptomerne, før de udvikler sig til fulde opblussen. Bed hende om at føre en enkel dagbog over daglige smerter og træthedsniveauer sammen med aktiviteter og stressfaktorer. Lær hende at handle, når hun bemærker en moderat stigning i smerter eller træthed, ved at reducere intensiteten eller varigheden af opgaver. Vejled hende i at overveje interne (træthed, humør) og eksterne (arbejdsbyrde, søvn) faktorer, der kan udløse opblussen. Hvis dårlig søvn og høj stress f.eks. falder sammen med en let stigning i smerter, bør hun planlægge en dag med lettere aktiviteter og indlægge ekstra pauser. Et "trafiklys"-system kan hjælpe: grønne dage betyder, at hun kan følge sin normale plan, gule dage kræver forsigtighed og justering af tempoet, og røde dage kræver hvile og skånsom selvpleje. At genkende og reagere tidligt skaber tillid og forhindrer, at små opblussen udvikler sig til en spiral.
- **Optimer søvn og stresshåndtering.** Dårlig søvn og høj stress forstærker smerter og træthed. Arbejd sammen med Maria om at implementere nogle CBT-principper for søvnløshed: Bed hende om kun at bruge sengen til at sove i, undgå at ligge vågen, begrænse søvntiden og slappe af inden sengetid. Du kan også give nogle råd om søvnhygiejne, såsom at fastlægge faste sengetider, begrænse koffein og skærme inden sengetid og skabe et roligt sovemiljø. Derudover kan du foreslå let udstrækning eller et varmt bad som en del af hendes aftenrutine. For at reducere stress kan du lære hende enkle afslapningsteknikker – langsom dyb vejrtrækning eller korte mindfulness-meditationer. Opfordre hende til at planlægge små hyggelige aktiviteter (som at lytte til musik eller korte gåture) som "stressbuffere".

Understreg, at disse øvelser ikke er "valgfrie ekstraaktiviteter", men en integreret del af smertebehandling, fordi de reducerer nervøsitet i nervesystemet. Regelmæssig afslapning mindsker smerteopfattelsen og forbedrer helbredelsen.

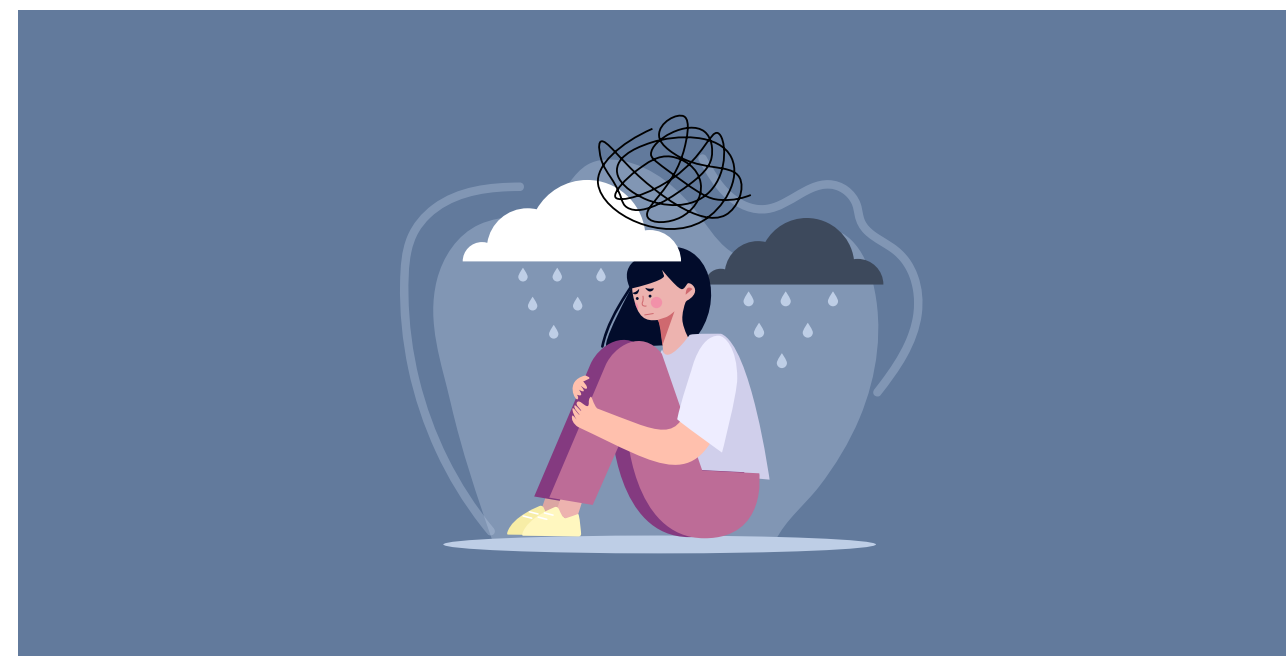
- **Udarbejd en personlig handlingsplan for opblussen.** Udarbejd en skriftlig plan i fællesskab, så Maria ved præcis, hvad hun skal gøre under en opblussen. Nøgleelementer omfatter:
 - **Midlertidig tilpasning af aktiviteter:** På dage med smerteforværring skal hun reducere sine sædvanlige aktiviteter med ca. en tredjedel i en dag eller to (f.eks. reducere en 20 minutters gåtur til 12-15 minutter) i stedet for at stoppe helt. Hun skal fortsætte med lette bevægelser (strækning, korte gåture) for at undgå stivhed og holde kroppen i gang. Når symptomerne er aftaget, skal hun gradvist vende tilbage til det tidligere niveau.
 - **Strategier til lindring af symptomer:** Tilskynd til egenhåndtering, såsom varmepuder på smertefulde områder, let udstrækning eller yoga. Brug receptpligtige eller håndkøbsmedicin til smertelindring på passende vis. Inddrag afspændingsteknikker som en del af håndteringen af opblussen for at berolige spændinger og bekymringer.
 - **Kognitiv omstrukturering:** Inkluder en håndteringserklæring, såsom "Denne øgede smerte er ubehagelig, men midlertidig; jeg har en plan for at håndtere den." Opfordre hende til at minde sig selv om tidligere succesfulde håndteringer af opblussen uden skade.
 - **Vejledning om røde flag:** Definer, hvornår der skal søges professionel hjælp – for eksempel hvis smerten forbliver betydeligt forhøjet i mere end en uge på trods af, at planen følges, eller hvis hun oplever nye eller alarmerende symptomer. Tydelige tærskler forsikrer hende om, at de fleste opblussen kan håndteres uafhængigt, samtidig med at der tilbydes et sikkerhedsnet.
- **Kommuniker klart og bekræft forståelsen.** Brug et klart sprog, undgå fagudtryk og opdel informationen i små segmenter. Brug metaforer og visuelle hjælpemidler: for eksempel ved at tegne en aktivitetsstige for at illustrere gradvis progression eller et batteri for at repræsentere energireserver. Efter forklaringen skal du bede Maria om at demonstrere eller gentage instruktionerne med sine egne ord eller handlinger (teach-back) for at sikre forståelsen.
- **Sørg for regelmæssig opfølgning og forstærkning.** Planlæg tidligt ugentlige eller to ugentlige check-ins for at gennemgå hendes fremskridt, justere planen og besvare spørgsmål. Under opfølgningerne skal du gennemgå hendes symptom- og aktivitetslogbøger og fejre succeser, uanset hvor små de er (f.eks. at hun har bemærket og håndteret et anfald tidligere end før eller har taget en kort gåtur hver dag). Hvis hun har svært ved et bestemt trin, skal I

løse problemet sammen, f.eks. ved at opdele det i endnu mindre opgaver eller finde et mere behageligt alternativ. Efterhånden som hendes færdigheder og selvtillid vokser, kan I gradvist udskyde opfølgningerne til en gang om måneden, men bevare en klar kommunikationskanal for spørgsmål. Fortsat støtte og positiv forstærkning øger selvtilliden og fremmer langsigtet overholdelse og uafhængighed. Over tid vil Maria lære at håndtere opblussen med mindre angst og færre klinikbesøg – hun vil se dem som håndterbare begivenheder snarere end kriser.

Ved at følge denne strukturerede, men fleksible plan kan klinikere hjælpe patienter som Maria med at håndtere fibromyalgi-opblussen roligt og uafhængigt, hvilket fremmer modstandsdygtighed og selvtillid i deres dagligdag.

4.3.2 Håndtering af modløshed fra andre: "Har du stadig smerter?"

Rikke er en 42-årig kvinde, der har haft vedvarende lændesmerter og udbredte muskuloskeletale smerter i over to år. Selvom hun har gjort fremskridt med pacing, let motion og håndtering af opblussen, føler hun sig demoraliseret, når venner, kolleger og endda familie reagerer med vantrø. Kommentarer som "Har du stadig smerter?" eller "Burde du ikke have det bedre nu?" får hende til at føle sig skamfuld og misforstået. Disse interaktioner øger hendes stress og forværrer hendes symptomer. Hun beder sin læge om råd til, hvordan hun kan kommunikere mere effektivt med mennesker omkring hende, når de ikke forstår hendes tilstand.



Integreret behandlingsplan

- **Validering og omformulering.** Det første skridt er at validere Rikkens oplevelse. Anerkend, at social invalidering er en almindelig udfordring for mennesker med kroniske smerter, og understrege, at de nedslående kommentarer normalt afspejler manglende viden snarere end manglende omsorg. Forsikre hende om, at hendes symptomer er ægte, og at det er en normal reaktion at blive ked af det i sådanne situationer. Ved at omformulere disse kommentarer som uvidenhed snarere end personlig kritik mindskes risikoen for tvivl.

- **Sundhedskompetence til forståelse og vurdering.** Giv Rikke enkle og præcise forklaringer på kroniske smerter, som hun kan dele med andre. For eksempel: "Kroniske smerter betyder ikke altid skade. Mit nervesystem er blevet ekstra følsomt, så smertesignaler fortsætter, selv når vævet ikke er beskadiget." Øv disse forklaringer på klinikken gennem rollespil, så hun kan øve sig i at formidle dem i et klart sprog. Dette forbedrer hendes evne til at vurdere, hvilke forklaringer der er mest effektive, og anvende dem i hende daglige interaktioner.
- **Assertive kommunikationsevner.** Lær Rikke specifikke kommunikationsstrategier til at håndtere nedslående bemærkninger. Introducer strukturen "anerkend, forklar, omdiriger". For eksempel: "Jeg ved, det kan virke overraskende, at min smerte har været ved. Kroniske smerter varer ofte ved, fordi nervesystemet forbliver følsomt. Jeg arbejder på strategier, der holder mig aktiv." Tilskynd til brug af "jeg-udsagn" som f.eks. "Jeg føler mig ikke støttet, når der bliver stillet spørgsmålstejn ved mine smerter" for at udtrykke behov klart og respektfuldt. Hold svarene korte og konsistente for at undgå udmattende forklaringer.
- **Forberedelse på forudsigelige scenarier.** Identificer sammenhænge, hvor modløshed sandsynligvis vil opstå, såsom familiesammenkomster eller samtaler på arbejdspladsen. Udarbejd et par færdige svar sammen. Eksempler kan være "Ja, smerter er stadig en del af mit liv, men jeg lærer at håndtere dem bedre" til familiesammenkomster eller "Det er vedvarende, men jeg har strategier, der hjælper mig med at forblive aktiv på arbejdet" til kolleger. At have øvet svarene reducerer angst og forhindrer Rikke i at blive faget på det forkerte ben.
- **Mobilisering af allierede.** Opfordre Rikke til at identificere mindst én støttende person i hendes netværk, der kan fungere som en allieret. Ved at dele hendes håndteringsplan eller undervisningsmateriale med denne person kan vedkommende bekræfte hende i samtaler, hvilket mindsker hendes behov for konstant at forsvare sig selv. At vide, at hun har nogen, der forstår hende, kan mindske den følelsesmæssige belastning.
- **Psykologisk informeret praksis.** Udforsk den følelsesmæssige påvirkning af invaliderende kommentarer med reflekterende lytning. Brug kognitiv omformulering til at hjælpe hende med at fortolke bemærkninger på en anden måde: "Disse kommentarer viser, at andre ikke forstår kronisk smerte, ikke at min helbredelse mislykkes." Lær hende håndteringsstrategier såsom bevidst vejtrækning til at håndtere stressreaktioner i øjeblikket. Styrk hendes selvtillid ved at fremhæve hendes eksisterende fremskridt med pacing, motion og håndtering af opblussen.

- **Opfølgning og forstærkning.** Arranger opfølgningssessioner for at gennemgå konkrete eksempler på, hvordan Rikke håndterede nedslående kommentarer. Giv feedback, finpuds svarene og fejrr små succeser, såsom at forblive rolig under en udfordrende familiediskussion. Denne proces opbygger selvtillid over tid og reducerer den sociale invaliderings indvirkning på hendes velbefindende.

Ved at anerkende den følelsesmæssige indvirkning af nedslående kommentarer, udstyre patienterne med enkle forklaringer og øve assertiv kommunikation kan klinikere omdanne social invalidering til muligheder for uddannelse og selvforsvar. Disse strategier reducerer stress, beskytter selvtilliden og hjælper patienter som Rikke med at opretholde engagementet i deres egenhåndtering.

4.3.3 Opretholdelse af fremskridt efter udskrivning fra terapi

Martin er en 50-årig revisor med en historie med tilbagevendende nakke- og skuldersmerter. Han gennemførte et struktureret osteopatiforløb med fokus på postural kontrol, styrketræning og pacing-strategier. Ved udskrivningen havde han gjort betydelige fremskridt og rapporterede om reduceret smerte og bedre funktion. Han indrømmer dog, at han er usikker på, hvordan han kan opretholde fremskridtene uden den regelmæssige struktur i opfølgningssessioner. Han er bekymret for, at han enten vil stoppe med at træne helt eller begrænse sig til den samme rutine med "genoptræningsøvelser", som han finder monotone. Martin spørger, hvordan han kan overgå fra et klinisk program til langsigtede, sjove aktiviteter, der holder ham motiveret og forhindrer tilbagefald.



Integreret behandlingsplan

- **Konsolider selvtilliden i egenhåndtering.** Begynd med at gennemgå de fremskridt, Martin har opnået under forløbet, og fremhæv de færdigheder, han allerede besidder, såsom pacing, genkendelse af tidlige advarselstegn og tilpasning af øvelser. Understreg, at dette er overførbare færdigheder, han kan bruge uden for klinikken. Bekræftelse af hans fremskridt styrker selvtilliden og mindsker frygten for at miste de opnåede resultater, når opfølgningen slutter.
- **Skift fra identiteten som "patient" til identiteten som "person".** Forklar, at han ikke længere behøver at betragte fysisk aktivitet udelukkende som rehabilitering. Omformuler hans perspektiv, så motion og bevægelse forstås som en del af et normalt liv og velvære. Brug en analogi såsom "Din genoptræning var som at lære at køre bil med en kørelærer; nu er du klar til at køre selv og vælge de veje, der interesserer dig." Dette mindsker afhængigheden af kliniske strukturer og giver ham mulighed for at tage ansvar for sine aktivitetsvalg.



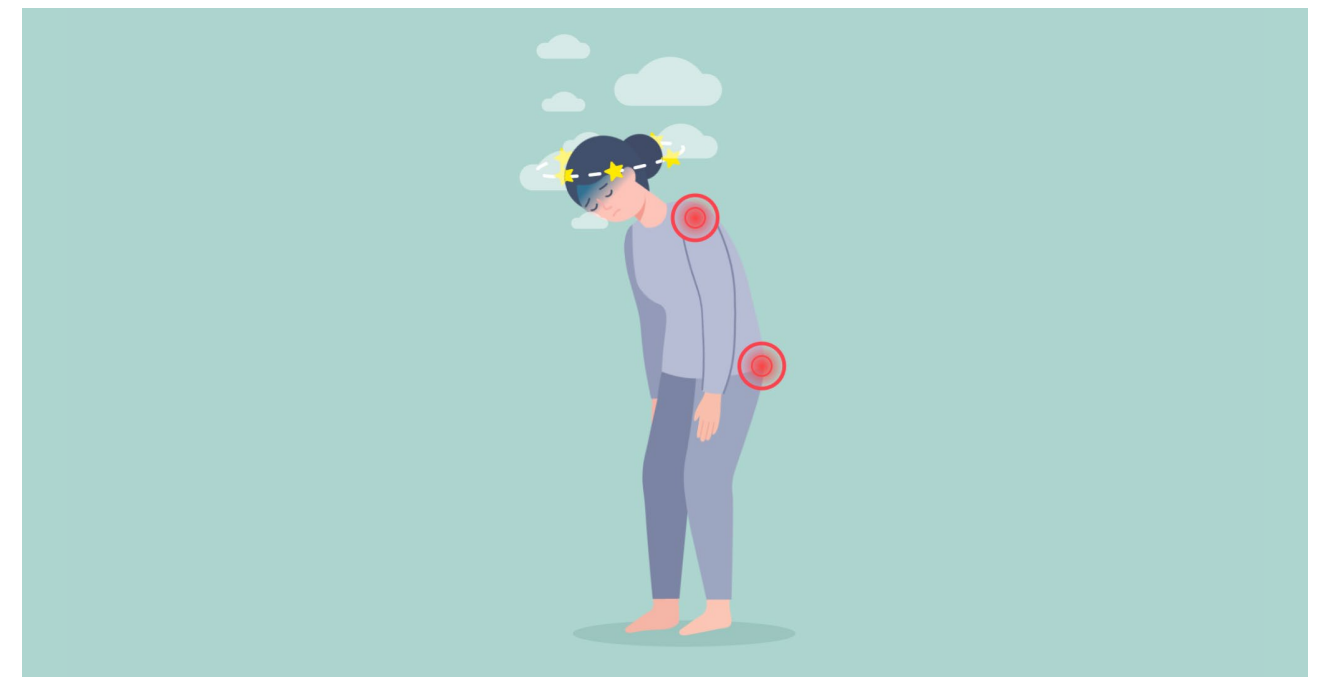
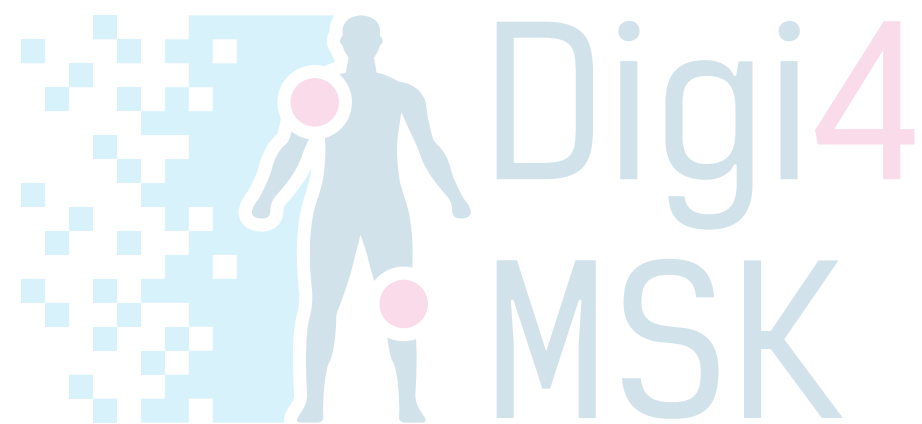
- **Identificer meningsfulde og underholdende aktiviteter.** Arbejd sammen med Martin om at lave en liste over aktiviteter, han værdsætter eller har nydt i fortiden, såsom cykling med venner, svømning, dans eller havearbejde. Hjælp ham med at vurdere, hvilke der er realistiske og gode, i betragtning af hans nuværende kondition og præferencer. Tilskynd til variation, da sjove aktiviteter er mere tilbøjelige til at blive opretholdt på lang sigt end gentagne rehabiliteringsøvelser. Foreslå at starte med to til tre aktiviteter, der passer til hans interesser og daglige tidsplan.
- **Målsætning og planlægning for integration.** Sæt specifikke og realistiske mål, der fokuserer på deltagelse frem for eliminering af symptomer. For eksempel: "Svøm to gange om ugen i 20 minutter" eller "Deltag i en ugentlig cykelgruppe i lokalområdet." Tilskynd ham til at integrere fysisk aktivitet i sin dagligdag, f.eks. gå-møder på arbejdet eller aktiv pendling. Planlægning af, hvornår, hvor og med hvem han vil deltage i disse aktiviteter, øger overholdelsen.
- **Introducer progressionsstrategier.** Lær Martin, hvordan han kan gøre gradvise fremskridt ved at justere hyppighed, intensitet og varighed. For eksempel kan han tilføje 5-10 minutter til en gåtur hver anden uge eller langsomt øge intensiteten af cyklingen. Fremhæv selvmonitorering gennem en dagbog eller fitness-app for at følge forbedringerne. Denne strukturerede progression forhindrer både stagnation og overanstrengelse.
- **Forebyggelse af tilbagefald og håndtering af opblussen.** Diskuter sandsynligheden for symptomudsving efter afslutning af forløbet og normaliser dette som en del af processen. Gennemgå de strategier for håndtering af opblussen, der er udviklet i terapien: kortvarig reduktion af aktivitetsbelastningen, brug af pacing og tilbagevenden til basisøvelser, hvis det er nødvendigt. Giv skriftlige retningslinjer, så Martin ved, hvordan han skal reagere uden at gå i panik eller opgive aktiviteten, hvis smerterne blusser op. Dette forhindrer en spiral af undgåelse og tab af kondition.
- **Forbedre sundhedskompetence i vurdering og anvendelse.** Giv enkel vejledning i, hvordan man kritisk vurderer fremtidige sundhedsoplysninger, såsom fitness-trends eller online-programmer, for at afgøre, hvad der er pålideligt og passende. Tilskynd Martin til at anvende de principper, han har lært – gradvis progression, overvågning, pacing – i stedet for at adoptere de "alt-eller-intet"-regimer, der promoveres online. Opfordre ham til at bringe nye ideer med til en opfølgende konsultation til diskussion.
- **Fremme fællesskab og social støtte.** Tilskynd Martin til at skabe kontakt til sociale grupper, der involverer fysisk aktivitet, såsom lokale sportsklubber, vandregupper eller yogakurser. Social deltagelse kan øge glæden, skaber ansvarlighed og forstærker identitetsskiftet fra at være patient til at være et aktivt individ.

- **Planlæg opfølgning og forstærkning.** Tilbyd en kontrolundersøgelse efter 8-12 uger for at følge op på fremskridt, løse problemer og justere mål. På dette tidspunkt skal du fokusere på at fejre aktiviteter, der er blevet en rutine, og diskutere, hvordan man kan bevare motivationen. Overvej booster-sessioner eller digitale kontrolbesøg for at skabe ansvarlighed, hvis Martin beder om yderligere støtte.

Ved at skifte identitet fra patient til aktiv person, integrere sjove aktiviteter og forberede strategier til forebyggelse af tilbagefald kan klinikere hjælpe patienter som Martin med at fortsætte fremskridtene uden for klinikken. Denne overgang fra struktureret rehabilitering til meningsfuld deltagelse understøtter langsigtet overholdelse, robusthed og livskvalitet.

4.3.4 Håndtering af følelsesmæssige reaktioner på kronisk smerte, såsom frustration eller angst

Sofia er en 38-årig lærer, der har haft kroniske, udbredte muskuloskeletale smerter i over tre år. Selvom hun har haft gavn af kiropraktisk behandling og nu går regelmæssigt, kæmper hun fortsat med episoder af frustration, angst og tristhed. Hun føler sig ofte modløs, når smerterne begrænser hendes sociale liv eller forstyrrer hendes evne til at følge med på arbejdet. Under konsultationerne indrømmer Sofia, at disse følelsesmæssige reaktioner nogle gange får hende til at undgå aktiviteter, hvilket forværrer hendes symptomer. Hun spørger sin fysioterapeut, hvordan hun bedre kan håndtere disse følelser uden udelukkende at stole på medicin eller vente på specialiseret psykologisk terapi.



Integreret behandlingsplan

- **Anerkend og bekræft følelserne.** Begynd med at bekræfte Sofias følelsesmæssige oplevelse. Gør det klart, at frustration, angst og tristhed er almindelige og forståelige reaktioner på at leve med vedvarende smerter. Normalisering mindsker skamfølelsen og kommunikerer, at hun ikke er alene om disse udfordringer.

- **Fundamenteret terapeutisk tilstedeværelse.** I stedet for at belære Sofia om smertevidenskab, når hun er i nød, fokuserer klinikerens på at være en tryk, stabil og fundamenteret tilstedeværelse. Det betyder at lytte uden at skynde sig at "rette" følelserne, undgå at vise frustration over hendes nød og opretholde en rolig, opmærksom holdning. Ved at være et forbillede for følelsesmæssig stabilitet viser klinikerens, at vanskelige følelser kan tolereres og håndteres, hvilket skaber et terapeutisk rum, hvor Sofia føler sig tryk ved at udtrykke sig.
- **Psykologisk informeret praksis.** Introducer enkle, praktiske CBT-informerende værktøjer. Lær Sofia at lægge mærke til uhensigtsmæssige tanker som "Jeg bliver aldrig bedre" og udforsk alternativer som "Fremskridtet er langsomt, men jeg forbedrer min udholdenhed." Tilskynd til adfærdsaktivering: selv på dage med dårligt humør skal du planlægge små, givende aktiviteter for at reducere tilbagetrækning.
- **Afspændings- og stressregulerende teknikker.** Lær færdigheder, der kan øves i sessioner og derhjemme, såsom diafragmavejrtrækning, progressiv muskelafspænding eller korte mindfulness-øvelser. Demonstrer en teknik i klinikken og bed Sofia om at øve sig dagligt i fem minutter. Disse redskaber reducerer ophidselse, hjælper med at regulere følelser og giver hende en følelse af kontrol.
- **Motiverende samtaler for at håndtere undgåelse.** Når Sofia undgår aktiviteter på grund af frustration eller tristhed, skal du udforske ambivalensen ved hjælp af motiverende samtaler. Spørg for eksempel: *"Hvad tror du, du kan få ud af at gå en kort tur, selv på en svær dag?"* og reflekter derefter over hendes svar. Fremhæv hendes værdier, såsom at bevare uafhængighed og undervise effektivt, og knyt små aktivitetsmål til disse værdier. For eksempel: *"Du har sagt, at det er vigtigt for dig at kunne følge med dine elever. Hvordan tror du, at regelmæssig motion kan hjælpe dig med det?"* Denne tilgang afstemmer følelsesregulering med livets mening og understøtter overholdelse.
- **Sundhedskompetence: anvendelse og vurdering af strategier til at håndtere problemer.** Giv skriftlige handlingsplaner eller "håndteringskort", der opsummerer de skridt, der skal tages, når følelserne bliver for overvældende. Eksempel: hold pause, træk vejret, identificer tanken, omformuler den og deltag i en værdsat aktivitet. Opfordre Sofia til at føre en kort dagbog, hvor hun noterer, hvilke strategier hun har prøvet, og hvor effektive de føltes. Gennemgå det ved opfølgninger, forstærk det, der virkede, og juster efter behov.
- **Principper for accept og forpligtelse.** Tilskynd til et skift i fokus fra at eliminere al smerte eller lidelse til at leve godt trods dem. Udforsk værdibaserede mål: for eksempel at deltage i sin datters skolearrangement, fordi det afspejler hendes værdi af familieforbindelse, selvom der er ubehag til stede. Dette fremmer robusthed og hjælper hende med at genvinde vigtige dele af livet.

- **Fremme social støtte.** Tilskynd Sofia til at dele sine følelsesmæssige udfordringer med en betroet ven eller et familiemedlem og til at skabe kontakt til ligestillede grupper eller støttende fællesskaber. Social forståelse hjælper med at reducere den følelsesmæssige byrde ved kroniske smerter og styrker de strategier, hun praktiserer.
- **Opfølgning og forstærkning.** Planlæg regelmæssige opfølgninger for at forstærke brugen af disse strategier, fejre fremskridt og løse problemer. Fremhæv succeser såsom at omformulere en negativ tanke eller bruge vejtrækning til at berolige sig selv før en stressende situation. Hvis den følelsesmæssige belastning eskalerer betydeligt, skal du henvise hende til en psykolog eller en psykisk sundhedsudbyder, mens hun fortsætter med at bruge kiropraktisk behandling som et støttende anker.

Ved at være et forbillede med en jordnær terapeutisk tilstedeværelse og introducere evidensbaserede psykologiske værktøjer såsom CBT-strategier, afspænding, motiverende samtaler og acceptprincipper kan klinikere håndtere følelsesmæssig stress uden at overskride deres kompetenceområde. Dette giver patienter som Sofia mulighed for at regulere deres frustration, angst og tristhed, hvilket understøtter vedvarende aktivitet og generelt velbefindende.



4.4. Arbejde og smerte

I denne sidste gruppe af vignetter finder du eksempler på, hvordan man kan håndtere beslutninger om tilbagevenden til arbejde, kommunikation på arbejdspladsen og strategier til at håndtere vedvarende smerter i arbejdsmiljøet.

4.4.1 Sikker tilbagevenden til arbejdet

Jan er en 45-årig tekstilarbejder, der i seks måneder har haft smerter i højre skulder, som er diagnosticeret som rotatorcuff-tendinopati. Hans arbejde kræver gentagne bevægelser over hovedhøjde, såsom at hænge tøj på høje stativer, samt andre fysisk krævende opgaver. Efter en periode med fysioterapi har han genvundet en stor del af sin styrke og bevægelighed, men han oplever stadig mild til moderat smerte ved aktiviteter over hovedhøjde. Jan har fået besked af lægen om at han kan vende delvist tilbage til arbejdet, men han er bange. Han er bekymret for, at brug af armen, før smerten er helt væk, vil medføre en ny skade og varig skade. Denne frygt har fået ham til at undgå mange daglige aktiviteter, og han er bekymret for, at han ikke vil være i stand til at følge med i arbejdsbyrden eller måske skuffe sine kolleger. Han spørger sin fysioterapeut, om det er sikkert at vende tilbage til arbejdet, selvom der stadig er smerter, og hvordan han kan håndtere risiciene.



Integreret behandlingsplan

- **Bekræft bekymringerne og berolig ham.** Anerkend, at Jans frygt er almindelig og forståelig for arbejdstagere med muskuloskeletale skader. Berolig ham med, at hans fremskridt viser, at hans skulder er strukturelt stabil, og at det er normalt at have lidt ubehag under genoptræningen. Understreg forskellen mellem "smerte" og "skade" og forklar, at smerte ikke nødvendigvis er tegn på vævsskade.
- **Evidens fra arbejdsvidenskaben:** vigtigheden af at deltage i arbejdet. Opsummer resultaterne fra forskningen om erhvervsmæssig rehabilitering, at tidlig eller delvis tilbagevenden til arbejdet generelt er gavnligt, selv med en vis smerte eller ufuldstændig restitution. At forblive forbundet med arbejdet hjælper med at opretholde funktionen, forhindrer deconditionering og reducerer risikoen for langvarig invaliditet. Forskning viser, at det er unødvendigt og endda kan være kontraproduktivt at vente på, at smerten er helt væk, før man vender tilbage.
- **Planlæg delvis tilbagevenden og tilpasning af arbejdspladsen.** Arbejd sammen med Jan og hans arbejdsgiver om at implementere en gradvis tilbagevenden til arbejde-program. Begynd med reducerede arbejdstimer eller lettere opgaver, der begrænser vedvarende opgaver over hovedhøjde, såsom arbejde i hoftehøjde eller brug af hjælpemidler. Tilpasningerne bør være midlertidige og revurderes regelmæssigt. Denne tilgang skaber balance mellem aktivitet og beskyttelse og forstærker, at han kan udføre meningsfuldt arbejde på en sikker måde, mens han kommer sig yderligere.
- **Gradvis eksponering og opgavespecifik rehabilitering.** I fysioterapien skal du udforme øvelser, der gradvist er tilpasset hans arbejdsmæssige krav. Start med lettere belastninger og lavere rækkevidde, og øg derefter gradvist vægten, gentagelserne og højden af opgaverne. Hvert vellykket trin viser, at hans skulder kan tåle mere belastning. Denne gradvise eksponering mindsker frygten, øger selvtilliden og forbereder skulderen på de reelle krav i tekstilfabrikken.
- **Psykologisk informeret praksis.** Brug motiverende samtaler til at udforske ambivalens ("Hvilke fordele ser du i at vende tilbage på deltid, selvom skulderen endnu ikke er helt i orden?"). Identificer og omformuler uhensigtsmæssige tanker såsom "Smerte betyder skade" til mere adaptive perspektiver såsom "Mild smerte er en del af genopbygningen af styrke." Forstærk succeser med positiv feedback, og fremhæv fremskridt i både styrke og funktion. Indfør enkle stresshåndteringsteknikker, såsom rytmisk vejrtrækning, for at hjælpe ham med at håndtere angst før fysisk krævende opgaver.

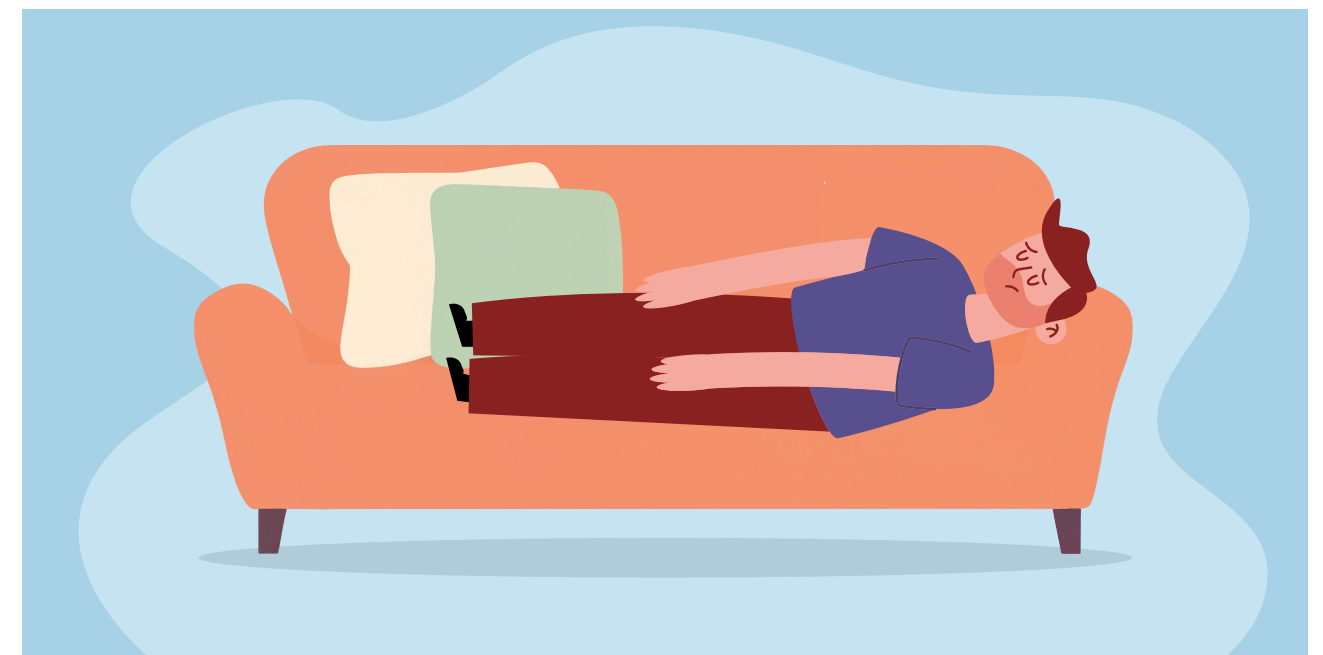
- **Sundhedskompetence:** forståelse og vurdering af deltagelse i arbejdet. Giv klare, letforståelige forklaringer på, hvorfor delvis tilbagevenden er sikker og effektiv. Brug analogier som "Din sene er som en muskel, der bliver stærkere, når den gradvist udfordres, ikke når den er helt i ro." Brug teach-back for at bekræfte, at Jan kan forklare planen og begrundelsen med sine egne ord. Opfordre ham til kritisk at vurdere nye råd, han måtte høre fra kolleger eller online, ved at spørge: Er kilden pålidelig? Stemmer det overens med det, vi ved fra evidens?
- **Samarbejde og opfølgning.** Koordinér med arbejdspladsens vejleder eller arbejdsmiljørepræsentant for at monitorere Jans arbejdsbyrde og fremskridt. Arranger regelmæssige opfølgningssamtaler for at gennemgå symptomer, justere rehabiliteringsøvelser og finjustere tilpasninger på arbejdspladsen. Hvis der opstår tilbageslag, skal du forsikre Jan om, at de er en del af processen, og justere planen i stedet for at stoppe arbejdsdeltagelsen.

Ved at anerkende bekymringer, basere anbefalinger på arbejdsvidenskab og integrere gradvis rehabilitering med samarbejde på arbejdspladsen kan klinikere hjælpe arbejdstagere som Jan med at vende sikkert og trygt tilbage til meningsfuldt arbejde. At støtte delvis tilbagevenden til arbejde, selv med en vis ubehag, mindsker ikke kun frygten for at blive skadet igen, men styrker også identiteten, funktionen og det langsigtede helbredelsesforløb.



4.4.2 Forveksling af arbejdsaktivitet med motion: en slagteriarbejder med smerter

Hans er en 44-årig slagteriarbejder, der har været ansat på et slagteri i 20 år. Hans arbejde indebærer gentagne bevægelser af overkroppen, skæring, løft og arbejde i kolde omgivelser med minimale hvileperioder. Han har vedvarende smerter i nakke og skuldre, som forværres ved slutningen af hans vagter. Hans har en god generel kondition og muskelstyrke, men føler sig frustreret over, at han fortsat har smerter, selvom han er "aktiv hele dagen". Da fysioterapeuten foreslår et skræddersyet træningsprogram, reagerer han skeptisk: "Hvorfor skulle jeg have brug for mere motion? Jeg løfter tunge slagtekroppe hele dagen – er det ikke nok?" Han forbinder motion udelukkende med fysisk anstrengelse og kan ikke se, hvordan det kan mindske smerterne. Hans bekymring er også praktisk: Han føler sig træt efter arbejde og er bange for, at yderligere træning vil forværre hans ømhed eller tage tid fra familien.



Integreret behandlingsplan

- **Anerkend erfaring og bekræft perspektiv.** Klinikerne starter med at anerkende Hans' hårde fysiske arbejde og træthed. Bekræftelse ("Du udfører allerede meget krævende arbejde; det er forståeligt, at du føler dig træt og usikker på at gøre mere") hjælper med at reducere paraderne. Denne tilgang skaber tillid og positionerer klinikerne som en allieret snarere end en instruktør.

- **Gør forskellen mellem arbejdsbelastning og terapeutisk bevægelse klar.** Forklar, at selvom hans job er fysisk krævende, indebærer det gentagne, belastende og ensidige opgaver, der overbelaster visse væv og efterlader andre underudnyttede. Fysisk arbejdsbelastning er ofte monoton og mangler den variation, kontrol og restitution, som kroppen har brug for at tilpasse sig og hele. Brug let forståelige analogier: "Dit arbejde holder nogle muskler stærke, men overbelaster andre – ligesom at køre i en bil, der kun kan dreje den ene vej." Dette omformulerer terapeutisk træning, så det ikke er "mere arbejde", men en genopretning af balancen i kroppen for at forbedre udholdenhed og restitution.
- **Støtte til sundhedskompetence: omformulering af overbevisninger om motion og smerte.** Giv klar og enkel information om, hvordan motion kan mindske smerter gennem andre mekanismer end blot styrke – f.eks. ved at forbedre cirkulationen, koordinationen og smertemoduleringen i nervesystemet. Understreg, at "motion for smertelindring" er forskelligt fra "motion for præstation". Opfordre Hans til at reflektere: "Du ved allerede, at din krop kan arbejde hårdt; disse øvelser skal hjælpe den med at restituere sig bedre, så næste dags arbejde føles lettere." Brug teach-back for at sikre, at han kan forklare forskellen med sine egne ord.
- **Udform lavdosis, rehabiliterende øvelser.** Indfør et tidseffektivt program, der supplerer hans arbejdsmæssige krav i stedet for at konkurrere med dem. Fokuser på mobilitet, motorisk kontrol og let styrkebalance – for eksempel: øvelser for mobilitet i nakke/skulder og brystkasse, lavbelastende træning af rotatorcuff og bagkæde samt korte stræk- eller vejrtræknings-sessioner i pauserne. Præsenter dette som aktiv restitution snarere end ekstra træning. Start med meget korte, overskuelige doser (5–10 minutter om dagen) og vis, at selv små anstrengelser kan have mærkbare effekter på komfort og udholdenhed.
- **Brug motiverende samtaler til at håndtere ambivalens.** Udforsk Hans' tøven med åbne spørgsmål: "Hvad tror du, der vil ske, hvis din skuldersmerter forbliver de samme i yderligere seks måneder?" eller "Hvad ville gøre det lettere for dig at prøve denne plan i en uge?" Reflekter over hans svar og forstærk hans værdier – at forblive stærk til arbejde, bevare indkomst og nyde familietid. Omtal øvelserne som værktøjer, der tjener disse prioriteter, snarere end valgfri ekstraudstyr. Denne værdibaserede ramme hjælper med at internalisere motivation.
- **Anvend principper om gradvis eksponering og pacing.** Hvis Hans undgår visse bevægelser på grund af smerter eller træthed, skal du integrere gradvis eksponering i fysioterapisesessionerne. For eksempel kan kontrollerede bevægelser over hovedet eller modstandsabduktion introduceres gradvist for at demonstrere sikkerheden. Tilskynd til pacingstrategier på arbejdet – skift hænder, når det er muligt, tag mikro-pauser og udfør

korte mobilitetsøvelser mellem gentagne opgaver. Forklar, at variation og restitution, ikke kun styrke, er afgørende for langsigtet modstandsdygtighed.

- **Udnyt samarbejde på arbejdspladsen og ergonomiske strategier.** Hvor det er muligt, skal du inddrage arbejdspladsens sundhedsrepræsentant til at gennemgå arbejdsstationens ergonometri eller variationen i arbejdsgangen. Små ændringer, såsom justerbare skærehøjder, planlægning af pauser eller rotation af gentagne opgaver, kan reducere vævsbelastningen og gøre det terapeutiske budskab konsistent på tværs af kontekster. Disse justeringer viser, at målet er bæredygtig deltagelse i arbejdet, ikke midlertidig smertelindring.
- **Følg op og understøt fremskridt.** Planlæg opfølgninger hver anden til fjerde uge i starten for at gennemgå symptomer, overholdelse og barrierer. Brug konkrete målinger – færre smertetoppe ved skiftets afslutning, bedre søvn eller reduceret medicinforbrug – til at fremhæve fremskridt. Understøt succeser med positiv feedback ("Du har formået at passe øvelserne ind, selv efter lange skift – det viser engagement"). Juster programmet efter behov, tilføj variation eller kort modstandsarbejde for at holde det interessant.

Ved at skelne mellem arbejdsrelateret belastning og terapeutisk bevægelse, anerkende træthed og omdefinere motion som restitution snarere end ekstra arbejde kan klinikere hjælpe fysisk aktive arbejdstagere som Hans med at se værdien i struktureret egenhåndtering. Ved at kombinere motiverende samtaler, gradvis eksponering og ergonomisk samarbejde kan de overvinde deres skepsis, opbygge robusthed og opretholde deres evne til at udføre krævende fysisk arbejde.

4.4.3 Misforståelse af ergonomi: hvad det tilbyder og ikke tilbyder til smerte

Mark, en 40-årig kundeservicemedarbejder, har i løbet af det sidste år udviklet diffuse smerter i nakken og lænden. Han sidder næsten hele tiden ved sit skrivebord, fordi han mener, at det er vigtigt at sidde "korrekt" for at beskytte sin ryg. Efter at have set reklamer på sociale medier købte han en dyr "ergonomisk" stol, en stiv trøje, der korrigerer kropsholdningen, og en bærbar sensor, der vibrerer, når han sidder foroverbøjet. Han bærer også et lændestøttebælte, når han løfter indkøbsposer, da han er overbevist om, at det er farligt at bøje ryggen. På trods af disse hjælpemidler føler han sig stiv og bekymret; han undgår at bøje sig for at løfte sit lille barn og tilbringer lange perioder i samme stilling af frygt for, at bevægelse vil forværre hans smerter. Hans angst har fået ham til at søge efter flere hjælpemidler i stedet for at dyrke almindelig fysisk aktivitet.



Evidensbaseret begrundelse

- **Der findes ikke én eneste "korrekt" kropsholdning eller løfteform, der forhindrer smerter.** Troen på, at rygsmerter skyldes "forkert" kropsholdning, er udbredt, men forskning viser ingen stærke beviser for, at undgåelse af "forkert" kropsholdning i siddende stilling forhindrer lændesmerter, eller at en bestemt krumning af rygsøjlen er forbundet med smerter. Mennesker med rygsmerter bøjer sig faktisk mindre og aktiverer kropsmusklerne mere under bevægelse, og større frygt og lav selvtilid er forbundet med forsigtig bevægelse¹.

- **Langvarig statisk siddende stilling overbelaster vævet; variation er nøglen.** At sidde uafbrudt kan forårsage muskeltræthed og overbelaste bevægeapparatet. Ergonomi fokuserer på at tilpasse miljøet og arbejdsorganisationen, så man kan skifte stilling, hvilket reducerer ubehag og øger velværet.
- **Ergonomiske tiltag med flere komponenter hjælper; gadgets alene gør ikke.** At skifte mellem at sidde og stå hver 30. minut kan mindske træthed og rygsmerter, samtidig med at produktiviteten opretholdes. Kortvarig overvåget træning plus ergonomisk vejledning reducerede også smerter og ubehag. Derimod mangler der videnskabelig dokumentation for bærbare holdningsmonitører og korrigerende trøjer²

Integreret forvaltningsplan

■ Implementering af egenhåndtering

- **Vurdering og mål.** Undersøg Marks tanker om kropsholdning og løft, og vurder hans arbejdsplads, siddestillinger, fysiske aktivitetsniveau og psykosociale faktorer. Identificer meningsfulde mål (f.eks. at kunne lege komfortabelt med sit barn, selvtillid i forbindelse med løft).
- **Afkræft myter og opbyg selvtillid.** Forklar, at rygsøjlen er robust, og at der ikke findes én eneste "korrekt" kropsholdning. Understreg, at der findes naturlige variationer, og at komfort er vigtigere end stivhed. Gør det klart, at det ikke i sig selv er skadeligt at bøje sig eller bukke sig; at bevæge rygsøjlen gennem hele dens bevægelsesområde nærer vævet og opbygger modstandsdygtighed.
- **Tilskynd til varieret bevægelse.** Juster arbejdsstationen, så det er muligt at skifte mellem at sidde og stå. Foreslå mikro-pauser – stå, gå eller stræk ud hver 30.-45. minut – og ændre stolens hældning for at undgå langvarig statisk belastning.
- **Fremme fysisk aktivitet.** Udarbejd en gradueret aktivitetsplan, der omfatter aerob træning (gå, cykle, svømme) og øvelser for rygsøjls bevægelighed. Fremhæv, at kombineret træning og ergonomisk vejledning mindsker smerter. Indfør bøjnings- og løfteopgaver i forskellige stillinger for at mindske frygt.
- **Pragmatiske løftestrategier.** Lær planlagte løft (løft tæt på kroppen), brug af hofter og ben og eksperimenter med teknikker med foroverbøjet, squat og semi-squat. Understreg, at der ikke er belæg for, at det forebygger smerter at holde ryggen ret. Ved tunge løft skal du foreslå mekaniske hjælpemidler eller løft i team og fraråde brug af bælter.
- **Reducer afhængigheden af hjælpemidler.** Diskuter det begrænsede bevis for holdningskorrigerende trøjer og sensorer, og opfordre Mark til at fokusere på intern bevidsthed og bevægelsesvariation.

■ Sundhedsoplysningsstrategier pr. sundhedskompetenceområde

- **Forståelse.** Brug et klart sprog til at forklare, at myter om kropsholdning fortsat eksisterer på trods af manglende beviser. Gør det klart, at komfort, variation og tillid til bevægelse er vigtigere end at holde en "perfekt" position.
- **Adgang.** Tilbyd pålidelige ressourcer – såsom retningslinjer fra arbejdsmiljømyndigheder om indretning af arbejdsstationer og aktivitets pauser – og fraråd brug af markedsføringspåstande.
- **Vurder.** Lær Mark at vurdere påstande om kropsholdningsudstyr kritisk. Fremhæv, at de fleste bærbare enheder og holdningskorrigerende trøjer er prototyper og mangler langvarig dokumentation.
- **Anvend.** Demonstrer forskellige muligheder i forhold til justering af stolens højde, afstand til skærmen og ryglænets støtte; øv dig i at tage små pauser og variere siddestillinger. Brug teach back ("Vis mig, hvordan du ville indrette dit skrivebord") for at sikre forståelse. Tilskynd til anvendelse af komfortable løfteteknikker frem for strenge regler.

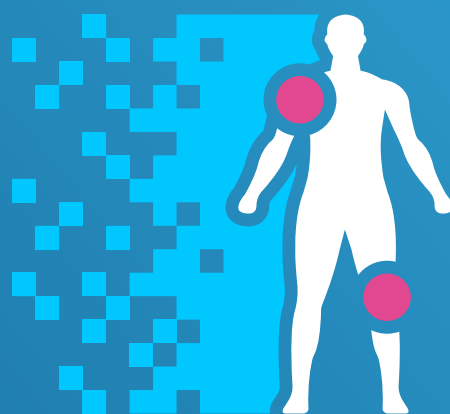
■ Psykologisk informeret praksis

- **Udvikl selvtillid og robusthed.** Hjælp Mark med at sætte realistiske forventninger og anerkende forbedringer (mere tid til at lege med sit barn, mindre afhængighed af gadgets). Lær strategier til at håndtere opblussen – midlertidige smerteforværringer betyder ikke, at der er sket skade – og juster aktiviteter i stedet for at ty til hvile.
- **Inddrag støtte fra arbejdspladsen.** Kontakt hans arbejdsgiver for at implementere ergonomiske ændringer (hæve-sænke skrivebord, justerbart udstyr) og planlagte bevægelsespauser. Organisatorisk støtte til sådanne interventioner har vist sig at reducere symptomer og forbedre psykosociale forhold.

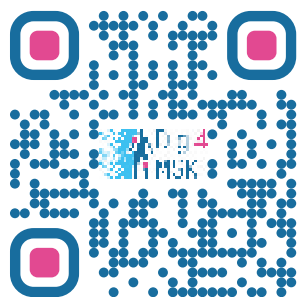
Denne case understreger, at ergonomi handler om at tilpasse miljøer til enkeltpersoner og fremme bevægelsesvariation, ikke om at håndhæve strenge regler for kropsholdning. At oplyse patienter om rygsøjls robusthed, opmuntre til hyppige stillingsskift og fysisk aktivitet og tackle frygt for bevægelse er centralt for at reducere smerter og forbedre funktion.

1 Slater D, et al. J Orthop Sports Phys Ther. 2019. <https://doi.org/10.2519/jospt.2019.0610>

2 Soares C, et al. Rev Bras Med Trab. 2023. <https://doi.org/10.47626/1679-4435-2023-770>



Digi4 MSK



digi4msk.eu/



 info@digi4msk.eu



Medfinansieret af
Den Europæiske Union

Finansieret af Den Europæiske Union. Synspunkter og holdninger, der kommer til udtryk, er udelukkende forfatterens/forfatternes og er ikke nødvendigvis udtryk for Den Europæiske Unions eller Det Europæiske Forvaltningsorgan for Uddannelse og Kulturs (EACEA) officielle holdning. Hverken den Europæiske Union eller EACEA kan holdes ansvarlig herfor. ERASMUS-EDU-2022-PI-ALL-INNO: Projekt nr. 101111708