

Funktionel lidelse

Fagligt opdateret: 03.11.2021

Basisoplysninger

Definition

- Funktionel lidelse anvendes som en samlebetegnelse for en række lidelser kendetegnet ved, at man typisk har flere fysiske symptomer. Symptomerne har oftest et karakteristisk mønster og påvirker personens funktionsevne og livskvalitet
- Fælles for de funktionelle lidelser er, at de ikke kan påvises ved blodprøver, røntgenundersøgelser eller andre biomedicinske tests
- Som ved andre tilstande skal differentialdiagnoser udelukkes i relevant omfang. Symptomerne kan således ikke forklares ved en anden veldefineret somatisk eller psykiatrisk sygdom

Forekomst

- I et nyere dansk kohortestudie på ca. 10.000 mennesker i alderen 18-76 år oplyste henholdsvis 10 % af mændene og 16 % af kvinderne, at de af en læge havde fået diagnosticeret én funktionel lidelse. Disse fund er bekræftet af et survey iblandt 50.000 danskere i alderen 18-65 år, hvor man fandt en forekomst på 15 % ¹
- Funktionelle lidelser er i de sværeste tilfælde svært invaliderende
- Blandt de funktionelle lidelser med specifikke syndromdiagnoser, der har størst hyppighed og sygdomsbyrde, findes bl.a. [irritabel tarmsyndrom](#) (IBS) og generaliseret muskuloskeletal smerte ([fibromyalgi](#))
- Syndromdiagnoser optræder med skiftende navne over tid, men fremstår med et stort overlap af symptomer

Børn og unge:

- I et dansk kohorte studie fandt man, at 4,4% af 5-7 årige børn havde funktionelle symptomer med betydende funktionspåvirkning ²
- Samlet peger internationale studier på, at forekomsten af behandlingskrævende funktionelle symptomer eller lidelser ved børn og unge er på 4-10% afhængig af, hvilken definition, der er anvendt ³

Ætiologi og patogenese

- Fælles for funktionelle lidelser er, at årsagssammenhænge og sygdomsmekanismer er ufuldstændigt kortlagt
- Der foregår omfattende forskning både internationalt og i Danmark for at identificere mulige prædisponerende, udløsende og vedligeholdende faktorer samt biologiske, psykologiske og sociale markører for specifikke funktionelle lidelser
- Funktionelle lidelser kan forstås ud fra nedenstående sårbarhedsmodel:
 - 1) Prædisponerende faktorer: medfødte faktorer, herunder arv, og erhvervet sårbarhed under opvækst som fx tillært adfærd i relation til sygdom og symptomer, alvorlig sygdom og traumer
 - 2) Udløsende begivenheder som fx traume, sygdom eller gentagne belastninger
 - 3) Vedligeholdende faktorer: heri indgår tanker og adfærd vedrørende symptomerne samt livsstil, der kan give anledning til reversible forandringer i nervesystemets funktion. Social- og sundhedsvæsen kan bl.a. ved gentagne somatiske undersøgelser bidrage til vedligeholdelse af bekymringstanker og symptomer
- Man har i stigende grad fokus på ændret interoception, dvs. hjernens måde at bearbejde signaler fra kroppen på. Denne interoception foregår i nervesystemet og er således biologisk, men den påvirkes af
 - biologiske forhold som fx søvn, kost, aktivitet
 - psykologiske forhold som fx vores fortolkning af kropslige oplevelser og efterfølgende adfærd
 - sociale forhold som fx relationer
- I forhold til en bio-psyko-social forståelse af funktionel lidelse har man konkret set på følgende:
 - Den **biologiske del** af forskningen undersøger bl.a. gens og immunsystemets rolle, styringen af det autonome nervesystem og cellernes energistofskifte. Der er endnu ikke påvist biologiske faktorer, som med sikkerhed kan fastslå sygdomsmekanismerne
 - Den **psykologiske del** af forskningen har identificeret mulige prædisponerende faktorer såsom bestemte personlighedstræk og barndomstraumer i form af fx sygdom hos patienten selv eller forældre samt seksuelle overgreb. Derudover ser sygdomsbekymring og uhensigtsmæssig sygdomsopfattelse, fx katastrofetænkning om symptomer og uhensigtsmæssige mestringsstrategier, som fysisk inaktivitet med undgåelsesadfærd, ud til at spille en rolle som vedligeholdende og muligvis også prædisponerende faktorer for udvikling af funktionelle lidelser

- Den **socialmedicinske del** af forskningen beskæftiger sig med sammenhængen mellem funktionelle lidelser og bl.a. uddannelse og beskæftigelse

Børn og unge:

- Ved børn og unge spiller familie-faktorer en særlig rolle. U hensigtsmæssig sygdomsopfattelse eller adfærd hos forældrene kan medvirke til at udvikle og/eller vedligeholde en funktionel lidelse hos børn og unge.
- U hensigtsmæssig sygdomsopfattelse:
 - Forældres fortsatte overbevisning om en biomedicinsk forklaring på barnets symptomer på trods af gentagne negative undersøgelser
- U hensigtsmæssig sygdomsadfærd:
 - Overinvolvering fra forældrene inkl. overdreven opmærksomhed på barnets fysiske symptomer eller hyppige lægebesøg. Dette øger risikoen for, at barnet ikke selv lærer at mestre symptomerne ⁴
 - Hvis barnet/den unge støttes i inaktivitet og skolefravær selv ved mindre symptomer

Disponerende faktorer

- Se under ætiologi og patogenese

ICPC-2

- Hvis patienten har et enkelt symptom eller flere symptomer fra samme organsystem, kodes dette under det relevante organsystem
- Hvis patienten har symptomer fra flere organsystemer, anvendes relevant kode fra kapitel A. Bemærk, at medicinsk uforklarede symptomer kodes som A29. Denne kode er mappet til ICD-10-diagnosen medicinsk uforklarede symptomer, hvorunder funktionel lidelse ligger
- I det Sundhedsstyrelsen har besluttet fremover at klassificere funktionel lidelse som en somatisk tilstand, foretrækkes diagnosekoden A29 frem for den tidligere anvendte psykiatriske diagnose P75
- Der findes også en række syndromkoder i ICPC, som kan anvendes
- Nedenstående koder kan være relevante at overveje:
 - [A01 Almen/udbredt smerte](#)
 - [A04 Almen svækkelse/træthed](#)
 - [A29 Almen\(t\) symptom/klage IKA](#)
 - [D93 Colon irritabile](#)
 - [L18 Muskelsmerte](#)
 - [L83 Cervikalsyndrom](#)
 - [N79 Hjernerystelse](#)
 - [P75 Somatoform forstyrrelse](#)

ICD-10

- Se Sundhedsstyrelsens [kodning af funktionelle lidelser – vejledning til sundhedspersonale](#) ⁴

Børn og unge:

- Ved børn og unge anvendes de samme diagnose koder- og kriterier som ved voksne

Diagnosen

Diagnostiske kriterier

- Da funktionelle lidelser dækker over en samlebetegnelse for en række syndromdiagnoser, findes der flere forskellige kriterier på området. Generelt for funktionelle lidelser gælder det, at patienten typisk vil have flere symptomer ofte fra flere organsystemer. Patienten vil, afhængig af sværhedsgraden af lidelsen, have påvirket funktionsniveau i større eller mindre grad. Lidelsen skal have været tilstede i minimum 3 måneder
- Typiske symptomer er:
 - Symptomer fra hjerte og lunge (arousal i sympaticus): Hjertebanken eller uro i brystet, trykken i brystet, forpustethed uden anstrengelse, anfald af vejrtrækningsbesvær, varm- eller koldsveden, mundtørhed
 - Symptomer fra mave og tarm (arousal i parasympaticus): Mavesmerter, hyppige løse afføringer, diarre, oppustethed, kvalme, sure opstød, halsbrand
 - Symptomer fra bevægeapparatet: Smerter i arme eller ben, muskelsmerter, ledsmerter, lammelse eller svaghedsfornemmelse, rygsmerte, smerterne flytter sig fra sted til sted, dødhedsfornemmelse eller føleforstyrrelse

- Almene symptomer: Koncentrationsbesvær, hukommelsesbesvær, træthed, hovedpine, svimmelhed
- For en række syndromer findes særskilte kriterier (fx irriteret tyktarm, fibromyalgi). Der henvises til kapitler om disse tilstande
- Det er vigtigt at udelukke relevante differentialdiagnoser

Børn og unge:

- Børn og unges symptombillede skal ses i et udviklingsperspektiv, hvor de typisk har færre og mere afgrænsede symptomer sammenlignet med voksne
- De yngste børn har ofte et eller to symptomer, typisk smerteklager. Unge kan have flere symptomer i lighed med de symptomklager og symptom mønstre, man ser hos voksne
- Børn opfylder hyppigere kriterierne for et enkelt organ eller enkelt symptom funktionel lidelse, men de kan være lige så funktionshæmmede af deres sygdom
- De mest almindelige symptomer ved børn og unge er træthed, hovedpine, mave-, muskel- og ledsmerter

Differentialdiagnose

- Karakteristika som oftest er tilstede ved veldefineret somatisk sygdom:
 - Få og specifikke symptomer
 - Karakteristiske symptomer eller symptom mønstre for veldefineret sygdom
 - Konstant symptomlokalisering
 - Tydelig variation i intensitet med få lindrende eller forværende faktorer
 - Hovedklage kan identificeres
 - Beskrivelsen er klar
 - Veldefineret effekt af specifik behandling
- Udover differentialdiagnoser relateret til det enkelte symptom, bør flg. differentialdiagnoser med multiple symptomer overvejes. Bemærk, listen er ikke udtømmende, og der kan være andre relevante differentialdiagnoser:
 - [Stofskiftelidelse](#) (hypothyreose)
 - [Multipel sklerose](#)
 - [Hyperparathyreoidisme](#)
 - [Binyrebarkinsufficiens](#)/Addisons sygdom
 - [Akut intermitterende porfyri](#)
 - [Parkinsons sygdom](#)
 - [Myastenia gravis](#)
 - [Borreliose](#)
 - [Systemisk lupus erythematosus](#) og andre bindevævssygdomme
 - [AIDS](#)
 - [Demens](#)
 - [Subduralt hæmatom](#)
 - [Lavtryks hydrocefalus](#)
- Overvej psykisk lidelse (som forklaring eller komorbiditet):
 - [Depression](#) eller anden affektiv tilstand
 - [Angst](#) (herunder [helbredsangst](#))
 - [Tvangslidelse](#) (OCD)
 - Psykose
 - Misbrug

Børn og unge:

- En særlig differentialdiagnose hos børn og unge er Münchhausen by proxy eller medicinsk børnemishandling ⁵ Her beskriver eller fremprovokerer en anden, typisk en forælder, symptomer hos barnet for selv at få opmærksomhed fra andre og sundhedsprofessionelle. Medicinsk børnemishandling sker således, når et barn modtager unødvendig og skadelig, eller potentiel skadelig medicinsk behandling under tilskyndelse af en omsorgsperson. Der er tale om et spektrum, som spænder fra overdrivelse, dramatisering og forfalskning af symptomer til undladelse af behandling og i yderste tilfælde aktiv induktion af symptomer og sygdom hos barnet. Det er en svær diagnose at stille, da lægens mest værdifulde redskab netop er en detaljeret medicinsk anamnese fra omsorgspersonen om barnet
- Eksempler på relevante somatiske differentialdiagnoser:
 - Migræne
 - Epilepsi
 - Pareser på baggrund af veldefineret neurologisk lidelse
 - Refluks med tilbageløb af mavesyre fra mavesækken til spiserøret
 - Kronisk forstoppelse
 - Cøliaki
 - Vasovagale eller kardiale synkoper

- Astma
- Gigtsygdomme
- Følger efter fysiske traumer
- Refleksdystrofi
- D-vitamin mangel
- Stofskiftesygdomme
- NB: funktionelle symptomer og en funktionel lidelse kan også ses som en overbygning på en veldefineret fysisk sygdom, se nedenfor

Psykiatrisk komorbiditet

- Komorbide eller grundlæggende psykiske lidelser ses hos 15-30% af børn og unge med funktionelle lidelser
- Det drejer sig især om [angst](#) og [depression](#) samt belastnings- eller tilpasningsreaktioner, men også kognitive vanskeligheder og neuro-udviklingsforstyrrelser
- Overvej derfor om barnet/den unge kan have en grundlæggende lidelse, som mulig forklaring på at de udvikler en funktionel lidelse i en tidlig alder. Det kan f.eks. dreje sig om [autisme](#), [ADHD](#) eller indlæringsvanskeligheder

Sygehistorie

- Hos enhver patient med vage eller diffuse symptomer eller kompliceret sygdomsanamnese bør funktionel lidelse overvejes, særligt når der ikke er kliniske eller parakliniske fund som understøtter symptom billedet
- Patienter med funktionelle lidelser kan have lette eller svære symptomer fra ét eller flere organsystemer. I skemaet herunder ses forskellige sværhedsgrader af funktionelle lidelser

Sværhedsgrad af funktionelle lidelser

Let	Moderat	Svær
Få/lette symptomer fra ét eller få organsystemer	Svære symptomer, eller lettere symptomer fra flere organsystemer	Svære symptomer, ofte fra flere organsystemer
Dagliglivets funktioner er ikke påvirket i væsentlig grad	Dagliglivets funktioner er påvirket i nogen grad	Omfattende påvirkning af dagliglivets funktioner, patienten er truet ift. psykisk og/eller fysisk helbred og sociale liv
Ofte effekt af behandling [↗]	Ofte effekt af behandling [↗]	Ofte effekt af behandling [↗]

- Symptomer fra de forskellige organsystemer kan være forskelligartede, se eksempler herunder.
 - Kardiopulmonale symptomer:
 - Hjerterbanken eller uro i brystet
 - Trykken eller smerter i brystet
 - Forpustethed uden anstrengelse
 - Anfald af vejtrækningsbesvær
 - Varm- eller koldsveden
 - Mundtørhed
 - Gastrointestinale symptomer:
 - Hyppige løse afføringer
 - Mavesmerter
 - Oppustethed
 - Spændings- eller tyngdefornemmelse i maven
 - Diarré
 - Sure opstød
 - Kvalme
 - Svie eller smerter i toppen af maven
 - Muskuloskeletale symptomer og smerter:
 - Smerter i arme eller ben
 - Muskelsmerter eller -ømhed
 - Ledsmerter
 - Følelse af lammelse i arme eller ben

- Rygsmerter
- Smerter, som flytter sig fra sted til sted
- Ubehagelig dødhedsfornemmelse eller føleforstyrrelser
- Almene symptomer:
 - Koncentrationsbesvær
 - Træthed
 - Hovedpine
 - Hukommelsesbesvær
 - Svimmelhed
- Symptomerne vil ofte optræde i det karakteristiske mønster, at der er flere symptomer til stede samtidigt, og disse svarer ikke til organafgrænsning. Det at have flere og ofte diffuse symptomer varer typisk ved, men lokaliseringen kan skifte over tid

Børn og unge:

- Ved børn og unge er sværhedsgraden i højere grad defineret af funktionspåvirkningen end antallet af symptomer jf. udviklingsperspektivet
- Typiske måder børn og unge påvirkes på er fravær fra skole, ophør af fritidsaktiviteter, og at de trækker sig fra venner og sociale aktiviteter
- En anden hyppig klinisk præsentation er funktionel overbygning på en veldefineret fysisk sygdom, hvor de fysiske symptomer forstærkes eller udbygges.
 - Eksempler er
 - vedvarende svære smerter hos børn med velbehandlet gigtsygdom
 - funktionelle anfald hos børn med epilepsi
 - hyppige anfald af vejrtrækningsbesvær hos et barn med velbehandlet astma
 - mavesmerter hos børn med kronisk forstoppelse eller refluxsygdom

Kliniske fund

- Der findes ingen somatisk eller psykiatrisk diagnose, der kan forklare symptomerne, eller de kliniske fund stemmer ikke med patientens symptomer

Supplerende undersøgelser i almen praksis

- Afhængig af de symptomer patienten præsenterer, bør udredning fokuseres med henblik på at udelukke relevante differentialdiagnoser, såvel somatiske som psykiatriske
- Unødig udredning bør så vidt muligt undgås med det formål ikke at trække diagnosticeringen og dermed sygdomsforløbet i langdrag samt for at undgå iatrogen skade på patienten
- Ved stærk mistanke om funktionel lidelse, kan behandling af denne påbegyndes, mens resultater af nødvendig udredning afventes
- Der findes intet alment accepteret og valideret udredningsprogram for patienter med ukarakteristiske symptomer. Flg. screeningsprøver kan overvejes og bør suppleres i forhold til specifikke differentialdiagnostiske overvejelser:
 - Screening for somatisk lidelse:
 - Hæmatologiske kvantiteter (hæmoglobin, trombocytter og leukocytter)
 - Væsketal (natrium, kalium og kreatinin)
 - Levertal (ALAT, GGT, BASP)
 - Cobalamin
 - HbA1C/fastebloodsukker
 - Thyreoidea-prøver (TSH)
 - Calcium
 - Fasereaktant (CRP/SR)
 - Urinstiks og evt. screening for misbrugsstoffer
 - Evt. ekg, BT, højde, vægt, lungefunktion
 - Evt. andre prøver afhængigt af symptomerne
 - Screening for psykiatrisk lidelse: CMDQ [herunder MDI](#)

Børn og unge:

- Hos yngre børn, hvor der ofte vil være tale om en monosymptomatisk præsentation, vil det sjældent give mening at udføre en bred paraklinisk screening for somatisk sygdom. I stedet målrettes evt. screeningsprøver efter symptompræsentationen
- Mulig supplerende udredning er psykologisk testning, udviklingsvurdering (fx ved Movement ABC, Bailey test) og bestemmelse af sensorisk profil
- Overvej om barnet er truet på sin udvikling og generelle trivsel, så der skal laves underretning til kommunen
- Vær opmærksom på differentialdiagnosen Münchausen by proxy/medicinsk børnemishandling (se ovenfor). Her er det særligt vigtigt som sundhedsperson at beskytte barnet mod unødvendige og potentielt farlige medicinske undersøgelser

Andre undersøgelser

- Ingen specifikke. Generelt skal man nøje overveje, hvilke undersøgelser man henviser patienten til, for ikke at skabe en forventning hos denne om henvisning til yderligere undersøgelser

Henvisning

- Patienter med svær funktionel lidelse eller mistanke herom kan henvises til de specialiserede centre, som er etableret i alle regioner:
 - [Funktionelle Lidelser, AUH i Region Midtjylland](#) [↗]
 - [Center for Komplekse Symptomer, Frederiksberg Hospital i Region Hovedstaden](#) [↗]
 - [Center for Funktionelle Lidelser, Vejle Sygehus, Region Syddanmark](#) [↗]
 - [Center for Funktionelle Lidelser i Region Nordjylland](#) [↗]
 - [Center for Funktionelle Lidelser, Sjællands Universitetshospital, Region Sjælland](#) [↗]

Børn og unge:




- De lette funktionelle lidelser udredes og behandles i primær sektor herunder i almen praksis
- De moderate funktionelle lidelser kan henvises til hovedfunktion på børneafdelinger i alle regioner
- De svære funktionelle lidelser varetages i alle regioner i specialfunktioner, som foregår i tæt samarbejde mellem de somatiske børne- og unge afdelinger og børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Der vil ofte være behov for mobilisering ved fysioterapi og udarbejdelse af genoptræningsplan (GOP) med henblik på øgning af funktionsniveau og evt. indlæggelse med intern skolegang, hvor barnets faglige niveau kan afdækkes
- Denne organisering tager højde for udviklingsperspektivet og de særlige forhold ved børn og unge, hvor håndteringen af underliggende psykopatologi samt svære familiemæssige faktorer er et vigtigt fokuspunkt i udredning og behandling

Fælles for funktionelle lidelser på tværs af sværhedsgrad er vigtigheden af at inddrage samarbejdspartnere (skole, PPR, Socialforvaltningen, UU vejleder), så barnet/den unge kan få den rette hjælp også via netværket.

Link til vejledninger

- [Funktionelle lidelser – anbefalinger til udredning, behandling, rehabilitering og afstigmatisering, Sundhedsstyrelsen](#) [↗] (2018)
- [Funktionelle Lidelser – Viden og Redskaber til Almen Praksis \(2021\)](#) [↗]
- Forløbsbeskrivelser og regionale pakkeforløb
 - [A01 Almen/udbredt smerte](#)
 - [A04 Almen svækkelse/træthed](#)
 - [A29 Almen\(t\) symptom/klage IKA](#)
 - [D93 Colon irritabile](#)
 - [L18 Muskelsmerte](#)
 - [L83 Cervikalsyndrom](#)
 - [N79 Hjernerystelse](#)
 - [P75 Somatoform forstyrrelse](#)
- [DSAM vejledning](#) [↗] (2013)

Børn og unge

- Der foreligger ikke en samlet klinisk retningslinje for funktionelle lidelser ved børn og unge
- Der er fra Dansk Pædiatrisk Selskab udgivet flere relevante vejledninger i fht. specifikke symptomer:
 -  [Recidiverende mavesmerter](#) [↗]
 -  [Hovedpine](#) [↗]
 -  [Synkope](#) [↗]

Behandling

Behandlingsmål

- For nogle patienter med funktionel lidelse kan behandling føre til helbredelse. For de fleste patienter opnås forbedret livskvalitet og funktionsevne
- Jo sværere tilstanden er, og jo længere den har stået på, desto mere omfattende behandling er der behov for

Generelt om behandlingen

- En vigtig del af behandlingen er at vise accept og informere om tilstanden
- Det har som regel en helende effekt at skabe positive forventninger til forløbet
- De bedst dokumenterede former for behandling af funktionelle lidelser er kognitiv adfærdsterapi og gradueret aktivitetstræning
- Det er vigtigt, at behandlingen tilpasses den enkelte patient og afstemmes med patienten for at opnå bedst mulig behandlingsalliance. Man skal tilstræbe et balanceret aktivitetsniveau frem for under- og overstimulation, som kan være en del af patientens sygdomsmønster
- Farmakologisk behandling har en begrænset effekt, men kan overvejes i svære tilfælde
- For flere af de enkelte syndromdiagnoser foreligger vejledninger og anbefalinger, herunder bl.a. en evidensbaseret behandlingsvejledning for irritable tarmsyndrom [5](#) samt en national klinisk retningslinje for patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet (fibromyalgi) [7](#)

Børn og unge:

- I behandlingen er inddragelse af forældrene/familien afgørende herunder afklaring af sygdomsforståelse og adfærd i familien
- Bagvedliggende belastninger skal afdækkes og adresseres – herunder grundlæggende vanskeligheder, (cyber) mobning, belastninger i familien, overgreb mv.
- Det er ofte relevant at inddrage netværket (skole, PPR, socialforvaltningen og UU vejleder hos de ældre børn og unge), særligt ved skolefravær og social tilbagetrækning
- Den bedst dokumenterede behandling til børn og unge med svær funktionel lidelse er psykologisk behandling med kognitiv adfærdsterapi
- Jo yngre barnet er, des mere vil behandlingen skulle ske via forældre og netværk ved at stille relevante og realistiske krav til barnet uden at overbelaste
- SSRI behandling kan komme på tale ved komorbid angst eller depression
 - Dette vil være en børne- og ungdomspsykiatrisk specialopgave

Hvad kan patienten selv gøre?

- Det er vigtigt, at patienten tidligt i forløbet selv arbejder med at mestre sine symptomer og sin livssituation fremfor at være passivt afventende i forhold til undersøgelser og behandlingsforsøg
- Det er vigtigt med fysisk aktivitet, men den skal tilpasses, så patient undgår at gå for hurtigt frem og overbelaster kroppen, da symptomerne derved kan forværres. Det handler om at finde den rette balance mellem at være i aktivitet uden at få forværring i symptomerne. Generelt anbefales at starte på det niveau, hvor der ikke sker symptomforværring og derefter højst stige med 10 % om ugen

Børn og unge:

- Hos børn og unge med funktionel lidelse er der ofte en negativ påvirkning på kost, motion og søvn. Et første trin i behandling kan derfor være at normalisere disse områder:
 - Kost: Almindelig varieret kost og regelmæssige måltider
 - Fysisk aktivitet: Som ved voksne
 - Søvn: Regulering af døgnrytme og nok timers søvn ift. alderen
- Børn og unge har behov for støtte fra forældre eller andre til at ændre på eventuelle uhensigtsmæssige vaner i forhold til kost, fysisk aktivitet og søvn. Ved øgning af fysisk aktivitet bruges der, som hos voksne, ofte en tilgang baseret på principper for gradueret aktivitetstræning (GET)

Medikamentel behandling

- Undgå vanedannende medicin og brug i givet fald medicin, der virker på centralnervesystemet (fx antidepressiva) frem for perifert (fx alm. smertestillende præparater)
- Medicinsk behandling til funktionelle lidelser kan i sjældne tilfælde være et supplement til den øvrige behandling. Som eksempler herpå kan nævnes:
 - Laksantia og peristaltikhæmmere til patienter med irritable tarmsyndrom, evt. antidepressiva i lav dosis
 - Amitriptylin, duloxetin, gabapentin eller pregabalin til patienter med fibromyalgi - hos denne patientgruppe frarådes smertebehandling med opioider [7](#)
- Et dansk lodtrækningsstudie fra 2017 viser effekt, målt på selvvurderet helbred, af behandling med et bestemt tricyklisk antidepressivum (imipramin) i lav dosis sammenlignet med placebo for patienter med svære funktionelle lidelser (multiple symptomer fra flere organsystemer) [8](#)
- *Start low-go-slow*. Patienterne er særligt følsomme for bivirkninger, og det er vigtigt, at behandleren støtter op om forløbet

Børn og unge:

- Studier på voksne patienter kan ikke direkte overføres til børn og unge, da deres centralnervesystem er under udvikling, og de reagerer derfor anderledes på medikamentel behandling som psykofarmaka

- Der er et gråzoneområde mellem funktionelle symptomer og migræne samt kroniske neuropatiske smerter, hvor der er en vis evidens for brug af tricykliske antidepressiva (TCA) og gabapentin, især ved unge
- Medikamentel behandling af børn og unge med disse typer af medicin er dog en specialopgave og på nuværende tidspunkt, er der overordnet set ikke evidens for effekt af denne type medikamentel behandling til børn og unge med funktionelle lidelser

Anden behandling

- Som den vigtigste behandling af funktionelle lidelser anbefales graderet aktivitetstræning og kognitiv adfærdsterapi. Det er de behandlingsformer, der indtil nu er bedst dokumenterede
- For patienter med fibromyalgi findes der evidens af lav til moderat styrke for en begrænset effekt af kognitiv adfærdsterapi [9](#), forskellige former for fysisk træning [10](#), [11](#) samt akupunktur [12](#)

Forebyggende behandling

- Unødig udredning bør så vidt muligt undgås med det formål ikke at trække diagnosticeringen og dermed sygdomsforløbet i langdrag samt for at undgå iatrogen skade på patienten
- Det er vigtigt, at patienten tidligt i forløbet selv arbejder med at mestre sine symptomer fremfor at være passivt afventende i forhold til undersøgelser og behandlingsforsøg

Redskaber fra Sundhedsstyrelsen

- Sundhedsstyrelsen har i udgivelsen [Funktionelle Lidelser - Viden og Redskaber til Almen Praksis](#) [↗](#) samlet en række konkrete redskaber, som skal gøre det lettere for den praktiserende læge at hjælpe voksne og børn med funktionelle lidelse

Forløb, komplikationer og prognose

Forløb

- Afhænger af sværhedsgraden. Forløbet vil være længerevarende ved svære tilfælde af tilstanden
- I almen praksis fandt man i en spørgeskemaundersøgelse af 1000 voksne patienter, at ca. 50 % fortsat havde multiple symptomer som tegn på funktionel lidelse efter 2 års opfølgning [13](#)

Børn og unge:

- De hyppige funktionelle symptomer og lette funktionelle lidelser, som fx ses som led i belastnings- eller tilpasningsreaktioner, har en gennemgående god prognose
- Et dansk studie viser, at kun 1/3 af børn med funktionelle symptomer er i kontakt med almen praksis for deres symptomer og 50% er symptomfri indenfor 6 måneder [2](#)
- En del børn forsætter imidlertid med funktionelle symptomer ved belastninger
- Uden relevant eller tilstrækkelig behandling vil de sværere funktionelle lidelser også hos børn og unge have tilbøjelighed til at recidivere eller få et mere kronisk forløb (se prognose nedenfor)

Komplikationer

- Et kohortestudie med ca. 90.000 deltagere har vist, at patienter med en række funktionelle lidelser har mindst ligeså nedsat livskvalitet som patienter med andre kroniske sygdomme, og derudover en signifikant øget forekomst af depression og angst [1](#), [14](#)
- Funktionel lidelse er årsag til uarbejdsdygtighed hos 14 % af samtlige sygemeldinger udover 8 uger
- Mennesker med irritable tyktarm og fibromyalgi har ikke øget dødelighed, men for de sidstnævnte er der en overhyppighed af selvmord [15](#), [16](#), [17](#)

Børn og unge:

- Hos børn og unge er funktionelle lidelser associeret med:
 - Højt forbrug af sundhedsydelse [18](#)
 - Højt skolefravær [19](#)
 - Samtidige psykiske problemer, især angst og depression [20](#), [21](#)
 - Nedsat livskvalitet [19](#)
- Endvidere ses hyppigt komplikationer for hele familien med øget stress og bekymring [22](#), [23](#), [24](#).
- Forældrene har ofte øget fravær fra arbejde [25](#)
- Ved svært syge børn og unge kan der være behov for, at en forælder i en periode søger orlov til pasning af barnet med [tabt arbejdsfortjeneste](#)

Prognose

- Afhænger af sværhedsgraden. Jo sværere tilstand desto dårligere prognose
- For alle symptomer (uanset genese) gælder, at mange symptomer, symptomer fra af flere organsystemer, lang varighed, høj symptomintensitet og komorbiditet er dårlige prognostiske tegn [26](#), [27](#)
- Ca. 50 % af patienter i praksis med 4 eller flere symptomer og påvirket funktionsevne vil fortsat have multiple symptomer med påvirket funktionsevne efter 2 år [13](#)

Børn og unge:

- Gode prognostiske faktorer er pludselig debut af symptomer, en let identificerbar belastning, god præmorbid tilpasningsevne og ingen komorbiditet af hverken fysiske eller psykiske sygdomme
- I en oversigtsartikel angives at 18-61% af børn og unge med funktionelle mavelidelser fortsat har symptomer i voksenalderen [28](#)
- I et opfølgingsstudie af børn og unge med funktionelle mavelidelser fandt man, at 41 % fortsat havde en funktionel mavelidelse ved 5-15 års opfølgning. Dårlig prognose var koblet til også at have andre fysiske symptomer end fra mave-tarm samt at have depressive symptomer [29](#)
- I et andet studie fandt man, at ca. 50% af unge med fibromyalgi også opfyldte diagnosen i voksenalderen [30](#). Samtidig havde de et lavere uddannelsesnivea end jævnaldrende
- Der er i et studie af børn med funktionelle mavesmerter fundet en 5 gange øget livstidsrisiko for en angst-lidelse sammenlignet med normal populationen [31](#)

Opfølgning

Plan

- For at undgå udvikling af kronisk sygdom og understøtte et godt behandlingsforløb er det vigtigt, at patienten ses regelmæssigt hos praktiserende læge, og at han/hun fungerer som tovholder
- Det kan være fordelagtigt at involvere pårørende tidligt i forløbet, således at de også hjælpes til at forstå patientens sygdom og kan støtte patienten i forløbet
- Det kan være en fordel tidligt i forløbet at gøre status over patientens sygdomsforløb, herunder tidligere udredninger og behandlinger for symptomer
- Man bør vurdere, om der er behov for henvisning til kommunalt regi med henblik på visitation til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud

Børn og unge:

- For børn og unge gælder de samme principper fraset, at forældre og ofte det øvrige tætte netværk vil være involveret fra start typisk med følgende tiltag:
 - information til hjemskole herunder afholdelse af et netværksmøde
 - underretning iht. Servicelov § 153 grundet bekymrende skolefravær
 - udarbejdelse af en genoptræningsplan (GOP) til kommunalt regi

Hvad bør man kontrollere?

- Hvis der opstår nye symptomer, bør man naturligvis udrede patienten hensigtsmæssigt og for det, der skønnes nødvendigt. Patienten kan blive syg af anden sygdom samtidig med, at han/hun har en funktionel lidelse

Patientinformation

Hvad du bør informere patienten om

- Patienten bør tidligt i forløbet (når man som læge får mistanken om funktionel lidelse) informeres om, at det kan dreje sig om en funktionel lidelse
- Patienten bør informeres om, at man (endnu) ikke kender årsagen til den funktionelle lidelse, men at man bedst forstår denne ud fra en bio-psyko-social multifaktoriel sygdomsmodel, som inddrager både prædisponerende, udløsende og vedligeholdende faktorer

Børn og unge:

- Hos børn og unge er det både forældre og barn som informeres om ovenstående

Hvad findes af skriftlig information

- [Funktionel lidelse](#)

- [Håndbog om funktionelle lidelser](#) [↗] (til patienter og pårørende)
- [Til dig, der har fået konstateret en funktionel lidelse eller gerne vil vide mere](#) [↗] (pjece)

Til børn og unge:

- [Funktionelle anfald](#) [↗] - information om funktionelle anfald målrettet børn og unge
- [Bøgerne Malte og Maltes mave samt Anes Anfald](#) [↗] - kan bestilles gratis ved Komiteen for Sundhedsoplysning

Kilder

Referencer

1. Rasmussen S, Jensen CT, Rosendal M, Vægter HB, Søndergaard J, Jarbøl DE, Multiple physical symptoms and individual characteristics - A cross-sectional study of the general population. *J Psychosom Res* 2020;131: 10994-10998 [PubMed](#) [↗]
2. Rask CU, Olsen EM, Elberling H, Christensen MF, Ornbøl E, Fink P, Thomsen PH, Skovgaard AM, Functional somatic symptoms and associated impairment in 5-7-year-old children: the Copenhagen Child Cohort 2000. *Eur J Epidemiol* 2009;24: 625-34 [PubMed](#) [↗]
3. Garralda ME, Rask CU. Somatoform and related disorders. In: Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor EA, editors. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. : Wiley-Blackwell; 2015
4. Marshall T, Jones DP, Ramchandani PG, Stein A, Bass C, Intergenerational transmission of health beliefs in somatoform disorders: exploratory study. *Br J Psychiatry* 2007;191: 449-50 [PubMed](#) [↗]
5. Mødre der udsætter deres børn for alvorligt omsorgssvigt og overgreb. Editor: Birgitte Brun, Joan Mogensen. 2nd ed 2018. [PDF Vis kilde](#) [↗]
6. Fassov J, Fynne L, Krarup A, Engsbro A, Bak-Christensen A, Bytzer P. Dansk selskab for gastroenterologi og hepatologi. colon irritable (IBS): Udredning og behandling [Vis kilde](#) [↗]
7. NKR: Udredning og behandling af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet (SST 2018) [Vis kilde](#) [↗]
8. Agger JL, Schröder A, Gormsen LK, Jensen JS, Jensen TS, Fink PK, Imipramine versus placebo for multiple functional somatic syndromes (STreSS-3): a double-blind, randomised study. *Lancet Psychiatry* 2017;4: 378-388 [PubMed](#) [↗]
9. Bernardy K, Klose P, Busch AJ, Choy EH, Häuser W, Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;: CD009796 [PubMed](#) [↗]
10. Bidonde J, Busch AJ, Webber SC, Schachter CL, Danyliw A, Overend TJ, Richards RS, Rader T, Aquatic exercise training for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;: CD011336 [PubMed](#) [↗]
11. Busch AJ, Webber SC, Richards RS, Bidonde J, Schachter CL, Schafer LA, Danyliw A, Sawant A, Dal Bello-Haas V, Rader T, Overend TJ, Resistance exercise training for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;: CD010884 [PubMed](#) [↗]
12. Deare JC, Zheng Z, Xue CC, Liu JP, Shang J, Scott SW, Littlejohn G, Acupuncture for treating fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;: CD007070 [PubMed](#) [↗]
13. Budtz-Lilly A, Vestergaard M, Fink P, Carlsen AH, Rosendal M, The prognosis of bodily distress syndrome: a cohort study in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 2015;37: 560-6 [PubMed](#) [↗]
14. Joustra ML, Janssens KA, Bültmann U, Rosmalen JG, Functional limitations in functional somatic syndromes and well-defined medical diseases. Results from the general population cohort LifeLines. *J Psychosom Res* 2015;79: 94-9 [PubMed](#) [↗]
15. Canavan C, West J, Card T, The epidemiology of irritable bowel syndrome. *Clin Epidemiol* 2014;6: 71-80 [PubMed](#) [↗]
16. Wolfe F, Hassett AL, Walitt B, Michaud K, Mortality in fibromyalgia: a study of 8,186 patients over thirty-five years. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2011;63: 94-101 [PubMed](#) [↗]
17. Roberts E, Wessely S, Chalder T, Chang CK, Hotopf M, Mortality of people with chronic fatigue syndrome: a retrospective cohort study in England and Wales from the South London and Maudsley NHS Foundation Trust Biomedical Research Centre (SLaM BRC) Clinical Record Interactive Search (CRIS) Register. *Lancet* 2016;387: 1638-43 [PubMed](#) [↗]
18. Saunders NR, Gandhi S, Chen S, Vigod S, Fung K, De Souza C, Saab H, Kurdyak P, Health Care Use and Costs of Children, Adolescents, and Young Adults With Somatic Symptom and Related Disorders. *JAMA Netw Open* 2020;3: e2011295 [PubMed](#) [↗]
19. Hoftun GB, Romundstad PR, Zwart JA, Rygg M, Chronic idiopathic pain in adolescence--high prevalence and disability: the young HUNT Study 2008. *Pain* 2011;152: 2259-2266 [PubMed](#) [↗]
20. Campo JV, Bridge J, Ehmann M, Altman S, Lucas A, Birmaher B, Di Lorenzo C, Iyengar S, Brent DA, Recurrent abdominal pain, anxiety, and depression in primary care. *Pediatrics* 2004;113: 817-24 [PubMed](#) [↗]
21. O'Connell C, Shafraan R, Bennett S, A systematic review of randomised controlled trials using psychological interventions for children and adolescents with medically unexplained symptoms: A focus on mental health outcomes. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2020;25: 273-290 [PubMed](#) [↗]
22. Paul SP, Candy DC, Clinical update: recurrent abdominal pain in children. *Community Pract* 2013;86: 48-51 [PubMed](#) [↗]
23. Calvano C, Warschburger P, Quality of life among parents seeking treatment for their child's functional abdominal pain. *Qual Life Res* 2018;27: 2557-2570 [PubMed](#) [↗]
24. Hulgaard DR, Rask CU, Risør MB, Dehlholm G, 'I can hardly breathe': Exploring the parental experience of having a child with a functional disorder. *J Child Health Care* 2020;24: 165-179 [PubMed](#) [↗]
25. Saps M, Seshadri R, Sztainberg M, Schaffer G, Marshall BM, Di Lorenzo C, A prospective school-based study of abdominal pain and other common somatic complaints in children. *J Pediatr* 2009;154: 322-6 [PubMed](#) [↗]
26. Creed FH, Davies I, Jackson J, Littlewood A, Chew-Graham C, Tomenson B, Macfarlane G, Barsky A, Katon W, McBeth J, The epidemiology of multiple somatic symptoms. *J Psychosom Res* 2012;72: 311-7 [PubMed](#) [↗]

27. olde Hartman TC, Borghuis MS, Lucassen PL, van de Laar FA, Speckens AE, van Weel C, Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. J Psychosom Res 2009;66: 363-77 [PubMed](#) [↗]
28. Chitkara DK, Rawat DJ, Talley NJ, The epidemiology of childhood recurrent abdominal pain in Western countries: a systematic review. Am J Gastroenterol 2005;100: 1868-75 [PubMed](#) [↗]
29. Horst S, Shelby G, Anderson J, Acra S, Polk DB, Saville BR, Garber J, Walker LS, Predicting persistence of functional abdominal pain from childhood into young adulthood. Clin Gastroenterol Hepatol 2014;12: 2026-32 [PubMed](#) [↗]
30. Kashikar-Zuck S, Cunningham N, Sil S, Bromberg MH, Lynch-Jordan AM, Strotman D, Peugh J, Noll J, Ting TV, Powers SW, Lovell DJ, Arnold LM, Long-term outcomes of adolescents with juvenile-onset fibromyalgia in early adulthood. Pediatrics 2014;133: e592-600 [PubMed](#) [↗]
31. Shelby GD, Shirkey KC, Sherman AL, Beck JE, Haman K, Shears AR, Horst SN, Smith CA, Garber J, Walker LS, Functional abdominal pain in childhood and long-term vulnerability to anxiety disorders. Pediatrics 2013;132: 475-82 [PubMed](#) [↗]

Fagmedarbejdere

- Stine Vind Roi, læge,
- Marianne Rosendal, overlæge, speciallæge i almen medicin, seniorforsker, Funktionelle Lidelser, Aarhus Universitetshospital
- Charlotte Ulrikka Rask, overlæge, klinisk professor, ph.d., Forskningsafsnittet, Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling (BUA), Aarhus Universitetshospital Psykiatrien
- Karen Hansen Kallesøe, afdelingslæge, seniorforsker, Team 1 for funktionelle lidelser & Forskningsafsnittet, Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling (BUA), Aarhus Universitetshospital Psykiatrien
- Gitte Hesthaven Jørgensen, overlæge, Klinik for Socialpædiatri/Center for Børn udsat for Overgreb Børn og Unge, Aarhus Universitetshospital, Skejby
- Hans Christian Kjeldsen, ph.d., praktiserende læge, Grenå

Indhold leveret af:

Lægehåndbogen
Kristianiagade 12
2100 København Ø

laegehaandbogen@dadl.dk