

Innføring av standardiserte evidensbaserte retningslinjer for behandling av fibromyalgi i allmennpraksis

Aje Paul Singh Dhillon

Andreas Hem (leder)

Bilal Fida Mirza

Charlotte Røiseland

Christian Magnus Borthen Langberg

Ingvild Lovise Lødøen Vethe

Jai Paul Singh Dhillon

Kaveh Feridooni



Obligatorisk oppgave i KLOK innlevering 12. semester for gr 2, v04

UNIVERSITETET I OSLO

Det medisinske fakultetet, Institutt for allmenn og samfunnsmedisin

28.10.2009

INNHALDSFORTEGNELSE

1) SAMMENDRAG	3
2) DEL I.....	4
2.1 Introduksjon av fagområdet, bakgrunn og et begrunnet valg av konkret problemstilling	4
2.2 Kunnskapsgrunnlaget	5
2.2.1 Beskrivelse av kunnskapsgrunnlaget	5
2.2.2 Oppsummering:.....	7
2.3 Forbedringsarbeidet	8
2.3.1 Observasjon og dagens praksis	8
2.3.2 Kvalitetsforbedringstiltaket	9
2.3.3 Indikatorvalg	10
2.4 Evaluering.....	11
2.5 Prosess og organisering for bedre praksis	12
2.6 Diskusjon.....	14
2.6.1 Gjennomførbarhet og ressursbruk	14
2.6.2 Våre forventninger til tiltaket	15
2.7 Referanser	16
2.8 Vedlegg.....	17
2.8.1 Vedlegg 1: Statlige utgifter til fibromyalgipasienter i Oslo 1. halvår 2009	17
2.8.2 Vedlegg 2: Forslag til sjekklister for allmennleger	18

1) SAMMENDRAG

Bakgrunn/emne: Norge er det landet i verden med høyest forekomst av fibromyalgi i forhold til befolkningen. Det finnes ikke standardiserte oppdaterte evidensbaserte retningslinjer for behandling av fibromyalgi i allmennpraksis i Norge. Studier har vist at systematisk bruk av evidensbaserte retningslinjer for behandling av fibromyalgi kan redusere pasientenes plager, legenes frustrasjoner og samfunnets utgifter. **Kunnskapsgrunnlag:** Vi har gått gjennom evidensbasert litteratur på feltet, plukket ut de studiene vi anså som viktigst og fått ekspertuttalelse av overlege dr. Wigert ved Jeløya kurbad. Vi fant evidens for følgende tiltak: Informasjon/ undervisning, kondisjonstrening, kognitiv atferdsterapi, flerdimensjonal rehabilitering, lav kveldsdose TCA, Tramadol ved behov. **Begrunnet tiltak og metode:** Implementere en *sjekkliste* i allmennpraksis som inneholder hva som er evidensbasert kunnskap om behandling av fibromyalgipasienter, og hvilke tiltak som ikke er evidensbaserte. Slik får allmennpraktikeren et standardisert opplegg å følge for hver fibromyalgipasient. Vi evaluerer prosjektet ved hjelp av et *skårings skjema* som besvares av allmennlegene. *Indikator* er andelen fastleger som gjennomfører våre tiltak, som igjen er et indirekte mål på forbedringen i håndtering av fibromyalgipasienter. **Organisering:** *Fase 1: Forberede:* Vi har funnet evidens i kunnskapsgrunnlaget for at standardiserte retningslinjer kan bedre praksis for allmennlegenes håndtering av fibromyalgipasienter. Allmennleger og spesialist vi har vært i kontakt med har bekreftet et behov for slike retningslinjer. *Fase 2: Planlegge:* Vi ønsker å innføre en sjekkliste som tiltak og benytte et skårings skjema for evaluering av tiltaket. Indikatoren vår er hvor stor andel av allmenpraktikerne som etter en tid fortsatt benytter sjekklisten. *Fase 3: Utføre:* Informasjon om effekt av sjekklisten og distribusjon av den. *Fase 4: Kontrollere:* Evaluere bruken av sjekklisten ved hjelp av et skårings skjema og benytte indikator som mål på resultat. *Fase 5: Standardisere og følge opp:* Følge opp allmenpraksisene i henhold til evalueringene. **Resultater /Vurdering:** Vi mener det er et behov for tiltaket. Det lar seg gjennomføres på en kostnadseffektiv måte og det vil ha konsekvenser for et stort antall pasienter og allmennleger. *Kvalitetsforbedringstiltaket bør utføres.*

2) DEL I

2.1 Introduksjon av fagområdet, bakgrunn og et begrunnet valg av konkret problemstilling

American College of Rheumatology (ACR) har laget kriterier for å diagnostisere fibromyalgi som blir fulgt over store deler av verden, bl.a av Norges fibromyalgiforbund. Verdens Helseorganisasjon (WHO) har plassert fibromyalgi blant de revmatiske lidelser og klassifisert den som ”bløtdelsrevmatisme” og i diagnosesystemet ICD-10 som sykdomsnummer M79,7 (1). Allmennleger bruker kodesystemet ICPC der fibromyalgi inngår i gruppen: L 18, utbredte muskelsmerter/fibromyalgi.

Ifølge Pasienthåndboka er Norge det landet i verden med høyest forekomst av fibromyalgi i forhold til befolkningen (7). En fibromyalgipasient kan ikke vise til objektive funn på sykdommen. Dette medfører ofte mistro i møte med helsepersonell og en kanskje fordomsfull saksbehandling hos NAV, til tross for eget sykdomsnummer (6). Pasienter med fibromyalgi koster samfunnet mye penger, se eksempelvis kostnader ved NAV Oslo første halvår 2009 i vedlegg 1.

Forskning viser at etter å ha fått diagnosen fibromyalgi har 97% fortsatt symptomer etter 4 år, 60% blir verre og 26% blir bedre uten å ha fulgt evidensbaserte retningslinjer (4). En studie gjort i 2004 i spesialisthelsetjenesten i USA med 167 fibromyalgipasienter ble behandlet etter evidensbaserte retningslinjer. Etter ett års oppfølging, hvor 70% av pasientene fortsatt var med i studien, viste spørreundersøkelse at 76% følte seg bedre eller mye bedre (5). Dette viser at innføring av evidensbaserte retningslinjer kan ha positiv effekt på subjektive plager og eller livskvalitet (2;3) ved fibromyalgi og dermed redusere unødvendige statlige utgifter. Det finnes et begrenset antall spesialistsentre i Norge for fibromyalgipasienter, dette begrenser allmennelegenes muligheter til henvisning av disse pasientene. Dermed er det viktig at de som ikke henvises i størst mulig grad får tilgang til den samme behandlingen som spesialisthelsetjenesten tilbyr og anbefaler.

Problemet er at det ikke finnes/ ikke benyttes noen konkrete standardiserte retningslinjer for håndtering av fibromyalgi-pasienter på de fleste allmennlegekontorer. Pasientene får gjerne mange ulike typer behandling, både fordi pasientene har ulik presentasjonsform av sykdommen og fordi mange leger behandler pasientene uten å bygge tilstrekkelig på evidens.

Dette er også årsak til frustrasjon blant legene. *Problemstillingen med oppgaven vår er hvordan innføre evidensbaserte retningslinjer for håndtering av fibromyalgipasienter i allmennpraksis.* Dette kan dermed bedre pasientenes symptomer, livskvalitet og lege-pasientforholdet. Dessuten vil det kunne spare staten for utgifter.

2.2 Kunnskapsgrunnlaget

2.2.1 Beskrivelse av kunnskapsgrunnlaget

Vi benyttet databasene Pubmed og Cochrane library og brukte søkeord som vist i tabell 1. Vi leste gjennom artiklene som vi fant i søket vårt. Av disse valgte vi ut studiene vi mente hadde best validitet. I tillegg brukte vi relevante artikler som disse artiklene refererte til. De viktigste refererer vi under. Vi tok også kontakt med dr. Sigrid Hørven Wigors, overlege ved Jeløy kurbad, et senter for behandling og oppfølging av blant annet fibromyalgipasienter.

EULAR er en gruppe på 19 eksperter som laget en metareview

(8). De gikk systematisk igjennom litteraturen for behandling av fibromyalgi og dannet anbefalinger. De brukte søkeordene ”fibromyalgia”, ”treatment or management” og ”trial” i alle de større databasene for alle publikasjonene tom 2005. For å bli inkludert måtte det være kliniske studier som brukte The American College of Rheumatology (ACR) klassifikasjonskriteriene for fibromyalgi. To hovedindikatorer for effekt ble identifisert: smerte vurdert på VAS (visuell analog skala) og funksjon vurdert på FIQ (fibromyalgia impact questionnaire). 508 studier ble identifisert, men bare 146 ble inkludert. Følgende anbefalinger var evidence-baserte:

- 1) Bassengbehandling med eller uten trening er effektivt både på smerte og funksjon
- 2) Tramadol anbefales med effekt på både funksjon og smerte.
- 3) Antidepressiva: amitriptyline, fluoxetine, duloxetine, milnacipran, moclobemide og pirlindole reduserer smerter og bedrer ofte funksjonen. Sterkest bevis for amitriptyline.
- 4) Tropisetron, pramipexole og pregabalin anbefales pga reduserer smerter. Funksjon finnes det lite data for. Kun et av studiene brukte FIQ, men viste ikke noen forbedring her.

De kom også med flere anbefalinger basert på eksperters mening: trening, kognitiv atferdsterapi, fysioterapi, svake analgetika som paracetamol og svake opoider. Svakheter med

Tabell 1

Pubmed search:

fibromyalgia (5145) erstatte dette med chronic widespread pain (196) og beholder de andre
AND treatment (2622) (77)
AND outcome (562) (19)
AND guidelines (13)
-> 12 aktuelle

denne studien er at anbefalinger bare ble gjort etter eksperterens mening og etter forandringer i VAS og FIQ. Studier med positiv effekt målt på andre måter ble ikke inkludert. I tillegg er det ikke bare evidence-baserte anbefalinger.

Hauser et al. så på effekten av multikomponent terapi eller såkalt flerdimensjonal terapi (9). De gjorde en meta-analyse av randomiserte kontrollerte studier (RCT) der behandlingen av fibromyalgi har vært ”multikomponent-terapi” og vurderte effektstørrelse på nøkkelsymptomer ved fibromyalgi. De bruker samme definisjon på fibromyalgi som overnevnte artikkel. 9 RCT-studier tilfredstilte seleksjonskriterier deres. Disse ble vurdert etter en standardisert kvalitets-skala (van Tulder score) der ingen ble rangert som høy kvalitet, seks som moderat kvalitet og tre som lav kvalitet. Behandlingen som ble vurdert var multikomponent-terapi med minst 2 non-farmakologiske terapier og av disse minst 1 informerende/undervisende eller psykologisk terapi og minst 1 trenings-terapi. Rett etter behandling: Sterke bevis (≥ 3 RCT-studier med klart resultat og av disse minst 1 med moderat kvalitet) for at multikomponent-terapi reduserer smerte, utmattelse og depressive symptomer, samt øker helse-relatert livskvalitet, tiltro til smertemestring og fysisk form. Ingen bevis (1 RCT-studie av lav kvalitet) for reduksjon i søvnproblemer. Første oppfølging (3-4 mnd): Sterke bevis (2 RCT-studier av moderat kvalitet) for en lett økning av tiltro til smertemestring. Ikke-signifikant effekt på smerte, søvnproblemer, depressive problemer, livskvalitet og fysisk form. Siste oppfølging (6-12 mnd): Sterke bevis (2 RCT-studier av moderat kvalitet) for en lett økning av fysisk form. Ikke-signifikant effekt på smerte, utmattelse, søvnproblemer, depressive symptomer, livskvalitet eller tiltro til smertemestring. Svakheter ved denne studien var at det ikke er noen internasjonalt akseptert definisjon av multikomponent-terapi, ingen standardisert tid for behandling, ingen standard for treningsintensitet, ingen kontroll med inntak av medisiner, ingen psykologisk vurdering m.t.p. komorbiditet. Utvalg med nesten bare hvite kvinner. Det var også her et lite antall RCT-studier kvalifisert.

Mannerkorp et al. har laget en meta-analyse som tok for seg non-farmakologiske tiltak mot fibromyalgi (2). De brukte RCT publisert i Pubmed fra 1985 til juli 2006 som hadde non-farmakologisk behandling. De konkluderte med at følgende tiltak hadde effekt: Moderat/ høy intens fysisk trening 20 min, 2 ganger i uken gir smerteavlastning. Lav/ moderat intens trening er beregnet for pasienter med begrenset fysisk aktivitet eller de med andre sykdommer ved siden av. Dette gav også bedring av symptomer og bedre helse. Styrketrening, etter å ha

vurdert pasienten kapasitet, gir symptom lindring hos FM pasienter. Kognitiv terapi/ undervisning om sykdommen. Her så man på ulike typer opplæring (teori, diskusjonsgrupper og praktisk opplæring) med ulike kombinasjoner av disse og trening. Dette hadde positiv effekt på sykdommen. Opplæring/kognitiv terapi i kombinasjon med fysisk aktivitet forbedret pasientens selvbilde/selvtilit, fysiske form og generell økt velvære. Denne kombinasjonen viste seg å ha synergisk effekt. Videre fremgår det at diskusjonsgrupper er like effektive som kognitivt terapi. Studien konkluderte også med at for Qigong (Østens aerobic/kampsport) og akupunktur/ massasje trengs det flere studier for å konkludere om effekt. Svakheter med mange av studiene var at det var en høy andel pasienter som trakk seg fra studiet før observasjonsperioden var over. Når det gjelder opplæring/ kognitiv terapi var det i de fleste studiene en dårlig beskrivelse av hva dette gikk ut på.

I 2004 gikk *Goldberg et al.* gjennom alle randomiserte kontrollerte studier og metanalyser av randomiserte kontrollerte studier på fibromyalgibehandling de fant i de største databasene (5). De gikk igjennom 505 artikler totalt. De fikk følgende resultater:

1) Medikamentell behandling:

- Sterke bevis for effekt: Amitriptyline, Cyclobenzaprine
- Moderate bevis for effekt: Tramadol, SSRI, SNRI, Pregabalin
- Få bevis for effekt: veksthormon, serotonin, Tropicsetron, S-adenosyl-methionine

Følgende behandlinger fant man ikke noe evidens for at virker: opioider, corticosteroider, NSAIDs, benzodiazepiner, hypnotica, melatonin, magnesium.

2) Ikke-medikamentell terapi:

- Sterke bevis for effekt: kardiovaskulær trening, kognitiv atferdsterapi, pasientopplæring, multidisciplinær terapi (som trening og kognitiv atferdsterapi eller opplæring)
- Moderate bevis for effekt: styrketrening, akupunktur, hypnoterapi, biofeedback, balneoterapi (bad i varme eller mineralholdige kilder).
- Få bevis for effekt: kiropraktikk, manuell og massasje terapi, elektroterapi, ultralyd

I artikkelen peker forfatterene på at det er mange svakheter i fibromyalgilitteraturen. De fleste evalueringene av legemidler foregår over kort tid og det var mange svakheter med metodene studiene ble utført på.

2.2.2 Oppsummering:

Av nonfarmakologisk behandling er det er særlig noen terapier som har god evidensbase og som lett kan gjennomføres i allmennpraksis. En viktig metode som er godt dokumentert er

informasjon og undervisning om sykdommen (2;5) i form av teori, diskusjonsgrupper og praktisk opplæring. Det er også vist at kognitiv terapi har god effekt (2;5) hos fibromyalgipasienter. Det er en del uklarhet rundt hva slags trening pasientene bør anbefales, men en eller annen form for kondisjonstrening har helt klart effekt i flere studier (2;5). Det kan imidlertid se ut som om man gjerne heller bør bruke en kombinasjon av både trening og undervisning eller kognitiv terapi; en flerdimensjonal rehabilitering (2;5;9) for å oppnå en synergistisk effekt av disse terapiene. Ved en flerdimensjonal rehabilitering skal det inngå minst to nonfarmakologiske terapier der minst en er informerende/undervisende eller psykologisk terapi og minst en er treningsterapi. Kommer man ikke til mål med nonfarmakologiske behandlinger, er det noen medikamenter som peker seg ut med god effekt. Trisykliske antidepressiva (spesielt Amitriptylin) tatt i form av en lav kveldsdose (5;8) og analgetika (spesielt Tramadol) tatt ved behov (5;8).

Vi finner videre at det er en moderat effekt av styrketrening (2;5) akupunktur (5), hypnoseterapi (5), biofeedback (5), varmebad (5;8) og balneoterapi (5). Og at det er en svak effekt ved bruk av kiropraktikk (5), manuell terapi (5), massasje (2;5), elektroterapi (5), ultralyd (5) og medikamentell behandling med veksthormon (5) eller serotonin (5). Det finnes derimot ingen holdepunkter for effekt av disse medikamentene: opioider, kortikosteroider, NSAIDs, benzodiazepiner, hypnotica (for eksempel Somadril), melatonin, magnesium (5). Vi ser dermed ikke at denne type medikamenter bør ha en plass i behandlingen av fibromyalgi.

Det er lite evidens på tiltak mot fibromyalgi i allmennpraksis. Litteraturen baserer seg i all hovedsak på studier utført i spesialisthelsetjenesten. Vi snakket med dr. Wigert som mente at tiltakene referert til ovenfor, er de som det er best evidens for at virker. Hun sier også at disse nok er best i sentre spesialisert for behandling i fibromyalgi, men at dette også med fordel kan innføres i allmennpraksis. De har hatt meget gode resultater på senteret sitt med disse behandlingsoppleggene (upubliserte tall), men de har hatt en strengere behandlingsoppfølging enn det man kan klare i allmennpraksis.

2.3 Forbedringsarbeidet

2.3.1 Observasjon og dagens praksis

Vi ønsket å undersøke om hva slags retningslinjer som eksisterer for behandling av fibromyalgipasienter i allmennpraksis samt uttalelse av spesialist om anbefalte retningslinjer.

Derfor tok vi kontakt med dr. Wigers. Vi tok også kontakt med noen allmennlegekontorer på Østlandet, deriblant Skedsmokorset (5 leger) og Østerås legesenter (6 leger). Dr. Wigers var veldig positiv til innføring av retningslinjer for diagnostisering, behandling og oppfølging av fibromyalgi pasienter. Hun forklarte det var et sterkt behov for innføring av standardiserte evidensbaserte retningslinjer for behandling av fibromyalgipasienter i allmennpraksis. Vi har tatt kontakt med noen allmennpraktikerkontorer på Østlandet og kartlagt hva slags behandlingsregime de bruker overfor sine fibromyalgipasienter. Dette gjorde vi ved å stille standardiserte spørsmål til allmennpraktikerne, som ble besvart via telefon eller e-post. Allmennpraktikerne svarte at det ikke fantes retningslinjer for behandling ved deres legekontor og viste alle interesse og uttalt behov for å ha standardiserte evidensbaserte retningslinjer.

2.3.2 Kvalitetsforbedringstiltaket

Kunnskapsgrunnet vi har samlet viser at det er stor mulighet for en positiv effekt på symptomer hos fibromyalgipasienter ved bruk av flere typer behandling. Vårt mål er å kunne bidra til en mer strukturert behandling av disse pasientene i allmennpraksis ved å innføre standardiserte retningslinjer.

Vi ser for oss å kunne lage evidensbaserte standardiserte retningslinjer for behandling av fibromyalgipasienter som en form for sjekklister (se vedlegg 2), som kan deles ut til alle allmennpraktikere, med en oversikt over hva som er evidensbasert behandling. Sjekklisten vil fungere som en huskeliste og veiledning for hvordan man best mulig kan behandle denne pasientgruppen. I tillegg til anbefalt behandling vil vi i sjekklisten vår ha en oversikt over hva som kan ha en moderat effekt, liten effekt og ingen evidensbasert effekt. Ved hjelp av vår sjekklister vil dermed allmennpraktikeren kunne endre på gjeldende behandling og veilede pasienter som vil prøve andre typer behandlinger det kanskje er lite evidens for.

Sjekklister er et verktøy som kan brukes for at behandlingsopplegg blir gjennomført riktig. En sjekklister utvikles på bakgrunn av et behandlingsprogram og viser hvordan behandlingen skal gjennomføres og blir dermed en huskeliste for hva man skal gjøre i møtet med en gitt pasientgruppe. I tillegg kan sjekklister videreføres med et skåringsskjema med poenggivning i henhold til om et punkt på sjekklister er gjennomført helt, delvis eller ikke, og kan dermed måle i hvilken grad et behandlingsopplegg blir tatt i bruk. En sjekklister med skåringsskjema vil egne seg for evaluering av hvor mange, og i hvilken grad, allmennpraktikerkontorer tar i

bruk den standardiserte behandlingen. Det vil være viktig å innhente tilbakemeldinger om eventuelle problemer med gjennomføring fra de allmennpraktikerne vi bruker til utprøving, for og dermed kunne vurdere endringer (10).

Det vil være allmenpraktikers oppgave å iverksette og koordinere de behandlingene retningslinjene anbefaller, enten ved direkte behandling eller ved henvisning til andre behandlere. Vi vil i tillegg nevne i vår sjekkliste hva man kan gjøre i de tilfeller man i allmennpraksis ikke kommer i mål med et tilfredstillende resultat. Det vil da være naturlig å henvise pasienten direkte til en klinikk for flerdimensjonal rehabilitering. Her vil det kunne, i følge dr. Wigors, gjennomføres et enda mer standardisert og kontrollert behandlingsopplegg. Henvisning til slike klinikker vil særlig være relevant ved spørsmål om mulig uføretrygd og kan, i følge dr. Wigors, spare pasienten og samfunnet for belastningen av unødige tidlige uførhet.

Kunnskapsgrunnlaget vårt er basert på studier som er gjennomført i spesialisthelsetjenesten pga manglende studier fra allmennpraksis. Vi har trukket ut noen behandlingsmetoder vi mener er godt nok dokumentert i forhold til evidens for effekt og som vi mener egner seg til å kunne brukes i primærhelsetjenesten og sammenlignet dette med anbefalinger gitt av dr Wigors. Dette er behandlingsmetoder man har mulighet til å innføre eller henvise til som allmennpraktiker, som ikke i stor grad er avhengig av kontrollerte forhold rundt pasienten og som ikke krever veldig høy grad av oppfølging. Siden vi ikke har direkte dokumentasjon fra allmennpraksis er det en mulighet for at retningslinjene våre ikke er overførbare til allmennpraksis.

2.3.3 Indikatorvalg

Indikator blir andel fastleger som innfører tiltakene vår i sin praksis. Baseline blir antall allmenleger vi får til å innføre retningslinjene. Etter en periode vil vi se på hvor mange av disse som fortsatt bruker retningslinjene. Vi får dermed en indikator på hvor stor andel av legene som bruker vårt oppsett av standardiserte retningslinjer.

Målet med dette prosjektet er å implementere de standardiserte retningslinjene vi har funnet evidens for i allmennpraksis. Vi har dokumentert at tiltakene vi foreslår har effekt. I dette kvalitetsforbedringsprosjektet har vi valgt å bruke som indikator et indirekte mål for forbedret behandling av pasienter med fibromyalgi. *Indikatoren vår er andelen fastleger som innfører*

tiltakene vi kommer med, som da blir et indirekte mål på forbedringen i håndtering av fibromyalgipasienter. Dette er en lett tilgjengelig størrelse, slik at effekten av tiltaket kan evalueres.

For at en indikator skal være god bør den tilfredsstillende visse krav (11). Vår indikator er *relevant*, da vi mener det er viktig å fokusere på dette området som vi har gjort rede for i oppgaven vår. Den måler det den skal beskrive og er dermed *gyldig*. Indikatoren er også *målbar* da man lett kan definere om allmenlegen bruker tiltakene vi anbefaler eller ikke ved hjelp av et skåringskjema. Den vil kunne vise forskjell i andel leger som bruker tiltakene våre, og er dermed *sensitiv*. Når det gjelder *tolkningen* er indikatoren også velegnet til dette da man kan gjøre det så lett som å be legen svare ja eller nei på om de bruker tiltak vi anbefaler. Hvis man går dypere og ser på hvor mange av pasientene legene benytter anbefalingene våre på og i hvilken grad, kan det imidlertid bli vanskeligere å tolke.

2.4 Evaluering

Målet med vår sjekkliste er at den skal fungere som en huskeliste som beskriver hvordan man ønsker at en behandling skal være, og inneholder de viktigste trinnene ved oppstart og vedlikehold av behandling i primærhelsetjenesten. For å undersøke om vi har klart å optimalisere behandlingen av fibromyalgipasientene ville vi sendt ut skåringskjema til allmennlegene for å kunne få deres tilbakemelding.

Det vil være naturlig å ha hyppigere evaluering av prosjektet med kvalitative tilbakemeldinger i starten for å få en pekepinn på om vi er på riktig vei i forhold til å oppnå målet vårt. Vi ser for oss en evaluering etter 3 mnd i første omgang og hvis det ikke er store ting som må forandres kan neste evaluering komme etter 6 mnd. Deretter vil det være naturlig med årlige evalueringer. Det er viktig at det holdes en kontinuerlig oppdatering av retningslinjene i forhold til ny forskning på feltet.

Det er også viktig med gode muligheter for tilbakemeldinger fra de involverte fastlegene i forhold til om retningslinjene er tilstrekkelige, godt nok utarbeidet og gjennomførbare. For å vurdere sjekklstens pedagogikk ville vi blant annet spurt om hva de tenker om gjennomførbarhet, symptomlindring, nytteeffekt, tidsbruk, og om det har gått på bekostning av andre tiltak. Videre ville vi også diskutert hvordan motivasjonen var, og om de hadde noen forslag til forbedring osv. Oppdages det store feil, mangler, utilstrekkelighet eller uforutsette

problemer, vil det da være naturlig og så raskt som mulig prøve å gjøre endringer som vil gjøre prosjektet bedre. Det må være lett for allmennpraktikerne å kontakte prosjektledelsen ved problemer med gjennomføring.

Et alternativ til vårt prosjekt med sjekklister og seminar er å legge sjekklisten på et sentralt nettsted. Eventuelt kunne vi sendt forklarende og motiverende informasjon sammen med sjekklisten i stedet for å snakke med allmennlegene direkte. Et fjerde alternativ er å gi pasientene informasjonen via fibromyalgiforbundet i stedet for at legen får den.

2.5 *Prosess og organisering for bedre praksis*

Organiseringen av forskningprosjektet kan deles inn i faser basert på modeller for hvordan man systematisk kan drive kvalitetsforbedring. I Langley og Nolans metode som er basert på Demings PDSA-sirkel (Plan, Do, Study, Act) er det lagt vekt på trinn i et forbedringsarbeid som er viktig (10):

Fase 1: Forberede: Erkjenne et behov for forbedring og finne et godt og klart evidensbasert kunnskapsgrunnlag.

Fase 2: Planlegge: Sette mål for hva man ønsker å oppnå og utvikle indikator som måler dette. Nåværende praksis kartlegges og forbedringstiltak planlegges.

Fase 3: Utføre: Iverksette praksis med god informasjon til de involverte, tidsplan og aktivitetsplan for innføring av endringer.

Fase 4: Kontrollere: Måle prosessen, sammenligne med satte mål og innhente kvalitativ informasjon fra brukere.

* Evaluering: Er det tilstrekkelig forbedring? Ja: gå til punkt 5. Nei: tilbake til punkt 2.

Fase 5: Standardisere og følge opp: Følge opp om innføringer følges og holde en løpende oppdatering om eventuelle nye metoder. Evaluering av måloppnåelse en eller to ganger årlig, for å holde fokuset oppe. Der tiltaket bare er prøvd ut i liten skala med godt resultat lages en plan for spredning. Når den forbedrede praksis er stabil, kan man starte opp fra fase 1 igjen med et nytt forbedringsområde.

I vår oppgave har vi under fase 1, forberedelsen, funnet ut at det ikke finnes standardiserte retningslinjer for behandlingen av fibromyalgi i allmennpraksis. Vi har tatt kontakt med allmennpraktikere og fått en ekspertuttalelse fra dr. Wigors og funnet ut at det er et behov for standardiserte retningslinjer. Vi fant deretter et kunnskapsgrunnlag som ga utgangspunkt for en utarbeidelse av slike retningslinjer.

I planleggingsfasen, fase 2, kontaktet vi et antall praksiser for å få et inntrykk av om det fantes retningslinjer og utarbeidet et forslag til retningslinjer utifra kunnskapsgrunnlaget vårt of utspill fra dr Wigers. Vi har vi satt som mål å kunne innføre retningslinjer for behandling av fibromyalgipasienter i form av en type sjekkliste med veiledning. Vi har planlagt å prøve og innføre retningslinjene hos et antall allmennpraktikere og har satt som indikator hvor stor andel allmennpraktikere som innfører tiltakene våre i sin praksis. Vi ser for oss at allmennpraktikeren benytter et skåringsskjema for bedømmelse av deres gjennomføring av retningslinjene som tilbakemeldingsprosedyre.

KLoK-oppgaven omhandler forberedelse og planlegging, så vi har i vår oppgave ikke utført forbedringsforslaget vårt lengre enn fase 1 og 2. De neste fasene: 3, utføring, 4, kontroll, og 5, standardisering og oppfølging, er bare på planleggingsstadiet. I fase 3, som omhandler utføring, vil vi da prøve ut våre retningslinjer hos et utvalg allmennpraktikere. Under utføringen vil det være viktig å informere allmennpraktikerne godt, for eksempel i form av et seminar, og danne et godt utgangspunkt for videre samarbeid, der det må være klart hva slags tidsaspekt vi ser for oss og hvordan eventuelle endringer etter evalueringer vil foregå.

I kontrollfasen, nummer 4, vil det være viktig å evaluere sjekklisten ved å bedømme tilbakemeldinger på skåringsskjemaene og innhente erfaringer og forslag til mulige endringer fra brukerne. Etter kontrollene må det evalueres om retningslinjene er tilstrekkelige og godt nok utarbeidet. Oppdages det feil, mangler, utilstrekkelighet eller uforutsette problemer, går man tilbake til planleggingsfasen, fase 2.

Siste fase er standardisering og oppfølging, nummer 5. Det er da viktig å følge opp de aktuelle allmennpraksisene med eventuelle oppdateringer samt å holde fokuset for behandlingsopplegget oppe. Det bør gjøres årlige eller halvårlige evalueringer. Ved positive evalueringer fra vår utvalgte gruppe allmennpraktikere, vil det være naturlig å satse på en videre spredning av våre retningslinjer til alle allmennpraktikere i Norge.

2.6 *Diskusjon*

2.6.1 **Gjennomførbarhet og ressursbruk**

Vår oppgave tar utgangspunkt i manglende retningslinjer for behandling av fibromyalgipasienter i allmennpraksis. Som en konsekvens av dette ser vi at det er ulik praksis blant allmennlegene i behandlingen av disse pasientene. De store tallene i kostnader og uføretrygdende pga fibromyalgi kan kanskje være en konsekvens av behandling uten retningslinjer i allmennpraksis. Ved å innføre vår sjekkliste kan det gi pasienten en betydelig helsegevinst samtidig som de slipper å eventuelt bli feilbehandlet i mange år med forverring av sykdommen som følge. Våre tiltak kan potensielt spare samfunnet for kostnader og feil bruk av ressurser. Tiltakene kan også gi et bedre tillitsforhold mellom pasienten og fastlegen.

Tiltakene er ikke særlig ressurskrevende fordi det å gi generelt opplysning, skrive ut resept og henvisning til riktige instanser er noe allmennlegene allerede kan. Tiltakene er enkle å gjennomføre rent praktisk med lite behov for opplæring. Legene trenger kun våre retningslinjer og et kort seminar som forklarer bakgrunnen for punktene på sjekklisten slik at de blir motivert til å tro at behandlingen skissert i sjekklisten har effekt. Et seminar kan være kostbart i det det krever lønnsutgifter til seminarholder og tid fra deltakerne, men ofte fører forklaring i et seminar til bedre oppfølging av opplegget enn kun et vedlagt forklarende skriv i posten. Seminaret er også en arena der man kan skape en interesse, entusiasme og positivitet rundt sjekklisten. Fastlegene skal fungere som en koordinator som selv setter i gang noen av tiltakene (som medisinerer, informasjon/ undervisning og oppmuntring til fysisk aktivitet), mens andre tiltak som f.eks kognitivt terapi, akupunktur eller fysioterapi kan da henvises til de rette instanser. Fastlegen vil dermed få det overordnede ansvaret for behandling, tilrettelegging og oppfølging av disse pasientene. Når pasientene blir møtt med en konstruktiv plan av sin fastlege kan dette være med på å skape et godt og stabilt lege-pasient forhold, noe som igjen kan øke compliance hos pasienten. Dermed vil den endrede praksisen og behandlingen lettere kunne opprettholdes over tid.

En kompliserende faktor kan være komorbiditet som vanskeliggjør gjennomføring av punktene i vår sjekkliste. Prosjektet avhenger også av at allmennlegene ønsker å innføre sjekklisten i sin praksis, og setter av den nødvendige tiden til å lære tilstrekkelig om tiltakene til å få tro på at sjekklisten kan fungere for sine pasienter. Det kreves at legene anerkjenner sykdommen og

viser pasienten tålmodighet og forståelse, selv om pasienten ofte kan virke utforderende å forholde seg til for legen.

Vi tenker oss at prosjektet skal innføres med en prøvetid på ett år med evalueringer underveis og i etterkant i form av et skåringsskjema. Dette er en lite ressurskrevende måte å evaluere vårt prosjekt på fordi det krever liten innsats av allmennlegen, koster lite å sende inn på e-post eller med brevpost, og det kan være forholdsvis enkelt å omarbeide informasjonen til statistikk. En sårbarhet med denne måten å evaluere på kan være at allmennlegene ikke besvarer skåringsskjemaet, med det ekstraarbeidet purring vil påføre prosjektledelsen, og i verste fall for få besvarelser til å kunne lage god statistikk.

Gevinsten pasientgruppen kan oppnå er såpass stor, i form av symptombedring og livskvalitet, at den rettferdiggjør kostandene, tiden og organiseringen som kreves for å gjennomføre prosjektet. Kostandene ved å gjennomføre prosjektet vårt vil antakelig være minimale i forhold til hva staten i dag bruker på pasientene. Prosjektet er også enkelt å gjennomføre, derfor tror vi prosjektet bør gjennomføres.

2.6.2 Våre forventninger til tiltaket

Med denne prosjektoppgaven har altså vår gruppe avdekket et område innen primærhelsetjenesten som har et klart forbedringspotensial. I vårt kontakt med allmenleger har vi sett at det finnes interesse for vårt tiltak. Vi forventer at tiltaket vårt kommer til å fungere på bakgrunn av kunnskapsgrunnlaget, allmennlegenes interesse og relativt lite kompleksitet og kostnader ved gjennomføringen. Vi ønsker på bakgrunn av dette å gjennomføre vårt kvalitetsforbedringsprosjekt.

Vi anbefaler å implementere forbedringstiltaket i første omgang som et prøveprosjekt på et begrenset antall allmennpraksiser. Dersom prosjektet viser seg å være vellykket, bør det vurderes om tiltaksplanen skal implementeres på alle norske allmennpraksiser. Man kan tenke seg at prosjektet vårt kan publiseres som en artikkel i Tidsskriftet for den Norske Legeforening.

2.7 Referanser

- (1) World Health Organization. ICD.
<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> (01.06.2009).
- (2) Mannerkorpi K, Henriksson C. Non-pharmacological treatment of chronic widespread musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007 Jun;21(3):513-34.
- (3) Mease P. Fibromyalgia syndrome: review of clinical presentation, pathogenesis, outcome measures, and treatment. *J Rheumatol Suppl* 2005 Aug;75:6-21.
- (4) Gran JT. Kompendium i revmatologi for medisinske studenter. Universitetet i Oslo, 1997, revidert april 2009. 2009.
- (5) Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA* 2004 Nov 17;292(19):2388-95.
- (6) Norges fibromyalgiforbund. Innlegg i Helsedirektoratet.
http://www.fibromyalgi.no/forside/nyheter/innlegg_i_helsedirektoratet (27.07.2009).
- (7) Pasienthåndboka. Fibromyalgi.
<http://www.pasienthandboka.no/default.asp?mode=document&documentid=1193> (25.09.2009).
- (8) Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskila D, et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis* 2008 Apr;67(4):536-41.
- (9) Hauser W, Bernardy K, Arnold B, Offenbacher M, Schiltenswolf M. Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Arthritis Rheum* 2009 Feb 15;61(2):216-24.
- (10) Kunnskapssenteret. Metoder og verktøy for kvalitetsforbedring.
http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy (12.10.2009).
- (11) Holm, Frøen, Hjortdahl. KLOK profesjonsutøvelse. Kunnskapshåndtering, Ledelse og Kvalitetsforbedring. Veileder for studentenes kliniske KLOK-læring i 10., 11. og 12. semester. Universitetet i Oslo. 2009: side 29.
- (12) Bang. Effektivitet i lederteam - hva er det, og hvilke faktorer påvirker det? Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, Vol 45, nummer 3, 2008: side 272-286.
- (13) Mauland, Mellempvik. Regnskap og økonomistyring i kommuner. Oslo, Cappelen Akademisk. 2004: side 55.
- (14) Smith, M. K. (2001) Peter Senge and the learning organization, the encyclopedia of informal education.
<http://www.infed.org/thinkers/senge.htm>. Last updated sep 03, 2009 (15.09.09).
- (15) Adizes I. Lederens fallgruver, How To Solve The Mismanagement Crisis - Norwegian Edition. Egmont Hjemmets bokforlag, 1980.
- (16) Johnson, Hersey, Blanchard. Management of Organizational Behavior. Pearson Education (Us). Utgave 9, 2007: kapittel 7.

2.8 Vedlegg

2.8.1 Vedlegg 1: Statlige utgifter til fibromyalgipasienter i Oslo 1. halvår 2009

Diagnose	Antall regninger	Utbetalt refusjon	Behandler
L18	145 147	20 454 202	Lege
M79.7	113	92 310	Lege
L18	89 709	13 532 320	Fysioterapi
L18	2 569	162 057	Kiropraktor
M79.7	1	470	Psykolog
L18: utberedte muskelsmerter/fibromyalgi, M79.7: fibromyalgi			
Tallene er basert på alle refusjonskrav mottatt i 1. halvår 2009, motatt fra NAV Oslo etter analyse av tallmateriale av Vegard Håvik.			

2.8.2 Vedlegg 2: Forslag til sjekkliste for allmennleger

FIBROMYALGI I ALLMENNPRAKSIS

Evidensbaserte retningslinjer for optimal behandling av fibromyalgi:

1. Informasjon/ undervisning
 - a. teori, diskusjonsgrupper og praktisk opplæring
2. Kognitiv atferdsterapi
3. Kondisjonstrening
4. Flerdimensjonal rehabilitering bestående av minst to non-farmakologiske terapier der
 - a. minst en er informerende/undervisende eller psykologisk terapi
 - b. minst en treningsterapi
5. Ved manglende respons på non-farmakologiske tiltak, er det evidens for følgende medikamentelle behandling
 - a. lav kveldsdose trisykliske antidepressiva, fortrinnsvis Amitriptylin
 - b. Tramadol ved behov

Moderat effekt: Styrketrening, akupunktur, hypnose, biofeedback, varmebad/dødehavsbadning.

Svak effekt: Kiropraktikk, manuell terapi, massasje, elektroterapi, ultralyd, veksthormon, serotonin.

Ingen holdepunkter for effektivitet:

1. Opioider
2. Corticosteroider
3. NSAIDs
4. Benzodiazepiner
5. Hypnotica (Somadril)
6. Melatonin
7. Magnesium

Før pasienten uføretrygdes skal pasienten være vurdert henvist til en av følgende klinikker for flerdimensjonal rehabilitering:

Mail, nettsadresse, telefonnummer til aktuelle sentre i Norge å henvise til!

Anno oktober 2009