

En dose kortison gjør halsen mindre vond

*Implementering av engangsdose Dexametason
ved akutt sår hals ved fastlegekontor*

Kristine Wedum Davanger

Ida Gretland

Daniel Kumar

Silje Onsager Stordal

Audun Vik

Maria Vågsether

Veronika Zeiner



KLoK-oppgave, modul 8 ved det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

23.10.17

© Kristine Wedum Davanger, Ida Gretland, Daniel Kumar, Silje Onsager Stordal, Audun Vik, Maria Vågsether, Veronika Zeiner.

2017

Tittel: En dose kortison gjør halsen mindre vond

Forfattere: Kristine Wedum Davanger, Ida Gretland, Daniel Kumar, Silje Onsager Stordal, Audun Vik, Maria Vågsether, Veronika Zeiner.

<http://www.duo.uio.no/>

Sammendrag

Problemstilling

Sår hals står for i overkant av en halv million konsultasjoner årlig i norsk allmennpraksis, og er således en vanlig problemstilling. Pasientene har ofte uttalte smertelplager. Smertelindring har varierende fokus under legekonsultasjoner per dags dato. På grunnlag av nylig tilkommet litteratur, vurdering av pasientpreferanser/-verdier samt komplikasjonsrisiko har *BMJ Rapid Recommendations* nylig kommet med en svak anbefaling som favoriserer bruk av kortikosteroider som symptomlindring ved sår hals. I denne oppgaven skisseres en plan for implementering på Kurbadet legesenter av engangsdose Dexametason 10 mg som symptomlindring for pasienter >5 år med sår hals, uavhengig av etiologi.

Kunnskapsgrunnlag

Norske og internasjonale retningslinjer/oppslagsverk er per i dag tilbakeholdne med å anbefale kortikosteroider som symptomlindring ved sår hals. I fremlegging av kunnskapsgrunnlaget oppgir *BMJ Rapid Recommendations* at 183/1000 flere opplever komplett remisjon (KI 95 % 89–298) etter 48 timer. Evidensen for dette er vurdert som høy. Risiko for bivirkninger i forbindelse med tiltaket vurderes som lav.

Dagens praksis

I dag får kun en andel av pasientene som henvender seg til Kurbadet legesenter med problemstillingen sår hals legekonsultasjon. Per i dag er legenes oppmerksomhet rettet mot spørsmål rundt antibiotikabehov, og smertelindring adresseres i liten grad overfor disse pasientene.

Tiltak og indikatorer

Tiltaket som foreslås her er tilbud av engangsdose Dexametason som smertelindring ved sår hals, enten i monoterapi eller som tillegg til eventuell antibiotikabehandling. Prosessindikator er andelen pasienter med sår hals som tilbys Dexametason. Videre brukes et utarbeidet spørreskjema som resultatindikator for å vurdere pasientenes tilfredshet med tilbudet.

Prosess, ledelse og organisering

Prosjektet planlegges til å løpe over en fire ukers periode, hvor målet er en gradvis økende andel pasienter som tilbys behandlingen. Prosjektet ledes av en av legesenterets fastleger som er ansvarlig for fremdrift. Planleggingen og organiseringen av prosjektet er utformet med henblikk på å integrere tiltaket i en allerede hektisk hverdag i allmennlegepraksis. Videre tilrettelegges det for ukentlige møter med rom for kontinuerlige evalueringer og justeringer.

Konklusjon

Behandling med engangsdose med kortikosteroider som smertelindring ved sår hals er effektivt, enkelt og billig å gjennomføre i allmennpraksis, samt forbundet med liten risiko.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Tema/problemstilling	1
2	Metode	2
3	Kunnskapsgrunnlag.....	4
3.1	Nasjonale anbefalinger.....	4
3.2	Norske oppslagsverk.....	4
3.3	Internasjonale anbefalinger.....	4
3.4	Nye anbefalinger.....	5
3.5	Komplikasjoner.....	8
3.6	Sammendrag kunnskapsgrunnlag	8
4	Dagens praksis	9
4.1	Strukturelle forhold.....	9
4.2	Håndtering av akutt sår hals.....	10
5	Tiltak og indikatorer	13
5.1	Tiltak.....	13
5.2	Indikatorer.....	13
6	Prosess, ledelse og organisering	15
6.1	Prosjektet.....	15
6.2	Ledelse og organisering	15
6.3	Prosjektets varighet.....	15
6.4	Milepæler for prosjektet.....	15
6.5	Prosjektets struktur.....	16
6.5.1	Forberede	17
6.5.2	Planlegge.....	18
6.5.3	Utføre	21
6.5.4	Evalvere	21
6.5.5	Følge opp	22
6.6	Motstand	24
6.6.1	Merarbeid.....	25
6.6.2	Frykt for bivirkninger	25
6.6.3	Økt medikalisering.....	25

6.7	Hvordan kan motstanden eventuelt håndteres?.....	26
6.7.1	Kommunikasjon til ansatte	26
6.7.2	Utdeling og koding av Dexametason.....	27
6.7.3	Kommunikasjon mellom lege og pasient.....	27
7	Diskusjon og konklusjon	29
	Litteraturliste.....	31
	Vedlegg.....	33
	Tabell 1: PICO-spørsmål.....	2
	Bilde 1: <i>BMJ Rapid Recommendations</i> sin anbefaling (13).....	7
	Figur 1: Flytdiagram for håndtering av pasienter med akutt sår hals ved Kurbadet legesenter.	12
	Tabell 2: Milepæler for prosjektet.....	16
	Figur 2: Modell for kvalitetsforbedring (25).....	17
	Figur 3: Handlingskort lege.....	21
	Figur 4: Kotters 8-trinnsmodell (29).....	24
	Figur 5: Anerkjennende Intervju (AI) (31).....	27

1 Innledning

1.1 Tema/problemstilling

Sår hals er en vanlig problemstilling i allmennpraksis. I følge KUHR-registeret ble det i norsk allmennpraksis gjennomført 556 736 konsultasjoner for sår hals i 2016 (1). Det er også en vanlig årsak til sykefravær fra skole/arbeidsplass (2). Helsesekretærer ved Kurbadet legesenter opplever hyppig henvendelser fra pasienter med sår hals, særlig i høysesong hvor de får mange henvendelser daglig. Det er vårt inntrykk at fokuset på symptomlindrende behandling varierer, og at kortikosteroider har per i dag ingen plass i rutinemessig symptomlindrende behandling. En ny, stor randomisert kontrollert studie (RCT) fra april 2017 viser at en engangsdose kortikosteroider reduserer smerter ved akutt sår hals. Størrelsen, resultatene og kontroversene ved denne studien utløste en ny systematisk oversikt og videre utformelse av en ny anbefaling av kortikosteroider som symptomlindrende behandling ved akutt sår hals. Dette er et tiltak som er lett gjennomførbart, forbundet med lite komplikasjoner, og vil kunne gi betydelig mindre plager for en stor gruppe pasienter.

Oppgaven inneholder en fremstilling av dagens regjerende nasjonale og internasjonale anbefalinger, en vurdering av nylig tilkommet litteratur samt en plan for implementering av engangsdose kortikosteroider ved akutt sår hals på Kurbadet legesenter.

2 Metode

Under kartlegging av kunnskapsgrunnlaget for behandling av sår hals med kortikosteroider har vi brukt Helsedirektoratets nettsider, *Norsk Elektronisk Legehåndbok*, ressurser knyttet til Helsebibliotekets søkemotor (inkludert McMaster PLUS) og *BMJ Rapid Recommendations*. For å forenkle søkeprosessen formulerte vi tidlig et PICO-spørsmål (tabell 1).

P	Populasjon	Pasienter med sår hals
I	Intervensjon	Engangsdose kortikosteroid
C	Kontroll	Ingen intervensjon/placebo
O	Utfall	Smertefrihet etter 24 timer/48 timer

Tabell 1: PICO-spørsmål.

28.08.17 utførte vi et søk i Helsedirektoratets Nasjonale faglige retningslinjer med søkeordene ‘tonsillitt’, ‘faryngitt’, ‘sår hals’ og ‘streptokokkhals’. Det ble ikke funnet noen relevante treff som omhandlet symptomatisk behandling av sår hals i primærhelsetjenesten. I fravær av norske retningslinjer gjentok vi søket i *Norsk Elektronisk Legehåndbok*. Her fant vi fire relevante artikler, kun tre av disse omtalte kortikosteroider i behandlingen (3–5). Samme dag utførte vi et pyramidesøk i McMaster PLUS med søkeordene ‘acute pharyngitis corticosteroids’ og ‘sore throat corticosteroids’. Fra dette valgte vi tre relevante oppslagsverk med anbefalinger (6–8), samt en RCT (9). Videre i oppslagsverkene fant vi referanser til tre relevante systematiske oversikter (10–12).

20.09.17 utførte vi et målrettet søk i *BMJ Rapid Recommendations*, hvor vi fant en ny retningslinje for kortikosteroidbehandling av sår hals (13). I kildelisten fant vi også en ny systematisk oversikt relevant for oppgaven (publisert samme dag) (14).

19.09.17 utførte vi et pyramidesøk i McMaster Plus med søkeordene ‘corticoids side effects’ og ‘glucocorticoids side effects’. Her var det kun ett relevant oppslagsverk (15). I tillegg ble det utført et søk i Felleskatalogen med søkeordet ‘dexametason’ hvor SPC-beskrivelse fra Statens Legemiddelverk ble funnet (16).

Nettversjonen av *Antibiotikabruk i primærhelsetjenesten* utgitt av Antibiotikasenteret for primærmedisin er også benyttet (17). Her omtales kortikosteroider i behandlingen av sår hals i kapitlet *Streptokokkhalsinfeksjon og skarlagensfeber*.

3 Kunnskapsgrunnlag

3.1 Nasjonale anbefalinger

Den eneste nasjonale anbefalingen omhandlende behandling av sår hals fremkommer i *Antibiotikabruk for primærhelsetjenesten* (17). Der anses kortikosteroider, på lik linje med paracetamol og ibuprofen, som mer effektivt enn placebo i symptomlindrende behandling. For dette utsagnet følger det ingen nærmere spesifikasjoner, ei heller referanser. Det er dermed heller ikke utført noen gradering av evidensen for dette utsagnet.

3.2 Norske oppslagsverk

En annen vanlig kilde til informasjon for primærhelsetjenesten er *Norsk Elektronisk Legehåndbok*. Der finnes det tre relevante kapitler; symptomkapittelet *Halsvondt* (5), tilstandskapitlene *Tonsillitt, akutt* (3) og *Streptokokkhalsinfeksjon* (4). Samtlige viser til en oversiktsartikkel fra Cochran fra 2012 (12). Tilstandskapittelet om streptokokkhalsinfeksjon viser i tillegg til en systematisk oversikt fra 2010 (10). Det nylig reviderte symptomkapittelet *Halsvondt* er enestående i også å basere seg på den nyeste RCT-en fra 2017, som omtales senere (9).

Ingen av kapitlene gir klar anbefaling om bruk av kortikosteroider ved akutt sår hals, men fremhever at det foreligger dokumentasjon for at det gir raskere symptomlindring hos voksne. Samtlige er enige om at evidensgrunnlaget ikke gjelder for barn. Den store forskjellen mellom kapitlene er at de eldre kapitlene *Tonsillitt, akutt* (oppdatert mars 2017) og *Streptokokkhalsinfeksjon* (oppdatert 10.10.2016) kun omtaler kortikosteroider som tillegg til antibiotika, mens kapittelet om halsvondt (oppdatert 19.04.2017) fremhever at kortikosteroider i monoterapi kan ha effekt.

3.3 Internasjonale anbefalinger

UpToDate, *BMJ Best Practice* og Evidence Based Medicine (EBM) har alle relevante emnesider for temaet. Den nyeste av disse er UpToDate sin emneside som også støttes av Infectious Diseases Society of America (IDSA) (6–8).

UpToDate sin emneside for symptomatisk behandling av akutt faryngitt hos voksne fra mai 2017 er basert på tre systematiske oversikter, hvor to er utgitt i 2010 og én i 2012. Disse systematiske oversiktene viser alle effektestimater som signifikant favoriserer glukokortikoider som symptomlindring, men UpToDate har vurdert konfunderende faktorer, som samtidig bruk av antibiotika og/eller analgetika, utilstrekkelig redegjort for. I tillegg er intervensjonene i de ulike RCT-ene gjennomført på en heterogen måte da det er vurdert ulike kortikosteroider i ulike doser og administrering, ulik studiesetting og ulik etiologi. Følgelig er UpToDate sin endelige anbefaling at man, som tillegg til standardbehandling, ikke skal bruke glukokortikoider på rutinebasis for smertelindring av akutt sår hals. Glukokortikoider skal reserveres til de med kraftige halssmerter (GRADE 2C). Dette er også begrunnet i fare for bivirkninger (se s. 8 for ytterligere vurdering av komplikasjoner). Den nyeste RCT-en fra april 2017 er kommentert som lovende, men er ikke nevneverdig vurdert (6).

BMJ Best Practice har en egen emneside som omhandler bruk av kortikosteroid som symptomlindrende behandling ved akutt infeksøs sår hals, fra 2014. Denne er utelukkende basert på tidligere nevnte systematiske oversikt fra 2012. Til forskjell fra UpToDate, er deres vurdering at kortikosteroider kan forsøkes i tillegg til standard behandling, og at det virker å redusere smerter tidligere enn placebo. De vurderer videre at det ikke er nok kunnskapsgrunnlag for at kortikosteroider skal inngå i behandlingen av barn med akutt sår hals (7).

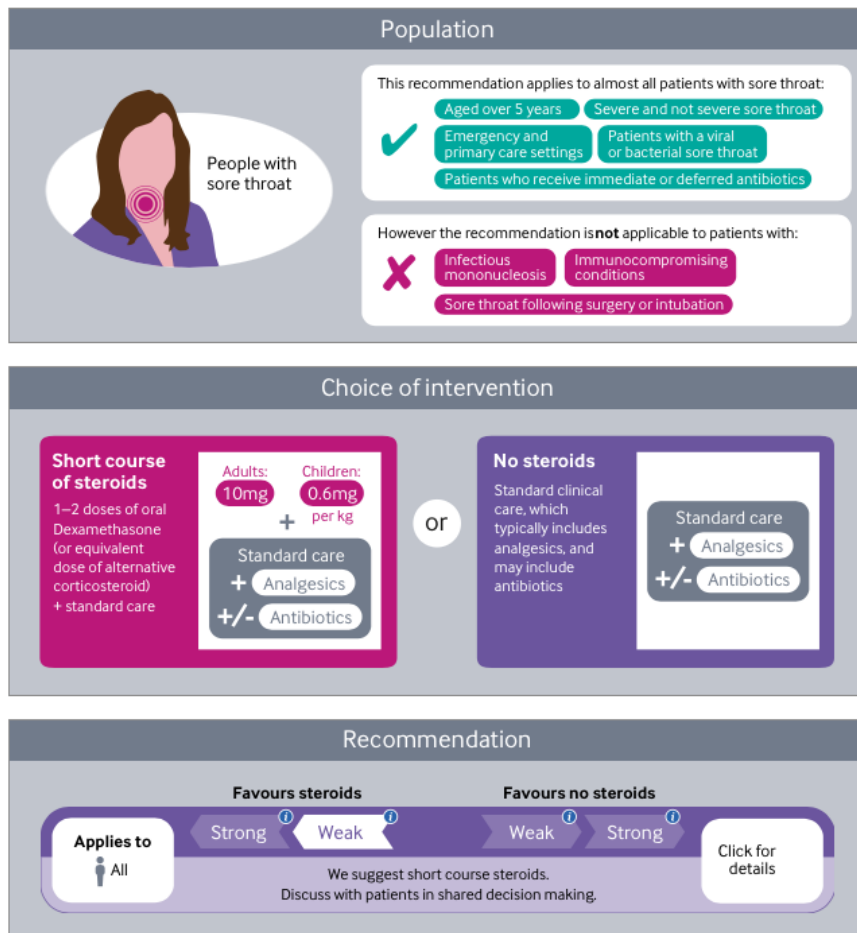
Oversiktsartikkelen til EBM fra 2012 om kortikosteroider ved sår hals er også basert på Cochrane sin systematiske oversikt fra 2012 og anbefaler kortikosteroider som tredjevalg, etter antibiotika og analgetika, i behandling av akutt sår hals (8).

3.4 Nye anbefalinger

20. september 2017 publiserte *BMJ Rapid Recommendations* en ny retningslinje for symptomlindrende behandling av akutt sår hals, illustrert i Bilde 1 (13). Bakgrunnen for den nye anbefalingen er en RCT publisert i *JAMA* april 2017 som konkluderte med at kortikosteroider ved sår hals kunne være god symptomlindrende behandling. Denne

inkluderte 576 voksne fra 42 klinikker i primærhelsetjenesten i England, og er således den studien med flest deltagere så langt og den eneste som utelukkende er basert i primærhelsetjenesten. Dette er også den første studien som ser på effekten av glukokortikoider alene, og dermed minsker konfunderende faktorer av annen behandling som antibiotika, ibuprofen og paracetamol (9).

Denne RCT-en utløste utformingen av en ny systematisk oversikt med metaanalyse (14) som *BMJ Rapid Recommendations* baserer sin nye anbefaling på. Den systematiske oversikten inkluderte ti RCT-er i sin metaanalyse med totalt 1426 individer. Metaanalysen viser en signifikant symptomlindrende effekt innen 48 timer av kortikosteroider versus placebo. Retningslinjen oppgir at 124/1000 flere (KI 95 % 17–329) opplever komplett remisjon av halssmerter etter 24 timer. Dette gir en relativ risiko for remisjon på 2,24 (KI 95 % 1,17–4,29). Kvaliteten på evidensen vurderes som moderat grunnet inkonsistente resultater. Derimot vurderes evidensen for komplett remisjon av halssmerter etter 48 timer som av høy kvalitet; 183/1000 flere opplever komplett remisjon (KI 95 %, 89–298). Dette gir en relativ risiko på 1,43 (KI 95 %, 1,21–1,7). Sammen med en vurdering av komplikasjonsfare, pasientpreferanser og -verdier, har *BMJ Rapid Recommendations* en svak anbefaling som favoriserer bruk av kortikosteroider, se Bilde 1 (13).



©BMJ Publishing Group Limited.

Disclaimer: This infographic is not a validated clinical decision aid. This information is provided without any representations, conditions or warranties that it is accurate or up to date. BMJ and its licensors assume no responsibility for any aspect of treatment administered with the aid of this information. Any reliance placed on this information is strictly at the user's own risk. For the full disclaimer wording see BMJ's terms and conditions: <http://www.bmj.com/company/legal-information/>

Bilde 1: *BMJ Rapid Recommendations* sin anbefaling (13).

Vi har gjennomført en kvalitetsvurdering av denne retningslinjen som fremgår av appendiks 1 (18). Totalt sett besvarer den godt det som kjennetegner en god retningslinje. Den største styrken er at retningslinjen er basert på helt oppdatert litteratur vurdert etter GRADE-systemet, den er dynamisk og lagt til rette for enkel orientering i en travel klinisk hverdag. Den inneholder også en plan for kontinuerlig revidering ved eventuell ny litteratur, hvilket er å se på som revolusjonerende sammenlignet med andre utgivelser av retningslinjereprodusenter. Foruten å legge frem kunnskapsgrunnlag for symptomlindring av intervensjonen, tar den også hensyn til klinisk relevans i form av pasientpreferanser og verdier, samt risiko for komplikasjoner. Et kritikkverdig forhold er at flere av forfatterne av retningslinjen var delaktige i utformingen av den systematiske oversikten som ligger til grunn for anbefalingen.

3.5 Komplikasjoner

Det er mangelfull dokumentasjon av komplikasjoner ved høye engangsdoseringer av kortikosteroider ved indikasjonen akutt sår hals (12, 15, 19). UpToDate definerer korttidsbruk som all bruk under 30 dagers varighet, og er således ikke sammenlignbart med engangsdose hva angår bivirkninger. I BMJ sin systematiske oversikt utgitt september 2017 er det beskrevet; 9 av 10 inkluderte studier vurderte bivirkninger, 6 av dem rapporterte ingen, 3 av dem få bivirkninger og det er lik incidens av bivirkninger i intervensjonsgruppe og placebogruppe. I *BMJ Rapid Recommendations* vurderes det slik at en engangsdose kortikosteroider sannsynligvis ikke gir bivirkninger (moderat kvalitet) (13).

Angående toksisitet står det i preparatomtalen for Dexametason fra Statens legemiddelverk, under avsnitt om akutt toksisitet, at Dexametason, selv ved svært høye doser, vanligvis ikke gir kliniske problemer (16). Engangsdose Dexametason (0,1–0,2 mg/kg) har videre dokumentert effekt peroperativt som kvalmestillende, smertelindrende og betennelsesdempende medikament og er dessuten ansett som trygt (20).

3.6 Sammendrag kunnskapsgrunnlag

Det foreligger ingen klare norske retningslinjer for bruk av kortikosteroider ved sår hals. Vanlige norske oppslagsverk i primærhelsetjenesten og internasjonale oppslagsverk anbefaler per dags dato å være tilbakeholden med forskrivning av kortikosteroider ved sår hals begrunnet i smalt evidensgrunnlag og frykt for bivirkninger. Derimot har ingen av de nevnte oppslagsverkene basert sine anbefalinger på samlede effektestimater som inkluderer nyere litteratur tilkommet senest i april 2017. Dette er gjort i en ny systematisk oversikt som har ledet til en ny anbefaling fra *BMJ Rapid Recommendations*. Der anbefales det å vurdere en engangsdose Dexametason 10 mg til pasienter >5 år med sår hals for symptomlindring, uavhengig av etiologi. Kunnskapsgrunnlaget for bivirkninger av dette er smalt, men litteraturen så langt tilsier at det skal være forbundet med lite komplikasjoner.

4 Dagens praksis

Kunnskap om dagens praksis ved Kurbadet legesenter for håndtering av pasienter med akutt sår hals er innhentet ved e-post-utveksling samt semistrukturelle intervju med en av legene og tre av helsesekretærene ved senteret.

4.1 Strukturelle forhold

Kurbadet legesenter ligger i bydel St. Hanshaugen. Senteret har fire fastlegehjemler for 5050 pasienter. Antall pasienter per fastlegeliste varierer mellom 1150 og 1350 (21). Én av fastlegehjemlene deles mellom to leger. Det jobber derfor til sammen fem leger ved legesenteret, fire kvinner og én mann. Av pasientene er det en overvekt av kvinner i voksen alder som er høyt utdannet. Fire helsesekretærer er ansatt hvorav tre er utdannet helsesekretærer og én utdannet sykepleier. Disse vil videre bli omtalt samlet som helsesekretærer.

Med unntak av legene som deler liste, er alle legene til stede hver dag. De to legene som deler liste har organisert seg slik at en jobber to dager i uken, mens den andre jobber tre dager i uken. Det er daglig tre helsesekretærer på jobb. Helsesekretærene rullerer daglig mellom tre ulike arbeidsoppgaver; laboratorieoppgaver, svare på henvendelser på telefon/SMS samt bemanne skiftestuen og håndtere skranken.

Pasientene har tre ulike måter å henvende seg til legesenteret på; telefonkontakt, personlig oppmøte i kontorets åpningstid eller via SMS, en tjeneste levert av Helserespons. SMS-tjenesten åpner for toveiskommunikasjon. Både helsesekretærene og legene besvarer henvendelsene, avhengig av innholdet. Det er også muligheter for økt sikkerhet på innholdet, som åpner for informasjon om prøvesvar og annet sensitivt innhold. Tjenesten er kompatibel med legekontorets journalsystem System X.

De ansatte møtes til felles lunsj hver dag hvor enkelte driftsmessige eller faglige problemstillinger diskuteres, men i hovedsak reserveres disse pausene til uformell samtale. Senteret har månedlige personalmøter. Her stiller alle ansatte, og både driftsmessige og faglige problemstillinger diskuteres. Disse møtene har en klar agenda og formell gjennomføring. Legene har også uformelle lunsjmøter hver onsdag (til dette stiller ofte alle fem legene, tross i at en av legene ikke har arbeidsdag). Ved disse møtene diskuteres drift av sameiet, ansettelsesforhold samt faglige problemstillinger. I samme tidsrom har helsesekretærene lunsjmøte. Ved disse diskuteres problemstillinger som er viktige for deres arbeidsoppgaver.

Vedrørende medisint levering, skriver legene ut e-resept som pasientene henter ut ved et apotek. Det utleveres svært lite medisiner fra legesenteret. Av medikamenter har legekantoret kun enkle medisiner som steroidinjeksjoner, noen inhalasjonsmedisiner samt medisiner for akutte tilstander. I følge intervjuet lege har de tidligere hatt Betapred-tabletter (betametason) for utlevering av enkelttabletter.

4.2 Håndtering av akutt sår hals

Legekantoret som helhet har en håndtering av pasienter som søker hjelp for akutt sår hals som er basert på medisinsk faglig skjønn. Det generelle forløpet av denne håndteringen gjengis i Figur 1. I første instans avvises en del pasienter som søker hjelp på telefon/SMS av helsesekretærene. Disse bruker sin erfaring og oppslagsverk for å skille de som har behov for legekonsultasjon og de som kan vente og se. Bruken av oppslagsverket *Telefonråd* utgitt av Helsedirektoratet, hvor det gjøres oppslag på symptom (22), startet de med for fem år siden. Dette gir dem en liste spørsmål det er viktig å stille for å sile ut de med behov for legetime. Spørsmål og råd for symptomoppslaget 'Vondt i halsen' er gjengitt i tabell 2.

R21 Vondt i halsen

Viktige spørsmål:

Hvor lenge har smertene vart?

Feber?

Grøtet tale?

Allmenntilstand?

Pustevansker?

Sikler pasienten?

Problemer med å svelge mat/drikke?

Problemer med å svelge spytt?

Generelle råd:

Varm eller kald drikke kan lindre sår hals.

Se an noen dager, hvis ikke feber.

Pasienten bør til lege ved:

Høy feber.

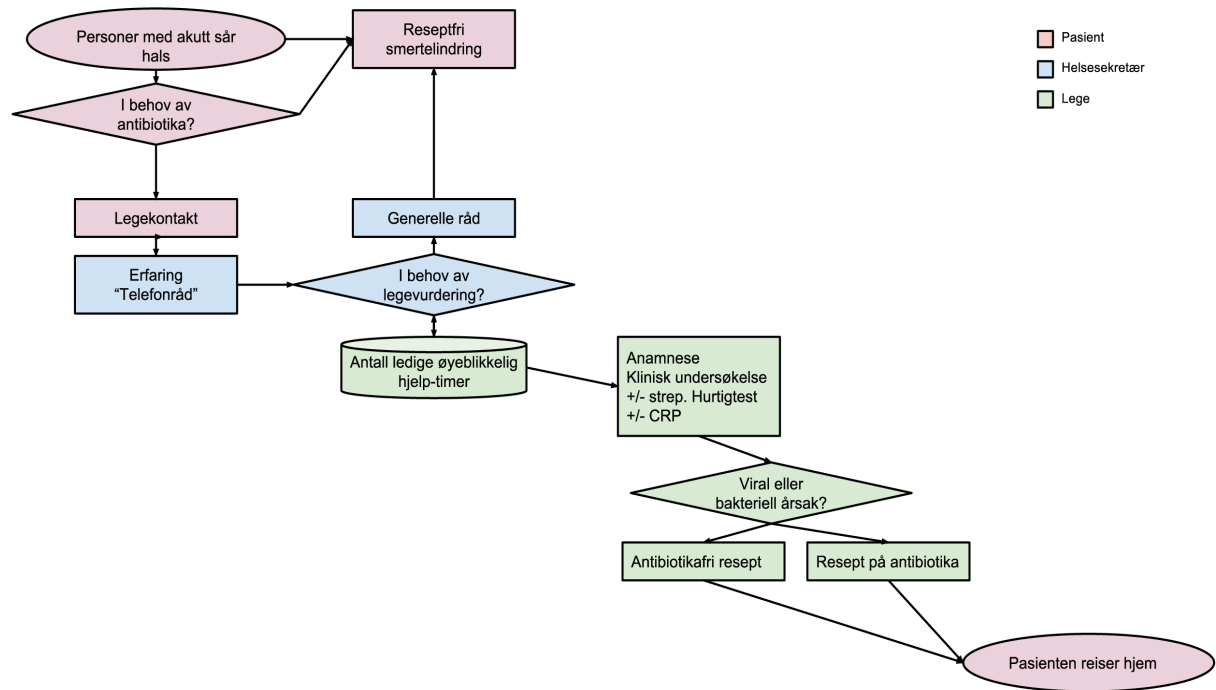
Nedsatt allmenntilstand og grøtet tale ("potet i halsen").

Tydelige svelgbesvær.

Belegg på mandlene.

Tabell 2: Fritt etter *Telefonråd* utgitt av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (22).

For de som får legekonsultasjon for akutt sår hals, er hovedfokuset for legene om dette dreier seg om en bakteriell eller viral årsak, altså om plagene skyldes gruppe A-streptokokktonsillitt eller ikke. Dersom legene er i tvil, tas streptokokk-hurtigtester. For akutt sår hals skriver legene svært sjelden ut såkalte vent-og-se-resept (23). Dette gjøres kun i enkelte tilfeller hvor det er tvil om det dreier seg om en gruppe A-streptokokktonsillitt eller når pasienten ikke er veldig syk. Om legen konkluderer med sannsynlig viral årsak, gis det ut et informasjonsark kalt *Antibiotikafri resept* (24). Her finner pasienten informasjon om varighet av vanlige infeksjoner og råd om egenbehandling når legen velger å ikke skrive ut antibiotika, og er utviklet av Antibiotikasenteret for primærmedisin i samarbeid med Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet.



Figur 1: Flytdiagram for håndtering av pasienter med akutt sår hals ved Kurbadet legesenter.

Det er i følge én av legene ved kontoret adskillig mindre legesøkingsatferd for akutt sår hals i dag enn for 10–20 år siden. I følge samme lege har pasienter i dag bedre forståelse for at forkjølelssymptomer oftest er forårsaket av virus og at det derfor ikke er behov for antibiotika. Legene og helsesekretærene opplever at det er spørsmål om antibiotika som gjør at pasientene tar kontakt, i større grad enn behov for smertelindring. Smertelindring er noe pasientene sørger for selv, i form av reseptfrie analgetika som paracetamol og NSAIDs. Helsesekretærene opplever ikke samme dramatiske nedgang av henvendelser for akutt sår hals som legene. En mulig forklaring på forskjellen i oppfattet grad av helsehjelpsatferd, kan være at helsesekretærene i større grad enn tidligere siler ut mange av de ukompliserte pasientene etter innførelsen av *Telefonråd*.

5 Tiltak og indikatorer

5.1 Tiltak

Som nevnt tidligere er pasientgruppen som tar kontakt for akutt sår hals en fortsatt betydelig andel i allmennpraksis. Da kunnskap om effekt av orale glukokortikoider mot akutt sår hals er såpass ny, kjenner nok ikke pasientene til mulighetene for denne typen symptomatisk behandling. Det kan videre tenkes at etableringen av reseptfrie analgetika som paracetamol og NSAIDs har endret pasientenes forventninger til smerte- og symptomlindring ved disse tilstandene, legene gir heller ikke spontant råd om symptomatisk behandling. Dette kan forklare hvorfor pasienten i hovedsak tar kontakt for spørsmål rundt antibiotika. Hvorvidt pasientene hadde ønsket det, om det hadde foreligget medikamenter som kunne dempe symptomtrykket, vites ikke.

Helsesekretærene ved legesenteret har i dag lite erfaring og er mindre komfortable med utlevering av medisiner uten at dette er besluttet av lege. Derfor er det hensiktsmessig at tiltaket implementeres i regi av legene. Legene er bekymret for at et slikt tiltak vil overbelaste dem med økt pasientmengde. Vi anser det derfor mest gjennomførbart at behandlingen tilbys til de pasientene som allerede får time basert på helsesekretærenes utsiling.

5.2 Indikatorer

For å måle eventuell forbedring ser vi for oss to kvalitetsindikatorer: en prosessindikator og en resultatindikator.

Prosjektets prosessindikator er antall pasienter som tilbys engangsdose steroider ved legesamtale for akutt sår hals. Denne prosessindikatoren kartlegger hvorvidt legene følger anbefalingene som gis. For diagnosekodene prosjektet omfatter (figur 3) jobber allmennlegene med en god del skjønn og ut i fra sin medisinskfaglige erfaring, i større grad enn ut i fra en algoritmisk tankegang. Ved å se hvor mange pasienter med de aktuelle diagnosekodene som blir tilbudt behandlingen, ser man hvorvidt legene faktisk tar tiltaket inn

i sin behandling av pasientene. Om dette ikke gjøres, kan dermed underliggende årsaker undersøkes videre, både ved hjelp av tilbakemeldinger fra legene, men også ved å se på hvilke takstkoder som benyttes (forklares nærmere nedenfor).

Som resultatindikator brukes et spørreskjema som undersøker pasientenes tilfredshet og symptomreduksjon, se appendiks 3. Her undersøkes både hvorvidt pasientene er fornøyd med å bli tilbudt og motta symptomlindrende behandling, og deres opplevde symptomreduksjon. Det siste er viktig for at de involverte legene i mikrosystemet skal kunne få bekreftende tilbakemelding på at behandlingen fungerer. I alle tilfeller vil pasienttilfredshet motivere legene til å kontinuere tiltaket. Eventuelle motforestillinger hos legene som for eksempel frykt for bivirkninger, vil kanskje kunne endres.

Begge disse indikatorene anses som målbare; prosessindikatoren som en kvantitativ entitet, resultatindikatoren kvalitativt ved å stille spørsmål direkte til pasienten om tilfredshet og symptomlindring. Data for å måle indikatorene vil være mulig å innhente, noe som gjør dem tilgjengelige (forklares mer i detalj nedenfor). Hvorvidt legene tilbyr behandlingen vil være mulig å påvirke og sensitiv for endring, og direkte tiltak rettet mot holdninger og kunnskap hos de enkelte legene kan igangsettes. Indikatorene vurderes videre som relevante, da det er viktig at pasientene er fornøyd med en ny behandling, og hvorvidt pasientene blir tilbudt behandlingen sier direkte noe om implementeringen skjer. Videre er det sammenheng mellom prosessindikatoren og kvaliteten, da denne direkte måler hvor mange som får tilbudet om behandlingen vi ønsker å innføre. Gyldigheten for resultatindikatoren vurderes også som god, da tilfredshet høyst sannsynlig er korrelert med kvalitet, gitt kunnskapsgrunnlaget.

6 **Prosess, ledelse og organisering**

6.1 **Prosjektet**

Dette prosjekt omhandler innføring av en engangsdose 10 mg Dexametason peroralt for smertelindrende effekt for pasienter som oppsøker fastlegen med akutt sår hals. Dexametason vil således kunne bli en egen behandling, eller være en tilleggsbehandling til de andre tiltakene fastlegen vanligvis iverksetter for disse pasientene. Fordi det kun skal gis en enkelt dose, vil denne bli gitt direkte på legekantoret i forbindelse med legekonsultasjonen.

6.2 **Ledelse og organisering**

Utøverne i dette prosjektet er fastlegene på Kurbadet legesenter. Helsesekretærene vil ha en aktiv rolle i innhenting av resultater og systematisering av disse etter fastlagte retningslinjer. En av fastlegene, vår kontaktperson ved legesenteret, vil være prosjektleder.

6.3 **Prosjektets varighet**

Prosjektet skal utføres i januar og februar 2018, med en evaluering av hvorvidt tiltaket bør implementeres i nåværende praksis i begynnelsen av mars 2018.

6.4 **Milepæler for prosjektet**

Tabellen nedenfor (Tabell 2) skisserer milepælene for utføring av prosjektet.

Måned/dato	Aktivitet
Januar 2018	Forberedelse og planlegging
Onsdag 10.01.18	Lunsmøte: presentasjon av prosjektet
Mandag 22.01.18	Utsendelse av informasjonsmail til ansatte
Onsdag 24.01.18	Lunsmøte: praktisk gjennomgang og opplæring
Mandag 29.01.18	Første dag av prosjektet
Onsdag 31.01.18	Lunsmøte uke 1: foreløpige resultater og evaluering
Onsdag 07.02.18	Lunsmøte uke 2: foreløpige resultater og evaluering
Onsdag 14.02.18	Lunsmøte uke 3: foreløpige resultater og evaluering
Onsdag 21.02.18	Lunsmøte uke 4: foreløpige resultater og evaluering
Onsdag 07.03.18	Lunsmøte: presentasjon av resultater og veien videre

Tabell 2: Milepæler for prosjektet.

6.5 Prosjektets struktur

Dette prosjektet vil struktureres i henhold til Modell for kvalitetsforbedring (figur 2), utarbeidet for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2015 (26). Modellen er basert på Demings sirkel og de fire fasene PDSA/PUKK (planlegge, utføre, kontrollere og korrigere). Kunnskapssenterets modell har i tillegg en femte fase; forberede, som man har lagt til fordi man har sett at forankring av prosjekter både hos ledelse og organisasjoner er essensielt for å skape vedvarende forandringer.



Figur 2: Modell for kvalitetsforbedring (25).

Modellen er utarbeidet som en sirkel fordi forbedringsarbeid er en kontinuerlig prosess. Nedenfor følger en presentasjon av hvordan vi ser for oss at de ulike fasene skal struktureres.

6.5.1 Forberede

Fasen tar for seg nøkkelpunktene klargjøring av kunnskapsgrunnlaget, felles erkjennelse av behov for bedring og organisering av forbedringsarbeidet.

Klargjøring av kunnskapsgrunnlaget.

Kunnskapsgrunnlaget for kortikosteroider som ledd i symptomlindring ved sår hals er allerede presentert tidligere i denne oppgaven.

Felles erkjennelse av behovet for forbedring

Alle aktører i helsevesenet er lovpålagt å sikre kvalitet på de tjenestene de tilbyr (27). Dette inkluderer å holde seg oppdatert på ny kunnskap og retningslinjer. I en hektisk hverdag på

fastlegekontor kan dette være vanskelig. Legene ved Kurbadet legesenter erkjenner tidspresset og utfordringene ved å holde seg oppdatert, særlig hva gjelder relativt ufarlige selvbegrensende tilstander som sår hals.

Forankring og organisering av forbedringsarbeidet

I dag er sikring av kvalitet på tjenester et lederansvar (26). Lederen har således ansvar for at det avsettes nødvendig tid og ressurser til forbedringsarbeidet. God forankring av forbedringsarbeid i ledelsen vil spre seg blant ansatte og skape en kvalitetsforbedringskultur innad i organisasjonen. Kurbadet legesenter er et fellesskap med fem leger. Derfor velger man i dette prosjektet å utpeke en lege som leder, som skal drive prosjektet fremover.

6.5.2 Planlegge

For at forbedringsarbeidet skal fungere må det kunne tilpasses inn i den daglige driften. Planleggingsfasen består av å kartlegge behov og dagens praksis, målsetting, valg av måleverktøy samt og utvikle tiltak.

Kartlegge behov og dagens praksis

I kartlegging av dagens praksis er flytskjema et nyttig verktøy for å identifisere angrepspunkter og vinkling for forbedringsarbeid. Flytskjema av dagens praksis ved Kurbadet legesenter viser at det ikke er rutine blant legene å adressere pasientens smerter eller behov for smertelindrende behandling ved akutte halssmerter (se Figur 1). Legekonsultasjonen er derfor et egnet utgangspunkt for implementering av dette forbedringsprosjektet. Intervju av ansatte ved Kurbadet legesenter avdekker at legene i stor grad er av den oppfatning at pasientene ikke oppsøker dem for smertelindring, men for avklaring av behov for antibiotikabehandling. Om dette skyldes at pasientene ikke kjenner til muligheten for smertelindring utover reseptfrie analgetika, eller om de ikke har behov for videre smertelindring, vites ikke. Dette må kartlegges videre. Planleggingsfasen vil derfor kartlegge behov hos denne pasientgruppen. Det vil derfor i januar utføres en forundersøkelse i form av spørreskjema, hvor pasienter med sår hals rapporterer symptomtrykk og underliggende kontaktårsak (se appendiks 2).

Sette mål

På bakgrunn av kunnskapsgrunnlag, dagens praksis og forundersøkelsen er det hensiktsmessig å dele målsetning i overordnet mål og mer praktiske delmål. For å vite at målene er oppnådd bør målene konkretiseres etter SMARTE mål metoden (26). De bør altså være; spesifikke, målbare, ansporende, realistiske, tidsbestemte og enighet om målene bør foreligge.

Det overordnete målet for dette prosjektet er at alle pasienter ved Kurbadet legesenter som får legekonsultasjon grunnet akutt sår hals i februar 2018, uten definerte kontraindikasjoner for steroider, skal få tilbudt en engangsdose steroider for symptomlindring av deres plager.

Ukentlig måloppnåelse her foreslås til 50 % dekning første uke, 75 % annen uke, 82,5 % tredje uke og 100 % siste uke. Videre identifiseres to delmål:

- Kartlegge hvor mange pasienter som benytter seg av tilbudet
- Kartlegge pasientenes holdninger til og tilfredshet ved en aktiv smertelindrende strategi initiert av legen.

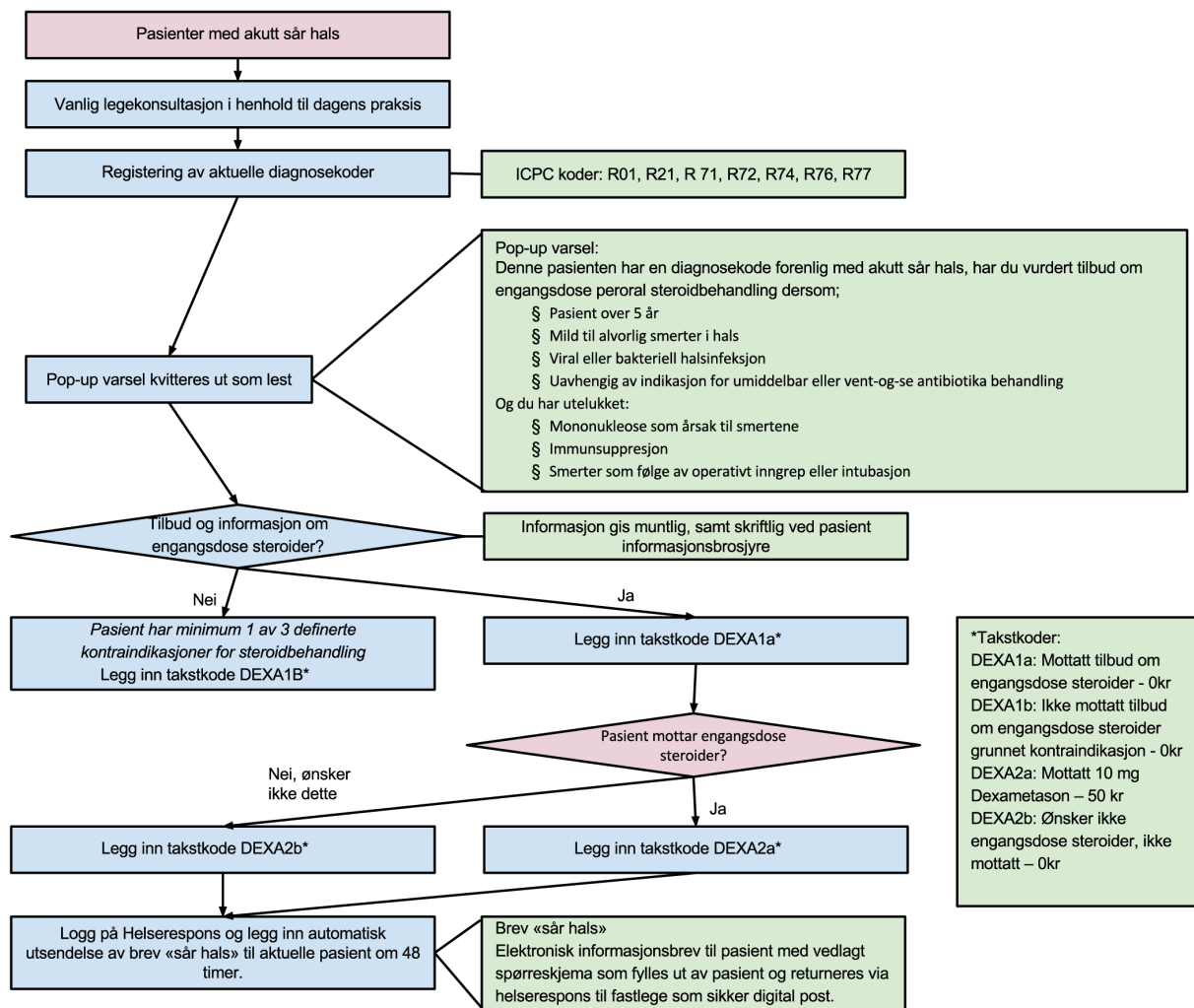
Velge egnede måleverktøy

Dette prosjektet bruker en prosessindikator for å se på måloppnåelse av det overordnete målet, samt delmål 1. Ved bruk av diagnosekoder og takstkoder i System X vil det være mulig å identifisere andel pasienter som oppsøker legesenteret for sår hals, hvor stor andel av den aktuelle pasientpopulasjonen som tilbys engangsdose steroidbehandling, og videre hvor mange pasienter som benytter seg av tilbudet. System X tillater at man henter ut numeriske data på antall ganger spesifikke diagnosekoder og takstkoder brukes. Figur 3 beskriver hvilke diagnosekoder som registreres i dette forbedringsprosjektet. Videre kan legesenteret opprette egne takstkoder som identifiserer om pasienter er blitt tilbudt engangsdose steroider samt en egen takstkode for de som får utdelt steroider. Legesenteret kan selv bestemme beløp på disse takstkodene, og derfor takserer tilbud om engangsdose steroider til 0 kr, mens man takster utleverte medisiner til ca. 50 kr, som vil være kostnaden av steroiddosen. Sekretærene kan da på slutten av en definert ukedag hente ut ren tall-informasjon som prosjektleder kan omforme til resultater.

For å vurdere nytten av forbedringsarbeidet suppleres disse numeriske tallverdiene med kartlegging av pasientenes opplevelse, dvs. delmål 2. Dette vil innhentes via spørreskjema sendt via digital post i Helserespons (se appendiks 3). Spørreskjema vil kartlegge smertenivå/symptomtrykk 48 timer etter engangsdose steroider, deres tilfredshet ved tilbud om symptombehandling og selve symptombehandlingen.

Utvikle forbedringstiltak

Utvikling av sjekklister eller algoritmer for gjennomføring av tiltak vil være nyttig ved implementering av prosjektet. Disse gjør det lettere for helsepersonell å etterleve retningslinjer og prosedyrer og kan bedre kommunikasjon mellom helsepersonell (26). I dette forbedringsarbeidet vil det utvikles separate handlingskort for legene og for sekretærene med algoritmer som stegvis viser hvordan forbedringsprosedyren skal gjennomføres. Figur 3 viser handlingskortet for legene.



Figur 3: Handlingskort lege.

6.5.3 Utføre

Utføringsfasen innebærer å prøve ut og tilrettelegge ny praksis.

Dette prosjektet utføres over fire uker i februar 2018. Handlingskortet i figur 3 skisserer selve utførelsen av legekonsultasjonene. Videre vil det hver uke være evaluerende lunsjmøter som gir rom for justering og tilrettelegging underveis i prosjektet.

6.5.4 Evaluere

Som nevnt er kvalitetsforbedring en syklisk prosess, løpende evaluering er derfor avgjørende.

Evalueringsfasen handler om å måle resultater og reflektere over disse.

Måle og reflektere over resultater

Resultatene må synliggjøres. Videre diskuteres om målet er nådd, om det er blitt gjort slik man var enig om og om det er behov for ytterligere forbedring. Diskusjon av resultater er viktig for å skape engasjement, motivasjon, bidra til forankring og vedvarende endring i praksis (26).

Ved å ukentlig hente ut numeriske data på andel pasienter som oppsøker legesenteret for sår hals, hvor stor andel av den aktuelle pasientpopulasjonen som tilbys engangsdose steroidbehandling, samt hvor mange pasienter som benytter seg av tilbudet, vil prosjektleder ha rikelig med talldata som viser progresjon mot primær måloppnåelse i prosjektet. I dette prosjektet er helsesekretærene ansvarlig for innsamling av resultater via System X og Helserespons. Videre vil prosjektleder sammenfatte og fremlegge disse resultatene ukentlig på lunsjmøtene. Resultatene fremlegges ukentlig både muntlig på lunsjmøtet og ved plotting av tidsserie, som henger på lunsjrommet for at alle involverte skal kunne følge med på progresjonen. Således vil legesenteret kontinuerlig kunne reflektere over sine resultater, og gjøre fortløpende tiltak der man ser det som hensiktsmessig. Denne organiseringen gjør det mulig for legesenteret å gjennomføre flere runder i forbedringssyklusen før de gjør opp status i femte fase. Dette kan for eksempel være hensiktsmessig dersom en ser at man ikke når ukentlig tiltenkt dekningsgrad med hensyn til tilbud om engangsdose steroider. Man kan da velge å hente ut statistisk data per enkelt lege i tillegg til data for hele legesenteret. Slik kan det identifiseres om det er enkelte leger som ikke følger opp prosjektet. Prosjektleder kan deretter enkeltvis, i samråd med disse legene, identifisere hvorfor de ikke følger opp og kartlegge hvilke tiltak som er nødvendig for å endre dette.

6.5.5 Følge opp

Forbedringsarbeidet må følges opp både på kort og lang sikt. Fasen omhandler implementering, sikring av videreføring samt og dele erfaringer om forbedringer.

Implementering av ny praksis

Dersom tiltakene fungerer bør man se på hvordan disse kan implementeres i praksis og daglig drift. Oppdatering av prosedyrer for å sikre nye rutiner er her essensielt (26).

Sikre videreføring

På fastlegekontor bør tiltakene være enkle å tilpasse inn i eksisterende praksis dersom man skal klare å videreføre dem. I dette prosjektet vil legene levere ut Dexametason direkte til de aktuelle pasientene. Direkte utlevering av medikamenter er per dags dato ikke en rutine ved Kurbadet legesenter. Dette vil derfor kunne være et hinder i videreføringen. Det bør derfor vurderes om man på lengre sikt kan få til et samarbeid med apotekene, hvor engangsdose kan ordineres via e-resept og utleveres av apotekene. Et annet tiltak for å sikre videreføring vil være stikkmålinger for å se at praksis opprettholdes.

Kotters 8-trinnsmodell (28) (figur 4) er et verktøy for å skape vedvarende endring av praksis. Modellen består av åtte trinn der essensen er å forklare og etablere viktigheten i å; endre nåværende praksis, skape et miljø som legger til rette for å implementere ny praksis, ha fokus på å engasjere og involvere alle i organisasjonen, og utarbeide verktøy som gjør at den nye implementeringen opprettholdes selv etter prosjektets slutt.

For å sørge for at endringene i praksisen vedvarer og blir permanent implementert i den daglige driften etter prosjektets slutt er det trinn 7 og trinn 8 vi tar utgangspunkt i. Et virkemiddel her vil være å gi de ansatte på kontorer klare roller, og utnevne en person med et lederansvar for oppfølgingen etter prosjektets slutt. Lederen vil ha ansvar for implementering av nye rutiner, oppdatering av prosedyrer, utvikling av sjekklister for opplæring av nyansatte, stikkmålinger for opprettholdelse av praksis samt eventuelt andre tiltak man ser nødvendig for å sikre en god videreføring.



Figur 4: Kotters 8-trinnsmodell (29).

Dele erfaringer om forbedringer

Mye forbedringsarbeid i norsk helsevesen forblir lokalt og udelt (26). Fokus på deling av erfaringer er derfor viktig i et forbedringsprosjekt. Dersom man har klart å utføre en forbedring av praksis kan denne deles via ulike fora, slik som artikler, postere og foredrag. Retningslinjer for utarbeidelse av slikt foreligger gjennom *SQUIRE Guidelines* (30). Deling av slikt arbeid i allmennpraksis er en utfordring, både med hensyn til tid, institusjoner og midler. En løsning her kan være at Kurbadet legesenter i første omgang tar sikte på lokal deling av sitt arbeid, enten ved å selv invitere andre legekontorer i bydelen til kurs eller hospitering, eller ved å engasjere bydelsoverlegen i spredning av kvalitetsarbeidet. Begge disse alternativene kan fort være både tid og ressurskrevende. Et mer lavterskel variant vil være at fastlegene ved Kurbadet mer ustrukturert sprer sine erfaringer i sine respektive smågrupper, men da med risiko for lavere implementeringsgrad i andre allmennpraksiser.

6.6 Motstand

Det er en rekke utfordringer som oppstår ved endring av en retningslinje. De endringene som vil finne sted ved implementering av dette prosjektet vil kunne bli møtt med motstand fra flere aktører. Dette kan være ansatte eller pasienter ved Kurbadet legesenter, eller andre aktører som lekfolk, ansatte på andre legekantor, statlige helseorgan, helseorganer som er underlagt Oslo kommune etc.

Det er mange faktorer som kan påvirke aktørenes vilje og mulighet til å gjennomføre dette prosjektet, for eksempel økonomiske, politiske, strukturelle og moralske.

6.6.1 Merarbeid

En utfordring som kan oppstå er manglende tiltro til prosjektet grunnet strukturelle faktorer. Det kan hevdes at registrering, effektvurdering og innsamling av data som følge av implementeringen av prosjektet vil være ressurskrevende. Dette kan gjøre det vanskelig å gjennomføre endringene i praksis og gi merarbeid på legesenteret. Som nevnt forskrives medisiner ved Kurbadet legesenter via e-resept, med uthenting på apotek. Direkte utdeling av kortikosteroider fra legene med påfølgende taksering for dette kan, derfor bli sett på som tidkrevende og tungvint.

6.6.2 Frykt for bivirkninger

En motstand mot implementering kan også tenkes å komme av frykt for langtidsbivirkninger av kortikosteroider, som osteoporose, vektøkning, økt blodsukkernivå og forhøyet blodtrykk (16). Som tidligere nevnt vurderes det som lite sannsynlig at en enkeltdose kortikosteroider vil gi slike bivirkninger, og det er derfor ikke grunnlag for at legene skal være tilbakeholdne med å tilby engangsdose steroider. Det er likevel viktig å møte eventuelle bekymringer rundt dette med tydelig informasjon, slik at legene føler seg trygge på å dele ut medikamentet og så kan informere sine pasienter om at dette er en trygg behandling mot smerter ved sår hals. Et annet fokus bør være å informere leger og pasienter om at Dexametason er et velkjent og hyppig brukt preparat som brukes av mange pasientgrupper. Det brukes blant annet peroperativt og en slik dosering forventes å være trygt (se s. 8 for ytterligere diskusjon av komplikasjoner).

6.6.3 Økt medikalisering

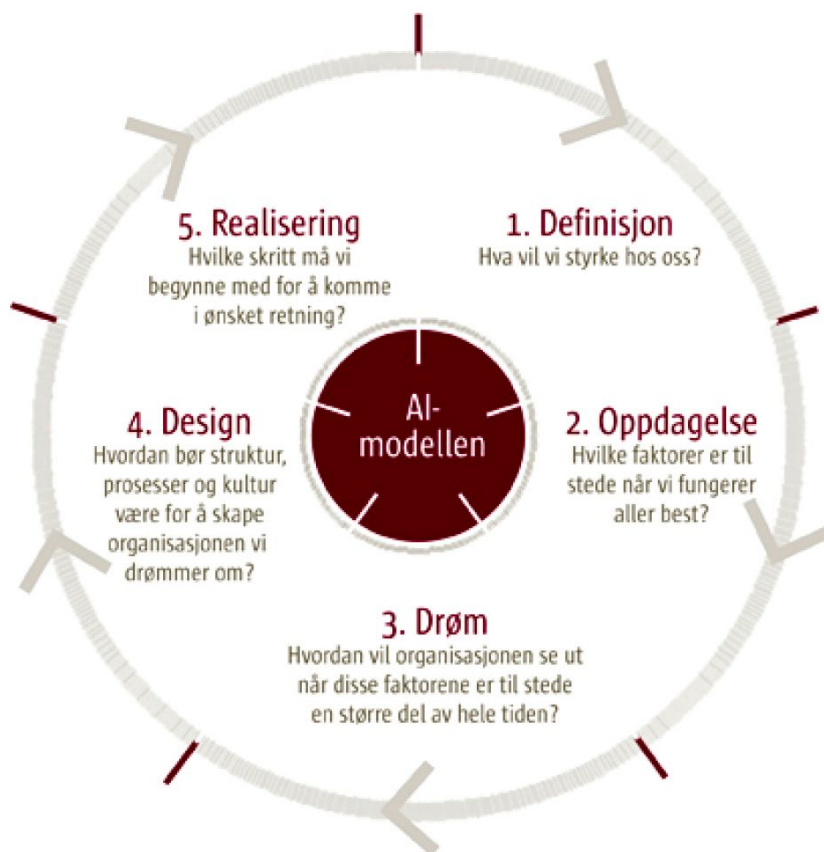
Frykt for medikalisering kan også være en motstand blant legene. Ettersom pasientene må oppsøke lege for å få dosen med kortikosteroider kan det medføre at flere pasienter oppsøker lege når de får vondt i halsen, uavhengig av symptomtrykk. Dette kan igjen medføre en sykeliggjøring av denne pasientgruppen. Ideen om nødvendighet av steroidbehandling for remisjon vil gi en merbelastning for helsesekretærene, med økt telefonkontakt og eventuelt misnøye blant enkelte pasienter dersom de, av ulike grunner, ikke får snarlig legetime.

6.7 Hvordan kan motstanden eventuelt håndteres?

6.7.1 Kommunikasjon til ansatte

En viktig del av å håndtere motstanden er at man har god kommunikasjon mellom prosjektleder og de andre ved legesenter. Regelmessige møter, slik som vi har skissert tidligere, vil bidra til å sette lys på de utfordringene som oppstår underveis, samt oppklare eventuelle uklarheter og misforståelser. Samtidig er det også viktig å informere de ansatte om nytten av å gjennomføre prosjektet. Møtene bør være godt strukturert med konkrete mål for hvert møte. Modeller for kvalitetsforbedringer, slik som PDSA/PUKK-modellen, bør fungere som en mal for slike møter.

Prosjektleder har også et ansvar for å opprettholde et engasjement og motivasjon blant de ansatte slik at prosjektet gjennomføres på best mulig måte. Dette vil være med på å motvirke eventuelle motforestillinger som de ansatte vil ha. Anerkjennende intervju (AI) (31) kan brukes for å styrke motivasjonen og lokalisere de tiltakene som er nødvendige. De fem trinnene ved AI er presentert i figur 5.



Figur 5: Anerkjennende Intervju (AI) (31).

6.7.2 Utdeling og koding av Dexametason

For å motvirke en eventuell skepsis om merarbeid for legene, er det viktig i prosjektets startfase å gi en grundig gjennomgang og opplæring i handlingskortet (se figur 3). Dette mener vi vil spare legene for en del tid. Pop-up varsler som kommer opp ved bestemte diagnosekoder samt ferdiglagede takstkoder for tilbud og utdeling av Dexametason er tiltak vi mener vil være med på å redusere tidspresset.

6.7.3 Kommunikasjon mellom lege og pasient

God kommunikasjon mellom legene og pasientene er viktig for å håndtere de motforestillingene og skepsisen som pasientene vil kunne ha. Når legene deler ut medikamentene gis det muntlig og skriftlig informasjon som forklarer bakenforliggende forskning, indikasjon og gevinst av behandling. Videre bør legene presisere at en engangsdose med kortikosteroider hos disse pasientene er forbundet med lav risiko for bivirkninger. Man

bør likevel ha lav terskel for re-kontakt dersom pasientene merker fysisk/psykisk ubehag i forbindelse med behandlingen.

7 Diskusjon og konklusjon

Sår hals representerer en betydelig andel av konsultasjoner i allmennpraksis. Fokus på symptomlindrende behandling varierer og frem til i dag har kortikosteroider ikke rutinemessig vært en del av behandlingen. I lys av nylig tilkommet litteratur har *BMJ Rapid Recommendations* anbefalt bruk av engangsdose kortikosteroider for smertelindring til pasienter >5 år med sår hals, uavhengig av etiologi. 183/1000 flere opplever komplett remisjon av halssmerter etter 48 timer. Kvaliteten på evidensen for dette utsagnet vurderes som høy. Evidensgrunnlaget for bivirkninger av dette tiltaket er begrenset, men engangsdose høydose steroider anses i dag som trygt. Videre er tiltaket enkelt, praktisk gjennomførbart og lite ressurskrevende.

Oppgaven skisserer en plan for implementering av denne anbefalingen på Kurbadet legesenter. Engangsdosen steroider vil direkte utleveres av lege til egnede pasienter. For å måle progresjon brukes en kombinasjon av diagnose- og takstkoder (prosessindikator), samt evaluering av pasienttilfredshet via spørreskjema (resultatindikator). Implementeringen vil foregå over en fire ukers periode hvor man har ambisjoner om økt andel pasienter som får tilbudt medikamentet fra 0 % ved prosjektets start og 100 % ved prosjektets slutt. Prosjektets fremdrift vil løpende vurderes og justeres ved hjelp av ukentlige lunsjmøter for alle ansatte.

Hovedutfordringene prosjektet forventes å møte, dreier seg om merarbeid for de ansatte og holdninger til bruk av steroider. Prosjektet fordrer at legekantoret har Dexametason for utlevering tilgjengelig, at legene tar seg tid til å tilby pasienten dette og eventuelt dele det ut. Per i dag er ikke dette praksis og kan derfor sees på som merarbeid. God informasjon, planlegging og tilrettelegging før prosjektoppstart kan redusere frykten for merarbeid. Videre eksisterer det blant noe helsepersonell og pasienter motforestillinger angående bruk av kortikosteroider. For å håndtere skepsis blant ansatte må de møtes med god opplæring i retningslinjen og dens begrensninger (kontraindikasjoner), samt at man legger til rette for diskusjon i de ukentlige lunsjmøtene. Pasienters eventuelle motforestillinger kan effektivt møtes med god informasjon som særlig vektlegger forskjellen på engangsdose og langvarig behandling med et slikt preparat.

Med bakgrunn i denne redegjørelsen av fordeler og ulemper ved tiltaket, anbefales det å gjennomføre kvalitetsforbedringsprosjektet slik det er skissert. Til tross for at kunnskapsgrunnlaget tilsier en svak anbefaling er tiltaket ukomplisert og billig å gjennomføre, forbundet med liten risiko og kan potensielt ha en stor gevinst på individuell basis for mange pasienter. Tiltaket vil kunne implementeres gjennom minimale justeringer av dagens praksis, og er enkelt gjennomførbart.

Litteraturliste

1. Helfo. Kontroll og utbetaling av helserefusjon (direkte datauttrekk fra KUHR-registeret etter avtale med SSB). Helsedirektoratet, 2017.
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of sore throat and indications for tonsillectomy (SIGN 117), Report No.: 2010.
3. Tonsillitt, akutt: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/ore-nese-hals/tilstander-og-sykdommer/svelget-midtre-del/tonsillitt-akutt/#terapi> (28.08. 2017).
4. Streptokokkhalsinfeksjon: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/ore-nese-hals/tilstander-og-sykdommer/svelget-midtre-del/streptokokkhalsinfeksjon/#terapi> (28.08. 2017).
5. Halsvondt: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/ore-nese-hals/symptomer-og-tegn/halsvondt/> (28.08. 2017).
6. Symptomatic treatment of acute pharyngitis in adults: [https://www.uptodate.com/contents/symptomatic-treatment-of-acute-pharyngitis-in-adults?source=search_result&search=acute pharyngitis corticosteroids&selectedTitle=1~150](https://www.uptodate.com/contents/symptomatic-treatment-of-acute-pharyngitis-in-adults?source=search_result&search=acute+pharyngitis+corticosteroids&selectedTitle=1~150).
7. Sore throat: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/evidence/intervention/1509/0/sr-1509-i4.html?allow-access=true>.
8. Corticosteroids for sore throat: http://www.ebm-guidelines.com/ebmga/ltk.avaa?p_artikkeli=evd07095.
9. Hayward GN, Hay AD, Moore MV, et al. Effect of Oral Dexamethasone Without Immediate Antibiotics vs Placebo on Acute Sore Throat in Adults: A Randomized Clinical Trial. *Jama* 2017; 317: 1535-43.
10. Korb K, Scherer M, Chenot JF. Steroids as adjuvant therapy for acute pharyngitis in ambulatory patients: a systematic review. *Annals of family medicine* 2010; 8: 58-63.
11. Wing A, Villa-Roel C, Yeh B, et al. Effectiveness of corticosteroid treatment in acute pharyngitis: a systematic review of the literature. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 2010; 17: 476-83.
12. Hayward G, Thompson MJ, Perera R, et al. Corticosteroids as standalone or add-on treatment for sore throat. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012.
13. Aertgeerts B, Agoritsas T, Siemieniuk RAC, et al. Corticosteroids for sore throat: a clinical practice guideline. *BMJ* 2017; 358.
14. Sadeghirad B, Siemieniuk RAC, Brignardello-Petersen R, et al. Corticosteroids for treatment of sore throat: systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2017; 358.
15. Major side effects of systemic glucocorticoids: <https://www.uptodate.com/contents/major-side-effects-of-systemic-glucocorticoids - H27>.
16. Preparatomtale Dexametason https://www.legemiddelsok.no/_layouts/15/Preparatomtaler/Spc/11-8816.pdf.
17. Streptokokkhalsinfeksjon og skarlagensfeber, Antibiotikabruk i Primærhelsetjenesten: <http://www.antibiotikaiallmenpraksis.no/index.php?action=showtopic&topic=GRde5AaS&j=1> (28.08. 2017).
18. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Sjekkliste for vurdering av faglig retningslinje. Kunnskapssenteret/Folkehelseinstituttet, 2014.
19. Olympia RP, Khine H, Avner JR. Effectiveness of oral dexamethasone in the treatment of moderate to severe pharyngitis in children. *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 2005; 159: 278-82.
20. De Oliveira GS, Jr., Almeida MD, Benzon HT, et al. Perioperative single dose systemic dexamethasone for postoperative pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesthesiology* 2011; 115: 575-88.
21. Oversikt over fastlege: <https://minhelse.helsenorge.no/bytte-fastlege?fylke=03&kommuner=0301&bydeler=030104> (03.10. 2017).
22. Telefonråd: <http://www.helsebiblioteket.no/oppslagsverk/alle-oppslagsverk/telefonrad> (03.10. 2017).

23. Vent-og-se-resept:
<https://www.antibiotika.no/antibiotic/vent-og-se-resept/> (27.09. 2017)
24. Antibiotikafri resept:
<http://www.antibiotikaiallmenpraksis.no/index.php?action=showtopic&topic=74ShfGFc&j=1> (27.09 2017).
25. Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid:
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/modell-for-kvalitetsforbedring-utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-forbedringsarbeid> (19.09 2017).
26. Modell for kvalitetsforbedring: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring> (12.10. 2017).
27. Helse- og omsorgsdepartementet. Helse- og omsorgstjenesteloven - hol. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. Lovdata.no2011.
28. Kotter J. Leading Change, 1R ed: Harvard Business Schol Press; 2012.
29. 8 steps to manage change: <http://onguard.com/process/8-steps-managing-change/>.
30. Anbefalte metoder og verktøy: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/anbefalte-metoder-og-verktoy> (28.09. 2017).
31. Anerkjennende organisasjonsutvikling:
<http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/appreciative-inquiry-ai> (25.09. 2017).

Vedlegg

Appendiks 1

Vurdering av retningslinje

INNLEDENDE SPØRSMÅL	
Kommer det klart frem hva retningslinjen handler om og hvem som er målgruppen?	Ja, visuelt og tydelig definert populasjon, intervensjon og anbefaling.
KAN VI STOLE PÅ RETNINGSLINJENE?	
Har prosessen for utvikling av retningslinjene vært slik at resultatene er til å stole på?	Ja. Redegjørelse for økonomiske- og faglige interesser i egen appendix. <i>Oppgitt flere med faglige interesser.</i> Tverrfaglig sammensatt gruppe. Ekstern vurdering.
Har retningslinjen vurdert alle relevante pasientgrupper, tiltak og utfall?	Ja. Veldefinert bakgrunn for populasjon, oversiktlig og god redegjørelse for ulik administrasjon/dosering av kortikosteroid, relevante utfallsmål.
Er det systematiske oversikter av dokumentasjonen som beregner den relative effekten av tiltakene for de relevante utfallene?	Ja. Basert på oppdatert litteratur. Beskrevet bakgrunn for ny anbefaling.
Har retningslinje-gruppen foretatt vurdering av kvaliteten på dokumentasjonen?	Ja. Kvaliteten er grundig redegjort for på en standardisert måte.
Er retningslinjen basert på oppdatert kunnskap?	Ja. Nyeste fra sept 17. Inkluderer plan for tiltak ved tilkommet litteratur.
Er anbefalingen formulert på en standardisert måte der det kommer klart frem hva den anbefalte handlingen går ut på og når den bør utføres?	Ja. I henhold til Rapid Recommendations' metode.
Er det gitt en forklaring for resonnetet som ligger til grunn for hver av anbefalingen som gis?	Ja. Egne avsnitt om resonnetet og fordeler/ulempes. Grad på anbefaling iht. pasientpreferanser og klinisk verdi av anbefaling.
HVA FORTELLER RETNINGSLINJENE?	
Hva er anbefalingene?	Se Bilde 1.
KAN RETNINGSLINJEN VÆRE TIL HJELP I PRAKSIS?	
Inneholder retningslinjene en plan for implementering?	Nei, men den beskriver indikasjon, tidspunkt og rammene for tiltaket.
Er retningslinjen relevant og gjennomførbar i praksis?	Ja. Gjennomførbart, kostnadseffektivt, hyppig problemstilling, lite bivirkninger.

Fritt etter Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Sjekkliste for vurdering av faglig retningslinje. Kunnskapssenteret/Folkehelseinstituttet; 2014.

Appendiks 2

Spørreskjema til deg med sår hals

1. Hva er grunnen til at du oppsøker legen i dag? (sett ring rundt aktuelle alternativer)

Antibiotika

Smertelindring

Sykemelding/attest

Annet:

2. På en skala fra 1 til 10 der 1 er ingen smerte mens 10 er verst tenkelig smerte. Hvor vondt har du i halsen nå?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Opplever du dine smerter som så plagsomme at du er i behov av smertestillende?

Ja

Nei

Vet ikke

4. Dersom din lege i dag kunne tilbudt deg en enkeltdose med en medisin som kunne forkortet antall dager med smerte, ville du da ha ønsket dette tilbudet?

Ja

Nei

Vet ikke

Dersom du svarte nei på spørsmålet ovenfor, begrunn gjerne ditt svar her:

.....

.....

.....

Appendiks 3

Spørreskjema til deg som nettopp har vært til legetime grunnet sår hals

1. På en skala fra 1 til 10 der 1 er ingen smerte mens 10 er verst tenkelig smerte. Hvor vondt har du i halsen nå?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Hvor fornøyd er du med at du ved sist konsultasjon ble tilbudt en engangsdose smertelindrende i form av kortikosteroider (Dexametason)?

Misfornøyd Litt misfornøyd Verken fornøyd eller misfornøyd Litt fornøyd Meget fornøyd

3. Dersom du takket ja til behandlingen (kortikosteroid-tablettene du mottok fra legen), hvor fornøyd er du med denne?

Misfornøyd Litt misfornøyd Verken fornøyd eller misfornøyd Litt fornøyd Meget fornøyd

Takket nei til medisiner

Andre kommentarer:

.....

.....

.....