

Rehabilitering ved kroniske myofascielle smertetilstander

Sammendrag

Bakgrunn. Kroniske muskel- og skjelettsmerter med uklar organisk årsak rammer mange og koster mye. Her presenteres og eksemplifiseres kunnskapsbaserte retningslinjer for terapi.

Materiale og metode. Data omfatter 200 egne pasienter med kronisk myofasciell smerte og/eller fibromyalgi. De deltok i et fire ukers flerdimensjonalt rehabiliteringsprogram, som besto av undervisning og smertemestring i en kognitiv ramme, avspenning, kondisjonstrening, myofasciell smertebehandling og medikasjon etter behov. Opplysninger om symptomintensitet, funksjonsnivå og subjektiv følelse av endring ble innhentet via spørreskjema ved ankomst og avreise. Da ble også arbeidskapasitet, trykkømheter og om pasienten tilfredsstilte diagnosekriteriene for fibromyalgi registrert. Spørreskjemaopplysninger samt nivå av fysisk aktivitet og endringer i livskvalitet og yrkesaktivitet ble innhentet etter seks og 12 måneder.

Resultater. Det var signifikant bedring på alle registrerte områder gjennom hele oppfølgingsperioden. 30 % av pasientene med fibromyalgi tilfredsstilte ikke lenger diagnosekriteriene ved avreise. Livskvaliteten viste bedring over tid. Etter ett år var flere tilbake i arbeid og færre sykmeldt. Samtidig var det flere som hadde fått uførepensjon. Flertallet drev fremdeles regelmessig fysisk trening.

Fortolkning. Våre funn støtter kunnskapsbaserte retningslinjer og viser at flerdimensjonal rehabilitering er en effektiv terapeutisk tilnærming for pasienter med utbredte kroniske smerter. Det er en helsepolitisk utfordring å styre dagens praksis mot de eksisterende retningslinjene.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 562

Sigrid Hørven Wigors

sigrid.wigors@c2i.net
Opptreningscenteret Jeløy Kurbad
Bråtengaten 94
1515 Moss

Arnstein Finset

Avdeling for atferdsfag
Institutt for medisinske basalfag
Universitetet i Oslo

Rehabiliteringsmedisin inkluderer alle aspekter av det å være menneske og fordrer målstyrt planlegging, aktiv brukemedvirkning og tverrfaglighet (1). Vi står overfor en stor utfordring når det gjelder tilbudet til en av de største pasientgruppene her til lands – personer med kroniske smerter i muskel- og skjelettsystemet der bildediagnostikk og blodprøver ikke avslører noen klar organisk årsak. Fagfeltet forstyrres ytterligere av at mangelen på enighet om smertens natur har medført mange navn på tilstanden, for eksempel «sammensatte lidelser», «kronisk muskelsmertesyndrom», «fibromyalgi», «bløtdelsrevmatisme», «kronisk uspesifikk ryggsmerte», «myalgi» eller det internasjonalt brukte «myofasciell smerte» (2) (ramme 1).

Diagnostisk skilles det ofte mellom kroniske uspesifikke rygg smerter og disse andre tilstandene, men dette skyldes snarere tradisjon enn organisk grunnlag. Årsaken til korsryggssmerter kan oftest ikke fastslås (3), og Deyo har hevdet at 85 % av pasientene mangler organisk korrelat for sin ryggsmerte (4). De fleste ryggpasienter har dessuten mer utbredte smerter, og jo lengre symptomvarighet, desto større er tendensen til smertespredning (5).

Ryggsmertens prognostiske faktorer (såkalte gule flagg) overlapper nesten risikofaktorene for fibromyalgi (6, 7). Mens forekomsten av rene rygg smerter er relativt lav, ligger forekomsten av kroniske rygg smerter med tillegg av andre muskel- og skjelettsmerter like høyt som for fibromyalgi, dvs. på rundt 6–7 % (5, 8, 9). Mindretallet av dem som tilfredsstiller diagnosekriteriene for fibromyalgi fra American College of Rheumatology 1990 (ACR-90) får diagnosen her til lands (8, 10) (fig 1). Dette er et paradoks, siden det å få fastslått diagnosen og få informasjon om hva syndromet dreier seg om, gir bedre prognose. Man kan spørre om mangelen på etablerte rehabiliteringstilbud som mange pasienter opplever, er grunnen til at Norge er «europamester» i forekomst

av kronisk smerte. Hos oss er prevalensen 30 %, sammenliknet med et gjennomsnitt i Europa på 19 % (11).

Manglende kjennskap til litteratur om diagnostikk og behandling av myofasciell smerte bidrar til usikkerhet om årsaken når konvensjonell utredning ikke viser noe galt. Til tross for eksisterende kunnskapsbaserte retningslinjer opplever pasientene mangel på konsensus om behandlingsstrategi. Mange forteller at de verken føler seg trodd eller ivaretatt og er fortvilet over at helsevesenet ikke klarer å finne ut hva smerten skyldes (12). Dette kan medføre negative tanker og følelser hos pasienten, legeshopping og utprøving av ofte dyre skolemedisinske og alternative behandlingsformer, som til gjengjeld har lite varig effekt (13). Så lenge smerten representerer en trussel, vil den, ut fra sin funksjon som beskyttelsessans, ha en fremtredende plass i bevisstheten. Man søker uvilkårlig å unngå alt som kan øke smerten og etablerer lett et bevegelingsmønster og en atferd som utoversikt bidrar til å vedlikeholde og forsterke den. Sluttstadiet blir ofte en passiv, smertestyrt unngåelsesatferd, med sekundær dekondisjonering, depresjon og isolasjon som resultat.

Muskel- og skjelettlidelser er hyppigste årsak til legebesøk, sykefravær og uføretrygd i Norge (14). Det har liten kurativ effekt å tilby pasientene passivisering, sykeliggjøring og økonomisk kompensasjon (15). Mye hadde vært vunnet om man tidlig og i større grad hadde tilbudt rehabilitering, i ordets rette forstand. Tallet på ulike behandlingsformer som er forsøkt før pasienten får et rehabiliteringstilbud, predikerer i stor grad tilbakefallsfrekvensen. For hvert tiende besøk hos

Hovedbudskap

- Muskel- og skjelettlidelser er hyppigste årsak til legekonsultasjon, sykmelding og uførepensjon
- Det bør tilstrebes tidlig intervensjon med sikker diagnose, informasjon, undervisning, kognitiv atferdsterapi, fysisk trening og behovsmedikasjon
- Flerdimensjonal rehabilitering gir rask, bred og vedvarende effekt
- Unødige utredninger og udokumenterte behandlinger unngås best ved å følge kunnskapsbaserte retningslinjer

helseaktør øker sannsynligheten for smerte-residiv i ryggen med 22 % (16).

En biopsykososial forståelsesmodell

Utvikling av kronisk smerte er en dynamisk prosess som innebærer både nevrofysiologisk smereregulering og læring samt kognitive, emosjonelle og atferdsmessige forhold (17). Tilstanden må derfor forstås i en biopsykososial sammenheng, der biologiske og psykososiale faktorer spiller jevnbyrdige roller. Relevante biologiske elementer kan være myofasciell smerte, et sensitivisert nervesystem og dekondisjonering. Men søvnforstyrrelse og kognitive og emosjonelle elementer, bl.a. sterk konsentrasjon og negative tanker og følelser (katastrofing), overoppmerksomhet på kroppslige sensasjoner (hypervigilans) og et høyt negativt stressnivå, kan også bidra til sensitiviseringsprosessen. Alle disse elementene kan dessuten vedlikeholde og forsterke hverandre i en serie onde sirkler og bidra til ytterligere kronifisering (6). Ut fra en slik forståelsesmodell vil det være logisk å tilby flerdimensjonal rehabilitering rettet mot hvert av de aktuelle elementene. Nettopp en slik tilnærming har vist dokumentert positiv effekt både ved fibromyalgi og ved kronisk ryggsmerte (7, 18).

I 2004 nedsatte The American Pain Society et ekspertpanel for å finne kunnskapsbaserte retningslinjer for håndtering av fibromyalgi. Etter gjennomgang av 505 behandlingsstudier konkluderte panelet med følgende effektive tiltak: sikker diagnose, informasjon/undervisning, kognitiv atferdsterapi, kondisjonstrening, lav kveldsdose med et trisyklisk antidepressivum og flerdimensjonal rehabilitering som kombinerte undervisning og/eller kognitiv terapi med kondisjonstrening. Flerdimensjonal rehabilitering var den eneste behandlingsform som konsekvent hadde effekt som vedvarte i oppfølgingsperioden. Videre påpekte forfatterne at det forelå svak til manglende begrunnelse for bruk av opioider, antiflogistika, steroider, benzodiazepiner, kiropraktikk, manuell terapi, massasje, elektroterapi og ultralyd, dvs. tilnærminger som alle er relativt hyppig benyttet her til lands. Det foreligger så langt ingen studier på myofasciell smertebehandling ved fibromyalgi (18).

I de kunnskapsbaserte europeiske retningslinjene for håndtering av kroniske ryggsmarter anbefales diagnostisk avklaring for å utelukke patologiske forhold i spinalkanalen, nerverotsaffeksjon og strukturelle deformiteter. Dernest må prognostiske faktorer kartlegges, dvs. arbeidssituasjon, psykiske belastninger og depresjon, smertens alvorlighetsgrad og i hvilken grad den hemmer funksjonsnivået, tidligere episoder med ryggsmarter, ekstrem symptomrapportering og pasientens forventninger. Terapeutiske tiltak som blir anbefalt omfatter informasjon, kognitiv atferdsterapi, veiledet fysisk trening, kortvarige kurer med antiflogistika,

ev. svake opioider, og flerdimensjonal rehabilitering (7).

Etter gjennomgått utredning bør pasienter med kroniske muskel- og skjelettsmerter på myofascielt grunnlag tilbys flerdimensjonal rehabilitering. Minimumskravet er obligatorisk fysisk trening samt informasjon og/eller kognitiv terapi (18). Men flere av følgende komponenter kan med fordel kombineres:

- Grundig informasjon om smertens årsak og natur for å gi pasienten trygghet og forståelse for faktorer som kan forverre, vedlikeholde eller bedre smerten. Dette danner grunnlaget for den felles forståelse hos pasient og terapeut som er helt nødvendig for å lykkes. Man må vekke håp og motivasjon hos pasienten og gi reell mulighet til aktiv mestring.
- Kognitiv atferdsterapi med vekt på hvordan negative tanker kan fremme følelsesmessige reaksjoner og hypervigilans, som igjen kan bidra til u hensiktsmessig atferd og vedvarende eller økt smertenivå (19). Det å bli seg bevisst sine egne tanke-mønstre og forestillinger og erfare forskjellen i emosjoner, smerter og atferd når man velger en alternativ forklaringsmodell, bidrar til en trygg, aktivt mestrende og velfungerende pasient.
- Kondisjonstrening, som har dokumentert positiv effekt på blant annet arbeidskapasitet, følelse av velvære, overskudd, smerter og søvn (18, 20, 21).
- Nødvendig behovsmedikasjon med tanke på smertelindring og søvnforbedring.

Avhengig av situasjonen til den enkelte pasient kan disse tiltakene enten styres ambu-

Ramme 1

Myofasciell smerte er det samme som muskelsmerter. Smerten stammer mest trolig fra det myofascielle triggerpunkt, en lokalisert kontraksjonsknute ved nerve-muskel-overgangen. Det gir opphav til en palpabel muskelfiberstreng, innskrenket bevegelsesutslag, overført smerte og trykkømheter. Pasienten kjenner at muskelen er stram, smertefull og svak og at den blir fortere trett

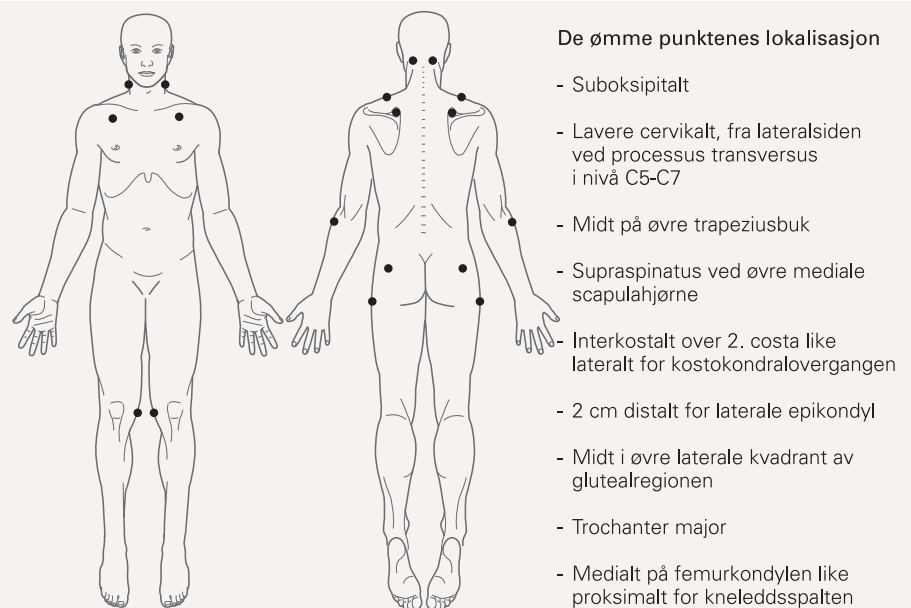
lant via fastlegen eller gis poliklinisk eller intensivt i forbindelse med innleggelse.

Opptreningssenteret Jeløy Kurbad har tilbudt flerdimensjonal rehabilitering til innlagte pasienter med kroniske myofascielle smerter/fibromyalgi siden mars 2001. Opplegget er intensivt og har mange delkomponenter. Det er enestående fordi det i tillegg til punktene ovenfor også omfatter diagnostikk og behandling av pasientenes myofascielle smerte. Som et eksempel på hvordan flerdimensjonal rehabilitering kan gjennomføres presenteres tilbudet med resultatene ved utskrivning og seks og 12 måneder senere.

Materiale og metode

Alle som ble henviset med diagnosen kronisk smertesyndrom eller fibromyalgi og ble rehabilitert på opptreningssenteret i perioden mars 2001 til juni 2003 er inkludert. Vi inkluderte også brukere med uavklarte forsikrings- eller trykkesaker og personer med

Figur 1



Diagnosekriterier for fibromyalgi etter American College of Rheumatology 1990 (10). Utbredt smerte, dvs. i minst tre kroppskvadranter pluss i midtlinjen av minst tre måneders varighet, samt trykkømheter med smerteopplevelse ved inntil 4 kg trykk med fingertupp på minst 11 av 18 anatomisk definerte ømme punkter (ni bilaterale)

Tabell 1 Demografiske data ved ankomst (N = 200)

Kjønn (kvinne/mann)	191/9
Alder (år) – gjennomsnitt (SD, spredning)	47 (10; 22–79)
Symptomvarighet (år) – gjennomsnitt (SD, spredning)	13 (8; 1–38)
Utdanning (år) – gjennomsnitt (SD, spredning)	12 (3; 7–21)
<i>Sivilstand</i>	
Gift/samboer	145 (73 %)
Skilt	31 (16 %)
Enke	8 (4 %)
Enslig	16 (8 %)
<i>Arbeidsstatus</i>	
Yrkesaktive	34 (17 %)
Fulltid	9 (5 %)
Deltid	25 (13 %)
Sykmeldte	133 (67 %)
Fullt	105 (53 %)
Delvis	28 (14 %)
Uførepensjonerte	53 (27 %)
Full	32 (16 %)
Delvis	21 (11 %)
Hjemmeværende/andre	9 (5 %)

Tabell 2 Mal for smertepasientenes dagsplan i det flerdimensjonale rehabiliteringsprogrammet ved Opptreningscenteret Jeløy Kurbad. Turen inneholdt intervalltrening hver tirsdag og torsdag. Kondisjonstrening annenhver dag i gymsal og basseng. Individuell fysioterapi og avspenning ble gitt fire ganger per uke

Tid	Dag
0745–0825	Tur/intervalltrening
0830–0900	Generell uttøying
0900	Frokost
0930	Horisontal trening
1000	
1030–1130	Smertemestringsskole
1130	
1200–1245	Kondisjonstrening gymsal/basseng
1300–1330	Individuell fysioterapi
1400–1445	Middag
1615–1700	Avspenning

fremmedkulturell bakgrunn. Det var 200 personer, 191 kvinner og ni menn, med gjennomsnittsalder 47 år. I gjennomsnitt hadde de hatt utbredte smerter i 13 år (tab 1). Ved ankomst viste alle tegn på myofasciell smerte (2), og 167 tilfredsstilte ACR-90 kriteriene for fibromyalgi (10) (fig 1).

I denne åpne, prospektive intervensjonsstudien ble datainnsamling gjennomført i form av pasientadministrerte spørreskjemaer ved ankomst, avreise og seks og 12 måneder etter avreise. Kliniske tester inngikk både ved ankomst og avreise. Ved avreise hadde verken lege eller pasient tilgang til de resultatene som ble registrert ved ankomst. I tillegg til demografiske data ble følgende målt:

- VAS-registrering (visuell analog skala) av smerte, tretthet, søvnproblemer og depresjonsfølelse (0 = ingen, 100 = verst tenkelig) (22).
- Nottingham helseprofil (NHP), skala-1, der delskalaene for smerte, energi, søvn og følelser ble brukt som kontrollmål for VAS-resultatene (skåring 0–100, der 100 er verst) (23).
- The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), som kartlegger status og måler endring hos fibromyalgipasienter. Det inkluderer evnen til å utføre dagliglivet aktiviteter, opplevd velvære og yrkesaktivitet samt sju VAS-skalaer for symptomnivå (skåring 0–100, der 100 er verst). En norsk oversettelse ble laget ut fra den engelske (24) og den svenske (25) versjonen.
- Pasientens subjektive opplevelse av global endring i forhold til ved ankomst ble angitt på en femtrinns skala ved avreise og etter seks og 12 måneder.
- Opplevd endring i livskvalitet i forhold til situasjonen ved ankomst ble angitt på en femtrinns skala etter seks og 12 måneder.
- Fysisk aktivitet, ut fra treningsfrekvens, -intensitet og -varighet, ble registrert etter seks og 12 måneder.

Følgende kliniske tester ble gjort ved ankomst og avreise:

- Trykkømhets, uttrykt i antall ømme punkter ifølge ACR-90-kriteriene, ble registrert av pasientens lege ved opptreningscenteret. I tillegg ble det registrert om ACR-90-kriteriene var oppfylt (10) (fig 1).
- Arbeidskapasitet ble beregnet ved ergometersykkeltest der pasienten startet med 50 watts belastning. Belastningen økte med 25 watt hvert tredje minutt, og pasienten syklet så lenge hun orket eller ville. Arbeidskapasiteten ble uttrykt som forholdet mellom maksimal treminuttersbelastning og korresponderende puls (21).

Rehabiliteringsprogrammet

14 pasienter ble behandlet om gangen, med rullerende inntak og utskrivning av tre til fire pasienter per uke. De gjennomførte et fire ukers standardisert og flerdimensjonalt rehabiliteringsprogram i tråd med kunnskapsbaserte retningslinjer, rettet mot de biopsykososiale hovedelementene i symptombildet. Disse inkluderer sosiale problemer, myofasciell smerte, et sensitivisert nervesystem, dekondisjonering, søvnproblemer, stress og negativt pregede tanker og følelser (6). Målet var å gjøre pasientene trygge og aktivt mestrende, med økt innsikt og håp og motiverte til endring etter hjemreisen. Dagsprogrammet er gjengitt i tabell 2. Det inneholdt fysikalskmedisinske og psykososiale komponenter.

Fysikalsk medisinsk behandling. Spesifikk diagnostikk og behandling av muskel-

smerte etter Travells metode dannet grunnlaget for pasientens smerteforståelse og den terapeutiske tilnærmingen. For å avdekke myofascielle triggerpunkter som ev. årsak til smerten bygger diagnostikken på sykehistorien, en nedtegnning av pasientens smerteutbredelse, sammenlikning med plansjer av triggerpunktets utstrålingssoner, testing av bevegelsesutslag og palpasjon (2). I behandlingen elimineres triggerpunktene ved iskemisk kompresjon eller iskald spray, for å muliggjøre uttøying av affisert muskulatur uten økte smerter. Varig effekt fordrer korreksjon av vedlikeholdende faktorer, egen-tøying og gradvis opptrening av kondisjon og styrke etter at normale bevegelsesutslag er etablert. Individuell fysioterapi etter Travells protokoll ble gitt fire ganger i uken (2).

Kondisjonstrening ble gjennomført i form av daglig morgentur, med intervalltrening to dager i uken, samt trening annenhver dag i gymnastikksal og annenhver dag i basseng. Toppen av intensitet lå på 60–70 % av maksimal puls. For å unngå unødig støthet unn-gikk man eksentrisk belastning, dvs. kontraksjon av en muskel som samtidig forlen-ges. Det ble advart mot overtrening. Pasientene skulle kjenne etter kroppens signaler og ta pauser ved behov eller gjøre øv-elsene i eget tempo. Instruksjon i generelle tøyningsøvelser ble gitt etter morgenturen.

Avspenning ble dels utført alene på sen-gen, som et avbrekk i en travel behandlingsdag (såkalt horisontal trening), samt på slut-ten av dagen i gruppe etter musikk og tale-CD, med vekt på progressiv muskelavspen-ning, dyp pust og visualisering.

Man tilbød medikamentjustering etter be-hov. Vi frarådet regelmessig bruk av vane-dannende analgetika og muskelavslappende medisin. Som smertelindring er kombina-sjonen av tramadolhydroklorid 50 mg og paracetamol 500 mg å foretrekke, men kun ved behov. En kveldsdose med trimipramin 10 mg ble tilbudt ved søvnproblemer, med økende doser inntil tilfredsstillende søvn (vanligvis 10–30 mg).

Psykososial intervensjon. Vi valgte en psykoedukativ tilnærming med 18 timers smertemestringsskole, utarbeidet ved opp-treningscenteret. Revmatolog, fysikalsk-medisiner, assistentlege, fysioterapeuter, sykepleiere, kokk og kapellan deltok i un-dervisningen. I del 1 tok man for seg smerte, med spesiell vekt på muskelsmerte, vedlikeholdende faktorer samt nervesystemets sensitiviseringsprosesser. Fibromyalgi ble presentert ut fra en biopsykososial forklaringsmodell. Del 2 omhandlet smertemest-ringstrategier, med psykologisk orienterte emner som positiv tenkning, stressmestring, selvbilde, emosjonell bevissthet og viktigheten av å sette grenser og ta kontroll over livet. Det ble lagt vekt på betydningen av kommunikasjon og familierelasjoner samt ernæring og søvnhygiene. Del 3 bestod av samtalegrupper der pasientene tok opp aktuelle emner, så video og planla livet etter

avreisen. Alle skulle lage sin egen detaljerte «timeplan» for de første to ukene etter hjemkomsten.

Vi fremmet bevisst det sosiale samspillet mellom pasientene. De fikk et avbrekk fra forholdene hjemme, fikk treffe andre i samme situasjon og ble oppmuntret til å finne nye venner og styrke sitt sosiale nettverk. De hadde tilbud om sosiale arrangementer samt hobbyvirksomhet på arbeidsstuen og individuelle samtaler og veiledning hos lege eller kapellan ved behov. En kognitiv tilnærming med aktiv problemløsende mestring gikk som en rød tråd gjennom det hele.

Statistisk analyse

Analysene ble gjort ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS, versjon 11.0 (Chicago, IL, USA). Manglende verdier ved avreise ble erstattet med ankomstverdiene. Kun pasienter som besvarte seksmåneders- og 12-månedersskjemaene er tatt med i oppfølgingsperioden. Forskjeller ved ankomst hos dem som besvarte og dem som ikke besvarte oppfølgingskjemaene ble vurdert ved uavhengig t-test på kontinuerlige data og ved hjelp av Mann-Whitneys U-test på ordinale data. Endring over tid fra ankomsttidspunkt ble vurdert ved parett t-test på kontinuerlige data og Wilcoxon's rang-sum-test på ordinale, eller dikotomiserte, data. Endring for global subjektiv endring og livskvalitet i forhold til status ved ankomst ble undersøkt med Wilcoxon's rang-sum-test med bruk av såkalt dummyvariabel for sammenlikninger mellom de ulike måletidspunktene. Signifikansnivå ble satt til $p < 0,05$.

Resultater

Gjennomsnittlig oppholdstid var 27,4 dager (SD 3,6 dager). Responsraten etter seks måneder var 76 % ($n = 151$ svar) og etter ett år 70 % ($n = 140$ svar). De eneste signifikante forskjellene ved ankomst mellom dem som besvarte og dem som ikke besvarte oppfølgingskjemaene, var noen flere hjemmeværende blant dem som ikke besvarte ved seksmånederskontrollen (7 mot 1) og noe lengre utdanning blant dem som ikke besvarte ved ettårskontrollen (12,3 år mot 11,5 år).

Ved avreise hadde pasientene oppnådd signifikant bedring på alle resultatmål, og delskalene for VAS og NHP samsvarte godt med hverandre (tab 3). I alt 149 pasienter (75 %) følte seg bedre eller mye bedre (tab 4). Mens tre personer som ikke hadde fibromyalgi ved ankomst, tilfredsstilte ACR-90-kriteriene ved avreise, var det 50 pasienter med fibromyalgi ved ankomst som ikke lenger tilfredsstilte de samme kriteriene da de dro. Ved ankomst var sistnevnte gruppe eldre (49 år mot 46 år, $p = 0,041$) og hadde færre ømme punkter (14,6 mot 15,8, $p = 0,002$). Regresjonsanalyser som kontrollerte for alder og antall ømme punkter, viste at de nevnte 50 pasientene hadde oppnådd signifikant større bedring på alle resultatmål, med unntak av arbeidskapasitet.

Tabell 3 Endring fra ankomst til avreise og ved seksmåneders- og 12-månedersoppfølgingen. Gjennomsnitt (SD) er angitt samt antall pasienter som tilfredsstilte ACR-90-kriteriene. VAS: Visuell analog skala. NHP: Nottingham helseprofil. FIQ: Fibromyalgia impact questionnaire

Resultatmål	Ankomst n = 200	Avreise n = 200	6 måneder n = 151	12 måneder n = 140
Smerte (VAS)	65 (20)	51 (24) ¹	57 (24) ¹	59 (24) ²
Smerte (NHP)	71 (24)	57 (31) ¹	66 (28) ²	63 (24) ¹
Tretthet (VAS)	63 (26)	47 (28) ¹	53 (27) ¹	57 (28) ²
Energi (NHP)	54 (34)	26 (31) ¹	37 (35) ¹	35 (35) ¹
Søvnproblemer (VAS)	53 (28)	43 (29) ¹	43 (27) ¹	45 (28) ²
Søvnproblemer (NHP)	52 (30)	47 (32) ³	44 (31) ²	41 (30) ¹
Depresjon (VAS)	34 (29)	24 (25) ¹	31 (29)	32 (29)
Følelser (NHP)	30 (26)	15 (21) ¹	21 (26) ¹	20 (25) ¹
Angst (FIQ-VAS)	51 (31)	35 (30) ¹	42 (32) ²	42 (33) ¹
NHP totalskår	43 (16)	30 (17) ¹	36 (19) ¹	34 (19) ¹
FIQ totalskår	62 (16)	48 (18) ¹	54 (19) ¹	54 (21) ¹
Antall ømme punkter	14,2 (3,6)	12,1 (4,3) ¹		
Arbeidskapasitet ⁴	0,66 (0,2)	0,72 (0,2) ¹		
ACR-90 kriteriene (ja/nei)	167/33	120/80 ¹		

¹ $P \leq 0,001$
² $P < 0,01$
³ $P < 0,05$
⁴ Maksimal belastning/maksimal puls

Tabell 4 Subjektiv global endring ved avreise og etter seks og 12 måneder og endring i livskvalitet etter seks og 12 måneder

	Avreise (n = 200)		6 måneder (n = 151)		12 måneder (n = 140)	
	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)
<i>Jeg føler meg</i>						
Mye verre	0		3	(2)	0	
Verre	14	(7)	11	(7)	25	(18)
Uendret	37	(19)	73	(48)	62	(44)
Bedre	118	(59)	52	(34)	37	(26)
Mye bedre	31	(16)	12	(8)	16	(11)
P-verdi i forhold til ved ankomst	0,001		0,001		0,001	
<i>Min livskvalitet er blitt</i>						
Mye verre			4	(3)	0	
Verre			8	(5)	2	(1)
Uendret			73	(48)	51	(36)
Bedre			53	(35)	63	(45)
Mye bedre			13	(9)	24	(17)
P-verdi for endring i forhold til ved ankomst			0,001		0,001	
P-verdi for endring fra seksmåneders- til 12-månederskontrollen					0,001	

Symptomintensiteten holdt seg signifikant lavere enn ved ankomst i hele oppfølgingsperioden (tab 3). Angstdimensjonen viste varig bedring, i motsetning til depresjon (tab 3). Etter 12 måneder følte 37 % seg fortsatt bedre eller mye bedre, og livskvaliteten viste gradvis bedring, idet 62 % oppga at den var blitt bedre eller mye bedre (tab 4). Det ble signifikant flere yrkesaktive og færre sykmeldte. Samtidig var det også en økning i antall uføretrygdde. Etter 12 måneder trente 69 % fortsatt regelmessig minst to ganger per uke, 83 % i minst 30 minutter og 65 % så intenst at de oftest eller alltid ble svette og andpustne. Treningsformene varierte.

Diskusjon

Våre funn er i samsvar med nylig utarbeidede kunnskapsbaserte retningslinjer for behand-

ling av pasienter med kroniske, utbredte muskel- og skjelettsmerter (7, 18). Flerdimensjonal rehabilitering ga rask og vedvarende bedring hos pasientene. Vårt rehabiliteringstilbud var bredere sammensatt enn de fleste, i tillegg til at spesifikk myofasciell smertebehandling også gjør det spesielt. Effekten av sistnevnte er ennå ikke testet ut ved fibromyalgi, men Borg-Stein vektlegger viktigheten av å avsløre og behandle perifere smertegeneratorene for å dempe den samlede smertebyrden, lette rehabiliteringsprosessen og redusere en perifer pådriver av sentral sensitivisering hos pasientgruppen (26). Det er svært vanlig å overse den myofascielle smertekomponenten, noe som ofte leder til unødig medisinsk utredning og forlenget lidelse (27). Myofasciell smertebehandling er dessuten anbefalt som en naturlig del av et

flerdimensjonalt rehabiliteringstilbud for pasienter med fibromyalgi (28, 29).

Vår studie var ikke utformet for å kunne si noe om effekten av hvert element isolert, heller ikke av den myofascielle smertebehandlingen. Vi fant imidlertid Travells tilnærming svært nyttig for å oppnå en felles forståelse mellom terapeut og pasient (2). Pasientene følte at funnene fra den kliniske undersøkelsen, forklaringen og Travells smerteplansjer stemte med deres egen opplevelse. De følte seg trodd, respektert og ivaretatt og ble trygge på at det dreide seg om ufarlige muskelsmerter som de selv kunne påvirke. Dette skapte tillit og åpnet veien for videre vektlegging av psykososiale faktorer uten motstand.

Det er en utfordring å oppnå ytterligere symptomreduksjon hos pasientene over tid, og vårt rehabiliteringsprogram har utvilsomt et forbedringspotensial. Det kan legges større vekt på å eliminere faktorer som vedlikeholder tilstanden og på en mer optimal dosering av treningsintensiteten. Den psykososiale intervensjonen kan videreutvikles ut fra nyere erfaringer med kognitiv atferdsterapi og gis et sterkere innslag av psykologisk spesialkompetanse.

Det er en modningsprosess å bli rede til å gjøre viktige endringer i livet. De 50 fibromyalgipasientene som responderte så godt på behandlingen at de ikke lenger fylte diagnosekriteriene, var muligens kommet lenger i så måte. Det er vist at flerdimensjonal rehabilitering av smerteklinikk- og fibromyalgipasienter gjør dem mer motiverte for endring, og at dette igjen er assosiert med bedring (30).

Det var praktisk umulig å gjøre studien randomisert, blindet og kontrollert, men de fleste elementene er dokumentert i andre kontrollerte studier (7, 18, 21). Det kan ha svekket våre resultater at vi inkluderte pasienter som tradisjonelt ville vært ekskludert fra en behandlingsstudie. Vi valgte likevel å presentere et materiale som var representativt for alle våre smertepasienter. De var dårlige, det var lang symptomvarighet, de var i liten grad yrkesaktive og hadde et klart behov for spesialisert rehabilitering. Undersøkelsen av antall ømme punkter ble gjort av pasientens lege, som ikke kunne blindes for tidsfaktoren. Dette kan ha påvirket det resultatet at 50 pasienter (30 % av de 167 opprin-

nelige) ikke lenger tilfredsstilte fibromyalgi-diagnosen etter avsluttet opphold. At disse pasientene også viste signifikant større bedring ut fra nær alle andre variabler, styrker imidlertid våre funn.

Konklusjon

Et fire ukers flerdimensjonalt rehabiliteringsprogram med utgangspunkt i en biopsykososial forståelsesmodell av kronisk muskelsmerter og fibromyalgi hadde bred, rask og vedvarende effekt. Dette funnet er i samsvar med det andre har vist i randomiserte, kontrollerte studier. For å forebygge mer utbredte smerter eller residiv bør man gi pasienten trygghet med adekvat intervensjon på et tidligst mulig tidspunkt. Det er en utfordring å fremme bruken av og videreutvikle eksisterende kunnskapsbaserte retningslinjer.

Litteratur

1. St.meld. nr. 21 (1998–99). Ansvar og meistring – mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk.
2. Travell JG, Simons DG, red. Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual. Bd. 1, 2. utg. (1999), bd. 2 (1992). Baltimore: Williams & Wilkins, 1992, 1999.
3. Ihlebæk C, Lærum E. Plager flest – koster mest – muskel-skjelettsmerter i Norge. Rapport nr. 1/2004. Oslo: Forskningsenheten/formidlingsenheten, Nasjonalt ryggnettverk, 2004.
4. Deyo A. Measuring the functional status of patients with low back pain. Arch Phys Med Rehabil 1988; 69: 1044–53.
5. Hoddevik GH, Selmer R. Kroniske korsryggsmerter hos 40-åringer i 12 norske fylker. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2224–8.
6. Wigors SH. Fibromyalgi – en oppdatering. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1300–4.
7. European guidelines for the management of chronic unspecific low back pain. July 2005. www.backpainurope.org (9.1.2007).
8. Forseth KØ, Gran JT. The prevalence of fibromyalgia among women aged 20–49 years in Arendal, Norway. Scand J Rheumatol 1992; 21: 74–8.
9. Kurtze N, Svebak S. Fatigue and patterns of pain in fibromyalgia: correlations with anxiety, depression and co-morbidity in a female county sample. Br J Med Psychol 2001; 74: 523–37.
10. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Arthritis Rheum 1990; 33: 160–72.
11. Breivik H, Collett B, Ventafridda V et al. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain 2006; 10: 287–333.
12. Åbyholm AS, Hjortdal P. Å bli trodd er det viktigste. En kvalitativ studie av erfaringer med helsevesenet blant pasienter med kroniske ryggsmarter. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1630–2.

13. Wigors SH. Health care use in fibromyalgia. I: Wigors SH, red. Clinical studies of fibromyalgia with focus on etiology, treatment and outcome. Doktoravhandling. Trondheim: Tapir, 1996.
14. Trygdestatistisk årbok 2004. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2004.
15. Wigors SH. Fibromyalgia outcome: the predictive values of symptom duration, physical activity, disability pension and critical life events – A 4.5 year prospective study. J Psychosom Res 1996; 41: 235–43.
16. Gross DP, Battié MC. Predicting timely recovery and recurrence following multidisciplinary rehabilitation in patients with compensated low back pain. Spine 2005; 30: 235–40.
17. Knardahl S. Kroniske smerter – gjør vi alt galt? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2620–3.
18. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. JAMA 2004; 292: 2388–95.
19. Thorn BE. Cognitive therapy for chronic pain. New York: Guilford Press, 2004.
20. Hoffman MD, Sheldahl LM, Kraemer WJ. Therapeutic exercise. I: DeLisa JA, Gans BM, red. Physical medicine and rehabilitation. Principles and practise. Bd.1, 4. utg. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2005: 398–433.
21. Wigors SH, Stiles TC, Vogel PA. Effects of aerobic exercise versus stress management treatment in fibromyalgia. A 4.5 year prospective study. Scand J Rheumatol 1996; 25: 77–86.
22. Huskisson EC. The measurement of pain. Lancet 1974; 2: 1127–31.
23. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J et al. The Nottingham health profile: subjective health status and medical consultations. Soc Sci Med 1981; 15: 221–9.
24. Burckhardt CS, Clark SR, Bennet RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire. Development and validation. J Rheumatol 1991; 18: 728–33.
25. Hedin PJ, Hamne M, Burckhardt CS et al. The Fibromyalgia Impact Questionnaire, a Swedish translation of a new tool for evaluation of the fibromyalgia patient. Scand J Rheumatol 1995; 24: 69–75.
26. Borg-Stein J. Management of peripheral pain generators in fibromyalgia. Rheum Dis Clin North Am 2002; 28: 305–17.
27. Meyer HP. Myofascial pain and its suggested role in the pathogenesis and treatment of fibromyalgia syndrome. Curr Pain Headache Rep 2002; 6: 274–83.
28. Russell IJ. Fibromyalgia syndrome. I: Mense S, Simons DG, Russell IJ, red. Muscle pain. Understanding its nature, diagnosis, and treatment. Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins, 2001: 289–337.
29. Rashbaum IG, Lacerte M, Braverman DL et al. Interventions in chronic pain management. 5. Disease-specific issues in chronic pain. Arch Phys Med Rehabil 2003; 84 (suppl 1): S57–S62.
30. Jensen MP, Nielsen WR, Turner JA et al. Changes in readiness to self-manage pain are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment and pain coping. Pain 2004; 111: 84–95.

Manuskriptet ble mottatt 18.4. 2006 og godkjent 9.1. 2007. Medisinsk redaktør Geir Jacobsen.