

Sykepleierens rolle i pasienters nedtrapping av  
langvarig opioidbehandling  
- Et nødvendig bidrag

Kandidatnummer: 1140

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet Oslo

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BASYK17

Antall ord: 10484

Dato: 19.03.2020

## Forord

Denne bacheloroppgaven er skrevet i forbindelse med avsluttende utdanning i sykepleie, ved VID Vitenskapelige Høgskole.

Arbeidet med denne bacheloroppgaven har gitt meg en bredere forståelse av hvilke utfordringer fastleger står overfor og hvordan dette kan oppleves for pasientene. Videre har jeg fått innsikt i hvilke tiltak Helsedirektoratet har utarbeidet med tanke på å imøtekomme et økende krav om oppfølging i primærhelsetjenesten. Jeg håper og ønsker at mitt engasjement for denne pasientgruppen og presentasjon av mulige sykepleiehandlinger, kan føre til positive endringer for både pasienter og fastleger.

Jeg vil rette en stor takk til alle som har bidratt i min oppgave og satt av tid til å møte meg. Særlig vil jeg rette en stor takk til Smerteklinikken på Ullevål sykehus som inviterte meg til klinikken for å få et innblikk i deres jobbhverdag. Erfaringene jeg har tilegnet meg i denne prosessen, vil jeg videreføre inn i rollen som sykepleier. Det har vært både krevende og interessant å arbeide med denne oppgaven og er stolt av resultatet.

Oslo – mars 2020

## Sammendrag

<b>Introduksjon</b>	Langvarig bruk av opioider medfører flere uheldige virkninger og konsekvenser for pasienter. Sykepleiere i primærhelseteam vil være i en ideell posisjon til å ivareta denne pasientgruppen.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne litteræreoppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere på legekontor i primærhelseteam kan hjelpe pasienter å redusere sitt opioidbruk etter langvarig behandling med opioider.
<b>Metode</b>	I litteraturstudien er det blitt gjennomført en systematisk litteraturgjennomgang. Det ble foretatt søk i databasene Cinahl, Pubmed, Ovid, Elsevier og ResearchGate. Søkeordene var "chronic pain", "non-malign pain", "opioid use", "primary care", "psychotherapy" og "motivational interview".
<b>Funn</b>	Seks ulike artikler ble inkludert i funnene. I analysen av funnene fra forskningsartiklene ble det foretatt en gruppering av temaene, hvor de ble kategorisert inn i tre hovedtemaer; "Tverrfaglig samarbeid", "Pasientens utgangspunkt og motivering" og "helsehjelp og tiltak".
<b>Konklusjon</b>	Sykepleier i primærhelseteam kan tilrettelegge og støtte pasienten slik at pasienten oppnår det overordnede målet om å redusere opioidbruken. MI, ACT og FA kan ha positiv effekt under opioidnedtrapping.

## Abstract

<b>Introduction</b>	Long-term use of opioids causes several unfortunate side effects and consequences for patients. Nurses as part of a primary health team would be in the ideal position to assist this group of patients.
<b>Purpose</b>	Researching how nurses at doctors' offices as part of a primary health team could assist patients in the reduction of opioid use after long-term opioid treatment.
<b>Method</b>	Systematic review of a selection of the literature. The selection was chosen after searching Cinahl, Pubmed, Ovid, Elsevier and ResearchGate, using the search words "chronic pain", "non-malign pain", "opioid use", "primary care", "psychotherapy" and "motivational interview".
<b>Results</b>	Six different articles were included in the selection. The analysis of these were divided into three main themes, "Interdisciplinary cooperation", "Patients starting point and motivation" and "medical aid and measures".
<b>Conclusion</b>	The nurses in a primary health team could facilitate and support patients in order to aid in them reaching the goal of reducing opioid use. MI, ACT and FA could have a positive effect during opioid reduction.

# Innholdsfortegnelse

<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>6</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	6
1.2 PROBLEMSTILLING.....	7
1.3 AVGRENSING .....	7
1.4 BEGREPSAVKLARING.....	8
<b>2 TEORI</b> .....	<b>9</b>
2.1 SMERTE .....	9
2.1.1 Smerte som fenomen.....	9
2.1.2 Kroniske smerter.....	10
2.1.3 Endogene opioider.....	11
2.1.4 Smertelindring .....	11
2.1.5 Opioidavhengighet .....	13
2.2.2 Egenomsorg – Dorothea Orem.....	14
2.2.3 Egenomsorgssvikt.....	16
2.2.4 Sykepleiesystem.....	17
2.3 SYKEPLEIER PÅ LEGEKONTOR .....	17
2.3.1 Tverrfaglig samarbeid .....	18
2.3.2 Sykepleierens pedagogiske rolle .....	19
<b>3 METODE</b> .....	<b>22</b>
3.1 VALG AV METODE .....	22
3.2 SØKESTRATEGI .....	23
3.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	23
3.2.2 Søkeprosessen .....	23
3.3 KILDEKRITIKK .....	25
3.3.1 Søk etter øvrig litteratur .....	25
3.4 METODEKRITIKK .....	26
3.5 FORSKNINGSETISKE RETNINGSLINJER .....	26
<b>4 PRESENTASJON AV FUNN</b> .....	<b>27</b>
4.1 PREVENTING OPIOID MISUSE AND POTENTIAL ABUSE: THE NURSE´S ROLE IN PATIENT EDUCATION .....	28
4.2 SYKEPLEIERES OG STUDENTERS KUNNSKAP OM HOLDNINGER TIL SMERTE OG SMERTELINDRING HOS VOKSNE .....	29
4.3 BRIEF OPIOID OVERDOSE KNOWLEDGE (BOOK) A QUESTIONNAIRE TO ASSESS OVERDOSE KNOWLEDGE IN INDIVIDUALS WHO USE ILICIT OR PRESCRIBED OPIOIDS.....	30
4.4 UNDERSTANDING LONG-TERM OPIOID PRESCRIBING FOR NON-CANCER PAIN IN PRIMARY CARE: A QUALITATIVE STUDY .....	31
4.5 ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT) FOR CHRONIC PAIN .....	32
A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS .....	32
4.6 THE EFFECTS OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING ON PATIENTS WITH COMORBID SUBSTANCE USE ADMITTED TO A PSYCHIATRIC EMERGENCY UNIT – A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL WITH TWO-YEAR FOLLOW-UP .....	33
<b>5 DRØFTING</b> .....	<b>34</b>
5.1 TVERRFAGLIG SAMARBEID .....	34
5.2 PASIENTENS UTGANGSPUNKT OG MOTIVERING.....	37
5.3 HELSEHJELP OG TILTAK.....	39
5.3.1 Aksept og forpliktelsesterapi .....	40
5.3.2 - Fysisk aktivitet som tiltak.....	40
5.4 ØVRIGE METODISKE OVERVEIELSER OG KRITISKE BETRAKTNINGER .....	41
<b>6 OPPSUMMERING</b> .....	<b>43</b>
6.1 REFLEKSJON OG KONKLUSJON .....	43
6.2 VIDERE FORSKNING – BETYDNING FOR SYKEPLEIERE.....	44
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>45</b>

# 1 Innledning

I en rapport fra Folkehelseinstituttet over narkotikautløste dødsfall fra 2018, legges det frem statistikk over hvilke narkotiske stoffer som utløste flest dødsfall. Både i 2016, 2017 og 2018 var det flest dødelige overdoser på opioider som morfin, kodein og oksykodon. I 2018 var det 28% som døde av medikamentelle opioider versus 23% som døde som følge av overdose på heroin (Gjersing, 2018, s.5). Norsk statistikk publisert i 2018 av Folkehelseinstituttet, presenterte tall på hvor mange som mottok resepter av ulike opioider. I 2017 var det totalt 563 551 personer i Norge som mottok en resept på et opioidholdig legemiddel, det er en økning på ca. 35 000 fra 2013. Listen over de 30 mest foreskrevne opioidholdige havner kodeinholdige analgetika på fjerdeplass, mens Tramadol (Nobligan) er på 15.plass (Berg et al., 2018, s.110). Med statistikken og tallene som presenteres, er det rimelig å uttrykke en bekymring knyttet til opioidbruken i Norge.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har under store deler av min studietid jobbet på et legekantor. Der har en av mine arbeidsoppgaver vært å samarbeide med legene og pasientene, hvor jeg blant annet har behandlet forespørsler om fornyelse av ulike resepter. Jeg la tidlig merke til at pasienter kunne forespørre både A- og B-resepter uten at oppfølgingstime hos legen var nødvendig. Jeg la spesielt merke til at opioidholdige medikamenter gikk igjen og bekymret meg derfor over effekten av langvarig bruk og manglende kapasitet hos fastlegene. Videre ble min bekymring forsterket etter jeg så dokumentaren *Cocktaileffekten*, fra NRK Brennpunkt (Thoreid, 2019). Her ble det presentert en historie hvor en ung mann fikk utskrevet opioider til smertelindring etter et traume. Dosene ble økt etter hvert som smertene ikke avtok og hans toleranse økte. Dessverre endte denne historien med et tragisk utfall, hvor vedkommende døde som følge av en fatal overdose.

Min nysgjerrighet ble derfor rettet mot hvordan jeg som fremtidig sykepleier kunne benytte min kompetanse til å hjelpe både pasienter og leger, slik at unødige dødsfall som følge av opioider forekommer. Etter litt research kom jeg over et pilotprosjekt som nylig hadde

startet opp på enkelte norske legekantor. Pilotprosjektet besto av et primærhelseteam bestående av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer. Formålet var å tilby bedre fastlegetjenester til pasienter som trengte tett oppfølging, og jeg ble videre interessert i å se hvilke oppgaver som ble delegert til sykepleierne (Helsedirektoratet, 2017b). Mitt valg av tema er basert på erfaringer og kunnskap jeg har tilegnet meg både i praksis- og jobbsammenheng under sykepleiestudiet. Det sies at nysgjerrighet er utgangspunktet til enhver forskning. «Studenter og forskere ønsker svar på et eller flere spørsmål» (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016, s. 28).

## **1.2 Problemstilling**

Hensikten med denne litterære oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere på legekantor i primærhelseteam kan hjelpe pasienter å redusere sitt opioidbruk etter langvarig behandling med opioider.

*Hvordan kan sykepleiere på legekantor i primærhelseteam hjelpe pasienter å trappe ned sitt opioidbruk etter langvarig behandling med opioider.*

## **1.3 Avgrensning**

Ettersom mitt valg av tema er et ganske omfattende område og bruken av opioider gjelder ulike pasientgrupper, har jeg valgt å avgrense ut fra flere faktorer. Den første avgrensningen er årsaken til oppstart av opioidbehandling. Videre har jeg kun valgt å se på bruken av opioider i behandling av ikke-kreftrelaterte kroniske smerter. Denne gruppen pasienter skal forhåpentligvis ikke behandles med opioider resten av deres liv, slik som kreft- og palliasjons pasienter. For ytterligere å innsnevre pasientgruppen er personer med kognitiv svekkelse og  $\leq 18$  år ekskludert. Avslutningsvis vil jeg ta utgangspunkt i at pasientene ikke bor på institusjoner eller mottar annen helsehjelp, da konteksten i min problemstilling er fastlegekantor.

## 1.4 Begrepsavklaring

### **Analgetika:**

Det medisinske ordet for smertestillende (Øye, 2019).

### **Kroniske smerter:**

IASP sin definisjon på kroniske smerte er

«smerter som varer eller gjentar seg i mer enn tre måneder». (Barke, 2019).

### **Pasienter:**

Jeg har valgt å benytte meg av definisjon «en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som tjenesten gir eller tilbyr helsehjelp» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-3a).

### **Helsehjelp:**

«Handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-3c).

### **Opioider:**

Definisjonen av opioider er «fellesbetegnelse på stoffer med morfinlignende virkning, som enten er naturlige opiatere dannet fra opium (som morfin og kodein) eller er syntetisk fremstilt. De binder seg til opioidreseptorer i det sentrale og perifere nervesystem» (Helsedirektoratet, 2016).

### **Reseptgruppering:**

A-resept, blir også kalt narkotikaresept. Defineres som sterke narkotiske stoffer, og brukes blant annet til forskriving av sterke opioider (Granås A. G., 2018).

B-resept, defineres som vanedannende legemidler. Brukes ved forskriving av svake opioider (Granås A. G., 2018).



## 2 Teori

### 2.1 Smerte

Smertefysiologi deles inn i to ulike hovedtyper, nociseptive og nevropatiske. Nociseptiv smerte deles inn i protopatisk og epikritisk smerte. Protopatisk smerte består av spesialiserte umyeliniserte, sensoriske nervefibre med nociseptorer (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2016, s.152). Denne smerten oppleves dyp eller brennende og er mindre brå og mer langvarig. Epikritisk smerte består av myeliniserte nervebaner og oppleves stikkende, overflatiske og blir oppfattet raskt men kortvarig.

Nevropatiske smerter kan være vanskelige å avgrense, eller forstå årsaken til. Det skyldes i stor grad at bakgrunnen for nevrogene smerter er i stor grad ukjent, og utløses ikke fra nociseptorer (Sand et al., 2016, s. 152-153)

#### 2.1.1 Smerte som fenomen

Tall fra 2016 viser at 50% av de som oppsøker leger har smerter, hvor nærmere 40% av dem har hatt smerter i mer enn tre måneder (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 381, s. 414-415). Samtidig har begrepet og fenomenet smerte ingen avklart definisjon. Stein Husebø har uttalt «Det er én person som opplever smerte, og denne personen kan ikke deles i enkelte dimensjoner. Han eller hun har krav på å bli møtt som et uerstattelig, eksisterende menneskelig individ.» (Nortvedt 2016, s. 170, Husebø 1990). Smerte er aldri enten fysisk eller psykisk, men en kroppslig opplevelse.

Kreftsykepleieren Margo McCaffery belyste fenomenet smerte i 1968 med sin definisjon «Pain is whatever the experiencing person says it is, existing whenever he says it does» (McCaffery, 1984, s. 3, Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 18.). Videre har hun uttalt at smerte ikke kan defineres med ord av andre, enn den som selv faktisk opplever smerten (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 18).

Den internasjonale smerteorganisasjonen IASP (The International Association for the Study of Pain). har i sin definisjon av smerte brukt en biopsykososial tilnærming til smertefenomenet (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 17). «An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage» (Merskey & Bojuk 1994). Videre tydeliggjør IASP at smerte alltid er et psykologisk fenomen, som kan ha en direkte fysisk årsak, men ikke alltid (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 18). Som sykepleier er det viktig med et bredt perspektiv når man tolker pasientens smerte, hvor flere elementer inngår i en kartleggingsfase og en lindrende smertebehandling. Den psykologiske påvirkningen på smerter gir et nyansert bilde hvor erfaringer, tolkninger, motivasjon og opplevelsen av kontroll, er en del av den totale smerteopplevelse (Nortvedt 2016, s. 171).

Smerte er et subjektivt fenomen og baseres derfor på hver enkeltes oppfattelse. Denne oppfattelsen omhandler systematisering av sanseinntrykk og meningsgivende tolkninger. Smerteopplevelsen vil være preget av smerte- og livserfaringer, og alltid utvilsomt tilstedeværende (Nortvedt 2016, s. 173-174). «Det at mennesket selv fortolker og gir mening til sine kroppslige erfaringer som smerte, er et viktig utgangspunkt når vi skal forstå og hjelpe personer som har smerter» (Nortvedt, 2016, s. 173-174).

### **2.1.2 Kroniske smerter**

Definisjonen av kroniske smerter har variert, men IASP har definert at kroniske smerter er «smerter som varer eller gjentar seg i mer enn tre måneder» (Barke, 2019). I 2019 kom det en oppdatering av Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD-11), hvor kroniske smerter nå er implementert. ICD-11 definerte kroniske smerter som: «Primær kronisk smerte er preget av funksjonshemming eller emosjonell nød og ikke bedre forklart av en annen diagnose» (Barke, 2019). Ved kronisk smerte påvirkes både det fysiologiske og psykologiske hos en pasient, samtidig som sosialt velvære og livskvalitet vil være affisert (Wahl & Rustøen, 2008., Danielsen et al., 2016, s. 415). I en kvantitativ surveystudie ble det fremlagt hvilke konsekvenser det kan få for en person med langvarige smerter. Det fremkommer i studien at denne pasientgruppen var mer utsatt for søvn- og konsentrasjonsvansker, følelsen av hjelpeløshet, ensomhet og

depresjon (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallagher, 2006). «Smerteerfaringer viser at lidelse og sterke smerter hele tiden står i fare for å okkupere personens liv» (Nortvedt 2016, s. 174).

### **2.1.3 Endogene opioider**

Opplevelsen av smertene kan variere, uavhengig av hvilken stimulus som forårsaker det. I ryggmargens bakhorn er det spesielle nerveceller som kan hemme frigjøring av neurotransmittere slik at signaloverføringen i synapsene blir blokkert. Synapsene kontrolleres av portceller (Sand et al., 2016, s. 153-154). Smerteimpulsene passerer flere synapser i sentralnervesystemet, hvor portcellene regulerer tilstrømmingen av impulser som enten sendes til hjernestammen eller talamus (Danielsen et al., 2016, s. 385., Sand et al., 2016, s. 154). Kroppen produserer tre ulike endogene opioider, slik som  $\beta$ -endorfiner, enkefalin og dynorfin. Enkefalin er en neurotransmitter som kan hemme smertesignaler ved å skilles ut i portcellene, for videre å feste seg til spesialiserte opioidreseptorer. I sentralnervesystemet finnes det flere opioidreseptorer, særlig i smertebanenes synapser i hjernen, noe som kan forklare følelsen av eufori ved opioidstimuli (Sand et al., 2016, s. 113, 154).

### **2.1.4 Smertelindring**

Det er flere måter å lindre smerter på dersom årsaken til smertene ikke enkelt kan forhindres eller fjernes. Hovedsakelig deles smertelindremetoder inn i fire behandlinger, hvor bruk av forskjellige legemidler med ulike egenskaper er de tre vanligste. De tre medikamentelle smertelindringsmåtene bestemmes utfra WHO's «smertetrapp». Det første trinnet er bruken av ikke-opioide analgetika, trinn to er bruk av svake opioider eksempelvis kodein. Siste trinnet består av sterke opioider, slik som oksykodon (Danielsen et al., 2016, s. 396). Den fjerde behandlingen av smerter omhandler aktivering av kroppens egne smertekontrollerende systemer (Sand et al., 2016, s. 155). Enkelte aktiviteter eller handlinger kan påvirke produksjonen og utskillelsen av endogene opioider. Det hevdes at utskillelsen øker når en pasient har positive forventninger til smertebehandlingen, og dersom samarbeidet mellom pasient og behandler kjennetegnes av tillit (Danielsen et al.,

2016, s. 385., Nortvedt & Nortvedt 2001). Fysisk aktivitet har vist seg å ha en positiv innvirkning på utskillelsen av endorfiner. Dette blir i litteraturen beskrevet som «runners high», hvor opplevelsen av smerte blir svakere og kan oppleve eufori og oppstemthet (Nguyen, 2019).

Faglitteraturen skiller mellom medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring. Ved Ikke-medikamentell smertelindring benyttes kroppens egne opioider og psykologiske tilnæringsmetoder (Danielsen et al., 2016, s. 419). I psykologisk tilnæringsmetoder anvendes pedagogiske tiltak slik som støtte, aksept og mestringsstrategier. Til sammen vil det kunne styrke pasientens opplevelse av kontroll, samt endre smerteopplevelsen. Bruken av psykoterapi er et av flere alternative behandlinger som har vist seg å være gunstig, med vekt på kognitiv og atferdsterapi ved kroniske smerter. «Pasienten oppmuntres til å se på egne tanker- og handlingsmønstre for om mulig endre dem» (Danielsen et al., 2016, s. 419). Medikamentell smertelindring er det vanligste alternativet for å lindre kroniske smerter. En grunn til å bruke slike legemidler er at pasienten opplever bedret livskvalitet og fungerer bedre med legemidlene, enn uten (Danielsen et al., 2016, s. 418). Medikamentell opioid analgetika deles inn i kategoriene; sterke, og svake, hvor fellesnevneren er bindingsegenskapen til opioidreseptorene. Dersom behandlingen med opioider er lengre enn to til fire uker, vil det medføre risiko for avhengighetsutvikling og økende toleranse for virkestoffet (Danielsen et al., 2016, s. 418).

Tilvenning omhandler fysisk og psykisk avhengighet, samt økende toleranse for virkestoffet og vanedannelse. Enkelte legemidler er pasienter avhengige av i sin hverdag for å kunne leve sitt liv, noe som igjen gjør det svært komplekst (Danielsen et al., 2016, s. 404). Ved langtidsbruk av opioider vil pasienter utvikle toleranse for virkestoffet, og dosen eller styrken må økes for å opprettholde effekten (Danielsen et al., 2016, s. 404). Den fysiologiske forklaringen bak dette er økt nedbrytningshastighet av virkestoffet hvor effekten blir svakere og kortere. Når opioider tilføres jevnlig, vil kroppen redusere produksjonen av endogene opioider og smerten kan oppleves mer intens (Sand et al., 2016, s. 113). Ved utvikling av toleranse vil pasienter tåle en høyere dose, før eventuelle bivirkninger som respirasjonsdepresjon blir en fare. Dette er en gradvis utvikling, og ved for rask titrering kan det oppstå uønsket virkning. Dersom smertene fortsatt er sterke og konstante, utvikles det

sjeldent avhengighetssyndrom selv ved økt toleranse. Ved langtidsbruk vil abstinens være uunngåelig dersom behandlingen avsluttes eller trappes for raskt ned. En god avtale rundt nedtrapping bør derfor utarbeides mellom pasient og helsearbeidere (Danielsen et al., 2016, s. 404-405).

### **2.1.5 Opioidavhengighet**

Den fysiske avhengigheten klassifiseres av et sett med kroppslige symptomer som oppstår dersom inntaket av medikamentelle opioider reduseres. Slike symptomer kan variere i grad og hyppighet basert på nedbrytningshastigheten av virkestoffet. Eksempler på slike symptomer kan være alt fra svetting og rastløshet, til takykardi og tremor. En slik fysisk avhengighet kan utvikles etter jevn tilførsel av opioider i mer enn én uke. Abstinenser og økt toleranse er å anse som en naturlig konsekvens, og dermed vanlig hos pasienter etter bruk av opioider over lang tid (Danielsen et al., 2016, s. 404).

ICD-10 kodesystemet omtaler psykisk avhengighet som en del av avhengighetssyndromet. Definisjonen er «et syndrom av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener, der bruken av en substans får høyere prioritet for en person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi» (Kvanvig & Huus, u.å.). For å diagnostisere noen med avhengighetssyndrom må et sett av minimum tre kriterier være tilstede. Ønske om å innta virkestoffet er ofte svært sterkt og nærmest overstyrende i personens liv, til tross for bevissthet knyttet til skadelig effekt og negativ innvirkning på forpliktelser. To andre kriterier som står oppført er utvikling av toleranse og abstinenssymptomer (WHO & Helsedirektoratet, 2011).

Ved store smerter er det klart nødvendig med bruk av opioider, men dersom inntaket ikke trappes ned i takt med avtakende smerter vil vanedannelse og psykisk avhengighet kunne utvikles (Danielsen et al., 2016, s. 405). Norsk legemiddelhåndbok har utarbeidet generelle nedtrappingsplaner for svake og sterke opioider. Dersom pasienter har hatt et langvarig forbruk eller utviklet avhengighet til opioider må nedtrappingen skje gradvis (Norsk Legemiddelhåndbok, u.å. [a]). Svake opioider brukt i 4-6 uker krever nedtrappingstid på minimum 2-4 uker, men må individuelt tilpasses utfra forbruk og tablettstyrke (Lundgren, 2010). Ved nedtrapping av sterke opioider anbefales det en reduksjon på 5mg/døgn per uke.

Dersom utgangsdoser er 50mg/døgndepot anbefales nedtrapping over cirka 8 uker (Norsk Legemiddelhåndbok, u.å. [b]).

## **2.2 Sykepleieteori**

Sykepleieteorier har vært utforsket i flere tiår, med fokus på «å gi føringer for hvordan en skal forstå og utøve sykepleie» (Kirkevold, 1998, s. 38). Jeg tolker en sykepleieteori dit hen at den gir en form for oppskrift på hvordan sykepleiefaget kan praktiseres.

### **2.2.2 Egenomsorg – Dorothea Orem**

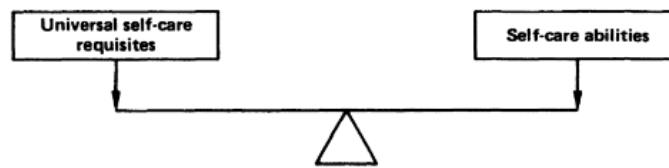
I dette kapittelet utforskes Orems sykepleieteori og – modell. I framstillingen er både norsk og internasjonal faglitteratur anvendt for å gi bredere oversikt over Orems sykepleieteori. Dorothea Orem har utviklet en sykepleiemodell, hvor hun organiserer kunnskaper, ferdigheter og holdninger en sykepleier trenger i sin rolle som omsorgsarbeider (Cavanagh, 1999, s. 15).

«Self-care is the practice of activities that individuals initiate and perform on their own behalf in maintaining life, health and well-being» (Orem, 1991, s. 104). Egenomsorg er et sett med flere handlinger som alle mennesker tar del i. Slike handlinger utvikles og tilegnes gjennom mellommenneskelige relasjoner og kommunikasjon. Spesifikke handlinger utføres i sekvenser for å skape en hendelse, med et ønsket resultat eller virkning (Renpenning & Taylor, 2003, s. 223). Egenomsorgsteorien til Orem dekker tre fundamentale begreper; «egenomsorg, terapeutisk egenomsorgskrav og egenomsorgskapasitet» (Kirkevold, 1998, s. 129). I Cavanaghs tolkning av Orems teori, blir egenomsorg definert som: «individets evne og vilje til å utføre aktiviteter som er nødvendige for å leve og overleve» (Cavanagh, 1999, s. 17).

Slik det tolkes utføres egenomsorg av menneskets frie vilje og har til hensikt å påvirke individet til god helse (Orem, 1995, s. 104). Orem har definert helsebegrepet slik: «God helse er en tilstand som er karakterisert av sunnhet og helhet i de utviklede menneskelige strukturer og av kroppslig og mental funksjon» (Kristoffersen, 2016a, s. 40., Orem 1991). Egenomsorg deles inn i tre deler; vurderende, planleggende og produktive handlinger (Kirkevold, 1998, s. 129., Orem, 1995, s. 216-221). Individet som innehar forståelse for egen helsetilstand og kunnskap om nødvendige beslutninger er ifølge Orem, i stand til å ivareta sin egenomsorg (Cavanagh, 1999, s. 17). Egenomsorg består av både gjennomtenkte og tillærte prosesser og påvirkes av flere faktorer slik som alder, utvikling av modenhet og kultur (Cavanagh, 1999, s. 17). Kirkevold beskriver egenomsorgen som direkte knyttet til egenomsorgskravet (Kirkevold, 1998, s. 130).

«Self-care requisites» defineres som «formulerte innsikter om handlinger som må utføres av eller for personer, for å regulere personens menneskelige funksjon og utvikling» (Orem, 1995, s. 191). Cavanagh har tolket begrepet som egenomsorgsbehov, mens Kirkevold har oversatt det til egenomsorgskrav (Cavanagh, 1999, s. 19-21., Kirkevold, 1998, 130). Jeg velger å benytte Kirkevold sin oversettelse da den gir en bedre forståelse av hva «self-care requisites» innebærer. Egenomsorgskravet deles inn i tre ulike krav; De universelle, de utviklingsmessige og egenomsorgskrav koblet til helseavvik, som til sammen utgjør de terapeutiske egenomsorgskrav (Kirkevold, 1998, s. 131). De universelle egenomsorgskravene består av åtte sentrale fysiske, psykiske, sosiale og åndelige krav, som vil være like og felles for alle individer. Handlingene (egenomsorg) som foretas for å vedlikeholde menneskelig funksjon er de universelle egenomsorgskravene. Helseavvik innenfor egenomsorgsteorien er delt inn i seks ulike kategorier. Kategori fire omhandler uheldige og skadelige virkninger av medisinsk behandling, og kan dermed knyttes til et ugunstig forbruk av opioider (Kirkevold, 1998, s. 131).

Aggelton og Chalmers (1986) har illustrert balansen mellom krav og kapasitet som en vektskål, hvor det på den ene siden handler om universelle egenomsorgskrav og den andre siden omhandler egenomsorgskapasitet (Cavanagh, 1999, s. 21). Kapasitet, «agency», defineres av Orem som «evnene til å utføre handlinger med tanke på å nå bestemte mål» (Kirkevold, 1998, s. 132).



Figur 1: «En person med god helse: Egenomsorgskapasitet og universelle egenomsorgskrav er i balanse» (Cavanagh, 1999, s. 21)

Definisjonen av egenomsorgskapasiteten er komplekse tillærte evner til å oppfylle et kontinuerlig krav til egenomsorgen. «Egenomsorgskapasitet består av kunnskaper, motivasjoner og mentale og praktiske evner» (Kirkevold, 1998, s. 132). Det betyr at individet må inneha kapasitet til å imøtekomme egenomsorgskravene, samt evne til å utføre nødvendige handlinger. Sentralt i Orem's teori er balansen mellom krav og kapasitet, enten for å oppnå eller opprettholde god helse. Når egenomsorgskravene blir møtt av evne og kapasitet hos individet tilfredsstilles egenomsorgen (Cavanagh, 1999, s. 21).

### 2.2.3 Egenomsorgssvikt

Dersom egenomsorgskravene blir for store og egenomsorgskapasiteten ikke strekker til, vil det oppstå en konflikt mellom krav og evne hos individet (Kirkevold, 1998, s. 132). Egenomsorgssvikt baseres på begrensninger til personens egenomsorgskapasitet, som er knyttet opp til kunnskaper, evner til vurderinger og evne til å utføre handlinger (Orem, 1995, s. 236). Når summen av de kravene som stilles til egenomsorg overgår individets evne, vil det oppstå en egenomsorgssvikt og det vil oppstå et behov for helsehjelp i form av et sykepleiesystem. (Cavanagh, 1999, s. 25).



### **2.2.4 Sykepleiesystem**

“Sykepleiesystem omfatter begrepene sykepleiekapasitet, hjelpemetoder og sykepleiesystemer” (Kirkevold, 1998, s. 133). Når behovet for omsorg fra sykepleier oppstår, benyttes sykepleiekapasiteten (Cavanagh, 1999, s. 30). Sykepleiekapasitet defineres ut fra “de kunnskaper, holdninger, evner og egenskaper en trenger for å møte pasientens egenomsorgskrav”. Det krever spesialiserte evner til å utføre nødvendig handlinger, i likhet med egenomsorgskapasiteten (Kirkevold, 1998, s. 133)

Sykepleiehandlinger beskrives av Orem som «en serie av bevisste handlinger som sykepleier til visse tider utfører i samordning med pasienten, for å fremme pasientens egenomsorgskapasitet» (Cavanagh, 1999, s. 158). De fem ulike sykepleiehandlingene kategoriseres som hjelpemetoder (Orem, 1991, s. 286). De fem hjelpemetodene er; 1. Å handle eller gjøre for en annen, 2. å veilede en annen, 3. å støtte en annen fysisk eller psykisk, 4. tilrettelegge omgivelser som muliggjør helsefremmende omsorg og utvikling av personlige evner, 5. undervise (Kirkevold, 1998, s. 134). Sykepleiehandlinger er de funksjonene som utføres for å gi omsorg og hjelpe individer, der det har oppstått en ubalanse mellom behov eller krav og evne eller kapasitet (Cavanagh, 1999, s. 33). Sykepleiesystemer deles inn i helt eller delvis kompenserende, støttende eller undervisende systemer. Slike sykepleiesystemer benyttes for å identifisere pasientens helsesvikt. Det bygger på samhandling og samarbeid mellom sykepleier og pasient (Kirkevold, 1998, s. 134).

### **2.3 Sykepleier på legekontor**

Tidligere har sykepleiere primært jobbet innenfor spesialisthelsetjenesten, med hovedvekt på sykehus. Grunnet utviklingen av samfunnet og helsereformer de seneste årene, har det vært fokus på sykepleiere i primærhelsetjenesten. Nina Jahren Kristoffersen skriver at «stadig flere sykepleiere vil i årene fremover arbeide med helsefremmende og forebyggende tiltak, innenfor kommunehelsetjenesten» (Kristoffersen, 2016b s. 193). Innføringen av samhandlingsreformen (2008-2009) har medført økt fokus på å behandle helseutfordringer i førstelinjetjenesten (Kristoffersen, 2016b, s. 207).

### 2.3.1 Tverrfaglig samarbeid

På bakgrunn av samhandlingsreformen har fastleger fått et større ansvarsområde rundt oppfølging av pasienter. I 2018 startet det et pilotprosjekt i regi av helsedirektoratet etter oppfordring fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det ble opprettet primærhelseteam (PHT) i 9 kommuner. Helsedirektoratet beskriver at formålet med prosjektet er å bedre fastlegetjenesten for sårbare pasienter. Totalt består prosjektet av 13 fastlegepraksiser med rundt 87 fastleger, og tilhørende team av helsesekretærer og sykepleiere. (Helsedirektoratet, 2019b).

Målet med prosjektet er som nevnt ovenfor en tettere oppfølging av pasienter. Det er et ønske om bedring av helsetilstand og mestringssevne hos pasientene, med fokus på en økt tilgjengelighet av helsepersonell. Et av fokusområdene som trekkes frem i omtalen er «bedre opplæring og oppfølging av brukere med kronisk sykdom og de med sammensatte behov» (Helsedirektoratet, 2017b, s. 2), hvor samarbeid på tvers av tjenester står i fokus. Det understrekes videre i prosjektplanen at sykepleiere i primærhelseteam bør ha bred generell kompetanse, der sykepleierens kunnskap vil være avgjørende i systematiske kartlegginger av helsetilstand, funksjon og egenomsorgsevne (Helsedirektoratet, 2017b, s. 18).

I den andre evalueringsrapporten av prosjektet, fremkommer det at 1-2 legekantor har legemiddelgjennomgang som en av sine arbeidsoppgaver. Videre hadde 12-13 legekantor rus- og psykiatri som en av sine pasientgrupper til oppfølging. Oppfølgingen av rus- og psykiatrispasientene bestod blant annet av støttesamtaler. Tall fra denne rapporten viser at henholdsvis 72 % av fastlegene og 83 % av sykepleierne, opplever at sykepleierne gjør delegerte arbeidsoppgaver fra fastlegene, samt tilleggsoppgaver utenfor legens arbeidsområde. Dette bekrefter tall på at de fleste ansatte på legekantoret er enige at PHT frigjør tid for fastlegene (Helsedirektoratet, 2019a, s. 21, 45).

### 2.3.2 Sykepleierens pedagogiske rolle

Som et resultat av samhandlingsreformen stilles det krav om økt kompetanse hos sykepleiere. Et av områdene som vektlegges er kompetanse og kunnskap om undervisning og veiledning for pasientgrupper som har behov for dette, grunnet livsstilsendring eller mestring av utfordrende livssituasjoner (Kristoffersen, 2016b, s. 193).

Mansworren og Gilson publisert en artikkel i *American Journal of Nursing* (2015) som hadde hensikt å undersøke sykepleiernes rolle når det gjelder pasienters bruk av opioider. Det ble lagt vekt på sykepleierintervensjoner som kan forhindre uheldige konsekvenser av opioidbruk. Det poengteres særlig tre områder innenfor sykepleierrollen; veiledning, undervisning og informering (Mansworren & Gilson, 2015). Veiledning innenfor sykepleien har vært beskrevet av flere teoretikere, blant annet i Orems sykepleiemodell. Veiledning defineres som «en formell, rasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom dialoger basert på kunnskap og humanistiske verdier» (Tveiten, 2008, s. 71). De to andre sykepleieintervensjonene undervisning og informering nevnes og i Orems teori, hvor undervisning benyttes til å lære pasienter om egenomsorgshandlinger. Undervisning er i likhet med veiledning en pedagogisk fremgangsmåte, med fokus på formidling av kunnskap. Det er målrettet, systematisk og planlagte læringsprosesser (Tveiten 2008, s. 70).

En forutsetning for å lykkes med veiledning og undervisning, er å opprettholde pasientens motivasjon. Pasienten må selv ha et ønske om varig endring (Tveit, 2008, s. 121).

Det psykologiske begrepet motivasjon defineres av psykologen Kjell Magne Håkonsen som «den drivkraften som ligger til grunn til handlinger eller tilstander som gir retning for atferd» (Tveiten, 2008, s. 121). Det skilles mellom en indre og en ytre motivasjon, hvor ytre motivasjon skyldes eksterne stimuli fra omgivelser. Indre motivasjonen blir oppfattet som mest effektiv, og kommer fra et sterkt innvendig ønske (Tveit, 2008, s. 121., Kristoffersen, 2016c, s.366). «Motivasjon forårsaker, holder ved like og gir mål og mening til aktiviteten. «Motivasjonen til det enkelte mennesket er avhengig av hva personen tenker om seg selv og sine ferdigheter, og hva vedkommende får ut av handlingen» (Kristoffersen, 2016c, s.366).

## 2.4 Motiverende intervju

I Helsedirektoratets informasjonsskriv om metoden motiverende intervju, presenterer de en gjentagende problemstilling fra helsepersonells synspunkt. «Et vanlig problem for profesjonelle hjelpere, er at de gir informasjon med velmente råd som ikke blir fulgt» (Helsedirektoratet, 2017a).

Metoden motiverende intervju (MI) er en evidensbasert samtalemetode og ble utviklet av psykologene William Miller og Steven Rollnick (Kristoffersen, 2016c, s. 387). Deres beskrivelse av metoden er oversatt av Barbro Holm Ivarsson til «en samarbeidsorientert samtalemetode som har til hensikt å styrke en persons egen motivasjon og forpliktelse til endring» (Ivarsson, 2017, s. 13). Metoden blir beskrevet å være godt tilpasset samtaler om livsstilsendring, og skape engasjement hos pasienten til å løse problemer i eget liv (Ivarsson, 2017, s. 5). MI er beviselig en bedre metode enn tradisjonell rådgiving (Ivarsson, 2017, s. 11). I veiledning og MI er det pasienten som selv skal gi råd ved hjelp av tilrettelegging fra veilederen (Tveiten, 2008, s. 82). «I motiverende intervju beskrives hovedsakelig fem grunnleggende prinsipper, sammenfattet under akronymet EDRAS» (Helsedirektoratet, 2017a). EDRAS står for; å vise empati og respekt, utvikle diskrepans, å møte på motstand, unngå argumentasjon og tilslutt «self-efficacy», støtte til mestrings- og endringskompetanse (Kristoffersen, 2016c, s. 388).

MI ble utviklet med bakgrunn i avhengighetsproblematikk til narkotika og alkohol, med ønske om motivasjon til endring (Kristoffersen, 2016c, s. 387). Dette gjør metoden godt egnet til samtaler med pasienter om langvarig forbruk av opioider. MI bygges på forståelse og kompetanse om hvordan indre motivasjon hos personer kan økes gjennom samtale med for eksempel en sykepleier. Det å skape et ønske om forandring, selv når pasienten opplever en kognitiv dissonans (en ubehagelig konflikt mellom holdning og atferd [Svartdal, 2018]), og ambivalens til endring av egen atferd (Kristoffersen, 2016c, s. 366 og 387). Ambivalens brukes om pasientens motstridende tanker og følelser til endringen (Tveiten, 2008, s. 14).

Som nevnt tidligere er motivasjon viktig, da særlig den indre motivasjonen. Motivasjon er et flytende fenomen og vil derfor ofte kunne variere (Ivarsson, 2017, s. 84). Sykepleierens tålmodighet vil være en avgjørende egenskap, som følge av pasientens varierende motivasjon. Videre kan pasientens endringsvilje og mestringstillit antas å være nødvendige faktorer for å lykkes i MI-samtale. Å bygge opp mestringstillit hos pasienten er betydningsfullt for å oppnå endring. Det er avgjørende at pasienten har tro på egen evne til å mestre og endre situasjonen (Ivarsson, 2017, s. 85). Dersom pasienten har forsøkt endring tidligere uten å lykkes, vil det kunne svekke tiltro til egen evne. "Hjelperen fokuserer derfor ikke bare på grunnen til at man bør endre seg, men også pasientens evne til å endre seg" (Ivarsson, 2017, s. 85).

## **3 Metode**

Metode er fremgangsmåte på hvordan kunnskap samles, analyseres og tolkes (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016, s. 25). Definisjonen av metode «metodelæren hjelper oss å treffe hensiktsmessige valg, gjennom å gi oss oversikt over alternative fremgangsmåter og konsekvenser av å velge de ulike metodene» (Hellevik, 2002, s. 17). Metoden deles videre inn i kvalitative og kvantitative datainnsamlinger. Hensikten med bruken av kvalitativ data er å få innsikt i meninger eller en dypere forståelse av fenomener, gjennom interaksjoner eller observasjoner av et utvalg (Johannessen et al., 2016, s. 27-29). Kvantitativ metode er en mindre fleksibel datainnsamling, hvor det oftest samles inn data ved hjelp av spørreskjemaer, med spørsmål og fastsatte svaralternativer (Johannessen et al., 2016 s. 27-30).

### **3.1 Valg av metode**

Denne bacheloren er en litteraturstudie, hvor det gjøres en systematisk litteraturgjennomgang. En litteraturstudie skal ha en konkret problemstilling, redegjøre for søkestrategier som er anvendt i søket etter primærstudiene, og videre legge frem inklusjon- og eksklusjonskriterier (Johannessen et al., 2016, s. 105). I en litteraturstudie benyttes derfor kun eksisterende forskningsresultater og fagkunnskap til å belyse fagfelt og svare på en problemstilling. En av utfordringene med en slik litteraturstudie er å søke og finne relevant forskning, ettersom mye handler om hvilke søkeord man bruker og hva inklusjon- og eksklusjonskriteriene er (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015).

## 3.2 Søkestrategi

### 3.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Tabell 1: Tabellen presenterer litteraturstudiets inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"><li>• Artikler publisert i tidsrommet 2010-2020</li><li>• Artiklene skal være skrevet på et nordisk eller engelsk språk.</li><li>• De må være publisert i fagfelleverderte tidsskrifter.</li><li>• Tilgjengelig Abstract</li><li>• Gjennomført i vestlige land eller land med liknende helsevesen.</li><li>• Kvalitativ eller kvantitativ metode</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Artikler publisert utenfor tidsrommet 2010-2020</li><li>• Artikler på skrevet på språk annet enn nordisk og engelsk</li><li>• Artikler publiserte i ikke-fagfelleverderte tidsskrifter</li><li>• Utilgjengelig Abstract</li><li>• Gjennomført i ikke-vestlige land eller land med ulikt helsevesen</li></ul>

### 3.2.2 Søkeprosessen

I søkprosessen ble det foretatt en systematisk gjennomgang av søkeord i ulike kombinasjoner. Det ble gjennomført søk i databasene Cinahl, Pubmed, Ovid, Elsevier og ResearchGate. Kun artikler fra ti år tilbake ble inkludert i søket, slik at risikoen for utdaterte resultater minimeres. Det har vært en krevende søkeprosess ettersom det er lite forskning som knytter seg konkret til litteraturstudiets problemstilling, og mange artikler er lite relevante for oppgaven. Forskningsartiklene ble derfor valgt på bakgrunn av deres relevans for å besvare deler av problemstillingen. Ettersom kombinasjoner av søkeord ga veldig mange treff, ble det satt en begrensning. Søkene som ga over 1000 treff, ble det kun lest 250 overskrifter, 50 sammendrag og 10 i fulltekst basert på relevans for oppgaven. I søk som ikke ga relevante artikler ble snøballmetoden benyttet, hvor kildene til forskningsartiklene ble undersøkt. Forskningsartikkelen: "Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain A Systematic Review and Meta-Analysis" ble funnet ved hjelp av denne metoden. Søkeordene som ble benytte presenteres i tabell:

### 3.2.3 Søkene etter forskningslitteratur fra de utvalgte databasene:

Tabell 2: Presenter søk etter forskningslitteratur i de utvalgte databasene; «Cinahl, PudMed, Ovid, Elsevier og ResearchGate»

Dato for søk	Søkeord og ulike kombinasjoner	Antall artikler med oppfylte inklusjonskriterier	Antall leste overskrifter	Antall leste Abstract	Inkluderte artikler
10.02. 2020	Chronic pain AND non-malign/cancer pain AND opioid use	4257	250	50	1
12.02. 2020	Opioid Substance use AND Motivational interview	12	12	12	1
12.02. 2020	Nursing AND Paincompetence AND Opioides	565	150	30	2
15.02. 2020	Primary care AND Non-cancer chronic pain AND Opioides	2134	250	50	1
04.03. 2020	Chronic pain AND Psychotherapy	14 005	250	50	1 artikkel funnet med snøballmetoden



### 3.3 Kildekritikk

Begrepene validitet og reliabilitet er gjennomgående i kildekritikk. Reliabilitet brukes til å fortelle noe om påliteligheten til en studie, hvor sannsynlig er det at resultatene blir like ved gjentatte forsøk. Validitet handler om gyldighet, om resultatene blant respondentene gir generaliserbare svar på fenomener (Johannessen et al., 2016, s. 231-233). «Høy reliabilitet er en forutsetning for høy validitet» (Ringdal, 2013, s. 96). Hvordan litteraturen tolkes blir påvirket av vår subjektive erfaring og kunnskap, for å oppnå forståelse. Dette gjøres både bevisst og ubevisst, noe som videre gjør det utfordrende å beholde en objektivitet i litteratursøket. (Johannessen et al., 2016, s. 235-238).

#### 3.3.1 Søk etter øvrig litteratur

I teorikapittelet ble det benyttet faglitteratur og bøker hentet fra VID biblioteket og aktuelle pensumbøker fra tidligere i studieforløpet. Til å forstå Orems egenomsorgsteori har sekundærlitteratur blitt anvendt, hvor hennes teorier er blitt tolket og oversatt av andre som videre kan ha påvirket den opprinnelige fremstillingen. Årsaken til bruken av sekundærlitteratur, er med bakgrunn i at Orems egne bøker presenterer flere sentrale begreper i ulike kapitler. Dette gjør det utfordrende å få oversikt over egenomsorgsteorien i sin helhet. Jeg ønsket en bedre forståelse av hvordan en sykepleier jobber med smertepasienter i opioidbehandling, og tok derfor kontakt med Smerteklinikken på Ullevål sykehus. De tilbød meg et møte med en fagsykepleier, hvor jeg fikk gode innspill til oppgaven, og en innsikt i deres jobbhverdag. Informasjonen vil bli brukt i drøftingskapittelet for å se på både utfordringer og mulig tiltak som kan være relevant for en sykepleier i PHT på legekantor. Erfaringene fra fagsykepleieren er subjektive, og vil derfor ikke benyttes som objektiv informasjon om Smerteklinikken.

### **3.4 Metodekritikk**

Det ble satt en øvre grense på hvor mange overskrifter, sammendrag og fulltekst artikler som ble lest. Dette kan ha medført at potensielle relevante artikler er blitt utelatt fra funnene. Videre kritikk rettes mot bruken av kun engelske søkeord. Dersom det hadde blitt søkt med ord fra nordiske språk kunne søket gitt flere artikler. Andre kombinasjoner av ordene og valg av AND eller OR kunne muligens gitt mer relevante funn. Konteksten til min problemstilling er lite forsket på i sammenheng med sykepleierrollen. Valg av søkeord er derfor basert på delene av problemstilling, hvor det er søkt etter forskning innenfor ulike kategorier som anses å være relevante. Årsaken til de foretatte begrensningene baseres på oppgavens tidsbegrensning, hvor det kun ble avsatt en begrenset tid til søkeprosessen. Ettersom alle artiklene var skrevet på engelsk ble de lest gjennom flere ganger for å unngå feiltolkninger og misforståelser. I gjennomlesningen ble det benyttet engelsk-norsk ordbok. Flere av studiene la også frem resultatene i form av tall fra SPSS, noe som gjorde det svært krevende å sette seg inn i hele forskningsprosessen. Det tas derfor forbehold om at tolkningene og analysene kan være feilaktige.

### **3.5 Forskningsetiske retningslinjer**

I bacheloroppgaven er jeg pliktig til å innrette meg etter høgskolens retningslinjer, samt følge American Psychological Association (APA) til kildehenvisning. I oppgaven er det blitt brukt 6th edition av referansestilen til APA. Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har utviklet retningslinjer som må følges i forskning. Fagpersonen fra Smerteklinikken ble derfor informert om retten til gjennomlesning av segmentet der innhentet informasjonen blir brukt.

## 4 Presentasjon av funn

I analysen av funnene fra forskningsartiklene ble det foretatt en gruppering av temaene som hver av forskningsartiklene presenterte. Dette dannet grunnlaget for drøftingskapittelet, hvor de ble kategorisert inn i tre hovedtemaer. Til å besvare litteraturstudiets problemstilling må sykepleierens forutsetning på et legekantor drøftes, både det tverrfaglige samarbeidet med legene og kunnskapen hos sykepleierne. Videre vil motivasjon og forutsetninger hos pasientene drøftes, med vekt på hvordan sykepleieren kan motivere pasientene før, under og etter nedtrapping av medikamentelle opioider. Avslutningsvis drøftes hvordan sykepleiere kan støtte pasientene under nedtrappingen, med fokus på ulike metoder.

#### 4.1 Preventing opioid misuse and potential abuse: The Nurse's Role in Patient Education

<b>Forfatter</b>	Costello, M & Thompson, S.
<b>År, Land</b>	2014, USA
<b>Tidsskrift</b>	American Society for Pain Management Nursing
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å undersøke opioidkunnskapen til sykepleierne ansatt på sykehus og deres pedagogiske rolle overfor pasienter.
<b>Metode</b>	Studien har et kvantitativt design hvor det er blitt benyttet spørreskjema, sammensatt av påstander og flervalgsspørsmål. Spørreskjemaet ble sendt ut til autoriserte sykepleiere ved to sykehus i Boston, USA. Det var totalt 50 spørsmål, hvor 5 spørsmål utforsket sykepleierens rolle i undervisning av utskrevne medisiner. Totalt var det 331 sykepleiere som deltok og spørreskjemaene som ikke var 50% fullført ble ekskludert fra studien. Besvarelsene ble sammenliknet med demografiske variabler slik at det kunne utvikles en modell som predikerte sykepleierens holdninger og kunnskap om opioider.
<b>Hovedfunn</b>	Kun 25% av sykepleierne besvarte 50% av spørsmålene i undersøkelsene riktig. Dette synliggjorde kunnskapshull hos sykepleierne som kan antas å ha innflytelse på pasientbehandling. Sykepleierne som hadde fått opplæring i hvordan pasientene trygt kan selvadministrere opioider, besvarte signifikant flere spørsmål riktig. Denne gruppen sykepleiere hadde flere riktige besvarelser om utvikling av respirasjonsdepresjon ved doseøkning ( $p = ,004$ ) og sannsynligheten for alkohol- eller rusproblemer hos pasienter med smerter ( $p = ,011$ ). Det var ingen signifikante forskjeller i deltakernes svar for de demografiske variablene « <i>ansiennitet som sykepleier</i> » eller « <i>utdanningsnivå innenfor sykepleieryrket</i> ».

## 4.2 Sykepleieres og studenters kunnskap om holdninger til smerte og smertelindring hos voksne

<b>Forfatter</b>	Granheim, T.H., Raaum, K., Chrisophersen K-A & Dihle, A.
<b>År, Land</b>	2015, Norge
<b>Tidsskrift</b>	Sykepleien
<b>Hensikt</b>	Formålet med studien var å få innsikt i sykepleieres og sykepleierstudenters kunnskaper og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne.
<b>Metode</b>	En tverrsnittstudie der data ble samlet inn ved hjelp av den ekvivalente versjonen av kartleggingsverktøyet «Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain» (NKAS-N). NKAS-N inneholder 39 spørsmål vedrørende smertehåndtering og smertelindring. Studien inkluderte totalt 200 sykepleiere og sykepleiestudenter fra ett universitetssykehus og én høyskole.
<b>Hovedfunn</b>	Utvalget besto av 165 deltakere og ga en svarprosent på 83 prosent. Prosentvis gjennomsnittlig riktige svar var 71,1% for sykepleierne og 58,5% for sykepleiestudentene. Sykepleierne skåret signifikant bedre enn sykepleiestudentene ( $p < 0,001$ ). Studien avdekket også at både sykepleiere og sykepleierstudenter var engstelige for bivirkninger ved administrering av opioider.

### 4.3 Brief Opioid Overdose Knowledge (BOOK) A Questionnaire to Assess Overdose Knowledge in Individuals Who Use Illicit or Prescribed Opioids

<b>Forfatter</b>	Dunn, K. E., Barrett, F. S., Yopez-Laubach, C, Meyer, A. C., Hruska, B. J., Sigmon, S. C., Fingerhood, M. & Bigelow, G. E.
<b>År, Land</b>	2016, USA
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Addiction Medicine
<b>Hensikt</b>	Formålet med denne studien var å undersøke kunnskapen hos de som bruker opioider legalt til behandling av smerter, og de som bruker opioider illegalt.
<b>Metode</b>	<p>Dette er en kvantitativ studie som benyttet spørreskjemaet «BOOK».</p> <p>Studien definerte begrepet «overdose» som et samlebegrep for symptomer på et forhøyet inntak av opioider, hvor død nødvendigvis ikke er en konsekvens.</p> <p>Respondentene i denne studien bestod av pasienter som opplever kroniske smerter og ble behandlet med reseptbelagte opioider (n = 502) og gruppen som brukte opioider ulovlig (n = 346). Det ble utformet et spørreskjema, med spørsmålskategoriene: «<i>generell opioidkunnskap</i>», «<i>kunnskap om risiko for opioidoverdose</i>» og «<i>kunnskap om behandling av opioidoverdose</i>».</p>
<b>Hovedfunn</b>	Funnene i studien indikerte at de som brukte opioider illegalt hadde en høyere kunnskap i alle spørsmålskategoriene. I kategoriene « <i>generell opioidkunnskap</i> » og « <i>kunnskap om behandling av opioidoverdose</i> » var det størst signifikant forskjell mellom de to gruppene av respondenter.

#### 4.4 Understanding long-term opioid prescribing for non-cancer pain in primary care: a qualitative study

<b>Forfatter</b>	McCrorie, C., Closs, S. J., House, A., Petty, D., Ziegler, L., Glidewell, L., West, R., & Foy, R.
<b>År, Land</b>	2015, Storbritannia
<b>Tidsskrift</b>	BioMed Central – Family practice
<b>Hensikt</b>	Studien ønsket å undersøke og forstå prosessene som medførte langsiktig forskrivning av opioider hos pasienter med kroniske smerter som ikke var kreftrelaterte.
<b>Metode</b>	Studien fulgte et kvalitativt studiedesign, hvor det ble benyttet semistrukturerte intervjuer. Respondentene bestod av 23 pasienter som på tidspunktet fikk utskrevet opioider for kroniske smerter og fokusgrupper med 15 allmennleger, hvor variasjonsbredden i erfaring på legekantor var 34 år. Pasientene ble kategorisert ut fra demografiske variabler, slik som kjønn, alder, mental helse og styrke på opioidene. Pasienter med kognitiv svekkelse eller kreft ble ekskludert fra studien.
<b>Hovedfunn</b>	Pasientene oppga at deres behov for smertelindring, en forklaring på symptomer og hjelp til å forbedre deres livskvalitet ofte ikke ble oppfylt av deres behandler. Gjennomsnittstiden for opioidbruk var på 14 år, hvorpå alle pasientene oppga å ha opplevd ugunstige bivirkninger i kombinasjon med liten eller ingen smertelindrende effekt. Resultatene er delt inn i fire faktorer som påvirker samhandlingen mellom legen og pasienten ved forskrivninger. En av de fire er « <i>manglende klarhet i behandlingen, med risiko for at planer ikke blir fulgt</i> ». Fastlegene oppga også tidsbegrensingen som en faktor til forskrivning, hvor manglende tid medførte mangelfull kontinuitet. Smertehåndteringen ble ofte bagatellisert grunnet fravær av behandlingsmål. Pasientene kunne motta resepter via telefonkontakt, noe som gjorde oppfølgingen utfordrende. En av legene som ble intervjuet innrømmet at de sjeldent informerte pasientene om konsekvensene av langvarig opioidbruk og om behovet for nedtrapping.

## 4.5 Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain A Systematic Review and Meta-Analysis

<b>Forfatter</b>	Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E. & McMillan, D.
<b>År, Land</b>	2017, USA
<b>Tidsskrift</b>	The Clinical Journal of Pain
<b>Hensikt</b>	Målet med denne metaanalysen var å vurdere den kliniske effekten av ACT for kroniske smerter hos voksne sammenliknet med kontrollforhold og andre alternative behandlinger.
<b>Metode</b>	Randomiserte kontrollerte studier (RCT) var et av inklusjonskriteriene og søkeordene som ble benyttet var; «pain» AND «acceptance and commitment therapy». Majoriteten av studiene inkluderte subjekter som opplevde kroniske smerter. Totalt ble det analysert data fra 863 subjekter, fordelt på 11 studier fra ulike databaser som; Medline og Cinahl. De utarbeidet et standardisert mål på «smerteaksept», «livskvalitet» og «fungere under påvirkning av smerte», som ble kalt « <i>Primære utfall av kronisk smerte</i> »
<b>Hovedfunn</b>	Resultatene av analysen viste at ACT kunne antas å ha en positiv effekt i behandling av kroniske smerter. Det ble videre presentert bevis for at ACT hadde langsiktig effekt i etterfølgende oppfølging. I til sammen 6 studier ble det funnet at smerteaksepten økte etter ACT-behandling med konfidensintervall på henholdsvis (95% CI 0,25-1,41) og (95% CI 0,20-0,85). I en videre analyse av « <i>terapeut-levert ACT</i> » ble det konkludert med moderat til stor effekt på både « <i>smerteaksept</i> » og « <i>fungering under påvirkning av smerte</i> ».



#### 4.6 The effects of motivational interviewing on patients with comorbid substance use admitted to a psychiatric emergency unit – a randomized controlled trial with two-year follow-up

<b>Forfatter</b>	Bagøien, G., Bjørngaard, J. H., Østensen, C., Reitan, S. K., Romundstad, P. & Morken, G.
<b>År, Land</b>	2013, Norge
<b>Tidsskrift</b>	BioMed Central Psychiatry
<b>Hensikt</b>	Studien hadde til hensikt å vurdere effekten av korte intervensjoner ved bruk av motiverende intervju. Videre sammenliknes effekten av en-to motivasjonssamtaler og standard behandling i to ulike grupperinger, hvor sistnevnte gruppe er kontrollgruppen.
<b>Metode</b>	<p>Dette var en åpen RCT studie som inkluderte 135 pasienter der rusmiddelbruk hadde innflytelse på innleggelsen. Pasientene ble etter innleggelsen fordelt i to grupper, hvor den ene gruppen (n = 67) mottok MI. Den andre gruppen (n = 68) skulle være kontrollgruppen, og kun motta vanlige behandlingen på institusjonen. Pasienter som led av kognitiv svekkelse, alvorlige psykiatriske diagnoser eller andre kriterier som gjorde gjennomførelsen av MI vanskelig ble ekskludert. Subjektene misbrakte alt ifra illegal narkotika som cannabis til legal narkotika som opioider. For å følge opp effekten av motiverende intervju, skulle alle pasientene selvrapportere rusmiddelbruken etter henholdsvis 3, 6, 12 og 24 måneder.</p>
<b>Hovedfunn</b>	<p>I løpet av 12 måneder hadde begge gruppene rapportert om redusert rusmiddelbruk, uten signifikante forskjeller mellom gruppene. Etter 24 måneder ruset kontrollgruppen oftere og hadde økt misbruket med 2,4 dager (95% konfidensintervall [CI] -1,5-6,3), mens MI-gruppen hadde redusert inntaket med 4,9 dager (95% CI 1,2-8,6). Etter 2 år var netto forskjellen på 7,3 dager bruk av rusmidler i måneden (95% CI 1,9-12,6, p&lt;0,01) til fordel for MI-gruppen.</p>

## 5 Drøfting

I drøftingskapittelet vil funnene fra forskningsartiklene bli satt opp mot teoretiske perspektiver, og drøftes opp mot litteraturstudiens problemstilling. Drøftingen er delt inn i tre ulike temaer som anses nødvendige å utdype. For å kunne besvare problemstillingen er det noen forutsetninger både på legekantorene, hos sykepleieren og pasienten som må drøftes. Videre defineres pasienten slik den blir fremstilt i problemstillingen, langvarig bruker av medikamentelle opioider. Avslutningsvis vil drøftingens øvrige metodiske overveielser bli presentert.

### 5.1 Tverrfaglig samarbeid

Som følge av samhandlingsreformen opplever stadig flere legekantor å ikke strekke til i pasientoppfølgingen. Særlig pasienter under opioidbehandling opplever svekket oppfølging, noe som medfører helseavviket «Uheldig virkning av medisinsk behandling» (Kirkevold, 1998, s. 131). Det fremkommer av flere studier at legene opplever et tidspress og redusert kapasitet til å imøtekomme pasientenes ønsker og behov. Kann, Bjørn og Lurås (2010) gjennomførte en norsk kvantitativ studie med formål å studere variablene «antall utskrevne resepter» og «antall pasienter på fastlegelisten». Studien konkluderte med at fastleger med flere pasienter, oftere forskrev resepter. Videre understrekte Kann at målet med fastlegeordningen er å forhindre feilbruk eller overforbruk av legemidler, men at tidspress og konkurransesituasjonen hemmer slik oppfølging (Kann, Bjørn og Lurås, 2010). Nyere forskning fra England har og forsøkt å belyse liknende problematikken ved å gå i dybden ved å intervju kandidater. I 2015 publiserte Carolyn McCorire mfl. en kvalitativ studie der hensikten var å undersøke prosessene som medførte langsiktige forskrivninger av opioider. Legene fortalte at det sjeldent blir gitt informasjon til pasientene om hvilke konsekvenser bruken av opioider har. Videre poengterer legene at tiden ikke strekker til, og at det ikke er konkrete og individualiserte behandlingsplaner til pasientene. Pasientene opplevde dette frustrerende, og at manglende oppfølging økte frustrasjonen (McCorire et al., 2015).

Som skrevet tidligere pågår det et pilotprosjekt i regi av Helsedirektoratet (2017b) på flere legekantor, hvor sykepleiere er en del av et helseteam. Effektmålene for prosjektet er blant annet å bedre helsetilstand, øke mestringsevnen for pasientene og pasienttilfredshet

(Helsedirektoratet, 2017b, s. 5). Arbeidsoppgavene til sykepleierne i helseteamet omhandler oppfølging av pasienter, med både medisinsk- og samtalebehandling. De skal utvikle i samråd med pasientene, individuelle planer for behandling for å skape trygghet og tydeliggjøre oppfølgingen. Fastlegene har det overordnede ansvaret for legemiddelbehandling, men helseteamet skal sammen kartlegge hvilke pasienter som har behov for legemiddelgjennomgang og oppfølging (Helsedirektoratet, 2017b). Overordnet er det klart fra fastlegenes side at det foreligger et tydelig behov for økte ressurser på legekantorene. De opplever en økt pasientmengde, samt tidspress som går på bekostning av oppfølgingen til pasienter som blir satt på opioidbehandling. Helsedirektoratet har utarbeidet retningslinjer for fastleger med pasienter under opioidbehandling. De skriver at «pasienter som over tid får slik behandling bør ha kontrolltimer minst annenhver måned. Nøye oppfølging er viktig for å kontrollere og forebygging bivirkninger og komplikasjoner, slik som avhengighetssyndrom» (Helsedirektoratet, 2016, s. 2). Basert på studieresultatene og Helsedirektoratets retningslinjer oppstår det derfor avvik på norske fastlegekontor. Slik det ble fremstilt i studien fra McCorire, opplevde pasientene misnøye i møte med fastlegen. Det kan videre tenkes at norske fastlegepasienter kjenner på liknende frustrasjon med bakgrunn i tall fra den norske studien. Med min personlige erfaring fra jobb på legekantor kan jeg bekrefte fastlegenes tidsmangel, særlig med tanke på at en legetime kun er på  $\leq 15$  minutter. Helsedirektoratet poengterer viktigheten av jevnlig oppfølging av pasienter under opioidbehandling, og en eventuell innføring av sykepleiere på fastlegekontor kan bidra med å ivareta pasientoppfølgingen. Sykepleierne vil kunne ta imot pasienter til samtale rundt opioidbruken, hvor det settes av bedre tid til individuelt arbeid.

På en annen side stilles det krav til sykepleiernes kunnskap og kompetanse innenfor fagområdet. I prosjektplanen til innføringen av primærhelseteamet presenteres kompetansen som en sykepleier må inneha. Det vektlegges bred generell kompetanse, med fokus på systematiske kartlegginger av helsetilstand, funksjon og egenomsorgsevne (Helsedirektoratet, 2017b, s. 18). Som tidligere skrevet poengterer Dorothea Orem betydning av helseavvik knyttet opp mot egenomsorgsevne. Sykepleiesystem benyttes til å identifisere helseavvik hos pasientene (Cavanagh, 1999, s. 40-41). Et av helseavvikene er uheldige og skadelige virkninger av medisinsk behandling (Kirkevold, 1998, s. 131). Etter langvarig bruk av opioider vil det kunne oppstå uheldige virkninger, hvor abstinenser er et av

dem. Som poengtert i teorikapittelet er det utarbeidet to generelle nedtrappingsplaner for opioider, men det vil kunne være individuelle forskjeller ut fra dose og styrke. Abstinenser kan oppstå uavhengig av utgangspunktet, og er en naturlig konsekvens av for rask nedtrapping (Danielsen et al., 2016, s. 404-405). Det ble i 2015 utført en norsk studie som så på sykepleiere og sykepleierstudenters kompetanse innenfor smertebehandling. Forskningen konkluderte med at både ferdigutdannede sykepleiere og sykepleiestudenter hadde adekvat kompetanse innenfor enkelte områder av smertelindring. Skillet gikk på teoretisk- og praktisk kunnskap, og det tydeliggjorde behovet for å øke kompetansen innenfor smertehåndtering. Sykepleierne var skeptiske til å administrere opioider til pasienter grunnet manglende kunnskap om medikamentene (Granheim, Christophersen, Raaum og Dihle, 2015). Det er videre blitt utført liknende studier i USA på sykepleiernes kunnskap om opioider. Costello og Thomsen (2014) publiserte en studie som så på amerikanske sykepleieres opioidkunnskap. Studieresultatet viste at de færreste som jobbet på sykehus hadde grunnleggende kunnskap om medikamentelle opioider, og kunne derfor være en avgjørende faktor med tanke på pasientbehandlingen (Costello & Thomsen, 2014).

I møte med Smerteklinikken på Ullevål ble jeg fortalt at de opplever at kunnskapen til sykepleiere på norske sykehus er mangelfull, og at de ofte blir tilkalt til avdelinger for å bistå i smertebehandling. På bakgrunn av resultatene fra de to uavhengige studiene og smerteklinikkens erfaringer kan det antas å være grunnlag for å trekke mistanke om at manglende kunnskap ikke bare gjelder generell behandling av opioider, men også oppfølgingskunnskap og kompetanse om nedtrapping. For at sykepleiere skal imøtekomme Orems sykepleiesystem og Helsedirektoratets kompetansekrav, må kunnskapen heves slik at helseavvik oppdages. Smerteklinikken anbefalte kurs avholdt av den produsentuavhengige organisasjonen «Relis», som holder kurs i både opioidbehandling og generell smertelindring.

Det vil være avgjørende at sykepleier innehar kompetanse om hvilke utfordringer pasientene står overfor, samt farmakologien til opioider. Det er derfor vesentlig at sykepleiere som skal jobbe med denne pasientgruppen på et legekantor, vil ha stort utbytte av å delta på slike seminarer for å ivareta egenomsorgsevnen og redusere utviklingen av egenomsorgssvikt. Samtidig må det være et tett samarbeid med smerteklinikker i spesialisthelsetjenesten. Smerteklinikken på Ullevål opplevde et gjentakende problem, hvor

de utarbeidet individualiserte nedtrappingsplaner som deretter ikke ble fulgt opp av fastlegene. Sykepleiere står derfor i en unik posisjon til å videreføre smerteklinikkens behandlingsplaner og tiltak for pasientgruppen.

## 5.2 Pasientens utgangspunkt og motivering

En av arbeidsoppgavene som er tiltenkt PHT er en gjennomgang av fastlegepasientenes legemidler, hvor det vil være aktuelt at sykepleiere kartlegger og er delaktig i prosessen (Helsedirektoratet, 2017b). I den samme kvalitative studien fra McCorire, ble det og undersøkt langvarig effekt av opioidbehandling. Gjennomsnittstiden for pasientene i studien var 14 år med opioidbruk. Felles for alle pasientene var ugunstige bivirkninger i kombinasjon med liten eller ingen smertelindrende effekt (McCorire et al., 2015). Det er i tillegg blitt gjennomført en metaanalyse der hensikten var å studere medikamentelle opioiders virkning. Jason W. Busse mfl. publiserte (2018) en metaanalyse med hensikten å systematisk gjennomgå og vurdere RCT studier for opioidbruk hos pasienter med ikke-kreftrelaterte smerter. 96 Studier, med 26 169 deltakere ble vurdert. Metaanalysen viste statistisk signifikante assosiasjoner mellom opioidbruk, og liten smertelindrende effekt og økt fysisk funksjon. Det ble videre konkludert med økt risiko for uheldige virkninger slik som oppkast. Opioider, sammenliknet med alternative medikamentell behandling, antas å ha tilnærmet lik smertelindrende effekt (Busse et al., 2018).

Uheldige virkninger som nevnt tidligere, er et av Orems helseavvik knyttet til egenomsorgskrav (Kirkevold, 1998, s. 131). Det kan tenkes at slike uheldige bivirkninger og manglende effekt vil kunne oppdages av sykepleier i en eventuell legemiddelgjennomgang (LMG). Sykepleier vil gjennom kartlegging av pasientens legemiddelbruk og medisinalliste være i en posisjon til å kunne starte samtaler om nedtrapping. Det vil i denne fasen være nødvendig med forståelse og tålmodighet for pasientens reaksjoner. Frykt og redsel kan være sterke følelser pasientgruppen vil kjenne på, og det kan være behov for individualisert motivering. I en publikasjon av en fastlege fra USA, ble det antydnet at pasienter etter langvarig opioidbruk ofte opplevde fornektelse og kognitiv dissonans (Gastala, 2017). Et vanlig problem ifølge Helsedirektoratet er at velmente råd fra helsepersonell ofte ikke blir

fulgt (Helsedirektoratet, 2017b). En forutsetning for at sykepleier på fastlegekontoret skal kunne hjelpe pasienten med å styrke motivasjonen for endring, vil den evidensbaserte samtalemotoden MI være aktuell. Motiverende intervju benyttes som samtalemotode i forbindelse med endringsterapi. Motoden er effektiv for å styrke pasientens tro på egen mestringsevne, hvor målet er at pasienten skal «*overtale seg selv*» til å gjennomføre endringen. Pasienten skal oppfordres av sykepleieren til å komme med råd til seg selv om hvordan og hvorfor endring skal finne sted (Ivarsson, 2017, s. 11-13).

I en studie gjennomført i Norge så de på langtidseffekten av MI i forbindelse med rusatferd. Studien fulgte to grupper, hvor den ene gruppen skulle motta minst to økter med bruk av samtalemotoden MI. Resultatene viste at denne gruppen hadde god effekt av samtalemotoden, og hadde redusert sitt rusforbruk etter to år (Bagøien et al., 2013). Det er rimelige å anse at denne pedagogiske fremgangsmåten er relevant i behandlingen av pasienter med et langvarig forbruk av opioider. Sykepleiere ved legekantor kan få innsikt i pasientenes eget syn og tanker rundt situasjonen. I Orem's egenomsorgsteori legges det vekt på pasienters kapasitet til å utføre egenomsorg. I følge Orem må individer ha forståelse for egen helsetilstand og kunnskap for å ivareta egenomsorgen. Hensikten med MI er å tilrettelegge for at pasienter skal oppnå en slik forståelsen av egen helse, og kunne foreta endringer av egne handlinger. Orem's teori omtaler ulike hjelpemetoder innenfor sykepleiesystem, hvor et av hjelpemetodene er å «tilpasse omgivelser som muliggjør helsefremmende omsorg og utvikling av personlige evne» (Kirkevold, 1998, s. 134). Det kan derfor trekkes en likhet mellom MI og egenomsorgsteorien, der pasientens handlingsrom står i fokus. Kapasitet i egenomsorg benyttes som et overordnet begrep for pasienters kunnskap, motivasjon og evner. Dette er også vesentlige faktorer for utbytte av MI som videre kan ha en positiv effekt på pasienters egenomsorgsevne og kapasitet.

### 5.3 Helsehjelp og tiltak

Etter gjennomførte motiverende intervjuer vil det være nødvendig med støttetiltak i forbindelse med eventuell nedtrapping av opioider, dersom prevalensen av de fysiske smertene er redusert. Det kan tenkes at kartlegging av pasientens opioid kunnskap vil kunne være en forutsetning for ulike tiltak. «Selv om helsepersonell kjenner til risikofaktorene, gjør nødvendigvis ikke pasientene det» (Manworren & Gilson, 2015). I 2016 gjennomførte Kelly E. Dunn mfl. (2016) én spørreundersøkelse med hensikt å undersøke kunnskapsnivået hos individer som benytter opioider legalt og illegalt. Studiens resultat indikerte et høyere kunnskapsnivå hos den illegale populasjonen, sammenliknet med gruppen som fikk opioidene utskrevet i forbindelse med kroniske smerter. Gruppen med medisinsk foreskrevne opioider scoret dårligere i alle kategoriene, og spesielt i kategorien risiko forbundet med opioidbehandling (Dunn, et al., 2016).

I pasient og brukerrettighetsloven (1999 § 3-2) står det at helsepersonell er pliktige i å opplyse og informere pasienter, slik at de får innsikt i egen helsetilstand. Videre spesifiseres nødvendigheten av informasjon om behandling, samt risiko og bivirkninger.

Pasientopplæring og veiledning i forbindelse med opioidbehandling er å anse som svært nødvendig og legenes tidspress gjør dette utfordrende. Som den ene legen i studien til McCorire mfl. poengterte, var det sjeldent de informerte pasientene om virkninger og bivirkninger av opioidbehandling. Sykepleiere med kompetanse innenfor fagområde, kan derfor være viktige bidragsytere til å heve kunnskapsnivået hos pasientgruppen, og sikre lovpålagt informasjon til pasientene. Orem beskriver i egenomsorgsteorien ulike hjelpemetoder som benyttes for å fremme pasienters egenomsorg (Orem, 1991, s. 286). To hjelpemetoder som gjør seg gjeldende er både veiledning og undervisning til pasienter. Sykepleiere har i følge Orem et ansvar for å sikre at pasienten har nødvendig kunnskap til å foreta egne beslutninger og ivareta egenomsorgen. Dersom sykepleier på legekantoret gjennom LMG oppdager at pasientene som mottar opioider, ikke har tilstrekkelig informasjon eller kunnskap, er de pliktige til å sikre nødvendig informasjon. Tiltak om tilstrekkelig informasjon kan antas å være avgjørende for varig endring av atferd i nedtrappingsperioden (Arlinghaus & Johnston, 2017).

### 5.3.1 Aksept og forpliktelsesterapi

I Helsedirektoratets råd til fastleger som skal behandle langvarige smerter skriver de «behandlingen skal i all hovedsak behandles med ikke-medikamentelle tiltak, eventuelt i kombinasjon med ikke-opioidholdige legemidler» (Helsedirektoratet, 2016 s. 2).

Kognitiv terapi kan være et ikke-medikamentelt tiltak, og kan anvendes parallelt med nedtrappingsplanen. Som tidligere nevnt kan det antas at pasienter vil kunne oppleve frykt for at de sterke smertene skal residivere. Det kan derfor være nødvendig med kognitive tiltak for å endre pasientenes tanker om smerte. Aksept og forpliktelsesterapi (ACT) baseres på å endre fokuset og øke positiv tenking som på mange områder kan sammenliknes med «mindfulness». Det handler om å forstå egne reaksjoner og akseptere følelser (Hughes et al., 2017). Hughes mfl. (2017) publiserte en metaanalyse der hensikten var å sammenlikne ACT opp mot tradisjonell kognitiv-atferdsterapi (CBT) som ikke-medikamentell behandling mot kroniske smerter. Resultatet fra studien indikerte at ACT vil potensielt ha en gunstig effekt på pasienter med kroniske smerter (Hughes et al., 2017). En forutsetning for sykepleierne som skal benytte denne metoden, vil være å motta tilstrekkelig og nødvendig opplæring i ACT. Sykepleiere på legekontor vil trolig kunne ha bedre tid (15≥ min) og kapasitet til å følge opp denne behandlingen, og med det ivareta den psykosomatiske helsen til fastlegepasienten.

### 5.3.2 - Fysisk aktivitet som tiltak

Trening og fysisk aktivitet (FA) er en annen form for ikke-medikamentell behandling, og er blitt anvendt i forbindelse med smertelindring. Som tidligere nevnt vil gjentakende inntak av medikamentelle opioider kunne medføre en reduksjon i produksjonen av de endogene opioidene (Sand et al., 2016. s. 113). Dette kan knyttes tilbake til helseavvik, der en uheldig og skadelig konsekvens av langvarig opioidbruk reduserer pasientens evne til å håndtere smerte uten medikamentell tilførsel av opioider. Fysisk aktivitet vil da kunne være et tiltak for å stimulere de endogene opioidene i kroppen. En artikkel publisert av Tiina Saanijoki mfl. (2017) der det ble gjennomført PET-scan av hjernen etter høyintensitets trening, hvor det ble påvist en økning i påvirkningen av endorfiner. Studien viser til resultater som økt tilgjengeligheten av  $\beta$ -endorfiner i områder av hjernen hvor smerter, humør og affektive tilstander behandles. Moderat intensitet av FA forbedret den positive påvirkningen av



endorfinene, som ga subjektene en økning av tilfredshet og eufori (Saaniyoki et al., 2017). Det er videre blitt forsket på FA og utvikling av kroniske smerter, hvorpå individer som jevnlig er fysisk aktive sjeldnere utvikler kroniske smerter (Law & Sluka, 2017). Det kan derfor tenkes at personer som allerede er diagnostisert med kronisk smerter, vil kunne oppleve en bedre smertehåndtering ved regelmessig FA.

Sykepleier i PHT på legekantor som jobber med denne pasientgruppen vil basert på dette kunne oppfordre pasientene til FA gjennom MI og generell samtaleterapi. Et at de universelle egenomsorgskravene til Orem er opprettholdelsen av balansen mellom aktivitet og hvile. Ved hjelp av Helsedirektoratets retningslinjer for FA kan sykepleieren på legekantoret veilede pasienten til å øke sin daglige aktivitet (Helsedirektoratet, 2012). Videre kan sykepleieren i PHT iverksette tverrfaglige møter med en fysioterapeut. Fysioterapeuten vil kunne utarbeide mer konkrete tiltak, som er individualisert med tanke på å øke de gunstige effektene som sensitivitet for endogene opioider (Saaniyoki et al., 2017). Pasienten mottar dermed hjelp i form av støtte og veiledning fra sykepleieren til å øke sannsynligheten til å gjennomføre nedtrapping av opioider.

#### **5.4 Øvrige metodiske overveielser og kritiske betraktninger**

Etter å ha drøftet problemstillingen min har jeg reflektert rundt utvalget av forskning og litteratur. I drøftingskapittelet er det benytte forskningsartikler eldre 10<sub>≥</sub> år, men på bakgrunn av deres relevante funn, anses de fremdeles som gyldig. Fastlegene har den overordnede rollen i forbindelse med legemiddelbehandling, og jeg har derfor ikke gått nærmere inn på medikamentell støttebehandling i forbindelse med nedtrappingen av opioider. Jeg kunne med fordel vært mer strukturert i søkeprosessen etter forskningsartikler. Til tross for dette mener jeg at de forskningsartiklene jeg har valgt i oppgaven belyser flere sider av problemstillingen og har til hensikt å kunne si noe om dagens situasjon, og hva som kan gjøres.

I Orems egenomsorgsteori handler det om å la pasienten få kontrollen over egen helse og at det er behov for sykepleierkompetanse når helsesvikt oppstår. I min oppgave har jeg kun sett på noen av tiltakene som inngår i sykepleiehandlinger, og som videre kan utføres av en sykepleier i PHT på et legekantor i samhandling med pasientene. Formålet er å styrke pasientens egenomsorgskapasitet og evnen til å foreta helsefremmende endringer. I retningslinjene til pilotprosjektet om PHT presenteres sykepleierens oppgaver som kartleggingskunnskaper i forhold til helsetilstand, funksjon og egenomsorgsevne. Med bakgrunn i dette mener jeg derfor at Orems sykepleieteori ble et naturlig valg til å belyse sykepleierrollen i min problemstilling.

Når det gjelder problemstillingen har jeg valgt å benytte begrepet «*hjelp*», som opprinnelig er et omfattende begrep sammensatt av flere elementer. Videre har jeg kun fokusert på noen tiltak som innbefatter seg under begrepet «*å hjelpe*», og derfor ikke gått i dybden på betydning av ordet i sykepleiesammenheng. Ettersom dette kun er en bacheloroppgave med ordbegrensninger, har jeg valgt å ikke utdype dette videre.

Jeg har og begrenset omfanget av de ulike tiltakene sykepleieren kan forsøke for å hjelpe pasientene. Det hadde vært interessant å sett nærmere på hvilke former for fysisk aktivitet som vil vært gunstig for pasientgruppen med tanke på stimulering av endorfinsensitivitet- og produksjon.

I drøftingen tok jeg for meg ACT og vil derfor poengtere at dette kun er én av flere ulike metoder innenfor kognitiv behandling. Jeg har kun valgt å nevne undervisning som en del av tiltakene ettersom dette er et stort tema innenfor pedagogikken med flere tilhørende teknikker og teorier. Avslutningsvis er det derfor fortsatt en del arbeid som gjenstår før en sykepleier kan jobbe på et legekantor og hjelpe denne pasientgruppen. En mer systematisk vurdering av forskjellige sykepleiehandlinger og tiltak bør gjøres, i likhet med effekten av behandlingen på pasientgruppen.

## 6 Oppsummering

### 6.1 Refleksjon og konklusjon

Sykepleiere i PHT på legekantor kan benytte flere tiltak og metoder for å hjelpe pasientene til å redusere opioidbruken etter langvarig behandling med opioider. Som en overordnet oppsummering er det ikke tvil om at det med dagens fastlegeordning og samhandlingsreformen, medfører et behov for sykepleiere på legekantorene. På oppfordring fra Helsedirektoratet, er det allerede satt i gang et pilotprosjekt som skal undersøke betydningen av sykepleiere på legekantor med fokus på tverrfaglig samarbeid. Basert på drøftingen av et «*tverrfaglig samarbeid*» vil det være gunstig for både fastlegen, og pasienten at en sykepleier jobber på legekantor. Sykepleieren vil være i en ideell posisjon til å ivareta en pasients egenomsorgskrav når helseavvik forekommer.

Studier har indikert at pasienter som får opioidbehandling for kroniske smerter, ikke har tilstrekkelig kunnskap til å imøtekomme egenomsorgskrav. Sykepleiere er pliktig både i lys av Dorothea Orems sykepleieteori, og av pasient- og brukerrettighetsloven til å informere pasienter om fordeler og ulemper med medikamentell behandling. Sykepleiere med tilstrekkelig kompetanse vil også kunne gjennomføre LMG som en av arbeidsoppgavene i PHT. Sykepleieren vil dermed være i en posisjon til å oppdage helseavvik, slik som uheldig og skadelig virkning av medisinsk behandling. Sykepleieren vil videre kunne iverksette samtale rundt nedtrapping av opioider å benytte MI til å forberede pasienten på en eventuell endring. For at dette skal kunne gjennomføres må pasienten selv ha et ønske om å foreta endringen og vil kunne trenge motivering både før, under og i etterkant av nedtrappingen.

Videre presenteres ulike tiltak og metoder sykepleiere kan benytte for å bidra til å støtte pasienten under nedtrappingen av medikamentelle opioider. Sykepleiere bør sammen med pasienten utarbeide individualiserte behandlingsplaner, hvor tiltakene og målene er pasientrettet. Et av tiltakene som skal støtte pasientene under nedtrappingen, er den kognitive atferdsterapien ACT. Pasientens frykt vil kunne være en begrensende faktor for at nedtrappingen skal kunne fullføres, og det kan dermed være behov for å endre pasientens tanker om smerte. Videre presenteres FA som et tiltak i forbindelse med nedtrappingen.

Pasienter som opplever de uheldige og skadelige effektene som redusert endogene opioider vil kunne ha utbytte av å bedrive fysisk aktivitet for å øke endorfinsensitiviteten. Sykepleier kan støtte pasienten både fysisk og psykisk, og med det øke pasientens omsorgsevne og kapasitet i gjennomføring av de ovennevnte tiltakene. Sykepleier kan derfor tilrettelegge og støtte pasienten, slik at pasienten oppnår det overordnede målet om å redusere opioidbruken.

## **6.2 Videre forskning – betydning for sykepleiere**

Dette er en litterær oppgave hvor jeg kun har sett på tidligere forskning fra ulike fagfelt. Resultatene fra pilotstudien om PHT på legekantor er fortsatt ikke kommet, da prosjektet ble forlenget frem til 2023, men jeg antar at det er positivt for alle involverte parter. Det er fortsatt mye forskning som bør gjøres for å kunne si noe konkret om både sykepleiernes rolle på legekantoret, samt hvilke virkninger metodene og tiltakene jeg har presentert vil ha for pasientgruppen. Blant annet ville det vært svært interessant å sett studier på effekten av fysisk aktivitet i forbindelse med en nedtrapping av opioider. I tillegg kunne det vært lærerikt å sett nærmere på motiverende intervju som etablert samtalemetode på legekantor, hvor det basert på mine egne erfaring ofte gis råd til fastlegepasienten om endringer av vaner og atferd. Dette understreker nødvendigheten for utarbeiding av en kompetanseplan til sykepleierrollen, med fokus på både farmakologisk kunnskap i forbindelse nedtrapping, samt veiledning- og undervisningskompetanse rettet mot pasientgruppen.

## Litteraturliste

- Arlinghaus, K. R. & Johnston, C. A. (2017). Advocating for Behavior Change with Education. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 12(2), 113–116.  
<https://doi.org/10.1177/1559827617745479>
- Busse, J. W., Kamaleldin, M., Wang, L., Craigie, S., Riva, J. J., Montoya, L., ...Gordon H. G. (2018). Opioids for Chronic Noncancer Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*, 320(23), 2448-2460.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2018.18472>
- Bagøien Gunnhild, Bjørngaard Johan Håkon, Østensen Christine, C., Reitan, S. K., Romundstad, P. & Morken, G. (2013). The effects of motivational interviewing on patients with comorbid substance use admitted to a psychiatric emergency unit - a randomised controlled trial with two-year follow-up. *BMC Psychiatry*, 13(93) <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-93>
- Barke, A. (2019, 17. januar). Chronic Pain has arrived in the ICD-11. Hentet fra:  
<https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=8340&navitemNumber=643>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallagher, D. (2006) Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-333. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Cavanagh, S.J. (1999) Orems sykepleiemodell i praksis. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Costello, M. & Thompson, S. (2014). Preventing Opioid Misuse and Potential Abuse: The Nurse's Role in Patient Education. *Pain Management Nursing*, 16(4), 515-519.  
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.09.008>
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (utg. 5, bind 1, s. 381-428). Oslo: Gyldendal Akademiske, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dunn, K. E., Barrett, F. S., Yopez-Laubach, C., Meyer, A. C., Bryce J. Hruska, B.J., Sigmon, S. C., Fingerhood, M. & Bigelow, G. E. (2016). Brief Opioid Overdose Knowledge (BOOK): A Questionnaire to Assess Overdose Knowledge in Individuals Who Use Illicit or Prescribed Opioids. *Journal of Addiction Medicine*, 10(5), 314–323.  
<https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000235>

- Forslag til nedtrapping for legemidler som bør trappes ned gradvis før seponering. (u.å.[a]) / *Norsk legemiddelhåndbok*. Hentet 10.februar 2020 fra [https://www.legemiddelhandboka.no/G27.10.1/Tabell 1: Forslag til nedtrapping for legemidler som b% C3 % B8 r trappes ned gradvis f% C3 % B8 r seponering](https://www.legemiddelhandboka.no/G27.10.1/Tabell_1:_Forslag_til_nedtrapping_for_legemidler_som_b%C3%B8r_trappes_ned_gradvis_f%C3%B8r_seponering).
- Forslag til nedtrappings skjema for sterke opioider. (u.å.[b]) / *Norsk legemiddelhåndbok*. Hentet 10.februar 2020 fra [https://www.legemiddelhandboka.no/G27.10.2/Avmedisinering\\_#ss32](https://www.legemiddelhandboka.no/G27.10.2/Avmedisinering_#ss32)
- Furu, K., Blix, H. S., Husabø, K. J., Selmer, R. M., Berg, C. L., Hjellvik, V., Sakshaug, S., Fenne, O. S. & Litleskare, I. (2019). *Legemiddelstatistikk 2018* (2). Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2018/legemiddelstatistikk-20182-reseptregisteret-20132017/>
- Gastala, M. (2017). Denial: The Greatest Barrier to the Opioid Epidemic. *Annals of Family Medicine*. 15(4), 372–374. <https://doi.org/10.1370/afm.2057>
- Gjersing, L. (2019). Narkotikautløste dødsfall i Norge i 2018, *Folkehelseinstituttet*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dodsfall-i-norge-i-2018/#AldersjusterteRater>
- Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K-A. & Dhile, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. *Sykepleien*. 4(10), 326-334. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983>
- Granås, A. G. (2018). Resept. I Granås, A. G. (red.), *Store Medisinske Leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/resept>
- Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget
- Helsedirektoratet (2012). Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet. IS-2170. Oslo: Helsedirektoratet Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/anbefalinger-om-kosthold-ertering-og-fysisk-aktivitet>
- Helsedirektoratet. (2016) Fastlegen. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/opioider/roller-og-samarbeid/fastlegen>
- Helsedirektoratet. (2017a). Motiverende intervju som metode. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>
- Helsedirektoratet. (2017b). *Primærhelseteam – Kvalitet, Ledelse og Finansiering*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/primaerhelseteam-kvalitet-ledelse-og>

[finansiering/Prim%C3%A6rhelseteam%20%E2%80%93%20Kvalitet,%20Ledelse%20og%20Finansiering.pdf/ /attachment/inline/2e561a8b-66a3-42b1-a71b-45894c188b3d:d7b10f342acd1ecaf694bb17aa88766b1972c729/Prim%C3%A6rhelseteam%20%E2%80%93%20Kvalitet,%20Ledelse%20og%20Finansiering.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/primærhelseteam-og-alternative-finansieringsordninger-evaluering-av-pilotprosjekt/Evaluering%20av%20pilotprosjekt%20med%20prim%C3%A6rhelseteam%20og%20alternativ%20finansieringsordninger%20-%20statusrapport%20II.pdf)

Helsedirektoratet. (2019a). *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger* (Statusrapport 2/2019). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/primærhelseteam-og-alternative-finansieringsordninger-evaluering-av-pilotprosjekt/Evaluering%20av%20pilotprosjekt%20med%20prim%C3%A6rhelseteam%20og%20alternativ%20finansieringsordninger%20-%20statusrapport%20II.pdf> /attachment/inline/d369913c-4582-4ffb-8324-f4f6a638c941:161211414affcd2ee3ecae69d272b6c347ff5083/Evaluering%20av%20pilotprosjekt%20med%20prim%C3%A6rhelseteam%20og%20alternativ%20finansieringsordninger%20-%20statusrapport%20II.pdf

Helsedirektoratet (2019b). Primærhelseteam – Pilotprosjekt. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/primærhelseteam-pilotprosjekt?fbclid=IwAR2Rf7TvNn2zPk9DGV-6xKgXi-FttJ1NnLR085Ts9LLOrQAYprO5-nh4wvM>

Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E. & McMillan, D. (2017). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analyses. *The Clinical Journal of Pain*, 33(6), 552-568. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000425>

Husebø, S. (1990). *Smerteboken*. Bergen: Eide forlag.

Ivarsson, B. H. (2017). *MI Motiverende samtale – en praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS

Kann, I. C., Biørn, E. & Lurås, H. (2010). Competition in general practice: Prescriptions to the elderly in a list patient system. *Journal of Health Economics*. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2010.07.004>

Kirkevold, M. (2012) *Sykepleierteorier-analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2016a) *Helse og sykdom: utvikling og begreper*. I. G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (utg. 3, bind 1, s. 30-87). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Kristoffersen, N. J. (2016b) Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I. G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (utg. 3, bind 1, s. 193-265). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kristoffersen, N. J. (2016c) Å styrke pasientens ressurser – sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I. G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (utg. 3, bind 3, s. 349-406). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kvanvig Anne-Grete, A-G. & Huus, G. (u.å.) Definisjoner, metode og prosess – Avhengighetssyndrom i ICD-10. *Helsebiblioteket*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/2-definisjoner-metode/2.3-rusdiagnoser-icd-og-dsm/2.3.2-avhengighet-i-icd-10>
- Law, L. F. & Sluka, K. A. (2017). How does physical activity modulate pain? *Pain*, 158(3), 369–370. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000792>
- Lundgren, C. (2010) Fas ut 3 – att utvärdera, ifrågasätta och skonsamt avsluta läkemedelsbehandling. *Fas ut3*. Hentet fra <http://www.fasut.nu/>
- Manworren, R. & Gilson, A. (2015). Nurses' Role in Preventing Prescription Opioid Diversion. *The American Journal of Nursing*. 115(8), 34-40. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000470398.43930.10>
- McCaffery, M. (1984). *Nursing the patient in pain*. London & New York: Harper & Row publishers.
- McCrorie, C., Closs, S. J., House, A., Petty, D. & Ziegler, L. (2015). Understanding long-term opioid prescribing for non-cancer pain in primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice*. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0335-5>
- Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). *Classification of Chronic Pain: Description of chronic pain syndroms and definitions of pain terms* (utg. 2). Seattle: IASP PRESS. Hentet fra <https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf>
- Nortvedt, F. (2016) Smerte – en personlig og sammensatt erfaring. I. G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (utg. 3, bind 3, s. 170-185). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Nortvedt, P. & Nortvedt, F. (2018) *Smerte – fenomen og etikk*, 1. utg. Oslo: Gyldendal



- Nguyen, T. (2019). Endorfin. I Nordeng, H. (red.), *Store Medisinske Leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/endorfin>
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice*, 4 utg. New York: Mosby
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of Practice*, 5 utg. New York: Mosby
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)
- Renpenning, K. M. & Taylor, S. G. (2003). *Self-care theory in nursing – selected papers of Dorothea Orem*. New York: Springer Publishing Company Inc.
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold – Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Saanijoki, T., Tuominen, L., Tuulari, J. J., Nummenmaa, L., Arponen, E., Kalliokoski, K., & Hirvonen, J. (2018). Opioid Release after High-Intensity Interval Training in Healthy Human Subjects. *Neuropsychopharmacology*. 43(2), 246–254.  
<https://doi.org/10.1038/npp.2017.148>
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. & Bjåle, J. G. (2016). *Menneskekroppen – fysiologi og anatomi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske
- Svartdal, Frode. (2018, 22. mai). kognitiv dissonans. I Store norske leksikon. Hentet fra [https://snl.no/kognitiv\\_dissonans](https://snl.no/kognitiv_dissonans)
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Verdens helseorganisasjon (WHO) & Helsedirektoratet. (2011). ICD-10. *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. 10. revisjon. Bergen: Fagbokforlaget
- Wahl, A.K. & Rustøen, T. (2008) Smerte og livskvalitet. Wahl, A. K. (Red.), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Øye, I. (2019). Analgetika. I Ræder, J. (red.), *Store Medisinske Leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/analgetika>