



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	13-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	27-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	416
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7967
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	87
Andre medlemmer i gruppen:	472

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Mestring av kroniske smerter hos
opioidavhengige

Coping with chronic pain as an opioid
dependent

416 & 472

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

27. mai 2022

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Introduction:

Compared to the general Norwegian population, almost twice as many opioid dependent individuals struggle with chronic pain (Latif et al., 2021, p. 373). Chronic pain can negatively impact multiple aspects of a person's life (Ljoså & Rustøen, 2007, p.64), and lead to large expenses for society (Danielsen et al., 2020, p.417). Severe chronic pain is often treated with opioids (Danielsen et al, 2020 p. 418), which could be challenging for opioid dependent patients. Nurses are required by law to help patients cope with illness and pain, including patients with drug related problems (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1; §3-1).

Aim:

Can nurses help opioid dependent patients cope with chronic pain through non-pharmacological interventions?

Method:

This bachelor thesis is a literature study consisting of six randomized controlled trials. These were found through a systematic search in the databases Cinahl, Medline, and Embase.

Results:

Nurses could help promote coping with chronic pain through physical activity, cognitive behavioral therapy, and patient education. This study also looks at the possibility of nurses carrying out some interventions that are typically carried out by other specialists.

Discussion:

Three of the RCT studies show that nurses giving non-pharmacological interventions have a positive effect on coping and general chronic pain in adult patients. Two RCT studies show that non-pharmacological interventions can have positive effect on coping and chronic pain in adults with an opioid dependence, though these interventions were not carried out by nurses. These interventions could be carried out by nurses if they receive proper education and training beforehand. It is important to note that non-pharmacological interventions should be a supplement to pharmacological treatment, and not a replacement.

Conclusion:

Non-pharmacological interventions seem to give a positive effect on coping and chronic pain, also in opioid dependent patients. With the proper education and training, nurses could be able to implement these interventions. More research is needed in this field.

Keywords: Chronic pain, opioid dependence, coping, nursing interventions, nurse, non-pharmacological

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
1.0 Innledning	4
1.1 Introduksjon og bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Presentasjon av problemstilling	5
1.3 Avgrensning/kontekst	5
1.4 Hensikt med oppgaven	6
1.5 Oppgavens oppbygging	7
2.0 Teori	7
2.1. Opioidavhengighet og kroniske smerter	7
2.2 Ikke-medikamentelle tiltak og mestring	8
3.0 Oppgavens sykepleiefagelige rammeverk	9
3.1 Benner og Wrubels omsorgsteori	9
3.1.1 Stress og mestring	9
3.1.2 Et helhetlig syn på pasienten	10
3.1.3 Ekspertpasienten	10
3.2 Relevant lovverk og retningslinjer	11
3.3 Sykepleierens etiske overveielser i møte med pasienter med opioidavhengighet	12
4. Metode	12
4.1 Litteraturstudie	12
4.2 Søkeprosessen	13
4.3 Kritisk vurdering av artikler og metodekritikk	14
4.4 Analyse og syntese	15
4.5 Etske vurderinger	16
5.0 Resultat	16
5.1 Syntese	16
5.1.1 Undersøkt populasjon og varighet av oppfølging	16
5.1.2 Intervensjonene og sykepleiers rolle i gjennomføringen	17
5.1.3 Effekt av intervensjonene	18
6.0 Diskusjon	20
6.1 Resultatdiskusjon	20
6.1.1 Smertemestring gjennom å se individet	20
6.1.2 Smertemestring gjennom fysisk aktivitet	23

6.1.3 Smertemestring gjennom kognitiv atferdsterapi	25
6. 2 Metodediskusjon	27
7.0 Oppsummering	29
8.0 Litteraturliste	31
9.0 Vedlegg	38
Vedlegg 1: PICO	38
Vedlegg 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	39
Vedlegg 3: Søkehistorikk database CINAHL	40
Vedlegg 4: Søkehistorikk database CINAHL	41
Vedlegg 5: Søkehistorikk database EMBASE	42
Vedlegg 6: Søkehistorikk database EMBASE	43
Vedlegg 7: Søkehistorikk database MEDLINE	44
Vedlegg 8: Søkehistorikk database MEDLINE	45
Vedlegg 9: Prisma flow diagram	46
Vedlegg 10: Litteraturmatrise	47

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon og bakgrunn for valg av tema

Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus behandler alene rundt en tredjedel av Norges rusavhengige pasienter. I 2021 ble det publisert en studie fra disse to sykehusene hvor pasienter med opioidavhengighet ble spurt om de opplever kroniske smerter. I vår generelle norske befolkningen har omkring 24% rapportert at de lider av kroniske smerter. Dette tallet blir mer enn doblet i denne studien om norske pasienter med opioidavhengighet, da hele 55% rapporterte at de lever med kroniske smerter (Latif et al., 2021, s. 373).

Kroniske smerter er svært sammensatt, og påvirker fysiske, psykiske og sosiale aspekter av livet, samt familie, jobb og økonomi (Ljoså & Rustøen, 2007, s.64). Videre kan kroniske smerter påvirke menneskers grunnleggende behov i form av søvnproblemer, depresjon og endringer i fysisk aktivitet, og man kan oppleve at livskvaliteten reduseres betraktelig (Danielsen et al., 2020, s.415-417). De samfunnsøkonomiske konsekvensene er heller ikke noe å kimse av, da både behandling, rehabilitering og uføretrygd kan føre til høye kostnader for samfunnet (Danielsen et al., 2020, s.417).

Ved sterke kroniske smerter er opioider ofte den første formen for medikamentell smertelindring i et forsøk på å øke pasientens livskvalitet (Danielsen et al, 2020 s. 418). Langvarig bruk av opioider kan medføre mange plagsomme bivirkninger, samt en stor risiko for avhengighet. Ved fysisk tilvenning av opioider vil kroppen kunne ønske mer og igjen kunne gi ubehagelige symptomer som uro, rastløshet, angst, hjertebank og svetting. For en person som er avhengig av opioider vil denne følelsen kunne være utholdelig (Aas, 2018, s. 246). Å leve et liv med samtidig kroniske smerter og en opioidavhengighet kan dermed sees til å forme en ond sirkel av plager og redusert livskvalitet som blir utfordrende for et individ å komme seg ut av.

Adekvat smertelindring er en av mange sykepleieoppgaver (Danielsen et al., 2020, s.421). I rollen som sykepleier vil vi i flere deler av helsevesenet kunne møte på pasienter som opplever kronisk smerte i ulik grad, og som har behov for smertelindrende tiltak. Disse tiltakene kan bli krevende å ta i bruk når pasientgruppen har en allerede eksisterende opioidavhengighet. Smerter kan i flere tilfeller lindres ved bruk av ikke-medikamentelle tiltak (Danielsen et al., 2020, s.391). Ikke-medikamentelle tiltak kan basere seg på å hjelpe pasienten til å forstå mer om sin egen smerten, oppleve mestring og dermed oppleve en kontroll over egne smerter (Jensen, 2009, s. 368). Det overordnede målet er ikke nødvendigvis at pasienten skal bli helt smertefri, men heller at man skal kunne leve med smertene sine (Danielsen et al., 2020, s.421).

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av presentert forskning har vi utarbeidet følgende problemstilling; *“Hvordan kan sykepleiere fremme mestring av kronisk smerte hos pasienter med opioidavhengighet?”*

1.3 Avgrensning/kontekst

Vi ønsker i denne oppgaven å avgrense rusavhengighet til opioidavhengighet, da opioider ofte brukes som smertestillende for kroniske smerter, noe som kompliserer forholdet mellom smertelindringen og opioidavhengigheten. Vi er klar over at opioidavhengighet kan være både selvpåført og et følge av smertebehandling i helsevesenet. Vi har valgt å ikke differensiere mellom disse, da vi tror at en eventuell effekt av mestring og ikke-medikamentelle tiltak kan være til nytte for begge pasientgrupper. Vi vil ikke låse oss til én spesifikk diagnose som gir kroniske smerter, men vil se på kroniske smerter uavhengig av plassering, smertediagnose eller utløsende faktor. Kreftsmerter blir derimot utelukket. Vi ønsker å se på både menn og kvinner over 18 år. Vi har valgt å se på pasienter som ikke er innlagt på sykehus, da vi ser for oss at rammeverket innenfor sengepostene på sykehuset

ikke gir sykepleiere nok tid til å bli godt kjent med pasientens ressurser, noe som hadde komplisert mulighetene for å fremme mestring hos pasientgruppen.

Personer med kroniske smerter kan bli henvist til tverrfaglige smerteklinikker, hvor man tar i bruk ulike ikke-medikamentelle tiltak for å lindre smerter, gi bedre smertemestring, og forbedre pasientens fysiske, psykologiske, yrkesmessige og sosiale funksjon (Helsedirektoratet, 2015, s. 19). Av disse ikke-medikamentelle tiltakene ønsker vi å ha fokus på fysisk aktivitet og kognitiv atferdsterapi.

I Norge er pasienter med sammensatt smertetilstand og rusmiddelavhengighet en av de vanligste pasientgruppene som henvises til spesialisthelsetjenesten, og det legges her tydelig vekt på behovet for tverrfaglig tilnærming (Helsedirektoratet, 2015, s. 10). En mulig arena for slik tverrfaglig tilnærming er tverrfaglige smerteklinikker. De aller fleste smerteklinikkene i Norge har en sykepleier med på det tverrfaglige teamet. Til tross for at en sykepleier bør inngå i et slikt tverrfaglig team (Helsedirektoratet, 2015, s. 19), er smerteklinikken i Helse Bergen en av de få som verken har sykepleiere eller skriver om et konkret ønske om å rekruttere inn sykepleiere (Helsedirektoratet, 2015, s. 41). På bakgrunn av dette ble vi nysgjerrige på sykepleierens rolle i å fremme mestring av kroniske smerter hos opioidavhengige pasienter, og valgte derfor dette som vårt tema.

1.4 Hensikt med oppgaven

Hensikten ved denne bacheloroppgaven er å se på muligheten sykepleiere har til å hjelpe pasienter med opioidavhengighet til å mestre sine kroniske smerter gjennom ikke-medikamentelle tiltak, med et fokus på fysisk aktivitet og kognitiv atferdsterapi. Det er her viktig å presisere at vi ikke ønsker å se på ikke-medikamentelle tiltak som en erstatning for medikamentelle tiltak, men heller som et supplement til den allerede eksisterende medikamentelle behandlingen.

1.5 Oppgavens oppbygging

Kapittel 2 utgjør oppgavens teoridel hvor sentrale begreper blir nærmere utdypet. Kapittel 3 presenterer Benner og Wrubels omsorgsteori, som utgjør vårt sykepleiefaglig rammeverk. Kapittel 4 tar for seg metodedelen, og kapittel 5 presenterer resultatene av våre søk i en syntese. I kapittel 6 besvares problemstillingen i lys av forskning, relevant teori, og det sykepleiefaglige rammeverket. Til slutt oppsummeres oppgaven i kapittel 7.

2.0 Teori

2.1. Opioidavhengighet og kroniske smerter

Rusavhengighet, herunder opioidavhengighet, er en kronisk tilstand der rusmiddelbruk har ført til forandringer i hjernestrukturen som igjen fører til økt toleranse for rusmiddelet, tap av kontroll over rusingen, og fysisk avhengighet av rusmiddelet (Halvorsen, 2012, s. 290).

Opioider blir definert som smertestillende som har dempende effekt på sentralnervesystemet. De er effektive midler mot smerter, men også høyt avhengighetsskapende (Slørdal, 2018, s. 330-331). Langvarig bruk av opioider kan føre til en toleranseutvikling hvor høyere doser av rusmiddelet må til for å oppnå samme smertestillende effekt som før (Jellestad, 2012, s. 76). Opioider brukes ved akutt sykdom, hos pasienter med sterke kroniske smerter, eller ved sterke smerter ved kronisk sykdom med dårlig prognose (Slørdal, 2018, s. 330).

Danielsen et al. (2020, s. 383) definerer smerte som en potensiell eller faktisk vevsødeleggelse som resulterer i en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse. Smerter kan videre deles inn i kroniske og akutte smerter. I motsetning til akutte smerter som ofte har en kort varighet og opphører når en eventuell vevsødeleggelse er tilhelet, er kroniske smerter noe som varer lenger enn tre eller seks måneder (Ljoså & Rustøen, 2007, s.63), men kan for noen også være konstante i flere år. Danielsen et al. (2020, s. 415) nevner også at

flere velger å bruke begrepet langvarige smerter i stedet for kroniske smerter for å unngå assosiasjoner til at smertene aldri kommer til å ta slutt. En av utfordringene med langvarig bruk av opioider er at personen kan utvikle opioidindusert hyperalgesi, som er en økt sensitivitet for smerter (Laroche et al., 2012, s. 447). Ifølge Norsk legemiddelhåndbok (2020) er populasjoner av pasienter som bruker opioider mer smertefølsomme enn de som ikke bruker opioider. Imidlertid er assosiasjonen mellom smertesensitivitet, kronisk smerte og opioidbruk uklar. Økt smertesensitivitet kan være både en årsak til og en konsekvens av kronisk smerte og opioidbruk (Norsk legemiddelhåndbok, 2020).

2.2 Ikke-medikamentelle tiltak og mestring

Målet med ikke-medikamentelle tiltak ved kroniske smerter er å understøtte pasienten til å selv kunne håndtere utfordringene som smertene skaper (Høgh, 2015, s. 262). Tiltakene baserer seg på å øke forståelse om smerten, mestringsopplevelse og dermed økt smertekontroll (Jensen, 2009, s. 368). I retningslinjer fra UpToDate trekkes det frem at effektiv smertelindring ved kroniske smerter bør behandles multimodalt, med et hovedfokus på ikke-medikamentelle tiltak. Her anbefales det først å ta i bruk aktive intervensjoner som er bevegelsesbaserte og/eller intervensjoner som tar for seg aktuelle psykososiale smertefaktorer. Flere ikke-medikamentelle tiltak blir nevnt, deriblant kognitiv atferdsterapi (Tauben & Stacey, 2020). Johansen & Bramness (2019, s. 125) definerer kognitiv atferdsterapi som en psykoterapeutisk behandling som fokuserer på håndtering av emosjoner, risikosituasjoner og rusmiddelsug gjennom å forstå og håndtere tankemønstre. Legeforeningen trekker frem at det er viktig med individuell tilpasning etter problemstilling og pasientens behov, og at den kognitive atferdsterapien må varieres ut fra pasientens utvikling, evnenivå, motivasjon og engasjement for behandling, og deres tillit til terapeuten (Kriz & Solberg, 2019).

Fysiologen Patrick D. Wall og psykologen Roland Melzack utviklet portkontrollteorien, som danner et grunnlag for hvordan ikke-medikamentelle tiltak har effekt på smertefølelsen. Dette forklares gjennom at smerteimpulsene kan avledes av annen type stimuli før de når

hjernen, og dermed minske intensiteten av smerteopplevelsen. Denne avledningen av smerter kan skje på ulike vis, samt at den påvirkes av pasientens psykologiske forhold som erfaringer, situasjonstolkninger, motivasjon, og egen opplevelse av kontroll og mestring (Nortvedt, 2017, s.171).

Det finnes flere definisjoner på mestring, men vi har i denne oppgaven valgt å bruke psykologene Lazarus og Folkmans definisjon: "Kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige bestrebelsers på å mestre spesifikke indre og/eller ytre krav, som etter personens oppfatning tærer på eller overstiger hans ressursers" (Kristoffersen, 2017, s. 247). Kristoffersen (2017, s. 252) forklarer evne til å mestre som et individuelt fenomen, og som en prosess som endres og reguleres i løpet av livet. Om en metode for mestring er effektiv eller ineffektiv bestemmes av hvordan resultatene blir i den aktuelle situasjonen (Kristoffersen, 2017, s. 252). Det er viktig å understreke at en strategi kan være hensiktsmessig i en situasjon, og samme strategi kan være uhensiktsmessig i en annen situasjon. Kristoffersen (2017, s. 244) nevner at dersom en person opplever kontroll og handlingsmuligheter har han større mulighet for å mestre en krevende situasjon.

3.0 Oppgavens sykepleiefagelige rammeverk

3.1 Benner og Wrubels omsorgsteori

3.1.1 Stress og mestring

Hovedfokuset for vår oppgave er mestring, og vi har i den sammenheng valgt å bruke Patricia Benner og Judith Wrubels omsorgsteori. Sykepleieteorien beskriver omsorg som grunnlaget for å hjelpe pasienten å mestre sin hverdag. Deres mål for sykepleiere er å hjelpe pasienten å mestre sin livssituasjon på tross av tap, sykdom eller lidelse. Benner og Wrubel vektlegger at det man bryr seg om definerer en person. Sykdom eller skade kan gjøre at det som er viktig for den enkelte blir truet, og dette kan oppleves som stress. I forhold til vår problemstilling kan altså de kroniske smertene den opioidavhengige har oppleves som

stress. Mestring utgjør da hva en gjør med dette stresset. Omsorgsteorien tar avstand fra abstrakte idealer om en «suksessfulle» måte å mestre på. Mennesker mestrer stress på ulike vis ut fra sin livsverden og hva som er viktig for dem (Konsmo, 1998, s.21).

3.1.2 Et helhetlig syn på pasienten

Benner og Wrubel har et holistisk (helhetlig) menneskesyn. De trekker frem at kropp og sjel er udelelig og må sees i samspill med hverandre, samt at de har en gjensidig innvirkning på hverandre (Konsmo, 1998, s.50-51). Dersom sykepleieren bryr seg om pasienten, danner dette grunnlaget for tilegnelse av generell kunnskap, samt en forståelse av pasientens situasjon (Konsmo, 1998, s.21-22.) Det er viktig at sykepleier har gode kunnskaper om smertene og følger, samt om behandlingstilbud. Dette kan hjelpe pasienten til å akseptere sine smerter og fremme motivasjon til å klare å leve med smertene (Konsmo, 1998, s.118).

Omsorgsteorien fokuserer på at meningen den enkelte tilegner situasjonen er en avgjørende faktor for mestringen. Meningsløshet og manglende tilhørighet truer mestringen (Konsmo, 1998, s. 86-92). En strategi for å mestre stress er å bearbeide sine holdninger, verdier og mål. Benner og Wrubel trekker frem at det ikke bare er å endre sine verdier og holdninger uten videre. Det er derimot noe som krever en ny innstilling til hva og hvordan man bryr seg om noe. Mestring handler med andre ord ikke bare om hvordan takle kravene fra den problematiske situasjonen, men også om innarbeiding av nye forståelsesmåter (Konsmo, 1998, s.89). Fysiske aktiviteter blir også trukket frem som en strategi for å fremme helse og velvære. Fysisk aktivitet bør være av positiv karakter og bli sett på som et mål i seg selv (Konsmo, 1998, s.121-122).

3.1.3 Ekspertpasienten

Mange pasienter med kroniske symptomer utvikler etter hvert en kompetanse i forhold til sin spesifikke tilstand. Benner og Wrubel betegner pasienter med slik kunnskap som ekspertpasienter. For eksempel kan pasienten gjenkjenne hvilke aktiviteter som utløser eller forverrer symptomene. Noen pasienter lar symptomene styre hele deres eksistens.

Pasienten vurderer og tilpasser da all aktivitet etter bekymring for at symptomet skal være til stede eller bli forsterket (Konsmo, 1998, s. 138-139).

3.2 Relevant lovverk og retningslinjer

NSF sine yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier at sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten, og ivareta den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1-1) har som formål å sikre at befolkningen har lik tilgang til helse- og omsorgstjenester, og at disse tjenestene er av god kvalitet.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §1-1) har som formål å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. §3-1 nevner også at kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med rusmiddelproblem. (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Helsepersonelloven (1999, §4) sier at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er mulig og nødvendig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samhandling og samarbeid med annet kvalifisert personell.

Nasjonale retningslinjer for smertelindring ble publisert i 2009 av den norske legeföreningen. Målet med retningslinjene er å lindre pasientens smerter, bedre deres livskvalitet, og sikre adekvat behandling, uavhengig av pasientens ressursfaktorer og geografi. Retningslinjene har et eget kapittel om smertelindring hos rusmiddelavhengige, hvor kroniske smerter og ikke-medikamentelle tiltak omtales (Den norske legeförening, 2009).

3.3 Sykepleierens etiske overveielser i møte med pasienter med opioidavhengighet

Renolen (2015, s. 231) definerer holdning som en underliggende tendens til å føle, handle eller tenke på en konkret måte overfor et bestemt objekt, hendelse eller fenomen.

Bedømmelse og vurdering av andre mennesker, tema og grupper er noe vi mennesker gjør kontinuerlig, og vi har alle ulike holdninger overfor de ulike mennesker og forholdene vi finner i samfunnet (Renolen, 2015, s. 232). Stigma er en av de vanskeligste sidene ved rusmiddelproblematikk, og knytter seg til egenskaper som oppfattes som negative. De som har disse egenskapene, blir sett på som avvikere fra det som oppfattes som normalt.

Pasienter med en stigmatisert lidelse kan oppleve negativ respons både fra omgivelsene og hjelpeapparatet. Samfunnet møter ofte rusavhengige med en negativ holdning, og flere rusavhengige kan oppleve at helsevesenet har et nedlatende syn på dem som annenrangs pasienter. Dette kan prege måten personer med rusmiddelproblemer blir møtt på, og prege tilretteleggingen av tjenestetilbudet, og føre til at store grupper ikke får den helsehjelpen de har behov for og rett til (Ytrehus, 2019, s. 224-225). Nasjonale retningslinjer for smertelindring (2009, s.21) nevner også at pasienter med kroniske smerter ofte opplever å ikke bli tatt på alvor eller forstått.

4. Metode

4.1 Litteraturstudie

Vi har valgt å bruke litteraturstudie som metode. Litteraturstudie består av en innsamling av data fra skriftlige kilder gjennom et litteratursøk, en kritisk gjennomgang av dataene, og en systematisk sammenfatning av disse (Thidemann, 2019, s.79). Faglitteraturen som vi har benyttet oss av er en kombinasjon av tidligere pensumbøker fra studiet og relevante bøker funnet gjennom søk på skolens bibliotek. Relevant faglitteratur vil her si bøker som omhandler en eller flere av hoveddelene i vår problemstilling; kroniske smerter, opioidavhengighet og/eller mestring.

4.2 Søkeprosessen

Et systematisk litteratursøk innebærer å operasjonalisere problemstillingen, velge databaser, bestemme søkeord, utvikle en søkestrategi, gjennomføre søket, evaluere søket, analysere og tolke funnene, sammenfatte funnene, og dokumentere søkestrategien (Thidemann, 2019, s. 83-96).

Vi brukte PICO-skjema for å utforme en presis problemstilling, som strukturerte vårt videre arbeid med datainnsamling. PICO består av pasient eller populasjon (P), intervensjon (I), sammenligning (C) og utfall (O) (Helsebiblioteket, 2016a). Siden vår problemstilling ikke har en sammenligning av tiltak, valgte vi å ekskludere "Comparison", og endte opp med et PIO-skjema (vedlegg 1).

MeSH ble brukt for å oversette søkeordene til engelsk. Vi endte da opp med ordene: "substance abuse", "substance use disorder", "opioid dependence", "chronic pain", "coping", "coping mechanism", "coping strategy", "non-pharmacological interventions", og "pain management intervention". Etter vi ble enige om å fokusere på konkrete tiltak, tok vi også i bruk "physical activity", "exercise" og "cognitive behavioral therapy". Siden ulike databaser bruker ulike termer, har vi måtte tilpasse noen av søkeordene etter hvilken database vi har brukt. Vi valgte også å bruke søkeordet "health education" da vi gjentatte ganger så at sykepleiers undervisende rolle ble tatt opp innenfor vårt tema. Da vi fant lite forskning på samtidig opioidavhengighet og kroniske smerter, valgte vi å gjennomføre noen søk hvor vi ekskluderte opioidavhengige, og kun så på mestring hos folk med kroniske smerter. Deretter vurderte vi overføringsverdien av disse funnene til vår pasientgruppe ut fra relevant teori.

Vi valgte å gjennomføre søk i følgende databaser: CINAHL, Medline og Embase. Her ble søkeordene våre kombinert med "AND" og "OR". Både MeSH-ord og nøkkelord ble brukt. Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble brukt for å avgrense søket (vedlegg 2), slik at litteraturen vi fant var mer relevant for vår problemstilling (Thidemann, 2019, s 84). Videre avgrenset vi søket ved å inkludere språkene engelsk, dansk, svensk eller norsk, da dette er språk vi behersker godt nok til å kunne lese innholdet. Publiseringsåret ble også avgrenset til de siste ti årene, for å forholde oss til nyest mulig forskning. I Cinahl avgrenset vi artiklene etter om de var fagfelleurdert (peer-reviewed). Alle artikler tilgjengelig i Ovid-databasene er fagfelleurdert. Oversikt over kombinasjoner av søkeord og antall treff i de ulike databasene kan sees i vedlegg 3, 4, 5, 6, 7 og 8. Artikler vi har lest gjennom, og begrunnelse for eventuell eksklusjon fremkommer i vårt prisma flow diagram (vedlegg 9).

Vi har vært i kontakt med foreningen for kroniske smertepasienter, hvor vi fikk et innblikk i behandlingsmuligheter pasienter med kroniske smerter blir tilbudt. Vi forsøkte å komme i kontakt med smerteklinikken ved Oslo Universitetssykehus for å få informasjon om sykepleiers rolle på smerteklinikker, men fikk aldri svar.

4.3 Kritisk vurdering av artikler og metodekritikk

Helsebiblioteket (2016b) har sjekklister for ulike studiedesign for kritisk vurdering av forskningslitteratur. Sjekklister er pedagogiske verktøy for å foreta en kvalitetsvurdering av vitenskapelige artikler (Thidemann, 2019, s. 90). Etter å ha gjennomført systematiske søk i databaser fant vi frem til seks artikler, hvor alle var av randomisert kontrollert studier. Vi brukte derfor sjekklister fra Helsebiblioteket for randomisert kontrollert studier. Basert på en kritisk vurdering av artiklene ser det ut til at resultatene fra alle våre inkluderte artikler er pålitelige. De viktigste punktene fra den kritiske vurderingen fremkommer i litteraturmatrisen (vedlegg 10).

I metodisk forskning er det ikke en metodisk tilnærming som ansees som riktig, da alle metodene har fordeler og ulemper (Thidemann, 2019, s. 79). Det er dermed relevant å se på

metodekritikk av litteraturstudie. Ved en litteraturstudie systematiserer man kunnskap fra flere ulike skriftlige kilder (Thidemann, 2019, s. 79). Vi har altså ikke utført forskningen selv, noe som medfører at vi kan ha tolket forskningen feil. En styrke ved litteraturstudie kan tenkes å være at man får samlet inn informasjon fra flere ulike standpunkt. Dette kan gi et mer helhetlig og objektivt syn på problemstillingen, så lenge man ikke bare velger ut de artiklene som støtter ens eget syn.

Vi har tatt i bruk primærlitteratur der det har latt seg gjøre, men også valgt å bruke sekundærlitteratur hvis vi ikke har fått tak i primærkilden. Sekundærlitteratur er skrevet på grunnlag av primærlitteratur (Thidemann, 2019, s.70). Det kan dermed også ha forekommet fortolkningsfeil i overgangen fra primærlitteratur til sekundærlitteratur, noe som igjen kunne blitt gjenspeilet i vår oppgave.

4.4 Analyse og syntese

Å analysere en tekst vil si å granske, tolke, og kritisk vurdere i et forsøk på å forstå den (Thidemann, 2019, s. 34). I vår analyse av forskningslitteraturen har vi benyttet en litteraturmatrise (vedlegg 10) hvor hver enkelt artikkel blir ført opp, og strukturert etter metode, resultat og kvalitetsvurdering. Helt konkret har vi delt litteraturmatrise inn i tittel, forfatter, årstall, land, studiedesign, utvalg, hensikt, intervensjon, hovedfunn, konklusjon, relevans, overføringsverdi, styrker og svakheter, og etiske overveielser. Syntese er resultatet man sitter igjen med etter å ha reorganisert, vurdert, analysert og tolket artiklene til en ny tekst som skal sees opp mot problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 57-58). I resultatkapittelet ble det gjennomført en tematisk syntese med følgende punkt: undersøkt populasjon og varighet av oppfølging, intervensjonene og sykepleiers rolle i gjennomføringen, og effekt av intervensjonene.

4.5 Etske vurderinger

Ved bruk av andres forskning og litteratur er det viktig å bruke korrekt kildehenvisning for å sikre at forfatterne blir kreditert korrekt. Vi har derfor brukt APA 7th etter retningslinjer for bacheloroppgaven (Høgskulen på Vestlandet, 2020). Forskingen skal ha høy faglig kvalitet. Vi forsikret oss om at artiklene er skrevet av de med nødvendig kompetanse, og gjennomføringen er forsvarlig og hensiktsmessig med tanke på datainnhenting og prosessen bak studiene. Vi har kun brukt fagfelle-vurdert forskning, som betyr at forskningen er kvalitetssikret og kritisk vurdert av eksperter. Alle artiklene har blitt godkjent av forskningsetiske komiteer. Disse komittene baserer seg på Helsinkideklarasjonen som sikrer at forskningen er i tråd med anerkjente etske normer, at informerte samtykke er ivarett og at forskningen utføres av kvalifiserte personer (Den Norske Legeforening, 2012).

5.0 Resultat

5.1 Syntese

5.1.1 Undersøkt populasjon og varighet av oppfølging

De inkluderte studiene består av forskning fra tre land, USA (n=3), Spania (n=2) og Norge (n=1). Alle seks studiene er randomiserte kontrollerte studier. Analysen av de inkluderte forskningsartikler fremkommer i litteraturmatrisen (vedlegg 10).

Alle studiene inkluderte personer som hadde kroniske smerter. Kriteriene for den kroniske smerten var noe varierende i de ulike studiene. Otones et al. (2020, s. 3) og Nøst et al. (2018, s. 3) inkluderte personer med kronisk smerte i minst tre måneder, mens Ilgen et al. (2016, s. 1386) og Ilgen et al. (2020, s. 1226) tok med personer med moderat til høy smerte i minst tre måneder. Populasjonen i studien til Ilgen et al. (2016, s. 1386) og Ilgen et al. (2020, s. 1226) hadde en ruslidelse i tillegg til de kroniske smertene. Morales-Fernández et al. (2020, s. 256) samlet inn deltakerne fra en smerteklinikk for kroniske smerter, men hadde

ingen spesifikke kriterier for smertevarighet. Broderick et al. (2014, s. 3) inkluderte deltakere med moderat til høy smerte i over seks måneder. Andelen kvinner inkludert i studiene varierte fra 11% til 88%, mens andelen menn varierte fra 12% til 89%. Gjennomsnittsalderen varierte fra 34,8 til 77 år. Studier som skiller seg ut i forhold til populasjonen er Broderick et al. (2014, s. 3), som undersøkte personer med osteoartritt og Otones et al. (2020, s. 2) hvor deltakerne klassifiseres som pre-skrøpelige (pre-frail).

Lengden av oppfølgingen varierte. Studien til Morales-Fernández et al. (2020, s. 255) hadde oppfølging rett etter intervensjonen, seks og ni måneder. Studien til Broderick et al. (2014, s. 3) og Nøst et al. (2018, s. 3) hadde oppfølging rett etter intervensjonen, seks og tolv måneder. Ilgen et al. (2016, s. 1386) og Ilgen et al. (2020, s. 1227) hadde oppfølging etter tre, seks, og tolv måneder. Otones et al. (2020, s. 2) hadde oppfølging rett etter intervensjonen og tre måneder, og var det eneste studien som ikke hadde oppfølging over lengre tid.

5.1.2 Intervensjonene og sykepleiers rolle i gjennomføringen

Alle utvalgte artikler er rettet mot ikke-medikamentelle tiltaks effekt på kroniske smerter og deltakernes mestringsfølelse. Studiene tar i bruk ulike intervensjoner. Broderick et al. (2014, s. 6) tar i bruk en form av kognitiv atferdsterapi hvor man fokuserer på å øke pasientens kontroll over egne smerter gjennom mestringsstrategier. Ilgen et al. (2016, s. 1386) og Ilgen et al. (2020, s. 1227) ser på smertemestring i form av ImPAT, som er en kombinasjon av kognitiv atferdsterapi og akseptbaserte (acceptance based) mestringsstrategier med hovedvekt på å unngå å bruke rusmidler for smertelindring. Morales-Fernández et al. (2020, s. 257) gjennomførte kognitiv atferdsterapi med hovedfokus på pasientundervisning og smertemestring. Nøst et al. (2018, s. 3) tok i bruk smertemestring som baserte seg på blant annet kognitive atferdsstrategier, undervisning, og lette bevegelsesøvelser. Kontrollgruppen til Nøst et al. (2018, s. 4) mottok fysisk aktivitet i form av styrketrening og gåturer som tiltak, og dette ble sett på opp mot effekten av den kognitive atferdsterapien som

intervensjonsgruppen mottok. Otones et al. (2020, s. 3) ser på undervisning og et åtte-ukers treningsprogram som et tiltak for smertelindring av kroniske smerter.

I studiene til Morales-Fernández et al. (2020, s. 257) ble intervensjonen utført av en sykepleier spesialisert innen kronisk smerte, som også hadde mottatt to måneder med opplæring. I studien til Otones et al. (2020) kommer det ikke tydelig frem hvem som utførte intervensjonen, men studien ble funnet ved hjelp av søkeordet "nurse", og vi går dermed ut fra at en sykepleier var med på utføringen. Broderick et al. (2014, s. 7) hadde sykepleiere som utførte intervensjonen etter to dager opplæring. Sykepleierne måtte bli kvalitetssikret før de fikk møte pasientene, og mottok mer opplæring hvis de ikke bestod kvalitetssikringen. Studiene til Ilgen et al. (2016, s. 1387) og Ilgen et al. (2020, s. 1227) er gjennomført av masternivå terapeuter. Intervensjonen til Nøst et al. (2018, s. 4) ble utført av ansatte med bakgrunn innen fysioterapi, kroniske smerter, atferdsendringer og egenmestring.

5.1.3 Effekt av intervensjonene

Selv om studienes intervensjoner er ulike, er det flere av de samme utfallsmålene. Alle studiene måler smerteintensitet. Studiene viser en signifikant forbedring i smerteintensiteten hos deltakerne. I tillegg måler studiene, med unntak av Ilgen et al. (2016, s. 1386-1387) og Ilgen et al. (2020, s. 1227), livskvalitet. Alle studiene som målte livskvalitet, med unntak av Broderick et al. (2014, s. 10), viste en forbedret livskvalitet.

Studiene måler også flere andre faktorer som er sentralt i forhold til fremming av mestring. Broderick et al. (2014, s. 10) fant en signifikant forbedring for intervensjonsgruppen i smerteintensitet, fysisk funksjon, psykisk stress, bruk av mestringsstrategier, mestringstro, utmattelse, tilfredshet med egen helse, og en redusert bruk av smertestillende. Effekten var fortsatt signifikant tolv måneder etter intervensjonen, utenom mestringstro (Broderick et al., 2014, s. 11).

Studien til Otones et al. (2020, s. 4-6) viste en signifikant forbedring av livskvaliteten, smerteintensitet og fysisk funksjonsnivå. Livskvalitet og fysisk funksjonsnivå hadde forbedring både rett etter intervensjonen og etter tre måneder. Smerteintensitet hadde kun signifikant forbedring rett etter intervensjonen, men denne var ikke lenger signifikant etter tre måneder.

Det var en signifikant forbedring i angst og depresjon, smerteintensitet, og livskvalitet etter intervensjonen i studien til Morales-Fernández et al. (2020, s. 261-262). Den mentale scoren hadde forbedring etter tre, seks og ni måneder etter intervensjonen, mens den fysiske scoren kun hadde signifikant forbedring etter tre måneder.

Både rett etter intervensjonen, seks måneder etter, og tolv måneder etter intervensjonen, viste Nøst et al. (2018, s. 7-9) en signifikant forbedring i smertefølelse hos deltakerne i både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Det var derimot ingen signifikant forskjell mellom gruppene. Begge gruppene mottok ikke-medikamentelle tiltak (Nøst et al., 2018, s. 3-4).

Studien til Ilgen et al. (2016, s. 1389) fant en redusert smerteintensitet tre, seks og tolv måneder etter intervensjonen. Intervensjonsgruppen opplevde også bedre smerterelatert funksjonalitet. Ilgen et al. (2020, s. 1229-1230) viste at intervensjonen førte til bedret smertetoleranse hos menn, og mindre smerteintensitet hos kvinner, både etter intervensjonen og tolv måneder senere.

6.0 Diskusjon

6.1 Resultatdiskusjon

6.1.1 Smertemestring gjennom å se individet

Pasienter med opioidavhengighet og kroniske smerter har over tid tilegnet seg nyttig kunnskap om deres symptomer og lidelse som kan anvendes i smertemestringen (Kristoffersen, 2017, s. 372). En slik erfaringskompetanse ser ut til å tilsvare Benner og Wrubels betegnelse "ekspertpasient" (Konsmo, 1998, s. 138). Denne kunnskapen kan kun oppnås gjennom levd erfaring og er derfor en kunnskap som sykepleieren vanligvis verken har eller kan videreformidle (Kristoffersen, 2017, s. 372). I stedet kan kompetansen brukes for å åpne for refleksjon og dialog mellom pasienten og sykepleier. For eksempel kan pasientene komme med konkrete metoder de har brukt for å mestre en hverdag med opioidavhengighet og kroniske smerter. Sykepleieren kan lytte og bekrefte pasientens utsagn, og deretter komme med veiledning og hjelp til å ta i bruk individualiserte og nye ferdigheter. Sammen kan de legge grunnlaget for mestring av pasientens kroniske smerter.

Imidlertid trekker omsorgsteorien til Benner og Wrubel frem at innsikten pasienter med kroniske smerter har til sin egen tilstand ofte ikke blir tatt på alvor av helsepersonell (Konsmo, 1998, s.138). Trolig kan stigmatiserende holdningene fra sykepleieres side overskygge pasientens erfaringskompetanse. Det kan tenkes at dette kan skje om sykepleieren ikke anser pasientens utsagn som troverdig, eller at pasientens kunnskap er motstridende til sykepleierens kompetanse og det nye perspektivet dermed oppleves som truende for sykepleieren. Dersom pasienten opplever å ikke bli trodd, kan det føre til at viktig informasjon blir holdt tilbake i frykt for å irritere helsepersonellet (Konsmo, 1998, s.138). I en studie ved norske mestrings- og læringscentre ble det funnet at det burde satses på økt anerkjennelse av pasientens kompetanse blant helsepersonell (Kristoffersen, 2017, s. 372). Om pasienten opplever at både ens smerter og ens opioidavhengighet stigmatiseres mer av behandleren enn hos andre pasientgrupper, kan dette muligens føre til en følelse av å ikke høre til. Da manglende tilhørighet kan true mestring hos pasienter (Konsmo, 1998, s.

92), kan opioidavhengige med kroniske smerter som opplever manglende tilhørighet være utsatt for dårligere grunnlag for mestring.

På tross av dette er det lovfestet at sykepleier skal arbeide for adekvat smertelindring til opioidavhengige pasienter med kroniske smerter, da hele befolkningen skal ha lik tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet (pasient- og brukerrettighetsloven, §1-1, 1999). Mestring av sykdom er noe av det sentrale en sykepleier skal tilrettelegge for (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1; NSF 2019). Overvinnelse av stigmatiserende holdninger hos sykepleier kan åpne for dialog mellom sykepleier og pasient, som videre kan fremme pasientens tilhørighet og dermed også deres muligheter til mestring. Sykepleieren bør forsøke å unngå at sin egen oppfatning av pasientens situasjon overskygger pasientens faktiske behov. I stedet bør sykepleieren fremstå som åpen for nye perspektiver til mestringsmuligheter hos den enkelte (Konsmo, 1998, s. 33).

Nortvedt (2017, s. 173) poengterer at smerte er et subjektivt fenomen, og måten vi formidler og uttrykker smerten er individuelt. En individualisert tilnærming kan være sentral i møte med pasienter med opioidavhengighet og kroniske smerter da alle mennesker har ulike utgangspunkt og ressurser som de kan ta i bruk for å mestre smertene sine. Sykepleieren burde derfor sette seg inn i hver enkelt pasients situasjon for å best kunne se hans muligheter til mestring. Dette støttes videre av Benner og Wrubel som nevner viktigheten av at en sykepleier er involvert i pasientens situasjon med hele seg for å kunne se hans muligheter til mestring (Konsmo, 1998, s.38).

I tillegg kan det tenkes at sykepleiere som tror på pasienten når de forteller om sine smertefølelser kan hjelpe å bane vei for smertemestring, da denne pasientgruppen ofte opplever å ikke føle seg forstått (Den Norske Legeforening, 2009, s. 21). Viktigheten av at pasienten føler seg hørt blir støttet av studien til Nøst et al. (2018, s. 3). Her vises en positiv effekt av et tiltak der pasienter med kroniske smerter får dele sine erfaringer hos andre som

er i en lignende livssituasjon, og at dette har fått utslag gjennom bedring i pasientens smertefølelser (Nøst et al., 2018, s. 9). Dette kan muligens peke på at deling av egne smerteerfaringer bidrar til økt mestring av smerter. Det ble derimot også tatt i bruk flere ikke-medikamentelle tiltak i samme intervensjon, og det kan derfor ikke garanteres at denne positive effekten skyldes delingen av erfaringer.

Sykepleier kan øke sin kunnskap ved å lytte til pasientens situasjon, samtidig som pasienten kan føle seg sett og hørt, og kjenne på en følelse av tilhørighet ved å dele sine erfaringer med andre pasienter i like livssituasjoner. En slik økt tilhørighet kan lede til et bedre grunnlag for smertemestring. Det er mulig at dette også kan være tilfelle hos pasienter med samtidig opioidavhengighet og kroniske smerter, og det hadde dermed vært interessant å se en studie på lignende tiltak hos denne konkrete pasientgruppen. Det er derimot mulig at denne pasientgruppen ser på deling av erfaringer som utfordrende da de ofte blir stigmatisert for sin livssituasjon.

Sykepleieren bør få tid til å involvere seg i pasientens situasjon for å kunne se hvilke ressurser pasientens har, som deretter kan brukes i mestringsarbeidet. Vi kan tenke oss at et tidspress kan true en slik relasjonsbygging mellom pasienten og sykepleieren. Kristoffersen (2017, s. 395) beskriver derimot at selv korte samtaler kan være av stor verdi for å fremme atferdsendring. Ut fra dette kan trolig en kort samtale starte en endringsprosess som kan føre til økt mestring av de kroniske smerter. Korte samtaler på bare få minutter kan ha stor betydning for å øke pasientens bevissthet om hvorfor atferdsendringen er aktuelt og å sette i gang endringsprosessen (Kristoffersen, 2017, s. 395). Det kan dermed være aktuelt å tenke at mestring av kroniske smerter gjennom korte samtaler også kan ha en overføringsverdi til steder i helsevesenet hvor tidspress er en utfordring.

Omsorgsteorien fokuserer altså på at sjansen for å lykkes med stressmestring forsterkes ved å se hele individet. Dette kan oppnås ved at sykepleieren jobber parallelt på flere områder,

ved at man ser hele individet, samtidig som sykepleier forsøker å legge til rette for endring i både pasientens atferd, og pasientens tankegang (Konsmo, 1998, s.127). Ikke-medikamentelle tiltak som dekker både det fysiske og det psykiske, slik som en kombinasjon av fysisk aktivitet, kognitiv atferdsterapi, og bruk av ulike mestringsstrategier, kan sees som slike muligheter for atferds- og tankegangsending.

6.1.2 Smertemestring gjennom fysisk aktivitet

Studien til Otones et al. (2020, s. 4-6) viser at fysisk aktivitet fører til redusert smerteintensitet, bedret fysisk funksjonsevne, og økt livskvalitet. Funnene i denne artikkelen peker med andre ord på at fysisk aktivitet kan føre til mestring da det gir pasienten bedre forutsetninger til å kunne leve med smertene. Nøst et al. (2018, s. 9) så i utgangspunktet på kognitiv atferdsterapi som intervensjon, men kontrollgruppen som mottok fysisk aktivitet som tiltak, fikk positive utslag på smertefølelse i lik grad som intervensjonsgruppen. Disse studiene underbygger dermed at fysisk aktivitet fungerer som en atferdsmessig anstrengelse som gjør at en takler stresset, altså kroniske smerter, noe bedre. Funnene støttes videre av anbefalinger for kroniske smerter fra Aktivitetshåndboken (Börjesson et al., 2009, s.586), som sier at fysisk aktivitet er avgjørende for et bedre forløp og redusert lidelse. Ut fra dataen fra studiene kan det altså se ut til at fremming av fysisk aktivitet kan gi økt smertemestring hos pasientene.

Til tross for dette finnes det faktorer som kan by på utfordringer knyttet til fremming av fysisk aktivitet. Aktivitetshåndboken peker på hvordan manglende kunnskap hos pasienten kan føre til inaktivitet (Börjesson et al., 2009, s.586). Det kan trolig være en aktuell utfordring for vår pasientgruppe siden ruspasienter ofte har en overdreven tro på at kun opioider kan ta knekken på de kroniske smertene (Den Norske Legeforening, 2009, s. 33). Dessuten kan langvarig opioidbruk føre til såkalt opioidindusert hyperalgesi, som vil si økt smertesensitivitet (Laroche et al., 2012, s. 447). Om vi anvender Benner og Wrubels omsorgsteori kan det tenkes at opioidavhengige kanskje unngår fysisk aktivitet fordi de er bekymret for at smertene skal være til stede eller forsterkes under bevegelse (Konsmo,

1998, s. 138). Dette kan ha likhet med katastrofetenkning, som er en forventet forverrelse av smerte (Börjesson et al., 2009, s.586).

Regelmessighet av fysisk aktivitet er nødvendig for å oppnå smertelindring og forbedre fysisk funksjonsevne (Börjesson et al., 2009, s. 590). Mange har utfordringer med oppstart og etablering av kontinuitet i treningen (Prochazka & Bu, 2009, s.204). Studien til Otones et al. (2020, s. 7) kan støtte dette da intervensjonsgruppen hadde redusert smerteintensitet rett etter intervensjonen, men ikke beholdt en signifikant forskjell tre måneder senere. Dette kan være fordi pasientene ikke opprettholdt sin fysiske aktivitet etter intervensjonen. Katastrofetenkningen og smerter i oppstartsfasen av trening er imidlertid ikke uvanlig. Denne «stølheden» er ufarlig og forbigående, og skyldes at utrente ledd og muskler utsettes for uvante påkjenninger (Opava & Nisell, 2009, s.515). En slik stølhet kan potensielt føre til at personene stopper med den fysiske aktiviteten i frykt for smertene.

En eventuell katastrofetenkning og bekymring for smerter ved aktivitet bunner trolig i mangelfull eller feilaktig kunnskap hos pasienten. Her kan sykepleieren gi pasienten god kunnskap om lidelsen, som skaper et solid grunnlag å basere valg på. Studien til Morales-Fernández et al (2020, s. 261-262) tydeliggjør den positive effekten av informasjon og undervisning fra sykepleie om helse og sunn livsstil. Etter en kombinasjon av mestringsstrategier og undervisning, ble det hos pasientene registrert redusert angst og depresjon, redusert smerteintensitet, og økt livskvalitet. Det kan dermed være aktuelt at sykepleier opparbeider seg et godt kunnskapsgrunnlag rundt fysisk aktivitet, sunn livsstil, og smerter, og videreformidler dette til pasienten. Dette kan redusere risikoen for at frykt og katastrofetenkning stopper hans fysiske aktivitet. Sett at pasienten har kunnskap om det han opplever, får delta i beslutninger og får muligheten til å gjøre noe med situasjonen, øker opplevelsen av kontroll (Kristoffersen, 2017, s. 360). Det livet pasienten tidligere hadde kan ha blitt endret som følge av de kroniske smertene. Trolig vil derfor en gjenvinnelse av kontroll over eget liv være knyttet til økt mestring av smertene. Det kan tenkes at sykepleier kan hjelpe pasienten med å gjenvinne denne kontrollen ved å se hvert individ.

En annen måte å fremme mestring gjennom fysisk aktivitet, er at sykepleier igjen tar i bruk en individualisert tilnærming. Alle pasienter er ulike med forskjellige ressurser, og det kan tenkes at én type fysisk aktivitet ikke nødvendigvis passer alle. En mulig måte å motivere den enkelte til oppstart og kontinuitet i den fysiske aktiviteten kan være å bli kjent med hvilke aktiviteter pasienten selv kunne ønske å ta i bruk. Dette støttes av Benner og Wrubel (Konsmo, 1998, s.122), som påpeker viktigheten av å ha en treningsform som pasienten liker, og som er mulig å implementere i personens hverdag for så å skape kontinuitet i treningen. Også her er det sentralt å bli kjent med hver enkelt pasient for å kunne vite hvilke aktiviteter de liker. Forøvrig viser flere studier at støtte og god oppfølging kan være avgjørende for å lykkes med atferdsendringer, deriblant fysisk aktivitet (Kristoffersen, 2017, s. 394). God oppfølging fra sykepleiere kan muligens bidra til å sikre regelmessighet i pasientens fysiske aktivitet.

6.1.3 Smertemestring gjennom kognitiv atferdsterapi

Ilgen et al. (2016, s. 1387) og Ilgen et al. (2020, s. 1227) tar i bruk kognitiv atferdsterapi-intervensjoner som blir implementert av terapeuter, og ikke spesifikt av sykepleiere. Dette er også de eneste studiene som ser på ikke-medikamentelle tiltak som smertelindring hos spesifikt rusavhengige, deriblant opioidavhengige. Det kan stilles spørsmål om disse tiltakene er mulige for en opplært sykepleier og utføre, slik som i studien til Broderick et al. (2014) og Morales-Fernández et al. (2020), samt om effektene hadde vært like sterke da som når de gjennomføres av en spesialisert terapeut. Kristoffersen (2017, s. 361) nevner at ulike studier fra hele verden viser til at sykepleiere er godt egnet til å utføre lærings- og mestringsarbeid, og trekker frem at sykepleiere med spesifikk fag- og pedagogisk kompetanse vil kunne avlaste selv allmennlegene med mye veiledning og undervisning rettet mot mestring og læring for mange pasientgrupper.

I studiene til Broderick et al. (2014, s. 3) og Morales-Fernández et al. (2020, s. 257) blir derimot kognitiv atferdsterapi utført av en sykepleier. Effekten av disse tiltakene var

positive med tanke på både smerteintensitet og smertemestring. Broderick et al. (2014, s. 2) trekker i tillegg frem at deres intervensjon vanligvis utføres av psykologer, men at sykepleiere ser ut til å kunne utføre samme intervensjon med gode effekter så lenge de har blitt gitt opplæring. Studien krevde her i utgangspunktet to dager med opplæring, noe som kan tenkes å være lite ressurskrevende eller tidkrevende fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Etter opplæringen måtte sykepleier gjennomføre en kvalitetssikring for å forsikre at de var godt nok opplært til å kunne utføre tiltakene. Dersom sykepleieren ikke bestod kvalitetssikringen, ble det gitt mer opplæring frem til sykepleieren bestod.

I Morales-Fernández et al. (2020, s. 257) ble intervensjonen utført av sykepleiere spesialisert innen kronisk smerte, som hadde mottatt to måneder med opplæring. En slik prosess kan sannsynligvis bli dyrere og mer ressurskrevende å gjennomføre enn to-dagers prosessen man ser i Broderick et al. (2014). Hvor mange ekstra opplæringsvakter som kreves vil nok variere fra sykepleier til sykepleier. Funnene i Broderick et al. (2014) viser derimot at tiltakene førte til redusert smertefølelse og økt mestringsfølelse i pasientgruppen med kroniske smerter uavhengig av antall dager sykepleier var under opplæring. Det kan dermed tenkes at en sykepleier kunne ha gjennomført denne atferdsterapien med positiv effekt så lenge de har fått nok opplæring i forkant.

På tross av dette viser nasjonale retningslinjer for smertelindring (Den Norske Legeforening, 2009, s. 33) til viktigheten av at smertebehandlingen for kroniske smerter hos opioidavhengige skjer i samarbeid med personer med rusfaglig kompetanse. Studien til Nøst et al. (2018, s. 2) nevner at det trengs generelt mer forskning rundt mestringsintervensjoner for kroniske smerter hvor de utføres av ikke-spesialister, slik som sykepleiere uten en spesifikk videreutdanning. Man kan dermed tenke seg at sykepleiere med spesialisering innenfor rus og smertebehandling bør stå i førsterekken for å gi slike ikke-medikamentelle tiltak. Det er derimot ikke sikkert at ressurser i samfunnet strekker til for å gi nok sykepleiere utdanningen dette krever på landsbasis. Det hadde derfor vært interessant å se mer forskning på effektene av slike tiltak gjennomført av sykepleiere uten spesialisering.

De yrkesetiske retningslinjene nevner at sykepleier skal ivareta den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2019). Dersom det blir krevende å gi

sykepleiere opplæring til å gjennomføre kognitiv atferdsterapi, eller dette ikke viser positive resultater på samme nivå som når tiltaket gjennomføres av spesialister, er det sentralt å huske på viktigheten av tverrfaglig samhandling. §4 i Helsepersonelloven (1999) viser til at helsepersonell skal henvise pasienter videre eller innhente nødvendig bistand fra annet kvalifisert personell der egne faglige kvalifikasjoner ikke strekker til, og dersom pasientens behov tilsier dette. Samarbeid og samhandling med annet helsepersonell er derfor essensielt for at pasientrettighetene til behandling blir opprettholdt, og at en adekvat smertelindring tilstrebes. Noen smerteklinikker i Norge er allerede drevet tverrfaglig, og man har her tilgang til psykologer og fysioterapeuter som kan bidra med spesialisert kunnskap (Helsedirektoratet, 2015, s. 17).

6. 2 Metodediskusjon

Vi anerkjenner at ulike valg vi har tatt i søkeprosessen kan ha påvirket våre funn. Det er for eksempel både fordeler og ulemper ved å avgrense søket med inklusjons- og eksklusjonskriterier. Eksklusjonskriteriene var blant annet studier publisert før 2012, og som ikke var på engelsk, norsk, svensk eller dansk. Fordelen ved å avgrense søket på denne måten, er at det blir mer spesifikt rettet mot det vi ønsker å finne ut av. I tillegg finner vi det nyeste av forskning ved å kun inkludere forskning som ikke er mer enn ti år gammel. På den andre siden vil disse kriteriene gjøre at vi ikke får tak i all relevant forskning som eksisterer i databasene. I tillegg kan vi ha gått glipp av relevant forskning om det er på et språk annet enn de nevnte i eksklusjonskriteriene våre.

I vårt litteratursøk valgte vi ut databaser vi antok var relevante å gjennomføre søk i. En fordel med en slik utvelgelse av databaser kan være at databasen har spesielt mye forskning på vårt tema. En svakhet ved å kun gjennomføre søk i noen få databaser er at vi kan ha gått glipp av relevante forskningsartikler som kun eksisterer i andre databaser. Dessuten er det ofte brukt forskjellige søkeord i ulike databaser, og dersom vi hadde tatt i bruk andre søkeord hadde vi muligens kommet frem til andre resultater som kunne vært relevante for vår oppgave.

Det er også første gang vi gjennomfører en litteraturstudie på denne skalaen, noe som utgjør en svakhet i seg selv. Vi har lite erfaring med å lese forskningsresultater, noe som kan ha ført til feiltolkning av funnene i artiklene. Alle artiklene vi har funnet er skrevet på engelsk. Dette er et språk vi begge behersker relativt godt. Likevel er det viktig å presisere at det kan forekomme fortolkningsfeil når vi anvender forskning på et annet språk enn vårt eget morsmål. Vi kan derfor ikke garantere at vi har tolket hverken språkbruken eller resultatene av forskning korrekt.

Alle de seks artiklene vi valgte ut er randomiserte kontrollerte studier (RCT, randomised controlled trial). På den ene siden anbefales RCT-studier som den mest pålitelige metoden for å avgjøre effekten av tiltak (Thidemann, 2019, s. 73), noe som samsvarer med vårt kjernesporsmål. På den andre siden trekker Thidemann (2019, s. 79) også frem at én metodisk tilnærming ikke kan ansees som den eneste rette, og at kvalitative og kvantitative tilnærminger bør kombineres for å oppnå et sterkere resultat og mer helhetlig og nyansert forståelse. Ved å bare ta i bruk RCT-studier i denne bacheloroppgaven er det en risiko for at vi har fått et ensidig syn på problemstillingen, da vi ikke har noen kvalitative tilnærminger som kunne ha utfyllt svakhetene ved den kvantitative metoden. Når vi diskuterer stigmatisering og sykepleieres holdninger overfor pasientgruppen, kunne muligens studier som omhandlet pasienters egne erfaringer og opplevelser ha forsterket vårt kunnskapsgrunnlag i drøftingen.

Vi har også valgt å ta i bruk to studier (Ilgen et al., 2016, Ilgen et al., 2020) hvor intervensjonen er lik, og flere av forskerne er de samme. Dette er noe vi har valgt å gjøre da vi fant svært få artikler som omhandlet ikke-medikamentelle tiltak overfor pasienter med samtidig opioidavhengighet og kroniske smerter. Ved å bruke to studier som er så like, risikerer vi å ha fått et ensidig syn på effekten av tiltakene, og det kan tenkes at man kunne fått et mer helhetlig syn dersom man hadde flere studier gjennomført av ulike forskere

overfor denne pasientgruppen. Studiene selv trekker frem at det mangler forskning hos denne konkrete pasientgruppen (Ilgen et al., 2016, s. 1385-1386; Ilgen et al., 2020, s. 1230).

Grunnet manglende forskning innen vår nøyaktige problemstilling, valgte vi også å gjennomføre søk på ikke-medikamentelle tiltak overfor pasienter med kroniske smerter, men uten en kjent opioidavhengighet. Studiene viser oss effekter av ikke-medikamentelle tiltak overfor kroniske smerter generelt, men vi kan ikke garantere at disse effektene hadde gitt de samme resultatene hos pasienter med opioidavhengighet. Vi har forsøkt å drøfte overføringsverdien av tiltakene til vår pasientgruppe. Uten relevant forskning innenfor denne konkrete gruppen er det en risiko for at effektene av tiltakene ikke samsvarer med de man har sett i pasientgrupper uten kjent opioidavhengighet. Dette forsterker derimot viktigheten av at temaet må forskes mer på.

7.0 Oppsummering

Ikke-medikamentelle tiltak som fysisk aktivitet og kognitiv atferdsterapi har vist seg til å ha positiv effekt på både smertefølelse og mestringsfølelse for de med kroniske smerter. Det gjenstår å se om disse effektene er like store hos en pasientgruppe med opioidavhengighet. Videre er en adekvat smertelindring av denne pasientgruppen ikke bare lovpålagt, men det kan også sees som gunstig fra et samfunnsøkonomisk perspektiv, da rehabilitering, behandling og uføretrygd ofte er dyrt og ressurskrevende for samfunnet. Det kan tenkes at ikke-medikamentelle smertelindringstiltak er et godt supplement til en medikamentell smertelindring hos denne pasientgruppen, og at flere av disse tiltakene kan gjennomføres av sykepleiere så lenge opplæring har blitt gitt.

Mestring ser ut til å fremmes ved å se, høre og forstå den enkelte pasienten, og å tilpasse fysisk aktivitet og kognitiv atferdsterapi deretter. Sykepleiere kan bidra med å fremme smertemestring hos denne pasientgruppen ved å unngå stigma og negative holdninger

rundt kroniske smerter og opioidavhengighet. Sykepleieren kan muligens redusere sitt stigma gjennom å anerkjenne og anvende pasientens egen kunnskap om sine smerter, og ha en individuell tilnærming til pasienten. Det er sentralt å huske på viktigheten av tverrfaglig samhandling og eventuelle henvisninger til andre spesialister der pasientens behov tilsier dette. Vi kunne ønske det ble sett mer på mulighetene for opplæring av sykepleiere til å utføre flere typer ikke-medikamentelle tiltak, samt mer forskning rundt ikke-medikamentell smertelindring hos pasienter med samtidig opioidavhengighet og kroniske smerter.

8.0 Litteraturliste

Aas, A. (2018). *Smerteboken: Fra vondt til bedre*. Dreyers forlag.

Broderick, J. E., Keefe, F. J., Bruckenthal, P., Junghaenel, D. U., Schneider, S., Schwartz, J. E., Kaell, A. T., Caldwell, D. S., McKee, D., Reed, S., & Gould, E. (2014). Nurse practitioners can effectively deliver pain coping skills training to osteoarthritis patients with chronic pa: A randomized, controlled trial. *Pain*, 155(9), <https://doi.org/10.1016/j.pain.2014.05.024>

Börjesson, M., Mannerkorpi, K., Knardahl, S., Karlsson, J. & Mannheimer, C. (2009). *Smertes*. (Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf/_attachment/inline/e7710401-9ac5-4619-916d-ff15a9edb3d4:380162e0f16eef64d00906fc472987340fbcc711/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf

Danielsen, A., Berntzen, H., Almås, H. (2020). Sykepleie ved smerter. I Stubberud, D.G. & Grønseth, R. (red), *Klinisk sykepleie* bind 1 (5 utg.) (s.381-427). Gyldendal Norsk Forlag AS

Den norske legeforening. (2009). *Retningslinjer for smertelindring*. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>

Den norske legeforening (2012).

Helsinkideklarasjonen. <https://www.legeforeningen.no/fag/forskning/helsinkideklarasjonen/>

Halvorsen, J. S. (2012). AA (Anonyme Alkoholikere), 12-trinnsprogrammet og rusbehandling. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (2. utg., s. 275–301). Gyldendal akademisk.

Helsebiblioteket (2016 3. juni a), *PICO*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket (2016 3. juni b). *Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Helsedirektoratet. (2015). *Organisering og drift av tverrfaglige smerteklinikker*. (IS-2190). https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/organisering-og-drift-av-tverrfaglige-smerteklinikker/Organisering%20og%20drift%20av%20tverrfaglige%20smerteklinikker%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/0173dc62-5281-4ced-8da3-f28afe8ecaaa:4c4a5e20c8dac3ee001c5eef87e8d0c8d0ac16a6/Organisering%20og%20drift%20av%20tverrfaglige%20smerteklinikker%20%E2%80%93%20Veileder.pdf

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Høgh, M., Jensen, N.-H. & Pickering, A. P. (2015). *Smertebogen*. Munksgaard Forlag.

Høgskulen på Vestlandet (2020). *Rettleiar for bacheloroppgåva ved fakultet for helse- og sosialvitskap (FHS)*. <https://www.hvl.no/student/eksamen/heimeeksamen-og-oppgaveskriving/rettleiar-for-bacheloroppgava-ved-fhs/>

Ilgen, M. A., Bohnert, A. S., Chermack, S., Conran, C., Jannausch, M., Trafton, J., & Blow, F. C. (2016). A randomized trial of a pain management intervention for adults receiving substance use disorder treatment. *Addiction (Abingdon, England)*, 111(8), 1385–1393. <https://doi.org/10.1111/add.13349>

Ilgen, M. A., Coughlin, L. N., Bohnert, A., Chermack, S., Price, A., Kim, H. M., Jannausch, M., & Blow, F. C. (2020). Efficacy of a Psychosocial Pain Management Intervention for Men and Women With Substance Use Disorders and Chronic Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 77(12), 1225–1234. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2369>

Jellestad, F. K. (2012). Hjernen og rusavhengighet. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (2. utg., s. 75–88). Gyldendal akademisk.

Jensen, T. S., Dahl, J. B., Arendt-Nielsen, L., & Foreningen af Danske Lægestuderende. (2009). *Smerter : baggrund, evidens og behandling* (2. utg.). FADL.

Johansen, A. B. & Bramness, J. G. (2019). Psykososial og medikamentell behandling ved rusmiddellidelser. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 114-140). Cappelen Damm Akademisk.

Konsmo, T. (1998). *En hatt med slør - om omsorgens betydning for sykepleie - en presentasjon av Benner og Wrubels teori* (3 utg.). TANO A.S.

Kristoffersen, N. J. Å styrke pasientens ressurser (2017). I Grimsbø, G. H (red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.) (s.360-395). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J. Stress og mestring (2017). I Grimsbø, G. H (red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.) (s.244-252). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kriz, S. & Solberg, B. (2019). *Kognitiv Atferdsterapi*.
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-3-behandlingsmetoder-og-spesielle-arbeidsomrader/psykoterapi/kognitiv-atferdsterapi/>

Laroche, F., Rostaing, S., Aubrun, F. & Perrot, S. (2012). Pain management in heroin and cocaine users. *Joint Bone Spine*, 79(5), 446-450.
<https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2012.01.007>

Latif, Z.-E.H., Skjærvø, I., Solli, K.K. & Tanum, L. (2021). Chronic Pain Among Patients With an Opioid Use Disorder. *Am J Addict*, 30, 366-375.

<https://doi.org/10.1111/ajad.13153>

Ljoså, T. M. & Rustøen, T. (2007). Kronisk smerte, lidelse og håp. I E. Gjengedal & B.R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring* (2. utg., s. 60-102). Cappelen Akademisk.

Morales-Fernández, N., Jimenez-Martín, J. M., Morales-Asencio, J. M., Vergara-Romero, M., Mora-Bandera, A. M., Aranda-Gallardo, M., & Canca-Sanchez, J. C. (2020). Impact of a nurse- led intervention on quality of life in patients with chronic non-malignant pain: An open randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 77(1), 255–265. <https://doi.org/10.1111/jan.14608>

Nielsen, C. S., Steingrimsdottir, O. A., Skurtveit, S. O. & Handal, M. (2018, 16. april). *Langvarig smerte*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerte/>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, F (2017). *Smerte - en personlig og sammensatt erfaring*. I Grimsbø, G. H (red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.) (s.171-173). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Opioidanalgetika. (2020, 30. juni). I *Norsk legemiddelhandbok*. <https://www.legemiddelhandboka.no/L20.1.2/Opioidanalgetika>

- Nøst, T. H., Steinsbekk, A., Bratås, O., & Grønning, K. (2018). Twelve-month effect of chronic pain self-management intervention delivered in an easily accessible primary healthcare service - a randomised controlled trial. *BMC Health Services Research*, 18(1), N.PAG. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3843-x>
- Opava, C. H. & Nisell R. (2009). *Revmatoid artritt* (Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling). Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf/_attachment/inline/e7710401-9ac5-4619-916d-ff15a9edb3d4:380162e0f16eef64d00906fc472987340fbcc711/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf
- Otones, P., García, E., Sanz, T., & Pedraz, A. (2020). A physical activity program versus usual care in the management of quality of life for pre-frail older adults with chronic pain: randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 20(1).
<https://doi.org/10.1186/s12877-020-01805-3>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Prochazka, H., Bu, E. T. H. & Martinsen, E. W. (2009) *Avhengighet og misbruk*. (Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling). Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging>

[%20og%20behandling.pdf/_/attachment/inline/e7710401-9ac5-4619-916d-ff15a9edb3d4:380162e0f16eef64d00906fc472987340fbcc711/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf](#)

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.

Slørdal, L. (2018). Legemidler ved smerter. I H. Nordeng, O. Spigset, H. Nordeng, & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (3. utg., s. 325-335). Gyldendal Akademisk.

Tauben, D. & Stacey, B. R. (2020). Approach to the management of chronic non-cancer pain in adults. S.F. & M. C. (Red.), *UpToDate*. Hentet 15. desember 2021 fra https://www-uptodate-com.galanga.hvl.no/contents/approach-to-the-management-of-chronic-non-cancer-pain-in-adults?search=chronic%20pain%20management&source=search_result&selecte dTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2954965908

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.

Ytrehus, S. (2019). Familiens situasjon. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 215-233). Cappelen Damm Akademisk.

9.0 Vedlegg

Vedlegg 1: PICO

P Patient/problem <i>Hvilke pasienter/tilstand/sykdom dreier det seg om?</i>	I Intervention <i>Hvilken intervensjon/eksposisjon dreier det seg om?</i>	C Comparison <i>Hva sammenlignes intervensjonen med?</i>	O Outcome <i>Hvilke resultat/effekter er av interesse?</i>
Voksne med opioidavhengighet og kroniske smerter	Ikke-medikamentell behandling	<i>(Ikke aktuelt)</i>	Mestring Smertelindring
Adults with opioid dependence and chronic pain	Non-pharmacological treatment		Coping Pain relief

Vedlegg 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publiseringsår	2012-2022	Eldre enn 2012
Språk	Engelsk Norsk Dansk Svensk	Artikler på andre språk enn de i inklusionskriteriene
Populasjon	Kroniske smerter Opioidavhengige	Kreftmerter
Alder	18 år og eldre	Yngre enn 18 år
Kjønn	Begge kjønn	
Intervensjon	Ikke-medikamentelle tiltak	Medikamentelle tiltak
Studiedesign/metode	Fagfellevurdert forskning Tilgjengelig i fulltekst Kvalitativ og kvantitativ metode	Fagartikler, kronikker, kommentarer og uttalelser som ikke følger et strengt forskningsdesign.
Utfall	Mestring Endring i smertefølelse eller smerteopplevelse	

Vedlegg 3: Søkehistorikk database CINAHL

Cinahl	Søkeord	Antall treff
1	(MH "Substance Use Disorder") OR "substance use disorder"	35,489
2	(MH "Opioid Dependence") OR "opioid dependence"	1,592
3	S1 OR S2	36,413
4	(MH "Chronic Pain") OR "chronic pain"	35,439
5	(MH "Pain Management Intervention") OR "pain management intervention"	71
6	(MH "Coping Mechanism") OR "coping mechanism"	476
7	S5 OR S6	546
8	S3 AND S4 AND S7	4
9	Limiters - Published date 20120101-20221231; English language; Peer reviewed	3

Artikkel:

A randomized trial of a pain management intervention for adults receiving substance use disorder treatment.

Vedlegg 4: Søkehistorikk database CINAHL

Cinahl	Søkeord	Antall treff
1	(MH "Chronic Pain") OR "chronic pain"	35,439
2	(MH "Primary Health Care") OR "primary health care"	76,201
3	(MH "Pain Management") OR "pain management"	31,295
4	(MH "Non-Pharmacological") OR "non-pharmacological"	4,409
5	S3 OR S4	35,202
6	(MH "Quality of Life") OR "quality of life"	218,429
7	(MH "Coping") OR "coping"	65,129
8	S6 OR S7	276,502
9	S1 AND S2 AND S5 AND S8	39
10	Limiters - Published date 20120101-20221231; English language; Peer reviewed	32

Artikkel:

Twelve-month effect of chronic pain self-management intervention delivered in an easily accessible primary healthcare service - a randomised controlled trial.

Vedlegg 5: Søkehistorikk database EMBASE

Embase	Søkeord	Antall treff
1	chronic pain.mp. or chronic pain/	92834
2	"substance use disorder".mp. or "substance use disorder"/	54052
3	opioid dependence.mp. or opioid dependence/	20371
4	2 or 3	72266
5	pain management intervention.mp. or pain management intervention/	132
6	coping strategy.mp. or coping strategy/	69245
7	5 or 6	69367
8	1 and 4 and 7	44
9	limit 8 to yr="2012-Current"	34

Artikkel:

Efficacy of a Psychosocial Pain Management Intervention for Men and Women With Substance Use Disorders and Chronic Pain: A Randomized Clinical Trial.

Vedlegg 6: Søkehistorikk database EMBASE

Embase	Søkeord	Antall treff
1	chronic pain.mp. or chronic pain/	92834
2	nonpharmacological.mp. or nonpharmacological/	6652
3	physical acitivity.mp. or physical activity/	187238
4	exercise.mp. or exercise/	558470
5	2 or 3 or 4	698667
6	nurs*.mp. or nurs*/	838719
7	1 and 5 and 6	173
8	coping.mp. or coping/	108732
9	quality of life.mp. or quality of life/	704737
10	8 or 9	797442
11	7 and 10	62
12	limit 11 to yr="2012 -Current"	45

Artikkel:

A physical activity program versus usual care in the management of quality of life for pre-frail older adults with chronic pain: randomized controlled trial.

Vedlegg 7: Søkehistorikk database MEDLINE

Medline	Søkeord	Antall treff
1	chronic pain.mp. or Chronic Pain/	53235
2	coping*.mp. or Coping*/	65598
3	nonpharmacological.mp. or nonpharmacological/	5013
4	cognitive behavioral therapy.mp. or Cognitive Behavioral Therapy/	33560
5	physical activity.mp. or Physical Activity/	215033
6	3 or 4 or 5	252001
7	nurs*.mp. or Nurs*/	782335
8	1 and 2 and 6 and 7	12
9	limit 8 to yr="2012 -Current"	7

Artikkel:

Nurse practitioners can effectively deliver pain coping skills training to osteoarthritis patients with chronic pain: A randomized, controlled trial.

Vedlegg 8: Søkehistorikk database MEDLINE

Medline	Søkeord	Antall treff
1	chronic pain.mp.or Chronic Pain/	53235
2	health education.mp. or Health Education/	93537
3	nurs*.mp.	782335
4	nursing intervention.mp.	2936
5	3 or 4	782335
6	1 and 2 and 5	10
7	Limit 6 to 2012-2022	8

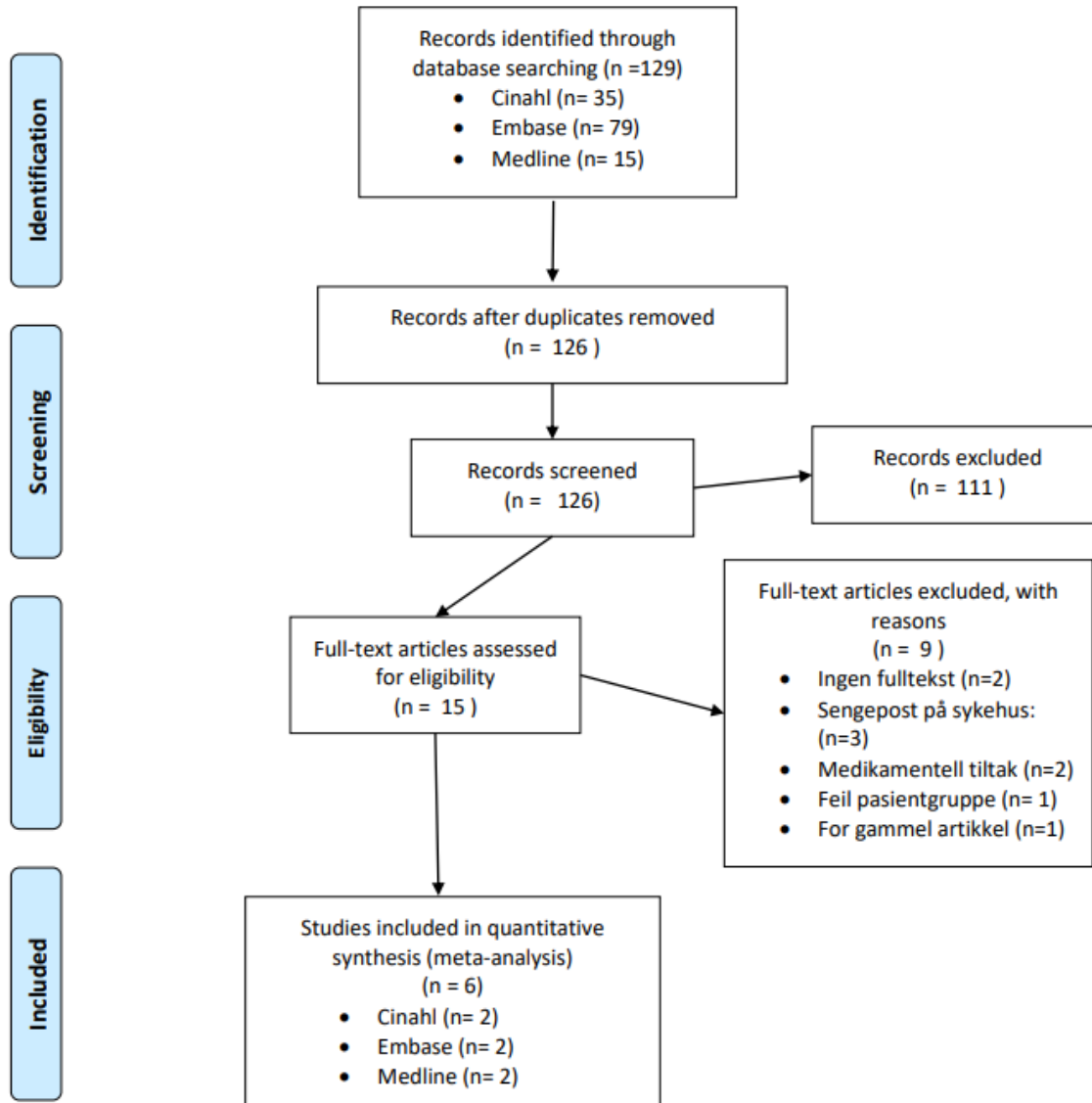
Artikkel:

Impact of a nurse-led intervention on quality of life in patients with chronic non-malignant pain: An open randomized controlled trial.

Vedlegg 9: Prisma flow diagram



PRISMA 2009 Flow Diagram



Vedlegg 10: Litteratormatrise

Metode			Resultat		Kvalitetsvurdering	
Tittel, Publiseringsår, Forfattere, Land, Studiedesign	Utvalg/ populasjon	Hensikt og intervensjon	Hovedfunn og konklusjon	Relevans/overføring sverdi	Styrker og svakheter	Etiske overveielser
<p>A randomized trial of a pain management intervention for adults receiving substance use disorder treatment.</p> <p>2016</p> <p>Ilgen, M. A., Bohnert, A. S., Chermack, S., Conran, C., Jannausch, M., Trafton, J., & Blow, F. C.</p> <p>Randomisert kontrollert studie (RCT)</p>	<p>Deltakerne var 129 veteraner som hadde kronisk smerte og ruslidelse. 89% menn og 11% kvinner. Alder 18+. De kroniske smertene hadde en intensitet på minst fire av ti, og hadde vart i minst tre måneder.</p>	<p>Hensikten med studien var å se på effekten av ImPAT (kombinasjon av kognitiv atferdsterapi og aksept-basert (acceptance-based) mestingsstrategier) sammenlignet med kontrollgruppen som mottok: supportive psychoeducational control (SPC) condition</p> <p>Både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen hadde gruppersamling på en time over ti uker som var ledet av master-nivå terapeuter.</p> <p>Sees på hvilken effekt intervensjonen har på primært: smerteintensitet, og sekundært: smerte-relatert funksjon, smertetoleranse, og antall dager med alkohol- og rusmiddelbruk de siste 30 dagene.</p> <p>Oppfølging var på tre, seks og tolv måneder.</p>	<p>Det var signifikant lavere smerteintensitet hos intervensjonsgruppen i tillegg til alkoholbruk. Det var også forbedret smerte-relatert funksjon for denne gruppen. Det viste ingen signifikante forskjeller på rusmiddelbruk.</p>	<p>Artikkelen inkludere personer med både ruslidelse og kronisk smerte, og er dermed svært relevant for vår problemstilling.</p> <p>Intervensjonen er ikke-medikamentell.</p>	<p><u>Styrker:</u> Inkluderer både personer som har ruslidelse og kroniske smerter.</p> <p>Deltakerne ble fordelt i de ulike gruppene med randomisering.</p> <p>Oppfølgingen var ofte og over lengere tid.</p> <p><u>Svakheter:</u> verken deltakere eller forskere var blindet grunnet intervensjonens karakter.</p> <p>Det var en overrepresentasjon av menn i studiet, og alle var veteraner.</p> <p>Det var en forsinkelse fra rekrutering til start av studien som kan ha resultert i en del frafall av deltakere.</p>	<p>Deltakerne oppga informert samtykke til studien.</p> <p>Studien er godkjent av en etisk vurderingskomitee.</p> <p>Det oppgis at det ikke er noen interessekonflikt er i studien.</p>

<p>Efficacy of a Psychosocial Pain Management Intervention for Men and Women With Substance Use Disorders and Chronic Pain.</p> <p>2020</p> <p>Ilgen, M. A., Coughlin, L. N., Bohnert, A., Chermack, S., Price, A., Kim, H. M., Jannausch, M., & Blow, F. C.</p> <p>Randomisert kontrollert studie (RCT)</p>	<p>510 deltakere som hadde kronisk smerte og ruslidelse. 51,76% menn, 48,24% kvinner, i alderen 18+. De kroniske smertene var av moderat til høy grad, og hadde vart i minst tre måneder.</p>	<p>Hensikten med studien var å se på effekten av ImPAT på kroniske smerter. Intervensjonsgruppen fikk åtte gruppeøkter på en time med ImPAT. Kontrollgruppen fikk åtte en-times økter med supportive psychoeducational control (SPC).</p> <p>ImPAT ser hvordan smerte er en psykososial modell som henger sammen med funksjon, forebygging av tilbakefall og mestringsstrategier for smerte.</p> <p>Intervensjonen ble gitt av master-nivå terapeuter. De hadde fått opplæring i både de spesifikke temaene for gruppeøktene og om god formidling av informasjonen.</p> <p>Det sees primært på om intervensjonen har effekt på smerteintensitet, smerte-relatert funksjon og smertetoleranse. Sekundært sees det på antall dager med alkohol- og rusmiddelbruk de siste 30 dagene.</p> <p>Oppfølging var etter tre, seks og tolv måneder.</p>	<p>Det var signifikant høyere smerte toleranse hos menn og mindre smerteintensitet for kvinner som fikk ImPAT. Ingen forskjell på alkohol og rusmidler mellom de to gruppene.</p>	<p>Artikkelen inkludere personer med både ruslidelse og kronisk smerte, og er dermed svært relevant for vår problemstilling.</p> <p>Intervensjonen er ikke-medikamentell.</p>	<p><u>Styrker:</u> Mange deltakere i studien.</p> <p>Inkluderer både personer som har ruslidelse og kroniske smerter.</p> <p>Deltakerne ble fordelt i de ulike gruppene med randomisering.</p> <p>Forskere som analyserte dataen var blindet for deltakernes intervensjon.</p> <p>Oppfølging med lang varighet.</p> <p>Relativt lik fordeling av menn og kvinner gjorde det mulig å se om kjønn utgjorde en forskjell i effekten av tiltakene.</p> <p><u>Svakheter:</u> Usikkerhet knyttet til årsaken til deltakernes kroniske smerte.</p> <p>Selvrapportering av smerte og rusbruk kan ha ført til under- eller overrapportering.</p>	<p>Deltakerne oppga informert samtykke til studien.</p> <p>Alle prosedyrene i studien er godkjent av en institusjonell vurderingskomitee.</p> <p>Studien har fulgt retningslinjer for RCT.</p>
--	---	---	---	---	---	--

<p>Impact of a nurse-led intervention on quality of life in patients with chronic nonmalignant pain: an open randomized controlled trial.</p> <p>2020</p> <p>Morales-Fernández, N., Jimenez-Martín, J. M., Morales-Asencio, J. M., Vergara-Romero, M., Mora-Bandera, A. M., Aranda-Gallardo, M., & Canca-Sanchez, J. C.</p> <p>Spania</p> <p>Randomisert kontrollert studie (RCT)</p>	<p>279 pasienter fordelt i de ulike gruppene med randomisering. Intervensjonsgruppe (n=174) og kontrollgruppe (n=105). Deltakerne var i alderen 18-70 år, både menn (32,3%) og kvinner (67,7%).</p> <p>Populasjonen hadde kroniske smerter i ulike deler av kroppen, forskjellig utdanningsnivå og hadde ulike tidligere behandling av smertene.</p> <p>Deltakerne ble rekruttert fra en smerteklinikk (poliklinikk) på et sykehus i Spania. Deltakerne måtte forstå spansk.</p>	<p>Hensikten med studien var å se om et sykepleier-ledet program for pasienter med kroniske smerter hadde effekt på livskvalitet, smertenivå, angst og depresjon, samt pasienttilfredshet. Intervensjonen innebar én individuell og seks gruppesamlinger på 90 minutter. Samlingene bestod av dialog og undervisning om helse og sunn livsstil. Deltakerne fikk undervisning om selvtillit, smertebevissthet, kommunikasjon og avslappingsteknikker.</p> <p>Intervensjonsgruppen mottok intervensjonen i tillegg til standard pleie. Kontrollgruppen fikk standard pleie, som var kontakt med anestesilege som gjør en klinisk undersøkelse, for å vurdere smertene og medikamentell behandling.</p> <p>Data ble samlet inn ved baseline, rett etter intervensjonen, etter seks og ni måneder.</p>	<p>Analysen tar for seg pasienter som fullførte minst fem av gruppeintervensjonene og fullførte programmets oppfølging. Frafallet var på 58 pasienter i intervensjonsgruppen og to i kontrollgruppen.</p> <p>Studiens viste at intervensjonsgruppen hadde ved ni måneders oppfølging hatt en positiv effekt på livskvalitet, smertenivå og mental helse. Effekten av funnene vedvarte og økte over tid. Forskerne mener at sykepleierintervensjoner burde være tilgjengelig som et supplement til vanlig medikamentell behandling.</p> <p>Det blir trukket frem behovet for videre forskning på mengde og innhold i intervensjonene og forskning på hvilken pasientgruppe best egnert for et slikt program. Å supplere</p>	<p>Studiens konklusjon viser positiv effekt på flere ulike faktorer som er sentral for økt mestring.</p> <p>Intervensjonen ble utført av sykepleier med en spesialisering i kroniske smerter som også hadde gjennomført en to-måneders opplæring.</p> <p>Det er en ikke-medikamentell intervensjon som ble gjennomført ved smerteklinikk og er dermed relevant for vår problemstilling.</p> <p>Deltakerne hadde smerter i forskjellige deler av kroppen, og kan altså peke på at intervensjonen kan ha effekt på ulike typer kroniske smerter.</p> <p>Selv om studiet er gjennomført i Spania, er det trolig en intervensjon som også er mulig å gjennomføre i Norge.</p>	<p>Styrker: Forskerne som analyserte resultatene var blindet.</p> <p>Ingen interessekonflikter blir oppgitt i studiet.</p> <p>Studien er evaluert og fulgt opp over ni måneder.</p> <p>Svakheter: Pasient og helsepersonell ble ikke blindet i studien, men det var naturlig grunnet intervensjonens utforming.</p> <p>Lang reisevei til behandlingssted førte til færre men lengere gruppemøter. Studiet påpekte at dette kan ha ført til noe av frafallet i studien.</p> <p>Det var ulikt antall deltagere i de to ulike gruppene.</p>	<p>Studien er godkjent av sykehusets etikk og forskningskomité.</p> <p>Informert samtykke ble gitt av deltagerne.</p> <p>Studien har fulgt retningslinjer for god forskningspraksis og etiske prinsipper fra Helsinkideklarasjonen.</p>
---	--	--	--	---	--	---

			med en kvalitativ studie blir også nevnt i konklusjonen.			
<p>Nurse practitioners can effectively deliver pain coping skills training to osteoarthritis patients with chronic pain: A randomized, controlled trial.</p> <p>2014</p> <p>Broderick, J. E., Keefe, F. J., Bruckenthal, P., Junghaenel, D. U., Schneider, S., Schwartz, J. E., Kaell, A. T., Caldwell, D. S., McKee, D., Reed, S., & Gould, E.</p> <p>USA</p> <p>Randomisert kontrollert studie</p>	<p>256 deltakere. Deltakerne hadde osteoartritt med kroniske smerter i kne og hofter. Smerteintensitet lå på minst fire av ti hos deltakerne, og hadde vart i minst seks måneder. Både menn (23,35%) og kvinner (76,65%) i alderen 21+ var med i studiet. Ingen av deltakerne hadde kjent rusmiddelbruk.</p>	<p>Hensikten med studien var å se om en sykepleier-ledet intervensjon med ti økter på 30-45 minutter av PCST (pain coping strategy therapy) hadde effekt på personer med kroniske smerter.</p> <p>Intervensjonen går ut på å lære pasienten kognitive og atferdsmessige ferdigheter for å oppnå bedre håndtering av smertene, og en forsterket følelsen av smertekontroll. Det er spesielt fokus på fire mestringsstrategier: avslapningsteknikker, oppmerksomhetsavledning, endring i aktivitet- og hvilemønstre, og redusere negative smerterelaterte tanker og følelser.</p> <p>Kontrollgruppen mottok sin vanlige behandling for osteoartritt.</p> <p>Det sees på om intervensjonen hadde effekt på følgende faktorer: smerteintensitet, fysisk funksjon, psykisk stress, mestringsstro, katastrofetenkning, livskvalitet og bruk av mestringsstrategier. Sekundært sees det også på utmattelse, tilfredshet med egen helse, sosial funksjon og bruk av smertemedikament.</p>	<p>Studien viste en signifikant forbedring for intervensjonsgruppen i smerteintensitet, fysisk funksjon, psykisk stress, bruk av mestringsstrategier, mestringsstro, utmattelse, tilfredshet med egen helse, og en redusert bruk av smertemedikamenter.</p> <p>Alle utfallsmålene viste en fremdeles effekt etter tolv måneder etter intervensjonen, med unntak av mestringsstro.</p>	<p>Intervensjonen ble utført av sykepleier og er en ikke-medikamentell intervensjon.</p> <p>Sykepleier gjennomfører intervensjonen etter to-dagers opplæring, selv om intervensjonen til vanlig er gjennomført av psykologer.</p> <p>Studiet ble gjennomført i to ulike deler av landet. Deltakernes etniske bakgrunn, utdanningsnivå, nivå av stress og uførhet varierte i de to ulike delene av landet. Dette kan være med å styrke overføringsverdien.</p>	<p><u>Styrker:</u> Studien ble gjennomført i to ulike regioner av landet.</p> <p>Forskerne som analyserte resultatene var blindet.</p> <p>Studien har lang oppfølgingstid (tolv måneder).</p> <p><u>Svakheter:</u> Forskerne trekker frem at det ikke ble undersøkt om sykepleiernes kompetansenivå hadde påvirkning på effekten på utfallsmålene.</p> <p>Det var en overrepresentasjon av kvinner i studien.</p> <p>Noen deltakere avslørte hvilken gruppe de tilhørte for de som skulle analysere dataen.</p>	<p>Ingen interessekonflikt er blitt oppgitt.</p> <p>Alle prosedyrene i studien er godkjent av en institusjonell vurderingskomitee.</p> <p>Skriftlig informert samtykke er gitt av alle deltakerne i studien.</p>

		Effekten av tiltak ble målt ved baseline, rett etter intervensjonen, etter seks og tolv måneder.				
<p>A physical activity program versus usual care in the management of quality of life for pre-frail adults with chronic pain: RCT.</p> <p>2020</p> <p>Otones, P., García, E., Sanz, T., & Pedraz, A Spania</p> <p>Randomisert kontrollert studie (RCT)</p>	<p>44 deltagere fordelt i de ulike gruppene med randomisering. Intervensjonsgruppe (n=24) og kontrollgruppe (n=20). Pasienter var 65 år eller eldre og var pre-skrøpelig (pre-frail) og hadde kroniske smerter.</p> <p>Deltakerne har kroniske smerter som har vart lengre enn tre måneder.</p> <p>32 deltagere gjennomførte tre-måneders oppfølgingen, menn (21,9%) og kvinner (78,1%).</p>	<p>Hensikten med studien var å se om et åtte ukers trenings- og undervisningsprogram på 60 minutter hadde positiv effekt på helse relaterte livskvalitet, nivå av skrøpeligheit, smerteintensitet, fysisk funksjonsnivå og depresjon hos personer som hadde kroniske smerter og var pre-skrøpelig.</p> <p>Intervensjonsgruppen mottok trenings- og undervisningsprogram, i tillegg til vanlig oppfølging fra primærhelsetjenesten.</p> <p>Kontrollgruppen mottok vanlig oppfølging fra primærhelsetjenesten. Dette innebærer en evaluering av funksjonsnivå, selvhjelpenhet og skrøpeligheitsnivå. De får også undervisning om blant annet ernæring og fysisk aktivitet.</p> <p>Effekten av tiltaket ble først målt ved baseline, så rett etter intervensjonen var gjennomført, og deretter en oppfølging etter tre måneder.</p>	<p>Deltakerne i intervensjonsgruppen hadde bedre helse relatert livskvalitet både rett etter intervensjonen og etter tre-måneders oppfølging sammenlignet med kontrollgruppen. Intervensjonsgruppen hadde mindre smerter og lavere nivå av skrøpeligheit rett etter intervensjonen. Fysisk funksjonsnivå hadde positiv effekt hos intervensjonsgruppen både etter intervensjonen og etter tre måneder.</p> <p>Konklusjon: trening- og undervisningsprogrammet hadde flere positive effekter for eldre som er pre-skrøpelige med kroniske smerter, sammenlignet med vanlig pleie.</p>	<p>Studien viser at et åtte ukers program med fysisk aktivitet kan gi økt livskvalitet samt minske skrøpeligheiten hos pasienten.</p> <p>Intervensjonen er ikke-medikamentell og utført av sykepleier.</p> <p>I Norge vil nok en fysioterapeut også kunne kobles inn i lignende intervensjoner.</p>	<p><u>Styrker:</u> Selve datainnsamlingen ble gjennomført nylig (2018-2019).</p> <p>Ingen bivirkninger eller uønskede effekter ble rapportert etter intervensjonen.</p> <p><u>Svakheter:</u> Det er få deltagere i studiet.</p> <p>Kort varighet på oppfølgingsperioden.</p> <p>Kommer ikke tydelig frem hvem som har utført intervensjonen, men keyword "nursing education" blir brukt for artikkelen.</p> <p>Manglende informasjon om deltakerne brukte smertestillende. I tillegg til manglende kunnskap om varighet og lokalisasjon på de kroniske smertene.</p>	<p>Skriftlig informert samtykke er gitt av alle deltakerne i studien.</p> <p>Studien er godkjent av to separate etiske forskningskomiteer</p>
<p>Twelve-month effect of chronic pain self-management intervention</p>	<p>121 deltagere henholdsvis 88% kvinner og 12% menn. Alder 18+</p>	<p>Studien så på effekten av gruppebasert smertemestringskurs på 2.5 time over seks uker</p>	<p>Både etter seks og tolv måneder etter studiet var det en signifikant forbedring i</p>	<p>Intervensjonen er en ikke-medikamentell intervensjon, men ble gjennomført av</p>	<p><u>Styrker:</u> Det er brukt retningslinjer for gjennomføring av RCT.</p>	<p>Ingen interessekonflikt er blitt oppgitt.</p>

<p>delivered in an easily accessible primary healthcare service - a randomised controlled trial.</p> <p>2018</p> <p>Nøst, T. H., Steinsbekk, A., Bratås, O., & Grønning, K. Norge</p> <p>Randomisert kontrollert studie</p>	<p>Deltakerne har kroniske smerter som har vart lengre enn tre måneder.</p> <p>Deltakerne ble enten henvist til studie gjennom helsepersonell, ellers meldte de seg inn i studiet på egenhånd.</p>	<p>sammenlignet med utendørs fysisk aktivitet i 60 minutter over seks uker.</p> <p>Intervensjonsgruppen tok i bruk Smertehåndteringsstrategiene koblet til målsetting, handlingsplanlegging, problemløsning, og fokus på å fremme en aktiv deltakelse i egne helsetjenester. Det ble også inkludert undervisning i kognitive og atferdsmessige strategier for smertemestring, smerteteori, diskusjoner om barrierer i dagliglivet på grunn av de kroniske smertene, teknikker for å overkomme utmattelse, dårlig søvn, isolasjon og frustrasjon. Lett fysisk aktivitet var også inkludert.</p> <p>Kontrollgruppen fikk utendørs trening som var skånsom og lite belastende.</p> <p>Utfallsmålene det ble sett på var primært: pasientaktivering. Sekundære utfallsmål var smerteevaluering, angst og depresjon, mestringstro, opplevelse av sammenheng, helserelatert livskvalitet, velvære, fysisk funksjonsnivå (30-s Chair to stand test).</p> <p>Effekten av tiltaket ble først målt ved baseline, så ved oppfølging etter tre, seks og tolv måneder. Resultater fra</p>	<p>smertefølelse hos deltakerne i både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Det var derimot ingen signifikant forskjell mellom gruppene.</p> <p>Det var en signifikant forbedring av aktiv deltakelse i egne helsetjenester blant deltakerne i intervensjonsgruppen</p> <p>Det trekkes også her frem at det trengs mer forskning rundt kronisk smertemestringsintervensjoner utført av ikke-spesialister.</p>	<p>fysioterapeuter med erfaring med kronisk smerte pasienter.</p> <p>Studiet ble gjennomført i Norge og har dermed stor relevans for vår problemstilling.</p>	<p>Deltakerne ble fordelt i de ulike gruppene med randomisering.</p> <p>Forskerne som analyserte resultatene var blindet.</p> <p><u>Svakheter:</u> Personer som opplevde store fysiske og psykiske konsekvenser som følge av sine kroniske smerter, ble ekskludert fra studien.</p> <p>Det var en dårlig representasjon av menn i studien.</p> <p>De to ulike gruppene hadde ulik lengde på intervensjonene.</p> <p>Da vi ser på effekten av begge gruppens tiltak, burde det muligens vært en kontrollgruppe som kun mottok standard pleie inkludert i studien.</p>	<p>Skriftlig informert samtykke er gitt av alle deltakerne i studien.</p> <p>Studien har blitt godkjent av flere ulike etiske forskningskomitéer</p>
---	--	--	---	---	--	--

		tre-måneders oppfølging blir ikke vist i forskningsartikkelen.				
--	--	--	--	--	--	--

