



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.:	454
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7873
----------------------	------

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:	94
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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

Opioidavhengighet etter utskrivelse fra sykehus

Opioid addiction after hospital discharge

Kandidatnummer 454

Bachelor i Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitskap

Fakultet for helse- og sosialvitskap

Antall ord: 7873

Innleveringsdato: 27.05.2022

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, § 12-1.

Abstract

Background: Over the last decade there has been an increase in opioid use among Norwegian citizens. Pharmaceutical opioids have taken over as the primary reason for drug related deaths. Surgeries often leads to pain that demands opioid treatment after discharge from hospital.

Aim: The aim of this thesis is to investigate how nurses may prevent opioid addiction among young adults discharged from hospital with opioid medication for severe pain.

Methods: I used a literature study as a method. Systematic searches were performed in the databases Epistemonikos, MEDLINE, Cinahl and PsycINFO. Articles were included based on defined inclusion criteria. Included articles were critically appraised. A thematic analysis was preformed to identify themes from the results in the included studies.

Results: The literature search gave 500 hits. Six articles were included in this literature study. Findings suggests that patient education, individual tapering plans, identification of pain and risk factors maty reduce opioid use after discharge.

Conclusion: Post-operative patients treated with opioids need good information about opioid treatment and tapering. Nurses have a unique opportunity to observe pain and patients at risk of developing opioid addiction. By establishing a relationship based on trust and respect, have knowledge of risk factors and give tailored information, nurses may facilitate empowerment after hospital discharge.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	4
1.1 Innledning.....	4
1.2 Problemstilling med problemformulering	5
1.3 Begrunnelse for valg av tema.....	5
2.0 Teori	6
2.1 Smerte	6
2.1.1 Hva er smerte?	6
2.1.2 Kartlegging av smerte	7
2.1.3 Behandling av akutte smerte.....	8
2.2 Undervisning og veiledning	10
2.3 Teoretiske perspektiver	11
2.3.1. Salutogenese	11
2.3.2 Travelbee sin interaksjonsteori	12
3.0 Metode	14
3.1 Design.....	14
3.2 Søkeprosess	15
3.2.1.PICO	15
3.2.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier	16
3.2.1 Litteratursøk	17
3.3 Kritisk vurdering av artikler	17
3.4 Analyse og syntese	18
3.5 Kritikk av metode.....	18
3.6 Etiske vurderinger.....	18
4.0 Resultat	19
4.1 Pasientundervisning og informasjon	20
4.2 Plan for nedtrapping.....	21
4.3 Kartlegging av smerte og risikopasienter.....	21
5.0 Diskusjon	22
5.1 Resultatdiskusjon.....	22
5.1.1 Undervisning og informasjon.....	22
5.2.1 Plan for nedtrapping.....	25
5.1.3 Kartlegge smerter og risikopasienter	26
5.2 Metodediskusjon	27
6.0 Konklusjon med perspektivering	28
Referanseliste	29
Vedlegg	34

1.0 Introduksjon

1.1 Innledning

Opioider er legemidler som er fremstilt eller etterligner effekten til opiumsvalmuen, og finnes i både naturlig, semisyntetiske og syntetiske former (Westin et al., 2011). Stoffene virker på opioidreseptorer, og gir en god smertestillende effekt (Norden & Spigset, 2019, s. 330).

Medisinsk indikasjon for opioider er sterke smerter. I tillegg har stoffet en sterkt avhengighetsskapende effekt (Legemiddelhåndboka, 2020).

I Norge var det 324 overdosedødsfall i 2020 (Gjersing, 2021). Av disse var 81% knyttet til opioider. Statistikken viser at over de siste 9 årene har opioider som morfin, kodein og oksykondon hatt en økning som hyppigste dødsårsak (Gjersin, 2021).

Reseptbelagte opioider har vært den dominerende årsaken til overdose relaterte dødsfall de siste årene (Odsbu et al., 2022). Tall fra Reseptregisteret viser at det i 2019 var det rundt 560 000 mennesker som fikk opioider på resept i Norge, noe som tilsvarer ca 10% av befolkningen (Odsbu et al., 2022). Av 60 000 (11%) som hadde et vedvarende opioidforbruk, fikk et flertall utelukkende opioider forskrevet på hvit resept (Odsbu et al., 2022). Risiko for utvikling av avhengighet på reseptbelagte legemidler dobler seg hos pasienter som fornyer resepten én gang (Slagstad, 2018).

Unge voksne som gjennomgår kirurgiske inngrep på grunn av traumer eller andre årsaker, kan få utskrevet opioider som smertebehandling i postoperativ fase. Mange blir sendt hjem med vanedannende legemidler og må administrere disse selv. Unge voksne er i en særegen risikogruppe for å utvikle avhengighet, grunnet fysiologiske faktorer som utvikling og sosiale faktorer (Nawi et al., 2021).

Sykepleiere har plikt til å yte faglig forsvarlig helsehjelp. Ved å fremme helse og gi pasienten mulighet til å være selvstendig ved å gi tilstrekkelig informasjon (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Sykepleierens rolle på sykehus gir en unik mulighet til å gi god informasjon om smerter og behandling til pasienter som skal skrives ut.

1.2 Problemstilling med problemformulering

Problemstilling: *Hvordan kan sykepleier forebygge opioidavhengighet blant unge voksne som utskrives fra sykehus med opioidpreparater for sterke smerter?*

For å belyse denne problemstillingen vil jeg se nærmere på sykepleierens undervisende funksjon. Som utgangspunkt for litteratursøket mitt har jeg derfor følgende problemformulering: *Kan pasientundervisning under sykehusopphold hindre opioidavhengighet blant unge voksne som får opioidbehandling for postoperative smerter?*

1.3 Begrunnelse for valg av tema

I min praksis som sykepleierstudent møtte jeg en rusmisbruker i LAR program som fortalte om sin vei inn i rusmiljøet. Som ung hadde han vært i en bilulykke og blitt behandlet for multitraume. Etter operasjonen ble han skrevet ut med mer vanedannende legemidler enn han hadde behov for. Når smertene avtok sluttet ikke pasienten å ta legemidlene, og da han gikk tom for resepter henvendte han seg til det illegale markedet for å finne lignende rus.

Pasientens historie gjorde et sterkt inntrykk på meg, og inspirerte meg til å se nærmere på hvordan sykepleiere kan hindre lignende tilfeller blant unge pasienter som behandles med opioidpreparater.

Sykepleiere i spesialisthelsetjenesten vil møte unge pasienter som har gjennomgått kirurgiske inngrep, og derfor har et behov for sterke smertestillende medikamenter (Stubberud et al., 2017, s. 396). Når disse pasientene skrives ut er det viktig at de har kunnskaper om hvordan de kan mestre smerter og unngå overforbruk av smertestillende. Sykepleiere har kontinuerlig oppfølging av pasienter på sengepost. Det gir en unik mulighet til å fremme forebyggende tiltak gjennom informasjon, veiledning og pasientundervisning (Stubberud et al., 2017, s. 23; Norsk sykepleierforbund, u.å.).

2.0 Teori

2.1 Smerte

2.1.1 Hva er smerte?

International Association for the Study of Pain sin definisjon av smerte er: «Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse» (Stubberud et al., 2017, s. 383; IASP, 2020). Smerte er en personlig erfaring som varierer fra individ til individ, og det er derfor vanskelig for en tredjeperson å objektivt måle eller kontrollere grad av smerte (Stubberud et al., 2017, s. 383).

Stubberud et al (2017, s. 386-387) skiller mellom tre type smerter; nociseptive, nevropatiske, ideopatiske. Nociseptiv smerte oppstår ved stimulering av smertereseptorer ved vevsødeleggelse eller potensiell vevsødeleggelse. Dette kan for eksempel være skader i muskulatur eller knokler. Nevropatiske smerter forårsakes av skader i sentralnervesystemet eller i det perifere nervesystemet, og sees typisk ved projiserte smerter som isjias. Idiopatiske smerter er en smertetilstand hvor årsaken for smerten er ukjent (Stubberud et al., 2017, s. 386). Psykogen smerte er smerter som er fremprovosert av psykiske faktorer, som for eksempel at psykiske påkjenninger uttrykkes gjennom magesmerter (Sand et al., 2019, s. 173).

I tillegg til ulike smertetyper skilles smerte inn i akutte og kroniske smerter. Akutte smerter oppstår ved skade eller sykdom i for eksempel knokler eller organer (Stubberud et al., 2017, s. 394). Smertene forsvinner når skaden er helet eller sykdom er behandlet. Slike smerter kan vare i et par dager opp til flere uker (Felleskatalogen, 2022). Kroniske smerter er smerter som varer i mer enn tre til seks måneder (Stubberud et al., 2017, s. 395). Mekanismer for disse smertene kan være kroniske skader i vev, nerver eller reguleringsfeil i smertesignalene som sendes i kroppen. Langvarige smerter er forbundet med dårligere livskvalitet og dagligfunksjon, og kan ofte kreve et mer komplisert behandlingsregime enn akutte smerter (Felleskatalogen, 2022).

Unge pasienter som gjennomgår kirurgiske inngrep, vil som regel oppleve akutte nociseptive smerter etter inngrepet grunnet vevsødeleggelsen. I fortsettelsen vil jeg derfor fokusere på denne type smerte.

2.1.2 Kartlegging av smerte

Kartlegging av smerte er viktig for å kunne gi pasienter tilstrekkelig smertebehandling. Smertekartlegging er en sykepleie oppgave som kan gjøres via observasjon og bruk av kartleggingsverktøy.

Smerter kan observeres klinisk som fysiologiske reaksjoner på stress. Slike fysiologiske reaksjoner kan være forhøyet blodtrykk, rask puls, økt respirasjonsfrekvens, utvidete pupiller og svetting (Stubberud et al., 2017, s. 389). I tillegg til fysiologiske reaksjoner kan pasienter observeres for atferdsmessige reaksjoner som gråt og ynking, mye fokus på smerten, muskelspenninger, ansiktsmimikk som grimaser og at pasienten holder eller gnir seg på område hvor smerten kommer fra.

For en grundig kartlegging av smerter anbefales det å benytte kartleggingsverktøy (Stubberud et al., 2017, s. 390). Slike verktøy bidrar til å planlegge, iverksette og evaluere smertebehandling. Kartleggingsverktøy gjør at sykepleiere kan samle informasjon om smerte på en systematisk måte og ha et felles utgangspunkt for å kunne sammenligne smerten fra vurdering til vurdering. Det gir et felles begrepsapparat, som begrenser sykepleiernes individuelle holdninger og oppfatninger (Stubberud et al., 2017, s. 390). Kartlegging av smerte baserer seg på pasientens svar til sykepleiere og ettersom at smerte er en subjektiv opplevelse må sykepleier stole på dette svaret.

Kartleggingsverktøy kan variere fra enkle skaleringsverktøy til omfattende spørreskjema (Stubberud et al., 2017, s. 390). Enkle skaleringsverktøy er endimensjonale og fokuserer ofte på smertens intensitet og lokalisasjon. Visuell analog skala (VAS) og visuell numerisk skala (NRS) er eksempler på endimensjonale skalaer som brukes i norske sykehus (Stubberud et al., 2017, s. 391). På disse skalaene gir pasienten sin gradering fra null til ti, hvor null er ingen smerte, mens ti er verst tenkelige smerte. Som en standard regnes smertenivå høyere enn tre som smerte som bør behandles (Stubberud et al., 2017, s. 390-391).

For å få en dypere forståelse av pasientens smerter og hvordan smerten påvirker pasientens daglige liv kan mer omfattende spørreskjema brukes (Stubberud et al., 2017, s. 390). Omfattende spørreskjema måler smerteintensitet, hvordan smertene påvirker pasientens

funksjon og hvordan pasient selv opplever smertefølelsen. Eksempel på et slikt verktøy er McGill Pain Questionnaire (Stubberud et al., 2017, s. 390).

Omfattende spørreskjema blir gjerne brukt for å kartlegge langvarige smerter, mens endimensjonale verktøy blir anvendt i akutte smertesituasjoner. Dette fordi det er vanskelig for pasienter i en akuttsituasjon å presist lese og besvare lange utfyllende spørreundersøkelser (Stubberud et al., 2017, s. 390).

2.1.3 Behandling av akutte smerte

Hensikten med all smertebehandling er å lindre smerter og sikre en bedre livskvalitet for pasienten (Den Norske Legeforening, 2009). Målet med akutt smertebehandling er smertelindring, mobilisering og stabilisering av fysisk funksjonsnivå (Helsedirektoratet, 2021). Dersom smertene varer lengre enn 3 måneder blir ikke smertene lengre sett på som akutte, men går over til å bli langvarige/kroniske (Stubberud et al., 2017, s. 394).

Smertebehandling har en ikke-medikamentell og en medikamentell tilnærming. Ikke-medikamentelle metoder innebærer strategier som ikke bruker legemidler for å gi smertelindring (Stubberud et al., 2017, 392). Strategiene innebærer å hemme smerteimpulsene fra perifere sensoriske nerver, eller ved å stimulere sentralnervesystemet ved en terapeutisk psykologisk tilnærming. Metoder for perifer hemming kan for eksempel være massasje, transkutan elektrisk nervestimuli eller varme og kulde, mens blant annet kognitiv terapi har vist god effekt som smertedempende metode for sentralnervesystemet (Stubberud et al., 2017, s. 392).

Ved sterke akutte smerter er det som regel behov for medikamentell smertebehandling (Stubberud et al., 2017, s. 396). Legemidler har ulike virkemåter basert på virkestoff og deles inn etter ikke-opioide smertestillende og opioide smertestillende.

Ikke-opioid smertebehandling

Ikke-opioide smertestillende er preparater som gir smertelindring uten å stimulere opioidreseptorer i kroppen (Ræder, 2021). Flere av legemidlene i denne kategorien brukes ofte som en grunnbehandling for smerter etter operativ behandling, og retningslinjer anbefaler at postoperative pasienter kun får antiinflammatorisk behandling etter en uke med smertelindring (Helsedirektoratet, 2021; Legemiddelhandboken, 2020). Eksempler på ikke-

opioide smertestillende er Paracet og NSAID-preparater. I tillegg til lindrende effekt har disse preparatene en antipyrisk effekt (febernedsettende) (Spiering & Dietrichs, 2022). NSAID-preparater har i tillegg en antiinflammatorisk effekt (Spiering & Dietrichs, 2022). Preparatene har et «tak», hvor den smertelindrende effekten avtar uavhengig om dosen øker videre (Stubberud et al., 2017, s. 396).

Opioid smertebehandling for sterke smerter

Opioidbaserte smertestillende benyttes for å lindre sterke smerter ved akutt skade eller sykdom, og for å lindre smerter ved kronisk sykdom med dårlig prognose og/eller kreftsykdom (Nordeng & Spigset, 2019, s. 330). Opioider er blant de sterkeste smertestillende legemidlene som er tilgjengelig, men er også sterkt avhengighetskapende (Stubberud et al., 2017, s. 396).

Det finnes svake og sterke opioider. Svake opioider inneholder stoffskifteprodukter (metabolitter) som omdannes gjennom biokjemiske prosesser til morfin i kroppen (Hauge, 2018). Det er denne omdanningen som gir den smertelindrende effekten. Eksempler på svake opioider er Kodein og Tramadol.

Sterke opioider virker direkte inn på opioidreseptorer i sentralnervesystemet og gir en smertestillende effekt. Eksempler på sterke opioider er Morfin, Fentanyl, Metadon og Oksykodon (Norsk Lege Forening, 2009). Indikasjon for å bruke disse smertestillende i akutte sammenhenger er sterke akutte smertetilstander og postoperative smerter.

Opioider påvirker nervesystem og diverse funksjoner i hjernen. Dette kan gi bivirkninger som obstipasjon, sedasjon, kvalme og brekninger, svimmelhet, forvirring og hallusinasjoner, og depresjon (Legemiddelhåndboka, 2020). Opioider påvirker også respirasjonssenterets følsomhet og ved større doser kan brukere få respirasjonsstans med fatale konsekvenser (Legemiddelhåndboka, 2020). Langtidsbrukere kan opparbeide seg toleranse for stoffet, noe som innebærer større doser for å oppnå smertestillende effekt. Toleranseutviklingen vil avta når brukere ikke tar opioider. Dette kan føre til økt risiko for overdose dersom pasienten på et senere tidspunkt benytter samme dose som de gjorde før de sluttet å bruke opioider.

Både svake og sterke opioider er vanedannende ved bruk over en periode på to til fire uker eller mer (Nordeng & Spigset, 2019, s. 333). Pasienter kan kjenne abstinenssymptomer etter

bruk i mer enn ca 14 dager. Vanlige abstinenssymptomer er svetting, urolighet, angst, endringer i respirasjonsmønster, dilaterte pupiller, økt smerte, tremor, kvalme og brekninger (Legemiddel håndboka, 2020). Unge voksne har i tillegg en generelt forhøyet risiko for å utvikle rusmiddel avhengighet (Nawi et al., 2022). Nawi et al. (2022) viser til at unge er ofte nysgjerrige og eksperimentelle. Kombinert med fysiologiske faktorer som lav impuls kontroll, samt at de er under utvikling, kan gi en økt risiko for at de prøver nye og sterkere rusmidler. I tillegg bidrar sosiale faktorer som gruppepress og rebelsk oppførsel mot foreldre til en videre øke risiko (Nawi et al., 2022).

Opioider har en avhengighetsskapende effekt og det anbefales å seponere behandlingen så raskt som mulig, optimalt før det har gått en uke (Norsk Lege Forening, 2009). Pasienter i postoperativ fase kan ha behov for sterk smertelindring over lengre tid (Stubberud et al., 2017, s. 396). Retningslinjer for bruk av vanedannende legemidler anbefaler at det utarbeides individuelle behandlingsplaner som inkluderer legemiddelvalg, doser, varighet av behandling og eventuell oppfølging. I tillegg anbefales det at pasienter som bruker opioider i mer enn to til fire uker får en konkret nedtrappingsplan tilpasset pasientens behov (Helsedirektoratet, 2021). Behandlingsplanen bør formidles til pasient og skrives i epikrisen.

2.2 Undervisning og veiledning

Sykepleierens undervisende funksjon innebærer å informere, undervise og veilede pasienter slik at pasienten forstår og mestrer konsekvensene av sykdom og behandling (Stubberud et al., 2017, s. 23). Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal «sykepleieren fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

For at sykepleieren skal kunne gi best mulig informasjon til pasienter kan de anvende ulike pedagogiske verktøy. Jeg vil videre se på den didaktiske relasjonsmodellen og «fire gode vaner» prinsippet.

Den didaktiske relasjonsmodellen er et pedagogisk verktøy sykepleiere kan benytte i undervisning og veiledning av pasienter (Vågan, 2020, s. 221-229). Modellen består av seks punkter og handler om lærerforutsetninger, rammefaktorer, mål, innhold, arbeidsmetode, og evaluering (vurdering). Ifølge denne modellen er det viktig at sykepleieren (den som

formidler) får frem hvilke forutsetninger og kunnskaper den som skal motta undervisningen har for å forstå budskapet. Det er også viktig at sykepleieren er bevisst om rammene undervisningen foregår under, og tenker gjennom hva en ønsker å oppnå med undervisningen, hvilket innhold som skal formidles og hvilke pedagogiske metoder som skal brukes. Til slutt er det nødvendig å vurdere om målene ble nådd og evaluere den pedagogiske prosessen.

«Fire gode vaner» er en annen pasientsentrert modell som brukes for å sikre god kommunikasjon med pasienter (Vågan, 2020, s. 118). Denne modellen har en enkel struktur basert på fire vaner. De fire vanene går ut på å; 1) investere i begynnelsen, 2) utforske pasientperspektivet, 3) vise empati, og 4) investere i avslutningen (Vågan, 2020, s. 119). Ved å bruke tid i starten av samtalen for å etablere en god relasjon til pasienten skaper man tillit mellom deltakerne. Når sykepleier utforsker pasientens tanker, kan det avdekkes følelser og spørsmål pasienten ikke syntes er vanskelig å ta opp. Ved å vise at pasienten blir tatt på alvor, blir pasientens følelser ivaretatt, og ved å bruke god tid på avslutningen kan informasjonen oppsummeres og sykepleier få et inntrykk om pasienten har forstått hva som er blitt formidlet.

Begge disse modellene brukes i klinisk pasientarbeid. Ved å ta hensyn til punktene i den didaktiske relasjonsmodellen og ‘fire gode vaner’ kan sykepleier gjennomføre en målrettet samtale, veiledning eller pasientundervisning som tar utgangspunkt i pasientens forutsetninger og behov.

2.3 Teoretiske perspektiver

2.3.1. Salutogenese

Salutogenese innebærer at man ser på helse som mye mer enn fravær av sykdom (Mjøsund, 2020, 29-30). Salutogenese fokuserer på hva som fremmer god helse og gir individer økt mestring og velvære (Lønne, 2021). Med en salutogen tilnærming vil sykepleiere fokusere på å styrke menneskers ressurser, styrker og kapasitet (Mjøsund, 2020, s. 30).

Salutogenese bygger på forståelse om at helse bygger på en persons «opplevelse av sammenheng» (OAS) (Vågan, 2020, s. 93). Ifølge Vågan et al (2020, s. 93) bestemmes OAS av menneskets opplevelse av virkeligheten i form av tre dimensjoner; begripelighet, håndterbarhet og mening. Disse tre dimensjonene påvirker menneskets grad av mestring,

helse og velvære i et gjensidig samspill. Håndterbarhet handler om å være bevisst på ressursene som man har i eller rundt seg, samt det å ha evnen til å bruke dem. Begripelighet handler om å sortere tanker og følelser for å skape orden og med det dempe dimensjonen av kaos og forvirring. Den viktigste dimensjonen er mening, som er følelses- og motivasjonsfaktoren. Det er den som er drivkraften i livet. Har man sterk drivkraft er man mer mottagelig for å skape struktur og søke ressurser (Vågan, 2020, s. 94).

Et annet sentralt begrep i salutogenese er mestringsressurser (Vågan, 2020, s. 94). Dette kan være ressurser som sosial støtte, identitet, kunnskap, intelligens, religion, verdier og gode mestringsstrategier. Disse ressursene og OAS er i et samspill, hvor en høyere OAS gir en bedre evne til å bruke ressursene en har i seg selv og rundt seg. Desto større stressbelastning en møter, dess viktigere blir mestringsressursene og bevisstheten om hvordan en bruker dem. Mennesker som opplever mestring, vil trekke ut erfaringer som gjør at vedkommende opplever mening og utvikling, og med det bevege seg mot en høyere grad av helse og velvære (Vågan, 2020, s. 94-95).

Salutogenese er sterkt tilknyttet begrepet empowerment (Vågan, 2020, s. 74). Empowerment er en prosess som identifiserer, styrker og fremmer folkets kapasitet til å møte egne behov, løse egne problemer og mobilisere ressurser for å oppleve kontroll i eget liv (Vågan, 2020, s. 75). Empowerment handler om å ha muligheten til å ta beslutninger og å ha tro på egen evne og mulighet til å mestre (Vågan, 2020, s. 75). Empowerment kan sees på som en prosess som sikter på å omfordele maktbalanse mellom pleier og pasient. Dette blir oppnådd gjennom samhandling, der pasient er medvirker og utvikler en kompetanse om seg selv. Sykepleier skal veilede pasienten til å oppnå mest mulig kontroll over faktorer som påvirker eget liv, helse og læring. Derfor blir empowerment også sett på en metode å bevisstgjøre pasienter på egen makt til å ta grep knyttet til for eksempel helseutfordringer (Vågan, 2020, s. 76-77).

2.3.2 Travelbee sin interaksjonsteori

Travelbee (1999, s. 173) sin interaksjonsteori handler om interaksjonen mellom to mennesker, og da spesielt hvordan etablere et menneske-til-menneske forhold gjennom god kommunikasjon. Et menneske-til-menneske forhold kjennetegnes ved at forholdet mellom sykepleier og pasient forholder seg til hverandre som menneskelige individer, og ikke som "sykepleier" og "pasient". Ved å etablere gjensidig kontakt kan en skape meningsfylte

interaksjoner, med en god maktbalanse som oppleves konstruktivt og ivaretagende (Travelbee, 1999, s. 172-173).

For å etablere et menneske-til-menneske forhold må sykepleier og pasient gjennom fire sammenhengende faser: det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati, sympati og medfølelse (Travelbee, 1999, s. 172). Disse fasene vil ende i en gjensidig forståelse for hverandre og gi en bedre kontakt mellom individene. Forholdet bygges opp gradvis og prosessen kan gå gjennom flere faser. Hvis prosessen stopper opp i sin utvikling er det sykepleieren sin oppgave å sørge for å identifisere årsakene til at forholdet stagnerer og iverksette tiltak for å få prosessen i gang igjen (Travelbee, 1999, s. 172).

Kommunikasjon

Kommunikasjon er en gjensidig prosess mellom sykepleier og pasienter og sentralt i utviklingen av et menneske-til-menneske forhold (Travelbee, 1999, s.). God kommunikasjon mellom pasient og pleier bør være faglig fundert og personorientert (Eide & Eide, 2019, s16). Personorientert kommunikasjon vil si at man ser den andre som en individuell person som har egne ressurser, verdier, ønsker og mål, og ikke utelukkende som pasient eller bruker (Eide og Eide, 2019, s. 16). Det viktige er å forstå hva som er viktig for pasienten i den aktuelle situasjonen.

Kommunikasjon skjer verbalt og non-verbalt. Verbal kommunikasjon er det vi sier med ord, mens non-verbal kommunikasjon handler om kroppsspråk (Travelbee, 1999, s. 138). Non-verbal kommunikasjon vil alltid ledsage den verbale kommunikasjonen og formidle interesse, understreke innhold og skape illustrasjoner til det en kommuniserer verbalt (Travelbee, 1999, s. 139). Kommunikasjon er en gjensidig prosess og det er viktig at både sykepleiere og pasient er åpne for å kunne lytte og tolke innholdet korrekt (Travelbee, 1999, s 136-138.).

I følge Heyn (2018) kan kommunikasjon med unge voksne ha andre forutsetninger enn kommunikasjon med voksne. Selv om de unge er over 18 år, er kroppen og hjernen ikke ferdig utviklet, og man kan møte store variasjoner i intellekt, utvikling og modenhet avhengig av alder og individ. I tillegg kan pårørende spille en større rolle hos unge pasienter grunnet et økt behov for informasjon og kontroll, selv om pasienten er over 18 år (Heyn, 2018, s. 75-77).

Unge voksne vil ofte ha en sterk tilknytning til foreldre, og det er viktig å balansere informasjonsbehov og hvem sykepleier forholder seg til. Dersom foreldrene er til stede kan helsepersonell snakke mer med dem enn til pasienten, noe som kan medføre at de unge blir “passive” og lar foreldre ta styringen over helsesituasjonen (Heyn, 2018, s. 78). Heyn (2019, s. 77) påpeker at samtaler og konsultasjoner med unge pasienter alene, før en eventuelt involverer pårørende kan ha gunstig effekt for å engasjere de unge og gi de en bedre mulighet til å ta ansvar over egen sykdom eller skade.

I kommunikasjon med unge pasienter trekker Heyn (2019, s 81-83) frem noen punkter sykepleier bør ta hensyn til. For det første er det viktig å finne tid til å være alene med pasienten. Foreldre og pårørende bør være tilgjengelig som ressurser, men den unge må få ha en egen stemme og være fokuset i egen behandling. Det bør videre settes en agenda for samtalen. Ved å fortelle hva som skal skje og legge en plan sammen kan en plukke opp forventninger eller bekymringer hos den unge. Det er også viktig å sjekke den unges forståelse. Utvikling skjer ulikt og unge har tilgang til mye informasjon på internett. Sykepleiere må derfor vite hvilken forståelse pasienten har for sin egen situasjon, og sikre at pasienten har tilgang til rett og relevant informasjon. Siste punkt er å utforske bekymringer. Unge kan være tilbakeholden med å gi uttrykk for sine bekymringer, og heller uttrykke hint om underliggende bekymring. For eksempel kan pasienter «sukke og si at det går «ok» oftere enn å si at de er «redde» for noe» (Heyn, 2020, s. 82).

3.0 Metode

3.1 Design

Designet for denne oppgaven er en litteraturstudie. Formålet med dette studiedesignet er å samle inn kunnskap fra skriftlige kilder og systematisere den (Thiedemann, 2020, s. 77). Systematiseringen gjennomføres ved å finne belysende litteratur, kritisk vurdere og sammenfatte kunnskap om et tema. En litteraturstudie skal gi leser en forståelse av problemstillingen den belyser, samt hvordan man har funnet kunnskapen (Thiedemann, 2020, s.77).

3.2 Søkeprosess

3.2.1.PICO

Jeg brukte PICO for å strukturere søket (Tabell 1). PICO er et rammeverk som skal gjøre problemstillingen mer presis og søkbar, ved å dele opp spørsmålet i “populasjon/problem”, “intervention”, “comparison” og “outcome” (Thiedemann, 2020, s. 83).

Tabell 1. PICO

	P Populasjon	I Interesse	C Sammenligning	O Utfall
Norske søkeord	Ungdom Sykehus Akutte smerter	Undervisning Kommunikasjon Sykepleiers rolle	Ingen undervisning Vanlig praksis	Forebygge opioid- avhengighet
MeSH	Adolescent Hospitalization Acute pain Pain, postoperative	Patient Education as Topic Communication Nurse’s role		Primary Prevention Opioid-Related Disorders Prescription Drug Misuse
Tekst- ord	Adolescen* Hospitalizat*	Patient educat* Communicat* Nurse role		Prevent* Substance abuse Prescription drug misuse Opioid related disorder*

Ved å fylle ut PICO-skjemaet fikk jeg tydeliggjort søkeordene jeg trengte for å søke etter forskningslitteratur. I skjemaet har jeg satt opp emneord og tekstord. Jeg fant engelske emneord, det vil si Medical Subject Headings (MeSH) ved å bruke MeSH-ordboken på Helsebibliotekets nettsider (Helsebiblioteket, 2022). MeSH-ordboken er et verktøy med sentrale begreper på norsk og engelsk innen medisin og helsefag, som er utviklet for å gjøre søk i internasjonale databaser mer presise (Aasen, 2020). Tekstord er hentet fra artikkelens tittel, forfatterens sammendrag og forfatterens egne stikkord (Thiedemann, 2020, s. 86).

3.2.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Jeg har definert inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier og satt de opp i en tabell (Tabell 2). Inklusjons- og eksklusjonskriterier er hjelpemidler for å tydeliggjøre søket, og avgrense mengden litteratur (Thidemann, 2020, s. 83). Kriteriene ble brukt for å velge ut artikler fra litteratursøket som skulle inkluderes i litteraturstudien.

Tabell 2. Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Unge voksne (18-24 år) uten kjent misbruk av medikamenter	Pasienter yngre eller eldre enn 18-24 år. Unge voksne med kjent bruk og/eller misbruk av smertestillende medikamenter.
Opioidbehandling som smertebehandling i forbindelse med akutt sykdom og/eller operasjon	Opioidbehandling som smertebehandling til pasienter med kroniske smerter Opioidbehandling til opioidavhengige Ikke-opioid basert smertebehandling
Undervisning om forebygging av opioidmisbruk gitt under innleggelse eller ved utskrivelse fra sykehus	Generell undervisning om å forebygge opioidavhengighet
Artikler yngre enn 5 år	Artikler eldre enn 5 år
Norsk eller engelsk språk	Skrevet på andre språk enn norsk og engelsk

Inklusjonskriteriene mine er unge voksne pasienter uten kjent rusmisbruk, som har blitt behandlet med opioider for akutt sykdom eller skader på sykehus og som skal skrives ut med opioidpreparater. Artikler som ikke har fokus på opioidbehandling ved utskrivelse fra sykehus har blitt ekskludert.

Jeg har valgt å inkludere artikler med både kvantitative og kvalitative studiedesign.

Kvantitative design kjennetegnes av breddekunnskap som tilegnes gjennom harde, objektive tall (Thidemann, 2020, s. 75-76). Randomisert kontrollerte studier kan gi kunnskap om effekt av tiltak (Nortvedt et al., 2021). Dette designet vil dermed være egnet for å svare på om undervisning kan forebygge opioidmisbruk/avhengighet etter utskrivelse. Kvalitative studier

kjennetegnes av dybdekunnskap som tilegnes gjennom pasienters erfaringer, meninger og tanker (Thidemann, 2020, s. 76). Ved å inkludere dette designet vil jeg få studier som har sett på pasienters erfaringer med undervisning.

3.2.1 Litteratursøk

Jeg har søkt i databasene Epistemonikos, MEDLINE, Cinahl og PsycINFO. Dette er databaser jeg har tilgang til gjennom Høgskulen på Vestlandet sitt bibliotek. Jeg valgte Epistemonikos fordi det er en internasjonal database som inneholder systematiske oversikter om kliniske spørsmål som handler om behandling og prognose, MEDLINE fordi det er en database innen flere helsefag, blant annet medisin og sykepleie, Cinahl fordi den inneholder referanser til litteratur om sykepleie og inneholder en del kvalitativ forskning og pasientopplevelser, og PsycINFO fordi det er en referansedatabase for litteratur innen atferdsforskning og mental helse (Høgskulen på Vestlandet, u.å.).

Jeg søkte i alle databasene med emneord og tekstord. Jeg brukte trunkering på tekstord og kombinert søkeordene med de boolske operatorene AND og OR. Trunkering vil si at jeg søkte på avkortet ord, også kalt ordstammer, for å få treff på ord med både entalls- og flertallsformer, samt ulike varianter av ordet (Thiedemann, 2020, s. 87). Jeg gjennomførte også siteringssøk i Google Scholar på relevante artikler. Jeg oppsøkte bibliotekar ved Høgskulen på Vestlandet for å få innspill til det endelige søket. Søkestrategi med MeSH ord for hver database er presentert i vedlegg 1.

Jeg fjernet duplikater ved hjelp av kildeverktøyet Zotero. Deretter screenet jeg titler og abstract basert på inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Artikler som ble valgt ut ble deretter lest i fulltekst og videre vurdert for inklusjon.

3.3 Kritisk vurdering av artikler

Kritisk vurdering av artikler innebærer å vurdere gyldigheten av informasjonen som en studie presenterer. Når man vurderer denne informasjonen, ser man hovedsakelig på metodisk kvalitet, studiens kontekst, resultater og overførbarhet (Helsebiblioteket, 2016).

Jeg brukte helsebibliotekets sjekklister for kritisk vurdering for å kritisk vurdere de inkluderte forskningsartiklene (Helsebiblioteket, 2016).

3.4 Analyse og syntese

Jeg har analysert de ulike artiklene ved å sammenfatte innholdet fra artiklene og gjennomføre en tematisk analyse. For å få god oversikt har jeg satt informasjon om hensikt, design og metode, utvalg og resultater inn i en litteraturmatrikse. I denne matrisen har jeg også lagt inn noen kommentarer om styrker og svakheter ved den enkelte studien.

Den tematiske analysen ble gjennomført ved at jeg identifiserte tema som gikk igjen i studiene. Jeg hadde problemstillingen foran meg for å sikre relevans, og brukte fargekode for å identifisere temaene (Thiedemann, 2020, s. 91-92). Temaene ble til slutt gitt en tittel som passet meningsinnholdet.

3.5 Kritikk av metode

En litteraturstudie henter informasjon fra ulike skriftlige kilder og inkluderer data som er samlet inn av andre (Thiedemann, 2020, s. 77). Ved bruk av sekundære kilder er det viktig å stille seg kritisk til kvaliteten på studiene som er inkludert. En litteraturstudie bruker bearbejdede resultater fra andre enn original forfatter, og det er derfor mulig at originale perspektiver kan endre seg når sekundær forfatter tolker materialet (Dalland, 2021, s. 156).

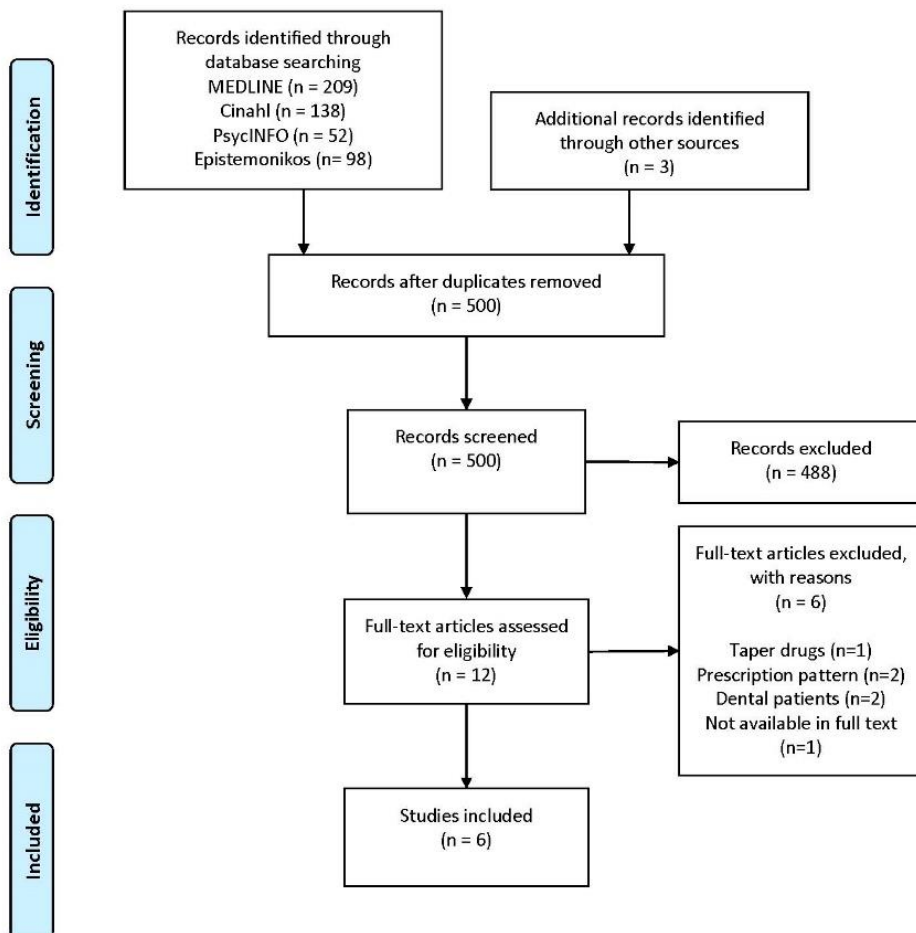
3.6 Etiske vurderinger

I en litteraturstudie henter man kunnskap fra eksisterende kilder, og bruker med det andre sine verk. Det er viktig at man ikke stoler blindt på forskningen, men stiller kritiske spørsmål til artiklenes troverdighet (Søk & skriv, 2022). I tillegg til å være kritisk til anvendte kilder, er det også viktig å referere til alle kilder som er brukt på en korrekt måte slik at akademiske normer for kildebruk følges (Thiedemann, 2019, s. 12). Vitenskapelig forskning skal være etisk godkjent, og det er nedfelt eget lovverk som skal fremme god og etisk forsvarlig forskning innen medisin og helsefag (Helseforskningsloven, 2008, § 1).

I utarbejdelsen av denne litteraturstudien har jeg vært kritisk til hvilke kilder jeg har brukt. Jeg har referert alle kilder jeg har brukt i tråd med APA7 og påsett at akademiske normer for kildebruk er fulgt.

4.0 Resultat

Resultatet av litteratursøket ga treff på 500 artikler (Figur 1). Etter screening av titler, abstract og fulltekst satt jeg igjen med 6 artikler.



Figur 1. Prisma flow-skjema over søkeprosessen

De seks inkluderte artiklene har ulike studiedesign. Det er en systematisk oversiktsartikkel (Lovecchio et al., 2018), en scoping review (Côte et al., 2022), en randomisert kontrollert studie (RCT) (Mokhtari et al., 2021), en randomisert klinisk studie (Cheesman et al., 2020), en kvalitativ studie (Finstad et al., 2021), og en fagartikkel (Lee & Wu, 2020) (Vedlegg 2). De randomiserte studiene undersøkte effekt av preoperativ undervisning (Cheesman et al., 2020) og undervisning etter keisersnitt (Mokhtari et al., 2021) og er gjennomført i USA. Den kvalitative studien har undersøkt pasient erfaringer og perspektiver i Norge (Finstad et al., 2021).

I den tematiske syntesen identifiserte jeg tre temaer; pasientundervisning og informasjon, plan for nedtrapping, og kartlegging av smerte og risikofaktorer.

4.1 Pasientundervisning og informasjon

Flere av studiene viste at pasienter som fikk en form for undervisning før eller etter operasjonen hadde lavere forbruk av opioider etter utskrivelse (Cheesman et al., 2020; Côté et al., 2022; Lee og Wu, 2020; Lovecchio et al., 2018; Mokhtari et al., 2021). Resultatet fra de randomiserte studiene viste at pasienter som fikk en digital presentasjon om misbruk og dets konsekvenser, i tillegg til standard anbefalinger om postoperativ opioidbruk før operasjonen (Cheesman et al., 2020). Samt pasienter som fikk se en video om smertehåndtering etter keisersnitt i tillegg til standard instruks om smertebehandling (Mokhtari et al., 2021) rapporterte mindre smerter og hadde lavere forbruk av opioider etter utskrivelse enn pasienter som fikk standard behandling. Cheesman et al. (2020) undersøkte effekten av tiltaket over en toårs periode etter utskrivelse, mens Mokhtari et al. (2021) undersøkte effekten syv og 14 dager etter utskrivelse.

Lovecchio et al. (2018) og Côté et al. (2022) sine oversiktsartikler viste også en reduksjon i forbruk av opioid etter utskrivelse blant pasienter som hadde gjennomgått kirurgiske inngrep og fått en undervisningsintervensjon før utskrivelse. Lee og Wu (2020) sin fagartikkel rapporterte at god preoperativ undervisning var forbundet med bedre smerteopplevelse, lavere forbruk av smertestillende og en bedre forståelse av pasientens situasjon. Artikkelen viste også at utilstrekkelig undervisning var forbundet med dårligere forståelse, økt opioidbruk og dårligere smertehåndtering.

Den kvalitative studien til Finstad et al. (2021) rapporterte at norske traumepasienter opplevde at de ikke hadde fått nok informasjon ved utskrivelse i forhold til informasjonsbehovet de hadde. Dette gjaldt blant annet generell informasjon om virkemåte og bivirkninger av opioidbehandling. Pasientene rapporterte at de ikke hadde fått informasjon om bivirkninger eller hvor avhengighetsskapende legemiddelet var, og flere av pasientene opplevde at de måtte oppsøke informasjon om opioider fra internett eller andre kilder utenfor helsevesenet. Pasientene beskrev perioden etter utskrivelsen som preget av smerter og usikkerhet vedrørende bruken av opioider og tilstrekkelig smertebehandling.

Resultater fra oversiktsartikkelen til Lovecchio et al. (2018) viste at pasientene hadde et mindre forbruk av smertestillende etter utskrivelse nå det ble satt passende forventninger til smerte før pasienten ble utskrevet.

4.2 Plan for nedtrapping

To av studiene rapporterte resultater knyttet til nedtrappingsplan (Côte et al., 2022; Finstad et al., 2021). Côte et al. (2022) viste at strategier basert på en plan for behandling og individualisert nedtrappingsplan, uavhengig av traume, ga signifikant reduksjon i opioidbruk over seks uker. Også pasienter som ble definert som høyrisiko pasienter for opioidmisbruk hadde signifikante resultater med bruk av nedtrappingsplan i favør av intervensjonsgruppene.

I den norske studien til Finstad et al. (2021) fikk ingen av pasientene som ble utskrevet med opioider en nedtrappingsplan av traumesenteret de ble operert ved. Pasientene rapporterte at de startet egen nedtrapping eller måtte gå til fastlege eller lokalt sykehus for å få hjelp. Flere startet nedtrapping på egenhånd eller avsluttet opioidbruken brått. Dette ble rapportert som utfordrende, hvor pasientene selv eksperimenterte for å finne ut hva som passet dem best. Pasientene følte seg ansvarlige for egen nedtrapping, og følte seg usikker på om de gjorde det riktig. Et flertall av pasientene hadde opparbeidet seg toleranse over kort tid.

4.3 Kartlegging av smerte og risikopasienter

I den systematiske oversiktsartikkelen til Lovecchio et al., (2018) trekker forfatterne frem resultatet fra en studie (Cui et al., 2018). Denne studien viste at bruk av en omfattende smerteprotokoll reduserte postoperativ bruk av opioider. Protokollen kartla pasienters helhetlige smerteopplevelse ved å fokusere på smerteintensitet, bivirkninger av legemidlet, hvordan smertene påvirket emosjoner og funksjoner, og oppfattelsen av omsorg. Protokollen ble anvendt av sykepleiere «bedside». Resultatet fra studien viste signifikant lavere pasientrapportert gjennomtrengende smerter og at smerter forstyrret søvn. Med lavere rapportert smerte administrerte sykehuset færre opioider og flere ikke-opioid baserte smertestillende til pasientene.

Scoping reviewen til Côte et al. (2022) trakk frem risikofaktorer for å utvikle kronisk bruk av opioider. Resultater fra de inkluderte studiene viste at pasienter ble definert med høyere risiko for opioidavhengighet dersom de brukte benzodiazepiner, hadde annen tidligere eller aktiv

rusmisbruk (eksempelvis alkohol eller cannabis), psykisk lidelse, kroniske smerter eller hadde brukt opioider tidligere. Pasienter med høyest risiko for å utvikle kronisk bruk av opioider etter kirurgi var pasienter som hadde brukt opioider tidligere og pasienter som ble medikamentelt behandlet for depresjon og angst lidelser.

5.0 Diskusjon

Resultatene fra de inkluderte studiene viste at pasientundervisning om opioidbruk før utskrivelse kan føre til lavere forbruk av opioider etter utskrivelse. I tillegg indikerte resultatet at en tydelig plan for behandling i form av en individualisert nedtrappingsplan var viktig for at pasienter skal ha kontroll over forbruket. Kartlegging av pasienters smerte og risiko for opioidavhengighet er også tiltak sykepleiere kan iverksette for å forebygge opioidavhengighet etter utskrivelse.

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 Undervisning og informasjon

Et hovedfunn er at pasientundervisning før utskrivelse kan redusere forbruket av opioider og opplevelsen av smerter og postoperativt (Mokhtari et al., 2021; Cheesman et al., 2020; Côté et al., 2022; Lovecchio et al., 2018). Dette er et viktig funn tatt i betraktning at opioider har en god smertelindrende virkning, men er svært avhengighetsskapende og har mange negative bivirkninger ved vedvarende bruk (Norsk legemiddelhandbok, 2020). Den avhengighetsskapende effekten har ført til store problemer i USA (CDC, 2021), og vi ser et økende forbruk av opioider også i Norge (Skurtveit, 2020). Effektive tiltak for å hindre at unge pasienter kan bli opioidavhengige etter smertebehandling på sykehus er derfor viktig.

Pasienter som har blitt utsatt for traumer har behov for informasjon for å kunne mestre den nye tilværelsen og føle seg trygge ved bruk av opioidpreparater (Finstad et al., 2021).

Avhengig av inngrep og alvorlighetsgrad kan unge pasienter risikere å få et kortere eller lengre møte med spesialisthelsetjenesten før de må håndtere en ny hverdag bestående av postoperative smerter og administrering av sterke smertestillende på egenhånd. I møte med disse pasientene er det viktig at sykepleier legger til rette for en trygg kommunikasjon. Ved å møte den unge som et unikt individ og ta utgangspunkt i deres forutsetninger, kunnskaper og behov kan sykepleier åpne for samtale om smerte, bruk av opioider og rusavhengighet.

Undervisningen som ble beskrevet i de randomiserte studiene ble gitt gjennom digitale verktøy som video (Mokhtari et al., 2021) eller digital presentasjon (Cheesman et al., 2020). Begge studiene målte redusert opioidbruk etter utskrivelse, både etter kort (Mokhtari et al., 2021) og lang (Cheesman et al., 2020) tid, et resultat som også ble støttet av oversiktsartiklene (Côte et al., 2022; Lovecchio et al., 2018). De inkluderte studiene har ingen detaljerte beskrivelser av undervisningsintervensjonene, så det er ikke mulig å vite hvordan de ble gjennomført, annet enn at de var digitale. Resultatet gir heller ingen indikasjoner på at dette var intervensjoner som kunne passe for unge voksne, da ingen av studiene hadde intervensjoner som var utviklet spesielt for denne målgruppen.

Lee & Wu (2019) påpeker at effekten av pasientundervisning er avhengig av kvaliteten på innholdet og formidlingen. De fremhever at innholdet i pasientinformasjonen må inneholde rette elementer og være godt formidlet. Dette stiller krav til sykepleiere i møte med pasienter, og kanskje spesielt i møte med unge pasienter da de kan kreve en annen pedagogisk tilnærming enn voksne. Det er viktig å notere at pasienter som er 18 år kan ha andre oppfatninger om livet, smerte, smertebehandling og utprøving av rus enn pasienter som er 25 år. I tillegg kan mange unge være uerfarne i møtet med helsevesenet, være i en alder der de ønsker å «følge stimen» og ikke rope ut sine tanker eller helseproblemer. De kan trenge tid til å bli trygg, og med det ha et økt informasjonsbehov (Heyn, 2018, s. 79-83). En betingelse for både Travelbee (1999, s. 139) og den didaktiske relasjonsmodellen (Vågan 2020, s. 220-221) er å vektlegge pasienten sine forutsetninger for å motta og forstå informasjonen som formidles. Pasienter som opplever smerte, angst, bekymring eller utmattelse kan oppleve barriere når informasjon formidles (Vågan, 2020, s. 221). En tilnærming der sykepleieren viser interesse for den andre som person, og imøtekommer og anerkjenner dennes tanker kan være med å stabilisere negative følelser rettet mot en undervisningssituasjon (Travelbee, 1999, s. 158-165).

Når sykepleier skal formidle informasjon til en pasient vil verdien av undervisningen basere seg på kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient, samt sykepleierens pedagogiske tilnærming (Lee & Wu, 2019). Ved å være bevisst på sin egen verbale og ikke minst non-verbale kommunikasjon (Travelbee, 1999, s. 138) og ved å bevisst bruke tilnærmingen i 'fire gode vaner' (Vågan, 2020, s. 120) og den didaktiske relasjonsmodellen (Vågan, 2020, s. 220) kan sykepleier etablere et tillitsforhold der den unge kan få uttrykt sine behov og bli møtt på

en respektfull måte. Dette kan være med på å etablere et menneske-til-menneske forhold (Travelbee, 1999, s. 177). Ved å skape et forhold der begge personer ser hverandre som mennesker og samhandler basert på gjensidig forståelse, respekt og sympati, kan pasient som mottaker føle på en trygghet og tillit til den formidlende sykepleier (Travelbee, 1999, s. 178-215). Det er mulig at en slik tilnærming kan bidra til å øke den unges mottakelighet for informasjon om opplevelse av smerte, videre behandling med opioider og nedtrappingsplan etter utskrivelse.

Lee & Wu (2019) anbefaler å benytte en kombinasjon av ulike tilnæringsstrategier i pasientundervisning, som muntlig informasjon, digitale verktøy og skriftlig informasjon, for å sikre at pasienten tar imot informasjonen best mulig. Ved muntlig informasjon kan sykepleier få et innblikk i om pasienten tar imot informasjonen som blir formidlet ved å stille oppklaringsspørsmål, svare på spørsmål og oppklare eventuelle misforståelser. Med denne tilnærmingen er det også mulig å kartlegge hvilket kunnskapsnivå og verdier den unge har i forhold til smerte og opioidbruk, hvordan de forstår sin egen situasjon og hvilken informasjon de ønsker at pårørende skal få (Heyn, 2018, s. 84; Vågan, 2020, s. 221-222). Skriftlig materiale, som for eksempel brosjyrer, kan være egnet for å huske informasjonen etter utskrivelse (Lee & Wu, 2021). Digital pasientundervisning som har et innhold spesielt rettet mot unge voksne kan også være en hensiktsmessig og tidseffektiv måte å informere denne målgruppen på.

At undervisning kan redusere forbruket av opioider og opplevelsen av smerter (Mokhtari et al., 2021; Cheesman et al, 2020; Côte et al., 2022; Lovecchio et al., 2018) kan forstås ut ifra et salutogent perspektiv. Salutogenese fokuserer på at pasienter som har kunnskaper og forståelse for en situasjon, vil ha en sterkere motivasjon og bedre kapasitet til å håndtere endringer og stressfulle situasjoner (Lønne, 2021; Vågan, 2020, s. 93). Pasientundervisning kan dermed være med å styrke pasientens OAS og ved å trekke inn positive mestringsstrategier kan pasientene oppnå høyere mestring (Vågan, 2020, s. 94). Pasientene i Finstad et al. (2021) fikk ikke informasjonen de trengte før utskrivelse og opplevde en tid preget av usikkerhet og følelse av å være utrygg. Ved å styrke pasientens OAS gjennom tilstrekkelig informasjon, formidlet på en god måte er det mulig at disse pasientene kunne ha opplevd en tryggere og mer forståelig postoperativ periode.

5.2.1 Plan for nedtrapping

Pasienter som fikk en individuell nedtrappingsplan hadde signifikant reduksjon i opioidforbruk etter seks uker (Côte et al., 2022). Nasjonal veileder for vanedannende legemidler (2021) anbefaler tilpassede behandlingsplaner, gjerne i form av nedtrappingsplan og oppfølging av fastlege. Disse planene bør være tilgjengelig for pasient gjennom epikrise eller annen tilgjengelig informasjon. Nedtrappingsplan anbefales spesielt sterkt til pasienter som har et forventet opioidbruk på mer enn fire uker (Helsedirektoratet, 2021).

Til tross for klare nasjonale anbefalinger (Helsedirektoratet, 2021) rapporterte de norske traume pasientene i studien til Finstad et al. (2021) at de ble skrevet ut uten en nedtrappingsplan. Disse pasientene formidlet utfordringer med å avslutte bruken av opioider, og beskrev en usikker og utrygg postoperativ periode som resultat av dette (Finstad et al., 2021). Ved å gi en nedtrappingsplan spisset mot pasientens behov, kan pasienten selv ta styring over helsefremmende faktorer uten å føle på et særskilt ansvar for selve nedtrappingsprosessen. Dette kan bidra til å styrke pasientens mestring av situasjonen, i tråd med tanken om empowerment (Vågan, 2020, s. 74). Pasienter kan oppleve mestring og skape endring i holdninger om de tillates å ha kontroll over egen behandling. De trenger imidlertid veiledning for å oppnå den forståelsen de trenger for å kunne mestre egen situasjon. Ved å få tydelige veiledere, som for eksempel en plan for behandling og nedtrappingsplan, gir helsepersonell pasienten makt og kunnskap om videre behandling (Vågan, 2020, s. 78-79). Pasienten kan da kontrollere smerter, forstå hvorfor nedtrapping er viktig og oppleve mestring og bedring i egen helse som resultat av prosessen.

Pasientene i studien til Finstad et al. (2021) som ikke fikk en nedtrappingsplan, fikk heller ikke en videre behandlingsplan. Dette er gjenkjennbart, da jeg har en personlig erfaring med en bestemor som nylig verken fikk behandlingsplan eller informasjon om opioidbehandling etter en hofteoperasjon. I tråd med flere av pasientene som Finstad et al. (2021) intervjuet hadde min bestemor problemer med å avslutte opioid behandlingen selv, og måtte henvende seg til fastlege og operatøren for å motta en nedtrappingsplan. Selv med klare nasjonale retningslinjer kan det glippe også i Norge.

Det er fastlegene som skal overta pasientens smertebehandling etter utskrivelse fra sykehus (Helsedirektoratet, 2021). Erfaringer fra studien til Finstad et al., (2021) er at pasienter ikke

alltid får klar informasjon om videre behandlingsplan med opioider, eller henvises for oppfølging hos fastlegen. Det er kanskje på sin plass å stille spørsmål om hvem som er tilgjengelig for å fange opp pasienter som ikke får den informasjonen de trenger, og ikke drar til fastlegen. Hos unge voksne kan pårørende, som foreldre og venner, være gode ressurser for å fange opp adferd som indikerer avhengighetsskapende tendenser. Det er dessverre ikke alle unge som et slikt nettverk som kan hjelpe de til å komme i kontakt med helsevesenet igjen, så hva med disse?

5.1.3 Kartlegge smerter og risikopasienter

Lovecchio et al. (2018) viste til bedre smertehåndtering og lavere forbruk av opioider hos pasienter ved implementering av en smerteprotokoll. Protokollen var basert på en helhetlig smerteforståelse hos pasienten, hvor sykepleier skulle utforske smerteintensitet, hvordan/hvor mye smerte påvirket funksjon og emosjoner, bivirkninger og pasientens oppfattelse av omsorg ved å bruke et standardisert skjema.

I Norge brukes ofte sykepleiers kliniske blikk, sammen med skaleringsverktøy som VAS eller NRS for å kartlegge akutt smerte (Stubberud et al., 2017: 390). VAS og NRS er endimensjonale smerteskalaer som gir en forståelse for smerteintensitet, smertens form og hvor smerten opptrer (Stubberud et al., 2017, s. 390), men som ikke nødvendigvis gir sykepleier en helhetlig forståelse av pasientens smerteopplevelse. Det finnes andre norske skjemaer for dypere smertekartlegging som kan anvendes, men disse er ansett som uforenlige med sterke akutte smerter på grunn av detaljnivået i verktøyet (Stubberud et al., 2017, s. 391). Resultatet om bruken av en omfattende smerteprotokoll i denne litteraturstudien er hentet fra en studie (Cui et al., 2018) i en systematisk oversiktsartikkel (Lovecchio et al., 2018) som hadde flere svakheter ifølge Helsebiblioteket sin sjekklister for systematiske oversiktsartikler (Helsebiblioteket, 2016). Med tanke på utviklingen av opioidbruken i Norge (Odsbu et al., 2022) er det mulig at en dypere forståelse for smerte kan være hensiktsmessig å utforske for pasienter som bruker opioider for sterke postoperative smerter.

Sykepleiere jobber «bedside», og har god mulighet til å evaluere smerteopplevelse og videreføre pasientinformasjon for å sikre best mulig oppfølging av smertebehandling (Lovecchio et al., 2018). Travelbee (1999, s. 180-185) vektlegger verdien av medmenneskelighet i en kartleggingssituasjon. Ved å lære et menneske å kjenne kan sykepleier oppdage, tolke og handle på signaler og uttrykk fra pasienter på en bedre måte.

Smerte er ikke lett å kommunisere, i tillegg er det en subjektiv opplevelse som ikke alltid er like lett å tolke (Stubberud et al., 2017 s. 383). Gjennom et medmenneskelig forhold basert på sympati og gjensidig forståelse kan pasient og sykepleier lettere kommunisere smerte og plager. Slike gode forhold mellom sykepleier og pasient kan også bidra til et ikke-dømmende ståsted, slik at sykepleier lettere kan stole på pasientens uttrykk om smerteopplevelse (Travelbee, 1999, s. 200-213).

Côte et al. (2022) fremhever at pasienter med økt risiko for opioidavhengighet i forbindelse med sykehusopphold er pasienter med aktivt eller tidligere rusmisbruk, tidligere opioidbruk, bruk av benzodiazepiner, mentale lidelser eller kroniske smerter. Dette samsvarer med andre kjente risikofaktorer for opioidavhengighet (Nawi et al., 2021). Samtidig har også en generelt forhøyet risiko for å utvikle avhengighet, og flere unge voksne benytter seg av rusmidler som alkohol, tobakk og cannabis (Nawi et al., 2021; SSB, 2019). De er i en periode i livet med stor nysgjerrighet, gruppepress blant venner, rebelsk oppførsel og eksperimentering som påvirker valgene de tar. I tillegg prøver mange unge å finne sin plass i samfunnet og er under utvikling, med lavere impuls kontroll (Nawi et al., 2021; Heyn, 2018, s. 73). Identifisering av høyrisiko pasienter er derfor en viktig oppgave, og sykepleiere som er nær pasienter har mulighet til å fange dette opp (Côte et al., 2018). Det er viktig at sykepleiere har kunnskaper om risikofaktorer og hvordan disse kan oppdages gjennom kliniske observasjoner. Det er også viktig at sykepleier utvikler et forhold basert på gjensidig tillit og respekt for slik at nødvendige tiltak kan gjennomføres før utskrivelse i samarbeid med den unge pasienten.

5.2 Metodediskusjon

Jeg gjennomførte søk i sentrale databaser, med flere søkeord knyttet til problemstillingen min. Under det innledende søkene ble det tydelig at det var vanskelig å finne relevante artikler. De fleste artiklene handlet om forebygging av opioidavhengighet blant unge generelt, og ikke spesielt ved utskrivelse fra sykehus. Det er mulig at jeg kunne fått treff på flere relevante studier om jeg også hadde inkludert andre søkeord, som for eksempel 'substance withdrawal syndrome' eller 'opioid withdrawal syndrome'.

Jeg fant ingen relevante artikler som handlet om målgruppen unge voksne (18-24 år). Jeg har derfor inkludert artikler som inkluderte pasienter som var eldre enn ønsket aldersgruppe. De to randomiserte studiene, Mokhtari et al. (2021) og Cheesman et al. (2020), samt den

kvalitative studien til Finstad et al. (2021) inkluderte pasienter fra 18 år og oppover. Gjennomsnittsalderen var 38,5 år i studien til Mokharti et al. (2021), og over 50 år i de to andre studiene (Cheesman et al., 2020; Finstad et al., 2021) Intervensjonene er relevante, men de er dårlig beskrevet og det kan være behov for tilpassinger til yngre pasienter. Jeg ser likevel på resultatene som overførbare til en unge voksne. Flere av studiene er gjennomført i og fokuserer på situasjonen i USA, hvor opioidavhengighet omtales som en epidemi (Odsbu et al., 2022), og problemer knyttet til opioidavhengighet er større enn i Norge. Trenden er imidlertid økende også i Norge (Odsbu et al., 2022), og jeg ser på resultatene som overførbare til norske pasienter.

6.0 Konklusjon med perspektivering

I denne oppgaven har jeg gjennomført en litteraturstudie for å svare på problemstillingen «Hvordan kan sykepleier forebygge opioidavhengighet etter utskrivelse blant unge voksne som har fått opioidpreparater postoperativt for sterke smerter?» Jeg har gjennomført et systematisk søk, anvendt relevant teori og forskning, drøftet temaer knyttet til pasientundervisning og informasjon, nedtrappingsplan og kartlegging av smerte og risikopasienter.

Postoperative pasienter som blir behandlet med opioider har behov for god informasjon om smertebehandling og nedtrapping. Pasienter som får informasjon om opioiders virkemåte og hva de kan forvente mens de bruker opioidbaserte legemidler, bruker mindre opioider og har mindre smerter etter utskrivelse fra sykehus. Sykepleiere har en unik anledning til å kartlegge smerte og risikopasienter blant innlagte pasienter. Ved å etablere en relasjon basert på tillit og respekt, ha kunnskaper om risikofaktorer for vedvarende opioidavhengighet og gi god tilrettelagt informasjon, kan sykepleier tilrettelegge for at unge voksne som utskrives med opioidpreparater opplever mestring. Målet for fremtiden må være å forebygge at unge voksne utvikler opioidavhengighet etter behandling på sykehus.

Referanseliste

- Aasen, S. E. (2020, 03. januar). *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>
- Center for Disease Control and Prevention. (2021, 17. mars). *Understanding the Epidemic. Drug Overdose*. <https://www.cdc.gov/drugoverdose/epidemic/index.html>
- Cheesman, DeFrance, M., Stenson, J., Weekes, D., Feldman, J., Abboud, J., & Austin, L. (2020). The effect of preoperative education on opioid consumption in patients undergoing arthroscopic rotator cuff repair: a prospective, randomized clinical trial—2-year follow-up. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 29(9), 1743–1750. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2020.04.036>
- Côté, C., Bérubé, M., Moore, L. Lauzier, F., Tremblay, L., Belzile, E., Martel, M-O., Pagé, G., Beaulieu, Y., Pinard, A. M., Perreault, K., Sirois, C., Grzelak, S. & Turgeon, A. F. (2022). Strategies aimed at preventing long-term opioid use in trauma and orthopedic surgery: a scoping review. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 23(2022), 238. <https://doi.org/10.1186/s12891-022-05044-y>
- Cui, Wang, L., Li, Q., Zaslansky, R., & Li, L. (2018). Implementing a pain management nursing protocol for orthopaedic surgical patients: Results from a PAIN OUT project. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), 1684–1691. <https://doi.org/10.1111/jocn.14224>
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Den Norske Legeforening (2009, 03. april). *Retningslinjer for smertelindring*. Legeforeningen. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>
- Eide H. & Eide T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendals Akademisk.

Finstad, Røise, O., Rosseland, L. A., Clausen, T., & Havnes, I. A. (2021). Discharge from the trauma centre: exposure to opioids, unmet information needs and lack of follow up—a qualitative study among physical trauma survivors. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 29(1), 121–121. <https://doi.org/10.1186/s13049-021-00938-7>

Felleskatalogen. (2022, 12. januar). *Smerter*. Sykdom. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/smerter>

Gjersing, L. (2021, 09. juni). *Narkotikautløste dødsfall 2020*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dodsfall-2020/>

Hauge, A. (2018, 08. mai). *Metabolitter*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/metabolitter>

Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). *Sjekklist*. Kunnskapsbasert praksis. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklist>

Helsedirektoratet. (2021, 19. oktober). *Vanedannende legemidler*. Helsedirektoratet.no. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler>

Helsedirektoratet. (2021, 19. oktober). *Opioider*. Vanedannende legemidler. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler/opioider#ved-ordinering-av-opioider-i-behandling-av-smertetilstander-som-ikke-skyldes-aktiv-og-progredierende-kreftsykdom-bor-den-avgrenses-til-sterke-akutte-smertetilstander>

Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_11

Heyn, L. G. (2018). *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. Gyldendal Akademisk

Høgskulen på Vestlandet. (u.å). *Søk etter fagressurser*. <https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/>

International Association for the Study of Pain. (2020, 16. juli). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. IASP. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>

Lee, & Wu, C. L. (2020). Educating Patients Regarding Pain Management and Safe Opioid Use After Surgery: A Narrative Review. *Anesthesia and Analgesia*, 130(3), 574–581. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004436>

Lovecchio, Premkumar, A., Stepan, J. G., & Albert, T. J. (2019). Fighting Back: Institutional Strategies to Combat the Opioid Epidemic: A Systematic Review. *HSS Journal*, 15(1), 66–71. <https://doi.org/10.1007/s11420-018-09662-y>

Lønne, A. (2021, 20. juni). *Salutogenese*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/salutogenese>

Nawi, Ismail, R., Ibrahim, F., Hassan, M. R., Manaf, M. R. A., Amit, N., Ibrahim, N., & Shafurdin, N. S. (2021). Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. *BMC Public Health*, 21(1), 2088–2088. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11906-2>

Nordreng, H. & Spigset, O. (2019). *Legemidler og bruken av dem* (3. utg). Gyldendal Akademisk.

Norsk legemiddelhåndbok. (2020, 26. mai). *Ikke-opioide analgetika*. Legemiddelhåndboka. https://www.legemiddelhandboka.no/T20.2.1/Ikke-opioide_analgetika

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

Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Etikk. <https://www.nsf.no/etikkk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert En arbeidsbok* (3. utg). Cappelen Damm Akademisk.

Mjøsund, N. H. (2021). Psykisk helse – et salutogent perspektiv. | Gonzalez, M. T. (red.) *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 29-35). Gyldendal Akademisk.

Mokhtari, Saeed, H., Kawakita, T., Huang, J. C., & Iqbal, S. N. (2021). Educational Video on Pain Management and Subsequent Opioid Use After Cesarean Delivery. *Obstetrics and Gynecology (New York. 1953)*, 138(2), 253–259.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004468>

Odsbu, I., Handal, M., Hjellvik, V., Borchgrevink, P. C., Clausen T., Nesvåg, R. & Skurtveit, S. (2022, 14. februar). Vedvarende bruk av opioider og samtidig bruk av andre vanedannende legemidler. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 142/3. DOI10.4045/tidsskr.21.0659

Odsbu, I., Handal, M., Borchgrevink, P. C., Clausen & T., Skurtveit, S. (2022, 14. februar). Endringer i opioidbruken i Norge må tas på dypeste alvor. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 142/3. Doi 10.4045/tidsskr.21.0909

Ræder, J. (2021, 30. mars). *Smertestillende midler*. Store medisinske leksikon.
https://sml.snl.no/smertestillende_midler

Sand., O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., Bjålie, J. G. & Toverud, K. C. (2019). *Menneskekroppen* (3. utg). Gyldendal Akademisk.

Shaygani, S. & Waal, H. (2009, 15. januar). Behandling av opioid abstinens. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 129/2. Doi 10.4045/tidsskr.09.32466

Skurtveit, S., Hjellvik, V., Sakshaug, S., Borchgrevink, P. C., Larsen, B. M., Clausen, T., Skovlund, E. Heggen, E. E. & Handal, M. (2020, 19. oktober). Forskriving av opioider på blå resept mot langvarige smerter. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 140/15. Doi 10.4045/tidsskr.20.0153

Slagstad, K. (2018). Risiko for opioidmisbruk etter kirurgi. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 138/6. Doi 10.4045/tidsskr.18.0140

Spiering, L. & Dietrichs, E. S. (2022, 19. mai). *Paracetamol*. Store medisinske leksikon.
<https://sml.snl.no/paracetamol>

Statistisk Sentralbyrå. (2019, 4. november). *1 av 7 unge har brukt cannabis siste året*.
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-7-unge-har-brukt-cannabis-siste-aret>

Stubberud, D-G. Grønseth, R. & Almås, H. (2017) *Klinisk sykepleie 1* (5. utgave). Gyldendal Akademisk.

Søk & Skriv. (2022, 05. april). *Kvifor skal ein referere til andre sitt arbeid?*. Kjeldebruk.
<https://www.sokogskriv.no/kjeldebruk/#kvifor-skal-ein-referere-til-andre-sitt-arbeid>

Thidemann, I-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. (2. utgave). Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (1. utgave). Gyldendal Akademisk.

Vågan, A. (2020). *Helsepedagogiske metoder*. Gyldendal Akademisk.

Westin, A. A., Strøm, E. J. H. & Slørdal, L. (2011, 01. juli). Opiat eller opioid? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 131/13-14. Doi: 10.4045/tidsskr.11.0465

Vedlegg

Vedlegg 1. Søkehistorikk fra Epistemonikos, MEDLINE, Cinahl og PsykINFO.

Tabell 1. Epistemonikos

#	Søkeord	Resultat
	opiod misuse AND prevention AND hospital discharge	98

Tabell 2. MEDLINE

#	Søkeord	Resultat
1	Adolescent/ or adolescen*.mp.	2256906
2	Hospitalization/ or hospitalizat*.mp.	258997
3	Pain, Postoperative/ or acute pain.mp. or Acute Pain/	54256
4	1 or 2 or 3	2517121
5	Patient Education as Topic/ or Patient educat*.mp.	106610
6	Consumer Health Information/	4246
7	Communication/ or communicat*.mp.	479896
8	nurse role.mp. or Nurse's Role/	42739
9	5 or 6 or 7 or 8	614202
10	prevention.mp. or Primary Prevention/	1823802
11	substance abuse.mp. or Substance-Related Disorders/	140935
12	Opioid-Related Disorders/	19533
13	Opioid-Related Disorders/ or opioid related disorder*.mp.	19737
14	prescription drug misuse.mp. or Prescription Drug Misuse	2478
15	11 or 12 or 13 or 14	157571
16	10 and 15	29843
17	4 and 9 and 16	545

Tabell 3. Cinahl

#	Søkeord	Resultat
S1	(MH "Adolescence")	576512
S2	"hospitalization or hospitalized or inpatient" OR (MH "Inpatients")	85333
S3	"acute pain" OR (MH "Acute Pain (Saba CCC)")	4372
S4	S1 OR S2 OR S3	658044
S5	(MH "Patient Education") OR (MH "Patient Discharge Education")	71176
S6	(MH "Communication") OR "communication" OR (MH "Communication Methods, Total")	191030
S7	(MH "Nursing Role") OR "nurses role"	61289
S8	S5 OR S6 OR S7	310933
S9	"prevention or intervention or treatment or program"	178522
S10	(MH "Substance Use Disorders") OR "opioid use disorder"	44259
S11	"prescription drug misuse"	291
S12	S9 OR S10 OR S11	44343
S13	S9 AND S12	44259
S14	S4 AND S13 AND S14	295

Tabell 4. PsycINFO

#	Søkeord	Resultat
1	exp Adolescent Behavior/ or adolescent.mp.	369174
2	exp Hospitalization/ or hospitalized.mp.	40233
3	acute pain.mp. or exp Acute Pain/	2239
4	1 or 2 or 3	404895
5	patient education.mp. or exp Client Education/	15274
6	communication.mp. or exp Verbal Communication/ or exp Written Communication/ or exp Communication/	414021
7	nurse role.mp. or Nurse's Role	223
8	5 or 6 or 7	426461
9	exp Prevention/ or prevent*.mp.	248841
10	substance abuse.mp. or exp Drug Abuse/	71665
11	exp Prescription Drug Misuse/ or prescription drug misuse.mp.	1158
12	10 or 11	72289
13	9 and 12	12988
14	4 and 8 and 13	206

Vedlegg 2. Litteratormatrise

Forfatter (år)	Hensikt	Design Metode	Utvalg	Resultat	Kommentar
Cheesman et al., (2020)	Å fastslå om preoperativ opioid undervisning reduserer risiko for opioid avhengighet to år etter artroskopisk rotator cuff operasjon	Randomisert klinisk studie med to års follow-up. Data samlet via medikament håndteringsprogram og pasient intervju	Pasienter (n=140) til operasjon, randomisert i to grupper. Før operasjonen fikk en gruppe standard anbefalinger om postoperativ opioidbruk, bivirkninger, avhengighet og misbruk + 2 min video om misbruk og dets konsekvenser. Kontroll fikk standard preoperativ undervisning og diskusjon av fordeler og risiko.	Pasienter som fikk preoperativ undervisning om opioidbruk hadde lavere sannsynlighet for å bli opioid avhengig ved to års follow-up enn kontrollgruppen De som fikk undervisning hadde et mindre inntak av opioider, mindre grad av avhengighet og hentet ut færre resepter	Pasienter blindet for hensikt med studie Kirurg blindet for pasient gruppe Studien gjennomført fra august 2015 – desember 2019

<p>Finstad et al., (2021)</p>	<p>Å utforske pasient erfaringer med og perspektiver på pre- og post utskriving etter traume behandling, inkludert erfaringer relatert til opioid bruk.</p>	<p>Kvalitativ metode med semistrukturerte intervju. Intervju gjennomført hjemme hos pasient eller på lokalsykehus ca. seks uker etter utskrivelse</p>	<p>Pasienter 18 år og eldre (n=13) som hadde opplevd kompleks og/eller alvorlig traumekirurgi.</p>	<p>Tre tema: 1) umøtt informasjonsbehov, 2) opioid eksponering, 3) mangel på oppfølging etter utskrivelse. Fremvoksende tema gjennom analysen var 'føle seg utrygg og/eller usikker'.</p>	<p>Intervjuguide med åpne spørsmål om traumebehandling, erfaringer med smerte, opioider, oppfølging etter utskrivelse og livskvalitet etter traumat.</p>
<p>Lee & We. (2019)</p>	<p>Å utforske eksisterende litteratur for å undersøke effekt av pasient undervisning og nåværende gap, og å presentere informasjon som kan hjelpe pasienter og føre til tryggere opioid håndtering</p>	<p>Litteraturstudie (fagartikkel)</p>	<p>Pasienter som gjennomgår operasjon</p>	<p>Temaer: 1) innflytelse av undervisning på postoperativ smerte og opioid bruk, 2) nåværende gap og mangler i pasientundervisning definerer problemet, 3) gi informasjon om smerte håndtering og opioider utvikler løsning og 4) tilnærminger til undervisning</p>	<p>Litteratursøk ikke beskrevet. Viser til eksisterende forskning.</p>

<p>Lovecchio et al., (2019)</p>	<p>Å evaluere institusjonelle strategier for å redusere opioid administrering og bruk etter ortopedisk kirurgiske inngrep</p>	<p>Systematisk oversikt</p>	<p>13 studier</p>	<p>Strategier rettet mot pasientundervisning for å minisere opioidbruk, sette passende forventinger om postoperativ smerte, og identifisere høy risiko pasienter var forbundet med lavere opioidbruk</p> <p>Sykepleierens rolle i bedside evaluering av smerte – protokoll for smerte håndtering</p> <p>Undervisning og retningslinjer om ordinerer av opioider</p>	<p>Litteratursøk bare i PubMed.</p> <p>Ikke beskrevet inklusjons- og eksklusjonskriterier eller kritisk vurdering av artikler</p> <p>Har identifisert intervensjoner, men kommer ikke frem hvordan de er evaluert</p>
-------------------------------------	---	-----------------------------	-------------------	---	---

<p>Mokhtari et al., (2021)</p>	<p>Å undersøke om å se en video om smertehåndtering reduserer opioidbruk etter keisersnitt</p>	<p>Randomisert kontrollert studie</p> <p>Målte antall oxycodone tabletter og adjunkt medisinbruk (paracet og ibux), smerte score og overordnet tilfredsstillelse med smertelindring 7 og 14 dager etter fødselen</p>	<p>Kvinner (n= 48) over 18 år som gjennomgikk keisersnitt, randomisert i to grupper. Ved utskrivelse fikk en gruppe vanlig instruksjon om smertebehandling pluss en undervisningsvideo om smertehåndtering. Kontrollgruppen fikk bare vanlig instruksjon om smertebehandling. Alle fikk samme opioid resept ved utskrivelse.</p>	<p>Gruppen som så undervisningsvideo, brukte signifikant færre tabletter etter utskrivelse.</p> <p>Ingen forskjeller mellom gruppene i adjunkt medisinbruk, smertescore eller tilfredsstillelse med smertekontroll</p>	<p>Video på ca 5,5 minutter vist ved utskrivelse.</p> <p>Kriterier for inklusjon og eksklusjon i studiet.</p> <p>Ser ut som om gruppene har fått lik behandling utenom video.</p> <p>24 deltagere i hver gruppe. Alle har svart på spørreskjema.</p>
--------------------------------	--	--	--	--	--

Côte et al., (2022)	Å systematisk kartlegge forskning på strategier som sikter på å forebygge opioidbruk hos traume og ortopediske pasienter som har gjennomgått kirurgisk inngrep og identifisere kunnskaps gap	Scoping review	66 artikler og 20 retningslinjer, publisert fra januar 2008 til september 2021	De fleste studiene om undervisningsstrategier viste signifikant reduksjon i morfinekvivalente doser utover en måned. Individualisert nedtrappingsplan og regulering av opioid ordineringsgang og nedgang i bruk en og tre måneder etter operasjonen	Søkt i syv databaser og relevante organisasjoner Inkludert studier med ulike studiedesign
---------------------	--	----------------	--	--	--