

PRAKTISERENDE LÆGERS UDFORDRINGER

VED NEDTRAPNING AF LANGVÆRIG OPIOIDBEHANDLING HOS

PATIENTER MED

KRONISKE NON-MÅLIGNE SMERTER

OG ØNSKER TIL SAMARBEJDE MED SEKUNDÆRSEKTOREN HEROM



Master i Smertevidenskab og Tværfaglig Smertebehandling

4.semester, modul 8

Udarbejdet: februar - juni 2022

Karen Yde Hove, studienummer: 20202149

Randi Eltved, studienummer: 20202145

Vejleder: Henrik Bjarke Vægter

Medvejleder: Mette Terp Højbye

Gruppenummer: 103



Administrativ information

Registrering

Masterprojektet er udarbejdet i perioden februar - juni 2022 på modul 8 på Master i Smertevidenskab og Tværfaglig Smertebehandling ved Aalborg Universitet.

Forfattere

Randi Eltved og Karen Yde Hove

Vejledere

Hovedvejleder: Henrik B. Vægter

Medvejleder: Mette Terp Højbye

Afleveringsdato

10.06.2022

Eksamensdato

24.06.2022

Erklæring om forfatterens uafhængighed

Der er ingen interessekonflikter.

Resumé på dansk

Titel: Praktiserende lægers udfordringer ved nedtrapning af langvarig opioidbehandling hos patienter med kroniske non-maligne smerter og ønsker til samarbejde med sekundærsektoren herom.

Forfatter: Karen Yde Hove og Randi Eltved

Vejledere: Hovedvejleder Henrik Bjarke Vægter og medvejleder Mette Terp Højbye

Baggrund: Mange patienter med kroniske non-maligne smerter (KNMS) behandles med langvarigt opioid (LTOT) på trods af faglige anbefalinger mod dette. LTOT giver risiko for en lang række bivirkninger med nedsat funktionsevne og dårlig livskvalitet. Det er veldokumenteret, at det øger udgifterne i både sundhedssystemet og socialvæsenet. Regionsrådet i Region Midt (RM) har tildelt Smerteklinik Silkeborg midler til udvikling og drift af en opioidnedtrapningsklinik. Vi har i vores masterprojekt forsøgt at afdække de praktiserende lægers udfordringer og ønsker til samarbejde om patientgruppen med KNMS i LTOT. Resultaterne fra masterprojektet skal anvendes som hjælp til at målrette udviklingen af opioidnedtrapningsklinikken.

Formål: Vi ønsker at afdække, hvilke udfordringer den praktiserende læge møder ved nedtrapning af LTOT hos patienter med KNMS, samt hvilke ønsker den praktiserende læge har til samarbejde med sekundærsektoren omkring nedtrapning af patienter med KNMS i opioidbehandling.

Metode: Vi har anvendt mixed methods-design med triangulering. I den kvalitative del har vi foretaget semistrukturerede interviews med 8 praktiserende læger i RM fundet ved bekvemmelighedssampling (convenience sampling). I den kvantitative del har vi udført et observationelt deskriptivt tværsnitstudie via en survey udsendt til alle praktiserende læger i RM.

Resultat: De læger, vi har interviewet, er ikke repræsentative for læger i RM, da alle kommer fra flerlægepraksis. Vi har interviewet flest mænd. I vores survey har vi opnået en svarprocent på 19% med overvægt af yngre kvinder. Givet de konsistente data, vi har indsamlet, antager vi, at dette ikke skævvrider resultaterne betydeligt. Surveydata er analyseret med deskriptiv statistik. Resultaterne fra de to dele af studiet konvergerer i forhold til beskrivelsen af de udfordringer, praktiserende læger møder i behandlingen af patienter med KNMS i LTOT. Der er udfordringer med motivation af patienterne, hvor lægerne oplever modvilje. Der er faglige vanskeligheder med behandling af abstinenser og håndtering af komorbiditet. Lægerne bekymrer sig for, at patienterne udvikler afhængighed og bivirkninger til opioidbehandlingen. Lægerne har implementeret arbejdsgange, så de undgår sanktioner fra Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS). Vi finder de udfordringer, lægerne anfører, i overensstemmelse med det, der er beskrevet i litteraturen. Desuden finder vi, at lægerne ønsker hjælp til opgaven

med opioidnedtrapning via en nedtrapningsklinik og gerne vil henvise patienterne til denne. De beskriver også et ønske om kompetenceudvikling af både læger og personale.

Konklusion: Lægerne udfordres i forhold til viden om nedtrapningsstrategier. De presses organisatorisk af myndighedskrav og mangel på tid. Læge-patient-relationen belastes ofte af afmagtsfølelse hos lægen. Lægernes primære ønske er at kunne uddelegere opgaven med opioidnedtrapning til sekundærsektoren, men de er også interesseret i et kompetenceløft af både læger og praksispersonale i form af undervisning.

Abstract in English

Title: General practitioners' challenges in reducing long-term opioid therapy (LTOT) in patients with chronic non-cancer pain (CNCP) and their wishes to cooperate with the secondary healthcare sector in this regard.

Authors: Karen Yde Hove and Randi Eltved

Supervisor: Main supervisor: Henrik Bjarke Vægter and co-supervisor: Mette Terp Højby

Background: Patients with CNCP are often treated with long-term opioid therapy (LTOT) despite professional non-recommendations. LTOT can cause a wide range of side effects leading to reduced functional level and poor quality of life. It is well documented that LTOT increases costs in both health care system and social services. The Regional Council of the Central Region of Denmark (RM) has allocated Smerteklinik Silkeborg funds for the development and operation of an opioid downsizing clinic. In our master's project, we have tried to uncover the general practitioners' challenges and wishes for collaboration on the patient group with CNCP in LTOT. The results from the master project will be used in the development of the opioid downsizing clinic.

Purpose: We want to uncover what challenges general practitioners encounter when phasing out LTOT in patients with CNCP and the wishes general practitioners have for collaboration with the secondary healthcare sector regarding tapering opioids in patients with CNCP in opioid LTOT.

Methods: We have used mixed methods design with triangulation. In the qualitative part we conducted semi-structured interviews with eight general practitioners in RM found by convenience sampling. In the quantitative part we have performed an observational descriptive cross-sectional study via a survey sent to all general practitioners in RM.

Results: The physicians we interviewed are not representative of physicians in RM as they all come from group practices. We have interviewed more men than women. In our survey, we achieved a response rate of 19% with a predominance of younger women. Given the consistent data we have collected, we assume that this does not skew the results significantly. The survey data are analyzed with descriptive statistics. The results from the two arms of our study converge in relation to the description of the challenges that general practitioners face in the treatment of patients with CNCP in LTOT. Doctors are met with reluctance and a lack of motivation amongst patients. There are professional difficulties with the treatment of withdrawal symptoms and the management of comorbidity. Doctors are concerned that patients may develop addiction to and side effects from opioids. The doctors have implemented workflows so that they avoid sanctions from the Danish Patient Safety Authority (STPS). We find the challenges stated by the physicians in line with the literature. In addition, we find that the doctors want help with the task of opioid tapering via a tapering clinic and expresses a desire to refer the patients to such a clinic. They also describe a desire for further development of competence among doctors and staff.

Conclusions: Physicians are challenged in terms of knowledge of strategies for downsizing. They are pressured by regulatory demands and lack of time. The patient-provider interaction is often burdened by the physician's sense of powerlessness. The doctors' primary wish is to be able to delegate the task of opioid downsizing to the secondary healthcare sector. They are also interested in competence development of both doctors and practice staff through education.

Indholdsfortegnelse

Administrativ information	2
<i>Registrering</i>	<i>2</i>
<i>Forfattere</i>	<i>2</i>
<i>Vejledere.....</i>	<i>2</i>
<i>Erklæring om forfatternes uafhængighed.....</i>	<i>2</i>
Resumé på dansk.....	2
Abstract in English	4
Forkortelser og ordforklaring	7
Indledning	10
Baggrund.....	10
<i>Fordele og ulemper ved opioidudtrapning</i>	<i>11</i>
<i>Hvem kan profitere af ned- og udtrapning af opioid?</i>	<i>12</i>
<i>Udfordringer og barrierer ved nedtrapning</i>	<i>13</i>
<i>Andre faktorer</i>	<i>14</i>
<i>Hvordan løses opgaven i primærsektoren?.....</i>	<i>14</i>
<i>Opioidforbruget.....</i>	<i>15</i>
Forskningsspørgsmål	16
<i>Problemformulering</i>	<i>16</i>
Metode	16
<i>Afgrænsning</i>	<i>16</i>
<i>Opbygning</i>	<i>17</i>
<i>Interviews</i>	<i>18</i>

<i>Survey</i>	23
Etiske overvejelser	24
Resultater	25
<i>Lægernes oplevede udfordringer</i>	26
<i>Lægernes ønsker til samarbejde med sekundærsektoren</i>	28
Diskussion	32
<i>Vurdering og kritik af metode</i>	32
<i>Diskussion af resultater</i>	33
Konklusion og perspektivering	36
Referencer	38
Bilagsliste	43

Forkortelser og ordforklaring

Den biopsykosociale forståelsesmodel: Samler flere faktorer i en helhedsforståelse af sygdom og sundhed med både medicinske, sociale og psykologiske aspekter. Modellen blev introduceret i 1977 af George Engel (Engel, 1977).

CPD: Complex Persistent Opioid Dependence (kompleks vedvarende morfinafhængighed)

Funktionsevne: Vurdering af funktionsevne ud fra WHO's klassifikation fra 2001, hvor funktionsevnen vurderes ud fra en biopsykosocial helhedsmodel med fokus på krop, aktivitet og deltagelse samt de helbredsmæssige og personlige og omgivelsesmæssige faktorer, der påvirker funktionsevnen (International classification of functioning, disability and health (ICF) u.d.; Funktionsevne vurdering og ICF, 2019).

HRQoL: Quality of life. Kan oversættes til livskvalitet, hvor WHO definerer livskvalitet som følgende: "... menneskers opfattelse af deres livssituation set i sammenhæng med en kultur og de værdisystemer, de lever i, og i forhold til deres mål, forventninger, standarder og bekymringer." (WHOQOL: Measuring quality of life, u.d.).

Kvalitetsklynger i almen praksis: Som følge af overenskomstaftalen for almen praksis fra 2018 har de praktiserende læger etableret sig i mindre grupper – såkaldte kvalitetsklynger – hvor de sammen kan arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling. De læger, der ikke deltager, skal i stedet fortsat akkrediteres hvert tredje år efter den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) (Kvalitetsklynger i almen praksis, 2020).

KOL: Kronisk obstruktiv lungelidelse også kaldet kronisk bronkitis

KNMS: Kroniske non-maligne smerter. Langvarige smerter, der har varet over 3 måneder, og som ikke skyldes aktiv kræftsygdom. På engelsk kaldet **CNCP** (chronic non-cancer pain).

LTOT: Long-Term Opioid Therapy (langvarig behandling med opioider (>3 måneder))

Lægedage: Praktiserende lægers største efteruddannelsesbegivenhed, der afholdes hvert år i Bella Center, København. Lægedage består af kurser for både læger og praksispersonale og har omkring 2500 deltagere (Lægedage, u.d.).

MidtX: Digital samarbejdsplatform udviklet i Region Midt til sikker opbevaring af personoplysninger ved udførelse af forskningsprojekter, så data behandles i overensstemmelse med databeskyttelseslovgivningen.

MME: Morfin milligram equivalent (kalkulator bruges til at omregne forskellige opioider, så dosis er sammenlignelig med morfindosis). Sundhedsstyrelsen opdeler langtidsbrugere i 3 grupper (Sundhedsdatastyrelsen, 2020).

1. Efter "anbefaling": <50 MME (330.000 personer i DK i 2019/73.000 ps. i RM)
2. Over anbefaling: >50-100 MME (37.000 personer i DK i 2019/8000 ps i RM)
3. U hensigtsmæssigt højt forbrug: >100 MME (74.000 personer i DK i 2019/16.000 ps. i RM)

NA: Noradrenalin

Non-farmakologisk behandling: Omhandler ikke-medicinske tiltag som f.eks. patientundervisning og terapiretninger som ACT (Acceptance and Commitment Therapy) og CAT/KAT (kognitiv adfærdsterapi).

OIH: Opioidinduceret hyperalgesi

Opioider: Samlet betegnelse for morfin og morfinlignende stoffer

OUD: Opioid Use Disorder (opioidafhængighedssyndrom)

PLO-Midt: Praktiserende Lægers Organisation i Region Midt

PTSD: Posttraumatisk Stress Disorder (posttraumatisk stress-lidelse)

Sekundære analgetika: Medicin, der primært er udviklet til behandling af f.eks. epilepsi, angst eller depression, som anvendes i smertebehandling. Stofgrupperne er TCA (tricykliske antidepressiva som amitriptylin, noradrenalin og imipramin), SNRI (Serotonin-noradrenalin-reuptake-hæmmere som Duloxetin) og gabapentoiderne (Gabapentin og Pregabalin).

Self-efficacy: Psykologisk begreb, der stammer fra 1977, hvor Bandura definerede fænomenet, som individets oplevelse af egne evner til at mestre en udfordring eller nå et mål, samt dets oplevelse af kontrol over begivenheder i eget liv (Bandura, 2001).

Smerteintensitet: Bruges til vurdering af smertestyrke. Angives ofte på en skala enten visuelt fra 0-100 mm (VAS) eller på skala fra 0-10 (NRS).

RM: Region Midt med 1.3 millioner borgere (Mennesker og geografi - Region Midtjylland, u.d.).

STPS: Styrelsen For Patientsikkerhed

SurveyXact: Elektronisk værktøj til gennemførelse af spørgeskemaundersøgelser

U.d.: Reference til hjemmeside uden dato

Indledning

Frem til 2017 har forbruget af opioider til patienter med kroniske non-maligne smerter (KNMS) været voldsomt stigende. Det har fået sundhedsmyndighederne til at revurdere og udforme nye vejledninger til behandling af disse patienter. Blandt sundhedspersonale er der; både hos den praktiserende læge og i det sekundære sundhedsvæsen; udfordringer i forhold til at kunne tilbyde den anbefalede behandling til patienterne. Det er et problem, fordi LTOT til patienter med KNMS er forbundet med alvorlige bivirkninger hos den enkelte og øgede udgifter både i social- og sundhedsvæsenet.

Når bivirkningerne ved opioidbehandling er velbelyste og opioidudtrapning anbefales, kan det undre, hvorfor behandlingen fortsat er så udbredt? Derfor ønsker vi at undersøge, hvilke barrierer den enkelte læge oplever ved ned- og udtrapning af patienter med KNMS i LTOT samt hvilket samarbejde med sekundærsektoren, der efterspørges. Den viden, vi opnår, skal efterfølgende benyttes i udviklingen af en "nedtrapningsklinik" under Smerteklinik Silkeborg.

Håbet med opioidnedtrapningsklinikken er, at den enkelte patient får flere leveår med større livskvalitet samtidig med, at ressourcerne i social- og sundhedsvæsenet anvendes bedre.

Baggrund

Der har de senere år været fokus på forbruget af opioider, og forbruget var frem til 2017 stigende både på verdensplan og i Danmark. Danmark lå på femtepladsen på den globale liste over lande med højt forbrug af opioider (Sundhedsdatastyrelsen, 2020; Nissen, Pottegård, & Ryg, 2019). Generelt er langtidsforbruget af opioider i Danmark faldet med 21% fra 2015 til 2019, men Danmark ligger fortsat højt sammenlignet med de andre nordiske lande. Faldet skyldes til dels, at der er færre nye brugere af opioid. I januar 2018 kom der flere myndighedstiltag. Bl.a. er de tidligere såkaldt "svage" opioider blevet kopieringspligtige, og den enkelte læges samlede receptudskrivning af kopiagtig medicin følges af STPS. Dette fokus kan måske forklare det store fald i brugen af Tramadol, der før blev anset for og markedsført som et "svagt" opioid. Sundhedsstyrelsen har i 2019 udsendt en revideret udgave af vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler (Vejledning om afhængighedsskabende lægemidler, 2019). Herudover har Styrelsen for patientsikkerhed

(STPS) angivet retningslinjer for god praksis ved udskrivelsen af opioid, hvor de praktiserende læger, som udskriver størstedelen af opioidrecepter, kun må udskrive opioid ved fremmøde. Der skal samtidig foreligge en behandlingsplan, hvor der er taget stilling til udtrapning (Om ordination af afhængighedsskabende lægemidler i almen praksis, 2019). STPS foretager tilsyn i almen praksis i forhold til, om retningslinjerne bliver overholdt (Målepunkter og refleksionspunkter, u.d.).

Der har således været fokus på udskrivning af opioider, særligt LTOT til patienter med KNMS. De nationale mål for Sundhedsvæsenet (8 nationale mål for sundhedsvæsenet, u.d.) lægger op til kvalitetsforbedringer og styrkelse af det tværsektorielle samarbejde med etablering af lærings- og kvalitetsteams til gavn for den enkelte patient. Silkeborg Sygehus har fokus på innovation med udvikling og styrkelse af det tværsektorielle samarbejde, og Region Midt har tildelt Smerteklinik Silkeborg midler til udvikling af en opioidnedtrapningsklinik. Et mål er at dele viden sektorerne imellem og etablere shared care, så patienter i langvarig opioidbehandling uden tilstrækkelig effekt kan ned- eller udtrappes af opioidbehandlingen.

Fordele og ulemper ved opioidudtrapning

Opioider virker på hjernens "belønningscenter" for adfærdsændring, og giver oplevelsen af smertelindring via μ -opioid-receptorerne i det mesolimbiske system, hvor det særligt er frigivelsen af dopamin, der aktiverer belønningscentret. Ved langvarig opioidindtagelse kræver belønningscenteret kontinuerligt opioid for ikke at udvikle abstinenser grundet udvikling af tolerance, så tærskelværdien for at opnå "belønningsfølelsen" øges. Opioidafhængighed er associeret med strukturelle og funktionelle forandringer i hjernen. Afhængigheden påvirker både affekt- og impuls kontrol; såvel som belønnings- og motivationssystemet (Upadhyay et al., 2010).

Ved nedtrapning eller ophør med opioid, opstår der ubalance i det mesolimbiske system, hvilket fremkalder frigivelse af stresshormoner, der kan bidrage til **dysfori**. Dette kan give langvarig **craving**. Et andet væsentligt område i hjernen, hvor opioid binder sig, er locus coeruleus, hvor der sker en opregulering af proteiner, der danner noradrenalin (NA), som ophobes under opioidbehandling. Ved nedtrapning sker der en stor frigivelse af NA, hvilket fremkalder **abstinenssymptomer** (Højsted, Jette & Sjøgren, 2007).

Der er flere studier, der peger i retning af, at effekten af opioid; målt på smerteintensitet, livskvalitet og funktionsevne; er dårlig ved langtidsbrug (Fishbain & Pulikal, 2019; Busse et al., 2017; Murphy et al., 2018). Herudover er der væsentlige sundhedsskadelige bivirkninger, der er omkostningstunge; både for den enkelte patient og for samfundet som helhed (Kidner, Mayer, & Gatchel, 2009; Davis, Digwood, Mehta, & McPherson, 2020).

Ved kroniske smerter forsvinder smerterne sjældent ved opioidbehandling, og lindringen på smerteintensitet kan være sparsom og aftagende grundet toleransudvikling. Der er oftest vedvarende bivirkninger til opioidbehandlingen som træthed, nedsat hukommelse og koncentrationsevne, sarcopenia (svækkelse af muskulatur), hypogonadisme med seksuel dysfunktion og infertilitet til følge. Der er sårhelingsbesvær, infektionsrisiko grundet immunsuppression, faldrisiko med ledsagende frakturrisiko, humørpåvirkning med udvikling af depressive symptomer, søvnbesvær, opioidinduceret hyperalgesi (OIH), obstipation, mundtørhed, urinretention, hudkløe samt risiko for langvarig afhængighed med "complex persistent opioid dependence"(CPD). Det skønnes, at udviklingen af Opioid Use Disorder (OUD) ligger på 7-10 % (Shurman, Koob, & Gutstein, 2010; Bhattacharya, 2021; Davis et al., 2020; Lindholm & Sjøgren, 2014).

Hvem kan profitere af ned- og udtrapning af opioid?

Størstedelen af personer, der sættes i behandling med opioid; både kort- og langtidsbehandling; ophører grundet bivirkninger eller frygt for social stigmatisering; andre grundet aftagende smerter. Højere dosis af opioid øger generelt risikoen for fejlslagen rehabilitering og øger sundhedsomkostningerne. Personer med opioiddoser over 50 MME har elleve gange øget prævalens for forsørgelse på langvarige overførselsindkomster (Kidner et al., 2009; Birke, Ekholm, Sjøgren, Kurita, & Højsted, 2017).

Der er faktorer, der bør motivere nedtrapning af langvarig opioidbehandling ved patienter med KNMS (Davis et al., 2020; Berna, Kulich, & Rathmell, 2015; Tardif, Hayes, & Allingham, 2021; Durand, Nechuta, Krishnaswami, Hurwitz, & McPheeters, 2019).

- Aftagende smerter
- Primære smertelidelser som fibromyalgi og migræne

- Sekundære smertelidelser med KNMS efter arbejdsskade (opioid bedrer ikke funktionsevnen og nedsætter sandsynligheden for at returnere til arbejde)
- Patienter færdigbehandlet efter et cancerforløb, idet opioid ikke virker godt på neuropatiske smerter efter kemoterapi eller strålebehandling
- Patienter, der ikke oplever bedring i funktionsevne eller fald i smerteintensitet på mindst 30%
- Patientens motivation
- Manglende smertereduktion trods opioiddoser >90 MME
- Sværere eller generende bivirkninger
- Misbrugsadfærd med mistanke om OUD eller bekymring for afhængighed (særligt ved alder <30 år, disposition til afhængighed, tidligere misbrug/afhængighed, psykiatrisk lidelse, incestoffer, ryger)
- Somatisk komorbiditet (som KOL, leverinsufficiens, faldtendens, søvnapnø, ustabil hjertelidelse)
- Sideløbende benzodiazepinforbrug

Udfordringer og barrierer ved nedtrapning

Undersøgelse fra USA viser, at 75% af patienter med KNMS gerne vil nedtrappe opioid, hvis de får nedtrapningen tilbudt med relevant plan og støtte (Pergolizzi, Rosenblatt, Mariano, & Bisney, 2018). Patientgrupper med psykisk komorbiditet falder hyppigere fra, og udtrapningssuccesen er mindre. Hvis patienterne er diagnosticeret med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse (borderline type) vil kun knapt 28% være udtrappet af morfin efter 1 år. Andre patientgrupper med komorbiditet som depression, generaliseret angst eller PTSD vil ofte have større modstand mod ned- eller udtrapning. Patienter, der har været seksuelt misbrugte, eller personer med PTSD, samt personer disponeret for misbrug har større risiko for at udvikle misbrugsadfærd og har sværere ved at mestre abstinenssymptomer (Davis et al., 2020; Krashin, Sullivan, & Ballantyne, 2013; Juurlink, 2017). Det tyder på, at en del patienter, der efterspørger opioider til smertelindring, primært søger lindring af fysiske abstinenssymptomer og psykisk lidelse (Juurlink, 2017).

Gruppen af patienter med psykisk komorbiditet vil ofte under udtrapning have stort behov for støtte med mange kontakter til behandler omkring bekymringer, og de kan fra et behandlerperspektiv være mentalt krævende. Det er vigtigt at behandle den psykiske komorbiditet optimalt, hvis opioidnedtrapningen skal lykkes. Det vil ofte kræve en tværfaglig indsats at lykkes med nedtrapning af patienter i LTOT for KNMS, såfremt der samtidig er en psykisk komorbiditet. Patienter med afhængighed af tobak eller alkohol er sværere at trappe ud, og de er også i større risiko for afhængighed og misbrug (Davis et al., 2020; Bruneau et al., 2021).

Andre faktorer

Der er en social slagside i opioidudskrivning, hvor f.eks. landbefolkninger i USA og England med lavere indkomst er i behandling med højere opioiddoser og hyppigere får udskrevet en opioidrecept (Janakiram et al., 2019; Curtis et al., 2019; Durand et al., 2019), samtidig er mortaliteten fordoblet hos patienter, der får over 50-90 MME dagligt (Davis et al., 2020).

Undersøgelse fra USA viser, at praktiserende læger udskriver mere opioid, som dagen skrider frem, og er lægen tidsmæssigt bagud, øges udskrivningen med 17% (Neprash & Barnett, 2019). Ofte fortsætter opioidbehandlingen efter en kirurgisk procedure i sekundærsektoren, og i et andet studie fra USA er 9-13% fortsat i opioidbehandling efter vellykket operation, også selv om de ikke fik opioider inden indgrebet. Artiklen problematiserer den uklare ansvarsfordeling mellem de læger, der er involveret i patientens behandling, både i forhold til at vurdere den fortsatte opioidbehandling og varetage udtrapningen (Bicket, Murimi, Mansour, Wu, & Alexander, 2019).

Hvordan løses opgaven i primærsektoren?

Der er flere vejledninger målrettet praktiserende læger om, hvorledes opioidnedtrapning kan foregå med forslag til rotation, nedtrapningshastighed, abstinensbehandling, screening for psykisk komorbiditet og andre risikofaktorer (Afdækning af smerteområdet, 2020; Højsted, Jette et al, 2019; Smerteguide, 2022; NKR: Udredning og behandling af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet, 2018; NKR: Systematisk opfølgning af patienter i behandling med opioider for non-maligne smerter, 2019).

Nyt systematisk review og metaanalyse undersøger effektiviteten af interventioner mhp. opioidnedtrapning ved patienter med KNMS. Der findes moderat evidens for, at lægens adhærens til guidelines samt patientundervisning i smertehåndtering øger sandsynligheden for opioidudtrapning (Avery et al., 2022).

I studier dropper omkring en tredjedel af deltagerne ud af ned- eller udtrapningsforløb; oftest personer i højdosis-opioidbehandling og med høj smerteintensitet, samt personer med psykisk komorbiditet. De fleste patienter, der lykkes med at udtrappe opioid, oplever efterfølgende ikke øgning af smerter. Firs procent oplever reduktion af smerter, hvilket især ses ved milde til moderate smerter, femten procent oplever stabil smerteintensitet, og tre procent har øget smerteintensitet. Det er normalt, at der undervejs i udtrapningen, når abstinenserne optræder, ses en øgning af smerter (Berna et al., 2015; Davis et al., 2020).

Vi har foretaget litteratursøgning ud fra undersøgelsens formål. Søgningen har vist os, at der kun findes sparsom relevant litteratur omhandlende primærsektorens tilgang til behandling og nedtrapning af patienter med KNMS i opioidbehandling. Vi har ikke fundet litteratur, der specifikt omhandler et samarbejde mellem primær- og sekundærsektoren om opgaven med at nedtrappe opioidbehandling hos patienter med KNMS, men vi har fundet en del studier, der afdækker vanskeligheder i almen praksis med ned- og udtrapning af opioider (bilag 1).

Opioideforbruget

I Danmark har 8% af alle voksne indløst recept på opioider indenfor det seneste år. Såfremt procentfordelingen af opioidbrugere er ligeligt fordelt udover landet, vil der i Region Midt (RM) være over 100.000 personer, der i 2019 har indløst recept på opioid og en tredjedel af disse vil være langtidsbrugere. Dette svarer til omkring 33.000 med LTOT i RM (Sundhedsdatastyrelsen, 2020). Medianalderen for opioidbrugeren er 65 år, og der er flest kvinder (58%). Ifølge Nationalt Videnscenter for Demens 2020, er 17% af ældre over 65 år i behandling med opioid (Erstatter smertestillende medicin antipsykotisk medicin mod adfærdsforstyrrelser? 2020). Statistisk set vil hver læge i Region Midt have omkring fyrre patienter i langvarig opioidbehandling tilknyttet sin praksis. Af disse patienter vil tyve være medicineret over den anbefalede opioiddosis på 50-90 MME. Derved tilhører disse patienter en særlig risikogruppe (Sundhedsdatastyrelsen, 2020). Der er flere ældre i gruppen af

patienter i langvarig opioidbehandling, hvor risikoen ved opioidbehandling er højere både i forhold til faldtendens og konfusion (Bhattacharya, 2021).

Der er mange faglige argumenter for at optimere behandlingen af patienter med KNMS, der er i langvarig opioidbehandling. Men hvordan skal det lykkes? Har den praktiserende læge behov for et samarbejde omkring ud- og nedtrapning? Og hvad skal det samarbejde bestå i? Hvad er udfordringerne for lægen i forhold til de patienter i langvarig opioidbehandling, som kunne have gavn af ud- eller nedtrapning? I dette masterprojekt ønsker vi at undersøge disse problemstillinger og har formuleret vores forskningsspørgsmål ud fra dette.

Forskningsspørgsmål

Hvilke udfordringer oplever praktiserende læger ved langvarig opioidbehandling hos patienter med KNMS, og hvilke ønsker har de til et samarbejde med sekundærsektoren omkring nedtrapning af langvarig opioidbehandling?

Problemformulering

- Hvilke udfordringer møder den praktiserende læge ved nedtrapning af langvarig opioidbehandling hos patienter med KNMS?
- Hvilke ønsker har den praktiserende læge til samarbejde med sekundærsektoren omkring nedtrapning af patienter med KNMS i opioidbehandling?

Metode

Afgrænsning

Studiet er afgrænset til praktiserende læger i Region Midt, da disse læger dækker optageområdet for Smerteklinik Silkeborg. Resultaterne fra masterprojektet skal anvendes som hjælp til at målrette udviklingen af en opioidnedtrapningsklinik i regi af smerteklinikken.

Opbygning

Vores projekt udspringer af en praksisnær problemstilling. Vi har valgt et mixed methods-studie med et konvergent design (Creswell & Plano Clark, 2018, kap. 7). Vi anvender både kvalitative og kvantitative data. De to typer af materiale, vi opnår, prioriteres ligeværdigt. Anvendelsen af triangulering er mhp., at vores studie opnår størst mulige troværdighed (Leedy, Ormrod, & Johnson, 2021, s. 117).

Projektet rummer en kvalitativ del bestående af semi-strukturerede interviews af otte praktiserende læger samt en survey, som alle læger i Region Midt er inviteret til at besvare. Både den kvalitative og den kvantitative del af studiet sigter mod samme mål om at belyse vores forskningsspørgsmål.

Vores epistemologiske og ontologiske overvejelser har været flydende med en erkendelse af, at den måde, vi søger viden på, altid vil påvirke den viden, vi opnår (Jensen, U. J., 1986, s. 156; Birkler, 2005, s.95; Høyer, 2016). Ved at vælge to forskellige tilgange, bliver de fundne data mere troværdige.

Andre grunde til, at vi har valgt to metoder, er, at vi i spørgeskemaerne opnår helt anonyme svar, som ikke er påvirket af, at respondenterne er i en interviewsituation med en kendt interviewer omkring et følsomt og muligt stigmatiserende emne som opioidbehandling. Dette mindsker risikoen for responsbias, især i form af "social desirability", hvor respondenterne svarer det, der lever op til normerne i gruppen; og det, de tænker, vi ønsker at høre (Frederiksen, Gundelach, & Nielsen, 2017, s.109-10). Herved forbedrer vi den kvantitative validitet.

Ved at sammenligne de resultater, vi finder i interviewdelen med resultaterne fra vores survey og omvendt, får vi desuden et indtryk af, hvorvidt resultaterne er generaliserbare, hvilket styrker den kvantitative reliabilitet.

Når vi har valgt interview som en metode, er det ud fra en hermeneutisk videnskabsteoretisk tilgang. Hermeneutikken pointerer, at vi ikke kan opretholde et skel mellem subjekt og objekt, da forforståelse og forståelse gensidigt betinger hinanden (Gadamer, Weinsheimer, & Marshall, 2013, s. 278-94; Dahlager, L., & Fredslund H., 2016; Birkler, 2005, s. 95-102).



Figur 1: Den hermeneutiske cirkel eller spiral illustrerer den vekselvirkning, der sker. Til højre har vi forsøgt at fremstille, hvordan vores udvikling har været indtil videre.

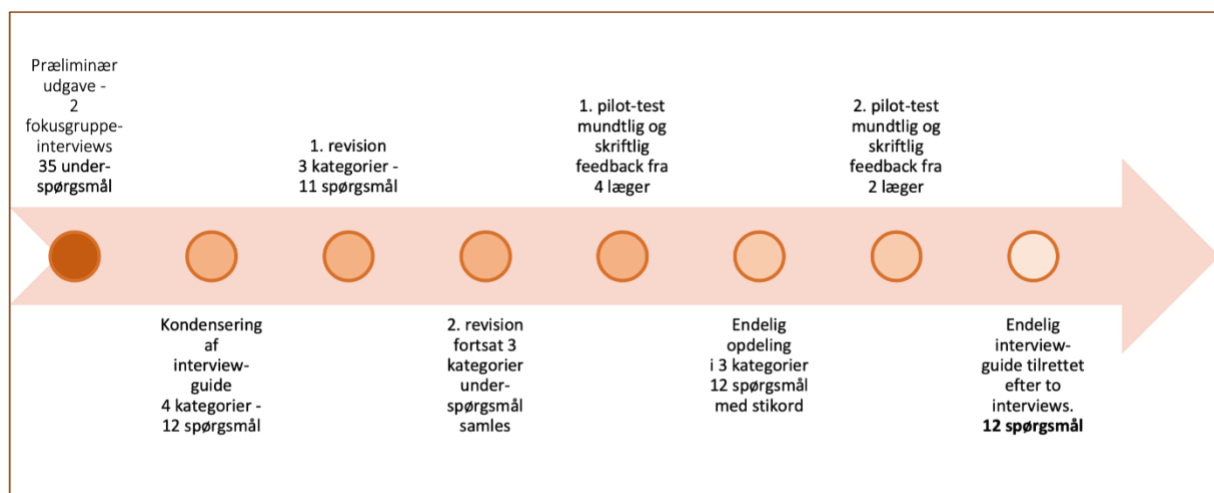
I forbindelse med vores opgave på modul 7 på Masteruddannelsen i Smertevidenskab og Tværfaglig Smertebehandling foretog vi fokusgruppeinterviews med det formål at udvikle et spørgeskema og en interviewguide til brug i vores nuværende masteropgave. Vi bragte vores forforståelse med ind i fortolkningen af det første fokusgruppeinterview, hvilket førte vores forståelse videre og hjalp os med at tilrette temaerne i det næste fokusgruppeinterview. Den indsigt, vi opnåede herved, førte os frem til en ny (for)forståelse, som vi har bragt med os i tilrettelæggelsen af nærværende projekt (figur 1).

Interviews

Som retningslinje og for at sikre kvaliteten i interviewundersøgelsen har vi lænet os op ad tematiseringen fra Kvale og Brinkmann (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 125-47), der beskriver syv faser i interviewundersøgelsen: Tematisering, design, interview, transskription, analyse, verifikation og rapportering. Herudover er vi inspireret af "Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab" (Vallgård & Koch, 2016).

Vi har udført vores interviews ud fra en interviewguide, hvor temaer er udvalgt, og spørgsmål er forberedt. Interviewet er optaget med lyd og transskriberet efterfølgende. Vores interviewguide har vi udviklet ud fra de temaer, vi har kondenseret i vores analyse af fokusgruppeinterviewene i modul 7. Vi har revideret guiden flere gange, og vi har foretaget pilottests med mundtlig og skriftlig feedback på interviewguiden. Oversigt over denne proces ses i figur 2. Vi har brugt lydoptagelsen og det skrevne til meningsanalysen.

Figur 2. Flowchart over udvikling af interviewguide.



Før fokusgruppeinterviewene forsøgte vi at skaffe informanter gennem en bred forespørgsel i form af en invitation udsendt per mail, hvilket kun gav få henvendelser. Vi har derfor denne gang brugt bekvemmelighedssampling/convenience sampling (Leedy et al., 2021, s. 272; Creswell & Plano Clark, 2018, s. 177; Frederiksen et al., 2017, s. 51). Vi har bl.a. henvendt os til deltagere på kurser omkring patienten med kroniske smerter, som RE underviser på. RE har spurgt tilfældige kursister i pauserne for at mindske selektionsbias. Det er tilfældigt hvem, der er blevet spurgt, men ingen af de adspurgte har sagt nej, dog sprang to efterfølgende fra grundet personlige årsager. De sidste tre læger fandt vi bl.a. via kontakter, der spurgte kollegaer, mens KY kender den sidste læge i faglig sammenhæng. En af ulemperne ved at anvende bekvemmelighedssampling er, at dette medfører begrænsninger i repræsentativiteten af vore resultater (Frederiksen et al., 2017, s. 51).

Vi har kontaktet lægerne én til tre uger efter rekruttering med skriftlig information om, hvad interviewet drejer sig om, og hvad undersøgelsen skal bruges til. Heri opridses rammen for interviewene i forhold til samtykkeerklæring, lydoptagelse, anonymisering, varighed og interviewguiden beskrives (bilag 2). Alle informanter; på nær en; valgte, at vi mødtes mellem kl. 16-16.30 i deres praksis. Interviewenes varighed er mellem 35-45 minutter.

Ved de første 2 interviews har både KY og RE deltaget, hvor RE har været hovedinterviewer ved informant A, og KY ved informant B. Herefter har vi af praktiske årsager delt de resterende interviews op, hvor RE har interviewet C, E og F, mens KY har interviewet D, G og H. Vi har optaget interviewene på iPhones uden kontakt til nettet og delt lydfilerne i et sikkert og lukket system, således vi har kunnet aflytte hinandens optagelser. Både lydfil og filerne med de transskriberede interviews er opbevaret sikkert på MidtX samt på USB-stik i aflåst skab. Lydfilerne slettes efter afslutning af masterprojektet.

Ved litteratursøgningen har vi fundet flere artikler, der beskriver almen praktiserende lægers perspektiv på håndteringen af patienter med KNMS I LTOT og de udfordringer, lægerne oplever i dette (Kennedy, M., Pallotti, Dickinson, & Harley, 2019; Kennedy, L. C. et al., 2018; Matthias et al., 2017; Punwasi et al., 2022; Bhattacharya, 2021).

Vi har i interviewguiden taget udgangspunkt i temaer, der går igen i flere artikler, og kan definere følgende kategorier omkring udfordringer:

- Udfordringer med at udvælge de "rigtige" patienter til nedtrapning, afdække risikoadfærd og komorbiditet hos patienterne, konstatere bivirkninger og motivere patienterne individuelt i forhold til at hjælpe dem med adfærdsændring
- Udfordringer i forhold til myndighedskrav og lægernes frygt for sanktioner
- Udfordringer med ressourcer i forhold til tid, da opgaven er tidskrævende
- Udfordringer med at etablere og bevare en tillidsfuld relation, "behandlerbyrden" i forhold til patientgruppen er stor, det kan være svært at føle empatien
- Udfordringer med viden i forhold til abstinensbehandling, udtrapningsplan, alternative farmakologiske og non-farmakologiske tiltag

Vores Interviewguide har vi bygget op omkring en struktur med tre temaer, vi ønsker afdækket på baggrund af de nævnte udfordringer og med udgangspunkt i vores forskningsspørgsmål:

- Hvad gør lægerne aktuelt? Herunder fokus på organisering af kontakten med patientgruppen, og hvilke strategier, der bruges i behandlingen samt de udfordringer, der er.
- Hvilke ønsker til nedtrapningsklinik er der? Herunder hvilke typer smertepatienter møder lægerne, hvilken hjælp mangler de for, at patienterne kan nedtrappes, og hvilke forventninger har de til et samarbejde.
- Hvordan kan der ydes hjælp til selvhjælp? Afdækning af ønsker og behov for mere uddannelse af både læger og personale samt hvilken sparring, der ønskes.

Vi har begyndt interviewene med en gensidig præsentation og beskrivelse af formålet med undersøgelsen, hvorefter vi har startet lydoptagelsen. Interviewspørgsmålene er stillet i letforståeligt hverdagsprog. Vi har tilstræbt åbne ikke-værdiladede spørgsmål, som tematisk afdækker informanternes viden samt dynamiske spørgsmål, hvor interviewsamspil med refleksion har været mulig (Christensen, Nielsen, & Schmidt, 2016; Brinkmann & Kvale, 2015). Interviewguide er vedlagt (bilag 3).

Inden afslutningen af interviewene har vi screenet interviewguiden for emner, der ikke er blevet afdækket, og herefter har vi spurgt informanten, hvorvidt der er andet, vedkommende gerne vil sige, inden vi har takket informanten for deltagelse.

Vi har haft opmærksomhed på vigtigheden af spørgsmålenes struktur med fokus på åbenhed, hvilket giver mulighed for forskellige svar. Trods dette er spørgsmålenes horisont begrænset af, at problemformuleringen udspringer af vores forforståelse (Dahlgren & Fredslund, 2016).

Vi er bevidst om den asymmetri der er i magtforholdet mellem interviewer og informant (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 37-8), idet vi er masterstuderende i smertevidenskab og derfor måske af respondenterne formodes at vide, hvordan den "rigtige" tilgang er til de komplicerede patienter i opioidbehandling. Herudover har RE undervist flere af respondenterne, hvilket også kan medvirke til, at transaktionerne ikke er simple men mere

sandsynligt komplementære (Berne, E., 2016). Vi har dog bestræbt os på at møde informanterne med empati, respekt og nysgerrighed.

Oversættelsen fra tale til skriftsprog er en transformation, hvor en del oplysninger går tabt (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 206-14). Vi har valgt en enkel tilgang, hvor vi forsøger at fastholde meningen i det sagte. Vi har udformet en transskriptionsguide, da vi har fået hjælp til transskription af nogle af interviewene fra studerende ansat ved Forskningsenheden i Silkeborg. Vi har begge gennemlyttet interviewene flere gange, så vi har fået betoningen af det sagte med i forhold til tonefald, tempo, stemning og pauser i samtalen.

Transskriptionen er med markering af pause i tale, markering af grin og suk, uforståelig tale, ord med tryk på med stort, og udeladelse af øh, hmm (bilag 4). For at sikre reliabiliteten i transskriptionen har vi gennemlyttet interviewene uafhængigt af hinanden og sammenholdt dette med de nedskrevne noter, vi har lavet umiddelbart efter interviewene.

I bearbejdningen af interviewdata har vi brugt tematisk kodning med dataprogrammet NVivo version 12 som værktøj til at strukturere og kode materialet fra de otte interviews. Vi bruger datastyret kodning, dvs. vores koder udspringer fra interviewmaterialet, hvilket således er en induktiv tilgang til kodning i forskellige temaer (Jensen, A. M. B. & Vallgård, 2021; Brinkmann & Kvale, 2015, s. 226-9).

Første trin: Helhedsindtryk. Vi starter kodningen med at læse teksten i sin helhed og herefter reducere data i koder.

Andet trin: Vi identificerer meningsbærende enheder. Efter kodningen kan vi samle koderne i færre kategorier. Vi har kodet uafhængigt af hinanden for at sikre bedst mulig reliabilitet i kodningen. Efterfølgende har vi sammenlignet kodningerne og er blevet enige om de overordnede kategorier, som vi vil analysere data ud fra. Vi har reduceret og struktureret vores data (bilag 5).

Tredje trin: Operationalisering. Vi foretager meningskondensering ud fra de overordnede kategorier. Vi har slået flere kategorier sammen, f.eks. har vi samlet psykisk, social og somatisk komorbiditet i en kategori, vi kalder grupperinger. På samme måde samler vi bl.a. organisation i praksis og krav fra STPS til en kategori, vi definerer som den ramme, lægerne

arbejder i. Ved at samle de grundlæggende temaer gør vi det lettere at give et kvalificeret svar på problemformuleringen (bilag 6).

Fjerde trin: Rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning. Vi har fokus på at få indblik i praktiserende lægers udfordringer ved nedtrapning af patienter med KNMS samt lægernes ønske om samarbejde med sekundærsektoren herom. Vi har udtrukket relevante og væsentlige citater til understøttelse af vores fortolkning (bilag 7).

Survey

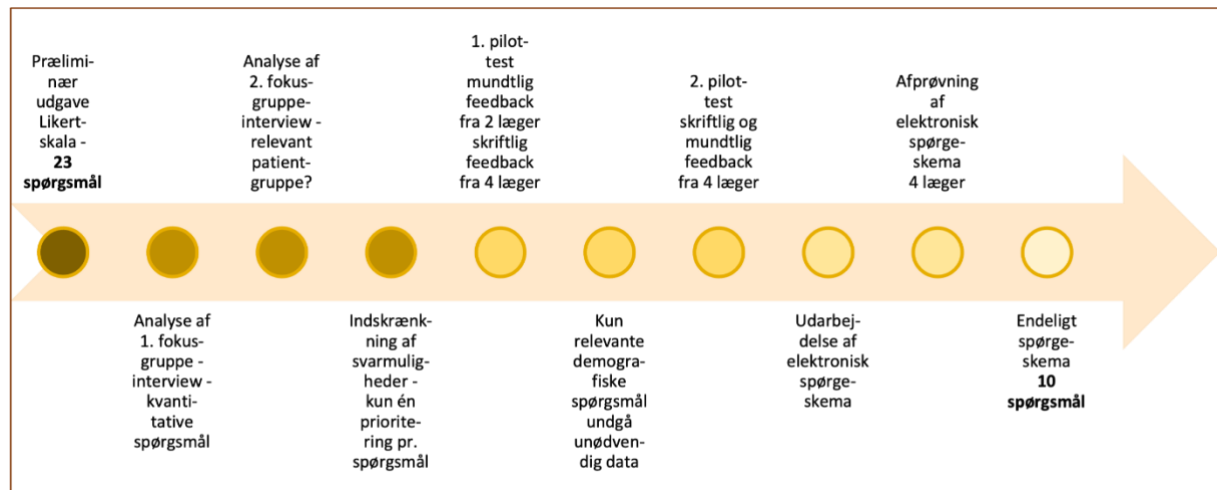
Vores survey er et observationelt deskriptivt tværsnitsstudie, hvor deltagerne udfylder et online-spørgeskema (Bowers, 2019, s. 131-5). Ved dataindsamlingen har vi stillet en række spørgsmål baseret på input fra interviews og pilottests; udviklet og afprøvet på forrige modul. Den endelige udgave har vi udformet i dette modul. Vi har brugt SurveyXact og fået teknisk hjælp til opsætning fra Forskningsenheden i Silkeborg. I vores dataanalyse har vi anvendt deskriptiv statistik til at beskrive og opsummere vores indsamlede data (Bowers, 2019, s. 349-61).

For at minimere selektionsbias har vi inviteret alle praktiserende læger i Region Midt til at besvare surveyen. Vi har derfor henvendt os til PLO-Midt (Praktiserende Lægers Organisation i Region Midt), som har henvist os til MidtKraft, der er en organisation under Region Midt med rod i og omkring almen praksis (Hvad er MidtKraft? 2020). Spørgeskemaet er herfra udsendt via Praksis.dk, som er Sundhed.dk's side med sundhedsfaglig information til praktiserende læger m.m. i Region Midtjylland (Praksis.dk, u.d.). Mailen er udsendt torsdag d. 31.03.22 med en uges svarfrist (bilag 8). Dette formodes at mindske risikoen for selektionsbias sammenlignet med undersøgelser, hvor respondenterne inviteres via sociale medier som Facebook.

Udviklingen af spørgeskemaet har været en lang proces med gentagne gennemarbejdninger og tilretninger. Vi har afprøvet spørgeskemaet ved flere pilottests med mundtlig og skriftlig feedback. Vi har undervejs udformet 16 udgaver af spørgeskemaet, de sidste tre er elektroniske. Oversigt over processen ses i figur 3. Spørgeskemaet i sin endelige version indeholder spørgsmål vedrørende lægernes udfordringer og motivationsfaktorer ved

opioidnedtrapning hos patienter med KNMS, deres ønsker til hjælp fra sekundærsektoren og en prioritering af de forskellige muligheder herfor (bilag 9).

Figur 3. Flowchart over udvikling af spørgeskema.



Etiske overvejelser

Vores studie kræver ikke forhåndsgodkendelse af Videnskabsetisk Komité. Der deltager ingen patienter i projektet, og vi håndterer ikke menneskeligt biologisk materiale eller udfører interventioner, jf. paragraf 14, stk. 2 (Sundheds- og ældreministeriet. Bekendtgørelse af lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter, 2020).

Vi har overholdt de databeskyttelsesretlige regler, og interviewdeltagerne har givet skriftligt samtykke til deltagelse (bilag 10). Vi har fulgt GDPR-reglerne om anonymisering og dataopbevaring (Persondataforordningen. De 7 principper, u.d.).

Vi har overholdt Helsinki-deklarationens rammer for etisk standard (WMA declaration of helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects, 2018) og fulgt The Danish Code of Conduct for Research Integrity (The danish code of conduct for research integrity, 2014) i forhold til offentliggørelse af både positive og negative forskningsresultater. Vi har ingen faglige eller økonomiske interessekonflikter i forhold til studiet.

Resultater

Der er foretaget bekvemmelighedssampling i interviewdelen, idet vi har spurgt mulige deltagere, som vi har mødt i anden sammenhæng (Leedy et al., 2021, s. 272; Creswell & Plano Clark, 2018, s. 177; Frederiksen et al., 2017, s. 51). Vi har forsøgt at udvælge informanterne, så begge køn er repræsenteret. Desuden har vi haft fokus på både aldersspredning og geografisk spredning. Vi har interviewet i alt otte praktiserende læger, hvor den yngste er 35 år og den ældste 64 år. Lægernes praksis er fordelt bredt i Region Midt, både praktiserende læger i øst, vest og midt er repræsenteret. Der er spredning i forhold til respondenternes erfaring som praktiserende læge, idet ancienniteten strækker sig fra 2,5 år til 27 år, og der deltager læger fra både land- og bypraksis. Vi har på den måde forsøgt at undgå, at erfaring og geografi skævvrider resultaterne. Informanterne har vi kaldt A til H, og i et enkelt interview deltager desuden en praksissygeplejerske, kaldet S.

De læger, vi har talt med, er alle nedsat i flerlægepraksis, hvilket 59% af læger i Danmark er. Der er således en mulig skævvridning her, da ingen sololæger er repræsenteret. Fem ud af otte læger er rekrutteret til interview på et kursus i smertebehandling. Blandt de sidste tre læger har én været på smertekursus for år tilbage, og to læger har aldrig været dette. Dette kan påvirke vores resultater, idet vi må formode, at læger, der har deltaget i smertekurser, er mere bevidste om problemstillingerne ved opioidbehandling end gennemsnittet af læger i RM.

Tabel 1. *Oversigt over informanter.*

Informant	Køn	Alder	Erfaring (som praktiserende læge)	Område (i Region Midt)	Smerte- kursus
A	Kvinde	64 år	27 år	Øst	+
B	Mand	58 år	22 år	Vest	-
C	Mand	40 år	4 år	Midt	+
D	Mand	50 år	12 år	Øst	+
E	Kvinde	51 år	11 år	Vest	+
F	Mand	57 år	12 år	Midt	+
S (praksissygeplejerske)	Kvinde	53 år	15 år		
G	Kvinde	47 år	10 år	Øst	+
H	Mand	35 år	2 år	Midt	-

Samplingen af informanterne er ikke repræsentativ for gruppen af praktiserende læger i Region Midt, hvilket gør det sværere for os at generalisere ud fra fundene. Antallet af informanter i interviewundersøgelsen er lavt, så det er tilfældigheder, der bevirker denne skævhed. F.eks. havde vi oprindeligt tilsagn til interview fra ti læger, heraf er to kvinder sprunget fra.

I januar 2021 blev antallet af praktiserende læger i Region Midt opgjort til 803 læger, hvilket svarer til 24% af alle praktiserende læger i Danmark. I vores survey har vi modtaget 145 besvarelser, hvoraf 5 besvarelser er mangelfulde (bilag 11). Desuden er spørgeskemaet distribueret til yderligere syv, som ikke har besvaret. Svarprocenten er således 19% med en gennemførelsesprocent på 92%. Her er kønsfordelingen ligeledes skæv men med overvægt af kvinder. Denne skævhed kan der være flere årsager til. Der er overvægt af kvinder blandt yngre praktiserende læger, mens det omvendte gør sig gældende for læger over 61 år, så når flere yngre læger har besvaret spørgeskemaet, kan dette medvirke til den skæve kønsfordeling i forhold til baggrundspopulationen (bilag 12). Respondenternes demografiske oplysninger fremgår af tabel 2.

Tabel 2. Demografiske karakteristika	Interviews	Survey
Køn: M/K (%)	62/38	30/70
Alder: (år) Middelværdi (Range)	50 (35-64)	49 (33-84)
Erfaring som praktiserende læge: (år) Gennemsnit eller median	12,5 (middelværdi)	6-10 (median)
Deltagelse i kurser omkring smertebehandling: ja/nej/ved ikke (%)	63/37/0	69/27/4

I vores kvalitative indholdsanalyse af de 8 semistrukturerede interviews samt i den kvantitative analyse af vores spørgeskemaundersøgelse, finder vi følgende overordnede kategorier:

Lægernes oplevede udfordringer

1. Flere læger påpeger patienternes **kompleksitet** med komorbiditet både psykisk, socialt og somatisk samt misbrugsadfærd.

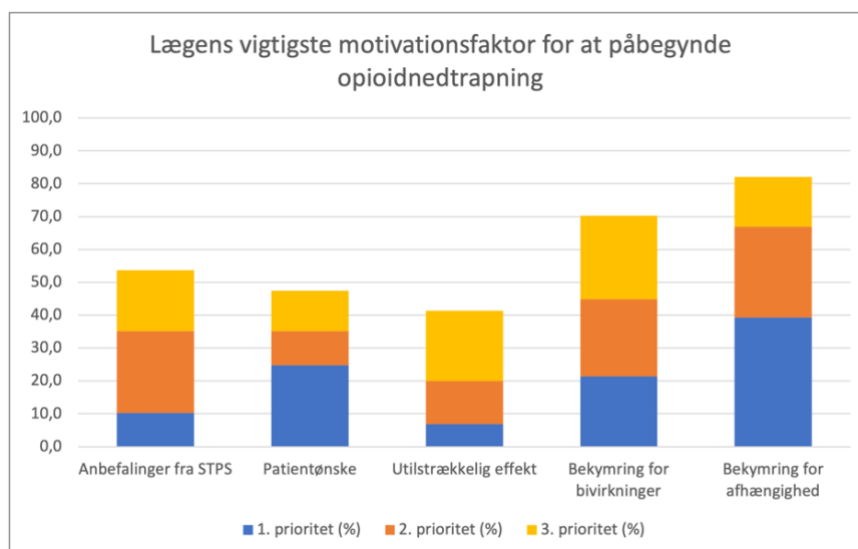
Mand, 40 år, 4 år i praksis: *"Man kan ikke begynde at trappe folk ned, hvis der er noget andet, der fylder voldsomt meget, og så vil jeg så sige, det du opdager, det er så noget meget større end et dårligt knæ."*

I spørgeskemaundersøgelsen er 50% udfordret i behandlingen af komorbiditet som angst og depression (figur 5).

- Lægerne har stor respekt for opfyldelse af **myndighedskrav** fra STPS med årskontroller og fremmøde af patienten ved receptfornyelse herunder samtale med patienterne om nedtrapning. Der er **bekymring for sanktioner** fra STPS.

Kvinde, 64 år, 27 år i praksis: *"nu har man prøvet at trappe dem ned, og det kan ikke lykkes... altså, det der med, når man aftaler, de skal gøre sådan og sådan, og de kommer – det er jo så det gode ved alt det her, at Styrelsen for Patientsikkerhed sikrer sig, at de skal komme... så ser vi jo patienterne!"*

Svarene i spørgeskemaundersøgelsen understøtter generaliserbarheden i udfordringerne. 98% af respondenterne svarer, at patienternes modvilje mod nedtrapning er en udfordring. Anbefalinger fra STPS er en motivationsfaktor for at påbegynde nedtrapning for 54% af lægerne (figur 4).



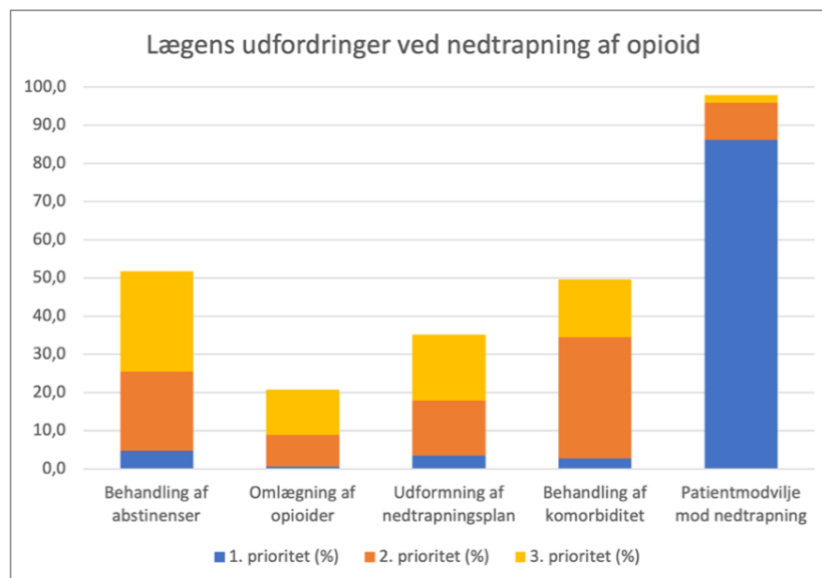
Figur 4: Fordelingen af prioriterede svar på spørgsmål 1 i spørgeskemaet

- Lægerne beskriver mindre tilfredshed med konsultationerne, hvor der opleves **ulighed** i læge-patient-relationen. Lægerne føler sig fagligt mindre

kompetente, **mangler viden** om strategier inkl. **abstinensbehandling** og anden farmakologisk eller non-farmakologisk behandling. Der er ofte afmagt samt **bekymring for patientens afhængighed og bivirkninger til opioidet**. Samtalerne er tidskrævende.

Kvinde, 51 år, 11 år i praksis: *"Altså jeg kunne måske godt være lidt bedre læge, hvor jeg bedre lige kunne sige det på en anden måde. At kunne være lidt mere argumenterende, ind til fornuften og fakta, og hvordan er din situation og så videre. Så på den måde (grin)."*

I spørgeskemaundersøgelsen svarer 51%, at der er udfordringer med behandling af abstinenser, 82% angiver bekymring for patientens udvikling af afhængighed. 70% af lægerne angiver egen bekymring for bivirkninger, mens kun 41% er bekymret for utilstrækkelig effekt af behandlingen.

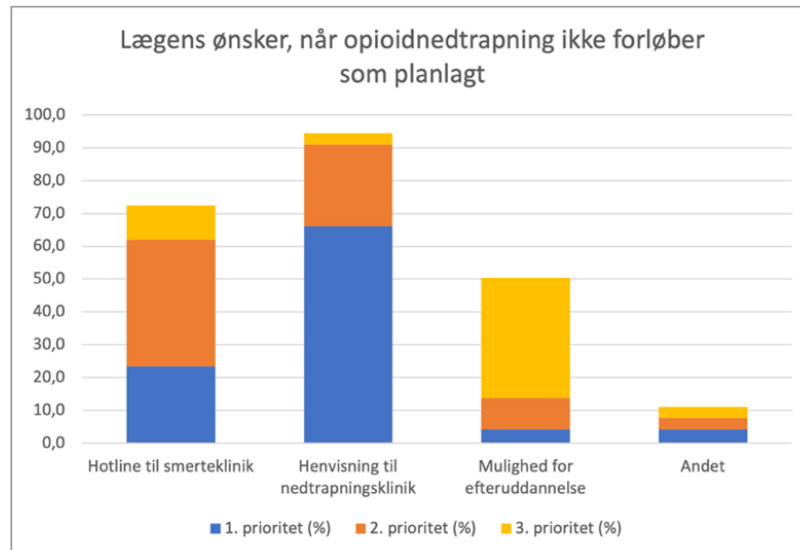


Figur 5: Fordelingen af prioriterede svar på spørgsmål 2 i spørgeskemaet

Lægernes ønsker til samarbejde med sekundærsektoren

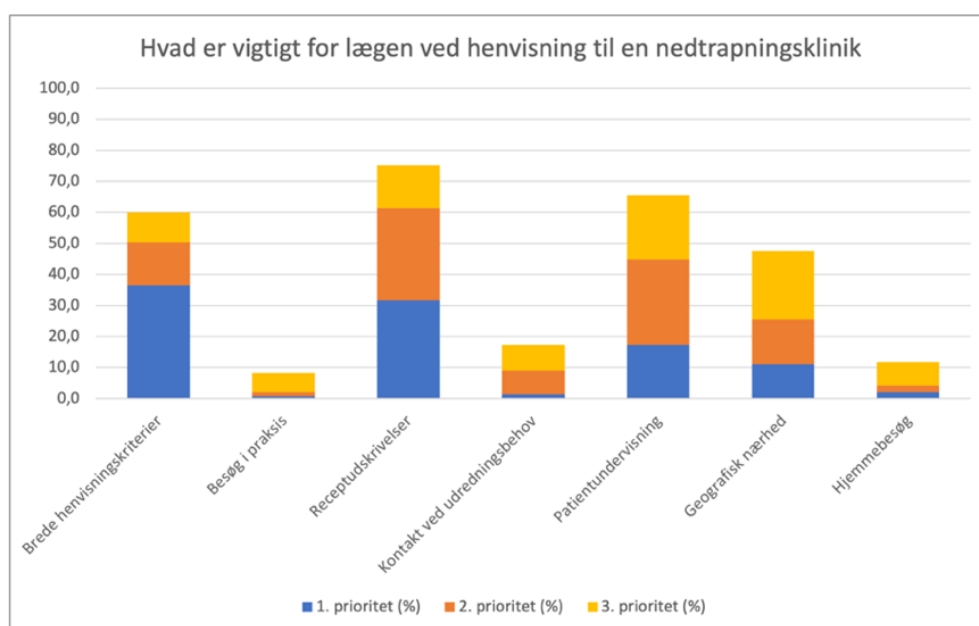
1. De fleste ønsker at kunne **henvise til nedtrapningsklinik**, hvor patienterne kan motiveres, få hjælp til at forstå smertelidelsen og få nye strategier. Der ønskes hjælp til at **undervise patienterne** og hjælpe dem ud af opioid. De fleste ønsker, at **recepter** udskrives af klinikken i forløbet. Korrespondancer må gerne sendes, hvis klinikken finder **komorbiditet**; som angst eller depression; der skal håndteres. Lægen ser det som en aflastning at få andre på banen.

Mand, 58 år, 22 år i praksis: *"kommunikation omkring smerter er svær, og vi har ikke ret meget tid i praksis. Og vi er nok heller ikke uddannet til det, så derfor. Hvis jeg kunne få det outsourcet til jer i Silkeborg, så ville det være rigtig fint."*



Figur 6: Fordelingen af prioriterede svar på spørgsmål 3 i spørgeskemaet

95% af lægerne i vores survey svarer, at de ønsker at kunne henvise patienterne til nedtrapningsklinik (figur 6). 75% af respondenterne finder det vigtigt, at nedtrapningsklinikken tager sig af udskrivelsen af recepter. 65% finder det vigtigt, at patienterne tilbydes undervisning i mestringsstrategier, mens 60% ønsker, at nedtrapningsklinikken har brede henvisningskriterier (figur 7).



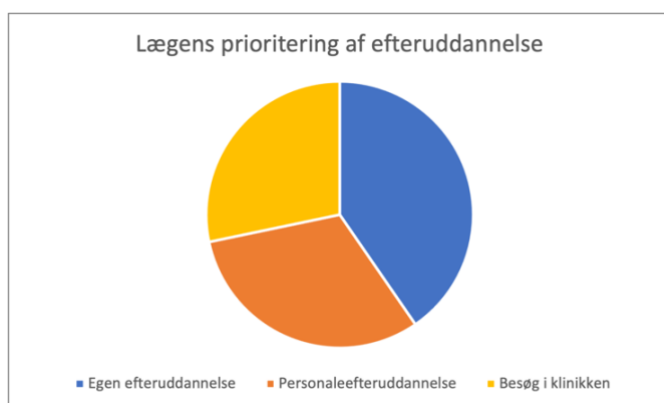
Figur 7: Fordelingen af prioriterede svar på spørgsmål 5 i spørgeskemaet

2. Der er behov for at få kommunikeret **viden** til lægerne i praksis omkring **behandling af abstinenser, omlægning af opioid, nedtrapningsplan** og hvilke argumenter, der kan bruges for at **motivere patienterne**. En mulighed kan være **besøg i praksis fra smerteklinik** eller omvendt.

Mand, 58 år, 22 år i praksis: *"Jeg kunne godt blive bedre til at trappe ned. Viden er med til, at jeg er overbevisende, og der skal noget overbevisning til, for at gøre det. Hvis jeg ikke føler mig helt sikker i, hvad jeg egentlig kan tilbyde, hvordan man gør det, så... dels får jeg ikke gjort det, og hvis jeg så siger det, så virker det ikke overbevisende, og så siger patienten nej"*

3. Lægerne har interesse i efteruddannelse af både læger og personale i almen praksis. **Personalet** står aktuelt for de fleste af disse konsultationer, og der udtrykkes ønske om uddannelse af praksissygeplejersker i støttende samtaler og smertehåndtering, som patienterne kan bruge. Der ønskes undervisning i alternative **strategier**; både farmakologiske og non-farmakologiske.

Mand, 40 år, 4 år i praksis: *"det er faktisk en ret stor opgave, og derfor så skulle man have nogle til at gøre det, fordi det har vi ikke prioriteret endnu. Så vi skulle have nogen til at gøre... uddanne vores personale for os."*



Figur 8: Fordelingen af prioriterede svar på spørgsmål 6 i spørgeskemaet



Figur 9: Fordelingen af prioriterede svar på spørgsmål 4 i spørgeskemaet

I vores survey prioriterer 35% af respondenterne muligheden for selv at deltage i efteruddannelse. 27% prioriterer muligheden for efteruddannelse af praksispersonale i håndtering af disse patienter, og 24% prioriterer muligheden for besøg af smerteklinikken i egen praksis (figur 8).

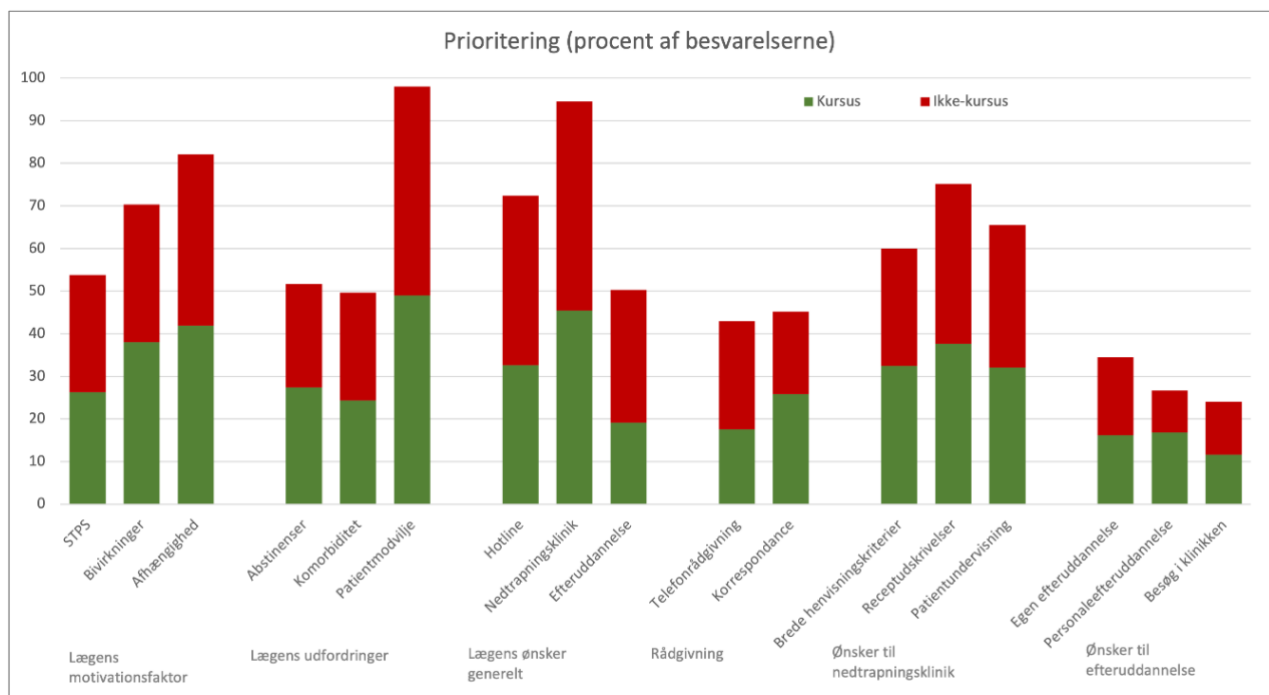
4. Der ønskes tilbud om **hotline** ved konkrete spørgsmål.

Kvinde, 51 år, 11 år i praksis: *"Jamen, det ville jo fx være, hvis jeg nu har en patient, der får det og det og det og det: Hvad ville I foreslå? Hvor lang tid... hvor langsomt skal jeg gøre, og hvis jeg samtidig skal starte noget andet op, hvordan... hvornår skal jeg så gøre det?"*

I spørgeskemaundersøgelsen prioriteres skriftlig (45%) og telefonisk rådgivning i form af hotline (43%) ligeligt (figur 9).

Når vi sammenligner resultaterne fra den kvalitative analyse af interviewene med svarene fra vores survey, finder vi disse konsistente. Vi finder belæg for, at nedtrapning af patienter med KNMS i LTOT er udfordrende for de praktiserende læger; og dette er uafhængigt af, hvorvidt lægerne har deltaget i kurser i smertebehandling eller ej (figur 10).

Hovedtemaerne er lægernes bekymring for bivirkninger og afhængighed hos patienterne samt patienternes modvilje mod nedtrapning. Resultaterne synliggør desuden et stort ønske om samarbejde med sekundærsektoren; herunder i særdeleshed muligheden for at henvise disse patienter til en nedtrapningsklinik.



Figur 10: Figur over udsagn med højest prioritet opdelt i respondenter, der har været på smertekursus versus respondenter, der ikke har.

Diskussion

I diskussionsafsnittet tager vi udgangspunkt i formålet med opgaven og vores problemformulering. Vi diskuterer vores undersøgelsesfund, og vi inddrager den teori og litteratur, vi har fundet om emnet. Vi starter med at diskutere den anvendte metode.

Vurdering og kritik af metode

Vi valgte et mixed methods-studie med konvergent design. Når vi benytter mixed methods-forskning med triangulering har vi mulighed for at analysere fænomener på forskellig måde (Creswell & Plano Clark, 2018, kap. 9). På den måde kan resultaterne komplementere hinanden, og vi kan vurdere, om de konvergerer. Herved styrkes troværdigheden og den retning, resultaterne viser, bestyrkes (Leedy et al., 2021, s. 117). Flere indgangsvinkler kan også klarlægge divergerende og paradoksale forhold. Vi har uafhængigt af hinanden indhentet to datasæt fra henholdsvis en interviewundersøgelse og en survey. Efter analyse af hvert datasæt har vi i resultatafsnittet koblet disse med fælles analyse. Herefter har vi fortolket resultaterne. Fordelen ved mixed methods er, at vi både får kvalitative og kvantitative data om lægernes udfordringer og ønsker til samarbejde. I et konvergent design tillægges begge undersøgelser samme værdi (Jensen & Vallgård, 2021, s. 373). En svaghed ved denne metode er, at den er ressourcekrævende at gennemføre, og desuden er den vanskelig at gentage sammenlignet med et enkeltmetodestudie (Creswell & Plano Clark, 2018, kap. 9).

Under udvælgelsen af informanterne har vi været bevidste om at få så bred en repræsentation af praktiserende læger som muligt. Vi har dog benyttet bekvemmelighedssampling i interviewdelen. Det er meget sandsynligt, at vi derved ikke har fået fat i læger, hvis holdninger afviger meget i forhold til de anbefalinger, der er omkring nedtrapning af LTOT ved patienter med KNMS. Disse læger vil måske af holdningsmæssige årsager ikke deltage i de kurser, hvor flertallet af informanter er rekrutteret fra (Frederiksen et al., 2017, s. 50-51, s. 72-79 & s. 181-186). Vores resultater har dog vist konsistens, når vi sammenligner data fra de læger, der har været på smertekursus med data fra de læger, der ikke har. Respondenterne i vores survey er formodentlig de læger, der interesserer sig mest for emnet. Dette vil medføre selektionsbias og gøre vores konklusion og fortolkning mere

usikker. Vi har kun rekrutteret læger fra Region Midt, hvor nedtrapningsklinikken vil have sit optageområde. Resultaterne kan således ikke umiddelbart ekstrapoleres til hele populationen af praktiserende læger i Danmark.

Diskussion af resultater

De udfordringer, vi har afdækket i vores interview og survey-undersøgelse er på linje med de resultater, der er beskrevet i litteraturen. I Carnago, L. et al. (2021) drøftes de udfordringer, der er i primærsektoren med at håndtere patienter med KNMS og den kompleksitet, de indeholder. Artiklen drøfter vanskelighederne med at diagnosticere patientgruppen, den manglende konsensus om, hvor patienterne bør håndteres; hvilke specialer der bør løfte opgaven, samt hvorledes et samarbejde mellem flere specialer er nødvendigt. Samarbejde mellem flere specialer optimerer diagnostikken og behandlingen af psykisk komorbiditet, hvilket op til 67% af denne patientgruppe har. Artiklen er fra USA og opgør, at 38% af konsultationerne hos praktiserende læger omhandler en kronisk smerteproblematik. I Danmark er forbruget af sundhedsydelser dobbelt så højt blandt personer med kroniske smerter sammenlignet med personer, der ikke har kroniske smerter (Afdækning af smerteområdet, 2020). Fundene i vores studie viser da også, at denne patientgruppe generelt opleves som udfordrende for praktiserende læger.

Ud fra vores undersøgelse vurderer vi, at de tiltag, sundhedsmyndighederne har gennemført for at guide praktiserende læger i opioidnedtrapning af relevante patienter, ikke er tilstrækkelige. Pearson, Moman, Moeschler, Eldrige & Hooten (2017) undersøger, hvor kompetente praktiserende læger føler sig i forhold til udskrivning af opioid til patienter med kroniske smerter. Størstedelen af lægerne føler sig ikke kompetente. Faktorer, der øger følelsen af kompetence, er at kunne følge en opioidprotokol, kunne identificere patienter i risiko for misbrug og have en konsekvent praksis omkring udskrivning af opioid.

På trods af at størstedelen af de læger, der har deltaget i vores undersøgelse, tidligere har været på kursus i håndtering af patienter med KNMS, føler de fleste sig ikke kompetente til nedtrapning af opioid eller brug af sekundære analgetika og non-farmakologisk behandling. McCracken, Boichat & Eccleston (2012) undersøger, hvordan undervisning af praktiserende

læger i udskrivning af opioider til patienter med KNMS; samt træning af lægerne i psykologisk fleksibilitet; ændrer på tilgangen til ordination af opioider. Fokus er på, hvor komfortable lægerne føler sig ved at udskrive opioider til denne patientgruppe. Bedre viden omkring opioider og guidelines giver lægerne mindre bekymring omkring udskrivning af opioider, men det ændrer ikke ordinationsadfærden.

Det er relevant at have fokus på patientens behov, hvis ned- eller udtrapning skal lykkes. I artiklen af Quinlan, Willson, & Grange (2021) fremgår det, at patienter med kroniske smerter i langvarig opioidbehandling udviser højt psykologisk stressniveau og lav self-efficacy. Bekymringer omkring nedtrapning omhandler forværring af smerteintensitet, forringelse af livskvalitet og abstinenser. Hvis lægen identificerer patientens bekymringer, øges chancen for succes med nedtrapning af opioid.

I vores undersøgelse er lægerne udfordret i læge-patient-relationen. Flere læger beskriver mangel på viden om strategier, og ofte får de ikke afdækket situationen tilstrækkeligt til at kunne lave en plan sammen med patienten.

I vores forforståelse som almenmedicinere forudsætter vi et biopsykosocialt perspektiv på diagnosticering og behandling af patienter med kroniske smerter med den kompleksitet, dette indebærer for mange i opioidbehandling (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007; Bevers, Watts, Kishino, & Gatchel, 2016). Lægerne har ofte et blik på svære psykosociale forhold for patienterne, men dette inddrages sjældent i samtalerne med patienterne og i overvejelserne omkring hensigtsmæssig behandling med opioid eller nedtrapning i denne behandling. Det er kendt viden, at det er udfordrende at implementere teoretisk viden i en klinisk hverdag. Der er en konflikt mellem den viden, lægerne bringer med sig og de vanskeligheder, de oplever ved at omsætte denne til relevant patientbehandling (Engel, 1977).

I artiklen af Matthias et al. (2017) undersøges udfordringer i kommunikationen mellem behandler og patient med KNMS i opioidbehandling og hvilke temaer, der er væsentlige i forhold til nedtrapning og succes med forbedring af behandlingen. Følgende temaer fremhæves:

- Patienten må forstå rationale for nedtrapning i relation til sig selv og den individuelle vurdering, lægen laver
- Forhandling omkring patientens egen indflydelse på nedtrapningsprocessens detaljer
- Kommunikationsredskaber til at løse den svære samtale
- Forsikring om støtte fra behandleren undervejs i nedtrapningsprocessen

Ovenstående studie har fokus på læge-patient-relationen i forhold til motivation, inddragelse af patienten i beslutninger, håndtering af svære samtaler og vedholdenhed og støtte undervejs i forløbet.

I vores interviews har det fremgået, at det oftest er praksispersonalet, der har konsultationerne omkring receptfornyelse af opioid, mens lægen kun ser patienterne til årskontrol eller ved manglende overholdelse af aftalerne. I en enkelt praksis har vi mødt en læge og en sygeplejerske, der har et godt samarbejde med fokus på ovenstående elementer og er lykkedes med nedtrapning af mange af deres patienter i langvarig opioidbehandling for KNMS.

De fleste læger oplever modvilje fra patienterne ved samtale om nedtrapning, og i vores survey ses dette som den største barriere for nedtrapning. Også i interviewene har flere læger beskrevet den afmagt, de føler i forhold til at få patienterne motiveret og lave en plan for nedtrapning. De fund står i kontrast til studier, der viser, at 75% af patienter i langvarig opioidbehandling gerne vil nedtrappe, hvis der er en plan og relevant støtte (Pergolizzi et al., 2018).

I vores survey har lægerne kun prioriteret utilstrækkelig effekt af langvarig opioidbehandling på en femteplads over deres motivationsfaktorer for at påbegynde nedtrapning. Dette divergerer med manglen på evidens for effekt af langvarig opioidbehandling (Dowell, Haegerich, & Chou, 2016). Det vil være relevant at undersøge nærmere, hvorledes lægerne kan vurdere effekten ved langvarig behandling med opioid mere kvalitativt. Aktuelt vurderer lægen oftest effekten af opioid ved at spørge patienten med et lukket ja/nej-spørgsmål; uden yderligere afdækning af, hvad effekten er. Hvis lægen udforsker, om opioidet lindrer abstinenser, angst eller andet, åbner dette ofte op for en mere hjælpsom samtale med patienterne om livet med KNMS (Punwasi et al., 2022; de Kleijn, Pedersen, Rijkels-Otters, Chiarotto, & Koes, 2022).

De læger, der har besvaret vores survey prioriterer klart muligheden for at kunne henvise til en egentlig nedtrapningsklinik højest. Et af ønskerne til nedtrapningsklinikken er, at denne tager sig af receptudskrivelsen. I kommentarerne ses dette først og fremmest at være juridisk begrundet. Konsekvensen heraf vil være, at der kræves tilstrækkelig lægekapacitet i nedtrapningsklinikken for, at det kan ske. Samtidig prioriteres muligheden for patientuddannelse samt brede henvisningskriterier højt. Det pointeres af flere, at der er en gråzone af patienter, der egentlig hører til i et misbrugscenter, men ikke kan behandles der, idet misbruget er med lægeordineret medicin. Overordnet set vil det være en udfordring at hjælpe den gruppe af patienter i en nedtrapningsklinik med mindre tværfaglighed end smertekliniktilbuddet.

I Region Midt er der mindst 20.000 patienter med KNMS, hvor nedtrapning af opioid vil være fagligt relevant at afprøve. Disse patienter vil en nedtrapningsklinik ikke kunne håndtere, selv ved en tidobling af de tildelte ressourcer. Så en stor del af opgaven skal løftes i almen praksis, hvis målsætningerne skal opfyldes. Heldigvis har vi både hos interviewdeltagerne og survey-responderne set et ønske om efteruddannelse af både læger og praksispersonale til kompetenceløft i behandlingen af patienter med KNMS i langvarig opioidbehandling.

Det fremgår af vores undersøgelse, at de praktiserende læger har implementeret retningslinjerne for ordination af afhængighedsskabende lægemidler organisatorisk. Mange patienter med KNMS i LTOT overholder deres ordinationer og møder op i praksis til receptfornyelse. Men muligheden for opioidnedtrapning drøftes sjældent og oftest kun ved årskontrollen hos lægen. På den måde bliver mange af disse patienter "usynlige" for lægerne, og en risiko er, at de fortsætter i LTOT i årevis.

Konklusion og perspektivering

Ud fra vores undersøgelse har vi opnået dybere indsigt i lægernes udfordringer med patienter med KNMS i langvarig opioidbehandling og hvilken hjælp, der efterspørges. Der er udfordringer i forhold til faglig viden om, hvorledes opgaven med nedtrapning tilgås med hensyn til motivationsfaktorer, abstinensbehandling samt både non-farmakologiske og farmakologiske alternativer til opioid. I den organisatoriske ramme, praktiserende læger

arbejder i, er mangel på tid en væsentlig faktor, der vanskeliggør den nødvendige samtale og regelmæssige opfølgninger.

Den indsigt, vi har opnået i undersøgelsen, vil blive brugt i arbejdet med at udvikle en "opioidnedtrapningsklinik" under Smerteklinik Silkeborg. Austin et al. (2019) viser, at en ret lille undervisningsindsats overfor praktiserende læger kan føre til et fald i patienternes opioidforbrug grundet succesfuld nedtrapning. Efteruddannelse er højt prioriteret af både informanterne i de semi-strukturerede interviews og survey-responderne. Derfor kan et fokus være undervisning af både læger og praksispersonale i KNMS og håndtering af nedtrapning af patienter i LTOT. Herunder vil det være relevant at afdække, hvordan patientsamtalerne hos egen læge og praksispersonale yderligere kan målrettes opioidnedtrapning.

Flere læger påpeger andre væsentlige forhold, der med forskellige horisonter perspektiverer til den virkelighed, de arbejder i. Deres opgave med opioidnedtrapning ved patienter med KNMS påvirkes også af samfundspolitiske forhold. Lægerne efterspørger lokale og kommunale tilbud f.eks. hos lokale fysioterapeuter, der ved noget om kroniske smerter, samt mulighed for inddragelse af kommunale misbrugsklinikker ved udtrapning af opioid ordineret af læger. Et andet ønske er en fælles og ensartet tilgang til opioidbehandling hos alle behandlere i sundhedsvæsenet; inkl. smerteklinikker; hvor fokus er på at undgå LTOT hos patienter med KNMS. Der er forslag om befolkningskampagner med oplysning om kroniske smerter og behandling heraf samt målrettede initiativer i forhold til praktiserende læger f.eks. på Lægedage eller i de kommunale kvalitetsklynger. Alle de forskellige perspektiver peger mod et mål om, at flere patienter med KNMS kan ned- eller udtrappes af LTOT til gavn for den enkelte patient og samfundet som helhed.

Referencer

8 nationale mål for sundhedsvæsenet (u.d.). Retrieved from <https://sum.dk/temaer/8-nationale-maal-for-sundhedsvaesenet>

Afdækning af smerteområdet (2020). Retrieved from <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/afdaekning-af-smerteomraadet>

Austin, R. C., Fusco, C. W., Fagan, E. B., Drake, E., Pacious, J., Dickens, H., . . . Wilson, C. G. (2019). Teaching opioid tapering through guided instruction. *Family Medicine*, 51(5), 434-437. doi:10.22454/FamMed.2019.502509

Avery, N., McNeillage, A. G., Stanaway, F., Ashton-James, C. E., Blyth, F. M., Martin, R., . . . Glare, P. (2022). Efficacy of interventions to reduce long term opioid treatment for chronic non-cancer pain: Systematic review and meta-analysis. *BMJ (Online)*, 377, e066375. doi:10.1136/bmj-2021-066375

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1-26. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.1

Berna, C., Kulich, R. J., & Rathmell, J. P. (2015). Tapering long-term opioid therapy in chronic noncancer pain: Evidence and recommendations for everyday practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(6), 828-842. doi:10.1016/j.mayocp.2015.04.003

Berne, E. (2016). *Games people play* (1st ed.). GB: Penguin Life.

Bervers, K., Watts, L., Kishino, N. D., & Gatchel, R. J. (2016). The biopsychosocial model of the assessment, prevention, and treatment of chronic pain. *US Neurology*, 12(2), 98. doi:10.17925/USN.2016.12.02.98

Bhattacharya, D. (2021). Reducing opioid use for chronic non-cancer pain in primary care. *Prescriber (London, England)*, 32(5), 28-31. doi:10.1002/psb.1918

Bicket, M. C., Murimi, I. B., Mansour, O., Wu, C. L., & Alexander, G. C. (2019). Association of new opioid continuation with surgical specialty and type in the united states. *The American Journal of Surgery*, 218(5), 818-827. doi:10.1016/j.amjsurg.2019.04.010

Birke, H., Ekholm, O., Sjøgren, P., Kurita, G. P., & Højsted, J. (2017). Long-term opioid therapy in denmark: A disappointing journey. *European Journal of Pain*, 21(9), 1516-1527. doi:10.1002/ejp.1053

Birkler, J. (2005). *Videnskabsteori* (1. udg., 1. opl. ed.). København: Munksgaard Danmark.

Bowers, D. (2019). *Medical statistics from scratch* (4th ed.). Newark: John Wiley & Sons, Incorporated. Retrieved from [https://ebookcentral.proquest.com/lib/\[SITE_ID\]/detail.action?docID=5855517](https://ebookcentral.proquest.com/lib/[SITE_ID]/detail.action?docID=5855517)

Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015). *InterViews* (Third edition ed.). Los Angeles ; London ; New Delhi ; Singapore ; Washington DC: Sage. Retrieved from http://bvbr.bib-bvb.de:8991/F?func=service&doc_library=BVB01&local_base=BVB01&doc_number=027061184&sequence=000002&line_number=0001&func_code=DB_RECORDS&service_type=MEDIA

Bruneau, A., Frimerman, L., Verner, M., Sirois, A., Fournier, C., Scott, K., . . . Martel, M. O. (2021). Day-to-day opioid withdrawal symptoms, psychological distress, and opioid craving in patients with chronic pain prescribed opioid therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 225, 108787. doi:10.1016/j.drugalcdep.2021.108787

- Busse, J. W., Craigie, S., Juurlink, D. N., Buckley, D. N., Wang, L., Couban, R. J., . . . Guyatt, G. H. (2017). Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 189(18), E659-E666. doi:10.1503/cmaj.170363
- Carnago, L., O'Regan, A., & Hughes, J. M. (2021). Diagnosing and treating chronic pain: Are we doing this right? *Journal of Primary Care & Community Health*, 12, 21501327211008055. doi:10.1177/21501327211008055
- Christensen, U., Nielsen, A., & Schmidt, L. (2016). Det kvalitative forskningsinterview. In S. Vallgård, & L. Koch (Eds.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 4. udg. ()*. København: Munksgaard.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (Third edition, international student edition ed.). Los Angeles: Sage. Retrieved from http://bvbr.bib-bvb.de:8991/F?func=service&doc_library=BVB01&local_base=BVB01&doc_number=029858209&sequence=000002&line_number=0001&func_code=DB_RECORDS&service_type=MEDIA
- Curtis, H. J., Croker, R., Walker, A. J., Richards, G. C., Quinlan, J., & Goldacre, B. (2019). Opioid prescribing trends and geographical variation in england, 1998–2018: A retrospective database study. *The Lancet. Psychiatry*, 6(2), 140-150. doi:10.1016/S2215-0366(18)30471-1
- Dahlager, L., & Fredslund H. (2016). Hermeneutisk analyse - forståelse og forforståelse. In S. Vallgård, & L. Koch (Eds.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 4. udg.* (pp. 157-181). København: Munksgaard.
- The danish code of conduct for research integrity (2014). Retrieved from <https://ufm.dk/publikationer/2014/the-danish-code-of-conduct-for-research-integrity>
- Davis, M. P., Digwood, G., Mehta, Z., & McPherson, M. L. (2020). Tapering opioids: A comprehensive qualitative review. *Annals of Palliative Medicine*, 9(2), 586-610. doi:10.21037/apm.2019.12.10
- de Kleijn, L., Pedersen, J. R., Rijkels-Otters, H., Chiarotto, A., & Koes, B. (2022). Opioid reduction for patients with chronic pain in primary care: Systematic review. *British Journal of General Practice*, 72(717), e293-e300. doi:10.3399/BJGP.2021.0537
- Dowell, D., Haegerich, T. M., & Chou, R. (2016). CDC guideline for prescribing opioids for chronic Pain—United states, 2016. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 315(15), 1624-1645. doi:10.1001/jama.2016.1464
- Durand, Z., Nechuta, S., Krishnaswami, S., Hurwitz, E. L., & McPheeters, M. (2019). Prevalence and risk factors associated with long-term opioid use after injury among previously opioid-free workers. *JAMA Network Open*, 2(7), e197222. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.7222
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. doi:10.1126/science.847460
- Erstatter smertestillende medicin antipsykotisk medicin mod adfærdsforstyrrelser? (2020). Retrieved from <https://videnscenterfordemens.dk/da/nyhed/erstatter-smertestillende-medicin-antipsykotisk-medicin-mod-adfaerdsforstyrrelser>
- Fishbain, D. A., & Pulikal, A. (2019). Does opioid tapering in chronic pain patients result in improved pain or same pain vs increased pain at taper completion? A structured evidence-based systematic review. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 20(11), 2179-2197. doi:10.1093/pm/pny231
- Frederiksen, M., Gundelach, P., & Nielsen, R. S. (2017). *Survey: Design, stikprøve, spørgeskema, analyse*. København: Hans Reitzels Forlag.

Funktionsevne vurdering og ICF (2019). Retrieved from

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/socialmedicin/funktionsevne/funktionsevne-vurdering-og-icf/>

Gadamer, H., Weinsheimer, J., & Marshall, D. G. (2013). *Truth and method* (First paperback edition ed.). London ; New Delhi ; New York ; Sydney: Bloomsbury. Retrieved from http://bvbr.bib-bvb.de:8991/F?func=service&doc_library=BVB01&local_base=BVB01&doc_number=029961373&sequence=000001&line_number=0001&func_code=DB_RECORDS&service_type=MEDIA

Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-624. doi:10.1037/0033-2909.133.4.581

Højsted, J. et al. (2019). Aftrapning af opioider. Retrieved from

<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/rational-farmakoterapi-1-2019/aftrapning-af-opioider>

Højsted, J., & Sjøgren, P. (2007). An update on the role of opioids in the management of chronic pain of nonmalignant origin. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 20(5), 451-455. doi:10.1097/ACO.0b013e3282ef6b18

Høyer, K. L. (2016). Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode? In S. Vallgård, & L. Koch (Eds.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab.4. udg.* (pp. 17-41). København: Munksgaard.

Hvad er MidtKraft? (2020). Retrieved from <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/konsulenter/midtkraft/>

International classification of functioning, disability and health (ICF). (u.d.). Retrieved from <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

Janakiram, C., Fontelo, P., Huser, V., Chalmers, N. I., Lopez Mitnik, G., Brow, A. R., . . . Dye, B. A. (2019). Opioid prescriptions for acute and chronic pain management among medicaid beneficiaries. *American Journal of Preventive Medicine*, 57(3), 365-373. doi:10.1016/j.amepre.2019.04.022

Jensen, A. M. B., & Vallgård, S. (2021). *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 6. udg.* København: Munksgaard.

Jensen, U. J. (1986). *Sygdomsbegreber i praksis*. København: Munksgaard.

Juurink, D. N. (2017). Rethinking “doing well” on chronic opioid therapy. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 189(39), E1222-E1223. doi:10.1503/cmaj.170628

Kennedy, L. C., Binswanger, I. A., Mueller, S. R., Levy, C., Matlock, D. D., Calcaterra, S. L., . . . Frank, J. W. (2018). “Those conversations in my experience don’t go well”: A qualitative study of primary care provider experiences tapering long-term opioid medications. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 19(11), 2201-2211. doi:10.1093/pm/pnx276

Kennedy, M., Pallotti, P., Dickinson, R., & Harley, C. (2019). ‘If you can’t see a dilemma in this situation you should probably regard it as a warning’: A metasynthesis and theoretical modelling of general practitioners’ opioid prescription experiences in primary care. *British Journal of Pain*, 13(3), 159-176. doi:10.1177/2049463718804572

Kidner, C. L., Mayer, T. G., & Gatchel, R. J. (2009). Higher opioid doses predict poorer functional outcome in patients with chronic disabling occupational musculoskeletal disorders. *Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume*, 91(4), 919-927. doi:10.2106/JBJS.H.00286

- Krashin, D., Sullivan, M., & Ballantyne, J. (2013). What are we treating with chronic opioid therapy? *Current Rheumatology Reports*, 15(3), 311. doi:10.1007/s11926-012-0311-1
- Kvalitetsklynger i almen praksis (2020). Retrieved from <https://www.vive.dk/da/udgivelser/kvalitetsklynger-i-almen-praksis-15071/>
- Lægedage (u.d.). Retrieved from <https://www.dsam.dk/uddannelse/efteruddannelsen/laegedage/>
- Leedy, P. D., Ormrod, J. E., & Johnson, L. R. (2021). *Practical research* (Twelfth edition, global edition ed.). Harlow: Pearson.
- Lindholm, J., & Sjøgren, P. (2014). Længerevarende opioidbehandling kan påvirke den endokrine funktion. *UfL*, 176(2014;176:V02130134), 755-757.
- Målepunkter og refleksionspunkter (u.d.). Retrieved from <https://stps.dk/da/tilsyn/om-tilsyn/maalepunkter-og-refleksionspunkter>
- Matthias, M. S., Johnson, N. L., Shields, C. G., Bair, M. J., MacKie, P., Huffman, M., & Alexander, S. C. (2017). "I'm not gonna pull the rug out from under you": Patient-provider communication about opioid tapering. *The Journal of Pain*, 18(11), 1365-1373. doi:10.1016/j.jpain.2017.06.008
- McCracken, L. M., Boichat, C., & Eccleston, C. (2012). Training for general practitioners in opioid prescribing for chronic pain based on practice guidelines: A randomized pilot and feasibility trial. *The Journal of Pain*, 13(1), 32-40. doi:10.1016/j.jpain.2011.09.007
- Mennesker og geografi - Region Midtjylland (u.d.). Retrieved from <https://www.rm.dk/om-os/hvad-er-regionen/mennesker-og-geografi/>
- Murphy, L., Babaei-Rad, R., Buna, D., Isaac, P., Murphy, A., Ng, K., . . . Sproule, B. (2018). Guidance on opioid tapering in the context of chronic pain: Evidence, practical advice and frequently asked questions. *Canadian Pharmacists Journal*, 151(2), 114-120. doi:10.1177/1715163518754918
- Neprash, H. T., & Barnett, M. L. (2019). Association of primary care clinic appointment time with opioid prescribing. *JAMA Network Open*, 2(8), e1910373. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.10373
- Nissen, S. K., Pottgård, A., & Ryg, J. (2019). Trends of opioid utilisation in denmark: A nationwide study. *Drugs - Real World Outcomes*, 6(4), 155-164. doi:10.1007/s40801-019-00163-w
- NKR: Systematisk opfølgning af patienter i behandling med opioider for non-maligne smerter (2019). Retrieved from <https://www.sst.dk/da/opgaver/patientforloeb-og-kvalitet/nationale-kliniske-retningslinjer-nkr/puljefinansierede-nkr/opfoelgning-af-patienter-i-behandling-med-opioider-for-non-maligne-smerter>
- NKR: Udredning og behandling af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet (2018). Retrieved from <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/nkr-udredning-og-behandling-af-patienter-med-generaliserede-smerter-i-bevaegeapparatet>
- Om ordination af afhængighedsskabende lægemidler i almen praksis (2019). Retrieved from <https://stps.dk/da/udgivelser/2019/vaerd-at-vide-om-ordination-af-afhaengighedsskabende-laegemidler-i-almen-praksis/~media/6E647B482BF549F3ADEE3AC09A55A2EE>
- Pearson, A. C., Moman, R. N., Moeschler, S. M., Eldrige, J. S., & Hooten, W. M. (2017). Provider confidence in opioid prescribing and chronic pain management: Results of the opioid therapy provider survey. *Journal of Pain Research*, 10, 1395-1400. doi:10.2147/JPR.S136478
- Pergolizzi, J. V., Rosenblatt, M., Mariano, D. J., & Bisney, J. (2018). Tapering opioid therapy: Clinical strategies. *Pain Management*, 8(6), 409-413. doi:10.2217/pmt-2018-0040

- Persondataforordningen. De 7 principper (u.d.). Retrieved from <https://gdpr.dk/persondataforordningen/de-7-principper/>
- Praksis.dk (u.d.). Retrieved from <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/>
- Punwasi, R., de Kleijn, L., Rijkels-Otters, J. B. M., Veen, M., Chiarotto, A., & Koes, B. (2022). General practitioners' attitudes towards opioids for non-cancer pain: A qualitative systematic review. *BMJ Open*, 12(2), e054945. doi:10.1136/bmjopen-2021-054945
- Quinlan, J., Willson, H., & Grange, K. (2021). Hopes and fears before opioid tapering: A quantitative and qualitative study of patients with chronic pain and long-term opioids. *British Journal of Pain*, 15(2), 120-128. doi:10.1177/2049463720974053
- Shurman, J., Koob, G. F., & Gutstein, H. B. (2010). Opioids, pain, the brain, and hyperkatifeia: A framework for the rational use of opioids for pain. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 11(7), 1092-1098. doi:10.1111/j.1526-4637.2010.00881.x
- Smerteguide (2022). Retrieved from <https://www.sst.dk/da/viden/laegemidler/smerte/smerteguide>
- Sundheds- og ældreministeriet. Bekendtgørelse af lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter (2020). Retrieved from <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2020/1338>
- Sundhedsdatastyrelsen (2020). Retrieved from https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2020/opioider_02112020
- Tardif, H., Hayes, C., & Allingham, S. F. (2021). Opioid cessation is associated with reduced pain and improved function in people attending specialist chronic pain services. *Medical Journal of Australia*, 214(9), 430-432. doi:10.5694/mja2.51031
- Upadhyay, J., Maleki, N., Potter, J., Elman, I., Rudrauf, D., Knudsen, J., . . . Borsook, D. (2010). Alterations in brain structure and functional connectivity in prescription opioid-dependent patients. *Brain (London, England : 1878)*, 133(7), 2098-2114. doi:10.1093/brain/awq138
- Vallgård, S., & Koch, L. (2016). *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 4. udg.* København: Munksgaard.
- Vejledning om afhængighedsskabende lægemidler (2019). Retrieved from <https://www.sst.dk/da/Viden/Laegemidler/Afhaengighedsskabende-laegemidler/Vejledning-om-afhaengighedsskabende-laegemidler>
- WHOQOL: Measuring quality of life (u.d.). Retrieved from <https://www.who.int/toolkits/whogol>
- WMA declaration of helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects (2018). Retrieved from <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Bilagsliste

1. Litteratursøgning
2. Invitation til interview
3. Interviewguide
4. Transskriptionsguide
5. Hierakidiagrammer i NVivo
6. Kondensering af temaer i interviewene
7. Citatskema
8. Invitation til survey
9. Spørgeskema
10. Samtykkeerklæring
11. Surveydata
12. Diagrammer over demografiske data og surveydata

Bilag 1.

Litteratursøgning:

Vi har foretaget flere søgninger opdelt i to hovedgrupper.

For det første har vi villet finde litteratur om opioidnedtrapning af patienter med kroniske smerter.

PICO:

Participants/patients: Chronic pain

Phenomenon of Interest: Opioid treatment

Context: Opioid withdrawal

For det andet har vi villet undersøge praktiserende lægers syn på behandling med opioider og opioidnedtrapning i almen praksis.

PICO:

Participants/patients: Primary Care

Phenomenon of Interest: Opioid treatment

Comparison: Opioid withdrawal

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Patienter med kroniske non-maligne smerter i opioidbehandling	Alder < 18 år
Behandlingstilbud til KNMS-patienter i opioidbehandling	Cancersmerter
Behandlere i primærsektorens tilgang til og viden om KNMS-patienter i opioidbehandling og nedtrapning heraf	ikke-engelsksprogede eller ikke-dansksprogede artikler
	Manglende abstract

Informationskilder

Vi har søgt via statsbiblioteket.dk. Vi har udført systematiske bloksøgninger i følgende databaser:

PubMed giver adgang til MEDLINE, som er National Library of Medicine's vigtigste bibliografiske database.

Embase udgivet af Elsevier Science, indekserer medicinske og farmaceutiske internationale tidsskrifter.

Cinahl bibliografisk database over litteratur relevant for sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter m.v.

Alle tre databaser relaterer sig til det sundhedsfaglige område, og vi har vurderet dem som relevante i forhold til forskningsspørgsmålet.

Søgestrategi

Vi har udviklet to bloksøgninger for hver af de tre videnskabelige litteraturdatabaser. Disse er målrettet den enkelte databases funktioner, indekseringer og emneområder.

Bloksøgningerne ses nedenfor. Mellem blokkenes rammer er anvendt Booleske operatorer AND (horisontalt) og OR (vertikalt).

Seneste søgning har vi udført 07.05.22

PubMed 1. søgning:

Chronic pain OR "Chronic Pain"[Mesh]	AND	"Analgesics, Opioid"[Mesh]	AND	"Substance Withdrawal Syndrome" [Mesh]
---	------------	-------------------------------	------------	--

MeSH thesaurus = [...]

Filtrering: "Title/abstract" anvendt ved fritekst. "English/danish" anvendt.

PubMed 2. søgning:

"Primary Health Care"[Mesh]	AND	"Analgesics, Opioid"[Mesh]	AND	"Substance Withdrawal Syndrome" [Mesh]
--------------------------------	------------	-------------------------------	------------	--

MeSH thesaurus = [...]

Filtrering: "Title/abstract" anvendt ved fritekst. "English/danish" anvendt.

Embase 1. søgning:

'chronic pain'/exp OR Chronic pain	AND	'opiate'/exp OR Analgesic opioid OR Analgesic	AND	'withdrawal syndrome'/exp OR Withdrawal syndrome
---	------------	---	------------	--

Emtree thesaurus = '...'/exp

Filtrering: "Title/abstract" anvendt ved fritekst. "English/danish" anvendt.

Embase 2. søgning:

'primary medical care'/exp OR 'primary health care'/exp	AND	'opiate'/exp OR Analgesic opioid OR Analgesic	AND	'withdrawal syndrome'/exp OR Withdrawal syndrome
---	------------	---	------------	--

Emtree thesaurus = '...'/exp

Filtrering: "Title/abstract" anvendt ved fritekst. "English/danish" anvendt.

Cinahl 1. søgning:

MH"Chronic pain" OR Chronic pain"	AND	MH "Analgesics, Opioid+"	AND	MH "Substance Withdrawal Syndrome+"
--	------------	-----------------------------	------------	--

CINAHL thesaurus = MH

Filtrering: "Title" OR "abstract" anvendt ved fritekst. "English/danish" anvendt.

Cinahl 2. søgning:

MH "Primary Care+"	AND	MH "Analgesics, Opioid+"	AND	MH "Substance Withdrawal Syndrome+"
--------------------	------------	-----------------------------	------------	--

CINAHL thesaurus = MH

Filtrering: "Title" OR "abstract" anvendt ved fritekst. "English/danish" anvendt.

Litteraturliste og dokumentstyring

- Vi har brugt RefWorks til styring af referenceliste, og vi har anvendt APA (American Psychological Association) Citation Style Guide (6th Ed.) som referencesystem.
- Vi har oprettet Onedrive-mapper til dokumenter. Både til dem, vi har anvendt og dem, vi har frasortet.

Søgeresultater

Database	Fremsøgte artikler	Frasortering på Titel/abstract	Dubletter	Artikler (minus dubletter)
PubMed 1. søgning	95	11		3
PubMed 2. søgning	12	2		0
Embase 1. søgning	158	27		10
Embase 2. søgning	66	5	2	0
CINAHL 1. søgning	87	12	4	1
CINAHL 2. søgning	10	3	3	0
Artikler fremsøgt I alt	428	60	53	14

Relevante artikler efter gennemlæsning: 14

Yderligere artikler har vi fundet ved gennemlæsning af artiklers referencer.

Bilag 2.

Brev til interviewdeltagerne

Kære informant xx

Tak fordi du vil hjælpe os med at blive klogere på praktiserende lægers perspektiv på patienter med kroniske smerter og de udfordringer, du møder i behandlingen af dem.

Vi har brug for input i forhold til at udvikle et samarbejde omkring nedtrapning af opioider i den patientgruppe.

Interviewet tager omkring 45 minutter, og vi kommer gerne ud til din praksis. Vi vil optage med lyd, som vi senere sletter. Vi medbringer en samtykkeerklæring.

Vi er fleksible i forhold til at finde et tidspunkt, der kan passe.

Her er nogle forslag:

Mandag den 14. februar efter kl. 16
Onsdag den 16. februar efter kl. 16
Mandag den 21. februar efter kl. 16
Onsdag den 2. marts efter kl. 16
Torsdag den 3. marts efter kl. 16
Fredag den 4. marts efter kl. 16

Kan du flere af dagene, må du meget gerne skrive det.

Er der ingen af datoerne, der passer dig, vender vi tilbage med nye forslag ;-)

Med venlig hilsen

Karen Yde Hove og Randi Eltved

Karen Yde Hove

Praktiserende læge, Lægerne i Møldrup
Nørregade 15, 9632 Møldrup
E-mail: <mailto:karen.yde@dadlnet.dk>

Randi Eltved

Overlæge Smerteklinik Silkeborg
Speciallæge i Almen Medicin

Center for Planlagt Kirurgi
Regionshospitalet Silkeborg • Hospitalsenhed Midt
Fælkevej 1-3 • DK-8600 Silkeborg
Tel. +45 7841 6687
E-mail: ranelt@rm.dk



Bilag 3.

Interviewguide til kvalitativt semistruktureret interview med praktiserende læger for at belyse deres perspektiv på samarbejde omkring opioidnedtrapning af patienter med KNMS		
1.	Gensidig præsentation	Alder, køn, erfaring som læge/praktiserende læge.
2.	Aktuelt	Hvordan håndterer du dine patienter med KNMS i opioidbehandling? Hvordan med nedtrapning? Hvornår?
		(årskontrol, recepter, udredning, henvisninger)
		Hvad kan du møde i konsultationerne med disse patienter?
		(motivation, kompleksitet, tid, strategier, manualer og vejledninger)
3.	Ønsker til nedtrapningsklinik	Hvor meget fylder disse patienter i klinikken?
		(receptudskrivelse, lang dagsorden, udeblivelser)
		Hvilke patienter ville du henvise til en nedtrapningsklinik?
		(misbrugere, ældre, yngre, hvilke doser opioid, formuleringer, graden af kompleksitet, særlige underdiagnoser, tidligere nedtrapningsforsøg mislykkedes)
4.	Hjælp til selvhjælp	Hvad ville du forvente, der blev taget hånd om?
		(nedtrapningsplan, støtte til denne, receptudskrivelse, undervisning omkring KNMS, håndtering og udredning af psykisk komorbiditet)
		Hvilken grad af samarbejde undervejs i forløbet/shared care ville du være interesseret i?
		(recepter, udrede mistanke om psykiatrisk lidelse herunder evt. henvise til anden behandlingsindsats, mulighed for dig eller for patienten for at ringe til nedtrapningsklinikken ved problemer)
		Hvilket behov har du for mere efteruddannelse i opioidnedtrapning?
		(tilgang til patienten, nedtrapningsplan, abstinensbehandling, nødplaner, opmærksomhed på angst, depression, katastrofetanker)
		Hvilket behov er der for uddannelse af praksispersonale i samtale med patienter med KNMS i opioidbehandling?
		Hvilken hjælp ville en hotline med mulighed for rådgivning være for dig?
		Hvilke andre tiltag kunne hjælpe dig i nedtrapning af opioid hos denne patientgruppe?

Bilag 4.

Transskriptionsguide til masterprojektet

Praktiserende lægers udfordringer ved nedtrapning af langvarig opioidbehandling hos patienter med kroniske non-maligne smerter og ønsker til samarbejde med sekundærsektoren herom.

Udarbejdet foråret 2022 i Master i Smertevidenskab og tværfaglig smertebehandling på AAU

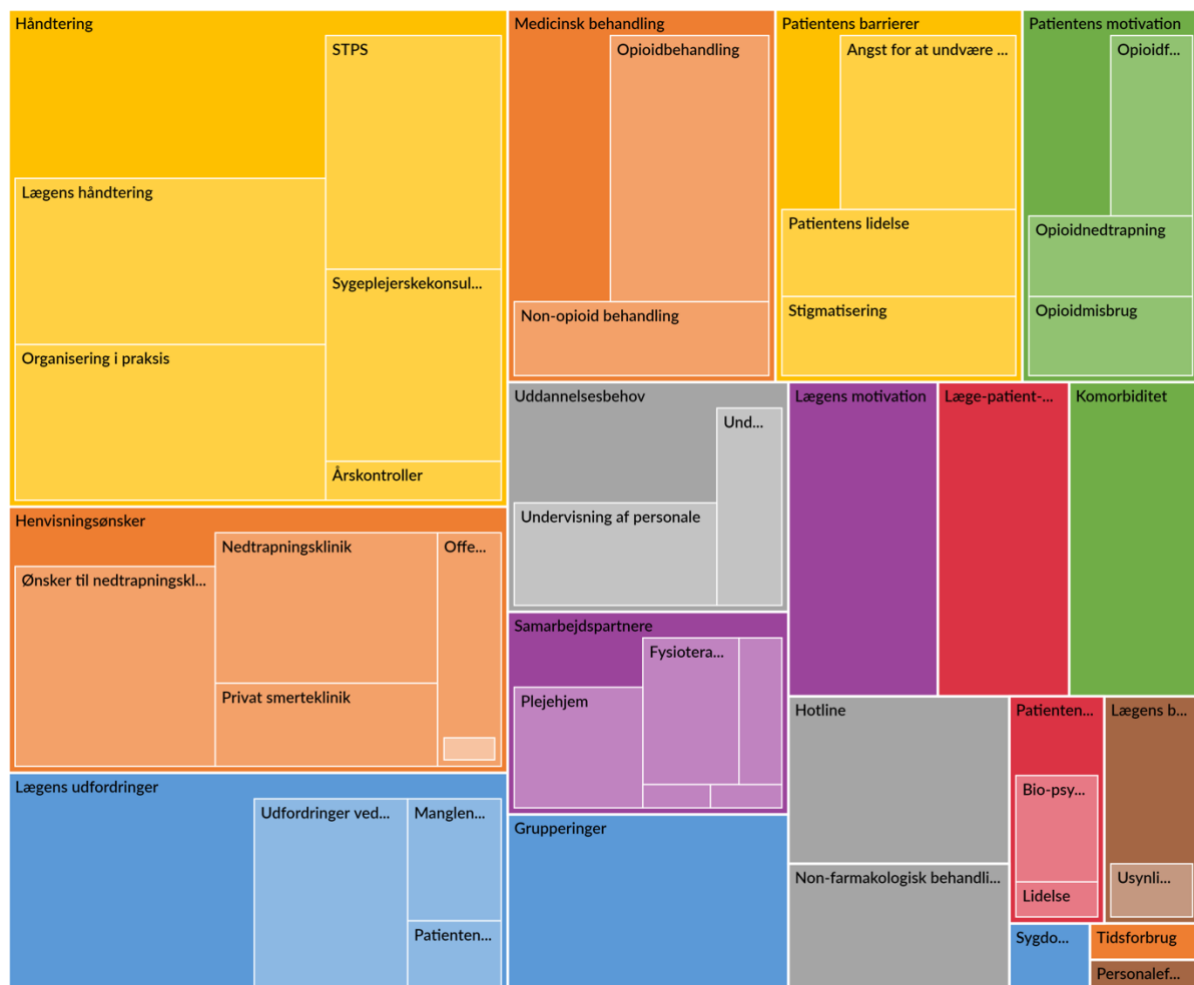
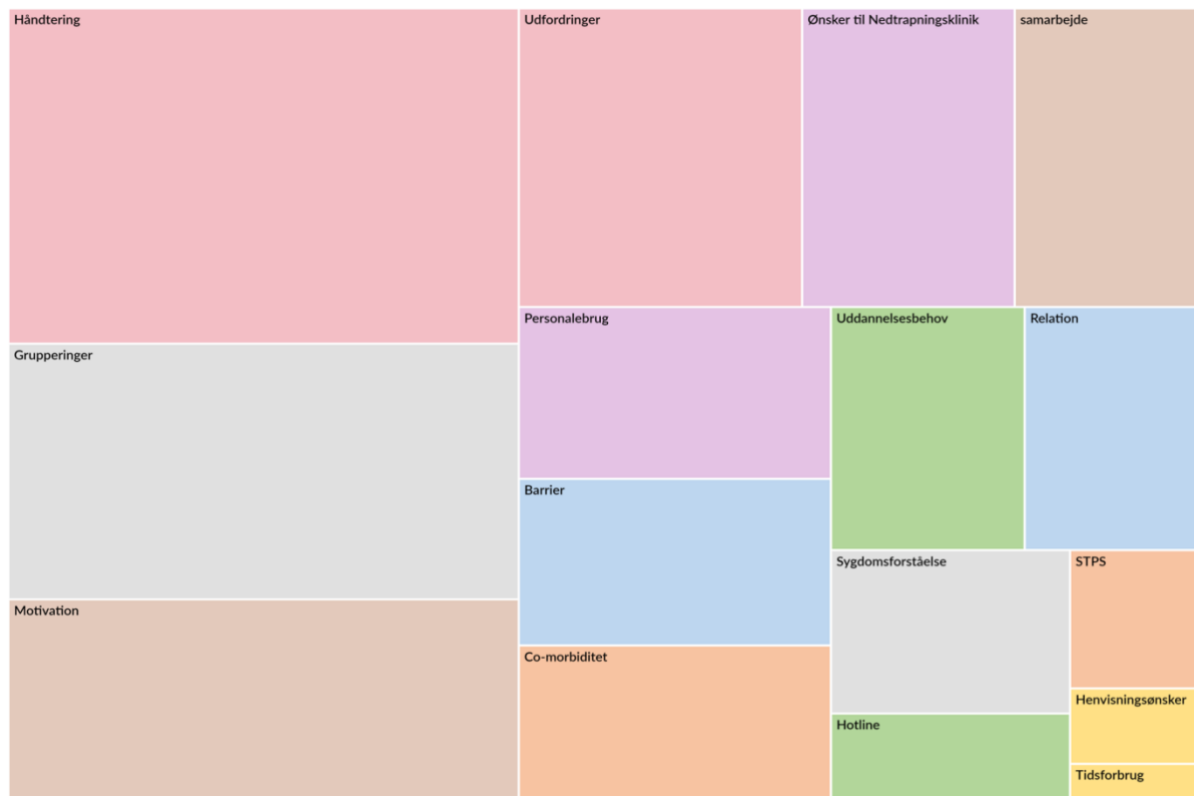
Karen Yde Hove (KY) og Randi Eltved (RE)

Fra lydoptagelsen	Transskriberes
Hoved-interviewer/ Bi-interviewer: RE/KY eller KY/RE	RE/KY
Informant A-G, køn, alder, år i praksis	A-G, køn, alder, år i praksis
Pause i tale	
Tilføjelser, fx grin, suk	Skrives i parentes (grin)
Uforståelig tale / kan ikke høres	Tom parentes ()
Ord der lægges særligt tryk på	Skrives med store bogstaver
Udeladelse af f.eks øh, hmm	Undlades eller ...

Vi laver 7-8 interviews med praktiserende læger, hvor vi starter med en præsentation, som vi ikke fremover optager med lyd. Når vi begynder optagelsen, vil vi sige hvem, der er hoved -og bi-interviewer, og vi vil præsentere informant med køn, alder og år nedsat i praksis. Længden af interviewet vil være 30-45 min.

Vi har lavet første interview i uge 7, tre planlagt i uge 8, et i uge 9, et i uge 11, og så mangler vi at sætte dato på 2 interviews, som forhåbentlig bliver en dag i uge 9, 10 eller 11. De første interviews er vi sammen om, herefter deler vi os ved nogle af interviewene. Lydfilerne bliver optaget med iPhone og overført til MidtX, hvor det kan tilgås.

Bilag 5. Kodning af de kvalitative interviews i NVivo af RE/KY (hierakidiagrammer).



Bilag 6.

Kondensering af temaer i interviewene.

Grupper	Komorbiditet	Recepter	Organisation	Relation	Motivation	Hjælpsbehov	Værktøjskasse
Patienter ønsker ofte andet beroligende eller sove medicin. Rygpatienter Artrose-patienter – især knæ. Sammenfald ryg Patienter med bekymringstendens Sociale problemer Patienter stiller ofte ingen krav Komplekse patienter med "ondt i Livet" Kronificerede patienter Patienter arvet fra andre Misbrugsadfærd Andre har startet op - især de høje doser Ældre i lave doser En gruppe kan ikke nedtrappes - accept af dette	Angst ofte til stede Kaos i livet Impulsive, hvor "her og nu" behøves Ofte "ked af det pt" Depressive symptomer Soma-tisk komorbiditet	STPS legalisere fremmøde og kontrol Årskontrol læge / fornyelser personale Sat i system – plan laves Ofte akut behandling, der fortsætter Ofte ryg eller knæ Pt ses for at overholde retningslinjer Morfin ordination rykket længere væk Starter færre nye op Laver kontrakt om aftrapning Ingen hurtigtvirkende Obs på kørekort	Mangler tid Finde de "rigtige" patienter Konflikter ved sekretæren Ved udtrapning ses hyppigt – sygeplejersker må inddrages Sygeplejersker følger op/ underviser /støtter Sygeplejersker uddannes – faste rammer Års-kontroller Receptfornyer Frygt for klager Indblanding fra andre læger Arbejde på fælles viden for alle læger - også sygehuslæger Obs på opioid efter indlæggelse	Skammer sig Ulige relation Patient frustration Læge accept - fatalistisk Lægen bliver træt Sygeplejersker bedst til kontakten Dem, der får, har "behov"-derfor ingen motivation Undgå anklage - fælles ansvar Være et anker for patienten Lægen glæder sig ikke til konsultationen "synd for" Lægen "dum" Afmagt - lægen henviser Nemtest hvor der er god kontakt Patient-modvilje	Bekymring for udvikling af afhængighed Bekymringer for bivirkninger Anbefalinger fra STPS Patientens ønske Utilstrækkelig effekt af behandling	Undervise patienter Ingen ventetid på hjælp Klynagemøder og lægedage bruges til information Besøg på smerteklinik af sygeplejerske Besøg i praksis af smerteklinik Undervisning i abstinensbehandling og nedtrapningsplan Løbende sparring fra smerteklinik Patientens angst håndteres Nærhed i tilbuddet Kommunalt tilbud inkl. inddragelse fra misbrugsklinik Samarbejde ved komorbiditet Møde den desperate patient med ro Omlægning af opioid Svært at få ud af det sidste Offentlig oplysningskampagne Brede henvisningskriterier Løbende epikriser	Besøg i praksis Lære om alternative strategier til at dæmpe symptomer Medicinske alternativer Henvisningsmuligheder til god fysioterapeut Brug af smerteguide Hot-line ok men tager tid Samarbejde ved komorbiditet "lær at leve med det" Individuel tilgang - Ingen "manual"

Bilag 7.

Citatskema.

Udvalgte interviewcitater og surveykommentarer

A) Lægernes udfordringer	
1) Patienternes kompleksitet	
<i>Informant C, mand, 40 år, 4 år i praksis</i>	"Man kan ikke begynde at trappe folk ned, hvis der er noget andet, der fylder voldsomt meget."
<i>Informant F, mand, 57 år, 12 år i praksis</i>	"Jamen, de kan have psykiske problemer. De kan have ... de kan have sociale problemer."
<i>Informant G, kvinde, 47 år, 10 år i praksis</i>	"Altså, når folk bliver misbrugere, så er det jo som regel, fordi de har et eller andet psykisk med sig, som de dæmper med et misbrug."
<i>Informant E, kvinde, 51 år, 11 år i praksis</i>	"Jeg tænker... folk med artrose ... altså, hofte- og knæartrose. Og specielt, du ved, dem med lidt giggt rundt omkring og sådan noget... og så også sammenfald i lænden... det er nok... det er nok faktisk dem, der er flest af."
<i>Informant H, mand, 35 år, 2 år i praksis</i>	"Det er jo ofte... at dem, der har brug for det langvarige (opioid), så er det jo, fordi vi ikke kan forklare smerterne."
2) Lægernes respekt for myndighedskrav og frygt for sanktioner	
<i>Informant E, kvinde, 51 år, 11 år i praksis</i>	"Jamen, Styrelsen for Patientsikkerhed siger, at du skal komme sådan og sådan... "jamen, det er jo irriterende" – ja, men det er sådan, det er."
<i>Informant H, mand, 35 år, 2 år i praksis</i>	"Det er bare ikke en konsultation, man glæder sig til - fordi det kan være svært at få dem overbevist om, at det kan være en god idé det her - og især, hvis det går godt. Så er det jo ikke særligt fristende at tage noget væk..."
<i>Informant D, mand, 50 år, 12 år i praksis</i>	"Den næste udfordring, vi altid har, det er jo, at vi reelt ikke har tid i forvejen. Sådan er det! Sådan ligger det jo lidt, og det er nok også derfor, at den her gruppe, som ikke klager sig og ikke kræver mere medicin, kan sejle under radaren så fint, fordi de ikke stiller krav."
<i>Informant D, mand, 50 år, 12 år i praksis</i>	"Firs procent - det er ekspeditionssager. de kommer, de overholder deres dosering, de får det fornyet."
<i>Survey-respondent nr. 130, kvinde, 55 år, 16-20 år i praksis</i>	"Hvis nedtrapning af patienter, der har fået morfika i mange år, skal påbegyndes, så kræver det TID - meget TID! - og den tid har jeg ikke. Motivation, udspørgen af patienterne - forstå deres baggrund, møde deres behov, lave alliance om planen - kræver mere end 15 minutters konsultation. Næste gang er det forfra..."
<i>Informant B, mand, 58 år, 22 år i praksis</i>	"Kommunikation omkring smerter er svær, og vi har ikke ret meget tid i praksis. Og vi er nok heller ikke uddannet til det."
<i>Informant C, mand, 40 år, 4 år i praksis</i>	"Det skal være lidt besværligt at få morfin."
<i>Survey-respondent nr. 137, kvinde, 49 år, 6-10 år i praksis</i>	"En stærk og angstprovokerende faktor for mig som læge er, at der skal foretages udtrapning - og der er overvågning og sanktioner fra STPS."
3) Belastet læge-patient-relation	
<i>Informant H, mand, 35 år, 2 år i praksis</i>	"De dukker næsten hovedet, når de skal bede om den, de er lede ved at skulle sige... "jeg vil gerne have en til!" ..."
<i>Informant H, mand, 35 år, 2 år i praksis</i>	"Men måske føles det også, som om vi heller ikke har lyst til at udskrive det, altså - og selv til dem, hvor vi har valgt, at det er det her, vi gør nu, så tror jeg stadigvæk godt, de kan mærke, at vi synes ikke, det er god medicin..."
<i>Informant F, mand, 57 år, 12 år i praksis</i>	"Der står de bivirkninger her på... Du har lige præcis dem her. Det, tænker jeg, er det medicin, du får..."
<i>Informant E, kvinde, 51 år, 11 år i praksis</i>	"Altså... det kan påvirke en kognitivt... man kan gå og falde og..."

Informant A, kvinde, 64 år, 27 år i praksis	"... svært at gøre begge ting samtidig. Både at sidde med receptblokken og så snakke om nogle håndteringsting."
Informant B, mand 58 år, 22 år i praksis	"Jeg er lidt skuffet over, at jeg ikke gør mere ud af det."
Informant D, mand, 50 år, 12 år i praksis	"Har de reelt gavn af det? Eller er det bare blevet en ren vane... eller er det ren abstinensbehandling, fordi nu har de fået deres morfin i fem år?"
Informant B, mand 58 år, 22 år i praksis	"Jeg tror tit, at en høj dosis morfinbehandling eller tramadol-behandling, at det er en ringe behandling. Men det er nok den bedste vi har."
Informant C, mand, 40 år, 4 år i praksis	"Altså, hvordan går det med dine smerter? det tror jeg måske, det nok egentlig er det. Jeg synes ikke rigtig, vi bruger andre parametre til at vurdere, hvor godt de er smertedækket."
Informant C, mand, 40 år, 4 år i praksis	"Hvis man bliver ramt af noget... en smertetilstand, der er langvarig... så får man altså også bare [griner let] smertestillende i lang tid"
Informant F, mand, 57 år, 12 år i praksis	"Det er jo også en forventning, vi både har til os selv, men som patienterne også har, at det er noget pille, der skal løse det her. Det er det jo ikke nødvendigvis."
Informant G, kvinde, 47 år, 10 år i praksis	"Men jeg kunne også godt bruge noget – især lige nu her – et alternativ til, hvad ka' man gi' dem, som ikke er et opioid?"
Survey-respondent nr. 106, kvinde, 52 år, 11-15 år i praksis	"Mange patienter kan man godt få trappet ned i dosis, jeg får dem typisk ned på halvdelen eller en tredjedel af udgangsdosis. Men det er ret svært at få dem helt ud af opioidbehandlingen, selvom den ikke har haft nogen funktionsforbedrende effekt."
Survey-respondent nr. 58, mand, 50 år, 11-15 år i praksis	"Den største udfordring er som regel, at patienten får forværring af sine smerter ved udtrapning, og at jeg ikke har noget godt alternativ at tilbyde."
B) Samarbejde med sekundærsektoren	
1) Henvi sning til nedtrapningsklinik	
Informant B, mand 58 år, 22 år i praksis	"Kommunikation omkring smerter er svær, og vi har ikke ret meget tid i praksis. Og vi er nok heller ikke uddannet til det, så derfor. Hvis jeg kunne få det outsourcet til jer i Silkeborg, så ville det være rigtig fint."
Survey-respondent nr. 7, kvinde, 53 år, 16-20 år i praksis	"Grænseflader over imod kommunernes misbrugsklinikker, og også grænseflader mod f.eks. geriatrien og mod smerteklinikkerne"
Survey-respondent nr. 16, kvinde, 50 år, 11-15 år i praksis	"At psykisk komorbiditet ikke er en kontraindikation"
2) Viden om opioidbehandling og -nedtrapning	
Informant B, mand, 58 år, 22 år i praksis	"Jeg kunne godt blive bedre til at trappe ned. Viden er med til, at jeg er overbevisende, og der skal noget overbevisning til, for at gøre det. Hvis jeg ikke føler mig helt sikker i, hvad jeg egentlig kan tilbyde, hvordan man gør det, så... dels får jeg ikke gjort det, og hvis jeg så siger det, så virker det ikke overbevisende, og så siger patienten nej."
Informant E, kvinde, 51 år, 11 år i praksis	"Abstinensbehandling - Det tror jeg også gerne, vi vil vide noget om. Det synes jeg heller ikke rigtig, jeg sådan ved så meget om."
3) Uddannelse af personalet	
Informant A, kvinde, 64 år, 27 år i praksis	"De allerfleste... de har virkelig gavn af undervisning i smerter og smertehåndtering."
Informant C, mand, 40 år, 4 år i praksis	"Nogle gode konsultationer at lægge over til en sygeplejerske faktisk..."
Informant C, mand, 40 år, 4 år i praksis	"Vi skulle have nogen til at gøre... uddanne vores personale for os."

Informant D, mand, 50 år, 12 år i praksis	"De kan i hvert fald uddannes i alt det, de gerne vil vide - så kloge er enhver sygeplejerske... og så kan de faktisk lære de ting uden problemer."
Informant E, kvinde, 51 år, 11 år i praksis	"Hvis I laver noget undervisning for sygeplejersker, så vil vi meget gerne have vores sygeplejersker med på banen."
4) Generelle oplysningstiltag (i praksisklynger eller på Lægedage)	
Informant H, mand, 35 år, 2 år i praksis	"... tage det op i klyngerne, eller et eller andet... altså, have de rigtige emner taget op... eller sørge for at være med på lægedage, når det er der... altså sørge for at have de dér kurser på de rigtige steder..."
5) Ønsker til hotline eller besøg i praksis	
Survey-respondent nr. 85, mand, 50 år, 6-10 år i praksis	"Skriftlighed betyder at man deler behandlingsansvaret. Det er rart med mundtlighed, når man har brug for et råd."
Informant H, mand, 35 år, 2 år i praksis	"Der kommer en ud, og det giver også praksis noget fællesskab - og noget drive, og det elsker både læger og personale... det der med, at man får en øget følelse af at være et team omkring tingene... bare det at have fælles undervisning eller tage fælles til et eller andet. Det er jo bare rigtig godt for alle..."
6) Lokale kommunale tilbud	
Informant D, mand, 50 år, 12 år i praksis	"Jeg har sgu ikke lyst til at køre til Randers eller til Århus, det tager mig time hver vej..."
Informant D, mand, 50 år, 12 år i praksis	"Jeg har haft en fysioterapeut, som har været rigtig rummelig omkring de her patienter, som har taget sig lidt af de lidt komplicerede eksistenser..."
Informant G, kvinde, 47 år, 10 år i praksis	"Det jo det gode ved de kommunale tilbud, der er gratis, og som der er ikke for lang ventetid til og sådan noget... altså, hvis man kunne putte noget derud, det synes jeg ville være godt..."
Survey-respondent nr. 133, mand, 50 år, 21-25 år i praksis	"Lokale tilbud som kommunale nedtrapningsklinikker"
Survey-respondent nr. 73, mand, 63 år, >25 år i praksis	"Henvielse til andre støttepersoner ex hjemmepleje el lignende med tid og forstand på at medvirke."
7) Fælles tilgang hos alle behandlere i sundhedsvæsenet	
Informant F, mand, 57 år, 12 år i praksis	"Det hjælper, at det bliver gentaget... at der bliver sagt det samme: "Det sagde han også". Det hjælper helt vildt."
Survey-respondent nr. 7, kvinde, 53 år, 16-20 år i praksis	"Vi oplever faktisk ikke sjældent, at en smerteklinik faktisk øger eller igangsætter morfikabehandling, og der er ikke hjælp fra offentlige misbrugscentre her"
Survey-respondent nr. 16, kvinde, 50 år, 11-15 år i praksis	"En mere konsekvent holdning af alle parter til, at vi ikke behandler kroniske non-maligne smerter med opioid."
Survey-respondent nr. 94, mand, 64 år, 21-25 år i praksis	"Henvielse af patienter, som har fået sit misbrug skabt af sygehusene under deres behandling. Det er deres ansvar, og de løber fra det"
Survey-respondent nr. 68 (ingen oplysninger om køn, alder eller erfaring)	"Hvis andre læger bliver ved med at tillægge eller lade patienten blive på en opioiddosis, selvom man er i gang i et nedtrapningsforløb med patienten."
8) Offentlig oplysningskampagne	
Survey-respondent nr. 20, kvinde, 59 år, >25 år i praksis	"Jeg savner meget en offentlig informationskampagne om, at mange må leve med smerter, og at mange godt kan leve med smerter."
Survey-respondent nr. 110, kvinde, 49 år, 11-15 år i praksis	"Oplysning til befolkningen via medier."

Bilag 8.

Invitation til survey.

Nyhedsmail fra PRAKSIS.DK

Hjælp til udvikling af opioid-nedtrapningsklinik

Kære Praktiserende læge i Region Midtjylland

Vi har brug for din mening omkring kroniske non-maligne smertepatienter i langvarig opioidbehandling.

Vi er to læger fra henholdsvis almen praksis og smerteklinik Silkeborg, der i forbindelse med Master i Smertebehandling og Tværfaglig Smertebehandling, undersøger de udfordringer praktiserende læger møder i nedtrapningen af opioider ved kroniske smertepatienter og den hjælp, der kunne ønskes fra en nedtrapningsklinik.

Smerteklinik Silkeborg har fået midler til udvikling af en nedtrapningsklinik i Region Midtjylland, så spørgeskemaet er en del af analysen af hvilket fokus, der er relevant i udviklingsarbejdet.

Spørgeskemaet tager 5-10 min., det er uhonoreret og kan besvares inden for 1 uge.

Tak for hjælpen :-)

Link: <https://www.survey-xact.dk/LinkCollector?key=TYG9P25WJJ3J>

QR-kode:



Karen Yde Hove, Praktiserende læge, karen.yde@dadlnet.dk,
mobilnr. 2328 6736

Randi Eltved, Overlæge, Smerteklinik Silkeborg, randi.eltved@rm.dk,
mobilnr. 2087 7864

Bilag 9. Spørgeskema til survey.

Dit perspektiv på nedtrapning af opioid hos patienter med kroniske non-maligne smerter samt ønsker til samarbejde med sekundærsektoren omkring dette?	
Vi er to læger, der er i gang med en masteruddannelse i Smertevidenskab og Tværfaglig Smertebehandling. Vi undersøger, hvilke udfordringer praktiserende læger oplever ved nedtrapning af opioid hos patienter med kroniske smerter.	
Vi vil gerne høre din mening om nedtrapning af opioid hos patienter med kroniske non-maligne smerter. Forventet tidsforbrug på spørgeskema: 5-10 min.	
1. Hvad er den vigtigste motivationsfaktor for at påbegynde nedtrapning af patienter i opioidbehandling? (prioriter op til tre udsagn, hvor 1 er den vigtigste faktor, 2 den næstvigtigste og 3 den tredjevigtigste)	
	Anbefalinger fra myndighedernes side (herunder STPS)
	Patientønske om nedtrapning
	Din bekymring for utilstrækkelig effekt af behandlingen
	Din bekymring for bivirkninger til behandlingen
	Din bekymring for udvikling af afhængighed
	Andet? – Hvis andet prioriteres, så uddyb gerne:
2. Hvad kan være udfordrende for dig ved nedtrapning af opioidbehandling? (prioriter op til tre udsagn, hvor 1 er den vigtigste faktor, 2 den næstvigtigste og 3 den tredjevigtigste)	
	Behandling af abstinenser
	Omlægning af opioider
	Udformning af nedtrapningsplan
	Behandling af psykisk komorbiditet som angst og depression
	Patientens modvilje mod nedtrapning
	Andet? Hvis andet prioriteres, så uddyb gerne:
3. Når nedtrapning af opioidbehandling ikke forløber som planlagt, hvad har du så mest brug for? (prioriter op til tre udsagn, hvor 1 er den vigtigste faktor, 2 den næstvigtigste og 3 den tredjevigtigste)	
	Hotline til smerteklinik
	Mulighed for at henvise til nedtrapningsklinik
	Mulighed for efteruddannelse
	Andet? Hvis andet prioriteres, så uddyb gerne:
4. Hvis hotline til smerteklinik prioriteres, hvilke ønsker har du så til denne? (prioriter kun én valgmulighed)	
	Mulighed for telefonisk rådgivning ad hoc
	Mulighed for skriftlig rådgivning omkring den enkelte patient fx via korrespondance
	Andet? Hvis andet prioriteres, så uddyb gerne:
	Ikke relevant

5. Hvis muligheden for henvisning til nedtrapningsklinik prioriteres, hvad er så vigtigst for dig, hvis du skal overveje at henvise en patient dertil? (prioriter op til tre udsagn, hvor 1 er den vigtigste faktor, 2 den næstvigtigste og 3 den tredje vigtigste)		
	At nedtrapningsklinikken har brede henvisningskriterier	
	At nedtrapningsklinikken tilbyder besøg og rådgivning i din praksis	
	At nedtrapningsklinikken påtager sig ansvaret for receptudskrivelser, mens patienterne er tilknyttet	
	At nedtrapningsklinikken kontakter dig direkte ved behov for yderligere udredning af patienterne	
	At nedtrapningsklinikken tilbyder patienterne undervisning i mestring af smerter	
	At nedtrapningsklinikken findes i geografisk nærhed af patienterne	
	At nedtrapningsklinikken kan besøge patienten i eget hjem	
	Ikke relevant	
	Andet? Hvis andet prioriteres, så uddyb gerne:	
6. Hvis muligheden for efteruddannelse prioriteres, hvilke ønsker har du så til denne?		
	Mulighed for selv at deltage i efteruddannelse og faglig opdatering	
	Mulighed for efteruddannelse af praksispersonale i håndtering af disse patienter	
	Mulighed for at få besøg fra smerteklinikken i egen praksis	
	Ikke relevant	
	Andet? Hvis andet prioriteres, så uddyb gerne:	
De sidste spørgsmål er af demografisk karakter.		
7. Hvad er dit køn?	Mand	Kvinde
8. Hvad er din alder?		
9. Hvor mange år har du været praktiserende læge?		
	0-5 år	
	6-10 år	
	11-15 år	
	16-20 år	
	21-25 år	
	>25 år	
10. Har du deltaget i kurser omkring smertebehandling indenfor de sidste 5 år?		
Ja	Nej	Ved ikke

Bilag 10.

Samtykkeerklæring

Som led i vores masteropgave på Master i Smertevidenskab og Tværfaglig Smertebehandling, ønsker vi at undersøge alment praktiserende lægers perspektiv på nedtrapning af opioider ved patienter med kroniske non-maligne smerter.

Formålet med projektet er at opnå viden, som kan bruges til at udvikle den faglige praksis i samarbejdet mellem smerteklinikken i Silkeborg og de praktiserende læger i området.

Til denne undersøgelse har vi brug for at interviewe nogle praktiserende læger om deres oplevelser og erfaringer. Hvis du vælger at deltage, vil interviewet tage omkring 30-45 minutter. Spørgsmål og svar bliver lydoptaget.

Når undersøgelsen er afsluttet, bliver lydoptagelsen slettet.

Det er frivilligt at deltage, og du kan på et hvilket som helst tidspunkt trække dig fra undersøgelsen eller undlade at besvare spørgsmål. Dine svar vil blive behandlet fortroligt, og de bliver fuldt anonymiseret i bearbejdningen og fremstillingen.

Ønsker du på et senere tidspunkt at trække dit samtykke tilbage, kan du tilkendegive dette via mail til eltved@dadlnet.dk eller karen.yde@dadlnet.dk.

Databeskyttelsesforordningen giver dig ret til at få en række oplysninger, som du finder i det informationsbrev, der udleveres.

Med venlig hilsen

Overlæge Randi Eltved, Smerteklinikken, Regionshospitalet Silkeborg

Karen Yde Hove, Praktiserende læge, Møldrup

Jeg bekræfter hermed, at jeg indvilger i at deltage i ovennævnte interview. Jeg er informeret mundtligt og skriftligt om og indforstået med:

At jeg til enhver tid kan trække mit samtykke tilbage og udgå af undersøgelsen.

At interviewet er anonymt, forstået på den måde, at jeg ikke nævnes ved navn.

At en analyse og fortolkning af interviewet senere vil indgå i Randi Eltved og Karen Yde Hoves masteropgave, hvor det ikke vil være muligt at genkende mig.

Jeg giver samtidig samtykke til, at Randi Eltved og Karen Yde Hove behandler følgende oplysninger om mig:

Navn, adresse og e-mail.

Oplysningerne bliver opbevaret sikkert, og de benyttes udelukkende i forbindelse med kommunikation omkring aktuelle masterprojekt på "Master i Smertevidenskab og tværfaglig smertebehandling".

Dato: _____

Underskrift: _____

Bilag 11. Surveydata.

Praktiserende lægers perspektiv på nedtrapning af opioid hos patienter med kroniske non-maligne smerter samt ønsker til samarbejde med sekundærsektoren			
Spørgsmål: (af respondenter, der prioriterer svaret)	Kursus	Ikke-kursus	I alt
1. Hvad er den vigtigste motivationsfaktor for at påbegynde nedtrapning af patienter i opioidbehandling?			
Anbefalinger fra myndighedernes side (inkl. STPS)	51	21	78
Patientønske om nedtrapning	42	23	69
Din bekymring for utilstrækkelig effekt af behandlingen	41	16	60
Din bekymring for bivirkninger til behandlingen	72	24	102
Din bekymring for udvikling af afhængighed	80	31	119
Andet	3	2	5
2. Hvad kan være udfordrende for dig ved nedtrapning af opioidbehandling?			
Behandling af abstinenser	52	18	75
Omlægning af opioider	13	16	30
Udformning af nedtrapningsplan	32	14	51
Behandling af psykisk komorbiditet som angst og depression	47	19	72
Patientens modvilje mod nedtrapning	95	38	142
Andet	19	2	22
3. Når nedtrapning af opioidbehandling ikke forløber som planlagt, hvad har du så mest brug for?			
Hotline til smerteklinik	66	32	105
Mulighed for at henvise til nedtrapningsklinik	90	38	137
Mulighed for efteruddannelse	41	27	73
Andet	12	2	16
4. Hvis hotline til smerteklinik prioriteres, hvilke ønsker har du så til denne?			
Mulighed for telefonisk rådgivning ad hoc	31	19	54
Mulighed for skriftlig rådgivning omkring den enkelte patient fx via korrespondance	40	13	57
Andet	1	0	1
5. Hvis muligheden for henvisning til nedtrapningsklinik prioriteres, hvad er så vigtigst for dig, hvis du skal overveje at henvise en patient dertil?			
At nedtrapningsklinikken har brede henvisningskriterier	63	21	87
At nedtrapningsklinikken tilbyder besøg og rådgivning i din praksis	6	4	12
At nedtrapningsklinikken påtager sig ansvaret for receptudskrivelser, mens patienterne er tilknyttet	73	29	109
At nedtrapningsklinikken kontakter dig direkte ved behov for yderligere udredning af patienterne	17	8	25
At nedtrapningsklinikken tilbyder patienterne undervisning i mestring af smerter	63	26	95
At nedtrapningsklinikken findes i geografisk nærhed af patienterne	42	22	69
At nedtrapningsklinikken kan besøge patienten i eget hjem	12	4	17
Andet	3	2	5
6. Hvis muligheden for efteruddannelse prioriteres, hvilke ønsker har du så til denne?			
Mulighed for selv at deltage i efteruddannelse og faglig opdatering	24	12	40
Mulighed for efteruddannelse af praksispersonale i håndtering af disse patienter	23	6	31
Mulighed for at få besøg fra smerteklinikken i egen praksis	19	9	28
Andet	8	5	15

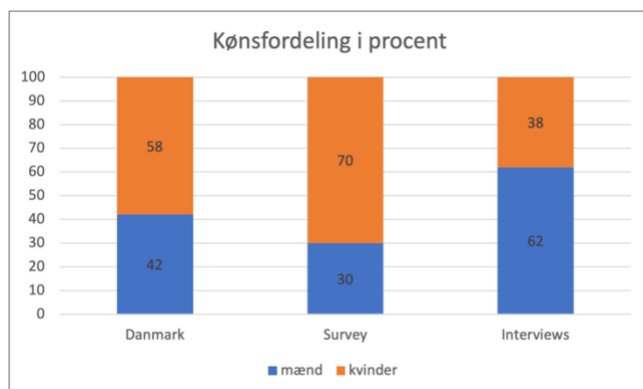
Note:

Resultaterne er opgjort i eksakte tal.

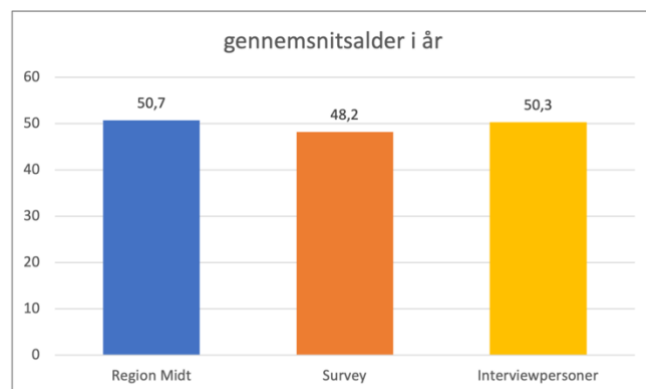
6 respondenter husker ikke, om de har deltaget i kurser omkring smertebehandling indenfor de sidste 5 år. Derfor har summen af (kursus/ikke-kursus)-kolonnerne ikke nødvendigvis den samme talværdi som (i alt)-kolonnen.

Bilag 12. Diagrammer over demografiske data og surveydata.

Demografiske oplysninger om informanterne i interviewgruppen og respondenterne i survey:



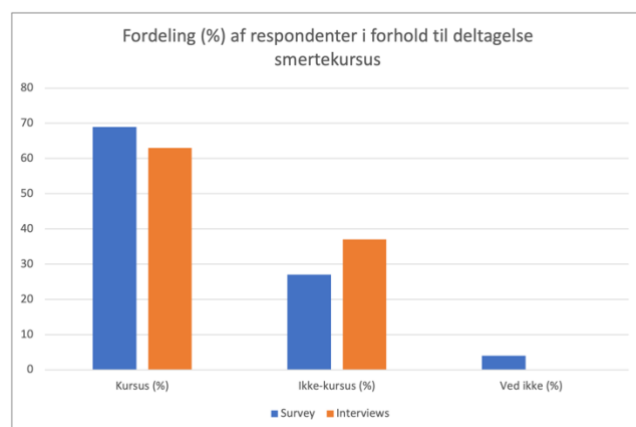
Figur A: procentvis kønsfordeling for interview-personer, survey-respondenter og praktiserende læger i Danmark.



Figur B: Gennemsnitsalder for interviewpersoner, survey-respondenter og praktiserende læger i Danmark.

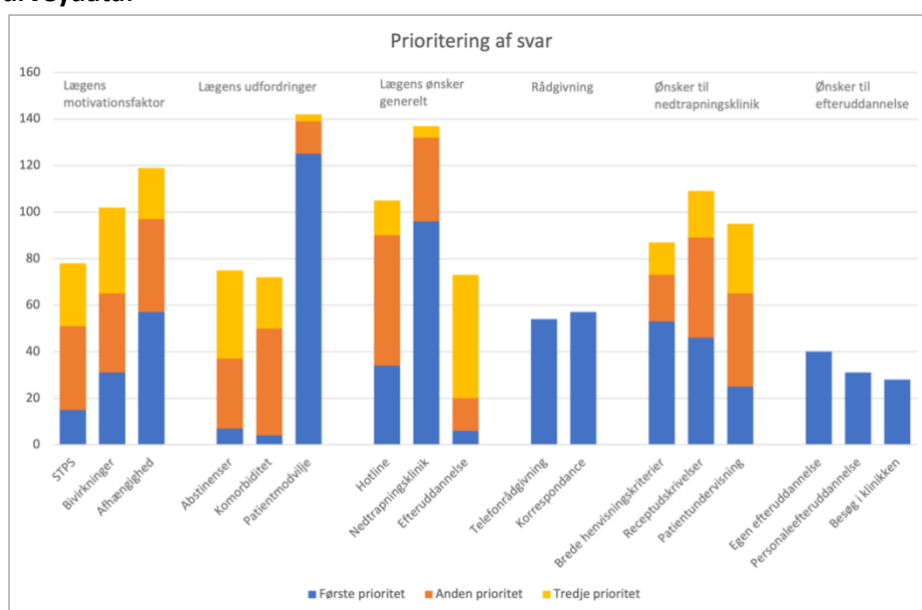


Figur C: Procentvis fordeling af, hvilken erfaring som praktiserende læge survey-respondenterne har.



Figur D: Sammenstilling af interview- og survey-deltagernes deltagelse i smertekurser indenfor de sidste 5 år.

Figur over surveydata:



Figur E: Figur over de survey-udsagn, som blev prioriteret højest. Figuren viser eksakte tal.