

Utfordringer ved smertelindring av opioidavhengige pasienter

- Fra et sykepleieperspektiv

Kandidatnummer: 496
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8992
Dato: 12.04.21



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høyskole Dato: 12.04.21
Tittel: Utfordringer ved smertelindring av opioidavhengige pasienter: Fra et sykepleieperspektiv	
<p><u>Problemstilling</u></p> <p>Hvilke utfordringer kan sykepleier møte på ved smertelindring av opioidavhengige pasienter på somatisk sykehus?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>Oppgaven bygger på Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige aspekter, med fokus på teorien om menneske-til-menneske relasjonen mellom sykepleier og pasient. Teori om avhengighet i et biopsykososialt perspektiv, opioider, opioidavhengighet, smertefysiologi og sykepleierens lindrende funksjon benyttes. Likeledes benyttes teori om etiske og juridiske prinsipper i oppgaven.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Bacheloroppgaven er en litterær oppgave, med litteratursøk som metode. Empiri fra forskning funnet i databasene CINAHL, PubMed, Google Scholar samt arkivet til Sykepleien Forskning er benyttet. Utvalgt forskning og teori fra faglitteratur brukes for å besvare problemstillingen.</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>Funn fra utvalgt forskning drøftes i underkapitler. Utvalgte funn er henholdsvis kunnskapsutfordringer, holdningsutfordringer og kartleggingsutfordringer. Dernest drøftes samarbeidet mellom sykepleier og spesialisert smerteteam ved smertelindring av opioidavhengige pasienter. Travelbees sykepleieteori, etikk, lovverk og teori fra faglitteratur benyttes. Problemstillingen blir besvart ved å sette forskningsresultatene opp mot hverandre, og diskusjon ut ifra empirisk og teoretiske funn legger til grunn for en konklusjon.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Sykepleiere ser ut til å kunne møte på utfordringer i møte med den opioidavhengige pasienten med behov for smertelindring på somatisk sykehus. Forskning har vist at sykepleiere kan mangle nødvendig kunnskap om opioidavhengighet og ha u hensiktsmessige holdninger til pasientgruppen. I tillegg konkluderes det med at sykepleiere sjeldent bruker kartleggingsverktøy for å avdekke pasientens abstinenser, rusbruk og behov for smertelindring. Kartleggingsverktøy kan være utfordrende å bruke for sykepleiere i møte med pasienter med opioidavhengighet. Sykepleiere har behov for støtte og veiledning, og samarbeid med spesialisert smerteteam kan være hensiktsmessig.</p>	

(Totalt antall ord:267)

1 Innholdsfortegnelse

1	Innledning og bakgrunn	1
1.1	Sykepleiefaglig relevans.....	2
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	2
1.3	Begrepsavklaringer	2
1.4	Avgrensninger	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1	Avhengighet i et biopsykososialt perspektiv.....	4
2.2	Hva er opioider?.....	5
2.3	Opioidavhengighet	5
2.3.1	Høyriskobrukere	6
2.3.2	Undersøkelse, diagnose og behandling.....	6
2.3.3	Somatisk samsykdom ved opioidavhengighet	8
2.3.4	Abstinenser og smerter	9
2.4	Kartleggingsverktøy i somatikken.....	10
2.4.1	Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT).....	10
2.4.2	Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS)	11
2.4.3	Visual Analog Scale (VAS).....	11
2.5	Sykepleierens lindrende funksjon	11
2.6	Joyce Travelbees sykepleieteori.....	12
2.7	Etiske og juridiske prinsipper.....	12
3	Metode	14
3.1	Litteratursøk	14
3.1.1	Søkestrategi	15
3.2	Litteratur	16
3.3	Kildekritikk	16
3.4	Etiske vurderinger	18
4	Presentasjon av forskningsresultater	19
4.1	Artikkelmatrise	19
5	Diskusjon.....	22
5.1	Kunnskaper	22
5.2	Holdninger	24
5.3	Kartlegging	26
5.4	Smerteteam, nøkkelen til å overkomme utfordringene?.....	28
6	Avslutning	30
	Referanseliste.....	31
	Vedlegg 1	35
	Vedlegg 2	36
	Vedlegg 3	37
	Vedlegg 4	42
	Vedlegg 5	44

1 Innledning og bakgrunn

Rusavhengige som injiserer narkotika oppsøker oftere sykehus og legevakt, og blir oftere innlagt enn resten av befolkningen (Kerr et al., 2005). I 2016 ble det estimert at omtrent 8700 personer i Norge er sprøytebrukere (Folkehelseinstituttet, 2018). Blant dem er det mange som bruker opioider, og i 2010-2012 ble det antatt at omtrent 7700 mennesker i Norge er høyrisikobrukere av opioider (Amundsen et al., 2016). Denne pasientgruppen kan ha en ekstrem toleranse for smertelindrende morfinpreparater, og vil trolig kunne oppleve det som problematisk å bli tilstrekkelig smertelindret (Haber et al., 2009; Strand & Nakstad, 2017).

Jeg har opplevd dette fenomenet i praksis, der en pasient som var avhengig av opioider ikke ble tilstrekkelig smertelindret. Situasjonen var svært krevende for pasienten og sykepleierne. Jeg har også opplevd at pasienter med opioidavhengighet blir forskjellsbehandlet og underbehandlet. Dette til tross for at et av de viktigste prinsippene i moderne etikk er kravet om likebehandling av pasienter, uavhengig av sosial status eller posisjon i samfunnet (Nordtvedt, 2016).

Den aktuelle debatten om den nye rusreformen, har også påvirket mitt valg av tema for bacheloroppgaven. Solbergregjeringens proposisjon til stortinget foreslår å oppheve straffeansvaret ved besittelse og bruk av mindre mengder narkotika til egen bruk (Prop. 92 L (2020-2021)). Rusreformen erkjenner at rusproblemer i hovedsak er en helseutfordring, og bør håndteres av helsesektoren, og ikke jussektoren slik det er i dag. Lovendringene som foreslås vil bety at rusavhengige skal slippe straffeforfølgelse, til fordel for hjelp, behandling og oppfølging (Prop. 92 L (2020-2021)). Dagens lovgivning kan utgjøre en barriere for rusavhengige som har behov for å oppsøke helsehjelp, på grunn av frykt for straff, samt føre til sosialt stigma, økt tendens til risikofylt rusmiddelbruk og høyere risiko for somatisk sykdom og skader (Mørland & Waal, 2017; Prop. 92 L (2020-2021)). Ved bruk av illegale rusmidler risikerer brukeren å få bøter og fengselsstraff, og overdoser er et kjent problem etter fengselsopphold da overdose ofte inntreffer etter lengre opphold i rusbruken (Bramness & Lien, 2014). 11. Mars 2021 forteller en opioidavhengig i en podcast at dette er et vanlig fenomen i rusmiljøet, og hans oppfatning er at en rusreform kunne hindret mange av overdosedødsfallene som har skjedd i Norge, og forebygge fremtidige overdoser (Tore Sagen, 2021). Den pågående debatten er etter min mening et viktig samfunnsengasjement for en gruppe som stadig møter stigmatisering og sosial ekskludering i sin hverdag. Ut ifra det

overnevnte, har jeg valgt smertelindring av opioidavhengige pasienter som tema, med et ønske om å sitte igjen med kunnskaper som kan hjelpe meg som nyutdannet sykepleier i møte med denne pasientgruppen.

1.1 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleiefaget omfatter en rekke funksjoner, hvorav en av disse er sykepleierens lindrende funksjon (Kristoffersen et al., 2016). Sykepleiere har en sentral rolle når det kommer til å redusere eller begrense omfanget av belastninger som pasienten opplever, for eksempel smerter. Kristoffersen et al. presiserer at selv om sykepleiefaget har ulike funksjonsområder, vil sykepleien i praksis bli utført som en integrert helhet, og at det er viktig som sykepleier å se hele pasienten og situasjonen. Smertelindring av opioidavhengige er et tema det er relevant å studere, fordi smertelindring er en viktig del av sykepleierens funksjonsområde, og fordi jeg har opplevd i praksis at smertelindring av denne pasientgruppen kan være utfordrende for sykepleiere.

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av det foregående er følgende problemstilling formulert:

”Hvilke utfordringer kan sykepleier møte på ved smertelindring av opioidavhengige pasienter på somatisk sykehus?”

1.3 Begrepsavklaringer

Opioidavhengighet: I ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision) står opioidavhengighet oppført i kategorien F11.1-9. (WHO, u.å.). Diagnosen omfatter intoksikasjon, skadelig bruk og avhengighet, abstinensstilstand og noen sjeldnere psykotiske og amnesiske tilstander (Mørland & Waal, 2017).

Smertelindring: Smerte er en subjektiv opplevelse, som fungerer som et varselsignal om at noe er galt i kroppen (Trydal & Borchgrevink, 2014). Lindring er i følge Kristoffersen et al. (2016) å redusere eller begrense pasientens belastninger, når problemet i seg selv ikke kan fjernes.

Pasient: En person som oppsøker kontakt med helse- og omsorgstjenesten med ønske om helsehjelp, eller som mottar eller tilbys helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Dersom personen mottar helsehjelp uoppfordret eller mot sin vilje, blir vedkommende også definert som pasient (Helsedirektoratet, 2018).

Somatisk sykehus: Sykehus som tar imot pasienter med kroppslige (somatiske) sykdommer, til forskjell fra psykiatrisk sykehus som tar i mot pasienter med psykiske lidelser (Store medisinske leksikon, u.å.).

1.4 Avgrensninger

Oppgaven er avgrenset til å gjelde pasienter som er avhengig av opioider, uavhengig av hvordan stoffet inntas og type opioid. I tillegg har jeg valgt å inkludere forskning som tar for seg pasienter som også bruker andre stoffer enn opioider, da polymisbruk er vanlig blant opioidavhengige (Mørland & Waal, 2017). Jeg har også valgt å legge hovedfokuset på tre kartleggingsverktøy, selv om det finnes andre alternativer. Kartleggingsverktøyene jeg har fokusert på i oppgaven er valgt fordi de brukes i Norge eller er nevnt i utvalgt forskning. Videre er oppgaven avgrenset til voksne pasienter over 19 år, og konteksten er på somatisk sykehus. Det er ikke gjort nærmere avgrensinger på hvilken type avdeling og hvilke typer smerter, da det har vært problematisk å finne nok relevant forskning på et område av spesialisthelsetjenesten til å spisse problemstillingen ytterligere.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Avhengighet i et biopsykososialt perspektiv

Fekjær (2016) sier at avhengighet er et biopsykososialt problem. Det betyr at problemet sees fra tre ulike perspektiver; det biologiske, det psykiske og det sosiale. Alt vi mennesker tenker og gjør bunner i biokjemiske prosesser i nervesystemet (Fekjær, 2016). Likevel sier Fekjær også at personlighet, omgivelser og verdisyn vil være av stor betydning for rusvaner.

Gjentatt rusbruk fører til langvarige biokjemiske endringer i hjernen, som igjen fører til kraftige reaksjoner som angst når rusbruken avbrytes (Mørland & Waal, 2017). Endringene påvirker også rusmiddelets belønningseffekt og stemningsheving, ved at man utvikler toleranse mot den såkalte ”drug liking” effekten (Mørland & Waal, 2017). Disse endringene vil vare lenger enn ruseffekten, og anhedoni (manglete evne til å føle glede og lyst) og dysfori (ubehag, dårlig humør) vil forekomme i tiden etter ruseffekten avtar (Mørland & Waal, 2017). Den rusavhengige kan dermed befinne seg i en tilstand med kronisk dysfori og anhedoni, som kun unnslippes ved selvmedisinering (Mørland & Waal, 2017).

I tillegg til at ”drug liking” effekten avtar, vil rusavhengige også kunne oppleve langvarige endringer i adferd av gjentatt rusinntak (Mørland & Waal, 2017). Det kan vise seg som langvarig svekkelse av impuls kontroll, nedsatt evne til å ta riktige valg, redusert adferdskontroll, nedsatt konsekvenstenkning og økt følelse av ”craving” av rusmiddelet (Mørland & Waal, 2017). Denne sterke følelsen av å måtte ha stoffet, foreligger uavhengig av gleden, eller ”drug liking” følelsen, og vil øke ved gjentatt inntak av rusmiddelet, og vil antagelig kunne vare i flere år etter siste inntak (Mørland & Waal, 2017). Kort og enkelt forklart vil gjentatt rusbruk kunne skape og opprettholde et storkonsum ved at det forekommer endringer i hjernen som gjør det vanskelig for brukeren å avslutte rusbruken. Hvor utsatt man er ser ut til å være påvirket av arv og miljøfaktorer (Mørland & Waal, 2017).

En teori om rusavhengighet hevder at rusproblemet er et symptom som følge av sosiale og psykiske vansker (Mørland & Waal, 2017). Vansker og belastninger tidlig i livet er risikofaktorer (Mørland & Waal, 2017). Det kan være ved at mor er utsatt for stress under svangerskapet, at barnet fjernes fra mor for tidlig, eller mangel på fysisk eller psykisk nærhet (Mørland & Waal, 2017). Fekjær (2016) sier at de fleste ”tunge” rusavhengige har hatt store sosiale og psykiske problemer i barndommen før de begynte med rus. De fleste rusavhengige

har i gjennomsnitt opplevd flere flyttinger, relasjonsbrudd, vold og overgrep enn ikke-rusavhengige (Mørland & Waal, 2017). Skyldfølelse og skam etter uønskede eller krevende hendelser, kan blant annet føre til angst som igjen kan gjøre personen disponert for lindring ved å bruke rusmidler (Mørland & Waal, 2017).

Rusavhengighet kan sees som en sosial avvikskarriere ved at brukeren utvikler sin identitet og selvforståelse på bakgrunn av sin livserfaring som rusavhengig (Mørland & Waal, 2017). Han eller hun kan begynne å se på seg selv som en rusbruker, til kontrast fra ikke-brukere, og omgivelsene vil kanskje sette vedkommende i bås med stempler som ”misbruker” eller ”narkoman”. Dette kan medfølge sosial utestenging og stigmatisering (Mørland & Waal, 2017). Tilstanden kan komplisere seg ved at det forekommer sosial segregasjon, der den som bruker rusmidler integrerer seg i avviksmiljøer, hvor de ofte blir involvert i kriminalitet og illegal omsetning av rusmidler (Mørland & Waal, 2017). Det biopsykososiale perspektivet handler om å se rusavhengighet ut ifra hvorfor individet handler som det gjør, hvor sårbarheten kommer fra og ulike samfunnssammensetninger sett i en helhetlig sammenheng.

2.2 Hva er opioider?

Opioider er en fellesbetegnelse på stoffer som kan binde seg til opioidreseptorer i kroppen (Bramness & Lien, 2014). Litt enklere forklart betyr det at opioider er stoffer som virker på samme måte som morfin (Slørdal, 2018). Opioider er som regel fremstilt av legemiddelindustrien som medikamenter for å lindre smerte, og de kan inneholde naturlige eller syntetiske opiumsstoffer (Fekjær, 2016; Mørland & Waal, 2017). Opioider som brukes terapeutisk, men som også ofte brukes som rusmidler kan være Paralgin/Pinex forte, tramadol (Nobligan, Tramagetic), morfin (Dolcontin), ketobemidon (Ketogan), oxycontin (OxyContin) eller hostemedisin som inneholder kodein eller etylmorfin (Fekjær, 2016). Innenfor gruppen opioider er heroin det mest vanlige rusmiddelet, som i Norge ikke brukes medisinsk men kun finnes på det illegale markedet (Mørland & Waal, 2017). Opioider har en blandingsvirkning på sentralnervesystemet, der stoffet både virker hemmende og stimulerende (Slørdal, 2018). De vanligste bivirkningene ved bruk av opioider er kvalme, brekninger, obstipasjon, respirasjonshemming og avhengighet (Slørdal, 2018).

2.3 Opioidavhengighet

Helsevesenet i Norge bruker Verdens Helseorganisasjons (WHO) diagnosesystem, ICD-10 (Fekjær, 2016). Avhengighetsyndrom er en diagnose i ICD-10 systemet, som blir beskrevet

som en rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener som utvikler seg ved gjentatt bruk av stoff. Det kan være blant annet sterkt ønske om å ta stoffet, vanskelighet med å kontrollere inntak, at man fortsetter å ta stoffet selv om man vet de negative konsekvensene, at stoffbruk får høyere prioritet enn andre dagligdagse aktiviteter, økt toleranse og abstinenser (WHO, u.å.). Opioidavhengighet er en egen diagnose i ICD-10 (Mørland & Waal, 2017), og viser seg som en blanding av fysiske og psykiske symptomer. Fysisk avhengighet innebærer økt toleranse og avvendingsplager (abstinenser), mens psykisk avhengighet viser seg som for eksempel vaner eller rutiner, og trangen til å ruse seg (Fekjær, 2016).

2.3.1 Høyrisikobrukere

Mørland og Waal (2017) sier at all bruk av opioider for velvære eller rekreasjon, er risikopreget. Noen kan klare å opprettholde en kontrollert bruk av opioider, også ved injisering av heroin, ved sporadisk bruk i en avgrenset livsperiode (Mørland & Waal, 2017). Dette er imidlertid et sjeldent fenomen, og mange klarer ikke å begrense bruken. Mange bruker opioider hyppig og dermed på en risikofylt måte, som gjør at de blir definert som høyrisikobrukere ved at risikoen for sosial eksklusjon, sykdommer og død er betraktelig forhøyet (Amundsen et al., 2016). Denne gruppen er en heterogen og marginalisert gruppe som ofte har brukt ulovlige stoffer i mange år (Amundsen et al., 2016). Bruken av opioider regnes som særlig risikopreget, fordi bruken ofte skjer ved injeksjon (Mørland & Waal, 2017).

2.3.2 Undersøkelse, diagnose og behandling

Selv om oppgavens fokus ikke er på behandling av selve rusavhengigheten, må det likevel nevnes hva det innebærer for å få en mer helhetlig forståelse av pasientgruppen. Pasienter med rusavhengighet kan være utfordrende å behandle på grunn av ulike faktorer. Rusbruken kan bli bagatellisert eller benektet av pasienten, som kan føre til utilstrekkelig eller feil behandling (Mørland & Waal, 2017). Laboratorieprøver for å påvise narkotika i blod og urin brukes for å avdekke rusbruk (Fekjær, 2016). I klinikken brukes det også spørreskjemaer og kartleggingsverktøy for å diagnostisere og oppdage skadelig rusvaner hos pasienten (Fekjær, 2016; Mørland & Waal, 2017). Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener (CAGE) (se vedlegg 1) er et spørreskjema som i utgangspunkt var ment til å brukes til kartlegging av alkoholvaner, men som senere har blitt utvidet til å også gjelde bruk av narkotiske stoffer (Fekjær, 2016). Spørreskjemaet brukes for å kartlegge misbruksrisiko, og i følge Helsedirektoratet (2010) vil et positivt svar avdekke risiko for misbruk, og to eller flere positive svar tilsier at det er høy sannsynlighet for at pasienten har en rusavhengighet. Drug Use Disorder Identification Test

(DUDIT) (se vedlegg 2) er et likende skjema som kan brukes for å stille diagnose, men det brukes også for å kartlegge pasientens rusbruk og jeg vil gå nærmere inn på dette i kapittel 2.3.

WHO's ICD-10 definerer avhengighet ut i fra seks kriterier, hvorav tre oppfylte kriterier i løpet av siste 12 måneder legger til grunn for diagnose (Fekjær, 2016). Kriteriene tar for seg psykologisk og fysiologisk avhengighet, bruk tross skadelige virkninger og bruksmønster som går utover andre aktiviteter i hverdagen (Mørland & Waal, 2017). Fekjær (2017) påpeker at de offisielle diagnosekriteriene ikke avgjør hvem som får behandling, men at det er opp til pasienten og pårørende definere behandlingsbehov. Når en rusavhengig pasient kommer til behandling, er målsetningen for undersøkelsen ikke bare å sette en diagnose, men også å forstå rusmiddelets plass i livet til pasienten og å legge til rette for at pasienten kan endre sin sammensatte motiverte adferd (Mørland & Waal, 2017). Selve behandlingen har som målsetting å oppnå en reduksjon av rusbrukens frekvens og alvorlighetsgrad. Avvending og abstinensbehandling, stabilisering og problemløsning, tilbakefallsforebygging og vedlikeholdsbehandling er sentrale tiltak i all rusbehandling (Mørland & Waal, 2017).

For å planlegge behandlingsprosessen kan det brukes kartleggingsverktøy. I Norge bruker man Addiction Severity Index, europeisk versjon (Europ-ASI) (se vedlegg 3), for å kartlegge pasientens behov ved behandlingsoppstart og for å vurdere den mest hensiktsmessige behandlingsformen (Fekjær, 2016). Europ-ASIs fokusområder er på pasientens fysiske og psykiske helse, sosioøkonomiske status, familie og sosiale relasjoner, kriminalitet og bruk av narkotiske stoffer (Helsedirektoratet, 2010).

Det kan være uheldig å legge for mye fokus på kartlegging av rusbruken, da dette kan stå i veien for en god samarbeidsrelasjon mellom pasient og sykepleier eller lege. Det kan også føre til at andre sentrale helserelaterte spørsmål blir oversett (Helsedirektoratet, 2010).

Rusavhengige som skal i behandling bør alltid undersøkes med en vanlig somatisk klinisk undersøkelse, fordi forekomsten av somatiske samsykdommer er høy (Mørland & Waal, 2017). Målet for rusbehandlingen er å få pasienten til å endre adferd og dermed bruke mindre rusmidler (Mørland & Waal, 2017). Når en rusavhengig person oppsøker helsehjelp for somatiske plager er det ikke dette som skal stå i fokus, selv om somatisk sykdom kan være en vekker for pasienten og ved riktig tilnærming, en inngangsport til endring (Amundsen et al., 2016).

2.3.3 Somatisk samsykdom ved opioidavhengighet

Opioidavhengige preges ofte av omfattende somatiske problemer, uansett inntaksmåte (Helsedirektoratet, 2010). De som bruker sprøyter er spesielt utsatt for infeksjoner og betennelser knyttet til innstikkssted og overføring av sykdom ved å dele sprøyter (Bramness & Lien, 2014; Fekjær, 2016). Lokale infeksjoner ved bomskudd eller urene sprøyter blir ofte ikke behandlet adekvat, og kan føre til store smertefulle sår, abscesser (verkebyller), ødemer (hevelser), trombose (blodpropp), lymfebetennelser og hudproblematikk (Fekjær, 2016). Fekjær (2016) legger også til at ubehandlet infeksjon kan utvikle seg til endokarditt (hjertehinnebetennelse), lungeabscesser og sepsis (blodforgiftning). Uhygienisk sprøytebruk kan også utgjøre en risiko for blodsmitte med humant immunsviktvirus (HIV) og hepatitt (Kvale & Brubakk, 2017; Mørland & Waal, 2017). Hepatitt B og C forekommer hyppig blant de som deler sprøyter, mens hepatitt A smitter oftest ved fekal-oral smitte, det vil si via avføring og hender eller ved forurenset mat og vann (Lassen & Blystad, 2014). Hepatitt A og B kan forebygges med vaksine, men det finnes ingen vaksine mot hepatitt C (Rygh et al., 2017). Ubehandlet hepatitt kan føre til kronisk sykdom der leveren ødelegges og død kan forekomme, spesielt hos individer som også har et betydelig alkoholforbruk (Fekjær, 2016). Forekomsten av HIV blant sprøytebrukere er betydelig redusert i Norge etter bevisstgjøring, og tilgang på rene sprøyter (Fekjær, 2016). Likevel er HIV en sykdom som kan smitte via delte sprøytespisser, og ubehandlet HIV kan føre til ervervet immunsviktsyndrom (AIDS) der kroppens immunforsvar brytes ned og personen blir sårbar for infeksjoner og sykdommer kroppen vanligvis ville bekjempet (Lassen & Blystad, 2014).

Somatiske helseplager blant opioidavhengige skyldes som oftest ikke selve stoffet, med unntak av overdoser, men heller levemåten og sprøytebruken (Fekjær, 2016). Sviktende sanitære forhold, manglende husly, unnlattelse av å oppsøke helsetjenester og inadekvat ernæring er noen av risikofaktorene (Fekjær, 2016; Mørland & Waal, 2017). Opioider i seg selv er lite sykdomsfremkallende, selv om man kan se ved bruk av illegale stoffer som heroin at det er fare for at dosene inneholder toksiske stoffer og at det er vanskelig å beregne nøyaktig hva dosen inneholder (Mørland & Waal, 2017). I tillegg til komplikasjoner ved injeksjon er den akutte giftigheten den største helsetrusselen ved bruk av opioider (Bramness & Lien, 2014; Fekjær, 2016). Overdosedødsfall som følge av akutt toksisk virkning kommer gjerne etter lengre perioder med abstinenser, på grunn av lavere toleranse, når det er tilgang til renere stoff og ved selvmordsforsøk (Bramness & Lien, 2014). Det kan være små marginer som skiller en dose som gir rus, og en overdose (Bramness & Lien, 2014).

Overdosesymptomer viser seg som bradykardi (lav puls), hypotensjon (lavt blodtrykk), små lysstive pupiller, cyanotiske (blåfargede) lepper og negler, samt lav respirasjonsfrekvens (Bramness & Lien, 2014). Sistnevnte symptom er som oftest dødsårsaken ved overdose (Mørland & Waal, 2017). Overdose og sengeleie over lang tid kan føre til flere sykdomstilstander. Rabdomyolyse, der skjelettmuskulatur brytes ned er ikke uvanlig (Bramness & Lien, 2014). Tilstanden er i seg selv alvorlig, men kan også føre til akutt nyresvikt på grunn av nedbrytningsprodukter som er skadelig for nyrene (Bramness & Lien, 2014).

Andre somatiske helserisikoer hos opioidavhengige pasienter kan være fare for benbrudd på grunn av osteoporose (benskjørhet), pneumoni på grunn av dempet hosterefleks og skader som følge av beruselse eller rusrelatert vold (Bramness & Lien, 2014; Mørland & Waal, 2017). I tillegg er en av de vanligste bivirkningene ved bruk av opioider obstipasjon (Slørdal, 2018), og denne bivirkningen kombinert med inadekvat ernæring gjør at opioidavhengige er spesielt utsatt for å oppleve å bli obstipert (Fekjær, 2016). Abstinenser og hyperalgesi er også vanlige helseplager hos opioidavhengige, og vil bli forklart videre i neste underkapittel.

2.3.4 Abstinenser og smerter

Når nivået av opioider minker i kroppen, vil abstinensreaksjoner oppleves motsatt av virkningen til opioidene (Mørland & Waal, 2017). Abstinensstilstanden kan oppleves som en influensa, med frysninger, svetting, rennende øyne og nese, kvalme, diare, magesmerter, muskelverk, hodepine og søvnproblemer (Fekjær, 2016). Tilvendte brukere kan også oppleve uro og angst (Slørdal, 2018). Ved moderat tilvenning er symptomene lette, og krever ingen behandling, mens ved omfattende bruk kan symptomene bli dramatiske (Mørland & Waal, 2017). Opioidabstinenser er til forskjell fra alkoholabstinenser sjeldent livstruende, men tilstanden kan være ubehagelig, og kan medføre at den som opplever abstinenser kan utføre desperasjonshandlinger (Mørland & Waal, 2017; Slørdal, 2018). Videre er abstinensreaksjoner et mulig hinder ved innleggelse på sykehus, fordi tilstanden kan vanskeliggjøre medisinske behandlinger og vurderinger (Mørland & Waal, 2017). Abstinensstilstand kan også være en helserisiko i seg selv fordi det kan medføre dehydrering og overaktivitet i det sympatiske autonome nervesystemet (SNS), noe som vil være farlig dersom vedkommende har underliggende somatisk eller psykisk sykdom (Mørland & Waal, 2017).

Abstinenssymptomer viser seg etter varierende tid, avhengig av metaboliseringshastigheten for opioidet som inntas, og avtar etter kort tid uten at stoffet inntas på nytt (Fekjær, 2016; Mørland & Waal, 2017). For heroin kommer symptomene omtrent 6-12 timer etter siste inntak, og øker de første tre døgnene før symptomene minsker og er over etter omtrent en uke (Mørland & Waal, 2017).

Behandling av abstinensstilstand er viktig for å kunne legge til grunn for adekvat smertelindring når pasienten er innlagt på sykehus (Danielsen et al., 2017). Behandlingen består i hovedsak av å lindre symptomene fra forhøyet aktivitet i SNS med antiadrenergika og anxiolytika, sammen med grunnleggende behandling med tilførsel av opioider (Mørland & Waal, 2017).

I tillegg til abstinensplager ved sykehusinnleggelse, kan opioidavhengige også oppleve hyperalgesi og senket smerteterskel (Mørland & Waal, 2017). Hyperalgesi betyr at det er økt smertefølelse på grunn av følsomhet i de nociseptive nervefibrene (Danielsen et al., 2017). Gjentatt bruk av opioider kan i seg selv føre til smerteøkning, med opioidinntak som direkte årsak (Mørland & Waal, 2017). Følgelig er det essensielt at doseringen av analgetika (smertestillende) tilpasses eventuell toleranse, og at man tar pasienter med opioidavhengighet på alvor når de uttrykker smerter (Mørland & Waal, 2017). For å kunne gi pasienten adekvat smertelindring er det nødvendig å kartlegge både rusbruk, abstinenser og smerter.

2.4 Kartleggingsverktøy i somatikken

Å lindre smerte hos opioidavhengige er et av de mest utfordrende problemene i klinisk praksis (Ververda et al., 2018). Mange rusavhengige bruker flere ulike stoffer, og dermed er det viktig å kartlegge hvilke stoffer som brukes, hvor store doser og når siste dose ble tatt, for å kunne gi optimal og trygg smertelindring (Danielsen et al., 2017). Det er for øvrig også viktig å kartlegge smerter og abstinenser, slik at man som sykepleier får oversikten som er nødvendig for å utøve sin lindrende funksjon (Danielsen et al., 2017; Ververda et al., 2018). Jeg har valgt ut tre kartleggingsverktøy som tar for seg de forskjellige problemområdene.

2.4.1 Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT)

DUDIT (se vedlegg 2) er et skjema med hensikt å kartlegge bruk av illegale rusmidler de siste 12 måneder (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbru og psykisk lidelse, u.å.).

Skjemaet inneholder 11 spørsmål som kan fylles ut av pasienten selv, eller sammen med sykepleier.

2.4.2 Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS)

COWS (se vedlegg 4) er et kartleggingsverktøy som kan brukes av sykepleiere for å kartlegge tilstedeværelse og grad av abstinenser. Skjemaet består av 11 spørsmål der svarene utgjør poengskår ut i fra grad av abstinenssymptomer (Wesson & Ling, 2003). I tabellen nedenfor ses poengskåren og dens betydning for pasientens tilstand.

Tabell 1 – COWS skåring

5-12 poeng:	Mild abstinens
13-24 poeng:	Moderat abstinens
25-36 poeng:	Moderat til alvorlig abstinens
37-48 poeng:	Alvorlig abstinens

2.4.3 Visual Analog Scale (VAS)

VAS (se vedlegg 5) kan brukes i arbeidet med abstinenskartlegging (Tompkins et al., 2009), men er også et verktøy i smertekartlegging (Danielsen et al., 2017). VAS-skåring utføres ved at man har en 10 cm rett linje der pasienten kan markere på linjen mellom ”verst tenkelig smerte” på den ene siden, og ”ingen smerte” på den andre siden (Faiz, 2013).

2.5 Sykepleierens lindrende funksjon

Sykepleiere har alltid hatt en sentral rolle i somatisk sykehus, der en fundamental sykepleieoppgave innebærer å lindre pasientens lidelse og fremme følelsen av velvære (Kristoffersen, 2016b). Denne sykepleieoppgaven inngår i sykepleierens lindrende funksjon som blant annet skal begrense omfanget av pasientens fysiske, psykiske og sosiale belastninger (Nordtvedt & Grønseth, 2017). Stubberud (2017) legger til at disse belastningene kan komme av skader, sykdom eller behandling på sykehuset, og at målet med sykepleierens lindrende funksjon er at smerte eller ubehag reduseres hos pasienten. Smerte er alltid individuelt, og det er viktig at sykepleier forstår pasientens kroppslige subjektive oppfatning av smerte (Kristoffersen, 2016b). For å kunne lindre smerter er det nødvendig at sykepleieren

ser pasienten som den unike personen de er og har kunnskap om pasientens situasjon og diagnose (Stubberud, 2017).

2.6 Joyce Travelbees sykepleieteori

Sykepleieteorier gir en oversikt og ulike perspektiver på sykepleiefaget (Kristoffersen, 2016a). Joyce Travelbees sykepleieteoriteori fokuserer på de mellommenneskelige aspektene ved sykepleiefaget (Kirkevold, 1998). Travelbees teori er inspirert av eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi (Kristoffersen, 2016a). For å forstå hva sykepleie er hevder Travelbee at man må ha en forståelse av hva som foregår mellom sykepleier og pasient, hvordan dette oppleves og hvilke konsekvenser det kan få for pasienten (Kirkevold, 1998). I hennes definisjon av sykepleie sier hun blant annet at sykepleie er en mellommenneskelig prosess der sykepleieren hjelper et individ, familie eller samfunn å forebygge og mestre lidelse (Kirkevold, 1998). For å kunne legge til grunn for god sykepleie sier Travelbee at det er essensielt at sykepleier ser pasienten som det unike individet de er, og med det danner grunnlaget for å danne et menneske-til-menneske forhold der god kommunikasjon og gjensidig respekt er sentrale elementer (Kristoffersen, 2016a). Lidelse er en naturlig del av det å være menneske, sier Travelbee, og lidelse er alltid en individuell erfaring (Kirkevold, 1998). For å kunne utøve sin lindrende funksjon som sykepleier peker Travelbee på viktigheten av å danne et menneske-til-menneske forhold med pasienten gjennom det innledende møtet men også videre i relasjonens utvikling (Kirkevold, 1998). I tillegg understreker hun viktigheten av å kjenne til pasientens opplevelse av egen tilstand og hva de finner meningsfullt, heller enn å vektlegge en medisinsk diagnose (Kristoffersen, 2016a).

2.7 Etiske og juridiske prinsipper

Hvordan sykepleien utføres reguleres av lover og forskrifter (Molven, 2016).

Helsepersonelloven stiller krav til sykepleiere om politiattest, taushetsplikt, dokumentasjonsplikt og selve utøvelsen av sykepleien (Helsepersonelloven, 1999).

Spesialisthelsetjenesteloven skal sikre kvalitet, likeverdighet, tilgjengelighet og kvalitet for pasientene og at ressurser utnyttes best mulig. Lovens formål er også å fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade og funksjonshemming (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) gir pasienter og brukere rettigheter, og setter sykepleier som motsvarende pliktsubjekter (Molven, 2016). Formålet med loven er å sikre pasienter og brukere lik tilgang på tjenester av god kvalitet, fremme tillit mellom pasienter og

helsetjenesten, samt å ivareta respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Straffeloven § 231 forbyr blant annet tilvirkning, innførsel, og oppbevaring av narkotika (Straffeloven, 2005). Bruk og besittelse av narkotika er også forbudt etter legemiddeloven § 24 (Legemiddeloven, 1992). Dersom man har ”lovlig tilgjengelighet” til stoffet, ved for eksempel resept, gjelder ikke forbudet (Legemiddeloven, 1992). Hva som betegnes som narkotika etter legemiddeloven er fastsatt i narkotikaforskriften (Narkotikaforskriften, 2013). Proposisjonen til stortinget om ny rusreform foreslår å gjøre narkotika straffritt til egen bruk, erverv til egen bruk og innehav til egen bruk, med ønske om en mer kunnskapsbasert ruspolitikk, forebygging og skadereduksjon (Prop. 92 L (2020-2021)). Selv om dagens lovverk tilsier at oppgavens pasientgruppe kanskje er kriminelle, har de likevel samme rettigheter som andre pasienter i følge lovverket (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999)

I tillegg til jussen, har sykepleiere yrkesetiske retningslinjer de plikter å forholde seg til der verdier som respekt, omsorg, barmhjertighet og de grunnleggende menneskerettighetene er viktige elementer (Norsk sykepleieforbund, 2019). Etikken står sentralt i sykepleierens yrkesrolle (Molven, 2016), og er viktig for å kunne forstå sykepleiens særtrekk og ansvarsområde i samfunnet (Nordtvedt, 2016). Prinsipper om velgjørenhet, om å ikke skade, autonomi og rettferdighet er særlig vektlagt i dagens etikktenkning, og er nødvendig å implementere i den daglige utførelsen av sykepleie for å ivareta pasienten (Nordtvedt, 2016). Rettferdighetsprinsippet er kanskje spesielt viktig når sykepleier møter marginaliserte og stigmatiserte grupper i samfunnet. For sykepleiere betyr det at man er pliktig til å handle upartisk og yte helsehjelp til alle, uavhengig av sosial posisjon eller status i samfunnet (Nordtvedt, 2016).

3 Metode

Bacheloroppgaven er en litterær oppgave, med litteratursøk som metode. En litterær oppgave bygger hovedsakelig på skriftlige kilder (Dalland, 2013). Hensikten er å gi den som leser en oppdatert og god forståelse på området problemstillingen omhandler, og å beskrive hvordan man har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2019). Dette vil bli beskrevet videre i kapittelet.

3.1 Litteratursøk

Litteratursøk ble utført i søkedatabasene CINAHL, PubMed, arkivet til Sykepleien Forskning og i Google Scholar som beskrives under i tabell (se tabell 2). Jeg ønsket i utgangspunktet kun å benytte meg av CINAHL og PubMed, da disse er store internasjonale søkedatabaser som dekker tidsskrifter innenfor sykepleie og helsefag. Jeg så meg i midlertid nødt til å bruke Google Scholar fordi jeg fant det problematisk å finne nok relevant forskning i de ovennevnte databasene. Google Scholar har ikke de samme mulighetene for avansert søk, men inneholder likevel mye forskning som jeg ønsket å undersøke. Jeg gjorde et søk med søkeordene beskrevet i tabell 2, og leste sammendrag på over 100 artikler før jeg valgte ut en som virket lovende, og supplerte godt til resten av artiklene. I tillegg gjorde jeg et søk i arkivet til Sykepleien Forskning, og fant to artikler som passet til å besvare problemstillingen. Forskjellige søkeord og kombinasjoner ble gjort i de ulike databasene, før jeg kom frem til artiklene som vil bli presentert i kapittel 4.

Jeg ønsket i utgangspunktet forskning som var så fersk som mulig, men jeg tok likevel med Morgans forskning fra 2006, da den var grunnlaget for Morgans nyere forskning og belyste pasientperspektivet. Syv av artiklene er kvalitative og en er kvantitativ. Det virket for meg logisk å danne et grunnlag for drøftingen på kvalitative kilder, men også å supplere med noen av den kvantitative forskningens ”harde fakta”. Avgrensinger ble gjort til engelsk språk og til forskning etter 2010, med unntak av Morgan (2006). Fagfellevurdering var også et krav for å sikre kvaliteten på artiklene. Jeg satte det enten som avgrensing i søket eller gikk inn på tidsskriftets hjemmeside og sjekket om det var fagfellevurdert før jeg valgte artikkelen. Avgrensning til voksne pasienter over 19 år ble også gjort, da problemstillingen er spisset til dette.

3.1.1 Søkestrategi

Tabell 2

Nr.	Dato	Database	Søkeord med kombinasjoner	Antall treff	Avgrensninger	Antall treff	Valgt artikkel
1	05.01.2021	Google Scholar	"Nurses" AND "Opioid use disorder" AND "Pain" AND "Pain management" AND "Attitudes" AND "Knowledge"	659	Publisert etter 2020	267	Abdulwahab et al. (2020) <i>Factors influencing nurses' knowledge and attitudes toward patients in chronic pain with opioid use disorder: A literature review</i>
2	26.01.21	PubMed	"Drug use" AND "Hospital" AND "Patient experience"	4	Publisert etter 2017 Voksne (19-44 år) Engelsk språk	2	Chan et al. (2019) <i>Maybe if I stop the drugs, then maybe they'd care?": Hospital care experiences of people who use drugs</i>
3	28.11.2020	Sykepleien forskning	"Opioidavhengig" OG "Smerte"	7	Publisert etter 2017	5	Govertsen et al. (2019) <i>Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige</i>
4	28.11.2020	Sykepleien forskning	"Sykehus" OG "Rus" OG "Smerte"	17	Publisert etter 2010 Forskning	4	Li et al. (2012) <i>Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus</i>
5	07.03.21	CINAHL	"Inpatient" OR "Hospitalization" AND "Pain relief" AND "Substance abusers"	4	Ingen avgrensninger	4	Morgan (2006) <i>Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief</i>

6	06.03.2021	CINAHL	"Nurse attitudes" AND "Substance use disorders" AND "Pain"	37	Publisert etter 2005 Fagfellevurdert Forskningsartikler Engelsk språk	18	Morgan (2014) <i>Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain</i>
7	27.11.2020	CINAHL	"Substance abusers" AND "Nurse-patient relations" AND "Stigma"	15	Fagfellevurdert Engelsk språk Voksne (19-44 år)	5	Morley et al. (2015) <i>Nurses' Experiences of Patients with Substance- Use Disorder in Pain: A Phenomenolog ical Study</i>
8	10.12.2020	CINAHL	"Medical-surgical nursing" AND "Substance abuse" AND "Challenges"	14	Publisert etter 2010 Fagfellevurdert Engelsk språk Voksne (19-44 år)	5	Neville og Roan (2014) <i>Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical- Surgical Patients With Substance Abuse/Depend ence</i>

3.2 Litteratur

Oppgaven baserer seg på pensumlitteratur fra bachelor i sykepleie ved Lovisenberg diakonale høyskole (LDH), samt egen utvalgt litteratur. To bøker er spesielt vektlagt da de har vært relevant for min problemstilling; Mørland og Waals *Rus og Avhengighet* fra 2017 og Fækjærs *Rus: Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie* fra 2016. Mørland og Waal er professorer med rus og avhengighet som sitt fagfelt, og begge har utgitt flere publikasjoner innen feltet. Fekjær er psykiater og tidligere overlege med rusproblematikk og spillavhengighet som hovedfagfelt. På bakgrunn av dette valgte jeg å vektlegge disse bøkene i bacheloroppgaven, da de sees som svært troverdige.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk er i følge Dalland (2013) å vurdere og karakterisere kildene oppgaven baserer seg på. Kirkevold (1998) er en eldre bok, og mye kan ha utviklet seg innen sykepleiefeltet etter boken ble publisert. Likevel, var det den eneste boken jeg hadde tilgjengelig om sykepleieteorier, og med tanke på at teorien som er valgt for oppgaven er skrevet av en avdød forfatter har ikke selve teorien endret seg slik forfatteren beskrev den. Det har vært

problematisk å få tak i all litteraturen jeg ønsket, også de nyste versjonene av pensumbøkene, grunnet stengte biblioteker og redusert tilgang på grunn av koronaviruspandemien.

Det kan være at jeg har gått glipp av relevant forskning på grunn av valg av søkeord, men jeg mener likevel at jeg har kommet frem til et utvalg artikler som bidrar til å svare på oppgavens problemstilling. Med unntak av to artikler er forskningen på engelsk, og oversettingen kan ha medført at viktige poenger kan ha blitt misforstått eller oversett. For å unngå dette har jeg benyttet meg av veiledning fra mer erfarne engelsktalende personer som har bodd i utlandet eller bruker engelsk i jobbsammenheng. Det kan også være at kulturelle forskjeller gjør forskningen mindre relevant, men det var nødvendig med internasjonal forskning både for å få med det brede spekteret av nypublisert data, og fordi det ikke finnes nok norsk forskning på feltet. En sykehusinnleggelse vil mest sannsynlig oppleves likt for en pasient i utlandet som i Norge, og man vil mest sannsynlig oppleve mange av de samme fenomenene selv om det er kulturelle forskjeller.

Selv om forskningen ikke blir presentert før i neste kapittel er det likevel hensiktsmessig å ta med en kort kritisk vurdering av dem. (Se tabell 3, kapittel 4). Artikkelen 1 er en litteraturstudie som i seg selv ikke kommer frem til ny kunnskap, men bare oppsummerer eksisterende forskning og setter de opp mot hverandre. Artikkelen er likevel relevant for min problemstilling, og er særlig nyttig da den i detalj setter flere forskningsresultater opp mot hverandre. Artikkelen 2, 3, 5, 6, 7 og 8 er alle av kvalitativt design med strukturert eller semistrukturert intervju som metode. Fordelen med denne metoden er at man får dybdekunnskap, altså mye data fra få kilder (Thidemann, 2019). Ulempen er at de få kildene, eller intervjuobjektene, ikke nødvendigvis er representative for en større populasjon. Artikkelen 4 er en kvantitativ studie som bruker spørreskjema for å samle inn opplysninger fra mange kilder, og resultatet er da at man får breddekunnskap, som vil si få data fra mange kilder (Thidemann, 2019). Fordelen med denne studien er at det er mange som svarer på undersøkelsen, men de har ikke mulighet til å dele erfaringer utover de spørsmålene som blir stilt, og svarene som gis har ingen begrunnelse. Likevel er svarene på undersøkelsen betydningsfulle fordi de er direkte og ikke åpne for tolkning, og artikkelen er relevant for å besvare oppgavens problemstilling.

3.4 Etiske vurderinger

Ved beskrivelse av praksiserfaringer er situasjonene beskrevet med verdighet, og sensitive eller gjenkjennelige opplysninger er utelatt eller endret. Korrekt kilehenvisningsteknikk er brukt for å unngå plagiat.

4 Presentasjon av forskningsresultater

4.1 Artikkelmatrise

Tabell 3

Nr	Forfatter /årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/metode	Funn
1	Abdulwahab et al. (2020)	Factors influencing nurses' knowledge and attitudes toward patients in chronic pain with opioid use disorder: A literature review	Journal of Nursing Education and Practice	Identifisere og undersøke faktorer som påvirker sykepleiernes kunnskaper og holdninger til pasienter med kronisk smerte og opioidavhengighet	Litteraturstudie med gjennomgang av 12 artikler fra søkedatabasene CINAHL, MEDLINE og psychINFO.	Litteraturstudien viste flere faktorer som påvirker sykepleiernes kunnskap og holdninger. Disse faktorene var sykepleiernes utdanning, støtteapparat, demografiske faktorer, sykepleiernes erfaringer og sykepleiernes tro og kultur.
2	Chan et al. (2019)	Maybe if I stop the drugs, then maybe they'd care?": Hospital care experiences of people who use drugs	Harm Reduction Journal	Målet med studien er å beskrive og karakterisere opplevelsen av å være akutt syk for pasienter som bruker narkotika	Kvalitativ metode, fenomenologisk design ved bruk av semistrukturerte intervjuer hos 24 personer med en historie med aktiv narkotikabruk på tidspunktet for innleggelse, og som levde med HIV eller hepatitt C	Deltagerne beskrev opplevelser av stigma og utfordringer med tilgang til helsetjenester. De beskrev også tydelige barrierer for smertebehandling, som ofte resulterte i inkonsekvent og utilstrekkelig smertebehandling. De fortalte at de forsøkte å være en "enkel pasient". Negative erfaringer påvirket deres vilje til å oppsøke helsehjelp som førte til vegring mot å oppsøke hjelp i fremtiden.
3	Govertsen et al. (2019)	Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige	Sykepleien	Å synliggjøre spesialsykepleieres erfaringer fra smerteteam ved smertelindring av rusavhengige pasienter.	Kvalitativt design. Individuelle intervjuer med seks spesialsykepleiere I smerteteam ved fire norske sykehus, ved smertelindring av rusavhengige pasienter. Kvalitativ innholdsanalyse er benyttet.	Smerteteam har mer tid til direkte pasientkontakt og kan bistå med støtte og undervisning til helsepersonell som mangler kompetanse i hvordan man skal dosere og kombinere medikamenter for å lindre smerte hos rusavhengige. Teamet bidrar også med kunnskap om rusanalyse og smertekartlegging, hvordan etablere tillitt og trygghet og kommunikasjon.

4	Li et al. (2012)	Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus	Sykepleien	Kartlegge helsepersonell s handlinger, kunnskaper og holdninger til opioidavhengige med smerte innlagt i norske sykehus.	Kvantitativ metode med beskrivende tverrsnittsdesign basert på en survey med et hensiktsmessig utvalg av leger og sykepleiere ved somatiske avdelinger ved fire sykehus. Av 435 utsendte spørreskjema ble 312 besvart (72 prosent).	38 % oppga at de kartla pasientens rusmisbruk. 47% svarte at de ga pasientene opioidsubstitusjon for å forhindre abstinenser. 52% brukte aldri smertekartleggingsverktøy. Resultatene viste et egenvurdert kunnskapsnivå på under 3,0 (fempunktsskala med 5 som høyeste verdi). 56,1 % av sykepleierne og 15,8% av legene følte seg manipulert av opioidavhengige pasienter. 20,8% av sykepleierne og 26,3 % av legene trodde på pasientens smerteformidling. Godt over halvparten av respondentene var enige i påstanden om at opioidavhengighet er en sykdom.
5	Morgan (2006)	Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief	Pain Management Nursing,	Å identifisere og utforske erfaringene til personer med rusproblemer med behov for smertelindring under innleggelse av medisinske årsaker	Kvalitativ design med semistrukturert intervju som metode. Hensikten med intervjuet var todelt: å identifisere suksessfaktorene og hindringene for adekvat smertelindring, og å forstå deltakernes forhold til sykepleiere	Deltakerne i studien beskrev en prosess for å analysere samhandlingen med sykepleierne og deretter strategisk legge en plan for å få smertelindring. Deltakernes følelse av å bli respektert av sykepleierne var nøkkelen til å bestemme hvilken strategi de skulle bruke. Alle deltaerne beskrev tidligere negative opplevelser med å skulle få smertelindring på sykehus.
6	Morgan (2014)	Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain	Pain Management nursing	Å utvide kunnskapen om sykepleieres holdninger til rusavhengige med smerter	Kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer. Studien bygger videre på den tidligere forskningen til Morgan fra 2006.	Studien viser at sykepleiere kan ha negative holdninger om rusavhengige med behov for smertelindring. I tillegg viser forskningen at det er behov for veiledning/opplæring og videre forskning innen feltet.

7	Morley et al. (2015)	Nurses' Experiences of Patients with Substance- Use Disorder in Pain: A Phenomenological Study	Pain Management Nursing	Å få en dypere forståelse av sykepleiernes erfaringer og barrierer mellom dem og pasienter med rusavhengighet som opplever smerte	Kvalitativ fenomenologisk design. Semistrukturerte intervjuer ble gjort med sykepleiere fra ulike fagfelt.	Deltakerne beskrev følelsen av maktesløshet og frustrasjon på grunn av vanskelige pasienter, avvik i pasienthåndtering blant kollegaer og ytre faktorer som påvirket smertebehandlingen. Sykepleierne hadde behov for støtte og veiledning. Stereotypiske og stigmatiserende holdninger ble identifisert, selvom det var en generell bevissthet om opioidtoleranse og opioidindusert hyperalgesi.
8	Neville og Roan (2014)	Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence	The Journal of Nursing Administration	Å undersøke sykepleieres opplevelse av å ta seg av sykehusinnlagte medisinskirurgiske pasienter med rusmiddelavhengighet.	Kvalitativ induktiv metode. Et hensiktsmessig utvalg av 24 sykepleiere svarte på spørsmål om deres oppfatning av å pleie pasienter med rusmiddelavhengighet.	Dataanalysen viste at sykepleierne hadde en etisk omsorgsplikt, negative oppfatninger overfor pasienter med rusavhengighet, behov for videreutdanning, sympati og problemer med smertebehandling. Å utøve sykepleie til denne pasientgruppen er krevende for sykepleiere. Det er behov for tverrfaglig samarbeid og støtte.

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil problemstillingen ”Hvilke utfordringer kan sykepleier møte på ved smertelindring av opioidavhengige pasienter på somatisk sykehus?”, bli besvart ved drøfting av funn fra utvalgt forskning. Funnene er henholdsvis utfordringer med kunnskaper, holdninger og bruk av kartleggingsverktøy. Avslutningsvis drøftes samarbeidet mellom sykepleier og spesialisert smerteteam.

5.1 Kunnskaper

Mye tyder på at smertelindring av opioidavhengige på somatisk sykehus er krevende for sykepleiere. I en studie fra 2014 kommer det frem at flere av sykepleierne som ble intervjuet følte at de ikke hadde nok kunnskap om opioidavhengige pasienter (Neville & Roan, 2014). En sykepleier forteller at hun ikke føler hun har fått god nok opplæring og ikke har nok kunnskap om pasientgruppen til at hun er komfortabel med å jobbe med de (Neville & Roan, 2014). Nøyaktig hvilken kunnskap og opplæring hun følte hun manglet, kom ikke frem i studien, men som sykepleier har man en etisk plikt til å handle upartisk, og ta utgangspunkt i pasientens subjektive og objektive behov for helsehjelp, uavhengig av deres sosiale posisjon eller status i samfunnet (Nordtvedt, 2016). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det i punkt 6.2 at sykepleieren skal bidra aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester (Norsk sykepleieforbund, 2019). Opioidavhengige er en slik sårbar gruppe med særskilte behov. Videre i punkt 1.3 står det at sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Punkt 1.7 presiserer at sykepleieren også skal erkjenne grensene for egen kompetanse, praktisere innenfor disse og søke veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk sykepleieforbund, 2019). Sykepleieren som forteller i forskningen til Neville & Roan (2014) at hun har for lite kunnskap om opioidavhengige pasienter, har dermed et personlig ansvar for å tilegne seg nok kunnskap ikke bare for seg selv og sin egen trygghet, men også fordi hun har en plikt til å kunne ivareta denne pasientgruppen på lik linje med andre grupper i samfunnet. Dersom sykepleieren ikke søker veiledning i denne situasjonen, vil det kanskje føre til at pasienten ikke får den behandlingen de har krav på, som vil kunne føre til at de opplever store smerter som følge av dette.

Mangel på kunnskap hos helsepersonell kan få alvorlige konsekvenser for den opioidavhengige pasienten. I en studie som ønsket å belyse pasientperspektivet, rapporteres

det om en tidligere pasient som oppsøkte helsehjelp på sykehus på grunn av en overdose. Etter at sykepleierne hadde administrert motgift virket de, fra hans perspektiv, ikke interessert i å gjøre noe mer for han. Pasienten valgte da å forlate sykehuset, tok en ny overdose og havnet i koma (Chan et al., 2019). Chan et al. viser også til en pasient som forteller at han måtte skrike etter smertestillende i lang tid før han fikk hjelp, fordi helsepersonell trodde han kun var ute etter å ruse seg og ikke egentlig var i smerter (Chan et al., 2019). Annen forskning som også tar for seg opioidavhengiges pasientperspektiv støtter forskningen til Chan et al., ved at det kommer frem at et flertall av deltagerne rapporterte om mangelfull kunnskap om avhengighet og smertelindring hos helsepersonell (Morgan, 2006).

At helsepersonell ikke gir adekvat smertelindring til opioidavhengige pasienter, kan være basert på en frykt for overbehandle pasientene ved at de blir mer avhengig eller får en overdose. I en studie der sykepleiere og leger ble spurt om langvarig bruk av opioider førte til overfølsomhet mot smerter svarte 43% at de ikke visste (Li et al., 2012). Dette kan antyde at mange sykepleiere mangler grunnleggende kunnskap om opioidavhengige pasienter i smerter. Li et al. (2012) viser også i sin forskning at helsepersonell har vegring mot å gi opioider som analgesi, noe Mørland & Waal (2017) ser på som problematisk. Forfatterne påpeker at dagens praksis kanskje er overdrevent restriktiv, og at pasienter kan risikere underbehandling som konsekvens (Mørland & Waal, 2017). Et annet eksempel på at inadekvat kunnskap kan hindre at opioidavhengige får riktig smertelindring viser seg i en forskningsartikkel der det kom frem at sykepleiere ikke ville gi opioider som smertelindring på sykehus fordi i deres kultur ble det sagt at opioider øker avhengigheten, og dermed ville de ikke bidra til å øke avhengighetsproblematikken i lokalsamfunnet (Morgan, 2014). Liknende funn ble også gjort av Neville & Roan i 2014, der en sykepleier uttalte i et intervju at hun følte at ved å gi smertestillende til en opioidavhengig pasient, bidro hun til å forverre avhengigheten deres. I litteraturen står det at langvarig behandling med opioider alltid fører til økt toleranse, mens utvikling eller forverring av rusavhengighet er sjelden (Mørland & Waal, 2017). Det kan tenkes at pasientene til disse sykepleierne led unødvendige smerter, uten at det var en kunnskapsbasert grunn til å være restriktiv med analgetika.

På bakgrunn det overnevnte er det grunn til å tro at egen eller kollegaers kunnskapsmangel er en utfordring sykepleiere kan møte på ved smertelindring av opioidavhengige pasienter. Det må også nevnes at det er forskning som belyser at de fleste sykepleiere føler seg trygg på sin kunnskap om opioidavhengige pasienter i smerter, og at de er i stand til å utøve nødvendig

sykepleie til disse pasientene (Morley et al., 2015). Det samme finner man i en norsk studie, der helsepersonell oppgir å ha gode kunnskaper om rusavhengighet, toleranse og hyperalgesi (Li et al., 2012). Likevel viser studien også at de opioidavhengige pasientene ikke fikk mer analgetika enn andre pasienter (Li et al., 2012). Kanskje er det også vel så viktig med perspektivet sykepleieren arbeider ut ifra, som kunnskapen de innehar. Dersom sykepleier ser pasientfenomenet fra det biopsykiske perspektivet beskrevet av Mørland og Waal (2017), med riktig kunnskap i bunn, er det temmelig sikkert at det vil være i pasientens favør, hva gjelder kvaliteten på smertelindringen.

5.2 Holdninger

Kunnskapen vi innehar er førende for holdningene våre. I tillegg kan holdninger være et hinder for å tilegne seg ny kunnskap (Ververda et al., 2018). I forrige underkapittel var fokuset på sykepleieres kunnskaper om smertelindring av opioidavhengige, og på muligheten for at mangel på kunnskap kan være en utfordring ved smertelindring av denne pasientgruppen. Dersom det er sannsynlig at noen sykepleiere mangler kunnskap om opioidavhengige, vil det være rimelig å anta at det er en mulighet for at det finnes sykepleiere som har holdninger som er uhensiktsmessige, og som kan være med på å skape utfordringer ved smertelindring av opioidavhengige pasienter. Mørland og Waal (2017) påstår at opioidavhengige ofte blir møtt med negative holdninger av helsepersonell. Denne påstanden støttes av funnene til Morley et al. (2015), der sykepleierne beskrev opioidavhengige pasienter som ”vanskelige”, uten at dette stemte med pasientens faktiske oppførsel. Videre kom det frem at sykepleierne hadde stereotypiske fordommer mot pasientgruppen, og at det ble identifisert en direkte sammenheng mellom sykepleierens fordommer og inadekvat smertelindring (Morley et al., 2015).

Når den opioidavhengige pasienten har kommet til somatisk sengepost og sykepleier kommer inn på pasientrommet, vil det være utfordrende for sykepleier å utføre sin lindrende funksjon dersom hun har med seg negative holdninger og fordommer. Pasienten har kanskje gjennomgått kirurgi eller er innlagt av andre medisinske grunner, og har mest sannsynlig smerter som følge av dette i tillegg til abstinenser. Pasienten har kanskje kviet seg for å i det hele tatt komme til sykehuset, og ligger nå muligens og vurderer å forlate sykehuset på eget ansvar for å selvmedisinere seg hvis de ikke får adekvat smertelindring. Forskning viser at dette ikke er uvanlig. Morgan (2006) registrerte blant annet følgende utsagn: ”Sykepleierne behandlet meg som en junkie” og ”Noen [sykepleiere] blir sinte, og sier rett ut at du lyver og at du bare vil lure oss så du får mer smertestillende” Sykepleierens lindrende funksjon handler

om å begrense eller redusere pasientens belastninger (Kristoffersen et al., 2016). Samtidig sier Helsepersonelloven § 4 at helsepersonell er lovpålagt å yte forsvarlig yrkesutøvelse (Helsepersonelloven, 1999). Molven (2016) utdyper at det innebærer at sykepleien skal utføres kunnskapsbasert og at den skal være basert på en omsorgsfull tilnærming. Når det kommer frem av forskningen til Morgan (2006) at pasienten opplever å bli møtt av sykepleier med fordommer og at de blir stemplet som løgnere basert på stereotypiske holdninger, kan man anta at sykepleier ikke har handlet etter lovgivning og heller ikke har utført sin lindrende funksjon. Annen forskning som tar for seg sykepleieperspektivet underbygger denne påstanden. Sykepleiere kan ha holdninger om at opioidavhengige er russøkende og vanskelige å håndtere (Morley et al., 2015), noe som bekreftes av forskning som viser at opioidavhengige pasienter opplever stigma og diskriminering av helsepersonell på sykehus (Chan et al., 2019). Samme funn ble gjort av andre forskere, som også konkluderte med at pasientene ikke fikk god nok smertelindring, eller at det tok lang tid før de fikk smertestillende på grunn av overnevnte holdninger (Morgan, 2014). Enda en studie viser at sykepleiere har fordommer som tilsier at opioidavhengige er manipulerende, aggressive, uhøflige og ikke til å stole på, og at dette gjorde det vanskelig å utføre sykepleierens lindrende funksjon (Neville & Roan, 2014). Disse studiene er alle fra utlandet, så er det gjeldene for situasjonen der en norsk sykepleier kommer inn på et pasientrom på et sykehus i Norge og skal møte en norsk opioidavhengig pasient? I følge forskningen til Li et al. fra 2012 er negative holdninger også en utfordring i Norge, da de identifiserer at sykepleiere ofte føler seg lurt av opioidavhengige pasienter og at de ofte er i tvil om pasienten snakker sant når de beskriver sine smerter.

Å kunne sette seg inn i pasientens situasjon og å møte pasienten som en unik person med den livserfaringen som preger pasienten på godt og vondt, vil være av betydning for god sykepleie (Kristoffersen et al., 2016). Joyce Travelbees sykepleieteori beskriver viktigheten av å danne en menneske-til-menneske relasjon, og at dette kun kan etableres dersom sykepleier kan se pasienten som et unikt menneske, og anerkjenne at opplevelse av lidelse er subjektivt (Kirkevold, 1998). Travelbee beskriver viktigheten av det første møtet med pasienten for å kunne legge til grunn for et menneske-til-menneske forhold. Hun sier også at når man ikke kjenner pasienten vil det første møtet basere seg på generaliserende og stereotypiske holdninger (Kristoffersen, 2016a). Når forskning har vist at sykepleiere kan ha negative holdninger til opioidavhengige pasienter, vil det være av betydning at sykepleier er oppmerksom på egne holdninger spesielt ved det første møtet med pasienten for å kunne legge til grunn for god sykepleie, og dermed utføre sin lindrende funksjon.

5.3 Kartlegging

Forskning har vist at sykepleiere kan mangle nødvendig kunnskap og ha negative holdninger til opioidavhengige. Dersom dette stemmer er det grunn til å tro at det vil være sykepleiere som utelater å bruke kartleggingsverktøy når opioidavhengige blir innlagt på somatisk sykehus, fordi de mangler kunnskap om hva en opioidavhengighet innebærer.

Opioidavhengige får ofte ikke den hjelpen de trenger og har krav på, fordi sykepleiere kan være stigmatiserende og tro at avhengigheten er selvforsynt. Uavhengig av om en sykdom er selvforsynt, skal ikke diagnosen ha noe å si for kvaliteten på helsehjelpen de mottar. Pasient- og brukerrettighetsloven poengterer dette ved at loven sier at alle pasienter skal få lik tilgang til helse og omsorgstjenester av samme kvalitet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Forskning antyder at pasienter med opioidavhengighet ofte må kjempe for å få smertelindringen de trenger, og at de må ”spille et spill” ved å tenke strategi og legge en plan for hvordan de skal få den smertelindringen de behøver fra sykepleiere (Morgan, 2006). Bruk av kartleggingsverktøy vil kanskje kunne bidra til at sykepleier ikke fokuserer så mye på sine subjektive oppfatninger, men at det kan gjøre smertelindringen mindre utfordrende ved at de har objektiv informasjon å forholde seg til. En kan anta at dette også vil gjøre sykehusopplevelsen mindre krevende for pasienter ved at de slipper å overbevise sykepleieren om sine faktiske smerter. Likevel er det sjeldent at sykepleiere bruker kartleggingsverktøy, noe som viser seg i studien til Li et al. fra 2012, der kun 23,2 prosent svarte at de brukte smertekartleggingsverktøy ofte. For å kunne gi opioidavhengige pasienter riktig smertelindring er det også nødvendig å kartlegge pasientens rusmiddelbruk. Mørland og Waal (2017) sier at det er essensielt for helseinstitusjonen å ha kjennskap til pasientens rusbruk fordi doseringen av analgetika må tilpasses etter toleranseutvikling. Li et al. (2012) fant at kun 38 prosent av sykepleierne og legene ved en avdeling på somatisk sykehus kartla pasientens rusbruk. Grunnen til dette kan kanskje være at det ikke finnes et universelt kartleggingsverktøy som er spesielt tilpasset opioidavhengige med smerter og abstinenser, og at det kan være krevende å kombinere flere kartleggingsverktøy. Li et al. (2012) peker på at en annen grunn kan være mangel på kunnskap om hyperalgesi hos opioidavhengige pasienter, anser ikke sykepleiere kartlegging som relevant for pasientgruppen.

Antagelig vil bruk av kartleggingsverktøy være til fordel for både sykepleier og pasient.

Travelbee påpeker viktigheten av en systematisk tilnærming ved observasjon og kartlegging som grunnlag for god sykepleie, i tillegg til å skape en god relasjon (Kristoffersen, 2016a).

VAS (vedlegg 1), COWS (vedlegg 2) og DUDIT (vedlegg 3) er kartleggingsverktøy som

fokuserer henholdsvis på grad av smerter, abstinenser og bruk av rusmidler. Det finnes altså muligheter for å kartlegge overnevnte problemområder, som kan bidra til bedre smertelindring av opioidavhengige, men det er grunn til å tro at sykepleiere møter på ulike utfordringer ved bruken av dem. Morgan (2014) fant at dårlig tid og for lav bemanning var daglige utfordringer for sykepleierne som deltok i studien. Likevel skulle man ikke tro at å fylle ut et skjema tok så lang tid, så muligheten for andre utfordringer ved bruk av kartleggingsverktøy er kanskje til stedet. Forskning har vist at sykepleiere ofte tror at opioidavhengige pasienter misbruker kartleggingsverktøy ved å overdrive selvrappotereringen av smerter, og at de lyver om egen rusbruk for å få forskrevet opioider (Abdulwahab et al., 2020). Morley et al. (2015) gjorde liknende funn, der sykepleierne i studien beskrev opioidavhengige pasienter som blant annet løgnere, manipulerende, ikke til å stole på og at de var mistenksomme for smerten de beskrev. At sykepleiere tror at pasienter med opioidavhengighet lyver er et fenomen som også viser seg i forskningen til Li et al (2012) der over halvparten av sykepleierne var enige om at opioidavhengige manipulerer for å få opioider. Sykepleiere kan også syntes det er vanskelig å vurdere om smertene til opioidavhengige pasienter er reell, og at det kan være forvirrende å forholde seg til kartleggingsverktøy (Morgan, 2014; Neville & Roan, 2014). Å bruke kartleggingsverktøy når man er innstilt på at pasienten lyver eller manipulerer vil ikke bare være utfordrende, men også bortkastet tid som sykepleier heller kunne brukt på å prøve å bli kjent med pasienten og skape gjensidig tillitt.

Men hvor viktig er det egentlig å bruke kartleggingsverktøy? Ut ifra forskningen til Abdulwahab et al. (2020) kan man anta at det er et viktig verktøy, da 80,3 prosent av sykepleierne som deltok i studien, ikke klarte å gjenkjenne smerter hos den opioidavhengige pasienten uten å bruke kartleggingsverktøy. En annen grunn til at kartlegging kan være av verdi er funn gjort av Chan et al. i 2019 der det kommer frem at opioidavhengige pasienter ofte føler at beslutninger blir tatt på grunnlag av antatt rusbruk, og ikke faktisk rusbruk eller toleranse for spesifikke stoffer. Dersom sykepleier hadde brukt henholdsvis VAS, COWS og DUDIT, hadde de dannet et bedre grunnlag for å ta et kunnskapsbasert valg på hvorvidt pasienten var i behov for smertestillende, hvilken type som egner seg best og hvilken dose.

Pasienter med opioidavhengighet føler på at sykepleiere antar hva pasienten trenger, i stedet for å føre en samtale og bli kjent (Chan et al., 2019). Dette kan kanskje føre til at pasienten er

redd for å ikke bli tatt på alvor. Når pasienten føler på en mistillit kan det også tenkes at han er redd for å være ærlig når rusbruk og abstinenser skal kartlegges, i frykt for å bli sett ned på av sykepleier. For å legge til grunn for en tillitsfull medmenneskelig relasjon, er det av betydning at sykepleier er bevisst på sine egne holdninger (herunder også fordommer) og ser pasientfenomenet fra et biopsykisk perspektiv (Li et al., 2012; Mørland & Waal, 2017). Dette kan kanskje være med på å minske utfordringene sykepleiere møter på ved bruk av kartleggingsverktøy, og som resultat av dette vil det være en mulighet for at kartleggingsverktøy blir tatt oftere i bruk.

Det store spørsmålet er kanskje hvordan man skal bruke disse kartleggingsverktøyene hensiktsmessig. Dersom det er et mistillitsforhold mellom pasient og sykepleier vil det være av liten effekt. For å kunne få til dette vil å etablere et menneske-til-menneske forhold basert på respekt og tillit, som beskrevet av Travelbee, være av betydning. Pasientgruppen kommer ofte fra forhold der de ikke er vandt til å kunne stole på noen, så dersom de opplever at sykepleier er skeptiske vil det være svært vanskelig å etablere et tillitsfullt forhold (Govertsen et al., 2019). En som er avhengig av opioider vil mest sannsynlig frykte abstinenser, og kanskje faktisk overdrive ved kartlegging for å være sikker på å unngå abstinenser. Ved gjensidig respekt og åpenhet mellom sykepleier og pasient, vil man kanskje kunne unngå dette. Den opioidavhengige vil da kanskje være mer ærlig, og sykepleier kan bruke kartleggingsverktøy og sitt kliniske blikk i kombinasjon for å vurdere smerter og abstinenser.

5.4 Smerteteam, nøkkelen til å overkomme utfordringene?

Sykepleiere er i behov for støtte og veiledning av helsepersonell med kompetanse innenfor smertelindring av opioidavhengige pasienter, og samarbeid med spesialisert smerteteam kan være hensiktsmessig. Jeg har erfart i praksis at sykepleiere har hatt utfordringer med smertelindring av denne pasientgruppen på grunn av mangel på kunnskap, uhensiktsmessige holdninger og mangel på kartlegging, eller utfordringer ved bruk av kartleggingsverktøy. På den somatiske sengeposten jeg var i praksis fikk sykepleierne tilbud om ukentlige møter med et spesialisert smerteteam, som også var tilgjengelig på telefon på dagtid. Sykepleierne som ofte var i dialog med smerteteamet så ut til å utføre sin lindrende funksjon ved å smertelindre opioidavhengige pasienter mer tilfredsstillende enn sykepleierne som ikke benyttet seg av smerteteamet. Det skal sies at dette er mitt perspektiv, og som student var jeg kun tilstede i åtte uker og det jeg fikk se trenger ikke nødvendigvis å være representativt for den faktiske situasjonen. Likevel var det nokså tydelig for meg at i de enkelttilfellene jeg var vitne til var

det åpenbart at smerteteamet hadde stor innvirkning på pasientenes subjektive oppfatning av å bli tilstrekkelig smertelindret. Grunnen til at noen sykepleiere ikke benyttet seg av tilbudet var muligens som følge av at det var en ukultur på avdelingen blant noen av sykepleierne, der negative erfaringer med opioidavhengige pasienter tidligere hadde ført til at de ønsket minst mulig kontakt med pasienten, og engasjerte seg i liten grad.

Dersom sykepleierne som hadde negative holdninger til opioidavhengige pasienter hadde innledet et samarbeid med smerteteam, ville det sannsynligvis ført til at de fikk økt kunnskap om pasientgruppen og dermed et grunnlag til holdningsendring. Abdulwahab et al. (2020) understreker viktigheten av støtte fra kollegaer for å bidra til kunnskap, positive holdninger og effektiv smertelindring hos pasienter med opioidavhengighet. Neville og Roan (2014) påpeker også at det er essensielt at sykepleiere har et støtteapparat rundt seg med kollegaer som har kunnskap om denne pasientgruppen for å overkomme de utfordringene de kan møte på. Det samme gjør Morley et al. (2015), da de identifiserte et behov blant sykepleiere for veiledning når pasienter med opioidavhengighet hadde smerter og var innlagt på sykehus. Et samarbeid med smerteteam ville antagelig vært en mulighet for sykepleiere til å motta veiledning. Li et al (2012) fant at leger og sykepleiere oppga lavt til middels kunnskapsnivå om smertelindring, og at veiledning og klinisk integrert læring har vist seg å øke kompetansen hos helsepersonell. Samarbeid med smerteteam har vist seg å være effektivt for å øke kompetansen til sykepleiere ved å bidra med kunnskap om smertekartlegging, tillitsetablering, trygghet og kommunikasjon (Govertsen et al., 2019). Likevel påpeker Govertsen et al. at det ikke finnes forskning som kan bevise at norske smerteteam har noen effekt på smertelindring av opioidavhengige. Det er uansett rimelig å anta at det ikke vil ha noen store negative konsekvenser for pasienten ved å forsøke å samarbeide med smerteteam. Ut ifra mine erfaringer i praksis vil jeg si at det er verd å forsøke, ettersom forskning har vist at sykepleiere er i behov for veiledning og støtte møte med pasienter med opioidavhengighet i behov for smertelindring på sykehus. Sykepleier har i følge de yrkesetiske retningslinjene et ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og å hindre lidelse, samt å søke veiledning når egen kompetanse ikke strekker til (Norsk sykepleierforbund, 2019). Å forsøke et samarbeid med smerteteam vil kunne sees på som etisk riktig, da det er grunn til å tro at det vil minske utfordringene som hindrer de å utføre sin lindrende funksjon, herunder smertelindring av opioidavhengige pasienter. Det må også nevnes at tverrfaglig samarbeid med TSB (tverrfaglig spesialisert behandling av rusproblemer) vil kunne gi sykepleier kunnskap om pasienters rusbruk og doseringer, dersom de er i substitusjon- eller rusbehandling.

6 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven er å identifisere hvilke utfordringer sykepleier vil kunne møte på ved smertelindring av opioidavhengige pasienter på somatisk sykehus. Empiri fra utvalgt forskning etter litteratursøk har vist at sykepleiere opplever at de mangler kunnskap om opioidavhengige, og at de har negative holdninger som kan bidra til at pasientgruppen ikke blir adekvat smertelindret. Manglende kunnskaper og negative holdninger kan også føre til at sykepleiere ikke benytter seg av kartleggingsverktøy, og å bruke kartleggingsverktøyene kan også være utfordrende for sykepleiere. Samarbeid med spesialisert smerteteam kan være av betydning for sykepleiens kvalitet, ut i fra empiri og egne praksiserfaringer. Jeg sitter igjen med mer kunnskap opioidavhengige pasienter, og jeg tror at kunnskap om hvilke utfordringer jeg kan møte på vil gjøre meg bedre rustet til å utføre min lindrende funksjon som sykepleier.

Referanseliste

- Abdulwahab, S., Kehyayan, V. & Al-Tawafsheh, A. (2020). Factors influencing nurses' knowledge and attitude toward patients in chronic pain with opioid use disorder: A literature review. *Journal of Nursing Education and Practice*, 10(9), 37-46.
- Amundsen, E. J., Bergsvik, D., Bilgrei, O. R., Edland-Gryt, M., Kvaavik, E., Lauritzen, G., Lund, I., Lund, M., Sandøy, T. A., Scheffels, J., Skjælaen, Ø., Sæbø, G. & Østhus, S. I. (2016). *Rusmidler i Norge 2016: Alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, sniffing, doping og tjenestetilbudet* (ISSN 0802-2097). Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/rusmidler_i_norge_2016.pdf
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T. & Schlyter, F. (2007). DUDIT. *The Drug Use Disorders Identification Test—E. MANUAL*. Karolinska institutet, Stockholm.
- Bramness, J. G. & Lien, L. (2014). Rusmidler og somatisk helse. I A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (s. 223-237). Cappelen Damm Akademisk.
- Chan, C. S., Guta, A., Robinson, S., Tan, D. H., Cooper, C., O'Leary, B., de Prinse, K., Cobb, G., Upshur, R. & Strike, C. (2019). "Maybe if I stop the drugs, then maybe they'd care?"-hospital care experiences of people who use drugs. *Harm reduction journal*, 16(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0285-7>
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Danielsen, A., Bertzen, H. & Almås, H. (2017). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381-427). Gyldendal Akademisk.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*, 252(14), 1905-1907. <https://doi.org/10.1001/jama.252.14.1905>
- Faiz, K. W. (2013). *VAS - Visuell analog skala*. Den norske legeforening. Hentet 02.04.21 fra <https://tidsskriftet.no/2014/02/sprakspalten/vas-visuell-analog-skala>
- Fekjær, H. O. (2016). *Rus: Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie* (4. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Problembruk av narkotika*. <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/problembruk-av-narkotika/>
- Govertsen, A. B., Aanensen, C. & Moi, E. B. (2019). Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige. *Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning*, 1-19. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.75746>
- Haber, P. S., Demirkol, A., Lange, K. & Murnion, B. (2009). Management of injecting drug users admitted to hospital. *Lancet*, 374 North American Edition(9697), 1284-1293. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61036-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61036-9)
- Hayes, M. H. (1921). Experimental development of the graphics rating method. *Physiol Bull*, 18, 98-99.
- Helsedirektoratet. (2010). *LAR – Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. Helsebiblioteket. Hentet 29.11.20 fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/lar/forord?hideme=true>
- Helsedirektoratet. (2018, 01.01.18). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentar*. Helsedirektoratet.no. Hentet 29.11.20 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/alminnelige-bestemmelser/definisjoner>

- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64).
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kerr, T., Wood, E., Grafstein, E., Ishida, T., Shannon, K., Lai, C., Montaner, J. & Tyndall, M. W. (2005). High rates of primary care and emergency department use among injection drug users in Vancouver. *Journal of Public Health*, 27(1), 62-66.
<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdh189>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - Analyse og evaluering* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I G. H. Grimsbø, N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug & F. Nordtvedt (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3* (3. utg., s. 16-77). Gyldendal akademiske.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (3. utg., s. 194-259). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kvale, D. & Brubakk, O. (2017). Infeksjoner. I S. Ørn & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 218-251). Gyldendal akademisk.
- Lassen, J. & Blystad, H. (2014). infeksjoner i kjønnsorganene. I M. Steen & M. Degre (Red.), *Mikrober, helse og sykdom* (2. utg., s. 214-228). Gyldendal Akademisk.
- Legemiddeloven. (1992). *Lov om legemidler* (LOV-1992-12-04-132).
<https://lovdata.no/lov/1992-12-04-132>
- Li, R., Undall, E., Andenæs, R. & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus *Sykepleien forskning*, 7(3), 252-260.
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131>
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H. & Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of substance abuse treatment*, 9(3), 199-213.
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Morgan, B. D. (2006). Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief. *Pain Management Nursing*, 7(1), 31-41.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pmn.2005.12.003>.
- Morgan, B. D. (2014). Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain. *Pain Management Nursing*, 15(1), 165-175.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.004>
- Morley, G., Briggs, E. & Chumbley, G. (2015). Nurses' Experiences of Patients with Substance-Use Disorder in Pain: A Phenomenological Study. *Pain Management Nursing*, 16(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005>
- Mørland, J. & Waal, H. (2017). *Rus og avhengighet*. Universitetsforlaget.
- Narkotikaforskriften. (2013). *Forskrift om narkotika* (FOR-2013-02-14-199).
<https://lovdata.no/forskrift/2013-02-14-199>
- Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. (u.å.). *DUDIT*. Hentet 02.04.21 fra <https://rop.no/kartleggingsverktoey/dudit/>
- Neville, K. & Roan, N. (2014). Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence. *Journal of Nursing Administration*, 44(6), 339-346.
<https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000079>
- Nordtvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

- Nordtvedt, P. & Grønseth, R. (2017). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stuberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Norsk sykepleieforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 06.03.21 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). LOV-1999-07-02-63
- Prop. 92 L (2020-2021). *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform– opphevelse av straffansvar m.m.)*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/contentassets/5e3c52ef8e4b40ba9f471880c5c5c7a2/no/pdfs/prp202020210092000dddpdfs.pdf>
- Rygh, M., Andreassen, G. T., Fjellet, A. L., Wilhelmsen, I. L. & Stubberud, D.-G. (2017). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I D.-G. Stuberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (5. utg., s. 69-115). Gyldendal Akademisk.
- Slørdal, L. (2018). Legemidler ved smerter. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (3. utg., s. 326-333). Gyldendal Akademisk.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Store medisinske leksikon. (u.å., 21. januar 2019). *Somatisk sykshus*. Hentet 8. januar fra https://sml.snl.no/somatisk_sykehus
- Straffeloven. (2005). *Lov om straff* (LOV-2005-05-20-28). <https://lovdata.no/lov/2005-05-20-28>
- Strand, K. & Nakstad, A. R. (2017). Pre-, per og postoperativ behandling. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2017). Pasientens psykososiale behov: konsekvenser for sykepleierens funksjon og ansvar. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 42-63). Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Tompkins, D. A., Bigelow, G. E., Harrison, J. A., Johnson, R. E., Fudala, P. J. & Strain, E. C. (2009). Concurrent validation of the Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS) and single-item indices against the Clinical Institute Narcotic Assessment (CINA) opioid withdrawal instrument. *Drug Alcohol Depend*, 105(1-2), 154-159. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.07.001>
- Tore Sagen, (Programleder). (2021, 11. 03.). Er rusavhengighet et valg? [Audio podcast episode]. I *Tore Sagens podkast*. NRK. https://radio.nrk.no/podkast/tore_sagens_podkast/sesong/1
- Trydal, H. & Borchgrevink, P. C. (2014). Smerter. I A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (s. 258-275). Cappelen Damm Akademisk.
- Ververda, J., Hansen, O. & Larsen, C. (2018). Rusmiddelavhengighet: Sykepleieres holdninger påvirker smertebehandling. *Sykepleien*. <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70402>
- Wesson, D. R. & Ling, W. (2003). The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). *Journal of Psychoactive Drugs*, 35(2), 253-259. <https://doi.org/10.1080/02791072.2003.10400007>
- WHO. (u.å., 01.01.21). ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer I(10. utg.). Hentet 08.01.21 fra <https://icd.who.int/browse10/2010/en>

Woodforde, J. M. & Merskey, H. (1972). Some relationships between subjective measures of pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 16(3), 173-178.
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0022-3999\(72\)90041-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0022-3999(72)90041-4)

Vedlegg 1

CAGE (Ewing, 1984)

CAGE

Cut down Annoyed Guilty og Eye opener

Mann Kvinne

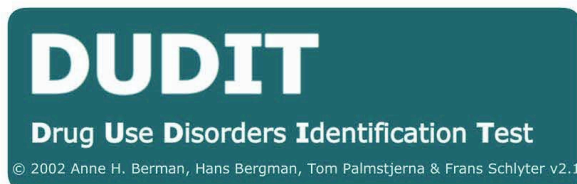
Alder:

Dato:

	Ja	Nei
1 Har du noen gang tenkt at du burde drikke mindre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Har du blitt irritert over at andre har kritisert drikkevanene dine?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Har du noen gang hatt skyldfølelse på grunn av alkoholbruken din?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Har det noen gang hent at du har startet dagen med å drikke alkohol for å roe nervene eller bli kvitt bakrusen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vedlegg 2

DUDIT (Berman et al., 2007)



Her er noen spørsmål om narkotiske stoffer og legemidler (rusmidler).

Vi er takknemlige om du svarer så grundig og ærlig som mulig ved å markere det alternativ som gjelder for deg.

Kjønn: <input type="radio"/> Mann <input type="radio"/> Kvinne	Alder: <input type="text"/>	Hovedrusmiddel: <input type="text"/>	Dato: <input type="text"/>		
1 Hvor ofte bruker du andre rusmidler enn alkohol? Se liste over narkotiske stoffer og legemidler.	Aldri	1 gang i måneden eller sjeldnere	2-4 ganger i måneden	2-3 ganger i uken	4 ganger i uken eller mer
2 Bruker du flere enn ett rusmiddel ved ett og samme tilfelle?	Aldri	1 gang i måneden eller sjeldnere	2-4 ganger i måneden	2-3 ganger i uken	4 ganger i uken eller mer
3 Hvor mange ganger i løpet av en typisk dag tar du stoff/legemidler, når du tar rusmidler?	0	1-2	3-4	5-6	7 eller flere
4 Hvor ofte blir du kraftig påvirket av rusmidler?	Aldri	Sjeldnere enn en gang i måneden	Hver måned	Hver uke	Daglig eller nesten hver dag
5 Har du det siste året opplevd at lengselen etter rusmidler har vært så sterk at du ikke kunne stå imot?	Aldri	Sjeldnere enn en gang i måneden	Hver måned	Hver uke	Daglig eller nesten hver dag
6 Har det hendt at du i løpet av det siste året ikke kunne slutte å ta rusmidler når du først hadde begynt?	Aldri	Sjeldnere enn en gang i måneden	Hver måned	Hver uke	Daglig eller nesten hver dag
7 Hvor ofte i løpet av det siste året har du tatt rusmidler og så latt være å gjøre noe som du burde ha gjort?	Aldri	Sjeldnere enn en gang i måneden	Hver måned	Hver uke	Daglig eller nesten hver dag
8 Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt behov for å starte dagen med å ta rusmidler etter stort inntak dagen før?	Aldri	Sjeldnere enn en gang i måneden	Hver måned	Hver uke	Daglig eller nesten hver dag
9 Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt skyldfølelse eller dårlig samvittighet fordi du har brukt rusmidler?	Aldri	Sjeldnere enn en gang i måneden	Hver måned	Hver uke	Daglig eller nesten hver dag
10 Har du eller noen andre blitt skadet (psykisk eller fysisk) på grunn av din bruk av rusmidler?	Nei		Ja, men ikke i løpet av det siste året		Ja, i løpet av det siste året
11 Har en slektning eller venn, lege eller sykepleier, eller noen andre vært urolige for din bruk av rusmidler, eller sagt til deg at du bør slutte med rusmidler?	Nei		Ja, men ikke i løpet av det siste året		Ja, i løpet av det siste året

Vedlegg 3

Europ-ASI (McLellan et al., 1992)

Instruksjoner

- Fyll ut alle svarrutter. Om nødvendig, bruk: X=Vet ikke/husker ikke
- Spørsmål med fet nummerering er avgjørende objektive spørsmål som skal brukes i alvorlighetsvurderingen.
- Etter hver del vil det være eget felt for kommentarer.

Vurdering av behov for hjelp

Vurderingene av behov for hjelp er intervjuers vurdering av behandlingsbehov innenfor hvert problemområde, utover den behandling klienten/pasienten allerede har. Skalaen går fra 0, ingen behandling nødvendig, til 9, behandling nødvendig for livstruende forhold. Hver vurdering baseres på problemhistorie, aktuell tilstand og klientens/pasientens subjektive vurdering av behandlingsbehov innen et gitt område.

Klientens/pasientens vurderingsskala

0=Ingen problemer/behov for hjelp
 1=Lite problemer/behov for hjelp
 2=Moderate problemer/behov for hjelp
 3=Betydelige problemer/behov for hjelp
 4=Svært store problemer/behov for hjelp

9										
8										
7										
6										
5										
4										
3										
2										
1										
0										
	Fysisk helse	Utlarsheld/okten	Alkohol	Stoff/misbr.	Juridisk	Kriminalitet	Familie/sosial	Psykisk helse		

4										
3										
2										
1										
0										
	Psykisk helse	Utlarsheld/okten	Alkohol	Stoff/misbr.	Juridisk	Kriminalitet	Fam.helse, net.	Psykisk helse		

Klientens/pasientens behov for hjelp

A. IDENTIFIKASJON / ADMINISTRASJON

Tiltakskode (for forskning)

Løpenummer (for forskning)

A1 Klientens/pasientens initialer

A2 Fødselsdato (ddmmåå)

A3 Kjønn 1=Mann 2=Kvinne

A4 Type tiltak

0=Ingen tiltak
 1=Poliklinisk avrussning
 2=Avrussning i institusjon
 3=Poliklinisk vedlikeholdsbehandling (metadon, Subutex, ol.)
 4=Poliklinisk behandling (uten vedlikeholdsbehandling)
 5=Institusjonsbehandling
 6=Dagtilbud
 7=Psykiatrisk sykehus
 8=Somatisk sykehus
 9=Andre.....

A5 Foreligger vedtak/hastevedtak fra fylkesnemnd om barnevern/ sosiale tjenester?

0=Nei 1=Ja

A6 Inntaksdato (ddmmåå)

A7 Dato for intervjuet (ddmmåå)

A8 Tidspunkt begynt :

A9 Tidspunkt avsluttet :

A10 Intervjuet ved 0=Inntak 1=Oppfølging nr 1 2=Oppfølging nr 2, osv

A11 Type kontakt 1=Personlig tilstedeværelse 2=Telefon

A12 Intervjuers initialer

A13 Spesielle forhold

0=Ingen spesielle forhold
 1=Klienten/pasienten avbrøt
 2=Intervjuer avbrøt
 3=Klienten/pasienten tydelig ruspåvirket
 4=Annet

Side 1
Side 2

B. GENERELL INFORMASJON

B1 Oppholdssted (for evt innleggelse) 1=Større by (> 100.000)
 2=Middels by/bygd (10-100.000) 3=Liten by/bygd (<10.000)

B2 Bostedskommune (Oppholdssted, skriv navn og kod SSBs kommunekode)

B3 Hvor lenge har du bodd i denne kommunen? (år, mnd)

B4 Eier du eller din familie den boligen du nå bor i? 0=Nei 1=Ja

B5 Vanligste bosituasjon siste 6 måneder (ved like lange perioder, velg siste)

1=Med partner og barn
 2=Med partner alene
 3=Med barn alene
 4=Med foreldre
 5=Med annen familie
 6=Med venner
 7=Alene
 8=i institusjon/fengsel
 9=Uten stabil bosituasjon

B6 Alder

B7 Nasjonalitet (statsborgerskap, se håndbok for landskode)

B8 Fødeland (se håndbok for landskode)
 Klient/pasient
 Far
 Mor

B9 I løpet av de siste 30 dager før inntak til dette tiltaket, har du vært innlagt i det vi kan kalle et kontrollert miljø?

0=Nei
 1=Fengsel
 2=Reasmitteringsinstitusjon
 3=Somatisk sykehus
 4=Psykiatrisk sykehus
 5=Kun avgiftning/avrussning
 6=Annet kontrollert miljø (beskriv)

B10 Hvis kode 1-6, i hvor mange dager av de siste 30?

B11 Fra hvilken dato regnes siste 30 dager bakover (ddmmåå)
 (dis for inn den siste av de 30 dagene, se håndbok)

Kommentarer

C. FYSISK HELSE

C1 Hvor mange ganger har du vært innlagt på sykehus for kroppslige skader eller sykdommer? (dis over natten, ta med overdosør, delirium tremens, beskriv)

C2 Hvor lenge siden er det du sist var innlagt på sykehus for kroppslige skader eller sykdommer? (år, mnd)

C3 Har du noen vedvarende kroppslige skader eller sykdommer som påvirker livsførelsen din? (En kronisk tilstand er en alvorlig eller potensielt alvorlig fysisk eller medisinsk tilstand. Se håndbok for eksempler)

0=Nei 1=Ja (beskriv alltid situasjonen)

C4 Hvordan er din tannhelse?

0=Tilfredstillende 1=Dårlig 2=Svært dårlig

C5 Har du noen gang vært smittet av hepatitt? (gjelder hepatitt b eller c)

0=Nei 1=Ja 2=Vet ikke 3=Vil ikke svare

C6 Har du blitt testet for HIV? 0=Nei 1=Ja 2=Vet ikke

C7 Hvis ja, hvor mange måneder siden?

C8 Hva var siste testresultat?

0=HIV-negativ 1=HIV-positiv 2=Vet ikke 3=Vil ikke svare

C9 Har lege sagt at du skal bruke medikamenter regelmessig for noen kroppslig skade eller sykdom?

0=Nei 1=Ja (rod ja selv om klienten/pasienten velger ikke å bruke evt medikamenter)

C10 Mottar du trygdeytelse for noen kroppslig skade eller sykdom?

(ikke ta med psykiske årsaker) 0=Nei 1=Ja

C11 Har du vært til behandling hos lege for noen kroppslig skade eller sykdom de siste 6 månedene? 0=Nei 1=Ja

C12 Hvor mange av de siste 30 dagene har du opplevd kroppslige problemer? (ikke direkte rusrelaterte)

Klientens/pasientens vurderingsskala (vurderingsskala 0-4)

C13 Hvor plaget eller bekymret har du vært av disse kroppslige problemene de siste 30 dagene?

C14 Hvor viktig er det for deg nå med behandling for disse kroppslige problemene?

Side 3
Side 4

	A. For- søkt (0=nei 1=ja)	B. Første gang (alder)	C. Bruk siste 6 mnd (hyppig- het)	D. Bruk siste 30 dg (antall dager)	E. Debut høy- frekvent bruk (alder)	F. Antall år (høy- frekvent bruk)	G. Bruks- måte
E1	Alkohol, all bruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2	Alkohol til beruselse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3	Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4	Metadon, Subutex o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5	Andre opiatier/ smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6	Dempende medisiner (bzd, sed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E7	Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E8	Amfetaminer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E9	Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E10	Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E11	Sniffestoffer (løsemidler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E12	Andre (designstoffer, steroider)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E13	Flere rusmidler/medik per dag (kun alkohol til beruselse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Side 9

- E14 Har du noen gang tatt stoff med sprøyte? 0=Nei 1=Ja
- E15 Alder første gang
- E16 Antall år (minst en sprøyte i året er lik et år)
- E17 Antall måneder siste halvår (minst en sprøyte i mnd er lik en mnd)
- E18 Antall dager siste 30 dager
- E19 Har du de siste 6 månedene brukt sprøyte som andre har brukt før deg?
1=Ikke 2=Noen ganger 3=Ofte

Hvor mange ganger har du hatt **E20** Alkoholutløst delirium tremens
(se håndbok for definisjoner) **E21** Overdose med stoff/medikamenter

Tidligere type behandling og antall behandlinger for rusmiddelproblemer:

	Alkohol	Stoff/med
E22 Poliklinisk avrusning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E23 Avrusning i institusjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E24 Poliklinisk vedlikeholdsbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E25 Annen poliklinisk behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E26 Institusjonsbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E27 Dagtilbud (se håndbok)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E28 Psykiatrisk sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E29 Somatisk sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E30 Annen behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E31 Hvor mange måneder har din lengste periode med rusfrihet vart etter behandling? Alkohol Stoff/med

E32 Hvilket rusmiddel har klienten/pasienten størst problem med?
Kod 1-13 eller 00=Ingen problem, 15=Alkohol og stoff/med (dobbel avhengighet), 16=Misbruk av flere stoffer. Vid usikkerhet, spør klienten/pasienten.

E33 Hvor lenge varte din siste periode med rusfrihet fra dette rusmiddelet? (låmm) (ikke ta med rusfrihet under opphold i institusjon/fengsel) 00=Aldri rusfri

Side 10

E34 Hvor mange måneder er det siden denne rusfriheten opphørte?
00=Fremdeles rusfri

Hvor mye penger vil du si at du har brukt de siste 30 dagene på (kr):

E35 Alkohol

E36 Stoff/medikamenter

E37 Hvor mange av de siste 30 dagene har du vært til poliklinisk behandling for alkohol eller stoff/medikamentmisbruk?
(dis dager i aktiv behandling, se håndbok)

Hvor mange av de siste 30 dagene har du hatt problemer med (se håndbok):

E38 Alkohol

E39 Stoff/medikamenter

Klientens/pasientens vurderingsskala (vurderingsskala 0-4)

Hvor plaget eller bekymret har du vært de siste 30 dagene av disse:

E40 Problemene med alkohol?

E41 Problemene med stoff/medikamenter?

Hvor viktig er det for deg nå å få hjelp med disse:

E42 Problemene med alkohol?

E43 Problemene med stoff/medikamenter?

Intervjuers vurdering av behov for hjelp (vurderingsskala 0-9)

Hvordan vil du vurdere klientens/pasientens behov for hjelp for sitt:

E44 Alkoholmisbruk (utover den hjelp klienten/pasienten allerede har)

E45 Stoff/medikamentmisbruk (utover den hjelp klienten/pasienten allerede har)

Side 11

Vurdering av tiltro

Er informasjonen over betydelig fordreid av:

E46 Klientens/pasientens feilaktige fremstillinger? 0=Nei 1=Ja

E47 Klientens/pasientens manglende evne til å forstå? 0=Nei 1=Ja

Kommentarer

Side 12

F. LOVBRUDD

- F1 Er dette inntaket etter pålegg eller forslag fra rettsvesenet? (domstol, kriminalomsorg) 0=Nei 1=Ja
- F2 Har du for tiden en betinget dom eller er løslatt på prøve? 0=Nei 1=Ja
- Hvor mange ganger i livet har du blitt tiltalt for følgende:
- F3 Besittelse av stoff
- F4 Salg av stoff
- F5 Vinningsforbrytelser (innbrudd, tyveri, svindel, utpressing, heleri)
- F6 Voldsforbrytelser (ran, overfall, mishandling, voldtekt, drap)
- F7 Andre forbrytelser (se håndbok)
- F8 Hvor mange av disse tiltalene medførte domfellelser
- Hvor mange ganger i livet har du blitt tiltalt/innbrakt for følgende:
- F9 Gateuro, ordensforstyrrelse, offentlig beruselse
- F10 Kjøring i påvirket tilstand
- F11 Andre overtredelser av veitrafikkloven (skjedestlas kjøring, farts overtredelser, uten førerkort, osv)
- F12 I løpet av livet, hvor lenge har du:
- a vært i varetekt eller fengsel i ditt liv? (dåmm)
- b hatt samfunnsstraff (timer) (gjennomføringstid, mnd)
- c gjennomført annen straff (f.eks. §12-soning, program for ruspåvirket, kjøring, narkotikaprogram med domstolskontroll/ND) (mnd)
- F13 Hvor lenge varte ditt siste fengselsopphold? (dåmm)
- F14 Hva var dette for? (bruk kode 3-7, 9-11, ved flere tiltaler kod den alvorligste) (ikke skriv inn bokstaven F, men f.eks. 03)
- F15 Venter du nå på tiltale, rettssak eller domsavsigelse? 0=Nei 1=Ja
- F16 For hva? (bruk kode 3-7, 9-11, ved flere tiltaler kod den alvorligste)

Side 13

- F17 Hvor mange av de siste 30 dagene har du
- a vært i varetekt eller fengsel?
- b gjennomført annen straff (f.eks. samfunnsstraff, §12, osv)

- F18 Hvor mange av de siste 30 dagene har du drevet med illegal virksomhet for å skaffe penger?

Klientens/pasientens vurderingsskala (vurderingsskala 0-4)

Hvor alvorlig anser du dine nåværende:

- F19 Strafferettslige problemer å være? (ikke sivilrettslige)
- F20 Problemer med kriminell atferd og tankegang å være?

Hvor viktig er det for deg nå med:

- F21 Juridisk hjelp for disse strafferettslige problemene?
- F22 Hjelp for disse problemene med kriminell atferd og tankegang?

Intervjuers vurdering av behov for hjelp (vurderingsskala 0-9)

Hvordan vil du vurdere klientens/pasientens behov for:

- F23 Rettslig hjelp? (utover den hjelp klienten/pasienten allerede har)
- F24 Hjelp med kriminell atferd og tankegang? (utover den hjelp klienten/pasienten allerede har)

Vurdering av tiltro

Er informasjonen over betydelig fremdreid av:

- F25 Klientens/pasientens feilaktige fremstillinger? 0=Nei 1=Ja
- F26 Klientens/pasientens manglende evne til å forstå? 0=Nei 1=Ja

Kommentarer

Side 14

G. FAMILIEHISTORIE

Har noen av dine slektninger hatt hva du vil kalle et betydelig alkohol/stoff/medikamentmisbruk eller psykiske problemer som førte til eller som burde ha ført til behandling?

		Alkohol	Stoff/med	Psyk. probl.
G1 Morssiden	a Mormor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b Morfar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c Mor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e Onkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f Andre nærstående personer (må ha bodd sammen med; se nedenfor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2 Farsiden	a Farmor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b Farfar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c Far	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e Onkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f Andre nærstående personer (se nedenfor) (må ha bodd sammen med)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3 Søsken	a Bror 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b Bror 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c Søster 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d Søster 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e Stesøsken (se nedenfor; må ha bodd sammen med)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kod som følger:

0=Klart nei for alle slektninger i kategorien

1=Klart ja for en slektning i kategorien

2=Uvisst eller "vet ikke"

N=Aldri vært noen slektninger i kategorien

Tante, onkel: Søsken av foreldre

Andre nærstående personer: Stefar, stemor eller ingifftet tante eller onkel som bodde sammen med klienten/pasienten i løpet av oppveksten

Stesøsken: Stefemor eller stesøster som bodde sammen med klienten/pasienten i løpet av oppveksten

(Kod slektning med størst problemer i tilfeller med flere personer i kategorien)

Side 15

H. FAMILIE OG SOSIALE RELASJONER

- H1 Sivilstand
- 1=Gift 3=Enke/enkemann 5=Skilt
2=Gjengift 4=Separert 6=Aldri gift

- H2 Hvor lenge har du hatt denne sivilstanden? (år, måneder)
- (aldri gift, regn fra 18 år)

- H3 Er du fornøyd med denne sivilstanden? 0=Nei 1=Likgyldig 2=Ja

- H4 Hvor mange barn har du?

- H5 Hvor mange barn har du daglig omsorg for?

- H6 Vanligste bosituasjon siste 3 årene (ved like lange perioder, velg siste)

- 1=Med partner og barn 6=Med venner
2=Med partner alene 7=Alene
3=Med barn alene 8=I institusjon/fengsel
4=Med foreldre 9=Uten stabil bosituasjon
5=Med annen familie

- H7 Hvor lenge har du bodd på denne måten? (år, måneder) (hos foreldre eller familie, regn fra 18 år)

- H8 Er du fornøyd med denne måten å bo på? 0=Nei 1=Likgyldig 2=Ja

Bor du (bodde du for eventuell institusjonsbehandling) sammen med noen som:

- H9 For tiden har problemfylt bruk av alkohol? 0=Nei 1=Ja

- H10 For tiden har problemfylt bruk av narkotiske stoffer/medikamenter? 0=Nei 1=Ja

- H11 Hvem er du mest sammen med på fritiden?

- 1=Familie, uten nåværende problemer med alkohol/stoff/medikamenter
2=Familie, med nåværende problemer med alkohol/stoff/medikamenter
3=Venner/bekjente, uten nåværende problemer med alkohol/stoff/medikamenter
4=Venner/bekjente, med nåværende problemer med alkohol/stoff/medikamenter
5=Er mest alene

- H12 Er du fornøyd med å bruke fritiden slik? 0=Nei 1=Likgyldig 2=Ja

- H13 Hvor mange nære venner har du?

Side 16

For H14–H28, kod som følger:

- 0=Klart nei for en/ noen i kategorien
- 1=Klart ja for en/ noen i kategorien
- X=Usikker eller "vet ikke"
- N=Aldri vært noen i kategorien

Vil du si at du har hatt et nært og godt forhold til noen av følgende personer i ditt liv:

- H14 Mor
- H15 Far
- H16 Søsknen
- H17 Kjæreste/ektefelle
- H18 Egne barn
- H19 Venner

Har du over tid opplevd store problemer (av tilstrekkelig varighet og intensitet slik at hele relasjonen settes i fare, ikke hovedsakelig rusrelatert) i forhold til:

(Fortssetter kontakt, dersom det ikke har vært noe kontakt eller vedkommende er død siste 30 dager, kod N)

- | | 0=Nei | 1=Ja | Siste 30 dager | Tidligere i livet |
|--------------------------|-------|------|--------------------------|--------------------------|
| H20 Mor | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H21 Far | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H22 Søsknen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H23 Kjæreste/ektefelle | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H24 Egne barn | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H25 Annen viktig familie | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H26 Nære venner | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H27 Naboer | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H28 Arbeidskolleger | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Har noen av disse personene (H20–H28) mishandlet deg?

- | | 0=Nei | 1=Ja | Siste 30 dager | Tidligere i livet |
|--|-------|------|--------------------------|--------------------------|
| H29 Følelsesmessig (krenket eller såret deg, mobbing, trusler, ydmykelser, nedverdigelser) | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H30 Fysisk (påført deg fysisk skade) | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H31 Seksuelt (påtvungne seksuelle tilnærmelser eller seksuelle handlinger) | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H32 Har du opplevd alvorlige krenkelser/overgrep fra andre (enn H20-28) (beskriv) | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Side 17

I hvor mange av de siste 30 dager har du hatt alvorlige konflikter:

- H33 Med din familie/slektinger
- H34 Med andre personer (utenom familie)

Klientens/pasientens vurderingsskala (vurderingsskala 0-4)

Hvor plaget eller bekymret har du vært de siste 30 dagene av disse:

- H35 Familieproblemene?
- H36 Problemene i forhold til andre

Hvor viktig er det for deg nå med hjelp for disse:

- H37 Familieproblemene?
- H38 Problemene i forhold til andre

Intervjuers vurdering av behov for hjelp (vurderingsskala 0-9)

- H39 Hvordan vil du vurdere klientens/pasientens behov for hjelp med familieproblemer og/eller problemer i forhold til andre? (utover den hjelp klienten/pasienten allerede har)

Vurdering av tiltro

Er informasjonen over betydelig foreid av:

- H40 Klientens/pasientens feilaktige fremstillinger? 0=Nei 1=Ja
- H41 Klientens/pasientens manglende evne til å forstå? 0=Nei 1=Ja

Kommentarer

Side 18

I. PSYKISK TILSTAND

Hvor mange ganger har du fått behandling for psykiske eller følelsesmessige problemer ved hjelp av

- I1 Innleggelse
- I2 Poliklinisk behandling (seviser)
- I3 Mottar du trygdeytelse for en psykisk lidelse? (skriv kommentar)

Har du hatt en lengre periode (som ikke har direkte å gjøre med bruk av alkohol/stoff/medikamenter) hvor du har: (siste 30 dager; flere dager, tidligere i livet; minst 2 uker)

- | | 0=Nei | 1=Ja | Siste 30 dager | Tidligere i livet |
|---|-------|------|--------------------------|--------------------------|
| I4 Vært alvorlig depriment | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I5 Hatt alvorlig angst eller anspenhet | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I6 Opplevd vansker med å forstå, konsentrere deg eller huske | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I7 Opplevd hallusinasjoner (også korvarig) | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I8 Opplevd vansker med å kontrollere voldelig atferd (også ved rusmiddelbruk) | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I9 Blitt foreskrevet medisiner for et eller annet psykisk problem | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I10 Opplevd alvorlige tanker om å ta ditt eget liv (også ved rusmiddelbruk) | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I11 Forsøkt å ta ditt eget liv (også ved rusmiddelbruk) | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I12 Hvor mange ganger har du forsøkt å ta ditt eget liv? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I13 Hvor mange av de siste 30 dagene har du opplevd disse psykiske/ følelsesmessige problemene? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Klientens/pasientens vurderingsskala (vurderingsskala 0-4)

- I14 Hvor plaget eller bekymret har du vært av disse psykiske/ følelsesmessige problemene de siste 30 dagene?
- I15 Hvor viktig er det for deg nå med hjelp for disse psykiske/ følelsesmessige problemene?

Side 19

Når intervjuet finner sted, er klienten/pasienten:

- | | 0=Nei | 1=Ja |
|--|--------------------------|--------------------------|
| I16 Tydelig depriment/tilbaketrasket | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I17 Tydelig fiendtlig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I18 Tydelig angstfull/nervøs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I19 Har problemer med virkelighetsoppfatning, tankeforstyrrelser, paranoide tanker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I20 Har problemer med å oppfatte, konsentrere seg, huske | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I21 Har selvmordstanker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Intervjuers vurdering av behov for hjelp (vurderingsskala 0-9)

- I22 Hvordan vil du vurdere klientens/pasientens behov for hjelp for psykiske/ følelsesmessige problemer? (utover den behandlingen som allerede gis)

Vurdering av tiltro

Er informasjonen over betydelig foreid av:

- I23 Klientens/pasientens feilaktige fremstillinger? 0=Nei 1=Ja
- I24 Klientens/pasientens manglende evne til å forstå? 0=Nei 1=Ja

Kommentarer

Side 20

Vedlegg 4

Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS) (Wesson & Ling, 2003).

Flow-sheet for measuring symptoms over a period of time during buprenorphine induction.

For each item, write in the number that best describes the patient's signs or symptom. Rate on just the apparent relationship to opiate withdrawal. For example, if heart rate is increased because the patient was jogging just prior to assessment, the increase pulse rate would not add to the score.

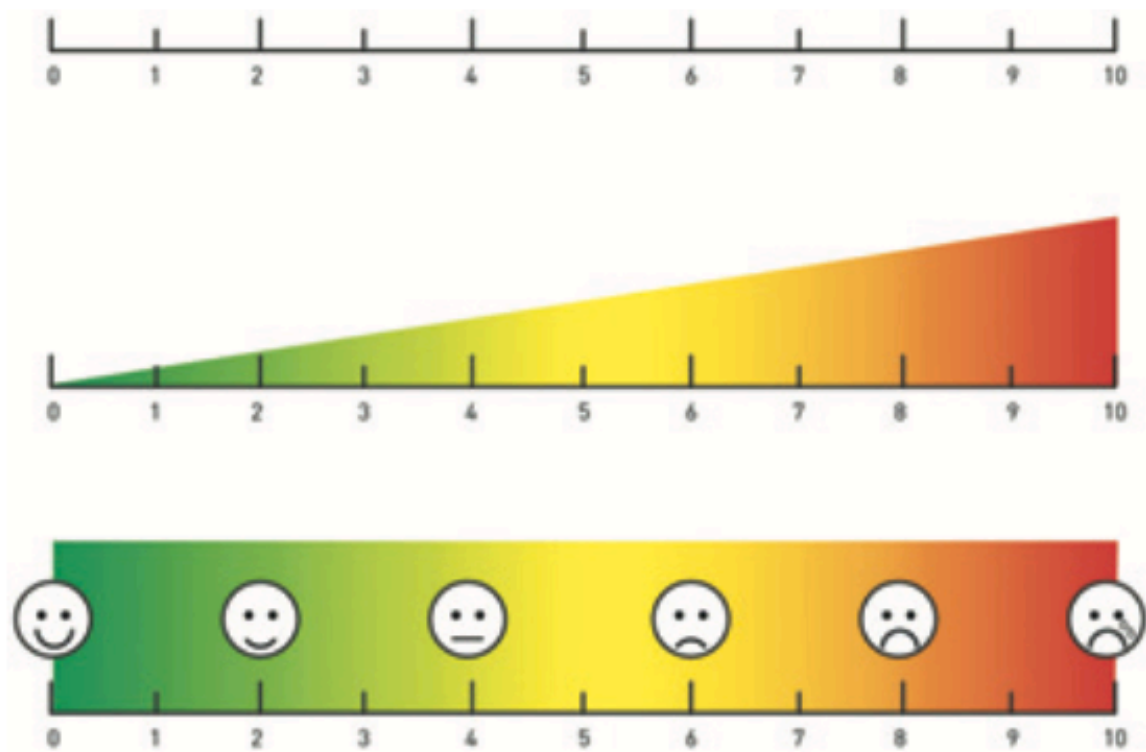
Patient's Name: _____ Date: _____ Buprenorphine induction: Enter scores at time zero, 30min after first dose, 2 h after first dose, etc. Times: _____				
Resting Pulse Rate: (record beats per minute) <i>Measured after patient is sitting or lying for one minute</i> 0 pulse rate 80 or below 1 pulse rate 81-100 2 pulse rate 101-120 3 pulse rate greater than 120				
Sweating: <i>over past 1/2 hour not accounted for by room temperature or patient activity.</i> 0 no report of chills or flushing 1 subjective report of chills or flushing 2 flushed or observable moistness on face 3 beads of sweat on brow or face 4 sweat streaming off face				
Restlessness <i>Observation during assessment</i> 0 able to sit still 1 reports difficulty sitting still, but is able to do so 2 frequent shifting or extraneous movements of legs/arms 3 Unable to sit still for more than a few seconds 4				
Pupil size 0 pupils pinned or normal size for room light 1 pupils possibly larger than normal for room light 2 pupils moderately dilated 3 pupils so dilated that only the rim of the iris is visible 4				
Bone or Joint aches <i>If patient was having pain previously, only the additional component attributed to opiates withdrawal is scored</i> 0 not present 1 mild diffuse discomfort 2 patient reports severe diffuse aching of joints/ muscles 3 4 patient is rubbing joints or				

muscles and is unable to sit still because of discomfort				
Runny nose or tearing <i>Not accounted for by cold symptoms or allergies</i> 0 not present 1 nasal stuffiness or unusually moist eyes 2 nose running or tearing 4 nose constantly running or tears streaming down cheeks				
GI Upset: <i>over last 1/2 hour</i> 0 no GI symptoms 1 stomach cramps 2 nausea or loose stool 3 vomiting or diarrhea 5 Multiple episodes of diarrhea or vomiting				
Tremor <i>observation of outstretched hands</i> 0 No tremor 1 tremor can be felt, but not observed 2 slight tremor observable 4 gross tremor or muscle twitching				
Yawning <i>Observation during assessment</i> 0 no yawning 1 yawning once or twice during assessment 2 yawning three or more times during assessment 4 yawning several times/minute				
Anxiety or Irritability 0 none 1 patient reports increasing irritability or anxiousness 2 patient obviously irritable anxious 4 patient so irritable or anxious that participation in the assessment is difficult				
Gooseflesh skin 0 skin is smooth 3 piloerection of skin can be felt or hairs standing up on arms 5 prominent piloerection				
Total scores with observer's initials				

Score: 5-12 = mild; 13-24 = moderate; 25-36 = moderately severe; more than 36 = severe withdrawal

Vedlegg 5

(Hayes, 1921; Woodforde & Merskey, 1972)



Forskjellige varianter av visuell analog skala

Bilde: *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, Hentet fra:
<https://tidsskriftet.no/2014/02/sprakspalten/vas-visuell-analog-skala>

