



MASTEROPPGAVE:

Bruk av illegale legemidler og rusmidler før
rusbehandling: Konsekvenser for sykepleie til pasienter
med legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Høst 2015

FORFATTER: ANNE BECH

Dato: 11.12.15

VEILEDER: ØYVIND KIRKEVOLD

Høgskolen i Gjøvik

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie

Seksjon sykepleie

Master i klinisk sykepleie

Sammendrag

Tittel:	Bruk av illegale legemidler og rusmidler før rusbehandling: Konsekvenser for sykepleie til pasienter med legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	Dato: 11.12.15
Deltaker:	Anne Bech	
Veileder:	Øyvind Kirkevold	
Oppdragsgiver:	Høgskolen i Gjøvik	
Stikkord/nøkkelord	Substance use, illicit drug use, diversion, opioid substitution treatment, addiction nursing	
Antall sider/ord: 14484	Antall vedlegg: 5	Tilgjengelighet (åpen/konfidensiell): Åpen
<p>Bakgrunn: For å kunne bidra til trygg og kompetent behandling av pasienter med substitusjonsbehandling trenger sykepleiere oppdatert kunnskap om rustrender og pasienters legemiddel- og rusmiddelbruk.</p> <p>Hensikt: Hensikten med denne studien var å få mer kunnskap om bruk av illegale legemidler og rusmidler siste tre måneder før rusbehandling.</p> <p>Metode: Studien er kvantitativ. Det er brukt tverrsnittdesign med spørreskjema som metode. Utvalget var 80 pasienter som startet rusbehandling i 2014-2015, både pasienter med og uten LAR.</p> <p>Resultat: Benzodiazepiner og amfetamin var de mest brukte rusmidlene. LAR-legemidler var brukt illegalt av mer enn 60 % av respondentene, og var de mest brukte opioidene. De som brukte LAR-legemidler illegalt var statistisk signifikant yngre enn de som ikke brukte LAR-legemidler illegalt. Andre opioide legemidler enn LAR-legemidlene ble brukt av statistisk signifikant flere kvinner enn menn. Gjennomsnittlig åtte rusmidler (median seks) ble brukt.</p> <p>Konklusjon: Studien kan bidra til å øke sykepleieres forståelse for hvilke konsekvenser rusmiddelbruk har for den enkelte pasients helse- og livssituasjon. Sykepleiere må kartlegge rusmiddelbruk, inntaksmåter og pasienters erfaringer med overdoser. En skadereuserende tilnærming er nyttig i arbeid med pasienter som ikke kan eller ønsker å redusere rusmiddelbruken. Fokus på å redusere rusmiddelbruk, og spesielt injisering, vil kunne bidra til å redusere lekkasje av LAR-legemidler og forebygge overdoser og amfetaminutløste psykoser. Tverrfaglig samarbeid, ansvarsgrupper og individuell plan er viktige virkemidler.</p>		

Abstract

Title:	Illicit drug use before drug addiction treatment: Consequences for nursing to patients in opioid substitution treatment (OST)	Date: 11.12.15
Participant:	Anne Bech	
Supervisor:	Øyvind Kirkevold	
Employer:	Høgskolen i Gjøvik	
Keywords:	Substance use, illicit drug use, diversion, opioid substitution treatment, addiction nursing	
Number of pages/words: 14484	Number of appendix: 5	Availability (open/confidential): Open
<p>Background: In order to provide safe and competent opioid substitution treatment of patients, nurses need updated knowledge about drug trends, and patients' use of illicit drugs.</p> <p>Aim: The aim of this study was to acquire more knowledge about the use of illicit drugs in the last three months before drug addiction treatment.</p> <p>Method: The study is a cross-sectional study, using a questionnaire. The sample was 80 patients who started addiction drug treatment in 2014-2015, both patients with and without OST.</p> <p>Result: Benzodiazepines and amphetamine were the most commonly used drugs. Opioid substitution drugs were used illicitly by more than 60% of the respondents, and were the most frequently used opioids. Those who used illicit opioid substitution drugs were younger than those who did not. Opioid drugs other than opioid substitution drugs were used by more women than men. The findings were statistically significant. On average, the patients used eight (median six) different drugs.</p> <p>Conclusion: The study contributes to a better understanding of the consequences of drug use for the health and life situation of the individual patient. The nurse should map drug use, intake methods, and patients' experiences with overdosing. A harm-reduction approach may be beneficial vis-à-vis patients who are not able to or do not wish to reduce drug use. Focusing on reduction of drug use, in particular injections, may contribute to reducing diversion of opioid substitution drugs and preventing overdoses and amphetamine-induced psychoses. Important treatment measures are interdisciplinary collaboration, case management and treatment plans tailored to each individual.</p>		

Forord

Denne masteroppgaven hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten god hjelp og bistand fra flere. Først og fremst er denne oppgaven et resultat av samarbeidet mellom Sykehuset Innlandet HF og Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) ved Universitet i Oslo.

Denne studien har brukt data fra Europad- studien, og tolkning og rapportering av data er masterstudentens ansvar alene. Takk til professor Thomas Clausen for bistand til å søke REK om utvidelse, og tilgang til nasjonale data i Europad-studien. Også takk til overlege Ivar Skeie DPS Gjøvik/Seraf for ideen til masteroppgaven, og konstruktive tilbakemeldinger underveis. Avdelingene som har bidratt med data fortjener også en takk, og det samme gjør pasientene som takket ja til å delta.

Takk til ledelsen ved DPS Elverum-Hamar og TSB poliklinikken, som sammen med tålmodige kolleger har tilrettelagt studiesituasjonen.

Og til slutt takk til veileder professor Øyvind Kirkevold ved Høgskolen i Gjøvik, for opplæring i SPSS, og konstruktive og lærerike innspill og tilbakemeldinger i prosessen.

Det har vært to flotte studieår, og spennende å sette ord på en del av klinisk sykepleie som er lite beskrevet i norsk litteratur.

Tusen takk alle sammen!

Ottestad, desember 2015

Anne Bech

Forkortelser

EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction
LAR	Legemiddelassistert rehabilitering
ROP	Rus og psykiatri
Seraf	Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitet i Oslo
SIRUS	Statens institutt for rusmiddelforskning
TSB	Tverrfaglig spesialisert (rus)behandling
WHO	Verdens helseorganisasjon

INNHOLD

Sammendrag	2
Abstract	3
Forord	4
Forkortelser	5
INNHOLD	6
1.0 INTRODUKSJON	8
2.0 BAKGRUNN	10
2.1 Sykepleie til pasienter med ruslidelser	10
2.1.1 Tverrfaglighet og helhetlig sykepleie	10
2.1.2 Sykepleie til pasienter med substitusjonsbehandling	11
2.1.3 Skadereduksjon – en etisk tilnærming i sykepleie	12
2.2 Skadelig bruk og avhengighet	13
2.3 Legemiddelasistert rehabilitering	15
2.3.1 Individuelle rehabiliteringsmål	15
2.3.2 Substitusjonslegemidlene	16
2.3.3 Lekkasje av substitusjonslegemidler	17
2.4 Rustrender i Europa og Norge	19
2.5 Hensikt	20
2.5.1 Forskningsspørsmål	20
3.0 METODE	21
3.1 Kvantitativ metode	21
3.2 Utvalg	21
3.3 Spørreskjemaet	22
3.4 Statistiske analyser	23
3.5 Etske overveielser	24
3.5.1 Søknad til Regional etisk komite	24
3.5.2 Samtykke	24
3.5.3 Anonymitet	25
3.5.4 Risiko/nyttevurdering	25
3.5.5 Andre forskningsetiske overveielser	26

4.0 RESULTAT.....	27
4.1 Kjønn, alder, tidligere og nåværende behandling	27
4.2 Hvilke rusmidler var mest brukt siste 90 dager	29
4.2.1 Alder	31
4.2.2 Antall rusmidler	31
4.3 Mest brukte hovedrusmiddel siste 90 dager.....	32
4.3.1 Alder hovedrusmiddel.....	33
4.3.2 Hvor fikk respondentene hovedrusmiddelet fra.....	34
4.4 Ulike inntaksmåter for å oppnå rus	34
4.5 Overdoser	35
5.0 DISKUSJON.....	37
5.1 Studien bekrefter rustrender	37
5.2 Sykepleiers rolle.....	40
5.3 Kartlegge rusmiddelbruk	42
5.4 Forebygge lekkasje av LAR-legemidler	43
5.5 Forebygge overdoser	46
5.6 Helseisiko ved bruk av sentralstimulerende rusmidler.....	49
5.7 Styrker og svakheter ved metoden	52
6.0 KONKLUSJON	54
LITTERATURLISTE.....	55

Antall ord: 14484

Vedlegg 1 Tabeller

Vedlegg 2 Brev

Vedlegg 3 Vedtak REK

Vedlegg 4 Registrering forskningsavdelingen

Vedlegg 5 Informasjonsbrev og spørreskjema

1.0 INTRODUKSJON

Denne masteroppgaven i klinisk sykepleie har som fokus «Å leve med helsesvikt», som retter seg mot hva helsesvikt innebærer og hvordan helse og velvære kan oppnås. Helsesvikt i denne masteroppgaven er skadelig bruk og avhengighet av rusmidler. Fokusområdet «Å leve med helsesvikt» handler om utvikling av kunnskap og forståelse for mennesker i ulike livssituasjoner, og grunnlaget er sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon (Høgskolen i Gjøvik 2015). Selv om oppgaven har fokus på sykepleie til pasienter med legemiddelassistert rehabilitering, er tema aktuelt i oppfølging av alle personer med ruslidelser. Målgruppen er sykepleiere og helsepersonell i spesialisthelsetjeneste og kommuner som jobber med pasienter med denne problematikken.

Sykepleiere møter pasienter med ruslidelser i alle deler av helsetjenesten, og har en unik mulighet til å respondere på helseproblemer knyttet til bruk av rusmidler (Nkowane og Saxena 2004; Flesland 2010; Rassool 2010; Norsk sykepleierforbund 2014). Samtidig har sykepleiere lite kunnskap om rusproblematikk og avhengighet (Munro, Watson og McFadyen 2007; Rassool og Rawaf 2008; Ford 2011; Go mfl. 2011; Sælør og Biong 2011; Norsk sykepleierforbund 2014), og det er fortsatt lite undervisning om rus og ruslidelser i sykepleierutdanningen (Nkowane og Saxena 2004; Pauly og Goldstone 2008; Rassool og Rawaf 2008). Også i Norge er det behov for økt kompetanse innen psykisk helse og rus hos sykepleiere (Norsk sykepleierforbund 2014). Sykepleie til pasienter med ruslidelser er ofte definert som en gren av psykiatrisk sykepleie (Rassool 2010), men er blitt et eget fagområde (addiction nursing) blant annet i Storbritannia (Clancy, Oyefeso og Ghodse 2007; Rassool 2010). Det finnes også en internasjonal organisasjon for sykepleiere som jobber med pasienter med avhengighetsproblematikk, «The International Nurses Society on Addiction».

Det europeiske narkotikaovervåkningsorganet EMCDDA har anslått at 1,4 millioner personer i Europa har en problematisk bruk av opioider (EMCDDA og Europol 2013). Tre og en halv prosent av alle dødsfall blant europeere i aldersgruppen 15-39 år skyldes narkotikaoverdoser, og opioider ble påvist i omtrent tre av fire overdosedødsfall. Substitusjonsbehandling med opioider som metadon og buprenorfin forebygger overdoser, sykehusinnleggelser og infeksjoner, og er kombinert med psykososiale intervensjoner den behandlingsformen som oftest tilbys opioidavhengige i Europa. I 2012 mottok 734 000

personer i Europa substitusjonsbehandling (EMCDDA 2014). I Norge er substitusjonsbehandling, eller legemiddelassistert rehabilitering [LAR], strengt regulert, og ble nasjonalt tilgjengelig fra 1998 (Helsedirektoratet 2010). I Norge fikk pasienter med ruslidelser først pasientrettigheter i forbindelse med rusreformen i 2004. Det ble da opprettet et tredje spesialistområde i spesialisthelsetjenesten, tverrfaglig spesialisert rusbehandling [TSB], som ble likestilt med somatikk og psykiatri (Helse- og omsorgsdepartementet 2004). Rus- og avhengighetsmedisin ble egen medisinsk spesialitet i 2014 (Helsedirektoratet 2014a).

Systematisk litteratursøk i Medline, Ovid og PubMed viser at det kun finnes noen få internasjonale studier som beskriver sykepleierens rolle og funksjon i oppfølging av pasienter som mottar substitusjonsbehandling for opioidavhengighet. Denne masteroppgaven ser nærmere på rusmiddelbruk, og hvordan rusmiddelbruk kan påvirke behovet for sykepleie.

2.0 BAKGRUNN

2.1 Sykepleie til pasienter med ruslidelser

Det er viktig at alle sykepleiere har en omfattende forståelse av avhengighet og dets ulike behandlingsalternativer, inkludert substitusjonsbehandling (WHO 2009; Go mfl. 2011). Sykepleie til pasienter med ruslidelser krever en grunnleggende forståelse for kompleksiteten ved disse lidelsene. I følge Rassool (2002) kan det for eksempel være vanskelig å skille mellom symptomer knyttet til bruken av rusmidler og symptomer på psykisk lidelse. Et eksempel er hvorvidt pasientens depresjon skyldes konsekvenser av rusbruken, eller om rusbruken er en følge av depresjon. Klinisk vurdering av pasienter er spesielt utfordrende for sykepleiere og annet helsepersonell når pasienter bruker flere rusmidler samtidig, og når det er pågående rus (Rassool 2002). Det at pasienter bruker flere rusmidler samtidig kan både øke faren for overdose, gi økt risiko for helseskade og gjøre rehabilitering vanskeligere (Jones, Mogali og Comer 2012; EMCDDA 2014; Helsedirektoratet 2014d). For ytterligere å komplisere bildet viser en studie fra Norge at pasienter ved en ruspoliklinikk i gjennomsnitt har 4,2 somatiske sykdomsdiagnoser og 0,8 somatiske symptomdiagnoser (Dalen, Holmen og Nordahl 2015).

2.1.1 Tverrfaglighet og helhetlig sykepleie

Vurderingsenheter innen TSB som rettighetsvurderer henvisninger til rusbehandling er tverrfaglig sammensatt med både sosialfaglig, psykologfaglig og helsefaglig kompetanse (Helsedirektoratet 2012a), i motsetning til øvrig spesialisthelsetjeneste, hvor medisinsk-faglige vurderinger ligger til grunn. En tverrfaglig tilnærming er en erkjennelse av at enkeltprofesjoner alene har begrenset forutsetning for å løse komplekse helseproblemer som ruslidelser. Leger, sykepleiere, sosionomer og psykologer kan ha ulik forståelse og tilnærming, og tverrfaglighet kan derfor bidra til bedre behandling:

Målet for tverrfaglighet er ikke det samme som å jobbe sammen, men å utvikle ny viten, merviten, som den enkelte fagperson ikke kan utvikle alene. Det er kun i en faglig relasjon til andre fagpersoner at merviten kan utvikles. Merviten blir da ikke det samme som mer (fakta)kunnskap, men ideelt sett at faglige holdninger, faktakunnskap og ferdigheter er innbakt i en kritisk refleksjon der to eller flere fag integreres for å løse en faglig oppgave (Rosenvinge mfl. 2004, s. 710).

Det å ha en tydelig forståelse for egen fagspesifikk kompetanse er en forutsetning for å kunne arbeide tverrfaglig (Rosenvinge mfl. 2004). Samtidig er sykepleie til pasienter med ruslidelser, og sykepleiers rolle i tverrfaglige spesialisert rusbehandling, lite beskrevet i norsk litteratur. Det nærmeste man kommer er kanskje psykiatriske sykepleieres beskrivelse av egen kompetanse i tverrfaglige team, hvor kunnskap om kroppen og handlingsorientert tilnærming er overskrifter (Karlsen 2009). I en studie av Karlsson og Kim (2015) om sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid vektlegges det at sykepleieres kunnskap om fysisk helse og somatikk er viktig, og at sykepleiere har et recoveryperspektiv, med en helhetlig-eksistensiell hverdagstilnærming. Recovery, eller bedringsorientert praksis, tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess hvor mennesker kan leve meningsfulle liv til tross for sykdom (Helsedirektoratet 2012b, 2014e). Recovery vektlegger myndiggjøring, likeverdighet, åpenhet, ærlighet og tillit, og er uavhengig av varierende behandlingsideologi (Helsedirektoratet 2014e).

Det kan være mange instanser involvert, og godt samarbeid krever at utøverne utvikler felles forståelsesramme og begrepsforståelse. Godt samarbeid og god dialog mellom kommune og spesialisthelsetjeneste er en forutsetning for å lykkes: «Helhetlige og koordinerte tjenester forutsetter at det etableres tverrfaglige samarbeid om tjenestene, på tvers av profesjoner, instanser og forvaltningsnivåer» (Helsedirektoratet 2014e, s. 98).

2.1.2 Sykepleie til pasienter med substitusjonsbehandling

I tillegg til kunnskap om psykisk og fysisk helse, må sykepleieren ha gode kunnskaper både om rusmidlene og om de ulike substitusjonslegemidlene, fordi sykepleiere må kunne vurdere og skille mellom effekt, bivirkninger og interaksjoner med andre legemidler og rusmidler. Sykepleiere trenger også kunnskap om overdosering, symptomer på abstinens og abstinensbehandling (Registered nurses' association of Ontario 2009; WHO 2009).

Ifølge Clancy, Oyefeso og Ghodse (2002) er ulike sykepleiefunksjoner i arbeid med pasienter som mottar substitusjonsbehandling blant annet å administrere medikamenter, observere bivirkninger, overvåke akutte og kroniske helseproblemer, henvise videre, drive rådgivning individuelt og i gruppe, delta i tverrfaglig samarbeid, lede tjenestene og dokumentasjon.

Go mfl. (2011) beskriver tre hovedtemaer knyttet til sykepleierens rolle i arbeid med pasienter som mottar metadonbehandling. Det første temaet handler om at sykepleieren må kunne verdsette pasienters livserfaring, legge til rette for en pasientsentrert pleie og

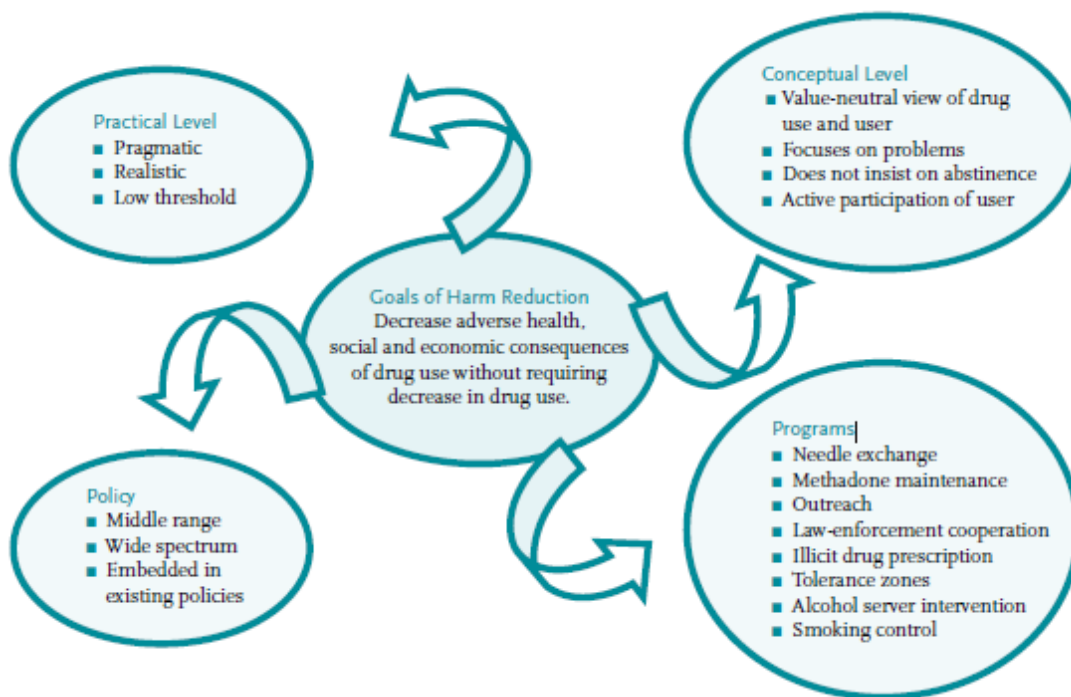
utforske pasienters holdninger og forståelse rundt avhengighet og behandling. Det andre temaet er knyttet til kunnskap om metadon, og nytte og risiko ved substitusjonsbehandling. I tillegg til kunnskap om riktig dosering, trenger sykepleiere forståelse for metadonets farmakokinetikk og farmakodynamikk, for bedre å kunne vurdere bivirkninger og interaksjoner. Sykepleiere kan da bidra til effektiv og trygg behandling. Det tredje temaet omhandler støtte. Sammen med ruslidelsen har pasienter også utfordringer knyttet til psykososial fungering og psykisk helse. Sykepleiere bør ivareta både fysiske, farmakologiske og psykososiale tiltak.

Registered Nurses' Association of Ontario (2009), Canada, har laget anbefalinger for god kunnskapsbasert sykepleiepraksis til pasienter med metadon: «Supporting Clients in Methadone Maintenance Treatment». Det anbefales at sykepleiere innarbeider kunnskap og ferdigheter om avhengighet i sin daglige sykepleiepraksis. Sykepleiere må blant annet ha kunnskap om ulike behandlinger for opioidavhengighet, inkludert substitusjonsbehandling, ha farmakologisk kunnskap, kunne administrere legemidler riktig, kunne tolke urinprøvesvar ved rusmiddelanalyser, ha kunnskap om smertebehandling til pasienter med substitusjonsbehandling, overvåke og behandle helseproblemer og/eller bistå pasienten i å bli henvist videre. Anbefalingene legger vekt på en helhetlig tilnærming med fokus på skadereduksjon. Sykepleiere bør også reflektere over egne holdninger og verdier for å legge til rette for en positiv og terapeutisk relasjon.

2.1.3 Skadereduksjon – en etisk tilnærming i sykepleie

Sykepleie til pasienter med ruslidelser, inkludert sykepleie til pasienter med substitusjonsbehandling, er basert på underliggende teoretiske prinsipper om skadereduksjon. Skadereduksjon som konsept er pragmatisk og vektlegger humanistiske verdier (Pauly 2008; Registered nurses' association of Ontario 2009). Den har en ikke-dømmende, pasientsentrert tilnærming til omsorg og behandling. Sykepleiere som bruker en skadereduserende tilnærming møter pasienter «der de er» når det gjelder pasienters ønske om endring, og jobber sammen med pasienten for å avklare mål og ha en pasientsentrert behandlingsplan (Registered nurses' association of Ontario 2009). Når avholdenhet fra rusmidler ikke er mulig, vil det være uetisk å ignorere andre måter å redusere menneskelig lidelse på. Siden en skadereduserende tilnærming ikke tvinger pasienter til å endre seg og respekterer pasienters valg, kan skadereduksjon sees på som en etisk tilnærming.

Skadereduksjon kan bidra til å øke tilgjengeligheten for helsehjelp (Pauly 2008). Det er i tråd med yrkesetiske retningslinjer at sykepleiere skal bidra aktivt «for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester» (Norsk sykepleierforbund 2011, s. 11).



Figur 1. Modell for skadereduksjon (Cheung 2000; Registered nurses' association of Ontario 2009)

2.2 Skadelig bruk og avhengighet

Definisjoner av begrepene finnes i diagnosesystemene ICD-10, fra Verdens helseorganisasjon, og DSM-5 som er utviklet av den amerikanske psykiaterforeningen. I DSM-5 er kategoriene «abuse» og «dependence» fra DSM-4 slått sammen til «substance use disorder», som graderes fra mild til alvorlig (American Psychiatric Association 2014).

ICD-10 er den offisielle klassifikasjonen som brukes i Norge. ICD-10 skiller mellom skadelig bruk og avhengighet. Med skadelig bruk vektlegges helseskade. Skadelig bruk er i hovedsak knyttet til fysisk og psykisk helseskade forårsaket av rusmiddelbruk og ikke knyttet til avhengighet (Statens helsetilsyn og WHO 2010).

Avhengighetssyndrom etter ICD-10 er når en rekke fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener utvikler seg etter gjentatt stoffbruk. Det kreves vanligvis bruk over tid før

avhengighetssyndrom oppstår. Det er viktig å skille mellom fysisk avhengighet og avhengighetssyndrom. Stort sett alle som har langvarig opioidbehandling utvikler fysisk avhengighet, toleranse og abstinens, som regnes som naturlige og til dels uunngåelige konsekvenser av legemiddelbruken. Ingen av disse forholdene indikerer avhengighetssyndrom (Helsedirektoratet 2014b). Diagnosen avhengighetssyndrom kan settes hvis tre eller flere av følgende seks kriterier har inntruffet samtidig siste år: Sterk lyst eller tvang til å innta substansen, vansker med å kontrollere bruken av den, fysiologisk abstinensstilstand ved redusert eller opphørt bruk, økt toleranse, opioidbruk får høyere prioritet enn andre interesser og forpliktelser, og fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser. Ett av to viktige kjennetegn må foreligge: inntak eller sterk trang til å innta substansen (Statens helsetilsyn og WHO 2010, s. 74).

Avhengighet forstås vanligvis i en biopsykososial modell, hvor både biologiske, psykologiske og sosiale forhold vektlegges (Helsedirektoratet 2010). I løpet av de siste tiårene har man fått økt forståelse for de biologiske mekanismene bak avhengighet (WHO 2009). Vedvarende og gjentatt tilførsel av opioider medfører endringer i hjernens belønningssystemer og motivasjonsbaner. Ved bruk av rusmidler vil frisetting av dopamin bli mye sterkere enn når man tilfredsstiller naturlige behov, noe som fører til at rusmiddelet blir viktigere enn andre hverdagslige gjøremål. Evnen til autonomi og kognitiv kontroll som impulsstyring vil svekkes (Bramness 2009; Rise 2010).

Diagnostisk er det stor forskjell på skadelig bruk og avhengighet, men i ROP-retningslinjen brukes ruslidelser som samlebegrep for både skadelig bruk og avhengighet (Helsedirektoratet 2012b), noe som også gjøres i denne masteroppgaven. Misbruk er ofte brukt i dagligtale, og tilsvarer det engelske «abuse». Begrepet brukes som regel om omfattende bruk av rusmidler for å oppnå ruseffekt (Helsedirektoratet 2014c). I fagsammenheng bør begrep som misbruk helst unngås, da det kan være moralsk ladet. Pauly og Goldstone (2008, s. 180) argumenter for at sykepleiere bør unngå objektiviserende begreper, da det kan bidra til ytterligere stigmatisering: «In order to impact a change in attitudes, there is a need to move to more respectful language in research and practice as part of a more ethical approach».

2.3 Legemiddelassistert rehabilitering

LAR er en del av tverrfaglig spesialisert behandling [TSB]. Selv om hele eller deler av gjennomføringen av behandlingen er overlatt til fastlege og kommunens helse- og sosialtjeneste, har spesialisthelsetjenesten ved lege i LAR overordnet ansvar for den medikamentelle behandlingen pasienten får. LAR i Norge bygger på et trepartssamarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, fastlege og kommunens helse- og sosialtjeneste (LAR-forskriften 2009). Denne samarbeidsmodellen vurderes i hovedsak som positiv av fastlegene, selv om den i noen grad innskrenker fastlegers autonomi (Waal mfl. 2012). 7433 pasienter var inkludert i legemiddelassistert rehabilitering i Norge pr. 31.12.14 (Waal mfl. 2015).

Grunnlaget for å sette i gang legemiddelassistert rehabilitering er opioidavhengighetssyndrom etter kriterier i ICD-10. Pasientens opioidavhengighet skal ha hatt et visst omfang og varighet før substitusjonsbehandling vurderes. Den medikamentelle behandlingen skal være en del av et helhetlig behandlingsforløp, hvor pasienten skal få «hjelp til å endre sin livssituasjon gjennom en gradvis bedring av vedkommendes optimale fysiske, psykiske, sosiale og yrkesmessige mestrings- og funksjonsnivå» (Helsedirektoratet 2010, s. 134). Opioider som heroin erstattes med daglig inntak av opioide legemidler som metadon eller buprenorfin. Legemidlene bidrar til stabil opioideffekt, og pasienten skal verken være abstinert eller ruspåvirket (WHO 2009). Et helhetlig behandlingsforløp skal sikres blant annet ved bruk av individuell plan, ansvarsgruppe, oppfølging av psykiske og fysiske helseproblemer og kommunal oppfølging i forhold til bolig, nettverk, sysselsetting og økonomi (Helsedirektoratet 2010).

Selv om målet med substitusjonsbehandling er redusert rusmiddelbruk og i noen tilfeller rusfrihet, er opioidavhengighetssyndrom en kronisk sykdom preget av tilbakefall (WHO 2009; Helsedirektoratet 2010), noe som kan bidra til at pasienter veksler mellom å være i og utenfor behandling (Dale-Perera, Goulao og Stöver 2012).

2.3.1 Individuelle rehabiliteringsmål

Pasientens funksjonsnivå, mestringsevner, ønsker og mål skal være styrende for rehabiliteringsmålet (Helsedirektoratet 2010). Bedre rusmestring og økt livskvalitet er rehabiliteringsmål i LAR, men det er ikke lenger et krav at pasienten oppnår rusfrihet (LAR-forskriften 2009). Selv om det å være avholdende fra rusmidler ofte sees på som det ideelle,

er skadereduserende tiltak et skritt på veien mot bedre helse og økt livskvalitet. En tilnærming preget av skadereduksjon vil kunne hjelpe pasienter med å redusere de helsemessige og sosiale konsekvensene av rusbruken (Registered nurses' association of Ontario 2009). Tjuetre prosent av LAR-pasientene hadde skadereduksjon som rehabiliteringsmål i LAR i 2014, det vil si at pasienten ikke hadde rusfrihet som mål i sin rehabilitering. Atten prosent av pasienten i LAR hadde en avhengighetspreget bruk av rusmidler, hvor rusmiddelbruken dominerte livsførselen (Waal mfl. 2015). Den delen av pasientgruppen i LAR som har skadereduksjon som målsetning vil ofte være mest synlig både for hjelpeinstanser og i gatebildet. Samtidig har over halvparten av pasientene i LAR (57 %) ikke brukt eller kun brukt rusmidler episodisk siste år, og har hatt god eller svært god rusmestring (Waal mfl. 2015). Selv om fokus i denne masteroppgaven er på pasienter i LAR som bruker rusmidler, er det viktig å understreke at denne subgruppen ikke er representativ for alle pasienter i LAR.

2.3.2 Substitusjonslegemidlene

I følge LAR-forskriften (2009) er særregulering nødvendig på grunn av bruken av sterkt vanedannende legemidler. I Norge er foreløpig bare metadon og buprenorfin godkjent som LAR-legemidler.

Metadon er en fullagonist med høy affinitet på opioidreseptorene. Effekten er sterkere jo høyere dosering som brukes. Maksimal serumkonsentrasjon nås etter 2-4 timer, og halveringstiden ligger vanligvis rundt 24 timer, med variasjon på 13-50 timer. Metadon kan som regel doseres en gang i døgnet uten at pasienter blir abstinent før neste dose (Lobmaier mfl. 2010). Metadon inntas stort sett som mikstur. Gjennomsnittlig daglig dosering i Norge er 96 mg (Waal mfl. 2015).

Buprenorfin er en partiell μ -reseptoragonist, samtidig som den er en kappa-reseptorantagonist (Soyka 2014). Tas buprenorfin først vil andre opioider i liten grad kunne fortrenge buprenorfin, fordi buprenorfin binder seg nesten irreversibelt til reseptoren. Buprenorfin kan dermed beskytte mot overdoser ved inntak av andre opioider. Tas buprenorfin når en har andre opioider i kroppen vil buprenorfin kunne fortrenge andre opioider fra reseptoren, noe som kan medføre kraftige abstinensreaksjoner (Lobmaier mfl. 2010). Halveringstiden ligger vanligvis mellom 24-40 timer, og maksimal serumkonsentrasjon nås vanligvis innen 1-2 timer. Virkningen øker ikke med økt dosering ut over et bestemt

doseringsnivå, noe som gjør at det er en såkalt takeffekt for respirasjonsdempning (Helsedirektoratet 2010). Buprenorfin doseres som oftest daglig, men kan også doseres hver andre eller hver tredje dag. Buprenorfin som monopreparat finnes som legemidlene Subutex® og Buprenorphine®, begge som resoritablett som administreres sublingvalt for oppsuging gjennom munnslimhinnen.

Buprenorfin finnes også som kombinasjonspreparatet Suboxone®, som administreres sublingvalt enten som resoritablett eller film. Suboxone® inneholder buprenorfin og opioidantagonisten nalokson i en 4:1 ratio (Soyka 2014). Administrert sublingvalt tas nalokson i liten grad opp gjennom slimhinnen. Hvis Suboxone® derimot injiseres, vil nalokson kunne blokkere den euforiske/analgetiske effekten av buprenorfin og fremskynde abstinensreaksjoner (Yokell mfl. 2011). Formålet med kombinasjonspreparatet er å redusere risiko for injisering og lekkasje til det illegale markedet (Helsedirektoratet 2010).

Gjennomsnittlig daglig dosering av buprenorfin (med eller uten nalokson) i Norge er 15-16 mg (Waal mfl. 2015).

Suboxone® er førstevalg i Norge på grunn av lavere overdoserisiko sammenlignet med metadon. Det skal gjøres individuelle vurderinger ved valg av medikament, og pasientens preferanser bør tillegges vekt. Kliniske erfaringer tilsier at metadon kan være gunstig om pasienten har uro, agitasjon eller tendens til psykotiske symptomer, mens buprenorfin kan være en fordel for pasienter med redusert kognitiv funksjon eller pasienter med nedstemthet og passivitet (Helsedirektoratet 2010). Selv om inntaket av LAR-legemidler er overvåket, kan buprenorfin være lettere å lure unna enn metadon på grunn av lang oppsugingstid siden buprenorfin tas sublingvalt. WHO (2009) anbefaler metadon som førstevalg, blant annet på grunn av kost-nyttevurderinger og erfaringer knyttet til lekkasje og illegal omsetning av buprenorfin. Andelen LAR-pasienter i Norge som bruker metadon har gått jevnt nedover de siste årene. Nå bruker 40 % metadon, 34 % bruker monopreparatet buprenorfin og 23 % bruker kombinasjonspreparatet Suboxone® (Waal mfl. 2015).

2.3.3 Lekkasje av substitusjonslegemidler

Det har vært økende fokus på lekkasje av LAR-legemidler i flere land de siste årene (Dale-Perera, Goulao og Stöver 2012; Havnes, Clausen og Middelthon 2013; Richert og Johnsen 2013; Bretteville-Jensen mfl. 2014; Soyka 2014; Johnsen og Richert 2015; Launonen mfl. 2015). Lekkasje er ofte definert som å selge eller dele LAR-legemidler. Både metadon og

buprenorfin er ettertraktet på det illegale markedet og har stort misbrukspotensial (Johnsen og Richert 2015). Motiver for å dele eller selge av sin medisin kan være å hjelpe en venn eller partner som er abstinert, ha behov for penger, eller å ha trappet ned eller ikke behøve hele dosen selv (Launonen mfl. 2015). Det er forsket lite på hvordan sykepleiere kan bidra til å redusere lekkasje av substitusjonsmedikamentene (Registered nurses' association of Ontario 2009).

Også i rusmiljøene i Norge er det registrert økt tilgjengelighet på substitusjonslegemidlene Suboxone® og Subutex® (Flesland og Knoff 2013; Bretteville-Jensen mfl. 2014; Flesland og Knoff 2014; Gjersing og Sandøy 2014). Den vanligste misbruksmåten for buprenorfin er at tablett eller film løses opp i vann og injiseres, og buprenorfin gir da en morfinliknende rus. Buprenorfin kan også brukes sublingvalt, sniffes eller inhaleres (røykes) for å oppnå ruseffekt (Yokell mfl. 2011; Soyka 2014). Når det gjelder metadon viser statistikken for Norge for de siste årene at metadonutløste overdoser har steget samtidig som antallet heroinoverdoser har gått ned. De fleste som hadde metadonutløste overdose har brukt metadon som ikke er forskrevet til dem. Det er ikke påvist hvor metadonet kommer fra, men lekkasje fra LAR kan være en forklaring (Helsedirektoratet 2014d).

Det er kjent at substitusjonslegemidler brukes illegalt av etablerte opioidavhengige, både personer med og uten substitusjonsbehandling. Årsaker kan være utilstrekkelig dosering av LAR-legemidler eller at substitusjonsbehandling er lite tilgjengelig (Bazazi mfl. 2011; Yokell mfl. 2011). I tillegg brukes LAR-legemidlene illegalt for å oppnå eufori/ruseffekt, vanligvis som en del av blandingsmisbruk (Johnsen og Richert 2015). Selv om LAR-legemidlene som regel brukes illegalt av personer som allerede har et rusproblem (Johnsen og Richert 2015), gir det grunn til bekymring at lekkasje av LAR-legemidler kan bidra å utvikle opioidavhengighet hos nye brukere og hos personer som eksperimenterer med illegale rusmidler (Yokell mfl. 2011).

Kontrolltiltak som strenge utleveringsordninger og overvåket inntak av legemidlene er ment å motvirke misbruk av legemidlene og forebygge skade på pasienter og tredjemann: «Av hensyn til samfunnet for øvrig, er det adgang til å vektlegge behovet for å hindre lekkasje av legemidlene til det illegale markedet og hindre at legemidlene inntas av andre enn pasienten selv» (LAR-forskriften 2009). Gjennomsnittlig utlevering av LAR-legemidler i Norge er 3,8 ganger i uken. I 2014 fikk 53 % av pasientene LAR-legemidlene utlevert på apotek, mens

resten fikk utlevert LAR-legemidlene av kommunale tjenester, ved egne LAR-sentre, institusjoner eller fengsel (Waal mfl. 2015).

2.4 Rustrender i Europa og Norge

I følge det europeiske narkotikaovervåkningsorganet EMCDDA og Europol (2013) er det internasjonale narkotikamarkedet i stadig endring. Globalisering påvirker flyten av rusmidler, og dermed tilgjengelighet og etterspørsel. Det medfører et dynamisk narkotikamarked som endrer seg raskere enn før. Det ser ut til at brukerne i større grad enn tidligere bruker flere ulike rusmidler, og erstatter et rusmiddel med et annet. Bruken av sentralstimulerende rusmidler, inkludert kokain og metamfetamin, er økende. Bruken av syntetiske rusmidler er også økende, og denne trenden vil sannsynligvis fortsette. Cannabismarkedet er utbredt og robust. Man ser høy etterspørsel, og mangfold av cannabisprodukter.

Selv om trenden er at heroin ser ut til å være mindre tilgjengelig i Europa enn tidligere, er heroin fortsatt en utfordring på grunn av potensialet for overdoser, avhengighet og helsefare ved injisering. Heroin dominerer fortsatt som primærrusmiddelet for 88 % av pasienter som kom i behandling for opioid bruk. I perioder med dårlig tilgang på heroin kan det se ut til at det har vært en økning i bruk av alkohol og benzodiazepiner, buprenorfin, fentanyl og til en viss grad metadon. Man ser også økt injisering av sentralstimulerende rusmidler når heroin er lite tilgjengelig (EMCDDA 2011). I noen land er heroin erstattet av andre opioider, som illegal buprenorfin i Finland og det potente syntetiske opioidet fentanyl i Estland. Også i Danmark ser man en nedgang i heroinbruk sammenlignet med andre opioider (EMCDDA og Europol 2013).

I Norge har det siden begynnelsen av 2000-tallet vært reduksjon i antall beslag av amfetamin, mens det de siste årene frem til 2010 har vært en sterk økning i beslag av metamfetamin (Skretting mfl. 2015). Siden 2010 ser man også økning i antall beslag av kokain, ecstasy, LSD og GHB/GBL. Når det gjelder hasj og marihuana har antall beslag doblet seg siden slutten på 1990-tallet. Det beslaglegges mer marihuana nå enn tidligere, og man regner med at denne utviklingen skyldes økt innenlands produksjon. Opioider har hatt en jevn nedgang siden år 2000, men antall beslag har variert fra år til år (Skretting mfl. 2015). Nye stoffer som opioidet fentanyl er registrert i rusmiljøet i Bergen (Flesland og Knoff 2013). Også i Norge er bruken av nye syntetiske rusmidler økende, og ifølge Statens institutt for

rusmiddelforskning (SIRUS 2015) er totalt 99 helt nye psykoaktive stoffer oppdaget i Norge siden 2009.

2.5 Hensikt

For å kunne bidra til trygg og kompetent behandling av pasienter med substitusjonsbehandling trenger sykepleiere oppdatert kunnskap om rustrender og pasienters legemiddel- og rusmiddelbruk. Det er derfor gjennomført en studie hvor hensikten var å få mer kunnskap om pasienters bruk av illegale legemidler og rusmidler siste 90 dager før rusbehandling. Det var av særlig interesse å få mer kunnskap om i hvilken grad LAR-legemidlene brukes illegalt. I tillegg var det ønske om mer kunnskap om hvilke andre rusmidler og legemidler som blir brukt, og hvilken samtidig bruk det er mellom LAR-legemidler og andre rusmidler. Funn er drøftet opp mot tidligere studier og relevant klinisk sykepleiepraksis.

2.5.1 Forskningsspørsmål

1. Hvilke rusmidler og legemidler er mest brukt, og hvilke inntaksmåter er vanligst?
2. Er det forskjell i bruken av ulike rusmidler ut fra alder og kjønn?
3. Hvem bruker LAR-legemidler illegalt?
4. Hvilken konsekvens kan bruken av illegale legemidler og rusmidler ha for sykepleie og behandling?

3.0 METODE

3.1 Kvantitativ metode

Kvantitativ forskning undersøker fenomener ved bruk av kvantifiserbare data (Polit og Beck 2012). Studien har et deskriptivt design. Formålet med deskriptive studier er ifølge Polit og Beck (2012, s. 226) «å observere, beskrive og dokumentere aspekter ved en situasjon som den naturlig oppstår (...)». Siden hensikten med studien er å få mer kunnskap om pasienters bruk av rusmidler og legemidler, er det valgt tverrsnittsdesign med bruk av spørreskjema som metode. Tverrsnittstudier er aktuelle når man ønsker å beskrive forekomst og fordeling av et fenomen på et gitt tidspunkt (Polit og Beck 2012). Fordelen med tverrsnittstudier er at man kan undersøke mange personer samtidig, og at det er enkelt å gjennomføre. En ulempe er at tverrsnittstudier «ikke kan påvise årsak-virkning, eller om andre forhold påvirker sammenheng mellom variablene» (Drageset og Ellingsen 2009, s. 107).

3.2 Utvalg

Denne studien er et samarbeid mellom Sykehuset Innlandet HF og Senter for rus- og avhengighetsforskning [Seraf] ved Universitet i Oslo. Som del av et større internasjonalt samarbeidsprosjekt gjennomfører Seraf en nasjonal multisenterstudie av rusbruksmønstre for personer som søker seg til rusbehandling. Norge, representert ved Seraf, er et av seks europeiske land som bidrar med data til internasjonale sammenligninger av rusbruksmønstre. Inklusjonskriteriet er pasienter som begynner en ny behandlingsepisode for opioid rusmiddellidelse ved utvalgte sentre. Studien skal gå over ti år, og samle inn mellom 100-150 skjema i året.

Sykehuset Innlandet HF deltar i den nasjonale multisenterstudien, og Sanderud sykehus, Enhet for avgiftning, skal samle inn 25 spørreskjemaer i året i ti år. Det ble avklart at data fra Sykehuset Innlandet HF kunne brukes i masteroppgaven. Innenfor rammen av masteroppgaven ble antall informanter satt til 50, derfor ble det 24. februar 2015 sendt forespørsel til avd. TSB, Enhet for avgiftning, om bistand til å rekruttere 25 deltagere ekstra, se vedlegg 2. Det ble også sendt søknad fra prosjektleder ved Seraf til Regional etisk komite (REK) om utvidelse i forbindelse med masteroppgaven. Det viste seg imidlertid vanskelig å rekruttere så mange som 50 respondenter i løpet av året fra Sykehuset Innlandet HF, og i

samarbeid med prosjektleder ved Seraf, fikk forfatteren høsten 2015 tilgang til alle data som siste år er samlet inn i den nasjonale studien.

Et representativt utvalg skal være så likt populasjonen som mulig (Polit og Beck, s. 275). Det er stor usikkerhet knyttet til hvor mange injiserende rusbrukere det er i Norge. Et anslag er 8400 injiserende narkotikabrukere i 2012, men antallet er svært usikkert. Pasienter i LAR er ikke med i dette anslaget, med unntak av de LAR-pasientene som også inntar illegale opioider, noe som gjelder anslagsvis ti prosent av LAR-pasientene i Norge. Annen høyrisikobruk av narkotika er ikke beregnet nasjonalt (Skretting mfl. 2015).

Med utgangspunkt i inklusjonskriteriet var utvalget et bekvemmelighetsutvalg, det vil si et utvalg hvor man rekrutterte de lettest tilgjengelige deltakerne (Polit og Beck 2012).

Pasienter som søker seg til rusbehandling vil vanligvis ha diagnoser tilsvarende skadelig bruk eller avhengighet av en eller flere rusmidler. LAR-pasienter som starter rusbehandling har vanligvis enten nylig startet substitusjonsbehandling, eller tilhører den gruppen av LAR-pasienter som på grunn av pågående rusmiddelbruk har behov for innleggelse eller behandling i spesialisthelsetjenesten. Respondentene ble rekruttert fra ulike behandlingstiltak i Sør-Norge, ved fem helseforetak: Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF, Sørlandet sykehus HF, St. Olav Hospital HF og Helse Bergen HF. Både pasienter med og uten LAR som startet rusbehandling ble rekruttert.

Det kom inn totalt 80 skjemaer: 26 skjemaer fra enhet for avgiftning ved Sykehuset Innlandet, 27 skjemaer fra avgiftningsenhet ved Sørlandet sykehus, fire skjemaer fra St. Olavs hospital, tre skjemaer fra Helse Bergen og 20 skjemaer fra Oslo Universitetssykehus. I Oslo er det rekruttert både fra LAR øst (4) og ruspoliklinikk (1), og fra LASSO (15), som er et samarbeidsprosjekt mellom Velferdsetaten i Oslo kommune og Oslo Universitetssykehus. Innsamlingsperioden varte fra 27. november 2014 til 15. september 2015. Svarprosenten er ikke kjent.

3.3 Spørreskjemaet

Spørreskjemaet er standardisert og oversatt til norsk, se vedlegg 5. Det består av fire sider med 20 spørsmål, hvorav to sider som kartlegger legemiddel og rusmiddelbruk. I første del av spørreskjemaet ble det bedt om bakgrunnsinformasjon som kjønn, alder, tidligere og nåværende behandling, hva som er hovedrusmiddel, inntaksmåter og overdoser. I andre del

ble respondentenes bruk av en rekke vanedannende legemidler (blant annet opioider, sentralstimulerende legemidler og benzodiazepiner) og rusmidler siste 90 dager før innleggelse kartlagt. Respondentene skulle krysse av hvorvidt de har brukt de ulike rusmidler eller legemidlene til å oppnå rus, og hvilke inntaksmåter som har vært benyttet. I siste del av spørreskjemaet ble respondentene spurt om hvilke rusmidler og legemidler som vanligvis kombineres, og om de har opplevd kroniske smerter. De fleste variablene er dikotome, med ja/nei svar. Spørreskjemaet ble fylt ut av pasienten alene som selvutfylling. Pasienter kunne be om bistand til utfylling. Personalet som bisto pasientene deltok ikke i analyse og bearbeiding av data.

Ut fra rammen i masteroppgaven er kun resultater som er relevante i forhold til forskningsspørsmålene presentert.

3.4 Statistiske analyser

Materialet ble analysert ved bruk av IBM SPSS, versjon 21. For å beskrive resultater, sentraltendens, spredning og variasjon er det brukt antall, prosent, gjennomsnitt, standardavvik (SD), median og maksimum/minimum.

Når det gjelder slutningsstatistikk kan Students t-test brukes ved kontinuerlige variabler hvor det tas utgangspunkt i gjennomsnitt i et normalfordelt datasett (Bjørndal og Hofoss 2004). Alder til respondentene i denne studien er tilnærmet normalfordelt, med liten forskjell på gjennomsnitt og median. Det ble derfor brukt Students t-test for uavhengige utvalg ved sammenligning av alder og alder ved første gangs behandling mellom kvinner og menn og mellom respondenter med og uten LAR. Students t-test ble også brukt ved undersøkelse av gjennomsnittlig alder mellom gruppene når det gjelder bruk av ulike rusmidler. Ved skjevfordelte data er det brukt en ikke-parametrisk test, Mann-Whitney U-test. Det gjelder blant annet undersøkelse av forskjell mellom kvinner og menn og mellom respondenter med og uten LAR i antall ganger i behandling og forskjell i antall rusmidler som har vært brukt, og forskjell i alder på de som har brukt de ulike hovedrusmidlene.

Kji-kvadrattest brukes ved kategoriske variabler. Kji-kvadrat kan brukes «til å teste om det er sammenheng mellom to variabler i populasjonen» (Bjørndal og Hofoss 2004, s. 109). Når utvalget er lite, og når den forventete fordelingen gir tall under fem i mer enn en rute i tabellen, er det brukt Fishers eksakte test (Bjørndal og Hofoss 2004). Forskjeller i bruk av

ulike rusmidler mellom pasienter med og uten LAR og mellom kvinner og menn ble undersøkt med kji-kvadrattest eller Fishers eksakte test.

Funn er rapport med andeler og p-verdi. Signifikansnivået ble satt til fem prosent ($p \leq 0,05$).

Ulike legemidler er slått sammen til grupper for å lette analysen. Variabler om rusmiddelbruk er dikotomisert til «ja» og «nei». Det vil si at «ja» er de som positivt har svart at de har brukt legemiddelet/rusmiddelet, og alle andre er «nei». «Nei» er slått sammen av de som har svart «nei» og de som ikke har svart. I spørreskjemaet er respondenter bedt om å la feltene stå åpne på de rusmidlene og legemidlene de ikke har brukt, og det er rimelig å anta at der respondenter ikke har svart er det fordi de anser stoffet som uaktuelt eller ukjent.

3.5 Etiske overveielser

Medisinsk og helsefaglig forskning er en samfunnsnyttig aktivitet. God og etisk forskning kjennetegnes av at den er medisinsk og helsefaglig forsvarlig, det vil si at forskningsdeltakere ikke utsettes for risiko. Forskingen skal være av høy vitenskapelig kvalitet, og skal gi ny og nyttig kunnskap. Det er også krav om at forskeren skal være etisk bevisst. Forskingen skal være etisk forsvarlig, det vil si at forskningen skal respektere og fremme menneskeverd og menneskerettigheter (Helse- og omsorgsdepartementet 2005; Helseforskningsloven 2008).

3.5.1 Søknad til Regional etisk komite

Helseforskningsloven (2008) gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger. Personopplysningsloven (2000) vil også gjelde, med mindre noe annet følger av helseforskningsloven. Europad-studien ble godkjent av regional etisk komite den 25.04.14. Prosjektleder ved Seraf, UIO, søkte REK om utvidelse i forbindelse med masteroppgaven, som ble godkjent 08.04.15. Prosjektleder ved Seraf vurderte at det ikke trengtes ny endringsøknad til REK forbindelse med tilgang til hele datasettet. Studien er registrert hos forskningsavdelingen ved Sykehuset Innlandet HF.

3.5.2 Samtykke

Respondenter ble gitt informasjon om studien og forespurt om deltakelse. Frivillig forskningsdeltakelse ble sikret gjennom muntlig samtykke. Samtykkekravet er begrunnet i den enkeltes selvbestemmelsesrett og personlige integritet (Helse- og omsorgsdepartementet 2005; Helseforskningsloven 2008). Informert samtykke innebærer at

deltakere ikke kun skal ha adekvat informasjon om forskningsprosjektet, de må forstå både hensikt og konsekvenser ved deltagelse, og de må foreta en selvstendig og frivillig avgjørelse om de vil delta eller ikke (Helseforskningsloven 2008; Polit og Beck 2012).

Polit og Beck (2012, s. 158) nevner følgende informasjon som må gis for at samtykke skal være informert: At deltageren skjønner forskjell på behandling og forskning, hva som er formålet med studien, type data som samles inn, prosedyrer, hvilke forpliktelser deltagelse gir, økonomiske virkemidler, utvelgelseskriterier, potensiell risiko, potensiell nytte, alternative behandlingsmåter, kompensasjon, konfidensialitet, frivillighet, mulighet for å trekke seg og kontaktdata.

3.5.3 Anonymitet

Spørreskjemaet var anonymt. Respondentene skulle ikke oppgi persondata utenom alder og kjønn, noe som gjør at det ikke skal være mulig å identifisere enkeltpersoner i resultatet. Anonymitet i forskning oppnås kun når forskeren ikke på noen måte kan knytte data til enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte (Personopplysningsloven 2000; Polit og Beck 2012). Siden besvarelsen var anonym, var det ikke aktuelt med skriftlig samtykkeskjema, og respondenter hadde ikke mulighet til å trekke seg etter at skjemaet var levert inn.

3.5.4 Risiko/nytttevurdering

Studiens oppbygning og valg av metode kan være avgjørende for studiens kvalitet, og dermed nytteverdien (Helse- og omsorgsdepartementet 2005). Etisk god forskning innebærer at forskere bør velge signifikante tema, som kan føre til forbedret praksis: «Det regnes som uetisk å utsette mennesker for risiko, uten at det finnes noen utsikter til fremtidig nytte» (Helse- og omsorgsdepartementet 2005, s. 132). Samtidig skal ikke kravet til kvalitet og nytte være så høyt at den akademiske eller intellektuelle forskningsfriheten begrenses (Helse- og omsorgsdepartementet 2005). Deltagere skal ikke utsettes for ubehagelig påvirkning eller skade, verken fysisk, psykisk, økonomisk eller sosialt: «Hensynet til deltakernes sikkerhet, personvern og velferd skal gå foran vitenskapen eller samfunnets interesser» (Helse- og omsorgsdepartementet 2005, s. 142-143). Dette er i tråd med Helsinkideklarasjonen. Minimal risiko er definert som risiko som ikke er større enn det man vanligvis står overfor i dagliglivet (Helse- og omsorgsdepartementet 2005; Polit og Beck 2012). Risikoen for respondenter ved deltagelse i denne studien var minimal, og deltagelse

påvirket ikke behandlingen. Ulempen ansees å være tiden respondenten brukte på å svare på spørreskjemaet.

3.5.5 Andre forskningsetiske overveielser

Samtykkekompetanse er ikke statisk, og kan forandres over tid (Slettebø 2013). Både psykisk lidelse og rustilstand kan påvirke samtykkekompetanse, og man bør unngå å inkludere pasienter som bruker rusmidler i situasjoner hvor samtykkekompetansen kan være mangelfull. Ifølge Ruyter (2008, s. 70) har rusavhengige evne til å ta frivillige og informerte valg, og det er «av stor viktighet å fremme forskning som inkluderer utsatte grupper, slik som rusbrukere er». Når pasienten er avgiftet og over den verste abstinensfasen er det lettere å sikre at pasienten er samtykkekompetent, har fått informasjon og forstått hva deltagelse innebærer.

Den nasjonale studien til Seraf varer i 10 år. Dataene er lagret ved sikker server ved forskningsavdelingen ved Sykehuset Innlandet HF.

4.0 RESULTAT

4.1 Kjønn, alder, tidligere og nåværende behandling

Utvalget besto av 80 respondenter, hvorav 58 menn (73 %) og 22 kvinner (28 %).

Gjennomsnittsalder for hele utvalget var 35 år (n=78). Den yngste var 18 år og den eldste 58 år. Mennene var noe eldre enn kvinnene, jf. tabell 1.

Respondentene ble spurt om når de sist var i rusbehandling før de begynte i nåværende rusbehandling. Det var ikke definert i spørreskjema om rusbehandling var poliklinisk eller inneliggende rusbehandling. For 57 respondenter (71 %) var det mer enn måned siden siste behandling, mens 12 respondenter (15 %) har ikke hatt rusbehandling tidligere. I tillegg til spørsmål om tidligere rusbehandling, ble respondenten spurt om de hadde behandling for opioid avhengighetslidelse på undersøkelsestidspunktet. Av de 12 respondentene som ikke hadde hatt rusbehandling tidligere oppga tre å ha LAR på undersøkelsestidspunktet. De andre ni respondentene hadde ikke hatt rusbehandling tidligere og hadde heller ikke behandling for opioid avhengighetslidelse. Tjueen respondenter (26 %) hadde ikke LAR, men syv av de 21 hadde oppgitt annen behandling for opioid avhengighetslidelse, som innleggelse til avgiftning.

For å kunne svare på forskningsspørsmål om hvem som bruker LAR-legemidler er det valgt å se nærmere på om det er forskjell i rusmiddelbruken mellom respondenter med og uten LAR. For å kunne gjøre sammenligninger er de 21 respondentene som har svart «nei» på spørsmål om LAR og de ni som aldri har hatt rusbehandling slått sammen i en gruppe på 30 respondenter (38 %) som ikke har LAR.

Femti respondenter (63 %) hadde behandling for opioid avhengighetslidelse i form av LAR på undersøkelsestidspunktet. Av de 50 som hadde LAR var 38 (76 %) menn og 12 (24 %) kvinner. Av de i LAR hadde 35 (70 %) respondenter buprenorfin og ni (18 %) hadde metadon som LAR-legemiddel. Seks respondenter (12 %) hadde ikke svart på hvilket LAR-legemiddel de brukte.

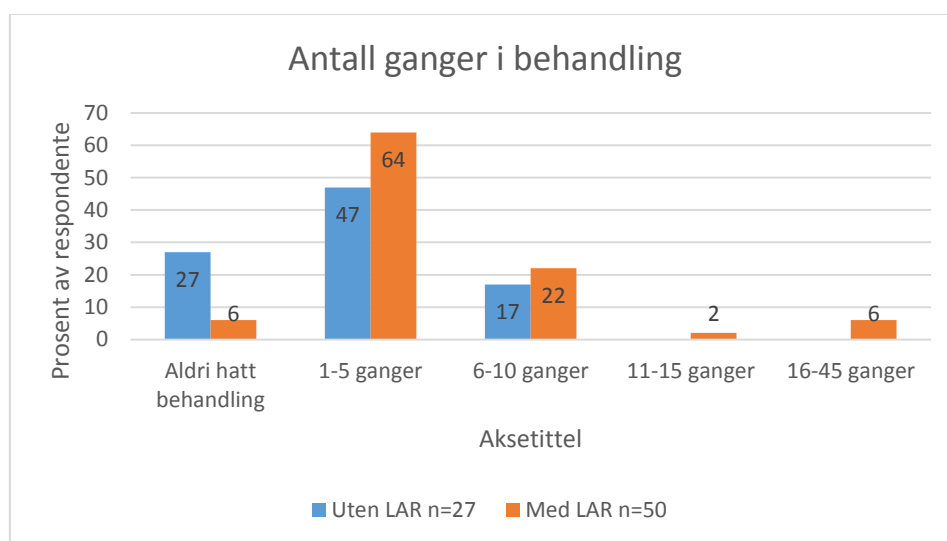
Det var ingen signifikante forskjeller mellom kvinner og menn eller mellom de med og uten LAR når det gjelder forskjell i gjennomsnittsalder og gjennomsnittsalder for første gang i behandling, jf. tabell 1.

Tabell 1. Gjennomsnittsalder og gjennomsnittsalder første gangs behandling. Forskjeller mellom kvinner og menn og mellom respondenter med og uten LAR

Variabel	Alle	Menn	Kvinner	P-verdi*	Med LAR	Uten LAR	T-test P-verdi
Gjennomsnittsalder (SD)	35 (10) n=78	36 (10) n=57	33 (11) n=21	0,292	37 (9) n=48	33 (11) n=30	0,153
Gjennomsnittsalder første gangs behandling (SD)	26 (8) n=68	26 (8) n=49	24 (7) n=19	0,479	26 (8) n=48	25 (7) n=20	0,684

Respondentene ble spurt om hvor mange ganger de har vært i behandling. Median antall ganger i rusbehandling var tre, med variasjon fra 0 til 45 ganger (n=77). De fleste, det vil si 46 respondenter (58 %) hadde vært mellom en og fem ganger i behandling. Det var ingen signifikant forskjell mellom kvinner og menn i antall ganger i behandling (p=0,423).

Respondenter med LAR hadde vært signifikant flere ganger i behandling enn de uten LAR (p=0,025), jf. figur 2.



Figur 2. Antall ganger tidligere behandling for respondenter med og uten LAR

4.2 Hvilke rusmidler var mest brukt siste 90 dager

Respondentene ble bedt om å oppgi hvilken bruk de hadde hatt av ulike vanedannende legemidler og rusmidler de siste 90 dagene.

For å lette oversikten ved presentasjon av resultatene er noen av legemidlene fra spørreskjemaet slått sammen. Benzodiazepiner består av Sobril[®], Valium[®], Rivotril[®], Xanor[®] og «andre» benzodiazepiner. Sentralstimulerende legemidler består av legemidler med metylfenidat, som Ritalin[®] og Concerta[®], og legemidler fra legemiddelfirma med amfetamin.

For å kunne se spesielt på bruk av LAR-legemidler er gruppen opioide legemidler delt i to grupper. Den ene gruppen består av opioide LAR-legemidler, det vil si buprenorfin, Subutex[®], Suboxone[®], Suboxone[®] film og metadon mikstur og metadon tablett. Den andre gruppen består av opioide legemidler med virkestoff oksykodon, fentanyl, tramadol, morfin, ketobemidon, petidin, kodein og oksymorfon, og legemidler med virkestoff buprenorfin som vanligvis ikke gis som substitusjonslegemidler (Temgesic[®], Norspan[®]). Når begrepet opioide legemidler brukes i oppgaven menes opioide legemidler unntatt LAR-legemidlene. Tabell for bruk av legemidler og rusmidler gruppert etter rekkefølge i spørreskjemaet ligger som vedlegg 1.

Benzodiazepiner var mest brukt for å oppnå rus siste 90 dager, etterfulgt av amfetamin. Buprenorfin var det mest brukte opioidet, mens andre opioide legemidler og heroin var omtrent like mye brukt. Det var ingen signifikante forskjeller mellom kvinner og menn i bruk av ulike rusmidler og legemidler, med ett unntak: Kvinner brukte mer opioide legemidler enn mennene, jf. tabell 2.

Ingen av respondentene brukte legemidler med virkestoff sufentanil, hydrokodon, hydromorfon og tapentadol. Det potente opioidet fentanyl var brukt av tre respondenter (4 %).

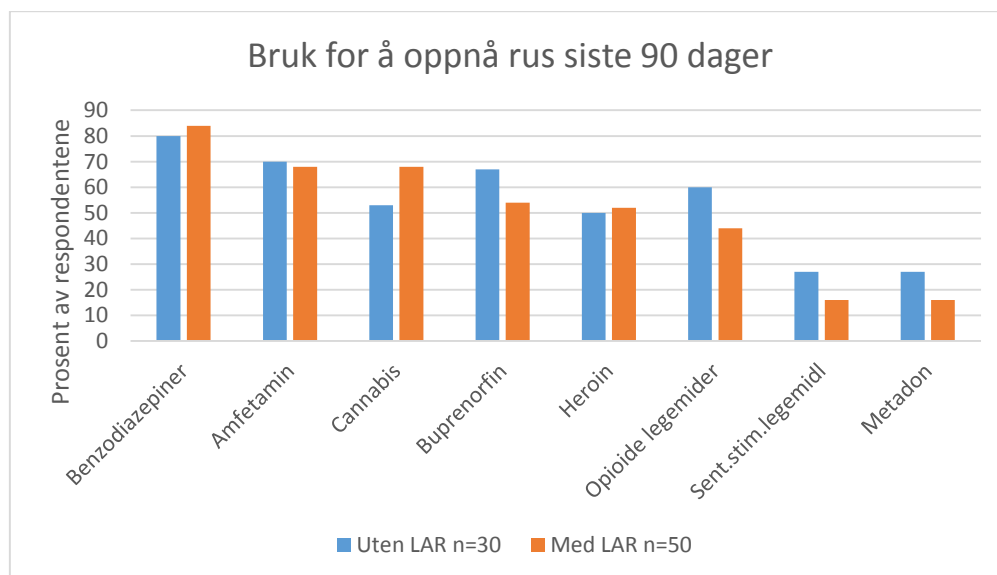
Tabell 2. Hvilke rusmidler og legemidler var mest brukt siste tre måneder for å oppnå rus.

Antall (prosent) som har brukt de ulike midlene, og forskjeller mellom kvinner og menn

Legemidler og rusmidler	Antall (prosent) som har brukt rusmiddelet n=80	Antall (prosent) kvinner som har brukt rusmiddelet n=22	Antall (prosent) menn som har brukt rusmiddelet n=58	Kji-kvadrat* P-verdi
Benzodiazepiner	66 (83)	17 (77)	49 (85)	0,449
Gateamfetamin	55 (69)	14 (64)	41 (71)	0,543
Cannabis	50 (63)	14 (64)	36 (62)	0,897
**LAR-legemidler	50 (63)	15 (69)	35 (60)	0,518
Buprenorfin	47 (59)	14 (64)	33 (57)	0,585
Metadon	16 (20)	6 (27)	10 (17)	0,317
Heroin	41 (51)	11 (50)	30 (52)	0,890
Opioide legemidler	40 (50)	16 (73)	24 (41)	0,012
Sentralstim. legemidl.	16 (20)	7 (32)	9 (16)	0,124

*Fishers eksakte test når forventet fordeling gir tall under fem i mer enn en rute. **LAR-legemidler er buprenorfin og metadon slått sammen

Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom respondenter med og uten LAR når det gjaldt bruk av de ulike rusmidlene, jf. figur 3.



Figur 3. Bruk av ulike rusmidler siste tre måneder for å oppnå rus. Forskjeller i bruk mellom respondenter med og uten LAR. Tabellen med forskjeller mellom respondenter med uten LAR i bruk av ulike rusmidler for å oppnå rus ligger som vedlegg 1.

4.2.1 Alder

Når det gjelder alder på de som brukte de ulike rusmidlene var det ingen signifikante forskjeller, med unntak av at de som brukte buprenorfin var signifikant yngre enn de som ikke brukte buprenorfin. Tendensen ble sterkere for buprenorfin og metadon tilsammen, men var ikke signifikant for metadon alene.

Tabell 3. Gjennomsnittsalder på dem som har brukt og dem som ikke har brukt de ulike legemidlene rusmidlene de siste tre måneder for å oppnå rus

Legemidler og rusmidler	Antall respondenter som har brukt rusmidlene n=80	Gjennomsnittsalder på dem som har brukt de ulike rusmidlene (SD) n=78	Gjennomsnittsalder på dem som ikke har brukt de ulike rusmidlene (SD) n=78	T-test P-verdi
Benzodiazepiner	66 (83)	36 (10)	33 (9)	0,288
Gateamfetamin	55 (69)	35 (10)	36 (11)	0,969
Cannabis	50 (63)	35 (10)	36 (11)	0,886
*LAR-legemidler	50 (63)	32 (10)	40 (9)	0,001
*Buprenorfin	47 (59)	33 (10)	39 (10)	0,010
*Metadon	16 (20)	33 (10)	36 (10)	0,369
Heroin	41 (51)	35 (10)	36 (10)	0,534
Opioide legemidler	40 (50)	36 (10)	35 (9)	0,571
Sentralstim. legemidler	16 (20)	33 (12)	36 (10)	0,479

*LAR-legemidler er buprenorfin og metadon slått sammen

Blant benzodiazepinene var Rivotril® (74 %) og Xanor® (55 %) mest bruk, mens blant opioide legemidler var legemidler med virkestoff morfin (30 %) og oksykodon (25 %) mest brukt.

4.2.2 Antall rusmidler

Pasientene inntok i gjennomsnitt åtte (median 6) ulike illegale legemidler og rusmidler for å oppnå rus de siste 90 dagene før behandlingsstart. Gjennomsnittlig to rusmidler (SD 2) ble injisert. En respondent brukte alkohol og ulike forskrevne opioider de siste 90 dagene, og derfor ingen illegale legemidler og rusmidler. Kvinner brukte flere rusmidler enn menn. Det

var ingen signifikante forskjeller i rusmiddelbruken mellom menn og kvinner og respondenter med og uten LAR, jf. tabell 4.

Tabell 4. Median antall rusmidler brukt siste 90 dager for å oppnå rus

Median antall rusmidler	Alle n=80	Kvinner n=22	Menn n=58	P-verdi*	Med LAR n=50	Uten LAR n=30	P-verdi*
Median antall rusmidler (min-max)	6 (0-32)	7,5 (1-22)	6 (0-32)	0,250	6,5 (1-32)	6 (0-21)	0,952

*Mann-Whitney U-test

4.3 Mest brukte hovedrusmiddel siste 90 dager

Respondentene ble spurt om hvilket hovedrusmiddel (primærrusmiddel) de hadde brukt for å oppnå rus siste 90 dager. Det skulle krysses av for kun ett hovedrusmiddel. Tolv respondenter krysset av flere rusmidler, og er derfor ikke tatt med i tabell 5. Av disse oppga syv respondenter ulike kombinasjoner av heroin, buprenorfin og benzodiazepiner. Fem respondenter oppga ulike kombinasjoner av amfetamin og opioider, benzodiazepiner eller THC.

Som tabell 5 viser var heroin og buprenorfin de rusmidlene flest oppga som hovedrusmiddel. Det var signifikant flere respondenter uten LAR som oppga buprenorfin som hovedrusmiddel, ellers ingen signifikante forskjeller i hovedrusmiddel for respondenter med og uten LAR. Det var kun små forskjeller i hva kvinner og menn oppga som hovedrusmiddel, og ingen av disse forskjellene var statistisk signifikante.

Tabell 5. Hovedrusmiddel siste 90 dager. Antall (prosent) som har brukt ulike hovedrusmiddel, og forskjeller i bruk av hovedrusmiddel mellom respondenter med og uten LAR

Hovedrusmiddel brukt for å oppnå rus siste 90 dager	Antall (prosent) som brukte hovedrusmiddel n=68	Antall (prosent) uten LAR som brukte hovedrusmiddel n=26	Antall (prosent) med LAR som brukte hovedrusmiddel n=42	Kji-kvadrat P-verdi
Heroin	26 (38)	8 (27)	18 (36)	0,388
Buprenorfin	14 (21)	10 (33)	4 (8)	0,004
Amfetamin	10 (15)	3 (10)	7 (14)	0,736
Benzodiazepiner	6 (9)	1 (3)	5 (10)	0,402
*Andre	12 (18)	4 (15)	8 (19)	0,756

*Andre hovedrusmidler er morfin, cannabis, fentanyl, metadon, oksykodon og alkohol

4.3.1 Alder hovedrusmiddel

Tabell 6 viser forskjell i gjennomsnittsalder mellom respondenter med og uten bruk av ulike hovedrusmidler. De som brukte buprenorfin var signifikant yngre enn de som brukte andre hovedrusmidler, mens respondenter som brukte amfetamin som hovedrusmiddel var signifikant eldre. Ellers var det ingen signifikante forskjeller.

Tabell 6. Antall, og forskjell i gjennomsnittsalder, på dem som har brukt og ikke brukt ulike hovedrusmidler

Hovedrusmiddel brukt for å oppnå rus siste 90 dager	Antall (prosent) som brukte hovedrusmiddel n=68	Gjennomsnittsalder (SD) for dem som har brukt hovedrusmiddel	Gjennomsnittsalder (SD) for dem som ikke har brukt hovedrusmiddel	P-verdi*
Heroin	26 (38)	33 (10)	37 (10)	0,037
Buprenorfin	14 (21)	30 (7)	37 (10)	0,017
Amfetamin	10 (15)	43 (7)	34 (10)	0,009
Benzodiazepiner	6 (9)	32 (8)	36 (10)	0,334
**Andre	12 (18)	38 (11)	33 (10)	0,128

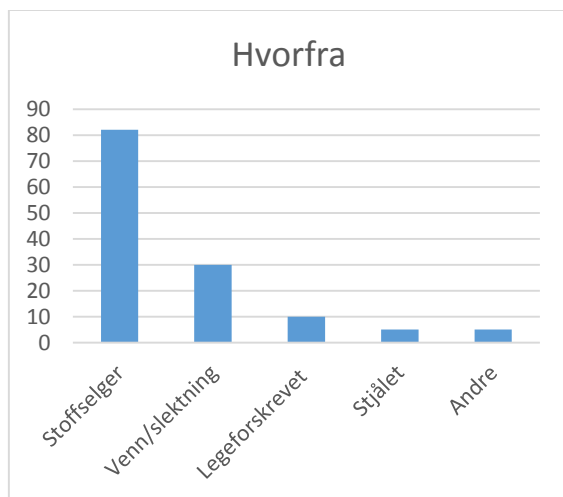
*Mann-Whitney U-test

**Andre hovedrusmidler er morfin, cannabis, fentanyl, metadon, oksykodon og alkohol.

4.3.2 Hvor fikk respondentene hovedrusmiddelet fra

På spørsmålet om hvor informantene fikk sitt hovedrusmiddel fra var flere svaralternativer mulig. Det vanligste var å få tak i hovedrusmiddelet fra stoffselger (83 %). Det nest vanlige var å få hovedrusmiddelet fra venn eller slektning (30 %). Ti prosent fikk hovedrusmiddel legeforskrevet, mens fem prosent stjal hovedrusmiddelet. Fire informanter fikk legemidler hos tannlege, legevakt eller ø-hjelp, produserte rusmiddel selv eller forfalsket resepter. Ingen kjøpte rusmidler eller legemidler ved hjelp av internett.

Av de som oppga å få rusmidler fra venn/slektning var det vanligste hovedrusmiddelet respondenten brukte enten buprenorfin (35 %), heroin (25 %), amfetamin (15 %) eller benzodiazepiner (10 %).



Figur 4. Hvor fikk respondentene tak i hovedrusmiddel fra

4.4 Ulike inntaksmåter for å oppnå rus

På spørsmål om inntaksmåter av de ulike rusmidlene og legemidlene for å oppnå rus, kunne respondentene krysse på flere svaralternativ: «Tygget og deretter svelget», «Røyket», «Sniffet» og «Injisert».

De fleste legemidlene og rusmidlene ble inntatt på flere måter. Førtini respondenter (61 %) injiserte legemidler og rusmidler siste 90 dager. 47 av respondentene (59 %) injiserte både amfetamin og heroin siste 90 dager. I dette utvalget røyket alle cannabis. Både heroin og amfetamin ble injisert av en høy andel i utvalget. Benzodiazepiner og opioide legemidler ble hyppigst spist. Buprenorfin ble hyppigst inntatt gjennom munnen, men også sniffet eller injisert, jf. tabell syv.

Tabell 7. Hvilke inntaksmåter som har vært brukt på de ulike rusmidlene

Legemidler og rusmidler brukt for å oppnå rus	Antall (prosent) som har brukt	Av de som har brukt har antall (prosent) tygget og svelget	Av de som har brukt har antall (prosent) røyket	Av de som har brukt har antall (prosent) sniffet	Av de som har brukt har antall (prosent) injisert
	n=80				
Benzodiazepiner	66 (83)	56 (85)	8 (12)	12 (18)	16 (24)
Gateamfetamin	55 (69)	6 (13)	Ingen	18 (38)	39 (80)
Cannabis	50 (63)	Ingen	45 (96)	Ingen	Ingen
Buprenorfin	47 (59)	25 (53)*	1 (2)	19 (40)	16 (34)
Heroin	41 (51)	Ingen	17 (46)	8 (22)	32 (87)
Opioide legemidler	40 (50)	23 (58)	1 (3)	3 (8)	12 (30)
Sentralstim. legem	16 (20)	9 (56)	Ingen	9 (56)	7 (44)
Metadon	16 (20)	6 (38)	Ingen	Ingen	7 (44)

Ikke alle respondenter har svart på inntaksmåte. På de ulike inntaksmåtene er n=73-80.

*På grunn av førstepassasjemetabolisme i leveren, som gir lav biotilgjengelighet når buprenorfin spises, er det sannsynlig at buprenorfin ble inntatt sublingvalt og ikke svelget

4.5 Overdoser

Respondentene ble spurt om de har mottatt medisinsk behandling for overdoser på heroin, forskrevne opioider eller andre rusmidler. Svaralternativene var «Aldri», «I løpet av siste 90 dager» eller «Lenger siden enn siste 90 dager». Førtitre respondenter (54 %) har hatt en eller flere overdoser, uansett rusmiddel. Når det gjelder overdoser på ulike stoffer, har 25 respondenter (31 %) hatt overdoser etter inntak av heroin, mens 23 (29 %) har hatt overdoser etter inntak av andre rusmidler, og fem (6 %) har hatt overdoser etter inntak av opioide legemidler.

Det var ingen forskjell i alder på dem som har hatt og dem som ikke har hatt overdoser. Det var ingen signifikante forskjeller i overdoser mellom kvinner og menn eller mellom respondenter med og uten LAR, jf. tabell 8.

Tabell 8. Antall (prosent) respondenter som har hatt overdose, og forskjell mellom kvinner og menn og mellom respondenter med og uten LAR i antall (prosent) som har hatt overdoser

	Alle	Kvinner	Menn	P-verdi	Med LAR	Uten LAR	P-verdi*
Antall (prosent) som har hatt overdoser (antall)	43 (54)	11 (50)	32 (55)	0,679	26 (52)	17 (57)	0,685

*Kji-kvadrat

5.0 DISKUSJON

Hensikten med denne studien var å få mer kunnskap om pasienters bruk av illegale legemidler og rusmidler, med spesielt fokus på illegal bruk av LAR-legemidler. I dette kapittelet presenteres først hovedfunn. Deretter drøftes noen av konsekvensene rusmiddelbruken kan ha for klinisk sykepleiepraksis.

5.1 Studien bekrefter rustrender

I denne studien var benzodiazepiner og amfetamin de mest brukte rusmidlene. Buprenorfin var det mest brukte opioidet, og nesten 60 % av respondentene brukte buprenorfin illegalt for å oppnå rus. Selv om amfetamin og benzodiazepiner var de mest brukte rusmidlene, oppga halvparten av respondentene at heroin og buprenorfin var hovedrusmiddel. Det skyldes antagelig opioiders potensiale for toleranseutvikling, abstinens og avhengighet ved vedvarende bruk. Buprenorfin var brukt av både respondenter med og uten LAR. Det er knyttet noe usikkerhet til at så mange respondenter med LAR brukte buprenorfin for å oppnå rus. Noen av respondentene kan ha misforstått skjemaet, og krysset av for bruk av buprenorfin som de har som LAR-legemiddel. Denne studien gir heller ingen informasjon om tidspunkt for inklusjon i LAR, og man vet derfor ikke om respondenten var inkludert i LAR eller ikke i den perioden på tre måneder som det rapporteres fra. Samtidig ble buprenorfin injisert av 34 % og sniffet av 40 %, noe som tyder på at buprenorfin ble brukt for å oppnå rus. Generelt vurderes partielle agonist/antagonister som buprenorfin å ha lavere potensiale for eufori sammenlignet med fullagonister, men bruk kan gi en morfinlignende effekt (Soyka 2014). Det at mange brukte LAR-legemidler illegalt, og på måter som gir ruseffekt, bekrefter at buprenorfin brukes som rusmiddel i stedet for eller i tillegg til heroin. Bretteville-Jensen mfl. (2014) fant at 27 % av injiserende rusbrukere i Oslo hadde hatt illegal bruk av LAR-legemidler siste fire uker. Gjersing og Sandøy (2014) fant signifikante forskjeller mellom byene i illegal bruk av LAR-legemidler, med forekomst på 3-15 % på metadon og 11-27 % på buprenorfin.

Når det gjelder alder, var de som hadde brukt buprenorfin siste 90 dager signifikant yngre enn de som ikke hadde brukt LAR-legemidler. Også de som brukte buprenorfin som hovedrusmiddel var yngre enn de som ikke brukte buprenorfin som hovedrusmiddel. Dette samsvarer med funn i studien til Gjersing og Sandøy (2014), hvor det var signifikant flere

under 35 år som hadde brukt LAR-legemidler illegalt sammenlignet med de over 35 år. I studien til Gjersing og Sandøy (2014) var imidlertid signifikant flere av de eldre over 35 år inkludert i LAR. Selv om det ikke var signifikant forskjell i bruk av buprenorfin mellom respondenter med og uten LAR i denne studien, var det likevel prosentvis flere uten LAR enn med LAR som brukte buprenorfin. Det gjør at det fortsatt er grunn til bekymring for at illegal bruk av LAR-legemidler kan bidra til å utvikle opioidavhengighet hos nye brukere.

Bortsett fra at kvinner brukte mer opioide legemidler enn menn, var det i denne studien ingen forskjeller i rusmiddelbruken mellom kvinner og menn. Kvinner bruker generelt mer vanedannende legemidler enn menn (Skurtveit mfl. 2014). I studien til Gjersing og Sandøy (2014) var det også få forskjeller i rusmiddelbruken mellom kvinner og menn.

Mange av respondentene i denne studien hadde vært i behandling flere ganger tidligere, i gjennomsnitt fem ganger. Respondenter med LAR hadde vært signifikant flere ganger i behandling enn de uten LAR, noe som er naturlig ut fra høyere gjennomsnittsalder og mer etablert rusmiddelbruk. Gjennomsnittlig alder for første gangs behandling var 25 år i denne studien. Det er lavere enn gjennomsnittet for alder ved inntak til behandling i Europa, hvor det er 36 år for inntak til behandling for heroin som primærrusmiddel, og 29 år for amfetamin (EMCDDA 2014). Det at respondenter i denne studien kom tidligere i behandling sammenlignet med rusmiddelbrukere i Europa, kan tyde på at problembrukere av rusmidler blir fanget opp av helse- og sosialtjenesten i kommunene, og tilbys rusbehandling i spesialisthelsetjenesten.

Hele 81 % av respondentene i denne studien oppga at de ruset seg på benzodiazepiner. Når det gjelder inntaksmåte, oppga 85 % av de som hadde ruset seg på benzodiazepiner å ha spist legemiddelet. Tallene stemmer overens med studien til Gjersing og Sandøy (2014), hvor 83 % oppga å ha spist piller siste fire ukene. Benzodiazepiner virker beroligende, angstdempende, søvnfremmende, krampestillende og muskelavslappende. Benzodiazepiner kan gi rusopplevelser, har potensial for avhengighet og kan redusere psykomotorisk og kognitiv funksjon. Blant annet nedsettes oppmerksomhet, læringsevne og hukommelse (Helsedirektoratet 2014c). Ruseffekten kommer vanligvis etter 10-60 minutter og kan vare i timer. Brukeren kan bli søvngig, og talen sløret (Skretting mfl. 2015). De høypotente benzodiazepinene Rivotril® og Xanor® var mest brukt i denne studien. Det indikerer at de er lett tilgjengelige, og at de brukes for å oppnå ruseffekt. De siste årene har det vært en

økning i beslag av benzodiazepiner, og Rivotril® er vanligst ved beslag (Skretting mfl. 2015). Det antas at en stor del av Rivotril® og Xanor® på det illegale markedet kommer fra utlandet. Etter benzodiazepiner var amfetamin det mest brukte rusmiddelet i denne studien. Det er stor variasjon mellom landene i Europa når det gjelder bruk av amfetamin. Generelt er prevalensen lav i sør- og vest-Europa, mens amfetaminmisbruk i de nordiske landene har vart over tid, og representerer en utfordring i rusfeltet (EMCDDA 2010). I Norge, Latvia, Sverige og Storbritannia ser man amfetaminbruk av mer kronisk karakter, med injisering av høye doser amfetamin. Det at 69 % av respondentene i denne studien brukte amfetamin og at 80 % av disse injiserte amfetamin bekrefter denne trenden. I studien til Gjersing og Sandøy (2014) hadde 60 % injisert amfetamin siste fire uker. I Europa er sniffing av amfetamin det vanligste (44 %), mens 23 % injiserer (EMCDDA 2014). Amfetaminbrukere har ofte et blandingsmisbruk hvor alkohol, cannabis, buprenorfin og benzodiazepiner blir brukt for å forsterke eller endre amfetaminrusen, eller for å indusere søvn etter lengre tids amfetaminbruk (EMCDDA 2010).

I Europa finnes amfetamin og metamfetamin i pulverform, og det er vanskelig både for selger og bruker å skille mellom disse to (EMCDDA 2010). Det er ikke mulig i denne studien å skille på bruk av amfetamin og metamfetamin, og amfetamin brukes om begge stoffene. Det anslås at 60-80 % av amfetamin på det norske markedet er metamfetamin, og hovedleverandør er Litauen (Bramness mfl. 2015b). Metamfetamin er mer fettløselig enn amfetamin, og en del av metamfetamin omdannes til amfetamin i kroppen. Metamfetamin virker derfor raskere og gir mer langvarig effekt enn amfetamin (Skretting mfl. 2015). Den økende tilgjengeligheten av metamfetamin gir grunn til bekymring (EMCDDA 2014).

Sentralstimulerende legemidler var brukt i denne studien for å oppnå rus, og ble både spist, sniffet og injisert. Voksne utgjorde 55 % av de som fikk forskrevet sentralstimulerende legemidler i 2013 (Skurtveit mfl. 2014), og det er sannsynlig at en del av disse medikamentene er lekket til rusmiljøet av personer som får det forskrevet. Når det gjelder cannabis var det en lavere andel respondenter som brukte cannabis i denne studien (63 %), sammenlignet med studien til Gjersing og Sandøy (2014), hvor 82 % brukte marihuana/hasj. Cannabis er det mest brukte rusmiddelet etter alkohol i Norge, som i resten av verden (Skretting mfl. 2015), og står for 80 % av narkotikabeslagene i Europa (EMCDDA 2014).

Bruken av cannabis i Europa ser ut til å være stabil eller dalende, særlig i yngre aldersgrupper (EMCDDA 2014).

Når det gjelder fordeling på de ulike LAR-legemidlene, ligger andelen nasjonalt på 57 % buprenorfin (buprenorfin mono- og kombinasjonspreparat) mot 70 % i denne studien. Det er naturlig at andelen LAR-pasienter med buprenorfin er høyere i dette utvalget. Buprenorfin er anbefalt fremfor metadon til pasienter med ustabil rusmestring, da buprenorfin vurderes å ha lavere risiko for overdose i kombinasjon med rusmidler. I tillegg er 15 respondenter rekruttert fra lavterskeltiltaket LASSO, som kun tilbyr buprenorfin.

Blandingsmisbruk (polydrug use) er vanlig, selv om prevalens og mønster kan variere fra land til land. I denne studien hadde respondentene brukt gjennomsnittlig åtte rusmidler. En forklaring på at benzodiazepiner var mye brukt i denne studien kan være at benzodiazepiner brukes sammen med både amfetamin og opioider. Det er vanlig å bruke benzodiazepiner for å forsterke ruseffekt av andre rusmidler eller redusere bivirkninger av andre stoffer, og da er dosene vanligvis over terapeutisk nivå (Jones, Mogali og Comer 2012; Skretting mfl. 2015). Det er ofte lite tilgjengelig informasjon om behandling av samtidig bruk av flere rusmidler. Det gjør det til en kompleks og utfordrende oppgave for helsearbeidere, som ofte må stole på sine egne erfaringer (EMCDDA 2009; Helsedirektoratet 2014e).

5.2 Sykepleiers rolle

Sykepleie til pasienter som bruker rusmidler kan være kompleks og krevende (Ford 2011), noe som gjør tverrfaglig samarbeid viktig. I behandling som vektlegger tverrfaglighet, kan beskrivelsen av de ulike profesjonenes bidrag være vage (Clancy, Oyefeso og Ghodse 2002). Nasjonale anbefalinger som LAR-retningslinjen og ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet 2010, 2012b) har faglige anbefalinger som kan gjelde flere yrkesgrupper på flere nivåer i (sosial- og) helsetjenesten. Det samme gjelder WHO's retningslinjer ved opioidavhengighet (2009). Det er behov for en bedre og mer omfattende forståelse av sykepleieres bidrag, både når det gjelder å ivareta de komplekse behovene rusmiddelbrukere har, og å redusere skader assosiert med rusmiddelbruk (Pauly og Goldstone 2008). På den måten kan sykepleiere bidra til det Rosenvinge mfl. (2004) kalte merviten i det tverrfaglige samarbeidet. Rollen til sykepleiere som følger opp pasienter med substitusjonsbehandling varierer i ulike land i Europa ifølge Clancy, Oyefeso og Ghodse (2002). Oppfølging av den medikamentelle

behandlingen, rådgivning og å observere pasienters helsetilstand er blant hovedoppgavene. I noen land har sykepleiere også en rolle i vurdering av om pasienter skal tilbys substitusjonsbehandling. Oppfølging av medikamentell behandling er tradisjonelt en sykepleieoppgave, men i oppfølging av pasienter med ruslidelser kan behandlingen kompliseres av rusmiddelinntak, abstinenser, og for noen pasienter en kaotisk livsstil:

These challenges require the nurse to have advanced interpersonal skills, ability to assess risk, ability to manage potentially explosive and confrontational interactions, and to have to know when to invoke compassion (Clancy, Oyefeso og Ghodse 2002, s. 24).

LAR-pasienter har på grunn av LAR-legemiddelet en relativt konstant mengde opioider i blodet, og andre rusmidler og legemidler kan endre biotilgjengeligheten av LAR-legemiddelet. Spesielt ved medikamentell behandling er det viktig at sykepleieren har god oversikt over rusmiddel- og legemiddelbruk. Det bidrar til å redusere risiko for bivirkninger og eventuelle interaksjoner mellom legemidler og rusmidler (Registered nurses' association of Ontario 2009; Helsedirektoratet 2012b).

Sykepleiere har en nøkkelrolle når det gjelder å formidle endringer i pasienters rusmestring og helsetilstand til forskrivende lege (Registered nurses' association of Ontario 2009). Pasienter kan både overrapportere og underrapportere rusmiddelbruk. Klinisk kan det være vanskelig å skille mellom påvirkning av ulike dempende rusmidler som for eksempel heroin og benzodiazepiner, som var mye brukt i denne studien. Begge rusmidlene kan gi symptomer som sløret tale, somnolens og ustøhet. Vurderinger av hva som er bivirkninger av substitusjonslegemiddelet og hva som eventuelt er påvirkning av rusmidler kan også være vanskelig når pasienter inntar rusmidler jevnlig. For benzodiazepiner med lang halveringstid, som for eksempel Rivotril® og Xanor®, kan det gå dager og opp til flere uker før abstinenssymptomene når sitt maksimum etter avsluttet bruk (Skretting mfl. 2015). Klinisk erfaring, kjennskap til pasienten og kunnskap om rusmidlene og substitusjonslegemidlene gjør det lettere å kjenne igjen symptomer på rusmiddelbruk, overdosering og abstinenser. Den erfarne sykepleieren vil se etter tegn på rusmiddelinntak som for eksempel endret pupillestørrelse, injeksjonsstikk, endret psykomotorisk aktivitet eller endret oppførsel. For å sikre helhetlig sykepleie er det viktig ifølge Go mfl. (2011) å ha fokus på psykiatrisk komorbiditet og pasientens psykososiale situasjon. Ved å kombinere psykososiale intervensjoner med farmakologisk behandling bidrar sykepleiere til mer effektiv behandling.

Ut fra høy andel som brukte benzodiazepiner, amfetamin og LAR-legemidler illegalt i denne studien, er det valgt å drøfte sykepleiers rolle i å kartlegge rusmiddelbruk, forebygge lekkasje av LAR-legemidler og å forebygge overdoser. I tillegg drøftes sykepleieres behov for kunnskap om bruk av sentralstimulerende rusmidler som risikofaktor for fysisk og psykisk helseskade.

5.3 Kartlegge rusmiddelbruk

I LAR-retningslinjen anbefales det å utrede rusmiddelavhengighet og bruk av rusmidler, pasientens målsetning med behandling, fysisk helse, psykisk helse, kognitive evner, sosial fungering, nettverk og tiltaksbehov (Helsedirektoratet 2010). Det er også anbefalt å kartlegge tidligere mestringsstrategier og rusfrie perioder, grad av avhengighet og risikosituasjoner for tilbakefall (Helsedirektoratet 2010). Hvor mye av kartleggings- og utredningsarbeidet sykepleieren kan gjøre alene avhenger av erfaring og kompetanse. Spesielt når det gjelder utredning og diagnostisering er tverrfaglig samarbeid nødvendig, Siden rusmiddelbruken endres raskere enn før, trenger sykepleiere oppdatert kunnskap om rusmiddeltrender for å kunne kartlegge rusmiddelbruken. Screening- og kartleggingsverktøy som AUDIT, DUDIT, Alkohol-E og DUDIT-E kan brukes både av ansatte i kommunen og i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 2010, 2012b), og kan være gode hjelpemidler. DUDIT er et selvrapporterings skjema for identifisering av rusproblemer. DUDIT-E brukes til å kartlegge bruken av ulike narkotiske stoffer og legemidler, og gir god oversikt over positive og negative funksjoner ved rusmiddelbruken. Ved bruk av DUDIT-E er det mulig å regne ut en motivasjonsindeks, som kan gi en indikasjon på pasientens interesse for forandring av rusmiddelbruken. Det er anbefalt at hvert rusmiddel kartlegges, da positive og negative sider ved bruken kan være ulik fra ett rusmiddel til et annet (Berman og Brisendal 2010). Svarene fra kartleggingen kan være et godt utgangspunkt for samtale mellom sykepleier og pasient om målet for behandlingen, og motiverende intervju kan være en god samtaleteknikk for å få til refleksjon og dialog rundt pasienters mål (Registered nurses' association of Ontario 2009; Berman og Brisendal 2010).

Selv om screening- og kartleggingsverktøyene er gode hjelpemidler for sykepleieren til å skaffe oversikt over rusmiddelbruken, viser denne studien nødvendigheten av en god anamnese. Kartleggingsverktøyene går ikke i dybden på hvor ofte rusmidler inntas, og sier

heller ingenting om ulike inntaksmåter. Det at respondentene i denne studien brukte flere rusmidler og legemidler, viser nødvendigheten av at sykepleieren spør helt konkret hvilke rusmidler og legemidler pasienter har brukt, hvor ofte de ulike rusmidlene brukes, og hvilke ulike inntaksmåter som har vært benyttet.

5.4 Forebygge lekkasje av LAR-legemidler

I Europa ligger prevalens på lekkasje av substitusjonslegemidler på 24 %, mens den i Norge er anslått til 26 % (Dale-Perera, Goulao og Stöver 2012). LAR-legemidler var i denne studien brukt for å oppnå rus av over 60 %, og var mer brukt enn heroin. Årsaker til at buprenorfin brukes illegalt kan, i tillegg til ønske om ruseffekt/eufori, være pris og tilgjengelighet (Yokell mfl. 2011). Siden heroin ser ut til å være mindre tilgjengelig i Europa enn tidligere, er det sannsynlig at trenden med illegal bruk av LAR-legemidler vil fortsette. Illegal bruk av buprenorfin blant etablerte opioidavhengige uten substitusjonsbehandling kan ha noen positive effekter, selv om ulemper ved injisering av buprenorfin må vurderes (Yokell mfl. 2011). For noen er illegal bruk av buprenorfin et forsøk på å redusere bruk av andre opioider som heroin, eller et forsøk på å selvmedisinere/behandle opioidavhengighet, lindre abstinenssymptomer og redusere skader knyttet til injisering (Yokell mfl. 2011).

Sykepleiere som følger opp pasienter i LAR har medansvar for å legge til rette for utleveringsordninger som kan bidra til å redusere lekkasje av LAR-legemidler i tråd med LAR-forskriften (2009), samtidig som sykepleiere skal ivareta enkeltpasienters rehabiliteringsmuligheter. LAR-retningslinjen understreker at «Grensen mellom nødvendig kontroll og hjelp til normalisering av tilværelsen i et rehabiliteringsforløp er vanskelig å trekke og må vurderes både individuelt og i et samfunnsperspektiv» (Helsedirektoratet 2010, s. 67). Risiko ved lekkasje av LAR-legemidler er økt mortalitet og morbiditet (Soyka 2014), og helseskader på grunn av injisering, som abscesser, infeksjoner, embolier, endokarditt, sepsis, HIV og hepatitt C infeksjon (Yokell mfl. 2011). Lekkasjeproblematikk kan også påvirke befolkningens holdninger til substitusjonsbehandling (Bretteville-Jensen mfl. 2014; Soyka 2014).

Suboxone® er ofte førstevalg til LAR-pasienter som har pågående rusmiddelbruk. Formålet med kombinasjonspreparatet er å redusere risiko for injisering og lekkasje, men både buprenorfin monopreparat og kombinasjonspreparatet Suboxone® var brukt illegalt i denne studien. Det kan se ut til at naloksonkomponenten i Suboxone® ikke reduserer den euforiske

effekten av buprenorfin i særlig grad hvis Suboxone® injiseres eller sniffes av personer som ikke har utviklet toleranse for opioider (Yokell mfl. 2011; Soyka 2014). Suboxone® prises likevel lavere på det illegale markedet enn buprenorfin monopreparat, og regnes som noe mindre attraktivt (Soyka 2014; Johnsen og Richert 2015). Selv om metadon har lavere risiko for lekkasje, må valg av metadon som substitusjonslegemiddel veies opp mot risiko for overdoser ved lekkasje (Johnsen og Richert 2015).

Restriktive utleveringsordninger har vist seg å kunne redusere risiko for lekkasje (Dale-Perera, Goulao og Stöver 2012). Oppmøte flere ganger ukentlig på apotek for overvåket inntak av LAR-legemidler er vanlig. Det er en vanskelig rolle faglig og etisk for sykepleiere å være både behandler og «kontrollør». Risiko for skade på andre ved lekkasje av LAR-legemidler kan legge begrensninger for LAR-pasienters mulighet til medvirkning i valg av LAR-legemiddel og utleveringsordning, spesielt pasienter som ruser seg. Når pasienter ikke er enige i utleveringsordning eller valg av LAR-legemiddel, stiller det store krav til sykepleierens evne til å legge til rette for dialog og ivareta en trygg og terapeutisk relasjon.

Mye av kritikken mot LAR handler om manglende medbestemmelse, avmaktsfølelse og at strenge utleveringsordninger legger begrensninger på LAR-pasienters opplevelse av frihet og autonomi. Det er en balansegang mellom behovet for kontroll og den godt dokumenterte nytten av substitusjonslegemidlene. Strengere kontroll kan medføre høyere terskel for enkelte opioidavhengige til å søke seg inn i substitusjonsbehandling og gi lavere retensjon i behandlingen (bl.a WHO 2009; Yokell mfl. 2011; Bretteville-Jensen mfl. 2014). Noen ganger kan pasienters preferanser være i strid med evidensbasert praksis, og konflikter med personalet, lite fleksibilitet i substitusjonsbehandlingen og fortsatt rusmiddelbruk kan være årsaker til at noen pasienter velger å avslutte substitusjonsbehandling (Gryczynski mfl. 2014). Lengre perioder med selvmedisinering utenfor substitusjonsbehandling kan også skyldes vanskeligheter med å forbli i behandling, og ambivalens pga. kontrollrutiner i behandlingen eller stigmatisering fra andre i rusmiljøet (Richert og Johnsen 2015).

Denne studien gir ikke svar på hvor de illegale LAR-legemidlene kommer fra. I denne studien var det vanligste stedet respondentene fikk tak i hovedrusmiddelet hos stoffselger, men blant de som fikk hovedrusmiddelet fra venn eller slektning var buprenorfin og heroin de vanligste rusmidlene. Det å kunne hjelpe en venn som har abstinenser blir av rusmiddelbrukere sett på som positivt og moralsk riktig (Havnes, Clausen og Middelthon

2013; Johnson og Richert 2015b). Launonen mfl. (2015) fant at det ikke var vanlig å gi LAR-legemidler bort gratis, men at LAR-legemidler i hovedsak selges til venner eller byttes med andre rusmidler. De fleste selger LAR-legemidler til venner eller personer i sitt rusmiljø (Johnson og Richert 2015a; Launonen mfl. 2015). Det at LAR-legemidler brukes illegalt, sammen med studier som viser at LAR-legemidler hovedsakelig selges til personer i eget rusmiljø, sannsynliggjør at lekkasje fra LAR er noe av forklaringen.

Sykepleiere har behov for økt kunnskap om hva som kan predikere lekkasje av LAR-legemidler. Nye studier viser at den sterkeste prediktoren for lekkasje er bruk av illegale rusmidler, og spesielt injisering av rusmidler (Soyka 2014; Johnsen og Richert 2015; Johnson og Richert 2015a; Launonen mfl. 2015). Bruk av rusmidler krever penger, og det å selge deler av sin medisin er en måte å tjene penger på (Johnsen og Richert 2015; Johnson og Richert 2015a; Launonen mfl. 2015). Kontakt med rusmiljøet kan gi økt press til å selge medisin (Johnsen og Richert 2015). Det kan også være nødvendig for pasienter med substitusjonsbehandling å redusere eller ikke ta forskrevet dose av metadon eller buprenorfin for å oppnå ruseffekt av heroin, noe som gir et overskudd av medisin som det er mulig å selge eller gi bort (Johnsen og Richert 2015). Launonen mfl. (2015) fant at buprenorfindoser på under 9 mg/dag økte risiko for lekkasje. En mulig årsak var at subterapeutisk dosering av buprenorfin økte risikoen for tilbakefall og injisering av buprenorfin eller illegale rusmidler, som igjen økte risiko for å selge eller gi bort hele eller deler av dosen. Johnsen og Richert (2015) fant i sin studie ikke sammenheng mellom dosering og lekkasje.

For å redusere lekkasje av LAR-legemidler bør sykepleiere ha fokus på tiltak for å redusere eller stoppe pågående rusmiddelbruk, og fokus på pasienters psykososiale situasjon. Det gjelder spesielt for de pasientene som injiserer (Johnsen og Richert 2015; Launonen mfl. 2015). Det å bistå pasienter med å bryte med et kriminelt miljø og legge til rette for mulighet til arbeid eller aktivitet kan gi mulighet for nytt sosialt nettverk, noe som igjen kan bidra til å redusere lekkasje (Johnsen og Richert 2015). Sykepleiere og annet helsepersonell bør også ha fokus på pasienters egne strategier for å unngå press, som for eksempel å bytte apotek for å unngå å møte potensielle kjøpere (Havnes, Clausen og Middelthon 2013). Sykepleieren må, sammen med lege, ha økt fokus på de LAR-pasientene som har lav dosering for å sikre riktig dose og optimal behandling (Launonen mfl. 2015). På systemnivå er god tilgang til

substitusjonsbehandling viktig for å redusere etterspørsel av illegale LAR-legemidler (Bazazi mfl. 2011; Johnsen og Richert 2015).

5.5 Forebygge overdoser

LAR skal bidra til å redusere skadene av opioidavhengighet og redusere faren for overdosedødsfall (LAR-forskriften 2009). Overdosedødsfall er en faktor som trekker den gjennomsnittlige levealderen i Norge ned, og er en av de viktigste dødsårsakene for personer mellom 15 og 49 år (Folkehelseinstituttet 2014). Substitusjonsbehandling er det eneste evidensbaserte tiltaket som har effekt på overdosedødelighet, og fortsatt utbygging og god kontroll er derfor et mål (Helsedirektoratet 2014d). Et estimat er at rundt 43 % av dem med problematisk bruk av opioider i Norge har substitusjonsbehandling (EMCDDA 2014). Ut fra høy andel respondenter i denne studien som brukte heroin og opioide legemidler er det positivt at 63 % av respondentene hadde LAR på undersøkelsestidspunktet.

Tallet på overdoser i Norge har vært relativt stabilt de siste 10 årene, til tross for sterk utbygging av LAR de siste 15 årene. Norge er blant landene i Europa med høyest mortalitetsrate. Samtidig er tolkningen av ulike lands mortalitetsrate ifølge Waal og Gossop (2014) mer kompleks enn det vanligvis tas hensyn til, blant annet på grunn av ulike registreringsrutiner, ulik bruk av obduksjoner, og rusmidlers ulike bruksmønstre. I tillegg kan konkurrerende dødsårsaker spille inn. Hvis en stor andel av rusbrukere i en populasjon som er sårbar for overdoser i stedet dør av AIDS eller hepatitt, vil det kunne påvirke overdosetallene.

I denne studien hadde over halvparten av respondentene hatt en eller flere overdoser. I studien til Gjersing og Sandøy (2014) hadde 65 % hatt en eller flere overdoser. Målet med den nasjonale overdosestrategien er ikke bare å redusere antall dødsfall, men også å redusere antall ikke-dødelige overdoser, fordi ikke-dødelige overdoser kan gi alvorlig helseskade (Helsedirektoratet 2014d). Det å ha opplevd en overdose øker risikoen for å oppleve en ny (Gjersing mfl. 2011; Helsedirektoratet 2014d). Et av de prioriterte tiltakene i Pasientsikkerhetskampanjen i regi av Kunnskapssenteret er Overdosekampanjen, som skal forebygge overdose etter utskrivning fra institusjon i spesialisthelsetjenesten. Tar pasienten overdose etter utskrivelse sees det på som feilbehandling, fordi pasienten ikke har fått nok kunnskap om hvordan overdoser kan unngås.

Ifølge Biong (2015, s. 124) «mangler det studier som belyser sykepleieres erfaringer med faglig arbeid knyttet til overdoser». Sykepleiere må ha kunnskap om risikofaktorer for overdoser, som kan være mange og sammensatte. Både forhold i individet, omgivelsene og ved rusmidlene kan spille inn (Gjersing mfl. 2011; Biong 2015). Forebyggende tiltak bør ta tak i kjente risikofaktorer som valg av rusmiddel, administreringsmåte og samtidig bruk av flere rusmidler (Waal og Gossop 2014).

Fire av fem dødsfall skjer etter injisering av opioider, ofte i kombinasjon med alkohol og benzodiazepiner (Helsedirektoratet 2014d). Ca. 85 % av problembrukere i Norge er injiserende heroinbrukere (Waal og Gossop 2014). Av de som brukte heroin i denne studien hadde 87 % injisert, mens nesten halvparten hadde røyket heroin. Røyking av heroin er det vanligste i Europa (EMCDDA 2014). I den nasjonale overdosestrategien er det et mål å få overgang fra sprøytebruk til mindre skadelige inntaksmåter som heroinrøyking. Det er satt i gang en kampanje hvor rusmiddelbrukere kan få informasjon og relevant brukerutstyr som røykefolie i stedet for sprøyter (Helsedirektoratet 2014d). Sykepleiere bør i møte med sprøytebrukere utforske om røyking av heroin kan være en alternativ inntaksmåte.

Overdoser på grunn av samtidig bruk av opioider og andre rusmidler er så vanlig at det kan stilles spørsmål om brukerne dør av heroin eller av blandingen av rusmidler (Waal og Gossop 2014). I en undersøkelse av dødelige overdoser i Oslo mellom 2006 og 2008, ble det gjennomsnittlig påvist mellom tre og fire ulike rusmidler/legemidler i blodet til de avdøde (Gjersing mfl. 2011). Den vanligste kombinasjonen var heroin og benzodiazepiner. Benzodiazepiner var brukt av en høy andel i denne studien. Sammen med opioider kan benzodiazepiner ifølge Gjersing mfl. (2011, s. 33) «gi betydelige bidrag til respirasjonsdempning som er dødsmekanismen i de fleste overdosedødsfall», og leger og helsepersonell bør ha kunnskap om benzodiazepiners rolle for forekomsten av overdoser. Bruk av benzodiazepiner i kombinasjon med LAR-legemidler øker risikoen for overdoser. Når benzodiazepiner kombineres med metadon og buprenorfin kan effekten bli mer lik heroin (Jones, Mogali og Comer 2012). Interaksjonen er hovedsakelig farmakodynamisk, og skyldes at både benzodiazepiner, metadon og buprenorfin har dempende egenskaper (Høiseth mfl. s. 50). Statusundersøkelsen i LAR i 2014 viste at 42 % av alle LAR-pasientene i Norge hadde brukt benzodiazepiner eller Z-hypnotika siste fire uker, med store forskjeller mellom fylkene. Tjuefem prosent hadde benzodiazepiner forskrevet av fastlege (Waal mfl. 2015). Bruk av

benzodiazepiner blant pasienter i substitusjonsbehandling er vanlig, og studier viser prevalens mellom 11 og 70 % (EMCDDA 2009; Jones, Mogali og Comer 2012). For pasienter i substitusjonsbehandling kan benzodiazepiner svekke den stabiliserende effekten av LAR-legemiddelet, og gjøre det vanskelig å oppnå stabilisering og ønsket utvikling (Helsedirektoratet 2010). Selv om bruk av benzodiazepiner har potensiale for rus, og øker risiko for overdoser, skal personer med rusmiddelproblemer ha adekvat behandling for angst, søvnproblemer og smerte (Helsedirektoratet 2014c). Det er anbefalt at forskrivning av benzodiazepiner til pasienter i LAR bør vurderes av lege i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 2010).

Sykepleiere må spørre om pasienters erfaringer med overdoser (Gjersing mfl. 2011), og tematisere rusmiddelbruk og inntaksmåter for å fange opp pasienter med forhøyet risiko for overdoser. Å få frem pasienters egen erfaringskunnskap om overdoser og hva som kan hjelpe er vesentlig (Biong 2015). Overdosedødsfall oppstår ofte i en helhetlig sammenheng. Nylige relasjonsbrudd, vanskelige livsvilkår, infeksjoner, dårlig allmenntilstand og mange påfølgende overdoser er risikofaktorer (Gjersing mfl. 2011), og noe sykepleiere bør følge opp i det forebyggende arbeidet. Det kan også være en flytende overgang mellom overdoser og selvmord: «Problemer knyttet til sosial isolasjon, relasjonstap og opplevelse av håpløshet er omfattende blant sprøytebrukere» (Helsedirektoratet 2014d, s. 22). En helhetlig behandling av personer med rusbetingete kriser er viktig. Ifølge Gjersing mfl. (2011) bør personer med alvorlig og gjentatte overdoser vurderes for selvmord- og overdoserisiko. Godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og sosialtjeneste er nødvendig i det forebyggende arbeidet. Bruk av ansvarsgrupper, individuell plan, kriseplan og samtykke til utveksling av informasjon er virkemidler i oppfølging av høyrisikopersoner for overdose (Helsedirektoratet 2014d).

Andre faktorer som sykepleieren må være oppmerksom på og som kan påvirke overdosefaren for pasienter i LAR er alkoholbruk, legemidler som forsterker effekten av metadon, alvorlige leversykdommer, KOLS og astma. Sykepleieren må også være oppmerksom på at pasienter får lavere opioidtoleranse hvis de har ustabil oppmøte for inntak av LAR-legemidler (Registered nurses' association of Ontario 2009), og lege må involveres i vurdering av dosering hvis pasienter har uteblitt fra inntak av LAR-legemidler over flere dager (Helsedirektoratet 2010).

Når det gjelder overdoser, kan det i noen tilfeller være vanskelig å få klarhet i årsakssammenhenger. Nye syntetiske stoffer, som for eksempel fentanyl, er svært sterke, noe som gjør det vanskelig å påvise dem i toksikologiske prøver (EMCDDA 2014). Fentanyl er brukt av tre respondenter i denne studien. Selv om forekomsten er lav, er bruken bekymringsfull med tanke på risiko for overdose. Fentanyl er et høypotent syntetisk opioid, og er minst 80 ganger så potent som morfin (Mounteney mfl. 2015). På det illegale markedet i Europa finnes både illegalt produsert fentanyl og lekkede medikamenter. Fentanyl-plaster kan misbrukes på mange måter: ekstraheres og injiseres, inhaleres, røykes på folie, brukes på huden eller tygges og svelges. I Europa er det stort sett i Estland fentanyl er mye brukt. I andre land brukes Fentanyl i mer geografisk begrensede områder, og ofte ikke som hovedrusmiddel, men som et av flere illegale rusmidler tilgjengelig (Mounteney mfl. 2015). Det ser ut til å være tilfellet i Norge, men siden det er få respondenter må dette tolkes med forsiktighet. Det er også rapportert at mange av brukerne ser på fentanyl som potensielt farlig, og derfor vurderer risikoen ved bruk som for stor (Mounteney mfl. 2015). Når sykepleiere kartlegger rusmiddelbruk, bør sykepleiere spørre konkret om bruk av fentanyl, for bedre å kunne registrere omfang av bruken i Norge. Sykepleiere må være oppdatert om nye stoffer, og tilby informasjon og rådgivning til pasienter.

5.6 Helserisiko ved bruk av sentralstimulerende rusmidler

I denne studien var det en høy andel respondenter som brukte amfetamin, og de fleste injiserte. Sykepleiere har behov for mer kunnskap om amfetamin og hvilke helseskadelige konsekvenser langvarig bruk av amfetamin kan gi. Ifølge EMCDDA (2010) har Norge rapportert at amfetaminbrukere er lite tilgjengelige for terapeutiske tiltak, og mange søker ikke behandling. Ifølge Artenie mfl. (2015) har fokus i rusbehandling tradisjonelt vært rettet mot heroinbrukere, og behandlingen er ikke i like stor grad tilpasset amfetaminbrukere. Det kan være årsaken til at amfetaminbrukere er mindre tilbøyelige til å starte behandling, og har høy tilbakefallsrisiko etter opphold i rusmiddelbruken (Artenie mfl. 2015).

I Europa var amfetamin hovedrusmiddel for seks prosent av dem som startet behandling (EMCDDA 2014). I Norge og Finland var amfetamin hovedrusmiddel for rundt 25 % av dem som søkte seg til behandling, mens det i Sverige var i underkant av 50 % (EMCDDA 2010). Amfetamin står dermed for en betydelig andel av det nasjonale rusproblemet i de nordiske landene, med de konsekvenser og kostnader det innebærer (EMCDDA og Europol 2011).

Samtidig mangler evidensbasert kunnskap om effektiv behandling av avhengighet av sentralstimulerende rusmidler (EMCDDA 2009), og det er heller ikke funnet effektiv farmakologisk behandling (EMCDDA 2010; Brensilver, Heinzerling og Shoptaw 2013).

Amfetamin kan spises, sniffes og injiseres. I Finland og Sverige injiserer mellom 67-82 % av amfetaminbrukerne, mens Danmark rapporterer at kun fire prosent av amfetaminbrukerne injiserer (EMCDDA 2010). Det er altså betydelige forskjeller mellom de nordiske landene. Det er ikke beregnet hvor mange høyrisikobrukere av sentralstimulerende midler det er i Norge (Skretting mfl. 2015). Inntrykket fra denne studien, og studien til Gjersing og Sandøy (2014), er at prevalensen for amfetaminbruk er høy i Norge. Injisering av amfetamin ser også ut til å være vanlig, noe som ikke er uventet ut fra injeksjonskulturen.

Effekten av amfetaminbruk er økt stemningsleie, følelse av økt velvære, økt energi, våkenhet og konsentrasjon, økt psykomotorisk aktivitet, forbedret utførelse av fysiske og mentale oppgaver og reduserte sosiale eller seksuelle hemninger (EMCDDA 2010, s. 7). I tillegg er nervøsit, usammenhengende tanker og tale, svimmelhet og dempet sultfølelse og søvnbehov vanlig (Skretting mfl. 2015). Abstinenssymptomene kan være lik symptomer ved amfetaminforgiftning, som agitasjon, fatigue, treghet, søvnproblemer og humørsvingninger, inkludert alvorlige kliniske depresjoner (EMCDDA 2010).

Amfetaminbruk kan utløse psykoser. I akutfasen er det ikke mulig å skille amfetaminutløst psykose fra schizofreni, da symptomene er like (EMCDDA 2010; Rognli, Medhus og Bramness 2015). Det å bli innlagt med amfetaminutløst psykose regnes som en av de største risikofaktorene for senere å utvikle schizofreni (Rognli, Medhus og Bramness 2015). I tillegg til psykose kan amfetamin gi psykologiske helseskader som angst, depresjon og økt risiko for selvmord (EMCDDA 2010). Rusmiddelbruk er en kjent risikofaktor for selvmord, men personer som injiserer sentralstimulerende rusmidler er ifølge Artenie mfl. (2015) spesielt sårbare for selvmordsatferd, noe som bør være fokus i det selvmordsforebyggende arbeidet. Anhedoni, altså manglende evne til å kjenne glede, og nedsatt impuls kontroll kan være forklaringer. Amfetamin gir også fysisk helseskade som forgiftning og død, alvorlige hjertelidelser, virusinfeksjoner, dårlig tannstatus og har potensiale for alvorlig avhengighet (EMCDDA 2010). Brukere av sentralstimulerende rusmidler har betydelig økt dødelighet sammenlignet med normalbefolkningen. De dør ofte ikke direkte av rusmiddelbruken, men av ulykker, selvmord og bla. hjerte- og karsykdommer (Bramness mfl. 2015a). Man ser også

økt aggresjon og risiko for voldelig atferd, selv om dette må tolkes med forsiktighet (EMCDDA 2010).

Det var mange i denne studien som hadde injisert både amfetamin og heroin. Blant respondenter som hadde LAR i denne studien, oppga 17 % amfetamin som hovedrusmiddel. Tallet stemmer overens med tall fra den årlige statusrapporteringen i LAR, hvor 15 % av LAR-pasientene oppga å ha brukt sentralstimulerende midler siste fire uker, og dette nivået har vært stabilt over flere år (Waal mfl. 2015). I en studie fra USA var 22 % av de opioidavhengige også brukere av amfetamin. Forfatterne fant at opioidavhengige rusmiddelbrukere som brukte amfetamin og som søkte behandling, hadde dårligere fysisk og psykisk helse enn de som ikke brukte amfetamin (Pilowsky mfl. 2011). Pilowsky mfl. (2011) vurderte at tilgang til substitusjonsbehandling for opioidavhengige som brukte amfetamin ga mulighet for bedre og mer koordinert behandling. For å forebygge helseskade og bedre behandlingsresultatet anbefalte Pilowsky mfl. (2011) at opioidavhengige som brukte amfetamin fikk tilbud om infeksjonsforebyggende rådgivning og hepatittvaksinasjon. Pasientene trengte også ofte psykiatrisk behandling for depresjon og angst, i tillegg til rusbehandling. Selv om helsegevinsten reduseres hvis pasienter fortsetter risikoatferd som injisering (Dale-Perera, Goulao og Stöver 2012), bidrar substitusjonsbehandling til mindre heroinbruk, reduksjon i ikke-dødelige overdoser (Gjersing og Bretteville-Jensen 2013), og reduksjon i rusrelaterte innleggelse i sykehus også for den gruppen LAR-pasienter som fortsetter å ruse seg (Skeie mfl. 2008).

Helsepersonell bør kartlegge somatisk helse og motivere til rusbehandling (Bramness mfl. 2015a). Det å hjelpe pasienter med å begrense bruk av amfetamin kan ifølge Rognli, Medhus og Bramness (2015) bidra til å redusere omfang og alvorlighetsgrad av psykotiske symptomer og amfetaminutløste psykoser. De anbefaler også at gjentatte eller vedvarende amfetaminutløste psykoser bør behandles og følges opp mer og bedre enn i dag (Rognli, Medhus og Bramness 2015). Oppsøkende tjenester kan være en måte å nå brukere av sentralstimulerende rusmidler på (Artenie mfl. 2015)

I arbeid med pasienter som bruker sentralstimulerende rusmidler må sykepleiere ha fokus på de helsemessige konsekvensene rusmiddelbruken kan gi, og være oppmerksomme på risiko for ulykker, selvmord og psykoser. I en skadereduserende tilnærming bør sykepleiere ha fokus på å redusere de akutte helseproblemene. For de som injiserer amfetamin, vil de

skadereduserende tiltakene i stor grad være de samme som til de som injiserer opioider, det vil si blant annet rådgivning, tilgang til rent sprøyteutstyr, infeksjonsforebygging og tilbud om rusbehandling til de som ønsker (EMCDDA 2010).

5.7 Styrker og svakheter ved metoden

En tverrsnittsstudie kan gi et øyeblikksbilde av hvilke rusmidler og legemidler som respondentene bruker. Utvalget i denne studien var et bekvemmelighetsutvalg, og det er ikke sikkert at disse respondentene er representative for rusbrukere i alle deler av landet. Selv om det fra enkelte helseforetak er rekruttert få respondenter, styrker det studien at det er en multisenterstudie.

Samlet kvinneandel i denne studien var på 27 %. Kvinneandelen blant rusmiddelbrukere i Norge ligger mellom 25-30 % (Folkehelseinstituttet 2015). Respondenter i denne studien som hadde LAR var med en gjennomsnittsalder på 37 år yngre enn landsgjennomsnittet i LAR, som er på 43 år (Waal 2015). Respondentene med LAR i denne studien ikke representative for hele LAR-populasjonen i Norge når det gjelder alder og rusmiddelbruk. Forskjeller i rusmiddelbruk mellom respondenter med og uten LAR ville sannsynligvis blitt større hvis man sammenlignet hele LAR-populasjonen med rusmiddelbrukere i aktiv rus.

Som i alle studier med selvrapporing, er man avhengig av at respondentene husker riktig om de spørsmålene som besvares, da «recall bias» kan føre til over- og underrapportering. Rusmiddelbruk er et sensitivt tema som kan påvirke respondenters ønske om å svare ærlig. Samtidig har rusmiddelbrukere ofte god oversikt over hvilke rusmidler og legemidler de har brukt, og hvordan ulike rusmidler inntas. Når pasienter starter rusbehandling vil problematikken være kjent, noe som øker sannsynligheten for at respondenter svarer ærlig. Spørreskjemaet virker klinisk fornuftig og dekker bruk av ulike rusmidler og legemidler (face validity). Spørreskjemaet har mange variabler, og det er en del feilkryssing og manglende svar. Mulige målefeil kan påvirkes av både selve spørreskjemaet, av hvilken informasjon respondenter har fått om utfylling av spørreskjemaet, og av hvilken form respondentene var i på det tidspunktet de besvarte skjemaet (Polit og Beck 2012). Respondenters leseferdighet kan også påvirke resultatet. Dette kan påvirke reliabiliteten, som igjen kan påvirke konklusjonsvaliditeten. Samtidig har få respondenter svart bekreftende på bruk av legemidler og rusmidler som har begrenset bruk i Norge, noe som styrker reliabiliteten.

Større utvalg kunne gitt større statistisk styrke, slik at noen av tendensene kunne blitt statistisk signifikante. Det er i denne studien gjort mange sammenligninger, noe som påvirke sjansen for signifikante funn (Bjørndal og Hofoss 2004). Det er ikke gjort bonferronikorreksjon.

Tidligere studier styrker at det ikke er store forskjeller i rusmiddelbruken mellom kvinner og menn. Selv om sammenligningen mellom respondenter med og uten LAR er usikker i denne studien, bekrefter likevel studien tidligere studier når det gjelder bruk av ulike rusmidler, inkludert illegal bruk av LAR-legemidler, og at injisering er vanlig i Norge.

6.0 KONKLUSJON

Funnene i denne studien bekrefter at heroin delvis erstattes av LAR-legemidler og andre opioider. Buprenorfin og metadon var brukt av mer enn 60 % av respondentene, både respondenter med og uten LAR. Selv om benzodiazepiner og amfetamin var de mest brukte rusmidlene, ble opioider som heroin og buprenorfin oppgitt som hovedrusmiddel. Fentanyl var også tilgjengelig, men ikke i stort omfang. Respondentene brukte gjennomsnittlig åtte rusmidler (median seks).

Det var liten forskjell i rusmiddelbruken ut fra alder, mellom kvinner og menn og mellom respondenter med og uten LAR, med noen unntak. De som brukte LAR-legemidler illegalt var statistisk signifikant yngre enn de som ikke brukte LAR-legemidler illegalt. I tillegg ble opioide legemidler brukt av statistisk signifikant flere kvinner enn menn.

Studien kan bidra til økt kunnskap hos sykepleiere om ulike legemidler og rusmidlers (mis)bruksmåter. Sykepleieren må kartlegge rusmiddelbruk og inntaksmåter, og pasienters erfaringer med overdoser. En skadereduserende tilnærming er viktig for de pasientene som ikke kan eller ønsker å redusere rusmiddelbruken. Samtidig vil det å ha fokus på å redusere rusmiddelbruk, og spesielt injisering, kunne bidra til å både redusere lekkasje av LAR-legemidler og forebygge overdoser og amfetaminutløste psykoser. Tverrfaglig samarbeid, bruk av ansvarsgrupper og individuell plan er viktige virkemidler i oppfølgingen.

Det trengs mer forskning rundt sykepleieres bidrag i substitusjonsbehandling, og i det tverrfaglige samarbeidet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. For å kunne forebygge helseskader og overdoser, trengs det fortsatt mer forskning om lekkasje av LAR-legemidler og motivasjon for bruk. I tillegg mangler det kunnskap om hva som er god behandling for dem som bruker sentralstimulerende rusmidler, blant annet om hvorvidt ambulante tjenester kan være en måte å yte bedre helsehjelp på til denne gruppen.

LITTERATURLISTE

- American Psychiatric Association (2014) *DSM-5 Development. Substance Use Disorder*. [online]. [Webpage]. Virginia, USA: American Psychiatric Association. URL: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx> (05.12.15).
- Artenie, A. A. mfl. (2015) Associations of substance use patterns with attempted suicide among persons who inject drugs: Can distinct use patterns play a role? I: *Drug and Alcohol Dependence*, 147 s. 208-214.
- Bazazi, A. R. mfl. (2011) Illicit use of Buprenorphine/Naloxone among injecting and noninjecting opioid users. I: *Journal of Addiction Medicine*, doi:10.1097/ADM.0b013e3182034e31(5 (3)), s. 175-180.
- Berman, A. H. og C. Brisendal (2010) *DUDIT-E The Drug Use Disorder Identification Test-E. Utrednings- og behandlingsmanual*. [online]. URL: <http://www.snakkomrus.no/rammeverk/formdata/DUDIT-E/pdf/DUDIT-E-Manual.pdf> (27.11.15).
- Biong, S. (2015) Sykepleieres erfaringer med overdosedødsfall i Oslo. I: *Sykepleien Forskning*, 10(2), s. 124-130.
- Bjørndal, A. og D. Hofoss (2004) *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bramness, J. G. (2009) Nevrobiologisk forståelse av rusmiddelproblemer. I: *Utposten*, (4), s. 22-26.
- Bramness, J. G. mfl. (2015a) *Ikke-opioide overdoser og øvrige rusmiddelrelaterte dødsfall*. [online]. Rapport 1/2015. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning. URL: <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2015/nedlastning/seraf-rapport-nr-1-2015-ikke-opioide-overdoser.pdf> (10.12.15).
- Bramness, J. G. mfl. (2015b) Recent trends in the availability and use of amphetamine and methamphetamine in Norway. I: *Forensic Science International*, 246 s. 92-97.
- Brensilver, M., K. G. Heinzerling og S. Shoptaw (2013) Pharmacotherapy of amphetamine-type stimulant dependence: An update. I: *Drug and Alcohol Review*, 32(5), s. 449-460.
- Bretteville-Jensen, A. L. mfl. (2014) Illicit use of opioid substitution drugs: Prevalence, user characteristics, and the association with non-fatal overdoses. I: *Drug and Alcohol Dependence*, 147 s. 89-96.
- Cheung, Y. W. (2000) Substance abuse and developments in harm reduction. I: *Canadian Medical Association Journal*, 162(12), s. 1697-700.

Clancy, C., A. Oyefeso og A. H. Ghodse (2002) Mapping the role of nurses in Methadone Substitution Therapy (MST) programmes across Europe: core competencies. I: *The Drug and Alcohol Professional*, 2(2), s. 19-25.

Clancy, C., A. Oyefeso og H. Ghodse (2007) Role development and career stages in addiction nursing: An exploratory study. I: *Journal of Advanced Nursing*, 57(2), s. 161-171.

Dale-Perera, A., J. Goulao og H. Stöver (2012) Quality of care provided to patients receiving opioid maintenance treatment in Europe: Results from the EQUATOR analysis. I: *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 14(4), s. 23-38.

Dalen, E., J. Holmen og H. M. Nordahl. (2015) Somatic health of patients at an outpatient clinic for substance abuse. I: *Tidsskrift for Den norske legeförening* [online], 135(2), 127-131. URL: <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.13.0801> (2015/09/20/).

Drageset, S. og S. Ellingsen (2009) Forståelse av kvantitativ helseforskning-en introduksjon og oversikt. I: *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 5(2), s. 100-113.

EMCDDA (2009) *Polydrug use: Patterns and responses*. [online]. Selected issue. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. URL: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93217_EN_EMCDDA_S109_polydrug%20use.pdf (20.09.15).

EMCDDA (2010) *Problem amphetamine and metamphetamine use in Europe*. [online]. Selected issue. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (25.10.15).

EMCDDA (2011) *Recent shocks in the European heroin market: Explanations and ramifications*. [online]. Trendspotter summary Report. URL: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_144648_EN_TrendspotterSummaryReport.pdf.

EMCDDA og Europol (2011) *Amphetamine: A European Union perspective in the global context*. [online]. EMCDDA-Europol joint publications. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (25.10.15).

EMCDDA og Europol (2013) *EU Drug Markets Report: A strategic analysis*. [online] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. URL: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_194336_EN_TD3112366ENC.pdf (27.04.15).

EMCDDA (2014) *Europeisk narkotikarapport 2014: Trender og utviklinger*. [online] Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk. URL: <http://www.sirus.no/Europeisk+narkotikarapport+2014%3A+trender+og+utvikling.d25-SMZbU5i.ips> (19.01.15).

Flesland, L. (2010) Trenger kunnskap om rusmidler. I: *Sykepleien*, 98(5), s. 56-58.

Flesland, L. og R. V. Knoff (2013) *Føre Var: Rustrender i Bergen 02/13*. [online]. Bergen: Kompetansesenter rus - region Vest og Stiftelsen Bergensklinikkene. URL: <http://www.bergensklinikkene.no/sitefiles/13/dokumenter/ForeVarresymeHost2013.pdf> (03.05.15).

Flesland, L. og R. V. Knoff (2014) *Føre Var: Rustrender i Bergen 01/14*. [online]. Bergen: Kompetansesenter rus - region Vest og Stiftelsen Bergensklinikkene. URL: <http://www.bergensklinikkene.no/hjem/fore-var-og-nye-rustrender-i-bergen-lar-medisiner-heroin-can/> (19.01.15).

Folkehelseinstituttet (2014) *Dette dør Norge og verden av*. [online]. URL: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113361> (08.03.15).

Folkehelseinstituttet (2015) *Personer som tar stoff med sprøyter og smittevern- veileder for helsepersonell*. [online]. Nettbasert veileder i smittevern for kommunehelsetjenesten. Oslo: Folkehelseinstituttet. URL: <http://www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/smittevernboka> (10.12.15).

Ford, R. (2011) Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses' care of patients who use illicit drugs. I: *Contemporary Nurse : a Journal for the Australian Nursing Profession*, 37(2), s. 241-52.

Gjersing, L. mfl. (2011) **Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008: En helhetlig gjennomgang**, 2/2011. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF).

Gjersing, L. og A. L. Bretteville-Jensen (2013) Is opioid substitution treatment beneficial if injecting behaviour continues? I: *Drug and Alcohol Dependence*, 133(1), s. 121-126.

Gjersing, L. og T. A. Sandøy (2014) **Narkotikabruk på gateplan i syv norske byer**. SIRUS-rapport 1/2014. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Go, F. mfl. (2011) Supporting clients on methadone maintenance treatment: a systematic review of nurses`s role. I: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18 s. 17-27.

Havnes, I. A., T. Clausen og A. L. Middelthun (2013) "Diversion" of methadone or buprenorphine:"harm" versus "helping". I: *Harm Reduction Journal*, 10(24).

Helse- og omsorgsdepartementet (2004) *Rusreformen-pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. [online]. I: Helsedepartementet (red.). Rundskriv I-8/2004. Oslo: Helsedepartementet. URL: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/rus/2004/0017/ddd/pdfv/205998-runds067.pdf> (03.05.15).

Helse- og omsorgsdepartementet (2005) *God forskning-bedre helse*. [online]. NOU 2005: 1. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. URL:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/848476c900bb455abdca39ccef4733af/no/pdfs/nou200520050001000dddpdfs.pdf> (19.01.15).

Helsedirektoratet (2010) *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. [online]. Nasjonale faglige retningslinjer IS-1701. Oslo: Helsedirektoratet. URL: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet/Sider/default.aspx> (19.01.15).

Helsedirektoratet (2012a) *Prioriteringsveileder tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*. [online]. Veileder IS-2043. Oslo: Helsedirektoratet. URL: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/101/IS-2043-Prioriteringsveileder-for-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling.pdf> (16.09.15).

Helsedirektoratet (2012b) *ROP-retningslinjen. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse-ROPlidelse*. [online]. Nasjonale faglige retningslinjer IS-1948. Oslo: Helsedirektoratet. URL: <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/ROP/Forside> (15.02.15).

Helsedirektoratet (2014a) *Etablering av en ny medisinsk spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin*. [online]. Rapport IS-0424. Oslo: Helsedirektoratet. URL: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/198/Etablering-av-en-ny-medisinsk-spesialitet-i-rus-og-avhengighetsmedisin-IS-0424.pdf> (03.05.15).

Helsedirektoratet (2014b) *Nasjonal faglig veileder i bruk av opioider ved langvarige ikke-kreftrelaterte smerter*. [online]. Veileder IS-2077. Oslo: Helsedirektoratet. URL: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-veileder-i-bruk-av-opioider-ved-langvarige-ikke-kreftrelaterte-smerter> (03.05.15).

Helsedirektoratet (2014c) *Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler-rekvirering og forsvarlighet* [online]. Veileder IS-2014. Oslo: Helsedirektoratet. URL: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-veileder-vanedannende-legemidler-rekvirering-og-forsvarlighet> (03.12.15).

Helsedirektoratet (2014d) *Nasjonal overdosestrategi 2014-2017: "Ja visst kan du bli rusfri-men først må du overleve"*. [online]. Strategier og handlingsplaner IS-0418. Oslo: Helsedirektoratet. URL: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-overdosestrategi-20142017> (06.12.15).

Helsedirektoratet (2014e) *Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. "Sammen om mestring"*. [online]. Veileder IS-2076. Oslo: Helsedirektoratet. URL: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne> (06.12.15).

Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. [online]. URL: <http://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>.

Høgskolen i Gjøvik (2015) *Emnehefte Master i klinisk sykepleie*. [online] Høgskolen i Gjøvik (07.12.15).

Johnsen, B. og T. Richert (2015) Diversion of methadone and buprenorphine by patients in opioid substitution treatment in Sweden: Prevalence estimates and risk factors. I: *International Journal of Drug Policy*, 26(2), s. 183-190.

Johnson, B. og T. Richert (2015a) Diversion of Methadone and Buprenorphine from Opioid Substitution Treatment: Patients who regularly sell or share their medication. I: *Journal of Addictive Diseases*, 34(1), s. 1-17.

Johnson, B. og T. Richert (2015b) Diversion of Methadone and Buprenorphine from Opioid Substitution Treatment: The Importance of Patients' Attitudes and Norms. I: *Journal of Substance Abuse Treatment*, 54 s. 50-55.

Jones, J. D., S. Mogali og S. D. Comer (2012) Polydrug abuse: A review of opioid and benzodiazepine combination use. I: *Drug and Alcohol Dependence*, 125(1-2), s. 8-18.

Karlsen, R. (2009) Psykiatriske sykepleieres faglige bidrag i tverrfaglig samarbeid: Profesjonell kompetanse. I: *Sykepleien Forskning*, 4(3), s. 198-204.

Karlsson, B. og S. H. Kim (2015) **Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid**. Forskningsrapport nr. 16/2015: Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Senter for psykisk helse og rus.

LAR-forskriften (2009) *Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering. Fastsatt ved kgl. res. 18. desember 2009 med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m § 3-16 og lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v (helsepersonelloven) § 11 annet ledd*. [online]. URL: <http://lovdata.no/forskrift/2009-12-18-1641>.

Launonen, E. mfl. (2015) Diversion of opioid maintenance treatment medications and predictors for diversion among Finnish maintenance treatment patients. I: *International Journal of Drug Policy*, [http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.03.007\(0\)](http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.03.007(0)).

Lobmaier, P. mfl. (2010) The pharmacological treatment of opioid addiction--a clinical perspective. I: *European Journal of Clinical Pharmacology*, 66(6), s. 537-45.

Mounteney, J. mfl. (2015) Fentanyl: Are we missing the signs? Highly potent and on the rise in Europe. I: *International Journal of Drug Policy*, 26(7), s. 626-631.

Munro, A., H. E. Watson og A. McFadyen (2007) Assessing the impact of training on mental health nurses' therapeutic attitudes and knowledge about co-morbidity: A randomised controlled trial. I: *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), s. 1430-1438.

Nkowane, A. M. og S. Saxena (2004) Opportunities for an improved role for nurses in psychoactive substance use: review of the literature. I: *International Journal of Nursing Practice*, 10(3), s. 102-110.

Norsk sykepleierforbund (2011) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I.

Norsk sykepleierforbund (2014) *Politisk plattform for psykisk helse og rus 2013-2016*. [online]. URL: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2187307/1212763/Politisk-plattform-for-psykisk-helse-og-rus>.

Pauly, B. (2008) Shifting moral values to enhance access to health care: Harm reduction as a context for ethical nursing practice. I: *International Journal of Drug Policy*, 19(3), s. 195-204.

Pauly, B. og I. Goldstone (2008) Harm reduction in nursing practice: Current status and future directions. I: *International Journal of Drug Policy*, 19(3), s. 179-182.

Personopplysningsloven (2000) *Lov om behandling av personopplysninger*. [online]. URL: <http://lovdata.no/lov/2000-04-14-31>.

Pilowsky, D. J. mfl. (2011) Co-occurring amphetamine use and associated medical and psychiatric comorbidity among opioid-dependent adults: results from the clinical Trials Network. I: *Substance Abuse and Rehabilitation*, 2 s. 133-144.

Polit, D. F. og C. T. Beck (2012) *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health.

Rassool, G. H. (2002) Substance misuse and mental health: An overview. I: *Nursing Standard*, 16(50), s. 47-53.

Rassool, G. H. og S. Rawaf (2008) Educational intervention of undergraduate nursing student`s confidence skills with alcohol and drug misusers. I: *Nurse Education Today*, 28 s. 284-292.

Rassool, G. H. (2010) *Addiction for nurses*: Wiley-Blackwell.

Registered nurses' association of Ontario (2009) *Best practise guidelines: Supporting Clients on Methadone Maintenance Treatment*. [online] Registered nurses` association of Ontario. URL: <http://rnao.ca/bpg/guidelines/supporting-clients-methadone-maintenance-treatment> (08.03.15).

Richert, T. og B. Johnsen (2013) Illicit use of methadone and buprenorphine among adolescents and young adults in Sweden. I: *Harm Reduction Journal*, 10(27).

Richert, T. og B. Johnsen (2015) Long-term self-treatment with methadone or buprenorphine as a response to barriers to opioid substitution treatment: The case of Sweden. I: *Harm Reduction Journal*, 12(12), s. 1-14.

Rise, J. (2010) Hva er avhengighet. I: Amundsen, E. J. (red.) SIRUS-rapport nr. 4/2010, *Hva er misbruk og avhengighet*. Oslo: SIRUS, s. 34-41.

Rognli, E. B., S. E. Medhus og J. G. Bramness (2015) *Amfetaminutløst psykose eller schizofreni?* [online]. Tidsskrift for Den norske legeforening. URL: <http://tidsskriftet.no/article/3289271/> (10.12.15).

Rosenvinge, J. H. mfl. (2004) Klinisk kompetanse i psykisk helsevern: Hva er det, og hvordan kan det læres. I: *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41(9), s. 706-712.

Ruyter, K. (2008) Risiko-nytte og frivillighet i forskning med rusbrukere. I: Waal, H. (red.), *Rusmiddelbrukeren og forskeren. Etiske prinsipper, erfaringer og ettertanker. Rapport fra seminar om "Sårbare grupper – forskningsetiske retningslinjer og prinsipper". 2. og 3. oktober 2008*. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning og Senter for medisinsk etikk, UiO.

SIRUS (2015) *Nær 100 nye psykoaktive stoffer oppdaget i Norge siden 2010*. [online] SIRUS (04.05.15).

Skeie, I. mfl. (2008) Somatic health among heroin addicts before and during opioid maintenance treatment: A retrospective cohort study. I: *BMC Public Health*, 8(1).

Skretting, A. mfl. (2015) *Rusmidler i Norge 2014*. [online]. Oslo: SIRUS. URL: <http://www.sirus.no/publikasjon/rusmidler-i-norge/> (08.08.15).

Skurtveit, S. mfl. (2014) *Bruk av vanedannende legemidler i Norge 2005-2014. Basert på data fra Reseptregisteret*. [online]. Rapport. Oslo: Folkehelseinstituttet. URL: <http://www.fhi.no/dokumenter/6f0bf0072f.pdf> (05.12.15).

Slettebø, Å. (2013) *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Soyka, M. (2014) Buprenorphine use and risk of abuse and diversion. I: *Advances in Pharmacoepidemiology & Drug Safety*, 3(1).

Statens helsetilsyn og WHO (2010) *ICD-10 : Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Clinical Description and Diagnostic Guidelines. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Sælør, K. T. og S. Biong (2011) Endringer i sykepleieres arbeid etter rusreformen. I: *Sykepleien Forskning*, 6(2), s. 170-176.

Waal, H. mfl. (2012) Fastlegers syn på legemiddelassistert rehabilitering. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132(16).

Waal, H. og M. Gossop (2014) *Making Sense of Differing Overdose Mortality: Contributions to Improved Understanding of European Patterns*. [online]. European Addiction Research. URL: <http://www.karger.com/DOI/10.1159/000346781> (1).

Waal, H. mfl. (2015) *Statusrapport 2014: En aldrende LARpopulasjon?* [online]. Seraf rapport 2/215. Oslo. URL: <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2015/nedlastninger/seraf-rapport-nr2-2015-statusrapport-2014.pdf> (20.07.15).

WHO (2009) *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. [online] World Health Organization. URL: http://www.who.int/substance_abuse/activities/treatment_opioid_dependence/en/.

Yokell, M. A. mfl. (2011) Buprenorphine and Buprenorphine/Naloxone diversion, misuse, and illicit use: An international review. I: *Current Drug Abuse Reviews*, 4(1), s. 28-41.

Vedlegg 1 Tabeller

Legemidler og rusmidler brukt for å oppnår rus siste 90 dager, og forskjeller i bruk mellom respondenter med og uten LAR

Legemidler og rusmidler brukt til å oppnår rus siste 90 dager	Antall (prosent) som har brukt ulike rusmidler (antall) n=80	Antall (prosent) med LAR som har brukt ulike rusmidler (antall) n=50	Antall (prosent) uten LAR som har brukt ulike rusmidler n=30	Kji-kvadrat* P-verdi
Benzodiazepiner	66 (83)	42 (84)	24 (80)	0,649
Gateamfetamin	55 (69)	34 (68)	21 (70)	0,852
Cannabis	50 (63)	34 (68)	16 (53)	0,190
**Buprenorfin og metadon	50 (63)	29 (58)	21 (70)	0,283
Buprenorfin	47 (59)	27 (54)	20 (67)	0,265
Metadon	16 (20)	8 (16)	8 (27)	0,248
Heroin	41 (51)	26 (52)	15 (50)	0,862
Opioide legemidler	40 (50)	22 (44)	18 (60)	0,166
ADHD legemidler	16 (20)	8 (16)	8 (27)	0,248

*Fishers eksakte test når forventet fordeling gir under fem i mer enn en rute. **Buprenorfin og metadon sammenslått *

Vedlegg 1 Tabeller

Bruk av legemidler og rusmidler for å oppnå rus siste 90 dager. Gruppering etter spørreskjema

Legemidler og rusmidler etter gruppering fra spørreskjemaet	Antall (prosent) som har brukt n=80	Antall kvinner (prosent) som har brukt n=22	Antall menn (prosent) som har brukt n=68	*Kji-kvadrat P-verdi	Gj. snitts-alder (SD) på de som har brukt n=78	Gj. snitts-alder (SD) på de som ikke har brukt n=78	T-test P-verdi
Oksykodon	20 (25)	9 (41)	11 (19)	0,043	36 (11)	35 (10)	0,679
Fentanyl	3 (4)	2 (9)	1 (2)	0,182	41 (2)	35 (10)	0,480
Hydromorfon	0	0	0	0	0	0	0
Tapentadol	0	0	0	0	0	0	0
Tramadol	10 (13)	4 (18)	6 (10)	0,450	35 (10)	35 (10)	0,734
Morfin	24 (30)	9 (41)	15 (26)	0,190	39 (11)	34 (9)	0,034
Metadon	16 (20)	6 (23)	10 (17)	0,355	33 (10)	36 (10)	0,369
Ketobemidon	3 (4)	2 (9)	1 (2)	0,182	42 (3)	35 (10)	0,257
Petidin	3 (4)	1 (5)	2 (3)	1,0	43 (6)	35 (10)	0,190
*Buprenorfin	47 (59)	14 (64)	33 (57)	0,585	33 (10)	39 (10)	0,010
*Andre legemidler med buprenorfin	14 (18)	7 (32)	7 (12)	0,051	34 (11)	36 (10)	0,528
Kodein	16 (20)	7 (44)	9 (57)	0,124	35 (9)	36 (10)	0,900
Sufentanil	0	0	0	0	0	0	0
Hydrokodon	0	0	0	0	0	0	0
Oksymorfon	1 (1)	0	0	0	0	0	0
Heroin	41 (51)	11 (50)	30 (52)	0,890	35 (10)	36 (10)	0,534
Metylfenidat	8 (10)	(2) 9	6 (10)	1,0	37 (10)	36 (10)	0,258
Amf. legemiddel	14 (18)	7 (32)	7 (12)	0,051	32 (12)	36 (10)	0,242
Gateamfetamin	55 (69)	14 (64)	41 (71)	0,543	35 (10)	36 (11)	0,969
Cannabis	50 (63)	14 (64)	36 (62)	0,897	35 (10)	36 (11)	0,886
Pregabalin	1() 1	0	0	0	0	0	0
Gabapentin	2 (3)	0	0	0	0	0	0
Benzodiazepiner	66 (83)	17 (77)	49 (85)	0,449	36 (10)	33 (9)	0,288

*Fishers eksakte test ved forventet fordeling under fem i mer enn en rute. **Legemidler med buprenorfin er delt opp i LAR-legemidler og andre legemidler med buprenorfin.

Signifikante forskjeller i alder ved bruk av buprenorfin og morfin er også signifikante ved bruk av Mann-Whitney U-test, henholdsvis $p = 0,035$ og $p = 0,016$.

Anne Bech

Ottestad, 24.02.15

Avd. for tverrfaglig spesialisert behandling,

Enhet for avgiftning

Pb. 68

2312 Ottestad

FORESPØRSEL OM BISTAND TIL Å GJENNOMFØRE SPØRREUNDERSØKELSE VED ENHET FOR AVGIFTNING I FORBINDELSE MED MASTERSTUDIUM I KLINISK SYKEPLEIE

Jeg er fagkonsulent i LAR/psykiatrisk sykepleier og jobber ved DPS Elverum-Hamar, ruspoliklinikken. I tillegg er jeg student ved Høgskolen i Gjøvik, der jeg i 2015 skal skrive masteroppgave.

Masteroppgavens tittel er «Pasienters bruk av illegale legemidler og rusmidler før innleggelse - en tverrsnittundersøkelse blant pasienter innlagt til avgiftning». Hensikten med studien er å få bedre kunnskap om pasienters bruk av illegale legemidler og rusmidler siste tre måneder før innleggelse.

Det er av særlig interesse å få mer kunnskap om i hvilken grad LAR-legemidler brukes illegalt. I tillegg ønskes mer kunnskap om hvilke andre rusmidler og legemidler som blir brukt, og hvilken blandingsmisbruk det er mellom LAR-legemidler og andre rusmidler.

Studien er drøftet med enhetsleder Ingrid Sundby og avklart med avd. leder Marianne Gade.

Klinisk nytte

Sykepleiere møter pasienter med ruslidelser i alle deler av helsetjenesten. Sykepleie til pasienter i LAR krever en grunnleggende forståelse for kompleksiteten i det å tolke pasienters symptomer. Det trengs kunnskap om sykdomslære og farmakologi, kompetanse i forhold til ruslidelser og psykisk lidelser, og kompetanse til å kartlegge, utrede og behandle komorbide lidelser i tverrfaglig samarbeid med andre helseprofesjoner.

Studien kan bidra til økt kunnskap om omfang og konsekvenser av lekkasje av LAR-legemidler, noe som er viktig for å ivareta sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon på en god måte. Sykepleiere i LAR står daglig i spennet mellom forebyggende helsearbeid i et samfunnsperspektiv og helsefremmende pleie til enkeltpasienter. Sykepleiere og annet helsepersonell i LAR har medansvar for å tilrettelegge for utleveringsordninger som kan bidra til å redusere lekkasje av LAR-legemidler i tråd med LAR-forskriften (2009). Samtidig skal sykepleiere ivareta enkeltpasienters rehabiliteringsmuligheter og behov for normalisering (LAR-forskriften 2009; LAR-retningslinjen 2010).

Studien kan også bidra til økt kunnskap om ulike legemidler og rusmidlers (mis)bruksmåter. For sykepleieren i møte med den enkelte pasient i LAR kan det bidra til å øke forståelsen for hvilke konsekvenser rusbruken har for den enkelte pasients helse- og livssituasjon, og for å forstå hvordan rusbruken kan påvirke behovet for sykepleie. Klinisk observasjon av pasienter og vurdering av behandlingstiltak er spesielt krevende når pasienter bruker flere rusmidler samtidig.

Oppdatert kunnskap er også viktig for at sykepleiere i LAR kan ivareta undervisning- og veiledningsplikt overfor apotek, hjemmebasert omsorg og fastleger (Spesialisthelsetjenesteloven 1999).

Design og metode

Studien er en deskriptiv tverrsnittstudie, med bruk av anonyme spørreskjema.

Enhet for avgiftning har allerede etablert samarbeid med prof. Thomas Clausen UiO, Senter for rus- og avhengighetsforskning ift. Clausens multisenterstudie, hvor samme spørreskjema benyttes. Clausen har allerede godkjenning fra REK på 35 skjema fra SI. Det vil bli søkt REK om tillatelse til å bruke disse 35 skjema, i tillegg til at det søkes om tillatelse til å innhente 15 skjema til. Det bes om bistand fra enhet for avgiftning til å rekruttere 15 informanter ekstra, dvs. at masterstudien skal ha totalt 50 informanter. Deltakelsen er frivillig og samtykkebasert. Spørreskjema fylles ut av pasienten alene som selvutfylling, evt. med bistand fra ansatte på avgiftningsenheten hvis nødvendig.

Inklusjonskriterier er pasienter som har brukt rusmidler og illegale legemidler i månedene før innleggelse på avgiftning. Eksklusjonskriterier er pasienter med alkohol som eneste eller dominerende problematikk, pasienter med manglende samtykkekompetanse og pasienter med som ikke snakker godt norsk.

Studien er planlagt utført ved Sykehuset Innlandet HF, Sanderud sykehus, enhet for avgiftning, over en periode på ca. 6 måneder våren 2015, avhengig av rekrutteringshastigheten. Gjennomsnittlig liggetid på enheten er 2 uker, og utfylling bør skje ca. en uke etter innkomst.

Veileder fra Høgskolen i Gjøvik er professor Øyvind Kirkevold.

Vedlagt forskningsplan. Kontakt meg gjerne ved evt. spørsmål på tlf. 97026093 eller epost anne.bech@hig.no eller anne.bech@sykehuset-innlandet.no

Håper på positivt svar.

Med vennlig hilsen

Anne Bech



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Ingrid Dandéen	22848823	08.04.2015	2014/414 REK sør-øst D
			Deres dato:	Deres referanse:
			23.03.2015	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Thomas Clausen
SERAF, Universitetet i Oslo

2014/414 Europeisk studie av pasienter med opioid avhengighet i behandling

Forskningsansvarlig: Universitetet i Oslo
Prosjektleder: Thomas Clausen

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 23.03.2015 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK sør-øst D på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Endringene innebærer:

- Tre nye prosjektmedarbeidere: Anne Bech, Øyvind Kirkevold og Ivar Skeie. Anne Bech skal skrive masteroppgave basert på materialet innsamlet ved Sykehuset innlandet.
- Økning i antall forskningsdeltakere ved Sykehuset innlandet til 50 personer i løpet av 2015.

Vurdering

REK har vurdert endringssøknaden og har ingen forskningsetiske innvendinger til endringene slik de er beskrevet i skjema for prosjektendring.

Vedtak

REK godkjenner prosjektet slik det nå foreligger, jfr. helseforskningsloven § 11, annet ledd.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknad, endringssøknad, oppdatert protokoll og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Klageadgang

REKs vedtak kan påklages, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK sør-øst D. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst D, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn på korrekt skjema via vår saksportal:

<http://helseforskning.etikkom.no>. Dersom det ikke finnes passende skjema kan henvendelsen rettes på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Finn Wisløff
Professor em. dr. med.
Leder

Ingrid Dønås
Førstekonsulent

Kopi til: j.g.brønnes@medisin.uio.no
Universitetet i Oslo ved øverste administrative ledelse: universitetsdirektor@uio.no



Sykehuset Innlandet HF

Prosjektnr. SI:	
Fylles ut av SI ved 1. gangs registrering	

Registreringsskjema for: All forskning
 Utviklings- kvalitetsprosjekter som benytter person-/journalopplysninger

Ved førstegangsregistrering:	Fyll ut alle hvide og grønne skraverte felter i skjemaet		
Ved endrings- årlig statusmelding:	Fyll ut de grønne skraverte feltene, prosjektnr og feltene hvor eventuelle endringer foreligger.		
1. Prosjektets tittel			
Pasienters bruk av illegale legemidler og rusmidler før innleggelse-en tverrsnittundersøkelse blant pasienter innlagt til avgiftning.			
2. Prosjektleder (For forsknings prosjekter angis seniorforsker/hovedveileder for prosjektet. Ellers angis andelegs sjef.)			
Tittel:	Professor/Dr. philos/sykepleier	Navn:	Øyvind Kirkvold
Avdeling:	Høgskolen i Gjøvik/Nasjonalt kompetansesenter, Aldring og helse		
Divisjon:		Institusjon:	Høgskolen i Gjøvik
Telefoner:	91594775	E-post:	ovind.kirkvold@aldringoghelse.no
3. Forsker/stipendiat (Den person i Sykehuset Innlandet som utfører hovedtyngden av arbeidet i prosjektet.)			
Tittel:	Fagkonsulent LAR/psyk.sykepleier	Navn:	Anne Bech
Avdeling:	DPS Eiverum-Hamar, ruspoliklinikken		
Divisjon:	Divisjon psykisk helse	Institusjon:	
Telefoner:	97026093/62537500	E-post:	anne.bech@sykehuset-innlandet.no
4. Samarbeidspartnere (Intern/ekstern)			
Navn:	Avdeling:	Divisjon:	Institusjon
Ivar Skeie, overlege/Phd	DPS Gjøvik	Psykisk helse	
Thomas Clausen, prof.	Seraf		Universitetet i Oslo
Erik Szabo/Tobias Strömberg	TSB, enhet for avgiftning	Psykisk helse	Sanderud sykehus
5. Prosjekt mål (hoved- og delmål) Maksimalt 7 linjer. Beskrivelse utover dette kommer ikke med på den signerte utskriften!!			
Litteratursøk i Medline, Ovid og Pubmed viser at det kun finnes noen få internasjonale studier som beskriver spl. rolle og funksjon i oppfølging av pasienter som mottar subst. behandling for opioidavhengighet (LAR). Både blandingamisbruk og lekkasje av LAR legemidler representerer kliniske utfordringer i arbeid med LARpasienter. Hensikten med studien er å få mer kunnskap om pasienters bruk av illegale legemidler og rusmidler. Det er av særlig interesse å få mer kunnskap om i hvilken grad LARlegemidler brukes illegalt. I tillegg ønskes mer kunnskap om hvilke andre rusmidler og legemidler som brukes, og hvilken blandingamisbruk det er mellom LARlegemidler og andre rusmidler.			
6. Prosjektbeskrivelse (bakgrunn, metoder, evt. resultater) Maksimalt 7 linjer. Samme regel som punkt 5			
For å kunne bidra til trygg og kompetent behandling av pasienter i LAR (legemiddelasstert rehabilitering) trenger sykepleiere oppdatert kunnskap om russtrender, legemiddel- og rusmisbruk. Sykepleiere må kunne skille mellom bivirkning, abstinens og påvirkning av rusmidler, noe som er vanskeligere jo flere rusmidler pasientene bruker. Det er også økende fokus på lekkasje av LAR legemidler i flere land. Studien er en deskriptiv tverrsnittundersøkelse. Ved bruk av anonyme spørreskjema blir pasienters bruk av 23 ulike rusmidler og legemidler siste tre måneder før innleggelse kartlagt. 50 innlagte pasienter rekrutteres fra Avd. TSB, enhet for avgiftning i løpet av våren 2015. Data analyseres med bruk av SPSS og gir deskriptiv og enkel inferens statistikk. Funn drøftes opp mot eksisterende lit. rundt rusbruk og spl. rolle og funksjon.			
7. Omfatter prosjektet bruk av identifiserbare/avidentifiserte personopplysninger slik som helseopplysninger, inkludert kodete opplysninger?			Ja Nei
Hvis ja: Nye prosjekter må fylle ut eget skjema og sende personvernombudet (www.us.no/personvern)			<input checked="" type="checkbox"/>
Oppgi ref. nummer fra personvernombudet Utleval når det foreligger, ev. prosjektnummer hos NSD:			



		Ja	Nei
15b. Omfatter prosjektet genetiske undersøkelser som kan forutsi sykdom eller påvise bærertilstand for arvelige sykdommer og som kan tilbakeføres til deltakeren?			X
Hvis ja, må det gis genetisk veiledning, jfr. Bioteknologiloven.			
16. Omfatter prosjektet utprøving av legemiddel?			X
Hvis ja, må søknad sendes Statens legemiddelverk (hvis ikke sponser/oppleggslever har gjort det)			
17. Omfatter prosjektet utprøving av medisinsk-teknisk utstyr?			X
Hvis ja, må Medisinsk teknisk avdeling kontaktes før utstyret tas i bruk.			
18. Skal det inngås kontrakter i forbindelse med prosjektet?			X
Hvis ja, må forskningsenheten i Sykehuset Innlandet kontaktes.			
19. Tilleggsforsikring Er det nødvendig med tilleggsforsikring ut over standard dekning fra Norsk pasientskadeerstatning(NPE)?			X
Hvis ja, hvilken type forsikring? <input type="text"/>			
20. Er prosjektet en klinisk studie?			X
Etter at reglene ble endret i 2007 skal i praksis de fleste kliniske studier meldes til (www.ClinicalTrials.gov) Se: Bretthauer M, Haug C. Utan registrering, ingen publisering. Tidsskr Nor Lægefor 2009; 129; 733. Ved forskerinitierte prosjekter registrerer prosjektleder, kontakt Forskningsenheten for tilgang. Ved oppdragsinitiert forskning skal sponser registrere.			
21. Krever prosjektet dispensasjon fra taushetsplikten?			X
Dispensasjon kreves ikke dersom pasientens samtykke innhentes eller dersom opplysningene gis i anonymisert form. Søknad om dispensasjon sendes REK (Regional etisk komite)			
22.	Prosjektleder		
Undertegnede inntar for at alle meldinger/søknader er sendt, at alle samarbeidende institusjoner og avdelinger er informert, og at selve prosjektet ikke starter før alle formalia foreligger.			
dato:	20/4-15	Sign.	(ØVIND KIRKEVOLD)
23.	Avdelingssjef		
Undertegnede tar det overordnede medisinskfaglige ansvar for prosjektet og tilpasning til avdelingens drift.			
dato:	20/4-15	Sign.	(ERIK T. SZABO)
24.	Forskningsjef		
Reg. dato:		Sign. Forskningsjef:	
Kopi av skjemaet sendes divisjonsdirektøren i divisjonen hvor prosjektet gjennomføres			

Studie av rusmiddelbruk blant pasienter som begynner i rusbehandling.

EUROPAD; The European opiate addiction treatment association og Rocky Mountain poison and drug center (RMPDC) gjennomfører sammen med Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF) et forskningsprosjekt om rusmiddelbruk blant personer som søker seg til rusbehandling. I spørreskjemaet blir du spurt om rusmidler, spesielt opioider, som du har brukt i løpet av de siste 90 dagene.

Spørreskjemaet tar 5-10 minutter å fylle ut.

Veiledning:

Fyll ut skjemaet på egen hånd og gjerne på et avskjermet sted i lokalet.

Ikke skriv navnet ditt eller andre personidentifiserbare opplysninger på skjemaet.

Vær vennlig å svare på hvert spørsmål ved å krysse av den boksen som passer best som ditt svaralternativ. **Dersom du ikke ønsker å svare eller ikke er sikker på svaret lar du det stå åpent.**

Spørreskjemadelen med fargekoder etterspør ditt rusmiddelforbruk i løpet av de siste 90 dagene.

Det kan være at du ikke har hørt om eller er kjent med flere av rusmidlene/legemidlene som er listet. Kryss bare av på rusmiddel/legemiddel du er helt sikker på at du har brukt i løpet av de siste 90 dagene.

Dersom du ønsker det kan du be din lege eller behandler om å lese opp spørsmålene for deg og bistå med å krysse av for deg. Du kan også be din lege/ behandler om hjelp til å fylle ut skjemaet dersom det er noe som er vanskelig å forstå.

Ingen av svarene du oppgir i dette spørreskjemaet skal kunne kobles til deg som individ, ettersom undersøkelsen er anonym.

Risiko:

En mulig risiko for deg ved å delta i denne studien er ubehag forbundet med å svare på spørsmål som oppleves nærgående og sensitive. Vi forventer ingen annen risiko eller ubehag unntatt at du vil måtte bruke noen minutter av din tid på å fylle ut skjemaet.

Du kan velge å ikke delta i denne studien. Dersom du ikke ønsker å delta, vil ikke dette ha noen konsekvenser for den behandlingen du skal motta.

Dersom du er dømt til å delta i denne behandlingen av en domstol, vil ikke deltagelse i denne studien påvirke din sak på noen måte.

Goder:

Det medfølger ingen goder ved å delta i denne studien.

Anonymitet og taushetsplikt:

For at du skal kunne svare helt anonymt, etterspør vi ingen personidentifiserbare opplysninger i denne studien. **Du skal ikke skrive navn eller personnummer på dette spørreskjemaet.** Dine svar vil i fremtiden ikke kunne knyttes tilbake til deg.

Spørsmål:

Dersom du har spørsmål om denne studien kan du kontakte: Professor Thomas Clausen; Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) på telefon 23368978) eller E-mail: thomas.clausen@medisin.uio.no.

Dersom ønskelig kan du kontakte den Europeiske koordinatoren for prosjektet; Dr. Marilena Guareschi på følgende adresse; AU-CNS, Via XX Settembre, 83, 55045 Pietrasanta (LU), Italy, eller på telefon; (+39) 0584 790073.

Du kan også kontakte Colorado Multiple Institutional Review Board at 13001 E. 17th Place, Bldg. 500, Rm N3214, Aurora, CO USA 80045 or by phone at +0111 (303) 724-1055 dersom du vil komme i kontakt med de amerikanske koordinatorene for prosjektet.

Takk for hjelpen!

I de følgende 2 sidene er det listet mange medikamentgrupper og medikamenter/rusmidler som enkelte benytter for å oppnå rus. For hver medikamentgruppe er det listet spesifikke medikamenter og ulike måter å innta medikamentene på. For hvert medikament/rusmiddel du har brukt i løpet av de siste 90 dagene for å oppnå rus, vennligst kryss av for medikamentet/rusmiddelet du har brukt og måten du har inntatt medikamentet/rusmiddelet. For medikamentene/rusmidlene du ikke har benyttet, la feltene stå åpne.

OKSYKODON For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tyggnet og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
Oksykodon, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (HURTIGVIRKENDE)					
Oxycodone Actavis® tablett/kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OxyNorm® kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre hurtigvirkende Oksykodon tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (LANGTIDSVIRKENDE)					
Oxycodone Orifarm tablett/kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OxyContin® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Targiniq™ ER tablett/kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre langtidsvirkende oksykodon tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INJEKSJONSVÆSKE					
OxyNorm injeksjonsvæske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre oksykodon injeksjonsvæske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VÆSKE SOM SKAL DRIKES					
OxyNorm mikst væske som skal drikkes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre oksykodon mikstur til drikking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FENTANYL For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tyggnet og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
Fentanyl, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL					
Abstral® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effentora® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre fentanyl tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FILM/NESESPRAY					
Buquel® film	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instanyl® nesep spray	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre fentanyl film, nesep spray	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLASTER					
Durogesic® plaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fentanyl® plaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre fentanyl plaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INJEKSJONSVÆSKE					
Fentanyl® injeksjonsvæske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leptanal® injeksjonsvæske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre fentanyl injeksjonsvæske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HYDROMORFON For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tyggnet og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
Hydromorfon, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL—LANGTIDSVIRKENDE					
Palladon® kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre hydromorfon tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INJEKSJONSVÆSKE					
Palladon® injeksjonsvæske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre hydromorfon injeksjonsvæske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TAPENTADOL For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tyggnet og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
Tapentadol, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (HURTIGVIRKENDE)					
Palexia® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre hurtigvirkende tapentadol tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (LANGTIDSVIRKENDE)					
Palexia SR® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre langtidsvirkende tapentadol tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRAMADOL For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tyggnet og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
Tramadol, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (HURTIGVIRKENDE)					
Nobilgan® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trampalgin® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre hurtigvirkende tramadol tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (LANGTIDSVIRKENDE)					
Nobilgan® tablett/kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tramagetic® tablett/kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre langtidsvirkende tramadol tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MORFIN For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tyggnet og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
Morfin, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (HURTIGVIRKENDE)					
Morfin® tablett/kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre hurtigvirkende morfin tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (LANGTIDSVIRKENDE)					
Dolcontin® tablett/kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malfin® tablett/kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre langtidsvirkende morfin tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INJEKSJONSVÆSKE					
Morfin® injeksjonsvæske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre morfin injeksjonsvæske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VÆSKE SOM SKAL DRIKES					
Oramorph mikst. væske som skal drikkes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre morfin mikstur til drikking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

METADON For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tyggnet og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
Metadon, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL					
Metadon tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre metadon tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VÆSKE SOM SKAL DRIKES					
Metadon væske som skal drikkes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre metadon mikstur til drikking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KETOBEMIDON For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tyggnet og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
Ketobemidon, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (HURTIGVIRKENDE)					
Ketogan® tablett/kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketorax® tablett/kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alle andre former ketobemidon tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INJEKSJONSVÆSKE					
Ketorax injeksjonsvæske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre ketobemidon injeksjonsvæske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
STIKKPILLER					
Ketogan stikkpiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre ketobemidon stikkpiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PETIDIN For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tyggnet og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
Petidin, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INJEKSJONSVÆSKE					
Petidin injeksjonsvæske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre petidin injeksjonsvæsker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
STIKKPILLER					
Petidin stikkpiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre petidin stikkpiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[Version 01 - 09/01/2014 - Europad (ETP) Survey]

[13-2373 - Pl: Richard C. Dart, MD, PhD]

(Fortsettelse fra side 2) vær vennlig å besvare disse spørsmålene om ditt rusmiddelinntak for å oppnå rus i løpet av de siste 90 dagene ved å sette kryss i riktig svaralternativ. Flere svar er mulig.

BUPRENORFIN For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygg og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
uprenorfin, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL – EN-STOFFS PREPARAT					
ubutex® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
emgesic® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ndre buprenorfin-tabletter (instoffpreparat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL – KOMBINASJONSPREPARAT					
uboxone® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ndre kobinasjonspreparater (uprenorfin/nalokson)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ILM					
uboxone® Film	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ndre buprenorfin film	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INJEKSJONSVÆSKE					
emgesic® injeksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ndre buprenorfin injeksjonsvæske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PASTER					
lorspan® plaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ndre buprenorfin plaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KODEIN For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygg og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
odein, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL					
odaxol tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aralgin forte tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inex forte tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ndre kodeintabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
STIKKPILLER					
aralgin forte stikkpiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aralgin major stikkpiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aralgin minor stikkpiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ndre kodein stikkpiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SUFENTANIL For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygg og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
Sufentanil (alle typer) som for eksempel Sufenta®, Zalviso™	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HYDROKODON For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygg og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
Hydrokodon (alle typer) som for eksempel Hycodan®, Lortab™, Tussionex®, Vicodin®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OXYMORFON For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygg og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
Oksymorfon (alle typer) som for eksempel Opana®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HEROIN For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygg og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
Heroin (alle typer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANDRE FORESKREVNE LEGEMIDLER IKKE LISTET OPP HER For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygg og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
pesifiser:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

METYLFENIDAT For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygg og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
Metylfenidat, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (HURTIGVIRKENDE)					
Ritaline® / Ritalin® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre hurtigvirkende metylfenidat-tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (LANGTIDSVIRKENDE)					
Concerta® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equasym® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikinet kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre langtidsvirkende metylfenidat-tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AMFETAMIN - PRODUSERT AV ET LEGEMIDDELFIRMA For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygg og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
Amfetamin, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (HURTIGVIRKENDE)					
Racemisk amfetamin tablett/kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dexamfetamin tablett/kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre hurtigvirkende amfetamin-tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (LANGTIDSVIRKENDE)					
Adderall XR kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vyvanse kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre langtidsvirkende amfetamin-tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AMFETAMIN - IKKE PRODUSERT AV ET LEGEMIDDELFIRMA For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygg og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
Gate—Amfetamin (alle typer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

THC/CANNABINOIDER/ MARIJUANA - PRODUSERT AV ET LEGEMIDDELFIRMA (Ikke oljer, matvarer osv.) For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygg og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
THC, cannabinoider, marijuana, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL					
Cesamet kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marinol kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NESESPRAY					
Sativex neseppray	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGABALIN For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygg og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
Pregabalin (alle typer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GABAPENTIN For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygg og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
Gabapentin (alle typer) som for eksempel Neurontin®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BENZODIASEPNER For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygg og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
Rivotril® tablett (clonazepam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobril® tablett (oxazepam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valium® tablett (diazepam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Xanor® tablett (alprazolam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepiner (Andre typer, ikke spesifisert over)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

For rusmidlene som er avkrysset i tabellene på sidene 2 og 3, tar du vanligvis stoffene (flere valg mulig):

- Sammen på samme tid
 - Vennligst list de stoffene du vanligvis kombinerer ved samtidig inntak: _____
- Separate inntak adskilt med minst 60 minutter i mellom
 - Vennligst list de stoffene du vanligvis inntar separat: _____
- Annet, spesifiser: _____

- Har du noen gang vært plaget av kroniske smerter (smerter som varte minst 3 måneder, og var vedvarende eller stadig tilbakevendende)
- Ja - Dersom Ja, vennligst svar også på spørsmål 20.
 - Nei – Dersom Nei; Du har fullført undersøkelsen

I de følgende spørsmålene, benyttes begrepet "kronisk smerte" om smerte som har vart mer enn 3 måneder. Smerten kan enten ha vært constant eller ha kommet som hyppige anfall. **(flere valg mulig)**

	Nei	Ja, i løpet av de siste 7 dagene	Ja, i løpet av de siste 30 dagene	Ja, i løpet av de siste 12 månedene	Ja, minst en gang i løpet av livet
ar du noen gang oppsøkt en helsearbeider (lege eller annet) på grunn av kroniske smerter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ar du mottatt resept på opioide smertestillende (sterke nertestillende) for behandling mot kroniske smerter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Takk for at du tok deg tid til å fylle ut alle spørsmålene i denne undersøkelsen!