

Anonym

Et helhetlig perspektiv på pasientens tilfriskning

Prosjektbachelor 4901 ord

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2021

Anonym

Et helhetlig perspektiv på pasientens tilfriskning

Prosjektbachelor 4901 ord

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

ABSTRAKT

Innledning: Bacheloroppgaven tar for seg hvilke utfordringer sykepleier opplever i vurdering av angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase innlagt på rusakutt. Hovedfokuset er rettet mot de generelle symptomene på angst som er relevant i forhold til kartlegging av abstinenssymptomer, ved bruk av CIWA-Ar.

Metode: For å undersøke hvilke utfordringer sykepleier opplevde, ble det gjennomført tre kvalitative semistrukturerte dybdeintervju med sykepleiere med erfaringer innenfor prosjektets tema. Intervjuene ble gjennomført i mars 2021 og analysert ved hjelp av Kvale og Brinkmann sin meningsfortetning.

Resultat: Resultatene viser at det er flere faktorer som gjør det utfordrende for sykepleier å vurdere angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase. Alle informantene mente at CIWA-Ar var et presist og godt kartleggingsverktøy i vurdering av abstinenssymptomer, men at det krever mengdetrening og erfaring. Hovedutfordringene baserer seg på at angst er en subjektiv følelse, mangel på mengdetrening og det å se pasienten helhetlig som det enkelte menneske. Det kliniske blikket ble viktig i vurderingen av angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase.

Konklusjon: Studien har vist at sykepleiers utfordringer i vurdering av angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase baserer seg på at angst er en subjektiv følelse og nært knyttet til abstinens og dermed vanskelig å vurdere. En annen faktor er manglende mengdetrening og evnen til det kliniske blikk, samt å se pasienten helhetlig som det enkelte menneske. Ved hjelp av det kliniske blikk, sansene, samtale med pasienten, kunnskap, erfaringer og mengdetrening kan man anta at sykepleier vil oppnå en større forståelse i vurdering av angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase.

ABSTRACT

Introduction: This bachelor thesis addresses the challenges that nurses experience in assessing anxiety symptoms in patients in the abstinence phase admitted to drug use. The main focus is on the general symptoms of anxiety that are relevant in relation to the mapping of withdrawal symptoms, using CIWA-Ar.

Method: To investigate the challenges experienced by the nurse, three qualitative semi-structured in-depth interviews were conducted with nurses with experience within the project's theme. The interviews were conducted in March 2021 and analyzed using Kvale and Brinkmann's densification of opinion.

Results: The results show that there are several factors that make it challenging for the nurse to assess anxiety symptoms in patients in the abstinence phase. All the informants believed that CIWA-Ar was a precise and good mapping tool in assessing withdrawal symptoms, but that it required a lot of training and experience. The main challenges are based on the fact that anxiety is a subjective feeling, lack of mass training and seeing the patient as a whole as an individual. The clinical view became important in the assessment of anxiety symptoms in patients in the withdrawal phase.

Conclusion: The study has shown that nurses' challenges in assessing anxiety symptoms in patients in the abstinence phase are based on the fact that anxiety is a subjective feeling and closely related to abstinence and thus difficult to assess. Another factor is lack of mass training and the ability of the clinical eye, as well as seeing the patient holistically as the individual human being. With the help of clinical view, the senses, conversation with the patient, knowledge, experiences, and mass training, it can be assumed that the nurse will gain an understanding in assessing anxiety symptoms in patients in the abstinence phase.

INTRODUKSJON

«Jeg ser på meg selv som opplyst, og jeg visste at alkoholen kunne føre til angst, depresjoner og andre psykiske og fysiske plager. Likevel skjønnte jeg ikke at mine egne symptomer var en konsekvens av drikkingen. Det kan jeg fortsatt forundre meg over, men jeg ville kanskje ikke skjønne det. Isteden brukte jeg alkoholen som et middel for å dempe de ulike plagene» (1).

Det er angitt at 10% av menn og kvinner i Norge opplever skadelig bruk av alkohol eller alkoholavhengighet i løpet av et år (2). Verdens helseorganisasjon (WHO) har verdsatt et globalt mål om å redusere skadelig alkoholforbruk med minst 10% innen 2025 sammenliknet med tallene fra 2010. Helse- og omsorgsdepartementet lanserte derfor en nasjonal alkoholstrategi i mars 2021 for å følge opp dette målet i Norge (3). Rådet for psykisk helse viser at angst er en av de mest utbredte typene av psykiske helseplager i Norge. Omtrentlig 30% av befolkningen i Norge får en angstlidelse i løpet av livet (4). Statistikk viser at personer med rus- og/eller psykiske lidelser i gjennomsnitt lever 15-20 år kortere enn resten av befolkningen. I hovedsak er den ikke psykosen eller angsten som reduserer leveår. Det er mangelfull somatisk oppfølging, overmedisinering, feildiagnostisering og levevaner (4). I en studie gjort ved Charleston Alcohol Research Center ble 18 av 39 pasienter innlagt med alkoholavhengighet også diagnostisert med en angstlidelse (5).

Rusmiddelavhengighet kjennetegnes av vansker med å kontrollere bruk av rusmidler og et sterkt ønske om å innta det. Et kriterium for å oppfylle krav til avhengighet er at en opplever abstinenser (2). Abstinenssymptomene kan oppstå når en person med høyt alkoholinntak over lang tid plutselig slutter å drikke og det oppstår overaktivitet i sentralnervesystemet, dette kjennetegner abstinensfasen. Hos alkoholavhengig kan dette oppstå to timer etter drikkestopp, ofte før promillen når null (6). Alkoholavhengighet er det rusmiddelet som er knyttet til økt dødelighet ved brå seponering. Vanlige symptomer ved alkoholabstinens er angst, uro, hodepine, tremor, søvnvansker, svetting, kvalme, dysfori, takykardi og hypertensjon (6). Angstsymptomer er ofte mest utpreget i abstinensfasen. Følelsen av angst og manglende motivasjon kan kjennes i lang tid, og har en tendens til å forverres av alkoholforbruk (7). Angst fører til at kroppen hele tiden er i beredskap. Angstfølelsen er et menneskelig fenomen som er med på å definere hvem vi er på et gitt tidspunkt. Hildegard Peplau (1990) hentet fra

Hummelvoll beskriver angst som en subjektiv og følelsesmessig opplevelse (8). Dette fører ofte til en rekke kroppslige symptomer som uro, hodepine, tremor, kvalme, blekhet, svette, tretthet, konsentrasjonsvansker, muskelspenninger, pustevansker, takykardi og engstelighet (9).

Hummelvoll skriver at det kan være nødvendig å hjelpe pasienten til å oppdage at han er engstelig. Pasienten går med en følelse om at noe er galt. Dette skaper uro og usikkerhet. Pasienten kan av og til benekte eller unngå sin angst ved å skjule symptomene (8). I studien ved Charleston Alcohol Research Center viste resultater at pasientene med både angst og alkoholavhengighet lettere valgte å drikke for å redusere angstsymptomene fordi de hadde tro på at alkohol kan redusere engsteligheten (5). Langvarig angstproblematikk er gjerne mindre pålitelig og mer diffus enn akutte angstanfall, og dermed vanskeligere for sykepleier å vurdere. Det er viktig å være klar over hva det er med pasientens væremåte som kan føre til disse følelsene. For å kunne hjelpe pasienten må det skapes en tillitsfull relasjon mellom pasient og sykepleier. Dette kan skje ved at sykepleier viser ekte interesse for pasienten som det enkelte mennesket, lytter til pasientens fortellinger og prøver å se helhet og ikke del (8). Slik kommer pasientens sykdomsopplevelse i fokus. Dette er et holistisk menneskesyn der sykepleier møter pasienten helhetlig som det enkelte mennesket (10).

Når sykepleier skal vurdere en pasients symptomer blir både den kroppslige og den mentale funksjonsevnen vurdert, dette er å tenke helhetlig (10). Psykiske lidelser og alkoholmisbruk er et samspill mellom psykososiale erfaringer og biologiske disposisjoner. Personer med psykiske plager er mer utsatt for å utvikle alkoholavhengighet. Det kan også begynne med alkoholavhengighet som senere utløser psykiske plager (7). Å skille ut hva som skyldes abstinens og symptomer på en psykisk lidelse kan være utfordrende (11). CIWA-Ar; Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (vedlegg 3) er det mest brukte og studerte kartleggingsverktøyet ved alkoholavrusning på institusjon (12). Sykepleier bruker CIWA-Ar ved vurdering av abstinenssymptomer hos pasienter i abstinensfase. I studien ved Medical University South Carolina svarte bare 1% av sykepleiere at de hadde en poengsum i tankene når de brukte CIWA-Ar (12). Skåringsresultatet ved CIWA-Ar-kartlegging gir en føring for dosering av beroligende medikament (14). Gjennom et tverrfaglig samarbeid skriver lege ut benzodiazepiner etter kartlegging av CIWA-Ar utført av sykepleier (10).

Sykepleie som komplekst fag krever stor fleksibilitet i bruk av kunnskap. En av de viktigste praktiske kunnskapene en sykepleier kan ha er å observere pasientens kliniske tilstand (14). Dette forutsetter et observant klinisk blikk basert på kunnskapsbasert praksis (15). Hensikten med kunnskapsbasert praksis er å utøve sykepleie basert på forskningsbasert kunnskap, kliniske erfaringer og pasientens preferanser i den gitte situasjon (16). Kartlegging av pasientens situasjon innebærer systematisk undersøkelse og innsamling av objektive og subjektive data. Dette utføres ved hjelp av observasjoner, spørsmål og målinger i samhandling med pasienten (15). Målet med kartlegging er å fange opp endringer i pasientens tilstand og identifisere problem. Utfra denne informasjonen kan sykepleier iverksette sykepleierintervensjoner med formål om å opprettholde pasientens helse og livskvalitet (15). Kartleggingsverktøy er nyttige, men kan blokkere for sykepleiers fullstendige bilde av pasienten. Det forutsetter at sykepleier bruker sansene ved vurdering av pasientens tilstand (15).

Oppgaven kan ses i lys av sykepleieteoretiker Joyce Travelbee sin humanistiske og eksistensielle filosofi med fokus på mellommenneskelige dimensjoner (17). Sykepleier bruker seg selv terapeutisk i møte med pasienten og skaper et likeverdig menneske-til-menneske-forhold (10). Dette oppnås gjennom følgende faser; det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati og gjensidig forståelse (17). Nordtvedt understreker viktigheten av at sykepleier handler utfra pasientenes perspektiv og opplevelse (10). I en studie ved Medical University i South Carolina undersøkte de bruken av benzodiazepiner ved kartlegging med CIWA-Ar i og sykepleiers tilfredshet ved bruk av CIWA-Ar. Totalt 284 sykepleiere svarte på undersøkelsen. 10% av sykepleierne svarte at de hadde senket en CIWA-Ar-skår fordi de mente pasienten overrapporterte symptomer. 23% av sykepleierne svarte at de hadde gitt en pasient høyere skår for å gi en dose benzodiazepiner (12). Travelbee hevder at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient er sentralt for å planlegge og iverksette sykepleietiltak. Dette står sentralt i sykepleieprosessen, som Travelbee har delt inn i fem stadier; observasjon, fortolkning, beslutning, sykepleierintervensjon og vurdering av intervensjonen (18).

I vurderingen av angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase er det kliniske blikket viktig. Evnen til det kliniske blikket og forståelse utvikles når en setter sine egne vurderinger inn i en større sammenheng. Dette krever mengdetrening som ledd i erfaringsbasert kunnskap (10). Mengdetrening er essensielt for å føle seg trygg i utøvelse av sykepleie (16). Resultatet fra undersøkelsen ved Medical University i South Carolina viste at bare 36% av sykepleiere følte seg tilstrekkelig opplært til å administrere CIWA-Ar (12). Sykepleiere må kunne gjøre vurderinger rundt det uventede og det ukjente. Et åpent blikket undersøker nærmere når en ikke forstår det sansene registrerer. En kan tilkalle kolleger for å få større dybdekunnskap om pasientens tilstand. Det tverrfaglige samarbeidet kan bidra til en felles tverrfaglig innsikt (10). Det kliniske blikket gjennom sykepleiers øyne ser gjennom begreper som er innebygd i sykepleierfaget (15).

Mangel på mengdetrening kan påvirke pasientsikkerheten (16). Funksjonen til CIWA-Ar er å vurdere symptomer til pasienter i abstinensfase innlagt på institusjon. CIWA-Ar skår under 10 indikerer lette symptomer og pasienten skåres hver fjerde time vanligvis uten legemidler. Vurderes pasienten til en skår over 10 foretas skåringen hver time eller hver andre time. Ved skåring mellom 10-15 gis Diazepam tabletter 10 mg x 4 per os. CIWA-Ar-skår over 15 behandles med Diazepam 10 mg per os hver time inntil skåret er under 10. Deretter gis Diazepam 10 mg x 4 i en til to dager (13). Benzodiazepiner er det tryggeste og mest effektive medikamentet i behandlingen mot alkoholabstinens (19). Medikamentet har en raskt angstdempende og muskelavslappende virkning. På den andre siden kan medikamentet medføre toleranseutvikling, misbruk og avhengighet (7). Dette forutsetter at sykepleiere tilegner seg tilstrekkelig kunnskap og mengdetrening rundt bruk av CIWA-Ar og vurdering av angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase (16).

Diazepam er en høypotent type benzodiazepiner med raskt innsettende effekt, som gir en større rusvirkning (20). Det finnes flere randomiserte kontrollstudier som sammenligner dosering av diazepam mot abstinens. En eldre, men relevant studie gjort ved Institute of Internal Medicine i Italia sammenlignet effekt, toleranse og sikkerhet av diazepam og baklofen. Totalt 37 pasienter med alkoholavhengighet deltok på studien. Pasientene ble skåret med CIWA-Ar. Resultatet viste at både baklofen og diazepam utgjorde en signifikant reduksjon i angst, tremor, agitasjon og svetting, men diazepam viste seg å fungere raskere. Gjennomsnittlig totalt CIWA-Ar-skår viste seg å være betydelig større i baklofen-gruppen med skåringsresultat 115,48, mot diazepam-gruppen med 80,82 (19).

Hensikten med denne studien er å få en dypere forståelse av hvilke utfordringer sykepleier opplever i vurdering av angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase innlagt på rusakutt. Bakgrunn for valg av problemstilling ligger i samtale med informanter der samtlige sykepleiere påpekte dette som en utfordring. Resultater fra eget prosjekt, faglitteratur og forskning legger grunnlaget for å besvare min problemstilling; «*Hvilke utfordringer opplever sykepleier i vurdering av angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase innlagt på rusakutt?*».

METODE

Hensikten med forskning er å frambringe gyldig og troverdig kunnskap om virkeligheten. Metoden er strategien man bruker for å oppnå dette. Hvilken metode som brukes for å samle inn data har stor betydning for studiens resultat (21). Ettersom hensikten med denne studien er å få en dypere forståelse av hvilke utfordringer sykepleier opplever i vurdering av angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase, vil en kvalitativ studie være en hensiktsmessig forskningsmetode i denne oppgaven. Kvalitativ tilnærming har som utgangspunkt å samle inn informasjon i form av ord som åpner for mer nyanserikdom (21). Studien baseres på et hermeneutisk kunnskapssyn, da man som sykepleier må kunne forstå og tolke pasientens symptomer og uttrykk. I møte med pasienter i abstinensfase må sykepleier se forholdet mellom helhet og del, samt søke ny kunnskap. Med hensikten å oppnå en dypere forståelse av pasientens tilstand. Dette står sentralt i hermeneutikken (22). I tråd med den hermeneutiske tilnærming forsøker jeg å oppnå forståelse og fortolkning rundt informantenes subjektive meninger (23). I forkant av skrivearbeidet ble det gjennomført litteratursøk i PubMed, BMJ BestPractice og ScienceDirect. Deler av resultatene i forskingen la grunnlaget for spørsmål i intervjuguide (Vedlegg 2).

Utvalg, informanter og etiske overveielser

Det ble totalt gjennomført tre intervjuer. Avdelingsleder valgte informanter til intervju. Inklusjonskriteriene var at informantene skulle være sykepleiere med erfaring knyttet til abstinensbehandling. Informantene vil bli vist som informant A, B og C i oppgaven. I forkant av intervjuet ble det vurdert etiske overveielser rundt anonymitet. Informantene mottok et informasjonsskriv (Vedlegg 1) der de ble informert om oppgavens formål og deres rettigheter. Det understrekes at deltakelsen i studien er frivillig og at all data vil bli anonymisert, samt at

det verken vil innhentes eller lagres personopplysninger om informantene i oppgaven. Dette understrekes også muntlig før oppstart av intervju.

Datainnsamling

Utredningens primærdata består av tre semistrukturerte dybdeintervju. Etter retningslinjer fra Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet ble det ikke tatt lydopptak under intervju. Med bakgrunn i å redusere muligheten for feilsitering og for å opprettholde flyt i samtalen valgte vi å være to studenter til å gjennomføre intervjuene. Min medstudent skrev mens jeg intervjuet og omvendt. Tematikken i intervjuene var analoge med bestemte nøkkelspørsmål.

Spørsmålene ble noe tilpasset hver enkelt informant, da det i løpet av intervjuet ble naturlig å stille oppfølgingsspørsmål utover planlagt intervjuguide (Vedlegg 2). Gjennom åpne spørsmål hadde informantene mulighet til å gå inn på selvvalgte temaer, som gir mulighet til å utdype forståelse og sammenheng (23). Som følge av covid-19-pandemien foregikk all kommunikasjon med informantene digitalt. Intervjuene fant sted på Skype Business og Zoom. I gjennomsnitt tok hvert intervju 1 time og transkripsjonen 4 timer.

Analyse og tolkning

Etter intervjuet analyseres dataen. Analysen hjelper oss å vurdere hva intervjuet har å fortelle oss. Meningen i det vi har fått vite finner vi gjennom tolkning (23). Intervjuene ble bearbeidet og transkribert ord for ord. Rådataene ble totalt 11 sider. Dette ble lest gjennom gjentatte ganger for å oppnå et helhetsinntrykk av intervjuene. Analyse og transkribering er forankret i en hermeneutisk- fenomenologisk tilnærming. Kvale og Brinkmann sin meningsfortetning ble benyttet som mal for å luke ut de meningsbærende dataene i intervjuet (23). Analysen og tolkningen av dataen presenteres i form av analytisk tekst, sitat, figur i resultatdelen.

Hovedtema	Subtema
<p>Informant A:</p> <p>Det kliniske blikket er det viktigste når det gjelder CIWA-Ar. Vi har en del gjengangere som vet hva de skal svare for å få skåren opp. Det er vanskelig når svaret til pasienten ikke samsvarer med observasjoner jeg har gjort meg. CIWA-Ar åpner opp for samtale med pasienten, da får man ofte et større bilde av situasjonen. Det hender at pasientene overrapporterer eller underrapporterer symptomer.</p>	<p>Informant A:</p> <p>Det kliniske blikket Å se helhet og ikke del Samtale</p>
<p>Informant B:</p> <p>Angst er en subjektiv følelse, og vanskelig å vurdere. En utfordring er når en ikke kjenner pasienten fra før. Mange har angst fra tidligere som ikke nødvendigvis er knyttet til abstinenssymptomer. Det viktigste er å bli kjent med pasienten som det enkelte mennesket. Tilegn deg bakgrunns-historikk om pasienten. Se pasienten, skap gode relasjoner og ha god kommunikasjon. Desto mer man bruker CIWA-Ar jo mer lærer man seg hva man skal observere. Det er viktig er å se pasienten gjennom et helhetlig perspektiv. Her blir det kliniske blikket viktig.</p>	<p>Informant B:</p> <p>Angst som subjektiv følelse Å se det enkelte mennesket Kommunikasjon og relasjon</p>
<p>Informant C:</p> <p>CIWA-Ar krever mengdetrening. Det er utfordrende å vurdere angst, fordi folk opplever det individuelt. Angst henger veldig sammen med abstinens, ved f.eks. skjelvinger, hodepine og kvalme. Det er altså veldig sammensatt. Det er viktig å konferere med hverandre. Be en kollega om å ta en vurdering av pasienten. Diskuter dere imellom, slik at pasienten får riktig dose. For man skal heller ikke gi for mye benzodiazepiner da det er avhengighetsskapende.</p>	<p>Informant C:</p> <p>Mengdetrening Angst og abstinenser sammensatt Tverrfaglig samarbeid Avhengighetsskapende</p>

Figur 1. Tabellen viser eksempler fra metoden som ble benyttet for å luke ut de meningsbærende dataene i intervjuene ved første bearbeidingsrunde ved Kvale og Brinkmann sin meningsfortetning.

RESULTAT

Analysen av dataene ga meg funn for å besvare min problemstilling; *Hvilke utfordringer opplever sykepleier i vurdering av angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase innlagt på rusakutt?* Resultatene viste at informantene var samstemte om at det var utfordrende å vurdere angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase. Alle informantene mente at CIWA-Ar er et presist og godt kartleggingsverktøy i vurdering av abstinenssymptomer. Viktigheten av det kliniske blikket ble nevnt under alle intervjuene. Resultatene fra analysen er sammenfattet til tre hovedkategorier; angst som subjektiv følelse, mangel på mengdetrening, å se helhet og ikke del. I lys av forskning og faglitteratur vil resultatene bli drøftet i diskusjonsdelen.



Figur 2. Ordskyen viser de meningsbærende funnene fra andre bearbeidingsrunde. Hovedkategoriene er; angst som subjektiv følelse, mangel på mengdetrening, å se helhet og ikke del.

Angst som subjektiv følelse

Angst var en av de psykiske lidelsene informantene så mest av. Alle informantene nevnte at det var utfordrende å vurdere angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase. Utfordringen ligger i at symptomer på angst og abstinenssymptomene er nært knyttet til hverandre. I tillegg til at angst er en subjektiv følelse.

«Angst er en subjektiv følelse for pasienten og er vanskelig å vurdere. Mange har angst fra tidligere som ikke nødvendigvis er knyttet til abstinenssymptomer. Det viktigste er å bli kjent med pasienten som det enkelte mennesket.»

(Informant B)

Alle informantene synes det var utfordrende at symptomene på angst og abstinenssymptomer var nært knyttet til hverandre. Symptomer på angst kan også oppstå i abstinensfase. Informantene mente at det var viktig å kunne konferere med kollegaer og la en kollega ta en vurdering av pasientens tilstand.

«Enkelte pasienter kan sitte helt i ro, men kan kjenne på en ekstrem angst inni seg. Noen er kroppslig urolig ved at de ikke klarer å møte blick og fikler med hendene. Dette er symptomer som kan opptre ved både angst og abstinens, så det er veldig sammensatt. Det er fint å kunne be en kollega om å ta en vurdering av pasienten»

(Informant C)

Mangel på mengdetrening

Informantene var samstemte om at mengdetrening rundt CIWA-Ar er viktig. En informant fortalte at det kan være utfordrende når personalet observerer og vektlegger ulikt når de skårer med CIWA-Ar.

«CIWA-Ar-skåring er mengdetrening. Desto mer man bruker CIWA-Ar jo mer lærer man seg hva man skal observere. Angsten påvirker nesten alle spørsmålene på CIWA-Ar og mange små skåringer kan tilsammen gi en høy skår. Konferer med en kollega, slik at pasienten får riktig behandling. For man kan heller ikke gi for mye benzodiazepiner da det er avhengighetsskapende»

(Informant C)

Informantene trakk frem ulike begrunnelser for når de følte at de mestret CIWA-Ar-kartlegging. Den ene informanten mente at hun mestret CIWA-Ar-kartlegging best når hun kjente pasienten fra før og hadde en bakgrunnshistorie. En annen informant følte at hun mestret det best når hun fikk fulgt opp pasienten og abstinensfasen fra første stund. Siste informant mente at hun mestret CIWA-Ar-kartlegging best når hun så at pasienten hadde godt utbytte av medisinen hun ga. Informantene fortalte at også benzodiazepiner var avhengighetsskapende.

Å se helhet og ikke del

To av informantene vektla at det er viktig å se pasienten sin helhetlige livssituasjon ved gjennomføring av CIWA-Ar-kartlegging. Utfordring som ble nevnt var gjengangere som gjenkjenner skåringsverktøyet, samt overrapportering og underrapportering av symptomer. Det blir dermed viktig å møte pasienten helhetlig som det enkelt menneske.

«Det er viktig å se helheten når det gjelder CIWA-Ar. Vi har en del gjengangere som vet hva de skal svare for å få skåren opp. Det er vanskelig når pasienten svarer noe annet en det jeg observerer. Dermed er det kliniske blikket viktig. Heldigvis åpner CIWA-Ar til samtale med pasienten og da får man ofte et større helhetsbilde av situasjonen».

(Informant A)

En informant forteller at pasienten trenger en rolig sykepleier som tar seg tid. Med akutte pasienter kan man lett forhaste seg, men det viktigste er å gjøre riktig arbeid. To av informantene mener det er viktig å bruke CIWA-Ar som en samtale og observere pasienten uavhengig av CIWA-Ar-skåren. De forteller at CIWA-Ar-kartlegging åpner opp for samtale, noe som gjør at man kan få et større helhetsbilde av situasjonen. Se pasienten, skap gode relasjoner og ha god kommunikasjon med pasienten. Slik kommer pasientens helhetlige sykdomsbilde i fokus. En samtale kan være like god medisinerings som en tablett, legger en informant til.

DISKUSJON

Hensikten med denne studien var å undersøke; *Hvilke utfordringer opplever sykepleier i vurdering av angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase innlagt på rusakutt?* Studien kartla sykepleiers opplevelse i vurdering av angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase. Hovedfunnene i resultatet viser at det var flere faktorer som førte til at det var utfordrende å vurdere angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase. Resultatene som er relatert til problemstillingen drøftes i lys av empiri, forskning og faglitteratur. Diskusjonsdelen er framstilt i underkapitler basert på hovedfunn; angst som subjektiv følelse, mangel på mengdetrening, å se helhet ikke del. Før jeg tar for meg styrker og svakheter ved studien.

Angst som subjektiv følelse

Omfanget av angst og alkoholavhengighet er stort (2). Studien av Smith. J. P. (2010) viste at 18 av 39 pasienter innlagt med alkoholavhengighet også var diagnostisert med angst (5). Samtidig fortalte informantene at angst var en av de psykiske lidelsene de så mest av. Studien ved Charleston Alcohol Research Center viste at pasientene med både angst og alkoholavhengighet lettere valgte å drikke for å redusere angstsymptomene fordi de hadde tro på at alkohol kunne reduserer engstelighet (5). Et viktig funn i intervjuet er at samtlige informanter mente det var utfordrende å vurdere angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase fordi angst og abstinens var sammensatt. Symptomene på angst er uro, hodepine, tremor, kvalme, blekhet, svette, tretthet, konsentrasjonsvansker, muskelspenninger, pustevansker, takykardi og engstelighet (9). Dette kan ligne på abstinenssymptomer som er angst, uro, hodepine, tremor, søvnvansker, svetting, kvalme, dysfori, takykardi og hypertensjon (6). Symptomene er nært knyttet til hverandre og vanskelig å vurdere. Dette forutsetter at sykepleier har tilegnet seg tilstrekkelig kunnskap, erfaringer og mengdetrening knyttet til å vurdere angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase.

En utfordring som ble nevnt av informanter i prosjektet var at angst er en subjektiv følelse. Dette kan sees i sammenheng med Hildegard Peplau (1990) sin beskrivelse av angst. Hun beskrev angst som en subjektiv og følelsesmessig opplevelse (8). Som Hummelvoll beskriver er langvarig angstproblematikk mindre pålitelig og mer diffust enn akutte angstanfall (8). Samtidig er ofte angstsymptomer mest utpreget i abstinensfasen (7). I undersøkelsen gjort ved Medical University i South Carolina svarte bare 1% av 284 sykepleierne at de hadde en poengsum i tankene når de brukte CIWA-Ar (12). Dette kan tyde på at det kan være utfordrende å vurdere symptomer til pasienter i abstinensfase ved bruk av CIWA-Ar.

Det at bare 1% i studien hadde en poengsum i tankene når de brukte CIWA-Ar og Hildegard Peplau sin beskrivelse av angst, kan være med å underbygge påstanden med det at angst er en subjektiv følelse, gjør det utfordrende for sykepleier å vurdere angstsymptomer (12, 8).

Informantene var samstemte om at det var viktig å konferere med kollegaer og la de ta en vurdering av pasientens tilstand dersom man er usikker. Dette kan sees i sammenheng med Kristoffersen og Nordtvedt som skriver at tverrfaglig samarbeid kan bidra til en felles tverrfaglig innsikt (10). Selv om pasientsituasjonen objektivt sett er den samme, ser det kliniske blikket til sykepleier gjennom begreper som er innebygd i sykepleierfaget. En lege kan derimot ta andre vurderinger rundt pasientens tilstand (15). Sykepleiers evne til det kliniske blikk og forståelse utvikles når en setter sine egne vurderinger inn i en større sammenheng. For å oppnå dette kreves mengdetrening som ledd i erfaringsbasert kunnskap (10).

Mangel på mengdetrening

Mengdetrening er essensielt for å føle seg trygg i utøvelsen av sykepleie (16). Informantene trakk frem ulike begrunnelser for når de mestret CIWA-Ar. En informant fortalte at hun følte at hun mestret CIWA-Ar best når hun så at pasienten hadde godt utbytte av medikamentet hun ga. En studie fra Institute of Internal Medicine i Italia viste at diazepam gir en raskt inntreffende reduksjon av angst, agitasjon, svetting og tremor. På den andre siden er medikamentet forbundet med bivirkninger og vanedannende egenskaper (19). Medikamentet kan derfor medføre toleranseutvikling, misbruk og avhengighet for pasienten (7). Mangel på mengdetrening kan dermed gå utover pasientsikkerheten (16). Dette forutsetter at sykepleier har tilstrekkelig med mengdetrening, erfaringer og kunnskap rundt bruken av CIWA-Ar og vurdering av angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase. Ved hjelp av kunnskapsbasert praksis og sykepleieprosessen kan sykepleier planlegge og iverksette sykepleietiltak, som i neste fase kan gi pasienten en terapeutisk dosering av benzodiazepiner (16, 18).

Alle informantene mente at mengdetrening var viktig for å mestre CIWA-Ar. Dette underbygges av en studie gjort av Nursing professional development Christiania der resultatet fra en spørreundersøkelse viste at sykepleierne synes det var utfordrende å lære seg CIWA-Ar på kort tid (24). Samtidig viste resultatene fra studien ved Medical University i South Carolina at bare 36% av responderende sykepleiere følte seg tilstrekkelig opplært til å administrere CIWA-Ar (12). Med disse studiene og resultater fra eget prosjekt kan det tyde på

at mangel på mengdetrening kan være en utfordring for sykepleier i vurdering av angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase. På den andre siden kan det tyde på at god opplæring rundt CIWA-Ar og mengdetrening vil gjøre sykepleier tryggere i vurdering av angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase og iverksetting av tiltak.

Å se helhet og ikke del

Informantene fortalte at det var viktig å se pasienten gjennom et helhetlig perspektiv ved gjennomføring av CIWA-Ar-kartlegging. Samtidig understreker Nordtvedt viktigheten av at sykepleier handler utfra pasientens perspektiv og opplevelse (10). Jamfør yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier ha respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (25). Dette underbygger et holistisk menneskesyn der sykepleier møter pasienten helhetlig som det enkelte mennesket (10). Dette kan sees i sammenheng med Joyce Travelbee sin humanistiske og eksistensielle filosofi med fokus på mellommenneskelig dimensjoner. Med mål om å skape et menneske-til-menneske forhold mellom sykepleier og pasient (17).

En utfordring som ble nevnt av informantene ved vurdering av angstsymptomer i abstinensfase var overrapportering og underrapportering av symptomer. I studien gjort ved Medical University i South Carolina svarte 10% av 284 sykepleierne at de hadde senket en CIWA-Ar-skår fordi de mente pasienten overrapporterte symptomer. Pasienten får derav en mindre dose benzodiazepiner. I tillegg svarte 23% av sykepleierne at de hadde gitt en pasient høyere skår for å gi en dose benzodiazepiner (12). Her vil sykepleiers evne til det kliniske blikk og forståelse spille en viktig rolle (10). Dette underbygger informantens påstand om at det kliniske blikket er viktig når en skal vurdere angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase ved bruk av CIWA-Ar.

Informantene synes det var utfordrende når pasienten uttrykte noe annet enn det sykepleierne observerte. Hummelvoll poengterer at pasienter av og til kan benekte eller unngå sin angst ved å skjule symptomer. Både den kroppslige og mentale funksjonsevnen blir vurdert, dette er å tenke helhetlig (10). For å kunne skape et helhetlig bilde av pasienten må sykepleier bruke sansene og vise ekte interesse for pasienten som det enkelte mennesket. Samtidig bør det skapes en tillitsfull relasjon mellom sykepleier og pasient. Dette forutsetter at sykepleier lytter til pasientens fortellinger og forsøker å se helhet og ikke del (8). Det vil være viktig for sykepleier å være klar over dette i vurdering av angstsymptomer, med mål om å få en dypere

forståelse av pasientens tilstand. Slik kommer pasientens helhetlige sykdomsopplevelse i fokus (15). Dette kan sees i sammenheng med en hermeneutisk tilnærming mellom sykepleier og pasient da sykepleier må forstå og tolke pasientens symptomer og uttrykk (22).

To av informantene poengterte at det var viktig å bruke CIWA-Ar som en samtale og observere pasienten uavhengig av CIWA-Ar-kartleggingen. Stubberud og Grønseth poengterer at kartleggingsskjemaer er nyttige, men at det samtidig kan blokkere for sykepleiers fullstendige bilde av pasienten (15). Dette kan sees i sammenheng med Joyce Travelbee sin teori om at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient er sentral for å kunne planlegge og iverksette tiltak. Dette står sentralt i sykepleieprosessen (18). Informantene hevder også at god kommunikasjon er viktig i møte med pasienter i abstinensfase. Sykepleiers bruk av kommunikasjon inngår i det Travelbee kaller en terapeutisk bruk av seg selv (17). En informant fortalte at en samtale kan være like god medisinerer som en tablett.

Med disse studiene, teori og resultat fra eget prosjekt tyder det på at det at angst er en subjektiv følelse, er med på å gjøre det utfordrende for sykepleier å vurdere angstsymptomer. Det tyder også på at mangel på mengdetrening er en utfordring for sykepleier i vurdering av angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase. På den andre siden ser det ut til at mengdetrening, erfaring og kunnskap kan gjøre sykepleier tryggere rundt bruk av CIWA-Ar, vurdering av angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase og iverksetting av tiltak. Et viktig tiltak og en utfordring for sykepleier virker å være det å se helhet og ikke del av pasientens situasjon. Det ser ut til at det kliniske blikket, tverrfaglig innsikt, erfaringsbasert kunnskap og kommunikasjon kan hjelpe sykepleier i vurdering av angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase innlagt på rusakutt. Studien er av betydning for klinisk sykepleie i den forstand at den kan øke bevissthet og forståelse knyttet til utfordringer sykepleier møter i vurdering av angstsymptomer i abstinensfase. Studien bidrar med å bekrefte en kjent utfordring og kan mulig i neste fase bidra til ny kunnskap ved tiltak.

Styrker og svakheter ved studien

Studiens styrker baserer seg på intervju med interesserte, motiverte og faglig dyktige sykepleiere med god erfaring innenfor prosjektets tema. En mulig svakhet ved oppgaven er antall informanter. Et større utvalg kunne ha styrket påliteligheten av resultatet, da flere erfaringer mulig kunne gitt studien andre funn og nye synsfelt. På den andre siden gir semistrukturerte dybdeintervju rom for fleksibilitet og endring, og har vært en god metode for kvalitativ datainnsamling. Med hensyn til informantene var det ikke lovlig med lydopptak under intervjuene. Dette kan ha medført svakheter til oppgaven da det ikke er mulig å gjenoppleve samtalen og få flere tolkninger rundt svarene. En må også ta hensyn til eventuell feilsitering. All kommunikasjon med informantene foregikk digitalt for å overhold smittevern under covid-19-pandemien. Tekniske problemer i forbindelse med dette kan ha medført svakheter til oppgaven. En informant hadde ikke på kamera under intervjuet. Dette førte til at vi mistet observasjoner av kroppsspråket til informanten, samt at det ble dårligere flyt i intervjuet. Det oppstod også tekniske problemer med Skype Business underveis i et intervju, dette ble løst ved å bytte plattform til Zoom.

Diskusjonen baserer seg på resultat fra eget prosjekt, relevant forskning og faglitteratur. Jeg opplever at det er noe begrenset med forskning om prosjektets tema. En faktor som kunne styrket studien er norske forskningsartikler. Studienes relevans er vurdert og overveid. Forskningsartiklene som er brukt er fra 2006-2016, men selv de eldre studiene er vurdert til å være relevante da de handler om sykepleiers erfaringer og opplevelser, samt sammenligning av medikamenter. Utvalget i prosjektet er for smalt til å trekke en beslutning rundt sykepleiers opplevelse i vurdering av angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase innlagt på rusakutt. Likevel støttes resultat i prosjektet av faglitteratur og forskning, og kan dermed bidra til en større forståelse. En svakhet ved oppgaven er at jeg er ny i rollen som forsker. På den andre siden har jeg arbeidet med å gjøre studien mest mulig transparent. Materialet er presentert for aktuell klinikk, noe som styrker studiens troverdighet og relevans. Dette kan i neste fase gi rom for flere kliniske implikasjoner.

KONKLUSJON

Studien har belyst; *hvilke utfordringer sykepleier opplever i vurdering av angst hos pasienter i abstinensfase innlagt på rusakutt*. Innsikten jeg har tilnærmet meg gjennom faglitteratur, forskning og resultater fra eget prosjekt har vært nyttig for å besvare min problemstilling. Med dette som bakgrunn og mine funn kan det tyde på at sykepleiers utfordringer i vurdering av angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase baserer seg på at *angst er en subjektiv følelse* og nært knyttet til abstinens og dermed vanskelig å vurdere. En annen faktor er *mangel på mengdetrening* og evnen til det kliniske blikk, samt det *å se helhet og ikke del* ved pasienten som det enkelte menneske. Studien kan øke bevissthet og forståelse knyttet til utfordringer sykepleier møter i vurdering av angstsymptomer i abstinensfase. Ved hjelp av det kliniske blikk, sansene, kommunikasjon, kunnskap og mengdetrening kan man anta at sykepleier vil oppnå en større forståelse i vurdering av angstsymptomer i abstinensfase. Studien bidrar med å bekrefte en kjent utfordring og kan mulig i neste fase bidra til ny kunnskap om tiltak.

"For meg var det en sykdom som utviklet seg gradvis, og jo mer den utviklet seg, jo mindre ønsket jeg å se den. Jeg tror at den mentale avhengigheten begynte lenge før den fysiske avhengigheten. Og jeg vet at den fysiske avhengigheten forsvant lenge før den mentale avhengigheten. Jeg kjenner ingen alkoholikere som drakk eller drikker fordi det var gøy, eller fordi de måtte bli fulle. De fleste drakk fordi de hadde en uro, og fordi de ikke taklet livet og følelsene. Alkohol ble en nærliggende og fristende flukt, og etter hvert ble det både flukt og medisin» (1).

REFERANSER

1. Kittilsen L. Hei, Jeg heter Lars - en alkoholikers dobbeltliv. Oslo: Schibsted; 2015.
2. Folkehelse rapporten: Rusbrukslidelser i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 30. juni 2014. [oppdatert 06. desember 2019; hentet 28. april 2021] Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal alkoholstrategi: En helsefremmende og solidarisk alkoholpolitikk 2021–2025. Oslo: Regjeringen; 11. mars 2021. [hentet 22. april 2021] Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/7517d7f5a9d34a9ba5954a21a8317803/alkoholstrategien-til-nett.pdf>.
4. Rådet for psykisk helse. Angst [Internett]. Oslo: Rådet for psykisk helse; 11. november 2015. [oppdatert: 03. februar 2020; hentet 22. april 2021]. Tilgjengelig fra: <https://psykiskhelse.no/angst>.
5. Smith JP, Book SW. Comorbidity of generalized anxiety disorder and alcohol use disorders among individuals seeking outpatient substance abuse treatment. Addictive Behaviors. 2010; 35 (1): 42-45.
6. Helsedirektoratet. 13.1. Generelt om alkohol - virkninger og grader av abstinens [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 15. mars 2016. [oppdatert 13. mai 2016; hentet 28. april 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler/avrusning-fra-alkohol/generelt-om-alkohol-virkninger-og-grader-av-abstinens>.
7. Aarre TF. Psykiatri for helsefag. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2018.
8. Hummelvoll JK. Helt- ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. 7.utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
9. Wyller VBB. SYK: mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin. 4.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2019.
10. Kristoffersen NJ & Nortvedt F. Grunnleggende sykepleie- Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar. Bind 1. 2 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
11. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Oslo: Helsedirektoratet; 19. desember 2011. [hentet 22. april 2021]. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>.

12. Bacon O, Robert S, VandenBerg A: Evaluating nursing satisfaction and utilization of the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, revised version (CIWA-Ar). *The Mental Health Clinician*. 2016; 6 (3): 114–119.
13. Helsedirektoratet. 13. Avrusning fra alkohol: CIWA-Ar styrt behandling ved alkoholavrusning [Internett]. Oslo. Helsedirektoratet; 15. mars 2016 [oppdatert 13. mai 2016; hentet 27. april 2021]. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler/avrusning-fra-alkohol#ciwa-ar-styrt-behandling-ved-alkoholavrusning>.
14. Nightingale F, Skretkowicz V. Notater om sykepleie (revidert med tillegg). Oslo: Universitetsforlaget; 1997.
15. Stubberud DG, Grønseth R. *Klinisk sykepleie 1*. 5. utg. Oslo, Gyldendal Akademiske; 2016.
16. Nordtvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. *Jobb Kunnskapsbasert- En arbeidsbok*. Oslo: Akribe forlag; 2012.
17. Kirkevold M. *Sykepleierteorier- Analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2001.
18. Eide H, & Eide T. *Kommunikasjon og relasjoner*. 3 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
19. Addolorato G, Leggio L, Abenavoli L, Agabio R, Caputo F, Capristo E, Colombo G, Gessa GL, Gasbarrini G. Baclofen in the Treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome: A Comparative Study vs Diazepam. *The American Journal of Medicine*. 2006; 119 (3): 276.e13-276.e18.
20. Waal H, Bramness JG. Benzodiazepiner til personer med rusmiddelproblemer? [Internett]. *Tidsskriftet: Den norske legeförening*. 2010; 130 (6): 610.
21. Jacobsen DI. *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* 3. utg. Norge: Cappelen Damm Akademisk; 2018.
22. Nilsson, B. Gadamer's hermeneutikk. *Sykepleien Forskning*. 2007; 1 (4): 266-268.
23. Dalland O. *Metode- og oppgaveskriving*. 6. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017.

24. Berl K, Colling ML, Melson J, Mooney R, Muffley C, Wright-Glover A. Improving Nursing Knowledge of Alcohol Withdrawal. Second Generation Education Strategies. Journal for Nurses in Professional Development. 2015; 31 (6): 328–332.
25. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer [Internett]. Oslo: NSF; 1983. [oppdater 2019; hentet 05. mai 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>.

VEDLEGG 1: Informasjonsskriv

VEDLEGG 2: Intervjuguide

VEDLEGG 3: CIWA-Ar kartleggingsverktøy

VEDLEGG 1



NTNU Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Mars 2021

INFORMASJON I FORBINDELSE MED INTERVJU

Det er et informasjonsskriv til deg som skal delta i et forskningsprosjekt. Vi er to studenter fra Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU som skal gjennomføre intervjuene sammen, men med ulike tema. Samtalens innhold skal brukes i forbindelse med bacheloroppgave i sykepleie.

BAKGRUNN OG FORMÅL

Det første vi ønsker å undersøke er hvilke utfordringer sykepleier opplever i vurdering av angstsymptomer hos pasienter i abstinensfase, med bakgrunn i ~~CIWA~~-Ar-kartlegging. Det andre vi ønsker å undersøke er hvordan sykepleier ivaretar barn som pårørende. Ved å stille til intervju vil deler av dine uttalelser kunne bli brukt i en bacheloroppgave i sykepleie og mulig fagartikkel. Du vil være en av tre informanter til dette prosjektet. Vi vil poengtere at vi ikke er ute etter å bedømme eller vurdere, men å forstå.

|

Det er frivillig å delta i prosjektet. All data anonymiseres og det hverken innhentes eller lagres personopplysninger om deg som deltar i studien. Det vil bli tatt notater underveis i samtalen, som i etterkant vil bli transkribert og analysert. Du kan be om å få lese det skriftlige materialet før bruk i oppgaven.

Ved behov for kontakt etter samtalen kan ressursperson henvende seg til studentene:

Navn: Anja ~~Røsseng~~
Epost: anja99-rosseng@hotmail.com
Mobilnummer: 94810822

Navn: Nina Marie Nergaard Bøe
Epost: ninamarieboe@hotmail.com
Mobilnummer: 98637034

Ved behov for utfyllende informasjon, ta kontakt med:
Siri Haugan (lærer / veileder), siri.haugan@ntnu.no

På forhånd takk!
Med vennlig hilsen,

Anja ~~Røsseng~~ og Nina Marie Nergaard Bøe

VEDLEGG 2

INTERVJUGUIDE

1. Hvor lenge har du jobber som sykepleier?
2. Hvor lenge har du jobbet på rusakutt?
3. Hvilke psykiske lidelser ser du mest av på rusakutt?
4. Hvilke retningslinjer har dere knyttet til vurdering av angst?
5. Når bruker dere CIWA-Ar?
6. Hvilken funksjon har CIWA-Ar?
7. Følte du at du fikk tilstrekkelig opplæring på CIWA-Ar-kartlegging da du begynte på rusakutt?
8. Har du opplevd utfordringer knyttet til vurdering av angst ved CIWA-Ar-kartlegging?
Dersom ja;
 - Kan du fortelle om en situasjon ved CIWA-Ar-kartlegging som ikke ga de ønskede resultater?
9. I hvilket situasjoner føler du at du mestrer CIWA-Ar-kartlegging?
10. Hva synes du er bra ved CIWA-Ar-kartlegging?
11. Har du en situasjon der en pasient med angst har kommet godt ut av CIWA kartlegging?
12. Har du et eksempel på en situasjon der CIWA-Ar- skåren ikke samsvaret med dine kliniske vurderinger?
13. Hvorfor tror du det er vanskelig å skille angst og abstinenssymptom?
14. Har du lært deg noen triks med det kliniske blick for å greie å skille mellom angst og abstinenssymptomer?
15. Hva mener du som sykepleier det er viktig å legge vekt på når du arbeider med pasienter angst og alkoholavhengighet?

CIWA-Ar

Clinical Institute Withdrawal Assessment -Alcohol revised

Navnelapp

Puls eller hjerterefreknens, tatt i ett minutt.
Blodtrykk.

KVALME OG OPPKAST

Spør: "Føler du deg kvalm? Har du kastet opp?" *Observasjon.*

- | | |
|---|--|
| 0 | Ikke kvalme og ikke oppkast |
| 1 | Lett kvalme uten oppkast |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | Periodisk kvalme med brekninger |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | Vedvarende kvalme, hyppige brekninger og oppkast |

TREMOR

Armene utstrakt med spredte fingre. *Observasjon.*

- | | |
|---|---|
| 0 | Ingen tremor |
| 1 | Ikke synlig, men kan kjønes fingertupp mot fingertupp |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | Moderat, med pasientens armer utstrakt |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | Sterk, selv når armene ikke er utstrakt |

SVETTETOKTER

Observasjon.

- | | |
|---|---|
| 0 | Ingen synlig svette |
| 1 | Knapt merkbar svetting, klamme håndflater |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | Tydelige svetteperler i pannen |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | Gjennomvåt av svette |

ANGST

Spør: "Føler du deg nervøs?" *Observasjon.*

- | | |
|---|--|
| 0 | Ingen angst, rolig |
| 1 | Lett engstelig |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | Moderat engstelig eller vaksom (slik at det oppfattes som angst) |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | Tilsvarende akutt panikktilstand som ved alvorlig delirium eller akutte schizofrene reaksjoner |

URO

Observasjon:

- | | |
|---|--|
| 0 | Normal aktivitet |
| 1 | Noe mer enn normal aktivitet |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | Moderat urolig og rastløs |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | Vandrer frem og tilbake under mesteparten av intervjuet eller kaster på seg hele tiden |

SENSIBILITETSFORSTYRRELSER

Spør: "Har du noe form for kløe, prikking, stikking, brennende/sviende følelse, nummenhet, eller kjenner du at småkryp kravler på eller under huden din?" *Observasjon.*

- | | |
|---|---|
| 0 | Ingen |
| 1 | Svært lett kløe, prikking, stikking, svie eller nummenhet |
| 2 | Lett kløe, prikking, stikking, svie eller nummenhet |
| 3 | Moderat kløe, prikking, stikking, svie eller nummenhet |
| 4 | Moderate hallusinasjoner |
| 5 | Sterke hallusinasjoner |
| 6 | Svært sterke hallusinasjoner |
| 7 | Vedvarende hallusinasjoner |

HØRSELSFORSTYRRELSER

Spør: "Er du mer oppmerksom på lyder rundt deg? Er de ubehagelige? Skremmer de deg? Hører du noe som er urovekkende? Hører du ting som du vet ikke er der?" *Observasjon.*

- | | |
|---|--|
| 0 | Ingen |
| 1 | Svært lett ubehag eller evne til å skremme |
| 2 | Lett ubehag eller evne til å skremme |
| 3 | Moderat ubehag eller evne til å skremme |
| 4 | Moderate hallusinasjoner |
| 5 | Sterke hallusinasjoner |
| 6 | Svært sterke hallusinasjoner |
| 7 | Vedvarende hallusinasjoner |

SYNSFORSTYRRELSER

Spør: "Virker lyset sterkere enn vanlig? Opplever farger annerledes enn vanlig? Gjør det vondt for øynene? Ser du noe som er urovekkende? Ser du ting som du vet ikke er der?" *Observasjon.*

- | | |
|---|------------------------------|
| 0 | Ingen |
| 1 | Svært lett lysfølsomhet |
| 2 | Lett lysfølsomhet |
| 3 | Moderat lysfølsomhet |
| 4 | Moderate hallusinasjoner |
| 5 | Sterke hallusinasjoner |
| 6 | Svært sterke hallusinasjoner |
| 7 | Vedvarende hallusinasjoner |

HODEPINE, TRYKK I HODET

Spør: "Føles hodet annerledes? Føles det som om det er et bånd rundt hodet ditt?" *Ikke skår for svimmelhet eller ørhet. Forøvrig skåres alvorlighetsgrad.*

- | | |
|---|----------------|
| 0 | Ingen |
| 1 | Svært lett |
| 2 | Lett |
| 3 | Moderat |
| 4 | Moderat sterk |
| 5 | Sterkt |
| 6 | Svært sterkt |
| 7 | Ekstremt sterk |

ORIENTERING OG BEVISSTHETSnivå

Spør: "Hvilken dag er det i dag? Hvor er du? Hvem er jeg?"
Vennligst legg sammen følgende tall..."

- | | |
|---|---|
| 0 | Orientert og kan legge sammen flere tall |
| 1 | Kan ikke legge sammen flere tall eller er usikker på dato |
| 2 | Ikke orientert for dato, avviker med inntil 2 dager |
| 3 | Ikke orientert for dato, avviker med mer enn 2 dager |
| 4 | Ikke orientert for sted og/eller person |

