

Sykepleien

Hvordan har du det i dag?



SYMPTOMER





Innhold 1 | 2025

- 04** Leder: Øystein Eian, konstituert ansvarlig redaktør
- 10** Fagartikkel: Symptomhåndtering er en av de viktigste sykepleieroppgavene
- 18** – Vi vil vite hvordan pasientene har det, ikke hvordan vi *tror* de har det
- 26** Undersøkelse: Mange feilkilder når symptomer skal kartlegges
- 36** Minoritetspasienter blir oppfattet som dramatiske
- 40** Slik skjønner du at pasienten med demens har angst
- 50** Fagartikkel: Forskning på symptomer styrker pasientenes helse og livskvalitet
- 60** Forkjølet? Nei, sykepleierstudenten hadde en livstruende infeksjon
- 68** Vondt i magen? Det kan jo være så mangt
- 76** Fagartikkel: Slik vurderes symptomer og tegn på magesmerter hos barn
- 86** Fikk aha-opplevelse da han forsket sammen med sykepleiere



18



36



68



76

STRESS

HODEPINE

ANGST

FATIGUE

MAGESMERTER

TØRSTE

Sykepleien

Konstituert ansvarlig redaktør

Øystein Eian
E-post: oystein.eian@sykepleien.no
Tlf. 90 15 72 73

Nyhetsredaktør

Ulf Nygaard

Redaksjonssjef

Ellen Morland

Forside

Sissel Vetter

Journalister

Ann-Kristin Bloch Helmers, Marit Fonn, Ingvald Bergsagel og Anna Fredriksson Hellgren

Design og grafisk produksjon

Sissel Vetter
Nina E.H. Hauge og Monica Hilsen, assistenter

Fagredaktører

Silje Ottestad og Tove Elisabet Børsting

Redigerere

Signe Flåt og Randi Risa

Annonser

Markedssjef Ingunn Roald, tlf. 91 60 38 12
Salgsfabrikken, tlf. 90 61 63 07

Repro og trykk

Stibo Complete, Danmark

Utgivelsesdato

21. mars 2025

Sykepleien

PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Tlf. +47 994 02409,
E-post: redaksjonen@sykepleien.no

Adresseendring:

medlemstjenester@sykepleierforbundet.no

**Tidsskriftet Sykepleien eies av
Norsk Sykepleierforbund
og arbeider etter Redaktørplakaten
og pressens Vær varsom-plakat.**



FØLG OSS



www.facebook.com/sykepleien



www.linkedin.com/company/sykepleien



www.instagram.com/sykepleien



www.snapchat.com/add/sykepleiensnap

www.sykepleien.no



Øystein Eian

Konstituert ansvarlig redaktør



Pasienten uttrykker, sykepleieren tolker

Symptomer er ofte pasientens eneste språk. Sykepleiere tolker disse signalene for å gi omsorg og trygghet.

Symptomer gir avgjørende innsikt i pasientens tilstand og behov. For sykepleiere er symptomer ikke bare medisinske fenomener. De er historier, varsler og noen ganger det eneste språket pasienten kan bruke for å uttrykke sitt behov.

Symptomer spenner vidt – fra den akutte smerten i brystet til den mer uklare, men vedvarende utmattelsen. Fellestrekket er at symptomene krever oppmerksomhet, analyse og ofte handling.

SJELDEN ENKELT

Sykepleiere står ofte i førstelinjen når symptomer skal tolkes. Det er de som observerer endringene i pusten, fargen på huden eller pasientens uttrykk. Sykepleierne lytter også til pasientens subjektive opplevelse av smerte eller ubehag.

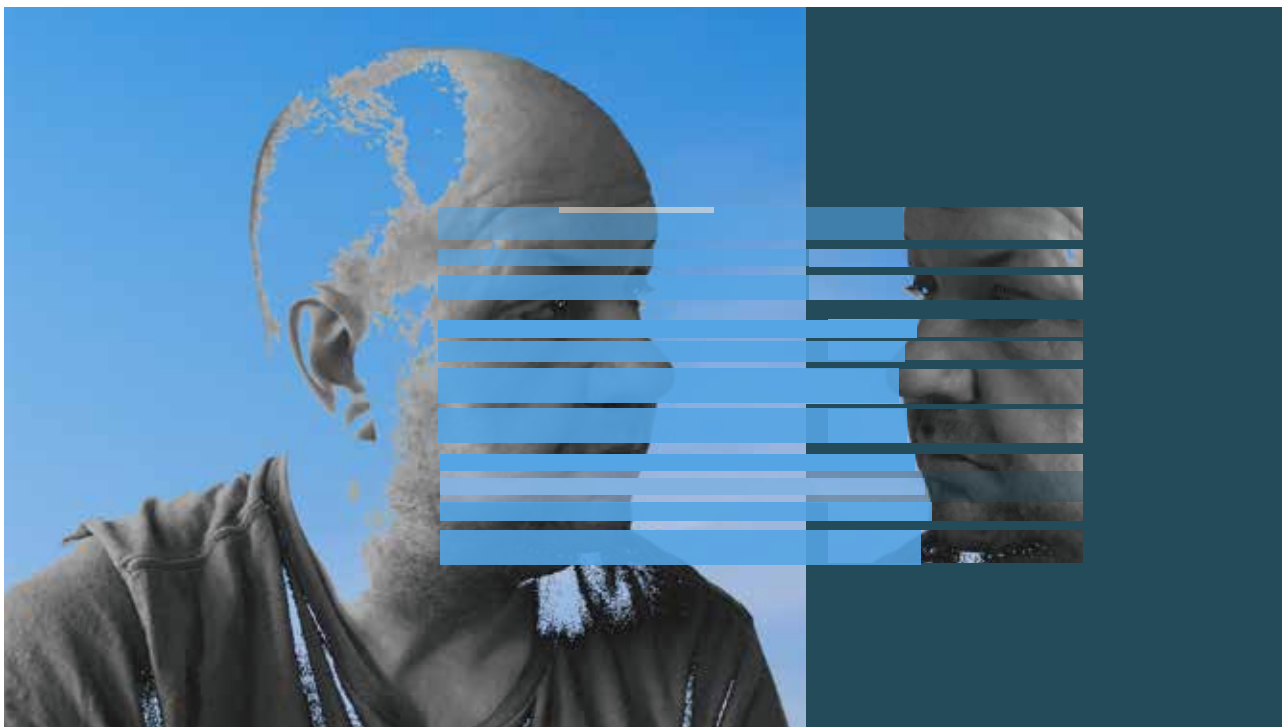
Å tolke symptomer er sjelden enkelt. Bare én av fire sykepleiere i vår undersøkelse sier at det vanligvis er lett å få pasienter til å beskrive symptomene sine klart. De samme symptomene kan ha ulike betydninger avhengig

av pasientens bakgrunn, alder og tidligere helsehistorie. Som Linn Hege Førsum, ansvarlig for AKS-master ved Universitetet i Sørøst-Norge, uttaler: – Det er viktig å ikke låse seg til en diagnose, men samle mange puslebiter for å danne seg et bedre bilde av pasientens situasjon. (Se reportasje på s. 68)

TEKNOLOGIENS ROLLE

Ny teknologi hjelper oss å registrere og analysere symptomer. Elektroniske symptombaserte skjemaer og avanserte

«Teknologi kan selvfølgelig aldri erstatte det kliniske blikket og den menneskelige kontakten.»



MANGE PUSLEBITER: Å få pasienter til å beskrive symptomene sine klart er ikke nødvendigvis så lett. Illustrasjonsfoto: Sissel Vetter

overvåkningssystemer åpner for mer presise vurderinger. Teknologien kan bidra til å gi pasienter en stemme, selv når de er for svekket til å uttrykke seg selv.

Teknologi kan selvfølgelig aldri erstatte det kliniske blikket eller den menneskelige kontakten. Det er fortsatt helsepersonells tolkning, vurdering og kommunikasjon med pasienten som avgjør hvilken behandling som blir gitt.

Betydningen av en bred og systematisk symptomkartlegging blir understreket av Kristin Hofsø og

Tone Rustøen i denne temautgaven av Sykepleien. (Se fagartikkel på s. 10)

UTFORDRINGER I TOLKNING AV SYMPTOMER

Å kartlegge symptomer, spesielt i situasjoner der pasienten er alvorlig syk, stiller sykepleiere overfor utfordringer. Hva gjøres når symptomene ikke lar seg lindre? Hvordan bør situasjonen håndteres når pasienten selv ikke ønsker å beskrive symptomene sine? Hva med situasjoner der språkbarrierer hindrer kommunikasjon?

Å tolke symptomer krever at sykepleiere holder seg faglig oppdatert og samtidig aldri mister det menneskelige perspektivet.

For sykepleiere handler symptomene ikke bare om diagnoser, men om å gi omsorg, lindre smerte og skape trygghet for pasientene.

I en hektisk hverdag er det lett å overse små signaler, men ofte ligger svaret i detaljene. Ved å kombinere faglig dyktighet, teknologi og empati kan sykepleiere gi pasientene den omsorgen de fortjener. ●

NYHET

Mepilex® Up med innovativ væskehåndtering



Mepilex Up bidrar til



lengre brukstid
og færre bandasjeskift¹



å minimere risikoen
for lekkasje¹, selv
under kompresjon



å potensielt forbedre
pasientens livskvalitet²



å redusere
behandlingskostnadene
gjennom færre
bandasjeskift¹

Mepilex Up kan absorbere og effektivt spre sårveske i alle retninger, selv mot tyngdekraften

Mepilex Up



Les mer om Mepilex Up på
våre nettsider



Referanser:

1. Mölnlycke Health Care. Data on file. 2024. 2. Gardener S. 'Leaky legs' is not a diagnosis! impact of exudate on patients with venous leg ulceration. Journal of Community Nursing. 2024; 38(2):24

Mölnlycke Health Care AS. Postboks 6229 Etterstad, 0603 Oslo. Besøksadresse Brynsalléen 4, 0667 Oslo. Tlf. +47 22 70 63 70. Varemerkene, navnene og logoene til Mölnlycke og Mepilex er registrert globalt av ett eller flere av selskapene i konsernet. Mölnlycke Health Care. ©2024 Mölnlycke Health Care AS. Med enerett. NOWC5352410



Bank og forsikring laget spesielt for deg!

DU VET KANSKJE at det er vi i KLP som hjelper alle landets sykepleiere med pensjon, men visste du at stadig flere også velger oss som bank og forsikringselskap?

Banken vår er blant bransjens best likte på bytt.no. Hos oss får du gode priser på både lån, sparing og dagligbank-tjenester, og du får selvfølgelig Apple Pay og Google Pay for enkel betaling med mobilen. Også forsikringselskapet vårt har blant landets mest fornøyde kunder i følge en fersk undersøkelse

fra EPSI*, og kan faktisk gi deg ekstra gode priser nettopp fordi du jobber med det du gjør.

Nysgjerrig? Skann koden under med telefonen din, eller les mer på **klp.no**.



www.klp.no/medlemsfordeler

Hilsen KLP,
Kommune- og helse-Norges
eget pensjonsselskap

VIL DU EIE DIN EGEN BANDAGISTBUTIKK?

Bli en del av Bandakjeden!

banda.no

Er du sykepleier, hjelpepleier eller helsefagarbeider med et sterkt engasjement for helse og pasientoppfølging? Vi søker deg som brenner for å gjøre en forskjell!

Nå har du muligheten til å eie og drive din egen bandagistbutikk – med støtte fra et sterkt faglig nettverk.

Som medlem og eier i Bandagistkjeden får du:

- Opplæring og faglig veiledning i oppstart og drift.
- Tilgang til et stort sortiment av kvalitetsprodukter og leverandøravtaler.
- Profesjonell markedsføring, nettside og profileringsmateriell – uten å begynne fra scratch.
- Kompetanseheving og nettverksmøter med andre medlemmer og eiere i kjeden.
- Trygg, trinnvis oppstartshjelp

Aktuelle etableringssteder:

Oslo, Harstad, Kristiansand, Stavanger/Sandnes, Tromsø, Ålesund

Interessert?

Ta kontakt for en uforpliktende prat. Vi hjelper deg å vurdere mulighetene, og svarer på dine spørsmål om hva det vil si å være en del av Bandagistkjeden.

Kontaktinformasjon:

Markus C. Løveid, markus@banda.no, Tlf: 23 38 48 58



Emgality®

(galcanezumab) injection

Gi dine pasienter muligheten til å
oppleve flere migrenefrie dager¹



Effekt som
vedvarer måned
etter måned^{1,2,3}

Rask effekt
på grunn av
Emgality® startdose
(2 injeksjoner)^{1,3}

Forbedret livskvalitet
da symptomene på
migrene minskes
under og mellom
migreaneanfall¹

Emgality er indisert for migreneprofylakse hos voksne som har minst 4 migrenedager per måned.¹

Emgality® (galcanezumab) 120 mg injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt penn.

Indikasjoner: Profylakse mot migrene hos voksne som har minst 4 migrenedager pr. måned. **Dosering:** Behandling bør initieres av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av migrene. **Voksne, inkl. eldre >65 år:** Anbefalt dose: 240 mg (2 injeksjoner à 120 mg) som innledende bolusdose, deretter 120 mg 1 gang pr. måned. Behandlingsnytte bør vurderes innen 3 måneder etter behandlingsoppstart. Ytterligere beslutning om å fortsette behandlingen bør gjøres individuelt. Evaluer deretter behovet for å fortsette behandlingen regelmessig. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt lever-/nyrefunksjon:** Dosejustering ikke nødvendig ved lett til moderat nedsatt lever- eller nyrefunksjon. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** **Hjerte/kar:** Ingen sikkerhetsdata ved alvorlige kardiovaskulære sykdommer, se SPC for ytterligere informasjon. **Alvorlig overfølsomhet:** Alvorlige overfølsomhetsreaksjoner, inkl. tilfeller av anafylaksi, angioødem og urtikaria, er rapportert. Ved alvorlig overfølsomhetsreaksjon bør administreringen avbrytes umiddelbart og egnet behandling igangsettes. Pasienter bør informeres om muligheten for forsinket overfølsomhetsreaksjon og instrueres om å kontakte lege. Vertigo er rapportert ved behandling. **Interaksjoner:** Interaksjonsstudier ikke utført. Farmakokinetiske interaksjoner forventes ikke. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Begrensede data. Som et forsiktighetstiltak bør bruk under graviditet unngås. **Amming:** Overgang i morsmelk er ukjent. Humant IgG utskilles i morsmelk de første dagene etter fødsel, og avtar til lave konsentrasjoner etter kort tid. Risiko for diende spedbarn kan derfor ikke utelukkes i denne korte perioden. Bruk under amming kan deretter vurderes, kun dersom klinisk nødvendig. **Fertilitet:** Dyrestudier indikerer ingen skadelige effekter mht. fertilitet. **Bivirkninger:** **Svært vanlige:** Generelle: Reaksjon på injeksjonsstedet (inkl. erytem, kløe, blåmerke, hevelse), smerter på injeksjonsstedet. **Vanlige:** Gastrointestinale: Forstoppelse. Hud: Kløe, utslett. Øre: Vertigo. **Pakninger og priser:** 1 stk. (ferdigfylt penn) kr 5221,50. Vnr (468840). **Reseptgruppe:** C. **Refusjon:** Individuell refusjon etter søknad fra spesialist i nevrologi, eller lege ved et offentlig sykehus: Forebyggende behandling av kronisk migrene. Refusjonskoder: ICD-10: G43 / ICPC-2: N89 Migrene. Vilkår: Kronisk hodepine i minst 15 hodepinedager per måned, hvorav 8 dager er migrenedager, over en periode på mer enn 3 måneder. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Holland.

Før forskrivning av Emgality, se preparatomtalen eller Felleskatalogen

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 25.03.2024

For ytterligere informasjon om dette legemidlet, kontakt: Eli Lilly Norge, Innspurten 15, 0663 Oslo, Norge. +47 22 88 18 00 www.lilly.no

© 2024 Lilly and Organon. All rights reserved.

PP-GZ-NO-0204 / NO-EMG-110007

05/2024

1. Emgality (galcanezumab) SmPC 25.03.2024 (§4.1, 4.8, 5.1).

2. Detke HC, Goadsby PJ, Wang S, et al. Galcanezumab in chronic migraine: the randomized, double-blind, placebo-controlled REGAIN study. *Neurology*. 2018;91(24):e2211-e2221.

3. Schwedt T, Kuruppu D, Dong Y, Standley K, Yunes-Medina L, Pearlman E. Early onset of effect following galcanezumab treatment in patients with previous preventive medication failures. *J Headache Pain*. 2021;22:(1):15.



● ● UOVERENSTEMMELSER: Studier viser at det er uoverenstemmelser mellom hva pasientene forteller er mest plagsomme symptomer, og hva som er hyppigst rapporterte symptomer. Illustrasjon: Sissel Vetter / Foto: Mostphotos

Kristin Hofso

Intensivsykepleier og førsteamanuensis
Akuttlinikken, Oslo Universitetssykehus og
Master og videreutdanning, Lovisenberg diakonale høgskole



Tone Rustøen

Sykepleier, forsker og professor II
Avdeling for FoU, Oslo universitetssykehus, Ullevål og
Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo



Symptom- håndtering er en av de viktigste sykepleier- oppgavene

Sykepleiere bør ha en felles forståelse av hva symptomer er, og hva som forsterker symptomene.

FAGARTIKKEL

HOVEDBUDSKAP

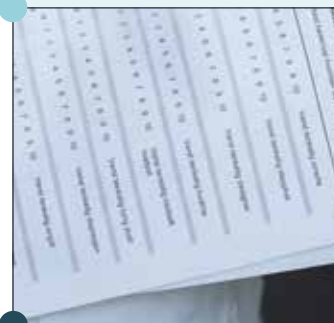
Sykepleiere arbeider kontinuerlig med å kartlegge og lindre symptomer og bør ha et felles språk for å beskrive dem. Symptomhåndtering kan være kompleks og påvirke pasientens livskvalitet i stor grad. En bred kartlegging vil kunne gi bedre symptomlindring.

NØKKELOORD:

- symptomer
- intervensjon
- sykepleie

DOI-NUMMER

10.4220/Sykepleiens.
2025.98098





«Ingen andre enn pasienten selv kan uttrykke og rapportere om hvor intense smertene er.»

Sykepleiere bruker mye tid på å forstå pasientenes plager. Vi kartlegger hvordan de har det gjennom samtaler og dialog med dem og deres pårørende samt ved bruk av tilgjengelige kartleggingsverktøy. Vi gjør tilleggsundersøkelser når det er behov for det, og vi diskuterer ofte både med sykepleierkolleger og leger før vi iverksetter tiltak.

Som sykepleiere arbeider vi kontinuerlig med å håndtere pasientenes symptomer. Helsepersonell bør ha en felles forståelse av fenomenene de arbeider med, som i dette tilfellet er symptomer. Det vil kunne gjøre kommunikasjonen med pasienten tydeligere og gi en mer systematisk symptomlindring.

HVA ER SYMPTOMER, OG HVA ER TEGN?

Et *symptom* er en subjektiv opplevelse av en endring i normal funksjon (1) i motsetning til *tegn*, som brukes om objektive mål på tilstedeværelsen av en sykdom. Eksempler på symptomer er tretthet, smerte, kvalme og svimmelhet.

Et forhøyet blodtrykk, økt puls eller blødning er eksempler på *tegn*. Tegn kan observeres av en annen person, enten direkte som ved en blødning eller ved å måle for eksempel puls eller blodtrykk. Symptomer krever derimot at pasienten selv gir uttrykk for dem.

I spørreundersøkelsen (på s. 26) kommer det frem at sykepleiere i klinisk arbeid synes det er vanskelig å skille mellom symptomer og tegn. For eksempel svarte 58,3 prosent at de var usikre på om søvnproblemer var et symptom eller tegn.

Det er utfordrende at symptomer og tegn noen ganger går litt over i

hverandre. Ta for eksempel håravfall. Svært mange opplever håravfall, for eksempel på grunn av bivirkninger av medisiner, kritisk sykdom, stress eller annen sykdom. Er dette et symptom eller et tegn?

Håravfallet kan observeres av andre, men det er subjektivt hvordan det påvirker hver enkelt pasient. Hvor kraftig vedkommende opplever det, kan kun rapporteres av pasienten selv, altså er det subjektivt. Det har vært mye oppmerksomhet på at smerte er et subjektivt fenomen. Ingen andre enn pasienten selv kan uttrykke og rapportere om hvor intense smertene er.

Forskergruppen Symptomer og akutt og kritisk syke (SAKS) ved Akuttklinikken på Oslo universitetssykehus (OUS) forsker på symptomer på ulike pasientgrupper, både i akuttfasen av sykdom og etter utskrivelse fra sykehuset. Videre i artikkelen gjengir vi en del av denne forskningen.

HVORFOR VIKTIG Å FORSKER?

Det er behov for mer forskning på symptomer og symptomlindring fordi mange pasienter opplever en stor symptombelastning både ved sykdom og behandling (1–4). Denne belastningen kan vare lenge etter at en behandling er avsluttet, og det kan påvirke både hverdagslivet og rehabiliteringen negativt.

Ved å kartlegge symptomer setter vi søkelyset på pasientens egen opplevelse og selvrapporterte plager. Symptomkartlegging av pasienter er avgjørende for å individualisere tilnærmingen til pasientene og er første steg på veien til bedre symptomlindring.

Tradisjonelt har vi kartlagt ett og ett symptom, som for eksempel smerte. Det er gjort mange studier på

smerte og smertelindring i ulike pasientgrupper (5–7). Selv om mye har skjedd innenfor smertebehandling, rapporterer fremdeles mange pasienter dette symptomet (6, 8). Så mange som 68 prosent av intensivpasienter rapporterer om smerte etter at de er overført til sengepost (6).

Et sentralt spørsmål er om smertelindringen vil være mer effektiv hvis man har en bredere tilnærming til symptomer. Hvis en pasient har mye smerter, er det grunn til å tro at smertene oppleves som sterkere hvis vedkommende også er kvalm eller engstelig. Trolig blir nok smertelindringen mer effektiv hvis man forsøker å lindre de andre symptomene samtidig (1).

Forskning har vist at tilstedeværelsen av symptomer påvirker pasientens livskvalitet negativt (2, 3). Derfor er det viktig med mer kunnskap om symptomer og symptomlindring for igjen å kunne gi pasientene et bedre liv.

ET FELLES SPRÅK GJØR SYMPTOMHÅNTERINGEN BEDRE

Det er svært sjelden at symptomer opptrer alene, altså at pasienter kun har ett symptom. Som regel er det ett symptom som er det mest dominerende – gjerne symptomet pasienten synes er mest plagsomt. Imidlertid opptrer et symptom nesten alltid sammen med andre symptomer (1).

Hvordan pasienter opplever symptomer, er påvirket av ulike faktorer. Modellen Theory of unpleasant symptoms (TOUS), som er utviklet av Lenz og medarbeidere (1), beskriver hvordan symptomopplevelsen blir påvirket av fysiologiske, psykologiske og situasjonelle faktorer, og hvordan symptomene i seg selv forsterker hverandre.

Hvert enkelt symptom har

«Hvert symptom bør beskrives med intensitet, varighet, plagsomhet og kvalitet.»



KARTLEGG BREDT: Det er viktig å kartlegge symptomer bredt. Det fins flere spørreskjemaer som kan benyttes. Illustrasjon: Sissel Vetter /Foto: Mostphotos og Sissel Vetter

karaktistikker og kjennetegn som gjør som kan benyttes.gjenkjenne hvilke symptomer det er som plager dem. Teorien fremhever at hvert symptom bør beskrives med intensitet, varighet, plagsomhet og kvalitet.

De fleste er nok mest vant til å kartlegge intensitet, som kan gjøres ved å bruke en numerisk rangeringsskala (NRS). Den gir imidlertid ikke informasjon om hvorvidt pasienten har symptomet hele tiden, eller bare av og til (varighet), hva slags type smerte det er (kvalitet), eller hvor mye symptomet plager pasienten (plagsomhet). TOUS-modellen illustrer hvor kompleks symptomhåndteringen er for sykepleiere i sitt kliniske arbeid (1).

SLIK KARTLEGGE MER ENN ETT

For å si noe om den totale symptombelastningen en pasient har, er det viktig å kartlegge symptomer bredt, altså kartlegge flere symptomer. Det

finnes ulike spørreskjemaer som kan benyttes. I klinisk arbeid brukes blant annet spørreskjemaet Edmonton symptom assessment system – revised (ESAS-r) (9, 10).

Skjemaet er en nivå 1-prosedyre ved OUS og ble først utviklet for kreftpasienter i palliativ fase. Prosedyren og skjemaet anbefales i dag av OUS for pasienter med alvorlig eller livstruende sykdom uavhengig av hvilken sykdom det er (11). Symptomene som registreres, er smerte, slapphet, dødsighet, kvalme, matlyst, tung pust, depresjon, angst og velvære. Det er også et åpent felt der pasientene kan sette opp et ekstra symptom.

Symptomene er rangert på en skala fra 0 til 10, der 0 betyr at man ikke har symptomet, mens 10 betyr at symptomet rangeres som «verst tenkelig». Ved bruk av dette skjemaet vil man kunne fange opp om pasienten har flere sammenfallende symptomer,

samt hvordan pasienten opplever intensiteten av de ulike symptomene.

ULIKE SPØRRESKJEMAER

Det finnes flere spørreskjemaer for å kartlegge symptomer bredt, men som primært anvendes innen forskning. Vår forskergruppe bruker som oftest Memorial symptom assessment scale (MSAS) (12), som først var utviklet for å kartlegge 32 ulike symptomer hos kreftpasienter. MSAS spør først om symptomet er til stede, deretter om hyppighet, intensitet eller kraftighet og plagsomhet.

Studier med bruk av MSAS har blitt gjort på blant annet pasienter med brystkreft, øre-nese-hals-kreft og kols. I en studie av Hofsø og medarbeidere (13) på pasienter som gjennomgikk strålebehandling for brystkreft (n = 188), viste det seg at pasientene rapporterte i snitt ni symptomer før behandlingen startet opp.



«Psykologiske symptomer var hyppigst rapportert.»

I en annen studie på polikliniske kolspasienter (n = 267) fant vi at pasientene i gjennomsnitt hadde tolv symptomer, og at 89 prosent rapporterte om tungpustethet, 76 prosent om lite energi, 70 prosent rapporterte at de var døsig, og 52 prosent hadde smerter (14).

Begge studiene viste uoverensstemmelse i hva som var de hyppigst rapporterte symptomene, og hva pasientene rapporterte som de mest plagsomme symptomene. Denne uoverensstemmelsen viser hvor viktig det er å kartlegge flere symptomer samtidig så vel som de ulike dimensjonene ved et symptom.

For intensivpasienter brukte vi et spørreskjema for å beskrive forekomst, intensitet og plagsomhet av smerte, tørste, angst, tretthet og kortpustethet hver dag inntil sju dager (n = 353) (4). Det mest utbredte symptomet for disse pasientene var tørste (66 prosent). Det var også det mest intense symptomet gjennom hele intensivoppholdet, mens det å være engstelig var det mest plagsomme symptomet.

OGSÅ PÅRØRENDE HAR HØY SYMPTOMBYRDE

Alfheim og medarbeidere (15) studerte ulike symptomer og

livskvalitet hos pårørende det første året etter at et familiemedlem ble innlagt på intensivavdelingen. Totalt ble 211 pårørende bedt om å fylle ut MSAS fire ganger i løpet av ett år. De pårørende rapporterte om et gjennomsnitt (median) på ni symptomer mens pasienten lå på intensivavdelingen. Det var 91 prosent som rapporterte om bekymring.

De rapporterte også om konsentrasjonsvansker (74 prosent), søvnproblemer (71 prosent), det å føle seg nervøs (64 prosent), ha lite energi (60 prosent) og manglende appetitt (55 prosent). Disse resultatene viser at pårørende også har en

ANNONSE

Tsafe

T-Safe engangs legionellafilter - med opptil 92 dagers levetid!

T-safe fjerner ikke bare legionella, men også andre patogene bakterier. Legionellafiltrene blir ofte brukt som permanent løsning i helsesektoren, på avdelinger med behov for ekstra sikkerhet overfor brukere med nedsatt immunforsvar.

GARANTERER 100% bakteriefritt vann

Hånddusj Hodedusj

www.shelby.no

Scann QR-koden for mer informasjon

svært høy symptombyrde.

I studien konkluderte de med at psykologiske symptomer var hyppigst rapportert. De konkluderte også at pårørende med størst symptombelastning kan ha behov for oppfølging og hjelp til å håndtere symptomene for å kunne være en god støtte for sitt syke familiemedlem.

De ovennevnte studiene avdekket at det rapporteres om svært mange sammenfallende symptomer, til tross for ulike populasjoner – både pårørende og pasienter – og stadier av sykdom. Når flere symptomer opptrer sammen, omtales dette også som multiple symptomer.

NOEN OPPTRER OFTE SAMMEN

I tillegg til å kartlegge multiple symptomer kan man undersøke hvordan symptomer opptrer i en gruppe eller klynge, kalt *cluster* på engelsk. Med symptomklynger menes en stabil gruppe av to eller flere symptomer som opptrer samtidig, som er relatert til hverandre, og som er uavhengig av andre symptomklynger (16).

Å kunne identifisere klynger av symptomer kan være viktig for å forstå hvilke symptomer som opptrer samtidig. Ofte finner man at for eksempel symptomer knyttet til mental helse opptrer i klynger. Denne kunnskapen er viktig for symptomhåndtering.

Vi kan også undersøke om klynger av symptomer har felles underliggende mekanismer (17).

Det er for eksempel interessant å undersøke om inflammatoriske mekanismer eller genetiske faktorer kan henge sammen med visse grupper – eller *clustere* av symptomer. Dette er et forskningsfelt som forhåpentligvis vil gi oss flere svar etter hvert.

Et eksempel på «klustring» av symptomer er en studie der hensikten var å identifisere undergrupper av kolspasienter basert på deres erfaringer med de 14 hyppigst rapporterte symptomene. I studien undersøkte de hvordan disse undergruppene var

ANNONSE



Stiftelsen
ALS Norge

Hjelpetelefon

For deg som er pasient, pårørende eller jobber med ALS.

Ring: 402 80 111
Alle hverdager 10:00 - 16:00

Støtt forskning på ALS i Norge:

Konto: 1207.25.02521

Vipps: 10282

Besøk: alsnorge.no



«Å kunne identifisere klynger av symptomer kan være viktig for å forstå hvilke symptomer som opptrer samtidig.»

forskjellige ut fra demografiske og kliniske egenskaper samt livskvalitet (3).

Pasienter i studien med moderate, alvorlige og svært alvorlige kolssymptomer rapporterte sin symptombelastning ved å bruke MSAS. Basert på sannsynligheten for å rapportere en rekke fysiske og psykiske symptomer ble tre undergrupper av pasienter identifisert ved hjelp av latent klasseanalyse (*latent class analysis*).

Pasientene fordelte seg i «høy» klasse (48 prosent, n = 83), «middels» klasse (42 prosent, n = 112) og 11 prosent «lav» klasse (n = 28), basert på symptomrapporteringen. Pasienter i den «høye» klassen hadde høyest forekomst av psykologiske symptomer.

Sammenliknet med pasienter i «middels»-klassen var pasienter i den «høye» klassen yngre, oftere kvinner, hadde betydelig flere akutte forverringer av kols det siste året og rapporterte om betydelig dårligere livskvalitet.

BØR KARTLEGGES OVER TID

Å kartlegge symptomer over tid kan gi viktig kunnskap om hvordan

symptomer kan variere, og hvilke faktorer som kan påvirke forverring eller forbedring av den totale symptombyrden.

I en oppfølgingsstudie av den beskrevne kolsstudien (18) basert på pasientenes symptomopplevelser ved bruk av MSAS ble det undersøkt om pasientene holdt seg i samme symptomklasse over en periode på tolv måneder. Nesten 65 prosent var fortsatt i den «høye» klassen etter tolv måneder.

Flesteparten var kvinner og hadde flere tilleggssykdommer sammenliknet med de to andre gruppene. I tillegg rapporterte de i den «høye» klassen om flere symptomer på alle måletidspunktene, og de hadde dårligere livskvalitet. Studien konkluderte med at for de som hadde en høy symptombyrde, vedvarte den over tid.

OPPSUMMERING OG KLINISKE KONSEKVENSER

Denne gjennomgangen av forskningen viser viktigheten av bred symptomkartlegging, og at de hyppigst rapporterte symptomene ikke alltid er de

symptomene som plager pasientene mest. Videre har vi vist at flere ulike pasientpopulasjoner og pårørende rapporterer om et svært høyt antall sammenfallende symptomer. Vi anbefaler derfor en bred symptomkartlegging fremfor å fokusere på enkeltsymptomer.

Videre forskning er nødvendig for å utvikle sykepleieintervensjoner for best mulig symptomlindring, med søkelys på bred symptomlindring fremfor på enkeltsymptomer. Sykepleierne i spørreundersøkelsen vår (på s. 26) syntes det var vanskeligere å kartlegge de psykologiske symptomene enn de fysiske.

Denne kunnskapen er viktig i utviklingen av mulige tiltak eller intervensjoner. Videre trengs det mer kunnskap om symptomenes etiologi, årsak, genetiske markører samt pasientenes opplevelser og erfaringer. Da er en felles forståelse av symptomenes kompleksitet og et felles språk en svært god start.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter. ●

REFERANSER

1. Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA, Gift A, Suppe F. The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *Ans Adv Nurs Sci.* 1997;19(3):14–27. DOI: 10.1097/00012272-199703000-00003
2. Astrup GL, Rustøen T, Hofso K, Gran JM, Bjordal K. Symptom burden and patient characteristics: association with quality of life in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. *Head Neck.* 2017;39(10):2114–26. DOI: 10.1002/hed.24875
3. Christensen VL, Rustøen T, Cooper BA, Miaskowski C, Henriksen AH, Bentsen SB, et al. Distinct symptom experiences in subgroups of patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2016;11:1801–9. DOI: 10.2147/copd.s150114
4. Saltnes-Lillegard C, Rustøen T, Beitland S, Puntillo K, Hagen M, Lerdal A, et al. Self-reported symptoms experienced by intensive care unit patients: a prospective observational multicenter study. *Intensive Care Med.* 2023;49(11):1370–82. DOI: 10.1007/s00134-023-07219-0
5. Christensen VL, Holm AM, Kongerud J, Bentsen SB, Paul SM, Miaskowski C, et al. Occurrence, characteristics, and predictors of pain in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Pain Manag Nurs.* 2016;17(2):107–18. DOI: 10.1016/j.pmn.2016.01.002
6. Valsø A, Rustøen T, Småstuen MC, Puntillo K, Skogstad L, Schou-Bredal I, et al. Occurrence and characteristics of pain after ICU discharge: a longitudinal study. *Nurs Crit Care.* 2022;27(5):718–27. DOI: 10.1111/nicc.12701
7. Astrup GL, Rustøen T, Miaskowski C, Paul SM, Bjordal K. Changes in and predictors of pain characteristics in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. *Pain.* 2015;156(5):967–79. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000000142
8. Mestdagh F, Steyaert A, Lavand'homme P. Cancer pain management: a narrative review of current concepts, strategies, and techniques. *Curr Oncol.* 2023;30(7):6838–58. DOI: 10.3390/curroncol30070500
9. Hui D, Bruera E. The Edmonton Symptom Assessment System 25 years later: past, present, and future developments. *J Pain Symptom Manage.* 2017;53(3):630–43. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2016.10.370
10. Hui D, Bruera E. The Edmonton Symptom Assessment Scale remains useful for depression screening. *Palliat Med.* 2017;31(5):483–4. DOI: 10.1177/02692163166663880
11. Oslo universitetssykehus. ESAS – Edmonton Symptom Assessment System [internet]. Oslo: Oslo universitetssykehus; 2024 [oppdatert 3. mai 2024; hentet 8. januar 2025]. Tilgjengelig fra: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/5441>
12. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, Lepore JM, Friedlander-Klar H, Kiyasu E, et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer.* 1994;30A(9):1326–36. DOI: 10.1016/0959-8049(94)90182-1
13. Hofso K, Rustøen T, Cooper BA, Bjordal K, Miaskowski C. Changes over time in occurrence, severity, and distress of common symptoms during and after radiation therapy for breast cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2013;45(6):980–1006. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2012.06.003
14. Christensen VL, Holm AM, Cooper B, Paul SM, Miaskowski C, Rustøen T. Differences in symptom burden among patients with moderate, severe, or very severe chronic obstructive pulmonary disease. *J Pain Symptom Manage.* 2016;51(5):849–59. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2015.12.324
15. Alfheim HB, Rosseland LA, Hofso K, Småstuen MC, Rustøen T. Multiple symptoms in family caregivers of intensive care unit patients. *J Pain Symptom Manage.* 2018;55(2):387–94. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2017.08.018
16. Barsevick AM. The concept of symptom cluster. *Semin Oncol Nurs.* 2007;23(2):89–98. DOI: 10.1016/j.soncn.2007.01.009
17. Miaskowski C, Barsevick A, Berger A, Casagrande R, Grady PA, Jacobsen P, et al. Advancing symptom science through symptom cluster research: expert panel proceedings and recommendations. *J Natl Cancer Inst.* 2017;109(4):253. DOI: 10.1093/jnci/djw253
18. Christensen VL, Rustøen T, Thoresen M, Holm AM, Bentsen SB. Stability of distinct symptom experiences in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Respir Med.* 2022;201:106944. DOI: 10.1016/j.rmed.2022.106944

Embagyn

doksylamin 20 mg/pyridoksin 20 mg

For behandling av svangerskapskvalme og oppkast¹

Tidlig behandling av symptomer er anbefalt for å forhindre utvikling til hyperemesis gravidarum¹

Enkel dosering

1–2 tabletter/dag

Tablett med modifisert frisetting¹

doksylamin (antihistamin) 20 mg og pyridoksin (B6-vitamin) 20 mg



Et flerlags belegg med **øyeblikkelig frisetting**

10 mg doksylamin og
10 mg pyridoksin

Enterodrasjert kjerne med **forsinket frisetting**

10 mg doksylamin og
10 mg pyridoksin

Embagyn (20 mg doksylamin /20 mg pyridoksin), tablett med modifisert frisetting.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Kontraindikasjoner: Samtidig bruk med MAOI-er eller bruk av Embagyn i inntil 14 dager etter seponering av MAOI-er. Porfyri.

Forsiktighetsregler:

- Brukes med forsiktighet ved nedsatt nyre- og leverfunksjon, økt intraokulært trykk, trangvinklet glaukom, magesår med stenose, pyloroduodenal obstruksjon, blærehalsobstruksjon, astma eller andre luftveissykdommer.
- Vær også oppmerksom på klasse-effekter av antihistaminer, inkl. epilepsi og forlenget QT-intervall.
- Kan forårsake somnolens. Samtidig bruk med CNS-dempende legemidler og alkohol bør unngås.
- Amming: Anbefales ikke under amming.

Interaksjoner: Se SPC pkt.4.5

Bivirkninger: Hyppigst rapportert er somnolens.

For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Embagyn SPC 10.05.2023.



Indikasjon: Indisert for symptomatisk behandling av svangerskapskvalme og -oppkast hos gravide kvinner ≥ 18 år som ikke responderer på konservativ behandling (f.eks. livsstils- og kostholdsendringer). **Bruksbegrensninger:** Kombinasjonen doksylamin/pyridoksin har ikke blitt undersøkt ved tilfeller av hyperemesis gravidarum som skal behandles av spesialist. **Dosering:** Anbefalt startdose er 1 tablett ved leggetid på dag 1 og dag 2. Dersom symptomene ikke er tilstrekkelig kontrollert på dag 2, kan dosen økes på dag 3 til 1 tablett om morgenen og 1 tablett ved leggetid (totalt 2 tabletter per dag). Maksimal anbefalt dose er 2 tabletter daglig. **Pakninger og priser (AUP):** 10 stk.: kr 291.30. Reseptgruppe: C. **Referanser: 1)** Embagyn SPC 10.05.2023

– Magien ligger ikke i å fylle ut selve symptomskjemaet. Magien skjer i samtalene mellom pasienten og helsepersonell etterpå, sier kreftsykepleierne.

– **Vi vil vite hvordan pasientene har det. Ikke hvordan vi tror de har det**



Ann-Kristin B. Helmers
Tekst

Erik M. Sundt
Foto



- ● GLADE I ESAS: Kreftsykepleierne og doktorgradsstipendiatene Elias David Lundereng og Elise M. Ihler er rett og slett glade i skjemaet ESAS, som brukes til symptomkartlegging. De jobber begge på lindrende avdeling på Radiumhospitalet.



«ESAS skal ikke legges i skuffen etter utfylling.»

Elias David Lundereng, kreftsykepleier

Inne på et tomt pasientrom på sengeposten på Radiumhospitalets lindrende avdeling viser kreftsykepleierne Elias David Lundereng og Elise M. Ihler frem et A4-ark:

På den ene siden, en rekke med symptomer og tilhørende skala fra 1 til 10.

På arket står det smerte, slapphet, døsighet, kvalme, matlyst, tung pust, depresjon, angst og velvære. Ved hvert symptom kan man skalere fra «ingen» til «verst tenkelige».

VERKENDE, PULSERENDE ELLER SKJÆRENDE SMERTE?

Snur man arket, er det en forenklet tegning av et menneske under titte-len «smerteregistrering».

Under strektegningen av mennesket kan man så få hjelp til å beskrive smertens karakter. Er den konstant, ujevn, utløst av bevegelse?

Er den for eksempel verkende, pulserende, stikkende, rivende eller skjærende?

Skjemaet de to sykepleierne viser frem, heter ESAS. De er begge veldig glad i skjemaet, men svært tydelige på én ting:

– ESAS skal *ikke* legges i skuffen etter utfylling.

MANGE SYKEPLEIERE BRUKER ESAS

I Sykepleiens spørreundersøkelse (se side 26) oppgis ESAS som et av verktøyene sykepleierne oftest bruker for å kartlegge symptomer hos pasienter.

– Pasienter rapporterer jo vanligvis

HVA ER ESAS?

Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) er et selvrapporteringsskjema for kartlegging av de vanligste symptomene pasienter med alvorlig sykdom kan oppleve. ESAS-r er en revidert utgave av skjemaet.

ikke spontant alle plager de har. Og hvis man bygger en konsultasjon på at kliniker skal spørre om alt, så vet man både fra forskning og praksis at man ikke nødvendigvis fanger opp alle symptomene som pasienten opplever, og som er viktige for pasienten å ta opp, sier Ihler.

– Det er der ESAS er et godt verktøy, sier Lundereng.

FORSKER PÅ SYMPTOMKARTLEGGING

Både Ihler og Lundereng jobber femti-femti som sykepleiere og forskere ved lindrende avdeling på Radiumhospitalet.

– Det er viktig å forstå hvilke symptomer kreftpasienter har, fordi symptomene ofte påvirker både livskvaliteten og muligheten for å gjennomføre behandling, sier Lundereng.

Mange må avbryte behandlingen på grunn av smerte, tretthet, dårlig matlyst eller andre plager.

– Ved å identifisere og lindre symptomene kan vi hjelpe pasientene til

å fortsette behandlingen lenger, noe som ofte også forlenger livet, understreker han.

Og det at de to sykepleierne har vært så tett på symptomene og symptomlindringen, har vært medvirkende til at de har blitt over gjennomsnittet opptatt av ESAS-skjemaet.

FORSKER PÅ SYMPTOMKARTLEGGING OG FORHÅNDS-SAMTALER

Ihler har skrevet master om hvordan sykepleiere bruker ESAS. Nå er hun i gang med en doktorgrad om forhåndssamtaler med pasienter i lindrende behandling.

Lundereng er også i gang med doktorgrad. Han er med som forsker i et EU-prosjekt om digital symptomkartlegging.

MÅ HA EN PLAN MED UTFYLLINGEN

De er begge enige om at ESAS bør brukes på en systematisk og nyttig måte for pasienten. Selv om man bruker skjemaet litt forskjellig, er det viktig å ha disse svarene klart for seg før man starter kartleggingen:

Hvordan, hvorfor og når skal pasienten fylle ut skjemaet? Og ikke minst: Hva gjør man med svarene?

– Det er ikke noe poeng å be pasienten fylle ut for deretter å legge arket i resten av papirbunken. Det må være en plan med oppfølging av svarene. Blir ikke svarene fulgt opp, mister pasientene lett motivasjonen til å fylle ut. Og det



Svarene viser hvordan jeg har det akkurat her og nå. Jeg husker stort sett ikke hva jeg svarte forrige gang.

Elin Schumann, pasient



forstår jeg veldig godt, sier Elias David Lundereng.

– Magien ligger ikke i å fylle ut selve symptomskjemaet. Magien skjer i samtalene mellom pasienten og helsepersonell etterpå, påpeker han mens han og Elise M. Ihler viser vei fra sengeposten til poliklinikken inne i det nye Radiumhospitalet.

STØTTESPILLERE SOM MØTES

Utenfor poliklinikken venter Elin Schumann. Hun er pasient ved Radiumhospitalet og går til jevnlig oppfølging.

Denne dagen skal Schumann til en rutinesjekk, og hun har med søsteren Janne Schumann.

– Jeg vil vise søsteren min hvordan det er her. Og ikke minst vil jeg at hun og Bodil skal hilse på hverandre.

Bodil Inderhaug er kreftsykepleier på poliklinikken.

Både søsteren og kreftsykepleieren er viktige støttespillere, sier hun og legger til:

– Så jeg gleder meg til de møtes.

TAR UNDER FEM MINUTTER

Elin Schumann har sagt seg villig til å si litt om hvordan hun opplever å bruke ESAS-skjemaet.

Hver gang hun er på poliklinikken, starter hun nemlig med å gradere

FORT OG GREIT: Hver gang pasient Elin Schumann er til kontroll på Radiumhospitalet, fyller hun ut symptomkartleggingsskjemaet. Det går fort og greit, sier hun.

SAMTALESTARTER: Lege og spesialist i onkologi Astrid Telhaug Karlsson (forfra til venstre) og kreftsykepleier Bodil Inderhaug (til høyre) bruker svarene til Elin Schumann (med ryggen til) som startpunkt for samtalen.





listen med symptomer og vurdere dem på en skala fra en til ti.

Med pennen klar setter hun i gang.

– Matlyst, jo, den er god ...

Hun stopper og tenker et øyeblikk.

Utfyllingen går raskt, på under fem minutter er hun ferdig.

– Svarene viser hvordan jeg har det akkurat her og nå. Jeg husker stort sett ikke hva jeg svarte forrige gang, sier hun.

– Og det er helt fint, du trenger ikke huske svarene. Vi har dem hvis det skulle være aktuelt å se tilbake, sier Bodil Inderhaug.

– Det er godt å vite, for jeg tenker ikke på dette skjemaet mellom timene i det hele tatt. Da er fokuset mitt et helt annet sted, sier hun.

Etter utfyllingen går Elin Schumann, søsteren og kreftsykepleieren videre til et møte med lege. Der snakker de seg nedover arket og stopper ved noen av punktene.

Flest kryss har havnet på venstre side av arket. Altså har hun en god periode nå. Hun jobber 35 prosent.

– Det er fint når det er mest mulig normal hverdag, sier hun.

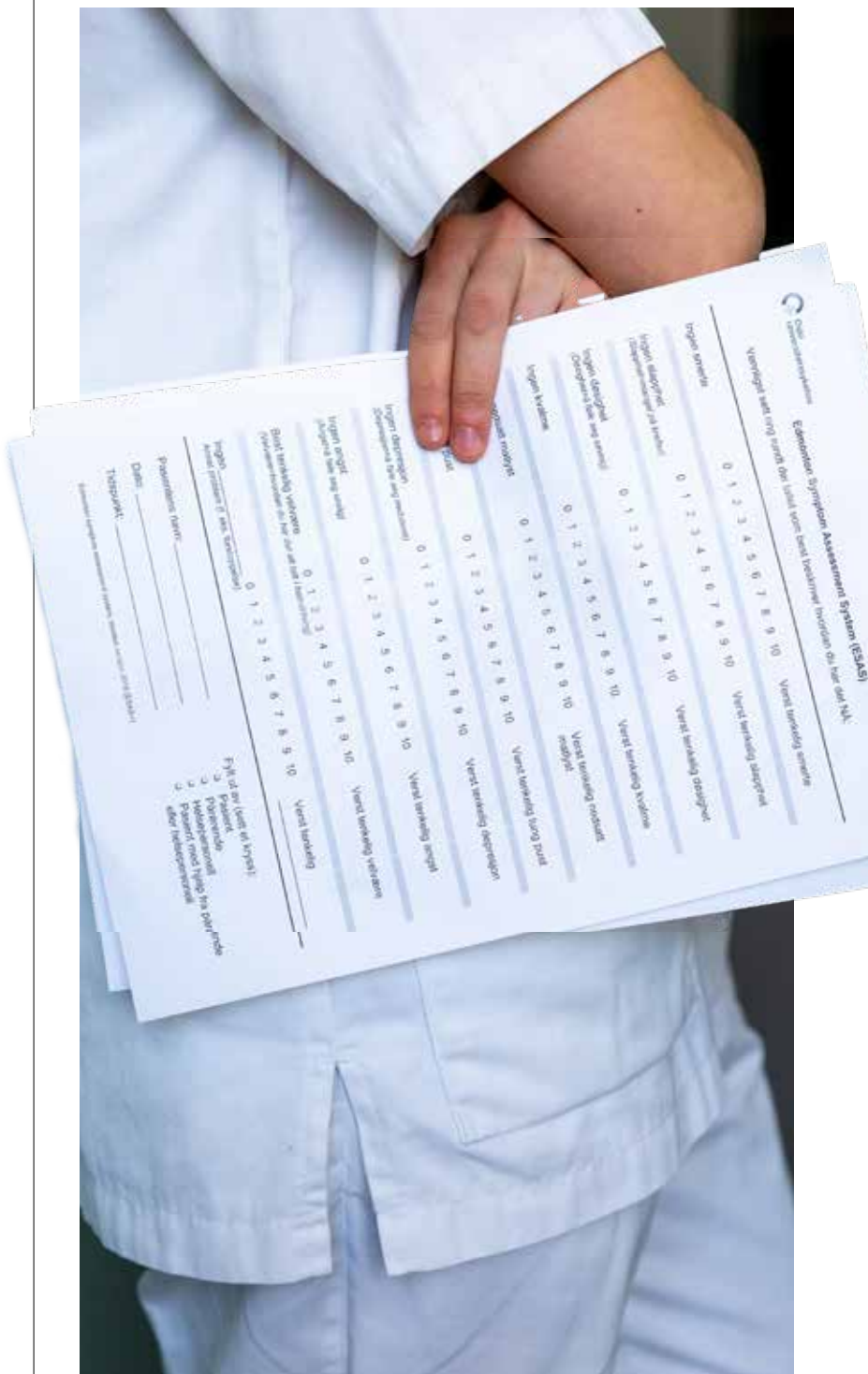
FANGER OPP MENN MED DEPRESJON

Tilbake igjen på det tomme rommet på sengeposten drar Elias David Lundereng og Elise M. Ihler hver sin finger nedover A4-arket.

– Er det noe ESAS er spesielt viktig for å fange opp?

– Ja, smerter. Men systematisk

ENKELT MED RING: Kreftsykepleier Elias David Lundereng tror det enklere for mange å sette en ring rundt et tall framfor å fortelle om symptomer. Spesielt gjelder det for depresjon, tror han.



symptomkartlegging gjør at vi kan fange opp utfordringer som ellers kan være vanskelige å snakke om, som angst og depresjon. Dette gir oss mulighet til å gi bedre, målrettet hjelp, slik at pasientene kan leve så godt som mulig, uavhengig av hvor lang tid de har igjen. For oss er dette avgjørende for å sikre at pasientene får den støtten de trenger gjennom hele kreftforløpet, sier Lundereng.

Hans erfaring er at spesielt depresjon kan være vanskelig å fange opp:

– Og kanskje særlig hos menn. Pasienten og jeg kan snakke sammen før utfyllingen, og jeg ser da en mann som smiler og uttrykker pågangsmot. Men på skjemaet kan pasienten ha svart åtte-ni på dette symptomet, som vil si at det nærmer seg «verst tenkelige depresjon».

– For noen kan det være mye enklere å sette en ring rundt tallet enn å måtte finne ordene for å beskrive depresjon selv, sier han.

UNDERVURDERER SYMPTOMER

– Videre så vet vi fra forskningen at helsepersonell ofte undervurderer pasientenes symptomer, sier Elise M. Ihler.

Hun sier at flere studier viser at patientscoren er mye høyere enn helsepersonellscoren hvis pasient og helsepersonell vurderer symptomene hver for seg.

– Så jeg tenker ESAS er en viktig vei til å få frem hvordan pasienten har det, og ikke bare hvordan helsepersonell tror de har det, sier Ihler. ●



SHINGRIX

VAKSINE MOT HELVETESILD
(REKOMBINANT, MED ADJUVANS)

HVIS DU KAN FORHINDRE HELVETESILD, HVORFOR SKULLE DU IKKE DET?

Vaksinér nå for
beskyttelse som varer¹



Shingrix gir opptil 97 % effekt hos voksne fra 50 år og eldre*²

Ca. 94 % av dine pasienter over 50 år har allerede viruset som forårsaker helvetesild i kroppen, og 1 av 3 personer vil få sykdommen i løpet av livet.^{3,4}

Indikasjon: Shingrix er indisert for å forhindre herpes zoster (HZ) og postherpetisk nevralggi (PHN) hos voksne ≥ 50 år og voksne ≥ 18 år med økt risiko for HZ. Bruk av Shingrix skal være iht. offentlige anbefalinger.

Dosering: Primært vaksinasjonsskjema består av 2 doser à 0,5 ml. Andre dose gis etter 2 mnd. Ved behov for fleksibilitet, les mer i preparatomtalen.

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON:

- Vaksinerings bør utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. En lett infeksjon, som en forkjølelse, er imidlertid ikke en kontraindikasjon for vaksinasjon.
- Gis med forsiktighet hos individer med trombocytopeni eller blødningsforstyrrelser da blødning kan oppstå etter i.m. injeksjon.

Les preparatomtalen for mer informasjon før forskrivning av Shingrix. Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på tlf: 22 70 20 00.

Pris: 1921,40 kr per sett (1 hetteglass pulver til injeksjonsvæske, 1 hetteglass 0,5 ml suspensjon til injeksjonsvæske). Shingrix er en ikke-levende vaksine

*To fase III-, placebo-kontrollerte, observatør-blindede effektstudier med Shingrix ble utført hos voksne ≥ 50 år med 2 doser administrert med 2 måneders mellomrom:²

- ZOE-50: Totalt vaksinerte kohort (TVC) på 15 405 voksne ≥ 50 år som fikk minst én dose av enten Shingrix (n=7 695) eller placebo (n=7 710). Alder ≥ 50 år: vaksineeffekt 97,2 %, 95 % KI [93,7; 99,0]. Median oppfølgingsperiode 3,1 år.
- ZOE-70: TVC på 13 900 voksne ≥ 70 år som fikk minst én dose av enten Shingrix (n=6 950) eller placebo (n=6 950). Alder ≥ 70 år (ZOE-50 og -70 samlet): vaksineeffekt 91,3 %, 95 % KI [86,8; 94,5] Shingrix (n=8 250) vs. placebo (n=8 346). Median oppfølgingsperiode på 4,0 år.

Studiene var ikke designet for å demonstrere effekten i subgrupper av fragile individer, inkludert de med flere komorbiditeter, selv om disse personene ikke ble ekskludert fra studiene.

Referanser: 1. Strezova A, et al. Long term protection against herpes zoster by the adjuvanted recombinant zoster vaccine: interim efficacy, immunogenicity, and safety results up to 10 years after initial vaccination. Open Forum Infect Dis 2022 Oct 23;9(10):ofac485. doi: 10.1093/ofid/ofac485 2. Shingrix preparatomtale (12/2022).

3. Rimseliene G et al. Varicella-zoster virus susceptibility and primary healthcare consultations in Norway. BMC Infect Dis. 2016 Jun 7;16:254. doi: 10.1186/s12879-016-1581-4. 4. Sæther EM. Helvetesild i et samfunnsperspektiv. Oslo Economics, mai 2023 (sykdomsinfo.no/samfunnsperspektiv)



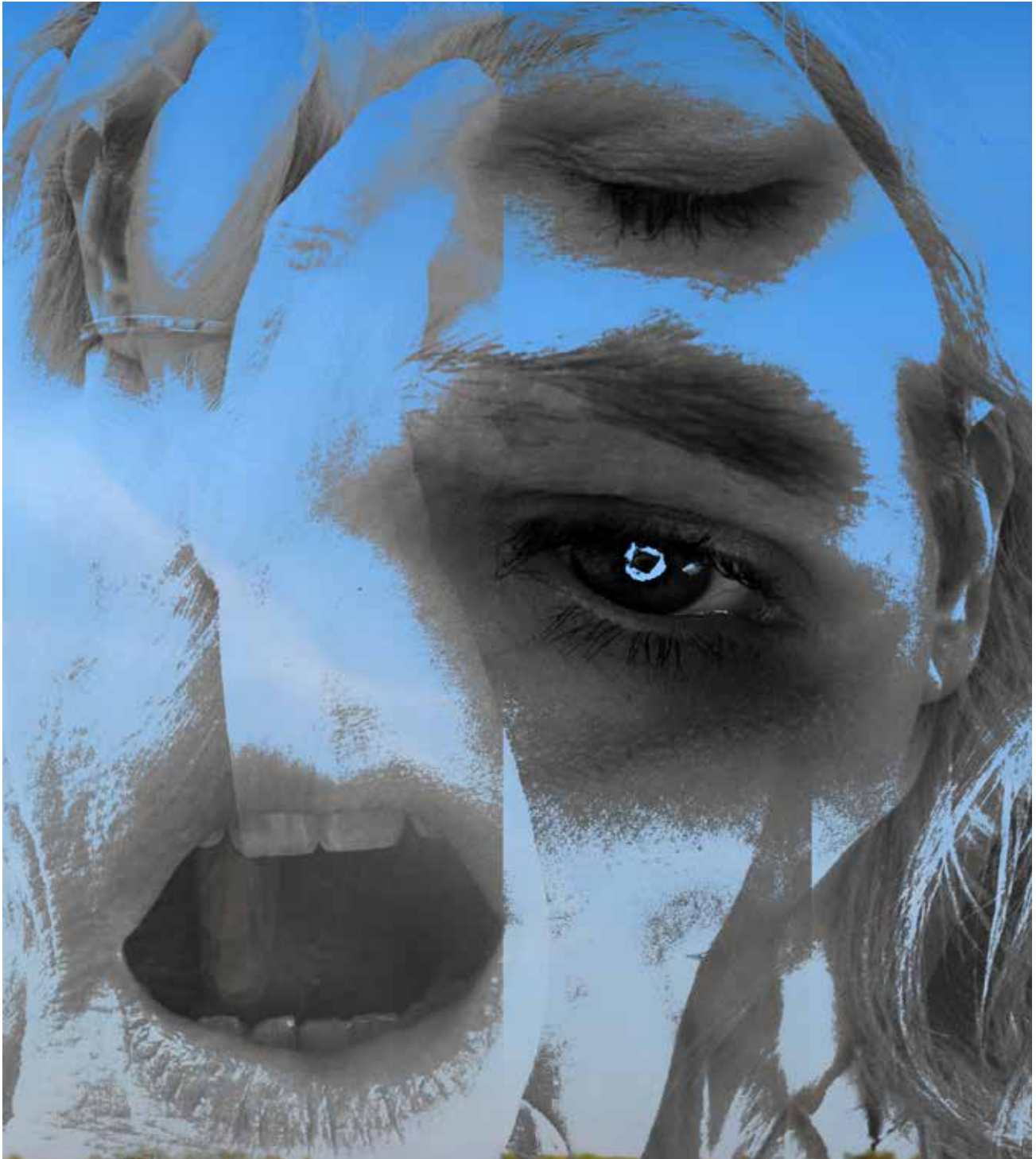
For mer informasjon om Shingrix,
scan QR-koden eller gå inn på shingrix.no

Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies. ©2023 GSK group of companies or its licensor. PM-NO-SGX-JRNA-220001, september 2023

GSK

«Hvordan har du det i dag?»
Et tilsynelatende enkelt spørsmål
som det ikke alltid er like enkelt
å få et godt svar på.

**Mange
feilkilder
når
symptomer
skal kartlegges**



● ● UTFORDRENDE: Noen pasienter bagatelliserer sine plager. Andre overdriver. Atter andre har ikke språk for å formidle hvordan de har det. Illustrasjonsfoto: Sissel Vetter



«Språkbarrierer er ofte en utfordring.»

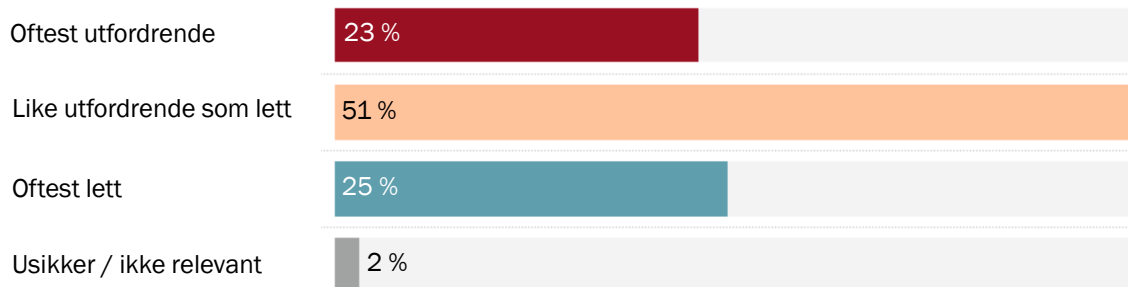
OM UNDERSØKELSEN

- Gjennomført mellom 28. oktober og 4. november 2024 ved hjelp av det nettbaserte verktøyet Enalyzer.
- 20 000 tilfeldig utvalgte medlemmer av Norsk Sykepleierforbund ble invitert til å delta via epost.
- Respondenter som oppga at de ikke er i arbeid eller jobber utenfor helsevesenet, ble ekskludert fra undersøkelsen. Det samme ble respondenter som oppga at de for tiden ikke jobber klinisk.
- Totalt var det 1440 respondenter som ble inkludert og gjennomførte hele undersøkelsen. Det er kun svarene fra disse som er inkludert i resultatene.



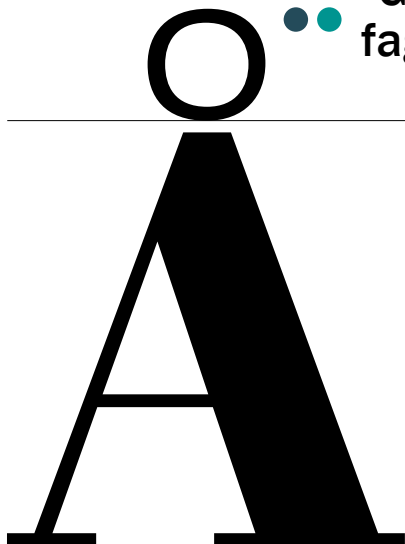
Utfordrende eller lett å forstå pasientene?

Diagrammet viser hvor stor andel av sykepleierne som synes det er utfordrende å få pasienter til å formidle sine symptomer på en klar og forståelig måte.



Tall fra Sykepleiens spørreundersøkelse om symptomer, november 2024. N: 1440.

«Godt voksne menn, ofte yrkesaktive fagarbeidere, bagatelliserer sine symptomer.»



vite hva pasienten opplever av smerter, kvalme, pustebesvær, svimmelhet og andre symptomer er avgjørende i vurderingen av videre oppfølging og behandling.

Men utfordringene er mange, og risikoen for forskjellsbehandling er stor. I alle fall om vi skal tro resultatene fra en fersk spørreundersøkelse gjennomført av Sykepleien blant drøyt 1400 sykepleiere.

I undersøkelsen svarer kun én av fire sykepleiere at de synes det som oftest er lett å få pasienter til å formidle sine symptomer på en klar og forståelig måte.

Omtrent halvparten synes det like ofte er utfordrende som lett, mens noe over 20 prosent synes det oftest er utfordrende.

RUS, DEMENS OG SPRÅKBARRIERER

Hva er det som kan gjøre det vanskelig?

Sykepleierne peker blant annet på språkbarrierer, demens, afasi, rus, psykiske lidelser eller at

pasientene er små barn uten verbalt språk.

«Alle pasientene jeg jobber med, har alvorlig grad av demens med liten eller ingen evne til å kunne kommunisere verbalt hvordan de har det», skriver en.

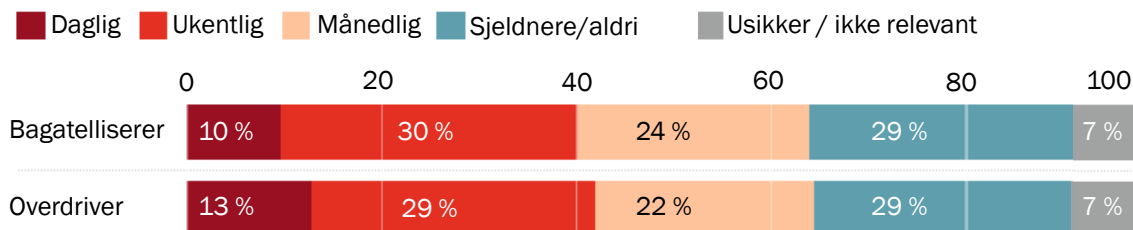
«Jobber med multifunksjons-hemmede barn som ikke har språk», forteller en annen.

«Språkbarrierer er ofte en utfordring», ifølge en tredje.

Det er altså en betydelig andel pasienter som ikke har reelle mulighet til selv å formidle sine symptomer verbalt. Men utfordringene begrenser seg ikke til disse.

Hvor ofte overdriver eller bagatelliserer pasientene?

Diagrammet viser hvor ofte sykepleiere oppgir at pasienter bagatelliserer eller overdriver sine symptomer.



Tall fra Sykepleiens spørreundersøkelse om symptomer, november 2024. N: 1440.

«Det eneste vi kan gjøre, er å spørre mye og grundig, være nysgjerrige, spørre igjen på senere tidspunkt.»

Fire av ti sykepleiere mener de ukentlig eller oftere opplever at pasienter bagatelliserer eller forsøker å skjule symptomer for dem. Omtrent like mange opplever at pasienter overdriver.

OFTE FORSKJELLSBEHANDLING

Nærmere halvparten av sykepleierne som har deltatt i undersøkelsen, mener ulikheter i hvordan pasientene rapporterer om sine symptomer, ofte kan føre til forskjellsbehandling.

Omtrent like mange mener visse grupper pasienter har en tendens til å overdrive eller bagatellisere egne symptomer.

Når vi ber respondentene om å utdype, er det en rekke ulike grupper som trekkes frem. Vurderingene er til dels sprikende.

«Kvinner er ofte en gruppe som bagatelliserer symptomer mer enn menn», hevder for eksempel en respondent.

En annen har motsatt inntrykk og skriver: «Menn bagatelliserer oftere sine symptomer enn kvinner».

Det er likevel visse synspunkter som gjentas oftere enn andre i disse fritekstsvarene.

For eksempel er det flere som hevder at kvinner, yngre pasienter og innvandrere, samt personer med psykiske lidelser, rusproblematikk

eller kroniske smertelidelser, kan ha en tendens til å overdrive eller gi sterkere uttrykk for egne symptomer.

«Det kan virke som enkelte fra andre kulturer uttrykker smerte mer høyløst», skriver for eksempel en av respondentene.

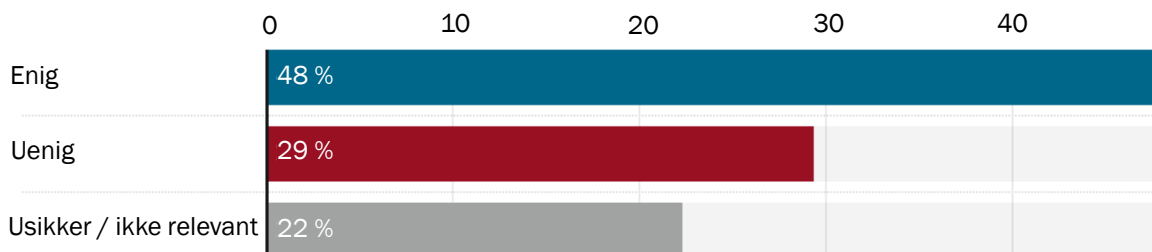
«Pasienter med russug overdriver som regel», mener en annen.

Pasientgrupper sykepleiere mener bagatelliserer eller underrapporterer symptomer, er blant annet menn, eldre og kreftpasienter.

«Jeg jobber med kreftpasienter som er redde for ikke å få behandling om de har for mye plager», skriver en.

Blir pasienter ofte forskjellsbehandlet?

Diagrammet viser hvor ofte sykepleiere er enig i påstanden: «Ulikheter i hvordan pasienter selv rapporterer om sine symptomer, fører ofte til forskjellsbehandling på min arbeidsplass.»



Tall fra Sykepleiens spørreundersøkelse om symptomer, november 2024. N: 1440.

«Jeg jobber med kreftpasienter som er redde for ikke å få behandling om de har for mye plager.»

«Godt voksne menn, ofte yrkesaktive fagarbeidere, bagatelliserer sine symptomer», hevder en annen.

GODE VERKTØY

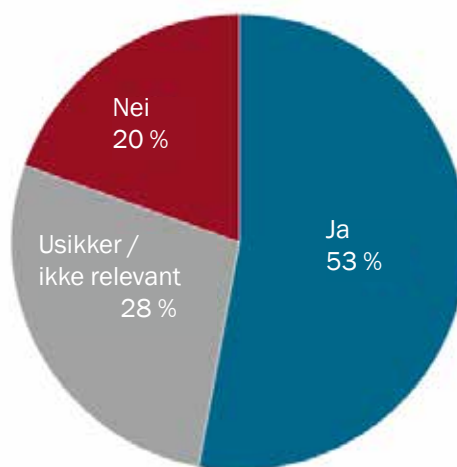
Undersøkelsen viser også at det er aspekter ved symptomkartlegging de fleste sykepleiere er fornøyde med.

Et klart flertall opplever for eksempel at leger på deres arbeidsplass i stor grad tar hensyn til symptomene sykepleierne viderefremidler til dem.

Videre sier 54 prosent seg enige i at det er lett å registrere symptomer i digitale systemer

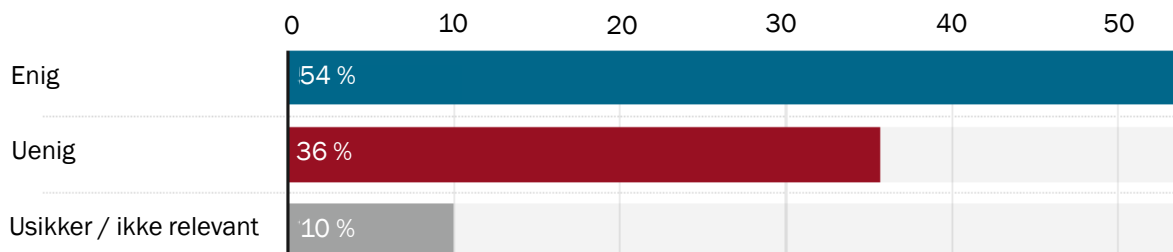
Er det visse grupper som overdriver eller bagatelliserer?

Diagrammet viser fordelingen av svar på spørsmålet: «Opplever du at visse grupper av pasienter har en tendens til enten å overdrive eller bagatellisere egne symptomer?».



Er det lett å registrere symptomer i digitale systemer?

Diagrammet viser hvordan sykepleiere stiller seg til påstanden: «Det er lett å registrere symptomer i digitale systemer som brukes på min arbeidsplass.».



Tall fra Sykepleiers spørreundersøkelse om symptomer, november 2024. N: 1440.

«Symptomer er så individuelt at det aldri vil finnes et spørsmål eller skjema som vil vise oss fasiten.»

Antall brukere av verktøy for kartlegging av symptomer

Antall	Verktøy
285	News
226	Vas
204	NRS
171	Esas
80	Ciwa
55	GCS
43	Mobid-2
23	Rass
21	Madr
20	MTS

på deres arbeidsplass. Kun 36 prosent er uenige.

Sykepleierne er også tilfredse med ulike verktøy, som spørreskjemaer og skalaer, som de bruker for å kartlegge symptomer.

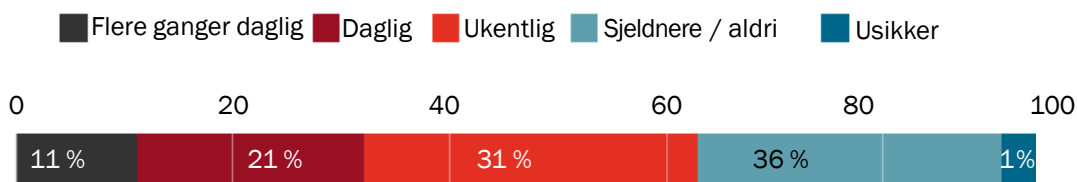
Nærmere to av tre bruker slike verktøy ukentlig eller oftere. De fleste bruker mer enn ett, og de hyppigst benyttede av respondentene i undersøkelsen er News, Vas og NRS.

Et klart flertall sier seg tilfreds med både nytteverdi, brukervennlighet og presisjonen til verktøyet de selv bruker mest. Det er derimot en del, rundt en fjerdedel, som etterlyser bedre tilgang til gode verktøy.

Tabellen viser de ti verktøyene flest sykepleiere oppgir at de bruker, ifølge Sykepleiens spørreundersøkelse om symptomer i 2024. Det var mulig å krysse av flere svaralternativer.

Hvor ofte bruker du verktøy for karlegging av symptomer?

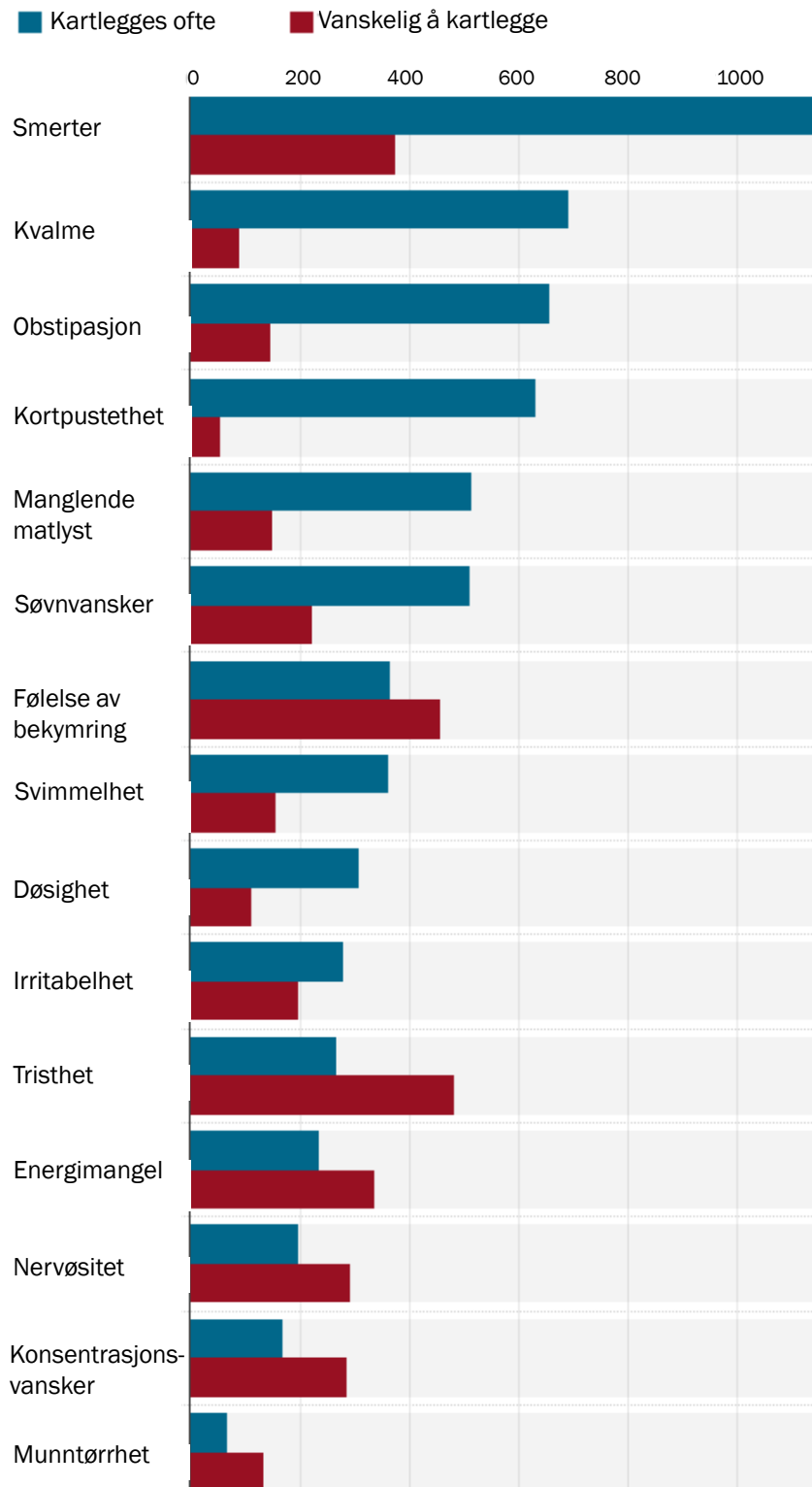
Diagrammet viser svarfordelingen for spørsmålet: «Hvor ofte benytter du verktøy, som spørreskjema eller skalaer, utviklet for systematisk kartlegging av symptomer hos pasienter?»



Tall fra Sykepleiens spørreundersøkelse om symptomer, november 2024. N: 1440.

Sykepleieres vurdering av symptomer

Diagrammet viser hvilke symptomer sykepleiere kartlegger oftest og hvilke de synes det er vanskeligst å kartlegge.



Tall fra Sykepleiens spørreundersøkelse om symptomer fra november 2024. Det var mulig å krysse av for inntil fem svaralternativer på hvert spørsmål. N: 1440.

SLITER MED TRISTHET OG BEKYMRING

Den type symptomer sykepleiere aller oftest kartlegger hos sine pasienter, er smerter. Deretter følger kvalme, obstipasjon og kortpustethet.

Symptomene som flest synes det er vanskelig å kartlegge, er tristhet og følelse av bekymring. Dette er også symptomene som flest sykepleiere mener blir undervurdert av både leger og sykepleiere.

- DET ENESTE VI KAN GJØRE

Sykepleieres utfordringer med presis og systematisk kartlegging av symptomer er altså mange og mangslungne.

Pasienter kan ha manglende språk. De kan overdrive eller bagatelliser. Tålegrensene varierer, og kulturelle, demografiske og sosiale ulikheter spiller inn.

«Symptomer er så individuelt at det aldri vil finnes et spørsmål eller skjema som vil vise oss fasiten», skriver en av respondentene i fritekstfeltet.

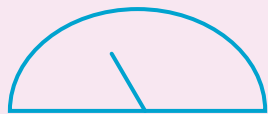
Vedkommende konkluderer selv: «Det eneste vi kan gjøre, er å spørre mye og grundig, være nysgjerrige, spørre igjen på et senere tidspunkt, reformulere oss og bruke erfaringene man opparbeider seg etter hvert, til det beste for pasienten.» ●

ANNONSE

wegovy[®] (semaglutid injeksjon)

Vektreduksjon og vektkontroll med Wegovy[®]

som tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet¹



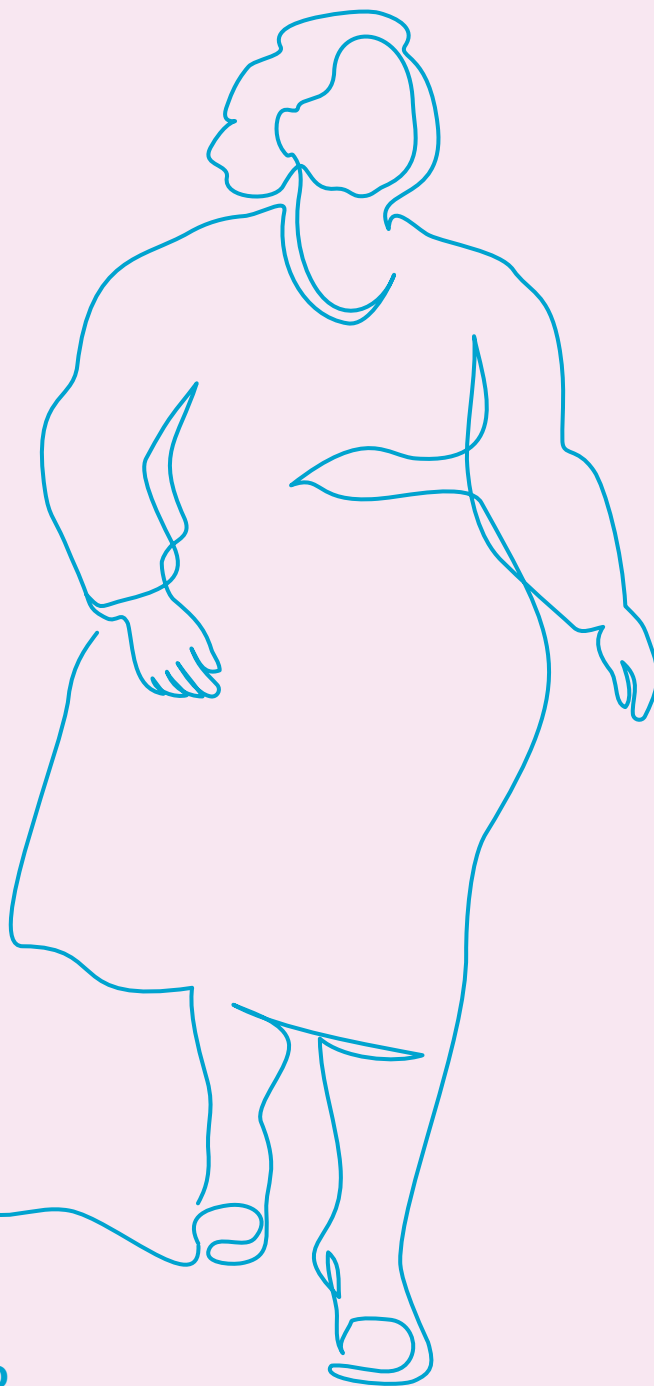
-15 %

gjennomsnittlig vektreduksjon opprettholdt i 2 år^{*2,3}

Mer enn 1/3 av pasienter gikk ned 20 % eller mer med Wegovy^{®2,3}**



Les mer på www.wegovy.no



* STEP 5: -2,6 % for placebo og -15,2 % for Wegovy[®], som tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for begge grupper (500 kcal/dag + 150 min/uke fysisk aktivitet + individuell oppfølging hver 4. uke) 12,6 % forskjell fra placebo, [KI 95 % -15,3; -9,8], p < 0,0001.^{2,3}

** STEP 5: I uke 104 etter baseline oppnådde 74,7 % av pasientene et vekttap på ≥ 5 % (primært endepunkt), 59 % et vekttap på ≥ 10 % og 50 % et vekttap på ≥ 15 % (bekreftende sekundære endepunkt). 36 % av pasientene oppnådde et vekttap på ≥ 20 % (supporterende sekundært endepunkt)^{2,3}

Indikasjon:

Voksne: Tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll, inkl. vekttap og vedlikehold av vekt, hos voksne med initial BMI ≥ 30 kg/m² (fedme), eller ≥ 27 til < 30 kg/m² (overvekt) ved forekomst av minst én vektrelatert komorbiditet, som dysglykemi (prediabetes eller diabetes mellitus type 2), hypertensjon, dyslipidemi, obstruktiv søvnapné eller kardiovaskulær sykdom.

For resultater fra studier vedrørende kardiovaskulær risikoreduksjon, fedmerelatert hjertesvikt og populasjoner som ble undersøkt, se pkt. 5.1 i Wegovy® preparatomtale.

Ungdom (≥ 12 år): Tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll hos ungdom ≥ 12 år med fedme¹ og kroppsvekt > 60 kg. Behandling skal seponeres og reevalueres etter 12 uker dersom ungdomspasienten ikke oppnår en reduksjon i BMI på minst 5 % etter 12 ukers behandling med (Wegovy®) 2,4 mg eller maks. tolererte dose.¹

Fedme (BMI ≥ 95 -prosentil) som definert i kjønns- og aldersspesifikk BMI-vekstkurve (CDC.gov).

Wegovy® – utvalgt sikkerhetsinformasjon

- De hyppigst rapporterte bivirkningene var **gastrointestinale** (svært vanlige, $\geq 1/10$), inkludert kvalme, diaré, forstoppelse, oppkast og magesmerter. Generelt milde eller moderate i alvorlighetsgrad, og av kort varighet. Årsak til seponering hos 4,3 %. Kan forårsake dehydrering som i sjeldne tilfeller kan forverre nyrefunksjon. Unngå væskemangel
- **Andre svært vanlige ($\geq 1/10$) bivirkninger:** Hodepine, fatigue
- **Andre vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$) bivirkninger:** Dysestesi, dysgeusi, svimmelhet, gastritt, gastroøsofageal reflukssykdom, dyspepsi, raping, flatulens, abdominal distensjon, gallestein, hårtap, reaksjoner på injeksjonsstedet. Hos pasienter med diabetes type 2: hypoglykemi (særlig i kombinasjon med insulin eller sulfonylurea), retinopati
- **Gallestein:** Vanlig bivirkning ved bruk av semaglutid. Ble rapportert hos 1,6 % av de som fikk semaglutid og 1,1 % hos de som fikk placebo. Førte til kolecyttitt hos 0,6 % og 0,3 % hos de som fikk henholdsvis semaglutid og placebo
- **Pankreatitt:** 0,2 % for semaglutid og $< 0,1$ % for placebo. I den kardiovaskulære endepunktstudien SELECT var frekvensen av akutt pankreatitt, bekreftet ved avklaring (adjudikering), 0,2 % for semaglutid og 0,3 % for placebo. Ved mistanke bør semaglutid seponeres. Semaglutid skal ikke gjenopptas etter bekreftet pankreatitt. Forsiktighet bør utvises hos pasienter som tidligere har hatt pankreatitt
- **Tarmobstruksjon:** En alvorlig form for forstoppelse med tilleggssymptomer som magesmerte, oppblåsthet og oppkast. Rapportert med ukjent frekvens etter markedsføring
- **Puls:** Gjennomsnittlig økning på 3 slag per minutt observert
- **Skal ikke brukes av gravide** eller ved **amming**. Semaglutid skal på grunn av den lange halveringstiden seponeres minst 2 måneder før en planlagt graviditet
- **Forsiktighet** bør utvises hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom eller gastroparese
- **Ungdom (12 - < 18 år):** Generelt var frekvens, type og alvorlighetsgrad av bivirkninger hos ungdom tilsvarende det som sees hos voksne. Gallestein ble sett hos 3,8 % av pasientene behandlet med Wegovy® og 0 % behandlet med placebo. Ingen effekt på vekst eller pubertetsutvikling ble funnet etter 68 uker med behandling

	Kan benyttes uten dosejustering	Anbefales ikke
Alder	Voksne og ungdom ≥ 12 år Begrenset erfaring hos pasienter ≥ 85 år	Barn/ungdom under 12 år
Nyre-funksjon	Lett og moderat nedsatt eGFR > 30 ml/min 1,73m ²	Alvorlig nedsatt, eller terminal nyresykdom eGFR < 30 ml/min 1,73m ²
Hjerte-svikt	NYHA klasse I-III	NYHA klasse IV
Lever-funksjon	Lett og moderat nedsatt Forsiktighet bør utvises	Alvorlig nedsatt
Diabetes	Diabetes type 2	Diabetes type 1

Dosering – én gang per uke

Wegovy® skal injiseres subkutan i abdomen, i låret eller i overarmen og administreres én gang per uke når som helst i løpet av dagen, til måltid eller utenom måltid.

For å redusere sannsynligheten for gastrointestinale symptomer bør dosen trappes opp i løpet av en 16-ukers periode til en vedlikeholdsdose på 2,4 mg én gang per uke.

For ungdom i alderen 12 år og eldre benyttes samme doseopptrappingsplan som for voksne. Dosen bør økes opptil 2,4 mg, eller til maksimalt tolererte dose oppnås. Se preparatomtale for mer informasjon om dosering.

Reseptgruppe og pris

Legemiddelgruppe: GLP-1-analog **Reseptgruppe:** C **ATC-nr.:** A10B J06

Pakninger og priser: 0,25 mg: 1,5 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **0,5 mg:** 1,5 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **1 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **1,7 mg:** ml (ferdigfylt penn) kr 2597,20. **2,4 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 3189,40. (Priser per desember 2024).

Behandling med Wegovy® er ikke refundert og kan ikke skrives på blå resept

For individuell stønad se vedlegg 1 til folketrygdloven § 5-14 (legemiddellisten) på www.helsedirektoratet.no⁴

Referanser 1. Wegovy® SPC, avsnitt 4.1 **2.** Wegovy® SPC, avsnitt 5.1 **3.** Garvey WT, Batterham RL, Bhatta M, et al. Two-year effects of semaglutide in adults with overweight or obesity (STEP 5) Nature medicine 2022; 28(10), 2083-2091 **4.** Informasjon om vilkår for individuell refusjon er hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til-5-14-legemiddellisten/virkestoffer/semaglutid> (Lest 06.12.2024)

Sykepleiere synes ikke-vestlige pasienter overdriver sine symptomer. – Pasientene kan bli fornærmet og føle seg misforstått, sier professor Jonas Debesay.

Minoritets- pasienter blir oppfattet som dramatiske

Marit Fonn :
Tekst og foto :

Flere sykepleiere i Sykepleiens spørreundersøkelse (se side 26) synes det er vanskelig å vurdere symptomene til pasienter fra ulike kulturer.

Det kommer frem i deres kommentarer til følgende spørsmål:

«Opplever du at visse grupper av pasienter har en tendens til enten å overdrive eller bagatellisere egne symptomer?»

Særlig viser sykepleierne til at

pasienter fra Midtøsten, Afrika, Asia og Øst-Europa overdriver mer enn de bagatelliserer.

Dramatisering og mye kroppsspråk er beskrivelser som går igjen i kommentarene.

«Enkelte kulturer overdriver (mtp mye lyd og gestikulering)», skriver en.

« (...) virker som at de tror de ikke blir trodd ellers. Vi tror absolutt på at de har vondt, men all dramatikken gjør det veldig vanskelig å bedømme

hvor vondt de faktisk har», skriver en annen.

LAVERE SMERTETERSKEL?

Flere mener at pasienter fra noen ikke-vestlige områder har lav smerteterskel, eller en annen forståelse av smerte enn andre pasienter.

«Pasienter med utenlandsk opprinnelse har alltid mye myyye mer vondt», mener en sykepleier.

Noen peker på at språkvansker og frykt for ikke å bli trodd kan føre til



VANLIGST Å BRUKE KROPPSSPRÅK: Å gestikulere og bruke metaforer for å uttrykke seg om ubehag og smerte er nok mye mer vanlig i verden enn den norske måten å uttrykke seg på, mener professor Jonas Debesay.

«Hvis noen oppfatter at du som pasient overdriver, da må du overdrive for å få hjelp.»

at pasienter overdriver for å sikre at de blir tatt på alvor.

«Språkbarrierer, helsekunnskap og angst påvirker symptomformidlingen, uavhengig av kultur», påpeker en av respondentene.

Og en annen:

«Noen pasienter føler de må overdrive for å bli trodd, spesielt ved språkutfordringer.»

Og nok en:

«Pasienter som tror de ikke blir trodd, legger på litt for å sikre at de får hjelp.»

– FARE FOR Å GENERALISERE

Jonas Debesay har kikket på kommentarene fra sykepleierne om dette temaet.

Han er professor på Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid ved Oslomet og assisterende redaktør i Sykepleien Forskning

– *Hva er førsteinntrykket ditt når du leser det sykepleierne skriver?*

– At de har en helt vanlig respons. Altså det de sier om å overdrive og uttrykke seg på andre måter enn de er vant til, sier Debesay.

Han registrerer også at sykepleierne plasserer disse pasientene i store grupper.

– Da er det fare for å generalisere. Kanskje har de hatt ett eller noen få møter med personer fra en annen

kultur. På bakgrunn av det sier de at alle fra samme kultur overdriver symptomer, sier han.

– Det er for så vidt helt greit, legger Debesay til.

Men han ser også farer.

– Hvis noen oppfatter at du som pasient overdriver, da må du overdrive for å få hjelp.

Det kan fort bli en selvoppfyllende profeti. Eller en ond sirkel, påpeker han: «Siden de tror jeg overdriver, må jeg overdrive.»

– Og da har vi det gående. Du kan ende opp med å trå feil overfor enkeltpersoner. De kan bli fornærmet og føle seg misforstått.

OPPFATTES SOM DRAMAQUEENS

– HVA MED TILLITEN?

– *Gjenkjenner du typiske oppfatninger i svarene?*

– Ja da, og dette er ikke noe bare sykepleiere oppfatter. Mange med min bakgrunn er klar over hvordan de blir oppfattet. Men det er alltid to personer i dette spillet mellom sykepleier og pasient.

Debesay utdyper:

– Sykepleieren opplever at pasienten overdriver. Så har pasienten *sin* oppfatning av hvordan hun eller han blir oppfattet av den som hjelper.

– Dette setter tilliten på prøve, mener han:

– For hvordan kan de ha tillit til helsevesenet hvis de opplever at de blir oppfattet som *dramaqueens*?

SNAKKER OM TRYKK I HODET

– *Hva kan helsepersonell gjøre for å oppnå tillit?*

– Det første er å bli klar over at vi liker å forenkles og generalisere. Det andre er å erkjenne at det er ulike måter å uttrykke symptomer på.

Han gir et eksempel:

– En del innvandrere med psykiske helseproblemer snakker om trykk i hodet eller smerter i hjertet. De somatiserer, noe som er mindre vanlig i en norsk setting. I Norge er det akseptert å ha psykiske lidelser. Mange steder er dette tabu, sier han.

Mange av tabuene gjelder demens:

– Det gjør at innvandrere med demens både får senere og dårligere behandling. Mange oppsøker ikke engang helsetjenesten, sier Jonas Debesay.

Han konkluderer:

– Ikke behandle disse innvandrerne annerledes enn andre. Vi må individualisere, uansett hvem pasienten er. Vi vet at de har begrenset tilgang til helsetjenesten. Og når helsepersonell heller ikke klarer å forstå det de uttrykker om plagene sine, minker mulighetene til å få lindret symptomer.

TIPS!

Her er Jonas Debesays råd til sykepleiere i møte med minoritetspasienter:

- Unngå å generalisere, tenk individ.
- Ikke tenk at pasienten overdriver.

- Bruk autorisert tolk.
- Samarbeid gjerne med pårørende som enten har lang botid eller er vokst opp i Norge.
- Kulturveiledere kan fortolke og forklare, men de fins ikke overalt.

MEST VANLIG Å GESTIKULERE

– Å gestikulere og bruke metaforer for å uttrykke seg om ubehag og smerte er nok mye mer vanlig i verden enn for eksempel i Norge og Japan, der man uttrykker seg mer diskret og reservert, påpeker han.

– *Det medisinske språket er også en barriere?*

– Det medisinske språket er én ting, også norske pasienter kan slite med det. Men har du lave norsk-kunnskaper i tillegg, er riktig bruk av tolk viktig. Det er heller ikke alle tolker som er stødige i bruk av et medisinsk språk.

Debesay viser til at folkelige begreper ofte er kulturelt betinget.

– «Å ha is i magen» kan jo forstås på flere måter. Også tolker har problemer med å oversette slike folkelige begreper.

Konsekvensen av språkproblemerne er blant annet en større barriere

for å få med seg informasjon om behandling.

– Mange blir oversett fordi de ikke klarer å formidle symptomene sine.

FØDENDE MINORITETER FÅR MINDRE SMERTELINDRING

– *Noen myter eller uttrykk du vil livs?*

– Jeg er skeptisk til å kalle uttrykksmåten for «overdrivelser».

– *Noen typiske misforståelser?*

– Det meste handler om språket og måten å uttrykke symptomer på. For eksempel når det bare blir oppmerksomhet rundt kroppslige symptomer, når det egentlig dreier seg om psykiske påkjenninger, sier professoren.

– *Er det riktig at smerteterskelen er lavere i noen kulturer, slik enkelte påpeker i undersøkelsen?*

– Jeg tror det kulturelle sporet er viktigere. Vi vet jo at det gis dårlig smertelindring til dem med etnisk

minoritetsbakgrunn. Særlig til fødende kvinner. Hadde de blitt trodd, ville de fått mer smertelindring. Da hadde det ikke vært noe problem!

VIL OPPNÅ TRØST OG HJELP

– *Hvorfor bruker noen mer lyd og kroppsspråk?*

– Det er det de er vant til og oppvokst med. Det er slik de kommuniserer for å oppnå trøst og hjelp fra andre. Både fra sine nærmeste og helsepersonell. Derfor har jeg et agg mot å kalle dette overdrivelser.

– *Har sykepleierne fordommer?*

– Alle har fordommer. Eller førforståelse, som jeg kaller det. Vi forstår og misforstår, assosierer det vi hører, med noe annet. Vi tar noe for gitt og får ikke brynt oss på andre måter å uttrykke oss på.

– JEG HAR VANDRET INN

– *Minoritet, flerkulturell, innvandrer ... Det er mange navn på dem vi snakker om. Hva vil du selv bli kalt?*

– Norskeritreer!

– Det spørres hvor jeg ferdes, men enten jeg vil eller ikke, er jeg både eritreisk og norsk. Ikke det ene eller det andre.

Han legger til:

– Og selvfølgelig er jeg innvandrer. Jeg er ikke født her, men oppvokst her. Jeg kom til Norge som tolvåring. Så jeg har vandret inn, ja.

Til sine sykepleierkolleger sier Debesay:

– Så lenge du har en åpen og fleksibel innstilling, så kommer du veldig langt. Du kan si det du vil, så lenge du har gode intensjoner. Det har jo helsepersonell i utgangspunktet.

– Utfordringen er at vi ikke er bevisst egne fordommer. Vi trår feil fordi vi ikke er bevisste nok. Særlig når vi har hastverk, er det fort gjort. ●

ANNONSE

Wima-labben:

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

- Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår
- Bedrer mulighetene for sårleging
- Behagelig i bruk - luftig, lett, stabil og varmeisolerende
- Les mer på wima.no

Wima® produkter

Tlf. 71 51 42 84 / 469 16 693 - wima@wima.no





Slik skjønner du at pasienten med demens har angst



Pasienter uten språk kan være vanskelig å tolke.



Den engstelige pasienten:

Trond Eirik Bergflødt viser hvordan angsten har flere uttrykk og stadier.

1.



Avventende og undrende.

2.



Redd, kvepper til.

3.



Skeptisk og søkende. Uenig.

4.



Sint, kjeffer. Reagerer.



KARTLEGGING AV ATFERD

Trond Eirik Bergflødt anbefaler disse verktøyene:

- Døgnregistrering av atferd (skjema)
- RAID (Rating Anxiety In Dementia)
- BARS (Brief Agitation Rating Scale)
- NPI-Q (The Neuro-psychiatric Inventory Questionnaire) kan brukes når det er mange forskjellige atferdsforandringer på en gang

ngst rammer ofte personer med demens. Ofte er det nettopp angsten som gjør at de ikke lenger kan bo hjemme. Det blir for farlig for dem eller for krevende for pårørende.

– *Hvordan kan du vite at den demenssyke har angst?*

– Først kan vi spørre dem det gjelder om bekymringene deres, sier spesialsykepleier Trond Eirik Bergflødt.

Han er rådgiver på Kompetansesenter for demens og psykisk helse i eldre år i Bergen kommune.

Kartleggingsverktøy kan være nyttig i denne fasen, påpeker han. (Se faktaboks.)

– Men når pasienten ikke lenger er i stand til å sette ord på det som står på, blir det opp til sykepleieren å identifisere det, sier Bergflødt.

TO KATEGORIER ANGST

For personer med demens er det to kategorier angst som gjelder:

- De som har hatt håndterbar angst i hverdagslivet eller en nervøs personlighet, og så får de demens.
- De som ikke har vært plaget av angst tidligere, men som får angst av demenssykdommen.

– *Hvordan ser man at de har angst?*

– Angsten har flere uttrykk. Mange ganger kan du se det i ansiktet. Det kommer et visst drag. Litt sånn bekymrede øyebryn. De kan se skeptiske eller redde ut. De kan være lett-skremte, irritable eller rastløse, sier demensrådgiveren.

– DE GÅR LITT FORTERE

Noen reagerer motorisk. De begynner å bevege seg mer:

– Hvis de sitter, begynner de å gå. Hvis de går, går de litt fortere. Og de går lenge. Det er jo noen som går hele dagen.

– *Vandrerne?*

– Jeg vil ikke kalle dem det. Noen trenger å gå av seg angsten. Vandring virker formålsløst. Men hvis vi heller tenker at de går av seg angsten, kan vi tilrettelegge for dem. Da er det ikke formålsløst å gå, det er nyttig.

Matro på sykehjemmet er ikke noe for disse:

– Nei, de spiser litt, i et jafs, så må de ut og gå i avdelingen igjen. Da kan du gå etter dem med en brødskive og gi den i hånden på dem. Gi dem mat og drikke i farten, sier Bergflødt.

ER DET NOK Å VÆRE SAMMEN MED DEM?

Det kan være vanskelig å vite hvilken effekt miljøarbeidet har for pasientene med angst, påpeker Bergflødt.

– Kan vi forvente at bare vi er sammen med dem, så er det nok? Ikke alltid, mener han.

– For noen holder det. Andre trenger å holde i en hånd. Og noen trenger å prate og ha kontakt med noen. For å lindre angsten trenger pasientene støtte og anerkjennelse som trøst, sier han.

SKIFTET BLEIEN PÅ SKYLLEROMMET

Ofte er disse pasientene vanskelig å få stelt, siden de stadig er så på farten.

Morgenstellet kan kreve sitt.

– Kanskje står pasienten opp klokken seks eller sju. Du går motivert inn, men pasienten er gretten og småsur. Agitert, som vi sier, og det er et dårlig utgangspunkt for å få pasienten til å kle av seg og stelle ham eller henne, sier Bergflødt.

Han understreker at helsepersonell ofte finner gode løsninger. Han har et eksempel fra et av Bergens sykehjem:

En av pasientene gikk frem og

● ● «Hvis jeg ikke er der med «Sverre»,
● ● går han i oppløsning eller kommer
i konflikt med andre pasienter.»

tilbake i gangen. De fikk ikke ivaretatt hans personlige hygiene og fattet derfor et tvangstiltak så de kunne skifte bleie på ham.

– Idet de skulle motivere ham til å gå fra korridoren inn på eget bad, var han så agitert at helsepersonellet ikke kunne holde ham på en forsvarlig måte. De fant ut at tvangsvedtaket ikke var gjennomførbart på grunn av for sterk motstand. Det ville blitt uforsvarlig, forteller Bergflødt.

Da kikket personalet nærmere på pasienten. Han hadde klare symptomer på angst, og han gikk og gikk.

– Men hvor pleide han å gå? Jo, til skyllerommet. Der putlet og utforsket han. Så hjalp de ham der med å skifte bleie, uten at han ga motstand. Der var det verdig å gjøre det.

– **ANGSTEN FLOMMER OVER**

Tilbake til dem som har hatt angst før de fikk demens. Både dem med og uten angstdiagnose.

For noen av dem har ikke angsten vært et stort problem i dagliglivet. De har brukt pusteteknikker og andre mestringsstrategier for å regulere seg selv. Slik har de klart å holde roen på egen hånd.

– Så kommer demenssykdommen, og de klarer ikke lenger å håndtere angsten. Den flommer over, sier Bergflødt.

For disse vil ikke samvær lindre angsten like godt som for dem som

ikke hadde angst før de fikk demens.

– Noen pasienter kan du sitte med i to timer. Eller seks timer. De har fortsatt angst. Uansett hva du gjør, så ser det ut til at validering ikke virker, sier Bergflødt.

KLARER IKKE Å LINDRE GAMMEL ANGST

– Men ser du nærmere på historien deres før de fikk demens, er det kanskje ingen forverring. De ligger ikke lenger og roper, er ikke helt i oppløsning eller på sitt sinteste. Kanskje har miljøbehandlingen bidratt til å stabilisere angsten?

Likevel hender det at demensen fører til mer angst. Da gjelder det at helsepersonellet har realistiske ambisjoner og forventninger til hva som er mulig å få til:

– Den gamle angsten klarer vi ikke å lindre, men vi kan kanskje forebygge at den blir verre.

Bergflødt anbefaler sykepleiere å drøfte med kollegene hvordan de skal være sammen med pasienten som har kjent angst fra før, og hvordan miljøbehandlingen faktisk virker.

– Et fagmøte om dette vil



«Hjemmesykepleieren kan ikke sitte og trøste for å lindre angst i to timer.»

vært supert for å lage en tiltaksplan og dele kunnskapen i avdelingen.

MÅ OFTE FØLGES OPP ÉN TIL ÉN

De som har kjent angst fra før, trenger ofte én til én-oppfølging.

– Helsepersonell opplever stadig at pasienter følger etter dem rundt omkring i avdelingen, og at noen pasienter lett havner i konflikter med andre beboere.

Da må det avklares: Hvilke personellressurser trengs her?

– Å dekke konkrete behov, som å gi mat, medisiner og stell, er ikke det mest krevende. Men pasientene med angst har ekstra behov for trygghet og kontakt med helsepersonellet.

ANGSTLINDRING KREVER MER RESSURSER

Bergflødt lager et fiktivt regnestykke:

■ En sykehjemsavdeling har tolv pasienter. En av pasientene har 100 prosent behov for helsepersonell og vil trenge noen hos seg så å si hele tiden.

■ Gjennomsnittsbehovet for pasientene i avdelingen er 40 prosent.

– Hvor mange pasienter er det da plass til med den aktuelle bemanningen når en angstpreget pasient krever 80 prosent av helsepersonellet? Og hva hvis *to* pasienter krever 80 prosent og *tre* pasienter krever 60 prosent?

– Et eller annet sted her går det ikke opp lenger, selv om det fortsatt «bare» er tolv pasienter på avdelingen. Å kartlegge endringer i bemanningsbehovet for dem som trenger helsepersonellet tettere på for å avverge konflikter med andre beboere og få lindret angst, er noe av nøkkelen til dette arbeidet.

Å endre bemanningen er gjerne ikke nødvendig lenger enn noen

BERGFLØDTS TIPS OM HVORDAN LINDRE ANGST HOS DEN MED DEMENS:

- Trøst lindrer angst.
- Finn ut hvilken type trøst din pasient er mottakelig for.
- Bruk deler av livshistorien til pasienten for å finne dette ut.
- Skill mellom gammel og ny angst hos pasienten.
- Anerkjenn at det å holde gammel angst stabil er en måte å hindre forverring på.
- Ikke strev for å få pasienten som vil gå, til å sitte stille.
- Kartlegg hvor mye personellressurser pasientene med angst trenger.
- Ha et fagmøte og oppsummer i en tiltaksplan hva dere synes virker for å lindre den enkeltes pasients angst.

uker eller måneder:

– De kjente går tettere på pasienten, og vikarene tar det andre av mer praktisk art.

Bergflødt vet godt at pleierne strekker seg langt:

– Dette er et skrekkelig interessant fenomen. Tendensen er jo å telle hoder. Pleietyngden går ofte på grad av

stell og objektive parametere. Men angstlindring legger beslag på helt andre ressurser.

SINTE OG REDDE

Og hva kan skje hvis disse mer usynlige behovene ikke dekkes? Bergflødt viser til reelle scener:

– Hvis jeg ikke er der med «Sverre», går han i oppløsning eller kommer i konflikt med andre pasienter. Vi må nesten være én til én med ham her og der. Ellers kan det bli så mye konflikt og trøbbel at plutselig er det to som må følge ham og den fornærmede tett.

Han fortsetter:

– Og hva med joviale «Anna»? Hun er så hyggelig og herlig, men så trygghetssøkende. Ofte er disse med angst veldig nydelige og omsorgsfulle personligheter. Men også så redde.

Trond Eirik Bergflødt legger til at det hender at pasienten har så mye angst at han eller hun er uimottakelig for miljøbehandling:

– Pasienten vil stort sett ikke noe annet enn å bevege seg rundt, er svært urolig eller veldig motorisk, virker redd og bekymret.

– Da må man vurdere om legemidler kan lette på trykket og lindre noe av angsten til et nivå som gjør at de tar imot miljøbehandlingen.

KAN VÆRE SMERTER

– *Kan angst og uro forveksles med andre plager? Som smerte?*

– Dette er ikke så lett å finne ut av når pasientene har moderat eller alvorlig demens. Det er vanskelig å få dem til å rapportere selv. Og noe av kartleggingsverktøyet mister sin funksjon når pasienten ikke forstår instruksene, sier rådgiveren.

– Har de kjente smertediagnoser, som artroser og osteoporose, kan man forsøke å gi noe smertelindrende. Hvis ikke det hjelper, kan det være tegn på angst.

– Men smerte kan forveksles med angst. Eller de kan ha behov for å gå på do, blir urolige, begynner å vandre. Eller de er tørste og sultne.

– Spesielt når de er ute og spaserer, så er spørsmålet hvorfor. Har de smerter? Eller har livsstilen deres vært å gå på fjellet? Da trenger ikke gåingen være et tegn på noe unormalt.

VIL IKKE PASIENTEN SITTE – BLÅS I DET

Hvis det er vanskelig å få pasienten til å sitte stille, er dette Bergflødts råd:

– Blås i det, forsøk noe annet. Fjern heller hindringer, styr hvor pasientene kan gå, så de ikke kommer i beboerkonflikter.

– De som vandrer mye, har ofte behov for mer mat og drikke enn de som sitter. Gå etter dem på en fin måte, sett ut det de liker på et fat i enden av korridoren.

Nok et tips:

– Spør pårørende om pasientens

personlighet som frisk.

– Spør for eksempel: «Hvordan vil du beskrive din kones personlighet før hun fikk demens?»

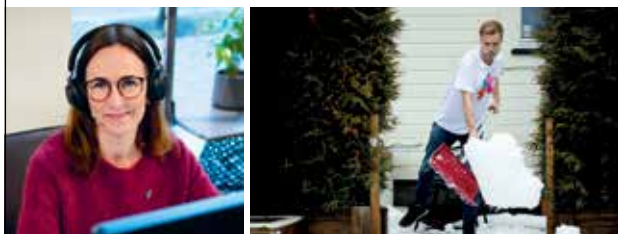
Kanskje er svaret: «Nei, hun skydde jo krangler, var konfliktsky. Likte best å være hjemme, likte det forutsigbare.»

– Noen av dem som er disponert for å få angst, er redd for å miste grepet. Det er en normalreaksjon.

«DET VANSKELIGSTE ER NÅR HUN BEGYNNER Å GRINE»

Bergflødt snakker stadig med

ANNONSE



Får du spørsmål om livet med kreft?

Kreftforeningen har mange gratis tilbud til kreftsyke, pårørende og etterlatte.

Å være kreftsyk kan by på mange utfordringer i hverdagen, særlig i tiden etter et sykehusopphold. Da kan Kreftforeningen tilby praktisk hjelp, rådgivning, kurs og møteplasser rundt omkring i landet.

Les mer om tilbudene og hvor du finner dem på kreftforeningen.no/tilbud eller ring 21 49 49 21.



KREFTFORENINGEN
TIL FOR DEG

pårørende. Noe som går igjen, er at pasientenes ektefeller sier: «Det er greit at hun ikke husker og at jeg må lage all frokost. Men det vanskeligste er når hun begynner å grine. Da vet jeg ikke hva jeg skal gjøre.»

Da hører Bergflødt: «Dette er angst!»

– Personen trenger rett og slett trøst. Men hvordan du best kan trøste en Sverre og en Anna er forskjellig. Noen liker taktil berøring. Noen vil høre noe, noen vil du skal tie stille.

– Når du skal validere et annet menneske, må du tenke: «Hva skal til for at du opplever deg sett akkurat nå?»

– Du kan ha tjue års erfaring som

sykepleier, men hvis du ikke kjenner denne personen, har du bare det generelle å bruke. Som noen ganger virker, noen ganger ikke. De gangene vi ikke kommer i mål med erfaringen og alle triksene som har virket med andre pasienter, trenger vi å vite noe fra livshistorien til pasienten. Da blir det lettere å si noe som treffer pasienten i hjertet.

– DEN OPPLEVELSEN KAN VÆRE MAGISK

Når angsten tar overhånd og pasienten blir redd hele tiden, kan ikke den demenssyke bo hjemme lenger. Det kan også være at pasienten går ut om

natten. Behovene til pasienten overstiger også det pårørende klarer å gi.

Fasen før er ofte vanskelig:

– Hjemmesykepleieren kan ikke sitte og trøste for å lindre angst i to timer. Hjemmesykepleien er en somatisk helsetjeneste.

Bergflødt har også her noen gode råd:

– Si at du må videre, du må prioritere neste pasient som har akutte behov. Eller du kan sette deg ned i fire og et halvt minutt. Hvis du er til stede i de minuttene, virker det så mye lenger for den du er sammen med. Den opplevelsen, hvis du klarer å treffe med valideringen, kan være magisk. ●

ANNONSE

Gravide og ammende trenger nok jod

Jod bidrar til utviklingen av barnets hjerne og nervesystem i fosterlivet, og til normal vekst hos barn. Derfor er nok jod særlig viktig for gravide og ammende, men mange gravide og ammende i Norge får ikke i seg nok.

Det er få kilder til jod og de største er melk, meieriprodukter og hvit fisk. Helsemyndighetene anbefaler 3 porsjoner meieriprodukter hver dag, hvorav 2 porsjoner er melk, syrnet melk eller yoghurt, fordi disse er gode kilder til jod. Brunost er også en god jodkilde.

3 om dagen og hvit fisk til middag 1-2 ganger i uken vil kunne gi gravide og ammende nok jod. Egg vil også bidra med noe jod.

Sjekk jodinntaket? Prøv melk.no/jodkalkulator

Opplysningskontoret
MELK
og meieriprodukter



Velg meieriprodukter med mindre fett.
La minst 2 av 3 være melk eller yoghurt.



Scan QR-koden med mobilkameraet for å få tilgang til nettressurser for helsepersonell.

TARMFLORAENS ROLLE I UTVIKLINGEN AV ALLERGI TIDLIG I LIVET

Forekomsten av allergiske sykdommer, som matallergi, øker over hele verden.¹

Kumelkallergi (KMA) er en av de vanligste matallergiene hos barn. En kohort av norske spedbarn viste at om lag 5 % hadde KMA.² Selv om de fleste spedbarn med KMA vokser av seg allergiene før skolealder, kan et økende antall ha vedvarende symptomer.³

Flere studier har vist at dysbiose i tarmfloraen hos spedbarn spiller en viktig rolle i utviklingen av matallergier, og mikrobiell interaksjon er viktig for modning av immunforsvaret.^{4,5} Spedbarn med KMA har vist seg å ha en lavere andel bifidobakterier i tarmfloraen sammenlignet med friske, morsmelkernærte spedbarn der tarmfloraen domineres av denne arten.⁶ Bakteriene overføres først fra mor under fødselen og deretter via morsmelken.^{7,8} I tillegg inneholder morsmelk fiber som bifidobakteriene nyttiggjør seg som næring.

Hvordan skal vi i fremtiden behandle barn med kumelkallergi?

Hovedprinsippet i kostbehandling er å unngå alt som inneholder kumelkprotein. Barn med denne allergien må ha en erstatning for melken de ikke tåler. Amming er alltid den beste ernæringen for spedbarn, men dersom en ikke kommer i mål med amming, kan helsepersonell forskrive spesialiserte,

hypoallergene melkeerstatninger basert på hydrolysert protein eller aminosyrer. Norske helsemyndigheter anbefaler dette inntil barnet er 3 år.⁹ Da nyere forskning viser at dysbiose i tarmfloraen er vanlig ved KMA, er det viktig at melkeerstatningen inneholder fiberkilder som gir næring til de gode bakteriene.

Våre Pepticateprodukter inneholder fiberkildene GOS / FOS*, som støtter utviklingen av en tarmflora som ligner mer på tarmens bakterieprofil hos morsmelkernærte spedbarn.^{10,11}



Pepticate



Pepticate PLUS

Les mer på vår nettside her eller skann QR-koden



Nutricia støtter WHO's retningslinjer om at morsmelk er den beste føden for spedbarnet. Pepticate skal brukes under medisinsk tilsyn etter nøye vurdering av øvrig ernæringsbehandling, inkludert amming. Denne informasjonen er ment for helsepersonell.

Referanser: 1. Pawankar R, et al. World Allergy Organisation (WOA): White book on allergy. Wisconsin: World Allergy Organization, 2011. 2. Kvenshagen B, et al. Acta Paediatr 2008 Feb;97(2):196-200. 3. Wood RA. The natural history of food allergy. Pediatrics 2003; 111(6 Pt 3):1631-1637. 4. Azad M, et al. Clinical & Experimental Allergy 2015; 45: 632-643. 5. Vighi G, et al. Clinical and Experimental Immunology 2008;153 (Suppl. 1): 3-6. 6. Kirjavainen P, et al. Gut 2002; 51: 51-55. 7. Jeurink, et al. 2012. Beneficial Microbes 4 (1): 17-30. 8. Backhed F, et al. Cell Host Microbe 2015; 17(5): 690-703. 9. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/allergi/matallergi>. 10. Moro G, et al. JPGN 2002. Mar;34(3):291-5. 11. Knol J, et al. JPGN 2005. Mar;34(3):291-5.

Nutricia Norge AS | Drammensveien 123, 0277 Oslo | Tlf: 23 00 21 00 | E-post: nutricia.amno@danone.com | www.nutricia.no

**Rybelsus[®]**

Semaglutid i tabletter



Rybelsus[®] er indisert til behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll som tillegg til diett og fysisk aktivitet:¹

- som monoterapi når metformin er vurdert uegnet grunnet intoleranse eller kontraindikasjoner.
- i kombinasjon med andre legemidler til behandling av diabetes.

Se SPC for resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll, kardiovaskulære hendelser og populasjoner som ble undersøkt.

Slik tar du Rybelsus®



Rybelsus® skal tas på tom mage, etter en anbefalt fasteperiode på minst 8 timer.



Ta en tablett Rybelsus® ut av pakningen og **svelge den hel med en slurk vann** (maks. 120 ml).



Vent minst en halvtime før inntak av mat, drikke og eventuelle andre legemidler som tas oralt.

Rybelsus® (semaglutid): Utvalgt sikkerhetsinformasjon²

Les fullstendig preparatomtale før forskrivning

- **Svært vanlige (≥ 1/10) bivirkninger:** er gastrointestinale, inkludert kvalme og diaré. Hypoglykemi ved bruk sammen med insulin eller sulfonylurea.
- **Andre vanlige (≥ 1/100 til < 1/10) bivirkninger:** svimmelhet, fatigue, redusert appetitt, økt amylase, økt lipase, komplikasjoner av diabetesretinopati* og andre gastrointestinale bivirkninger[^]. Hypoglykemi ved bruk sammen med andre orale antidiabetika.
- **Mindre vanlige (≥ 1/1 000 til < 1/100) bivirkninger:** gallestein, vekttap, eruktasjon.
- **Akutt pankreatitt:** er observert ved bruk av GLP-1-RA (0,1 %). Ved mistanke bør semaglutid seponeres og ved bekreftet pankreatitt bør behandlingen ikke gjenopptas.
- **Diabetisk ketoacidose:** har blitt rapportert hos insulinavhengige pasienter etter rask seponering eller dosereduksjon av insulin når behandling med en GLP-1-reseptoragoinst ble startet.
- **Dysgeusi (smaksforandringer):** er blitt rapportert.
- **Puls:** det er observert en økning på 1-4 slag per minutt.
- **Skal ikke brukes** hos pasienter med **diabetes type 1**, av **gravide** (seponeres minst 2 måneder før planlagt graviditet) eller ved **amming**.
- Det er ingen terapeutisk erfaring med semaglutid hos pasienter med bariatrisk kirurgi.

[^] Abdominale smerter og distensjon, forstoppelse, oppkast, dyspepsi, gastroesofageal reflukssykdom, gastritt, flatulens.

* Kombinasjon av: retinal fotokoagulasjon, behandling med intravitreal midler, intravitreal blødning, diabetesrelatert blindhet (mindre vanlig). Frekvens basert på kardiologisk endepunktsstudie med ukentlig subkutan semaglutid.³

	Kan benyttes uten dosejustering	Anbefales ikke
Alder	Begrenset erfaring hos pasienter ≥75 år	Barn/ungdom under 18 år
Nyre-funksjon	Lett, moderat eller alvorlig nedsatt funksjon. Begrenset erfaring ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon	Terminal nyresykdom (eGFR < 15 ml/min 1,73m ²)
Hjerte-svikt	NYHA klasse I-III	NYHA klasse IV
Lever-funksjon	Mild, moderat og alvorlig nedsatt. Begrenset erfaring ved alvorlig nedsatt leverfunksjon	

Refusjonsvilkår og pris³⁻⁵

ATC-kode: A10B J06 (Glukagonlignende peptid-1 (GLP-1)-analoger)

Refusjon^{4,5}

Det kan søkes om individuell refusjon på blå resept for Rybelsus® ved diabetes mellitus type 2 (ICPC-2 T90/ICD-10: E11) i kombinasjon med metformin, og/eller sulfonylurea og/eller insulin, hos pasienter som ikke har oppnådd tilstrekkelig glykemisk kontroll på høyeste tolererte dose av disse legemidlene. Det skal i søknaden oppgis en vurdering av minst ett av de nevnte legemidlene over.[#]

Rybelsus® skal brukes i kombinasjon med et legemiddel med metformin eller sulfonylurea eller insulin.

Reseptgruppe C	Pakninger ⁵ (Vnr)	Pris ⁵ (kr)	Pris (kr/dag)
Rybelsus® 3 mg	30 stk. blisterpakning (478961)	1 303,50	46,60
Rybelsus® 7 mg	30/90 stk. blisterpakning (146870/439553)	1 303,50 / 3 838,10	46,60 / 45,70
Rybelsus® 14 mg	30/90 stk. blisterpakning (383205/047094)	1 303,50 / 3 838,10	46,60 / 45,70

Monoterapi med Rybelsus® eller Rybelsus® i kombinasjon med andre diabeteslegemidler enn metformin/SU/insulin er ikke metodevurdert av DMP, og HELFO kan ikke vurdere individuell stønad til slik behandling.

Rybelsus® er ikke indisert for vektreduksjon. Gjennomsnittlig reduksjon i kroppssvekt i PIONEER 1-8 studiene var for vedlikeholdsdosene 7 mg og 14 mg i uke 26 fra 2,2 - 4,4 kg.¹

Referanser: **1.** Rybelsus® SPC, avsnitt 4.1, 4.2, 5.1. **2.** Rybelsus® SPC, avsnitt 4.2, 4.4, 4.6, 4.8, 5.2 og 5.3. **3.** Marso SP, Bain SC, Consoli A et al. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes (SUSTAIN-6). NEJM 2016;375:1834-1844. **4.** Helsedirektoratet. Fullstendige vilkår for individuell stønad Rybelsus®. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-vedhelsestjenester/vedlegg-1-til--5-14-legemiddellisten/virkestoffer/semaglutid-3> (Lest: 08.08.24). **5.** Felleskatalogen Rybelsus®. Tilgjengelig fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/rybelsus-novo-nordisk-675190> (Lest: 08.08.2024).

Annars Lerdal

Forskningsjef og professor
Forskningsavdelingen, Lovisenberg Diakonale
Sykehus og Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap,
Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo



Maren Falch Lindberg

Konstituert forskningsjef og førsteamanuensis II.
Forskningsavdelingen, Lovisenberg Diakonale Sykehus
og Avdeling for folkehelsevitenskap, Det medisinske
fakultet, Universitetet i Oslo



Illustrasjon: Sissel Vetter / Foto: Mostphotos

Forskning på symptomer styrker pasientenes helse og livskvalitet

NØKKEORD:

- symptomvurdering
- symptomkartlegging
- forskning
- livskvalitet

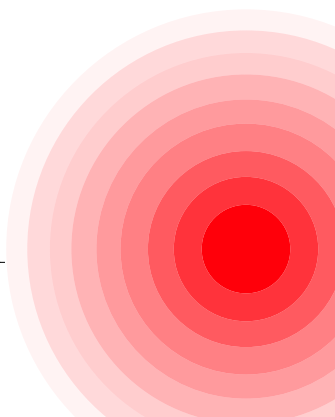
FAGARTIKKEL**HOVEDBUDSKAP**

Sykepleiere spiller en nøkkelrolle i å kartlegge og håndtere pasientenes symptomer ved hjelp av systematisk vurdering og dialog. Nøyaktig symptomkartlegging bidrar til å stille riktige diagnoser, forebygge komplikasjoner og tilpasse behandlingen for å gi pasientene bedre livskvalitet. Sykepleiere kan kombinere pasientopplæring med refleksjon og smertemestring. Da blir det lettere å hjelpe pasientene med å ta kontroll over egen helse. Pasientene får mer håp, bedre funksjon og høyere livskvalitet.

DOI-NUMMER

10.4220/Sykepleiens.
2025.98112

Pasientenes egne oppfatninger påvirker hvordan de mestrer sykdom og symptomer. Forskning viser at riktig veiledning gir håp og bedre funksjon.



«Ved å hjelpe pasientene med å endre negative oppfatninger kan sykepleiere bidra til å gi håp.»

Lovisenberg diakonale høgskole og sykehus er kjent for sin pionervirksomhet i å utvikle sykepleiefaget og praksisen rundt det. Sykehuset er opptatt av å forvalte denne tradisjonen videre, fra sykepleiere med direkte pasientkontakt til forskere, forskningssjefer og ledelsen (1).

I denne fagartikkelen vil vi fortelle om noen av de nyeste forskningsprosjektene vi har utviklet og gjennomført ved sykehuset.

SYKEPLEIERE SKAL KARTLEGGE SYMPTOMER NØYAKTIG

Kompetanse på symptomer, behandling og hvordan pasientene kan håndtere symptomene sine, er en viktig del av sykepleierens ansvar. Å kartlegge symptomer nøyaktig og helhetlig hjelper med å stille en riktig medisinsk diagnose.

Det er også viktig for å oppdage tidlige tegn på at en pasient blir verre eller utvikler komplikasjoner, for eksempel for å skille mellom normal smerte etter kirurgi og smerter som skyldes en infeksjon. For pasientene kan symptomer være svært plagsomme, ta mye oppmerksomhet og bidra til usikkerhet og fortvilelse.

Som sykepleiere retter vi derfor mye oppmerksomhet mot pasientens *illness*, mens medisin har stor oppmerksomhet mot *disease* (se faktaboks).

Pasientenes tanker om egen sykdom, kalt *illness perception* (2), påvirker hvordan de opplever sin helse og livskvalitet (3). Her har sykepleiere et ansvar for å lytte til pasientene og hjelpe dem med å forstå og

håndtere sykdommen og dens konsekvenser på best mulig måte.

PASIENTENES OPPFATNINGER PÅVIRKER HELSEN

Hvor viktig dette er understrekes av funn fra vår studie med 220 pasienter med kronisk hjertesvikt (4). Vi undersøkte sammenhengen mellom pasientenes oppfatninger om sykdommens konsekvenser, deres følelse av personlig kontroll over sykdommen og i hvilken grad den preget deres identitet, og hvor sterkt disse oppfatningene var knyttet til pasientenes vurdering av egen helse.

Studien viste at pasientenes oppfatninger hadde en direkte sammenheng med hvordan de vurderte egen helse, uavhengig av hvor alvorlig hjertesvikten var eller graden av depressive symptomer.

Funnene understreker hvor viktig det er å forstå den enkelte pasients symptomer og å avklare hvordan helsepersonellet kan bidra med behandling, samtidig som pasienten selv kan lære å lindre eller mestre egne symptomer.

Sykepleiere har en viktig rolle her ved å tematisere dette i samtale med pasienten og gi informasjon om hva de selv kan gjøre av rehabilitering etter sykdom. Gjennom uformell prat, formelle samtaler og pasientopplæring kan sykepleiere og helseteamet hjelpe pasientene med å få en bedre forståelse av sykdommen sin. Dette kan gi dem større personlig kontroll over egen helse (5).

Ved å hjelpe pasientene med å endre negative oppfatninger kan sykepleiere bidra til å gi håp. Dette gjøres ved å bevisstgjøre pasientene på hvordan øvelser og trening de selv

DISEASE OG ILLNESS

■ Disease og illness er to sentrale begreper for å forstå sykdom, hvor vi ikke har gode norske oversettelser. Innen medisin har man tradisjonelt fokusert på selve sykdommene; årsaksforhold, objektive tegn og sykdomsmekanismer for å kunne diagnostisere og behandle sykdom, altså disease.

■ I sykepleierens fagtradisjon har man i større grad vært opptatt av pasientens opplevelse av sykdom, altså illness. Dette kan handle om hvordan pasientene erfarer å leve med sykdom og symptomer, og hvordan sykepleiere kan lindre plager og gi støtte til egenmestring. Dette er kjernen i hva sykepleiere gjør i klinisk praksis. Det forklarer også hvorfor sykepleiere som forsker ofte velger å undersøke symptomforløp og pasienters erfaringer med å leve med sykdom.

kan utføre, kan forbedre både funksjon og helse (6).

KVALITETSINDIKATORER AVDEKKET VIKTIGE SAMMENHENGER

Rundt 2011 ble en gruppe sykepleiere på Lovisenberg interessert i såkalte sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer. Ideen var at

«Sykepleierne hadde et inntrykk av at noen pasienter opplevde unødig sterke smerter, som kunne vært unngått.»

indikatorerne skulle bidra til å beskrive kvaliteten på sykepleien og fange opp endringer.

Vi inviterte lærere og studenter ved Lovisenberg diakonale høyskole til et prosjekt hvor vi gjennomførte punktmålinger på alle sengepostene ved sykehuset. Målingene inkluderte pasientenes smertenivå (7), screening for trykksår (8), risiko for fall (9), feilernæring (10) og en liste over symptomer vi mente kunne være knyttet til smerter, fallrisiko, feilernæring og trykksår.

Vi gjennomførte ti dager med

punktmålinger i perioden 2012–2014. I fallstudien fant vi at økt risiko for fall var assosiert med kvalme og oppkast. Dette understreker viktigheten av å forebygge og behandle kvalme.

KARTLEGGING KREVER SYSTEMATISK TILNÆRMING

I smertestudien (7) fant vi at omtrent 20 prosent av medisinske og kirurgiske pasienter rapporterte sterke smerter under sykehusoppholdet. Litt overraskende fant vi at medisinske pasienter opplevde flere symptomer

og en høyere grad av symptomplager enn nyopererte kirurgiske pasienter.

Sterke smerter var knyttet til samsykdommer, altså komorbiditet, særlig blant pasienter med en muskel- og skjelettsykdom eller en kardiovaskulær sykdom. Studien understreker viktigheten av at sykepleiere kartlegger smerter og symptomer hos pasienter innlagt på medisinske og kirurgiske pasienter.

Systematisk bruk av validerede instrumenter for symptomevaluering er nyttig for å få kunnskap om hvilke symptomer som krever

ANNONSE



Ålesund MASTER I KREFTSJUKEPLEIE

Fleksibel og desentral utdanning (deltid), som du tar over 3,5 år.

Utdanninga blir gjennomført i samarbeid mellom studiebyane Ålesund og Trondheim.

Praksis i kommune- og spesialisthelseteneste.

Direkte opptak frå bachelor i sjukepleie.

120 studiepoeng.

Detaljinformasjon på <https://www.ntnu.no/studier/mkreftsp>

Institutt for helsevitenskap Ålesund



Søknadsfrist: 15 april

 **NTNU** | Ålesund og Trondheim

«Et tett samarbeid mellom sykepleiere, leger og andre helseprofesjoner er avgjørende for å håndtere komplekse pasientsituasjoner.»

oppmerksomhet og behandling. Et tett samarbeid mellom sykepleiere, leger og andre helseprofesjoner er avgjørende for å håndtere komplekse pasientsituasjoner, hvor flere symptomer og samsykdommer forekommer samtidig med smerte.

Systematisk kartlegging av symptomer på en valid måte gir en objektiv beskrivelse av symptomets intensitet og hvordan det påvirker personens funksjonsevne. Dette er et nyttig utgangspunkt for kommunikasjon og dialog mellom kollegaer, ulike profesjoner og ledelsen.

GOD SMERTEBEHANDLING ER ESSENSIELT

Etter kirurgi rangeres smerte som det mest plagsomme symptomet, fulgt av slapphet og tretthet, kvalme og oppkast samt engstelse og uro. Ortopedisk kirurgi regnes som et av de mest smertefulle inngrepene (11). God smertebehandling er essensielt for å optimalisere opptreningen og for å sikre pasientenes velvære.

På kirurgisk klinikk ved Lovisenberg utfører vi et stort antall planlagt hoft- og kneprotesekirurgi, samt skulderkirurgi. Sykepleierne

på sengeposten hadde et inntrykk av at noen pasienter opplevde unødig sterke smerter, som kanskje kunne vært unngått med bedre tilpasset smertebehandling. Vi ønsket derfor å få bedre innsikt i smerteforrekosten for å kunne gi best mulig smertebehandling til pasientene.

På bakgrunn av dette gjorde vi en tverrsnittsstudie blant alle postoperative pasienter som var innlagt etter ulike kirurgiske inngrep (12). Studien viste at pasienter som gjennomgikk mindre skulderinngrep, hadde mer smerter enn de som

ANNONSE



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Ønsker du å ta vare på mennesker i ulike livssituasjoner?

Som student ved våre helse- og sosialfagsutdanninger kan du forvente høy kvalitet, både i teori- og praksisundervisning.

Følgende studier har opptak i 2025:

- Erfaringsbasert master i helselogistikk - deltid (N)
- Master i avansert klinisk allmennsykepleie - deltid (M)
- Master i helse- og sosialfag - deltid (M)
- Master i helsesykepleie - deltid (K)
- Videreutdanning i trygg legemiddelhåndtering - deltid (K)

 himolde.no

MOLDE - KRISTIANSUND - NETT

Søknadsfrist 15. april • Søknadsfrist 15. april

N=Nett
M=Molde
K=Kristiansund

gjennomgikk større inngrep som kneprotesekirurgi.

Med dette bakteppet startet vi i 2011 systematisk smertekartlegging ved hjelp av en numerisk skala fra 0–10 i et kvalitetssikringsprosjekt. En kortfilm beskriver prosjektet (se QR-kode side 58).

Ved å skåre pasientenes smerter og dokumentere resultatet i pasientenes journaler på hver vakt forsøkte vi å objektivere smerteopplevelsen. Vi hadde en hypotese om at registreringer ville føre til større oppmerksomhet blant sykepleierne og legene, og dermed resultere i bedre smertebehandling.

SYKEPLEIERNES KARTLEGGING REDUSERTE SMERTER

Et viktig funn var at noen pasienter som hadde gjennomgått skulderkirurgi, hadde uforholdsmessig sterke smerter ved ankomst til postoperativ avdeling. Dette resulterte i journalgransking av de med sterke smerter og innføring av en ny protokoll for smertebehandling av denne pasientgruppen.

Sykepleiernes pågående smertekartlegging viste i ettertid at forekomsten av sterke smerter ved ankomst til postoperativ ble redusert. Samtidig som smertekartleggingsprosjektet pågikk på de ortopediske sengepostene, rapporterte kvalitetsregisteret ved kirurgisk klinikk en tydelig nedgang i forekomsten av en bestemt reoperasjon, nemlig mobilisering av kne i anestesi, etter kneprotesekirurgi.

I denne perioden ble det ikke gjennomført noen endringer i kirurgi eller oppfølging og rehabilitering av pasienter, annet enn sykepleiernes systematiske smertekartlegging.

På grunn av forskningsdesignet vi brukte, kan vi i ettertid ikke med sikkerhet fastslå at reduksjonen i mobiliseringsinngrepene skyldtes prosjektet vårt.

Samtidig er det nærliggende å anta at den økte oppmerksomheten på smerter førte til mer proaktiv smertebehandling, som igjen fikk betydning for pasientens rehabiliteringsforløp.

INTERNASJONALT SAMARBEID FORBEDRET BEHANDLINGEN

Et godt eksempel på nytteverdien av systematisk smertekartlegging erfarer vi i vårt forskningssamarbeid med et ortopedisk sykehus i St. Petersburg i Russland. Der kartla vi pre- og postoperative smerter hos pasienter etter kneprotesekirurgi.

Med støtte fra det norske Helse- og omsorgsdepartementet gjennomførte vi en smertestudie ved Vredensykehuset (13, 14). Prosjektet dokumenterte en svært høy forekomst av sterke smerter blant russiske pasienter etter kneproteseinngrep. Basert på disse funnene gjennomførte vi en smerte-workshop med anestesileger i St. Petersburg.

Resultatene bidro til en bevisstgjøring hos det russiske helsepersonellet og en tydelig oppjustering av smertebehandlingen ved hele sykehuset. Saken er tidligere omtalt i Sykepleien (se QR-kode side 58).

SYMPTOMPLAGER PÅVIRKER PASIENTENES HELSETILSTAND

Forskning har vist at symptomplager ofte er hovedgrunnen til at folk søker helsehjelp, for eksempel oppsøker fastlegen sin (15, 16). Pasienter som ikke får en forklaring på symptomet av fastlegen ved hjelp av en

MULTIKNEE-PROGRAMMET

■ En tverrfaglig gruppe utviklet et nettbasert program for å hjelpe pasienter med kneartrose til å mestre smerte gjennom kognitiv terapi (29). Programmet består av ti moduler og er laget for å brukes sammen med artroseskole og individuelt tilpasset trening for artrosepasienter etter AktivA-modellen (23), ledet av en AktivA-sertifisert fysioterapeut. AktivA-programmet er et nasjonalt tillegg for å behandle lett til moderat artrose i knær og hofter. Behandlingen består av tester, informasjon om sykdommen og veiledet trening.

■ Programmet ble utviklet i to versjoner: én for pasienter som kun skulle motta ikke-kirurgisk behandling, og én for pasienter som også skulle få kirurgisk behandling med innsetting av totalprotese i kneet. Programmene var identiske bortsett fra én persona, «Katrine», som i det ene programmet mottok ikke-kirurgisk behandling med MultiKnee-programmet alene, og i det andre programmet gjennomgikk kneprotesekirurgi, for deretter å følge MultiKnee-programmet.

■ Programmet består av en kombinasjon av undervisning og oppgaver, for eksempel målpyramider hvor pasienten setter egne mål, filmsnutter med spørsmål og svar fra helsepersonell, psykoedukative filmer, loggskrivning og avspenningsøvelser.

«Pasientene som opplevde kun midlertidig forbedring, rapporterte høyere grad av fatigue og flere symptomer på angst og depresjon.»

diagnose, er mer misfornøyd og har flere bekymringer enn de som får en diagnose (15).

Studien understreker hvor viktig *illness*-perspektivet er for pasientens helsetilstand. De som er mest alvorlig rammet av artrose i hofte eller kne, kan ha betydelige smerteplager og dårligere gangfunksjon. Undervisning og trening er anbefalt grunnbehandling for alle personer med artrose (17), men for noen er ikke dette tilstrekkelig, og de behandles da ofte kirurgisk ved innsetting av leddprotese. Slike inngrep er vellykket for de fleste.

Forskning viser imidlertid at én av fem pasienter som får totalprotese i kne, fremdeles har smerter ett år etter operasjonen.

FORSKNING GIR INNSIKT I UTFORDRINGER ETTER KNEPROTESEOPERASJON

Lovisenberg opererer inn flest kneproteser i landet (18). Vi mener derfor vi har et etisk ansvar for å utvikle kunnskap om denne pasientgruppen og effekten av kneproteseoperasjoner, og vi har gjort mye forskning innen denne tematikken.

I en av våre studier (19) undersøkte vi forløpet av smerter ved gange samt andre symptomer gjennom det første året etter innsetting av total kneprotese. De fleste pasientene (78 prosent) opplevde stor forbedring i løpet av det første året. Men vi fant også en mindre gruppe av pasienter (22 prosent) som bare hadde midlertidig forbedring av smerter ved gange (12) (se figur 1).

Etter tre måneder med bedring snudde trenden, og etter ett år rapporterte disse pasientene like mye smerter ved gange som før operasjonen (19).

Pasientene som opplevde kun midlertidig forbedring, rapporterte høyere grad av fatigue, altså utmattelse, og flere symptomer på angst og depresjon. Disse pasientene hadde en mer negativ sykdomsforståelse, sammenliknet med de som hadde god effekt av operasjonen (19).

Funnene samsvarer godt med funn fra en rekke andre studier (14, 20, 21), som har vist at psykologiske faktorer som dårlig mental helse og katastrofetanker om smerter er assosiert med å ha mer smerter og dårligere funksjon ett år etter inngrepet.

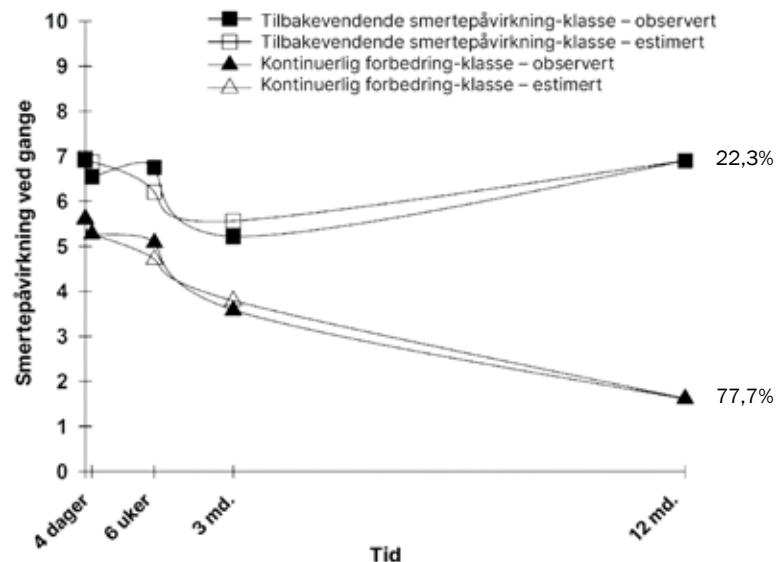
UTVIKLET EN STUDIE FOR BEDRE BEHANDLING AV KNEARTROSE

På bakgrunn av disse funnene utviklet vi en intervensjonsstudie med

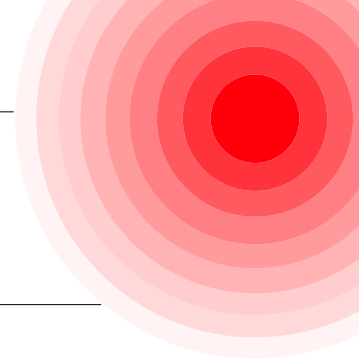
mål om å forbedre behandlingsresultatet for pasienter med alvorlig kneartrose, sammenliknet med eksisterende behandling. Denne studien, kalt MultiKnee-studien (22), gjennomføres av et tverrfaglig team av forskere i samarbeid med to andre sykehus i Norge med stort volum av kneprotesekirurgi: Martina Hansens Hospital i Bærum og Kysthospitalet Hagevik i Os utenfor Bergen.

Sykepleiere ved Lovisenberg Diakonale Sykehus med forskningskompetanse er initiativtaker til studien og leder den i samarbeid med en ortoped. Vi undersøker om undervisning, treningsterapi etter AktivA-modellen (23), kombinert med et nettbasert program med mental trening (MultiKnee-programmet, se

Figur 1: Smerter ved gange gjennom første år etter kneoperasjon



Kilde: Lindberg MF, Miaskowski C, Rustøen T, Rosseland LA, Cooper BA, Lerdal A. (19)



faktaboks), kan fungere som behandling for pasienter med alvorlig kneartrøse, i stedet for tradisjonell kirurgi, eventuelt om det kan føre til utsettelse av kneprotesekirurgi.

BRUKER FORSKNINGSDESIGN FOR Å FORSTÅ SYMPTOMER

For å forstå symptomer, hvor vanlige de er, og hvordan de påvirker pasientens funksjon og livskvalitet, har vi brukt flere ulike forskningsdesign tilpasset studienes hensikter (24).

- **Metaanalyse:** For å oppsummere

eksisterende forskning (21).

- **Tverrsnittstudier:** For å undersøke forekomst (12).
- **Longitudinelle observasjonsstudier:** For å studere pasienter med ulike symptomforløp (19).
- **Randomisert kontrollert studie:** For å teste effekten av ulike behandlingsformer, som vi gjør i MultiKnee-studien (22).

I alle studiene har vi brukt målinger og validerte spørreskjemaer som er oversatt til norsk på anerkjente måter. Som eksempel kan vi nevne:

- **Brief pain inventory:** For å måle smerte (25).
- **Fatigue severity scale:** For å kartlegge utmattelse eller fatigue (26).
- **The memorial symptom assessment scale:** For å vurdere ulike symptomer, deres forekomst, intensitet og innvirkning på pasienten (27).

SYKEPLEIERE BIDRAR TIL EN HELHETLIG PASIENTBEHANDLING

Sykepleiere spiller en viktig rolle i å kartlegge og håndtere symptomer

ANNONSE



MEDIYOGA

Utdannelse for helsepersonell

Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon mediyoga.no
Tlf.: +46 85 40 882 80



sykepleien



Følg Sykepleien på Instagram!

SCAN KODEN OG LES MER!

■ Se kortfilm om smertekartlegging på YouTube.



■ Les om russisk samarbeid.



systematisk, som er avgjørende for å sikre riktig diagnostikk, forebygging komplikasjoner og tilpasse behandlingen til pasientens behov. Ved å ta hensyn til både pasientens opplevelse av sykdommen, *illness*, og de medisinske fakta om symptomene, *disease*, bidrar sykepleiere til en helhetlig tilnærming som forbedrer pasientens helse og livskvalitet (28).

Forskning viser at systematiske og kunnskapsbaserte tiltak, som smertekartlegging og pasientoppfølging, ikke bare lindrer symptomer,

men også hjelper pasientene med å forstå og mestre situasjonen sin bedre.

Gjennom samarbeid på tvers av profesjoner og kontinuerlig fokus på pasientens behov kan sykepleiere legge grunnlaget for en tryggere og mer effektiv behandling.

Takksigelser

Takk til pasienter, sykehusets brukerutvalg, studenter, kollegaer og samarbeidspartnere som har deltatt på mange plan i forskningsprosjektene

ved sykehuset. Takk også til ledelsen ved sykehuset som er opptatt å forvalte Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) som et pionersykehus innen sykepleie.

Finansiering

MLF og AL er finansiert av Norges forskningsråd gjennom MultiKnee-prosjektet (ref. 287816). MFL er finansiert av Helse Sør-Øst RHF prosjekter (ref. 2021096 og 2022007).

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter. ●

REFERANSER

- Lindberg MF. Fra praksissykepleier til forsker i praksis. I: Rustøen T, Lerdal A, red. Klinisk forskning innen helsefag; Hvordan utvikle god forskning – sentrale emner. Oslo: Fagbokforlaget; 2021. s. 141–52.
- Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA. The common-sense model of self-regulation of health and illness. I: Cameron LD, Leventhal H, red. The self-regulation of health and illness behaviour. London; New York: Routledge; 2003. s. 42–65.
- Huang LM, Tan CY, Chen X, Jiang YJ, Zhou YR, Zhao H. A qualitative study on illness perception and coping behaviors among patients with chronic obstructive pulmonary disease: implications for intervention. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2024;19:2467–79. DOI: 10.2147/COPD.S473790
- Lerdal A, Hofoss D, Gay CL, Fagermoen MS. Perception of illness among patients with heart failure is related to their general health independently of their mood and functional capacity. *J Patient Rep Outcomes*. 2019;3(1):55. DOI: 10.1186/s41687-019-0142-1
- Saranjam F, Afrasiabifard A, Alamdari A, Hosseini N. Effect of Leventhal's self-regulatory intervention on the hypertensive patients' illness perception and lifestyle: a randomized controlled trial. *BMC Cardiovasc Disord*. 2023;23(1):50. DOI: 10.1186/s12872-023-03049-6
- Pinto MH, Leite A, Neris RR, Kusumota L. Experience of hope in older people with chronic illness: a meta-synthesis. *Int J Older People Nurs*. 2024;19(1):e12579. DOI: 10.1111/opn.12579
- Ludvigsen ES, Flaeten OO, Gay CL, Tarangen M, Granheim TI, Lerdal A. Pain and concomitant symptoms in medical and elective surgical inpatients: a point prevalence survey. *J Clin Nurs*. 2016;25(21–22):3229–40. DOI: 10.1111/jocn.13346
- Skogestad U, Martinsen L, Børsting TE, Granheim TI, Ludvigsen ES, Gay CL, Lerdal A. Supplementing the Braden scale for pressure ulcer risk among medical inpatients: the contribution of self-reported symptoms and standard laboratory tests. *J Clin Nurs*. 2017;26(1–2):202–14. DOI: 10.1111/jocn.13438
- Lerdal A, Sigurdson LW, Hammerstad H, Granheim TI, Risk Study Research G, Gay CL. Associations between patient symptoms and falls in an acute care hospital: a cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2018;27(9–10):1826–35. DOI: 10.1111/jocn.14364
- Alhaug J, Gay CL, Henriksen C, Lerdal A. Pressure ulcer is associated with malnutrition as assessed by Nutritional Risk Screening (NRS 2002) in a mixed hospital population. *Food Nutr Res*. 2017;61(4):1324230. DOI: 10.1080/16546628.2017.1324230
- Gerbershagen HJ, Aduckathil S, van Wijck AJ, Peelen LM, Kalkman CJ, Meissner W. Pain intensity on the first day after surgery: a prospective cohort study comparing 179 surgical procedures. *Anesthesiology*. 2013;118(4):934–44. DOI: 10.1097/ALN.0b013e31828866b3
- Lindberg MF, Grov EK, Gay CL, Rustøen T, Granheim TI, Amlie E, et al. Pain characteristics and self-rated health after elective orthopaedic surgery – a cross-sectional survey. *J Clin Nurs*. 2013;22(9–10):1242–53. DOI: 10.1111/jocn.12149
- Kornilov N, Lindberg MF, Gay CL, Saraev A, Kuliaba T, Rosseland LA, et al. Higher physical activity and lower pain levels before surgery predict non-improvement of knee pain 1 year after TKA. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2018;26(6):1698–708. DOI: 10.1007/s00167-017-4713-5
- Kornilov N, Lindberg MF, Gay CL, Saraev A, Kuliaba T, Rosseland LA, et al. Factors related to postoperative pain trajectories following total knee arthroplasty: a longitudinal study of patients admitted to a Russian orthopaedic clinic. *Pain Res Treat*. 2016;2016:3710312. DOI: 10.1155/2016/3710312
- Rosendal M, Carlsen AH, Rask MT. Symptoms as the main problem: a cross-sectional study of patient experience in primary care. *BMC Fam Pract*. 2016;17:29. DOI: 10.1186/s12875-016-0429-8
- Adam R, Vieira R, Hannaford PC, Martin K, Whitaker KL, Murchie P, Elliott AM. Relationship between symptoms, sociodemographic factors, and general practice help-seeking in 10 904 adults aged 50 and over. *Eur J Public Health*. 2024;ckae198. DOI: 10.1093/eurpub/ckae198
- McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, Arden NK, Berenbaum F, Bierma-Zeinstra SM, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2014;22(3):363–88. DOI: 10.1016/j.joca.2014.01.003
- The Norwegian Arthroplasty Registry. Annual Report 2023. Helse Bergen HF, Haukeland universitetssjukehus; 2024.
- Lindberg MF, Miaskowski C, Rustøen T, Rosseland LA, Cooper BA, Lerdal A. Factors that can predict pain with walking, 12 months after total knee arthroplasty: A trajectory analysis of 202 patients. *Acta Orthop*. 2016;87(6):600–6. DOI: 10.1080/17453674.2016.1237440
- Olsen U, Lindberg MF, Rose C, Denison E, Gay CL, Aamodt A, et al. Factors correlated with pain after total knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2023;18(3):e0283446. DOI: 10.1371/journal.pone.0283446
- Olsen U, Lindberg MF, Rose C, Denison E, Gay CL, Aamodt A, et al. Factors correlated with physical function 1 year after total knee arthroplasty in patients with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2022;5(7):e2219636. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.19636
- Lindberg MF, Aamodt A, Badawy M, Bergvad IB, Borchgrevink P, Furnes O, et al. The effectiveness of exercise therapy and education plus cognitive behavioral therapy, alone or in combination with total knee arthroplasty in patients with knee osteoarthritis – study protocol for the MultiKnee trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2021;22(1):1054. DOI: 10.1186/s12891-021-04924-z
- Holm I, Pripp AH, Risberg MA. The Active with OsteoArthritis (AktivA) physiotherapy implementation model: a patient education, supervised exercise and self-management program for patients with mild to moderate osteoarthritis of the knee or hip joint. A national register study with a two-year follow-up. *J Clin Med*. 2020;9(10). DOI: 10.3390/jcm9103112
- Rustøen T, Lerdal A. Klinisk forskning innen helsefag. Hvordan utvikle god forskning – sentrale elementer. Oslo: Fagbokforlaget; 2021.
- Cleeland CS. Measurement and prevalence of pain in cancer. *Semin Oncol Nurs*. 1985;1(2):87–92. DOI: 10.1016/S0749-2081(85)80041-3
- Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Arch Neurol*. 1989;46(10):1121–3. DOI: 10.1001/archneur.1989.00520460115022
- Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, Lepore JM, Friedlander-Klar H, Kiyasu E, et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer*. 1994;30A(9):1326–36. DOI: 10.1016/0959-8049(94)90182-1
- Hofmann B. Hva er sykdom? 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
- Rognsvåg T, Lindberg MF, Lerdal A, Stubberud J, Furnes O, Holm I, et al. Development of an internet-delivered cognitive behavioral therapy program for use in combination with exercise therapy and education by patients at increased risk of chronic pain following total knee arthroplasty. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):1151. DOI: 10.1186/s12913-021-07177-7






FreeStyle

Libre 3

PLUS Sensor


NYHET!


FreeStyle Libre 3 Plus-sensoren er nå tilgjengelig!

- 
 Verdens minste^{1,2} 15-dagers sensor, og den nyeste innovasjonen innen FreeStyle Libre 3-systemet.
- 
 Muliggjør integrasjon med insulinpumper.
- 
 Godkjent fra 2 år og eldre, inkludert gravide.



Registrer deg her for å få den nyeste informasjonen, eller besøk [Pro.FreeStyle.Abbott](https://www.FreeStyle.Abbott)

Ingen riktige pasienter eller pasientdata. Bilder er kun ment for illustrasjon.

1. Blant glukosesensorer som festes på pasienter. 2. Registrerte data hos Abbott Diabetes Care, Inc.

© 2024 Abbott. Sensorenheten, FreeStyle, Libre og relaterte varemerker eies av Abbott. ADC-102895 1.0 11/24.

www.FreeStyle.Abbott · +47 800 87100 · Abbott Norge AS · Postboks 1, 1330 Fornebu



Abbott

Forkjølet?

Nei, sykepleier- studenten hadde en livstruende infeksjon

Sykepleierstudenten Elena Birkheim Bekkevar (22) var døden nær etter det hun først trodde var en vanlig forkjølelse. Da ambulansen kjørte henne til sykehuset, hadde hun 427 i CRP.

Anna Fredriksson Hellgren :
Tekst



● ● KUNSTIG KOMA: Elena Birkheim Bekkevar måtte ha respirator og ble lagt i kunstig koma. Foto: privat
● ●

«Jeg vil ta alt seriøst. Alle symptomer kan være symptomer på noe alvorlig. Jeg vil møte pasienter med omsorg og forståelse.»

Elena Birkheim Bekkevar, sykepleierstudent

Elena Birkheim Bekkevar studerer andre året på sykepleierutdanningen på Lovisenberg diakonale høgskole i Oslo. Hun ønsker å følge i familiens fotspor: Mammaen, pappaen, tanten og onkelen er alle psykiatriske sykepleiere.

I august i 2024 var sykepleierstudenten på en ferietur i Bulgaria. Noen dager etter at hun hadde kommet hjem til Norge, fikk hun

forkjølelsessymptomer.

Det utviklet seg til det hun tenkte var halsbetennelse. Stemmen var hes, og hun hostet. Feberen steg, og febernedssettende piller hjalp ikke.

Det skulle vise seg å være en alvorlig streptokokk A-infeksjon. Den kunne ha kostet henne livet.

RINGTE MAMMA, SOM RINGTE 113

Elena Birkheim Bekkevar bor

sammen med en venninne i en studentbolig på Lovisenberg. Da Bekkevar ble syk, var venninnen bortreist. Bortsett fra hunden Akirah var hun helt alene.

Klokken tre på natten, noen dager etter de første forkjølelsessymptomene, ringte hun til sin sykepleiermamma.

– Jeg ringte mamma første gang klokken tre på natten ettersom smertestillende og Paracet ikke hadde



BLE HENTET I AMBULANSE: Elena Birkheim Bekkevar ble kjørt til legevakten i ambulansen, men ble raskt overført til Lovisenberg diakonale sykehus etter at hennes mor hadde ringt 113. Foto: privat

STREPTOKOKK A

En av de vanligste årsakene til bakterieinfeksjon hos mennesker.

Bakterien er vanlig forekommende på hud og i svelget uten å forårsake plager.

I sjeldne tilfeller kan det gi en livstruende infeksjon.

Kilde: Folkehelseinstituttet

effekt. Det var så vondt i halsen at jeg ikke kunne svelge. Jeg trengte noen å klage til, så jeg ringte mammaen min, sier Birkheim Bekkevar.

– Jeg var mest stresset over at jeg ikke kunne gå tur med hunden.

Klokken seks på morgenen ringte hun til sin sykepleiermamma igjen.

– Hun ba meg ringe 113, men jeg ønsket ikke, fordi jeg ikke følte at det var en god nok grunn å «bare føle seg dårlig». Så mamma ringte 113, sier Bekkevar.

– Jeg husker at jeg ble hentet av ambulanse, og at de kjørte meg til legevakten på Aker sykehus. Der ble jeg sendt videre til Lovisenberg diakonale sykehus. Etter det husker jeg nesten ingenting, sier Bekkevar.

427 I CRP

Hun hadde lungebetennelse, og hele høyre lunge var infisert. Og CRP var 427. Lungebetennelsen skyldtes streptokokk A.

CRP skal normalt ligge under 5 mg/L, men alt opp til 10 regnes som normalt.

Legene trodde først at sykdommen hadde sammenheng med turen til Bulgaria, men det skulle vise seg å ikke ha noen med saken å gjøre.

– Det var veldig kritisk. Jeg fikk jo

MÅTTE LÆRE Å GÅ: Elena Birkheim Bekkevar øver seg på å gå etter perioden i koma. Foto: privat



STUDENT: Elena Birkheim Bekkevar er tilbake på utdanningen. Foto: Anna Fredriks-son Helligren



alle komplikasjoner man kan få, sier Bekkevar.

Hun har en liste på telefonen sin over alle komplikasjoner hun fikk:

- lungeabscess (byll i lungen)
- sepsis (blodforgiftning)
- respirasjonssvikt type 1, hypoksi uten hyperkapni
- pleuraeffusjon (væske i lungene)
- streptokokker
- SIRS (systemisk inflammatorisk respons syndrom)
- organsvikt i lever og nyre

TI DAGER I KOMA

Bekkevar ble innlagt 31. august. De første symptomene fikk hun bare noen dager før.

Etter to dager på sykehuset ble det bestemt at hun skulle bli lagt i kunstig koma.

Alt Bekkevar vet fra denne tiden, er det hun er blitt fortalt. Sykepleierne spurte henne om hva som skremte henne mest med å bli lagt i koma.

– Jeg svarte at jeg var mest redd for å ikke våkne.

Elena Birkheim Bekkevar forteller at hun ble lagt i kunstig koma fordi hun blant annet trengte respirator, og for å avlaste den slitne kroppen hennes. Der ble hun liggende i ti dager.

På telefonen har hun også en liste over alle tiltak som ble gjort på sykehuset for å få henne frisk igjen:

To enheter blod, væsketilskudd, sondeernæring, kateterisering, PVK (perifert venekateter), CVK (sentralt venekateter), drenering av hele høyre lunge og antibiotika. Og altså koma og respirator.

MÅTTE LÆRE SEG Å GÅ PÅ NYTT

Hun hadde gått ned mye i vekt da hun våknet fra koma. Mesteparten av vekttapet var muskelmasse.

– Jeg måtte lære meg å gå på nytt. Kroppen min kunne ikke holde meg oppe, og jeg ble andpusten bare av å sitte i sengen. Alt som man tenker er en selvfølge, tok all min energi, sier hun.

Bekkevar sier videre at hun fortsatte å få sondeernæring. Magesekken hadde krympet, så hun ble mett etter bare en bit.

– Smaksløkene mine var endret. Mat og drikke som jeg pleide å like, sånn som epler og brus, smakte rart og ikke noe godt, sier hun.

Hun ble fortalt at sannsynligvis vil alt gå tilbake til det normale.

– De vet ikke hvor lang tid det vil ta. Kanskje noen måneder, kanskje et år.

I dag, knapt tre måneder senere, har Bekkevar fortsatt redusert styrke og kondisjon, men er relativt bedre enn man skulle tro.

– Det kognitive krever mye, og jeg er veldig surrete.

– BEDRE Å RINGE EN GANG FOR MYE

Sykepleierstudenten har en klar

oppfordring til andre.

– Ikke undertrykk sykdomsfølelsen, som jeg gjorde.

– Det er bedre å ringe en gang for mye enn en gang for lite. Det er bedre å være på legevakten en gang for mye enn en gang for lite, sier Bekkevar.

Hun legger til:

– Hvis mamma ikke hadde ringt 113 da hun gjorde, ville jeg ikke vært i live.

– Selvfølgelig ringer man 113 når det skjer en trafikkulykke, men når man bare ligger i senga og ikke klarer å komme seg opp, er det ikke like selvfølgelig.

Tar med erfaringene til jobben som sykepleier

– *Hvordan vil erfaringen din påvirke deg som sykepleier?*

– Jeg vil ta alt seriøst. Alle symptomer kan være symptomer på noe alvorlig. Jeg vil møte pasienter med omsorg og forståelse. Jeg tenker at jeg kan relatere til pasienter på en måte som ikke alle kan, sier Bekkevar. ●

Denne historien er tidligere publisert på sykepleien.no, men ble først publisert i lokalavisen Budstikka.



Brintellix®

vortioksetin

Til behandling av depressive
episoder hos voksne¹

Er dine pasienter med depresjon suboptimalt behandlet?



Nyttige råd om
Brintellix®, scan koden
og se video

Brintellix® (vortioksetin)

Utvalgt produkt- og sikkerhetsinformasjon

Indikasjon:	Behandling av depressive episoder hos voksne.	
Dosering:	<i>Voksne <65 år:</i>	Startdose og anbefalt dose er 10 mg daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 20 mg daglig eller reduseres til minimum 5 mg daglig.
	<i>Barn og ungdom <18 år:</i>	Bør ikke brukes.
	<i>Eldre ≥65 år:</i>	Startdose 5 mg daglig. Forsiktighet anbefales ved doser >10 mg daglig.
	Etter bedring av de depressive symptomene:	Behandlingen bør fortsette i minst 6 måneder for å opprettholde den antidepressive responsen.
Kontra-indikasjoner:	Overfølsomhet for innholdsstoffene. Samtidig bruk av ikke-selektive monoamin-oksidasehemmere (MAO-hemmere) eller selektive MAO-A-hemmere.	
Forsiktighetsregler	<ul style="list-style-type: none"> • Depresjon er assosiert med økt risiko for selvmordstanker, selvskaading og selvmord (selvmordsrelaterte hendelser). Risiko for selvmord kan øke frem til remisjon og pasienten bør følges opp nøye inntil slik bedring inntreffer. • Antidepressiver bør gis med forsiktighet ved tidligere kramper eller ustabil epilepsi. • Serotonergt syndrom eller malignt nevroleptikasyndrom (MNS) kan forekomme med antidepressiver. • Brukes med forsiktighet ved mani/hypomani og bør seponeres hvis pasienten går inn i manisk fase. • Pasienter som behandles med antidepressiver kan få følelser som aggresjon, sinne, agitasjon og irritabilitet. • Unormale blødninger, hyponatremi og mydriasis er rapportert i sjeldne tilfeller. • Forsiktighet utvises ved behandling av pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon pga. begrensede data. 	
Bivirkninger:	Svært vanlige bivirkninger: Kvalme.	Vanlige bivirkninger: Diaré, forstoppelse, oppkast, dyspepsi, hyperhidrose, kløe, svimmelhet og unormale drømmer.
Utleveringsbestemmelse:	C	
Refusjon:	Refusjonskoder: ICPC: Kode -73/ICD: Kode -F3: Behandlingskrevende forstyrrelse i stemningsleie ved psykisk lidelse. Vilkår 142: Refusjon ytes kun til pasienter som har forsøkt SSRI eller SNRI med utilstrekkelig effekt og/eller uakseptable bivirkninger. Dette må dokumenteres i journalen.	
Pakninger og pris:	5 mg: 28 stk.: 258,20; 10 mg: 28 stk.: 419,40; 98 stk.: 1377,40; 15 mg: 28 stk.: 526,70; 20 mg: 98 stk.: 2395,70	

Basert på Brintellix SPC 01/2024.
For fullstendig preparatomtale/SPC, se felleskatalogen.no
Referanse: 1. Brintellix® SPC 01/2024, avsnitt 4.1.

NO-BRIN-0285-2025.01

H. Lundbeck AS
Postboks 361, N-1326 Lysaker
tlf. +47 91 30 08 00



FØR MØRKET

BASERT PÅ EN SANN HISTORIE

En norsk hjelpearbeider fanges i et moralsk og livsfarlig dilemma: overlate et menneske til den sikre død, eller risikere livet til dem alle?

Basert på 15 dramatiske timer fra Leger Uten Grensers feltsykehus i Bangui julaften 2013

**Se den sterke historien
PÅ KINO FRA 28.FEBRUAR**

Erland Care Protective Skin



Hudvennlig silikonbandasje for tildekning av kontinente åpninger og sårbehandling:

- Superabsorberende
- Hudvennlig silikon
- Tynn og fleksibel
- Vanntett og pustende

HELFO ➤ Refusjon ved stomi og hudsykdommen EB

Renew Inserts Analpropp



Global Health Technology er
eksklusiv distributør i Norge

En myk silikonpropp ved mild til moderat grad av avføringslekkasje:

- Diskret
- Behaglig
- Hygienisk
- Kan brukes dag og natt

HELFO ➤ Refusjon ved inkontinens





- ● ET PUSLESPILL: Først anamnese, så kliniske undersøkelser. Til sist skal de sitte med en tentativ diagnose. Charlotte Tovesen (stående i midten) er førsteårsstudent på master i avansert klinisk allmennsykepleie. Hun får god veiledning fra andreårsstudentene Malene Sagemoen (med ryggen til) og Kristina Aunet. Medstudent Ragnhild Bjåsted Berget spiller pasient i denne runden. Neste gang er Charlotte pasient.



AKS-studentene terper på å lytte, stille åpne spørsmål og ikke låse seg i et spor for tidlig.

Vondt i magen?

Det kan jo være så mangt

Ann-Kristin B. Helmers
Tekst

Erik M. Sundt
Foto

CAMPUS VESTFOLD: – 80 prosent av diagnosene kan du få ved å gjøre en skikkelig og god anamnese, sier Guro-Marie Eiken.

Hun står midt på gulvet inne på simuleringslabben til studentene ved Universitetet i Sørøst-Norge på institutt for sykepleie- og helsevitenskap – Campus Vestfold.

I en halvsirkel rundt henne står en liten gjeng studenter. De er på første- og andreåret på master i avansert klinisk allmennsykepleie, også kalt AKS.

FIRE MED SYMPTOMER FRA ABDOMEN

Emnet de har denne uka, heter «Helhetlig kartlegging, vurdering og behandling».

På timeplanen i dag har de fire fiktive pasientcaser.

Alle fire har vondt i magen, eller som det også kan kalles: Symptomer fra abdomen.

– Legg vekt på en systematisk anamnese, kartlegg bredt. Still du to spørsmål samtidig, svarer pasienten gjerne bare på det siste,

sier Eiken mens hun deler ut dagens øvingsoppgaver.

– BRUK MEST TID PÅ DET AKTUELLE!

For å sette tankene i gang hos studentene nevner hun i stikkordsform:

– Magesmerter i midtre og nedre del av magen hos en kvinne på 39 år? Det kan være så mangt. Tenk på ledsagende symptomer, både positive og negative. Spør og få en grundig kartlegging. Bruk mest tid på det aktuelle!

HVA ER AKS?

En avansert klinisk allmennsykepleier, forkortet AKS, er en sykepleier med avansert breddekompetanse og klinisk fordypning som kan yte helhetlig helsehjelp i en selvstendig rolle og funksjon.

Utdanningen gir avansert klinisk kompetanse og ferdigheter til å kunne helhetlig vurdere og fatte kliniske beslutninger, behandle og følge opp pasienter.

Masteren er forskriftsfestet og gir rett til å søke om spesialistgodkjenning.

Kilde:
USN og Helsedirektoratet



FØRSTÅRSSTUDENTENE ØVER PÅ Å FÅ PASIENTER TIL Å FORTELLE OM SYMPTOMER: Charlotte Tovesen spiller «kvinne 39 år», og Ragnhild Bjåsted Berget tar anamnese. Andreårsstudent Kristina Aunet observerer og veileder.

Når hun sier «det aktuelle», betyr det ifølge Eiken å få en fullstendig beskrivelse av pasientens opplevelse av symptomer og plager.

Ledsagende symptomer er symptomer som kan følge eller være assosiert til en sykdomstilstand.

Og positive symptomer, det forklarer hun som en samling av symptomer som gir *større* sannsynlighet for tentativ diagnose, og negative symptomer er fravær av symptomer som gir *mindre* sannsynlighet for tentativ diagnose.

– Husk dette med åpne versus lukkede spørsmål. Vær bevisste på når dere velger å bruke lukkede spørsmål. Og: Det er utrolig mye informasjon dere kan hente ut av pasienten ved ikke å avbryte for tidlig, er en siste påminnelse fra Eiken før de setter i gang.

DETEKTIVARBEIDET STARTER

Førsteårsstudentene går sammen to og to, og sammen med andreårsstudentene samler de seg ved hver sine senger.

Charlotte Tovesen har funnet en plass oppe i en pasientseng. Hun er en av førsteårsstudentene som spiller pasient. På en stol ved senga sitter medstudent Ragnhild Bjåsteed Berget. Hun skal ta anamnesen.

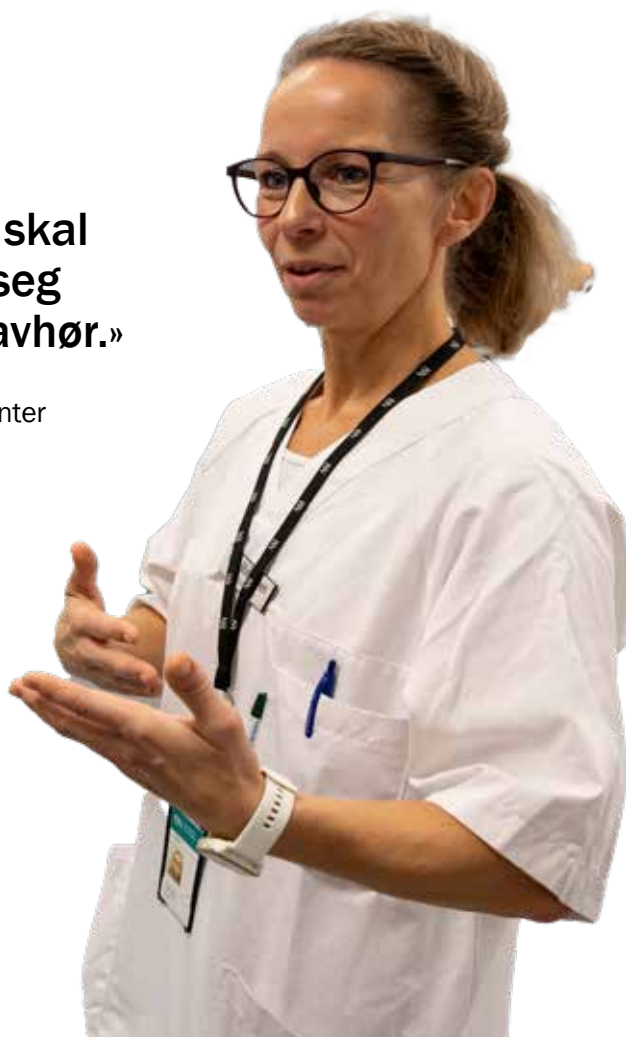
Andreårsstudentene Malene Sagemoen og Kristina Aunet observerer og veileder.

Ragnhild hilser på «pasienten», en 39 år gammel kvinne med magesmerter som startet for to dager siden.



«Anamnesen skal ikke fortone seg som et politiavhør.»

Guro-Marie Eiken
underviser AKS-studenter
ved USN i Vestfold.



HVA ER DIFFERENSIALDIAGNOSE?

Differensialdiagnose er et navn på det å bruke alternative sykdommer som forklaring på et spesielt symptom eller funn.

Kilde: Store medisinske leksikon/
ved Magne Nylenna

SE, BERØRE, BANKE, LYTTE

Det er fire grunnleggende undersøkelsesmetoder med latinske navn:

- inspeksjon (*inspectio*), det å se på, betrakte kroppens overflate
- palpasjon (*palpatio*), lett berøring
- perkusjon (*percussio*), banking med fingeren
- auskultasjon (*auscultatio*), lytting

Kilde: Store medisinske leksikon ved Dag Bruusgaard



«Vi lærer mye av å veilede førsteårsstudentene.»

Andreårsstudenter på AKS-master ved USN,
Kristina Aunet og Malene Sagemoen.



LÆRER OM ORGANOVERGRIPENDE SYMPTOMER

Knyttet til vurdering av symptomer skal AKS-studentene i dette emnet blant annet lære om:

- Hvordan gjenkjenne organovergrepene symptomer og hvilke sykdomstilstander symptomene kan tyde på?
- Barn, voksne og skrøpelige eldre kan ha forskjellig symptombylde. Dette skal AKS-studentene ha kunnskap om.
- De blir også trent i tidlig oppdagelse av symptomer, slik at

forverring og eventuelt innleggelse kan forebygges. De skal kunne se etter ledsagende symptomer og red flags-symptomer som kan være tegn på alvorlig sykdom.

- Til sist skal AKS-en kunne gå inn og innhente en helhetlig anamnese, vurdere og beskrive symptomer. Etter en bred klinisk undersøkelse skal de foreslå behandling for fastlege.

Spesielt har hun hatt vondt rundt navlen, forteller hun.

Ragnhild starter jobben med å nøste seg frem.

– Har smertene vært der hele tiden, spør hun.

– Ja, og de forverrer seg når jeg hoster eller går opp trapper, forteller «39-år gammel kvinne», alias AKS-student Charlotte.

Så snakker de seg gjennom: Har hun hatt andre symptomer? Kvalme? Er det noe som gjør det bedre? Hvor vonde er magesmertene på en skala fra 1 til 10? Har hun tatt smertestillende?

Opp mot 7 til 8 på det verste, forteller hun.

– Er smertene stikkende, kramper, tak?

Det kommer frem at «pasienten» opplever å ha hjertebank. Jakten fortsetter: Er det et nytt symptom, eller har hun hatt dette før?

TRYGGERE MED FLERE SPØRSMÅL

Når anamnesen nærmer seg slutten, er mye utelukket. Men helt åpenbart er det ikke.

Andreårsstudent Kristina hjelper

litt på vei når det nærmer seg temaet differensialdiagnose:

– Jo flere spørsmål du stiller – hvis du har tid til det – jo bedre og tryggere kan du være i det du tenker er differensialdiagnose, sier hun.

HVORDAN ER TARMLYDENE?

Så må de legge fra seg penn og papir. Subjektive opplysninger skal koples til objektive funn.

Inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon står for tur.

Studentene øver på å bruke syn, hender, ører og stetoskop. (Se faktaboks)

Ragnhild lytter konsentrert: Er det tarmlyder til stede ved auskultasjon av magen?

Hun ber «pasienten» om å holde høyre ben strakt og løfte det opp mot motstand fra hennes hånd. Dersom «pasienten» opplever smerter i nedre, høyre del av magen, kan det for eksempel være en akutt blindtarmsbetennelse – eller det kan være noe helt annet.

SELVSTENDIGE

Det summer av åpne og lukkede spørsmål i tre simuleringsrom med

til sammen 29 masterstudenter. Studentkullet er på hele 46 studenter. Denne dagen er andre halvdel av kullet på campus Drammen. Der har de samme studentaktivitet med andre AKS-veiledere og studentveiledere.

Guro-Marie Eiken går hele tiden fra seng til seng, veileder og svarer på spørsmål.

Hun vet at alle disse studentene skal kunne håndtere komplekse symptombylde når de går ut med vitnemålet i hånda.

Og til sist skal de kunne ta selvstendige, kliniske beslutninger basert på en helhetlig vurdering.

TENKE MER SOM LEGENE

Guro-Marie Eiken er universitetslektor og emneansvarlig på AKS-utdanningen.

Linn Hege Førsum er førsteamanuensis ved institutt for sykepleie og helsevitenskap og ansvarlig for masterutdanningen i avansert klinisk allmennsykepleie.

Siden de startet i 2015 har cirka 110 studenter fullført master i avansert klinisk allmennsykepleie hos dem. Nå har de litt over 130 studenter under utdanning.



«AKS-studentene skal lære å tenke mer som legene.»

Linn Hege Førsum, førsteamanuensis og ansvarlig for masterutdanningen i avansert klinisk allmennsykepleie (AKS) ved Universitetet i Sørøst-Norge.

– De skal ett hakk opp fra bachelorutdanningen. AKS-studentene skal lære å tenke mer som legene, sier Førsum.

For å komme dette hakket opp er symptomforståelse viktig – det er derfor studentene drilles i å innhente helhetlig anamnese, vurdere og beskrive symptomer, gjøre en bred klinisk undersøkelse og så foreslå behandling.

ORGANOVERGRIPENDE

– Siden en allmennsykepleier ofte treffer pasienter med komplekse og sammensatte symptombilder, har vi nå valgt å gjøre organovergripende symptomer til hovedfokus i læringsprosessen, sier Førsum.

De skal ikke spesialisere seg på ett organ eller en sykdom.

– Og ja, vi benytter oss av noe av den samme pensumlitteraturen

som på medisinstudiet, men vi støtter oss også på sykepleiefaget, sier hun og viser til at de tar sykepleiefaglige vurderinger med i totalvurderingen.

– Symptomene blir også alltid vurdert i lys av pasientens ressurser, sykdomsforståelse og livssituasjon, forhold i hjemmet og så videre, sier Førsum.

Hun understreker – som



HVA KAN DET VÆRE? AKS-studentene Silje Camilla Jådem (liggende) og Tine Hagen øver sammen hele denne skoledagen.

mange har gjort før – at AKS-studentene ikke skal bli minileger, men maksisykepleiere.

– Kunnskapen til en allmennsykepleier skal sikre bedre tilgang til helsetjenester. Hensikten er ikke å unngå legekontakt, for disse pasientene trenger hele laget. Men i tett samarbeid med legene kan allmennsykepleieren arbeide selvstendig og spare pasienten for et legebesøk, eventuelt fastlegen for et hjemmebesøk, sier hun.

PUSLESPILL

– I utdanningen er vi veldig oppmerksomme på at symptomer jo

kan være tegn på mange ting. Det er viktig å ikke låse seg til en diagnose, men samle mange puslebiter for å danne seg et bedre bilde av pasientens situasjon. Derfor er anamnesen så viktig, sier Førstund.

Eiken supplerer:

– Vi øver mye på å stille åpne spørsmål, spesielt i starten av anamnesen. Etter hvert som man kommer på sporet, snevres gjerne spørsmålene inn.

Da må mange huske på å roe det litt ned, understreker hun:

– Det er lett å kaste ut det ene spørsmålet etter det andre for å komme gjennom en sjekklister. Men

anamnesen skal ikke fortone seg som et politiavhør, sier Eiken.

– Studentene skal lære seg å spørre på en måte som får pasienten til å fortelle og forklare symptomene de har. Og aller viktigst: De skal lære å lytte til svaret, understreker hun. ●

P. S: For den som lurar: Den 39 år gamle kvinnen som kom inn med smerter rundt navlen, hjertebank og ikke hadde kastet opp, hadde: (Snu siden for å lese svaret)

SVAR: Pasienten hadde blindtarmsbetennelse.

ANNONSE



VID vitenskapelige høyskole

Selv et hypermoderne helsevesen trenger mennesker

Kom tettere på livet med en sykepleierutdanning hos oss.



Les mer her

Husk kun generell studiekompetanse som opptakskrav fra i år.



Kari Sørensen

Førsteamanuensis og smertesykepleier
Avdeling for master og videreutdanning, Lovisenberg
diakonale høgskole og Avdeling for smertebehandling,
Oslo universitetssykehus



Anja Hetland Smeland

Fag- og forskningssykepleier og førsteamanuensis
Kirurgisk avdeling for barn, Oslo universitetssykehus
og Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Oslomet – storbyuniversitetet



Slik vurderes symptomer og tegn på magesmert- er hos barn

Et spedbarn uttrykker ubehag på en helt annen måte enn en ungdom. Derfor er det avgjørende at sykepleiere forstår hvordan barn i ulike aldre opplever og viser smerte.

FAGARTIKKEL

HOVEDBUDSKAP

Når barn får akutt sykdom eller legges inn på sykehus, må sykepleiere vite hvordan barn i ulike aldre uttrykker seg og opplever smerte. De må vurdere hvor raskt barnet trenger hjelp, basert på grundige observasjoner av symptomene.

NØKKELOORD:

- symptomer
- barn
- ungdom
- observasjon
- kommunikasjon
- smerter

DOI-NUMMER

10.4220/Sykepleiens.
2025.98121





- ● MÅ TAS PÅ ALVOR: Akutte magesmerter hos barn er utfordrende å håndtere for helsepersonell fordi symptomer, diagnoser og behandling er annerledes enn hos voksne. På bildet sjekker en sykepleier om barnet selv kan angi hvor intense smerter hun har ved å bruke smerteskåringsverktøyet NRS (numeric rating scale). Illustrasjonsfoto: Anja Hetland Smeland



«Smerteopplevelsen er alltid subjektiv og påvirkes av hva vi tenker og føler.»

Det kan være utfordrende å vurdere symptomer hos barn. Et spedbarn vil uttrykke ubehagelige følelser gjennom gråt, enten det er et uttrykk for sult, redsel eller sykdom. En ungdom, derimot, vil kanskje trekke seg tilbake og bli liggende i senga eller forsøke selvmedisinering.

Sykepleiere må ha kunnskap om barns utvikling og uttryksmåte i tillegg til hvordan symptomer og tegn kan observeres og vurderes. Vi har valgt magesmerter som utgangspunkt for artikkelen.

Nedenfor presenterer vi en tenkt pasienthistorie som illustrerer komplekse og sammensatte magesmerter hos Oda. Hun opplevde tidligere akutte postoperative og prosedyrrelaterte smerter og oppsøker nå legevakten på grunn av langvarige, residiverende, uspesifikke magesmerter.

En 14 år gammel jente, som vi kaller Oda, kommer til legevakten med intense magesmerter. Hun har en medfødt tarmlidelse som krevde gjentatte kirurgiske inngrep som spedbarn og barn, men hun har blitt frisk og har utviklet seg helt normalt.

Siden oppstarten på ungdomsskolen har hun imidlertid stadig oftere klaget over magesmerter med ulik grad av intensitet. Dette er fjerde gangen hun oppsøker legevakten i løpet av to måneder.

Foreldrene har tatt henne med til fastlegen gjentatte ganger, og hun har vært til grundig sjekk hos barnekirurgene. De har ikke kunnet forklare magesmertene hennes.

I møtet med en sykepleier er Oda stille, og det er moren som forteller hennes historie. Oda har vært gjennom fem operasjoner og mange

ubehagelige prosedyrer. Oda har etter hvert blitt redd for stikkeprosedyrer og har flere ganger blitt holdt fast for å få tatt blodprøver.

På barneskolen har Oda hatt mange venner og vært flink på skolen. Hun har deltatt i ulike fritidsaktiviteter, med dans som favoritt, der hun også har vunnet konkurranser.

Nå sover hun dårlig, orker ikke lenge å delta på dansingen og har økende skolefravær. Moren merker at Oda stadig blir mer innesluttet, og det er vanskelig å finne på noe som kan glede henne.

HVA ER SMERTE?

Den internasjonale organisasjonen for smerteforskning og smertebehandling (IASP, International Association for the Study of Pain) har definert smerte slik: «En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som er forbundet med, eller likner opplevelsen forbundet med, faktisk eller potensiell vevsskade» (1, 2).

Definisjonen viser at opplevelsen av smerte har sammenheng med nervesignaler, men kan også oppleves uten vevsskade. Smerteopplevelsen er alltid subjektiv og påvirkes av hva vi tenker og føler. Den kan beskrives som et biopsykososialt fenomen (3).

En viktig endring etter revisjonen av smertedefinisjonen i 2020 er at begrepet «beskrive» er fjernet, for å favne også dem som er ute av stand til å uttrykke smerte verbalt. På den måten rommes også opplevelsen til for eksempel små barn, som ikke kan uttrykke smerten verbalt (1).

Magesmerter kan ha mange årsaker og er ofte grunnen til et barns legebisøk (4). Små barn kan ofte klage over magesmerter når de har infeksjoner i øre, hals eller lunger, men

EKSEMPLER PÅ ÅRSAKER TIL AKUTTE MAGESMERTER

- Akutt blindtarmsbetennelse (*appendicitis*): den vanligste kirurgiske årsaken til magesmerter hos barn. Også vanlig hos ungdom. Ofte med uspesifikke symptomer hos små barn.
- Invaginasjon (*intussusception*): en del av tarmen «mates» inn i en avgrenset del. Den vanligste årsaken til tarmobstruksjon hos barn under to år.
- Obstipasjon (*constipation*): forstoppelse med mange ulike årsaker, og som behandles ulikt.
- Akutt gastroenteritt: en diareysykdom som kan forårsakes av rotavirus, som er mindre vanlig etter innføring av vaksine, eller norovirus. Led-sages ofte av feber og oppkast og er svært smittsomt.
- Inflammatorisk tarmsykdom (IBD, *inflammatory bowel disease*): som ulcerøs kolitt og Crohns sykdom. Kronisk sykdom med økende forekomst. Ukjent årsak, men antas å ha sammenheng med genetik, dysfunksjon av tarmmikrober og miljøfaktorer som leder til et dysregulert immunsystem. Mest vanlig hos ungdom, men økt forekomst hos barn. Led-sages av diaré, som ofte er blodig, og med feber og vektreduksjon.

For mer informasjon om de ulike tilstandene, utredning og behandling se Raymond M, Marsicovetere P, DeShaney K (5).



«Redusert appetitt vil ofte følge magesmerter.»



MAGESMERTER KAN HA MANGE ÅRSAKER: Symptomer, undersøkelser og behandling er annerledes hos barn enn hos voksne. Det gir utfordringer for helsepersonell.
Illustrasjon: Sissel Vetter / Foto: Mostphotos

magesmertene kan også skyldes lidelser i urinveier, tarmer eller andre organer i abdomen.

Psykiske faktorer som redsel, frykt, manglende forståelse og kontroll påvirker også. Barn kan få vondt i magen når de er stresset, men magesmerter kan også være et varsel om angst eller alvorlig depresjon, eller om at barnet er utsatt for omsorgssvikt eller overgrep (4).

BARN HAR OFTE AKUTTE MAGESMERTER

Akutte magesmerter hos barn er vanlig, men utfordrende å håndtere for helsepersonell fordi symptomer, diagnoser og behandling er annerledes enn hos voksne (5). Se faktaboksen for eksempler på årsaker til akutte magesmerter.

Akuttveilederen i pediatri gir en utfyllende beskrivelse av akutte magesmerter hos barn i ulike aldre. Den forklarer hvilke andre symptomer som må vurderes, og hvilke undersøkelser som bør gjøres (6). Akutte magesmerter hos barn skal tas på alvor og undersøkes.

LANGVARIGE MAGESMERTER ER OGSÅ VANLIG

Langvarige – kroniske – magesmerter er svært vanlig hos barn og ungdom og defineres som langvarige, tilbakevendende eller konstante magesmerter som er funksjonelle eller organiske (7). Se faktaboks med eksempler på årsaker til langvarige magesmerter. Både de som har en organisk sykdom, og de med funksjonelle magesmerter har redusert helserelatert livskvalitet (8).

Langvarige smerter hos barn og unge generelt gir dårligere fysisk og mental helse, forstyrrer søvnkvaliteten, kan påvirke relasjonen til familie



«Nesten alle barn gruer seg til stikkeprosedyrer.»

og venner og forstyrre skolegangen og utdanningen (9–11).

I lys av den mye omtalte opioidepidemien er det også knyttet bekymring til økt forskrivning av opioider til unge med smerter og assosiasjon til senere rusbrukslidelser (12). Dessverre viser det seg at til tross for utstrakt bruk av helsehjelp opplever de unge ofte at de ikke blir lyttet til eller får den hjelpen de trenger (11).

DIFFUSE SYMPTOMER MÅ KARTLEGGES BREDT

Akutte magesmerter må vurderes raskt for å avgjøre om det er behov for umiddelbart legetilsyn. Særlig for de yngste barna kan tilstanden raskt forverre seg. Barn viser ofte mer diffuse symptomer, som gråt, utilpasshet, slapphet eller nedsatt matlyst som gjør det vanskelig å vurdere alvorlighetsgraden (4).

Når et lite barn slutter å leke, eller en ungdom heller vil ligge i sengen fremfor å gå på skolen, kan det være tegn på at de opplever ubehagelige symptomer, som magesmerter. Mange symptomer oppleves som mindre plagsomme i ro. Det er derfor viktig at diffuse symptomer hos barn kartlegges bredt og systematisk.

Sykepleiere på akuttmottak benytter ofte et triageringsverktøy i tillegg til ABCDE-vurdering for å avgjøre hastegraden. Slike verktøy benyttes for å gjennomføre en første systematisk vurdering av vitale parametere hos kritisk syke eller skadde pasienter. Sammen med barnets sykehistorie og symptomer vil denne metodikken bidra til å oppdage de mest alvorlige avvikene først, slik at riktige tiltak kan iverksettes så raskt som mulig i riktig rekkefølge (13).

Det er viktig at sykepleiere i tillegg

har kunnskap om normalverdier og uttrykksmåte hos barn i ulike aldre.

Pediatrik tidlig varslingsskår (PEVS) er et verktøy for å identifisere og oppdage negativ sykdomsutvikling hos barn og iverksette nødvendige tiltak så tidlig som mulig (13, 14). PEVS gir grunnlag for presis kommunikasjon (ISBAR) mellom helsepersonell. Se OUS' e-håndbok: Pediatrik tidlig varslingsskår (PEVS) og ISBAR med SALSA (se QR-koder, s. 84)

ULIKE SYMPTOMER OG TEGN MÅ KARTLEGGES OG VURDERES

Ledsagende symptomer og tegn til magesmerter må kartlegges og vurderes, men er uspesifikke og kan følge både lettere plager og alvorlige tilstander: Kvalme og/eller oppkast er svært vanlig og kan være symptomer ved alt fra lettere infeksjoner til svært alvorlige tilstander (6).

Diaré eller forstoppelse, av ulike årsaker, kan medføre magesmerter, og enhver endring i avføringsmønster må kartlegges. Feber kan indikere infeksjon som for eksempel gastroenteritt eller urinveisinfeksjon. Redusert appetitt vil ofte følge magesmerter. Generell slapphet og nedsatt allmenntilstand, der barnet virker mer slitent og mindre aktivt, kan være tegn på alvorlig sykdom og må overvåkes nøye (4, 14).

Oppblåsthet og luft i magen kan eksempelvis oppstå ved forstoppelse eller matintoleranse. Blod eller slim i avføringen er ofte et alvorlig symptom som krever umiddelbar legehjelp. Når ledsagende symptomer og tegn kartlegges, er pårørendes observasjoner av vesentlig verdi for å kunne vurdere alvorlighetsgraden.

Det er viktig å kartlegge hvor lenge symptomene har vart, og hvordan

EKSEMPLER PÅ ÅRSAKER TIL LANGVARIGE MAGESMERTER

- Funksjonelle magesmerter:
- irritable tarm-syndrom (IBS, irritable bowel syndrome)
- abdominal migrene: tilbakevendende anfall med moderate til kraftige magesmerter i midtlinjen
- funksjonell dyspepsi
- uspesifikke magesmerter (functional abdominal pain – not otherwise specified)
- Organiske magesmerter:
- refluks øsofagitt: sår i spiserøret på grunn av tilbakestrømming av syre
- dyspepsi, fordøyelsesbesvær, forårsaket av bakterien *Helicobacter pylori*
- laktoseintoleranse

For mer informasjon om de ulike tilstandene, utredning og behandling se Subcommittee on Chronic Abdominal Pain (7) og de Jesus CDF, de Assis Carvalho M, Machado NC (8).

barnets fysiske, mentale og sosiale funksjon påvirkes. For barn kan ett symptom oppleves som så sterkt og plagsomt at det velter hele livet, mens andre barn holder ut med smerte og ubehag lenge for å kunne delta i sine normale aktiviteter.

Å KARTLEGGE SMERTE HOS BARN UTEN SPRÅK ER UTFORDRENDE

Smertevurderingsverktøy tilpasset barnets tilstand og alder er et godt hjelpemiddel for å kartlegge smerteintensitet, se prosedyren Smertevurdering av barn 0–18 år (se QR-kode, s. 84). Hos yngre barn og barn uten språk kan det være utfordrende



å identifisere smerte og alvorlighetsgraden av smerten.

Det anbefales å bruke observasjonsverktøy, men man bør alltid sjekke om barnet selv kan angi hvor intense smertene er, på en skala fra 0 til 10 (NRS, *numeric rating scale*, eller ansiktssmerteskala).

For å få et totalbilde av barnets magesmerter må vi i tillegg kartlegge barnets fysiske funksjon, psykososiale helse og hvordan smertene påvirker hverdagen til barnet, for eksempel skole, venner og fritid. Særlig ved langvarige magesmerter er det viktig å kartlegge alle områder som kan forsterke og opprettholde smertene. Det mangler selvrapporteringsverktøy for å vurdere den totale symptomopplevelsen til barn (15).

I prosedyren Smertevurdering av barn 0–18 år (se QR-kode s. 84) finnes tips om hvordan sykepleiere kan foreta en bred kartlegging av

smarter hos barn og unge. Det anbefales også å kartlegge helserelatert livskvalitet ved hjelp av PedsQL, (The pediatric quality of life inventory) (16). PedsQL er tilpasset barn og ungdom i ulike aldre, og det finnes også en foreldreversjon (16).

Husk at alle observasjoner av symptomer og tegn må dokumenteres, slik at det er mulig å følge utviklingen over tid.

BARN ER REDD FOR STIKK

Sykdom, undersøkelser, smerter og selve møtet med helsetjenesten kan føre til usikkerhet, uforutsigbarhet, frykt, engstelse og ubehag hos barn og unge. Uforutsigbare hendelser, fremmede mennesker, ukjent miljø

Tabell 1. Generelle råd for kommunikasjon med barn og unge

Kommunikasjonen må tilpasses barnets alder og situasjon

Skap en relasjon:

- Vis at du ser personen – snakk om noe kjent for barnet – tenk på posisjonering overfor barnet, stemmevolum.

Unngå negative ord og setninger:

- Ikke si: prøve, ikke, et lite stikk, det gjør ikke vondt, det er ikke farlig.

Bruk positive ord – hjelpe, trygge, sammen:

- Vi skal hjelpe hverandre, og sammen skal vi få til dette.

Gi alltid ros, og fokuser på innsatsen:

- Fordi du holdt armen helt stille, kunne jeg lett ta blodprøven, og derfor gikk det superraskt.

Tabell 2. Fem viktige prinsipper for å gjennomføre prosedyrer

1. Forberedende samtale

Spør hva barnet vet fra før, forklar og vis gjennom lek og sanser.

2. Smertelindring

Bruk overflatebedøvelse før stikkeprosedyrer.
Vurder behov for annen smertelindring.

3. Sukkervann eller amming

Til barn under ett år.

4. Posisjonering

La barnet sitte i en oppreist stilling hvis det ikke velger å ligge.
Hold aldri barnet fast!

5. Avledning

La barnet velge om det vil avledes eller følge med.
Tilby to-tre mulige avledningsteknikker når de har valgt avledning.

og atskillelse fra foreldrene kan typisk utløse engstelse. Dersom engstelse og utrygghet varer over tid eller overstiger mestringsevnen, kan det gi negative konsekvenser og være uheldig for barnets helse, velvære og utvikling (4).

Nesten alle barn gruer seg til stikkeprosedyrer (17), men de fleste barn, også eldre barn og ungdommer, uttrykker sin engstelse indirekte eller nonverbalt (22). Det er nyttig

å vite at engstelse er normalt, og at det kan være vanskelig å oppdage slike uttrykk i en hektisk situasjon. Dersom barn får dårlige opplevelser eller blir holdt fast for å gjennomføre prosedyrer, vil det øke redselen og smerten ved senere prosedyrer (18, 19).

Noen barn vil ta frykten med seg i voksenlivet og kanskje unngå lege- og tannlegebehandling samt overføre frykten til egne barn. Det er viktig

å opprette et tillitsforhold til barn og pårørende fra første stund, som bidrar til å skape et trygt, forutsigbart og anerkjennende miljø.

Sykepleiere har et ansvar for å skape barnevennlige omgivelser. Det kan være bilder på veggen, bøker, såpebobler, dukker for demonstrasjon eller annet som kan lekes med. Sykepleieren kan også anbefale å ta med ting hjemmefra. Det er mye helsepersonell kan gjøre for

Tabell 3. Kartlegging og vurdering av symptomer og tegn i historien om Oda

Hastegrad?	ABCDE viser vitale parametere innen normalområdet og følgelig ingen tegn til akutt eller kritisk sykdom. Men E viser at Oda går sammenkrøket og holder seg til magen – hun vil helst ligge. PEVS-skåren viser 2 fordi hun er blek og litt slapp. Av ledsagende symptomer sier Oda hun føler seg litt slapp, kvalm og har nedsatt matlyst. Initial kartlegging viser at det er lav hastegrad for tilsyn av lege, men sykepleieren identifiserer at Oda tidligere har vært gjennom flere kirurgiske inngrep og smertefulle prosedyrer, som kan være forsterkende faktorer for hennes smerteopplevelse. Det er nødvendig med en bred og helhetlig kartlegging av Odas magesmerter. Sykepleierens vurdering støttes av at Oda er grundig undersøkt hos barnekirurg uten funn av spesifikk årsak.
Initiale tiltak	Sykepleieren tilbyr Oda en samtale alene og gir henne mulighet til å legge seg om hun ønsker.
Smertevurdering	Oda har en tilbakevendende, langvarig magesmerte, men har tidligere hatt akutte smerter og gjentatte prosedyrerelaterte smerter. Hun er redd for stikk og ubehagelige undersøkelser. Dette kan forsterke smerteopplevelsen.
Videre kartlegging	Sykepleieren har anerkjent Odas smerteopplevelse og lagt til rette for å skape tillit. Gjennom en bred kartlegging av Oda og hennes magesmerter, gir det grunnlag for en helt annen type samtale med legen enn om magesmertene var tolket som kritisk akutte. Hun trenger ingen undersøkelser og blodprøver denne gangen, men får tilbud om videre oppfølging ved en poliklinikk. Sannsynligvis vil Oda si seg fornøyd med samtalen, føle seg litt lettere og bedre forstått.

å dempe engstelse og skape trygghet. Kommunikasjon og samarbeid er nøkkelfaktorer.

GOD KOMMUNIKASJON KAN REDUSERE FRYKTEN

God kommunikasjon handler om å skape en relasjon til barnet, involvere og engasjere det, slik at barnet blir en aktiv deltaker i situasjonen (4, 20). Barnets opplevelse av smertefulle prosedyrer som blodprøver eller injeksjoner kan endres ved å redusere barnets frykt og øke mestingsfølelsen gjennom kommunikasjon og samarbeid (21, 22).

Tabell 1 viser noen generelle råd for kommunikasjon. I tillegg anbefaler vi e-læringskurset Kommunikasjon og samarbeid med barn og unge ved stikkeprosedyrer (se QR-kode, s. 82). Kurset bygger på nyere forskning og dekker fem viktige prinsipper (23), som er presentert i tabell 2.

Sammen med barn og foreldre har

forskere fra hele verden nylig utviklet en standard: ISUPPORT (se QR-kode). Standarden skal sikre barns rettigheter når de skal gjennom helserelaterte prosedyrer (20), og er tilgjengelig på norsk.

TILBUDET OM UTREDNING AV LANGVARIGE SMERTER MÅ BEDRES

Det er bred enighet om at langvarige smerter krever tverrfaglighet i utredning og behandling (24, 25). Det er mye som tyder på at de unge trenger oppfølging over tid, med fokus på egenmestring og bedret funksjon, både fysisk, psykisk og sosialt, fremfor kun medikamentell behandling. Likevel er et slikt tilbud mangelfullt i Norge.

Barn og unge med magesmerter vil vanligvis få en grundig utredning og behandling når det finnes en organisk årsak til smertene, enten de er akutte eller kroniske. Det er

imidlertid grunn til å være bekymret for at barn med uspesifikke, langvarige magesmerter ikke blir møtt med tilstrekkelig forståelse og tilbud om helsehjelpen de trenger.

Tabell 3 viser hvordan en mulig kartlegging og vurdering av symptomer og tegn hos Oda kan være.

KONKLUSJON

Magesmerter er et diffust symptom hos barn og kan være et uttrykk for alt fra livstruende tilstander til ufarlige, men plagsomme bekymringer. Magesmerter kan oppstå akutt eller komme snikende med ulike ledsagende symptomer.

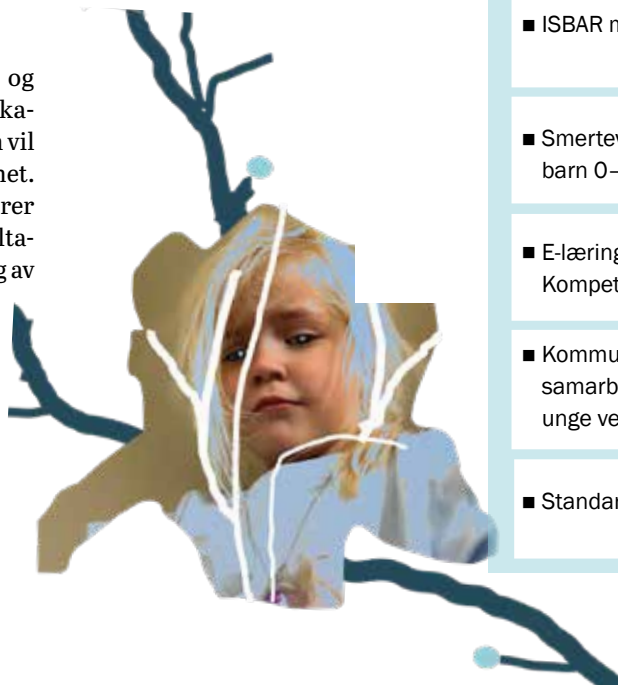
Ved å benytte tilpassede verktøy for systematisk observasjon og vurdering av symptomer og tegn kan sykepleiere foreta en initial vurdering av hastegraden. Vurderingen danner grunnlaget for en bredere og mer helhetlig kartlegging av barn med magesmerter, der også psykososiale

«Mange symptomer oppleves som mindre plagsomme i ro.»

faktorer kartlegges og vurderes.

Gjennom kommunikasjon og samarbeid kan sykepleieren skape en god relasjon til barnet som vil dempe engstelse og skape trygghet. En slik kommunikasjon innebærer at barn og foreldre blir aktive deltakere i kartleggingen og vurdering av barnets symptomer. ●

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



SCAN KODEN OG LES MER!

■ **Pediatriisk tidlig varslings-skår (PEVS)**



■ **ISBAR med SALSA**



■ **Smertevurdering av barn 0–18 år**



■ **E-læringskurs på Kompetansebroen**



■ **Kommunikasjon og samarbeid med barn og unge ved stikkeprosedyrer**



■ **Standarden «ISUPPORT»**



REFERANSER

- Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976–82. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001939
- Stubhaug A, Ljosa TM. Smerte – et symptom, en sykdom og en diagnose [internett]. Oslo: Oslo universitetssykehus; 7. desember 2021 [oppdatert 21. desember 2023; hentet 28. november 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/regional-kompetansetjeneste-for-smerte-reks/smerte-et-symptom-en-sykdom-og-en-diagnose>
- Caes L, Forgeron P, Goubert L. Pain: a biopsychosocial phenomenon. I: Twycross A, Stinson J, Zempsky W, Jordan A, red. *Managing pain in children and young people*. A clinical guide. 3. utg. Chichester: Wiley Blackwell; 2024. s. 37–46.
- Grønseth R, Markestad T. *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2022.
- Raymond M, Marsicovetere P, DeShaney K. Diagnosing and managing acute abdominal pain in children. *Jaapa*. 2022;35(1):16–20. DOI: 10.1097/01.JAA.00000803624.08871.5f
- Næss PA, Stordal K, Røkkum H, Bergqvist F. *Akuttveileder i pediatri*. 5. Sykdommer i mage-tarm-trakt, lever og pancreas. 5.1 Akutt abdomen [internett]. Oslo: Helsebiblioteket; 2021 [oppdatert 1. januar 2021; hentet 28. november 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/pediatri/akuttveileder-i-pediatri/5-sykdommer-i-mage-tarm-trakt-lever-og-pancreas/5.1-akutt-abdomen#undefined>
- Subcommittee on Chronic Abdominal Pain. Chronic abdominal pain in children. *Pediatrics*. 2005;115(3):e370–81. DOI: 10.1542/peds.2004-2523
- De Jesus CDF, de Assis Carvalho M, Machado NC. Impaired health-related quality of life in Brazilian children with chronic abdominal pain: a cross-sectional study. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2022;25(6):500–9. DOI: 10.5223/pghn.2022.25.6.500
- Wager J, Ruhe AK, Stahlschmidt L, Leitsch K, Claus BB, Häuser W, et al. Long-term outcomes of children with severe chronic pain: comparison of former patients with a community sample. *Eur J Pain*. 2021;25(6):1329–41. DOI: 10.1002/ejp.1754
- Zernikow B, Ruhe AK, Stahlschmidt L, Schimidt P, Staratzke T, Frosch M, et al. Clinical and economic long-term treatment outcome of children and adolescents with disabling chronic pain. *Pain Med*. 2018;19(1):16–28. DOI: 10.1093/pm/pnx067
- France E, France E, Uny I, Turley R, Thomson K, Noyes J, et al. A meta-ethnography of how children and young people with chronic non-cancer pain and their families experience and understand their condition, pain services, and treatments. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;2023(10):CD014873. DOI: 10.1002/14651858.CD014873
- Lambarth A, Katsoulis M, Ju C, Warwick A, Takhar R, Dale C, et al. Prevalence of chronic pain or analgesic use in children and young people and its long-term impact on substance misuse, mental illness, and prescription opioid use: a retrospective longitudinal cohort study. *Lancet Reg Health Eur*. 2023;35:100763. DOI: 10.1016/j.lanepe.2023.100763
- Solevåg AL, Hinna UT, Eggen EH, Engan M, Gundersen AI, Døllner H. *Akuttveileder i pediatri*. 1. Akutte prosedyrer og tilstander inkludert ulykker. *Pediatriisk tidlig varslings-skår, triage og kommunikasjon* [internett]. Oslo: Helsebiblioteket; 2021 [oppdatert 1. januar 2021; hentet 28. november 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/pediatri/akuttveileder-i-pediatri/1-akutte-prosedyrer-og-tilstander-inkludert-ulykker/1.14-pediatriisk-tidlig-varslings-skår-triage-og-kommunikasjon#undefined>
- Hjertaaas TH, Solevåg AL. Verktøy kan gjenkjenne alvorlig sykdom hos barn tidlig. *Sykepl*. 2017;105(61904):e-61904. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2017.61904
- Von Sadovszky V, Christensen E, Jennings BM, Miller S, Hosley S, Drought L, et al. A systematic review of pediatric self-report symptom measures: congruence with the theory of unpleasant symptoms. *J Spec Pediatr Nurs*. 2018;23(2):e12215. DOI: 10.1111/jspn.12215
- Varni JW, Burwinkle TM, Seid M, Skarr D. The PedsQL 4.0 as a pediatric population health measure: feasibility, reliability, and validity. *Ambul Pediatr*. 2003;3(6):329–41. DOI: 10.1367/1539-4409(2003)003<0329:tpaapp>2.0.co;2
- McLenon J, Rogers MAM. The fear of needles: a systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2019;75(1):30–42. DOI: 10.1111/jan.13818
- McMurtry CM, Pillai Riddell R, Taddio A, Racine N, Asmundson GJ, Noel M, et al. Far from «just a poke»: common painful needle procedures and the development of needle fear. *Clin J Pain*. 2015;31(10 suppl):S3–11. DOI: 10.1097/AJP.0000000000000272
- Noel M, Chambers CT, McGrath PJ, Klein RM, Stewart SH. The influence of children's pain memories on subsequent pain experience. *Pain*. 2012;153(8):1563–72. DOI: 10.1016/j.pain.2012.02.020
- Bray L, Carter B, Kiernan J, Horowitz E, Dixon K, Ridley J, et al. Developing rights-based standards for children having tests, treatments, examinations and interventions: using a collaborative, multi-phased, multi-method and multi-stakeholder approach to build consensus. *Eur J Pediatr*. 2023;182:4707–21. DOI: 10.1007/s00431-023-05131-9
- Aarts LAM, van Geffen GJ, Smedema EAL, Smits RM. Therapeutic communication improves patient comfort during venipuncture in children: a single-blinded intervention study. *Eur J Pediatr*. 2023;182(9):3871–81. DOI: 10.1007/s00431-023-05036-7
- Sørensen K, Skirbekk H, Kvarstein G, Wøien H. Children's fear of needle injections: a qualitative study of training sessions for children with rheumatic diseases before home administration. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2020;18(1):13–20. DOI: 10.1186/s12969-020-0406-6
- Friedrichsdorf SJ, Goubert L. Pediatric pain treatment and prevention for hospitalized children. *Pain Rep*. 2020;5(1):e804. DOI: 10.1097/PR9.0000000000000804
- Pico M, Matey-Rodríguez C, Domínguez-García A, Menéndez H, Lista S, Santos-Lozano A. Healthcare professionals' knowledge about pediatric chronic pain: a systematic review. *Children (Basel)*. 2023;10(4):665. DOI: 10.3390/children10040665
- Collins AB. Chronic pain in children: interdisciplinary management. *Pediatr Clin North Am*. 2023;70(3):575–88. DOI: 10.1016/j.pcl.2023.01.010



FRIVILLIGE SØKES (KORTTID/LANGTID)

VI TRENGER SYKEPLEIERE



“Global Mercy”
i Sierra Leone

Vi har stort behov for sykepleiere med minst 2 års arbeidserfaring innen følgende fagområder:

- Intensivsykepleier
- Anestesisykepleier
- Operasjonssykepleier
- Ortopedisykepleier
- Palliativsykepleier
- Øyesykepleier

“Africa Mercy”
på Madagaskar

Bli frivillig på et av våre sykehuskip



Julie de Presno,
sykepleier på
“Global Mercy”
i Sierra Leone.



Sven, Solveig og Thea

Sykepleiere på
“Global Mercy”



Kent fra Oslo

Intensivsykepleier
på “Africa Mercy”

Har du helsefaglig bakgrunn? Da vil vi gjerne høre fra deg!

Oppdragene våre varierer i lengde, fra noen uker og måneder til flere år. Vi har stort behov for frivillige til våre sykehuskip i Afrika i tiden som kommer. Les mer om hvordan du kan bli frivillig, og få en fullstendig oversikt over alle ledige stillinger.

mercyships.no/frivillig

Ann-Kristin B. Helmers
Tekst

Erik M. Sundt
Foto

Fikk aha- opplevelse da han forsket sammen med sykepleiere

– Det har vært en påminner på at symptomer faktisk er viktig, sier den erfarne lungelegen Are Martin Holm.





● ● VAR MED I KOLSPROSJEKT: Are Martin Holm er lungelege, professor og avdelingsleder ved lungeavdelingen ved Oslo universitetssykehus.



«Kols er en komplisert sykdom. Dermed kan mange av symptomene gå under radaren.» Are Martin Holm, lungelege

Are Martin Holm har i mange år jobbet som høyspesialisert lungelege med ansvar for lungetransplantasjoner på Rikshospitalet. Han kan mye om lunger, og etter flere tiår kjenner han pasientgruppen svært godt.

Men da han i 2010 ble med Tone Rustøen og Vivi Lycke Christensen på et forskningsprosjekt om kols og symptomer, fikk han en liten vekker.

Rustøen og Christensen er begge sykepleiere og forskere.

LETTE ETTER MØNSTRE

– Jeg jobbet med en studie sammen med Tone og Vivi, sistnevnte stipendiat. Vi så på symptomgrupper ved kols. Der inkluderte vi et stort antall pasienter på flere sykehus på Østlandet, i alt 267 pasienter.

Pasienter med kols fra Rikshospitalet, Aker, Ringerike sykehus, Bærum sykehus og Sykehuset Østfold (den gang i Fredrikstad) var med. Pasientene fylte ut forskjellige skjemaer som kartla symptomer.

– Vi ville se om det oppsto mønstre hvor symptomene kom i gruppe, såkalte *clusterer*, hos forskjellige pasientgrupper. Vi ville se om det kanskje kunne gi informasjon om at pasienten trenger annen behandling og oppfølging.

HAVNET I FORSKJELLIGE GRUPPER

Et funn de gjorde, var at pasientene havnet i forskjellige symptomgrupper:

En gruppe hadde hovedsakelig tung pust og ikke så mange andre plager. En annen gruppe hadde betydelig med angst og andre psykiske plager og smerter.

– Det så ut som dette var forskjellige

grupper. I angst- og smertegruppen var det overvekt av yngre kvinner. Vi vet ikke hvorfor det er sånn. De hadde bedre lungefunksjonstester og en annen type plager.

Senere så de at disse symptomgruppene, eller *clusterne*, var stabile over tid.

– Vi fulgte pasientene over et år, og gruppene holdt seg.

FANT «NOEN SPENNENDE GENER»

I forbindelse med studien ble det også tatt gentester av pasientene. Nå forskes det på sammenheng mellom gener og symptomer.

– Vi har nå et prosjekt gående der vi har funnet noen spennende gener som ser ut til å være skrevet litt annerledes hos pasienter med kols. Det kan ha med immunforsvaret og inflammasjon å gjøre, sier han.

Det er ikke klart ennå hvilke gener det er snakk om. I samarbeid med forskere i New York jobber Holm nå med å bekrefte observasjonene de har hatt.

– Når vi vet mer, kan vi se hvordan dette er i forhold til symptomene som pasientene har. Kanskje kan vi komme litt nærmere å finne genetiske årsaker til hvordan pasienter med kols har, sier han og legger til:

– Kols er en komplisert sykdom. Dermed kan mange av symptomene gå under radaren.

VAR OPPLYSENDE Å JOBBE MED SYKEPLEIERFORSKERE

Selv om han har jobbet og jobber aller mest med lungetransplantasjoner i sin karriere, sitter han igjen med noen refleksjoner etter kolsstudien:

– Som lungelege er jeg nærmest

programmert til å følge opp pasienter etter diagnoser og målinger. Tallene som kommer fra lungefunksjonsmålinger er vi lungeleger veldig opptatt av.

Det var derfor nyttig og opplysende for ham som lungelege å jobbe med sykepleierforskere om nettopp symptomer.

– Symptomer og symptomlindring er rett i kjernen på sykepleierprofesjonen. Det handler om å høre og gjøre noe med pasientens subjektive beskrivelse av plagene.

– DIAGNOSER KAN VÆRE MER TILSLØRENDE ENN OPPKLARENDE

– Det har vært en viktig påminner om at symptomer faktisk er viktig. Til syvende og sist er det det som avgjør hvordan folk har det. For leger er det nok generelt viktig å bli minnet om akkurat det. Leger og folk flest er opptatt av diagnoser. Men diagnoser kan noen ganger være mer tilslørende enn avklarende.

Kols er et eksempel på det, mener han.

– 200 000 eller flere har kols i Norge, men plagene de har, er veldig forskjellige. Kanskje gjør vi mennesker urett ved å sette alle i samme båt.

– Det kan være viktig å gå tilbake til de plagene mennesker faktisk har, nemlig symptomer. Da får vi en bedre forståelse av hvordan vi kan hjelpe folk, avslutter han.

SYKPLEIEFORSKER:

– LÆRTE MYE SELV

– Det Are sier, gjenspeiler mange av de faglige betraktningene og diskusjonene vi hadde underveis i studien, sier Vivi Lycke Christensen.

Hun jobber nå som førsteamanuensis ved Institutt for sykepleie- og



GÅR VIDERE: Are Martin Holm forsker nå videre på gener og symptomer. – Vi har funnet gener som ser ut til å være skrevet litt annerledes hos personer med kols, sier han.

helsevitenskap ved Universitetet i Sørøst-Norge i Drammen.

Hun sier at hun selv lærte mye om symptomer hos kolspasienter.

– Alvorlighetsgrad av kols er gruppet etter verdier på pustetester. Men vi så at symptomene varierte hos kolspasientene, selv om de hadde lik alvorlighetsgrad. Det ga oss muligheten til å forstå pasienten, ikke bare ut fra objektive målinger, men også ut fra symptomene de opplevde. Og ikke minst hvor plagsomme symptomene var. Det er viktig for å kunne hjelpe pasienten på individnivå, sier hun. ●

Slit du med tørr hud?

Optima pH4
forebygger hudplager, styrker syrekappa og bevarer den gode bakteriefloraen.

Unik kombinasjon av eddik, alginat og mjukgjørende ingredienser.

- gjer at du tåler dagleg/hyppig vask utan å tørke ut huda
- til dagleg pleie
- pH 4 for at sår skal gro

Kombiner pH4 Hudvask pluss med pH4 Hudpleie pluss/Hudbalsam for best effekt. Påfør etter vask eller ved behov.

Után parfyme. Låg pH.

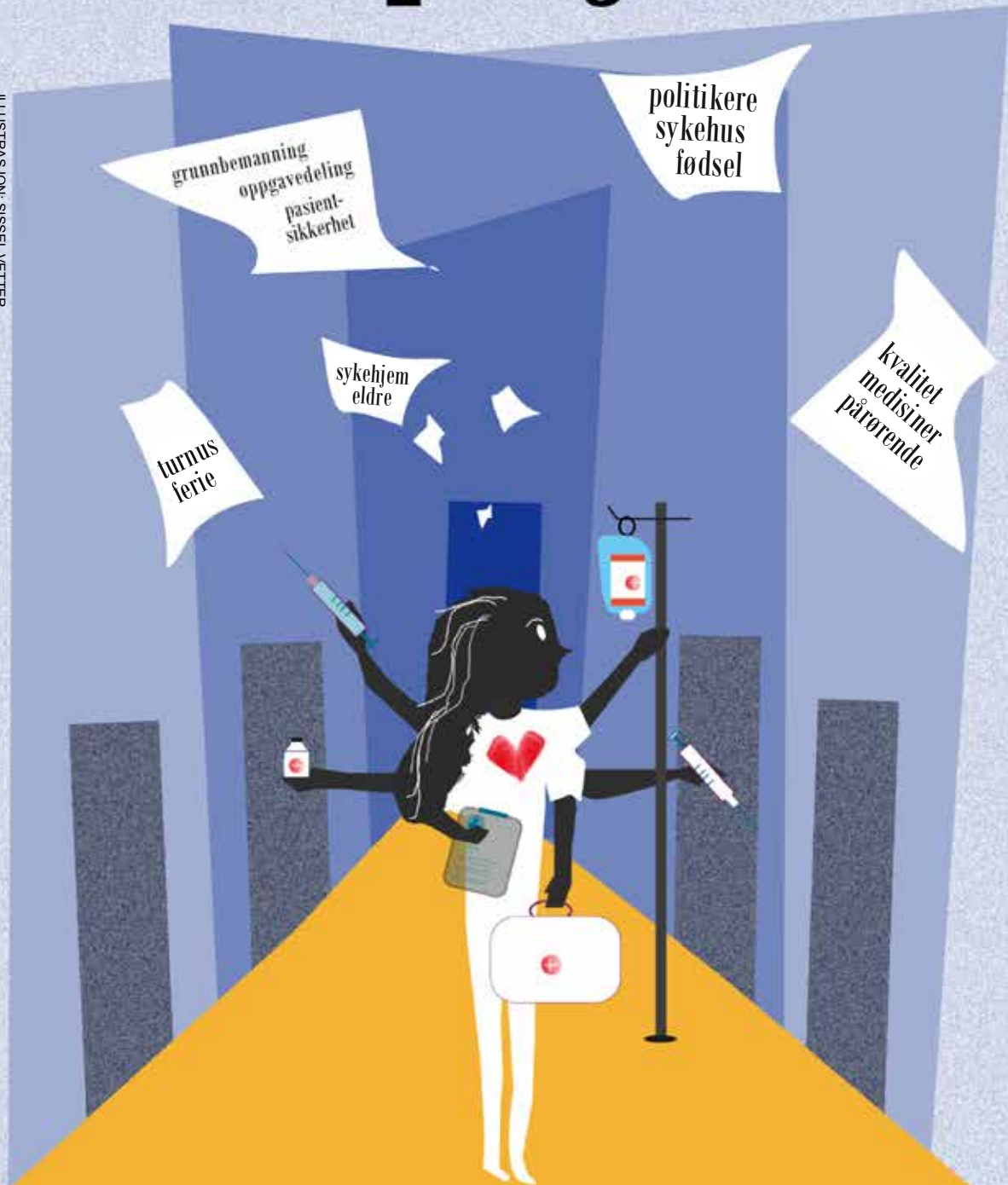


Optima Produkter AS
5600 Norheimsund, Tlf. 56 56 46 10

www.optima-ph.no

Noe på hjertet?

ILLUSTRASJON: SISSEL VETTER



Er du student, pensjonist, erfaren eller fersking i faget
- Sykepleien tar gjerne imot debattinnlegg som publiseres på
sykepleien.no

Send inn dine meninger hit: meninger@sykepleien.no

Våre deskjournalister hjelper deg å bearbeide og finpusse teksten.
Forfatterveiledning her: sykepleien.no/send-innlegg

Sykepleien

KISQALI[®] er den eneste CDK4/6-hemmer som har vist signifikant overlevelsesgevinst i 3 av 3 fase III-studier^{1,2,3}

KISQALI[®] er indisert for behandling av kvinner med HR+, HER2-lokalavansert eller metastatisk brystkreft sammen med aromatasehemmer eller fulvestrant, som innledende endokrinbasert behandling, eller hos kvinner som tidligere har fått endokrin behandling.⁴

Hos pre- eller perimenopausale kvinner skal endokrin behandling kombineres med en luteiniserende hormonfrigjørende hormon (LHRH)-agonist.⁴

Kisqali har vist >12 måneder forlenget overlevelse sammenlignet letrozol alene^{3*,**}

63,9 måneder

Ribosiklib + letrozol (n = 334)
Median OS
 (95 % KI: 52,4–71,0)

51,4 måneder

Placebo + letrozol (n = 334)
Median OS
 (95 % KI: 47,2–59,7)

HR = 0,76 (95 % KI: 0,63–0,93); p = 0,008. Antall hendelser Kisqali: 181, placebo: 219

*OS var sekundært endepunkt

**MONALEESA-2 er en fase III-studie på postmenopausale kvinner med HR+/HER2- brystkreft.

Studien sammenlignet Kisqali kombinert med letrozol mot letrozol alene. Studiens primære endepunkt, median progresjonsfri overlevelse (PFS) var 25,3 måneder ved Kisqali, mot 16,0 måneder ved letrozol alene.

Anbefalt dose er 600 mg daglig i 21 påfølgende dager etterfulgt av 7 dager uten behandling. Ved behov for dosereduksjon, se anbefalte retningslinjer for dosereduksjon som er listet opp i SPC tabell 1.⁴ De vanligste bivirkningene av grad 3/4 var nøytropeni, leukopeni, unormale leverfunksjons-tester, lymfopeni, infeksjoner, ryggmerter, anemi, fatigue, hypofosfatemi og oppkast.⁴

Utvalgt sikkerhetsinformasjon

Kisqali er kontraindisert ved overfølsomhet for innholdsstoffene, peanøtter eller soya.⁴ Kisqali bør unngås ved eksisterende eller signifikant risiko for utvikling av QTC-forlengelse.⁴ Kisqali metaboliseres hovedsakelig av CYP3A4 og dosereduksjoner kan være aktuelt.⁴ Behandlingen med Kisqali krever monitorering under de første behandlingssyklusene.⁴ Eldre >65 år: Dosejustering ikke nødvendig.⁴ Kan tas med eller uten mat.⁴

Pakninger og priser: 21 stk. (blister) 17 685,50. 42 stk. (blister) 35 336,10. 63 stk. (blister) 52 986,60.

Refusjon: H-resept: L01E F02_1 Ribosiklib

1. Im S-A Lu, Bardia A, et al, Overall survival with ribociclib plus endocrine therapy in breast cancer. *N Engl J Med* 2019; 381: 307-16. 2. Slamon DJ, Neven P, Chia S et al. Overall survival with ribociclib plus fulvestrant in advanced breast cancer. *N Engl J Med* 2019; DOI: 10.1056/NEJMoa1911149. 3. *N Engl J Med* 2022;386:942-50. DOI: 10.1056/NEJMoa2114663. 4. Kisqali SPC



Ta gjerne kontakt med oss i Novartis om du ønsker mer informasjon om Kisqali, eller besøk www.felleskatalogen.no

A close-up portrait of a young woman with dark hair pulled back, wearing blue medical scrubs. She is smiling warmly at the camera. The background is a soft, out-of-focus yellow and white.

BI

Har du fått lederansvar?

Trygghet, innovasjon og gode tjenester krever oppdatert og relevant kompetanse. Våre kurs i helseledelse gir deg inspirasjon og innsikt til å gjøre en forskjell – for deg selv, teamet ditt og pasientene.

Les mer på bi.no/helse