Fagdag for observasjons- og NEWS-instruktører på Agder

Supert - nå er du pålogget og alt er klart☺
- Trenger du hjelp til noe teknisk ta kontakt direkte i chatten eller ring Sølvi 91723997

Noen tips:

- Mute/demp lyden når du ikke snakker
- Ha på video når vi starter og underveis så vi kan se deg
- Sitt godt, unngå baklys
- Finn et sted som er skjermet for lyd (hvis mulig:-))
- Steng andre apper som kan stjele din oppmerksomhet
- Vær tilstede, fyll kaffe/tekoppen og kos deg!



Fagdag for observasjons- og NEWS-instruktører på Agder 21. oktober 2026

Merethe A. Land

Camilla Jenshus Hansen

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester
AGDER

Velkommen!

© KlinObsKommune

Systematisk pasientobservasjon

		Observer (SE, LYTT, KJENN, LUKT)	Vurder tiltak som:
A	**A**irways Luftveier 	• Frie luftveier? • Snakker pasienten ubesværet • Kjennes luftstrøm • Lyder fra luftveiene (heshet/"snorkelyder") • Fremmedlegeme	• Hakeløft/kjevetak • Munnrens/sug i munnhule • Sideleie • Fjerne fremmedlegeme; ▹ Hoste ▹ Ryggslag/bukstøt ▹ HLR ▹ Sideleie
B	**B**reathing Respirasjon 	Er det pustebesvær/taledyspne? • Respirasjonsfrekvens (RF) ▹ Rytme, dybde, sidelikhet ▹ Bruk av hjelpemuskulatur (utslitt) • Respirasjonslyder • Blålig på lepper, ører (sentral cyanose) • Oksygenmetning (SpO_2)	• Bevisstløs og ikke puster - starte HLR • Kroppsleie/løsne på tøy/frisk luft • Pusteveiledning • Forstøver-/medikamentell behandling (etter forordning) • Oksygen (etter forordning)
C	**C**irculation Sirkulasjon 	• Hud ▹ blek, kald, klam? • Blålige negler på fingre/tær (perifer cyanose) • Kapillær fyllingstid ▹ Puls (reg/ureg) ▹ Blodtrykk • Væskeinntak/væsketap (diurese, oppkast/diare o.l.) • Indre/ytre blødninger (tap av blodvolum)	• Stanse synlige ytre blødninger med trykkbandasje og hevelse av skadested • Væsketilførsel ▹ Væske pr. os (v/dehydrering) ▹ Væske iv/væskestøt (v/sirkulasjonssvikt)
D	**D**isability Bevissthet 	• Vurder bevissthetsnivå ved bruk av ACVPU-skjema ▹ Ny forvirring? Forgiftning? Endret adferd/uro? Kramper? • Tegn på hjerneslag (**P**rate**S**mile**L**øfte, andre symptomer) • Pupiller (størrelse, symmetri, reaksjon på lys) • Blodsukker (måles alltid ved redusert bevissthet)	• Sikre luftveier (hake-/kjevetak, sideleie) • Hodeleie 15-30 grader ved mistanke om hjerneslag • Regulere blodsukker
E	**E**nvironment/ **E**xposure Omgivelser/ Kroppsundersøkelse 	• Undersøk hele pasienten ▹ Se etter hudforandringer; farge, sår, temperatur, hevelse/ødemer, utslett ▹ Vurder ernæring (nedsatt matlyst) og eliminasjon (urin/avf.) ▹ Sjekk kateter og dren (PVK, VAP, peg, stomi etc.) • Temperatur, feilstillinger/traume, smerter *Vær obs på endringer i funksjonsnivå og hjemmeforhold*	• Urinprøve, CRP etc. etter lokale retningslinjer • Regulere temperatur, smertelindring • Rapporter endringer/ tilkall hjelp

Sykdomstilstand kan endre seg raskt! Husk å revurdere ABCDE og tiltakenes effekt. Tilkall mer hjelp ved behov.
Ved alvorlige funn eller ved bekymring for pasienten, kontakt AMK 113 eller legevakt 116 117

KlinObsKommune - v.4.0 2025

NB! Dette kortet kan vaskes med sprit

NEWS2 (NATIONAL EARLY WARNING SCORE 2)

FYSIOLOGISKE PARAMETERE	3	2	1	0	1	2	3
Respirasjonsfrekvens (pr. minutt)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25
SpO_2 Skala 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96			
SpO_2 Skala 2 (%)*	≤83	84–85	86–87	88–92 ≥93 på luft	93–94 på oksygen	95–96 på oksygen	≥97 på oksygen
		Oksygen		Luft			
	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220
	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131
				A			C, V, P, U
	≤35,0		35,1–36,0	36,1–38,0	38,1–39,0	≥39,1	

når Skala 2 skal brukes
kala 1

for
mmetjenester

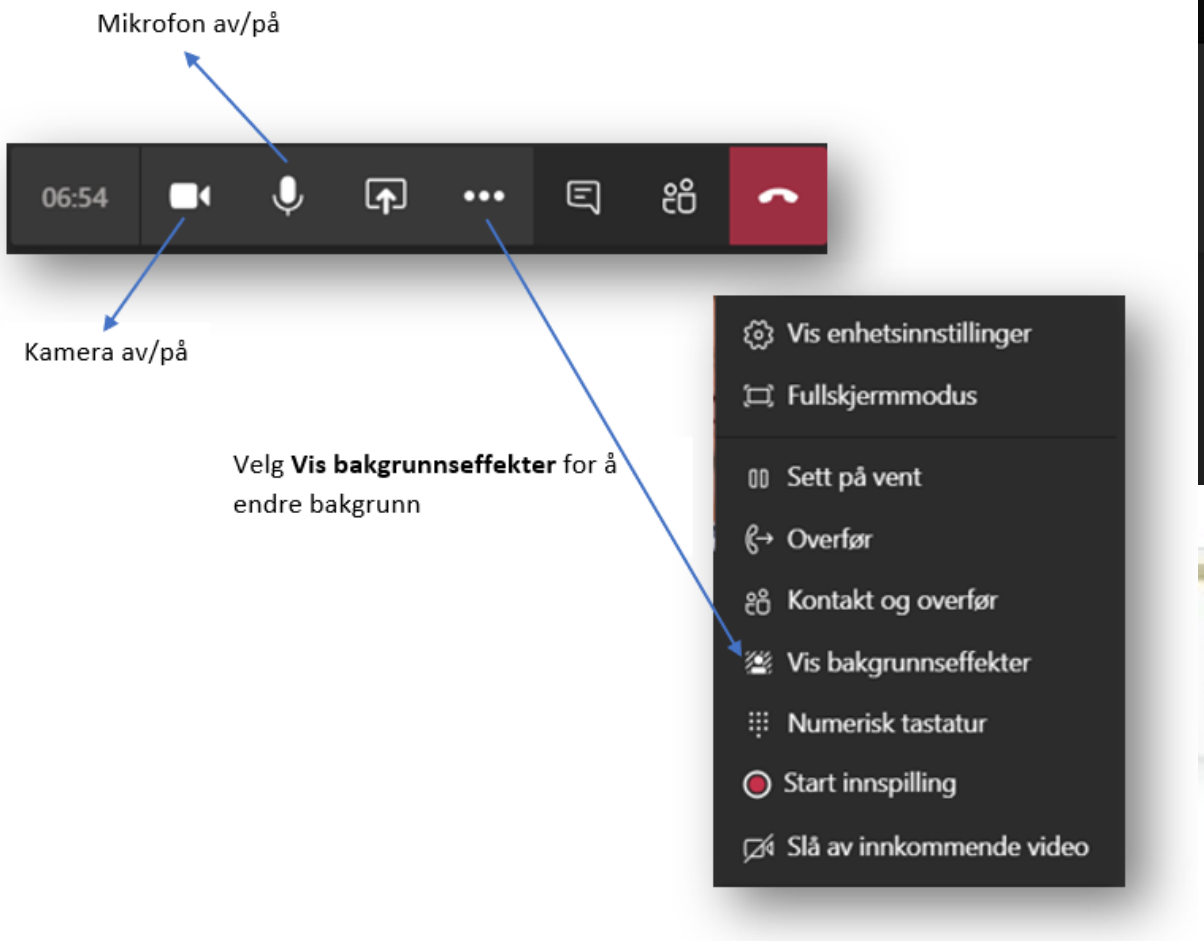
** **Bevissthetsnivå:**
A = Alert (Våken)
C = Confusion (Nyoppstått forvirring)
V = Voice (Reagerer på tiltale)
P = Pain (Reagerer på smertestimulering)
U = Unresponsive (Reagerer ikke på tale- eller smertestimulering)

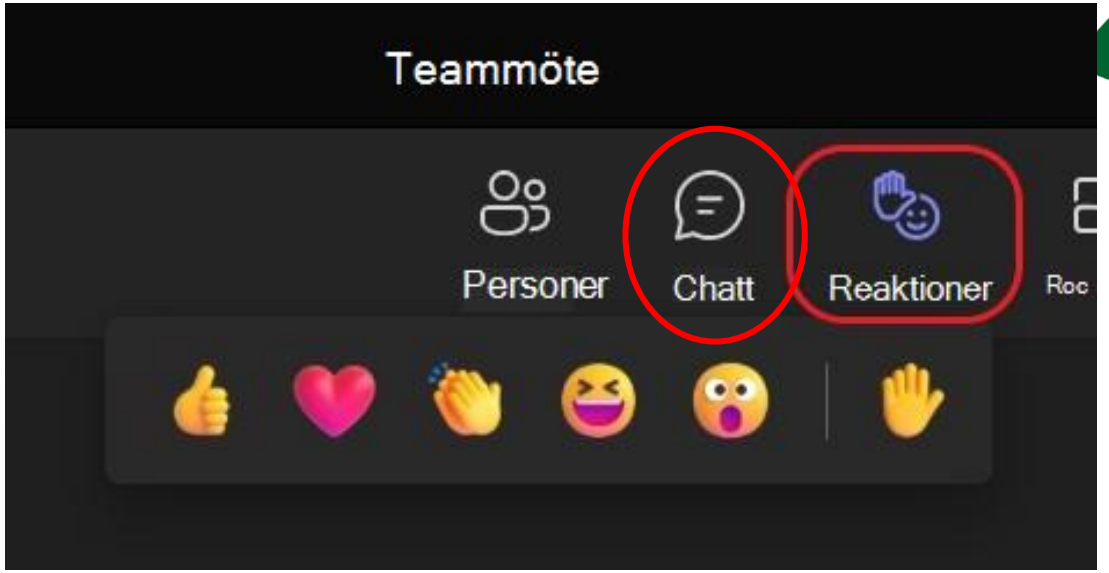
NB! Lav NEWS2 score utelukker ikke alvorlig sykdom

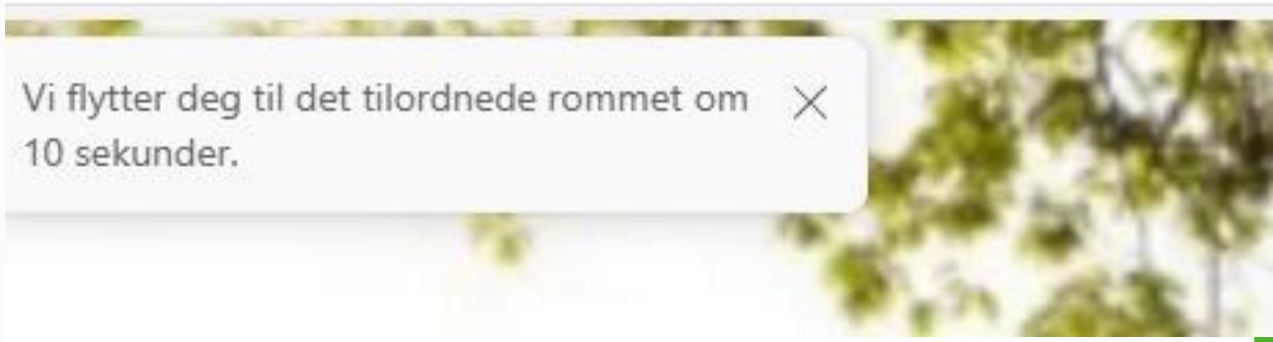
Denne versjonen er oversatt etter © Royal College of Physicians

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester
AGDER

Velkommen til digital fagdag fra kl. 12:00- 15:00







Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester
AGDER

Registrering deltakere digital fagd ag NEWS - observasjonskompetanse



Program kl 12.00-15.00

- Velkommen ved Merethe & Camilla
- E for Exposure. Daglige observasjoner ved ABCDE v/ Merethe & Richard
- Gruppearbeid
- **Pause**
- Pasienter med rus/psyk uhelse: observasjoner og tiltak v/ Kristine Øvrevik Larsen feltsykepleier Grimstad kommune
- Sår: observasjoner og dokumentasjon med TIMES v/ Jorunn Skeie SSA
- **Pause**
- Smerte: observasjoner og kartleggingsverktøy v/ Camilla
- Avslutning og evaluering

Plan for videre samlinger

- Fysisk samling for nye ressurspersoner

  4 desember kl. 09- 14

- Fysisk samling for alle ressurspersoner/instruktører- **Further care**

  17 februar kl 09-15, Niels Henrik Abelshus





Observasjonskompetanse på Agder

Trinn 1

Observasjonskompetanse

Teoretisk ABCDE grunnopplæring fra NEWS nettside til faglærte

Ufaglærte får opplæringsmateriell hentet fra Aldring og helse

Instruktører får tilsendt pp utarbeidet av USHT Agder for bruk i undervisning.

Observasjonskompetanse og ABCDE er tema på fagdager for observasjons- og News instruktører

Trinn 2

NEWS2 / ISBAR

Alle ansatte går i gjennom opplæringspakken som ligger tilgjengelig på nettsiden

Instruktører får tilsendt PP utarbeidet av USHT Agder for bruk i undervisning.

NEWS2 og ISBAR er tema på fagdager for observasjons- og News instruktører

Nye instruktører blir invitert til oppstartsmøte og får tilsendt informasjonsmail

Trinn 3

Simulering

Instruktører blir tilbudt fasilitatorkurs, deltakelse i fasilitatornettverk og tilgang til scenariobank på nettside

Nytt lomr

© KlinObsKommune
Systematisk pasientobse

A	**A**irways Luftveier	
B	**B**reathing Respirasjon	
C	**C**irculation Sirkulasjon	
D	**D**isability Bevissthet	
E	**E**nvironment/ **E**xposure Omgivelser/ Kroppsundersøkelse	

Sykdomstilstand kan endre seg rask

Risikoområder	Observere og vurdere nyoppståtte forverringer	Vurdere tiltak
Respirasjon	• Ubesværet/besværet • Bruk av hjelpemiddler • Hoste, slim • Respirasjonsfrekvens	▸ Sitte oppreist, veiled på pusteteknikk ▸ Inhalator/forstøver ▸ Aktivitet/slimmobilisering/væskeinntak ▸ Behandlingsplan ved KOLS
Sirkulasjon	• Puls (regelmessig/uregelmessig) • Hud (farge, temp, kald/klam) • Ødemer (omkrets) • Væskebalanse (OBS: diare, oppkast, feber) • Svimmelhet	▸ Vekt ▸ Hevede bein/støttestrømper ▸ Drikke evt drikkerestriksjoner
Psykisk/kognitiv funksjon	• Orientering for tid, sted og situasjon • Endringer i ADL og boevne • Endret stemningsleie • Medikamenter/rusmidler	▸ Personsentrert omsorg ▸ Beslutningskompetanse ▸ Forebygge delerium ▸ Motivere for å redusere rusmiddelbruk
Fall	• Redd for å falle • Falt siste 6 måneder • Ustø når står/går på glatt underlag	▸ Kartlegge årsak ▸ Fallforebyggende tiltak ▸ Behov for hjelpemidler
Ernæring	• Nedsatt matlyst • Vektnedgang siste 6 måneder	▸ Vurdere ernæringskartlegging evt ernæringsplan ▸ Munnstell, behov for tannlege
Eliminasjon	• Hyppig vannlating, urinretensjon, inkontinens, obstipasjon, diare • Kateter/Dren (fri passasje, infeksjonstegn)	▸ Inkontinensutstyr, ta urinstix, ved nyoppstått retensjon - kontakt lege ▸ Aktivitet, væske, tømming
Hud, vev, sår	• Hudforandring: utslett/tørr/glinsende/rød • Sår (størrelse, farge, væske, lukt)	▸ Hudpleie ▸ Trykkavlastning ▸ Sårplan
Smerter, søvn/hvile	• Akutte smerter/forverring kroniske smerter • Endring i søvnmønster/døgnrytme	▸ Smertekartlegging, evt kontakt lege ▸ Kartlegge døgnrytme

Dersom pasienten viser endring på noen av de overnevnte områdene:
▸ meld fra til ansvarshavende i din avdeling og/ eller fastlege/sykehjemslege ▸ ved akutte endringer benytt side 2 på dette kortet

Rollen som instruktør

Forventninger til deg som instruktør

- Sett deg godt inn i nettsidene og opplæringspakken i observasjonskompetanse og NEWS2
- Opplæring av kollegaer, nyansatte: «Train the trainer»
- Rammer: utstyr, lommekort, ISBAR-blokk, praktisk øvelse
- Være pådriver for NEWS2 på arbeidsplassen
  - Repetisjon
  - Praktisk øving
  - "Lunsjutfordringer"
- Innlemme NEWS2 i eksisterende systemer og rutiner
  - Egen prosedyre for din kommune
- Journalgransking
  - Habituell NEWS, dokumentasjon, oppfølging av NEWS-skår
- Dialog med leder
  - Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
  - Helsepersonelloven § 4



Agder vest: www.kristiansand.kommune.no/news

Agder øst: www.grimstad.kommune.no Søk på NEWS

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester AGDER

Støtte og oppfølging fra Utviklingssenteret

- Tilbud om 1-2 samlinger for ressurspersoner i året
- Kurs for nye instruktører hvert halvår
- Holde nettsider og opplæringspakke oppdatert etter nasjonale og regionale føringer
- Oppdatere lommekort og ISBAR-blokker, gjøre mal tilgjengelig for trykking
- Lister med oversikt over ressurspersoner
- Støtte for ressurspersoner; tilgjengelig på mail/t

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester

AGDER

1. Hva har du som instruktør gjort siden sist samling for eksempel lunsj undervisning, internkontroll, casejobbing, simulering osv.

2. Hva fungerte bra i undervisning av dine kollegaer?

3. Hvilket tema hadde du på din undervisning?



menti.com

1796 2769

Inspirasjon til deg som instruktør

- Vis korte undervisningsfilmer på faglunsj eller andre arenaer
- Gjør deg tilgjengelig for veiledning av kollegaer
- I samarbeid med leder gjennomfør konkurranse i å få tatt habituell NEWS2 på deres beboere/brukere
- Quiz med premie(VAR Healthcare – Portal)
- Jevnlig gjennomgang av utstyr til kollegaer som er usikre.
- Spill på lag med fagsykepleier/fagkoordinator/fagressurs på din arbeidsplass

Exposure- observasjoner og vitale målinger

Merethe og Richard

E-exposure - Vitale målinger

- Temperatur

NB! Dette kortet kan vaskes med sprit

NEWS2 (NATIONAL EARLY WARNING SCORE 2)

FYSIOLOGISKE PARAMETERE	3	2	1	0	1	2	3
Respirasjonsfrekvens (pr. minutt)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25
SpO_2 Skala 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96			
SpO_2 Skala 2 (%)*	≤83	84–85	86–87	88–92 ≥93 på luft	93–94 på oksygen	95–96 på oksygen	≥97 på oksygen
Luft eller oksygen		Oksygen		Luft			
Systolisk blodtrykk (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220
Pulsfrekvens (pr. minutt)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131
Bevissthetsnivå**				A			C, V, P, U
Temperatur (°C)	≤35,0		35,1–36,0	36,1–38,0	38,1–39,0	≥39,1	

Denne versjonen er oversatt etter © Royal College of Physicians

* Skala 2:
Lege skal dokumentere i journal når Skala 2 skal brukes
Ved alle andre tilfeller brukes Skala 1

** **Bevissthetsnivå:**
A = Alert (Våken)
C = Confusion (Nyoppstått forvirring)
V = Voice (Reagerer på tiltale)
P = Pain (Reagerer på smertestimulering)
U = Unresponsive (Reagerer ikke på tale- eller smertestimulering)

Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Agder

NB! Lav NEWS2 score utelukker ikke alvorlig sykdom

E-exposure - kroppsundersøkelse og omgivelser

Observer SE LYTT KJENN LUKT	**Vurder tiltak som:**
• Undersøk hele pasienten ▷ Se etter hudforandringer; farge, sår, temperatur, hevelse/ødemer, utslett ▷ Vurder ernæring (nedsatt matlyst) og eliminasjon (urin/avf.) ▷ Sjekk kateter og dren (PVK, VAP, peg, stomi etc.) • Temperatur, feilstillinger/traume, smerter *Vær obs på endringer i funksjonsnivå og hjemmeforhold*	• Urinprøve, CRP etc. etter lokale retningslinjer • Regulere temperatur, smertelindring • Rapporter endringer/ tilkall hjelp

E-exposure- kroppsundersøkelse og omgivelser

Hvilke endringer skjer generelt i kroppen ved:

Aldring:

- Tilstander som hos friske voksne kan gi mindre symptomer og behandles lett, kan ved økt skrøpelighet gi store utslag på symptomer og være vanskelig å identifisere hovedårsaken til.
- Smertevurdering kan være utfordrende.
- Smertestillende kan påvirke temperaturen.
- Eldre utsatt for hypotermi da de har dårligere evne til å holde på kroppsvarmen
- Svekket nyrefunksjon og redusert leverstørrelse kan påvirke omdannelse og utskillelse av medisiner i kroppen- endret effekt av medisiner og flere bivirkninger



Utviklingshemming:

- Utfordrende å kartlegge smerte
- Hyppige infeksjoner
- Høyere forekomst av overvekt, feilernæring og diabetes type 2- kan føre til mangeltilstander
- Feilernæring, lite aktivitet og medisinbruk- obstipasjon, uvi

E-exposure- kroppsundersøkelse og omgivelser

- Hvilke endringer skjer generelt i kroppen ved:

Rusproblemer:

- Over-, under- eller feilernæring er ikke uvanlig
- Dårlig tannhelse som påvirker både matlyst og mulighet til å prosessere maten i munnen.
- Utsatt for epilepsi og Parkinsonlignende trekk med rigiditet, skjelvinger og treg bevegelighet.
- Utsatt for infeksjonsfare

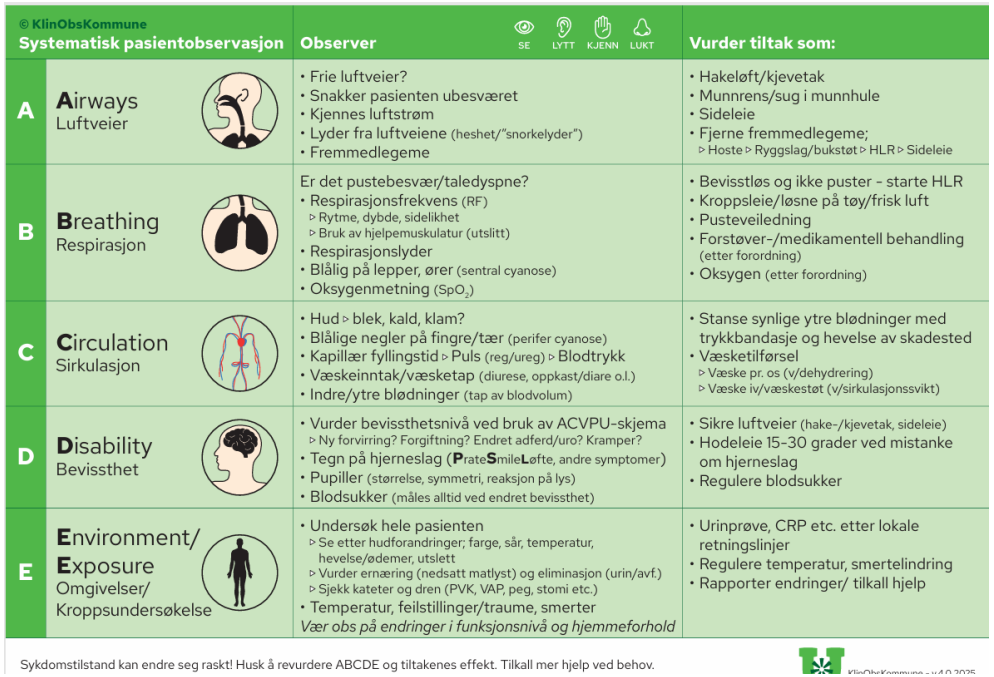
Psykiske problemer:

- Helkroppsundersøkelse kan være nødvendig for å oppdage tegn til selvskading. Vær varsom i tilnærmingen hos denne pasientgruppen.

E- exposure- kroppsundersøkelse og omgivelser

Videre kartlegginger og tiltak:

- Ved endring i helsetilstand se alle funn i sammenheng og vurder i ett tverrfaglig samarbeid årsaker til endring og igangsett tiltak.
- Revidere sårplan?
- Kartlegg for smerter ved å bruke VAS, Mobid2, DisDat.
- Tilstreb god tann-/munnhelse om pasienten ikke klarer dette selv- oppmuntre til jevnlige tannlegebesøk
- Kartlegg risiko for undernæring med MST/MUST/MNA
- Kartlegg årsaker til fallrisiko/falltendens. Fall orebyggende tiltak- osteoporose utredning og behandling, tilrettelegging av bolig, hjelpemidler
- Personer med utviklingshemming bør ha årlige helsekontroller hos fastlegen for å avdekke infeksjoner og mangeltilstander: [Årlig helsekontroll - Nasjonalt senter for aldring og helse]



© KlinObsKommune Systematisk pasientobservasjon		Observer (SE LYTT KJENN LUKT)	Vurder tiltak som:
A	**A**irways Luftveier	• Frie luftveier? • Snakker pasienten ubesværet • Kjennes luftstrøm • Lyder fra luftveiene (heshet/"snorkelyder") • Fremmedlegeme	• Hakeløft/kjevetak • Munnrens/sug i munnhule • Sideleie • Fjerne fremmedlegeme; ▷ Hoste ▷ Ryggslag/bukstøt ▷ HLR ▷ Sideleie
B	**B**reathing Respirasjon	Er det pustebesvær/taledyspne? • Respirasjonsfrekvens (RF) ▷ Rytme, dybde, sidelikhet ▷ Bruk av hjelpemuskulatur (utslitt) • Respirasjonslyder • Blålig på lepper, ører (sentral cyanose) • Oksygenmetning (SpO_2)	• Bevisstløs og ikke puster - starte HLR • Kroppsleie/løsne på tøy/frisk luft • Pusteveiledning • Forstøver-/medikamentell behandling (etter forordning) • Oksygen (etter forordning)
C	**C**irculation Sirkulasjon	• Hud ▷ blek, kald, klam? • Blålige negler på fingre/tær (perifer cyanose) • Kapillær fyllingstid ▷ Puls (reg/ureg) ▷ Blodtrykk • Væskeinntak/væsketap (diurese, oppkast/diare o.l.) • Indre/ytre blødninger (tap av blodvolum)	• Stanse synlige ytre blødninger med trykkbandasje og hevelse av skadested • Væsketilførsel ▷ Væske pr. os (v/dehydrering) ▷ Væske iv/væskestøt (v/sirkulasjonssvikt)
D	**D**isability Bevissthet	• Vurder bevissthetsnivå ved bruk av ACVPU-skjema ▷ Ny forvirring? Forgiftning? Endret adferd/uro? Kramper? • Tegn på hjerneslag (**P**rate**S**mile**L**øfte, andre symptomer) • Pupiller (størrelse, symmetri, reaksjon på lys) • Blodsukker (måles alltid ved endret bevissthet)	• Sikre luftveier (hake-/kjevetak, sideleie) • Hodeleie 15-30 grader ved mistanke om hjerneslag • Regulere blodsukker
E	**E**nvironment/ **E**xposure Omgivelser/ Kroppsundersøkelse	• Undersøk hele pasienten ▷ Se etter hudforandringer; farge, sår, temperatur, hevelse/ødemer, utslett ▷ Vurder ernæring (nedsatt matlyst) og eliminasjon (urin/avf.) ▷ Sjekk kateter og dren (PVK, VAP, peg, stomi etc.) • Temperatur, feilstillinger/traume, smerter *Vær obs på endringer i funksjonsnivå og hjemmeforhold*	• Urinprøve, CRP etc. etter lokale retningslinjer • Regulere temperatur, smertelindring • Rapporter endringer/ tilkall hjelp

Sykdomstilstand kan endre seg raskt! Husk å revurdere ABCDE og tiltakenes effekt. Tilkall mer hjelp ved behov.

Fall

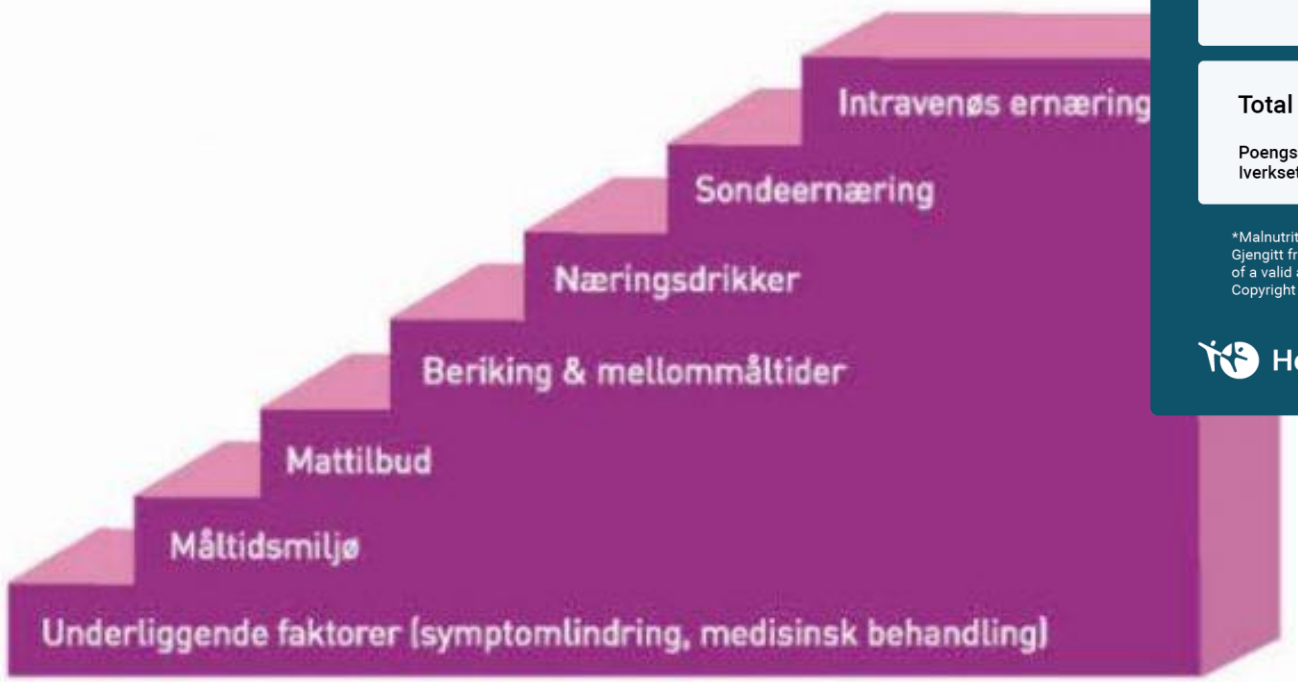
- Risikovurdere
- Gradering av fremtidig risiko for fall
- Kartlegge årsak
- Fallforebyggende tiltak

*= se vedlegg for beskrivelse av kartleggingen

Nummer	Kartlegging av fallrisiko utfra kjente årsaker	Kommentar/ svar JA/NEI	Vurder behov for videre kartlegging
1.	Sengeliggende og uten fallrisiko		«Ja» gå til: spørsmål 12 «Annet relevant»
2.	Fall siste år – Antall fall		Fallanamnese: når og hvor skjedde fallet? Gjentakende tid og sted for fall?
3.	Høy alder (80+)		Fallrisiko dobles ved alder 80+
4.	Tegn på infeksjon ved akutt fall		ABCDE/NEWS/CRP/u-stix
5.	Nevrologiske lidelser (eks. Parkinson, hjerneslag, MS, polynevropati)		(eks. Balanse, gangfunksjon, muskelstyrke og ADL-funksjon) Nedsatt sensibilitet under føttene?
6.	Redusert motorisk funksjon		Reise/ sette seg fra stol uten bruk av armer x5*. Over 17 sek. indikerer økt fallrisiko. Vurder behov for boligkartlegging
7.	Redusert helsetilstand (eks. skrøpelig, lav BMI, inkontinens, nattlig vannlating)		Ernæringskartlegging Skrøpelighetsvurdering*
8.	Kognitive sykdomstilstander (eks. demens, delir, depresjon)		Vurder behov for utredning av demens; send internmelding hukommelsesteam. Symptomer på delirium? - 4AT*
9.	Svekket syn / svekket hørsel/ utfordringer med balansesenteret		Kartlegg belysning. Oppfordre til syn/hørselskontroll. Evt kontakt med syn/hørselskontak
10.	Blodtrykksfall eller /høyt/lavt blodtrykk/uregelmessig puls		NEWS2*
11.	4 eller flere legemidler (obs: benzodiazepiner, antidepressiva og antipsykotiske)		Kontakt lege ved behov for legemiddelgjennomgang.
12.	Annet relevant (eks. smerte, ukritisk adferd, uro, rusmidler m.m.)		Kartlegg for smerte og evt rusproblematikk*

Ernæring

- Risikovurdere
- Kartlegge årsak
- Ernæringsplan



Verktøy for å vurdere risiko for underernæring hos voksne (MST – Malnutrition Screening Tool*)

1. Har du/pasienten gått ned i vekt i det siste uten å ha gjort forsøk på det?

Nei.....0
Vet ikke.....2

Ja. Hvor mange kilo?
1–5 kg.....1
6–10 kg.....2
11–15 kg.....3
Over 15 kg.....4
Vet ikke.....2

Ta utgangspunkt i vektendring i løpet av de siste seks måneder.

2. Har du/pasienten spist mindre enn vanlig på grunn av nedsatt matlyst?

Nei.....0
Ja.....1

Ta utgangspunkt i om det er mindre enn 3/4 av det personen anser som sitt vanlige matinntak.

«Spist mindre enn vanlig» kan omfatte:
- spist mindre enn man pleier
- spist dårlig/spist lite
- redusert matinntak

«Nedsatt matlyst» er en vanlig årsak til redusert matinntak. Vær oppmerksom på at det er mange forhold som kan påvirke matlysten eller matinntaket, slik som tygge- og svelgevansker eller andre spiserelaterte symptomer.

Total poengskår: .....

Poengskår 2 eller mer betyr at du/pasienten er i risiko for underernæring: Iverksett kartlegging og tiltak.

*Malnutrition Screening Tool (MST). Figuren er oversatt til norsk av Helsedirektoratet. Gjengitt fra Nutrition, Vol 15(6). Ferguson M., Capra S., Bauer J., Banks M., Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients, s. 458–64, Copyright 1999, med tillatelse fra Elsevier. https://www.sciencedirect.com/journal/nutrition

Helsedirektoratet

Tann og munnhelse

Årsaker:

- Aldring
- Begrenset motorikk
- Medisiner
- Proteser
- Infeksjon

Konsekvenser:

Redusert spyttproduksjon

Infeksjon

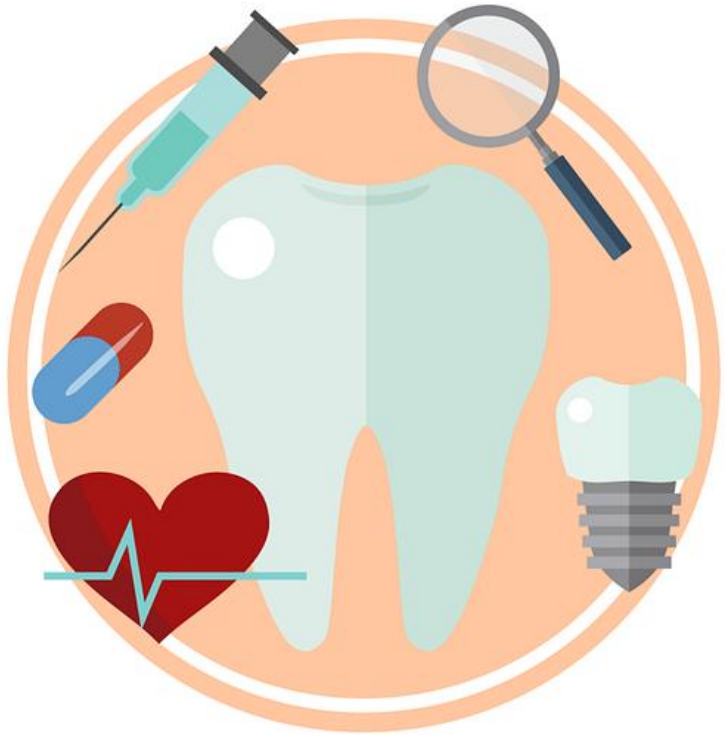
Underernæring

Tiltak:

Tannlege

Hjelp til munnstell

- Kristiansand kommune - Munn- og tannhelse

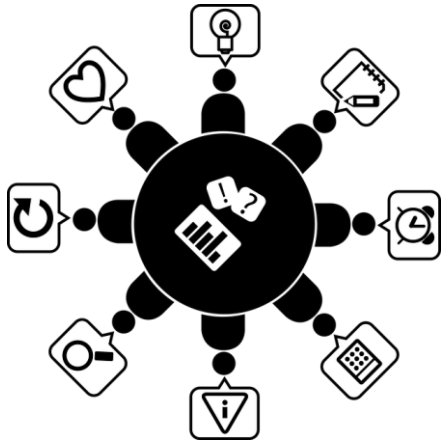


Kilder

- Nasjonalt senter for aldring og helse – For en bedre aldring
- Skrøpelighet - Nasjonalt senter for aldring og helse
- Wyller, TB, 2021. Geriatri, en lærebok. Gyldendal Akademiske forlag
- Bilder: Copilot | Microsoft 365 Copilot og stockfoto
- Klinobs grunnleggende hefte: Kunnskapstest - grunnleggende ferdigheter i ABCDE - Kompetansebroen

Gruppearbeid

- Hvordan gi opplæring i bokstaven E for dine kollegaer?
- Hvordan fange opp endringer i bokstaven E for din pasientgruppe?
- Hvilke tiltak er mest utfordrende å få igangsatt på din arbeidsplass og hvorfor?



Alle deltar, en passer tiden så alle får komme til ordet, skriv inn felles svar for gruppen i Menti

menti.com

3848 1534

Erfaringsdeling fra gruppearbeid





Hva tar du med deg fra denne undervisningsbolken?

Pause 10minutter



Sår og bruk av TIMES

Jorunn Skeie
Sår sykepleier SSA



Hva tar du med deg fra denne undervisningsbolken?

Pause ti minutter



Smerte

Camilla Jenshus Hansen

Definisjon på smerte

- «Smerte er en ubehagelig **fysisk og følelsesmessig opplevelse** som forteller deg at kroppen din trues av eller utsettes for skade»

- «**Det som personen sier at det er**, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte»

(McCaffery og Beebe)

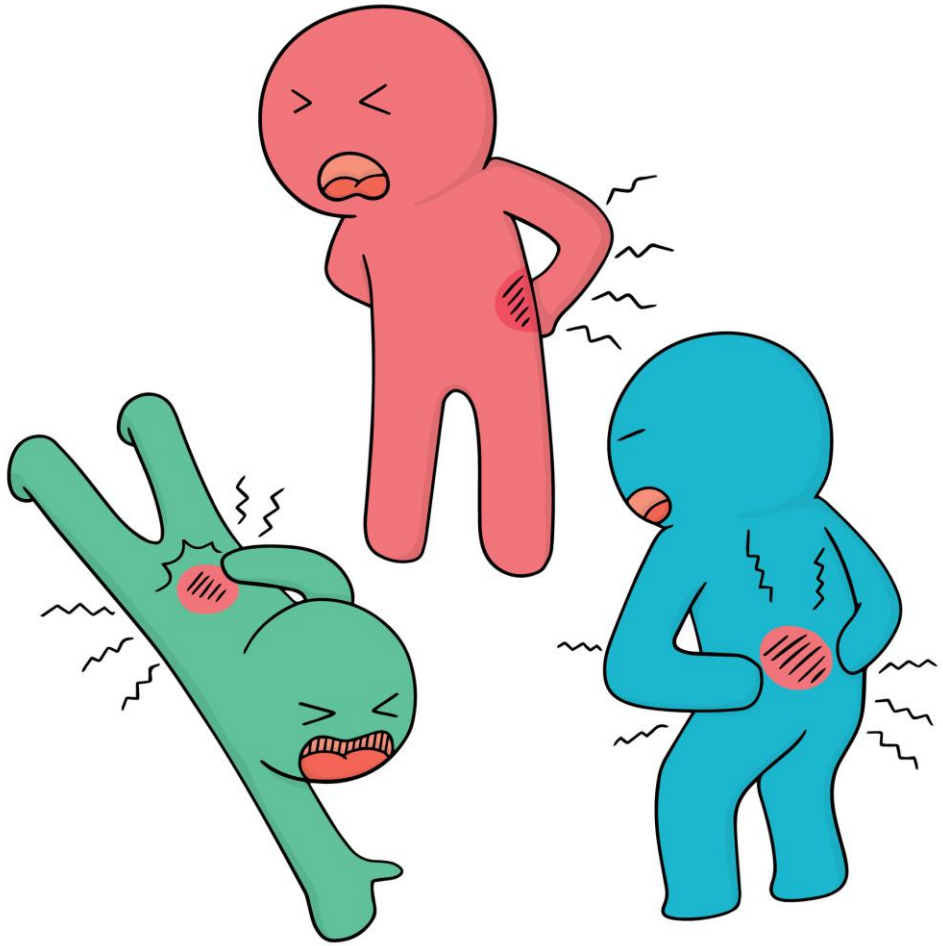


Foto:Gettyimages

Ulike former for smerte

Fysisk smerte

Psykisk smerte

Sosial smerte

Åndelig/eksistensiell smerte

Fysisk smerte

Smerter du kjenner et sted i kroppen kalles ofte fysisk smerte

Ulike måter å beskrive smerte:

- Stikkende
- Murrende
- Pulserende
- Trykkende
- Verkende
- Brennende
- Sviende
- Skjærende
- Utstrålende
- illende



Smertetype og mulige sammenhenger

Laget ved hjelp av co pilot 22/7-26

Ord som beskriver smerte kan gi retning i kartleggingen, men peker ikke entydig på én bestemt diagnose.

SMERTETYPE	KAN VÆRE FORBUNDET MED
Stikkende	Nerveirritasjon, muskel- og skjelettplager eller lokal vevsirritasjon
Murrende	Muskelspenninger, leddplager, menstruasjonssmerter eller smerte fra indre organer
Pulserende	Migrene, tannverk, betennelse eller smerte som følger pulsen
Trykkende	Muskelspenninger, spenningshodepine, bihuleplager eller enkelte brystplager
Verkende	Muskler, ledd, overbelastning, slitasjeforandringer eller betennelsestilstander
Brennende	Nervepåvirkning, hudirritasjon, helvetesild eller refluks/halsbrann
Sviende	Irritasjon i hud eller slimhinner, urinveisplager, sår eller nervepåvirkning
Skjærende	Akutt vevsirritasjon eller skade, og enkelte kraftige mage-, galle- eller nyreplager
Utstrålende	Nervepåvirkning, for eksempel isjias, eller referert smerte fra et annet område
Ilende	Nervepåvirkning, tannfølsomhet eller reaksjon på kulde og varme

Viktig: Vurder alltid lokalisasjon, varighet, intensitet, utløsende faktorer og ledsagende symptomer.

Psykisk smerte

- Kropp og psyke påvirkes av hverandre.
- Ikke uvanlig at depresjon eller angst forsterker kroppslige symptomer, som smerter.
- Smertene oppleves like sterkt som andre smertetyper og belaster livskvaliteten like mye
-



> *Vi må møte psykisk smerte på akkurat samme måte som når noen har slått seg eller har vært i en ulykke.*
>
> – Pål Solhaug, spesialrådgiver RVTS Sør

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester AGDER

Sosial smerte



- Knytter seg til bekymringer og problemer som kan oppstå i forhold til pårørende, økonomi, arbeid
- Ensomhet, avhengighet, isolasjon og institusjonalisering
- En del er ensomme med kompliserte eller ikke-eksisterende forhold til familie
- Ansatte kan være det nærmeste de kommer pårørende
- Kartlegging av hvilken informasjon de har fått – og ikke minst oppfattet

Åndelig/eksistensiell smerte

- Deles ofte i tre dimensjoner

- Den **eksistensielle** dimensjonen dreier seg om spørsmål knyttet til identitet og mening. For eksempel spørsmål om lidelse og død, skyld og skam, frihet og ansvar, glede og livsmot.

- Den **verdimessige** dimensjonen dreier seg om hva som er verdifullt og viktig for den enkelte her i livet. Den er ofte knyttet tett opp til relasjonen; til oss selv, til familie, venner, arbeid, naturen, kultur og moralske standarder.

- Den **religiøse** dimensjonen handler om troen eller søken etter en høyere makt

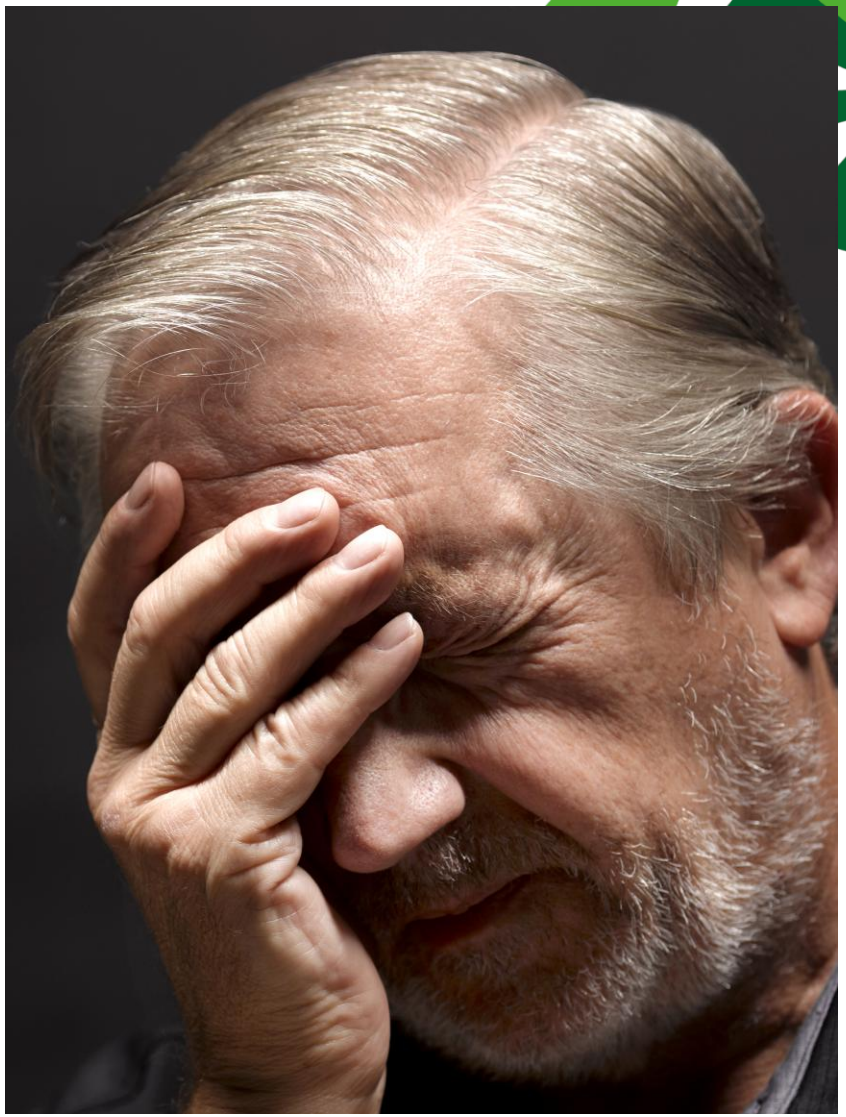


Hva skal vi se etter?

Ord:	Dersom språkfunksjon er god – spør, gjenta spørsmål
Lyder:	Au, stønner, gisper, ynker seg, skriker
Ansiktsuttrykk:	Rynke pannen, stramme munnen, lukker øynene, grimase
Avvergereaksjon:	Stivner, beskytter seg, skyver fra seg, krymper seg
Endret søvn:	Endret innsovning, hyppig oppvåkning, søvnløshet
Endret pust:	Endret frekvens, overflatisk, tung pust
Aktivitet:	Endring – apati til rastløshet
Forflytning:	Endring – redusert forflytningsevne
Kommunikasjon:	Endring – intensivert, redusert, falt bort
Sosial aktivitet:	Endring – redusert, motsetter seg, tilbaketrekning
Nevropsykiatriske symptomer:	Endring – forverring av angst, depresjon, nyoppstått delir, Forverring av uro, økt apati, økt hallusinose

Vurderinger av smerter

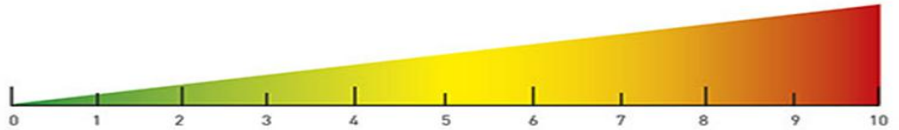
- Nytt/kjent symptom?
- Hvor sitter smerten?
- Forverring ved bevegelse
- *Lammelser/kraftsvikt?*
- Hjelper smertestillende?
- Hvor lenge hjelper smertestillende?
- Hvor ofte behov for smertestillende siste døgn?

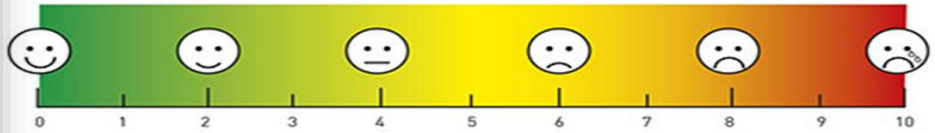


Ulike kartleggingsskjema

- NRS,VRS,VAS- skala
- ESAS
- MOBID-2
- DisDAT







APPENDIKS

MOBID–2 smerteskala

MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Patientens navn: Dato: Tid: Avdeling:

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstell. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1–5) med forsiktighet. Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse:

Smerteatferd

Sett et eller flere kryss for hver observasjon: smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon, som kan være relatert til smerte

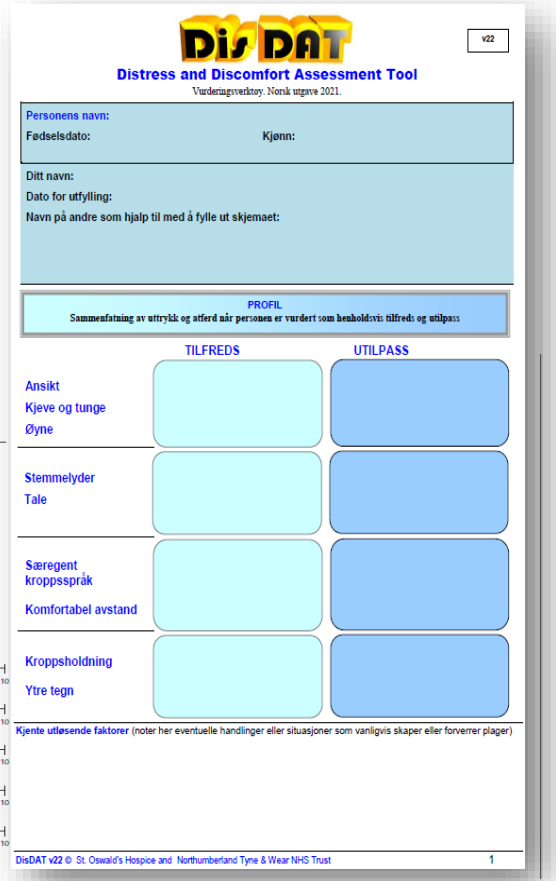
Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon
«Au!» Stønner Ynker seg Gisper Skriker	Grimaserer Rynker pannen Strammer munnen Lukker øynene	Stivner Beskytter seg Skyver fra seg Endringer i pusten Krymper seg

Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0–10

SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DIN(E) OBSERVASJONER

				0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
1. Led til å åpne begge hender	☐	☐	☐	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Led til å strekke armene mot hodet	☐	☐	☐	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofteledd	☐	☐	☐	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	☐	☐	☐	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	☐	☐	☐	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



DisDAT v22

Distress and Discomfort Assessment Tool

Vurderingsverktøy. Norsk utgave 2021.

Personens navn:

Fødselsdato: Kjønn:

Ditt navn:

Dato for utfylling:

Navn på andre som hjalp til med å fylle ut skjemaet:

PROFIL

Sammenfatning av uttrykk og atferd når personen er vurdert som henholdsvis tilfreds og utilpass

	TILFREDS	UTILPASS
Ansikt Kjeve og tunge Øyne		
Stemmelyder Tale		
Særegent kroppsspråk Komfortabel avstand		
Kroppsholdning Ytre tegn		

Kjente utløsende faktorer (noter her eventuelle handlinger eller situasjoner som vanligvis skaper eller forverrer plager)

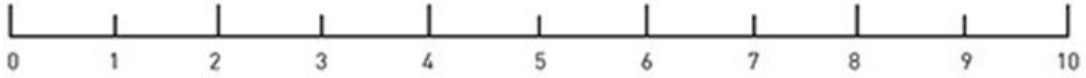
DisDAT v22 © St. Oswald's Hospice and Northumberland Tyne & Wear NHS Trust 1

Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)

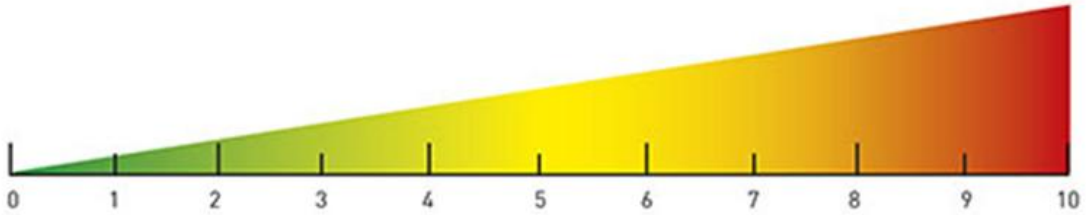
Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:

Ingen smerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig smerte
Ingen slapphet *(slapphet = mangel på krefter)*	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig slapphet
Ingen døsighet *(døsighet = å føle seg søvnig)*	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig døsighet
Ingen kvalme	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig kvalme
Ikke nedsatt matlyst	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
Ingen tung pust	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig tung pust
Ingen depresjon *(depresjon = å føle seg nedstemt)*	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig depresjon

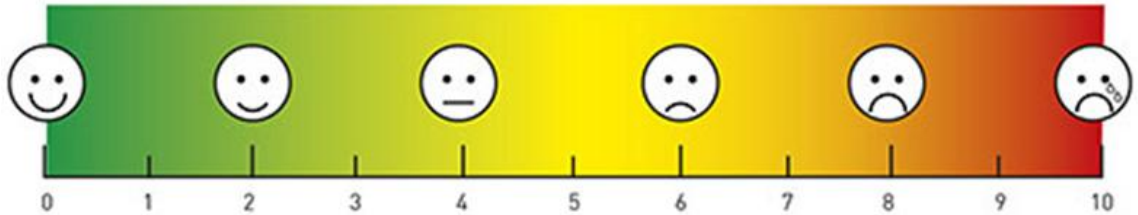
NRS, VRS,VAS – SKALA



Numeric Rating Scale



Verbal Rating Scale



Visual Analogue Scale

VAS brukes til å angi nivået av ulike typer plager og anvendes ofte.

En skala fra 0-10, der 0 kan angi «ingen smerter» og 10 «verst tenkelige smerter».

Finnes varianter med ansiktsuttrykk, farger eller andre graderingsformer langs linjen, noe som kan gjøre det lettere for blant annet barn å angi sine plager.

Selvrapportering vs Observasjon?

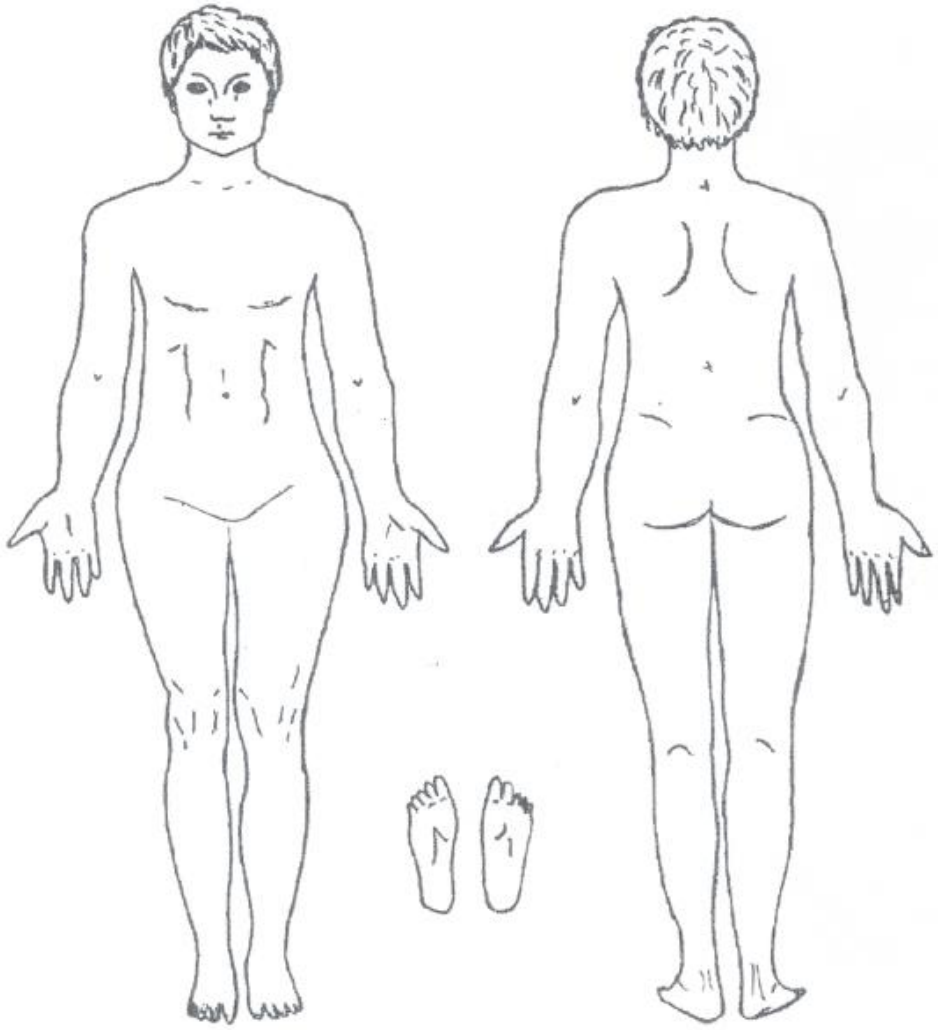
Smerte kroppskart

Edmonton Symptom As

Vennligst sett ring rundt

Ingen smerte	0
Ingen slapphet *(slapphet = mangel på krefter)*	0
Ingen døsighet *(døsighet = å føle seg søvnig)*	0
Ingen kvalme	0
Ikke nedsatt matlyst	0
Ingen tung pust	0
Ingen depresjon *(depresjon = å føle seg nedstemt)*	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig depresjon

Skyggelegg på tegningen området eller områdene hvor du har smerter eller ubehag.



[Lenke til skjema]

[Lenke til kroppskart]

[Lenke til skjema på ulike språk]

- Pasienten fyller selv ut skjemaet eller sammen med pleier
- Utgangspunkt for kartlegging av plager og som oppfølging av iverksatt behandling
- Kartlegger smerter, kvalme, respirasjon, munntørrhet, angst/uro, psykisk/åndelig behov
- Skår over 3-4 krever tiltak

Kartleggingsverktøy ved demens
MOBID-2 smerteskala

- **M**obilisation-**O**bservation-**B**ehaviour-**I**ntensity-**D**ementia
- Utviklet spesielt for personer med demens (Bettina Husebø)
- Baserer seg på observasjon av typisk smerteatferd under systematiske bevegelser av kroppen

- **MÅL: Pasienter med kognitiv svikt skal sikres adekvat smertebehandling, basert på systematisk kartlegging**



Smertekartlegging ved MOBID-2

APPENDIKS

MOBID–2 smerteskala

MOBILISATION – **O**BSER

Patientens navn:

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til mus
sering. Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og g
smerteatferd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevege

Smerteatferd

Sett et eller flere kryss for hver observasjon: smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon, som kan være relatert til smerte

	Smertelyd	**Ansikt**
	«Au!»	Grim
	Stønner	Rynker
	Ynker seg	Stramme
	Gisper	Lukker
	Skriker	

SETT GJERNE FLERE KRYSS I RU

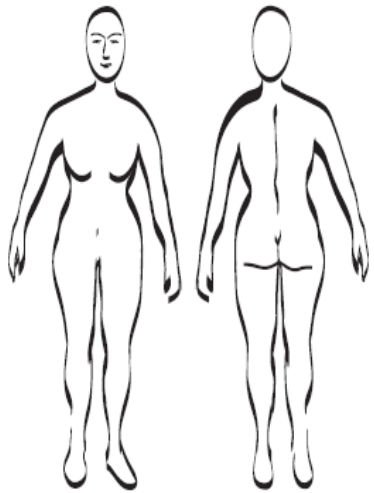
1. Led til å åpne begge hender	☐	☐
2. Led til å strekke armene mot hodet	☐	☐
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofteledd	☐	☐
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	☐	☐
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	☐	☐

APPENDIKS

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

Smerteatferd

Bruk front- og baksiden av kroppstegningen aktivt.
Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd (smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon)



Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0–10

6. Hode, munn, hals — 0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte

7. Bryst, lunge, hjerte

8. Mage – øvre del

9. Bekken, mage – nedre del

10. Hud, infeksjon, sår

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bettina.Husebo@isf.uib.no; Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen

ing basert på
sjon av typisk
tferd under
tiske bevegelser av

let må kunne tolke
og ikke-verbale
n uttrykk for smerte

DisDAT - normalbeskrivelse

- **Ment** som en hjelp til å oppdage tegn på utilpasshet hos personer som har sterkt begrenset evne til å kommunisere
- **Utformet** for å beskrive en persons vanlige uttrykksformer, slik at tegn på plager lettere kan oppdages (Etablere baseline)
- **IKKE et skåringsverktøy.** Det dokumenterer det omsorgsgivere har gjort intuitivt i mange år, og gir derved en registrering som gjør det mulig å oppdage endringer
- **Bare første trinn.** Når utilpasshet blir oppdaget, må de vanlige kliniske beslutningene treffes av fagpersoner
- **Ment som en hjelp til deg og den personen du har omsorg for**. Det gir deg mer tiltro til de observasjons- ferdighetene du allerede har

ANSIKT

Uttrykk

Gjør dette	Uttrykk når tilfreds	Uttrykk når utilpass
Sett en ring rundt de ordene som passer best til ansiktsuttrykket. Legg til dine egne ord hvis du ønsker det.	Passiv Ler Smiler Rynker pannen Grimaser Oppskaket **I dine egne ord:**	Passiv Ler Smiler Rynker pannen Grimaser Oppskremt **I dine egne ord:**

Kjeve- eller tungebevegelser

Gjør dette	Bevegelse når tilfreds	Bevegelse når utilpass
Sett en ring rundt de ordene som passer best med kjeve- eller tungebevegelsene. Legg til dine egne ord hvis du ønsker det.	Avslappet Hengende Gnissende Bitende Stiv Skjelvende **I dine egne ord:**	Avslappet Hengende Gnissende Bitende Stiv Skjelvende **I dine egne ord:**

Uttrykk i øynene

Gjør dette	Uttrykk når tilfreds	Uttrykk når utilpass
Sett en ring rundt de ordene som passer best til uttrykket i øynene. Legg til dine egne ord hvis du ønsker det.	God øyekontakt Lite øyekontakt Unngår øyekontakt Lukkede øyne Stirrer Søvnige øyne 'Smiler' Blunker Uttrykksløs Tårer Utvidede pupiller **I dine egne ord:**	God øyekontakt Lite øyekontakt Unngår øyekontakt Lukkede øyne Stirrer Søvnige øyne 'Smiler' Blunker Uttrykksløs Tårer Utvidede pupiller **I dine egne ord:**

[Lenke til skjema]

DisDAT v22

Distress and Discomfort Assessment Tool

Vurderingsverktøy. Norsk utgave 2021.

Personens navn:

Fødselsdato: Kjønn:

Ditt navn:

Dato for utfylling:

Navn på andre som hjalp til med å fylle ut skjemaet:

PROFIL

Sammenfatning av uttrykk og atferd når personen er vurdert som henholdsvis tilfreds og utilpass

	TILFREDS	UTILPASS
Ansikt Kjeve og tunge Øyne		
Stemmelyder Tale		
Særegent kroppsspråk Komfortabel avstand		
Kroppsholdning Ytre tegn		

Kjente utløsende faktorer (noter her eventuelle handlinger eller situasjoner som vanligvis skaper eller forverrer plager)



Hva tar du med deg fra denne undervisningsbolken?

Avslutning

- Tema neste gang er F –Further Care
- Kom gjerne med innspill til tema og foredragsholder

Evaluering digital fagdag for observasjons- og NEWS instruktører 21. oktober 2026 (3) – Fyll ut skjema

Evaluering digital fagdag for obs ervasjons- og NEWS instruktører 21. oktober 2026 (3)

Takk for i dag

- Ta gjerne kontakt med oss om du har spørsmål eller trenger støtt
- Er du ny instruktør? Informasjon og invitasjon kommer
- Denne presentasjonen vil du finne på nettsidene våre:
- Observasjonskompetanse og NEWS2 Agder øst - Grimstad komm
- Kristiansand kommune - NEWS2



- Merethe.a.land@grimstad.kommune.no
- Cathrine.humlen.ruud@kristiansand.kommune.no