

# Fagdag for observasjons- og NEWS-instruktører på Agder

Merethe A. Land  
Camilla Jenshus Hansen

# Velkommen!

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 <sub>2</sub> Skala 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96			
SpO <sub>2</sub> 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	

Danne verjonen er overvakt eller © 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)

NB! Lav NEWS2 score utelukker ikke alvorlig sykdom

 Utviklingscenter for  
sykehjem og hjemmetjenester  
Agder



Kilde: Stockfoto& privat

# Plan for videre samlinger

- Fysisk samling for nye ressurspersoner
  - Torsdag 10. Juni kl. 11- 15
- Digital samling for alle ressurspersoner/instruktører- **Exposure**
  - Torsdag 21. Oktober kl. 12 - 15



# Program

- 09.15: Velkommen ved Merethe & Camilla
- D for disability. Daglige observasjoner ved ABCDE
- **Kort benstrekk**
- Fagprosedyre i diabetes ved Ellida Grøsle
- **Pause**
- Gruppearbeid
- Presentasjon av nasjonalt arbeid med skrøpeligheitsvurdering (CFS) v/ Camilla
- **Lunsj**
- Delirium og skrøpeligheit ved Kari Beate Johnsen
- Introduksjon til gruppearbeid delirium og bruk av 4AT
- **Pause med kake**
- Gruppearbeid – delirium og 4AT
- 1430-1500: Oppsummering av gruppearbeid og avslutning

# Observasjonskompetanse på Agder

## Trinn 1

### Observasjonskompetanse

Teoretisk ABCDE grunnopplæring fra NEWS [nettside](#) til faglærte

Ufaglærte får opplæringsmaterieell 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](#)





# Daglige observasjoner av ABCDE

# KlinObsKommune trinn 1

- Grunnleggende hefte
- Hva ser, hører, kjenner og lukter man i det daglige- fange opp endringer før det blir alvorlig sykdom
- Knytt observasjoner til pasientens diagnoser-forverrelser/habituelte?
- Hvordan forebygge?

## [Trinn 1: Grunnleggende ferdigheter](#)

<https://www.utviklingscenter.no/klinisk-observasjonskompetanse-i-kommunehelsetjenesten/trinn-1-grunnleggende-ferdigheter>

Startside / Klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten

**Klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten**

Presentasjonsfilm om KlinObsKommune  
Informasjon til USHT/kommuner om KlinObsKommune

**Trinn 1: Grunnleggende ferdigheter**

Trinn 2: Hjerne-lunge-redning  
Trinn 3: ABCDE, NEWS og ISBAR satt i system  
Trinn 4 og 5: tverrfaglig og tverretattlig simulering  
Lommekort og skjema  
USHT-samarbeid om klinisk observasjonskompetanse

Fagkompendium  
**GRUNNLEGGENDE FERDIGHETER**  
Vitale målinger og handlingsberedskap i ABCDE observasjoner  
Trinn 1

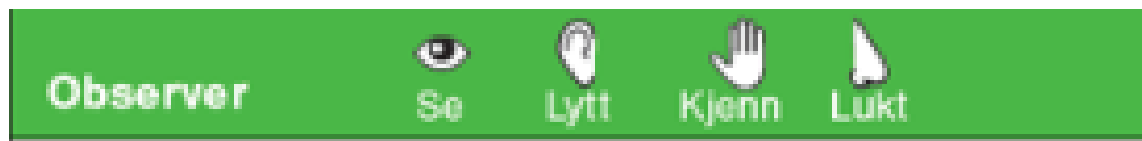


**Trinn 1: Grunnleggende ferdigheter**

Publisert 15. juni 2020 | Oppdatert 06. november 2023

**Målsettingen for trinn 1 er å gi en innføring i ABCDE som prinsipp for observasjoner. Og å sørge for praktiske ferdigheter innen vitale**

# Hva menes med daglige observasjoner



- Observasjoner sett i sammenheng med pasientens habituelle tilstand
- Små endringer kan bety en stor svikt. Dersom vi fanger opp tidlig og forebygger, kan vi unngå forverring og hindre akutt, alvorlig sykdom
- Pasient med høy grad av skrøpelighet med akutt funksjonssvikt= asymptomatiske symptomer
- Pasienter med rusproblemer og psykisk sykdom - viktig å observere bredt og ikke anta årsak til å være rus/psyk relatert før somatisk sykdom er utelukket.
- Personer med utviklingshemming- tidlig aldring

# D- disability (bevissthetsnivå)

- Hvilke endringer skjer med bevisstheten ved:

## Aldring:

- Delirium er vanligst hos eldre og skrøpelige mennesker, og hos mennesker med en demenssykdom.
- Eldre er utsatt for lavenergitraumer-hjerneblødning

## Utviklingshemming:

- Personer med utviklingshemming kan ha utfordringer i kommunikasjon. Ved sykdom kan det være utfordrende å oppdage endringer/symptomer på sykdom
- Epilepsi
- Diabetes



# D- disability

- Hvilke endringer skjer med bevisstheten ved:

## **Rusproblemer:**

- Personer som aktivt ruser seg kan i perioder ha ujevnt inntak av mat og drikke- blodsukkeret.
- Alkohol kan gi både høyt og lavt blodsukker.
- Diabetes & alkohol=obs!

## **Psykiske problemer:**

- Personer med psykiske problemer medisineres ofte med psykofarmaka. En del psykofarmaka påvirker kroppens regulering av appetitt og aktivitetsnivå noe som kan føre til endring av blodsukkeret.

# D- Disability fortsetter

- Vurdering av bevissthet

A - Svarer pasienten adekvat

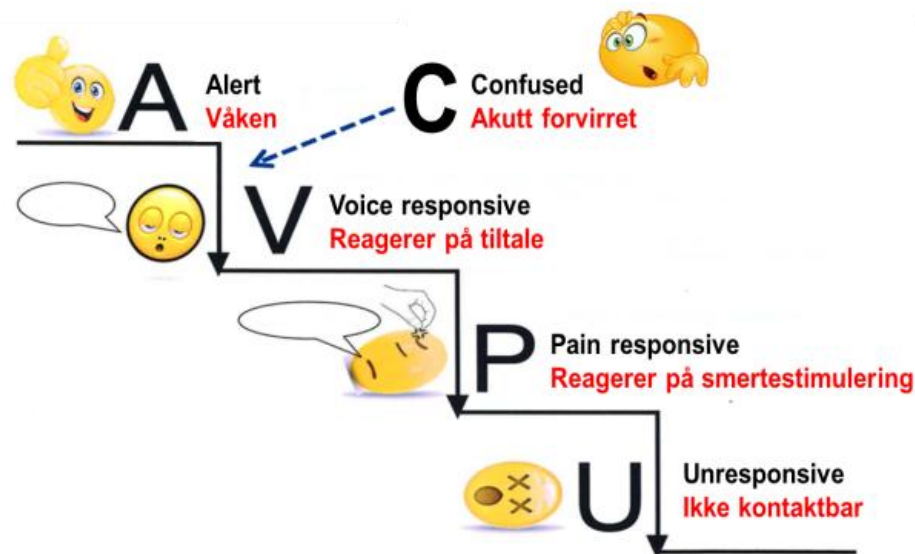
C - Nyoppstått forvirring

V - Reagerer kun på tiltale

P - Reagerer kun på smerte

U - Ikke kontaktbar

Legges i stabilt sideleie



# NEWS2 = National Early Warning Score

## 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 <sub>2</sub> Skala 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96			
SpO <sub>2</sub> 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)



Utviklingscenter for  
sykehjem og hjemmetjenester  
Agder

**NB! Lav NEWS2 score utelukker ikke alvorlig sykdom**



Utviklingscenter for  
sykehjem og hjemmetjenester

AGDER

# D- disability

## Hva observerer man:

- Hvordan er den kognitive funksjonen og hvordan utarter den seg til vanlig?
- Kan endring i kognisjon/ nyoppstått forvirring skyldes delirium?=kartlegg.
- Kartlegge endring i atferd/ smerte: DISDAT/Mobid2/ESAS
- Hvordan er døgnrytmen, søvnmønster?
- Tar pasienten medikamenter eller rusmidler som kan påvirke bevissthet?
- Ved kjent epilepsi, følg utarbeidet prosedyre
- Har pasienten diabetes, og hvordan er blodsukkeret?
- Redusert eller ingen inntak av mat og drikke siste dager?
- Væsketap?

# D - disability

## Forebyggende tiltak:

- Hos pasienter med høyere risiko for delirium utfør forebyggende tiltak
- Tilrettelegg for god døgnrytme, avslapping og tiltak for å fremme god søvnkvalitet.
- For pasienter med diabetes, mål bls og etterstrebe regelmessige måltider
- Legemiddelgjennomgang for å redusere/forebygge endring i bevissthet.
- Samtale med pasient om motivert for å redusere rusmiddelbruk
- Etterstrebe tilstrekkelig inntak av mat og drikke

# Verdens delirumdag, 11.mars



MARCH 11th, 2026

**DELIRIUM**  
WORLD AWARENESS DAY

#WDAD2026

- Delta i QUIZ for helsepersonell og bli med i trekningen av en premie!
- Fyll ut arket i løpet av dagen
- Legg det i esken
- Vi trekker to vinnere på slutten av dagen 😊
  
- Bord: plakater til avdelingen, lommekort, og quiz.



Utviklingscenter for  
sykehjem og hjemmetjenester

AGDER

**Verdens deliriumsdag!**



# Kilder

- [Nasjonalt senter for aldring og helse – For en bedre aldring](#)
- [lommekort-delir.pdf](#)
- [Skrøpелighet - Nasjonalt senter for aldring og helse](#)
- Wyller, TB, 2021. Geriatri, en lærebok. Gyldendal Akademiske forlag
- [Sammen Redder Vi Liv \(113.no\)](#)
- [MiniAnne | Oppgave: Anne \(nrr.org\)](#)
- [Bilder: Copilot | Microsoft 365 Copilot](#)
- [Antipsykotika og akutt hyperglykemi - RELIS](#)
- [Søk på bivirkninger - Felleskatalogen](#)

Pause 09.50-10.00





# Fagprosedyre i diabetes

Ellida Grøslé

# D for Diabetes

Ellida Grøse  
08. april 2026



Utviklingscenter for  
sykehjem og hjemmetjenester

AGDER (Vest)

# Nasjonal diabetesplan 2025–2029





# Fagprosedyre for diabetes

**Fagprosedyre for diabetes**  
i kommunale helse- og omsorgstjenester

Marjolein M. Iversen  
Ingvild Hernar  
Tilla Landbakk  
Anne Haugstvedt  
Tore Julsrud Berg

# Skal bidra til bedre diabetesoppfølging av eldre



**Fagprosedyre for diabetes**  
i kommunale helse- og omsorgstjenester

Marjolein M. Iversen  
Ingvild Hernar  
Tilla Landbakk  
Anne Haugstvedt  
Tore Julsrud Berg

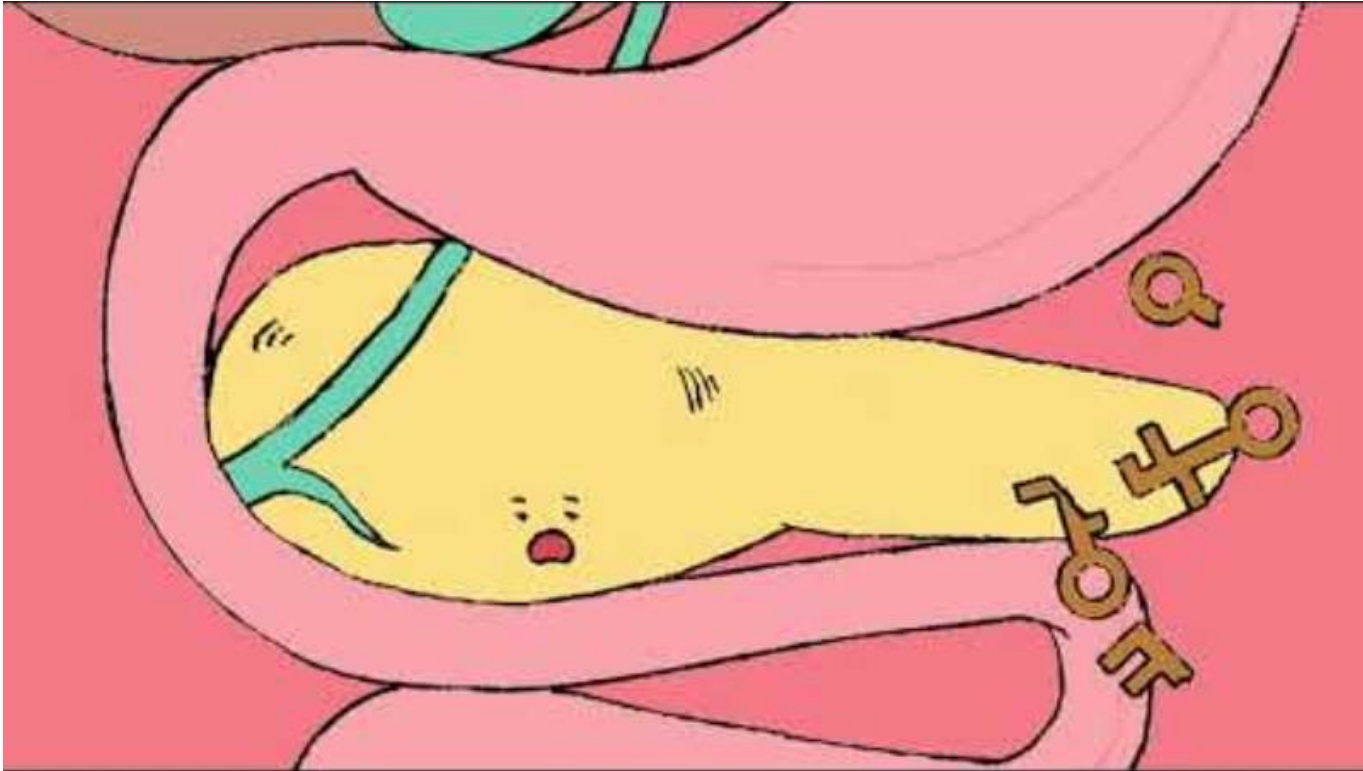
Kartlegging av ny pasient med diabetes  
Behandling av diabetes  
Injeksjonsteknikk  
Glukosemåling  
Lavt og høyt blodsukker  
Oppfølgingsrutiner  
Forebygging og behandling av senkomplikasjoner  
Å finne «ikke kjent» diabetes  
Kognitivt svikt/demens  
Utviklingshemming  
Palliativ behandling og omsorg i livets siste fase

[ah-fagprosedyre-diabetes\\_v11\\_screen\\_1-pdf](https://aldringoghelse.no/ah-fagprosedyre-diabetes_v11_screen_1-pdf)  
(aldringoghelse.no)









Hvem har hatt pasienter med diabetes?  
Hvem har opplevd pasient med lavt blodsukker?  
Hvem har opplevd pasient med høyt blodsukker?  
Hvor mange av dere måler blodsukker?  
Har du vært usikker på hva du skal gjøre?  
-eller hvordan du skal gjøre det?



# Hva er diabetes



# Kan du forskjellene på diabetes type 1 og type 2?

Type 1	Type 2
Produserer <b>IKKE INSULIN</b> 	<b>MINDRE FØLSOM</b> for insulin 
 <b>LIVSTRUENDE</b> uten tilført insulin	 <b>MANGE KAN KLARE SEG</b> uten tilført insulin
Behandles med <b>INSULIN</b> 	Behandles med • <b>KOSTHOLD</b> • <b>AKTIVITET</b> • <b>LEGEMIDLER</b> • <b>INSULIN</b> (etter hvert) 
 Fås oftest som <b>BARN/UNGDOM</b> Kommer <b>BRÅTT</b>	 Vanlig blant <b>VOKSNE OG ELDRE</b> Kommer <b>SNIKENDE</b>

Få mer kunnskap om hvordan diabetes kan kartlegges og behandles i den nye **fagprosedyren for diabetes**.

 **Aldring og helse**  
Nasjonalt senter



# Diabetestyper

- Type 1
- Type 1 ½ LADA (Latent Autoimmun Diabetes in Adults)
- Type 2
- MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young)
- Svangerskapsdiabetes
- Pankreatitt

# Lavt blodsukker, føling (hypoglykemi)

Blodsukker under 3,9 mmol/l (4,0 mmol/l)  
Symptomer?



Tabell 2. Symptomer på lav glukose (hypoglykemi)

Lett til moderat lav glukose/ hypoglykemi	konsentrasjonsvansker, blekhet, skjelving, svette/klamhet, uro, prikking / nummenhet i tunge/lepper, hjertebank, hodepine, sult/tørste, endret oppførsel, kvalme, synsforstyrrelser, ustøhet
Alvorlig lav glukose/ hypoglykemi	talevansker, dobbeltsyn, sløvhet, forvirring, sterkt unormal eventuelt aggressiv oppførsel, koma.

s. 31

Eldre kan ha diffuse og atypiske symptomer på høy og lavt blodsukker

## Tiltak ved lavt blodsukker

- Mål blodsukker
- Sørg for få opp blodsukkeret raskt ved å gi sukkerholdig drikke som et glass melk/fruktjuice saft/brus
- Vent 5-10 min og vurder om det er behov for å gi mer
- Sørg deretter for at blodsukkeret holder seg normalt ved å gi mer langsomt absorberbare karbohydrater som en skive grovt brød eller knekkebrød
- Viktig å kontrollmåle for å vite om tiltakene har effekt
- [Raske og langsomme karbohydrater](#)



# Førstehjelp

- **Glukagonsprøyte:** Settes subkutant eller intramuskulært. Dersom ikke effekt etter 15 min ring 113
- **Glukagon nesesypray:** Inneholder én dose
- **Insulinsjokk:** Pasienten er ikke bevisst. Mål blodsukker for å finne ut hva som er årsaken til bevisstløsheten, om du ikke har mulighet til å måle, behandle det som lavt blodsukker. Ring 113

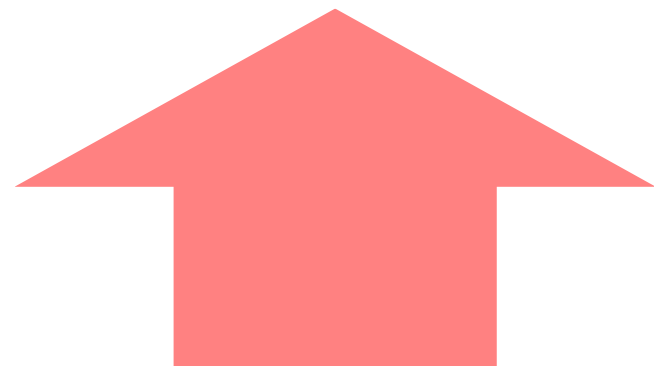


Foto: USHT Agder vest

# Høyt blodsukker (Hyperglykemi)

Blodsukker over 10,0 mmol/l (12 mmol/l)

Symptomer?



Tabell 3. Symptomer og funn ved høy glukose

<b>Høy glukose:</b>	trøtt, sliten, økt tørste, hyppigere vannlatning, urinveisinfeksjon, urininkontinens, dehydrering med fallfare, kognitiv svekkelse og akutt forvirring (delirium), uklart/ endret syn og vekttap.
<b>Syreforgiftning (ketoacidose):</b> Vanligvis kun ved type 1 diabetes, men kan forekomme ved type 2 diabetes ved bruk av SGLT-2-hemmere, ofte da uten at glukose er høy.	tørste, magesmerter, kvalme, oppkast, kraftigere eller raskere pust/ hyperventilering, acetonlukt fra munn, sløret bevissthet, dehydrering, lavt blodtrykk, hurtig puls, utslag på ketoner på stix fra blod eller urin, glukose > 11 mmol/L.
<b>Hyperosmolært koma:</b> Forekommer kun ved type 2 diabetes.	hyppig og stort vanninntak, økt vannlatning og dehydrering utvikles over flere dager, etter hvert også redusert bevissthet. Ved måling er det veldig høy glukose (> 30 mmol/L – non-ketotisk diabetisk hyperglykemi).

s. 31

## Tiltak ved høyt blodsukker

- Mål blodsukker
- Trengs det hurtigvirkende insulin?
- Viktig å kontrollmåle, sikre at BS går riktig vei (1 ½ til 2 timer etter)
- Finne ut av hvorfor det ble høyt?



## Ketoacidose – syreforgiftning

### Symptomer:

- Magesmerter
- Metallisk smak i munnen
- Ånde lukter acetone
- Vanskelig å puste
- Oppkast (-> ring 113!)

# Syreforgiftning

- Uoppdaget diabetes type 1
  - Insulinpumpe og insulintilførselen stopper, for eksempel hvis nålen glir ut eller den eller slangen blir tett
  - Feber eller infeksjon
  - Medisiner som kortison (øker insulinbehovet)
  - Hormonendringer, for eksempel ved menstruasjon, i puberteten og i overgangsalderen
  - For lite insulin eller hopper over doser
  - Medikamentet SGLT-2 hemmer, som gir økt risiko for syreforgiftning
  - [Les mer om syreforgiftning](#)
- 
- Hyperosmolært syndrom [snl.no](https://snl.no)

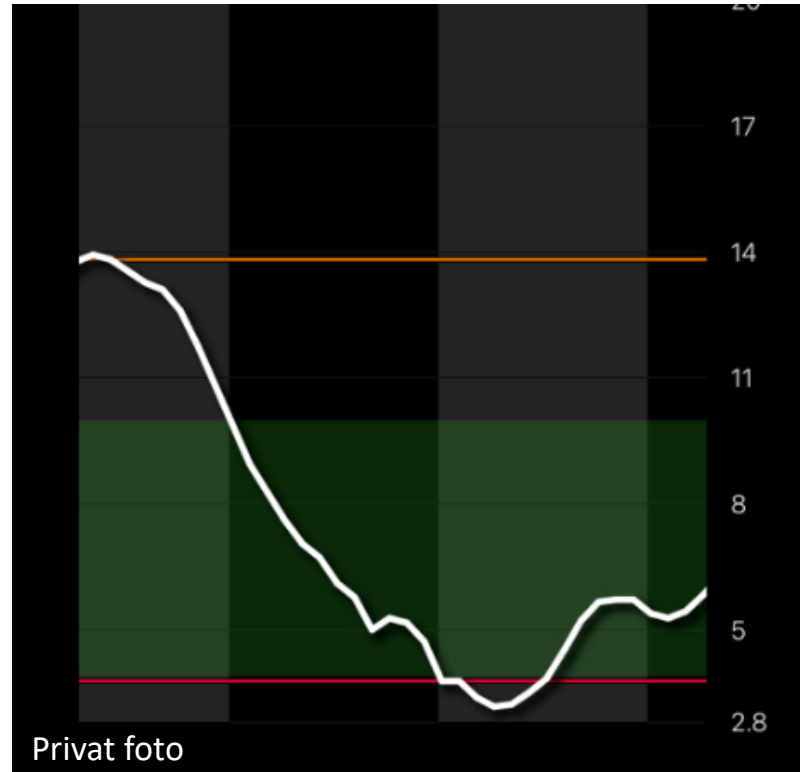
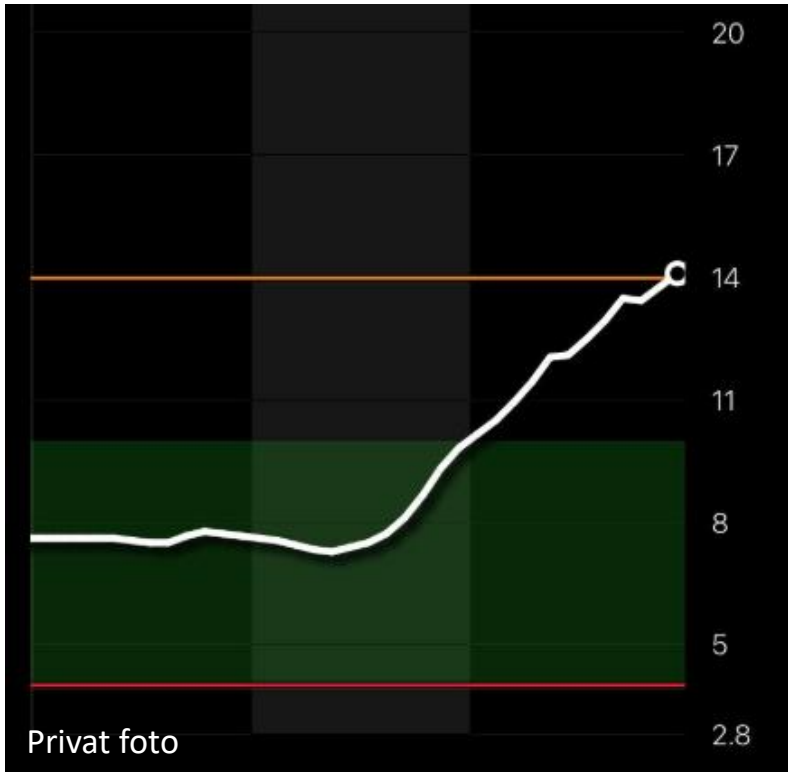


# Svingende blodsukker

- For mye insulin eller insulinstimulerende tabletter (sulfonylurea og glinider)
- For lite mat
- Fysisk anstrengelse
- Stress
- Alkohol
- Mangel på søvn
- Sykdom – feber!



# Hva skjer her?



# Glukosemåling

- Før insulininjeksjon
- Minimum om morgenen hos dem som bruker sulfonylureatabletter (som «Glimepirid», «Amaryl»)

Når måle utenom faste tider?

- Når ekstra hurtigvirkende insulin er satt, bør glukose måles etter 3 timer for å vurdere effekt av behandling
  - Ved symptomer/mistanke om lav/høy glukose
  - Ved feber, infeksjonssykdommer, oppkast/diaré eller dårlig matinntak
  - Ved bruk av steroider/glukokortikoider
  - Ved høy HbA1c
- 
- Døgnkurve innimellom?



Getty images

## Anbefaling

## Oppfølging

### 8.3 Hjerte- og nyresykdom:

Les om forebygging av hjerte- og nyresykdom i [Nasjonal faglig retningslinje for diabetes](#).

- Vurder om pasienten kan ha hjerteinfarkt også uten de klassiske symptomene med brystmerter med utstråling. Personer med diabetes, eldre og kvinner har oftere andre («atypiske») symptomer ved hjerteinfarkt, som akutt tung pust, kaldsvette, kvalme, nedsatt allmenntilstand eller diffuse smerter i overkroppen.
- Vurder om pasienten kan ha hjertesvikt ved uforklart slitenhet/tretthet, tung pust ved anstrengelse, tung pust når man ligger flatt i senga, økt vekt, hevelser i bena eller hjertebank.
- Vurder om pasienten kan ha utviklet en akutt forverrelse av nyresvikt ved uforklart dårlig form, dehydrering, redusert urinproduksjon, rask pust eller nyoppstått hudkløe.
- Vær oppmerksom på at pasienter som står på SGLT2-hemmer kan utvikle syreforgiftning selv om glukose er normal, legemidlet bør da seponeres.

Lege

Sykepleier/  
vernepleier

Helse- og  
omsorgspersonell  
(observasjon,  
dokumentasjon  
og formidling)

## 10. Kognitiv svikt/demens

De fleste som bor på sykehjem, og også enkelte som mottar hjemmesykepleie, har kognitiv svikt/demens. Kognitiv svikt/demens kompliserer diabetesbehandlingen, først og fremst fordi personens evne til å ivareta den daglige egenbehandlingen og oppfølgingen svekkes. Ved kognitiv svikt er det derfor nødvendig at behandling og oppfølging av diabetes kontinuerlig avklares i dialog mellom pasient, pårørende og helsepersonell. Å inkludere pasientens pårørende i denne prosessen er vesentlig. Det er ønskelig å gjøre behandlingen minst mulig inngripende i pasientens hverdag.

Anbefaling	Oppfølging
<b>10.1 Individuell behandlingsplan:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>En behandlingsplan bør utarbeides i samarbeid mellom pasienten, helse- og omsorgspersonell og eventuelt pårørende.</li><li>Behandlingsplanen bør være konkret og tydelig med hensyn til fordeling av roller og ansvar i behandling og oppfølging av diabetes.</li><li>Behandlingsplanen krever kontinuerlig revidering i takt med endringer i kognitiv funksjonsnivå.</li></ul>	Helse- og omsorgspersonell
<b>10.2 Deintensivering av behandling (se også <a href="#">kapittel 2</a>):</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Aktuelt ved kort forventet levetid.</li><li>Overgang til enklere behandlingsregimer bør vurderes når personen selv ikke lenger klarer å ivareta behandlingen (spesielt ved type 1 diabetes, for eksempel slutte med insulinpumpe og gå over til insulinpenn).</li><li>Deintensivering av behandling bør også vurderes ved redusert appetitt og vektnedgang for å unngå overbehandling.</li><li>Ved type 1 diabetes bør deintensivering skje i samarbeid med behandlende lege i spesialisthelsetjenesten.</li></ul>	Lege (deintensivere behandling) Helse- og omsorgspersonell: (observere og dokumentere)
<b>10.3 Justering av behandlingsmål for glukose:</b> <p>Glukosenivået bør ikke bli så lavt at det er risiko for lav glukose/hypoglykemi og heller ikke så høyt at det gir plagsomme symptomer. Et passende glukosenivå kan være 5–14 mmol/L.</p>	Helse- og omsorgspersonell

Anbefaling	Oppfølging
<b>10.4 Glukosemåling:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Det bør legges en plan for hyppighet av glukosemåling (se <a href="#">kapittel 4</a>).</li><li>Glukose hos personer med type 2 diabetes kan for eksempel måles fastende og 2 timer etter større måltider (for eksempel middag) eller før leggetid. Som oftest er det tilstrekkelig å gjøre det et par ganger i uka.</li><li>Hyppigere glukosemålinger ved akutt sykdom som infeksjoner (se <a href="#">kapittel 4</a>).</li><li>For dem som ikke bruker insulin eller sulfonylurea, behøver glukose som oftest ikke måles regelmessig.</li></ul>	Helse- og omsorgspersonell
<b>10.5 Symptomer på høy og lav glukose:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Bør dokumenteres i pasientens journal.</li><li>Bør observeres regelmessig hos personer med kognitiv svikt og høy risiko for lav glukose.</li></ul>	Helse- og omsorgspersonell
<b>10.6 Tvang ved manglende samtykkekompetanse:</b> <p>Om pasienten ikke er samtykkekompetent og motsetter seg diabetesbehandlingen, kan det vurderes at behandlingen gjennomføres med tvang dersom vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A er oppfylt. I akutsituasjoner iverksettes nødvendig helsehjelp, uavhengig av pasientens samtykkekompetanse.</p>	Helse- og omsorgspersonell

### Praktisk gjennomføring og begrunnelse

Eldre med diabetes som har kognitiv svikt/demens, bør gjennomgå en bred geriatrisk vurdering. Kartleggings skjemaer for funksjonsstatus/ADL, kognitiv/mental helse og egenomsorg kan benyttes. Å identifisere kognitiv svikt eller behov for økt oppfølging av diabetes egenomsorg er vesentlig.

For å opprettholde god diabetesbehandling hos personer med kognitiv svikt/demens eller skrupelighet, er det viktig at det utarbeides en plan for behandling og oppfølging. Denne bør gi klare retningslinjer for roller og ansvar med hensyn til hvem som gjør hva i hverdagen. Her bør både pasientens, helsepersonells og eventuelt pårørendes roller og ansvar tydeliggjøres. Planen krever kontinuerlig revidering i takt med endringer i kognitivt funksjonsnivå.

#### Tvang

Pasienten skal i utgangspunktet samtykke til diabetesbehandling. Dersom tvang skal iverksettes, må helsepersonellet som er ansvarlig for behandlingen, fatte et kapittel 4 A-vedtak. [Vedtaksmaal](#) finnes på helsedirektoratet.no.



## 11. Utviklingshemming

Det er viktig å legge til rette for at personer med utviklingshemming og diabetes, eventuelt i samarbeid med nærmeste pårørende, får medvirke i planlegging, utforming, gjennomføring og evaluering av egen behandling. Fordeling av roller og ansvar mellom personen med utviklingshemming og diabetes, helse- og omsorgspersonell og eventuelle pårørende må avklares. Det er særlig viktig å identifisere hva pasienter som mottar helsehjelp selv kan bidra med i egenomsorgen av sin diabetes.

Personer med utviklingshemming og diabetes vil ha ekstra utfordringer i håndteringen av diabetesbehandlingen. Det som er beskrevet i de øvrige kapitlene i fagprosedyren gjelder også her.

Anbefaling	Oppfølging
<b>11.1 Individuell behandlingsplan:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>En behandlingsplan bør utarbeides i samarbeid med personen med utviklingshemming og diabetes og eventuelt pårørende.</li> <li>Behandlingsplanen bør være konkret og tydelig med hensyn til fordeling av roller og ansvar i behandling og oppfølging av diabetes.</li> </ul>	Tverrfaglig team/ansvarsgruppe
<b>11.2 Administrering av insulin (og eventuelt andre glukosesenkende legemidler):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Roller og ansvar bør avklares særlig i forhold til administrering av insulin.</li> <li>Å identifisere hvor pasienten selv kan bidra i egenomsorgen av sin diabetes er vesentlig.</li> </ul>	Helse- og omsorgspersonell som tilfredsstiller krav for legemiddelhåndtering
<b>11.3 Måltider og ernæring:</b> <p>I den grad det er mulig, bidra til at pasienten har et kosthold som er forenlig med godt regulert diabetes, et sunt kosthold som bidrar til å forebygge hjerte- og karsykdom og som ikke gjør at pasienten utvikler fedme.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Utarbeide rutiner for planlegging og innkjøp av mat.</li> <li>Plan for hverdagsmat/helgemat.</li> </ul> <p><b>Hos personer med spisevansker:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Næringsrik/næringstett kost for å unngå undervekt.</li> </ul>	Helse- og omsorgspersonell
<b>11.4 Fysisk aktivitet (se <a href="#">kapittel 2</a>, punkt 2.5 og 2.6):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Det er svært viktig at diabetesykdommen ikke begrenser fysisk aktivitet.</li> <li>Personer med diabetes og utviklingshemming bør være like fysisk aktive som andre med diabetes. Se <a href="#">Aktivitetshåndboken</a> for råd om fysisk aktivitet ved type 1 og type 2 diabetes.</li> <li>Se <a href="#">kapittel 4</a>, <a href="#">kapittel 5</a> og <a href="#">kapittel 6</a> vedrørende glukosemåling, lav og høy glukose.</li> </ul>	Helse- og omsorgspersonell

Anbefaling	Oppfølging
<b>11.5 Tvang:</b> <p>Om personen med utviklingshemming ikke er samtykkekompetent og motsetter seg diabetesbehandlingen, kan behandlingen gjennomføres med tvang dersom vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A er oppfylt. I akutsituasjoner iverksettes nødvendig helsehjelp, avhengig av pasientens samtykkekompetanse.</p>	Helse- og omsorgspersonell

### Praktisk gjennomføring og begrunnelse

For å opprettholde god diabetesbehandling hos personer med utviklingshemming, er det viktig at det utarbeides en plan for behandling og oppfølging. Denne planen bør gi klare retningslinjer for roller og ansvar med hensyn til hvem som gjør hva i hverdagen. Her bør både personen med utviklingshemming og diabetes, helsepersonells og eventuelt pårørendes roller og ansvar tydeliggjøres. Planen krever fortløpende vurdering og revidering i takt med eventuelle endringer i fysisk og kognitivt funksjonsnivå.

Roller og ansvar bør avklares særlig når det gjelder administrering av insulin og glukosemåling. Kartleggingskjemaer for funksjonsstatus/ADL, kognitiv/mental helse og egenomsorg kan benyttes. Det er et mål å gjøre behandlingen minst mulig inngripende i personens hverdag.

Behandlingsansvar for personer med type 1 diabetes ligger fortsatt hos spesialisthelsetjenesten, mens behandlingsansvar for personen med type 2 diabetes ligger fortrinnsvis hos fastlegen.

Personen med utviklingshemming skal i utgangspunktet samtykke til diabetesbehandling. Hvis personen ikke har samtykkekompetanse og motsetter seg behandlingen, kan den bare gis dersom vilkårene for bruk av tvang etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A er oppfylt. Helsepersonellet som er ansvarlig for behandlingen, må da fatte et kapittel 4 A-vedtak. [Vedtaksmaal](#) finnes på helsedirektoratet.no.

### Litteratur

- Iversen MM. (2020). Diabetes. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff (red.) *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal Akademisk, 509–523.
- McVilly K, McGillivray J, Curtis A, Lehmann J, Morrish L, & Speight J. (2014). Diabetes in people with an intellectual disability: a systematic review of prevalence, incidence and impact. *Diabetic Medicine*, 31(8), 897–904. <https://doi.org/10.1111/dme.12494>



# Diabetes i livets siste fase

- Type 1 diabetes: Personer med type 1 diabetes må få tilført noe insulin. I terminal fase beholdes langtidsvirkende insulin/basalinsulin, ofte i redusert dose for å oppnå glukosemål 5–14 mmol/l
- Type 2 diabetes: I terminal fase anbefales det å avslutte glukosesenkende behandling
- Det er vanlig at det oppstår et lavere glukosenivå i terminal fase. Respekter den enkeltes rett til å nekte behandling eller ønske om å fortsette diabetesbehandlingen i denne fasen

## 12. Palliativ behandling og omsorg i livets siste fase

Trygghet, forebygging av plagsomme symptomer som tørste og bevaring av livskvalitet og verdighet er primære mål for diabetesbehandling ved livets slutt.

Deintensivering av diabetesbehandlingen er spesielt aktuelt for pasienter i livets siste dager/terminalfase. For å klargjøre diabetesbehandlingen bør leger og/eller sykepleiere/vernepleiere ta initiativ til samtaler omkring behandling, behandlingsmål og oppfølgingsrutiner med pasient, aktuelt helse- og omsorgspersonell og eventuelt pårørende. Personer med type 1 diabetes må få tilført noe insulin, også i livets siste fase.

Anbefaling	Oppfølging
12.1 Det bør legges til rette for en samtale om behandling og rammer rundt behandlingen mellom lege, sykepleiere/vernepleiere, pasient og eventuelt pårørende. Dokumenteres i pasientens journal/behandlingsplan.	Lege i samarbeid med sykepleiere/vernepleiere
12.2 <b>Deintensivering av legemidler:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Type 2 diabetes: I terminal fase anbefales å avslutte glukosesenkende behandling.</li><li>– Type 1 diabetes: I terminal fase beholdes kun langtidsvirkende-/basalinsulin ofte i redusert dose for å oppnå glukosemål 5–14 mmol/L.</li><li>– Observer symptomer på lav og høy glukose og begrensn glukosemåling.</li></ul>	Lege (justering av behandling) Annet helse- og omsorgspersonell (observasjon, dokumentasjon og formidling)
12.3 <b>Glukosenivå:</b> Glukosenivået bør ikke bli så lavt at det er risiko for lav glukose/hypoglykemi, og heller ikke så høyt at det gir plagsomme symptomer som tørste. Et passende glukosenivå kan være 5–14 mmol/L.	Helse- og omsorgspersonell

Det er vanlig at det oppstår et lavere glukosenivå i terminalt stadium.



# Gruppeoppgave

Finn det kapittelet i fagprosedyren som er aktuelt for din pasientgruppe

- Hvordan er det i din tjeneste nå?
- Hva er det viktigste som skal til for å bruke fagprosedyren i din tjeneste?

Kaffe + grupperom

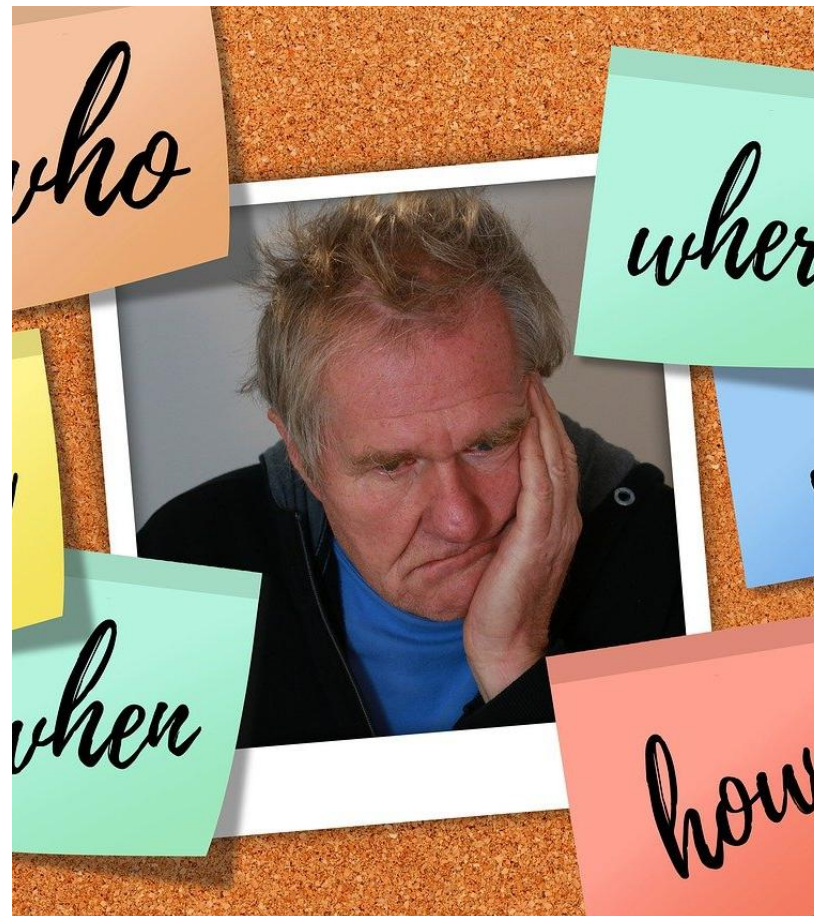


Pause 10:50- 11.05








# Oppsummering av gruppearbeid

- Hva tar du med hjem til egen arbeidsplass?





ABCDE - OBSERVASJON OG TILTAK		Se - Lytt - Kjønn - Lukt
<b>A</b>		<b>AIRWAYS / Luftveier</b> Sørg for frie luftveier ▶ Hakeleift/kjevetak, sideleie, fjern fremmedlegeme
<b>B</b>		<b>BREATHING / Respirasjon</b> Pustebevrer/taledyspne, respirasjonsfrekvens, respirasjonslyder, rytme/dybde, hjelpemuskulatur, cyanose, SpO <sub>2</sub> ▶ Kroppsleie, berolige, pusteveiledning, oksygen
<b>C</b>		<b>CIRCULATION / Sirkulasjon</b> Hud (farge/temp, kald/kjøl), kapillær fyllingstid (normalt 2 sekunder), puls (rytme/fylde), BT ▶ Perifer venekanyle (PVK), evt. væske, heve bena
<b>D</b>		<b>DISABILITY / Bevissthet</b> Bevissthetsnivå (ACVPU), tegn på hjerneslag (PSL/andre sympt.) sjekk pupiller og evt. blodsukker ▶ Frie luftveier, evt. sideleie, regulere blodsukker
<b>E</b>		<b>EXPOSURE / Kroppsundersøkelse / Omgivelser</b> Hudforandringer (utslett, sår cl.), kateter/dren, temperatur, feilstilling/brudd, smerter etc. Endring i hjemmeforhold? ▶ Tiltak avhenger av funn

#### TEGN PÅ HJERNESLAG?

Mistenker du hjerneslag, kan du spørre den det gjelder om å gjøre følgende: prate-smile-løfte



Ring 113 så fort som mulig hvis personen har problemer med å gjennomføre noen av disse oppgavene



## Fagprosedyre for diabetes i kommunale helse- og omsorgstjenester

Marjolein M. Iversen  
Ingvild Hernar  
Tilla Landbakk  
Anne Haugstvedt  
Tore Julsrud Berg

# Spørsmål?

[ellida.g.henriksen@kristiansand.kommune.no](mailto:ellida.g.henriksen@kristiansand.kommune.no)



Utviklingscenter for  
sykehjem og hjemmetjenester

AGDER (Vest)

# Hva tar du med deg fra undervisning i dag?



Getty Images





# Presentasjon av nasjonalt arbeid med skrøpeligheitsvurdering (CFS)

**Camilla Jenshus Hansen**

Allmennesykepleier

USHT Agder Vest

# Begrep skrøpelighet

**Skrøpelighetskala**

**Clinical Frailty scale**

**CFS**

## **Skrøpelighetsvurdering**



Skrøpeligheitscreening-  
UNN Tromsø

Rett hjem-  
Trondheim  
kommune

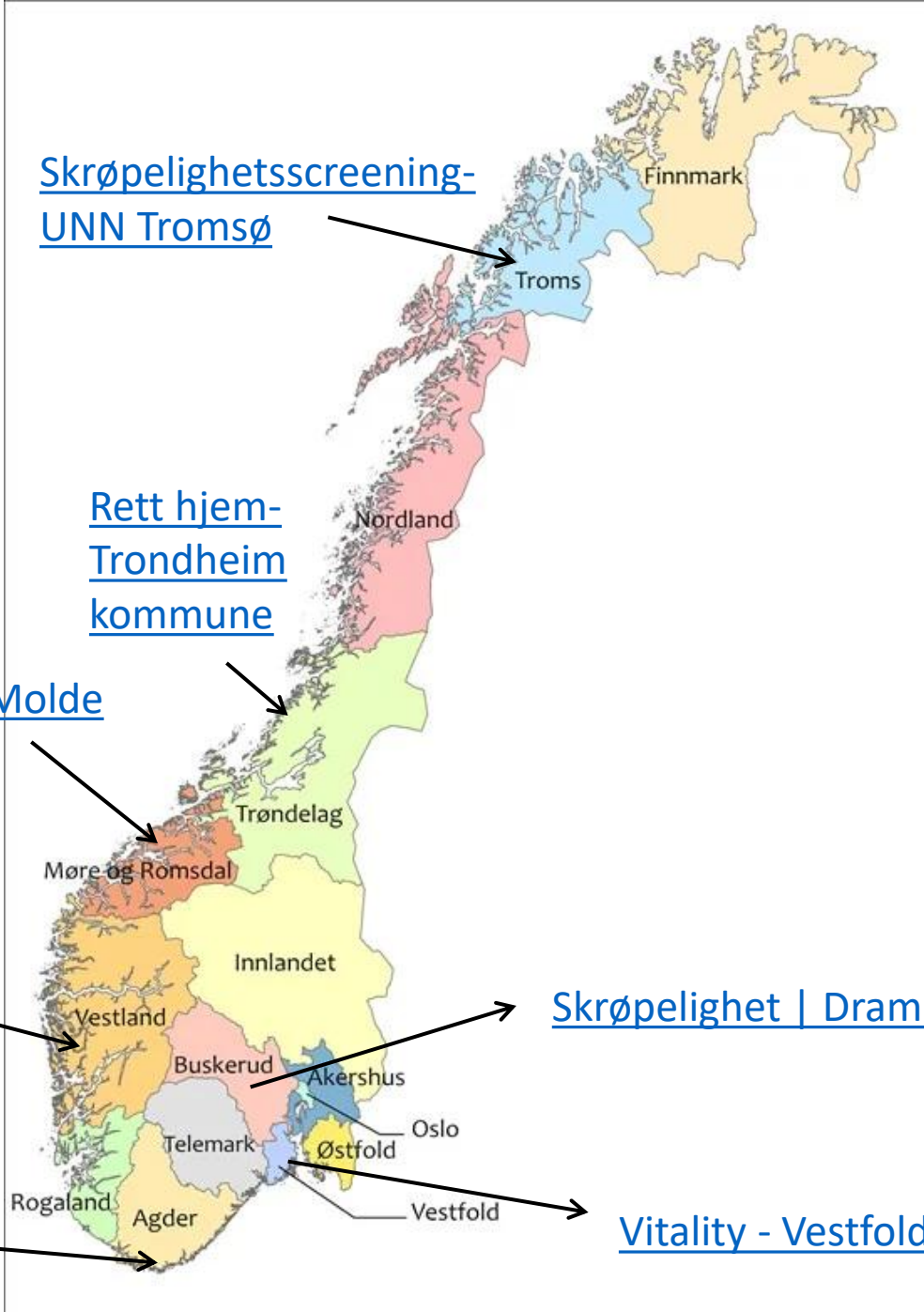
CFS innføres i Molde  
og Hustadvika

Implementering av  
CFS (klinisk  
skrøpeligheitskala)  
i Vestland

Ta gode valg for eget  
liv - Arendal  
kommune

Skrøpeligheit | Drammen kommune

Vitality - Vestfold



# Nasjonal arbeidsgruppe: Skrøpelighet



***Råd og tiltak for å forebygge funksjonssvikt og skrøpelighet, herunder CFS som felles metode.***

- Tilrettelegge for kunnskapsdeling og opplæringsressurser til bruk for tjenestene
- Tilrettelegge for å kunne dele skrøpelighetsvurdering på tvers av tjenester og nivå
- Tilrettelegge for økt kunnskap om funksjon og skrøpelighet hos innbyggere - pasienter/brukere, pårørende

# Hva betyr det i praksis?

## **1. Kunnskapsgrunnlaget**

- *Kunnskapsoppsummering fra FHI*

## **2. Digital deling av CFS på tvers av tjenester**

## **3. Temaside:**

- *Kunnskap om og vurdering av skrøpelighet*
- *Praktisk bruk av skrøpelighetsskala ( CFS)*
- *Opplæringsressurser ( E-læring, webinarer, filmer, lommekort mm)*
- *Aktuelle tiltak for oppfølging*
- *Eksempler fra praksis*

# CLINICAL FRAILITY SCALE - NORWEGIAN



1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>VELDIG SPREK</b>	<b>SPREK</b>	<b>KLARER SEG BRA</b>	<b>LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET</b>	<b>LEVER MED MILD SKRØPELIGHET</b>	<b>LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET</b>	<b>LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET</b>	<b>LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET</b>	<b>TERMINALT SYK</b>
Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekeste i sin aldersgruppe.	Personer som ikke har aktive sykdomssymptomer, men er mindre spreke enn kategori 1. De kan ofte trene eller være veldig aktive av og til, f.eks. sesongbasert.	Personer med velkontrollerte medisinske problemer, selv om de kan ha symptomer av og til. De er ikke regelmessig aktive utover vanlig gange.	Tidligere «sårbar». Denne kategorien markerer en overgang fra å være helt selvhjulpen. Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktivitet. De klager ofte over at de er «langsomme» og/eller blir slitne/trøtte ila dagen.	Disse er mer tydelig langsomme, og trenger hjelp til komplekse aktiviteter i dagliglivet (personlig økonomi, transport, tungt husarbeid). Vanligvis vil mild skrøpeligheit i økende grad føre til problemer med å handle eller gå utenfor hjemmet alene, lage mat, håndtere medisiner, og begynner å begrense lett husarbeid.	Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utendørs og med å stelle hjemmet. Innendørs har de ofte problemer med trapper, trenger hjelp til bading/dusj og kan trenge litt hjelp til å kle på seg (veiledning, tilsyn).	Helt avhengige av hjelp til personlig stell uansett årsak (fysisk eller kognitiv). Likevel fremstår de som stabile og uten høy risiko for å dø (innen ~6 måneder).	Helt avhengige av hjelp til personlig stell og nærmer seg livets slutt. Vanligvis vil de ikke komme seg igjen selv etter mild sykdom.	Nærmer seg livets slutt. I denne kategorien inngår personer med en forventet levetid <6 måneder uten at de lever med alvorlig skrøpeligheit. (Mange terminalt syke pasienter kan være fysisk aktive inntil de er svært nær døden).

## SKÅRING AV SKRØPELIGHET HOS PERSONER MED DEMENS

Graden av skrøpeligheit tilsvarende vanligvis graden av demens (CFS 5,6,7 eller 8). Vanlige symptomer ved mild demens inkluderer det å glemme detaljer rundt en nylig hendelse, selv om man husker selve hendelsen, å gjenta de samme spørsmålene/historiene og sosial tilbaketrekking.

Ved moderat demens er korttidsminnet svært svekket, selv om de virker å huske hendelser fra tidligere i livet. De kan ivareta egenomsorg under veiledning.

Ved alvorlig demens må de ha hjelp til all egenomsorg.

Ved svært alvorlig demens er de ofte seneliggende. Mange har mistet all språk.

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (NO). All rights reserved. For permission: [www.geriatricmedicinereasearch.ca](http://www.geriatricmedicinereasearch.ca)

Translated with permission by Rostoft S, Engstad TT, Sjøbø B, Flaatten H.

Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.



## Gode råd til deg som bruker Clinical Frailty Scale

Clinical Frailty Scale (CFS) ble opprinnelig laget for å oppsummere resultatet av en bred geriatrisk vurdering. Den brukes nå ofte som et prioriteringsverktøy for å kunne ta viktige kliniske avgjørelser. Det er derfor helt nødvendig at skalaen brukes korrekt.

### #1 Det handler om utgangspunktet

Hvis personen du vurderer er akutt syk, skal du skåre hvordan vedkommende fungerte for 2 uker siden, ikke hvordan personen fungerer nå.

### #2 Ta en grundig sykehistorie

CFS er et objektivt klinisk vurderingsverktøy. Skrøpelighet må observeres, beskrives og måles – det er ikke en gjettelek.

### #3 Stol på pasienten, men få informasjonen bekreftet

Det personen du vurderer forteller er viktig, men bør sammenholdes med informasjon fra familie/omsorgspersoner. CFS er et vurderingsbasert verktøy, slik at du må kombinere det du blir fortalt med observasjoner og din kliniske erfaring fra arbeid med eldre.

### #4 Kun 65+

CFS er ikke validert for personer under 65 år eller for de med stabil sykdom i ett organsystem. Det er likevel viktig å dokumentere hvordan en person beveger seg, fungerer i dagliglivet samt opplever egen helse. Dette kan bidra til en individualisert skrøpeligheitsvurdering.

### #5 Terminalt syke (CFS 9)

For personer som virker å være nær døden vil nåværende status (det at de er døende) trumfe vurderingen av hvordan de fungerte i utgangspunktet.

### #6 Medisinske problemer øker ikke automatisk skåren til CFS 3

Personer som ikke plages av symptomer og der sykdom(mene) ikke påvirker dem i hverdagen, kan være CFS 1 eller 2 om de er aktive og selvhjulpne.

### #7 Ikke glem «sårbare» (CFS 4)

Personer i denne kategorien er selvhjulpne (selv om de kan trenge hjelp til tungt husarbeid), men klager ofte over at de er blitt langsomme. De blir stillesittende og har dårlig symptomkontroll.

### #8 CFS fungerer også ved demens

Funksjonstapet ved demens følger et lignende mønster som ved skrøpelighet; mild, moderat og alvorlig demens tilsvarer ofte CFS 5, 6 eller 7. Dersom du ikke vet hvor alvorlig demenssykdommen er, skåres CFS som vanlig.







### #9 Fokuser på endring i funksjon

Når du vurderer mer komplekse aktiviteter i dagliglivet (som matlaging, håndtering av økonomi og hushold) bør du fokusere på om det er endringer i funksjon. En person som aldri har utført en spesifikk oppgave, men basert seg på at noen andre gjør det, kan ikke beskrives som hjelpetrequende siden vedkommende ikke vet hvordan oppgaven utføres.

Oversatt av Rostoft S, Engstad TT, Ahmed M, Sjøbø B og Flaatten H.



## Clinical Frailty Scale (CFS)

	1	<b>VELDIG SPREK</b> Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekeste i sin aldersgruppe.
	2	<b>SPREK</b> Personer som ikke har aktive sykdomssymptomer, men er mindre spreke enn kategori 1. De kan ofte trene eller være veldig aktive av og til, f.eks. sesongbasert.
	3	<b>KLARER SEG BRA</b> Personer med velkontrollerte medisinske problemer, selv om de kan ha symptomer av og til. De er ikke regelmessig aktive utover vanlig gange.
	4	<b>LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET</b> Tidligere "sårbar". Denne kategorien markerer en overgang fra å være helt selvhjulpne. Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktivitet. De klager ofte over at de er "langsomme" og/eller blir slitne tidlig på dagen.
	5	<b>LEVER MED MILD SKRØPELIGHET</b> Disse er mer tydelig langsomme, og trenger hjelp til komplekse aktiviteter i dagliglivet (personlig økonomi, transport, tungt husarbeid). Vanligvis vil mild skrøpeligheit i økende grad føre til problemer med å handle eller gå utenfor hjemmet alene, lage mat, håndtere medisiner, og begynner å begrense lett husarbeid.
	6	<b>LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET</b> Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utendørs og med å stille hjemmet. Innendørs har de ofte problemer med trapper, trenger hjelp til bading/dusj og kan trenge litt hjelp til å kle på seg (veiledning, tilsyn).
	7	<b>LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET</b> Helt avhengige av hjelp til personlig stell uansett årsak (fysisk eller kognitiv). Likevel fremstår de som stabile og uten høy risiko for å dø (innen ~ 6 måneder).
	8	<b>LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET</b> Helt avhengige av hjelp til personlig stell og nærmer seg livets slutt. Vanligvis vil de ikke komme seg igjen selv etter mild sykdom.
	9	<b>TERMINALT SYK</b> Nærmer seg livets slutt. I denne kategorien inngår personer med en forventet levetid < 6 måneder uten at de lever med alvorlig skrøpeligheit. (Mange terminalt syke pasienter kan være fysisk aktive inntil de er svært nær døden).

	8	<b>SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET</b> Helt avhengige av hjelp til personlig stell og nærmer seg livets slutt. Vanligvis vil de ikke komme seg igjen selv etter mild sykdom.
	9	<b>TERMINALT SYK</b> Nærmer seg livets slutt. Forventet levetid < 6 måneder uten at de lever med alvorlig skrøpeligheit. (Mange terminalt syke pasienter kan være fysisk aktive inntil de er svært nær døden.)

## Skåring av skrøpeligheit hos personer med

Graden av skrøpeligheit tilsvarer vanligvis graden av de

Vanlige symptomer ved mild demens inkluderer det å en nylig hendelse, selv om man husker selve hendelsen spørsmålene/historiene og sosial tilbaketrekking.

Ved moderat demens er kortidsminnet svært svekket, huske hendelser fra tidligere i livet. De kan ivareta egen veiledning.

Ved alvorlig demens må de ha hjelp til all egenomsorg

Ved svært alvorlig demens er de ofte sengeliggende. I språk.

Clinical Frailty Scale (C) 2005-2020  
Rockwood, Version 2.0 (NO).  
All rights reserved. For permission:  
www.geriatricmedicine.ca

Rockwood K et al. A global clinical  
of fitness and frailty in elderly  
CMAJ 2005;173:489-495.

Translated with permission by Rostoft S.  
Engstad TT, Sjøbø B, Flaatten H.



## Rett hjem - forsterket utskriv

Pasienter med CFS 4, 5, 6 og 7 kan være tjenesten "Rett hjem - forsterket utskriv

**ST. OLAVS HOSPITAL**  
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDH

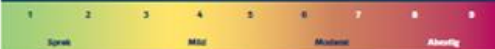
Kontakt geriatrisk konsulttjeneste ved spørsmål - telefon: 417 01 391  
eller send en henvisning til: tilsynsforensparal SO HAU MED AG geriatrisk



For mer informasjon - se temaside

cale v2.0 (NO), © Rockwood 2005-2020. Oversett med  
geriatrisk@cris.com

## KLINISK SKRØPELIGHETSSKALA



**1 VELDIG SPREK**  
Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekeste i sin aldersgruppe.

**2 SPREK**  
Personer som ikke har aktive sykdomssymptomer, men er mindre spreke enn kategori 1. De kan ofte trene eller være veldig aktive av og til, f.eks. sesongbasert.

**3 KLARER SEG BRA**  
Personer med velkontrollerte medisinske problemer, selv om de kan ha symptomer av og til. De er ikke regelmessig aktive utover vanlig gange.

**4 SVÆRT MILD SKRØPELIGHET**  
Tidligere «sårbar». Denne kategorien markerer en overgang fra å være helt selvhjulpne. Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktivitet. De klager ofte over at de er «langsomme» og/eller blir slitne/trøtte ila dagen.

**5 MILD SKRØPELIGHET**  
Disse er mer tydelig langsomme, og trenger hjelp til komplekse aktiviteter i dagliglivet (personlig økonomi, transport, tungt husarbeid). Vanligvis vil mild skrøpeligheit i økende grad føre til problemer med å handle eller gå utenfor hjemmet alene, lage mat, håndtere medisiner, og begynner å begrense lett husarbeid.

**6 MODERAT SKRØPELIGHET**  
Personer som trenger hjelp til alle utendørs aktiviteter og til stell av hjemmet. Inne har de problemer med trapper, trenger hjelp til dusj og veiledning eller tilsyn for å kle på seg.

**7 ALVORLIG SKRØPELIGHET**  
Helt avhengige av hjelp til personlig stell, uavhengig av årsak. De er likevel stabile og uten høy risiko for å dø innen seks måneder.

**8 SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET**  
Helt avhengige av hjelp til personlig stell og nærmer seg livets slutt. Vanligvis vil de ikke komme seg igjen selv etter mild sykdom.

**9 TERMINALT SYK**  
Nærmer seg livets slutt. I denne kategorien inngår personer med en forventet levetid < 6 måneder uten at de lever med alvorlig skrøpeligheit. (Mange terminalt syke pasienter kan være fysisk aktive inntil de er svært nær døden).



## ICOPE-n: kartlegging av iboende kapasitet

Norsk oversettelse av WHO's Integrated Care for Older People (ICOPE).\*

Gi en vurdering av hvert område ved å krysse av i sirkelen

Område	Tester	
<b>KOGNITIV FUNKSJON</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Be personen om å huske tre ord: <i>blomst, dør, ris</i> (for eksempel).</li><li>2. Orientering for tid og sted: <i>Hvilken dato er det i dag? Hvor er du nå (hjemme, legekontor, etc.)?</i></li><li>3. Husker personen de tre ordene?</li></ol>	<input type="radio"/> Feil på minst ett spørsmål eller vet ikke <input type="radio"/> Kan ikke huske alle tre ord
<b>BEVEGELIGHET</b>	Reise seg test: Be personen om å reise seg fra stolen fem ganger uten å bruke armene. Klarte personen å reise seg fem ganger i løpet av 14 sekunder?	<input type="radio"/> Nei
<b>ERNÆRING</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Vekttap: <i>Har du gått ned mer enn 3 kg de siste 3 månedene uten å ha gjort et forsøk på det?</i></li><li>2. Tap av appetitt: <i>Har du mindre matlyst nå enn tidligere?</i></li></ol>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja
<b>SYN</b>	<i>Har du noen problemer med synet ditt (med eller uten briller): vansker med å se langt, lese, øyesykdommer eller får du medisinsk behandling (for eksempel for diabetes eller høyt blodtrykk)?</i>	<input type="radio"/> Ja
<b>HØRSEL</b>	Hører personen hvisking på en armlengdes avstand (hvisketest) <b>eller</b> Resultat fra screening audiometri er 35 dB eller mindre <b>eller</b> Består personen automatisert app-basert «digns-in-noise» test	<input type="radio"/> Ikke godkjent
<b>PSYKISK HELSE</b>	<i>Har du i løpet av de siste to ukene følt deg nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet?</i> <i>Har du i løpet av de siste to ukene vært plaget av liten interesse for eller glede av å gjøre ting?</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja

\* ICOPE-n © 2024 by Hollister, B; Jeppetøl, K; Berg-Utby, C; Abildsnes, E; og Hernes, SS (2024). [ICOPE-n](#). Senter for omsorgsforskning, sør. Licensed under [CC BY-NC-ND 4.0](#). Bruk til forskning etter avtale med forfatterne: [brookkeh@uia.no](mailto:brookkeh@uia.no)

# Refleksjonsoppgave-temaside

***1.Hva skal til for at du hadde tatt i bruk en temaside om skrøpelighet?***

***2.Hva ønsker du å finne av informasjon på en slik side?***

*Snakk med sidemannen, deretter en oppsummering i plenum.*

# Ressurser

- [Clinical Frailty Scale - skrøpelighetscreening - et e-læringskurs på Kompetansebroen](#)

# Lunsj til 12.45





# Delirium og skrøpelighet ved

Kari Beate Johnsen  
Sykehjemsoverlege Kristiansand kommune

DELIR/ AKUTT FORVIRRING

SKRØPELIGHET



- Delir
  - Hvordan forstå at det er et delir
  - Hvordan skille mellom delir og demens
  - 4AT ( Oppdage, forebygge og behandle delir)
- Skrøpелighet
  - CFS



**Akutt  
hjernesvikt**



**Delir  
Akutt forvirring**

«SUMMEPAUSE»

**SYMPTOMER PÅ DELIR**



**Døgnrytmeforstyrrelser**

**Paranoid**

**Urolig**

**Hallusineret**

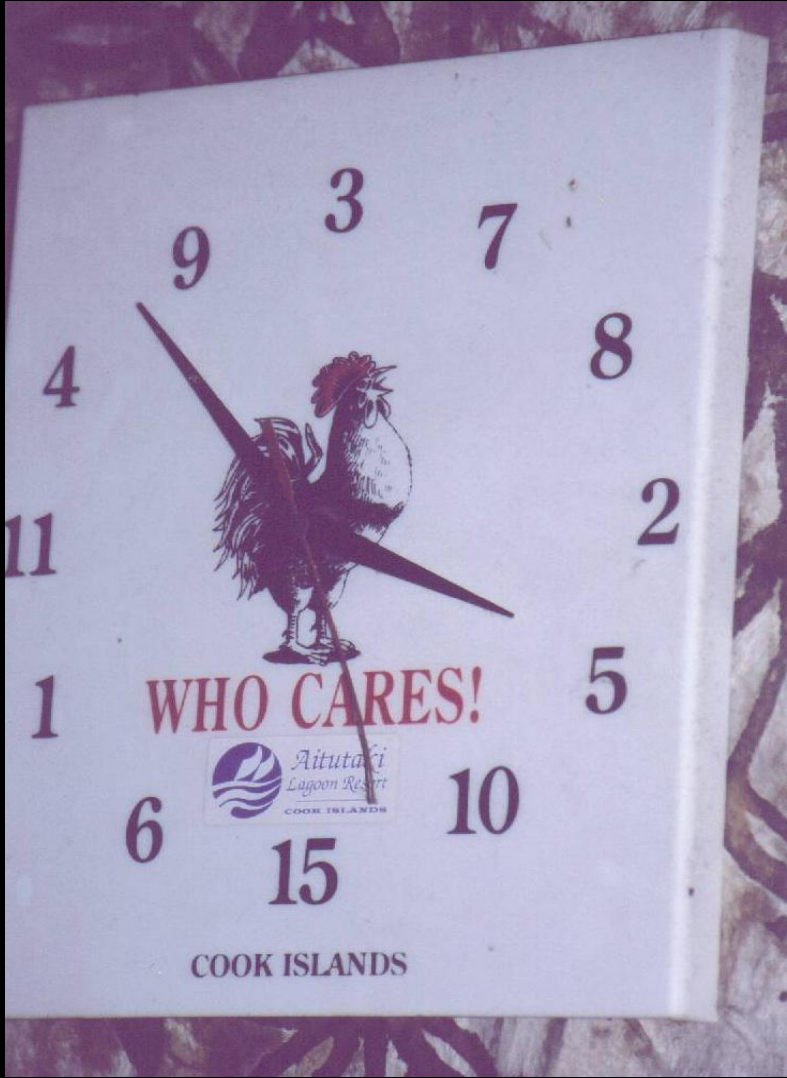
**Ukonsentrert**

**Sløv**

**Desorientert**

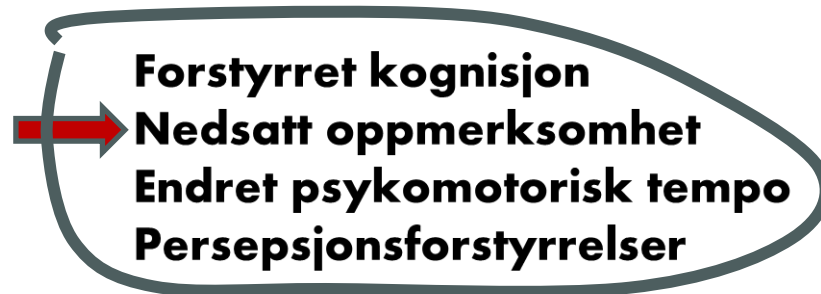
**Irritabel/Aggresiv**

# KAOS



Kognitiv reduksjon  
Endret væremåte

Gradvis utvikling, > 6 mnd



**Akutt/ Fluktuerende**

**Utløsende årsak**



**Delir**

**Utløsende årsak**

**FALL**

# Hva kan utløse akutt funksjonssvikt?



**Hvem kan få akutt funksjonssvikt?**

**Hvem er utsatt for å  
få delir?**

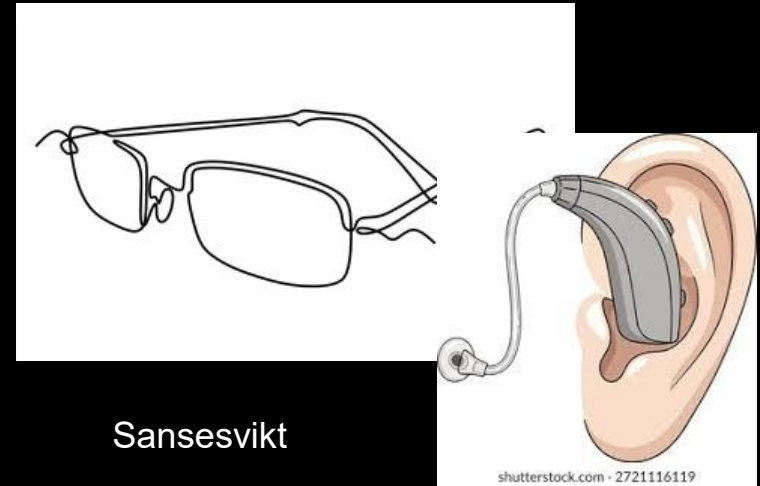
# Risikofaktorer for å få delir?



Høy  
alder



Demens

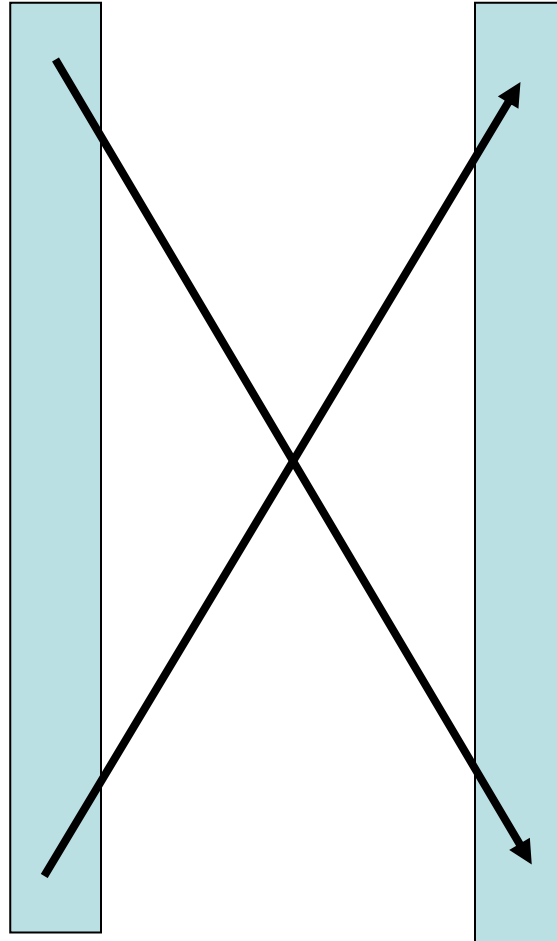


Sansesvikt



Mange sykdommer  
&  
Mange medisiner

Sårbar



Alvorlig sykdom

Sprek

Mindre alvorlig sykdom

**Pasientens  
utgangspunkt**

**+**

**Aktuell  
sykdom**

**Alder**

**Demens**

**Sansesvikt**

**Kroniske  
sykdommer**

**Mye medisiner**

**Infeksjon**

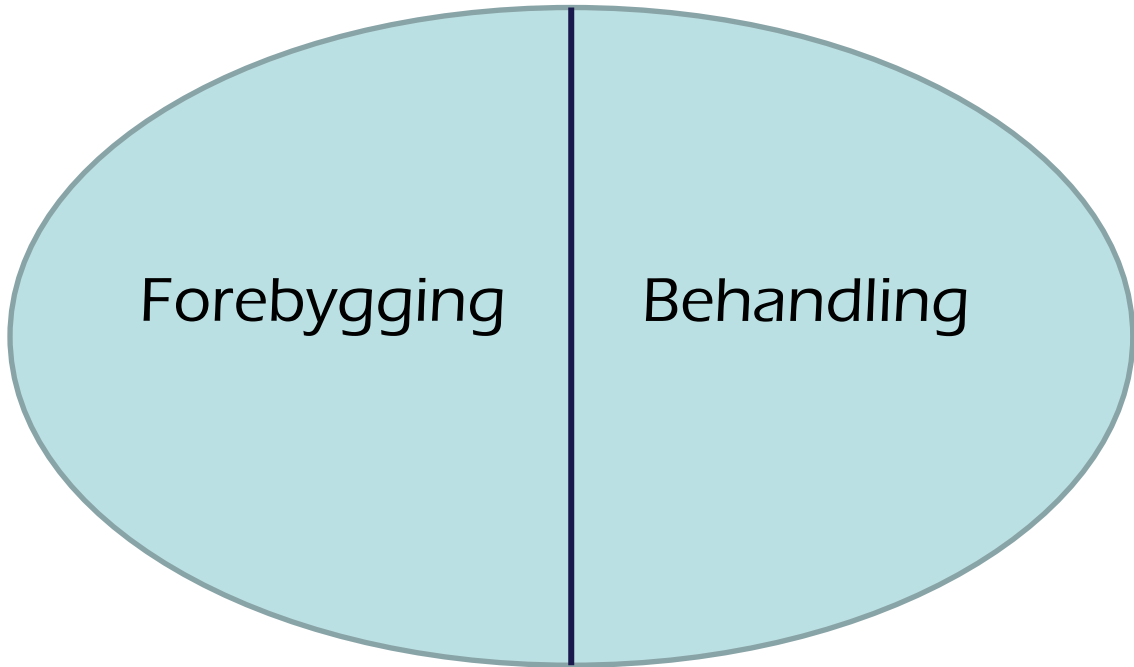
**Traumer**

**Hjerneslag**

**Urinretensjon**

**Ny medisin**

**Behandling**



Forebygging

Behandling

# Behandling

Behandle utløsende årsak

Korrigerer alt som kan korrigeres

- Feber
- Blodsukker
- Saltforstyrrelser/ væske
- Surstoff
- Unngå obstipasjon og urinretensjon
- Lindre smerter

Ta bort unødvendige medisiner

**NB!!**

**ANTICHOLINERGE  
MEDISINER**

# Behandling

Behandle utløsende årsak

Korrigerer alt som kan korrigeres

- Feber
- Blodsukker
- Saltforstyrrelser/ væske
- Surstoff
- Unngå obstipasjon og urinretensjon
- Lindre smerter

# Behandling

**Mat/ Drikke**

**Søvn/ døgnrytme**

**Syn/ Hørsel**

**Aktivitet/ skjerming**

***Medikamentell behandling....***

## 4 AT screening

**A**

- V** • Alertness - Våken/ urolig
- O** • Abbreviated- Orientert
- O** • Attention- Oppmerksomhet/ konsentrasjon
- R** • Acut change/ fluctuation - Raske endringer



## 4AT – Screening

### 1. ÅRVÅKENHET

Pasienten virker tydelig døsig (dvs. vanskelig å vekke og/ eller er åpenbart søvning ved undersøkelsen) eller motorisk urolig/ hyperaktiv. Observer pasienten. Dersom pasienten sover, forsøk å vekke pasienten med vanlig stemme eller ved varsom berøring på skulderen.

- Normal (helt årvåken, ikke urolig ved undersøkelse): 0
- Søvnig < 10 sekunder etter oppvåkning, deretter normal: 0
- Tydelig unormal(t): 4

### 2. AMT4 (FORKORTET MENTAL VURDERING)

Alder, fødselsdato, sted (navnet på sykehuset eller bygning), årstall.

- Ingen feil: 0
- 1 feil: 1
- 2 feil eller flere/ikke testbar: 2

### 3. OPPMERKSOMHET

Spør pasienten: "Kan du i baklengs rekkefølge nevne for meg årets måneder, begynn med desember». Å hjelpe pasienten med et innledende spørsmål «hva er måneden før desember?» er tillatt.

- Oppgir 7 måneder eller flere korrekt: 0
- Begynner, men klarer <7 måneder/avslår å begynne: 1
- Ikke testbar (er uvel, døsig, uoppmerksom): 2

### 4. AKUTT ENDRING ELLER FLUKTASJON AV TILSTAND

Holdepunkter for betydelige endringer eller fluktasjoner knyttet til: årvåkenhet, kognisjon, annen mental funksjon (F.eks. paranoide symptomer, hallusinasjoner). Oppstått i løpet av de siste to uker og fremdeles tilstede de siste 24 timer:

- Nei 0
- Ja 4

0: Delirium/alvorlig kognitiv svikt usannsynlig.  
1-3: Mulig kognitiv svikt.  
≥4: Mulig delirium og/eller kognitiv svikt.

Kilde: Legeforeningen.no

## CAM Confusion Assessment Method

1. Akutt debut?  
Fluktuerende? **JA**  
Uoppmerksom?
2. Desorganisert tale/ tankegang  
Bevissthetsnivå ( oppspilt- søvning)





## 6 dokumenterte\* metoder for å forebygge delirium hos eldre

Bruk disse dokumenterte metodene ovenfor alle eldre for å forebygge delirium\*\*.

(\*\*Dersom delirium utvikler seg, støtt den eldre personen ved å fortsette å bruke disse metodene.)

**RGP** REGIONAL GERIATRIC PROGRAM OF TORONTO

[www.rgptoronto.ca](http://www.rgptoronto.ca)

Supported by:



\*[www.hospitalelderlifeprogram.org](http://www.hospitalelderlifeprogram.org)

**HELSE STAVANGER**  
Stavanger universitetssjukehus

TENK UTLØSENDE  
ÅRSAK!!!

IVARETA SIKKERHET

PÅRØRENDE!!!

## Behandle delirium

Mistanke om delirium skal behandles som delirium inntil det er avkreftet.



Reduser forhold som bidrar til å opprettholde delirium og optimaliser forhold som bidrar til reorientering.



Tilstreb enerom og primærsykepleie. Fastvakt skal på dagtid interagere aktivt med pasient og forsøke å etablere mest mulig adekvat kontakt.



Identifiser underliggende akutte årsak(er) til delirium som lavt blodtrykk, puls, hypoksi, lavt blodsukker, infeksjon eller polyfarmasi.



Ivareta pasientsikkerheten og forebygg komplikasjoner av delirium som fall, underernæring, dehydrering, aspirasjonspneumoni og dyp venetrombose.



Legemiddelgjennomgang, spesielt rettet mot uheldig medisinerer for pasienter med risiko.



Kommuniser og informer pasient og pårørende. Opprett samarbeid med pårørende for å fremme tilstedeværelse og involvering. Komparent-opplysninger hvis mulig (tidligere kognitiv og daglig funksjon, hjelpebehov/hjemmetjenester).



Kontakt lege ved vedvarende delir.



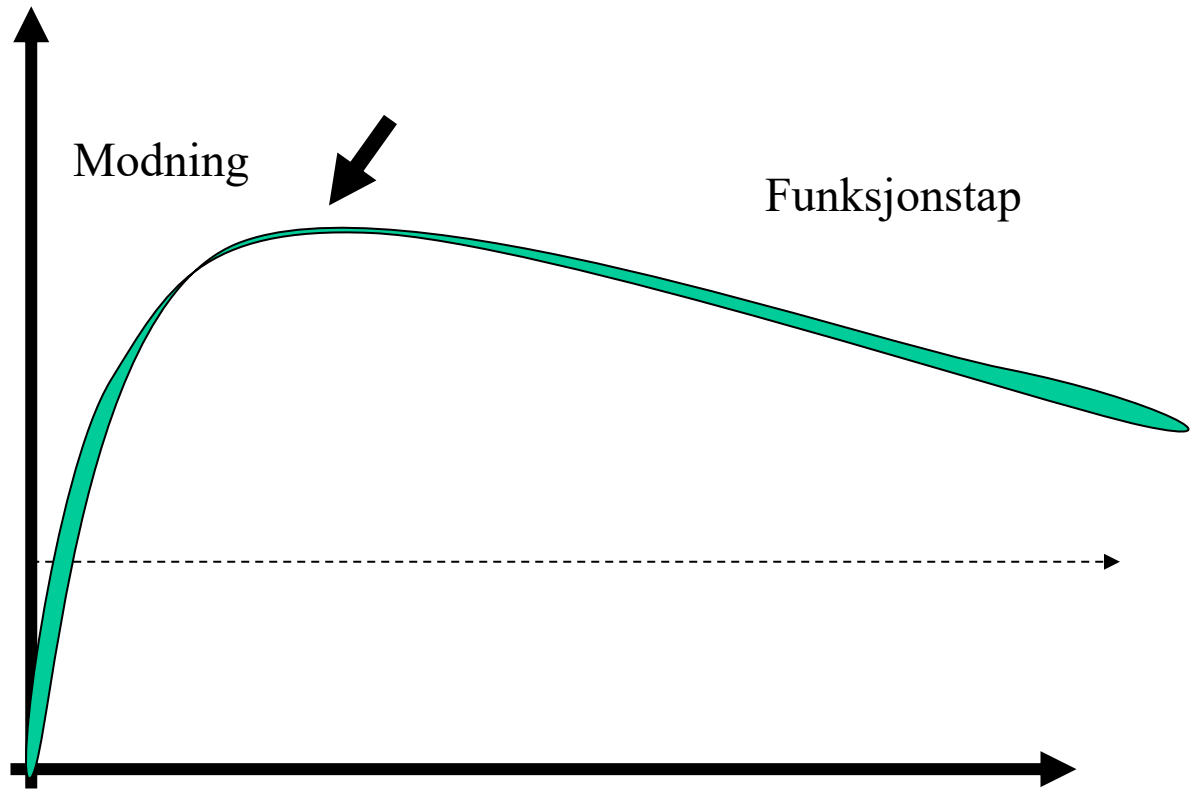
ALDRING  
FUNKSJON



Variasjon!



Funksjon

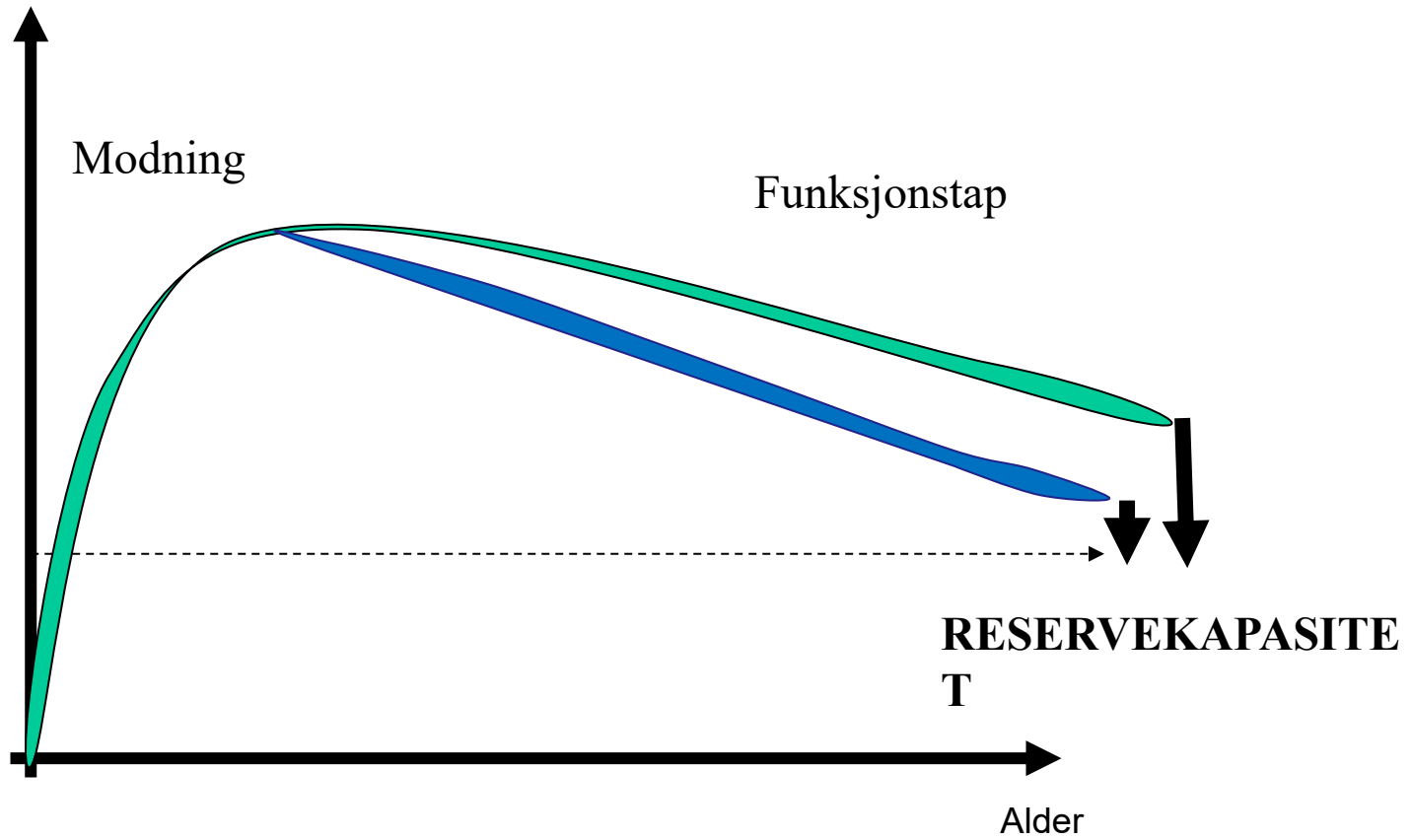


Modning

Funksjonstap

Alder

Funksjon



Modning

Funksjonstap

**RESERVEKAPASITET**

**T**

Alder

Funksjon

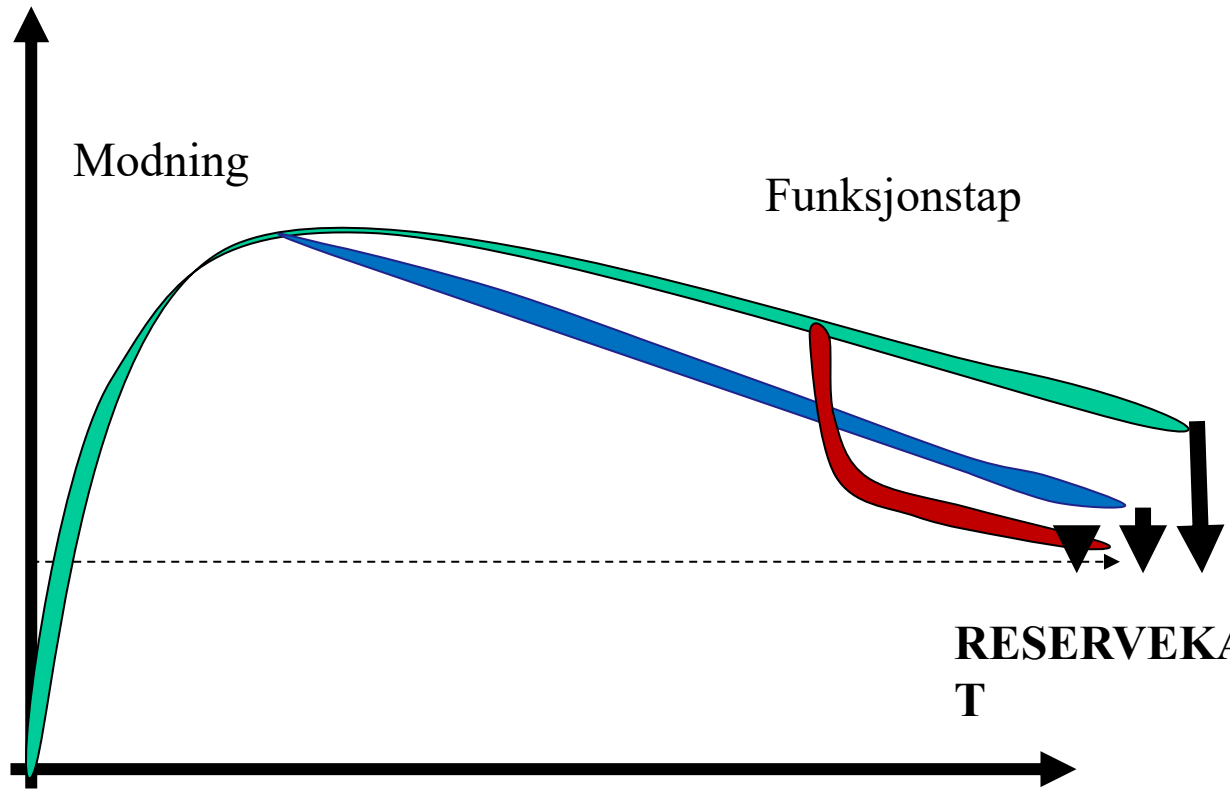
Modning

Funksjonstap

**RESERVEKAPASITE**

**T**

Alder



RESEVEKAPASITET  
SKRØPELIGHET- FRAILTY

CFS,  
Clinical Frailty Scale

# CLINICAL FRAILTY SCALE - NORWEGIAN



**1**

**2**

**3**

**4**

**5**

**6**

**7**

**8**

**9**

## VELDIG SPREK

Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekeste i sin aldersgruppe.

## SPREK

Personer som ikke har aktive sykdomssymptomer, men er mindre sprekke enn kategori 1. De kan ofte trene eller være veldig aktive av og til, f.eks. sesongbasert.

## KLARER SEG BRA

Personer med velkontrollerte medisinske problemer, selv om de kan ha symptomer av og til. De er ikke regelmessig aktive utover vanlig gange.

## LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET

Tidligere «sårbar». Denne kategorien markerer en overgang fra å være helt selvhjulpent. Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktivitet. De klager ofte over at de er «langsomme» og/eller blir slitne/trotte illa dagen.

## LEVER MED MILD SKRØPELIGHET

Disse er mer tydelig langsomme, og trenger hjelp til komplekse aktiviteter i dagliglivet (personlig økonomi, transport, tungt husarbeid). Vanligvis vil mild skrøpeligheit i økende grad føre til problemer med å handle eller gå utenfor hjemmet alene, lage mat, håndtere medisiner, og begynner å begrense lett

## LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET

Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utendørs og med å stelle hjemmet. Innendørs har de ofte problemer med trapper, trenger hjelp til bading/dusj og kan trenge litt hjelp til å kle på seg (veiledning, tilsyn).

## LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET

Helt avhengige av hjelp til personlig stell uansett årsak (fysisk eller kognitiv). Likevel fremstår de som stabile og uten høy risiko for å dø (innen ~6 måneder).

## LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET

Helt avhengige av hjelp til personlig stell og nærmer seg livets slutt. Vanligvis vil de ikke komme seg igjen selv etter mild sykdom.

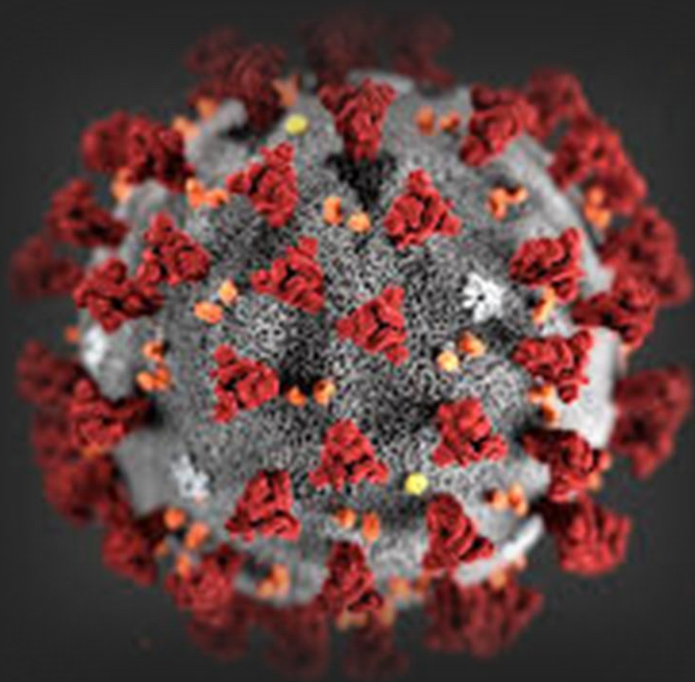
## TERMINALT SYK

Nærmer seg livets slutt. I denne kategorien inngår personer med en forventet levetid <6 måneder uten at de lever med alvorlig skrøpeligheit. (Mange terminalt syke pasienter kan være fysisk aktive inntil de er svært nær døden).

Evne til å tåle utredninger og  
behandling

Forventet levetid





Kan vi forebygge funksjonstap?





# Kartleggings skjema for kartlegging av delirium- 4AT

Merethe A. Land

Camilla Jenshus Hansen

# 4AT-kartleggingskjema



Screening for delirium og kognitiv svikt

Pasientens navn: \_\_\_\_\_ (etikett)  
Fødselsdato: \_\_\_\_\_  
Pasientnummer: \_\_\_\_\_  
Dato: \_\_\_\_\_ Tidspunkt: \_\_\_\_\_  
Testen er utført av: \_\_\_\_\_

## [1] ÅRVÅKENHET (forholder seg normalt til omgivelsene)

Pasienten virker tydelig deslig (dvs. vanskelig å vekke og/eller er åpenbart søvrig ved undersøkelsen) eller motorisk urolig/hyperaktiv. Observer pasienten. Hvis pasienten sover, forsøk å vekke pasienten med vanlig stemme eller ved varsom berøring på skulderen. Be pasienten oppgi navn og adresse til hjelp med vurderingen.

Normal (helt årvåken, ikke urolig ved undersøkelse)	0
Lett søvrig < 10 sekunder etter oppvåkning, deretter normal	0
Tydelig unormal(t)	4

## [2] AMT4 (Forkortet mental vurdering)

Alder, fødselsdato, sted (navnet på sykehuset eller bygning), årstall

Ingen feil	0
1 feil	1
2 feil eller flere/ikke testbar	2

## [3] OPPMERKSOMHET

Spør pasienten: "Kan du i baklengs rekkefølge nevne for meg årets måneder, begynn med desember"

Å hjelpe pasienten med et innledende spørsmål «hva er måneden for desember?» er tillatt

Rekkefølgen av årets måneder baklengs	Oppgi 7 måneder eller flere korrekt	0
	Begynner, men klarer <7 måneder/ avslår å begynne	1
	Ikke testbar (er uvel, desig, uoppmerksom)	2

## [4] AKUTT ENDRING ELLER FLUKTUASJON I TILSTAND

Holdepunkter for betydelige endringer eller fluktuasjoner knyttet til: årvåkenhet, kognisjon, annen mental funksjon

(F.eks. paranoide symptomer, hallusinasjoner) oppstått i løpet av de siste to uker og fremdeles tilstede de siste 24 timer

Nei	0
Ja	4

24: mulig delirium og eller kognitiv svikt  
1-3: mulig kognitiv svikt  
0: delirium eller alvorlig kognitiv svikt usannsynlig (men fremdeles mulig delirium hvis informasjon under punkt [4] er ufullstendig)

4AT SKÅR

## VEILEDNING

Versjon 1.2. Informasjon og nedlasting: [www.the4at.com](http://www.the4at.com)

Instrumentet 4AT er utformet for en rask ferdagsvurdering av delirium og kognitiv svikt. En skår på 4 eller mer antyder delirium, men er ikke diagnostisk. En mer detaljert vurdering av mental status kan være aktuelt før en setter diagnosen. En skår på 1-3 antyder kognitiv svikt. Mer detaljert kognitiv testing og informasjon om pasienten er påkrevd. En skår på 0 ekskluderer ikke sikkert delirium eller kognitiv svikt. Mer detaljert testing kan være påkrevd, avhengig av den kliniske situasjonen. Vurderinger under punkt 1-3 er kun basert på observasjon av pasienten når undersøkelsen gjøres. Punkt 4 krever informasjon fra én eller flere kilder, som din egen kunnskap om pasienten, annet personell som kjenner pasienten, fastlege, dokumentasjon, pårørende. Den som utfører vurderingen bør ta hensyn til kommunikasjonsforstyrrelser (hørselnedsettelse, dysfasi, mangel på språk) når vurderingen gjennomføres og resultatene tolkes.

Årvåkenhet: Endret nivå av årvåkenhet er sannsynligvis delirium i en generell sykehus-setting. Hvis pasienten viser betydelig endret årvåkenhet ved undersøkelsen, sett skår 4 på dette punktet.

AMT4 (Forkortet mental vurdering - 4): Denne skåren kan overføres fra AMT10 hvis denne er gjort rett før 4AT. Akutt endring eller fluktuerende tilstand: Fluktuerende tilstand kan oppstå uten delirium i noen tilfeller hos personer med demens, men tydelig fluktuerende tilstand indikerer delirium. For å avdekke hallusinasjoner og eller paranoide tanker, spør pasienten spørsmål som: "Er du bekymret for hva som skjer her?"; "Er du redd for noe eller noen?"; "Har du sett eller hørt noe uvanlig?".

1. Årvåkenhet: søvning /uro/normal score 0-4
2. Forkortet mental vurdering: Alder, fødselsdato, sted (navnet på sykehuset eller bygning), årstall, score 0-2
3. Oppmerksomhet: Spør pasienten: "Kan du i baklengs rekkefølge nevne for meg årets måneder, begynn med desember» score 0-2
4. Akutt endring eller fluktuasjon i tilstand: Holdepunkter for betydelige endringer eller fluktuasjoner knyttet til: årvåkenhet, kognisjon, annen mental funksjon (F.eks. paranoide symptomer, hallusinasjoner) oppstått i løpet av de siste to uker og fremdeles tilstede de siste 24 timer

# Når bruke 4AT

- Ved endring i pasientens helsetilstand der det er mistanke om endring i bevissthet og score på disability på NEWS2

# Hvordan bruke 4AT

## Veiledning i bruk

- Opplæring i bruk er en forutsetning for bruk

## Dokumentasjon

- Dokumenteres i pasientens journal under situasjon medisinsk oppfølging/observasjoner og tiltak NEWS2
- Beskriv utført kartlegging av delirium med bruk av 4AT, beskriv hva pasienten scorer på, dokumenter også en oppsummering av helhetsbilde av pasient med funksjonsnivå og når endringen startet.
- I samhandling med annet helsepersonell legg ved oppsummering av 4AT med beskrivelse av funn fra de ulike 4 områdene inkludert total score og når endring i helsetilstand startet

# Gruppearbeid delirium og 4AT

Jobb sammen i case tilpasset din tjeneste:

- Hva vil du gjøre med scoren pasienten får på ABCDE/NEWS2 og 4AT?
  - Hva gjør du om du får en score på 1-3 på 4AT? Hva gjør du om du får 4 eller mer?
  - Hvem kontakter du ved score på 4AT?
  - Hvordan vil dere forebygge delirium hos denne pasienten?
  - Hvordan ta i bruk 4AT i din tjeneste?
- 
- Vi samles etter gruppearbeid kl 14.30

Pause- gå deretter til gruppearbeid



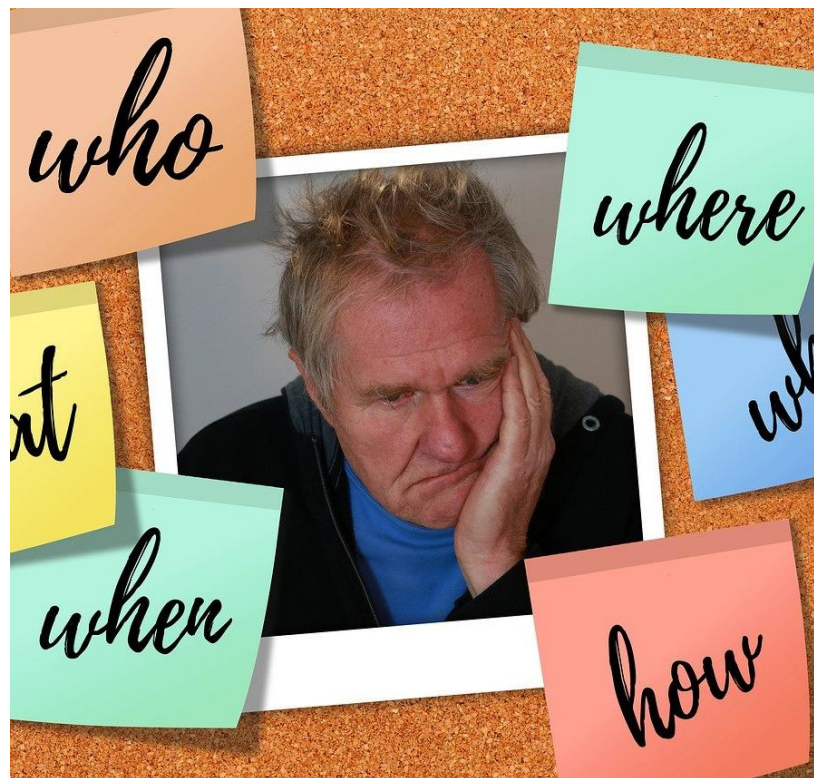
# Oppsummering av gruppearbeid

## Skriv inn I menti:

- Hvordan vil dere forebygge delirium i deres tjeneste?
- Hvordan ta i bruk 4AT i din tjeneste?

[Untitled presentation -  
Mentimeter](#)

Mentikode: 38214657





# Rollen som instruktør

# Forventninger til deg som instruktør

- Sette 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](http://www.kristiansand.kommune.no/news)

Agder øst: [www.grimstad.kommune.no](http://www.grimstad.kommune.no) Søk på NEWS

# Støtte og oppfølging fra Utviklingscenteret

- 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/telefon



**Utviklingscenter for  
sykehjem og hjemmetjenester**

AGDER

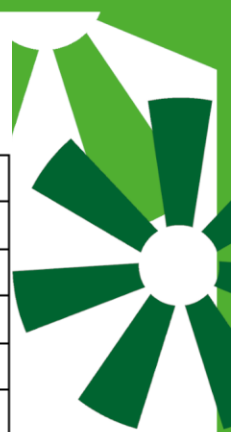
Hvordan er du en pådriver for  
NEWS-2 på din arbeidsplass ?



# 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
- Jevnlig gjennomgang av utstyr til kollegaer som er usikre.
- Spill på lag med fagsykepleier/fagkoordinator/fagressurs på din arbeidsplass

# QUIZ for helsepersonell



Spørsmål	Riktig	Galt
Delirium utvikles over mange måneder		X
Delirium skyldes ofte akutt sykdom, skade eller kirurgi	X	
Oppmerksomhetstesting er sentralt i diagnostikken av delirium	X	
Medikamentbivirkninger er aldri årsak til delirium		X
4 AT bør brukes i diagnostikken av delirium	X	
CAM-ICU bør brukes rutinemessig på intensivavdeling	X	
Barn og unge voksne kan ikke få delirium		X
Deliriumrisikoen er den samme uavhengig av alder		X
Delirium er det samme som demens		X
Demens er en sterk risikofaktor for delirium	X	
Delirium kan ikke forebygges		X
Delirium går vanligvis over etter noen få dager	X	
Delirium kan være svært plagsomt for pasienten	X	
Delirium øker ikke risikoen for senere behov for sykehjems plass		X
Delirium øker muligens risikoen for senere utvikling av demens	X	
25 % av eldre sykehuspasienter får delirium	X	
Behandling av underliggende sykdom er viktig i behandlingen ved delirium	X	
Alt helsepersonell kan mer enn nok om delirium		X
Å sikre bruk av høreapparater og briller er viktig i forebygging og behandling av delirium	X	
Adekvat smertelindring er et viktig tiltak i forebygging og behandling av delirium	X	
Benzodiazepiner er god behandling ved delirium		X
Antipsykotika kan vurderes ved plagsomme hallusinasjoner eller vrangforestillinger hos pasienter med delirium	X	

# Avslutning

Helt konkret, hva tar du med deg fra dagen i dag?



# Avslutning

- Tema neste gang er E – Exposure
- Kom gjerne med innspill til tema og foredragsholder

[Evaluering fagdag for observasjons- og NEWS instruktører 8 april 2026 \(3\) – Fyll ut skjema](#)

Evaluering fagdag for observasjons- og NEWS instruktører 8 april 2026 (3)



# Takk for i dag

- Ta gjerne kontakt med oss om du har spørsmål eller trenger støtte/veiledning
- Denne presentasjonen vil du finne på nettsidene våre:
- [Observasjonskompetanse og NEWS2 Agder øst - Grimstad kommune](#)
- [Kristiansand kommune - NEWS2](#)
  
- [Merethe.a.land@grimstad.kommune.no](mailto:Merethe.a.land@grimstad.kommune.no)
- [Cathrine.humlen.ruud@kristiansand.kommune.no](mailto:Cathrine.humlen.ruud@kristiansand.kommune.no)



© CanStockPhoto.com