

© KlinObsKommune								
Systematisk pasientobservasjon			Observer	Se	Lytt	Kjenn	Lukt	Vurder tiltak som:
A	Airways Luftveier		Frie luftveier? • Snakker pasienten ubesvært • Kjennes luftstrøm • Lyder fra luftveiene (høres heshet/"snorkelyder") • Fremmedlegeme					▶ Hakeløft/kjevetak ▶ Munnrens/sug i munnhule ▶ Sideleie ▶ Fjerne fremmedlegeme - Heimlich; ▶ Hoste ▶ Ryggslag/bukstøt ▶ HLR ▶ Sideleie
B	Breathing Respirasjon		Er det pustebesvær/taledyspne? Vurder; • Respirasjonsfrekvens (RF) ▶ Rytme, dybde, symmetri/sidelikhet ▶ Bruk av hjelpemuskulatur (utslitt) • Respirasjonslyder • Blålig på lepper, ører (sentral cyanose) • Oksygenmetning (SpO2)					▶ Kropsleie/løsne på tøy/frisk luft ▶ Pusteveiledning ▶ Forstøver-/medikamentell behandling (etter forordning) ▶ Oksygen (etter forordning/lokale retningslinjer) ▶ Assistert ventilasjon ▶ Munn til munn/munn til maske ved lav RF
C	Circulation Sirkulasjon		• Hud ▶ blek, kald, klam? • Blålige negler på fingre/tær (perifer cyanose) • Kapillær fyllingstid ▶ Puls (reg/ureg) ▶ Blodtrykk (BT) • Væskeinntak/væsketap (diurese, oppkast/diare o.l.) • Indre/ytre blødninger (tap av blodvolum)					▶ Heve bena (kortvarig effekt) ▶ Væsketilførsel ▶ Væske pr. os (v/dehydrering) ▶ Væske iv/væsketst (v/sirkulasjonssvikt) ▶ Vurdere urinkateter (etter lokale retningslinjer)
D	Disability Bevissthet		• Vurder bevissthetsnivå (v/for eksempel ACVPU-skjema) ▶ Ny forvirring? Forgifting? Endret adferd/uro? Krampes? • Tegn på hjerne slag (PrateSmileLøfte, andre symptomer) • Pupiller (størrelse, symmetri, reaksjon på lys) • Blodsukker (måles alltid ved endret bevissthet)					▶ Sikre luftveier (hake-/kjevetak, sideleie) ▶ Ring 113 ved tegn på hjerne slag ▶ Ring Giftinformasjonen ved forgiftninger eller intox (tif. 22591300) ▶ Regulere blodsukker
E	Environment/ Exposure 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 (VAS/NRS) Vær obs på endringer i funksjonsnivå og hjemmeforhold					Tiltak avhenger av funn ▶ Ta evt. urinprøve, CRP etc. etter lokale retningslinjer/forordninger ▶ Regulere temperatur, smertelindring Rapportere endringer, og/eller tilkall hjelp

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

Kontakt ansvarlig sykepleier/lege (følg lokale rutiner), legevakt (116 117) eller AMK (113) ved alvorlige funn og/eller bekymring for pasienten.

Veiledende beslutningsstøtte

Målgruppe:

Personell som observerer pasienter og skal rapportere videre til ansvarlig sykepleier/ansvarlig helsepersonell

NATIONAL EARLY WARNING SCORE (NEWS2)

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	93-94	95-96	≥97
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	

* Bevissthetsnivå:

A = Alert (Våken)
C = Confusion (Nyoppslått forvirring)
V = Voice (Reagerer på tilfalle)
P = Pain (Reagerer på smertestimulering)
U = Unresponsive (reagerer ikke på tale- eller smertestimulering)

Legg alle andre dokumenterte i Journal når skala 2 skal brukes.
Ved alle andre tilfeller brukes Skala 1

VED HJERTESTANS RING 113 OG START HLR