

Journaldokumentation på förlossningen SÄS

Förändringar sedan föregående version
Dokumentrubriken har ändrats.

Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version	1
Bakgrund och syfte	2
Utförande.....	2
Dokumentation i Obstetrix	3
Vårdkontakter.....	3
Telefonrådgivning	3
Polikliniska besök.....	3
Patientidentitet	3
Induktion	3
Vårdtillfälle: observation under graviditet/inläggning för förlossning.....	4
Partogram	6
Observations-, planeringslista	9
Efterskötning	10
Omvårdnadsepikris	10
Epikris.....	11

Övertag av patient	11
BB-övertag	11
Barnets journal - FV2	12
Obs-lista, planeringslista, bilirubin.....	12
Övrigt	12
Uppföljning, utvärdering och revision	13

Bakgrund och syfte

Detta styrdokument syftar till att främja enhetlig, enkel och effektiv dokumentation anpassad efter verksamheten samt att motverka dubbeldokumentation. Vidare är syftet att främja patientsäker vård och medicinsk säkerhet.

En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Alla med legitimerade yrken har journalföringsplikt. I vissa fall kan även icke legitimerad personal behöva dokumentera uppgifter som har betydelse för patientens vård och behandling även om denne inte är journalföringspliktig enligt lag. Den som för patientjournal ansvarar för sina uppgifter i journalen. Alla anteckningar skall signeras av den som ansvarar för uppgiften.

Rutinerna för dokumentation av patientuppgifter ska även säkerställa att patientjournalen kan utgöra ett underlag för uppföljning av vårdens resultat och kvalitet.

Läkare och barnmorskor SKA dokumentera medan undersköterskor BÖR dokumentera. Grundregeln är att den som utfört en insats också är den som journalför den.

Utförande

Rutinen beskriver hur dokumentation i Obstetrix ska utföras.

Dokumentation i Obstetrix

Vårdkontakter

Registrera Ny vårdkontakt vid varje ny kontakt (telefonrådgivning, polikliniskt besök, observation under graviditet, inläggning för förlossning).

Telefonrådgivning

Välj huvudsökord: Kontaktorsak. Undersökord (blank).

Dokumentera kontaktorsak samt anamnes som har betydelse för aktuell vårdkontakt. Dokumentera även bedömning och rekommendation.

Se styrdokument Telefonrådgivning.

[Telefonrådgivning på förlossningsenheten](#)

Polikliniska besök

Välj huvudsökord: Barnmorskeanteckning/Kontaktorsak.

Undersökord (blank).

Vid barnmorskebesök: Dokumentation sker av barnmorska, till exempel vattenavgångskontroller, minskade fosterrörelser.

Vid läkarbesök: Barnmorskan som tar emot patienten dokumenterar kontaktorsak samt det hon utfört, till exempel blodtryck, puls, temp, urinsticka, fosterljud/CTG, YP (yttre palpation) och så vidare.

Resterande dokumenteras av läkaren som också är ansvarig för diagnosättning och eventuell uppföljning.

Patientidentitet

Kontroll av legitimation vid ankomst.

Alla patienter som läggs in ska ha ID-band, som signeras, dateras och sätts på av barnmorska.

Induktion

Induktionsmall ska finnas på alla induktioner. Läkare ansvarig för induktionsmetod ska namnges i journaltexten. På högriskpatienter ska läkare upprätta induktionsmallen.

Åtgärden dokumenteras av den som utför åtgärden. Alla åtgärder fram till och med amniotomi dokumenteras i induktionsmallen.

Ny induktionsmall för varje ny dag/metod. Kombinerade metoder kan dokumenteras i samma induktionsmall.

Vårdtillfälle: observation under graviditet/inläggning för förlossning

Registrera patientens blodgrupp i Obstetrix utifrån Melior/Blodcentralen.

Notat som inte är aktuella ska tas bort.

FV1 – Flik 1

Ska finnas hos alla patienter från och med graviditetsvecka 22 (inte dessförinnan) oavsett kontaktorsak.

Inskrivning

Välj lämplig intagningsorsak, till exempel hypertoni.

Fyll i inskrivningsstatus enligt mall. Välj Skapa inskrivningsanteckning och redigera enligt nedan.

Anamnes

Förtydliga tidigare sjukdomar.

Förtydliga tidigare graviditeter.

Nuvarande graviditet:

Händelser/tillstånd/läkemedel som är av betydelse för fortsatt vård.

GBS.

BMI \geq 40, vid inskrivning på MVC.

Aurorakontakt eller förlossningsplan.

Om tidigare anteckning finns, hänvisa till datum och instans/journalsystem där anteckning gjordes.

Överkänslighet

Beskriv reaktion.

Status

Beskriv allmänstatus om avvikande.

Korrigera eller gör tillägg under YP samt IU. Till exempel segment, fontaneller/suturer, avvikande färg på fostervattnet. Dokumentera om hinnor palperas eller inte. Beskriv hur eventuell vattenavgång verifierats.

Fosterljud (avlyssnade med tratt eller annat).

Bedömning av CTG-kurva.

Riskbedömning,

Riskgruppering av förlossningspatienter

Beskriv orsak till riskbedömning. Ny bedömning vid varje personalbyte och vid förändring. Alla högriskpatienter ska läkarbedömmas och kontinuerligt följas upp av läkare.

På högriskpatienter ska läkaranteckning upprättas som minimum i samband med varje överrapportering.

Löpande journaltext

Dokumentera det som avviker från det normala.

Utvärdera åtgärder.

CTG signeras på CTG-kurvan av barnmorska om normalt.

Vid avvikande/patologiskt CTG ska läkare kontaktas och fortsatt handläggning/åtgärdsplan dokumenteras. Viktigt att läkare signerar CTG i samband med kontakt.

Smärtlindring före och efter etablerat värkarbete ska dokumenteras i löpande text (alternativt i partogrammet.)

Samtal: till exempel krystsamtal dokumenteras.

Födelse: dokumentera hur perinealskydd utfördes och av vem samt vem som förlöste – barnmorska, student eller läkare.

Bristning/klipp: välj lämpligt undersökord.

Partogram

Partogrammet är huvuddokument vid förlossningen.

Diagnoskoder genereras automatiskt vid dokumentation i partogram.

Startas vid etablerat värkarbete.

Startas vid induktion med amniotomi. Inte vid preinduktion (Angusta, ballong).

Startas alltid vid Oxytocininfusion.

Här dokumenteras vitalparametrar om dessa inte automatgenereras till CTG-kurva.

Avslutas i samband med barnets födelse. Eventuella åtgärder vid fördröjd placentaavlossning bör dokumenteras i löptext. Läkemedel efter barnets födelse ska dokumenteras i löptext, FV1 flik 2.

Värkstatus

Värkstatus utförs varannan timme. Dokumenteras enligt partogram sek/min under kontraktion eller antal värkar/10 minuter alternativt i löptext.

Kontraktionsstyrkan bedöms genom palpation. IU och progress.

Krystning

Dokumenteras under kontraktion.

Förstföderska: krystning dokumenteras när kvinnan krystar aktivt, spontant eller vid uppmaning från barnmorskan, föregående fosterdel står då slutroterat mot bäckenbotten.

Omföderska: krystning dokumenteras när kvinnan krystar aktivt oberoende av var föregående fosterdel står, dock krävs progress.

Tidig krystningskänsla/krystning oavsett orsak dokumenteras i journaltext.

Krystkänsla kan med fördel alltid dokumenteras i löptext eller under notat för att i ett senare skede kunna avgöra om krystningens längd avviker från det normala.

Smärtskattning

VAS är inte lämplig för födande kvinnor. Syftet är dock att uppskatta kvinnans smärtupplevelse (fysisk och emotionell) för att kunna smärtlindra och utvärdera effekten. Smärtskattning bör utföras i samband med värkstatus och efter utförd åtgärd.

Rekommendationen är att använda orden: hanterbart/ej hanterbart efter att kvinnan tillfrågats hur hon upplever situationen/smärtan.

Orden hanterbart/ej hanterbart dokumenteras under notat.

Ej hanterbart ska genereras till löptext och kommenteras.

Station

Dokumentation av föregående fosterdel.

Föregående fosterdel är ledande bendel (inte fostersvulst).

Dokumentera suturer.

Blödning

Dokumenteras under Blödning. Om avvikande utveckla i löptext.

Fostervattenfärg

Rosafärgat fostervatten betraktas som normalt.

Läkemedel

Oxytocininfusion dokumenteras i partogram och motiveras i löptext.

Bensyl-pc finns på generella ordinationer om det ges enligt pm och ordinerar i Melior.

EDA ordinerar av narkosläkare i Orbit och dokumenteras i partogram.

Övriga läkemedel ordineras i Melior och pilas vid behov av läkare i samband med rond.

Smärtlindring

Anges i partogram eller i löptext.

Notat

Nedanstående dokumenteras under notat:

Smärtskattning (se under partogram/smärtskattning).

Näringsintag. Bör genereras till löptext om avvikande.

Kräkningar. Bör genereras till löptext om avvikande.

Lägesändringar. Om patienten är orörlig, dokumentera i löptext.

Elimination, dokumentera mängd. Vid avvikelse generera till löptext.

PVK samt dess placering.

Provtagning skalp-pH

Skalp-pH dokumenteras av utförande läkare.

FV1 - Flik 2

Fyll i enligt mall.

Värkstart, etablerat värkarbete och eventuell vattenavgång.

Dokumentera smärtlindring, PDB och infiltration. Spray/gel under Annat. Ska i löptext förtydligas under huvudsökord: Bristning/klipp.

FV1 - Flik 3

Fyll i enligt mall.

Barnmorskan ansvarar för att sammanställa blödningsmängd, två timmar postpartum. Gäller alla patienter även de som vårdas på postoperation/IVA.

Observations-, planeringslista

Flik 1: Observation

Observationslistan är huvuddokument före och efter etablerat värkarbete.

Här registreras temp, blodtryck, puls, AT, fosterljud, urin, uterus.

Om utan anmärkning: skriv u. a.

Vid avvikelse: skriv se journal och dokumentera i löptext.

Vid inskrivning av blodtryckspatienter och patienter med njursjukdom där fortsatta blodtryckskontroller är att förvänta dokumenteras inskrivningsblodtrycket och efterföljande blodtryck på observationslistan. Viktigt att samma tidpunkt anges som på FV1.

Då övervakningsjournal förs på grund av svårt sjuk patient (till exempel preeklampspatient) eller vid läkemedelsbehandling (till exempel terbutalin) med täta blodtryckskontroller/observationer/kontroller (AF, puls, reflexer, diures och så vidare) bör några av dessa föras in i observationslistan/partogram alternativt en sammanfattande journalanteckning göras i löptext (till exempel under dagen har blodtryck pendlat mellan 150–190 systoliskt, 100–130 diastoliskt). Detta för att läkaren ska kunna gå tillbaka i Obstetrix och se hur blodtrycket legat. Övervakningsjournal scannas inte in i datajournal.

Enstaka blodtryck på CTG, till exempel vid EDA behöver inte föras över till observationslistan/partogram. Vid sectio används anestesijournal. Om man postoperativt är på förlossningssal ser man blodtryck i Milou eller i obs-lista.

Flik 2: Planering/Åtgärd

Här dokumenteras Rh-profylax. Diagnoskod genereras automatiskt.

Efterskötning

Mor

Fylls i enligt mall.

Uterus beskrivs, om palpation enligt rekommendation inte utförts dokumenteras detta.

Dokumentera blödningsmängd.

PVK (kvarvarande alternativt ut u. a.).

EDA-kateter (kvarvarande alternativt ut u. a.).

Barn

Fylls i enligt mall.

Tempkontroller som dokumenteras i efterskötning automatgenereras som första temp i obs-listan.

Omvårdnadsepikris

Alla förlösta patienter ska ha en omvårdnadsepikris och denna är riktad

till läkare, barnmorska, MVC, barnläkare. Kort och koncist innehåll.

Innehåll

Ankomstorsak.

Kort resumé om förlossningsförlopp.

Framfödande. Angående: apgar score, bjudning samt antal värkar, endast det som avviker från det normala.

Sjukdom och ordinationer av betydelse för fortsatt vård.

Givna läkemedel och smärtlindring av betydelse för fortsatt vård.

Grad av bristning och blödning.

Om patienten inte vill/kan amma.

GBS, långvarig vattenavgång. När antibiotika givits ska det framgå om det är mer eller mindre än 4 timmar innan partus.

Tidig hemgång (TH) erbjudits eller är ej aktuellt. Vid TH måste checklistan skyndsamt till BB så de har dokumentationen att utgå ifrån vid återbesöket.

Eventuellt behov av samvård.

Epikris

På följande patienter ska läkare skriva epikris vid utskrivning:

- Alla som haft ett operativt ingrepp (sugklocka, sectio, manuell placentalösning m.m.)
- Alla med perinealbristning grad 3 - 4.
- Alla med interkurrent sjukdom som krävt extra övervakning och behöver någon typ av uppföljning.
- Övriga som av olika anledningar krävt mycket läkarkontakter under vårdtillfället eller haft en traumatisk förlossning som behöver följas upp.
- Alla som observerats på förlossningen av medicinska skäl (till exempel njursten)

Övertag av patient

Övertag dokumenteras i löptext där också samtlig personal som vårdar patienten just nu nämns. Vid behov skrivs kort sammanfattning (till exempel om patientens upplevelse av situation/välbefinnande, YP, CTG/fosterljud, smärtlindring, eventuella läkemedel).

Riskbedömning görs och dokumenteras vid varje övertag och om/när situationen förändras.

BB-övertag

När omvårdnadsepikrisen och efterskötningen är klar noteras på beläggningslistan att patienten är redo för övertag och BB kan läsa på patienten. Barnmorska ringer upp och meddelar att det är klart att läsa.

När BB har läst skriver de vilket rum patienten är välkommen till.
Vid eventuella oklarheter ringer barnmorska/sjuksköterska på BB upp ansvarig barnmorska för förtydligande.

Barnets journal - FV2

Obs-lista, planeringslista, bilirubin
Observationslistan är huvuddokument för barnobservationer.

Flik: Obs-lista

Observation av amning och barnets allmäntillstånd utförs enligt sökorden i obs-listan och dokumenteras i barnets observationslista.

Tillmatning: vad barnet tillmatats med och mängd i ml dokumenteras i observationslistan. Indikation för tillmatning, om koppmatning inte tillämpas och när förälder instruerats och utfört tillmatning dokumenteras i löpande journaltext.

Flik: Planeringar

Dokumentera eventuell provtagning och provsvar.

Barnsjuksköterska på neonatalavdelningen dokumenterar i Melior om barnet är inskrivet på Neo.

Övrigt

I patientjournalen bör förkortningar användas sparsamt och endast vedertagna sådana.

Journalanteckning bör utföras i så nära anslutning till händelse som möjligt.

Läkaranteckning ska finnas på alla röda patienter minst under varje rond.

Läkaranteckning ska finnas vid alla medicinska beslut.

Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Obstetrix/Melior, om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

Ansvar

Gäller för personal inom de enheter/verksamheter som berörs av rutinen. Ansvar för spridning och implementering har VEC/EC.

Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kvinnoklinik

Innehållsansvar: Stina Berver, (stibe5), Specialistläkare

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9641-1173499273-297

Version: 3.0

Giltig från: 2025-05-22

Giltig till: 2027-05-16