Gäller för: VO1 Barn BUP och Kvinna
Innehållsansvar: Irini Makrygianni Lindqvist, (irima2), Överläkare
Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-08-25
Giltig till: 2028-08-31

Övervakning vid neonatalvård

Revideringar i denna version

Förlängt giltighetstiden.

Bakgrund, syfte och mål

Övervak barn på neo. Övervakningsbehovet baseras på barnets tillstånd och bestäms av ansvarig läkare. Skall omprövas dagligen.

Arbetsbeskrivning

Rutiner för övervakning av barn på neo.

Övervakning skall alltid dokumenteras på övervakningslistan och på tempkurvan. På övervakningslistan ska gränser/inställningar ordineras av läkare. Detta ska tas ställning till dagligen på ronden.

- Alla barn fram till gestationsvecka 35 +0 ska ha övervakning i någon form.
- EKG + POX övervak används för svårare sjuka barn, instabila barn, tidigt i vårdförloppet för barn med centrala katetrar (NAK, NVK, undantag CVK hos i övrigt stabilt barn)
- Artärövervak: Kontinuerlig BT-mätning för alla barn med NAK eller artärnål (a-nål)
  Ständig personalnärvaro vid a-nål.
- Apnélarm används vid omogenhetsapnéer eller apnéer av annan orsak t ex abstinens samt som tillägg till annan övervakning.
- POX används för att övervaka syresättning och O_2-behandling samt för barn med tillbud som påverkar syresättning och/eller puls.

Övervakning p g a omogenhet

- Barn med GÅ <32 +0: EKG + POX.
- Barn med GÅ 32-33: EKG + POX i minst två dygn efter födelsen. Om allt u a, fortsatt övervakning med apnélarm.
- Barn med GÅ 33-34: EKG + POX i ett dygn. Sedan övergång till apnédosa om stabilt barn.
- Barn med GÅ <35 +0: Ska övervakas med apnédosa om inte mer avancerad övervakning behövs.
- Om POX-övervakning avslutas på ett stabilt barn i GÅ 35 +0 så behöver inte barnet ha apnélarm.
- Om kontinuerlig t matdropp används som matningssätt ska barnet övervakas med POX + EKG.
- Barn med GÅ > 35 +0 som ljusbehandlas behöver enbart övervakning om barnet ligger på mage: Apnélarm eller POX.
- Om barnet behandlas med Koffeincitrat ska övervakningen vara kvar i ytterligare 3 – 4 dygn efter utsättning. Oftast möjliggörs utsättning av Koffeincitrat vid GÅ 33-34, senast vid GÅ 35 +0 (enstaka fall i GÅ 36 +0).

Övervakning p g a andningsstörning

- Akut andningsstörning (PAS, lindrig RDS, infektion)
  EKG + POX övervakning tills tillståndet stabiliserats.
  Övervakningen avslutas då andningsstörning avklingat eller endast lindrig takypné (låg AF) kvarstår.
- När O_2behandlingen avslutats ska barnet fortsätta övervakas i ytterligare 6 – 24 tim med åtminstone POX. Ansvarig läkare bestämmer övervakningens längd.
- Infektionsbarnen med mycket O_2-behov: EKG + POX och initialt även BT x 3- 8.
- Fullgångna stabila infektionsbarn med sjunkande O_2-behov: POX.
- Prematura med GÅ <35 +0: initialt EKG + POX.

Övervakning vid låndraget O_2-behov

- POX med/utan apnélarm

Övervakning vid inskrivning

Rutinkontroller avseende:
Af, puls, saturation samt ev BT x 2-4 under de första 6 timmarna.
Temp (axill) x 2-3 under de första 6 timmarna.
Därefter görs kontrollerna enligt gällande rutiner eller enligt ordination.

- Alla barn som har kontinuerliga infusioner ska ha urinmätning.

- Alla barn som behandlas med diuretika ska ha urinmätning och BT-kontroll före och cirka 2 timmar efter diuretika i 1 dygn. BT-kontroll ska upprepas varje gång man höjer dosen av diuretika eller beta-blockad.
- Barn med apn´larm eller utan övervak kontrolleras 1 gång/pass.

Kliniska kontroller

Inget övervak kan ersätta kliniska kontroller där personal ser och bedömer barnets allmäntillstånd och viktiga funktioner i vila (sömn) och aktivitet (matning, defekation, vakenhet)

Minst en klinisk kontroll/pass på barn som är uppkopplade på övervak skall vara manuell, resterande kontroller kan läsas av på övervaksutrustningen. AF-mätning då övervakningsutrustningen har svårt att mäta den rätt, kontrollera alltid manuellt. Temperatur kontrolleras regelbundet, tätare vid hypo- eller hypertermi.

Barn med apnélarm eller utan övervak kontrolleras 1 gång/pass.

Undantag:

- Nyinlagda barn i CPAP: Kontroller x 24 första dygnet, därefter enligt ordination.
- Nyinlagda barn i HFNC: kontroller x 24 de första 6 timmarna, därefter enligt ordination.

Prematura barn

- <32 +0: Kontroller x 24 första dygnet, därefter enligt ordination (oftast x 8).
- Barn med apnélarm eller utan övervakning kontrolleras 1 gång/pass.

Målvärde

Saturation:

- Saturationsmål 90-94% för barn i gestationsvecka <37 +0 med oxygenbehandling.
  Larmgräns 89-95%.
- Saturationsmål 92-95% för prematurfödda barn med BPD (CLD) diagnos i korrigerad gestationsålder ≥37 (med eller utan pulmonell hypertension).
  Larmgräns 89-96%.
- Saturationsmål över 95% för barn i gestationsvecka ≥37 +0 med oxygenbehandling.
  Larmgräns 92-99%.

Larmgränser

Saturation:

- Barn utan oxygenbehandling 89-100%.
- Barn med oxygenbehandling se ovan.

Hjärtfrekvens

- Barn i gestationsvecka <37 +0 (normalt 100-180/min) larmgräns 100-200/min.
- Barn i gestationsvecka ≥37 +0 (normalt 80-160/min) larmgräns 80-180/min.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VO1 Barn BUP och Kvinna

Innehållsansvar: Irini Makrygianni Lindqvist, (irima2), Överläkare

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9699-1702881381-159

Version: 12.0

Giltig från: 2026-08-25

Giltig till: 2028-08-31