

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Jessica Hagström, (jesha3), Enhetschef

Granskad av: Josefine Hätting, (josos), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-04-13

Giltig till: 2028-04-30

Fördelning av bo-rum vid hög belastning på SkaS BB-gynekologiavdelning och neonatalavdelning

Revideringar i denna version

Nytt styrdokument.

Bakgrund, syfte och mål

Fr.o.m 24 mars 2026 kommer de gynekologiska patienterna omhändertas inom BB på VO1, vilket innebär att BB:s uppdrag utökas till att även inkludera gynekologisk slutenvård. Detta medför att de totalt 24 bo-rum som idag delas mellan BB och neonatalavdelningen from 24 mars ska inrymma ytterligare en patientgrupp.

För att möta behovet hos samtliga patientgrupper på ett effektivt och säkert sätt samt för att säkerställa att alla patienter får ett tryggt och ändamålsenligt omhändertagande är det viktigt att det finns en tydlig prioriteringsordning för rumsfördelningen. Det minskar risken för missförstånd och bidrar till att resurserna används på bästa sätt.

I detta styrdokument specificeras daglig rutin och prioriteringsordning vid hög beläggning och behov av att samvårda patienter.

Arbetsbeskrivning

På SkaS BB-gynekologiavdelning och neonatalavdelning finns totalt 24 bo-rum. BB har 16 vårdplatser, gyn 6 vpl och neo 10 vpl. För induktioner/oförlösta finns 4 vårdplatser.

Fördelning av bo-rum inom BB-gynekologiavdelning och neonatalavdelning är enligt följande:

- BB har bo-rum 10-12, 15-24 och 26-28
- Oförlösta/induktioner har bo-rum 13-14
- CPAP på förlossningen på förlossningssal, bo-rum 10-12 eller 13-14 beroende på beläggning/inflöde förlossning
- Gyn har bo-rum 22-25
- Neo har bo-rum 29-33 (Neo har även 5 neovårdsrum samt 2 IVA-rum som endast är avsedda för patienter som vårdas på neonatalavdelningen alternativt samvård BB-mamma/neo-barn)

Rumsfördelningen ska hållas enligt ovan i den utsträckning det är möjligt och patientsäkert. Om en patient som initialt vårdas på ett av BB:s bo-rum blir inskriven på neo så ska patienten förflyttas till ett av neo:s bo-rum eller neovårdsrum. Barn som förväntas få en längre vårdtid än mamman bör placeras på neo-rum direkt om möjligt.

Det kan finnas tillfällen då det bedöms olämpligt att flytta en patient mellan bo-rum (tex vid smitta) och beslut huruvida patienten ska flyttas eller inte tas då av enhetschefer (dagtid) alternativt koordinator/stjärnmarkerad personal (jourtid) utifrån rådande helhetsbild på BB-gynekologiavdelning och neonatalavdelning. Vid smitta och en förväntad kort vårdtid rekommenderas att undvika att flytta patienten mellan bo-rum.

Några av bo-rummen kan användas som ”dragspelsrum” beroende på vilken enhet (BB/gyn eller neo) som har högst beläggning (rummen specificeras under rubriken prioriteringsordning vid hög beläggning).

Daglig rutin oavsett beläggning/vård:

För att säkra informationsflödet viktigt mellan förlossning BB/gyn och neo.

- Enhetschefer Förlossning, BB/gyn och neo träffas varje morgon (vardagar) kl 07:30 för kort rapport av nuläge och förväntat in- och utflöde.
- Neo läkare börjar dagen med att kolla av läget på förlossningen
- Koordinatorerna/sektionsledare från förlossning och BB/gyn rapporterar till neonatalavdelningens koordinator/stjärnmarkerad ssk kl.10:30 och 17:30, alla dagar i veckan.
Rapporten ska kort beskriva nuläge och kommande behov, exempelvis pågående inläggningar, status för gynekologiska patienter och planerade hemgångar från BB.
- Regionalt neo-möte sker varje vardag kl.11, då regionala vårdplatser ses över och beslut tas om ev planerade förflyttningar inom regionen
- Kommunikation ska ske mellan förlossning, BB/gyn och neo innan någon enhet kan ta beslut om att ta in barn/kvinnor från regionen. Gäller även vid förfrågningar under jourtid.
- Förlossning, BB/gyn och neo kommunicerar med varandra via chefer/koordinatorfunktionen (koordinator/stjärnmarkerad jourtid) när beläggningen behöver styras upp.

Prioriteringsordning vid hög beläggning:

I första hand ska ses över vilka patienter som kan vårdas i samma rum (familjer ska vara informerade om att partner endast kan stanna om beläggningen tillåter).

Prioriteringsordning gällande vilka patienter som kan vårdas

tillsammans: (OBS! innan patienter vårdas i samma rum görs alltid en individuell bedömning avseende om det bedöms lämpligt oavsett vårdbehov):

1. Oförlösta induktioner
2. Gynpatienter
3. BB- patienter med liknande vårdbehov

4. Neo-patienter med liknande vårdbehov (se avsnitt nedan ”*när neo-patienter ska vårdas på samma rum*”)

När neo-patienter ska vårdas på samma rum gäller:

I första hand stabila, ”fullgångna” barn med kort vårdtid, tex som vårdas för infektion/antibiotikabehandling, ljusbehandling, matsvårigheter.

I andra hand stabila prematura barn som tex är i stadie ”äta/växa/hålla värmen barn”, ljusbehandlas med kort vårdtid kvar.

När situationen kräver kan vi behöva lägga ihop ett BB-barn med ett neo-barn.

För enkelrum på BB och gyn prioriteras:

1. Palliativa patienter i livets slutskede
2. Pat med smitta (MRSA, ESBL eller liknande)
3. Pat med pågående cytostatikabehandling eller immunsupprimerande behandling (om de inte kan samvårdas med patient med liknande vårdbehov/behandling)
4. Mödrar med klar psykisk ohälsa (med kontakt med psykiatri)
5. Komplicerad långdragen förlossning
6. Förstföderskor
7. Flerbördsföräldrar

Fördelning av ”dragspelsrum” inom BB- gynekologiavdelning och neonatalavdelning är följande:

- Oförlösta patienter kan vid behov beläggas på rum 10-12
- BB patienter kan vid behov och om beläggningen på neo tillåter beläggas på rum 29-32
- Gynpatienter kan vid behov och om utrymme finns beläggas på rum 10-12, 15-26
- Neo patienter kan vid behov och om beläggningen på BB tillåter beläggas på rum 27-28

När översyn gjorts enligt ovan och alla patienter **där enkelrum inte behöver prioriteras** vårdas tillsammans men bo-rummen ändå inte räcker till gäller följande:

1. Se över så att alla ”dragspelsrum”nyttjas till fullo
2. Kan patient vårdas kvar på förlossningsrum (induktioner, förlösta)?
3. Se över om det finns patienter på neovrådsrummen som kan samvårdas
4. Se över om det vårdas några neo-patienter från regionen som kan tas hem av hemsjukhus
5. Se över om det finns gynpatienter som kan utlokaliseras till annan avdelning på sjukhuset
6. Ev beslut om att stoppa förlossningsintag (hänvisa till annat sjukhus) tas av enhetschef (dagtid) eller av medicinskt ansvarig läkare obstetrik (jourtid)

Arbetsgrupp

Jessica Hagström, enhetschef BB Skövde Neonatal, Sofia Wallin, enhetschef BB Skövde BB, Candela Thorsstrand, enhetschef BB Skövde Förlossningen, Annelie Torin, enhetschef BB Skövde BB, Sara Khalaf, enhetschef Gynekologiavdelning,

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Jessica Hagström, (jesha3), Enhetschef

Granskad av: Josefine Hätting, (josos), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9699-1702881381-259

Version: 1.0

Giltig från: 2026-04-13

Giltig till: 2028-04-30