

Gäller för: VO1 Barn BUP och Kvinna

Innehållsansvar: Fanny Svensson, (fansv4), Sjuksköterska

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-03-19

Giltig till: 2028-03-31

Dokumentation av neonatalvård i slutenvård

Revideringar i denna version

Revidering markerat med gult.

Bakgrund, syfte och mål

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

Tillämpliga lagar, föreskrifter eller externa riktlinjer

Vårdgivaren ska säkerställa att de uppgifter som finns dokumenterade i en patientjournal finns tillgängliga på ett överskådligt sätt för den hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att ta del av uppgifterna (5 kap. 1 § HSLF-FS 2016:40).

Vårdgivaren ska även säkerställa att uppgifterna i en patientjournal är entydiga (5 kap. 2 § HSLF-FS 2016:40).

Vid sammanhållen journalföring blir det än viktigare att journalspråket är enhetligt, det vill säga att de begrepp och termer som används är gemensamma. Journalföringen får inte leda till något onödigt administrativt arbete för hälso- och sjukvårdspersonalen. Varje journaluppgift bör om möjligt bara noteras en gång eftersom dubbeldokumentation tynger journalerna och gör dem svårtillgängliga (prop. 2007/08:126 s. 89).

En patientjournal ska bland annat innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten (3 kap. 6 § PDL).

Arbetsbeskrivning

Patientens journal

Melior

Vårdkontakter

Registrera Ny vårdkontakt vid varje ny inläggning.

Patientidentitet

Kontroll av identitet vid inläggning. Alla patienter ska ha ID-band.

Försegling och blockering

- Försegling innebär att vårdnadshavare inte har tillgång till vare sig journal via nätet eller E-tjänsterna på 1177.se för sitt barn.

Blockering innebär att vårdnadshavare inte får tillgång att läsa i journalen via nätet men kan göra övriga E-tjänster på 1177.se för sitt barn.

- För mer information och tillvägagångssätt se:

[Val av försegling eller blockering](#)

- [Barn rutiner](#), här finns även blanketter.

Allmänna uppgifter

Här skrivs barnets vårdnadshavare namn, personnummer och telefonnummer. Vilken barnavårdscentral barnet tillhör. Sekretess och biobank. Eventuellt tolkbehov samt vilket språk som används.

Inskrivningsanteckning

Kontaktorsak: Anledning till inläggning. Riskfaktorer hos mor under graviditet.

Pågående vård: Åtgärder som påbörjas i samband med att barnet läggs in.

Språk: Behov utav tolk.

Livsstil: Boendesituation och boendekonstellation.

Omvårdnadsstatus

Skriv det som är aktuellt i varje sökord (se nedan). Vid förändring ska sökordet uppdateras och allt som är aktuellt ska stå i senaste status. **Ett nytt omvårdnadsstatus öppnas två gånger i veckan, måndagar och torsdagar samt vid behov. Exempelvis när det finns 5 dubbletter av något sökord, för att det inte ska bli för lång och svårläst.** När ett nytt omvårdnadsstatus öppnas ska en kort sammanfattning av vad som hänt sedan senaste status/veckan som gått skrivas under sökordet sammansatt status. Vid behov av att skriva någonting i sammansatt status ska detta istället dokumenteras under sökordet psykosocialt, ex. planering inför hemgång.

Kommunikation: Om barnet visar vad han/hon vill. Hur föräldrarna kommunicerar med/läser av sitt barn.

Kunskap/utveckling: Fäster blicken, lyfter nacken, samlar ihop sig själv och så vidare.

Andning/cirkulation: Andningsfrekvens, regelbundenhet, apnéer, indragningar, näsvingespel, gruntning och rosslig andning. Nästäppa, sugning/näsdroppar. Andningsstöd, syrgasbehov. Stabil/instabil i puls, blodtryck och temperatur, pulsdippar, djup och frekvens, vanliga orsaker/samband. Kapillär återfyllnad. Eventuella infusioner som pågår. Vattenmadrass/kuvös.

Nutrition: Här skrivs matsituation, amningsstatus, matsort, matsätt, tillsatser och frekvens. Munstatus. Blodsocker. Illamående, kräkningar, retentioner. Pumpning. Sänkning/ändring av infusion skrivs i läkemedelsmodulen under utvärdering.

Elimination: Kiss och bajs. Mängd, frekvens, färg och konsistens. Lukt, blod, gaser magknip, hjälpmedel (lavemang, olja).

Hud/vävnad: Hudkostym, sår, tryck, födelsemärken, blåmärken, blåsor, färg, ljusbehandling. Torr, svettig. Ögonstatus och naglar.

Aktivitet: Bad, sänkläge, hur han/hon vill ligga, kramper, tonus, snedställningar med mera. Skenor, gips och sjukgymnastik.

Sömn: Trött, vakenhet, dygnsrytm, sedering, effekt av sedering.

Smärta/sinnesintryck: Skattning enligt ALPS, smärtreaktioner, gråt, irritabilitet, eventuella läkemedel, risk för smärta, känslighet för obehagliga stimuli.

Psykosocialt: Kontakter, kurator, präst. Samtalsuppföljningar. Planering inför hemgång. Föräldrar/barn relation. Hur långt föräldrarna har kommit i omvårdnaden av sitt barn. Given information och undervisning.

Sammansatt status: En sammanfattning av tiden/veckan som gått sedan senaste status. Denna ska sedan förbli orörd tills nästa status öppnas.

Omvårdnadsanteckning

Här ska specifika tillfälliga händelser dokumenteras där någonting har uppstått under ditt pass.

Vårdplan och kontaktmannaskap

De barn som behöver en vårdplan är:

Barn som förväntas vara kvar på avdelningen mer än 10 dagar samt familjer som är i behov utav extra stöd. Dessa barn ska även i möjligaste mån tilldelas en patientansvarig läkare (PAL).

Den vårdpersonal som har inskrivningssamtalet med familjen ansvarar för att informera om kontaktmannaskap. Kontaktpersonerna för det gällande barnet är ansvariga för att vårdplanen upprättas tillsammans med familjen. Sen är det varje sjuksköterskas ansvar att vårdplanen uppdateras och hålls aktuell.

Tillsammans ska ansvarig läkare (PAL) och kontaktpersoner upprätta en vårdplan för att sträva efter att familjerna är välinformerade och delaktiga i barnets vård.

En vårdplan ska innehålla omvårdnads- respektive medicinska problem/risker, eventuella åtgärder och utvärderingar samt planering framåt. Skriver man en åtgärd måste denna senare ha en utvärdering.

För vidare information vad gäller kontaktpersoner var god se ”Samtal och kontaktpersoner” pärmen på sjuksköterskeexpeditionen.

Åtgärdslista

Här skrivs planerade provtagningar, ordinerade undersökningar samt pågående kontroll av parametrar. Skriv tydligt när undersökningar är utförda, gärna med stora bokstäver. Ändra tid och datum för externa undersökningar när man har fått en bokad tid, från det ordinerade datumet.

Åtgärdslistan uppdateras vid behov.

Infarter

Enteral infart – Här skrivs v-sond in. Skriv in storlek på sond, vilken näsborre den sitter i, hur många cm den sitter på.

Perifera infarter – Här skrivs PVK in. Skriv in indikation, storlek på PVK och vart den sitter. Vid avlägsnande skriv in hur insticksstället ser ut.

Navelkatetrar – Öppna ny anteckning under sökordet ”Neo navel”. Öppna sedan ny för att välja navelven- respektive navelartärkateter.

PICCline – Öppna en ny anteckning, ”PICCline”. Fyll i under aktuella sökord. Viktigt att varje omläggning dokumenteras, samt avlägsnande och odling av kateterspets.

CVK - Öppna en ny anteckning, ”central venkateter”. Fyll i under aktuella sökord. Viktigt att varje omläggning dokumenteras, samt avlägsnande och odling av kateterspets.

E-journal

- Start 20191101, inget kommer att föras in retroaktivt.
- Föräldrar kan läsa sitt barns journal via 1177, direkt från första inskrivningsanteckning. Signerade anteckningar går att läsa direkt, osignerade anteckningar efter två veckor.
- Alla anteckningar, vårdkontakter, diagnoser, vaccinationer och labsvar går att läsa, dock ej e-arkiv och röntgensvar.
- Kriterier för att kunna läsa sitt barns journal: Barnet måste ha ett fullständigt personnummer och man måste vara registrerad som vårdnadshavare hos skatteverket.

Undantag från direktåtkomst:

- Går ej att läsa via 1177, men begär föräldrar ut journalen så får de även detta. Dock görs en *menprövning* innan, där journalen granskas av legitimerad vårdpersonal som har kännedom om barnet.

- *Tidiga hypoteser*: Här skrivs t.ex. misstanke om allvarlig sjukdom/syndrom, där ingen diagnos hunnit fastställas.

- *Våldsutsatthet i nära relation*: Om misstanke om våld/hot mot t.ex. förälder skrivs det här.

- *Orosanmälan gällande barn*: Här skrivs orosanmälningar till socialtjänst, andra kontakter med socialtjänst, kontaktuppgifter till handläggare. Om föräldrar har informerats ska en omvårdnadsanteckning öppnas där vi kort skriver att anmälan är skickad. Viktigt att *åtgärdskod GD008* finns med i epikris.

- *Enkelblind prövning*: Bara till för forskning.

- *Tredje person*: Här skrivs vid behov om föräldrar och annan anhörig. Tänk på att vara objektiv och skriva kortfattat, bara sådant som kan påverka barnet. Här skrivs också kontaktuppgifter till olika myndigheter.

Omvårdnadsepikris

Alla patienter oavsett längd på vårdtid ska ha en omvårdnadsepikris vid hemgång/flytt. Ska skrivas av ansvarig sjuksköterska vid utskrivningstillfället.

Resumé omvårdnadsåtgärder: Kort och koncis sammanfattning av omvårdnaden under vårdtiden. Förlopp under vårdtiden.

Resumé medicinska åtgärder: Kort och koncis sammanfattning av medicinska åtgärder (undersökningar, behandlingar, andningsstöd). Förlopp under vårdtiden.

Planering: Eventuellt återbesök, planerade framtida undersökningar, vilken typ av utskrivning (hemmet, neovård i hemmet, flytt till annat sjukhus). Om kontakt med andra instanser har tagits.

Sammansatt status: En kort sammanfattning av aktuellt status vid utskrivning.

Neovård i Hemmet

Inför hemgång till neovård i hemmet:

- Gå igenom checklistan inför hemgång i NVIH samt fyll i checklistan för hembesök.
- Dokumentera i omvårdnadsstatus när checklistan är genomförd.
- Dokumentera i slutanteckningen när första neovårdsbesöket är planerat. Gå med fördel in i kalendern och boka in besöket.
- Dokumentera övriga planerade återbesök i slutanteckningen.

Telefonrådgivning

Välj aktuell patient. Klicka på Registrera vårdkontakt. Ändra datum till första datumet i gällande år (t.ex. 2019-01-01). Välj Bar ÖV. Dokumentera under *telefonanteckning*.

Obstetrix

Beläggningslista – Skriv in att barnet ligger inne på neonatal.

Födelsevikt, längd och huvudomfång – Skrivs in i FV2, del 1. Kontroll av gom och anus samt att APGAR och k-vitamin är ifyllt.

POX kontroll – 12-24 timmar efter födsel. Skrivs i observationslistan i FV2.

PKU – 48 timmar efter födsel. Skrivs in i FV2, del 2, diagnoser/utskrivning, metabol screening. Skriv in PKU nr, tid och datum.

OAE – Skrivs in i FV2, del 2, diagnoser/utskrivning, hörseltest (OAE), när det är utfört.

Utskrivningsvikt, längd och huvudomfång – Skrivs in i FV2, del 2. Vid utskrivning görs även en kontroll av att ovanstående är ifyllt.

Elvis

Registrering vid inskrivning till avdelningen. Viktigt att rätt inläggningstid står, även om barnet skrivs in senare. Utskrivning utav patientetiketter samt ID-band. Registrera eventuell permission. Registrering vid utskrivning.

Våra barn pärm

Registrering vid in och utskrivning. Pärmerna finns på sjuksköterskeexpeditionen.

Winrop

Här ska alla barn som ska genomgå ögonundersökning/ROP-undersökning registreras. Barnets vikt ska registreras en gång i veckan. När barnet är registrerat får barnet ett Winrop-ID, Detta ska skrivas ner i blå/gula checklistan. För mer information hur man går till väga vid registrering i Winrop, var god se i blädderblocken på expeditionen.

Arbetsgrupp

Dokumentationsgrupp på BB Skövde Neonatal.

Fanny Svensson sjuksköterska, Elsa Rosén sjuksköterska, Malin Alexandersson specialistundersköterska, Emelie Wäring specialistundersköterska.

Käll- och litteraturförteckning

Socialstyrelsen - Hämtad från: Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården /

<https://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2016-40>

Regeringens proposition 2007/08:126 Patientdatalag - Hämtad från:

<https://www.regeringen.se/49bbdd/contentassets/5e83381bd3b440aa8ab78628cdbc3807/patientdatalag-m.m.-prop.-200708126>

Patientdatalag (2008:355) Socialdepartementet 2008-05-29 SFS nr 2008:355 –

Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VO1 Barn BUP och Kvinna

Innehållsansvar: Fanny Svensson, (fansv4), Sjuksköterska

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9699-1702881381-53

Version: 8.0

Giltig från: 2026-03-19

Giltig till: 2028-03-31