

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Giltig från: 2026-03-19

Innehållsansvar: Tina Thorsell, (tinth), Barnmorska

Giltig till: 2028-03-31

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokumentation i Obstetrix och Melior – förlossningsvård

Revideringar i denna version

Revidering markerad med gult.

Bakgrund, syfte och mål

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

Arbetsbeskrivning

Patientens journal

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 av barnmorska - förlossningsvård](#).

Polikliniska besök

Välj huvudsökord: Barnmorskeanteckning/Kontaktorsak. Undersökord (blank).

Vid barnmorskebesök: Dokumentation sker av barnmorska, t ex 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 och så vidare. Inga långa anteckningar. Resterande dokumenteras av läkaren.

Ett polikliniskt besök kan vara max åtta timmar.

Diagnosblad för öppenvård

Diagnosblad för öppenvård ska endast fyllas i på polikliniska patienter och signeras av patientansvarig barnmorska vid barnmorskebesök. Ska fyllas i och signeras av barnmorska samt läkare vid teambesök. Diagnosblad för öppenvård ska inte skrivas om patienten skrivs in i slutenvård.

Melior

Då åtgärd utförs (till exempel provtagning, läkemedel) krävs ett slutenvårdstillfälle. Avsluta vårdtillfället när patienten går hem.

Se även [Registrering av vårdtillfälle i Melior för obstetrisk patient](#).

Patientidentitet

Kontroll av legitimation vid ankomst.

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

Se styrdokument Identifiering och ID-märkning av vårdtagare vid Skaraborgs Sjukhus, [Vårdhandboken - Identifikation - ID-band](#) och styrdokument Registrering av vårdtagares personuppgifter vid Skaraborgs Sjukhus.

Vårdtillfälle: observation under graviditet/inläggning för förlossning

Registrera patientens blodgrupp i Obstetrix utifrån Melior/blodcentralen.

Notat som inte är aktuella ska tas bort.

Diagnosblad för slutenvård

Diagnosblad för slutenvård ska finnas för alla inskrivna patienter. Barnmorskan diagnosätter och fyller i åtgärds-koder i Obstetrix alternativt på diagnosbladet. Barnmorskan behöver inte leta upp diagnoser som inte finns på diagnosbladet.

FV1

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

Flik 1: Inskrivning

- Välj lämplig intagningsorsak. Kom ihåg Annat: till exempel hypertoni.
- Eventuell vikt (tagen på MVC) från graviditetsvecka 37–38 bör dokumenteras vid inskrivning. Detta enligt rekommendation från Socialstyrelsen.

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. Se styrdokumentet [Övervikt och fetma under graviditet och förlossning – handläggning](#).
- Rökare.
- Aurorakontakt eller förlossningsplan.

Stapla gärna för bättre översikt.

Om tidigare anteckning finns, hänvisa till datum och instans/journal-system 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).

Bedömning av CTG-kurva.

Riskbedömning

Beskriv orsak till triage/riskbedömning. Ny bedömning vid varje personalbyte och vid förändring.

Triage, se styrdokument [Riskbedömning - förlossningsvård](#) och regional medicinsk riktlinje [Sfinkterprofylax – förebyggande åtgärder mot skada på bäckenbotten vid förlossning](#).

Anteckningar i anslutning till inskrivning

Lägg stor vikt vid inskrivningsanteckningen. Denna ligger till grund för hela vårdtillfället samt SBAR.

Löpande journaltext

Dokumentera det som avviker från det normala.

Utvärdera åtgärder.

CTG/**NST-analys** signeras på CTG-kurvan av barnmorska om normalt och korttidsvariabilitet dokumenteras. Vid avvikande/patologiskt CTG, se styrdokument [Fosterövervakning - handläggning](#).

Smärtlindring före och efter etablerat värkarbete ska dokumenteras i löp-text (skriv Se journal i observationslistan).

Huvudsökord:

- Rond: används vid alla läkarkontakter.
- Samtal till exempel krystsamtal, se [Barnmorskans underlag för krystsamtal](#).
- Födelse: dokumentera hur perinealskydd utfördes och av vem samt vem som förlöste – barnmorska, student eller läkare.
- Bristning/klipp: välj lämpligt undersökord. Se [Dokumentationsmall vid förlossningsbristning – inklusive förslag på text](#).

Induktionsmall

Ska finnas på alla preinduktioner/induktioner, ska upprättas av läkare.

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

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 (An-gusta, gel, BARD).
- 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 och Melior.

Värkstatus

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

Kontraktionsstyrkan bedöms genom palpation. IU och progress. Skala enligt partogram 1–3 (1, 1–2, 2, 2–3, 3). Rekommendationen är att använda 1, 2 och 3 för att bedöma kontraktionsstyrkans grad. 1 = svag, 2 = måttlig, 3 = kraftig. Patologisk kontraktionsstyrka > 3 dokumenteras i löptext.

Vid IUT/IUP: värkstatus utförs och dokumenteras i partogram som ovan. Barnmorskan behöver kunna räkna ut och veta när värdet för monte-videoenheter är patologiskt och då informera läkare (montevideoenheter behöver inte dokumenteras av barnmorska).

Krystning

Dokumenteras under kontraktion.

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

Omfödelska: krystning dokumenteras när kvinnan krystar aktivt oberoende av var ffd 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 smärt-

lindra 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.

Detta innebär att smärtpåverkan i partogrammenyn och under kontraktion inte används.

Station

Dokumentation av ffd. Ffd är ledande bendel (inte fostersvulst).

Dokumentera suturer.

Blödning

Dokumenteras under Blödning. Om avvikande utveckla i löptext.

Fostervattenfärg

Rosafärgat fostervatten betraktas som normalt.

Läkemedel

Läkemedel (till exempel Bensyl PC och Oxytocininfusion och så vidare) dokumenteras i partogram under Annan medicin/infusion och i Melior. Genereras till löptext, där indikation utvecklas. EDA ordineras av narkosläkare i Melior. **Varje given dos** signeras av barnmorska i utdelningslista.

Smärtlindring

Ange psykoprofylaxandning, värme, massage under Smärtlindring/ Annat, i partogram.

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.

FV1

Flik 2: Förlossning

Fyll i enligt mall.

Värkstart, etablerat värkarbete och **eventuell vattenavgång**.

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

Vilodos ska dokumenteras under Sedativa.

Flik 3: Förlossning forts

Fyll i enligt mall.

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

Under Material finns, Ej suturerat.

Observations-, planeringslista

Flik 1: Observation

Observationslistan är huvuddokument före och efter etablerat värkarbete.

Här registreras temp, blodtryck, puls, AT, flj, urin, uterus. Om utan an-
märkning: 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 inskriv-
ningsblodtrycket och efterföljande blodtryck på observationslistan. Vik-
tigt att samma tidpunkt anges som på FV1.

Då övervakningsjournal förs på grund av svårt sjuk patient (till exempel
preeklampsipatient) eller vid läkemedelsbehandling (till exempel terbuta-
lin) med täta blodtryckskontroller/observationer/kontroller (AF, puls, re-
flexer, diures och så vidare) bör några av dessa föras in i observationslis-
tan/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 till-

baka 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.

Flik 2: Planering/Åtgärd

Här dokumenteras Rh-profylax och Rubellavaccination. Diagnoskoder genereras automatiskt.

P-glukosvärden

Samtliga P-glukosvärden ska dokumenteras i Melior under Läkemedel/Mätvärden enligt sjukhusövergripande beslut. Medicinkliniken/diabetessjuksköterska får då tillgång till patientens P-glukosvärden (ska inte dokumenteras i observationslista, löptext eller P-glukoslista/pappersformat).

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/flj, smärtlindring, eventuella läkemedel).

Triage bedöms och dokumenteras vid varje övertag och då triagering förändras, innefattar även riskbedömning för bristning.

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.

Se styrdokument [Observation av det nyfödda barnet – postpartumvård.](#)

Omvårdnadsepikris

Alla förlösta patienter ska ha en omvårdnadsepikris och denna är riktad till läkare, barnmorska, MVC, barnläkare. Kort och koncist innehåll.

Ska skrivas av förlösande barnmorska oavsett tid i förhållande till partus.

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, se styrdokument [Infektion hos nyfödda – observation av riskbarn.](#)
- Diabetes matris barn, kontroller enligt styrdokument [Diabetes, matris – barn.](#)
- Prematuritet, kontroller enligt styrdokument [Prematura barn, tillväxthämmade barn – förlossningsvård, BB-vård.](#)

BB-mottagning

Information inför BB-mottagning

Dokumentera i löptext under lämpligt sökord.

Vid utskrivning från förlossningen till BB-mottagning skrivs patientens personnummer och namn in manuellt på BB-mottagning Skövdes be-läggningslista.

Skriv ut patienten till hemmet (du ska alltså inte flytta över patienten från BB till BB-mottagningen).

Se styrdokument [BB-mottagning - omvårdnad.](#)

POX-screening dokumenteras, se styrdokumentet [POX-screening av nyfödda.](#) Transkutant bilirubin dokumenteras på barnets observationslista, flik 3 Bilirubin.

Barnets journal

Barnets identitet

Se styrdokument [Provtagning och ID-märkning av nyfödda barn](#).

FV2

Del 1

Fyll i enligt mall.

Dokumentera navelsträngsprover, S-Be.

Del 2

Flik: Diagnoser, utskrivning

Utskrivning från K3 till neonatalavdelning SkaS.

Se [Utskrivning av Barn – Obstetrix VGR](#).

Löptext

Här dokumenteras:

- Det som avviker från det normala.
- Beskriv amning inom de första två levnadstimmarna. Om barnet inte sugit, utveckla och beskriv orsaken. Om mor inte vill/kan amma dokumenteras detta här samt i omvårdnadsepikrisen.
- Fortsatt amning.
- Triagering avseende gulsot.

Observations-, planeringslista/Bilirubin

Observationslistan är huvuddokument för barnobservationer.

Flik: Observation

Observation av amning och barnets allmäntillstånd utförs enligt [styr-dokument Observation av det nyfödda barnet](#) och dokumenteras i barnets observationslista som u a eller Se journal.

Se Vårdgivarwebben [Amning – regiongemensam handbok i VGR](#).

Tillmatning: vad barnet tillmatas 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: Planering/Åtgärd

Dokumentera blodgruppering + DAT: provtagning och provsvar.

Barnsjuksköterska på neonatalavdelningen ska i Obstetrix dokumentera åtgärder gjorda på barn på förlossningen. Dokumentation sker på FV2, barnets journalanteckning och barnets observations-/planeringslista. Det är inte alltid barnet behöver skrivas in på neonatalavdelningen (där dokumentation sker i Melior) varför det är viktigt att dokumentation sker i Obstetrix.

Provtagning på barn/Melior

Se styrdokument [Provtagning och ID-märkning av nyfödda barn](#).

Övrigt

I patientjournalen bör förkortningar användas sparsamt och endast vedertagna sådana.

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

Se [Handledning av barnmorskestudenter – dokumentation i Obstetrix – förlossning och BB](#).

Arbetsgrupp

Tina Thorsell, Lena Johansson och Therése Lendin.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Tina Thorsell, (tinth), Barnmorska

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9716-1940753776-11

Version: 10.0

Giltig från: 2026-03-19

Giltig till: 2028-03-31