

Gäller för: Verksamhet AnOplva neonatal barn

Giltig från: 2025-11-11

Innehållsansvar: Margrét Johansson Gudjonsdottir, (margu145), Sektionschef

Giltig till: 2027-11-11

Granskad av: Svetlana Najm, (svena1), Sektionschef

Godkänd av: Angela Hanson, (angha), Verksamhetschef

Övervakning och kontroller inom neonatalverksamheten

Förändringar sedan föregående version

1. Ändring av kontroller till x 24 första 6 timmarna och därefter x 8 för barn i nCPAP
2. Ändring av övre gräns för puls till 180/min istället för 160/min.

Bakgrund och syfte

Övervakningsbehovet är alltid baserat på barnets tillstånd och bestäms av ansvarig läkare. **Barnets övervakningsbehov skall omprövas dagligen.**

Utförande

Övervakningsformer

- ”Fullt övervak” – elektroder samt pOX, – används för svårare sjuka barn, instabila barn, tidigt i vårdförloppet samt för barn med centrala katetrar (NAK, NVK, undantag CVK hos i övrigt stabilt barn). Undantag görs för barn födda < v 29+0 de första 14 dagarna med artärlinfart då det räcker med artärövervak samt pOX
- Artärövervak – blodtrycksövervakning för alla barn med NAK eller artärnål. Barn med artärlinfart skall vårdas på övervakningsrum med ständig personalnärvaro
- Apnédosa – används vid omogenhetsapnéer eller apnéer av annan orsak t.ex. abstinens samt som tillägg till annan övervakning
- pOX – används för att övervaka syrsättning och syrgasdosering samt för barn med tillbud som påverkar syrsättning och/eller puls

Övervakning via fjärrövervakningsutrustning (fjärrkontroller, Care Event-telefoner)

- I samband med övertag av patient som övervakas med Care Event-telefon ska kontroll av handenheten ske. Kontrollera att ljudet är påslaget samt batteristatus. Vid behov ska batteriet bytas.
- Samma person ska inte ha hela larmkedjan dvs larm 1 och larm 2 ska fördelas på minst 2 personer.

- Larm får aldrig tystas slentrianmässigt utan orsaken till larmet måste utredas och vid behov åtgärdas
- Förlossningsansvarig sjuksköterska med ansvar för patient som övervakas med Care Event-telefon ska inte ha larm 1

Övervakning pga. omogenhet

- Barn < 32+0v GÅ. Alltid fullt övervak
- Barn 32-33v GÅ. Välmående barn utan andningsstörning övervakas under minst två dygn efter födelsen med fullt övervak. Om allt är ua därefter fortsatt övervakning med apnédosa
- Barn 33-34v GÅ. Som ovan med ett dygns full övervakning. För helt stabila barn i övre delen av åldersintervallet kan man efter läkarordination sätta apnédosa direkt. Undantag vid hud-mot-hudvård första timmarna efter födseln enligt [Tidig hud-mot-hud förberedelser GV 34+0 - 34+6 Normalförlossningen](#)
- Barn < 35v GÅ skall ha apnédosa om de inte har fullt övervak. Undantag vid hud-mot-hudvård första timmarna efter födseln enligt [Tidig hud-mot-hud förberedelser GV 34+0 - 34+6 Normalförlossningen](#).
- **Övervakning av stabila barn 32-34 GÅ kan med fördel ske på föräldrarum också under första dygnet**

Övervakning vid andra tillstånd

- Barn med matdropp skall ha fullt övervak och huvudsakligen vårdas på övervakningsrum. Vård på familjerum med fullt övervak kan ske med stabilt barn och väl insatta föräldrar
- Barn som ljusbehandlar med BiliCocoon ska ha apnédosa (första hand) eller pOX (andra hand) om barnet behöver vårdas i magläge. I övriga fall avgör det medicinska tillståndet. Vid pOX-övervakning ska proven täckas för att inte BiliCocoon-ljuset ska störa mätningen. Temperatur ska kontrolleras minst 1 g/pass samt vb då barnen lätt kan bli för varma.

Övervakning pga. andningsstörning

- *Akut andningsstörning* (PAS, lindrig RDS, infektion) kräver vanligtvis fullt övervak tills tillståndet stabiliserats. Övervakning avslutas då andningsstörningen avklingat eller endast lindrigare takypné (hög andningsfrekvens) kvarstår
- Då eventuell syrgasbehandling/andningstöd avslutats övervakas barnen ytterligare 6-24h med fullt övervak alternativt pOX. Övervakningens längd bestäms av läkare baserat på barnets tillstånd
- Fullgångna, stabila barn (företrädesvis infektioner) med kvarstående litet O₂-behov kan övervakas med endast pOX
- Barn < 35v GÅ skall, då fullt övervak avvecklas, ha pOX + apnédosa eller enbart apnédosa

Vid *långdraget syrgasbehov* företrädesvis hos prematura barn avvecklas fullt övervak och ersätts av pOX samt apnédosa efter ordination från ansvarig ÖL alt PAL.

Obs! Barn med långdraget syrgasbehov ("BPD-barn") skall övervakas med pOX också vid hemgång.

Övervak för dessa barn kvarstår vanligtvis en längre period efter avveckling av syrgas. Beslut om att ta bort övervak fattas av ÖL/PAL alternativt ansvarig läkare på lungmottagningen.

Rutiner för kliniska kontroller

Inget övervak kan ersätta kliniska kontroller där personal ser och bedömer barnets allmäntillstånd och viktiga funktioner. Därför ska minst en kontroll/pass på barn som är uppkopplade på övervak vara manuell, resterande kontroller kan läsas av på övervakningsutrustningen. Dock kan andningsfrekvensen behöva räknas manuellt vid varje kontroll då övervakningsutrustningen har svårt att mäta den rätt. Temperatur kontrolleras regelbundet, tättare vid hypo- eller hypertermi

Inskrivningskontroller:

- Nyinlagda barn oavsett anledning till inläggningen: vikt, längd, huvudomfång (ska skrivas in i Obstetrix tillsammans med kontroll av gom, anus och Apgarpoängen) samt rektaltemperatur
- Dessutom tas kontroller x 24 de första 6 timmarna av puls, andningsfrekvens, saturation samt ev. blodtryck. Temperatur (axill) ska kontrolleras ytterligare minst 1 g under de 6 timmarna. Efter 6 timmar tas kontroller enligt nedan eller enligt ordination:

Rutinkontroller:

- Barn som vårdas i respirator samt DuoPAP: kontroller x 24
- Nyinlagda barn i CPAP: kontroller x 24 första 6 timmarna, därefter x 8 eller enligt ordination
- Alla barn födda < v 32+0: kontroller x 24 första dygnet, därefter enligt ordination
- Nyinlagda barn i HFG: kontroller x 24 första 6 timmarna, därefter enligt ordination
- Barn < v 32 som vårdas på familjerum: kontroller x 8 eller enligt ordination
- För helt stabila barn med fullt övervak pga. omogenhet eller enbart pOX pga. låggradigt syrgasbehov kan kontroller glesas till 1 gång/pass efter ordination
- För övriga barn som övervakas med apnédosa eller är utan övervak tas kontroller 1 gång/pass. I vissa fall kan kontrollerna avvecklas då barnet går mot hemgång
- Barn som opererats eller av annan anledning misstänks ha smärta ska smärtskattas minst x 3 samt 30 min efter smärtlindrande åtgärd
- Alla barn som väger < 1000 g och/eller har kontinuerliga infusioner ska ha urinmätning

Normalvärden och larmgränser:

Alla X3-övervak har 2 profiler: < 37 veckor samt > 37 veckor. Ställ in rätt profil när du skriver in barnet. Där får du även rätt larmgränser. I vissa fall kan man behöva göra manuell inställning av larmgränserna.

Normalvärde hjärtfrekvens: 100 – 180 slag/minut

(hos fullgångna kan bradykardilarmet sänkas till 80 om det behövs när barnet sover djupt).
Hög puls kan indikera tex smärta eller hög temperatur.

Upprepade bradykardier kan indikera tex infektion, låg temperatur eller smärta.

Normalvärde andningsfrekvens: 40 – 60 andetag/minut

Hög andningsfrekvens kan indikera tex infektion, hög kroppstemperatur eller smärta.

Upprepade apnéer kan indikera tex infektion, smärta, kramp, hypoglykemi

Normalvärde syresättning: [Syrgasbehandling och saturationsgränser för neonatalverksamheten](#)

Normalvärde kroppstemperatur: [Temperaturmätning på nyfödda](#)

Arbetsgrupp/Granskare

Margrét Johansson Gudjonsdottir, Sektionschef

Svetlana Najm, Sektionschef

Cornelia Ottosson, Vårdenhetschef Neo-IVA Östra

Karin Jonsson, Kvalitets- och Patientsäkerhetsombud

Maria Eder Paradeiser, MTA-ansvarig USK Neo Östra

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet AnOpIva neonatal barn

Innehållsansvar: Margrét Johansson Gudjonsdottir,
(margu145), Sektionschef

Granskad av: Svetlana Najm, (svena1), Sektionschef

Godkänd av: Angela Hanson, (angha), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9774-1570060579-79

Version: 12.0

Giltig från: 2025-11-11

Giltig till: 2027-11-11