

# Underburenhet 22-25 veckor - vårdplan

## Innehåll

Bakgrund och syfte .....	3
Medicinsk vårdplan .....	3
1 Förberedelser .....	3
1.1 Föräldrainformation .....	3
1.2 Vårdplats 95F .....	3
1.3 Upplivningsplats .....	3
1.4 Personal och arbetsfördelning .....	4
1.5 Strax innan partus .....	4
2 Vid partus (Golden Hour) .....	4
2.1 Respirator-default .....	4
2.2 Värmehållning.....	4
2.3 Andningsstöd.....	4
2.4 Monitorering.....	5
2.5 Sond .....	5
2.6 Navelkatetersättning.....	5
2.7 Vikt .....	5
2.8 K-vitamin.....	5
2.9 Till 95F.....	5
3 På 95F första dygnet, (Golden day) .....	5
3.1 Lab .....	5
3.2 Värmehållning.....	6
3.3 Andningsstöd.....	6
3.4 Monitorering.....	6
3.5 Mat och vätskeordination.....	6
3.6 Läkemedel .....	7
3.7 Rtg.....	7
4 Första veckan (Golden week), och vidare... ..	7

4.1	Andningsstöd.....	7
4.2	Vätsketerapi och nutrition .....	8
4.3	Lab och monitorering.....	8
4.4	Läkemedel .....	8
4.5	Fototerapi .....	9
4.6	Rtg, UL hjärna och ekokardiografi .....	10
4.7	Omvårdnad.....	10
4.8	Föräldrasamtal.....	10
5	Omvårdnadsplan.....	10
5.1	Miljön på salen.....	10
5.2	Föräldranärvaro och föräldrastöd .....	12
5.3	Lyfta kuvöstaket.....	12
5.4	Bröstmjolk och nutrition .....	12
5.5	Vägning .....	12
5.6	Elimination .....	13
5.7	Vårdhandlingar och lägesändringar .....	13
5.8	Bädda bäst/Barnet i en optimal position .....	13
5.9	Hud-mot-hudvård.....	13
5.10	Hudvård.....	14
5.11	Undersökningar och bedömningar.....	14
5.12	Provtagning .....	14
5.13	Hygien .....	14
5.14	Infarter .....	15
5.15	Intubation.....	15
5.16	Extubation.....	15
	Dokumenthistorik.....	15

## Bakgrund och syfte

Att standardisera/optimera vården av de minsta barnen.

## Medicinsk vårdplan

### 1 Förberedelser

#### 1.1 Föräldrainformation

- Neonatolog ska träffa föräldrarna innan födseln, helst i "lugnt" skede. Lämpligt är att först efterfråga deras funderingar och samtala kring dessa. Ämnen som bör beröras är:
  - Att föräldrarna är av avgörande betydelse i barnets vård.
  - Vikten av att snabbt etablera bröstmjölksproduktion och att ge barnet den första mjölken färsk. Lämna över ett kolostrum-kit.
  - Att de troligen kommer att tillfrågas om deltagande i ev. studier.
- Sjuksköterska ska träffa föräldrarna innan födseln, efter eller i samband med läkarinformation.
  - Svara på kompletterande frågor.
  - Visa bilder i informationspärmen.
  - Praktisk information om att komma igång med bröstmjölksproduktion. Informera mamman om att hon kan börja handurmjölka/pumpa ur bröstmjolk redan innan barnet är fött. Denna mjolk ska sparas för att ges till barnet.

#### 1.2 Vårdplats 95F

- Skyttel används vid omhändertagande på förlossningen
- Om skytteln används för primärt omhändertagande (se p 1.3) ska vårdplatsen utrustas med en Sophie-ventilator (ingen kuvös).
- Om barnet omhändertas på vanlig upplivningsplats ska vårdplatsen utrustas med en sluten kuvös (men ingen ventilator). Då bäddas med bäddstöd strl S. Kuvöstemp 36 gr (22-23v); 35 gr (24-25v). Befuktning (85 %) startas vid ankomst.
- Nära partus dukas sterilt för NAK (2,5F eller 3,5F) och NVK (3,5F) och förbereds infusion Vaminolac 6/10 och Glukos 50 mg/mL.

#### 1.3 Upplivningsplats

- Om öppen kuvös; förvärmningsläge och 37 gr madrastemperatur, transportkuvös med.
- Bäddstöd, plastpåse eller NeoHelp.

- Kontrollera Neopuff 20/4, liten mask eller Argyle näsprongs strl xxs.
- Små elektroder, Curosurf med.
- Kontrollera sug och sugkateter.

## 1.4 Personal och arbetsfördelning

- Personal avdelas, grundbemanning är neonatolog, sjuksköterska och undersköterska.

## 1.5 Strax innan partus

- 75 % övervärme.
- Små elektroder.
- Dra upp 1,5 ml Curosurf.
- Fyll på vatten och starta ventilator.
- Respiratorinställningar default: **IMV** med PEEP 4; PIP 20; frekv 60 med I:E 1:2; 21 % O<sub>2</sub>.

## 2 Vid partus (Golden Hour)

### 2.1 Respirator-default

- Se ovan.

### 2.2 Värmehållning

- Barnet läggs direkt i plastpåse av barnmorskan under fördröjd avnavling.

### 2.3 Andningsstöd

#### 22-23v

- Intubation sker direkt med tub 2.0 utan föregående ventilation och kopplas sedan direkt till ventilatorn. Tuben tejpas på 5,5 cm i mungipan varefter 1,0 mL Curosurf 80 mg/mL ges i nippeln.
- Justera PIP vb så att torax häver sig.
- När stabilt med adekvata toraxrörelser och efter surfaktant byt till: SIMV PSV med Vtarget 5-6 ml/kg: 2,5ml (22-23v); Pmax 24; trigger 0,6.

#### 24-25v

- Strävan är att om möjligt undvika initial intubation och några minuters ventilation via mask/Argyle-näsa och ventilator kan ges under förutsättning att stabil HF >100 erhålls inom 2-3 min. Om/när barnet bedöms ha god egen andning ge CPAP (6-8 cm H<sub>2</sub>O initialt) via ventilatorn och justera mha upprepad klinisk bedömning/auskultation.

- Vid tveksamhet om egenandningen är tillräcklig, vid djupa indragningar eller  $fiO_2 > 40\%$  - intubera (tub 2,5) och koppla till ventilatorn. Tuben tejpas på 6,0 cm i mungipan varefter 1,5 ml Curosurf 80 mg/mL ges i nippeln.
- När stabilt med adekvata toraxrörelser och efter surfaktant byt till: SIMV PSV med  $V_{target}$  5-6 ml/kg: 4 ml (24-25v);  $P_{max}$  24; trigger 0,6.
- I normalfallet behålls barnet intuberat de första timmarna.

## 2.4 Monitorering

- EKG elektroder och SatO<sub>2</sub>; när stabil puls erhållits kopplas SatO<sub>2</sub> probe.
- Innan navelkatetrering: kontrollera axilltemp.

## 2.5 Sond

- Ventrikelsond nr. 4 sätts till 12 cm vid näsvingen, sonden "spolas rent" med 0,5 mL luft.

## 2.6 Navelkatetersättning

- Navelkatetrar sätts till 6 cm (22-23v); 7 cm (24-25v) - OBS i hudplanet! Säker suturering/fixering är ett krav!

## 2.7 Vikt

- Väg barnet. Vikten för Neohelp-påse räknas av. Om det är mycket fostervatten i påsen, byt påse innan vägning.

## 2.8 K-vitamin

- Konakion 0,3mg (OBS mängden!) ges iv.

## 2.9 Till 95F

- Barnet förs till 95F med oförändrade inställningar (skyttel). Vid användning av transportkuvös ställs denna in på det PIP som ventilatorn givit innan överflyttningen.

# 3 På 95F första dygnet, (Golden day)

## 3.1 Lab

- Vid ankomst tas artSB och blododling och därefter följs artSB i normalfallet var 6:e tim.

### 3.2 Värmehållning

- Kuvöstemp 36 gr (22-23v); 35 gr (24-25v). Befuktning (85 %) startas vid ankomst.
- Axilltemperaturen mäts med proben som hör till kuvösen.
- Plastpåsen behålls tills rtg är genomförd, kontrollera temperaturen efter röntgen.
- Axilltemp initialt varje timme.

### 3.3 Andningsstöd

- På 95F översätts pat till **A/C PSV med Vtarget** om fortsatt respiratorbehov >2 tim; och trigger justeras vb.

### 3.4 Monitorering

- EKG och SatO2. I stabilt skede efter rtg kan EKG avlägsnas (om NAK).

### 3.5 Mat och vätskeordination

- Förslag på startordination enl tabell nedan:

Förslag till startordination (dag 0)				
	22v	23v	24v	25v
	500g	600g	700g	800g
mL/kg	120	110	100	90
BM	12	12	12	24
V-lac 6/10	12	12	12	12
PN-infant	18	22	23	18
2,5% glukos	18	22	23	18
Totalvolym	60	66	70	72

- Bröstmjolk ges: 1 ml (22-24v); 2 ml (25v) x 12. Mors färska modersmjolk ska prioriteras, detta innebär att det är ok att ge första målet mat först vid 3–4 h ålder.
- Ge kolostrum i barnets mun.
- Initialt ges 5 % glukos; 1 mL/tim i NVK och Vaminolac 6/10; 0,5 mL/tim i NAK
- Efter rtg byts Glukos i NVK till PN och buffrad Glukos 2,5 % (mängden fördelas ungefär hälften vardera). Total initial vätskemängd 120 (22v); 110 (23v); 100 (24v); 90 (25v) mL/kg/d.

### 3.6 Läkemedel

- I normalfallet startas bensylpc+gentamicin första dagen på vanliga tider.
- Dagen efter ges fluconazol och koffeincitrat po.

### 3.7 Rtg

- Pulm/BÖS.

## 4 Första veckan (Golden week), och vidare...

### 4.1 Andningsstöd

- Normalt sett fortsätter respiratorvården med A/C PSV med Vtarget eftersom detta reducerar både tryck, syrgasbehov och andningsarbete, då PIP anpassas dynamiskt till aktuell lung compliance; Vtarget justeras med strävan artpCO<sub>2</sub> 5–7 kPa med högst upp till 50 % läckage – annars används A/C utan PSV.
- Ge akt på risken för förändrat I:E-ratio vid spontan andningsfrekvens >60. Kontrollera att pat får tillräcklig andningshjälp. Vid autotriggering överväg byte till SIMV.
- Undvik att reagera på små förändringar i blodgaser och sträva mot den lägsta Vtarget (vid A/C det lägsta PIP) som medger adekvat pCO<sub>2</sub> enl ovan.
- Överväg extubation under den första veckan (22-23v); efter någon/några timmar (24-25v) som ofta erbjuder ett bra fönster för nasal CPAP. Använd Easy-flow® storlek XXS och ett CPAP-tryck som ger tydligt öppet andningsljud (vanligen 6–8 cm H<sub>2</sub>O).
- Indikation för och ställningstagande till genomgripande ändringar i respiratorvården (t ex HFOV, NAVA) ska planeras väl och ske i samråd med erfaren kollega/ansvarig överläkare.

## 4.2 Vätsketerapi och nutrition

- Ökning av tillmatning sker vanligen i steg om 1 ml per mål/dygn till 4 ml, då kan ökning ofta ske med 1 ml per mål/12 tim. Mät inte retentioner. Färsk modersmjölk prioriteras.
- Ge "mat i munnen" i samband med varje måltid.
- **Den totala vätskemängden** anpassas till följande mål:
  - Viktförlust 10–15 %, vanligen på 4e-6e dygnet. Mycket omogna barn (22-23v) kan förlora ännu mer i vikt utan dehydrering/hypovolemi.
  - P-Na <150.
  - Viktdeficit ca 10 % (22-23v), 5-10 % (24-25v) vid en veckas ålder.
  - Åter på födelsevikt vid ca 14d (22-23v), 10d (24-25v).
- Vikten bestäms initialt var 12e tim men ska glesas ut så snart möjligt mht vätskebalansen.
- Längd och huvudomfång tas under första levnadsveckan, därefter 1g/v.
- **Natriumtillskott** (~2 mmol/d) påbörjas när viktnedgång inträtt och Na sjunker (<135 mmol/L). Första veckan ges detta företrädesvis per os som Natriumbikarbonat 0,6 mmol/mL (mindre hyperosmolärt jmfrt med natriumklorid) och byts efter några dygn till Addex Natriumklorid 4 mmol/mL. Efter 1:a veckan och etablerad full enteral nutrition ges natriumtillskott med 6-8 (22-23v); 4-6 (24-25v) mmol/kg/d (utöver mat + berikning). Från 28v korrigerad ålder ges Na-tillskott med 4 mmol/kg/d. Na-tillskottet höjs med viktökningen till 32v, och kan vanligen avslutas vid 34v korrigerad ålder.

## 4.3 Lab och monitorering

- ArtSB ktrl efter behov, efter avveckling av NAK bör provtagning ske mycket restriktivt. Venös SB kan användas (med visst förbehåll) för att minska smärtsam provtagning.
- NAK behålls så länge som behovet av frekvent provtagning kvarstår dvs tills vätskebalans och andningsstöd bedöms stabilt, vanligen 4-7 d.
- NVK behålls med fördel så länge den fungerar väl och ersätts vb av pCVK.
- CRP ktrl vid 1 och 2 dygns ålder.
- Thyr prover vid 2 och 4 v ålder.

## 4.4 Läkemedel

- Antibiotika seponeras vanligen efter 2-3 dygn om inte klinik och lab talar för infektion.
- Fluconazol ges var 3e dag (använd injektionslösningen po!) tills tarmfunktion är etablerad och centrala infarter avvecklade, vanligen ges således endast 2–3 doser.



- Ibuprofen ges ej (se p 4.6).

## 4.5 Fototerapi

- Initial beh gräns P-bil 85 mmol/L. Vid stationära värden kan ljusbehandlingen med fördel ske intermittent.

## 4.6 Rtg, UL hjärna och ekokardiografi

- Vid fortsatt behov av respiratorvård tas ny rtg pulm vid 3 och 7 d ålder. Observera att lätt nedsatt lufthalt får anses normalt mht lungparenkymets omogenhet, en helt normal lungbild talar snarast för viss grad av överexpansion.
- UL hjärna görs vid (2-) 3-5d ålder och därefter enligt UL-fynd och kliniskt förlopp.
- Ekokardiografi görs i normalfallet på annan frågeställning än PDA (denna förutsätts vara öppen initialt) vilken väsentligen saknar intresse som sådan. Indikation för ekokardiografi finns däremot ofta vid andra frågeställningar (misstanke om VOC eller för bedömning av hemodynamik).

## 4.7 Omvårdnad

- All hantering av barnet bör vara så mild, skonsam och lite stressande som möjligt.
- Undvik att ändra barnets kroppsläge oftare än var 6:e tim och att störa barnet med andra vårdhandlingar däremellan. Sträva efter att samordna vårdhandlingar.
- KMC kan i normalfallet påbörjas mot slutet av den 1:a veckan och sker med fördel så stor del av dygnet som möjligt. Använd kontinuerlig hudtemperaturmätning.
- I övrigt se specifika pm om hud-mot-hudvård, temperaturmätning, inspektion/rengöring av huden, och smärtskattning.

## 4.8 Föräldrasamtal

- Hålls lämpligen dagen efter partus och därefter veckovis.

## 5 Omvårdnadsplan

Denna del av vårdprogrammet kompletterar den medicinska standardvårdplanen (se ovan).

### 5.1 Miljön på salen

- Miljön på vårdsalen ska genomsyras av lugn och ro; alla samtal ska ske med låg ton.
- Ljuset ska vara dämpat och direkt ljus undviks.
- Inte fler personer på salen än absolut nödvändigt, dvs endast personal som är direkt involverad i barnets vård får gå in på salen.
- Samtal som inte måste hållas inne på salen ska ske utanför (samtal mellan personal, studenter, inskolningar, randande läkare).
- Rumstemperaturen ska vara minst 24 grader.

- Gråa skåpet, gula sticklådan samt rostfri vagn ska förvaras på plats 3:4, där sker även ev. sterildukning för att minska buller nära barnen.
- Ändra larmvolymen till LÅG på infusionspumparna.

## 5.2 Föräldranärvaro och föräldrastöd

- Främja närhet mellan barn och föräldrar tidigt. Under tiden innan hud-mothudvård påbörjats bör föräldrar och barn ges möjlighet till ömsesidig närhet genom att lyfta kuvöstaket.
- Stöd föräldrarna och visa dem omtänksamhet baserad på just deras individuella situation. Första tiden kan den nyförlösta mamman ha medicinska/fysiska begränsningar att vara hos sitt barn.
- Välkomstmapp för skriftlig information finns på vårdplats.
- Neoinfo.se.
- Välkomstsamtal enligt Samtalsmall.
- Veckovis omvårdnadsamtal enligt Samtalsmall.
- Initiera kontakt med kurator under första veckan.
- Ronder – informera familjen om att deras närvaro önskas.
- Föräldramedverkan – introducera tidigt Checklistan för föräldramedverkan och involvera familjen.

## 5.3 Lyfta kuvöstaket

- Första dagen/dagarna då hud-mot-hudvård begränsas kan kuvöstaket lyftas även då barnet har 85 % luftfuktighet. Detta för att ge föräldrarna möjlighet att komma nära sitt barn.
- Detta kan förslagsvis göras kortare stunder i samband med vårdhandlingar.
- Öka strålvärmen till 85 %.

## 5.4 Bröstmjolk och nutrition

- Kolostrum efterfrågas tidigt och mamma stöttas i att starta stimulering av bröstet.
- Praktisk information till föräldrarna innan partus (se punkten 1).
- Uppmärksamma familjen på filmen som finns på sidan: [Föräldrainformation 95 F Akademiska, Amning och urmjölkning](#) samt film om pumpning och handmjölkning på 1177 [Handmjölka och pumpa ur bröstmjolk](#).
- Då den nyförlösta mamman kan ha begränsningar att vara hos/komma till sitt barn första tiden, var aktiva i att tidigt hjälpa och stötta henne på den plats hon är (BB/förlossning) för att komma igång med bröstmjölksproduktionen och tillse att mammas mjölk kommer till barnet i samråd med personal på KK.
- Fixering av sond enligt rutin med Duoderm Extra Thin och transparent tejp. Vänd cm-markeringarna så att det blir synliga. "Lyft" sonden lite vid fixering så att den inte trycks hårt mot kinden.
- Mata inte barnen i ryggläge, första hand magläge eller höger sida.
- Ta dagligen ett aktivt beslut på ronden om fortsatt vägning 2ggr/dygn behövs.

## 5.5 Vägning

- Alla bäddstöd som tas in till vårdplatsen vägs, vikten markeras på tejp som fästs väl synlig på bäddstödet fotände.

- Barnet vägs alltid liggandes i bäddstödet. Om barnet har en nackrulle så behöver den inte tas bort vid vägning.
- Fördela arbetsuppgifterna.
- Den som avser att lyfta barnet placerar i lugn och ro sina händer under bäddstödet och händerna kan vila mot madrassen i kuvösen i väntan på att "Lyft barnet" ska tändas på displayen.

## 5.6 Elimination

- Vägning av blöjor - alla blöjor vägs, även de med eventuell avföring i, och räknas in i urinmängden.
- Vid blöjbyte var alltid två personer, barnet i ihopkrupet sidoläge, lyft under rumpan/runt höfter och inte i ben/fötter.
- Blöjan byts med fördel inte oftare än var 6:e timme (om det inte är avföring i den).
- Undvik att torka/dra kompresser mot huden då det riskerar att skada huden. Använd rikligt med vatten och försök att i första hand skölja rent.
- Uppmärksamma regelbundet bukens utseende. Kläm aldrig på magen! Vid misstänkt bukstatus bedöms buken av neonatolog och eventuellt barnkirurg.

## 5.7 Vårdhandlingar och lägesändringar

- Sker alltid med hjälp av två personer, för att ett par händer ska kunna stötta barnet, var av den ena personen med fördel är en förälder.
- Lägesändringar med fördel inte oftare än var 6:e timme "[Lägesändringar och kroppsläge för intensivvårdskrävande barn som vårdas på Neo 95F](#)" (DocPlusSTYR-7870).
- Blöjbyten med fördel inte oftare än var 6:e timme (om det inte är avföring i blöjan).
- Försök anpassa tiden för vårdhandlingar så att föräldrarna är närvarande, även om de inte önskar/känner sig redo att praktiskt delta själva.

## 5.8 Bädda bäst/Barnet i en optimal position

- Täck ej hela barnet med filter utan lämna del av buk/bröstkorg synliga för att kunna bedöma andningsrörelser, hudfärg, NVK/NAK.
- Vid vård i kuvös regleras barnets kroppstemperatur med kuvöstemperatur inte antal filter.
- Se rubrik Bädda Bäst i dokument: "[Lägesändringar och kroppsläge för intensivvårdskrävande barn som vårdas på Neo 95F](#)" (DocPlusSTYR-7870).

## 5.9 Hud-mot-hudvård

- Se riktlinjer i "[Hud-mot-hudvård på Intensivvårdsavdelningen för nyfödda](#)" (DocPlusSTYR-8817).
- Den/de första dagen/dagarna då hud-mot-hudvård begränsas ges föräldrar och barn möjlighet till ömsesidig närhet genom att hissa upp kuvöstaket.

## 5.10 Hudvård

- Undvik helst helt att använda tejp på huden den första veckan.
- Använd gärna "Duoderm Thin" under tubtejp (på kinderna).
- Använd helst vatten (eller olja) för att lossa ev. tejp (inför tex planerad extubation). Wipes kan användas om det är bråttom.
- Saturationsmätare – tejp/karborrband som kommer med saturationsmätaren tas bort och ersätts med smalare remsa med microfoam-häfta.
- Om NVK och NAK måste fixeras Duoderm Extra Thin och transparent tejp.
- Har inte NVK/NAK varit fixerad med tejp de första dagarna så måste de fixeras inför första tillfälle med hud-mot-hudvård.
- Undvik att torka/dra kompresser mot huden då det riskerar att skada huden. Använd rikligt med vatten och försök att i första hand skölja rent.
- 1:a veckan tvätta endast bort synlig smuts så som blod och avföring, använd kranvatten och kompresser.
- 2:a veckan tvätta bort synlig smuts blod/avföring/hud som "flagat", tvätta hudveck.
- Använd kranvatten och kompresser.
- 3:e veckan tvättas barnet dagligen.
- Är huden hel och oretad, använd endast vatten.
- Vid tecken på att huden är irriterad eller sårig i blöjregionen tillsätt lite babyolja i tvättvattnet.

## 5.11 Undersökningar och bedömningar

- I de allra flesta fall räcker en visuell bedömning av barnet. Se på hudfärg, rörelser, andningsmönster.
- Täck barnets ögon, släck ev. fototerapi och tänd punktbelysning för att bedöma färgen.
- Undvik att vid upprepade tillfällen per dag störa barnet med exempelvis lyssna på lungor och känna på fontanell och dylikt, sådana undersökningar ska ske av medicinska skäl och ingår inte i vår rutinövervakning.
- Samordna vårdhandlingar och undersökningar.

## 5.12 Provtagning

- Provtagning sker i första hand via NAK, andra hand NVK. Då ingen kateter finns för att dra prover följ rekommendation enligt: "[Blodprovstagning och mätning av transcutant bilirubin, 95F](#)" (DocPlusSTYR-6910).

## 5.13 Hygien

- Tänk på barnets vårdplats som uppdelade i en smutsig och ren sida. Fotänden är avlastningsyta vid tex blöjbyte medan den rena huvudänden används för nappar, filter och material som ska hållas rent.

- Samma tänk gäller vid hud-mot-hudvård och vuxensäng. Kuddar som föräldrarna ska ha under huvud och armar förvaras inte i fotänden och NAK/NVK med slangar/kranar fixeras och leds med fördel uppåt.

#### 5.14 Infarter

- Kontrollera läget varje arbetspass.
- Fixera så att cm-markering är synlig.
- "[Infarter Neo](#)" (DocPlusSTYR-19947).

#### 5.15 Intubation

- Kan ske KMC eller i kuvös.
- Ta time-out och fördela arbetsuppgifter.

#### 5.16 Extubation

- Extubation förbereds genom diskussion om lämplig tidpunkt på rondan
- Barnet förbereds för extubation genom att:
  - CPAP-mössa (har inte huvudomfång tagits innan så ska detta ske nu).
  - Sjuksköterska och undersköterska lossar delvis tubtejp på den kind som är uppåt.
  - Vänd barnet.
  - Lossa tubtejp över näsryggen, för att kunna sätta prong på plats.
  - Tejpa om sonden om det är nödvändigt när resterande tubtejp sak tagits bort.
  - Ge barnet en liten stunds vila efter denna procedur innan extubation sker.

## Dokumenthistorik

### Författare

Johan Ågren, överläkare, neonatologi, verksamhetsområde Akademiska barnsjukhuset.

Ourania Vasileiadou, läkare, neonatologi, verksamhetsområde Akademiska barnsjukhuset.

### Granskare

Johan Ågren, överläkare, neonatologi, verksamhetsområde Akademiska barnsjukhuset.

Ourania Vasileiadou, läkare, neonatologi, verksamhetsområde Akademiska barnsjukhuset.

### Revisionsdatum

2020-10-07 Victoria Karlsson, sjuksköterska: Granskat dokumentet.

- 2020-10-14 Ourania Vasileiadou: Granskat dokumentet.
- 2020-11-18 Johan Ågren: Granskat dokumentet.
- 2021-03-11 Johan Ågren: Reviderad text avseende initial ventilatorbehandling.
- 2021-10-20 Johan Ågren: Initial vätskemängd ökad till 110 ml/kg, och texten om när KMC är lämplig är reviderad.
- 2022-05-10 Johan Ågren: Dokumentet är reviderat/justerat av neonatologins läkargrupp och inkluderar nu 22-25v (tidigare <24v).
- 2022-10-07 Victoria Karlsson, sjuksköterska och Ylva Thernström Blomqvist: Lagt till rubrik: 5 Omvårdnadsvårdplan vid underburenhet 22–25 veckor.
- 2022-11-08 Ylva Thernström Blomqvist, Victoria Karlsson, Johan Ågren: Granskat och reviderat dokumentet.
- 2022-11-11 Johan Ågren: Korrigerat ett litet skrivfel i dokumentet.
- 2023-01-20 Dokumentet byter namn till "Underburenhet 22-25 veckor – vårdplan", för att inte blandas ihop med andra standardvårdplaner, enligt önskemål från Nina Karlsson, huvudredaktör DocPlus. Detta dokument hette tidigare "Standardvårdplan vid underburenhet 22-25 veckor".
- 2023-07-11 Johan Ågren: Dosen Konakion efter partus står nu i mängd i stället för mL eftersom volymen styrs av aktuell spädning enligt Metavisions läkemedelsmallar. Lagt till information om hur vi ska styra vätsketerapin avseende P-Na och förväntad viktsförlust.
- 2023-11-06 Johan Ågren: Mindre justeringar.