

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Salah Salim, (salsa2), Överläkare

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-04-10

Giltig till: 2028-04-30

Övervakning och åtgärder på fetal indikation vid extrem prematuritet

Revideringar i denna version

Helt omarbetat styrdokument.

Bakgrund, syfte och mål

Prematuritet delas upp i tre undergrupper:

Måttligt för tidigt född, föds mellan vecka 31+0–36+6

Mycket för tidigt född, föds mellan vecka 28+0–31+6

Extremt för tidigt född, föds mellan vecka 22+0–27+6

Cirka 0,3 % av alla nyfödda (cirka 300 barn per år i Sverige) är extremt prematurfödda (< 28 fullgångna graviditetsveckor). Överlevnaden av dessa barn har förbättrats dramatiskt under de senaste 40 åren, tack vare förbättrad obstetrisk handläggning, förbättrad neonatal intensivvård, och de nya rutiner som införts i Sverige, bland annat magnesiumsulfat som neuroprotektiv profylax. Dock anses fortfarande extrem prematurfödsel som ett allvarligt tillstånd som är förknippat med hög dödlighet och relativt stor risk för bestående men och dessa risker blir gradvis högre ju lägre gestationsvecka barnet är fött i.

Syfte och mål

Rutin för övervakning och åtgärder på fetal indikation vid extrem prematuritet baserad på råd från SFOG och Svenska Neonatalföreningen 2024. Rutinen kan appliceras även för mycket för tidigt (graviditetsvecka 28+0–31+6).

Riktlinjer

Transport vid hotande förtidsbörd

Transport rekommenderas från vecka 22+0. Om mamman inte är transportabel bör neonatalteam om möjligt skickas från högspecialiserat centrum. Transportteam finns på Östra sjukhuset.

Vid hotande förlossning från och med graviditetsvecka 22+0 till och med 27+0 transporteras mamman om möjligt till regionkliniken SU/Östra sjukhuset.

Från vecka 27+1 till och med vecka 29+6 flyttas patienten till NÄL.

Barnläkarbedömning initieras alltid vid oplanerad prematur förlossning efter vecka 22+0 eller då andra särskilda behov för barnet har identifierats (exempelvis känd missbildning).

Antenatala steroider

Antenatal steroidbehandling övervägs från och med vecka 22+0. Ställningstagande om steroider ska ges före eventuell transport sker i samråd med mottagande enhet. Ny bedömning av situationen görs av obstetriker och neonatolog på mottagande enhet. Se styrdokument [Prematurbörd – kortisonbehandling](#).

Magnesiumsulfat för neuroprotektion

Magnesiumsulfat för neuroprotektion övervägs från och med vecka 22+0. Ställningstagande om magnesiumsulfat ska ges före eventuell transport sker i samråd med mottagande enhet. Ny bedömning av situationen görs av obstetriker och neonatolog på mottagande enhet. Se styrdokument [Magnesiumsulfatbehandling \(MgSO₄\) för neuroprotektion vid hotande förtidsbörd före vecka 32+0](#).

Sectio på fetal indikation

Kejsarsnitt på fetal indikation kan övervägas från vecka 23+0 och rekommenderas från vecka 24+0.

Obs! Sectio i mycket tidig graviditet kan vara tekniskt svårt att genomföra och innebär ibland behov av ett högt, vertikalt corpusnitt ("klassiskt kejsarsnitt") alternativt T-snitt som är kopplat till ökad komplikationsrisk för kvinnan såsom större blödning, reoperation, infektion.

Att informera familjen

Det är mycket viktigt att den gravida kvinnan och hennes partner får stöd och adekvat information vid hotande förtidsbörd före vecka 28. Detta underlättas av att mamman remitteras till ett högspecialiserat centrum där erfaren obstetriker och neonatolog finns på plats.

Ansvarig obstetriker och neonatolog bör ge muntlig information till den gravida kvinnan och hennes partner vid hotande förtidsbörd före vecka 28.

Ett nationellt dokument finns tillgängligt för skriftlig information, se [Att få ett mycket för tidigt fött barn](#).

Närvaro av neonatolog vid förlossningen

Neonatolog ska vara närvarande vid alla förlossningar från vecka 22+0.

Att initiera HLR av barnet

HLR övervägs för alla nyfödda från vecka 22+0 och rekommenderas för alla nyfödda från vecka 23+0.

Alla levande födda från vecka 22+0 registreras i Svenska Neonatalvårdsregistret (SNQ), även om de avlidit på förlossningsavdelningen innan inskrivning på neonatalavdelningen.

Sammanfattning av riktlinjerna i tabellform

	21+0–21+6	22+0–22+6	23+0–23+6	24+0–24+6
Transport till högspecialiserat centrum	Nej	Ja ¹	Ja	Ja
Antenatal steroidbehandling	Nej	Övervägs ²	Ja	Ja
Antenatalt MgSO ₄ för neuroprotektion	Nej	Övervägs ²	Ja	Ja
Kejsarsnitt på fetal indikation	Nej	Nej	Övervägs	Ja
Neonatolog närvarande vid förlossning	Nej	Ja	Ja	Ja
Initiering av neonatal HLR	Nej	Övervägs	Ja	Ja

Ja = Rekommenderas. Nej = Rekommenderas inte.

¹ Så att kvinnan är på högspecialiserat centrum vid vecka 22+0.

² Rekommenderas om planerad aktiv handläggning.

Övrigt

Ovanstående gränser för graviditetslängd gäller under förutsättning att patienten är korrekt ultraljudsdaterad och under förutsättning att ingen annan komplicerande faktor föreligger (exempelvis flerbörd, missbildning).

CTG-övervakning sker enligt generellt styrdokument [Fosterövervakningshandläggning](#).

Länkar

Styrdokument [Överföring av obstetrisk patient till andra sjukhus – förlossningsvård](#).

Blankett [Vårdplanering för obstetriska patienter vid överflyttning från SkaS Skövde](#).

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Salah Salim, (salsa2), Överläkare

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9716-1940753776-313

Version: 9.0

Giltig från: 2026-04-10

Giltig till: 2028-04-30