

Gäller för: Verksamhet AnOplva neonatal barn
 Innehållsansvar: Svetlana Najm, (svena1), Sektionschef
 Godkänd av: Angela Hanson, (angha), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-04-22

Giltig till: 2028-04-22

Extremt underburna barn 22+0 – 24+6

Vård och omvårdnad

Förändringar sedan föregående version

Tillagt diverse länkar samt uppdaterat gamla Alfrescolänkar

Ändrat Avd namn enl beslut SU

I enlighet med nya kompetensstegen ska förlossningssjuksköterska vara minst nivå 3

Bakgrund och syfte

Syftet med rutinen är att samla nödvändig kunskap kring omhändertagande, vård och omvårdnad av dessa sköra barn.

Utförande

Initialt omhändertagande		
Moment	Åtgärd	Förtydliganden/Kommentar/Länkar
Centralisering	1. Flytta intrauterint, inte extrauterint	1. Gott samarbete med obstetrikern
Information	1. Läkarsamtal	1. Föräldrainformation Information före förlossningen
Förberedelser Neo-IVA Ö	1. 1:a hand: enkelrum 3/4 2. 2:a hand: 1 av 2 patienter på R 2/5	1. 2. På rum 2/5 ska 3:e vårdplatsen stängas dag 0 – 7 ev upp till dag 14
Förberedelse förlossning	1. Teamets sammansättning: (max 5 pers.) 2. Diskussion med obstetrikern:	1.1 Läkare: 2 specialister varav minst 1 läkare med bakjournskompetens 1.2 Ssk: Minst nivå 3 1.3 Usk: Erfaren uteusk

	<p>3. Följ checklistan</p> <p>4. Höj rumstemperaturen</p>	<p>2.1 Förlossningssätt Prematurbörd - hotande med sammandragningar, PTL - preterm labour</p> <p>2.2 Magnesiumsulfat till mor Magnesiumsulfat vid hotande förtidsbörd innan vecka 32+0</p> <p>2.3 Antenatala steroider till mor PPROM - Hotande prematurbörd med för tidig vattenavgång graviditetsvecka 18+0 - 33+6 (Enkel och flerbörd)</p> <p>3. Extremprematurer 22+0 - 27+6 Initialt omhändertagande vid förlossningen</p> <p>4.</p>
<p>När barnet föds</p>	<p>1. Sen avnavling</p> <p>2. rPAP</p> <p>3. Åtgärder för att minska värmeförluster</p> <p>4. Ljus/ljud</p>	<p>1.1 Vid kejsarsnitt – Avnavling (fysiologisk) av underburna barn yngre än 32+0 graviditetsveckor vid kejsarsnitt</p> <p>1.2 Vid vaginal förlossning Extremprematurer 22+0 - 27+6 Initialt omhändertagande vid förlossningen</p> <p>2. Extremprematurer 22+0 - 27+6 Initialt omhändertagande vid förlossningen</p> <p>3. Extremprematurer 22+0 - 27+6 Initialt omhändertagande vid förlossningen</p> <p>4. Så mörkt och tyst som möjligt Ljusmiljö - stödjande omvårdnad Ljudmiljö - stödjande omvårdnad</p>
<p>När barnet kommer upp till avd</p>	<p>1. Omhändertagande på patientplatsen</p> <p>2. Colostrum</p> <p>3. Centrala infarter</p>	<p>1. Undvik behandlingsrummet om möjligt</p> <p>1. Inom 120 min</p> <p>3.1 Provtagning Blgr (förl), blodgas, bastest. Övr prover efter noga övervägande. Om inte akut behov, dela gärna upp proverna så att inte alla tas samtidigt.</p> <p>3.2 Numeta startas snarast efter venös infart är satt</p>

Första levnadsveckan	1. Bemanning	<p>1.1 Ssk minst nivå 3 1.2 Erfaren usk 1.3 Inga bredvidgångar</p>
”Neuroprotektiv vård”	2. Temperatur	<p>2.1 Kontinuerlig temperaturövervakning tills tempstabil Extremprematurer 22+0 - 27+6 Initialt omhändertagande vid förlossningen</p>
	3. IVH	<p>3. Undvik rutinultraljud, vid behov snabb screening av van undersökare</p>
	4. Undvik ökat eller minskat flöde av blod till hjärnan	<p>4.1 Huvud i neutral position 4.2 Sidoläge första 72 H 4.3 Höjd huvudända 4.4 Undvik att lyfta underkroppen vid skötning</p>
	5. Undvik pneumothorax	<p>5.1 Curosurf - Surfaktantinstillation (Curosurf) vid neonatalavdelning – LISA, SALSA, INSURE samt under respiratorbehandling 5.2 Volymstyrd respirator Invasiv ventilation inom neonatalverksamheten Extremprematurer 22+0 - 27+6 HFO respiratorbehandling de första levnadsdagarna</p>
	6. Undvik venös stas i thorax	<p>6. Kontroll lungexpansion och blodtryck vid höga tryck i HFO Extremprematurer 22+0 - 27+6 HFO respiratorbehandling de första levnadsdagarna.pdf Invasiv ventilation inom neonatalverksamheten Extremprematurer 22+0 - 27+6 HFO respiratorbehandling de första levnadsdagarna</p>
	6.2 BPD profylax	<p>6.1 Hydrokortison i lågdosprofylax för begränsning av BPD (bronkopulmonell dysplasi) hos extremt prematurfödda barn - neonatal</p>
	7. Minska blodförluster	<p>7.1 Räkna blodbalans första levnadsveckan samt enl ord – Blod- och vätskebalans 7.2 Minimera slask</p>

	<p>8. Minska onödig volymstillförsel</p> <p>9. Undvik blodtryckssvängningar</p> <p>10. Ductus</p> <p>11. Hud-mot-hud</p> <p>12. Vätsketerapi</p> <p>13. Familjecentrerad vård</p> <p>14. Smärta</p>	<p>8.1 Undvik bolus</p> <p>8.2 Ingen volym utan hypovolemi</p> <p>8.3 Försiktig spolning av infarter</p> <p>9.1 Tillåt lägre blodtryck vid ua laktat och adekvata urinmängder</p> <p>9.2 Långsam korrigering av lågt blodtryck</p> <p>9.3 Undvik om möjligt inotropi</p> <p>9.4 "Minimal handling"</p> <p>9.5 "Cluster care" – samordna så mycket som möjligt</p> <p>10. Persisterande Duktus Arteriosus (PDA) hos underburna barn</p> <p>11. Så fort barnet klarar av initieras hud-mot-hudvård med mamma/pappa</p> <p>12.1 Tidig Natriumreduktion för att undvika hypernatremi</p> <p>12.2 Optimera glukostillförsel – Nutrium</p> <p>12.3 Vätskebalans pga stor urinproduktion – räknas rutinmässigt x 3 första levnadsveckan samt enl ord Blod- och vätskebalans</p> <p>12.4 Daglig vikt pga stor urinproduktion samt stora övriga förluster</p> <p>13.</p> <p>14.1 Adekvat smärtlindring vid smärtsamma procedurer</p>
--	---	---

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i journalsystemet om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

Arbetsgrupp

Svetlana Najm, Sektionschef, Neonatal Intensivvård och Familjevård

Dorota Försth, Verksamhetsutvecklare, AnOpIVA Neonatal Barn

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet AnOpIva neonatal barn

Innehållsansvar: Svetlana Najm, (svena1), Sektionschef

Godkänd av: Angela Hanson, (angha), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-2241

Version: 4.0

Giltig från: 2026-04-22

Giltig till: 2028-04-22