

**REGION SKÅNES
PREHOSPITALA ENHET 2013**

REGIONALT PREHOSPITALT
VÅRDPROGRAM



Nytt liv på väg

PREHOSPITAL AKUTSJKVÅRD VID GRAVIDITET OCH FÖRLOSSNING
VERSION 2



Innehållsförteckning

Deltagare

Obstetriker Andreas Herbst, SUS
Barnmorska Bodil Carlberg, SUS
Obstetriker Christel Åkerman, CSK
Barnmorska Kerstin Engström, Ystad
Obstetriker Kerstin Sylvan, Helsingborg
Neonatolog Kristina Bergentz, SUS
Barnmorska Lisa Gårdlund, RSPE
Ambulansöverläkare Maria Janson, RSPE
Sjuksköterska Pia Bjurehed, 1177
Barnmorska Stina Olsson, SOS Alarm
Barnmorska Viktoria Grape, CSK

- 4 Inledning**
- 5 Telefonrådgivning**
- 6 1177**
- 7 SOS Alarm**
- 9 Ambulanssjukvård**
- 15 Förlossning**
- 16 Prehospital Neonatal HLR**
- 17 Apgar-index**
- 18 Förvarningsmall till akutmottagningen enligt SBAR**
- 20 Primärvård**
- 21 Förlossningsavdelning**
- 22 Asylsökande**

Detta vårdprogram är ett levande dokument och avsett för den medicinska professionen. Genom att delta i Region Skånes Prehospitala Enhets utbildningsaktiviteter, möten och diskussioner är du med och påverkar utformningen av kommande utgåva.

Vårdprogrammet får kopieras för icke-kommersiellt bruk om källan är tydligt angiven.



Poul Kongstad, Chefläkare

Inledning

Region Skånes Prehospitala Enhet (RSPE) ansvarar övergripande för den prehospitala verksamheten i Region Skåne. Ambulanssjukvården i Skåne handlägger ca 150 000 patienter per år. I samarbete med regionens kvinnokliniker har nu andra versionen av vårdprogrammet "Nytt liv på väg" tagits fram. Programmet avser att vara ett stöd i handläggningen av gynekologiska och obstetriska patienter och innehåller gemensamma riktlinjer och rekommendationer för såväl ambulanssjukvården som kvinnoklinikerna. Vårdprogrammet är ett levande dokument och revideras återkommande.

Mål

- Att alla patienter som kontaktar sjukvården ska få en korrekt bedömning gällande åtgärder och transportsätt/destination.
- Att ambulanssteam som hämtat patient med akuta problem eller som tar kontakt med läkare på närmaste akutsjukhus/förlossningsavdelning får besked om transportdestination och eventuella ordinationer inom 5 minuter.
- Att vårdprogrammet är känt och används av all akut prehospital personal efter utgivande och infogande i verksamhetens dokumentation på hemsidan: www.skane.se/rspe.
- Att vårdprogrammet hålls aktuellt och revideras vid behov genom ett möte en gång årligen med representanter för akutsjukhusen i Skåne.
- Att all ambulanspersonal får hospitera på förlossning med regelbundna intervall.

Telefonrådgivning

Vid telefonrådgivning till gravid eller födande kvinna är anamnesupptagning viktig för att prioritera korrekt omhändertagande. Det är viktigt att veta:

- beräknad förlossning, alternativt graviditetsvecka
- fosterläge
- fosterrörelser
- vilket barn i ordningen
- värkar, karaktär, krystvärkar
- vattenavgång – färg på fostervattnet
- blödning
- allmäntillstånd
- trauma
- andra sjukdomar

Handläggning

Verkar graviditeten och förlossningsarbetet vara normalt – uppmana kvinnan ringa förlossningsavdelningen själv. Etablera telefonkontakt med förlossningsavdelningen vid oklarheter. Koppla vidare till SOS Alarm AB vid:

- färsk riklig blödning med eller utan koagler
- kraftig kontinuerlig smärta
- påverkat allmäntillstånd
- kramper
- trauma mot bälen
- krystvärkar
- navelsträngsframfall

Närmaste gyn/akutmottagning till och med 21+6 graviditetsveckor.
Närmaste förlossningsavdelning från och med 22+0 graviditetsveckor.

Vid nära förestående eller pågående förlossning tas telefonkontakt med SOS Alarm AB.

➔ **De som får rådet att åka till förlossningen uppmanas att ringa dit före de åker!**

1177

Sjukvårdsrådgivningen 1177. Har som uppdrag att, utifrån den inringandes symtom och allmäntillstånd, göra en bedömning, ge råd och hänvisa till rätt vårdnivå.

Bedömningen görs med hjälp av ett nationellt rådgivningsstöd som baseras helt på symtom där t.ex. en graviditet är en faktor att ta hänsyn till.

SOS ALARM

Initial hantering i vårdärenden

Inkl. graviditet > v. 20

Samtalet kommer till SOS antingen via numret för icke akut ambulansbeställning eller via nödnumret 112.

Samtal som kommer via ambulansbeställningen besvaras direkt av en vårdmottagare.

Samtal via nödnumret 112 besvaras av en 112-mottagare. Denne genomför efter att ha tagit adress- och telefonuppgifter en inledande intervju för att kunna avgöra vad larmet gäller.

Operatören bedömer med hjälp av ett s.k. startkort (checklista) vitalparametrar, och kan med hjälp av medlyssning till vårdmottagare och ambulansdirigent initiera omedelbara insatser vid nödsituation ("Fara för liv")

Bedömning av vitalparametrar

Besvaras i startkortet med "JA" eller "NEJ"

- Andningsstopp
- Medvetslös
- Påverkad andning
- Påverkat medvetande
- Påverkad cirkulation

Svarar 112-mottagaren "JA" på frågorna andningsstopp eller medvetslöshet medför detta att ärendet omedelbart skickas ut som medlyssning, och hamnar överst på både ambulansdirigenters och sjukvårdsmottagares samtalslistor med beteckningen "Fara för liv". Ambulansdirigent larmar vid behov ut även extra resurser som räddningstjänst och/eller ytterligare ambulansresurs. Vårdmottagare bistår den nödställda med akutmedicinsk rådgivning.

Ambulanssjukvård

Fortsatt hantering exkl. "fara för liv"

112-mottagaren skickar ärendet vidare till vårdmottagare via medlyssning.

Vårdmottagaren tar över samtalet, säkerställer adress, telefonnummer och vitalparametrar, och fortsätter sedan med en fördjupad medicinsk intervju. Man tar ställning till eventuellt ambulansbehov och prioritetsgrad. Grundläggande för den bedömningen är hur stor påverkan det aktuella tillståndet har på vitala funktioner.

Men man tar vid prioriteringen även hänsyn till vilken indexnod (sjukdoms- eller skadegrupp) patienten tillhör. Vissa tillstånd kommer då att generera prio 1 även vid bibehållna vitala funktioner. Exempel på sådana tillstånd vid graviditet > v. 20 är pågående utdrivningsskede eller nyss genomgången förlossning, kontinuerlig buksmärta, smärtor eller värkar efter slag mot buken, vattenavgång och/eller värkar vid onormalt fosterläge, vattenavgång och framfallen navelsträng/smädel.

Ambulans prio 1:

Uppdrag med högsta prioritet där patient bedöms ha akuta, livshotande symtom.

Närmast tillgängliga ambulans larmas ut. Vid fara för liv kan vid behov ytterligare resurser, som t.ex. räddningstjänst larmas ut.

Ambulans prio 2:

Uppdrag med hög prioritet där patient bedöms ha akuta men inte livshotande symtom.

Närmast tillgängliga ambulans tilldelas uppdraget.

Ambulans prio 3

Tillsyn och vård kan behövas av medicinskt utbildad personal under transport till sjukvårdsinrättning. Rimlig väntetid bedöms inte försämra patientens tillstånd.

Ambulans tilldelas uppdraget med beaktande av beredskapen för allvarigare händelser.

Den sjuke/skadades tillstånd har inte bedömts av sjuksköterska eller läkare i tjänst.

Ambulans prio 4

Se prio 3. Den sjuke/skadades tillstånd har bedömts av sjuksköterska eller läkare i tjänst.

Patientstyrning

Tillståndet bedöms inte kräva ambulans. Operatören hänvisar i stället till annan hjälp, annat transportsätt eller bedömer att patienten kan avvakta hemma.

Hotande förlossning

Anamnes (patienten själv ger oftast bättre anamnes än anhöriga)

Efter anamnestagning och undersökning, kontakta närmaste förlossningsavdelning för råd kring handläggande och destinationsbesked.

Numera används datajournal och kvinnan har inte längre någon pappersjournal. Vid behov av kompletterande information kan förlossningsavdelningen bistå.

- Vilken graviditetsvecka?
 - Om patienten inte vet, fråga efter beräknad förlossning enligt ultraljud.
 - Om patienten inte vet detta heller kan man med patientens tillåtelse även kontakta den förlossningsklinik hon tillhör. Där kan man oftast få fram graviditetsveckan via hennes mödravårdsjournal.
- Har graviditeten varit komplikationsfri?
- Har patienten fött fler barn?
 - Var det då en vaginal förlossning, i fullgången tid?
- Har patienten andra sjukdomar?
- När började värkarna?
 - Är de smärtsamma
 - Har de tilltagit i intensitet?
- Har vattnet gått? Utseende?
- Har det kommit någon blödning? Be att få titta i trosan!

Undersökning

Tänk ABCDE. Vid en pågående normal förlossning hos en frisk kvinna är blodtryck och saturation av underordnad betydelse. Om kvinnan transporteras i liggande läge skall hon ligga lätt lutad mot vänster sida för att undvika vena cava syndrom. Palpera magen försiktigt.

➔ **Vaginal undersökning får endast utföras av personal med formell kompetens. OBS! Inga former av klipp skall förekomma prehospitalt!**

Snabb avtransport kan vara aktuell vid något av följande symptom:

- Tilltagande och/eller intensiva värkar, med eller utan vattenavgång (regelbundet återkommande uteruskontraktioner med smärta i nedre delen av buken och/eller korsryggen)
- Vaginal blödning
- Krystvärkar, (överväg att stanna och förlösa, om barnet är på väg ut)
- Navelsträngsprolaps eller prolaps av smådelar
- Kramper
- Trauma

➔ Kontakta och förvarna alltid förlossningsavdelningen i aktuellt område före avtransport!

Man kan därifrån ge råd kring vilken förlossningsenhet patienten ska föras till.

- Lund vårdar patienter från vecka 22+0
- Malmö vårdar patienter från vecka 28+0
- Helsingborg vårdar patienter från vecka 28+0
- Kristianstad vårdar patienter från vecka 28+0
- Ystad vårdar patienter från vecka 35+0

I mycket brådskande situationer kan också samtliga fem akutsjukhus ta hand om patienten oavsett graviditetsvecka.

➔ Obs! Förvarna!

Handläggning under ambulanstransport:

- Patienten bör ligga i vänster sidoläge eller på rygg med en kudde under höger höft.
 - I liten bil med Alfabår är det lämpligt med patienten i färdriktningen vid förväntad förlossning.
 - Om kvinnan ligger på spineboard, lutas den åt vänster.
 - Bäckenhögläge vid prolaps.
- Om inga andra komplikationstecken finns, är venflonsättning eller läkemedel inte indicerat prehospitat

➔ Obs! Värkar tillsammans med vaginal blödning kan vara tecken på placentaavlossning. Detta är ett potentiellt livshotande tillstånd för foster och moder.

Vid riklig blödning t o m 21+6 graviditetsveckor

- Inspektera blödning.
- Ge vätskeinfusion vid cirkulatorisk påverkan (bakomliggande orsak är ofta inkomplett abort).
- Rådgör vid behov och förvarna akutmottagningen på närmsta kvinnoklinik.
- Transport till närmsta gynekologiska akutmottagning.

Vid riklig blödning fr o m 22+0 graviditetsveckor

- *Smärtfri blödning – kan vara föreliggande moderkaka* – ofta är detta känt då man noterat lågt sittande placenta vid rutinultraljudet i vecka 18.
- *Blödning tillsammans med buksmärta och/eller uteruskontraktioner* – kan vara placentaavlossning, vilket är livshotande för fostret och någon gång även för modern.
- *Mindre slemblandad blödning och sammandragningar* – kan vara förlossning.

- Inspektera blödning.
- Kontakta närmsta förlossningsavdelning för råd.
- Sätt om möjligt venflon och ev vätskeinfusion – alltid vid cirkulatorisk påverkan och kraftig blödning. Åtgärder som venflon och dropp får dock inte fördröja transport om det finns misstanke om placentaavlossning och patienten är cirkulatorisk stabil.
- Skyndsam transport med patienten liggande i sidoläge.

➔ Vaginalundersökning är kontraindicerat.

Vid riklig blödning efter förlossningen

Bakomliggande orsak är ofta kvarvarande placentarester.

- Känn på buken och om livmodern är palpabel via bukväggen, massera och komprimera uterus för att stimulera till kontraktion och för att få koagler i uterus att tömma sig.
 - Venflon och vätskeinfusion vid riklig blödning – alltid vid cirkulatorisk påverkan.
 - Vid livshotande blödning kan aortakompression tillgripas.
 - Skyndsam transport till närmsta gynekologiska akutmottagning.
- ➔ **Obs! Stora blödningar kan ses upp till åtminstone 2 månader efter förlossningen. Blödning efter förlossningen kan vara ett allvarligt tillstånd, där kvinnan på mycket kort tid kan blöda stora mängder. Skyndsam transport till närmsta gynekologiska akutmottagning kan vara viktig.**

Eklampsi och svår preeklampsi

Krampanfall

Generaliserat krampanfall med medvetandeförlust under senare halvan av graviditeten hos en patient som inte har epilepsi i anamnesen kan vara eklampsi. Patienten har då vanligen ett förhöjt blodtryck (över 140/90).

- Upprätthåll fria luftvägar.
- Ge syrgas per mask
- Placera patienten i vänster sidoläge.
- Kontrollera blodsocker
- Ge Stesolid (Diazepam) rektallösning 10 mg för att häva krampanfall. Alternativt ges Stesolid Novum (Diazepam) injektionslösning (5 mg/ml) 2 ml intravenöst.
- Venflon men ej vätskeinfusion.
- Koppla arytmiövervakning
- Skyndsam transport till närmsta förlossningsavdelning.

Intensiva smärtor i epigastriet under graviditet

Akut intensiv smärta i epigastriet kan vara orsakad av preeklampsi. Patienten har vanligen även ett förhöjt blodtryck (över 140/90).

- Mät blodtryck
- Placera patienten i sidoläge.
- Transportera till närmsta förlossningsavdelning.

Intensiv huvudvärk under graviditet

Akut huvudvärk under andra halvan av graviditeten kan vara orsakad av preeklampsi. Patienten har då vanligen ett förhöjt blodtryck (över 140/90)

- Placera patienten i sidoläge och begränsa stimuli för mamman
- Skyndsam transport till närmsta förlossningsavdelning, nersläckt i hytten och om möjligt utan sirener
- Tänk differentialdiagnoser – t ex migrän, aneurysm, sinustromb, stroke.

Buksmärta under graviditet

Svår buksmärta i tidig graviditet eller plötslig svår lågt sittande buksmärta hos kvinna i fertil ålder

Extrauterin graviditet kan vara en sannolik orsak. Uttalad ömhet i nedre delen av buken och cirkulatorisk påverkan talar för större intra-abdominell blödning.

- Sätt venflon. Ge vätska vid cirkulatorisk påverkan.
- Transport till närmsta akutmottagning.

Svår buksmärta i sen graviditet

Plötslig intensiv smärta från nedre delen av buken kan vara orsakad av placentaavlossning. Denna är ofta förenad med uteruskontraktioner och blödning. Blödningen kan dock vara dold. Uterus är ofta spänd (förhöjd tonus).

- Palpera buken.
- Skyndsam transport till närmsta förlossningsavdelning är mycket viktig.
- Sätt venflon vid behov under transport.

Navelsträngsframfall

Om kvinnan anger att något hänger ut ur underlivet, be att få titta efter. Syns det en navelsträng så är det navelsträngsframfall.

- Undvik att komprimera eller kyla ner navelsträngen. Prova bäckenhögläga för att avlasta
- Om patienten har värkar: ge 0,5 ml (en halv ampull) Bricanyl 0,5 mg/ml subcutant (efter läkares ordination från förlossningen)
- Ge eventuellt syrgas per mask
- Kontakta närmsta förlossningsavdelning för att förvarna samt be om råd inför transport.

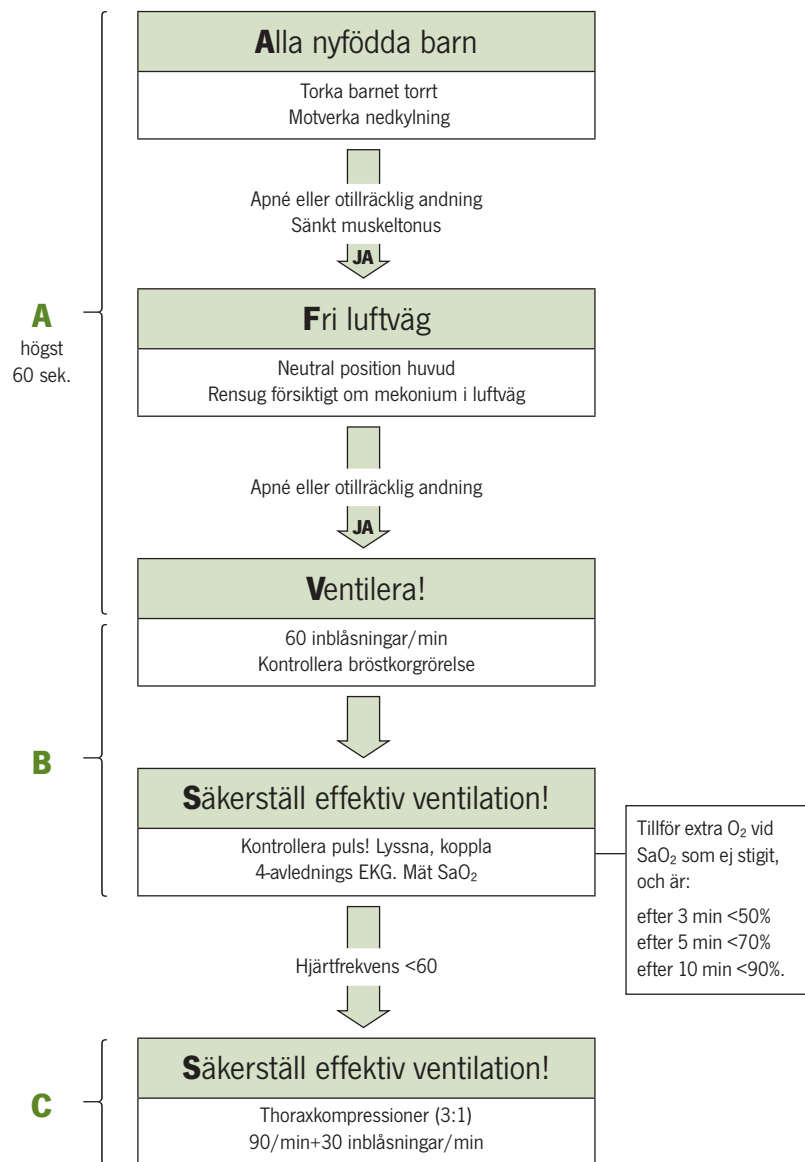
Trauma – gravid kvinna

- Placera patienten om möjligt i vänster sidoläge för att undvika kompression av vena cava. Eventuellt kudde under spine-board.
- Prematurt värkarbete är den vanligaste komplikationen till följd av trauma hos gravid kvinna. Kan vara svårt att upptäcka hos medvetandesänkt eller intuberad patient.
- Direkt och indirekt våld mot buken kan leda till placentaavlossning. Fosterdöd till följd av trauma orsakas till 70 % av placentaavlossning. Vid total avlossning avlider fostret inom 10 minuter. Vid partiell avlossning kan fostret klara sig bra. Placentaavlossning kan uppträda så sent som 48 timmar efter traumat. Symtom kan vara vaginal blödning, ömhet över uterus, prematurt värkarbete, ökad tonus i uterus, buksmärter och hypovolemi. Risk för disseminerad intravasal koagulation. Ska alltid undersökas av gynekologisk specialist.
- Uterusruptur är ovanlig. Oftast krävs mycket kraftigt våld mot buken. Om patienten tidigare genomgått kejsarsnitt ökar risken eftersom det då kan finnas en svaghet i uterus. Symtom: buksmärta, hypotension och chock. Vid palpation av buken kan ev fosterdelar kännas utanför uterus.
- Kontrollera om det blöder från underlivet. Transportera kvinnan till närmsta akutmottagning på akutsjukhus med förlossningsavdelning. Man ska där tillkalla akutläkare från lämpliga specialiteter men även jourhavande gynekolog/förlossningsläkare beroende på graviditetslängd och situation.
- Våld i nära relation förekommer även mot gravida. Våga ställa frågan!

Förlossning

1. Konstatera krystvärkar (fosterhuvudet syns under värk eller kvinnan känner starkt tryck mot ändtarmen). Överväg att stanna kvar och förlösa på plats.
2. Vid risk för förlossning under transport: Transportera i vä sidoläge. Är barnet på väg ut, stanna bilen och förlös i bilen. Håll vb kontinuerlig kontakt med förlossningsavdelning.
3. När barnets huvud är framme, känn försiktigt efter om navelsträngen ligger runt halsen som då om möjligt förs över huvud eller axlar. Drag ej. Om navelsträngen utgör ett hinder för att barnet ska födas fram trots krystning kan man i yttersta nödfall sätta 2 peanger nära varandra på navelsträngen och klippa av emellan. Vira loss navelsträngen. Låt peangerna sitta kvar.
4. Låt huvudet rotera spontant så att barnet tittar åt sidan. Om axeln sitter fast: Fatta huvudet över öronen. Vid krystning tryck lätt nedåt. För om möjligt in fingret i barnets armhåla och hjälp övre axeln ut. Lyft uppåt så nedre axeln framföds och barnet slinker ut.
5. Notera födelsetiden.
6. Lägg barnet direkt på moderns bröst/mage. Lägg över torr duk/filt. Undvik avkylning till varje pris. Byt till torr duk/filt efterhand.
7. Bedöm Apgars index (noteras efter 1, 5 respektive 10 minuter) Se sid 17.
8. Vid behov följ prehospital neonatal HLR, sid 16. Gäller såväl prematura som fullgångna förlossningar prehospitalt.
9. Överväg avnavling, ca 10 cm från navelfästet (efter avslutade pulsationer). Låt peangerna sitta kvar eller knyt med bomullsband.
10. Placentan lossnar i regel av sig själv. Ofta får kvinnan då en värk och det syns en begränsad blödning. Håll i navelsträngen, men drag ej, och be patienten krysta. Lägg ett lätt stöd på magen. Notera tidpunkt för placentaavgång. Lägg placentan i en påse och ta med den till förlossningsavdelningen.
11. Var uppmärksam på kvinnans allmäntillstånd.

Prehospital Neonatal HLR



- Ventilation utgör basen i neonatal HLR.
- Vid adekvat maskventilation krävs inte intubation. Då maskventilation ofta är lätt att utföra är inte intubation indicerat prehospitalt.
- Hypoxi ger bradykardi som leder till asystoli. Alltså ingen indikation för defibrillering.
- Tag kontakt med närmaste förlossningskliniken för besked vart barnet ska föras.
- Förlossning tidigt i graviditet, men ett barn som visar tydliga livstecken, stötta barnet med ventilation enligt algoritmen.

Bedöms efter 1, 5 och 10 minuter.

Apgar:	2	1	0
HR/min:	<input type="checkbox"/> >100	<input type="checkbox"/> <100	<input type="checkbox"/> ingen
Andning:	<input type="checkbox"/> regelbunden	<input type="checkbox"/> kippande	<input type="checkbox"/> ingen
Tonus:	<input type="checkbox"/> god	<input type="checkbox"/> nedsatt	<input type="checkbox"/> ingen
Retbarhet:	<input type="checkbox"/> god	<input type="checkbox"/> nedsatt	<input type="checkbox"/> ingen
Färg:	<input type="checkbox"/> skär	<input type="checkbox"/> cyanotisk	<input type="checkbox"/> blek

Summa:

> 7 = tillfredställande

5–7 = lätt asfyxi

< 5 = grav asfyxi

Förlossningsset ska finnas i samtliga ambulanser

3 st peanger, höggradigt rena, för avnavling

1 sax, höggradigt ren, för avnavling

2 st navelband att knyta, 20 cm långa

1 st handduk

1 st mössa

Förvarningsmall till akut- mottagningen enligt SBAR

(gäller ej gravid med stort trauma)

Region Skånes Prehospitala Centrum 20120529 version 1

Situation

Situation Instruktion larm via RAKEL

➔ **Obs! Vid kontakt med förlossningskliniker alltid via telefon!**

Individ/simplex

Slå hela numret Alternativt titta i telefonboken

- Tryck knapp 0
- Bläddra till Flik sjukhus
- Tryck visa

Tryck på PTT knappen

Invänta svar

Ambulans ID (MSISDN)

Typ av patient.....

Ankomsttid klockan

Kön

Personnummer/ålder

Bakgrund

Bakgrund: Frisk? Tidigare förlossningar? Komplikationer?

- Allergier
- Smitta
- Tidigare sjukdomar

Detta skall ha koppling till aktuellt tillstånd

Aktuellt tillstånd

Aktuellt tillstånd: Värkar? Blödning? Konstanta smärtor?

Påverkat AT? Vattenavgång? (klart eller missfärgat?) Fosterläge?

Aktuell händelse: Trauma? Navelsträngframfall?

Vitala parametrar enligt METTS (ESS21) om aktuellt för situationen

Akutmottagningar i Region Skåne

Helsingborg 3 64-1010

Lund 3 63-1020

Kristianstad 3 65-1010

Malmö 3 61-1010

Ystad 3 62-1020

➔ **Obs! Förlossningsavdelningar nås via telefon, SOS-alarm består med telefonnummer.**

Rekommendation

- Preliminär Bedömning
- Behandling given och effekt därav
- Önskemål om ordination och destination

Primärvård

Samtliga gravida kvinnor med graviditetsrelaterade akuta symptom remitteras vidare utan dröjsmål, vid behov med ambulans, till:

- Närmsta gynakutmottagning till och med vecka 21+6
- Närmsta förlossningsavdelning från och med vecka 22+0

Exempel på akuta symptom:

- Större synlig blödning eller misstänkt inre (placentaavlossning? Placenta praevia?)
- Trauma
- Stark och eller kontinuerlig smärta
- Påverkat allmäntillstånd
- Kramper
- Buksmärter med tecken på inre blödning i tidig graviditet
- Akut påkomna andningsproblem med hyperventilation (lungemboli?)
- Navelsträngsframfall

Vid nära förestående eller pågående förlossning där kvinnan inte hinner transporteras tas telefonkontakt med närmsta förlossningsavdelning.

Förlossningsavdelning

Till förlossningen ringer gravida kvinnor från och med vecka 22+0. Telefonrådgivning till patienter ges av barnmorskor eller läkare. Under detta samtal tas aktuell anamnes och status på den gravida kvinnan och fallet bedöms. Utifrån upptagen anamnes och status görs en bedömning om hur patienten vidare ska handläggas, exspektans alternativt åtgärd.

Utifrån den insamlade informationen ges råd till patienten. Detta samtal journalförs sedan i patientens journal så att det blir tillgängligt för behörig personal. Datum, tid, aktuellt status, varför patienten ringer samt vad man har givit för råd, bör klart framgå av dokumentationen.

I händelse av platsbrist tar ledningsansvarig barnmorska kontakt med de andra förlossningsklinikerna och meddelar detta. I fall då barnet riskerar att födas för tidigt och neonatalvård är att vänta ska även neonatalavdelningen underrättas för att förvissa sig om att de har plats att ta emot barnet.

Sekundär transport av nyfödd i kuvös

Vid sekundär transport av nyfödd i kuvös ska personal från avsändande enhet medfölja och ansvara för vården av barnet.

De ansvarar också för kuvösen och dess funktioner.

Ambulansteamet ansvarar för ambulansens utrustning och funktion till exempel gasflaskor, elanslutning, förankring av kuvös och dess underrede etcetera.

Neonatalteamet ansvarar för att ansluten utrustning ej beräknas förbruka mer gas än vad som finns tillgänglig. Gasen ska av säkerhetsskäl räcka till dubbla beräknade transporttiden. Om det beräknas behövas mer gas måste samråd ske med ambulanspersonal innan transporten inleds. Neonatalteamet ansvarar för att ansluten elektrisk utrustning ej förbrukar mer än ambulansens kapacitet. Då ambulans-teamets vårdare inte medföljer i ambulansens vårdutrymme har neonatalteamet fullt ansvar för utrustningen i vårdutrymmet.

www.skane.se/prehospitalenhet

