

Samvård av mamma och barn på förlossnings-/BB- och neonatalavdelning

Revidering i denna version

Tidigare rutin utgick ifrån barnets vårdplats. Den reviderade rutinen utgår ifrån mammans och barnets vårdplats. Vårdtyngdsmodellen används för att bestämma lämpligaste plats att samvårda familjen. Nyttillkommen mindre revidering maj 2024 för att tydliggöra möjligheten till samvård på förlossningen även av barn med röd vårdtyngd. Detta är en del av det pågående arbetet med samvård.

Revidering av omhändertagande av dåligt barn på förlossningsrum, operationssrum. Tillägg om samvård på operation/sectiosal.

Förtydligande i larmrutiner vid dåligt barn

Bakgrund

Nollseparation är ett paraplybegrepp för arbetet med att förebygga separation och bibehålla **en sammanhållen familj**.

Samvård beskriver den praktiska vårdinsatsen som tillämpas för att mamman och barnet ska kunna vårdas tillsammans. Samvård kan ske på Förlossnings-/BB- eller neonatalavdelningar. Samvårdsnivåerna är inte statiska- så snart barnets och/eller mammans tillstånd förändras ska ett nytt ställningstagande tas för lämpligaste samvårdsnivå. Följande fråga ska alltid bejakas: vad kan vi göra för att förebygga separation?

Införandet av samvård har skett genom en två-stepsprocess

Steg 1: samvård utifrån barnets vårdbehov – 2019 – 2021

Syfte

Om vi under hela vårdkedjan från förlossning till utskrivning minskar separation av föräldrar och barn ökar barnets och föräldrarnas välmående, anknytning och amningsfrekvens.



Åtgärd

Följande arbetsrutin syftar till att etablera tydlig ansvarsfördelning och kommunikationsvägar gällande samvård utifrån barnets och mammans vårdbehov.

Samvårdsplats bedöms utifrån vårdtyngd mamma respektive barn. Initialt sker samvård på förlossningsavdelning. Därefter ska en ny bedömning och samvårdsplan bestämmas – den som har störst vårdbehov ska vårdas på sin ”hemavdelning” det vill säga barn på neonatal avdelning 34/mammor på BB avdelning 37.

Vårdtyngdsmodell

Grön vårdtyngd innebär frisk nyförlöst patient och friskt fullgånget barn med behov av sedvanlig BB-vård. Dessa patienter nämns inte i vårdtyngdsmodellen.

Gul vårdtyngd innebär tillstånd som kräver låg grad av medicinska insatser eller förlängd observation – mamma/barnet kan vårdas utanför sin hemavdelning.

Röd vårdtyngd innebär behov av utökad medicinsk behandling, övervakning, upprepade kontroller (≥ 3 kontroll per pass) och stöd – mamma/barn vårdas helst på sin hemavdelning. Där det förekommer röd vårdtyngd för både mamman och barnet ökas risk för separation. Dock finns det alltid möjlighet till att diskutera och planera. Vårdtyngden är inte absolut. **Målet är att vårda mamman och barnet tillsammans där det är möjligt.**

	Mamma		Barn	
Att bejaka omedelbart postpartum	För mammor som flyttas till avdelning 34 direkt från förlossningsavdelning, har förlossningsbarnmorska ansvar under de första 4 timmarna.		Försök alltid vårda barnet tillsammans med mamman inne på förlossningen tills mamman är stabil och kan flyttas med till lämplig samvårdsplats.	
	GUL vårdtyngd kan vårdas på Neo	RÖD Vårdtyngd vårdas helst på förlossning/BB	GUL vårdtyngd kan vårdas på förlossning/BB	RÖD Vårdtyngd Samvård förlossning om möjligt initialt därefter på neo
Gestationsvecka/ födelsevikt			Gestationsvecka 34-34 + 6 Födelsevikt 1,8 - 1,99 kg Samtliga barn med medicinsk indikation för tillmatning som vårdats initialt på BB men blivit svårmatad # (se notat nedan)	Gestationsvecka <34+0 Gestationsvecka 34-34 + 6 där sonmatning >8 per dygn förekommer SGA Födelsevikt <1,8 kg/ <-3SD
Blödningsrisk	Ofullständig placenta/hinnor Blödning ≥1000 - 1500 ml Multipara ≥4 Duplex > v 32	Blödning > 1500 ml Blodtransfusion		
Urinretention	Resurin/KAD			

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet

Övervakning cirkulation/andning	Akut sectio Övervakning enligt NEWS första 36 timmarna	NEWS ≥ 4 (eller 3 poäng i en parameter) Överflyttad från IVA/UVA	POX-/EKGövervakning Tex barn med lindrig oregelbunden hjärtrytm eller lindrig andningsstörning utan andningsstöd (gnyig/ takypné) Naloxone behandlade barn	Uttalat oregelbunden hjärtrytm Allvarlig andningsstörning (grunting, uttalad takypné) CPAP-/respiratorbehandling
--	---	--	--	--

			Opioid inom 6 h före partus	Andnings-/ cirkulationssvikt
Bakomliggande sjukdom/graviditetstillstånd/andra faktorer hos mamman	PE eller essentiell Hypertoni (BT postpartum enstaka > 140/90)	Svår PE/ HELLP >150/100 * (se notat nedan)		Tillväxthämning (< -3SD) Blodsocker påverkan efter Tr
	Behov av kontroll/ blodprov På grund av till exempel anemi, epilepsi, ICP, typ 1 diabetes graviditetsdiabetes		Svårinställd p-glukos som kräver tillmatning >8 per dygn eller då barnet bli svårmatad # (se notat nedan)	Hypoglykemi med kontinuerlig glukosinfusion
Tillväxt-hämning/ hypotermi/ hypoglykemi/ ikterus hos barnet			Hypotermi behandling med värmemadrass	Svår hypotermi kombinerat med andra faktorer till exempel hypoglykemi
	Immunisering		Tidig ikterus; ljusbehandling	Tidig ikterus; immunisering med behov av kontinuerlig infusion/risk för blodbyte Ikterus med behov av ≥ 2 ljuskällor

Tillmatning/nutrition	Behov av amnings/pumpningsstöd			Tillmatning >8 per dygn Behov av V-sond Svårmatat barn (tillmatning varannan timma (två mål))
Feber/ infektion	Feber under förlossning Vattenavgång ≥18 timmar	Antibiotikabehandling med påverkan på NEWS	Lindrig infektion (även med intravenös antibiotika)	GBS-kolonisering/ svår tidig med intravenös antibiotika
Avvikelse/ Fostermissbildning			Mb Down (välmående)	Mb Down med övervakning om allvarliga missbildningar, hjärtfel
Psykosocial och påverkan på barnet	Psykisk ohälsa VIB Missbruk		Lindrig abstinens	Föräldrar som behöver utöka matning/omvårdnad Abstinens ökande symptom
				eventuellt Finniganscore
Notat * / #	*Vid risk för sepa till följd av röd vårdtyngd och då förlossningen ska mammans under dygnet - överväg möjlighet för förlossningspersonalen att vårda mamman på närmaste neo-ru	ration r vårda örsta nal att å m		# barn som blir svårmatad konverteras till samvård för eventuell sonsättning OBS - flaskmatning används inte för att åtgärda matningsproblematik

Barn-/förlossningsläkarnas ansvar

Tjänstgörande barn-/förlossningsjour gör en bedömning gällande vårdtyngd och lämplig samvårdsplats för barn/mamma.

- Prata alltid med avdelningspersonal - utöver den medicinska bedömningen utgår beslut om samvårdsplats ifrån arbetsbelastning.
- Vid samvård ska patienten alltid vara formellt inskrivna på sin hemavdelning (det vill säga barn på neo/mamman på förlossning/ BB)
- Patienten rondas där den vårdas.

Dokumentation och överrapportering – alla yrkesgrupper

Viktigt med tydlig kommunikation och dokumentation.

- Det är alltid barnets vårdbehov som är primärt i beslut kring samvårdsplats. Neonatal ansvarar för att kommunicera med förlossnings/BB-personal gällande ändringar i barnets vård - (till exempel avslutad övervakning) samt senaste bedömning av samvårdsnivå
- Varje arbetspass - den som ansvarar för patienten ska söka upp personalen där patienten vårdas. Fokus läggs på bedsiderapport – målet är avstämning **inom två timmar** av påbörjade arbetspass.

Dokumentationsmall bör användas

- Då det förekommer delat ansvar för vård av barnet (till exempel förlossning-/BB personal assisterar neonatal med tillmatning)
- Vid ändringar i samvårdsplan
- Vid överflyttning av samvård till annan avdelning

Dokumentationsmall - vård av barnet

Används vid samvård av barnet på förlossningen, vid övergång till samvård på BB och vid skiftbyte. Mallen kopieras in i barnets journaltext i Obstetrix (även neonatalpersonal kan läsa här) - uppdateras vid behov.

Skriv vem som ansvarar – förl/ BB- eller neo-personal och vad, när, hur mycket.

Ansvarsfördelning – vård av barnet

Tillmatning:

Provtagning:

Bevakning provsvar:

Information om tidig handmjölkning/ utlämning ”Kolostrumkit”:

Övrig övervakning/ordination:

Avvikelse

MedControl PRO system används för att rapportera uppkomst av allvarliga händelse i samband med samvård. Övriga samverkansfrågor såsom arbetsfördelning, arbetsbelastning, kommunikation, föräldrafrågor, tas upp på gröna korset och hanteras vidare av ”Samvårdsambassadörer” – varje enhet ska utse tre personal som ansvarar för att samla in kommentar och frågor från övriga personal. Viktigt att val av personal bejaka dag, kvälls- och nattarbete.

Samvård - förlossningen

Mamma och barnet vårdas tillsammans av förlossnings-/neonatal personal.

Målet är en säker vård, oavbruten hud-mot-hud i minst 2 timmar och befrämjandet av första amning (vanligtvis mellan 40 – 90 (62) minuter efter födseln).

Där det kan finnas behov av neonatal vård direkt efter födseln, omhändertas barnet på förlossningsrum enligt nollseparationsprincip (se nedan) Barn som bedöms vara röd vårdtyngd vårdas hud-mot-hud hos mamman på förlossningen tills mamman är redo för överflyttning till neonatal. Vård på förlossningsrum kan tex innebära behandling med HFG, CPAP och infusion. Neonatalpersonal ansvarar för denna vård/behandling.

Fyra (4) timmars regel tillämpas för att vårda mammor med grön/gul vårdtyngd som flyttas direkt från förlossnings- till neonatalavdelning och innebär att förlossningsbarnmorska har

ansvar under de första **4 timmarna postpartum**

- Mamman bibehåller sin plats på förlossningsavdelning
- Notat ”Samvård neo rum...” skrivs på patienttavla och BB-informerar
- Överrapportering sker sedan till BB-personal och nytt ställningstagande till samvårdsplats

Barn med röd vårdtyngd (ska flyttas till neonatal avdelning)

- **Mamman med grön eller gul vårdtyngd** - kan överflyttas tillsammans med barnet till neonatalavdelning så snart förlossningsbarnmorskan anser att mamman är tillräcklig stabil och det finns möjlighet för vederbörande barnmorska att fortsätta vårda mamman enligt 4 timmarsregel (se rutan) eller längre om indicerat.

Barn med gul vårdtyngd (kan vårdas utanför neonatal) eller skrivits ut från samvård

- **Mamman med röd vårdtyngd** och behov av utökad förlossningsvård (till exempel 1 dygns vård vid svår preeklampsi (PE)) - barnet samvårdas tillsammans med mamman på förlossningen
- Dokumentationsmall – vård av barnet, ska användas där det förekommer delat ansvar för åtgärder kring barnet (neonatal- och förlossningspersonal) och vid överflyttning av samvårdsbarn till BB – förlossningsbarnmorskan skriver (se rutan).

Barnet med grön vårdtyngd (ingår i den normala BB vård)

- **Där mamman har röd vårdtyngd** och behov av förlängd vårdtid på förlossningen postpartum, är det viktigt att familjen erhåller sedvanlig BBinformation och stöd med amning/nutrition
- Ansvarig barnmorska på förlossningen stämmer av med BB personal 1g/pass om gemensamma vårdinsatser kring barnet/familjen

Där mamman och barnet har röd vårdtyngd förekommer det en ökad risk för separation

- **Mamman med röd vårdtyngd** och behov av utökad förlossningsvård kan vårdas av förlossningspersonal tillsammans med barnet på det närmaste neonatal vårdrum – *endast då förlossningsbarnmorskans arbetsbelastning tillåter. Barnmorskan ska inte ha ansvar för flera patienter. Viktigt med hög närvaro på neonatal.*
- Direkt telefonnummer till barnmorskan antecknas på neonatal vårdrum – uppdatering vid varje skiftbyte

Samvård - Neonatal

Mamma och barnet vårdas tillsammans på neonatal (till exempel barnet röd-/mamman gul vårdtyngd). Målet är en säker vård där barnet ligger oavbrutet hud-mot-hud hos sin mamma under minst de första 2 timmarna med fortsatt hud-mot-hudkontakt dagligen samt att barnet inte tas utanför rummet utan att föräldern är med.

Neonatalpersonalens ansvar

Omedelbart postpartum – försök alltid vårda barnet tillsammans med mamman inne på förlossningen (finns möjlighet till övervakning, provtagning, PVK, HFG, CPAP, infusion) och invänta överflyttning till neonatalavdelning tills mamman är stabil och kan flyttas med. Akut åtgärd utförs vid onormal obstetrisk blödning och i väntan på förlossnings/BB personal (se rutan)

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet

Förlossningspersonalen ansvar

Försök få mamman till samvård så snart som möjligt, genom att flytta hen direkt från förlossningen till neonatal avdelningen. Tillämpa fyra timmars regeln och svara på eventuell akut ringning från neonatal personal.

BB-personalens ansvar

Ansvar för patienten övertas då förlossningsbarnmorska har ringt och rapporterat – vanligtvis efter att de första 4 timmarna postpartum har passerat. Koordinatören planerar för att samma BB-lag vårdar samvårds mammor samt att laget har en rimlig arbetsbelastning

Akut åtgärd vid onormal blödning hos mamman på avdelning 34

Ring BB: 503 76 / 503 70

Akut åtgärd neonatalpersonal

- Den blödande läggs i planläge
- Uterus kompression
- Hämta BB´s läkemedelsvagn på avd 34
- Vid behov av fortsatt behandling ska mamman flyttas till Förlossningen/BB (alternativt hämta blödningsvagnen på BB)

Samvård - BB

Mamma och barnet vårdas tillsammans på BB (till exempel barnet gul/mamman röd vårdtyngd)

Målet är en säker vård där barnet ligger mycket hud-mot-hud hos sin mamma under framför allt första dygnet samt att barnet inte tas utanför rummet utan att föräldern är med. Då mamman är redo för att skrivas ut och det finns fortsatt behov av neonatalvård överflyttas familjen till annan lämplig samvårdsnivå.

Neonatalpersonalens ansvar

Tydlig information om samvårdsnivå, eventuella ordinationer och ansvarsfördelning

Förlossningspersonalen ansvar

Dokumentera ovanstående (se dokumentationsmall)

BB-personalens ansvar

Använd dokumentationsmall vid samarbete kring nutrition eller förekomst av delat ansvar

Akut åtgärd utförs vid eventuellt övervakningsalarm hos barnet och i väntan på neonatal personal (se rutan)

Matningsproblem (svårmatat barn)

Observandum gällande samtliga barn med medicinsk indikation för tillmatning som vårdats initialt på BB men blivit svårmatat, exempelvis

- **vecka 35 - 35 + 6 • SGA <-2SD**
- Barn till mammor med **diabetes**

Bedömning görs om amningen börjat fungera adekvat, och därmed minskat tillmatningsbehov. Där det föreligger fortsatt indikation för tillmatning på grund av lågt p-glukos/hypotermi/otillfredsställande mjölkintag vid bröstet

- prova att kopp-/slangmata mindre mängd fast tätare, med 2 – 2,5 timmars mellanrum

Snabbkonvertering till samvård för eventuell sonsättning sker om

- barnet behöver tillmatning varannan timma **i fler än 2 mål**
- barnet tar inte emot rätt mängd tillmatning **i fler än 2 mål**
- barnet inte ökat i vikt (**20 g/dygn**) efter **3½ - 4 dygnsåldern**

OBS – Flaskmatning används inte för att åtgärda matningsproblematik

Akut åtgärd vid övervakningsalarm hos barnet på BB

Automatiskt larm till neonatal vid POX larm (<88%)

Föräldrar får följande information från avdelning 34: Larma BB personal om POX larmet går på rummet. Vid hantering av barnet kan dålig signal uppstå, vilket kan föranleda till ett tillfälligt "falskt" larm.

Akut åtgärd BB-personal

- Ta upp barnet. Om barnet är opåverkat eller om POX värdet stabiliserar sig och återgår till bättre värde/barnet svarar på stimulering - avvakta ankomst av neonatalpersonal till rummet.
- Om barnet är påverkat - flytta över barnet till "Barnbord" på lila undersökningsrum /BB-avdelning 35-37 och påbörja behandling med neopuff. [Se Neonatal HLR](#) steg för steg.

Stöd för amning och nutrition

Stöd för amning och nutrition kan innebära ett samarbete. Till exempel då barnet har röd vårdtyngd och vårdas på neonatal bör även förlossnings-/BB-personal stämma av med mamman kring handmjölkning och pumpning samt svara på frågor. Handläggning av tillmatning och övergång till helamning kan också innebära ett delat ansvar beroende på plats för samvård (se rutan nedan).

Tidig handmjölkning och övergång till pumpning

Tidig och frekvent handmjölkning är viktigt för att stimulera mjölkproduktionen samt samla upp råmjölken för barnet. Om barnet är sjukt eller för tidigt född är det optimalt att starta med handmjölkning för att ge barnet råmjölk **inom en timme från födseln**.

- Handmjölkning visas på tygbröst och kolostrumkit lämnas vid första informationstillfälle (av förlossnings-, BB- eller neonatal personal).
- På andra dygnet kan mamman övergå till pumpning.
- Om mamman inte är bekväm med handmjölkning introduceras pumpning från första dygnet.

Med stöd utifrån [Amning – regiongemensam handbok i VGR - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen](#)

Tillmatning vid medicinsk indikation

Tillmatning innebär att barnet matas med mammans egen urmjölkade mjölk, donatormjölk eller bröstmjölksersättning.

- **Mammans egen mjölk ges alltid i första hand**, vilket kan innebära att barnet får små mängder 10 – 12 eller fler gånger per dygn.
- Vid matning av mjölk utöver mammans egen ges tillmatning vanligtvis x 8
- Behandlingskrävande hypoglykemi föranleder matning av större mängder och oftare. Vid matning **>8 gånger** per dygn ansvarar vanligtvis neonatalpersonal. Dock kan de behöva stöd av BB-personal.
- Så snart barnet är stabilt (normal p-glukos och temp) ska tillmatningen glesas ut till x 6 för att uppmuntra fler amningstillfällen.
- Patienten ska erhålla en planering samt skriftlig information om var god se [Amning – regiongemensam handbok i VGR - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen](#)

Amning och nutrition

Varje vårdinstans har ett ansvar att kolla om mamman har erhållit muntlig/skriftlig information. Viktigt med vidare information utifrån individuell behov.

Amning och nutrition

Stöd och information ges för följande oavsett samvårdsplats

- Säker hud-mot-hud och sovposition
- Barnets läge vid bröstet och bra tag
- Tidig handmjölkning
- Övergång till pumpning
- Tillmatning vid medicinsk indikation
- Planering för övergång till helamning

Checklista i Patientinformation ska användas tillsammans med familjen

Dokumentation: Barnets journal i Obstetrix och sedvanlig Dokumentation Melior

För mer information se styrande dokument [Hypoglykemi och tillmatning av nyfödda](#) och [Amning – Regiongemensam strategi i VGR](#)

Omhändertagande av barnet direkt efter födsel

Utökad samvård på förlossning innebär att barn i behov av ventilation kan omhändertas direkt efter födsel på förlossningsrummet och enligt nollseparationsprincip om möjlighet finns.

Förlossningspersonalen strävar efter att ha ett barnbord inne på varje förlossning när det är nära födelse.

Följande barn omhändertas på förlossningsrum

1 st Barnbord finns placerat i apparatrummet på förlossningen

Vid följande indikationer skall ett barnbord alltid tas in och kopplas upp på förlossningsrum av förlossningspersonal, nära anslutning till födsel. Neo koordinator kontaktas i god tid. Barnpersonal är med inne på rum vid slutet av förlossning

- Vacuumextraktion (VE)
 - Prematurer från vecka 28+0 - 34+6
 - Förväntat dåligt barn (exempelvis CTG-förändringar)

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet

Vid följande indikationer prioriteras att ett barnbord tas in och kopplas upp på förlossningsrum av förlossningspersonal. Neo koordinator meddelas/informeras **men barnpersonal behöver inte närvara vid förlossning.**

- Feber/infektion hos mamma
- SGA, känd tillväxthämning
- LGA/stora barn, diabetesmammor
- CTG-förändringar som kompletteras med skalp-pH provtagning
- Preeklampsi
- Sättesförlossning
- Duplex
- Sjukdom eller medicinering hos mor som kan påverka barnet

Om barnet är dåligt vid framkomst - larma (tel 2222). HLR-åtgärder påbörjas av förlossningspersonal

Följande barn tas ut till barnsal (vid sectiosalen)

- Öväntat dåliga barn där barnbord inte finns på plats på förlossningsrummet
- Prematurer < v 28+0
- Barn som efter en normal förlossning plötsligt blir akut dåliga
- Vid förväntat mycket dåliga barn med troliga stora insatser (lång återupplivning, akuta katetrar, intubation etc)
- Akuta Sectio
- Tvillingar om båda blir dåliga tas ena ut till barnsal

Akutlarm (blått)finns vid ingång till barnsalen (går enbart till neonatalavdelningen ej larmtelefon).

Komplettera med vid akut situation genom att ringa larm 2222, ange ”Dåligt barn på förlossningen barnsal”, då larmas neo-SSK **och** neo primärjour.

Barn som tas om hand på sectiosalen

- **Samvård på operationssalen innebär att:**
- Det finns ett utrustat barnbord på operationssalen
- Personal från neonatal (barn-ssk, usk) närvarar på elektiva sectio från start. Neojour närvarar utifrån barnets vårdbehov (riskfaktorer).
- Personal från neoavdelningen **närvarar alltid** vid larmsectio.
- Ansvarig barnmorska ansvarar för att välmående barn kan läggas i en säker hud mot hudposition med den förlösta eller medförälder/medföljare
- **Samvård på operationsalen gäller inte** vid larmsectio, sectio i narkos, flerbördsgraviditeter eller om sectio måste ske på IVA:s resersal. Då sker barnets första omhändertagande på barnsal.
- Om patienten (mamma) måste sövas akut under pågående operation och barnet är för instabilt för en förflyttning får medförälder/medföljande välja om

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet

hen vill kvarstanna hos barnet på operationssalen. Förlossningspersonalen ansvarar och stöttar denna person.

Förberedelser inför förlossning

- Kommunera med föräldrar: Information tidigt att barnpersonal kommer till rummet om det finns känt behov av "första hjälpen till barnet". Även information att vi tar ut barnet om oväntat dåligt. Patientinformation finns i pärmen på rummet
- Barnbordet kopplas upp på förlossningsrum av förlossningspersonal.
- Vid elektiv sectio information till föräldrar om att barnbord finns på operationsal och hud mot hud praktiseras om barnet är välmående.

Följande behandling kan göras på förlossningsrummet

1. Återupplivning med ventilation, kompressioner, larynxmask, sugning, venflon, bolus NaCl, provtagning, matsond inklusive fixering, temp, POX och EKG-övervakning, måttband
2. Om utrustning och mediciner hämtas från barnsal eller apparatförrådet kan fortsatt komplett återupplivning utföras på förlossningsrummet. Extra väska/bord utrustas på barnsal (eller apparatförråd), inkluderande intubationsutrustning och tuber, NVK-set, läkemedel (Adrenaline, Naloxone, Tribonat, Glucos 10 %).
3. Andningsstöd Neopuff samt mask och blåsa finns på barnbord. CPAP, HFG kan hämtas från avdelning 34 och förberedas till prematurer och/eller andningsstörningar.

Utrustning/mediciner

1. I barnbord finns venflon, NaCl för bolus, provtagningskit, larynxmask, matsondkit, sugkatetrar, olika storlekar masker, X2 POX och EKGövervakning, termometer, måttband. Övriga mediciner/utrustning får hämtas vid behov från barnsal (alternativt apparatförråd). Stark lampa och vit venflon på barnsal.
2. HLR-schema och akutlista i varje barnbord.
3. HLR-affischer laminerade A3 läggs på utdragbar bricka i barnbordet, denna kan sättas upp med klämma på väggen där skylt anger var barnbordet ska stå.
4. Vid eventuellt behov av barnbord nr 2 till annat rum hämtas det från barnsal

Återställning av barnbord efter användning

- Förlossningspersonal rengör och återställer bordet i apparatförrådet
- Medicinsk utrustning (neopuff, mask/blåsa och övervakning) och lådornas innehåll kontrolleras av barnpersonal.

OBS! Det är uppmärkt och utrustat ett barnbord avsedd för Samvård på förlossningssal i apparatförrådet på förlossningen.

Barnborden på Barmsal ska inte flyttas förutom vid eventuell transport av barn till avdelning 34.

Ett barnbord finns uppkopplat på sectiosalen för samvård operation (skall ej flyttas förutom vid eventuell transport till avdelning 34).

De utrustade barnborden ska alltid tillbaka till förlossningen! Det vill säga det blir byte av bord inne på avdelning 34.

Samarbeta, kommunicera och hjälp varandra som ett team kring mamma och barn (och partner) på förlossningsrummet!!

Patient information - Samvård

Följande information om samvård finns att tillgå

- **Samvård förlossning/neonatal** – omhändertagandet av barnet på förlossningssal (patientinformationspärm på rummet)
- **Samvård BB/neonatal** - introduktion till samvård - underlättar primärt för BB som inte har tillgång till föräldraappen (broschyr)
- **Neo Föräldrastöd app** - avdelning 34 informerar alla familjer som har barn inskrivna

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kvinnosjukvård, Barn- och ungdomssjukvård,
Avdelning 34 NÄL

Innehållsansvar: Peder Helmersson, (pedhe), Överläkare

Granskad av: Ida Tollmar, (idato3), Överläkare

Godkänd av: Magdalena Åberg, (magst), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10035-986315719-223

Version: 9.0

Giltig från: 2025-05-09

Giltig till: 2027-05-08

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kvinnosjukvård, Barn- och ungdomssjukvård,
Avdelning 34 NÄL

Innehållsansvar: Peder Helmersson, (pedhe), Överläkare

Godkänd av: Magdalena Åberg, (magst), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10035-986315719-223

Version: 10.0

Giltig från: 2026-04-28

Giltig till: 2028-04-28