OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Kvinnosjukvård
Innehållsansvar: Angelica Kopp, (angjo21), Vårdenhetschef
Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef
Giltig från: 2026-09-15
Giltig till: 2028-09-15

Kontroller av barn – Förlossningsavdelning och BB

Innehåll

Förändringar sedan föregående version 2
Syfte 2
Bakgrund 2
Hypotermi hos nyfödda barn 2
Sex timmars kontroll 3
Första observationstillfälle vaket barn 3
Daglig observation 3
Utökad kontroll: obstetriska riskfaktorer 3
Kraftigt mekoniumfärgat fostervatten 4
Barn med ökad infektionsrisk 4
Barn med ökad risk för hypotermi/hypoglykemi 4
Infektionsprover (IL-6, CRP, LPK, TPK) 4
Symtom på infektion 4
Asymtomatiska barn 5
Symtomatiska barn med riskfaktorer 5
Symtomatiska barn utan riskfaktorer 5
Omvårdnadsåtgärder 6
Indikationer för infektionsprover 6
Kompletterande kontroll 6
Nutrition 6

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Förändringar sedan föregående version

Tillägg under rubrik ”Barn med ökad infektionsrisk” sid 4.

Syfte

Syftet med denna rutin är att samla information om de kontroller som görs för att upptäcka avvikelse i omställning från fosterlivets cirkulation eller påverkan på det allmänna tillståndet hos det nyfödda barnet. Rutinen riktas till personalen på förlossningsavdelningen/BB samt barnläkarna.

Bakgrund

Rutinprov som utförs i sluten- och/eller öppenvård; bilirubinmätning, POX, PKU, OAE, BUS och viktkontroller finns i rutiner för Säker hemgång samt Ikterus.

På BB-/förlossningenavdelningen utförs ett antal kontroller på barnet utifrån obstetriska eller postpartum riskfaktorer. Syftet är att upptäcka problem med omställning från fosterlivets cirkulation eller påverkan på det allmänna tillståndet.

Normal värde nyfödda barn

- POX-screening
  (**≥95%** hand och fot enligt rutin, **≤3 % skillnad**)
- Andningsfrekvens (ska räknas på en hel minut) **35 – 60/min**
- Puls **100 – 150**
- Temp **36,5° - 37,5°**

Hypotermi hos nyfödda barn

Det är inte onormalt om ett nyfött barn utan riskfaktorer blir tillfälligt kall (temp <36,5) i samband med avbrott i hud-mot-hudkontakt. Exempelvis kan ett barn som haft avföring flera gånger efter bra amning blir kallt i samband med blöjbyte x flera eller i samband med att mamman har gått upp för att kissa/duscha.

- Återuppta hud-mot-hudkontakt och ge kolostrumkit för tidig handmjölkning/matning av råmjölk för att stödja barnet att återupprätta normal kroppstemperatur.

Sex timmars kontroll

Ett antal kontroller utförs på det friska barnet inför 6 timmars hemgång. Barn som vårdas kvar på förlossningen eller överflyttas till BB ska också kontrolleras vid 6 timmars ålder.

- Kontrollera för: normal andning, färg och tonus

Bedömningen görs helst med **barnet liggande hud-mot-hud** med sin förälder eller då barnet ligger i baljan. Barnet behöver inte tas upp på skötbordet om allt verkar normalt - viktigt att inte störa återhämtningssömn i onödan.

Första observationstillfälle vaket barn

Passa på att informera föräldrarna om normala nyföddbeteende samt ger stöd för amningsstart

- Information/visning blöjbyte
- Uppmuntra hud-mot-hudkontakt och laid-back amningsposition
- Amningsinformation dag 1 – viktigt med information om sökreflexen
- Om barnet inte sugit – ge kolostrumkit

Daglig observation

Varje arbetspass gör en observation av barnet och dokumenterar i barnets obs-lista

- Allmäntillstånd; normalt vakenhetsmönster för dygnsålder
- Amning/matning; normalt utifrån dygnsålder

En gång/dygn med dokumentation i obslistan

- Ögon
- Navel
- Hud

A-turen ansvarar för kontroll av nummerbanden

Utökad kontroll: obstetriska riskfaktorer

Följande obstetriska faktorer ökar risk för problem i övergång från fosterlivets cirkulation eller påverkan på det allmänna tillståndet.

Kraftigt mekoniumfärgat fostervatten

Ökad risk för mekonium aspiration och medföljande infektion

Ej hem <12 timmar - kontrollera för

- Normal andning, färg och tonus en gång per pass

Barn med ökad infektionsrisk

Barn till nyförlösta med obstetrisk risk för infektion hos nyfödda som inte har fått antibiotika minst 4 timmar innan partus.

- Långvarig vattenavgång (≥18 timmar)
- GBS-bakteriuri någon gång under graviditeten oavsett bakterietal
- Feber intrapartum >38 (rektal temp)
- Tidigare fött barn med neonatal GBS-infektioner eller IUFD, där intrauterin GBS är säkerställd
- Sen prematur gestationsvecka 35+0 – 36+6 (notera; inte hem <72 timmar)

Ej hem <36 timmar - kontrollera för

- Allmäntillstånd, normalt vakenhetsmönster för dygnsålder och andningsfrekvens x 3 (varje arbetspass)
- Tempkontroll x 1

Barn med ökad risk för hypotermi/hypoglykemi

- Sena-/Prematuritet **(<37 veckor) Ej hem <72 timmar**
- SGA **(<-2 SD) Ej hem <48 timmar**

Kontrollera för

- Tempkontroll x 3
- **P-glukos** kontrolleras enligt Neonatal hypoglykemi nationellt vårdprogram.pdf

Infektionsprover (IL-6, CRP, LPK, TPK)

Följande information gäller för **BB-personal och barnläkarna**. Målet är att förbättra samverkan och minska onödiga provtagningar.

Symtom på infektion

- Avvikande kroppstemperatur <36,5 eller> 37,5
- Irritabilitet/skakighet

- Ovanligt stillsamhet/slött barn. Då ett barn upplevs vara ”svårmatad” bör amnings-/matningssituation utvärderas (en rimlig förklaring kan vara att barnet fått i sig bra mjölkmängd)
- Gnyighet/lindrig andningsstörning (andningsfrekvens normal, ingen synlig cyanos)

Andningsfrekvens är avgörande (ska räknas på en hel minut) - förhöjd andningsfrekvens ≥ 60 per minut.

Asymtomatiska barn

Infektionsprover tas endast vid kliniska symtom (oavsett gestationsålder) och tas **inte** rutinmässigt på barn där det förekommit långvarig vattenavgång och mamman inte fått antibiotika mer än 4 timmar innan förlossningen.

Friska fullgångna barn kan te sig irritabel och skakigt vid BUS. Detta kan vara normalt beteende kopplad till att barnet är inne på sin hungerperiod, vilket oftast inträffa mellan 1–2½ dygns ålder (barn till omföderskor kan uppvisa hungerbeteende före 1 dygnsålder).

- Där det saknas övriga riskfaktorer - avvakta med kontroll av p-glukos och infektionsprover
- Viktigaste åtgärd är att barnet kommer åter i hud-mot-hudkontakt och får ammas och/eller matas med råmjölk

Symtomatiska barn med riskfaktorer

Där det förekommer riskfaktorer för infektion samt uppvisar barnet tecken på eventuell infektion **och/eller andning ≥60 per minut**

- **Barnläkaren kontaktas direkt** samt finns det en mer generös inställning till provtagning
- Påbörja omvårdnadsåtgärder (se nedan)
- Upprepad bedömning av allmäntillstånd och skakighet och ny kontakt med barnläkaren vid kvarstående symtom.

Symtomatiska barn **utan** riskfaktorer

Fullgångna barn med normal födelsevikt (ej SGA) som uppvisar symtom på eventuell infektion men som har **normal andningsfrekvens**

- Påbörja omvårdnadsåtgärder (se nedan)

Omvårdnadsåtgärder

- Barnet läggs i endast blöja hud-mot-hud med den nyförlösta (samma görs vid låg och även hög temp där barnet har legat invirade i mycket kläder/filt)
- Ge stöd för att barnet ska komma till bröstet och/eller handmjölka och mata små mängder (ge Kolostrumkit)
- Utvärdera barnets status efter **en timme**

Indikationer för infektionsprover

Kontakta barnläkare för undersökning (BUS) och ställningstagande till behov av infektionsprover.

- Vid kvarstående symtom i samband med ny kontroll en timme efter påbörjade omvårdnadsåtgärder
- Andningsstörning som funnits med sedan partus men förvärrats (PAS= pulmonell adaptationsstörning finns med från start och brukar successivt förbättras).
- Andningsstörning som är nytillkommen (inte funnits med sedan partus) som inte försvinner då barnet läggs hud-mot-hud - POX kontrolleras på nytt.
- Uttalad skakighet/irritabilitet där pl- glukos är normal och barnet ammats/matats med råmjölk (skakighet med normal p-glukos är inte en indikation för tillmatning med ersättning).

Ok med lokalt-CRP

Kompletterande kontroll

- Vid tecken på irritabilitet/ skakighet - kontrollera pl. glukos
- Vid fortsatt låg temp - kontrollera pl. glukos
- Vid fortsatt hög temp - lägg barnet något svalare
- Vid gnyighet/ lindrig andningsstörning - kontrollera POX
- Överväga om barnet kan ha ont som till följd av exempelvis VE, klavikelfraktur. Smärtlindring ges utifrån indikation och kliniska tecken på smärtpåverkan

Nutrition

Kolostrumkit ska lämnas och tidig handmjölkning uppmuntras där det förekommer riskfaktorer för lågt p-glukos och/eller infektion.

Skakighet med normal p-glukos är inte en indikation för tillmatning med ersättning.

Då medicinsk indikation föreligger **behövs inte alltid** tillmatning med ersättning

- Utöver amning ges extra matning av den egna bröstmjölken i förstahand och utan restriktioner
- Matning med ersättning ges enbart där det finns medicinsk indikation och då mamman inte får tillgång till råmjölk

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kvinnosjukvård

Innehållsansvar: Angelica Kopp, (angjo21), Vårdenhetschef

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10091-413172894-141

Version: 3.0

Giltig från: 2026-09-15

Giltig till: 2028-09-15