

Gäller för: Kvinnoklinik, Kvinna och barn gemensam, Barn- och ungdomsklinik

Giltig från: 2024-04-29

Innehållsansvar: Maria Arvung, (maran205), Vårdenhetschef

Giltig till: 2026-04-29

Granskad av: Pontus Johansson, (ponjo3), Överläkare

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Samvård av mor och barn på förlossning, BB och neonatal, SÄS

Sammanfattning

Riktlinje som beskriver samvård av mor och barn på förlossning, BB och neonatal utifrån vetenskaplig grund, lokala förutsättning och beprövad erfarenhet.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Bakgrund	2
Inledning	2
Uppdragsbeskrivning	3
Mål	3
Syfte	3
Modell för vårdnivå	3
Läkarnas ansvar	7
Samvård på förlossningen	7
Samvård på neo	9
Samvård på BB	10
Samvård på Operation/Postop	11
Dokumentation och överrapportering	11
Avvikelse	12
Arbetsgrupp	13
Källförteckning	13

Länkar15

Bakgrund

Kängurumetoden uppfanns på 70-talet i Colombia av ett team pediatriker. I början användes kängurumetoden som en alternativ vårdmetod till de för tidigt födda barnen i underutvecklade länder, som en lösning på att det saknades kuvöser. Kängurumetoden har sedan utvecklats och används nu även i länder med högteknisk kompetens, mer känd under namnet hud-mot-hud. Kängurumetoden används idag i hela världen, även på de barn som är extremt prematura. När barnen vårdas enligt kängurumetoden ligger de kontinuerligt hud-mot-hud mot en förälders bröst. Detta tillstånd behöver egentligen bara avbrytas för skötsel av hygien och en del kliniska bedömningar.

Inledning

Att vårda hud-mot-hud är en evidensbaserad omvårdnadsmetod som World Health Organisation (WHO) rekommenderat sedan år 2003. Socialstyrelsens rekommendationer för neonatalvård fokuserar på föräldradelaktighet samt psykosocialt stöd. I begreppet neonatalvård avses både vård på neo samt vård av sjuka nyfödda och för tidigt födda barn på andra vårdenheter som BB och förlossning. Vårdnadshavares närvaro inom den neonatala vården har stor betydelse för barnets hälsa och utveckling. Ett för tidigt fött barn eller ett sjukt nyfött barn har samma behov och rättigheter i detta avseende som ett friskt fullgånget barn vilket stöds av FN:s barnkonvention. Det förtidigt födda barnet eller sjuka barnet riskerar dock att separeras från sina vårdnadshavare på grund av sitt vårdbehov.

Nollseparation är ett paraplybegrepp för arbetet med att förebygga separation och bibehålla en sammanhållen familj. Tidig hud-mot-hud-kontakt vilar på två starka grunder; dels vetskapen om att vårdnadshavare vill vara med sitt barn och den starka evidens som påvisar att tidig hud-mot-hud-vård både främjar anknytning samt stabiliserar barnets andning, cirkulation, temperaturreglering och blodsockerkontroll. Allt detta leder till minskad sjuklighet på såväl kort som lång sikt. För modern leder tidig hud-mot-hud-kontakt till bättre uteruskontraktion och minskad blödning postpartum, förbättrad mjölkutdrivningsreflex och ökar den känslomässiga bindningen till barnet. Samvård beskriver den praktiska vårdinsatsen som tillämpas för att mor och barn ska kunna vårdas tillsammans på samma vårdenhet oberoende vårdnivå.

I detta dokument används förkortningarna neo för neonatalavdelning, BB för BB-avdelning, förlossningen för förlossningsavdelning och postop för postoperativ avdelning. Vi använder mor/moder för den födande och partner eller annan nära anhörig till modern, för den andre föräldern.

Uppdragsbeskrivning

På uppdrag av sjukhusledningen är en arbetsgrupp tillsatt för att ta fram en riktlinje för samvård. För att erbjuda högsta möjliga vårdkvalité och medicinsk säkerhet för den nyblivna familjen behöver samarbete mellan förlossning, BB och neo utökas. Nationell riktlinje för samvård är under utformning och implementeras juni 2024.

Mål

Målet är nollseparation mellan mor och barn och att de inte separeras genom vårdkedjan. Samvård ska tillämpas på den enhet som bedöms lämplig utifrån de bådas vårdbehov.

Syfte

Riktlinjens syfte är att förlossningen, BB och neo ska skapa förutsättningar för att tillämpa samvård av mor och barn under vårdtiden från inskrivning på förlossning till utskrivning från förlossning, BB eller neo.

Modell för vårdnivå

Mor och barn klassificeras utifrån den vårdnivå de bedöms ha.

GRÖN vårdnivå utgår från en frisk mor med normal graviditet och förlossning samt ett friskt nyfött barn utan riskfaktorer. Sedvanlig BB-vård kan tillämpas alternativt tidig hemgång.

GUL vårdnivå utgår från tillstånd som kräver låg grad av medicinska insatser, dvs mor eller barn kan vårdas utifrån samvårdsprincipen på annan avdelning än hemavdelning. Övervakade barn vårdas på förlossningen eller neo.

RÖD vårdnivå utgår från ett ökat vårdbehov som kräver övervakning och tillsyn ≥ 3 gånger per pass. Då både mor och barn har röd vårdnivå ökar risken för separation och då skall dialog mellan vårdpersonal hållas och en individuell bedömning göras för att inte separera familjen. Vid fall där modern av särskilda skäl inte kan samvårdas med sitt barn, bör den andre föräldern uppmanas att vara hos barnet.

Platsen för samvård och vårdnivå är inte statisk – så snart mor eller barnets tillstånd förändras görs en ny bedömning. Vid risk för separation där barnet har behov av vård på neo och modern har kvarstående vårdbehov på hemavdelningen skall en dialog mellan ansvarig läkare på respektive avdelning hållas.

- Om mor och barn kan samvårdas på neo ansvarar barnmorska/sjuksköterska på förlossning/BB för planering, tillsyn, kontroller och behandling av modern och kommer upp till neo.

- Om barnet kan samvårdas med modern på förlossning, postop eller BB har sjuksköterskan på neo ansvar för planering, tillsyn, kontroller och behandling av barnet.

	MOR		BARN	
	GUL	RÖD	GUL	RÖD
Gestationsvecka /födelsevikt			Gestationsvecka 35+0 – 36+6 Födelsevikt >2 kg	Gestationsvecka <35+0 Födelsevikt <2 kg eller ≤3SD
Blödningsrisk	Ofullständig placenta/hinnor Blödning 1000-1500 ml och inte erhållit blodtransfusion Blödning 1500-2000ml och erhållit blod	Blödning ≥2000 ml och inte erhållit blodtransfusion		
Urinretention	Resurin med KAD	Resurin utan KAD/behov fortsatta kontroller		
Övervakning andning/ cirkulation	SECTIO O-NEWS 0-3	O-NEWS ≥4 (eller 3 poäng i en parameter) Överflyttad från IVA	Övervakade barn Lindrig andningsstörning utan andningsstöd eller övergående CPAP-behov inom 4h Hypotermi	Uttalad arytm Andningsstörning som kräver respirator eller CPAP behov >4h Andnings- och/eller cirkulationssvikt Svår hypotermi som kräver kombinationsbehandling
	MOR		BARN	
	GUL	RÖD	GUL	RÖD
Bakomliggande faktorer hos mor och/eller barn	PE, graviditets- eller essentiell hypertoni med enstaka bltr ≥140/90 Rh-neg, Rh profylax?	Svår PE och/eller HELLP Bltr ≥150/100 och/eller Magnesium-infusion	Tidig ikterus; ljusbehandling	Immunisering med behov av kontinuerlig infusion och risk för blodbyte

	<p>Immunisering</p> <p>Behov av uppföljning p.g.a. medicinering, anemi, epilepsi ICP (klåda) och diabetes mm.</p>			
Feber/ infektion	Feber och antibiotika-behandling under förlossning	Feber efter förlossning O-NEWS ≥ 4 (eller 3 poäng i en parameter)	Lindrig infektion med antibiotika-behandling	GBS-kolonisering och svår/tidig infektion med antibiotika-behandling
Foster-missbildning			Mb Down Lindrig missbildning ex. LKG	Mb Down som behöver övervakning och/eller behandling Misstanke om allvarlig missbildning/hjärtfel
Psykosocialt	<p>Psykisk ohälsa som kräver behandling</p> <p>Beroende-sjukdom</p> <p>Kognitiv funktions-variation</p>	<p>Psykotiska tillstånd</p> <p>Suicidala tillstånd</p>	<p>Lindrig abstinens</p> <p>Barn till föräldrar som behöver utökat stöd i matning och/eller omvårdnad</p>	Abstinens-bedömning ökade symtom och/eller behandling
	MOR		BARN	
	GUL	RÖD	GUL	RÖD
Psykosocialt forts.	Anamnes på psykotiska tillstånd eller suicidala tankar under tidigare graviditet			

Länkar till riktlinjer/rutiner till ovan modell.

[O-NEWS - National Early Warning Score på Obstetriska patienter \(vgregion.se\)](#)

[Postpartumblödning \(vgregion.se\)](#)

[Postpartum - urinretention \(vgregion.se\)](#)

[Hypertensiva tillstånd under graviditet \(vgregion.se\)](#)

[Postpartum – riskbedömning och medicinska kontroller \(vgregion.se\)](#)

[Abstinensbedömning av nyfödd \(vgregion.se\)](#)

Läkarnas ansvar

Tjänstgörande läkare på förlossningen och neo (neonatal bakjour utanför kontorstid) skall alltid bedöma var samvården av mor och barn med röd vårdnivå skall hållas.

Beslut gällande vårdnivå av patienter som samvårdas, skall omprövas när förändring i vårdnivå sker eller vid varje jouröverlämning/pass.

Barnmorskor och sjuksköterskor kan besluta om samvården för gröna patienter. Vid gul vårdnivå bör läkare rådfrågas. Läkare ansvarar för att förmedla beslut om vårdplats till patientansvarig barnmorska och sjuksköterska.

Vid rond på respektive avdelning diskuteras samvårdspatienter.

Gynekolog/obstetriker ansvarar för att ronda modern på den avdelning hon befinner sig på. Neonatolog/barnläkare ansvarar för rond av samvårdsbarn på den vårdenhet barnet befinner sig på.

Samvård på förlossningen

Målet med samvård på förlossningen är en säker vård där barnet ligger hud-mot-hud med modern eller den andre föräldern och inte tas ut från rummet utan att någon av dem följer med.

Barnets vårdbehov

Barn med grön vårdnivå ingår i den sedvanliga BB-vården. Barn med gul vårdnivå vårdas tillsammans med modern på förlossningen tills överflyttning till neo eller BB är möjlig.

Kvarstående behov av ett initialt andningsstöd bör övergå till CPAP-behandling på förlossningsrummet. Fabian-CPAP ställs in med önskade värden av personal från neo, som också stannar hos familjen på förlossningsrummet.

Parametrar för att kunna bedriva CPAP på förlossningen är:

- Kvarstående behov av CPAP
- Syrgasbehandling <30%
- CPAP-tryck ≤ 5 cmH₂O

Övervakning av barnet sker på förlossningsrum med probe och elektroder kopplade till Philips monitor. Barn som vårdas i CPAP skall alltid ha v-sond. Monitorn får inte dockas i en portabel skärm eftersom anslutningen till centralmonitoreringen då inte fungerar. Barnets parametrar dokumenteras kontinuerligt på en IVA-lista för CPAP-behandling. Utrustning för CPAP-behandling, tidig tillmatning och provtagning finns tillgängligt i barnakutrummet, se bilaga 1.

Barn med röd vårdnivå som skall vårdas på neo flyttas tillsammans med den andre föräldern. När modern bedöms vara stabil, överflyttas hon för fortsatt samvård på neo.

Moderns vårdbehov

Mor med grön eller gul vårdnivå flyttas till neo när barnets vårdbehov överstiger moderns. Ansvarig barnmorska på förlossningen ansvarar för vårdinsatser under **de första fyra timmarna** efter förlossningen.

- Modern är fortsatt inskriven på förlossningen dessa fyra timmar.
- Samvård på neo samt rum noteras på beläggningslistan i Obstetrix och på tavlan på förlossningsexpeditionen.
- Grattisbricka och sedvanlig postpartumvård ges på neo.
- Nytt ställningstagande till samvårdsplats stäms av med förlossningsläkare vid förändrad vårdnivå.
- Överrapportering till BB-personal sker efter fyra timmar vid grön eller gul vårdnivå. Vid röd vårdnivå beslutar förlossningsläkare var modern ska vårdas.

I de fall där mor och barn har röd vårdnivå finns ökad risk för separation. *Om förlossningsläkare bedömer det som säkert* kan modern vårdas på neo med barnmorska på plats eller med hög närvaro. Barnmorskan bör då inte vårda fler patienter på förlossningen. Om barnmorska lämnar neo skall direktnummer finnas för snabb kontakt.

Har modern en röd vårdnivå och BB är fullbelagt är det viktigt att stämna av med BB:s VEC om det finns tillräckligt med personal på BB för att samvård ska kunna utföras på neo på ett säkert sätt. På jourtid bör detta diskuteras med ansvarig läkare. Detta då det är svårt för personal på BB att i nuläget bedriva patientsäker vård pga långt avstånd.

Förlossningens ansvar för moder med grön vårdnivå är ≥ 2 h postpartum vid överflyttning till BB. Förlossningens ansvar oavsett vårdnivå hos modern är

≥4h postpartum vid överflyttning till neo. Därefter kan direkt utskrivning övervägas om modern uppfyller kriterier för trygg hemgång. Uppföljning sker då via BB öppenvård.

Samvård på neo

Målet med samvård på neo är en säker vård där barnet har oavbruten hud-mot-hud-kontakt. Barnet bör inte vårdas utan att modern eller den andre föräldern finns på rummet.

Neos ansvar

Neos personal ansvarar för barnets vård och den medicinska behandling som krävs. Föräldrarnas delaktighet i vården är av största betydelse och skall främjas. Personalen skall underlätta så att föräldrarna kan delta i vården och stötta föräldrarna så att de självständigt kan ge omvårdnad till barnet utifrån det behov barnet har. Samvård initieras på förlossningen och fortsätter på neo så snart modern kan flyttas med barnet.

I samband med varje pass utses en sjuksköterska och en undersköterska som har ansvar för samvården på förlossningen och BB.

På neos IVA-salar skall förutsättningar finnas för att föräldern skall kunna vistas hos barnet dygnet runt. Den andre föräldern skall informeras om vikten av deras delaktighet i barnets vård och stötts i omvårdnaden.

BB:s ansvar

BB-personalen tar över vården av modern som samvårdas på neo 4 timmar efter att barnet fötts eller när hon bedöms färdigvårdad på förlossningen. Rapport ges av ansvarig barnmorska på förlossningen.

BB personalen skall dagligen stämma av med modern hur hon mår och besvara eventuella frågor. 1 ggr/pass skall ansvarig barnmorska/sjuksköterska stämma av med arbetsledande sjuksköterska på neo gällande den gemensamma samvården.

För mödrar som ska följas med blodtryckskontroller ansvarar BB-personalen för att blodtryckskontroll utförs i rätt tid. Mätvärdet dokumenteras i moderns journal. Vid hypertensiva tillstånd rapporteras avvikande blodtryck till ansvarig läkare för ev. titrering av läkemedel. Efter överenskommelse med personal på neo, kan de vara behjälpliga med blodtryckskontroll och administrering av läkemedel.

BB ansvarar för de nyförlösta mödrarna enligt de riktlinjer vi har, var god se "[Postpartum – riskbedömning och medicinska kontroller \(vgregion.se\)](https://vgregion.se)".

Akuta tillstånd hos modern

Blödning

Vid blödning läggs modern i planläge. Aortakompression hålls och förlossningsjouren kontaktas akut på telefon nummer 1715. Även förlossningen kontaktas så att barnmorska kan ansluta. Ring 3100 eller via växel på 5000. Blödningslådan hämtas från akutrummet på neo och PVK sätts. Vitalparametrar kontrolleras. Läkemedel iordningställs och ges på ordination av förlossningsläkare. Ställningstagande till vidare åtgärder får tas av ansvarig förlossningsläkare.

Kramp

Vid krampstillbud, håll fria luftvägar och larma förlossningsjouren på 1715 eller akut via växel på tel.nr. 5000. Förlossningen kontaktas på 3100 eller via växel 5000, så att barnmorska därifrån kan ansluta. Be att barnmorskan tar med kramplådan. Sätt PVK och ta vitalparametrar. Hämta in akutvagn för tillgång till syrgas mm.

Samvård på BB

Målet med samvården är en säker vård där barnet ligger hud-mot-hud med modern och inte tas ut från rummet utan att den andre föräldern följer med. När modern skrivs ut från BB och barnet har kvarstående vårdbehov rapporteras familjen över till neo.

Barn som kan flyttas direkt från förlossningen till BB för samvård:

- Vecka 35+0–36+6
- SGA ≤ 2 SD
- Barn till mor med diabetes och p-glukos inom normal referens.

BB:s ansvar

Vård och övervakning av modern från två timmar postpartum. Modern rondas vid behov av gynekolog/obstetriker.

BB personalens mål är att stödja och stärka modern och den andre föräldern i föräldraskapet och förstärka anknytning. På BB har föräldrarna huvudansvaret för sitt barn. Gällande vården av barnet kan BB-personal vara behjälpliga med att utföra kontroller enligt ordination från neo samt hjälpa föräldrarna med matning, amning.

Neos ansvar

Arbetsledande sjuksköterska skall dagligen stämma av med vårdnadshavarna hur barnet mår och besvara eventuella frågor. 1 ggr/pass skall arbetsledande

sjuusköterska på neo kontakta ansvarig barnmorska/sjuusköterska på BB att stämma av den gemensamma samvården.

Sondbehov

Personalen på neo ansvarar för att modern och den andre föräldern får tillräcklig kunskap i att hantera sond, tillmatning och dygnsmängd (antal ml/kg/dygn). Neo ansvarar för att det finns tillräckligt med material samt matlista för att sondmatning ska kunna utföras.

Lätt prematuritet

Barn födda i v 35+0–35+6 skrivs in på neo för samvård men kan samvårdas på BB från start. Barnet vårdas hud-mot-hud för att motverka hypotermi. I undantagsfall tillhandahåller och ansvarar neo för behandling med vattenmadrass.

Samvård på Operation/Postop

Neos ansvar

Neonatolog beslutar om vårdnivå för barnet. Då det beslutas att ett barn med pågående andningsstöd kan stanna kvar med föräldrarna på operationssal och sedan flyttas med till postop, kvarstannar en personal från neo för att ansvara för barnets övervakning och vård. Ansvarig personal skall ha en telefon för att snabbt kunna kontakta avdelningen vid förändring i barnets mående.

Parametrar för att kunna bedriva CPAP på operation/postop är:

- Kvarstående behov av CPAP
- Syrgasbehandling <30%
- CPAP-tryck ≤ 5 cmH₂O
- Övervakning med saturationsprobe och elektroder

Nödvändigt material för att kunna starta CPAP-behandling finns i en låda i barnakutrummet på operation. Fylls på enligt bilaga 1. Fabian CPAP hämtas på neonatalavdelningen. Barn som vårdas i CPAP skall ha v-sond.

Förlossningens ansvar

Förlossningen ansvarar för sedvanlig eftervård av modern på postop.

Dokumentation och överrapportering

Det är viktigt med tydlig kommunikation och dokumentation. Dagligen hålls trepartssamtal en gång per pass kl. 08:00, 15:00 och 22:15 mellan förlossningen, BB och neo, för att planera vården av mor och barn som

samvårdas och även för att resursfördela om någon av avdelningarna har en hög arbetsbelastning.

Patientansvarig barnmorska/sjuksköterska ansvarar för att kontakta ansvarig personal där mor och barn samvårdas för att göra en planering för arbetspasset. Avstämningen bör ske i början av arbetspasset. Önskvärt är att personalen besöker patienten varje pass för att ge god information och stämna av hur vården fortlöper.

Planering av vården för barnet, sker dokumentation i Obstetrix på BB och i Melior på neo. Planering av vården för modern, sker dokumentationen i Obstetrix.

Avvikelser

För hantering av avvikelser gällande brister i vården i samband med samvård sker i MedControl. Frågor gällande kommunikation och arbetsbelastning förs in på gröna korset och hanteras därifrån av samvårdsgruppen på respektive avdelning.

Arbetsgrupp

Zeljka Mustapic, Neonatolog, Barnkliniken
Natalia Ödman, Gynekolog, Kvinnokliniken
Johanna Hoppe, Barnmorska, Förlossningen
Sandra Filipsson, Barnmorska, Förlossningen
Anna Roxman, Barnmorska, BB
Catalina Bruna Eriksson, Undersköterska, BB
Carola Lundell, Barnmorska, BB
Amanda Ollila, Barnsjuksköterska, Neo
Maria Svenningsson, Barnmorska, Neo
Maria Arvung, vårdenhetschef, Neo

Källförteckning

1. Angelhoff, C., Blomqvist-Thernström, Y., Sahlén, H. C., Olsson, E., Shorey, S., Frostell, A. & Mörelius, E. (2018). Effect of skin-to-skin contact on parents sleep quality, mood, parent-infant interaction and cortisol concentrations of neonatal care units: study protocol of a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 8(7), ss. 1-8. doi:10.1136/bmjopen-2018-021606
2. Bergman, N-J (2019). Birth practices: Maternal-neonate separation as a source of toxic stress. *Birth Defects Research*, 2019;1-23.
3. Bloch-Salisbury, E., Zuzarte, I., Indic, P., Bednarek, F. & Paydarfar, D. (2014). Kangaroo care: cardio-respiratory relationships between the infant and caregiver. *Early Hum Dev*, 90(12), ss.843-850.
4. Blomqvist-Thernström, Y., Ewald, U., Gradin, M., Hedberg-Nyqvist, K. & Rupertsson, C. (2013). Initiation and extent of skin-to-skin care at two Swedish neonatal intensive care units. *Acta Paediatrica*, 102(1), ss. 22–28. doi:10.1111/apa.12056
5. Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists 19 November 1976. *Br J Psychiatry*, 130, ss.201-210.
6. Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *Am J Orthopsychiatry*, 52(4), ss.664-678.
7. Brimdyr, K., Stevens, J., Svensson, K., Blair, A., Turner-Maffei, C., Grady, J., Bastarache, L., Abla al Alfy., Crenshaw, J., Giugliani Elsa R-J., Ewald, U., Haider R., Wibke, J., Kagawa, M., Lilliesköld, S., Maastrup, R., Sinclair, R., Swift, E., Takahashi, Y & Cadwell (2023). Skin-to-skin contact efter birth: Developing a research and practice guideline. *Acta paediatrica*. DOI: 10.1111/apa.16842

8. Franklin, E. (2022). Samvård av mamma och barn på förlossnings-/BB- och neo. [Samvård av mamman och barnet på förlossnings-\(BB- och neo\) \(vgregion.se\)](https://vgregion.se)
9. Linnér, A., Westrup, B., Lode-kolz, K., Klemming, S., Lillieskold, S., Markhus Pike, H., Morgan, B., Bergman, N-J., Rettedal, S. & Wibke, J (2020). Immediate parent-infant skin-to-skin study (IPISTOSS): study protocol of a randomised controlled trial on very preterm infants cared for in skin-to-skin contact immediately after birth and potential physiological, epigenetic, psychological and neurodevelopmental consequences. *BMJ Open* 2020;10:e038938. doi:10.1136/bmjopen-2020-038938
10. Luong, C., Long Nguyen, T., Huynh Thi, D. H., Carrara, H. P. & Bergman, N. J. (2016). Newly born low birthweight infants stabilize better in skin-to-skin contact than when separated from their mothers: a randomized controlled trail. *Acta Paediatrica*, 105(4), ss. 381–390. doi:10.1111/apa.13164
11. Socialstyrelsen (2021). *Vårdkedjan för barn som behöver neonatalvård och deras familjer. Nationella rekommendationer till beslutsfattare och stöd till personal.* <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-6-7424.pdf>
12. Strand, H., Blomqvist-Thernström, Y., Gradin, M. & Hedberg-Nyqvist, K. (2013). Kangaroo mother care in the neonatal intensive care unit: staff attitudes and beliefs and opportunities for parents. *Acta paediatrica*, 103(4), ss. 373–378. doi:10.1111/apa12527
13. Sullivan, R., Perry, R., Sloan, A., Kleinhaus, K. & Burtchen, N. (2011). Infant bonding and attachment to the caregiver: insights from basic and clinical science. *Clin Perinatol*, 38(4), ss.643-655.
14. United Nations Children's Fund [UNICEF] Sverige. (2020). *Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter.* <https://unicef.se/barnkonventionen>
15. World Health Organization (WHO) (2015). *WHO recommendations of interventions to improve preterm birth outcomes.* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/9789241508988_eng.pdf;sequence=1 [2019-02-04]
16. World Health Organization (WHO) (2021). *Nuturing care for every newborn: thematic brief.*
17. World Health Organization (WHO) (2023). Kangaroo mother care: implementation strategy for scale-up adaptable to different country contexts.
18. World Health Organization (WHO) (2023). Kangaroo mother care. A transformative innovation in health care. Global position paper.

Länkar

[O-NEWS - National Early Warning Score på Obstetriska patienter \(vgregion.se\)](#)

[Postpartumblödning \(vgregion.se\)](#)

[Postpartum - urinretention \(vgregion.se\)](#)

[Hypertensiva tillstånd under graviditet \(vgregion.se\)](#)

[Postpartum – riskbedömning och medicinska kontroller \(vgregion.se\)](#)

[Abstinensbedömning av nyfödd \(vgregion.se\)](#)

Bilaga 1. CPAP lådan

	datum	Signatur
CPAP hjälm stl M, L och XL		
Ventrikelsond och etikett		
Sondspruta 10 ml		
Sondspruta 2,5 ml		
Sondtejp och lackmuspapper		
Kolostrumkit och information		
IVA-lista		
Blå och röd penna		
Snuttefilt och mammasnutte		
Axilltemp		
Förlängningsladd för saturationsprobe för X 3:an		
Engångs saturationsprobe		
Blodtrycksmanschett storlek 3 och 4 , sladd för blodtryck för X 3:an		
Näsaggregat till CPAP		
Blöjor strl prematur, 1 och 2		
Mask och blåsa		

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Kvinnoklinik, Kvinna och barn gemensam, Barn- och ungdomsklinik

Innehållsansvar: Maria Arvung, (maran205), Vårdenhetschef

Granskad av: Pontus Johansson, (ponjo3), Överläkare

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9003-1367181295-686

Version: 1.0

Giltig från: 2024-04-29

Giltig till: 2026-04-29