Gäller för: VO1 Barn BUP och Kvinna
Innehållsansvar: Irini Makrygianni Lindqvist, (irima2), Överläkare
Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-08-18
Giltig till: 2028-08-31

Barnläkarrond på BB

Revideringar i denna version

Förlängt giltighetsdatum.

Bakgrund, syfte och mål

Underlätta arbetet på BB-avdelningen med de nyfödda barnen.

Arbetsbeskrivning

Skalle	
Aplasia cutis congenita	Utstansat cirka 1 cm stort membrantäckt sår, ofta vid bakre fontanellens plats. Läker från kanten men op om > 1 cm. Eventuell remiss hudmottagning. Kan vara förenat med skallbensdefekt och meningocele. Ul/ röntgen vid misstanke.
Kephalhematom	Flukturerar, innehåller blod, överskrider ej suturgränser. Ingen åtgärd. Vid smärta Alvedon. Informera om att förkalkning kan ske – ger känsla vid palpation som vid hårdkokt ägg med trasigt skal.
Kraniotabes	Mjukt skallben, känns som ”ping-pongboll” vid palpation. Oskyldigt fenomen.
Hydrocephalus	Övertas till neoavdelningen för utredning.
Hypoplastiska skallben	Suturdiastas + stora fontaneller. Hypotyreos? Visas för specialist.
Skallasymmetri	Om uppenbart sned skalle – kontroll av överläkare, neoavdelning vid BB-rond före hemgång.
Subgalealt hematom	Respekterar inte suturgränser. Risk för anemi och ikterus större än vid cephalhematom. Kontroll av Hb. Följ barnet på BB, eventuellt inläggning på neoavdelningen.
Suturslutning	Om palpabel ”ås” i någon sutur – specialist handlägger röntgenutredning och eventuellt remiss + fotografering till kraniofacialteamet i Göteborg. Ej akut. Diff-diagnos: Interkallation; åtgärdas inte.

Torticollis	Remiss till sjukgymnast. Om skallen omformas, eventuellt remiss till kraniofacialteamet i Göteborg via barnrehabmott eller neonatalmott.
VE-märke	Sköts i regel torrt av barnmorska. Vid smärtpåverkan ges Alvedon.
Ansikte	
Konjunktivit	Tvätta x 6–8. Vid ful, svullen infektion – odla och ge kloramfenikol/ Fucithalmic ögondroppar. Om debut efter fjärde dygnet – dessutom chlamydia-odling (skrap). Vid ordentligt röd och svullen – kontakta ögonkliniken. Gc?
Katarakt	Om ”röd reflex” saknas vid oftalmoskopi, remiss ögonmottagningen. Undantaget barn med färgade föräldrar, dessa barn har gråaktiga retina.
Facialisparés	Vanligen perifer pares, förlossningsskada. Oftast god prognos med snabb regress. Om ögat ej kan slutas, remiss till ögonkliniken (fuktad kammare indic?). Uppföljning BUM efter 1 månad. Om då kvarvarande pares, remiss till ÖNH.
Halsfistel	Ingen åtgärd. Remiss till ÖNH vid infektion eller läckage.
Kort tungband	Ingen åtgärd. Vid uppfödningsbesvär – remiss till ÖNH, eventuellt klippning.
Tänder	Remiss till sjukhustandvården.
Läpp-käk-gomspalt	Remiss till plastikkirurgen, Göteborg. Logopedkontakt före hemgång. Informera och dela även ut broschyr om LKG-spalt. 30 % assosierat med missbildningssyndrom, till exempel Pierre Robins sekvens. Viktigt med matningsråd av personal med specialkunskap. Habermannapp kan fungera bra.
Nässeptum-deviation	Ingen åtgärd. Vid misstanke fraktur-lux? Remiss till ÖNH för reponering före utskrivning från BB.
Palpebrala synechier	Remiss ögonmottagningen.
Preaurikulär fistel	Ingen åtgärd. Informera om infektionsrisk.
Preaurikulärt fibrom	Om minimalt – ingen åtgärd. Leta efter andra avvikelser. Om större stjälkat – ligera (hårt). Vid multipla – association till hörselnedsättning. Remiss till ÖNH för utredning.
Subconjunktival blödning	Ingen åtgärd. Försvinner på ett par veckor.
Örondysplasi	Om den är uttalad – remiss till ÖNH för utredning.
Epstein pearls	Knappnålsstora retentionscystor i hårda gommen. Ofarliga. Ingen åtgärd.
Hemangiom mun	Exempelvis under tungan. Kan vid senare tillväxt ge matsvårigheter. Remiss till ÖNH. Behandlas i vissa fall med betablockerare via BUM, DSBUS.

Övre extremitet	
Klavikelfraktur	Ingen åtgärd. Kallus bildar en hård knöl. Smärtlindra. Informera föräldrarna att det blir bra och att det kan göra ont de första veckorna vid olämpliga lägen etc. Vid neurologisk påverkan – se plexusskada. Remiss till sjukgymnast. Röntgas ej.
Fyrfingerfåra	Bakom isolerad fynd.
Humerusfraktur	Röntgen + remiss till ortopedmottagningen och remiss till sjukgymnast.
Plexus brachialispåver-kan	Nivådiagnostik: Asymmetrisk Moro- övre skada C5–C6 (Erb-Duchenne). Frånvaro av gripreflex – nedre skada C8–Th1 (Klumpke). Vid total parés eventuellt kombinerat med mios + enophtalmus, det vill säga Horners syndrom. Vid klavikelfraktur vanligt med lindrig påverkan. Remiss till sjukgymnast. Vid total plexusskada/mycket uttalad pares: diskussion med neurolog alternativt neoläkare redan under BB-vistelsen, då enstaka fall numera opereras tidigt!
Polydactyli	Remiss ortopedmottagningen. Röntga om misstanke finns om skelettdelar i extrafingret. Ligera inte själv.
Syndaktyli	Remiss till ortoped. Röntgen händer för att se ev skelettmissbildningar.
Thorax	
Hjärta	Blåsljud utan kardiella symtom vid första undersökningen på BB: Ge information om normala cirkulationsomställningen som möjlig/trolig förklaring. Barnet bedöms med ny auskultation nästa dag – tidigare vid symtomutveckling. Om barnet är fortsatt helt välmående och följande parametrar är uppfyllda kan man med största sannolikhet utesluta livshotande VOC: • Diskret blåsljud. • Normala femoralispulsar. • Normal saturation (> 95 %) i höger arm ***och*** ben. • Normalt EKG. Observation i 48 timmar efter födelse. Därefter hemgång med återbesök till BBVIH. Finns blåsljudet kvar vid återbesöket skrivs remiss till barnkardiolog.

	Föräldrarna informeras om symtombild vid svikt respektive cyanos och uppmanas då ta kontakt. Påverkade, cyanotiska och/eller inkompenserade barn med misstänkt VOC läggs direkt på neoavdelningen för övervakning och akut utredning i samråd med barnkardiolog. OBS! Susp VOC eller PDA < 36 veckor ska *inte anmälas till missbildningsregistret*. Var god se styrdokument POX-screening av nyfödda och Blåsljud hos barn – utredning.
Extra mamill	Ingen åtgärd.
Förstorade bröst	Ingen åtgärd, moderns hormonpåverkan. Häxmjölk kan förekomma. Informera om symtom vid mastit som kan uppkomma senare.
Rygg	
Anosakrala gropar, fistlar	Inget läckage – ingen åtgärd. Läckage – kontakta neurokirurg.
Medellinjeförändringar	Nevi, hemangiom, lipom – överväg ryggröntgen, fråga efter spina bifida. Överväg ultraljud/MR/röntgen rygg.
Myelomeningocele	Täck med NaCl-dränkta kompresser. Extra värme. Akut remiss och transport till neurokirurg i Göteborg efter telefonkontakt. Barnspecialist handlägger.
Skolios	Röntgen. Leta efter andra avvikelser. Remiss HAB.
Buk	
Blåsextrofi	Kontakta barnkirurg akut.
Femoralispuls	Ej palpabel – misstänk coarctatio. Mät blodtryck och saturation i arm/ben. Kontakta barnkardiolog.
Inguinalbråck	Remiss till kirurg, akut om bråcket är inklämt. Hos flickor finns ovariet i bråcksäcken – ultraljudsundersökning.
Navelbråck Rektusdiastas Hudnavel	Ingen åtgärd.
Omphalocele Gastroschisis	Akut kontakt med barnkirurg. Täck med varma koksaltkompresser och plast. Skriv in på neoavdelningen i avvaktan på transport.
Resistens	Renal? Annat? Specialisthandläggning. Ultraljud, röntgen. Magen ska kännas ”tom”, ev leverkanten palpabel.

Två kärl i navelsträngen	Remiss ultraljud njurar endast om barnet inte är välmående i övrigt eller har någon missbildning.
Tympanistisk	Ileus? Specialisthandläggning.
Utebliven avföring	Normalt mekoniumavgång innan 2 dagars ålder. Kräkningar? Spänd buk? Prova termometer rektalt i första hand. Om utebliven effekt NaCl-lavemang. Ställningstagande till ev tarmutredning med BÖS i första hand. Eventuell kontakt med barnkirurg. Uppföljning BUM 1 månads ålder för ställningstagande till ev senare utredning. (Vanligt vid Mb Hirschsprung, CF bl a.)
Utebliven miktion	Normalt miktion inom 1 dags ålder. Intorkning vanligaste orsak till att barnet ej kissat (ofta dysmaturt barn), man kan därför oftast om barnet välmående avvakta med utredning (u-ljud urinvägar i första hand, vid exempevis uretravalvel ses bilat hydronefros) tills 2 dagars ålder. Man bör dock inspektera yttre genitalia, uretramynnning, bukpalpation (stor urinblåsa?) redan efter (1)–1,5 dygn.
Prenatalt diagnostiserade dilaterade urinvägar	Se separat styrdokument Urinvägsdilatation hos nyfödda.
Genitalia	
Retentio/ektopia testis	Bilateral: remiss barnmottagningen – endokrinutredning. Unilateral: handläggs via BVC.
Intersextillstånd	Handläggs av överläkare på neoavdelningen tillsammans med barn-endokrinolog. Sätt inte kön på barnet.
Hypospadi/epispadi	Remiss barnkirurgen i Göteborg. Akut om avflödeshinder. Ultraljud urinvägar samt antibiotikaprofylax endast vid mer uttalad hypospadi. Vid gra, perineal hypospadi med andra tecken på bristande virilisering såsom bifid scrotum ska även barnendokrinolog kontaktas.
Mikropenis	Penis < 2,5 cm, mäts till roten. Kontrollera P-glukos. Visas överläkare på BB-rond. Ev kombinerad med hypoglykemi och hypofysinsufficiens.
Hydrocele testis	Ingen åtgärd. Om inguinalbråck misstänks, det vill säga om det inte är klart genomlysbart – remiss till kirurgen.
Rodnad, svullen skrotum	Testistorsion? Urakut kontakt med kirurgbakjour.
Vaginalpolyp	Ingen åtgärd, spontan regress.
Klitorishypertrofi	Intersex? Adrogenitalt syndrom? Specialistutredning. Ta Natrium, Kalium, faste-glukos, 17-OH-progesteron, kortisol.
Mörkpigmenterad skrotum	Om båda föräldrarna är blonda – adrenogenitalt syndrom? Om någon förälder är mörk – ingen åtgärd.

Analatresi	Kontakta barnkirurg i Göteborg akut. Fastat.
Höfter	
Lite instabil	Överläkare eller specialistläkare undersöker före hemgång.
Luxerbar eller klar glidning	Remiss till ortopedmottagningen.
Fot	
Metatarsus varus	Redresserbar – ev remiss till sjukgymnast. Stel – remiss till ortoped.
Pes kalcaneovalgus	Om redresserbar – instruera föräldrarna. Om inte – remiss till ortopedkliniken.
Pes equinovarus, vertikal talus	Remiss till ortopedkliniken.
Polydactyli	Remiss till ortopedkliniken.
Syndactyli	Om partiell mellan dig 2–3 – ingen åtgärd. Om mer omfattande – remiss till ortopedkliniken.
Uppslagen mot underbenet	Redresserbar – ingen åtgärd. Instruera om lätta tänjningar i samband med skötning.
Hud	
Icterus	Se övertagningskriterier och spec PM.
Naevi pigmentosa	Större än bärarens handflata – ring hud-/plastikkirurg i Göteborg.
Naevi sebaceous	Gulbruna, lätt upphöjda, knottriga, enstaka eller multipla, vanligast på skalpen. Remiss till hudmottagningen. Kan malignicera eller vara kombinerade med andra missbildningar.
Naevus syringo – cystadenomatosus	Från apokrina svettkörtlar, 2–10 cm stor rosa tumor, vårtliknande enstaka eller i grupp, ofta krustabelagda. Maligniceras i 10 %. Remiss till hudkliniken.
Hemangiom, lymangiom	Små < bärarens handflata – i regel ingen åtgärd. Om större eller om de växer nära ögon, näsa eller mun – inläggning på neoavdelningen.
Port Wine Stain (=eldsmärke) Nevus flammeus	Om kosmetiskt besvärande (framför allt ansiktet) – remiss till plastikkirurg i Göteborg för pulsad laser *tidigt*. Om det sitter på ena ansiktshalvan i N trigeminus utbredningsområde kan det vara första symtom på Sturge Webers syndrom. Då remiss till hudmottagning, ögonklinik och diskutera med barnneurolog.
Petechier	Lokalt i till exempel ansikte beror på stas – ingen åtgärd. Om generellt utspritt – kontrollera trombocyter. Vid trombocytopeni – övertag till neoavdelningen.
Erytema toxicum, hormonplitor	Ingen åtgärd. Intrauterin variant liknar blåsdermatos med hundratals små (< 5 mm) tunna blåsor som efter ruptur efterlämnar en ring med intakt hud. Diffdiagnos är inkontinentia pigmenti.

Harlekinfenomen	Ingen åtgärd.
Kutis marmorata	Näsa, handflata och fotsula ej involverat. Går över spontant inom ett par år. Uppföljning på neonatalmottagning.
Hudinfektion	Oftast blåsor med pus i ljumskregionen. Lokalbehandling med klorhexidin. Ev systembehandling.
Mongolfläckar	Oftast lokaliserad lumbosacralt. Blåmärkesliknande. Normalt hos barn med asiatisk påbrå. Ingen åtgärd. Försvinner i regel i tonåren.
Erytrodermi	Exfoliativ dermatit. Utreds på neonatalavdelningen.
Blåsbildning	Sugmärke på hand. Infektion eller annan allvarlig bakomliggande sjukdom som epidermolysis bullosa, mastocytos, porfyri med mera? Utreds i samband med hudkliniken om ej enkel förklaring. DD: - Sugblåsor (oftast på hand, tumme). - Pemfigus neonatorum (ofta i hudveck, orsakas av stafylokocker). Behöver följas, kan i enstaka fall utvecklas till SSSS. Inläggning vid snabb progress. Enbart sprittvätt kring såret i lindriga fall. Ofta behövs dock per os alt iv-antibiotika. - Epidermolysis bullosa. - Kongenital bullös iktyos. - Inkontinentia pigmenti (kan likna erytema toxikum initialt).
Iktyos	Torrt, fjällande, liknar fiskfjäll. Remiss hudmottagningen.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VO1 Barn BUP och Kvinna

Innehållsansvar: Irini Makrygianni Lindqvist, (irima2), Överläkare

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9699-1702881381-27

Version: 9.0

Giltig från: 2026-08-18

Giltig till: 2028-08-31