

Gäller för: Barnhjärtcentrum

Innehållsansvar: Emma Lorensen, (emmol3), Barnsjuksköterska

Godkänd av: Cathrine Gatzinsky, (catwi3), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-11-01

Giltig till: 2026-11-01

Hud-mot-hud Barnhjärtcentrum

Revideringar i denna version

Språkgranskning. Bytt ut vårdavdelning 323 mot avdelning.

Syfte

Att alla nyfödda barn ska ges möjlighet till daglig hud-mot-hudkontakt (HMH), för att främja anknytningen mellan barn och föräldrar.

Inledning

Den naturliga miljön för ett nyfött barn är nära sina föräldrar. Om barnet behöver vårdas på sjukhus begränsas möjligheterna för barnet att vara hud mot hud hos sina föräldrar (1). Eftersom barnets tillstånd kräver övervakning och inte sällan hjärtoperation inom de första levnadsveckorna påverkas den första viktiga tiden för anknytningen mellan föräldrar och barn negativt (2). En kvalitativ studie gjord i Sverige beskriver hur föräldrar som väntar ett barn med medfött hjärtfel upplever oro inför den första tiden på sjukhuset. De oroar sig för huruvida de kan få vara nära sitt barn, hålla sitt barn och om det kommer att fungera att amma barnet (3). Föräldrar till barn med medfödda hjärtfel har en ökad risk för oro/ångest, depression, och posttraumatiskt stressyndrom (4). Därför är det viktigt att personalen arbetar förebyggande för att underlätta anknytningen mellan barn och föräldrar under vårdtiden. Det är betydelsefullt att involvera båda föräldrarna i HMH.

Bakgrund

På 1970-talet i Colombia började de vårda HMH efter att det visat sig att barn med låg födelsevikt överlevde i högre utsträckning. Arbetssättet kallats för "kängurumetoden" eftersom den anspelar på kängurun som i flera månader bär sin unge HMH. Idag används metoden världen över

och rekommenderas av världshälsoorganisationen (5). Se även ”kunskapsöversikt” längre ner.

Definition

HMH kontakt är när barnet ligger naket med blöja och eventuellt mössa och strumpor mot föräldrarnas bara hud.

Arbetsbeskrivning

Barnhjärtmottagningen

Ansvarig sjuksköterska ger muntlig information kring fördelarna med HMH till föräldrar som väntar ett barn med medfött hjärtfel. Föräldrabroschyren ”Välkomna till Barnhjärtcentrum avdelning, Drottning Silvias barnsjukhus” ska delas ut till föräldrarna. Sjuksköterskan går tillsammans med båda föräldrarna igenom innehållet. Dokumentation sker av ansvarig sjuksköterska i moderns journal. Den ska innehålla beräknad förlossning, om föräldrar fått ta del av informationen kring HMH, deras inställning, eventuell tidigare erfarenhet av HMH samt om de fått rundvandring på avdelningen.

Vårdavdelning

Information: När barnet är fött och skrivs in på avdelningen ges muntlig information om vikten av HMH till föräldrarna av ansvarigt team. Skriftlig information delas ut i form av föräldrabroschyren ”Välkomna till Barnhjärtcentrum avdelning, Drottning Silvias barnsjukhus” om föräldrarna inte fått broschyren vid tidigare tillfälle. Barnsköterska eller sjuksköterska går tillsammans med båda föräldrarna igenom innehållet. Till föräldrar som inte förstår det svenska språket används utarbetat bildstöd i kommunikationen. När tolk finns tillgänglig går arbetssättet och föräldrabroschyren igenom noggrant. Föräldrarna behöver muntlig information och praktiskt visas hur säker förflyttning av barnet sker mellan kuvös/säng till famn och vice versa.

Vårdplan: Ansvarig sjuksköterska upprättar vårdplan för HMH i samråd med föräldrarna. Sjuksköterskan bör vara lyhörd för deras eventuella tidigare erfarenhet av HMH samt deras behov och önskemål. Ta hjälp av standardvårdplanen för HMH.

Samtala med föräldrarna efter avslutad stund av HMH om deras upplevelse. Avsluta med att ställa följande frågor:

Hur upplever du stunden då du har ditt barn hud mot hud?
Skala 0–10 Använd VAS skalan 0= Inte alls positiv 10 =Mycket positiv.

Hur trygg känner du dig när du lyfter barnet från kuvös/säng till famn?
Skala 0–10 Använd VAS skalan. 0= Inte alls trygg 10= Helt trygg.

Hur trygg känner du dig när du lyfter barnet från famn till kuvös/säng?
Skala 0–10 Använd VAS skalan. 0= Inte alls trygg 10= Helt trygg.

Om VAS lägre än 6 fråga föräldrarna vad personalen kan göra för att förbättra upplevelsen av HMM och tryggheten vid förflyttning. Dokumentera i vårdplanen med dagens datum under utvärdering: HMM 7/9/9. Uppdatera vårdplanen med eventuella ändringar i samråd med föräldrarna.

När familjen flyttar från rum 3 till eget rum på avdelningen ges föräldrarna QR-koden för att genomföra en anonym utvärdering av den nya rutinen. Föredrar föräldern att genomföra utvärderingen i pappersformat, dela ut denna och be dem lägga utvärderingen i den vita brevlådan i korridoren när de är klara.

Hud-mot-hudkontakt kräver goda förberedelser

Välj lämpliga perioder under dagen för barnet att vara HMM hos sina föräldrar. Planera och samordna omvårdnadsåtgärder och aktuella undersökningar för dagen. Uppmuntra föräldrarna ska sitta med barnet HMM helst längre men minst en timme, gärna vid flera tillfällen under dagen. Skärma av med vikkvägg och häng upp ”stör ej i onödan skylt” på vikkväggen. Läs om fler tips på förberedelser i föräldrabroschyren och standardvårdplanen.

Förbered förflyttningen av barnet innan den utförs. Föräldrar och personal samarbetar vid förflyttning. Primärt uppmuntras föräldern att lyfta sitt barn. Personalen ansvarar för eventuell övervakning, andningshjälpmedel och pågående infusioner.

Extra försiktighet ska vidtas om barnet har centrala infarter såsom navelkatetrar, central ven kateter eller artärkateter pga. risk för blödning och infektion.

Säker förflyttning av barnet

- Kontrollera centrala infarter inför varje gång barnet ska förflyttas. Sitter dragavlastande tejpar korrekt? Om inte, korrigerar/förstärk med klethäfta.
- Välj ”larmpaus” på oscilloskopet. Koppla ur elektroder för EKG och sladd för saturationsmätning. Personal ansvarar för slangar vid eventuellt pågående infusioner i centrala infarter/perifera infarter och slangset vid ev. högflödesgrimmor.
- Förälder lyfter barnet upp från kuvös/säng, lutar sig fram över kuvös/säng och lyfter till famnen och sätter sig därefter bekvämt i fåtölj. Lyfter tillbaka till kuvös/säng genom att hålla barnet stadigt, resa sig, lutar sig fram över kuvös/säng och lägger ned barnet.
- Vid navelkateter tejpa med transparent ”plasttejp” i slangen på trevägskranen som en loop och fäst i blöjan för att minska risk för dragning i katetern när barnet är i famn.

- Koppla på övervakningen igen. Fäst sladdar med sladdklämma utan trassel. Fäst artärtryck-setet i nivå med barnets förmak, nollställ artärtrycket.

Vid förflyttning från kuvös/säng till famn och till fåtölj och vice versa

Ligger barnet i kuvös fäll ned plastskydden på långsidorna och vrid plattan under madrassen 90 grader. Förälder står nära kuvösen, kuper sina händer, tar den ena handen under barnets rumpa och den andra handen under nacke och huvud och håller med ett stadigt grepp. Personal håller i eventuella slangar med pågående infusioner. Föräldern lutar sig fram över kuvösen, lyfter upp barnet mot bröstet och håller barnet stadigt. Personal kontrollerar läge på eventuell navelkateter. Därefter sätter sig föräldern ned i fåtöljen som ska vara placerad rakt bakom dem och lätt tillbakalutad för att främja en god sittposition. Personal tejpar eventuell navelkateter uppåt och sedan i en loop och fäster i blöjan. Övervakning kopplas på igen utan trassel för sladdar och slangar. Använd amningskudde, mjukt babytäck på sittdynan om föräldern önskar det samt fotpall för att föräldern ska sitta bekvämt och avslappnat.

När barnet ska åter till kuvös/säng gör personal samma procedur med kontroll av centrala och perifera infarter för säker förflyttning. Flytta därefter undan fotpall och amningskudde. Koppla ur övervakning och se till att det inte finns något annat som föräldern kan snubbla på mellan fåtölj och kuvös/säng innan föräldern reser sig upp. Personal ansvarar och håller i eventuella slangar med pågående infusioner. Föräldern lutar sig över kuvös/säng innan barnet försiktigt läggs ned. Om kuvös används vrid tillbaka plattan under madrassen och fäll upp plastskydden på långsidorna och koppla upp övervakningen igen. Har barnet navelkateter ska den ligga uppåt mot bröstet och sedan i en båge ut på sidan. På detta vis minskar risken för att barnet drar till katetern med sina fötter.

Barnets position vid hud-mot-hudkontakt

Barnet läggs naket, med bara blöja och eventuellt mössa och strumpor på i upprätt position med böjda armar och ben mot förälderns bröstorg. Barnets bröstbenspets ska vara mot förälderns bröstbenspets. Förälderns hud utgör barnets värmekälla, därför är det viktigt att barnets och förälderns hud är i direktkontakt med varandra över en så stor yta som möjligt. Barnet ska ligga med fullgott stöd för huvudet med sträckt hals och överkropp för att hålla luftvägarna fria. Lagg eventuellt en filt över barnets kropp. Föräldern håller under barnets rumpa med den ena handen och den andra handen över ryggen. Barnet kan också ligga i andra positioner. I sidoläge i famnen mot förälderns mage eller på sidan mot förälderns bröstorg. Viktigt att välja den position som föräldern och barnet trivs bäst med.

Ansvar

Rutinen gäller för Barnhjärtcentrum. VC ansvarar för gällande rutiner. Avdelningschef ansvarar för att rutinen är känd hos medarbetarna.

Gemensamt ansvar i personalen att alla nyfödda barn ska ges möjlighet att vårdas HMM hos sina föräldrar före och efter eventuell hjärtoperation.

Uppföljning, utvärdering och revision

Arbetsgruppen för HMM ansvarar för uppföljning/revision av innehållet i rutinen. Avsteg får vårdplanen rapporteras i MedControl.

Relaterad information

Föräldrabroschyr ”Välkomna till Barnhjärtcentrum avdelning, Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus”

Standardvårdplan-lathund.

Foton med korrekt tejpning av navelkateter & korrekt tejpning av trevägskran på navelkateter på blöja för att förebygga risk för drag i kateter

Dokumentation

Styrande dokument arkiveras i Barium. Redovisande dokument ska hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.

Kunskapsöversikt

Att låta barnet vara hud-mot-hud hos sina föräldrar har visat sig medföra flera fördelar för barn som vårdas på sjukhus såsom förbättrad respiration och cirkulation (6,7) och att barnet skriker mindre och har stabilare blodsockervärden och stabilare kroppstemperatur (8).

Världshälsoorganisationen rekommenderar metoden för nyfödda barn på grund av fördelar för bland annat barnets temperaturreglering, anpassning till extrauterint liv och tillväxt, samt för mammans mjölkproduktion och amning (5) I en kunskapsöversikt framkommer att hud mot hud är en förutsättning för en bra amningsstart, har en positiv påverkan på amningens längd och att mammorna ammar i högre utsträckning när barnet var en månad och vid fyra månader (9).

Mammor som haft sina barn hud mot hud upplevde att anknytningen stärktes, de kände sig mindre stressade och mer avslappnade (10, 9). Mamman upplever att de har lättare för att uppmärksamma barnets signaler och att samspelet underlättas (11,12,13). Hud mot hud kontakt visar också på minskad risk för mödrar att drabbas av postpartum depression genom att anknytningen stärks (10)

I en svensk avhandling visade en studie att friska barn som förlöstes med kejsarsnitt och tidigt fått hud mot hud kontakt med både sin mamma och pappa interagerade mer med båda sina föräldrar. Tidig hud mot hud kontakt medförde att halterna av oxytocin (lugn- och ro hormonet) i blodet ökade för båda föräldrarna (14)

Preliminär evidens finns för förbättringar i kognitiv utveckling och inläring och utveckling av det autonoma nervsystemet hos 3 månaders gamla barn med medfödda hjärtfel som vårdas hud mot hud i nyföddhetsperioden jämfört med barn som inte vårdats hud mot hud (15) Flera pilotstudier har visat på god genomförbarhet och säkerhet för barnet gällande vitala parametrar i samband med hud-mot-hudkontakt för barn med medfödda hjärtfel efter hjärtkirurgi (6, 16). Hud-mot-hud är en säker metod för barn med medfödda hjärtfel om den utförs korrekt och kan med fördel införas som standard för barn på sjukhus som vårdas för medfödda hjärtfel (2) Det som krävs är utbildad personal och väl utformade riktlinjer om säker förflyttning av barnet (17).

1. Sood E, Berends W M, Butcher J L, Lisanti A J, Medoff-Cooper B, Singer J, et al. Developmental care in north american pediatric cardiac intensive care units: Survey of current practices. *Advances in Neonatal Care*. 2016;16(3): 211-219.
2. Lisanti A J, Allen L R, Kelly L, Medoff-Cooper B, Fogel J, Wernovsky G, et al. Individualized family centered developmental care: An essential model to address the unique needs of infants with congenital heart disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2019; 34 (1): 85-93.
3. Bratt E-L, Järholm S, Ekman-Joelsson B-M, Mattson L-Å, Mellander M. Parent's Experiences of Counselling and Their Need for Support following a Prenatal Diagnosis of Congenital Heart Disease - a Qualitative Study in a Swedish Context. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015; 15(171): 1-7.
4. Lisanti A J, Allen L R, Kelly L, Medoff-Cooper B. Maternal stress and anxiety in the pediatric cardiac intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 2017; 26(2), 118-125.
5. World Health Organization. *Kangaroo Mother Care: a practical guide*. 2003.
6. Gazzolo D, Masetti P, Meli M. Kangaroo care improves post-extubation cardiorespiratory parameters in infants after open heart surgery. *Acta Paediatrica*. 2000; 89(6): 728- 729.
7. Harrison T M, Brown R. Autonomic nervous system function after a skin-to skin contact intervention in infants with congenital heart disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2017; 32(5):1-13.
8. Moore E R, Anderson G C, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 5(3).
9. Moore E R, Bergman N, Anderson G C, Medley, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016; 11.

10. Ludington-Hoe S M. Thirty years of kangaroo care science and practice. *Neonatal Network*. 2011; 30(5): 357-362.
11. Moore ER, Andersson GC. Randomized controlled trial of very early mother-infant skin- to skin contact and breastfeeding status. *Journal of Midwifery and Women's health*. 2007; 52(2): 116-125.
12. Bystrova K. Skin- to –skin Contact and Suckling in Early Post Partum: Effects on temperature, Breastfeeding and Mother – Infant Interaction. Stockholm: Karolinska Institutet. Avhandling. 2008. ISBN 978-91-7357-167-8.
13. Bystrova K. Early contact versus separation effects on mother – infant interaction one year later. *Birth* 2009; 36: 2.
14. Velandia M. Parent-infant skin-to-skin-contact studies: parent –infant interaction and oxytocin levels during skin-to-skin contact after Cesarean section and mother-infant skin-to-skin contact as treatment for breastfeeding problems. Avhandling Karolinska Institutet 2012.
15. Harrison T M, Chen C Y, Stein P, Brown R, Heathcock J. Neonatal Skin-to-skin Contact: Implications for Learning and Autonomic Nervous System Function in Infants With Congenital Heart Disease. *Biological Research For Nursing*. 2019; 21(3): 296-306.
16. Harrison T M, Ludington-Hoe S. A case study of infant physiologic response to skin- to- skin contact after surgery for complex congenital heart disease. *Journal of cardiovascular Nursing* 2015; 30(6), 506-516.
17. Lisanti A J, Buoni A, Steigerwalt M, Daly M, McNelis S, Spatz D L. Kangaroo Care for Hospitalized Infants with Congenital Heart Disease. 2020.

Granskare/arbetsgrupp

Emma Lorensen, Barnsjuksköterska, Barnhjärtcentrum

Ida Sundevik, Barnsjuksköterska, Barnhjärtcentrum

Thomas Bokemark, Vårdenhetsöverläkare, Barnhjärtcentrum

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Barnhjärtcentrum

Innehållsansvar: Emma Lorensen, (emmol3), Barnsjuksköterska

Godkänd av: Cathrine Gatzinsky, (catwi3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9774-1570060579-268

Version: 4.0

Giltig från: 2024-11-01

Giltig till: 2026-11-01