

Gäller för: Verksamhet AnOplva neonatal barn  
Innehållsansvar: Karin Jonsson, (karjo20), Koordinator  
Godkänd av: Angela Hanson, (angha), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-09-10

Giltig till: 2027-09-10

# Känguruvård (hud-mot-hudvård) inom neonatalverksamheten

## Förändringar sedan föregående version

Inlagd i ny mall

Delvis ändrad titel

## Bakgrund och syfte

Under de senaste årtiondena har överlevnaden för prematurfödda barn radikalt förbättrats. Utvecklingen för dessa barns överlevnad beror bl.a. på förbättrad medicinsk-teknisk behandling samt utvecklingsanpassad omvårdnad (NIDCAP). Den tekniska utvecklingen har samtidigt medfört att mor och barn separerats när barnet vårdas på neonatalavdelning. Separationen kan bestå i att kroppskontakt mellan föräldrar och barn inte är möjlig p.g.a. barnets medicinska tillstånd eller att den begränsas av avdelningens rutiner eller miljö. Detta innebär att barn som mycket väl skulle kunna vårdas tillsammans med sina föräldrar trots detta fortfarande separeras.

För att spädbarnet skall få en harmonisk utveckling är det av största vikt att det utvecklar en anknytningsrelation till sina föräldrar. Anknytning är en process över tid och svårigheter i början repareras sig oftast med tiden. Den naturliga miljön för ett nyfött barn är dock att vara nära sin mamma och hennes bröst, vilket innebär start på ett samspel som är känsligt för störningar. Separation mellan mor och barn kan hos de för tidigt födda och sjuka nyfödda barnen uttrycka sig som instabilitet i hjärtfrekvens, andning och syresättning. Detta gör dessa barn till en speciellt sårbar grupp eftersom det kan vara svårt att tolka dessa reaktioner (1). Även föräldrarna kan fara illa av tidiga separationer och detta har visat sig kunna leda till skuld känslor, depression och anknytningssvårigheter (2-3).

Studier har visat på många positiva effekter av hud-mot-hud-vård både vad gäller barn och föräldrar. Barn som vårdas hud-mot-hud får en mer tillfredsställande viktuppgång, en jämnare temperaturreglering (4) och anpassar sig fortare till livet utanför livmodern (5). Barnets sömn blir bättre och djupare och mer likt ett fullgånget barns sömnmönster (6). Utsöndringen av stresshormoner i samband med smärtsamma åtgärder är lägre hos barn som vårdas hud-mot-hud (7). Närheten till mammans hud och bröst främjar barnets vilja att suga och stimulerar mammans mjölkproduktion (8), samtidigt som mamman lättare lär sig tolka barnets signaler. Även föräldrarnas välmående påverkas positivt. Studier visar att mammorna upplever mer positiva känslor för barnet (3) och risken att utveckla

postpartumdepression kan minska (9). Amningsperioden blir längre och mamman har lättare att etablera och bibehålla sin mjölkproduktion (10). Anknytning mellan föräldrar och barn underlättas och föräldrarna upplever stärkt kompetens och ökat självförtroende jämfört med föräldrar vars barn inte vårdats hud-mot-hud (11, 12).

Kangaroo Mother Care, KMC, tillkom i slutet på 70-talet i Bogota, Colombia, som alternativ vårdmetod för barn med låg födelsevikt. Över tiden har metoden införts runt om i världen och ett stort antal studier har undersökt effekter på barn och föräldrar. För miljöer med goda resurser för hälso- och sjukvård rekommenderar Världshälsoorganisationen, WHO, metoden för underburna barn från 28 veckor (oberoende av graviditetslängd), för fullgångna barn med låg födelsevikt samt för sjuka fullgångna barn på grund av fördelar för bl a barnets temperaturreglering, anpassning till extrauterint liv och tillväxt samt för mammans mjölkproduktion och amning (13).

## Definition

Med känguruvård avses vård med nära hudkontakt mellan förälder och barn och där barnet med fördel, utifrån föräldrarnas önskan, vårdas på detta sätt under stora delar av dygnets timmar. Begreppen känguruvård och hud-mot-hudvård används här synonymt

## Syfte och målsättning

Genom att främja en nära hudkontakt mellan föräldrar och barn syftar känguruvård till att med en säker och god omvårdnad stödja barnet och dess föräldrar under barnets övergång till livet utanför livmodern.

Genom att humanisera sjukhusvistelsen ges goda förutsättningar för att bindningen och samspelet mellan föräldrar och barn underlättas. Den nära hud-mot-hudkontakten hos mor ger även optimala chanser för att etablera amning.

En välfungerande känguruvård har som målsättning att stödja föräldrar att bli väl förberedda att ta hem sitt barn och kan med fördel kompletteras med neonatal hemsjukvård.

# Utförande

## Vårdplanering

- Personalens attityd

Det är viktigt att vi som personal är öppna och lyhörda för varje enskild förälder och deras individuella förutsättningar. All personal ska visa solidaritet med avdelningens policy om hud-mot-hud-vård och överenskommelser mellan kontaktpersoner och föräldrar. Föräldrarna ses som barnets självklara vårdare och som personal skall vi finnas tillhands som stöd och resurs.

- Föräldrainformation

Alla föräldrar skall få muntlig och skriftlig information så tidigt som möjligt om känguruvårdens fördelar och dess praktiska genomförande. Önskvärt är att den personal som tar emot barnet ger den första informationen. Fortsatt information om hud-mot-hudvård sker därefter under välkomstsamtal, vårdplaneringssamtal samt som en del av

amningsrådgivningen. Om möjligt bör båda föräldrarna vara med vid dessa samtal i syfte att stödja varandra samt aktivt medverka i planeringen av sitt barns vård.

- **Hud-mot-hud från förlossningen**

Eftersträvansvärt är en vårdkedja som börjar med information till föräldrarna redan innan barnet är fött, som initieras på förlossningsavdelningen och som sedan fortsätter på BB/neonatalavdelning, i syfte att minimera separationen mellan föräldrar och barn.

Om barnets medicinska tillstånd tillåter bör inte hud- mot- hudvården avbrytas under transporten från förlossningsavdelningen till vårdavdelningen. I annat fall initieras/återupptas hud-mot-hudkontakten så snart det är möjligt.

Nivån på övervakning bestäms efter barnets tillstånd och barnläkares bedömning.

## **Praktisk tillämpning**

Vi strävar efter att alla barn på vårdavdelningen ska hud-mot-hudvårdas.

Omfattningen kommer att variera under barnets vårdtid, med hänsyn till föräldrarnas möjligheter och önskan, och undantag kan tex. behöva göras för barn som har starka medicinska skäl som talar emot vården.

För barn som är respiratoriskt och cirkulatoriskt stabila, betraktas förälderns famn som den primära vårdplatsen.

## **Hudkontakt**

Eftersom förälderns hud utgör barnets värmekälla är det viktigt att barnets och förälderns hud är i direktkontakt med varandra över en så stor yta som möjligt. Genom att arrangera förälderns kläder/barnets filt eller dylikt så att det bildas ett avgränsat ”rum”, åstadkoms ett mikroklimat med värmd och befuktad luft kring barnet. Be föräldern att knäppa upp eventuell

skjorta eller blus samt helst ta av e.v BH. Barnet ska endast vara iklädd en liten blöja. Täck hela den del av barnets kropp, inklusive huvudet, som inte vetter mot förälderns hud med en filt och, för de små barnen, eventuellt mössa och sockor. Var observant på att hela ansiktet på barnet inte är täckt, utan att barnet kan andas ”frisk” luft

## **Barnet och förälderns läge**

Små barn hålls hopkrupna, med böjda armar och ben. Barnet placeras mellan förälderns bröst (barnets bröstbensspets mot förälderns bröstbensspets) i upprätt ställning, med huvudet vänt åt ena sidan. Barnet skall ha gott stöd för huvudet så att det får en position med hals och bål sträckt, d v s inte ihopsjunken. Detta är särskilt viktigt för små barn och barn med låg tonus. Den något sträckta huvudställningen håller andningsvägarna fria och gör att barn och förälder kan ha blickkontakt. Större barn kan placeras med böjda höfter i s.k ”grodläge”. När föräldern ligger ner är det lämpligt med en halvliggande ställning. Föräldern kan då behöva en säng med höj- och sänkbar huvudända och extra kuddar vid behov. Använd gärna kuddar som stöd under förälderns armar för att bilda en trygg famn.

## **Bärhjälpmedel**

Bärhjälpmedel underlättar för föräldern att hålla sitt barn bekvämt längre stunder och gör det möjligt för föräldrarna att röra sig fritt på avdelningen med barnet hud-mot-hud. På

avdelningen finns ett antal bärhjälpmedel som används i första hand, men så länge som barnet placeras på ett säkert och fysiologiskt riktigt sätt och det känns bekvämt för föräldern är det egentligen endast den egna fantasin som sätter gränser. Hjälpt föräldrarna att prova ut det bärhjälpmedel som passar barnet och föräldrarna bäst och hjälpt dem att ta den på sig de första gångerna barnet skall bäras.

Till de föräldrar som har barn som vårdas på vårdsal används i första hand tubtop och patientrock/egen skjorta utanpå. Till de föräldrar som har barn på föräldrarum och alltså är mer mobila på avdelningen kan ovanstående användas alternativt tubtop och bärtröja. Erbjud även möjlighet att testa bärsjal, vilken med fördel kan användas till barn som närmar sig hemgång/de större barnen.

De föräldrar som har barn som inte är i behov av fast övervakning, uppmuntras att röra sig på avdelningen, och t ex äta mat i föräldraköket (informera om riskerna med heta drycker när barnet är i famnen). Härigenom ökar kontakten med andra föräldrar och barn och känslan av isolering och stillasittande motverkas.

Bärhjälpmedel tvättas på avdelningen i 60 grader och får inte torktumlas

Lista för utlåning av bärhjälpmedel fylls i av förälder och utlånande personal och placeras i pärm på sjuksköterskeexpeditionen.

Vid byte av bärhjälpmedel noteras det nya utlåningsdatumet och signeras av utlånande personal

Innan överflytt till neonatal hemsjukvård/hempermission/utskrivning av barnet ska eventuella bärhjälpmedel återlämnas. Ansvarig sjuksköterska kontrollerar och ansvarar för att så sker.

## **Övervakning av barnet**

Barn som känguruvårdas övervakas enligt läkarordination. Används övervakningsapparat med elektroder fästs dessa enklast på barnets rygg för att förhindra friktion och tryck.

Apnédosor och apné madrasser är rörelselarm och fungerar inte på barn i förälders famn.

Kontroller av temperatur, andningsfrekvens och puls sker i förälderns famn eller vid skötning. Var lyhörd för föräldrarnas iakttagelser av sitt barn, då de många gånger tidigt kan uppfatta förändringar i barnets tillstånd.

## **Tid i famn**

När och hur länge barnet kan vara i famnen begränsas endast av hur länge mamma, pappa eller av föräldrar utsedd ersättare vill/kan ha barnet i famnen. Med fördel kan detta innebära vård hud-mot-hud under merparten av dygnets timmar. Om föräldrarna behöver vara borta en stund från sitt barn och ingen ersättare finns kan barnet bäddas ner varmt i säng/vattensäng. Tecken på försämrat/påverkat kliniskt tillstånd som inte kan kontrolleras tillfredsställande kan göra det nödvändigt att avbryta hud-till-hud-vården, som sedan kan återupptas när barnets tillstånd tillåter.

## **Hygien**

Föräldrar ska utöver noggrann handhygien, duscha dagligen samt inte använda starka dofter. Barnets hygien sköts enligt avdelningens rutiner

Bärhjälpmedel tvättas var 3:e dag eller vid behov, i 60 grader. Tubtopparna, kängurutröjorna och bärsjalarna ska inte torktumlas. Barnet kan bäras hud-mot-hud vid toalettbesök

## **Lugn och ro, stilla beröring**

Informera föräldrar till underburna och sjuka barn om att barnet trivs bäst med att man håller det i ett tryggt läge, med stilla, stödjande händer, och att det bör vara lugnt och tyst omkring barnet, särskilt när det skall sova. Barn som bärs med bärhjälpmedel skyddas till en viss del mot yttre stimuli. Barnets yttre öra är skyddat av textilier som dämpar ljud samtidigt som det inre örat ligger an mot föräldrarnas bröst. Hjärtljuden, föräldrarnas dämpade röster och deras stillsamt vaggande rörelser påminner om det intrauterina livet.

### **Vila och sömn**

För att barnet skall hålla kroppstemperaturen behöver det ha direkt hudkontakt med föräldern. Uppmuntra föräldrarna att vila med barnet hud-mot-hud i bärhjälpmedel. Vid vila i säng ska huvudändan på sängen vara höjd och föräldern kan antingen ligga på rygg eller på sidan. Höjd huvudända kan minska risken för apnéer (14).

Under förälders sömn, ska barnet sova i egen säng/kuvös, då adekvat larmanordning (övervakningsanordning som är kopplad från barn till personal) saknas på avdelningen

### **Amning /tillmatning**

Föräldrar till barn som känguruvårdas undervisas i att bli uppmärksamma och observanta på barnets signaler på sugvillighet/hunger. I mors famn har barnet närhet till hennes bröst, vilket ökar chansen till amning, som till en början innebär täta amningstillfällen med små mjölmängder.

I övrigt v.g se PM, amningsstrategi för neonatalvårdsverksamheten

### **Vårdåtgärder/undersökningar**

Flertalet vårdåtgärder kan med fördel utföras i föräldrarnas famn, t ex nedsättning av ventrikelsond, sondmatning, intravenösa injektioner/infusioner samt blodprovstagning. Tänk på din egen arbetsställning!

### **Ljusbehandling**

För att inte bryta hud-mot-hudvården används i första hand ”Bilisoft”, där man kan låta barnet ljusbehandlas liggande på föräldrarnas bröst. Vid ljusbehandling av litet större barn (som klarar att hålla värmen utan filt odyl som täcker ryggsidan) kan även ljusbehandlingslampa (Meddela, Dräger) användas. Då detta inte är möjligt och barnet måste behandlas i säng/kuvös/bilibed, görs allt för att separationen mellan förälder och barn ska bli så kortvarig som möjligt.

### **Transporter**

Föräldrar som önskar kan bära sitt barn till röntgen eller andra undersökningar på sjukhuset. Ta då med avdelningens transportvagn/barnvagn med den utrustning som eventuellt kan behövas.

### **Undervisning**

Information/instruktion och undervisning av föräldrar till barn som känguruvårdas ska ske fortlöpande under barnets vårdtid.

Som hjälp används ”Kängurumetoden – praktiska riktlinjer från WHO”

”Känguruvård – föräldrainsformation avd. 210 – delas ut till alla föräldrar

### **Checklista för genomgång av hud-mot-hudvård innefattande:**

- Nyttan av känguruvård
- Placering av barn hud – mot – hud
- Visning och instruktion av bärhjälpmedel
- Förflyttning av barnet i och ur bärhjälpmedel
- Observation och kontroller av barn med känguruvård vad gäller temperatur, andning, puls, hudfärg, tonus, aktivitet, sugvillighet.
- Åtgärder vid eventuellt ”tillbud”, såsom apné, bradycardi, desaturation och ev. reflux hos barnet
- Vård av barn i känguruposition
- Hygienrutiner för barn
- Hygienrutiner för föräldrar som känguruvårdar sitt barn
- Amning /tillmatning av barn med känguruvård.
- Sömn och vila/ lugn och ro

### **Dokumentation**

Känguruvården är individuell och utformas enligt barnets behov, föräldrarnas önskemål och i samråd med omvårdsansvarig personal (PAL,PAS, kontaktbarnsköterska)  
Överenskommelser dokumenteras i ”Melior” av ansvarig sjuksköterska under ”Vårdplanering” och utvärderas fortlöpande. Utvärdering sker även dagligen i rondarbetet.

Dokumentera hud-mot-hud-tiderna på barnets övervakningskurva under rubrik ”hud-mot-hud start” samt ”hud-mot-hud avslut”. Detta kan med fördel göras av föräldrarna.

Vid sammanräkningen avrundas tiden till närmsta halvtimme och den totala dygnstiden förs in längst ner på kurvan

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior.

Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

## **Källförteckning**

Bergman N, Linly L, Fawcus S. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for psychological stabilization in 1200 - to 2199 - gram newborns. Acta Paediatrica, 2004; 93:779-85.

Berg M. 2004. Graviditetens möjligheter. Natur och Kultur.

Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Weller A. Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. Pediatrics, 2002; 110:16-26.

Cattaneo A, Davanzo R, Uxa F, Tamburlini G. Recommendations for the implementation of Kangaroo Mother Care for low birthweight infants. Acta Paediatrica, 1998; 87:440-5.

Ludington-Hoe S, Swinth JY. Developmental aspects of kangaroo care. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 1996; 25 (8) : 691-703.

- Feldman R, Weller A, Sirota L, Eidelman AI. Skin-to-skin contact (Kangaroo care) promotes self regulation in premature infants: sleep-wake cyclicality, arousal modulation, and sustained exploration. *Development Psychology*, 2002; 38:194-207.
- Weller A, Feldman R. Emotion regulation and touch in infants: the role of cholecystokinin and opioids. *Peptides*, 2003; 24:779-88.
- Meyer K, Anderson G. Using kangaroo care in a clinical setting with fullterm infants having breastfeeding difficulties. *American Journal of Maternal and Child Nursing*, 1999; 24:190-2.
- Dombrowski MA, Andersson GC, Santori C, Burkhammer M. Kangaroo (skin to skin) care with a postpartum woman who felt depressed. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 2001; 26: 214-6.
- Hurst NM, Valentin CJ, Renfro L, Burns P, Ferlic L. Skin-to-skin holding in the neonatal intensive care unit influences maternal milk volume. *Journal of Perinatology*, 1997; 17: 213-7.
- Affonso D, Bosque E, Wahlberg V, Brady JP. Reconciliation and healing for mothers through skin-to-skin contact provided in an American tertiary level intensive care nursery. *Neonatal Network*, 1993; 12: 56-57.
- Affonso D, Wahlberg V, Persson B. exploration of mothers` reaction to the kangaroo method of prematurity care. *Neonatal Network*, 1989; 7: 43-51.
- World Health Organization. 2003. Kangaroo Mother Care : a practical guide.
- Jenni OG, et al. Effect of nursing in the head elevated tilt position (15 degrees) on the incidence of bradycardic and hypoxemic episodes in preterm infants. *Pediatrics*, 1997; 100: 622-625.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet AnOpIva neonatal barn

**Innehållsansvar:** Karin Jonsson, (karjo20), Koordinator

**Godkänd av:** Angela Hanson, (angha), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9774-1570060579-55

**Version:** 10.0

**Giltig från:** 2025-09-10

**Giltig till:** 2027-09-10