

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Giltig från: 2026-06-18

Innehållsansvar: Anna-Karin Ringqvist, (annri13), Verksamhetsutvecklare

Giltig till: 2028-06-18

Granskad av: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Hudnära vård av nyfödda

Revideringar i denna version

2026-06-16 Rutinen förlängs, inga medicinska ändringar.

Revidering av rutin i sin helhet och borttag av stycke suturering vid operation.

Syfte

Syfte är att säkerställa hud mot hud mellan mamma och barn efter födseln på ett säkert sätt.

Bakgrund

Socialstyrelsen rekommenderar att den som fött och barnet har oavbruten, säker hud-mot-hudkontakt den första timmen efter förlossningen, tills barnet har sugit eller somnat – oavsett amning eller flaskmatning, och oavsett förlossningsätt.

Hud-mot-hud-kontakt efter födseln har många tydliga fördelar. Den främjar amningsstarten och stärker anknytningen mellan föräldrar och barn. När barnet ligger nära sin mamma blir det lättare att uppfatta barnets signaler, vilket underlättar samspelet och ger familjen en lugnare start. Barn som får ligga hud mot hud stabiliserar sin kroppstemperatur och sina blodsockernivåer bättre, och blir generellt lugnare med en mer harmonisk växling mellan vakenhet och sömn. Även andning och cirkulation påverkas positivt.

Barn som separeras från sin mamma visar ofta mer gråt och stress, vilket leder till högre hjärt- och andningsfrekvens och en snabbare förbrukning av energi. Nyfödda har naturligt höga nivåer av stresshormoner efter födelsen, och hud-mot-hud hjälper barnet att snabbare komma till ro efter den första amningen.

Samtidigt finns en risk att vara medveten om: plötslig och oväntad postnatal kollaps (SUPC). Den kan inträffa under de första dygnet, oftast inom de första 24 timmarna, då barnet är särskilt känsligt i övergången till livet utanför livmodern. Faktorer som magläge utan hudnära vård, första amningsförsök (säker position och barnets läge är viktigt), samsovning, förstföderska med partner som lämnats

ensamma med barnet under de första timmarna är kopplade till ökad risk. SUPC är ett allvarligt tillstånd som i hälften av fallen leder till dödsfall och i andra fall kan ge neurologiska följder.

Arbetsbeskrivning

Hud mot hud efter förlossningen

Barnet läggs hud mot hud hos mamma omedelbart efter födseln. Vid behov av neovård sker bedömning tillsammans med neopersonal och de flesta barn med behov av neonatalvård kan ligga kvar på mammas bröst.

Hudnära vård i praktiken

1. Barnet läggs naket hud mot hud (med blöja på OP) och famnen blir barnets vårdplats
2. Föräldrarna informeras om betydelsen av barnets läge. Barnet ska ligga med lätt flekterat huvudläge, armarna utåt sidorna och **med ansiktet fritt**. Vid sängläge rekommenderas att mammans huvudända är lätt förhöjd (9). Detta är viktigast för för tidigt födda.
 - Barnets läge säkerställs med hjälp av en bärsjal, bärtop eller motsvarande. Vid sittande eller uppegående underlättar något bärhjälpmedel föräldrarnas möjlighet att röra sig fritt
3. Information ges till mamma och pappa/partner att barnet läggs i ryggläge på egen sovplats om föräldrarna planerar att sova samtidigt. Föräldrar uppmantras till att sova i skift för att barnet ska kunna vårdas hudnära.

Riskbedömning av nyfödda

En bedömning görs av barnet av barnmorskan vid födelsen. Alla nyfödda barn och mödrar får tillsyn de första timmarna av barnmorskan eller undersköterska för att säkerställa att de mår bra och att barnet har en bra position (10).

Risksituationer vid hudnära vård

En individuell bedömning av situationen måste göras om mammans/partners möjlighet att ansvara för barnets övervakning. Information till föräldrar om riskerna ska ges muntligt och skriftligt.

- Uttröttad mamma
- Läkemedelspåverkan
- Barnet kan bli för varmt
- Sängkläder kan hamna över barnets ansikte

- Bärhjälpmedel såsom tubtop kan vara för tight och rätt storlek bör provas ut
- Barnets ansikte kan komma för tätt på mammans/partners kropp och det finns risk för igentäppta luftvägar
- Föräldrars uppmärksamhet på barnet de första dygnet minskar om fokus är på mobil/surfplatta eller liknande (19)

Elektiva sectio

På inskrivningsdagen tillfrågas patient om önskemål gällande amning. Detta dokumenteras i patientens journal.

Patient informeras av barnmorska på operationsdagen om rutin och syfte med att barnet placeras hud-mot-hud direkt efter framfödandet. Samtlig personal på operationssalen informeras om patientens önskemål om amning och obruten hud-mot-hud kontakt. Efter framfödandet torkas barnet av, blå operationsduk ersätts med varmt täcke. Barnet läggs direkt hud-mot-hud på patient om inga medicinska hinder föreligger.

Barnmorska ansvarar för säker hud-mot-hudvård. Partnern görs delaktig genom att hålla en hand på barnet och ha fokus på barnet. Kontroller av barnet, avnavling och K-vitamininjektion görs med barnet på patientens bröst. Vägning görs när mamman har flyttat över i säng eller då barnet sugit.

Vid överflyttning till post-op kan barnet fortsatt ligga hud-mot-hud. I de fall patienten inte klarar att ha barnet hud-mot-hud kan partnern ha barnet hud-mot-hud.

Akuta sectio

Vid akut sectio tillfrågas patient, i den mån situationen tillåter, om amning samt informeras om vår rutin med obruten hud-mot-hudkontakt. Barnmorska lägger barnet hud-mot-hud direkt efter framfödandet om inga medicinska hinder föreligger och stämmer av detta med neonatalpersonal. Om barnet läggs hud-mot-hud följs samma rutin som vid elektiva sectio.

Ansvar

Gäller för personal inom de enheter/verksamheter som berörs av rutinen. Ansvar för spridning och implementering har VEC/EC. Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar.

Uppföljning, utvärdering och revision

Ansvarig för revision: Anna-Karin Ringqvist Verksamhetsutvecklare
Obstetrik

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen.
Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Obstetrix/Melior, om
rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen
rapporteras i MedControl PRO.

Granskare/arbetsgrupp

För hudnära vård av nyfödda: Linda Ivansson VEC obstetrik, Rima
Vaikute neonatolog, Karin Breeding VÖL obstetrik

För rutin sectio: Anna-Karin Ringqvist Verksamhetsutvecklare
Obstetrik, Linda Ivansson VEC obstetrik

Referenser

1. 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;52:116-125.
2. Moore ER, Andersson GC, Bergman N. Early skin- to skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Journal of Advanced nursing*. 2007;63:439-440.
3. Berg M, Sparud-Lundin C.
4. Bystrova, K. (2008) Skin- to –skin Contact an Suckling in Early Post Partum: Effects on temperature, Breastfeeding and Mother – Infant Interaction. Stockholm: Karolinska Institutet. Avhandling. ISBN 978-91-7357-167-8.
5. Bystrova,K (2009) Early contact versus separation effects on mother – infant interaction one year later. *Birth* 2009;36:2
6. WHO (1997). Thermal protection of the newborn: a practical guide. Division of Reproductive health. World Health Organisation, Geneva
7. Bergman NJ, Linley LL. Fawcus SR. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200-2199-gram newborns. *Acta paediatrica* 2004;93:779-85.
8. Jonas W, Wiklund I, Nissen E, Ransjö-Arvisson AB, Uvnäs-Moberg K. Newborn skin temperature two days postpartum during breastfeeding related to different labour ward practices. *Early human development*. 2007;83:55-62.

9. Jeni OG, et al. Effects of nursing in the headelevated position on the incidence of brakycardic and hypoxemic episodes in preterm infants. *Pediatrics*, 1997,100:622-625.
10. Virginie Andres, Patricia Garcia, Yves Rimet, Claire Nicaise and Umberto Simeoni. Apparent Life-Threatening Events in Presumably Healthy Newborns During Early Skin-to-Skin Contact. *Pediatrics* 2011;127;1073.
11. Herlenius E An inflammatory pathway to apnea andautonomic dysregulation. *Respir Physiol Neurobiol* 2011;178:449-57.
12. Lagercrantz H, Stolkin TA. The stress of being born. *Sci Am* 1986;154: 100-7.
13. Poets C, Steinfeldt R, Poets SF. Sudden death and severe apparent, life threatening events in term infants, weezing 24 hours of birth. *Pediatrics* 2011; 127:e869-73
14. Cordero L Jr, HON EH. Neonatal bradycardia following nasopharyngeal stimulation. *J Pediatrics* 1971;78:441-7.
15. Poets A, Urschitz MS, Steinfeldt R, Poets CF. Riskfactors for early sudden death and severe apparent life threatening events. *Archive Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2012;97:F395-7
16. Andres V, Garcia P, Rimet Y, Niicaise C, Simeoni U. Apparent life-threatening events in presumably healthy newborns during early skin-to-skin contact. *Pediatrics* 2011;127:e1073-6
17. Peters C, Becher JC, Lyon AJ, Midgley PC. Who is blaming the baby? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2009;94:F377-8
18. Hays S, Feit P, Barre P, Cottin X, Huin N, Fichtner C, et al. Respiratory arrest in the delivery room while lying in the prone position on the mother´s chest in 11 full term healthy neonates. *Arch Pediatric* 2006;13:1067-8
19. Pejovic et al. Unexpected collapse of healthy newborn infants: risk factors, supervision and hypothermia treatment (*Acta Pediatrica* 2013 102, 680-688)

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Innehållsansvar: Anna-Karin Ringqvist, (annri13),
Verksamhetsutvecklare

Granskad av: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9786-1429723585-190

Version: 10.0

Giltig från: 2026-06-18

Giltig till: 2028-06-18