

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Giltig från: 2024-04-28

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

Giltig till: 2026-04-26

Granskad av: Anna-Karin Ringqvist, (annri13), Verksamhetsutvecklare

Godkänd av: Corinne Pedroletti, (corpe1), Verksamhetschef

Hudnära vård av nyfödda

Revideringar i denna version

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

Fördelarna med hud mot hud efter födelsen är många och väl dokumenterade. Hud mot hud är en förutsättning för en bra amningsstart (1,2). Amning inom 2 timmar är en framgångsfaktor för amning vid 6 månaders ålder (3). Studier visar att hud mot hud de första två timmarna och även fortsatt hudkontakt främjar anknytningen mellan föräldrar och barn (2). Mamman kan lättare uppmärksammas på barnets signaler och samspelet underlättas (1,4,5). Barn som ligger hud mot hud håller kroppstemperaturen och blodsockernivåerna bättre (6). När barnet ligger hud mot hud sker en vasodilatation hos barnet vilket gör att det lättare värms av mammans kropp. Mammans temperaturhöjning aktiverar sensoriska nerver hos barnet vilket sänker sympatikuspåslaget och leder till avslappning. Barnet är lugnare och växling mellan vakenhet och sömn optimeras. Andning och cirkulation förbättras hos barnet (7). Barn som separeras skriker mer vilket leder till ökad hjärt- och andningsfrekvens. Det tömmer snabbare barnets energireserv (1,4,8). Vid födelsen har barnet höga nivåer av stresshormoner vilket bland annat underlättar barnets förmåga att söka bröstet. Tidig hud mot hud kontakt gynnar barnets förmåga att komma till ro efter första amningen. Barn som separeras från sina mammor har fortsatt höga stresshormoner många timmar efter förlossningen (8).

Trots alla ovannämnda fördelar med hud mot hud vård visade det sig att det även finns en risk i form av SUPC (sudden expected postnatal collapse). Övergång från fetal till extrauterin liv gör nyfött barn mer känsligare under de första levnadstimmarna. Initial plötslig ökning av adenosin och prostoglandiner under (11) och katecholaminer efter födelsen (12) följs av en period av minskat mottaglighet till externa stimuli (13) och ökad vagal reaktion (15). Maglägen, första amningsförsök, sam-sovning, förstföderska och partner som är lämnade ensamma med barn under första timmar efter födelsen är identifierade faktorer för SUPC i flera nyligen publicerade artiklar (16,17, 18). Plötsligt och oväntade postnatal kollaps (SUPC) är ett potentiellt livshotande tillstånd, i majoriteten av alla fall sker detta under de första 24 timmarna efter födelsen. Konsekvenserna är allvarliga med dödsfall i hälften av fallen. Den andra hälften utgörs av livlöshetsattacker som ibland kan ge neurologiska sequelae.

Arbetsbeskrivning

Hud mot hud efter förlossningen

Barnet läggs hud mot hud hos mamma omedelbart efter födseln. Avsteg görs endast då mamma inte önskar detta eller i samråd med neonatalpersonal. De flesta barn med behov av neonatalvård kan ligga kvar på mammas bröst.

Hudnära vård i praktiken

- Barnet läggs naket hud mot hud (med blöja) och famnen blir barnets vårdplats
- Föräldrarna informeras om betydelsen av barnets läge. Barnet ska ligga med lätt flekterat huvudläge, armarna utåt sidorna och **med ansiktet fritt**. Vid sänkläge rekommenderas att mammans huvudända är lätt förhöjd (9). Detta gäller främst 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
- **Information ges till mamma och pappa/partner att barnet läggs i ryggläge på egen sovplats när föräldrarna planerar att sova.**

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 tigt 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. Samtidig 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-hud vård. 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, Marie Ahlvik 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: Liselotte Bergqvist

Verksamhetsutvecklare Obstetrik, Svetlana Najm Överläkare Neonatal, Lisa Parén Överläkare Obstetrik.

För rutin sectio: Anna-Karin Ringqvist Verksamhetsutvecklare Obstetrik, Camilla Buskhe-Pauli Barnmorska

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 head-elevated position on the incidence of bradycardic 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 and autonomic 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. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2012;97:F395-7
16. Andres V, Garcia P, Rimet Y, Nicaise 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 Paediatrica* 2013 102, 680-688)

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

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

Granskad av: Anna-Karin Ringqvist, (annri13), Verksamhetsutvecklare

Godkänd av: Corinne Pedroletti, (corpe1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9786-1429723585-190

Version: 9.0

Giltig från: 2024-04-28

Giltig till: 2026-04-26