

Gäller för: Verksamhet AnOplva neonatal barn, Verksamhet Obstetrik

Giltig från: 2026-04-28

Innehållsansvar: Svetlana Najm, (svena1), Sektionschef

Giltig till: 2028-04-28

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Barn – Observation av barn inom obstetriken med utökat vårdbehov (ej diabetes eller sena prematurer)

Revideringar i denna version

2024-12-05 förlänger datum och förnyar layout.

2025-02-24 tillagd punkt under stycke Obstetriska riskgrupper för GBS infektion hos nyfödd.

2025-04-29 reviderat layout, inga övriga ändringar.

Innehåll

Barn – Observation av barn inom obstetriken med utökat vårdbehov (ej diabetes eller sena prematurer)	1
Revideringar i denna version	1
Denna rutin gäller för	2
Definitioner	2
Riskfaktorer som innebär extra observation av barn på BB	2
Observation	3
Riskgrupp för GBS-infektion	3
Övervakning av barn utifrån antibiotikaproylax	3
Barn med symtom på infektion	4
Utskrivning	4
Barn med viktnedgång > 10 %	4
Observation av barnet	Error! Bookmark not defined.
Amningsstatus	4
Vid hemgång	5
Barn med hypotermi	5

Tillväxthämmade, magra barn	5
Observation av barnet	Error! Bookmark not defined.
Blodsockerkontroller	5
Amning/matning	6
LGA	6
Blodsockerkontroller	Error! Bookmark not defined.
Uppföljning, utvärdering och revision	6
Granskare	6

Denna rutin gäller för

Barn med riskfaktorer enligt nedan

[Barn som tillhör riskgrupp för GBS infektion](#)

[Barn med viktnedgång > 10 %](#)

[Barn med hypotermi < 36,5°](#)

[Tillväxthämmade magra barn SGA](#)

[LGA](#)

Definitioner

- SGA (small for gestational age) Vikt 2 SD (standarddeviationer) under normalkurvan. Se FV2.
- LGA (large for gestational age) Vikt 2 SD över normalkurvan. Se FV2.

Riskfaktorer som innebär extra observation av barn på BB

Nyfödda barn $\geq 35+0$ som vårdas inom Obstetrike och har någon av följande riskfaktorer

- Förlöst med VE
- Akut sectio i narkos
- Apgar ≤ 7 efter 5 min eller ≤ 9 efter 10 min
- BE ≤ -12
- GBS hos mamma (positiv urinodling)
- Feber $\geq 38,5^\circ$ C under förlossningen
- Vattenavgång > 18 timmar
- Polycytemi

- Behandling med antidepressiv medicin (SNRI, SSRI, antipsykotika).
- Behandling med betablockad under graviditet och förlossning. Ökad risk för hypoglycemi.

Observation av barn

Barnet ska i första hand ligga hud mot hud hos mamma och om det inte är möjligt kan pappa/partner ha barnet hud mot hud. Tätare barnobservation av barnet ska ske under de första 12 levnadstimmarna och därefter görs en individuell bedömning om det finns behov av förlängd observation av

- Andning
- Färg
- Tonus
- Hypotermi
- Sugvillighet
- Irritabilitet
- Huvudet hos barn som fötts med VE.

Dokumentera i Obstetrix observationslista för barn. Om allt är normalt skriv ua (utan anmärkning) i obs-listan och i Fv2 vid avvikelser.

Riskgrupp för GBS-infektion

Obstetriska riskgrupper för GBS infektion hos nyfödd

- Förtidsbörd (< vecka 37 +0).
- Långvarig vattenavgång (≥ 18 timmar).
- GBS-bakteriuri någon gång under graviditeten oavsett bakterietal.
- Feber som föranlett antibiotikabehandling hos mor
- Kvinna med tidigare känd GBS-komplikation¹.

¹ Definition av ”tidigare känd GBS-komplikation”

Kvinnan har vid tidigare graviditet antingen fött ett barn där en GBS-infektion orsakat allvarlig komplikation (sepsis, meningit, pneumoni), alternativt har man bedömt att en GBS-infektion varit orsak till sent missfall eller intrauterin fosterdöd. Denna bedömning skall vara gjord på invasiva odlingar (hjärtpunktion, odling från inre organ på PAD-svar) och inte ytlig kolonisering.

Övervakning av barn utifrån antibiotikaproylax

Barn till de mammor som fått fullständig profylax följer normala rutiner.

För barn till de mammor där fullständig profylax (minst en dos och given ≥ 4 timmar före partus) **inte** kunnat genomföras gäller

- Under första levnadsdygnet räknas andningsfrekvens var fjärde timme under de första 12 timmarna och sedan var sjätte timme ytterligare ett dygn förutom att allmäntillståndet bedöms. Andningsfrekvensen skall vara < 60 /minut.

Underburenhet ökar indikationen för tidigt ställningstagande till behandling.

Barn med symtom på infektion

Barn, vars mor tillhör riskgrupp för GBS-infektion och får symtom på BB (påverkat allmäntillstånd, hypo-/hypertermi, cyanos, tachypné, näsvingespel, ökat syrgasbehov) läggs in på neonatalavdelning och behandlas skyndsamt.

Utskrivning

- Barn till de mammor som fått fullständig profylax och som inte visat några sjukdomssymtom kan skrivas ut efter 12 timmar.
- Barn till de mammor som inte fått fullständig profylax och som inte visat några sjukdomssymtom kan skrivas ut efter 36 timmar.

Barn med viktnedgång > 10 %

Genomsnittlig viktnedgång hos helammade nyfödda barn är 6-7 %.

Om ett barn på BB har en viktnedgång på > 10 % görs en bedömning av barnet enligt mall nedan. Ett magert barn kan redan vid mindre viktnedgång bli påverkat. Barnläkare kontaktas för bedömning av barnet.

Genomför barnobservation och amningsstatus.

Amningsstatus

En amningsobservation utförs och en bedömning av hur mjölkproduktionen kommit igång hos mamman. Om barnet mår bra och ammar med god teknik och sväljer vid bröstet uppmuntras mamman att amma så ofta det är möjligt och ny vikt tas efter cirka 12 timmar. Om amningen inte fungerar görs en vårdplan och mamman uppmuntras att handmjölk/pumpa och komplettera på kopp eller via sond vid bröstet tills amningen kommit igång. Om barnet inte mår bra och amningen/handmjölkning inte fungerar ges tillmatning med bröstmjölksersättning som komplement tills amningen fungerar. Eventuellt görs ny barnläkarundersökning nästföljande dag.

Vid hemgång

Om patienten önskar gå hem görs en individuell bedömning efter amningsobservation och i samråd med barnläkare. Uppföljning efter hemgång sker på BB-mottagningen.

Informera föräldrarna om

- vikten av att amma ofta och så fort barnet önskar.
- förväntad urin och avföringsfrekvens vid väl fungerande amning dvs 5-6 våta blöjor/dag och daglig avföring.

Barn med hypotermi

Genom att vårda nyfödda barn hud mot hud förebyggs hypotermi. Barn med temp < 36,5 läggs hud mot hud hos förälder, använd gärna tubtop eller sjal. Ny temp kontrolleras efter cirka 2 timmar. Barnet vårdas hud mot hud till dess att normal kroppstemperatur uppnåtts och med fördel även fortsättningsvis. Om barnet ej stiger i temp kontaktas barnläkare. I de fall då barnet ordinerats tillmatning ges mors mjölk i första hand.

Tillväxthämmade, magra barn

SGA-barn med symmetrisk tillväxt behöver inte tillhöra den här riskgruppen. Det gör däremot de med asymmetrisk tillväxt. Var även uppmärksam på barn som inte ligger under två standarddeviationer, men där tillväxten är kraftigt asymmetrisk.

För tillväxthämmade barn utan symtom på hypoglycemi är tillmatning viktigare än provtagning.

Observation av barnet ska ske minst en gång varje arbetspass alltså 3 gånger/dygn.

Blodsockerkontroller

- P-glukos kontrolleras innan andra mål inte senare än 3 timmar ålder postpartum.
- Om blodsocker värde 2,6 – 3,0 mmol/l, ny kontroll innan tredje mål, om blodsocker >3,0 en ytterligare kontroll görs inom 12 timmar.
- Om p-glukosvärdena är bra och barnet mår bra görs inga ytterligare kontroller av p-glukos. Om barnet är piggt, suger med rätt teknik och p-glukos ligger bra är det osannolikt att komplikationer uppstår.
- Vid hypoglycemi förl [PM Barn med hypoglycemi](#).

Amning/matning

- Magra/tillväxthämmade barn behöver förebyggande behandling såsom tillmatning i anslutning till första amningen, som oftast sker inom första timman.
- Om barnet inte suger uppmuntras mamman att handmjölka och ge till barnet på sked eller kopp. I första hand ges mammans mjölk, bankmjölk om det finns tillgång till det annars ges mjölkersättning 5 – 7 ml/kg/mål.
- Fortsatt tillmatning varannan timma efter amningsförsök.
- Ny bedömning efter 24 timmar för att säkerställa att amning/matning fungerar. Inventera mammans tillgång på bröstmjölk och komplettera med tillmatning vid behov var tredje timma.
- Om barnet suger men inte får i sig tillräckligt kan sond vid bröstet användas.
- Varje måltid dokumenteras tills barnet bedöms stabilt och amningen fungerar innan hemgång.

LGA

Det finns ingen säker evidens för att LGA-barn skulle ha en ökad risk för att få hypoglykemi men det är viktigt att utesluta diabetes hos modern. I de fall då de inte är screenade med OGTT eller om det råder osäkerhet om patienten är screenad för diabetes under graviditeten och har fått ett LGA-barn bör barnet observeras de första 24 timmarna med avseende på blodsockerkontroller såsom vid kostbehandlad gestationsdiabetes hos mamman. [Barn till mammor med diabetes](#)

Ingen blodsocker kontroll rekommenderas för asymptomatiska LGA barn till dem mammor som har varit screenad och uteslutat diabetes.

Uppföljning, utvärdering och revision

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i obstetrix om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Granskare

Anna-Karin Ringqvist, verksamhetsutvecklare, Obstetrik, Camilla Olofsson KPO sektionsledare BB, Anne-Len Dahlberg KPO

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet AnOpIva neonatal barn, Verksamhet Obstetrik

Innehållsansvar: Svetlana Najm, (svena1), Sektionschef

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9786-1429723585-300

Version: 13.0

Giltig från: 2026-04-28

Giltig till: 2028-04-28