

Vård efter förlossning för mor och barn, inklusive SUPC – oväntad postnatal kollaps

Detta dokument är en sammanställning och värdering av idag bästa kända kunskap för vård av mamma och barn under första veckan efter förlossning. Mödrar och/eller barn med utökat vårdbehov bedöms och handläggs individuellt.

Syftet är att dokumentet ska kunna användas som underlag vid framtagande av lokala/regionala vårdprogram, rutiner och PM. Dokumentet har ingen föreskrivande funktion, och vare sig författarna eller Lof kan i juridisk mening hållas ansvariga för innehållet.

Dokumentet kommer att uppdateras regelbundet.

Arbetsgruppen har bestått av:

För Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi SFOG:

Lars Ladfors, Göteborg
Ylva Vladic-Stjernholm, Stockholm
Elisabeth Storck-Lindholm, Stockholm

För Svenska Barnmorskeförbundet:

Josefin Boijesen Linde, Stockholm
Christine Rubertsson, Lund
Kristin Svensson, Stockholm

För Svenska Neonatalföreningen:

Svetlana Najm, Göteborg
Mattias Kjellberg, Uppsala
Eric Herlenius Stockholm

För Riksföreningen för Barnsjuksköterskor:

Ylva Thernström Blomqvist, Uppsala
Helena Wigert, Göteborg
Katarina Patriksson, Trollhättan



Innehåll

Innehåll	2
Arbetsätt vid framtagande av detta dokument.....	2
Introduktion.....	3
GRADE – för klassificering av styrka på vetenskapligt underlag.....	4
Vård som alltid ska erbjudas	5
Checklista för bedömning av vårdbehov.....	6
Risikfaktorer för mamma och barn	7
Säker hud-mot-hudkontakt och amningens början.....	8
Direkt efter förlossningen.....	9
Föräldrainformation om säker hud-mot-hudvård	10
Utskrivningssamtal	11
Generella rekommendationer barn	12
Kvalitetsindikatorer.....	13
Bilaga 1. "Vad ska minst ingå i barnundersökning före hemgång"	14
Bilaga 2. Uppföljning av graviditet och förlossning på MHV.....	14
Bilaga 3. Plötslig oväntad spädbarnskollaps (SUPC).....	15
Bilaga 4. Råd till föräldrar om vård under barnets första levnadsvecka.....	16
Bilaga 5. Länkar med information.....	17

Arbetsätt vid framtagande av detta dokument

Arbetsgruppen har bestått av barnmorskor, barnsjuksköterskor, neonatologer och obstetriker. Deltagarna har representerat Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG), Svenska Barnmorskeförbundet, Svenska Neonatalföreningen och Riksföreningen för barnsjuksköterskor.

Nya kunskapsområden har inventerats, vårdprogram har insamlats, systematisk litteratursökning och systematisk gradering enligt Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) av utvalda variabler. Alla rekommendationer har inte varit möjliga att GRADE gradera, rekommendationerna bygger då på kliniskt beprövad erfarenhet.

Detta är en sammanslagning och uppdatering av dokumenten: "Vård efter förlossning för mor och barn" (2022-06-30) och "Sudden Unexpected Postnatal Collapse (SUPC) – Öväntad postnatal kollaps" (2021-05-31).

Introduktion

Målet för vård i samband med barnafödande är att erbjuda högsta möjliga vårdkvalitet och medicinska säkerhet med minsta möjliga intervention samt att undvika separation mellan barn och mamma/föräldrar, detta för att optimera hälsa och välbefinnande för den nyblivna familjen.

Enligt [Hälso- och sjukvårdslagen \(SFS 2017:30\)](#) är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och ska grundas på informerade val. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården, hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens informerade samtycke om inte annat följer av denna eller någon annan lag. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information.

I Sverige föds cirka 100 000 barn per år. Ungefär 30 % av nyförlösta mödrar behöver medicinsk vård utöver normal omvårdnad. Omkring 10 % av alla nyfödda behöver mer avancerad vård än den som kan erbjudas på BB. Kvinnor med medicinska behov bör erbjudas vård på samma enhet där barnet vårdas.

Vård efter förlossning ska utformas utifrån familjens behov. All kommunikation med familjen ska ske på ett språk som föräldrarna förstår och med tolk vid behov. Både muntlig och skriftlig information bör ges. Vård ska baseras på kontinuitet, dialog, delaktighet, informerat samtycke och en förtroendefull relation. Förhållningssättet ska stärka förmågan till egenvård, amning, nutrition och skötsel av barnet, uppmärksamma omställning efter förlossning både fysiskt och psykiskt, föräldrablivande och kvinnans egen kropp.

Information om första veckan efter förlossningen skall ges på mödrahälsovården (MHV) med fokus på säker hud-mot-hudkontakt.

GRADE – för klassificering av styrka på vetenskapligt underlag

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) tillämpar det internationellt utarbetade evidensgraderingssystemet GRADE. För varje effektmått utgår man i den sammanlagda bedömningen från studiernas design. Därefter kan evidensstyrkan påverkas av förekomsten av försvagande faktorer som studiekvalitet, samstämmighet, överförbarhet, precision i data och risk för publikationsbias.

Gradering av evidensstyrkan enligt GRADE baseras på det samlade vetenskapliga underlaget. Studiekvalitet avser den vetenskapliga kvaliteten hos en enskild studie och dess förmåga att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt. Evidensstyrka är ett mått på hur tillförlitligt resultatet är när den samlade litteraturen bedöms.

Evidensstyrka graderas i fyra nivåer:

- Starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕⊕). Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet utan försvagande faktorer vid en samlad bedömning.
- Måttligt starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕○). Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med förekomst av försvagande faktorer vid en samlad bedömning.
- Begränsat vetenskapligt underlag (⊕⊕○○). Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med kraftigt försvagande faktorer vid en samlad bedömning.
- Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕○○○). När studier saknas, tillgängliga studier har låg kvalitet eller där studier av likartad kvalitet visar motsägande resultat, anges det vetenskapliga underlaget som otillräckligt. Ju starkare vetenskapligt underlag, desto mindre sannolikt är det att redovisade resultat inom överblickbar framtid kommer att påverkas av nya forskningsrön.

Ju starkare vetenskapligt underlag, desto mindre sannolikt är det att redovisade resultat kommer att påverkas av nya forskningsrön inom överblickbar framtid.

GRADE – för klassificering av styrka på rekommendation

Rekommendationen kan vara stark eller svag, för eller emot en intervention. Den baseras på fyra komponenter:

1. Styrkan i det vetenskapliga underlaget graderat enligt GRADE
2. Nyttariskbalans för interventionen
3. Eventuella etiska implikationer och andra värderingar
4. Kostnadsaspekter.

En svag rekommendation kan innebära att vissa villkor måste vara uppfyllda eller att det föreligger en nytta-riskbalans som kan värderas olika av olika patienter.

Vård som alltid ska erbjudas

Mamma	Mamma och barn	Barn
<ul style="list-style-type: none"> • Blödningsmängd skattas och värderas • Uteruspalpation • Blodtryck och puls • Bäckebotten - undersökning, diagnostik och information se https://backebottenutbildning.se/ • Inspektion av operationssår • Blåstömning senast inom 4 h, urintappning vb. • Tarmfunktion inom 2–4 dygn • Observation av infektionstecken • Klinisk riskbedömning, NEWS2 för obstetrik vid indikation. • Uppföljning av förlossningsupplevelse • Fysisk mobilisering efter förlossningen • Identifiera psykisk ohälsa • Uppföljning av vårdplanering från MHV • Trombosprofylax vid indikation • Rh-profylax vid indikation. GRADE ⊕⊕⊕⊕, stark rekommendation • Rubellavaccination vid indikation. Individuellt ställningstagande för kvinnor med immunosupprimerande behandling • Muntlig och skriftlig information om vart familjen kan vända sig vid frågor eller problem. Information om symtom på blödning, preeklampsi, trombembolism och infektion 	<ul style="list-style-type: none"> • Uppföljning av tidigare vårdplanering under graviditeten • Oavbruten och säker hudmot-hudkontakt snarast efter födelsen oavsett förlossningssätt, samt information om säker hudmot-hudkontakt; GRADE ⊕⊕⊕⊕, stark rekommendation • Observation av de 9 instinktiva stadierna • Amningsobservation och uppföljning av amningsupplevelse samt fortsatt amningsstöd • Vårdplanering, med fortsatt uppföljning på BHV, MHV, vårdcentral eller annan/egen vårdgivare • Nätverksplanering, vid behov kontakt med: <ul style="list-style-type: none"> • Socialtjänst • MHV • Barnhälsovård • Psykiatri • Barn- och ungdomspsykiatri 	<ul style="list-style-type: none"> • APGAR-bedömning • Initial barnbedömning av barnmorska/läkare • Fortlöpande observation av barnet och dess omställning efter födelsen med andning, hudfärg, tonus (extra observans de första 4 timmarna). GRADE ⊕⊕⊕⊕. Starkt stöd för minskad förekomst av SUPC. • K-vitamin; GRADE ⊕⊕⊕⊕, stark rekommendation • Pulsoximetryscreening (POX); GRADE ⊕⊕⊕⊕, stark rekommendation • Bilirubinscreening; GRADE ⊕⊕⊕⊕, stark rekommendation • Barnläkarundersökning enligt verksamhetens riktlinjer • Utvärdering av barnets förmåga att suga och viktutveckling • Mekoniumavgång ≤24 timmars ålder • Uppföljning av tillstånd som noteras i samband med barnundersökning • PKU – tidigast vid 48 timmars ålder; GRADE ⊕⊕⊕⊕, stark rekommendation • Ställningstagande till tidig vaccination • Uppföljning av ev. vårdplanering från MHV • OAE (hörselscreening); GRADE ⊕⊕⊕⊕, starkt stöd för tidigare upptäckt av medfödda hörselnedsättningar

Checklista för bedömning av vårdbehov

För bedömning av vårdbehov efter förlossningen har nedanstående kriterier tagits fram. Checklistan fylls i av barnmorska. Om villkor enligt denna checklista är uppfyllda föreligger inte indikation för sjukhusvård, och familjen kan då få fortsatt vård hemma eller inom annan vårdform.

Om mamma och/eller barn bedöms behöva sjukhusvård planeras vården individuellt utifrån aktuellt tillstånd/riskfaktorer. Vårdplanen ska diskuteras, dokumenteras och utvärderas tillsammans med föräldrarna.

Mamma	Mamma och barn	Barn
<ul style="list-style-type: none"> • Tidigare väsentligen frisk • Bltr <140/90 mmHg • Puls <100/min • Blåstömning u a • Uterus kontraherad • Temp <38°C • Profylax till Rh negativ • Rubella-vaccination till ej immun <p>Information given angående:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blödning • Infektionstecken • Preeklampsi • Trombembolism • Amning/nutrition och uppföljning • Handhygien • Vart familjen ska vända sig vid problem • Bäckbottenträning, samliv, preventivmedel • Frånvaro av ytterligare riskfaktorer, se nästa sida 	<ul style="list-style-type: none"> • Okomplicerad graviditet och förlossning, enkelbörd, efter 37+0 graviditetsveckor • Barnet ska ha vårdats med säker hud-mot-hudkontakt • Barnet ska ha visat kraftfullt och rytmiskt sugbeteende med kortare pauser • Genomgång av vårdplan för första veckan • Planerad uppföljning mamma/barn • Föräldrarna ska vara väl förtrogna med barnets behov/sugbeteende och veta var de ska vända sig vid behov av hjälp 	<ul style="list-style-type: none"> • Vikt, längd och huvudomfång registrerat • Appropriate for gestational age (AGA) • K-vitamin givet • Barn undersökt och bedömts vara klart för hemgång enligt enhetens riktlinjer • Normal POX • Normal andningsfrekvens samt normalt andningsmönster • Bilirubinscreening utförd och ev uppföljning planerad • Normal kroppstemperatur 36,5 – 37,5°C • Normal tonus och reaktivitet • Ingen känd immunisering • Information given om: Råd till föräldrar om vård under barnets första levnadsvecka • Information given om: Förebyggande råd om Plötslig Spädbarnsdöd (SIDS) • Frånvaro av ytterligare riskfaktorer, se nästa sida

Riskfaktorer för mamma och barn

Vid riskfaktorer ska läkare kontaktas för bedömning innan hemgång.

Mamma	Barn
<p>Psykosocial anamnes</p> <ul style="list-style-type: none">• Komplicerad social situation t.ex. bristande socialt stöd, våld i hemmet, missbruk/substansbruk, ålder <18 år, svår psykisk ohälsa, språkbarriär <p>Interkurrenta sjukdomar</p> <ul style="list-style-type: none">• Exv. diabetes, hjärtkärlsjukdom, njursjukdom, hypotyreos med TrAK, tarmsjukdom eller annan systemsjukdom <p>Graviditet och förlossning</p> <ul style="list-style-type: none">○ Graviditetskomplikation○ Komplicerad○ förlossning/eftervård○ Flerbörd	<ul style="list-style-type: none">• GBS i urin hos mamma under aktuell graviditet, oavsett om intrapartal antibiotika givits• Vattenavgång >18 tim• Suglocka med risk för subgalealt hematom• Allvarlig perinatal sjukdom/död hos tidigare barn• Vidgade urinvägar upptäckt prenatalt• Maternell läkemedelsbehandling med risk för påverkan på barnet• Base excess < -12• pH <7.0• Apgar <7 vid 5 min ålder

Säker hud-mot-hudkontakt och amningens början

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) bör säker hud-mot-hudkontakt initieras omedelbart eller så snart som möjligt efter födseln och fortsätta så kontinuerligt som möjligt under barnets första tid. Rekommendationerna gäller för barn födda från graviditetsvecka 28+0 och med födelsevikt över 1 000 gram. Detta gäller oavsett förlossningsätt. Ibland behöver ett nyfött barn mer vård, behandling eller övervakning som omöjliggör hud-mot-hud hos mamman. I dessa fall bör barnet få denna behandling och övervakning i första hand hud-mot-hud hos barnets andra förälder/anhörig, alternativt inne på rummet hos föräldrarna.

Det är viktigt att barnet får vårdas med säker hud-mot-hudkontakt och att familjen får lära känna och knyta an till varandra utan onödig separation. Första timmen efter förlossningen är en unik och känslig period för mamman och barnet och har många vetenskapliga belagda effekter både på kort och lång sikt oavsett förlossningsätt. Nyfödda barn som vårdas hud-mot-hud anpassar sig snabbare till livet utanför livmodern. De får stabilare kroppstemperatur, lägre risk för hypoglykemi, stabilare hjärt-lungfunktion, färre skrikperioder samt smärtlindring. Säker hud-mot-hudkontakt ger tidigare amningsstart, stimulerar sökbeteende, och gör att mjölkproduktionen kommer i gång tidigare och ökar bindnings- och anknytningsbeteenden. Oxytocinet som frisätts gör att moderkakan lossnar tidigare, livmodern kontraheras och blödningsmängden minskas.

Hud-mot-hudkontakt kan också ge mamman smärtlindring och avledning vid eventuella vårdåtgärder exempelvis suturering, barnet bör då fortsatt vårdas hud-mot-hud men observeras av annan person. Säker hud-mot-hudkontakt första timmen har positiva effekter på mammans välbefinnande såsom förbättrad förlossningsupplevelse, minskad posttraumatisk stress vid traumatiska förlossningsupplevelser, ökad tillit till amning med minskat behov av tillmatning, samt ökad helamning vid 6 månader.

Barnets 9 instinktiva stadier

Amningsprocessen underlättas om barnet får ligga oavbrutet och säkert hud-mot-hud med mamman och få gå igenom barnets nio instinktiva stadier.

1. Födelseskrik
2. Avslappning, barnet vilar och är tyst
3. Uppvakning, små rörelser med huvud och axlar, försöker öppna ögonen och röra på munnen
4. Aktivitet, luktar sig till bröstvårtan, börjar fixerar bröstvårtan med blicken, barnet rör sig, tar med handen på den, slickar på handen
5. Kryp- och glidrörelser, barnet försöker närma sig bröstet
6. Vila, barnet vilar och slappnar av mellan stunder av aktivitet
7. Tillvänjning, barnet bekantar sig med bröstet, slickar på bröstvårtan, formar tungan, rör vid bröstet. Detta stadium tar ofta lång tid
8. Sugstadiet, barnet börjar suga
9. Sömn, efter att ha sugit en längre eller kortare stund sjunker barnet in i sömnstadie

Direkt efter förlossningen

- Se till att mamman ligger bekvämt i en något upprätt position med stöd under armarna för säker hud-mot-hudkontakt.
- Efter att barnet är avtorkat, placera barnet i en något upprätt position, på mage med huvudet mot mammans bröstorg ovan bröstet. Efter kejsarsnitt läggs barnet på tvären över mammans bröst, om möjligt med huvud och bröstorg något upprätt.
- Säkra att barnet har fria luftvägar och uppmärksamma föräldrarna på att barnet alltid ska ha fri luftväg.
- Täck barnets kropp med torr handduk – lämna ansiktet synligt.
- Uppmana föräldrarna om att ha fokus på barnet och att följa barnets tidiga beteende (de 9 stadierna beskrivna ovan).
- Ha extra observans om barn eller mamma är påverkade efter förlossningen – den andra föräldern/medföljande anhörig ska uppmärksammas på detta.
- Tidig, oavbruten och säker hud-mot-hudkontakt med mamman underlättar amningsprocessen och möjliggör att barnet kan genomgå de 9 stadierna och söka sig till bröstet och börja suga.
- Om barnet inte suger första timmarna rekommenderas mamman att stimulera bröstet för hand för att öka mjölkproduktion.
- Om en separation är nödvändig bör vårdpersonalen ge barnet tillfälle att "börja om" genom att vårda barnet med säker hud-mot-hudkontakt så snart situationen tillåter.
- Var extra observant på både mamma och barnet under förflyttningar.



Föräldrainsformation om säker hud-mot-hudvård

- Föräldrarna ska få information om säker hud-mot-hudkontakt. Efterfråga vad föräldrarna känner till och att de har uppfattat informationen. Detta kan förebygga att hud-mot-hudkontakten mellan mamma och barn avbryts.
- När barnet söker sig till bröstet och ammar – säkerställ att föräldrarna vet hur de ska stötta bröstet för att det inte ska falla över barnet näsa, exempelvis vid större och mjukare bröst.
- Stödjande undervisning om att barnets läge kan justeras vid bröstet för att säkerställa fria luftvägar.
- Föräldrarna påminns om att när barnet är hud-mot-hud bör barnet ligga upprätt med huvudet mot föräldrarnas bröstorg, något ovan bröstet – ej ihopsjunken. Minst en förälder ska vara vaken och ha fokus på barnet vilket gäller även om barnet är påklätt och/eller ligger på förälders arm.
- Barnets kropp kan täckas med en filt, för att undvika avkyllning, men ansiktet ska vara fritt.
- Uppmärksamma föräldrarna på att:
 - alltid placera barnet på rygg då barnet ligger ensamt
 - inte täcka för ansiktet
 - tillse fria luftvägar
 - undvik kroppsposition som försvårar andning och kan bidra till kvävning.
- Uppmana föräldrar att kontakta personal vid oro för sitt barn.

Innan föräldrarna lämnas ensamma med sitt nyfödda barn – försäkra dig om att föräldrarna tagit till sig information om att:

- De ska ha sitt fokus på barnet – säkerställ att barnet har fria luftvägar!
- Den andra föräldern ska vara extra observant om mamman är utmattad eller påverkad av sedering eller läkemedel vid första amningen eller vid distraktion t.ex. vid användning av mobil eller dator.
- Den andre föräldern meddelar personal om denne tillfälligt måste lämna rummet.
- Om ingen förälder är vaken, sover barnet säkrast på rygg i egen säng nära föräldern. GRADE ⊕⊕⊕⊕, stark rekommendation.

Förebyggande av plötslig spädbarnsdöd

- Från och med två timmars ålder tillämpas förebyggande råd emot [plötslig spädbarnsdöd finns på Socialstyrelsens hemsida](#). GRADE ⊕⊕⊕⊕, stark rekommendation

Utskrivningssamtal

Föräldrar ska ges tydlig information angående fortsatt vårdplanering och var de kan vända sig för information och stöd. Personalen bör ha ett förhållningssätt som stärker förmågan till egenvård, amning/nutrition och skötsel av barnet. Uppföljning via telefon/digitalt möte bör ske inom 10 – 14 dagar.

Eftervårdsbesök på MHV rekommenderas inom 6 – 8 veckor efter barnets födelse eller tidigare vid behov. Informera om vikten av uppföljning inom BHV och att MHV och BHV är kostnadsfritt och att vårdgivaren har tystnadsplikt. Informera om att kontakt bör tas så snart som möjligt med vald BVC.

Samtliga föräldrar skall ha fått information innan hemgång om Socialstyrelsens sex råd för att minska risken för plötslig spädbarnsdöd, dessa finns på flera olika språk.

Förlossningsupplevelse

Alla föräldrar bör erbjudas ett uppföljande samtal efter förlossningen (under vårdtiden eller senare), i första hand med barnmorska som bistått vid förlossning. Föräldrarna bör ges möjlighet att samtala om och sätta ord på känslor som väckts under förlossning och vårdtid. Vid negativ förlossningsupplevelse planeras uppföljning utifrån behov.

Amningsupplevelse

Föräldrarna bör även ges möjlighet att samtala om amningsupplevelsen för att ge stöd till att underlätta amningen, förebygga amningsproblem och bröstkomplikationer. För att detta ska vara möjligt bör föräldrarna vid hemgång fått kännedom om vikten av att barnet har ett stort tag om bröstet för att undvika att bröstvårtan är klämd efter att barnet sugit vilket är den största riskfaktorn till att problem och komplikationer kan uppstå. Vidare att mamman vet att första sugtagen kan kännas smärtsamma men ska släppa efter en kort stund och kännas mer hanterbart och att sugandet ska kännas kraftfullt. Kort efter barnet börjar suga ska det synas ett rytmiskt sugmönster med korta pauser. Vid behov bör föräldrarna även veta var de kan få amningsstöd första veckan efter hemkomsten som ofta kan vara kritisk för amningen tills besök/telefonuppföljning på BVC tar vid.

I de fall amningen inte är aktuell bör föräldrarna ha information om vad som är viktigt att tänka på vid flaskmatning inklusive mängder, att alltid ha barnet i famnen vid matning och mata i barnets takt.

Ansvarsfördelning för vårdgivare

Det ska finnas en tydlig ansvarsfördelning mellan MHV, kvinnoklinik, BHV och barnmedicinsk mottagning/klinik. Information om detta ska meddelas föräldrarna. Skriftlig information ska vara lättillgänglig, bör ligga på 1177, vara nationell och översatt till olika språk med regionala tillägg i 1177.

Vid hemgång ska tydlig information ges om planerad uppföljning, inklusive information om vart kvinnan ska vända sig vid akuta besvär. Vid behov av specialistkompetens för modern bör den klinik där kvinnan födde barn ansvara för eftervård.

Gällande barn ska det finnas tydliga riktlinjer för föräldrar vem de ska kontakta från att utskrivning har skett, tills dess att de har etablerat kontakt med BHV. Föräldrarna ska ha klart för sig var de ska vända sig vid tecken på att barnet inte mår bra under denna period.

Generella rekommendationer barn

Barnmorskebedömning: Barnets vitalparametrar och APGAR direkt efter födelsen. Vidare bedöms gom samt anus. Fortlöpande bedömning av barnet med amningsobservation och säker hud-mot-hudkontakt och vid avvikande fynd kontaktas barnläkare.

Undersökning inför hemgång: Barnet ska vara undersökt av barnläkare, alternativt av barnmorska enligt lokal rutin inkluderande specifik checklista. Rekommendation av vad som ska ingå i undersökning före hemgång, se bilaga.

Undersökning av barnläkare: Alla nyfödda barn ska genomgå minst en undersökning tidigast vid 6 timmars ålder på BB eller vid återbesök. Det primära syftet med undersökning är att identifiera avvikelser som är förknippade med allvarlig sjukdom. Dessutom ingår screening av katarakt, hjärtfel och höftledsluxation i undersökningen. Rekommendationen är att barnet undersöks av specialistkompetent barnläkare alternativt ST-läkare i pediatrik.

Vid hemgång ska uppföljning av barnet vara av sådan kvalitet att sjukdomar och tillstånd som uppstår under första levnadsveckan upptäcks och diagnostiseras.

Ansvärg barnmorska ger anamnes om mamma och barn samt deltar om möjligt vid barnläkarundersökning eller informeras i efterhand. Undersökningen ska ske avskilt från andra familjer så att möjlighet finns för föräldrar att ostört ställa frågor och få information.

Tillmatning

Amning rekommenderas i första hand. Vid amning kan det ändå finnas anledning att ge tillmatning innan amning etablerats, detta för att skydda mot energibrist som vissa tillstånd medför. För att tillmatning ska störa amning så lite som möjligt rekommenderas följande:

- Tillmatning sker på medicinsk indikation (se nedan), dokumenteras i journalen och föräldrarna informeras om indikation
- Om tillmatning inleds ska det finnas en plan för uttrappning
- Tillmatning ges med matningskopp eller sked, i första hand med egen bröstmjolk
- Mjolkproduktion stimuleras genom att inleda tillmatningen med att barnet är vid bröstet, säker hud-mot-hudkontakt
- Barnet bör läggas till bröstet varje gång det visar tecken på att vilja suga
- Målet är att föräldrarna ska lära sig att utföra tillmatningen, vara delaktiga i planerad uttrappning och få kunskap om hur bröstmjölksproduktion stimuleras

Medicinska indikationer är tillstånd där det föreligger risk för energibrist inom den tid det tar att etablera amning/bröstmjölksproduktion. Individuell bedömning ska göras men tillstånden nedan bedöms generellt utgöra indikation för tillmatning:

- Barn födda <36+0 veckor
- Barn med intrauterin tillväxthämning (IUGR/SGA)
- Barn till mödrar med läkemedelsbehandlad diabetes

Kvalitetsindikatorer

Mamma	Mamma och barn	Barn
Patientnöjdhet, brister i vårdkedja Graviditetsregistrets enkät Utifrån diagnos i Gravreg (komplikationer under förlossning eller vårdtid) Urinretention Endometrit UVI Trombos Sårinfektion Mastit Anemi, transfusion postpartalt	Hud-mot-hudkontakt inom 2 h (Gravreg) Amning inom 2 h, 4 veckor (Gravreg) Amning efter 1 vecka, 2, 4, 6, 9, 12 mån (Socialstyrelsen) (Gravreg, Medicinska Födelseregistret, Socialstyrelsen, Svenska Barnhälsovårdsregistret) Tillmatning, uppdelat i formula/bröstmjök (Gravreg)	Apgar <5 min ålder Antal/1000 födda barn inlagda på neonatalavdelning/barnklinik med s-bilirubin > 420 mmol/L. (Svenskt neonatalt kvalitetsregister) Antal/1000 födda barn inlagda på neonatalavdelning/barnklinik efter utskrivning från BB/förlossning. Sent upptäckta komplicerade hjärtfel (Nationellt register för medfödda hjärtsjukdomar). Sent upptäckt höftluxation Antal/1000 födda barn som är under en vecka gamla och som söker vård vid barnakutmottagning. Antal/10 000 födda barn som drabbas av plötslig spädbarnskollaps (SUPC) bilaga 3. Antal/1000 födda med GBS-sepsis (SNQ)

Bilaga 1. “Vad ska minst ingå i barnundersökning före hemgång”

- Genomgång av “Checklista för bedömning av vårdbehov” sid 7
- Genomgång av “Riskfaktorer för mamma och barn” sid 8
- Normal pulsoxymetriscreening (POX)
- Normal andningsfrekvens/normalt andningsmönster
- Färg, vitalitet och tonus normala
- Bilirubinscreening utförd och ev. uppföljning planerad
- Normal kroppstemperatur 36,5 – 37,5°C.

Bilaga 2. Uppföljning av graviditet och förlossning på MHV

Det är viktigt att graviditet och förlossning följs upp inom MHV. Uppföljning via telefon/digitalt möte bör ske inom 10–14 dagar. MHV har ansvar för uppföljning av kvinnan upp till 16 veckor efter förlossningen. Besök på barnmorskemottagning bör erbjudas inom några dagar om kvinnan har behov av snabb hjälp. Uppföljning på barnmorskemottagning kan delas upp på flera besök och remiss skickas till annan vårdinstans vid behov. Vid eftervårdsbesöket görs den sista registreringen i Graviditetsregistret.

Innehåll	Undersökningar
Bedömning av fysisk och psykisk omställning efter förlossningen	Gynekologisk undersökning (slemhinnor, bristningar, bäckenbotten och knipförmåga)
Förlossningsupplevelse (kvinna/partner)	Mätning av blodtryck, Hb, vikt
Amningsupplevelse, behov av fortsatt stöd	Urinodling vid behov
Plan för uttrappning av tillmatning	Graviditetstest vid behov
Underlivsbesvär, urinvägar, tarmfunktion	Cellprov vid behov (tidigast 8 veckor efter förlossning)
Utvärdering av psykiskt hälsotillstånd, sex och samlevnad	
Vid behov: levnadsvanor (tobak, läkemedel, alkohol, vikt, kost samt fysisk aktivitet), socialt nätverk	
Preventivmedelsrådgivning/familjeplanering	
Uppföljning av komplikationer under graviditet och förlossning (vårdplan)	

Bilaga 3. Plötslig oväntad spädbarnskollaps (SUPC)

Sudden Unexpected Postnatal Collapse (SUPC) är ett tillstånd som kan uppstå under de första sju levnadsdygnen där till synes fullt friska nyfödda (> 35 graviditetsveckor) slutar att andas och kollapsar. Incidensen av SUPC i Sverige är ca 35/100 000 nyfödda fullgångna barn. Av dessa 35 får var 4e hjärnblödning samt var 10e dör. En liten andel av dessa barn har en oväntad bakomliggande sjukdom, såsom hjärtfel eller infektion. En stor del av de barn som drabbas av SUPC är dock helt friska. Bakgrunden är multifaktoriell dock verkar en av de allra vanligaste orsakerna till SUPC vara andningshinder.

Risker och hinder för andningsvägarna går att förebygga. Majoriteten av fallen har rapporterats ske vid tidig hud-mot-hudvård, utan observans av barnet, eller vid sovande förälder då barnet haft täckta andningsvägar. Således motiverat att alltid betona säker hud-mot hudkontakt och samvård.

Förekomsten av SUPC minskar genom information i dialog med föräldrar men även genom utbildning riktad direkt till vårdpersonal.

Alla nyfödda barn har en risk för att drabbas av SUPC. Risken för kollaps är störst de första timmarna och dygnet efter födelsen och sjunker sedan, men kvarstår under första veckan.

Extra observans ffa de första 4 timmarna efter födelsen samt, extra observans krävs vid:

Tillstånd hos modern / föräldraparet: Komplicerad / långdragen förlossning, smärtstillande med exv. opioider, infektionsmisstanke, operativ vaginal förlossning

Tillstånd hos det nyfödda barnet:

- pH <7.2, BE <-10,
- Andningspåverkan
- Infektionsmisstanke
- Alla nyfödda innan vecka 37
- Bristfällig information till, och dialog om, säker hud-mot-hudkontakt med föräldrarna
- Bristande adekvat observans på barnet.
- Övertäckt ansikte med filt/handduk ökar risken för SUPC. Fria luftvägar är livsnödvändigt från och med födelsen.
- Undvik ej övervakad sömn i samma säng som vårdnadshavare. Samsovning i samma säng ökar risken för SUPC och plötsligt oväntad död.

Förebyggande av plötslig spädbarnsdöd

- Från och med två timmars ålder tillämpas förebyggande råd emot plötslig spädbarnsdöd, GRADE ⊕⊕⊕⊕, stark rekommendation.

Bilaga 4. Råd till föräldrar om vård under barnets första levnadsvecka

Råd för utfärdande av klinikrutiner/PM

Detta dokument ska ses som en sammanställning och värdering av idag bästa kända kunskap inom det beskrivna området. Syftet är att dokumentet ska kunna tjäna som förlaga vid framtagande av klinikvisa rutiner/PM. Innehållet kommer att fortlöpande uppdateras.

Råd till föräldrar

- Det nyfödda barnet behöver närhet till er som föräldrar. Ha gärna barnet i famnen, gärna säker hud-mot-hudkontakt, så mycket som möjligt när ni är vakna, och lämna inte barnet ensamt.
- Barnet bör ammas så ofta det visar tecken på att vilja suga. Tidiga tecken på att barnet vill amma är att det suger på sin hand, söker och smackar. Säker hud- mot-hudkontakt med fria luftvägar för barnet underlättar amning.
- Spädbarn sover säkrast på rygg och ska kunna röra sig fritt. Ge barnet en egen sovplats i samma rum som er föräldrar, nära er säng.
- Det är ytterst olämpligt att barnet delar säng med er föräldrar om ni är rökare eller är påverkade av alkohol eller mediciner. Rökning påverkar barnet negativt på flera sätt. Undvik därför all rökning i hemmet.
- Information om hur man som förälder kan minska risken för [plötslig spädbarnsdöd finns på Socialstyrelsens hemsida](#).
- Kontrollera att barnet kissar och bajsar regelbundet.
- Titta på barnets hudfärg i dagsljus 1 till 2 gånger om dagen. En lätt gulfärgning av hud och ögonvitor är normalt. Rådfråga BB eller barnavårdscentral om barnet är gult på kroppen och mycket gult i ögonen.
- Undvik att ta med det nyfödda barnet i miljöer där det finns mycket folk. I förkylningstider bör snuviga och infekterade syskon och anhöriga inte ha nära kontakt med barnet. Förkylningsvirus som hos större barn och vuxna ger lindrig snuva och hosta kan hos det nyfödda barnet ge allvarliga luftvägssymtom. Handhygien är viktigt. Kontakta BB eller akutsjukvård oavsett tid på dygnet, om barnet är svårt att väcka, inte vill suga, verkar irriterat när du berör och försöker trösta det eller har en blekgrå hudfärg.
- Under barnets första levnadsvecka, innan ni har träffat sjuksköterska på er barnavårdscentral, är det till BB ni i första hand ska vända er vid eventuella problem eller frågor om barnet. Det är BB:s ansvar att ge er råd eller hänvisa till läkare om barnet behöver detta. Se till att få ett telefonnummer som ni kan ringa om ni tror att barnet behöver hjälp!
- Telefonnummer för rådgivning och hänvisning vid problem med det nyfödda barnet

Bilaga 5. Länkar med information

- [Nationella riktlinjer: Graviditet, förlossning och tiden efter](#). Här finns stöd till dig som möter patienter under en graviditet, förlossning eller tiden efter.
- [Kunskapsstöd för vården till kvinnor efter förlossning, Socialstyrelsen](#)
- [Minska risken för plötslig spädbarnsdöd, från Socialstyrelsen](#) Information till föräldrar, finns på flera olika språk.
- [Här kan du läsa mer om vad som händer efter förlossningen, från 1177](#)
- [Amningsstatus](#)
- [Amningsobservation](#)
- [Amningshjälpen](#)
- [Guide till föräldrar och personal - att minska/ta bort tillmatning och övergå till att amma helt](#)
- [Att sköta ett nyfött barn, från 1177](#)
- [Patientinformation om besvär efter förlossning, och även om vad som ska betraktas som normalt eller inte, från Säker Förlossningsvård](#)
- [WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience 2021](#)
- [Safe Sleep and Skin-to-Skin Care in the Neonatal Period for Healthy Term Newborns.](#)
- [Sudden unexpected postnatal collapse of newborn infants: a review of cases, definitions, risks, and preventive measures. 2013](#)
- [Sudden Unexpected Postnatal Collapse \(SUPC\) – Öväntad postnatal kollaps. Personalinformation 2021](#)
- [Sudden and Unexpected Postnatal Collapse. A BAPM Framework for Reducing Risk, Investigation and Management.2022](#)
- [Sudden Unexpected Postnatal Collapse. Practice Resource for Health Care Providers. 2023 November.](#)
- [Plötslig spädbarnsdöd – förebyggande råd 1177](#)
- [Plötslig öväntad död hos spädbarn. Kunskapsstöd med nationella rekommendationer till hälso- och sjukvården](#)
- [Socialstyrelsen Tio steg som främjar amning baserat på WHO:s Ten steps to successful breastfeeding \(revised 2018\)](#)
- [Livsmedelsverket Nationell amningsstrategi 2022–2027.](#)
- [Initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård -Kunskapsstöd](#)