

Vårdrutiner för nyfödda på förlossning, BB och eftervård - gemensamt för vårdkedjan i RÖL

Författare: Carina Månbrant

Godkänt av: Gill Kullberg verksamhetschef Kvinnokliniken USÖ
Anna Olivecrona, verksamhetschef, Barn- och ungdomskliniken USÖ
Lars Ekstav, specialistläkare, Barn- och ungdomsmedicinska kliniken Karlskoga
Ann-Christine Nilsson, mödrahälsovårdsöverläkare, Mödrahälsovården
Leif Ekholm, barnhälsovårdsöverläkare, Barnhälsovården
Yvonne Skogsdahl, verksamhetsutvecklare, Mödrahälsovården

Innehållsförteckning

1	INLEDNING	3
2	ALLMÄNNA REKOMMENDATIONER	3
2.1	Amning	3
2.2	Vägning	4
2.3	Temperatur	4
2.4	Bad	4
2.5	Navelvård	4
2.6	Smärta	4
2.7	PKU och biobankslagen	5
2.8	Hörselscreening (OAE)	5
2.10	Undersökning av barnet vid 6 timmars ålder	5
2.11	Järnsubstitut till barn < 2500g	6
3	RIKTLINJER FÖR TILLSTÅND SOM VANLIGEN KAN SKÖTAS PÅ BB	6
3.1	Acidos	6
3.2	Neonatal hypoglykemi	6
3.3	Hepatit B	6
3.4	Tuberkulos: BCG-vaccination	7
	BCG-vaccination i nyföddhetsperioden på BB, avd 35 och Barnmottagningen	7
3.5	Streptokocker grupp B (GBS) under graviditet och förlossning	7
3.6	Hyperbilirubinemi hos nyfödda	8
	Obs! Om det handlar om ett barn som har fått <i>ljusbehandling på Kvinnokliniken</i> och fortsatta bilirubinkontroller behövs <i>efter 7 dagar</i> ska dessa ske på avd 35 återbesöksmottagning. Kontakta sjuksköterska på avd 35 för att bestämma tid	8
4	HEMGÅNG	8
4.1	Läkarundersökning	8
4.2	Förutsättningar för hemgång inom 6-24 timmar	9
5	POLIKLINISKA KONTAKTER	10
5.1	Hemgång inom 48 timmar	10
5.2	Hemgång efter 48 timmar	10
5.3	Ansvarsfördelning	10
5.4	Bedömning av mor och barn	11
6	ADMINISTRATION	12
6.1	Förlossningsjournal 2 (FV2)	12
6.2	Övrigt	12
7	BILAGOR	13
7.1	Generella läkemedelsordinationer på Kvinnokliniken för fullgångna barn	13
7.2	Checklista planeringsamtal/avstämningssamtal inför hemgång	14
7.3	Checklista återbesök på Eftervårdsmottagning	15
7.4	Checklista telefonsamtal	16
7.5	Checklista hem-/mottagningsbesök inom Mödrahälsovården	17

1 INLEDNING

Utskrivning av mor och barn från sjukhus till hemmet ska baseras på en samlad bedömning. Den innefattar moderns hälsotillstånd, barnets hälsa och stabilitet, föräldrarnas förmåga och självuppfattning om att kunna vårda och ta hand om sitt barn, deras tillgång till stöd och hjälp i hemmet samt tillgång på adekvat uppföljning av barnet.

Länsverksamhetschefen vid Kvinnokliniken ansvarar för att i samråd med barnklinik/neonatalvård utfärda skriftliga rutiner och regler för hemgång inbegripet skriftliga rutiner för uppföljning och kontroll av mor och barn efter utskrivningen.

Vårdkedjan utformas i samverkan med mödrahälsovård, kvinnoklinik och barnhälsovård.

Friska kvinnor med friska barn efter en normal förlossning kan skrivas ut inom första dygnet, dock tidigast efter 6 timmar och en barnläkarundersökning utan anmärkning.

Möjlighet till snabbt stöd för familjen och uppföljning av det nyfödda barnet efter utskrivning är därför nödvändigt, där kompetent personal ska kunna bedöma barnets tillstånd och göra provtagning för [metabolisk screening \(PKU\)](#).

Korta vårdtider ställer också krav på att adekvat information når alla föräldrar, se [bilagor 7: 2-5](#).

Primärvårdsbarnmorskan ska under graviditeten informera om eftervården. Vid utskrivning från sjukvården skall föräldrarna vara informerade om samarbetsrutinerna.

Ett nära samarbete ska finnas med BVC-sjuksköterskan.

Innan avslutad ”eftervårdsvårdskontakt” har sjukvården/primärvårdsbarnmorskan ett övergripande ansvar för barnets hälsovård samt kvinnans välmående. BVC övertar hälsoansvaret för barnet efter aktivt överlämnande från primärvårdsbarnmorskan.

Vårdrutiner för nyfödda barn på förlossning/BB/eftervård är att betrakta som ”miniminivå” och bör så långt möjligt efterlevas. En grundläggande inställning i vårdkedjan ska vara att alla beslut och åtgärder ska utgå från mors och barns bästa. Detta ställer stora krav på samverkan mellan verksamheterna och samordning av kontakterna inom hälso- och sjukvården.

Se även [Säker vård efter förlossningen 2013 - SFOG](#) .

2 ALLMÄNNA REKOMMENDATIONER

Programmet anger ett minimum av råd, kriterier och åtgärder, och gäller alla nyfödda barn.

2.1 Amning

Särskild uppmärksamhet ska ägnas åt amningsbefrämjande åtgärder. För handläggning, se [Amningsstrategi och handlingsplan för Region Örebro län](#) samt övriga riktlinjer ang. amningsnedläggning, flaskmatning och bröstkomplikationer.

[Informera om amningsmottagning på USÖ vid behov av extra stöd och råd under amningstiden.](#)

Vid matning/amningsproblem inom en veckas ålder där dagliga polikliniska kontakter inte är tillräckligt, erbjuds tid på BB USÖ/Karlskoga.

För rutiner på nyföddhetsavdelningen se [Amning - Vägen till amning- Barn & ungdomskliniken](#).

2.2 Vägning

Nyfödda barn vägs vid 48-96 timmars ålder samt vid behov. Vikten noteras på FV2 i fältet för ”Kommentarer” alternativt i fältet ”Utskrivnings vikt” om detta är aktuellt, dvs viktkontroll samma dag som utskrivning.

Barn med födelsevikt <2500 g eller gestationsålder <37 veckor vägs under vårdtiden varannan dag, eller tätare v.b. Amnings-/matningssvårigheter och/eller hypoglykemi kan motivera daglig vägning.

Viktkontroll vid 48-96 timmars ålder görs i samband med återbesök till slutenvården.

Vid behov av extra viktkontroller under första levnadsveckan har länets barnmorskemottagningar ansvaret under vardagar och kvinnoklinikerna under helgdagar. Meddelande ang. dessa extra viktkontroller skickas till barnmorskemottagningarna via Obstetrix' tidbok och till kvinnoklinikerna via telefon.

2.3 Temperatur

Första temperaturmätningen sker rektalt, inom 2-3 timmar efter förlossningen, i samband med första undersökning av barnet. Temperaturen noteras på barnets observationslista.

Under/övertemperatur (normal kroppstemperatur 36,5-37,5°) innebär ökade krav på energiförsörjning och kan leda till hypoglykemi och andningsstörning men också vara tecken på allvarlig sjukdom t.ex. infektion. Särskild observans vid låg födelsevikt, underburenhet, tillväxthämning och efter asfyxi. Hud mot hud-kontakt och mössa minskar värmeförlusterna.

2.4 Bad

Som regel ingen badning på förlossningen (undantag barn till mödrar med blodsmitta, som ska duschas snarast efter förlossningen) eller under vistelsen på BB.

2.5 Navelvård

Naveln sköts torrt. Endast om naveln blir smetig, illaluktande eller blöder behöver den tillfälligtvis göras ren med klorhexidin lösning eller motsvarande.

Generella råd till föräldrarna är att vid behov rengöra naveln med öronpinne/tops lätt fuktad med vatten och därefter torka torrt. Blöjan bör vikas ned så att den inte täcker naveln.

2.6 Smärta

Inför barnläkarundersökning, blodprov, blåspunktion, injektioner och andra smärtsamma ingrepp; förebygg smärta genom att 2 min innan ge 0,5- 1 ml 30 % Glukos per os (kan upprepas med mindre mängd). Håll om barnet och låt det suga på sitt finger/knoge under provtagningen. Det är en fördel om barnet nyligen är ammat.

Vid blodprovstagning (även PKU) bör venös provtagning vara förstahandsval.

Se riktlinje barnkliniken: [Provtagningsanvisningar nyfödda.](#)

Smärtlindring efter t.ex. instrumentell förlossning: Paracetamol (Alvedon eller Panodil) 10 mg/kg per oralt eller rektalt var 6:e timme. Effekt fås först efter ca 2 timmar. Överväg att avsluta behandling med Paracetamol efter 3 dagar för att minimera risken för leverpåverkan. Paracetamol är delegerat att kunna ges generellt utan särskild läkarordination. Vid behov av mer än tre doser krävs läkarordination.

Se [Bilaga 1 Generella läkemedelsordinationer på Kvinnokliniken för fullgångna barn.](#)

2.7 PKU och biobankslagen

Prov ska tas så tidigt som möjligt men barnet måste vara minst 48 timmar gammalt men ej äldre än 120 timmar enligt lokal rutin. Provtagningen sker på kvinnokliniken.

Provet skickas till [PKU-laboratoriet](#) samma dag som det tagits (se även [Administration](#)).

Föräldrarna får information om PKU-provtagning och biobankslagen på barnmorskemottagningen. Om föräldrarna inte vill att PKU-provet skall sparas så fyller de i en Nej-talong som de kan få i samband med provtagningen.

Mer information om biobankslagen finns på ”[Biobankslagen](#)” (1177 Vårdguiden). Här kan man även ladda ned ”Nej talongen”.

2.8 Hörselscreening (OAE)

OAE (otoakustiska emissioner) erbjuds på BB i enighet med [OAE-screening av hörseln hos nyfödda](#).

2.9 Saturationscreening (POX)

Saturationsmätning (pulsoximetri - POX) erbjuds alla barn och utförs i samband med 6-timmarskontrollen. POX innebär att syremättnaden mäts i höger hand (preduktalt) och en fot (postduktalt) direkt efter varandra.

Förutsättningarna är optimala då barnet är vaket och lugnt:

Normal saturation: ≥ 95 % i både hand och fot.
Skillnad höger hand och en fot ≤ 3 %.

Positiv screening: < 90 % i en mätning i hand eller fot.
91-94 % i tre mätningar.
Skillnad höger hand och en fot > 3 % i tre mätningar oavsett värde.

Undersökningsresultatet dokumenteras på FV2. Vid positiv screening kontaktas barnläkare som ansvarar för fortsatt utredning. Se riktlinje under 2.10

2.10 Undersökning av barnet vid 6 timmars ålder

Vid 6 timmars ålder bedöms:

- Allmäntillstånd
- Andning; andningsfrekvens (< 60 /minut), eventuell grunting, indragningar, stridor, näsvingespel, apnéer etc.
- Färg
- Saturation

Undersökningen dokumenteras på observationslistan (utom saturation som dokumenteras på FV2 i fältet ”Kommentarer”). Vid avvikelser kontaktas barnläkare.

Se riktlinje [Saturationsscreening POX](#).

2.11 Järnsubstitut till barn < 2500g

Alla barn med födelsevikt < 2500g skall erbjudas järntillskott från 6v-6 mån ålder. Rondande barnläkare förser familjen med recept vid utskrivning från BB, och BVC följer upp vid 6 v att behandlingen har påbörjats. Doseringen styrs av aktuell vikt. Hb kontroller på friska barn är ej nödvändiga.

Dos: Niferex, oral lösning, 30mg/ml (1,5mg/droppe) 2 dr x 2 för alla med kroppsvikt <4kg, 3 dr x 2 för de med kroppsvikt >4kg. Trappas upp under 5 dagar. För barn som huvudsakligen ges järnberikad ersättning eller bröstmjolk med järninnehållande bröstmjölksberikning, kan dosen järntillskott minskas, lämpligen till hälften.

3 RIKTLINJER FÖR TILLSTÅND SOM VANLIGEN KAN SKÖTAS PÅ BB

Se Riktlinje [Samvård mor och barn på VO obstetrik och gynekologi eftervården BB avd 25/avd 23 och VO barn- och ungdomsmedicin, avd 35, USÖ](#)

3.1 Acidosis

Kortvarig asfyxi kan leda till acidosis i navelsträngsblod med pCO₂-stegring enbart, snabbt och spontant korrigerat. Längre förlopp ger övervägande metabol acidosis med pH-sänkning och ökat base deficit. I de flesta fall korrigeras acidosen spontant genom effektiv respiration hos vitala symptomfria barn inom loppet av ½-2 timmar.

- pH ≥7,0 i navel-artär/ven.
I regel ingen syrabas kontroll eller buffertbehandling under förutsättning att barnet är vitalt och har normal andning och temperatur.

3.2 Neonatal hypoglykemi

För handläggning, se riktlinje, [Hypoglykemi, neonatal](#)

Definition hypoglykemi.

- 0-72 timmar postnatal ålder: P-glucos < 2,6 mmol/l
- >72 timmar postnatal ålder: P-glucos ≥3,0 mmol/l

Riskbarn som kräver särskild handläggning, se ovanstående riktlinje.

Produktval vid tillmatning

Vid tillmatning rekommenderas i första hand råmjolk via handmjölkning som vid behov kompletteras med modersmjölksersättning. Om dubbel hereditet för allergi (båda föräldrarna eller en förälder och ett syskon med svår och långvarig allergi) kan barnläkare ordinera hydrolyserad modersmjölksersättning (Althera).

3.3 Hepatit B

Barn till mödrar med hepatit B-smitta bör få första dosen av monovalent hepatit B-vaccin snarast efter födseln. Barn till mödrar med hög smittsamhet (HBeAg-positiva) ges både vaccin och immunglobulin mot hepatit B, snarast efter födseln.

Se riktlinje [Hepatit B och C vid förlossning](#) Se även [Rikshandboken hepatit B vaccination nyfödd](#) och [Hepatit B screening under graviditet](#).



Barnet vaccineras efter ordination av barnläkare snarast efter födelsen av barnmorska på förlossningen. Dokumenteras på FV2.

Barn till Hepatit C-positiva mödrar kontrolleras med HCV-serologi vid 18 månaders ålder. Remiss till barnmottagning.

3.4 Tuberkulos: BCG-vaccination

BCG-vaccination i nyföddhetsperioden på BB, avd 35 och Barnmottagningen

Det finns i nuläget ingen tydlig indikation för att generellt vaccinera barn med BCG under de första levnadsdygnen.

Tidig vaccination (innan 6 veckors ålder) kan övervägas vid:

- aktuell aktiv TB hos en nära anhörig eller hushållskontakt
- vid planerad resa till riskområde med hög risk för tuberkulos innan BVC har skrivit in barnet och tar över hälsoansvaret (inför planerad längre vistelse med nära kontakt med lokalbefolkning, i mer än tre månader, i ett land eller område med hög TB-förekomst (> 100 fall/100 000 invånare)

BCG-vaccin som ges innan hemgång från BB kommer att ges på Barnmottagningen av barnsjuksköterska alt barnläkare (mottagningen kontaktas på telefon 21085) och skall dokumenteras i GROWTH, ej på FV2.

Övriga BCG vaccinationer ges på BVC och ordineras där.

se riktlinje [BCG-vaccination nyfödda](#)

[Riskländer Tuberkulos och hepatit. Folkhälsomyndigheten.](#)

3.5 Streptokocker grupp B (GBS) under graviditet och förlossning

Hemgångskriterier för barn till mammor med GBS under graviditet och förlossning

- För att ett barn skall kunna skrivas ut till från sjukhuset vid tidigast 12 timmars ålder efter det att prevention mot GBS-infektion getts, krävs:
 - Att adekvat profylax (bensylpenicillin, cefotaxim eller ampicillin*) har getts till modern ≥ 4 timmar före partus.
 - Normala av fynd vid kontroll andningsfrekvens och saturation efter födelsen, vid 6 och 12 timmars ålder, samt normal status vid läkarundersökning vid 6 timmars ålder. (Andningsfrekvens <60 andetag/min. Saturation >95 % i höger hand och höger fot.)
- Om ingen antibiotika getts utifrån att indikation funnits enligt preventionsstrategin ska observationstiden vara 36 timmar förutsatt att barnet är friskt.

**Observera att Klindamycin som ges vid PC-allergi inte räknas som fullvärdig profylax avseende att kunna gå hem före 36 h.*

För ytterligare information, vänligen se separat PM: [Streptokocker grupp B under graviditet och förlossning](#)



3.6 Hyperbilirubinemi hos nyfödda

Handläggning av nyfödd på Kvinnokliniken

Många barn lämnar idag BB innan deras eventuella gulsot har hunnit utvecklas. Genom att samla in riskfaktorer och mäta bilirubin innan hemgång kan man förutsäga en mer än 100-faldig skillnad i risk för behandlingskrävande gulsot.

Kontroller enligt PM.

Se riktlinje [Hyperbilirubinemi, neonatal](#)

Dela gärna ut [Föräldrainformation om nyföddhetsgulsot](#), finns bl.a. på Svenska neonatalföreningens hemsida. Föräldrainformation finns även på 1177.se, [Gulsot hos nyfödda](#).

Eventuellt återbesök för kontroll av bilirubin sker inom första veckan postpartum på Kvinnoklinikens Eftervårdsmottagning, därefter till Barn- och ungdomsmottagningen.

Obs! Om det handlar om ett barn som har fått ljusbehandling på Kvinnokliniken och fortsatta bilirubinkontroller behövs efter 7 dagar ska dessa ske på avd 35 återbesöksmottagning. Kontakta sjuksköterska på avd 35 för att bestämma tid

Vid Ljusbehandling se riktlinje ovan.

- Exponera så stor yta av barnets hud som möjligt genom att klä av barnet och endast ha på blöja, samtidigt som barnets ögon skyddas med ”solglasögon”.
- Ljusbehandla BB-barn i perioder om 2 – 6 timmar med pauser för skötning och amning/tillmatning. (Intermittent ljusbehandling minskar påfrestningen för barnet och föräldrarna och har inte visat sig minska effektiviteten jämfört med kontinuerlig behandling.)
- Kontroller på barnet under ljusbehandling:
 - Tempkontroll regelbundet (1-2 ggr/pass).
 - Daglig vikt.
 - Bilirubinkontroller efter ordination.
 -

4 HEMGÅNG

4.1 Läkareundersökning

Vid normalförlossning, utan komplikationer hos vare sig mor eller barn, rekommenderas familjen stanna på BB/förlossning minst 6 timmar, då tidigast läkarundersökning genomförs. Hemgång utan barnläkarundersökning rekommenderas inte.

Vid okomplicerat förlopp läkarundersöks barnet en gång på BB/förlossning. Se även [Undersökning av barnet vid sex timmars ålder](#).

På USÖ sker barnläkarundersökning 3 ggr/dag vardagar samt 1ggr/dag på helger (inneliggande barn). Möjlighet finns för senare barnläkarundersökningar beroende på barnläkares övrigt jourarbete.

Alla barn bör läkarundersökas minst en gång inom 72 timmar postpartum. Om första läkarundersökning sker <24 timmars ålder skall ytterligare en undersökning ske. Målsättningen är att denna sker efter 48 timmars ålder i samband med PKU, OAE och viktkontroll. Om barnet blir mer än 120 timmar gammalt nästkommande vardag kallas barnet under helg (lördag- ev. söndag).

Barnläkaren skall ha genomgått den utbildning som krävs för barnkliniken "BB-körkort" innan vederbörande självständigt ansvarar för BB-ronden. Insatt personal bistår läkaren vid undersökningarna. Inför barnläkarundersökning ges ge 1 ml 30 % Glukos per os 2 min innan (kan upprepas med mindre mängd) för att förebygga smärta. Se sid 4.

Dokumentation görs på FV2, del 2 ("Status/kommentarer" och "Diagnoser/utskrivning").

4.2 Förutsättningar för hemgång inom 6-24 timmar

Socialstyrelsens allmänna råd (1993:1) om tidig hemgång upphörde 31 juli 2005. Det allmängiltiga i föreskriften gäller dock fortfarande ([SoS, Meddelandeblad; Aug. 2005](#)).

Se särskilt [Streptokocker grupp B under graviditet och förlossning](#) där 12 timmars vårdtid gäller om modern fått adekvat antibiotika 4 timmar före förlossning annars gäller 36 timmars vårdtid.

Allmänt

- Okomplicerad förlossning, där varken mor eller barn har behov av speciella resurser
- Att sociala och psykologiska förhållanden i familjen uppfattas som tillfredsställande

För den nyblivna modern ska gälla

- Frisk kvinna
- Normal graviditet
- Normal förlossning utan instrumentell/operativt ingrepp och blödning <1000 ml
- Normalt blodtryck (systoliskt<145, diastoliskt<95)
- Ingen sfinkterruptur
- Vattenavgång <18 timmar före förlossning
- Ingen feber dvs. temperatur<38
- Ej tidigare fött barn med perinatal sjukdom eller perinatal död

För det nyfödda barnet gäller

- Opåverkat välmående barn som är undersökt av barnläkare
- Graviditetslängd 37+0 till 41+6
- Födelsevikt inom ± 2 SD, dvs. inte lätt eller tung för tiden.
Vid födelsevikt över eller under ± 2 SD är hemgång möjlig efter 24 timmars vårdtid förutsatt att amning/nutrition fungerar tillfredsställande.
- Inga tecken på asfyxi, apgar ≥ 7 vid 5 min och ≥ 9 vid 10 min
- Barnet bör ha sugit bra med rätt sugteknik (amningsobservation)
- Normal temperatur (36,5-37,5°C)
- Enbart Mekonium i fostervatten är ingen riskfaktor i sig som gör att hemgång inte kan ske.
Om allt övrigt normalt kan barnet gå hem oavsett mekonium i fostervattnet.
- Vattenavgång <18 timmar före förlossning hos mor. Hemgång inom 24 timmar.
- Vattenavgång >18 timmar före förlossning rekommenderas 24 timmars vårdtid oavsett tider för antibiotikabehandling.

Tillstånd då vårdtid mer än 48 timmar rekommenderas/bör övervägas

- Mamma som har mediciner med potentiell påverkan på barnet (ex opiodpreparat eller andra läkemedel som kan orsaka abstinens hos barnet), dock kan SSRI undantas från detta (ge då instruktioner till mamman att höra av sig om barnet uppfattas som skakigt och skrikigt eller att det inte vill amma – man bör då ta in barnet till BB eftervårdsvårdsmottagning för en kontroll
- Förtidsbörd <37v
- Flerbörd
- Asfyxi vid partus (Apgar <4)
- Positiv DAT (direkt antiglobulin test) hos barnet
- Oklara symtom eller sjukdom hos barn
- Allvarlig perinatal sjukdom eller perinatala dödsfall hos tidigare fött barn i familjen
- Sociala riskfaktorer som t.ex. ung mamma, missbruk eller våld i familjen, resurssvagt nätverk

OBS. Vid avsteg från hemgångskriterierna ska detta dokumenteras i mamma- och/eller barnrapporten.

5 POLIKLINISKA KONTAKTER

Vid utskrivning från sjukvården skall föräldrarna vara informerade om samarbetsrutinerna i vårdkedjan. Vart de vänder de vänder sig vid besvär efter förlossning, amningsfrågor och frågor kring barnet.

5.1 Hemgång inom 48 timmar

Familjen erbjuds ett strukturerat program med tre vårdkontakter: ett telefonsamtal från primärvårdsbarnmorskan, ett återbesök till slutenvården på kvinnoklinikens eftervårdsmottagning på BB avd 25 alternativt AVD Q dessutom erbjuds hembesök till följande:

- Förstföderskor
- Omföderskor med tidigare amningsproblematik
- Vid behov efter medicinsk/psykosociala behov

Till de familjer som ej erhåller hembesök erbjuds mottagningsbesök till barnmorskemottagningen.

5.2 Hemgång efter 48 timmar

Familjen erbjuds minst en telefonkontakt. Hembesök erbjuds efter medicinska/psykosociala behov.

5.3 Ansvarsfördelning

Förlossning/BB meddelar hemgång, via Obstetrix tidbok, till den barnmorskemottagning (BMM) som kvinnan gått på under graviditeten. Då BMM är stängd under en vardag meddelar primärvårdsbarnmorskan till annan BMM som då ansvarar för uppföljningen.

Hälso- och sjukvården ska i samverkan samordna kontakterna (telefonsamtal, vägning etc.) så att obefogade kontakter undviks för familjen.

Innan avslutad ”eftervårdskontakt” har BB/primärvårdsbarnmorskan ett övergripande ansvar för barnets hälsovård (amningsfrågor/uppfostringsproblem, fysiologisk gulsot etcetera) samt kvinnans välmående.



Ett nära samarbete ska finnas med BHV-sjuksköterskan. På varje VC bör barnmorskor och BHV-sjuksköterskor träffas regelbundet och rapportera väntade förlossningar, detta för att kunna planera hembesök, semester etc.

Om familjen fortsätter på samma VC som den man varit inskriven på under graviditeten:

- Barnmorskan meddelar BVC att barnet fötts
- Efter avslutad hemvårdskontakt görs ett aktivt överlämnande av barnmorskan till ansvarig BHV-sjuksköterska, samtidigt överlämnas FV2 och barnrapport.
- Föräldrarna uppmanas ta kontakt med BVC om inte BVC har hört av sig inom några dagar

Om familjen planerar att försätta på annan VC än den man varit inskriven på under graviditeten:

- Barnmorskan mailar BVC/VC där familjen planera att gå under grav. vecka 35. Alla BVC har en gemensam mailbox på sin VC (PRIMxxxxxVC-BVC). Inga personuppgifter får skrivas i mail. Vid behov av att ge mer information gör upp om en telefonkontakt.
- Ytterligare ett mail skickas vid avslutad "hemvårdskontakt", i samband med detta postas FV2 och barnrapport.
- Föräldrarna uppmanas ta kontakt med BVC om inte BVC har hört av sig inom några dagar

Hembesök planeras av BVC-sjuksköterskan 1-2 veckor efter hemkomst från BB eller efter familjens kontakt med primärvårdsbarnmorskan.

Det första rutinmässiga läkarbesöket på BVC är vid 4 veckors ålder.

5.4 Bedömning av mor och barn

Särskilda checklistor, bilaga 2 a-d, används för att bedöma mammans och barnets tillstånd samt amning. Dokumentation vilken åtgärd sker för mamman i Obstetrix under "Hemvård/Eftervård" och för barnet på FV2, del 2 ("Kommentarer").

Bedömningen av barnet utmynnar i en plan som innebär:

Fortsatt hälsoövervakning med besök på BVC, i hemmet eller kontakt med sjukhus enligt nedan:

Tillstånd som kan vänta till eftermiddagen samma dag, eller till nästa dag

Örebro	019-602 12 99	BB avd 25eftervårdsmottagning
Karlskoga	0586-663 50	BB avd Q
Lindesberg	0581-853 27	barnmottagning

Akut sjukdom/bedömning

Örebro	019-602 10 00	sök neojour (sökare 961)
Karlskoga	0586-660 04	barnmottagning
Lindesberg	0581-853 27	barnmottagning

Vid osäkerhet diskutera med BB eller barnläkare.

6 ADMINISTRATION

6.1 Förlossningsjournal 2 (FV2)

All dokumentation om barnets tillstånd och planering (status, vikt, OAE, ev. avvikelser och fynd, skrivna remisser, provsvar, ev. mammans blodgrupp, vaccinering, planerad handläggning m.m.) görs i Obstetrix på FV2, och för slutenvården även i ”Journaltext”, ”Obslista” och ”Bilirubinlista”, samt i KP för provsvar och remisser.

Vid utskrivning från BB skrivs en vårdsammanfattning i ”Barnrapport”.

Dokumentationen ”följer” barnet inom slutenvården och mellan förlossning/BB och barnmorskemottagningen samt ev. åter BB/barnmottagning för uppföljning/bedömning.

6.2 Övrigt

BMM (innan förlossning)	<ul style="list-style-type: none"> • Informera vid inskrivningen om Biobankslagen (1177 Vårdguiden). • Förbered föräldrarna på vad eftervård på sjukhus eller hemma innebär. Informera om samarbete BMM-förlossning/BB-BVC och om Hälsobeskedet. Informera om PKU, OAE och POX. • Notera på MHV3 om föräldrarna önskar gå på annan BVC än ordinarie BVC (enligt adress)
Förlossning/ BB	<ul style="list-style-type: none"> • Dela ut broschyren ”Trösta ett oroligt barn/Råd till föräldrar under barnets första levnadsvecka” Se även SFOG för olika språk ”Råd till föräldrar under barnets första levnadsvecka/SFOG”. • Avisering om hemgång sker via Obstetrix tidbok • Vid hemgång inom 48 timmar: PKU-remiss lämnas till mamman • Mamma – och barnrapport samt epikris skrivs
BMM (vid hemgång < 48 timmar)	<ul style="list-style-type: none"> • Skriv ut FV2 och Barnrapport till BVC efter avslutad ”hemvårdskontakt” • Om barnet har behov av en andra barnläkarundersökning skrivs FV2 och ”Barnrapport” ut först efter läkarbesöket • Lämna aktivt över till ansvarig BHV-sjuksköterska. . Om annat BVC än ”det egna”, maila blivande BVC när hemvårdskontakten avslutats samt skicka FV” och ”Barnrapport” Uppmana föräldrarna att ta kontakt om inte BVC har hört av sig inom några dagar.
BMM (vid hemgång ≥ 48 timmar)	<ul style="list-style-type: none"> • Skriv ut FV2 och Barnrapport till BVC efter avslutad ”hemvårdskontakt” • Lämna aktivt över till ansvarig BVC-sjuksköterska. Uppmana föräldrarna att ta kontakt om inte BVC har hört av sig inom några dagar
Hälsobesked (”gröna boken”)	<ul style="list-style-type: none"> • Delas ut av förlossning/BB till alla föräldrar och fylls i av föräldrarna • En djupare introduktion av Hälsobeskedet görs av BVC • Födelsevikt, födelselängd, vikt vid 3-6 dagar och uppgift om nyföddhetsperioden bör fyllas i • Eventuella vaccinationer/immunoglobulin fylls i av förlossning/BB

7 BILAGOR

7.1 Generella läkemedelsordinationer på Kvinnokliniken för fullgångna barn

Indikation	Preparat	Dosering	Anmärkning
Smärta	Mixtur Alvedon, 24 mg/ml	10 mg/kg x 4 po	1 uppladdningsdos per os/rekt. 20 mg/kg bör ges. Efter 3 doser krävs läkarordination.
	Supp. Alvedon, 60 mg	10 mg/kg x 4 rektalt	
	Paracetamol, rektalgel 20 mg/ml	10 mg/kg x 4 rektalt	
Förebyggande av smärta vid provtagning och andra smärtsamma ingrepp	Inj. Glucos 300 mg/ml (30%)	0,5-1 ml 30 % glukos, anpassa dos utifrån barnets gestationsålder. Ges 2 minuter innan ingreppet. Med fördel ges halva dosen någon minut före och resten i små uppdelade doser under ingreppet. Kan upprepas 1-2 ggr	
Nästäppa	Natriumklorid, 9 mg/ml	Förstahandspreparat	
Vid svårare nästäppa, överväg	Nezeril 0,25mg/ml	Se spädningsschema,	Rutin, Näsdroppar till barn 0-2 år NaCl + Nezeril

7.2 Checklista planeringssamtal/avstämningssamtal inför hemgång

Samtalet syftar till att ge rimliga förväntningar på första dygnet! Förhållningssätt som stärker egenvårdsförmågan, amning, skötsel av barnet och kvinnans egen kropp. Dokumentation sker i vårdsammanfattning, mor- och barnrapport.

Använd även checklista ”ADM. Checklista för vårdtid, eftervård USÖ/Karlskoga lasarett.”

MAMMA

Välbefinnande: Hur mamman mår. Rimliga förväntningar på kroppen den första tiden.

Sömn/vila. Hormonomställning. Smärta. Feber. Normalt/onormalt.

Psykosocialt: Förlossningsupplevelse: Kvinnans och partners syn på förlossningen.

Upplevelser/besvär från graviditet/förlossning och den nya familjesituationen. Förväntningar, önskemål och behov. VAS tas angående förlossningsupplevelsen.

Reproduktion: Uterus kontraherad? Självkontroll. Blödning/avslag/hygien. Eftervärkar.

Normalt/onormalt.

Elimination: Kissat/avföring.

Hud/vävnad: Bristning/klipp/operationssår besvär? Råd.

BARNET

Allmäntillstånd: Hur barnet mår och vad man kan förvänta sig av barnet de första dygnet/tiden. Uppmuntra föräldrarna att bära sitt barn hud mot hud. Informera om hur man tröstar ett oroligt/skrikigt barn, Shaken baby syndrom (*Se informationsblad*). Informera om kontroller som görs första dygnet. Sextimmarskontroll och barnläkarundersökning.

Hud/vävnad: Information om tvättning/badning, hud, nyföddhetsgulsot och navelvård första dygnet.

Elimination: Samtal/information om kiss & bajs, utifrån hur gammalt barnet är. Barnet bör kissa inom 24 h och becka inom 48 h. Hur ofta kissar barnet? Salter i urinen som ger urinen en röd/orange färg. Förändring av avföring från beck till mjölkbajs, kräkning, rapning.

Sömn: Samtal med föräldrarna om sömn och rytm. Vikten av att barnet har ett eget område, egen filt och sover på rygg.

AMNING

Bröst/bröstvård: Samtal om att amning är individuell. Att de första dagarnas amning skiljer sig från när amningen är etablerad det kan ta flera veckor att etablera amningen. Smärta? Sår? Vid behov ge råd om bröstvård och olika amningsställningar. Mjölproduktion, spända bröst?

Sugvillighet/intervall: Var lyhörd för kvinnans upplevelse och inställning till amning.

Barnets signaler om att han/hon är hungrig? Amningstid och frekvens. Små kräkningar är normalt. Om barnet sugit bra efter förlossningen kan barnet sova upp till 24 timmar innan det suger igen. Därefter bör barnet äta minst 8-24 gånger/dygn varav minst en gång på natten. Informera om fördelar med hud mot hud. När/om barnet får tillägg/flaskmatas: Ge råd om intervall, mängd samt uppmuntra till att bära barnet hud mot hud, även om barnet inte ammas.



Position/sugteknik/tröstnapp: Observera och/eller samtala om: Barnets position och sugteknik. Erbjud amningsobservation, speciell uppmärksamhet om mamman anger smärta vid amning. Informera om vikten av att undvika tröstnapp till man har en etablerad amning.

Vid behov av tillmatning efter amning informera i första hand om urmjölkad bröstmjölksvisa föräldrar handmjölkning och hur de matar med sked.

Utgå från [Amningsstrategi och handlingsplan för Region Örebro län](#).

Följande punkter kan med fördel överlämnas till barnmorskan i mödravården

- Bäckentrentning
- Samliv
- Preventivmedel
- Efterkontroll

7.3 Checklista återbesök på Eftervårdsmottagning

Samtalet syftar till att ge rimliga förväntningar på första dygnet hemma. Förhållningssätt som stärker egenvårdsförmågan, amning, skötsel av barnet och kvinnans egen kropp.

Dokumentera barnet på FV2 och mamman i F-mappen, Obstetrix under "Hemvård/Eftervård".

MAMMA

Välbefinnande; hur mamman mår. Rimliga förväntningar på kroppen den första tiden. Sömn/vila. Hormonomställning. Feber. Smärta. Normalt/onormalt.

Blödning; avslag, hygien

Psykosocialt: Förlossningsupplevelsen: Kvinnans (och partners) syn på förlossningen.

Upplevelser/besvär från graviditet/förlossning och den nya familjesituationen. Stäm av om frågor finns och hänvisa till respektive enhet för kontakt. (Förlossningsbarnmorska, Kurator osv.)

Reproduktion: Uterus: eftervärkar.

Elimination: Kissat/avföring.

Hud/vävnad: Bristning/Klipp/operationssår: Besvär? Råd.

BARNET

Välbefinnande: Fråga om hur barnet mår och informera om vad man kan förvänta sig av barnet den första tiden. Uppmuntra föräldrarna att bära sitt barn hud mot hud.

Hud, vävnad; Ikterus, ser barnet gult ut? Navel och hud.

Elimination; Samtal/information om kiss & bajs, utifrån hur gammalt barnet är. Barnet brukar kissa inom 24 h och becka inom 48 h. Hur ofta kissar barnet? Har avföringen ändrat utseende? Kräkning och rapvanor.

Sömn; Samtal med föräldrarna om sömn, läge och rytm.

Nutrition; Vid behov av tillmatning efter amning informera i första hand om urmjölkad bröstmjölk, visa föräldrar handmjölkning och hur de matar med sked.

När/om barnet får tillägg/flaskmatas: Ge råd om intervall, mängd, samt ge information för att underlätta att gå över från delamning till helamning utifrån den ammande kvinnans önskemål.

AMNING

Bröst/bröstvård: Smärta? Sår? Vid behov ge råd om bröstvård och olika amningsställningar.

Sugvillighet/intervall: Var lyhörd för kvinnans upplevelse av amningen. Amningstid och frekvens. Det nyfödda barnet äter mellan 8-24 gånger under den första tiden.

Position/sugteknik/tröstnapp: Samtala om barnets position och sugteknik. Om mamman anger smärta vid amning erbjud amningsobservation. Uppmärksamma de barn som har högt bilirubin eller där vikten är lägre än förväntat. Undvik tröstnapp tills amningen börjar fungera bra. Informera om fördelar med hud mot hud.

Utgå från [Amningsstrategi och handlingsplan för Region Örebro län](#).

7.4 Checklista telefonsamtal

Samtalet syftar till att ge rimliga förväntningar på första tiden hemma Förhållningssätt som stärker egenvårdsförmågan, amning, skötsel av barnet och kvinnans egen kropp.

Dokumentera barnet på FV2 och mamman i F-mappen, Obstetrix under ”Hemvård/Eftervård”.

MAMMA

Välbefinnande: Hur mamman mår. Rimliga förväntningar på kroppen den första tiden. Sömn/vila. Hormon omställning. Feber. Smärta. Normalt/onormalt.

Blödning; avslag, hygien

Psykosocialt: Förlossningsupplevelse: Kvinnans (och partners) syn på förlossningen. Stäm av om frågor finns och hänvisa till respektive enhet för kontakt. (förlossningsbarnmorska, kurator osv.) Upplevelser/besvär från graviditet/förlossning och den nya familjesituationen.

Reproduktion: Uterus: Blödning/avslag/hygien. Eftervärkar. Normalt/onormalt.

Hud/vävnad: Bristning/Klipp/operationssår: Besvär? Råd.

BARNET

Välbefinnande: Fråga om hur barnet mår och vad man kan förvänta sig av barnet den första tiden hemma. Uppmuntra föräldrarna att bära sitt barn hud mot hud.

Hud, vävnad: Ikterus, navel: Ser barnet gulare ut? Navel och hud.

Elimination: Samtal/information om kiss & bajs, utifrån hur gammalt barnet är.

Barnet brukar kissa inom 24 h och becka inom 48 h. Hur ofta kissar barnet? Har avföringen ändrat utseende?

Sömn: Samtal med föräldrarna om läge, sömn och rytm.

Nutrition; Vid behov av tillmatning efter amning informera i första hand om urmjölkad bröstmjolk, visa föräldrar handmjölkning och hur de matar med sked.

När/om barnet får tillägg/flaskmatas: Ge råd om intervall, mängd, samt ge information för att underlätta att gå över från delamning till helamning utifrån den ammande kvinnans önskemål.

AMNING

Bröst/bröstvård: Smärta? Sår? Vid behov ge råd om bröstvård och olika amningsställningar. Mjölproduktion, spända bröst.

Sugvillighet/intervall, kräkning/rapvanor: Var lyhörd för kvinnans upplevelse av och inställning till amningen. Barnets signaler om att han/hon är hungrig? Amningstid och frekvens. Om barnet sugit bra efter förlossningen kan barnet sova upp till 24 timmar innan det suger igen. Det nyfödda barnet äter mellan 8-24 gånger under de första levnadsdygnet. När/om barnet får tillägg/flaskmatas: Ge råd om intervall, mängd samt uppmuntra till att bära barnet hud mot hud. Position/sugteknik/tröstnapp: Samtala om: Plats för amning. Barnets position och sugteknik.

Utgå från [Amningsstrategi och handlingsplan Region Örebro län](#).

7.5 Checklista hem-/mottagningsbesök inom Mödrahälsovården

Samtalet syftar till att ge rimliga förväntningar på första tiden hemma! Förhållningssätt som stärker egenvårdsförmågan, amning, skötsel av barnet och kvinnans egen kropp.

Dokumentera barnet på FV2 och mamman i F-mappen, Obstetrix under ”Hemvård/Eftervård”.

MAMMA

Välbefinnande: Hur mamman mår. Rimliga förväntningar på kroppen den första tiden. Sömn/vila. Hormonomställning. Feber. Smärta. Normalt/onormalt.

Psykosocialt: Förlossningsupplevelse: Kvinnans (och mannens) syn på förlossningen. Upplevelser/besvär från graviditet/förlossning och den nya familjesituationen.

Reproduktion: Uterus: Kontraherad? Blödning/avslag/hygien. Eftervärkar. Normalt/onormalt.

Hud/vävnad: Bristning/Klipp/operationssår: Besvär? Råd.

BARNET

Välbefinnande: Fråga om hur barnet mår och vad man kan förvänta sig av barnet den första tiden hemma. Uppmuntra föräldrarna att bära sitt barn hud mot hud.

Hud, vävnad: Ikterus, cyanos, navel: Ser barnet gulare ut? Navel och hud.

Elimination: Samtal/information om kiss & bajs, utifrån hur gammalt barnet är. Bör kissa inom 24 h och becka inom 48 h. Hur ofta kissar barnet? Har avföringen ändrat utseende?

Sömn: Läge/rytm: Samtal med föräldrarna om sömn och rytm.



AMNING

Bröst/bröstvård: Smärta? Sår? Vid behov ge råd om bröstvård och olika amningsställningar. Mjölkproduktion, spända bröst.

Sugvillighet/intervall, kräkning/rapvanor: Var lyhörd för kvinnans upplevelse av och inställning till amningen. Barnets signaler om att han/hon är hungrig? Amningstid och frekvens. Det nyfödda barnet äter mellan 12-24 gånger under de första levnadsdygnen. När/om barnet får tillägg/flaskmatas: Ge råd om intervall, mängd samt uppmuntra till att bära barnet hud mot hud.

Position/sugteknik/tröstnapp: Samtala om: Plats för amning. Råd vid syskon. Barnets position och sugteknik.

Utgå från [Amningsstrategi och handlingsplan för Region Örebro län](#).