

Grund för rekommendation

Rekommendation initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård baseras på följande underlag

Rekommendationerna är framtagna inom ramen för organisationen för kunskapsstyrning och baseras på följande underlag:

- [Socialstyrelsens rekommendationer till beslutsfattare och stöd till personal: Vårdkedjan för barn som behöver neonatalvård och deras familjer 2021](#)(1);
- [Socialstyrelsens kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå: Graviditet, förlossning och tiden efter 2022](#);(2)
- [Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer 2023: Bilaga: Kunskapsunderlag Graviditet, förlossning och tiden efter 2023](#) (3);
- [Socialstyrelsen Graviditet förlossning och tiden efter 2023: Metodbeskrivning och kunskapsunderlag \(bilaga\)](#) (4);
- [WHO 2022 Guideline: WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant](#)(5);
- [WHO 2022 Guideline: WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience](#)(6);
- [LÖF Säker förlossningsvård: Vård efter förlossning för mor och barn](#) (7);
- [FNs Barnkonvention](#) (8)

Rekommendationerna baseras även på befintliga rutiner samt på erfarenhet i den multiprofessionella arbetsgruppen. Gruppen har representation från alla sjukvårdsregioner, från samtliga specialitetsföreningar i vårdkedjan mödrahälsovård, förlossningsvård, eftervård, neonatalvård och anestesi, operation och intensivvård samt från patientföreträdare.

Kunskapsstödet utgörs av tre dokument; 1. Kunskapsstöd för initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård; 2. Grund för rekommendation; samt 3. Konsekvensbeskrivning.

I detta kunskapsstöd med bilagor har mor och moder valts för att benämna den födande föräldern och den som fött, även om alla inte identifierar sig som kvinna, mamma eller mor (9). Familjer finns i olika konstellationer och föräldraskap kan se olika ut. I vårdsituationen behöver ett inkluderande språkbruk användas utifrån personens uttryck och önskemål. För mer information se [RFSL- Bemötandetips: Inkluderande språk](#) (10).

Beskrivning av vad som vägts in när rekommendationen togs fram

Vetenskapligt stöd

De första timmarna och dygnet efter födseln är en unik och sensitiv period för både mor och barn utifrån ömsesidig reglering av fysiologiska, beteendemässiga och psykologiska processer. Alla nyfödda barn och nyblivna föräldrar har behov av och rätt till fysisk och emotionell närhet (8, 11-13) och separation bör undvikas (14-16). Samvård har potential för positiva hälsoeffekter (17-31). I

Socialstyrelsens kunskapsstöd för neonatalvård samt för graviditet, förlossning och tiden efter belyses särskilt att hälso- och sjukvården bör säkerställa att barn och föräldrar inte separeras vid eller efter förlossningen och att initial obruten hud-mot-hudkontakt mellan mor och barn möjliggörs i så stor utsträckning som möjligt (1-3).

Initial obruten hud-mot-hudkontakt mellan mor och barn direkt vid födseln har en mängd vetenskapligt belagda positiva effekter (5, 16, 32-36). Detta gäller oavsett förlossningssätt (33, 37). För nyfödda barn har hud-mot-hudkontakt visats stimulera instinktiva nyföddhetsbeteenden och initiering av amning (32, 38-41), stabilisera temperaturreglering (32, 42), blodsockerreglering (43), andning och cirkulation under barnets fysiologiska omställning efter födseln (44, 45). Likaså har gynnsam utveckling av bakterieflora (46) och beteenden för ätande (33) sömn och självreglering (47) beskrivits. För modern har hud-mot-hudkontakt visats stimulera mjölkutdrivningsreflex (38) och livmoderkontraktion för mindre blödning efter förlossningen (48-51), stabilisera blodtrycksreglering (52) samt stärka känslomässig bindning till barnet (53, 54). Hud-mot-hudkontakt och vård tillsammans från födseln har för både mor och barn visats ge en förbättrad upplevelse (21, 55) med positiva effekter på välbefinnande (56, 57), minskad stress (58), oro och smärta (22, 23, 48, 56, 59-62). Även för den andre föräldern har hud-mot-hudkontakt visats ge minskad stress och oro (21, 55, 60). Ökad trygghet i föräldraskapet ses av att familjen hålls samman (24, 63, 64).

Arbetsätt med initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård beskriver platsen för vården. Vårdens innehåll utförs i linje med befintliga riktlinjer och rutiner i förlossnings- och nyföddhetsvård. Initial obruten hud-mot-hudkontakt är möjlig inom ramen för rekommendationer om avnavling av barn födda efter 34 graviditetsveckor utan behov av neonatal hjärt- och lungräddning (65). Detta gäller även stabilisering av omställning vid födseln för barn födda före 35 graviditetsveckor (66). Det finns evidens för att rutinmässiga kontroller såsom vägning och mätning av det nyfödda barnet kan skjutas upp till efter de första timmarna efter födseln (4). Moderns vård kan under samma period anpassas för initial obruten hud-mot-hudkontakt (17).

I kunskapsstödet rekommenderas initial obruten hud-mot-hudkontakt under minst 2 timmar. Detta för att ge tid för barnets instinktiva nyföddhetsbeteenden (40, 41, 67, 68) samtidigt som hänsyn behöver tas till vikten av att modern tömmer urinblåsan. Barnets fysiologiska omställning främjas av obruten hud-mot-hudkontakt med en förälder under de första sex timmarna (42, 44, 69, 70). Fortsatt hud-mot-hudkontakt under första dygnet, dygnet och fortsatt vårdtid har starkt vetenskapligt stöd och bör uppmuntras och understödjas så mycket som möjligt.

I de fall avbrott i hud-mot-hudkontakten mellan mor och barn sker under de första timmarna har studier visat positiva effekter av att barnet vårdas i hud-mot-hudkontakt med den andre föräldern, eller av förälder utsedd person (42, 44, 63). Om initial obruten hud-mot-hudkontakt med modern inte är möjlig tills barnet sugit bör bröststimulering, urmjölkning och administrering av kolostrum göras så snart som möjligt, gärna redan under den första timmen (71, 72). När hud-mot-hudkontakt mellan mor och barn återupptas stimuleras återigen barnets instinktiva nyföddhetsbeteenden (67, 73, 74). Likväl är det känt att tidigt födda barn stimuleras till amningsspecifika beteenden vid hud-mot-hudkontakt även efter de första timmarna (75).

Vård av mor och barn tillsammans med tidig och kontinuerlig hud-mot-hudkontakt för lågviktiga och tidigt födda barn har i låg- och medelinkomstländer minskat risken för allvarlig infektion (76) och spädbarnsdödlighet (77) samt givit bättre tillväxt (78). För lågviktiga och tidigt födda barn har återkommande hud-mot-hudkontakt under tid på sjukhus visat positiva och bestående effekter på hjärnans utveckling och organisation, vilket i sin tur påverkar beteende och utveckling (79-83).

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) bör hud-mot-hudkontakt initieras omedelbart eller så snart som möjligt efter födseln. För lågviktiga och tidigt födda barn rekommenderas hud-mot-hudkontakt fortsätta så kontinuerligt som möjligt under barnets första tid. Rekommendationerna gäller för barn födda från graviditetsvecka 28+0 och med födelsevikt över 1000 gram (5, 33-36, 84). För gruppen kritiskt sjuka barn och barn födda före graviditetsvecka 28 finns ett växande antal publikationer som stödjer tidig hud-mot-hudkontakt och närhet mellan barn och förälder (61, 85-90).

Styrkan och betydelsen av nämnda utfall har undersökts för olika grupper av barn och familjer och skiljer sig åt utifrån utgångslägen som barnets ålder, mognad och tillstånd, moderns tillstånd och önskemål och familjens förutsättningar och behov. Många av publikationerna är systematiska översikter med gradering av evidensstyrkan som visat på starkt vetenskapligt stöd för initial obruten hud-mot-hudkontakt och minimerad separation mellan mor och barn efter födseln. Nära fysisk kontakt mellan barn och förälder och tidiga positiva upplevelser är viktiga för utveckling och hälsa på kort och lång sikt. Betydelsen för det enskilda föräldra-barn-paret blir utifrån nuvarande kunskapsläge ej bedömbär.

Balansen nytta/risk för patienten

Den sammantagna bedömningen för rekommendationen är att nytta överstiger risk för mor och barn, oavsett förlossningsätt.

Om samvård av mor och barn inte bedrivs ses risk för upprepade och i vissa fall långvariga separationer. Om samvård inte bedrivs ges sämre förutsättningar för initial obruten hud-mot-hudkontakt de första timmarna och för fortsatt hud-mot-hudkontakt därefter.

Vid ofullständig implementering och genomförande av initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård, med otillräckliga anpassningar och förutsättningar, ses risk för bristfällig vård och uppföljning i både akuta situationer och rutinvård. För modern kan det innebära risk för överfylld blåsa, blödning, otillräcklig behandling av sådant som högt blodtryck, smärta och infektion samt bristfälligt stöd för amning och psykiskt mående. För barnet kan det ge konsekvenser som postnatal kollaps (7, 91), nedkylning, otillräcklig andning och lågt blodsocker.

För att initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård ska möjliggöras och för säker vård betonas rätt förutsättningar inom organisation, lokaler, utrustning och kompetens. Likaså att stöd för individualiserad bedömning avseende vårdnivå, vårdplats och anpassning av vård formuleras i regionala och lokala riktlinjer. Verktyg för bedömning av vårdnivå för samvård utifrån en riskbedömning av både mor och barn efter födseln finns exempelvis i [Västra Götalandsregionens lokala riktlinjer](#) (92).

Säker vård för mor och barn förutsätter att genomförandet av vård och behandling även sker i enlighet med vedertagna evidensbaserade riktlinjer för förlossnings- och nyföddhetsvård. Detta inkluderar rekommendationer för att barn ska ha en egen sovplats när föräldrar och barn sover oövervakade (93).

Åtgärden eller åtgärdernas kostnadseffektivitet

Initial obruten hud-mot-hudkontakt har potential att med relativt små medel förbättra vårdens kvalitet. Utifrån beskriven evidens och nationell och internationell erfarenhet förväntas hälsoekonomiska vinster genom minskad sjuklighet för mor och barn med mindre vårdbehov, färre

interventioner och potentiellt stressande procedurer samt kortare vårdtider på sjukhus och förbättrad hälsa. Genom förbättrade amningsutfall har hud-mot-hudkontakt en rad dokumenterade kostnadseffektiva utfall för både mor och barn (25, 40, 94, 95).

Samvård har potential att leda till minskade sjukvårdskostnader genom förbättrad vårdkvalitet och ökad effektivitet i vården (25, 26). Ekonomiska besparingar kan fås från minskat behov av resurser och tid genom exempelvis minskat behov av golvyta när mor och barn delar samma rum, färre transporter mellan avdelningar och trygga föräldrar som aktivt deltar i vården av sitt barn och därmed möjliggör för alternativt användande av personalresurser. Effekter av implementering följs med fördel med indikatorer valda utifrån målgrupp och förändring, se även Konsekvensbeskrivning (27, 28).

Nya arbetssätt med förutsättningar för initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård skulle, utifrån erfarenhet från andra förändringar i enlighet med ett barn- och familjecentrerat utvecklingsstödande förhållningssätt, kunna ge ökad arbetstillfredsställelse och därmed kontinuitet i personalgrupper (96).

Direkta och indirekta kostnader för genomförandet

Erfarenhet från enheter som anpassats för att i allt större utsträckning erbjuda initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård för mödrar och barn i behov av specialiserad vård vittnar om att många kostnader är övergående. I en implementeringsfas har viss ökning av personalkostnad beskrivits. Likaså är kostnader för anpassning av lokaler och utrustning för moderns vård på annan avdelning än förlossnings- och BB-avdelning övergående investeringar. För att kunna bedriva vård med initial obruten hud-mot-hud-kontakt för barn med behov av specialiserad vård kan engångsinvesteringar behöva göras i form av mobil utrustning. Fortlöpande utbildningsinsatser kan behövas för fullgott samarbete mellan personal inom förlossningsvård, eftervård, neonatalvård samt anestesi, operation och intensivvård.

Rättvis- och jämlikhetsfrågor

Trots tydlig konsensus i nationella och internationella riktlinjer kring vikten av initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård ses brister orsakade av hälso- och sjukvårdens processer och arbetssätt (97-100). I FNs barnkonvention beskrivs barnets rätt att inte separeras från sina föräldrar och att barnets bästa alltid beaktas (8). När modern föder genom kejsarsnitt, behöver andra kirurgiska åtgärder eller intensivvård i anslutning till förlossningen separeras ofta mor och barn. Separationer är också vanliga då barn behöver neonatalvård i direkt anslutning till födseln resulterande i begränsade möjligheter till initial och fortsatt hud-mot-hudkontakt (101).

Vid en kartläggning av hur samvård bedrivs vid Sveriges neonatalavdelningar våren 2023 framkom att knappt hälften i varierande utsträckning kunde erbjuda samvård för modern på neonatalavdelningen (17). Likaså framkom att implementering av arbetssätt som möjliggör initial obruten hud-mot-hudkontakt vid födseln för barn i behov av stödinsatser har påbörjats på många håll men är ännu otillräckligt genomförda över landet.

Patienternas benägenhet att acceptera åtgärden

Benägenheten att acceptera rekommendationerna är stor då det naturliga för nyfödda barn och föräldrar är att vara tillsammans direkt från födseln. Den naturliga platsen för ett nyfött barn är i hud-mot-hudkontakt med modern. Separation orsakas dels av hur sjukvården är organiserad dels av bristande förutsättningar för föräldrar (97). Föräldrar bör informeras om barnets och deras ömsesidiga rätt och behov av att vara nära varandra oberoende av vårdbehov hos mor och barn. Dialog med föräldrar om tidigare erfarenheter, behov, förväntningar samt fysiska och psykiska resurser är en förutsättning för att ge familjen individualiserat stöd för möjlighet till delaktighet och aktiva informerade val. Familjens situation och möjligheter att vara tillsammans och vårda sitt barn hud-mot-hud kan underlättas genom att de tar stöd och hjälp i sin situation från andra närstående. Familjen behöver tillgång till mat, hygienutrymmen samt en miljö som möjliggör avskildhet och sömn (21). Det finns internationella standarder för hur vårdmiljö på neonatalavdelning bör utformas för att tillgodose detta (102-105).

Genomförbarhet i övrigt

Erfarenhetsmässigt har implementering av initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård många gånger skett stegvis under fortsatt översyn av förutsättningar och utveckling av lokala rutiner (28). I befintliga verksamheter kan ett första steg vara att introducera samvård av de mödrar och barn som har en låg riskbedömning efter födseln. Vartefter förutsättningar utvecklas kan vården av alltmer komplexa patienter ske i samvård. Med förbättrade förutsättningar kan initial obruten hud-mot-hudkontakt erbjudas vid alltmer komplexa födslar. Målsättningen är att initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård ska erbjudas oberoende av vårdbehov.

Vårdens innehåll avgörs av vårdbehov hos mor respektive barn. Olika modeller för hur verksamheter organiserats för att kunna erbjuda samvård finns beskrivet (17, 31). Samarbeten, organisation av ledning och personal samt hur lokaler planeras utgår från lokala förutsättningar, kapacitet och sjukvårdsorganisation. Samvård kan bedrivas i sjukvårdsmiljöer med olika arkitektur och enkelrum är till exempel inte en förutsättning. Vid nybyggnationer bör miljön optimeras för samvård och för en behaglig atmosfär för barn och föräldrar likväl som för personal. Fördjupad information om utformning av anpassad vårdmiljö finns i europeiska och amerikanska standards (106, 107).

Hållbar implementering av samvård och arbetssätt för initial obruten hud-mot-hudkontakt för alla mödrar och barn bygger på verksamhetsöverskridande samverkan mellan mödrahälsovård, förlossningsvård, eftervård, neonatalvård, anestesi, operation och intensivvård (29, 30).

Vid behov av fortsatt vård efter samvård

När antingen mor eller barn skrivs ut tar en annan vårdform än samvård vid eftersom det inte längre är två patienter som vårdas tillsammans. Om modern behöver fortsatt vård bör förutsättningar skapas för att kunna ha barnet nära och amning understöds så långt som möjligt. Barns rätt att vara med sina föräldrar eller med av förälder utsedd person eller familjemedlem gäller fortsatt under all sjukhusvistelse för barn.

Den andre föräldern vistas på sjukhuset som partner till modern och förälder till barnet då mor och barn samvårdas. Föräldrar till barn i behov av fortsatt sjukhusvård vistas tillsammans med barnet på sjukhuset och familjen bör då hållas samman, erbjudas så kallad familjevård och vistelse i familjerum.

Mer information om principer för barn- och familjecentrerad utvecklingsstödande vård finns att läsa på [European standards of care for newborn health](#) (1, 108).

Referenser

1. Socialstyrelsen. Vårdkedjan för barn som behöver neonatalvård och deras familjer. Nationella rekommendationer till beslutsfattare och stöd till personal. 2021.
2. Socialstyrelsen. Graviditet, förlossning och tiden efter. Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå.; 2022.
3. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer 2023: Bilaga: Kunskapsunderlag. Graviditet, förlossning och tiden efter.; 2023.
4. Socialstyrelsen. Graviditet, förlossning och tiden efter. Bilaga: Metodbeskrivning och kunskapsunderlag 2023 [Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-12-8287-metodbeskrivning-och-kunskapsunderlag.pdf>].
5. World Health Organization. WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant 2022 [Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363697/9789240058262-eng.pdf?sequence=1>].
6. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization;; 2022 [Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989-eng.pdf?sequence=1>].
7. Säker Förlossningsvård. Vård efter förlossning för mor och barn. LÖF rekommendationer. 2022. [Available from: <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/saker-forlossningsvard/rekommendationer-och-rad>].
8. FNs Barnkonvention (The United Nations Children's Fund. Convention on the Rights of the Child) 1989. [Available from: <https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten>].
9. Gribble KD, Bewley S, Bartick MC, Mathisen R, Walker S, Gamble J, et al. Effective Communication About Pregnancy, Birth, Lactation, Breastfeeding and Newborn Care: The Importance of Sexed Language. *Front Glob Womens Health*. 2022;3:818856.
10. RFSL Bemötandetips: Inkluderande språk 2022 [Available from: <https://www.rfsl.se/verksamhet/regnbagsfamiljer-i-vantan/bemotandetips-inkluderande-sprak/>].
11. Fund WHOaUNCs. Baby-friendly hospital initiative: Revised, updated and expanded for integrated care. World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2009.
12. Nordic networkfor childrens right's and needs i health care [Available from: <https://www.nobab.se/>].
13. WAIMH Position Paper on the Rights of Infants [Available from: https://perspectives.waimh.org/wp-content/uploads/sites/9/2017/05/PositionPaperRightsInfants_May_13_2016_1-2_Perspectives_IMH_corr.pdf].
14. Organization WH. Nurturing care for every newborn: thematic brief 2021 [Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240035201>].
15. Bergman NJ. Birth practices: Maternal-neonate separation as a source of toxic stress. *Birth Defects Res*. 2019;111(15):1087-109.
16. Bergman NJ. New policies on skin-to-skin contact warrant an oxytocin-based perspective on perinatal health care. *Frontiers in Psychology*. 2024;15.
17. Klemming S, Lilliesköld S, Arwehed S, Jonas W, Lehtonen L, Westrup B. Mother-newborn couplet care: Nordic country experiences of organization, models and practice. *J Perinatol*. 2023;43(Suppl 1):17-25.
18. Crenshaw JT. Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Newborn Together-It's Best for Mother, Newborn, and Breastfeeding. *The Journal of perinatal education*. 2019;28(2):108-15.

19. Chellani H, Arya S, Mittal P, Bahl R. Mother-Newborn Care Unit (MNCU) Experience in India: A Paradigm Shift in Care of Small and Sick Newborns. *Indian J Pediatr.* 2022;89(5):484-9.
20. Klemming S, Lilliesköld S, Westrup B. Mother-Newborn Couplet Care from theory to practice to ensure zero separation for all newborns. *Acta Paediatr.* 2021;110(11):2951-7.
21. Stelwagen M, van Kempen A, Westmaas A, Vet E, Scheele F. Parents' Experiences With a Model of Integrated Maternity and Neonatal Care Designed to Empower Parents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2021;50(2):181-92.
22. van Veenendaal NR, van Kempen A, Broekman BFP, de Groof F, van Laerhoven H, van den Heuvel MEN, et al. Association of a Zero-Separation Neonatal Care Model With Stress in Mothers of Preterm Infants. *JAMA Netw Open.* 2022;5(3):e224514.
23. Flacking R, Thomson G, Ekenberg L, Löwegren L, Wallin L. Influence of NICU co-care facilities and skin-to-skin contact on maternal stress in mothers of preterm infants. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives.* 2013;4(3):107-12.
24. van Veenendaal NR, van der Schoor SRD, Broekman BFP, de Groof F, van Laerhoven H, van den Heuvel MEN, et al. Association of a Family Integrated Care Model With Paternal Mental Health Outcomes During Neonatal Hospitalization. *JAMA Netw Open.* 2022;5(1):e2144720.
25. Brockman V. Implementing the Mother-Baby Model of Nursing Care Using Models and Quality Improvement Tools. *Nurs Womens Health.* 2015;19(6):490-503.
26. Ortenstrand A, Westrup B, Broström EB, Sarman I, Akerström S, Brune T, et al. The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study: effects on length of stay and infant morbidity. *Pediatrics.* 2010;125(2):e278-85.
27. Jaeger CB, Altimier L. NICU Couplet Care: metrics to guide an evolving model of care. *J Perinatol.* 2023;43(Suppl 1):30-4.
28. de Salaberry J, Hait V, Thornton K, Bolton M, Abrams M, Shivananda S, et al. Journey to mother baby care: Implementation of a combined care/couplet model in a Level 2 neonatal intensive care unit. *Birth Defects Res.* 2019;111(15):1060-72.
29. Curley A, Jones LK, Staff L. Barriers to Couplet Care of the Infant Requiring Additional Care: Integrative Review. *Healthcare (Basel).* 2023;11(5).
30. Spradlin LR. Implementation of a couplet care program for families after a cesarean birth. *AORN J.* 2009;89(3):553-5, 8-62.
31. Roth C, Priester K, Rosen W, Reardon M, Ramsey K, Hering SL, et al. Unit-Based Nurses' Development of a Couplet Care Acuity Scoring Tool. *Nurs Womens Health.* 2024.
32. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2016;11:CD003519.
33. Brimdyr K, Stevens J, Svensson K, Blair A, Turner-Maffei C, Grady J, et al. Skin-to-skin contact after birth: Developing a research and practice guideline. *Acta Paediatr.* 2023;112(8):1633-43.
34. Wojcieszek AM, Bonet M, Portela A, Althabe F, Bahl R, Chowdhary N, et al. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience: strengthening the maternal and newborn care continuum. *BMJ Glob Health.* 2023;8(Suppl 2).
35. World Health Organization. Kangaroo mother care - Implementation strategy for scale-up adaptable to different country contexts 2023 [Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240071636>].
36. Canadian Paediatric Society. Position Statement. Skin-to-skin care (SSC) for term and preterm infants. 2024 [Available from: <https://cps.ca/en/documents/position/skin-to-skin-care>].
37. Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Maternal & child nutrition.* 2014;10(4):456-73.
38. Widström AM, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K, Nissen E. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatr.* 2019;108(7):1192-204.
39. Nyqvist KH, Anderson GC, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, et al. State of the art and recommendations. Kangaroo mother care: application in a high-tech environment. *Breastfeed Rev.* 2010;18(3):21-8.

40. Raj Kumawat S, Vyas H, Mohan R, Sasidharan R, Yadav B, Gupta N. 90 versus 60 min of early skin-to-skin contact on exclusive breastfeeding rate in healthy infants' ≥ 35 weeks: A randomised controlled trial. *Acta Paediatr.* 2024;113(2):199-205.
41. Widström AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllöf A, Lintula M, Nissen E. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatr.* 2011;100(1):79-85.
42. Lode-Kolz K, Hermansson C, Linnér A, Klemming S, Hetland HB, Bergman N, et al. Immediate skin-to-skin contact after birth ensures stable thermoregulation in very preterm infants in high-resource settings. *Acta Paediatr.* 2023;112(5):934-41.
43. Lord LG, Harding JE, Crowther CA, Lin L. Skin-to-skin contact for the prevention of neonatal hypoglycaemia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023;23(1):744.
44. Linnér A, Lode Kolz K, Klemming S, Bergman N, Lilliesköld S, Markhus Pike H, et al. Immediate skin-to-skin contact may have beneficial effects on the cardiorespiratory stabilisation in very preterm infants. *Acta Paediatr.* 2022;111(8):1507-14.
45. Gupta N, Deierl A, Hills E, Banerjee J. Systematic review confirmed the benefits of early skin-to-skin contact but highlighted lack of studies on very and extremely preterm infants. *Acta Paediatr.* 2021;110(8):2310-5.
46. Eckermann HA, Meijer J, Coijmans K, Lahti L, de Weerth C. Daily skin-to-skin contact alters microbiota development in healthy full-term infants. *Gut Microbes.* 2024;16(1):2295403.
47. Feldman R, Rosenthal Z, Eidelman AI. Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biol Psychiatry.* 2014;75(1):56-64.
48. Aydin Kartal Y, Kaya L, Yazici S, Engin B, Karakus R. Effects of skin-to-skin contact on afterpain and postpartum hemorrhage: A randomized controlled trial. *Nurs Health Sci.* 2022;24(2):479-86.
49. Ruiz MT, Azevedo NF, Raponi MBG, Fonseca LMM, Wernet M, Silva MPC, et al. Skin-to-Skin Contact in the Third Stage of Labor and Postpartum Hemorrhage Prevention: A Scoping Review. *Matern Child Health J.* 2023;27(4):582-96.
50. Saxton A, Fahy K, Hastie C. Effects of skin-to-skin contact and breastfeeding at birth on the incidence of PPH: A physiologically based theory. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives.* 2014;27(4):250-3.
51. Al-Alaa H. Assess the Effectiveness of Using Kangaroo Mother Care on Reducing Postpartum Bleeding among Laboring Women: A Randomized Control Trial. *Journal of Women Health Care and Issues.* 2021;4(6).
52. Nimbalkar A, Patel D, Sethi A, Nimbalkar S. Effect of skin to skin care to neonates on pulse rate, respiratory rate SPO2 and blood pressure in mothers. *Indian J Physiol Pharmacol.* 2014;58(2):174-7.
53. Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Mukhamedrakhimov R, et al. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth.* 2009;36(2):97-109.
54. Heine E, Trautmann-Villalba P, Schoemig C, Hucklenbruch-Rother E, Kribs A, Mehler K. Delivery room skin-to-skin contact brings mother-child-interaction of preterm infants close to normal. *Acta Paediatr.* 2023;112(11):2381-3.
55. Pathak BG, Sinha B, Sharma N, Mazumder S, Bhandari N. Effects of kangaroo mother care on maternal and paternal health: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2023;101(6):391-402g.
56. Uvnäs-Moberg K, Handlin L, Petersson M. Self-soothing behaviors with particular reference to oxytocin release induced by non-noxious sensory stimulation. *Front Psychol.* 2014;5:1529.

57. Norén J, Nyqvist KH, Rubertsson C, Blomqvist YT. Becoming a mother - Mothers' experience of Kangaroo Mother Care. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*. 2018;16:181-5.
58. Ionio C, Ciuffo G, Landoni M. Parent-Infant Skin-to-Skin Contact and Stress Regulation: A Systematic Review of the Literature. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(9).
59. Johnston C, Campbell-Yeo M, Disher T, Benoit B, Fernandes A, Streiner D, et al. Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2017;2(2):Cd008435.
60. Vittner D, D'Agata A, Choi BY, McGrath J. Release of Oxytocin and Cortisol Is Associated With Neurobehavioral Patterns in Premature Infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2023;52(3):248-56.
61. Hucklenbruch-Rother E, Vohlen C, Mehdiani N, Keller T, Roth B, Kribs A, et al. Delivery room skin-to-skin contact in preterm infants affects long-term expression of stress response genes. *Psychoneuroendocrinology*. 2020;122:104883.
62. Zou Y, Li Y, Jiang M, Liu X. Effect of early skin-to-skin contact after vaginal delivery on pain during perineal wound suturing: A randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Res*. 2022;48(3):729-38.
63. Lilliesköld S, Zwedberg S, Linnér A, Jonas W. Parents' Experiences of Immediate Skin-to-Skin Contact After the Birth of Their Very Preterm Neonates. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2022;51(1):53-64.
64. Shorey S, He HG, Morelius E. Skin-to-skin contact by fathers and the impact on infant and paternal outcomes: an integrative review. *Midwifery*. 2016;40:207-17.
65. Rekommendationer om avnavling av det nyfödda barnet. Svenska barnmorskeförbundet, Svensk förening för obstetrik & gynekologi, Svenska neonatalföreningen. 2022
66. Seidler AL, Libesman S, Hunter KE, Barba A, Aberoumand M, Williams JG, et al. Short, medium, and long deferral of umbilical cord clamping compared with umbilical cord milking and immediate clamping at preterm birth: a systematic review and network meta-analysis with individual participant data. *Lancet*. 2023;402(10418):2223-34.
67. Widström AM, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K, Nissen E. A plausible pathway of imprinted behaviors: Skin-to-skin actions of the newborn immediately after birth follow the order of fetal development and intrauterine training of movements. *Med Hypotheses*. 2020;134:109432.
68. Tio steg som främjar amning. Baserat på WHO:s Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018). 2018 [Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-10-7596.pdf>].
69. Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns. *Acta Paediatr*. 2004;93(6):779-85.
70. Chi Luong K, Long Nguyen T, Huynh Thi DH, Carrara HP, Bergman NJ. Newly born low birthweight infants stabilise better in skin-to-skin contact than when separated from their mothers: a randomised controlled trial. *Acta Paediatr*. 2016;105(4):381-90.
71. Parker LA, Sullivan S, Kruger C, Mueller M. Timing of milk expression following delivery in mothers delivering preterm very low birth weight infants: a randomized trial. *J Perinatol*. 2020;40(8):1236-45.
72. Parker MG, Stellwagen LM, Noble L, Kim JH, Poindexter BB, Puopolo KM. Promoting Human Milk and Breastfeeding for the Very Low Birth Weight Infant. *Pediatrics*. 2021;148(5).
73. Svensson KE, Velandia MI, Matthiesen AS, Welles-Nyström BL, Widström AM. Effects of mother-infant skin-to-skin contact on severe latch-on problems in older infants: a randomized trial. *Int Breastfeed J*. 2013;8(1):1.
74. Brimdyr K, Cadwell K. Connecting the dots between fetal, premature and full-term behaviour while in skin-to-skin contact: The nine stages of instinctive behaviour. *Breastfeed Rev*. 2021;29(3):17-24.

75. Nyqvist KH. Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants. *Acta Paediatr.* 2008;97(6):776-81.
76. Arya S, Chhabra S, Singhal R, Kumari A, Wadhwa N, Anand P, et al. Effect on neonatal sepsis following immediate kangaroo mother care in a newborn intensive care unit: a post-hoc analysis of a multicentre, open-label, randomised controlled trial. *EClinicalMedicine.* 2023;60:102006.
77. Arya S, Naburi H, Kawaza K, Newton S, Anyabolu CH, Bergman N, et al. Immediate "Kangaroo Mother Care" and Survival of Infants with Low Birth Weight. *N Engl J Med.* 2021;384(21):2028-38.
78. Charpak N, Montealegre-Pomar A, Bohorquez A. Systematic review and meta-analysis suggest that the duration of Kangaroo mother care has a direct impact on neonatal growth. *Acta Paediatr.* 2021;110(1):45-59.
79. Ulmer-Yaniv A, Yirmiya K, Peleg I, Zagoory-Sharon O, Feldman R. Developmental Cascades Link Maternal-Newborn Skin-to-Skin Contact with Young Adults' Psychological Symptoms, Oxytocin, and Immunity; Charting Mechanisms of Developmental Continuity from Birth to Adulthood. *Biology (Basel).* 2023;12(6).
80. Bisanalli S, Balachander B, Shashidhar A, Raman V, Josit P, Rao SP. The beneficial effect of early and prolonged kangaroo mother care on long-term neuro-developmental outcomes in low birth neonates - A cohort study. *Acta Paediatr.* 2023;112(11):2400-7.
81. Lilliesköld S, Lode-Kolz K, Rettedal S, Lindstedt J, Linnér A, Markhus Pike H, et al. Skin-to-Skin Contact at Birth for Very Preterm Infants and Mother-Infant Interaction Quality at 4 Months: A Secondary Analysis of the IPISTOSS Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open.* 2023;6(11):e2344469.
82. Charpak N, Tessier R, Ruiz JG, Hernandez JT, Uriza F, Villegas J, et al. Twenty-year Follow-up of Kangaroo Mother Care Versus Traditional Care. *Pediatrics.* 2017;139(1).
83. Charpak N, Tessier R, Ruiz JG, Uriza F, Hernandez JT, Cortes D, et al. Kangaroo mother care had a protective effect on the volume of brain structures in young adults born preterm. *Acta Paediatr.* 2022;111(5):1004-14.
84. World Health Organization. Global position paper. Kangaroo mother care. A transformative innovation in health care 2023 [Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/367626/9789240072657-eng.pdf?sequence=1>].
85. Karlsson V, Heinemann AB, Sjörs G, Nykvist KH, Agren J. Early skin-to-skin care in extremely preterm infants: thermal balance and care environment. *J Pediatr.* 2012;161(3):422-6.
86. Casper C, Sarapuk I, Pavlyshyn H. Regular and prolonged skin-to-skin contact improves short-term outcomes for very preterm infants: A dose-dependent intervention. *Arch Pediatr.* 2018;25(8):469-75.
87. Clarke P, Allen E, Atuona S, Cawley P. Delivery room cuddles for extremely preterm babies and parents: concept, practice, safety, parental feedback. *Acta Paediatr.* 2021;110(5):1439-49.
88. Socialstyrelsen. Vård av extremt för tidigt födda barn. En vägledning för vård av barn födda före 28 fullgångna graviditetsveckor 2014 [Available from: https://neo.barnlakarforeningen.se/wp-content/uploads/sites/14/2020/01/Underburen-f%C3%B6rev28_2014-9-10.pdf].
89. Kimkool P, Huang S, Gibbs D, Banerjee J, Deierl A. Cuddling very and extremely preterm babies in the delivery room is a positive and normal experience for mothers after the birth. *Acta Paediatr.* 2022;111(5):952-60.
90. Mehler K, Hucklenbruch-Rother E, Trautmann-Villalba P, Becker I, Roth B, Kribs A. Delivery room skin-to-skin contact for preterm infants-A randomized clinical trial. *Acta Paediatr.* 2020;109(3):518-26.
91. Säker förlossningsvård. SUPC – Öväntad postnatal kollaps. LÖF Rekommendationer 2021 [Available from: <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/saker-forlossningsvard/rekommendationer-och-rad>].
92. Rutin: Samvård av mamma och barn på förlossnings-/BB- och neonatalavdelning. Kvinnoklinik, Barn- och ungdomssjukvård.Västra Götalandsregionen. 2022

[Dokument-ID: NU10035-986315719-223. Available from: [https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/SOFIA/NU10035-986315719-223/SURROGATE/Samv%c3%a5rd%20av%20mamma%20och%20barn%20p%c3%a5%20f%c3%b6rlossnings-\(BB-%20och%20neonatalavdelning.pdf](https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/SOFIA/NU10035-986315719-223/SURROGATE/Samv%c3%a5rd%20av%20mamma%20och%20barn%20p%c3%a5%20f%c3%b6rlossnings-(BB-%20och%20neonatalavdelning.pdf).

93. Socialstyrelsen. Minska risken för plötslig spädbarnsdöd. En vägledning för hälso- och sjukvårdspersonal 2014.
94. Lawson K, Offer C, Watson J, McGuire B, Renfrew MJ. The economic benefits of increasing kangaroo skin-to-skin care and breastfeeding in neonatal units: analysis of a pragmatic intervention in clinical practice. *Int Breastfeed J*. 2015;10:11.
95. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387(10017):491-504.
96. Westrup B, Stjernqvist K, Kleberg A, Hellström-Westas L, Lagercrantz H. Neonatal individualized care in practice: a Swedish experience. *Seminars in neonatology* : SN. 2002;7(6):447-57.
97. Patriksson K, Selin L. Parents and newborn "togetherness" after birth. *International journal of qualitative studies on health and well-being*. 2022;17(1):2026281.
98. Anjur KI, Darmstadt GL. Separation of Maternal and Newborn Care in US Hospitals: A Systemic Threat to Survival, Health and Well-Being. *Health Syst Reform*. 2023;9(1):2267255.
99. Sveriges Kommuner och Regioner. Graviditetsenkäten 2022 [Available from: <https://skr.se/download/18.4d8a68f7188420c4004d4867/1686291804709/Graviditetsenkaten-Resultat-per-1-januari-31-december-2022.pdf>.
100. van Veenendaal NR, Labrie NHM, Mader S, van Kempen A, van der Schoor SRD, van Goudoever JB. An international study on implementation and facilitators and barriers for parent-infant closeness in neonatal units. *Pediatr Investig*. 2022;6(3):179-88.
101. Linnér A, Lilliesköld S, Jonas W, Skiöld B. Initiation and duration of skin-to-skin contact for extremely and very preterm infants: A register study. *Acta Paediatr*. 2022;111(9):1715-21.
102. Report of the First Consensus Conference on Standards, Competencies and Recommended Best Practices for Infant and Family Centered Developmental Care in the Intensive Care Unit 2019 [Available from: https://nicudesign.nd.edu/assets/350964/website_manuscript_complete_document_w_references_november_2019_1_docx.pdf.
103. The European Standards of Care for Newborn Health (ESCNH). [Available from: <https://newborn-health-standards.org/standards/standards-english/>.
104. Report of the Tenth Consensus Conference on Newborn ICU Design 2023 [Available from: https://nicudesign.nd.edu/assets/554624/recommended_standards_final_2023.pdf.
105. University of Notre Dame. NICU Design Standards. 2024 [Available from: <https://nicudesign.nd.edu/nicu-standards/>.
106. Browne JV. How NICU design and infant and family-centered developmental care act synergistically to support babies and families. *J Perinatol*. 2023;43(Suppl 1):55-8.
107. Mohammed S, Savage T, Smith J, Shepley MM, White RD. Reimagining the NICU: a human-centered design approach to healthcare innovation. *J Perinatol*. 2023;43(Suppl 1):40-4.
108. EFCNI. European Standards of Care for Newborn Health (ESCNH). Infant- and family-centred developmental care. [Available from: <https://newborn-health-standards.org/standards/standards-english/infant-family-centred-developmental-care/>.