

# Konsekvensbeskrivning för kunskapsstöd Initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård

Nationellt programområde barns och ungdomars hälsa

Konsekvensbeskrivning för  
Initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård

Nationellt programområde för barns och ungdomars hälsa  
Kontakt: [Kunskapsstyrning-varld@skr.se](mailto:Kunskapsstyrning-varld@skr.se)

Beslutsdatum 2024-06-20

Datum	Version/beskrivning av förändring

# Innehållsförteckning

<b>1. Kort beskrivning av kunskapsstöd initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Förväntade förändringar jämfört med nuläget .....</b>	<b>4</b>
<b>3. Konsekvensbeskrivning för de åtgärder som innebär betydande förändring .....</b>	<b>5</b>
3.1 Åtgärd Att genomföra initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård .....	5

# 1. Kort beskrivning av kunskapsstöd initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård

Kunskapsstödet riktar sig till personal och ledningsansvariga inom vårdkedjan mödrahälsovård, förlossningsvård, eftervård, neonatalvård, anestesi, operation och intensivvård.

Kunskapsstödet gäller nyfödda barn och deras mödrar under de första timmarna efter födseln och efterföljande tid då båda vårdas på sjukhus. Det omfattar definitioner, rekommendationer, samt vägledning för implementering och utveckling av arbetssätt kring obruten initial hud-mot-hudkontakt och samvård.

Målbilden är att nyblivna mödrar och deras nyfödda barn vårdas tillsammans och initialt i hud-mot-hudkontakt oavsett vårdbehov. För att uppnå detta krävs samsyn och samarbete över verksamhetsgränser, tydlig ansvarsfördelning samt ändamålsenliga och anpassade lokaler, utrustning och arbetssätt.

Kunskapsstödet utgörs av tre dokument; 1. Kunskapsstöd för initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård; 2. Grund för rekommendation; samt 3. Konsekvensbeskrivning. För mer utförlig beskrivning av aktuellt kunskapsläge, referenser, samt effekter av initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård, se Grund för rekommendation.

Familjer finns i olika konstellationer och föräldraskap kan se olika ut. I vårdsituationen behöver ett inkluderande språkbruk användas utifrån personens uttryck och önskemål. 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. För mer information, se Grund för rekommendation.

## 2. Förväntade förändringar jämfört med nuläget

Kunskapsstödet och implementering av dess rekommendationer förväntas ge

- positiva hälsoeffekter för mor, barn och familj
- mer jämlik vård oberoende av när, var och hur förlossningen sker och vad den efterföljande vården kräver
- bättre förutsättningar för att uppfylla Barnkonventionens artikel 9 om barns rätt att inte skiljas från sina föräldrar och artikel 3 om att barnets bästa alltid ska beaktas

- ökad kunskap och medvetenhet hos berörd personal
- förändrade arbetssätt med ökat teamarbete över verksamhetsgränser
- stöd till verksamhetsutveckling, kvalitetsuppföljning och samverkan mellan berörda verksamheter
- underlag för lokal, regional och nationell styrning och uppföljning.

## 3. Konsekvensbeskrivning för de åtgärder som innebär betydande förändring

### 3.1 Åtgärd Att genomföra initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård

#### 3.1.1 Befolkningens hälsa, behov och tillgång till vård

Genom samvård kan mor och barn ges samordnad och situationsanpassad vård, vilket bidrar till förbättrad kvalitet och säkerhet. Personcentreringen ökar när vården ges sammanhållet och familjen ges möjlighet att aktivt delta i planering och genomförande av den egna vården. Samvård ger även goda förutsättningar för initial obruten hud-mot-hudkontakt efter födseln samt fortsatt och kontinuerlig hud-mot-hudkontakt.

Hud-mot-hudkontakt har visats ge positiva hälsoeffekter genom att

- främja bröstmjolkproduktion och amning
- barnet koloniserar med gynnsam bakterieflora
- barnet får förbättrad motståndskraft mot infektioner
- stabilisera andning, cirkulation och temperatur under barnets fysiologiska omställning efter födseln
- minska blödningsmängd efter förlossning
- minska smärtupplevelse för mor och barn
- minska stress för mor och barn
- förbättra moderns blodtrycksreglering
- förbättra neurologisk och kognitiv utveckling för barnet
- förbättra föräldra-barn interaktion.

#### 3.1.2 Hälsoekonomiska perspektiv

Hälsoekonomi fokuserar på att använda vårdens resurser så att mesta möjliga hälsoeffekt uppnås för befolkningen. Nedanstående bedömning av hälsoeffekter och verksamhetskonsekvenser bygger på studier, kvalitetsregister och rapporterade erfarenheter inom de enheter som genomfört arbetssättet. Bedömning av vinster och hälsoeffekter behöver utgå från varje verksamhets nuläge i

förhållande till kunskapsstödet rekommendationer. Förändringen kan följas över tid med stöd av vård- och hälsodata från relevanta kvalitetsregister.

Effekter som kan medföra minskade kostnader är

- mer samordnad vård och stärkt patientsäkerhet genom samordnad rapportering, gemensam vårdplats, minskat antal förflyttningar mellan enheter samt främjad trygghet och kontinuitet
- färre interventioner under vårdtiden för mor och barn
- färre barn som behöver specialiserad vård
- kortare vårdtid för barn
- minskat användande av bröstmjölksersättning.

På längre sikt och på samhällsnivå kan kostnader för hälso- och sjukvård samt för sjukfrånvaro minska genom

- färre infektionsrelaterade sjukvårdskontakter för barnet, relaterat till främjad amning och färre interventioner
- förbättrade förutsättningar för neurologisk och kognitiv utveckling för barnet
- förbättrade förutsättningar för mental hälsa för modern och den andra föräldern.

### 3.1.3 Etiskt perspektiv

Kunskapsstödet betonar att verksamheter och personal ansvarar för att så långt som möjligt skapa förutsättningar för hud-mot-hudkontakt och samvård. Stöd ska ges utifrån ett personcentrerat förhållningssätt med hänsyn till patientens behov och resurser. En tydlig målsättning är att verksamhetens organisation, utrustning och bemanning inte ska utgöra hinder för initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård.

Kunskapsstödet rekommendation om samvård stärker patientens rätt till information, delaktighet och respekt, genom att familjen hålls samman. Implementering av samvård medför även att barn enbart skiljs från sina föräldrar om det är till nytta för barnet och att återförening underlättas. Samvård bidrar till att hud-mot-hudkontakt för mor och barn kan erbjudas upprepat och kontinuerligt möjliggöras under vårdtiden.

Sjukvården kan genom tidig, tillgänglig och anpassad information om fördelar för både mor och barn, skapa förutsättningar för hud-mot-hudkontakt. Varje vårdssituation behöver värna den personliga integriteten och vårdhandlingar som kräver att hud och känsliga områden blottas kräver särskild hänsyn. I situationer där initial obruten hud-mot-hudkontakt mellan mor-barn av personliga, fysiska eller psykiska omständigheter inte är möjlig är ett stödjande icke-värderande förhållningssätt särskilt viktigt. Vid vårdplanering görs en individuell bedömning av såväl mor som barn, utifrån aktuella förutsättningar. Involvering av den andra föräldern och familjens stödjande nätverk underlättar att barnet initialt får hud-mot-hudkontakt med annan närstående.

### 3.1.4 Verksamhetskonsekvenser

Kunskapsstödet syftar till att

- öka kunskap och medvetenhet om effekterna av initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård
- sprida praktisk kunskap kring hur initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård kan genomföras
- underlätta implementering och öka samarbetet mellan berörda verksamheter
- betona att förutsättningar för initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård behöver prioriteras vid verksamhets- och organisationsförändringar.

Beräkning av kostnader och vinster behöver utgå från varje verksamhets nuläge i förhållande till kunskapsstödet rekommendationer om samvård och obruten hud-mot-hudkontakt. För närvarande finns begränsade möjligheter att kartlägga hur väl arbetssätten tillämpas. Varierande definition av samvård och få parametrar för initial obruten hud-mot-hudkontakt försvårar systematisk uppföljning. Kunskapsstödet förtydligade definitioner och förslag till indikatorer syftar till att kvalitetsregister ska kunna användas för uppföljning av implementering och följsamhet, både lokalt och nationellt.

Konsekvenser vid implementering av rekommendationerna kan vara

- initialt ökade kostnader för samordning och kompetenshöjande insatser, mobil och fast utrustning, samt eventuell ombyggnation av lokaler
- minskade kostnader för medicinteknisk utrustning, främst minskat behov av kuvöser och CPAP-tillbehör
- ökad arbetstillfredsställelse och kontinuitet för personal genom nya arbetssätt med förutsättningar för initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård.

Över längre tidsperiod och i takt med ökad implementering bör kostnader för samordning, utrustning och anpassning av lokaler minska. Tillämpningen av kunskapsstödet behöver inte medföra några organisatoriska förändringar utöver stärkt samarbete mellan de verksamheter som vårdar mor och barn.

Under implementeringsfasen kan nya arbetssätt innebära utmaningar när personal behöver utföra ordinarie arbetsuppgifter i en för dem ovan miljö. Detta kan underlättas genom utbildning och auskultation samt anpassning av utrustning och lokaler för att bibehålla god ergonomi och arbetsmiljö. Verksamhetsöverskridande gemensamma rutiner och tydliga kommunikationsvägar behöver etableras. Mobila arbetssätt och i vissa fall delegering av uppgifter och ansvar medför att personal behöver handledning och forum för uppföljning och utvärdering.

För framgångsrik implementering behöver förändringsarbetet vara väl förankrat på övergripande ledningsnivå och ske verksamhetsöverskridande, med tydlig ansvarsfördelning och i samarbete med all berörd personal. Genom att involvera patientföreträdare kan ytterligare perspektiv och värdefull kunskap tillföras. Nationella, regionala och lokala nätverk och arbetsgrupper arbetar redan idag för

att underlätta erfarenhetsutbyte och samarbete. Dessa kan involveras för att minska resursåtgång vid utformande av checklistor och åtgärdsplaner.

För verksamheter i tidig fas eller låg grad av implementering kan en risk- och konsekvensanalys, där samtliga berörda enheter deltar, identifiera gap, förbättringsåtgärder och kostnader. En möjlighet som föreslås i Kunskapsstödet och som flera verksamheter prövat, är att förändringsarbetet sker etappvis och inleds med mindre sköra barn och mödrar.

### 3.1.5 Uppföljning

Kunskapsstödet riktar sig till personal och ledningsansvariga inom vårdkedjan mödrahälsovård, förlossningsvård, eftervård, neonatalvård, anestesi, operation samt intensivvård och inkluderar de två patientgrupperna mor och barn. Kvalitetsuppföljningen bör omfatta samtliga verksamhets- och patientperspektiv.

#### 3.1.5.1 Kvalitetsregister

I vårdkedjan finns följande kvalitetsregister för uppföljning av initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård,

- Graviditetsregistret (GR)
- Svenskt neonatalt kvalitetsregister (SNQ)
- Medicinska födelseregistret (MFR)
- Barnhälsovårdens kvalitetsregister (BHVQ).

Graviditetsregistret och Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister omfattar även patientenkäter som skickas till respektive patientgrupp efter utskrivning, vilket möjliggör registrering av PREM och PROM. I SNQ:s årsrapport ingår en beskrivning av neonatalvårdens kapacitet och struktur omfattande utrustning, bemanning och kompetens, baserat på data inhämtade via en enkät till verksamhetsansvariga.

#### 3.1.5.2 Indikatorer för uppföljning

Initiering och duration av initial och därefter fortsatt hud-mot-hudkontakt, amning/bröstmjolk i munnen under barnets första levnadstimme, omfattning av samvård, samt patientupplevelser bör följas nationellt.

#### Relevanta indikatorer som för närvarande registreras i respektive kvalitetsregister

##### Graviditetsregistret

I graviditetsenkäten som skickas till nyblivna mödrar åtta veckor efter förlossningen efterfrågas om barnet legat hud-mot-hud med mor direkt efter förlossningen, tills barnet sugit och/eller somnat.



### Svenskt neonatalt kvalitetsregister (SNQ)

För barn som vårdas på neonatalenhet registreras via patientjournal bland annat följande variabler

- hud-mot-hudvård första dygnet
- hud-mot-hudvård >3 timmar per dygn
- hud-mot-hudvård >6 timmar per dygn
- tidpunkt för mors mjölk i munnen första gången

### Barnhälsovårdens kvalitetsregister (BHVO)

- amning och tillmatning sedan barnets födelse
- depressiva symtom hos mor

### **Förslag på kompletterande indikatorer**

För att hud-mot-hudkontakt och samvård ska kunna följas oberoende av var mor och barn vårdas, behöver respektive register kompletteras med nedanstående uppgifter.

### Graviditetsregistret (GR)

- tidpunkt för första hud-mot-hudkontakt med mor
- tidpunkt för första hud-mot-hudkontakt med den andra föräldern eller av förälder utsedd person
- tidpunkt för första avbrott i hud-mot-hudkontakt
- orsak till avbruten eller utebliven hud-mot-hudkontakt under de första två timmarna efter födelsen
- om barnet ammat eller fått sin mors mjölk i munnen första timmen
- om mor och barn samvårdades från födseln tills mor eller barn skrevs ut
- orsak till utebliven samvård
- moderns upplevelser av separation och samvård.

### Svenskt neonatalt kvalitetsregister (SNQ)

- tidpunkt för första hud-mot-hudkontakt med mor
- tidpunkt för första hud-mot-hudkontakt med den andra föräldern eller av föräldrarna utsedd person
- tidpunkt för första avbrott i hud-mot-hudkontakt
- orsak till avbruten eller utebliven hud-mot-hudkontakt under de första två timmarna efter födelsen
- om barnet ammat eller fått sin mors mjölk i munnen första timmen
- om mor och barn samvårdades från födseln tills mor eller barn skrevs ut
- orsak till utebliven samvård
- moderns upplevelser av separation och samvård.