



BARNHÄLSOVÅRDENS KVALITETSUTVECKLING I JÄMTLANDS LÄN



Resultatredovisning 2017

Föräldra- och Barnhälsan

Kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård i Jämtlands län

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	BARNHÄLSOVÅRD I JÄMTLANDS LÄN 2017	
	- SAMMANFATTANDE TANKAR OCH REFLEKTIONER.....	3
2	SAMMANFATTNING AV BARNHÄLSOVÅRDENS RESULTAT 2017	4
3	BARNHÄLSOVÅRDENS HÄLSOUNDERSÖKNINGSPROGRAM	5
3.1	BARNHÄLSOVÅRDENS NATIONELLA PROGRAM I JÄMTLANDS LÄN	5
3.2	BARNHÄLSOVÅRDENS NATIONELLA PROGRAM	6
3.3	HÄLSOUNDERSÖKNING BHV JÄMTLANDS LÄN.....	7
4	BARNHÄLSOVÅRD JÄMTLAND - ORGANISATION	8
5	PSYKOLOG- OCH SOCIONOMVERKSAMHETEN PÅ FÖRÄLDRA- OCH BARNHÄLSAN	9
6	KONVENTIONEN OM BARNETS RÄTTIGHETER	10
7	BARNPOPULATION	11
7.1	FÖDDA OCH INSKRIVNA.....	11
7.2	BEMANNING PÅ BARNAVÅRDSCENTRALEN	13
7.3	BVC – NORMTID/FAKTISK ARBETAD TID	13
7.4	VÅRDINTYGSINDEX	15
8	BARNS HÄLSA	16
8.1	AMNING.....	16
8.2	RÖKNING.....	17
8.3	SNUSNING.....	17
8.4	ÖVERVIKT OCH FETMA - BMI	18
8.5	VACCINATIONER	19
8.6	SMÅBARNSTANDVÅRD I JÄMTLAND-HÄRJEDALEN 2017	22
9	FÖRÄLDRASTÖD	23
9.1	HEMBESÖK UNDER 2016 FÖR NYBLIVNA FÖRÄLDRAR I JÄMTLANDS LÄN	23
9.2	PSYKISK OHÄLSA – EPDS	24
9.3	FÖRÄLDRASTÖD I GRUPP.....	25
9.4	Z-MODELLEN.....	25
9.5	ÖMSESIDIG RESPEKT 2017	26
9.6	FAMILJECENTRALER	27
10	SAMVERKAN MED FÖRSKOLAN	28
11	BARN SOM FAR ILLA – ANMÄLAN OM ORO FÖR BARN FRÅN BARNHÄLSOVÅRDEN	28
12	GIVEN FORTBILDNING 2017	29
13	MÖTEN OCH TRÄFFAR	30
14	TANKAR FRAMÅT	31
15	REFERENSER	32

16	DEFINITIONER	33
17	APPENDIX	34
17.1	ANTAL INSKRIVNA BARN.....	34
17.2	BEMANNING BVC.....	35
17.3	NORMTID/FAKTISK TID.....	36
17.4	ANDEL UTLANDSFÖDDA.....	37
17.5	AMNING.....	38
17.6	RÖKNING.....	38
17.7	ÖVERVIKT OCH FETMA – BMI.....	38
17.8	ANDEL VACCINERADE.....	39
17.9	FÖRÄLDRASTÖD.....	40
17.10	FÖRSKOLA.....	43

BHV-teamet önskar att rikta ett varmt Tack

**till Jennie Hedman och Gunnel Holmqvist för er värdefulla erfarenhet
och hjälp med insamling och sammanställning av data till årets
Resultatredovisning!**

**till Mikaela Romlid och Elisabeth Palmqvist för ovärderlig hjälp med
data, sammanställning, layout och allmänt stöd!**

1 BARNHÄLSOVÅRD I JÄMTLANDS LÄN 2016 - SAMMANFATTANDE TANKAR OCH REFLEKTIONER

Alla barn i Sverige har rätt till kostnadsfri barnhälsovård. Verksamheten är universell och når i stort sett alla barn. För att kunna följa hur barnhälsovård (BHV) erbjuds och bedrivs ur ett långsiktigt likväl som jämlikt perspektiv har det beslutats om ett antal kvalitetsindikatorer (mål), se kapitel 2 Sammanfattning av barnhälsovårdens resultat 2017 och Riktlinjer 2017 för Barnhälsovården i Jämtlands län/6 Kravspecifikation (Centuri). För att uppnå de mål som definierats behövs tillräckliga resurser, med ändamålsenlig fördelning. Innehållet i verksamheten värnas genom att utfallen årligen följs upp, och sammanställs i den resultatredovisning du här tar del av. Rapporten belyser verksamheten vid länets barnavårdscentraler (BVC) på läns-, kommun- och enhetsnivå. Resultatredovisningens intention och syfte är att ge personal och beslutsfattare en sammanfattad helhetsbild av den barnhälsovård som erbjuds i länet, samt utgöra ett stöd i arbetet med att genomföra och utveckla barnhälsovården i Jämtlands län.

Barnhälsovården i Jämtlands län utgjordes 2017 av 65 BHV-sjuksköterskor och 71 BHV-läkare som vid 29 BVC-mottagningar bedrev hälsofrämjande insatser för **8 647 barn 0–5 år och deras föräldrar**. Andel barn Inskrivna på BVC i förhållande till befolkningstalet i Jämtlands län i slutet av året minskade något jämfört senaste år, men är fortsatt strax över 100 %, vilket förklaras av ej folkbokförda barn och familjer. Andel hälsoundersökta spädbarn (0–1 år) 2017 var hela 99,6 %. För att verksamheten ska motsvara barnfamiljernas behov krävs samverkan med andra verksamheter som kommer i kontakt med barn och föräldrar. Speciellt viktig är samverkan med mödrahälsovården, socialtjänsten och förskolan/öppna förskolan genom Familjecentralerna. Den 1/12 öppnade Östersunds första privata hälsocentral och BVC, på grund av öppning sent under året har vi valt att inte inkludera denna i resultatredovisningen för 2017.

Amningsfrekvensen har under 2000-talet varit sjunkande, särskilt beträffande helamning under barnets första månader. Under 2017 minskar andelen helammande igen jämfört fjolårets positiva siffror. Detta innebär att det uppsatta målet för andel barn som hel och- eller delammas uppnås endast vid 4 månaders ålder.

Hembesök och Föräldrastöd i grupp är två viktiga men också tidskrävande primärpreventiva erbjudanden från barnhälsovården. Under 2017 noteras en betydande minskning i andel familjer som erbjudits hembesök och föräldrastöd i grupp, sannolikt avspeglade de utmaningar barnhälsovården i Jämtland stått inför avseende både belastning och bemanning på BVC.

Andelen vaccinerade 2-åringar i Jämtlands län 2017 ökade i förhållande till senaste års resultatsammanställningar och vaccinationstäckningen bland länets 2-åringar 2017 är på kommunnivå god eller mycket god. De senaste årens migrationsvåg har i många avseenden inneburit en utmaning för barnhälsovården, tydligt avspeglat i senaste års höga andel barn med ökad vaccinationsstatus. Många enheter har under 2017 antagit och väl hanterat den arbetskrävande uppgiften med upp vaccination.

Sammanställning av barnhälsovårdens verksamhet i länet 2017 visar sammanfattningsvis på flera sätt att verksamheten även under 2017 har varit ansträngd, andel barn och föräldrar som tagit del av hälsofrämjande förebyggande åtgärder som föräldrastöd i grupp, hembesök och samverkan med förskolorna minskar på flera håll. Övergång från papper- till datajournal i nära anslutning till restnoterade vacciner och ett stort antal flyktingsökande barnfamiljer i slutet av 2015 har påverkat verksamheten även under 2017. Övergång till delvis datateknisk statistik skapar värdefullt utrymme för BHV-sjuksköterskan i utförande av grunduppdraget på BVC men kan påverka utdata och longitudinell analys, resultatredovisningen behöver betraktas med det i åtanke.

I region Jämtland Härjedalen arbetade 2017 drygt 150 professionella, sjuksköterskor, läkare, psykologer och socionomer, med barnhälsovård, dessa skapar alla genom sin kompetens och sitt engagemang möten med barn och familjer som gör skillnad! Vi vill passa på att rikta ett varmt **TACK** till alla 65 BHV-sjuksköterskor för det ovärderliga arbete ni även i år utfört med att rapportera data manuellt vilket möjliggör jämförelse med elektroniska utdata, justering av datauttag och i slutändan gör denna resultatredovisning möjlig och pålitlig. **Vår förhoppning är att rapporten ska ge upphov till analys och diskussion. Vi ser fram emot att möta dig som tar del av rapporten i fortsatta sammanhang och i frågor som rör de jämtländska barnens hälsa, välmående och rättigheter!**

Jämtland juni 2018

Anna Lundmark
Barnhälsovårdsöverläkare

Sara Flögstad Jägerhäll
Vik. Samordnande barnhälsovårdssjuksköterska

Tua Bardosson
Utvecklingspsykolog

Tabell 1 Sammanfattning av barnhälsovårdens resultat 2017

Område	Uppsatt mål 2017	Uppnått mål 2017 %	Resultat +/-	Spridning mellan BVC-enheter
Hälsoövervakning	99 % av barn 0–1 år	99,6%	+	Antal inskrivna barn födda 2017 per BVC-enhet: 4–229 st
Hembesök nyblivna föräldrar	Alla erbjuds hembesök	32,7%	-	0 – 100 %
Föräldragrupp Barn f. 2016	Alla nyblivna föräldrar erbjuds att delta	30%	-	0 – 100 %
Förskola	Alla förskolor erbjuds besök minst en gång/år	- Kommunal 26,7 - Annan regi 17,2	-	0 – 100 %
Psykisk ohälsa Barn f. 2016	Alla nyblivna mammor erbjuds EPDS	65,2%	-	0 – 100 %
Amning Barn f. 2016	80 % av barnen ammas helt vid 2 månaders ålder	70,6%	-	
	80 % av barnen ammas helt och/eller delvis vid 4 månaders ålder	81,7%	+	
	70 % av barnen ammas helt och/eller delvis vid 6 månaders ålder	68,6%	-	
Rökning Barn f. 2016	96 % rökfria mödrar när barnet är 0-4 veckor	98,9%	+	
	93 % rökfria föräldrar när barnet är 8 mån	95,2%	+	
Vaccinationer Barn f. 2015	97 % av barnen vacc. med MPR före 2 års ålder	96,4%	-	83,3 – 100 %
	99 % av barnen vacc. med DTP-polio - Hib - PCV före 2 års ålder	96,9 – 96,9 – 96,4%	-	66,7 – 100 %
	96 % av barn från riskländer vacc. med BCG före 2 års ålder	80,5%	-	0 – 100 %
BMI Barn f. 2013	>90% normalt BMI	84%	-	

3 BARNHÄLSOVÅRDENS HÄLSOUNDERSÖKNINGSPROGRAM

3.1 BARNHÄLSOVÅRDENS NATIONELLA PROGRAM I JÄMTLANDS LÄN

På uppdrag av regeringen publicerade Socialstyrelsen i april 2014 **Vägledning för barnhälsovården** (1). Vägledningen ska bidra till gemensamma referensramar för det hälso-främjande och förebyggande arbetet med mål att:

- främja barns hälsa och utveckling,
- förebygga ohälsa hos barn och
- tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem i barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö

För att på ett framgångsrikt sätt nå upp till dessa mål kan barnhälsovården:

- erbjuda insatser till alla barn och deras föräldrar – såsom att stödja och aktivera föräldrar i deras föräldraskap för att på så sätt skapa gynnsamma betingelser för en allsidig utveckling för barn
- erbjuda hälsoövervakning av alla barn
- ge individuellt utformad hjälp till barn och deras föräldrar då ett barn löper högre risk att drabbas av ohälsa eller redan har nedsatt hälsa
- uppmärksamma förhållanden i barnets närmiljö



Vägledningen skall utöver kunskaps- och handlägningsstöd även vara ett beslutsstöd för politiker, vårdgivare och verksamhetschefer. Vägledningen skall bidra till en mer jämlik och rättvis barnhälsovård av god kvalitet samt stärka användandet av evidensbaserad praktik.

Parallellt med Socialstyrelsens arbete tog barnhälsovårdsprofessionen fram ett nytt **nationellt barnhälsovårdsprogram** anpassat till vägledningen, se sid 6. Det tredelade programmet är tänkt som en pedagogisk modell där generella (I) respektive riktade (II, III) insatser genomgående preciseras, och behovet av riktade insatser tydliggörs.

Den nationella web-baserade handboken för barnhälsovård – **Rikshandboken BHV** (2) utgör praktisk handledning till vägledningen och barnhälsovårdsprogrammet.

Jämtlands län ska erbjuda en nationellt jämlik barnhälsovård i linje med Socialstyrelsens vägledningsdokument. Implementering av det nya barnhälsovårdsprogrammet påbörjades under 2014 och sedan den 1 jan 2015 har barnhälsovården i Jämtlands län med några få avsteg arbetat utifrån det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Arbetet för en successiv inprioritering av de hälsofrämjande åtgärderna hembesök vid 8 månaders ålder, enskilda föräldrasamtal och hörselscreening/lekaudiometri vid 4 års ålder fortsätter.

Barnhälsovårdens Kravspecifikation baseras på Socialstyrelsens Vägledning för barnhälsovården samt Nationella målbeskrivningar för sjuksköterske- och läkartjänstgöring inom BHV (3,4). Dokument **Riktlinjer för Barnhälsovården i Jämtlands län 2017** (5), återger kravspecifikation och målsättningar, kvalitetskriterier, innehåll i verksamheten och Hälsoundersökningsprogram, resursbehov samt lista över aktuella styrdokument.

I denna resultatredovisning för år 2017 presenteras en sammanställning av den verksamhet som under året bedrivits inom ramen för länets barnhälsovård. Innehållet i verksamheten värnas genom att utfallet årligen följs upp mot de i Riktlinjerna uppsatta målen. Som komplement till en årlig resultatredovisning utförs besök till länets BVC-mottagningar, för uppföljning av aktiviteter, mål – resultat och lokaler, det vi benämner medicinsk revision.



För alla	För alla vid behov	
<p>I</p> <p>Hälsoövervakning - att följa barns hälsa, utveckling och livsvillkor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tillväxt • Allmän somatisk undersökning • Psykomotorisk utvecklingsbedömning • Språk/kontakt/kommunikation • Beteendebedömning • Samspel mellan barn och föräldrar • Relation med andra barn och vuxna • Psykiska och sociala familjeförhållanden <p>Hälsofrämjande arbete (levnadsvanor och miljö):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spädbarnsvård • Amning, tillvänjning till annan kost • Kost • Tandhälsa • Fysisk aktivitet • Lek och Kultur • Barnsäkerhet • Förebygga skakvåld (abusive head trauma) • Förebygga SIDS (plötsligspädbarnsdöd) • Tobak • Alkohol/droger • Vård i nära relationer <p>Hälsofrämjande arbete (samspel och relationer)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Främja lyhört föräldraskap • Främja barnets utveckling, kompetens och delaktighet <p>Stöd i föräldraskapet (individuellt/grupp):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hembesök • Individuella samtal • Föräldragrupp • Teamarbete/Nätverk <p>Barnets/vårdnadshavarnas psykiska hälsobehov bedömda</p> <ul style="list-style-type: none"> • Följa och uppmärksamma barnets psykiska hälsa • Följa och uppmärksamma föräldrars/partners psykiska hälsa <p>Ge information och förmedla kunskap om lokala barn- och föräldraverksamheter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mödrahälsovård och elevhälsa • Sjuk- och tandvård • Öppen förskola • Barnomsorg • Socialtjänst • Familjerådgivning • Bibliotek • Övriga <p>Samverka med ovanstående</p> <p>Vaccinationer, D-droppar</p>	<p>II</p> <p>Samtal, vägledning och insatser efter behov</p> <p>Uppföljning och insatser för barnet, som bestäms av kunskap som finns eller framkommer vid den universella hälsoövervakningen (barnets bakgrund, tidigare och nuvarande hälsotillstånd, livsvillkor m.m.)</p> <p>Fördjupad kartläggning av skydds- och riskfaktorer. Beakta särskilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Föräldraoro • Emotionella och psykologiska problem • Barn med misstänkt eller faktisk avvikelse avseende hälsa, utveckling, beteende och samspel • Barn med ökad risk för ohälsa. • Barn från andra länder <p>Vidare kartläggning och bedömning av barnets utveckling, fysiska och psykiska hälsa och sociala situation</p> <p>Hälsovägledning - motivera till förändrade levnadsvanor i familjen (tobak, alkohol, kost, fysisk aktivitet)</p> <p>Utökad föräldrastöd individuellt eller i grupp, inklusive hembesök (sjuksköterska, läkare, psykolog, konsulter)</p> <p>Stödsamtal vid nedstämdhet/depression postpartum</p> <p>Tvärprofessionell konsultation/samverkan kring barn och familj med ökade behov T.ex. med:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psykolog för barnhälsovården. • Mödrahälsovård och elevhälsa. • Socialtjänst • Sjuk- och tandvård • Öppen förskola • Barnomsorg • Övriga <p>Bedömning och vaccination av barn med ökad risk för smitta och/eller ofullständig vaccination</p> <p>Utökad D-vitamin substitution</p>	<p>III</p> <p>Ytterligare samtal, vägledning och insatser i samverkan med andra vårdgivare, socialtjänst</p> <p>Insatser baseras på individuella bedömningar barnets/familjens behov</p> <p>Upprepade hembesök</p> <p>Täta kontakter med BVC</p> <p>Remiss till annan vårdgivare</p> <p>Nära samverkan med andra tex.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barnsjukvården • Övriga vårdgivare ex. barn/vuxenpsykiatri, habiliteringen • Spädbarnsverksamhet • Socialtjänsten • Migrationsverksamheter <p>Kontakt/anmälan till socialtjänsten</p> <p>Anmälan till Läkemiddelsverket vid biverkan</p>

3.3 HÄLSOUNDERSÖKNING BHV JÄMTLANDS LÄN

Tabell 2 Hälsoundersökningsprogram BHV Jämtlands län (5)
 *) Hälsöfrämjande åtgärder enligt Barnhälsovårdens nationella program, aktuella för inprioritering

1-3v	4v	6-8v	3m	4m	5-6m	8m	10m	12m	18m	3 år	4 år	5 år
Hem BVC	BVC	BVC	BVC	BVC	BVC	Hem* BVC	BVC	BVC	BVC	BVC	BVC	BVC
S	L+S Team	S	S	S	L+S Team	S	S	L+S Team	S	L+S Team	S	S
Vid varje besök: Familjesituation, Tillväxt, Hälsosamtal, Åtgärd												
	Läk.us Utvbed	Utvbed EPDS/ Enskilt föräldras amtal		Enskilt föräldra- samtal*	Läk.us Utvbed		Utvbed	Läk.us	Utvbed	Läk.us Utvbed Språk BMI	Utvbed BMI Syn Hörsel* Hälsa- ...	Utvbed Epikris
			Vacc		Vacc			Vacc	Vacc			Vacc

Uppmärksamma vid varje besök behov av riktade insatser som ytterligare besök, hembesök och/eller annan insats av

- Sjuksköterska (S)
- Läkare (L)
- Psykolog MBHV (P)
- Annan

Föräldra- och barnhälsan (FBH) är Region Jämtland Härjedalens samlade enhet för mödra- och barnhälsovårdsfrågor med medicinsk-, psykologisk-, social- och omvårdnadskompetens.

FBH arbetar för att utveckla en enhetlig mödrahälsovård (MHV) med mål att främja en god reproduktiv och sexuell hälsa och barnhälsovård (BHV) med mål att främja barns hälsa, trygghet och utveckling i Jämtlands län.

Centrala BHV-teamet utgörs av barnhälsovårdsöverläkare, samordnande BHV-sjuksköterska och utvecklingspsykolog, i samverkan med FBH:s psykologer och socionomer samt sekreterare.

Samordnande BHV-sjuksköterska har i sin tjänst uppdrag (10 %) som samordnare för länets Familjecentraler.

BHV arbetar **hälsofrämjande och förebyggande** i familjen och närmiljön med:

- faktorer som ger stöd och stärker familjens välbefinnande, t.ex. hembesök, föräldragrupper (**promotivt**)
- amning, kost, vaccinationer, barnsäkerhet, m.m. (**primärpreventivt**)
- hälsoundersökningar, för att upptäcka sjukdom eller hälsoproblem (**sekundärpreventivt**).

BHV:s verksamhet är **generell och skall erbjudas alla barn** med målet att bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för barn. För att uppnå dessa mål behöver BHV:

- erbjuda insatser till alla barn och föräldrar (**universell prevention**)
- erbjuda riktade förstärkta insatser till barn och föräldrar med särskilda behov (**selektiv prevention**)
- erbjuda individuellt utformad övervakning och stöd till barn som löper högre risk att drabbas av ohälsa (**indikerad prevention**).

Barnvårdscentraler (BVC) har under 2017 funnits vid länets samtliga 29 Hälsocentraler, varav 6 i annan regi än Region Jämtland Härjedalen. I december öppnade dessutom den privata Hälsocentralen och BVC Ripan i Östersund, dock ej medräknad i denna resultatsammanställning. Vid 13 hälsocentraler har BVC samverkat med mödrahälsovården, den öppna förskolan samt kommunens socialtjänst i en Familjecentral eller familjecentralsliknande verksamhet.

För den enskilda Hälsocentralens deltagande i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018 krävs kvalifikation i enlighet med Förfrågningsunderlag Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018. Antagna vårdgivare, såväl offentliga som privata åläggs att, i enlighet med punkt 3.1.8 Barnhälsovård, bedriva barnhälsovård med erbjudande om hälsoövervakningsprogram och föräldrastöd till samtliga barn i åldrarna 0–5 år i länet och deras föräldrar, i enlighet med **Riktlinjer för barnhälsovården Jämtlands län** (5) som återfinns i Centuri).

Verksamheten utförs av distriktssköterska/barnsjuksköterska och distriktsläkare/barnläkare. Varje BVC har tillgång till psykolog eller socionom på Föräldra- och Barnhälsan, för stöd till och behandling av föräldrar och utredning av barn samt konsultation och handledning till BVC-personal. I Socialstyrelsens Vägledning för barnhälsovården (1) betonas vikten av teamarbete, hur olika kompetenser verkar synergistiskt i målsättningen att bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för barn.

Under 2017 har föräldrautbildningen Z-modellen reviderats och psykologer och socionomer har varit delaktiga i arbetet, samt genomfört utbildning till MHV/BHV-personal i den nya modellen. En gruppledd utbildning har även genomförts, liksom deltagande i introduktionsdagar för ny personal och utbildning i Vägledande samspel. Konsultationsträffar har erbjudits och genomförts.

Föräldrar kan, efter hänvisning från barnmorska eller BHV-sjuksköterska, söka rådgivning via särskild rådgivningstelefon. Antalet samtal från föräldrar är ligger sedan några år tillbaka konstant på ca 80 samtal. Telefonen är även en konsultationskanal för BHV-personalen. Ett behov finns att närmare analysera antal samtal, fördelning och utnyttjande av telefontiden, för att få svar på om målsättningen att vara tillgängliga för både föräldrar och personal uppnås.

Andelen föräldrar som hör av sig via 1177 – Mina vårdkontakter ökar konstant. De flesta av dessa kontakter rör om- och avbokningar, men andelen önskemål om kontakt, råd och/eller egen vårdbegäran ökar också.

Det direkta patientarbete som genomförs av psykologer och socionomer består av stödsamtal, föräldrakonsultationer och fokuserade korttidsterapier. Riktade föräldrastödsgrupper har givits till föräldrar med prematurfödda barn samt till föräldrar med barn som har utmanande beteenden. De vanligaste nybesöksorsakerna är liksom tidigare år stöd i föräldraskap, stöd i graviditet och utvecklingsbedömningar av barn. Remissinströmningen har legat något lägre än genomsnittet de senaste fem åren. (306 remisser 2017, 326 remisser i genomsnitt senaste fem åren). En tredjedel av remiserna är "egen vårdbegäran", vanligtvis utifrån telefonsamtal till rådgivningstelefonen.

I ca 44 % av nybesöken 2017 var patienten barn, av dessa var 66 % pojkar och 34 % flickor. Bland nybesöken gentemot vuxna var 82 % av patienterna kvinnor. Liknande könsfördelning syns även tidigare år. Det gör det tydligt att vi i vårdkedjan fortfarande erbjuder en ojämförbar vård till länets föräldrar och barn. Vi behöver fortsätta arbetet med att tidigt kunna erbjuda stöd till de män som behöver. En inprioritering av enskilda föräldrasamtal skulle i detta avseende innebära en preventiv insats.

När det gäller antal besök per kommun så är Östersund överrepresenterat, 64 % av besöken är till boende i Östersunds kommun. 53% av det totala antalet inskrivna barn finns i Östersunds kommun. Detta innebär att vi inte heller har en jämlik fördelning av våra resurser utifrån geografiska förutsättningar. Det kan förstås vara beroende på åldersstrukturer och avstånd men ses ändå som något som behöver reflekteras över då stora skillnader ses mellan olika kommuner och mottagningar i andel remisser till PS-gruppen.

Barnkonventionen (BK) eller Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (16) antogs som fördrag av FN:s generalförsamling den 20 november 1989 och utgör en del av folkrätten. I linje med förslag från den svenska Barnrättsutredningen kommer BK att vara del av svensk lagstiftning från den 1 januari 2020.

Region Jämtland Härjedalens fullmäktige har beslutat att BK skall implementeras i regionens verksamheter. 2013 tillsattes en halvtidstjänst för strategiskt arbete med barnkonventionen och nationella minoriteter. Barnhälsovården har ett särskilt ansvar att, gentemot politiker och tjänstemän samt mot föräldrar, förmedla kunskap om barns behov och utveckling i relation till varje barns rättigheter.

Samrådsgruppen för barnkonventionen i Region Jämtland Härjedalen bildades 2011. Målsättningen är att varje verksamhetsområde har en företrädare. Gruppens representanter ska sprida och utveckla BK-arbetet inom sina respektive verksamhetsområden, identifiera och initiera utvecklingsbehov inom området samt lyfta dessa till Regiondirektörens Stygrupp för jämställd och jämlik verksamhet. BHV-öl har sedan 2015 varit Samrådsgruppens ordförande och tillsammans med regionens utvecklingsstrateg för barnkonventionen berett frågorna för barnkonventionsarbetet. Under 2017 beslutades efter en översyn och på gruppens egen inrådan att Samrådsgruppen hålls vilande.

Alla medarbetare i Region Jämtland Härjedalen har ansvar att omsätta BK i praktisk handling. Det förutsätter att barnperspektivet finns med i både planering och uppföljning och ställer krav på god barnkompetens hos personalen. Som assistans i det regionala arbetet finns skriften **Barnkonventionen i Region Jämtland Härjedalen - ett metodmaterial för reflektion, diskussion och utveckling** (6). Genom att erbjuda grundläggande kunskap om BK och inspirera till reflektion syftar materialet till att i förlängningen införliva Barnkonventionen i det dagliga arbetet. Det är viktigt att barnperspektivet integreras i den dagliga verksamheten och att frågor som rör barns rättigheter rutinmässigt lyfts på arbetsplatsträffar och andra beslutsorgan.

Enligt regionens **Övergripande handlingsplan för barnkonventionen och de nationella minoriteterna 2016–2018** (7) ska **Barnombud** successivt tillsättas i alla verksamheter. Barnombudet ska utbildas i BK och ges mandat och utrymme att driva barnkonventionsfrågor inom verksamheten.

I Regionen finns vidare framtaget **Kunskapsunderlag för arbetet med barn som anhöriga**, med tillhörande **Vägledning** och **Rutin för samtal med barn**, baserade på Socialstyrelsens Barn som anhöriga (8), samtliga tillgängliga i Centuri ledningssystem under Barnrättsfrågor. Vidare finns lokal utbildare i samtalsmetoden BRA-samtal (Barns Rätt som Anhöriga, Stiftelsen Allmänna Barnhuset).

BK stärker barnets rätt, både i familjen och i samhället. Det tydliga budskapet är att barn ska respekteras och att detta är alla vuxnas ansvar. All personal i region Jämtland Härjedalen ska arbeta efter BK i sitt förhållningssätt och i sitt bemötande av barn och vuxna. BK ska synliggöras i verksamhetsdokument, kvalitetsmål och kvalitetsuppföljning.

Barnombudsmannens informationsmaterial för föräldrar "Viktigast av allt" (handledning, filmer, broschyr och webbplats), lägger särskilt fokus vid relationen mellan barn och föräldrar och tar upp barnets rätt till skydd mot våld. Materialet används i föräldragrupper vid MHV och BVC i länet.



7 BARNPOPULATION

7.1 FÖDDA OCH INSKRIVNA

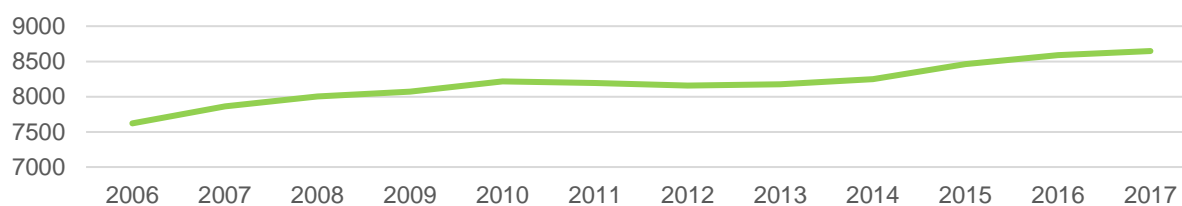
Det statistiska materialet grundar sig på 2017 års antal nyfödda barn i länet, antal på BVC inskrivna och barn 0–5 år och 6-åringar som inte börjat förskoleklass, samt SCB:s statistik om folkbokförda i länet (9). 2016 fortsatte trenden med ökning av antalet nyfödda, under året föddes 1514 barn i länet, en ökning med 75 barn (5 %) jämfört föregående år, se tabell 3. I tabellen ses också SCB:s befolkningsunderlag barn 0 till och med 5 år i Jämtlands län, den sista december respektive år. Siffran tar inte hänsyn till utflyttning under året, och behöver betraktas med det i åtanke.

Tabell 3 Jämtlands län, antal nyfödda efter födelseår, och befolkningstal barn 0-5 år (SCB) den 31 dec respektive år.

	1990	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Födda	1944	1110	1263	1295	1308	1344	1341	1430	1319	1271	1266	1323	1388	1439	1514
0-5 år (9)	10 596	7132	7370	7670	7897	8061	8105	8192	8222	8214	8186	8171	8324	8376	8605

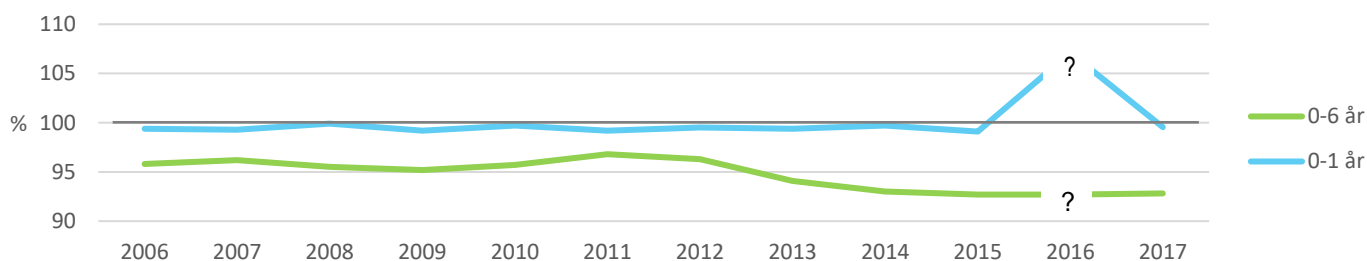
Antalet barn som var inskrivna på BVC 2017 var 8647, igen den högsta siffran vi uppmätt under åren data tagits in, även om ökningen med 58 barn (0,7 %) i förhållande till föregående år fortsätter minska något, se diagram 1 samt kommunvis diagram 4 och 5. Information om antal inskrivna barn på enhets- och kommunnivå återfinns i appendix, tabell 4.

Diagram 1 Utveckling antal barn inskrivna inom barnhälsovården i Jämtland län 2006–2017 (appendix, tabell 5). Uppgifter om antal inskrivna saknades för Backe redovisningsår 2015 samt för Gäddede redovisningsår 2016.



Vi har genom åren visat data över antal respektive andel på BVC övervakade barn, dvs den andel barn som under året träffat BHV-personal på BVC. I föregående resultatredovisning, för resultatår 2016 valde vi med anledning av otillförlitliga data från datajournal Cosmic att inte presentera denna uppgift. Siffrorna i åldersgruppen 0–1 år i Jämtlands län har genom åren legat mellan 99,1 – 99,7 %. Manuell inrapportering antal övervakade barn för 2017 möjliggör återigen presentation samt justering av utdatakonfigurationen. 2017 var det i åldersgruppen 0–1 år 99,6 % av de inskrivna barnen som under året träffat sköterska och/eller läkare på BVC, det kan tolkas som att föräldrar i Jämtland har ett gott förtroende för barnhälsovården i länet.

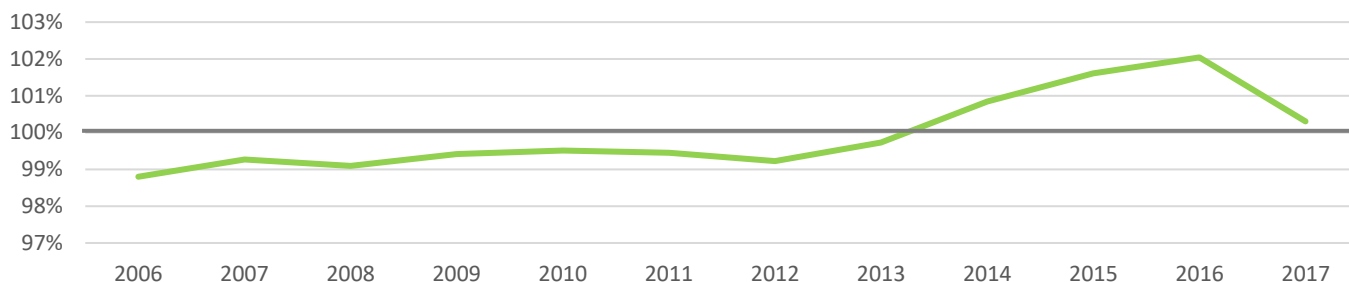
Diagram 2 Utveckling andel övervakade barn (%). Andel barn 0–1 år respektive 0–6 år inskrivna på BVC som under resultatåren 2016–2017 varit till hälsobesök på BVC. Uppgifter antal övervakade barn kan erhållas på begäran.



Vid en jämförelse mellan andelen barn 0–5 år som är inskrivna vid länets BVC 'er och befolkningstalet i Jämtlands län 0–5 år för respektive år (diagram 3 och appendix, tabell 6) har man genom åren kunnat anta att alla familjer och barn inte tar del av barnhälsovårdens program. Vi har än så länge inte undersökt möjliga anledningar till detta. I län där man tar in sådan data nämns de vanligaste orsakerna vara vistelse utomlands samt vistelse eller inskrivning på BVC i annat län. Några familjer väljer också aktivt att inte ta del av barnhälsovårdens erbjudande. Observera att antalet inskrivna på BVC och det enligt SCB angivna befolkningstalet barn 0–5 år i Jämtlands län båda anger ett tvärsnittsvärde för den 31 december respektive år, och därför inte meddelar om in- och utflyttning under året.

Sedan 2014 har dock andelen barn inskrivna på BVC i Jämtland varit högre än angivet befolkningstal 0–5 år för länet. Så även för 2017, dock med en minskning till 100,3 % (diagram 3 och appendix, tabell 6).

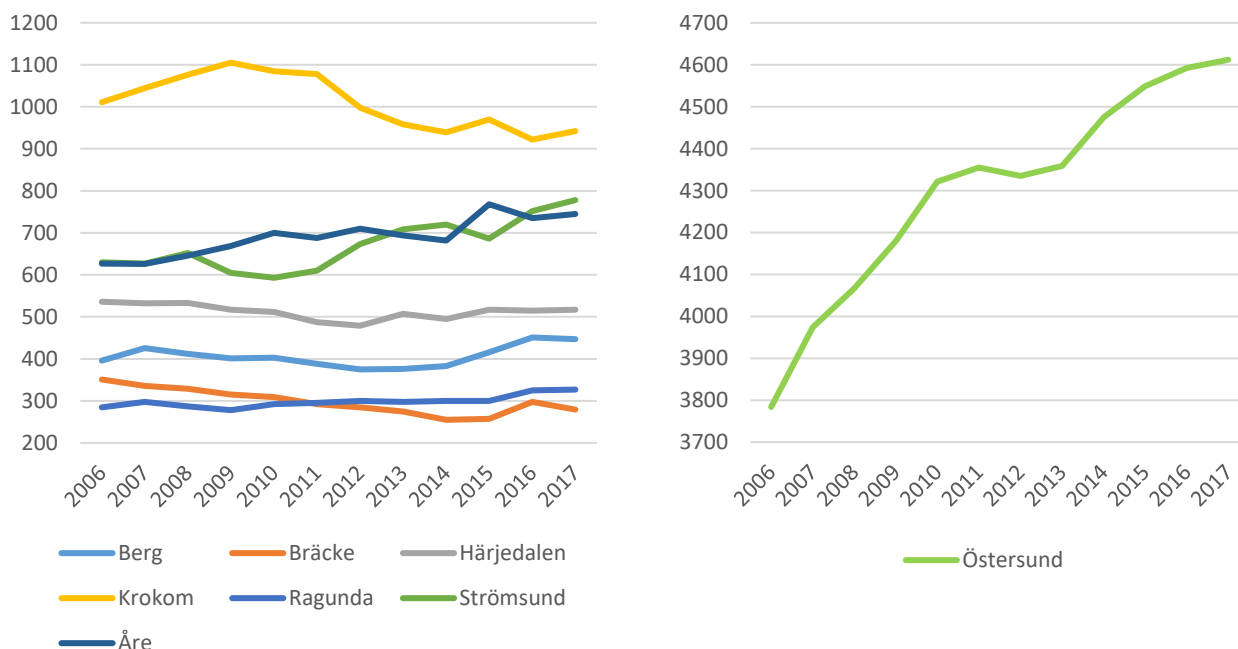
Diagram 3 Utveckling andel inskrivna barn (%). Antal barn inskrivna på BVC av antal folkbokförda barn 0–5 år (9), Jämtlands län, per redovisningsår (den 31 dec respektive år). Appendix, tabell 6.



Förklaringen till en andel över 100% återfinns med största sannolikhet i de utlandsfödda barn som befinner sig i länet men ej är folkbokförda, däribland barn som är asylsökande, barn som är papperslösa, och barn som är migranter (bl.a. EU-migranter). Alla barn (0–17 år) som bor eller uppehåller sig längre tid i länet har samma rättigheter till hälso-, sjuk- och tandvård, oavsett födelseort eller -land, och har således rätt att ta del av barnhälsovårdens erbjudande. Utlandsfödda barnfamiljer har tidigt sökt sig till BVC och skrivit in sina barn. Denna förklaring stärks av att vi nu ser en minskning, många tidigare asylsökande har mottagit besked om kommunplacering alternativt utvisning. Med stärkta asylregler ser vi också en betydande minskning av nya asylsökande i landet och i länet.

Befolkningsökningen i mindre kommuner har under de senaste åren varit påtaglig, både med anledning av asylplacering och senare kommunplacering. Offentliga verksamheter för barn som Barnhälsovården är och har varit ansträngd med på vissa håll initialt upp emot en dubbling av antalet inskrivna barn. Skillnaderna i ökning av andel barn 0–5 år mellan olika BVC-enheter är fortsatt stora vilket försvårar förutsättningarna och möjligheterna för att bedriva regionalt och nationellt jämlik barnhälsovård. Mindre BVC-enheter med hög andel nysvenska familjer står inför stora utmaningar då familjerna ofta är socioekonomiskt utsatta och därmed har större behov av utökade insatser från barnhälsovården (se barnhälsovårdens nationella program, sid 6).

Diagram 4 och 5 Utveckling antal barn inskrivna inom barnhälsovården per kommun i Jämtland län 2006–2017 (appendix, tabell 5). Uppgifter om antal inskrivna saknades för Backe redovisningsår 2015 samt för Gäddede redovisningsår 2016.



7.2 BEMANNING PÅ BARNAVÅRDCENTRALEN

Antalet **sjuksköterskor** som under 2017 har tjänstgjort vid länets 29 barnvårdscentraler är 65 jämfört med föregående år som bemannades av 59 sjuksköterskor. Antalet **läkare** som tjänstgjort på barnvårdscentralerna under 2017 är 71 att jämföra med föregående år 73 läkare (appendix diagram 27).

Det totala antalet sjuksköterskor och läkare på BVC-enheterna i länet kan ses som ett mått på vårdgivarkontinuitet. Vi kan se att under 2017 ökade antalet sjuksköterskor som bemannat barnvårdscentralerna från föregående år till följd av ökad personalomsättning. Det totala antalet BHV-sjukskötersketjänster i länet har inte ökat utan motsvarar i stort den nationella rekommendationen (diagram 6 och 7). Stora skillnader ses dock mellan olika enheter och belastningen på enskilda BHV-sjuksköterskor har fortsatt att vara hög.

I Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården (3) anges som minimum 25 nyfödda barn per år och heltidstjänstgöring, för upprätthållande av kompetens. I ett glesbygdslän som vårt kan detta vara svårt att till fullo uppnå men bör ändå utgöra ett riktmärke för planering av BHV-verksamheten. När detta inte är möjligt är det önskvärt att personalen får ta del av fortbildning oftare och/ eller ha möjlighet att under perioder jobba mer med BHV-verksamhet för att upprätthålla önskvärd kompetens.

7.3 BVC – NORMTID/FAKTISK ARBETAD TID

Rekommenderad tid för arbete på en Barnvårdscentral baseras på konsensus för behovet i ett normalområde. Det innebär att en BHV-sjuksköterska i glesbygd (länets kommuner utom Östersund) bör ha 320 barn i åldern 0-5 år inskrivna på barnvårdscentralen för en heltidstjänst (diagram 6) medan motsvarande antal i tätort, i detta fall Östersunds kommun bör vara 400 barn (diagram 7). Se appendix tabell 7 för specifikation.

Normtid i förhållande till faktisk arbetad tid har här inte vägts samman med den aktuella barnvårdscentralens **vårdtyngd**, presenteras i avsnitt 7.4 Vårdtyngdsindex. Inte heller har det vägts in att personal exempelvis täcker upp för varandra vid semester, annan ledighet, sjukskrivning, vård av sjukt barn eller när personal slutat och ersättare ej funnits m.m. Dessa faktorer är viktiga och behöver alltid vägas in innan slutsatser dras beträffande eventuell ökning eller minskning av bemanning.

Diagram 6 Sjukskötersketid/vecka på BVC **glesbygd**, normtid (320 inskrivna barn per heltid BHV-ssk tjänst) och faktisk arbetad tid 2017.

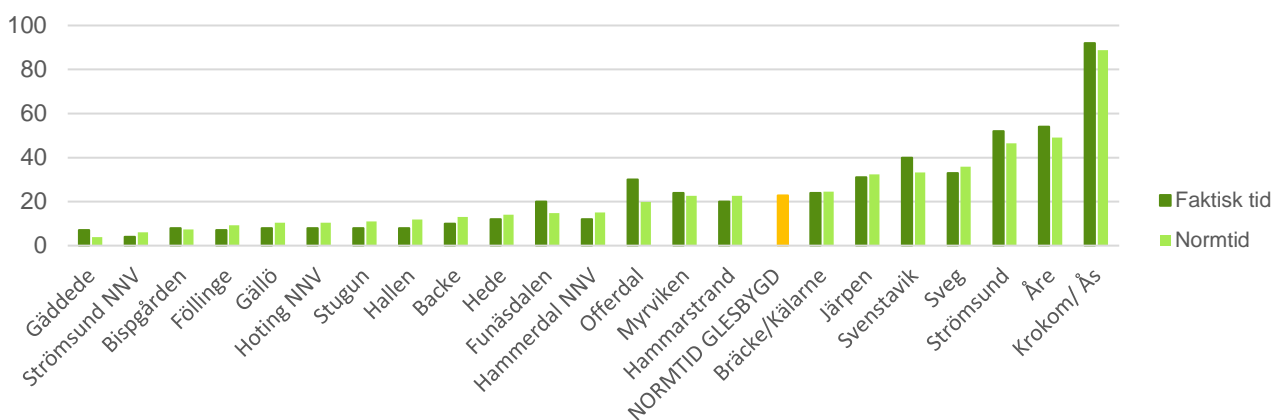
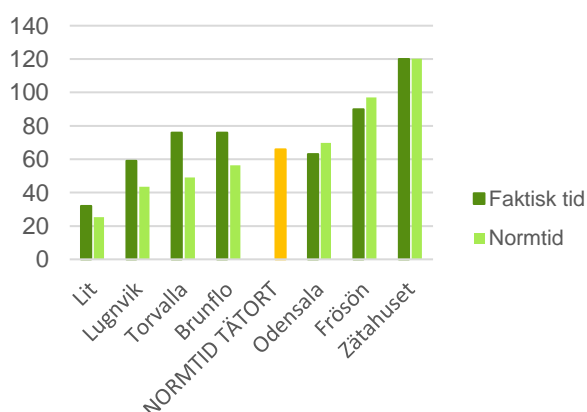


Diagram 7 Sjukskötersketid/vecka på BVC **tätort**, normtid (400 inskrivna barn per heltid BHV-ssk tjänst) och faktiskt arbetad tid 2017.



Utredningen för beräkning av Normtid i glesbygd (320 inskrivna barn) respektive tätort (400 inskrivna barn) för Jämtlands län stod klar 1998. Under de 20 år som har passerat sedan utredningen har mycket hänt avseende utveckling på både samhällsnivå och hälso- och sjukvårdsnivå, promotiva och primärpreventiva uppdrag generellt och Barnhälsovårdens nationella program specifikt. Även på individnivå har det skett en stor utveckling med ökade socioekonomiska klyftor och utsatthet, ökade krav på enskild individ/förälder och ökad psykosocial ohälsa. Möjligheten för den enskilde att nå information har ökat lavinartat och både välinformerade föräldrar och informationsflödet i sig ställer naturligt högre krav på BHV-personalen. En BHV-sjuksköterskas uppdrag och uppgifter på BVC år 2018 skiljer sig avsevärt jämfört mitten av 1990-talet.

Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården (rev 2017) (3) ger rekommendation om 55 nyfödda barn (0–12 månader) per heltidsanställd BHV-sjuksköterska i ett område utan ökad vårdtyngd, för att ha möjlighet att erbjuda det nationella barnhälsovårdsprogrammet i sin helhet till alla barn 0–5 år. 13 regioner/landsting i Sverige har antagit norm 55 (-60) nyfödda per heltidsanställd BHV-sjuksköterska.

Länsgenomsnitt för antal nyfödda per heltidsanställd BHV-sjuksköterska har undersökts (10) och skiljer sig mellan olika län, 2016 mellan 40–74 nyfödda. Jämtlands län uppvisade för 2016 ett medeltal på 62,9 nyfödda per heltidsanställd BHV-sjuksköterska vid omräkning av faktiskt arbetad tid per BVC-mottagning i förhållande till antal nyfödda barn på enheten. Motsvarande omräkning för 2017 ger ett medeltal för länet på 60,6 nyfödda per heltidsanställd BHV-sjuksköterska. Omräkningen per enhet framgår i diagram 8 och 9, som också visar att skillnaderna i antal nyfödda barn per heltidsanställd BHV-sjuksköterska skiljer mycket mellan BVC-enheterna i länet.

Diagram 8 Normtid, omräkning antal nyfödda barn per heltidsanställd BHV-sjuksköterska per BVC-enhet 2017, glesbygd samt länsgenomsnitt.

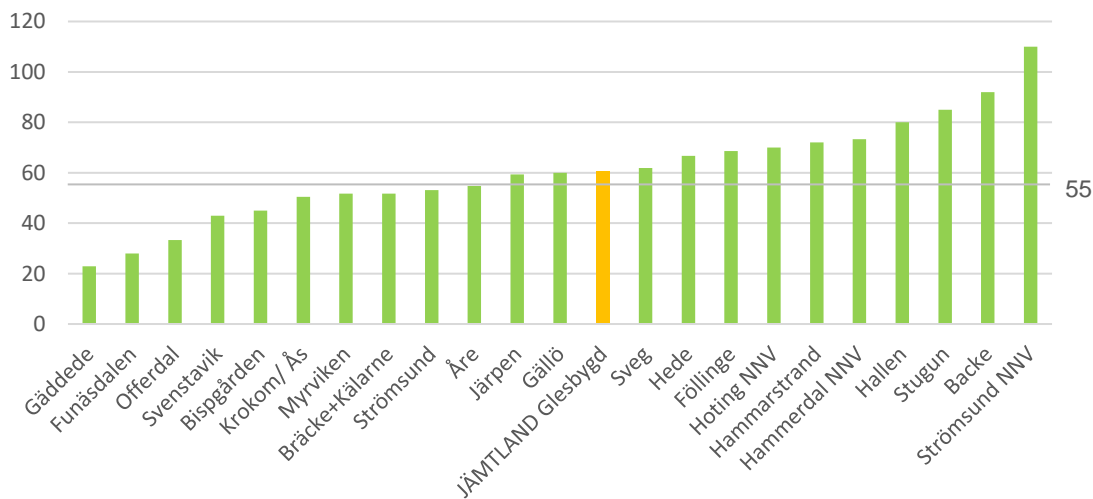
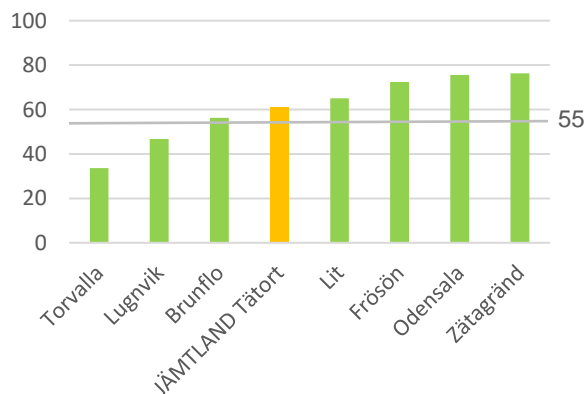


Diagram 9 Normtid, omräkning antal nyfödda barn per heltidsanställd BHV-sjuksköterska per BVC-enhet 2017, Östersund samt länsgenomsnitt.

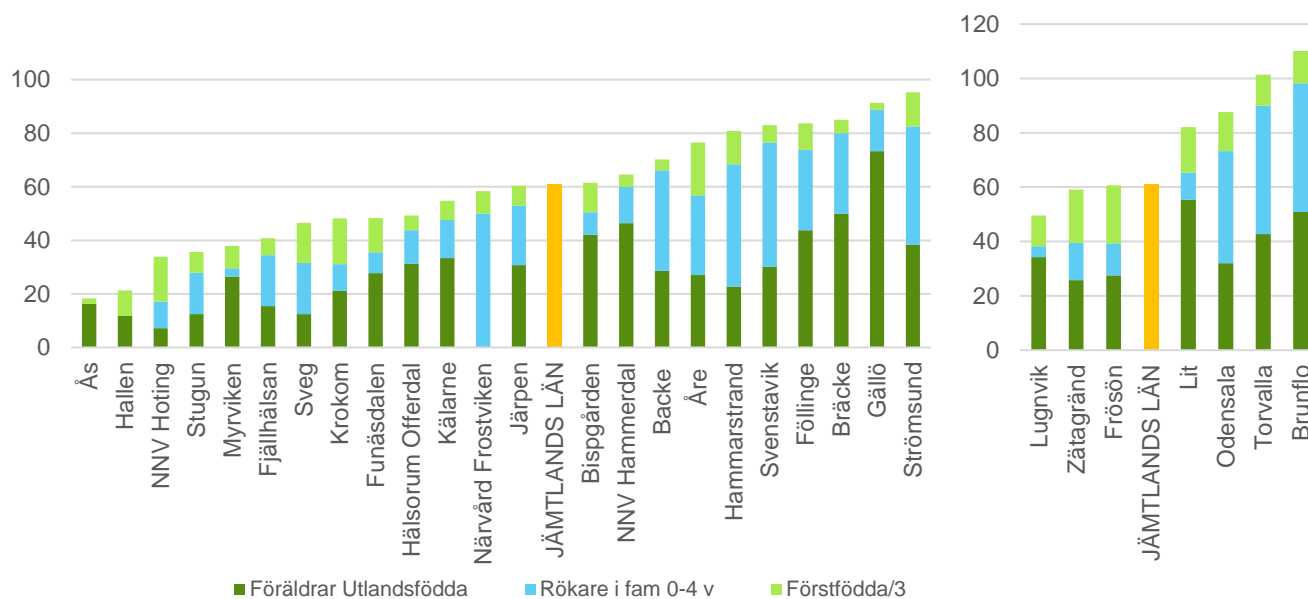


Normtalet för en heltidstjänst som BHV-sjuksköterska är baserat på konsensus kring uppföljningsbehovet i ett normalområde, se avsnitt 7.3.

För att garantera att barnet får tillgång till barnhälsovårdsprogrammet i sin helhet, med generella (I) och riktade (II och III) insatser efter behov bör BVC-enheter med högre vårdtyngd **minska** normtalet för antal barn/sjuksköterska i förhållande till heltidstjänst. BHV-sjuksköterskan och läkaren skall ha särskild och tillräcklig tid för verksamheten. Socioekonomiska faktorer blir härmed en faktor i fördelningen av resurser. Vårdtyngdsindex ger en tydlig indikation på vilka områden som kan behöva utöka sin sjuksköterske- och läkartid.

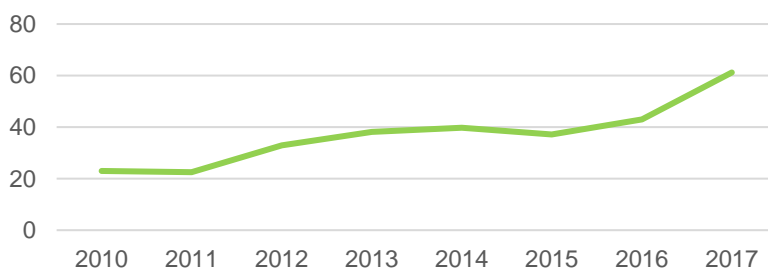
Baserat på Nationellt Kvalitetsregister för Barnhälsovård i Sverige kan vårdtyngd anges med hjälp av **andel utlandsfödda föräldrar** (appendix tabell 8), **andel barn som utsätts för tobaksrök vid 4 veckor** (appendix tabell 10) och **andel förstfödda dividerat med tre**. Andelarna summeras och ger ett vårdtyngdsindex (BHVQ, 2015), sammanställningen ger 2017 ett **länsgenomsnitt index 61,2**. Jämför 2016 års vårdtyngdsindex Jämtlands län 43.

Diagram 6 Vårdtyngdsindex 2017 per BVC-enhet, länet och Jämtlands län, samt Östersund och Jämtlands län.



Utvecklingen av länsgenomsnittet för genomsnittlig Vårdtyngdsindex i Jämtlands län framgår i diagram 7. Under de senaste 2 åren är det framför allt enheternas andel utlandsfödda föräldrar som har ökat.

Diagram 7 Vårdtyngdsindex Jämtlands län, utveckling länsgenomsnitt sedan beräkning Vårdtyngdsindex infördes 2010.



Utvecklingen av Vårdtyngdsindex över åren stämmer väl överens med vad BHV-personalen meddelar om hur upplevd belastning på BVC utvecklats över samma period. Dock medför ett dynamiskt index svårigheter att praktiskt använda för viktning av enskild enhets bemanningsbehov. Under 2018 undersöker vi skillnaden att istället använda Care Need Index (CNI) för identifierande av risk för ohälsa i en definierad population eller upptagningsområde. Alternativt ett barnjusterat CNI, inkluderande de faktorer som i högst omfattning belyser barn och barnfamiljers risk för ohälsa i definierat område.

Målsättning:

- 80 % av barnen ammas helt vid 2 månaders ålder
- 80 % av barnen ammas helt och/eller delvis vid 4 månaders ålder
- 70 % av barnen ammas helt och/eller delvis vid 6 månaders ålder

Amning har under de senaste årtiondena varit av stort intresse i kopplingen till folkhälsan där ny forskning i ämnet publiceras kontinuerligt (11,12). Studier visar att amning ger hälsofördelar för såväl den ammande kvinnan som barnet, på såväl kort som lång sikt (13,14,15).

Årets siffror visar en genomgående nedgång avseende helamning vid alla åldrar. Detta gör att länet för 2017 endast når det uppsatta målet för amning vid 4 månaders ålder (diagram 13). Gällande helamning vid 2 månaders ålder, har siffrorna sedan föregående år sjunkit från 73,8% till 70,6% och vi har en bit kvar innan målsättningen på 80% helammande vid 2 månaders ålder nås. För specifikation se appendix tabell 9. Vad trendbrottet avseende helamning 2015 står för är svårt att säga, men under 2015 hade amningshjälpen ett projekt där de anordnade kostnadsfria amningskurser för nyblivna föräldrar vilket kan ha haft positiv inverkan på amningsfrekvensen just detta år.

Diagram 12. Andelen (%) barn födda 2005-2016 som är hel- resp. delammade vid **1 veckas ålder** i Jämtlands län.

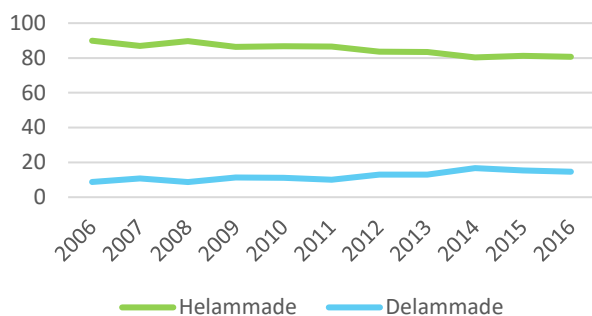


Diagram 13. Andelen (%) barn födda 2005-2016 som är hel- resp. delammade vid **4 månaders ålder** i Jämtlands län.

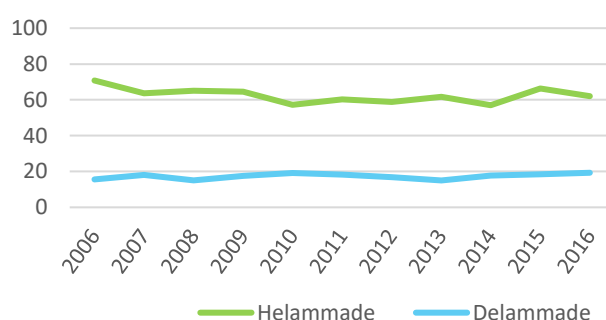
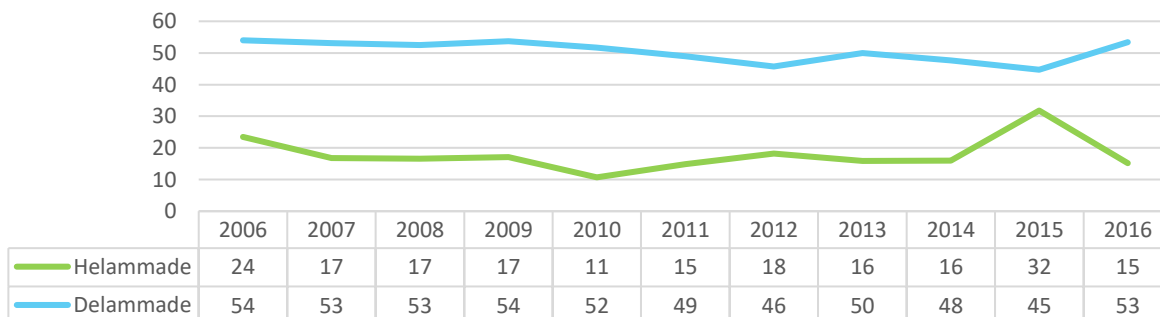


Diagram 14 Andelen (%) barn födda 2005-2016 som är hel- resp. delammade vid **6 månaders ålder** i Jämtlands län.



8.2 RÖKNING

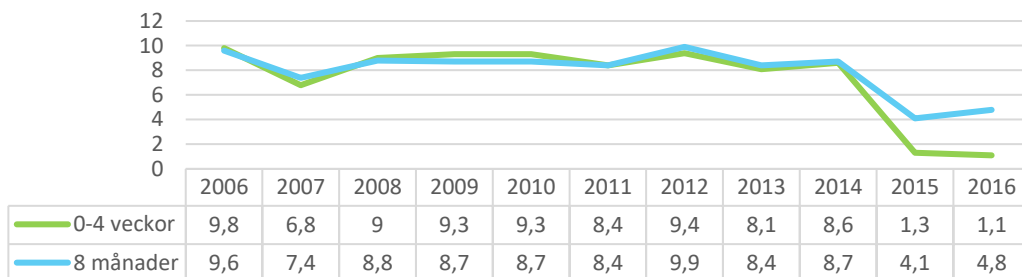
Målsättning:

- Andel rökfria mödrar när barnet är 0–4 veckor skall vara minst 96 %
- Andel rökfria föräldrar när barnet är 8 månader skall vara mer än 93 %

FN:s Barnkonvention (16) och WHO:s Tobakskonvention (17) uppmärksammar och tydliggör barns rätt till bästa möjliga hälsa och till en tobaksfri uppväxt och framtid.

Målsättningen nås 2017 vid såväl 0–4 veckors ålder som vid 8 månaders ålder. Antalet mödrar som röker när barnet är 0-4v fortsätter att ligga runt 1% även 2016, vilket är glädjande. Antal barn som vid 8 månaders ålder exponeras för tobaksrök har ökat något sedan föregående år. Oroväckande är att andelen fäder som röker när barnet är 0-4v har fördubblats från 3,6% 2015 till 7,3% 2016. Vad denna ökning beror på är svårt att säga och behöver följas över tid. För specifikation se appendix tabell 10.

Diagram 15 Andel barn (%) födda 2004–2016, som exponerats för tobaksrök via modern vid 0–4 veckors ålder samt barn vid 8 månaders ålder som exponerats för tobaksrök i sin hemmiljö i Jämtlands län.

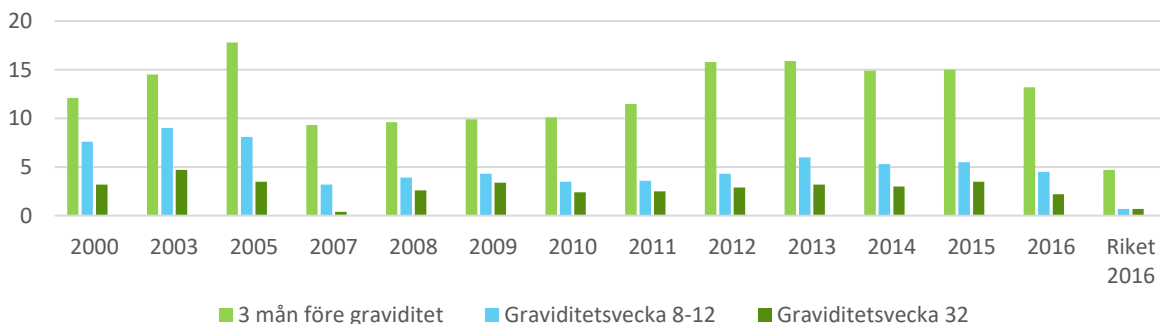


8.3 SNUSNING

Andelen snusande mammor är betydligt högre i Jämtlands län (diagram 16) än i övriga landet. Siffrorna för 2017 visar ändå att andelen snusande mödrar är lägre än 2016, data erhöles från Mödrahälsovården RJH.

Forskning visar att snus inte är ett riskfritt alternativ till rökning. En studie vid Karolinska institutet har sett att barn till kvinnor som snusar under graviditeten får förändringar i den sk hjärtfrekvensvariabiliteten, HRV. Den är ett samlingsnamn för olika mått på hjärtats rytm. Förändrad HRV är påvisad hos barn med risk för plötslig spädbarnsdöd (18). Studier har också visat att kvinnor som snusade under graviditet var risken för att barnet skulle födas extremt prematurt förhöjd med nästan 60 procent, vilket skulle motsvara ungefär lika mycket som för kvinnor som rökte upp till nio cigaretter per dag. Bland de kvinnor som däremot slutat röka eller snusa när de upptäckte graviditeten fanns ingen riskökning (19).

Diagram 16 Andel (%) snusare (mammor) i Jämtlands län, barn födda 2000–2016, samt andel snusare (mammor) i Sverige 2016.

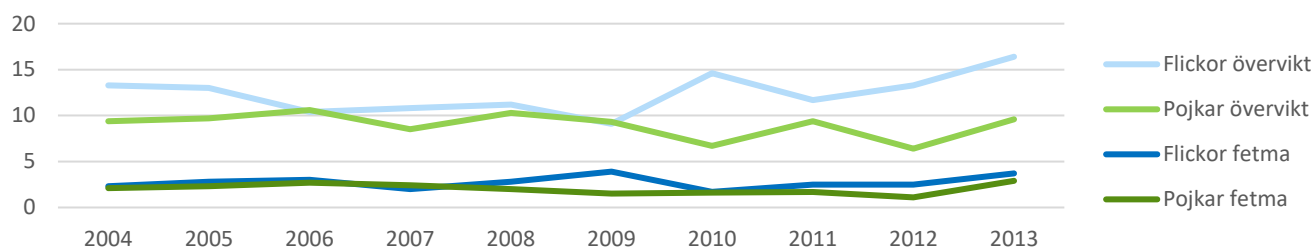


Målsättning:

- Minst 90 % av länets 4-åringar skall uppvisa ett normalt BMI-värde

Siffror för BMI (Body Mass Index) hos barn i Jämtlands län som fyllt 4 år 2017, födda 2013, visar en ökning i andel övervikt och fetma hos både flickor och pojkar, med ett totalt värde om 16,1% 4-åringar födda 2013 med övervikt eller fetma (se diagram 17 samt appendix tabell 11). För 2017 har data BMI vid 4 år för första gången hämtats ur datajournal Cosmic, i jämförelse med tidigare manuell inmatning server BMI Web. Data sammanställs även nationellt men är för år 2017 ännu ej tillgängliga.

Diagram 17 Andel (%) flickor och pojkar födda 2004–2013, med övervikt respektive fetma vid 4 års ålder (± 3 mån) i Jämtlands län.
*Klassificering av övervikt och fetma baserad på Cole et al, BMJ 2000;320:(1240–3).



Utvecklingen understryker vikten av det promotiva och primärpreventiva arbetet med småbarnsfamiljers kunskap om kost, aktivitet och aktiva hälsosamma livsval, med början redan före och under graviditet samt på BVC i tidig barnålder. *Grunda sunda vanor* är ett pedagogiskt bildmaterial med tillhörande manual att använda tillsammans med familjen för att främja och öka barnets delaktighet i hälsosamtalen om hälsosamma levnadsvanor. Grunda sunda vanor återfinns i den nationella webbaserade metodhandboken Rikshandboken (2). På BVC följs alla barns utveckling längd, vikt och BMI (IsoBMI) kurva tillsammans med barnets föräldrar. Vid snabb viktökning eller fetma identifierar BHV tillsammans med vårdnadshavare lämpliga åtgärder, där viktkontroll (växa i vikt), inte viktreduktion, är det primära målet. Samtal omkring levnadsväl och ev behov av ändring förs enligt Motiverande Intervention, med utgångspunkt i föräldrarnas situation och vilja att förändra. Riktad föräldrastöd i grupp är en metod där man kunnat påvisa positiv effekt avseende behandling av mindre barns övervikt, som det framgent skulle kunna finnas möjlighet att selektivt erbjuda familjer i Jämtlands län. Möjlighet till bedömning vid specialistklinik behöver kunna erbjudas vid utebliven viktkontroll, vid samsjuklighet eller riskfaktorer bakomliggande sjukdom och övervikt.

Övervikt och fetma i barndomen är en riskfaktor för ohälsa i vuxenlivet. Studier visar att fetma vid 4 och 5 års ålder innebär kraftigt ökad risk för fetma vid 10 års ålder (20), samt att överviktiga tonåringar som regel förvärvat sin övervikt redan före 5 års ålder (21). Övervikt och fetma är i likhet med annan ohälsa ojämnt fördelat i befolkningen, t.ex. mellan olika socioekonomiska grupper och mellan stad och landsbygd (22,23). Högt BMI är relaterat till låg socialgrupp och kort skolutbildning.

Levnadsvanor etableras tidigt i livet och föräldrarnas inflytande över barnets mat- och rörelsevanor är stort. Barnhälsovården är en hälsofrämjande arena med en betydelsefull roll i att tillsammans med familjen arbeta för hälsosamma vanor. Hälsosamtal om bland annat kost och rörelse/lek ska i större eller mindre omfattning föras vid varje besök på BVC. I samband med 4-årsbesöket utförs ett fördjupat hälsosamtal med barnet och förälder, med utgångspunkt i en enkät som barnet och förälder tillsammans fyllt i inför besöket.

Kostråd av både generell och individuell karaktär är nödvändigt i dagens livsmedelsutbud och dagens flöde av kostråd i media och på sociala medier. Dietistens roll i det promotiva och primärpreventiva arbetet blir allt mer betydelsefull, inte minst med anledning av ökande andel barn med övervikt och fetma. Behovet tydliggörs vidare i möte med nyanlända barnfamiljer, vars behov av kunskap och rådgivning om kost för barn i Sverige är stort. I dagsläget saknas tyvärr dietistkompetens på primärvårdsnivå för barn 0–18 år i Region Jämtland Härjedalen.

Målsättning:

- Andel vaccinerade med DTP-IPV-Hib vid 2 års ålder skall överstiga 99 %
 - Andel vaccinerade med MPR vid 2 års ålder skall överstiga 97 %
- Andel barn i riskgrupper vaccinerade med BCG & HB skall överstiga 96 %

Vaccination är en av de mest effektiva och kostnadsbesparande hälsovårdsinsatserna. Genom det Allmänna vaccinationsprogrammet för barn (24) erbjuder barnhälsovården alla barn kostnadsfri vaccination mot difteri (D), stelkramp (T), kikhosta (P), polio (IPV), haemofilus influenzae typ B (Hib), mässling, påssjuka, röda hund (MPR) och pneumokocker (PCV). En riktad del innefattar vaccination mot hepatit B (HB) och tuberkulos (BCG) till barn med ökad risk att utsättas för dessa sjukdomar.

Enstaka fall och utbrott av infektionssjukdomar som t.ex. mässling förekommer av och till i Europa och i Sverige och startar i områden där vaccinationstäckningen är låg. För att undvika att enstaka sjukdomsfall utvecklas till större utbrott behöver vaccinationstäckning på befolkningsnivå vara över 90–95%, man uppnår då s.k. flockimmunitet (*herd immunity*), eller hellre "samhällsimmunitet". Vid uppnådd flockimmunitet får enstaka infektionsfall inte fäste i samhället och risken för större utbrott är mycket låg, härmed skapas också ett skydd mot infektioner för de barn som av olika medicinska anledningar inte kan vaccineras.

Andel känt vaccinerade 2-åringar i Jämtlands län har mycket glädjande ökat i förhållande till senaste års resultatsammanställningar och vaccinationstäckningen bland länets 2-åringar 2017 är på kommunnivå god eller mycket god. Enstaka enheter uppvisar en vaccinationstäckning lägre än 90 %, det rör sig dock om mindre enheter med få inskrivna barn och i antal inte fler än 3 barn. Tabell 12 i appendix anger vaccinationstäckning på kommun-, enhets- och länsnivå.

Diagram 18 Andel (%) barn vaccinerade vid två års ålder, Jämtlands län efter födelseår, sammanställning av data från årsrapporter 2006–2017.

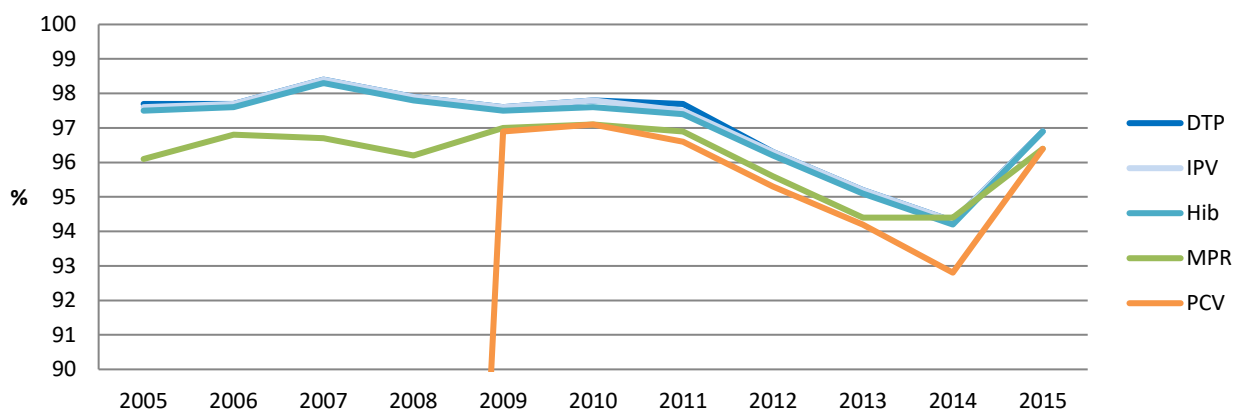
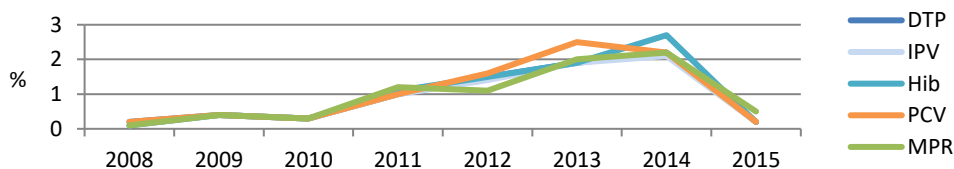


Diagram 19 Andel (%) barn vars vaccination registrerats som "Vet ej" vid 2 års ålder, efter födelseår.



Andel barn med okänt vaccinationsstatus har under senaste åren varit högt, med en topp i samband med migrationsvågen 2015 (barn födda 2013) då det till länet kom många nyanlända barn med tidigare okänt vaccinationsstatus. Ur smittskyddssynpunkt betraktas ett okänt vaccinationsstatus som ovaccinerat till dess att vaccinationshistorik bedömts och eventuellt behov av uppvaccination i förhållande till det svenska programmet tillgodosetts. Den trend vi sett under senaste åren har nu dock vänt, andelen 2-åringar med okänt vaccinationsstatus 2017 är låg, på länsnivå 0,2–0,5 % beroende av vaccin, se appendix tabell 12.

Trots nu justerat för andel barn med okänt vaccinationsstatus kan man över tid ändå skönja en negativ trend i vaccinationstäckning på länsnivå. Vi ser en växande andel känt ovaccinerade barn på grund av att en ökad andel familjer väljer att inte vaccinera sina barn. Utöver kulturella eller religiösa grunder kan även tidigare perioder av restnoterade vacciner vara bidragande faktorer. En ökad oro och skepsis mot vaccinkomponenter och vaccinernas övriga innehåll meddelas från enskilda BHV-personalen, liksom en tidvis ökad aktivitet för vaccinationsmotstånd på sociala medier. En del föräldrar önskar att avvakta med vaccination till dess att barnet blivit lite äldre. Under hösten 2018 planeras en utbildningsdag för länets BHV-personal, hur bemöta oro, desinformation och skepsis mot vaccinationer!

Kikhosta – ett fortsatt ökande problem

Antalet anmälda fall av kikhosta (pertussis) fortsatte 2017 att öka både nationellt och på länsnivå. Nationellt uppmättes 2017 en incidens om 8 fall/100 000 invånare (25). Högst incidens hade Jönköping, följt av Jämtland med 15 fall/100 000 invånare och Stockholm. I Jämtland smittskyddsanmäldes 2017 19 fall av kikhosta (3 månader till 84 år), jämfört med 12 fall under 2016 (26)

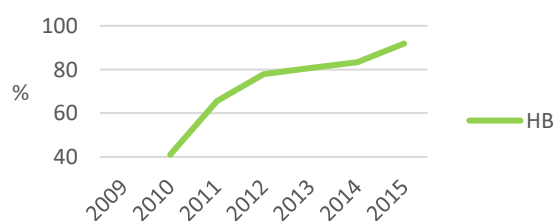
Både barn och vuxna kan drabbas av kikhosta, men sjukdomen är allvarligast för spädbarn och kan för de yngsta spädbarnen vara mycket allvarlig och ibland livshotande. Enligt samma nationella källa som ovan krävde år 2016 54 % av alla smittade spädbarn sjukhusvård, och 44 % drabbades av komplikationer i form av apné eller andningsstillstånd.

Barn smittas oftast av äldre familjemedlem, då symptomen hos vuxna inte behöver innefatta mer än besvärlig förkylning och långdragen hosta. Varken genomgången sjukdom eller vaccination ger livslång immunitet varför sjukdomen inte kan elimineras. Hälso- och sjukvården har en viktig uppgift i att **uppmärksamma sjukdomen** speciellt i familjer med spädbarn, **frikostigt provta** för kikhosta och **förebyggande antibiotikabehandla de minsta barnen** redan vid misstänkt exponering. Inom barnhälsovården är det viktigt att **inte fördröja de första spädbarnsvaccinosa vid 3 respektive 5 månaders ålder**. Två doser vaccin ger barnet skydd mot allvarligare sjukdom och tredje dosen ger gott skydd mot infektion upp till skolåldern. Läs mer om hur skydda mot kikhosta på Folkhälsomyndighetens hemsida/Rekommendationer för att förebygga kikhosta hos spädbarn.

Vaccination mot hepatit B

Sedan 2010 erbjuder barnhälsovården i Region Jämtland Härjedalen alla barn komplettering med vaccin mot hepatit B (HB) inom ramen för barnvaccinationsprogrammet. Riskgrupper vaccineras enligt nationellt riskgruppsprogram, till dessa räknas barn vars föräldrar är födda i länder där förekomsten av hepatit B överstiger 2 % (27) samt barn i familjer där närstående har smittsam hepatit B-infektion. Med anledning av den globala och nationella bristen på vissa kombinationsvacciner och för att inte äventyra vaccintillgången i länet tog Region Jämtland Härjedalen i januari 2016 beslut att erbjuda kostnadsfri komplettering med HB till alla barn som en del av spädbarnsvaccinationerna vid 3, 5 och 12 månaders ålder. Andelen barn födda 2015 som år 2017 fullföljt vaccination mot hepatit B är 91,9 % vilket är en fortsatt ökning jämfört tidigare år, se diagram 20.

Diagram 20 Andel (%) barn vaccinerade mot hepatit B vid 2 års ålder, Jämtlands län efter födelseår.



Regeringen avtog hösten 2017 Socialstyrelsens förslag om införande av HB i barnvaccinationsprogrammet. Folkhälsomyndigheten rekommenderar sedan 2016 vaccination mot hepatit B till alla spädbarn (28) Samtliga landsting erbjuder idag kostnadsfri vaccination mot hepatit B via barnhälsovården.

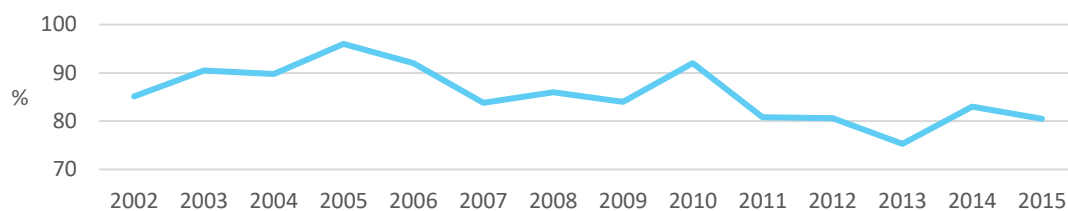
Vaccination mot tuberkulos

Vaccination mot tuberkulos (BCG) rekommenderas och ges kostnadsfritt till barn med risk att utsättas för smitta (29). Som riskbarn betecknas i första hand barn till föräldrar från länder med incidens $\geq 25/100\ 000$ (30) samt barn i familjer där närstående har eller har haft tuberkulos.

2017 har sammanlagt 169 barn (11,5 %) födda 2015 bedömts uppfylla kriterierna för BCG-vaccination i länet, varav 136 barn (80,5 %) blev vaccinerade, en liten minskning i andel vaccinerade jämfört föregående år. Utveckling andel riskbarn vaccinerade med BCG vid 2 års ålder återges i diagram 21. Andel 2-åriga riskbarn med okänt vaccinationsstatus avseende BCG är med 7,7 % högre i förhållande till övriga vacciner om än något lägre i förhållande till motsvarande siffra 2016 (13,3 %). 2017 var 16 st. 2-åringar (1,2 %) som inte tillhör någon av riskgrupperna vaccinerade mot BCG.

Diagram 21

Andel (%) av barn med risk för tuberkulossmitta som vaccinerade med BCG vid 2 års ålder, Jämtlands län 2002–2015, efter födelseår.



Barnhälsovården har ett mångårigt gott samarbete med Barn- och ungdomsmedicinska mottagningen vid Östersunds sjukhus dit såväl utredning med PPD som BCG vaccination är centraliserad. Centraliseringen främjar upprätthållande av praktisk kompetens. Under 2018 har det i länet tagits fram en ny rutin för identifierande av nyfödda barn med risk att utsättas för tuberkulos, redan på BB identifieras barnen och remitteras till Barnmottagningen, för BCG-vaccination i normalfallet vid 6 månaders ålder.

Vaccintillgång

Avseende ingående vacciner i barnvaccinationsprogrammet noterades under 2017 inte någon vaccinbrist, däremot fortsatt råd från leverantör att förbehålla spädbarnen det flervalenta spädbarns-vaccinet för att med säkerhet tillgodose volymbehovet. Det finns ingen indikation på att femvalent spädbarnsvaccin åter kommer att tas i produktion. Fortsatt råder nationell och global brist på BCG-vaccin, dock med möjliga ersättningsprodukter tillgängliga. Ersättningsvaccin för singelvaccin stelkramp har åter funnits tillgängligt som licenspreparat sedan slutet av 2017.

I en bristsituation är det ur smittskyddssynpunkt och för det enskilda barnet huvudsakligen viktigt att spädbarnens grundvaccination inte försenas, framför allt vid 3 och 5 månaders ålder, och speciellt under en pågående ökad förekomst av t ex kikhosta.

Ofullständigt vaccinerade barn – komplettering av vaccinationer

Samtliga barn upp till 18 års ålder som under längre tid uppehåller sig i Sverige och som inte vaccinerats enligt föreskrifterna om vaccination av barn ska erbjudas kompletterande vaccination av barnhälsovården eller elevhälsan, beroende av barnets ålder (30). För barn som kommer till Sverige som asylsökande eller flykting från andra länder är information om tidigare vaccinationsstatus ofta osäker eller helt okänd, de flesta kommer utan skriftlig dokumentation, och nationella vaccinationsprogram kan variera betydligt mellan och även inom enskilda länder. Barnhälsovården tillser komplettering av vaccin till nyanlända barn 0–5 år enligt bedömning från Hälsoundersökningen. Folkhälsomyndighetens vägledning Vaccination av barn och ungdomar (30) och Rikshandboken BHV's kapitel Vaccination av barn med oklar vaccinationsbakgrund (31) erbjuder bra instrument för bedömning behov och ordination av kompletterande vaccinationer. Som nämnt har de senaste årens migrationsvåg i många avseenden inneburit en utmaning för barnhälsovården, tydligt avspeglat i senaste års höga andel barn med okänt vaccinationsstatus, innan bedömning behov och administration av kompletterande vacciner tillgodosetts. Många enheter har dock under 2017 antagit och väl hanterat den arbetskrävande uppgiften med uppvaccination.

För barn och ungdomar är tandvården avgiftsfri till och med det år de fyller 22 år (15 a § TvL). Det är landstingen/ regionerna som ansvarar för att alla barn och ungdomar regelbundet kallas till tandvården.

Generellt har barn och ungdomar i Sverige en mycket god tandhälsa **men tandhälsan har försämrats bland förskolebarn. Orsaken till detta är inte känd.** Tandhälsan bland asylsökande barn kan vara dålig och att dessa barn kan ha ett stort tandvårdsbehov tycks vara en bidragande orsak men är sannolikt inte den enda förklaringen. Generellt har barn i familjer med låg socioekonomi mer karies jämfört med barn i familjer med hög socioekonomi.

Eftersom goda tandvårdssvanor grundläggs i förskoleåldern indikerar karies i mjölk tänderna en sämre prognos för munhälsa senare i barn- och ungdomsåren och kariessituationen bland de yngre barnen bör därför följas noga. Inom folktandvården Jämtland Härjedalen märks att de yngre barnen har sämre tandhälsa och att den grupp av barn som blir sjuka nu blir sjukare än tidigare. Det är viktigt att så tidigt som möjligt identifiera riskpatienter. Patienter med ökad risk kan ex vara barn med någon kronisk sjukdom som kan påverka tandhälsan, föräldrar och syskon med dåligt tandstatus. Genom samverkan med mödra- och barnhälsovården bör möjligheten att tidigt identifiera patienter med kariesrisk öka. Chansen att intervensera tidigt i kariesprocessen innebär i bästa fall en avstannad kariesutveckling.

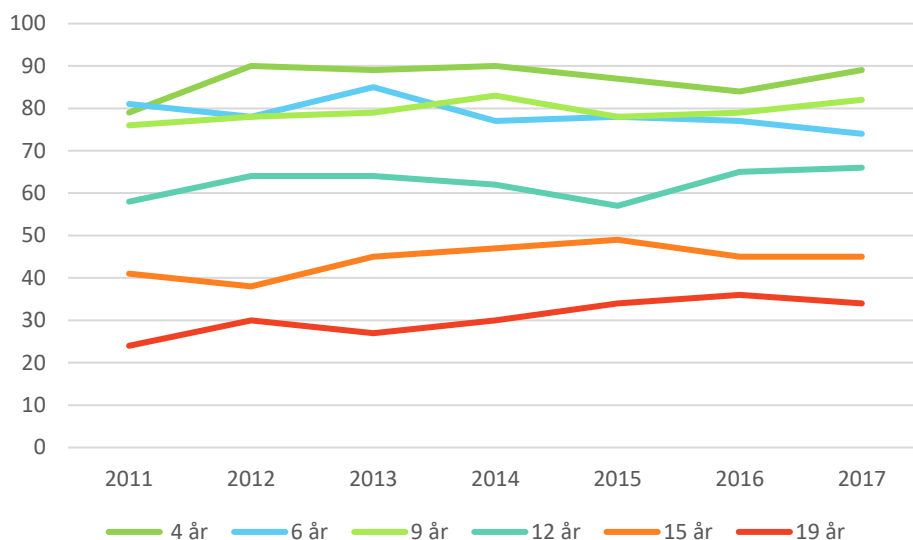
I region Jämtland-Härjedalen 2016:

- 3 år kariesfri **92%**
- 6 år kariesfri i mjölk tänder **77%**
- 19 år helt kariesfria **35%**

I regionen Jämtland-Härjedalen 2017:

- 3 år kariesfri **95%**
- 6 år kariesfri i mjölk tänder **74%**
- 19 år helt kariesfria **34%**

Diagram 22 Andel (%) kariesfria barn och ungdomar i Jämtlands län, åldersgrupperna 4, 6, 9, 12 och 19 år, 2011–2016. Data från Folktandvården Region Jämtland Härjedalen.



Anneli Holm,
Verksamhetsutvecklare Folktandvården Jämtland.

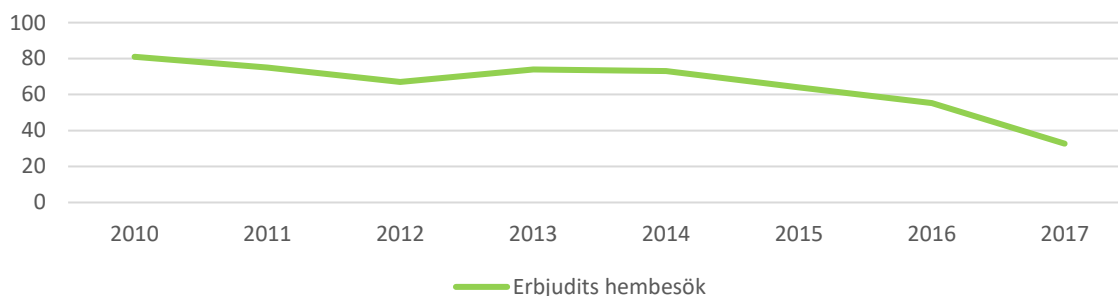
Målsättning:

- Hembesök skall erbjudas samtliga nyblivna föräldrar

Hembesök till alla är en grundpelare inom svensk barnhälsovård och är ofta det första mötet mellan nyblivna föräldrar, barnet och BHV-sjuksköterskan. Redan 1901 när den första "mjölkdroppen" etablerades i Katarina församling i Stockholm besökte sjuksköterskan familjen i sin hemmiljö. Hembesöket ger ofta en mer jämlik relation mellan föräldrar och BHV-sjuksköterska och ger en bra grund för den fortsatta kontakten. Att hembesök erbjuds till alla gör att det är och uppfattas som en naturlig del i BHV(32).

Hembesök erbjöds 32,7 % av alla nyblivna föräldrar vars barn blev inskrivna på en BVC-enhet i Jämtlands län 2017, se diagram 23 och appendix tabell 15 för specifikation. De fortsatt sjunkande siffrorna kan tala för en ökad arbetsbelastning och svårigheter att rekrytera BHV-sjuksköterskor, vilket lett till att man ute på de olika enheterna valt att prioritera bort hembesök. Under 2018 har staten tillsammans med SKL träffat en överenskommelse om insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården. I Jämtlands län kommer pengarna bli att användas till en stimulanspeng per utfört hembesök. Vi hoppas att detta ska leda till att antalet familjer som erbjuds hembesök kan öka.

Diagram 23 Andel (%) erbjudna hembesök av samtliga nyblivna föräldrar 2010-2016, Jämtlands län. Uppgifter saknas från NNV Hoting för 2017, Gäddede för 2016 och från Backe 2015.



Studier som gjorts gällande hembesök visar bland annat på att hembesök ger en förhöjd upplevelse av tid, en mer jämbördig relation mellan föräldrar och sjuksköterskan (33,34,35) samt att hembesök av BHV-sjuksköterska kan förbättra föräldraförmågor och kvaliteten på barnets hemmiljö (36). Detta stärks ytterligare i internationella studier som visar på en signifikant förbättring i hemmiljön, föräldraskapet samt föräldrastress (37). Resultaten visar även en signifikant förbättring när det gällde mödrars symtom på depression jämfört med kontrollgruppen. Mödrarnas tillfredsställelse av stöd post partum var högre för de interventioner som inkluderade hembesök jämfört med besök på mottagning. Upprepade hembesök har även haft effekt att förbättra den fysiska hälsan hos mödrar samt minska trötthet, känslan av olycka och vilja att stanna inomhus (38). En ny studie från Nederländerna visar signifikanta skillnader att identifiera barn med ökade risker för ohälsa på hembesök jämfört med besök på BVC. Sjuksköterskan inkluderade i större omfattning båda föräldrarna och föräldrarna uttryckte i högre utsträckning oro och behov av stöd i samtalen på hembesöket jämfört med i samtalen på BVC (39).

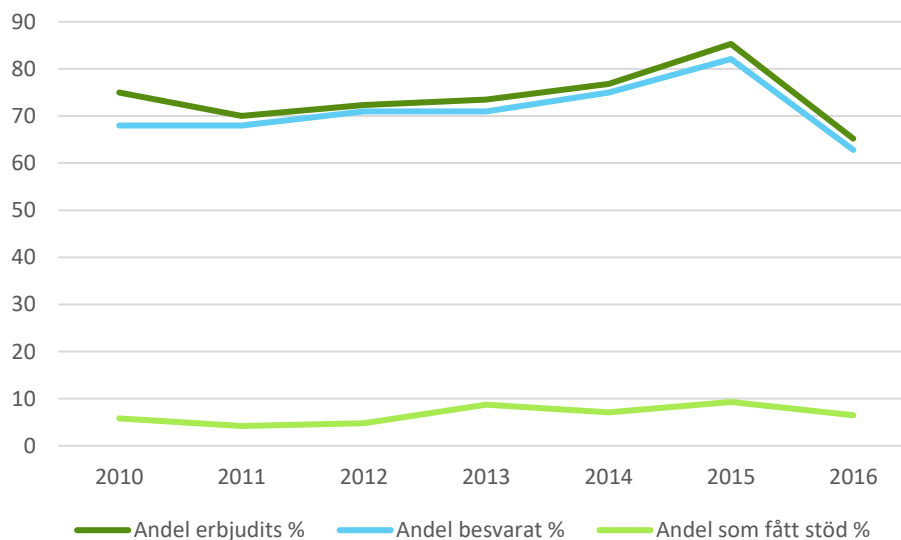
Målsättning:

- EPDS skall erbjudas alla nyblivna mammor
- Alla BHV-ssk ska vara utbildade i EPDS-screening

Barn, och i synnerhet små barn, risk för ohälsa ökar om förälder har eller utvecklar psykisk ohälsa. Postpartal depression är en form av mer uttalad nedstämdhet som kan utvecklas i samband med eller tiden efter att ha blivit förälder. Socialstyrelsen rekommenderar att självskattningsskalan Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ingår som en del av barnhälsovårdens samtal med den nyblivna mamman om hennes välbefinnande (1).

2017 hämtades statistik avseende EPDS för första gången från datajournal, då registrering intill nyligen inte varit tvingande kan vi i dialog med BHV-personalen förstå och utläsa ett troligt registreringsbortfall. Vi arbetar kontinuerligt för att förbättra och förenkla för BHV-personalen att dokumentera. Glädjande är en fortsatt hög svarsfrekvens, av de 65% nyblivna mödrar 2016 som erbjudits EPDS besvarade 96,3% formuläret. Andelen som erbjudits stöd är 9,5% (2015 9,3% nyblivna mödrar). Utveckling över de senaste 8 åren visas i diagram 24 (appendix, tabell 13). Vi behöver ha ett fortsatt fokus på ett jämlikt erbjudande av EPDS samt uppföljande stöd.

Diagram 24 Andel föräldrar som erbjudits EPDS respektive erhållit stöd, Jämtlands län, barn födda 2010–2016. Gaddede saknas.



Riskfaktorerna för depression i samband med ett nyblivet föräldraskap är desamma för kvinnor som för män, vidare påverkar psykisk ohälsa ett barns utveckling likartat oavsett om ohälsan drabbar mamman som burit barnet eller hennes partner (1). Under 2016 har det nationellt pågått utvecklingsarbeten med pappa/partnersamtal där även den förälder som inte burit barnet erbjudits ett enskilt samtal med fokus på föräldraskap och psykisk hälsa. Erfarenheterna från dessa är goda och det finns en intention både nationellt och regionalt att i linje med rekommendation i Vägledning för barnhälsovården (1) införa enskilda föräldrasamtal till bägge föräldrar som ett ordinarie erbjudande från BHV. Båda ovanstående beskrivna utvecklingsarbeten syftar till ett mer jämlik och jämställt arbete med nyblivna föräldrars psykiska mående.

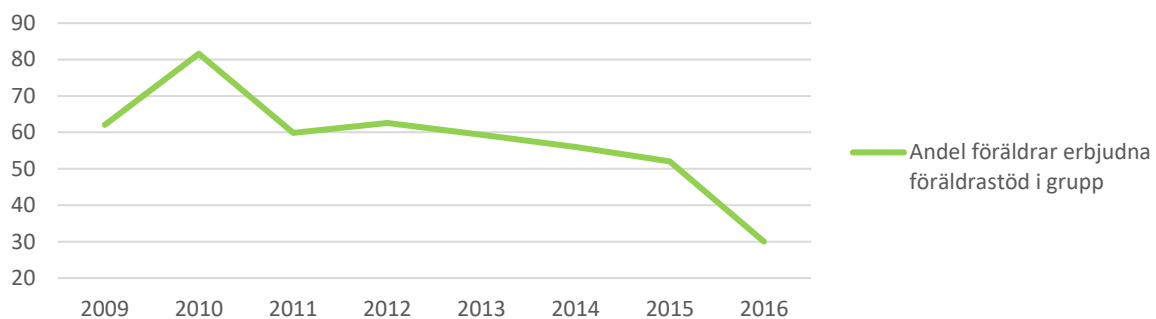
För mer information angående EPDS och psykisk ohälsa hos föräldrar hänvisas till Rikshandboken BHV (2) samt Riktlinjer 2017 för Barnhälsovården i Jämtlands län 2017 (5).

Målsättning:

- Alla föräldrar ska erbjudas föräldragrupsverksamhet under barnets första år. Alternativa lösningar kan göras där antalet nyfödda är för få för ordinarie gruppverksamhet.
- Kriterie för deltagande i föräldragrupp är deltagande vid minst 3 tillfällen.

På grund av förändrad metod för datainsamling framkommer för deltagande i föräldragrupp under 2016 dessvärre inte uppgifter om antal tillfällen varje enskild förälder deltagit, utan endast antal föräldrar som erbjudits föräldragrupp. Totalt erbjöds 30 % av alla nyblivna föräldrar i Jämtland att delta i föräldragrupp under 2016, jämfört med föregående år då 52 % erbjöds, sedan 2012 ses en minskning med 32,6%. Den höga arbetsbelastning som varit under 2016 kan vara en orsak men det tydliggör också behov av förnyat fokus på denna viktiga hälsofrämjande insats. Utveckling över de senaste 8 åren visas i diagram 25. För fullständig redovisning se appendix tabell 16.

Diagram 25 Andel (%) föräldrar som erbjudits i föräldraskapsstöd i grupp, utifrån barnets födelseår 2009–2016, Jämtlands län. Uppgifter för Backe och Järpen saknas för 2016.



Revideringen av föräldrastödsmodellen Z-modellen blev klar under hösten 2017. Syftet med revideringen är att göra Z-modellen mer lättanvänd för personal och att fokus läggs på relationer och föräldraskap. Förhoppningsvis kan detta bidra till ökande antal föräldrastödsgrupper.

9.4 Z-MODELLEN

Målsättningen är att alla inom barnhälsovården i länet skall ha utbildning i ICDP-programmet *Vägledande samspel*. ICDP, *International Child Development Programme* (40) skall ingå i Barnhälsovårdens universella föräldrastödmodell Z-modellen. Det innebär ett gemensamt förhållningssätt och en gemensam värdegrund. Under 2017 anordnades ingen utbildning i ICDP, men en ny utbildningsomgång planeras till 2018.

För att vara gruppleddare i ICDP programmet *Vägledande samspel* krävs:

Nivå 1 Basutbildning och **Nivå 2 Diplomerad vägledare**. Utbildningen vänder sig till BHV-sjuksköterskor, barnmorskor, förskollärare på Familjecentralerna samt personal från Bryggan, Östersunds kommun. Handledare under 2017: Gunnel Holmqvist, BHV-sjuksköterska samt Lisa Fröst Björnsdotter, leg. psykolog.

Under 2017 har Barnhälsovårdens föräldrastödmodell Z-modellen reviderats. Innan revideringen erbjöds BHV-sjuksköterskor och förskole pedagoger på Familjecentralerna att delta i en fokusgrupp, för att ta del av personalens erfarenheter av att använda sig av Z-modellen i föräldragrupper. Viktiga delar som ska genomsyra Z-modellen är: Konventionen om barns rättigheter, Hälsans bestämningsfaktorer samt ett normkritiskt föräldraskapsstöd.

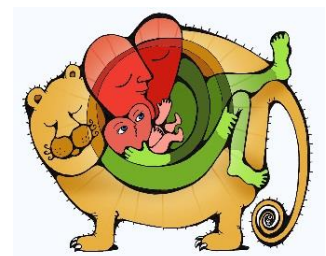


Bild: Ulla Granqvist

Målsättningen med föräldrastöd i grupp är att stärka föräldrar i deras föräldraskap, främja barns hälsa och utveckling samt att stärka föräldrarna att möta det väntade och nyfödda barnet.

Delmål 1: Ge önskade kunskaper

Delmål 2: Skapa möjlighet till kontakt och gemenskap med andra föräldrar

Delmål 3: Öka medvetenheten om samhällets stödfunktioner och hur man kan påverka samhällsförhållanden.

Delmål 4: Öka föräldrarnas delaktighet och ge stort utrymme för föräldrarnas egna frågor

Delmål 5: Att erbjuda föräldrar som inte deltar i "generell föräldragrupp" möjlighet att diskutera dessa frågor enskilt alternativt i "riktade föräldragrupper"

Revideringen har inneburit att mer fokus läggs på relationer och föräldraskap.

I samband med lanseringen av "nya" Z-modellen anordnades också en utbildning i gruppleaderskap, 1 heldag (nov-17) samt en uppföljningsdag under 2018. Utbildningen riktade sig till barnmorskor, BHV-ssk och annan familjecentralspersonal som har föräldragrupper. Syftet med utbildningen var att få övning i att leda grupp och att aktivera gruppens egna resurser.

9.5 ÖMSESIDIG RESPEKT 2017

En mamma som arbetar som läkare uttryckte nyligen "jag visste inte att det är så mycket personlig utveckling att bli förälder". Att bygga relationer är en utmaning. En medvetenhet om att mötas i värme är en viktig skyddsfaktor i förebyggande av psykisk ohälsa vilket är ett växande samhällsproblem. Hur vi bemöter varandra i vår familj speglar av sig i mötet med andra.

Åre Hälsocentral erbjuder förutom *Ömsesidig Respekt grupper* även *Att få syskon grupper*, del 1 under graviditeten och del 2 när barnet är fött. Vi pratar om förhållningssätt att skapa goda syskonrelationer.

På **familjecentralen i Mörsil** är två ledare utbildade i *Ömsesidig Respekt grupper för nyanlända familjer*, en socionom och en förskollärare. De delar med sig att det har varit intressanta och meningsfulla samtal om familj, barnuppfostran och olika värderingar.

Krokoms familjecentral har en barnmorska som är certifierad ledare i *Ömsesidig Respekt*. Hon har utökat verksamheten från en till två grupper per vecka och båda grupperna har varit fullteknade. Det finns en stor efterfrågan, i skrivande stund juni 2018 är höstens grupper i Krokoms redan fullteknade.

På **Hälsocentralen i Myrviken** är enhetschef och BHV-sköterska ledarutbildade och ska starta gruppverksamhet.

På **Hälsocentralen Ripan** har *Ömsesidig Respekt* grupper erbjudits sedan Hälsocentralens öppnande i december 2017.

Styrgrupp för *Ömsesidig Respekt* träffas 3 ggr per år.

Under 2017 nådde vi 159 föräldrar; 92 mammor och 67 pappor på 50 respektive 20 % tjänst i Krokoms och Åre. *Ömsesidig Respekt* stärker föräldraskapet såväl i gruppverksamhet som i individuella samtal.



Fortbildning i konceptet *Ömsesidig Respekt* för personal på familjecentralerna i Åre- och Krokoms kommun och även för all personal inom barn- och mödrahälsovården i Åre och Hallen. Det ger ett gemensamt förhållningssätt vilket skapar ett ökat mervärde att nå vår målsättning att stärka familjer och förebygga psykisk ohälsa.

Mona Hedström

Samordnare och ledare *Ömsesidig Respekt* Åre PV, Åre kommun och Krokoms PV

I Regionplan 2016–2018 för Region Jämtland Härjedalen lyfts 3 gruppers specifika behov fram och där ibland **barn och unga** samt **utsatta grupper** som prioriteringsområden inom hälso- och sjukvården där samarbetet mellan länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen bör prioritera gemensamt och där utveckling av Familjecentraler skall ingå.

Region Jämtland Härjedalen har alltså haft och har fortsatt en klar målsättning att medverka i familjecentraler i länets samtliga kommuner och betonar särskilt de viktiga folkhälsomålen där den främsta vinsten med samverkan inom en familjecentral är att den ökar förmågan att upptäcka och tillgodose behov av stöd bland barnfamiljer.

Där familjecentral saknas ska vårdgivaren verka för att i samverkan med kommunen tillskapa sådan. I tillägg till att där Familjecentraler/ Familjecentraler liknande verksamhet bedrivs (appendix tabell 14) sträva mot att skapa en Familjecentral enligt definitionen i dess rätta mening, alltså att **Barnhälsovård, Mödrahälsovård, Öppen förskola** samt **Socialtjänst med förebyggande inriktning** ingår. Regionen har i detta avseende uppfyllt sitt uppdrag då regionernas verksamheter, Barn- och mödrahälsovård, ingår i samtliga Familjecentraler/ Familjecentraler liknande verksamheter i varje kommun i Jämtlands län.

Målet bör alltså vara att tillsammans med respektive kommun i länet sträva efter att verksamheter som bedrivs som Familjecentraler liknande verksamhet istället blir renodlade Familjecentraler. Samordnare för Familjecentraler i Jämtlands län har också initierat samtal med Familjecentraler för att nå målet med om en lokal samordnare för varje Familjecentral.

Målsättning:

- Varje förskola, kommunal och enskild, skall erbjudas besök av BHV-sjuksköterska minst en gång/år

Antalet besök på länets förskolor har 2017 inte nått upp till barnhälsovårdens målsättning. Av de kommunala förskolorna har 26,7 % fått besök vid minst ett tillfälle under 2017 (motsvarande föregående år var 34 %). För förskolor i annan regi är det färre, endast 5 av 29 st har fått besök vid minst ett tillfälle gång under året. I två av de tre kommuner i länet där det finns samarbeten i form av barnhälsoteam är det fler förskolor som får besök av barnhälsovården. För fullständig redovisning se appendix tabell 17.

Arbetet med att tydliggöra samverkansformerna mellan barnhälsovården och förskolan i form av barnhälsoteam gavs under 2017 hög prioritet med en länsövergripande överenskommelse om riktlinje för samverkan i form av barnhälsoteam (41). Det arbetet fortsätter under 2018.

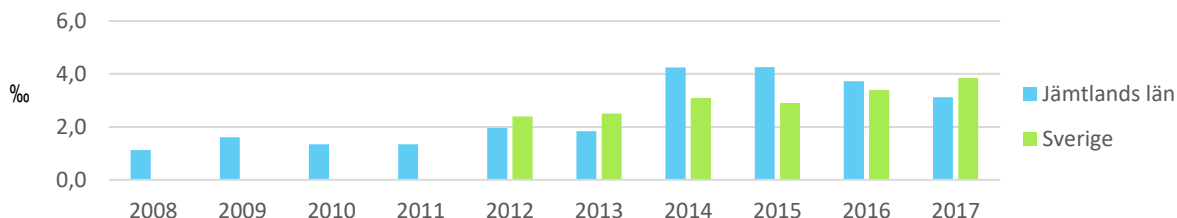
11 BARN SOM FAR ILLA – ANMÄLAN OM ORO FÖR BARN FRÅN BARNHÄLSOVÅRDEN

Alla barn har en obestridlig rätt till en uppfostran fri från våld och kränkning. Personal inom hälso- och sjukvården har enligt 14 kap. 1 § SoL skyldighet att anmäla till socialnämnden vid misstanke om att ett barn far illa eller riskerar att fara illa (42). Barnhälsovården har en viktig roll i att upptäcka och stötta barn som far illa, tillika en unik roll i att vara den enda aktör utanför familjen som regelbundet träffar nästan alla späda och små barn och deras familjer, på BVC och i samband med hembesök.

2014 ökade andelen orosanmälningar från barnhälsovården i Jämtlands län till socialtjänsten i länets kommuner drastiskt och räknades till 35 st, från att sedan 2008 ha varierat mellan 9–16 st. För 2017 ses åter liten minskning jämfört föregående år, 27 orosanmälningar har skrivits för barn i åldrarna 0–6 år, motsvarande i andel 3,1 ‰ av alla barn inskrivna vid länets barnvårdscentraler. Utöver dessa skrevs det från Föräldra- och Barnhälsan 8 st orosanmälningar 2017. Utveckling över åren visas i diagram 26.

Utöver angivna orosanmälningar har BVC-personal samverkat med socialtjänsten i 13 barnärenden. Vanligaste orsak till orosanmälan eller samverkan med socialtjänsten är misstanke eller kännedom om omsorgssvikt, våld inom familjen samt behov av avlastning.

Diagram 26 Andel (‰) orosanmälningar från BVC till socialtjänst i Jämtlands län 2008–2017, och nationellt 2012–2017.



Nationell sammanställning av orosanmälningar från BVC för år 2017, med data från 17 av 21 landsting/regioner, meddelar att orosanmälan skrivits för 3,85 ‰ (1,46–8,3 ‰) av alla barn inskrivna på BVC.

Nationellt kan man se att det görs fler anmälningar från de BVC som är anslutna till en Familjecentral i jämförelse med BVC som inte är Familjecentralsanslutna. En nationell studie av barnsjuksköterskors benägenhet att anmäla, visade att anmälningarna till socialtjänsten ökade om det förekom samverkan, med förklaring att tillit och upparbetade kanaler bidrar till att anmälan skrivs(43).

BARNHÄLSOVÅRDENS REGI

BHV-dagar,

Z-modellen: Release av "nya" Z-modellen 9 + 10/11, 2 heldagar med samma innehåll. Personal från BHV, MHV, Öppen förskola samt övrig inbjuden personal och chefer.

BHV-sjuksköterskeförmiddagar

Våren 2017 16/1 Förstoppning hos barn, intern fortbildning samt info om ny kurshandledning för DSK-programmets VFU-kurs. 7/2 Tillväxt- och tillväxtavvikelse hos barn, förmiddag för all BHV-personal. 28/2 Information om modersmjölksersättning samt intern fortbildning. 4/4 EPDS för män samt information om KMPA och modersmjölksersättning. 1/6 Information om solskydd, intern fortbildning samt livsmedelsinformation.

Hösten 2017 28/8 Intern fortbildning samt livsmedelsinformation, 10/10 Intern fortbildning samt livsmedelsinformation, 7/12 Intern fortbildning, utvärdering av BHV-sjukskötersketräffarna 2017 samt livsmedelsinformation.

BHV-läkareftermiddagar

Våren 2017 7/2 Tillväxt- och tillväxtavvikelse hos barn, förmiddag för all BHV-personal, eftermiddag för BHV-läkare, föreläsare *Lars Hagenäs Md Phd Barnendokrinologi KI* och *Anna-Lena Fureman Barnläkare endokrinologi Barn- och ungdomskliniken RJH*.

Hösten 2017 10/10 Ögonundersökning på BVC, vaccinationer, uppföljning 3-års besök samt remisser till FBH.

Introduktionsdagar till Barnhälsovården i Jämtlands län, för nyanställda sjuksköterskor och läkare på BVC. 2 heldagar, 27/3 och 28/3 samt **uppföljningseftermiddag**, halvdag, 25/10.

Gruppledarskap – *Utbildare Andreas Karlsson, leg. psykolog*. 22–23/11, 2 heldagar för personal från BHV, MHV samt personal från Öppna förskolorna i Östersunds kommun.

Utbildning i Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) för nya BHV-sjuksköterskor, heldagsutbildning 13/10

FAMILJECENTRALSREGI

Årlig regional Samverkansdag Familjecentraler: 6 april – *Tema – språk och samspel*. 1 heldag.

BHV-PERSONAL

BHV-sjukskötersketräffar**BHV-läkarträffar**

Fokusgrupp Z-modellen för BHV-sjuksköterskor och pedagoger från Öppna förskolorna.

Hälsovalskansliet Leverantörsträff Hälsoval Jämtland, VC Hälsoval.

SAMVERKANSGRUPPER

Barnarenan. Politisk arena, länets kommuner och Region JH. BHV-öl medverkar.

Barnhälsoteam Östersunds kommun. Verksamhetschef förskola, förskolechef, specialpedagog, folkhälsostateg, sakkunnig förskola, samordnare BHV, utvecklingspsykolog FBH samt teamchef Socialförvaltningen.

Barnombudsgrupp, träffar för Barnombud RJH, under ledning barnrättsstrateg Sofia Kling.

Distriktssköterskeutbildningen vid Mittuniversitetet, referensgrupp.

Elevhälsan Östersunds kommun-BHV. Representanter Elevhälsan och BHV.

Fortbildning Primärvård Region JH -planeringsgrupp. FBH Kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård medverkar.

Föräldrastödsgrupp för nyanlända Östersund. Integrationservice Östersunds kommun, Elevhälsan Östersunds kommun, Familjehus Bryggan Östersunds kommun, Arbetsförmedlingen Östersund m.fl. Träffar med repr. från Öppna förskolan, Föräldrastöd Östersunds kommun.

Föräldrastöd Z, nätverksgrupp. Folkhälsocentrum Region JH, kontaktpersoner från länets kommuner, FBH Kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård.

Handlingsprogram för blivande och nyblivna föräldrar med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och/eller utvecklingsstörning med betydelse för föräldraskapet. Representanter för kommuner i länet och Region JH.

REJÄL, Jämställdhetsstrategin - Referensgrupp i Jämtlands län. FBH Kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård, Länsstyrelsen Jämtlands län, Kommuner i länet, Mittuniversitetet. m.fl.

POGS och allvarlig psykisk sjukdom, vårdprogram. Psykiatri, PV, MHV, BHV, Förlossning/BB, Spädbarnsavgd. 109.

Riskbruk och alkoholförebyggande arbete, samverkansgrupp. FBH Kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård, alkoholsamordnare Region JH, PV Dsk och DL.

Samrådsgrupp Våld i nära relationer Region JH.

Samverkan och stöd till blivande och nyblivna föräldrar med missbruk. Representanter länets kommuner, Beroendecentrum Region JH, BB/Förlossning, Spädbarnsavgd 109, FBH Kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård.

Samverkan BHV-Förskola. VC Förskolor länets kommuner, FBH Kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård.

Smittskydd – BHV. Regelbundna träffar.

Styrgrupp Jämlik och Jämställd Verksamhet Region JH -Regiondirektör. BHV-öl medverkar.

Styrgrupp Flyktingsamordning. BHV-öl medverkar tillsammans med strategiska repr. från Region JH, repr. Migrationsverket, repr. för Kommunerna i Jämtlands län.

THG -Årlig uppföljning Tidig hemgång från BB/Förlossning. Spec-MHV, BB/Förlossning, Barnkliniken/Spädbarnsavgd 109, FBH Kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård.

Vaccinationsgrupp – barnvaccinationer. FBH-BHV, Elevhälsan Östersunds kommun, Barn- och ungdomskliniken, Asylhälsan, Smittskydd och vårdhygien.

Vårdkedjegrupp nyfödda. FBH Kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård, Specialistmödravården, BB/Förlossning, Spädbarnsavgd 109.

Vårdvalsnämnd, träffar för informationsutbyte.

Ömsesidig Respekt föräldrastödsprogram, Styrgrupp. Samordnare Ömsesidig respekt, Åre HC, Krokomb HC, Åre kommun, Krokomb kommun, FBH Kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård.

FAMILJECENTRALERNA

Föräldraskapsstöd Östersund. Östersunds kommun: förskola, föräldrastöd, integrationservice; FBH Kompetenscentrum för barnhälsovård m.fl.

Centrala fortbildningsgruppen FC. FBH Kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård, Socialtjänsten Östersunds kommun, Förskolan Östersunds kommun.

Träff om uppdrag och roller för arbetet med familjecentral. Ansvariga för öppna förskolan Östersunds kommun, representant PV och samordnare BHV-sjuksköterska.

Nationell träff regionala familjecentralssamordnare.

Sedan 2010 har det nationellt och regionalt pågått ett aktivt arbete för en mer jämlik och rättvis barnhälsovård samt en ökad användning av evidensbaserad praktik. Detta utmynnade 2014 i Socialstyrelsens skrift "Vägledning för barnhälsovården". 2018 ses dock fortfarande stora skillnader i erbjudande om hälsofrämjande förebyggande insatser från BHV nationellt.

Barnhälsovårdsprogrammet erbjuds inte i sin helhet i Jämtlands län varför arbetet för en successiv inprioritering av det barnhälsovårdprogram som beskrivs i Vägledning för barnhälsovården behöver fortsätta under 2018, avseende följande hälsofrämjande åtgärder:

- Enskilda föräldrasamtal
- Hembesök vid 8 månaders ålder
- Audiometri/hörselscreening vid 4 års ålder

Sammanfattning av barnhälsovårdens resultat 2017 (kap 2) visar på stora skillnader i erbjudande av promotiva och preventiva insatser även på länsnivå. Som beskrivits har barnhälsovården i länet under 2017 på många håll fortsatt vara ansträngd, andelen barnfamiljer som erbjuds Hembesök och Föräldraskapsstöd i grupp minskar. Förklaringen återfinns i en utmanande bemanningssituation i kombination med växande andel barnfamiljer som har behov av utökade hälsofrämjande insatser och ett stigande Vårdtyngdsindex länsgenomsnitt. Barnhälsovårdsprogrammets främjande och förebyggande åtgärder syftar till att utjämna olikheter i hälsa och optimera den enskilda individens möjligheter för utveckling. Samma universella erbjudande till alla för identifiering av behov av riktade insatser. Erbjudande om barnhälsovårdens insatser behöver således vara oberoende av bostadsort, födelseort och födelsedatum.

Hösten 2017 tog regeringen beslut tilldelning av statliga medel för insatser ökad tillgänglighet till barnhälsovården, med särskild inriktning socioekonomisk utsatthet. På länsnivå är målsättningen att medlen skall kunna komma till användning för att förbättra förutsättningarna för hembesök i länet generellt, men även en utökad satsning hembesök i samverkan lokalt med utgångspunkt i bibehållande av Familjecentralen i Torvalla. Arbeta pågår för utveckling av Familjecentralen efter det ekonomiskt grundade regionsbeslutet i april om stängning av Torvalla Hälsocentral.

Barnhälsovårdens personal i Jämtlands län har med engagemang antagit och hanterat uppgiften att möta asylsökande och nysvenska familjer. Arbetet med att hitta former för att möta de nysvenska barnfamiljernas specifika behov pågår både nationellt och regionalt och Barnhälsovården är en aktör bland många. Barnhälsovården regionalt har i sammanhanget varit tydlig med att det ur ett hälsofrämjande jämlikhetsperspektiv (utjämning av hälsoklyftor) vore olyckligt med nedläggning av Asylhälsan som enhet och härmed decentralisering av kunskap om och omhändertagande av asylsökande och nysvenska familjer och barn inom hälso- och sjukvården i länet.

Vi ser på länsnivå 2017 en glädjande utveckling vad gäller täckningsgrad för Barnvaccinationsprogrammet, framför allt avseende omhändertagande av nysvenska barns behov av uppvaccination och därmed en minskad andel barn med okänt vaccinationsstatus. Både BHV-personal och sociala medier meddelar dock om en ökad andel familjer med oro och tveksamhet inför allmänna vaccinationsprogram, det behov av fortbildning vi möter kommer under 2018 att tillgodoses i form av heldagsutbildning i ämnet. **Barnvaccinationsprogrammet kommer under 2018 att utvidgas med att inkludera erbjudande om vaccin mot maginfektion av Rotavirus till alla spädbarn**, i skrivande stund är start framflyttad till kommande årsskifte, behov av utbildning tillgodoses inför start.

Det regionala arbetet med att koppla Nationellt kvalitetsregister för barnhälsovård i Sverige – BHVQ till Cosmic Jämtland beräknas slutföras under 2018. BHVQ-registret kommer att kunna utgöra en grund för kontinuerlig kvalitetsförbättring inom svensk barnhälsovård genom möjligheten att följa och jämföra kvalitetsindikatorer lokalt, regionalt och nationellt. Cosmic barnhälsovårdsjournal är under fortlöpande utveckling, för att utgöra det goda arbetsverktyg som barnhälsovårdens journal behöver vara i strävan att erbjuda en jämlik barnhälsovård.

Förtroendet för barnhälsovården bland länets barnfamiljer är stort. Barnhälsovårdens personal visar upprepat prov på stort engagemang angående och kunnande för barnhälsovård och bemötande av barnen och deras familjer, vilket har stor betydelse för barnens hälsa och utveckling i Jämtlands län! BHV-teamet på FBH, Sara, Tua och Anna, vill passa på att rikta ett varmt tack till all personal vid länets Barnvårdscentraler!

Slutligen ser vi fram emot att fortsätta att mötas i olika sammanhang och frågor som rör de jämtländska barnens hälsa, välmående och rättigheter!

1. Vägledning för barnhälsovården, SoS 2014-4-5.
2. www.rikshandboken-bhv.se
3. Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården, Nationella nätverket för barnhälsovårdssamordnare/vårdutvecklare, 2015, rev 2017.
4. Nationell målbeskrivning för läkartjänstgöring på BVC, BLF/DAH/DLF/SFAM, 2014.
5. Riktlinjer 2017 för Barnhälsovården i Jämtlands län, Centuri.
6. Barnkonventionen i Region Jämtland Härjedalen - metodmaterial för reflektion, diskussion och utveckling. Centuri, 25990-1.
7. Övergripande handlingsplan för barnkonventionen och de nationella minoriteterna 2016-2018. Diariet, RS/1447/2015.
8. Barn som anhöriga. Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider. SoS 2013-6-6.
9. Statistiska centralbyrån, scb.se>Befolkningsstatistik
10. Årsrapport Barnhälsovården i Stockholms län 2016, Barnhälsovårdsenheten Stockholms Läns Landsting.
11. Tohotoa, J et al. Dads make a difference: an exploratory study of parental support for breastfeeding in Perth, Western Australia. *International Breastfeeding Journal*. 4:15, 2009.
12. Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. WHO 1989.
13. Hörnell et al, Breastfeeding, introduction of other foods and effects on health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations, *Food & Nutrition Research*, Vol 57, 2013.
14. Örtenstrand, A. för att vara vårdgivare eller rådgivare krävs ett vetenskapligt underlag och en samlad klinisk erfarenhet. *Barnbladet* nr 1, 2011.
15. Cadwell K, Turner-Maffei C, *Breastfeeding A-Z, Second Edition*, Jones and Bartlett Learning 2014.
16. FN:s Konvention för barns rättigheter, www.unicef.se/barnkonventionen
17. WHO:s ramkonvention om tobak, www.who.int/fctc/en
18. Hjärtrapporten 2017 – Hjärt- och Lungfonden
19. Dahlin, S, Gunnerbeck, A, et al. Maternal tobacco use and extremely premature birth – a population-based cohort study. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 123, upplaga 12. 2016.
20. Werner, Bodin. Growth from birth to age 19 for children in Sweden born in 1981 – descriptive values. *Acta Paediatrica* 2006;95: 600-13.
21. Bråbäck et al. Fetmautvecklingen bland svenska 4-åringar tycks ha stannat av. *Läkartidningen* 2009;2758-2761.
22. Socialstyrelsen & Folkhälsoinstitutet. (2013). *Folkhälsan i Sverige - Årsrapport 2013*.
23. Perlhagen et al. Fetma hos barn – prevention enda realistiska lösningen på problemet. *Läkartidningen* 2007; 3: 138-41.
24. HSLF-FS 2016:51 Folkhälsomyndighetens föreskrifter om vaccination av barn, SoS
25. Barnvaccinationsprogrammet i Sverige 2017 – Årsrapport. Folkhälsomyndigheten, 2018, 18031.
26. Smittskydd och vårdhygien Region Jämtland Härjedalen, Årsstatistik för 2017. Centuri.
27. Folkhälsomyndigheten, Riskländer avseende tuberkulos och hepatit B. www.folkhalsomyndigheten.se.
28. Rekommendationer om vaccination mot hepatit B. Folkhälsomyndigheten, 16117.
29. Rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos. Folkhälsomyndigheten, 00497-2017.
30. Vaccination av barn och ungdomar. Folkhälsomyndigheten, 2017, 16149.
31. www.rikshandboken-bhv.se>Vaccination av barn med oklar vaccinationsbakgrund
32. Tangen et al. Hembesök inom barnhälsovården-Sjuksköterskornas attityder avgörande för hur verksamheten utvecklas. *Läkartidningen* 2010;107 nr 47:2968-71.
33. Kendrick et al. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child*. 2000.
34. McNaughton D. B, A synthesis of qualitative home visiting research. *Public Health Nurs*. 2004.
35. Jansson A, Hembesök kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som familj. *Läkartidningen* 2003;100 nr 15:1348-51.
36. Elkan et al. The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and selective review of the British literature. *Health Technology Assessment*, 2000.
37. Kronborg H, Vaeth M, Kristensen I. The effect of early postpartum Home Visits by Health Visitors; A Natural Experiment. *Public Health Nursing* 2012;29(4):289-301.
38. Zapart S, Knight J, Kemp L, "It Was Easier Because I Had Help": Mother's Reflections on the Long-Term Impact of Sustained Nurse Home Visiting. *Matern Child Health J*. 2015 Oct 24.
39. Kemp et al. Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomized controlled trial. *Arch Dis Child*. 2011; 96:533-540.
40. www.icdp.se
41. Länsövergripande riktlinje för samverkan i form av Barnhälsoteam, Centuri.
42. Anmäla oro för barn – Stöd för anmälningsskyldiga och andra anmälare. SoS 2014-6-5.
43. Lagerberg D. A descriptive survey of Swedish child health nurses' awareness of abuse and neglect. *Child abuse and neglect* 25; 2001:1853-1601.

Amning:

Med **helamning/ helammad** avses barn som fått enbart bröstmjök samt vitaminer/läkemedel (t.ex. D-vitamin).

Med **delvis ammad/ delammad** avses barn som förutom bröstmjök fått modersmjölksersättning, smakportioner av puréer, välling och/eller annan kost.

Med **Barnhälsovård** (BHV) avses arbetet som utförs av medarbetare på Barnvårdscentralen (BVC).

Med **Barnvårdscentral** (BVC) avses lokalen där Barnhälsovård bedrivs.

Med **BHV-sjuksköterska** avses sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning Distriktsköterska och/ eller inom hälso- och sjukvård för barn och ungdomar.

Med **BHV-läkare** (även kallat BVC-läkare) avses läkare med specialistkompetens eller ST-läkare inom allmänmedicin och/ eller barn- och ungdomsmedicin.

Med **Familjecentral** (FC) avses den verksamhet där Barnhälsovård, Mödrahälsovård, Öppen förskola samt socialtjänst med förebyggande inriktning ingår i nära samverkan.

Med **Föräldra- och Barnhälsan** (FBH) avses den verksamhet mödra- och barnhälsovårdsfrågor med medicinsk-, psykologisk-, social- och omvårdnadskompetens. Där arbetar barnhälsovårdsöverläkare (BHV-öl), mödrahälsovårdsöverläkare (MHV-öl), samordnande barnhälsovårdssjuksköterska, samordnande barnmorska, psykologer, socionomer samt sekreterare.

17 APPENDIX

17.1 ANTAL INSKRIVNA BARN

Tabell 4 Ant inskrivna barn efter födelseår, enhets-/kommunvis, Jämtlands län 2017-12-31. *Gäddede saknas, **Bräcke/Kälarne ihopslaget.

BVC-mott Kommun	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	Totalt	2016-12-31
Myrviken	31	27	30	34	22	37	0	181	173
Svenstavik	43	56	48	47	37	35	0	266	278
Berg	74	83	78	81	59	72	0	447	451
Bräcke/Kälarne**	31	31	33	33	31	36	1	196	214
Gällö	12	20	7	15	11	18	0	83	84
Bräcke	43	51	40	48	42	54	1	279	298
Funäsdalen	14	25	17	15	25	22	0	118	122
Fjällhälsan Hede	20	19	23	16	15	19	0	112	102
Sveg	51	40	55	43	42	55	1	287	291
Härjedalen	85	84	95	74	82	96	1	517	515
Föllinge	12	12	14	10	16	10	0	74	77
Krokom/ Ås	116	111	111	127	127	118	0	710	682
Offerdal	25	16	34	25	32	25	1	158	163
Krokom	153	139	159	162	175	153	1	942	922
Bispgården	9	6	6	10	7	12	8	58	64
Hammarstrand	36	19	30	33	30	33	0	181	170
Stugun	17	11	13	15	15	17	0	88	91
Ragunda	62	36	49	58	52	62	8	327	325
Backe	23	20	20	15	19	8	0	105	70
Gäddede	4	7	7	2	6	4	0	30	*
Hammerdal NNV	22	12	16	22	20	28	0	120	118
Hoting NNV	14	14	14	15	17	9	0	83	101
Strömsund NNV	11	3	9	10	6	9	0	48	49
Strömsund	69	70	64	55	64	70	0	392	371
Strömsund	143	126	130	119	132	128	0	778	752*
Hallen	16	24	14	11	17	12	0	94	95
Järpen	46	47	37	45	43	40	0	258	249
Åre	74	68	69	69	52	60	1	393	390
Åre	136	139	120	125	112	112	1	745	735
Brunflo	107	97	92	106	77	84	0	563	557
Frösön	163	154	165	158	179	151	0	970	1018
Lit	52	47	32	32	47	42	1	253	261
Lugnvik	69	68	80	76	71	69	2	435	440
Odensala	119	108	115	130	117	108	1	698	651
Torvalla	64	84	90	95	76	80	1	490	513
Zätahuset	229	216	219	181	182	176	0	1203	1152
Östersund	803	774	793	778	749	710	5	4612	4592
Jämtlands län*	1499	1432	1464	1445	1403	1387	17	8647	8590*

Tabell 5

Barnantal inskrivna per redovisningsår (den 31 dec respektive år) och kommun. * Gäddede saknas, ** Backe saknas.

BVC Kommun	Antal inskrivna/år											
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Berg	396	426	412	401	403	388	375	376	383	416	451	447
Bräcke	351	336	329	315	309	292	285	275	255	257	298	279
Härjedalen	536	532	533	517	512	487	479	507	495	517	515	517
Krokom	1011	1044	1076	1105	1085	1078	998	958	939	970	922	942
Ragunda	285	298	287	278	292	295	300	298	300	300	325	327
Strömsund	630	627	652	605	593	610	673	708	720	686**	752*	778
Åre	627	626	646	669	700	688	710	694	682	768	735	745
Östersund	3784	3974	4067	4180	4321	4355	4335	4359	4475	4549	4592	4612
Jämtland	7620	7863	8002	8070	8215	8193	8156	8175	8249	8463**	8590*	8647

Tabell 6

Jämtlands län, antal barn 0-5 år inskrivna på BVC den 31 dec respektive år i förhållande till befolkningstal 0-5 år samma datum och år.

* Gäddede saknas, ** Backe saknas.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Jämtland Inskrivna, 0-5 år (31/12)	7578	7839	7988	8058	8152	8177	8150	8164	8240	8458**	8547*	8630
Befolkningstal 0-5 år Jämtlands län (31/12), SCB (9)	7670	7897	8061	8105	8192	8222	8214	8186	8171	8324	8376	8605
Andel % Inskrivna/Befolkningstal 0-5 år	98,8	99,3	99,1	99,4	99,5	99,5	99,2	99,7	100,8	101,6**	102*	100,3

17.2 BEMANNING BVC

Diagram 27

Bemanning över tid BVC Jämtlands län 2008 – 2017, antal sjuksköterskor och läkare. Uppgifter för Kälarne saknas för 2017.

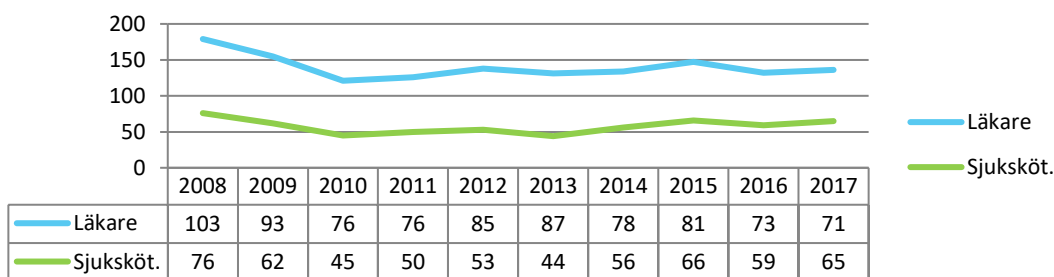
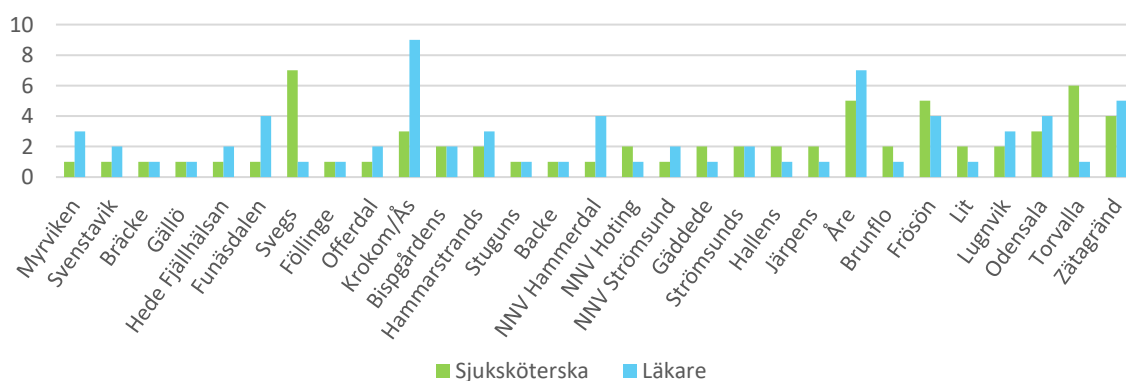


Diagram 28

Bemanning (antal) sjuksköterska/läkare på BVC, Jämtlands län 2017. Uppgifter för Kälarne saknas.



17.3

NORMTID/FAKTISK TID

Tabell 7

Normtid/faktisk tid 2017, per BVC-enhet.

BVC-mott	Antal barn totalt	Antal barn f 2017	BHV-ssk Faktisk tid (h)	BHV-ssk Normtid (h)	BHV-ssk (ant)	BHV-läk (ant)
Myrviken	181	31	24	22,6	1	3
Svenstavik	266	43	40	33,3	1	2
Bräcke/Kälarne	196	31	24	24,5	1	1
Gällö	83	12	8	10,4	1	1
Funäsdalen	118	14	20	14,8	1	4
Hede	112	20	12	14	1	2
Sveg	287	51	33	35,9	7	1
Föllinge	74	12	7	9,25	1	1
Krokoms/ Ås	710	116	92	88,8	3	9
Offerdal	158	25	30	19,8	1	2
Bispgården	58	9	8	7,3	2	2
Hammarstrand	181	36	20	22,6	2	3
Stugun	88	17	8	11	1	1
Backe	105	23	10	13,1	1	1
Gäddede	30	4	7	3,8	2	1
Hammerdal NNV	120	22	12	15	1	4
Hoting NNV	83	14	8	10,4	2	1
Strömsund NNV	48	11	4	6	1	2
Strömsund	371	69	52	46,4	5	2
Hallen	94	16	8	11,8	2	1
Järpen	258	46	31	32,3	2	1
Åre	393	74	54	49,1	5	7
Brunflo	563	107	76	56,3	2	1
Frösön	970	163	90	97	5	4
Lit	253	52	32	25,3	2	1
Lugnvik	435	69	59	43,5	3	3
Odensala	698	119	63	69,8	3	4
Torvalla	490	64	76	49	6	1
Zätahuset	1203	229	120	120,3	4	5
Jämtlands län	8626	1499	1028	963,35	69	71

Tabell 8

BVC andel (%) barn utlandsfödda 2017, minst 1 förälder född utanför Norden.

BVC-mott Kommun	Barn födda 2017 (antal)	Barn 2017 utlandsfödda minst 1 förälder född utanför Norden (antal)	Andel utlandsfödda (%)
Myrviken	31	8	26
Svenstavik	43	13	30
Berg	74	21	28
Bräcke/Kälarne	31	15	48
Gällö	12	9	75
Bräcke	43	24	55
Funäsdalen	14	4	28
Hede	20	3	15
Sveg	51	7	13
Härjedalen	85	14	16
Föllinge	12	5	44
Krokom/ Ås	116	21	18
Offerdal	25	8	31
Krokom	153	34	23
Bispgården	9	4	44
Hammarstrand	36	8	22
Stugun	17	2	12
Ragunda	62	14	23
Backe	23	7	29
Gäddede	4	0	0
Hammerdal NNV	22	10	46
Hoting NNV	14	1	7
Strömsund NNV	11	4	33
Strömsund	69	26	38
Strömsund	143	48	33
Hallen	16	2	12
Järpen	46	14	31
Åre	74	21	29
Åre	136	37	27
Brunflo	107	55	51
Frösön	163	45	28
Lit	52	22	56
Lugnvik	69	24	34
Odensala	119	38	32
Torvalla	64	28	43
Zätastrand	229	59	26
Östersund	803	271	34
Jämtlands län	1499	463	31

17.5 AMNING

Tabell 9 Amningsfrekvens (%) utifrån bostadskommun i Jämtlands län, barn födda 2016.

Andel (%) födda 2016 som ammat vid										
Kommun	1 vecka		2 mån		4 mån		6 mån		9 mån	12 mån
	Helt	Helt/ och- eller delvis	Helt	Helt/ och- eller delvis	Helt	Helt/ och- eller delvis	Helt	Helt/ och- eller delvis	Helt/ och- eller delvis	Helt/ och- eller delvis
Berg	75,4	93,4	62,9	85,5	49	73,5	11,6	46,5	36,6	24,3
Bräcke	83,8	94,6	85,1	87,2	66,7	75,6	24,3	70,3	62,1	54,2
Härjedalen	75,3	93,2	57,9	77,2	50,9	65,5	14,6	43,9	32,4	14,8
Krokom	83,7	96,1	76	86	68,1	84	17,7	81	67,3	27,5
Ragunda	84	96	68,2	86,4	60	84	45,5	63,6	0	28,6
Strömsund*	80,2	93,1	75	89	72,4	88,5	18,2	75,8	70,7	46,9
Åre	84,3	95,3	75,2	89,5	62,7	85,5	16,7	79,2	68,1	24,7
Östersund	80	96	68,8	86,9	61,4	81,9	12,9	68	48,9	25,7
Jämtland*	80,6	95,3	70,6	86,7	62,1	81,4	15,2	68,6	52,5	27,5

17.6 RÖKNING

Tabell 10 Föräldrars rökvanor då barnet är 4 veckor samt vid 8 månaders ålder, barn födda 2016.

Kommun	Antal barn	Andel rökande mödrar (%)		Andel rökande fäder (%)		Andel rökare i familjen (%)	
		0-4 veckor	8 mån	0-4 veckor	8 mån	0-4 veckor	8 mån
		Berg	88	0	1,1	14,8	5,7
Bräcke	66	0	0	7,6	4,5	7,6	6,1
Härjedalen	89	2,9	0	18,8	7,9	17	7,9
Krokom	139	0,7	0,7	10,8	9,4	11,5	11,5
Ragunda	48	4,2	2,1	8,3	4,2	12,5	4,2
Strömsund	144	4,3	0,9	9,9	1,8	17,7	3,6
Åre	150	0,7	0	8,7	0	9,3	0
Östersund	815	0,6	0,5	4,2	2,2	4,9	2,9
Jämtlands län	1539	1,1	0,5	7,3	3,3	8,9	4,8

17.7 ÖVERVIKT OCH FETMA – BMI

Tabell 11 Andel (%) barn i Jämtlands län födda 2004–2013 med BMI övervikt/fetma vid 4 års ålder (+ 3 mån).

*Klassificering av övervikt och fetma baserad på Cole et al, BMJ 2000;320:(1240–3).

**) 2016 endast data från första halvåret, se Resultatredovisning 2016.

Födelseår	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Barn, ant undersökta, Jämtlands län	999	947	980	857	997	933	888	780	344**	1121	
Övervikt* %	Flickor	13,3	13	10,4	10,8	11,2	9,1	14,6	11,7	13,3	16,4
	Pojkar	9,4	9,7	10,6	8,5	10,3	9,3	6,7	9,4	6,4	9,6
Fetma* %	Flickor	2,3	2,8	3	2	2,8	3,9	1,7	2,5	2,5	3,7
	Pojkar	2,1	2,3	2,7	2,4	2	1,5	1,6	1,7	1,1	2,9
Övervikt och fetma* %	13,6	13,8	13,4	11,9	13,1	11,9	12,5	12,6	10,5	16,1	

17.8 ANDEL VACCINERADE

Tabell 12

Andel (%) barn födda 2015 vaccinerade vid två års ålder, per BVC och kommun, Jämtlands län.

Gul markering = <90%, vilket innebär högre risk att smitta får fäste i samhället/infektionsutbrott.

BVC-mott Kommun	Antal barn	DTP	IPV	Hib	PCV	MPR	"Vet ej" % medeltal
Myrviken	30	96,7	96,7	96,7	96,7	96,7	0
Svenstavik	48	91,7	91,7	91,7	91,7	93,8	4,2
Berg	78	93,6	93,6	93,6	93,6	94,9	2,6
Bräcke	24	95,8	95,8	95,8	95,8	100	0
Gällö	7	100	100	100	100	85,7	0
Kälarne	8	75	75	75	75	87,5	0
Bräcke	39	92,3	92,3	92,3	92,3	94,9	0
Funäsdalen	17	100	100	100	100	100	0
Fjällhälsan Hede	23	87	87	87	87	95,7	0
Sveg	55	96,4	96,4	96,4	96,4	94,5	0
Härjedalen	95	94,7	94,7	94,7	94,7	95,8	0
Föllinge	14	100	100	100	100	100	0
Krokom/Ås	111	99,1	99,1	99,1	99,1	96,4	0
Offerdal	34	97,1	97,1	97,1	97,1	97,1	0
Krokom	159	98,7	98,7	98,7	98,7	96,9	0
Bispgården	6	66,7	66,7	66,7	66,7	83,3	0
Hammarstrand	30	96,7	96,7	96,7	96,7	96,7	0
Stugun	13	100	100	100	100	100	0
Ragunda	49	93,9	93,9	93,9	93,9	95,9	0
Backe	20	90	90	90	85	90	0
Gäddede	7	100	100	100	100	100	0
NNV Hammerdal	16	93,8	93,8	93,8	93,8	93,8	0
NNV Strömsund	9	100	100	100	100	100	0
NNV Hoting	14	85,7	85,7	85,7	85,7	100	0
Strömsund	64	95,3	95,3	95,3	95,3	92,2	0
Strömsund	130	93,8	93,8	93,8	93,1	93,8	0
Hallen	14	92,9	92,9	92,9	92,9	92,9	0
Järpen	37	97,3	97,3	97,3	94,6	94,6	0
Åre	69	97,1	97,1	97,1	97,1	95,7	0,2
Åre	120	96,7	96,7	96,7	95,8	95	0,1
Brunflo	92	100	100	100	100	100	0
Frösön	165	97,6	97,6	97,6	97	95,8	0,8
Lit	32	96,9	96,9	96,9	96,9	93,8	0
Lugnvik	80	96,3	96,3	96,3	96,3	95	0
Odensala	115	99,1	99,1	99,1	96,5	99,1	0
Zätagränd	219	98,6	98,6	98,6	98,6	99,1	0,1
Torvalla	90	95,6	95,6	95,6	95,6	94,4	0,1
Östersund	793	98	98	98	97,5	97,4	0,2
Jämtlands län	1 463	96,9	96,9	96,9	96,4	96,4	
"Vet ej", Jämtlands län %							0,25

17.9

FÖRÄLDRASTÖD

Tabell 13

EPDS, barn födda 2016.

BVC-mott Kommun	Barn födda 2016	Erbjudits	Tackat JA	Tackat NEJ	EJ erbjudits	Uppgift saknas	Mammor stödsamtal av BHV-ssk enl. POGS	Mammor som remiss FBH psykolog/annan t.ex. PSE
	(ant)	(ant)	(ant)	(ant)	(ant)	(ant)	(ant)	(ant)
Myrviken	30	11	11	0	0	19	0	0
Svenstavik	58	28	27	1	2	28	5	1
Berg	88	39	38	1	2	47	5	1
Bräcke	29	25	22	3	5	0	2	0
Kälarne	23	13	13	0	0	10	0	1
Gällö	14	6	5	1	2	6	0	0
Bräcke	66	44	40	4	7	16	2	1
Funäsdalen	20	6	6	0	0	14	0	0
Hede	25	15	15	0	0	10	0	0
Sveg	44	2	2	0	0	42	0	0
Härjedalen	89	23	23	0	0	66	0	0
Föllinge	12	2	2	0	0	10	0	0
Krokom/ Ås	115	105	103	2	2	13	5	3
Offerdal	12	13	13	0	0	0	0	0
Krokom	139	120	118	2	2	23	5	3
Bispgården	11	0	0	0	11	0	0	0
Hammarstrand	24	25	25	0	0	0	0	0
Stugun	13	5	5	0	0	8	0	0
Ragunda	48	30	30	0	11	8	0	0
Backe	25	0	0	0	0	25	0	0
Gäddede/ Frostviken	8	3	3	0	0	5	0	0
Hammerdal NNV	13	11	11	0	1	1	0	0
Hoting NNV	17	7	7	0	0	10	0	0
Strömsund NNV	3	2	2	0	0	1	0	0
Strömsund	78	68	56	10	2	8	6	4
Strömsund	144	91	79	10	3	50	6	4
Hallen	21	13	13	0	0	8	0	0
Järpen	52	31	30	1	1	20	0	1
Åre	77	63	62	1	0	14	7	1
Åre	150	107	105	2	1	42	7	2
Brunflo	105	78	74	4	7	20	8	2
Frösön	174	89	86	3	0	85	8	2
Lit	47	35	30	5	12	0	2	0
Lugnvik	81	61	60	1	0	20	5	1
Odensala	103	83	83	0	3	17	8	4
Torvalla	79	54	54	0	0	25	7	2
Zätahuset	226	150	147	3	2	74	10	5
Östersund	815	550	534	16	24	241	48	16
Jämtland	1 539	1 004	967	35	50	493	73	27
Andel Jämtland		65,2 %	62,8 %	2,3 %	3,2 %	32 %	4,7 %	1,8 %

Tabell 14

Antal Öppna förskolor och Familjecentraler i Jämtlands län 2017.

Kommun	Antal Öppna förskolor	Öppet ≥ 16 tim/vecka	Familjecentral	Familjecentralsliknande
Berg	1	0	0	1
Bräcke	1	1	0	1
Härjedalen	2	0	0	2
Krokom	1	1	0	1
Ragunda	1	1	0	1
Strömsund	1	1	1	0
Åre	1	1	1	0
Östersund	6	5	0	5
Jämtlands län	14	10	2	11

Tabell 15

Hembesök 2017 - antal samt andel erbjudna födda 2017, *NNV Hoting saknas

BVC-mott Kommun	Inskrivna födda 2017 (antal)	Erbjudna (antal)	Andel erbjudna (%)
Myrviken	32	11	34,4
Svenstavik	41	19	46,3
Berg	73	30	41,7
Bräcke	20	21	105
Kälarne	14	12	85,7
Gällö	13	12	92,3
Bräcke	47	45	95,7
Funäsdalen	13	11	84,6
Fjällhälsan Hede	21	17	81
Sveg	47	15	31,9
Härjedalen	81	43	53,1
Föllinge	10	3	30
Krokom/ Ås	107	48	44,6
Offerdal	24	16	66,7
Krokom	141	67	47,5
Bispgården	12	5	41,7
Hammarstrand	35	34	97,1
Stugun	13	1	7,7
Ragunda	60	40	67
Backe	16	3	18,8
Hammerdal NNV	22	6	27,3
Strömsund NNV	12	1	8,3
Gäddede	4	0	0
Strömsund	68	44	64,7
Strömsund*	122*	54*	40,9*
Hallen	14	2	14,3
Järpen	54	26	48,1
Åre	64	30	46,9
Åre	132	58	44
Brunflo	95	44	46,3
Frösön	162	19	11,7
Lit	40	35	87,5
Lugnvik	74	1	1,4
Odensala	114	33	28,9
Torvalla	55	1	1,8
Zätahuset	233	0	0
Östersund	773	133	17,2
Jämtlands län*	1439*	470*	32,7*

Tabell 16

Föräldrastöd i grupp, föräldrar till barn födda 2016. Saknas uppgift från Backe och Järpen*

BVC-mott Kommun	Barn födda 2015	Barn vars föräldrar erbjudna föräldrastöd i grupp		Barn vars föräldrar inte erbjudits/eller okänt	
	Antal	Antal	Andel %	Antal	Andel av tot. %
Myrviken	30	13	43%	17	57%
Svenstavik	58	0	0%	58	100%
Bergs kommun	88	13	15%	75	85%
Bräcke	29	0	0%	29	100%
Gällö	23	6	26%	17	74%
Kälarne	14	0	0%	14	100%
Bräcke kommun	66	6	9%	60	91%
Funäsdalen	25	0	0%	25	100%
Fjällhälsan Hede	20	8	40%	12	60%
Sveg	44	27	61%	17	39%
Härjedalens kommun	89	35	39%	54	61%
Föllinge	12	3	25%	9	75%
Krokoms/Ås	115	21	18%	94	82%
Offerdal	12	0	0	12	100%
Krokoms kommun	139	24	17%	115	83%
Bispgården	11	0	0%	11	100%
Hammarstrand	24	13	54%	11	46%
Stugun	13	8	62%	5	38%
Ragunda kommun	48	21	44%	17	56%
Backe*					
Gäddede	8	6	75%	2	25%
NNV Hammerdal	13	0	0%	13	100%
NNV Strömsund	3	0	0%	3	100%
NNV Hoting	17	0	0%	17	100%
Stömsund	78	59	76%	19	24%
Strömsunds kommun*	144*	65*	45%*	79*	55%*
Hallen	21	21	100%	0	0%
Järpen*					
Åre	77	51	53%	36	47%
Åre kommun*	150*	72*	48%*	36*	52%*
Brunflo	105	41	39%	64	61%
Frösön	174	9	5%	165	95%
Lit	47	18	38%	29	62%
Lugnvik	81	10	12%	71	88%
Odensala	103	31	30%	72	70%
Zätahuset	226	113	50%	116	50%
Torvalla	79	17	22%	62	78%
Östersunds kommun	815	239	29%	579	71%
Jämtlands län*	1539*	475*	30 %*	1015*	70 %*

17.10 FÖRSKOLA

Tabell 17 Samverkan förskola och barnhälsovård 2017.

Hälsocentral Kommun	BVC (ant)	Förskolor kommunal regi (ant)	Förskolor annan regi (ant)	Antal besök i kommunal förskola			Antal besök förskola i annan regi		
				Minst en gång/termin	En gång/år	Inte alls	Minst en gång/termin	En gång/år	Inte alls
Svenstavik	1	5	1	0	5	0	0	1	0
Myrviken	1	4	0	0	0	4	0	0	0
Berg	2	9	1	0	5	4	0	1	0
Bräcke	1	1	0	0	0	1	0	0	0
Kälarne	1	1	0	0	0	1	0	0	0
Gällö	1	2	1	0	0	2	0	0	1
Bräcke	3	4	1	0	0	4	0	0	1
Sveg	1	6	2	0	6	0	0	2	0
Funäsdalen	1	2	0	1	1	0	0	0	0
Hede	1	2	1	0	2	0	0	1	0
Härjedalen	3	10	3	1	9	0	0	3	0
Föllinge	1	4	0	0	0	4	0	0	0
Krokom/ås	1	14	5	0	1	13	0	0	5
Offerdal	1	4	1	0	1	3	0	0	1
Krokom	3	22	6	0	2	20	0	0	6
Bispgården	1	1	0	0	0	1	0	0	0
Hammarstrand	1	3	0	0	0	3	0	0	0
Stugun	1	1	1	0	0	1	0	0	1
Ragunda	3	5	1	0	0	5	0	0	1
Backe	1	1	1	0	1	0	0	0	1
Gäddede	1	2	0	0	0	2	0	0	0
Hammerdal NNV	1	4	0	0	4	0	0	0	0
Hoting NNV	1	4	0	0	3	1	0	0	0
Strömsund NNV	1	2	2	0	0	2	0	0	2
Strömsund	1	4	0	0	3	1	0	0	1
Strömsund	6	17	3	0	11	6	0	0	3
Järpen	1	7	1	0	0	7	0	0	1
Åre	1	7	0	0	0	7	0	0	0
Hallen	1	3	0	0	3	0	0	0	0
Åre	3	17	1	0	1	16	0	0	1
Zätahuset	1	5	2	0	0	5	0	0	2
Frösön	1	10	4	0	0	10	0	0	4
Odensala	1	9	1	0	2	7	0	0	1
Lugnvik	1	5	2	0	0	5	0	0	2
Lit	1	5	2	4	0	1	0	1	1
Brunflo	1	8	1	0	1	7	0	0	1
Torvalla	1	9	1	0	0	9	0	0	1
Östersund	7	51	13	4	3	44	0	1	12
Jämtlands län	30	135	29	5	31	99	0	5	24

Andel besök på kommunala förskolor för länet totalt			Andel besök på privata förskolor för länet totalt		
Minst en gång/termin	En gång/år	Inte alls	Minst en gång/termin	En gång/år	Inte alls
3,7 %	23 %	73,3 %	0 %	17,2 %	82,8 %