

# Barnhälsovårdens kvalitetsutveckling i Jämtlands län



## Resultatredovisning 2009

### Föräldra- Barnhälsan

Kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård i Jämtlands län



## Innehållsförteckning

1	Konventionen om Barnets Rättigheter .....	4
2	Sammanfattning av barnhälsovårdens resultat 2009 .....	5
2.1	Resultatsammanställning 2009 .....	5
3	Länets barnhälsovårdsorganisation .....	6
4	Kommunala basdata 2009.....	7
4.1	Definitioner och kommentarer .....	8
4.2	Barnfattigdomen i Jämtlands län.....	9
5	Barn och personal i förskola .....	10
5.1	Öppna förskolor och familjecentraler .....	11
6	Antal födda i Jämtlands län under perioden 1990-2009.....	12
6.1	Spädbarnsdödligheten Jämtlands län.....	12
6.2	Plötslig spädbarnsdöd (SIDS) .....	13
6.3	Shaken Baby Syndrome .....	13
7	Inskrivna och övervakade barn med födelseår 2003-2009.....	14
7.1	Bemanning och kontinuitet på barnvårdscentralen.....	14
7.2	Hembesök hos nyblivna föräldrar i Jämtlands län .....	15
7.3	Föräldrastöd i grupp .....	17
7.4	Spädbarnsmassage .....	18
8	Vägledande samspel/ICDP .....	19
9	Ömsesidig respekt .....	20
10	Pappaindex 2009 .....	21
11	Sammanfattning av psykolog- och socionomverksamheten på Föräldra- Barnhälsan .....	22
12	Fortsatt arbete med genus inom mödra- barnhälsovården .....	23
13	Psykisk ohälsa.....	24
14	Amning .....	25
15	Rökning.....	27
16	Snusning.....	28
17	Riskbruksarbete MHV och BHV Jämtlands län 2009.....	29
18	Vaccinationer .....	30
19	BMI.....	35
20	Kost och motionsvanor samt skärmtid hos 4-åringar.....	36
21	Barn som far illa .....	37
22	Samverkan med förskolan .....	38
23	Samarbete med Hörselvården .....	39
24	Småbarnstandvård i Jämtlands län .....	40
25	Barnhälsovårdens Stora Pris 2009.....	41
26	Given fortbildning 2009 BHV .....	42
27	Sammanfattning av det gångna verksamhetsåret .....	47
28	Riktlinjer 2010 för barnhälsovården i Jämtlands län .....	50
28.1	Styrdokument.....	50
28.2	Barnhälsovårdens mål.....	51
28.3	Resurser.....	51
28.4	Föräldra- Barnhälsan (FBH) .....	52
28.5	Innehåll i verksamheten.....	52
28.6	Kravspecifikation .....	55
28.7	Målsättning.....	56
28.8	Kommentarer till hälsoövervakningsprogrammet .....	57
28.9	BVC:s hälsoövervakningsprogram (Jämtlands län).....	58
29	Referenser .....	59

# 1 Konventionen om Barnets Rättigheter

Sverige anslöt sig till FN:s konvention om barnets rättigheter 1990. Sverige har således förbundit sig att följa konventionens bestämmelser. Genom barnkonventionen stärks barnets rätt, både i familjen och i samhället. Det tydliga budskapet är att barn ska respekteras och detta är alla vuxnas ansvar. All personal ska arbeta efter barnkonventionen i sitt förhållningssätt och i sitt bemötande av barn och föräldrar. Barnkonventionen ska synliggöras i verksamhetsdokument, kvalitetsmål och kvalitetsuppföljningar. Barnhälsovården har för avsikt att fortsatt föra ut konventionens artiklar till barnhälsovårdens personal inom landstinget och i samverkan med länets kommuner.

Konventionen om barnets rättigheter innehåller 54 artiklar varav nedanstående fyra utgör konventionens huvudartiklar:

- artikel 2 Konventionen om barnets rättigheter gäller alla barn.
- artikel 3 Vid alla åtgärder som rör barn skall barnets bästa komma i främsta rummet.
- artikel 6 Konventionsstaterna skall till det yttersta av sin förmåga säkerställa barnets överlevnad och utveckling.
- artikel 12 Konventionen anger att barnets åsikter skall tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.

Dessutom anger artikel 24 barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna skall sträva efter att till fullo förverkliga denna rätt och skall särskilt vidta lämpliga åtgärder för att minska spädbarns- och barnadödligheten och att säkerställa att alla barn tillhandahålls nödvändig sjuk- och hälsovård.

Barnhälsovårdsöverläkaren har ånyo i barn- och ungdomsrådet samt i samtal med våra landstingspolitiker lyft frågan om hur implementera barnkonventionen i landstingets arbete och lämnat förslag på ex. barnpilotsutbildning m.m.

I skrivande stund har landstingsdirektören meddelat att i landstingsplanen för år 2011 kommer 100 000 kronor att avsättas för arbete med barnkonventionen. I landstingsplanen för 2011-13 skrivs under rubriken Folkhälsa att det på varje vårdenhets ska utses och utbildas en ansvarig för arbete med barnkonventionen. Vidare planering kommer att äga rum under år 2010.

## 2 Sammanfattning av barnhälsovårdens resultat 2009

### 2.1 Resultatsammanställning 2009

Område	Uppsatt mål 2009	Uppnått mål 2009	Resultat +/-
Hälsoövervakning	99 % av barn 0-1 år	99,2%	+
Hembesök förstagångsföräldrar	95 % får hembesök	79 %	-
Hembesök adoptivföräldrar	Alla ska erbjudas hembesök snarast	?	?
Föräldragrupp	Alla nyblivna föräldrar ska erbjudas att delta	66 %	-
Förskola	Alla förskolor skall erbjudas besök minst 1 gång/termin av BVC-sjuksköterskan	18 %	-
Psyisk ohälsa	80 % av BVC-mottagningarna anv. EPDS regelbundet	96,7%	+
Amning	80 % av barnen ammas helt vid 2 månaders ålder	77,1%	-
Amning	70 % av barnen ammas helt vid 4 månaders ålder	65,1%	-
Amning	70 % av barnen ammas helt eller delvis vid 6 månaders ålder	69,1%	(+)
Rökning	96 % rökfria mödrar när barnet är 0-4 v gammalt	96,9%	+
Rökning	93 % rökfria föräldrar när barnet är 8 månader gammalt	91,2%	-
Vaccinationer	97 % av barnen MPR vaccinerade före 2 års ålder	96,7%	(+)
Vaccinationer	99 % av barnen vaccinerade med DTP-, polio och Hibvaccin	98,4%	(+)
BMI	Minst 90 % av barnen har normalt BMI	86,2%	-

### 3 Länets barnhälsovårdsorganisation

Föräldra- Barnhälsan (FBH) är landstingets samlade enhet för mödra- och barnhälsovårdsfrågor med medicinsk-, psykologisk-, social- och omvårdnadskompetens.

Föräldra- Barnhälsan arbetar för att utveckla en enhetlig mödrahälsovård med mål att främja en god reproduktiv och sexuell hälsa och barnhälsovård med mål att främja barns hälsa, trygghet och utveckling i Jämtlands län.

Barnhälsovården utgör en del av Föräldra- Barnhälsan och består av barnhälsovårdsöverläkare (80 %), samordnande barnhälsovårdssjuksköterska (50 %), barnhälsovårdssykeolog och socionom.

Samordnande barnhälsovårdssjuksköterska har dessutom ett uppdrag (10 %) som samordnare av landstingets familjecentraler.

Barnvårdscentralerna (BVC) vid länets samtliga 28 hälsocentraler har som målgrupp barn 0-6 år och deras föräldrar. Vid 11 hälsocentraler samarbetar/samverkar barnvårdscentralen med barnmorskemottagningen, den öppna förskolan samt kommunens socialtjänst i en familjecentral eller familjecentralliknande verksamhet.

Barnhälsovårdens verksamhet är generell och erbjuds samtliga barn och når i princip alla barn. Målet är att vara ett stöd i föräldraskapet, att förebygga och upptäcka sjukdom och funktionsnedsättning samt att uppmärksamma och förebygga risker i barns miljö.

Varje hälsocentral har ansvar för den egna barnvårdscentralen (BVC) som är områdesorganiserad.

Ett länsövergripande basprogram finns som grund för verksamheten som utförs av distriktsköterska/barnsjuksköterska och distriktsläkare/barnläkare.

Varje BVC har tillgång till psykolog/socionom för konsultation och handledning till personal samt för stöd till och behandling av föräldrar och utredning av barn.

#### Kravspecifikation för barnhälsovården i Jämtlands län

Barnhälsovårdens kravspecifikation baseras framförallt på de numera upphävda allmänna råden från socialstyrelsen (1) och nationella målbeskrivningar för sjuksköterske- och läkartjänstgöring inom barnhälsovården (2,3). I dokumentet "Riktlinjer för barnhälsovården i Jämtlands län" (4) finns angivet vilka ytterligare styrdokument som gäller, vilka resurser som behövs, innehåll i verksamheten samt kravspecifikation. All personal inom barnhälsovården har sedan 2007 fri tillgång till barnläkarföreningens nationella handbok för barnhälsovårdens personal via [www.growingpeople.se](http://www.growingpeople.se)

I den här skriften presenteras årsstatistik och resultatsammanställning från länets samtliga barnvårdscentraler baserad på de uppgifter som barnvårdscentralerna lämnar in under januari 2010. Resultaten redovisas på liknande sätt som under tidigare år. Resultaten jämförs med de mål som angetts i kravspecifikationen gällande år 2009.

## 4 Kommunala basdata 2009

Årsrapporten innehåller också i år en del kommundata för att beskriva länets kommuner och ge en bakgrund till barnhälsovårdens arbete.  
Se tabell I! U = ”negativt värde” U = ”positivt värde”

Tabell I Basdata 2009 (5)

Kommun	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund	Riket
Jämlikhetsindex	154	150	129	122	157	162	127	109	72
Eftergymnasial utbildn. (25-44 år) 2008 %	24	23	23	34	21	22	36	45	42
Arbetslöshet (inkl. arb. markn.åtgärder 25-44 år) 2008 %	5	6	4	5	6	8	4	5	4
Andel män med låg inkomst %	15	15	17	13	13	16	18	15	18
Andel kvinnor med låg inkomst %	17	19	16	17	16	18	19	19	22
Anmälda brott 2008 per 100 000 invånare	7448	10611	9211	6860	5950	7679	11802	13855	14937
varav våldsbrott	331	737	618	775	403	674	1305	1315	1176
Alkoholrelaterad dödlighet (antal döda per 100 000 inv.) 2002-2006 Män/Kvinnor	2,1/1,2	4,4/0,9	4,6/0,0	4,5/1,3	4,8/1,3	7,2/1,4	6,0/1,5	3,3/1,6	4,6/1,1
Andel ensamstående med hemmavarande barn och låg inkomst 2007 %	41	40	39	35	37	38	36	32	34
Barnfattigdomsindex 2007, svensk bakgrund	9	9	7	6	8	10	8	5	5
Barnfattigdomsindex 2007 utländsk bakgrund	42	50	42	32	16	53	24	25	29
Låg födelsevikt 2005-2007/antal per 1000 födda födelsevikt < 2500 gr.	39,6	57,0	39,8	19,6	22,2	34,4	19,2	31,6	31,1

## 4.1 Definitioner och kommentarer

- Jämlikhetsindex är en sammanslagning av 12 variabler. För varje variabel rangordnas kommunerna efter hur stor skillnad det är mellan kvinnor och män. Minsta skillnad får rang 1 (bäst) och största skillnaden får rang 290. För tre av variablerna mäts även hur höga värden variablerna har. Index är ett medelvärde av de 15 (12+3) rangerna. Variabler som ingår: eftergymnasial utbildning, förvärvsarbetande, arbetssökande, medelinkomst, spridning på näringsgrenar, föräldrapenning, ohälsotal, unga vuxna, kommunfullmäktige, kommunstyrelse och egna företagare. Jämlikhetsindex 2006 publicerades mot slutet av 2006. Statistiken avser 2004 och 2005. Bästa kommun i landet har index 71 och sämsta kommun index 211.
- Jämlikhetsindex är bäst i Östersund (28/290 kommuner).
- Andelen vuxna i åldern 25-44 år med eftergymnasial utbildning är i Östersund högre än riksgenomsnittet.
- Andelen arbetslösa i åldern 25-44 år är 2008 lägst i Härjedalen och Åre och högst i Strömsund.
- Låginkomstgränsen är den sammanräknade inkomsten under vilka 20 procent av alla inkomsttagare i riket ligger. Fler kvinnor än män i länet har låg inkomst undantagandes Härjedalen.
- Antalet anmälda brott är lägst i Ragunda. Risken för att bli utsatt för våldsbrott är lägst i Berg.
- Alkoholrelaterad dödlighet 2002-2006 beskriver sjukdomar eller dödsfall med alkohol-diagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak. Statistiken påverkas av åldersstrukturen i kommunen. Strömsund och Åre ligger fortsatt högt när det gäller män medan Östersund intar motsvarande plats beträffande kvinnor.
- Låg födelsevikt anger antalet födda med en födelsevikt mindre än 2500 gram per 1000 födda (3-års medelvärdet). Risken att födas med låg födelsevikt är högre i socialt belastade områden. Åre har fortsatt betydligt färre barn med låg födelsevikt än riksgenomsnittet.
- Barnfattigdomsindex 2007 avser barn 0-17 år som finns i ekonomiskt utsatta hushåll. Med ekonomiskt utsatta hushåll menas hushåll med låg inkomst eller socialbidrag. Med låg inkomst menas lägsta utgiftsnivå baserad på socialbidragsnormen och en norm för boendeutgifter.
- Barnfattigdomsindex i familjer med utländsk bakgrund ligger betydligt över riksgenomsnittet i Strömsund, Bräcke och Härjedalen.



## 4.2 Barnfattigdomen i Jämtlands län

Alla barn har rätt till en skälig levnadsstandard, enligt FN:s konvention om barnets rättigheter. Sedan år 2002 har Rädda Barnen varje år givit ut rapporter om barnfattigdomen i Sverige. Barnfattigdom utgår från ett index baserat på två oberoende variabler, låg inkomststandard och socialbidrag. Forskning har visat att det finns ett tydligt samband mellan barns materiella välfärd och deras tillgång till andra rättigheter, som utbildning och fysisk och psykisk hälsa. Att förbättra villkoren för de ekonomiskt mest utsatta barnen kan alltså få positiva effekter på långt fler områden än de ekonomiska.

Rädda Barnen kommer under sommaren i år att presentera siffror för de senaste åren - ett bokslut för det gångna decenniet – samt läns och kommunsiffror under september månad. Vi återkommer senast vid nästa årsrapport med dessa uppgifter.

Intresserade hänvisas till föregående årsrapport där en översikt över barnfattigdomen i vårt län presenterades för åren 1991 – 2006!

Barnfattigdomen i länets kommuner för år 2007 presenteras i årets rapport under rubriken: Kommunala basfakta!

## 5 Barn och personal i förskola

Skolverket (6) presenterar årligen utbildningsstatistik. En allt större andel av alla barn går i förskola. Hösten 2009 är 86 procent av alla landets 1-5 åringar inskrivna i förskolan varav 15 procent i enskild förskola.

Hösten 2009 består en genomsnittlig förskolegrupp i Sverige av 16,8 barn. Under 1980-talet var det ovanligt med fler än 15 barn i en grupp. Kommunernas dåliga ekonomi under 1990-talet gjorde att man tog in allt fler barn i grupperna. I vårt län varierar gruppstorleken mellan 14,0 barn (Härjedalens kommun) som lägst och 17,5 barn (Bräcke kommun) som högst.

Hösten 2009 går det i genomsnitt 5,4 barn per årsarbetare i den svenska förskolan. Det är mer än ett barn fler per årsarbetare än under 1980-talet när genomsnittet låg på 4,3 barn. I vårt län varierar antalet mellan 4,2 barn per årsarbetare (Strömsunds kommun) och 5,5 barn per årsarbetare (Bräcke kommun). En liknande bild ses inom den enskilda förskolan där antalet barn varierar mellan 4,1 barn (Åre kommun) och 6,2 barn (Bräcke kommun).

Skillnaden mellan personalens utbildningsnivå mellan den kommunala och den enskilda förskolan fortsätter att minska. Nationellt har 54 procent av personalen i den kommunala förskolan idag en pedagogisk högskoleutbildning jämfört med 46 procent i den enskilda.

I vårt län är personalens utbildningsnivå på nivå med den nationella men det finns kommuner (Östersund) som har en hög utbildningsnivå (66 % med högskoleutbildning) men också kommuner med en låg sådan (Ragunda 27 % högskoleutbildning). Utbildningsnivån varierar på ett liknande vis inom den enskilda förskolan i de olika kommunerna.

## 5.1 Öppna förskolor och familjecentraler

I början av 1990-talet fanns 1600 öppna förskolor i Sverige. Hösten 2009 finns endast 472 öppna förskolor kvar varav 250 med minst 16 timmars öppethållande per vecka(7).

Antalet öppna förskolor i familjecentraler är 160 st. varav 9 st. i Jämtlands län. Se tabell II! Tabellen bör, enligt vår egen bedömning, kompletteras med att Krokoms och Östersunds kommuner ytterligare var sin familjecentral varför Jämtlands län totalt har 11 familjecentraler.

Tabell II Antal öppna förskolor och familjecentraler i Jämtlands län 2009

Kommun/Riket	Antalet öppna förskolor	Antal med öppet $\geq$ 16 timmar/vecka	I familjecentral	Årsarbetare
Berg	1	0	1	1
Bräcke	1	0	1	1
Härjedalen	0	0	0	0
Krokoms	1	1	0	1
Ragunda	1	0	1	1
Strömsund	1	1	1	1
Åre	0	0	0	0
Östersund	7	5	5	7
<b>Jämtlands län</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>12</b>
<b>Riket</b>	<b>472</b>	<b>250</b>	<b>160</b>	<b>510</b>

Från och med november 2009 har Jämtlands läns landsting inrättat en del av tjänst, 10 procent dvs. 4 timmar/vecka, som familjecentralssamordnare på länsnivå. Sedan 1 mars 2010 har samordnande BVC-sjuksköterskan detta uppdrag.

I samband med hälsovalet inom primärvården är familjecentralen ett tilläggsuppdrag. Inför 2011 års förfrågningsunderlag införs en tilläggsersättning till de hälsocentraler som medverkar i en familjecentral.

## 6 Antal födda i Jämtlands län under perioden 1990-2009

Antalet födda i Jämtlands län 2009 är väsentligen oförändrat jämfört med de senaste åren (7).

Tabell III Antal nyfödda i Jämtlands län efter födelseår

1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1879	1028	1134	1164	1248	1264	1263	1295	1308	1344	1341

Barnafödandet under 2000-talet har stigit med dryga 30 procent från 1028 nyfödda barn till 1341 nyfödda år 2009. Prognosen för år 2010 talar för ett fortsatt ökat antal nyfödda barn.

### 6.1 Spädbarnsdödligheten Jämtlands län

Mellan åren 1984 och 1996 sjönk spädbarnsdödligheten (antal döda barn i åldern 0-1 år/1000 levande födda barn) dramatiskt i Jämtlands län från 7,5 till 2,3 - från Sveriges högsta till den lägsta. Intresserade hänvisas till barnhälsovårdens årsrapporter 2004 – 2008.

Senaste sammanställningen över spädbarnsdödligheten länsvis (8) är ett medelvärde för perioden 2004 t.o.m. 2008. Uppgiften för år 2009 är ännu inte tillgänglig.

Spädbarnsdödligheten i Sverige under åren 2003 t.o.m. 2008 kvarliggert på en mycket låg nivå internationellt: 3,1 – 2,4 – 2,8 – 2,5 och 2,7.

Jämtlands län har en spädbarnsdödlighet för perioden 2004 – 2008 strax ovan riksgenomsnittet. Se tabell IV!

Tabell IV Spädbarnsdödlighet länsvis 2004-2008

Län	Dödlighet första levnadsdygnet	Dödlighet första levnadsveckan	Dödlighet första levnadsmånaden	Dödlighet första levnadsåret
Stockholms län	0,62	1,25	1,67	2,49
Uppsala län	0,21	0,80	1,55	2,46
Skåne län	0,65	1,32	1,65	2,37
Västernorrlands län	0,49	1,30	1,70	3,24
Västerbottens län	0,44	0,96	1,25	1,84
Norrbottnens län	1,17	2,18	2,76	3,51
<b>Jämtlands län</b>	<b>0,77</b>	<b>1,39</b>	<b>1,70</b>	<b>2,78</b>
<b>Riket</b>	<b>0,66</b>	<b>1,37</b>	<b>1,79</b>	<b>2,66</b>

## 6.2 Plötslig spädbarnsdöd (SIDS)

Under hela 1980-talet ökade antalet barn som dog i SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) i Sverige. Under år 1990 dog 146 barn i SIDS. På 1990-talet presenterades forskningsresultat som utmynnade i råd till föräldrar att lägga barnen på rygg istället för mage när de skulle sova. Alltsedan dess har dödligheten i SIDS minskat påtagligt och antalet avlidna barn har sedan år 2000 varit färre än 30 barn/år.

Råd till nyblivna föräldrar angående plötslig oväntad spädbarnsdöd förmedlas redan under graviditeten via barnmorskemottagningarna i länet och senare på BB men också i samband med BVC-sjuksköterskans hembesök som vanligtvis sker inom en vecka efter hemkomsten från BB. Broschyren ”Minska risken för plötslig spädbarnsdöd”, utgiven av socialstyrelsen år 2006 (8), delas ut. Broschyren kan laddas ned från socialstyrelsens webbplats: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

Råden kan sammanfattas som:

- låt spädbarnet sova på rygg
- avstå från att röka
- amma om det är möjligt
- se till att barnet är lagom varmt och kan röra sig

## 6.3 Shaken Baby Syndrome

Shaken Baby Syndrome är den näst vanligaste dödsorsaken hos barn under 6 månaders ålder. Endast plötslig spädbarnsdöd är vanligare.

Ett oroligt och skrikande spädbarn kan vara påfrestande för alla i familjen. Det är lätt att känna sig ledsen och otillräcklig om barnet inte lugnar sig. Men även om barnet fortsätter att skrika: SKAKA ALDRIG DITT BARN!

Det lilla barnets huvud är stort och tungt i förhållande till kroppen. Om huvudet slänger häftigt fram och tillbaka finns risk att blodkärl inuti skallen slits av och orsakar blödningar i hjärnan och i ögonbotten. Såväl dödsfall som livslånga handikapp blir följd.

Mental vaccination är ett begrepp som har myntats från barnhälsovården i Stockholm. Föräldrar ska via muntlig och skriftlig information vid åtminstone tre tillfällen – på barnmorskemottagningen, på BB, och vid BVC-sjuksköterskans hembesök – få kunskap om hur farligt det är att skaka sitt barn och få råd om vad man kan göra om mitt barn skriker.

Aktuella broschyrer som kan beställas är: ”Mitt barn skriker” och ”Små barn är speciella”.

## 7 Inskrivna och övervakade barn med födelseår 2003-2009

Antalet inskrivna barn vid barnavårdscentralerna i Jämtlands län den 31.12.2009 var 8070 barn vilket är en ökning med 68 barn sedan föregående årsskifte.

Andelen övervakade barn, dvs. de som träffat sjuksköterskan och/eller läkaren på BVC under år 2009 fortsätter att vara hög, för 0-1 år är 100 %. Mellan 1½ och 3 år är det inte någon rutinkontroll på BVC men ändå träffar drygt 8 av 10 barn BVC-sjuksköterskan och/eller läkaren under denna åldersperiod. Under åren fram till förskoleklass närmar sig åter andelen övervakade barn 100 %. Föräldrar har fortsatt ett mycket stort förtroende för barnhälsovården. Se tabell V!

Tabell V Inskrivna och övervakade barn inom barnhälsovården 31.12.2009

BVC-mott Kommun	Inskrivna efter födelseår							
	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	Totalt
Berg	57	57	63	82	70	71	1	401
Bräcke	45	49	43	55	59	64	0	315
Härjedalen	81	86	73	85	93	99	0	517
Krokom	149	176	183	200	196	195	6	1105
Ragunda	47	46	48	50	39	48	0	278
Strömsund	102	95	93	93	112	108	2	605
Åre	122	113	113	103	115	103	0	669
Östersund	741	712	727	679	659	659	3	4180
<b>Jämtlands län</b>								
<b>Antal inskrivna</b>	<b>1344</b>	<b>1334</b>	<b>1343</b>	<b>1347</b>	<b>1343</b>	<b>1347</b>	<b>12</b>	<b>8070</b>
<b>Antal över- vakade</b>	<b>1333</b>	<b>1330</b>	<b>1144</b>	<b>1285</b>	<b>1303</b>	<b>1281</b>	<b>6</b>	<b>7682</b>
<b>Andel % övervakade</b>	<b>99,2%</b>	<b>99,7%</b>	<b>85,2%</b>	<b>95,4%</b>	<b>97,0</b>	<b>95,1%</b>	<b>50 %</b>	<b>95,2%</b>

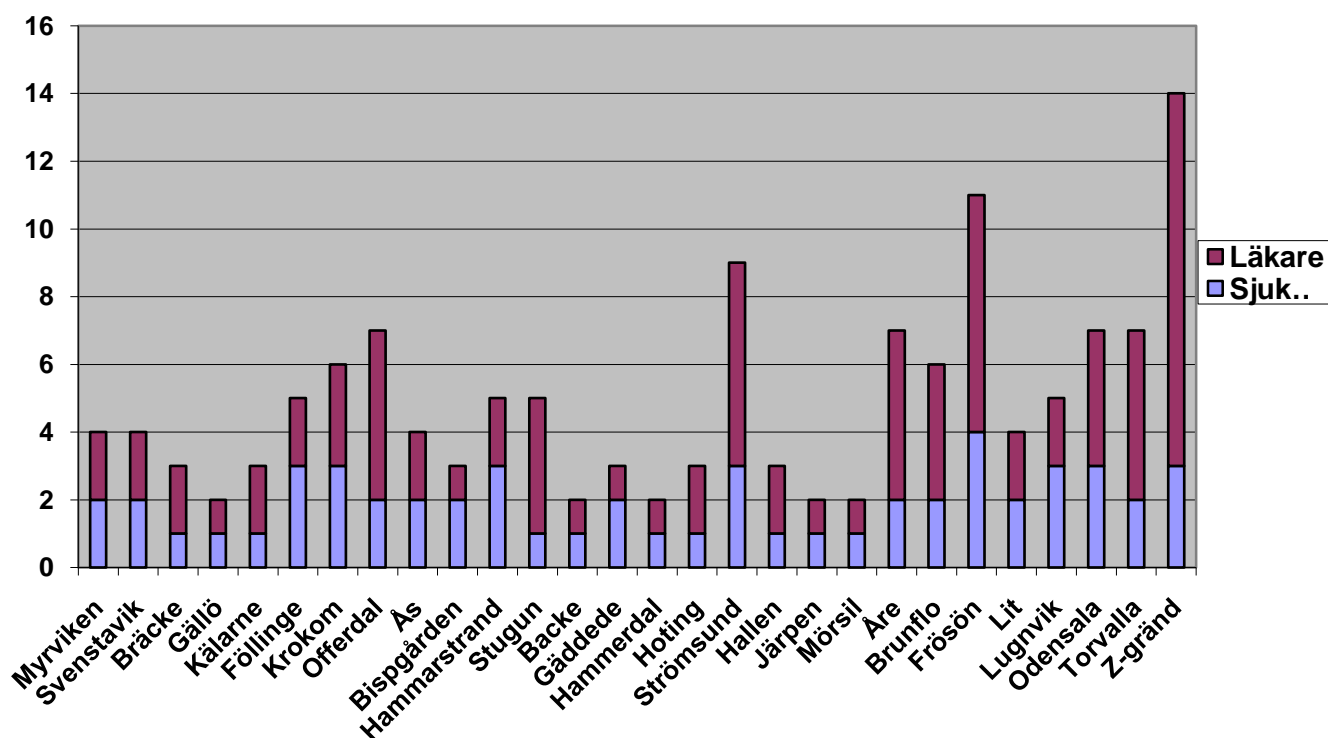
### 7.1 Bemanning och kontinuitet på barnavårdscentralen

Bemanning och kontinuitet är förbättrad jämfört med de senaste åren och då framförallt på sjuksköterskesidan. Antalet läkare är fortsatt hög på en del barnavårdscentraler mestadels beroende på ”familjeläkarsystem” vid några hälsocentraler och/eller utbildningsplatser för blivande barnläkare.

Antalet sjuksköterskor som under 2009 har tjänstgjort vid länets barnavårdscentraler är 62 vilket är markant färre än föregående år (76 st.). I verkligheten är det ”sanna” antalet sjuksköterskor betydligt lägre då det har varit skifte på ett antal sjukskötersketjänster under året. Kontinuiteten på sjuksköterskesidan är således enastående god vid länets barnavårdscentraler.

Antalet läkare som tjänstgjort under 2009 är 93 läkare att jämföra med föregående års antal 103 (2008) resp. 105 (2007). Några barnavårdscentraler i Östersundsområdet skiljer ut sig markant och bemanningsfrågan behöver fortsatt nogsamt följas då kontinuitet på såväl sköterske- som läkarsidan är ett viktigt kvalitetskriterium för barn och föräldrar men också ur ett utbildningsperspektiv. Riktlinjerna i de nationella målbeskrivningarna för sjuksköterske- och läkartjänstgöring på BVC är att varje sjuksköterska och läkare på BVC får ansvar för ca 25 nyfödda per år. I ett glesbygdslän som vårt kan det vara svårt att genomföra rekommendationen till fullo men måste ändå utgöra ett riktmärke för planering av BVC-verksamheten. Se diagram!

Diagram över antal sjuksköterskor och läkare på BVC under år 2009



## 7.2 Hembesök hos nyblivna föräldrar i Jämtlands län

**Målsättning:** Hembesök skall erbjudas samtliga föräldrar.

Hembesök är en viktig del av barnhälsovårdens arbete. På hemmaplan får föräldrar information i lugn och ro om vad barnhälsovården kan erbjuda. Det ger BVC-sjuksköterskan och familjen en möjlighet att lära känna varandra. Värdet av hembesök har undersökts bl.a. i en avhandling från Linköping (9). Föräldrar som fått hembesök var nöjdare jämfört med föräldrar som haft första kontakten med sjuksköterskan på barnavårdscentralen. Mödrar som fått hembesök var mer tillfredsställda med amningsrådgivningen och uppskattade möjligheten till samtal i lugn och ro.

Tabell VII Första hembesök (%) barn födda 2007, 2008 och 2009 Jämtlands län

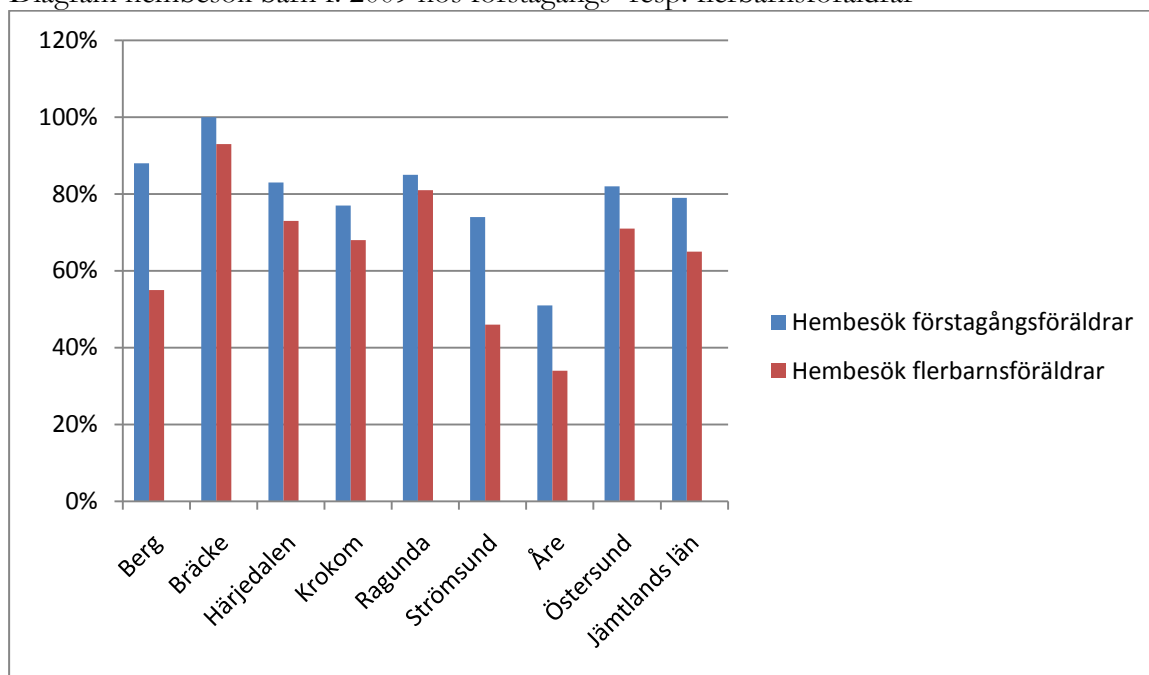
Kom- mun	Hembesök 2007			Hembesök 2008			Hembesök 2009		
	to- talt till barn föd- da	varav till förstfö- derska	varav till omföders- kor	to- talt till barn föd- da	varav till förstfö- derskor	varav till omföders- kor	to- talt till barn föd- da	varav till förstfö- derskor	varav till omföders- kor
Berg	50,0	60,0	45,5	38,6	66,7	28,6	68,4	87,5	54,5
Bräcke	75,0	70,6	77,8	95,8	95,7	96,0	95,6	100,0	93,3
Härje- dalen	67,6	88,5	55,6	70,9	67,4	75,0	77,8	82,5	73,2
Krokomb	77,1	82,0	74,3	84,6	84,5	84,7	71,1	76,5	67,7
Ragunda	94,1	100,0	91,2	97,9	95,8	100,0	83,0	84,5	81,0
Ström- sund	62,4	83,8	48,2	60,7	70,5	51,1	56,9	74,3	46,0
Åre	41,1	34,7	46,6	43,2	45,3	40,7	40,2	51,1	33,8
Öster- sund	58,6	71,0	48,0	63,1	68,4	57,9	68,3	82,2	70,9
<b>Jämt- lands län</b>	<b>61,8</b>	<b>71,2</b>	<b>54,9</b>	<b>65,8</b>	<b>69,6</b>	<b>62,4</b>	<b>67,2</b>	<b>79,3</b>	<b>65,1</b>

Andelen föräldrar som fått hembesök uppgår under 2009 till drygt 67 % vilket är en ökning jämfört med senare år – 62 respektive 66 procent.

Andelen förstagångsföräldrar som fått hembesök uppgår under 2009 till drygt 79 procent att jämföra med föregående år cirka 70 procent.

Vid en jämförelse mellan olika kommuner har ånyo Bräcke och Ragunda kommuner den högsta hembesöksfrekvensen såväl till först- som omfödernor och klarar barnhälsovårdens målsättning. Skillnaden i länet är fortsatt betydande och behöver funderas över. Tidsbrist och under sommar och semestertid, då det oftast föds många barn, är bemanningen vid våra barnvårdscentraler samtidigt lägre.

Diagram hembesök barn f. 2009 hos förstagångs- resp. flerbarnsföräldrar





### 7.3 Föräldrastöd i grupp

**Målsättning:** Alla föräldrar ska erbjudas någon form av föräldragrupsverksamhet under barnets första år.

Andelen mammor och pappor som erbjudits deltagande i föräldragrupsverksamhet uppgår under år 2009 till 66 procent. Årets siffror är insamlade vid årsskiftet 2009/2010 att jämföra med tidigare års insamling som skett först mot slutet av april månad, varför siffrorna inte går att jämföra då ett antal föräldragrupper påbörjade under senare delen av 2009 inte har haft möjlighet att samlas vid tre tillfällen m.m.

Årets siffra skall också ses mot bakgrund att länets BVC-sjuksköterskor under hösten 2009 belastades till mycket stor del med extraarbete i samband med massvaccinering mot den nya influensan. Andelen förstagångsföräldrar som erbjudits deltagande uppgår till 90 procent. Se tabell VIII!

Tabell VIII Föräldrastöd i grupp, barn f. 2009

Kommun	Barn födda 2009		Föräldrar erbjudna föräldrastöd i grupp		
	inskrivna antal barn	förstföderska antal	antal	andel %	varav antal/andel förstföderska
Berg	57	24	41	72	19/79
Bräcke	45	15	45	100	15/100
Härjedalen	81	40	71	88	39/98
Krokom	149	51	94	63	50/98
Ragunda	47	26	27	58	16/62
Strömsund	102	39	44	43	24/62
Åre	122	45	104	85	39/87
Östersund (ej BVC Lugnvik)	667	292	418	63	278/95
<b>Län 2009</b>	<b>1271</b>	<b>532</b>	<b>844</b>	<b>66</b>	<b>480/90</b>

Statistik beträffande deltagande i föräldragrupsverksamhet har som en av tre gemensamma parametrar valts ut för kvalitetsredovisning för barnhälsovården i norra Sverige dvs. förutom Jämtlands län också Västernorrlands, Västerbottens och Norrbottens län. Övriga parametrar är hembesök och EPDS användning.

Vi planerar att ha en gemensam statistik från årsrapporten 2010.

Utöver dessa rapporterade föräldragrupper bedrivs vid länets barnavårdscentraler ett stort antal andra gruppverksamheter – antingen på BVC eller i samverkan på familjecentralerna med förskollärare, socialsekreterare, bibliotekspersonal m.fl.

Arbetet med att se över en sammanhållen föräldragrupsverksamhet inom länet, Föräldrastöd Z, fullföljdes enligt planerna under hösten 2009 med seminarieutbildning över två dagar för all personal inom mödra-barnhälsovården i länet. Uppföljningsträffar pågår. Utvärdering av Föräldrastöd Z planeras till hösten 2010.

## 7.4 Spädbarnsmassage

Kroppslig närhet och beröring har sedan urminnes tider ansetts vara bra för mänskligt välbefinnande. De kroppsliga kemiska processer som beröring aktiverar har visats vara betydelsefulla för anknytning mellan mor och barn (10). Spädbarnsmassage kan vara ett verktyg för att stärka anknytning mellan barn och föräldrar men också ha en rogivande och avslappnande effekt, förbättra barns sömn, ge hjälp att tyda barnets behov samt att stärka självförtroendet hos både barn och föräldrar.

Spädbarnsmassage erbjuds på de flesta barnavårdscentraler antingen av BVC-sjuksköterskan och/eller förskolläraren på familjecentralens öppna förskola. Barn och föräldrar träffas oftast vid fyra tillfällen under barnets första månader.

Under 2009 har spädbarnsmassage erbjudits till barn och föräldrar vid 27 barnavårdscentraler i länet (Sveg och Funäsdalen; Svenstavik och Myrviken; Järpen, Mörsil och Hallen; Strömsund och Hammerdal; Hammarstrand och Stugun; Bräcke, Kälarne och Gällö; Krokomb, Nälden, Offerdal och Ås; Brunflo, Frösön, Lit, Lugnvik, Odensala, Torvalla och Z-gränd).

Under år 2009 har emellertid inte spädbarnsmassage erbjudits barn och föräldrar vid sex av länets barnavårdscentraler (Åre, Backe, Hoting, Gäddede, Bispgården och Hede) mestadels beroende på att aktuell BVC-personal ännu inte haft möjlighet att utbildas inom området, avsaknad av familjecentral och/eller lågt antal nyfödda i området med små barnavårdscentraler. Återkommande utbildning i spädbarnsmassage är en förutsättning speciellt nu när vi står inför ett antal pensionsavgångar under kommande år. Att hänvisa till närliggande BVC och/eller familjecentral tillämpas på några barnavårdscentraler där det är geografiskt möjligt.

Målsättning för kommande år är att samtliga barnavårdscentraler ska kunna erbjuda spädbarnsmassage – att fler pappor deltar och att återkommande utbildning ordnas i länet

## 8 Vägledande samspel/ICDP

ICDP (International Child Development Program), kan kort beskrivas som ett hälsofrämjande program som har som mål att stimulera och utveckla ett positivt samspel mellan vuxna och barn, barn sinsemellan och mellan vuxna. Det är ett samspeletsprogram som grundar sig på vad som gynnar barns växande och lärande. Barn är precis som vuxna beroende av sin omgivning för att de egna resurserna skall komma fram och användas. Programmet bygger på åtta teman som grundar sig på forskning om samspelets möjligheter och den känslomässiga kommunikationens betydelse för barns utveckling. Med hjälp av dessa teman utvecklas den vuxnes lyhördhet och känslighet för barnets behov. Det är i den vardagliga samvaron som det viktiga samspelet sker.

Vårt mål här i länet är att alla inom Barnhälsovården skall ha utbildning i ICDP. Eftersom vi har många familjecentraler så vore det önskvärt att även de som BVC-sjuksköterskorna samarbetar med dvs. även förskollärare, barnmorskor och socialsekreterare vore utbildad. Tanken är att de ska ha möjlighet att hålla föräldragrupper tillsammans, att man är olika professioner gör att man lär mycket av varandra. Det får även till följd att man får ett gemensamt förhållningssätt och genom det även en form av gemensam värdegrund.

Hitintills har 16 BVC-sjuksköterskor, 10 förskollärare, 2 socionomer, 1 familjeterapeut, 3 barnmorskor och 1 psykolog utbildat sig och blivit Diplomerade vägledare. Föräldra- Barnhälsan är en länsövergripande enhet som har som mål att utifrån ett tvärprofessionellt perspektiv stödja, utveckla och kvalitetssäkra verksamheten inom Mödra- och Barnhälsovården i länet. För att alla på enheten skall veta vad ICDP är och kunna ge stöd åt personalen som använder ICDP har nästan all personal på enheten fått utbildning i Nivå 1. 4 psykologer, 1 socionom, 2 läkare, 1 projektledare och utbildare i "Ömsesidig respekt" och 1 specialpedagog från Elevhälsan, Östersunds kommun, blev klar med grundkursen februari 2009. En av psykologerna fortsätter utbildningen till Diplomerad vägledare under 2009 och kommer därefter att utbilda sig till handledare.

Ett arbete med att uppdatera och kvalitetssäkra föräldrastödet i grupp inom MHV och BHV påbörjades 2007 och blev klart under 2009. Barnhälsovården har tillsammans med mödrahälsovården skapat en modell som kallas Föräldrastöd Z "Zätamodellen". Tanken är att det skall vara sammanhållna grupper och att det ska finnas en gemensam röd tråd där ICDP skall ingå.

MBHV-teamet har under 2009 träffat Integrationservice i Östersunds kommun omkring föräldrastöd och planer finns på att starta en föräldragrupp med programmet ICDP för invandrarfamiljer i samarbete med SFI. Ett studiebesök planeras till Sigtuna kommun under våren 2010 för att höra om deras erfarenheter.

Psykolog Anna Hellgren, FBH, fortsätter sin utbildning till handledare våren 2010. En ny vägledarutbildning planeras att komma igång senhösten 2010. BVC-sjuksköterskor och deras samverkanspartners på familjecentraler kommer att bjudas in.

Utbildningen i Grundkurs 1 (Nivå 1) består av fyra heldagar. För att bli Diplomerad vägledare krävs även Nivå 2 vilket innebär ett års praktik med 20- 24 timmars handledning under den tiden. Intresserade hänvisas till [www.icdp.se](http://www.icdp.se) för mer information!

## 9 Ömsesidig respekt

Projektet "Föräldrautbildning i utveckling" med föräldrautbildningen "Ömsesidig Respekt" har genomförts sedan september 2006. Fram till september 2009, dvs. under 3 år var det ett samarbetsprojekt mellan Åre Kommun, Åre Primärvård, Östersunds kommun med distriktet Torvalla och Torvalla hälsocentral. Från september 2009 drivs "Ömsesidig Respekt" vidare av Åre Primärvård och Åre kommun.

Utvärderingen som har genomförts sedan projektstart tillsammans med Örebro universitet presenterades den 7 september 2009 i Östersund av Professor Håkan Stattin. Det anordnades en föreläsningkväll i samband med hans redovisning där även en extern föreläsare, Brian Palmer, föreläste om civilkurage.

Utvärderingen har tittat på implementeringen (hur många föräldrar deltog och utbildarens påverkan), utbildningens effekt med hjälp av Cohen's d, deltagarnas upplevelse dvs. "consumer satisfaction". En pre-post design har använts. Den mäter samma sak före och efter för att sedan även jämföra mellan kontrollgrupp och målgrupp. En uppföljning efter 14-17 månader har genomförts.

Resultat implementeringen:

- Senaste året - 104 föräldrar tillfrågade/1 ledare
- 66 av dem gick utbildningen - 63 %
- Under hela perioden är det 68 % som deltagit
- I genomsnitt deltog föräldrarna 73 % av alla tillfällen.

### Resultat Cohen's d:

Cohen's d är ett mått som man ofta använder i utvärderingsforskning. Cohen's d anger styrkan på effekterna av interventionen oberoende av antalet deltagare. Man brukar normalt utgå från att Cohen's d mellan 0 och 20 är *låga* effekter, 20 till 50 är *måttliga* effekter, och 50 till 80 är *höga* effekter. Cohen's d i denna utvärdering varierar mellan 0.26 och 1.08. Den genomsnittliga Cohen's d är 0.62. Det motsvarar en måttlig till hög effekt. Det är sällan som universella interventioner når så höga Cohen's d värden.

### Resultat "consumer satisfaction":

Har den här kursen gett dig mer kunskap om föräldraskap jämfört med tidigare?	100 %
Känner du att den här kursen har gett något för din relation till ditt barn?	99 %
Känner du att den här kursen har gett något för din relation med din sambo eller man?	86 %
Känner du att den här kursen har gett ditt barn något?	95 %

### Sammanfattning:

Sammanfattningsvis säger utvärderingen att det här är ett interventionsprogram som ger både kort- och långtidseffekter. Effektutvärderingen visar på effekter på huvuddelen av alla frågeställningar, exakt samma frågor till kontrollgruppen visar inga som helst skillnader över tid vilket det heller inte skall göra. Generellt visar resultaten att undersökningsgruppens föräldrar är mer trygga i sin föräldraroll än kontrollgruppens föräldrar, föräldrar är mycket nöjda. 100 % rekommenderar kursen till andra föräldrar.

För en mer detaljerad redovisning se rapportering av projektet.

## 10 Pappaindex 2009

Det är nu tionde året som TCO (Tjänstemännens Central Organisation) mäter pappornas uttag av föräldraförsäkring

TCO's pappaindex (11) är ett index för pappaledigheten och bygger på Försäkringskassans statistik över föräldralediga.

Pappaindex är en sammanvägning av pappors andel av samtliga uttagna föräldradagar och andelen män av de föräldralediga. Om pappa och mamma delar lika på föräldraledigheten blir indexvärdet 100. Pappaindex presenterades för första gången 1999 och var då 16,7 att jämföra med dagens 39,0.

Indexet ökar årligen visserligen något vilket främst beror på att de pappor som tar ut dagar i föräldraförsäkringen tar ut fler. Det är något att glädjas åt. Men andelen pappor som tar ut dagar verkar stagnera vilket är oroande. Undersökningar visar att bland pappor i åldern 20-35 år tar en tredjedel ut mindre än en månad i ledighet i samband med sitt senast födda barn, vilket betyder att de inte ens tog ut den månad som är öronmärkt för pappan.

TCO's pappaindex visar att papporna har ökat sitt uttag av föräldraledighet för elfte året i rad och att ökningstakten sedan ett par år är stabil, 1,2 enheter. Men med årets ökningstakt kommer det att ta ytterligare 51 år innan föräldrarna delar lika på föräldraledigheten.

Årets och tidigare års etta bland länen, Västerbottens län, har gått från ett indexvärde på 46,3 år 2008 till 46,4 år 2009. Trean och förra årets tvåa, Jämtlands län, har ökat med nästan två procentenheter från 42,5 till 44,4.

Årets vinnare bland kommunerna är Bräcke med ett index på 60,8. Bräcke har ökat sitt index med nästan 16 enheter. Även Krokoms och Östersunds kommuner har gått starkt framåt liksom Åre. Se tabell IX!

Tabell IX Pappaindex 2007-2009

Kommun	Index 2009	Index 2008	index 2007
Berg	41,9	38,1	37,8
Bräcke	60,8	44,2	48,2
Härjedalen	42,3	44,7	42,2
Krokoms	47,3	43,5	42,0
Ragunda	42,8	39,0	37,0
Strömsund	42,9	45,8	51,9
Åre	40,8	35,9	33,8
Östersund	43,9	42,7	42,9
<b>Jämtlands län</b>	<b>44,4</b>	<b>42,5</b>	<b>42,5</b>
<b>Riket</b>	<b>39,0</b>	<b>37,8</b>	<b>36,6</b>

Jämtlandspapporna tog också ut en högre andel föräldradagar, 25,0 procent, än rikspappan som tog ut 22,3 procent.

En mer jämställd fördelning av föräldraledigheten är ett avgörande steg mot ett mer jämställt samhälle med ett mer föräldravänligt arbetsliv. Utformningen av föräldraförsäkringen är fortsatt en mycket viktig fråga med tanke på barnets rätt till båda sina föräldrar. Jämställdhetsbonusen är ett steg på vägen men måste följas av fler.

## 11 Sammanfattning av psykolog- och socionomverksamheten på Föräldra- Barnhälsan

Det har inte varit full bemanning på tjänsterna under året, dels pga. sjuk- och föräldraledigheter i socionom-/psykologgruppen, dels har viss vakanshållning på psykologtjänst varit nödvändig för att klara budget pga. omställningsarbetet. Under 2000-talet har det skett en 30- procentig ökning av remisser, vilket dels inneburit längre väntetider än önskat för vissa patienter samt att viss annan verksamhet, som konsultationsgrupper, fått bortprioriterats (se nedan).

Psykolog och socionom på FBH har dels indirekt och dels direkt patientverksamhet. I den indirekta patientverksamheten ingår konsultation och fortbildning till MVC- och BVC-personal i länet, att arrangera och leda riktade föräldragrupper, att delta i familjecentralsverksamhet och föräldragrupper i länet etc. De vanliga konsultationsgrupperna och föräldragrupsverksamheten prioriterades bort till stor del under 2009 pga. personalbrist, däremot startades uppföljningsgrupper om föräldrautbildning efter fortbildningsdagar i september. Socionom och psykolog har deltagit/ansvarat för utbildningar till MHV/BHV/KK-personal som t.ex. introduktionsdagar till BHV-personal, EPDS- och genusutbildning, fortbildning om neuropsykiatri samt fortbildningsdagar om föräldrautbildning – Z-modellen. Riktade föräldragrupper där psykolog eller socionom ansvarat och deltagit har vänt sig till blivande tvillingföräldrar och adoptivföräldrar. Man har också deltagit i vårdprogramarbete m.m.

Huvuddelen av remisserna kom från BVC (44 %) och MVC (28 %), resten från barnklinik, KK, vuxenpsykiatri, logoped, BUH, BUP m fl. Remisserna kommer från hela länet i stort sett proportion till antal innevånare på varje ort. Psykologer och socionom träffar ofta föräldrar och barn i deras närmiljö t. ex vid hembesök, besök på familjecentraler/HC eller förskola vilket innebär många resor (under året sammanlagt ung. 3000 mil arbetsresor i länet). Detta har stor betydelse för tillgängligheten för t. ex. spädbarnsfamiljer och i ett förebyggande perspektiv.

En förskjutning har genom åren skett från att de flesta remisser varit på barn till att det nu är flest remisser på blivande eller nyblivna föräldrar. Frågeställningen på vuxenremisserna skall dock fortfarande gälla problem med graviditet eller föräldraskap. Ökningen i remisser de senaste åren ligger också på vuxna, framför allt på gravida kvinnor med psykisk ohälsa, vilket stämmer väl med de uppgifter som kommer från barn- och vuxenpsykiatri att unga vuxna mår psykiskt allt sämre. Om man redan tidigare mår dåligt blir graviditet/förlossning/spädbarnstid en kris, där man behöver hjälp, både för sig själv och för att minska konsekvenserna av ohälsan för det väntade barnet. 2009 var 69 % av remisserna på vuxna, 31 % på barn (2002 var samma siffror 50-50). Vårdtyngden har ökat betydligt under den senaste 10-årsperioden med många blivande/nyblivna föräldrar, som lider av psykisk ohälsa. Detta har också inneburit att många patienter både har kontakt med psykiatri och med socionom/psykolog vid FBH.

Av 250 inkomna remisser rör 69 % vuxna och 31 % barn. 46 % av vuxenremisserna gäller stöd i graviditet eller stöd i föräldraskap, 17 % psykisk ohälsa hos förälder (depression före eller efter förlossning, kriser, ångest under graviditet m.m). Större delen av barnremisserna gäller utredningar där misstanke finns om t.ex. någon neuropsykiatrisk problematik. Övriga barnärenden gäller t.ex. beteendeproblematik, sömnstörningar, kontaktsvårigheter, enkopres m.m. Många av dessa remisser resulterar i en vidareremiss till Barn- och Ungdomshabiliteringen. Det är fortfarande så att pojkar dominerar när det gäller barnremisser, 64 % av remisser på barn gäller pojkar. Fördelningen av remissorsaker är ganska konstant över åren, med lite förskjutningar, så var det under 2009 fler remisser på barnutredningar än åren innan, möjligtvis beroende på ökat antal födda barn de senaste åren.

## 12 Fortsatt arbete med genus inom mödra- barnhälsovården

Genusutbildning av personal inom MHV och BHV har pågått sedan 2007, under 2009 har två nya grupper utbildats. Målet med utbildningen är att öka kunskapen om genus och föräldraskap, detta för att kunna stötta ett föräldraskap där föräldrar har samma rättigheter och skyldigheter gentemot sina barn oavsett kön. Grunden är barnets rätt till nära och trygga relationer till båda sina föräldrar. En viktig aspekt av utbildningen är vidare att öka medvetenheten om egna föreställningar om kön och föräldraskap, ett stort fokus läggs i och med detta på egen reflektion.

Under 2009 har arbetet med genus även inneburit att ett dokument kallat "Nio föräldraråd" tagits fram. Dokumentet är ett material för personal inom MHV och BHV. Råden är tänkta att användas av personal inom MHV och BHV som utgångspunkt i samtal med föräldrar under graviditeten och barnets första år. Föräldraråden är formulerade utifrån ett genus-, jämställdhets- samt jämlikhetsperspektiv.

## 13 Psykisk ohälsa

**Målsättning:** EPDS skall användas regelbundet vid 80 procent av BVC-mottagningarna.

Det finns ett nära samband mellan föräldrars och barns hälsa. Nedstämdhet efter förlossningen påverkar anknytningen mellan föräldrar och barn.

Nedstämdhet och/eller depression hos mammor efter förlossningen är vanlig och varierar i olika studier hos mammor mellan 8-14 procent. Motsvarande siffror för pappor uppgår till ca hälften, dvs. 5-6 procent.

EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) är en screeningmetod för att tidigt kunna identifiera nedstämdhet hos mammor. Samtalet mellan mamma och BVC-sjuksköterska äger rum då barnet är cirka 6-8 veckor gammalt.

EPDS användes under året regelbundet vid 30 av 31 BVC-mottagningar dvs. 96,7% men endast till alla mammor vid 14 BVC-mottagningar samt vid ytterligare 12 till ”inte alla”. Endast vid en BVC-mottagning har inte EPDS använts alls på grund av personalbyte under hösten. Se tabell XI!

Tabell X Antal BVC i länet som använt EPDS på mammor med barn f. 2009

Kommun	EPDS ”till alla” Antal BVC	EPDS ”ja, men inte till alla” Antal BVC	EPDS ”endast vid behov” Antal BVC	EPDS ”inte alls” Antal BVC
Berg	1	1		
Bräcke	2	1		
Härjedalen	3			
Krokom	2	2		1
Ragunda	2		1	
Strömsund	1	3	1	
Åre		1	2	
Östersund	3	4		
<b>Länet</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>1</b>

Antalet mammor med barn födda år 2009 som screenats med EPDS varierar mycket mellan länets barnvårdscentraler. Drygt 7 procent av de aktuella mammorna har erbjudits stöd enligt aktuellt vårdprogram – vilket stämmer tämligen väl med den förväntade siffran på nedstämdhet i samband med graviditet och förlossning. Se tabell XI!

Tabell XI Antal/andel mammor med barn f. 2008 som genomgått EPDS och som erbjudits stöd enligt vårdprogrammet POGS.

Kommun	Antal mammor som screenats med EPDS	Andel mammor som screenats med EPDS %	Antal mammor som erbjudits samtal enl. POGS
Berg	22	39	0
Bräcke	21	43	2
Härjedalen	63	73	2
Krokom	110	63	7
Ragunda	37	81	0
Strömsund	35	37	0
Åre	17	15	6
Östersund	473	66	39
<b>Länet</b>	<b>778</b>	<b>58</b>	<b>56</b>



## 14 Amning

### Målsättning:

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

Amning är hälsofrämjande på många sätt dels genom att den främjar god anknytning mellan mor och barn och dels genom att bröstmjölken skyddar mot infektioner och stimulerar immunsystemets mognad och utveckling. En mamma som ammar löper dessutom lägre risk för att själv drabbas av bröstcancer.

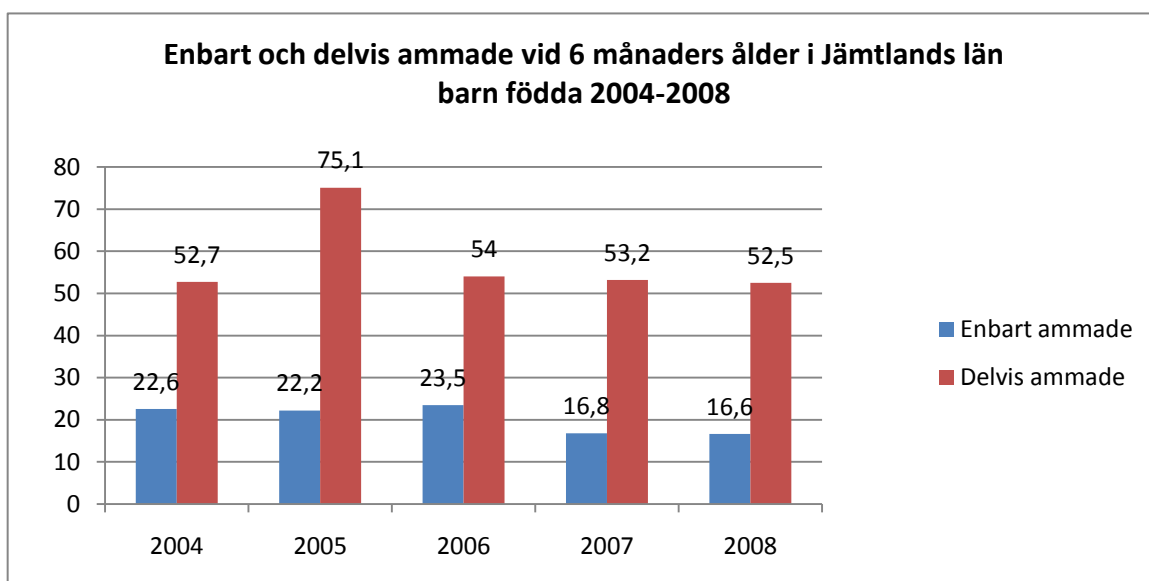
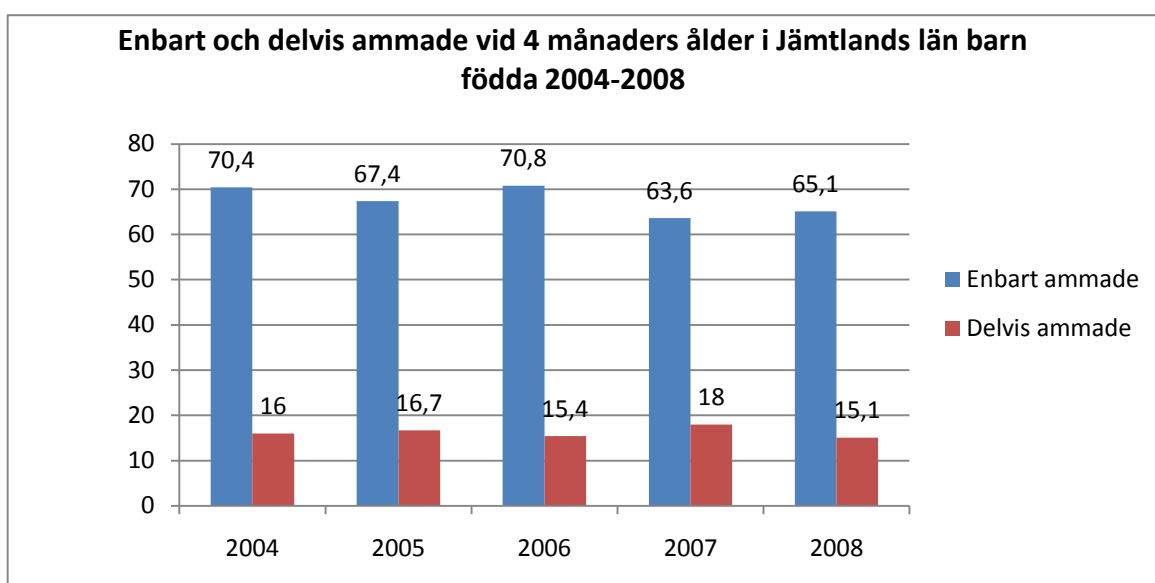
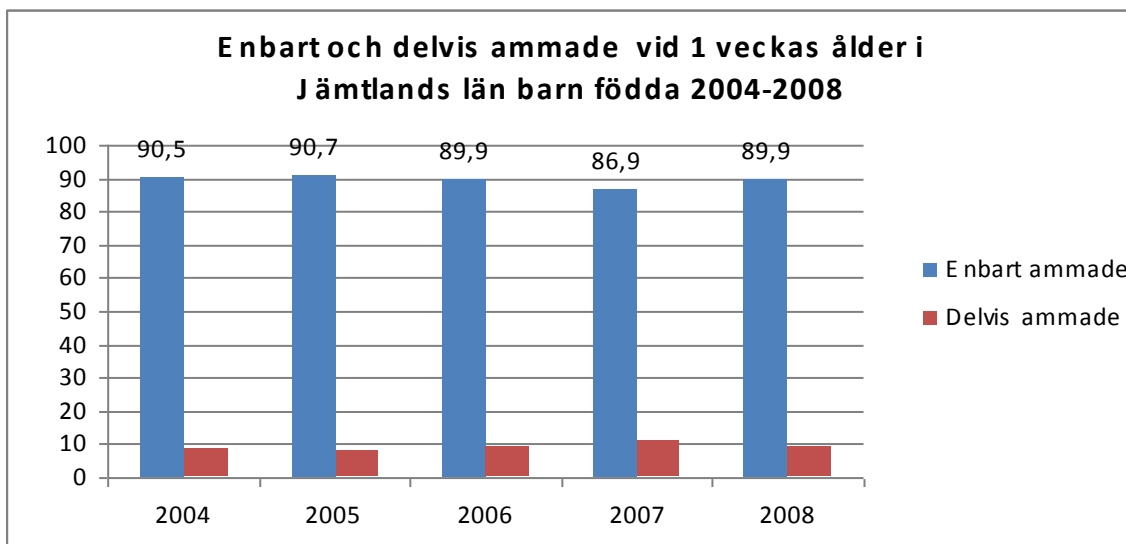
I denna årsrapport användes, liksom i de tre föregående rapporterna, den nya definitionen av helamning, dvs. helt ammat barn är barn som enbart fått bröstmjolk medan ex. barn som fått enstaka smakportion räknas som delvis ammat.

Amningen visar glädjande siffror då vi ser en viss ökning jfr föregående år beträffande helamning vid 2 resp. 4 månaders ålder och väsentligen oförändrad bild vid 6 månaders ålder.

Målsättningarna för amning uppnås emellertid inte. Se tabell XII och diagram!

Tabell XII Amningsfrekvens, barn födda 2008

<b>Andel barn: procent av antalet födda som ammas vid</b>											
	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	delvis	delvis
Berg	94,7	100	75,4	84,2	69,6	78,6	21,4	66,1	0	30,4	10,9
Bräcke	91,8	93,9	60,4	77,1	54,3	60,9	27,9	46,5	0	20,0	7,9
Härjedalen	95,3	98,8	83,5	95,3	76,5	89,4	35,3	83,5	0	42,4	22,4
Krokom	85,1	98,3	79,3	88,5	61,5	74,7	24,7	61,5	0	35,8	17,4
Ragunda	89,1	93,5	76,1	84,8	63,0	78,3	15,6	68,9	0	23,8	14,6
Strömsund	96,7	97,8	83,7	88,0	67,0	78,0	33,0	68,1	0	43,5	18,7
Åre	96,5	100	77,5	95,5	61,3	86,5	12,6	72,1	0	40,9	14,5
Östersund	87,4	98,6	76,3	90,8	65,4	81,2	9,7	70,5	0	40,9	16,4
<b>Jämtlands län</b>	<b>89,6</b>	<b>98,3</b>	<b>77,1</b>	<b>90,0</b>	<b>65,1</b>	<b>80,2</b>	<b>16,6</b>	<b>69,1</b>	<b>0</b>	<b>38,8</b>	<b>16,4</b>



## 15 Rökning

### Målsättning:

- andel rökfria mammor när barnet är 0-4 veckor skall uppgå till minst 96 procent
- andel rökfria föräldrar när barnet är 8 månader skall vara mer än 93 procent

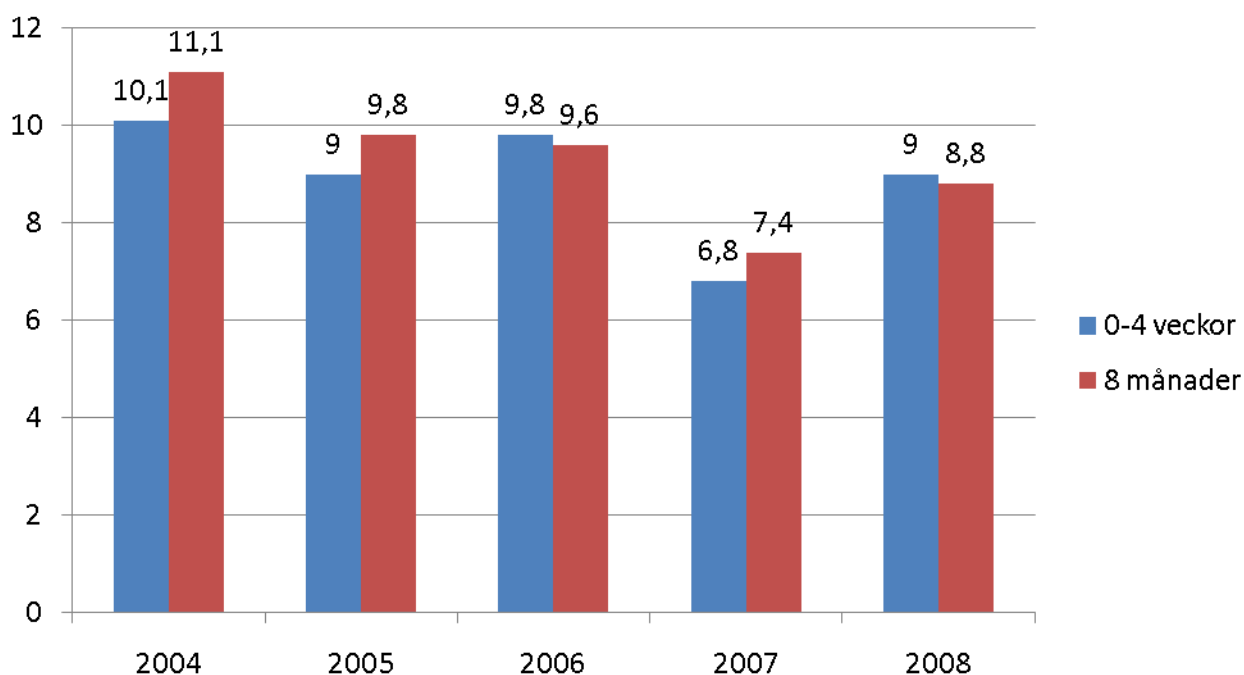
Rökningen minskar inte längre bland föräldrarna till barn födda 2008 utan situationen är väsentligen oförändrad jämfört med senare år beträffande mammor men vi anar en viss ökning för pappornas del. Andelen rökande föräldrar varierar starkt mellan olika områden, exempelvis andelen rökande pappor när barnet är 0-4 veckor varierar mellan 5,3 och 13,3% i Krokoms respektive Ragunda kommun.

Målsättning nås beträffande andelen rökfria mammor vid 0-4 veckors ålder men vi når inte upp till målsättningen beträffande andel rökfria föräldrar vid 8 månaders ålder. Se tabell XIII!

Tabell XIII Föräldrarnas rökning barn födda 2008

Kommun	Antal barn	Ingen rökare i barnets närmiljö (%)	Mor röker (%)	Far röker(%)	Andel ej bedömbara journaler(%) mor/far
Berg	57				
0-4 veckor		86,0	1,8	12,3	
8 månader		89,5	3,5	8,8	
Bräcke	49				
0-4 veckor		81,6	8,2	10,2	
8 månader		87,5	8,2	6,3	0/2,0
Härjedalen	86				
0-4 veckor		87,1	7,1	10,6	1,2/1,2
8 månader		85,9	7,1	11,8	1,2/1,2
Krokoms	176				
0-4 veckor		93,6	1,7	5,3	1,7/2,3
8 månader		93,1	1,2	6,2	8,0/9,7
Ragunda	46				
0-4 veckor		84,8	4,5	13,3	4,3/0,0
8 månader		84,4	8,9	13,3	2,2/2,2
Strömsund	95				
0-4 veckor		92,5	1,3	6,3	16,8/15,8
8 månader		92,2	1,6	6,3	32,6/32,6
Åre	113				
0-4 veckor		90,3	2,7	7,1	
8 månader		86,7	4,4	8,8	
Östersund	712				
0-4 veckor		92,3	2,8	7,0	1,1/1,3
8 månader		92,9	3,1	6,2	4,4/4,6
<b>Jämtlands län</b>	<b>1334</b>				
0-4 veckor		91,0	3,1	7,5	2,2/2,3
8 månader		91,2	3,6	7,2	5,8/6,1

**Barn som exponerats för tobaksrök i sin hemmiljö vid  
0-4 veckors ålder och vid 8 månaders ålder i Jämtlands län  
födda 2004-2008**



## 16 Snusning

Antalet snusare (mammor) minskar inte längre i länet. Se tabell XIV!

Tabell XIV Andel snusare (mammor) (%) i Jämtlands län 2000-2009

År	3 mån före gravitet	Graviditets- vecka 8-12	Graviditets- vecka 32	Eftervårdsbesök
2000	12,1	7,6	3,2	
2001	15,2	8,6	4,5	
2002	14,2	8,4	4,7	
2003	14,5	9,0	4,7	
2004	14,5	6,6	3,8	5,0
2005	17,8	8,1	3,5	5,0
2006	14,3	6,9	3,0	6,0
2007	9,3	3,2	0,4	
2008	9,6	3,9	2,6	
<b>2009</b>	<b>9,85</b>	<b>4,27</b>	<b>3,37</b>	
<b>Riket 2008</b>	<b>2,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	

## 17 Riskbruksarbete MHV och BHV Jämtlands län 2009

Det alkoholförebyggande arbetet inom MHV och BHV i länet har fortsatt under året.

### Flera utbildningsdagar har anordnats i länet:

I januari hölls en **INTRODUKTIONSDAG** om **Riskbruksarbete i primärvården** på Folkets Hus i Östersund. Målgruppen var ”Ny” MHV och BHV personal samt de som tidigare inte deltagit i utbildningsserien ”Alkohol i samband med graviditet och föräldraskap”!

I maj anordnades en **MI-utbildning** för samma målgrupp. Utbildare var Ulla Lennartsson, MI-utbildare från Hälsoenheten i Södertälje, teori varvades med praktiska övningar hela dagen. I samband med Stora vårdkedjeträff i juni föreläste Magnus Landgren, Med.dr., barnneurolog, Skaraborgs sjukhus om *Skadepanorama hos barn exponerade för alkohol under graviditet*. Tillfälle fanns även att få ta del av personliga erfarenheter av FAS problematik. Dagen vände sig i första hand till personal inom vårdkedjan, BB-Förlossning, Spädbarnsavd., Spec. MVC, MHV och BHV, men även till övriga intresserade inom Området barn-kvinna samt till socialsekreterare och förskollärare på familjecentralerna i länet.

### Övrigt arbete:

Alkoholsamordnare, samordningsbarnmorska och samordnande BHV-sjuksköterska besökte familjecentralen i Torvalla och pratade om deras alkoholförebyggande arbete, och om hur de samverkar i den frågan. I och med det har alla familjecentraler i länet fått ett uppföljningsbesök.

Uppmärksamhetsveckan v. 45: Liksom förra året har mottagningarna i länet uppmanats att i sina respektive verksamheter på olika sätt fokusera på riskbruk. t.ex. genom att sätta upp affischer i väntrummen.

Samordningsbarnmorska och samordnande BHV-sjuksköterska deltog vid den Nationella konferensen i Stockholm om föräldrars vanor och barns villkor, **Alkoholens hälsoeffekter på det ofödda och födda barnet** i januari. De deltog även på den **Nationella nätverksträffen** för barnmorskor och BVC-sjuksköterskor i riskbruksprojektet på Skytteholm i september.

För att följa upp det alkoholförebyggande arbetet inom BHV och MHV i länet skickades en enkät, liknande den som 2003 sändes till BHV och MHV, ut våren 2009. Enkätsvaren visar att alkoholfrågan tas upp mera självklart än tidigare. Det är lättare att ta upp frågan. Så gott som samtliga använder något material t.ex. FHI:s broschyrer ”Tänk efter vem du berusar dig med” vid samtal med föräldrar. Inom MHV används Audit rutinmässigt. Frågan tas i de flesta fall upp både enskilt och i grupp. Många har deltagit i utbildning men fortbildning efterfrågas och det finns de som uppger att de saknar utbildning. Detta tyder på att fortsatta utbildningsinsatser är viktiga.



BVC/Kommun	Difteri	Stelkramp	Kikhosta	Polio	Hem. infl.	MPR
Brunflo	99,1	99,1	99,1	99,1	99,1	98,2
Frösön	99,4	99,4	99,4	99,4	99,4	99,4
Lit	96,5	96,5	96,5	96,5	96,5	91,2
Lugnvik	98,4	98,4	98,4	98,4	98,4	98,4
Odensala	97,8	97,8	97,8	97,8	97,8	97,8
Zätahuset	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	94,7
Torvalla	99,1	99,1	99,1	99,1	99,1	99,1
<b>Östersund</b>	<b>98,6</b>	<b>98,6</b>	<b>98,6</b>	<b>98,8</b>	<b>98,5</b>	<b>97,2</b>
<b>Summa</b>						
<b>Berg</b>	<b>98,4</b>	<b>98,4</b>	<b>98,4</b>	<b>98,4</b>	<b>98,4</b>	<b>95,2</b>
<b>Bräcke</b>	<b>95,3</b>	<b>95,3</b>	<b>95,3</b>	<b>95,3</b>	<b>95,3</b>	<b>95,3</b>
<b>Härjedalen</b>	<b>97,3</b>	<b>97,3</b>	<b>97,3</b>	<b>97,3</b>	<b>97,3</b>	<b>97,3</b>
<b>Krokom</b>	<b>99,5</b>	<b>99,5</b>	<b>99,5</b>	<b>99,5</b>	<b>99,5</b>	<b>96,2</b>
<b>Ragunda</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>95,8</b>
<b>Strömsund</b>	<b>94,6</b>	<b>94,6</b>	<b>94,6</b>	<b>94,6</b>	<b>94,6</b>	<b>94,6</b>
<b>Åre</b>	<b>99,1</b>	<b>99,1</b>	<b>99,1</b>	<b>99,1</b>	<b>99,1</b>	<b>97,3</b>
<b>Östersund</b>	<b>98,6</b>	<b>98,6</b>	<b>98,6</b>	<b>98,8</b>	<b>98,5</b>	<b>97,2</b>
<b>Jämtlands län</b>	<b>98,4</b>	<b>98,4</b>	<b>98,4</b>	<b>98,4</b>	<b>98,3</b>	<b>96,7</b>

### Vaccination mot tuberkulos

Vaccination mot tuberkulos rekommenderas idag endast till barn med risk för smitta. Som riskbarn betecknas i första hand barn till föräldrar från Syd- och Östeuropa, Asien, Afrika och Sydamerika samt barn i familjer där närstående har eller har haft tuberkulos.

Se rekommendationer angående tuberkulos från Socialstyrelsen (9)!

Sammanlagt har personal vid barnavårdscentralerna bedömt 93 barn (7,3 %) som riskbarn och av dessa blev 78 barn (84 %) vaccinerade. Vi har under året vaccinerat ytterligare 20 barn som inte tillhör riskgrupp. Barnhälsovården har ett fortsatt mycket gott samarbete med barn- och ungdomsmedicinska mottagningen vid Östersunds sjukhus dit såväl PPD som BCG vaccination är centraliserad för att upprätthålla den rent praktiska kompetensen beträffande PPD avläsning och vaccination.

### Vaccination mot hepatit B

Inom ramen för barnhälsovårdsprogrammet erbjuder Jämtlands läns landsting kostnadsfri vaccination mot hepatit B till riskgrupper. Riskgrupp för hepatit B är ungefär densamma som för tuberkulos. Dit räknas barn vars föräldrar är födda i länder där hepatit B förekomsten överstiger 2 % ( för närvarande Östeuropa, östra Medelhavsområdet, Asien, Afrika, tropiska Sydamerika, Grönland, och de arktiska delarna av Kanada) samt barn i familjer där närstående har smittsam hepatit B.

Antalet barn som under 2009 har påbörjat eller avslutat vaccination mot hepatit B är 120 barn (9 %) vilket är en fördubbling jämfört med för 4 år sedan men väsentligen oförändrad jämfört med 2008.

## Vaccination mot pneumokocker

Det finns idag ett bra 7-valent vaccin, Prevenar, som ger ett gott skydd mot invasiv pneumokockinfektion (blodförgiftning och hjärnhinneinflammation) under de första levnadsåren. Dödligheten är hög och risken för allvarliga handikapp är stor vid invasiv pneumokockinfektion tidigt i livet. Socialstyrelsen har därför beslutat att vaccination mot pneumokocker kommer att bli en del av det allmänna barnvaccinationsprogrammet vid 3,5 och 12 månaders ålder från och med den 1 januari 2009. I avvaktan på detta har en del föräldrar valt att på egen bekostnad låta vaccinera sina barn förutom att landstinget under senare år erbjudit barn tillhörande riskgruppen kostnadsfri vaccination. Som riskbarn räknas bl.a. mb Down, barn födda före graviditetsvecka 32, barn med läpp-käk-gomspalt och cochleaimplantat, barn med svåra hjärtfel m.fl.

Antal barn f. 2008 som vaccinerats med pneumokockvaccin framgår av tabell XVII!

Tabell XVI Antal barn f. 2007/2008 som vaccinerats med pneumokockvaccin

Kommun	Antal barn födda 2007 (årsrapport 2008)	Antal vaccine-rade barn födda 2007	Antal barn födda 2008	Antal vaccine-rade barn födda 2008
Berg	64	1	57	18
Bräcke	44	0	49	5
Härjedalen	71	6	86	43
Krokom	170	11	176	69
Ragunda	51	2	46	28
Strömsund	93	5	95	38
Åre	107	18	113	39
Östersund	732	60	712	343
<b>Jämtlands län</b>	<b>1332</b>	<b>103</b>	<b>1334</b>	<b>583</b>

Under året vaccinerades 583 barn med 1-3 doser pneumokockvaccin (43,7%) att jämföra med de två föregående åren då 103 (7,7 %) respektive 53 barn (5,5 %) vaccinerades.

## Vaccination mot den Nya Influensan (H1N1) med Pandemrix®

Under hösten och vintern 2009 erbjöds alla barn över 6 månader i förskoleålder vaccination mot den nya influensan. Barnen i länet vaccinerades mestadels på sin hälsocentral bortsett från inom Östersunds kommun där en central vaccinationscentral upprättats. Vaccinationerna för åldersgruppen utfördes av barnhälsovårdens sjuksköterskor. Riskbarnen vaccinerades på liknande vis. Den massiva insatsen av BVC-sjuksköterskorna ledde till ett reducerat utbud av ex. föräldragrupper och vidare försenade 3-årskontroller. Sammanlagt 6894 barn i åldern ½ till och med 6 år vaccinerades, motsvarande 79 procent av åldersgruppen.

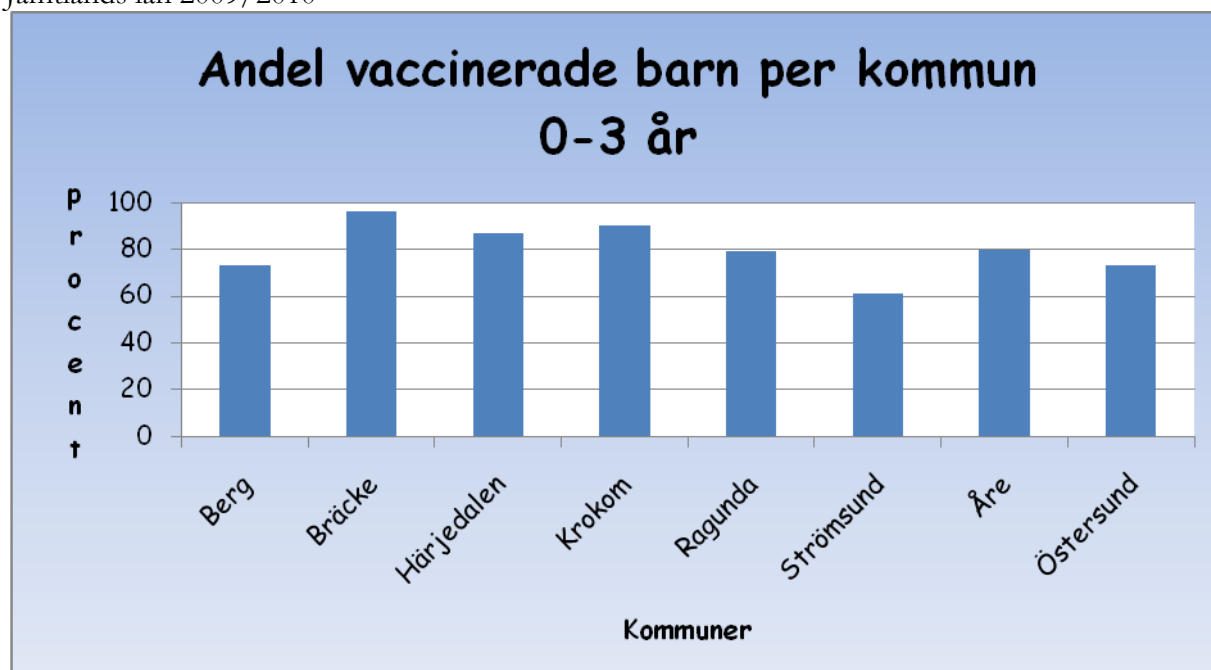


Tabell XVII Vaccination Pandemrix ® Jämtlands län 2009/2010.

Antal vaccinerade i åldern ½ år – 6år

Ålder	Antal vaccinationer totalt	Antal dos 1 vaccinerade	Antal dos 2 vaccinerade	Antal dos 1 vaccinerade i riskgrupp	Antal dos 2 vaccinerade i riskgrupp	Antal vaccinerade totalt	Andel (%) av antal barn i åldersgrupp
½-2	2214	1285	929	55	42	1326	65 %
2-3	1512	894	618	81	61	955	71 %
3-4	1868	1068	800	119	87	1147	85 %
4-5	1890	1066	824	115	88	1163	86 %
5-6	1971	1106	865	115	96	1188	87 %
6-7	1815	1040	775	138	95	1115	83 %
<b>S:a</b>	<b>11270</b>	<b>6459</b>	<b>4811</b>	<b>623</b>	<b>469</b>	<b>6894</b>	<b>79 %</b>

Diagram andel vaccinerade barn ½ till 3 år med Pandemrix per kommun i Jämtlands län 2009/2010



### Vaccinreaktioner

Barnvårdscentralerna har uppmanats att anmäla eventuella reaktioner i samband med vaccination till regionalt biverkningscentrum i Umeå men från och med 2007 också rapportera till barnhälsovårdsöverläkaren i länet. Under 2007 kom fem rapporter till barnhälsovårdsöverläkaren och under 2008 nio rapporter. Under 2009 har sex biverkningsrapporter förmedlats till barnhälsovårdsöverläkaren.

För att upprätthålla förtroendet för vaccinationsprogrammet är det viktigt att alla barnvårdscentraler anmäler alla biverkningar till den lokala barnhälsovårdsenheten förutom till Umeå enligt ovan.

**Rapporterad reaktion efter vaccination med Pandemrix®**

1. Pojke f. - 04 fick dygnet efter vaccination utslag med vita prickar på handleder, fotleder och lite på armar och ansikte. Klåda. Utslagen försvann efter ett dygn men återkom i mildare form innan de försvann helt. Ingen lokalreaktion.
2. Flicka f. – 03 urticaria med klåda över hela kroppen efter dos 1. Beh. med Tavegyl under 3 dagar. Remitterades till barnmott för ställningstagande till dos 2.

**Rapporterad reaktion efter vaccination med Pentavac® och Prevenar®**

1. Flicka f. – 09 fick 10 timmar efter vaccination enligt ovan suspekt kramp med att hon vitnat i händer, kramper i armar och ben, tittat uppåt med ögon och urin i blöjan. Duration ett par minuter. Ambulans tillkallad. Bedömning efter några minuter pigg flicka med status u.a.
2. Pojke som, i samband med vaccination enligt ovan, fick vid Prevenar® vaccination vänster ben – flushingliknande reaktion med rodnad hela vänster benet. Försvann inom 10 minuter utan behandling.

**Rapporterad reaktion efter vaccination med Infanrix Hexa® och Prevenar®**

1. 5 månaders flicka som vaccinerar enligt ovan och som reagerar samma em./kväll med kräkning och feber, 39,5°C, kinkig och trött. Feber ytterligare ett dygn.

**Rapporterad reaktion efter vaccination med Priorix®**

1. Drygt 1½ årig flicka som 1 vecka efter vaccination enligt ovan hade feber 40°C i 2-3 dygn med ett ljust småknottrigt utslag. Hängig och trött under 3-4 dagar.

## 19 BMI

Fetma under förskoleåldern har tidigare inte ansetts vara något problem. Man menade att runda barn brukade springa av sig sin övervikt när de började leka utomhus. Underlaget för detta påstående är idag osäkert. Fetma vid 4 och 5 års ålder innebär kraftigt ökad risk för fetma också vid 10 års ålder. En amerikansk studie visar att överviktiga tonåringar som regel förvärvat sin övervikt redan före 5 års ålder (12). Det är visat att förekomsten av övervikt och fetma är högre på landsbygd och i glesbygd än i tätort. Högt BMI är också relaterat till låg socialgrupp och kort skolutbildning. Flickor har i olika studier visat sig ha högre BMI än pojkar.

Under hösten 2007 påbörjades registrering av BMI (Body Mass Index) av länets 4-åringar i samband med 4-årskontrollen. BMI är tänkt att användas på gruppnivå för att kunna följa utvecklingen av övervikt/fetma situationen i länet och att göra det möjligt att jämföra situationen med andra län, ex. Västernorrland och Örebro. Se tabell XVIII - XX!

Tabell XVIII BMI; födda 2004 -2005; ålder 3,75-4,25 år, Jämtlands län; Västernorrlands och Örebro län

Födelseår/län	2004 Jämtlands län	2005 Jämtlands län	2004 V-norrlands län	2005 V-norrlands län	2004 Örebro län
Antal undersökta barn	999	947	1858	1658	2649
Övervikt % *	11,4	11,3	14,7	14,3	10,2
Fetma % *	2,2	2,5	4,0	3,8	2,2
<b>Övervikt och fetma *</b>	<b>13,6</b>	<b>13,8</b>	<b>18,7</b>	<b>18,1</b>	<b>12,4</b>

\* Klassificering av övervikt och fetma baserad på Cole et al, BMJ 2000;320:1-6

Tabell XIX BMI; flickor födda 2004-2005; ålder 3,75-4,25 år, Jämtlands län

Födelseår	2004	2005
Antal undersökta flickor	519	462
Övervikt % *	13,3	13,0
Fetma % *	2,3	2,8
<b>Övervikt och fetma % *</b>	<b>15,6</b>	<b>15,8</b>

Tabell XX BMI; pojkar födda 2004-2005 ålder 3,75-4,25 år; Jämtlands län

Födelseår	2004	2005
Antal undersökta pojkar	480	485
Övervikt % *	9,4	9,7
Fetma % *	2,1	2,3
<b>Övervikt och fetma % *</b>	<b>11,5</b>	<b>12,0</b>

Sammanställning av övervikt/fetma situationen bland länets 4-åringar visar en oförändrad situation. Framtagna handlingsplaner mot övervikt/fetma måste implementeras såväl inom landsting som inom kommuner. Preventiva program inriktade på livsstilsförändringar på individnivå har emellertid begränsad framgång på befolkningsnivå om man inte samtidigt kan påverka strukturer som gynnar uppkomsten av övervikt och fetma. Åtgärder på samhällsnivå som främjar vardagsmotion som gång, cykling, utevistelse och ökat intag av frukt/grönt och fullkorn kan resultera i minskad övervikt och fetma.

Barnhälsovårdsöverläkaren tillsammans med läkare och dietist vid barn- och ungdomskliniken har under år 2009 försökt få till stånd möten i länets kommuner för att i samverkan med förskola, skola, idrottsföreningar, mataffärer m.fl. starta upp lokala arbetsgrupper för att på sikt möjliggöra förändring. Initiativet har inte varit framgångsrikt men i skrivande stund kommer en första kommundag att äga rum i Bräcke kommun i slutet av april månad 2010.

## 20 Kost och motionsvanor samt skärmtid hos 4-åringar

I samband med ovan presenterade BMI-registrering uppmanades också föräldrar svara på enkla frågor om föräldrars rökvanor, barnens frukt och saftvanor samt utevistelse och TV-tid en vanlig lördag eller söndag.

- 4 åriga barn har mammor och pappor som är 92,4 respektive 90,0 procent rökfria.
- 89 procent av våra 4-åringar äter frukt dagligen och endast  $\leq 1$  procent äter frukt oftast mindre än en gång i veckan.
- Ca 7 procent av 4-åringarna dricker saft dagligen. Drygt hälften av barnen dricker saft högst 1-2 dagar per vecka.
- Utevistelsetid en vanlig lördag eller söndag är för drygt 20 procent av barnen mer än 5 timmar. Endast någon enstaka procent av barnen är ute mindre än en halvtimme.
- Ang. barnens TV-tid en vanlig lördag eller söndag visar att dryga 70 procent av barnen tillbringar upp till 2,5 timmar framför TV:n.

Sammanställningen av dessa delvis svårbesvarade frågor visar en oförändrad bild jämfört med föregående år. Vi kommer att fortsätta sammanställa svaren för att ev. se nya trender m.m.

## 21 Barn som far illa

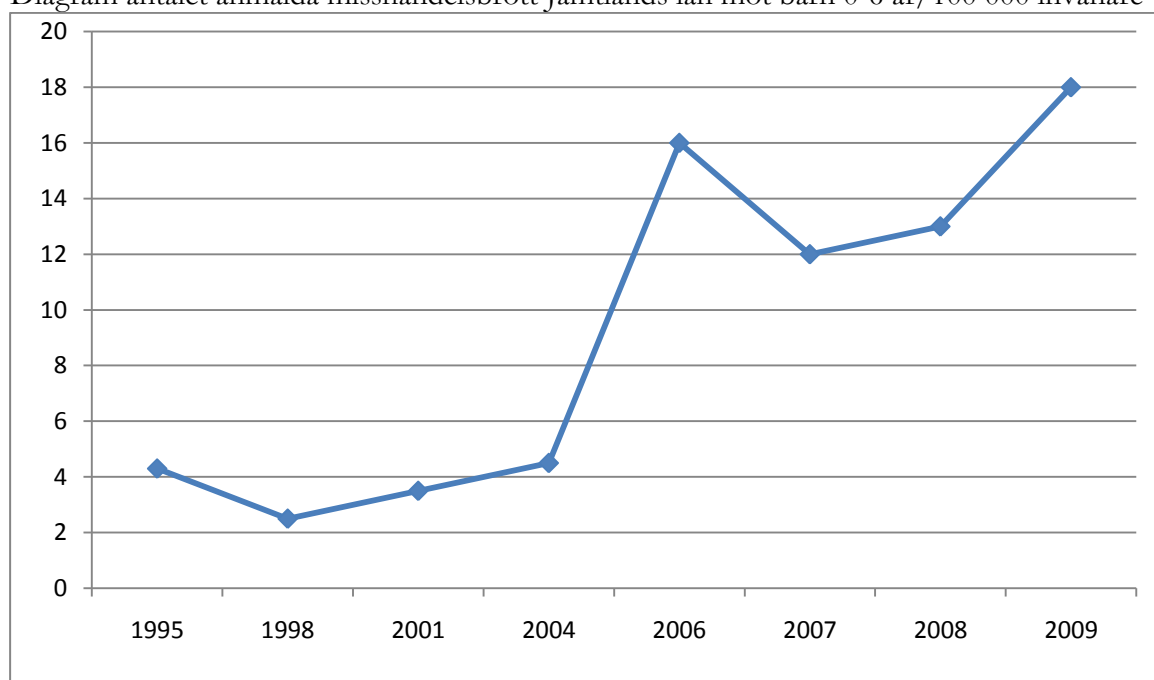
Under 2009 fullföljdes arbetet med att ta fram skriften ”Råd och Riktlinjer för personal inom hälso- och sjukvården då barn far illa eller riskerar att fara illa”. Huvudansvariga för arbetet har varit överläkare Anna-Lena Nilsson vid barn- och ungdomskliniken samt barnhälsovårdsöverläkaren. Arbetet med att implementera dessa råd och riktlinjer pågår men mycket av detta arbete återstår.

Barnhälsovårdsöverläkaren ingår tillsammans med överläkare Anna-Lena Nilsson i en nationell arbetsgrupp angående barn som far illa inom svenska barnläkarföreningen.

Under 2009 anordnades i samband med Nätverket för konventionen om barnets Rättigheters konferens i februari månad en halv studiedag om Shaken Baby Syndrom med föreläsare från Karolinska sjukhuset. Samtidigt presenterades begreppet Mental vaccinering med information till föräldrar om syndromet såväl på länets barnmorskemottagningar som på BB och vid barnhälsovårdens hembesök till länets nyblivna föräldrar.

Antalet anmälda brott på grund av misshandel mot barn har ökat kraftigt under hela 2000-talet. Figuren nedan bygger på statistik från BRÅ (Brottsförebyggande rådet)(13) och visar antalet anmälda misshandelsbrott (inkl. grov misshandel) mot barn under 6 år i vårt län. En liknande ökning ses över hela landet. Ökningen behöver inte bero på att misshandeln mot barn har ökat utan kan också bero på att anmälningsbenägenheten ökat.

Diagram antalet anmälda misshandelsbrott Jämtlands län mot barn 0-6 år/100 000 invånare



I föregående årsrapport presenterades för första gången statistik för Jämtlands län beträffande antalet anmälningar från personal inom barnhälsovården till socialtjänst angående barn som far illa. Under 2009 kom från barnhälsovården till socialtjänsten 9 barn i åldern 0-6 år varav 7 barn på grund av omsorgssvikt, ett barn på grund av missbruk och ytterligare ett barn på grund av psykisk sjukdom hos förälder. Antalet motsvarar en andel på 0,15 procent av antalet barn inskrivna vid våra barnvårdscentraler. Föregående års siffror var 13 barn vilket motsvarade 0,16 procent av antalet inskrivna barn inom barnhälsovården. Nationellt har liknande siffror presenterats från Skåne och Blekinge

## 22 Samverkan med förskolan

**Målsättning:** Varje förskola, kommunal och enskild, skall erbjudas besök av BVC-sjuksköterskan minst en gång/termin.

Vikten av ett gott samarbete med våra förskolor kan inte nog betonas. En förtroendefull samverkan grundläggs och utvecklas ofta genom besök inom varandras verksamheter. I och med familjecentralernas tillkomst har kontakten med den öppna förskolan fördjupats.

Socialstyrelsen har i en nyutgåva av kunskapsöversikten **Smitta i förskolan**, hösten 2008, tagit fram ett bra verktyg för gemensam syn för förskolans och barnhälsovårdens personal när det gäller råd hur förebygga och förhålla sig vid olika infektioner. Barnhälsovården tillsammans med personal från Smittskyddsenheten har under 2009 besökt Ragunda, Östersund och Krokoms kommuner för att mötas tillsammans med kommunens miljö- och hälsoskydd samt förskolepersonal. Resterande kommuner kommer under 2010 att besökas på liknande vis.

Andel besök på länets förskolor har inte levt upp till barnhälsovårdens målsättning. Endast 65 procent har fått besök under året. Endast 18 procent har fått besök en gång per termin. Se tabell XXII.

Tabell XXI Samarbete med förskolan under 2009

Kommun	Antal BVC	Antal kommunala förskolor inom basenhet	Antal besök på dessa förskolor			Andel besök på förskolorna (%)		
			Minst en gång/termin	En gång under året	Inte alls	Minst en gång/termin	En gång under året	Inte alls
Berg	2	12	1	4	7			
Bräcke	3	7	1	0	6			
Härjedalen	3	12	4	5	3			
Krokom	5	26	0	11	15			
Ragunda	3	6	2	2	2			
Strömsund	5	19	0	14	5			
Åre	4	18	9	9	0			
Östersund	5	53	11	27	15			
<b>Länet 2009</b>	<b>30</b>	<b>153</b>	<b>28</b>	<b>72</b>	<b>53</b>	<b>18</b>	<b>47</b>	<b>35</b>
<b>Länet 2008</b>	<b>33</b>	<b>164</b>	<b>53</b>	<b>59</b>	<b>52</b>	<b>32</b>	<b>36</b>	<b>32</b>

## 23 Samarbete med Hörselvården

Hörselvården sköter screening-undersökning av hörseln på spädbarn sedan 2002 genom att undersöka Oto Acustisk Emission (OAE) i samband med BB-vistelsen. Metoden är mycket tillförlitlig. Drygt 1 promille (1/1000) av alla barn har vid födseln en permanent habiliteringskrävande hörselnedsättning. Tidig upptäckt och tidigt påbörjad habilitering ger barnet en bättre språkutveckling. Alla barn med hereditet för hörselnedsättning i slakten måste uppmärksammas på barnvårdscentralen och remitteras till Hörcentralen för uppföljning.

Utöver OAE tillämpas inom barnhälsovården ett mycket frikostigt förhållningssätt till remisser till Hörcentralen vid minsta oro hos föräldrar för nedsatt hörsel och alltid vid remiss till logoped.

Alltjämt finns en oro, att när hörselkontrollen med audiogram i samband med 4-årskontrollen upphörde i vårt län omkring år 2000, skulle flera barn med ensidig/dubbelsidig hörselnedsättning komma att upptäckas exempelvis i samband med audiogram vid skolstart. Vi har emellertid fått lugnande besked att så inte har blivit fallet. Vår uppmärksamhet på hörsel- och språkproblem har förmodligen ökat i samband med borttagandet av 4-årskontrollens audiogram.

Barnhälsovårdsöverläkaren har ett nationellt uppdrag från landets barnhälsovårdsöverläkare att se över och eventuellt hitta nationella riktlinjer för såväl hörsel- som synkontrollerna inom barnhälsovården. Uppdraget är slutfört i och med att kontakt har tagits med SBU (Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering) för ev. vidare handläggning. Beslut väntas under 2010.

## 24 Småbarnstandvård i Jämtlands län

### Tidigt möte med tandvården

Jämtlands läns samtliga 12 tandvårdsenheter träffar förstagångsföräldrar och deras små då barnet är 6-12 månader. Träffen sker som ett gruppmöte. Vid enstaka kliniker får varje förälder dessutom 5-10 minuter ensam med den besökande tandvårdspersonen.

I de flesta fall är det en erfaren tandsköterska som träffar gruppen, men vid en del kliniker är det en tandhygienist som träffar barn och förälder.

### Syfte

Syftet med mötet är att föra ut kunskap till föräldrarna om hur barnets tänder kan hållas friska och via en enkel enkät försöker vi tillsammans med föräldern upptäcka eventuella riskfaktorer. Om sådana finns erbjuds familjen stöd från Folktandvårdsmottagningen.

### 3-årsbesöket

Alla kliniker i länet kallar barnet för ett enskilt tandvårdsbesök vid 3-års ålder. Några kliniker kallar redan vid 2-års ålder. Syftet med besöket är att tillsammans med förälder bedöma risken för att barnet ska utveckla hål i tänderna.

Vi räknar också tänderna, bedömer bettets utveckling och granskar att ingen början till hål finns. Tandköttet undersöks och vid behov visas bästa tandborstningsteknik.

Barn och förälder träffar på vissa kliniker ansvarig tandläkare vid besöket.

### Barn med ökad risk för hål i tänderna.

Barn med risk att utveckla karies (hål i tänderna) får skraddarsytt omhändertagande. Barn med karies får träffa tandläkare för hälsosamtal och ev. tandlagning. De senare är dessbättre få.

### Statistik

Eftersom tandvårdens dataprogram uppgraderades under 2009 och samma uppgradering ej skett för att ta ut statistik, medger inte systemet uttag av statistik för 2009.

År 2008 var 88 % av 4-åringarna kariesfria. Motsvarande siffra för 2009 är inte tillgänglig.

Muntlig inrapportering pekar dock på en mycket låg förekomst av 3-åringar med kariesskador. Andelen 3-åringar tillsammans med småbarn med risk att utveckla skador kan utgöra ca 3-4%.

Detta handlar många gånger om barn med sömnproblem, matningsproblem, upprepade övre luftvägsinfektioner, kroniskt sjuka barn och barn med funktionshinder.

Sedan 2009 finns pedodontist (barntandläkare) i Jämtlands län. En specialitet som inte varit representerad sedan 1992. Till specialisten remitteras framför allt barn med särskilda behov, tidigt i livet, dvs. innan tandskador är ett faktum.

Kristina Palm

pedodontist / ötdl Folktandvården JLL



## 25 Barnhälsovårdens Stora Pris 2009

Barnhälsovårdens Stora Pris instiftades och delades ut första gången 2008. Traditionenligt delas priset ut på barnhälsovårdsdagen i maj månad.

Priset har tillkommit för att lyfta allt det goda arbete som många gånger sker i det tysta men ibland med buller och brak – allt under mottot: till den eller de som gjort något stort för de små.

Barnhälsovårdens Stora Pris 2009 kom att delas mellan:

Monica Mattsson – förskollärare, Öppna förskolan, Familjecentralen, Brunflo hälsocentral - med motiveringen:

Monica är en engagerad, påhittig, uthållig, drivande, utvecklande och ständigt närvarande förskollärare vid öppna förskolan på familjecentralen i Brunflo.

Vinterparken – representerad av Håkan Åvill och Mette Söderin, Östersunds kommun – med motiveringen:

Vinterparken – Storsjöns soldränkta samlingsplats, nära stadens centrum, tillgänglig för stora och små, sjuder av spännande skridskolek, skidor, sparkar, skulpturer, surr och skratt bland soldyrkare. En barnfamiljernas mötesplats. Nära. Tillgänglig. Öppen för alla.

Priset består av:

Ygdrasil – Livets Träd – ett luffarslöjdskonstverk av Sundsjökonstnären Ove Hedenström – samt ett diplom och mycken ära.

Årets prisutdelare var Harriet Jorderud, landstingsråd.

## 26 Given fortbildning 2009 BHV

**Riskbruksarbete i primärvården - INTRODUKTIONSDAG** 13 januari, Folkets Hus i Östersund

Målgrupp: "Ny" MHV- och BHV-personal samt de som tidigare inte deltagit i utbildningsserien "Alkohol i samband med graviditet och föräldraskap"!

*Jämtlands län mobiliserar mot alkohol*, Thomas Andersson

*Definitioner och begrepp kring riskbruk*, Britta Ahlin

*Medicinska fakta kring alkohol - hur påverkas kroppen? Nya läkemedel*, Alf Lerner

*AUDIT - ett screeningsformulär*, Ingrid Haglund

*Genomgång av hemsidan* www.riskbruk.se, Pelle Höglund

*Alkohol i samband med graviditet och föräldraskap*. Bakgrund, Hur arbetar vi på MHV och BHV, Gemensam handlingsplan, Överföring i vårdkedjan. Ingrid Haglund, Gunnel Holmqvist.

*Praktisk tillämpning och diskussion.*

Uppdelning i MHV- och BHV-grupp.

**MI-utbildning** 19 maj, Folkets Hus i Östersund.

Målgrupp: BVC-sjuksköterskor, barnmorskor och distriktssjuksköterskor i primärvården.

Utbildare Ulla Lennartsson, MI-utbildare från Hälsoenheten i Södertälje,

Teori varvades med praktiska övningar hela dagen.

**STOR VÅRDKEDJETRÄFF** 8 juni, Hörsalen, Östersunds sjukhus

Dagen vände sig i första hand till personal inom vårdkedjan, BB-Förlossning, Spädbarnsavgd., Spec. MVC, MHV och BHV, men även till övriga intresserade inom Området barn-kvinna samt till socialsekreterare och förskollärare på familjecentralerna i länet.

*Information och presentation av vårdkedjegruppen.*

*Skadepanorama hos barn exponerade för alkohol under graviditet.* Magnus Landgren, Med.dr., barnneurolog, Skaraborgs sjukhus.

*Amning - betydelsen av tidigt samspel.* Tomas Ljungberg läkare, docent, professur i farmakologi vid institutionen för neurovetenskap vid Uppsala universitet.

**Introduktionsdagar för "Ny BHV-personal"**, 24-25 februari

Per Hedman, Gunnel Holmqvist, Margareta Honn och Elisabet Nilsson.

**Årliga samverkansdagen** för familjecentraler samt övriga intresserade.

Hur länge kan vi stötta föräldrar utan att tappa barnperspektiv?, 22 april Hörsalen, Östersunds sjukhus.

*"Samspelets betydelse för det lilla barnets utveckling"* Kay Karlsson, författare till boken

*"Anknytning - om att tolka samspelet mellan föräldrar och små barn"*.

*Information från Föreningen för Familjecentraler Främjande (FFFF)* Gunnel Holmqvist.

*"Föreningens riskbruksprojekt, hur få tillstånd en ömsesidig utveckling?"* Bosse Brantefors, nationell projektledare för Riskbruks-arbete på familjecentraler.

Gruppdiskussion runt fallbeskrivning.

**BARNHÄLSOVÅRDS DAG 6 maj**, Hörsalen Snäckan, Östersunds sjukhus

*Aktuell Barnhälsovårdsinformation*, Gunnel Holmqvist, Per Hedman

*Obstetrix/ nyheter*, Carina Sjökvist

*5-årskonrollen på BVC*, Gunnel Holmqvist, Per Hedman, Margareta Honn

*Råd & Riktlinjer för Hälso- och sjukvårdens personal, vid misstanke om att barn far illa*,

Anna-Lena Nilsson, Per Hedman.

*Medfödd höftledsluxation - hur upptäcka!* Maher Majdalani

*Tidiga tecken på autismspektrumstörning*, Tua Bardosson

*Vilka barn skall vaccineras på barnklinik*, Cathrin Holgén

*Rachit/ engelska sjukan/ D-vitamin*, Urban Tiren

Barnhälsovårdens Stora Pris delades ut!

**”Zätamodellen” Föräldragrupp inom MHV och BHV.** 31/8 - 1/9 alternativt 21/9 - 22/9, Birka Folkhögskola. Målgrupp: barnmorskor, BVC-sjuksköterskor och förskollärare (som har föräldragrupp tillsammans med barnmorska och/eller BVC-sjuksköterska).

*Presentation av Zätamodellen, Barnkonventionen, ICDP, ”Att leda föräldragrupp – utmaningar och inspiration”, ”Egna erfarenheter av att leda föräldragrupp” –gruppdiskussioner, Innehållet i gruppträffarna ”verktygslåda”. MHV och BHV delad grupp, Reflektioner, Utmaningar?, Vad behöver jag ytterligare?, Uppföljning framöver.*

**Uppföljning Zätamodellen** – gruppträffar för samtliga deltagare på Birka, ledare är MHV/BHV-psykolog/socionom. 4 -5 träffar, inleds under senhösten -09, fortsättn. vårtermin-10

**Utbildning ”HYGIEN OCH SMITTA I FÖRSKOLAN”** 14 tillfällen á ca 4 timmar.

Målgrupp: BHV-personal och förskolepersonal.

Utbildning om de vanligaste smittsamma sjukdomarna, smittvägar och praktiska råd och riktlinjer om hur smitta begränsas och förebyggs. Ansvariga för utbildningen Barnhälsovården (Per och Gunnel) och Smittskydds enheten. Krokoms, Ragunda och Östersunds kommun har hunnits med under hösten. Resterande kommuner i länet kommer att besökas under 2010.

**Genusutbildning:** vt. 2009 5 tillfällen á 2,5 h för Åre kommun och Brunflo HC

Ht 2009 4 tillfällen á 2,5 h för Lugnvik HC, Lit HC, Torvalla BVC och Hammerdal BVC.

Utbildningen syftar till att medvetandegöra föreställningar kring kön och föräldraskap för att stötta ett jämställt föräldraskap.

**EPDS - postpartum depression** 8 maj för BVC-sjuksköterskor.

Lisa Fröst Björnsdotter och Elisabet Nilsson

**BVC läkarmöte** 1 april och 21 oktober med sammanlagt 20 + 17 allmänläkare. Per Hedman

**ICDP ”Vägledande samspel”** grundnivå 1 för personal på FBH (8pers) plus ytterligare 2 personer, 26-27 januari plus 16 februari, heldagar. Karin Edenhammar ICDP stiftelsen och Gunnel Holmqvist.

**Information om BVC för hemspråkslärare** i Östersund 28 oktober.

**Information om Zätamodellen.** Gunnel Holmqvist och Ingrid Haglund berättade om Zätamodellen för personal på Barnkliniken, Folkets hus 17 november.

**Information om Zätamodellen.** Gunnel Holmqvist berättade om Zätamodellen för BHV-samordnare i samband med Nationell träff för BHV-team 7-8 oktober i Skövde.

**Information om Zätamodellen.** Elisabet Nilsson och Gunnel Holmqvist besökte familjecentralen i Vännäs, 26 oktober och berättade om Zätamodellen.

## Möten och träffar med BHV-personal och samverkanspartners

**BVC-sjukskötersketräffar** Östersund, 8 träffar plus Introduktion ny BVC-sjuksköterska i Strömsund heldag på FBH.

**Centrala samverkansgruppen** (socialsekreterare Marika Sahlin och Anette Furberg, samordnande BHV-sjuksköterska Gunnel Holmqvist, samordnande barnmorska Ingrid Haglund, förskollärare Elisabet Falk samt pappagruppssamordnare Leif Franzén) har träffats vid flera tillfällen för att planera den årliga samverkansdagen samt diskuterat familjecentralssamverkan och pappagrupsverksamheten i länet. Leif deltog endast under en del av året eftersom pappagrupsverksamheten lades ner och tjänsten som pappagruppssamordnare togs bort.

**Samrådsgrupp**, (Eva Lindvall, Marika Sahlin, Ingrid och Gunnel), kring familjecentralernas samverkansavtal, verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser i Östersunds kommun, 4 träffar plus en nätverksträff för familjecentralerna i Östersunds kommun tillsammans med förvaltningscheferna för respektive yrkesprofession.

**Fortbildningsgruppen för primärvårdens fortbildning** har träffats tre tillfällen, varav vid ett tillfälle med Tommy Renström.

**Arbetsgrupp riskbruk- alkoholförebyggande arbete** samordnande barnmorska Ingrid Haglund, samordnade BHV-sjuksköterska Gunnel Holmqvist, distriktssköterskornas samordnare Britta Ahlin och alkoholsamordnare Thomas Andersson har träffats vid ett flertal tillfällen för att diskutera och planera det fortsatta alkoholförebyggande arbetet. För att följa upp det alkoholförebyggande arbetet inom BHV och MHV i länet skickades en enkät, liknande den som 2003 sändes till BHV och MHV, ut våren 2009. Gunnel, Ingrid och Thomas Andersson har träffat personal på familjecentralen i Torvalla och pratat om deras alkoholförebyggande arbete, om hur de samverkar i den frågan.

**Träffat skolsköterskorna i länet** vid 3-4 tillfällen för att diskutera gemensamma frågor, BHV-samordnare och BHV-öl har deltagit tillsammans.

**Datoriserad BHV-journal.** Under året har Lennart Linjamäki, Per Hedman, Gunnel Holmqvist och Annika Åreng träffats för att utarbeta ett beslutsunderlag.

**PV-ledning - FBH** har träffats för att diskutera gemensamma frågor.

**Träff med Integrationservice** vid 3 tillfällen. MBHV-teamet har träffat dem angående eventuellt samarbete. Dels omkring föräldrastöd och ev. start av föräldragrupp inom ramen för SFI där ICDP-programmet skulle ingå men även att uppdatera den samhällsinformation de ger om mödra- och barnhälsovården i Sverige. Ett gemensamt studiebesök till Sigtuna kommun planeras under 2010.

**Hälsoval**, Per och Gunnel har träffat Inger Persson enhetschef Frösö HC och distriktsläkare från Odensala vid två tillfällen för att diskutera BHV vilka krav och riktlinjer som skall gälla i hälsovalet. Utöver dessa också återkommande möten med hälsovalskansliets Lena Weinstock-Svedh.

**Logopedträff**, personal på Föräldra- Barnhälsan har träffat logopederna och diskuterat språkscreening, neuropsykiatriska problem mm.

**Semper Träff** med representant för att få information om nyheter och planering av information till BHV-personal i länet och ev. en fortbildningsdag.

**Nya influensan** – flertal träffar med smittskyddet och barn/ungdomsklinik tillsammans med representanter för den regionala krisledningsgruppen och PV-ledningen för planering och uppföljning av vaccinationerna i länet.

**Träff registerservice** vid ett par tillfällen med anledning av förändringar hos registerservice som får betydelse för BHV-journalernas arkivering.

**Vaccingruppen** har fortsatt sitt arbete med regelbundna träffar varje månad på barnmottagningen med deltagare från barnklinik, primärvård och skolhälsovård.

**Vårdkedjeträffar**, vårdkedjegruppen bestående av Kerstin Lilja och Carina Sjökvist barnmorskor från BB-förlossning, Torill Hallqvist barnmorska på Specialistmödravården, Elisabet Jonsson och Inger Holmberg, senare ersatt av Emma Danielsson och Maud Flodin barnsjuksköterska respektive barnsköterska på spädbarnsavdelningen samt Ingrid Haglund samordnande barnmorska och Gunnel Holmqvist samordnande BHV-sjuksköterska har träffats och diskuterat gemensamma frågor plus planering av utbildningsdag ”Stor vårdkedjeträff” 8 juni.

Träffar har hållits för årlig **uppföljning av tidig hemgång, THG** och **vårdprogrammet Psykisk ohälsa under graviditet och småbarnstid, POGS**, plus att ett nytt handlingsprogram har utarbetats gällande blivande och nyblivna **föräldrar med neuropsykiatriska funktionshinder och/eller utvecklingsstörning av betydelse för föräldraskapet**. I de senare grupperna har Inger Tengvard deltagit som representant för BVC-sjuksköterskorna.

**Föräldra- Barnhälsan och BUP** har träffats och diskuterat ev. samverkan omkring föräldrar och barn med samspelsproblematik. En arbetsgrupp är tillsatt.

**Barn- och Ungdomsråd** har sammanträtt vid fyra tillfällen under året under ledning av landstingsdirektören där förutom barnhälsovårdsöverläkaren, enhetschef Folkhälsocentrum, enhetschef Ungdomsmottagningen, områdeschef barn/kvinna och barntandläkaren från Tandhälsovården.

BHV-öl, tillsammans med mödrhälsovårdsöverläkaren, har också 2 ggr/termin möte med landstingsdirektören för samråd och informationsutbyte i barn- och ungdomsfrågor.

**Barnarenan** – den gemensamma mötesplatsen för kommuner och landsting för beredning av barn- och ungdomsfrågor har sammanträtt vid 2 tillfällen där bl.a. barnhälsovårdsöverläkaren ingår som representant för landsting tillsammans med områdeschef barn/kvinna samt landstingsråd Harriet Jorderud och Marianne Larm-Svensson.

**Möte med PV-ledning och enhetschefer** vid länets hälsocentraler utanför Östersunds tätort. Barnhälsovårdsöverläkaren har tillsammans med mödrhälsovårdsöverläkaren haft återkommande möten under vår och höst.

## Nationellt

### BHV-samordnare:

**Möte med BHV-enheterna Norra regionen** 2 halvdagar i Umeå 28-29 maj.

**Nationell träff och konferens** för BHV-enheter från hela landet 7-8 oktober i Skövde.

**ICDP nationell nätverksträff** för handledare i Stockholm, 1 april och 30 oktober.

**Nationell nätverksträff riskbruk** Skytteholm 24-25 september, barnmorskor och BVC-sjuksköterskor träffades.

**FFFF, föreningen för familjecentralers främjande, styrelsemöte.** Representerar Barnhälsovården i styrelsen. Har förutom telefonmöten träffat styrelsen vid tre tillfällen (halvdagar) i Stockholm plus två dagar i augusti i Karlstad och två dagar i Stockholm i december. Bl.a. deltagit i planeringen och genomförandet av den nationella FFFF-konferensen i Örebro 25-26 maj men även i övriga styrelsearbetet.

**Samverkansgrupp FHI.** Statens folkhälsoinstitut fick under våren ett regeringsuppdrag att fördela 70 miljoner kr inom ramen för Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd ”En vinst för alla”. I uppdraget ingick även att skapa en samverkansgrupp som stöd för Statens folkhälsoinstitut(FHI) för utveckling av föräldrastöd. Representerar FFFF:s styrelse i samverkansgruppen.

Samverkansgruppen har träffat styrgruppen inom FHI vid två tillfällen under hösten, 27 augusti och 22 oktober.

Arbetet fortsätter under 2010 bland annat planeras för en seminariedag med representanter från alla kommuner och medsökande forskargruppen som fått del av regeringens stimulanspengar. Mer information om regeringsuppdraget och den Nationella föräldrastödsstrategin finns att läsa på FHI:s hemsida [www.fhi.se](http://www.fhi.se)

### Barnhälsovårdsöverläkare:

**Möte BHV-enheterna Norra regionen** 2 halvdagar i Umeå 28-29 maj.

**Nationell träff och konferens** för BHV – enheter från hela landet 7-8 oktober i Skövde.

**Internat svenska Barnläkarföreningens styrelse**, 2 dagar i augusti, Sigtuna. Dessutom återkommande telefonkonferenser som ledamot i barnläkarföreningens styrelse samt som ledamot i barnläkarföreningens **Utskott för Etik och Barnets Rättigheter**.

Deltagit vid två tillfällen på **SKL's nätverk för Barn och Ungdom** i Stockholm på uppdrag av landstingsdirektören. Barnhälsovårdsöverläkaren ingår dessutom i nätverkets arbetsgrupp med ansvar för programutformning för kommande träffar fram till hösten 2010. Deltagit vid arbetsmöte vid ett tillfälle i Stockholm förutom ett antal telefonkonferenser.

## 27 Sammanfattning av det gångna verksamhetsåret

Årets kvalitetsredovisning – barnhälsovårdens årsrapport – kommer också i år ut före sommaren – en målsättning som vi ånyo kunnat uppnå tack vare god hjälp av våra arbetskamrater på Föräldra- Barnhälsan och på länets barnavårdscentraler. Ett varmt tack för denna hjälp som möjliggör att rapporten förhoppningsvis känns aktuell och blir till hjälp med att planera barnhälsovårdens arbete.

Vi har i denna rapport presenterat vår verksamhet på såväl läns som kommunbasis. Statistik för den enskilda barnavårdscentralen kommer att användas som underlag för samtal när samordnande BHV-sjuksköterska och barnhälsovårdsöverläkare besöker länets barnavårdscentraler. Under 2010 kommer dessa besök ske tillsammans med mödrahälsovårdsöverläkaren och den samordnande barnmorskan i länet samt områdesansvarig psykolog och/eller socionom.

Alla vi som arbetar inom barnhälsovården verkar för att stärka de hälsofrämjande faktorerna, minimera sårbarhet och motverka riskfaktorer. Att stärka föräldrarnas egen förmåga – empowerment – är ett nyckelbegrepp. Vägen dit är bl.a. en fungerande barnhälsovård med hög kompetens där god tillgänglighet, arbetsglädje, delaktighet och samverkan i länet är oerhört viktigt. Rapporten visar att kvalitén på barnhälsovården i länet är god även om inte målen uppnås på alla områden. Det finns ett stort engagemang och mycket kompetens hos personalen ute på våra barnavårdscentralerna.

Undertecknade, Gunnel och Per, har ånyo reviderat Riktlinjer för barnhälsovården i Jämtlands län 2010. Riktlinjerna är bilagda årsrapporten. Som tidigare skall de mätbara målen vara desamma såväl för de enskilda hälsocentralerna som för primärvård och för område barn/kvinna. De mätbara målen kommer att vara desamma som för år 2009.

Under det gångna året och under det snart halvårgamla 2010 har landstingets ansträngda ekonomi skapat oro också för barnhälsovårdens framtid vad gäller resurstilldelning. I skrivande stund har varsel lagts som kan komma att träda i kraft under hösten 2010. Samtidigt är det viktigt att vi påminner oss om att landstingets politiker har fattat ett antal mycket viktiga positiva beslut rörande barn nämligen gällande familjecentralerna och arbetet med att implementera barnkonventionen i landstinget.

Hälsoval Jämtlands län innebär att länets invånare från och med 2010 fritt kan välja bland länets hälsocentraler – såväl bland de offentligt som bland de privat organiserade. Såväl mödra- som barnhälsovård ingår som basuppdrag medan familjecentralen är ett tilläggsuppdrag. I skrivande stund (maj 2010) har Hälsovalskansliet i samråd med landstingets politiker beslutat att en tilläggsersättning skall utgå till de hälsocentraler som utifrån samverkansavtal med kommunen har en familjecentral med fungerande öppen förskola och närvaro av socialtjänst.

Landstinget har mycket glädjande under 2009 fattat ett beslut om att inrätta del av tjänst som samordnare för landstingets familjecentralsarbete. F.n. innehar den samordnande BHV-sjuksköterskan, Gunnel Holmqvist, detta uppdrag 4 timmar/vecka.

Landstinget har under år 2009 inte tagit något ytterligare steg för att implementera konventionen om barnets rättigheter men i maj 2009 meddelade landstingsdirektör Karin Strandberg-Nöjd att 100 000 kr kommer att avsättas i landstingsplanen för 2011, öronmärkta för arbetet med barnkonventionen. Frågan kommer fortsatt att beredas inom landstingsdirektörens barn- och ungdomsråd.

Vidare har våra landstingspolitiker i landstingsplanen för 2011-2013 beslutat att under rubriken Folkhälsa skriva in en aktivitet att på varje vårdenhets skall en medarbetare utses och utbildas för arbete med barnkonventionen.

Föräldra- Barnhälsan har under 2008/2009 i samarbete med all personal inom mödra- och barnhälsovård utvecklat föräldrastöd i grupp – Föräldrastöd Z. All personal har under 2009 fått utbildning och arbetet fortsätter med uppföljningsträffar områdesvis i länet. Fortlöpande revidering. Utvärdering planeras.

Handlingsprogrammet: ”Råd och Riktlinjer för hälso- och sjukvårdens anställda vid misstänkta fall av barn som far illa” presenterades under våren 2009. Ännu återstår implementeringsarbetet av handlingsprogrammet enligt de riktlinjer som landstingsdirektören angav i sitt förord.

Landstinget samverkar med länets kommuner i ett gemensamt forum - ”Barnarenan”. Gruppen har under år 2009 sammanträtt vid två tillfällen. Barnarenan är tänkt som en mötesplats där gemensamma barn- och ungdomsfrågor kan dryftas. Barnarenan har ännu inte funnit sin form men kan komma att bli av stor betydelse. Barnhälsovårdsöverläkaren ingår som en av två representanter från landstinget.

Barn- och Ungdomsrådet är ett av landstingsdirektörens strategiska råd där barnhälsovårdsöverläkaren ingår tillsammans med verksamhetsområdeschef Barn/Kvinna, chef för Folkhälsoinstitutet, enhetschef Ungdomsmottagningen, barntandläkare samt vidare adjungerade medlemmar landstingsjurist Sanna Othman och mångfaldsstrateg Anna Ebenmark. Rådet sammanträder 2-3 ggr/termin.

Barnhälsovårdsöverläkaren och samordnande BHV-sjuksköterska har under 2009 fortsatt med att nationellt delta i ett flertal viktiga utvecklingsområden:

Samordnande BHV-sjuksköterska ingår i den nationella styrelsen för Familjecentralernas förening. Samordnande BHV-sjuksköterska är också föreningens representant i Folkhälsoinstitutets samverkansgrupp inom ramen för Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd – En vinst för alla.

Barnhälsovårdsöverläkaren ingår sedan 2009 i svenska Barnläkarföreningens styrelse och dess Utskott för Etik och Barnets Rättigheter.

Vidare har barnhälsovårdsöverläkaren tagit initiativ till en nationell arbetsgrupp för framtagande av nationella riktlinjer för barnhälsovården i landet. Arbetet sker i samråd med socialstyrelsen. Arbetsgruppen kommer att lämna förslag på arbetsordning senast september 2010.

Barnhälsovårdsöverläkaren har dessutom med sin kollega i Kalmar län sett över syn- och hörselrutiner inom barnhälsovården nationellt. Förslag har lämnats till SBU (Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering) och beslut väntas under våren 2010 huruvida SBU tillsätter en utredning.

Arbetet med att datorisera barnhälsovårdsjournalen har fortsatt under året. En kravspecifikation föreligger och ett preliminärt anbudsförfarande är på väg att genomföras under våren 2010 – utan att f.n. ha som mål att underteckna bindande avtal. Parallellt med detta arbete har ett samarbete med landstingen i Norrbotten och Halland inletts för att undersöka möjligheten att utveckla en BVC-journal inom landstingets VAS-system. Ett pilotprojekt pågår i Norrbotten. Hösten 2010 kommer en gemensam utvärdering av projektet ske. Fortsättning följer!



Under hösten 2009/vintern 2010 utförde länets BVC-sjuksköterskor ett storartat arbete med att genomföra vaccination av ett mycket stort antal barn mot ”den nya influensan”. Detta arbete har genomförts samtidigt som det ”normala” barnvårdscentralarbetet har fullföljts på ett som alltid mycket gott sätt. Ett varmt tack till Er alla för denna strålande insats!

Undertecknade, Gunnel och Per, vill återigen rikta ett varmt tack till all personal vid länets barnvårdscentraler. Barnhälsovården fortsätter att fungera bra runt om i länet. Tack till alla våra samverkanspartners ute i länet!

Vi vill också rikta ett varmt tack till Anna-Karin Burge-Andersson och Anne-Caroline Sjöqvist, sekreterare på Föräldra- Barnhälsan, som än en gång bistått oss med all sin ovärderliga hjälp med att iordningsställa årets kvalitetsredovisning.

Östersund 14 juni 2010  
Gunnel Holmqvist  
Samordnande BHV-sjuksköterska

Per Hedman  
Barnhälsovårdsöverläkare

## 28 Riktlinjer 2010 för barnhälsovården i Jämtlands län

Uppdaterat 2010-03-27/ph

### 28.1 Styrdokument

- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763)
- Omvårdnad inom hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens allmänna råd: SOSFS 1993:17

*Riktlinjer för barnhälsovården finns fastlagda i följande skrifter:*

- Hälsoundersökningar inom barnhälsovården (Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 1991:8; upphört att vara gällande från årsskiftet 2008/2009).
- Barnhälsovård (Hagelin, Magnusson & Sundelin, 2009).
- Folkhälsoplan för Jämtlands läns landsting.
- Kvalitetssäkring av barnhälsovården (SOS-rapport 1994:19).
- Utredningen ”Skydda skydds nätet” (Socialstyrelsen 1992).
- FN:s konvention om barns rättigheter 1990. Amningsstrategi för Jämtlands län.
- Stöd i föräldraskapet SOU 1997:161
- Nya verktyg för föräldrar - förslag till nya former av föräldrastöd; FHI 2004.
- Tidigt föräldrastöd – en fördjupad beskrivning av det tidiga föräldrastödet inom mödra- och barnhälsovården. Dokumentet sammanställt av och för verksamma inom mödra- och barnhälsovården, november 2007.
- Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd ”En vinst för alla” SOU 2008:31
- Styrdokument Barnhälsovården Jämtlands läns landsting 2010 (Hälsovalsdokument).
- Styrdokument Z-modellen. Föräldra- Barnhälsan/Jämtlands läns landsting 2010.
- Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom BHV 2003.
- Nationell målbeskrivning för läkartjänstgöring på BVC 2005 från Barnläkarföreningen, Svenska distriktsläkarföreningen och Svensk förening för allmän medicin. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:22 M) om vaccination av barn.
- Socialstyrelsens föreskrifter (2008:7M) om vaccination av barn.
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:31M) om vaccination av barn.
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:29M) om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 200:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.
- Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1994:26 (M) om vaccination mot pneumokocker.
- Socialstyrelsens Rekommendationer för profylax mot hepatit B (2005).
- Socialstyrelsens Rekommendationer för preventiva insatser mot Tuberkulos (2006).
- Vaccination av barn/Det svenska vaccinationsprogrammet. En kunskapsöversikt för hälsovårdspersonal. Socialstyrelsen 2008.
- A State of the Art Document, Medicinska forskningsrådet (MFR). Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa – en analys av möjligheter och begränsningar i ett framtidsperspektiv, 1999.
- Smitta i förskola, Kunskapsöversikt Socialstyrelsen 2008.
- Anvisningar och kommentarer Barnhälsovårdsjournal 2000-01. Kompletterad med sidor om vikt/längdkurvor/BMI 2008.
- Lokala vårdprogram ex. pneumokocker, hepatit B, Hemgång från BB, POGS (Psykisk Ohälsa under Graviditet och Småbarnstid), Handlingsprogram för blivande och nyblivna föräldrar med neuropsykiatriska funktionshinder/Utvecklingsförsening med betydelse för föräldraskapet.

## 28.2 Barnhälsovårdens mål

Barnhälsovårdens mål är att främja barnens hälsa, trygghet och utveckling.

Detta övergripande mål kan uppnås genom följande **delmål**:

- Att genomföra differentierad hälsoövervakning av alla barn före skolåldern
- Att minska väsentliga hälsoproblem för barnfamiljen
- Att ge behovsanpassad service, stöd och vård till föräldrar och barn
- Att uppmärksamma och förebygga förhållanden i närmiljö och samhälle som kan hota barnens hälsa.

## 28.3 Resurser

Barnhälsovården är en del av primärvården och förutsättningar att uppfylla angivna mål föreligger endast om barnvårdscentralen har ett geografiskt **områdesansvar** som också omfattar barnen och barnfamiljerna inom området. Dessutom förutsätter arbetet att största möjliga kontinuitet föreligger beträffande både sjuksköterska och läkare. BVC-sjuksköterskan skall under mottagningstid arbeta med enbart barnhälsovård och samtidigt ha väntrum och lokal som disponeras endast för denna verksamhet.

**Sjuksköterskan** skall ha påbyggnadsutbildning i hälso- och sjukvård för barn och ungdom eller öppen hälso- och sjukvård. En sjuksköterska som arbetar heltid bör inte ha mer än cirka 60 nyfödda per år. Siffran bör vara något lägre i områden med hög social rörlighet eller långa geografiska avstånd. Denna dimensionering är en förutsättning för att ge tillräckligt med tid för egen mottagning, medverkan vid läkarmottagningar, telefontid, tid för hembesök, föräldragrupsverksamhet, hälsovård på förskolan, planering/administration, dokumentation och verksamhetsstatistik samt samverkan.

**Kompetens** inom ett verksamhetsområde är ju inte erövrad en gång för alla genom utbildning, utan upprätthålls och utvecklas genom erfarenhet och kontinuerlig fortbildning. Detta förutsätter att sjuksköterskan och läkaren har ett ”tillräckligt antal barn”, ca 25 nyfödda barn per år, och man bör eftersträva att sjuksköterska i glesbygd ägnar minst 50 % av sin arbetstid åt förebyggande arbete med barn och barnfamiljer. I tätort bör särskild sjuksköterska för barnhälsovård finnas. Arbetet skall organiseras så att största möjliga kontinuitet erbjuds mellan barn/barnfamilj och BVC-personal, både läkare och sjuksköterska. Hög tillgänglighet skall eftersträvas.

**Läkare** som tjänstgör inom barnhälsovården skall vara specialistkompetent allmänläkare eller barnläkare. Läkare under specialistutbildning kan ha BVC om handledare finns. Tillgång till barnkonsult där allmänläkare sköter barnhälsovården är önskvärd. Se vidare ovan nämnda uppgörelse mellan Barnläkarföreningen, Distriktsläkarföreningen och svensk förening för allmän medicin: Läkartjänstgöring inom barnhälsovården 2005.

**Övrig personal** – konsulter som förutsätts finnas inom länssjukvården: barnhälsovårdsöverläkare, samordnande barnhälsovårdssjuksköterska, psykologer och socionom, hörselvårdsassistent, logoped, sjukgymnast, dietist och ortoptist. Tandhälsorådgivning sker i samarbete med folktandvården.

## 28.4 Föräldra- Barnhälsan (FBH)

FBH är landstingets samlade enhet för mödra- och barnhälsovårdsfrågor med medicinsk-, psykologisk-, social- och omvårdnadskompetens. Där arbetar barnhälsovårdsöverläkare, mödrahälsovårdsöverläkare, samordnande barnhälsovårdssjuksköterska, samordnande barnmorska, psykologer, socionom och sekreterare. Enheten svarar för fortbildning, konsultation, metodutveckling, utvärdering och kvalitetsutveckling och har ansvar för utveckling av samarbete med andra instanser och myndigheter som har ansvar för barnfrågor. Psykologer och socionom har stöd- och behandlingskontakter med blivande/nyblivna föräldrar samt gör barnutredningar.

FBH sammanställer och bearbetar verksamhetsstatistik från mödra- och barnhälsovårdsenheterna i länet och återför den till berörda instanser.

## 28.5 Innehåll i verksamheten

### Hälsoövervakning

Mottagnings- och hembesökens antal och innehåll fastslås, dels i ett basprogram, dels i ett intensifierat övervakningsprogram, se SOS 1991:8. Utifrån Socialstyrelsens förslag har ett basprogram anpassat till Jämtländska förhållanden tagits fram, se bifogat blad "BVC:s hälsoövervakningsprogram".

**Basprogrammet** omfattar hälsoundersökningar, vissa screeningundersökningar, vaccinationer och hälsouppllysning i olika åldrar.

De föreslagna kontakttillfällena är valda med tanke på vilka avvikelser som kan upptäckas i respektive nyckelåldrar och för att passa rekommenderade vaccinationsintervall. Kontakterna är som framgår av bifogade program tätast under spädbarnsåret och blir sedan glesare för att efter 2 års ålder innebära cirka en kontakt per år.

Läkarbesöken är mycket få (5 stycken) i basprogrammet, detta för att i stället utrymme skall finnas för extra och längre besök vid behov. Huvudparten av hälsoövervakningsprogrammet utförs av sjuksköterskan som därmed också fått ett allt större ansvar.

**Hembesöket** är den arbetsmetod som bäst svarar mot barnhälsovårdens uppställda mål och syften vilka bland annat innebär att "stödja föräldrarna i ett aktivt föräldraskap" och att "upptäcka och förebygga psykisk ohälsa hos barn". Det råder inga tvivel om att där är hembesöket en oöverträffad metod. Vid hembesöket uttrycker man i handling snarare än i ord, omtanke och inlevelse i småbarnsfamiljernas ofta strävsamma tillvaro. Man visar också att samarbetet mellan familjen och barnhälsovården främst är på familjernas villkor.

Hembesöket kräver mycket tid men är också tidsbesparande. Som gäst i familjens hem är förutsättningarna för att bygga upp en förtroendefull relation bättre än när man befinner sig i en ofta stressig och stökig mottagningsmiljö. Det är en stor fördel att se barnet i sin vardagsmiljö, hur det rör sig och samspelar med föräldrarna på hemmaplan. Det så kallade "första hembesöket" är ett viktigt kontaktskapande tillfälle. Att i lugn och ro samtala med familjen gör att sjuksköterskan lättare kan göra en bedömning av familjens vård- och omvårdnadsbehov och tillsammans med dem planera för den fortsatta kontakten. Hembesöket präglas av helhetssynen på familjen och möjligheten till individuell hälsoplanering underlättas.

Hembesöket är tidskrävande men sparar tid på sikt. Om en förtroendefull kontakt skapats ges större möjlighet till tidiga förebyggande insatser och en behovsanpassad BVC-verksamhet.

Det **intensifierade programmet** är individuellt och anpassas efter behov. En stor del av barnen och deras föräldrar behöver tätare kontakter under kortare och längre perioder. En orsak till detta kan vara medicinska problem hos barnen t.ex. barn som visat tecken på avvikelser i samband med förlossningen, barn som vårdats på sjukhus pga. sjukdom eller olycksfall eller där det finns ärftliga sjukdomar i familjen. Barn som också kan behöva uppmärksammas extra medicinskt är flyktigbarn, adoptivbarn och tvillingar.

Eftersom barn är beroende av hur föräldrarna har det och hur de mår är det ytterst viktigt för BVC-personalen att vara lyhörd för föräldrarnas situation och ge psykosocialt stöd samtidigt som barnets hälsa måste vara i fokus. Familjer som lever under påfrestande situationer som t.ex. missbruk, arbetslöshet, somatisk eller psykisk sjuklighet, ekonomiska problem, bristande socialt nätverk m.m. kan behöva extra mycket stöd från BVC.

En grupp som man på BVC måste uppmärksamma särskilt är mammor som drabbas av post partum depressioner (ungefär 10-15 % av nyförlösta mammor). En mamma som är deprimerad har svårt att samspela med sitt barn, vilket gör att barnet får en bristande anknytning. En **trygg anknytning** är grunden för att ett barn skall utvecklas bra. Anknytningen sker automatiskt – fysisk närhet räcker för att barnet skall knyta an till sin vårdare, men kvaliteten bestäms av samspelet med den vuxne. I de fall föräldrar inte klarar att samspela med sitt barn, inte ser och kan läsa av barnets signaler, inte kan tillfredsställa barnets behov blir anknytningen otrygg. Studier har visat att en otrygg anknytning är en viktig riskfaktor för utvecklingen av olika slags psykopatologi hos barnet under hela dess livstid. Det är därför ytterst väsentligt att hitta och hjälpa dessa kvinnor, dels för deras egen del och dels för barnets skull. Ett bra hjälpmedel att upptäcka att en mamma är nedstämd är att vid 6-veckorsbesöket använda den s.k. EPDS-skalan, som är ett screeninginstrument för att hitta kvinnor med post partum depression.

### Hälsouppllysning

Inom barnhälsovården bedrivs ett folkhälsoarbete. Det är ett komplext och mångdimensionellt arbete. Många av dagens hälsoproblem är helt eller delvis orsakade av livsstil och levnadsvanor. Möjligheterna till att påverka dessa förhållanden hos nyblivna föräldrar och småbarnsföräldrar är förhållandevis stora. Nyblivna föräldrar är mottagliga för råd och stöd och därför har preventiva insatser under denna tid stora förutsättningar att lyckas.

Vid varje möte med föräldrar och barn måste personalen vara lyhörd för familjens individuella behov. Samtalen bör bygga på ett föräldracentrerat förhållningssätt där man utgår från föräldrarnas önskemål och behov, samtidigt som föräldrarna ges möjlighet att reflektera och ta ställning till hur deras levnadsvanor kan påverka barnen. Genom att skapa en dialog på jämbördig nivå ökar förutsättningarna till en önskad förändring.

Hälsouppllysning omfattar amnings- och kostrådgivning, allergiprofylax, allmänna råd om barnets skötsel och fysiska aktivitet, råd om fostran och vardagssjuklighet, barnkultur, barnsäkerhet, rökning, alkohol och andra droger.

Hälsouppllysning kan ske både individuellt och/eller i grupp.

### Vaccinationer

Alla barn rekommenderas att delta i det kostnadsfria vaccinationsprogrammet enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:22 M, 2008:7 M, 2008:31 M) om vaccination av barn; om vaccination mot pneumokocker (SOSFS 1994:26 (M)). Sedan 1996 ingår vaccinationer mot Difteri, Stelkramp, Kikhosta, Polio och Haemophilus influenzae typ b (Hib) och sedan 1992 vaccination mot Mässling, Påssjuka och Röda hund. Alltsedan 2009 erbjuds dessutom till alla barn vaccination mot pneumokocker. Dessutom erbjuds alla riskbarn vaccination mot Tuberkulos, Hepatit B och Pneumokocker. Se Socialstyrelsens Rekommendationer ang. insatser mot Tuberkulos och Hepatit B! Se lokala riktlinjer ang. riskbarn och tuberkulos, hepatit B och pneumokocker!

## Psykosocialt stöd

Att ge föräldrarna stöd i föräldrarollen är en av BVC:s viktigaste uppgifter. BVC-sjuksköterskan är en nyckelfigur i det psykosociala arbetet med föräldrar. Begreppet ”psykosocialt arbete” inom mödra- barnhälsovården beskrevs första gången i Allmänna råd från Socialstyrelsen 1981:4. Man definierar det som att det både står för ett synsätt och även i vissa fall en metodik, som har anknytning till flera verksamhetsområden. Det förebyggande psykosociala arbetet går ut på att ge människor som står inför påfrestningar och förändringar – t. ex. att få barn – stöd och hjälp så att de själva kan hantera sin situation. Många föräldrar har i dag ett bristande nätverk och ingen att vända sig till när det gäller frågor om barnet. Den kontinuerliga kontakten med BVC under första tiden i barnets liv gör att BVC-sjuksköterskan kan vara den som tidigast kan uppmärksamma problem och genom ett psykosocialt arbetssätt ge stöd och vägledning i föräldrarollen.

Detta stöd kan ges både individuellt och i föräldragrupp. Där BVC är en del av en familjecentral sker detta arbete i samverkan med de övriga på familjecentralen. Arbetssättet innebär att man ger föräldrarna möjlighet att tala om sin situation, ge dem ökade kunskaper och medvetenhet, uppmuntrar föräldrarna att lita på sina egna resurser och vid behov motivera dem att söka stöd och hjälp från andra instanser. Inriktningen skall vara att fokusera på det som är positivt – en hälsofrämjande approach.

### Stöd i föräldraskapet - Föräldragrupper

Föräldragrupper ingår som en del i stödet i föräldraskapet.

I föräldragrupp ges möjlighet att förmedla kunskap och stöd genom att ta tillvara på föräldrarnas egen kompetens och förmåga. Utgångspunkten skall vara föräldrarnas egna behov av kunskap, information, kontakt och gemenskap med andra föräldrar i frågor som rör föräldraskap, barns utveckling och behov. Utrymme skall finnas för utbyte av tankar och idéer mellan föräldrar och för föräldrarnas egna frågor och reflexioner. Syftet är framför allt att skapa möjligheter för föräldrar att utvecklas och bli stärkta i sin föräldraroll.

Alla nyblivna föräldrar skall aktivt erbjudas att delta i föräldragrupsverksamhet. Föräldrar som tidigare har barn bör också erbjudas att få delta. Ett föräldrastödsprogram – Z-modellen – erbjuds alltsedan år 2009 samtliga föräldrar i länet med bl.a. en sammanhållen föräldrautbildning mellan mödra- och barnhälsovård i länet.

### Hälsovård i förskolan

Syftet med hälsovård i förskolan är att dels ge hälsouppllysning och hälsoövervakning för barngruppen, dels att nå enskilda barn som behöver speciell uppmärksamhet. BVC:s ansvar kräver nära samarbete med förskolorna inom upptagningsområdet. Regelbundna besök som görs av sjuksköterskan och läkaren ger viktig uppllysning om verksamheten, barnens miljö och vilka aktuella hälsofrågor som är angelägna att uppmärksamma. Vid besöken diskuteras bland annat smittförebyggande åtgärder, hygienrutiner, gemensamma behandlingsrutiner, sjukdomar som förekommer och vid behov ställningstagande till enskilda barns hälsa. Vid ansamling av sjukdomsfall/epidemier ansvaras för och planeras handläggning och hygienåtgärder. Regelbundna besök på förskolorna underlättar kontakten med personalen och bygger upp en förtroendefull relation vilken är nödvändig för att kontakt skall tas när behov uppstår. Besöken kräver planering och är tidskrävande men samarbetet möjliggör tidiga insatser och en helhetssyn på barnets hälsa.

Föräldrar skall informeras om de samarbetsrutiner som finns och i god tid uppllysas om tider för planerade besök.

## Samverkan

Samverkan mellan barnhälsovård (BHV) och andra verksamheter med ansvar för barn ger större möjligheter att möta de behov som barn och deras föräldrar har idag. Många av barnfamiljernas problem är av mer sammansatt natur och av sådan art att BHV inte ensam kan lösa dessa. Samverkan ger vinster såsom ökad effektivitet, bättre resursutnyttjande och en mer fullständig kännedom om barn och familjer och deras situation. Samverkan ger också en större förståelse mellan olika professioner och för vad man kan förvänta sig av varandra. Helhetssyn utifrån ett tvärprofessionellt arbets sätt skapar optimala förutsättningar för tidiga förebyggande insatser.

För att samverka krävs ett områdesansvar. Viktiga samarbetspartners är mödrahälsovård (MHV), socialtjänst, barnomsorg, skola, övrig primärvård samt länssjukvård. Förutom samverkan på ett mer övergripande plan när det gäller policyfrågor och mål behövs ett samarbete för att lösa sammansatta problem i enskilda ärenden.

Vi har flera exempel på bra samverkan. Idag samverkar många enligt familjecentralsidén dvs. flera olika yrkeskategorier arbetar tillsammans kring barnfamiljen. Familjecentraler och/eller familjecentralliknande verksamheter (MHV, BHV, socialtjänst och öppen förskola) finns idag i sex av länets åtta kommuner. Erfarenheterna av samarbetet är mycket positiva.

Att utgå från ett vårdkedjeperspektiv med gemensamma vårdprogram för länssjukvård och primärvård, höjer kvalitén och gör att föräldrar möter en samsyn genom hela hälso- och sjukvården.

Förutsättningar bör finnas eller skapas för en fortsatt utveckling av samverkansformer mellan olika yrkeskategorier och verksamheter som arbetar med barn och deras familjer.

## 28.6 Kravspecifikation

**Hälsoövervakning:** Övervakningsprogrammet enligt bifogat blad skall följas

**Hembesök:** Skall erbjudas alla nyfödda barn och deras familjer som bor inom BVC-området så snart som möjligt efter hemkomsten från BB. Hembesök skall även erbjudas alla nyinflyttade samt adoptivbarn och flyktingbarn inom BVC:s upptagningsområde. Hembesök skall även göras vid sjukdom och när särskilda behov anses föreligga, exempelvis när familjen behöver extra stöd och vid misstanke om att ett barn far illa.

**Hälsouppllysning:** Alla barn/barnfamiljer som följer hälsoövervakningsprogrammet skall få hälsouppllysning om amning och kost, allergi, råd om barnets skötsel och fysiska aktivitet, råd om fostran och vardagssjuklighet. Barnsäkerhet, barnkultur, rökning och alkohol.

**Vaccinationer:** Alla barn skall erbjudas vaccination mot stelkramp, difteri, kikhosta, polio och hemophilus influenzae typ B under spädbarnsåret samt en boosterdos av DTP- och polio vid 5 års ålder. Vaccination mot mässling, påssjuka och röda hund erbjuds under andra levnadsåret. Alla riskbarn skall erbjudas BCG-, hepatit B och pneumococc-vaccination

**Föräldrargrupper:** Alla föräldrar till nyfödda barn som bor inom BVC:s upptagningsområde skall erbjudas någon form av föräldrargrupsverksamhet. Undantag görs där inte tillräckligt antal nyfödda finns för gruppverksamhet.

**Hälsovård i förskolan:** Varje förskola skall besökas minst en gång per termin. Vid behov bör sjuksköterska och läkare medverka i hälso- och sjukvårdsutbildning till personalen och medverka på föräldramöten.

**Samverkan:** Samverkansrutiner med socialtjänsten skall upprättas.

## 28.7 Målsättning

Följande kvalitetskriterier rekommenderas för 2010:

### Process och resultatkriterier

#### Kvalitet

##### Kontinuitet

90 % av barnen träffar under sitt första år maximalt två sjuksköterskor

90 % av barnen träffar under sitt första år maximalt två läkare.

#### Hälsöövervakning och screeningundersökningar

99 % av barnen 0-1 år är undersökta enligt basprogrammet på BVC.

98 % av barnen 3 år, 4 år och 5 år är undersökta enligt basprogrammet på BVC.

98 % av barnen är synundersökta före 5 års ålder.

#### Hembesök

Alla föräldrar med nyfödda erbjuds hembesök under nyföddhetsperioden.

95 % av förstagångs- och 90 % av samtliga föräldrar får hembesök under nyföddhetsperioden.

Alla nyinflyttade och adoptivföräldrar erbjuds hembesök snarast.

#### Föräldragrupper

Alla nyblivna föräldrar erbjuds att delta i föräldragrupp(enligt riksdagsbeslut 1979).

70 % av förstagångsföräldrar och 30 % av flerbarnsföräldrar har deltagit vid tre tillfällen i föräldragrupp.

#### Tobaksinformation

Alla nyblivna föräldrar skall uppmärksammas på tobaksrökens skadeverkningar.

Registrering av föräldrars rökvanor skall ske enligt BHV-journalens anvisningar (0-4 veckor, 8 månader, 18 månader och 4 års ålder).

Andel föräldrar som avstår från att återuppta rökning efter graviditet skall uppgå till minst 50 %.

Andel mödrar som är rökfria när barnet är 0-4 veckor skall uppgå till minst 96 %.

Andel föräldrar som är rökfria när barnet är 8 månader skall vara mer än 93 %.

Målet är att så många barn som möjligt får växa upp i en rökfri miljö.

#### EPDS

80 % av BVC-mottagningarna använder EPDS regelbundet.

#### Vaccinationer

99 % av barnen är vaccinerade med DTP-, Polio-, och Hib-vaccin.

97 % av barnen är vaccinerade med MPR-vaccin.

96 % av barnen i riskgrupper är vaccinerade med BCG- och Hepatit B-vaccin.



## Amning

80 % av barnen ammas helt vid 2 månaders ålder.

70 % av barnen ammas helt vid 4 månaders ålder.

70 % av barnen ammas helt eller delvis vid 6 månaders ålder.

## BMI

Under år 2010 skall 96 % av länets 4-åringar BMI registreras i samband med hälsosamtal vid 4-årskontrollen.

## Förskola

Alla förskolor skall erbjudas besök minst en gång per termin av BVC-sjuksköterskan.

### 28.8 Kommentarer till hälsoövervakningsprogrammet

Varje gång bedömer man barnets allmänna välbefinnande och trivsel, kontaktförmåga och samspel mellan föräldrarna och barnet. Tillväxten kontrolleras: längd, vikt vid varje mottagningsbesök under de första sex levnadsåren, huvudomfånget de första 18 månaderna. Den psykomotoriska utvecklingen värderas vid varje BVC-kontakt men en mer omfattande bedömning görs vid nyckelåldrarna: 5 – 12 – 18 månader, 3 år, 4 år samt 5 år. **Kom ihåg att anteckna i journalen!**

Vid varje tillfälle skall möjlighet ges att samtala kring föräldrarollen, barnets utveckling och behov samt ge råd och bedriva hälsouppllysning i frågor kring barnets kost, fysiska aktivitet, barnsäkerhet, egenvård, rökning, alkohol och droger samt kulturella frågor.

## 28.9 BVC:s hälsoövervakningsprogram (Jämtlands län)

Vid varje kontakt med barnfamiljen måste lyhörddhet för familjens individuella behov stå i centrum. Utöver de tidpunkter som anges nedan, erbjuds kontakter främst med sjuksköterskan både enskilt och i föräldragrupp samt vid besök på förskola. **Även extra läkarbesök skall frikostigt kunna erbjudas när behov finns för uppföljning eller när föräldrarna har frågor.** Observera kommentarerna på föregående sida.

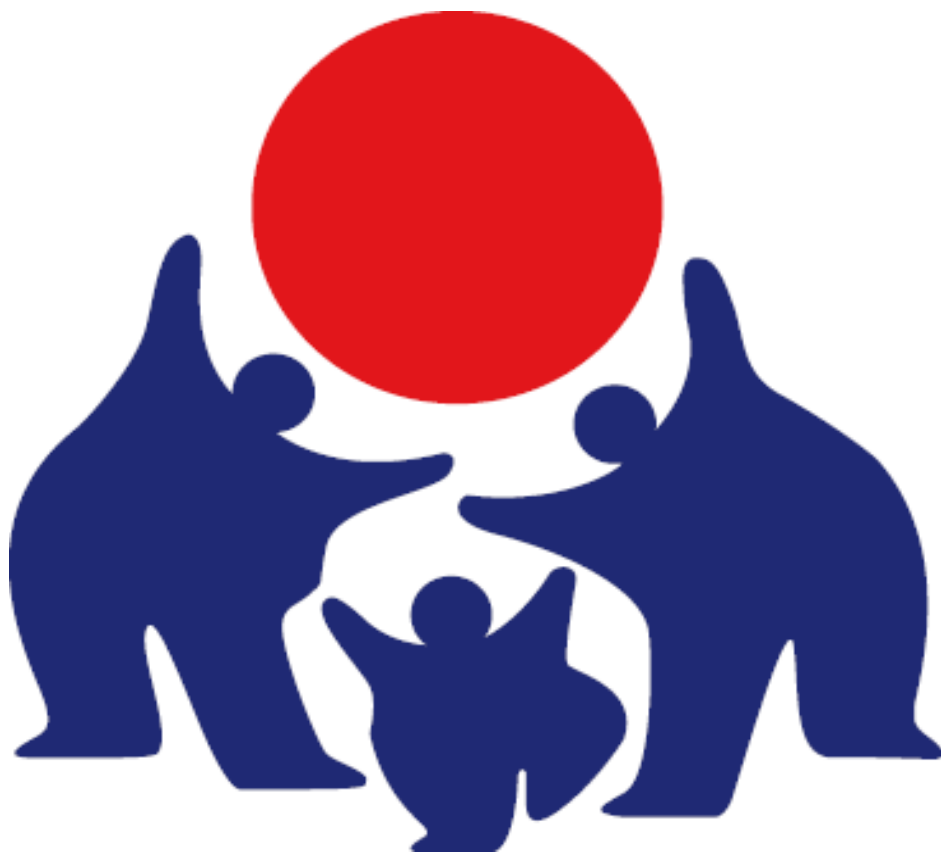
### Åtgärdskalender

Tidpunkt	Av vem	Var	Åtgärd
0-1 v		BB	OAE (Oto Akustisk Emission) – audionom hörcentralen
	S	H	Hembesök bör erbjudas inom 5 dagar efter hemgång från BB
0-1 v	L	M	Vid hemgång före 48 tim. ålder. Se PM: Riktlinjer Tidig Hemgång och uppföljning vid BVC
0-1 m	S	M	Erbjuds kontakt 1g/v. Utvecklingsbedömning
6 v	S	M	EPDS
2 m	L	M	Utvecklingsbedömning
2-3 m	S	M	Kontakt efter behov
3 m	S	M	Vaccination
4 m	S	M	
5-6 m	SL	M	Vaccination. Utvecklingsbedömning.
9 m	S	M	
9 m	Th	M	Tandhälsoinformation vid 9-12 månader individuellt/grupp
12 m	SL	M	Vaccination. Utvecklingsbedömning
15 m	S	M	Kontakt vid behov
18 m	SL	M	Vaccination. Utvecklingsbedömning
2 år	S	M	Kontakt vid behov
3 år	S	M	Språkobservation. Utvecklingsbedömning
4 år	S	M	Utvecklingsbedömning. Syn. Hörsel vid behov. Taltest vid behov.
5-5,5 år	SL	M	Vaccination. Skolförberedande undersökning

S = Sjuksköterska H = Hembesök L = Läkare M = Mottagning OAE = Otoakustisk emission  
Th = tandhygienist

## 29 Referenser

1.  
Hälsoundersökning inom barnhälsovården (SOSFS 1991:8)  
Kvalitetssäkring av barnhälsovården (SOS-rapport 1994:19)
2.  
Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården.  
Nationella nätverket för barnhälsovårdssamordnare/vårdutvecklare (2007)
3.  
Läkartjänstgöring inom barnhälsovården och på barnavårdscentral.  
Svenska barnläkarföreningen, Svenska Distriktsläkarföreningen och svensk Förening för Allmän Medicin
4.  
Riktlinjer för barnhälsovården i Jämtlands län 2010, bifogas årsrapporten.
5.  
Kommunala basdata 2009 ([www.fhi.se](http://www.fhi.se))
6.  
[www.skolverket.se](http://www.skolverket.se)
7.  
[www.scb.se](http://www.scb.se)
8.  
[www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)
9.  
Hembesök kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som föräldrar. Jansson. A, Sivberg. B, Wilde Larsson B, Udén G. Läkartidningen 2003;100:1348-1351
10.  
Spädbarnsmassage, ett verktyg för socialt arbete? C uppsats socialt arbete, Institutionen för beteende-, social- och rättsvetenskap, Örebro Universitet 2006
11.  
TCO's Pappaindex 2009 ([www.tco.se](http://www.tco.se))
12.  
Fetmautvecklingen bland svenska 4-åringar tycks ha stannat av. Bråbäck. L. m.fl.  
Läkartidningen 2009;2758-2761.



Omslagsbild: Samuel  
Foto: mormor Margareta Honn