

Barnhälsovårdens kvalitetsutveckling i Jämtlands län



Resultatredovisning 2007

Föräldra-Barnhälsan

Kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård i Jämtlands län

Innehållsförteckning

1	Barnkonventionen.....	3
2	Kvalitetsutveckling av barnhälsovården - en sammanfattning.....	4
3	Länets barnhälsovårdsorganisation.....	5
4	Kommunala basdata 2007	6
4.1	Definitioner och kommentarer	7
4.2	Barnfattigdomen i Jämtlands län.....	8
4.3	Barn och personal i förskola	9
5	Antal födda i Jämtlands län under perioden 2000-2007.....	10
5.1	Spädbarnsdödligheten i Jämtlands län	10
5.2	Plötslig spädbarnsdöd (SIDS)	11
6	Inskrivna och övervakade barn med födelseår 2001-2007.....	12
6.1	Bemanning och kontinuitet på BVC.....	12
6.2	Hembesök hos nyblivna föräldrar Jämtlands län.....	15
6.3	Föräldrastöd i Grupp.....	16
6.4	Spädbarnsmassage	17
6.5	Vägledande Samspel/ICDP	17
7	Projektet Föräldrautbildning i Utveckling	19
8	Verksamhetsberättelse för pappagrupsledare.....	20
9	Pappaindex 2007 - 211 år kvar till jämställdhet.....	21
10	Genusprojekt riktat till mödra- och barnhälsovården i länet.	22
11	Psykisk ohälsa	23
12	Amning	24
13	Rökning	26
14	Snusning	27
15	Alkohol.....	27
16	Vaccinationer.....	28
17	Samarbete med förskolan	30
18	Samarbete med Tandhälsovården	31
19	Samarbete med Livsstilscentrum - Goda Kostvanor	31
20	Samarbete med hörselvården	32
21	Sammanfattning psykolog- och socionomverksamhet Föräldra-Barnhälsan ..	33
22	Fortbildningsaktiviteter	34
23	Avslutande tankar och inför ett nytt verksamhetsår.....	37
24	Riktlinjer 2008 för barnhälsovården i Jämtlands län (4).....	39
24.1	Styrdokument	39
24.2	Barnhälsovårdens mål	39
24.3	Resurser.....	40
24.4	Föräldra- Barnhälsan (FBH).....	40
24.5	Innehåll i verksamheten.....	41
24.6	Kravspecifikation.....	44
24.7	Resultat	45
24.8	Kommentarer till hälsoövervakningsprogrammet.....	46
24.9	BVC:s hälsoövervakningsprogram	47
25	Referenser	48

1 Barnkonventionen

Sverige anslöt sig till FN:s konvention om barnets rättigheter 1990. Detta innebär att Sverige har åtagit 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. Barnhälsovården har ett ansvar att dessa rättigheter efterlevs. Barnperspektivet ska genomsyra verksamheten. All personal ska arbeta efter barnkonventionen i sitt förhållningssätt och bemötande av barn och föräldrar. Barnkonventionen ska synliggöras i verksamhetsdokument, kvalitetsmål och kvalitetsuppföljningar. Barnhälsovården har för avsikt att fortsatt föra ut barnkonventionens tankar till barnhälsovårdens personal i landstinget och i samverkan med länets kommuner.

2 Kvalitetsutveckling av barnhälsovården - en sammanfattning

- Bifogade resultatsammanställning för barnhälsovården i Jämtlands län baseras på de statistikuppgifter som samtliga barnavårdscentraler redovisat i januari 2008.
- Länets kommuner uppvisar klara skillnader. Östersund har bäst jämlikhetsindex, högst andel vuxna med eftergymnasial utbildning, lägst barnfattigdomsindex och tillsammans med Berg lägst alkoholrelaterad dödlighet bland män men däremot flest anmälda brott och våldsbrott.
- Barnafödandet fortsätter att stiga till årets 1308 nyfödda i länet - en ökning med 27 procent sedan år 2000.
- Spädbarnsdödligheten är fortsatt låg och för perioden 2002-2006 2,9/1000 levande födda barn vilket motsvarar riksgenomsnittet för perioden.
- 88 procent av barn födda 2006 har under sitt första levnadsår endast mött två sjuksköterskor på BVC. Motsvarande siffra för läkarna är 81 procent.
- Hembesök är ett bra tillfälle att etablera en god kontakt mellan föräldrar och BVC. Andelen föräldrar som fått hembesök är 63 procent varav 76 procent av förstagsångsföräldrarna fått hembesök.
- Föräldrastödet har samlat färre föräldrar på BVC under 2007.
- Pappaindex - visar att pappor i Jämtland fortsatt tar ut föräldraledighet i större utsträckning än genomsnittet för riket. Årets vinnare bland landets kommuner är Strömsunds kommun med Bräcke tätt efter. Men ökningen har delvis avstannat och med dagens ökningstakt är det 211 år kvar till jämställdhet.
- Nedstämdhet efter förlossning drabbar mer än 10 procent av alla mammor och detta kan påverka anknytningen mellan mamma och barn. EPDS - en metod att tidigt identifiera och stödja nedstämda föräldrar - användes vid 25/33 BVC-mottagningar till 55 procent av alla nyblivna föräldrar.
- Rökning är oförändrat låg hos föräldrar men minskning har avstannat. Snusning hos gravida mammor visar dramatisk minskning.
- Vaccinationsfrekvens fortsatt mkt god både beträffande det allmänna vaccinationsprogrammet som bland riskgruppsvaccinerade.
- Amningen ökar bland länets mammor.
- Barnhälsovårdens arbete med handlingsprogram för barn med övervikt/fetma är avslutat. Implementeringsarbetet pågår tillsammans med samverkanspartners.
- BMI-registrering har under senhösten påbörjats bland länets 4-åringar för att följa utvecklingen av övervikt/fetma i länet.
- Vårdprogram för Hälsoundersökning bland invandrar- och flyktingbarn färdigställt.
- Vaccingrupp med deltagare från primärvård, skolhälsovård, barnklinik och barnhälsovård bildad under året med regelbundna möten för att utarbeta gemensamma riktlinjer i vaccinationsfrågor.
- Arbetet med att datorisera barnhälsovårdens journal är påbörjat och pilotprojekt planeras.
- Arbetet med att kvalitetssäkra kylkedjan vid transport av vaccin och kvalitetssäkra primärvårdens kylskåp initierat tack vare kloka och uthålliga medarbetare inom barnhälsovården.
- Välbesökta utbildningsdagar under året beträffande vaccination och allergi.
- Beslut att börja utdela Barnhälsovårdens Stora Pris med start 2008 i samband med barnhälsovårdsdagen den 15 maj.

3 Länets barnhälsovårdsorganisation

Föräldra- Barnhälsan 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 %), barnhälsovårdspsykiolog och socionom.

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

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 distriktssköterska/barnsjuksköterska och distriktsläkare/barnläkare.

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

Kravspecifikation för barnhälsovården i Jämtlands län

Barnhälsovårdens kravspecifikation baseras framförallt på socialstyrelsens skrift (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 i Jämtlands län har under 2007 via www.growingpeople.se fått fri tillgång till en nationell Metodhandbok för arbetet inom barnhälsovården.

I den här skriften presenteras årsstatistik och resultatsammanställning från länets samtliga barnvårdscentraler baserad på de uppgifter som barnvårdscentralerna lämnar in under januari månad 2008.

Resultaten redovisas på liknande sätt som tidigare år. Resultaten jämförs med de mål som angetts i kravspecifikationen gällande för 2007.

4 Kommunala basdata 2007

Verksamhetsrapporten innehåller också i år en del kommundata för att beskriva länets kommuner och ge en bakgrund till barnhälsovårdens arbete. Se tabell I!

Tabell I Basdata 2007 (5)

Kommun	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund	Riket
Jämlikhetsindex	154	150	129	122	157	162	127	109	
Eftergymnasial utbildn. (25-44 år) %	23	22	21	31	20	21	34	44	40
Arbetslöshet (inkl. arb. markn.åtgärder 25-44 år okt 2007)%	3	6	5	4	5	7	5	5	4
Andel män med låg inkomst %	14	13	17	13	12	14	18	15	18
Andel kvinnor med låg inkomst %	18	18	16	16	16	18	20	19	22
Anmälda brott 2006 per 100 000 inv.	5926	6697	7934	5155	6809	7475	11007	13288	13490
varav våldsbrott	1675	1736	1330	1014	1310	1728	1821	2494	2314
Alkoholrelaterad dödlighet (antal döda per 100 000 inv.) 2001-2005									
Män	14,7	36,9	43,5	26,7	46,8	73,1	58,6	34,0	44,9
Kvinnor	6,8	7,3	3,9	12,1	12,2	14,2	14,8	12,3	11,1
Andel ensamstående med hemmavarande barn och låg inkomst 2005 %	36	33	36	29	31	33	37	28	31
Barnfattigdomsindex 2005, totalt	13	13	13	11	10	15	10	9	12
Barnfattigdomsindex 2005, utländsk bakgrund	34	44	28	28	16	26	22	29	31
Låg födelsevikt 2003- 2005 antal per 1000 födda <2500 gr	14,7	63,6	47,6	62,7	71,4	62,5	20,6	41,1	43,1

4.1 Definitioner och kommentarer

- Jämlikhetsindex är en sammanvägning 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. Indexet är ett medelvärde av de 15 (12+3) rangerna. Variabler som ingår: eftergymnasial utbildning, förvärvsarbete, arbetsökande, medelinkomst, spridning på näringsgrenar, föräldrapenning, ohälsotal, unga vuxna, kommunfullmäktige, kommunstyrelse och egna företagare. Jämlikhetsindex 2006 publicerades i december 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) och ligger lägst i Strömsund (208/290).
- Endast i Östersund är andelen vuxna med eftergymnasial utbildning i nivå med eller högre än riksgenomsnittet.
- Andelen arbetslösa i åldern 25-44 år är oktober 2007 lägre endast i Bergs kommun jämfört med riksgenomsnittet.
- Låginkomstgränsen är den sammanräknade inkomsten under vilken 20 procent av alla inkomsttagare i riket ligger. Fler kvinnor än män och samtliga kommuner i länet ligger under riksgenomsnittet.
- Antalet anmälda brott är lägst i Krokom och Berg och högst i Åre och Östersund. Våldsbrott är vanligast i Åre och Östersund och lägst i Krokom och Ragunda.
- Alkoholrelaterad dödlighet 2001-05 beskriver sjukdomar och dödsfall med alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak. Observera att statistiken påverkas av åldersstrukturen i kommunen. Åre och Strömsund ligger fortsatt högst i länet och betydligt över riksgenomsnittet för män men också för kvinnor.
- Låg födelsevikt anger antal födda med en födelsevikt mindre än 2500 gram per 1000 födda (3-års medelvärden). Risken att födas med låg födelsevikt är högre i socialt belastade områden. Berg och Åre har fortsatt betydligt färre barn med låg födelsevikt än riksgenomsnittet.
- Barnfattigdomsindex 2005 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. Index har minskat i samtliga kommuner och endast Strömsund ligger markant över riksgenomsnittet. Precis som i landet ligger barnfattigdomsindex i familjer med utländsk bakgrund betydligt högre och har oroväckande ökat i 4 av länets kommuner medan index sjunkit betydligt i Åre och Strömsund jämfört med index år 2004.

4.2 Barnfattigdomen i Jämtlands län

Rädda Barnen har sedan 2002 genomfört årliga studier som speglar förändringar i barns välfärd på kommunal nivå. Den första studien omfattade åren 1991-99, och återspeglade tydligt den ekonomiska krisen under 1990-talet. Barnfattigdomen ökade kraftigt i Sverige under perioden 1991-97. Därefter vände trenden. En återhämtning av ekonomin skedde och antalet barn i ekonomisk utsatthet minskade under 1990-talets sista år och under de första åren av 2000-talet.

År 2004 skedde för första gången en ökning av antalet barn i fattiga hushåll men analyser på nationell nivå för år 2005 visar ånyo en minskning av barnfattigdomen från 13,0 till 12,6 procent. Rapporten (6) visar emellertid på stora skillnader i barns uppväxtvillkor mellan olika grupper av barnfamiljer och olika delar av landet.

Barnfattigdom utgår från ett index baserat på två oberoende variabler, låg inkomststandard och socialbidrag.

Föräldrarnas etniska bakgrund och att växa upp med en ensamstående förälder är två faktorer som kraftigt ökar risken för ekonomisk utsatthet - utländsk bakgrund fyrdubblar risken och att leva med en ensamstående förälder tredubblar den. Sammanfaller de båda faktorerna mångdubblas risken. Barnfattigdomen bland barn till sammanboende svenska föräldrar är 3.1 procent. Barnfattigdomen bland barn till ensamstående svenska föräldrar är 21.8 procent.

Rapporten framhåller att årets analys pekar på att klyftorna i samhället har ökat kraftigt - alla barnfamiljer har fått det bättre bortsett från barn i familjer där minst en förälder har utländsk bakgrund. Rapporten pekar på att utländsk bakgrund i det långa tidsperspektivet framstår som den faktor som allra starkast bidrar till ekonomisk utsatthet.

Nedan följer en sammanställning över barnfattigdom i länets kommuner under åren 1991-2005 och respektive kommuns placering bland landets samtliga 290 kommuner (1 har lägst barnfattigdom). Se tabell II!

Tabell II Andel barn i familj med låg inkomststandard eller socialbidrag (%).

Kommun/år	1991	1994	1997	2001	2004	2005	Plats år 2005
Berg	16,7	25,5	18,4	16,6	12,5	12,6	216
Bräcke	16,7	27,9	17,9	13,9	13,0	13,1	228
Härjedalen	16,6	24,5	18,8	13,7	13,2	12,9	218
Krokom	13,8	19,6	14,2	10,6	10,8	10,7	145
Ragunda	16,6	27,7	19,4	14,4	11,8	10,4	138
Strömsund	18,2	28,4	23,2	17,3	15,8	15,1	264
Åre	18,7	23,5	27,7	13,3	12,7	10,0	126
Östersund	11,9	18,2	14,1	11,7	10,2	9,1	82

4.3 Barn och personal i förskola

Skolverket (7) presenterar årligen utbildningsstatistik och hösten 2007 går det 5,2 barn per anställd i förskolan jämfört med 5,1 barn ett år tidigare. Under 2005 och 2006 utgick ett riktat statsbidrag till kommunerna för att öka antalet anställda i förskolan och resulterade i att antalet barn per årsarbetare sjönk under dessa år. Det riktade statsbidraget upphörde 2007 och inleddes i det generella bidraget till kommunerna. Antalet barn per årsarbetare har nu återigen ökat.

Samtidigt som personaltätheten har minskat har gruppernas storlek inom förskolan varit oförändrade. Hösten 2007 är det genomsnittliga antalet barn per grupp inom förskolan 16,7. I Jämtlands län varierar gruppstorleken mellan som lägst 13,6 barn per avdelning (Åre kommun) till som högst Östersunds kommun 16,4 barn. Se tabell III!

Tabell III Barn och personal i förskolan 2007

Kommun	Förskola totalt		därav kommunal förskola		därav enskild förskola	
	andel (%) pedagog högskoleutbildad	antal inskrivna barn per årsarbetare	andel (%) pedagog högskoleutbildad	antal inskrivna barn per årsarbetare	andel (%) pedagog högskoleutbildad	antal inskrivna barn per årsarbetare
Berg	43	5,1	46	5,1	18	5,7
Bräcke	36	5,2	44	4,7	37	7,0
Härjedalen	48	5,4	55	5,6	17	4,7
Ragunda	29	4,9	46	4,9	29	5,0
Strömsund	55	4,9	57	4,9	11	5,0
Åre	44	4,1	44	4,1	40	3,9
Östersund	64	5,3	67	5,2	39	6,0

Antalet inskrivna barn per årsarbetare inom förskolan varierar i vårt län från 4,1 barn per anställd i Åre kommun till 5,4 barn i Härjedalens kommun. Skillnaderna accentueras ytterligare inom länet om man delar upp i såväl kommunala som enskilda förskolor.

Antalet enskilda förskolor har ökat kontinuerligt sedan 1990-talet. Hösten 2007 går i Sverige 17 procent av alla barn i förskolan i enskild förskola. I Jämtlands län är motsvarande siffra 8 procent.

Det finns vissa skillnader mellan kommunala och enskilda förskolor vad gäller ex. personalens utbildningsnivå. Medan 54 procent av årsarbetarna i kommunala förskolor i landet har en pedagogisk högskoleutbildning är andelen i de enskilda förskolorna 42 procent. Enligt tabellen ovan återfinns ungefärligen samma skillnad i länet.

5 Antal födda i Jämtlands län under perioden 2000-2007

Antalet födda i Jämtlands län 2007 visar fortsatt på stigande födelsesiffror jämfört med födelsetalen omkring millennieskiftet och framöver. Se tabell IV!

Tabell IV Antal nyfödda i Jämtlands län efter födelseår

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

Barnafödandet i länet under 2000-talet har stigit med dryga 27 procent från 1028 födda barn till årets 1308.

5.1 Spädbarnsdödligheten i 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 Årsrapport 2004 och 2006!

Spädbarnsdödligheten i Sverige under åren 2004 - 2007 kvarliggert på en mycket låg nivå internationellt: 3.1 - 2.4 - 2.9 - 2.7.

Senaste sammanställningen över spädbarnsdödligheten länsvis (8) är ett medelvärde för perioden 2002-2006. Jämtland har fortsatt en låg spädbarnsdödlighet motsvarande riksgenomsnittet för perioden. Se tabell V!

Tabell V Spädbarnsdödlighet länsvis 2002-2006

Län	Dödlighet under första			
	Levnadsdygnet	Levnadsveckan	Levnads-månaden	Levnads-året
Stockholms län	0,7	1,4	1,9	2,7
Uppsala län	0,5	1,1	1,8	2,6
Skåne län	0,6	1,4	1,7	2,5
Västerbottens län	0,5	1,1	1,4	2,3
Västernorrlands län	0,7	2,1	2,5	4,0
Jämtlands län	0,6	1,7	2,2	2,9
Riket	0,7	1,5	2,0	2,9

5.2 Plötslig spädbarnsdöd (SIDS)

Under hela 1980-talet ökade antal barn som dog i SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) i Sverige. På 1990-talet presenterades forskningsresultat kring plötslig spädbarnsdöd som utmynnade i råd till föräldrar att lägga barnen på rygg istället för på mage när de skulle sova. Alltsedan dess har dödligheten i plötslig spädbarnsdöd minskat påtagligt. Andra betydelsefulla riskfaktorer är mammans rökning under graviditet och föräldrars rökvanor under spädbarnstiden. Dessa riskfaktorer har också minskat under perioden.

1990 drabbades i Sverige 146 barn av plötslig spädbarnsdöd, varav 93 pojkar och 53 flickor. Alltsedan 2000 har antalet drabbade barn (9) årligen varit färre än 30. Under 2005 drabbades 24 barn varav 16 pojkar. I vårt län har sedan 1997 två spädbarn avlidit i plötslig spädbarnsdöd - ett barn 2000 och ett 2007.

Råd till nyblivna föräldrar angående plötslig spädbarnsdöd förmedlas vid hembesöket av BVC-sjuksköterskan som vanligtvis sker inom en vecka efter hemkomsten från BB. Broschyren "Minska risken för plötslig spädbarnsdöd", utgiven av Socialstyrelsen 2006, delas ut. Broschyren kan laddas ned från Socialstyrelsens webbplats: www.socialstyrelsen.se

6 Inskrivna och övervakade barn med födelseår 2001-2007

Antalet inskrivna barn vid barnvårdscentralerna i Jämtlands län den 31.12.2007 var 7863 barn vilket är en ökning med 243 barn sedan föregående årsskifte.

Andelen övervakade barn, d.v.s. de som träffat sjuksköterskan och/eller läkaren på BVC under år 2007, fortsätter att vara högt, för åldern 0-1 år är det så gott som 100 %. Mellan 1½ och 3 år är det inte någon rutinkontroll på BVC vilket gör att en något lägre andel är övervakade i den åldersgruppen. För barn 3-5 år närmar det sig åter 100 % vilket tyder på att föräldrarna har ett stort förtroende för barnhälsovården. Den sista rutinkontrollen på BVC är vid 5 år och efter denna är det bara enstaka 5-6 åringar som besöker BVC vid behov. Se tabell VI!

Tabell VI Inskrivna och övervakade barn 2001-2007

BVC-mott	Inskrivna efter födelseår							Totalt
	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	
Berg	64	73	70	72	75	72	-	426
Bräcke	38	59	57	59	63	60	-	336
Härjedalen	69	85	83	96	104	95	-	532
Krokom	165	176	173	189	164	175	2	1044
Ragunda	52	49	38	50	50	59	-	298
Strömsund	88	96	110	112	120	96	5	627
Åre	103	100	107	101	103	112	-	626
Östersund	741	676	665	655	628	592	17	3974
Länet, antal inskrivna barn	1320	1314	1303	1334	1307	1261	24	7863
Länet, antal övervakade barn	1311	1313	1164	1298	1275	1179	23	7563
Länet, andel % övervakade barn	99,3	99,9	89,3	97,3	97,5	93,5	95,8	96,2

6.1 Bemanning och kontinuitet på BVC

Bemanning och kontinuitet är mycket god på de flesta BVC i länet i synnerhet på sjuksköterskesidan. Antalet läkare vid länets barnvårdscentraler är fortsatt varierande mestadels beroende på läkarbrist och ”stafettläkare” men också på grund av ”familjeläkarsystem” vid några hälsocentraler och/eller utbildningsplatser för blivande barnläkare. Vi skiljer här ut oss nationellt bl.a. i jämförelse ex. med Västernorrland. Rekommendationen i den nationella målbeskrivningen för sjuksköterske- och läkartjänstgöring på BVC är att varje sjuksköterska och läkare på BVC får ansvar för minst 25 nyfödda per år för att upprätthålla kompetens och referensramar. I ett glesbygdslän som vårt är detta svårt att genomföra till fullo men bör vara ett viktigt riktmärke i vår planering för BVC -verksamheten.

Antalet sjuksköterskor som under 2007 haft sin tjänst vid länets barnavårdscentraler är 72 vilket är oförändrat jämfört med 2006. Antalet läkare uppgår till 105 vilket är i princip detsamma som under 2006 (109) men där enstaka läkare redovisas på flera ställen varför totalsumman är något lägre. Se tabell VII!

Tabell VII Antal sjuksköterskor och läkare som tjänstgjort på BVC under 2007.

Bergs kommun	Antal sjuksköt	Antal läk
Myrviken	1	3
Svenstavik	2	2

Bräcke kommun	Antal sjuksköt	Antal läk
Bräcke	1	1
Kälarne	1	2
Gällö	1	1

Härjedalens kommun	Antal sjuksköt	Antal läk
Sveg	3	8
Funäsdalen	2	4
Hede	2	2
Ytterhogdal	2	4

Krokoms kommun	Antal sjuksköt	Antal läk
Föllinge	1	2
Krokom	3	3
Näliden	3	3

Ragunda kommun	Antal sjuksköt	Antal läk
Bispgården	2	1
Stugun	2	4
Hammarstrand	2	3

Strömsunds kommun	Antal sjuksköt	Antal läk
Backe	1	2
Gäddede	6	4-5
Hammerdal	1	1
Hoting	1	1
Strömsund	2	4

Åre kommun	Antal sjuksköt	Antal läk
Hallen	1	1
Mörsil	1	1
Åre	2	4
Järpen	2	4

Östersunds kommun	Antal sjuksköt	Antal läk
Brunflo	3	4
Frösön	3	4
Lit	2	1
Lugnvik	3	3
Odensala	2	5
Torvalla	5	5
Z-huset	5	11

Personalkontinuiteten på BVC

Ett ytterligare mått på bemanning och kontinuitet har undersökts i årets kvalitetsredovisning. Vi har studerat hur många sjuksköterskor resp. läkare ett barn fött under 2006 har mött under sitt första levnadsår. Se tabell VIII!

Tabell VIII Antal sjuksköterskor resp. läkare ett barn f. 2006 mött under sitt första levnadsår.

Kommun	1 sjuksk	1 läkare	2 sjuksk	2 läkare	3 sjuksk	3 läkare	>4 sjuksk	> 4 läkare
Berg	45 %	41 %	55 %	59 %	-	-	-	-
Bräcke	100 %	81 %	-	19 %	-	-	-	-
Härjedalen	20 %	9 %	60 %	59 %	-	32 %	20 %	-
Krokom	41 %	9 %	44 %	59 %	13 %	32 %	2 %	1 %
Ragunda	61 %	35 %	33 %	45 %	6 %	16 %	-	2 %
Strömsund	80 %	44 %	15 %	41 %	3 %	14 %	2 %	1 %
Åre	42 %	38 %	56 %	41 %	1 %	19 %	1 %	2 %
Östersund	42 %	37 %	43 %	45 %	14 %	15 %	2 %	3 %
Totalt	47 %	35 %	41 %	46 %	9 %	16 %	3 %	2 %

Ur tabellen kan vi läsa att 88 % av barn f. 2006 under sitt första levnadsår endast har mött 2 BVC-sjuksköterskor vilket må anses vara mycket bra ur kontinuitetssynvinkel. Motsvarande siffra för BVC-läkare är 81 %.

Om man studerar den BVC som under 2007 haft flest tjänstgörande BVC läkare, Z-huset, 11 st, har 65 % av barnen träffat högst 2 läkare och 95 % har träffat som flest 3 läkare. Enligt basprogrammet träffar läkaren barnet vid tre tillfällen - vid 2, 5 och 12 månaders ålder.

Slutsatsen blir att på de allra flesta BVC är bemanning och kontinuiteten tillfredsställande, särskilt på sjuksköterskesidan. Förutsättningen är en långsiktig planering av mottagningsverksamheten vilken idag verkar fungera bra. Ett kvarstående orosmoln är att antalet BVC läkare är så högt att på sikt blir det svårt att upprätthålla kompetens på grund av alltför få barn för den enskilde BVC läkaren.

6.2 Hembesök hos nyblivna föräldrar 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 (10). 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.

Andelen föräldrar som fått hembesök under 2007 är drygt 63 % vilket är något lägre jämfört med föregående år - 67 %. Andelen hembesök har alltsedan 1999 legat konstant mellan 66 och 70 % bortsett från 2001 (58 %) och nu 2007.

Andelen förstagångsföräldrar som fått hembesök uppgår under 2007 till 76 %. Andelen förstagångsföräldrar som erbjudits och också fått hembesök uppgår till 432 av 480 barn vilket motsvarar 90 %. Se tabell IX!

Tabell IX Första hembesök barn födda 2007 Jämtlands län

Kommun	Antal barn födda 2007/varav förstfödda	Antal erbjudna hembesök/varav till förstfödda	Andel erbjudna hembesök av totala	Antal hembesök/varav hos förstfödda	Andel hembesök av erbjudna	Andel hembesök av totala (%)	Andel hembesök hos alla förstfödda
Berg	64/22	40/22	63 %	40/22	100 %	63 %	100 %
Bräcke	38/14	37/13	97 %	37/13	100 %	97 %	93 %
Härjedalen	69/27	55/27	79 %	46/24	84 %	66 %	89 %
Krokom	165/58	137/55	83 %	122/52	89 %	74 %	90 %
Ragunda	52/19	52/19	100 %	52/19	100 %	100 %	100 %
Strömsund	88/34	87/34	99 %	61/34	70 %	69 %	100 %
Åre	103/48	101/48	98 %	39/21	39 %	38 %	44 %
Östersund	741/346	528/263	71 %	441/248	84 %	60 %	72 %
Länet	1320/568	1037/481	79 %	838/432	81 %	63 %	76 %

Vid en jämförelse mellan olika kommuner har ånyo Bräcke och Ragunda den högsta hembesöksfrekvensen (97 resp. 100 %) medan Åre fortsatt har den klart lägsta. Skillnaden inom länet är fortsatt betydande och behöver funderas över. Hembesöken hos föräldrar med förstfödda barn har helt uppenbart prioriterats vilket är glädjande. Att jämföra ex. med Stockholm där under 2007 60 % av förstföderna får hembesök men variationen är stor, precis som i vårt län.

Anledningen till att hembesök inte alltid görs är tidsbrist samt att under sommaren och semestertid, då det alltid föds många barn, är bemanningen vid våra barnavårdscentraler samtidigt lägre. Det är sällan som vikarier anställs.

6.3 Föräldrastöd i Grupp.

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

Andel mammor och pappor som deltagit i föräldragrupper under barnets första år har varit ungefär densamma under de senaste åren, omkring 50 procent av mammor och cirka hälften så många pappor. Under år 2007 ser vi en vrikande tendens då endast 46 procent av mammor och 21 procent av papporna har deltagit. Glädjande är deltagandet för förstagångsföräldrar

betydligt högre - 84 procent av förstföderskor har erbjudits att delta i föräldragrupsverksamhet och av dessa har 73 procent deltagit. Pappadeltagandet inom vissa områden av länet är bekymmersamt lågt, ex. Bräcke och Ragunda. Pappagrupsledarverksamheten beskrivs längre fram i årsrapporten. Se tabell X!

Tabell X Föräldrautbildning, barn födda 2007

BVC	Barn födda 2007		Barn vars föräldrar erbjudits delta i FUB			Mödrar som deltagit av totala antalet			Fäder som deltagit av totala antalet		
	Inskrivna barn	Förstföderskor	Antal	Andel %	Varav förstföderskor Antal/Andel	Antal	Andel %	Varav förstföderskor Antal/Andel	Antal	Andel %	Varav förstagångsförälder Antal/Andel
Berg	64	22	57	89,1	21 / 95,5 %	45	70,3	17 / 77,3 %	15	23,4	8 / 36,4 %
Bräcke	38	14	27	71,1	9 / 64,3 %	14	36,8	6 / 42,9 %	1	2,6	1 / 11,1 %
Härjedalen	69	27	57	82,6	23 / 85,2 %	49	71,0	23 / 85,2 %	15	21,7	13 / 56,5 %
Krokom	165	58	116	70,3	56 / 96,6 %	64	38,8	43 / 74,1 %	15	9,0	13 / 23,2 %
Ragunda	52	19	34	65,4	14 / 73,7 %	16	30,8	2 / 10,5 %	7	13,5	1 / 7,1 %
Strömsund	88	34	76	86,4	34 / 100 %	51	58	30 / 88,2 %	30	34,1	28 / 82,3 %
Åre	103	48	98	95,1	47 / 97,9 %	73	70,9	44 / 91,7 %	22	21,4	21 / 43,8 %
Östersund	741	346	371	50,1	29 / 84,7 %	296	39,9	250 / 72,3 %	167	22,5	158 / 45,7 %
Länet totalt	1320	568	836	63,3	477 / 84,0 %	608	46,1	415 / 73,1 %	272	20,6	243 / 42,8 %

Utöver dessa rapporterade föräldragrupper bedrivs vid länets barnavårdscentraler ett stort antal andra gruppverksamheter - antingen på BVC eller i samverkan, på Familjecentralerna i länet, med dietister, förskollärare, socialsekreterare, bibliotekspersonal m.fl. 3-års grupper förekommer på många barnavårdscentraler, Krokom har sitt Föräldra-Forum och i Lit finns Utökade Grupper för föräldrar till barn 1-6 år. Torvalla har grupper för Unga Föräldrar och grupper för invandrarfamiljer - Ny i Sverige. Inom Föräldra- Barnhälsan erbjuds grupper för Adoptivföräldrar, Tvillingföräldrar, Föräldrar med för tidigt födda barn, Separerade föräldrar. Utbudet är rikligt. Hänvisar också till kapitel i årsrapporten om Spädbarnsmassage och Vägledande samspel samt till kapitlet Föräldrautbildning i Utveckling.

Barnhälsovården tillsammans med Mödrahälsovården håller f.n. på att se över Föräldrastödet i länet - målsättningen är att skapa ett sammanhållet Föräldrastöd under graviditet till barnet är ca 1½ - 2 år gammalt - som skall erbjudas såväl första- som flerbarnsföräldrar - allt under begreppet Föräldrastöd Z. Intresserade hänvisas till kunskapsöversikten "Tidigt Föräldrastöd", som framtagits nationellt av representanter för såväl sjuksköterskor, barnmorskor, läkare och psykologer verksamma inom mödra- barnhälsovården i landet. Arbetet kommer att avslutas under hösten och gemensam utbildning planerad för såväl mödra- som barnhälsovårdspersonal till i början av 2009.

6.4 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 (11). Spädbarnsmassage kan vara ett verktyg för att stärka anknytning men också ha avslappnande effekt, förbättra barnets 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 eller av förskolläraren på Familjecentralens öppna förskola. Barn och föräldrar träffas vid 4 tillfällen under barnets första månader.

Under 2007 har spädbarnsmassage erbjudits till barn och föräldrar i Sveg, Ytterhogdal, Bräcke, Kälarne, Svenstavik, Backe, Hammerdal, Strömsund, Mörsil, Järpen, Krokombäcken, Föllinge, Offerdal, Brunflo, Frösön, Lit, Odensala, Torvalla och i Z-huset.

6.5 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 samspelsprogram som grundar sig på vad som gynnar barns växande och lärande. Barn – precis som vuxna är beroende av sin omgivning för att de egna resurserna skall komma fram och användas.

ICDP kan sammanfattas som ett relations och resursorienterat förhållningssätt. 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.

”Idag anses anknytningsteorin allmänt vara en av de viktigaste psykologiska teorierna när det gäller kunskapen om hur människor förhåller sig till närhet, beskydd och omsorg å ena sidan; och självständighet, upptäckarglädje och betoning av egen styrka och förmåga å den andra. Anknytning handlar om vårt behov av - och hur vi fungerar i - nära relationer. Teorin griper alltså in i det som vi lever i till vardags, till exempel relationen mellan barn och föräldrar eller mellan två parter i ett kärleksförhållande.” ur boken Anknytningsteori – Betydelsen av nära känslomässiga relationer, Anders Broberg et.al

Det finns inom barnhälsovården en önskan om att hitta metoder för föräldrastöd där samspelet mellan barnet och föräldern får en central plats. Barnets anknytning till den vuxne har stor betydelse för barnets psykiska hälsa. En trygg anknytning där föräldern finns som en trygg bas ger barnet goda förutsättningar för att möta livets både goda och svåra utmaningar.

Inom Föräldra- Barnhälsan har vi tittat på hur vi här i länet skulle kunna arbeta. Införandet av EPDS (Edinburgh Post Depression Scale) är en metod som ger möjlighet att tidigt fånga upp mammor som är nedstämda. Spädbarnsmassage erbjuds på de flesta barnavårdscentraler, se ovan! Att utbilda BVC-sjuksköterskor och andra professioner på Familjecentralerna i länet till vägledare i ICDP programmet ”Vägledande Samspel” är ytterligare en ”metod” som successivt håller på att införas. Under 2007 startade en ny utbildning i ”Vägledande Samspel”. Det är den tredje utbildningsomgången. När den utbildningen är klar kommer 16 BVC-sjuksköterskor, 10 förskollärare på Familjecentralernas öppna förskolor, 2 socionomer, 1 familjeterapeut, 3 barnmorskor inom MHV och 1 FBH-psykolog att vara utbildade diplomerade vägledare. Tanken med att utbilda all personal på Familjecentralerna är att de ska kunna hålla föräldragrupper tillsammans, att man är olika professioner gör också att man lär

mycket av varandra men det får även till följd att man får ett gemensamt förhållningssätt och genom det även en form av gemensam värdegrund.

Utbildningen består av fyra heldagar och tjugo timmars handledning under tiden man har en föräldragrupp.

Intresserade hänvisas till www.icdp.se för mer information!

7 Projektet Föräldrautbildning i Utveckling

Projektet Föräldrautbildning i utveckling är ett projekt som pågår i Östersunds kommun i distriktet Torvalla och i Åre kommun. Det är ett samverkansprojekt mellan kommun och landsting. Finansiärer till projektet är Östersunds kommun, Torvalla hälsocentral, Åre Primärvård, Åre kommun, Länsstyrelsen och Sparbanksstiftelsen. Samverkansaktör är Örebro Universitet. Projektet startade 2006-09-01 och har blivit förlängt till ca 2009-03-01

Bakgrund till att projektet startade är att personalen på Mödra- och barnhälsovårdscentralen i Åre kände ett behov av en förskollärares kompetens i sin verksamhet. Även personalen i Torvalla kände detta behov.

Den nya föräldrautbildningen innehåller sju träffar som bygger vidare som en röd tråd efter att Mödravårds- och barnhälsovårdscentralen har haft sina föräldrautbildningar. De ytterligare sju träffarna har ett bestämt innehåll med följande teman; Ömsesidig respekt/Gränssättning, Emotionell coaching, Hur kan vi som föräldrar ge våra barn en god självkänsla, Sömnens betydelse för vår hälsa, Hur kan vi som föräldrar förebygga mobbing och Kost – vad är goda matvanor?

Det är en universell insats och vänder sig till både förstagångs- och flerbarns föräldrar.

I projektet görs en utvärdering för att se om projektet uppfyller sin målsättning och sitt syfte. Projektets vetenskapliga handledare är prof. Håkan Stattin, Örebro Universitet.

Projektets syfte

- Stärka familjer genom föräldrafortbildning och därigenom förebygga psykisk ohälsa.

Målsättning:

- Skapa ett varmt familjeklimat och förebygga psykisk ohälsa, kriminalitet och drogmissbruk och minska belastningen på samhällets resurser.
- Bli en stadigvarande resurs och en verksamhet i kommunen.

Det görs även en kompletterande utvärdering för att undersöka hur vi bäst kan organisera föräldrautbildning så att vi kan nå både mammor och pappor.

Åre maj 2008

Mona Hedström
projektledare

8 Verksamhetsberättelse för pappagrupsledare

Undertecknad vill avlägga en kort rapport för år 2007 över den samordnade pappagrupsledarverksamheten som Jämtlands landsting bedriver sedan 1996.

Under 2007 har verksamheten varit igång som de senaste åren, d.v.s. det har funnits verksamhet i de flesta av länets kommuner. 17 pappagrupsledare har varit och är verksamma och samarbetar med olika familjecentraler/hälsovårdscentraler i länet. Åre kommun har dock ingen pappagrupsledare, då de valt att ha ett föräldrautbildningsprojekt igång (med Mona Hedström).

I Torvalla (Östersunds kommun) har också detta projekt varit igång, men där har man förutom att en pappagrupsledare varit verksam i traditionell mening, så har man också haft två pappagrupsledare som haft unga föräldrar som speciell målgrupp.

En stor förändring år 2007 har varit den intensivare diskussionen om att se över hela föräldrautbildningsverksamheten vad gäller innehåll och former. Detta har medfört att den ledningsgrupp som tidigare haft enskilda möten, med fokus på pappagruppverksamheten idag istället befinner sig i en utökad grupp som ser över hela föräldrautbildningen inom Föräldra- och barnhälsovården.

Under detta år så har jag varit på besök hos Z-gränd och varit i kontakt via telefon med Torvalla familjecentral. Jag är inbjuden till Strömsunds familjecentral för att hjälpa till med översynen på den samlade föräldrautbildningen som man vill utveckla för framtiden. Detta kommer att ske i början av år 2008.

Undertecknad har haft ett stort ansvar för den "Samverkansdag" som vi hade i mars 2007. Temat var att belysa begreppet genus utifrån det bemötande som sker på familjecentralerna. Ett späckat program med gästföreläsare, skådespelare och länets goda exempel fyllde en heldag på campus i Östersund. Nya och gamla nätverk inom kommunal och landstingskommunal verksamhet som har barnen i fokus fick sin näring denna dag. Ett tiotal pappagrupsledare var med under dagen.

En svårighet vi pappagrupsledare fortfarande har är att vi inte har ett eget forum (på Internet) där vi kan kommunicera. Den pappagrupsledare som åtagit sig att ordna detta har av olika anledningar inte kommit med en hållbar lösning på detta. Men vi arbetar vidare med det, då det vore mycket underlättande om vi lite lättare kunde ha ett eget intranät.

Två – tre träffar per termin har vi haft med pappagrupsledarna. Däremellan har jag som samordnare haft många telefonkontakter, lunchmöten och andra handledningsmöten med enskilda pappagrupsledare. Inför kommande år har två pappagrupsledare aviserat att de ska sluta, men det finns två som gärna vill ta över. En förhoppning är att de ska kunna "smälta in" i verksamheten och att de ska bli väl mottagna på de aktuella familjecentralerna.

Östersund 2008-01-21

/Leif Franzén/

9 Pappaindex 2007 - 211 år kvar till jämställdhet

TCO's pappaindex 2007 (12) visar att papporna ökar sitt uttag av föräldraledighet för nionde året i rad, men ökningstakten har minskat betydligt och verkar nu plana ut. Med årets ökningstakt kommer det att ta 211 år innan föräldrarna delar lika. Förändringen det senaste året är från ett indexvärde på 36.3 år 2006 till 36.6 år 2007. Det kan jämföras med förändringen mellan åren 2005 och 2006 från 34.0 till 36.3.

TCO presenterar sedan 1999 årligen ett s.k. pappaindex - ett mått som visar hur många pappor som tar ut föräldraledighet och hur många dagar man tar ut. När papporna tar ut lika mycket ledighet som mammorna blir index 100. Indexet bygger på Försäkringskassans statistik över föräldraledighet.

13 län har förbättrat sina index. I topp finns Västerbottens län, Uppsala län och Jämtlands län. Årets vinnare bland kommunerna i Sverige är Strömsunds kommun med ett index på 51.9, följd av Bräcke kommun på 48.2. Se tabell XI!

Tabell XI Kommun och pappaindex 2007

Kommun	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund
Pappaindex	37,8	48,2	42,2	42,0	37,0	51,9	33,8	42,9

En jämnare fördelning av föräldraledigheten är avgörande för ökad jämställdhet i arbetslivet. Eftersom män inte tar ut sin del av föräldraförsäkringen missgynnas kvinnor vid rekrytering, lönesättning och utvecklingsmöjligheter på jobbet. Nästan 60 procent av männen tar inte ut någon egen föräldraledighet alls under barnets första år.

Försäkringskassans senaste statistik visar att under 2007 tog ca 277 400 män ut föräldrapenning med minst en dag - det innebär att cirka 44 procent av alla som under året tog ut föräldrapenning var pappor.

Papporna tog under år 2007 ut något mer än en femtedel, 20.8 procent, av alla föräldradagar. Motsvarande siffra år 2006 var 20.6 procent och 2005 19.5 procent.

En mer jämställd fördelning av föräldraledigheten är ett avgörande steg mot ett mer jämställt samhälle med ett föräldravänligt arbetsliv. Utformningen av föräldraförsäkringen är fortsatt en mycket viktig fråga med tanke på barnens rätt till båda sina föräldrar.

10 Genusprojekt riktat till mödra- och barnhälsovården i länet.

Under 2007 startades ett genusprojekt upp vid Föräldra- Barnhälsan i Östersund. Bakgrunden till projektet är en önskan om att flytta mödra- och barnhälsovårdens fokus från barn och deras *mammor* till barn och deras *föräldrar*. Detta för att tydliggöra barnens rätt till båda sina föräldrar, samt det ansvar man har som förälder, oavsett vilket kön man tillhör. Projektet finansierar en psykologtjänst på halvtid med medel från Länsstyrelsen samt Jämtlands Läns Landsting, medel som finns för en treårsperiod med start 2007.

Syftet med projektet är dels att höja kunskapsnivån om genus kopplat till föräldraskap, men framförallt att locka till självreflektion och medvetenhet om egna värderingar och tankar kopplat till föräldraskap och kön. För att åstadkomma detta används en aktionsforskningsansats där deltagarna i projektet både är forskare och forskningssubjekt. Detta innebär att de med hjälp av projektledarna får möjligheten att se på sina egna erfarenheter av föräldraskap med genusteori som huvudsaklig förklaringsmodell. Projektet innefattar gemensamma träffar ca en gång i månaden under en termin, där diskussioner förs tillsammans i grupper.

Under våren 2007 genomfördes den första delen av genusprojektet på personal vid Föräldra- Barnhälsan med gott resultat. Projektet är nu inne på sitt andra år och under våren 2008 har utbildningsinsatserna riktats mot Familjecentralerna i Härjedalen och Frösön. Under hösten 2008 planeras träffar för ytterligare två Familjecentraler. Målsättningen är att nå alla Familjecentraler i Jämtlands län under projektets treårsperiod.

Emma Knutsson
leg psykolog
Föräldra- Barnhälsan
Jämtlands läns landsting

11 Psykisk ohälsa

De senaste folkhälsorapporterna (13) påtalar fortsatt hög psykisk ohälsa bland yngre kvinnor, ensamstående kvinnor med barn och bland personer med utländskt ursprung.

Det finns också ett nära samband mellan föräldrars och barnens hälsa. Nedstämdhet efter förlossningen kan påverka anknytningen mellan mor och barn.

Nedstämdhet och/eller depression hos mammor efter förlossningen är inte ovanlig och förekomsten varierar i olika studier mellan 8-14 procent. Jämförande siffror för pappor är ca hälften dvs. 5-6 procent.

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

EPDS användes under året regelbundet vid 25 av 33 BVC-mottagningar - 76 procent - vid vissa till alla mammor och på andra mottagningar vid behov.

EPDS har använts på mödrar till 727 barn födda 2006 d.v.s. till 55 procent av alla nyblivna mammor år 2006. Se tabell XII!

Tabell XII EPDS användning mammor till barn födda 2006

Kommun	EPDS till alla Antal BVC	EPDS vid behov Antal BVC	EPDS inte alls Antal BVC	Mammor antal/total
Berg	1	-	1	18/73
Bräcke	-	1	2	14/59
Härjedalen	2	1	1	28/85
Krokom	4	1	-	112/176
Ragunda	3	-	-	31/49
Strömsund	2	1	2	62/96
Åre	-	2	2	7/100
Östersund	3	4	-	455/676
Totalt	15	10	8	727/1314

Hänvisar till aktuella Vårdprogram - POGS - Psykisk Ohälsa under Graviditet och småbarnstid angående riktlinjer i samband med EPDS screeningen (14).

12 Amning

Målsättning:

- att 80 % av barnen ammas helt vid 2 månaders ålder.
- att 60 % av barnen ammas helt vid 4 månaders ålder.
- att 35 % av barnen ammas helt 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 även lägre risk att själv drabbas av bröstcancer.

I denna årsrapport användes, liksom de två föregående åren, den nya definitionen av hel amning, d.v.s. helt ammat barn är barn som enbart fått bröstmjolk medan ex. barn som fått smakportion räknas som delvis ammade.

Barnhälsovården har uppnått målsättningen vid 2 resp. 4 månaders ålder men inte vid 6 månaders ålder då endast 23.5 % ammas helt.

Barnhälsovården har inför 2008 ny målsättning när det gäller amning: 80 resp. 70 % av barnen skall ammas helt vid 2 resp. 4 månaders ålder samt 75 % av barnen skall ammas helt eller delvis vid 6 månaders ålder.

Barnhälsovården uppnår denna målsättning redan i år då 80.2 resp. 70.8 % ammas helt vid 2 resp. 4 månaders ålder samt att 77.5 % av barnen ammas helt eller delvis vid 6 månaders ålder.

Amningen är fortsatt lika hög och visar t.o.m. på något ökande siffror i länet. Se tabell XIII nästa sida!

Tabell XIII Amningsfrekvens, barn födda 2006

Andel barn: procent av antalet födda som ammas vid													
	1 vecka		2 mån		4 mån		6 mån		9 mån		12 mån		Antal barn födda 2006
Kommun	Helt	Helt och/eller delvis	Helt	Helt och/eller delvis	Helt	Helt och/eller delvis	Helt	Helt och/eller delvis	Helt	Helt och/eller delvis	Helt	Helt och/eller delvis	
Berg	94,5	98,6	87,7	97,3	80,8	91,8	54,8	82,2	38,4	74,0	4,1	12,3	73
Bräcke	86,4	96,6	84,5	94,8	79,3	84,5	48,3	69,0	12,7	36,4	7,3	29,1	59
Härjedalen	90,6	100,0	80,0	94,1	68,2	87,1	31,8	77,6	0,0	44,7	0,0	23,5	85
Krokoms	92,0	99,4	83,4	92,6	78,3	87,4	24,1	79,3	0,0	47,4	0,0	23,8	176
Ragunda	83,3	95,8	64,6	83,3	52,1	79,2	22,9	70,8	0,0	27,3	0,0	9,1	49
Strömsund	87,4	96,8	66,3	88,4	50,5	87,4	41,1	75,8	12,6	69,5	0,0	8,4	95
Åre	92,9	100,0	89,9	97,0	76,8	88,9	14,4	81,4	0,0	47,9	0,0	19,6	100
Östersund	89,5	98,8	79,8	93,3	70,7	85,4	15,4	77,4	0,3	46,0	0,0	21,0	676
Jämtlands län	89,9	98,7	80,2	93,1	70,8	86,3	23,5	77,5	3,9	48,6	0,6	19,9	1 313

13 Rökning

Målsättning:

- att 93 % av barnen vid 8 månaders ålder har rökfria föräldrar.

Rökningen fortsätter inte att minska bland föräldrar till barn födda 2006.. Andelen mammor som röker vid 4 veckors respektive 8 månaders ålder är 3.2 resp. 4.2 % att jämföra med 2005 års siffror 3,2 resp. 3.7%. Motsvarande siffror för pappor är 7,4 % vid både 4 veckors och 8 månaders ålder att jämföra med året innan 6.9 resp. 7,4 %. Se tabell XIV!

Tabell XIV Föräldrarnas rökning barn födda 2006

Kommun	Antal barn	Ingen rökare i barnets hemmiljö (%)	Mor röker (%)	Far röker (%)	Andel ej bedömbara journaler (%)	
					Mor	Far
Berg	73					
0-4 veckor		89,0	4,1	6,9	0,0	1,4
8 månader		90,3	4,1	5,6	0,0	1,4
Bräcke	59					
0-4 veckor		76,3	6,8	16,9	0,0	0,0
8 månader		76,3	8,5	16,9	0,0	0,0
Härjedalen	85					
0-4 veckor		92,9	1,2	5,9	0,0	0,0
8 månader		92,9	3,5	5,9	0,0	0,0
Krokom	176					
0-4 veckor		92,6	3,4	6,9	0,6	1,1
8 månader		93,5	2,9	5,9	2,3	3,4
Ragunda	49					
0-4 veckor		75,0	6,8	18,2	10,2	10,2
8 månader		78,0	12,2	12,2	16,3	16,3
Strömsund	95					
0-4 veckor		95,7	2,1	3,2	0,0	1,1
8 månader		90,4	4,2	6,4	0,0	1,1
Åre	100					
0-4 veckor		87,8	8,2	8,2	2,0	3,0
8 månader		87,5	8,2	7,2	3,0	3,0
Östersund	676					
0-4 veckor		92,5	2,1	6,8	1,0	1,6
8 månader		91,8	3,1	7,1	9,2	10,5
Länet Totalt	1 313					
0-4 veckor		90,9	3,2	7,4	1,1	1,8
8 månader		90,4	4,2	7,4	5,9	6,9

Sammantaget lever idag 90.4 % av barnen vid 8 månaders ålder i en rökfri miljö att jämföra med året innan 90.7%.

Statistik på amning och rökning hos spädbarnsföräldrar insamlas årligen från varje BVC, det sammanställs av Marianne Bergström, Stockholms läns landsting, och publiceras av Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen.

Barnhälsovårdens målsättning gällande rökning uppnås icke då endast 90.4 procent av barnen vid 8 månaders ålder har rökfria föräldrar.

14 Snusning

Om rökningen håller sig oförändrad visar snusstatistik 2007 en dramatisk minskning i vårt län såväl före som i samband med graviditet. Se tabell XV!

Tabell XV Andel snusare (%) i Jämtlands län 2000-2007.

År	3 mån före graviditet	Graviditetsvecka 8-12	Graviditetsvecka 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	12,0	6,0	5,0	5,0
2005	14,0	8,0	5,0	5,0
2006	12,0	7,0	6,0	6,0
2007	10,0	4,0	3,0	-

15 Alkohol

Den utbildningssatsning ”Alkohol i samband med graviditet och föräldraskap” riktat mot MHV- och BHV- personal samt samverkanspartners på Familjecentralerna d.v.s. forskollärare och socialsekreterare som kom igång 2005 har under 2007 fortlöpt genom att samordnande BHV-sjuksköterska och samordnande barnmorska tillsammans med länets alkoholsamordnare Thomas Andersson åkt ut till flera av länets Familjecentraler.

Besöken på Familjecentralerna har gjorts för att följa upp hur man kommit igång med det alkoholförebyggande arbetet.

Vad gör man konkret? Finns det någon samverkan mellan de olika professionerna på Familjecentralen? Har man skrivit ner en handlingsplan? Vilka stödresurser finns i området?

Glädjande kan vi konstatera att mycket har hänt. På många Mödravårdscentraler erbjuder man bland annat ett tidigt besök under graviditeten för att uppmärksamma föräldrarna på riskerna för barnet om mamman dricker alkohol under graviditet, nolltolerans gäller. Inom barnhälsovården har många kommit igång med att rutinmässigt ta upp alkohol med föräldrarna vid enskilda besök och i föräldragrupp. Genom öppna frågor ges föräldrarna möjlighet till reflektion,

Hur har det varit att avstå från alkohol under graviditeten? Vilka tankar har du/ni kring alkohol och föräldraskap? Hur upplever barn när vuxna dricker? Skulle jag lämna mitt barn till en barnvakt som druckit alkohol?

Även om många mödra- och barnavårdscentraler kommit igång och rutinmässigt tar upp alkohol med föräldrarna så är det många som fortfarande befinner sig i starten av detta arbete.

Rundresan i länet kommer att fortsätta under 2008 så att alla Familjecentraler får ett besök. En utbildningsdag om FAS(fetalt alkohol syndrom) barn planeras till hösten 2008.

Den utbildningssatsning och uppföljning som gjorts här i länet har rönt uppmärksamhet nationellt och kallas allmänt för ”Jämtlandsmodellen”. Många har valt att lägga upp sin utbildning på samma sätt. Det är förstås väldigt roligt. Det har också visat sig att det är viktigt att hålla frågan levande, att det måste få ta tid och att uppföljning är viktig för att alkoholfrågan verkligen skall implementeras i den dagliga verksamheten ute på länets mödra- och barnavårdscentraler.

Intresserade hänvisas för mer information till www.riskbruk.se !

16 Vaccinationer

Målsättning:

- att andelen MPR vaccinerade barn vid 2 års ålder skall överstiga 90 %.

Vaccinationer är en av de mest effektiva och kostnadsbesparande hälsovårdsinsatser som finns. Vaccinationsfrekvensen i landet och länet är god men med förekomst av lägre vaccinationstäckning inom en invandrargrupp på grund av kulturella/religiösa förhållanden . Samtal pågår fortlöpande för att öka förståelsen för vaccinationsprogram m.m.

Hib = Hemofilus influenzae; MPR = Mässling Påssjuka Röda hund. Se tabell XVI!

Tabell XVI Andel vaccinerade (%) av barn födda 2005 mot

Kommun/län	Difteri/Stelkramp	Kikhosta	Polio	Hib	MPR
Berg	98,6	98,6	98,6	98,6	98,6
Bräcke	98,2	98,2	98,2	98,2	98,2
Härjedalen	100	100	100	100	100
Krokom	98,3	97,7	97,7	97,7	95,4
Ragunda	100	100	100	100	100
Strömsund	88,1	88,1	88,1	88,1	88,1
Åre	98,1	98,1	98,1	98,1	94,4
Östersund	98,5/98,6	98,5	98,5	98,3	96,7
Jämtlands län	97,7/97,8	97,6	97,6	97,5	96,1

Vaccination mot tuberkulos

BCG-vaccination 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.

Sammanlagt har personal på barnavårdscentralerna bedömt 91 barn (7,5 %) som riskbarn och av dessa blev 87 (96 %) vaccinerade. Motsvarande siffra föregående år var 69 (5,2 %) respektive 62 (89,8 %). Det här kan vara ett tecken på att personalen inom barnhälsovården har blivit bättre på att upptäcka och vaccinera riskbarn. Vi har under året också vaccinerat 6 barn som icke tillhör riskgruppen. Barnhälsovården har ett mycket gott samarbete med Barn- och ungdomsmedicinska mottagningen vid Östersunds sjukhus dit vaccinationen är centraliserad för att upprätthålla den rent praktiska kompetensen vid själva vaccinationen - allt på grund av det relativt låga antalet vaccinationer som utförs i länet.

Rekommendationer angående tuberkulos från Socialstyrelsen har kommit under 2007.

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 riskbarn som under 2007 har påbörjat och eller avslutat vaccination mot hepatit B är 100 vilket motsvarar 7,8 % att jämföra med föregående års 5,8 respektive knappa 4 %.

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. Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen har därför föreslagit allmän vaccination mot pneumokocker för barn under 2 år och beslut väntas under 2008. Jönköpings, Stockholms och Örebro läns landsting har redan infört allmän vaccination av barn mot pneumokocker. I avvaktan på besked från Socialstyrelsen fortsätter vårt landsting att erbjuda barn tillhörande riskgrupper kostnadsfri vaccination. Som riskgrupp räknas bl.a. mb Down, kraftigt underburna barn, svåra hjärtfel och barn med cochlea-implantat. När föräldrarna önskar, kan också andra barn vaccineras men föräldrarna får då stå för själva vaccinkostnaden, f.n. ca 1500 totalt.

Under 2006 vaccinerades i vårt län 72 barn vilket motsvarar 5.5%.

Vaccinreaktioner

Barnvårdscentralerna har uppmanats att anmäla eventuella reaktioner i samband med vaccination förutom till regionalt biverkningscentrum i Umeå men från och med 2007 också rapportera till barnhälsovårdsöverläkaren i länet.

Under 2007 har 5 anmälningar gjorts som barnhälsovårdsöverläkaren har fått kännedom om. 4 anmälningar gällde vaccination mot difteri, stelkramp, kikhosta och polio (Tetravac) och 1 gällde vaccination mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio och hemofilus influenzae (Pentavac). Sammantaget skall dessa biverkningsrapporter ses mot det stora antal vaccinationer som ges i vårt län varje år inom Barnhälsovården, ca 6500 vaccinationer.

Rapporterade reaktioner efter vaccination mot difteri, stelkramp, kikhosta och polio (Tetravac):

1. Reaktion med feber 40 C i ett dygn och värk i armen 2½ dygn. Tillfrisknat utan men.
2. Dygnet efter vaccination febervarm, illamående och magont. Lokalreaktion med handflatestor rodnad som var hård. Feberfri och mådde bra efter 1 dygn. Lokalreaktion kvarstod 3 dygn. Tillfrisknat utan men.
3. Febervarm. 37.8. Lokalreaktion med induration, svullnad och 18x18 cm stor rodnad. Tillfrisknat utan men.
4. Efter vaccination samma dag temp 39.5. Feberfri efter 1 dygn. Ont i armen någon dag kring injektionsstället. Tillfrisknat utan men.
5. Ett dygn efter vaccination rodnad hela armen, urticaria på rygg samt knallröda läppar och rodnat ansikte. Betapredbehandling under 1 veckas tid. Barnet tidigare reagerat på Priorixvaccination med andningsbesvär. Utredning pågår.

Rapporterad reaktion efter vaccination mot difteri, tetanus, kikhosta, polio och hemofilus influenzae (Pentavac):

1. Efter ett dygn rodnad 5x5 cm på injektionsplats - som tilltog kommande dygn - max 11x13 cm. Gnällig med klåda vid injektionsplatsen. Borta efter ytterligare ett dygn. Tillfrisknat utan men.

För att upprätthålla förtroendet för vaccinationsprogrammet är det viktigt att alla barnavårdscentraler anmäler alla biverkningar och avvikelser kring vaccinationer till den lokala barnhälsovårdsenheten förutom till regional biverkningsenhet och när det gäller avvikelser till hälsocentralens chef.

17 Samarbete med förskolan

Målsättning:

- Varje förskola, kommunal och enskild, skall erbjudas få besök av BVC-sjuksköterska minst 1 gång/termin.

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

Andel besök på förskolor ifrån BVC-sjuksköterskan har ökat jämfört med tidigare år. 103 av 134 förskolor har fått besök under året av BVC-sjuksköterskan vilket motsvarar 77 procent. Se tabell XVII!

Tabell XVII Besök av BVC-sjuksköterska

År	Andel (%) förskolor som fått besök av BVC sjuksköterska minst 1 gång/termin
1999	35
2000	42
2001	26
2002	27
2003	38
2004	33
2005	36
2006	38
2007	48

Barnhälsovården når inte upp till sin målsättning att alla förskolor skall få besök minst en gång per termin men det har skett en markant ökning under senare år.

18 Samarbete med Tandhälsovården

Barnens tandhälsa är ett viktigt mått att följa. Under många år av förebyggande insatser från Tandvården har kariesförekomsten minskat bland barn och ungdomar men mot slutet av 1990-talet ändrades denna positiva utveckling. Hos de ekonomiskt mest utsatta grupperna av barn noterades man en försämring av tandhälsan. Tandvårdschefen Kristin Gahnström Jonsson meddelade förra året att situationen förbättrats de senaste åren. Ny statistik visar att år 2007 är 90 procent av länets 4-åringar kariesfria att jämföra med 87.5 procent år 2000 (15).

Formerna för tandvårdsinsatserna varierar inom barnhälsovården. Tandsköterska eller tandhygienist från Folk tandvården deltar i föräldragruppsträffar om informerar om tandhälsovård när barnet är mellan 5-12 månader. De föräldrar som inte deltar i föräldragrupp kallas till tandhygienist åtminstone 1 gång före 18 månaders ålder, därefter kallas alla vid 3 år.

BVC-sjuksköterskan tar också upp tandhälsovård vid föräldrasamtal. Samarbete mellan BVC och Tandvården fungerar väl enligt de rapporter vi fått och i samtal med vårdutvecklare Eva Roxberg, Tandvården, Jämtlands läns landsting.

19 Samarbete med Livsstilscentrum - Goda Kostvanor

Projektet att ”Främja goda matvanor - en utbildningsinsats för personal knutna till familjecentralerna” var en del i arbetet att förverkliga landstingets mål om en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Projektet har drivits på deltid under 2006/07 från enheten för samhällsmedicin och folkhälsa.

Syftet var att öka kunskapen om goda matvanor betydelse för hälsan genom utbildningsinsatser för personalen vid familjecentralerna. Målet var mer hälsosamma levnadsvanor hos målgruppen som omfattas av familjecentralernas verksamhet. Utbildningen fokuserade på vad som är goda matvanor och hur man kan samtala på ett motiverande och positivt sätt. Själva utbildningsträffen var utformad så att den visade på en metod att använda i arbetet med föräldragrupper. Där det fanns möjlighet träffade man en föräldragrupp och samtalande och lagade mat tillsammans.

Enkätutvärderingen som gjordes visade att utbildningsträffen var mycket uppskattad att man gärna ser en uppföljning och att även om kunskapen inte var enbart ny så gav tillfället inspiration och ett nytt positivt sätt att samtala om mat.

Fortbildning kommer att behövas kontinuerligt för att uppmuntra till ett främjande motiverande förhållningssätt. Barn och kostvanor är ett område med mycket forskning och det kommer ständigt nya rön som behöver diskuteras och förmedlas.

Elisabet Strömblad
Dietist, Livsstilscentrum
Primärvården, JLL

20 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 släkten kallas från Hörcentralens sida till hörselkontroll vid 2 års ålder.

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

Enligt meddelande från Hörcentralen (maj 2008) har inga barn ”missats” med ovanstående förfaringssätt. Det har funnits en oro, att när hörselkontrollen med audiogram i samband med 4-årskontrollen upphörde i vårt län omkring 2000, att flera barn med ensidig/dubbelsidig hörselnedsättning skulle komma att upptäckas senare. Vi har i samtal med Hörcentralens personal ånyo fått lugnande besked att så inte är fallet. Vår uppmärksamhet på hörsel- och språkproblem har förmodligen ökat i samband med borttagandet av 4-årskontrollens audiogram. Hörcentralens personal betonar ånyo vikten av riktade frågor kring barnets hörsel vid 3, 6, 9-10, 18 månaders ålder och vid 3- respektive 4-årskontroll.

I ett personligt meddelande (maj 2008)(16) från Hörcentralen redovisas att under åren 2005 t.o.m. 2007 har 11 barn upptäckts med OAE på BB varav 2 barn fått cochleaimplantat inopererat, 1 barn fått ett benförankrat implantat (BAHA) och 2 barn fått hörapparat till bägge öronen. Övriga barn har ensidig nedsättning, lätt hörselnedsättning eller är under utredning.

21 Sammanfattning psykolog- och socionomverksamhet Föräldra-Barnhälsan

Under hösten 2007 var personalsituationen för psykolog/socionomgruppen på FBH besvärlig pga. sjukskrivning och föräldraledighet. 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. Konsultation och föräldragrupsverksamhet prioriterades bort till största delen under hösten 2007 pga. personalbrist. Socionom och psykolog har deltagit i utbildningar till MHV/BHV-personal som t.ex. introduktionsdagar till BHV-personal, genus, vägledande samspel, adoptivbarn m.m.

Riktade föräldragrupper där psykolog eller socionom deltagit har vänt sig till blivande tvillingföräldrar, adoptivföräldrar samt till föräldrar med ”trotsiga treåringar”.

Antal besök hos socionom och psykologer minskade under året pga. brist på personal, detta medförde också en besvärlig situation med längre väntetider än önskvärt. Det har inte heller varit möjligt att ge akuttider.

Huvuddelen av remisserna kom från BVC (38 %) och MVC (30 %), resten från barnklinik, KK, vuxenpsykiatri, logoped, BUH, BUP m fl. Remisserna kommer från hela länet. 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. 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 graviditeten en kris, där man behöver hjälp. 2007 var 66 % av remisserna på vuxna, 34 % 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 de nya remisser som handlagts under året står stöd i graviditet, kris, depression före eller efter förlossning samt psykisk ohälsa hos förälder för 44 %, stöd i föräldraskap 22 %, förlossningsrädsla 3 %, barnutredning 20 %. Övriga remissorsaker är t.ex. barnpsykologisk eller social rådgivning, vårdnads/umgängesproblem, beteendestörning hos barn, enkopres m.m. 73 % av barnremisserna gäller utredningar, där misstanke finns om t ex någon neuropsykiatrisk problematik. Många av dessa remisser resulterar i en vidareremiss till barn- och ungdomshabiliteringen. Det är fortfarande så att pojkar dominerar när det gäller barnremisser så, 69 % av remisser på barn gäller pojkar.

Margareta Honn

Avdelningschef, psykolog

Föräldra- Barnhälsan

22 Fortbildningsaktiviteter

Utbildning

Introduktionsdagar för ny BHV-personal 26-27 februari.

Samverkansdag med tema Genus för personal på Familjecentraler 21 mars. Föreläsare fil.dr Ylva Elvin Novak och prof. em. Britt-Marie Thurén.

Barnhälsovårdsdag (BHV-dag) 29 maj med blandat innehåll: Barn som far illa, Vaccinationsfrågor, Anafylaxi, Gula barn och Hälsoundersökningar av invandrar- och flyktingbarn.

Födoämnesallergier 19 oktober. Halvdag för BVC, SHV, Barnkliniken, förskolor m.fl. Föreläsare Anna Sandin, barnläkare, doktorand i barnallergologi tillsammans med Anna Bernholm, barnallergisjuksköterska.

Vaccinationsdag 9 november. Heldag för BVC, SHV, Barnkliniken m.fl. Föreläsare överläkare Rose-Marie Carlsson, Smittskyddsinstitutet.

ICDP, ”Vägledande samspel”. Ny utbildningsomgång, 12 personer(BVC-sjksk, barnmorskor, förskollärare, socialsekreterare, familjeterapeut, psykolog) från olika delar i länet, 4/10, 7/11, 8/11, 6/12, heldagar. Handledare FBH-psykolog Mari Forslund och samordnande BHV-sjuksköterska Gunnel Holmqvist.

Adoptivbarn, heldag 3/10, utbildningsdag riktad mot förskole- och skolpersonal.

ICDP, ”Vägledande samspel” Samordnande BHV-sjuksköterska och FBH-psykolog Mari Forslund föreläste om ICDP och hur vi arbetar med det i Jämtland för personal på Kramfors Familjecentral och andra Familjecentraler inom Kramforsområdet 1/3.

”Alkohol under graviditet och föräldraskap.” Fortbildningsdag 16/1 och 17/1 för primärvårdens distriktssköterskor i JLL. Samordnande BHV-sjuksköterska föreläste tillsammans med samordnande barnmorska Ingrid Haglund om hur Mödra- och Barnhälsovården arbetar.

”Alkohol under graviditet och föräldraskap ”. Samordnande BHV-sjuksköterska tillsammans med samordnande barnmorska Ingrid Haglund föreläste för BHV, MHV och Familjecentralspersonal, i Västernorrland 27-28/11 Hornöberget, om Mödra- och Barnhälsovårdens alkoholförebyggande arbete i Jämtland.

Möten och träffar med BHV-personal och samverkanspartners

- Träffar med **BVC-sjuksköterskorna** i Östersund vid åtta tillfällen. Länet **BVC-läkare** har träffats en halvdag under våren och på hösten. Vid rundresa i länet har besök gjorts till BVC i Krokoms, Bräcke, Gällö, Hede plus Funäsdalen.
- Samordnade BHV-sjuksköterska Gunnel Holmqvist har tillsammans med samordnande barnmorska Ingrid Haglund och alkoholsamordnare Thomas Andersson åkt runt i länet och träffat **personal på Familjecentralerna** i Svenstavik, Strömsund, Hede, Odensala, Brunflo samt Zätagränd. Personalen har berättat om sitt alkoholförebyggande arbete, hur de samverkar och om de skrivit lokala

handlingsplaner. Thomas, Ingrid, Gunnel och distriktssköterskornas samordnare Britta Ahlin har dessutom träffats vid flera tillfällen för att planera inför fortsättningen av alkoholförebyggande arbete i länet.

- **Arbetsgrupp ”handlingsprogram övervikt och fetma”**, BHV-öl Per Hedman, barnläkare Anna-Lena Nilsson och Johanna Lindkvist, vårdutvecklare tandvården Eva Roxberg, dietist Elisabet Strömblad, skolhälsovårdsöverläkare Yvonne Eklund, BVC-sjuksköterska Anette Grangert, samordnade BHV-sjuksköterska Gunnel Holmqvist har arbetat med att ta fram ett handlingsprogram för hela vårdkedjan samt en handlingsplan för BHV. En broschyr för personal och en för föräldrar om kost och rörelse har tagits fram. Träffar har också hållits med folkhälsostrateg Elsa Rudsby med anledning av att BHV skall registrera BMI på alla 4-åringar fr.o.m. 2008. Vid ett av dessa tillfällen träff med BHV-öl Lennart Bråbäck och Thomas Näsberg, ansvarig för BMI data i Västernorrland.
- **Arbetsgruppen för pappagrupsverksamhet** har träffats vid ett par tillfällen. Arbetsgruppen har sedan upphört och pappagrups-samordnaren har deltagit i Centrala samverkansgruppen och i Föräldra-Barnhälsans MBHV-team.
- **Centrala samverkansgruppen** bestående av, socialsekreterare Marika Sahlin och Anette Furberg, samordnande BHV-sjuksköterska Gunnel Holmqvist, samordnande barnmorska Ingrid Haglund, förskollärare Elisabet Falk samt pappagrups-samordnare Leif Franzén har träffats vid flera tillfällen för att planera samverkansdagen samt diskuterat utvecklingen av familjecentralssamverkan och pappagrupsverksamheten i länet. Gunnel och Ingrid har dessutom träffat verksamhetsplanerare för barn- och utbildningsförvaltningen Eva Lindvall samt verksamhetschef för socialtjänsten i Östersunds kommun Marika Sahlin kring Familjecentralernas samverkansavtal i Östersunds kommun. Samrådsgruppen arbetar som stöd till förvaltningscheferna utifrån det gemensamma samverkansavtal som dessa har undertecknat.
- Samordnande- BHV-sjuksköterska och barnmorska har deltagit i en samverkansträff omkring föräldrar med begåvningshandikapp med **personal från Bryggan, socialtjänsten, LSS-handläggare och vuxenhabiliteringen m. fl.** vid tre tillfällen.
- **Arbetsgrupp för adoptivbarn** har träffats för att planera utbildningsdag samt föräldrautbildning för blivande och nyblivna adoptivföräldrar.
- BHV-öl och Samordnande BHV-sjuksköterska har haft träffar med **elevhälsans skolhälsovårdsöverläkare och medicinskt ansvarig skolsköterska** för att diskutera gemensamma frågor samt tillsammans med FBH-psykolog Margareta Honn även träffat psykolog, specialpedagog, Östersunds kommun för att diskutera eventuella förändringar av 5-årskontrollen.
- Inför planerna på att komma igång med **datoriserad BHV-journal** har BHV-öl och samordnande BHV-sjuksköterska träffat Lena Persson och kontakt tagits med Lennart Linjama för att start av en förstudie under början av 2008. Även frågan kring registrering av vaccinationer i Svecac har varit aktuell, där har Maria Omberg från smittskyddet deltagit i diskussionerna.

- BHV-öl, samordnande BHV-sjuksköterska, FBH-psykolog Mari Forslund och Robert Ingvarsson elevhälsan har träffat **Sven Bremberg Folkhälsoinstitutet (FHI)** angående föräldrastöd och det DVD-baserade material som FHI producerat: ”Familjeverkstan”. BHV-öl och FBH-psykolog Margareta Honn ingår i referensgruppen för projektet föräldrastöd inom Östersunds kommun.
- **PV-ledningen** och FBH, har träffats för att ta upp MHV- och BHV frågor, 1-2 ggr på våren och hösten.
- BHV-öl och samordnande BHV-sjuksköterska har besökt **landstingsstyrelsen** och informerat om länets BHV-arbete. De har även träffat **Primärvårdsutredningen**, sjukvårdspolitikerna Ann-Marie Johansson och Harriet Jorderud, för att diskutera barnhälsovårdens arbete och familjecentralssamverkan.
- En träff med **SVR** för att prata om gemensamma frågor.
- **Vårdkedjegruppen** bestående av Kerstin Lilja, Sonja Eklund samt Carina Sjökvist, alla tre barnmorskor från BB-förlossning, Agneta Åstrand som från hösten ersattes av Torill Hallqvist, barnmorskor på Specialistmödravården, Elisabet Jonsson och Inger Holmberg, barnsjuksköterska respektive barnsköterska på spädbarnsavdelningen samt Ingrid Haglund samordnande barnmorska och Gunnel Holmqvist samordnande BHV-sjuksköterska har träffats och diskuterat gemensamma frågor. I övrigt har gemensamma träffar i vårdkedjan hållits kring uppföljning av vårdprogram som psykisk ohälsa under graviditet och småbarnstid(POGS), postpartumpsykos(PPP) och uppföljning av Tidig Hemgång(THG) plus förändringar av tidpunkt för PKU-provtagning.
- **Samverkansmöte, halvdag för BHV, barnklinik, smittskydd med representanter från primärvården och flyktingsamordnare i länets kommuner** angående gemensamma rutiner i länet för undersökning av flyktningbarn/ungdomar. Ur detta möte har en arbetsgrupp uppstått som under hösten arbetat fram ett vårdprogram (färdigställt februari 2008) och som dels fortsatt mötas som **vaccinationsgrupp** - en öppen grupp för intresserade att diskutera vaccinationsfrågor.

Nationella möten

Samordnande BHV-sjuksköterska

- har som styrelserepresentant, från och med 2007, deltagit i Föreningen för **Familjecentralers Främjandets (FFF)** styrelsemöte.
- deltagit i ett **nationellt nätverk anordnad av riskbruksprojektet** och i en referensgrupp som stöd till ansvarig för barnhälsovårdens del i riskbruksprojektet.
- deltagit i **nationell träff för samordnare/vårdutvecklare**.
- tillsammans med BHV-öl träffat BHV-enheten i Medelpad och vid ett annat tillfälle träffat alla **BHV-enheterna Norra regionen**.
- deltagit i en **nationell nätverksträff för ICDP-handledare**.

BHV-öl

- deltagit i **nationella träffar för BHV-öl** i landet vid två tillfällen.
- deltagit vid två tillfällen på **SKL's Nätverk för barn och ungdomar** i Stockholm - på landstingsdirektörens uppdrag.

23 Avslutande tankar och inför ett nytt verksamhetsår

Årets kvalitetsredovisning - barnhälsovårdens årsrapport - **kommer i år ut före sommaren** - ett löfte som vi kunnat infria tack vare god hjälp av våra medarbetare ute i länet. Tack för denna hjälp som också möjliggör att årets kvalitetsrapport förhoppningsvis känns mer aktuell än tidigare årsrapporter.

Undertecknad har tillsammans med samordnande barnhälsovårdssjuksköterska Gunnel Holmqvist tagit fram **Riktlinjer för barnhälsovården i Jämtlands län 2008**. Riktlinjerna är bilagda årsrapporten. De mätbara målen är från och med 2007 desamma för såväl de enskilda hälsocentralerna som för primärvård och område barn/kvinna. De har för kommande år specificerats ytterligare vilket kommer att märkas i kommande kvalitetsredovisningar.

Barnhälsovårdsöverläkaren kommer under kommande år att ingå i landstingsdirektörens **Barn- och Ungdomsråd** tillsammans med områdeschef Barn/Kvinna Carsten Dencker, avd.chef Livsstilscentrum Ronny Weiland och enhetschef Ungdomsmottagningen Susanne Högborg. Undertecknade bedömer att denna grupp kommer att bli av stor betydelse för att landstingsövergripande utveckla arbetet kring barnkonvention, föräldrastöd m.m.

Arbetet med att **datorisera barnhälsovårdsjournalen** påbörjades under senhösten i och med att en pilotstudie startade - ett arbete tillsammans med IT-enheten i landstinget. Arbetet planeras pågå under hela 2008 med förhoppningsvis datajournalstart under våren 2009.

Arbetet med att implementera **handlingsprogrammet övervikt/fetma** hos barn och ungdomar såväl inom barnhälsovården som med våra samverkanspartners kommer att prioriteras under kommande år liksom arbetet med översyn av föräldrastödet inom barnhälsovården. Framtagandet av ett **Föräldrastöd Z** - ett sammanhållet föräldrastöd från graviditet fram till barnet är åtminstone ett år gammalt - gärna äldre - och då i samverkan med förskola - skall erbjudas alla föräldrar - såväl förstagångs- som flerbarnsföräldrar.

En utveckling inom primärvården nationellt är den **fria etableringsrätten** i kombination med det **fria vårdvalet** - en utveckling som kan leda till att den områdesorganiserade mödra- och barnhälsovården kommer att få allt svårare att hitta samverkansformer med våra traditionella samverkanspartners såväl inom primärvård som inom förskola, skola och socialtjänst. Utvecklingen inom vårt län kommer att följas ytterst noggrant.

Mot slutet av året beslutades nationellt att **PKU-provtagningen** på våra nyfödda ska flyttas fram från 72 till 48 timmars ålder vilket på sikt kan komma att betyda att allt fler mammor och barn kommer att gå hem tidigare från BB. Utifrån länets geografi kan återbesök på BB/Mammot komma att bli mindre vanliga och att allt fler föräldrar vänder sig till barnvårdscentralerna för uppföljning. En utökad arbetsuppgift som barnhälsovården inte är dimensionerad och organiserad för och där det kan bli aktuellt med resursöverföring från slutenvård till primärvård. Utvecklingen följs med kontinuerlig utvärdering tillsammans med representanter för Kvinnosjukvården, BB/Mammot och Barnklinik.

Tidig hemgång från BB d.v.s. före 48 timmars ålder har kommit för att stanna och nationellt går utvecklingen mot allt kortare vårdtider på BB. Ett observandum är att i USA - där tidig hemgång prövades redan i slutet av 1970-talet och där det idag är mer regel än undantag - har man i vissa stater fått lagstifta för att nyförlösta kvinnor ska ha laglig rätt att stanna minst 48 timmar efter förlossningen. Idag tillämpas tidig hemgång i snart sagt alla svenska landsting, också i storstadsområden med stora sociala problem, och där många mammor och barn hamnar i förhållanden som inte kan betraktas som särskilt trygga. En av förutsättningarna för

frivillig hemgång var att förutom ”frisk” mamma och bebis att det också fanns möjlighet till hembesök från barnmorskor eller som i vårt län möjlighet till tidigt återbesök på BB/Mammot. Detta har fungerat mycket tillfredsställande i vårt län men om utvecklingen mot allt kortare vårdtider fortsätter är det viktigt att noggrant följa utvecklingen bl.a. med tanke på nya kunskaper om graviditet och stress med ökad insöndring av stresshormoner hos barn ända upp i 10-14 års ålder.

Statens Folkhälsoinstitut utlokaliseras till vår glädje till Östersund. Möjligheten till personliga möten och talrika inbjudningar till intressanta seminarier kan inte nog uppskattas. Rekommenderar Folkhälsoinstitutets hemsida - www.fhi.se - där bl.a. Sven Brembergs uppslagsverk för barn och unga och Svens Notiser är av stort värde. I skrivande stund reflekterar Sven över: ”**Varför förblir fattiga vara fattiga**” utifrån en amerikansk författare i en aktuell bok (Karelis 2007). Utifrån en analogi med bucklor på bilen går det att förklara varför individer med många problematiska hälsovanor sällan ändrar sina vanor trots riskerna. En person som lever ett välordnat liv kan ta itu med en enskild hälsovana, exempelvis att ändra kosten för att försöka gå ned i vikt. En annan person däremot, som både dricker för mycket, röker, inte motionerar och äter fel, för henne spelar antagligen matvanorna inte så stor roll i det hela. Att ändra alla ovanor blir övermäktigt. Att avstå från förändringar kan till och med vara helt rationellt. Slutsatsen blir återigen att **dåliga hälsovanor bäst går att förebygga genom att ge alla människor goda levnadsvillkor dvs. ett samhälle med inte allt för stora ekonomiska skillnader.**

Vi har här presenterat vår verksamhetsstatistik på läns och kommunbasis. Statistik för den enskilda barnavårdscentralen kommer att användas som underlag när Gunnel och Per kommer på besök ute på den enskilda barnavårdscentralen.

Alla vi som arbetar inom barnhälsovården verkar för att stärka de hälsofrämjande faktorerna, motverka riskfaktorerna och minimera sårbarhetsfaktorerna. Att stärka föräldrarnas egenförmåga - **empowerment** - är ett nyckelbegrepp. **Vägen dit är en fungerande mödra-barnhälsovård med hög kompetens där god tillgänglighet, arbetsglädje, delaktighet och samverkan i länet är oerhört viktigt.**

Undertecknade, Gunnel Holmqvist och Per Hedman, vill rikta **ett varmt tack till all personal vid länets barnavårdscentraler. Barnhälsovården fortsätter att fungera bra runt om i länet! Mycket tack vare barnhälsovårdspersonalens djupa engagemang och gedigna kunskaper** men också tack vare ett gott samarbete med alla barnarbetare ute i länet - alltifrån politiker, chefer på olika nivåer till alla våra nära samverkanspartners på familjecentraler - hälsocentraler - inom elevhälsovård och specialistsjukvård. Med den goda hälsobas som finns, kloka beslut, engagemang med målsättningen: ”barnets bästa i främsta rummet” bör livsmiljön bara kunna fortsatt bli allt bättre för barnen i Jämtlands län.

Vi vill också rikta **ett varmt tack till Anna-Karin Burge Andersson och Anne-Caroline Sjöqvist**, sekreterare på Föräldra- Barnhälsan, som återigen tålmodigt bistått oss med all statistikbearbetning och hjälp med att iordningsställa årets kvalitetsredovisning.

Östersund maj 2008

Gunnel Holmqvist
Samordnande barnhälsovårdssjuksköterska

Per Hedman
Barnhälsovårdsöverläkare

24 Riktlinjer 2008 för barnhälsovården i Jämtlands län (4)

Uppdaterat 080204

24.1 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)
- Barnhälsovård (Hagelin, Magnusson & Sundelin, 2000).
- Folkhälsoplan för Jämtlands läns landsting.
- Kvalitetssäkring av barnhälsovården (SOS-rapport 1994:19)
- Utredningen ”Skydda skyddsnetet” (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
- 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 (SOSFS 2006:24M) 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)
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1983:21) för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl. vid tillämpning av internationell kod för marknadsföring av bröstmjölksersättningar.
- 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 2001.
- Anvisningar och kommentarer Barnhälsovårdsjournal 2000-01 *Ny på gång 2006!*
- Lokala vårdprogram ex. pneumokocker, hepatit B, Tidig Hem Gång (THG).

24.2 Barnhälsovårdens mål

Målen är att främja barnens hälsa, trygghet och utveckling.

Detta övergripande mål kan uppnås genom följande fyra **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.

24.3 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, aktuell rekommendation är 400 nyfödda i tätort respektive 320 nyfödda barn/heltidstjänst i glesbygd. Denna dimensionering är en förutsättning för att ge tillräckligt med tid för egen mottagning, medverkan vid läkarmottagningar, telefoni, 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” 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 Barnläkarförbundet, Distriktsläkarförbundet 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.

24.4 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.

24.5 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 hälsoupplysning 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 flyktingbarn, adoptivbarn, 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 mm 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) 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), samt vaccinationer mot Mässling, Påssjuka och Röda hund. 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 (SOU 1997:161).

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.

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 arbetssätt 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 d.v.s. flera olika yrkeskategorier arbetar tillsammans kring barnfamiljen. Familjecentraler (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.

24.6 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.

Föräldragrupper: Alla föräldrar till nyfödda barn som bor inom BVC:s upptagningsområde skall erbjudas någon form av föräldragrupsverksamhet. 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.

24.7 Resultat

Följande kvalitetskriterier rekommenderas för 2008:

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.

Hälsoövervakning 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.

75 % av barnen ammas helt eller delvis vid 6 månaders ålder.

BMI

Under år 2008 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.

24.8 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.

24.9 BVC:s hälsoövervakningsprogram

Vid varje kontakt med barnfamiljen måste lyhördhet 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.

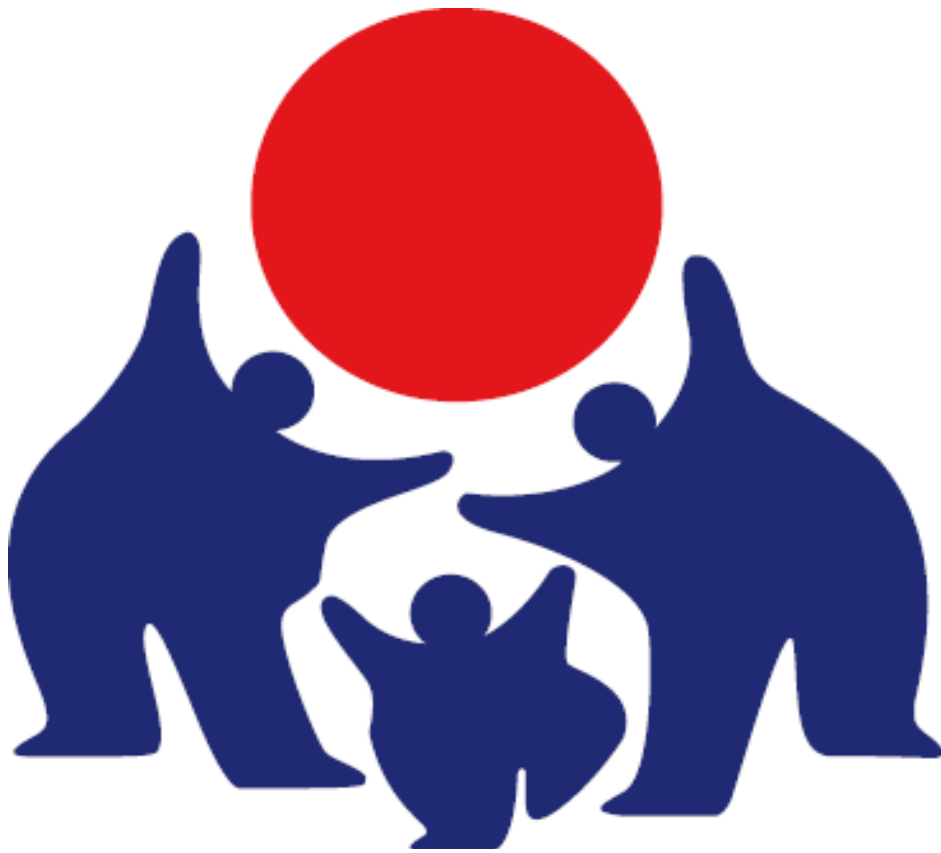
Åtgärdskalender

Tidpunkt	Av vem	Var	Åtgärd
0-1 v	S	H	Hembesök bör erbjudas inom 5 dagar efter hemgång från BB
		BB	OAE -Audionom Hörcentralen
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, Th	M	Tandhälsoinformation vid 9-12 månader.
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 OEA = Otoakustisk emission
Th = tandhygienist

25 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 2008, bifogas årsrapporten.
5.
Kommunala basdata 2007(www.fhi.se)
6.
Salonen. T. Barnfattigdomen i Sverige - Årsrapport 2007 (Rädda Barnen) (www.rb.se)
7.
www.skolverket.se
8.
www.scb.se
9.
www.socialstyrelsen.se
10.
Hembesök kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som förälder. Jansson A, Sivberg B, Wilde Larsson B, Udén G. Läkartidningen 2003;100:1348-1351
11.
Spädbarnsmassage, ett verktyg för socialt arbete? C uppsats socialt arbete, Institutionen för beteende-, social- och rättsvetenskap, Örebro Universitet 2006
12.
TCO´s pappaindex 2007 (www.tco.se)
13.
Nationella folkhälsoenkäten 2006 (www.fhi.se)
14.
Se Vårdprogram, Barnhälsovården, Jämtlands läns landsting
15.
Personligt meddelande (Eva Roxberg, vårdutvecklare, Tandvården, Jämtlands läns landsting)
16.
Personligt meddelande (Gunilla Henrixon, audiometris, Hörcentralen, Östersunds sjukhus)



Omslagsbild: Greta
Foto: farfar Per Hedman