

Barnhälsovårdens kvalitetsutveckling i Jämtlands län



Resultatredovisning 2011

Föräldra- och Barnhälsan

Kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård i Jämtlands län

Innehållsförteckning

1	Konventionen om Barnets Rättigheter	4
2	Barnhälsovårdens arbete	6
2.1	Sammanfattning av barnhälsovårdens resultat 2011.....	7
3	Länets barnhälsovårdsorganisation.....	8
4	Folkhälsodata 2011	9
4.1	Definitioner och kommentarer	10
4.2	Barnfattigdomen i Jämtlands län	11
4.3	Familjesituation	12
5	Barn och personal i förskola	14
5.1	Öppna förskolor och familjecentraler.....	15
6	Antal födda i Jämtlands län under perioden 1990- 2011	16
6.1	Plötslig spädbarnsdöd (SIDS)	16
6.2	Shaken Baby Syndrome.....	16
7	Inskrivna och övervakade barn med födelseår 2009 -2011	17
7.1	Bemanning på barnvårdscentralen.....	19
7.2	BVC – normtid/faktiskt arbetad tid.....	20
7.3	Vårdtyngdsindex	22
7.4	Hembesök under 2011 för nyblivna föräldrar i Jämtlands län	23
7.5	Föräldrastöd i grupp	25
8	ICDP-programmet "Vägledande samspel"	28
9	Ömsesidig Respekt.....	29
10	Pappaindex 2011	29
11	Sammanfattn. av psykolog- och socionomverksamheten på FBH.	31
12	Fortsatt arbete med Genus inom mödra-/barnhälsovården	32
13	Psykisk ohälsa	33
14	Amning.....	35
15	Rökning.....	38
17	Riskbruksarbete.....	40
18	Vaccinationer.....	43
19	BMI	46
20	Barn som far illa	48
21	Samverkan med förskolan	50
22	Samarbete med Hörselvården	51
23	Småbarnstandvård i Jämtlands län	52

24	Barnhälsovårdens Stora Pris 2011 och 2012	54
25	Given fortbildning BHV 2011	55
25.1	Utbildning	55
25.2	Möten och träffar med BHV-personal och samverkanspartners.....	57
25.3	Nationellt	60
26	Riktlinjer 2012 för barnhälsovården i Jämtlands län	63
26.1	Styrdokument	63
26.2	Barnhälsovårdens mål	64
26.3	Resurser	64
26.4	Föräldra-Barnhälsan (FBH).....	65
26.5	Innehåll i verksamheten	66
26.6	Kravspecifikation.....	70
26.7	Målsättning.....	71
26.8	Kommentarer till hälsoövervakningsprogrammet	73
26.9	BVC:s hälsoövervakningsprogram (Jämtlands län)	74
27	Avslutande tankar	75
28	Referenser	76
29	Appendix.....	77

1 Konventionen om Barnets Rättigheter

Sverige anslöt sig till FN:s konvention om barnets rättigheter 1990. Sverige har således förbundit sig att följa konventionens bestämmelser. Regeringen har december 2010 i dokumentet : ”Strategi för att stärka barnets rättigheter ” lyft fram vikten av utbildning i konventionen för såväl politiker som tjänstemän och vårdpersonal inom landstingen. Barnhälsovården har ett särskilt ansvar , att gentemot ovanstående politiker och tjänstemän samt mot föräldrar förmedla kunskap om barns behov och utveckling i relation till de rättigheter barn har.

Jämtlands läns landstingsplan 2011 har under rubriken Folkhälsa inskrivet: att det på varje vårdenhets ska utses och utbildas en ansvarig för arbete med barnkonventionen.

En barnkonventionsgrupp har bildats bestående av en representant från vart verksamhetsområde inom landstinget samt en ledningsgrupp bestående av sammankallande Anna Ebenmark, mångfaldsstrateg vid landstingsdirektörens stab, områdeschef barn/kvinna Carsten Dencker, barn tandläkare Kristina Palm och barnhälsovårdsöverläkare Per Hedman. Gruppen kommer genom barnhälsovårdsöverläkaren ha kontakt dels med Nätverket för Barnkonventionen – ett nätverk med representanter från länets kommuner, Rädda Barnen och landstinget - och dels med Nätverket för Barnkonventionen inom SKL (Sveriges Kommuner och Landsting).

Landstinget har reserverat 100 000 kronor under 2011 för arbetet med barnkonventionen. Under året har flera utbildningstillfällen ordnats för deltagarna i barnkonventionsgruppen dels i samarbete med Rädda Barnen och dels under utbildningsdagar i Umeå. Vidare har barnkonventionssamordnare Gunilla Apell från Dalarna besökt barnkonventionsgruppen och informerat om motsvarande arbete inom Dalarnas landsting och i synnerhet om barnpilotutbildning. I samband med ombyggnaden av sjukhusentren anordnades en ”klottervägg” där besökande barn på sjukhuset fick möjlighet att lämna tankar och idéer utifrån barnkonventionen. Vidare har ett barnrum tillkommit på akutmottagningen m.m.



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

Barnombudsmannen har tagit fram ett informationsmaterial för föräldrar ”Viktigast av allt”. Det består av en handledning, tre filmer, broschyr och en webbplats. Materialet är avsett att användas i föräldragrupper på mödra- och barnavårdscentraler.

Det har ett särskilt fokus på relationen mellan barn och föräldrar och tar upp barnets rätt till skydd mot våld och kränkande behandling.



Personal inom mödra- och barnhälsovården samt övrig personal på de familjecentraler som finns i länet fick information och utbildning om materialet på samverkansdagen 2012.

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

- artikel 2 Konventionen om barnets rättigheter gäller alla barn under 18 års ålder
- artikel 3 Vid alla åtgärder som rör barn skall barnets bästa komma i främsta rummet.
- artikel 6 Konventionsstaterna skall till det yttersta av sin förmåga säkerställa barnets överlevnad och utveckling.
- artikel 12 Konventionen anger att barnets åsikter skall tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.

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

2 Barnhälsovårdens arbete

Barnhälsovårdens arbete består av preventiva åtgärder på olika nivåer:

Promotiva, allmänt hälsofrämjande åtgärder, är aktiviteter för att upprätthålla eller öka graden av välbefinnande och självförverkligande för barn och föräldrar.. Promotivt arbete med familjer är inriktat på samspel mellan faktorer i familjen och faktorer i den omgivande miljön.

Barnhälsovårdens insatser är därför inte enbart inriktade på enskilda familjer utan också till verksamheter som har ansvar för den omgivande miljön liksom samhället i stort.

Primärpreventiva åtgärder syftar till att barnet inte ska utveckla sjukdom eller hälsoproblem och vänder sig till *alla* föräldrar och barn. Exempel på detta är att vaccinera barn, uppmuntra till amning, ge information om rökfri miljö, barnsäkerhet, kost m.m.

Sekundärprevention innebär att *tidigt* upptäcka sjukdom och handikapp för att få optimala möjligheter till behandling. De allmänna hälsoundersökningarna och screeningarna syftar till tidig upptäckt av hälsoproblem.

Tertiärprevention innebär att man vid ett etablerat handikapp skapar förutsättningar för ett så normalt liv som möjligt. Barn med funktionshinder skall erhålla stöd och hjälp så att övrig utveckling blir så optimal som möjligt.

Kvalitetsindikatorer

Barnhälsovården använder sig av olika kvalitetsindikatorer som skulle kunna användas nationellt i ex öppna jämförelser. Att ta fram nationella indikatorer pågår f.n. i det s.k. Evelinaprojektet. I ett samarbete i de fyra övre norrlandslandstingen har för år 2011 följande tre gemensamma kvalitetsindikatorer bestämts: hembesök, föräldrastöd i grupp samt EPDS-screening.

Kvalitetsindikatorerna kan delas in i struktur-, process- och resultatmått.

Strukturmått (handlar om vilka resurser man har till förfogande):: Barnantal, Tjänstgöringsgrad, Sjuksköterske- och läkartid, Familjecentral och organisation, Tillgång till psykolog, Vårdtyngd m.fl.

Processmått (handlar om hur verksamheten bedrivs): Föräldrar som deltagit i föräldragrupp, Hembesök under nyföddhetsperioden, Erbjudande av EPDS m.fl.

Resultatmått: Amningsfrekvens. Vaccinerade med MPR-vaccin, Andel barn exponerade för tobaksrök, Tillväxt, Basprogrammets nyckelålderskontroller m.fl.

Såväl struktur-, process och resultatmått kommer att redovisas i denna årsrapport.

2.1 Sammanfattning av barnhälsovårdens resultat 2011

Område	Uppsatt mål 2011	Uppnått mål 2011	Resultat +/-
Hälsöövervakning	99% av barn 0-1 år	99,2%	+
Hembesök nyblivna föräldrar 2011	Alla erbjudes hembesök	75%	-
Hembesök förstagångsföräldrar 2011	95% får hembesök	Förstagångsmammor 68% Förstagångspappor 63%	-
Föräldragrupp	Alla nyblivna föräldrar ska erbjudas att delta	Förstagångsmammor 93%/pappor 92% Flerbarnsmammor 43%/pappor 40%	-
Förskola	Alla förskolor ska erbjudas besök minst en gång/termin	23%	-
Psykisk ohälsa	80% av BVC-mottagningarna använder EPDS regelbundet	93%	+
Amning	80% av barnen helammas vid 2 mån ålder	69,8%	-
Amning	70% av barnen helammas vid 4 månaders ålder	57,2%	-
Amning	70% av barnen hel eller delammas vid 6 månaders ålder	62,4%	-
Rökning	96% rökfria mödrar när barnet är 0-4 v	96,7%	+
Rökning	93% rökfria föräldrar när barnet är 8 månader	91,2%	(+)
Vaccinationer	97% av barnen MPR vaccinerade före 2 års ålder	97%	+
Vaccinationer	99% av barnen vaccinerade med DTP-, polio-, Hib- och pneumokockvaccin	D 97,6, T 97,7%, P 97,6 Polio 97,6, Hib 97,5, Pneumocockvaccin 96,9	(+)
BMI	Minst 90% av barnen har normalt BMI	88,1%	(+)

3 Länets barnhälsovårdsorganisation

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

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

Barnhälsovården utgör en del av Föräldra-Barnhälsan och består av barnhälsovårdsöverläkare (80%), samordnande barnhälsovårdssjuksköterska (50%) i samverkan med Föräldra-Barnhälsans mödrabarnhälsovårdsspsykologer och socionomer samt sekreterare.

Samordnande barnhälsovårdssjuksköterskan har dessutom ett uppdrag (10%) som samordnare av länets familjecentraler inom landstinget.

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 barnets miljö.

Barnvårdscentralerna (BVC) vid länets samtliga 29 hälsocentraler, varav 6 utifrån hälsovalet i annan regi än landstingets, har som målgrupp barn 0-6 år och deras föräldrar. Vid 13 hälsocentraler samarbetar/samverkar barnvårdscentralen med barnmorskemottagningen, den öppna förskolan samt kommunens socialtjänst i en familjecentral eller familjecentralsliknande verksamhet.

Varje hälsocentral har ansvar för den egna barnvårdscentralen (BVC) som i och med Hälsoval Jämtlands län 2010 inte längre är självklart områdesorganiserad.

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

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

Barnhälsovårdens kravspecifikation baseras framförallt på de numera upphävda allmänna råden från socialstyrelsen (1) och nationella målbeskrivningar för sjuksköterske- och läkartjänstgöring inom barnhälsovården (2,3). I dokumentet "Riktlinjer för barnhälsovården i Jämtlands län" (4) finns angivet vilka ytterligare styrdokument som gäller, vilka resurser som behövs, innehåll i verksamheten samt kravspecifikation. All personal inom barnhälsovården har sedan år 2007 fri tillgång till barnläkarföreningens nationella handbok för barnhälsovårdspersonal via www.growingpeople.se och alltsedan hösten 2011 via www.rikshandboken-bhv.se

I den här skriften presenteras årsstatistik och resultatsammanställning från länets samtliga barnvårdscentraler baserad på de uppgifter som barnvårdscentralsjuksköterskan lämnar in under januari 2012..Resultaten jämförs med de mål som angetts i kravspecifikationen för 2011.

4 Folkhälsodata 2011

Årsrapporten innehåller också i år en del folkhälsodata kommunvis för att ge en bakgrund till barnhälsovårdens arbete.

Tabell 1 Folkhälsodata 2011 (4)

Kommun	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund	Riket
Behöriga till gymnasieskolan vårterminen 2010 pojkar/flickor ;%	93/94	89/86	94/86	86/86	88/93	81/78	89/95	88/94	88/90
Eftergymnasial utbildning. (25-44 år) 2010 ; män/kvinnor %	15/32	16/32	16/32	28/45	14/31	15/32	28/49	39/52	38/49
Arbetslöshet (inkl. arbetsmarknadsåtgärder 25-44 år) 2010; %	8	7	5	3	6	7	5	5	2
Andel män med låg inkomst 2009;%	15	17	16	14	14	18	19	16	18
Andel kvinnor med låg inkomst 2009;%	16	17	18	14	15	17	18	18	22
Anmälda brott 2009/100 000 invånare.	5897	8495	9877	7167	4983	6547	13225	12742	14605
varav våldsbrott	487	684	722	738	482	654	1285	1370	1207
Alkoholrelaterad dödlighet (antal döda/100 000 inv.) 2004-2008 män/kvinnor	3,5/0,6	3,9/0	6,3/0,4	5,1/0,3	4,0/1,3	6,1/2,1	5,9/1,9	3,7/1,2	4,6/1,2
Andel ensamstående med hemmavarande barn och låg inkomst 2009 ; %	44	40	40	41	40	42	38	34	36
Barnfattigdomsindex 2009,% svensk bakgrund	9	8	7	7	9	10	9	6	5
Barnfattigdomsindex 2009,% utländsk bakgrund	43	36	51	31	30	60	25	29	30
Låg födelsevikt 2007-2009/antal/ 1000 födda,födelsevikt < 2500 gr.	33,3	27,6	32,4	29,8	14,6	23,0	20,8	34,8	31,7

4.1 Definitioner och kommentarer

Andelen vuxna i åldern 25-44 år med eftergymnasial utbildning är i Östersund i nivå med riket i övrigt liksom medan länets övriga kommuner ligger lägre.

Andelen arbetslösa i åldern 25-44 år är under 2010 lägst i Krokom och högst i Berg.

Låginkomstgränsen är den sammanräknade inkomsten under vilka 20 procent av alla inkomsttagare i riket ligger. Könsskillnaden är i princip utjämnad jämfört med tidigare år då kvinnorna övervägt.

Antalet anmälda brott är åter lägst i Ragunda. Risker att bli utsatt för våldsbrott är likaledes lägst i Ragunda och högst i Östersund och Åre.

Alkoholrelaterad dödlighet under åren 2004-2008 beskriver sjukdomar eller dödsfall med alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak. Statistiken påverkas av åldersstrukturen i kommunen. Härjedalen och Strömsund ligger fortsatt högt när det gäller män medan Strömsund och Åre ligger högt när det gäller kvinnor.

Barnfattigdomsindex 2009 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 avses lägsta utgiftsnivå baserad på socialbidragsnormen och en norm för boendeutgifter.

Barnfattigdomsindex 2009 i familjer med svensk bakgrund ligger betydligt över riksgenomsnittet i Strömsund, Berg, Åre och Bräcke kommun.

Barnfattigdomsindex 2009 i familjer med utländsk bakgrund ligger betydligt över riksgenomsnittet i Strömsund, Härjedalen och Berg.

4.2 Barnfattigdomen i Jämtlands län

Alla barn har rätt till en skälig levnadsstandard, enligt FN:s konvention om barnets rättigheter. Sedan år 2002 har Rädda Barnen varje år givit ut rapporter om barnfattigdomen i Sverige (5). Barnfattigdom utgår från ett index baserat på två oberoende variabler, låg inkomststandard och försörjningsstöd. Forskningen är entydig när den visar ett tydligt samband mellan barns materiella välfärd och deras tillgång till andra rättigheter som fysisk och psykisk hälsa, utbildning och en meningsfull fritid. Att förbättra villkoren för de ekonomiskt mest utsatta barnen kan alltså få positiva effekter på långt fler områden än de ekonomiska.

Årets rapport (7) visar att barnfattigdomen år 2007 nådde den lägsta nivån sedan mätningarnas start år 1991. Under 2007 levde 10,9 procent av alla barn i Sverige (210 000 barn) i ekonomisk fattigdom. Under 2008 bröts dock trenden. Barnfattigdomen ökade då till 11,5 procent – med 0,6 procentenheter, vilket motsvarar 10 000 barn. Under 2009 ses en fortsatt ökning med 1,5 procent - motsvarande 28 000 barn – till 13 procent.

Sammanfattningsvis

Barnfattigdom är mer än tre gånger så hög (28,2%) bland barn till ensamstående föräldrar som bland barn till sammanboende föräldrar (9,0%)

Barnfattigdom är mer än fem gånger så hög bland barn med utländsk bakgrund (29,5%) som bland barn med svensk bakgrund (5,4%).

Drygt hälften (53,3%) av barn till ensamstående föräldrar med invandrarbakgrund lever i ekonomisk fattigdom, men endast 2,7 procent av alla barn till svenskfödda par med barn.

Tabell 2 Barn 0-17 år i familjer med ekonomisk utsatthet år 2009

Kommun/län/riket	Antal barn i hushåll med låg inkomststandard	Antal barn i hushåll med både låg inkomststandard och försörjningsgrad	Andel barn (%) i hushåll med både låg inkomststandard och försörjningsstöd
Berg	45	17	3,4
Bräcke	42	18	4,5
Härjedalen	59	8	1,3
Krokom	96	20	1,5
Ragunda	33	14	4,2
Strömsund	116	43	6,0
Åre	65	7	0,9
Östersund	293	108	2,3
Jämtlands län	749	235	2,5
Riket	79538	27804	3,7

4.3 Familjesituation

Rädda Barnens rapport om barnfattigdom (www.rb.se) visar att ekonomisk utsatthet är vanligast i familjer med ensamstående förälder och föräldrar med utländsk bakgrund.

Berg, Ragunda och Härjedalen har många ensamstående föräldrar jämfört med de övriga kommunerna i länet.

Kommunerna i länet bortsett från Krokom har många familjer där en eller båda föräldrarna är utlandsfödda. Se tabell 3!

Tabell 3 Andel ensamstående till barn födda 2011, vid barnets födelse
Andel utlandsfödda föräldrar, barn födda 2010

Kommun	Ensamstående förälder (%)	En eller båda föräldrarna födda utanför Norden (%)
Berg	4	9
Bräcke	0	9
Härjedalen	5	18
Krokom	1	3
Ragunda	4	13
Strömsund	0	14
Åre	3	12
Östersund	2	12
Jämtlands län	2	11

Tabell 4 Familjesituation för barn födda 2010, Jämtlands län.

Antal barn, födda 2009 med en eller båda föräldrarna födda utanför Norden

BVC	Antal födda barn	Sammanboende föräldrar	Ensamstående		Barn, födda 2009, med en eller båda föräldrar födda utanför Norden	
			Antal	Andel (%)	Antal	Andel %
Myrviken	28	26	0	0	2/23	9
Svenstavik	31	27	4	13	10/39	25
Bräcke	20	19	1	5	5/18	28
Gällö	24	22	2	8	2/19	11
Kälarne	10	10	0	0	2/12	17
Funäsdalen	23	22	0	0	1/21	4
Fjällhälsan	13	12	1	8	0/15	0
Sveg	44	43	1	2	5/46	11
Föllinge	9	9	0	0	0/13	0
Krokom	116	114	1	1	5/136	4
Offerdal	27	24	1	4	1/12	8
Bispgården	13	13	0	0	1/13	8
Hammarstrand	34	28	2	6	3/23	4
Stugun	11	11	0	0	0/17	0
Backe/Hoting	10	10	0	0	2/11	18
Gäddede	12	11	0	0	7/0	0
Nya Närvården	5	5	0	0	1/5	20
Strömsund	62	61	1	2	13/59	22
Utrikeshälsan	18	16	1	6	4/18	22
Hallen	20	18	2	10	1/19	5
Järpen	28	28	0	0	0/28	0
Åre	89	88	1	0,1	8/43	19
Brunflo	94	92	2	2	9/87	10
Frösön	176	176	0	0	11/169	7
Lit	48	46	2	4	2/57	4
Lugnvik	63	63	0	0	7/73	10
Odensala	105	101	4	4	22/170	13
Torvalla	94	88	6	6	18/91	20
Z-gränd	198	189	5	3	22/170	13
Jämtlands län	1425	1372	34	2,4	160/1461	11

5 Barn och personal i förskola

Skolverket (6) presenterar årligen utbildningsstatistik. En allt större andel av barn går i förskola. Hösten 2011 var 472 200 barn inskrivna i förskolan vilket är drygt 14 000 fler barn jämfört med året innan. Barngruppernas storlek ökar och i landet består nästan en femtedel av barngrupperna av 21 barn eller fler. Var tredje grupp i förskolan är en småbarnsgrupp (barn 0-3 år) och även dessa grupper tenderar att bli allt större.

Hösten 2011 består en genomsnittlig förskolegrupp i Sverige av 16,8 barn. Under 1980 – talet var det ovanligt med fler än 15 barn per grupp. I vårt län varierar gruppstorleken mellan 14,2 barn (Ragunda och Strömsunds kommun) som lägst och 16,3 barn (Östersunds kommun) som högst.

Hösten 2011 gick det i genomsnitt 5,3 barn per årsarbetare i den svenska förskolan. Det är mer än ett barn fler per årsarbetare än under 1980-talet när genomsnittet låg på 4,3 barn. Antal barn per årsarbetande förskollärare varierar i vårt län inom den kommunala förskolan mellan som lägst 7,8 barn (Östersund) och som högst 15,1 barn (Ragunda kommun). Inom den enskilda är variationen mellan 30,0 barn (Bräcke) och 8,3 barn (Åre).

Skillnaden mellan personalens utbildningsnivå mellan den kommunala och enskilda förskolan består. Nationellt har 56 procent av personalen i den kommunala förskolan idag en pedagogisk högskoleutbildning jämfört med 43 procent i den enskilda. Se tabell 5!

Tabell 5 Årsarbetare efter utbildning samt antal barn per årsarbetande förskollärare 2011

Kommun	Kommunal förskola		Enskild förskola	
	Antal barn per årsarbetande förskollärare	Andel (%) högskoleutb. personal	Antal barn per årsarbetande förskollärare	Andel (%) högskoleutb. personal
Berg	10,7	42	9,8	40
Bräcke	12,8	46	30,0	26
Härjedalen	9,9	52	21,7	26
Krokom	11,5	46	9,5	53
Ragunda	15,1	25	17,0	31
Strömsund	10,2	46	8,6	44
Åre	10,5	46	8,3	43
Östersund	7,8	68	12,7	36
Riket	9,6	56	12,5	43

5.1 Öppna förskolor och familjecentraler

I början av 1990 talet fanns 1600 öppna förskolor i Sverige.

Tabell 6 Antal öppna förskolor och familjecentraler i Jämtlands län 2011

Kommun/Riket	Antal öppna förskolor	Antal med öppet minst 16 timmar/vecka	I familjecentral
Berg	1 (1d/v)	0	1 (1 d/v)
Bräcke	1	0	1
Härjedalen	2 (1d/v)	0	2 (1 d/v)
Krokom	1	1	1
Ragunda	1	0	1
Strömsund	1	1	1
Åre	0	0	0
Östersund	7	6	6
Jämtlands län	14	8	13

Från och med november 2009 har Jämtlands läns landsting inrättat del av tjänst, 10 procent, dvs. 4 timmar/vecka, som familjecentralssamordnare på länsnivå. Sedan 1 mars 2010 har samordnande BVC-sjuksköterskan detta uppdrag som sedan 2011 finansieras inom Föräldrabarnhälsans budget. Diskussioner pågår med Regionförbundet Jämtlands län om att dela det ekonomiska åtagandet med länets åtta kommuner.

I samband med hälsovalet inom primärvården är familjecentralen ett tilläggsuppdrag. Från och med 2011 utgår en tilläggsersättning till de hälsocentraler som medverkar i en familjecentral. Tilläggsersättning utgår med 100 kr/inskrivet barn inom barnhälsovården, minimum 25 000 kr och maximalt 100 000 kr/år.

6 Antal födda i Jämtlands län under perioden 1990- 2011

Antal födda i Jämtlands län år 2011(7) minskade med drygt 120 barn jämfört med år 2010.

Tabell 7 Antal nyfödda i Jämtlands län efter födelseår

1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1879	1028	1134	1164	1248	1264	1263	1295	1308	1344	1341	1430	1319

Barnafödandet under 2000-talet har ökat med nästan 40 procent från 1028 nyfödda barn till 1430 nyfödda år 2010. En tillfällig nedgång under 2011. Preliminära siffror från mödravården pekar mot ett ökande antal nyfödda på nytt under 2012.

6.1 Plötslig spädbarnsdöd (SIDS)

Under hela 1980-talet ökade antalet barn som dog i SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) i Sverige. 1990 dog 146 barn i Sverige i plötslig oväntad spädbarnsdöd. På 1990-talet presenterades forskningsresultat som utmynnade i råd till föräldrar att lägga barnen på rygg istället för mage när de skulle sova. Alltsedan dess har dödligheten i SIDS minskat påtagligt och antalet barn har sedan år 2000 varit färre än 30. Men – nyligen framtagna nationell statistik har visat på en viss ökning av antalet barn som avlidit till följd av SIDS. Vikten av att nedanstående råd nogsamt följes kan inte nog betonas och dessutom ska samsovning undvikas om inte barnet har en ”egen bädd” i föräldrarnas säng.

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

Råden kan sammanfattas som:

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

6.2 Shaken Baby Syndrome

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

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

SKAKA ALDRIG DITT BARN!

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

7 Inskrivna och övervakade barn med födelseår 2009 -2011

Antalet inskrivna barn vid barnavårdscentralerna i Jämtlands län den 31.12. 2011 var 8193 barn vilket är en minskning med 22 barn sedan föregående årsskifte.

Tabell 8 Antal inskrivna barn på respektive hälsocentral/BVC den 31.12 2009 , 2010 respektive 2011

Hälsocentral	0-åringar			0 – 6 år		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Backe	10	10	6	55	65	59
Bispgården	7	13	10	63	61	58
Brunflo	80	94	89	551	572	556
Bräcke	17	20	20	131	128	121
Frösön	168	176	173	996	1042	1063
Funäsdalen	17	23	19	119	119	118
Fjällhälsan	16	13	11	111	122	86
Hede						
Föllinge	12	9	20	99	86	92
Gäddede	7	11	10	38	47	45
Gällö	18	24	8	134	123	117
Hallen	19	20	12	111	114	103
Hammarstrand	23	34	19	137	153	152
Järpen	40	28	30	192	194	192
Krokom	126	116	104	864	862	849
Kälarne	10	10	6	50	58	54
Lit	56	49	40	341	334	304
Lugnvik	74	63	64	367	361	378
Myrviken	21	28	28	158	172	169
Nya Närvården Hoting*	-	5	21	-	54	89
Odensala	86	105	101	582	604	616
Offerdal	11	27	11	142	137	137
Strömsund	58	62	64	315	311	318
Stugun	17	11	17	78	78	85
Sveg	48	44	56	287	271	283
Svenstavik	36	31	28	243	231	219
Torvalla	106	94	72	593	573	548
Utrikeshälsan	18	18	15	131	116	99
Z-huset	171	198	205	750	835	890
Åre	63	89	70	366	392	393
Jämtlands län	1335	1425	1329	8071	8215	8193

Andelen övervakade barn, dvs. de som träffat BVC-sjuksköterskan och/eller BVC-läkaren under år 2011 fortsätter att vara mycket hög, för de allra minsta barnen i princip 100%. Mellan 1½ och 3 år är det inte någon rutinkontroll på BVC men ändå träffar nästan 9 av 10 barn sjuksköterska eller läkare på BVC under denna period. Under åren fram till förskoleklass närmar sig åter andelen övervakade barn 100%. Föräldrar har ett mycket stort förtroende för barnhälsovården.

Se tabell 8!

Tabell 9 Inskrivna och övervakade barn inom barnhälsovården 31.12. 2011

BVC-mott Kommun	Inskrivna efter födelseår							Totalt
	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	
Berg	56	58	59	59	75	80	1	388
Bräcke	34	55	46	54	48	53	2	292
Härjedalen	86	80	77	84	75	85	0	487
Krokom	135	163	169	191	203	214	3	1078
Ragunda	46	52	46	47	52	52	0	295
Strömsund	116	107	103	95	88	94	7	610
Åre	112	134	119	111	110	102	0	688
Östersund	744	762	742	719	708	677	3	4355
Jämtlands län								
Antal Inskrivna	1329	1411	1361	1360	1359	1357	16	8193
Antal övervakade	1319	1410	1189	1348	1334	1314	14	7931
Andel % övervakade	99,2	99,9	87,4	99,1	98,2	96,8	87,5	96,8

7.1 Bemanning på barnvårdscentralen

Bemanning och därmed kontinuitet uppvisar en fortsatt förbättring såväl med minskat antal sjuksköterskor och läkare som arbetat vid länets barnvårdscentraler under 2011. Antal läkare är emellertid fortsatt hög på en del barnvårdscentraler mestadels beroende på ”familjeläkarsystem” vid några hälsocentraler och/eller utbildningsplatser för blivande barnläkare.

Antalet sjuksköterskor som under 2011 har tjänstgjort vid länets barnvårdscentraler är 50 vilket är oförändrat jämfört med föregående år (45 st.) Kontinuiteten på sjuksköterskesidan är således enastående god vid länets 29 barnvårdscentraler.

Antalet läkare som tjänstgjort under 2011 är 76 läkare vilket är samma antal som under 2010. Enstaka barnvårdscentral skiljer ut sig markant och bemanningsfrågan behöver fortsatt nogsamt följas då kontinuitet på läkarsidan är ett viktigt kvalitetskriterium för barn och föräldrar men också ur ett utbildningsperspektiv. Riktlinjerna i de nationella målbeskrivningarna för sjuksköterske- och läkartjänstgöring på BVC är att varje sjuksköterska och läkare på BVC ska få ansvar för minst 25 nyfödda per år. I ett glesbygdslän som vårt kan detta vara svårt att uppnå till fullo men måste ändå utgöra ett riktmärke för planering av BVC-verksamheten.

Diagram 2 Bemanning sjuksköterska/läkare på BVC; Jämtlands län

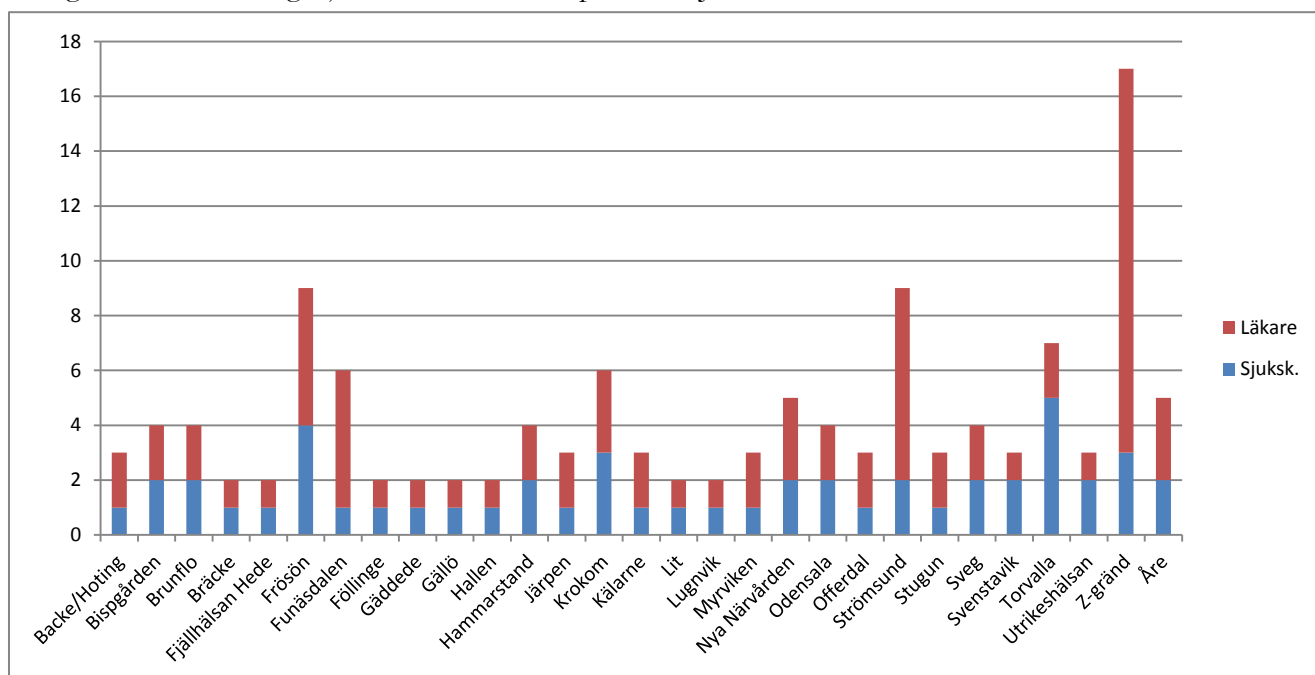
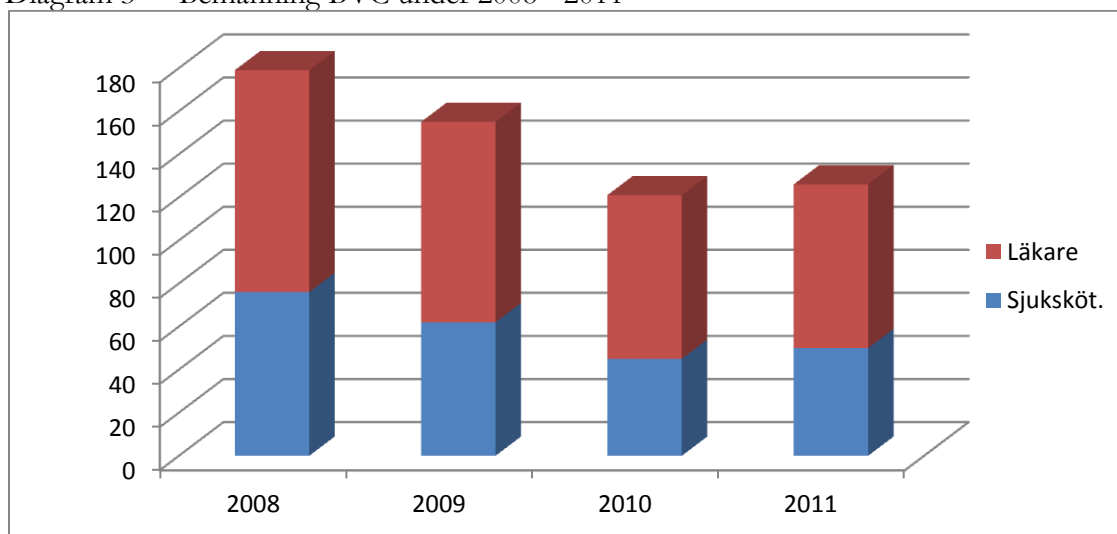


Diagram 3 Bemanning BVC under 2008 - 2011



7.2 BVC – normtid/faktiskt arbetad tid

Rekommenderad tid för BVC-arbete baseras på konsensus kring behovet i ett normalområde. Presenterad statistik är insamlad beträffande faktiskt arbetad tid under våren 2011 vilket betyder att det kan ha skett förändringar därefter.

Normtid innebär att en BVC-sjuksköterska i glesbygd (länets kommuner utom Östersunds) har 320 barn i åldern 0-6 år inskrivna på barnavårdscentralen för en heltidstjänst medan i tätort (Östersunds kommun) motsvarande antal är 400 barn. Se diagram 4 och 5!

Ett drygt tiotal av länets 29 barnavårdscentraler hade mindre tid avsatt än den som rekommenderades i barnhälsovårdens styrdokument. Normtid/faktiskt arbetad tid måste sammanvägas med bl.a. den aktuella barnavårdscentralens vårdtyngd och om man tex. täcker upp för varandra vid semester och annan ledighet innan någon slutsats kan dras beträffande ökning eller minskning av bemanningen. Index för vårdtyngd presenteras i kapitel 7.2. i denna årsrapport.

Diagram 4 Sjukskötersketid per vecka på BVC, faktisk tid och normtid (40 t/vecka = 320 inskrivna barn i länets kommuner (ej Östersund) = glesbygd.

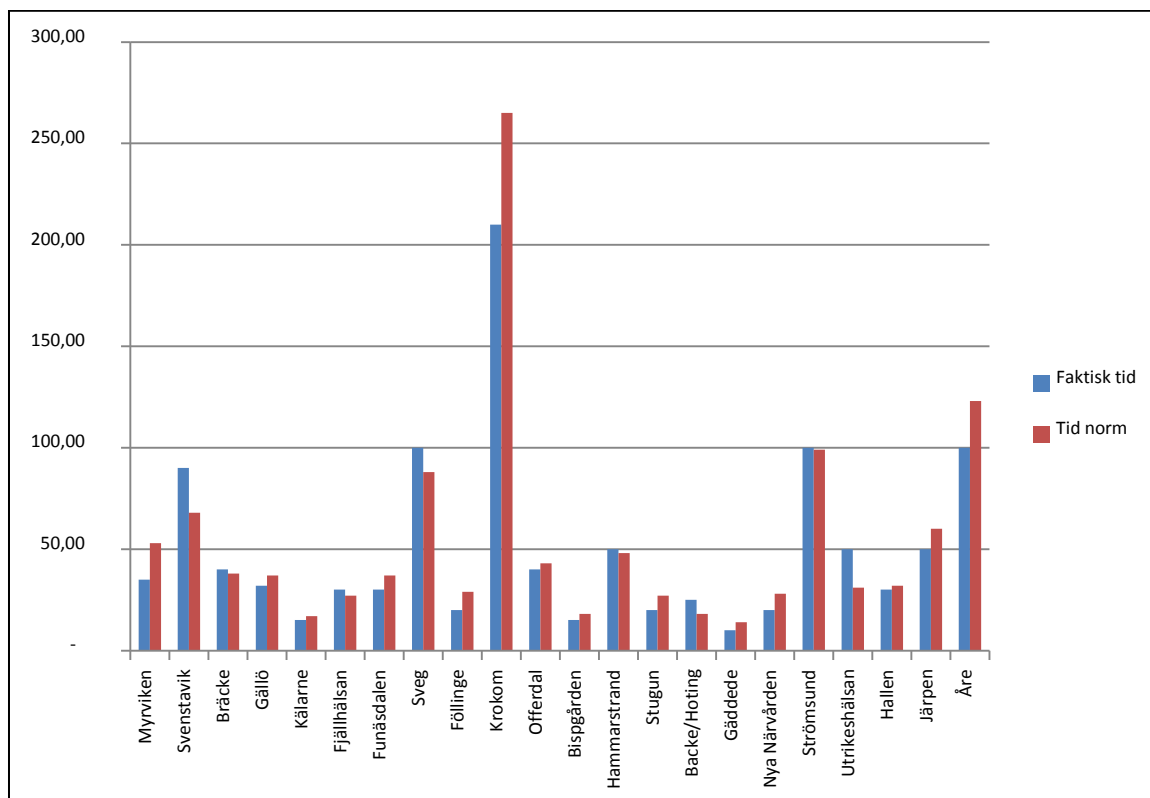
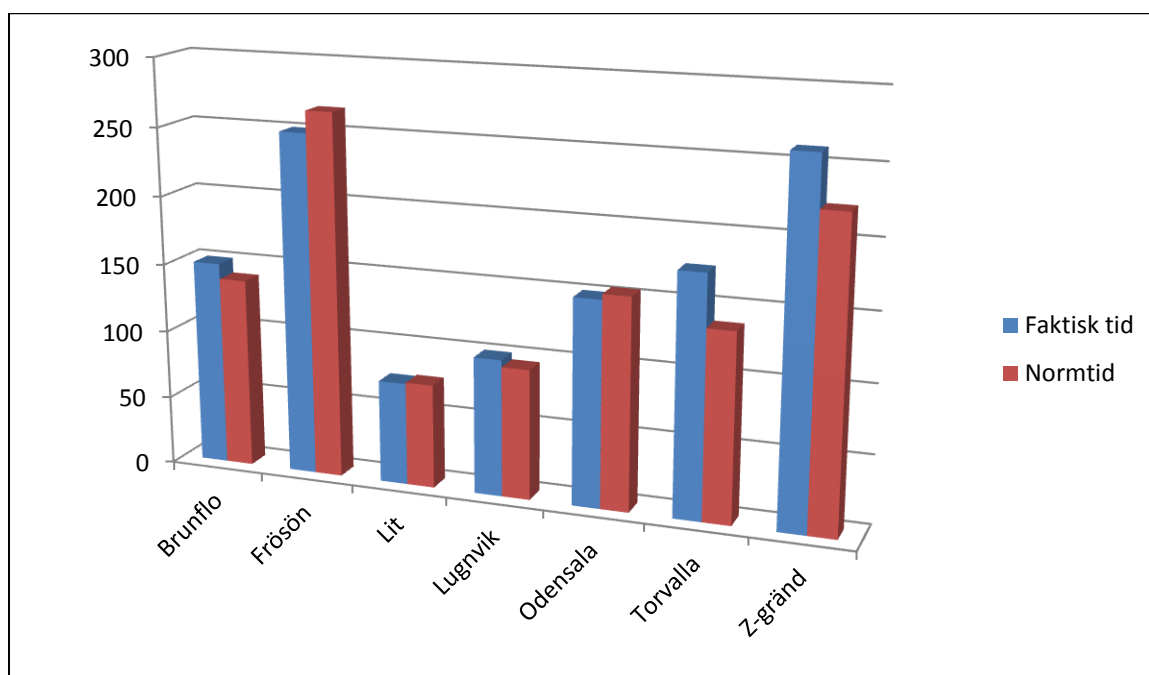


Diagram 5 Sjukskötersketid per vecka på BVC, faktisk tid och normtid. Östersunds kommun = tätort (40 t/vecka = 400 inskrivna barn.



7.3 Vårdtyngdsindex

Hälsocentraler med hög vårdtyngd behöver mer tid för sin BVC-verksamhet.

Vårdtyngdsindex användes på flera håll i landet (ex. Uppsala och Örebro) för att mäta belastning på BVC.

BVC med högre vårdtyngd bör minska normtalen för heltidstjänster. Index beräknas som summan av andelen mammor som röker 0-4 v + andelen föräldrar som är utlandsfödda (båda föräldrar) + slutligen andel förstagångsmödrar. Den senare variabeln divideras med 3 för att inte få för stark genomslagskraft. Index på länsnivå är 22,5 att jämföra med föregående års index på 23. Se diagram 6 och 7!

Diagram 6 Vårdtyngdsindex BVC i länets kommuner (ej Östersund)

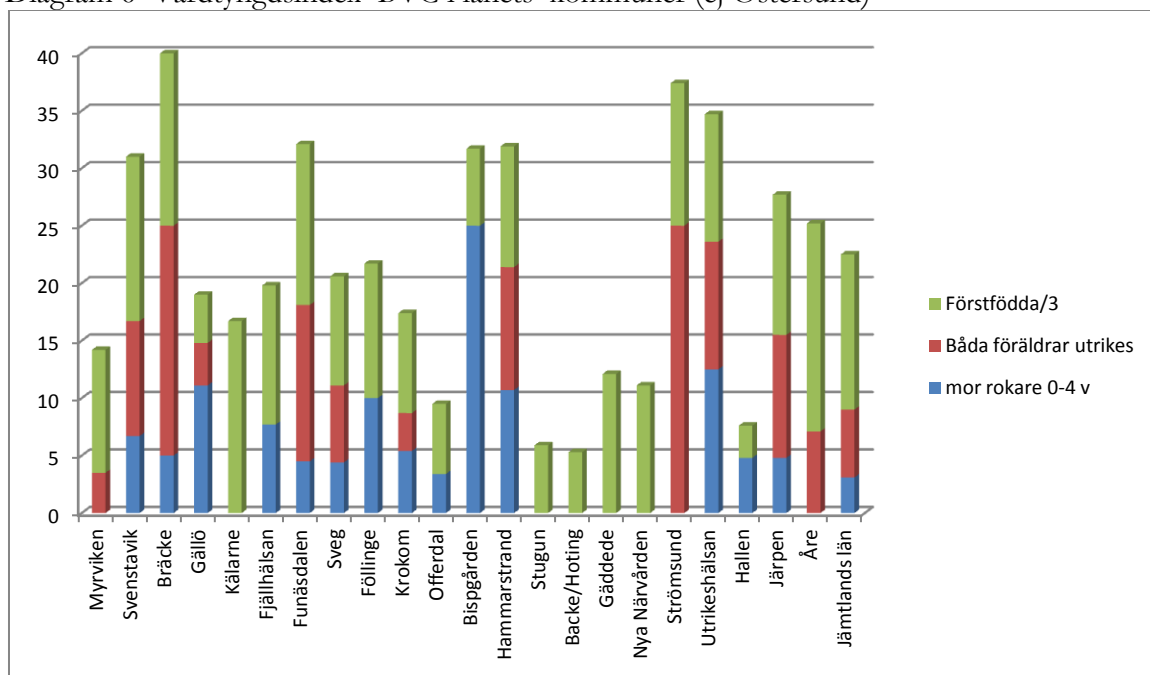
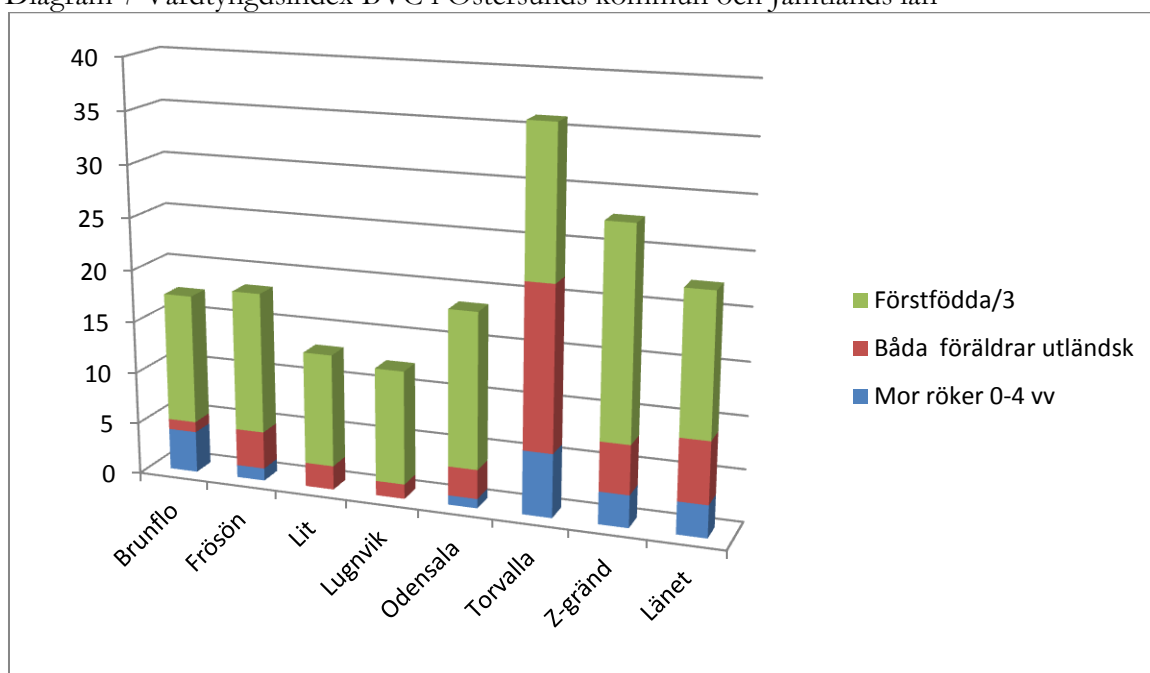


Diagram 7 Vårdtyngdsindex BVC i Östersunds kommun och Jämtlands län



7.4 Hembesök under 2011 för nyblivna föräldrar i Jämtlands län

Målsättning: Hembesök skall erbjudas samtliga nyblivna 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 (8). 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.

Hembesök erbjudes till 80 respektive 79 procent av förstagångsmammor respektive förstagångspappor medan 68 respektive 63 procent av dessa också får hembesök.

Bräcke och Ragunda barnavårdscentraler lever upp till barnhälsovårdens målsättning och genomför hembesök i princip till alla förstagångsföräldrar medan ex. BVC inom Åre kommun har valt ett annat förhållningssätt och genomför hembesök till endast en fjärdedel av föräldrarna.

Anmärkningsvärt är att endast drygt hälften av alla nyblivna föräldrar får hembesök.

Utifrån barnhälsovårdens riktlinjer är det inte acceptabelt att en så liten del får hembesök.

Tabell 10 Hembesök hos nyblivna förstagångsföräldrar Jämtlands län 2011

Kommun	Antal förstagångsmödrar	Antal förstagångsfäder	Antal/andel (%) förstagångsmödrar				Antal/andel (%) förstagångsfäder			
			Erbjudna hembesök		Fått hembesök		Erbjudna hembesök		Fått hembesök	
			antal	andel	antal	andel av alla	antal	andel	antal	andel av alla
Berg	21	21	12	57	11	52	13	62	12	57
Bräcke	13	13	12	92	12	92	13	100	13	100
Härjedalen	28	32	28	100	24	86	32	100	25	78
Krokom	36	38	35	97	29	81	37	97	30	79
Ragunda	11	12	11	100	11	100	11	92	11	92
Strömsund	43	43	36	84	29	67	35	81	29	67
Åre	50	52	31	62	14	28	33	63	14	27
Östersund	335	339	267	80	233	70	258	76	214	63
Jämtlands län	537	550	432	80	363	68	432	79	348	63

Tabell 11 Hembesök till alla nyblivna föräldrar i Jämtlands län 2011

BVC	Antal födda barn	Antal som erbjudits hembesök		Andel % som erbjudits hembesök		Antal som fått hembesök		Andel % av alla födda som fått hembesök	
		♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂
Myrviken	28	10	12	36%	43%	8	10	29%	36%
Svenstavik	28	26	25	93%	89%	19	18	68%	64%
Bräcke	20	20	20	100%	100%	20	20	100%	100%
Gällö	8	6	6	75%	75%	6	6	75%	75%
Kälarne	6	5	4	83%	67%	5	4	83%	67%
Föllinge	20	13	13	65%	65%	13	13	65%	65%
Krokom	104	84	83	81%	59%	61	60	59%	58%
Offerdal	11	8	6	73%	55%	6	6	55%	55%
Bispgården	10	8	8	80%	80%	8	8	80%	80%
Hammarstrand	19	18	18	95%	95%	18	18	95%	95%
Stugun	17	17	17	100%	100%	17	17	100%	100%
Funäsdalen	19	8	6	43%	32%	7	6	37%	32%
Fjällhälsan	11	11	11	100%	100%	10	10	91%	91%
Sveg	56	46	52	82%	93%	21	21	38%	38%
Backe	6	2	2	33%	33%	2	2	33%	33%
Gäddede	10	10	10	100%	100%	9	9	90%	90%
NNV Hoting-Strömsund	21	1	1	1%	1%	1	1	5%	5%
Strömsund FC	64	64	63	100%	98%	59	59	92%	92%
Utrikeshälsan	15	14	15	93%	100%	0	0	0%	0%
Hallen	12	12	12	100%	100%	4	4	33%	33%
Järpen	30	26	23	87%	77%	17	14	57%	47%
Åre	70	35	35	50%	50%	13	13	19%	19%
Brunflo	89	89	82	100%	92%	42	39	47%	44%
Frösön	173	156	151	90%	87%	149	106	86%	61%
Lit	40	37	37	93%	93%	19	19	48%	48%
Lugnvik	64	30	30	47%	47%	17	14	27%	22%
Odensala	101	86	83	85%	82%	83	78	82%	77%
Torvalla	72	72	72	100%	100%	46	34	64%	47%
Z-gränd	205	81	75	40%	37%	75	72	37%	35%
Jämtlands län	1329	995	972	75%	73%	755	681	57%	51%

7.5 Föräldrastöd i grupp

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

Statistik beträffande deltagande i föräldragrupsverksamhet har valts ut som en av tre gemensamma parametrar för barnhälsovården i de fyra norrlandstingen, dvs. förutom Jämlands län också Västernorrlands, Västerbottens och Norrbottens län. De övriga parametrarna är hembesök och EPDS.

Beträffande förstagångsmödrar har 93% procent blivit erbjudna och av dessa har 84% deltagit vid minst 3 grupptillfällen. Beträffande förstagångspapporna har 92% procent blivit erbjudna och av dessa har 31% deltagit vid minst tre grupptillfällen. Se tabell 12.

Beträffande flerbarnsföräldrarnas deltagande i grupp erbjudes ca 40 procent av såväl mammor som pappor men endast ca 20 procent av totala antalet flerbarnsmödrar har deltagit minst 3 gånger. För papporna är motsvarande siffra endast 5 procent.

Vi ser en liten ökning i deltagandet bland förstagångsföräldrarna men en fortsatt utmaning är att öka pappornas deltagande.

Föräldrastöd i grupp har nu under året erbjudits de flesta föräldrar enligt Z modellen. Det kommer under de närmsta åren bli viktigt att följa upp vad satsningen med Z modellen har fått för betydelse.

Tabell 12 Föräldrastöd i grupp för förstagångsföräldrar till barn f. 2010 och som deltagit vid minst tre grupptillfällen.

Kommun Län	Antal inskrivna barn födda 2010			Antal/andel erbjudna förstagångsmödrar		Antal erbjudna förstagångsfäder		Förstagångsmödrar, som deltagit minst 3 ggr, av totala antalet förstagångsmödrar		Förstagångsmödrar, som deltagit minst 3 ggr, av antalet erbjudna förstagångsmödrar	Förstagångsfäder, som deltagit minst 3 ggr, av antalet erbjudna förstagångsfäder	
	alla barn	första barn ♀	första barn ♂	antal	andel %	antal	andel %	antal	andel %	andel %	antal	andel %
Berg	58	20	22	18	90	18	82	9	45	50	0	0
Bräcke	55	21	24	17	81	20	83	15	71	88	0	0
Härjedalen	80	41	42	41	100	42	100	27	66	66	3	8
Krokom	163	44	48	41	93	42	88	28	64	68	9	22
Ragunda	52	27	27	18	67	20	74	15	56	84	5	25
Strömsund	107	42	42	32	77	30	72	23	55	72	13	44
Åre	134	69	64	66	96	63	98	52	75	79	15	24
Östersund	762	358	361	341	95	343	95	312	87	92	130	38
Jämtlands län	1411	622	630	574	93	578	92	481	78	84	175	31

Tabell 13 Föräldrastöd i grupp för flerbarnsföräldrar till barn födda 2010 och som deltagit vid minst 3 grupptillfällen.

Kommun Län	Antal inskrivna barn födda 2010			Antal/andel erbjudna flerbarns- mödrar		Antal erbjudna flerbarns- fäder		Flerbarnsmödrar, som deltagit minst 3 ggr, av totala antalet flerbarnsmödrar		Flerbarnsmödrar, som deltagit minst 3 ggr, av antalet erbjudna flerbarnsmödrar	Flerbarnsfäder, som deltagit minst 3 ggr, av antalet erbjudna flerbarnsfäder	
	alla barn	fler- barn ♀	fler- barn ♂	antal	andel %	antal	andel %	antal	andel %	andel %	antal	andel %
Berg	58	38	36	27	71	21	58	14	37	52	1	5
Bräcke	55	34	31	29	85	24	77	17	50	59	0	0
Härjedalen	80	39	38	39	100	37	98	31	80	80	4	11
Krokom	163	119	115	43	36	39	34	30	25	70	0	0
Ragunda	52	25	25	16	64	14	56	11	44	69	0	0
Strömsund	107	65	65	39	60	40	62	19	30	49	4	10
Åre	134	65	70	61	94	62	89	21	32	34	0	0
Östersund	762	404	401	82	20	70	18	30	7	37	5	7
Jämtlands län	1411	789	781	336	43	307	40	173	22	52	14	5

7.6 Spädbarnsmassage

Kroppslig närhet och beröring har sedan urminnes tider ansetts vara bra för mänskligt välbefinnande. De kroppsliga kemiska processer som beröring har visats vara betydelsefulla för anknytning mellan mor och barn (9). Spädbarnsmassage kan vara ett verktyg för att stärka anknytning mellan barn och förälder men också ha en rogivande och avslappnande effekt, förbättra barns sömn, ge hjälp att tyda barnets behov samt att stärka självförtroendet hos både barn och föräldrar.

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

Vi har inte samlat statistik angående spädbarnsmassage under 2011 men fortfarande erbjuds spädbarnsmassage vid de allra flesta av länets barnavårdscentraler. En fortsatt målsättning är att samtliga barnavårdscentraler ska kunna erbjuda spädbarnsmassage. En förutsättning är återkommande utbildningsmöjligheter för berörd personal.

8 ICDP-programmet "Vägledande samspel"

ICDP (International Child Development Program) är ett hälsofrämjande program med mål att stimulera och utveckla ett positivt samspel mellan vuxna och barn, barn sinsemellan och mellan vuxna.

Det är ett samspeletsprogram som grundar sig på vad som gynnar barns växande och lärande. Barn är precis som vuxna beroende av sin omgivning för att de egna resurserna skall komma fram och användas. Det är i den vardagliga samvaron som det viktiga samspelet sker. Genom att vara nyfiken på det egna samspelet kan man utveckla sina relationer och sitt samspel.

I ICDP-programmet finns det en hög ambition att stödja föräldrarnas egna aktiviteter, att vägledaren bekräftar och uppmärksammar föräldrarnas egna positiva omvårdande beteenden. Det lägger stor vikt vid att ge stöd till föräldrarna så att de litar på sina egna förmågor och tror sig om att kunna uppfostra sitt barn.

Vägledningen utformas inom ramen för åtta samspelsteman. Dessa teman diskuteras både i föräldragrupper och individuellt.

I föräldraskapet handlar den reflektiva förmågan om att se sitt barn som en individ med egna känslor, tankar och behov. När man som förälder försöker förstå det barnet känner istället för att reagera på det barnet gör blir det lättare att svara mot barnets behov på ett lyhört sätt. Det i sin tur gör att barnet känner sig tryggt.

Målsättningen är att alla inom Barnhälsovården samt övrig personal inom Familjecentralerna i länet skall ha utbildning i ICDP-programmet "Vägledande samspel". ICDP skall ingå "Föräldrastöd Z - Zätamodellen". Det innebär ett gemensamt förhållningssätt och en gemensam värdegrund. Möjlighet ges även att hålla föräldragrupper tillsammans.

Under 2011 har 13 deltagare(BVC-sjuksköterskor/barnmorskor, förskollärare, FBH-psykolog och socionom elevhälsan) utbildats i ICDP-programmet "Vägledande samspel" Nivå 1 och Nivå 2.

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

9 Ömsesidig Respekt

2011-01-01 - 2012-06-01

Ömsesidig Respekt har nu funnits i 6 år och konceptet har utvecklats på olika sätt. Idag är 30 ledare utbildade i olika kommuner, konceptet har nått ca 1200 föräldrar, en bok är skriven plus utbildningsmaterial, personal efterfrågar programmet för egen del vilket har gjort att kurser har startat. En hemsida är skapad www.omsesidigrespekt.se och även en facebook sida. Nikolaus Koutakis vid Örebro universitet presenterade en poster om programmet och dess utvärdering från det nationella projektet och deras utvärdering av Ömsesidig Respekt i Kronobergs län vilket presenterades på Folkhälsostämman i Stockholm i april 2012. En vetenskaplig artikel är skriven och publiceras under sommaren 2012. Två utvärderingar har visat att Ömsesidig Respekt ger starka effekter, en studie från Åre och sedan studien från Kronobergs län där utvärderingen är genomförd på andra ledare oberoende av Mona Hedström som tagit fram programmet. Utvärderingen från Kronobergs län var på föräldrar med barn upp till 12 år. Åre studien visar på både kort- och långtidseffekter.

Konceptet används på lite olika sätt idag. I Älmhults kommun används Ömsesidig Respekt upp till 12 år. I andra kommuner är konceptet inlagt på barnhälsovården och i några kommuner används det efter barnhälsovårdens träffar. Ömsesidig Respekt används även för föräldrar i förskolan 1 -5 år.

Det är olika yrkeskategorier som har valt att utbilda sig till ledare i Ömsesidig Respekt så som kuratorer, familjebehandlare, socionomer, förskolelärare, specialpedagoger, skolsköterska och bvc-sköterskor.

Ömsesidig Respekt har funnits 6 år i Åre, 2 år i Krokoms och Bräcke kommun. Tillsammans har vi nått ca 900 föräldrar i Jämtlands län.

10 Pappaindex 2011

Det är trettionde året som TCO (Tjänstemännens Central Organisation) mäter pappornas uttag av föräldraförsäkringen.

TCO's pappaindex (10) är ett index för pappaledigheten och bygger på försäkringskassans statistik över föräldraledigheten.

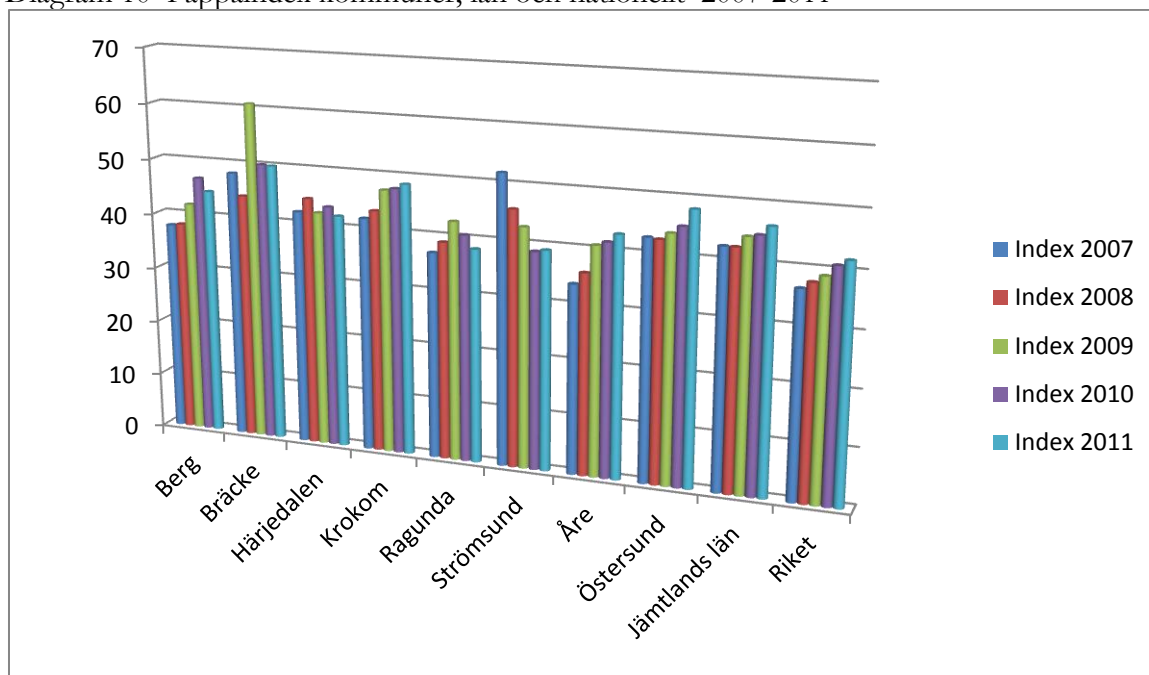
Pappaindex är en sammanvägning av pappors andel av samtliga uttagna föräldradagar och andelen män av de föräldralediga. Om pappa och mamma delar lika på föräldraledigheten blir indexvärdet 100. Pappaindex presenterades för första gången 1999 och var då 16,7 att jämföra med dagens 41,9.

Indexet ökar årligen vilket främst beror på att de pappor som tar ut dagar i föräldraförsäkringen blir fler. Det är något att glädjas åt. Men undersökningen visar att bland pappor i åldern 20-35 år tar en tredjedel ut mindre än en månad i ledighet i samband med sitt senast födda barn.

Jämtlands län har sedan starten 1999 hela tiden haft ett pappaindex över genomsnittet. Index har ökat från 19,9 till 46,4. Länet har avancerat från elfte plats till sjunde och vidare till femte och tredje för att år 2005 landa på andra plats, en plats som länet behöll även år 2006. År 2007 kanade länet till tredje plats trots att index ligger högt. År 2011 hamnar länet på fjärde plats. Under årens lopp har de flesta av länets kommuner förbättrat sina index.

Sedan starten 1999 har Jämtlands pappaindex ökat med mer 25 enheter. Om index fortsätter att öka i den takten kommer länet att uppnå ett jämställt uttag av föräldraledighet (index=100) inom ungefär 25 år. Det senaste årets ökningstakt lovar dock inte lika gott som tidigare år. Om index fortsätter att öka med 0,4 enheter per år dröjer det mer än 100 år innan uttaget blir jämställt. En mer jämställd fördelning av föräldraledigheten är ett avgörande steg mot ett mer jämställt samhälle med ett mer föräldravänligt arbetsliv. Utformningen av föräldraförsäkringen är fortsatt en mycket viktig fråga med tanke på barnens rätt till båda sina föräldrar. Se diagram!

Diagram 10 Pappaindex kommuner, län och nationellt 2007-2011



11 Sammanfattn. av psykolog- och socionomverksamheten på FBH.

Psykologerna och socionomerna på Föräldra- barnhälsan 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 föräldragrupperverksamhet prioriterades till viss del bort under 2011 p g a att antalet remisser ökade med 31% jämfört med året innan samtidigt som vi haft vakanser på psykologtjänster. Socionom och psykolog har deltagit i utbildningar till MHV/BHV- personal som t e x introduktionsdagar till BHV-personal, genus, vägledande samspel m.m. Uppföljning av Z-modellen har skett gruppvís. Riktade föräldragrupper där psykolog eller socionom deltagit har vänt sig till blivande tvillingföräldrar, blivande och nyblivna adoptivföräldrar och föräldrar till prematura barn. Antal besök hos socionom och psykologer har ökat under året, men p g a av det stora remissinflödet har ändå väntetiderna ökat.

Huvuddelen av remisserna kom från BVC-läkare eller BVC-sjuksköterska (48 %) och MVC-läkare eller barnmorska (21 %), resten från barnklinik, KK, vuxenpsykiatri, logoped, BUH, BUP m fl. Patient eller förälder har själva tagit kontakt i 19 % av ärendena. 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 och ibland långa resor. Detta har stor betydelse för tillgängligheten för t ex spädbarnsfamiljer och i ett förebyggande perspektiv.

En förskjutning har genom åren skett från att de flesta remisser varit på barn till att det nu är flest remisser på blivande eller nyblivna föräldrar. Frågeställningen på vuxenremisserna skall dock fortfarande gälla problem med graviditet eller att man behöver stöd i föräldraskap. Ökningen i remisser de senaste åren ligger också framför allt på vuxna, 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. 2010 var 65 % av remisserna på vuxna, 35 % 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, postpartum-depression samt psykisk ohälsa hos förälder för 33 %, stöd i föräldraskap 32 %, förlossningsrädsla 3 %, barnutredning 19 %. Övriga remissorsaker är t ex barnpsykologisk eller social rådgivning, vårdnads/umgängesproblem, beteendestörning hos barn, enkopres, sömnproblem m.m. 56 % 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 pojkarna dominerar när det gäller barnremisser, 60 % av remisser på barn gäller pojkar och då mest 4-5 åringar. De flesta remisserna på vuxna är på kvinnor men vi träffar oftast paret tillsammans, vilket gör att vi möter ett betydande antal blivande/nyblivna pappor, även om det inte framgår av statistiken.

12 Fortsatt arbete med Genus inom mödra-/barnhälsovården

Under 2007 startades ett genusprojekt 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 finansierades med psykologtjänst på halvtid med medel från Länsstyrelsen samt Jämtlands Läns Landsting för en treårsperiod. Projektet är avslutat och är numera en del av ordinarie verksamhet.

Syftet med genusutbildningen 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. Utbildningen innefattar diskussioner i grupp varvat med föreläsningar om genus och föräldraskap. Under 2011 har familjecentralspersonal, barnmorskor och BVC-sjuksköterskor som inte tidigare deltagit, erbjudits utbildning. 20 st deltog i en uppsamlingsdag, heldag 6 december.

Genus kommer f.o.m. hösten 2012 att inkluderas i Z-modells utbildningen.

De ”Nio föräldraråd” som ingår i Z-modellen har reviderats under 2011.

13 Psykisk ohälsa

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

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

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

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

Sammanfattningsvis har EPDS erbjudits vid alla BVC utom vid två (Gäddede och NNV Hoting-Strömsund). 75 procent av alla nyförlösta mammor har erbjudits EPDS screening varav 91 procent har besvarat formuläret. 82 mammor har erhållit stöd vilket motsvarar 5,8 procent av totala antalet mammor.

Diagram 11 Antal barn f. 2010 på respektive BVC/mammor som erbjudits EPDS/mammor som screenats med EPDS och erbjudits samtal utifrån POGS. Länets kommuner förutom Östersund.

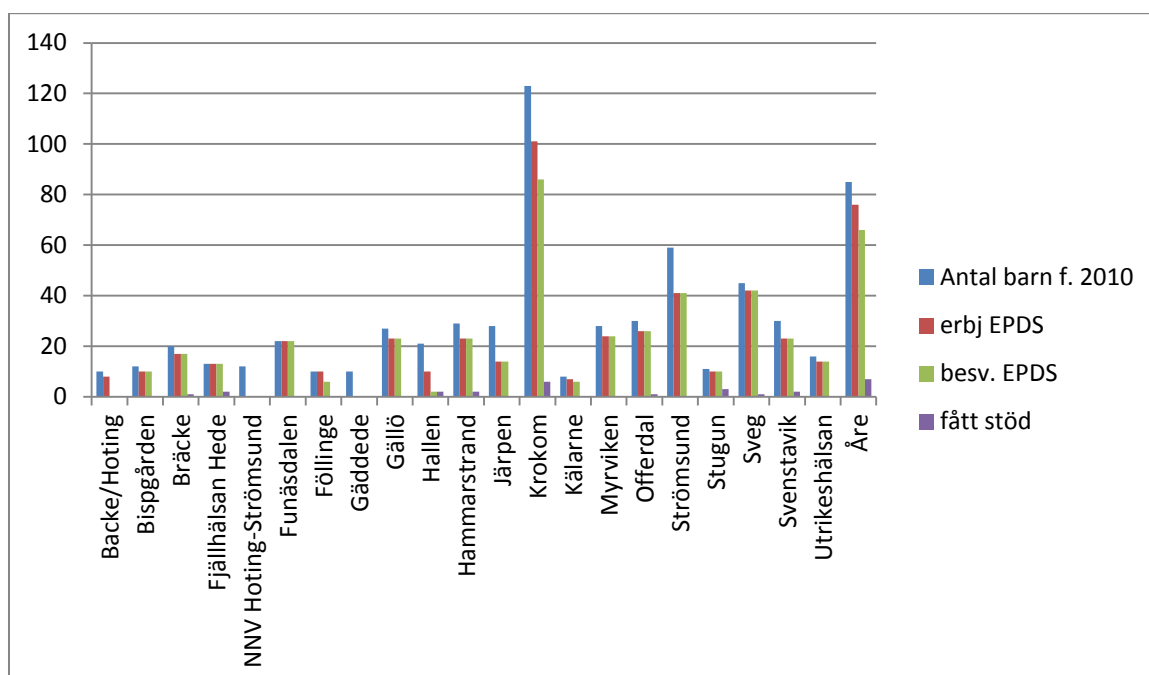
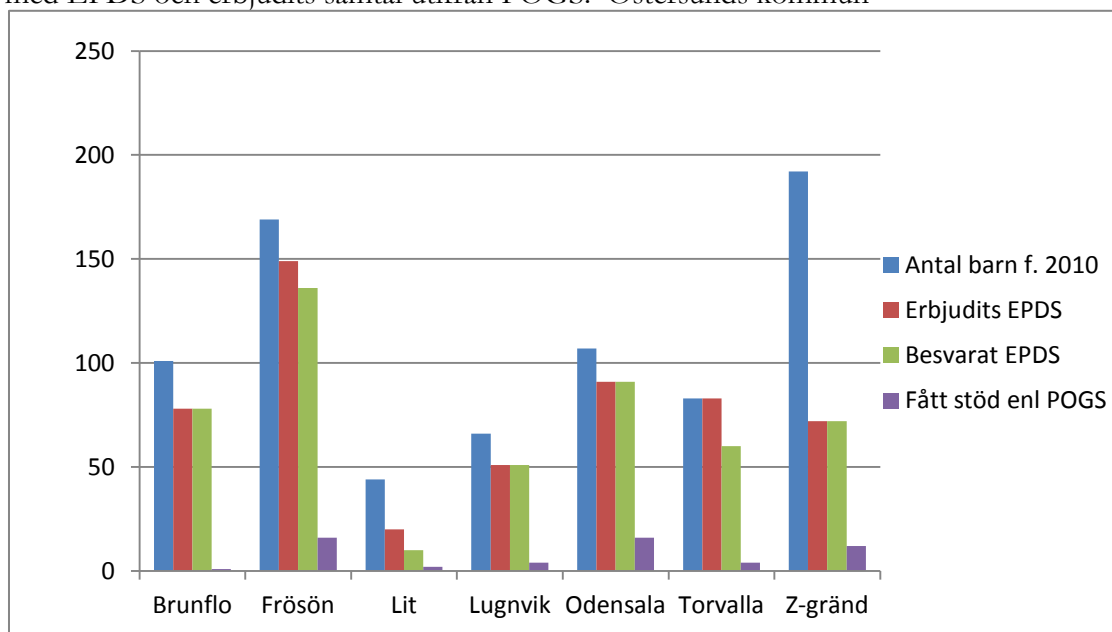


Diagram 12 Antal barn f. 2010 på respektive BVC /mammor som erbjudits EPDS/screenats med EPDS och erbjudits samtal utifrån POGS. Östersunds kommun



Tabell 15 EPDS användning BVC, Jämtlands län; barn födda 2010

BVC	Antal barn f. 2010	erbj EPDS	besv. EPDS	fått stöd	Uppgift saknas
Backe/Hoting	10	8	0	0	0
Bispgården	12	10	10	0	2
Brunflo	101	78	78	1	23
Bräcke	20	17	17	1	0
Fjällhälsan Hede	13	13	13	2	0
NNV Hoting-Strömsund	12	0	0	0	0
Frösön	169	149	136	16	14
Funäsdalen	22	22	22	0	0
Föllinge	10	10	6	0	1
Gäddede	10	0	0	0	0
Gällö	27	23	23	0	2
Hallen	21	10	2	2	0
Hammarstrand	29	23	23	2	6
Järpen	28	14	14	0	14
Krokom	123	101	86	6	18
Kälarne	8	7	6	0	1
Lit	44	20	10	2	0
Lugnvik	66	51	51	4	15
Myrviken	28	24	24	?	4
Odensala	107	91	91	16	8
Offerdal	30	26	26	1	2
Strömsund	59	41	41	0	3
Stugun	11	10	10	3	0
Sveg	45	42	42	1	0
Svenstavik	30	23	23	2	7
Torvalla	83	83	60	4	2
Utrikeshälsan	16	14	14	0	1
Z-huset	192	72	72	12	7
Åre	85	76	66	7	10
Jämtlands län	1411	1058	966	82	142

14 Amning

Målsättning:

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

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

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

Tabell 16 Amningsfrekvens, %, barn födda 2010

Andel barn: procent av antalet födda som ammas vid										
	1 vecka		2 mån		4 mån		6 mån		9 mån	12 mån
	helt	helt och/eller delvis	helt	helt och/eller delvis	helt	helt och/eller delvis	helt	helt och/eller delvis	helt och/eller delvis	helt och/eller delvis
Berg	84,2	100	75,4	87,7	58,9	73,2	18,2	65,5	34,5	3,7
Bräcke	89,1	100	70,9	89,1	52,8	66,0	26,9	50,0	24,5	10,4
Härjedalen	86,3	96,3	75,0	93,8	62,5	75,0	28,8	65,0	40,0	23,8
Krokom	91,9	96,9	68,1	84,4	58,8	74,4	12,7	60,1	33,5	12,1
Ragunda	92,3	98,1	63,5	82,7	53,8	69,2	13,5	53,8	29,4	13,7
Strömsund	96,3	99,1	76,6	86,9	49,5	80,4	7,5	56,1	30,8	17,1
Åre	82,4	97,7	70,5	89,4	53,8	81,8	5,3	61,1	24,2	12,1
Östersund	84,7	97,8	68,5	88,0	58,4	76,8	8,0	64,9	34,6	12,5
Jämtlands län	86,7	97,9	69,8	87,8	57,2	76,3	10,7	62,4	32,9	13,0

Amningsfrekvensen har sjunkit dramatiskt sedan föregående år. Alltifrån 2 månaders ålder har både hel och/eller delvis amning minskat med dryga 6 procentenheter. Orsaken är säkerligen multifaktoriell alltifrån tidig hemgång till trender i tiden.

Prel. uppgifter från mödrahälsovårdens efterkontroll 2011 visar att vid 4 veckors ålder hos barnet helammas 78% av barnen och ytterligare 13,4 procent delammades. 7,1 % uppger att barnet icke ammas alls.

Diagram 13 Antalet barn födda 2005-2010 som är hel- respektive delammade vid 1 veckas ålder i Jämtlands län

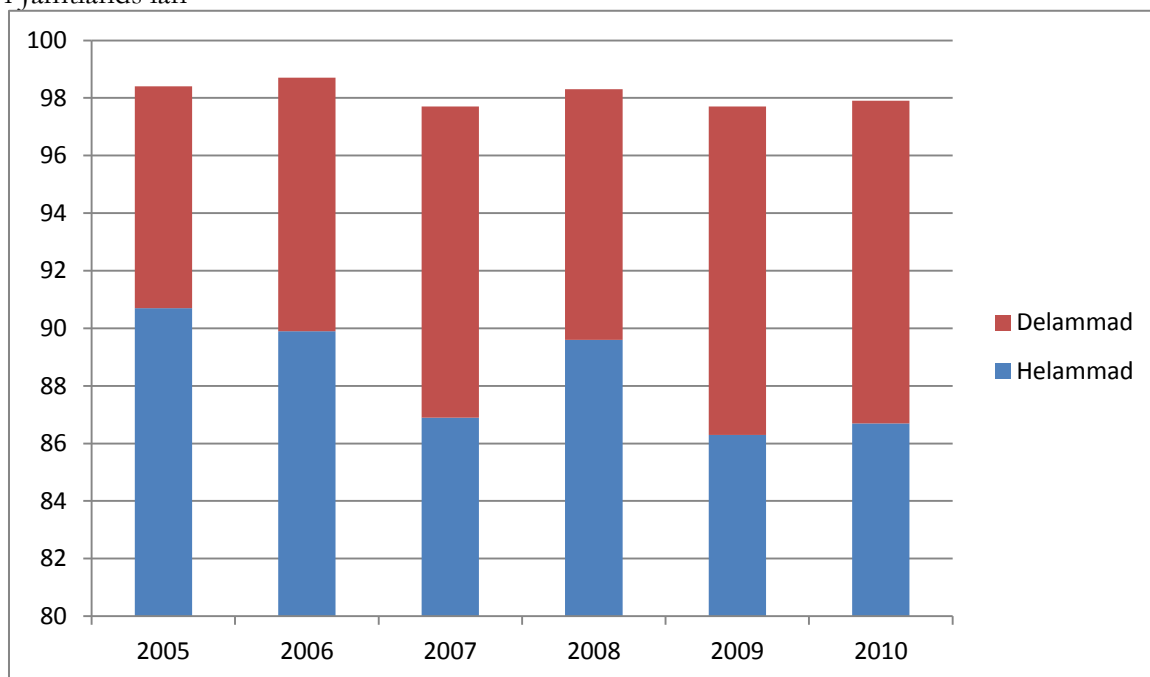


Diagram 14 Antalet barn födda 2005-2010 som är hel- respektive delammade vid 4 månaders ålder i Jämtlands län.

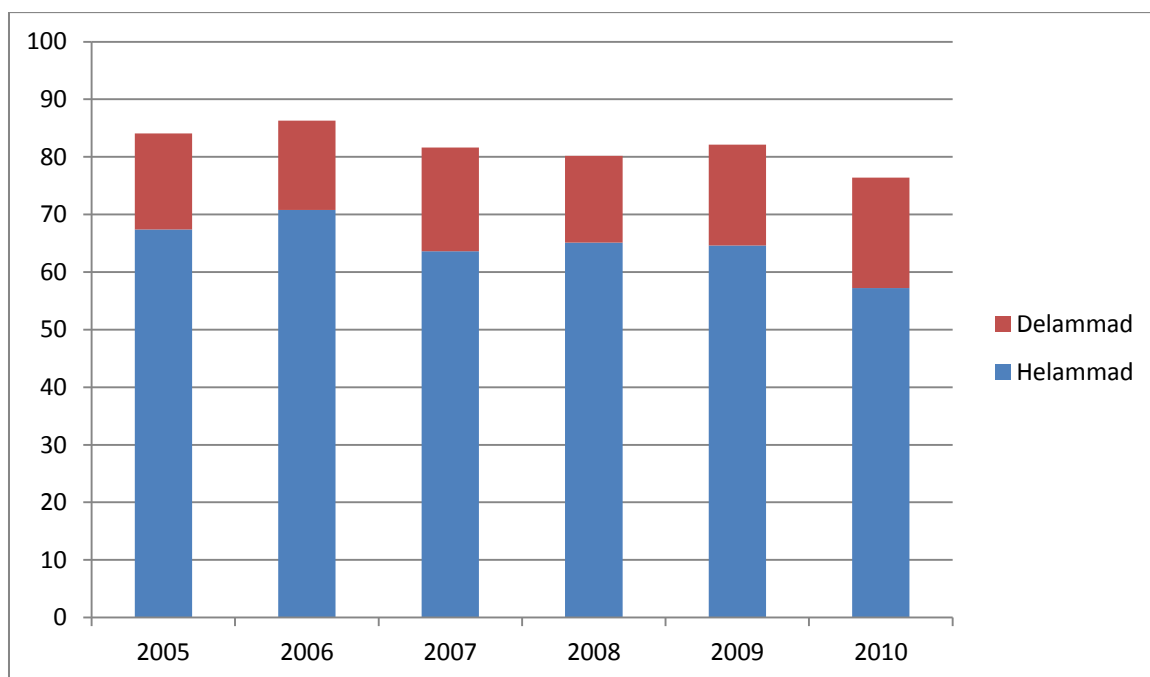
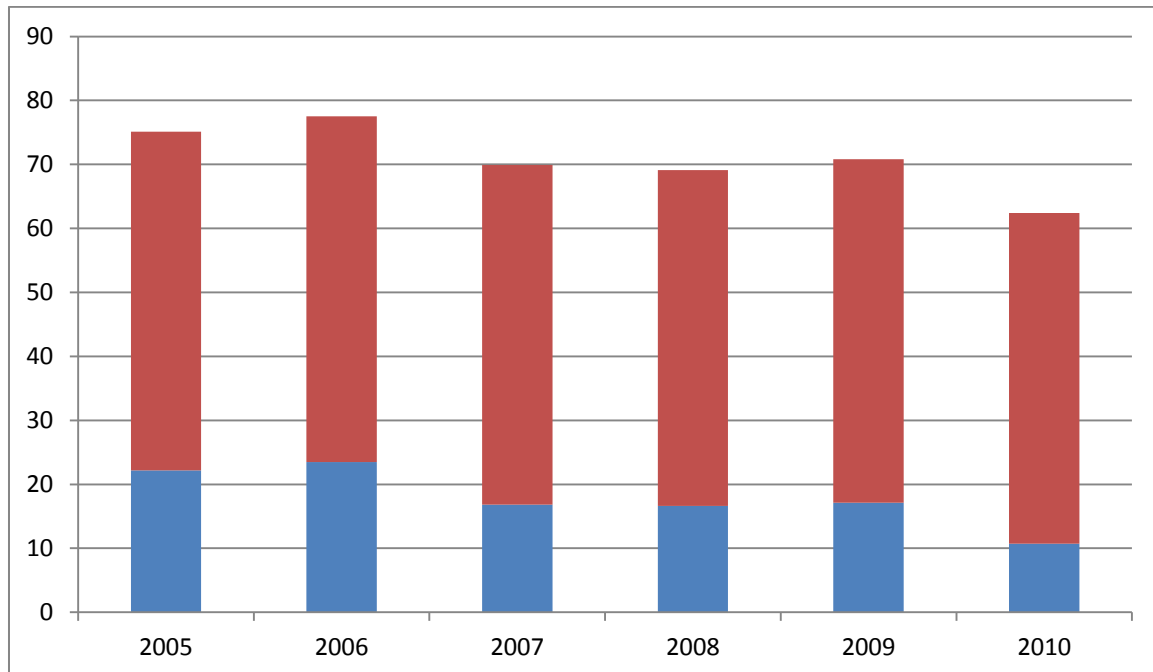


Diagram 15 Antalet barn födda 2005 – 2010 som är hel- respektive del ammade vid 6 månaders ålder i Jämtlands län.



15 Rökning

Målsättning:

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

Rökningen minskar inte längre bland föräldrarna utan är väsentligen oförändrad jämfört med föregående år. Andelen rökande föräldrar varierar starkt mellan olika områden.

Målsättningen nås beträffande andelen rökande mammor vid 0-4 veckors ålder men vi når inte upp till målsättningen beträffande rökfria föräldrar vid 8 månaders ålder då 91,2 procent av föräldrarna är rökfria (målsättning 93%). Ett kvarstående bekymmer är att pappor röker fortsatt i betydligt högre utsträckning än mammorna. En situation oförändrad under många år och således en utmaning för mödra- och barnhälsovården i länet! Vi anar en viss omsvängning hos pappor till barn födda 2010!

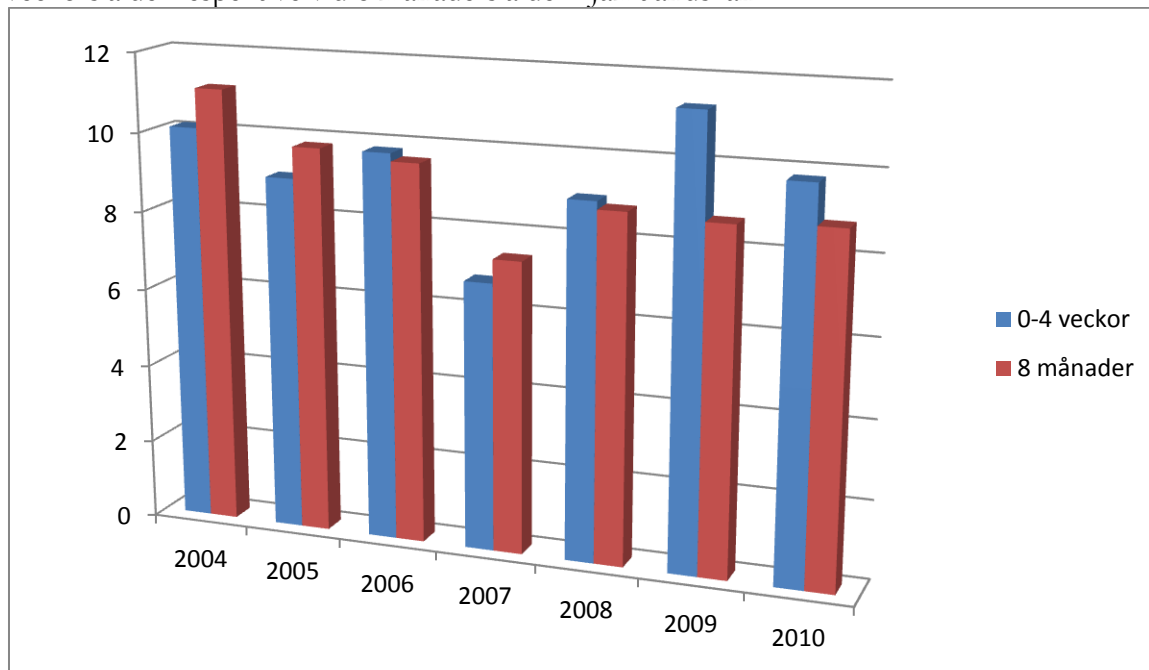
Vi har i år infört en ny parameter, nämligen andelen rökare när barnet är 18 månader. Se tabell nedan!

Tabell 17 Föräldrars rökvanor då barnet är 4 veckor och 8 månader (barn födda 2010)
Föräldrars rökvanor då barnet är 18 månader gammalt (barn födda 2009)

Kommun	Antal barn	Andel rökande mödrar (%)			Andel rökande fäder (%)		
		0-4 veckor	8 mån	18 mån	0-4 veckor	8 mån	18 mån
Berg	58	3,6	5,9	7,0	9,4	8,3	21,0
Bräcke	55	7,3	11,1	9,0	18,2	18,5	18,0
Härjedalen	80	5,0	6,3	6,0	12,5	9,0	7,0
Krokom	163	4,3	5,6	6,0	8,7	10,0	6,0
Ragunda	52	11,8	9,8	3,0	8,0	8,0	9,0
Strömsund	107	1,9	3,8	2,0	3,8	2,9	3,0
Åre	134	0,7	6,0	2,0	6,0	6,0	6,0
Östersund	762	2,4	2,9	3,0	5,0	5,1	6,0
Jämtlands län 2010	1411	3,1	4,5		6,7	6,6	
Jämtlands län 2009	1357*	3,3	3,8	3,2	8,0	7,2	6,8

* Nationell statistik, osäker uppgift ang. barnantal. Sannolikt ska siffran vara 1354

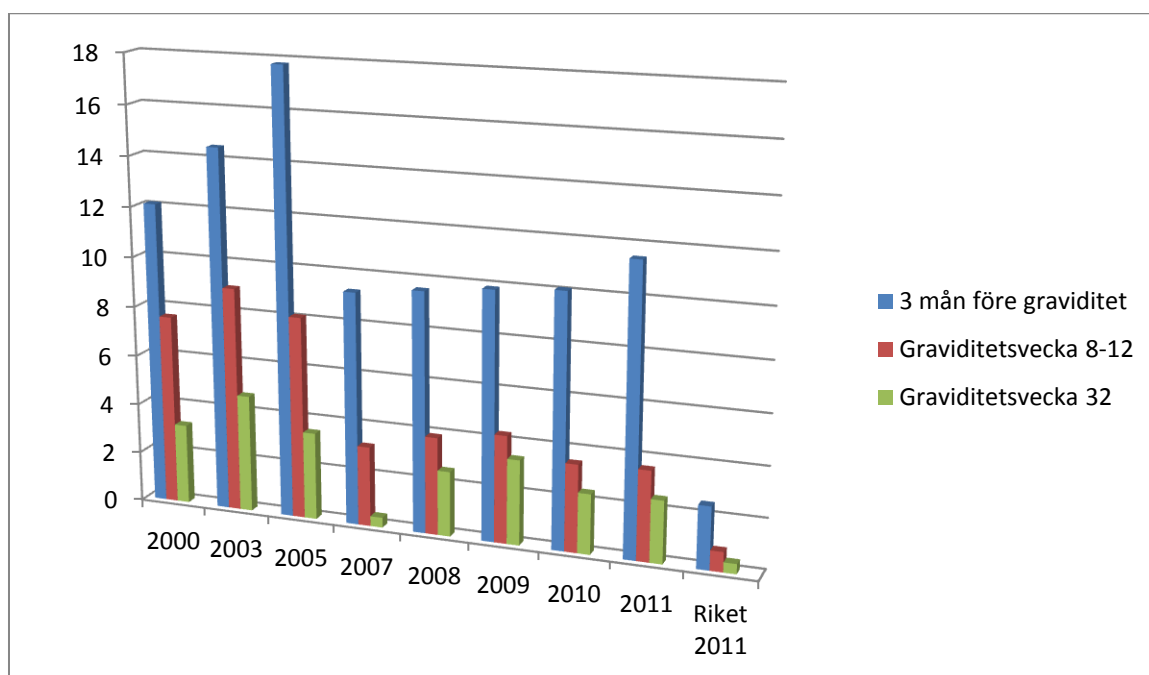
Diagram 16 Barn, födda 2004 -2010, som exponerats för tobaksrök i sin hemmiljö vid 0-4 veckors ålder respektive vid 8 månaders ålder i Jämtlands län.



16 Snusning

Årsstatistiken visar alltså att andel snusande mammor i länet klart överstiger riket i övrigt men också att många blivande mammor slutar med att snusa i samband med graviditeten.

Diagram 17 Andel snusare (mammor)(%) i Jämtlands län 2000-2011
Andel snusare (mammor)(%) i Sverige 2011



17 Riskbruksarbete

Riskbruksarbetet inom mödra- och barnhälsovården är en del i länets mobilisering att minska alkoholskador.

Alkoholkonsumtionen i Sverige är idag högre än för 100 år sedan och konsumtionen mellan år 1996 och år 2004 ökade från åtta liter till cirka 10,5 liter ren alkohol per år (Ramstedt, Boman, Engdahl, Sohlberg & Svensson, 2010) (11). Under 2010 var den totala alkoholkonsumtionen 9,1 liter ren alkohol per invånare och år (15 år och äldre), Statens Folkhälsoinstitut (FHI) 2011) (12).

Många barn växer upp i familjer med vuxna som har en riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion. En hög alkoholkonsumtion hos den vuxne är en riskfaktor för negativa hälsoeffekter på barnet (FHI, 2008a) (12).

Målet med det alkoholpreventiva arbetet inom barnhälsovården är att få föräldrar att reflektera över hur deras alkoholvanor kan påverka barnen. De föräldrar som har en alkoholkonsumtion som kan påverka barnen negativt ska erbjudas stöd att ändra sina alkoholvanor (FHI, 2008b) (13).

I en intervjustudie som syftade till att beskriva föräldrars tankar om alkoholkonsumtion i samband med föräldraskap och föräldrars upplevelser av alkoholpreventivt arbete inom barnhälsovården blev slutsatsen att alkoholarbetet är betydelsefullt och hör hemma i barnhälsovården. Föräldrar har många tankar om alkohol i samband med föräldraskap och dessa tankar skulle kunna användas som diskussionsunderlag för kommande alkoholsamtal inom barnhälsovården.

Samtal i föräldragrupp tycks vara extra värdefullt då erfarenheter kan utbytas och filmen 'Tänk efter i vilket sällskap du berusar dig' (FHI, 2008b) (14) berör föräldrar och kan vara lämplig att använda i föräldragrupsverksamheten. Alkoholsamtalen tycks väcka nya tankar och medvetandegöra föräldrar om alkohol i samband med föräldraskap (Åsa Heimer, 2011) (15).

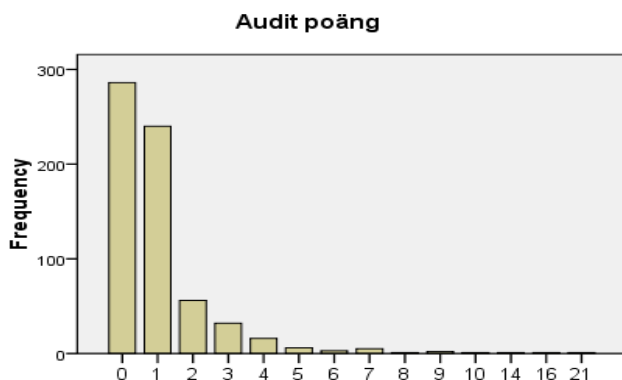
Samordnande barnmorska Ingrid Haglund, samordnande BHV-sjuksköterska Gunnel Holmqvist, distriktsköterskornas samordnare Britta Ahlin och alkoholsamordnare Thomas Andersson har träffats för att diskutera och planera det fortsatta alkohol- och drogförebyggande arbetet i länet.

Planerat en utbildningsdag för ny personal primärvården i januari 2012. Arrangemanget är en del i länets mobilisering mot droger.

Uppmärksamhetsvecka 45: Liksom tidigare år har familjecentralerna, barnmorske- och bvc-mottagningarna i länet på olika sätt satt extra fokus på riskbruk den veckan.

AUDIT enkäter delades ut till alla föräldrar som besökte BVC, barnmorskemottagningarna och övriga verksamheter på Familjecentralerna i länet under alkoholveckan oktober 2010. En sammanställning gjordes under 2011 med hjälp av Hans Fröling, ledningsstab kvalitet. För kvinnor räknas 6 poäng eller mer som ett högt alkoholintag och kan på sikt påverka hälsan negativt. Motsvarande för män är 8 poäng.

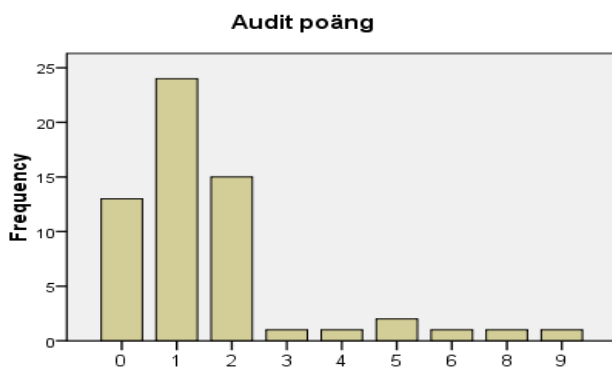
AUDIT hela länet, alla kvinnor och män vecka 45,2010



AUDIT hela länet, kvinnor med barn 0 – 6år vecka 45, 2010



AUDIT hela länet, män med barn 0 – 6år vecka 45 2010



Betydligt färre uppgav alkoholvanor som kan medföra risk för hälsan jämfört med det som kom fram när AUDIT delades ut hösten 2004 d.v.s. innan riskbruksarbetet startade. Den gången hade 14% av männen 8 poäng eller mer och 3% av kvinnorna 6 poäng eller mer.

2011 delade BHV i länet återigen ut AUDIT-enkäter till alla som besökte BVC under vecka 45. Anledningen till att det upprepades var att en jämförelse med andra län blev möjlig genom att FHI den här gången tog på sig att göra en nationell sammanställning. Tyvärr visade det sig att alla län inte hade möjlighet att delta. I nedanstående tabell ses resultat från 10 län som deltog, Stockholms län saknas fortfarande.

Lan	Sex	ej riskbruk	riskbruk	missbruk	Row			
Västerbotten n=447	kvinnor	328	98,50%	5	1,50%	0	0,00%	333
	män	106	92,98%	8	7,02%	0	0,00%	114
Kronoberg n= 799	kvinnor	607	97,43%	16	2,57%	0	0,00%	623
	män	161	91,48%	13	7,39%	2	1,14%	176
Gotland n=174	kvinnor	127	99,22%	1	0,78%	0	0,00%	128
	män	43	93,48%	3	6,52%	0	0,00%	46
VG / Skaraborg n=694	kvinnor	512	95,52%	23	4,29%	1	0,19%	536
	män	145	91,77%	11	6,96%	2	1,27%	158
Värmland n=557	kvinnor	423	96,80%	14	3,20%	0	0,00%	437
	män	110	91,67%	8	6,67%	2	1,67%	120
Örebro län n=718	kvinnor	547	99,09%	5	0,91%	0	0,00%	552
	män	155	93,37%	10	6,02%	1	0,60%	166
Västmanland n=659	kvinnor	483	97,77%	9	1,82%	2	0,40%	494
	män	149	90,30%	15	9,09%	1	0,61%	165
Dalarna n=735	kvinnor	527	96,17%	20	3,65%	1	0,18%	548
	män	170	90,91%	17	9,09%	0	0,00%	187
Gävleborg n=783	kvinnor	592	97,85%	12	1,98%	1	0,17%	605
	män	160	89,89%	17	9,55%	1	0,56%	178
Västernorrland n=523	kvinnor	384	96,73%	11	2,77%	2	0,50%	397
	män	122	96,83%	4	3,17%	0	0,00%	126
Jämtland n=422	kvinnor	304	98,38%	4	1,29%	1	0,32%	309
	män	107	94,69%	5	4,42%	1	0,88%	113

Kontakt har hållits med FHI omkring barnhälsovårdens fortsatta riskbruksarbete och det fortsatta nationella stödet i och med att det nationella riskbruksprojektet lagts ner.

Under hösten blev det klart från regeringen om en fortsatt satsning på MHV:s och BHV:s ANDT- arbete.

Det långsiktiga målet är ”Ett samhälle fritt från narkotika och dopning, med minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och med ett minskat tobaksbruk.”

Barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak.

Färre barn ska födas med skador orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak.

I strategin står bland annat:

- att blivande föräldrar erbjuds information och vid behov rådgivning om ANDT:s skadeverkningar,
- att föräldrar med ett risk- eller missbruk få ändamålsenligt stöd eller vård för att undvika att barnet skadas,
- att vård och stöd förbättras till barn som föds med skador orsakade av ANDT och till deras föräldrar,
- att kunskapen öka om hur många barn som föds med skador orsakade av ANDT och om deras utvecklingsprognos.

Att uppmärksamma föräldrar på alkoholintagets negativa konsekvenser för barnet.

FHI anordnade en nationell nätverksträff ”Riskbruk, tobak och andra droger” för barnmorskor och BVC-sjuksköterskor i Stockholm där samordnade BHV-sjuksköterskor och barnmorskor deltog.

I december 2011 startade en samverkan mellan mödra- barnhälsovården, specialistmödravården, beroendeenheten JLL och socialtjänsten med syfte att ta fram riktlinjer för samverkan och stöd till blivande och nyblivna föräldrar med risk- och missbruk.

18 Vaccinationer

Målsättning: Att andelen MPR vaccinerade barn vid 2 års ålder skall överstiga 97 %.

Vaccination är en av de mest effektiva och kostnadsbesparande hälsovårdsinsatser som finns. Vaccinationsfrekvensen i landet och länet är god men lägre vaccinationstäckning förekommer inom vissa områden på grund av kulturella och religiösa förhållanden. Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen varnar för fortsatt utbrott av mässling i ett flertal europeiska länder. 2011 insjuknade över 30 000 individer i Europa, Sverige hade 26 fall. Av de 21 mässlingsfall som rapporterats i Sverige under 2012 (fram till 21 juli) var 20 ovaccinerade och ett fall hade bara fått en dos. Under våren 2012 pågick ett stort mässlingsutbrott i Ukraina med över 8000 fall rapporterade.

Ett utbrott av röda hund i Järna visar på vikten av vaccination. Fram till juli i år 2012 har 48 fall rapporterats. Alla har koppling till Järna i Södertälje.

Vaccinationsfrekvensen mot mässling är acceptabel i länets kommuner med undantag av Strömsunds kommun som inger stora farhågor. Samtal pågår fortlöpande för att öka förståelsen för vårt nationella vaccinationsprogram. Se tabell 18 !

Tabell 18 Andel vaccinerade (%) av barn födda 2009

BVC/Kommun	DTP (difteri, tetanus, kikhosta)	Polio	Hem. infl.	MPR	Pneumokocker
Myrviken	100,0	100,0	100,0	95,7	100
Svenstavik	97,2	97,2	94,4	94,4	94,4
Berg	98,3	98,3	96,6	94,9	96,6
Bräcke	94,1	94,1	94,1	94,1	94,1
Kälarne	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Gällö	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Bräcke	97,8	97,8	97,8	97,8	97,8
Bispgården	83,3	83,3	83,3	100,0	83,3
Hammarstrand	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Stugun	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ragunda	97,8	97,8	97,8	100,0	97,8
Funäsdalen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Fjällhälsan,Hede	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sveg	97,8	97,8	97,8	97,8	97,8
Härjedalen	98,7	98,7	98,7	98,7	98,7
Föllinge	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Krokom	100,0	100,0	100,0	100,0	98,4
Nälden	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Offerdal	93,8	93,8	93,8	93,8	93,8
Ås	97,3	97,3	97,3	97,3	94,6
Krokom	98,8	98,8	98,8	98,8	97,6

BVC/Kommun	DTP (difteri, tetanus, kikhosta)	Polio	Hem. infl.	MPR	Pneumokocker
Hallen	100,0	100,0	100,0	88,9	100,0
Järpen	95,7	95,7	95,7	93,6	95,7
Åre	96,3	96,3	96,3	96,3	96,3
Åre	96,6	96,6	96,6	94,1	96,6
Backe	90,9	90,9	90,9	90,9	90,9
Gäddede	85,7	85,7	85,7	85,7	85,7
Utrikeshälsan Hammerdal	94,4	94,4	94,4	94,4	94,4
Hoting	91,7	91,7	91,7	91,7	91,7
Strömsund	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0
Strömsund	85,4	85,4	85,4	85,4	85,4
Brunflo	98,8	98,8	98,8	98,8	95,3
Frösön	99,4	99,4	99,4	98,9	98,3
Lit	d 98,2 t 100 k 96,5	96,5	96,5	96,5	96,5
Lugnvik	98,6	98,6	98,6	95,8	98,6
Odensala	100,0	100,0	100,0	100,0	99,0
Torvalla	100,0	100,0	100,0	98,9	100,0
Z-huset	98,2	98,2	98,2	98,2	98,2
Östersund	d 99,1 t 99,2 k 98,9	98,9	98,9	98,4	98,1
Berg	98,3	98,3	96,6	94,9	96,6
Bräcke	97,8	97,8	97,8	97,8	97,8
Härjedalen	98,7	98,7	98,7	98,7	98,7
Krokom	98,8	98,8	98,8	98,8	97,6
Ragunda	97,8	97,8	97,8	100,0	97,8
Strömsund	85,4	85,4	85,4	85,4	85,4
Åre	96,6	96,6	96,6	94,1	96,6
Östersund	d 99,1 t 99,2 k 98,9	98,9	98,9	98,4	98,1
Jämtlands län	d 97,6 t 97,7 k 97,6	97,6	97,5	97,0	96,9

d= difteri t= tetanus k= kikhosta

Vaccination mot pneumokocker

Vaccination mot pneumokocker ger ett gott skydd mot invasiv pneumokockinfektion (blodförgiftning och hjärnhinneinflammation) under de första levnadsåren. Dödligheten är hög och risken för allvarliga handikapp är stor vid invasiv pneumokockinfektion tidigt i livet.

Socialstyrelsen beslutade av ovanstående skäl att vaccination mot pneumokocker skulle bli en del av det allmänna barnvaccinationsprogrammet vid 3,5 och 12 månaders ålder och erbjudas alla barn födda efter den 1 januari 2009. Av barn födda 2009 vaccinerades drygt 96 procent av barnen i Jämtlands län.

Fortsatt är det extra viktigt att se till att riskbarnen blir vaccinerade. Som riskbarn räknas bl.a. mb Down, barn födda före graviditetsvecka 32, barn med läpp-käk-gomspalt och cochleaimplantat, barn med svåra hjärtfel m.fl.

Vaccination mot tuberkulos

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

Sammanlagt har personal vid barnavårdscentralerna bedömt 115 barn (8,5%) som riskbarn varav 96 barn (84%) blev vaccinerade. Vi har under året vaccinerat ytterligare 8 barn (0,7%) som inte tillhör riskgrupp. Barnhälsovården har ett mångårigt gott samarbete med barn- och ungdomsmedicinska mottagningen vid Östersunds sjukhus dit såväl PPD som BCG vaccination är centraliserad för att upprätthålla den rent praktiska kompetensen beträffande PPD avläsning och vaccination.

Vaccination mot hepatit B

Antalet barn födda 2009 som har påbörjat eller avslutat vaccination mot hepatit B under år 2009 är 152 barn (11,1) vilket är en ökning från föregående år (8,9%).

Alltsedan sommaren 2010 erbjudes samtliga föräldrar i Jämtlands län att mot egen betalning låta vaccinera sina barn mot hepatit B vid 3,5 och 12 månaders ålder, ett alternativ som tillämpas i flera landsting och enligt rekommendation från WHO m.fl. Fn. är det drygt 60% av barnen i länet som vaccineras under sitt första levnadsår. I skrivande stund (augusti 2012) har socialstyrelsen meddelat att under hösten lämnas förslag till regeringen på att låta vaccination mot hepatit B ingå i det allmänna barnvaccinationsprogrammet.

Vaccinationsbiverkning rapporterade till barnhälsovårdsöverläkaren under 2011

Synflorix och Infanrix hexa

1. Vid första vaccination, 3 mån ålder, skriker oavbrutet 45 min efter vaccination. Stor rodnad (6 x 6 cm) på vä lår (Synflorix) och mkt mindre rodnad hö lår (Infanrix hexa). Rodnaderna helt borta efter 4 timmar. Inga men.

19 BMI

Fetma vid 4 och 5 års ålder innebär kraftigt ökad risk för fetma också vid 10 års ålder. En amerikansk studie visar att överviktiga tonåringar som regel förvärvat sin övervikt redan före 5 års ålder (16). Det är också visat att förekomsten av övervikt och fetma är högre på landsbygd och i glesbygd än i tätort. Högt BMI (Body Mass Index) är också relaterat till låg socialgrupp och kort skolutbildning. Flickor har i olika studier visat sig ha högre BMI än pojkar.

Under hösten 2007 påbörjades registrering av BMI av länets 4-åringar i samband med 4-årskontrollen på barnvårdscentralen. BMI är framförallt tänkt att användas på länsnivå för att kunna följa utvecklingen av övervikt/fetma. Se tabeller !

Tabell 19 BMI; födda 2004-2007; ålder 3,75 – 4,25 år, Jämtlands län

Födelseår län	2004	2005	2006	2007
Antal undersökta barn	999	947	980	857
Övervikt %*	11,4	11,3	10,5	9,7
Fetma %*	2,2	2,5	2,9	2,2
Övervikt och fetma %*	13,6	13,8	13,4	11,9

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

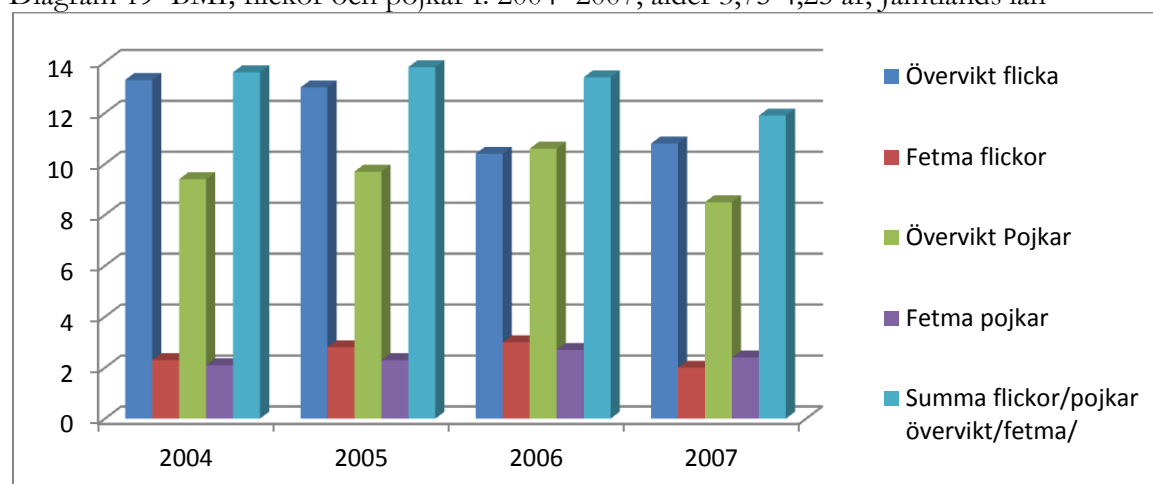
Tabell 20 BMI; flickor födda 2004-2007
ålder 3,75-4,25 år, Jämtlands län

Födelseår	2004	2005	2006	2007
Antal undersökta flickor	519	462	501	446
Övervikt %*	13,3	13,0	10,4	10,8
Fetma %*	2,3	2,8	3,0	2,0
Övervikt och fetma %*	15,6	15,8	13,4	12,8

Tabell 21 BMI; pojkar födda 2004-2007
ålder 3,75-4,25 år; Jämtlands län

Födelseår	2004	2005	2006	2007
Antal undersökta pojkar	480	485	479	411
Övervikt %*	9,4	9,7	10,6	8,5
Fetma %*	2,1	2,3	2,7	2,4
Övervikt och fetma %*	11,5	12,0	13,3	10,9

Diagram 19 BMI; flickor och pojkar f. 2004 -2007, ålder 3,75-4,25 år, Jämtlands län



Förutom könsskillnad föreligger också en ökad förekomst av övervikt och fetma, såväl hos vuxna som hos barn i glesbygd. Tabell nedan visar de stora skillnaderna som förekommer i länet mellan ex. flickor i Strömsunds och Östersunds kommun. Resultaten må dock tolkas med viss försiktighet då det rör sig om små barnantal men tendensen i länet är dock tydlig.

Se tabell 22 och diagram 20 nedan!

Tabell 22 Övervikt/fetma hos barn f. 2007; 3,75-4,25 år kommunvis Jämtlands län

Kommun	Antal barn 3,75-4,25 år, f. 2007	Övervikt %	Fetma %	Övervikt eller fetma %
Berg	59	10,2	0	10,2
Bräcke	44	13,6	9,1	22,7
Härjedalen	53	11,3	0	11,3
Krokom	139	7,2	3,6	10,8
Ragunda	37	10,8	0	10,8
Strömsund	46	28,3	2,0	30,3
Åre	98	14,3	3,1	17,4
Östersund	419	6,2	2,1	8,3

Framtagna handlingsplaner mot övervikt/ fetma måste implementeras såväl inom landsting som inom kommuner. Preventiva program inriktade på livsstilsförändringar på individnivå har emellertid begränsad framgång på befolkningsnivå om man inte samtidigt kan påverka strukturer som gynnar uppkomsten av övervikt och fetma. Åtgärder på samhällsnivå som främjar vardagsmotion som promenader, cykling, utevistelse och ökat intag av frukt/grönt och fullkorn kan resultera i minskad övervikt och fetma. Behov finns av dietister inom primärvården och måste prioriteras. Samverkansgruppen med deltagare från barnklinik och barn- och skolhälsovård har fortsatt sitt arbete med regelbundna möten. En revidering av handlingsprogrammet ”Handlingsprogram för övervikt och fetma bland barn och ungdomar i Jämtlands län” kommer att ske under 2012.

Ett samarbete med folkhälsocentrum har påbörjats angående en utvidgning och revidering av de frågor som ställs till föräldrar vid BMI registrering när barnet kommer på 4-års besök. Önskvärt vore att frågorna stämde mer överens med de frågor som används i skolan. Under hösten har även planering gjorts inför projektet ”Rörelse av vikt- en hjärtesak för Jämtlands län” som Folkhälsocentrum tillsammans med länets alla kommuner kommer att genomföra under 2012-2014. En utbildningsinsats till BVC-sjuksköterskorna planerades och genomfördes i början av 2012. Boken med CD-skiva ”Rörelse av vikt- en hjärtesak för Jämtlands län” kommer att delas ut till alla förstfödda barn som kommer på 4-årsbesök under projektiden. En utvärdering med frågeformulär till föräldrarna ingår i projektet.

20 Barn som far illa

Under 2009 fullföljdes arbetet med att ta fram skriften ”Råd och Riktlinjer för personal inom hälso- och sjukvården då barn far illa eller riskerar att fara illa”. Huvudansvariga för arbetet har varit överläkare Anna-Lena Nilsson vid barn- och ungdomskliniken samt barnhälsovårdsöverläkaren.

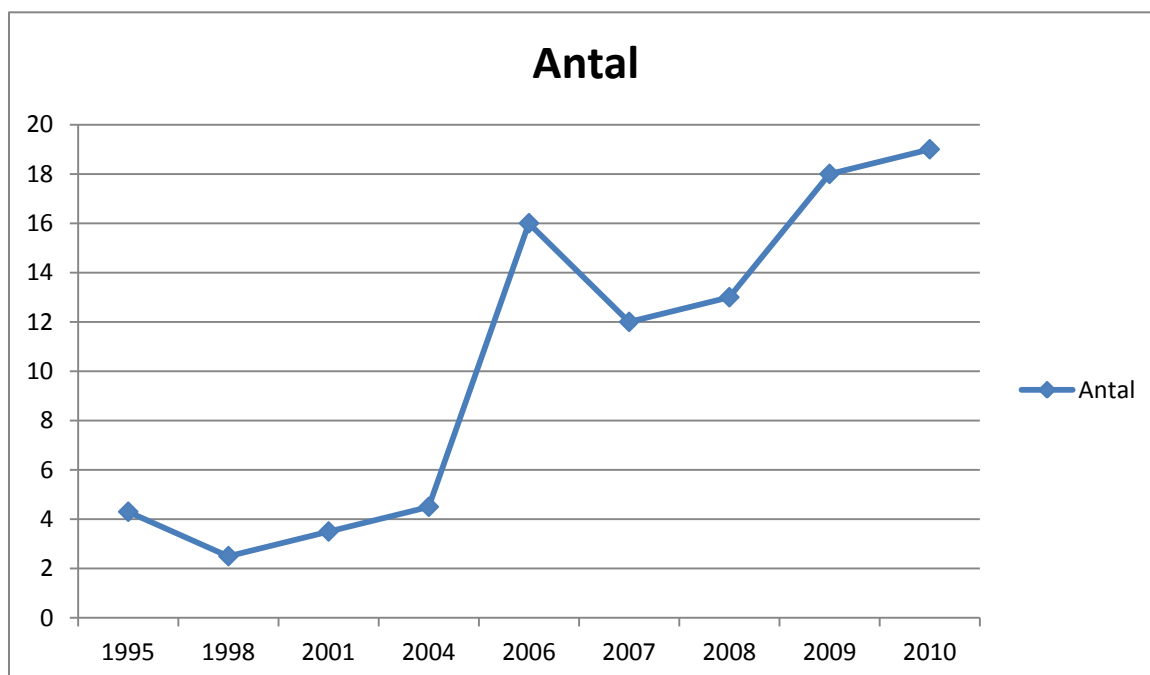
Under 2009 anordnades i samband med Nätverket för konventionen om barnets Rättigheters konferens i februari månad en halv studiedag om Shaken Baby Syndrom med föreläsare från Karolinska sjukhuset. Samtidigt presenterades begreppet Mental vaccinering med information till föräldrar om syndromet såväl på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

Under år 2010 påbörjade barntandläkare Kristina Palm tillsammans med centrala samverkansgruppen arbetet med att ta fram ett dokument för våra familjecentraler: ”Vägledande stöd vid konsultation och anmälan vid oro för att barn far illa”. Skriften presenterades under hösten 2011 för personalen vid den regionala nätverksträffen för länets familjecentraler. Samtal med Regionförbundet pågår angående implementering av dokumentet på länsnivå.

Antalet anmälda brott på grund av misshandel mot barn har ökat kraftigt under hela 2000-talet. Under 2011 anmäldes 2900 fall av misshandel av barn 0-6 år. En ökning med 14% sedan föregående år. Ökningen behöver inte bero på att misshandeln mot barn har ökat utan kan också bero på att anmälningsbenägenheten ökat.

Figuren nedan bygger på statistik från BRÅ (Brottsförebyggande rådet)(17) och visar antalet anmälda misshandelsbrott (inklusive grov misshandel) mot barn under 6 år i vårt län. Dessvärre saknas statistik från vårt län för år 2011.

Diagram 21 Antalet anmälda misshandelsbrott Jämtlands län mot barn 0-6 år/100 000 invånare



I föregående årsrapport presenterades för första gången statistik för Jämtlands län beträffande antalet anmälningar från personal inom barnhälsovården till socialtjänst angående barn som far illa.

Under 2011 anmäldes från barnhälsovården till socialtjänsten 11 barn i åldern 0-6 år, oförändrat antal från år 2010. Anmälningsorsak oftast på grund av omsorgssvikt men också på grund av missbruk, sexuellt övergrepp och psykisk sjukdom hos förälder. Antalet motsvarar en andel på 0,13 procent av antalet barn inskrivna vid våra barnavårdscentraler. Nationellt har liknande siffror presenterats från Skåne och Blekinge.

21 Samverkan med förskolan

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

Vikten av ett gott samarbete med förskolan kan inte nog betonas. En förtroendefull samverkan grundläggs och utvecklas genom besök inom varandras verksamheter. Barnhälsovården har ett mycket nära samarbete med förskolan vid 5-årsundersökningen bl.a. genom den utomordentligt goda hjälpen med att bedöma det aktuella barnet genom förskoleformuläret som är framtaget i samarbete med förskolan i länet. I och med familjecentralernas tillkomst har kontakten med den öppna förskolan fördjupats.

Socialstyrelsen har i kunskapsöversikten **Smitta i förskolan**, hösten 2008 tagit fram ett bra verktyg för gemensam syn för förskolans och barnhälsovårdens personal när det gäller råd hur förebygga och förhålla sig vid olika infektioner. Barnhälsovården i samarbete med personal från Smittskyddsenheten avslutade under våren 2011 utbildningsinsatsen för länets barnhälsovårds- och förskolepersonal utifrån den ovan nämnda kunskapsöversikten.

Andel besök på länets förskolor har inte levt upp till barnhälsovårdens målsättning.

Endast drygt hälften av de kommunala förskolorna har fått besök under året och ännu färre av förskolor i annan regi, 42 procent.

Orsaken till ovanstående anges framförallt vara tidsbrist. Ett kommande bekymmer är Hälsovalet där inskrivna barn på BVC inte alltid återfinnes på de förskolor som av tradition ”tillhört” områdets barnavårdscentral. **Men enligt barnhälsovårdens kvalitetskrav är inte detta en acceptabel situation utan måste skyndsamt och noggrant analyseras utifrån respektive BVC.**

Tabell 23 Samarbete med förskolan under 2011

Kommun	Antal BVC	Antal förskolor kommunal regi	Antal förskolor annan regi	Andel besök (%) kommunal förskola			Andel besök (%) förskola annan regi		
				Minst en gång/termin	en gång/år	inte alls	Minst en gång/termin	en gång/år	inte alls
Berg	2	9	3	22	78	-	-	100	-
Bräcke	3	6	3	17	17	67	-	-	100
Härjedalen	3	10	4	50	50	-	50	50	-
Krokom	4	25	6	16	-	84	-	-	100
Ragunda	3	5	1	60	40	-	100	-	-
Strömsund	4	22	0	0	14	86	-	-	-
Åre	3	13	4	46	31	23	25	25	50
Östersund	7	55	12	31	27	42	25	8	67
Jämtlands län	29	145	33	23%	28%	48%	21%	21%	58%

22 Samarbete med Hörselvården

Hörselvården sköter screening- undersökning av hörseln på spädbarn sedan 2002 i samband med BB-vistelsen genom att undersöka Oto Acustisk Emission (OAE). Metoden är mycket tillförlitlig. Drygt 1 promille (1/1000) av alla barn har vid födelsen en permanent habiliteringskrävande hörselnedsättning. Tidig upptäckt och tidigt påbörjad habilitering ger barnet en bättre språkutveckling. Alla barn med hereditet för hörselnedsättning i slakten måste uppmärksammas på barnvårdscentralen och remitteras till Hörcentralen för bedömning. Utöver OAE tillämpas inom barnhälsovården ett mycket frikostigt förhållningssätt till remisser till Hörcentralen vid minsta oro hos föräldrar för nedsatt hörsel och vid remiss till logoped skall dessutom barnet remitteras till Hörcentralen.

23 Småbarnstandvård i Jämtlands län

Tidigt möte med tandvården.

Jämtlands läns samtliga 12 tandvårdsenheter träffar förstagångsföräldrar och deras små då barnet är 6-12 månader. Träffen sker som gruppmöte. Vid allt fler kliniker får var förälder dessutom 5-10 minuter i enrum med den besökande tandvårdspersonen.

Vi strävar mot att tandhygienist genomför dessa föräldraträffar.

Syfte

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

Ibland träffar vi på föräldrar som själva känner stor oro inför tandvårdsbesök. Vi erbjuder då alltid möjligheten till besök på kliniken för att varsamt hjälpa den vuxne till tandvård.

Tandvårdsrädsla hos förälder kan innebära risk för barnet att utveckla detsamma eller utveckla karies.

3-årsbesöket

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

Vi räknar också tänderna, bedömer bettets utveckling och granskar att ingen början till hål finns. Tandköttet undersöks och vid behov visas bästa tandborstningsteknik och i många fall visar vi hur tandtråd kan användas i det unga bettet.

Barn med ökad risk för hål i tänderna.

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

Statistik

År 2011 har 894 av länets dryga 1300 4-åringar undersökts och 96 % av dessa bedömts som kariesfria.

Enbart 4-åringar med risk att utveckla karies har undersökts under 2011. Kariesfriheten kan kanske bedömas som låg mot denna bakgrund. Å andra sidan behöver röntgen tas i bettets sidopartier för att rätt kunna bedöma bettes totala kariesfrihet. De moderna röntgenbilderna är dock så klumpigt utformade att det är svårt för en 4-åring att klara denna undersökning. Vi arbetar på olika sätt för att komma tillrätta med detta problem.

De barn som trots allt har hål i tänderna vid 3 och 4 års ålder kan ha problem av typen; sömnstörning, matningsproblem, upprepade övre luftvägsinfektioner, kronisk sjukdom och/eller funktionshinder.

Under 2011 har Folktandvården Strömsund tillsammans med Familjecentralen i Strömsund prövat ett koncept för tidiga hälsosamtal kring barns tänder, redan under graviditeten.

Utvärdering pågår och konceptet modifieras fn.

Utvecklat samtalsunderlag och MI.

Samtliga tandvårdskliniker har numera ett gemensamt samtalsunderlag för riskbedömning av det lilla barnet "Till dig som är förälder till ett litet barn" och samtlig personal som träffar småbarnsföräldrar har nu genomgått utbildning i s.k. MI-metod (Motiverande Samtalsteknik). Allt fler tandvårdskliniker söker samarbete med närbelägen Familjecentral.

Anmälan till socialtjänst.

En anmälan till socialtjänsten har skett under 2011 p g a omfattande kariesskador hos ett litet barn, där föräldrarna inte tagit emot tandvård för barnets räkning.

Kristina Palm

pedodontist/ övertandläkare Folktandvården JLL

24 Barnhälsovårdens Stora Pris 2011 och 2012

Barnhälsovårdens Stora Pris instiftades och delades ut första gången 2008. Traditionsenligt delas priset ut på årets barnhälsovårdsdag.

Priset har tillkommit för att lyfta allt det goda arbete som många gånger sker i det tysta men ibland med buller och brak – under mottot:

till den eller de som gör eller gjort något stort för de små.

Priset utgöres av Yggdrasil – Livets Träd – ett luffarslöjtkonstverk av Sundsjökonstnären Ove Hedenström - diplom – blommor och mycken ära!

Barnhälsovårdens Stora Pris 2011 tilldelades:

Hans Beijer - sagofarbror´n

Hans har under åtminstone 5 års tid, närmast var vecka, på sin lediga dag från jobbet, kommit med sina sagoböcker till förskolan Tummelisa och läst sagor för barnen. Han gör det för att han tycker det är roligt.



SagoHans är hans namn!

Årets prisutdelare var landstingsrådet Anna Hildebrand.

Barnhälsovårdens Stora Pris 2012 tilldelades:

Irma Sundin – barnsjuksköterska Östersunds sjukhus

”Med värme och närvaro i mötet sätts barnet i centrum och får kontroll över det okända som händer. För sitt arbete i barnkonventionens anda långt innan detta begrepp myntades”

Årets prisutdelare var Håkan Gadd centrumchef barn, kvinna och psykiatri.

Tidigare pristagare:

2008 Frösö Skidlek och Kerstin Halvarsson

2009 Vinterstaden och Monica Mattsson

2010 Åsa Andersson – barnbibliotekarie vid Jämtlands länsbibliotek

25 Given fortbildning BHV 2011

25.1 Utbildning

Utbildning ”hygien och smitta i förskolan” Bergs och Strömsunds kommun, förskolepersonal samt BVC-sjuksköterskor, heldagar.

Barnhälsovården och Smittskyddsenheten i Jämtlands läns landsting har tillsammans åkt ut i länet och pratat om de vanligaste smittsamma sjukdomarna, smittvägar och praktiska råd och riktlinjer om hur smitta begränsas och förebyggs. Utbildningssatsningen slutfördes i och med föreläsningarna i Strömsunds kommun.

Samverkansdag 25:e januari. ”Hur skapas goda möten utifrån tillgänglighet och jämlikhet?”

Program:

Kunskap gör skillnad

- hur vi utvecklar tillgänglighet och bemötande för personer med neuropsykiatriska funktionshinder, Katherine Wiklund

Om genusfallor och genuskrux i vardagen

- i vilka situationer görs barn till flickor och pojkar?

- hur påverkar det barnen, deras utveckling och självkänsla? Kristina Henkel

Samverkansdagar 12 och 13 maj. ”Hur vill vi *alla* bli bemötta oavsett kultur eller religion?” Repris av föreläsningen från november 2010

Program:

Info om flyktingmottagning, Mirja Israelsson, handläggare integrationsservice, Östersunds kommun, Jens Fladvad, samordnare av kommunernas intergrationsverksamheter i Jämtlands län
Att vara ”kulturkompetent” i mötet! Riyadh Al-Baldawi, fil. dr, psykiatriker och verksamhetschef Orienthälsan, Stockholm

Att vara kulturkompetent/sociala aspekter och hederskultur, dr Riyadh Al-Baldawi

Det viktiga mötet! Maria Gustafsson, gymnasielärare, föredragshållare inom retorik och ledarskap

Löpande utvärdering och metodstöd, Per-Anders Eriksson, Serus

Avslutning, Per Hedman/barnhälsovårdsöverläkare

Introduktionsdagar för ”Ny BHV-personal”läkare och sjuksköterskor, 16-17 februari ”BHV-verksamhetens innehåll”

Barnhälsovårdsöverläkare(BHVÖL) Per Hedman, samordnande BHV-sjuksköterska Gunnel Holmqvist, FBH-psykolog/socionom Margareta Honn, Lisa Björnsdotter och Elisabet Nilsson.

Kurs i Barnhälsovård för ST-läkare i allmän medicin och barn- och ungdomsmedicin 2-4 februari och uppföljningsdag 20 september 2011, 28 deltagare. Barnhälsovårdsöverläkare i samarbete med studierektor Lena Lilja och öl Anna-Lena Nilsson barnkliniken. FBH-psykolog och samordnande BHV-sjuksköterska deltog i delar av dagarna.

”Zätamodellen” Föräldragrupp inom MHV och BHV, heldag 1 mars. Förkortad version för ny BHV-personal om gruppleaderskap och Z-modellen. De som höll i dagen var psykolog Emma Knutsson, socionom Elisabet Nilsson och psykolog Lisa Fröst Björnsdotter. Genomgång av pärmen och gruppträffarnas innehåll gjordes av samordnande barnmorska och BHV-sjuksköterska

ICDP-programmet ”Vägledande samspel”, Utbildning har givits i Nivå 1 och Nivå 2, 13 deltagare(BVC-sjuksköterskor/barnmorskor, förskollärare, FBH-psykolog och socionom elevhälsan). Handledare samordnade BHV-sjuksköterska med hjälp av psykolog Anna Hellgren i Nivå 1 och Christina Lundberg, Socialtjänsten Sundsvall Nivå 2.

Nätverksträff familjecentralerna Östersund! I mars 2011 var det landstingets tur att bjuda in till träff med personal från familjecentralerna i Östersunds kommun samt politiker och chefer. Programmet bestod av goda exempel från Familjecentralerna, förändringar i det nya avtalet, reflektioner utifrån verksamhetsberättelser och synpunkter från politikerna. En redovisning gjordes av en utvärdering av Familjecentralen på Frösön plus en sammanställning av föräldrars dryckesvanor utifrån vad de svarat på AUDIT under alkoholveckan oktober 2010.

BHV-dag 19 april heldag.

Aktuell BHV information , Gunnel Holmqvist och Per Hedman
 Vad hände?!Utvärdering av ändrade remisskriterier. /Katrinn Holm Eriksson, ortoptist
 Eksemskola/Anna Bernholm, allergisjuksköterska barnkliniken
 Neomottagningen. Karin Lindblad och Mattias Kjellberg ,Barnkliniken
 Inkontinens/obstipation/enures. Inkontinenssjuksköterska Anna Ullbrandt och
 och barnläkare Pär Häggström, Barnkliniken
 Små och Späda barn (SoS-gruppen)/samverkan FBH och BUP
 Birgitta Landström, BUP och Elisabeth Nilsson och Jenny Andersson, FBH
 Hepatit A utbrott på förskolor i Östersund.
 Ingrid Svensson, Smittskydd och Federico Nasta, Barnkliniken
 Barnhälsovårdens Stora Pris/Prisutdelare landstingsråd Anna Hildebrand

Familjecentralen Frösön bjöd in till den **årliga regionala nätverksträffen för Familjecentralerna i länet**, heldag i september.

På programmet:

Föreläsning Kristina Palm pedodontist/tandläkare

”- Hur kan vi tänka och göra i mötet med barn med tanke på att en del antagligen far illa eller riskerar att göra det.”

Miniröris

Reflektioner från förmiddagens föreläsning. Yrkesvis gruppindelning.

Presentation av gemensamma frågeställningar utifrån reflektionerna.

Aktuell information och nyheter från FFFF.

Stor vårdkedjeträff tema ”AMNING” 10:e och 11:e oktober (samma program båda dagarna),

Inledning, presentation av vårdkedjegruppen

Amningsstrategi i JLL

Amningshjälpen, ordf. Ingrid Rönn Hyttsten

Fallbeskrivningar och gruppdiskussioner

Amning och jämställdhet, är det möjligt att kombinera? Mats Berggren, Södertörns Lärcentra

Informerade om de nya kostråden, SIDS mm och avslutande diskussion.

Genus och föräldraskap, heldag den 6/12 -11, Birka folkhögskola

Introduktion, Reflektionsövning, Genus och föräldraskap, Jämställdhet, Nio föräldraråd

Psykolog Emma Knutsson och psykolog Lisa Fröst Björnsdotter.

Landstingsstyrelsen 25/10. FBH-psykolog Lisa Fröst Björnsdotter och Samordnande BHV-sjuksköterska informerade om Föräldrastödsarbetet i JLL, Zätamodellen, Familjecentraler och Genusarbetet.

BVC-läkarträff, barnhälsovårdsöverläkare anordnade 2 halvdagar under maj och september med totalt ca 25 deltagare – aktuella BHV frågor.

”Att bli förälder till ett prematurt barn” föreläsning för sjuksköterskor och barnsköterskor på spädbarnsavdelningen, socionom Elisabet Nilsson.

25.2 Möten och träffar med BHV-personal och samverkanspartners

Centrala samverkansgruppen (socialsekreterare Monica Tabalo, samordnande BHV-sjuksköterska Gunnel Holmqvist, samordnande barnmorska Ingrid Haglund, förskollärare Elisabet Falk). Gruppen har träffats och planerat en samverkansdag 2012 plus träffat pedodontist Kristina Palm omkring ett dokument för familjecentraler ”Vägledande stöd kring barn som far illa”.

Samrådsgrupp, (Eva Lindvall barn och utbildnings förvaltningen, Monica Tabalo socialtjänsten, Ingrid och Gunnel), kring Familjecentralernas samverkansavtal, verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser i Östersunds kommun. Vid träffarna även planerat för en nätverksträff för Familjecentralerna i Östersunds kommun där verksamhets/förvaltningscheferna för respektive yrkesprofession deltog. Eftersom primärvården Östersund hade ansvar för träffen har det dessutom varit ett par träffar med verksamhetschef Ulla Ledin. Samrådsgruppen har även haft en träff med styrgrupperna för familjecentralerna i Östersund.

L-IFO, möte 15 april. Rapport gavs om erfarenheterna av ett år som familjecentralssamordnare. Rapport om läget i länet. Informerade om arbetet med att ta fram ett vägledande dokument, för familjecentralerna, vid oro för att ett barn far illa.

BVC-sjukskötersketräffar Östersund, 7 träffar.

Rundresor i länet, mödra- och barnhälsovårdsöverläkare, samordnande- barnmorska och BHV-sjuksköterska samt områdespsykolog/socionom har gemensamt besökt Hammerdal, Nya Närvården Hoting, Krokoms, Hede och Strömsund. Träffat BVC-sjuksköterskor, barnmorskor, läkare och deras chefer.

Träff Krokoms HC och kommun, Samordnande BHV-sjuksköterska har i egenskap av familjecentralssamordnare träffat berörda chefer, BHV- och MHV personal, angående samverkansavtal för Familjecentralen.

Fortbildningsgruppen för primärvårdens fortbildning har träffats två tillfällen, varav vid ett tillfälle med PV-chef Olle Christmansson.

VAS-kallelser, träffar med Mona Landahl, handläggare primärvårdens stab m.fl. Framtagande av en gemensam mall för kallelse inom primärvården. Dessutom träffar med BVC-sjuksköterskorna

Maria Larm och Ulrika Sandström för att formulera kallelse vid olika rutinbesök på BVC så att det ser lika ut över länet. Arbetet fortsätter under 2012.

Arbetsgrupp riskbruk- alkoholförebyggande arbete. Samordnande barnmorska Ingrid Haglund, samordnade BHV-sjuksköterska Gunnel Holmqvist, distriktssköterskornas samordnare Britta Ahlin och alkoholsamordnare Thomas Andersson har träffats för att diskutera och planera det fortsatta alkoholförebyggande arbetet. Planerat en dag om riskbruk i januari 2012 för ny personal.

Fått hjälp av **Hans Fröling** med sammanställning av AUDIT enkäter som delades ut till alla föräldrar som besökte BVC och Familjecentralerna i länet under alkoholveckan oktober 2010. Kontakt med folhälsainstitutet (FHI) omkring barnhälsovårdens fortsatta riskbruksarbetet och vilket nationellt stöd det kommer att bli framöver i och med att det nationella riskbruksprojektet lades ner. FHI kommer även att göra en sammanställning på alla de län som delat ut AUDIT under uppmärksamhetsveckan oktober 2011. Alla BVC i länet delade ut AUDIT enkäter till alla föräldrar som besökte BVC under vecka 45.

Träffar med folhälsocentrum angående en utvidgning och revidering av frågorna som ställs till föräldrar vid BMI registreringen vid 4-års besöket plus att boken "Rörelse av vikt med CD – skiva åter kommer att delas ut till alla som kommer på 4-årsbesöket. En utbildningssatsning och ett stöd till BVC-sjuksköterskorna planerades och genomfördes i början av 2012.

Barnhälsovårdsöverläkare och samordnande BHV-sjuksköterska har **träffat länets samordnande skolsköterskor** vid ett par tillfällen för att diskutera gemensamma frågor.

träffat SHV i Östersund för att diskutera gemensamma frågor som vaccinationer, journalfrågor mm.

träffat **Föräldrastöd Östersunds kommun** för information om kommunens föräldrastödsarbete.

Referensgruppen för Ömsesidig respekt har träffats och diskuterat fortsättning och utveckling framåt samt deltog i en ½ dag där projektets nuläge beskrevs och utvärderingen av metoden redovisades av professor Håkan Stattin.

Samarbetsgrupp "Huldagruppen"(logopedier ÖNH/BUH, FBH-psykolog, BHVÖL, samordn. BHV-sjksk, specialpedagog elevhälsan) har träffats och diskuterat gemensamt arbete kring språkscreening utifrån ny forskning om tidig språkstörning och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar samt vikten av tidig upptäckt för prognosen. En utbildningsdag planeras under 2013.

Träff smittskyddet. Utvärdering av utbildningsinsatsen har gjorts i form av en enkät till alla som deltog.

Träff med turistbyrån x flera. Planering inför Nationell konferens för BHV-team i Åre samt uppföljning av dagarna.

Träffar MIUN, referensgruppsmöte för distriktssköterskeutbildningen vid Mittuniversitetet, information och gemensamma frågor kring pågående distriktssköterskeutbildning och ev. förändringar som varit på gång. Även träffat doktorand Lena Junehag omkring ny nätbaserad barnsjuksköterskeutbildning.

Videokonferens med BHV-teamet i Västerbotten. Personalen på FBH informerade om Zätamodellen.

Vaccin upphandling norra regionen. BHVÖL deltog vid regional träff i Umeå med vaccinupphandlingsgruppen plus ett antal telefonkonferenser.

FQ-grupp(fortbildning och kvalité) en grupp med BVC-sjuksköterskor har träffats 5 ggr á 2 tim.

Träff ang. film om FC Frösön. Samordnande barnmorska och BHV-sjuksköterska har träffat Annica Nordin, Periferi film o. form inför planerna på att göra en ny film om arbetet på en familjecentral.

Vaccinationsgrupp med representanter för barnklinik, primärvård, barn- och skolhälsovård har träffats en gång i månaden kl. 15-17.

Referensgrupp övervikt/fetma har haft möten under året med representanter för barnhälsovården, barnklinik, folkhälsocentrum, skolhälsovård och frivilligorganisationer.

Möte med **logoped från ÖNH-mottagningen**, barnhälsovårdsöverläkare och psykologer från FBH. En träff per termin.

Mödra- och barnhälsovårdöverläkare haft möte med **PV-ledning och hälsocentralernas enhetschefer** vid ett tillfälle under året samt möten med **Hälsovalskansliet**, Lena Weinstock – Sved, vid 2 tillfällen under året.

Landstingsdirektörens **Barn och Ungdomsråd** – barnhälsovårdsöverläkaren är sammankallande och har deltagit vid tre träffar under året.

Barnarenan – barnhälsovårdsöverläkare deltagit under året som landstingets tjänstemannarepresentant.

Nätverket för Barnkonventionen i länet har haft 2 möten per termin med deltagare från landsting, länets kommuner och Rädda Barnen. Konferens planerats och genomförts 24 februari 2012.

Landstingets Barnkonventionsgrupp, barnhälsovårdsöverläkare deltagit i återkommande styrgruppsmöten samt möten med områdesrepresentanter – allt för att driva utvecklingen av barnkonventionsarbetet inom landstinget.

Vårdkedjeträffar, vårdkedjegruppen bestående av Kerstin Lilja och Carina Sjökvist barnmorskor från BB-förlossning, Torill Hallqvist barnmorska på Specialistmödravården, Emma Danielsson och Maud Flodin barnsjuksköterska respektive barnsköterska på spädbarnsavdelningen samt Ingrid Haglund samordnande barnmorska, Gunnel Holmqvist samordnande BHV-sjuksköterska och FBH-socionom Elisabet Nilsson har träffats och diskuterat gemensamma frågor samt reviderat vår gemensamma amningsstrategi. Planerat och genomfört en ”Stor vårdkedjeträff” för hela vårdkedjan med temat amning.

Årlig **uppföljning av tidig hemgång (THG)**, träff februari med representanter från hela vårdkedjan.

Ätprocessen, (f.o.m 2012 **nÄTverket**). I gruppen ingår Magdalena Jochym, logoped, BUH Monica Karlsson, dietist, BUH och Barnkliniken, Lisa Björnsdotter, psykolog FBH slutade och ersattes av Sara Larsson, Gunnel Holmqvist, samordnare BHV, Karin Skogelid, barnsjuksköterska avd 109, Birgitta Landström, socionom BUP och Katarina Övermo-Tydén, överläkare, Barnkliniken har slutat och ersatts av barnläkare Maciej Potyrala. Syfte: Hålla en god kompetens kring små barn med ätproblematik inom Barnhälsovården (BHV) och specialistvården JLL.

genom att:

- berörda verksamheter har god kompetens om varandras specialtområden, kan konsultera varandra och lättare remittera till ”rätt” instans.
- medlemmar i nÄTverket presenterar fall för varandra och kommer fram till möjliga lösningar med barnet/familjen i fokus.
- sprida ny kunskap från kurser/konferenser
- nätverkets medlemmar utgör enhetens kontaktperson, som man kan vända sig till när man är osäker på vart ett barn med ätproblematik bäst kan få hjälp.
- nÄTverket håller minst ett schemalagt möte per halvår, därutöver träffar vid behov.

Vårdprogram för Adoptivbarn. FBH-psykolog Margareta Honn, enhetschef FBH Lena Olofsson och samordnande BHV-sjuksköterska har påbörjat arbetet med att ta fram ett basprogram för adoptivbarn inom barnhälsovården. Det blev klart och information gavs på BHV-dag maj 2012.

25.3 Nationellt

Samordnande BHV-sjuksköterska

Deltog i planeringen och genomförande av:

Nationell nätverksträff för vårdutvecklare/samordnare i Umeå under barnveckan.

Informerade om aktuellt från Föreningen för familjecentralers främjande (FFFF) och arbetet i FHI:s samverkansgrupp och det pågående nationella föräldrastödsarbetet.

Nationella barnhälsovårdsdagar för BHV-team från hela Sverige.

Åre 14–15 september 2011, 2 heldagar plus en halvdag den 13/9 för ”Evelinas” arbetsgrupper (arbetet med att ta fram nya nationella riktlinjer för BHV). En stor del av deltagarna deltog efter konferensen i en gemensam fjällvandring i Vålådalen.

Träff samordnare/vårdutvecklare norra regionen i Örnsköldsvik 13-14/1 och i Sundsvall 6 december, diskuterat och arbetat med regiongemensamma frågor.

Möte BHV-enheterna Norra regionen 2 halvdagar i Umeå 26-27/5.

Nationell Primärvårdskonferens i Sundsvall, för politiker, chefer och tjänstemän. Samordnande barnmorska och samordnande BHV-sjuksköterska föreläste om Zätamodellen och den "Röda tråden".

ICDP nationell nätverksträff för handledare i Stockholm, 13/4 plus 18/11.

Arbetet med nya nationella riktlinjer för BHV, "Evelina". Inför framtagandet av nya riktlinjer för barnhälsovården i Sverige haft ansvar för arbetsgruppen "Familjecentral". Träffats i Åre den 13/9 halv dag samt haft 3 telefonmöten. Skrivit samman ett förslag som i december lämnats till den centrala arbetsgruppen i Evelina.

Föreningen för familjecentralers främjande (FFFF). Representerar Barnhälsovården i styrelsen. Har förutom ett flertal telefonmöten träffat styrelsen vid tre tillfällen, 15-16/3, 24/8 och 6-7/12. Deltagit i planeringen och genomförandet av den **nationella Familjecentralskonferensen i Umeå**. Berättade om det fortsatta arbetet i FHI:s samverkansgrupp och vad som pågår i det nationella föräldrastödsprojektet.

Regional samordnar konferens Sätra Bruk 24-26/8. Informerade om det pågående Evelinaarbetet inom BHV.

Ansvarar för en arbetsgrupp **"BHV:s roll på Familjecentralen"**, inom FFFF. Arbetsgruppen består av BHV-sjuksköterskor från olika Familjecentraler i landet. Haft flertal telefonmöten under hösten. Planerat och genomfört en nationell konferens för BHV-personal i Stockholm, mars 2012.

Samverkansgrupp FHI. Statens folkhälsoinstitut fick under våren 2009 ett regeringsuppdrag att fördela 70 miljoner kr inom ramen för Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd – "En vinst för alla". I uppdraget ingick även att skapa en samverkansgrupp som stöd för Statens folkhälsoinstitut (FHI) för utveckling av föräldrastöd. Representerar FFFF:s styrelse i samverkansgruppen. Samverkansgruppen har under 2011 träffat styrgruppen inom FHI vid två tillfällen 2 tim. 17/3 och 6/10. Även deltagit på en seminariedag 7/10 med presentation av alla projektkommuner inom 60-miljoners utlysningen.

"Viktigast av allt", nytt utbildningsmaterial om barnkonventionen, barnombudsmannen, utbildningdag för BHV- och MHV-samordnare, oktober Stockholm

Nationell nätverksträff Riskbruk, tobak och andra droger, Stockholm. 8 /12.

Barnhälsovårdsöverläkare

Möte BHV-enheterna Norra regionen 2 halvdagar i Umeå 26-27/5.

Regelbundna telefonkonferenser vid 2 tillfällen med BHV-öl kolleger i norra regionen.

Svenska Barnläkarföreningens styrelse – avgick i och med årsmötet i april månad. Deltog vid styrelsemöte i samband med barnveckan och därutöver 1 telefonkonferens och otaliga mailkontakter och remisskrivelser.

Sv. Barnläkarföreningens styrelserepresentant i **Utskottet för Etik och Barnets rättigheter** – möte i Stockholm vid ett tillfälle samt telefonkonferenser vid två tillfällen och vidare massiv mailkontakt och bearbetning av dokument.

Initiativtagare och sammankallande för **nationell arbetsgrupp för översyn av barnhälsovårdens innehåll /Evelinagruppen/** med möten i Stockholm vid tre tillfällen varav två tillfällen där representanter för Socialstyrelsen deltog.

Nationella barnhälsovårdsdagar för BHV-team från hela Sverige.

Åre 14–15 september 2011, 2 heldagar plus en halvdag den 13/9 för ”Evelinas” arbetsgrupper. En stor del av deltagarna deltog efter konferensen i en gemensam fjällvandring i Vålådalen.

26 Riktlinjer 2012 för barnhälsovården i Jämtlands län

uppdaterat 20120816/A.Sandin.

26.1 Styrdokument

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763)

Omvårdnad inom hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens allmänna råd: SOSFS 1993:17

Riktlinjer för barnhälsovården finns fastlagda i följande skrifter:

Hälsoundersökningar inom barnhälsovården (Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 1991:8; upphört att vara gällande från årsskiftet 2008/2009).

Barnhälsovård (Hagelin, Magnusson & Sundelin, 2009).

Rikshandboken för barnhälsovården (1177)

Folkhälsoplan för Jämtlands läns landsting.

Kvalitetssäkring av barnhälsovården (SOS-rapport 1994:19).

Utredningen ”Skydda skydds nätet” (Socialstyrelsen 1992).

FN:s konvention om barns rättigheter 1990.

Amningsstrategi för Jämtlands län 2011.

Stöd i föräldraskapet SOU 1997:161

Nya verktyg för föräldrar - förslag till nya former av föräldrastöd; FHI 2004

Tidigt föräldrastöd – en fördjupad beskrivning av det tidiga föräldrastödet inom mödra- och barnhälsovården. Dokumentet sammanställt av och för verksamma inom mödra- och barnhälsovården, november 2007.

Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd. ”En vinst för alla” SOU 2008:31

Styrdokument Barnhälsovården Jämtlands läns landsting 2011 (Hälsovalsdokument)

Styrdokument Z-modellen.Föräldra-Barnhälsan/Jämtlands läns landsting. 2010

Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom BHV 2007.

Nationell målbeskrivning för läkartjänstgöring på BVC 2005 från Barnläkarföreningen, Svenska distriktsläkarföreningen och Svensk förening för allmän medicin. Socialstyrelsens

föreskrifter (SOSFS 2006:22 M) om vaccination av barn.

Socialstyrelsens föreskrifter (2008:7M) om vaccination av barn.

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:31M) om vaccination av barn.

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:29M) om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 200:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1994:26 (M) om vaccination mot pneumokocker

Socialstyrelsens Rekommendationer för profylax mot hepatit B (2005)

Socialstyrelsens Rekommendationer för preventiva insatser mot Tuberkulos (2006)

Vaccination av barn/Det svenska vaccinationsprogrammet. En kunskapsöversikt för hälsovårdspersonal. Socialstyrelsen 2008

A State of the Art Document, Medicinska forskningsrådet (MFR). Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa – en analys av möjligheter och begränsningar i ett framtidsperspektiv, 1999.

Smitta i förskola, Kunskapsöversikt Socialstyrelsen 2008.

Anvisningar och kommentarer Barnhälsovårdsjournal 2000-01.Kompletterad med sidor om vikt/längdkurvor/BMI 2008

Lokala vårdprogram ex. pneumokocker, hepatit B, Hemgång från BB, POGS (Psykisk Ohälsa under Graviditet och Småbarnstid), Handlingsprogram för blivande och nyblivna föräldrar med neuropsykiatriska funktionshinder/Utvecklingsförsening med betydelse för föräldraskapet

26.2 Barnhälsovårdens mål

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

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

Att genomföra differentierad hälsoövervakning av alla barn före skolåldern

Att identifiera 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.

26.3 Resurser

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

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

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

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

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

26.4 Föräldra- och 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.

26.5 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, 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 få (5 stycken) i basprogrammet, utrymme skall finnas för extra och längre besök vid behov. Huvudparten av hälsoövervakningsprogrammet utföres av sjuksköterskan som därmed 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”. 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.

Det **intensifierade programmet** är individuellt och anpassas efter behov. En 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 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 kan behöva extra mycket stöd från BVC.

En grupp som man på BVC uppmärksammar 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 föräldracentrat 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, allmänna råd om barnets skötsel och fysiska aktivitet, allergisymtom samt råd om fostran och vardagssjuklighet, barnkultur, barnsäkerhet, rökning, alkohol och andra droger.

Hälsouppllysning kan ske både individuellt och/eller i grupp.

Vaccinationer

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

Psykosocialt stöd

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

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

Stöd i föräldraskapet - Föräldragrupper

Föräldragrupper ingår som en del i stödet i föräldraskapet.

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

Alla nyblivna föräldrar skall aktivt erbjudas att delta i föräldragrupsverksamhet. Föräldrar som tidigare har barn bör också erbjudas att få delta. Ett föräldrastödsprogram – Z-modellen – erbjudes alltsedan år 2009 samtliga föräldrar i länet där sammanhållna grupper som startar på MHV och fortsätter under första levnadsåret på BHV eftersträvas. En röd tråd skall finnas så att viktiga centrala ämnen tas upp i grupperna vid flera tillfällen både före och efter barnets födelse och att gruppledarna arbetar utifrån ett gemensamt förhållningssätt Z-modellen ska främja ett tilltal till föräldrar där båda ses som lika självklara och viktiga.

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 i samråd med förälder vid behov ställningstagande till enskilda barns hälsa och utveckling. 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.

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 ej 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.

Idag samverkar många enligt familjecentralsidén d.v.s. flera olika yrkeskategorier arbetar tillsammans kring barnfamiljen. Familjecentraler och/eller Familjecentralliknande verksamheter (MHV, BHV, Socialtjänst och Öppen förskola) finns i sju 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.

26.6 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 vardagsjuklighet. Barnsäkerhet, barnkultur, rökning och alkohol.

Vaccinationer: Alla barn skall erbjudas vaccination mot stelkramp, difteri, kikhosta, polio, hemophilus influenzae typ B och pneumococcer 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- och hepatit B-vaccination.

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

26.7 Målsättning

Följande kvalitetskriterier rekommenderas för 2012

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.

Hälsövervakning och screeningundersökningar

100% av barnen 0-1 år är undersökta enligt basprogrammet på BVC.
100% av barnen 3 år, 4 år och 5 år är undersökta enligt basprogrammet på BVC.
100% 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 deltar vid tre tillfällen i föräldragrupp.

Tobaksinformation

Alla barn ska få möjlighet att växa upp i en rökfri miljö.
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 mödrar som är rökfria när barnet är 0-4 veckor skall uppgå till minst 97%.
Andel föräldrar som är rökfria när barnet är 8 månader skall vara mer än 95 %

EPDS

100% av BVC-mottagningarna använder EPDS regelbundet.

Vaccinationer

99% av barnen är vaccinerade med DTP-, Polio-, hemophilus influenzae typ B och pneumococcer.
97% av barnen är vaccinerade med MPR-vaccin.
96% av barnen i riskgrupper är vaccinerade med BCG- och Hepatit B-vaccin.

Amning

80% av barnen ammas helt vid 2 månaders ålder.

70% av barnen ammas helt vid 4 månaders ålder.

70% av barnen ammas delvis vid 6 månaders ålder.

BMI

Under år 2012 skall 100 % av länets 4-åringar BMI registreras i samband med hälsosamtal vid 4 års kontrollen.

Minst 95 % av länets 4-åringar skall ha ett normalt BMI-värde.

Förskola

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

26.8 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.

26.9 BVC:s hälsoövervakningsprogram (Jämtlands län)

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.

När	Vem	Var	
BB			OAE (Oto Akustisk Emission) -Audionom hörcentralen
0-1 v	S	H	Hembesök bör erbjudas inom 5 dagar efter hemgång från BB
0-1 m	S	M	Erbjuds kontakt 1g/v. Utvecklingsbedömning
6 v	S	M	EPDS
2 m	SL	M	Utvecklingsbedömning
2-3 m	S	M	Kontakt efter behov
3 m	S	M	Vaccination
4 m	S	M	
5-6 m	SL	M	Vaccination. Utvecklingsbedömning.
9 m	S	M	
9 m	Th	M	Tandhälsoinformation vid 9-12 månader individuellt/grupp
12 m	SL	M	Vaccination. Utvecklingsbedömning
15 m	S	M	Kontakt vid behov
18 m	SL	M	Vaccination. Utvecklingsbedömning
2 år	S	M	Kontakt vid behov
3 år	S	M	Språkbobservation. Utvecklingsbedömning
4 år	S	M	Utvecklingsbedömning. Syn. Hörsel vid behov. Taltest v.b.
5-5,5 år	SL	M	Vaccination. Skolförberedande undersökning

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

27 Avslutande tankar

Barnhälsovården står fortsatt inför utmaningar såväl nationellt som regionalt och lokalt. Hälsovalet har medfört att barnhälsovårdens traditionella områdesansvar alltmer börjat luckras upp.

Primärvården är fortsatt utsatt för stora besparingskrav och barnhälsovården kan komma att behöva genomgå såväl organisatoriska som innehållsmässiga förändringar.

För att möta dagens och framtida behov behöver vi samverka alltmer. Familjecentraler utgör ett gott exempel. I den slutrapport som folkhälsoinstitutet lämnade i juli 2012 till regeringen utifrån regeringsuppdraget ”Kommunala strategier för föräldrastöd” skriver man bland annat att *familjecentralen är en arena för föräldrastöd som kan vara bra ingång att nå alla föräldrar och som fortfarande har en stor utvecklingspotential i många kommuner.* En långsiktig satsning på familjecentraler kräver klara strukturella förutsättningar. Ett fortsatt arbete krävs för att tillvarata och vidareutveckla den potential som våra familjecentraler utgör.

Ett nationellt arbete pågår med framtagande av **nya nationella riktlinjer för barnhälsovården** och sker i samverkan med socialstyrelsen. De nya riktlinjerna beräknas vara klara hösten 2013.

Samtidigt pågår diskussioner angående gemensam nationell datajournal för BHV.

Arbetet med att implementera barnkonventionen inom landstinget har påbörjats.

En genomgång av barnhälsovårdens resultat i länet visar att vi inte når upp till barnhälsovårdens mål inom alltför många områden. Amningsfrekvensen sjunker och ligger långt under uppsatta mål. Det finns kvalitetskillnader mellan länets BVC, exempelvis beträffande hembesöksfrekvens, samverkan med förskolan och användande av EPDS-screening. Utifrån barnhälsovårdens kvalitetsindikatorer är detta icke acceptabelt utan är en situation som måste analyseras utifrån respektive BVC's förutsättningar. Trots det kan vi samtidigt konstatera att vi i stort har en väl fungerande barnhälsovård i länet och att vi ligger långt framme på flera områden vid jämförelse med övriga Sverige.

Arbetet inom barnhälsovården verkar för att stärka de hälsofrämjande faktorerna, minimera sårbarhet och motverka riskfaktorer. Att stärka föräldrarnas egen förmåga är en huvuduppgift. En fungerande barnhälsovård med hög kompetens, god tillgänglighet, arbetsglädje och delaktighet är oerhört viktig och något vi måste värna om. Ett ständigt behov finns av återkommande utbildning och support. Ett behov som ökar i och med att många nya medarbetare tillkommit.

Undertecknade, Gunnel, Per och Anna, vill rikta ett varmt tack till all personal vid länets barnvårdscentraler. Det finns ett stort engagemang och en hög kompetens hos personalen inom barnhälsovården i länet.

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

Östersund augusti 2012

Gunnel Holmqvist

Samordnande BVC-sjuksköterska

Per Hedman

Barnhälsovårdsöverläkare

Anna Sandin

vik. Barnhälsovårdsöverläkare

28 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 barnhälsosamordnare/vårdutvecklare (2007)
3. Läkartjänstgöring inom barnhälsovården och på barnavårdscentral. Svenska barnläkarföreningen, Svenska Distriktläkarföreningen och svensk Förening för Allmän Medicin.
4. Folkhälsodata 2010 (www.fhi.se)
5. Barnfattigdom (www.rb.se)
6. www.skolverket.se
7. www.scb.se
8. Jansson. A, Sivberg. B, Wilde Larsson. B, Udén.G. Hembesök kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som föräldrar. Läkartidningen 2003;100:1348-1351
9. Spädbarnsmassage, ett verktyg för socialt arbete? C uppsats socialt arbete, Institutionen för beteende-, social- och rättsvetenskap, Örebro universitet 2006
10. TCO's Pappaindex (www.tco.se)
11. Ramstedt, M., Boman, U., Engdahl, B., Sohlberg, T. & Svensson, J.(2010). Tal om alkohol: en statistisk årsrapport från Monitorprojektet (Stockholms universitet, nr 60). Stockholm: Stockholms universitet.
12. Statens folkhälsoinstitut. (2011). Alkohol- och narkotikautveckling i siffror. <http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Alkohol--och-narkotikautveckling/>.
13. Statens folkhälsoinstitut.(2008a). *Barn i familjer med alkohol- och narkotikaproblem: omfattning och analys*.(Statens folkhälsoinstitut, nr R 2008:28). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
14. Statens folkhälsoinstitut. (2008b). *Tänk efter i vilket sällskap du berusar dig: handledning för samtal om alkohol inom barnhälsovården*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
15. Heimer, Å., *Föräldrars upplevelser av alkoholpreventivt arbete inom barnhälsovården – En intervjustudie*. Röda Korsets högskola, utbildning & forskning inom vårdområdet, 2011. Statens folkhälsoinstitut, 2012. *Slutrapport för regeringsuppdraget Kommunala strategier för föräldrastöd Redovisning för åren 2010-2011*.
16. Bråbäck. L m.fl. Fetmautvecklingen bland svenska 4-åringar tycks ha stannat av. Läkartidningen 2009; 2758-2761.
17. www.bra.se

29 Appendix

Appendix innehåller 3 tabeller:

Tabell 1: antal nyfödda barn födda 2008-2011 på respektive BVC i länet.

Tabell 2: antal barn födda 2007-2010 som hel- och delammas på resp. BVC.

Tabell 3: antal barn födda 2007-2010 med rökande mammor och pappor på resp. BVC

Tabell 1

Antal inskrivna barn: nyfödda resp. totalt antal barn 0 – 6 år per BVC den 31/12 2008-2011

		Nyfödda	Totalt			Nyfödda	Totalt
1.				7.			
Backe/Hoting	2008	20	126	Frösön	2008	171	955
	2009	19	120		2009	168	996
	2010	10	65		2010	176	1042
	2011	6	59		2011	173	1063
2.				6.			
Bispgården	2008	9	64	Funäsdalen	2008	25	119
	2009	7	63		2009	17	119
	2010	13	61		2010	23	119
	2011	10	58		2011	19	118
3.				8.			
Brunflo	2008	77	557	Föllinge	2008	14	83
	2009	80	551		2009	12	99
	2010	94	566		2010	9	86
	2011	89	556		2011	20	92
4.				9.			
Bräcke	2008	21	136	Gäddede	2008	8	40
	2009	17	131		2009	7	38
	2010	20	128		2010	11	47
	2011	20	121		2011	10	45
5.				10.			
Fjällhälsan				Gällö	2008	19	146
Hede	2008	17	128		2009	18	134
	2009	16	111		2010	24	123
	2010	13	122		2011	8	117
	2011	11	86				

		Nyfödda	Totalt			Nyfödda	Totalt
11.				19.			
Hallen	2008	31	166	NNV Hoting	2008	0	0
	2009	40	192		2009	0	0
	2010	28	114		2010	5	54
	2011	12	103		2011	21	89
12.				20.			
Hammarstrand	2008	26	143	Odensala	2008	96	578
	2009	23	137		2009	86	582
	2010	34	153		2010	105	604
	2011	19	152		2011	101	616
13.				21.			
Järpen	2008	71	166	Offerdal	2008	24	151
	2009	63	192		2009	11	142
	2010	89	194		2010	27	137
	2011	30	192		2011	11	137
14.				22.			
Krokom	2008	131	842	Strömsund	2008	49	344
	2009	191	864		2009	58	315
	2010	116	862		2010	62	311
	2011	104	849		2011	64	318
15.				23.			
Kälarne	2008	8	47	Stugun	2008	13	80
	2009	10	50		2009	17	78
	2010	10	58		2010	11	78
	2011	6	54		2011	17	85
16.				24.			
Lit	2008	54	325	Sveg	2008	44	286
	2009	56	341		2009	48	287
	2010	49	334		2010	44	271
	2011	40	304		2011	56	283
17.				25.			
Lugnvik	2008	76	331	Svenstavik	2008	35	253
	2009	74	367		2009	36	243
	2010	63	361		2010	31	231
	2011	64	378		2011	28	219
18.				26.			
Myrviken	2008	22	159	Torvalla	2008	98	565
	2009	21	158		2009	106	593
	2010	28	172		2010	94	573
	2011	28	169		2011	72	548

		Nyfödda	Totalt
27.			
Utrikeshälsan			
Hammerdal	2008	23	142
	2009	18	132
	2010	18	116
	2011	15	99
28.			
Z-gränd	2008	148	776
	2009	171	750
	2010	198	835
	2011	205	890
29.			
Åre	2008	71	364
	2009	63	366
	2010	89	392
	2011	70	393

Tabell 2

Andel (%) helammade vid 4 månaders ålder och ammade, helt och/eller delvis, vid 6 månaders ålder på respektive BVC. Barn födda 2007 – 2010

		4 mån	6 mån			4 mån	6 mån
1.				8.			
Backe/Hoting	2007	71/18	71/72,7	Föllinge	2007	70,6	64,7
	2008	40/36	50/45,5		2008	81,3	68,8
	2009	36,4/80	54,5/80		2009	69,2	76,9
Backe	2010	60,0	50,0		2010	60,0	60,0
2.				9.			
Bispgården	2007	53,8	61,5	Gäddede	2007	50,0	50,0
	2008	44,4	66,7		2008	62,5	75,0
	2009	57,1	71,4		2009	85,7	85,7
	2010	58,3	50,0		2010	40,0	90,0
3				10.			
Brunflo	2007	57,6	66,3	Gällö	2007	66,7	58,3
	2008	48,7	57,1		2008	83,3	76,5
	2009	53,7	58,5		2009	66,7	76,5
	2010	53,5	59,0		2010	55,6	53,8
4.				11.			
Bräcke	2007	40,0	26,3	Hallen	2007	65,0	65,0
	2008	36,8	29,4		2008	80,0	80,0
	2009	36,8	29,4		2009	68,4	73,7
	2010	55,6	61,1		2010	61,9	52,4
5.				12.			
Fjällhälsan				Hammarstrand	2007	59,1	59,1
Hede	2007	62,5	68,8		2008	72,0	70,8
	2008	64,7	82,4		2009	71,4	71,4
	2009	66,7	73,3		2010	51,7	44,8
	2010	76,9	76,9				
6.				13.			
Funäsdalen	2007	80,0	100,0	Järpen	2007	50,0	41,7
	2008	80,8	88,5		2008	50,0	54,5
	2009	62,5	75,0		2009	59,5	64,3
	2010	81,8	77,3		2010	50,0	51,9
7.				14.			
Frösön	2007	71,6	74,2	Krokom	2007	63,2	63,2
	2008	72,8	79,8		2008	61,3	62,7
	2009	76,8	80,4		2009	72,3	73,8
	2010	70,2	71,4		2010	60,0	60,0

		4 mån	6 mån			4 mån	6 mån
15.				23.			
Kälarne	2007	42,9	50,0	Strömsund	2007	51,1	68,1
	2008	33,3	22,2		2008	73,8	71,4
	2009	77,8	75,0		2009	51,7	73,7
	2010	37,5	12,5		2010	50,8	49,2
16.				24.			
Lit	2007	76,9	69,0	Stugun	2007	43,8	56,3
	2008	67,3	65,0		2008	58,3	66,7
	2009	70,9	81,8		2009	52,9	52,9
	2010	65,9	72,7		2010	54,5	81,8
17.				25.			
Lugnvik	2007	71,9	79,7	Sveg	2007	71,1	76,3
	2008	61,1	66,7		2008	78,6	81,0
	2009	64,4	76,7		2009	60,0	57,8
	2010	52,3	62,5		2010	48,9	55,6
18.				26.			
Myrviken	2007	71,4	64,3	Svenstavik	2007	61,1	52,8
	2008	66,7	66,7		2008	71,9	65,6
	2009	43,5	43,5		2009	48,6	59,5
	2010	50,0	56,0		2010	66,7	73,3
19.				27.			
NNV Hoting	2007			Torvalla	2007	29,6	60,2
	2008				2008	56,0	58,0
	2009				2009	55,6	72,2
	2010	41,7	33,3		2010	48,1	56,8
20.				28.			
Nällden	2007	65,7	62,9	Utrikeshälsan			
	2008	65,2	60,9	Hammerdal	2007	73,7	84,2
	2009	50,0	55,6		2008	85,0	80,0
	2010	50,0	46,9		2009	75,0	81,3
					2010	50,0	81,3
21.				29.			
Odensala	2007	65,9	74,7	Z-gränd	2007	71,1	75,4
	2008	69,1	77,3		2008	71,9	74,4
	2009	72,0	73,1		2009	61,5	65,1
	2010	57,0	71,0		2010	56,1	61,4
22.				30.			
Offerdal	2007	85,7	81,0	Åre	2007	77,9	82,4
	2008	56,5	56,5		2008	60,6	77,3
	2009	81,8	80,0		2009	74,5	85,2
	2010	42,9	46,4		2010	53,0	66,3

		4 mån	6 mån
31.			
Ås	2007	82,5	82,5
	2008	54,1	59,5
	2009	93,9	90,9
	2010	80,0	89,3

Tabell 3

Andel (%) rökande mammor och pappor till barn födda 2007 – 2009 på respektive BVC

		Mor 4 v	Mor 8 m	Far 4 v	Far 8 m
1.					
Backe/Hoting	2007	0/9,1	0/9,1	14,3/0	14,3/0
	2008	0/0	0/0	0/18,2	0/18,2
	2009	0/0	0/0	9,1/100	9,1/100
Backe	2010	0/0	0	0	0
2.					
Bispgården	2007	0	0	7,7	7,7
	2008	11,1	11,1	11,1	11,1
	2009	28,6	28,6	28,6	14,3
	2010	25,0	25,0	8,3	8,3
3.					
Brunflo	2007	1,9	6,1	5,6	7,8
	2008	7,4	7,6	11,3	9,0
	2009	3,4	2,4	9,5	9,8
	2010	4,0	5,0	5,0	4,2
4.					
Bräcke	2007	4,3	4,3	8,7	8,7
	2008	9,5	9,5	14,3	5,0
	2009	9,5	9,5	14,3	5,0
	2010	5,0	15,8	25,0	26,3
5.					
Fjällhälsan, Hede	2007	6,3	6,3	0	6,3
	2008	5,9	5,9	29,4	29,4
	2009	6,7	0	6,7	0
	2010	7,7	7,7	15,4	15,4
6.					
Funäsdalen	2007	0	6,7	0	0
	2008	0	0	0	3,8
	2009	0	0	6,3	6,3
	2010	4,5	4,5	13,6	13,6

		Mor 4 v	Mor 8 m	Far 4 v	Far 8 m
7.					
Frösön	2007	0	0	1,9	1,9
	2008	0	0,6	4,2	3,6
	2009	0	0	3,6	3,6
	2010	1,2	1,2	4,1	3,6
8.					
Föllinge	2007	11,8	17,6	5,9	11,8
	2008	0	0	6,3	12,5
	2009	7,7	7,7	30,8	30,8
	2010	10,0	10,0	0	0
9.					
Gäddede	2007	0	0	0	0
	2008	0	0	0	0
	2009	0	0	0	0
	2010	0	0	0	0
10.					
Gällö	2007	15,4	15,4	7,7	7,7
	2008	5,3	5,3	10,5	10,5
	2009	10,5	10,5	5,3	0
	2010	11,1	11,1	18,5	18,5
11.					
Hallen	2007	15,0	15,0	5,0	5,0
	2008	0	6,7	13,3	20,0
	2009	0	0	5,3	5,3
	2010	4,8	19,0	4,8	4,8
12.					
Hammarstrand	2007	5,0	10,5	0	5,3
	2008	0	8,3	12,5	12,5
	2009	0	0	4,3	4,3
	2010	10,7	7,1	11,1	11,1
13.					
Järpen	2007	16,7	18,2	10,0	10,0
	2008	0	4,5	9,1	13,6
	2009	4,8	11,9	11,9	21,4
	2010	0	7,4	17,9	17,9
14.					
Krokom	2007	0	0	5,5	5,5
	2008	1,4	1,4	1,4	4,2
	2009	3,1	6,3	3,1	4,8
	2010	3,3	6,8	10,0	11,9

		Mor 4 v	Mor 8 m	Far 4 v	Far 8 m
15.					
Kälarne	2007	14,3	14,3	14,3	14,3
	2008	11,1	11,1	0	0
	2009	16,7	16,7	9,1	9,1
	2010	0	0	0	0
16.					
Lit	2007	5,8	5,8	5,8	5,8
	2008	3,8	3,8	5,8	5,8
	2009	1,8	1,8	1,8	1,8
	2010	0	0	0	0
17.					
Lugnvik	2007	0	0	0	0
	2008	1,4	1,9	5,6	3,8
	2009	1,4	1,4	5,5	1,4
	2010	0	1,6	0	0
18.					
Myrviken	2007	0	0	7,1	7,1
	2008	0	4,2	16,7	12,5
	2009	8,7	8,7	21,7	21,7
	2010	0	4,8	16,0	15,0
19.					
NNV Hoting	2007	-	-	-	-
	2008	-	-	-	-
	2009	-	-	-	-
	2010	0	11,1	9,1	11,1
20.					
Nälden	2007	0	6,3	17,1	12,5
	2008	4,3	4,3	8,7	9,1
	2009	5,6	8,3	8,3	8,3
	2010	9,4	9,4	9,4	12,5
21.					
Odensala	2007	0	3,2	3,2	2,1
	2008	1,4	2,0	3,1	3,1
	2009	1,1	3,3	4,3	2,2
	2010	0,9	1,9	1,0	1,0
22.					
Offerdal	2007	9,5	5,0	4,8	4,8
	2008	4,2	0	8,7	9,1
	2009	8,3	25,0	0	0
	2010	3,4	3,4	13,8	13,8

		Mor 4 v	Mor 8 m	Far 4 v	Far 8 m
23.					
Strömsund	2007	3,8	3,8	5,8	5,8
	2008	0	0	0	0
	2009	0	0	1,7	1,7
	2010	0	1,7	1,7	11,1
24.					
Stugun	2007	0	0	12,5	12,5
	2008	8,3	8,3	16,7	16,7
	2009	0	0	0	0
	2010	0	0	0	0
25.					
Sveg	2007	5,3	7,9	13,2	10,5
	2008	11,9	11,9	9,5	9,5
	2009	6,7	6,7	8,9	8,9
	2010	4,4	6,7	11,1	4,7
26.					
Svenstavik	2007	2,8	2,9	2,8	3,0
	2008	3,0	3,0	9,1	6,1
	2009	13,2	10,5	29,4	23,5
	2010	6,7	6,7	3,6	3,6
27.					
Torvalla	2007	6,1	6,2	9,6	7,1
	2008	8,2	9,2	14,3	14,3
	2009	7,9	9,0	27,3	25,0
	2010	6,1	6,1	14,6	14,6
28.					
Utrikeshälsan, Hammerdal	2007	0	0	10,5	10,5
	2008	5,3	5,0	15,0	10,0
	2009	6,3	6,3	0	0
	2010	12,5	12,5	12,5	12,5
29.					
Z-gränd	2007	1,4	1,6	8,6	7,2
	2008	0	0	6,6	5,3
	2009	1,2	1,2	3,6	2,4
	2010	3,1	3,7	6,9	7,9

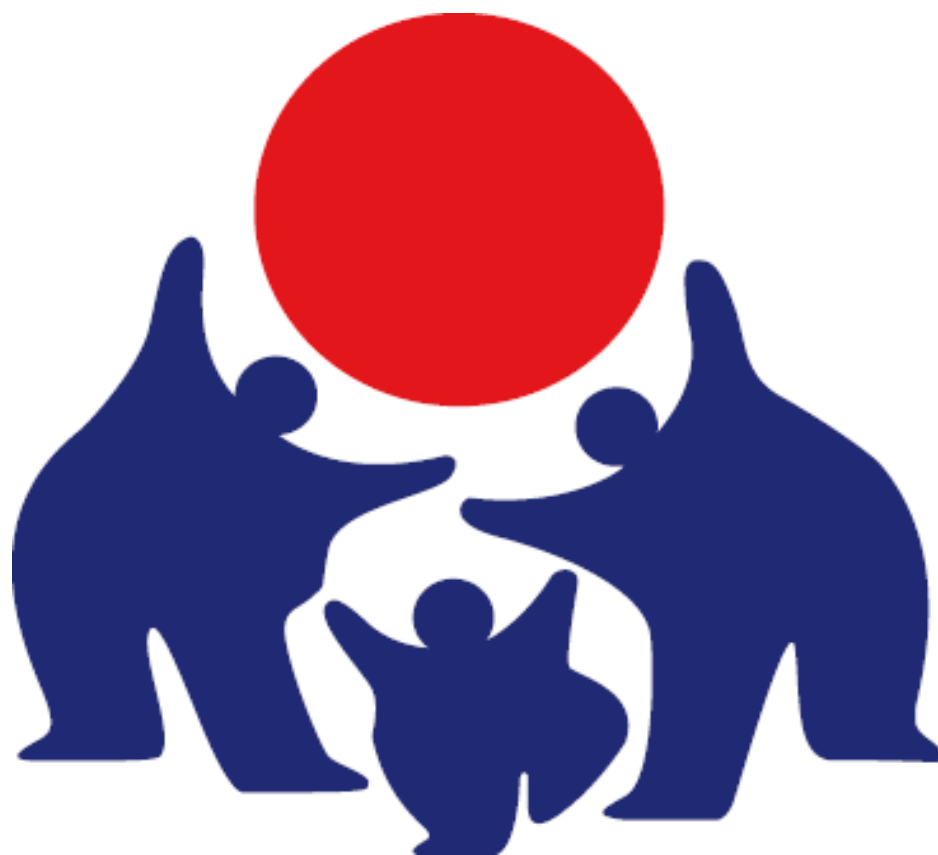


Foto: Omslagsbild Inger Malm, Ottfjället "Barnhälsovården försar fram"
Nationell BHV-konferens i Åre, september 2011