

Barnhälsovårdens kvalitetsutveckling i Jämtlands län



Resultatredovisning 2014

Föräldra- och barnhälsan

Kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård i Jämtlands län

Innehåll

1	BARNHÄLSOVÅRD I JÄMTLANDS LÄN 2014 – SAMMANFATTANDE TANKAR OCH REFLEKTIONER	5
2	SAMMANFATTNING AV BARNHÄLSOVÅRDENS RESULTAT 2014	7
3	BARNHÄLSOVÅRD JÄMTLAND - ORGANISATION	8
4	KRAVSPECIFIKATION FÖR BARNHÄLSOVÅRDEN I JÄMTLANDS LÄN	9
5	PSYKOLOG- OCH SOCIONOMVERKSAMHET 2014 – FBH	10
6	KONVENTIONEN OM BARNETS RÄTTIGHETER (BK)	12
7	BARNPOPULATION	14
7.1	FÖDDA OCH INSKRIVNA	14
7.2	BEMANNING PÅ BARNAVÅRDSCENTRALEN.....	16
7.3	BVC – NORMTID/FAKTISKT ARBETAD TID.....	18
7.4	VÅRDTYNGDSINDEX.....	19
8	BARNES HÄLSA	21
8.1	AMNING	21
8.2	RÖKNING	23
8.3	ÖVERVIKT OCH FETMA – BMI	25
8.4	VACCINATIONER	27
8.5	SMÅBARNSTANDVÅRD I JÄMTLANDS LÄN 2014 – RAPPORT FRÅN FOLKTANDVÅRDEN	30
9	FÖRÄLDRASTÖD	31
9.1	HEMBESÖK UNDER 2014 FÖR NYBLIVNA FÖRÄLDRAR I JÄMTLANDS LÄN.....	31
9.2	PSYKISK OHÄLSA - EPDS	32
9.3	FÖRÄLDRASTÖD I GRUPP	34
9.4	ICDP-PROGRAMMET ”VÄGLEDANDE SAMSPEL”	36
9.5	ÖMSESIDIG RESPEKT	37
9.6	ÖPPNA FÖRSKOLOR OCH FAMILJECENTRALER	38
10	SAMVERKAN MED FÖRSKOLAN	39
11	SPRÅKSCREENING	40
12	BARN SOM FAR ILLA - OROSANMÄLAN	42
13	GIVEN FORTBILDNING 2014	44
14	MÖTEN OCH TRÄFFAR	45
15	TANKAR FRAMÅT	47
15.1	BARNHÄLSOVÅRDENS NATIONELLA PROGRAM.....	50
15.2	HÄLSOÖVERVAKNING JÄMTLAND OCH HÄRJEDALEN	51
16	RIKTLINJER 2015 FÖR BARNHÄLSOVÅRDEN I JÄMTLANDS LÄN	52
16.1	STYRDOKUMENT	52
16.2	BARNHÄLSOVÅRDENS MÅL.....	54
16.3	RESURSER.....	55
16.4	FÖRÄLDRA- OCH BARNHÄLSAN (FBH).....	56

16.5	INNEHÅLL I VERKSAMHETEN.....	57
16.6	KRAVSPECIFIKATION.....	62
16.7	MÅLSÄTTNING	62
16.8	KOMMENTARER TILL HÄLSÖÖVERVAKNINGSPROGRAMMET	64
16.9	BVC:S HÄLSÖÖVERVAKNINGSPROGRAM (JÄMTLANDS LÄN)	65
17	REFERENSER.....	66
18	APPENDIX	68
18.1	INSKRIVNA BARN	68
18.2	FAMILJESITUATION	69
18.3	ANDEL (%) VACCINERADE	70
18.4	ANTAL/ANDEL HEMBESÖK.....	72
18.5	ANTAL INSKRIVNA BARN FÖDDA 2008-2014 PÅ RESPEKTIVE BVC I LÄNET.	73
18.6	ANTAL BARN FÖDDA 2007-2013 SOM HEL- OCH DELAMMAS PÅ RESP. BVC.	77
18.7	ANTAL BARN FÖDDA 2007-2013 MED RÖKANDE MAMMOR OCH PAPPOR PÅ RESP. BVC.....	81

1 Barnhälsovård i Jämtlands län 2014 – sammanfattande tankar och reflektioner

Barnhälsovården i Region Jämtland Härjedalen publicerar i denna skrift resultatredovisning för år 2014. Rapporten redovisar statistik på läns- och kommunnivå, samt en sammanfattning på enhetsnivå för enskilda barnvårdscentraler (BVC). Resultatredovisningens intention och syfte är att ge beslutsfattare och personal en sammanfattad helhetsbild av den barnhälsovård som erbjuds i länet, samt utgöra ett stöd i arbetet med att genomföra och utveckla barnhälsovården i Jämtlands län.

Landstingsfullmäktige i Jämtlands län beslutade 2009 att införa valfrihetssystem i primärvården från den 1 januari 2010. Valfrihet i primärvården innebär att medborgarnas ställning stärks genom att de fritt får välja vårdenhet. För den enskilda enhetens deltagande i systemet Hälsoval Jämtlands län (från den 1 januari 2015 Region Jämtland Härjedalen) krävs kvalifikation i enlighet med Förfrågningsunderlag Hälsoval Jämtlands län 2014. Antagna vårdgivare, såväl offentliga som privata åläggs att i enlighet med punkt 2.2.2.8 Barnhälsovård bedriva barnhälsovård, med erbjudande om hälsoövervakningsprogram och föräldrastöd till samtliga barn i åldrarna 0-5 år i länet och deras föräldrar, enligt Riktlinjer för barnhälsovården Jämtlands län, se kapitel 16.

För att kunna följa hur barnhälsovården erbjuds och bedrivs ur ett långsiktigt likväl som jämlikt perspektiv har det beslutats om ett antal kvalitetsindikatorer/mål, se kapitel 16.6 Kravspecifikation. För att uppnå de mål som definierats behövs tillräckliga resurser, med ändamålsenlig fördelning. Innehållet i verksamheten värnas genom att årligen följa upp utfallet gentemot de uppsatta målen. Som komplement till den årliga resultatredovisningen påbörjades under hösten 2013 besök till länets BVC, för uppföljning av aktiviteter, mål – resultat och lokaler, denna aktivitet har vi valt att benämna medicinsk revision. Under 2014, besöktes BVC på Hälsocentralerna i Torvalla, Funäsdalen, Svenstavik, Z-gränd Östersund, Bräcke, Gällö och Kälarne.

Andelen övervakade barn fortsätter att vara mycket hög, i synnerhet för de allra minsta barnen. Under barnets första levnadsår träffade 99,7 % av de inskrivna barnen BVC-sjuksköterskan eller läkaren. Siffrorna talar för att föräldrarna i Jämtlands län har ett mycket stort förtroende för barnhälsovården.

För att verksamheten ska motsvara barnfamiljernas behov krävs samverkan med andra verksamheter som kommer i kontakt med barn och föräldrar, och i frånvaro av geografiskt områdesansvar är det extra tydligt. Speciellt viktig är samverkan med mödrahälsovården, socialtjänsten och förskolan/öppna förskolan. Arbetet fortsätter för att tillvarata och vidareutveckla den potential som våra familjecentraler (FC) utgör. Tydliga avtal och strukturella förutsättningar behövs för att minska den sårbarhet som uppkommer när beslut tas i kommun och/eller region som berör de involverade verksamheterna.

I maj 2014 arrangerades den nationella familjecentralskonferensen här i Östersund, under temat Framtidens familjecentral. Konferensen blev mycket uppskattad och de 600 personer från hela landet som deltog fick med sig mycket inspiration hem i bagaget.

Amningsfrekvensen har varit sjunkande under 2000-talet, särskilt beträffande helamning under barnets första månader. Årets siffror visar glädjande nog en viss ökning.

Andelen barn i Jämtlands län som under första levnadsåret växt upp i en rökfri miljö har ökat något i år och vi når målen både avseende vid 0-4 veckors och 8 månaders ålder. De första uppföljningarna avseende rökfri miljö på lite längre sikt, när barnen är 18 månader, antyder däremot att vi inom barnhälsovården kan förbättra stödet för fortsatt rökfrihet.

Andelen vaccinerade 2-åringar i Jämtlands län fortsätter att vara god och relativt stabil över tid. Andelen 2-åringar vars vaccinationer registreras som "Vet ej" har dock ökat påtagligt senaste två åren, en ökad migration och ökat antal asylsökande med svårtydd eller okänd vaccinationshistorik antas vara bidragande.

Andelen fetma har minskat för barn i Jämtlands län som fyllde 4 år under 2014 i jämförelse med tidigare årskullar 4-åringar. Övervikt bland flickor i denna åldersgrupp ökade något medan övervikt bland pojkar minskade.

Sammanfattat visar resultaten under året på att vi inom Regionen har en Barnhälsovård med god kvalitet. Det finns, nu liksom under tidigare år, tydliga skillnader i utbud mellan olika enheter, det gäller framför allt erbjudande av hälsofrämjande insatser och stöd. Alltför stora skillnader ses i andelen familjer som erbjuds föräldragrupp, EPDS, hembesök och avseende samverkan med förskolan. Vad man som barn och familj i Jämtlands län erbjuds av hälsofrämjande insatser beror av var man är bosatt. Det finns utrymme för fortsatt utveckling av Barnhälsovården i Region Jämtland Härjedalen mot en högre och mer jämlik kvalitet som inkluderar alla barn!

I Region Jämtland Härjedalen arbetade 2014 drygt 140 professionella, sjuksköterskor, läkare, psykologer och socionomer, med barnhälsovård, dessa skapar alla genom sin kompetens och sitt engagemang möten med barn och familjer som gör skillnad!

Vi vill passa på att rikta ett varmt tack till alla BVC-sjuksköterskor för det tidskrävande men ovärderliga arbetet ni utför med att sammanställa data vilket gör denna resultatredovisning möjlig. Vår förhoppning är att rapporten ska ge upphov till analys och diskussion. Det är främst ni som personal på BVC som kan bedöma och förklara t.ex.

- är statistiken rimlig?
- vad förklarar resultaten?
- hur kan resultaten vid behov förbättras?
- kan kvalitén på statistiken förbättras?

Vi ser fram emot att möta Dig som tar del av rapporten i olika sammanhang och frågor som rör de jämtländska barnens hälsa, välmående och rättigheter!

Anna Lundmark
Barnhälsovårdsöverläkare

Gunnel Holmqvist
Samordnande barnhälsovårdssjuksköterska

2 Sammanfattning av barnhälsovårdens resultat 2014

Område	Uppsatt mål 2014	Uppnått mål 2014	Resultat +/-	Spridning mellan Enheter
Hälsoövervakning	99 % av barn 0-1 år	99,7 %	+	Antal födda 2014 barn/enhet: 3 – 208 st
Hembesök nyblivna föräldrar	Alla erbjudes hembesök	73,2 %	–	0 – 100 %
Hembesök förstagångsföräldrar	95 % får hembesök	70,7 %	–	
Föräldragrupp Barn f. 2013	Alla nyblivna föräldrar ska erbjudas att delta	Alla 59,3 % Förstagångs föräldrar 86,1 %	–	0 – 100 % 0 – 100 %
Förskola	Alla förskolor ska erbjudas besök minst en gång/termin	Kommunala 19,6 % Annan regi 10,7 %	–	0 – 56,3 % 0 – 50 %
Psykisk ohälsa Barn f. 2013	Alla nyblivna mammor erbjudes EPDS	73,5%	–	12,2 – 10 %0
Amning Barn f. 2013	80 % av barnen helammas vid 2 mån ålder	70,6 %	–	
Amning Barn f. 2013	70 % av barnen helammas vid 4 månaders ålder	61,6%	–	
Amning Barn f. 2013	70 % av barnen hel eller delammas vid 6 månaders ålder	65,9 %	–	
Rökning Barn f. 2013	96 % rökfria mödrar när barnet är 0-4 v	97,9 %	+	
Rökning Barn f. 2013	93 % rökfria föräldrar när barnet är 8 månader	92,6 %	+	
Vaccinationer Barn f. 2012	97 % av barnen MPR vaccinerade före 2 års ålder	95,6 %	–	~ 84,0 – 100 %
Vaccinationer Barn f. 2012	99 % av barnen vaccinerade med DTP-, polio-, Hib-pneumokockvaccin	96,3 %	–	~ 84,0 – 100 %
BMI (Barn 4 år 2014)	>90 % normalt BMI	87,5 %	–	

3 Barnhälsovård Jämtland - organisation

Föräldra- och barnhälsan (FBH) är landstingets samlade enhet för mödra- och barnhälsovårdsfrågor med medicinsk-, psykologisk-, social- och omvårdnadskompetens. FBH arbetar för att utveckla en enhetlig mödrahälsovård (MHV) med mål att främja en god reproduktiv och sexuell hälsa och barnhälsovård (BHV) med mål att främja barns hälsa, trygghet och utveckling i Jämtlands län.

BHV:s del av FBH består av barnhälsovårdsöverläkare (BHVÖL) (60 %), samordnande BHV-sjuksköterska (100 %) i samverkan med FBH:s psykologer och socionomer samt sekreterare. Samordnande BHV-sjuksköterskan har i sin tjänst ett uppdrag (10 %) som samordnare för länets familjecentraler.

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

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

BHV ska erbjuda psykosocialt stöd till

- alla (**universell prevention**)
- särskilda riskgrupper (**selektiv prevention**)
- familjer med förhöjd risk på individnivå (**indikerad prevention**).

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 BVC med barnmorskemottagningen, den öppna förskolan samt kommunens socialtjänst i en familjecentral eller familjecentralsliknande verksamhet.

Varje hälsocentral har ansvar för den egna BVC men Hälsoval Jämtlands län har medfört att det geografiska områdesansvaret har luckrats upp.

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 till och behandling av föräldrar och utredning av barn.

BHV:s verksamhet är generell och når i praktiken alla barn. Målet är att **bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för barn**. I det nya vägledningsdokumentet från Socialstyrelsen (4), som publicerades i april 2014, beskrivs att barnhälsovården för att på ett framgångsrikt sätt nå upp till detta mål kan

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

4 Kravspecifikation för barnhälsovården i Jämtlands län

BHV:s kravspecifikation har baserats på de numera upphävda Allmänna råd från socialstyrelsen (1) samt nationella målbeskrivningar för sjuksköterske- och läkartjänstgöring inom BHV (2, 3). I dokumentet *Riktlinjer för barnhälsovården i Jämtlands län 2015* som återfinns i slutet av denna årsrapport listas övriga styrdokument. Riktlinjerna tar upp resursbehov, innehåll i verksamheten samt kravspecifikation och kvalitetskriterier.

I Socialstyrelsens Vägledning för barnhälsovård (4) som publicerades i april 2014, specificeras Barnhälsovårdens mål till att:

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

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

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

5 Psykolog- och socionomverksamhet 2014 – FBH

Psykolog och socionom på FBH har dels indirekt och dels direkt patientverksamhet. I den indirekta patientverksamheten ingår t ex. konsultation och fortbildning till MHV- och BHV-personal i länet och att arrangera och leda riktade föräldragrupper. Socionom och psykolog har deltagit i utbildningar till MHV/BHV-personal t e x introduktionsdagar till BHV-personal, Vägledande samspel, EPDS-utbildning m.m. samt riktade föräldragrupper till prematurföräldrar.

Under 2014 förbättrades personalsituationen inom PS-gruppen och det fanns under höstterminen områdespsykolog inom varje kommun. Detta gjorde att vi kunde erbjuda mer konsultation till MHV/BHV-personal än föregående år. Antalet remisser låg på en fortsatt hög nivå med långa väntetider på barnutredningar. PS-telefonen har fortsatt för att kunna vara mer lätt tillgängliga gentemot MHV/BHV-personal och föräldrar.

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.

Den förskjutning som genom åren skett från att de flesta remisser varit på barn till att det nu är flest remisser på blivande eller nyblivna föräldrar har avstannat och de senaste åren ökar andelen remisser på barn igen; 2002 var andelen 50-50, 2012 70 % vuxna -30 % barn, 2013 62 % vuxna -38 % barn och 2014 var 58 % av remisserna på vuxna, 42 % på barn. Barnutredningar är tidskrävande och denna ökning på barnremisser kan vara en av orsakerna till ökade väntetider.

Antalet nybesök för utvecklingsbedömningar har ökat från 30st 2013 till 54st 2014. Vi har också en ökning på nybesök för postpartumdepressioner och stöd i graviditet. Vi ser också en fortsatt ökad vårdtyngd med många blivande/nyblivna föräldrar som lider av psykisk ohälsa och har samtidigt kontakt på flera enheter vilket lägger mer vikt vid samverkan och samarbete. Under 2014 inkom fler remiss till oss än 2013 men ligger ungefär som 2012 och 2011. De vanligaste orsakerna till att remiss ställs till oss är stöd i föräldraskap, stöd i graviditet och utvecklingsbedömningar på barn.

Genus

Inom sjukvården finns det ett tydligt uppdrag att ge lika vård oavsett kön, hudfärg, funktionshinder, religion och social bakgrund enligt hälsosjukvårdslagen. Vi som jobbar med föräldrar har också en skyldighet att stötta ett jämställt föräldraskap. Ändå visar forskning att det finns stora skillnader i hur vi inom Barnhälsovården bemöter föräldrar utifrån vilket kön de har. Genusvetenskap är till för att få syn på de sociala konstruktioner vi har kring kön, hur vi i våra dagliga möten ”skapar” kön utifrån våra föreställningar och normer om hur mammor och pappor ska vara. I detta möte blir ofta mamman sedd som en förstahandsförälder med ett huvudansvar för barnet och pappan som en familjeförsörjare och stöttare. Med hjälp av genusvetenskap kan vi bli mer medvetna kring de föreställningar som finns i samhället och börja reflektera kring vad vi på vår mottagning har med oss och vad vi kan göra för att leva upp till de riktlinjer vi har. På Föräldra-Barnhälsan har vi därför sedan 2007 erbjudit all personal inom Barnhälsovården och Familjecentraler utbildning i genus och föräldraskap. Under 2014 berättade vi om detta arbete på en nationell föräldrastödsdag i Göteborg samt blev intervjuade för tidningen Barnbladet.

HBT-perspektiv

Personer med homosexuell-, bi- och transidentitet löper betydligt större risk att utveckla psykisk ohälsa och att i samband med föräldraskap stöta på okunskap och fördomar. För att kunna bemöta alla utifrån ett normkritiskt förhållningssätt togs därför beslut att gå HBT-utbildning under 2015 för att sedan kunna föra den kunskapen vidare ut till MHV/BHV- och familjecentralspersonal i länet.

6 Konventionen om Barnets Rättigheter (BK)

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 landstings fullmäktige har beslutat att BK skall implementeras inom landstingets verksamheter. En tjänst (50 %) för strategiskt arbete med barnkonventionen och nationella minoriteter tillsattes 2013.

Landstinget har en samrådsgrupp för barnkonventionen, som bildades 2011, bestående av en representant från varje verksamhetsområde inom landstinget och således en bred representation från landstingets alla verksamheter. De ska sprida och utveckla BK-arbetet inom sina respektive arbetsområden samt identifiera och initiera utvecklingsbehov inom området barnkonventionens genomförande och lyfta dessa till styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet. Ett arbetsutskott förbereder träffarna med samrådsgruppen. BHVÖL och samordnande BHV-sjuksköterska har deltagit i landstingets samrådsgrupp och arbetsutskott(AU) för barnkonventionsarbetet och BHVÖL är från och med 2015 ordförande i gruppen. Handlingsplan för barnkonventionsarbetet i JLL har reviderats och antagits. En vägledning för samtal med barn som anhöriga har tagits fram och skall nu implementeras i alla verksamheter. Enligt handlingsplanen för BK skall barnombud inrättas och utses på varje enhet. En övergripande uppdragsbeskrivning skall arbetas fram. Barnombudet skall ges mandat och utrymme att driva barnkonventionsfrågorna inom enheten. En em. anordnades för all personal med BHVÖL Marie Köhler som föreläste under temat *”Barn i Malmö. Skilda livsvillkor ger ojämlik hälsa”* och utvecklingsstrateg Sofia Kling berättade om landstingets barnkonventionsarbete.

Länets BK-nätverk består av representanter från alla kommuner i länet samt från Regionen och Rädda barnen. På träffarna har nya undersökningar, rapporter och material tagits upp samt det barnkonventionsarbete som görs ute i kommunerna. Under 2014 anordnade gruppen en kväll för politiker och allmänhet med BHVÖL Marie Köhler.

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.

Barnombudsmannens informationsmaterial för föräldrar **”Viktigast av allt”** består av en handledning, tre filmer, broschyr och en webbplats. Materialet används i föräldragrupper på mödra- och barnvårdscentralerna i länet. Det har ett särskilt fokus på relationen mellan barn och föräldrar och tar upp barnets rätt till skydd mot våld och kränkande behandling.





En diskussionskortlek med handledning till har också delats ut till alla mödra- och barnavårdscentraler. Korten består av en artikel på ena sidan och diskussionsfrågor på den andra och ska vara ett stöd i arbete att föra ut barnkonventionen. Grundtanken är att titta på en av filmerna från Barnombudsmannen (ca 5 minuter lång) och sedan diskutera barnets rättigheter och föräldrars ansvar utifrån de diskussionskort som passar till filmen.

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, ingen får diskrimineras
- 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.

Barnkonventionen handlar också om att barn har rätt till trygghet och omvårdnad av sina föräldrar, att föräldrarna gemensamt har ansvar för sina barn och att föräldrar har rätt till stöd av samhället, artikel 18.

Dessutom anger artikel 24 barnets rätt att få 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.

Det är skillnad på att ha ett barnperspektiv och att ha ett barnrättsperspektiv. Det skiljer sig också mot barnets perspektiv.

Ett **barnrättsperspektiv** innebär att både den enskilda medarbetaren och hela verksamheten arbetar rättighetsbaserat och har strategier för arbetet med att genomföra FN:s konvention om barnets rättigheter. Det kan innebära till exempel strategier för att säkerställa barnets rättigheter i åtgärder eller vid beslut som rör barn.

Med **ett barnperspektiv** menas att vuxna, i den utsträckning det går, sätter sig in i barnets situation. Ett barnperspektiv innebär ofta en analys som utförs av vuxna över det som nedan benämns barnets perspektiv. Syftet är att bättre kunna ta tillvara barnets intressen, behov och kunna agera för barnets bästa.

Med **barnets perspektiv** menas barnets egen berättelse, upplevelse och tolkning. Det är när barnen får ge sina egna perspektiv som en verksamhet kan säga sig ha levt upp till barnens rätt att komma till tals. Vilket alltså inte kan sägas ha skett när ett barnperspektiv har tillämpats.

7 Barnpopulation

7.1 Födda och inskrivna

Det statistiska materialet grundar sig på det av BVC-sjuksköterskorna i Jämtlands län inrapporterade antalet på BVC inskrivna och övervakade barn 0-5 år plus de 6-åringar som ej börjat förskoleklass, samt SCB:s statistik om antalet nyfödda och boende i länet. 2014 ökade antalet nyfödda igen sedan 2010, då det under året föddes 1323 barn i länet, en ökning med 57 barn jämfört föregående år, se tabell 1. I tabellen ses också SCB:s befolkningsunderlag barn 0 till och med 5 år i Jämtlands län, den sista december respektive år. Siffran tar inte hänsyn till utflyttning under året, och behöver betraktas med det i åtanke. Totalt ökade antalet inskrivna på BVC med 74 barn från 2013.

Tabell 1. Jämtlands län, antal nyfödda efter födelseår, och totala antalet barn 0-5 år den 31 dec respektive år

	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Födda	1944	1110	1152	1190	1266	1274	1263	1295	1308	1344	1341	1430	1319	1271	1266	1323
0-5 år	10596	7132	6924	6918	7005	7228	7370	7670	7897	8061	8105	8192	8222	8214	8186	8171

Andelen övervakade barn, d.v.s. de som träffat BVC-sjuksköterskan och/eller BVC-läkaren under år 2014, fortsätter att vara mycket hög. Under barnets första levnadsår träffar i princip alla barn (99,7 %) BVC-sjuksköterskan och/eller läkaren. Under perioden 1½ till 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. Siffrorna visar att föräldrar har ett mycket stort förtroende för barnhälsovården i Jämtlands län.

Tabell 2. Inskrivna och övervakade barn inom barnhälsovården 31.12.2014

BVC-mott Kommun	Antal inskrivna 2014, efter födelseår							
	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	Totalt
Berg	66	47	70	64	71	64	1	383
Bräcke	36	34	46	36	53	50	0	255
Härjedalen	71	85	87	93	85	74	0	495
Krokom	133	150	128	157	186	184	1	939
Ragunda	46	50	52	44	60	48	0	300
Strömsund	115	129	126	128	117	104	1	720
Åre	110	94	109	113	132	121	3	682
Östersund	768	717	714	749	767	757	3	4475
Jämtlands län	1345	1306	1332	1384	1471	1402	9	8249
Antal övervakade	1341	1305	1030	1338	1371	1278	5	7668
Andel % övervakade	99,7	99,9	77,3	96,7	93,2	91,2	55,6	93,0

Tabell 3. Barnantal per redovisningsår (den 31 dec respektive år) och kommun

BVC-mott Kommun	Antal inskrivna/år								
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Berg	396	426	412	401	403	388	375	376	383
Bräcke	351	336	329	315	309	292	285	275	255
Härjedalen	536	532	533	517	512	487	479	507	495
Krokom	1011	1044	1076	1105	1085	1078	998	958	939
Ragunda	285	298	287	278	292	295	300	298	300
Strömsund	630	627	652	605	593	610	673	708	720
Åre	627	626	646	669	700	688	710	694	682
Östersund	3784	3974	4067	4180	4321	4355	4335	4359	4475
Jämtland Inskrivna	7620	7863	8002	8070	8215	8193	8156	8175	8249
Jämtland Övervakade	7297	7563	7645	7682	7860	7931	7855	7690	7668
Andel % övervakade	95,8	96,2	95,5	95,2	95,7	96,8	96,3	94,1	93,0
Andel 0-1 år % övervakade	99,4	99,3	99,9	99,2	99,7	99,2	99,5	99,4	99,7

Tabell 4. Andel Barn inskrivna på BVC boende i Jämtland Härjedalen (31 dec respektive år)

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

Vi har än så länge inte tagit in data för de barn och familjer som väljer att inte ta del av barnhälsovårdens program. I län där man tar in sådan data nämns de vanligaste orsakerna vara vistelse utomlands samt vistelse eller inskrivning på BVC i annat län. Några familjer väljer att inte ta del av barnhälsovårdens erbjudande.

Observera att antalet inskrivna på BVC och det enligt SCB angivna befolkningstalet barn 0-5 år i Jämtlands län båda ett tvärsnittsvärde för den 31 december respektive år, och meddelar således inte om antalet utflyttade under året.

2014 var fler barn inskrivna på BVC än det angivna befolkningstalet 0-5 år i länet(*), en möjlig förklaring kan vara att ej kommunplacerade asylsökande som inte syns i befolkningsstatistiken när de befinner sig på asylboende i länet får erbjudande om och ofta är inskrivna på det BVC asylboendet tillhör avseende upptagningsområde. Differensen mellan befolkningstal har sedan 2006 successivt minskat från 92 barn 2006 till 22 barn 2013 och nu 2014 istället 69 barn fler inskrivna, vilket enligt samma analys skulle kunna förklaras av den ökade migrationen och antalet asylboende barn.

7.2 Bemanning på barnavårdscentralen

Antalet sjuksköterskor som under 2014 har tjänstgjort vid länets barnavårdscentraler är 56 sjuksköterskor jfr med föregående år 44 sjuksköterskor. Även om det är en ökning så innebär det fortsatt en god kontinuitet. Det är framförallt under semesterperioden som familjerna får träffa annan BVC-sjuksköterska än den ordinarie.

Antalet läkare som tjänstgjort på BVC under 2014 är 78 st. att jämföra med föregående år 87 läkare. Det totala antalet läkare på BVC i länet kan ses som ett mått på vårdgivarkontinuitet, att familjen får möjlighet att träffa samma personal vid besöken. Ett par områden sticker ut, framförallt Z-gränd - 13 läkare och Frösön - 8 st. Kontinuitet på läkarsidan är ett viktigt kvalitetskriterium framför allt för barnen och föräldrarna men också ur ett utbildningsperspektiv.

De nationella målbeskrivningarna för sjuksköterske- och läkartjänstgöring på BVC anger att varje sjuksköterska och läkare på BVC ska ansvara för minst 25 nyfödda per år. I ett glesbygdslän som vårt kan detta vara svårt att uppnå till fullo men bör ändå utgöra ett riktmärke för planering av BVC-verksamheten. Se diagram 1 och 2.

Diagram 1. Bemanning sjuksköterska/läkare på BVC; Jämtlands län

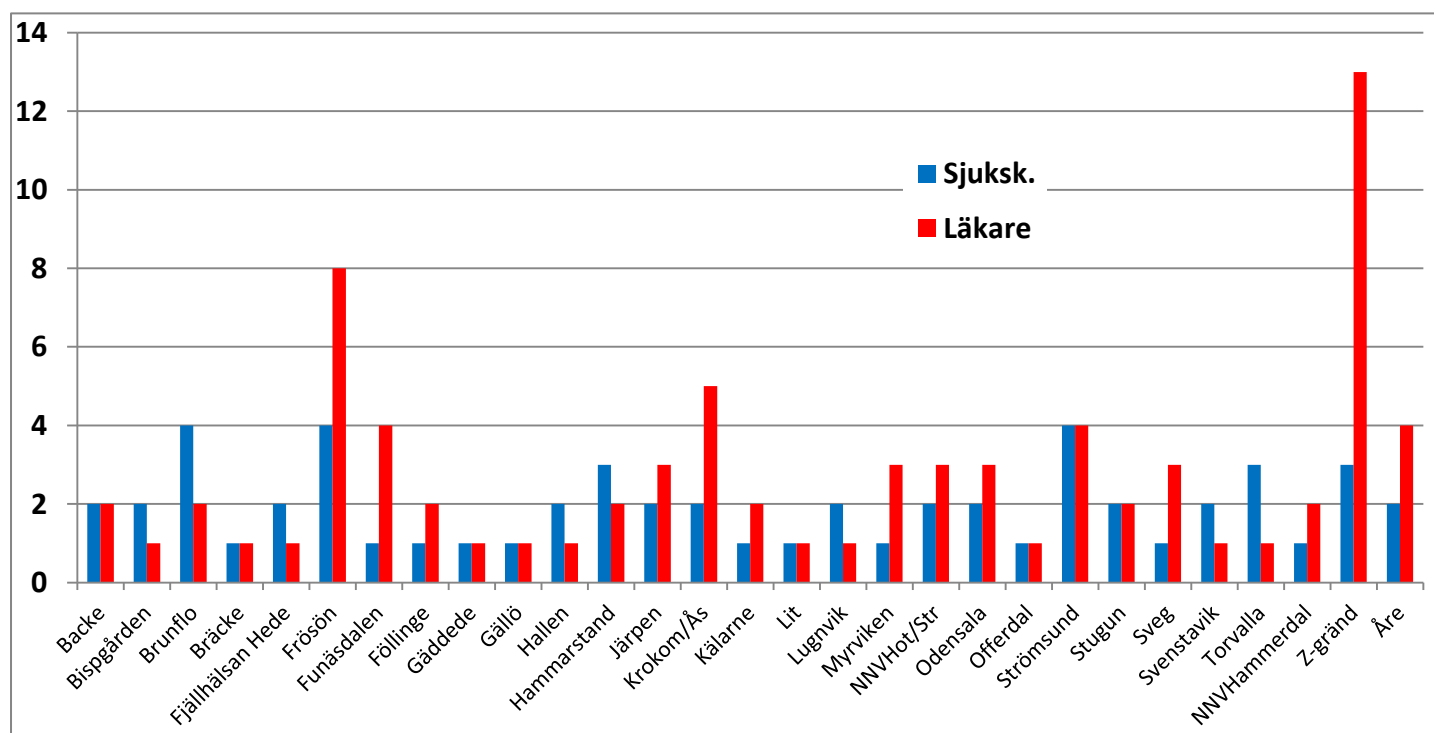
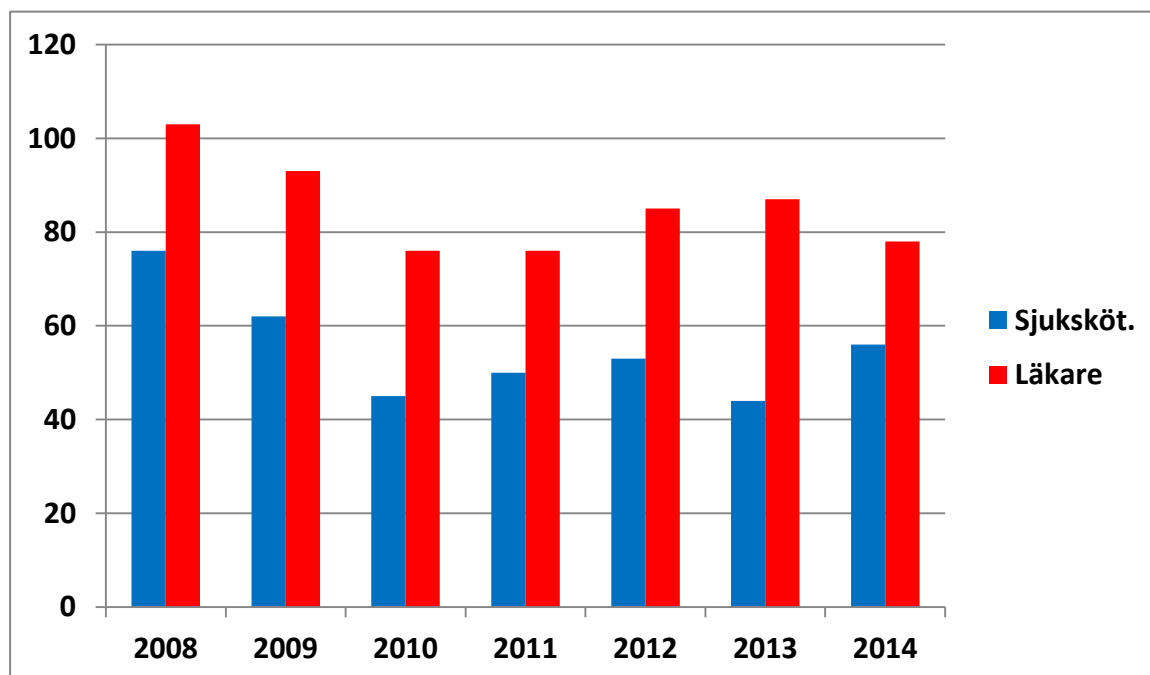


Diagram 2. Bemanning BVC 2008 – 2014 sjuksköterska/läkare



7.3 BVC – normtid/faktiskt arbetad tid

Rekommenderad tid för BVC-arbete baseras på konsensus kring behovet i ett normalområde. Det innebär att en BVC-sjuksköterska i glesbygd (länets kommuner utom Östersunds) har 320 barn i åldern 0-6 år inskrivna på barnvårdscentralen för en heltidstjänst medan motsvarande antal i tätort (Östersunds kommun) är 400 barn. Se diagram 3 och 4.

Normtid i förhållande till faktiskt arbetad tid har här inte vägts samman med den aktuella barnvårdscentralens vårdtyngd eller att man t.ex. täcker upp för varandra vid semester och annan ledighet. Se presentation Index för vårdtyngd under.

Flera BVC har vidare fått en utökning av personal under senare delen av året dvs. inte haft angiven bemanning under hela året. Det har även förekommit sjukskrivningar utan att ersättare funnits.

Dessa faktorer behöver vägas in innan slutsatser dras beträffande eventuellt ökning eller minskning av bemanning.

Diagram 3. Sjukskötersketid per vecka på BVC, faktisk tid och normtid (40 t/vecka = 320 inskrivna barn). Länets kommuner (ej Östersund) = glesbygd

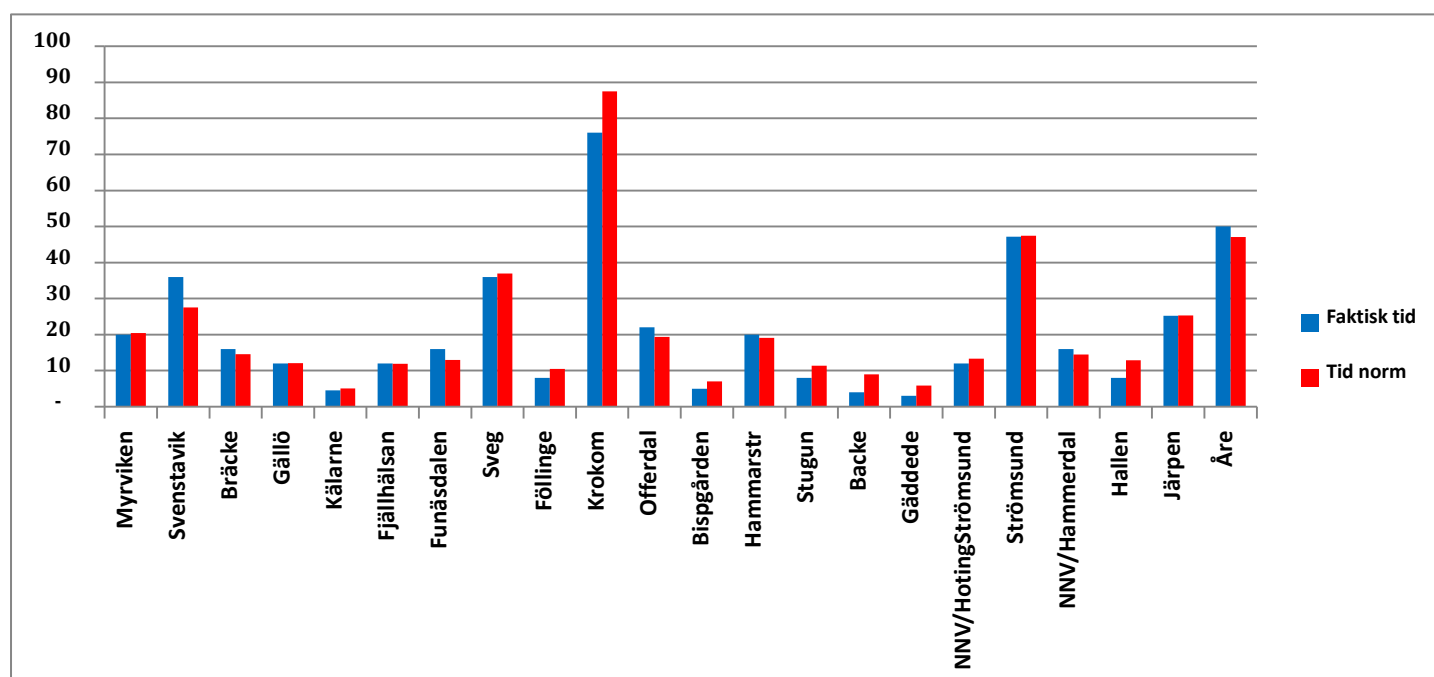
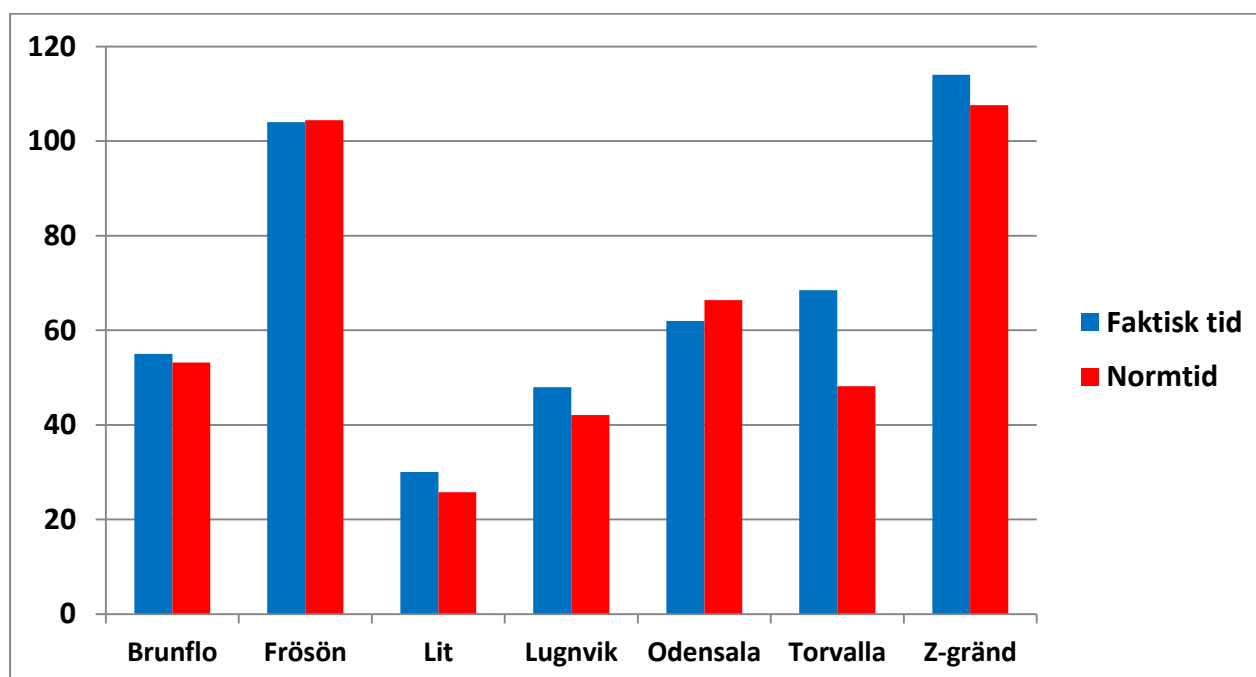


Diagram 4 Sjukskötersketid per vecka på BVC, faktisk tid och normtid.
Östersunds kommun = tätort (40 t/vecka = 400 inskrivna barn)



7.4 Vårdtyngdsindex

Normtalet för en heltidstjänst som BVC-sjuksköterska är baserat på ett konsensus kring övervakningsbehovet i ett normalområde, men tar inte hänsyn till den aktuella befolkningens faktiska behov, som kan skilja sig mycket åt mellan läns- och stadsdelar. Vårdtyngdsindex används i flera landsting och regioner i landet (ex. Uppsala och Örebro) för att mäta belastning på BVC. Hälsocentraler med hög vårdtyngd/belastning behöver mer tid för sin BVC-verksamhet, varför BVC med högt vårdtyngdsindex bör minska normtalet för en heltidstjänst.

Index beräknas som summan av: andelen **mammor och pappor som röker 0-4 v** + **andelen barn med utlandsfödda föräldrar** (summan av en och/eller båda föräldrar) + **andel förstagångsmödrar/3**. Eftersom andelen förstagångsföräldrar/-mödrar relativt sett är betydligt större än de andra variablerna, divideras andelen förstagångsmödrar med 3. **Vi får då för 2014 ett läns-genomsnitt på 39,8**. Jfr 2013 års vårdtyngdsindex på 38,2.

Index pekar på att ett antal barnavårdscentraler ligger över länssnittet för vårdtyngd, ex. Backe, Bräcke, Gällö, Hammarstrand, Stugun, Bispgården, Järpen, Föllinge, Fjällhalsan, Sveg, Torvalla och Z-gränd. Utifrån ett litet underlag ska dock siffrorna tolkas med försiktighet.

Diagram 5. Vårdtyngdsindex BVC i länets kommuner (ej Östersund)

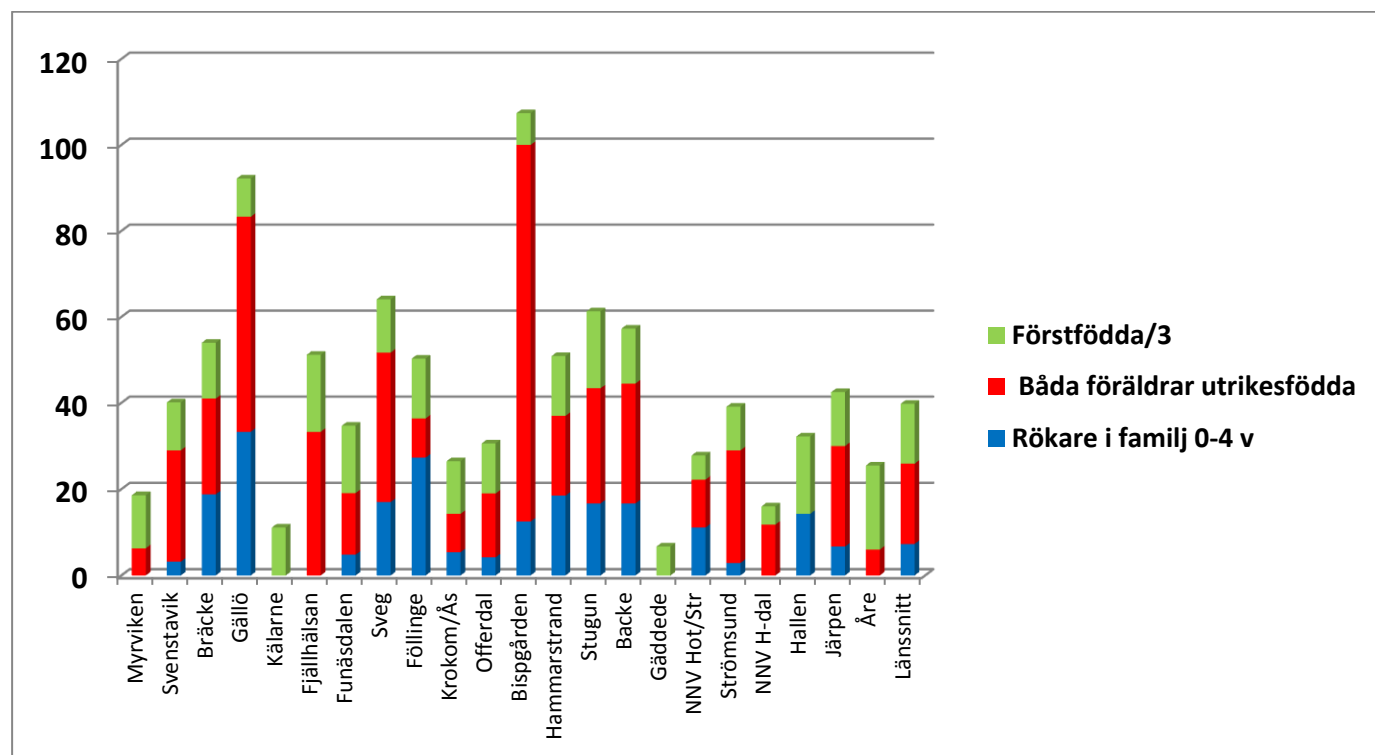
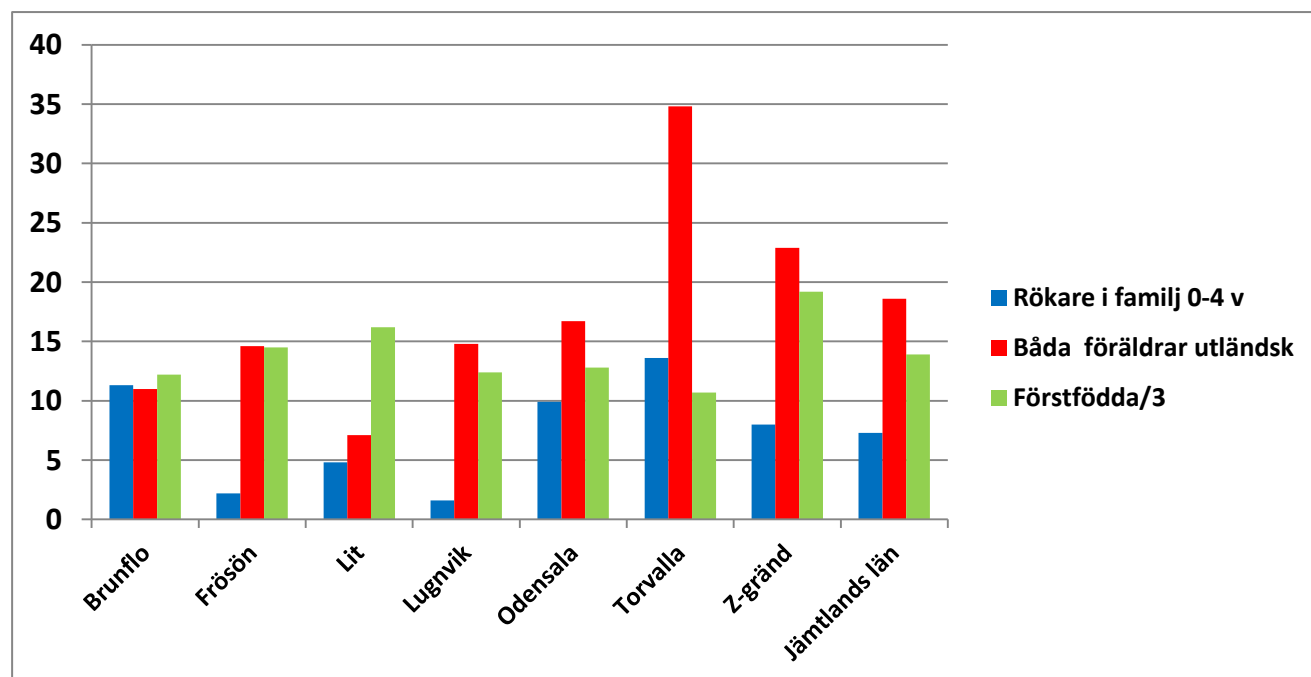


Diagram 6. Vårdtyngdsindex BVC i Östersunds kommun och Jämtlands län



8 Barns hälsa

8.1 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 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.

Definitioner:

- helamning: **Barn som fått enbart bröstmjolk samt vitaminer/läkemedel (t.ex. D-vitamin)**
- delvis ammad: **Barn som förutom bröstmjolk fått bröstmjölkersättning, smakportioner av puréer, välling och/eller annan kost**

Vår målsättning är hög utifrån den vikande amningsfrekvens vi haft under de senaste åren särskilt beträffande helamning under barnets första månader. Positivt är att i årets siffror ses ingen fortsatt minskning utan snarare en viss ökning.

Tabell 5. Amningsfrekvens %, barn födda 2013

Andel barn: % 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	Delvis
Berg	89,1	97,8	73,9	87,0	65,2	76,1	32,6	71,7	47,8	24,4
Bräcke	94,1	94,1	81,8	87,9	66,7	81,8	24,2	54,5	24,2	6,1
Härjedalen	82,4	92,9	67,1	89,4	59,5	76,2	16,7	69,0	44,0	21,4
Krokom	89,3	97,3	73,8	85,2	62,4	77,2	10,7	61,1	27,9	9,1
Ragunda	92,0	98,0	64,0	86,0	51,0	73,5	22,4	61,2	26,5	10,4
Strömsund	88,1	96,8	73,8	92,1	62,1	76,6	18,9	63,9	37,5	21,4
Åre	80,4	96,7	64,8	86,8	53,8	74,7	14,8	61,4	28,4	12,5
Östersund	80,5	96,5	70,3	87,9	62,8	76,8	14,6	67,9	42,5	13,2
Jämtlands län	83,4	96,4	70,6	87,9	61,6	76,6	15,9	65,9	38,6	14,1

Diagram 7. Andel (%) barn födda 2005-2012 som är hel- respektive delammade vid 1 veckas ålder i Jämtlands län

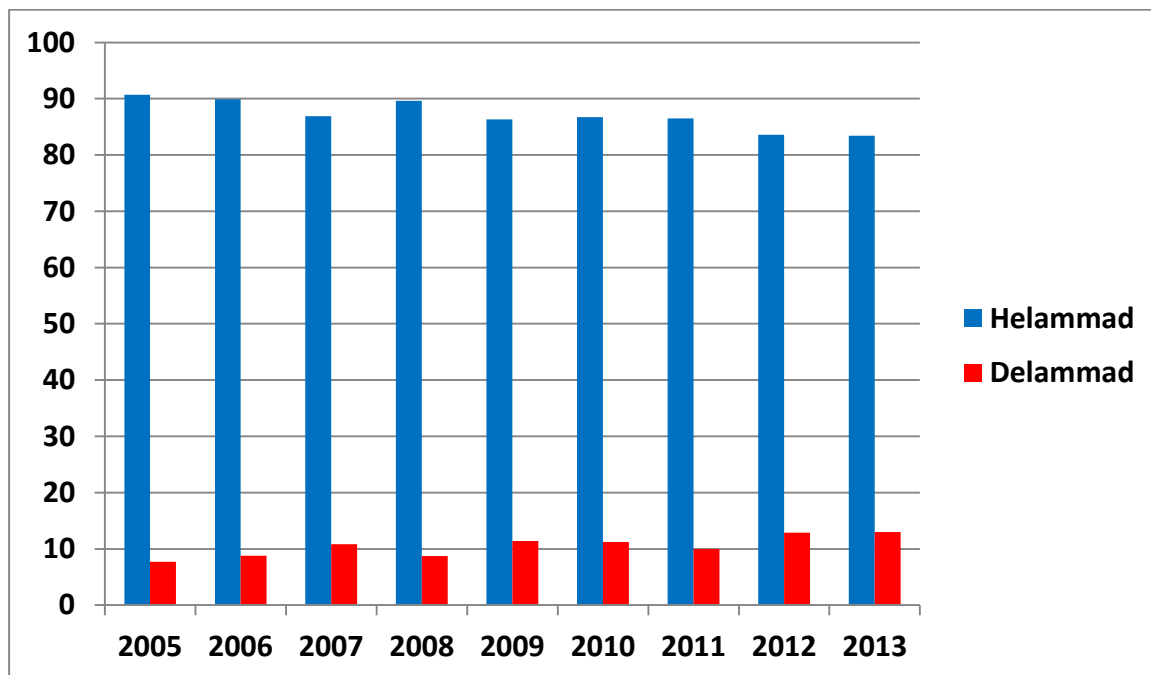


Diagram 8. Andel (%) barn födda 2005-2012 som är hel- respektive delammade vid 4 mån ålder i Jämtlands län

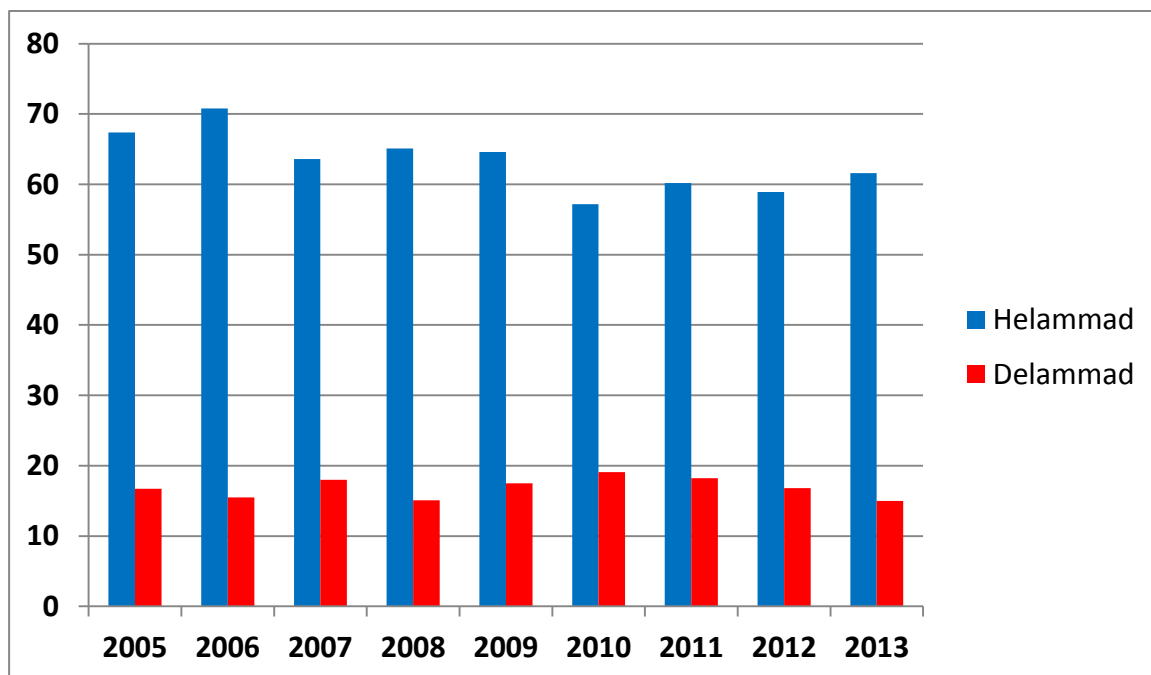
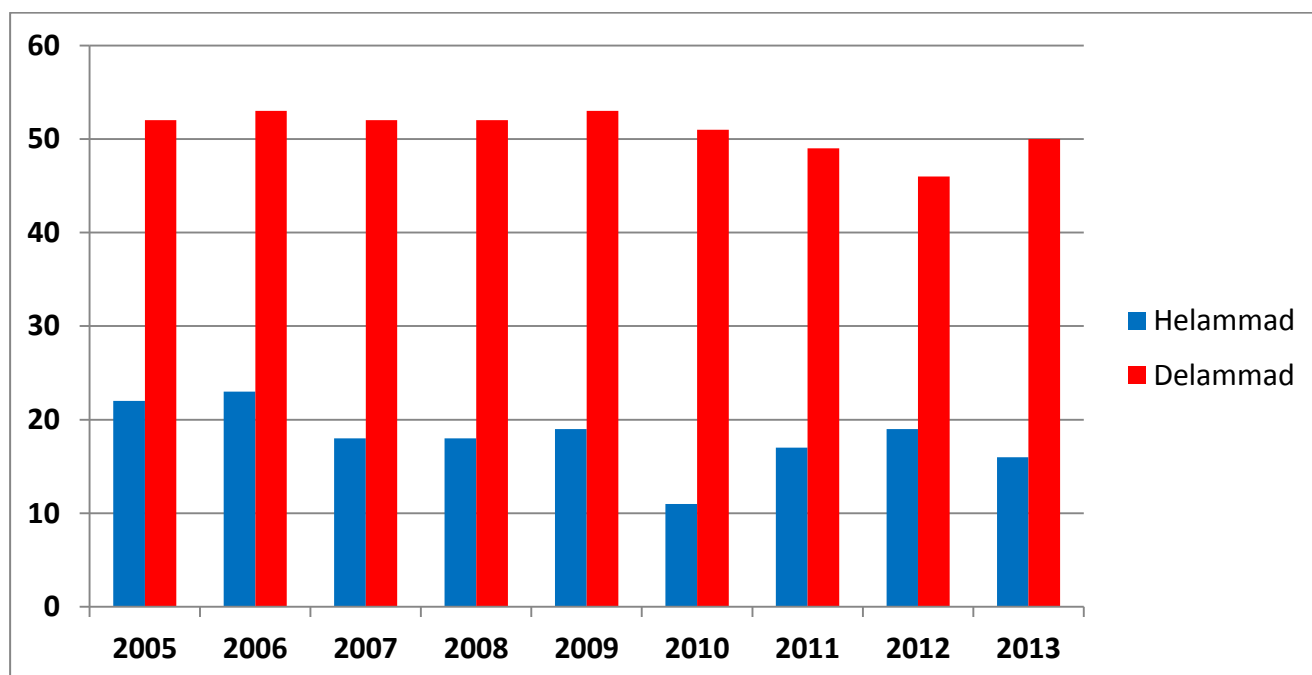


Diagram 9. Andel (%) barn födda 2005 – 2012 som är hel- respektive delammade vid 6 mån ålder i Jämtlands län.



8.2 Rökning

Målsättning:

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

Att få växa upp i en rökfri miljö är viktigt för barns hälsa, FN:s Barnkonvention och Tobakskonvention ger barnen rätt till bästa möjliga hälsa och till en tobaksfri uppväxt och framtid.

Målsättningen nås för 2014 både vid 0-4 veckors ålder och 8 månaders ålder. Vidare minskar andelen föräldrar i länet som röker när barnet är 0-4 veckor och 8 månader något i förhållande till tidigare år. Från 2013 började vi också ta in data på andel rökande föräldrar vid 18 månaders ålder, dessa data antyder att föräldrar börjar eller återupptar rökning när barnen blir lite äldre. Fortfarande röker papporna i betydligt högre utsträckning än mammorna, en fortsatt utmaning för mödra- och barnhälsovården! Andelen rökande föräldrar varierar mellan olika områden, och även en hel del inom områden mellan olika år.

Andelen snusande föräldrar i Jämtland län är betydligt högre än i övriga landet, se diagram 11.

Tabell 6 Föräldrars rökvanor då barnet är 4 veckor och 8 månader (barn födda 2013) respektive då barnet är 18 månader gammalt (barn födda 2012)

Kommun	Antal barn	Andel rökande mödrar (%)			Andel rökande fäder (%)		
		0-4 v	8 mån	18 mån. f. 2012	0-4 v	8 mån	18 mån. f. 2012
Berg	47	0	4,3	1,4	2,2	2,2	12,7
Bräcke	34	9,1	12,1	4,4	13,8	17,9	11,4
Härjedalen	85	3,6	3,6	12,0	7,3	3,7	6,3
Krokom	150	4,1	2,7	2,4	4,1	4,1	7,4
Ragunda	50	2,1	2,4	3,8	14,9	19,5	11,5
Strömsund	129	0,8	0,8	0,8	4,9	5,7	5,0
Åre	94	0	0	8,3	4,4	3,4	8,7
Östersund	717	1,8	2,4	3,7	6,0	5,8	7,6
Jämtlands län	1306	2,1	2,5	4,1	6,0	5,9	7,9

Diagram 10 Barn, födda 2004-2013, som exponerats för tobaksrök i sin hemmiljö vid 0-4 veckors och 8 månaders ålder i Jämtlands län.

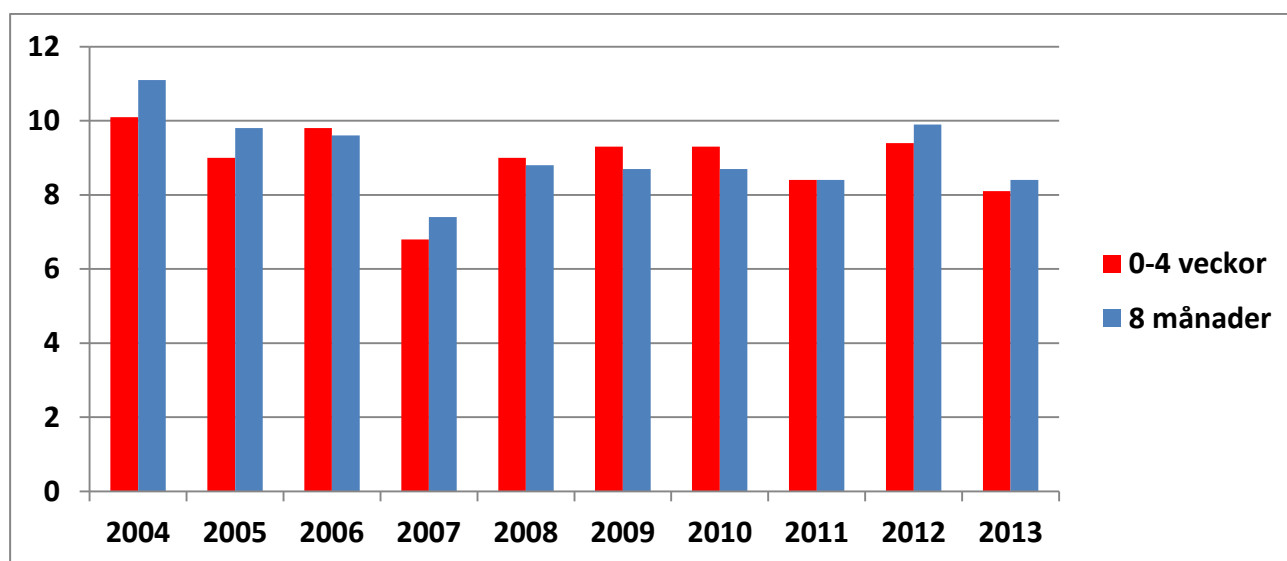
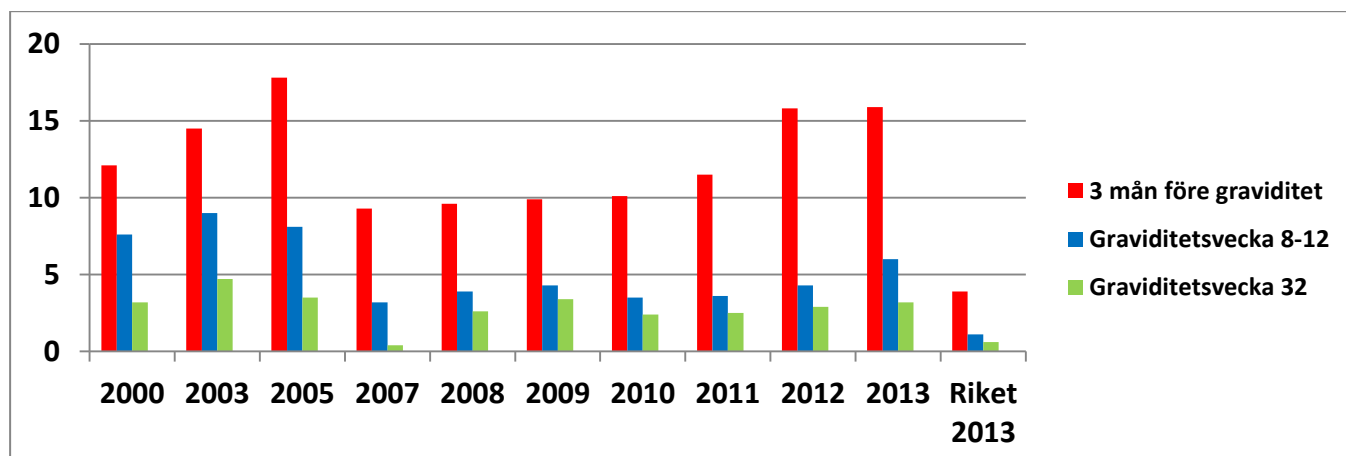


Diagram 11 Andel snusare (mammor) (%) i Jämtlands län 2000-2013
Andel snusare (mammor) (%) i Sverige 2013



8.3 Övervikt och fetma – BMI

Övervikt och fetma i barndomen är en riskfaktor för ohälsa i vuxenlivet. Studier visar att fetma vid 4 och 5 års ålder innebär kraftigt ökad risk för fetma vid 10 års ålder (5), samt att överviktiga tonåringar som regel förvärvat sin övervikt redan före 5 års ålder (6). Övervikt och fetma är i likhet med annan ohälsa ojämnt fördelat hos befolkningen, t ex mellan olika socioekonomiska grupper och mellan stad och landsbygd (7, 8). Högt BMI (Body Mass Index) är relaterat till låg socialgrupp och kort skolutbildning. Flickor har i olika studier visat sig ha högre BMI än pojkar.

Levnadsvanor etableras tidigt i livet och föräldrarnas inflytande över barnets mat- och rörelsevanor är stort. Barnhälsovården är en hälsofrämjande arena med en betydelsefull roll i att tillsammans med familjen arbeta för hälsosamma vanor. Återkommande hälsosamtal och tidiga insatser ökar möjligheten till utvecklande och bibehållande av sunda levnadsvanor. BVC följer barnets tillväxt, och registrerar BMI som ett verktyg i tidig identifiering av eventuell övervikt, med möjlighet till tidiga insatser.

Iso-BMI (vikt/längd²) är anpassat efter barnets ålder och kön. Vid 4 års ålder går gränsen för övervikt vid Iso-BMI ca 17,5 och fetma vid Iso-BMI ca 19 (motsvarande hos vuxna BMI ≥ 25 för övervikt och ≥ 30 för fetma). Registrering av BMI vid 4-års ålder (± 3 månader) är framförallt tänkt att användas på länsnivå för att kunna följa utvecklingen av övervikt/fetma registreras i samband med 4-årskontrollen på BVC. Det finns ingen nationell statistik, men de flesta regioner mäter BMI.

BMI skall således registreras på länets 4-åringar i samband med hälsosamtal vid 4 års-besöket. Med målet att minst 90 % av länets 4-åringar skall ha ett normalt BMI-värde.

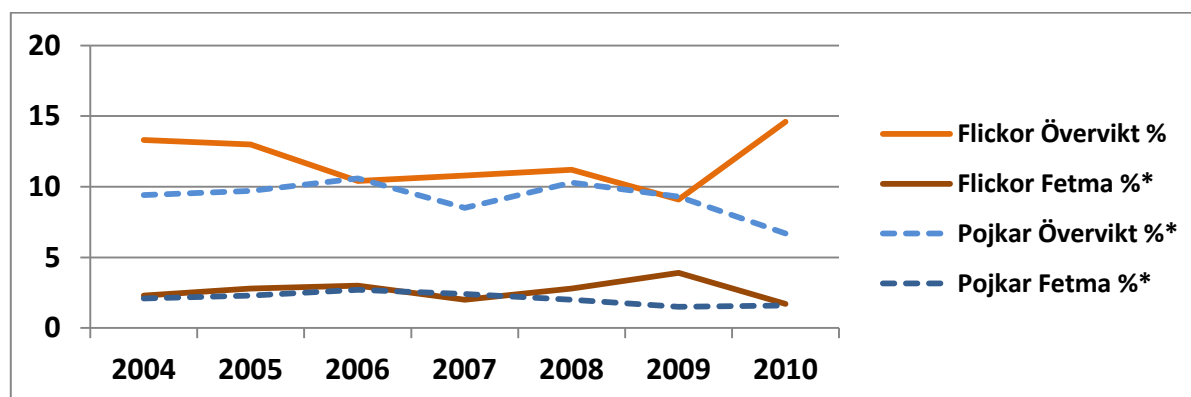
Hos 2014 års 4-åringar i Jämtlands län (barn födda 2010) är den totala andelen med övervikt eller fetma väsentligen oförändrat jämfört tidigare årskullar, positivt är dock att andelen fetma är påtagligt lägre, tabell 7. Andelen flickor med övervikt är högre (14,6 %), medan andelen fetma hos flickor samt andelen övervikt eller fetma hos pojkar är lägre eller oförändrad, diagram 12.

Tom 2014 års resultatredovisning har längd och vikt registrerats av BVC-sjuksköterskan i den interaktiva web-applikation BMI-data. Från och med övergång till datajournal Cosmic sker BMI-registrering automatiskt i samband med registrering av längd och vikt i journalen.

Tabell 7. Andel barn i Jämtlands län födda 2004-2010 med BMI övervikt/fetma vid 4 års ålder (± 3 mån)

Födelseår	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Antal barn undersökta, län	999	947	980	857	997	933	888
Övervikt % *	11,4	11,3	10,5	9,7	10,8	9,2	10,8
Fetma % *	2,2	2,5	2,9	2,2	2,3	2,7	1,7
Övervikt och fetma % *	13,6	13,8	13,4	11,9	13,1	11,9	12,5

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

Diagram 12. Andel flickor och pojkar med övervikt respektive fetma vid 4 års ålder (± 3 mån) i Jämtlands län 04-14

Hälsosamtal om bl. a kost och rörelse/lek ska i större eller mindre omfattning föras vid varje besök på BVC. I samband med 4-årsbesöket utförs ett fördjupat hälsosamtal med barnet och föräldern/föräldrarna, i Jämtlands län genomförs detta sedan hösten 2014 med utgångspunkt i en enkät som barnet och föräldern/föräldrarna tillsammans fyllt i inför besöket. I manualen till enkäten och samtalet finns syfte bakom frågorna, vetenskapligt underlag till rådgivning samt tips på hur man kan föra och fördjupa samtalet.

Övervikt kan vara svårt att upptäcka enbart utifrån längd- och viktkurvan. Hur föräldrarna uppfattar sitt barns viktstatus är också av stor betydelse för att kunna föra samtal kring tillväxt och främja en hälsosam viktutveckling. En studie visar att föräldrar till överviktiga barn tenderar att underskatta sitt barns vikt, samt att föräldrarnas oro hellre rör utvecklande av undervikt (9). BMI-kurvan kan här användas som ett aktivt verktyg, genom att systematiskt och vid varje barns besök rutinmässigt och tillsammans med föräldrarna titta på BMI-kurvan. Identifikation av övervikt eller fetma hos ett barn kräver också omhändertagande, med fördjupad vägledning och råd avseende både barnets och ofta även familjens vanor och rutiner. Barnhälsovårdens metodhandbok Rikshandboken ger ett gott initialt stöd. Kostråd av både generell och individuell karaktär är nödvändigt i dagens livsmedelsutbud och flöde av kostråd i media och på sociala medier, dietistens roll i arbetet blir allt mer betydelsefull. I dagsläget saknas tyvärr dietistkompetens på primärvårdsnivå för barn 0-18 år i Jämtlands län.

Att på samhällsnivå främja hälsosamma levnadsvanor och förebygga övervikt och fetma kräver insatser på alla nivåer och härmed samverkan mellan professioner och samhällsaktörer. I oktober 2014 erbjöds personal från hela Jämtlands län som i sitt dagliga arbete möter barn och barnföräldrar en gemensam utbildning "Övervikt och fetma hos barn och ungdomar – motiverande samtal med fokus på levnadsvanor och övervikt/fetma" i Regionförbundets regi. För alla som deltog från mödrahälsovården, barnhälsovården, skolhälsovården, barnsjukvården och privata aktörer stärktes tron på nyttan av gemensamma insatser avseende både strukturellt och individuellt omhändertagande. Utbildningen ges på nytt under 2015.

8.4 Vaccinationer

Målsättning: Andelen barn vaccinerade med MPR vid 2 års ålder skall överstiga 97 %.

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

Vaccinationsfrekvensen i landet och länet är god men lägre vaccinationstäckning förekommer inom vissa områden, framför allt på grund av kulturella och religiösa förhållanden. Utbrott av t.ex. mässling förekommer av och till i Europa och startar i områden där vaccinationsandelen är låg. För att undvika att enstaka sjukdomsfall utvecklas till större utbrott är det viktigt att befolkningens vaccinationstäckning ligger över 90-95%, först då uppnår man en s.k. flockimmunitet (*herd immunity*). Folkhälsomyndigheten rekommenderar inför utlandsresa att barn från 6 månaders ålder vaccinerar mot mässling.

Vaccinationsfrekvensen är god eller acceptabel i majoriteten av länets kommuner men inget farhågor fram för allt beträffande Strömsunds kommun, se tabell 8. Se fullständig tabell, med resultat per BVC i appendix.

Tabell 8. Andel (%) vaccinerade barn födda 2012.

BVC/Kommun	Antal barn	DTP (difteri, tetanus, kikhosta)	Polio	HiB	MPR	Pneumo- kocker
Berg	70	92,9	92,9	92,9	94,3	87,1
Bräcke	46	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Härjedalen	87	98,9	98,9	98,9	98,9	97,7
Krokom	128	DT: 93,8 P: 93,0	93,8	93,0	93,8	90,6
Ragunda	52	96,2	96,2	96,2	96,2	96,2
Strömsund	126	87,3	87,3	87,3	86,5	87,3
Åre	109	98,2	98,2	98,2	97,2	96,3
Östersund	714	97,9	97,9	97,9	96,6	97,6
Jämtlands län	1332	DT: 96,3 P: 96,2	96,3	96,2	95,6	95,3

Diagram 13 visar att vaccinationstäckningen i Jämtlands län fortsatt är god och relativt stabil över tid, sedan första årsrapporten från barnhälsovården presenterades år 2006 (barn födda 2004). En tydlig nedåtgående trend ses dock under de senaste åren, och framför allt det senaste året. Sedan 2013 ser vi en minskning av andelen säkert vaccinerade 2-åringar på mellan 0,8-1,4 %. Samtidigt kan vi notera att andelen barn vars vaccinationer vid 2 års ålder registrerats som "Vet ej" ökat betydligt de senaste åren, se diagram 14. Ur smittskyddssynpunkt registreras dessa "Vet ej" som ovaccinerade, vilket således påverkar den totala vaccinations-täckningen. Ökningen kan möjligen förklaras av den ökade andelen asylsökande i länet, med svårtytt eller okänt vaccinationsstatus innan genomgången Hälsoundersökning och eventuell uppvaccination enligt svenska barnvaccinationsprogrammet.

Diagram 13. Andel fullständigt vaccinerade Jämtlands län utifrån födelseår, sammanställning av data från årsrapporter 2006-2014

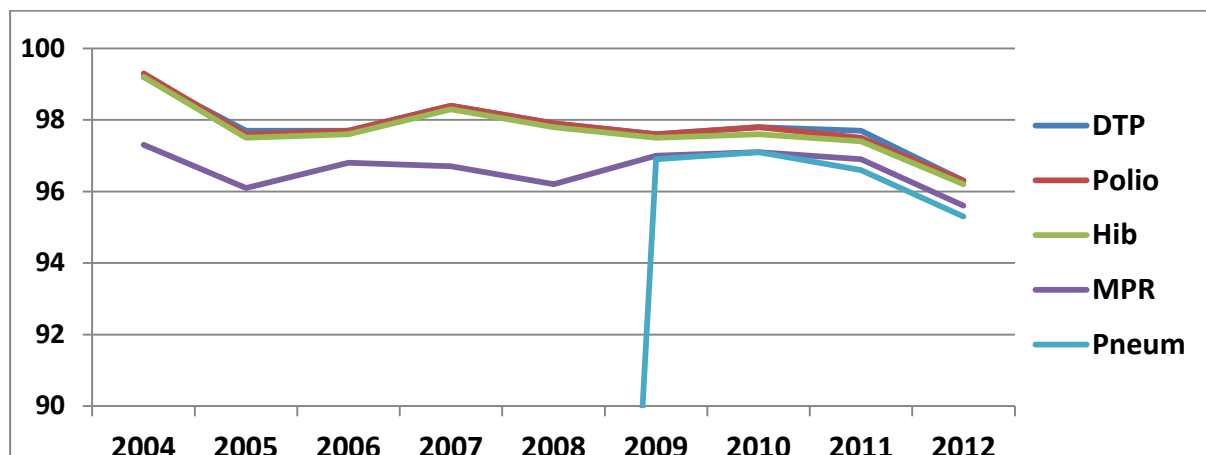
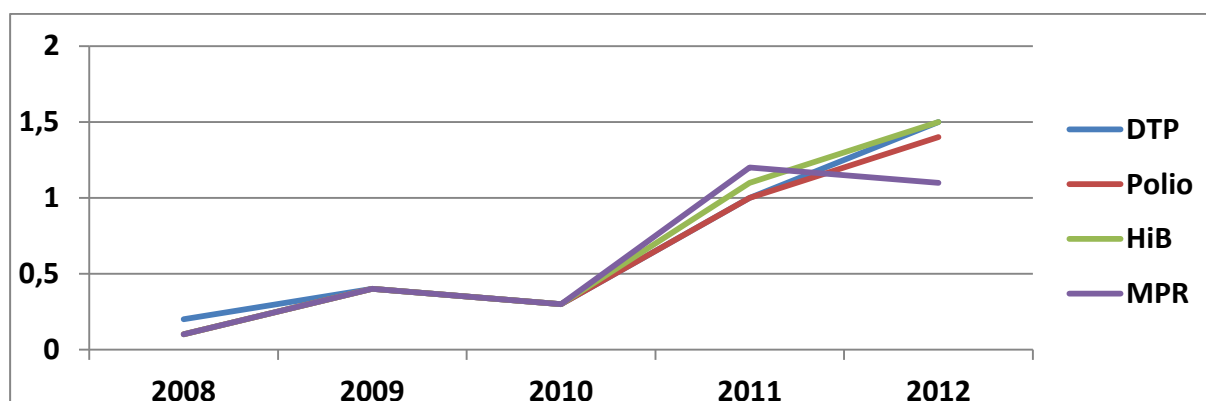


Diagram 14. Andel (%) barn vars vaccination registrerats som "Vet ej" vid 2 års ålder, efter födelseår 2008-2012



Anledningen till den minskning vi trots allt kan se blir ännu så länge spekulativ, men bidragande faktorer kan vara restnoterade vacciner samt en ökad skepsis mot vaccination. Det senare meddelas från enskilda BVC-sköterskor, liksom en tidvis ökad aktivitet för vaccinationsmotstånd på sociala medier. En del föräldrar önskar att avvakta med vaccination till dess att barnet passerat 2-3 års ålder. Här ser vi utrymme för fortbildningsinsats både lokalt och nationellt, hur bemöta oro och skepsis mot vaccinationer!

Pneumokock-vaccin infördes i barnvaccinationsprogrammet 2009. Vaccinet ger ett gott skydd mot invasiv pneumokockinfektion (blodförgiftning och hjärnhinneinflammation), sjukdomen är vanligast under 2 års ålder, har hög dödlighet och stor risk för allvarliga handikapp. Införande av pneumokockvaccin har lett till en minskning av den totala risken för invasiv pneumokock-sjukdom för barn under 5 år med 68 % (10). Extra viktigt är det att riskbarn 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.

Kikhosta – ett ökande problem

2014 skedde nationellt en kraftig ökning av antalet rapporterade fall av kikhosta (pertussis), i Jämtlands län diagnosticerades 11 fall under 2014, efter att under ett par år ha legat mellan 0-5. Både barn och vuxna kan drabbas av kikhosta, men sjukdomen är allvarligast för spädbarn och hårdast drabbas barn under 6 månaders ålder som inte hunnit få de två första vaccindoserna. Barnen smittas oftast av äldre familjemedlemmar, då symptomen sällan innefattar mer än besvärlig förkylning och långdragen hosta. Varken genomgången sjukdom eller vaccination ger livslång immunitet varför sjukdomen inte kan elimineras. Hälso- och sjukvården har därför en viktig uppgift i att uppmärksamma sjukdomen, frikostigt provta för kikhosta och förebyggande antibiotikabehandla de minsta barnen redan vid misstänkt exponering. Inom barnhälsovården är det viktigt att inte fördröja de första vaccindoserna vid 3 respektive 5 månaders ålder. Folkhälsomyndigheten undersöker med hög prioritet ytterligare strategier för att skydda de minsta barnen, genom t.ex. vaccination av gravida eller s.k. kokong-vaccination runt spädbarn.

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 i länet bedömt 144 barn (10,8 %) som riskbarn bland barnen födda 2012 varav 116 barn (80,6 %) blev vaccinerade. Vi har under året vaccinerat ytterligare 6 barn (0,5 %) som inte tillhör riskgrupperna. Barnhälsovården har ett mångårigt gott samarbete med barn- och ungdomsmedicinska mottagningen vid Östersunds sjukhus dit såväl utredning med PPD som BCG vaccination är centraliserad, vilket främjar upprätthållande av den praktiska kompetensen.

Vaccination mot hepatit B

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

Samtliga föräldrar erbjuds alltsedan sommaren 2010 att mot egen betalning låta vaccinera sina barn mot hepatit B vid 3,5 och 12 månaders ålder. Antalet barn födda 2012 som har påbörjat eller avslutat vaccination mot hepatit B är 1038 barn (77,9 %) vilket är en fortsatt ökning jämfört tidigare år.

WHO rekommenderar sedan 1992 att vaccination mot hepatit B skall ingå i de nationella vaccinationsprogrammen. Ett förslag från Socialstyrelsen avseende svenska Allmänna vaccinationsprogrammet för barn ligger för regeringsbeslut, i skrivande stund (mars 2015) ännu utan beslut. Ett flertal landsting, varav bland andra de övriga landstingen i Norra regionen erbjuder kostnadsfri vaccination. Jämtlands läns landsting har under år 2014 inte fattat något beslut i frågan, utan avvaktar nationellt beslut.

8.5 Småbarnstandvård i Jämtlands län 2014 – rapport från Folktandvården

Under 2014 införs LOV, lagen om vårdval, för barn och ungdomar 3-19år. Detta påverkar Folktandvården genom att nya rutiner för listning införs samt att delar i kravspecifikationen för vårdavtalet ställer andra krav på utförandet av vården än det vårdprogram som användes i folktandvården. Den största förändringen är att kallelseintervallen till tandläkare är styrd mot vissa åldrar och inte utifrån individuella behov. Barn i åldrarna 3 och 19 år ska alltid träffa tandläkare vid besök på folktandvården.

Barn och ungdomsprocessen har fortsatt att utvecklas i samarbete med övriga norrlandslandsting och odontologiska institutionen i Umeå.

Ett seminarium om barntandvård har folktandvården haft under 2014 dit även de privata vårdgivarna var inbjuden.

Rutinen och arbetssättet av screening av barnen har tillsammans med på BVC omarbetas för att få goda möjligheter att tidigt fånga upp ”riskbarnen”.

Samarbete pågår ang. bemötande, hur det ska byggas upp en god relation och munhälsa på asylsökande och nyanlända flyktingar.

Asylsökande och barn och ungdomar **till 18 år** har rätt till samma vård som barn och ungdomar bosatta i Sverige. Dock påbörjas ingen omfattande tandreglerande behandling på barnen.

Ny rutin skapad:

Rutin för att fånga upp asylbarn innan kommunplacering

För att fånga upp dessa barn innan de fått sin kommunplacering kommer det via hälsosamtalet göras bedömning om behov av tandvård.

De barn som bedöms ha ett behov av vård kommer att uppmanas ta kontakt med närmaste folktandvårdsklinik på orten. Primärvårdens personal kommer att lämna ut klinikernas telefonnummer till barnen och dess följeslagare.

Kopplingen mellan barn och ungdomars vikt och erosionsskador på tänderna blir ett allt större problem för tandvården samtidigt som problem relaterat till levnadsvanor i stort blir ett allt större problem för samhället i stort. Därför har en satsning mellan norrlandstingen gjorts i form av ett kampanjarbetet avseende förebyggande insatser kring kostvanor hos unga. ”Vänd på vanorna ” detta är ett sätt att försöka nå många unga medborgare och deras föräldrar via den kontakt de har med bland annat tandvården. Kampanjen över 2014 var i tre delar ”Frukt gör dig glad”, ”Läsk gör dig sur” och ”Ät dig pigg och glad”. Denna kampanj kommer att rulla på under 2015,2016.

Statistik tandhälsa:

- Andelen kariesfria 4-åringar har minskat från 91 % 2013 till 90 % 2014. Minskning med 1 % beror trolig på att det skett en tillströmning av barn med stort vårdbehov/nysvenskar.
- Andelen kariesfria 19-åringar har ökat från 27 % 2013 till 29 % 2014.
- 61 % av barnen tillhör riskgrupp 0 dvs. friska barn.
- Antal screenade barn via kontakt med BVC var 309 st. vilket innebär att folktandvården screenat 24 %. 4,5 % av dessa har kallas till kliniken för stöd och råd. Dessa siffror är något osäkra då det förekommit osäkerheter kring registrering.

Barnen kallas utan försening.

9 Föräldrastöd

9.1 Hembesök under 2014 för nyblivna föräldrar i Jämtlands län

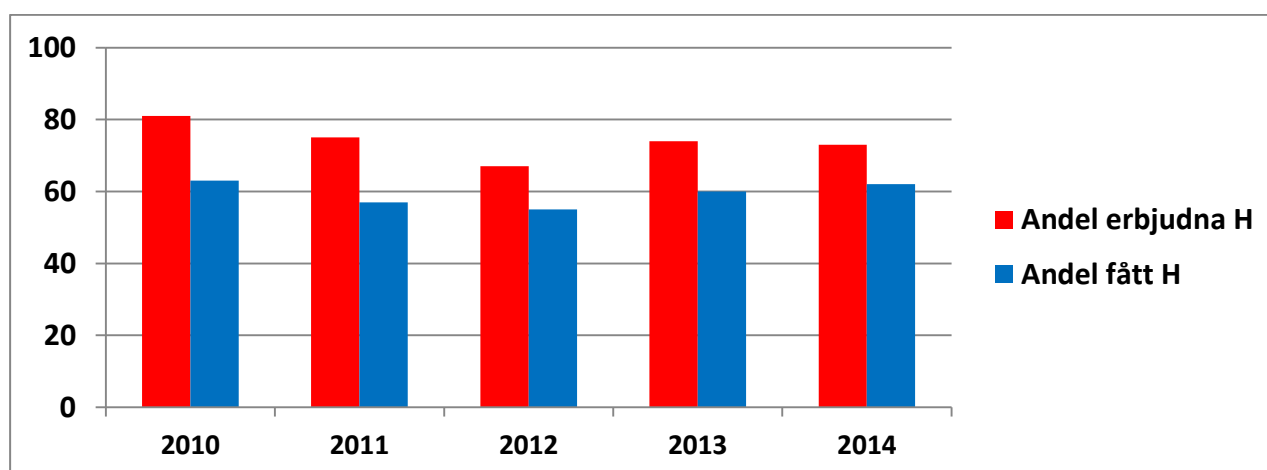
Målsättning: Hembesök skall erbjudas samtliga nyblivna föräldrar.

Hembesök är en viktig del av barnhälsovårdens arbete. Både svenska och internationella studier visar att BVC-sjuksköterskor beskriver vikten av att etablera kontakt med familjen som hembesökets primära syfte (11, 12). Sjuksköterskans attityd till hembesök kan vara en avgörande faktor för hur hembesöksverksamheten utvecklas. Hembesök gör att sjuksköterskan blir mer lyhörd för familjens behov.(13)

I en jämförande studie där mödrar erbjöds antingen hembesök eller mottagningsbesök i nyföddhetsperioden fann man att de mödrar som fick hembesök ansåg att de fick större möjlighet att prata i lugn och ro och på så sätt fick en mer jämbördig relation till sjuksköterskan. Resultatet visade att dessa mammor ammade längre (14). Mödrar är övervägande positiva till hembesök och får bättre kontakt med BVC-sjuksköterskan än vid ett mottagningsbesök. Studier talar för att hembesök har positiv betydelse för kontakt med familjen och olika intervjuundersökningar har visat att de flesta föräldrar uppskattar hembesöket (15).

Socialstyrelsen skriver dessutom i ”Vägledning för barnhälsovården” att utöver universella hembesök under första levnadsåret ska hembesök erbjudas till barn och familjer där det finns behov av extra stöd. Det kan vara i form av förstärkt hembesöksprogram med upprepade hembesök till familjer för vilka barnhälsovårdens övriga erbjudanden är otillräckliga (Socialstyrelsen, 2014).

Diagram 15: Andel erbjudna och andel som fått hembesök av samtliga nyblivna föräldrar år 2010–2014



Årets statistik redovisar antalet hembesök till alla nyblivna föräldrar och förstagångsföräldrar (mammor) år 2014.

Hembesök erbjuds till 73,2 % av alla nyblivna föräldrar och 70,7 % av alla förstagångsföräldrar har fått hembesök. Sammantaget får 62 % av alla nyblivna föräldrar hembesök. Andel erbjudna varierar stort mellan olika BVC i länet. En skillnad kan ses från 0 till 100 % vilket utifrån en i länet jämlik barnhälsovård inte är acceptabelt.

Se tabell 18 antal respektive andel hembesök per BVC 2014 i Jämtlands län i appendix, sid 72

9.2 Psykisk ohälsa - EPDS

Målsättning: EPDS skall erbjudas alla nyblivna mammor.

Det finns ett nära samband mellan föräldrars och barns hälsa. Nedstämdhet efter förlossningen kan påverka 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 %. Motsvarande siffror för pappor uppgår till ca hälften, dvs. 5-6 %.

EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) är en screeningsmetod 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 använts vid alla BVC i länet. 73,5 % av alla mammor till barn födda 2013 har erbjudits EPDS screening varav 96,7 % har besvarat formuläret.

Det är inte tillfredsställande att endast 2/3 nyblivna mammor erbjudes EPDS och det är anmärkningsvärt att vid några BVC: er erbjudes endast ca hälften av mammorna att besvara formuläret. Det visar sig i våra siffror att om man erbjuds så besvaras också formuläret i mycket hög utsträckning.

81 mammor har erhållit stöd vilket motsvarar 8,7 % av antalet mammor som besvarat EPDS. Utifrån evidensbaserad kunskap är EPDS användandet ett av de viktigaste uppdragen vi har inom barnhälsovården. Vi skärpte därför våra riktlinjer 2013 **och kräver att EPDS erbjuds alla nyblivna föräldrar.**

Tabell 9. EPDS användning BVC, Jämtlands län; barn födda 2013

BVC	Antal barn f. 2013	Erbj EPDS	Andel erbjud.	Besv. EPDS	Fått stöd	Uppgift saknas	Andel stöd av besv. EPDS
Backe	18	4	22,2 %	4	0	14	0
Bispgården	8	2	25 %	2	0	0	0
Brunflo	73	65	89 %	65	12	0	18,5 %
Bräcke	18	16	88,9 %	16	0	2	0
Hede	15	13	86,7 %	13	0	2	0
NNV Hoting-Strömsund	18	9	50 %	9	2	4	22,2 %
Frösön	178	124	69,7%	124	7	9	5,6 %
Funäsdalen	21	21	100 %	21	1	0	4,8 %
Föllinge	11	10	90,9%	10	1	0	10 %
Gäddede	7	7	100 %	0	0	0	0
Gällö	12	9	75 %	9	1	0	11 %
Hallen	14	14	100 %	14	0	0	0
Hammarstrand	27	27	100 %	24	1	0	4,2 %
Järpen	30	22	73,3 %	22	3	8	13,6 %
Krokom	112	99	88,4 %	97	7	7	7,2 %
Kälarne	4	4	100 %	4	1	0	25 %
Lit	42	38	90,5 %	30	2	0	6,7 %
Lugnvik	61	51	83,6 %	51	5	10	9,8 %

BVC	Antal barn f. 2013	Erbj EPDS	Andel erbjud.	Besv. EPDS	Fått stöd	Uppgift saknas	Andel stöd av besv. EPDS
Myrviken	16	14	87,5 %	14	0	2	0
Odensala	102	89	87,3 %	89	9	0	10,1 %
Offerdal	27	18	66,7 %	18	3	9	16,7 %
Strömsund	69	46	66,7 %	46	4	23	8,7 %
Stugun	15	14	93,3 %	14	1	1	7,1 %
Sveg	49	6	12,2 %	6	0	0	0
Svenstavik	31	22	71 %	22	4	9	18,2 %
Torvalla	69	49	71 %	46	6	9	13,0 %
NNVHammerdal	17	13	76,5 %	13	0	4	0
Z-huset	192	102	53,1 %	99	9	10	9,1 %
Åre	50	46	92 %	46	2	0	4,3 %
Jämtlands län	1306	960	73,5 %	928	81	123*	8,7 %

*OBS många journaler där det inte framgår om EPDS erbjudits.

9.3 Föräldrastöd i grupp

Målsättning: Alla föräldrar ska erbjudas någon form av föräldragrupsverksamhet under barnets första år. Undantag görs där ej tillräckligt antal nyfödda finns för gruppverksamhet.

Mödra- och barnhälsovården i Jämtlands län har en modell för tidigt föräldrastöd i grupp, Z-modellen. Syftet med Z-modellen är att garantera en miniminivå och att kvalitetssäkra det generella föräldrastödet i grupp inom MHV och BHV i Jämtlands län. En mycket viktig del är att skapa en röd tråd mellan MHV, BHV och det fortsatta föräldrastödet i länet. En annan målsättning är att integrera föräldrastödsprogrammet ICDP samt ett genusperspektiv och ett barnperspektiv.

Kriterierna för deltagande i föräldragrupp är att man deltagit vid minst 3 tillfällen i föräldragrupp. Totalt erbjuds i länet 59,3 av alla nyblivna föräldrar att delta jfr med förra året då 62,6 % erbjöds. Av dessa deltar 62 % vid minst 3 grupptillfällen vilket är ungefär detsamma som förra året.

Spädbarnsmassage erbjuds vi 22 av länets 29 barnvårdscentraler. I Åre och Krokoms kommun har dessutom föräldrar erbjudits delta i föräldrastödsprogrammet ”Ömsesidig respekt”.

Där familjecentraler finns sker ofta en samverkan med andra professioner i föräldragrupsverksamheten.

Även om vi har en högre målsättning beträffande deltagarantal så faller vi väl ut vid en nationell jämförelse.

Tabell 10. Föräldrastöd i grupp, barn f. 2013

Kommun	Barn födda 2013	Föräldrar erbjudna föräldrastöd i grupp		Föräldrar, som erbjudits föräldragrupp och som deltagit vid minst 3 tillfällen	
	antal	antal	andel %	antal	andel %
Berg	47	39	83	17	43,6
Bräcke	34	25	73,5	11	44
Härjedalen	85	83	97,6	46	55,4
Krokom	150	64	42,7	41	64,0
Ragunda	50	47	94,0	19	40,4
Strömsund	129	70	54,3	44	62,9
Åre	94	92	97,9	48	52,2
Östersund	717	353	49,2	255	72,2
Jämtlands län	1306	774	59,3	480	62

Beträffande förstagångsmödrar har 86,1 % (jfr förra året 84,6 %) blivit erbjudna att delta och av dessa har 73,5 % deltagit vid minst 3 grupptillfällen jfr förra året 80,7 %. Beträffande förstagångspapporna har 84,6 % (jfr 81 % förra året) blivit erbjudna och av dessa har 30,9 % deltagit vid minst 3 grupptillfällen jfr med 32,3 % förra året.

Tabell 11. Föräldrastöd i grupp för förstagångsföräldrar till barn f. 2013 och som deltagit vid minst tre tillfällen.

Kommun Län	Antal inskrivna barn födda 2013			Antal/andel erbjudna förstagångs- mödrar		Antal erbjudna förstagångs- fäder		Förstagångs- mödrar som deltagit minst 3 ggr, av totala antalet förstagångs - mödrar		Förstagångs- mödrar, som deltagit minst 3 ggr, av antalet erbjudna förstagångs- mödrar	Förstagångs- fäder, som deltagit minst 3 ggr, av antalet erbjudna förstagångs- fäder	
	alla barn	första barn ♀	första barn ♂	antal	andel %	antal	andel %	antal	andel %	andel %	antal	andel %
Berg	47	14	15	14	100	14	93,3	7	50	50	0	0
Bräcke	34	19	14	13	68,4	8	57,1	7	36,8	53,8	0	0
Härjedalen	85	37	34	36	97,3	34	100	24	64,9	66,7	5	14,7
Krokom	150	54	58	44	81,5	48	82,8	32	59,3	72,7	14	29,2
Ragunda	50	18	16	16	88,9	15	93,8	7	38,9	43,8	4	26,7
Strömsund	129	53	59	35	66,0	37	62,7	29	54,7	82,9	18	48,6
Åre	94	39	40	38	97,4	38	95	31	79,5	81,6	12	31,6
Östersund	717	314	323	276	87,9	279	86,4	210	66,9	76,1	93	33,3
Jämtlands län	1306	548	559	472	86,1	473	84,6	347	63,3	73,5	146	30,9

9.4 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 samspelsprogram 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 det positiva i föräldrarnas samspel med barnet. 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.

Programmet har förankring i FN:s Konvention om barnets rättigheter. Utgångspunkten är att barn - precis som vuxna - har egna tankar, en egen vilja och egna önskningar som måste respekteras. Att arbeta utifrån ICDP är att i många hänseenden arbeta med att förverkliga barnkonventionen.

ICDP bygger på åtta teman som grundar sig på forskning om samspelets möjligheter och den känslomässiga kommunikationens betydelse för barns utveckling. Dessa teman har - för att ge en mer generell beskrivning av samspel - delats upp i tre dialoger: *Den känslomässiga dialogen*, *Den meningsskapande och utvidgande dialogen* och *Den reglerande dialogen*. Med hjälp av teman utvecklas den vuxnes lyhördhet och känslighet för barnets behov.

Målsättningen är att alla inom barnhälsovården och mödrahälsovården 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.

Maj 2014 blev 10 BVC-sjuksköterskor, 4 barnmorskor och 2 personal från Bryggans verksamhet i Östersunds kommun klar som Diplomerade Vägledare (Nivå 2). Handledare: Gunnel Holmqvist, samordnande BHV-sjuksköterska samt Lisa Fröst Björnsdotter, psykolog.

Ny utbildning beräknas komma igång hösten 2015.

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

9.5 Ömsesidig respekt

Ömsesidig Respekt är nu inne på sitt nionde år för Åre Primärvård och Åre kommun. För Krokoms Primärvård är vi nu på vårt femte år. Vi fortsätter att nå föräldrar, både mammor och pappor. Flera föräldrar går kursen igen en andra gång.

Ämnet på Ömsesidig Respekt dagen den 24 september var i år hur vi kan förebygga mobbing. Vi var på Kretsloppshuset även detta år. Det blev många bra samtal och reflektioner på vad mycket vi kan göra tillsammans för att förebygga mobbing. En vision som Ömsesidig Respekt har om mobbing är – en noll- vision – precis som inom trafiken, och övertygelsen är att det är möjligt om vi skapar en medvetenhet och ger kunskap.

Under året har ytterligare sju ledare certifierats. De erbjuder Ömsesidig Respekt i de egna verksamheterna, Markaryds hälsocentral/Barnhälsovården, Strömsnäsbruk hälsocentral/Barnhälsovården och Älmhults kommun.

Ytterligare 6 Barnhälsovårds sjuksköterskor från Växjö gick steg 1 i november och har grupper på sina hälsocentraler.

Totalt är nu 39 ledare utbildade för att hålla i grupper i Ömsesidig Respekt. De som har utbildat sig är BHV-sköterskor, skolsköterskor, undersköterskor, kuratorer, psykologer, socionomer, familjehandlare, specialpedagoger och förskollärare.

Ömsesidig Respekt fortsätter att nå föräldrar, under 2014 har vi nått ytterligare ca 300-350 föräldrar i Jämtlands län tillsammans med andra kommuner och landsting. Älmhults kommun har i skrivande stund fyllt sina grupper för hösten 2015. Sammanlagt har vi nu nått ca 2 600 föräldrar.

Krokoms kommun låter alla förskollärare och barnskötare gå Ömsesidig Respekt som en fortbildningsinsats vilket gör att föräldrar och personal får samma förhållningssätt som bygger på FN: Barnkonvention och de mänskliga rättigheterna. Detta skapar förståelse i det gemensamma arbetet kring barnen och deras utveckling.

Föredrag ur konceptet efterfrågas och har bland annat genomförts i Strömsunds kommun – i Hammerdal (6 föreläsningar) och Strömsund (3 föreläsningar) samt i Krokoms kommun (1 föreläsning) i samarbete med Rädda Barnen. Sammanlagt nådde vi ca 180 personer.

Ett utvecklingsarbete inom Ömsesidig Respekt genomförs genom en ny bok – Ömsesidig Respekt i tonåren och har som mål att tryckas hösten 2015.

Ömsesidig Respekt startade den 21 september 2006 i Åre kommun. Målsättningen har hela tiden varit att inspirera föräldrar att genom konceptets föreläsningsserie göra föräldrarollen prestigelös och skapa en medvetenhet om vilka värden de vill att det egna föräldraskapet ska bygga på samt vidareutveckla den kunskap som redan finns hos den enskilde föräldern.

Ömsesidig Respekt visar på mycket positiva effekter genom utvärdering från Örebro universitet och Professor Håkan Stattin och Nikolaus Koutakis.

Mer information finns på hemsidan www.omsesidigrespekt.se och även på Facebook.se.

Mona Hedström

Ömsesidig Respekt

Samordnare och ledare Åre Primärvård/Åre kommun och Krokoms Primärvård

9.6 Öppna förskolor och familjecentraler

I början av 1990 talet fanns 1600 öppna förskolor i Sverige. Hösten 2010 fanns endast 457 öppna förskolor kvar. Statistik saknas därefter.

I Jämtland har vi lyckligtvis fått behålla många av de öppna förskolorna vilket gjort det lättare att bilda familjecentraler i länet. Det har saknats en familjecentral i Åre kommun men nu är även de på gång vilket betyder att det kommer att finnas familjecentral/familjecentralsliknande verksamhet i alla kommuner inom Jämtlands län.

Tabell 12. Antal öppna förskolor och familjecentraler i Jämtlands län 2014

Kommun/Riket	Antal öppna förskolor	Antal med öppet minst 16 timmar/vecka	I Familjecentral /familjecentralsliknande verksamhet
Berg	1	0	1
Bräcke	1	1	1
Härjedalen	2	0	2
Krokom	1	1	1
Ragunda	1	1	1
Strömsund	1	1	1
Åre	På gång 2015		
Östersund	7	7	6
Jämtlands län	14	11	13

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.

Den årliga ”Nationella Familjecentralkonferensen” anordnades i Östersund 13-14 maj 2014 med temat: Framtidens familjecentral. En samverkan mellan Jämtlands läns landsting, Östersunds kommun, Föreningen för familjecentralers främjande och Regionförbundet. Det kom 600 personer från hela landet och betydligt fler anmälde sig men kunde tyvärr inte beredas plats. Det blev en uppskattad och lyckad konferens där framtida utmaningar kom fram som familjecentraler som organisationsform har goda förutsättningar att ta sig an.

I Östersunds kommun trädde ett nytt samverkansavtal i kraft 2014. En dag anordnades där verksamhetsplaner skrevs för varje familjecentral utifrån det nya avtalet. Dessutom hade primärvården i Östersund ansvar för årets nätverksträff ”Hur har familjecentralsarbetet fungerat under 2013”? Träffen gav möjlighet till reflektioner från chefer, politiker och personal utifrån varje verksamhetsberättelse. Vilka framgångsfaktorer kan vi se och vilka behov finns framåt. Information gavs om nyheter från de olika förvaltningarna.

Familjecentralen i Svenstavik stod för den årliga regionala nätverksträffen. Temat var ”barn som far illa”. Ett angeläget ämne med engagerade föreläsare som berörde.

10 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. Tidigare självklara samarbetsformer har under senaste åren ifrågasatts. På några ställen i länet har BVC en fungerande samverkan genom regelbundna träffar i ett ”Barnhälsosteam” med representanter från BVC, förskola och socialtjänst. I och med familjecentralernas tillkomst har kontakten med den öppna förskolan fördjupats.

Andel besök på länets förskolor har inte levt upp till barnhälsovårdens målsättning. Endast 19,6 % av de kommunala förskolorna har fått besök en gång per termin och 34,1 % en gång under året. Siffrorna för förskolor i annan regi är ungefär desamma med 46,4 % som inte fått besök alls.

Orsaken till ovanstående anges framförallt vara tidsbrist. En växande utmaning är Hälsovalet, då de barn inskrivna på BVC inte alltid återfinns på de förskolor som av tradition ”tillhört” områdets barnavårdscentral. Arbetet med samverkansformer ges hög prioritet och samtal har påbörjats.

Tabell 13. Samarbete med förskolan under 2014

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	8	2	25 %	25 %	50 %	0	0	100
Bräcke	3	5	3	20 %	20 %	60 %	0	0	100
Härjedalen	3	11	3	36,4 %	63,6 %	0	33,3 %	66,7 %	0
Krokom	4	25	4	8 %	32 %	60 %	0	25 %	75 %
Ragunda	3	5	1	0	60 %	40 %	0	0	100
Strömsund	5	17	1	17,6 %	35,3 %	47,1 %	0	0	100
Åre	3	16	2	56,3%	25 %	18,8%	50 %	50 %	0
Östersund	7	51	12	11,8 %	31,4 %	56,9 %	8,3 %	66,7 %	25 %
Jämtlands län	30	138	28	19,6 %	34,1	46,4 %	10,7 %	42,9 %	46,4 %

11 Språkscreening

Representanter från Föräldra- och barnhälsan, Barn- och ungdomshabiliteringen, Logopedmottagningen på Öron, näsa, hals – avdelningen samt Elevhälsan (HULDA-gruppen), har tillsammans tagit fram riktlinjer kring **utvidgad språkscreening vid 3-års besök**. Språkscreeningen har utvidgats med 5 observationsfrågor där BVC även värderar barnets samspelsförmåga. Meningen är att insatserna för barn med tidiga språkstörningar ska samordnas så att de kan följas upp av team på ett sätt som ger barnet tidigt och rätt stöd. Arbetet påbörjades 2011 utifrån aktuell forskning om sambandet mellan tidig språkstörning och senare diagnostiserad neuropsykiatrisk problematik. Information och utbildning om de nya riktlinjerna och/eller skolsvårigheter gavs till BHV-personalen under 2013 och den utvidgade språkscreeningen kom igång hösten 2013.

Under 2014 har representanter från HULDA-gruppen tillsammans med länsbiblioteket sökt pengar från kulturrådet för att få köpa in språkväskor till biblioteken i länet. Tyvärr gick det inte att få några projektpengar men länsbiblioteket lyckades ändå köpa in ett antal språkväskor som fr.o.m. 2015 finns att låna på samtliga bibliotek i länet. Språkväskorna innehåller spel, lekmaterial, böcker och tips på lekar för barn i åldern 3-5år.

På BHV-dag oktober 2014 gavs ytterligare utbildning omkring 3-års besöket och barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar med anledning av att besöket vid 3 år från och med januari 2015 kom att ändras från ett sjuksköterskebesök till ett teambesök med både sjuksköterska och läkare. Barnneurolog Monica Jonsson, psykolog Tua Bardosson föreläste.

I årsrapporten presenteras antalet barn som föranleder remiss utifrån 3-års besökets språkscreening och den utvidgade språkscreening som kom igång i september. Se tabell 14.

Tabell 14 Språkscreening

BVC	Antal barn 3 år utvidgad språkscreening gjord under 2014	Föranlett remiss	Till logoped ÖNH	Till FBH	Till BUH	Samtidigt till flera av dessa nämnda remissinstanser
Myrviken	26	0	0	0	0	
Svenstavik	35	6	1	1	0	4
Bergs kom	61	6	1	1	0	
Bräcke	16	1	1	1	0	1
Gällö	11	1	1	0	0	
Kälarne	6	0	0	0	0	
Bräcke kom	23	2	2	1	0	
Hede	16	0	0	0	0	
Funäsdalen	18	0	0	0	0	
Sveg	53	0	0	0	0	
Härjedalen kom	87	0	0	0	0	
Föllinge	18	0	0	0	0	
Krokoms/ Ås	114	2	1	1	0	
Offerdal	14	0	0	0	0	
Krokoms kom	146	2	1	1	0	
Bispgården	7	0	0	0	0	
Hammarstrand	22	0	0	0	0	
Stugun	14	0	0	0	0	
Ragunda kom	43	0	0	0	0	
Backe	7	0	0	0	0	
Gäddede	8	0	0	0	0	
NNV/Ham-dal	11	0	0	0	0	
NNV/Hoting-Stömsund	27	0	0	0	0	
Strömsund	52	3	3	3	2	1
Strömsunds kom	105	3	3	3	2	
Hallen	14	0	1	0	0	
Järpen	26	1	1	0	0	
Åre	67	1	1	1	0	1
Åre kom	107	2	3	1	0	
Brunflo	93	3	3	1	1	1
Frösön	177	6	4	2	0	
Lit	46	2	1	1	0	
Lugnvik	63	0	0	0	0	
Odensala	97	4	4	0	0	
Torvalla	80	5	1	4	0	
Zätahuset	167	6	5	1	0	
Östersunds kom	723	26	18	9	1	
LÄNET	1295	41	28	16	3	

12 Barn som far illa - orosanmälan

Alla barn har en obestridlig rätt till en uppfostran fri från våld och kränkning. Personal inom hälso- och sjukvården har enligt 14 kap. 1 § SoL skyldighet att anmäla till socialnämnden vid misstanke om att ett barn far illa eller riskerar att fara illa (16). Skyldigheten gäller redan vid misstanke och det är oron för barnet som anmäls, inte att man säkert vet hur det förhåller sig. Inom begreppet ”barn som far illa” ryms fysiskt och psykiskt våld, sexuella övergrepp liksom försummelse och bevittnande av våld i hemmet. Trots skyldigheten är det i det enskilda fallet inte alltid lätt att göra en anmälan, inte sällan upplever hälso- och sjukvårdspersonal att orosmisstanken behöver ställas gentemot det förvärvade förtroendekapitalet. Man kan utgå ifrån att alla föräldrar vill sina barns bästa och vara goda förebilder, men att förutsättningarna skiftar och är föränderliga.

Barnhälsovården har en viktig roll i att upptäcka och stötta barn som far illa, tillika en unik roll i att vara den enda aktör utanför familjen som regelbundet träffar nästan alla späda och små barn och deras familjer. På BVC följs barnets hälsa, utveckling och tillväxt, alla viktiga indikatorer på välmående alternativt illabefinnande.

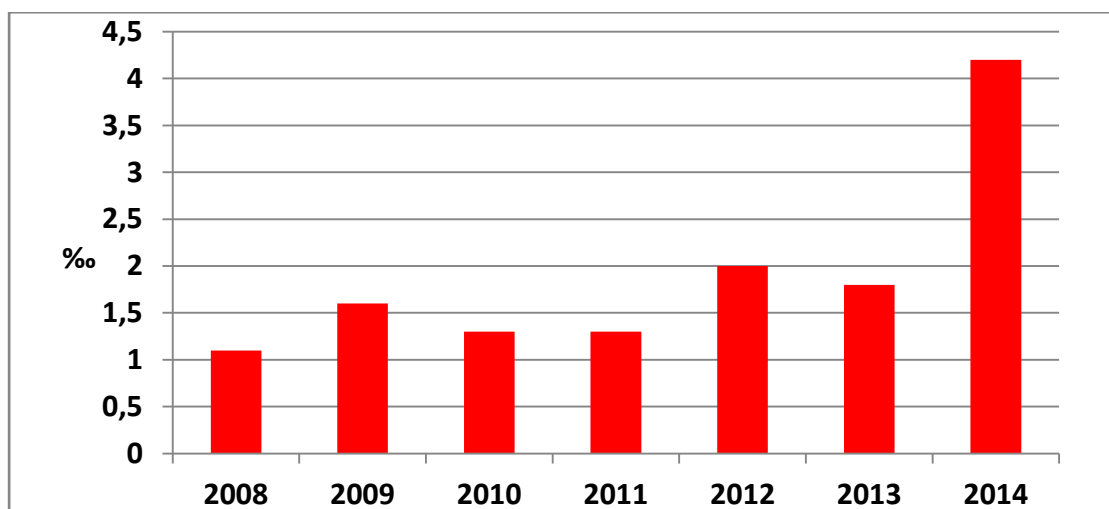
Våldsutsatthet under barndomen har undersökts i flera studier, i den svenska retrospektiva befolkningsundersökningen Våld och hälsa (17), rapporterade 17 % av männen och 14 % av kvinnorna att de utsatts för upprepat våld i hemmet under barndomen. Till dessa siffror kommer utsatthet för försummelse och bevittnat våld i hemmet.

Sedan ett par år görs en nationell länsvis sammanställning av antalet orosanmälningar från landets BVC. Denna visar att antalet anmälningar i förhållande till antalet inskrivna barn skiftar mycket mellan olika län, mellan 1,0 - 4,9 ‰ 2012 och 1,8 - 3,8 ‰ 2013. Andelen anmälningar från BVC för hela Sverige var samma år 2,4 ‰ respektive 2,5 ‰. Den här sammanställningen satt i relation till procentsiffrorna från Våld och hälsa undersökningen ovan antyder att det sannolikt kan vara fler barn och familjer som barnhälsovårdspersonalen oroar sig för. Det finns inom området utrymme för ökad kunskap och ökad samverkan mellan verksamheter.

På nationell basis kan man se att det görs fler anmälningar från de BVC som är anslutna till en familjecentral i jämförelse med de BVC som inte är familjecentralsanslutna. En nationell studie av barnsjuksköterskors benägenhet att anmäla, visade att anmälningarna till socialtjänsten ökade om det förekom samverkan, förklarar med att tillit och upparbetade kanaler bidrar till att en anmälan görs (18).

Under 2014 ökade andelen anmälningar från barnhälsovården i Jämtlands län till socialtjänsten drastiskt då 35 barn i åldern 0-6 år (utöver det 5 från Föräldra- och barnhälsan) rapporterades, från att sedan 2008 ha varierat mellan 9-16 i antal. Siffran motsvarar i andel 4,2 ‰ av antalet barn inskrivna vid våra barnvårdscentraler. Anmälningsorsak är oftast kännedom eller misstanke om omsorgssvikt, våld i familjen och misshandel. Ökningen behöver inte betyda att antalet barn som far illa i länet har ökat utan kan bero på att anmälningsbenägenheten hos BVC-personalen har ökat.

Diagram 16. Andel (%) orosanmälningar från BVC till socialtjänst i Jämtlands län 2008-2014



13 Given fortbildning 2014

Introduktionsdagar för nyanställda på BVC. 2 heldagar, 27-28/3.

Z-modellen, grunderna för gruppleaderskap samt genus och föräldraskap. För nyanställda och de som inte haft möjlighet att delta i tidigare utbildningsomgångar. 2 heldagar, 11/3 och 2/4.

ICDP-utbildning Nivå 2, diplomerande utbildning. 6/2, 25/3 samt 8/5. 15 deltagare. 3 barnmorskor 10 BVC-sjuksköterskor och 2 personal från Bryggan.

BHV-dagar

19 eller 20 februari – På gång ny Vägledning för Barnhälsovården, information och diskussion hur implementera i Jämtlands län.

23 oktober – Utbildning Barnhälsovårdens nya program. Genomgång av besöken som kommer att ändras (läk 4 v, sjsk 18 mån, team 3 år, sjsk 5 år). Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. EPDS. Hälsoenkät vid 4 år. Förstoppning, enures. Övervikt. Ortopedi.

Kurs i Barnhälsovård för ST-läkare i Allmänmedicin och Barn- och ungdomsmedicin. 3 heldagar, 12-14/2, 21 deltagare.

ST-seminarium: Min oro för barn och familjer - samverkan med Socialtjänsten. 1 heldag, 28/8. Barnhälsovårdens roll vid oro för barn, 2 tim. i samarbete med BUM.

Information BHV:s nya riktlinjer, BHVÖL och samordnande BHV-sjuksköterska

För BVC-personal på Barnhälsovårdsdagar i februari och oktober.

För Styrgrupp Hälsoval, 23 april.

För primärvårdens verksamhetschefer Hälsovalet, Leverantörsträff 6 maj och 14 nov.

För barnläkarna på Barn- och ungdomskliniken läkarträff 28 november.

14 Möten och träffar

BHV-personal

BVC-sjukskötersketräffar: Östersund, 9 träffar. Stugun, 1 träff. NNV Hamnerdal, 1 träff.

Medicinsk revision: Torvalla, Funäsdalen, Svenstavik, Bräcke, Gällö och Kålarne samt Zätagränd.

Hälsovalskansliet Leverantörsträff Hälsoval Jämtland, VC Hälsoval.

Samverkansgrupper

Arbetsgrupp riskbruk- alkoholförebyggande arbete, FBH-MHV, FBH-BHV, alkoholsamordnare JLL.

Barnarenan, samverkansgrupp mellan länets kommuner, Regionförbundet och JLL.

Barnkonventionsnätverk Jämtlands län, representanter från alla kommuner i länet, JLL och Rädda Barnen.

BHV - Skolhälsovården Östersunds kommun.

Centrala samverkansgruppen, FBH-MHV, FBH-BHV, socialtjänsten Östersund, förskolan Östersund.

Distriktssköterskeutbildningen vid Mittuniversitetet – referensgrupp.

Fortbildningsgrupp för primärvårdens fortbildning, FBH-MHV, FBH-BHV medverkar.

Föräldrastödsgrupp för nyanlända. Integrationservice Östersund, representanter från elevhälsan, Bryggan m.fl.

Föräldrastödsnätverk Z nätverksgrupp. Folkhälsocentrum, kontaktpersoner från länets kommuner, FBH-MHV, FBH-BHV, FBH-PS.

Huldagruppen – språkscreening och neuropsykiatrisk problematik logoped, psykolog FBH, FBH-BHV, specialpedagog Östersunds kommun.

Referensgruppen för Ömsesidig respekt föräldrastödsprogram.

Småfolket, utvecklingsarbete samarbete FBH-PS, FBH-BHV, BUP och BUH för arbetet med barn 0 – 6 år med misstänkt utvecklingsavvikelse.

Samordning barn primärvården, BVC, Barn- och ungdomskliniken.

Samrådsgrupp för Barnkonventionen JLL och arbetsutskott för densamma.

Samverkan och stöd till blivande föräldrar med missbruk. ...

THG -Årlig uppföljning av tidig hemgång, representanter från FBH-MHV, Specialistmödravården, BB/förlossning, Barnkliniken/spädbarns-avdelning 109, FBH-BHV.

Vaccinationsgrupp – barnvaccinationer representanter från FBH-BHV, SHV, Barn- och ungdomskliniken och Primärvården.

Vårdkedjegrupp, representanter från FBH-MHV, Specialistmödravården, BB/förlossning, Barn kliniken/spädbarns-avdelning 109, FBH-BHV, FBH-PS.

Övervikt och fetma hos barn - referensgrupp, representanter från Barn- och ungdomskliniken, Primärvården, Folkhälsocentrum, Skolhälsovården, FBH-BHV.

Familjecentralerna

Nätverksträff familjecentralerna Östersund

28 februari, heldag. *Information om nya samverkansavtalet plus arbete med verksamhetsplan* för personal från Familjecentralerna i Östersunds kommun.

1 april, halvdag. *"Hur har familjecentralsarbetet fungerat under 2013"?*

Alla familjecentraler representerade samt chefer och politiker socialnämnden, barn- och utbildningsnämnden och landstinget, 40-50 personer.



Nationell familjecentralskonferens 2014, Östersund, "Framtidens familjecentral".

2 heldagar, 13 – 14 maj. 600 deltagare från hela landet. Föreläsningar, seminarier, kulturevenemang. Årsmöte FFFF.

Regional nätverksträff FC, heldag 8 oktober, Svenstavik.

IFO om orosanmälan. Bergssprängarna, familjearbete. En familjehemsfamilj berättar.

Information om Familjecentraler i Jämtland och familjecentralssamverkan,

- För politiker och tjänstemän i Åre, 16 januari, Järpen.
- För gruppen Föräldrastöd Jämtland, 11 juni, Folkhälsocentrum Östersund.

FFFF - Föreningen för familjecentralers främjande, Samordnande BHV-sjuksköterska regional samordnare, i valberedning, träffar planering Nationella Familjecentralskonferensen.

15 Tankar framåt

Barn i Sverige har rätt till en likvärdig vård för sin fysiska, psykiska och sociala hälsa oavsett var de bor och barnhälsovården har en viktig roll för att barnens och barnfamiljernas behov ska uppmärksammas i tid. Sedan Socialstyrelsens Allmänna råd för barnhälsovård från 1991 (19) upphörde att gälla 2009 har det saknats nationella styrdokument för barnhälsovården. Studier har visat att barnhälsovårdens utbud skiljer sig mycket åt i olika delar av landet (20), vidare att barnhälsovården når nästan alla med det universella programmet men inte i tillräcklig utsträckning de barn/familjer som lever med ökade riskfaktorer och har behov av mer riktade insatser (21). Kartläggningarna blev ett tungt motiv till arbetet med Vägledning för barnhälsovården (4) som publicerades av Socialstyrelsen i april 2014.

Den nya vägledningen ska bidra till gemensamma referensramar för det hälso-främjande och förebyggande arbetet med mål att:

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



Genom att:

- ge kunskaps- och handläggningsstöd till alla som arbetar inom barnhälsovården
- vara ett beslutsstöd för politiker, vårdgivare och verksamhetschefer

och därmed bidra till en mer jämlik och rättvis barnhälsovård av god kvalitet samt stärka användandet av evidensbaserad praktik.

Parallellt med Socialstyrelsens arbete har barnhälsovårdsprofessionen genom en nationell arbetsgrupp enats om ett gemensamt barnhälsovårdsprogram, se sid 50. Det tredelade gröna programmet är tänkt som en pedagogisk modell där de generella respektive riktade insatserna genomgående preciseras, härmed tydliggörs också barnhälsovårdens mångfacetterade och breda verksamhet.

Region Jämtland Härjedalen ska erbjuda en nationellt jämlik barnhälsovård i linje med Socialstyrelsens Vägledningsdokument, och under 2014 påbörjades implementeringen av det nya programmet i samarbete med BVC-personalen. Utifrån utebliven inprioritering har det nya programmet dock inte kunnat införas i sin helhet. Det har i Region Jämtland Härjedalen enats om följande avsteg:

1. Hembesök vid 8 månaders ålder. *Åtgärd:* Extra hembesök vid behov.
2. Audiometri/hörselscreening vid 4 års ålder. *Åtgärd:* Ett nära samarbete med Hörcentralen/JLL har resulterat i kunskap om inga missade fall av hörselnedsättning t.o.m. år 2014. Detta behöver följas upp i studie.
3. Rutinmässigt läkarbesök vid 5 års ålder, i övergångsperioden 2015-2016.
Åtgärd: Alla barn erhåller rutinmässigt hälsobesök hos sjuksköterska vid 4 och 5 års ålder, extra läkarbesök erbjuds alla barn efter behov. Barn födda 2010-2011 erbjuds efter behov men liberalt extra läkarbesök vid 5 års ålder.

Med avsikt om en framtida successiv inprioritering av det nya barnhälsovårdprogrammet i sin helhet.

Barnhälsovården i Region Jämtland-Härjedalen har arbetat utifrån detta nya barnhälsovårdsprogram sedan den 1 jan 2015. Se BVC Hälsoövervakningsprogram Jämtland Härjedalen sid 51.

Det nationellt gemensamma barnhälsovårdsprogrammet är detaljerat presenterat och beskrivet i Rikshandboken – den nationella metodboken för barnhälsovårdens personal, som återfinns på www.rikshandboken-bhv.se. Syftet med metodboken är att arbetet skall bedrivas evidensbaserat och nationellt likartat. Författare och faktagranskare är yrkesverksamma inom alla områden som rör hälso- och sjukvård för barn - läkare, sjuksköterskor, psykologer, socionomer, dietister, logopedier m.fl., alla med bred erfarenhet inom området. Ett gemensamt barnhälsovårdsprogram och gemensam metodbok lägger grunden för en jämlik och jämvärdig barnhälsovård i landet.



Den 18 mars 2015 genomfördes breddinförandet av Cambio Cosmic datajournal i Region Jämtland Härjedalen. Under 2014 har arbetet med konfigurering av barnhälsovårdsjournalen i Cosmic pågått, genom en Cosmic BHV arbetsgrupp bestående av BHV-öl, samordnande BHV-sjuksköterska, BVC-sjuksköterskor och representant från IT-avdelningen.

Den främsta utmaningen när barnhälsovården i Jämtlands län för första gången går från pappersjournal till datajournal, är att behålla översikten och det goda arbetsverktyg som barnhälsovårdsjournalen behöver utgöra i strävan att erbjuda en jämlik barnhälsovård. En stor fördel med datorisering kommer att vara ett bättre användande av resurser i samband med uttag av statistiska data, vilket i dagens pappersjournal är mycket tidskrävande. Arbeta pågår med att inom en förhoppningsvis snar framtid kunna koppla Nationellt kvalitetsregister för barnhälsovård i Sverige – BHVQ till Cosmic. BHVQ-registret kommer att kunna utgöra en grund för kontinuerlig kvalitetsförbättring inom svensk barnhälsovård genom möjligheten att följa och jämföra kvalitetsindikatorer lokalt, regionalt och nationellt.

Fortsatt pågår arbete för migrering av tillväxtdata från föregående datajournal VAS. Pilotverksamhet för BHV Cosmic datajournal har pågått i Bräcke sedan maj 2015, två utbildnings-tillfällen kommer att ges i början av hösten inför breddinförande för hela barnhälsovården i Jämtland Härjedalen den 15 september 2015.

Nytt barnhälsovårdsprogram och nytt journalsystem ställer stora krav på barnhälsovården. En barnhälsovård vars personal redan under 2014 har signalerat om en ökad belastning, bl.a. är upplevelsen av ökad psykosocial ohälsa bland barnfamiljer stor. En ökad migration till länet medför också nya utmaningar, och arbetet med att hitta former för att möta de behov barnfamiljerna har pågått och behöver utvecklas. Familjecentralerna är en framgångsrik modell för samverkan. Genom familjecentralen får familjerna en dörr in, dit de kan gå med sina frågor och alltid uppleva att de kommit rätt. Klara strukturella förutsättningar behövs för att tillvarata och vidareutveckla den potential som familjecentralerna utgör.

När det gäller övervikt och fetma kan en viss minskning skönjas i 2014 års siffror för barn 4 år gamla, fortsatt är dock andelen överviktiga barn i länet hög. Vi översköljs ständigt av nya livsmedelsprodukter och kostråd, vilket gör den matlagande föräldrarollen svår. Behovet av råd och stöd är stort och växer, samtidigt som det i länet fortsatt saknas dietistkompetens på primärvårdsnivå för barn 0-17 år.

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

Vi vill även i år rikta ett stort tack till Anna-Karin Burge Andersson, sekreterare på Föräldra- och barnhälsan, som tålmodigt fortsätter att bistå oss med ovärderlig hjälp att iordningsställa denna resultatredovisning.

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

15.1 Barnhälsovårdens nationella program

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

15.2 Hälsoövervakning Jämtland och Härjedalen

1-3v	4v	6-8v	3m	4m	5-6m	8m	10m	12m	18m	3 år	4 år	5 år
Hem BVC	BVC	BVC	BVC	BVC	BVC	BVC	BVC	BVC	BVC	BVC	BVC	BVC
S	L+S Team	S	S	S	L+S Team	S	S	L+S Team	S	L+S Team	S	S
Vid varje besök: Familjesituation, Tillväxt, Hälsosamtal, Åtgärd												
	Läk.us Utv- bed.	EPDS Utv- bed.			Läk.us Utv- bed.		Utv- bed.	Läk.us	Utv- bed.	Läk.us Utv- bed. Språk BMI	Utv- bed. Syn BMI Hälso- enkät	Utv- bed. Epikris
			Vacc		Vacc			Vacc	Vacc			Vacc

16 Riktlinjer 2015 för barnhälsovården i Jämtlands län

16.1 Styrdokument

uppdaterat 2014-12-31/AL

Lagar

Hälso- och sjukvårdslag (HSL SFS 1982:763)
 Patientdatalag (SFS 2008:355)
 Offentlighets- och sekretesslag (2009:400) OSL
 Patientlag (2014:821)
 Socialtjänstlag (14 kap. 1 c § SoL).
 Föräldrabalk (1949:381)

Socialstyrelsens Föreskrifter och allmänna råd

SOSFS 1999:26 Om att förebygga och ha beredskap för att behandla vissa överkänslighetsreaktioner samt ändring i föreskrifterna (SOSFS 2009:16)
 SOSFS 2000:1 Om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården
 SOSFS 2006:24 Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården
 SOSFS 2008:29 Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården
 SOSFS 2012:9 Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering inom hälso- och sjukvården.
 SOSFS 2001:16 Om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel
 SOSFS 2006:23 Ändring i föreskrifterna (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel.
 SOSFS 2015:7 Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel
 SOSFS 2005:12 Om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.
 SOSFS 2006:22 Om vaccinationer av barn
 SOSFS 2008:7 Ändring i föreskrifterna (SOSFS 2006:22) om vaccination av barn
 SOSFS 2008:31 Ändring i föreskrifterna (SOSFS 2006:22) om vaccination av barn
 SOSFS 2012:19 Ändring i föreskrifterna (SOSFS 2006:22) om vaccination av barn
 SOSFS 2014:15 Ändring i föreskrifterna (SOSFS 2006:22) om vaccination av barn
 SOSFS 1994:26 (M) Socialstyrelsens allmänna råd om vaccination mot pneumokocker
 Socialstyrelsens Rekommendationer för profylax mot hepatit B (2005)
 Socialstyrelsens Rekommendationer för preventiva insatser mot Tuberkulos (2006)

SOSFS 2007:19 Om basal hygien inom hälso- och sjukvården

SOSFS 2008:1 Om användning av medicintekniska produkter
 SOSFS 2008:14 Om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården
 SOSFS 2008:33 Om information som avser uppfödning genom amning eller med modersmjölksersättning för hälso- och sjukvårdspersonal m fl.
 SOSFS 2014:4 Våld i nära relationer

Vägledningar från Socialstyrelsen

Barn som far illa eller riskerar att fara illa – en vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningsskyldighet och ansvar (Socialstyrelsen, 2013)
 Minska risken för plötslig spädbarnsdöd - en vägledning för hälso- och sjukvårdspersonal (Socialstyrelsen, 2014)

Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer (Socialstyrelsen, 2014)

Vägledning för barnhälsovården (Socialstyrelsen, 2014)

Övriga dokument

FN:s Konvention om Barnets rättigheter (UN, 1989)

Strategi för att stärka barnets rättigheter (prop. 2009/10:232), Socialdepartementet
Nationella folkhälsomålen (Folkhälsomyndigheten, 2003). Folkhälsopolicy för Jämtlands län 2011-15

Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa (Skolmyndigheten, Rikspolisstyrelsen & Socialstyrelsen, 2007)

Till dig som är skyldig att anmäla oro för barn- stöd för anmälningsskyldiga och andra anmälare(Socialstyrelsen 2014)

Att stärka och förbättra arbetet för barn som far illa och vuxna som utsätts för våld av närstående. Informationsmaterial till personal inom områdena socialtjänst, hälso- och sjukvård, förskola och skola(Socialstyrelsen 2014)

Att vilja se, vilja veta och att våga fråga, Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet (Socialstyrelsen 2014)

Smitta i förskolan (Socialstyrelsen 2008)

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

Rikshandboken Barnhälsovård www.Rikshandboken-bhv.se

Tio steg som främjar amning (Socialstyrelsen, 2014)

Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom BHV 2015.

Nationell målbeskrivning för läkartjänstgöring på BVC 2014

Amningsstrategi för Jämtlands län 2011(rev 2015).

Aktuella lokala vårdprogram och riktlinjer för Jämtlands län.

16.2 Barnhälsovårdens mål

Mål

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

Dessa mål kan uppnås genom att

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

Viktiga psykosociala uppgifter

- Främja hälsosamma relationer i familjen
- Förebygga och vara lyhörd för riskförhållanden
- Tidigt uppmärksamma och åtgärda situationer där barn misstänks fara illa eller riskerar att fara illa

Det moderna barnhälsovårdsarbetet med barn och deras familjer innebär att relationen mellan professionella och föräldrar skiftar fokus från kontroll eller övervakning till partnerskap och att uppgiften alltmer blir att öka föräldrarnas delaktighet och tilltro till sin egen förmåga.

(Socialstyrelsen, 2014)

Barnhälsovårdens arbete ska bygga på en **evidensbaserad praktik** vilket innebär att BVC-personalen ska ha en medveten och systematisk strävan mot att bygga vård och omsorg med utgångspunkt från bästa tillgängliga vetenskapliga faktaunderlag (evidens) förenat med klinisk erfarenhet och patientens preferenser.

Barnhälsovårdens arbete skall bedrivas utifrån ett barn- och familje- och jämställdhetsperspektiv och vara samverkansinriktat.

16.3 Resurser

Organisation

Barnhälsovården organiseras i form av BVC med ett geografiskt **områdesansvar och** ansvar för de barn som är inskrivna på BVC utifrån Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. BVC kan ingå i en familjecentral (FC) där olika professioner arbetar i nära samverkan kring barnfamiljen.

Organisatoriskt tillhör BVC-verksamheten primärvården och kan drivas i offentlig eller privat regi. Uppdraget är enligt Socialstyrelsen att erbjuda ett fastställt program för barnhälsovård innehållande hälsovägledning, föräldrastöd och hälsoövervakning till alla barn/familjer anslutna till BVC (Socialstyrelsen, 2014).

Behörighet och kompetens

Sjuksköterskan som arbetar med barnhälsovård skall ha specialistsjuksköterskeexamen inriktning distriktssköterska eller inom hälso- och sjukvård för barn och ungdomar.

För att upprätthålla och vidareutveckla BVC-sjuksköterskans kompetens och färdighet i arbetet med att främja hälsa och förebygga ohälsa bland barn bör BVC-sjuksköterskan arbeta huvudsakligen med barnhälsovård. Om det inte är möjligt att arbeta heltid på BVC bör BVC-sjuksköterskan arbeta minst 50 % av heltid och ha ansvar för minst 25 nyfödda per år. För BVC-sjuksköterskan som arbetar med färre än 25 nyfödda barn per år, till exempel vid BVC i glesbygdsområde, kan det vara svårt att upprätthålla sin kompetens och skall ges möjlighet till kompletterande stöd och handledning.

Vid en BVC med ca 60 (arbetet med nya vägledningen kräver 55) nyfödda per år behöver BVC-sjuksköterskan arbeta heltid varje vecka för att fullfölja uppgifterna inom barnhälsovården. BVC med högre vårdtyngd bör minska normtalen för antal barn/heltidstjänst.

Arbetet organiseras så att största möjliga tillgänglighet och kontinuitet erhålls i kontakten med barnfamiljerna. BVC-sjuksköterskan skall ha särskild tid avsatt för BVC-verksamheten.

Läkare som tjänstgör på BVC skall vara specialistkompetent eller ST-läkare inom allmänmedicin eller barn- och ungdomsmedicin. Läkare under specialistutbildning ska ha BVC under handledning.

Läkare skall ha särskild tid avsatt för arbete på BVC-mottagning. Behovet uppskattas till minst 4 tim. per arbetsvecka i område med cirka 60 nyfödda per år. För upprätthållande av kompetens är det önskvärt att varje läkare har ansvar för minst 25 nyfödda per år. Ett riktvärde är att varje läkarbesök tar minst 20 min i anspråk. Utöver läkarundersökning enligt barnhälsovårdprogrammet skall tid avsättas för individuella, riktade insatser.

Konsult med barnmedicinsk kompetens ska finnas tillgänglig för BVC.

Sjuksköterska och läkare som tjänstgör på BVC ska ha deltagit i introduktionsprogram eller kurs/motsvarande utbildning och läkare bör ha tjänstgjort minst två månader på barnklinik/barnmottagning (eller haft BVC under handledning).

Grundläggande är kunskaper om det normala barnets utveckling och om barnålderns sjukdomar. Dessutom behövs kunskaper om förebyggande och hälsofrämjande åtgärder samt sociala faktorerens betydelse samt kompetens inom kommunikation och samtalsmetodik för hälsosamtal både individuellt och i grupp.

Enklare sjukvård kan förekomma på BVC i samband med hälsovård. BVC-sjuksköterskan och BVC-läkaren skall delta i fortbildning som anordnas av Barnhälsovården.

Övrig personal – konsulter som förutsätts finnas inom regionssjukvården:

barnhälsovårdsöverläkare, samordnande barnhälsovårdssjuksköterska, psykologer och socionom, hörselvårdsassistent, logoped, sjukgymnast, dietist och ortoptist. Tandhälsorådgivning sker i samarbete med folktandvården.

Verksamheten skall bedrivas i särskild lokal, skild från sjukvårdande verksamhet, anpassad för barnhälsovårdsverksamhet inklusive lokal anpassad för föräldragrupper.

16.4 Föräldra-och barnhälsan (FBH)

FBH är regionens samlade enhet för mödra- och barnhälsovårdsfrågor med medicinsk-, psykologisk-, social- och omvårdnadskompetens. Där arbetar barnhälsovårdsöverläkare (BHVÖL), mödrahälsovårdsöverläkare, samordnande barnhälsovårdssjuksköterska, samordnande barnmorska, psykologer, socionom och sekreterare. Enheten svarar för fortbildning av barnhälsovårdspersonal, konsultation, metodutveckling och metodstöd, utvärdering och kvalitetsutveckling och har ansvar för utveckling av samarbete med andra instanser och myndigheter som har ansvar för barnfrågor, bevakning och uppföljning av barns hälsa ur ett folkhälsoperspektiv.

Psykologer och socionom har stöd- och behandlingskontakter med blivande/nyblivna föräldrar samt utför utvecklingsbedömningar.

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

I BHVÖL:s uppdrag ingår att i samråd med chefen för Beställarenheten vara kravställare och bedriva uppföljning och tillsyn av barnhälsovårdsverksamheten inom Hälsoval Region Jämtland Härjedalen och verkar därmed för att barnhälsovården i regionen bedrivs på ett enhetligt och ändamålsenligt sätt.

16.5 Innehåll i verksamheten

Alla barnfamiljer erbjuds ett fastställt barnhälsovårdsprogram med såväl universella insatser till alla barn, som riktade insatser utifrån varje barns individuella behov.

Ett tredelat program har tagits fram som en pedagogisk modell för att tydliggöra barnhälsovårdens mångfacetterade och breda verksamhet. Via **universella** delen (I) av det tredelade programmet får BHV kunskap om barnet och barnets livsvillkor. Kunskapen kan i varje enskild frågeställning leda till **riktade** insatser (II och III). Den digitala Rikshandboken www.Rikshandboken-bhv.se är barnhälsovårdens nationella metodbok och tillhandahåller konkreta råd för arbetets utförande.

Teamarbete

Vid de hälsobesök på BVC där läkare medverkar bör sjuksköterska och läkare samverka i team (teamarbete). Teamarbetet där flera professioners erfarenheter och kompetenser verkar synergistiskt ger en god förutsättning för att nå en helhetssyn på barnets hälsa. Den kollektiva intelligensen ökar förutsättningarna att uppmärksamma förhållandena i barnets och familjens närmiljö, och utifrån den samlade problembilden utforma individuellt stöd och hjälp.

”Läkarens, sjuksköterskans och psykologens kompetenser och erfarenheter kompletterar och stärker varandra i arbetet inom barnhälsovården” (Socialstyrelsen, 2014, s. 72)

Samtal och föräldrastöd

Föräldrastöd är en central uppgift i barnhälsovårdsarbetet. Detta stöd kan ges både individuellt och i föräldragrupp.

”Barnhälsovårdens möten med barn och föräldrar präglas av ett hälsofrämjande förhållningssätt som innebär att stödja och stärka individens förmåga till kontroll över sin egen hälsa och förmågan att förbättra den. Barnhälsovården möter familjer med olika bakgrund, levnadsförhållanden och olika förmåga att söka information. En viktig uppgift för barnhälsovården är att i dessa möten, med respekt för föräldrarnas erfarenheter, förutsättningar och värderingar, vägleda om vad som gynnar barnets hälsa och utveckling. Förhållningssättet ska genomsyras av dialog, delaktighet och jämlikhet i mötet med individen” (Socialstyrelsen, 2014, s. 66)

Psykosocialt stöd. Den kontinuerliga kontakten med BVC under första tiden i barnets liv gör att BVC-sjuksköterskan kan vara den som tidigast uppmärksammar problem och genom ett psykosocialt arbetssätt ge stöd och vägledning i föräldrarollen. Där BVC är en del av en familjecentral kan arbetet ske 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.

Det är viktigt att använda tolk i de fall där föräldrarna och barnet inte kan svenska.

Hälsoövervakning

Alla barn ska erbjudas ett generellt hälsoövervakningsprogram.

”Hälsoövervakning är tillsammans med främjande och förebyggande åtgärder centralt för barnhälsovården. I hälsoövervakningen ingår att bedöma barnets hälsa och utveckling samt värdera skydds- och riskfaktorer, för att identifiera barn som i något avseende är i behov av stöd eller riktade insatser. I hälsoövervakningen ingår att väga samman vad barnet förmedlar och föräldrarnas beskrivning av sitt barn med de frågor han eller hon har om sitt barn, med hjälp av riktade frågor (anamnes), observationer och undersökningar” (Socialstyrelsen, 2014, s. 74).

Hälsoövervakningsprogrammet omfattar hälsoundersökningar, utvecklingsbedömningar, vissa screeningundersökningar, vaccinationer och hälsovägledning 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 bifogat program tätast under spädbarnsåret och blir sedan glesare för att efter 2 års ålder innebära cirka en kontakt per år.

Huvudparten av hälsoövervakningsprogrammet utförs av sjuksköterskan. Läkarbesöken är 4 stycken. Tillräckligt utrymme skall finnas för extra och längre besök vid behov.

Kompletterande bedömning och insatser inom barnhälsovården

”När det framkommer avvikelser vid en hälsoövervakning kan barnhälsovårdens personal göra en bedömning för att få ökad kunskap om barnet och dess behov av riktade insatser. Barnhälsovården kan erbjuda insatser när de faller inom ramen för barnhälsovårdens åtagande, alternativt ta ansvar för att skicka remiss till en annan verksamhet.” (Socialstyrelsen, 2014, s. 77).

Åtgärder vid identifierade problem, riktade insatser inom barnhälsovården

Några exempel på insatser som är möjliga inom barnhälsovårdens uppdrag är; återkommande rådgivande eller stödjande samtal, återkommande hembesök, enskilda förskolebesök, riktad gruppverksamhet, fördjupade samtal om till exempel levnadsvanor, hjälp till kontakter med andra verksamheter såsom socialtjänst eller hjälp till förskoleplats (Socialstyrelsen, 2014).

Psykisk ohälsa hos föräldrar under spädbarn- och småbarnstid

Att uppmärksamma föräldrar med psykisk ohälsa under spädbarn- och småbarnstid är av stor vikt då det ökar risken för att barnet senare ska utveckla emotionella, sociala och/eller kognitiva svårigheter. Psykisk ohälsa kan försämra möjligheten att samspela med barnet på ett sätt som främjar anknytning och barnets utveckling. Psykisk ohälsa under graviditet och småbarnstid innefattar bl. a. depression, ångesttillstånd, PTSD och postpartumpsykos. Att vid varje besök uppmärksamma hur alla föräldrar mår och upplever den stora omställningen som föräldraskapet innebär är en grundläggande uppgift för BVC-sjuk.

Socialstyrelsen (Nationella riktlinjer för behandling av depression och ångestsyndrom, 2010) rekommenderar att Hälso- och sjukvården bör genomföra screening för depression av alla kvinnor sex till åtta veckor efter förlossning. Den screeningsmetod som använts sedan 1990-talet inom BHV är EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Screeningen ska användas som ett underlag för samtal kring måendet. För pappor rekommenderas inte allmän screening med EPDS men den kan användas vid indikation. I vårdprogrammet *”Psykisk ohälsa under graviditet och småbarnstid”* beskrivs handläggning kring depressioner, stress, ätstörningar och relationsproblem.

Vid en lindrig depression efter förlossning rekommenderas i första hand stödjande samtalsbehandling som då ges av BVC-sjsk. Vid mer allvarlig psykisk ohälsa behöver BVC personalen samarbeta med andra enheter som t ex PSE, FBH, socialtjänst och psykiatrin. I ”Vårdprogram för allvarlig psykisk sjukdom hos blivande eller nyblivna mödrar” står det om postpartumpsykos och mer allvariga psykiska tillstånd.

Barn som far illa/ anmäla oro för barn

Alla barn har rätt till en trygg uppväxt. När vårdnadshavare inte kan ta ansvar för sina barn fullt ut behöver samhället stödja och skydda de barn som riskerar en ogynnsam utveckling. Ansvaret ligger ytterst på kommunens socialnämnd. För att nämnden ska kunna uppfylla sitt ansvarsåtagande behöver den uppmärksammas på barn som vi känner oro för. Vi är, enligt 14 kap.1 § Socialtjänstlagen, skyldiga att genast anmäla till Socialtjänsten när vi får kännedom eller misstanke om att ett barn far illa. Vid osäkerhet om hur man ska agera kan man konsultera socialtjänsten utan att röja barnets identitet. Läs mer i ”Se och våga handla – Råd och riktlinjer för hälso- och sjukvården då barn far illa eller riskerar att fara illa”, Region Jämtland Härjedalen.

Föräldrastöd i grupp

Föräldragrupper ingår som en del i BHV:s föräldrastöd. Alla nyblivna föräldrar skall aktivt erbjudas att delta i föräldragrupsverksamhet. Föräldrar som tidigare har barn bör också erbjudas att få delta. Z-modellen är ett sammanhållet föräldrastöd mellan mödra- och barnhälsovården i regionen som skall erbjudas till samtliga föräldrar.

”Föräldrar av idag efterfrågar möjligheter att prata om sin föräldraroll, om sitt förhållande till varandra, och om könsroller i familjelivet och samhället. Föräldrarna kan tillsammans med andra familjer hitta vägar att möta sina barns behov och söka fungerande livsmodeller som kan tillfredsställa både barn och vuxna (Rikshandboken Barnhälsovård, 2014).

I en föräldragrupp ges möjlighet att träffa andra föräldrar och dela med sig av både glädjeämnen och svårigheter i föräldraskapet.

”Föräldrastöd i grupp är ett bra sätt att förmedla kunskap och skapa kontaktytor för föräldrar. Vid utveckling av föräldrastöd i dag behövs medvetenhet om och respekt för kulturella aspekter när det gäller föräldraskap och syn på barn och barnuppfostran” (Socialstyrelsen, 2014, s. 70)

Hembesök

Alla nyfödda barn och deras föräldrar ska dels erbjudas hembesök av BVC-sjuksköterskan så snart som möjligt efter hemkomst från förlossnings-, BB- eller neonatalenhet. Hembesök ska även erbjudas alla nyblivna adoptivföräldrar, nyinflyttade barn samt barn placerade i familjehem. Familjen erbjuds en tid när båda föräldrarna är hemma.

”Att komma som gäst i familjens hem ger ofta en mer jämlik relation som grund för den fortsatta kontakten med familjen. Att hembesöket erbjuds till alla innebär att det är och uppfattas som en naturlig del i verksamheten. Med god förståelse för familjens situation kan råd och stöd utformas utifrån familjens och det enskilda barnets behov. Hembesök ger även möjligheter att upptäcka barn som riskerar att fara illa” (Rikshandboken, 2011).

Utöver universella hembesök under första levnadsåret ska hembesök erbjudas till barn och familjer där det finns behov av extra stöd. Det kan vara i form av förstärkt hembesöksprogram med upprepade hembesök till familjer för vilka barnhälsovårdens övriga erbjudanden är otillräckliga (Socialstyrelsen, 2014).

Hälsovägledning

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

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

Hälsosamtal omfattar SIDS, skakvåld (Abusive Head Trauma), amning, kost, allergi, råd om barnets skötsel, det goda föräldraskapet, rörelse/lek och stimulans, vardagssjuklighet, barnsäkerhet, barnkultur, media, rökning, alkohol och andra droger. Fördjupad vägledning ges vid behov.

Hälsosamtal kan ske både individuellt och/eller i grupp.

Vaccinationer

Alla barn rekommenderas att delta i det kostnadsfria vaccinationsprogrammet enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:22, 2008:7, 2008:31, 2012:19, 2014:15) om vaccination av barn; (SOSFS 1994:26 (M) om vaccination mot pneumokocker. Sedan 1996 ingår vaccinationer mot Difteri, Stelkramp, Kikhosta, Polio och Haemophilus influenzae typ b (Hib), sedan 1992 vaccination mot Mässling, Påssjuka och Röda hund och sedan 2009 vaccination mot pneumokocker. Alla riskbarn erbjuds vaccination mot Tuberkulos, Hepatit B och Pneumokocker. Se Socialstyrelsens Rekommendationer ang. insatser mot Tuberkulos och Hepatit B. Se lokala riktlinjer ang. riskbarn inklusive barn födda före graviditetsvecka 32, tuberkulos, hepatit B och pneumokocker. Sedan 2010 erbjuder BVC i Region Jämtland Härjedalen nyblivna föräldrarna att mot självkostnadspris komplettera sitt barns sedvanliga vaccinationer med vaccin mot hepatit B.

Föräldrars informerade samtycke och att de är överens krävs innan ett barn vaccineras. Alla vaccinationer som ges i det allmänna vaccinationsprogrammet ska rapporteras till Folkhälsomyndighetens nationella vaccinationsregister (SFS 2012:453, www.folkhalosomyndigheten.se). Vaccinationer skall journalföras (PDL 2008:355, SOSFS 2008:14)

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 samverkan krävs för att ge ett bra stöd.

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.

Samverkan bör ske internt mellan olika professioner inom den egna BVC-verksamheten. Samverkan bör även ske med mödrahälsovård, förlossningsvård, neonatalvård, tandvård och andra verksamheter som ingår i BVC-nära vårdkedjor. 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.

Samverkan, i form av professionella träffar, bör ske både lokalt, regionalt och nationellt. Särskild tid bör avsättas för BVC -sjuusköterskans och vid behov läkarens samverkan med verksamheter där samarbete behövs inom olika barnhälsofrågor eller kring det enskilda barnet. Samverkan bör ske med offentliga eller privata verksamheter såsom förskola, skola, socialtjänst och bibliotek. Samverkansskyldighet i samband med samordnade individuella vårdplaner (SIP) finns beskriven i 6 § Förvaltningslagen (1986:223), 2 f § HSL OCH 3 f §.

Samverkan inom familjecentral

Ett konkret exempel på hur samverkan med olika verksamheter och professioner kan organiseras är i en familjecentral där huvudmännen (till exempel kommun och landsting) möjliggör tvärfacklig samverkan genom att samordna sina resurser. Familjecentralernas sätt att samverka har bland annat visat sig öka medarbetarnas förmåga att uppmärksamma och tillgodose barnfamiljers behov av stöd (Socialstyrelsen, 2014).

Samverkan med förskolan

BVC -sjuusköterskan och barnomsorgens personal bör ha god kunskap om varandras verksamheter. Hälsovård i förskolan bör regleras genom överenskommelse mellan landsting och kommun eller en enskild BVC och förskola. Att BHV och förskolan samverkar i syfte att främja barnens fysiska och psykiska hälsa är av vikt för barnet.

BVC ska vara ett ställe dit förskolans personal och föräldrar kan vända sig för stöd och råd i frågor som rör barns hälsa. Regelbundna kontakter och besök på förskolan bör eftersträvas (Rikshandboken, 2011).

Regelbundna besök som görs av sjuusköterskan och läkaren ger viktig upplysning om verksamheten, barnens miljö och vilka aktuella hälsofrågor som är angelägna att uppmärksamma.

Vid besöken diskuteras bland annat smittförebyggande åtgärder, hygienrutiner, gemensamma behandlingsrutiner, sjukdomar som förekommer och vid behov ställningstagande till enskilda barns hälsa. Vid ansamling av sjukdomsfall/epidemier tas kontakt för eventuell planering av 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.

För att stödja barn och familjer på bästa sätt, och förhindra att flera aktörer agerar utan kännedom om varandra, föreligger ett ömsesidigt ansvar att information mellan BHV och förskola alltid sker med föräldrarnas samtycke.

Samverkan med skola

BVC-sjuusköterskan och skolsköterskan behöver efter föräldrarnas godkännande samverka kring barnet i samband med skolstart, då barnets hälsovård lämnas över till elevhälsan.

16.6 Kravspecifikation

Hälsoövervakning: Hälsoövervakningsprogram enligt bifogat blad skall följas

Hembesök: Skall erbjudas alla nyfödda barn och deras familjer som tillhör BVC så snart som möjligt efter hemkomsten från BB. Hembesök skall även erbjudas alla nyinflyttade samt adoptivbarn, flyktingbarn och familjehemsplacerade barn 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.

Hälsosamtal: Alla barn/barnfamiljer som följer hälsoövervakningsprogrammet skall få hälsosamtal om SIDS, skakvåld (Abusive Head Trauma), amning, kost, allergi, råd om barnets skötsel, det goda föräldraskapet, rörelse/lek och stimulans, vardagssjuklighet, barnsäkerhet, barnkultur, rökning, alkohol och andra droger. Fördjupad vägledning ges vid behov.

Vaccinationer: Alla barn skall erbjudas vaccination mot stelkramp, difteri, kikhosta, polio, hemophilus influenzae typ B och pneumokocker vid 3, 5 och 12 månaders samt en boosterdos av DTP- och polio vid 5 års ålder. Vaccination mot mässling, påssjuka och röda hund erbjuds vid 18 månaders ålder, alternativt tidigare vid behov. Alla riskbarn skall erbjudas BCG-, hepatit-B och pneumokock-vaccin. Alla föräldrar erbjuds mot självkostnadspris att komplettera sitt barns vaccinationer vid 3, 5 och 12 månaders ålder med vaccin mot hepatit-B.

Föräldrargrupper: Alla föräldrar till nyfödda barn som tillhör BVC skall erbjudas föräldrargrupsverksamhet. Undantag eller alternativa lösningar kan göras 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.

16.7 Målsättning

Följande process- och resultatkriterier rekommenderas för 2015

Kvalitet

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

Hälsoövervakning och screeningundersökningar

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

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

98 % av barnen är synundersökta före 5 års ålder.

Hembesök

Alla föräldrar med nyfödda erbjuds hembesök under nyföddhetsperioden.

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

Alla nyinflyttade och adoptivföräldrar erbjuds hembesök.

Föräldragrupper

Alla nyblivna föräldrar erbjuds att delta i föräldragrupp.

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

Tobaksinformation

Alla nyblivna föräldrar skall uppmärksammas på tobaksrökens skadeverkningar.

Registrering av föräldrars rökvanor skall ske när barnet är 0-4 veckor, 8 månader, 18 månader och 4 års ålder.

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

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

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

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

EPDS

Alla BVC använder EPDS som erbjuds alla nyblivna föräldrar.

Vaccinationer

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

97 % av barnen är vaccinerade med MPR-vaccin.

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

Amning

80 % av barnen ammas helt vid 2 månaders ålder

80 % av barnen ammas helt eller delvis vid 4 månaders ålder

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

BMI

BMI skall registreras på länets 4-åringar i samband med hälsosamtal vid 4 årskontrollen

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

Förskola

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

16.8 Kommentarer till hälsoövervakningsprogrammet

I hälsoövervakningen ingår att bedöma barnets hälsa och utveckling samt värdera skydds- och riskfaktorer, för att identifiera barn som i något avseende är i behov av stöd eller riktade insatser. I hälsoövervakningen ingår att väga samman vad barnet förmedlar och föräldrarnas beskrivning av sitt barn med de frågor han eller hon har om sitt barn, med hjälp av riktade frågor (anamnes) och observationer och undersökningar” (Socialstyrelsen, 2014, s. 74).

Vid de hälsobesök på BVC där BVC-läkare medverkar bör BVC-sjuksköterska och BVC-läkare arbeta tillsammans (teamarbete). *”Läkarens, sjuksköterskans och psykologens kompetenser och erfarenheter kompletterar och stärker varandra i arbetet inom barnhälsovården”* (Socialstyrelsen, 2014, s. 72).

Vid varje besök bedömer man barnets allmänna välbefinnande samt trivsel, kontaktförmåga och samspel mellan föräldrarna och barnet. Tillväxten kontrolleras: Längd, vikt noteras vid varje mottagningsbesök under de första sex levnadsåren, huvudomfånget noteras de första 18 månaderna. Den psykomotoriska utvecklingen värderas/bedöms vid varje BVC-besök men en mer omfattande bedömning görs vid nyckelåldrarna: 5 – 12 – 18 månader, 3 år, 4 år samt 5 år.

Möjlighet skall ges att samtala kring föräldrarollen, barnets utveckling och behov samt ge råd och stöd i frågor kring barnets kost, fysiska aktivitet, barnsäkerhet, egenvård, rökning, alkohol och droger samt kulturella frågor.

Ett antal moment som i olika omfattning kan ingå vid varje kontakttillfälle eller hälsobesök:

- uppmärksamma föräldrars frågor om sitt barn
 - ta anamnes om barnets utveckling och sätt att fungera
 - undersöka och observera barnets utveckling
 - identifiera skydds- och riskfaktorer
 - följa upp insatser
 - dokumentera i barnhälsovårdsjournal
 - sammanfatta och återkoppla till föräldrarna samt planer uppföljningskontakter
 - förmedla information anpassad efter ålder, utveckling och behov
-
- reglering: sömn, mat, miktion och avföring, allmän tillfredsställelse eller skrikighet
 - mående: Aktivitetsnivå, intresse för omgivningen, lek, förskolesituation
 - kommunikation: intresse för andra, samspel, dela fokus, kommunikation
 - stämningsläge
 - Föräldra-Barn relation: ömsesidighet, turtagning och bekräftelse, förväntningar

16.9 BVC:s hälsoövervakningsprogram (Jämtlands län)

Vid varje kontakt med familjen måste lyhörddhet för familjens individuella behov stå i centrum. Uppmärksamma behov av riktade insatser som ytterligare besök, ytterligare hembesök eller annan insats av sjuksköterska, läkare, psykolog och annan. Samverkan med andra vid behov.

När	Vem	Var	Anm.
BB			OAE (Oto Akustisk Emission)

Vid hemgång före 48 tim. ålder. Se PM: Riktlinjer Tidig Hemgång och uppföljning vid BVC

0-1 v	S	H	Hembesök bör erbjudas inom 5 dagar efter hemgång från BB
3v	S	M	
4v	LS	M	Utvecklingsbedömning
6 v	S	M	EPDS
2 m	S	M	Utvecklingsbedömning
3 m	S	M	Vaccination
4 m	S	M	
5-6 m	LS	M	Vaccination. Utvecklingsbedömning.
8 m	S	M	
9-10 m	Th	M	Tandhälsoinformation vid 9-12 månader individuellt/grupp
10 m	S	M	Utvecklingsbedömning
12 m	LS	M	Vaccination.
18 m	S	M	Vaccination. Utvecklingsbedömning
3 år	LS	M	Språkscreening. Utvecklingsbedömning
4 år	S	M	Utvecklingsbedömning. Syn. Hörsel och Taltest vid behov. BMI. Hälsoenkät.
5år	S	M	Vaccination. Utvecklingsbedömning. Föräldraformulär. Skolförberedande samtal och epikris

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

17 Referenser

- 1) Hälsoundersökningar inom barnhälsovården. Allmänna råd från Socialstyrelsen SOSFS 1991:8
- 2) Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården. Nationella nätverket för barnhälsovårdssamordnare/vårdutvecklare (2007)
- 3) Läkartjänstgöring inom barnhälsovården och på barnavårdscentral. Svenska barnläkarföreningen, Svenska Distriktsläkarföreningen och svensk Förening för Allmän Medicin.
- 4) Vägledning för barnhälsovården. SoS 2014-4-5
- 5) Growth from birth to age 19 for children in Sweden born in 1981 – descriptive values. Acta Paediatrica 2006;95: 600-13.
- 6) Fetmautvecklingen bland svenska 4-åringar tycks ha stannat av. Bråbäck L m.fl. Läkartidningen 2009;2758-2761.
- 7) Socialstyrelsen & Folkhälsoinstitutet. (2013). Folkhälsan i Sverige - Årsrapport 2013.
- 8) Fetma hos barn – prevention enda realistiska lösningen på problemet. Perlhagen J mfl. Läkartidningen 2007; 3: 138-41.
- 9) Barriers and facilitators of health promotion an obesity prevention in early childhood: a focus on parents results from the IDEFICS study. Regber S. (2014). Doktorsavhandling, Sahlgrenska Akademin, Institutionen för medicin, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa.
- 10) Barnläkaren, 2015:3; 12-14.
- 11) Tangen et al Hembesök inom barnhälsovården - Sjuksköterskornas attityder avgörande för hur verksamheten utvecklas, Läkartidningen nr 47 2010 volym 107
- 12) Elkan R, Kendrick D, Hewitt M, Robinson J. J. A, Tolley K, Blair M, Dewey M, Williams D, Brummell K. The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. Health Technology Assessment. 2000
- 13) McNaughton D. B, A synthesis of qualitative home visiting research. Public Health Nurs. 2004
- 14) Jansson A, Hembesök kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som familj. Läkartidningen 2003; 100 nr 15: 1348-51
- 15) Magnusson, M., ET AL., Barnhälsovård – att främja barns hälsa, 2009, Liber AB:Stockholm. p 212-213
- 16) Anmäla oro för barn – Stöd för anmälningsskyldiga och andra anmälare. SoS 2014-6-5

- 17) Våld och hälsa. En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK-rapport 2014-1); 2012.
- 18) Lagerberg D. A descriptive survey of Swedish child health nurses' awareness of abuse and neglect. *Child abuse and neglect* 25; 2001:1853-1601.
- 19) Hälsoundersökningar inom barnhälsovården. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991:8
- 20) Magnusson, M., Lindfors, A., Tell, J. (2011). Stora skillnader i svensk barnhälsovård. *Läkartidningen* 2011;35
- 21) Wallby, T. (2012). Lika för alla? Social position och etnicitet som determinanter för amning, föräldrars rökvanor och kontakter med BVC. Doktorsavhandling. Uppsala universitet.

18 Appendix

18.1 Inskrivna barn

Tabell 15. Antal inskrivna barn och åldersfördelning på respektive BVC den 2014-12-31

BVC-mott	Födelseår							Totalt
	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	
Myrviken	27	16	34	27	36	22	1	163
Svenstavik	39	31	36	37	35	42	0	220
Bräcke	18	18	25	19	21	16	0	117
Kälarne	3	4	5	6	10	13	0	41
Gällö	15	12	16	11	22	21	0	97
Funäsdalen	15	21	18	20	19	11	0	104
Hede	13	15	16	16	19	16	0	95
Sveg	43	49	53	57	47	47	0	296
Föllinge	12	11	12	20	15	14	0	84
Krokom/Ås	98	112	91	119	128	151	1	700
Offerdal	23	27	25	18	43	19	0	155
Bispgården	9	8	7	7	19	6	0	56
Hammarstrand	24	27	29	21	28	24	0	153
Stugun	13	15	16	16	13	18	0	91
Backe	13	18	4	10	14	12	1	72
Gäddede	5	7	7	12	9	7	0	47
NNV Hammerdal	16	17	33	18	18	14	0	116
NNV Hoting/Strömsund	18	18	12	28	14	16	0	106
Strömsund	63	69	70	60	62	55	0	379
Hallen	13	14	13	17	22	23	1	103
Järpen	32	30	35	29	30	44	2	202
Åre	65	50	61	67	80	54	0	377
Brunflo	91	73	89	89	96	93	0	531
Frösön	170	178	162	180	172	180	1	1043
Lit	33	42	35	46	47	55	0	258
Lugnvik	70	61	68	65	83	74	0	421
Odensala	109	102	94	107	122	128	2	664
Torvalla	87	69	83	80	84	79	0	482
Zätahuset	208	192	183	182	163	148	0	1076
Jämtlands län	1345	1306	1332	1384	1471	1402	9	8249

Tabellen visar att det är stora skillnader i barnantal mellan olika BVC-mottagningar, samt att åldersfördelningen skiftar en hel del mellan enheter, BVC Z-gränd hade 2014 liksom tidigare är den största andelen barn 0-1 år (19,3 %).

18.2 Familjesituation

Tabell 16. Familjesituationen för barn födda 2013-14 i Jämtlands län.

BVC	Antal födda barn 2014	Sammanboende föräldrar	Ensamstående		Annan familjesituation		Barn, f. 2013, med en / båda föräldrar födda utanför Norden	
			antal	andel %	antal	andel%	antal	andel %
Myrviken	27	26	1	3,7	0	0	1	6,3
Svenstavik	39	39	0	0	0	0	8	25,8
Bräcke	18	15	2	11,1	1	5,6	4	22,2
Gällö	15	13	2	13,3	0	0	6	50
Kälarne	3	3	0	0	0	0	0	0
Funäsdalen	15	15	0	0	0	0	3	14,3
Fjällhälsan	13	12	1	7,7	0	0	5	33,3
Sveg	43	40	2	4,7	1	2,3	17	34,7
Föllinge	12	11	0	0	1	8,3	1	9,1
Krokom	98	95	3	3,1	0	0	10	8,9
Offerdal	23	22	0	0	1	4,3	4	14,8
Bispgården	9	9	0	0	0	0	7	87,5
Hammarstrd	24	22	1	4,2	1	4,2	5	18,5
Stugun	13	13	0	0	0	0	4	26,7
Backe	13	11	2	15,4	0	0	5	27,8
Gäddede	5	5	0	0	0	0	0	0
NNV Hoting								
Strömsund	18	16	2	11,1	0	0	2	11,1
NNV Hammerdal	16	16	0	0	0	0	2	11,8
Strömsund	63	62	1	1,6	0	0	18	26,1
Hallen	13	13	0	0	0	0	0	0
Järpen	32	29	3	9,4	0	0	7	23,3
Åre	65	64	1	1,5	0	0	3	6
Brunflo	91	90	1	1,1	0	0	8	11
Frösön	170	165	4	2,4	1	0,6	26	14,6
Lit	33	33	0	0	0	0	3	7,1
Lugnvik	70	69	1	1,4	0	0	9	14,8
Odensala	109	108	1	0,9	0	0	17	16,7
Torvalla	87	78	7	8,0	2	2,3	24	34,8
Z-gränd	208	200	8	3,8	0	0	44	22,9
Jämtlands län	1345	1294	43	3,2	8	0,6	243	18,6

18.3 Andel (%) vaccinerade

Tabell 17. Andel (%) vaccinerade barn födda 2012, enhetsvis

BVC/Kommun	Antal barn	DTP (difteri, tetanus, kikhosta)	Polio	HiB	MPR	Pneumokocker
Myrviken	34	94,1	94,1	94,1	94,1	94,1
Svenstavik	36	91,7	91,7	91,7	94,4	80,6
Berg	70	92,9	92,9	92,9	94,3	87,1
Bräcke	25	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Kälarne	5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Gällö	16	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Bräcke	46	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Funäsdalen	18	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Fjällhälsan, Hede	16	93,8	93,8	93,8	93,8	87,5
Sveg	53	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Härjedalen	87	98,9	98,9	98,9	98,9	97,7
Föllinge	12	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3
Krokom	47	97,9	97,9	97,9	95,7	93,6
Offerdal	25	DT: 80,0 P: 76,0	80,0	76,0	88,0	76,0
Ås	44	100,0	100,0	100,0	97,7	97,7
Krokom	128	DT: 93,8 P: 93,0	93,8	93,0	93,8	90,6
Bispgården	7	85,7	85,7	85,7	85,7	85,7
Hammarstrand	29	96,6	96,6	96,6	96,6	96,6
Stugun	16	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ragunda	52	96,2	96,2	96,2	96,2	96,2
Backe	4	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
Gäddede	7	100,0	100,0	100,0	85,7	100,0
NNV Hamnerdal	33	93,9	93,9	93,9	93,9	93,9
NNV Hoting/Strömsund	12	91,7	91,7	91,7	91,7	91,7
Strömsund	70	84,3	84,3	84,3	84,3	84,3
Strömsund	126	87,3	87,3	87,3	86,5	87,3
Hallen	13	100,0	100,0	100,0	92,3	100,0
Järpen	35	94,3	94,3	94,3	94,3	88,6
Åre	61	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Åre	109	98,2	98,2	98,2	97,2	96,3

BVC/Kommun	Antal barn	DTP (difteri, tetanus, kikhosta)	Polio	HiB	MPR	Pneumokocker
Brunflo	89	96,6	96,6	96,6	94,4	96,6
Frösön	162	96,9	96,9	96,9	96,9	96,9
Lit	35	97,1	97,1	97,1	97,1	97,1
Lugnvik	68	100,0	100,0	100,0	97,1	97,1
Odensala	94	97,9	97,9	97,9	96,8	97,9
Torvalla	83	98,8	98,8	98,8	96,4	98,8
Z-huset	183	98,4	98,4	98,4	97,3	98,4
Östersund	714	97,9	97,9	97,9	96,6	97,6
Berg	70	92,9	92,9	92,9	94,3	87,1
Bräcke	46	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Härjedalen	87	98,9	98,9	98,9	98,9	97,7
Krokom	128	DT: 93,8 P: 93,0	93,8	93,0	93,8	90,6
Ragunda	52	96,2	96,2	96,2	96,2	96,2
Strömsund	126	87,3	87,3	87,3	86,5	87,3
Åre	109	98,2	98,2	98,2	97,2	96,3
Östersund	714	97,9	97,9	97,9	96,6	97,6
Jämtlands län	1332	DT: 96,3 P: 96,2	96,3	96,2	95,6	95,3

18.4 Antal/andel hembesök

Tabell 18. Antal/andel hembesök (H) alla nyblivna föräldrar 2014 i Jämtlands län ♀= mödrar ♂= fäder

	Antal födda barn2014	Antal som erbjudits hembesök		Andel % som erbjudits hembesök		Ant. som fått H av alla nybliv mammor	Ant. som fått H av 1:a ggn:s mammor	Andel av alla nybliv mammor som fått H	Andel av alla 1:ggn:s mammor som fått H
		♀	♂	♀	♂				
Myrviken	27	15	15	55,6	55,6	15	9	55,6	90
Svenstavik	39	36	36	92,3	92,3	34	13	87,2	100
Bräcke	18	18	16	100	88,9	18	7	100	100
Gällö	15	14	13	93,3	86,7	14	3	93,3	75
Kälarne	3	3	3	100	100	3	1	100	100
Föllinge	12	7	5	58,3	41,7	7	4	58,3	80
Krokom	98	94	91	95,9	92,9	88	35	89,8	97,2
Offerdal	23	21	21	91,3	91,3	20	8	87	100
Bispgården	9	9	9	100	100	9	2	100	100
Hammarstrand	24	24	23	100	100	24	10	100	100
Stugun	13	6	6	46,2	46,2	6	4	46,2	57,1
Funäsdalen	15	15	15	100	100	15	7	100	100
Fjällhälsan	13	12	12	92,3	92,3	12	7	92,3	100
Sveg	43	15	11	34,9	25,6	12	6	27,9	37,5
Backe	13	0	0	0	0	0	0	0	0
Gäddede	5	4	4	80	80	4	1	100	100
NNV Hoting- Strömsund	18	18	18	100	100	0	0	0	0
Strömsund FC	63	57	56	90,5	88,9	43	18	68,3	94,7
NNV Hammerdal	16	9	9	56,2	56,2	4	0	25	0
Hallen	13	13	13	100	100	3	3	23,1	42,9
Järpen	32	32	29	100	90,6	28	11	87,5	91,7
Åre	65	38	37	100	100	23	18	35,4	47,4
Brunflo	91	67	61	73,6	67,0	66	23	72,5	69,7
Frösön	170	166	164	97,6	96,5	151	72	88,8	97,3
Lit	33	30	30	90,9	90,9	13	9	39,4	56,3
Lugnvik	70	44	43	62,9	61,4	26	13	37,1	50
Odensala	109	74	78	67,9	71,6	70	30	64,2	71,4
Torvalla	87	67	65	77,0	74,7	54	23	62,1	82,1
Z-gränd	208	77	74	37,0	35,6	72	60	34,6	50
Jämtlands län	1345	985	957	73,2	71,2	834	395	62,0	70,7

18.5 Antal inskrivna barn födda 2008-2014 på respektive BVC i länet.

Tabell 19. Antal inskrivna barn: nyfödda resp. totalt antal barn 0 – 6 år per BVC den 31/12 2008-2014

	År	Nyfödda	Totalt		År	Nyfödda	Totalt
1.				5.			
Backe/Hoting	2008	20	126	Fjällhälsan Hede	2008	17	128
	2009	19	120		2009	16	111
	2010	10	65		2010	13	122
Backe	2011	6	59		2011	11	86
	2012	3	51		2012	13	79
	2013	13	75		2013	15	97
	2014	13	72		2014	13	95
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
	2012	9	52		2012	21	113
	2013	7	53		2013	21	111
	2014	9	56		2014	15	104
3.				7.			
Brunflo	2008	77	557	Frösön	2008	171	955
	2009	80	551		2009	168	996
	2010	94	566		2010	176	1042
	2011	89	556		2011	173	1063
	2012	77	546		2012	144	1007
	2013	68	497		2013	179	1048
	2014	91	531		2014	170	1043
4.				8.			
Bräcke	2008	21	136	Föllinge	2008	14	83
	2009	17	131		2009	12	99
	2010	20	128		2010	9	86
	2011	20	121		2011	20	92
	2012	27	131		2012	10	92
	2013	21	129		2013	15	88
	2014	18	117		2014	12	84

	År	Nyfödda	Totalt		År	Nyfödda	Totalt
9. Gäddede	2008	8	40	14. Krokom/Ås	2008	131	842
	2009	7	38		2009	191	864
	2010	11	47		2010	116	862
	2011	10	45		2011	104	849
	2012	8	48		2012	92	775
	2013	8	54		2013	103	732
	2014	5	47		2014	98	700
10. Gällö	2008	19	146	15. Kälarne	2008	8	47
	2009	18	134		2009	10	50
	2010	24	123		2010	10	58
	2011	8	117		2011	6	54
	2012	17	109		2012	3	45
	2013	9	99		2013	4	47
	2014	15	97		2014	3	41
11. Hallen	2008	31	166	16. Lit	2008	54	325
	2009	40	192		2009	56	341
	2010	28	114		2010	49	334
	2011	12	103		2011	40	304
	2012	9	103		2012	32	291
	2013	14	96		2013	45	288
	2014	13	103		2014	33	258
12. Hammarstrand	2008	26	143	17. Lugnvik	2008	76	331
	2009	23	137		2009	74	367
	2010	34	153		2010	63	361
	2011	19	152		2011	64	378
	2012	30	160		2012	68	408
	2013	25	153		2013	59	414
	2014	24	153		2014	70	421
13. Järpen	2008	71	166	18. Myrviken	2008	22	159
	2009	63	192		2009	21	158
	2010	89	194		2010	28	172
	2011	30	192		2011	28	169
	2012	34	201		2012	31	174
	2013	29	203		2013	16	166
	2014	32	202		2014	27	163

	År	Nyfödda	Totalt		År	Nyfödda	Totalt
19.				24.			
NNV				Sveg			
Hoting/Strömsund	2008	0	0		2008	44	286
	2009	0	0		2009	48	287
	2010	5	54		2010	44	271
	2011	21	89		2011	56	283
	2012	10	97		2012	51	287
	2013	19	105		2013	50	299
	2014	18	106		2014	43	296
20.				25.			
Odensala	2008	96	578	Svenstavik	2008	35	253
	2009	86	582		2009	36	243
	2010	105	604		2010	31	271
	2011	101	616		2011	56	283
	2012	74	595		2012	51	287
	2013	101	635		2013	30	210
	2014	109	664		2014	39	220
21.				26.			
Offerdal	2008	24	151	Torvalla	2008	98	565
	2009	11	142		2009	106	593
	2010	27	137		2010	94	573
	2011	11	137		2011	72	548
	2012	17	131		2012	92	525
	2013	24	138		2013	68	477
	2014	23	155		2014	87	482
22.				27.			
Strömsund	2008	49	344	Utrikeshälsan			
	2009	58	315	Hammerdal	2008	23	142
	2010	62	311		2009	18	132
	2011	64	318		2010	18	116
	2012	71	356		2011	15	99
	2013	68	353		2012	38	121
	2014	63	379	NNV Hammerdal	2013	18	121
					2014	16	116
23.				28			
Stugun	2008	13	80	Z-gränd	2008	148	776
	2009	17	78		2009	171	750
	2010	11	78		2010	198	835
	2011				2011	205	890
	2012	17	89		2012	192	963
	2013	18	92		2013	186	1000
	2014	13	91		2014	208	1076

	År	Nyfödda	Totalt
29	2008	71	364
Åre	2009	63	366
	2010	89	392
	2011	70	393
	2012	64	406
	2013	50	395
	2014	65	377

18.6 Antal barn födda 2007-2013 som hel- och delammas på resp. BVC.

Tabell 20. Andel (%) helammade vid 4 månaders ålder och ammade, helt och/eller delvis, vid 6 månaders ålder på respektive BVC. Barn födda 2007 – 2013

	År	4mån	6mån		År	4mån	6mån
1.				6.			
Backe/Hoting	2007	71/18	71	Funäsdalen	2007	80,0	100,0
	2008	40/36	60		2008	80,8	88,5
	2009	36,4/80	54,5/80		2009	62,5	75,0
	2010	60,0	50,0		2010	81,8	77,3
	2011	66,7	66,7		2011	76,5	70,6
Backe	2012	33,3	100,0		2012	68,4	100,0
	2013	64,3	71,4		2013	57,1	76,2
2.				7.			
Bispgården	2007	53,8	61,5	Frösön	2007	71,6	74,2
	2008	44,4	66,7		2008	72,8	79,8
	2009	57,1	71,4		2009	76,8	80,4
	2010	58,3	50		2010	70,2	71,4
	2011	71,4	85,7		2011	66,5	71,2
	2012	62,5	50,0		2012	69,4	73,5
	2013	62,5	50,0		2013	62,5	50,0
3.				8.			
Brunflo	2007	57,6	66,3	Föllinge	2007	70,6	64,7
	2008	48,7	57,1		2008	81,3	68,8
	2009	53,7	58,5		2009	69,2	76,9
	2010	53,5	59		2010	60,0	60,0
	2011	66,7	42,5		2011	45,5	50,0
	2012	49,4	53,2		2012	10,0	30,0
	2013	50,0	55,6		2013	63,6	45,5
4.				9.			
Bräcke	2007	40,0	26,3	Gäddede	2007	50,0	50,0
	2008	36,8	29,4		2008	62,5	75,0
	2009	36,8	29,4		2009	85,7	85,7
	2010	55,6	61,1		2010	40,0	90,0
	2011	60,0	52,6		2011	45,5	45,5
	2012	32,0	40,0		2012	85,7	100,0
	2013	58,8	47,1		2013	57,1	57,1
5.				10.			
Fjällhälsan				Gällö			
Hede	2007	62,5	68,8		2007	66,7	58,3
	2008	64,7	82,4		2008	83,3	76,5
	2009	66,7	73,3		2009	66,7	76,5
	2010	76,9	76,9		2010	55,6	53,8
	2011	41,7	50,0		2011	77,8	88,9
	2012	73,3	73,3		2012	68,8	87,5
	2013	73,3	66,7		2013	83,3	75,0

	År	4mån	6mån		År	4mån	6mån	
11. Hallen	2007	65,0	65,0	16. Lit	2007	76,9	69,0	
	2008	80,0	80,0		2008	67,3	65,0	
	2009	68,4	73,7		2009	70,9	81,8	
	2010	61,9	52,4		2010	65,9	72,7	
	2011	61,5	38,5		2011	69,8	72,1	
	2012	45,5	54,5		2012	61,8	70,6	
	2013	64,3	57,1		2013	64,3	73,8	
12. Hammarstrand	2007	59,1	59,1	17. Lugnvik	2007	71,9	79,7	
	2008	72,0	70,8		2008	61,1	66,7	
	2009	71,4	71,4		2009	64,4	76,7	
	2010	51,7	44,8		2010	52,3	62,5	
	2011	55,0	65,0		2011	52,4	72,1	
	2012	71,4	64,3		2012	62,5	68,8	
	2013	53,8	65,4		2013	63,3	61,7	
13. Järpen	2007	50,0	41,7	18. Myrviken	2007	71,4	64,3	
	2008	50,0	54,5		2008	66,7	66,7	
	2009	59,5	64,3		2009	43,5	43,5	
	2010	50,0	51,9		2010	50,0	56,0	
	2011	67,7	67,7		2011	66,7	55,6	
	2012	65,7	71,4		2012	43,8	46,9	
	2013	63,3	66,7		2013	56,3	62,5	
14. Krokom	2007	63,2	63,2	19. NNVHoting/Strömsund	2007	—	—	
	2008	61,3	62,7		2008	—	—	
	2009	72,3	73,8		2009	—	—	
	2010	60,0	60,0		2010	41,7	33,3	
	2011	64,3	71,4		2011	59,1	54,5	
	Krokom/Nälden	2012	52,1		52,1	2012	58,3	66,7
		2013	60,3		65,5	2013	61,1	44,4
15. Kälarne	2007	42,9	50,0	20. Nälden	2007	65,7	62,9	
	2008	33,3	22,2		2008	65,2	60,9	
	2009	77,8	75,0		2009	50,0	55,6	
	2010	37,5	12,5		2010	50,0	46,9	
	2011	50,0	66,7		2011	67,7	62,5	
	2012	50,0	33,3		2012	—	—	
	2013	50,0	25,0		2013	—	—	

	År	4mån	6mån		År	4mån	6mån
21.				26.			
Odensala	2007	65,9	74,7	Svenstavik	2007	61,1	52,8
	2008	69,1	77,3		2008	71,9	65,6
	2009	72,0	73,1		2009	48,6	59,5
	2010	57,0	71,0		2010	66,7	73,3
	2011	54,9	66,7		2011	63,3	70,0
	2012	65,4	69,1		2012	71,0	74,2
	2013	60,8	68,6		2013	70,0	76,7
22.				27.			
Offerdal	2007	85,7	81,0	Torvalla	2007	29,6	60,2
	2008	56,5	56,5		2008	56,0	58,0
	2009	81,8	80,0		2009	55,6	72,2
	2010	42,9	46,4		2010	48,1	56,8
	2011	46,2	61,5		2011	50,0	57,7
	2012	55,6	55,6		2012	50,0	60,2
	2013	61,5	53,8		2013	53,7	62,7
23.				28.			
Strömsund	2007	51,1	68,1	Utrikeshälsan h-dal	2007	73,7	84,2
	2008	73,8	71,4		2008	85,0	80,0
	2009	51,7	73,7		2009	75,0	81,3
	2010	50,8	49,2		2010	50,0	81,3
	2011	50,7	70,4		2011	60,0	73,3
	2012	69,1	63,2	NNV Hammerdal	2012	53,1	48,4
	2013	60,9	66,7		2013	68,8	71,4
24.				29.			
Stugun	2007	43,8	56,3	Z-gränd	2007	71,1	75,4
	2008	58,3	66,7		2008	71,9	74,4
	2009	52,9	52,9		2009	61,5	65,1
	2010	54,5	81,8		2010	56,1	61,4
	2011	52,9	56,3		2011	59,3	61,3
	2012	76,5	94,1		2012	58,3	58,8
	2013	40,0	60,0		2013	62,1	67,9
25.				30.			
Sveg	2007	71,1	76,3	Åre	2007	77,9	82,4
	2008	78,6	81,0		2008	60,6	77,3
	2009	60,0	57,8		2009	74,5	85,2
	2010	48,9	55,6		2010	53,0	66,3
	2011	57,1	66,1		2011	67,1	71,4
	2012	49,0	60,8		2012	59,0	73,3
	2013	56,3	66,7		2013	44,7	59,1

	År	4mån	6mån
31.	2007	82,5	82,5
Ås	2008	54,1	59,5
	2009	93,9	90,9
	2010	80,0	89,3
	2011	60,9	87,0
	2012	42,9	60,0
	2013	64,8	63,0

18.7 Antal barn födda 2007-2013 med rökande mammor och pappor på resp. BVC

Tabell 21. Andel (%) rökande mammor och pappor till barn födda 2007 – 2013 på resp. 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
	2011	0	0	16,7	16,7
	2012	0	0	0	0
	2013	8,3	8,3	16,7	16,7
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
	2011	28,6	28,6	0	0
	2012	12,5	12,5	25,0	12,5
	2013	0	0	12,5	12,5
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
	2011	5,7	4,7	9,2	8,1
	2012	5,0	5,1	23,8	21,5
	2013	2,8	2,0	11,3	10,6
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
	2011	15,0	10,0	21,1	15,8
	2012	3,8	7,7	7,7	7,7
	2013	11,8	17,6	12,5	12,5
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
	2011	0	0	0	0
	2012	20,0	20,0	20,0	20,0
	2013	0	0	0	0

		Mor 4 v	Mor 8 m	Far 4 v	Far 8 m
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
	2011	5,9	5,9	0	0
	2012	0	0	5,3	5,3
	2013	0	0	4,8	4,8
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
	2011	1,2	1,2	2,3	2,3
	2012	2,7	3,4	4,7	5,4
	2013	0,6	0,6	1,7	1,7
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
	2011	0	4,5	9,1	9,1
	2012	0	10,0	10,0	10,0
	2013	9,1	0	18,2	18,2
9.					
Gäddede	2007	0	0	0	0
	2008	0	0	0	0
	2009	0	0	0	0
	2010	0	0	0	0
	2011	9,1	9,1	9,1	9,1
	2012	0	0	0	0
	2013	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	0,0
	2010	11,1	11,1	18,5	18,5
	2011	11,1	11,1	22,2	22,2
	2012	0	0	13,3	7,1
	2013	8,3	8,3	22,2	37,5

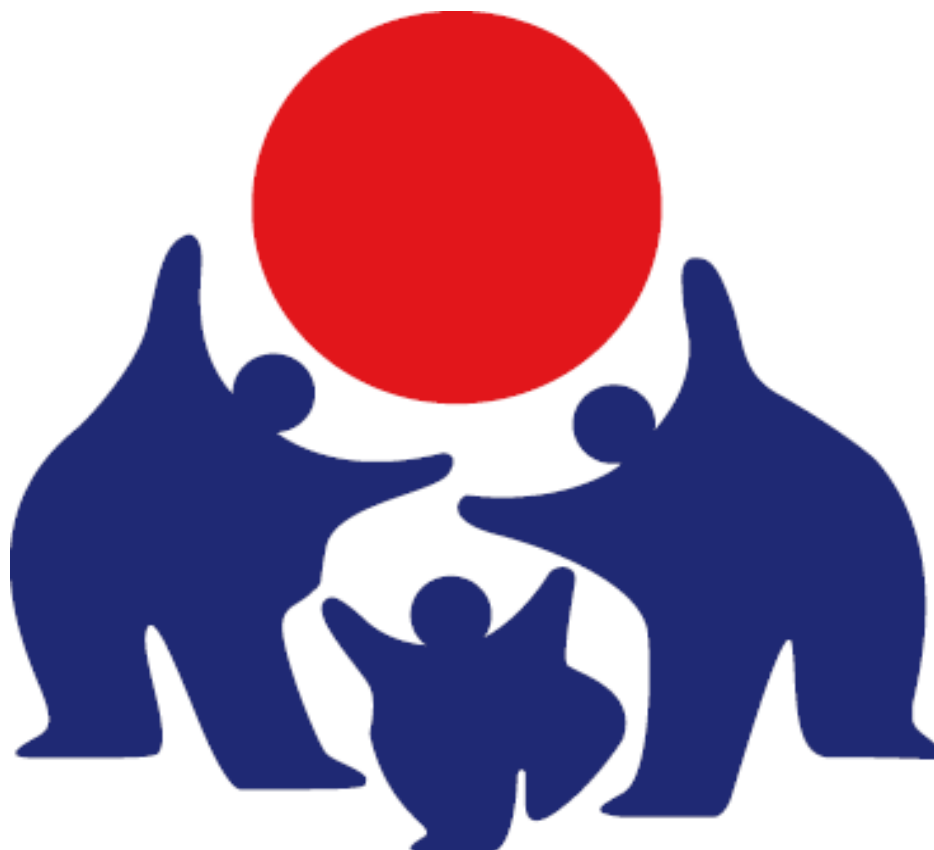
		Mor 4 v	Mor 8 m	Far 4 v	Far 8 m
11.					
Hallen	2007	15,0	15,0	5,0	5,0
	2008	0	6,7	13,3	20,0
	2009	0	0	5,3	5,3
	2010	4,8	19,0	4,8	4,8
	2011	7,7	7,7	0	0
	2012	0	27,3	0	0
	2013	0	0	14,3	14,3
12.					
Hammarstrand	2007	5,0	10,5	0	5,3
	2008	0	8,3	12,5	12,5
	2009	0	0	4,3	4,3
	2010	10,7	7,1	11,1	11,1
	2011	4,8	4,8	9,5	9,5
	2012	0	0	7,7	7,7
	2013	3,7	3,7	14,8	14,8
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
	2011	3,3	3,4	3,4	3,4
	2012	8,6	8,6	12,9	10,0
	2013	0	0	6,7	3,6
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
	2011	0	0	7,1	7,0
	2012	1,4	1,4	6,9	7,0
	2013	6,9	5,2	5,2	5,2
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
	2011	0	0	0	0
	2012	0	0	0	0
	2013	0	0	0	0

		Mor 4 v	Mor 8 m	Far 4 v	Far 8 m
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
	2011	0	0	2,3	2,3
	2012	0	0	0	0
	2013	2,4	2,4	2,4	2,4
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
	2011	4,7	3,3	6,3	6,3
	2012	0	1,6	1,6	0
	2013	0	0	1,6	3,5
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
	2011	0	0	4,0	4,0
	2012	0	3,0	15,2	15,2
	2013	0	12,5	0	0
19.					
NNVHoting	2007	—	—	—	—
	2008	—	—	—	—
	2009	—	—	—	—
	2010	0	11,1	9,1	11,1
	2011	4,5	9,1	13,6	13,6
	2012	7,7	7,7	7,7	7,7
	2013	0	0	11,1	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
	2011	9,7	14,3	22,6	17,2
	2012	—	—	—	—
	2013	—	—	—	—

		Mor 4 v	Mor 8 m	Far 4 v	Far 8 m
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
	2011	3,9	4,9	2,9	3,7
	2012	1,3	1,3	12,8	12,3
	2013	4,0	4,1	5,9	6,1
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
	2011	0	0	8,3	8,3
	2012	0	5,6	22,2	23,5
	2013	4,2	4,0	0	0
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	0	1,7	11,1
	2011	0	0	1,4	1,4
	2012	0	0	0	1,5
	2013	0	0	2,9	2,9
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
	2011	0	0	5,9	5,9
	2012	5,6	5,6	5,6	5,6
	2013	0	0	16,7	50,0
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
	2011	1,8	1,8	7,1	7,1
	2012	6,0	8,0	2,0	4,0
	2013	6,4	6,4	10,6	4,3

		Mor 4 v	Mor 8 m	Far 4 v	Far 8 m
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
	2011	10,0	10,0	10,0	10,0
	2012	0	3,4	10,7	15,4
	2013	0	0	3,4	3,4
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
	2011	1,3	2,8	8,9	8,3
	2012	3,7	4,9	18,8	17,5
	2013	1,5	3,0	13,8	13,8
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
	2011	6,7	6,7	6,7	6,7
NNV Hammerdal	2012	0	0	12,5	12,5
	2013	0	0	0	6,3
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
	2011	0,5	1,0	3,0	3,6
	2012	2,2	1,6	5,4	4,3
	2013	2,1	3,7	7,6	7,1
30.					
Åre	2007	0	0	1,5	1,7
	2008	0	0	5,9	5,9
	2009	0	0	5,5	5,6
	2010	0	0	0	0
	2011	1,4	1,4	6,8	6,8
	2012	0	0	1,7	3,3
	2013	0	0	0	0

	Mor 4 v	Mor 8 m	Far 4 v	Far 8 m
31.				
Ås				
2007	0	0	2,5	2,5
2008	0	0	2,7	2,7
2009	3,0	3,0	3,0	3,0
2010	0	0	0	0
2011	0	0	0	0
2012	0	10,0	0	0
2013	0	0	1,9	1,9



Omslagsbild: Brita

Foto: Farmor Elisabet Nilsson – publicerad med föräldrarnas tillstånd.