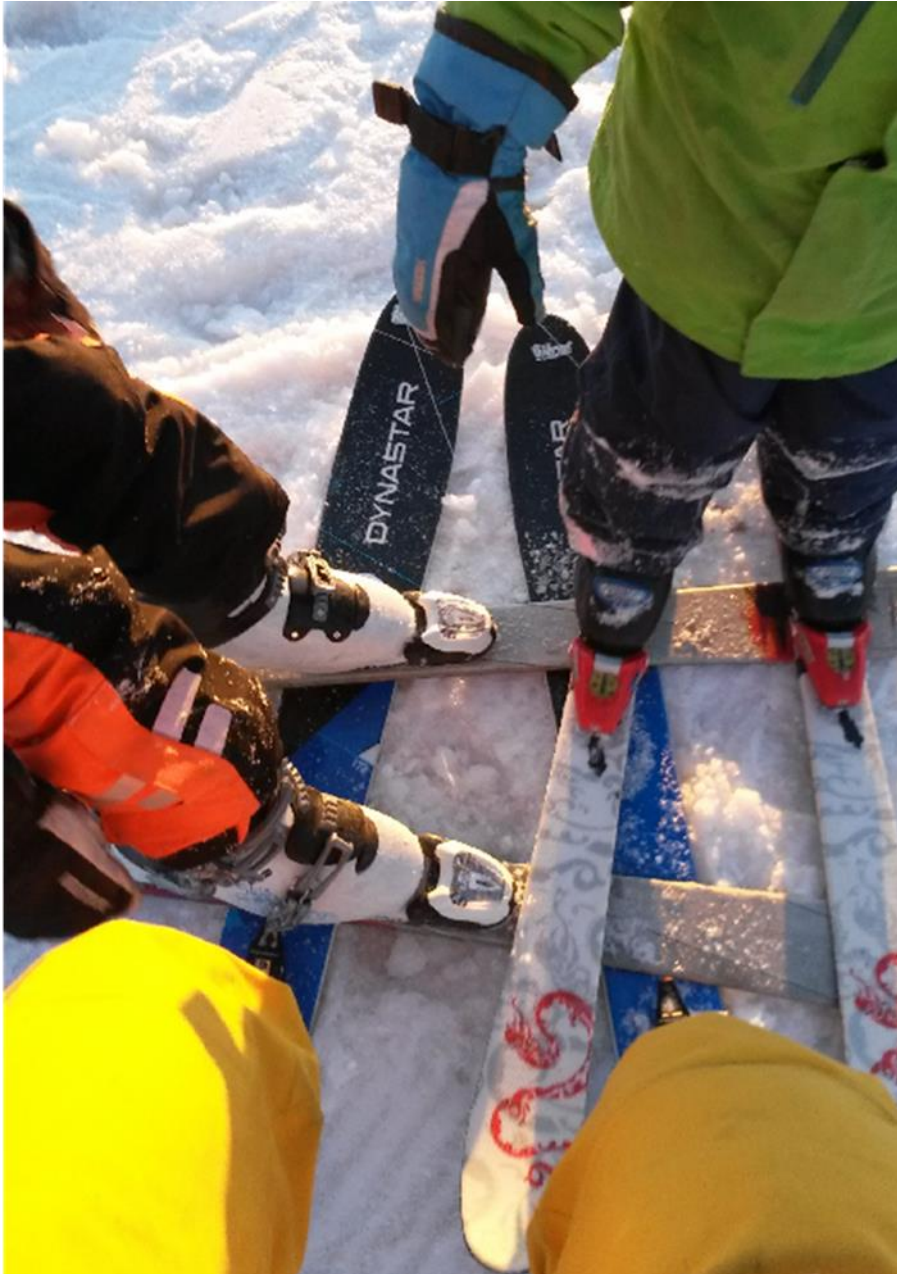


# Barnhälsovårdens kvalitetsutveckling i Jämtlands län



## Resultatredovisning 2015

### Föräldra- och Barnhälsan

Kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård i Jämtlands län



<b>1</b>	<b>BARNHÄLSOVÅRD I JÄMTLANDS LÄN 2015 - SAMMANFATTANDE TANKAR OCH REFLEKTIONER .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>SAMMANFATTNING AV BARNHÄLSOVÅRDENS RESULTAT 2015 .....</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>BARNHÄLSOVÅRD JÄMTLAND - ORGANISATION.....</b>	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>KRAVSPECIFIKATION FÖR BARNHÄLSOVÅRDEN I JÄMTLANDS LÄN.....</b>	<b>9</b>
<b>5</b>	<b>PSYKOLOG- OCH SOCIONOMVERKSAMHET 2015 – FÖRÄLDRA- OCH BARNHÄLSAN.....</b>	<b>10</b>
<b>6</b>	<b>KONVENTIONEN OM BARNETS RÄTTIGHETER .....</b>	<b>11</b>
<b>7</b>	<b>BARNPOPULATION.....</b>	<b>13</b>
7.1	FÖDDA OCH INSKRIVNA .....	13
7.2	BEMANNING PÅ BARNAVÅRDSCENTRALEN.....	16
7.3	BVC – NORMTID/FAKTISK ARBETAD TID .....	17
7.4	VÅRDTYNGDSINDEX.....	18
<b>8</b>	<b>BARNNS HÄLSA.....</b>	<b>19</b>
8.1	AMNING .....	19
8.2	RÖKNING .....	20
8.3	SNUSNING.....	21
8.4	ÖVERVIKT OCH FETMA - BMI .....	22
8.5	VACCINATIONER .....	24
8.6	SMÅBARNSTANDVÅRD I REGION JH 2015.....	28
<b>9</b>	<b>FÖRÄLDRASTÖD.....</b>	<b>30</b>
9.1	HEMBESÖK UNDER 2015 FÖR NYBLIVNA FÖRÄLDRAR I JÄMTLANDS LÄN.....	30
9.2	PSYKISK OHÄLSA - EPDS .....	31
9.3	FÖRÄLDRASTÖD I GRUPP .....	31
9.4	ICDP-PROGRAMMET "VÄGLEDANDE SAMSPEL" .....	33
9.5	ÖMSESIDIG RESPEKT 2015.....	34
9.6	FAMILJECENTRALER OCH ÖPPNA FÖRSKOLOR.....	35
<b>10</b>	<b>SAMVERKAN MED FÖRSKOLAN.....</b>	<b>36</b>
<b>11</b>	<b>SPRÅKSCREENING .....</b>	<b>37</b>
<b>12</b>	<b>BARN SOM FAR ILLA – ANMÄLAN OM ORO FÖR BARN FRÅN BARNHÄLSOVÅRDEN.....</b>	<b>38</b>
<b>13</b>	<b>GIVEN FORTBILDNING 2015 .....</b>	<b>40</b>
<b>14</b>	<b>MÖTEN OCH TRÄFFAR.....</b>	<b>41</b>
<b>15</b>	<b>TANKAR FRAMÅT .....</b>	<b>43</b>
15.1	BARNHÄLSOVÅRDENS NATIONELLA PROGRAM.....	45
15.2	HÄLSÖOERVERAKNING JÄMTLANDS LÄN .....	46
<b>16</b>	<b>RIKTLINJER 2016 FÖR BARNHÄLSOVÅRDEN I JÄMTLANDS LÄN .....</b>	<b>47</b>
16.1	STYRDOKUMENT .....	47
16.2	BARNHÄLSOVÅRDENS MÅL.....	49
16.3	RESURSER.....	50
16.4	FÖRÄLDRA- OCH BARNHÄLSAN (FBH) .....	51
16.5	INNEHÅLL I VERKSAMHETEN.....	51
16.6	KRAVSPECIFIKATION.....	56

16.7	MÅLSÄTTNING - FÖLJANDE PROCESS- OCH KVALITETSKRITERIER REKOMMENDERAS FÖR 2016.....	57
16.8	KOMMENTARER TILL HÄLSÖÖVERVAKNINGSPROGRAMMET .....	58
16.9	HÄLSÖÖVERVAKNINGSPROGRAM BVC I JÄMTLANDS LÄN .....	59
<b>17</b>	<b>REFERENSER.....</b>	<b>60</b>
<b>18</b>	<b>APPENDIX .....</b>	<b>61</b>
18.1	INSKRIVNA BARN .....	61
18.2	FÖRÄLDRARS FÖDELSELAND.....	62
18.3	ANDEL (%) VACCINERADE .....	63
18.4	ANTAL/ANDEL HEMBESÖK.....	64
18.5	EPDS ANVÄNDNING .....	65
18.6	FÖRÄLDRASTÖD I GRUPP.....	66
18.7	ANTAL INSKRIVNA BARN FÖDDA 2008-2015 PÅ RESPEKTIVE BVC I LÄNET .....	68
18.8	ANTAL BARN FÖDDA 2007-2014 SOM HEL- OCH DELAMMAS PÅ RESP. BVC .....	72
18.9	ANTAL BARN FÖDDA 2007-2014 MED RÖKANDE MAMMOR OCH PAPPOR PÅ RESP. BVC.....	76

# 1 Barnhälsovård i Jämtlands län 2015 - sammanfattande tankar och reflektioner

Barnhälsovården i Region Jämtland Härjedalen publicerar i denna skrift resultatredovisning för år 2015. 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.

För den enskilda Hälsocentralens deltagande Hälsoval Region Jämtland Härjedalen krävs kvalifikation i enlighet med Förfrågningsunderlag Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2015. Antagna vårdgivare, såväl offentliga som privata åläggs att i enlighet med punkt 3.1.8 Barnhälsovård bedriva barnhälsovård, med erbjudande om hälsoövervakningsprogram och föräldrastöd till samtliga barn i åldrarna 0-5 år i länet och deras föräldrar, 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 16.7. Kravspecifikation. För att uppnå de mål som definierats behövs tillräckliga resurser, med ändamålsenlig fördelning. Innehållet i verksamheten värnas genom att utfallet gentemot de uppsatta målen årligen följs upp, och sammanställs i den resultatredovisning Du här tar del av. Som komplement till den årliga resultatredovisningen utförs besök till länets BVC, för uppföljning av aktiviteter, mål- resultat och lokaler, denna aktivitet har vi valt att benämna medicinsk revision. Under 2015 besöktes BVC på Hälsocentralerna i Hallen, Myrviken, Lugnvik, Åre, Järpen, Backe, Gäddede och Frösön.

Antalet barn som 2015 var inskrivna vid länets BVC är det hittills högst uppmätta, i linje noteras den kraftigaste ökningen (2,3 %) av antalet inskrivna i förhållande till föregående år. Anledningen är fler nyfödda och många asylsökande barn, asylsökande barn stod under 2015 för en ökning av andel inskrivna barn per BVC-enhet på mellan 0 och närmare 50 %.

Andelen barn och deras familjer som följs (övervakas) på länets BVC fortsätter att vara mycket hög, i synnerhet när det gäller de allra minsta barnen. Under 2015 träffade 99,1 % av barnen i åldern 0-1 år sjuksköterskan och läkaren på BVC. Barnhälsovården i Jämtlands län når nästan alla barn och barnfamiljer, vilket erbjuder en unik möjlighet att verka hälsofrämjande och förebyggande.

För att verksamheten ska motsvara barnfamiljernas behov krävs samverkan med andra verksamheter som kommer i kontakt med barn och föräldrar. Speciellt viktig är samverkan med mödrhälsovården, socialtjänsten och förskolan/öppna förskolan. I september invigdes Familje-centralen Hjärtat i Mörsil, och i och med det finns minst en Familjecentral i länets samtliga kommuner.

Amningsfrekvensen har varit sjunkande under 2000-talet, särskilt beträffande helamning under barnets första månader. Denna trend fortgår under 2015 och målen nås inte. Glädjande kan vi dock skönja en viss ökning i andelen ammade barn vid 1 veckas ålder, i förhållande till föregående år.

Andelen barn i Jämtlands län som under första levnadsåret växt upp i en rökfri miljö minskar något litet för 2015, målen nås avseende vid 0-4 veckors ålder, däremot nås de ej för barn vid 8 månaders ålder. På länsnivå är det fler fäder än mödrar som röker. Mest rökfria är mödrarna i Bräcke och Åre kommuner.

Andelen vaccinerade 2-åringar i Jämtlands län fortsätter att vara god, på kommunnivå är det dock 2015 tre kommuner som för barn födda 2013 uppvisar en täckningsgrad under 90 %. Sedan 2012 noteras en minskning av andelen säkert vaccinerade 2-åringar i länet på mellan 1,9–2,7 %. Anledningen till vikande

vaccinationstäckning skiljer sig åt mellan enskilda enheter, från religiösa/kulturella, till osäkra vaccinationsstatus hos nyanlända barn till att 2015 också kunna vara orsakat av vaccinbrist. Andelen 2-åringar vars vaccinationer registreras som "Vet ej" fortsätter att öka påtagligt, en ökad migration och ett ökat antal asylsökande barn med svårtydd eller okänd vaccinationshistorik är sannolikt en stor del av förklaringen. Restade vacciner har under 2015 varit en stor utmaning för det nationella barnvaccinationsprogrammet, innebärande merarbete, merkostnader, ett hot mot regionalt och nationellt jämlik barnhälsovård och i förlängningen även ett hot mot folkhälsan.

2015 bidrog flera faktorer till en för barnhälsovården på många håll ansträngd situation: nytt barnhälsovårdsprogram, införande av datajournal, restnoterade vacciner samt en plötslig och enhetsvis kraftig ökning av antalet inskrivna barn ställde stora krav. Enskilda enheter har beslutat om generella bortprioriteringar av hälsofrämjande insatser från det universella barnhälsovårds-programmet. Vi har med bakgrund i detta och för värnande av barnhälsovårdens grunduppdrag valt att minska något i materialet för inrapportering, således är det några indikatorer som inte är med i resultatredovisningen för 2015. Enskilda enheter har dock med anledning av belastningen sett sig nödgade att bortse från inrapportering av data utöver det som rapporteras till Social-styrelsen. Dessa uppgifter är markerade med asterix i tabeller och diagram.

Sammanfattat visar resultaten på att Jämtlands län har en Barnhälsovård med god kvalitet. Fortsatt ses dock tydliga skillnader i utbud mellan olika enheter, det gäller framför allt erbjudande av hälsofrämjande insatser och stöd. Alltför stora skillnader ses i andel 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 mer jämlik kvalitet som inkluderar alla barn!

I region Jämtland Härjedalen arbetade 2015 drygt 150 professionella, sjuksköterskor, läkare, psykologer och socionomer, med barnhälsovård, dessa skapar alla genom sin kompetens och sitt engagemang möten med barn och familjer som gör skillnad!

Vi vill passa på att rikta ett varmt tack till alla BHV-sjuksköterskor för det tidskrävande men ovärderliga arbete 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 fortsatta sammanhang och frågor som rör de jämtländska barnens hälsa, välmående och rättigheter!

Anna Lundmark  
Barnhälsovårdsöverläkare

Gunnel Holmqvist  
Samordnande barnhälsovårdssjuksköterska

Lisa Fröst Björnsdotter  
Utvecklingspsykolog

Jennie Hedman  
Samordnande barnhälsovårdssjuksköterska från 2016

## 2 Sammanfattning av barnhälsovårdens resultat 2015

Område	Uppsatt mål 2015	Uppnått mål 2015 %	Resultat +/-	Spridning mellan BVC-enheter
Hälsöövervakning	99 % av barn 0-1 år	99,1	+	Antal övervakade barn födda 2015 per BVC-enhet: <b>5 – 232 st</b>
Hembesök nyblivna föräldrar	Alla erbjuds hembesök	63,7	–	<b>0 – 100</b>
	95 % erhåller hembesök	52,7	–	
Föräldragrupp Barn f. 2014	Alla nyblivna föräldrar erbjuds att delta	56	–	<b>0 – 100</b>
Förskola	Alla förskolor erbjuds besök minst en gång/år	- Kommunala 49,6 - Annan regi 29,1	–	
Psykisk ohälsa Barn f. 2014	Alla nyblivna mammor erbjuds EPDS	76,8	–	<b>23,3-100</b>
Amning Barn f. 2014	80 % av barnen helammas vid 2 mån ålder	67,6	–	
	80 % av barnen hel eller delammas vid 4 månaders ålder	74,8	–	
	70 % av barnen hel eller delammas vid 6 månaders ålder	63,6	–	
Rökning Barn f. 2014	96 % rökfria mödrar när barnet är 0-4 v	97,3	+	
	93 % rökfria föräldrar när barnet är 8 mån	91,3	–	
Vaccinationer Barn f. 2013	97 % av barnen vacc. med MPR före 2 års ålder	94,4	–	<b>62,5 – 100</b>
	99 % av barnen vacc. med DTP-polio-Hib och PCV före 2 års ålder	95,2	–	<b>62,5 – 100</b>
	96 % av barn i riskgrupp vacc med BCG- och HB före 2 års ålder	75,3	–	<b>10 – 100</b>
BMI Barn f. 2011	>90% normalt BMI	87,4	-	

### 3 Barnhälsovård Jämtland - organisation

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

BHV-teamet utgjordes 2015 av barnhälsovårdsöverläkare (BHV-öl) (80 %), samordnande BHV-sjuksköterska (100 %) och utvecklingspsykolog, i samverkan med FBH:s psykologer och socionomer samt sekreterare.

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

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

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

BHV:s verksamhet är **generell och skall erbjudas alla barn** med målet att bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för barn (1). För att uppnå dessa mål behöver BHV

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

Barnavårdscentraler (BVC) finns vid länets samtliga 29 Hälsocentraler, varav 6 i annan regi än Region Jämtland Härjedalen. Vid 14 hälsocentraler samarbetar/samverkar BVC med barnmorske-mottagningen, den öppna förskolan samt kommunens socialtjänst i en Familjecentral eller familjecentralsliknande verksamhet.

För den enskilda Hälsocentralens deltagande i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen krävs kvalifikation i enlighet med Förfrågningsunderlag Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2015.

Antagna vårdgivare, såväl offentliga som privata åläggs att i enlighet med punkt 3.1.8

Barnhälsovård bedriva barnhälsovård, med erbjudande om hälsoövervakningsprogram och föräldrastöd till samtliga barn i åldrarna 0-5 år i länet och deras föräldrar, enligt **Riktlinjer för barnhälsovården Jämtlands län**, se kapitel 16.

Verksamheten utförs av distriktssköterska/ 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. I Vägledning för barnhälsovården (1) betonas vikten av teamarbete, hur olika kompetenser verkar synergistiskt i målsättningen att bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för barn.



## 4 Kravspecifikation för barnhälsovården i Jämtlands län

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

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



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

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

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

Parallellt med Socialstyrelsens arbete tog barnhälsovårdsprofessionen fram ett nytt nationellt barnhälsovårdsprogram anpassat till vägledningen, se sid 47. Det tredelade gröna programmet är tänkt som en pedagogisk modell där generella respektive riktade insatser genomgående preciseras, och behovet av riktade insatser tydliggörs. Den nationella web-baserade handboken för barnhälsovård-Rikshandboken [www.rikshandboken-bhv.se](http://www.rikshandboken-bhv.se) utgör praktisk hand-ledning till vägledningen och barn-hälsovårdsprogrammet.



Region Jämtland Härjedalen ska erbjuda en nationellt jämlik barnhälsovård i linje med Socialstyrelsens vägledningsdokument. Implementering påbörjades under 2014 och sedan den 1 jan 2015 har barnhälsovården i Region Jämtland Härjedalen med några få avsteg arbetat utifrån det nya barnhälsovårdsprogrammet.

BHV:s Kravspecifikation baseras på Socialstyrelsens Vägledning för barnhälsovården samt nationella målbeskrivningar för sjuksköterske- och läkartjänstgöring inom BHV (2, 3). Dokumentet **Riktlinjer för barnhälsovården i Jämtlands län 2016**, kapitel 16, återger kravspecifikation och målsättningar, kvalitetskriterier, innehåll i verksamheten och hälsoövervakningsprogram, resursbehov samt lista över aktuella styrdokument.

I denna resultatredovisning för år 2015 presenteras en sammanställning av den verksamhet som under året bedrivits inom ramen för länets barnhälsovård, baserat på statistiska uppgifter levererade av BVC-sjuksköterskorna under januari 2016. Innehållet i verksamheten värnas genom att utfallet årligen följs upp mot de i Riktlinjerna uppsatta målen. Som komplement till en årlig resultatredovisning utförs besök till länets BVC-mottagningar, för uppföljning av aktiviteter, mål – resultat och lokaler, det vi benämner medicinsk revision.

## 5 Psykolog- och socionomverksamhet 2015 – Föräldra- och barnhälsan

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 vara med och utveckla verksamheten. Socionom och psykolog har deltagit i utbildningar till MHV/BHV-personal t e x introduktionsdagar till BHV-personal, Vägledande samspel, EPDS-handledning, riktad föräldragrupp till prematur föräldrar m.m.

Konsultationsträffar har erbjudits och genomförts till majoriteten av länets BHV-ssk.

Det direkta patient arbetet har skett genom telefonvägledning, stödsamtal, fokuserade korttidssterapier och riktade föräldragrupper. Jämfört med 2014 har det skett en liten minskning av antalet remisser. Ca 33 % av remisserna 2015 var på barn. Vi har fortfarande en ojämn fördelning gällande kön på nybesöken, det är en underrepresentation av män (14 %) när det gäller nybesök på vuxna. När det gäller nybesök på barn är det färre flickor (23 %). Det gör det tydligt att vi i vårdkedjan fortfarande erbjuder en ojämförbar vård till länets föräldrar och barn. Det är önskvärt att vi tillsammans jobbar på att mer tydligt uppmärksamma fädernas behov av stöd. Även att flickors behov av tidiga insatser blir tillgodosedda, vi vet ju att senare i åldrarna så är flickor överrepresenterade när det gäller psykisk ohälsa.

De vanligaste nybesöksorsakerna är stöd i föräldraskap, stöd i graviditet och utvecklingsbedömningar. För att hantera de långa väntetiderna på utvecklingsbedömningar och för att föräldrar snabbare ska få det stöd de efterlyser när de har barn med beteendeproblem och/eller koncentrationssvårigheter startades under hösten 2015 föräldrastödsgrupper enligt CPS-modell (Collaborative and Proactive Solutions). Detta föll väl ut och är ett arbetssätt som kommer att fortsätta erbjudas framöver.

### Normmedvetet föräldrastöd

Inom sjukvården finns det ett tydligt uppdrag att ge lika vård oavsett kön, hudfärg, funktionshinder, religion, sexuell läggning och social bakgrund enligt hälsosjukvårdslagen. Ändå visar forskning att den vård vi ger påverkas av våra normer. Normer är det i samhället som definierar vad som är det normala och som skapar förväntningar på hur personer ska vara, tänka och välja. Ofta blir normerna mer tydliga i samband med att vi blir föräldrar. Normmedvetenhet syftar till att motverka de strukturer som ger vissa människor privilegier och gör att andra särbehandlas, kränks och diskrimineras. På Föräldra-Barnhälsan har vi sedan 2007 erbjudit all personal inom Barnhälsovården och Familjecentraler utbildning i genus och föräldraskap, vilket även gavs under 2015. Dessutom påbörjades ett arbete i att bredda detta till ett normmedvetet förhållningsätt genom arrangemang av en HBTQ-utbildningsdag, ett arbete som kommer att fortsätta 2016 .

## 6 Konventionen om Barnets Rättigheter

Sverige anslöt sig till FN:s konvention om barnets rättigheter 1990. Sverige har således förbundit sig att följa Barnkonventionens (BK) bestämmelser. Barnrättighetsutredningen pågår avseende ev. inkorporering av BK i svensk lagstiftning. I december 2010 lyfte regeringen genom dokumentet ”Strategi för att stärka barnets rättigheter” vikten av utbildning i BK inom landstingen för såväl vårdpersonal som tjänstemän och politiker. 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.

Region Jämtland Härjedalens fullmäktige har beslutat att BK skall implementeras i regionens verksamheter. 2013 tillsattes en tjänst (50 %) för strategiskt arbete med barnkonventionen och nationella minoriteter.

**Samrådsgruppen för barnkonventionen** bildades 2011. Målsättningen är en företrädare från varje verksamhetsområde. Gruppens representanter ska sprida och utveckla BK-arbetet inom sina respektive arbetsområden, identifiera och initiera utvecklingsbehov inom området samt lyfta dessa till Regiondirektörens Styrgrupp för jämställd och jämlik verksamhet. BHV-öl har sedan 2015 varit Samrådsgruppens ordförande och bereder tillsammans med regionens utvecklingsstrateg för barnkonventionen frågorna för barnkonventionsarbetet.

Alla medarbetare i Region Jämtland Härjedalen har ansvar att omsätta BK i praktisk handling. Det förutsätter att barnperspektivet finns med i både planering och uppföljning och ställer krav på god barnkompetens hos personalen. Som assistans i det regionala arbetet har Samrådsgruppen under 2015 tagit fram metodmaterialet **Barnkonventionen i Region Jämtland Härjedalen - ett metodmaterial för reflektion, diskussion och utveckling**. Genom att erbjuda grundläggande kunskap om BK och inspirera till reflektion syftar materialet till att i förlängningen införliva Barnkonventionen i det dagliga arbetet i regionen. Det är viktigt att barnperspektivet integreras i den dagliga verksamheten och att frågor som rör barns rättigheter rutinmässigt lyfts på arbetsplatsträffar.

Enligt **Handlingsplan för barnkonventionsarbetet i Region Jämtland Härjedalen** (rev.2014) skall barnombud successivt implementeras i hela regionen och ombud utses på varje enhet.

**Barnombudet** skall ges mandat och utrymme att driva barnkonventionsfrågorna inom enheten. Som led i implementering av barnombud planerades under 2015 en grundläggande barnombudsutbildning, personalomsättning har medfört att fortsatt arbete framflyttats till 2016.

Arbetet med barn som anhöriga i Region Jämtland Härjedalen fortsätter med färdigställande av rutin och vägledning. Under 2015 genomfördes utbildning i BRA-samtal (Barns Rätt som Anhöriga) i Stiftelsen Allmänna Barnhusets regi, med 23 deltagare från hela regionen. Två lokala utbildare har vidare gått ledarutbildning i BRA-samtal. Samrådsgruppen för Barnkonventionen har genomfört web-utbildning Barn som anhöriga, utvecklad av Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka), för spridning till regionens verksamheter.

**Ett länsövergripande BK-nätverk** består av representanter från alla kommuner i länet samt från Regionen och Rädda barnen. Undersökningar, rapporter och material lyfts och det barnkonventionsarbete som görs ute i kommunerna delas och diskuteras.

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

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



En diskussionskortlek med handledning finns på alla MHV och BVC. Korten består av en artikel på ena sidan och diskussionsfrågor på den andra och kan vara ett stöd i arbetet att föra ut BK, till exempel vid föräldragrupper.

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

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

BK handlar 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. Artikel 24 anger barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna skall sträva efter att till fullo förverkliga denna rätt och skall särskilt vidta lämpliga åtgärder för att minska spädbarns- och barnadödligheten samt 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 verksamheten liksom den enskilda medarbetaren arbetar rättighetsbaserat och strategiskt för att verkställa FN:s konvention om barnets rättigheter. Det kan till exempel innebära 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 den vuxnes analys av det som under benämns barnets perspektiv. Syftet är att med utgångspunkt i barnets intressen och behov agera för barnets bästa.

Med **barnets perspektiv** menas barnets egen berättelse, upplevelse och tolkning. Det är först när barnet får ge sitt eget perspektiv som en verksamhet kan säga sig ha levt upp till barnets 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 och de 6-åringar som inte börjat förskoleklass, samt SCB's statistik om antalet nyfödda och boende i länet (4). 2015 fortsatte trenden med ökning av antalet nyfödda, under året föddes 1388 barn i länet, en ökning med 65 barn jämfört föregående år, se tabell 7.1 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	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Födda</b>	1944	1110	1263	1295	1308	1344	1341	1430	1319	1271	1266	1323	1388
<b>0-5 år</b>	<b>10596</b>	<b>7132</b>	<b>7370</b>	<b>7670</b>	<b>7897</b>	<b>8061</b>	<b>8105</b>	<b>8192</b>	<b>8222</b>	<b>8214</b>	<b>8186</b>	<b>8171</b>	<b>8324</b>

Antalet BVC-inskrivna barn 2015 är den högsta siffran vi uppmätt under åren data tagits in och den kraftigaste ökningen(2,3 %) i förhållande till föregående år (tabell 7.3). Andelen övervakade barn, d.v.s. de barn som träffat BHV-sjuksköterska och/eller BHV-läkare under året, minskar något men fortsätter att vara mycket hög (tabell 7.2). Under barnets första levnadsår träffar nästan alla barn (99,1 %) BHV- sjuksköterskan och/eller läkaren. Under perioden 1½ till 3 år är det inte någon rutinkontroll på BVC, ändå träffar drygt 3 av 4 barn sjuksköterska eller läkare på BVC under denna period. Siffrorna kan tala för att föräldrar har ett mycket stort förtroende för barnhälsovården i Jämtlands län.

Tabell .2 Inskrivna och övervakade barn inom barnhälsovården i Jämtland län 2015-12-31

BVC-mott Kommun	Antal inskrivna 2015, efter födelseår							
	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	Totalt
Berg	78	74	51	70	69	74	0	416
Bräcke	38	39	36	51	38	55	0	257
Härjedalen	87	71	84	92	97	85	1	517
Krokom	145	145	162	142	166	208	2	970
Ragunda	42	49	50	52	46	61	0	300
Strömsund	112*	105	126	124*	117*	102*	0*	686*
Åre	129	121	109	124	126	159	0	768
Östersund	793	778	732	715	761	768	2	4549
Jämtlands län	1424*	1382	1350	1370*	1420*	1512*	5*	8463*
Antal övervakade	1411*	1361*	1043*	1288*	1327*	1410*	3*	7843*
<b>Andel % övervakade</b>	<b>99,1*</b>	<b>98,5*</b>	<b>77,3*</b>	<b>94*</b>	<b>93,5*</b>	<b>93,3*</b>	<b>60*</b>	<b>92,7*</b>

\*Uppgifter för Backe saknas avseende antalet inskrivna (f. 2009-2012 samt 2015) respektive övervakade barn (f. 2009-2015).

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

BVC-mott Kommun	Antal inskrivna/år									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Berg	396	426	412	401	403	388	375	376	383	416
Bräcke	351	336	329	315	309	292	285	275	255	257
Härjedalen	536	532	533	517	512	487	479	507	495	517
Krokom	1011	1044	1076	1105	1085	1078	998	958	939	970
Ragunda	285	298	287	278	292	295	300	298	300	300
Strömsund	630	627	652	605	593	610	673	708	720	686*
Åre	627	626	646	669	700	688	710	694	682	768
Östersund	3784	3974	4067	4180	4321	4355	4335	4359	4475	4549
<b>Jämtland Inskrivna</b>	<b>7620</b>	<b>7863</b>	<b>8002</b>	<b>8070</b>	<b>8215</b>	<b>8193</b>	<b>8156</b>	<b>8175</b>	<b>8249</b>	<b>8463*</b>
<b>Jämtland Övervakade</b>	<b>7297</b>	<b>7563</b>	<b>7645</b>	<b>7682</b>	<b>7860</b>	<b>7931</b>	<b>7855</b>	<b>7690</b>	<b>7668</b>	<b>7843*</b>
Andel % övervakade	95,8	96,2	95,5	95,2	95,7	96,8	96,3	94,1	93,0	92,7*
Andel 0-1 år % övervakade	99,4	99,3	99,9	99,2	99,7	99,2	99,5	99,4	99,7	99,1*

\*Uppgifter för Backe saknas avseende antalet inskrivna (f. 2009-2012 samt 2015) respektive övervakade barn

Tabell 4 Andel barn boende i Jämtlands län (31 dec resp. år) som var inskrivna på BVC samma datum och år

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

\*Uppgifter för Backe saknas avseende antalet inskrivna (f. 2009-2012 samt 2015)

Vid en jämförelse andelen barn 0-5 år som är inskrivna vid länets BVC'er och befolkningstalet i Jämtlands län 0-5 år respektive år (tabell 4) kan man anta att alla familjer och barn inte tar del av barnhälsovårdens program. Vi har än så länge inte undersökt möjliga anledningar till detta. I län där man tar in sådana data nämns de vanligaste orsakerna vara vistelse utomlands samt vistelse eller inskrivning på BVC i annat län. Några familjer väljer också aktivt att inte ta del av barnhälsovårdens erbjudande. Observera att antalet inskrivna på BVC och det enligt SCB angivna befolkningstalet barn 0-5 år i Jämtlands län (4) båda ett tvärsnittsvärde för den 31 december respektive år, och därför inte meddelar om antalet in- och utflyttade under året.

Tabellen visar vidare att det 2015 återigen var fler barn inskrivna på BVC än det angivna befolkningstalet 0-5 år i länet(\*\*), en trolig förklaring är de utlandsfödda barn som befinner sig i länet men ej är folkbokförda, däribland barn som är asylsökande, barn som är papperslösa, och barn som är migranter (bl.a. EU-migranter). Alla barn (0-17 år) som bor/uppehåller sig längre tid i länet har samma rättigheter till hälso-, sjuk- och tandvård, oavsett födelseort eller -land, och har således rätt att ta del av barnhälsovårdens erbjudande. Inskrivning sker vanligtvis på det BVC boendet tillhör avseende geografiskt upptagningsområde, ett mycket litet antal väljer fritt vårdval.

Under 2015 sökte 162 877 personer asyl i Sverige i enlighet med FN:s Flyktingkonvention (5). Av dessa historiskt sett höga antal asylsökande anlände ca 4000 personer till Jämtlands län, varav ca 420 barn i åldrarna 0-6 år. Den största tillströmningen av asylsökande kom under hösten, med en toppnotering på över 39 000 asylsökande under oktober månad.

Att finna lokaler för asylboende har varit en stor utmaning, många asylboenden har kommit att ligga i glest befolkade områden och så även i Jämtlands län.

Befolkningsökningen i mindre kommuner har på kort tid blivit påtaglig, och offentliga verksamheter för barn som Barnhälsovården har snabbt blivit ansträngd med på vissa håll upp emot en dubbling av antalet inskrivna barn. Antalet på BVC inskrivna barn 2015 är som nämnt den högsta siffran som uppmätts under åren data tagits in och den kraftigaste ökningen i förhållande till föregående år (2,3 %).

Minskningen i andelen övervakade barn kan delvis förklaras av att verksamheterna varit ansträngda, men en förklaring är också fördelningen asylsökande över året. Många av de asylsökande barnen anlände under samma period i slutet av 2015 och kunde erbjudas ett första möte på BVC först efter årsskiftet, besök som inte kommer med i sammanställningen för 2015. Skillnaderna i ökning av andel barn mellan olika BVC-enheter är dock mycket stora. Sammanställningen i tabell 5 visar ökning av andelen barn per BVC-enhet under 2015, till och med den 4 december 2015 varefter tillströmningen av asylsökande till Sverige avtog betydligt. Tabellen lyfter fram de stora skillnaderna i andelen nyanlända mellan olika enheter i länet, bemärk ökningen på nästan 50 % på BVC-mottagningarna i Backe och Gäddede! De stora skillnaderna försvårar förutsättningarna och möjligheterna att kunna bedriva regionalt och nationellt jämlik hälsovård.

Tabell 5 Ökning i andel inskrivna barn per BVC-enhet under 2015 i Jämtlands län, data ant. asylsökande från Flyktingsamordning Hälso- och sjukvårdspolitiska adv. RJH.

Område BVC-enhet	Asylsökande barn 0-6 år 151204	Inskrivna resp. BVC 141231*	Ökning andel inskr./BVC (%) 150101 - 151204
Backe	34	72	47,2
Gäddede	21	47	44,7
Hoting	31	106	29,2
Svenstavik	52	220	23,6
Åre	76	377	20,2
Hammarstrand + Bispgården	33	209	15,8
Föllinge	13	84	15,5
Järpen	22	202	10,9
Offerdal	15	155	9,7
Sveg	25	296	8,4
Bräcke + Gällö	13	214	6,1
Hede	4	95	4,2
Brunflo	17	531	3,2
Krokom/Ås	16	700	2,3
Frösön	17	1043	1,6
Övriga Östersund **	28	2901	1,0
Hammerdal	1	116	0,9

Jämtlands län	418	7368	5,7
Jämtlands län - av tot ant inskr. 141231***	418	8249	5,0

\*) Barnhälsovårdens Resultatredovisning 2014, kap 18 Appendix

\*\*) Lit, Lugnvik, Odensala, Torvalla och Zätagränd

\*\*\*) Inga uppgifter således om asylsökande barn tillhörande ej nämnda BVC-enheter.

## 7.2 Bemanning på barnvårdscentralen

**Antalet sjuksköterskor som under 2015 har tjänstgjort vid länets barnvårdscentraler är 66 sjuksköterskor jfr med föregående år 56 sjuksköterskor.** Det är framförallt under semesterperioden som familjerna får träffa annan BHV-sjuksköterska än den ordinarie.

**Antalet läkare som tjänstgjort på barnvårdscentralerna under 2015 är 81 att jämföra med föregående år 78 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. Några enheter sticker ut, framförallt Z-gränd – 10st, Strömsund 9st, Krokrom/Ås 8st, Hammarstrand 7st och Frösön 6st. 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 ska ansvara för minst 25 nyfödda per år. I ett glesbygdslän som vårt kan detta vara svårt att till fullo uppnå men bör ändå utgöra ett riktmärke för planering av BHV-verksamheten. Se diagram nedan.

Diagram 1 Bemanning sjuksköterska/läkare på BVC; Jämtlands län 2015.

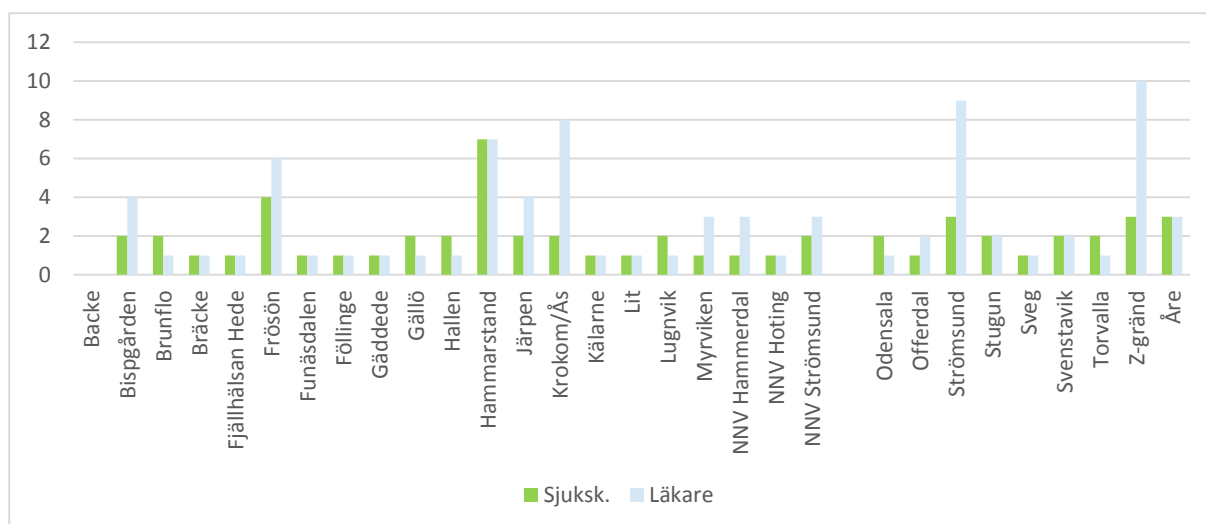
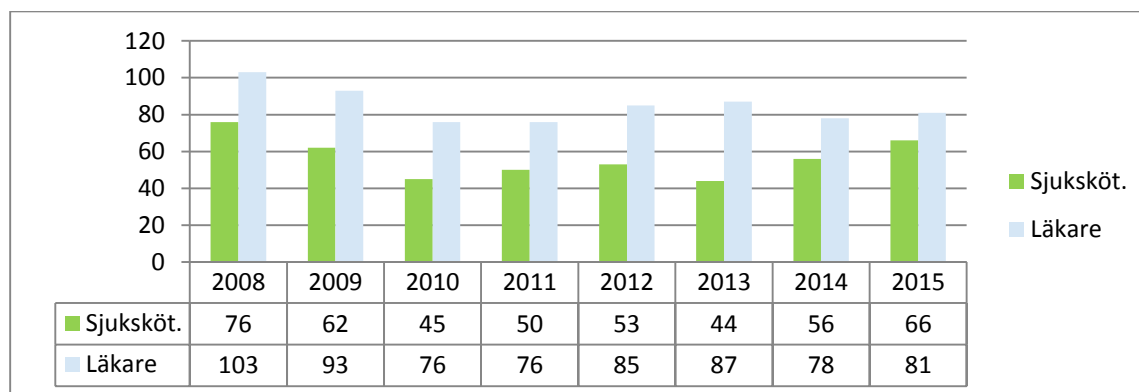


Diagram 2. Bemanning BVC 2008 – 2015 sjuksköterska/läkare





### 7.3 BVC – normtid/faktisk arbetad tid

Rekommenderad tid för BVC-arbete baseras på konsensus för behovet i ett normalområde.

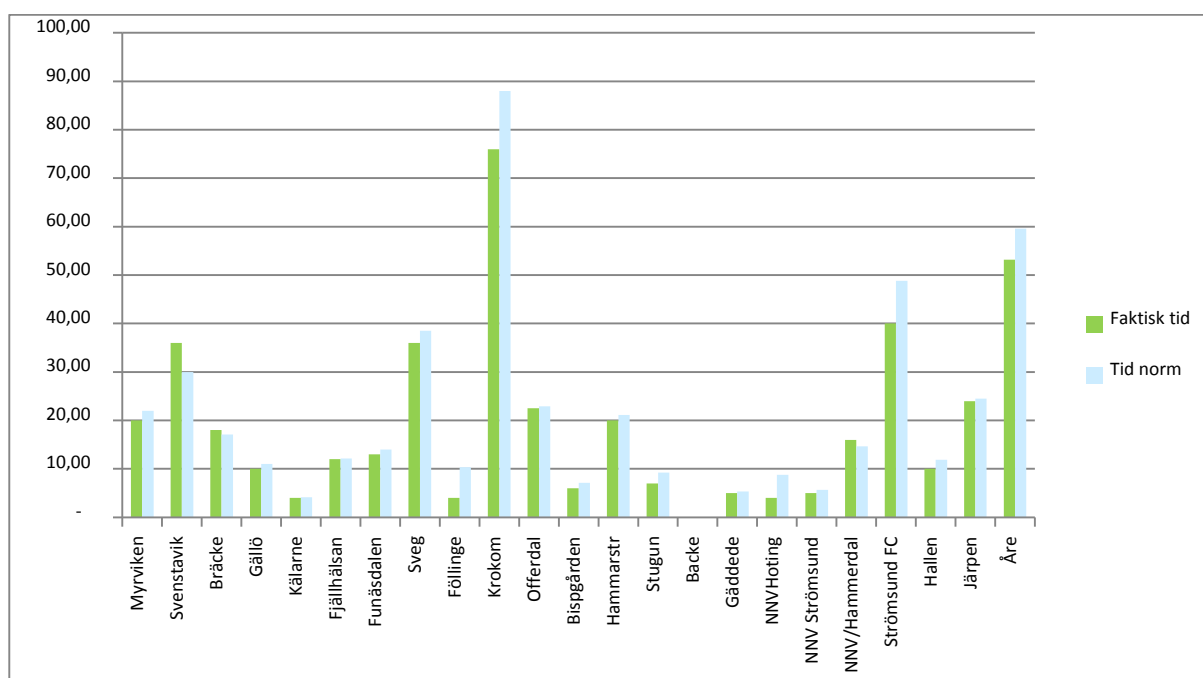
Det innebär att en BHV-sjuksköterska i **glesbygd** (länets kommuner utom Östersunds) har 320 barn i åldern 0-6 år inskrivna på barnavårdscentralen för en heltidstjänst medan motsvarande antal i **tätort** (Östersunds kommun) är 400 barn. Se diagram 3 och 4.

Normtid i förhållande till faktisk arbetad tid har här inte vägts samman med den aktuella barnavårdscentralens vårdtyngd eller att man t.ex. täcker upp för varandra vid semester och annan ledighet. Se presentation Vårdtyngdsindex 7.4.

Flera BVC har inte haft bemanning angiven under hela året, bl.a. Strömsund. Det har även förekommit sjukskrivningar utan att ersättare funnits, bl.a. i Åre och på Frösön.

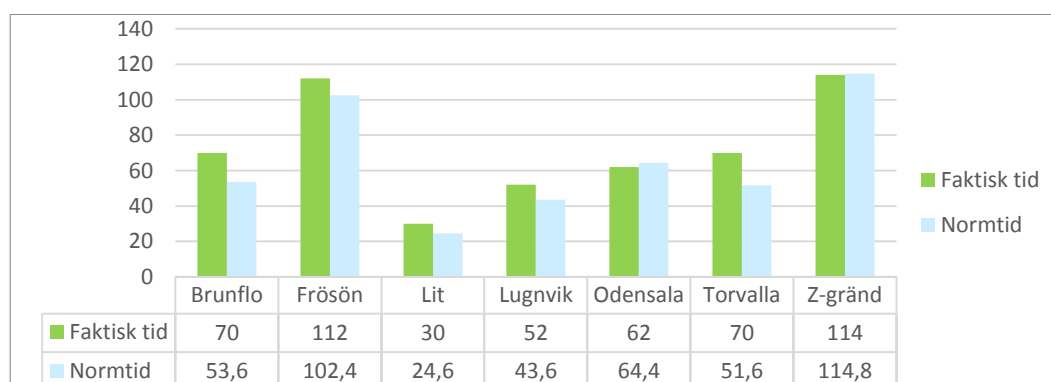
Dessa faktorer behöver vägas in innan slutsatser dras beträffande eventuell ökning eller minskning av bemanning.

Diagram 3 Sjukskötersketid/vecka på BVC **glesbygd**, faktisk tid och normtid (40 t/v = 320 inskrivna barn).



Uppgifter för BVC Backe saknas.

Diagram 4 Sjukskötersketid/vecka på BVC **tätort**, faktisk tid och normtid (40 t/v = 400 inskrivna barn)



## 7.4 Vårdtyngdsindex

Normtalet för en heltidstjänst som BHV-sjuksköterska är baserat på konsensus kring övervakningsbehovet i ett normalområde, där det dock inte tas hänsyn till den aktuella befolkningens faktiska behov, som kan skilja sig mycket åt mellan läns- och stadsdelar.

Vårdtyngdsindex blir en god hjälp i att tydliggöra områdets belastning på gruppnivå, och används på många håll i landet (ex. Uppsala och Örebro). 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 2015 ett **läns-genomsnitt på 37,1**. Jämför 2014 års vårdtyngdsindex 39,8 (och 2013 38,2).

Diagram 5 Vårdtyngdsindex BVC i länets kommuner (ej Östersund). Uppgifter från Backe saknas.

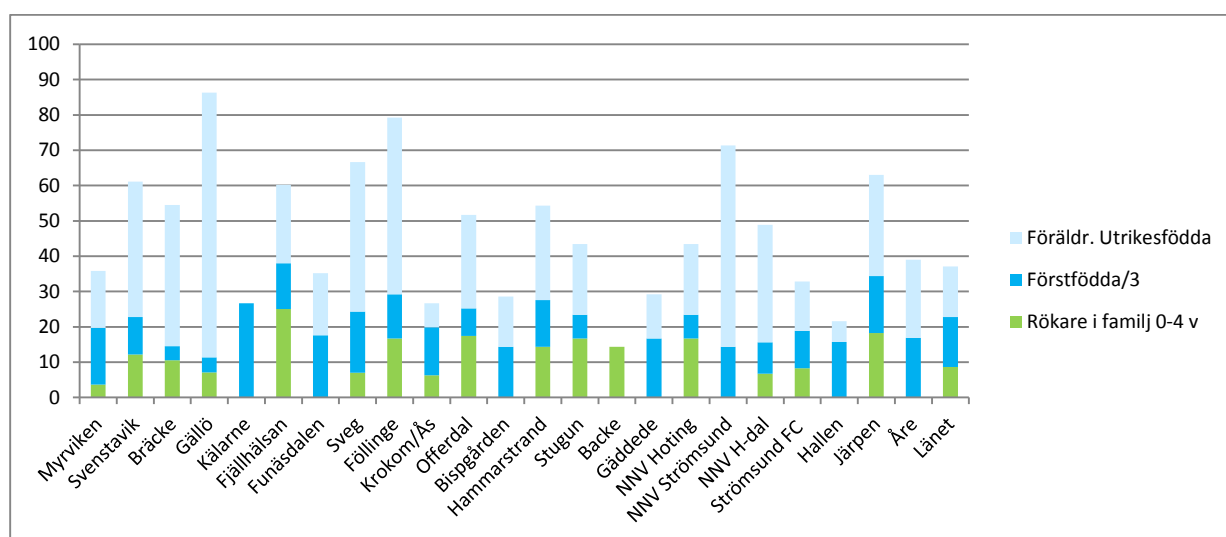
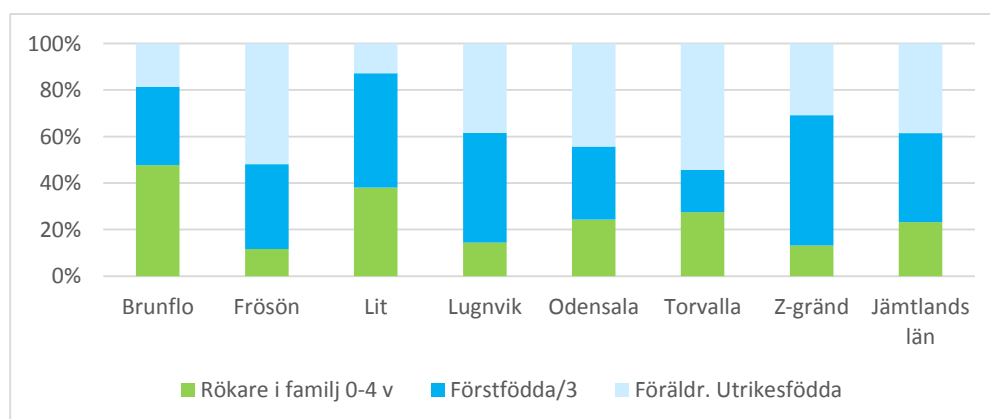


Diagram 6 Vårdtyngdsindex BVC i Östersunds kommun och Jämtlands län.



BHV-sjuksköterskan och läkaren skall ha särskild och tillräcklig tid för verksamheten. Socioekonomiska faktorer blir härmed en faktor i fördelningen av resurser. Vårdtyngdsindex ger en tydlig indikation på vilka områden som kan behöva utöka sin sjuksköterske- och läkartid.

## 8 Barns hälsa

### 8.1 Amning

#### Målsättning:

- att 80 % av barnen ammas helt vid 2 månaders ålder
- att 80 % av barnen ammas helt och/eller delvis vid 4 månaders ålder
- att 70 % av barnen ammas helt och/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 (ref). För en mamma som ammar kan riskerna för att drabbas av diabetes samt av ovarial- samt bröstcancer minska (ref).

#### 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 som vi haft under de senaste åren särskilt beträffande helamning under barnets första månader. Vad dessa sjunkande siffror kan stå för är än så länge endast spekulativt.

Under 2015 reviderades amningsstrategin. Som led i att främja amningen i länet planerades i februari 2016 en regional Amningsdag för all berörd personal i vårdkedjan: MHV – Förlossning/BB – Spädbarnsavdelningen – BHV – FBH. Eventuella effekter av denna får vi anledning att återkomma till.

Diagram 7 Andelen (%) barn födda 2005-2014 som är hel- resp. delammade vid 1 veckas ålder i Jämtlands län.



Diagram 8. Andelen (%) barn födda 2005-2014 som är hel- resp. delammade vid 4 månaders ålder i Jämtlands län.

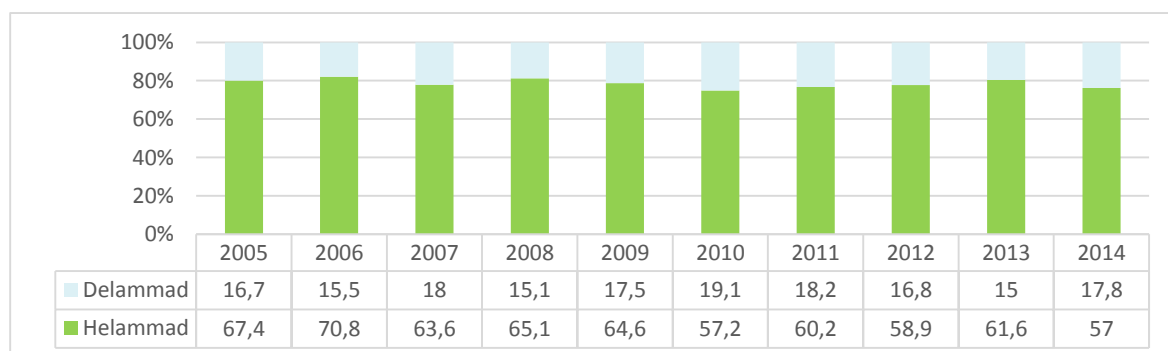
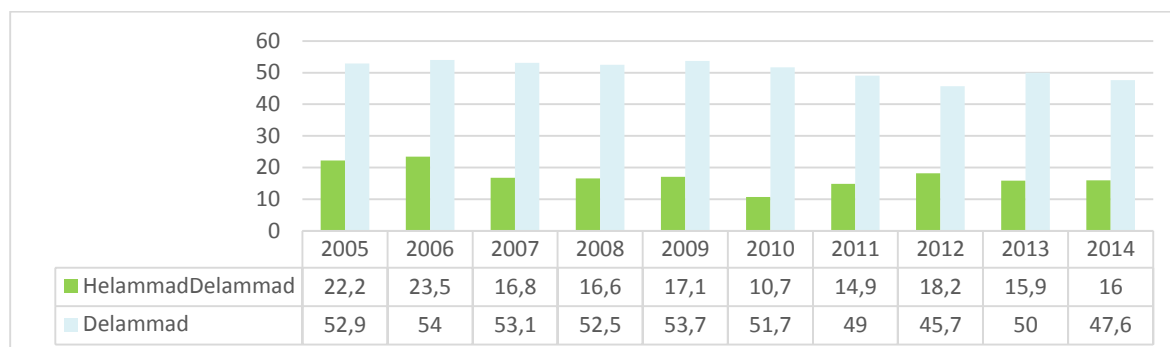


Diagram 9 Andelen (%) barn födda 2005-2014 som är hel- resp. delammade vid 6 mån. ålder i Jämtlands län.



Tabell 6. Amningsfrekvens (%) utifrån bostadskommun i Jämtlands län, barn födda 2014.

Andel barn: procent av antalet födda som ammars vid										
	1 vecka		2 mån		4 mån		6 mån		9 mån	12 mån
	Helt	Helt/ och- eller delvis	Helt	Helt/ och- eller delvis	Helt	Helt/ och- eller delvis	Helt	Helt/ och- eller delvis	Helt/ och- eller delvis	Helt/ och- eller delvis
Berg	85,1	100	64,2	92,5	53,7	80,6	34,3	67,2	40,3	12,1
Bräcke	88,9	94,4	72,2	86,1	52,9	71,4	37,1	57,1	37,1	22,9
Härjedalen	88,4	97,1	68,1	91,3	55,1	76,8	27,5	63,8	37,7	26,1
Krokom	79,6	97,2	72,5	85,2	62,7	78,9	13,4	59,9	32,1	11,2
Ragunda	87,8	98	73,5	91,8	59,2	75,5	14,3	67,3	29,7	10,8
Strömsund	79,6	93,2	64,4	82,2	38,4	62,8	10,5	52,6	24,7	12,0
Åre	84,5	99,1	71,8	91,8	60,6	81,7	19,1	69,1	43,6	19
Östersund	77,8	96,9	66,1	85,0	57,8	74,0	13,2	64,6	40,2	19,8
Jämtlands län	80,3	<b>96,9</b>	67,6	<b>86,3</b>	57,0	<b>74,8</b>	16,0	<b>63,6</b>	<b>38,1</b>	<b>18,1</b>

## 8.2 Rökning

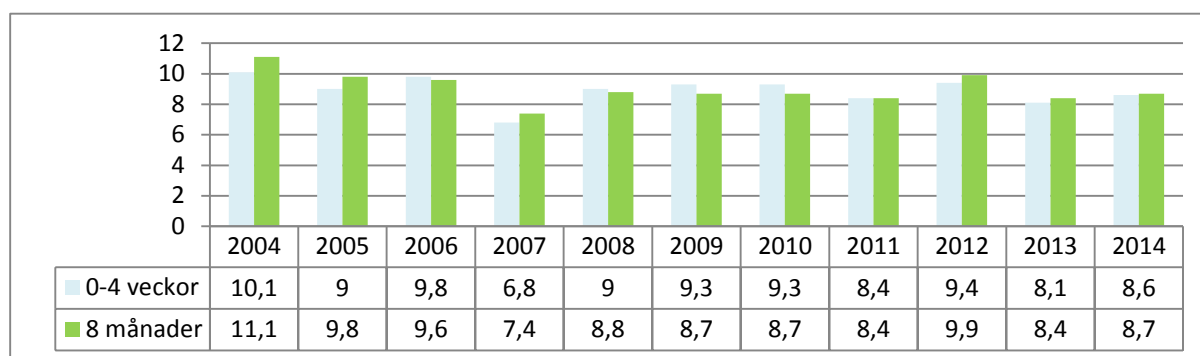
### Målsättning:

- 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 2015 i år igen vid 0-4 veckors ålder dock inte vid 8 månaders ålder då andelen blev 91,3 %. Föregående år sågs en minskning av andelen föräldrar i länet som rökte när barnet är 0-4 veckor och 8 månader något i förhållande till tidigare år, så är alltså inte fallet i år. Vad detta kan bero på är svårt att säga utan endast spekulationer såsom att antalet nyanlända ökat. Andelen rökande föräldrar varierar så också mellan olika områden, och även en hel del inom områden mellan olika år. Fortfarande ser vi som tidigare år att papporna röker i betydligt högre utsträckning än mammorna, en fortsatt utmaning för mödra- och barnhälsovården!

Diagram 10 Barn f. 2004-2014, som exponerats för tobaksrök i hemmiljö vid 0-4 v och 8 mån ålder i Jämtlands län.



Tabell 7 Föräldrars rökvanor då barnet är 4 veckor och 8 månader (barn födda 2014)

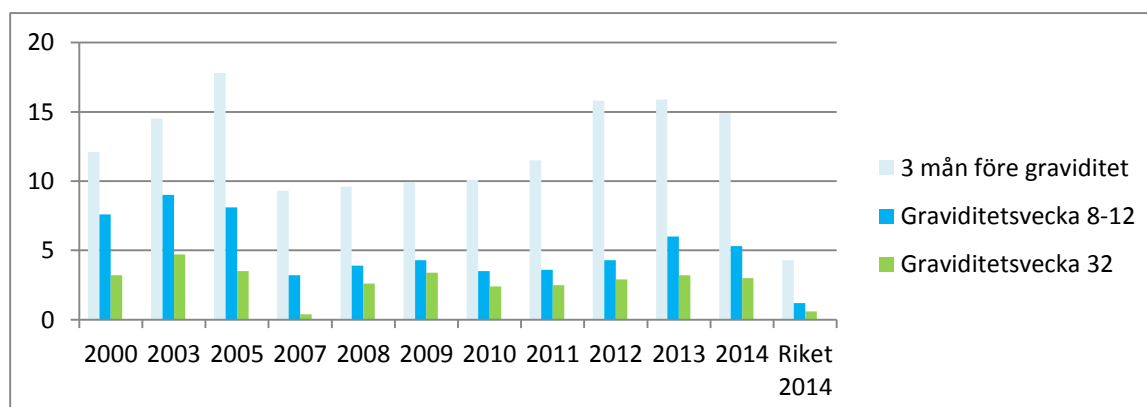
Kommun	Antal barn	Andel rökande mödrar (%)		Andel rökande fäder (%)		Andel rökare i familjen (%)	
		0-4 veckor	8 mån	0-4 veckor	8 mån	0-4 veckor	8 mån
Berg	74	4,3	2,9	7,2	7,2	8,7	7,2
Bräcke	39	0	0	8,3	8,3	8,3	8,3
Härjedalen	71	4,3	5,7	5,8	5,8	8,6	10,0
Krokom	145	1,4	3,5	7,1	6,4	8,5	10,0
Ragunda	49	6,3	6,1	6,4	6,4	12,8	12,8
Strömsund	105	2,2	1,5	7,5	6,2	8,7	7,8
Åre	121	0	0,9	5,5	4,5	5,5	6,4
Östersund	778	3,0	3,2	7,3	6,9	8,8	8,7
<b>Jämtlands län</b>	<b>1382</b>	<b>2,7</b>	<b>3,1</b>	<b>7,1</b>	<b>6,6</b>	<b>8,6</b>	<b>8,7</b>

### 8.3 Snusning

Studier har visat att kvinnor som snusat dagligen under tidig graviditet hade förhöjd risk för prematurbörd och intrauterin fosterdöd jämfört med kvinnor som inte använt tobak. Snus är med andra ord inte ett riskfritt alternativ till rökning under graviditet (6).

Andelen snusande mammor är betydligt högre i Jämtlands län jämfört med riket.

Diagram 11 Andel snusare (mammor) i Jämtlands län 2000-2014 (%)  
Andel snusare (mammor) i Sverige 2014 (%)



## 8.4 Övervikt och fetma - BMI

**Målsättning:** Minst 90 % av länets 4-åringar skall ha ett normalt BMI-värde.

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 (7), samt att överviktiga tonåringar som regel förvärvat sin övervikt redan före 5 års ålder (8). Övervikt och fetma är i likhet med annan ohälsa ojämnt fördelat i befolkningen, t.ex. mellan olika socioekonomiska grupper och mellan stad och landsbygd (9, 10). 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/längd<sup>2</sup>) 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  $\geq 25$  för övervikt och  $\geq 30$  för fetma). Registrering av BMI vid 4-års ålder ( $\pm 3$  månader) är framförallt tänkt att användas på länsnivå. För att kunna följa utvecklingen av övervikt/fetma hos barn över tid registreras BMI i samband med 4-årsbesöket på BVC. Det finns ännu ingen nationell statistik, men de flesta regioner mäter BMI.

Hos 2015 års 4-åringar i Jämtlands län (barn födda 2011) är den totala andelen med övervikt eller fetma väsentligen oförändrat jämfört tidigare årskullar, andelen med övervikt har minskat något medan andelen fetma ökat några tiondelars procent, se tabell 8. Antalet barn födda 2011 som är undersökta för BMI är något färre jämfört tidigare år, vilket beror på att fler barn som är födda i slutet av 2011 inte har hunnit bli undersökta i slutet av 2015.

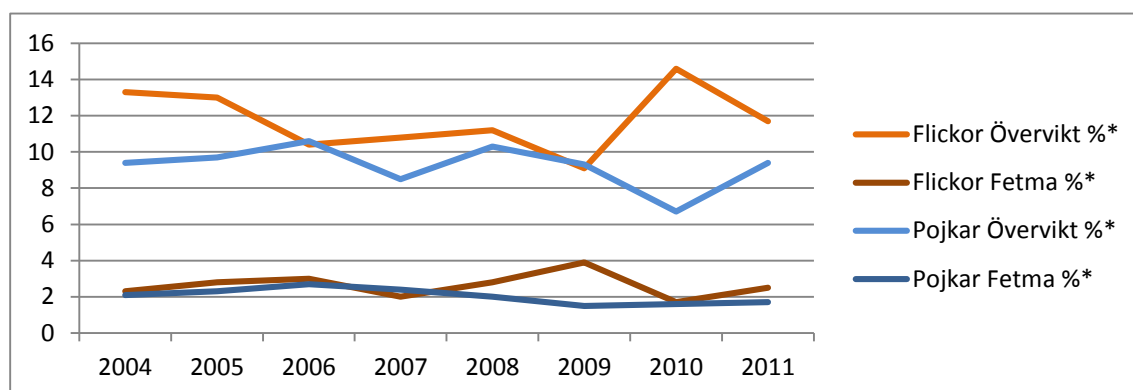
Diagram 12 visar fördelningen av övervikt respektive fetma mellan flickor och pojkar i länet över tid. Glädjande ses för 4-åriga flickor 2015 en minskning i andel överviktiga, däremot en liten ökning i motsvarande grupp pojkar. Skillnaden mellan pojkar och flickor är åter något mindre, med en fortsatt viss överrepresentation bland flickorna. När det gäller fetma är könsskillnaderna mindre både för 2015 och över tid.

Tabell 8 Andel barn i Jämtlands län födda 2004-2011 med BMI övervikt/fetma vid 4 års ålder ( $\pm 3$  mån)

Födelseår	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Antal barn undersökta, län</b>	999	947	980	857	997	933	888	780
<b>Övervikt %*</b>	11,4	11,3	10,5	9,7	10,8	9,2	10,8	<b>10,5</b>
<b>Fetma %*</b>	2,2	2,5	2,9	2,2	2,3	2,7	1,7	<b>2,1</b>
<b>Övervikt och fetma %*</b>	13,6	13,8	13,4	11,9	13,1	11,9	12,5	<b>12,6</b>

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

Diagram 12 Andel flickor och pojkar födda 2004-2011, med övervikt resp. fetma vid 4 års ålder ( $\pm$  3 mån) i Jämtlands län



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 (11). 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.

**Motiverande samtal** (Motivational Interviewing, MI) är en evidensbaserad och framgångsrik metod när det gäller omhändertagande av övervikt och fetma. Genom att med utgångspunkt i att föräldern/föräldrarna äger makten och motivationen till eventuell förändring, skapas i samtalet utrymme för reflektion och eftertanke där familjen vägleds att forma en förändringsinriktad dialog. Grundläggande principer är att visa empati – att utveckla diskrepans – att undvika argumentation – att stödja självförtroende. Det huvudsakliga målet med Motiverande samtal är att hjälpa till att komma vidare i en förändringsprocess. Under 2015 bjöd Regional utveckling (f.d. Regionförbundet) åter in till utbildningen ”Övervikt och fetma hos barn och ungdomar – motiverande samtal med fokus på levnadsvanor och övervikt/fetma”, utbildningen planeras igen under 2016. Mer information om Motiverande samtal och stöd i samtal vid identifierad övervikt på BVC finns på Rikshandboken, kapitel Grunda sunda vanor.

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 fortfarande dietistkompetens på primärvårdsnivå för barn 0-18 år i Region Jämtland Härjedalen, men möjligen kan vi under 2016 närma oss en öppning.

## 8.5 Vaccinationer

- Målsättning:**
- Andel vaccinerade med DTP-IPV-Hib vid 2 års ålder skall överstiga 99 %.
  - Andel vaccinerade med MPR vid 2 års ålder skall överstiga 97 %.
  - Andel barn i riskgrupper vaccinerade med BCG och HB skall överstiga 96 %.

Vaccination är en av de mest effektiva och kostnadsbesparande hälsovårdsinsatserna. Genom det Allmänna vaccinationsprogrammet för barn (1) erbjuds alla barn via barnhälsovården vaccination mot difteri (D), stelkramp (T), kikhosta (P), polio (IPV), haemofilus influenzae typ B (Hib), mässling, påssjuka, röda hund (MPR) och pneumokocker (PCV). En riktad del innefattar vaccination mot hepatit B (HB) och tuberkulos (BCG), till barn med ökad risk att utsättas för dessa sjukdomar. Vaccinationsfrekvensen i landet och länet är generellt 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 s.k. flockimmunitet (*herd immunity*). Folkhälsomyndigheten rekommenderar inför utlandsresa att barn från 6 månaders ålder vaccineras mot mässling.

Vaccinationsfrekvensen är god eller acceptabel i majoriteten av länets kommuner, i Ragunda, Strömsund och Åre ligger dock andelen säkert vaccinerade barn födda 2013 under 90 %, se tabell 9. Anledningen till detta skiljer sig åt mellan olika enheter, återkommer till detta under. För fullständig tabell, med enhetsvis vaccinationstäckning se tabell i appendix, kap 18.3.

Tabell 9 Andel (%) vaccinerade barn födda 2013, per kommun i Jämtlands län.

BVC/Kommun	Antal barn	DTP (difteri, tetanus, kikhosta)	IPV	HiB	MPR	PCV
Berg	51	98	98	98	94,1	90,2
Bräcke	36	97,2	97,2	97,2	94,4	97,2
Härjedalen	84	97,6	97,6	97,6	97,6	96,4
Krokom	162	D, P: 94,4 T: 95,1	94,4	95,1	92,6	94,4
Ragunda	50	88	88	88	90	88
Strömsund	126	88,9	88,9	88,9	88,1	88,9
Åre	109	D, P: 86,2 T: 87,2	86,2	85,3	83,5	85,3
Östersund	732	97,7	97,7	97,5	97,5	96,7
<b>Jämtlands län</b>	<b>1350</b>	<b>D, P: 95,2 T: 95,3</b>	<b>95,2</b>	<b>95,1</b>	<b>94,4</b>	<b>95,2</b>

Diagram 13 återger vaccinationstäckning i Jämtlands län över tid, sedan första årsrapporten från barnhälsovården presenterades år 2006 (barn födda 2004). Den nedåtgående trend som kunnat ses över de senaste åren fortsätter för 2015. Sedan 2012 noteras en minskning av andelen säkert vaccinerade 2-åringar på mellan 1,9–2,7 %. Samtidigt fortsätter andelen barn vars vaccinationer vid 2 års ålder registrerats som ”Vet ej” att öka, under samma tidsperiod 2012-2015 med 1,6–1,7%, se diagram 14. Ur smittskyddssynpunkt registreras dessa ”Vet ej” som ovaccinerade, vilket visar sig i statistiken för den totala vaccinationstäckningen. Föllinge och Åre har meddelat stor andel barn med osäker vaccination, >30 % respektive >20 %. Utvecklingen stärker förklaringen



att det kan finnas ett orsakssamband med den ökade andel barn som söker asyl, med svårtytt eller okänt vaccinationsstatus innan genomgången Hälsoundersökning och eventuell uppvaccination enligt svenska barnvaccinationsprogrammet.

Diagram 13 Andel (%) barn vaccinerade vid två års ålder, Jämtlands län efter födelseår, sammanställning av data från årsrapporter 2006-2015.

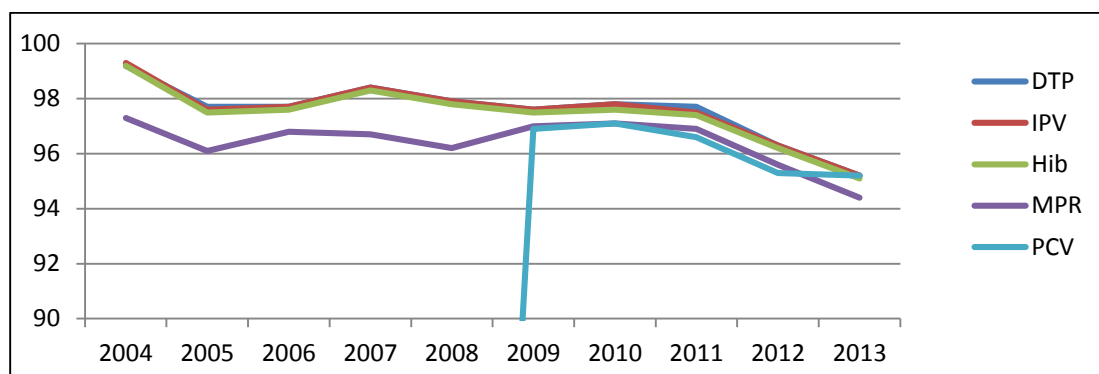
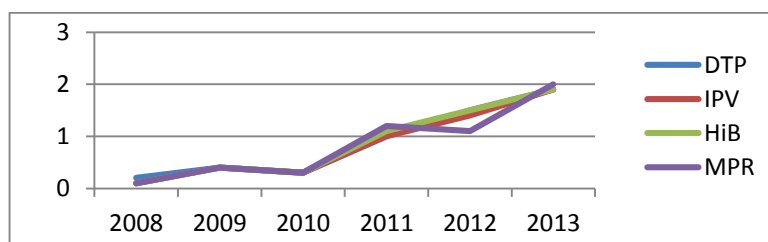


Diagram 14 Andel (%) barn vars vaccination registrerats som "Vet ej" vid 2 års ålder, efter födelseår 2008-2013



Strömsund och Backe enheter meddelar för 2015 om högre andel känt ovaccinerade barn. Anledningen till denna trots allt växande andel känt ovaccinerade är inte helt klarlagd, utöver en kulturell eller religiös grund kan restnoterade vacciner samt en periodvis ökad skepsis mot vaccination vara bidragande faktorer. Det senare meddelas från enskilda BHV-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 medför 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 % (13). Extra viktigt är det att riskbarn (mb Down, prematuritet, läpp-käk-gomspalt, svåra hjärtfel m.fl.) blir vaccinerade.

### Kikhosta – ett fortsatt ökande problem

Antal anmälda fall av kikhosta (pertussis) fortsatte att öka under 2015, både nationellt och regionalt, i Jämtlands län diagnosticerades 21 fall under året (2014: 11 fall, 2009-2013: 0-5 fall). 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 hos vuxna 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 att utsättas för smitta. Som riskbarn betecknas i första hand barn till föräldrar från länder med incidens  $\geq 25/100\ 000$  samt barn i familjer där närstående har eller har haft tuberkulos.

Sammanlagt har 174 barn (12,9 %) bedömts som riskbarn bland barnen födda 2013 varav 131 barn (75,3 %) blev vaccinerade. Även här är det registrerat en stor andel "Vet ej", på länsnivå 5,2% (spridning 9,1-100 %), även om det inte rör sig om många barn, totalt 9 st. av riskbarnen. Under året har 27 barn (2 %) födda 2013 vaccinerats, 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. Med anledning av ökningen av antalet asylsökande har det påbörjats en viss utlokalisering av screening och vaccination av tuberkulos till primärvården.

### **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 % samt barn i familjer där närstående har smittsam hepatit B.

Alla föräldrar i länet erbjuds dock sedan sommaren 2010 att mot egen betalning komplettera sitt barns vaccination vid 3, 5 och 12 månaders ålder med vaccin mot hepatit B. Antalet barn födda 2013 som har påbörjat eller avslutat vaccination mot hepatit B är 1104 barn (82 %) vilket är en fortsatt ökning jämfört tidigare år.

WHO rekommenderar sedan 1992 att vaccination mot hepatit B skall ingå i de nationella vaccinationsprogrammen där så är möjligt. Förslag från Socialstyrelsen om införande i barnvaccinationsprogrammet ligger (sedan 2014) för regeringsbeslut, i skrivande stund (maj 2016) ännu utan beslut. 16 av Sveriges 21 landsting, varav bland andra de övriga landstingen i Norra regionen erbjuder idag kostnadsfri vaccination mot hepatit B som del i Allmänna vaccinationsprogrammet för alla barn. Region Jämtland Härjedalen har under år 2015 inte fattat beslut i frågan, utan avvaktar nationellt införande.

### **Ojämna leveranser av vacciner och restade vacciner**

2015 var året då vi inom barnhälsovården lärde oss att inte ta tillgång till vacciner för givet. Under året var omväxlande och upprepat två femvalenta spädbarnsvacciner – fyrvalenta 5-årsvaccinet – och sexvalenta spädbarnsvaccinet i barnvaccinationsprogrammet restade eller under ojämn leverans. Anledningarna till bristsituationen har varit en ökad global efterfrågan på kombinationsvacciner, produktionssvårigheter på grund av en utbredd brist på ingående antigen (framför allt kikhoste-ag) samt ett tidigare oprövat nationellt upphandlingsförfarande. Det är ur smittskyddssynpunkt och för det enskilda barnet huvudsakligen viktigt att vaccinbrist inte försenar grundvaccinationen av spädbarnen, framför allt vid 3 och 5 månaders ålder, och speciellt under en pågående ökad förekomst av kikhosta.

Varje landsting har, oberoende av gemensamma upphandlingar, ansvar för att vaccin finns tillgängligt. Bristen har medfört regionala interimistiska lösningar med byte till alternativa vaccin, behov av läkarresurser för ordination och extrabesök när vaccin finns tillgängligt. Resultatet har



## 8.6 Småbarnstandvård i region JH 2015

För barn och ungdomar är tandvården avgiftsfri till och med det år de fyller 19 år (15 a § TvL). Det är landstingen som ansvarar för att alla barn och ungdomar regelbundet kallas till tandvården.

Enligt socialstyrelsens lägesrapport 2016, tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Ges denna beskrivning av tandhälsan i Sverige:

Över tid ses en positiv utveckling där många barn och unga i dag är kariesfria och har god tandhälsa. För åldersgruppen 6-åringar har dock trenden de senaste åren varit en svag försämring av tandhälsan. År 2014 var 76 procent av landets 6-åringar kariesfria vilket är en minskning med 3 procent jämfört med år 2011. Världshälsoorganisationen WHO har som mål för tandhälsan i Europa att 80 procent av 6-åringarna ska vara kariesfria år 2020.

Orsaken till att andelen kariesfria 6-åringar minskar är inte klarlagd. En förklaring som förts fram är att barn till asylsökande och nyanlända ofta har en sämre tandhälsa och att detta påverkar resultaten för de små barnen.

Kopplingen mellan barn och ungdomars vikt och erosionsskador på tänderna blir också det ett allt större problem för tandvården. Samtidigt som problem relaterat till levnadsvanor i stort blir ett allt större problem för samhället.

Det är dock inte möjligt att analysera detta, utifrån den statistik som finns i dag om barn och ungas tandhälsa. Den sjunkande andelen kariesfria 6-åringar bör dock följas noggrant. Eftersom goda tandvårdssvanor grundläggs i förskoleåldern indikerar karies i mjölk tänderna en sämre prognos för munhälsa senare i barn- och ungdomsåren, och att karies hos 12- och 19-åringar på sikt också riskerar att öka.

År 2014 ses dock en fortsatt positiv utveckling när det gäller karies hos tonåringar och unga vuxna. Andel kariesfria 12-åringar i Sverige ökade med 2 procentenheter till 68 procent jämfört med år 2013. Bland 19-åringar var ökningen ännu lite större och andelen kariesfria ökade med 3 procentenheter från 34 procent år 2013 till 37 procent.

### Statistik tandhälsa

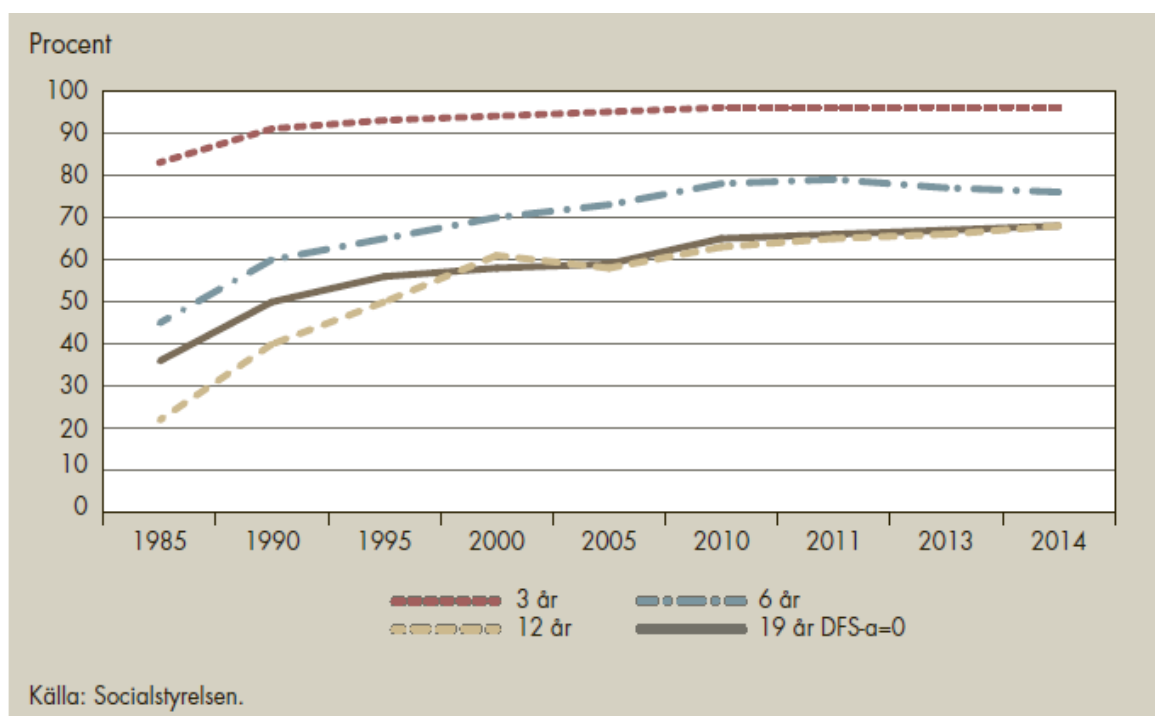
#### Läget i regionen 2015.

- 3-åringar som är kariesfria: 95 %.
- 6-åringar som är kariesfria i mjölk tänder: 78 %, en försämring på 3 % mot 2011 81%.

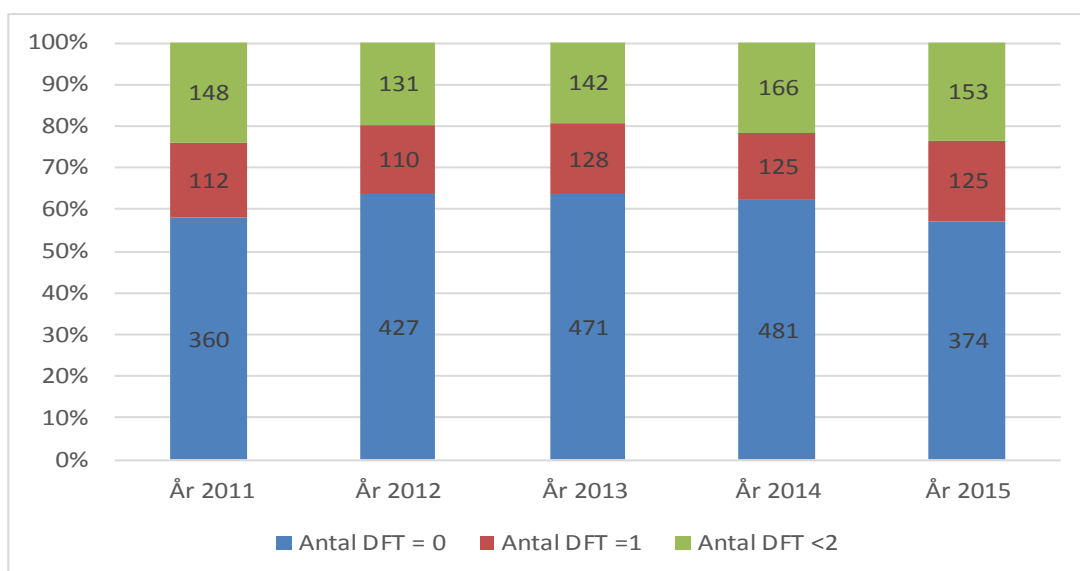
Andelen kariesfria 4 - och 6 åringar har minskat beror troligt på att det skett en tillströmning av barn med stort vårdbehov/ny svenskar. Kanske har vi en generation föräldrar som inte själva haft problem med sina tänder och därför inte inser vikten av egenvård och kostvanor.

Antal screenade barn via BVC som är under 2 år var 412 stycken 2015 .32 % av regionens barn har screenats via BVC. En ökning mot 2014's 24 %. 4, 3 % av de screenade barnen har kallas till kliniken för stöd och råd. Barnen skall då kallas utan försening.

Diagram 15 Andel kariesfria barn och ungdomar i olika åldrar i Sverige 1985-2014. För 19-åringar redovisas andelen kariesfria på tändernas sidytor (DFS-a)



Tabell 10 Andel patienter grupperat i tre hälsolivåer DFT (Lagade tänder pga. karies dvs. pga. sjukdom) 12 år undersökta 2011-2015.



Blå = friska.

Röd = en fylld tand

Grön = sjukaste delen barn

## 9 Föräldrastöd

### 9.1 Hembesök under 2015 för nyblivna föräldrar i Jämtlands län

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

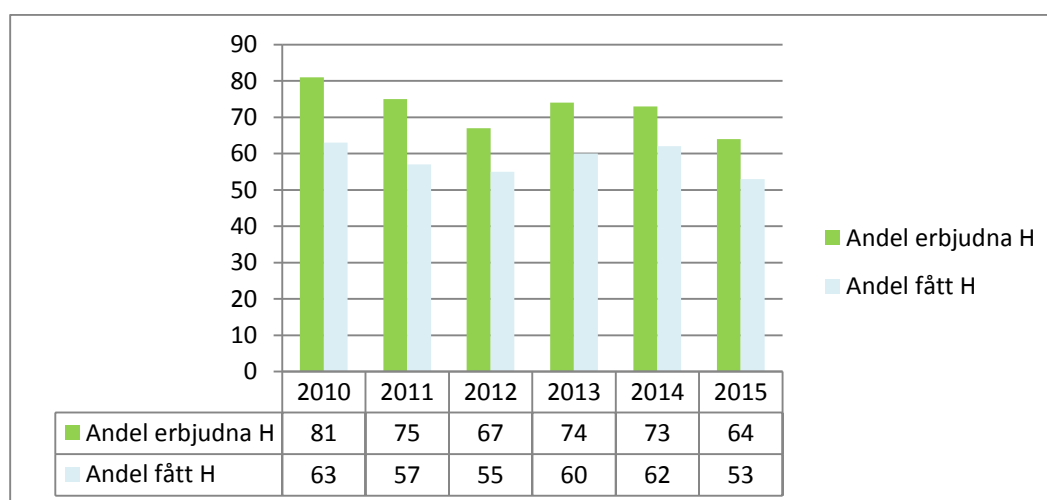
Hembesök är en viktig del av barnhälsovårdens arbete. Både svenska och internationella studier visar att BHV-sjuksköterskor beskriver vikten av att etablera kontakt med familjen som hembesökets primära syfte (21, 22). Sjuksköterskans attityd till hembesök kan vara en avgörande faktor för hur hembesöksverksamheten utvecklas. Hembesök kan göra att sjuksköterskan blir mer lyhörd för familjens behov(23).

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 (24). Mödrar är övervägande positiva till hembesök och får bättre kontakt med BHV-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 (25).

Socialstyrelsen skriver 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). Hembesök kan vara extra värdefullt i mötet med nyanlända familjer. Årets statistik redovisar antalet hembesök till alla nyblivna föräldrar år 2015, se fullständig tabell i appendix.

Hembesök erbjöds 63,7 % av alla nyblivna föräldrar. Sammantaget erhöll 52,7 % 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.

Diagram 16 Andel (%) erbjudna och andel som fått hembesök av samtliga nyblivna föräldrar år 2010–2015.



\*Uppgifter från Backe saknas.

## 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 samspelet mellan föräldrar och barn och utifrån evidensbaserad kunskap är EPDS användandet ett av de viktigaste uppdragen vi har inom barnhälsovården. Nedstämdhet och/eller depression hos mammor efter förlossningen är vanlig och varierar i olika studier hos mammor mellan 8-14 procent. Motsvarande siffror för pappor uppgår till ca hälften, dvs. 5-6 procent. EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) är en screeningsmetod för att tidigt kunna identifiera nedstämdhet hos mammor. Samtalet mellan mamma och BHV-sjuksköterska äger rum när barnet är ca 6-8 veckor gammalt.

76,8 % av alla nyförlösta mammor har erbjudits EPDS screening varav 98,6 % har besvarat formuläret. 7,1 % har erhållit stöd från BHV-ssk och 4,8 % har fått remiss till annan instans. Detta är en glädjande förbättring jämfört med de senaste åren både när det gäller att screena och att erbjuda stöd. Det är dock fortfarande en bit kvar målet att alla nyblivna mammor ska erbjudas EPDS-screening. Avseende EPDS användning BVC Jämtlands län tabell, se appendix.

## 9.3 Föräldrastöd i grupp

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

Mödra- och barnhälsovården (MHV och BHV) 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 viktig del är att skapa en röd tråd mellan MHV, BHV och det fortsatta föräldrastödet i länet. En ytterligare 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 erbjöds förra året, i hela länet 56 % av alla nyblivna föräldrar att delta jämfört med föregående år då 59,3 % erbjöds. Av detta antal deltog sedan 59,1 % vid minst 3 grupptillfällen vilket är något mindre än förra årets 62 %.

Spädbarnsmassage erbjöds vid 20 av länets 29 barnavårdscentraler. I Åre och Krokoms kommun har dessutom föräldrar erbjudits delta i föräldrastödsprogrammet "Ömsesidig respekt" (se kommande avsnitt i rapporten). 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.

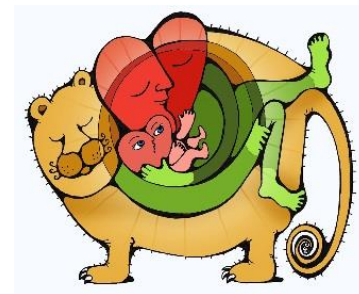
Tabell 11 Föräldrastöd i grupp alla nyblivna föräldrar till barn födda 2014, kommunvis. Enhetsvis fördelning, se Appendix kap 18.6.

Kommun	Barn inskrivna 2014	Föräldrar erbjudna föräldrastöd i grupp		Föräldrar, som erbjudits föräldragrupp och som deltagit vid minst 3 tillfällen		
	antal	antal	andel %	antal	Andel av tot. %	Andel av erbj. %
Berg	74	54	73	31	41,9	57,4
Bräcke	39	10	25,6	5	12,8	50
Härjedalen	71	55	77,5	31	43,7	56,4
Krokom	145	66	45,5	36	24,8	54,5
Ragunda	49	37	75,5	30	61,2	81,1
Strömsund*	105	50*	51*	16*	16,3*	32*
Åre	121	106	87,6	62	51,2	58,5
Östersund*	778	328*	49,4*	222*	33,5*	67,7*
<b>Jämtlands län*</b>	<b>1382</b>	<b>706*</b>	<b>56*</b>	<b>417*</b>	<b>33,1*</b>	<b>59,1*</b>

\*Inga uppgifter inlämnade från Odensala (115 barn) samt Backe (7 barn).



## 9.4 ICDP-programmet "Vägledande samspel"



ICDP (International Child Development Programme), 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 litat 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. Illustration på varje tema har gjorts av Ulla Granqvist under våren 2016. Dessa kommer att läggas in i Z-modellen. Här är ett exempel på tema 1 "Visa att du tycker om mig", se ovan.

Målsättningen är att alla inom barnhälsovården och mödrhälsovården 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.

Utbildning i ICDP programmet "Vägledande samspel", Nivå 1 Basutbildning påbörjades i november och fortsätter under 2016, 15 deltagare. BVC-sjuksköterskor, Barnmorskor och förskollärare på Familjecentralerna i länet samt en deltagare från Bryggan, Östersunds kommun. Handledare: Gunnel Holmqvist, samordnande BHV-sjuksköterska samt Lisa Fröst Björnsdotter, psykolog.

Intresserade hänvisas till [www.icdp.se](http://www.icdp.se) för mer information om programmet!

## 9.5 Ömsesidig Respekt 2015

Ömsesidig Respekt fortsatte under 2015 att fylla grupper och nå både mammor och pappor. Många föräldrar går en andra omgång. Ömsesidig Respekt är verksam på Hälsocentralerna i Åre och Hallen samt Familjecentralerna i Mörsil och Krokoms. 2015 nådde vi 128 föräldrar i vår verksamhet, exklusive de som går på nytt, sammanlagt över åren har Ömsesidig Respekt nått ca 3 000 föräldrar.

Fortbildningsinsatsen i Krokoms kommun för barnskötare och förskollärare fortsatte under höstterminen 2015. En stor vinst när föräldrar och personal får gemensam medvetenhet och kunskap.

En gång om året träffas BVC i Åre och Krokoms för att dela erfarenheterna av Ömsesidig Respekt. 2015 träffades vi i Åre.

Arbetet känns oerhört meningsfullt! Föräldrar meddelar om värme och lyhördhet gentemot sina barn samtidigt som de många gånger upplever det svårt att stå emot barnets frustration. Att stärka föräldrarna i att sätta gränser och visa värderingar men samtidigt vara lyhörd för barnens signaler stärker anknytningen till barnen och ger trygghet i föräldrarollen. Jag känner ett stort gehör och en uppskattning från föräldrar som berättar om ökad kunskap och medvetenhet samt förmåga att reflektera över sin föräldraroll. Återkopplingar har också berört önskemål om utökat erbjudande och möjlighet att fortsätta föräldrastödet vid flytt inom länet. Responsen från föräldrarna och utvärderingens vetenskapliga evidens stärker övertygelsen att Ömsesidig Respekt ger besparingar både samhällsekonomiskt och i form av minskad psykisk ohälsa hos både barn, ungdomar och vuxna. Morgondagens samhälle börjar i dagens familjer!

Ömsesidig Respekt dagen vände sig 2015 till tonårsföräldrar och vi höll till på biblioteket i Järpen.

Övrigt om Ömsesidig Respekts arbete:

Ledare fortsätter att utbildas och verksamhet finns på Familjecentralen och Hälsocentralen i Markaryd och Familjecentralen i Älmhult samt Barnhälsovården på BVC City i Växjö och i Strömsnäsbruk. Nyanställda utbildas kontinuerligt.

Den närmaste framtiden:

Fortbildning av alla lärare på Internationella skolan i Älmhult har efterfrågats och kommer att genomföras. De kommer även att ha föräldragrupper på engelska. Boken *Ömsesidig Respekt – Ett spår vi kan välja* är nu översatt till engelska.

Boken *Ömsesidig Respekt i tonåren* skrivs och målet när den ska vara klar har fått flyttas fram till slutet av 2016.

Den 21 september 2006 inledde Ömsesidig Respekt ett samarbete med Åre Primärvård och Åre kommun – hösten 2016 är det 10-års jubileum. Vi planerar att uppmärksamma detta tillsammans med Holiday club i Åre och Rädda Barnen. Fredag förmiddag planeras för beslutsfattare och politiker varefter helgen ägnas för familjer.

Mer information finns på hemsidan [omsesidigrespekt.se](http://omsesidigrespekt.se) och på Facebook.

Mona Hedström

Ömsesidig Respekt

Samordnare och ledare Åre Primärvård/Åre kommun och Krokoms Primärvård

## 9.6 Familjecentraler och Öppna förskolor

I Regionplan 2016-2017 för Region Jämtland Härjedalen tas det upp att samarbetet mellan kommunerna och Region Jämtland Härjedalen bör prioritera gemensamt agerande rörande barn, unga, äldre och utsatta grupper. **I samarbetet ingår utveckling av familjecentraler**, elevhälsa och ungdomsmottagningar

Vårt mål att det ska finnas en familjecentral/familjecentralsliknande verksamhet i varje kommun har nu uppnåtts i och med att Familjecentralen ”Hjärtat” i Åre kommun, invigdes under 2015.

Samlokaliserade öppna förskolor är viktiga som samverkanspart för BHV och mötesplats för föräldrar och barn (26).

Tabell 12 Antal öppna förskolor och familjecentraler i Jämtlands län 2015

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	1	1	1
Östersund	7	6	6
<b>Jämtlands län</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>14</b>

Den främsta vinsten med samverkan inom en familjecentral är att den ökar förmågan att upptäcka och tillgodose behov av stöd bland barnfamiljer (1).

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. Skrivna samverkansavtal skall finnas. Tilläggsersättning utgår med 100 kr/inskrivet barn inom barnhälsovården, minimum 25 000 kr och maximalt 100 000 kr/år.

Under 2015 påbörjades **en översyn av ledning och struktur gällande Familjecentralerna inom Östersunds närvårdsområde**. Berörda förvaltningschefer/områdeschefer med ansvar för Familjecentralerna inom Östersund kommun har tillsammans med primärvården i Region Jämtland Härjedalen kommit överens om att en utredning om samordning/organisation skall göras. Uppdraget är att se över om det går att hitta än bättre vägar till samverkan både inom och mellan Familjecentralerna i Östersund. En styrgrupp med representanter från FBH, Primärvården samt respektive kommunal förvaltning skall bildas samt en arbetsgrupp med representanter från verksamheten och respektive yrke har bildats.

## 10 Samverkan med förskolan

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

Vikten av ett gott samarbete med förskolan kan inte nog betonas. En förtroendefull samverkan grundläggs och utvecklas genom besök i 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. Av de kommunala förskolorna har 49,6 % har fått besök vid minst ett tillfälle under 2015. Siffrorna för förskolor i annan regi är lägre, endast 29,1 % har fått besök minst 1 gång under året. Sammantaget har betydligt färre förskolor fått besök från barnhälsovården under 2015 jämfört föregående år.

Arbetet med att tydliggöra samverkansformerna mellan barnhälsovården och förskolan gavs under 2015 hög prioritet och det viktiga arbetet fortsätter under 2016.

Tabell 13 Samverkan med förskolan under 2015.

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		62,5	37,5			100
Bräcke	3	5	3		40	60			100
Härjedalen	3	11	3	27,3	54,5	18,2		100	
Krokom	4	25	6		36	64		16,7	83,3
Ragunda	3	5	1	60	20	20		100	
Strömsund*	5	14*	1*	14,3	50	35,7			100
Åre	3	15	2	6,7	46,7	46,7			100
Östersund	7	52	13	15,4	25	59,6	15,4	15,4	69,2
<b>Jämtlands län*</b>	<b>30</b>	<b>135*</b>	<b>31*</b>	<b>12,6</b>	<b>37,0</b>	<b>50,4</b>	<b>6,5</b>	<b>22,6</b>	<b>71</b>

\*) Uppgifter saknas för Backe.

## 11 Språkscreening

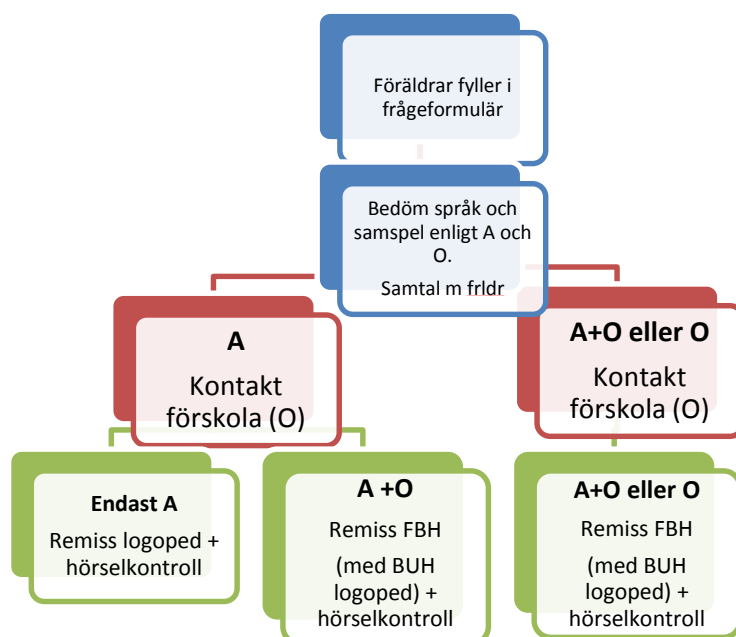
Sedan den utvidgade språkscreeningen infördes vid 3-årsbesöket år 2013 har andelen barn som remitterats varit väsentligen oförändrad. Vid uppföljningsmöte i Huldagruppen ansågs barnen som får remiss till FBH utifrån utfall på observationsfrågorna till stor andel vara barn som har behov av habiliterande insatser och som genom detta förfarande snabbare kunnat få rätt stöd. Det beslutades därför att denna handläggning fortsätter och tid avsätts av logoped på BUH och psykolog på FBH för att skyndsamt kunna erbjuda en första sambedömning.

I årsrapporten presenteras antalet barn som föranleder remiss utifrån språkscreening vid 3-årsbesöket. Se tabell 14.

Tabell 14 Språkscreening utförd i samband med 3-årsbesöket och resulterande remisser, 2015

Kommun	Antal barn 3 år och utvidgad språkscreening gjord 2015	Föranlett remiss	Till logoped ÖNH	Till FBH	Till BUH
Bergs	52	0	0	0	0
Bräcke	50	1	0	1	0
Härjedalen	90	3	1	2	0
Krokom	140	4	4	1	0
Ragunda	47	2	2	1	0
Strömsund	79*	1*	1*	0*	0*
Åre	98	4	4	0	0
Östersund	673	33	22	10	4
<b>Jämtlands län*</b>	<b>1229*</b>	<b>48*</b>	<b>34*</b>	<b>15*</b>	<b>4*</b>

\*Uppgifter saknas från Backe.



## 12 Barn som far illa – anmälan om oro för barn från barnhälsovården

Alla barn har en obestridlig rätt till en uppfostran fri från våld och kränkning. Personal inom hälso- och sjukvården har enligt 14 kap. 1 § SoL skyldighet att anmäla till socialnämnden vid misstanke om att ett barn far illa eller riskerar att fara illa (27). 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 föreställningen att alla föräldrar vill sina barns bästa och vara goda förebilder, men att förutsättningarna för detta skiftar och är föränderliga.

En nyligen framlagd avhandling vid Göteborgs universitet (28) lyfter fram osäkerhet, en upplevelse av otillräcklig kunskap, hos vårdpersonalen som hinder för att göra orosanmälan. 60 % av undersköterskorna vid Sveriges fyra största barnsjukhus, 40 % av sjuksköterskorna och 20 % av läkarna uppgav att de inte hade tillräcklig kunskap om vad anmälningsplikten innebär. Forskning bakom avhandlingen visar vidare att osäkerheten skapar undvikande strategier.

Barnhälsovården har en viktig roll i att upptäcka och stötta barn som far illa, tillika en unik roll i att vara den enda aktör utanför familjen som regelbundet träffar nästan alla späda och små barn och deras familjer, på BVC och i samband med hembesök. 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 (29), 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 eller omsorgssvikt, missbruk och bevittnat våld i hemmet.

Nationella sammanställningar av orosanmälningar från landets BVC har visat att andelen anmälningar skiftar mycket mellan olika län, mellan 1,0–4,9 ‰ (2,4 ‰) 2012 och 1,8–3,8 ‰ (2,5 ‰) 2013. Sammanställningarna 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.

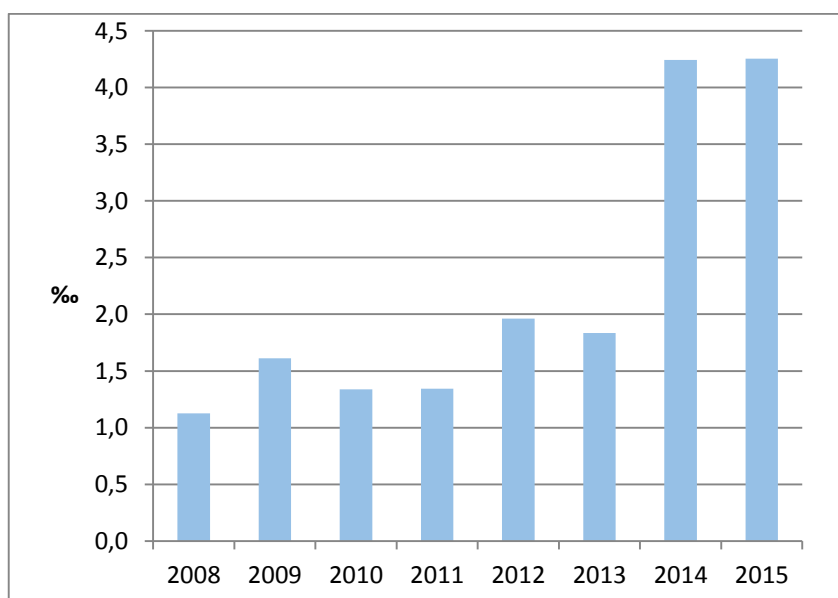
På nationell basis kan man se att det görs fler anmälningar från de BVC som är anslutna till en Familjecentral i jämförelse med de BVC som inte är Familjecentralsanslutna. En nationell studie av barnsjuksköterskors benägenhet att anmäla, visade att anmälningarna till socialtjänsten ökade om det förekom samverkan, förklarar med att tillit och upparbetade kanaler bidrar till att en anmälan görs (30).

År 2014 ökade andelen orosanmälningar från barnhälsovården i Jämtlands län till socialtjänsten i länets kommuner drastiskt och räknades till 35 st., från att sedan 2008 ha varierat mellan 9-16 st. För 2015 ses ytterligare liten ökning, 36 orosanmälningar har skrivits för barn i åldrarna 0-6 år. Siffran motsvarar i andel 4,3 ‰ av antalet barn inskrivna vid länets barnavårdscentraler.

Från Föräldra- och barnhälsan skrevs det 2015 6 st. orosanmälningar. Utveckling över de senaste 8 åren visas i diagram 17. Ökningen behöver inte betyda en ökning av antalet barn som far illa i länet utan kan bero på att anmälningsbenägenheten hos BHV-personalen har ökat.

Utöver angivna orosanmälningar har BHV-personal samverkat med socialtjänsten i 33 barnärenden. Vanligaste orsak till orosanmälan eller samverkan med socialtjänsten är misstanke eller kännedom om omsorgssvikt, våld i familjen eller missbruk. 16 barn var yngre än 1 år och 18 barn mellan 1-2 år.

Diagram 17 Andel (‰) orosanmälningar från BVC till socialtjänst i Jämtlands län 2008-2015



## 13 Given fortbildning 2015

**Introduktionsdagar till Barnhälsovården i Jämtlands län**, för nyanställda sjuksköterskor och läkare på BVC. 2 heldagar, 17-18/2.

**Z-modellen – Genus och föräldraskap**, grunderna för gruppleaderskap samt genus och föräldraskap. Personal från BVC och MHV. 2 heldagar, 26/5 och 16/6.

**ICDP-utbildning Nivå 1 Basutbildning**, Basutbildning i Vägledande samspel. 2 heldagar 5/11 och 8/12, med fortsättning 2 heldagar 2016. 15 deltagare: barnmorska, 4 BHV-sjuksköterskor, 3 förskollärare FC, 1 personal från Bryggan och 4 från FBH.

**BHV-dag 15 april**, 3-årsbesöket och Teambesöket i nya BHV-programmet, Cosmic BHV-1, Torticollis, D-vitamin och rakit, Växa i vikt-programmet på Barnmottagningen, Språkväskor på Biblioteket och Nytt inom BHV. BHV-personal. Heldag, 15/4.

**Cosmic BHV- datajournal på BVC**, BHV ingång i Cosmic från 15 september 2015.

- Grundutbildning f.m. teori och e.m. praktik i datasal. BHV-personal. Heldag 31/8 el. 7/9.
- Uppföljande halvdag datasal, e.m.12/11.
- Grundutbildning Cosmic Superanvändare i primärvård samt BHV-personal, e.m. 9/12.

**BHV-läkar eftermiddag**, 3-årsbesöket och Teambesök, Nytt om vacciner: upphandling, restat och statistik/minskande täckning, Hyperbilirubinemi i primärvården, D-vitamin och rakit, Amning statistik. BHV-läkare. Halvdag, 27/5.

**AT-dag**, föreläsning Barn som far illa och Våld i nära relationer. AT-läkare Region Jämtland Härjedalen. Halvdag, 20/2.

**Information BHV:s nya riktlinjer**, BHV-öl och samordnande BHV-sjuksköterska

- Barn- och ungdomsmedicinska mottagningen, personal, 22/1.
- Kvinnokliniken BB/Förlossning, personal, 19/3.
- Leverantörsträff, VC i primärvården Jämtlands län, 17/4.

**Elevhälsans dag, Birka**, Nytt BHV-program och Vägledning SoS, Rikshandboken. Personal elevhälsan Jämtlands län. E.m., 9 juni.

## Familjecentralsregi

**Årlig Samverkansdag Familjecentraler** -Hur möter vi familjer från andra länder? Inspiration från länet och övriga landet. Heldag, 29/4

**Årlig nätverksträff för familjecentralerna i Östersunds kommun**, om goda erfarenheter från 2014 samt utvecklingsförslag 2015 lyftes från respektive familjecentral.

**Regional nätverksträff Familjecentraler**. Att välja framtid – sammanfattning från Nationella FC-konferensen Gbg; Barnhälsovårdsprogram i samverkan med socialtjänst för barn i riskmiljöer – projekt BHV-Nord Sthlm; ”Älskade barn”; Studieförbundet Västernorrland; Föräldrastödsnätverk; Hur kan vår FC bidra till jämlik hälsa. Heldag, 15/10.

**HBTQ – En dag om likvärdigt och inkluderande bemötande** -Ett normkritiskt förhållningssätt. HBTQ Begrepp och Bemötande; Könsdysfori. Heldag, 7/12.





## 14 Möten och träffar

### BHV-personal

**BHV-sjukskötersketräffar:** Östersund, 8 träffar.

**Medicinsk revision:** BVC på Hälsocentralerna i Hallen, Myrviken, Lugnvik, Åre, Järpen, Strömsund, Backe, Gäddede och Frösön.

**Hälsovalskansliet** Leverantörsträff Hälsoval Jämtland, VC Hälsoval.

### Samverkansgrupper

**Barnarenan.** Politisk arena länets kommuner och Region JH.

**Barnkonventionsnätverk Jämtlands län.** Representanter från alla kommuner i länet, Region JH och Rädda Barnen.

**Centrala samverkansgruppen.** FBH Kompetenscentrum för barn- och mödra-hälsovård, Socialtjänsten Östersunds kommun, Förskolan Östersunds kommun.

**Centuri – gemensamma dokument.** Regionstaben Hälso- och Sjukvårdspolitiska avd, Samordningskansliet, Kvinnokliniken, Barn- och ungdomskliniken, FBH Kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård.

**Distriktssköterskeutbildningen vid Mittuniversitetet,** referensgrupp.

**Elevhälsan Östersunds kommun-BHV.** Representanter Elevhälsan och BHV.

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

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

**Föräldrastödsnätverk Z,** nätverksgrupp. Folkhälso centrum Region JH, kontaktpersoner från länets kommuner, FBH Kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård.

**Handlingsprogram för blivande och nyblivna föräldrar med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och/eller utvecklingsstörning med betydelse för föräldraskapet.**

Representanter för kommuner i länet och Region JH.

**Huldagruppen – språkscreening och neuropsykiatrisk problematik** logoped, psykolog FBH, FBH Kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård, spec.ped. Östersunds kommun.

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

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

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

**Samrådsgrupp Våld i nära relationer Region JH.**

**Samverkan Barn Hälsovård – Primärvård – Slutenvård.** FBH Kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård, Primärvårdskonsult barn, Barn- och ungdomskliniken.

**Samverkansgrupp samspelsbehandling prematura barn.** FBH-BUP-Spädbarnsavd. 109.

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

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

**Smittskydd – BHV.** Regelbundna träffar.

**Småfolket.** Utvecklingsarbete samarbete barn 0 – 6 år med misstänkt utvecklingsavvikelse inom Område barn och unga vuxna. FBH, BUP och BUH.

**Styrgrupp Jämlik och Jämställd Verksamhet Region JH -Regiondirektör.** BHV-öl medverkar i egenskap av ordf för Samrådsgrupp för Barnkonventionen i Region JH.

**Styrgrupp Flyktingsamordning,** f.d. Regional Krisledning Flyktingsituationen hösten 2015. BHV-öl medverkar tillsammans med strategiska repr. från Region JH, repr. Migrationsverket, repr. för Kommunerna i Jämtlands län.

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

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

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

**Ömsesidig Respekt föräldrastödsprogram, Referensgrupp.** Samordnare Ömsesidig respekt, Åre HC, Krokoms kommun, Krokoms kommun, FBH Kompetenscentrum för barn- och mödrhälsovård.

**Övervikt och fetma hos barn – referensgrupp.** Barn- och ungdomskliniken, Primärvård, Folkhälsocentrum, Elevhälsan Östersunds kommun, FBH Kompetenscentrum för barn- och mödrhälsovård.

## Familjecentralerna – FC

**Föräldrargrupper för nyanlända Östersund.** Östersunds kommun: Förskola, Föräldrastöd, Integrationservice; Studieförbundet m.fl.

**Arbetsgrupp - lättbegriplig broschyr för föräldrar om FC,** inkl översättning.

**Nätverksträff FC Östersund.** Familjecentralspersonal, Östersunds kommun: Socialnämnden chefer och politiker samt Barn- och utbildningsnämnden, Region JH.

**Träff om aktuellt läge för familjecentralerna** i länet, med politiker.

**Träff om uppdrag och roller för arbetet med familjecentral,** ansvariga för öppna förskolan Östersunds kommun, representant PV och samordnande BHV-ssk.

**FFFF - Föreningen för familjecentralers främjande,** Samordnande BHV-ssk.: regional samordnare, i valberedning. Nationella familjecentralkonferensen Göteborg.

**Arbetsgrupp FFFF - dokument om BHV:s roll på FC ”Rätt stöd på lätt sätt”**

**Referensgruppsmöte föräldrastöd,** regi Socialstyrelsen

**Nationell träff** regionala familjecentralssamordnare.



## 15 Tankar framåt

Barn i Sverige har rätt till en likvärdig vård för sin fysiska, psykiska och sociala hälsa oavsett var de bor eller är födda och barnhälsovården har en viktig roll i att barnens och barnfamiljernas behov uppmärksammas i tid. Det nationella barnhälsovårdsprogram (se sid 47) som barnhälsovården tog fram och nationellt enades om i samband med publicering av Vägledning för barnhälsovården (1) är nu i mer eller mindre stor skala igång i hela Sverige.

Region Jämtland Härjedalen skall liksom barnhälsovården i övriga landet erbjuda en nationell jämlik barnhälsovård i linje med Vägledning för barnhälsovården och det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Sedan den 1 jan 2015 har barnhälsovården i Jämtlands län arbetat utifrån det nya programmet, se BVC Hälsoövervakningsprogram Jämtland Härjedalen sid 61. Utifrån utebliven inprioritering har det nya programmet dock inte kunnat införas i sin helhet. Arbetet för en successiv inprioritering av barnhälsovårdprogrammet i sin helhet fortsätter, avseende följande hälsofrämjande åtgärder:

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

För att ges möjlighet att fullfölja uppgifterna inom barnhälsovården krävs ett minskat normtal för BHV-tjänstgöring. I Nationell målbeskrivning för BHV-sjuksköterska anges 55 nyfödda/år för en heltidstjänst. Hänsyn måste dessutom tas till vårdtyngden och utifrån denna vid behov minska barnantal/ heltid BHV-sjuksköterska.

Under senare hälften av 2015 bevittnade Europa, Sverige och Jämtlands län en av de största flyktmigrationerna i modern tid. Av de drygt 4000 asylsökande som under året anlände till asylboenden runt om i Jämtlands län var drygt 10 % barn i åldrarna 0-5 år, enligt data från Flyktingsamordning Hälso- och sjukvårdspolitiska avd. Alla barn som bor eller uppehåller sig längre tid i Sverige har samma rättigheter till hälso-, sjuk- och tandvård, oavsett födelseort eller -land och rätt till samma erbjudande om barnhälsovård. Föräldrar och barn som är asylsökande lever dessutom i större omfattning med ökade riskfaktorer, som exempelvis socioekonomisk utsatthet, egna och föräldrars trauma av krig, flykt och förluster samt sysslöshet, och har ett ökat behov av riktade hälsofrämjande insatser. Utan att blunda för riskfaktorerna är det för det enskilda barnet viktigt att också finna och uppmärksamma friskfaktorerna.

Stora insatser kommer att behövas för att förse hälso- och sjukvårdspersonal med tid, resurser och framför allt verktyg att möta behoven, på grupp och individnivå, på kort likväl som på lång sikt. Arbetet med att hitta former för att möta de nysvenska barnfamiljernas specifika behov pågår både nationellt och regionalt och Barnhälsovården är en aktör bland många. Samverkan med offentliga, privata och frivilliga aktörer behöver stärkas ytterligare, för barnfamiljerna har Familjecentralerna en naturlig och central roll. Socialt stöd är en av de viktigaste förebyggande insatserna och för barnen utgör förskolan och senare skolan den viktigaste stödjande miljön utanför familjen.

Familjecentraler finns till Barnhälsovårdens glädje sedan 2015 representerade i länets alla kommuner. BHV som representanter för Region Jämtland Härjedalen fortsätter att arbeta för att detta skall fortgå. Familjecentralerna är en framgångsrik modell för samverkan. Klara strukturella förutsättningar behövs för att tillvarata och vidareutveckla den potential som Familjecentralerna i länet utgör.

Under senare år har det blivit tydligt att upplägget för Z-modellen från 2009 har behov av revidering. Under 2016 kommer därför ett revideringsarbete påbörjas med syfte att modernisera modellen och göra den webbaserad. Vi kommer i detta arbete behöva BHV-sjuksköterskornas hjälp med synpunkter på hur det har varit att hålla föräldragrupper utifrån Z-modellen.

Cosmic barnhälsovårdsjournal är under fortlöpande utveckling, med utgångspunkt i användar-synpunkter och utvärderingar. Enhetlig journalföring ökar patientsäkerheten och gör arbetet rumsberoende. Översikten för

barnhälsovårdens verktyg i Cosmic behöver förbättras för att återfå och behålla det goda arbetsverktyg som barnhälsovårdsjournalen behöver utgöra i strävan att erbjuda en jämlik barnhälsovård. En förbättrad översikt kan även komma att medföra en tidseffektivisering. Under 2016 pågår centralt arbetet med konfigurering av uppdatering till Cosmic R8.1, av det som visats så långt ser vi med tillförsikt fram emot verkställandet i början av 2017. I och med inträde av datajournal behöver inrapportering av statistik kunna lyftas från BHV-sköterskans arbetsuppgifter, för att värna barnhälsovårdens grunduppdrag men även för att säkra den statistiska uppföljningen. Arbetet med att koppla Nationellt kvalitetsregister för barnhälsovård i Sverige – BHVQ till Cosmic fortsätter. 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.

Som beskrivits har nytt barnhälsovårdsprogram, införande av datajournal, restnoterade vacciner samt en plötslig och enhetsvis kraftig ökning av antalet inskrivna barn medfört stora krav på barnhälsovården. Detta har inför starten av 2016 resulterat i en för barnhälsovården på många håll ansträngd situation, och meddelanden från enskilda enheter om generella bortprioriteringar från det universella barnhälsovårdsprogrammet. Samtidigt fortsätter BHV-personalen meddela om upplevelser av en generellt ökad psykosocial ohälsa i samhället och bland barnfamiljer.

Barnhälsovårdsprogrammets främjande och förebyggande åtgärder syftar till att utjämna olikheter i hälsa och härmed optimera den enskilda individens utvecklingsmöjligheter. Samma universella erbjudande till alla som kan leda till riktade insatser där de behövs mest. Erbjudande om barnhälsovårdens insatser behöver således vara oberoende av bostadsort, födelseort och födelsedatum. I motsats till detta visar barnhälsovårdens resultatredovisning för 2015 på oacceptabla skillnader i erbjudande om hälsofrämjande insatser inom länet, och en ökning i skillnader i förhållande till föregående år. Skillnaderna i erbjudande behöver utjämnas med förslag att strukturella medel kan öronmärkas hälsovård, med hänsyn tagen till vårdtyngdsindex för fördelning mellan enheter.

**Förtroendet för barnhälsovården bland länets barnfamiljer är stort. Barnhälsovårds-personalen 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, Anna, Gunnel, Jennie och Lisa, vill passa på att rikta ett varmt tack till all personal vid länets Barnvårdscentraler!**

Vi på Föräldra- och barnhälsan vill i och med avslutande av denna resultatredovisning även passa på att rikta ett stort tack till avgående samordnande BHV-sjuksköterska Gunnel Holmqvist, som efter 25 år i barnhälsovårdens tjänst nu går i välförtjänt pension. Under åren har Gunnel varit verksam i och i stor omfattning drivit utvecklingen av barnhälsovården i Jämtlands län. Hon har med sitt barnmedicinska kunnande i både detalj och helhet, sitt hälsofrämjande och barnrättsliga perspektiv samt aldrig sinande arbetsglädje varit en förebild/inspiratör för alla som jobbat med barnhälsovård i länet och i landet. Som mångårig samordnare för länets familjecentralverksamhet har Gunnel varit ovärderlig i dess spridning och framåtskridande. Tack Gunnel, och lyckat till – vi kommer att bära med oss ditt ständiga påminnande om "...och hur blir det för barnen?"! Samtidigt önskar vi Jennie Hedman välkommen som ny samordnande BHV-sjuksköterska!

Vi vill även i år rikta ett stort tack till Anna-Karin Burge Andersson, sekreterare på FBH, som tålmodigt fortsätter att bistå oss med hjälp att iordningsställa resultat-redovisningen.

**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>Hälsöövervakning - att följa barns hälsa, utveckling och livsvillkor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tillväxt</li> <li>• Allmän somatisk undersökning</li> <li>• Psykomotorisk utvecklingsbedömning</li> <li>• Språk/kontakt/kommunikation</li> <li>• Beteendebedömning</li> <li>• Samspel mellan barn och föräldrar</li> <li>• Relation med andra barn och vuxna</li> <li>• Psykiska och sociala familjeförhållanden</li> </ul> <p>Hälsofrämjande arbete (levnadsvanor och miljö):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spädbarnsvård</li> <li>• Amning, tillvänjning till annan kost</li> <li>• Kost</li> <li>• Tandhälsa</li> <li>• Fysisk aktivitet</li> <li>• Lek och Kultur</li> <li>• Barnsäkerhet</li> <li>• Förebygga skakvåld (abusiva head trauma)</li> <li>• Förebygga SIDS (plötsligspädbarnsdöd)</li> <li>• Tobak</li> <li>• Alkohol/droger</li> <li>• Våld i nära relationer</li> </ul> <p>Hälsofrämjande arbete (samspel och relationer)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Främja lyhört föräldraskap</li> <li>• Främja barnets utveckling, kompetens och delaktighet</li> </ul> <p>Stöd i föräldraskapet (individuellt/grupp):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hembesök</li> <li>• Individuella samtal</li> <li>• Föräldragrupp</li> <li>• Teamarbete/Nätverk</li> </ul> <p>Barnets/vårdnadshavarnas psykiska hälsobehov bedömda</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Följa och uppmärksamma barnets psykiska hälsa</li> <li>• Följa och uppmärksamma föräldrars/partners psykiska hälsa</li> </ul> <p>Ge information och förmedla kunskap om lokala barn- och föräldraverksamheter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mödrahälsovård och elevhälsa</li> <li>• Sjuk- och tandvård</li> <li>• Öppen förskola</li> <li>• Barnomsorg</li> <li>• Socialtjänst</li> <li>• Familjerådgivning</li> <li>• Bibliotek</li> <li>• Övriga</li> </ul> <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 hälsöövervakningen (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"> <li>• Föräldraoro</li> <li>• Emotionella och psykologiska problem</li> <li>• Barn med misstänkt eller faktisk avvikelse avseende hälsa, utveckling, beteende och samspel</li> <li>• Barn med ökad risk för ohälsa.</li> <li>• Barn från andra länder</li> </ul> <p>Vidare kartläggning och bedömning av barnets utveckling, fysiska och psykiska hälsa och sociala situation</p> <p>Hälsovägledning - motivera till förändrade levnadsvanor i familjen (tobak, alkohol, kost, fysisk aktivitet)</p> <p>Utökad föräldrastöd Individuellt eller i grupp, Inklusivt 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"> <li>• Psykolog för barnhälsovården.</li> <li>• Mödrahälsovård och elevhälsa.</li> <li>• Socialtjänst</li> <li>• Sjuk- och tandvård</li> <li>• Öppen förskola</li> <li>• Barnomsorg</li> <li>• Övriga</li> </ul> <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 lex.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barnsjukvården</li> <li>• Övriga vårdgivare ex. barn/vuxenpsykiatri, habiliteringen</li> <li>• Spädbarnsverksamhet</li> <li>• Socialtjänsten</li> <li>• Migrationsverksamheter</li> </ul> <p>Kontakt/anmälan till socialtjänsten</p> <p>Anmälan till Läkemedelsverket vid biverkan</p>

## 15.2 Hälsöövervakning Jämtlands län

1-3v	4v	6-8v	3m	4m	5-6m	8m	10m	12m	18m	3 år	4 år	5 år
Hem BVC	BVC	BVC	BVC	BVC	BVC	Hem* BVC	BVC	BVC	BVC	BVC	BVC	BVC
S	L+S Team	S	S	S	L+S Team	S	S	L+S Team	S	L+S Team	S	S
<b>Vid varje besök:</b> Familjesituation, Tillväxt, Hälsosamtal, Åtgärd												
	Läk.u sUtv. bed	Utv.bed EPDS/ <b>Enskilt föräldra- samtal</b>		<b>Enskilt föräldra- samtal*</b>	Läk.us Utv.bed		Utv.bed	Läk.us	Utv.bed	Läk.us Utv.bed Språk BMI	Utv.bed BMI Syn <b>Hörsel*</b> Hälsö- enkät	Utv.bed Epikris
			Vacc		Vacc			Vacc	Vacc			Vacc

\*) Hälsöfrämjande åtgärder aktuella för inprioritering

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

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

## 16 Riktlinjer 2016 för barnhälsovården i Jämtlands län

### 16.1 Styrdokument

#### Lagar

Hälso- och sjukvårdslag (HSLS-FS 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  
 HSLF-FS 2016:51 Folkhälsomyndighetens föreskrifter om vaccination av barn i enlighet med det allmänna vaccinationsprogrammet för 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**Vägledning för barnhälsovården (Socialstyrelsen, 2014)**

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)

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/Region Jämtland Härjedalen, 2010

**Rikshandboken Barnhälsovård**

[www.rikshandboken-bhv.se](http://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 2015

Aktuella lokala vårdprogram och riktlinjer för Jämtlands län



## 16.2 Barnhälsovårdens 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

- *erbjuder 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*
- *erbjuder hälsoövervakning av alla barn*
- *uppmärksamma förhållanden i barnets närmiljö och samhälle*

### 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 BHV-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 ska 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 BHV-sjuksköterskans kompetens och färdighet i arbetet med att främja hälsa och förebygga ohälsa bland barn bör BHV-sjuksköterskan arbeta huvudsakligen med barnhälsovård. Om det inte är möjligt att arbeta heltid på BVC bör BHV - sjuksköterskan arbeta minst 50 % av heltid och ha ansvar för minst 25 nyfödda per år. För BHV-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 BHV-sjuksköterskan arbeta heltid varje vecka för att fullfölja uppgifterna inom barnhälsovården. BVC med högre värdtyngd bör minska normtalen för antal barn/heltidstjänst.

Arbetet organiseras så att största möjliga **tillgänglighet och kontinuitet** erhålls i kontakten med barnfamiljerna. BHV-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.

BHV-sjuksköterskan och BHV-läkaren skall delta i fortbildning som anordnas av Barnhälsovården

**Övrig personal** – konsulter som förutsätts finnas inom regionsjukvården: 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 (BHV-öl), mödrahälsovårdsöverläkare, samordnande barnhälsovårdssjuksköterska, samordnande barnmorska, psykologer, socionomer 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 socionomer 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 BHV-öl: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 därmed verka 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 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 förälderns 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 eller 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 späd- och småbarnstid**

Att uppmärksamma föräldrar med psykisk ohälsa under späd- 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, ångestillstånd, 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 BHV-sjuksköterska.

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 BHV-ssk. Vid mer allvarlig psykisk ohälsa behöver BHV-personalen samarbeta med andra enheter som t ex PSE, FBH, socialtjänst och psykiatri. I *”Vårdprogram för allvarlig psykisk sjukdom hos blivande eller nyblivna mödrar”* står det om postpartumpsykos och mer allvarliga 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 sambället. 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 BHV-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 Jämtlands län 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). 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 mödrhälsovård, 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 BHV-sjuksköterskans 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 förskola*

BHV-sjuksköterskan 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 sjuksköterskan 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*

BHV-sjuksköterskan 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 difteri (D), stelkramp (T), kikhosta (P), polio, hemophilus influenzae typ B och pneumokocker vid 3, 5 och 12 månaders ålder 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.

**Föräldragrupper:** Alla föräldrar till nyfödda barn som tillhör BVC skall erbjudas föräldragrupsverksamhet. 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:** Rutiner för samverkan med Socialtjänsten i respektive kommun skall upprättas.



## 16.7 Målsättning - Följande process- och kvalitetskriterier rekommenderas för 2016

### 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:er använder EPDS som erbjuds alla nyblivna föräldrar.

### Vaccinationer

99 % av barnen är vaccinerade med DTP-IPV-Hib-vaccin vid två års ålder.

97 % av barnen är vaccinerade med MPR-vaccin vid två års ålder.

96 % av barnen i riskgrupper är vaccinerade med BCG- och HB-vaccin vid två års ålder.

### 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 års-besöket

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

### Förskola

Alla förskolor skall erbjudas besök minst en gång per år av BHV-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 BHV-läkare medverkar bör BHV-sjuksköterska och BHV-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
  - Stämningssläge
  - Föräldra-Barn relation: ömsesidighet, turtagning och bekräftelse, förväntningar

## 16.9 Hälsoövervakningsprogram BVC i Jämtlands län

Vid varje kontakt med familjen ska 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.

<b>När</b>	<b>Vem</b>	<b>Var</b>	
BB			OAE (Otoakustisk Emission)
<i>Vid hemgång före 48 tim. ålder. Se PM: Riktlinjer Tidig Hemgång och uppföljning vid BVC</i>			
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) Vägledning för barnhälsovården, SoS 2014-4-5.
- 2) Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården, Nationella nätverket för barnhälsovårdssamordnare/vårdutvecklare, 2015.
- 3) Nationell målbeskrivning för läkartjänstgöring på BVC, BLF/DAH/DLF/SFAM, 2014.
- 4) Statistiska centralbyrån, scb.se
- 5) The refugee convention, UNHCR 1951.
- 6) Wikström et al. Snus under graviditet är inget riskfritt alternativ till rökning. *Läkartidningen* 2011; 108: 29-31.
- 7) Werner, Bodin. Growth from birth to age 19 for children in Sweden born in 1981 – descriptive values. *Acta Paediatrica* 2006;95: 600-13.
- 8) Bråbäck et al. Fetmautvecklingen bland svenska 4-åringar tycks ha stannat av. *Läkartidningen* 2009;2758-2761.
- 9) Socialstyrelsen & Folkhälsoinstitutet. (2013). *Folkhälsan i Sverige - Årsrapport 2013*.
- 10) Perlhagen et al. Fetma hos barn – prevention enda realistiska lösningen på problemet. *Läkartidningen* 2007; 3: 138-41.
- 11) Regber S. Barriers and facilitators of health promotion an obesity prevention in early childhood: a focus on parents results from the IDEFICS study. Diss., Sahlgrenska Akademin, 2014.
- 12) Folkhälsomyndighetens föreskrifter om vaccination av barn, HSLF-FS 2015:6, SoS.
- 13) Lindstrand et al. Färre barn med invasiv pneumokocksjukdom, allvarlig pneumoni och etmoidit/sinuit. *Barnläkaren*, 2015;3; 12-14.
- 14) [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary)
- 15) Vaccinationer till människor på flykt Rekommendationer till Hälso- och sjukvården, Folkhälsomyndigheten 15130.
- 16) Hur bed tid vaccestatus - Vaccråd vid Hälsous nyanlända RJH 151028/Centuri.
- 17) Om vaccinationer/PerHedman.rev160413/Centuri.
- 18) Vaccinationsmall RJH/Centuri.
- 19) Rikshandboken/Vaccination av till Sverige inflyttade barn
- 20) Människor på flykt, en vägledning om smittskydd till hälso- och sjukvården, Folkhälsomyndigheten 2015.
- 21) Tangen et al Hembesök inom barnhälsovården - Sjuksköterskornas attityder avgörande för hur verksamheten utvecklas, *Läkartidningen* nr 47 2010;volym 107.
- 22) Elkan et al. The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. *Health Technology Assessment*. 2000.
- 23) McNaughton D. B, A synthesis of qualitative home visiting research. *Public Health Nurs*. 2004.
- 24) Jansson A. Hembesök kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som familj. *Läkartidningen* 2003; 100 nr 15: 1348-51.
- 25) Magnusson et al. Barnhälsovård – att främja barns hälsa, 2009, Liber AB: Stockholm. p 212-213.
- 26) Engman et al. "BVC – den viktigaste livlinan under barnets första levnadsår", Pilotprojekt inför regeringens nationella strategi 2009/2010. Projektledare Anna Sarkadi. Kompl rapport till Statens Folkhälsoinstitut.
- 27) Anmäla oro för barn – Stöd för anmälningsskyldiga och andra anmälare. SoS 2014-6-5.
- 28) Svärd V. Children at risk? Hospital social workers' and their colleagues' assessment and reporting experiences. Diss., Göteborgs universitet, 2016.
- 29) Våld och hälsa. En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa. Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK-rapport 2014-1); 2012.
- 30) Lagerberg D. A descriptive survey of Swedish child health nurses' awareness of abuse and neglect. *Child abuse and neglect* 25; 2001:1853–1601.

## 18 Appendix

### 18.1 Inskrivna barn

Tabell 15 Antal inskrivna barn, efter åldersfördelning på respektive BVC den 2015-12-31

BVC-mott	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	Totalt
Myrviken	31	28	18	35	27	37	0	176
Svenstavik	47	46	33	35	42	37	0	240
Bräcke	25	21	20	26	21	24	0	137
Kälarne	5	3	4	5	6	10	0	33
Gällö	8	15	12	20	11	21	0	87
Funäsdalen	17	15	21	19	21	19	0	112
Hede	18	13	14	19	16	17	0	97
Sveg	52	43	49	54	60	49	1	308
Föllinge	8	10	16	14	20	15	0	83
Krokom	103	112	116	100	127	145	1	704
Offerdal	34	23	30	28	19	48	1	183
Bispgården	7	9	10	8	8	15	0	57
Hammarstrand	30	28	27	29	23	32	0	169
Stugun	5	12	13	15	15	14	0	74
Backe*		7	14					21+
Gäddede	8	3	6	6	10	10	0	43
Hammerdal NNV	15	16	18	29	21	18	0	117
Hoting NNV	10	12	14	8	18	8	0	70
Strömsund NNV	7	8	5	9	9	7	0	45
Strömsund	72	59	69	72	59	59	0	390
Hallen	17	12	14	12	18	22	0	95
Järpen	35	33	33	35	29	31	0	196
Åre	77	76	62	77	79	106	0	477
Brunflo	86	100	81	78	93	97	0	535
Frösön	171	164	176	160	178	176	0	1025
Lit	30	35	40	45	47	49	0	246
Lugnvik	73	67	65	69	75	86	2	437
Odensala	100	115	102	102	104	120	0	643
Torvalla	98	87	77	83	89	82	0	516
Zätagränd	235	210	191	178	175	158	0	1147
Jämtlands län*	1424*	1382	1350	1370*	1420*	1512*	5*	8463*

\*Uppgifter för Backe saknas, antal barn f. 2009-2012 och 2015.

## 18.2 Föräldrars födelseland

Tabell 16 Föräldrars födelseland. Barn födda 2014 och 2015.

BVC	Antal barn		Bägge föräldrarna födda i norden		En av föräldrarna född utanför norden		Bägge föräldrarna födda utanför norden		Andel barn där båda eller en av föräldrarna födda utanför norden (%)	
	f. 2014	f. 2015	f. 2014	f. 2015	f. 2014	f. 2015	f. 2014	f. 2015	f. 2014	f. 2015
Myrviken	28	31	26	26	1	2	1	3	7,1	16,1
Svenstavik	46	47	31	29	2	1	13	17	32,6	38,3
Bräcke	21	25	15	15	1	0	3	10	19,0	40
Kälarne	3	5	3	5					0	0
Gällö	15	8	11	2	0	0	4	6	26,7	75
Funäsdalen	15	17	11	14	3	2	1	1	26,7	17,6
Hede	13	18	10	14	1	1	2	3	23,1	22,2
Sveg	43	52	35	30	2	2	6	20	18,6	42,3
Föllinge	10	8	5	6	0	0	5	4	50	50
Krokom/Ås	112	103	98	96	7	5	7	2	12,5	6,8
Offerdal	23	34	16	25	3	1	4	8	30,4	26,5
Bispgården	9	7	6	6	0	0	3	1	33,3	14,3
Hammarstrand	28	30	24	22	1	2	3	6	14,3	26,7
Stugun	12	5	11	4	0	1	1	0	8,3	20
Backe										
Gäddede	3	8	3	7	0	0	0	1	0	12,5
Ham-dal NNV	16	15	15	11	0	1	1	4	6,3	33,3
Hoting NNV	12	10	11	8	1	0	0	2	8,3	20
NNV Strömsund	8	7	7	3	0	0	1	4	12,5	57,1
Strömsund	59	72	48	61	0	2	11	8	18,6	13,9
Hallen	12	17	11	16	1	0	0	1	8,3	5,9
Järpen	33	35	24	25	2	3	7	7	27,3	28,6
Åre	76	77	57	60	7	3	12	14	25	22,1
Brunflo	100	86	82	79	8	2	10	5	18	8,1
Frösön	164	171	138	143	11	8	15	20	15,9	16,4
Lit	30	35	26	34	0	0	4	1	13,3	2,9
Lugnvik	67	73	58	64	4	5	5	4	13,4	12,3
Odensala	115	100	90	81	10	6	15	12	21,7	18
Torvalla	87	98	62	66	6	9	19	23	28,7	32,7
Zätagränd	210	235	178	208	10	10	22	17	15,2	11,5
<b>Jämtlands län*</b>	<b>1375*</b>	<b>1424*</b>	<b>1112*</b>	<b>1160*</b>	<b>81*</b>	<b>66*</b>	<b>175*</b>	<b>204*</b>	<b>18,6*</b>	<b>14,3*</b>

\*Uppgifter från Backe saknas.

## 18.3 Andel vaccinerade

Tabell 17 Andel (%) vaccinerade barn födda 2013, per BVC-enhet i Jämtlands län.

BVC-enhet Kommun	Antal barn	DTP (difteri, tetanus, kikhosta)	IPV	Hib	MPR	PCV	"Vet ej"
Myrviken	18	100	100	100	100	100	-
Svenstavik	33	97	97	97	90,9	84,8	-
<b>Berg</b>	<b>51</b>	<b>98</b>	<b>98</b>	<b>98</b>	<b>94,1</b>	<b>90,2</b>	-
Bräcke	20	100	100	100	95	100	-
Kälarne	4	100	100	100	100	100	-
Gällö	12	91,7	91,7	91,7	91,7	91,7	8,3
<b>Bräcke</b>	<b>36</b>	<b>97,2</b>	<b>97,2</b>	<b>97,2</b>	<b>94,4</b>	<b>97,2</b>	<b>2,8</b>
Funäsdalen	21	100	100	100	100	100	-
Fjällhälsan Hede	14	100	100	100	100	100	-
Sveg	49	95,9	95,9	95,9	95,9	93,9	-
<b>Härjedalen</b>	<b>84</b>	<b>97,6</b>	<b>97,6</b>	<b>97,6</b>	<b>97,6</b>	<b>96,4</b>	-
Föllinge	16	T: 68,8 D, P: 62,5	62,5	62,5	62,5	62,5	31,3
Krokom/Ås	116	98,3	98,3	99,1	95,7	98,3	-
Offerdal	30	96,7	96,7	96,7	96,7	96,7	-
<b>Krokom</b>	<b>162</b>	<b>T: 95,1</b> <b>D, P: 94,4</b>	<b>94,4</b>	<b>95,1</b>	<b>92,6</b>	<b>94,4</b>	<b>3,1</b>
Bispgården	10	70	70	70	80	70	-
Hammarstrand	27	88,9	88,9	88,9	92,6	88,9	3,7
Stugun	13	100	100	100	92,3	100	-
<b>Ragunda</b>	<b>50</b>	<b>88</b>	<b>88</b>	<b>88</b>	<b>90</b>	<b>88</b>	<b>2,0</b>
Backe	14	78,6	78,6	78,6	78,6	78,6	-
Gäddede	6	100	100	100	100	100	-
NNV Hamnerdal	18	94,4	94,4	94,4	94,4	94,4	-
NNV Hoting/Strömsund	19	100	100	100	100	100	-
Strömsund	69	85,5	85,5	85,5	84,1	85,5	1,4
<b>Strömsund</b>	<b>126</b>	<b>88,9</b>	<b>88,9</b>	<b>88,9</b>	<b>88,1</b>	<b>88,9</b>	<b>0,8</b>
Hallen	14	100 92,9	92,9	92,9	92,9	92,9	-
Järpen	33	100	100	100	97	100	-
Åre	62	77,4	77,4	75,8	74,2	75,8	22,6
<b>Åre</b>	<b>109</b>	<b>T: 87,2</b> <b>D, P: 86,2</b>	<b>86,2</b>	<b>85,3</b>	<b>83,5</b>	<b>85,3</b>	<b>12,8</b>
Brunflo	81	97,5	97,5	97,5	97,5	97,5	-
Frösön	176	97,2	97,2	97,2	97,2	96,6	1,1
Lit	40	100	100	100	100	100	-
Lugnvik	65	100	100	100	98,5	100	-
Odensala	102	98	98	98	98	95,1	-
Torvalla	77	93,5	93,5	93,5	92,2	90,9	1,3
Zätagränd	191	98,4	98,4	97,9	99	98,4	0,5
<b>Östersund</b>	<b>732</b>	<b>97,7</b>	<b>97,7</b>	<b>97,5</b>	<b>97,5</b>	<b>96,7</b>	<b>0,5</b>
<b>Jämtlands län</b>	<b>1350</b>	<b>T: 95,3</b> <b>D, P: 95,2</b>	<b>95,2</b>	<b>95,1</b>	<b>94,4</b>	<b>95,2</b>	<b>1,9</b>

"Vet ej", Jämtlands län	1,9	1,9	1,9	2,0	2,5
-------------------------	-----	-----	-----	-----	-----

Kommentar: Hög andel "Vet ej" på Föllinge och Åre BVC-enheter.

## 18.4 Antal/andel hembesök

Tabell 18 Antal/andel hembesök (H) alla nyblivna föräldrar 2015 i Jämtlands län

BVC	Antal födda barn 2015	Antal som erbjudits hembesök		Andel % som erbjudits hembesök		Ant. som fått H Mödrar	Antal som fått H Fäder	Andel som fått H (%) Mödrar	Andel som fått H (%) Fäder
		Mödrar	Fäder	Mödrar	Fäder				
Myrviken	31	25	25	80,6	80,6	22	21	70,9	67,7
Svenstavik	47	35	32	74,5	68,0	34	20	72,3	42,5
Bräcke	25	23	21	92,0	84,0	23	7	92,0	28,0
Gällö	8	8	8	100	100	8	8	100	100
Kälarne	5	5	5	100	100	5	4	100	80,0
Föllinge	8	1	1	12,5	12,5	1	1	12,5	12,5
Krokom	103	101	101	98,1	98,1	96	75	93,2	72,8
Offerdal	34	6	6	17,6	17,6	6	6	17,6	17,6
Bispgården	7	7	7	100	100	7	7	100	100
Hammarstrand	30	28	28	93,3	93,3	26	16	86,7	53,3
Stugun	5	5	5	100	100	5	5	100	100
Funäsdalen	17	13	13	76,5	76,5	13	12	76,5	70,6
Fjällhälsan	18	18	18	100	100	18	18	100	100
Sveg	52	16	14	30,8	26,9	16	14	30,8	26,9
Backe*									
Gäddede	8	8	8	100	100	8	4	100	50,0
NNV Hoting-Strömsund	10/7	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0
Strömsund FC	72	59	59	81,9	81,9	46	38	63,9	52,8
NNV Hammerdal	15	14	14	93,3	93,3	13	6	86,7	40,0
Hallen	17	17	17	100	100	4	4	23,5	23,5
Järpen	35	32	31	91,4	88,6	27	24	77,1	68,6
Åre	77	40	39	51,9	50,6	16	15	20,8	19,5
Brunflo	86	61	60	70,9	69,8	43	37	50,0	43,0
Frösön	171	147	145	85	84,8	126	118	73,7	69,0
Lit	30	30	30	100	100	12	8	40,0	20,0
Lugnvik	73	26	26	35,6	35,6	19	15	26,0	20,5
Odensala	100	63	63	63	63	62	58	62,0	58,0
Torvalla	98	43	42	43,9	42,9	33	23	33,7	23,5
Zätagränd	235	76	76	32,3	32,3	62	61	23,4	26,0
<b>Jämtlands län*</b>	<b>1424*</b>	<b>907*</b>	<b>802*</b>	<b>63,7%*</b>	<b>56,3*</b>	<b>751*</b>	<b>625*</b>	<b>52,7%*</b>	<b>43,9%*</b>



## 18.5 EPDS användning

Tabell 19 EPDS användning BVC, Jämtlands län; barn födda 2014

BVC	Antal barn f. 2014	Erbj EPDS	Andel erbjud.	Besv. EPDS	Uppgift saknas	Fått stöd av BHV-ssk	Andel stöd av BHV-ssk av besv. EPDS	Antal remiss till FBH psykolog alt. annan t.ex. PSE	Andel remiss till FBH psykolog alt. annan t.ex. PSE
Backe	7	*		*	7	*		*	
Bispgården	9	6	66,7	6	3	0	0	0	0
Brunflo	100	82	82,0	82	14	4	4,9	3	3,7
Bräcke	21	14	66,7	14	2	0	0	3	21,4
Hede	13	12	92,3	12	1	1	8,3	1	8,3
NNV Hoting/- Strömsund	12	10	83,3	10	2	0	0	0	0
	8	5	62,5	5	1	0	0	0	
Frösön	164	138	84,1	138	3	20	14,5	6	4,3
Funäsdalen	15	14	93,3	14	1	0	0	0	0
Föllinge	10	5	50,0	5	0	0	0	0	0
Gäddede	3	3	100	0	0	0	-	0	0
Gällö	15	11	73,3	11	1	0	0	0	0
Hallen	12	12	100	12	0	0	0	0	0
Hammarstrand	28	25	89,3	25	3	0	0	3	12,0
Järpen	33	17	51,5	17	16	0	0	0	0
Krokom	112	97	86,6	97	14	6	6,2	9	9,3
Kälarne	3	3	100	3	0	0	0	1	33,3
Lit	35	25	71,4	20	0	2	10,0	1	5,0
Lugnvik	67	63	96,9	63	4	3	4,8	5	7,9
Myrviken	28	25	89,3	24	1	0	0	0	0
Odensala	115	95	82,6	95	3	1	1,1	2	2,1
Offerdal	23	17	73,9	17	4	3	17,6	1	5,9
Strömsund	59	40	67,8	39	17	5	12,8	1	2,6
Stugun	12	12	100	10	0	*		*	
Sveg	43	10	23,3	10	0	0	0	1	10,0
Svenstavik	46	28	60,9	28	18	0	0	0	0
Torvalla	87	76	95,0	76	6	9	11,8	5	6,6
NNVHammerdal	16	11	68,8	11	4	1	9,0	0	0
Zätagränd	210	146	69,5	144	13	14	9,7	7	4,9
Åre	76	60	78,9	60	11	5	8,3	1	1,7
<b>Jämtl. Län</b>	<b>1382</b>	<b>1062</b>	<b>76,8</b>	<b>1048</b>	<b>149</b>	<b>74</b>	<b>7,1</b>	<b>50</b>	<b>4,8</b>

\*) Uppgift saknas

## 18.6 Föräldrastöd i grupp

Tabell 20 Föräldrastöd i grupp, barn f. 2014

Kommun	Barn inskrivna 2014	Föräldrar erbjudna föräldrastöd i grupp		Föräldrar, som erbjudits föräldragrupp och som deltagit vid minst 3 tillfällen			Erbjudna spädbarnsmassage	
	antal	antal	andel %	antal	Andel av tot. antalet föräldrar %	Andel av erbjudna.	JA	NEJ
Myrviken	28	27	96,4	14	50,0	51,9	X	
Svenstavik	46	27	58,7	17	37,0	62,9	X	
<b>Berg</b>	<b>74</b>	<b>54</b>	<b>73</b>	<b>31</b>	<b>41,9</b>	<b>57,4</b>		
Bräcke	21	0	0	0	0	0		X
Gällö	15	10	25,6	5	12,8	50	X	
Kälarne	3	0	0	0	0	0		X
<b>Bräcke</b>	<b>39</b>	<b>10</b>	<b>66,7</b>	<b>5</b>	<b>33,3</b>	<b>50</b>		
Hede	13	12	92,3	4	30,8	33,3	X	
Funäsdalen	15	0	0	0	0	0		X
Sveg	43	43	100	27	62,8	62,8	X	
<b>Härjedalen</b>	<b>71</b>	<b>55</b>	<b>77,5</b>	<b>31</b>	<b>43,7</b>	<b>56,4</b>		
Föllinge	10	0	0	0	0	0		X
Krokom/Ås	112	50	44,6	28	25,0	56	X	
Offerdal	23	16	69,6	8	34,8	50		X
<b>Krokom</b>	<b>145</b>	<b>66</b>	<b>45,5</b>	<b>36</b>	<b>24,8</b>	<b>54,5</b>		
Bispgården	9	0	0	0	0	0		X
Hammarstrand	28	25	89,3	18	64,3	72	X	
Stugun	12	12	100%	12	100%	100		X
<b>Ragunda</b>	<b>49</b>	<b>37</b>	<b>75,5</b>	<b>30</b>	<b>61,2</b>	<b>81,1</b>		
Backe	7	*		*			X	
Gäddede	3	3	100	3	100	100	X	
NNV	16	0	0	0	0	0	X	
NNVHoting	12	0	0	0	0	0		X
NNVStrömsund	8	0	0	0	0	0		X
Strömsund FC	59	47	79,7	13	22,0	27,7	X	
<b>Strömsund</b>	<b>105</b>	<b>50*</b>	<b>51*</b>	<b>16*</b>	<b>16,3*</b>	<b>32*</b>		
Hallen	12	12	100	9	75,0	75	X	
Järpen	33	33	100	14	42,4	42,4	X	
Åre	76	61	80,3	39	51,3	63,9	X	
<b>Åre</b>	<b>121</b>	<b>106</b>	<b>87,6</b>	<b>62</b>	<b>51,2</b>	<b>58,5</b>		
Brunflo	100	38	38,0	18	18,0	47,4	X	
Frösön	164	71	43,3	54	76,0	76,1	X	
Lit	35	35	100	15	42,9	42,9	X	
Lugnvik	67	25	37,3	19	28,4	76		X
Odensala	115	*		*			X	
Torvalla	87	39	44,8	24	27,6	61,5	X	
Zätaqränd	210	120	57,1	92	43,8	76,7	X	
<b>Östersund*</b>	<b>778</b>	<b>328*</b>	<b>49,4*</b>	<b>222*</b>	<b>222/(663)=33,5*</b>	<b>222/(328)=67,7*</b>		
<b>Jämtlands*</b>	<b>1382</b>	<b>706*</b>	<b>56*</b>	<b>417*</b>	<b>33,1*</b>	<b>59,1*</b>	<b>20</b>	<b>10</b>

\*Inga uppgifter antal erbjudna och antal deltagit från Odensala samt Backe.

Tabell 21 Föräldrastöd i grupp för förstagångsföräldrar till barn f. 2014 och som deltagit vid minst tre grupptillfällen, kommunvis. Tabell över enhetsvis fördelning kan erhållas på förfrågan.

Kommun Län	Antal inskrivna barn födda 2014			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 mödrar	första barn fäder	antal	andel %	antal	andel %	antal	andel %	andel %	antal	andel %
Berg	74	25	25	25	100	23	92	16	64	64	2	8,6
Bräcke	39	12	13	2	16,7	3	23,1	1	8,3	50	0	0
Härjedalen	71	29	29	22	75,9	22	75,9	12	41,4	54,5	3	13,6
Krokom	149	49	50	46	93,9	39	78	32	65,3	69,6	10	25,6
Ragunda	49	21	25	18	85,7	18	72	16	76,2	88,9	3	16,7
Strömsund*	105	23*	30*	18*	78,3*	21*	70*	9*	39,1*	50*	5*	23,8*
Åre	121	61	62	55	90,2	50	80,6	47	77	85,5	16	25,8
Östersund*	778	341	346	278*	93,6*	269*	89,1*	208*	70*	74,8*	83*	30,9*
<b>Jämtlands län*</b>	<b>1382</b>	<b>561*</b>	<b>580*</b>	<b>464*</b>	<b>82,7*</b>	<b>445*</b>	<b>76,7*</b>	<b>341*</b>	<b>58,8*</b>	<b>73,5*</b>	<b>122*</b>	<b>27,4*</b>

\* Inga uppgifter inlämnade från Odensala (115 barn) samt Backe (7 barn).

## 18.7 Antal inskrivna barn födda 2008-2015 på respektive BVC i länet

Tabell 23 Antal inskrivna barn: nyfödda resp. totalt antal barn 0 – 6 år per BVC den 31/12 2008-2015

	År	Nyfödda	Totalt		År	Nyfödda	Totalt
<b>1. Backe/Hoting</b>	2008	20	126	<b>5. Fjällhälsan Hede</b>	2008	17	128
	2009	19	120		2009	16	111
	2010	10	65		2010	13	122
<b>Backe</b>	2011	6	59		2011	11	86
	2012	3	51		2012	13	79
	2013	13	75		2013	15	97
	2014	13	72		2014	13	95
	2015	uppgift saknas			2015	18	97
<b>2. Bispgården</b>	2008	9	64	<b>6. Funäsdalen</b>	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
	2015	7	57		2015	17	112
<b>3. Brunflo</b>	2008	77	557	<b>7. Frösön</b>	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
	2015	86	535		2015	171	1025
<b>4. Bräcke</b>	2008	21	136	<b>8. Föllinge</b>	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
	2015	25	137		2015	8	83

	År	Nyfödda	Totalt			År	Nyfödda	Totalt
<b>9. Gäddede</b>	2008	8	40		<b>14. Krokom/Ås</b>	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
	2015	8	43			2015	103	704
<b>10 Gällö</b>	2008	19	146		<b>15. Kälarne</b>	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
	2015	8	87			2015	5	33
<b>11. Hallen</b>	2008	31	166		<b>16. Lit</b>	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
	2015	17	95			2015	30	246
<b>12. Hammarstrand</b>	2008	26	143		<b>17. Lugnvik</b>	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
	2015	30	169			2015	73	437
<b>13. Järpen</b>	2008	71	166		<b>18. Myrviken</b>	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
	2015	35	196			2015	31	176

	År	Nyfödda	Totalt		År	Nyfödda	Totalt	
<b>19. NNV Hoting/Strömsund</b>	2008	0	0		<b>24. Sveg</b>	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
	2015	17	115			2015	52	308
<b>20. Odensala</b>	2008	96	578		<b>25. Svenstavik</b>	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
	2015	100	643			2015	47	240
<b>21. Offerdal</b>	2008	24	151		<b>26. Torvalla</b>	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
	2015	34	183			2015	98	516
<b>22. Strömsund</b>	2008	49	344		<b>27. Utrikeshälsan Hammerdal</b>	2008	23	142
	2009	58	315			2009	18	132
	2010	62	311			2010	18	116
	2011	64	318			2011	15	99
	2012	71	356			2012	38	121
	2013	68	353		<b>NNV Hammerdal</b>	2013	18	121
	2014	63	379			2014	16	116
	2015	72	390			2015	15	117
<b>23. Stugun</b>	2008	13	80		<b>28 Zätagränd</b>	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
	2015	5	74			2015	235	1147

	<b>År</b>	<b>Nyfödda</b>	<b>Totalt</b>			<b>År</b>	<b>Nyfödda</b>	<b>Totalt</b>
<b>29</b>								
<b>Åre</b>	2008	71	364					
	2009	63	366					
	2010	89	392					
	2011	70	393					
	2012	64	406					
	2013	50	395					
	2014	65	377					
	2015	77	477					

## 18.8 Antal barn födda 2007-2014 som hel- och delammas på resp. BVC

Tabell 24 Andel (%) helammade vid 4 månaders ålder och ammade, helt och/eller delvis, vid 6 månaders ålder på respektive BVC. Barn födda 2007 – 2014

	År	4mån	6mån		År	4mån	6mån
<b>1. Backe/Hoting</b>	2007	71/18	71	<b>6. Funäsdalen</b>	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
<b>Backe</b>	2012	33,3	100,0		2012	68,4	100,0
	2013	64,3	71,4		2013	57,1	76,2
	2014	14,3	57,1		2014	85,7	92,9
<b>2. Bispgården</b>	2007	53,8	61,5	<b>7. Frösön</b>	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
	2014	44,4	44,4		2014	68,1	73,8
<b>3. Brunflo</b>	2007	57,6	66,3	<b>8. Föllinge</b>	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
	2014	50,5	56,6		2014	57,1	57,1
<b>4. Bräcke</b>	2007	40,0	26,3	<b>9. Gäddede</b>	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
	2014	61,1	61,1		2014	33,3	100
<b>5. Fjällhälsan Hede</b>	2007	62,5	68,8	<b>10. Gällö</b>	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
	2014	41,7	50,0		2014	64,3	50,0



	År	4mån	6mån			År	4mån	6mån
<b>11. Hallen</b>	2007	65,0	65,0		<b>16. Lit</b>	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
	2014	50,0	41,7			2014	48,6	60,0
<b>12. Hammarstrand</b>	2007	59,1	59,1		<b>17. Lugnvik</b>	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
	2014	57,1	64,3			2014	68,7	73,1
<b>13. Järpen</b>	2007	50,0	41,7		<b>18. Myrviken</b>	2007		64,3
	2008	50,0	54,5			2008		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
	2014	66,7	66,7			2014	35,7	57,1
<b>14. Krokomb</b>	2007	63,2	63,2		<b>19. NNV Hoting/Strömsund</b>	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
<b>Krokomb/Nälden</b>	2012	52,1	52,1			2012	58,3	66,7
	2013	60,3	65,5			2013	61,1	44,4
<b>Krokomb/Ås</b>	2014	65,2	61,6		<b>NNV Hoting/Strömsund</b>	2014	33,3/41,7	33,3/50
<b>15. Kälarne</b>	2007	42,9	50,0		<b>20. Nälden</b>	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			Ingår i Krokomb fr.o.m. 2012		
	2013	50,0	25,0					
	2014	66,7	66,7					

	År	4mån	6mån			År	4mån	6mån
<b>21. Odensala</b>	2007	65,9	74,7		<b>26. Svenstavik</b>	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
	2014	58,8	70,2			2014	66,7	74,4
<b>22. Offerdal</b>	2007	85,7	81,0		<b>27. Torvalla</b>	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
	2014	52,2	52,2			2014	37,6	49,4
<b>23. Strömsund</b>	2007	51,1	68,1		<b>28. Utrikeshälsan h-dal</b>	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		<b>NNV Hamnerdal</b>	2012	53,1	48,4
	2013	60,9	66,7			2013	68,8	71,4
	2014	41,7	56,0			2014	37,5	46,7
<b>24. Stugun</b>	2007	43,8	56,3		<b>29. Zätagränd</b>	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
	2014	75,0	91,7			2014	59,2	62,6
<b>25. Sveg</b>	2007	71,1	76,3		<b>30. Åre</b>	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
	2014	48,8	58,1			2014	59,4	75,4

	År	4mån	6mån			År	4mån	6mån
<b>31. Ås</b>	2007	82,5	82,5					
	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					
	2014	Ingår i Krokom/Ås						

## 18.9 Antal barn födda 2007-2014 med rökande mammor och pappor på resp. BVC

Tabell 25 Andel (%) rökande mammor och pappor till barn födda 2007 – 2014 på respektive BVC

		Mor 4 v	Mor 8 m	Far 4 v	Far 8 m
<b>1. Backe/Hoting</b>	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
<b>Backe</b>	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
	2014	0	0	14,3	14,3
<b>2. Bispgården</b>	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
	2014	0	0	0	0
<b>3. Brunflo</b>	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
	2014	5,2	7,3	20,0	20,2
<b>4. Bräcke</b>	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
	2014	0	0	10,5	10,5

		Mor 4 v	Mor 8 m	Far 4 v	Far 8 m
<b>5.</b>					
<b>Fjällhälsan,Hede</b>	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
	2014	16,7	16,7	9,1	9,1
<b>6.</b>					
<b>Funäsdalen</b>	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
	2014	0	0	0	0
<b>7.</b>					
<b>Frösön</b>	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
	2014	1,9	1,9	1,9	1,9
<b>8.</b>					
<b>Föllinge</b>	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
	2014	0	0	16,7	16,7
<b>9.</b>					
<b>Gäddede</b>	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
	2014	0	0	0	0

		<b>Mor 4 v</b>	<b>Mor 8 m</b>	<b>Far 4 v</b>	<b>Far 8 m</b>
<b>10.</b>					
<b>Gällö</b>	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
	2014	0	0	7,1	7,1
<b>11.</b>					
<b>Hallen</b>	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
	2014	0	8,3	0	0
<b>12.</b>					
<b>Hammarstrand</b>	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
	2014	7,1	7,1	7,1	7,1
<b>13.</b>					
<b>Järpen</b>	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
	2014	0	0	18,2	15,2
<b>14.</b>					
<b>Krokom</b>	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
<b>Krokom/Ås</b>	2014	0	2,7	6,3	5,4

		<b>Mor 4 v</b>	<b>Mor 8 m</b>	<b>Far 4 v</b>	<b>Far 8 m</b>
<b>15.</b>					
<b>Kälarne</b>	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
	2014	0	0	0	0
<b>16.</b>					
<b>Lit</b>	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
	2014	2,9	2,9	5,7	5,7
<b>17.</b>					
<b>Lugnvik</b>	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
	2014	1,5	1,5	3,1	3,1
<b>18.</b>					
<b>Myrviken</b>	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
	2014	0	0	3,6	3,6
<b>19.</b>					
<b>NNV Hoting/Strömsund</b>	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
<b>NNV Hoting/Strömsund</b>	2014	0/0	0/0	16,7/0	16,7/0

		Mor 4 v	Mor 8 m	Far 4 v	Far 8 m
<b>20. Nälden</b>	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	Ingår i Krokom/Ås fr.o.m 2012			
<b>21. Odensala</b>	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
	2014	2,7	2,7	8,3	8,3
<b>22. Offerdal</b>	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
	2014	8,7	8,7	8,7	8,7
<b>23. Strömsund</b>	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
	2014	4,1	4,8	6,1	0
<b>24. Stugun</b>	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
	2014	9,1	8,3	8,3	8,3



		<b>Mor 4 v</b>	<b>Mor 8 m</b>	<b>Far 4 v</b>	<b>Far 8 m</b>
<b>25.</b>					
<b>Sveg</b>	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
	2014	2,3	4,7	7,0	7,0
<b>26.</b>					
<b>Svenstavik</b>	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
	2014	7,3	4,9	9,8	9,8
<b>27.</b>					
<b>Torvalla</b>	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
	2014	7,1	7,1	15,5	12,0
<b>28.</b>					
<b>Utrikeshälsan,Hammerdal</b>	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
<b>NNV Hammerdal</b>	2012	0	0	12,5	12,5
	2013	0	0	0	6,3
	2014	0	0	6,7	6,7
<b>29.</b>					
<b>Zätagränd</b>	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
	2014	1,9	1,4	3,4	3,4

		<b>Mor 4 v</b>	<b>Mor 8 m</b>	<b>Far 4 v</b>	<b>Far 8 m</b>
<b>30.</b>					
<b>Åre</b>	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
	2014	0	0	0	0
<b>31.</b>					
<b>Ås</b>	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
	2014	Ingår i Krokomb/Ås			

