Barnhälsovårdens kvalitetsutveckling i Jämtlands län

Resultatredovisning 2008

Föräldra- Barnhälsan

Kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård i Jämtlands län

Jämtlands Läns Landsting

Innehållsförteckning

1 Konventionen om Barnets Rättigheter 4
2 Sammanfattning av barnhälsovårdens utveckling 2008 5
2.1 Resultatsammanställning 2008 6
3 Länets barnhälsovårdsorganisation 7
4 Kommunala basdata 2008 8
4.1 Definitioner och kommentarer 9
4.2 Barnfattigdomen i Jämtlands län 10
5 Barn och personal i förskola 11
6 Antal födda i Jämtlands län under perioden 1990-2008 12
6.1 Spädbarnsdödligheten Jämtlands län 12
6.2 Plötslig spädbarnsdöd (SIDS) 13
6.3 Shaken Baby Syndrome / Mental vaccination 13
7 Inskrivna och övervakade barn med födelseår 2002-2008 14
7.1 Bemanning och kontinuitet på barnavårdscentralen 14
7.2 Hembesök hos nyblivna föräldrar i Jämtlands län 16
7.3 Hembesök hos adoptiv- och flyktingbarn under 2008 17
7.4 Föräldrastöd i grupp 18
7.5 Spädbarnsmassage 19
7.6 Vägledande Samspel/ICDP 20
8 Projekt Föräldrautbildning i Utveckling 21
9 Pappagruppsverksamheten under 2008 22
10 Pappaindex 2008 23
11 Sammanfattning socionom- och psykologverksamhet på Föräldra- Barnhälsan 24
12 Genusprojekt riktat till mödra- och barnhälsovården 25
13 Psykisk ohälsa 26
14 Amning 27
15 Rökning 29
16 Snusning 30
17 Alkohol 30
18 Vaccinationer 31
19 BMI 34
20 Kost och motionsvanor samt skärmtid hos 4-åringar 35
21 Barn som far illa 35
22 Samverkan med förskolan 36
23 Samarbete med Tandhälsovården 37
24 Samarbete med hörselvården 37
25 Barnhälsovårdens Stora Pris 2008 38
26 Fortbildningsaktiviteter 39
27 Avslutande tankar och inför ett nytt verksamhetsår 43
28 Riktlinjer 2009 för barnhälsovården i Jämtlands län (4) 45
28.1 Styrdokument 45
28.2 Barnhälsovårdens mål 46
28.3 Resurser 46
28.4 Föräldra- Barnhälsan 47
28.5 Innehåll i verksamheten 47
28.6 Kravspecifikation 50
28.7 Målsättning 51
28.8 Kommentarer till hälsoövervakningsprogrammet 52
28.9 BVC´s hälsoövervakningsprogram (Jämtland) 53
29 Referenser 54

1 Konventionen om Barnets Rättigheter

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

Barnkonventionens fyra huvudartiklar är:

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

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

2 Sammanfattning av barnhälsovårdens utveckling 2008

- Bifogade resultatsammanställning för barnhälsovården i Jämtlands län baseras på de statistikuppgifter som samtliga barnavårdscentraler redovisat i januari 2009.

- Länets kommuner visar fortsatt samma mönster där Östersund har bäst jämlikhetsindex, högst andel vuxna med eftergymnasial utbildning, lägst barnfattigdomsindex men däremot flest anmälda brott liksom våldsbrott.

- Barnafödandet har fortsatt att stiga till årets 1344 nyfödda i länet - en ökning med drygt 30 procent sedan år 2000.

- Hembesök är ett bra tillfälle att etablera en god kontakt mellan föräldrar och BVC. Andelen föräldrar som fått hembesök är 65,8 procent varav 69,6 procent av förstagångsföräldrarna fått hembesök.

- Föräldragruppsverksamheten har fortsatt bra deltagande av mammor medan pappornas deltagande fortfarande är lågt.

- Pappaindex visar att pappor i Jämtland fortsatt tar ut föräldraledighet i större utsträckning än genomsnittet för riket. Årets vinnare bland länets kommuner är Strömsund.

- Utveckling av Föräldrastöd Z fortsätter. Internatutbildning med aktuell personal planeras till hösten 2009. Dessutom fortsätter planeringen av utbildning i ”Vägledande samspel”, ICDP, plus att all personal får utbildning i Genus kopplat till föräldraskap.

- EPDS – en metod att tidigt upptäcka och därigenom kunna stödja nedstämda föräldrar användes under år 2008 vid 91 procent av länets BVC-mottagningar. Under år 2007 har EPDS använts till drygt hälften av alla nyblivna föräldrar.

- Rökningen hos såväl nyblivna mammor som nyblivna pappor fortsätter att minska.

- Vaccinationsfrekvensen är god.

- Amningen minskar i länet.

- BMI registrering av länets 4 åringar visar att övervikt och fetma utvecklingen har avstannat och möjligen börjat minska.

- Det alkoholpreventiva arbetet inom BHV, med fokus på hur föräldrars alkoholvanor påverkar barnen, fungerar rutinmässigt på de flesta barnavårdscentralerna. Under 2009 planeras ytterligare utbildningsinsatser till ny personal samt en enkätuppföljning för att se vad som hänt sen 2005.

- Arbetsgrupper för vaccinationsfrågor och övervikt/fetma i samverkan med barn- och ungdomskliniken har bildats och fungerar väl.

- Förstudien med att kravspecificera en kommande datajournal inom barnhälsovården fortsätter.

- Barnhälsovårdens Stora Pris delades ut på Barnhälsovårdsdagen.

2.1 Resultatsammanställning 2008

Område	Uppsatt mål 2008	Uppnått mål 2008	Resultat +/-
Hälsoövervakning	99 % av barn 0-1 år	99,9 %	+
Hembesök förstagångsföräldrar	95 % får hembesök	69,5 %	-
Hembesök adoptivföräldrar	Alla ska erbjudas hembesök snarast	57 %	-
Föräldragrupp	Alla nyblivna föräldrar ska erbjudas att delta	74%	-
Föräldragrupp förstagångsföräldrar	70 % har deltagit vid minst 3 grupptillfällen	77%	+
Föräldragrupp flerbarnsföräldrar	30 % har deltagit vid minst 3 grupptillfällen	21%	-
Förskola	Alla förskolor skall erbjudas besök minst 1 gång/termin av BVC-sjuksköterskan	32 %	-
Psykisk ohälsa	80 % av BVC-mottagningarna anv. EPDS regelbundet	91%	+
Amning	80 % av barnen ammas helt vid 2 mån. ålder	75,7 %	-
Amning	70 % av barnen ammas helt vid 4 mån. ålder	63,6 %	-
Amning	75 % av barnen ammas helt eller delvis vid 6 mån ålder	69,9 %	-
Rökning	96 % rökfria mödrar när barnet är 0-4 v gammalt	97,4 %	+
Rökning	93 % rökfria föräldrar när barnet är 8 månader gammalt	92,6 %	(+)
Vaccinationer	97 % av barnen MPR vaccinerade före 2 års ålder	96,8%	(+)
Vaccinationer	99 % av barnen vaccinerade med DTP-, polio- och Hibvaccin	97,7 %	(+)
BMI	96 % av barnen skall registreras vid 4-årskontrollen	79 %	-

3 Länets barnhälsovårdsorganisation

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

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

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

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

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

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

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

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

Kravspecifikation för barnhälsovården i Jämtlands län

Barnhälsovårdens kravspecifikation baseras framförallt på socialstyrelsens skrift (1) och nationella målbeskrivningar för sjuksköterske- och läkartjänstgöring inom barnhälsovården (2,3). I dokumentet ”Riktlinjer för barnhälsovården i Jämtlands län” (4) finns angivet vilka ytterligare styrdokument som gäller, vilka resurser som behövs, innehåll i verksamheten samt kravspecifikation. All personal inom barnhälsovården i Jämtlands län har alltsedan 2007 via www.growingpeople.se fått fri tillgång till en nationell Metodhandbok för arbetet inom barnhälsovården.

I den här skriften presenteras årsstatistik och resultatsammanställning från länets samtliga barnavårdscentraler baserad på de uppgifter som barnavårdscentralerna lämnar in under januari månad 2009.
Resultaten redovisas på liknande sätt som under tidigare år. Resultaten jämförs med de mål som angetts i kravspecifikationen gällande för 2008.

4 Kommunala basdata 2008

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

Tabell I Basdata 2008 (5)

Kommun	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund	Riket
Jämlikhetsindex år 2006	154	150	129	122	157	162	127	108,5	
Eftergymnasial utbildn. (25-44 år) 2007 %	25	22	21	32	21	22	35	45	41
Arbetslöshet (inkl. arb. markn.åtgärder 25-44 år) okt 2008 %	4	6	4	5	8	8	4	6	4
Andel män med låg inkomst %	14	14	16	13	14	15	17	15	22
Andel kvinnor med låg inkomst %	17	19	16	16	15	17	20	19	18
Anmälda brott 2007 per 100 000 inv.	7471	6512	8936	6992	5833	6912	13153	13784	14280
varav våldsbrott	1621	1509	1994	1764	987	2089	2085	2519	2469
Alkoholrelaterad dödlighet (antal döda per 100 000 inv.) 2001-2005 Män	14,7	36,9	43,5	26,7	46,8	73,1	58,6	34.0	44.9
Kvinnor	6,8	7,3	3,9	12,1	12,2	14,2	11,1	12,3	11,1
Andel ensamstående med hemmavarande barn och låg inkomst 2006 %	36	36	39	33	36	34	37	28	33
Barnfattigdomsindex 2006, svensk bakgrund	10	8	10	7	9	11	9	7	6
Barnfattigdomsindex 2006, utländsk bakgrund	49	51	37	34	17	39	24	30	30
Låg födelsevikt 2003- 2005 antal per 1000 födda födelsevikt <2500 gr	14,7	63,6	47,6	62,7	71,4	62,5	20,6	41,1	43,1

4.1 Definitioner och kommentarer

- Jämlikhetsindex är en sammanslagning av 12 variabler. För varje variabel rangordnas kommunerna efter hur stor skillnad det är mellan kvinnor och män. Minsta skillnad får rang 1 (bäst) och största skillnaden får rang 290. För tre av variablerna mäts även hur höga värden variablerna har. Indexet är ett medelvärde av de 15 (12+3) rangerna. Variabler som ingår: eftergymnasial utbildning, förvärvsarbetande, arbetssökande, medelinkomst, spridning på näringsgrenar, föräldrapenning, ohälsotal, unga vuxna, kommunfullmäktige, kommunstyrelse och egna företagare.
  Jämlikhetsindex 2006 publicerades i december 2006. Statistiken avser 2004 och 2005. Bästa kommun i landet har index 71 och sämsta kommun index 211.

- Jämlikhetsindex är bäst i Östersund (28/290) och sämst i Strömsund (208/290).

- I Östersund är andelen vuxna i åldern 25-44 år med eftergymnasial utbildning högre än riksgenomsnittet.

- Andelen arbetslösa i åldern 25-44 år är oktober 2008 lägst i Åre – annars 1-2 procent högre bland länets övriga kommuner.

- Låginkomstgränsen är den sammanräknade inkomsten under vilken 20 procent av alla inkomsttagare i riket ligger. Fler kvinnor än män i länet har låg inkomst.

- Antalet anmälda brott är lägst i Ragunda liksom risken för att bli utsatt för våldsbrott.

- Alkoholrelaterad dödlighet 2001-2005 beskriver sjukdomar eller dödsfall med alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak. Observera att statistiken påverkas av åldersstrukturen i kommunen. Åre och Strömsund ligger fortsatt högst i länet och betydligt över riksgenomsnittet för män men också för kvinnor.

- Låg födelsevikt anger antal födda med en födelsevikt mindre än 2500 gram per 1000 födda (3-års medelvärden). Risken att födas med låg födelsevikt är högre i socialt belastade områden. Berg och Åre har fortsatt betydligt färre barn med låg födelsevikt än riksgenomsnittet.

- Barnfattigdomsindex 2006 avser barn 0-17 år som finns i ekonomiskt utsatta hushåll. Med ekonomiskt utsatta hushåll menas hushåll med låg inkomst eller socialbidrag. Med låg inkomst menas lägsta utgiftsnivå baserad på socialbidragsnormen och en norm för boendeutgifter.

- Barnfattigdomsindexet i familjer med utländsk bakgrund ligger betydligt över riksgenomsnittet i Berg och Bräcke.

4.2 Barnfattigdomen i Jämtlands län

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

Den första studien omfattade åren 1991-1999. Den återspeglade tydligt den ekonomiska krisen under 1990-talet och de stora förändringarna i trygghetssystemen som gjordes. Under den här perioden ökade barnfattigdomen kraftigt och låg som högst på 22,3 procent år 1997.

I årets rapport (6), som är den sjunde i ordningen, avhandlas barnfattigdomen år 2006. Det är de färskaste tillgängliga siffrorna. År 2006 rådde högkonjunktur i Sverige sedan flera år, och barnfattigdomen minskade i landet som helhet.

Under den förra ekonomiska krisen ökade inte bara fattigdomen totalt sett, utan också klyftorna mellan den rikaste och fattigaste tiondelen av barnfamiljerna. En majoritet av de fattigaste barnen hade utländsk bakgrund och/eller levde med en ensamstående förälder. Under 2000-talet har barnfattigdomen minskat men inte klyftorna. De har i stället fortsatt att öka, och var under högkonjunkturåret 2006 de största sedan mätningarna inleddes.

När detta skrivs i början av år 2009 är Sverige åter på väg in i en lågkonjunktur, vars omfattning vi ännu inte kan bedöma.
Under kommande år är det mycket stor risk för att inte bara den totala barnfattigdomen kommer att öka utan också att klyftorna mellan de rikaste och de fattigaste ytterligare kommer att vidgas. Både självförtroende och framtidstro minskar hos barn som upplever att det är stor skillnad mellan vad de själva har för möjligheter och vad andra barn kan göra. Se tabell II!

Tabell II Andel fattiga barn 0-17 år per kommun (%) samt ranking 2006

Kommun	**1991**	**1994**	**1997**	**2001**	**2004**	**2005**	**2006**	**Ranking**
Berg	16,7	25,5	18,4	16,6	12,5	12,6	12,0	212
Bräcke	16,7	27,9	17,9	13,9	13,0	13,1	13,3	245
Härjedalen	16,6	24,5	18,8	13,7	13,2	12,9	12,5	229
Krokom	13,8	19,6	14,2	10,6	10,8	10,7	9,7	133
Ragunda	16,6	27,7	19,4	14,4	11,8	10,4	9,3	118
Strömsund	18,2	28,4	23,2	17,3	15,8	15,1	14,0	259
Åre	18,7	23,5	27,7	13,3	12,7	10,0	10,5	163
Östersund	11,9	18,2	14,1	11,7	10,2	9,1	8,8	101

5 Barn och personal i förskola

Skolverket (7) presenterar årligen utbildningsstatistik. En allt större andel av alla barn går i förskola. Hösten 2008 är 81 procent av alla 1-5 åringar inskrivna, hösten 2000 var andelen 66 procent.
Av de 91 600 som är anställda i förskolan är andelen män oförändrat 3 procent - en siffra som är oförändrad under de senaste 10 åren.
Hösten 2008 består en genomsnittlig förskolegrupp av 16,9 barn. Under 1980-talet var det ovanligt med fler än 15 barn i en grupp. Men kommunernas dåliga ekonomi i början av 1990-talet gjorde att man tog in allt fler barn i grupperna. Hösten 2008 går det i genomsnitt 5,3 barn per årsarbetare i förskolan. Det är nästan ett barn mer än under 1980-talet när genomsnittet låg kring drygt 4 barn. Se tabell III!

Tabell III

År	**Genomsnittligt antal barn per grupp**	**Genomsnittligt antal barn per årsarbetare**
1985	13,4	4,3
1990	13,8	4,4
1995	16,7	5,5
2003	17,2	5,4
2004	17,2	5,4
2005	17,0	5,2
2006	16,7	5,1
2007	16,7	5,2
2008	16,9	5,3

I Jämtlands län är den genomsnittliga gruppstorleken 15,6 barn med som lägst 14,5 barn/grupp i Berg och Strömsund och som högst 16,0 barn i Östersund.

Antalet inskrivna barn per årsarbetare i förskolan varierar i vårt län från 4,8 barn per årsarbetare i Ragunda kommun till som flest, 5,7 barn per årsarbetare i Åre kommun. Skillnaderna accentueras ytterligare om man delar upp i såväl kommunala som enskilda förskolor.

Det finns vissa skillnader mellan kommunala och enskilda förskolor vad gäller ex. personalens utbildningsnivå. Medan 53 procent av årsarbetarna i kommunala förskolor har en pedagogisk högskoleutbildning är motsvarande andel i de enskilda förskolorna 43 procent - en minskning senaste året på 2 procent. En liknande bild ses i vårt län.

6 Antal födda i Jämtlands län under perioden 1990-2008

Antalet födda i Jämtlands län 2008 visar fortsatt på stigande födelsesiffror jämfört med födelsetalen omkring millennieskiftet och framöver. Se tabell IV!

Tabell IV Antal nyfödda i Jämtlands län efter födelseår

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

Barnafödandet i länet under 2000-talet har stigit med dryga 30 procent från 1028 nyfödda barn till 1344 nyfödda år 2008.

6.1 Spädbarnsdödligheten Jämtlands län

Mellan åren 1984 och 1996 sjönk spädbarnsdödligheten (antal döda barn i åldern 0-1 år/1000 levande födda barn) dramatiskt i Jämtlands län från 7,5 till 2,3 - från Sveriges högsta till den lägsta. Intresserade hänvisas till Barnhälsovårdens Årsrapport 2004, 2006 och 2007.

Spädbarnsdödligheten i Sverige under åren 2004-2007 kvarligger på en mycket låg nivå internationellt: 3,1 - 2,4 - 2,8 och 2,5. Uppgift för år 2008 är ännu inte tillgänglig.

Senaste sammanställningen över spädbarnsdödligheten länsvis (8) är ett medelvärde för perioden 2003 till 2007. Jämtland har en låg spädbarnsdödlighet motsvarande riksgenomsnittet. Se tabell V!

Tabell V Spädbarnsdödlighet länsvis 2003 - 2007

Län	**Dödlighet första levnadsdygnet**	**Dödlighet första levnadsveckan**	**Dödlighet första levnadsmånaden**	**Dödlighet första levnadsåret**
Stockholms län	0,6	1,3	1,8	2,5
Uppsala län	0,3	1,0	1,7	2,3
Skåne län	0,7	1,4	1,8	2,6
Västernorrlands län	0,7	1,6	2,1	3,7
Västerbottens län	0,5	1,0	1,3	2,2
Norrbottens län	1,2	2,3	2,9	3,7
Jämtlands län	**0,6**	**1,4**	**1,9**	**2,8**
Riket	**0,7**	**1,4**	**1,9**	**2,8**

6.2 Plötslig spädbarnsdöd (SIDS)

Under hela 1980-talet ökade antal barn som dog i SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) i Sverige. 1990 dog 146 barn i Sverige i plötslig spädbarnsdöd. På 1990-talet presenterades forskningsresultat som utmynnade i råd till föräldrar att lägga barnen på rygg istället för på mage när de skulle sova. Alltsedan dess har dödligheten i SIDS minskat påtagligt. Alltsedan år 2000 har antalet drabbade barn (9) årligen varit färre än 30. Under år 2006 drabbades 24 barn varav 15 pojkar. I vårt län har under 2000-talet 3 barn avlidit - ett barn år 2000, ett barn år 2007 och ett barn år 2008.

Råd till nyblivna föräldrar angående plötslig spädbarnsdöd förmedlas redan på BB men förmedlas också vid BVC-sjuksköterskans hembesök som vanligtvis sker inom en vecka efter hemkomsten från BB. Broschyren ”Minska risken för plötslig spädbarnsdöd”, utgiven av Socialstyrelsen år 2006, delas ut. Broschyren kan laddas ned från Socialstyrelsens webbplats: www.socialstyrelsen.se

Råden kan sammanfattas som:

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

6.3 Shaken Baby Syndrome / Mental vaccination

Shaken Baby Syndrome är den näst vanligaste dödsorsaken hos barn under 6 månaders ålder. Bara plötslig spädbarnsdöd är vanligare.
Ett oroligt och skrikande spädbarn kan vara påfrestande för alla i familjen. Det är lätt att känna sig ledsen och otillräcklig om barnet inte lugnar sig. Men även om barnet fortsätter att skrika:
SKAKA ALDRIG DITT BARN!
Det lilla barnets huvud är stort och tungt i förhållande till kroppen. Om huvudet slänger häftigt fram och tillbaka finns risk att blodkärl inuti skallen slits av och orsakar blödningar i hjärnan och i ögonbottnar. Såväl dödsfall som livslånga svåra handikapp blir följden.

Mental vaccination är ett begrepp som har myntats från barnhälsovården i Stockholm. Föräldrar ska via muntlig och skriftlig information vid åtminstone 3 tillfällen - på barnmorskemottagningen, på BB och vid BVC-sjuksköterskans hembesök - få kunskap om hur farligt det är att skaka sitt barn och få råd om vad man kan göra om mitt barn skriker.
Aktuella broschyrer som kan beställas är: ”Mitt barn skriker” och ”Små barn är speciella”.

7 Inskrivna och övervakade barn med födelseår 2002-2008

Antalet inskrivna barn vid barnavårdscentralerna i Jämtlands län den 31.12.2008 var 8002 barn vilket är en ökning med 139 barn sedan föregående årsskifte.

Andelen övervakade barn, d.v.s. de som träffat sjuksköterskan och/eller läkaren på BVC under år 2008 fortsätter att vara hög, för 0-1 år är det så gott som 100 %. Mellan 1½ och 3 år är det inte någon rutinkontroll på BVC vilket gör att en något lägre andel är övervakade i den åldersgruppen men under åren fram till förskolestart närmar sig åter andelen övervakade barn 100 %. Föräldrar har sammanfattningsvis ett fortsatt mycket högt förtroende för barnhälsovården. Se tabell VI!

Tabell VI Inskrivna och övervakade barn inom Barnhälsovården 31.12.2008

BVC-mott	**Inskrivna barn efter födelseår**							
	2008	**2007**	**2006**	**2005**	**2004**	**2003**	**2002**	**Totalt**
Berg	57	64	76	71	65	79	0	412
Bräcke	48	44	57	56	62	62	0	329
Härjedalen	86	71	86	89	99	102	0	533
Krokom	169	170	191	182	195	168	1	1076
Ragunda	48	51	48	40	49	51	0	287
Strömsund	100	93	95	117	116	120	11	652
Åre	118	107	105	107	99	110	0	646
Östersund	720	732	667	654	662	630	2	4067
Länet								
Antal inskrivna	**1346**	**1332**	**1325**	**1316**	**1347**	**1322**	**14**	**8002**
Antal övervakade	**1344**	**1330**	**1104**	**1264**	**1321**	**1268**	**14**	**7645**
Andel % övervakade	**99,9**	**99,8**	**83,3**	**96,0**	**98,1**	**95,9**	**100**	**95,5**

7.1 Bemanning och kontinuitet på barnavårdscentralen

Bemanning och kontinuitet är fortsatt god på de flesta BVC i länet, i synnerhet på sjuksköterskesidan. Antalet läkare vid länets barnavårdscentraler varierar fortsatt mestadels beroende på läkarbrist – ”stafettläkare” men också på grund av ”familjeläkarsystem” vid några hälsocentraler och/eller utbildningsplatser för blivande barnläkare.

Antalet sjuksköterskor som under år 2008 har tjänstgjort vid länets barnavårdscentraler är 78 vilket är obetydligt fler jämfört med senare år. I verkligheten är det ”sanna” antalet sjuksköterskor betydligt lägre - ca 40 - då det endast har varit bekymmer med personalbyten vid två barnavårdscentraler. Kontinuiteten på sköterskesidan är således enastående god vid länets barnavårdscentraler.

Antalet läkare som tjänstgjort under året är 108 läkare att jämföra med 105 under år 2007. Det verkliga antalet läkare är lägre då samma läkare har tjänstgjort vid fler än en barnavårdscentral. Några barnavårdscentraler, bl.a. i Östersundsområdet skiljer ut sig markant och frågan behöver fortsatt följas då kontinuitet är ett viktigt kvalitetskriterium såväl för barn och föräldrar men också ur ett utbildningsperspektiv. Riktlinjerna i de nationella målbeskrivningarna för sjuksköterske- och läkartjänstgöring på BVC är att varje sjuksköterska och läkare på BVC får ansvar för minst 25 nyfödda per år. I ett glesbygdslän som vårt kan det vara svårt att genomföra rekommendationen till fullo men måste vara ett viktigt riktmärke i vår planering av BVC-verksamheten. Se tabell VII!

Tabell VII Antal personal som tjänstgjort på BVC under 2008.

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

Bräcke kommun	**Antal sjuksköt**	**Antal läk**
Bräcke	2	3
Kälarne	1	2
Gällö	2	2

Härjedalens kommun	**Antal sjuksköt**	**Antal läk**
Sveg	2	4
Funäsdalen	2	4
Hede	1	2
Ytterhogdal	1	1

Krokoms kommun	**Antal sjuksköt**	**Antal läk**
Föllinge	2	2
Krokom	3	3
Nälden	3	5
Offerdal	5	3
Ås	2	2

Ragunda kommun	**Antal sjuksköt**	**Antal läk**
Bispgården	2	1
Stugun	2	2
Hammarstrand	2	2

Strömsunds kommun	**Antal sjuksköt**	**Antal läk**
Backe	1	1
Gäddede	6-7	3
Hammerdal	2	1
Hoting	1	3
Strömsund	2	5

Åre kommun	**Antal sjuksköt**	**Antal läk**
Hallen	1	1
Mörsil	1	1
Åre	3	5
Järpen	1	3

Östersunds kommun	**Antal sjuksköt**	**Antal läk**
Brunflo	3	5
Frösön	4	6
Lit	2	1
Lugnvik	4	2
Odensala	2	5
Torvalla	3	4
Z-huset	4	13

7.2 Hembesök hos nyblivna föräldrar i Jämtlands län

Målsättning: Hembesök skall erbjudas samtliga föräldrar.

Hembesök är en viktig del av barnhälsovårdens arbete. På hemmaplan får föräldrar information i lugn och ro om vad barnhälsovården kan erbjuda. Det ger BVC-sjuksköterskan och familjen en möjlighet att lära känna varandra. Värdet av hembesök har undersökts bl.a. i en avhandling från Linköping (10). Föräldrar som fått hembesök var nöjdare jämfört med föräldrar som haft första kontakten med sjuksköterskan på barnavårdscentralen. Mödrar som fått hembesök var mer tillfredsställda med amningsrådgivningen och uppskattade möjligheten till samtal i lugn och ro.

Tabell VIII Första hembesök (%) barn födda 2007 och 2008 Jämtlands län

Kommun	**Första hembesök totalt till barn födda 2007**	**varav till först-föderskor 2007**	**varav till omföderskor 2007**	**Första hembesök totalt till barn födda 2008**	**varav till först-föderskor 2008**	**varav till omföderskor 2008**
Berg	50,0	60,0	45,5	38,6	66,7	28,6
Bräcke	75,0	70,6	77,8	95,8	95,7	96,0
Härjedalen	67,6	88,5	55,6	70,9	67,4	75,0
Krokom	77,1	82,0	74,3	84,6	84,5	84,7
Ragunda	94,1	100,0	91,2	97,9	95,8	100,0
Strömsund	62,4	83,8	48,2	60,7	70,5	51,1
Åre	41,1	34,7	46,6	43,2	45,3	40,7
Östersund	58,6	71,0	48,0	63,1	68,4	57,9
Jämtlands län	**61,8**	**71,2**	**54,9**	**65,8**	**69,6**	**62,4**

Andelen föräldrar som fått hembesök uppgår under 2008 till ca 66 % vilket är en klar ökning jämfört med föregående år ca 62 procent. Se tabell VIII!

Andelen förstagångsföräldrar som fått hembesök uppgår under såväl 2007 som 2008 till ca 70 %.

Vid en jämförelse mellan olika kommuner har ånyo Bräcke och Ragunda den högsta hembesöksfrekvensen såväl till först - som till omföderskor och lever således klart upp till barnhälsovårdens målsättning. Skillnaden inom länet är fortsatt betydande och behöver funderas över. Tidsbrist och att under sommar och semestertid, då det föds många barn, är bemanningen vid våra barnavårdscentraler samtidigt lägre.

7.3 Hembesök hos adoptiv- och flyktingbarn under 2008

Målsättning: Alla adoptiv- och flyktingföräldrar skall erbjudas hembesök snarast efter ankomsten till länet.

Tabell nedan visar att under år 2008 har 7 adoptivbarn och 22 flyktingbarn i åldrarna 0-6 år kommit till länet. Se tabell IX!

Tabell IX Hembesök adoptivbarn och flyktingbarn under 2008

Antal adoptivbarn som kommit under 2008	**varav erbjudits hembesök**	**varav fått hembesök**
7	4	4
Antal flyktingbarn som kommit under 2008	**varav erbjudits hembesök**	**varav fått hembesök**
22	11	10

Kommentarer: Adoptivbarn- täta kontakter på mottagningen, andra barnet.
Flyktingbarn: Träffat dem på mottagningen enklare när man måste ha tolk.
5 barn är inte klara med hälsoundersökningen och har därför inte hunnit skrivas in på BVC.

Målsättning ovan är inte uppnådd men kommentarer från BVC-sjuksköterskan visar på olika skäl bl.a. tolkbehov och att dröjsmål med hälsoundersökningar har lett till att man inte hunnit skriva in ett antal barn innan årsskiftet.
Målsättning för kommande år kvarstår men för att underlätta kommer bl.a. barnhälsovårdens basprogram kompletteras med basprogram för adoptivbarn.

7.4 Föräldrastöd i grupp

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

Andelen mammor och pappor som erbjudits deltagande i föräldragruppsverksamhet uppgår under år 2008 till 73 procent av det totala antalet föräldrar med barn födda under 2008, att jämföra med 63 procent under föregående år. Antalet förstagångsföräldrar som erbjudits deltagande i föräldrastöd uppgår till 94 procent att jämföra med föregående års 84 procent.

Årets sammanställning över deltagande i föräldragruppsverksamhet skiljer sig från föregående år då årets statistik över deltagande endast räknar mammor resp. pappor som deltagit vid minst 3 tillfällen under barnets första levnadsår jämfört med tidigare års statistik som baserades på att man deltagit vid minst ett tillfälle.

Andel mammor och pappor som deltagit enligt ovanstående kriterier uppgår till 47 procent resp. 13 procent av det totala antalet föräldrar. 77 procent av förstagångsmammorna deltar att jämföra med 27 procent av förstagångspapporna vid föräldragruppsverksamheten på BVC. Årets siffror är således svåra att jämföra med föregående års p.g.a. olika metodik men intressant är att notera att siffrorna beträffande mammornas deltagande i år ligger något högre medan pappornas deltagande har halverats med det nya sättet att räkna deltagande. Se tabell X!

Tabell X Föräldrastöd i grupp, barn f. 2008

Kommun	**Barn födda 2008**		**Föräldrar erbjudna föräldrastöd**			**Mödrar som deltagit vid ≥3 tillfällen**			**Pappor som deltagit vid ≥3 tillfällen**		
	inskrivna barn	förstföd.	antal	andel %	varav % f.f*	antal	andel %	varav % f.f*	antal	andel %	varav % f.f*
Berg	58	15	54	93	100	35	65	87	?	?	?
Bräcke	49	14+?	30	61	100	22	45	64	0	0	0
Härjedalen	86	37	84	98	100	53	62	65	8	9	22
Krokom	169	58	103	61	86	48	28	60	9	16	12
Ragunda	48	23	39	81	78	14	29	52	2	4	0
Strömsund	100	42	87	87	95	60	60	93	5	5	12
Åre	118	60	113	96	95	54	46	70	14	9	18
Östersund	720	361	468	65	96	341	47	83	136	19	37
Länet	**1348**	**610**	**979**	**73**	**94**	**627**	**47**	**77**	**174**	**13**	**27**

f.f*.= först födda barn

Utöver dessa rapporterade föräldragrupper bedrivs vid länets barnavårdscentraler ett stort antal andra gruppverksamheter - antingen på BVC eller i samverkan på familjecentralerna, med dietister, förskollärare, socialsekreterare, biblioteksperonal m.fl.
3-årsgrupper förekommer på många barnavårdscentraler. Se barnhälsovårdens årsrapport 2007!

Arbetet med att se över en sammanhållen föräldragruppsverksamhet inom länet - Föräldrastöd Z - pågår enligt planerna med internatsutbildning av all personal inom mödra- och barnhälsovården inplanerad till september 2009.

7.5 Spädbarnsmassage

Kroppslig närhet och beröring har sedan urminnes tider ansetts vara bra för mänskligt välbefinnande. De kroppsliga kemiska processer som beröring aktiverar har visats vara betydelsefulla för anknytning mellan mor och barn (11). Spädbarnsmassage kan vara ett verktyg för att stärka anknytning men också ha en rogivande och avslappande effekt, förbättra barns sömn, ge hjälp att tyda barnets behov samt att stärka självförtroendet hos både barn och föräldrar.

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

Under 2008 har spädbarnsmassage erbjudits till barn och föräldrar i Sveg, Ytterhogdal, Bräcke, Kälarne, Gällö, Svenstavik, Backe/Hoting, Hammerdal, Strömsund, Mörsil, Åre, Järpen, Hallen, Krokom/Nälden, Föllinge, Offerdal, Hammarstrand, Frösön, Brunflo, Odensala, Lit, Torvalla och Z-huset.

Målsättning kommande år måste bli att ytterligare familjecentraler kan erbjuda spädbarnsmassage – att fler pappor deltar och att utbildning ånyo kan ordnas i länet och erbjuda den BVC-personal som ännu inte haft möjlighet att gå utbildningen.

7.6 Vägledande Samspel/ICDP

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

Det finns inom barnhälsovården en önskan om att hitta metoder för föräldrastöd där samspelet mellan barnet och föräldern får en central plats. Barnets anknytning till den vuxne har stor betydelse för barnets psykiska hälsa.
Införandet av EPDS (Edinburgh Post Depression Scale) är en metod som ger möjlighet att tidigt fånga upp mammor som är nedstämda. Spädbarnsmassage erbjuds på de flesta barnavårdscentraler. Att utbilda BVC-sjuksköterskor och andra professioner på Familjecentralerna i länet till vägledare i ICDP programmet ”Vägledande Samspel” är ytterligare en ”metod” som successivt håller på att införas. Vårt mål här i länet är att alla inom Barnhälsovården skall ha utbildning i ICDP. Eftersom vi har många Familjecentraler så har vi även vänt oss till den personal som BVC-sjuksköterskorna samarbetar med d.v.s. även förskollärare, barnmorskor och socialsekreterare. Tanken med att utbilda all personal på Familjecentralerna är att de ska kunna hålla föräldragrupper tillsammans, att man är olika professioner gör också att man lär mycket av varandra men det får även till följd att man får ett gemensamt förhållningssätt och genom det även en form av gemensam värdegrund.
Hitintills har 16 BVC-sjuksköterskor, 10 förskollärare, 2 socionomer, 1 familjeterapeut, 3 barnmorskor och 1 psykolog utbildat sig och blivit **Diplomerade vägledare**.

Föräldra- Barnhälsan är en länsövergripande enhet som har som mål att utifrån ett tvärprofessionellt perspektiv stödja, utveckla och kvalitetssäkra verksamheten inom Mödra- och Barnhälsovården i länet. För att alla på enheten skall veta vad ICDP är och kunna ge stöd åt personalen som använder ICDP har nästan all personal på enheten fått utbildning **Grundkurs 1**. 4 psykologer, 1 socionom, 2 läkare, 1 projektledare och 1 specialpedagog blev klar med grundkursen februari 2009. En av psykologerna fortsätter utbildningen till diplomerad vägledare under 2009 och kommer därefter att utbilda sig till handledare.

Inom länet pågår en översyn av den föräldragruppsverksamhet som mödra- och barnhälsovården sedan tidigare haft. Barnhälsovården skall tillsammans med mödrahälsovården försöka skapa en modell som kommer att kallas Föräldrastöd Z ”Zätamodellen”. Tanken är att det skall vara sammanhållna grupper och att det ska finnas en gemensam röd tråd där ICDP skall ingå.

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

8 Projekt Föräldrautbildning i Utveckling

Projektet Föräldrautbildning i utveckling är ett projekt som pågår i Östersunds kommun i distriktet Torvalla och i Åre kommun. Det är ett samverkansprojekt mellan kommun och landsting. Finansiärer till projektet är Östersunds kommun, Torvalla hälsocentral, Åre Primärvård, Åre kommun, Länsstyrelsen och Sparbanksstiftelsen. Samverkansaktör är Örebro Universitet. Projektet startade 2006-09-01 och pågår till 2009-09-30. I styrgruppen finns representanter för bl. a. Föräldra- Barnhälsan. Bakgrund till att projektet startade är att personalen på mödra- och barnhälsovården i Åre kände ett behov av en förskollärares kompetens i sin verksamhet. Även personalen i Torvalla kände detta behov.
Projektet innehåller en föräldrautbildning som heter Ömsesidig Respekt och innehåller sju träffar som bygger vidare som en röd tråd efter att mödravårds- och barnhälsovårdscentralen har haft sina föräldragrupper. De ytterligare sju träffarna har ett bestämt innehåll med följande teman; ömsesidig respekt/gränssättning, emotionell coachning, hur kan vi som föräldrar ge våra barn en god självkänsla, sömnens betydelse för vår hälsa, hur kan vi som föräldrar förebygga mobbing och kost – vad är goda matvanor?

Konceptet Ömsesidig Respekt är skapad som en universell insats och vänder sig till både förstagångs- och flerbarns föräldrar.

Projektet och föräldrautbildningens syfte

- Stärka familjer genom föräldrafortbildning och därigenom förebygga psykisk ohälsa.

Målsättning:

- Skapa ett varmt familjeklimat och förebygga psykisk ohälsa, kriminalitet och drogmissbruk och minska belastningen på samhällets resurser.

- Bli en stadigvarande resurs och en verksamhet i kommunen.

I projektet görs en utvärdering för att se om projektet uppfyller sin målsättning och sitt syfte. Projektets vetenskapliga handledare är prof. Håkan Stattin, Örebro Universitet. I april 2008 presenterades det första 1.5 året av utvärderingen. Per Hedman och Pia Collberg hjälpte till att presentera utvärderingen då Håkan S fick förhinder. Det deltog även en föräldrapanel med 8 föräldrar från både Åre och Torvalla som blev intervjuade om vad de ansåg att föräldrautbildningen hade gett dem.
Den 7 september 2009 kommer den 3-åriga studien presenteras i Östersund. Både konceptet Ömsesidig Respekt och implementeringen av insatsen utvärderas efter internationellt ställda krav. Det är idag ca 220 föräldrar som har deltagit i kursen. Ytterligare grupper pågår i Åre, Järpen, Hallen och i Torvalla. Vi har en jämförbart lika stor kontrollgrupp.
I utvärderingen ingår även återträffar med föräldrar som har gått utbildningen för 1-1.5 år sedan. Det har varit ett stort intresse för att delta på dessa återträffar. Föräldrar uttrycker att de önskar att det fanns möjlighet att ses varje år.
Under hösten genomfördes en eu-förstudie i alla kommuner i jämtlands län. Förprojektet har försökt att lyssna in all personals egna tankar i ett utvecklingsarbete i föräldrastöd i ett s.k. steg 3/Ömsesidig Respekt. Det finns stort intresse för ett utvecklingsarbete med ett s.k. steg 3/Ömsesidig Respekt även i övriga kommuner i jämtlands län och familjecentraler i Östersunds kommun. Ett eu-genomförande projekt för en kompetenshöjande insats har lämnats in. Besked lämnas i juni-09.

Mona Hedström/projektledare

9 Pappagruppsverksamheten under 2008

Avlägger en rapport över pappagruppsverksamheten i Jämtlands län för år 2008.

Idag har vi en verksamhet med 13 pappagruppsledare som är verksamma inom länet.
Inga större förändringar är gjorda utifrån tidigare verksamhetsrapport vad gäller omfattningen av verksamheten. Snarare har det varit trögare för pappagruppsledarna att få till den andra och tredje träffen som man kallar till själva. Vad det beror på är det många olika åsikter om. Vi vet inte då det inte har gjorts strukturerade studier på detta, men en viktig aspekt som återkommer i pappagruppsledarnas egna berättelser är att det verkar vara lättare att komma på träffar om barnmorskan eller bvc-sjuksköterskan kallar till träff.

Två pappagruppsledare som i Östersunds kommun arbetade med yngre pappor har slutat då den verksamheten upphörde (brist på resurser) och att en av de manliga anställda fick ny tjänst inom kommunen.

De fyra träffar som vi pappagruppsledare och undertecknad träffats under året har präglats av livliga diskussioner om vad som pappagruppsledarna och barnmorskorna tar upp i föräldrastödsverksamheten. Detta utifrån en ständig debatt om vad som ska prioriteras och framförallt utifrån att undertecknad varit mer delaktig i det förändringsarbete som pågår på Föräldra- och Barnhälsan i länets landsting. En rapport som skrevs av utomstående forskare om hur genusteoretiskt pappagruppsverksamheten var gav entydigt svar på att pappagruppsledarna och barnmorskorna behöver en fortbildning i genusteoretiska frågor för att bättre kunna verka för ett jämställdare samhälle.

Vi har under hösten fått igång det interna webbsystem mellan pappagruppsledarna som kommer att underlätta rapporteringar och kommunikationen mellan dessa ledare. Detta är mycket stimulerande. Här pågår just nu en intern diskussion om hur vi kan förbättra informationen till blivande och nyblivna fäder. Likaså håller vi på att upprätta en verksamhetsplan för år 2009 och ett förslag på budget för att verksamheten ska leva vidare. Två pappagruppsledare har varit mycket inblandade i när ”deras” familjecentral gjort verksamhetsplan och budget inför år 2009.

Det finns idag ett besparingsbeting på alla landstingets verksamhetsområden. Här är inte Föräldra- och Barnhälsan undantagen. Tio procent av verksamheten ska skäras ner, och där har inte pappagruppverksamheten blivit prioriterad särskilt högt, vilket kommer att påverka kommande år. Hur det går med detta vet vi först när de olika enheterna inom landstinget har lämnat förslag och landstingsfullmäktige har beslutat. Dock bör vi se över andra finansiella möjligheter för att denna verksamhet ska kunna leva vidare.

Vid varje träff och vid varje samtal undertecknad haft med de olika pappagruppsledarna, så upplever man det som att reaktionerna på vår verksamhet är mycket positiva. Här vore det mycket bra om landstinget i Jämtlands län som bedrivit denna verksamhet sedan 1994 bekostade en uppföljande undersökning vad detta inneburit för utvecklande av föräldrastöd till länets föräldrar och barn. Vidare måste man satsa på fortbildning för all personal (inklusive pappagruppsledarna) i genusteoretiska grunder och ledarutbildning i hur man leder samtal i grupp. Att som pappagruppsledare ännu mer knytas till sina respektive familjecentraler i form av gemensamma möten och fortbildningar är mycket viktigt för att verksamheten ska utvecklas. Det kommer nog att var livsavgörande om denna service till länets blivande och nyblivna föräldrar ska bestå i framtiden. Vidare bör vi komma igång igen och utveckla det samarbetet vi tidigare haft med försäkringskassans enhet för föräldrastöd vore också önskvärt för år 2009.

Östersund 2009-01-03
/Leif Franzén, samordnande pappagruppsledare i Jämtlands län/

10 Pappaindex 2008

TCO's pappaindex 2008 (12) visar att papporna ökar sitt uttag för tionde året i rad. Förändringen det senaste året är från 36,6 till 37,8 att jämföra med förändringen 2006 till 2007 som stannade vid 36,3 till 36,6. Det går framåt men långsamt och med nuvarande ökningstakt kommer det att ta mer än 50 år innan föräldrarna delar lika.

TCO presenterar sedan 1999 årligen ett s.k. pappaindex - ett mått som visar hur många pappor som tar ut föräldraledighet och hur många dagar man tar ut. När papporna tar ut lika mycket ledighet som mammorna blir index 100. Indexet bygger på Försäkringskassans statistik över föräldraledighet. Pappaindex presenterades således för första gången 1999 och var då 16,7, index ökade kraftigt under några år i början av 2000-talet men med en utplaning under senare år.

I topp finns Västerbottens län 46,3, Jämtlands län 42,5 och Uppsala län 42,4 med ett riksgenomsnitt på 37,8.

Årets vinnare bland kommunerna i Sverige är Karlsborg med index 51,6 medan bästa kommun i länet, Strömsund, förra årets riksvinnare, har halkat ned till tolfte plats med index 45,8. Se tabell XI!

Tabell XI Pappaindex 2007 - 2008

Kommun	**Index 2008**	**Index 2007**
Berg	38,1	37,8
Bräcke	44,2	48,2
Härjedalen	44,7	42,2
Krokom	43,5	42,0
Ragunda	39,0	37,0
Strömsund	45,8	51,9
Åre	35,9	33,8
Östersund	42,7	42,9
Jämtlands län	**42,5**	**42,5**
Riket	**37,8**	**36,6**

Försäkringskassans statistik visar att under 2008 tog papporna ut 21,5 procent av samtliga föräldradagar att jämföra med 2007 då papporna tog ut 20,8 procent. Men mer än var tionde pappa har inte tagit ut en enda föräldradag när barnet fyller 8 år.

När barnen blir sjuka är det också mammorna som oftare stannar hemma och vårdar dem. De senaste åren har det till och med blivit mer ojämställt. 35,6 procent av alla vård av barn - dagar med tillfällig föräldrapenning togs ut av männen under 2008, en minskning med nära en procentenhet.

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

11 Sammanfattning socionom- och psykologverksamhet på Föräldra- Barnhälsan

Under 2008 var personalsituationen för psykolog/socionomgruppen på FBH besvärlig pga. sjukskrivning, föräldraledighet och tjänstledighet. Psykolog och socionom på FBH har dels indirekt och dels direkt patientverksamhet. I den indirekta patientverksamheten ingår konsultation och fortbildning till MVC- och BVC-personal i länet, att arrangera och leda riktade föräldragrupper, att deltaga i familjecentralsverksamhet och föräldragrupper i länet etc. Konsultation och föräldragruppsverksamhet prioriterades bort till stor del under hösten 2008 pga. personalbrist samtidigt som det skett en stor ökning av antalet remisser. Vi har aldrig tidigare haft så många inkommande ärenden, antal nya remisser har nästan fördubblats sedan 2000-talets början. Socionom och psykolog har deltagit i utbildningar till MHV/BHV-personal som t.ex. introduktionsdagar till BHV-personal, genus, vägledande samspel m.m. Riktade föräldragrupper där psykolog eller socionom deltagit har vänt sig till blivande tvillingföräldrar, adoptivföräldrar samt separerade föräldrar.

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

Huvuddelen av remisserna kom från BVC (48 %) och MVC (33 %), resten från barnklinik, KK, vuxenpsykiatrin, logopeder, BUH, BUP m fl. Remisserna kommer från hela länet. Psykologer och socionom träffar ofta föräldrar och barn i deras närmiljö t.ex. vid hembesök, besök på familjecentraler/HC eller förskola vilket innebär många resor (under året sammanlagt ung. 3000 mil arbetsresor i länet). Detta har stor betydelse för tillgängligheten för t.ex. spädbarnsfamiljer och i ett förebyggande perspektiv.

En förskjutning har genom åren skett från att de flesta remisser varit på barn till att det nu är flest remisser på blivande eller nyblivna föräldrar. Frågeställningen på vuxenremisserna skall dock fortfarande gälla problem med graviditet eller föräldraskap. Ökningen i remisser de senaste åren ligger också på vuxna, framför allt på gravida kvinnor med psykisk ohälsa, vilket stämmer väl med de uppgifter som kommer från barn- och vuxenpsykiatrin att unga vuxna mår psykiskt allt sämre. Om man redan tidigare mår dåligt blir graviditeten en kris, där man behöver hjälp. 2008 var 72 % av remisserna på vuxna, 28 % på barn (2002 var samma siffror 50-50). Vårdtyngden har ökat betydligt under den senaste 10-årsperioden med många blivande/nyblivna föräldrar, som lider av psykisk ohälsa. Detta har också inneburit att många patienter både har kontakt med psykiatrin och med socionom/psykolog vid FBH.

Av de nya remisser som handlagts under året står stöd i graviditet, kris, post partum depression samt psykisk ohälsa hos förälder för 38 %, stöd i föräldraskap 25 %, förlossningsrädsla 3 %, barnutredning 17 %. Övriga remissorsaker är t.ex. barnpsykologisk eller social rådgivning, vårdnads/umgängesproblem, beteendestörning hos barn, enkopres, sömnproblem m.m. 65 % av barnremisserna gäller utredningar, där misstanke finns om t.ex. någon neuropsykiatrisk problematik. Många av dessa remisser resulterar i en vidareremiss till barn- och ungdomshabiliteringen. Det är fortfarande så att pojkarna dominerar när det gäller barnremisser, 64 % av remisser på barn gäller pojkar.

Margareta Honn/ psykolog Föräldra- Barnhälsan

12 Genusprojekt riktat till mödra- och barnhälsovården

På Föräldra- Barnhälsan i Östersund pågår sedan 2007 ett genusprojekt riktat till mödra- och barnhälsovården i länet. Upprinnelsen till projektet är en önskan om att flytta mödra- och barnhälsovårdens fokus från barn och deras *mammor* till barn och deras *föräldrar*. Grunden för detta är barnens rätt till båda sina föräldrar, samt att föräldrar har samma rättigheter och skyldigheter i föräldraskapet oavsett kön.

Goda kunskaper i genus är en förutsättning för att bemöta föräldrar och barn på ett sätt som inte förstärker de könsroller forskning visat att föräldraskapet är så fyllt utav. Syftet med projektet är därför framförallt att höja kunskapsnivån om genus kopplat till föräldraskap. Detta görs genom föreläsningar och diskussioner. Projektets andra syfte är att uppmuntra deltagarna själva att reflektera över och bli medvetna om egna erfarenheter av föräldraskap. Den metod som används för att få igång reflektion kallas minnesarbete. I kort går metoden ut på att deltagarna med utgångspunkt i egna personliga minnen får reflektera kring erfarenheter av föräldraskap, erfarenheter som med utbildarnas hjälp kopplas till genusteori.

Projektet innefattar träffar i grupp ca en gång i månaden under en termin, målsättningen är att hela Familjecentraler ska gå tillsammans. Projektet finansierar en psykologtjänst på halvtid med medel från Länsstyrelsen samt Jämtlands Läns Landsting. Under våren 2007 genomfördes den första delen av genusprojektet på personal vid Föräldra- Barnhälsan med gott resultat. Under våren 2008 riktades utbildningsinsatserna mot Familjecentralerna i Härjedalen och på Frösön. Under hösten 2008 utbildades Familjecentraler i norra Jämtland samt i Östersund. Målsättningen är att nå alla Familjecentraler i Jämtlands län under den treårsperiod som projektet löper över.

Lisa Fröst Björnsdotter och Emma Knutsson / psykologer Föräldra- Barnhälsan

13 Psykisk ohälsa

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

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

Det finns också ett nära samband mellan föräldrar och barns hälsa. Nedstämdhet efter förlossningen påverkar anknytningen mellan mor och barn.
Nedstämdhet och/eller depression hos mammor efter förlossningen är vanlig och varierar i olika studier mellan 8-14 procent. Jämförande siffror för pappan uppgår till ca hälften, d.v.s. 5-6 procent.

EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) är en screeningmetod för att tidigt kunna identifiera nedstämdhet hos mammor. Samtalet mellan mamma och BVC-sjuksköterska äger rum då barnet är cirka 6-8 veckor gammalt.
EPDS användes under året regelbundet vid 30 av 33 BVC-mottagningar (91 %) – vid 14 mottagningar till alla mammor och vid 14 till ”inte alla” och hos resterande 2 mottagningar vid behov. Endast vid 3 BVC mottagningar har EPDS inte använts överhuvudtaget. Se tabell XII!

Tabell XII Antal BVC i länet som använt EPDS på mammor med barn f. 2008

Kommun	**EPDS ”till alla” Antal BVC**	**EPDS ”Ja, men inte till alla” Antal BVC**	**EPDS ”endast vid behov” Antal BVC**	**EPDS ”inte alls” Antal BVC**
Berg	1		1	
Bräcke	2	1		
Härjedalen	3			1
Krokom	2	3		
Ragunda	3			
Strömsund		5		
Åre		1	1	2
Östersund	3	4		
Totalt	**14**	**14**	**2**	**3**

Antalet mammor med barn födda år 2007 som screenats med EPDS varierar mycket mellan länets barnavårdscentraler. Dryga 10 procent av de aktuella mammorna har erbjudits stöd enligt aktuellt vårdprogram - vilket stämmer väl med den förväntade siffran på nedstämdhet i samband med graviditet och förlossning. Se tabell XIII!

Tabell XIII Antal/andel mammor med barn f. 2007 som genomgått EPDS och som erbjudits stöd enligt vårdprogrammet POGS

Kommun	**Antal mammor som screenats med EPDS**	**Andel mammor som screenats med EPDS %**	**Antal mammor som erbjudits samtal enl. POGS.**
Berg	25	39,1	3
Bräcke	?	?	?
Härjedalen	15	21,1	15
Krokom	107	63	4
Ragunda	42	82,4	1
Strömsund	57	61,3	5
Åre	19	17,8	8
Östersund	485	66,3	48
Länet	**755 (+?)**	**56,7 (+?)**	**84 (+?)**

14 Amning

Målsättning:

- att 80 % av barnen ammas helt vid 2 månaders ålder.
- att 70 % av barnen ammas helt vid 4 månaders ålder.
- att 75 % av barnen ammas helt eller delvis vid 6 månaders ålder.

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

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

Se tabell XIV nästa sida!

Tabell XIV Amningsfrekvens, barn födda 2007

Andel barn: procent av antalet födda som ammats vid													
	1 vecka		**2 mån**		**4 mån**		**6 mån**		**9 mån**		**12 mån**		**Antal barn födda 2007**
Kommun	**Helt**	**Helt och/eller delvis**	**Helt**	**Helt och/eller delvis**	**Helt**	**Helt och/eller delvis**	**Helt**	**Helt och/eller delvis**	**Helt**	**Helt och/eller delvis**	**Helt**	**Helt och/eller delvis**	
Berg	95,3	98,4	70,3	89,1	65,6	78,1	32,8	57,8	0,0	35,9	0,0	23,4	64
Bräcke	66,7	100,0	58,5	80,5	48,7	64,1	16,2	40,5	0,0	24,3	0,0	18,9	44
Härjedalen	94,4	97,2	83,1	94,4	70,4	87,3	23,9	80,3	1,4	35,2	0,0	14,1	71
Krokom	88,2	96,5	77,6	87,1	71,8	80,6	25,9	70,0	0,0	40,7	0,0	17,5	170
Ragunda	92,2	96,1	74,5	92,2	52,9	76,5	9,8	58,8	0,0	25,5	0,0	13,7	51
Strömsund	87,5	96,6	70,5	89,8	53,4	79,5	31,8	71,6	3,4	33,0	1,4	10,1	93
Åre	78,5	99,1	79,4	96,3	71,0	84,1	9,3	74,8	0,0	51,4	0,0	22,1	107
Östersund	87,1	97,9	76,2	91,7	62,5	82,7	12,2	71,4	0,0	37,1	0,0	17,7	732
Jämtlands län	**86,9**	**97,7**	**75,7**	**91,1**	**63,6**	**81,6**	**16,8**	**69,9**	**0,3**	**37,5**	**0,1**	**17,6**	**1332**

15 Rökning

Målsättning:

- andel mammor 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 %

Rökningen minskar återigen bland föräldrar till barn födda 2007. Andelen mammor som röker när barnen är 4 veckor resp. 8 månader gamla är 2,6 resp. 3,6 % att jämföra med föregående års siffror på 3,2 resp. 4,2 %.
Motsvarande siffror för pappor är 5,7 resp. 5,4 % vid 4 veckors och vid 8 månaders ålder att jämföra med året innan 7,4 % vid båda åldrarna. Se tabell XV!

Tabell XV Föräldrarnas rökning barn födda 2007

Kommun	**Antal barn**	**Ingen rökare i barnets hemmiljö (%)**	**Mor röker (%)**	**Far röker (%)**	**Andel ej bedömbara journaler (%)**	
					Mor	Far
Berg	64					
0-4 veckor		98,4	1,6	4,7	0,0	3,1
8 månader		98,4	1,6	4,9	0,0	4,9
Bräcke	44					
0-4 veckor		90,7	9,3	9,3	2,3	2,3
8 månader		90,7	9,3	9,3	2,3	2,3
Härjedalen	71					
0-4 veckor		95,8	4,2	7,0	0,0	0,0
8 månader		93,0	7,0	7,0	0,0	0,0
Krokom	170					
0-4 veckor		97,6	2,4	7,1	0,6	1,2
8 månader		96,4	3,6	6,7	2,9	2,9
Ragunda	51					
0-4 veckor		98,0	2,0	6,1	3,9	3,9
8 månader		95,8	4,2	8,3	5,9	5,9
Strömsund	93					
0-4 veckor		96,8	3,2	6,5	0,0	0,0
8 månader		96,8	3,2	6,5	0,0	0,0
Åre	107					
0-4 veckor		95,3	4,7	3,8	0,0	1,9
8 månader		94,9	5,1	4,1	8,4	9,3
Östersund	732					
0-4 veckor		98,1	1,9	5,2	0,7	0,8
8 månader		97,2	2,8	4,5	8,5	9,2
Länet Totalt	1 332					
0-4 veckor		97,4	2,6	5,7	0,7	1,0
8 månader		96,4	3,6	5,4	6,2	6,7

Sammanfattningsvis uppnår barnhälsovården sin målsättning med 97,4 % rökfria föräldrar när barnet är 4 veckor gammalt och 96,4 när barnet är 8 månader.

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

16 Snusning

Antalet snusare (mammor) minskar såväl före som under graviditet. Se tabell XVI!

Tabell XVI Andel snusare (mammor) (%) i Jämtlands län och Sverige 2000-2008

År	**3 mån före graviditet**	**Graviditets-vecka 8-12**	**Graviditets-vecka 32**	**Eftervårdsbesök**
2000	12,1	7,6	3,2	
2001	15,2	8,6	4,5	
2002	14,2	8,4	4,7	
2003	14,5	9,0	4,7	
2004	14,5	6,6	3,8	5,0
2005	17,8	8,1	3,5	5,0
2006	14,3	6,9	3,0	6,0
2007	9,3	3,2	0,4	
2008	9,6	3,9	2,6	
Riket 2008	**2,0**	**1,0**	**1,0**	

17 Alkohol

Den utbildningssatsning ”Alkohol i samband med graviditet och föräldraskap” riktat mot MHV- och BHV-personal samt samverkanspartners på Familjecentralerna d.v.s. förskollärare och socialsekreterare som kom igång 2005 har fortsatt under 2008. Detta genom att samordnande BHV-sjuksköterska och samordnande barnmorska tillsammans med länets alkoholsamordnare Thomas Andersson och Britta Ahlin, samordnare för distriktssköterskorna, träffats och planerat fortsatta gemensamma utbildningsinsatser.
Besök har även gjorts vid några av länets Familjecentraler för att följa upp hur man kommit igång med det alkoholförebyggande arbetet.
Vad gör man konkret? Finns det någon samverkan mellan de olika professionerna på Familjecentralen? Har man skrivit ner en handlingsplan? Vilka stödresurser finns i området?

Glädjande kan vi konstatera att mycket har hänt. På många Mödravårdscentraler erbjuder man ett tidigt besök under graviditeten för att uppmärksamma föräldrarna på riskerna för barnet om mamman dricker alkohol under graviditet, nolltolerans gäller. Inom barnhälsovården har många kommit igång med att rutinmässigt ta upp alkohol med föräldrarna vid enskilda besök och i föräldragrupp. Genom öppna frågor ges föräldrarna möjlighet till reflektion,
Hur har det varit att avstå från alkohol under graviditeten? Vilka tankar har du/ni kring alkohol och föräldraskap? Hur upplever barn när vuxna dricker? Skulle jag lämna mitt barn till en barnvakt som druckit alkohol? Materialet ”Tänk efter vem du berusar dig med”, Folkhälsoinstitutet, används på många ställen.
Flera Familjecentraler har idag gemensamma skrivna handlingsplaner.
Under uppmärksamhetsveckan i oktober uppmärksammades alkoholfrågan extra mycket.

Även om många mödra- och barnavårdscentraler kommit igång och rutinmässigt tar upp alkohol med föräldrarna så är det många som fortfarande befinner sig i starten av detta arbete. Det finns även ny personal som inte fått utbildning tidigare. En introduktionsdag för ny personal planerades under hösten och hölls i januari 2009. En dag om Motiverande samtal(MI) kommer senare under våren 2009. Den utbildningsdag om FAS-(fetalt alkohol syndrom) barn som planerades till hösten 2008 kommer att genomföras 8 juni 2009.

Det har visat sig att det är viktigt att hålla frågan levande, att det måste få ta tid och att uppföljning är viktig för att alkoholfrågan verkligen skall implementeras i den dagliga verksamheten ute på länets mödra- och barnavårdscentraler. Under 2009 kommer en uppföljning att göras av den enkät som alla BVC-sjuksköterskor och barnmorskor besvarade 2004 dvs. innan utbildningssatsningen kom igång.
Intresserade hänvisas för mer information till www.riskbruk.se !

18 Vaccinationer

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

Vaccination är en av de mest effektiva och kostnadsbesparande hälsovårdsinsatser som finns. Vaccinationsfrekvensen i landet och länet är god men lägre vaccinationstäckning inom vissa områden på grund av kulturella/religiösa förhållanden Samtal pågår fortlöpande för att öka förståelsen för vaccinationsprogram m.m. Se tabell XVII!

Tabell XVII Andel vaccinerade (%) av barn födda 2006 mot

Kommun	Difteri/Stelkramp	Kikhosta	Polio	Hib	MPR
Berg	96,1/97,4	96,1	96,1	96,1	96,1
Bräcke	100	100	100	100	100
Härjedalen	97,7	97,7	97,7	97,7	94,2
Krokom	98,4	98,4	98,4	98,4	97,4
Ragunda	97,9	97,9	97,9	97,9	95,8
Strömsund	94,9/93,9	93,9	94,9	94,9	94,9
Åre	97,1	97,1	96,2	95,2	96,2
Östersund	98,1	98,1	98,1	98,1	97,3
Jämtlands län	**97,7**	**97,7**	**97,7**	**97,6**	**96,8**

Hib = Hemofilus influensae MPR = Mässling, Påssjuka, Röda hund.

Vaccination mot tuberkulos
Vaccination mot tuberkulos rekommenderas idag endast till barn med risk för smitta. Som riskbarn betecknas i första hand barn till föräldrar från Syd- och Österuropa, Asien, Afrika, och Sydamerika samt barn i familjer där närstående har eller har haft tuberkulos.
Se rekommendationer angående tuberkulos från Socialstyrelsen (9)!

Sammanlagt har personal vid barnavårdscentralerna bedömt 78 barn (6,4 %) som riskbarn och av dessa blev 72 barn (92 %) vaccinerade. Vi har under året vaccinerat ytterligare 10 barn som inte tillhör riskgruppen. Barnhälsovården har ett fortsatt mycket gott samarbete med barn- och ungdomsmedicinska mottagningen vid Östersunds sjukhus dit såväl PPD som BCG vaccination är centraliserad för att upprätthålla den rent praktiska kompetensen beträffande PPD avläsning och vaccination.

Vaccination mot hepatit B

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

Antalet barn som under 2008 har påbörjat eller avslutat vaccination mot hepatit B är 100 (8 %)barn vilket är en fördubbling av antalet barn sedan 3 år tillbaka.

Vaccination mot pneumokocker

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

Under år 2007 vaccinerades 103 barn (7,7 %) i länet att jämföra med året innan 53 barn (5,5 %). Se tabell XVIII!

Tabell XVIII Antal barn f. 2007 som vaccinerats med pneumokockvaccin

BVC-område	**Antal födda 2007**	**Antal vaccinerade 1-3 doser**
Berg	64	1
Bräcke	44	0
Härjedalen	71	6
Krokom	170	11
Ragunda	51	2
Strömsund	93	5
Åre	107	18
Östersund	732	60
Länet	**1332**	**103**

Vaccinreaktioner

Barnavårdscentralernas personal har fortsatt anmodats att anmäla eventuella vaccinbiverkningar till regionalt biverkningscentrum i Umeå och fortsatt med kopia till barnhälsovårdsöverläkaren i länet. Under år 2007 kom fem rapporter till barnhälsovårdsöverläkaren, se årsrapport 2007!

Under år 2008 har nio biverkningsrapporter gjorts som barnhälsovårdsöverläkaren har fått kännedom om. Antalet biverkningsrapporter skall ses mot det stora antal vaccinationer som årligen ges inom barnhälsovården i vårt län, ca 6500 vaccinationer.

Rapporterade reaktioner efter vaccination mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio och hemofilus influenzae (Pentavac):

1. Efter vaccination skrikig och missnöjd – särskilt kvällstid – under 4-5 dagar. Inga andra symtom.
2. Efter första Pentavacvaccination från första dagen efter och under ca 2 veckors tid rikliga kräkningar. Inga andra symtom. Vaccinerats på nytt utan bekymmer.
3. Efter Pentavac dos 2 otröstlig, gråt från 03-tiden på natten till nästa eftermiddag.

Rapporterad reaktion efter vaccination mot pneumokocker (Prevenar)

1. Vid 3 månaders ålder första vaccination med Pentavac och samtidigt Prevenar. Reagerat med hypoton-hyporesponsiv episod och samtidig flush på nedre extremiteter. Behandling med syrgas och adrenalin och akuttransport till barnklinik. Inga kvarstående biverkningar.

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

1. Efter vaccination temp 40 under 2 dygn med rodnad på stickstället mindre än 5 cm.
2. Rodnad och svullnad på stickställe ca 8-10 cm brett nästan runt överarm. Inga andra symtom.
3. Rodnad och kvarstående knöl ca 1 cm i diameter en vecka efter vaccination.
4. Vaccination med kraftig smärta följande 2 dygn.
   Kraftig hudreaktion med värmeökning, svullnad och rodnad ca 20 x 5 cm
   ca ½ cm nedom stickstället. Komplikationsfritt efterförlopp utan behandling

Rapporterad reaktion efter vaccination mot mässling, röda hund och påssjuka (Priorix):

1. 7 dagar efter vaccination feber och utslag samt skrikattacker och sträck-kramper i armar och ben samt trött och slö dagtid. Tolkades som encephalitretning. Observerad barnklinik. Komplikationsfritt efterförlopp.

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

19 BMI

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

Tabell XIX BMI barn födda 2004, ålder 3,75-4,25 år

BMI	**Antal barn**	**Prevalens %**
fetma	22	2,2
övervikt	114	11,4
normalvikt	828	82,9
undervikt	35	3,5
summa	**999**	**100,0**

En sammanställning år 2008 av BMI hos barn födda under 2004 i Jämtlands län visar att av de 999 barn i åldern 3,75 – 4,25 år som registrerats hade 11,4 % övervikt och 2,2 % fetma d.v.s. totalt 13,6 procent. Siffran pekar på att förekomsten av fetma och övervikt i vårt län ligger betydligt lägre än i Västernorrland och obetydligt högre än ex. Stockholm och Örebro län.

Allmänläkare Lorenz-Risk Plotski, Östersund, presenterade i barnhälsovårdens årsrapport 2005 en undersökning om ”Vikt, mat – och motionsvanor hos förskolebarn i Jämtland”. BMI registrerades hos 470 4-5 åriga barn och deras föräldrar svarade också på en enkel enkät om barnens mat- och motionsvanor. Av barnen hade 11,8 % övervikt och 2,8 % hade fetma, d.v.s. totalt 14,6 % av barnen hade övervikt eller fetma.

Årets sammanställning visar, trots icke helt jämförbara data, att övervikt och fetma sannolikt har minskat i länet hos våra 4-åringar. En ökad medvetenhet hos föräldrar samtidigt som vi inom barnhälsovården genom framtagandet av ”Handlingsplan för barnhälsovården mot övervikt och fetma” under år 2008 sannolikt bidragit genom att ännu mer aktivt lyfta frågan i våra samtal med föräldrar.

Samarbetet med bl.a. mödrahälsovård, barnklinik, skolhälsovård, primärvård och tandvård samt förskolor ledde under våren 2008 till framtagandet av en länsövergripande handlingsplan för gemensamt arbetssätt mot övervikt och fetma hos barn. Implementeringsarbetet av handlingsplanen fortsätter under hösten 2009 med samarbetsträffar ute i länets kommuner.

Barnklinikens referensgrupp för övervikt och fetma med representanter från barnhälsovården har varit en viktig arbetsgrupp för att skapa gemensam förståelse i länet för problematiken och för ev. behandling. Möjligheten att skriva remiss till gruppen alternativt att komma till referensgruppen för ärendediskussion har använts under året.

20 Kost och motionsvanor samt skärmtid hos 4-åringar

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

- 4-åriga barn har mammor och pappor som är 91,5 respektive 90,5 procent rökfria.
- 88 % av våra 4-åringar äter frukt dagligen och endast < 1 procent äter frukt mindre ofta än en gång per vecka.
- Knappt 10 procent av 4-åringar dricker saft dagligen. Drygt hälften av barnen dricker saft högst 1-2 dagar per vecka.
- Utevistelsetid en vanlig lördag eller söndag är för ca 1/5 av 4-åringarna mer än 5 timmar medan 1/3 av barnen är ute högst 2,5 timme.
- Ang. barnens TV-tid en vanlig lördag eller söndag visar undersökningen att ca en knapp femtedel av barnen sitter vid TV:n mer än 3 timmar och att de flesta barnen, 70 %, tillbringar mellan
  1-2,5 timmar framför TV:n.

BMI- respektive ovannämnda frågor kommer fortsatt att registreras hos länets 4-åringar och kommer framgent att presenteras i barnhälsovårdens årsrapport samt på den årliga barnhälsovårdsdagen.

21 Barn som far illa

Under senhösten 2008 togs via landstingsdirektörens barn- och ungdomsråd ett initiativ att efter förebild från bl.a. Norrbotten, Sörmland och Skåne skriva ned ”Råd och riktlinjer för hälso- och sjukvården vid misstänkta fall av barn som far illa”. Arbetet har påbörjats och man planerar att fullfölja detta under första halvåret 2009. Huvudansvarig för uppdraget är överläkare Anna-Lena Nilsson vid barn- och ungdomskliniken samt barnhälsovårdsöverläkaren.

Barnhälsovårdsöverläkaren kommer med början av januari månad att ingå i en nystartad nationell arbetsgrupp inom Barnläkarföreningen om barn som far illa. Första mötet i gruppen planeras till januari månad i Stockholm.

Undertecknad har via personligt meddelande från barnhälsovårdsöverläkare Marie Köhler, Malmö, fått ta del av statistik som visar att barnhälsovården (läkare och sjuksköterska) i Malmöregionen anmäler till socialtjänsten 0,19 procent av de inskrivna barnen vid barnavårdscentralerna under begreppet barn som far illa.

Undertecknad har via barnavårdscentralerna samlat in motsvarande statistik i länet. Anmälningsorsakerna har rubricerats som missbruk, barnmisshandel, våld inom familjen, omsorgssvikt, sexuella övergrepp, psykisk sjukdom/utvecklingsstörning inom familjen och/eller annat. I vårt län anmäldes från barnhälsovården till socialtjänsten under 2008 13 barn i åldern 0-6 år. Detta motsvarar 0,16 procent (13 barn av totalt inskrivna 8002 barn).

Barnhälsovården kommer under 2009 lyfta Shaken Baby Syndrome återigen vid en konferens tillsammans med bl.a. Rädda Barnen, Bräcke, Krokom, Strömsunds och Östersunds kommun. Begreppet mental vaccination som inlånats från barnhälsovården i Stockholm kommer att presenteras med information till föräldrar såväl under graviditet på barnmorskemottagning som på BB och vid första hembesöket från BVC.

Barnhälsovården i länet kommer under 2009 planera utbildningsdag angående barn som far illa.

22 Samverkan med förskolan

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

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

Socialstyrelsen har i en nyutgåva av kunskapsöversikten: **Smitta i förskolan**, hösten 2008, tagit fram ett bra verktyg för gemensam syn för förskolans och barnhälsovårdens personal när det gäller råd hur förebygga och förhålla sig vid olika infektioner. Barnhälsovården tillsammans med personal från Smittskyddsenheten inom landstinget kommer att under våren 2009 att besöka länets kommuner för möte med kommunens miljö- och hälsoskydds- samt förskolepersonal.

Andel besök på länets förskolor har inte levt upp till barnhälsovårdens målsättning.
Endast 68 procent har fått besök under året varav bara 32 procent har fått besök en gång per termin. Se tabell XX!

Tabell XX Samarbetet med förskolan under 2008

	Antal BVC	**Antal kommunala förskolor inom basenheten**	**Antal besök på dessa förskolor**			**Antal besök på förskolorna (%)**		
Kommun			**Minst en gång/ termin**	**En gång under året**	**Inte alls**	**Minst en gång/ termin**	**En gång under året**	**Inte alls**
Berg	2	13	0	8	5	0	61,5	38,5
Bräcke	3	6	4	0	2	66,7	0	33,3
Härjedalen	4	13	7	4	2	53,8	30,8	15,4
Krokom	5	29	3	6	20	10,3	20,7	70
Ragunda	3	7	4	1	2	57,1	14,3	28,6
Strömsund	5	19	12	6	1	63,2	31,6	5,3
Åre	4	17	8	5	4	47,1	29,4	23,5
Östersund	7	60	15	29	16	25,0	48,3	26,7
Länet totalt	**33**	**164**	**53**	**59**	**52**	**32,3**	**36**	**31,7**

23 Samarbete med Tandhälsovården

Barns tandhälsa är ett viktigt mått att följa. Under 1990-talet minskade andelen kariesfria 4-åringar hos de mest ekonomiskt utsatta grupperna. Situationen har förbättrats och andelen kariesfria 4-åringar ligger idag stabilt omkring 90 procent (14).

Formerna för tandvårdsinsatserna varierar inom barnhälsovården. Tandsköterska/tandhygienist från Folktandvården informerar i föräldragrupp om tandhälsovård när barnet är mellan 9-12 månader gammalt. De föräldrar som inte deltar i föräldragrupp kallas till tandhygienist åtminstone vid ett tillfälle före barnet är 1½ år gammalt. Alla kallas till tandhygienist vid 3 års ålder. BVC-sjuksköterskan tar också ofta upp frågor omkring tandhälsovård vid enskilda föräldrasamtal.

Samarbetet mellan barnhälsovården och Tandvården fungerar fortsatt väl enligt de rapporter vi fått och vad som framkommit i samtal med vårdutvecklare Eva Roxbergh, Tandvården, Jämtlands läns landsting.

24 Samarbete med hörselvården

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

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

Enligt personligt meddelande från Hörcentralen (15) har inga barn ”missats” med ovanstående förfaringssätt. Det finns alltjämt en oro, att när hörselkontrollen med audiogram i samband med 4-årskontrollen upphörde i vårt län omkring år 2000, skulle flera barn med ensidig/dubbelsidig hörselnedsättning komma att upptäckas ex. i samband med audiogram vid skolstarten. Vi har således ånyo fått lugnande besked från Hörcentralen att inga barn har upptäckts senare. Vår uppmärksamhet på hörsel- och språkproblem har förmodligen ökat i samband med borttagandet av 4-årskontrollens audiogram. Hörcentralen betonar vikten av frågor kring barnets hörsel vid besök enligt hälsoövervakningsprogrammet.

Barnhälsovårdsöverläkare har ett nationellt uppdrag från landets barnhälsovårdsöverläkare att se över och eventuellt hitta gemensamma nationella riktlinjer för såväl hörsel- som synkontroller. Uppdraget skall redovisas senast under hösten 2009.

25 Barnhälsovårdens Stora Pris 2008

Det nyinstiftade Barnhälsovårdens Stora Pris utdelades för första gången under barnhälsovårdsdagen den 15 maj.

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

Ett trettiotal mycket värdiga nomineringar hade kommit till juryns kännedom – en jury bestående av barnhälsovårdsöverläkare och samordnande BVC-sjuksköterska.

Barnhälsovårdens Stora Pris 2008 kom att delas mellan:

Kerstin Halvarsson – BVC-sjuksköterska i Bergs kommun - med motiveringen:

> Kerstin är ett begrepp i Bergs kommun. En orädd person som stått upp för barn och ungdomar under de 40 år som hon har arbetat inom barnhälsovården. Kerstin backar aldrig för att hjälpa utsatta barn och ungdomar. Kerstin har fått otaliga föräldrar att växa och att tro på sig själva och finna tryggheten i deras nya vardag som föräldrar.
> Kerstins engagemang gör henne till en värdig mottagare av det första Barnhälsovårdens Stora Pris.

Leif Enqvist, Frösö Skidlek med följande motivering:

> Med en outtröttlig energi, pedagogisk klarsynthet och kärlek till skidsporten har Leif lyckats skapa en mötesplats för små och stora barn och deras familjer – en mötesplats som förmedlar glädjen och lusten till rörelse och lek. Platsen heter Frösö Skidlek – idag norra Europas största skidlek – en förebild för liknande verksamheter i vårt län men också i hela landet.

Priset består av
Ygradasil – Livets Träd – ett luffarslöjdskonstverk av Sundsjökonstnären Ove Hedenström – samt ett diplom och mycken ära.

Årets prisutdelare var landstingsrådet Robert Uitto.

26 Fortbildningsaktiviteter

Given fortbildning

”Alkohol under graviditet och föräldraskap.” BHV-samordnare Gunnel Holmqvist och samordnande Barnmorska Ingrid Haglund föreläste på länets Spridningskonferens Alkohol, Folkets hus Östersund, om hur Mödra- och Barnhälsovården arbetar med riskbruk.

Introduktionsdagar ny BHV-personal, 8 läkare och 5 sjuksköterskor, två heldagar. BHV-öl Per Hedman, BHV-samordnare Gunnel Holmqvist, psykolog Margareta Honn och socionom Elisabet Nilsson.

Samverkansdag för Familjecentraler 22 april heldag
Information från Familjecentralsföreningen (FFFF), Tinna Cars-Björling ordförande FFFF
”Föräldrautbildning i utveckling” projektledare Mona Hedström, verksamhetschef Alf Lerner
”En bra mamma- en bra pappa”, Emma Knutsson och Lisa Fröst Björnsdotter psykologer Föräldra-Barnhälsan
”Barnafödande, Föräldraskap och samhälle” Gunilla Carlstedt, läkare och kvinnoforskare
Utvärdering av Familjecentraler, förslag på gemensam enkät, Hans Fröling, Samhällsmedicinsk sekreterare

BHV-dag 15 maj heldag med blandat innehåll,
Aktuell Barnhälsovårdsinformation, Per Hedman, Gunnel Holmqvist och Annika Åreng
Övervikt/Fetma, Handlingsplan på länsnivå presenteras! Panelsamtal: Hur går vi vidare på hemmaplan! Representanter för Mödrahälsovård, Barnhälsovård, Skolhälsovård, Livsstilscentrum, Förskola och Barnklinik
I barnets hjärna! professor Hugo Lagercrantz, Karolinska Institutet, Neonatal Programme, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Stockholm
Hugo Lagercrantz föreläsning berörde bl.a. Medvetandets uppkomst Sociala hjärnans utveckling. Hjärnan - use it or lose it! Moraliskt mogen - när? Barn och TV. Den för tidigt födda hjärnan m.m.
Barnhälsovårdens Stora Pris
Multiresistenta Bakterier och hygien, Barbro Forsberg, hygiensjuksköterska m.fl.

Vaccinationsinformation ½ -dag om Pneumococcvaccin, för BVC, SHV, Barnkliniken m.fl. med anledning av införandet av rutinmässig vaccinering fr.o.m. 1/1 2009.

”Livräddande första hjälp till barn”, instruktörsutbildning, 3 BVC-sjuksköterskor (Funäsdalen, Hammerdal och Torvalla), instruktör Gunnel Holmqvist.

Föräldrastöd ”Zätamodellen” BVC-sjksk i länet delades in i tre olika grupper och varje grupp inbjöds till en halvdag på Föräldra- Barnhälsan under september. Information om föräldrastöd nationellt och i länet plus gruppdiskussion kring innehåll i föräldragrupper.

Högtidsföreläsning Barnläkare Anna Sandin - presentation av avhandling ”Development of allergy, salivary IgA antibodies and gut microbiota in a Swedish birth cohort”, ½ dag 16 juni.

Genusutbildning från Föräldra- Barnhälsans psykologer för personal inom MHV och BHV vid familjecentralerna i Sveg, Hede, Funäsdalen, Strömsund, Krokom, Frösön, Torvalla och Odensala.

ICDP, ”Vägledande samspel”, 12 personer(Bvc-sjksk, barnmorskor, förskollärare, socialsekreterare, familjeterapeut, psykolog) från olika delar i länet. Handledning har både getts individuellt och i grupp, vid ett par tillfällen har hela gruppen samlats. Handledare Gunnel Holmqvist och psykolog Mari Forslund.

ICDP, ”Vägledande samspel” grundnivå 1 för personal på FBH, heldag 28/11 Kursledare Karin Edenhammar ICDP stiftelsen och Gunnel Holmqvist.(Utbildningen fortsätter med ytterligare 3 utbildningsdagar under jan och feb 2009).

Nätverksträff för ICDP utbildade vägledare i länet, Karin Edenhammar ICDP stiftelsen, 2 ½ tim., 20 personer.

Möten och träffar med BHV-personal och samverkanspartners

BVC-läkarträff två halvdagar med ca 15-20 deltagare per tillfälle. Föreläsning och samtal om diverse BVC-läkarämnen som hjärtbed., höftlux och/ögonundersökning/röda ögon m.m.

BVC-sjukskötersketräffar 7 träffar

Rundresa i länet träffat Bvc-sjuksköterskor och läkare BVC Sveg, Offerdal, Hammarstrand, Stugun och Bispgården.

Centrala samverkansgruppen bestående av, socialsekreterare Marika Sahlin och Anette Furberg, samordnande BHV-sjuksköterska Gunnel Holmqvist, samordnande barnmorska Ingrid Haglund, förskollärare Elisabet Falk samt pappagruppssamordnare Leif Franzén har träffats vid nio tillfällen för att planera den årliga samverkansdagen samt diskuterat utvecklingen av familjecentralssamverkan och pappagruppsverksamheten i länet.
Gunnel och Ingrid har dessutom träffat verksamhetsplanerare för barn- och utbildningsförvaltningen Eva Lindvall samt verksamhetschef för socialtjänsten i Östersunds kommun Marika Sahlin kring Familjecentralernas samverkansavtal, verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser i Östersunds kommun. Samrådsgruppen arbetar som stöd till förvaltningscheferna utifrån det gemensamma samverkansavtal som dessa har undertecknat. Under våren hölls en nätverksträff för Familjecentralerna i Östersunds kommun tillsammans med förvaltningscheferna för respektive yrkesprofession.

Fortbildningsgruppen för primärvårdens fortbildning har träffats vid ett par tillfällen.

Alkoholförebyggande arbete, samordnande barnmorska Ingrid Haglund, samordnade BHV-sjuksköterska Gunnel, distriktssköterskornas samordnare Britta Ahlin och alkoholsamordnare Thomas Andersson har träffats vid ett flertal tillfällen för att diskutera och planera det fortsatta alkoholförebyggande arbetet. Gunnel, Ingrid och Thomas har dessutom åkt runt i länet och träffat personal på Familjecentralerna i Lit, Järpen och Bräcke pratat om deras alkoholförebyggande arbete, om hur de samverkar inom Familjecentralen och om de skrivit lokala handlingsplaner kring deras alkoholförebyggande arbete.

Träffar med skolsköterskorna i länet för att diskutera gemensamma frågor bl.a. kring övervikt och fetma.
Träffat elevhälsan Östersunds kommun vid ett tillfälle omkring 5-årskontrollen men även andra gemensamma frågor. Även träffat Robert Ingvarsson elevhälsan m.fl. vid ett par tillfällen för att diskutera föräldrastöd och att hitta en gemensam röd tråd.

Datoriserad BHV-journal. Under året har Lennart Linjamäki, Per Hedman, Annika Åreng och Gunnel Holmqvist träffats vid ett tiotal tillfällen för att utarbeta ett beslutsunderlag. Även träffat representanter för Profdoc. och Asynja.

Träff med Smittskyddet utifrån att boken ”Smitta i förskola” är reviderad och en gemensam rundresa i länet planeras under 2009 för att träffa förskole- och BVC-personal.

Vårdkedjegruppen bestående av Kerstin Lilja och Sonja Eklund samt Carina Sjökvist alla tre barnmorskor från BB-förlossning, Torill Hallqvist barnmorska på Specialistmödravården, Elisabet Jonsson och Inger Holmberg barnsjuksköterska respektive barnsköterska på spädbarnsavdelningen samt Ingrid Haglund samordnande barnmorska och Gunnel Holmqvist samordnande BHV-sjuksköterska har träffats och diskuterat gemensamma frågor.

Träffar har hållits för uppföljning av **Tidig hemgång,** THG, och vårdprogrammet **Psykisk ohälsa under graviditet och småbarnstid**, POGS, med representanter från berörda enheter plus för utarbetande av ett nytt handlingsprogram gällande blivande och nyblivna **föräldrar med neuropsykiatriska funktionshinder och/eller utvecklingsstörning av betydelse för föräldraskapet**.

Arbetsgruppen för Övervikt/fetma har fortsatt att träffas under hösten som en referensgrupp med ett månatligt möte på barnmottagningen med deltagande av barnläkarna Anna-Lena Nilsson och Johanna Lindkvist och med deltagande från bl.a. barnhälsovården genom BVC-sjuksköterska Anette Grangert och barnhälsovårdsöverläkaren. Gemensamma remissärenden har diskuterats och fortsatta försök med implementering av handlingsprogrammet har planerats genom erbjudande av referensgruppens deltagande i möten ute i länets kommuner.

Vaccingruppen har fortsatt sitt arbete med regelbundna träffar var månad på barnmottagningen med deltagare från barnklinik, primärvård, elevhälsa och barnhälsovård.

BHV-öl och samordnande BHV-sjuksköterska, tillsammans med representanter för mödrahälsovården, har träffat **Primärvårdens ledning** vid två tillfällen för diskussion om såväl BHV- som MHV-frågor.

BHV-öl ingår i **landstingsdirektörens Barn- och Ungdomsråd** som haft 2 träffar under hösten. Övriga deltagare är områdeschefen Barn/Kvinna, enhetschefen för Livsstilscentrum och enhetschef för Ungdomsmottagningen.

BHV-öl, tillsammans med mödrahälsovårdsöverläkaren, har också 2 ggr per termin träff tillsammans med **landstingsdirektören** för samråd och informationsutbyte i barn- och ungdomsfrågor.

Barnhälsovårdsöverläkaren har under året deltagit i: **Processarbetet: Barn och Ungdomar med funktionshinder.** Arbetet beräknas avslutas under tidig vår 2009.

Nationella möten

Barnhälsovårdsöverläkare:

Deltagit i nationell träff för **BHV-öl** vid två tillfällen.

Möte med **BHV-enheterna Norra regionen** i Umeå.

Deltagit vid två tillfällen på **SKL's Nätverk för Barn och Ungdomar** i Stockholm - på landstingsdirektörens uppdrag. Barnhälsovårdsöverläkaren ingår sedan hösten 2008 i nätverkets arbetsgrupp med ansvar för programutformning för kommande träffar under de närmaste 2 åren.

BHV-samordnare:

Nationell träff och konferens för BHV-samordnare och BHV-öl m.fl. i Knivsta.
Möte med **BHV-enheterna Norra regionen** i Umeå.

Nationell **nätverksträff för ICDP-handledare** i Stockholm plus träff med ICDP-stiftelsen i Stockholm för att ge synpunkter och få fram en nationell utvärderingsenkät både till föräldrar och personal.

Som representant i styrelsen för **Föreningen för familjecentralers främjande, FFFF,** deltagit i planeringen och genomförandet av den nationella FFFF-konferensen i Stockholm 19-20/5 samt i övriga styrelsearbetet bl.a. gett synpunkter på den kartläggningen av Familjecentraler som socialstyrelsen gjort, utveckling av regionala nätverk mm.

27 Avslutande tankar och inför ett nytt verksamhetsår

Årets kvalitetsredovisning – barnhälsovårdens årsrapport – kommer också i år ut före sommaren – ett löfte som vi ånyo kunnat infria tack vare god hjälp av våra arbetskamrater på länets barnavårdscentraler. Tack för denna hjälp som också möjliggör att rapporten förhoppningsvis känns aktuell och blir till hjälp med att planera barnhälsovårdens arbete.

Undertecknade, Gunnel och Per, har ånyo reviderat Riktlinjer för barnhälsovården i Jämtlands län 2009. Riktlinjerna är bilagda årsrapporten. Som tidigare skall de mätbara målen vara desamma såväl för de enskilda hälsocentralerna som för primärvård och område barn/kvinna. De mätbara målen kommer att vara desamma som för år 2008.

Barnhälsovårdsöverläkaren har under året deltagit i landstingsdirektörens Barn- och Ungdomsråd tillsammans med områdeschef barn/kvinna, chef kompetenscentrum livsstilsfrågor samt enhetschef Ungdomsmottagningen. Uppdraget för ”barnrådet” är att fungera som ett sakstöd till landstingsdirektören. Förhoppningsvis kommer rådet att få en viktig roll i arbetet med barn- och ungdomsfrågor i länet.

Under år 2009 kommer förhoppningsvis ett gemensamt forum - ”Barnarenan”- att bildas med deltagare från länets kommuner och landsting där gemensamma barn- och ungdomsfrågor kan diskuteras. Ett första möte är planerat till juni 2009 där barnhälsovårdsöverläkaren kommer att delta.

Arbetet med att implementera konventionen om barnets rättigheter (barnkonventionen) inom landstinget har inte varit framgångsrikt. Konventionen, som i år fyller 20 år, har ännu i år 2009 inte satt några tydliga avtryck i landstingets styrdokument. Under år 2008 beslutade regeringen att föra en barnrättspolitik istället för en barnpolitik. Politiken ska ta tillvara och stärka barnets rättigheter utifrån barnkonventionen. Men om intentionerna i politiken ska bli verklighet krävs att de offentliga verksamheterna prioriterar barnrättsarbetet. Barnombudsmannen får ett delvis nytt uppdrag med tydligare inriktning på uppföljning och utvärdering av implementeringsarbetet i landsting och kommuner. Förhoppningsvis kommer arbetet med konventionen inom landstinget att intensifieras under år 2009 med tydligt uppdrag till tjänsteman/tjänstekvinna i landstingsdirektörens omedelbara närhet.

Arbetet med att datorisera barnhälsovårdsjournalen har pågått under hela 2008. En arbetsgrupp har sammanträtt regelbundet för att genomföra en förstudie m.m. Arbetet kommer att fortsätta under år 2009 och i skrivande stund (april 2009) beräknas det inte vara möjligt med att introducera en datajournal under det närmaste året.

Under hösten 2008 påbörjades arbetet med att ta fram ett handlingsprogram: ”Råd och Riktlinjer för hälso- och sjukvårdens anställda vid misstänkta fall av barn som far illa”. Arbetet som sker i samverkan med överläkare Anna-Lena Nilsson vid barnkliniken kommer att färdigställas under 2009.

Från och med år 2010 kommer det vara fullt möjligt att i vårt län, utifrån det fria hälsovalet, att lista sig på vilken hälsocentral man vill samtidigt som det kommer att bli fri etableringsrätt, dvs. att starta privata hälsocentraler. Utvecklingen kan komma att leda till att den områdesorganiserade mödra- och barnhälsovården kan få allt svårare att hitta samverkansformer med våra traditionella samverkanspartners såväl inom primärvård, förskola och socialtjänst. Familjecentralerna kan komma att hotas. Barnhälsovården centralt kommer att noggrant följa utvecklingen under de närmaste månaderna då formerna för det fria hälsovalet och den fria etableringen kommer att diskuteras i landstingsledningen.

För att möta de behov som barn och föräldrar har idag behöver BHV samverka med andra verksamheter. Familjecentralen är en samverkansmodell med stora möjligheter för

hälsofrämjande och tidigt förebyggande arbete. Behovet av en regional samordnare för familjecentraler i länet är stort.

Vi har alldeles nyligen genomgått fas ett av omprioriterings- och effektiviseringsarbete inom landstinget på grund av en global ekonomisk kris och ett dramatiskt vikande skatteunderlag. Under de närmaste åren kommer det hälsofrämjande och förebyggande arbete som bedrivs inom barnhälsovården att utsättas för en kritisk granskning utifrån dagens tankar om evidens men också utifrån solidaritetsprincipen dvs. att vi ska använda våra pengar på klokast möjliga vis. Under den ekonomiska krisen på 1990-talet var det mycket som blev sämre för barnbefolkningen. Barnen fråntogs stora resurser. Fritidsgårdar, fritidshem, musik- och teaterverksamhet, parklekar och öppna förskolor drabbades till exempel. I början av 1990-talet fanns 1600 öppna förskolor i Sverige och idag finns bara 450 kvar. Det allra mest beklagliga är att barnen inte har återfått de här kollektiva tillgångarna när ekonomin blivit bättre. Självklart drabbar det här barn som lever i icke-fungerande familjer mera än andra barn. Vi är nu ånyo inne i en djup global ekonomisk kris och det blir bl.a. en uppgift för oss inom barnhälsovården att bevaka barnens rättigheter. Barnkonventionen är här ett viktigt rättesnöre.

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

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

Undertecknade, Gunnel och Per, vill återigen rikta ett varmt tack till all personal vid länets barnavårdscentraler. Barnhälsovården fortsätter att fungera bra runt om i länet. Mycket tack vare barnhälsovårdspersonalens stora engagemang och gedigna kunskaper men också på grund av ett gott samarbete med alla barnarbetare ute i länet - alltifrån politiker, chefer på olika nivåer till våra nära samverkanspartners på familjecentraler - hälsocentraler - inom elevhälsovård och specialistsjukvård. Med den goda hälsobas som finns, kloka beslut som fattas, engagemang som visas - allt med målsättningen ”barnets bästa i främsta rummet” bör livsmiljön bara kunna fortsatt bli allt bättre för barnen i Jämtlands län.
Vi vill också rikta ett varmt tack till Anna-Karin Burge-Andersson och Anne-Caroline Sjöqvist, sekreterare på Föräldra- Barnhälsan, som återigen tålmodigt bistått oss med all statistikbearbetning och övrig hjälp med att iordningsställa årets kvalitetsredovisning.

Östersund maj 2009

Gunnel Holmqvist
Samordnande barnhälsovårdssjuksköterska

Per Hedman
Barnhälsovårdsöverläkare

28 Riktlinjer 2009 för barnhälsovården i Jämtlands län (4)

Uppdaterat 090322/ph

28.1 Styrdokument

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

Riktlinjer för barnhälsovården finns fastlagda i följande skrifter:

- Hälsoundersökningar inom barnhälsovården (Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 1991:8).
- Barnhälsovård (Hagelin, Magnusson & Sundelin, 2000).
- Folkhälsoplan för Jämtlands läns landsting.
- Kvalitetssäkring av barnhälsovården (SOS-rapport 1994:19).
- Utredningen ”Skydda skyddsnätet” (Socialstyrelsen 1992).
- FN:s konvention om barns rättigheter 1990.
- Amningsstrategi för Jämtlands län.
- Stöd i föräldraskapet SOU 1997:161
- Nya verktyg för föräldrar - förslag till nya former av föräldrastöd; FHI 2004.
- ”Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd ”En vinst för alla” SOU 2008:131. Finns även i en kortversion, Regeringskansliet.
- ”Tidigt föräldrastöd – en fördjupad beskrivning och analys av det tidiga föräldrastödet inom mödra- och barnhälsovården. Dokument sammanställt för verksamma inom mödra- och barnhälsovården, nov. 2007.
- Nationell målbeskrivning för sjuksköterskеtjänstgöring inom BHV 2003.
- Nationell målbeskrivning för läkartjänstgöring på BVC 2005 från Barnläkarföreningen, Svenska distriktsläkarföreningen och Svensk förening för allmän medicin.
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:22 M) om vaccination av barn.
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:7 M) om vaccination av barn.
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:31 M) om vaccination av barn.
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:29 M) om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.
- Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1994:26 (M) om vaccination mot pneumokocker.
- Socialstyrelsens Rekommendationer för profylax mot hepatit B (2005).
- Socialstyrelsens Rekommendationer för preventiva insatser mot Tuberkulos (2006).
- A State of the Art Document, Medicinska forskningsrådet (MFR). Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa – en analys av möjligheter och begränsningar i ett framtidsperspektiv, 1999.
- Vaccination av barn/Det svenska vaccinationsprogrammet. En kunskapsöversikt för hälsovårdspersonal. Socialstyrelsen 2008.
- Smitta i förskola, Kunskapsöversikt Socialstyrelsen 2008.
- Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd – En vinst för alla – SOU 2008:131.
- Anvisningar och kommentarer Barnhälsovårdsjournal 2000-01 Kompletterad med sidor om vikt/längkurvor/BMI 2008.
- Lokala vårdprogram t.ex. pneumokocker, hepatit B, Hemgång före 48 timmars ålder, POGS (Psykisk Ohälsa under Graviditet och Småbarnstid)

28.2 Barnhälsovårdens mål

Barnhälsovårdens mål är att främja barnens hälsa, trygghet och utveckling.
Detta övergripande mål kan uppnås genom följande **delmål:**

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

28.3 Resurser

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

Sjuksköterskan skall ha påbyggnadsutbildning i hälso- och sjukvård för barn och ungdom eller öppen hälso- och sjukvård. En sjuksköterska som arbetar heltid bör inte ha mer än 320 inskrivna barn i glesbygd respektive 400 barn i tätort motsvarande ca 60 nyfödda barn per år. Denna dimensionering är en förutsättning för att ge tillräckligt med tid för egen mottagning, medverkan vid läkarmottagningar, telefontid, tid för hembesök, föräldragruppsverksamhet, hälsovård på förskolan, planering/administration, dokumentation och verksamhetsstatistik samt samverkan.

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

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

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

28.4 Föräldra- Barnhälsan

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

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

28.5 Innehåll i verksamheten

Hälsoövervakning

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

Basprogrammet omfattar hälsoundersökningar, vissa screeningundersökningar, vaccinationer och hälsoupplysning i olika åldrar.
De föreslagna kontakttillfällena är valda med tanke på vilka avvikelser som kan upptäckas i respektive nyckelåldrar och för att passa rekommenderade vaccinationsintervall. Kontakterna är som framgår av bifogade program tätast under spädbarnsåret och blir sedan glesare för att efter 2 års ålder innebära cirka en kontakt per år.
Läkarbesöken är mycket få (5 stycken) i basprogrammet, detta för att i stället utrymme skall finnas för extra och längre besök vid behov. Huvudparten av hälsoövervakningsprogrammet utförs av sjuksköterskan som därmed också fått ett allt större ansvar.

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

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

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

ärftliga sjukdomar i familjen. Barn som också kan behöva uppmärksammas extra medicinskt är flyktingbarn, adoptivbarn och tvillingar.

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

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

Hälsoupplysning

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.
Hälsoupplysning omfattar amnings- och kostrådgivning, allergiråd, allmänna råd om barnets skötsel och fysiska aktivitet, råd om fostran och vardagssjuklighet, barnkultur, barnsäkerhet, rökning, alkohol och andra droger.
Hälsoupplysning kan ske både individuellt och/eller i grupp.

Vaccinationer

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

Psykosocialt stöd

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

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

Stöd i föräldraskapet - Föräldragrupper

Föräldragrupper ingår som en del i stödet i föräldraskapet.
I föräldragrupp ges möjlighet att förmedla kunskap och stöd genom att ta tillvara på föräldrarnas egen kompetens och förmåga. Utgångspunkten skall vara föräldrarnas egna behov av kunskap, information, kontakt och gemenskap med andra föräldrar i frågor som rör föräldraskap, barns utveckling och behov. Utrymme skall finnas för utbyte av tankar och idéer mellan föräldrar och för föräldrarnas egna frågor och reflexioner. Syftet är framför allt att skapa möjligheter för föräldrar att utvecklas och bli stärkta i sin föräldraroll.
Alla nyblivna föräldrar skall aktivt erbjudas att delta i föräldragruppsverksamhet. Föräldrar som tidigare har barn bör också erbjudas att få delta.

Hälsovård i förskolan

Syftet med hälsovård i förskolan är att dels ge hälsoupplysning och hälsoövervakning för barngruppen, dels att nå enskilda barn som behöver speciell uppmärksamhet. BVC:s ansvar kräver nära samarbete med förskolorna inom upptagningsområdet. Regelbundna besök som görs av sjuksköterskan och läkaren ger viktig 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 ansvaras för och planeras handläggning och hygienåtgärder. Regelbundna besök på förskolorna underlättar kontakten med personalen och bygger upp en förtroendefull relation vilken är nödvändig för att kontakt skall tas när behov uppstår. Besöken kräver planering och är tidskrävande men samarbetet möjliggör tidiga insatser och en helhetssyn på barnets hälsa. Se Socialstyrelsens skrift: Smitta i förskola (2008).

Föräldrar skall informeras om att samarbetsrutiner finns.

Samverkan

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

För att samverka krävs ett områdesansvar. Viktiga samarbetspartners är mödrahälsovård (MHV), socialtjänst, barnomsorg, skola, övrig primärvård samt länssjukvård. Förutom samverkan på ett mer övergripande plan när det gäller policyfrågor och mål behövs ett samarbete för att lösa sammansatta problem i enskilda ärenden.
Vi har flera exempel på bra samverkan. Idag samverkar många enligt familjecentralsidén d.v.s. flera olika yrkeskategorier arbetar tillsammans kring barnfamiljen. Familjecentraler (MHV, BHV, socialtjänst och öppen förskola) finns idag i sex av länets åtta kommuner. Erfarenheterna av samarbetet är mycket positiva.
Att utgå från ett vårdkedjeperspektiv med gemensamma vårdprogram för länssjukvård och primärvård, höjer kvalitén och gör att föräldrar möter en samsyn genom hela hälso- och sjukvården.
Förutsättningar bör finnas eller skapas för en fortsatt utveckling av samverkansformer mellan olika yrkeskategorier och verksamheter som arbetar med barn och deras familjer.

28.6 Kravspecifikation

Hälsoövervakning: Övervakningsprogrammet enligt bifogat blad skall följas

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

Hälsoupplysning: Alla barn/barnfamiljer som följer hälsoövervakningsprogrammet skall få hälsoupplysning om amning och kost, allergi, råd om barnets skötsel och fysiska aktivitet, råd om fostran och vardagssjuklighet, barnsäkerhet, barnkultur, rökning och alkohol.

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

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

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

Samverkan: Samverkansrutiner med socialtjänsten skall upprättas.

28.7 Målsättning

Följande kvalitetskriterier rekommenderas för 2009:

Process och resultatkriterier

Kvalitet

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

Hälsoövervakning och screeningundersökningar

99 % av barnen 0-1 år är undersökta enligt basprogrammet på BVC.
98 % av barnen 3 år, 4 år och 5 år är undersökta enligt basprogrammet på BVC.
98 % av barnen är synundersökta före 5 års ålder.

Hembesök

Alla föräldrar med nyfödda erbjuds hembesök under nyföddhetsperioden.
95 % av förstagångs- och 90 % av samtliga föräldrar får hembesök under nyföddhetsperioden.
Alla nyinflyttade och adoptivföräldrar erbjuds hembesök snarast.

Föräldragrupper

Alla nyblivna föräldrar erbjuds att delta i föräldragrupp(enligt riksdagsbeslut 1979).
70 % av förstagångsföräldrar och 30 % av flerbarnsföräldrar har deltagit vid tre tillfällen i föräldragrupp.

Tobaksinformation

Alla nyblivna föräldrar skall uppmärksammas på tobaksrökens skadeverkningar.
Registrering av föräldrars rökvanor skall ske enligt BHV-journalens anvisningar
(0-4 veckor, 8 månader, 18 månader och 4 års ålder).

Andel föräldrar som avstår från att återuppta rökning efter graviditet skall uppgå till minst 50 %.
Andel mödrar som är rökfria när barnet är 0-4 veckor skall uppgå till minst 96 %.
Andel föräldrar som är rökfria när barnet är 8 månader skall vara mer än 93 %.

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

EPDS

80 % av BVC-mottagningarna använder EPDS regelbundet.

Vaccinationer

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

Amning

80 % av barnen ammas helt vid 2 månaders ålder.
70 % av barnen ammas helt vid 4 månaders ålder.
75 % av barnen ammas helt eller delvis vid 6 månaders ålder.

BMI

Under år 2009 skall 96 % av länets 4-åringar BMI registreras i samband med hälsosamtal vid 4-årskontrollen.

Förskola

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

28.8 Kommentarer till hälsoövervakningsprogrammet

Varje gång bedömer man barnets allmänna välbefinnande och trivsel, kontaktförmåga och samspel mellan föräldrarna och barnet. Tillväxten kontrolleras: längd, vikt vid varje mottagningsbesök under de första sex levnadsåren, huvudomfånget de första 18 månaderna. Den psykomotoriska utvecklingen värderas vid varje BVC-kontakt men en mer omfattande bedömning görs vid nyckelåldrarna: 5 – 12 – 18 månader, 3 år, 4 år samt 5 år. **Kom ihåg att anteckna i journalen!**
Vid varje tillfälle skall möjlighet ges att samtala kring föräldrarollen, barnets utveckling och behov samt ge råd och bedriva hälsoupplysning i frågor kring barnets kost, fysiska aktivitet, barnsäkerhet, egenvård, rökning, alkohol och droger samt kulturella frågor.

28.9 BVC´s hälsoövervakningsprogram (Jämtland)

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

Åtgärdskalender

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

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

29 Referenser

1.
Hälsoundersökning inom barnhälsovården (SOSFS 1991:8)
Kvalitetssäkring av barnhälsovården (SOS-rapport 1994:19)

2.
Nationell målbeskrivning för sjuksköterskетjänstgöring inom barnhälsovården.
Nationella nätverket för barnhälsovårdssamordnare/vårdutvecklare (2007)

3.
Läkartjänstgöring inom barnhälsovården och på barnavårdscentral.
Svenska barnläkarföreningen, Svenska Distriktsläkarföreningen och svensk Förening för Allmän Medicin

4.
Riktlinjer för barnhälsovården i Jämtlands län 2009, bifogas årsrapporten.

5.
Kommunala basdata 2008 (www.fhi.se)

6.
Salonen.T. Barnfattigdomen i Sverige - Årsrapport 2008 (Rädda Barnen) (www.rb.se)

7.
www.skolverket.se

8.
www.scb.se

9.
www.socialstyrelsen.se

10.
Hembesök kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som föräldrar. Jansson. A, Sivberg. B, Wilde Larsson B, Udén G. Läkartidningen 2003;100:1348-1351

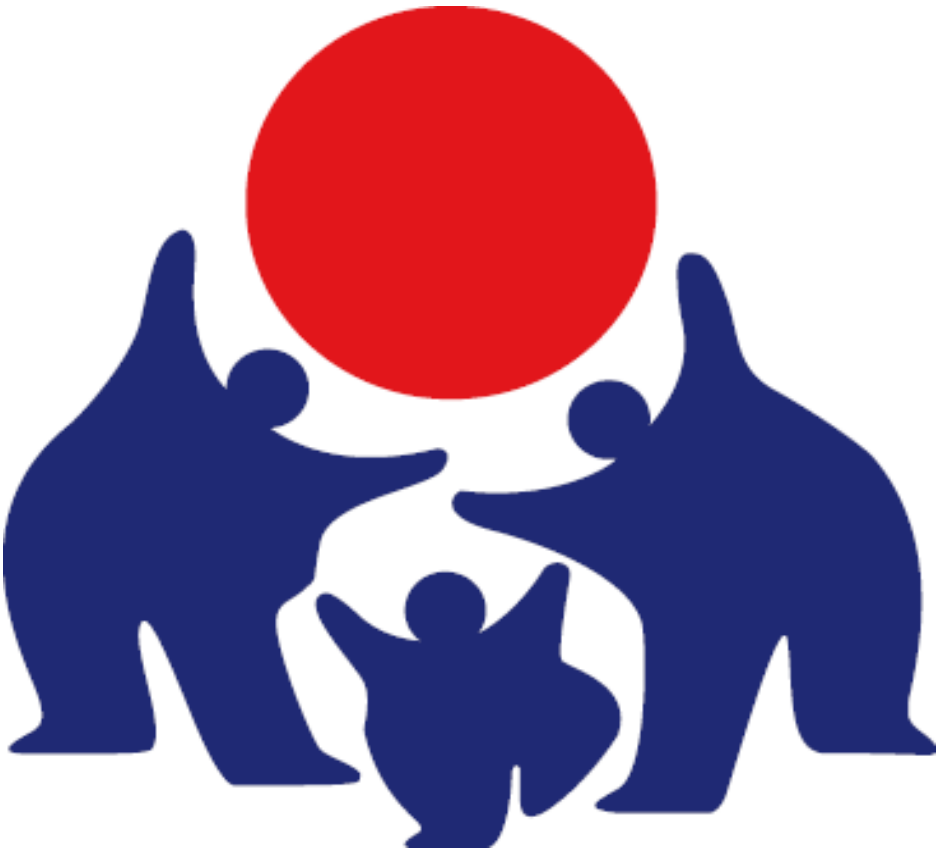
11.
Spädbarnsmassage, ett verktyg för socialt arbete? C uppsats socialt arbete, Institutionen för beteende-, social- och rättsvetenskap, Örebro Universitet 2006

12.
TCO´s Pappaindex 2008 (www.tco.se)

13.
Nationella folkhälsoenkäten 2006 (www.fhi.se)

14.
Personligt meddelande (Eva Roxbergh, Vårdutvecklare, Tandvården, Jämtlands läns landsting)

15.Personligt meddelande (mars 2009) Hörcentralen, Östersunds sjukhus)



Omslagsbild: Rufus
Foto: mamma Lisa Fröst Björnsdotter