

Barnhälsovårdens kvalitetsutveckling i Jämtlands län



Resultatredovisning 2012

Föräldra- och Barnhälsan

Kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård i Jämtlands län

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	KONVENTIONEN OM BARNETS RÄTTIGHETER	5
2	BARNHÄLSOVÅRDENS ARBETE	7
2.1	Sammanfattning av barnhälsovårdens resultat 2012	8
3	LÄNETS BARNHÄLSOVÅRDSORGANISATION	9
4	FOLKHÄLSODATA 2012	10
4.1	Definitioner och kommentarer	11
5	FAMILJESITUATION	12
5.1	Barnfattigdomen i Jämtlands län	13
6	BARN OCH PERSONAL I FÖRSKOLA	14
6.1	Öppna förskolor och familjecentraler	15
7	ANTAL FÖDDA I JÄMTLANDS LÄN UNDER PERIODEN 1990- 2012	16
7.1	Plötslig spädbarnsdöd (SIDS)	16
7.2	Shaken Baby Syndrome	17
8	INSKRIVNA OCH ÖVERVAKADE BARN MED FÖDELSEÅR 2006 -2012	18
8.1	Bemanning på barnavårdscentralen	19
8.2	BVC – normtid/faktiskt arbetad tid	20
8.3	Vårdtyngdsindex	21
8.4	Hembesök under 2012 för nyblivna föräldrar i Jämtlands län	22
8.5	Föräldrastöd i grupp	24
8.6	Spädbarnsmassage	27
9	ICDP-PROGRAMMET "VÄGLEDANDE SAMSPEL"	27
10	ÖMSESIDIG RESPEKT	28
11	PAPPAINDEX 2012	29
12	PSYKOLOG- OCH SOCIONOM VERKSAMHET 2012	31
13	GENUS	32
14	PSYKISK OHÄLSA	33
15	AMNING	36
16	RÖKNING	39
17	SNUSNING	40
18	RISKBRUKSARBETE	41
19	VACCINATIONER	42
20	BMI	45

21	BARN SOM FAR ILLA	48
22	SAMVERKAN MED FÖRSKOLAN	50
23	SAMARBETE MED HÖRSELVÅRDEN	51
24	SPRÅKSCREENING	51
25	SMÅBARNSTANDVÅRD I JÄMTLANDS LÄN	53
26	BARNHÄLSOVÅRDENS STORA PRIS 2012.....	54
27	GIVEN FORTBILDNING BHV 2012:	55
28	RIKTLINJER 2013 FÖR BARNHÄLSOVÅRDEN I JÄMTLANDS LÄN....	62
28.1	Styrdokument.....	62
28.2	Barnhälsovårdens mål	63
28.3	Resurser	63
28.4	Föräldra- och barnhälsan (FBH)	64
28.5	Innehåll i verksamheten	64
28.6	Kravspecifikation.....	68
28.7	Målsättning	69
28.8	Kommentarer till hälsoövervakningsprogrammet.....	70
28.9	BVC:s hälsoövervakningsprogram (Jämtlands län)	71
29	AVSLUTANDE TANKAR.....	72
30	REFERENSER	74
31	APPENDIX.....	75

1 KONVENTIONEN OM BARNETS RÄTTIGHETER

Sverige anslöt sig till FN:s konvention om barnets rättigheter (1)1990. Sverige har således förbundit sig att följa konventionens bestämmelser. Regeringen har december 2010 i dokumentet : ”Strategi för att stärka barnets rättigheter ” lyft fram vikten av utbildning i konventionen för såväl politiker som tjänstemän och vårdpersonal inom landstingen. Barnhälsovården har ett särskilt ansvar , att gentemot ovanstående politiker och tjänstemän samt mot föräldrar, förmedla kunskap om barns behov och utveckling i relation till de rättigheter barn har.

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

Landstinget reserverade 100 000 kronor under 2012 för arbetet med barnkonventionen.

En barnkonventionsgrupp bildades 2011 i landstinget bestående av en representant från varje verksamhetsområde inom landstinget samt ett arbetsutskott bestående av sammankallande Anna Ebenmark, mångfaldsstrateg vid landstingsdirektörens stab, områdeschef barn/kvinna Carsten Dencker, barntandläkare Kristina Palm och barnhälsovårdsöverläkare Per Hedman. Under 2012 har Per Hedman ersatts av samordnande BHV-sjuksköterska Gunnel Holmqvist i samrådsgruppen för barnkonventionsarbetet, samt i länets nätverk för barnkonventionsarbete.

Samrådsgruppen har en bred representation från landstingets alla verksamheter. Syftet är att utveckla BK-arbetet inom sina respektive arbetsområden. Gruppen har träffats en gång i kvartalet. På träffarna har informerats om det BK-arbete som gjorts inom respektive område. Diskussion om det fortsatta arbetet med att implementera BK i det vardagliga arbetet har pågått och arbetsgrupper har bildats utifrån olika frågor bl. a arbetar en arbetsgrupp med riktlinjer / rutiner i mötet med barn och unga som anhöriga och en annan utformar ett informationsmaterial som kan användas när man informerar om BK på sin arbetsplats. De som fått möjlighet att delta på nationella konferenser har gjort en kort redovisning från dessa.

En handlingsplan för implementering av barnkonventionen i JLL har skrivits och även en regional barnkonventionsdag för ledning och styrning anordnades i samarbete med SKL den 3:e december ”*Det är dags att göra skillnad*”.

Dessutom finns i länet ett BK-nätverk som består av representanter från alla kommuner i länet samt från landstinget och Rädda barnen. På träffarna har nya undersökningar, rapporter och material tagits upp samt information lämnats om barnkonventionsarbetet som görs ute i kommunerna. En årlig barnkonventionsdag planeras.

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

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

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



Personal inom mödra- och barnhälsovården samt övrig personal på de familjecentraler som finns i länet fick information och utbildning om materialet på samverkansdagen 1 mars *"Viktigast av allt"- om barns rättigheter i familjen samt om föräldrars rätt till stöd!*

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

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

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

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

2 BARNHÄLSOVÅRDENS ARBETE

Barnhälsovårdens arbete består av preventiva åtgärder på olika nivåer:

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

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

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

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

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

Kvalitetsindikatorer

Barnhälsovården använder sig av olika kvalitetsindikatorer som skulle kunna användas nationellt i ex öppna jämförelser. Att ta fram nationella indikatorer pågår f.n. i det s.k. Evelinaprojektet som lämnar sin slutrapport under hösten 2013. I ett samarbete i de fyra övre norrlandslandstingen har för år 2012 följande tre gemensamma kvalitetsindikatorer bestämts: hembesök, föräldrastöd i grupp samt EPDS-screening.

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

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

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

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

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

2.1 Sammanfattning av barnhälsovårdens resultat 2012

Område	Uppsatt mål 2012	Uppnått mål 2012	Resultat +/-
Hälsöövervakning	99% av barn 0-1 år	99,5% av barn 0-1 år	+
Hembesök nyblivna föräldrar	Alla erbjudes hembesök	65%	-
Hembesök förstagångsföräldrar	95% får hembesök	Förstagångsmammor 66% Förstagångspappor 62%	-
Föräldrargrupp	Alla nyblivna föräldrar ska erbjudas att delta	Förstagångsmammor 89%/pappor 87% Flerbarnsmammor 41% /pappor 39%	-
Förskola	Alla förskolor ska erbjudas besök minst en gång/termin	25% enskild förskola 30% kommunal förskola	-
Psykisk ohälsa	80% av BVC-mottagningarna använder EPDS regelbundet	100%	+
Amning	80% av barnen helammas vid 2 mån ålder	72,8%	-
Amning	70% av barnen helammas vid 4 månaders ålder	60,2%	-
Amning	70% av barnen hel eller delammas vid 6 månaders ålder	63,9%	-
Rökning	96% rökfria mödrar när barnet är 0-4 v	96,9%	+
Rökning	93% rökfria föräldrar när barnet är 8 månader	91,2%	(+)
Vaccinationer	97% av barnen MPR vaccinerade före 2 års ålder	97,1	+
Vaccinationer	99% av barnen vaccinerade med DTP-,polio-,Hib-pneumokockvaccin	97,1 - 97,8%	(+)
BMI	>90% normalt BMI	86,9%	-

3 LÄNETS BARNHÄLSOVÅRDSORGANISATION

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

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

Barnhälsovården utgör en del av Föräldra-Barnhälsan och består av barnhälsovårdsöverläkare (50%), samordnande barnhälsovårdssjuksköterska (100%) i samverkan med Föräldra-Barnhälsans mödrabarnhälsovårdspsykologer och socionomer.

Samordnande barnhälsovårdssjuksköterskan har i sin tjänst ett uppdrag (10%) som samordnare av länets familjecentraler vilket ingår i ovannämnda heltidstjänst.

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

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

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

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

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

Kravspecifikation för barnhälsovården i Jämtlands län

Barnhälsovårdens kravspecifikation baseras framförallt på de numera upphävda allmänna råden från socialstyrelsen (2) och nationella målbeskrivningar för sjuksköterske- och läkartjänstgöring inom barnhälsovården (3,4). I dokumentet "Riktlinjer för barnhälsovården i Jämtlands län" (5) finns angivet vilka ytterligare styrdokument som gäller, vilka resurser som behövs, innehåll i verksamheten samt kravspecifikation. All personal inom barnhälsovården har sedan år 2007 fri tillgång till den nationella handboken för barnhälsovårdspersonal via www.rikshandboken-bhv.se. Arbetet i samverkan med socialstyrelsen pågår sedan 2009 år för att ta fram nationella rekommendationer för barnhälsovården (Evelinaprojektet). Arbetet avslutas under hösten 2013.

I den här skriften presenteras årsstatistik och resultatsammanställning från länets samtliga barnvårdscentraler baserad på de uppgifter som barnvårdscentralersjuksköterskan lämnar in under januari 2013. Resultaten jämförs med de mål som angetts i kravspecifikationen för 2012.

4 FOLKHÄLSODATA 2012

Årsrapporten innehåller också i år en del folkhälsodata (6) för att ge en bakgrund till barnhälsovårdens arbete.

Tabell 1 Folkhälsodata 2012 (6)

Kommun	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund	Riket
Behöriga till gymnasieskolan vårterminen 2011 pojkar/flickor ;%	86/82	89/91	76/88	97/88	78/90	61/89	94/98	87/89	87/89
Eftergymnasial utbildning. (25-44 år)2011 ; män/kvinnor%	18/35	16/34	15/32	19/38	15/30	17/33	28/50	39/53	39/50
Arbetsökande (öppet arbetslösa 25-44 år) 2011; %	5	7	5	3	6	6	4	5	5
Andel män med låg inkomst 2010;%	15	17	16	15	15	18	19	17	19
Andel kvinnor med låg inkomst 2010;%	16	17	16	14	17	17	19	18	21
Anmälda brott 2011/100 000 invånare. varav våldsbrott	7621 1334	8493 792	11003 923	4929 564	5320 649	6906 813	14494 1617	12239 1509	114988 1236
Alkoholrelaterad dödlighet (antal döda/100 000 inv.) 2006-2010 män/kvinnor	5,0/1,2	3,7/0	7,1/1,0	3,8/0,2	1,3/1,1	2,7/0,6	4,3/1,2	3,9/1,0	3,5/0,9
Andel ensamstående med hemmavarande barn och låg inkomst 2010 ; %	45	44	38	41	38	38	41	34	37
Barnfattigdomsindex 2010,% svensk bakgrund	11	10	9	7	8	9	7	6	6
Barnfattigdomsindex 2010,% utländsk bakgrund	51	54	46	30	26	65	37	30	30
Låg födelsevikt 2008-2010/antal/ 1000 födda, födelsevikt < 2500 gr.	29,4	45,5	31,4	35,7	27,0	39,4	25,5	31,8	31,2

4.1 Definitioner och kommentarer

- Andelen kvinnor och män i åldern 25-44 år med eftergymnasial utbildning är i Östersund i nivå med riket i övrigt medan länets kommuner i övrigt ligger lägre bortsett från kvinnor i Åre kommun.
- Andelen öppet arbetslösa i åldern 25-44 år är under 2011 lägst i Krokoms och Åre och högst i Bräcke.
- Låginkomstgränsen är den sammanräknade inkomsten under vilka 20 procent av alla inkomsttagare i riket ligger. Skillnaden mellan kvinnor och män i länet är liten.
- Antalet anmälda brott är lägst i Krokoms och Ragunda. Risken att bli utsatt för våldsbrott är likaledes lägst i Krokoms och Ragunda och högst i Åre och Östersund.
- Alkoholrelaterad dödlighet under åren 2006-2010 beskriver sjukdomar eller dödsfall med alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak. Statistiken påverkas av åldersstrukturen i kommunen. Härjedalen ligger fortsatt högt när det gäller män medan Åre och Berg ligger högt när det gäller kvinnor.
- Barnfattigdomsindex 2010 avser barn 0 – 17 år som finns i ekonomiskt utsatta hushåll. Med ekonomiskt utsatta hushåll menas hushåll med låg inkomst eller socialbidrag. Med låg inkomst avses lägsta utgiftsnivå baserad på socialbidragsnormen och en norm för boendeutgifter.
- Barnfattigdomsindex 2010 i familjer med utländsk bakgrund ligger fortsatt betydligt över riksgenomsnittet i Strömsund, Bräcke, Berg och Härjedalen.
- Barnfattigdomsindex 2010 i familjer med svensk bakgrund ligger betydligt över riksgenomsnittet i såväl Berg som Bräcke kommun.

5 FAMILJESITUATION

Tabell 2 Familjesituationen för barn födda 2011-12 i Jämtlands län

BVC	Antal födda barn 2012	Sammanboende föräldrar	Ensamstående		Annan familjesituation		Barn, f. 2011, med en / båda föräldrar födda utanför Norden	
			antal	andel %	antal	andel%	antal	andel %
Myrviken	31	29	2	6,5	0	0	2	7,4
Svenstavik	28	26	2	7,1	0	0	4	13,3
Bräcke	27	27	0	0	0	0	5	23,8
Gällö	17	16	0	0	1	5,9	2	22,2
Kälarne	3	3	0	0	0	0	0	0
Funäsdalen	21	21	0	0	0	0	0	0
Fjällhälsan	13	13	0	0	0	0	1	8,3
Sveg	51	48	3	5,9	0	0	9	16,1
Föllinge	10	10	0	0	0	0	3	13,6
Krokom	92	89	1	1,1	1	1,1	13	11,6
Offerdal	17	17	0	0	0	0	5	38,5
Bispgården	9	9	0	0	0	0	0	0
Hammarstrd	30	28	2	6,7	0	0	4	19,0
Stugun	17	17	0	0	0	0	3	17,6
Backe	3	3	0	0	0	0	1	16,7
Gäddede	8	8	0	0	0	0	1	9,0
NNV Hoting Strömsund	10	9	1	10,0	0	0	2	9,1
Strömsund	71	71	0	0	0	0	11	15,3
Utrikeshälsan	38	35	3	7,9	0	0	2	13,3
Hallen	9	9	0	0	0	0	0	0
Järpen	34	30	3	8,8	1	2,9	7	22,6
Åre	64	63	0	0	0	0	9	12,3
Brunflo	77	75	2	2,6	0	0	4	4,6
Frösön	144	141	2	1,4	1	0,7	14	8,1
Lit	32	32	0	0	0	0	3	7,0
Lugnvik	68	65	3	4,4	0	0	11	17,2
Odensala	74	71	3	4,1	0	0	6	5,9
Torvalla	92	76	11	12,0	4	4,3	25	31,6
Z-gränd	192	187	3	1,6	2	1,0	15	7,5
Jämtlands län	1282	1228	41	3,2	11	0,9	162	11,9

5.1 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 (7).

Barnfattigdom utgår från ett index baserat på två oberoende variabler, låg inkomststandard och socialbidrag. Forskningen är entydig när den visar ett tydligt samband mellan barns materiella välfärd och deras tillgång till andra rättigheter, som fysisk och psykisk hälsa, utbildning och en meningsfull fritid. Att förbättra villkoren för de ekonomiskt mest utsatta barnen kan alltså få positiva effekter på långt fler områden än de ekonomiska.

Under åren 1997 till 2007 skedde en generell välståndsökning i Sverige. Barnfattigdomen minskade under denna period, från 22,3 procent år 1997 till 10,9 procent år 2007.

Barnfattigdomen ökade därefter till 13,0 procent år 2009.

2010 års statistik visar på en liten minskning av barnfattigdomen med 0,3 procentenheter till 12,7 procent under året. Det motsvarar 242 000 barn som lever i barnfattigdom.

Sammanfattningsvis:

- Barnfattigdomen varierar starkt mellan Sveriges kommuner, från 4 procent (Täby) till 32,7 procent (Malmö).
- Barnfattigdom är mer än fem gånger så hög bland barn med utländsk bakgrund (31,2%) som bland barn med svensk bakgrund (6,0%).
- Mer än hälften av alla barn (54,1%) till ensamstående föräldrar med utländsk bakgrund lever i ekonomisk fattigdom, men endast 2,4 procent av alla barn som bodde med båda sina svenskfödda föräldrar.
- Barnen i Strömsund, Bräcke och Bergs kommuner lever i ekonomisk utsatta hushåll betydligt över riksgenomsnittet medan barnen i Krokoms och Östersunds kommun under riksgenomsnittet.

Tabell 3 Barn 0-17 år i ekonomiskt utsatta hushåll år 2010

Kommun/län/riket	Totalt antal barn	Antal barn i	Andel barn (%) i
Berg	1356	200	14,7
Bräcke	1305	200	15,3
Härjedalen	1714	220	12,8
Krokom	3391	300	8,8
Ragunda	2083	112	11,4
Strömsund	2083	362	17,4
Åre	2075	215	10,4
Östersund	11312	1 014	9,0
Jämtlands län	24219	2 623	10,8
Riket	1 912 071	242 303	12,7

6 BARN OCH PERSONAL I FÖRSKOLA

Skolverket (8) presenterar årligen utbildningsstatistik. En allt större andel av barn går i förskola. Hösten 2012 var över 480 000 barn inskrivna i förskolan vilket är 10 000 fler barn jämfört med året innan. Barngruppernas storlek är i stort sett oförändrad trots ett ökat barnantal. Mer utbildad personal i kommunala förskolor. Fortsatt få män i förskolan – endast knappt fyra procent av de anställda är män.

Hösten 2012 består en genomsnittlig förskolegrupp i Sverige av 16,9 barn jämfört med året innan 17,0 barn. Under 1980 – talet var det ovanligt med fler än 15 barn per grupp. I vårt län varierar gruppstorleken mellan 14,1 barn (Strömsund kommun) som lägst och 18,5 barn (Bräcke kommun) som högst.

Hösten 2012 gick det i genomsnitt 5,3 barn per årsarbetare i den svenska förskolan. Det är mer än ett barn fler per årsarbetare än under 1980-talet när genomsnittet låg på 4,3 barn. Antal barn per årsarbetare varierar i vårt län inom den kommunala förskolan mellan som lägst 4,4 barn (Strömsunds kommun) och som högst 5,7 barn (Ragunda kommun).

Skillnaden mellan personalens utbildningsnivå mellan den kommunala och enskilda förskolan består. Nationellt har 53 procent av personalen i den kommunala förskolan idag en pedagogisk högskoleutbildning jämfört med 41 procent i den enskilda. I de kommunala förskolorna saknar 4 procent av personal utbildning för arbete med barn jämfört med 11 procent på de fristående förskolorna.

Tabell 4 Statistik förskolan 2012 kommun-, läns- och riksnivå

Kommun	Andel(%) barn av samtliga barn i åldern 1-5 år	Andel (%) Inskrivna barn i fristående förskola	Antal inskrivna barn per avdelning	Inskrivna barn per årsarbetare
Berg	80	9	14,4	5,0
Bräcke	89	17	18,5	4,9
Härjedalen	86	11	15,6	5,1
Krokom	88	14	15,5	5,2
Ragunda	89	0	16,3	5,7
Strömsund	76	5	14,1	4,4
Åre	90	12	16,6	4,8
Östersund	85	9	17,0	5,0
Riket	84	20	16,9	5,3

6.1 Öppna förskolor och familjecentraler

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

Tabell 5 Antal öppna förskolor och familjecentraler i Jämtlands län 2012

Kommun/Riket	Antal öppna förskolor	Antal med öppet minst 16 timmar/vecka	I familjecentral
Berg	1 (1d/v)	0	1 (1 d/v)
Bräcke	1	1	1
Härjedalen	2 (1 d/v)	0	2 (1 d/v)
Krokom	1	1	1
Ragunda	1	1	1
Strömsund	1	1	1
Åre	0	0	0
Östersund	7	6	6
Jämtlands län	14	10	13

Från och med november 2009 har Jämtlands läns landsting inrättat del av tjänst, 10 procent, dvs. 4 timmar/vecka, som familjecentralssamordnare på länsnivå. Sedan 1 mars 2010 har samordnande BVC-sjuksköterskan detta uppdrag som sedan 2011 finansieras inom Föräldra-Barnhälsans budget.

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

Under 2012 hölls en samverkansdag om barnkonventionen och vidare stod Bräcke familjecentral för den årliga regionala nätverksträffen. Socialtjänsten i Östersunds kommun anordnade nätverksträffen för familjecentralerna i kommunen.

Barn- och utbildningsförvaltningens förslag om nedläggning av de öppna förskolorna i Östersunds kommun, därmed ett hot mot familjecentralernas existens, föranledde ett stort engagemang från Föräldra-Barnhälsans sida. Förslaget drogs tillbaka.

Den årliga nationella Familjecentralkonferensen kommer att anordnas i Östersund 13-14 maj 2014 med temat: Framtidens familjecentral.

7 ANTAL FÖDDA I JÄMTLANDS LÄN UNDER PERIODEN 1990- 2012

Antal födda i Jämtlands län år 2012 (9) visar en fortsatt minskning på 37 barn och jämfört med år 2010 på 148 barn.

Tabell 6 Antal nyfödda i Jämtlands län efter födelseår

1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1879	1028	1134	1164	1248	1264	1263	1295	1308	1344	1341	1430	1319	1282

Barnafödandet under 2000-talet ökade med nästan 40 procent från 1028 nyfödda barn till 1430 nyfödda år 2010. Antalet nyfödda har därefter på nytt minskat och uppgår idag till en nivå som motsvarar siffrorna ca 8 - 10 år tillbaka i tiden.

7.1 Plötslig spädbarnsdöd (SIDS)

Under hela 1980-talet ökade antalet barn som dog i SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) i Sverige. 1990 dog 146 barn i Sverige i plötslig oväntad spädbarnsdöd. På 1990-talet presenterades forskningsresultat som utmynnade i råd till föräldrar att lägga barnen på rygg istället för mage när de skulle sova. Alltsedan dess har dödligheten i SIDS minskat påtagligt och antalet barn har sedan år 2000 varit färre än 30.

Råd till nyblivna föräldrar angående plötslig oväntad spädbarnsdöd förmedlas redan under graviditeten via barnmorskemottagningarna i länet och senare på BB men också i samband med BVC-sjuksköterskans hembesök som vanligtvis sker inom en vecka efter hemkomsten från BB.

Broschyren ”Minska risken för plötslig spädbarnsdöd”, utgiven av socialstyrelsen år 2006 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

Socialstyrelsen har under 2012 påbörjat en översyn av de nationella riktlinjerna.

7.2 Shaken Baby Syndrome

Shaken Baby Syndrome är den näst vanligaste dödsorsaken hos barn under 6 månaders ålder. Endast plötslig spädbarnsdöd är vanligare. Ett oroligt och skrikande spädbarn kan vara påfrestande för alla i familjen. Det är lätt att känna sig ledsen och otillräcklig om barnet inte lugnar sig. Men även om barnet fortsätter att skrika:

SKAKA ALDRIG DITT BARN!

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

Mental vaccination är ett begrepp som har myntats från barnhälsovården i Stockholm.

Föräldrar ska via muntlig och skriftlig information vid åtminstone tre 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”.

Det har även kommit en ny film om skakvåld mot spädbarn framtagen av MIO-gruppen, Karolinska universitetssjukhuset; **”... aldrig, aldrig skaka...”**, 9 min.

Den är tänkt att visas i föräldragrupp och följas av en diskussion kring vilka strategier man som förälder kan ha för att hantera barnskrik och sin egen frustration.

Till filmen finns en diskussionshandledning. Diskussionen bör ledas av sjuksköterska på BVC eller barnmorska på MVC. Alla BVC har fått ett ex av filmen under 2013.

8 INSKRIVNA OCH ÖVERVAKADE BARN MED FÖDELSEÅR 2006 -2012

Antalet inskrivna barn vid barnavårdscentralerna i Jämtlands län den 31.12. 2012 var 8156 barn vilket är en minskning med 37 barn sedan föregående årsskifte.

Tabell 7 Antal inskrivna barn på respektive BVC den 31.12.2012

BVC-mott	Födelseår							Totalt
	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	
Myrviken	31	27	31	22	31	32	0	174
Svenstavik	28	30	31	39	35	38	0	201
Bräcke	27	21	22	16	24	21	0	131
Kälarne	3	6	9	11	8	8	0	45
Gällö	17	9	25	19	19	20	0	109
Funäsdalen	21	17	20	14	24	17	0	113
Hede	13	12	13	15	15	11	0	79
Sveg	51	56	47	44	42	47	0	287
Föllinge	10	22	10	14	17	19	0	92
Krokom	92	112	124	139	151	157	0	775
Offerdal	17	13	34	15	26	26	0	131
Bispgården	9	7	13	5	10	8	0	51
Hammarstrand	30	21	30	25	30	24	0	160
Stugun	17	17	12	16	12	15	0	89
Backe	3	6	11	10	13	8	0	51
Gäddede	8	11	9	7	9	4	0	48
Hammerdal	38	15	17	13	20	18	0	121
Hoting NNV	10	22	14	17	18	16	0	97
Strömsund	71	72	63	60	42	48	0	356
Hallen	9	13	22	22	18	19	0	103
Järpen	34	31	34	45	32	25	0	201
Åre	64	73	83	54	65	66	1	406
Brunflo	77	87	100	90	76	114	2	546
Frösön	144	172	166	178	195	152	0	1007
Lit	32	43	50	59	55	52	0	291
Lugnvik	68	64	68	71	71	66	0	408
Odensala	74	102	110	102	102	105	0	595
Torvalla	92	79	81	90	87	95	1	525
Zätahuset	192	200	183	154	125	107	2	963
Jämtlands län	1282	1360	1432	1366	1372	1338	6	8156

8.1 Bemanning på barnavårdscentralen

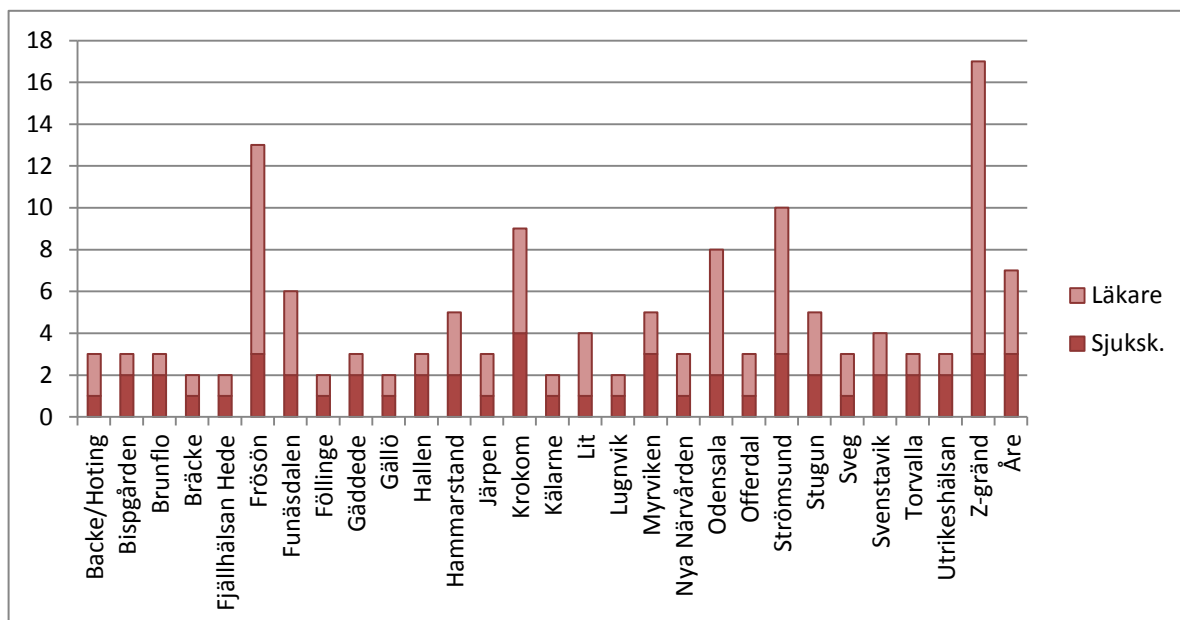
Bemanning och därmed kontinuitet uppvisar en väsentligen oförändrad bemanningssituation vid länets barnavårdscentraler under 2012 men de senaste två årens statistik inger ändå en viss oro inför framtiden. Antal läkare är fortsatt hög på en del barnavårdscentraler mestadels beroende en turbulent läkarbemanning inom primärvården med ett relativt stort antal ”stafettläkare”, familjeläkarsystem” vid några hälsocentraler och/eller utbildningsplatser för blivande barnläkare.

Antalet sjuksköterskor som under 2012 har tjänstgjort vid länets barnavårdscentraler är 53 sjuksköterskor vilket är väsentligen oförändrat bra jämfört med föregående år (50 st.) Kontinuiteten på sjuksköterskesidan är således enastående god vid länets 29 barnavårdscentraler.

Antalet läkare som tjänstgjort under 2012 är 85 läkare att jämföra med föregående år 76 läkare. Ett antal barnavårdscentraler skiljer ut sig markant (Z-gränd, Frösön, Odensala och Strömsund) och bemanningsfrågan behöver fortsatt nogsamt följas då kontinuitet på läkarsidan är ett viktigt kvalitetskriterium för barn och föräldrar men också ur ett utbildningsperspektiv. Riktlinjerna i de nationella målbeskrivningarna för sjuksköterske- och läkartjänstgöring på BVC är att varje sjuksköterska och läkare på BVC ska få ansvar för minst 25 nyfödda per år. I ett glesbygdslän som vårt kan detta vara svårt att uppnå till fullo men måste ändå utgöra ett riktmärke för planering av BVC-verksamheten.

Se diagram nedan!

Diagram 1 Bemanning sjuksköterska/läkare på BVC; Jämtlands län



8.2 BVC – normtid/faktiskt arbetad tid

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

Ett totalt av länets 29 barnavårdscentraler hade mindre tid avsatt än den som rekommenderades i barnhälsovårdens styrdokument. Normtid/faktiskt arbetad tid måste sammanvägas med bl.a. den aktuella barnavårdscentralens vårdtyngd och om man ex. täcker upp för varandra vid semester, annan ledighet, innan någon slutsats kan dras beträffande ökning eller minskning av bemanningen. Index för vårdtyngd presenteras i kapitel 8.3. i denna årsrapport.

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

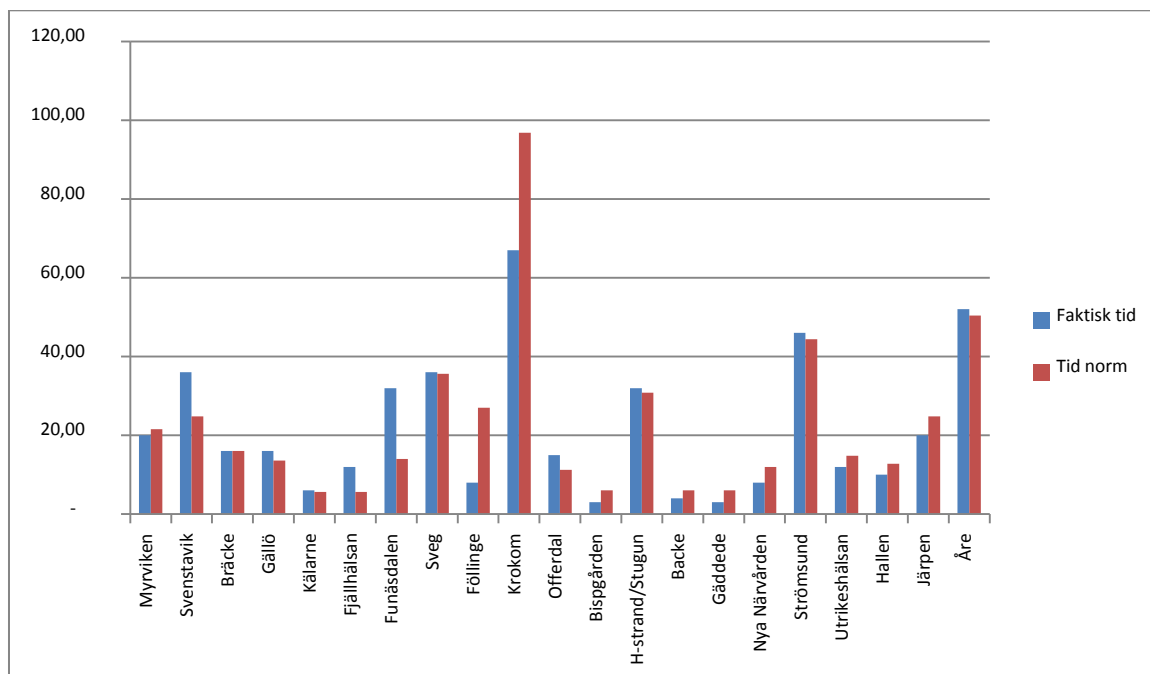
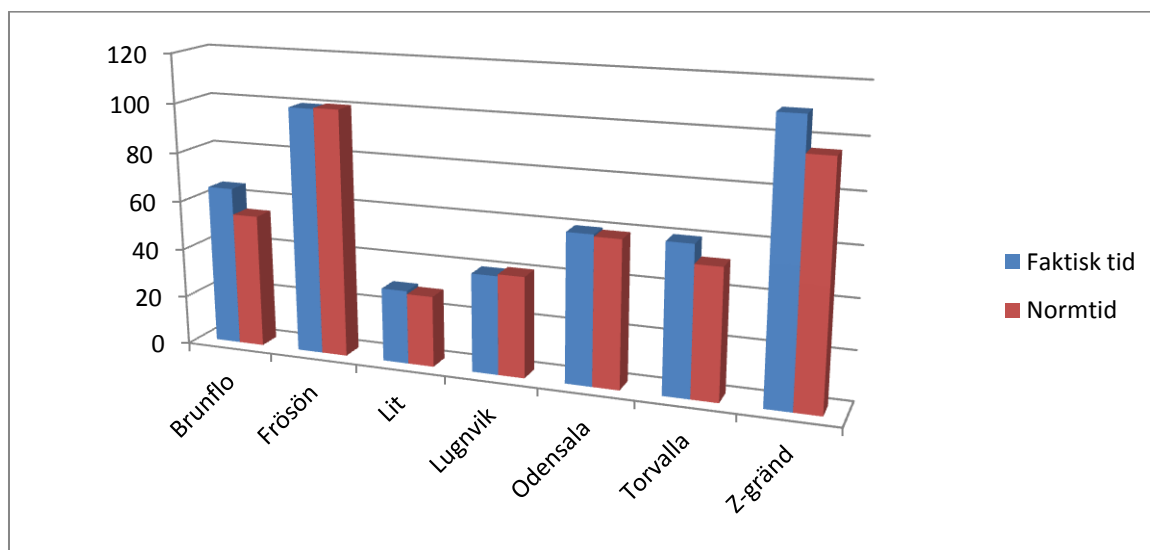


Diagram 4 Sjukskötersketid per vecka på BVC, faktisk tid och normtid. Östersunds kommun = tätort (40 t/vecka = 400 inskrivna barn)



8.3 Vårdtyngdsindex

Hälsocentraler med hög vårdtyngd behöver mer tid för sin BVC-verksamhet. Vårdtyngdsindex användes på flera håll i landet (ex. Uppsala och Örebro) för att mäta belastning på BVC.

BVC med högre vårdtyngd bör minska normtalen för heltidstjänster. Index beräknas som summan av andelen mammor och pappor som röker 0-4 v + andelen föräldrar som är utlandsfödda (summan av en och/eller båda föräldrar) + slutligen andel förstagångsmödrar. Den senare variabeln divideras med 3 för att inte få för stark genomslagskraft. **Vi får då ett länsgenomsnitt på 32,9.**

Diagram 5 Vårdtyngdsindex BVC i länets kommuner (ej Östersund)

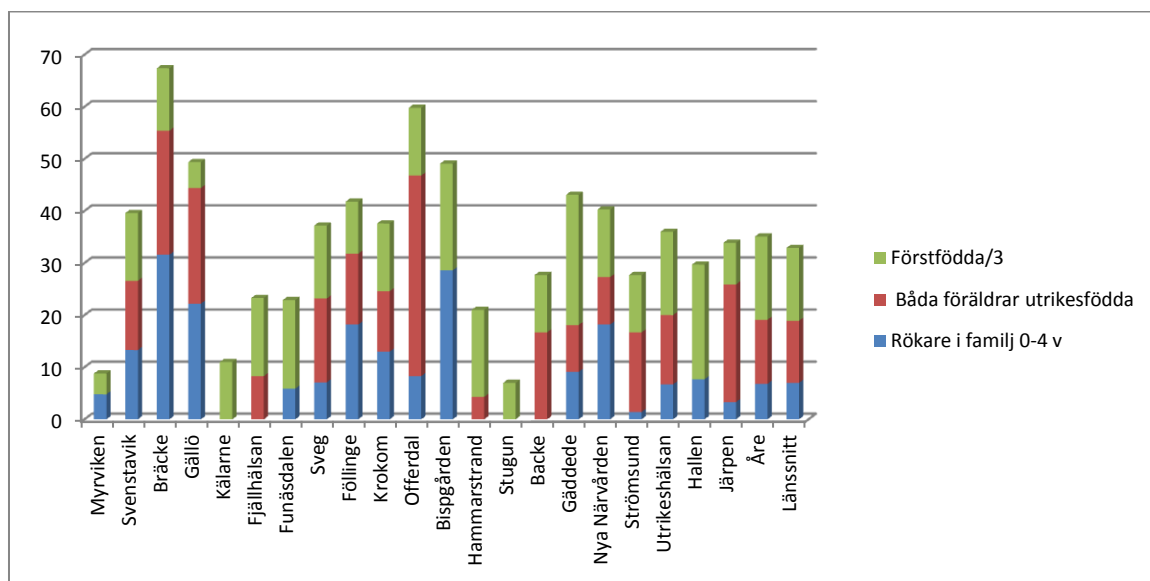
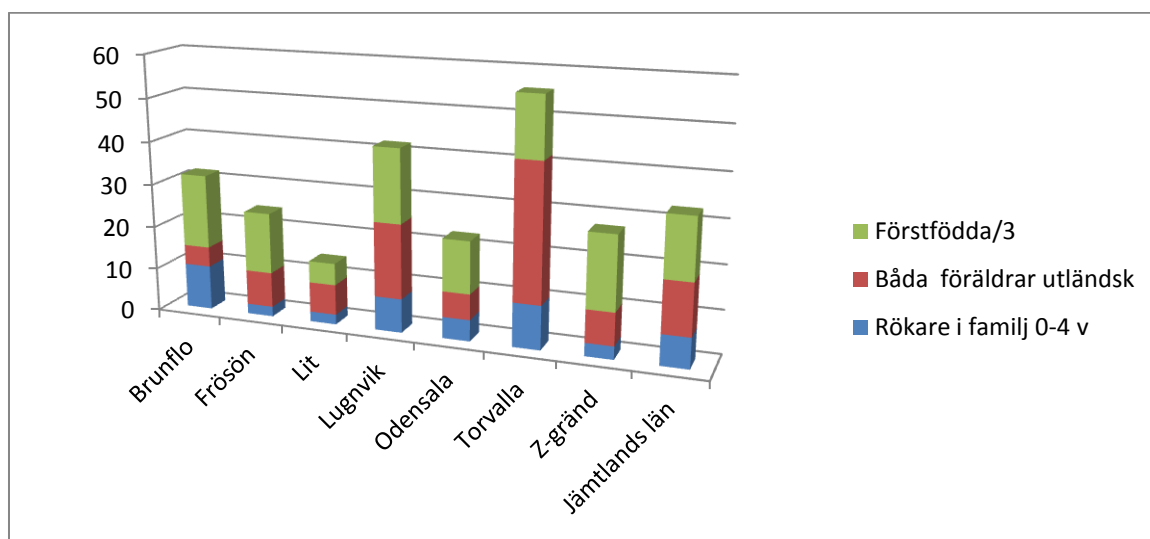


Diagram 6 Vårdtyngdsindex BVC i Östersunds kommun och Jämtlands län



Index ovan pekar på att ett antal barnavårdscentraler ligger över länsnittet för vårdtyngd, ex. Svenstavik, Bräcke, Gällö, Sveg, Föllinge, Nya Närvården, Offerdal, Lugnvik och Torvalla. Utifrån ett litet underlag ska dock siffrorna tolkas med försiktighet.

8.4 Hembesök under 2012 för nyblivna föräldrar i Jämtlands län

Målsättning: Hembesök skall erbjudas samtliga nyblivna föräldrar.

Hembesök är en viktig del av barnhälsovårdens arbete. På hemmaplan får föräldrar information i lugn och ro om vad barnhälsovården kan erbjuda. Det ger BVC-sjuksköterskan och familjen en möjlighet att lära känna varandra. Värdet av hembesök har undersökts bl.a. i en avhandling från Linköping (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 amnings rådgivningen och uppskattade möjligheten till samtal i lugn och ro.

Vi har i årets statistik speciellt undersökt antalet hembesök hos nyblivna förstagångsföräldrar, såväl mammor som pappor. Se tabell 9! Vi redovisar också antalet hembesök till alla nyblivna föräldrar år 2012. Se tabell 10!

Hembesök erbjudes till ca 70 procent av förstagångsföräldrarna medan drygt 60 procent av alla förstagångsföräldrar har fått hembesök. Sammantaget får endast drygt hälften av alla nyblivna föräldrar hembesök men ännu alarmerande är att vid vissa av våra BVC erbjuds endast ca ¼ hembesök. Ännu färre har fått hembesök. Utifrån barnhälsovårdens riktlinjer är inte detta acceptabelt och kommer vid besök på respektive BVC att noggrant analyseras.

Tabell 9 Hembesök hos nyblivna förstagångsföräldrar Jämtlands län 2012

Kommun	Antal förstagångsmödrar	Antal förstagångsfäder	Antal/andel (%) förstagångsmödrar				Antal/andel (%) förstagångsfäder			
			Erbjudna hembesök		Fått hembesök		Erbjudna hembesök		Fått hembesök	
			antal	andel %	antal	andel av alla (%)	antal	andel (%)	antal	andel av alla (%)
Berg	15	19	13	87	12	80	16	84	15	79
Bräcke	14	11	14	100	14	100	11	100	11	100
Härjedalen	39	40	26	66,7	25	64	27	68	26	65
Krokom	46	48	18	39	16	35	20	42	17	35
Ragunda	26	24	25	96	25	96	17	71	17	71
Strömsund	25	22	25	100	22	88	21	96	20	91
Åre	46	53	40	87	31	67	44	83	32	60
Östersund	311	304	210	68	199	64	204	67	187	62
Jämtland	552	549	392	71%	363	66%	379	69%	341	62%

Tabell 10 Hembesök till alla nyblivna föräldrar i Jämtlands län 2012

BVC	Antal födda barn	Antal som erbjudits hembesök		Andel % som erbjudits hembesök		Antal som fått hembesök		Andel % av alla födda som fått hembesök	
		Mamma		Mamma		Mamma		Mamma	
		Pappa	Pappa	Pappa	Pappa				
Myrviken	31	16	15	51,6	48,4	16	15	51,6	48,4
Svenstavik	28	24	22	85,7	78,6	23	21	82,1	75,0
Bräcke	27	27	27	100	100	27	27	100	100
Gällö	17	16	14	94,1	82,4	16	14	94,1	82,4
Kälarne	3	3	3	100	100	3	3	100	100
Föllinge	10	3	3	30,0	30,0	3	3	30,0	30,0
Krokom	92	28	27	30,4	29,3	22	22	23,9	23,9
Offerdal	17	17	17	100	100	12	12	70,6	70,6
Bispgården	9	9	9	100	100	9	9	100	100
Hammarstrand	30	29	21	96,7	70,0	27	19	90,0	63,3
Stugun	17	16	17	94,1	100	16	16	94,1	94,1
Funäsdalen	21	21	21	100	100	20	20	95,2	95,2
Fjällhälsan	13	11	11	84,6	84,6	11	11	84,6	84,6
Sveg	51	20	18	39,2	35,3	14	14	27,5	27,5
Backe	3	1	1	33,3	33,3	1	1	33,3	33,3
Gäddede	8	8	8	100	100	8	8	100	100
NNV Hoting-Strömsund	10	0	0	0	0	0	0	0	0
Strömsund FC	71	67	66	94,4	93,0	49	47	69,0	66,2
Utrikeshälsan	38	33	28	86,8	73,7	20	18	52,6	47,4
Hallen	9	9	9	100	100	4	4	44,4	44,4
Järpen	34	34	28	100	82,4	19	17	55,9	50,0
Åre	64	51	51	79,7	79,7	42	40	65,6	62,5
Brunflo	77	67	63	87,0	81,8	60	55	78,0	71,4
Frösön	144	136	133	94,4	92,4	124	115	86,0	79,9
Lit	32	31	31	96,9	96,9	7	7	21,9	21,9
Lugnvik	68	41	40	60,3	58,8	18	13	26,5	19,1
Odensala	74	46	43	62,2	58,1	45	39	60,8	52,7
Torvalla	92	43	38	46,7	41,3	35	29	38,0	31,5
Z-gränd	192	51	51	26,6	26,6	50	50	26,0	26,0
Jämtlands län	1282	858	815	66,9	63,6	701	649	54,7	50,6

8.5 Föräldrastöd i grupp

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

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

Vi har genomfört en skärpning av kriterierna för deltagande i föräldragrupp och kräver sedan 2011 att man deltagit vid minst 3 tillfällen i föräldragrupp för att registreras som att ha deltagit.

Totalt erbjuds i länet 60% av alla nyblivna föräldrar att delta varav 67% deltar vid minst 3 gruppstillfällen. Även om vi har en högre målsättning beträffande deltagarantal så vid en nationell jämförelse faller vi väl ut.

Tabell 11 Föräldrastöd i grupp, barn f. 2011

Kommun	Barn födda 2011	Föräldrar erbjudna föräldrastöd i grupp		Föräldrar, som erbjudits föräldragrupp och som deltagit vid minst 3 tillfällen	
		antal	andel %	antal	andel %
Berg	57	37	64,9	26	70,3
Bräcke	36	29	80,6	12	41,4
Härjedalen	85	80	94,1	62	77,5
Krokom	147	65	44,2	33	50,8
Ragunda	45	37	82,2	20	54,1
Strömsund	126	62	49,2	23	37,1
Åre	117	116	99,1	62	53,4
Östersund	747	388	51,9	306	41,0
Jämtlands län	1360	814	59,9	544	66,8

Tabell 12 Föräldrastöd i grupp för förstagångsföräldrar till barn f. 2011 och som deltagit vid minst tre grupptillfällen.

Kommun Län	Antal inskrivna barn födda 2011			Antal/andel erbjudna förstagångsmödrar		Antal erbjudna förstagångsfäder		Förstagångsmödrar som deltagit minst 3 ggr, av totala antalet förstagångsmödrar		Förstagångsmödrar, som deltagit minst 3 ggr, av antalet erbjudna förstagångsmödrar	Förstagångsfäder, som deltagit minst 3 ggr, av antalet erbjudna förstagångsfäder	
	alla barn	först barn ♀	första barn ♂	antal	andel %	antal	andel %	antal	andel %	andel %	antal	andel %
Berg	57	21	21	15	71,4	15	71,4	10	47,6	66,7	1	6,7
Bräcke	36	13	11	11	84,6	9	81,8	8	61,5	72,7	2	22,2
Härjedalen	85	28	31	27	96,4	31	100	22	78,6	81,5	7	22,6
Krokom	147	44	46	35	79,5	35	76,1	25	56,8	71,4	6	17,1
Ragunda	45	10	11	10	100	11	100	4	40,0	40,0	0	0
Strömsund	126	47	49	26	55,3	27	55,1	13	27,7	50,0	5	18,5
Åre	117	51	56	50	98,0	50	89,3	42	82,4	84,0	13	26,0
Östersund	747	325	325	305	93,8	302	92,9	269	82,8	88,2	123	40,7
Jämtlands län	1360	539	550	479	88,9	480	87,3	393	72,9	82,0	157	32,7

Beträffande förstagångsmödrar har 89% blivit erbjudna att delta och av dessa har 82% deltagit vid minst 3 grupptillfällen. Beträffande förstagångspapporna har 87% blivit erbjudna och av dessa har 33% deltagit vid minst 3 grupptillfällen.

Tabell 13 Föräldrastöd i grupp för flerbarnsföräldrar till barn f. 2011 och som deltagit vid minst 3 grupptillfällen

Kommun Län	Antal inskrivna barn födda 2010			Antal/andel erbjudna flerbarnsmödrar		Antal erbjudna flerbarnsfäder		Flerbarnsmödrar, som deltagit minst 3 ggr, av totala antalet flerbarnsmödrar		Flerbarnsmödrar, som deltagit minst 3 ggr, av antalet erbjudna flerbarnsmödrar	Flerbarnsfäder, som deltagit minst 3 ggr, av antalet erbjudna flerbarnsfäder	
	alla barn	fler- barn ♀	fler- barn ♂	antal	andel %	antal	andel %	antal	andel %	andel %	antal	andel %
Berg	57	36	36	22	61,1	22	61,1	16	44,4	72,7	0	0
Bräcke	36	23	25	17	73,9	20	80,0	4	17,4	23,5	0	0
Härjedalen	85	57	54	53	93,0	39	72,2	40	70,2	75,5	2	5,1
Krokom	147	103	101	30	29,1	24	23,8	8	7,8	26,7	2	8,3
Ragunda	45	35	34	27	77,1	26	76,5	16	45,7	59,3	2	7,7
Strömsund	126	79	77	36	45,6	35	45,5	10	12,7	27,8	0	0
Åre	117	66	61	66	100	61	100	20	30,3	30,3	0	0
Östersund	747	422	422	83	19,7	93	22,0	37	8,8	4,5	11	11,8
Jämtlands län	1360	821	810	334	40,7	320	39,0	151	18,4	45,2	17	5,3

8.6 Spädbarnsmassage

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

Vi har inte samlat statistik angående spädbarnsmassage under 2012 men spädbarnsmassage erbjuds på de flesta barnavårdscentraler antingen av BVC-sjuksköterskan och/eller förskolläraren på familjecentralens öppna förskola. Barn och föräldrar träffas oftast vid fyra tillfällen under barnets första månader.

En fortsatt målsättning för kommande år att samtliga barnavårdscentraler ska kunna erbjuda spädbarnsmassage och att fler pappor deltar.

9 ICDP-PROGRAMMET "VÄGLEDANDE SAMSPEL"

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

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

I ICDP-programmet finns det en hög ambition att stödja föräldrarnas egna aktiviteter, att vägledaren bekräftar och uppmärksammar det positiva i föräldrarnas samspel med barnet.

Det lägger stor vikt vid att ge stöd till föräldrarna så att de litar på sina egna förmågor och tror sig om att kunna uppfostra sitt barn.

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

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

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

Under 2012 påbörjades planeringen av en ny utbildningsomgång (startade mars 2013 med 10 BVC-sjuksköterskor, 4 barnmorskor och 2 från kommunens verksamhet Bryggan).

Information om vårt arbete med ICDP i länet gavs på en videokonferens med Familjecentralen i Teg.

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

10 ÖMSESIDIG RESPEKT

Glädjande är att Ömsesidig Respekt fortsätter att nå föräldrar efter olika projekttiders slut och prioriteras nu i de olika verksamheterna inom både kommun och landsting. Vi har nått ca 1500-1600 föräldrar, både mammor och pappor.

Den 21 september 2006 började Ömsesidig Respekt i Åre kommun. Målsättningen har hela tiden varit att inspirera föräldrar genom konceptets föreläsningsserie till att göra föräldrarollen prestigelös och skapa en öppenhet till att föräldrar får en egen medvetenhet på vilka värden de vill att sitt ledarskap ska bygga på och vidareutveckla den kunskap som redan finns hos var och en.

Det har utbildats 32 ledare för att hålla i grupper i Ömsesidig Respekt och finns i 8 kommuner – Åre, Krokoms, Bräcke, Älmhult, Markaryd, Ljungby, Växjö, Göteborg. De som har utbildat sig är BHV-personal, skolsköterskor, undersköterskor, kuratorer, psykologer, socionomer, familjebehandlare, specialpedagoger och förskollärare.

Personalgrupper efterfrågar Ömsesidig Respekt för egen del vilket har gjort att grupper har genomförts och det planeras nya grupper under hösten 2013.

Det efterfrågas nya ledarutbildningar – både steg 1 och steg 2 under hösten 2013.

Föredrag ur konceptet efterfrågas och genomförs.

De två utvärderingarna från Örebro universitet har visat att Ömsesidig Respekt ger starka effekter. Studien från Åre av Professor Håkan Stattin och studien från Kronobergs län av Nikolaus Koutakis. Utvärderingen från Kronobergs län var på föräldrar med barn upp till 12 år. Åre studien visar på både kort- och långtidseffekter. Utvärderingarna har lett till en vetenskaplig artikel som är inskickad och under granskning för att publiceras.

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

Åre 12.8 2013

Mona Hedström

11 PAPPAINDEX 2012

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

TCO's pappaindex (12) är ett index för pappaledigheten och bygger på försäkringskassans statistik över föräldraledigheten.

Pappaindex är en sammanvägning av pappors andel av samtliga uttagna föräldradagar och andelen män av de föräldralediga. Om pappa och mamma delar lika på föräldraledigheten blir indexvärdet 100. Pappaindex presenterades för första gången 1999 och var då 16,7 att jämföra med dagens 43.8

Indexet ökar årligen vilket främst beror på att de pappor som tar ut dagar i föräldraförsäkringen blir fler. Det är något att glädjas åt och är viktigt även för hur arbetsmarknaden utvecklas, och hur vi ska kunna bryta ojämställdheten i arbetslivet.

Förra året kom SCB:s tidsanvändningsstudie som pekade i samma riktning. I den kan man se att männen har ändrat sitt beteende och ökat sitt hemarbete med nästan en timme.

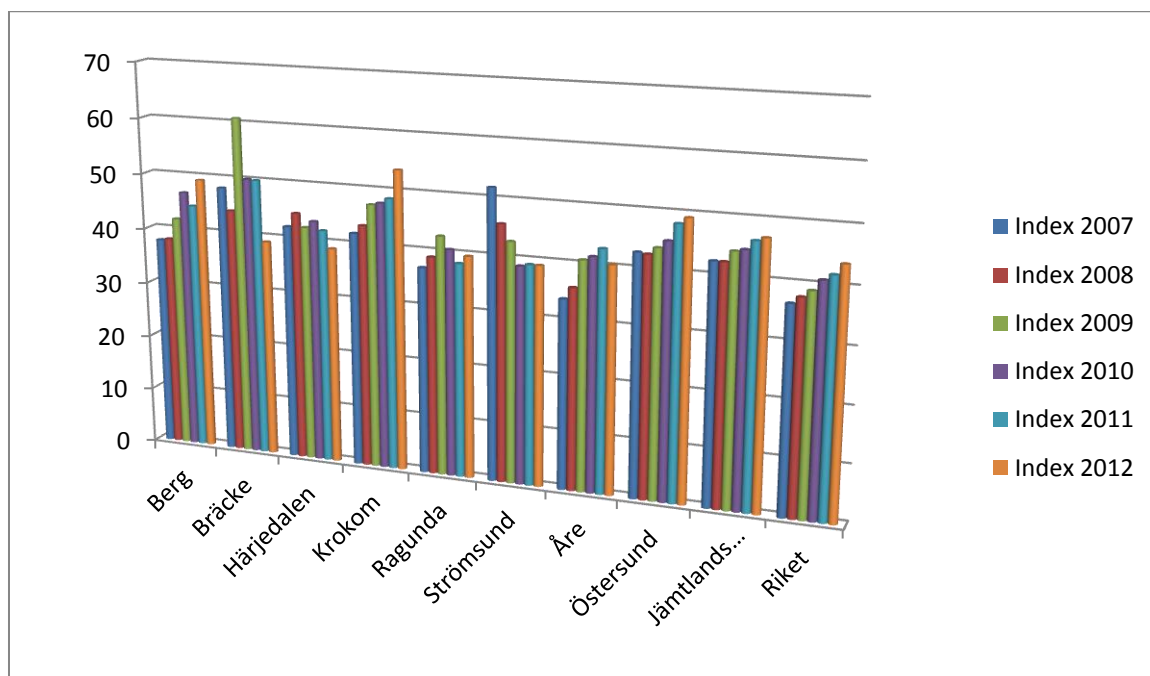
Den tiden använder de till en tredjedel för att städa och resten till att umgås och leka med barnen. Pappor jobbar nu också lite mindre övertid, så flera saker pekar i rätt riktning. Vinsterna av jämställdheten är många, inte minst för barnen. En stark anknytning till båda föräldrarna i tidig ålder är en tillgång för resten av livet. I en undersökning förra året kunde TCO visa att pappor som tagit ut föräldraledighet och sedan separerat från barnens mamma, hade bättre kontakt med sina barn än de som inte varit föräldralediga. Det är ytterligare ett viktigt skäl till att öka pappornas uttag.

Ett jämställt uttag av föräldraförsäkringen har också stor effekt för hur arbetslivet ser ut. Idag ser förväntningarna olika ut när någon ska bli mamma respektive pappa. Förväntningarna på kvinnor är att de ska ta ett större ansvar för hem och barn och att de därmed halkar efter i position och lön i arbetslivet. Papporna har inte samma förväntningar på sig utan ses till och med som en mer pålitlig arbetskraft efter att de bildat familj. Kvinnorna betalar ett högt pris för den bristande jämställdheten i form av ojämlik ansvarsfördelning, större mängd obetalt arbete, deltidsarbete, högre grad av ohälsa, sämre löneutveckling och sämre pension.

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

Jämtlands län har sedan starten 1999 hela tiden haft ett pappaindex över genomsnittet. Index har ökat från 19,9 till årets 47,0. Jämtlands län placerar sig nu på en god 3:e plats i riket. Se diagram nedan!

Diagram 7 Pappaindex kommuner, län och nationellt 2007-2012



12 PSYKOLOG- OCH SOCIONOM VERKSAMHET 2012.

Psykolog och socionom på FBH har dels indirekt och dels direkt patientverksamhet. I den indirekta patientverksamheten ingår konsultation och fortbildning till MVC- och BVC-personal i länet, att arrangera och leda riktade föräldragrupper, att delta i familjecentralsverksamhet och föräldragrupper i länet etc. Socionom och psykolog har deltagit i utbildningar till MHV/BHV-personal och till personal inom Barn/kvinna området som t e x introduktionsdagar till BHV-personal, vägledande samspel, anknytning m.m. Uppföljning av Z-modellen har skett gruppvis. Riktade föräldragrupper där psykolog eller socionom deltagit har vänt sig till blivande tvillingföräldrar, blivande och nyblivna adoptivföräldrar och föräldrar till prematura barn. Under året och framför allt under hösten var personalsituationen mycket besvärlig p g a sjukskrivningar samt neddragning av tjänst (p g a av landstingets ekonomiska situation). Detta samtidigt som antal remisser låg på en fortsatt mycket hög nivå (antalet remisser har nästan fördubblats under 2000-talet) gjorde att det blev långa väntetider framför allt när det gällde barnutredningar. Områdespsykolog har inte funnits tillgänglig under delar av året i framför allt ett område. Deltagande i familjecentralsverksamhet har inte prioriterats p g a bristande personalresurser

Huvuddelen av remisserna kom från BVC-läkare eller BVC-sjuksköterska (42 %) och MVC-läkare eller barnmorska (18 %), resten från barnklinik, KK, vuxenpsykiatri, logoped, BUH, BUP m fl. Patient eller förälder har själva tagit kontakt i 19 % av ärendena. Remisserna kommer från hela länet. Psykologer och socionom träffar ofta föräldrar och barn i deras närmiljö t ex vid hembesök, besök på familjecentraler/HC eller förskola vilket innebär många och ibland långa resor. Detta har stor betydelse för tillgängligheten för t ex spädbarnsfamiljer och i ett förebyggande perspektiv.

En förskjutning har genom åren skett från att de flesta remisser varit på barn till att det nu är flest remisser på blivande eller nyblivna föräldrar. Frågeställningen på vuxenremisserna skall dock fortfarande gälla problem med graviditet eller att man behöver stöd i föräldraskap på något sätt, kan t e x också gälla barnpsykologisk rådgivning. Ökningen i remisser de senaste åren ligger också framför allt på vuxna, vilket stämmer väl med de uppgifter som kommer från barn- och vuxenpsykiatri att unga vuxna mår psykiskt allt sämre. Om man redan tidigare mår dåligt blir graviditeten en kris, där man behöver hjälp. 2012 var 70 % av remisserna på vuxna, 30 % på barn (2002 var samma siffror 50-50). Vårdtyngden har ökat betydligt under den senaste 10-årsperioden med många blivande/nyblivna föräldrar som lider av psykisk ohälsa. Detta har också inneburit att många patienter både har kontakt med psykiatri och med socionom/psykolog vid FBH.

Av de nya remisser som handlagts under året står stöd i graviditet, kris, postpartum-depression samt psykisk ohälsa hos förälder för 27 %, stöd i föräldraskap 41 %, förlossningsrådslä 3 %, barnutredning 19 %. Övriga remissorsaker är t ex barnpsykologisk eller social rådgivning, vårdnads/umgängesproblem, beteendestörning hos barn, sömnproblem m.m. 91 % av barnremisserna gäller utredningar, där misstanke kan finnas om t ex någon neuropsykiatrisk problematik. Antalet utredningar har ökat de senaste åren. Många av dessa remisser resulterar i en vidareremiss till barn- och ungdomshabiliteringen. Det är fortfarande så att pojkarna dominerar när det gäller barnremisser, 72 % av remisser på barn gäller pojkar och då mest 4-5 åringar. De flesta remisserna på vuxna är på kvinnor men vi träffar oftast paret tillsammans, vilket gör att vi möter ett betydande antal blivande/nyblivna pappor, även om det inte framgår av statistiken.

13 GENUS

Inom sjukvården finns det ett tydligt uppdrag att ge lika vård oavsett kön, hudfärg, funktionshinder, religion och social bakgrund enligt hälsosjukvårdslagen. Vi som jobbar med föräldrar har också en skyldighet att stötta ett jämställt föräldraskap. Ändå visar forskning att det finns stora skillnader i hur vi inom Barnhälsovården bemöter föräldrar utifrån vilket kön de har. Genusvetenskap är till för att få syn på de sociala konstruktioner vi har kring kön, hur vi i våra dagliga möten ”skapar” kön utifrån våra föreställningar och normer om hur mammor och pappor ska vara. I detta möte blir ofta mamman sedd som en första hands förälder med ett huvudansvar för barnet och pappan som en familjeförsörjare och stöttare. Med hjälp av genusvetenskap kan vi bli mer medvetna kring de föreställningar som finns i samhället och börja reflektera kring vad vi på vår mottagning har med oss och vad vi kan göra för leva upp till de riktlinjer vi har. På Föräldra-Barnhälsan har vi därför sedan 2007 erbjudit all personal inom Barnhälsovården och Familjecentraler utbildning i genus och föräldraskap. Under 2012 hade vi genusutbildning till nyanställd personal i samband med utbildningen i Z-modellen och gruppleaderskap. Fokus på genus var det under två halvdagar innehållande föreläsningar och olika reflektionsövningar.

14 PSYKISK OHÄLSA

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

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

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

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

Sammanfattningsvis har EPDS använts vid alla BVC i länet. 70 procent av alla nyförlösta mammor har erbjudits EPDS screening varav 97 procent har besvarat formuläret. Det är inte tillfredsställande att endast 2/3 nyblivna mammor erbjudes EPDS och det är anmärkningsvärt att vid vissa BVC:er erbjudes inte ens hälften av mammorna att besvara formuläret. Det visar sig i våra siffror att om man erbjudes så besvaras också formuläret i mycket hög utsträckning.

58 mammor har erhållit stöd vilket motsvarar 4,2 procent av totala antalet mammor och 6,2 % av antalet mammor som besvarat EPDS.

Utifrån evidensbaserad kunskap är EPDS användandet ett av de viktigaste uppgifterna vi har inom barnhälsovården. Vi har därför skärpt våra riktlinjer för 2013 **och kräver att EPDS erbjudes alla nyblivna föräldrar.**

Diagram 8 **Antal barn f. 2011** på respektive BVC. Antal mammor som erbjudits EPDS, screenats med EPDS och erbjudits samtal utifrån POGS. Länets kommuner förutom Östersund.

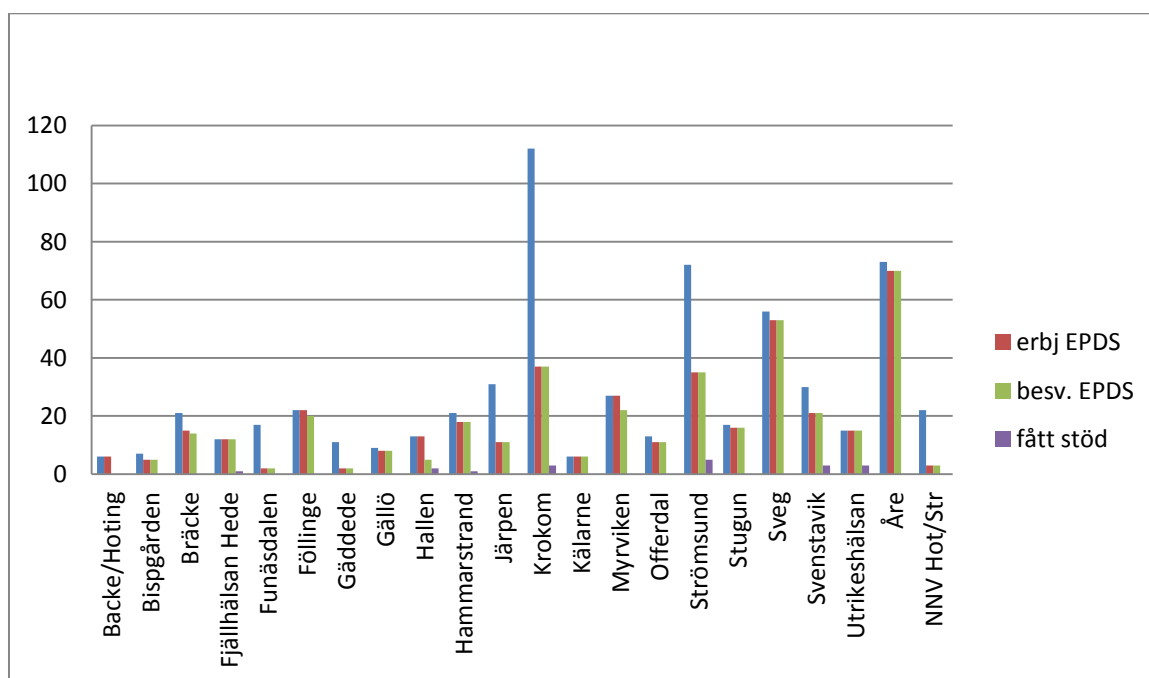
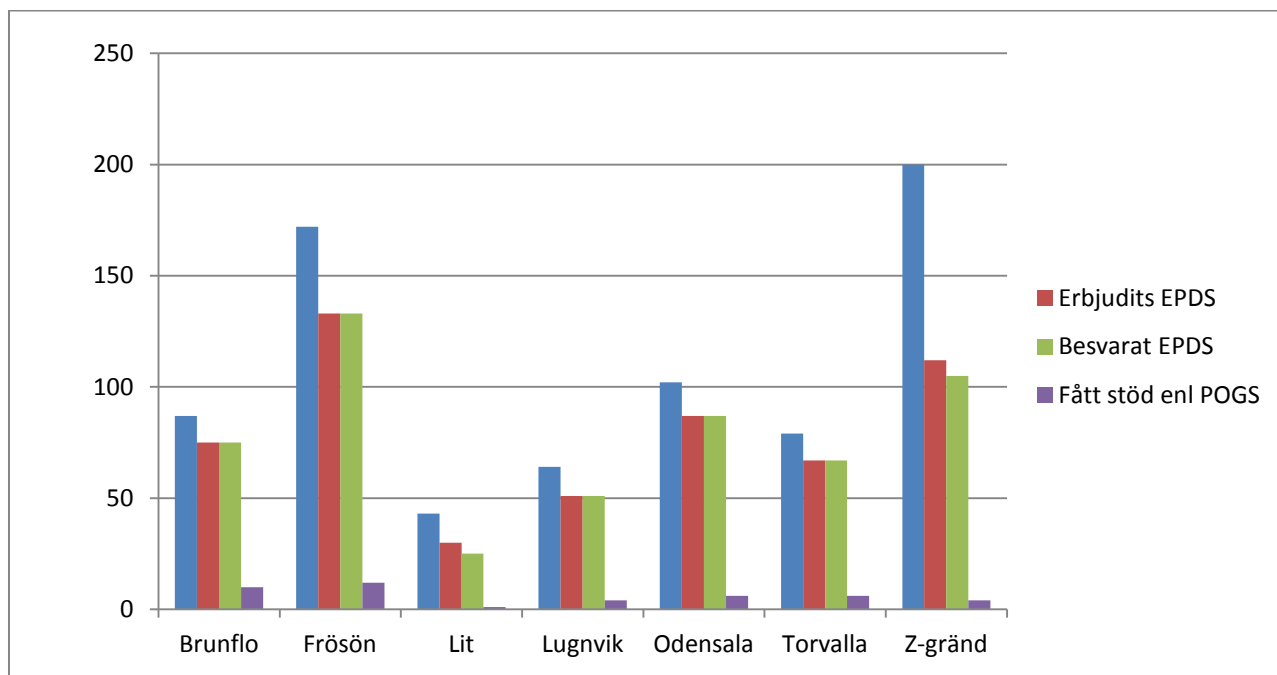


Diagram 9 **Antal barn f. 2011** på respektive BVC. Antal mammor som erbjudits EPDS, screenats med EPDS och erbjudits samtal utifrån POGS i Östersunds kommun.



Tabell 14 EPDS användning BVC, Jämtlands län; barn födda 2011

BVC	Antal barn f. 2011	Erbj EPDS	Besv. EPDS	Fått stöd	Uppgift saknas
Backe	6	6	0	0	0
Bispgården	7	5	5	0	2
Brunflo	87	75	75	10	12
Bräcke	21	15	14	0	0
12	12	12	12	1	0
NNV Hoting-Strömsund	22	3	3	0	1
Frösön	172	133	133	12	25
Funäsdalen	17	2	2	0	2
Föllinge	22	22	20	0	2
Gäddede	11	2	2	0	0
Gällö	9	8	8	0	0
Hallen	13	13	5	2	0
Hammarstrand	21	18	18	1	0
Järpen	31	11	11	0	20
Krokom	112	37	37	3	56
Kälarne	6	6	6	0	0
Lit	43	30	25	1	0
Lugnvik	64	51	51	4	13
Myrviken	27	22	22	?*	5
Odensala	102	87	87	6+?*	1
Offerdal	13	11	11	0	1
Strömsund	72	35	35	5	0
Stugun	17	16	16	0	0
Sveg	56	53	53	0	0
Svenstavik	30	21	21	0	9
Torvalla	79	67	67	6	12
Utrikeshälsan	15	15	15	3	0
Z-huset	200	112	105	4	1
Åre	73	70	70	?*	3
Jämtlands län	1360	958	929	58+?*	165

*Uppgifter finns ej dokumenterade.

15 AMNING

Målsättning:

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

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

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

Under årets barnhälsovårdsdagar har amningsfrågorna lyfts fram – bl.a. föreläste bhv-öl Anna Sandin under rubriken: Amningsråd första tiden; Mat till spädbarn - Att amma eller icke amma ? Barnmorskan Kerstin Lilja föreläste om den tidiga amningen.

Tabell 14 Amningsfrekvens, %, barn födda 2011

Andel barn: procent av antalet födda som ammas vid										
	1 vecka		2 mån		4 mån		6 mån		9 mån	12 mån
	helt	helt och/eller delvis	helt	helt och/eller delvis	helt	helt och/eller delvis	helt	helt och/eller delvis	helt och/eller delvis	helt och/eller delvis
Berg	91,2	98,2	73,7	91,2	64,9	80,7	40,4	63,2	31,6	19,0
Bräcke	88,6	91,4	68,6	85,4	62,9	82,9	29,4	64,7	42,4	22,6
Härjedalen	78,8	97,6	67,1	87,1	58,8	72,9	21,2	64,7	38,8	16,5
Krokom	83,4	97,9	73,8	88,3	60,0	77,9	12,3	67,8	39,0	13,7
Ragunda	90,9	97,7	75,0	86,4	56,8	79,5	14,0	65,1	17,1	12,2
Strömsund	93,7	99,2	69,0	88,1	53,6	75,2	14,4	65,6	40,8	12,8
Åre	93,1	100,0	77,6	94,8	66,7	84,2	8,8	66,7	36,0	14,4
Östersund	85,5	95,2	73,2	87,5	60,2	78,3	13,1	62,3	34,5	12,7
Jämtlands län	86,5	96,5	72,8	88,3	60,2	78,4	14,9	63,9	35,5	13,7

Amningsfrekvensen är sjunkande under 2000-talet även om amningsfrekvensen glädjande nog jämfört med föregående år visar en viss ökning både beträffande hel och delvis amning.

Diagram 10 Andelen (%) barn födda 2005-2011 som är hel- respektive delammade vid 1 veckas ålder i Jämtlands län

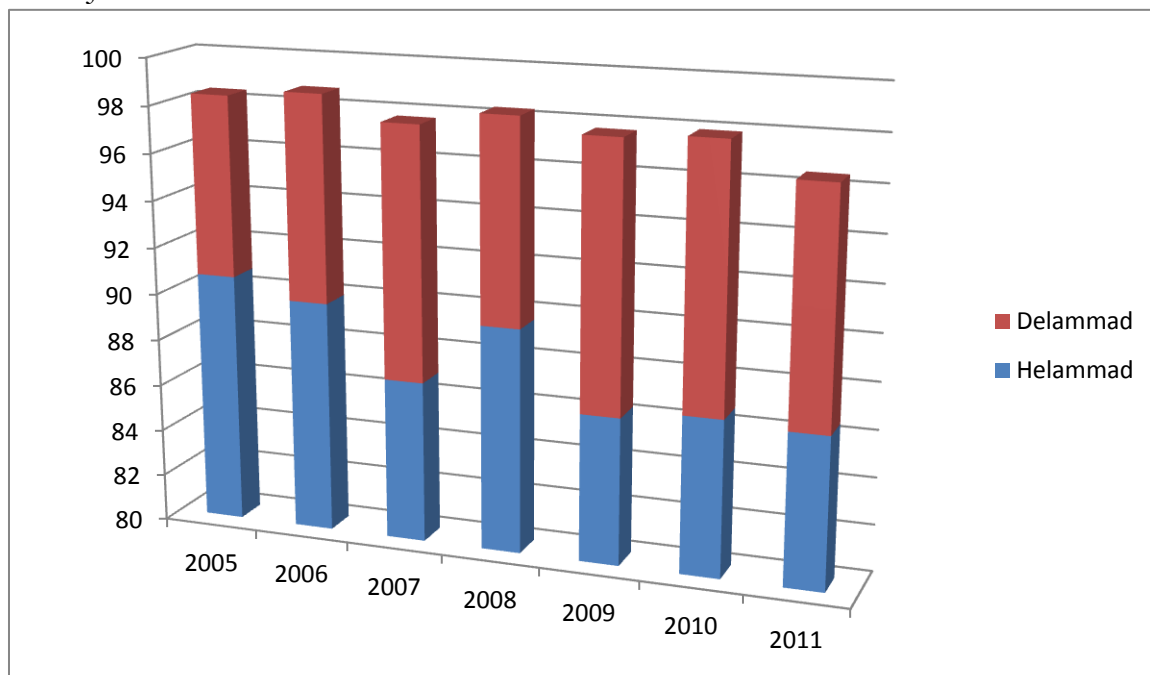


Diagram 11 Andelen (%) barn födda 2005-2011 som är hel- respektive delammade vid 4 månaders ålder i Jämtlands län.

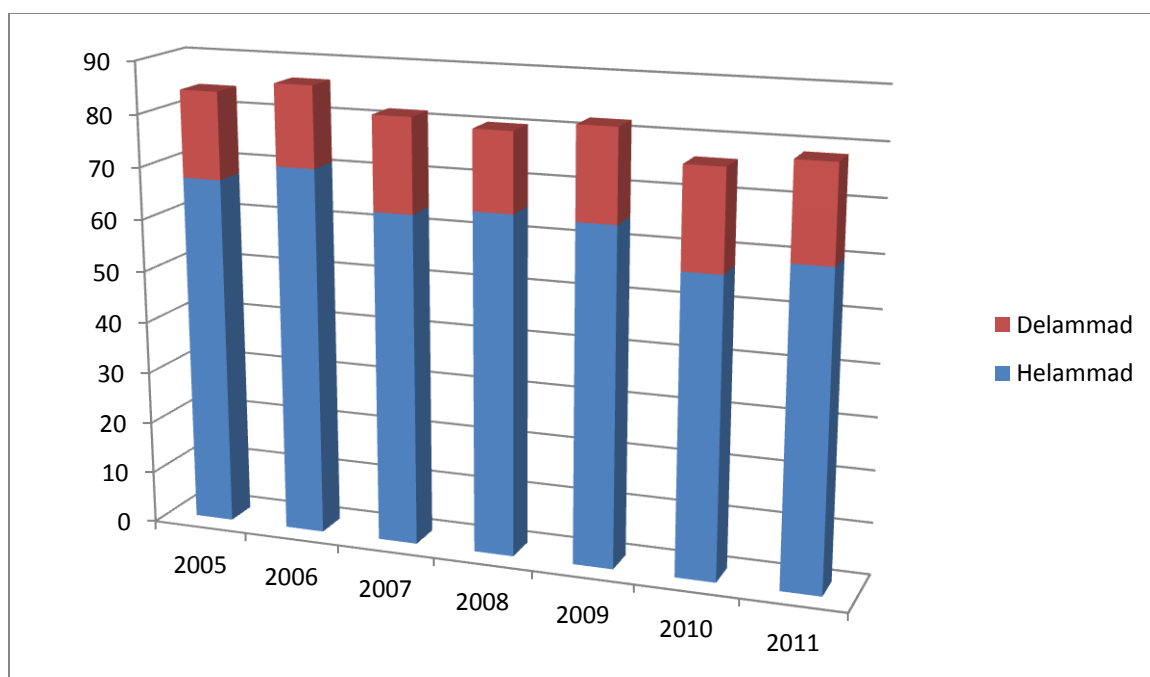
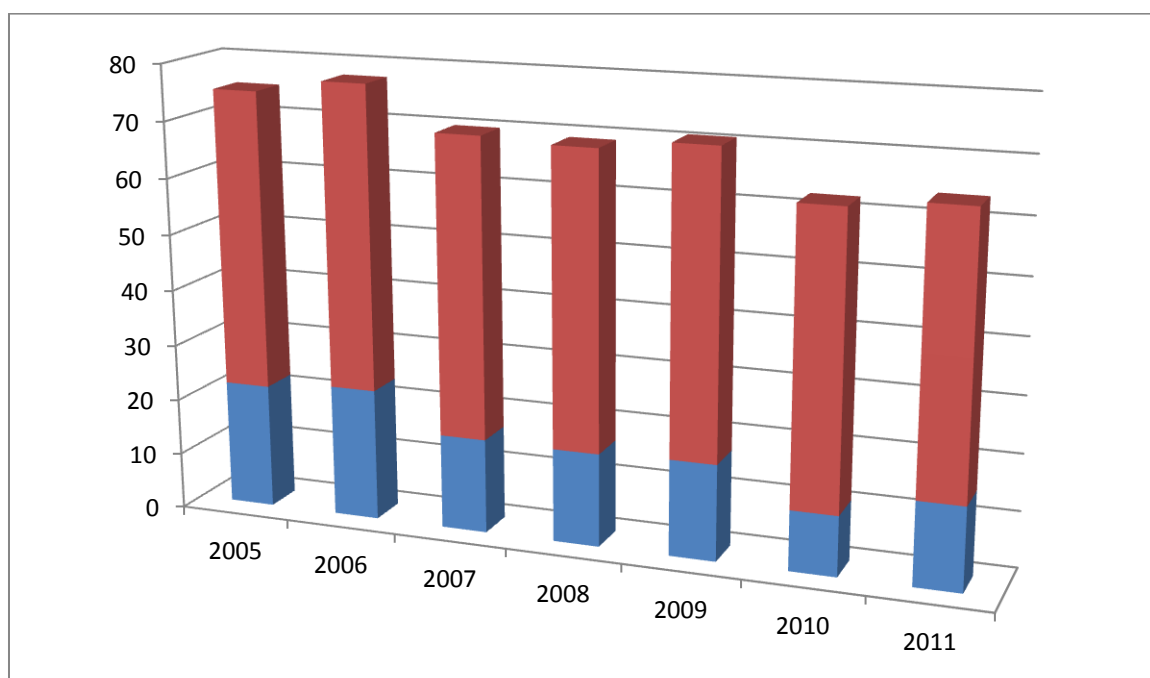


Diagram 12 Andelen (%) barn födda 2005 – 2011 som är hel- respektive delammade vid 6 månaders ålder i Jämtlands län.



16 RÖKNING

Målsättning:

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

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

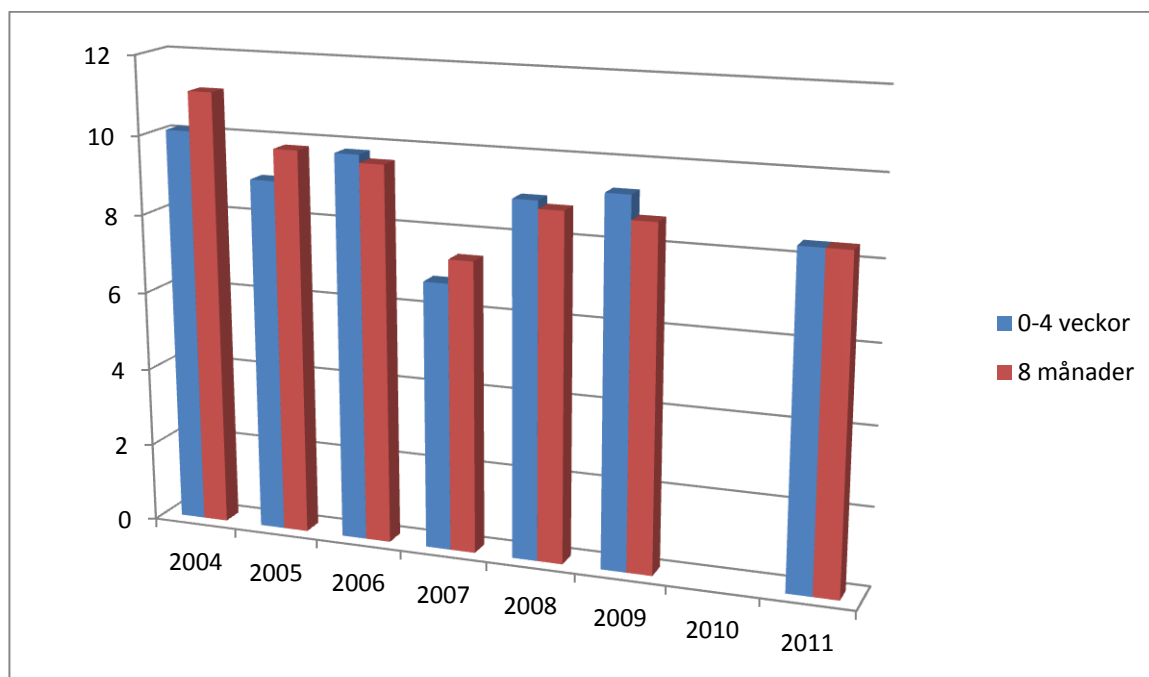
Målsättningen nås beträffande andelen rökande mammor vid 0-4 veckors ålder men vi når inte upp till målsättningen beträffande rökfria föräldrar vid 8 månaders ålder då endast 91,6 % föräldrar är rökfria (målsättning 93%). Ett kvarstående bekymmer är att pappor röker fortsatt i betydligt högre utsträckning än mammorna. En situation oförändrad under många år och således en utmaning för mödra- och barnhälsovården i länet!

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

Tabell 15 Föräldrars rökvanor då barnet är 4 veckor och 8 månader (barn födda 2011)
Föräldrars rökvanor då barnet är 18 månader gammalt (barn födda 2010)

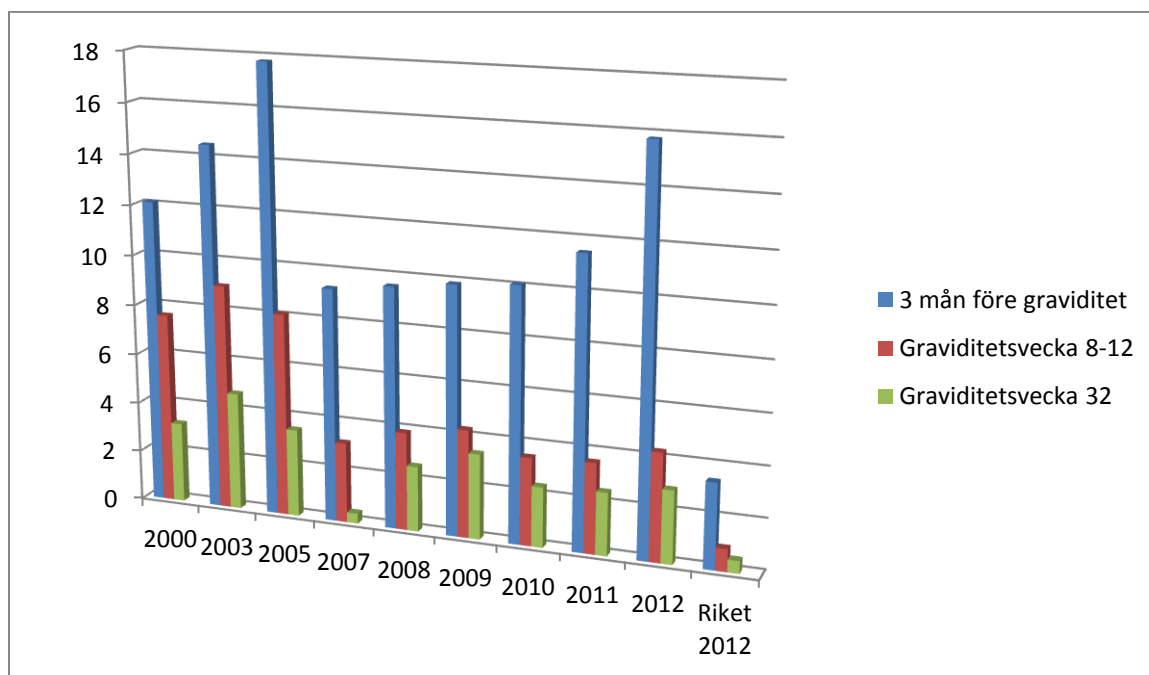
Kommun	Antal barn	Andel rökande mödrar (%)			Andel rökande fäder (%)		
		0-4 veckor	8 mån	18 mån. f. 2010	0-4 veckor	8 mån	18 mån. f. 2010
Berg	57	5,5	5,5	4,9	7,3	7,3	10,2
Bräcke	36	11,4	8,6	12,7	17,6	14,7	14,5
Härjedalen	85	2,4	2,4	5,0	4,7	4,7	6,4
Krokom	147	2,1	3,9	5,5	9,7	8,5	11,1
Ragunda	45	6,7	6,7	5,8	6,7	6,7	11,5
Strömsund	126	2,4	3,2	1,8	5,6	5,6	2,6
Åre	117	2,6	2,6	5,1	5,2	5,2	5,9
Östersund	747	2,1	2,3	2,8	4,4	4,2	4,9
Jämtlands län barn f. 2011	1360	2,7	3,0		5,7	5,4	
Jämtlands län barn f. 2010	1411	3,1	4,5	3,8	6,7	6,6	6,6

Diagram 13 Barn, födda 2004 -2011, som exponerats för tobaksrök i sin hemmiljö vid 0-4 veckors ålder respektive vid 8 månaders ålder i Jämtlands län.



17 SNUSNING

Diagram 14 Andel snusare (mammor)(%) i Jämtlands län 2000-2012
Andel snusare (mammor)(%) i Sverige 2012



18 RISKBRUKSARBETE

Riskbruksarbetet inom mödra- och barnhälsovården är en del av regeringens ANDT-strategi och ingår i länets mobilisering att minska alkoholskador.

Samordnande barnmorska Ingrid Haglund, samordnade BHV-sjuksköterska Gunnel Holmqvist, distriktssköterskornas samordnare Britta Ahlin och alkoholsamordnare Thomas Andersson har träffats för att diskutera och planera det fortsatta alkoholförebyggande arbetet.

Planerat och genomfört en introduktionsdag för ny personal, 19/1, med en kort grundläggande utbildning om riskbruk.

På den årliga spridningskonferensen, Östersund 26/1, föreläste bl.a. Eva-Karin Envall från folkhälsoinstitutet utifrån rubriken: Tillsammans gör vi skillnad Mödra- och barnhälsovårdens arbete med ANDT-frågor.

Båda arrangemangen är en del i länets mobilisering mot droger.

Kortversioner har tagits fram av vårdprogrammet ”Riskbruk av alkohol inom primärvården i Jämtlands läns landsting” varav två handlar om Barnmorskans och BVC-sjuksköterskans roll att ”Identifiera och behandla riskfylld alkoholkonsumtion inom barn- och mödrahälsovården”.

BHV har till uppgift att följa upp den information som givits på MHV. Följa upp ev. AUDIT poäng från vårdkedjemeddelandet. Rutinmässigt samtala om alkohol individuellt och i grupp. I samtalet lyfta fram hur omsorgen om barnet påverkas av alkoholintaget hos föräldern. Utgå från barnets upplevelse och behov. Skapa tydliga rutiner för hur och var man hänvisar föräldrar med riskfylld alkoholkonsumtion och vid missbruk.

Användbart material i samtalet är Folkhälsoinstitutets: *Tänk efter i vilket sällskap du berusar dig*, broschyrer, handledning och DVD samt DVD: *Vad ska du dricka när du blir stor?*

Samt Västernorrlands ”Barns tankar om alkohol”, broschyr och bilder.

Under senaste året sågs en ökning av antalet blivande föräldrar med missbruk och behov uppstod av samverkan och stöd till blivande och nyblivna föräldrar med missbruk/beroende av alkohol och droger i Jämtlands län. Representanter för socialtjänst, landstingets beroendeenhet, kvinnokliniken, mödrahälsovård, barnhälsovård och polis har träffats regelbundet med syfte att ta fram riktlinjer för samverkan samt planera en utbildningsdag april-maj 2013.

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

Gunnel föreläste om ”Alkoholsamtalet i barnhälsovården” på en Nationell Riskbrukskonferens i Sundsvall, FHI, 30 mars. Syftet med konferensen var att mot bakgrund av regeringens proposition, förmedla aktuell kunskap.

19 VACCINATIONER

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

Vaccination är en av de mest effektiva och kostnadsbesparande hälsovårdsinsatser som finns. Vaccinationsfrekvensen i landet och länet är god men lägre vaccinationstäckning förekommer inom vissa områden på grund av kulturella och religiösa förhållanden. Utbrott av mässling förekommer av och till i många europeiska länder varför man ska vara observant inför utlandsresor med små barn. Vaccinationsfrekvensen är acceptabel i länets kommuner men inget farhågor beträffande Strömsunds och Bergs kommun. Se tabell 16 !

Vid årsskiftet inrättades ett nationellt vaccinationsregister vid Smittskyddsinstitutet där alla vaccinationer ingående i det allmänna vaccinationsprogrammet ska registreras av vaccinatören.

Tabell 16 Andel vaccinerade (%) av barn födda 2010

BVC/Kommun	DTP (difteri, tetanus, kikhosta)	Polio	Hem. infl.	MPR	Pneumokocker
Myrviken	96,8	96,8	96,8	96,8	96,8
Svenstavik	87,1	87,1	87,1	87,1	87,1
Berg	91,9	91,9	91,9	91,9	91,9
Bräcke	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Kälarne	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Gällö	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Bräcke	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Funäsdalen	95,0	95,0	95,0	100,0	90,0
Fjällhälsan,Hede	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sveg	97,9	97,9	97,9	97,9	95,7
Härjedalen	97,5	97,5	97,5	98,8	95,0
Föllinge	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Krokom	98,2	98,2	98,2	98,2	98,2
Nälden	100,0	100,0	100,0	97,1	97,1
Offerdal	100,0	100,0	100,0	97,1	100,0
Ås	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Krokom	99,4	99,4	99,4	98,2	98,8
Hallen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Järpen	94,1	94,1	94,1	91,2	94,1
Åre	100,0	100,0	100,0	98,8	100,0
Åre	98,6	98,6	98,6	97,1	98,6

BVC/ Kommun	DTP (difteri,tetanus, kikhosta)	Polio	Hem. infl.	MPR	Pneumokocker
Backe	90,9	90,9	90,9	90,9	90,9
Gäddede	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Utrikeshälsan Hammerdal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
NNV Hoting/Strömsund	92,9	92,9	92,9	85,7	92,9
Strömsund	87,3	87,3	87,3	85,7	87,3
Strömsund	91,2	91,2	91,2	89,5	91,2
Brunflo	99,0	99,0	99,0	98,0	99,0
Frösön	99,4	99,4	98,8	99,4	97,6
Lit	98,0	98,0	98,0	96,0	96,0
Lugnvik	97,1	97,1	97,1	97,1	95,6
Odensala	99,1	99,1	99,1	99,1	99,1
Torvalla	98,8	98,8	97,5	98,8	97,5
Z-huset	98,4	98,4	98,4	97,8	98,4
Östersund	98,7	98,7	98,4	98,3	97,9
Berg	91,9	91,9	91,9	91,9	91,9
Bräcke	100,0	100,0	100,0	100,0	98,2
Härjedalen	97,5	97,5	97,5	98,8	95,0
Krokom	99,4	99,4	99,4	98,2	98,8
Ragunda	98,2	98,2	96,4	94,5	96,4
Strömsund	91,2	91,2	91,2	89,5	91,2
Åre	98,6	98,6	98,6	97,1	98,6
Östersund	98,7	98,7	98,4	98,3	97,9
Jämtlands län	97,8	97,8	97,6	97,1	97,1

Vaccination mot pneumokocker

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

Socialstyrelsen beslutade att vaccination mot pneumokocker skulle bli en del av det allmänna barnvaccinationsprogrammet vid 3,5 och 12 månaders ålder och erbjudas alla barn födda efter den 1 januari 2009. Av barnen födda 2010 vaccinerades drygt 97 procent av barnen i Jämtlands län.

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

Vaccination mot tuberkulos

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

Sammanlagt har bland barnen födda 2010 personal vid barnvårdscentralerna bedömt 102 barn (7,1%) som riskbarn varav 94 barn (92%) blev vaccinerade. Vi har under året vaccinerat ytterligare 5 barn (0,4%) som inte tillhör riskgrupp.

Barnhälsovården har ett mångårigt gott samarbete med barn- och ungdomsmedicinska mottagningen vid Östersunds sjukhus dit såväl PPD som BCG vaccination är centraliserad för att upprätthålla den rent praktiska kompetensen beträffande PPD avläsning och vaccination.

Vaccination mot hepatit B

Inom ramen för barnhälsovårdsprogrammet erbjuder Jämtlands läns landsting kostnadsfri vaccination mot hepatit B till riskgrupper. Riskgrupper för hepatit B är ungefär desamma som för tuberkulos. 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.

Samtliga föräldrar erbjudes alltsedan sommaren 2010 att mot egen betalning låta vaccinera sina barn mot hepatit B vid 3,5 och 12 månaders ålder. Antalet barn födda 2010 som har påbörjat eller avslutat vaccination mot hepatit B är 592 barn (41%) vilket är en markant ökning jämfört med föregående år (11%). Preliminära vaccinationssiffror från år 2011 och framåt visar på en vaccinationsgrad som klart överstiger 70%.

I skrivande stund (juli 2013) har det ännu inte fattats beslut av socialstyrelsen och regeringen om att hepatit B ska ingå i det allmänna barnvaccinationsprogrammet. Ett flertal landsting (Stockholm, Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland m.fl.) har tagit egna beslut om kostnadsfri vaccination. Jämtlands läns landsting har under år 2012 inte fattat något beslut i frågan. Kostnadsökningen skulle bli ca 500 000 kr årligen enligt beräkning som utfördes juni 2012. Jämtlands läns landsting har beslutat att tills vidare avvakta ett eventuellt nationellt beslut.

20 BMI

Fetma vid 4 och 5 års ålder innebär kraftigt ökad risk för fetma också vid 10 års ålder. En amerikansk studie visar att överviktiga tonåringar som regel förvärvat sin övervikt redan före 5 års ålder (13). Det är också visat att förekomsten av övervikt och fetma är högre på landsbygd och i glesbygd än i tätort. Högt BMI (Body Mass Index) är också relaterat till låg socialgrupp och kort skolutbildning. Flickor har i olika studier visat sig ha högre BMI än pojkar.

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

Tabell 17 BMI; födda 2004-2008; ålder 3,75 – 4,25 år, Jämtlands län

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

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

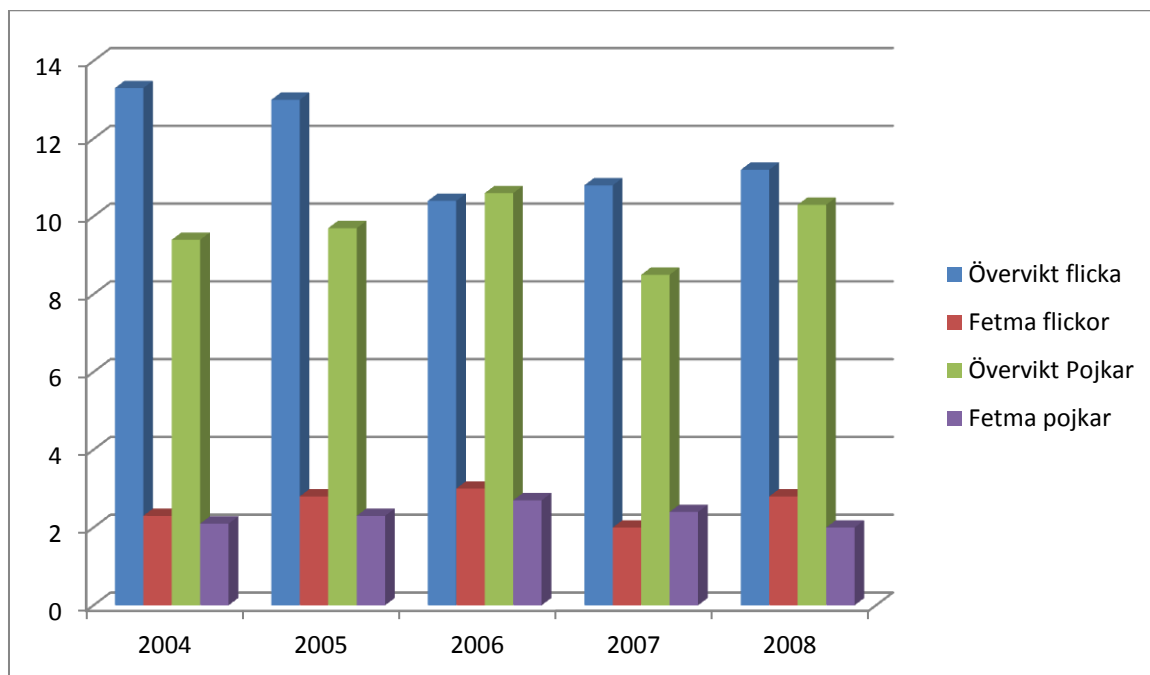
Tabell 18 BMI; flickor f. 2004-2008, ålder 3,75-4,25 år

Födelseår	2004	2005	2006	2007	2008
Antal undersökta flickor	519	462	501	446	502
Övervikt %*	13,3	13,0	10,4	10,8	11,2
Fetma %*	2,3	2,8	3,0	2,0	2,8
Övervikt och fetma %	15,6	15,8	13,4	12,8	14,0

Tabell 19 BMI; pojkar f. 2004 -2008, ålder 3,75-4,25 år

Födelseår	2004	2005	2006	2007	2008
Antal undersökta pojkar	480	485	479	411	495
Övervikt %*	9,4	9,7	10,6	8,5	10,3
Fetma %*	2,1	2,3	2,7	2,4	2,0
Övervikt och fetma %	11,5	12,0	13,3	10,9	12,3

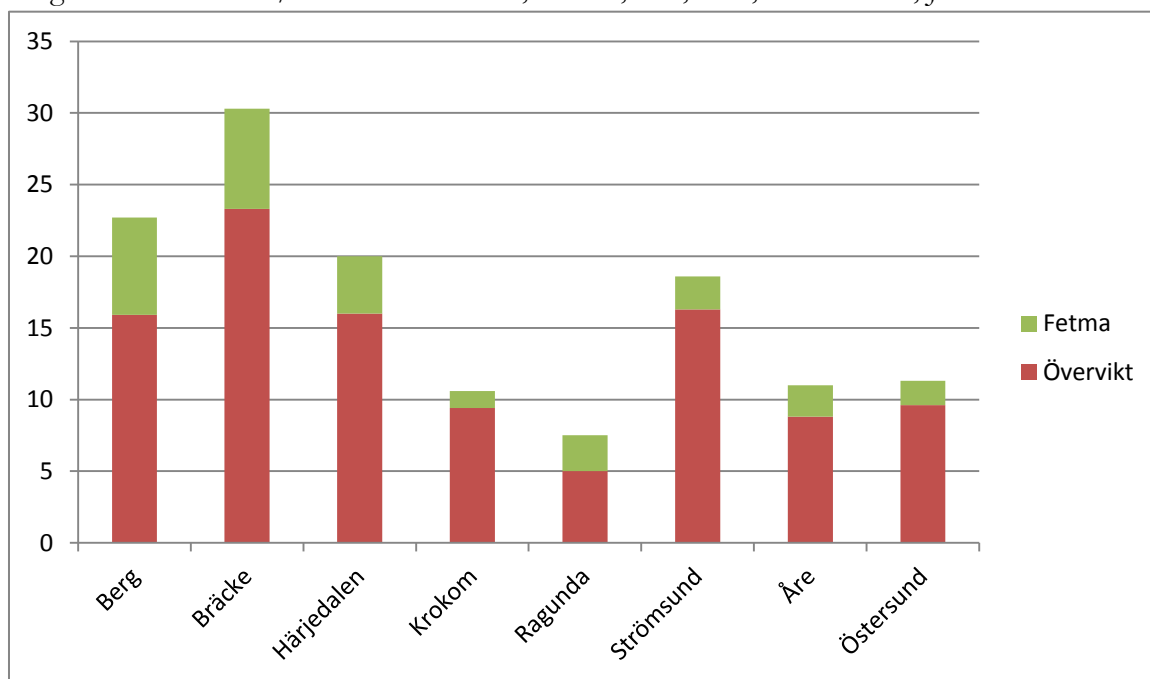
Diagram 15 BMI flickor och pojkar f. 2004 – 2008, ålder 3,75 – 4,25 år, Jämtlands län



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

Se diagram 19 nedan!

Diagram 16 Övervikt/fetma barn f. 2008, ålder 3,75-4,25 år, kommunvis, Jämtlands län



Boken "Rörelse av vikt" med CD-skiva har åter börjat delas ut till alla "första barn" som kommer på sitt 4-årsbesök. Flera utbildningsinsatser i samarbete med Folkhälsocentrum har genomförts under 2012, bl.a. en work shop, vid nätverksträff för Familjecentraler och under BHV-dagen.

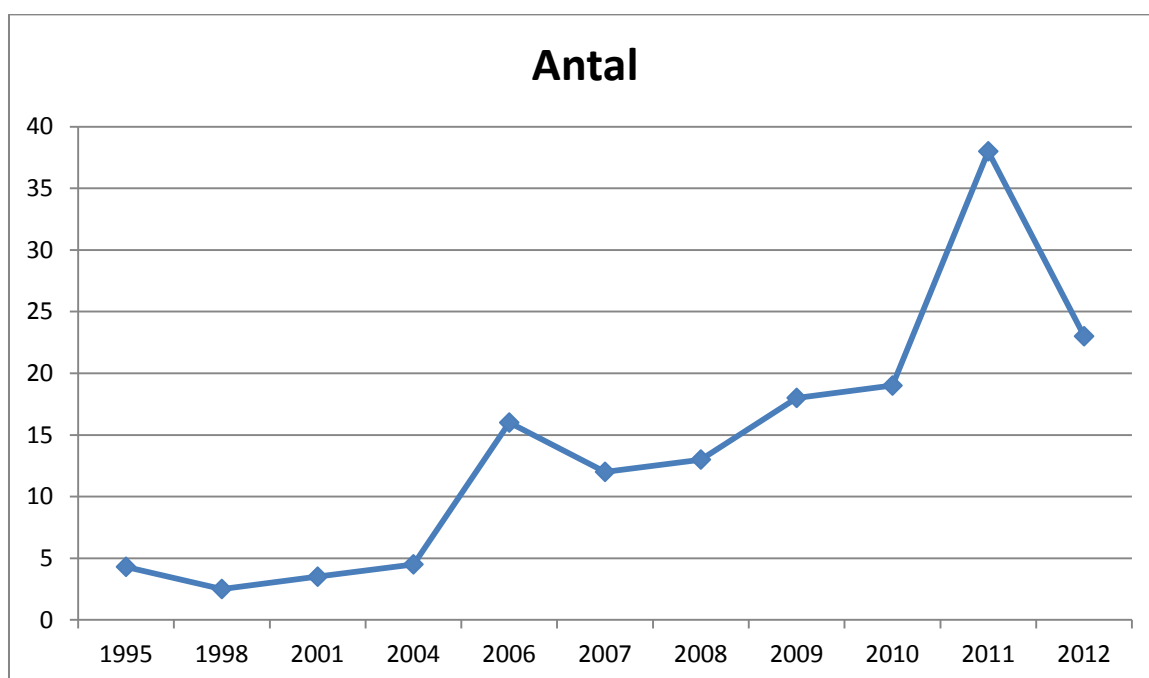
Representanter för barnklinik och barnhälsovård har fortsatt sitt arbete med att hitta en modell för omhändertagandet av barn med övervikt och fetma såväl inom barnhälsovården som på barnkliniken.

Preventiva program inriktade på livsstilsförändringar på individnivå har emellertid begränsad framgång på befolkningsnivå om man inte samtidigt kan påverka strukturer som gynnar uppkomsten av övervikt och fetma. Åtgärder på samhällsnivå som främjar vardagsmotion som promenader, cykling, utevistelse och ökat intag av frukt/grönt och fullkorn kan resultera i minskad övervikt och fetma. Ökat antal dietister inom primärvården måste prioriteras.

21 BARN SOM FAR ILLA

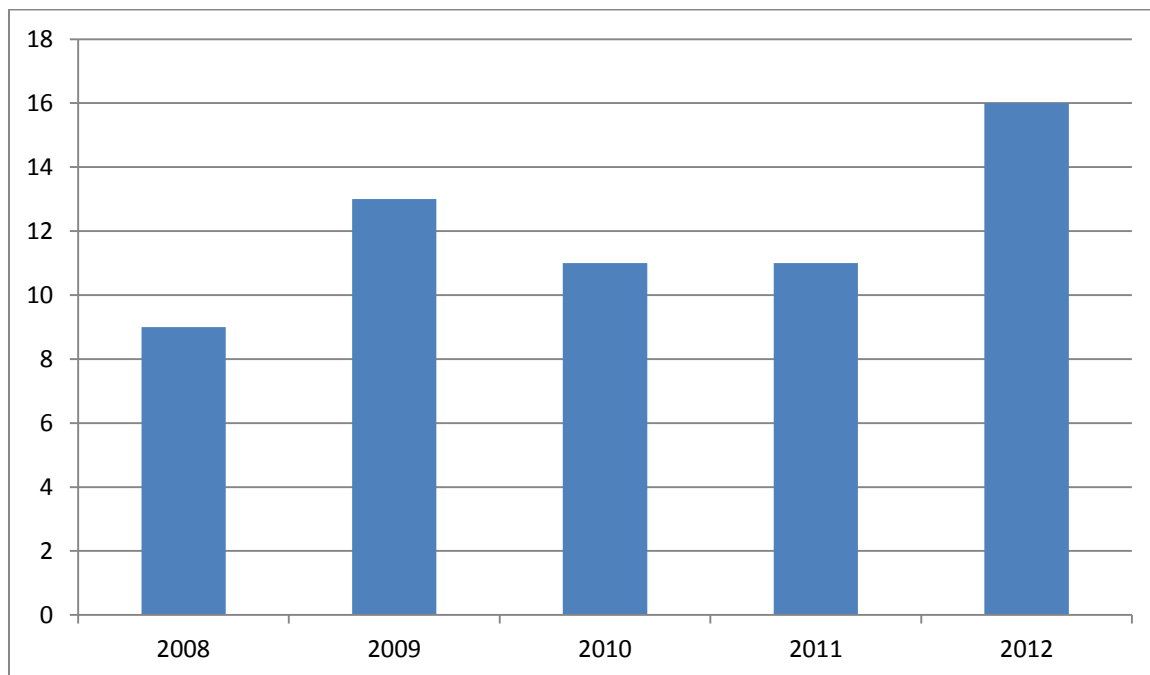
Antalet anmälda brott på grund av misshandel mot barn har ökat kraftigt under hela 2000-talet. Under 2011 anmäldes 2900 fall av misshandel mot barn. Motsvarande siffra för 2012 är 3230. Ofast misstänkt är en förälder och/eller styvförälder. Kvinnor utgör 35% av de misstänkta. Figuren nedan bygger på statistik från BRÅ (Brottsförebyggande rådet)(14) och visar antalet anmälda misshandelsbrott (inklusive grov misshandel) mot barn under 6 år i vårt län. En liknande ökning ses över hela landet. Ökningen behöver inte bero på att misshandeln mot barn har ökat utan kan också bero på att anmälningsbenägenheten ökat genom ett ändrat anmälningsbeteende hos föräldrar, förskola/skola och socialtjänst.

Diagram 17 Antalet anmälda misshandelsbrott Jämtlands län mot barn 0-6 år/100 000 invånare



Under 2012 rapporterades från barnhälsovården till socialtjänsten 16 barn i åldern 0-6 år. Antalet motsvarar 0,20 procent av antalet barn inskrivna vid våra barnavårdscentraler. Anmälningsorsak är oftast missbruk, omsorgssvikt, psykisk sjukdom hos förälder och våld i familjen! Antalet anmälningar är väsentligen oförändrade och har alltsedan 2008 varierat mellan 9 - 16 anmälningar per år. Se tabell nedan! Nationellt har liknande siffror presenterats från Skåne och Blekinge.

Diagram 18 Antalet anmälningar (barn som far illa) från BVC till Socialtjänst i länet åren 2008-12



Arbetet med att implementera aktuella råd och riktlinjer i befintliga vårdprogram behöver fortsätta.

22 SAMVERKAN MED FÖRSKOLAN

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

Vikten av ett gott samarbete med förskolan kan inte nog betonas. En förtroendefull samverkan grundläggs och utvecklas genom besök inom varandras verksamheter. Barnhälsovården har haft ett mycket nära samarbete med förskolan vid 5-årsundersökningen bl.a. genom förskoleformuläret som är framtaget i samarbete med förskolan i länet. Dessvärre har under senare delen av 2012 förskoleformuläret blivit mycket ifrågasatt av flera kommuners förskolechefer och formuläret har dragits tillbaka. Samtal pågår för att finna nya former för samarbete mellan förskola och barnhälsovård. I och med familjecentralernas tillkomst har kontakten med den öppna förskolan fördjupats.

Andel besök på länets förskolor har inte levt upp till barnhälsovårdens målsättning. Endast 49 procent av de kommunala förskolorna har fått besök under året och ännu lägre beträffande förskolor i annan regi, 34 procent (7).

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

Tabell 20 Samarbete med förskolan under 2012

Kommun	Antal BVC	Antal förskolor kommunal regi	Antal förskolor annan regi	Andel besök (%) kommunal förskola			Andel besök (%) förskola annan regi		
				Minst en gång/termin	en gång/år	inte alls	Minst en gång/termin	en gång/år	inte alls
Berg	2	8	2	37,5	25,0	-	-	-	50,0
Bräcke	3	6	2	16,7	-	83,3	-	-	100,0
Härjedalen	3	9	3	44,4	33,3	22,2	33,3	33,3	33,3
Krokom	4	25	6	-	8,0	-	-	-	100,0
Ragunda	3	6	1	66,7	33,3	-	100,0	-	-
Strömsund	5	17	2	11,8	11,8	76,5	-	-	100,0
Åre	3	14	4	50,0	42,9	7,1	25,0	75,0	-
Östersund	7	55	12	25,5	29,1	41,8	25,0	8,3	66,7
Jämtlands län	30	140	32	25,0	23,6	31,4	18,8	15,6	62,5

OBS! Siffrorna ovan gällande Berg, Krokom och Östersunds kommun är osäkra då uppgifter saknas om man besökt förskolorna. Detta påverkar också länssiffrorna.

23 SAMARBETE MED HÖRSELVÅRDEN

Hörselvården har fram till 2012 skött screening-undersökning av hörseln på spädbarn sedan 2002 i samband med BB-vistelsen genom att undersöka Oto Acustisk Emission (OAE). Undersökningen utföres idag av BB-personalen. Metoden är mycket tillförlitlig. Drygt 1 promille (1/1000) av alla barn har vid födelsen en permanent habiliteringskrävande hörselnedsättning. Tidig upptäckt och tidigt påbörjad habilitering ger barnet en bättre språkutveckling. Alla barn med hereditet för hörselnedsättning i slakten måste uppmärksammas på barnvårdscentralen och remitteras till Hörcentralen för bedömning. Utöver OAE tillämpas inom barnhälsovården ett mycket frikostigt förhållningssätt till remisser till Hörcentralen vid minsta oro hos föräldrar för nedsatt hörsel och vid remiss till logoped skall dessutom barnet remitteras till Hörcentralen.

24 SPRÅKSCREENING

Huldagruppen – en samarbetsgrupp med representanter för Föräldra-Barnhälsan, barn- och ungdomshabiliteringen och logopedmottagningen på ÖNH-avdelningen - har alltsedan 2011 påbörjat ett arbete utifrån aktuell forskning, om samband mellan språkstörning och neuropsykiatrisk problematik, utveckla och utforma en uppföljning av den språkscreening som göres vid 3 års ålder.

I årsrapporten presenteras antalet barn som föranleder remiss utifrån 3 års kontrollens språkscreening. Se tabell nedan!

Tabell 21 Antal remitterade barn från 3-årskontrollens språkscreening under 2012

BVC	Antal barn 3 år språkscreening gjord under 2012	Föranlett remiss	Till logoped ÖNH	Till FBH	Till BUH	Samtidigt till flera av dessa nämnda remissinstanser
Myrviken	21	1	1	0	0	0
Svenstavik	37	0	0	0	0	0
Bergs kom	58	1	1	0	0	0
Bräcke	15	0	0	0	0	0
Gällö	18	1	1	0	0	0
Kälarne	9	0	0	0	0	0
Bräcke kom	42	1	1	0	0	0
Hede	14	0	0	0	0	0
Funäsdalen	13	0	0	0	0	0
Sveg	44	0	0	0	0	0
Härjedalen	71	0	0	0	0	0
Föllinge	13	0	0	0	0	0
Krokom/Näliden/Ås	133	3	2	1	0	0
Offerdal	15	2	1	1	0	0
Krokoms kom	161	5	3	2	0	0
Bispgården	5	0	0	0	0	0
Hammarstrand	25	0	0	0	0	0
Stugun	14	0	0	0	0	0
Ragunda	44	0	0	0	0	0
Backe	10	0	0	0	0	0
Gäddede	6	0	0	0	0	0
Utrikeshälsan	17	6	6	1	0	1
Nya närvården	14	1	1	0	0	0
Strömsund	54	4	0	3	1	0
Strömsunds kom	101	11	7	4	1	1
Hallen	22	0	0	0	0	0
Järpen	36	1	1	0	0	0
Åre	53	2	2	1	0	1
Åre kom	111	3	3	1	0	1
Brunflo	88	3	3	0	0	0
Frösön	176	3 (+1 enbart hörcentralen)	2	1	0	0
Lit	58	2	2	0	0	0
Lugnvik	65	3	2	1	0	0
Odensala	99	4	4	2	0	2
Torvalla	84	5	5	1	0	1
Zätahuset	148	8	6	1	3	2
Östersunds kom	718	28	24	6	3	5
LÄNET	1306	49=3,8%	39	13	4	7

25 SMÅBARNSTANDVÅRD I JÄMTLANDS LÄN

Tidigt möte med tandvården.

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

Vi strävar mot att tandhygienist genomför dessa föräldraträffar.

Syfte

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

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

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

3-årsbesöket

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

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

Barn med ökad risk för hål i tänderna.

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

Statistik

År 2012 var 89% av undersökta 4-åringar i länet utan skador.

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

Utvecklat samtalsunderlag och MI.

Samtliga tandvårdskliniker har numera ett gemensamt samtalsunderlag för riskbedömning av det lilla barnet ”Till dig som är förälder till ett litet barn” och samtlig personal som träffar småbarnsföräldrar har nu genomgått utbildning i s.k. MI-metod (Motiverande Samtalsteknik.) Idag har mer än 2/3 av alla anställda inom Folktandvården genomgått denna basutbildning inom MI. Allt fler tandvårdskliniker söker samarbete med närbelägen Familjecentral.

Referat utifrån mailkontakt mellan Bodel Göransson på Folktandvården och bhv-öl Per Hedman.

26 BARNHÄLSOVÅRDENS STORA PRIS 2012

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

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

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

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

Barnhälsovårdens Stora Pris 2012 tilldelades:

Irma Sundin – barnsjuksköterska Östersunds sjukhus

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

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

Tidigare pristagare:

2008 Frösö Skidlek och Kerstin Halvarsson
2009 Vinterstaden och Monica Mattsson
2010 Åsa Andersson
2011 Hans Beijer

27 GIVEN FORTBILDNING BHV 2012:

Introduktionsdagar för ”Ny BHV-personal” läkare och sjuksköterskor, 21-22 februari
 ”BHV-verksamhetens innehåll”

Anna Sandin, Gunnel Holmqvist, Margareta Honn, och Elisabet Nilsson.

”Rörelse av vikt

– **en hjärtesak för Jämtland**” 9 februari, ½ dag

Kort om projektet/tidplan samt utvärdering och er viktiga roll, Elisabets Strömblad

Hälsoläget hos barnen. Vikten av att främja hälsosamma val. Gunnel Holmqvist

Beteendeförändring; Hur närmar man sig frågan? Elin Khokhar

Hur kan vi stärka föräldrarna att göra fler hälsosamma val? Workshop med rollspel.

Elin Khokhar

Hälsosamma val – förbättringsmöjlighet / framtida bidrag från FHC? Marie Eriksson.

Samverkansdag 1 mars ”*Viktigast av allt*”-om barns rättigheter i familjen samt om föräldrars rätt till stöd!

Inledning av dagen, Landshövding Britt Bohlin

Information från Centrum mot våld i nära relationer, samordnare Ewa Andersson, projektledare

Jenny Einebrant, familjebehandlare Ann Björch

Vägledande stöd vid konsultation och anmälan vid oro för att barn far illa eller riskerar fara illa!

Kristina Palm, tandläkare.

Barnkonventionen - nytt material från barnombudsmannen(BO), Kenneth Ljung BO.

Hur gör vi BK känd för föräldrar i Jämtlands län! Filmvisning och gemensam reflektion utifrån

BO:s material ”Viktigast av allt”!, Centrala samverkansgruppen .

”**Zätamodellen**” 28/9 och 26/10. *Två dagar om Z-modellen, grunderna för gruppledarskap samt genus och föräldraskap*, psykolog Lisa Fröst Björnsdotter, socionom Elisabet Nilsson, samordnande barnmorska Ingrid Haglund och samordnande BHV-ssk Gunnel Holmqvist. Förkortad version för nyanställda och de som inte haft möjlighet att delta i tidigare utbildningsomgångar.

Nätverksträff familjecentralerna Östersund!, 13 mars, socialtjänsten Östersund.

”*Hur har familjecentralsarbetet fungerat under 2011?*”

Styrgruppers funktion. Reflektioner utifrån verksamhetsberättelserna

Några framgångsfaktorer? Nytt från de olika förvaltningarna.

BHV-dag 3 maj heldag.

Aktuell BHV information , Gunnel Holmqvist och Anna Sandin

Smitta i förskolan, MRSA, HIV, Maria Omberg smittskyddet

Vid fruktpaus demonstration/utdelning av material som kan användas för undervisning av infektion på förskolan.

Immunförsvarets tidiga utveckling, Anna Sandin barnhälsovårdsöverläkare

Allergiprevention: Om forskning, nya rön och ändrade rutiner

Komjölken – ett fantastiskt födoämne eller bara trassel i mage, hud och risk för allvarliga symtom?, Anna Sandin

Remiss till barnkliniken vid eksem och födoämnesallergi: vilka barn? när? vad ska stå i remissen,

Cathrin Holgén överläkare barnkliniken.

Amningssiffrorna sjunker, Kerstin Lilja barnmorska BB/Förlossning
Amningsråd första tiden!, Anna Sandin
Barnhälsovårdens Stora Pris/Prisutdelare centrumchef Håkan Gadd.

BHV-dag 29 november heldag

”Den ena är för stor, den andra för liten!!

Hur gör vi för att det ska bli lagom?” en dag med diskussioner kring övervikt och spädbarnsuppfödning

”Rörelse av vikt”, Gå igenom boken. Påfyllnad utifrån erfarenheter hitintills i projektet. Svar på frågor! Sammanställning av tidiga resultat från familjeenkäterna mm. E Strömblad

Vad kan barnmott göra?

A-L Nilsson, A Strandberg von Essen

Mat till spädbarn; Att amma eller inte amma?

A Sandin

”Den tidiga amningen”

K Lilja

strategi/ frågor MVC, BB, BVC

I Haglund, G Holmqvist

Produktinformation *ersättning-tilläggsersättning-välling?*

Semper, Nestle, Hipp!

Sammanfattning. Hur går vi vidare?

Den årliga regionala nätverksträffen för Familjecentralerna i länet, 3 oktober i Bräcke, heldag.

Program ”Rörelse av vikt”, förebyggande arbete inom socialtjänsten i Bräcke ”Föräldrakraft” samt Beardslee´s familjeintervention med syfte att underlätta kommunikationen i familjen om föräldrarnas psykiska ohälsa och uppmärksamma barnen som anhöriga.

Aktuell information och nyheter från FFFF.

Möten och träffar med BHV-personal och samverkanspartners:

BVC-sjukskötersketräffar: Östersund, 8 träffar

BVC-läkarträffar: 2 tillfällen. Aktuella BVC-frågor diskuteras.

Rundresor ut i länet.

BHV-samordnaren har besökt:

Utrikeshälsan i Hammerdal och träffat BVC-sjuksköterskan.

BVC Torvalla, introduktion ny BVC-sjuksköterska.

Familjecentralen i Hammarstrand, träffade styrgrupp plus personal tillsammans med socionom Elisabet Nilsson angående socialtjänstens deltagande på Familjecentralen.

Familjecentralen i Bräcke, träffade chef plus personal. Fick information om deras verksamhet samt planerade regional nätverksträff för länets familjecentraler.

Familjecentralerna Frösön, Brunflo, Lit. Besökte husmöte informerades om nuläge och berättade från en föreläsning om teamsamverkan ”Tio tankar om team” samt nytt från FFFF.

Barnhälsovårdsöverläkaren och samordnande BHV-sjuksköterska har träffat BVC-sjuksköterskor och läkare i Hammerdal, Strömsund, Svenstavik, Myrviken, Åre och Järpen.

Centrala samverkansgruppen (socialsekreterare Monica Tabalo, samordnande BHV-sjuksköterska Gunnel Holmqvist, samordnande barnmorska Ingrid Haglund, förskollärare Elisabet Falk) har träffats för att planera, genomföra och följa upp samverkansdag 2012.

Samrådsgrupp, (Eva Lindvall barn och utbildnings förvaltningen, Monica Tabalo socialtjänsten, Ingrid och Gunnel), kring Familjecentralernas samverkansavtal, verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser i Östersunds kommun. Vid träffarna även planerat för en nätverksträff 13/3 för Familjecentralerna i Östersunds kommun där verksamhets/förvaltningscheferna för respektive yrkesprofession deltog.

Fortbildningsgruppen för primärvårdens fortbildning har träffats vid ett par tillfällen.

Hälsovalskansliet. Två träffar.

Nystart Östersund. Två träffar med verksamhetschef Ulla Ledin samt Centrumchef Olle Christmansson..

Träff förvaltningschef Annica Källgård, Östersunds kommun inför nedläggningshotet av öppna förskolorna i Östersund. BHVÖL Anna Sandin, Samordnande BHV-sjuksköterska Gunnel Holmqvist och verksamhetschef Ulla Ledin.

Träff med socialdemokratiska ordförandegruppen. Pia Collberg och Gunnel Holmqvist berättade om föräldrastöd Z.

VAS-kallelser. Arbetet med framtagande av en gemensam mall för kallelse inom primärvården har fortsatt under 2012.

Samordnande BHV-sjuksköterska har träffat Mona Landahl, handläggare primärvårdens stab m.fl. Dessutom träffat BVC-sjuksköterskorna Maria Larm och Ulrika Sandström för att formulera kallelse vid olika rutinbesök på BVC så att det ser lika ut över länet.

Arbetet har nu avslutats.

Arbetsgrupp riskbruk- alkoholförebyggande arbete. Samordnande barnmorska Ingrid Haglund, samordnade BHV-sjuksköterska Gunnel, distriktssköterskornas samordnare Britta Ahlin och alkoholsamordnare Thomas Andersson har träffats vid 3 tillfällen för att diskutera och planera det fortsatta alkoholförebyggande arbetet. Planerat och genomfört en introduktionsdag om riskbruk för ny personal,19/1.

Sammanställning av AUDIT enkäter som delades ut till alla föräldrar som besökte BVC och Familjecentralerna i länet under alkoholveckan oktober 2011.

Samverkan och stöd till blivande föräldrar med missbruk. Träffar med socialtjänst, landstingets beroendeenhet, polis, kvinnokliniken, MHV och BHV. Arbetat med att ta fram riktlinjer för samverkan och stöd för gravida och blivande och nyblivna föräldrar med missbruk samt planerat en utbildningsdag april-maj 2013.

Träffar med folkhälsocentrum boken ”Rörelse av vikt med CD –skiva har åter börjat delas ut till alla ”första barn” som kommer på 4-årsbesök. Flera utbildningssatsningar har planerats och genomförts under 2012: Workshop, ½ dag på FBH med information om projektet, aktuellt om övervikt och samtalsmetodik varvat med aktivt deltagande och erfarenhetsutbyte.

På den regionala nätverksträffen för familjecentraler i länet medverkade musikerna som gjort CD-skivan som ingår i materialet. Alla fick prova på rörelserna och sjunga till musiken. En uppföljning av projektet gavs på BHV-dagen i november. Planer finns även för en utvidgning av frågorna som ställs till föräldrar vid BMI registreringen vid 4-års besöket. Diskussioner har pågått med folkhälsocentrum.

Även träffat Ronny Weylandt och Helen Olsson Sandal på folkhälsocentrum utifrån planer på en samordning av föräldrastödet i länet och vart den funktionen lämpligen ska vara.

Referensgrupp Övervikt och fetma, barnkliniken. Träffar med samordnande BHV-sjuksköterska Gunnel Holmqvist, BHVÖL Anna Sandin, överläkare Anna-Lena Nilsson, , dietist Anna Strandberg von Essen och SHVÖL Yvonne Eklund m.fl. för revidering av handlingsprogrammet mot övervikt och fetma samt kring BHV:s och barnkliniken roll plus barnkliniken planer på ett projekt.

Barnkonventionen. Gunnel Holmqvist har ersatt Per Hedman i landstinget samrådsgrupp och under året även i arbetsutskottet(Carsten Dencker, Kristina Palm och Anna Ebenmark) för barnkonventionsarbetet. Även deltagit i länets nätverk för barnkonventionsarbete. Arbetsutskottet har träffats, planerat och genomfört träffar med samrådsgruppen. Samrådsgruppen har en bred representation från landstingets alla verksamheter. Syftet är att utveckla BK-arbetet inom respektive arbetsområde. Länets BK-nätverk består av representanter från alla kommuner i länet samt från landstinget och Rädda barnen. På träffarna har nya undersökningar, rapporter och material tagits upp samt det barnkonventionsarbete som görs ute i kommunerna. En årlig barnkonventionsdag planeras.

Träffat skolhälsovården i Östersund för att diskutera gemensamma frågor.

Föräldrastöd Östersund och övriga länet. En heldag ”Dialog om föräldrastöd i länet” den 23/2 gemensam för landsting och kommun för att diskutera samverkansbehov och samverkansstruktur, plats elevhälsan Östersund, samt träff med Robert Ingvarsson och Sigrid Landgren, elevhälsan Östersund.

Träff integrationservice Östersund vid ett tillfälle under våren tillsammans Ingrid Haglund samt Robert Ingvarsson elevhälsan. Information om deras arbete och samtal kring ev. samverkan.

Referensgruppen för Ömsesidig respekt. Information om nuläge samt diskussion kring utveckling framåt.

Samverkan med förskolan. BHV-ö Anna Sandin och Samordnande BHV- sjuksköterska har träffat Magdalena Risselborn på regionförbundet vid två tillfällen samt vid ett tillfälle tillsammans med utvecklingspsykolog Lisa Fröst-Björnsdotter och förskolecheferna i Östersunds kommun. Träffarna har handlat om BHV:s behov av en fortsatt samverkan med förskolorna vid 5-årsbesöket på BVC och det förskoleformulär som använts inför det besöket. Blev klart att det inte längre var möjligt p.g.a. ny lagstiftning.

”Huldagruppen” logopederna Anna Fröling, Emelia Fjällström, Alexandra Aronsson, FBH-psykolog Sara Larsson, samordn. BHV-sjuksk Gunnel Holmqvist och BHVÖL Anna Sandin. (Sara slutade i gruppen på senhösten och ersattes av Lisa Fröst-Björnsdotter.) har träffats och diskuterat språkscreening, neuropsykiatriska problem mm. Alexandra, Lisa, Anna S. och Gunnel deltog via videokonferens på en utbildningsdag om tal och språk **”Tidig upptäckt av barn med samspelssvårigheter”** som anordnats i Umeå.

Ett förslag har utarbetats för ”Språkscreening och uppföljning av barn vid 3 års ålder vid BVC”. Syftet är att med den kunskap redan finns, befintliga resurser och små förändringar samordna insatserna för barn med tidiga språkstörningar så att de kan följas upp av team på ett sätt som ger barnet tidigt och rätt stöd.

Träff smittskyddet för gemensamma frågor samt planera en ny utbildningssatsning omkring ”smitta i förskola”.

Referensgruppsmöte för distriktssköterskeutbildningen vid Mittuniversitetet.

Fått information om vad som händer inom utbildningarna samt delgett behov från BHV-verksamheten och de förändringar som hänt eller är på gång.

Vaccin upphandling norra regionen. Under året enbart mailkontakt inför ny upphandling 2013.

Vårdkedjeträffar, vårdkedjegruppen bestående av Kerstin Lilja och Monica Eriksson, barnmorskor från BB-förlossning, Laila Östman barnmorska på Specialistmödravården, Emma Danielsson barnsjuksköterska på spädbarnsavdelningen samt Ingrid Haglund samordnande barnmorska, Gunnel Holmqvist samordnande BHV-sjuksköterska och FBH-socionom Elisabet Nilsson har haft regelbundna träffar och diskuterat gemensamma frågor.

Årlig **uppföljning av tidig hemgång(THG)**. Träff BB/förlossning, barnklinik, MHV och BHV utvärderat THG under 2011.

nÄTverket. I gruppen ingår Magdalena Jochym, logoped BUH, Monica Karlsson, dietist BUH och Barnkliniken, Lisa Björnsdotter, psykolog FBH slutade och ersattes av Sara Larsson, Gunnel Holmqvist, samordnare BHV, Karin Skogelid, barnsjuksköterska avd 109, Birgitta Landström, socionom BUP och Maciej Potyrala, överläkare Barnkliniken.

Syfte:

Hålla en god kompetens kring små barn med ätproblematik inom specialistvården JLL. Gruppen har träffats hos varandra för att få god kompetens om varandras specialistområden. Tanken är att kunna konsultera varandra och lättare remittera till ”rätt” instans. Tagit upp aktuella fall, diskuterat och försökt komma fram till möjliga lösningar med barnet/familjen i fokus.

nÄTverkets medlemmar utgör enhetens kontaktperson, som man kan vända sig till när man är osäker på vart ett barn med ätproblematik bäst kan få hjälp. Information har getts till BVC att de kan använda gruppen för konsultation.

Träff ”Adoptivbarn” socialförvaltningen Östersund med representanter från socialtjänsten/familjerätten i hela länet. Diskuterar gemensamma frågor och behov. Socionom Lena Olofsson, psykolog Margareta Honn och BVC-samordnare Gunnel Holmqvist deltagit från FBH. Planerat en utbildningsdag om adoption i samarbete med MIA, mars 2013.

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

Videokonferens med Tegs Familjecentral i Umeå, halvdag. Berättade om Zätamodellen, genusarbetet och ICDP tillsammans med BVC-sjuksköterska Erica Raftsjö och förskollärare Monica Mattsson Familjecentralen Brunflo.

FQ-grupp(fortbildning och kvalitet) en grupp med BVC-sjuksköterskor har träffats 5 ggr.

Övrigt

Studiebesök från Japan Hokkaido Medical University! 1/8 Informerat om MHV och BHV:s arbete och fram för allt om sjuksköterskans kompetens och roll.

Träff med distriktssköterskestuderande och informerat om FBH och BHV.

Träff socionomstuderande angående uppsats om familjecentral.

Träff Nestlé angående barnmat, **Astra Zeneca** angående nytt influensavaccin(nässpray), **Pfizer** angående pneumococcvaccin.

Nationellt:

Samordnande BHV –sjuksköterska

FFFF, föreningen för familjecentralers främjande, styrelsemöten. Representerar Barnhälsovården i styrelsen. Har förutom telefonmöten träffat styrelsen vid tre tillfällen.

Nationella FFFF-konferensen i Uppsala 26-27/4, Mötesplatsen– Möten på Familjecentralen, 450 deltagare. Som ledamot i styrelsen deltog i planerandet av konferensen och som en av värdarna under konferensen. Informerade om det fortsatta arbetet i FHI:s samverkansgrupp och vad som pågår i det nationella föräldrastödsprojektet.

Ansvarat för en **arbetsgrupp inom FFFF med BHV-sjuksköterskor** från olika Familjecentraler i landet som gemensamt planerat och genomfört en nationell konferens för BHV-personal, 100 deltagare. *”En seminariedag om Barnhälsovårdens roll på familjecentralen”* 26 mars i Stockholm:

”Evelina arbetet”- nya nationella riktlinjer för BHV, Lotta Lindfors vårdutvecklare Stockholm
Tio tankar om team - Kerstin Twedmark, psykolog Värmland.

”Sårbara familjers kontakt med BVC” Thomas Wallby vårdutvecklare Uppsala.
PM ang. samverkan ”Tidig upptäckt av särskilda behov”! Carina Alzén BVC-sjuksköterka Jönköping.

Samtalscaféer med frågeställningar runt ”Barnhälsovårdens roll i Familjecentralen”. *Vad är unikt med att jobba med BHV i en Familjecentral i förhållande till traditionell BVC? Vilka utmaningar finns för BHV i ett teamarbete? Vad är det vi har att erbjuda från BHV när det gäller sårbara familjer? Vad gör skillnad?* Processhandledning av Ylva Söderlind Göthner och Tinna Cars- Björling.

Samverkansgrupp FHI. Statens folkhälsoinstitutet fick under våren 2009 ett regeringsuppdrag ” att fördela 70 miljoner kr inom ramen för Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd ”En vinst för alla”. I uppdraget ingick även att skapa en samverkansgrupp som stöd för Statens folkhälsoinstitut(FHI) för utveckling av föräldrastöd. Representerar FFFF:s styrelse i samverkansgruppen. Projektet avslutades juni 2012 och samverkansgruppen hade en sista träff 1/6.

FHI vill emellertid även fortsättningsvis ha en samverkansgrupp till stöd och med en delvis ny konstellation och inriktning träffades gruppen 22/11. Fortsätter som representant för FFFF i gruppen.

Nationell Riskbrukskonferens i Sundsvall, FHI, 30 mars. Syftet med konferensen var att mot bakgrund av regeringens proposition, förmedla aktuell kunskap. Dels om hur alkohol och tobak (snus) påverkar barnet under graviditeten och dels hur små barn kan påverkas av föräldrars alkohol- och tobaksvanor. Föreläste om ”Alkoholsamtalet i barnhälsovåden”.

Referensgrupp ”Evelina” - nya nationella riktlinjer för BHV. Träff 23/8 i Stockholm, representerar arbetsgruppen Familjecentral. Evelinaarbetet fortsätter under 2013 och skall vara klart under hösten för att sen implementeras under 2014.

Möte BHV-enheterna Norra regionen Umeå 24-25/5 diskuterat och arbetat med regiongemensamma frågor.

Nationell konferens för BHV-team från hela landet, Halmstad 10-12/9.

Träff samordnare/vårdutvecklare norra regionen i Luleå 26-27/11 diskuterat och arbetat med regiongemensamma frågor.

Barnhälsovårdsöverläkare

Invald i **nationell samordningsgrupp för amningsfrågor**. Två möten under året, i Östersund och Stockholm. Anna Sandin kommer att fortsätta i gruppen och utforma ”Strategisk plan för samordning av amningsfrågor” och innehåll i nationella riktlinjer för utbildningen inom området.

Av socialstyrelsen utvald **att delta i utarbetandet av nya evidensbaserade råd och omarbetning av informationsbladet ” Minska risken för plötslig spädbarnsdöd”**.

28RIKTLINJER 2013 FÖR BARNHÄLSOVÅRDEN I JÄMTLANDS LÄN

28.1 Styrdokument

uppdaterat 2013 08 12/ph

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

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

Riktlinjer för barnhälsovården finns fastlagda i följande skrifter:

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

Barnhälsovård (Magnusson, Blennow, Hagelin & Sundelin, 2009).

Folkhälsoplan för Jämtlands läns landsting.

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

Utredningen ”Skydda skyddsnetet” (Socialstyrelsen 1992).

FN:s konvention om barns rättigheter 1990.

Amningsstrategi för Jämtlands län 2011.

Stöd i föräldraskapet SOU 1997:161.

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

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

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

Styrdokument Barnhälsovården Jämtlands läns landsting 2011 (Hälsovalsdokument).

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

Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom BHV 2007.

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

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

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

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

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

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

Socialstyrelsens Rekommendationer för profylax mot hepatit B (2005).

Socialstyrelsens Rekommendationer för preventiva insatser mot Tuberkulos (2006).

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

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

Smitta i förskola, Kunskapsöversikt Socialstyrelsen 2008.

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

Rikshandboken; www.rikshandboken-bhv.se

Lokala vårdprogram och riktlinjer.

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 cirka 60 nyfödda per år. Siffran bör vara något lägre i områden med hög social rörlighet eller långa geografiska avstånd. Denna dimensionering är en förutsättning för att ge tillräckligt med tid för egen mottagning, medverkan vid läkarmottagningar, telefontid, tid för hembesök, föräldragrupsverksamhet, hälsovård på förskolan, planering/administration, dokumentation och verksamhetsstatistik samt samverkan.

Kompetens inom ett verksamhetsområde är 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”, ca 25 nyfödda barn per år, och man bör eftersträva att sjuksköterska i glesbygd ägnar minst 50 % av sin arbetstid åt förebyggande arbete med barn och barnfamiljer. I tätort bör särskild sjuksköterska för barnhälsovård finnas. Arbetet skall organiseras så att största möjliga **kontinuitet** erbjuds mellan barn/barnfamilj och BVC-personal, både läkare och sjuksköterska. Hög **tillgänglighet** skall eftersträvas.

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

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

28.4 Föräldra- och barnhälsan (FBH)

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

Psykologer och socionom har stöd- och behandlingskontakter med blivande/nyblivna föräldrar samt gör barnutredningar.

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

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 hälsouppllysning 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 5 stycken i basprogrammet, utrymme skall dessutom finnas för extra och längre besök vid behov. Huvudparten av hälsoövervakningsprogrammet utföres 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". Vid hembesöket uttrycker man i handling snarare än i ord, omtanke och inlevelse i småbarnsfamiljernas ofta strävsamma tillvaro. Man visar också att samarbetet mellan familjen och barnhälsovården främst är på familjernas villkor.

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

Det **intensifierade programmet** är individuellt och anpassas efter behov. En 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 e x barn som visat tecken på avvikelser i samband med förlossningen, barn som vårdats på sjukhus p g a sjukdom eller olycksfall eller där det finns ärftliga sjukdomar i familjen. Barn som också kan behöva uppmärksammas extra medicinskt är flyktingbarn, adoptivbarn, tvillingar.

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

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

Hälsouppllysning

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

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

Hälsouppllysning omfattar amnings- och kostrådgivning, allergiprofylax, allmänna råd om barnets skötsel och fysiska aktivitet, råd om fostran och vardagssjuklighet, barnkultur, barnsäkerhet, rökning, alkohol och andra droger.

Hälsouppllysning kan ske både individuellt och/eller i grupp.

Vaccinationer

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

Psykosocialt stöd

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

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

Stöd i föräldraskapet - Föräldragrupper

Föräldragrupper ingår som en del i stödet i föräldraskapet.

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

Alla nyblivna föräldrar skall aktivt erbjudas att delta i föräldragrupsverksamhet. Föräldrar som tidigare har barn bör också erbjudas att få delta. Ett föräldrastödsprogram – Z-modellen – erbjudes alltsedan år 2009 samtliga föräldrar i länet med bl.a. en sammanhållen föräldrautbildning mellan mödra- och barnhälsovård i länet.

Hälsovård i förskolan

Syftet med hälsovård i förskolan är att dels ge hälsouppllysning och hälsoövervakning för barngruppen, dels att nå enskilda barn som behöver speciell uppmärksamhet. BVC:s ansvar kräver nära samarbete med förskolorna inom upptagningsområdet. Regelbundna besök som görs av sjuksköterskan och läkaren ger viktig 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.

Föräldrar skall informeras om de samarbetsrutiner som finns och i god tid upplysas om tider för planerade besök.

Samverkan

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

För att samverka krävs ett områdesansvar. Viktiga samarbetspartners är mödrahälsovård(MHV), socialtjänst, barnomsorg, skola, övrig primärvård samt länssjukvård. Förutom samverkan på ett mer övergripande plan när det gäller policyfrågor och mål behövs ett samarbete för att lösa sammansatta problem i enskilda ärenden.

Vi har flera exempel på bra samverkan. Idag samverkar många enligt familjecentralsidén d.v.s. flera olika yrkeskategorier arbetar tillsammans kring barnfamiljen. Familjecentraler och/eller Familjecentralliknande verksamheter (MHV, BHV, Socialtjänst och Öppen förskola) finns idag i sju av länets åtta kommuner. Erfarenheterna av samarbetet är mycket positiva.

Att utgå från ett vårdkedjeperspektiv med gemensamma vårdprogram för länssjukvård och primärvård, höjer kvalitén och gör att föräldrar möter en samsyn genom hela hälso-och sjukvården.

Förutsättningar bör finnas eller skapas för en fortsatt utveckling av samverkansformer mellan olika yrkeskategorier och verksamheter som arbetar med barn och deras familjer.

28.6 Kravspecifikation

Hälsöövervakning: Övervakningsprogrammet enligt bifogat blad skall följas.

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

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

Vaccinationer: Alla barn skall erbjudas vaccination mot stelkramp, difteri, kikhosta, polio, hemophilus influenzae typ B och pneumokocker under spädbarnsåret samt erbjudas vaccin mot hepatit-B vid 3, 5 och 12 månaders ålder mot egen betalning 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 pneumokockvaccin vaccin.

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

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

Psykisk hälsa: Alla nyblivna mammor ska erbjudas EPDS-screening enligt vårdprogram.

Samverkan: Samverkansrutiner med socialtjänsten skall upprättas.

28.7 Målsättning

Följande kvalitetskriterier rekommenderas för 2013

Kontinuitet

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

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

Hälsöövervakning 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.

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

EPDS erbjudes alla nyblivna föräldrar.

Vaccinationer

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

97% av barnen är vaccinerade med MPR-vaccin.

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

Amning

80% av barnen ammas helt vid 2 månaders ålder.

70% av barnen ammas helt vid 4 månaders ålder.

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

BMI

Under år 2012 skall 96 % av länets 4-åringar BMI registreras i samband med hälsosamtal vid 4 års kontrollen.

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

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 hälsouppllysning i frågor kring barnets kost, fysiska aktivitet, barnsäkerhet, egenvård, rökning, alkohol och droger samt kulturella frågor.

28.9 BVC:s hälsoövervakningsprogram (Jämtlands län)

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

När	Vem	Var	
BB			OAE (Oto Akustisk Emission) -Audionom hörcentralen
0-1 v	S	H	Hembesök bör erbjudas inom 5 dagar efter hemgång från BB
0-1 v	L	M	Vid hemgång före 48 tim. ålder.
			Se PM: Riktlinjer Tidig Hemgång och uppföljning vid BVC
0-1 m	S	M	Erbjuds kontakt 1g/v. Utvecklingsbedömning
6 v	S	M	EPDS
2 m	L	M	Utvecklingsbedömning
2-3 m	S	M	Kontakt efter behov
3 m	S	M	Vaccination
4 m	S	M	
5-6 m	SL	M	Vaccination. Utvecklingsbedömning.
9 m	S	M	
9 m	Th	M	Tandhälsoinformation vid 9-12 månader individuellt/grupp
12 m	SL	M	Vaccination. Utvecklingsbedömning
15 m	S	M	Kontakt vid behov
18 m	SL	M	Vaccination. Utvecklingsbedömning
2 år	S	M	Kontakt vid behov
3 år	S	M	Språkbobservation. Utvecklingsbedömning
4 år	S	M	Utvecklingsbedömning. Syn. Hörsel vid behov. Taltest v.b.
5-5,5 år	SL	M	Vaccination. Skolförberedande undersökning

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

29 AVSLUTANDE TANKAR

Barnhälsovården publicerar här sin kvalitetsredovisning för år 2012. Rapporten redovisar statistik på läns- och kommunnivå och innehåller även en sammanställning på enskild barnavårdscentralsnivå..

Sammanfattningen av barnhälsovårdens resultat under året visar att vi har svårt att nå upp till barnhälsovårdens mål inom många områden och det är alltför stora kvalitetsskillnader mellan länets barnavårdscentraler. Betydande skillnader ses exempelvis när det gäller EPDS-screening, hembesöksfrekvens och samverkan med förskolan. Utifrån barnhälsovårdens kvalitetsindikatorer är detta icke acceptabelt utan är en situation som måste analyseras utifrån respektive BVC:s förutsättningar.

Glädjande är att amningsfrekvensen ökat något jämfört med föregående år och antalet föräldrar som röker fortsatt minska.

Andel barn med övervikt/fetma vid 4-års ålder har ökat igen. Ett fortsatt förebyggande arbete behövs men det finns även ett behov av en modell för hur vi ska arbeta med stöd till dessa familjer.

Nästan 90% av förstagångsföräldrar erbjuds att delta föräldrargrupp varav 73% mammor och 33% pappor deltar minst 3 tillfällen. Det är höga siffror jämfört med många andra län i landet men samtidigt är det något färre som erbjudits och deltagit jämfört med förra året. Fortsatt stöd behövs till personalen samt att det ska finnas utrymme och resurser ute på BVC.

Barnhälsovården står inför fortsatta utmaningar såväl nationellt som regionalt och lokalt. Såväl organisatoriska som innehållsmässiga förändringar kan bli aktuell i en tid när ekonomin kärvar och förutsättningar förändras. Hälsovalet har medfört att det geografiska områdesansvaret luckrats upp. Landstinget kommer att genomföra stora besparingar med bland annat ett totalstopp för stafettläkare inom länets primärvård. BHV är ett prioriterat område men det finns ändå en oro för hur det kommer att påverka läkarbemanningen på BVC framöver.

Behovet av en datoriserad BHV-journal är stort och kraft tag behöver göras för att det ska komma tillstånd inom närmaste tiden. Barnhälsovårdens hemsida kommer under augusti månad att presenteras och förhoppningsvis kommer den underlätta till ett ännu bättre samarbete oss emellan.

Ett övergripande arbete med framtagande av ”Nya nationella riktlinjer för barnhälsovården” pågår. En slutrapport beräknas kunna presenteras under hösten 2013 tillsammans med ett Vägledningsdokument från Socialstyrelsen.

För att verksamheten ute på BVC ska motsvara barnfamiljernas behov krävs samverkan framför allt med mödrahälsovård, socialtjänst och förskolan/öppna förskolan. Arbetet med att tillvarata och vidareutveckla den potential som våra familjecentraler utgör fortsätter. Klara strukturella förutsättningar behövs för att minska den sårbarhet som uppkommer när beslut tas i kommun och/eller landstinget som berör verksamheten .

Situationen på FBH är bekymmersam utifrån ett stort remissflöde, nedskärningar och en besvärlig personalsituation som gjort att väntetiderna blivit långa.

Flytten till Köpmangatan 24 kan ge ökade möjligheter till samverkan och goda initiativ har påbörjats.

Arbetet med att rekrytera en ny barnhälsovårdsöverläkare pågår. Per Hedman vikarierar på 50% tills vidare. Överläkare Anna Sandin lämnar Jämtlands län och övergår till att arbeta i Norrbotten som lektor och ansvarig för barnläkarutbildningen på Sunderbyn utanför Luleå. Vi tackar för det arbete som hon gjorde för BHV under 2012 och önskar Anna lycka till med sitt nya arbete!

Undertecknade, Gunnel och Per, vill rikta ett varmt tack till all personal vid länets BVC. Det finns ett stort engagemang och mycket kompetens hos personalen inom barnhälsovården ute på våra barnvårdscentraler i länet. Ett arbete som har stor betydelse för barns hälsa och utveckling i Jämtlands län.

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

Östersund den 26 juli 2013

Gunnel Holmqvist
Samordnande BVC-sjuksköterska

Per Hedman
Barnhälsovårdsöverläkare

30 REFERENSER

- 1 Barnkonventionen (www.rb.se)
- 2 Hälsoundersökning inom barnhälsovården (SOSFS 1991:8) Kvalitetssäkring av barnhälsovården (SOS-rapport 1994:19)
- 3 Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården Nationella nätverket för barnhälsosamordnare/vårdutvecklare (2007)
- 4 Läkartjänstgöring inom barnhälsovården och på barnavårdscentral. Svenska barnläkarföreningen, Svenska Distriktsläkarföreningen och svensk Förening för Allmän Medicin
- 5 Riktlinjer för barnhälsovården i Jämtlands län
- 6 Folkhälsodata 2012 (www.fhi.se)
- 7 Barnfattigdom (www.rb.se)
- 8 www.skolverket.se
- 9 www.scb.se
- 10 Hembesök kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som föräldrar. Jansson. A, Sivberg. 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 (www.tco.se)
- 13 Fetmautvecklingen bland svenska 4-åringar tycks ha stannat av. Bråbäck. L m.fl. Läkartidningen 2009; 2758-2761
- 14 Brottsförebyggande rådet (www.bra.se)

31 APPENDIX

Tabell 1

Antal inskrivna barn: nyfödda resp. totalt antal barn 0 – 6 år per BVC den 31/12 2008-2012

		Nyfödda	Totalt				
1.				7.			
Backe/Hoting	2008	20	126	Frösön	2008	171	955
	2009	19	120		2009	168	996
	2010	10	65		2010	176	1042
	2011	6	59		2011	173	1063
	2012	3	51		2012	144	1007
2.				8.			
Bispgården	2008	9	64	Föllinge	2008	14	83
	2009	7	63		2009	12	99
	2010	13	61		2010	9	86
	2011	10	58		2011	20	92
	2012	9	52		2012	10	92
3.				9.			
Brunflo	2008	77	557	Gäddede	2008	8	40
	2009	80	551		2009	7	38
	2010	94	566		2010	11	47
	2011	89	556		2011	10	45
	2012	77	546		2012	8	48
4.				10.			
Bräcke	2008	21	136	Gällö	2008	19	146
	2009	17	131		2009	18	134
	2010	20	128		2010	24	123
	2011	20	121		2011	8	117
	2012	27	131		2012	17	109
5.				11.			
Fjällhälsan	2008	17	128	Hallen	2008	31	166
Hede	2009	16	111		2009	40	192
	2010	13	122		2010	28	114
	2011	11	86		2011	12	103
	2012	13	79		2012	9	103
6.				12.			
Funäsdalen	2008	25	119	Hammarstrand	2008	26	143
	2009	17	119		2009	23	137
	2010	23	119		2010	34	153
	2011	19	118		2011	19	152
	2012	21	113		2012	30	160

13.				20.			
Järpen	2008	71	166	Odensala	2008	96	578
	2009	63	192		2009	86	582
	2010	89	194		2010	105	604
	2011	30	192		2011	101	616
	2012	34	201		2012	74	595
14.				21.			
Krokorn	2008	131	842	Offerdal	2008	24	151
	2009	191	864		2009	11	142
	2010	116	862		2010	27	137
	2011	104	849		2011	11	137
	2012	92	775		2012	17	131
15.				22.			
Kälarne	2008	8	47	Strömsund	2008	49	344
	2009	10	50		2009	58	315
	2010	10	58		2010	62	311
	2011	6	54		2011	64	318
	2012	3	45		2012	71	356
16.				23.			
Lit	2008	54	325	Stugun	2008	13	80
	2009	56	341		2009	17	78
	2010	49	334		2010	11	78
	2011	40	304		2011	17	85
	2012	32	291		2012	17	89
17.				24.			
Lugnvik	2008	76	331	Sveg	2008	44	286
	2009	74	367		2009	48	287
	2010	63	361		2010	44	271
	2011	64	378		2011	56	283
	2012	68	408		2012	51	287
18.				25.			
Myrviken	2008	22	159	Svenstavik	2008	35	253
	2009	21	158		2009	36	243
	2010	28	172		2010	31	271
	2011	28	169		2011	56	283
	2012	31	174		2012	51	287
19.				26.			
NNV Hoting	2008	0	0	Torvalla	2008	98	565
	2009	0	0		2009	106	593
	2010	5	54		2010	94	573
	2011	21	89		2011	72	548
	2012	10	97		2012	92	525

27.			
Utrikeshälsan			
Hammerdal	2008	23	142
	2009	18	132
	2010	18	116
	2011	15	99
	2012	38	121

28.			
Z-gränd	2008	148	776
	2009	171	750
	2010	198	835
	2011	205	890
	2012	192	963

29.			
Åre	2008	71	364
	2009	63	366
	2010	89	392
	2011	70	393
	2012	64	406

Tabell 2

Andel (%) helammade vid 4 månaders ålder och ammade, helt och/eller delvis, vid 6 månaders ålder på respektive BVC. Barn födda 2007 - 2011

		4 mån	6 mån				
1.				7.			
Backe/Hoting	2007	71/18	71	Frösön	2007	71,6	74,2
	2008	40/36	60		2008	72,8	79,8
	2009	36,4/80	54,5/80		2009	76,8	80,4
	2010	60,0	50,0		2010	70,2	71,4
	2011	66,7	66,7		2011	66,5	71,2
2.				8.			
Bispgården	2007	53,8	61,5	Föllinge	2007	70,6	64,7
	2008	44,4	66,7		2008	81,3	68,8
	2009	57,1	71,4		2009	69,2	76,9
	2010	58,3	50		2010	60,0	60,0
	2011	71,4	85,7		2011	45,5	50,0
3.				9.			
Brunflo	2007	57,6	66,3	Gäddede	2007	50,0	50,0
	2008	48,7	57,1		2008	62,5	75,0
	2009	53,7	58,5		2009	85,7	85,7
	2010	53,5	59		2010	40,0	90,0
	2011	66,7	42,5		2011	45,5	45,5
4.				10.			
Bräcke	2007	40,0	26,3	Gällö	2007	66,7	58,3
	2008	36,8	29,4		2008	83,3	76,5
	2009	36,8	29,4		2009	66,7	76,5
	2010	55,6	61,1		2010	55,6	53,8
	2011	60,0	52,6		2011	77,8	88,9
5.				11.			
Fjällhälsan				Hallen			
Hede	2007	62,5	68,8		2007	65,0	65,0
	2008	64,7	82,4		2008	80,0	80,0
	2009	66,7	73,3		2009	68,4	73,7
	2010	76,9	76,9		2010	61,9	52,4
	2011	41,7	50,0		2011	61,5	38,5
6.				12.			
Funäsdalen	2007	80,0	100,0	Hammarstrand	2007	59,1	59,1
	2008	80,8	88,5		2008	72,0	70,8
	2009	62,5	75,0		2009	71,4	71,4
	2010	81,8	77,3		2010	51,7	44,8
	2011	76,5	70,6		2011	55,0	65,0

13.				20.			
Järpen	2007	50,0	41,7	Näliden	2007	65,7	62,9
	2008	50,0	54,5		2008	65,2	60,9
	2009	59,5	64,3		2009	50,0	55,6
	2010	50,0	51,9		2010	50,0	46,9
	2011	67,7	67,7		2011	67,7	62,5
14.				21.			
Krokom	2007	63,2	63,2	Odensala	2007	65,9	74,7
	2008	61,3	62,7		2008	69,1	77,3
	2009	72,3	73,8		2009	72,0	73,1
	2010	60,0	60,0		2010	57,0	71,0
	2011	64,3	71,4		2011	54,9	66,7
15.				22.			
Kälarne	2007	42,9	50,0	Offerdal	2007	85,7	81,0
	2008	33,3	22,2		2008	56,5	56,5
	2009	77,8	75,0		2009	81,8	80,0
	2010	37,5	12,5		2010	42,9	46,4
	2011	50,0	66,7		2011	46,2	61,5
16.				23.			
Lit	2007	76,9	69,0	Strömsund	2007	51,1	68,1
	2008	67,3	65,0		2008	73,8	71,4
	2009	70,9	81,8		2009	51,7	73,7
	2010	65,9	72,7		2010	50,8	49,2
	2011	69,8	72,1		2011	50,7	70,4
17.				24.			
Lugnvik	2007	71,9	79,7	Stugun	2007	43,8	56,3
	2008	61,1	66,7		2008	58,3	66,7
	2009	64,4	76,7		2009	52,9	52,9
	2010	52,3	62,5		2010	54,5	81,8
	2011	52,4	72,1		2011	52,9	56,3
18.				25.			
Myrviken	2007	71,4	64,3	Sveg	2007	71,1	76,3
	2008	66,7	66,7		2008	78,6	81,0
	2009	43,5	43,5		2009	60,0	57,8
	2010	50,0	56,0		2010	48,9	55,6
	2011	66,7	55,6		2011	57,1	66,1
19.				26.			
NNV Hoting	2007			Svenstavik	2007	61,1	52,8
	2008				2008	71,9	65,6
	2009				2009	48,6	59,5
	2010	41,7	33,3		2010	66,7	73,3
	2011	59,1	54,5		2011	63,3	70,0

		4 mån	6 mån
27.			
Torvalla	2007	29,6	60,2
	2008	56,0	58,0
	2009	55,6	72,2
	2010	48,1	56,8
	2011	50,0	57,7
28.			
Utrikeshälsan			
Hammerdal	2007	73,7	84,2
	2008	85,0	80,0
	2009	75,0	81,3
	2010	50,0	81,3
	2011	60,0	73,3
29.			
Z-gränd	2007	71,1	75,4
	2008	71,9	74,4
	2009	61,5	65,1
	2010	56,1	61,4
	2011	59,3	61,3
30.			
Åre	2007	77,9	82,4
	2008	60,6	77,3
	2009	74,5	85,2
	2010	53,0	66,3
	2011	67,1	71,4
31.			
Ås	2007	82,5	82,5
	2008	54,1	59,5
	2009	93,9	90,9
	2010	80,0	89,3
	2011	60,9	87,0

Tabell 3

Andel (%) rökande mammor och pappor till barn födda 2007 – 2011 på respektive BVC

		Mor 4 v	Mor 8 m	Far 4 v	Far 8 m
1.					
Backe/Hoting	2007	0/9,1	0/9,1	14,3/0	14,3/0
	2008	0/0	0/0	0/18,2	0/18,2
	2009	0/0	0/0	9,1/100	9,1/100
Backe	2010	0	0	0	0
	2011	0	0	16,7	16,7
2.					
Bispgården	2007	0	0	7,7	7,7
	2008	11,1	11,1	11,1	11,1
	2009	28,6	28,6	28,6	14,3
	2010	25,0	25,0	8,3	8,3
	2011	28,6	28,6	0	0
3.					
Brunflo	2007	1,9	6,1	5,6	7,8
	2008	7,4	7,6	11,3	9,0
	2009	3,4	2,4	9,5	9,8
	2010	4,0	5,0	5,0	4,2
	2011	5,7	4,7	9,2	8,1
4.					
Bräcke	2007	4,3	4,3	8,7	8,7
	2008	9,5	9,5	14,3	5,0
	2009	9,5	9,5	14,3	5,0
	2010	5,0	15,8	25,0	26,3
	2011	15,0	10,0	21,1	15,8
5.					
Fjällhålsan, Hede	2007	6,3	6,3	0	6,3
	2008	5,9	5,9	29,4	29,4
	2009	6,7	0	6,7	0
	2010	7,7	7,7	15,4	15,4
	2011	0	0	0	0
6.					
Funäsdalen	2007	0	6,7	0	0
	2008	0	0	0	3,8
	2009	0	0	6,3	6,3
	2010	4,5	4,5	13,6	13,6
	2011	5,9	5,9	0	0
7.					
Frösön	2007	0	0	1,9	1,9
	2008	0	0,6	4,2	3,6
	2009	0	0	3,6	3,6
	2010	1,2	1,2	4,1	3,6
	2011	1,2	1,2	2,3	2,3

		Mor 4 v	Mor 8 m	Far 4 v	Far 8 m
8.					
Föllinge	2007	11,8	17,6	5,9	11,8
	2008	0	0	6,3	12,5
	2009	7,7	7,7	30,8	30,8
	2010	10,0	10,0	0	0
	2011	0	4,5	9,1	9,1
9.					
Gäddede	2007	0	0	0	0
	2008	0	0	0	0
	2009	0	0	0	0
	2010	0	0	0	0
	2011	9,1	9,1	9,1	9,1
10.					
Gällö	2007	15,4	15,4	7,7	7,7
	2008	5,3	5,3	10,5	10,5
	2009	10,5	10,5	5,3	0,0
	2010	11,1	11,1	18,5	18,5
	2011	11,1	11,1	22,2	22,2
11.					
Hallen	2007	15,0	15,0	5,0	5,0
	2008	0	6,7	13,3	20,0
	2009	0	0	5,3	5,3
	2010	4,8	19,0	4,8	4,8
	2011	7,7	7,7	0	0
12.					
Hammarstrand	2007	5,0	10,5	0	5,3
	2008	0	8,3	12,5	12,5
	2009	0	0	4,3	4,3
	2010	10,7	7,1	11,1	11,1
	2011	4,8	4,8	9,5	9,5
13.					
Järpen	2007	16,7	18,2	10,0	10,0
	2008	0	4,5	9,1	13,6
	2009	4,8	11,9	11,9	21,4
	2010	0	7,4	17,9	17,9
	2011	3,3	3,4	3,4	3,4
14.					
Krokom	2007	0	0	5,5	5,5
	2008	1,4	1,4	1,4	4,2
	2009	3,1	6,3	3,1	4,8
	2010	3,3	6,8	10,0	11,9
	2011	0	0	7,1	7,0

		Mor 4 v	Mor 8 m	Far 4 v	Far 8 m
15.					
Kålarne	2007	14,3	14,3	14,3	14,3
	2008	11,1	11,1	0	0
	2009	16,7	16,7	9,1	9,1
	2010	0	0	0	0
	2011	0	0	0	0
16.					
Lit	2007	5,8	5,8	5,8	5,8
	2008	3,8	3,8	5,8	5,8
	2009	1,8	1,8	1,8	1,8
	2010	0	0	0	0
	2011	0	0	2,3	2,3
17.					
Lugnvik	2007	0	0	0	0
	2008	1,4	1,9	5,6	3,8
	2009	1,4	1,4	5,5	1,4
	2010	0	1,6	0	0
	2011	4,7	3,3	6,3	6,3
18.					
Myrviken	2007	0	0	7,1	7,1
	2008	0	4,2	16,7	12,5
	2009	8,7	8,7	21,7	21,7
	2010	0	4,8	16,0	15,0
	2011	0	0	4,0	4,0
19.					
NNV Hoting	2007	-	-	-	-
	2008	-	-	-	-
	2009				
	2010	0	11,1	9,1	11,1
	2011	4,5	9,1	13,6	13,6
20.					
Nälden	2007	0	6,3	17,1	12,5
	2008	4,3	4,3	8,7	9,1
	2009	5,6	8,3	8,3	8,3
	2010	9,4	9,4	9,4	12,5
	2011	9,7	14,3	22,6	17,2
21.					
Odensala	2007	0	3,2	3,2	2,1
	2008	1,4	2,0	3,1	3,1
	2009	1,1	3,3	4,3	2,2
	2010	0,9	1,9	1,0	1,0
	2011	3,9	4,9	2,9	3,7

		Mor 4 v	Mor 8 m	Far 4 v	Far 8 m
22.					
Offerdal	2007	9,5	5,0	4,8	4,8
	2008	4,2	0	8,7	9,1
	2009	8,3	25,0	0	0
	2010	3,4	3,4	13,8	13,8
	2011	0	0	8,3	8,3
		Mor 4 v	Mor 8 m	Far 4 v	Far 8 m
23.					
Strömsund	2007	3,8	3,8	5,8	5,8
	2008	0	0	0	0
	2009	0	0	1,7	1,7
	2010	0	0	1,7	11,1
	2011	0	0	1,4	1,4
24.					
Stugun	2007	0	0	12,5	12,5
	2008	8,3	8,3	16,7	16,7
	2009	0	0	0	0
	2010	0	0	0	0
	2011	0	0	5,9	5,9
25.					
Sveg	2007	5,3	7,9	13,2	10,5
	2008	11,9	11,9	9,5	9,5
	2009	6,7	6,7	8,9	8,9
	2010	4,4	6,7	11,1	4,7
	2011	1,8	1,8	7,1	7,1
26.					
Svenstavik	2007	2,8	2,9	2,8	3,0
	2008	3,0	3,0	9,1	6,1
	2009	13,2	10,5	29,4	23,5
	2010	6,7	6,7	3,6	3,6
	2011	10,0	10,0	10,0	10,0
27.					
Torvalla	2007	6,1	6,2	9,6	7,1
	2008	8,2	9,2	14,3	14,3
	2009	7,9	9,0	27,3	25,0
	2010	6,1	6,1	14,6	14,6
	2011	1,3	2,8	8,9	8,3
28.					
Utrikeshälsan, Hammerdal	2007	0	0	10,5	10,5
	2008	5,3	5,0	15,0	10,0
	2009	6,3	6,3	0	0
	2010	12,5	12,5	12,5	12,5
	2011	6,7	6,7	6,7	6,7

		Mor 4 v	Mor 8 m	Far 4 v	Far 8 m
29.					
Z-gränd	2007	1,4	1,6	8,6	7,2
	2008	0	0	6,6	5,3
	2009	1,2	1,2	3,6	2,4
	2010	3,1	3,7	6,9	7,9
	2011	0,5	1,0	3,0	3,6
30.					
Åre	2007	0	0	1,5	1,7
	2008	0	0	5,9	5,9
	2009	0	0	5,5	5,6
	2010	0	0	0	0
	2011	1,4	1,4	6,8	6,8
31.					
Ås	2007	0	0	2,5	2,5
	2008	0	0	2,7	2,7
	2009	3,0	3,0	3,0	3,0
	2010	0	0	0	0
	2011	0	0	0	0



Foto: Sixten på den nya lekplatsen på Köpmangatan 24.
Omslagsbild Ingrid Haglund (mormor) -
publicerad med föräldrars tillstånd.