

BARNHÄLSOVÅRDEN
JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING

ÅRSRAPPORT 2004



Gunnel Holmqvist
Samordnande BHV-sjuksköterska

Sven-Arne Silfverdal
Barnhälsovårdsöverläkare

Oktober 2005

Vi presenterar härmed Centrala Mödra- Barnhälsovårdens (cMBHV) rapport med den årliga redovisningen av de statistikuppgifter som begärts in från Barnavårdscentralerna (BVC) i länet. Sammanställningen ger oss en uppfattning om föräldrar och barn erbjudits och fått den service de har rätt till utifrån de riktlinjer som finns för Barnhälsovården (BHV) i länet. Den säger något om kvalitén på barnhälsovården i Jämtlands län och ger även ett mått på barnens hälsa och välbefinnande. Vi försöker i denna rapport att sätta in vår verksamhet i ett större sammanhang och lyfta fram olika faktorer som har betydelse för barns mognad, utveckling och hälsa.

Ett stort tack till alla BVC-sjuksköterskor som har gått igenom BHV-journalerna i sitt område, räknat och fyllt i alla blad som skickats ut. Det är ett fantastiskt folkhälsoarbete som bedrivs inom barnhälsovården i länet. Ett förebyggande arbete som det är angeläget att värna om!

Inledning

Den fysiska hälsan har dramatiskt förbättrats för barn och ungdomar under 1900-talet, men under de senaste decennierna har hälsoproblemen ändrat karaktär med inriktning mot ökad psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa är nu tillsammans med hjärt-kärlsjukdom och cancer de största folkhälso problemen i vårt land. Lennart Köhler, professor emeritus i Barnhälsovård i Göteborg, har i en studie för Rädda barnen undersökt hälsan hos barn i Sverige. Under den senaste 10-årsperioden har barnens hälsa generellt förbättrats från 90,3 till 93,2 på en skala där 100 är högst. Det är stora skillnader i hälsa mellan kommunerna och bäst mår barnen i de tre storstäderna. Det finns ett statistiskt säkerställt samband mellan hälsoindex och barnfattigdomsindex och ”där villapriserna är högst tycks barnhälsan vara bäst”. I vår verksamhetsrapport för Barnhälsovården i Jämtlands län skall vi tangera en del av dessa grundläggande frågeställningar samt redovisa en del av alla insatser som görs på barnavårdscentralerna i länet. Vi skall även ge en aktuell bakgrund och lägesbeskrivning avseende sjuklighet, dödlighet, sjukvårdskonsumtion och några viktiga risk- respektive friskfaktorer för hälsan med fokus på barnen i förskoleåldern. Under vilka villkor lever barn och föräldrar? Hur arbetar vi för barns hälsa? Vilka mått skall vi använda för att mäta vad vi gör? Vilka resultat ger våra insatser?

Bakgrund

Barnpolitik

Regeringen har i skrivelsen 1999/2000:137 *“Barn – här och nu”* presenterat barnpolitiken i Sverige med utgångspunkt i FN:s konvention om barnets rättigheter. ”Genom kraftigt ökade statsbidrag och växande skatteintäkter kan kommuner och landsting förbättra insatserna för barn inom vård, skola och omsorg.” Den gav riktlinjer för att utveckla arbetet med föräldrautbildning och annat föräldrastöd vilket Sven Bremberg på Folkhälsoinstitutet utrett och rapporterat i *“Nya verktyg för föräldrar”*, Statens folkhälsoinstitut Rapport 2004:49. Barnpsykiatrikommittéens betänkande, *“Det gäller livet”* SOU 1998:31, lyfte fram behovet av att stärka barnkompetensen inom hälso- och sjukvården, för vilket sedan Socialstyrelsen i samarbete med Landstingsförbundet tog fram metoder. Fokus var bl a Mödra- och Barnhälsovårdens insatser för att förebygga psykiska problem, ungdomsmottagningarnas verksamhet, hälsofrämjande insatser för nyanlända barn och ungdomar, socialtjänstens arbete

med barn och ungdomar med psykiska problem, förbättrat samarbetet vid misshandel och sexuella övergrepp.

FN:s konvention om barnets rättigheter. Sverige har år 1990 tillsammans med nästan 200 andra länder anslutit sig till FN:s konvention om barnets rättigheter. Den slår fast att alla barn och ungdomar under 18 år har samma rättigheter: Rätt att leva och utvecklas; Rätt att växa upp i trygghet och skyddas mot övergrepp; Rätt att respekteras för vad de tycker och tänker; Barnets bästa skall vid varje beslut komma i första hand. FN:s barnkonvention består av 54 artiklar. Alla som arbetar med barn och ungdomar har ett ansvar för att känna till innehållet och den praktiska innebörden av de olika artiklarna i barnkonventionen. När barnets intressen kommer i konflikt med föräldrarna är det barnets talan vi skall föra. **”Barnchecken”**, som utvecklats inom JLL används på flera håll i landet som ett redskap inför beslut och som ett stöd vid barnkonsekvensanalys i fullmäktige, nämnder, styrelser och verksamheter. Barnchecken kan följa ärendet/frågan från början till slut. Följande frågor bör ställas innan beslut fattas:

Innebär beslutet att barns och ungdomars bästa sätts i främsta rummet?

Innebär beslutet att barns och ungdomars sociala, ekonomiska och kulturella rättigheter beaktas?

Innebär beslutet att barns och ungdomars rätt till en god hälsa och utveckling beaktas?

Har särskild hänsyn tagits till fysiskt och psykiskt funktionshindrade barns och ungdomars behov?

Har barn och ungdomar fått möjligheter att uttrycka sin mening?

Om någon fråga besvaras med nej, bör en noggrann analys göras av vad detta får för konsekvenser för barn och ungdomar. Möjliga alternativ bör utredas ytterligare. Att tillämpa barnkonventionen är ett förhållningssätt som är viktigt i varje vardagligt möte mellan alla vuxna och barn. Barnets åsikter skall efterhöras och bemötas med respekt.

Helhetssyn på människan.

Den senaste tidens forskningsrön inom olika discipliner visar att barnets tidiga bio-psyko-sociala uppväxtmiljö har stor betydelse. Ur ett biologiskt utvecklingsperspektiv talar man om biologisk programmering. Det finns samband mellan barnets miljö under graviditet och tidig uppväxt med somatisk sjuklighet i vuxen ålder. Låg födelsevikt är t ex relaterad till övervikt, insulinresistens och högt blodtryck i vuxen ålder. Barnets tidiga uppväxtmiljö är minst lika viktig i ett psykologiskt och socialt utvecklingsperspektiv. Genetiska faktorer (ärfdig benägenhet för sjukdomar och svaghet), stress och toxisk exposition under fosterlivet (syrebrist under förlossningen, infektioner, alkohol, tobak, mediciner mm.), personlighetsfaktorer samt den sociala miljö där barnet växer upp, kommer således att påverka barnets utveckling. Barnet har grundläggande behov av närhet, trygghet, kärlek, näring mm. Hur detta tillfredsställs liksom de reaktioner barnet avläser hos omgivningen (föräldern, vårdaren) är betydelsefullt för barnets biologiska, psykologiska och sociala utveckling. Lyckas vi inte möta barnens behov riskerar vi svåra konsekvenser i högre åldrar i form av högre grad av fysisk sjuklighet, ”tillitsbristsjukdomar”, psykosomatiska symptom samt psykosociala problem med beteendestörning, missbruk och kriminalitet.

Upplevelse av stress och ohälsa. Stressforskningen har visat att ens psykiska upplevelse i en kris- eller stresssituation är viktigare än en objektiv skattning av stressorns styrka t ex hög arbetsbelastning. Höga krav och liten möjlighet till kontroll, påverkan eller delaktighet i beslut ökar påtagligt risken för sjuklighet främst i hjärt-kärlsjukdomar. Aaron Antonovsky skriver om skyddsfaktorer i stället för riskfaktorer och menar att känslan av sammanhang verkar skyddande. Om livet är begripligt (förståeligt), hanterbart (möjligt att påverka) samt meningsfullt får vi större möjligheter att hantera påfrestningar, utmaningar och kriser.

Medbestämmande ökar hälsan. Delaktighet och inflytande betraktas som en grundläggande förutsättning för folkhälsa (Regeringens proposition 2002/03:35). Barnkonventionen anger att barn har rätt till inflytande i frågor som rör dem själva. När barn och ungdomar får bestämma mer påverkas hälsan enligt en rapport från Folkhälsoinstitutet. I en genomgång av vetenskapligt publicerade studier har man funnit att barns hälsa gynnas av ökat inflytande, den psykosociala hälsan mer än den fysiska. Se www.fhi.se/upload/PDF/2004/rapporter/P-04-045_Web.pdf

Kropp och själ. Kroppens hormoner samspelar med nervsystemet, psyket och immunsystemet. Flera signalsubstanser och mediatorer för dessa system är emensamma vilket gör att våra neuro-psyko-endokrino-immunologiska funktioner både påverkar och påverkas av inre och yttre faktorer med konsekvenser pedagogiskt, socialt, psykologiskt och medicinskt. En litteraturgenomgång gjord av Cochrane (databas för evidensbaserad forskning) visar att fysisk aktivitet ökar självkänsla hos barn och ungdom. Studier på både 8-åringar och 16-17 åringar visade att fysisk träning (hopp på studsmatta, cykla träningscykel, springa) under 20 min 3 ggr/v respektive 30 min intensiv träning 2 ggr/v minskade depressiva besvär. www.fhi.se

Hälsofrämjande synsätt

Hälsan bestäms av många faktorer. Antonovsky talar om hur betydelsefull känslan av mening och sammanhang (KASAM). Stressforskare Töres Teorell menar att känslan av kontroll över arbetssituationen motverkar stress, vantrivsel och utbrändhet. Möjligheten av att kunna styra och påverka sin situation leder in på demokrati och medbestämmande frågor.

Folkhälsomålen. Regeringens proposition 2002/03:35 "Mål för folkhälsan" antogs av riksdagen 2003, den har 11 delar varav flera berör mödra- och barnhälsovård.

http://www.fhi.se/templates/Page_111.aspx

- 1: Delaktighet och inflytande i samhället
- 2: Ekonomisk och social trygghet
- 3: Trygga och goda uppväxtvillkor
- 4: Ökad hälsa i arbetslivet
- 5: Sunda och säkra miljöer och produkter
- 6: En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård
- 7: Gott skydd mot smittspridning
- 8: Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa
- 9: Ökad fysisk aktivitet
- 10: Goda matvanor och säkra livsmedel
- 11: Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande

Hälsofrämjande boendemiljö och fritidsverksamhet.

Statens folkhälsoinstitut presenterade nyligen en studie som visar att segregerade bostadsmiljöer ökar risken för att barn ska födas med låg födelsevikt och att för att de ska utveckla beteendeproblem. Närmiljön (vänner, förskola, skola och fritidsverksamhet) har betydelse för barns hälsa. Det är tydligt att bostadsområdet påverkar barnens hälsa, även sedan man tagit hänsyn till förhållanden i barnens familjer. En närmiljö rik på resurser minskar både risken för att barn ska födas med låg födelsevikt och för att barn ska utveckla beteendeproblem. Bostadsområdets socioekonomiska karaktär kunde förklara 11 procent av beteendeproblem bland barnen och det påverkar i större utsträckning barn som lever i familjer med påfrestningar än för barn i allmänhet. Om alla barn fick växa upp i socialt blandade miljöer skulle troligen de sämre ställda vinna på det utan att de bättre ställda förlorade. En långsiktig samhällsplanering som främjar socialt blandade bostadsmiljöer, främjar också barnens hälsa. När fritidsverksamhet, förskola och skola utformas så att barn och ungdom med olika social bakgrund kommer i kontakt med varandra då gynnas barnens hälsa. (Statens

folkhälsoinstitut, R 2004: 27, Närmiljöns betydelse för barns och ungdomars hälsa och välbefinnande, http://www.fhi.se/templates/page_1627.aspx
<http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/rapporter/r200427narmiljonsbetydelse.pdf>)

Indikatorer som man kan använda för att mäta kommunala insatser för en sund utemiljö med friluftsliv och fritidsaktiviteter är t ex tillgång till rekreationsområde inom 5 minuters gångavstånd och förekomst av förskole- och skolgårdar som tillgodoser barns behov av lek, rörelse, stimulans och avkoppling. (http://www.fhi.se/templates/Page_751.aspx)

Hur mäta hälsa och ohälsa i en befolkning?

Vanligtvis beskriver vi ohälsan på individnivå i antal personer med symptom, diagnos eller problematik. När man vill förebygga sjukdomar utifrån ett etiologiskt-diagnostiskt tänkande inriktar man sig på faktorer som ger ökad risk, s.k. riskfaktorer. I folkhälsoarbetet förflyttas intresset från riskfaktorer till friskfaktorer d.v.s. till det som stärker och främjar hälsan. När det gäller interventionsinsatser, blir det en förskjutning av hälsofrämjande och förebyggande insatser från grupper under ökad risk/med speciella behov till hela befolkningen/ stora befolkningsgrupper.

För att skatta och bedöma en befolknings hälsoläge kan man använda olika (o)hälsoindex. Hälsa kan beskrivas på gruppnivå (kommunnivå) med t.ex. *Hälsoprofil*. Sven Bremberg använder 10 indikatorer i Barnrapporten för Stockholms län, (sid 253 i Barnrapporten, CBU 1998). Lennart Köhler har för Rädda barnen utarbetat ett *Barnhälsoindex för Sveriges kommuner*, se "Barns hälsa i Sverige", Rädda Barnen, 2004, det grundar sig på sex indikatorer:

1. Andel barn vars mammor har rökt under graviditeten.
2. Andel barn som fortfarande ammas vid fyra månaders ålder.
3. Andel barn som vid födseln väger under 2 500 gram.
4. Andel barn som har vårdats på sjukhus för yttre skador.
5. Andel barn som fullbordat sin MPR-vaccination.
6. Andel flickor under 18 år som genomgått abort.

Vi har med de flesta av dessa indikatorer i vår rapport förutom officiell statistik från Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut (kommundata) för att ge en bild över ohälsoläget i Jämtlands län i jämförelse med hela riket. Men det är svårt att med befintlig statistik beskriva hälsoläget eftersom hälsa är mer än frånvaro av sjukdom.

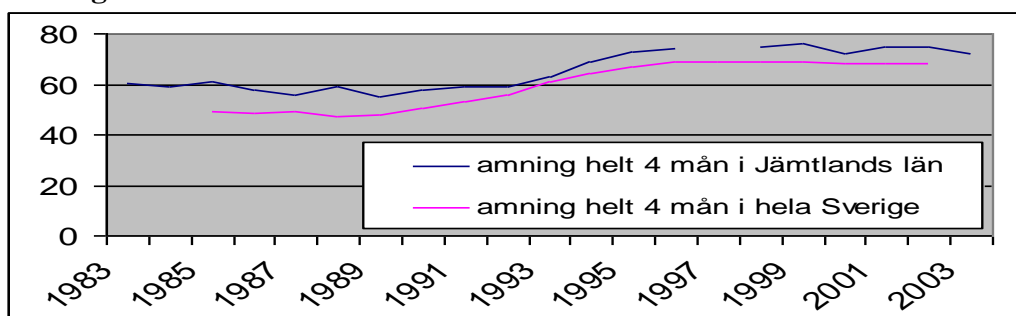
I vilken yttre miljö och under vilka villkor lever barnen i Jämtlands län?

Vilka riskfaktorer respektive friskfaktorer lever barnen i Jämtland med? Flera av dessa områden berör Mödra- Barnhälsovårdens arbete direkt medan andra ligger utanför vårt ansvar och inriktning. Friskfaktorer kan finnas på olika nivåer; befolkningsnivå, organisationsnivå och individnivå. På befolkningsnivå spelar välfärdspolitiken en stor roll, på organisationsnivå är bl a familjecentraler liksom Mödra- Barnhälsovårdens organisation och funktion viktig med hälsoövervakning, stöd i föräldraskapet, föräldragrupper mm.

Mycket starka friskfaktorer är bl. a. amning och hög utbildning medan fattigdom, låg utbildning och rökning är associerad med ökad risk för ohälsa och sjukdom, även för barn. Olycksfall drabbar generellt socialt belastade mer än andra men man ser inte denna socioekonomiska gradient när det gäller olycksfall i förskoleåldern, vilket talar för att de olycksfallsförebyggande insatserna som görs genom Barnhälsovården är effektiv.

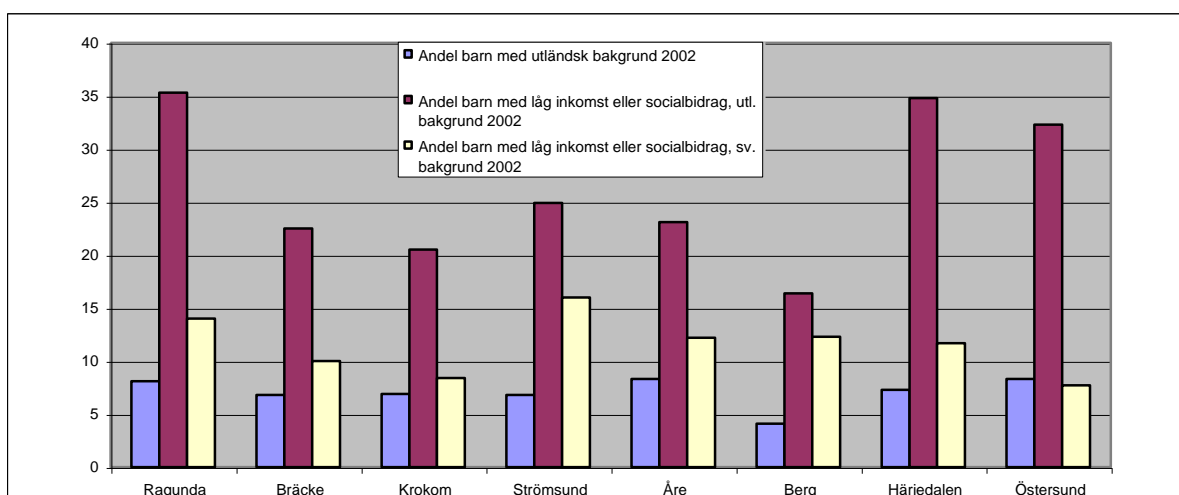
Amningen har varit välfungerande sedan många år i Jämtland och det finns uppgifter om detta redan på 1800-talet. Fortfarande ammas det i mer i Jämtland än i övriga landet.

Amning helt i 4 mån till barn födda 1983- 2003



Fattigdom

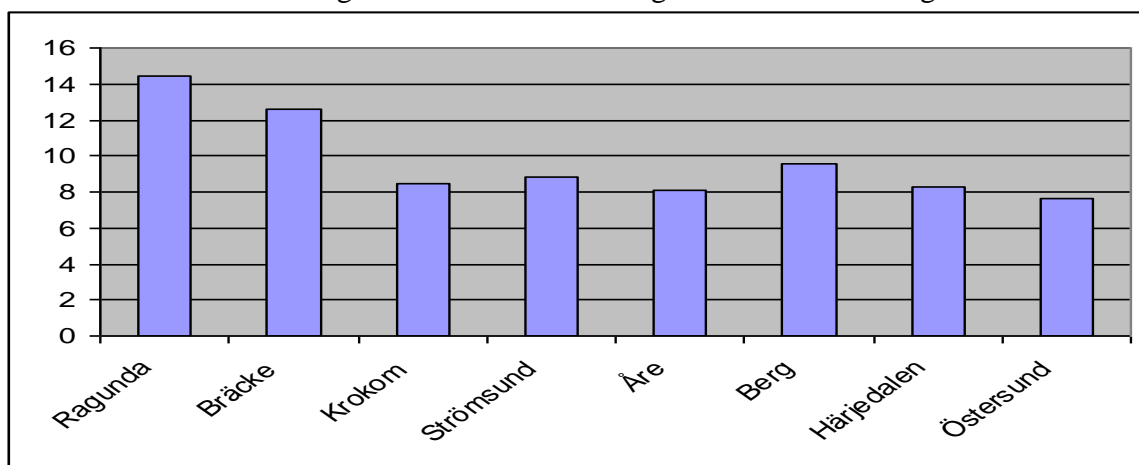
Med '*låg inkomst*' menas i Socialtyrelsens statistik den lägsta acceptabla utgiftsnivån baserad en socialbidragsnorm (fastställd i mitten av 1980-talet med årliga inflationsuppräknningar) och en norm för boendeuppgifter. Om inkomsterna understiger normen för dessa utgifter definieras detta som låg inkomst.



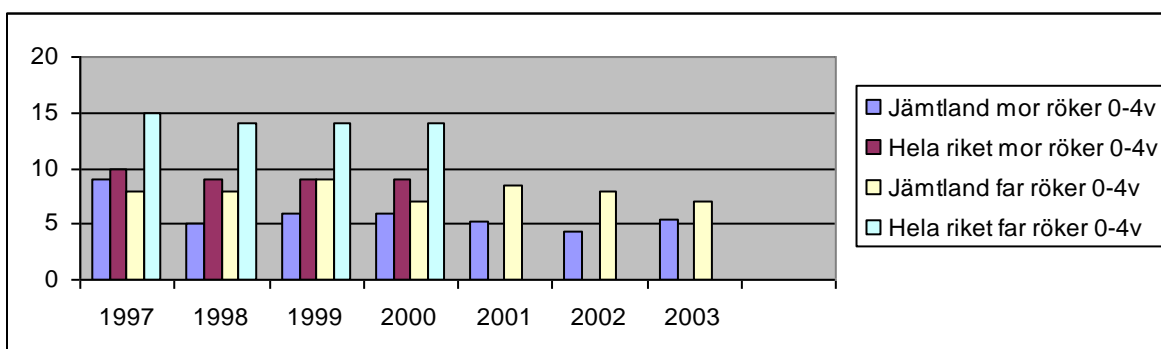
Rökning under graviditet är ett mått som delvis avspeglar socioekonomi. Det utgör en belastning för det växande barnet med ökad risk för ohälsa under såväl barnaåren som i vuxen ålder. I många fall fortsätter rökandet även efter förlossningen. Rökningen varierar mellan

kommunerna. Glädjande är att rökningen minskat drastiskt de senaste 30 åren och Jämtlands län ligger klart under riksgenomsnittet.

Andel gravida (%) som röker vid inskrivning på mödravårdscentral i medeltal åren 1998-2002. Vi ser att i Ragunda och Bräcke röker gravida mer än i övriga kommuner.



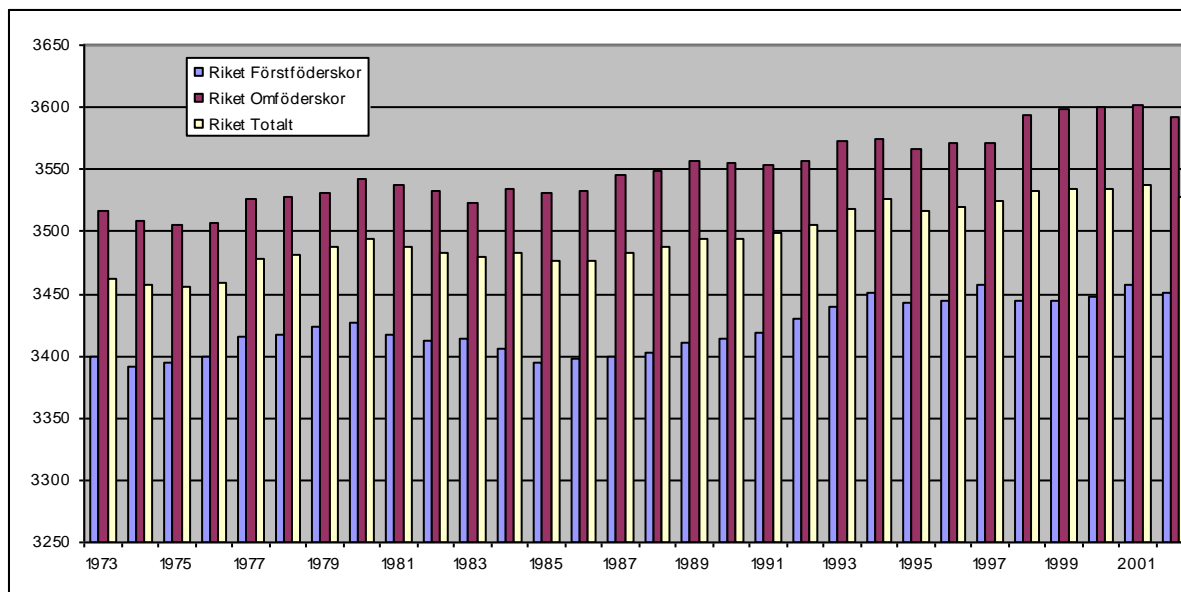
Rökning vid 0-4 v ålder hos föräldrar till barn födda 1997-2003 i Jämtlands län och hela Sverige.



Vi har inte tillgång till de senaste nationella uppgifterna på rökningen, inte heller på snusanvändningen. Sannolikt snusas det mer än genomsnittligt i vårt län, både bland mödrar och bland fäder. Snusets inverkan på barnets tillväxt i mammas mage och senare utveckling är föremål för studier men önskvärt vore om snusanvändningen kunde minskas bland gravida och ammande mödrar. Vi hoppas framöver kunna följa snusanvändningen med statistik.

Födelsevikten har successivt ökat i Sverige under tiden 1973-2001.

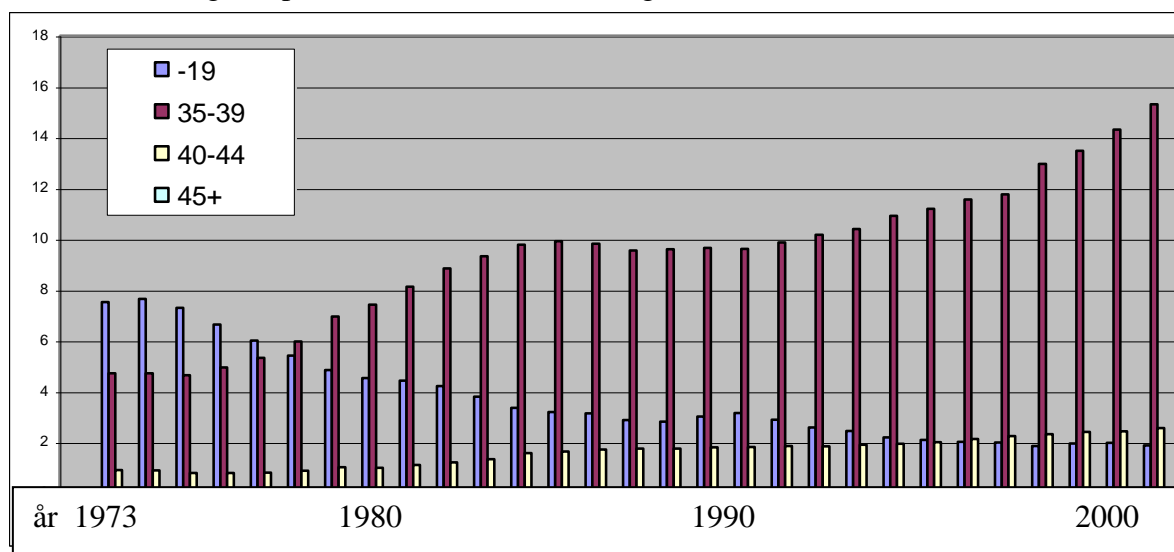
Födelsevikten är ett bra mått på barnets välmående under graviditeten. Svenska barns fysiska hälsa har blivit allt med tiden, och sannolikt gäller det också mödrarna under graviditeten med ökad födelsevikt som följd. Födelseviktenmätt i gram för åren 1973 - 2001 i hela riket för förstföderskor, omföderskor respektive alla. (Statistik från Socialstyrelsen)



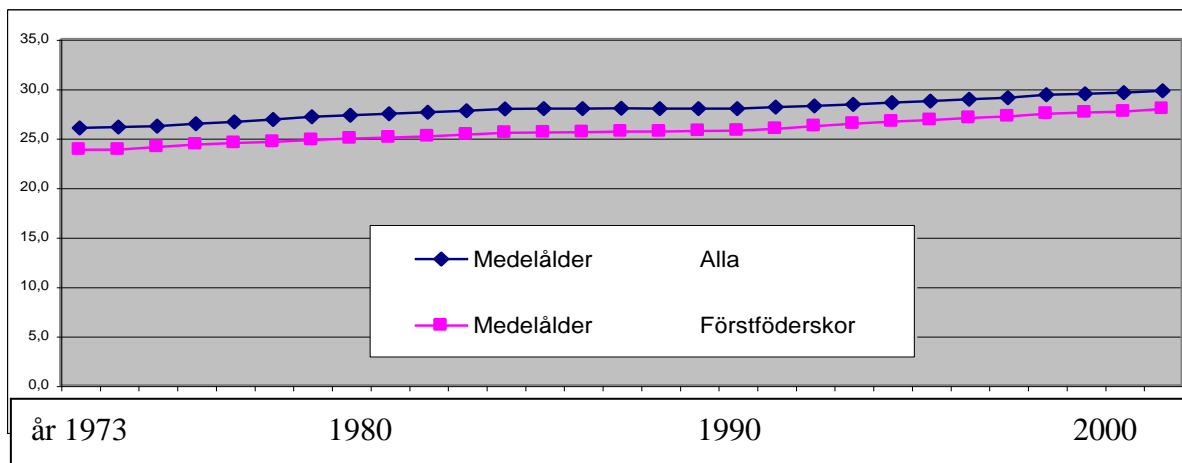
Medelåldern för mödrarna har ökat mellan åren 1973 – 2001 (Statistik från Socialstyrelsen)

Medelåldern för mammorna har successivt ökat i landet för både förstföderskor och omföderskor, för förstföderskor har den ökat från 23,8 år till 27,9 år. Den stora förändringen från 1973 till 2001 är att det blivit färre tonårsmödrar och en kraftig ökning av mödrar i åldern 35-39 år både i antal och relativt. Man kan inte entydigt säga att detta är bra eller dåligt. Positivt är att antalet unga mödrar minskat, tonårsmödrar från nära 8 % till knappt 2 % från 1973 till 2001, men samtidigt ökade antalet mödrar i gruppen 40 år+ vilket ökar riskerna för komplikationer och ohälsa för barnet.

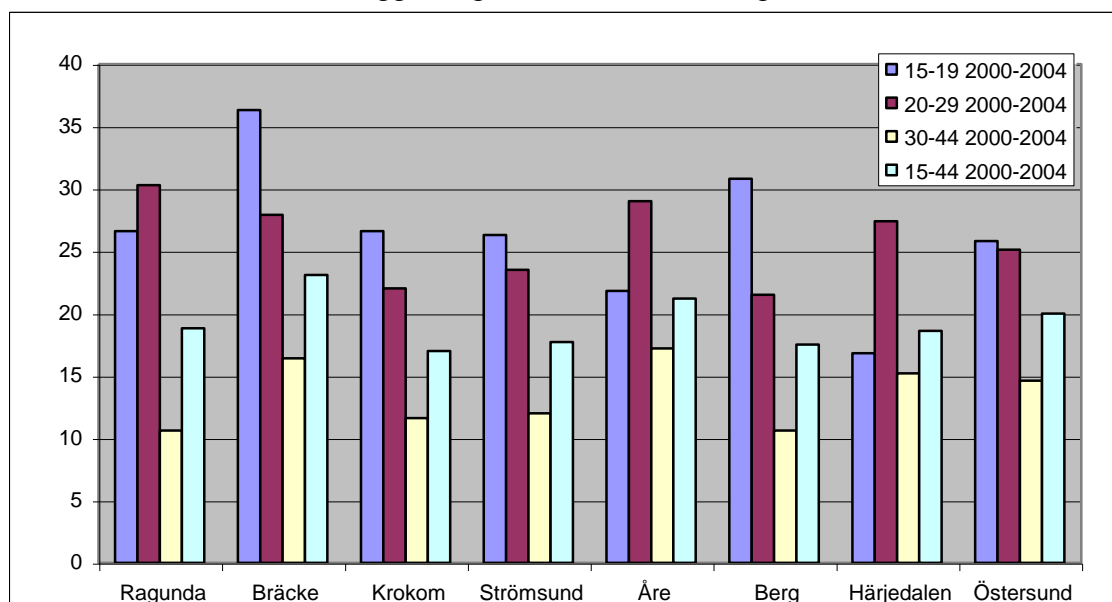
Andel i % av unga respektive äldre mödrar i Sverige



Medelålder för mödrarna 1973-2001 (Statistik från Socialstyrelsen)

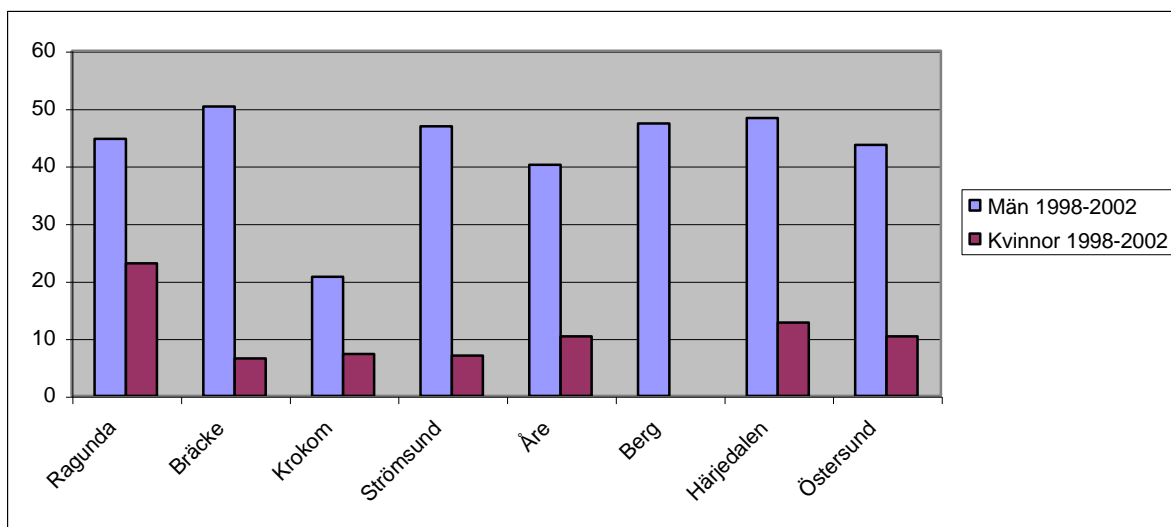


Antal aborter per 100 levande födda barn. Antalet aborter i länet varierar mellan kommunerna. Jämtlands län ligger något över medel i Sverige.



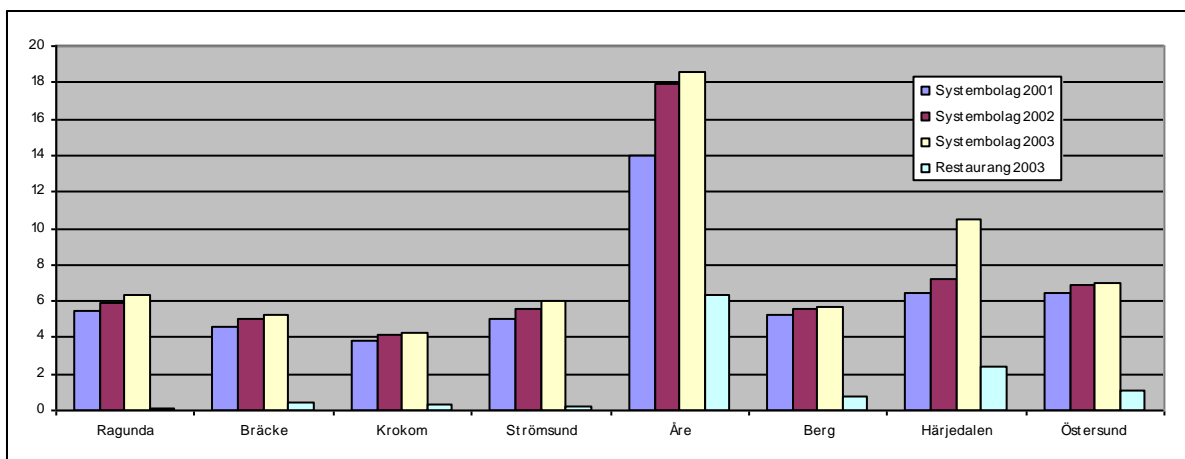
Alkohol är relaterad till sjuklighet och död. Alkoholen kan direkt skada barnen som foster men också genom olyckor och våld, liksom indirekt när föräldrar och anhöriga drabbas. Även här ser vi skillnader mellan olika kommuner. Data är baserat på sjukdomar och dödsfall med alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak (alkoholpsykos, alkoholberoende, alkoholbetingad levercirrhos, alkoholförgiftning och olycksfall). Källa Socialstyrelsen.

**Alkoholrelaterad årlig dödlighet i Jämtlands län från 15 års ålder och uppåt.
Medelvärde av antal döda per 100 000 invånare och år**



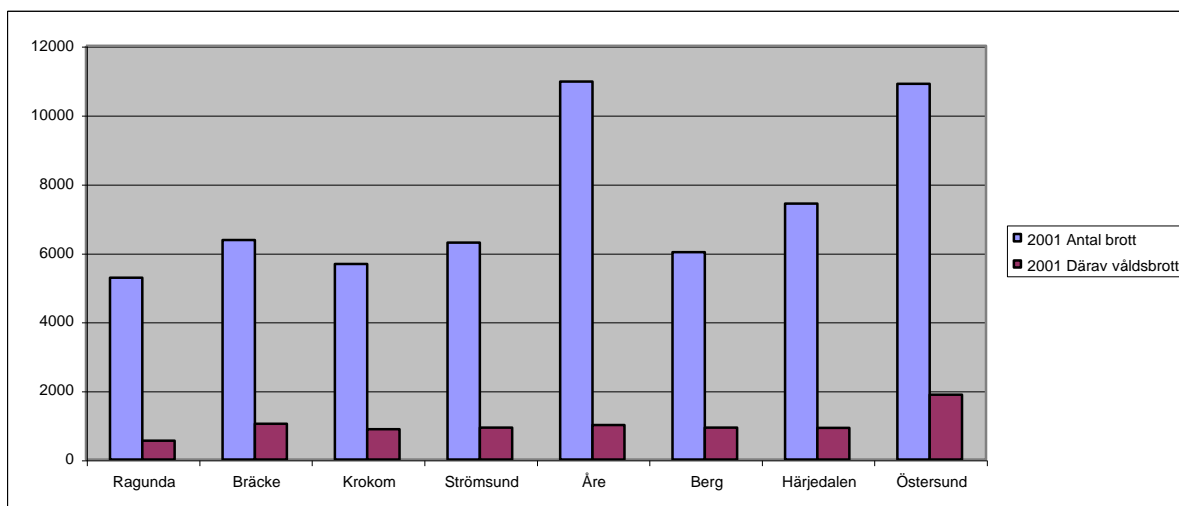
Alkoholförsäljningen har successivt ökat i länets kommuner mellan åren 2001- 2003 och de kommuner som har klart mest alkoholförsäljning är Härjedalen och Åre, vilket till stor del förklaras av turistnäringen. I dessa siffror ingår inte konsumtion av hemlagad sprit som i vissa sammanhang kan vara betydande. Inom Mödra- och Barnhälsovården är föräldrarnas alkoholbruk ett problem som aktualiserats. Under det senaste året har personalen utbildats för att kunna ta upp alkoholfrågan i samtal med föräldrarna utgående från barns upplevelser och berättelser.

Alkoholförsäljning genom Systembolagets butiker samt försäljning från restauranger omräknat i antal liter 100 % alkohol per kommuninnevånare 15 år och äldre.



Våldsbrott

Totalt antal anmälda brott samt våldsbrott per 100 000 invånare (medelfolkmängden). Brott under resor och brott utomlands har ej kunnat registreras på kommunnivå men de finns på läns- och riksnivå. År 2002 var våldsbrotten 7 procent av totalt anmälda brott för riket. Våldsbrott innefattar brott mot person (3-7 kapitlet Brottsbalken), rån, grovt rån (8 kapitlet, 5-6 §) och våld mot tjänsteman (17 kapitlet, 1 och 5 §)

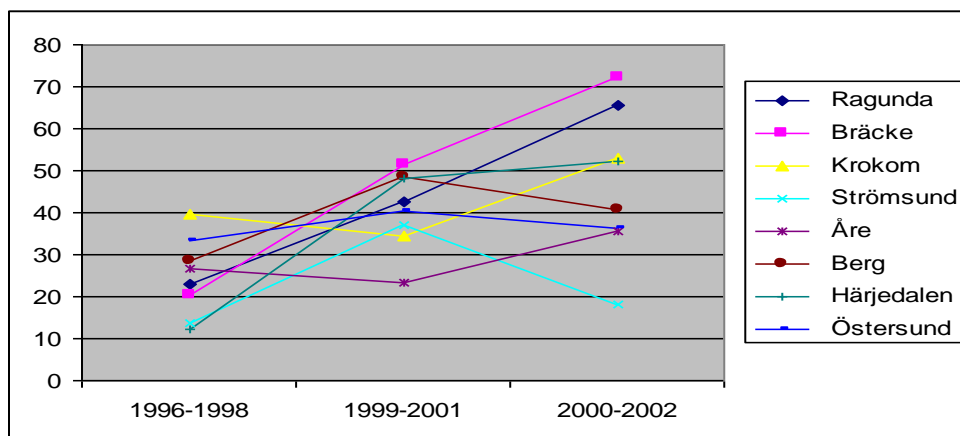


Hur är det med sjuklighet och dödlighet bland barnen i Jämtlands län?

Vi ger i denna rapport ingen redogörelse för vilka sjukdomar barnen drabbas av, inte heller vilka diagnoser de behandlas för. Perinatal dödlighet och barnadödlighet är mått som används nationellt såväl som internationellt vid beskrivning av hälsosituationen. En god mödravård och förlossningsvård leder till en lägre perinatal dödlighet. En god förebyggande barnhälsovård och barnsjukvård leder till lägre barnadödlighet. Både perinatal dödlighet och barnadödlighet är relaterad till socioekonomisk utveckling och utbildningsnivå i befolkningen. Enligt Socialstyrelsens statistik föds 89 % av samtliga födda vid de mest specialiserade sjukhusen: regionsjukhus och länssjukhus. Fjorton sjukhus redovisar minst 2 000 födda vardera och svarar för 56 procent av samtliga födda barn. Sjukhus med färre än 500 förlossningar per år utgör 8 procent av samtliga sjukhus med förlossningsvård men svarar för cirka 2 procent av antalet födda. Östersunds sjukhus ligger däremellan med ca 1200-1300 förlossningar årligen. Den perinatale dödligheten uppgick under 2002 till 5,2 per 1 000 födda. Skillnader föreligger i den perinatale dödligheten mellan olika sjukhustyper och mellan olika sjukvårdsområden. Den perinatale dödligheten är starkt korrelerad med barnets mognadsgrad, som avspeglas i både graviditetstidens längd och barnets födelsevikt. Med stigande graviditetstid sjunker dödligheten markant för att nå ett minimum vid graviditetstider på 40–45 fullbordade veckor. Endast drygt 4 procent av de nyfödda barnen har en födelsevikt under 2 500 gram, men denna lilla grupp svarar för nästan 50 procent av de perinatale dödsfallen. Skillnader i perinatal dödlighet mellan de olika sjukvårdsområdena kan vara en följd av slumpmässiga variationer, med det kan också bero på några av de faktorer som Inge Axelsson lyft fram i en rapport.

Låg födelsevikt

Andelen barn med låg födelsevikt har ökat i länet sedan 1996-98. Detta är ett allvarligt observandum som behöver undersökas närmare. För Strömsunds del ses först en kraftig ökning och sedan en nedgång vilket kan bero på att beräkningsunderlaget är litet. Men tendensen i alla kommuner är oroväckande. I figuren anges medelvärde för perioden av antal barn med födelsevikt < 2500 gram/ 1000 födda. Risken att födas med låg vikt är högre i socialt utsatta områden.



Spädbarnsdödlighet i Jämtlands län - ur ett barnläkarperspektiv

Barnläkare Inge Axelsson vid barnkliniken i Östersund har gjort en sammanställning och analys av data på spädbarnsdödligheten i Jämtlands län som redovisas i detta avsnitt. Mellan åren 1984 och 1996 sjönk spädbarnsdödligheten dramatiskt i Jämtland som gick från det sämsta till det bästa länet i Sverige. Jämtland har således den lägsta spädbarnsdödligheten i Sverige och kanske även världen. Med spädbarnsdödlighet menas antal döda barn i åldern 0-365 dagar/ 1000 levande födda barn. Mellan åren 1984 och 1996 sjönk spädbarnsdödligheten från 7.5 till 2.3 vilket är en minskning med 69 %. Vilka faktorer kan ligga bakom en sådan förändring? Det finns historiska uppgifter på att spädbarnsdödlighet i Jämtland var låg redan under 1800-talet, sannolikt relaterad till hög amningsfrekvens. Fortfarande ligger Jämtland bra till när det gäller amning vid en nationell och internationell jämförelse. Idag helammas ca 40 % av 6 månaders barnen mot 6-7 % 1972. Sjukhusets storlek har också en stor betydelse för spädbarnsdödligheten enligt studier i Norge och Sverige som visat att medelstora sjukhus har ett bättre resultat jämfört med små eller stora sjukhus. Andelen immigranter och flyktingar är liten i Jämtland. Dessa grupper bosätter sig i större grad i storstadsområdena och de är mer utsatta för stress och stora påfrestningar med ökad sjuklighet och dödlighet under spädbarnstiden. Andelen rökande mödrar/fäder har sjunkit kraftigt de senaste 30 åren vilket bidrar till mindre komplikationer och lägre andel lågviktiga barn.

Vilka förändringar skedde inom sjukvården i Jämtland mellan åren 1984 och 1996 som skulle kunna förklara den sjunkande spädbarnsdödligheten? Tidigt på 1980-talet hade Jämtland en relativt hög dödlighet bland de nyfödda (i åldern 0-28 dagar) med en klart ökad dödlighet i blodförgiftning och andningsstörningar (respiratory distress syndrome) jämfört med andra län. Två intensivvårdsläkare (K Nilsson, G Moa) vid Östersunds sjukhus utvecklade en ny behandlingsmetod, continuous positive airway pressure (CPAP), en behandling som idag används över hela världen vid andningsstörningar, lunginflammation och RS-virusinfektion. Antibiotikabruket blev under samma tid mer strikt och föregicks av förbättrad diagnostik. Kontakten mellan familjer och sjukvårdspersonal förbättrades liksom *samarbetet* mellan olika

personalgrupper och vårdgivare både inom och utom länet. Svårt sjuka barn fick tillgång till specialistvård på region nivå, vid t ex. svår prematuritet och hjärtsjukdom. *Evidensbaserade behandlingsmetoder* introducerades tidigt t ex surfaktant- och prenatal steroidbehandling. *Flygambulanstransporter* till regionvård förbättrades liksom *vården på neonatalavdelning*. Tilläggs kan att många mödrar nu går hem tidigt efter förlossningen men inte i samma utsträckning som på andra håll i landet men det är oklart huruvida det påverkar spädbarnsdödligheten. Dessutom införde BVC rekommendationer att spädbarnen skall ligga på rygg i stället för på mage, en enkel åtgärd som bidragit till att dödligheten i plötslig oväntad spädbarnsdöd i landets sjunkit från 110/100 000 till 26 /100 000 födda och år.

Barnhälsovård inom Jämtlands läns landsting

Centrala Mödra- Barnhälsovården är landstingets samlade enhet för mödra- och barnhälsovårdsfrågor med medicinsk-, psykologisk-, social- och omvårdnadskompetens. Verksamheten 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. <http://www.insidan.jll.se/Webmaster/2648.asp> I dokumenten "Riktlinjer för Barnhälsovården i Jämtlands län" finns angivet vilka styrdokument som gäller, vilka resurser som behövs, innehåll i verksamheten samt kravspecifikation.

Barnhälsovård.

Barnvårdscentralerna (BVC) vid länets hälsocentraler har som målgrupp barn 0-6 år och deras föräldrar. Verksamheten är generell och når i stort sett alla barn. Målet är att vara ett stöd i föräldraskapet, att förebygga och upptäcka sjukdom och funktionsnedsättning samt att uppmärksamma och förebygga risker i barns miljö. Basprogram finns som grund för verksamheten. Verksamheten utförs av distriktsköterska och allmänläkare. Varje MVC/BVC har tillgång till psykolog för konsultation till personal samt för bedömningar av föräldrar och barn.

Förändrade hälsoproblem i dagens samhälle från medicinska till allt mer psykosociala kräver ett förstärkt psykosocialt arbets- och förhållningssätt på BVC. Den personal som nu finns har i de allra flesta fall lång erfarenhet och stor kompetens av BVC-arbetet. Det kommer dock ständigt ny kunskap och nya metoder som behöver integreras hos varje person. Aktuellt är hur sjuksköterskan tidigt kan uppmärksamma föräldrarnas psykosociala hälsa och därmed sammanhängande förmåga att observera och vara lyhörd för barnets signaler. Allt syftande till en god anknytning som grund för barnets fortsatta utveckling. Under 1990-talet har det kommit många studier av hög kvalitet som visar att förebyggande insatser såsom t.ex. stöd till föräldrar effektivt kan förebygga psykiska problem både under uppväxten och senare i livet (Bremberg 2004). http://www.fhi.se/templates/Page_4022.aspx

Inskrivna och övervakade barn

Antal inskrivna barn vid barnvårdscentralerna i Jämtland den 31/12 2004 var 7230 vilket är en ökning med 238 barn jämfört med föregående årsskifte. Från och med hösten 2003 skrivs alla 6-åringar in i skolan och skolhälsovården skall ta över ansvaret. Den sista rutinkontrollen på BVC är vid 5 år och efter denna är det bara enstaka 5-6-åringar som besöker BVC vid behov. Antalet födda barn 2004 var i länet 1283 en ökning med 15 st.

Andel övervakade barn, d.v.s. de som träffat sjuksköterskan eller läkaren på BVC under året, fortsätter att vara högt, för åldern 0-1 år är det så gott som 100 %. Mellan 18 månader och 3 år är det inte någon rutinkontroll på BVC vilket gör att en något lägre andel barn är övervakade i den åldersgruppen. För barn 3 -5 år börjar det åter närma sig 100 % igen. Allt detta tyder på att föräldrar har ett stort förtroende för Barnhälsovården, något som kännetecknar barnhälsovården i de nordiska länderna, främst Sverige och Finland.

BVC-mott	Födelseår							Totalt
	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	
Berg BE	69	74	59	54	79	60	2	397
Bräcke BE	52	59	54	56	58	71	0	350
Härjedalen BE	87	96	103	83	90	92	0	551
Krokom BE	153	147	160	164	135	130	3	892
Ragunda BE	48	48	59	49	45	45	0	294
Strömsund BE	96	105	89	109	92	104	4	599
Åre BE	95	99	106	92	89	91	0	572
Östersund BE	683	639	576	572	528	551	26	3575
Länet	1283	1267	1206	1179	1116	1144	35	7230

Födelseår	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	Totalt
Inskrivna barn, antal	1283	1267	1206	1179	1116	1144	35	7230
Övervakade barn, antal	1278	1263	1045	1142	1080	1075	10	6893
Övervakade barn, andel %	99,6	99,7	86,7	96,9	96,8	94,0	28,6	95,3

Bemanning och kontinuitet på BVC

Kontinuiteten för läkare och sjuksköterskor är god på de flesta BVC i länet. Flera orosmoln finns dock på läkarsidan. I Hede har 6 olika läkare tjänstgjort på BVC under 2004 och i Offerdal 5 st medan det på övriga BVC varit en klar förbättring med lägre antal läkare jämfört med tidigare år. När det gäller sjuksköterskor så har de varit många i Hede, Hammarstrand och Offerdal.

Hembesök

Andelen nyblivna föräldrar som fått hembesök under 2004 är 69 %, vilket är oförändrat mot tidigare. Med undantag av 2001 har andelen hembesök legat konstant. Vid en jämförelse mellan olika kommuner har Berg, Bräcke och Ragunda den högsta hembesöksfrekvensen och Östersund, Strömsund och Åre den lägsta. Anledningen till att hembesöken inte gjorts är framför allt tidsbrist. Under sommaren och semestertid föds många barn och då är samtidigt bemanningen lägre på grund av att flera områden slås ihop och det är sällan som vikarier anställs.

Första hembesöket

	Totalt antal barn födda 2004	Antal erbjudna hembesök	Andel erbjudna hembesök av totala (%)	Antal hembesök	Andel hembesök av erbjudna (%)	Andel hembesök av totala av totala (%)
Berg	69	66	96	64	97	93
Bräcke	52	52	100	52	100	100
Härjedalen	87	67	77	60	90	69
Krokom	153	144	94	108	75	71
Ragunda	48	47	98	46	98	96
Strömsund	96	95	99	54	57	56
Åre	95	89	94	52	58	55
Östersund	683	513	75	455	89	67
Länet	1283	1073	84	891	83	69

Barn födda	Andel hembesök av totala
1999	70 %
2000	69 %
2001	58 %
2002	68 %
2003	68 %
2004	69 %

EPDS

”PD-skalan”, eg EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) uppges ha använts på mödrar till 400 barn födda 2003, dvs på ca en tredjedel av alla nyblivna mödrar under året. På vissa BVC används EPDS på alla mödrar som screening medan på andra ställen endast vid behov. De flesta (29/41) tycker att screening med EPDS är en bra metod. 12 av 41 BVC har ej använt EPDS under året. På en BVC har BVC-sjuksköterskan 4 års erfarenhet med EPDS, men vanligast är 1-2 års erfarenhet.

Föräldrautbildning

Andel mödrar som deltagit i föräldragrupper har varit ungefär densamma under de senaste åren. Andelen fäder som deltagit har ökat något för varje år men ser nu ut att ha stannat upp och är lika många som för år 2002. Östersund har stor andel pappor i föräldrautbildningen. Pappagruppernas verksamhets beskrivs i separat verksamhetsberättelse nedan.

Spädbarnsmassage erbjuds på de flesta barnavårdscentraler i länet. Instruktör är endera BVC-sjuksköterskan eller förskolläraren vid öppna förskolan. Samarbetet med andra professioner inom Familjecentralerna har gjort att det även utvecklats andra modeller för föräldragrupper såsom tematräffar och riktade grupper. Nyblivna adoptivföräldrar har erbjudits föräldrautbildning på Centrala MBHV.

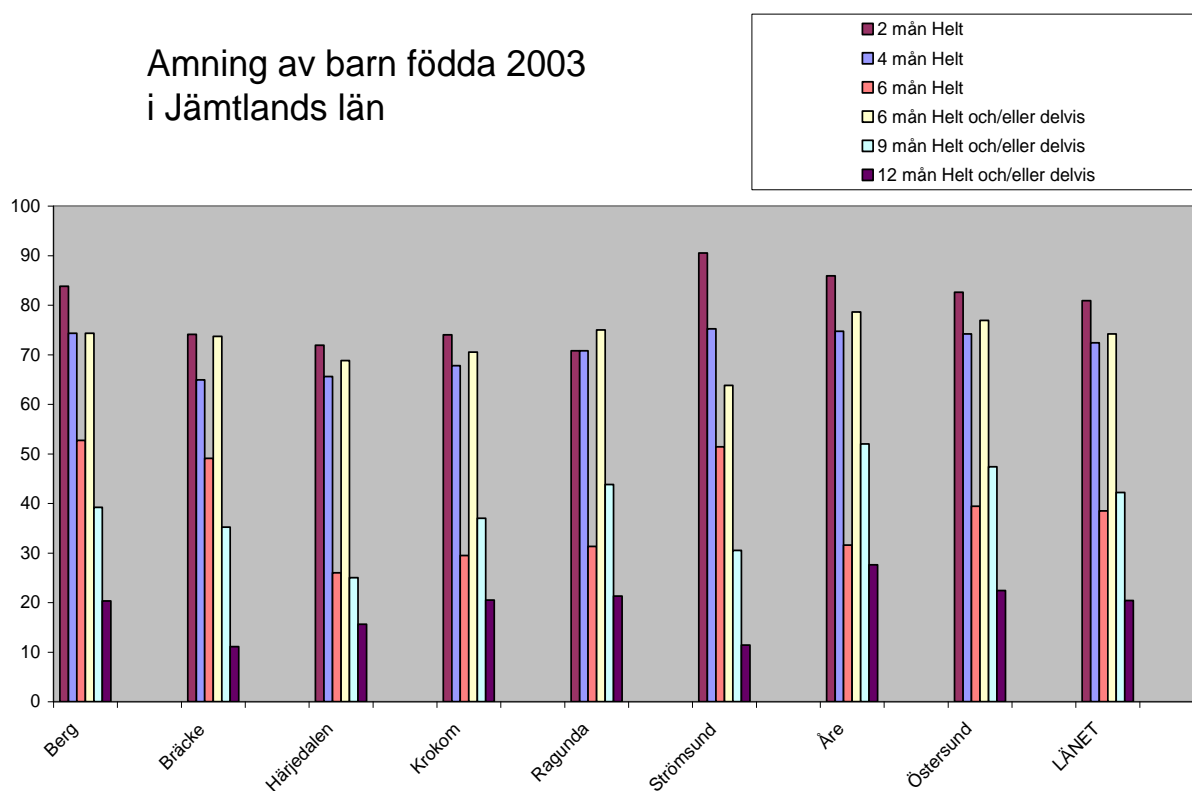
Föräldrar till barn födda	Andel mödrar som deltagit av totala antalet	Andel fäder som deltagit av totala antalet
1999	56 %	19 %
2000	53,7 %	20,7 %
2001	54 %	22 %
2002	56 %	27 %
2003	57 %	27 %
2004	54 %	25 %

BVC	Totalt antal barn födda 2004	Barn vars föräldrar erbjudits att delta i FUB		Mödrar som deltagit av totala antalet		Fäder som deltagit av totala antalet	
		Antal	Andel %	Antal	Andel	Antal	Andel
Berg	69	59	85	50	72	26	38
Bräcke	52	46	88	35	67	6	12
Härjedalen	87	45	54	41	47	12	14
Krokom	153	113	74	76	50	13	8
Ragunda	48	48	100	29	60	4	1
Strömsund	96	83	86	57	59	21	22
Åre	95	80	84	58	61	16	17
Östersund	683	443	65	355	52	226	66
Länet totalt	1283	961	75	700	54	324	25

Amning

Andelen barn som ammas är fortsatt hög. Den nationella amningsstatistiken för barn födda 2003 visar bra siffror och Jämtland är ett av länen där det ammas mest vid 2, 4 och 6 månaders ålder för barnen födda 2003. Helamning vid en veckas ålder minskar något för varje år och för barn födda 2003 är andelen helammade barn endast 91,5 %.

Amningen är i stort sett lika hög som tidigare år vid 2, 4 och 6 månader även om vi kan se en marginell minskning av helamning vid 6 månader och amning helt eller delvis vid 4 månader. Amning helt och delvis vid 6 månader är ungefär densamma jämfört med tidigare år. Långtidsamningen är relativt stabil med en liten minskning vid 12 månaders där 20,2 % mot tidigare 22,4 % fortfarande får bröstmjolk. I denna årsrapport är det den gamla definitionen för helamning som fortfarande gäller d.v.s. barnet räknas som helammad även om det fått smakportioner. För barn födda från och med 2004 kommer den nya amningsdefinitionen att gälla d.v.s.: helammad är barn som fått enbart bröstmjolk. Om barnet fått smakportioner räknas det som delvis amning.



Amningsfrekvens barn födda 2003

Andel barn i % av antalet födda (siffrorna redovisar bedömbara journaler) som ammats vid olika åldrar

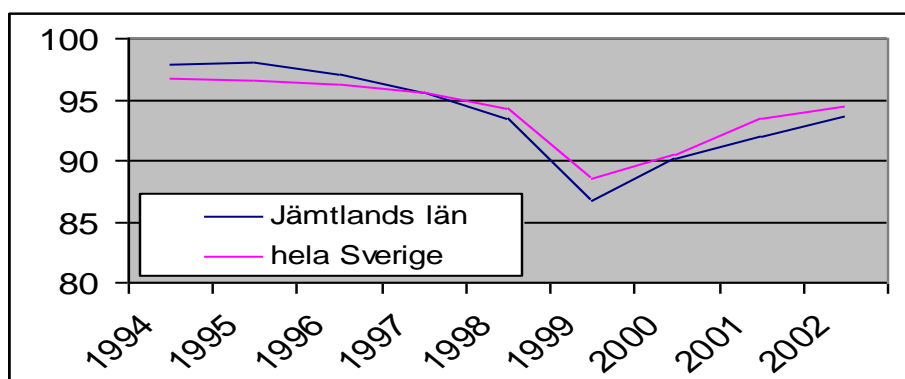
	1 vecka		2 mån		4 mån		6 mån		9 mån		12 mån		Antal barn födda 2003
	Helt	Helt och/eller delvis	Helt	Helt och/eller delvis	Helt	Helt och/eller delvis	Helt	Helt och/eller delvis	Helt	Helt och/eller delvis	Helt	Helt och/eller delvis	
Berg	85,1	98,6	83,8	98,6	74,3	83,8	52,7	74,3	14,9	39,2	2,7	20,3	74
Bräcke	91,4	96,6	74,1	91,4	64,9	75,4	49,1	73,7	5,6	35,2	3,7	11,1	59
Härjedalen	90,6	99,0	71,9	89,6	65,6	82,3	26,0	68,8	0,0	25,0	0,0	15,6	96
Krokom	88,4	99,3	74,0	87,0	67,8	79,5	29,5	70,5	0,0	37,0	0,0	20,5	147
Ragunda	91,7	93,8	70,8	89,6	70,8	81,3	31,3	75,0	0,0	43,8	0,0	21,3	48
Strömsund	98,1	99,0	90,5	94,3	75,2	87,6	51,4	63,8	12,4	30,5	6,7	11,4	105
Åre	94,9	99,0	85,9	97,0	74,7	88,9	31,6	78,6	5,1	52,0	0,0	27,6	99
Östersund	91,5	98,3	82,6	92,8	74,2	86,1	39,4	76,9	2,1	47,4	0,9	22,4	639
LÄNET	91,5	98,3	80,9	92,5	72,4	84,6	38,5	74,2	3,6	42,2	1,3	20,4	1267

Vaccinationer

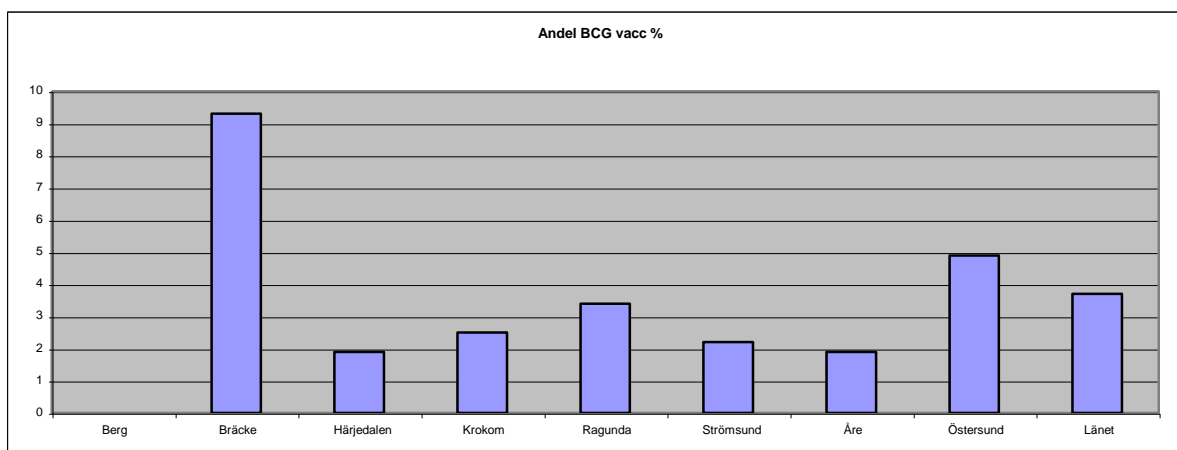
Vaccinationsfrekvensen för Difteri, Stelkramp, Kikhosta, Polio, och Hemofilus Influenta är fortfarande hög, mellan 98 och 99 %. Det är bara enstaka föräldrar som väljer att inte vaccinera sina barn mot dessa sjukdomar. För vaccination mot Mässling, Påssjuka och Röda hund (MPR) har vaccinationsmotståndet vänt, en tendens som ses i hela landet. Andelen barn födda 2002 som vaccinerats mot MPR är 93,6 mot 91,9 % förra året. Dessutom är det flera som väljer att vaccinera sitt barn när det är äldre än 18 månader varför andelen vaccinerade kan vara ännu högre.

Årsrapport	Andelen MPR vaccinerade barn efter födelseår					
	1998	1999	2000	2001	2002	2003
2000	93,4					
2001		86,8				
2002	95,0	90,1	90,1			
2003		92,2	93,5	91,9		
2004					93,6	

MPR vaccination barn födda 1994 - 2002



BCG-vaccinationerna ligger lågt vid nationell jämförelse. Totalt 40 riskbarn vaccinerades och 7 riskbarn vaccinerades ej. För **Hepatit-B** har 28 barn påbörjat eller slutfört den vaccinationen, dvs. drygt 2 % av alla barn. I andra delar av landet har ca 15 % av barnen indikation för BCG och/eller Hepatit-B vaccination



Rökning

Andelen mödrar som röker fortsätter att minska, se nedanstående tabell. Bräcke har en högre andel föräldrar som röker, både mödrar och fäder medan Åre och Östersund har den lägsta andelen rökande föräldrar. Tyvärr så är det fortfarande så att man glömmer att dokumentera i BHV-journalen, vilket gör att vi fortfarande har en del ej bedömbara journaler framför allt vid 8 månader. Nationellt ligger vi väl till.

Barn födda	Andel mödrar som röker när barnet är 0-4 veckor	Andel mödrar som röker när barnet är 8 månader
1998	5,4 %	6,9 %
1999	5,6 %	7,0 %
2000	6,2 %	7,2 %
2001	5,3 %	7,0 %
2002	4,4 %	5,7 %
2003	4,5 %	5,4 %

Föräldrars rökning, barn födda 2004, i Jämtlands län

(Siffrorna redovisar bedömbara journaler)

	Antal barn	Ingen rökare i barnets hemmiljö		Mor röker		Far röker		Antal ej bedömbara journaler	
		Antal	(%)	Antal	(%)	Antal	(%)	Mor	Far
Berg	74								
0-4 veckor		66	90,4	3	4,1	7	9,6	1	1
8 månader		66	90,4	4	5,5	7	9,6	1	1
Bräcke	59								
0-4 veckor		47	79,7	5	8,5	9	15,3	0	0
8 månader		45	76,3	8	13,6	9	15,3	0	0
Härjedalen	96								
0-4 veckor		83	88,3	6	6,3	8	8,6	1	3
8 månader		83	89,2	8	8,6	5	5,5	3	5
Krokom	147								
0-4 veckor		125	87,4	15	10,5	10	7,1	4	6
8 månader		120	86,3	15	10,8	11	7,9	8	8
Ragunda	48								
0-4 veckor		42	89,4	1	2,1	4	8,7	1	2
8 månader		40	87,0	1	2,1	5	10,9	1	2
Strömsund	105								
0-4 veckor		94	91,3	5	4,9	8	7,8	2	2
8 månader		92	90,2	4	3,9	6	5,9	2	3
Åre	99								
0-4 veckor		92	92,9	2	2,0	6	6,1	0	0
8 månader		91	91,9	4	4,0	6	6,1	0	0
Östersund	639								
0-4 veckor		573	92,4	19	3,0	35	5,7	15	20
8 månader		487	92,8	18	3,4	23	4,4	112	115
Länet totalt	1267								
0-4 veckor		1122	90,6	56	4,5	87	7,1	24	34
8 månader		1024	90,1	62	5,4	72	6,4	127	134

Föräldrars alkoholvanor i Jämtland

Under hösten 2004 delade BVC-sjuksköterskorna i länet ut Audit(screeninginstrument WHO) enkäter till alla föräldrar(både pappor och mammor) som besökte Barnvårdscentralen plus att barnmorskorna på MVC delade ut enkäter till gravida och icke gravida kvinnor som besökte Mödravårdscentralen. Detta för att få en uppfattning om hur alkoholvanorna ser ut i Jämtland. Med Dr, Barnmorska Mona Göransson Karolinska Institutet fann i sin forskningsstudie om gravida kvinnor och alkohol att 17 % av de gravida kvinnorna hon träffade hade en riskfylld alkoholkonsumtion före graviditet. 30 % fortsätter att dricka alkohol under graviditeten. De som ingick i hennes studie kom framför allt från Stockholmstrakten. Det var därför intressant att se hur siffrorna såg ut i Jämtland.

De frågor som ställs i enkäten är:

Hur ofta har Du under det senaste året druckit någon form av alkohol?

Hur många glas dricker Du under en typisk dag när Du dricker?

Hur ofta dricker Du mer än 6 glas alkohol vid ett och samma tillfälle?

Hur ofta under det senaste året har Du funnit att Du inte kunnat stoppa att dricka alkohol när Du väl börjat?

Hur ofta under det senaste året har Du låtit bli att göra det Du skulle gjort därför att Du drack alkohol?

Hur ofta under det senaste året har Du behövt inta alkohol på morgonen för att komma igång efter att ha druckit mycket alkohol dagen före?

Hur ofta under det senaste året har Du haft skuld känslor eller varit ångerfull efter att ha druckit alkohol?

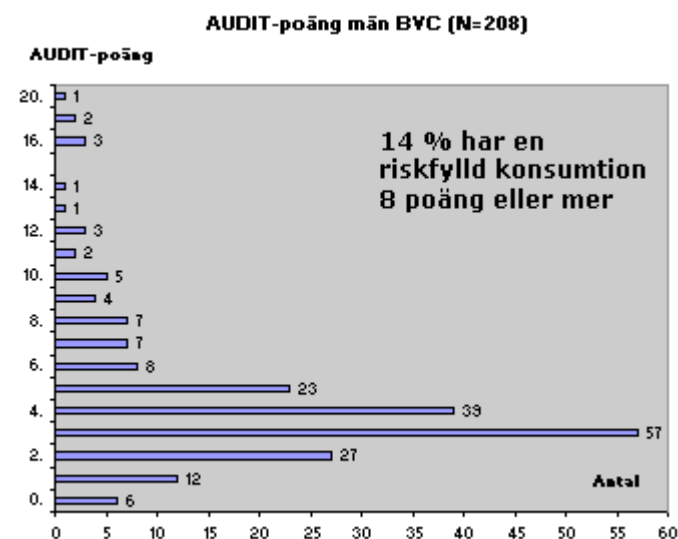
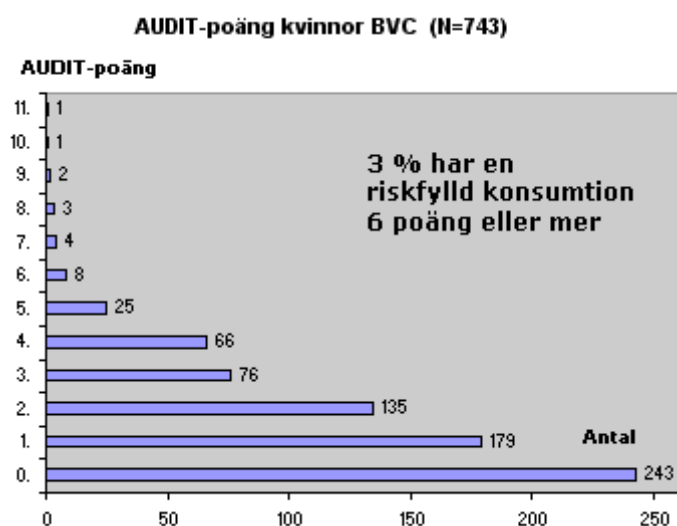
Hur ofta under det senaste året har det varit omöjligt för Dig att komma ihåg vad som hände kvällen innan därför att Du druckit alkohol?

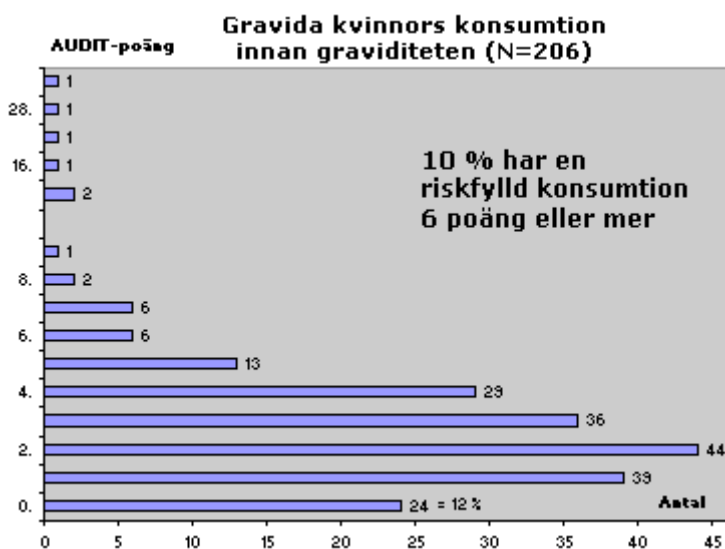
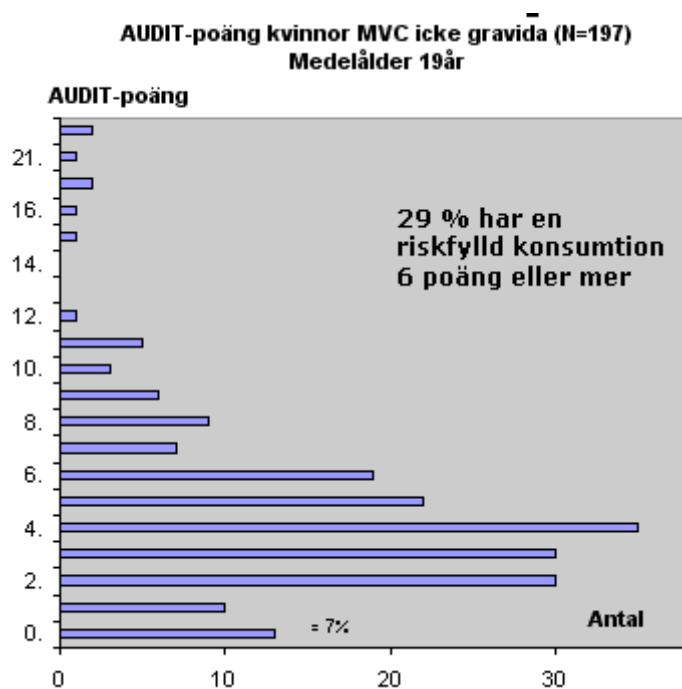
Har Du eller någon annan blivit skadad som ett resultat av Ditt drickande?

Har närstående, vänner, läkare eller någon annan inom sjukvården varit oroad över Dina alkoholvanor eller föreslagit att Du bör minska konsumtionen?

Varje fråga har flera svarsalternativ som kan ge mellan 0 - 4 poäng.

Kvinnor med 6 poäng eller mer och män med 8 poäng eller mer anses ha en riskfylld konsumtion. Av sammanställningen kan vi se att även i Jämtland finns det en hög andel kvinnor och män som befinner sig i riskzonen. Nedan ser du resultatet i form av stapeldiagram för de grupper vi undersökt:

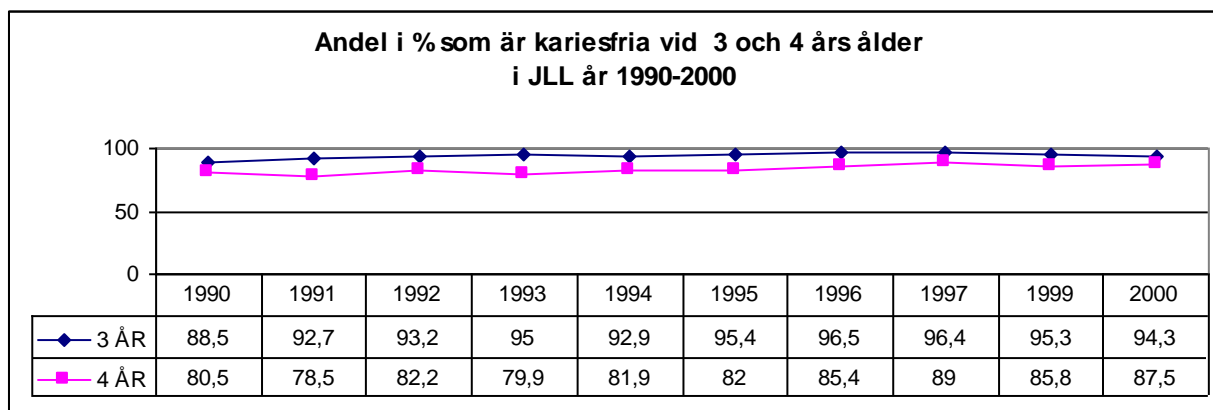




Gå gärna in på Jämtlands temasajt om riskbruk av alkohol www.riskbruk.se. Där finns all information om alkoholarbetet i Jämtland samlad.

Samarbetet med Tandhälsovården

Barnens tandhälsa är ett viktigt mått att följa. Under många år av förebyggande insatser från Tandhälsovården har karies förekomsten minskat bland barn och ungdomar men de senaste åren har denna positiva utveckling ändrats. Hos vissa grupper, särskilt de mest ekonomiskt utsatta, har man noterat en försämring, en tendens till detta kan ses hos 4 åringarna från 1997 och framåt.



Formerna för tandhälsovårdsinsatserna varierar. Tandsköterska eller tandhygienist från Folk tandvården deltar i föräldragruppsträffar på BVC eller Familjecentraler och informerar om tandhälsovård när barnet är mellan 5-12 månader. De föräldrar som inte deltar i föräldragrupp kallas till folk tandvården åtminstone en gång före 18 månader, därefter kallas alla vid 3 år. BVC-sjuksköterskan tar också upp tandhälsovård vid föräldrasamtal. Samarbetet mellan BVC och Folk tandvården fungerar väl enligt de rapporter vi fått.

Samarbete med hörselvården

Hörselvården sköter screeningundersökning av hörseln på spädbarnen sedan 2002 genom att undersöka Oto-Acustisk-Emission (OAE) i samband med vistelsen på BB. Detta är en mycket tillförlitlig metod. Med OAE hittades under 2002 två (2) barn med hörselnedsättning (HN), båda hade även andra handikapp, under 2003 fann man 1 med HN och 1 med dövhet och år 2004 ett barn med dövhet. Utöver rutinmässig OAE kan barn vid behov remitteras till hörselundersökning om/när det finns misstanke på hörselnedsättning.

Statistik över upptäckta hörselskador under år 2000 tom år 2004 på barn 0-6 år.

År	Antal	Hörselnedsättning	Ej Hörapparat	Hörapparat
2000	4	Ensidig	X	
	1	Bilat	X	
	2	Bilat		X
2001	1	Ensidig	X	
	1	Bilat	X	
	2	Bilat		Cochlea implantat
2002	2	Bilat		X
2003	2	Bilat	X	
	4	Bilat		X
2004	1	Bilat		-
	1	Bilat	X	
	1	Bilat		X
	1	Bilat		Cochlea implantat

Samarbete med kommunerna

Samarbete med barnomsorgen

Andel besök på förskolor i BVC-området har ökat något jämfört med tidigare år. Det är dock fortfarande ca 30 % av förskolorna som inte fått något besök under året. De flesta uppger tidsbrist som skäl till att man inte hunnit med att besöka alla förskolor. Många uppger i sina kommentarer att de har regelbunden kontakt med öppna förskolan. I tabellen nedan ser vi hur stor andel förskolor som fått besök av BVC minst 1 gång per termin 1999 - 2003.

År	Andel förskolor som fått besök av BVC minst 1 gång/termin
1999	35 %
2000	42 %
2001	26 %
2002	27 %
2003	38 %
2004	33 %

Samverkan med socialtjänsten

Många av länets BVC har inte en regelbunden samverkan med socialtjänsten. Jämfört med tidigare år ser det ut som samverkan blivit bättre. På etablerade Familjecentraler fungerar det förstås mycket bättre men även där kan det förbättras. Har socialtjänsten för lite resurser för att kunna arbeta förebyggande?

År	Andel BVC med regelbunden samverkan
1999	66 %
2000	62 %
2001	55 %
2002	44 %
2003	43 %
2004	56 %

	Antal BVC	Antal BVC med regelbunden samverkan			Antal BVC där samarbete vid behov fungerar (enskilda ärenden)				Antal BVC som arbetar på Familjecentral	
		Ja	Nej	Ej svarat	Bra	Dåligt	Både bra och dåligt	Ej svarat	Ja	Nej
Berg	4		4		1	2		1	2	2
Bräcke	3	1	2			2		1	1	2
Härjedalen	4	2	2		1	2		1	1	3
Krokom	5	4	1		1	2	1	1	2	3
Ragunda	3	2	1		1	1		1		3
Strömsund	5	2	2	1	3	1		1	1	4
Åre	4	1	3		2	2				4
Östersund	13	11	2		11	1	1		12	1
Länet	41	23	17	1	20	13	2	6	19	22

Fortbildningsaktiviteter under 2004

Introduktionsdagar för nyanställd BHV-personal hölls den 9-10/02 med BHV-öl Inge Axelsson, BHV-samordnaren Gunnel Holmqvist och MBHV-psykolog Margareta Honn. **Nationell Familjecentrals konferens "Vinna eller försvinna"** 22 - 23/3, anordnad av Centrala samverkansgruppen i samverkan med Familjecentralföreningen. Inledningen hölls av familjeminister Berit Andnor, landstingsråd Robert Uitto och kommunalråd Leif Persson som samtalande kring förebyggande arbete, föreläsningar hölls av bl.a. öl Göran Svedin "Somatisk ohälsa går den att förebygga?", socionom och leg. psykoterapeut Erik Abrahamsson "Det salutogena samtalet", docent Peter Värborg om "Stress och den nya ohälsan", varvat med seminarier där goda exempel från länets familjecentraler lyftes fram.

BHV-dag den 1 april, med Synprovning på BVC, ortoptisterna Katrin Holm-Eriksson och Inger Sundelin, Information om tidig hemgång och amningsmottagningen, barnmorska Kerstin Lilja plus Vaccinationer, BHV-öl Sven-Arne Silfverdal.

Instruktörsutbildning i "Livräddande första hjälp till barn", 6 BVC-sjuksköterskor, instruktör samordnande BHV-sjuksköterska Gunnel Holmqvist.

"Stor vårdkedjeträff" ½ dag den 2/11. Amning och infektioner, BHV-öl Sven-Arne Silfverdal plus utrymme för gemensamma frågor inom vårdkedjan. Anordnad av vårdkedjegruppen.

Adoptivbarn i Jämtland - erfarenheter från olika verksamheter 23/11, medverkande barnläkare Urban Tirén, habiliteringsläkare Urban Leijon, psykolog Gunilla Stavenow, psykolog Margareta Honn, samordnande BHV-sjuksköterska Gunnel Holmqvist och representanter från adoptionscentrum.

ICDP-programmet "Vägledande samspel" för BVC-sjuksköterskor och förskollärare vid Familjecentraler i Östersund, 12 personer, 22-23/1, 17/2 plus handledning under resten av året ca 20 timmar. Handledare MBHV-psykolog Mari Forslund och BHV-samordnare Gunnel Holmqvist.

Dessutom har BHV-öl Sven-Arne Silfverdal och BHV-samordnare Gunnel Holmqvist **åkt ut i länet och träffat BHV-personal**, Offerdal, Bräcke, Gällö, Hammarstrand, Strömsund, Hoting, Sveg, Svenstavik och Krokomb.

Träffar med BVC-sjuksköterskorna i Östersund har hållits vid 8 tillfällen.

Samordnande BHV-sjuksköterska och Samordnande barnmorska har tillsammans med Thomas Andersson samhällsmedicinska enheten fortsatt samverka omkring **alkoholförebyggande arbete**. BVC och MVC personalen har besvarat en enkät med frågor om de tar upp alkoholfrågan med föräldrar och i så fall när och hur plus önskemål om utbildning. Det visade sig att många BVC-sjuksköterskor upplever det som svårt att prata om alkohol, några gör det ändå och andra inte alls.

Under året har planerna på en stor utbildningssatsning under 2005 pågått. Träffar med hållits Barnmorska/projektledare Eva-Karin Envall från FAMMI och med barnmorska Mona Göransson, Karolinska Universitetssjukhuset. Som en del av den kommande utbildningssatsningen har det på BVC och MVC i länet delats ut ett audit formulär till alla besökare för att få en uppfattning om blivande och nyblivna föräldrars alkoholvanor.

Träffar har hållits med andra samverkanspartners regelbundet under året bland dessa kan nämnas:

Arbetsgruppen för pappagrupsverksamhet, pappagrups-samordnare Leif Franzén, MHV-öl Pia Collberg, Barnmorska Karin Olsson, BHV-samordnare Gunnel Holmqvist, Föräldraförsäkringshandläggare Margit Åkerblom, har träffats och diskuterat den fortsatta pappagrupsverksamheten plus fortbildningsbehov.

Vårdkedjegruppen, Kerstin Lilja, Sonja Eklund, Berit Magnusson barnmorskor BB-förlossning, Agneta Åstrand barnmorska specialistmödravården, samordnande barnmorska Ingrid Haglund, samordnande BHV-sjuksköterska Gunnel Holmqvist, barnsjuksköterska Elisabet Jonsson, barnsköterska Inger Holmberg spädbarnsavdelningen, där har man diskuterat gemensamma frågor och reviderat den gemensamma amningsstrategin. På BB startade man upp en Amningsmottagning i januari 2004. Den ska ses som ett komplement till BVC, ett ställe man kan vända sig till när BVC: s råd inte räcker till.

Centrala samverkansgruppen, samhällsmedicinsk sekreterare Suzanne Nilsson, socialsekreterare Marika Sahlin och Anette Furberg, socialkonsulent Kjell Brickman, socionom Elisabet Nilsson, samordnande BHV-sjuksköterska Gunnel Holmqvist, samordnande barnmorska Ingrid Haglund, förskollärare Monica Mattsson, har under året bl.a. arrangerat en nationell Familjecentralskonferens i Östersund plus att man träffat politiker och tjänstemän för att diskutera behovet av samverkansavtal och utformningen av en sådan.

Pappagrupsledarverksamheten i samarbete med Centrala Mödra- Barnhälsovården i Jämtland län under 2004

Pappagrupsledarna (Pgl) arbetar tillsammans med Mödra- och Barnhälsovården i Jämtlands län för att bidra med att stärka blivande och nyblivna föräldrar i deras nya funktioner och roller som mamma och pappa.

Förra verksamhetsåret fick vi in ett antal nya pappagrupsledare. Innevarande år har vi försökt att förvalta de nya pappagrupsledarna så gott vi kunnat. Dels har alla erbjudits en samtalsmetodikkurs tillsammans med landstingets personal (inom Mödra- och barnhälsovården) och familjeenheternas personal vid Försäkringskassan i Jämtlands län. Flertalet av de pappagrupsledare vi idag har, har gått denna utbildning. Förutom att de har lärt sig föra processinriktade och motiverande samtal, så har undertecknad (som leder kurserna) också lärt känna pappagrupsledarna personligen, vilket är av stor vikt då de senare vill ha råd och handledning.

Samordningsgruppen vid centrala Mödra- och Barnhälsovården och försäkringskassans familjeenhet i Jämtlands län har haft 8 möten, där verksamheten har planerats och utvärderats. Verksamheten av detta tidiga stöd till blivande och nyblivna pappor har på olika sätt uppmärksammats under året. Vid de gemensamma Familjecentralsdagarna i mars så var det ett av de inslag som var flitigt besökt av konferensdeltagarna. Lokalradion hade också inslag angående uttaget av föräldradagar, där undertecknad var med och debatterade detta med de länsbor som ville diskutera detta offentligt. Genuskonferenser som varit på Campusområdet har också haft inslag av att vi berättat om vår verksamhet.

Kontinuerliga träffar med pappagrupsledarna har vi haft 2-3 stycken per termin, för att stötta de pappagrupsledare som är verksamma. I juni så ordnade vi ett 10-års jubileum, (verksamheten startade 1994), där vi bjöd in initiativtagaren Göran Swedin och både pappagrupsledare och övrig personal från landstinget och försäkringskassan. Här bjöds på historiska återblickar och visioner om framtiden samtidigt som vi åt en förnämlig supé gjord av en av våra pappagrupsledare som är kock.

Det fortsatta arbetet i Mannum-projektets referens- och styrgrupp har pågått hela verksamhetsåret. Här har vår verksamhet utgjort en mycket tydlig praktisk del av detta projekt. Dock beslutade ansvariga på länsstyrelsen att projektet inte gjordes till en permanent verksamhet i länet, vilket lagt en tydlig sordin på den verksamheten och de inplanerade verksamheterna mellan olika män från olika kulturer inte blev av.

Ett nationellt nätverk av pappagrupsverksamheter har bildats under hösten. Första mötet hade vi i Stockholm under en hel dag. Undertecknad blev invald att medverka i en central

grupp som har till ansvar att driva denna fråga vidare. Många av deltagarna på denna första nätverkskonferens var imponerade av den väl strukturerade och väl fungerande verksamhet som vi har i Jämtlands län. Vi har sedan träffats via ett antal telefon- och webbaserade möten, där vi försöker sprida verksamheten till de delar av landet som inte har denna verksamhet. Inför nästa verksamhetsår så planerar vi att vara än mer involverade med att låta detta vara en självklar och naturlig verksamhet i familje-/ hälsocentralernas arbete.

Leif Franzén, samordnare av pappagrupsverksamheten i Jämtlands län/

Sammanfattning av psykolog- och kuratorsverksamheten inom Mödra-Barnhälsovården

Psykolog- och kuratorsverksamheten på Centrala Mödra-barnhälsovården består dels av 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 familjecentralverksamhet och föräldragrupper i länet etc. CMBHV:s socionom stöttar fortlöpande familjecentralerna i länet samt också nätverket ”unga föräldrar”. Under året har konsultation i grupp skett till de allra flesta barnmorskor och BHV-sköterskor.

Ett stort åtagande från CMBHV:s sida, där samordnande barnmorska, BVC-sjuksköterska och socionom lagt ner mycket arbete har varit en 3-dagars nationell familjecentralskonferens som hölls i mars med många deltagare från hela Sverige. Den hade ett innehållsrikt program och var mycket uppskattad. En annan stor uppgift har varit att introducera metodiken ”Vägledande samspel” som en del i föräldrastöd för BVC-sjuksköterskor. Detta har gjorts av samordnande BVC-sjuksköterska och en av psykologerna och följts av handledning från deras sida till dem som börjat grupper och använt denna metodik. Det arbetet kommer att fortsätta under 2005 med nya grupper.

Riktade föräldragrupper där psykolog eller kurator deltagit har vänt sig till blivande tvillingföräldrar, föräldrar till prematura barn, adoptivföräldrar samt föräldrar som genomgått akut kejsarsnitt.

Antalet remisser till psykologer och socionom har ökat med ung 50 % jämfört med 2002. Huvuddelen av remisserna kommer från BVC (40 %) och MVC (30 %), resten från barnklinik, KK, vuxenpsykiatri, logoped, BUH, BUP m fl. Eftersom vi inte fått ökade resurser har väntetiden blivit allt längre. Gravida som behöver hjälp och har kort tid kvar till förlossning får hjälp så fort det bara går, likaså mammor med post partum depressioner. Däremot får andra föräldrar med problem numera vänta flera månader, vilket tidigare inte varit fallet. De flesta barnutredningar får vänta 6 månader. Vi har försökt prioritera remisserna hårt och också hänvisat ett tiotal fall till andra instanser t ex familjerådgivningen. För de flesta av de ärenden som aktualiseras finns dock ingen annan instans än CMBHV. Ett sätt att hantera väntelistorna har varit att aktivt hålla telefonkontakt med dem som väntar. För vissa föräldrar som önskar mer rådgivande kontakt kan det räcka med telefonsamtal. Vi har också fortsatt utvecklingsarbete med att erbjuda ”telefonbesök” för patienter som bor långt borta och som vi träffat och etablerat kontakt med. Psykologer/kurator har utifrån remisstrycket prioriterat patienter, vilket gjort att vissa andra uppgifter vad gäller fortbildning, föräldragrupsverksamhet, metodutveckling m.m. blivit bortprioriterat. Så här t ex ett försök med öppen telefonrådgivning skjutits på framtiden.

Antal besök hos psykologer och socionom har ökat till 1466 2004 (siffror från tidigare år inte helt jämförbara pga olika redovisningssätt). Notabelt är den förskjutning som skett genom åren från att de flesta remisser varit på barn till att det nu är flest remisser på blivande eller nyblivna föräldrar (2004 64 % vuxna, 36 % barn). Ökningen i remisser de senaste åren ligger

också på de vuxna. Vårdtyngden har ökat betydligt under den senaste 10-årsperioden, med många blivande/nyblivna föräldrar som lider av psykisk ohälsa. Av de ärenden som handlagts under året står stöd i graviditet, kris, depression före eller post partum för 26 %, stöd i föräldraskap 32 %, förlossningsrädsla för 7 %, barnutredningar 16 %. 67 % av barnremisserna gäller utredningar, där misstanke finns om t ex någon neuropsykiatrisk problematik. Många av dessa remisser resulterar i en vidareremiss till barn- och ungdomshabiliteringen. Det är fortfarande så att när det gäller barnremisser så dominerar pojkarna, 59 % av remisser på barn gäller pojkar.

Margareta Honn

Framtida utmaningar och möjligheter?

En *datoriserad mödravårdsjournal* införs för närvarande och inom en snar framtid hoppas vi på en *datoriserad barnhälsovårdsjournal* vilket skulle underlätta datainsamling och analys. Mödrarnas tillväxt under graviditeten liksom barnens tillväxtmönster både individuellt och på gruppnivå är hälsomått som skulle kunna följas över tid. Verksamhetens kvalitet och effektivitet skulle lättare kunna bedömas genom datauttag av i journalerna registrerade uppgifter t ex om amning, rökning (föräldrars), vaccinationer, hälsoundervisning, fynd vid hälsoundersökningarna, samverkan mm. Vår personal har en hög kompetens men *fortbildning* krävs för att uppehålla och fördjupa den. En möjlighet till detta är "Growing people", som är en icke-kommersiell sajt öppen för personal och föräldrar. Den är baserad på den senaste forskningen om barns hälsa, motoriska-psykosociala utveckling, barnsjukdomar, behandling och förebyggande åtgärder mm. Vi på Centrala mödra- barnhälsovården arbetar för att all BVC-personal i länet skall få tillgång den. På sikt skulle vi önska att "Growing people" blev tillgänglig för alla länsbor, finansierad av allmänna medel. Growing people är en viktig motvikt till allsköns tyckande och oseriös barninformation i olika medier.

Forskning och utveckling är viktiga delar i en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård. Nya problemställningar kommer; ibland nya sjukdomar, symptomkomplex eller riskfaktorer. Vi behöver öka vårt samarbete med universitet och högskola, presentera de frågeställningar som vi brottas så att vi tillsammans kan hitta lösningar.

Avslutning

Vi har här presenterat allmänt tillgänglig statistik tillsammans med vår egen verksamhetsstatistik. En del kan användas som mått på verksamhetens kvalitet medan andra uppgifter säger något om hälsotillstånd, sjuklighet eller riskförhållanden för ett enskilt barn, en familj eller ett helt samhälle. All statistik måste bedömas utifrån kvalitet och tillförlitlighet, hur den är insamlad, i vilket syfte och till vilket gagn. För vår del är det barnens och föräldrarnas väl som är vårt fokus. Vi vill arbeta för att stärka de hälsofrämjande faktorerna, motverka riskfaktorerna och minimera sårbarhetsfaktorerna. Vägen dit är bl a en fungerande Mödra- Barnhälsovård med hög kompetens, god tillgänglighet, arbetsglädje, delaktighet och samverkan i arbetet är oerhört viktigt. Vi hoppas att denna rapport kan ge leda till inspiration i arbetet, till befruktande samtal och förslag, samt en förbättrad situation för länets barn, ungdomar och föräldrar.