

Barnhälsovårdens kvalitetsutveckling i Jämtlands län



Resultatredovisning 2006

Föräldra-Barnhälsan

Kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård i Jämtlands län

Innehållsförteckning

1	Kvalitetsutveckling av barnhälsovården - en sammanfattning.....	3
2	Länets barnhälsovårdsorganisation.....	4
3	Kommunala basdata 2006.....	5
3.1	Definitioner och kommentarer.....	6
3.2	Barns hälsa i Jämtlands läns kommuner.....	7
3.3	Barnfattigdomen.....	8
3.4	Barn och personal i förskola 2006.....	9
3.5	Barn och olycksfall.....	9
3.6	Spädbarnsdödlighet i Jämtlands län.....	11
4	Inskrivna och övervakade barn under perioden 2000-2006.....	11
4.1	Antal födda i Jämtlands län under perioden 2000-2006.....	12
4.2	Bemanning och kontinuitet på BVC.....	12
4.3	Hembesök hos nyblivna föräldrar.....	14
4.4	Föräldrastöd i grupp.....	15
5	Verksamhetsberättelse 2006 för Pappagrupsledarverksamheten vid CMBHV.....	16
6	Pappaindex ökar för åttonde året i rad.....	17
7	Psykisk ohälsa.....	18
8	Amning.....	18
9	Rökning.....	20
10	Snusning.....	21
11	Vaccinationer.....	22
11.1	Vaccinreaktioner.....	26
12	Samarbete.....	26
12.1	Samarbete med barnomsorgen.....	26
12.2	Samarbete med hörselvården.....	28
12.3	Samarbete med Tandhälsovården.....	28
12.4	Sammanfattning; psykolog och socionomverksamheten på CMBHV 2006.....	29
13	Fortbildningsaktiviteter under 2006.....	30
14	Avslutande tankar och inför ett nytt verksamhetsår.....	32
15	Barnkonventionen.....	34
16	Riktlinjer för barnhälsovården i Jämtlands län.....	35
16.1.1	Styrdokument.....	35
16.2	Barnhälsovårdens mål.....	35
16.3	Resurser.....	36
16.4	Föräldra-Barnhälsan.....	36
16.5	Innehåll i verksamheten.....	37
16.5.1	Hälsoövervakning.....	37
16.5.2	Hälsoupplýsning.....	38
16.5.3	Vaccinationer.....	38
16.5.4	Psykosocialt stöd.....	38
16.5.5	Stöd i föräldraskapet - Föräldragrupper.....	39
16.5.6	Hälsovård i förskolan.....	39
16.5.7	Samverkan.....	39
16.6	Kravspecifikationer.....	41
16.7	BVC:s hälsoövervakningsprogram (Jämtland).....	41
16.8	Åtgärdskalender.....	42
17	Referenser.....	43
	Omslagsbild: Greta.....	43

1 Kvalitetsutveckling av barnhälsovården - en sammanfattning

- Bifogade resultatsammanställning för barnhälsovården i Jämtlands län baseras på de statistikuppgifter, som samtliga barnavårdscentraler redovisat i januari 2007. Detta är kompletterat med andra statistikuppgifter på kommunnivå från bland annat Statens Folkhälsoinstitut, TCO, Skolverket, Försäkringskassan, Rädda Barnen och BRIS (Barnens Rätt i Samhället).
- Det är klara skillnader mellan länets kommuner. Östersund har bäst jämlikhetsindex, lägst barnfattigdomsindex, har jämte Berg lägst alkoholrelaterad dödlighet bland män samtidigt som Östersund har störst andel vuxna med eftergymnasial utbildning. Ragunda rankades 2004 som den 11:e barnvänligaste kommunen i landet men har samtidigt jämte Strömsund det lägsta jämlikhetsindexet.
- Efter sjunkande nativitet under hela 1990-talet har barnantalet stigit efter millennieskiftet. Antalet nyfödda i länet har ökat med 25 % mellan 2000 (1028) och 2006 (1294).
- Antalet läkare på barnavårdscentralerna (BVC) är högt jämfört med den nationella målbeskrivningen för läkartjänstgöring på BVC som rekommenderar att varje läkare skall ha ansvar för ca 25 nyfödda/år för att kunna upprätthålla kompetens och referensramar.
- Statistik från försäkringskassan visar att papporna i Jämtlands län är föräldralediga i större utsträckning än genomsnittet för riket. Jämtlands län placerar sig som god 2:a i TCO's pappaindex bland samtliga län. Strömsund har högst pappaindex inom länet.
- Hembesök är ett bra tillfälle att etablera en god kontakt mellan föräldrar och BVC. Hembesöken har under året ägt rum hos 67 % av föräldrar med barn födda under 2006.
- Föräldragrupper är en annan viktig del av stödet till barnfamiljerna. Under året har 54 % av mammorna resp. 25 % av papporna i länet deltagit i föräldragrupp på BVC under barnets första år. Antal pappor som under året deltagit i pappagrupsverksamheten i länet finns inte redovisade.
- Nedstämdhet efter förlossning drabbar mer än 10 % av alla mammor och detta kan påverka anknytningen mellan mamma och barn. Barnhälsovården har infört en metod - EPDS-screening - att tidigt identifiera och stödja nedstämda föräldrar. EPDS har under året använts till knappt hälften av mammorna.
- Uppslutningen kring barnvaccinationsprogrammet är hög och under det senaste året vaccinerades drygt 97 % av alla barn mot mässling, påssjuka och röda hund. Vaccination mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio och hemofilus influensa typ b ligger stabilt med täckning i länet omkring 98 %. Landstinget erbjuder riktad vaccination mot tuberkulos och hepatit B samt mot pneumokocker. w Allt fler riskbarn vaccineras i länet men nationellt är vaccinationsgraden låg vid jämförelse.
- Attityder till fysisk aktivitet och kost grundläggs tidigt i livet. Det finns all anledning för barnhälsovården att samtala med alla föräldrar om kosten på samma sätt som vi samtalar om alkohol och tobak. Barnhälsovården har under året aktivt tagit del i arbetet omkring utformandet av ett för landstinget gemensamt vårdprogram rörande övervikt och fetma hos barn och ungdom.

2 Länets barnhälsovårdsorganisation

Centrala Mödra-Barnhälsovården (CMBHV) är landstingets samlade enhet för mödra- och barnhälsovårdsfrågor med medicinsk-, psykologisk-, social- och omvårdnadskompetens.

I skrivande stund (juni 2007) har det fattats beslut om namnbyte på den samlade mödra-barnhälsovården i länet. Orsaken till förändringen är en vilja att inkludera båda föräldrarna i arbetet - att ha ett genusperspektiv på verksamheten.

Verksamhetens namn från augusti 2007 och också i årsrapport 2006 blir:

Föräldra-Barnhälsan

Kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård i Jämtlands län

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.

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

Barnvårdscentralerna (BVC) vid länets samtliga 28 hälsocentraler har som målgrupp barn 0-6 år och deras föräldrar. Barnvårdscentralen är vid elva hälsocentraler samorganiserad med barnmorskemottagning (MVC), den öppna förskolan samt kommunens socialtjänst i en **Familjecentral** - som idag finns i länets samtliga kommuner bortsett från Åre kommun.

Barnvårdscentralens verksamhet är generell och erbjuds samtliga barn och når de allra flesta. Målet är att vara ett stöd i föräldraskapet, att förebygga och upptäcka sjukdom och funktionsnedsättning samt att uppmärksamma och förebygga risker i barns miljö.

Varje hälsocentral har ansvar för den egna barnvårdscentralen som är områdesorganiserad. Basprogram finns som grund för verksamheten, som utförs av distriktssköterska/barnsjuksköterska och distriktsläkare/barnläkare. Varje BVC har tillgång till psykolog för konsultation och handledning till personal samt för stöd och behandling av föräldrar och utredning av barn.

Kravspecifikation för barnhälsovården i Jämtlands län

Barnhälsovårdens kravspecifikation baseras framförallt på socialstyrelsens skrift (1) och nationella målbeskrivningar för läkar- och sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården (2,3). I dokumentet "Riktlinjer för Barnhälsovården i Jämtlands län" (4) finns angivet vilka ytterligare styrdokument som gäller, vilka resurser som behövs, innehåll i verksamheten samt kravspecifikation.

I den här skriften presenteras årsstatistik och resultatsammanställning från länets samtliga barnvårdscentraler baserad på de uppgifter som barnvårdscentralerna lämnade in januari 2007.

Resultaten redovisas på liknande sätt som tidigare år. Resultaten jämförs med de mål som angetts i kravspecifikationen.

3 Kommunala basdata 2006

Verksamhetsrapporten innehåller i år en del kommundata för att beskriva länets kommuner och ge en bakgrund till barnhälsovårdens arbete:

Tabell I Basdata 2006 (5)

	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund	Riket
Jämlikhetsindex	154,3	150,1	128,9	122,1	156,9	161,5	127,0	108,5	
Eftergymnasial utbildn. (25-44 år)	23%	21%	21%	29%	19%	20%	34%	43%	39
Arbetslöshet (inkl. arb. markn.åtgärder) 25-44 år okt 2006	7%	11%	8%	7%	10%	10%	8%	8%	7%
Andel män med låg inkomst	15%	14%	16%	13%	13%	15%	19%	15%	18%
Andel kvinnor med låg inkomst	18%	18%	16%	17%	16%	17%	21%	19%	22%
Anmälda brott 2005 per 100 000 inv	5842	7807	8993	5408	6878	5606	10825	12691	
varav våldsbrott	1151	1562	1043	1344	1095	1206	1568	2195	
Alkoholrelaterad dödlighet (antal döda per 100 000 inv.)									
Män	27,3	37,0	48,7	20,2	58,5	66,0	59,5	34,0	45,0
Kvinnor	6,4	6,9	8,2	14,7	19,6	6,8	15,1	10,4	11,2
Barnfattigdomsindex 2004, totalt	13%	13%	13%	11%	12%	16%	13%	10%	13%
Barnfattigdomsindex 2004, utländsk bakgrund	24%	32%	28%	25%	16%	31%	27%	28%	32%
Låg födelsevikt 2002-2004 antal per 1000 födda födelsevikt < 2500 gr	4,8	60,8	65,7	76,2	86,7	52,3	34,5	35,4	42,0

3.1 Definitioner och kommentarer

- Jämlikhetsindex är en sammanvägning av 12 variabler. För varje variabel rangordnas kommunerna efter hur stor skillnad det är mellan kvinnor och män. Minsta skillnad får rang 1 (bäst) och största skillnaden får rang 290. För 3 av variablerna mäts även hur höga värden variablerna har. Indexet är ett medelvärde av de 15 (12+3) rangerna.
- Variabler som ingår: eftergymnasial utbildning, förvärvsarbete, arbetsökande, medelinkomst, spridning på näringsgrenar, föräldrapenning, ohälsotal, unga vuxna, kommunfullmäktige, kommunstyrelse och egna företagare.
- Jämlikhetsindex 2006 publicerades i december 2006. Statistiken avser 2004 och 2005. Bästa kommun i landet har index 71,5 och sämsta index 211,2.
- Låginkomstgränsen är den sammanräknade inkomst under vilken 20 % av alla inkomsttagare i riket ligger. Låginkomstgränsen 2004 var 112 196 kronor.
- Våldsbrott innefattar Brott mot person, Rån, grovt Rån och Våld mot tjänsteman.
- Alkoholrelaterad dödlighet 2000-2004 beskriver sjukdomar och dödsfall med alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak. Observera att statistiken påverkas av åldersstrukturen i kommunen.
- Barnfattigdomsindex 2004 menas barn 0-17 år som finns i ekonomiskt utsatta hushåll. Med "ekonomiskt utsatta" menas hushåll med låg inkomst eller socialbidrag. Med "låg inkomst" menas lägsta utgiftsnivå baserad på socialbidragsnormen, och en norm för boendeutgifter.
- Låg födelsevikt anger antal födda med en födelsevikt mindre än 2500 gram per 1000 födda (3-års medelvärdet). Risken att födas med låg födelsevikt är högre i socialt utsatta områden.
- Jämlikhetsindex är bäst i Östersund (plats 28 i landet) och ligger lägst i Strömsund (plats 208).
- Endast i Östersund är andelen vuxna som har eftergymnasial utbildning i nivå med eller högre än riksgenomsnittet.
- Andelen arbetslösa i åldern 25-44 år är betydligt högre än riksgenomsnittet i Bräcke, Ragunda och Strömsund.
- Antalet anmälda brott är högst i Östersund och Åre och lägst i Krokom samt Strömsund. Andelen våldsbrott är mer än dubbelt så hög i Östersund som i Härjedalen.
- Den alkoholrelaterade dödligheten bland män är mer än dubbelt så hög i Ragunda, Strömsund och Åre som i Berg och Krokom. En hög alkoholrelaterad dödlighet bland kvinnor uppvisar Krokom, Ragunda och Åre..

3.2 Barns hälsa i Jämtlands läns kommuner

I Årsrapporten 2004 från Barnhälsovården i länet redovisades en olika metoder hur barns hälsa kan mätas.. Bl. a. redovisades prof. Lennart Köhlers arbete i Rädda Barnen med ett **Barnhälsoindex för Sveriges kommuner (6)**, som grundar sig på sex indikatorer:

- 1 Andel barn vars mammor har rökt under graviditeten.
- 2 Andel barn som fortfarande ammas vid 4 månaders ålder.
- 3 Andel barn som vid födseln väger under 2500 gram.
- 4 Andel barn som har vårdats på sjukhus för yttre skador.
- 5 Andel barn som har fullbordat sin MPR-vaccination.
- 6 Andel flickor under 18 år som har genomgått abort.

Vi har med de flesta av dessa indikatorer i vår årliga kvalitetssäkringsrapport från barnhälsovårdens arbete i länet.

Trots att det nu gått ett antal år sedan Rädda Barnen presenterade sitt Barnhälsoindex (2004) presenteras bilden för länets kommuner med siffror från 1990 och som jämförelse från 2000.

Barnhälsoindex på 100 är det mål man vill uppnå. De tio kommuner i landet som låg högst varierade mellan 91,7 och 93,0. De tio kommuner som låg lägst varierade mellan 83,5 och 85,6.

Tabell II Barnhälsoindex 1990 och 2000

Kommun	År	
	1990	2000
Berg	91,1	91,6
Bräcke	90,2	88,8
Härjedalen	90,3	92,2
Krokom	92,4	91,2
Ragunda	88,4	90,8
Strömsund	91,8	89,7
Åre	91,8	91,3
Östersund	91,9	90,4

Slutsatser angående arbetet med Barnhälsoindex

Arbetet med att beskriva barns hälsa är vanskligt på grund av brist på tillförlitliga data i en mängd olika variabler, som skulle vara nödvändiga för att mer heltäckande göra en tillförlitlig beskrivning av barns hälsa. Dock har flera lovande initiativ tagits under senare år - både nationellt och lokalt - för att systematisera bevakningen av barns hälsa, exempelvis lokala välfärdsbokslut (Östersund), webbaserade hälsosamtal inom Elevhälsan (Östersund), planerad övergång till datajournal inom barnhälsovården i Jämtlands län liksom databaserat hälsosamtal med BMI-registrering vid 4-årskontrollen på BVC.

Barns hälsa i Sverige är god. Mellan de två perioderna har det sammanslagna hälsoindexet ökat från 90,3 till 93,2. Det finns dock betydande kommunala skillnader som nästan uppgår till tio procentenheter.

Beträffande länets kommuner visar Berg, Härjedalen och Ragunda en glädjande utveckling medan övriga kommuner har minskat sitt barnhälsoindex - ett observandum men uppgifterna ovan är dock idag osäkra då de har några år på nacken.

3.3 Barnfattigdomen

Rädda Barnen (7) har sedan 2002 genomfört årliga studier som speglar förändringar i barns välfärd på kommunal nivå. Den första studien omfattade åren 1991-1999, och återspeglade tydligt den ekonomiska krisen under 1990-talet. Barnfattigdomen i Sverige ökade kraftigt under perioden 1991-97. Därefter vände trenden och antalet barn i ekonomisk utsatthet minskade fram till årets rapport från Rädda Barnen som bygger på siffror från år 2004.

Barnfattigdom utgår från ett index baserat på två oberoende variabler, låg inkomststandard och socialbidrag.

För första gången sedan studierna började ökar åter antalet barn i fattiga hushåll, från 12,8 till 13 procent mellan år 2003 och 2004.

Skillnaderna växer mellan olika grupper av barnfamiljer. Barnfamiljer med höga inkomster stärker sin ekonomi och drar ifrån medan de fattigaste hushållen tenderar att halka efter.

I huvudsak är det två faktorer som var för sig och tillsammans ökar risken för ekonomisk utsatthet:

Att växa upp med en ensamstående förälder och att ha utländsk bakgrund. Den ekonomiska fattigdomen mångdubblas om båda faktorerna sammanfaller.

Vartannat barn (50,3 %) i familjer med ensamstående förälder och utländsk bakgrund lever under den fattigdomsgräns som används i den aktuella studien år 2006.

Bland barn till ensamstående svensk förälder är barnfattigdomen 23 procent.

Hos barn till sammanboende svenska föräldrar uppgår barnfattigdomen till 3,5 % att jämföra med barn tillsammansboende utländska föräldrar där barnfattigdomen uppgår till 26,8 %.

Spridningen är stor mellan olika kommuner - från 5 % i den kommun som har lägst barnfattigdom till 31 % i den kommun där den ekonomiska utsattheten bland barn är störst. I sex stadsdelar i Göteborg, Malmö och Stockholm lever mer än 40 % av alla barn i ekonomisk fattigdom.

Nedan följer en sammanställning över barnfattigdom i länets kommuner under åren 1991 – 2004 och respektive kommuns placering bland landets samtliga 290 kommuner:

Tabell III Andel barn i familj med låg inkomststandard eller socialbidrag (%)

Kommun/år	1991	1994	1997	2001	2004	Plats år 2004
Berg	16,7	25,5	18,4	16,6	12,5	195
Bräcke	16,7	27,9	17,9	13,9	13,0	214
Härjedalen	16,6	24,5	18,8	13,7	13,2	218
Krokom	13,8	19,6	14,2	10,6	10,8	128
Ragunda	16,6	27,7	19,4	14,4	11,8	167
Strömsund	18,2	28,4	23,2	17,3	15,8	269
Åre	18,7	23,5	27,7	13,3	12,7	206
Östersund	11,9	18,2	14,1	11,7	10,2	115

3.4 Barn och personal i förskola 2006

Skolverket (8) presenterar årligen utbildningsstatistik och hösten 2006 går det 5,1 barn per anställd i förskolan jämfört med 5,2 barn ett år tidigare. Det är det lägsta värdet som uppmätts på över 10 år. Samtidigt som personaltätheten har ökat i förskolan har grupperna blivit mindre. Hösten 2006 är det genomsnittliga antalet barn per grupp i förskolan 16,7 - en minskning från 17,0 hösten 2005.

I vårt län varierar personaltätheten från 3,9 barn per anställd i förskolan i Ragunda till Östersund 5,3 och Krokoms 5,4 barn per anställd inom förskolan.

Antalet barn per grupp har varierat mycket under de senaste 20 åren med ett riksgenomsnitt som lägst på 13,8 barn per grupp 1990 och som högst 17,2 barn per grupp 2003.

Hösten 2006 varierar i vårt län gruppstorleken från lägst 13,3 barn per grupp i Strömsund till som högst 16,3 barn per grupp i Östersund, enligt Skolverkets officiella statistik. Övriga kommuner varierar mellan 14,1 barn till 16,0 barn per grupp.

Ca hälften (51 %) av årsarbetarna i förskolan har på riksnivå en pedagogisk högskoleutbildning hösten 2006, samma andel som året innan. Ytterligare 445 har annan utbildning för arbete med barn.

Andelen högskoleutbildade skiljer sig något åt mellan olika kommungrupper. Högst andel har större städer, 57 % men variationen kommuner mellan är stor - från 25 till 83 procent.

Hos länets kommuner varierar antalet högskoleutbildad personal från som högst Östersund (62 %) till som lägst Ragunda med 25 % högskoleutbildad personal. Ragunda har däremot en hög personaltäthet, se ovan! Övriga kommuner varierar mellan 32 till 49 procent.

Riksförbundet BRIS beskrev i en sammanställning hösten 2004 (9) landets kommuner utifrån hur barnvänliga de var. Utifrån Skolverkets statistik rangordnades landets kommuner utifrån de faktiska förhållandena inom förskola, grundskola, fritidshem och gymnasium beträffande gruppstorlek, personaltäthet, personalutbildningsnivå etc.

Ragunda rankades här som den 11:e barnvänligaste kommunen i landet, Strömsund nr 24, Krokoms 53, Bräcke 61, Härjedalen 77, Berg 92, Åre 123 och Östersund som den 124:e barnvänligaste kommunen av landets 290 kommuner.

3.5 Barn och olycksfall

Skador är den främsta dödsorsaken bland barn. Dödligheten har minskat under lång tid, och Sverige har i dag den lägsta barndödligheten pga. skador i hela världen. En av förklaringarna till detta är sannolikt det systematiska barnsäkerhetsarbete som bedrivits i Sverige ända sedan mitten av 1950-talet. Det finns många exempel på framgångsrika lösningar, där man ändrat på miljön eller på en produkt för att minska skadehändelserna bland barn. Några exempel är fönsterspärrear, barnsäkra medicinförpackningar och trafikseparerade bostadsområden. Men det dyker outhärligen upp nya faror, som exempelvis studs mattor och ”EU-moppar”.

Varje år dör ungefär 100 barn i åldrarna 0-17 år till följd av skador. Trafiken orsakar hälften av dödsfallen, och självtillfogade skador, dvs. självmord, står för hela 12 % av dödsfallen bland flickor och 11 % av dödsfallen bland pojkar.

När det gäller skador som leder till sjukhusvård är i stället olika typer av fall den vanligaste orsaken.

Generellt sett skadar sig fler pojkar än flickor. De flesta skadorna bland barn upp till 6 års ålder sker i hemmet eller i bostadsområdet.

Utifrån EHLASS (European Home and Leisure Accident Surveillance System) kan följande beskrivning ges av vanliga skadehändelser för barn i olika åldrar:

0-3 år: De flesta skadorna sker i hemmet och i bostadsområdet. Fall är den vanligaste skadeorsaken - både fall i samma plan och fall från en nivå till en annan, dvs. fall från möbler, trappor, etc. Skador pga. kollision med andra barn eller möbler samt klämskador är också vanliga i denna grupp.

4-6 år: Även i denna åldersgrupp dominerar skador i hemmet och i bostadsområdet, men också skador i förskola/skola är vanliga. Fall är också här en stor diagnosgrupp liksom kläm- och kollisionsskador.

Enligt Socialstyrelsen, Epidemiologiskt Centrum, 2007,(10) sjukhusvårdas per år i vårt län genomsnittligt 369 barn 0-17 år till följd av skadehändelse. Därav dominerar fall- och trafikolyckor med 177 respektive 76 st.

Omräknat per 100 000 barn och år sjukhusvårdas i vårt län 1389 barn jämfört med Blekinge som lägst 607 och Gotland som högst 1444 barn per år.

Uppenbart är att Barnhälsovårdens mångåriga arbete med att förebygga barnolycksfall måste fortsätta.

3.6 Spädbarnsdödlighet i Jämtlands län

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

Spädbarnsdödligheten i Sverige under åren 2004 - 2006 kvarliggert på en mycket låg nivå internationellt, 3,1 - 2,4 - 2,8.

Senaste sammanställning över spädbarnsdödlighet länsvis (11) är ett medelvärde för perioden 1998-2002. Jämtland har Sveriges lägsta spädbarnsdödlighet fortsatt på 1,9. Se tabell IV.

Tabell IV Spädbarnsdödlighet länsvis 1998-2002

Län	Dödlighet under första			
	Levnadsdygnet	Levnadsveckan	Levnads-månaden	Levnads-året
Stockholms län	0,8	1,7	2,2	3,3
Uppsala län	0,6	2,0	2,8	4,2
Skåne län	0,8	1,7	2,1	3,1
Västerbottens län	0,8	1,6	1,9	3,7
Västernorrlands län	0,4	1,6	1,9	3,7
Värmlands län	0,5	1,8	2,3	3,6
Jämtlands län	0,5	1,6	1,8	1,9

4 Inskrivna och övervakade barn under perioden 2000-2006

Antal inskrivna barn vid barnvårdscentralerna i Jämtlands län den 31/12 2006 var 7620 vilket är en ökning med 212 barn jämfört med föregående årsskifte.

Andel övervakade barn, d.v.s. de som träffat BVC-sjuksköterskan och/eller läkaren på BVC under året, fortsätter att vara högt, för åldern 0-1 år är det så gott som 100 %. Mellan 1½ och 3 år är det inte någon rutinkontroll på BVC vilket gör att en något längre andel är övervakade i den åldersgruppen. För barn 3-5 år närmar det sig åter 100 % vilket tyder på att föräldrar har ett stort förtroende för barnhälsovården. Den sista rutinkontrollen på BVC är vid 5 år och efter denna är det bara enstaka 5-6 åringar som besöker BVC vid behov.

Tabell V Inskrivna och övervakade barn 2000-2006

BVC-mott	Inskrivna efter födelseår							Totalt
	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	
Berg	68	67	69	72	66	54	-	396
Bräcke	56	58	54	65	57	61	-	351
Härjedalen	82	82	93	97	95	85	2	536
Krokom	161	170	180	160	169	170	1	1011
Ragunda	45	41	48	49	59	43	-	285
Strömsund	94	99	110	113	92	111	11	630
Åre	96	111	100	102	115	103	-	627
Östersund	692	660	641	627	575	561	28	3784
Länet, antal inskrivna barn	1294	1288	1295	1285	1228	1188	42	7620
Länet, antal övervakade barn	1286	1286	1115	1258	1193	1139	20	7297
Länet, andel % övervakade barn	99,4	99,9	86,1	97,8	97,2	95,9	48,0	95,8

4.1 Antal födda i Jämtlands län under perioden 2000-2006

Antal födda i Jämtlands län 2006 visar på stigande födelsesiffror jämfört med födelsetalen omkring sekelskiftet då endast ett drygt 1000-tal barn föddes i länet. En dramatisk nedgång jämfört med de stora barnkullarna från slutet av 80- och början på 90-talet med en topp 1990 då 1879 barn föddes i länet.

Tabell VI Antal födda i Jämtlands län efter födelseår

2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	Totalt
1294	1228	1264	1248	1164	1134	1028	8360

Vi noterar således att barnafödandet i länet under 2000-talet stigit med ca 25 % - från 1028 födda till årets 1294.

4.2 Bemanning och kontinuitet på BVC

Bemanning och kontinuitet är god på de flesta BVC i länet. Antalet läkare vid länets barnavårdscentraler är fortsatt mycket varierande mestadels beroende på läkarbrist och ”stafettläkare” men också ex. på grund av ”familjeläkarsystem” vid några hälsocentraler eller utbildningsplatser för blivande barnläkare. Antalet läkare verksamma på BVC, ex. i jämförelse med Västernorrlands län, som befolkningsmässigt är dubbelt så stort, verkar vara högt. Ett sjuttioal jämfört med drygt hundra BVC-läkare i vårt län. Rekommendationen i den nationella målbeskrivningen för läkartjänstgöring på BVC är att varje läkare och sjuksköterska på BVC får ansvar för minst 25 nyfödda per år för att upprätthålla kompetens och referensramar. Detta motsvarar ca ett 50-tal läkare på BVC i länet att jämföra med dagens

109. Intressant är att jämföra med hur mödrahälsovården är organiserad i länet med oftast en mödrahälsovårdsansvarig allmänläkare på varje hälsocentral. **En översyn över nuvarande BVC-organisation vad gäller framförallt läkarbemanningen är nödvändig.**

Kontinuiteten på sjuksköterskesidan är överlag mycket god. Antalet läkare totalt som tjänstgjort vid länets barnavårdscentraler är 109 att jämföra med antalet sjuksköterskor som är 72 d.v.s. 3,4 läkare resp. 2,25 sjuksköterska per barnavårdscentral i länet under 2006.

Tabell VII Antal läkare och sjuksköterskor som tjänstgjort på BVC under år 2006

Bergs kommun	Antal sjuksköt	Antal läk
Myrviken	2	2
Rätan		
Storsjö Kapell		
Svenstavik	3	2

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

Härjedalen	Antal sjuksköt	Antal läk
Funäsdalen	2	4
Hede	1	4
Sveg	2	5
Ytterhogdal	2	2

Krokom	Antal sjuksköt	Antal läk
Föllinge	2	3
Krokom + Nälden	3	4
Offerdal	2	7
Ås	2	4

Ragunda	Antal sjuksköt	Antal läk
Bispgården	2	1
Hammarstrand	3	5
Stugun	2	4

Strömsund	Antal sjuksköt	Antal läk
Backe	1	1
Gäddede	6	10
Hammerdal	1	1
Hoting	1	2
Strömsund	4	3

Åre	Antal sjuksköt	Antal läk
Hallen	1	1
Järpen	1	2
Mörsil	1	2
Åre	3	4

Östersund	Antal sjuksköt	Antal läk
Brunflo	4	8
Frösön	3	1
Lit	2	1
Lugnvik	3	3
Odensala	2	5
Torvalla	2	3
Zätahuset	4	9

4.3 Hembesök hos nyblivna föräldrar

Målsättning: Hembesök skall erbjudas samtliga föräldrar.

Hembesök är en viktig del av barnhälsovårdens arbete. Hembesökens värde har undersökts i en avhandling från Linköping (12). Föräldrar som fått hembesök var nöjdare jämfört med föräldrar som haft första kontakten med sjuksköterskan på barnavårdscentralen. Mödrar som fått hembesök var mer tillfredsställda med amningsrådgivningen och uppskattade möjligheten till samtal i lugn och ro.

Långtidsuppföljning i bl.a. Finland har visat att insatser i form av regelbundna hembesök (1 gång/månad) under förskoletiden ger goda resultat med ökad psykisk hälsa och betydligt färre depressioner i vuxenåldern.

Andelen nyblivna föräldrar som fått hembesök under 2006 är 67 % vilket är oförändrat mot tidigare. Med undantag av 2001 (58 %) har andelen hembesök legat konstant mellan 66 och 70 % alltsedan 1999. Se tabell nedan

Tabell VIII Första hembesök barn födda 2006

Kommun	Totalt antal barn födda 2006	Antal erbjudna hembesök	Andel erbjudna hembesök av totala (%)	Antal hembesök	Andel hembesök av erbjudna (%)	Andel hembesök av totala (%)
Berg	68	59	87	44	75	65
Bräcke	56	54	96	50	93	89
Härjedalen	82	67	82	57	85	70
Krokom	161	136	84	113	83	70
Ragunda	45	44	98	42	96	93
Strömsund	94	92	98	60	65	64
Åre	96	91	95	32	35	33
Östersund	692	534	77	468	88	68
Länet	1294	1077	83	866	80	67

Vid en jämförelse mellan olika kommuner har Bräcke och Ragunda den högsta hembesöksfrekvensen (89 resp. 93 %) medan Åre har den klart lägsta (33 %). Åre har istället prioriterat tid till extra långt första besök på barnavårdscentralen. Anledningen eljest till att hembesök inte gjorts är framförallt tidsbrist. Under sommaren och semestertid föds många barn och då är bemanningen samtidigt lägre vid våra barnavårdscentraler. Det är sällan som vikarier anställs.

Barnhälsovården har under året icke nått upp till målsättningen att samtliga föräldrar skall erbjudas hembesök.

4.4 Föräldrastöd i grupp

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

Andel mammor och pappor som deltagit i föräldragrupper under barnets första år har varit ungefär densamma under de senaste åren. 54 % av samtliga mammor, med barn födda 2006, resp. 25 % av papporna har deltagit i föräldragrupper.

Bekymmersamt är ett fortsatt mycket lågt deltagande av pappor i föräldragrupperna i Bräcke, Ragunda och Krokomb. Pappagruppernas verksamhet beskrivs i separat verksamhetsberättelse längre fram i rapporten. Tyvärr finns ingen statistik över antal pappor som deltagit i pappagrupperna i länet.

Tabell IX Föräldrautbildning, barn födda 2006

BVC	Totalt antal barn födda 2006	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	68	65	96	53	75	18	26
Bräcke	56	56	100	41	73	0	0
Härjedalen	82	82	100	70	85	23	28
Krokomb	161	125	78	79	49	10	1
Ragunda	45	17	38	10	22	3	1
Strömsund	94	89	95	50	53	26	28
Åre	96	92	96	64	67	21	22
Östersund	692	434	63	336	49	218	31
Länet totalt	1294	960	74	703	54	319	25

Spädbarnsmassage erbjuds vid flera barnavårdscentraler i länet. Instruktor är endera BVC-sjuksköterskan eller förskolläraren vid öppna förskolan. Samarbetet med andra professioner inom länets Familjecentralen har gjort att det även utvecklats andra modeller för föräldragrupper såsom tematräffar, ex. 3-årsgrupper, Unga föräldrar. Riktade grupper har genom Föräldra-Barnhälsan erbjudits ex. adoptivföräldrar, tvillingföräldrar och föräldrar med för tidigt födda barn.

Barnhälsovården har icke levt upp till målsättningen då endast 74 % erbjudits deltagande i föräldragrupp.

5 Verksamhetsberättelse 2006 för Pappagrupsledarverksamheten vid CMBHV

Referent Leif Franzén

Undertecknad vill avlägga en kort rapport för år 2006 över den samordnade pappagrupsledarverksamheten som Jämtlands läns landsting bedriver sedan 1996.

Året har präglats av att ”hålla igång” de pappagrupsledare som finns i verksamheten., att rekrytera nya pappagrupsledare, då andra begärt att få sluta. Anledningen till att man inte kan vara med i verksamheten längre har oftast varit att man har engagerat sig i andra verksamheter med äldre barn (oftast aktiviteter runt sina egna barn), eller att man har börjat nya tjänster där man fått andra tider som försvårat att medverka i vår verksamhet.

Vid årets början fanns 15 verksamma pappagrupsledare, som arbetade tillsammans med Mödra- och Barnhälsovården . 5 personer har slutat av ovan nämnda anledning. Vi har lyckats rekrytera 5 nya pappor, så summan av pappagrupsledare är densamma. Rekrytering av nya pappor är en del av undertecknads arbete som ständigt pågår. I den processen är personalen på Mödra- och Barnhälsovården mycket viktiga, för det är de som ska kunna arbeta tillsammans med papporna.

Som samordnare av möten och vidareutbildningar så har följande aktiviteter hänt under året:

- 5 möten med pappagrupsledare har hållits
- 7 möten med ledningsgruppen för pappaverksamheten (Gunnel H. Pia C., Karin O. och undertecknad) har hållits.
- 1 möte med Primärvårdsledningen
- 5 möten med Samordningsgruppen (kommun och landsting) runt familjecentralerna har jag deltagit i.
- 2 dagar har några av pappagrupsledarna deltagit i vidareutbildning tillsammans med personal från Mödra- och Barnhälsovården och övrig personal runt familjecentralerna i Jämtland.
- Har också deltagit i trevliga personalsammankomster på Centrala Mödra- och Barnhälsovården.

Enskilda samtal med pappagrupsledare är en del av vardagen för mig som samordnare. Oftast har det varit telefonkontakt, men också lunchmöten och andra typer av möten har förekommit.

Ett beslut som togs i början av hösten i ledningsgruppen runt verksamheten var att undertecknad skulle åka runt och besöka de olika familjecentralerna/hälsocentralerna och där möta barnmorskor och pappagrupsledare ”på plats” för att få en tydligare bild över vad man har för behov av stöd och vidareutbildning. Detta genomfördes i Lit, Sveg; Hede och Brunflo. Ovärderlig information har redan framkommit, där min egen förståelse för den aktuella och faktiska situationen blir tydligt uppdaterad. Innan sommaren 2007 beräknas alla centraler vara besökta.

År 2007 kommer också att präglas av att delta i en internutbildning angående genus, tillsammans med annan personal på CMBHV. Att hitta former för hur rapporteringen från de enskilda pappagrupsledarna blir effektivare och målet måste vara att vi ska ha pappagrupsverksamhet i alla kommuner i Jämtlands län.

6 Pappaindex ökar för åttonde året i rad

Fördelningen av föräldraledighet är avgörande för ökad jämställdhet i arbetslivet. TCO har i ett antal undersökningar bl.a. visat följande:

- Det finns en dold barneffekt i lönesättningen, ett påtagligt samband mellan lön och föräldraskap. För kvinnor med barn innebär barneffekten mindre lön per timme än kvinnor utan barn, för män finns ett motsatt samband.
- Flertalet kvinnor anser att barn försämrar deras möjligheter på arbetsmarknaden.
- Småbarnspapporna är den grupp på arbetsmarknaden som arbetar mest övertid.

TCO presenterar sedan 1999 årligen ett s.k. pappaindex - ett mått som visar både hur många pappor som tar ut föräldraledighet och hur många dagar man tar ut. När papporna tar ut lika mycket ledighet som mammorna blir index 100. Indexet bygger på Försäkringskassans statistik över föräldraledigheten.

TCO's pappaindex 2006 (13) visar att papporna i Sverige generellt ökat sitt uttag av föräldraledigheten. Sedan 1999 har riksindex ökat från 16,7 till 36,3.

De tre bästa länen i pappaindex 2006 är:

1. Västerbottens län	44,2
2. Jämtlands län	41,2
3. Uppsala län	41,1

Spännvidden bland länets kommuner är stor med Strömsund kommuns pappaindex på 48,1 ned till Åre kommuns 37,0 men kommunernas pappaindex i länet ökar årligen.

Men marginalen till mammorna är fortsatt stor och det är långt kvar tills papporna står för hälften av ledigheten vilket således motsvaras av pappaindex 100.

Under 2006 tog i Sverige ca 266 500 män ut föräldrapennig minst en dag. Det innebar att cirka 44 % av alla som under året tog ut föräldrapennig var pappor.

Papporna tog under år 2006 ut något mer än en femtedel, 20,6 %, av alla föräldradagar. Motsvarande siffra år 2004 18,7 %. De jämtländska pappornas andel var under 2006 23,1 % vilket motsvarar 34 dagar att jämföra med kvinnornas 103 dagar. De jämtländska pappornas andel ökar årligen och motsvarande siffra för år 2000 var 13,7 %.

En mer jämställd fördelning av föräldraledigheten är ett avgörande steg mot ett mer jämställt samhälle med ett föräldravänligt arbetsliv som inte ska missgynna vare sig kvinnor eller män. Utformningen av föräldraförsäkringen är fortsatt en viktig fråga med tanke på barnets rätt till båda sina föräldrar.

7 Psykisk ohälsa

De senaste folkhälsorapporterna också den Nationella Folkhälsoenkäten 2006 med bl.a. deltagande från Jämtlands län ((14) påtalar fortsatt hög psykisk ohälsa bland yngre kvinnor och ensamstående kvinnor med barn och bland personer med utländskt ursprung.

Det finns också ett nära samband mellan föräldrars hälsa och barnens hälsa. En amerikansk studie (15) har visat att tillfrisknande efter depression hos modern har en mycket positiv effekt på barnens hälsa. Nedstämdhet efter förlossningen drabbar mer än 10 % av alla mödrar och kan påverka anknytningen mellan mor och barn (16).

EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) är en screening-metod för att tidigt identifiera nedstämda mödrar på BVC.

EPDS användes under året regelbundet vid drygt 75 % av BVC-mottagningarna - vid vissa till alla mammor och på andra mottagningar vid behov. Föräldra-barnhälsovårdpsykologerna ger vid behov konsultation och handledning till BVC-personalen.

EPDS uppges ha använts på mödrar till 599 barn födda 2005 d.v.s. till knappt hälften av alla nyblivna mammor under 2005.

Under 2005 har också en BVC-sjuksköterska använt EPDS som screening-metod för nedstämdhet hos pappor. Skalan är emellertid icke utvärderad för pappor men påvisar behovet av att en dylik skala då nedstämdhet hos pappor beräknas till ca hälften jämfört med mammor, d.v.s. ca 5-6 %.

8 Amning

Målsättning: att 80 % av barnen ammas helt vid 2 månaders ålder

- att 60 % av barnen ammas helt vid 4 månaders ålder
- att 35 % av barnen ammas helt vid 6 månaders ålder

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

I denna årsrapport användes, liksom förra året, den nya definitionen av hel amning, d.v.s. helt ammat barn är barn som enbart fått bröstmjölk medan barn som fått smakportioner räknas som delvis ammade.

Amningen är fortsatt lika hög som tidigare vid 1 veckas liksom vid 2, 4 och 6 månaders ålder. Nationellt har man noterat en tendens till minskande amning och som möjligen kan anas i länet med något vikande siffror för hel amning vid 4 månaders ålder vilket framgår i tabell X.

Barnhälsovården har uppnått målsättningen vid 2 resp. 4 månaders ålder men inte vid 6 månaders ålder då endast 22 % av barnen ammas helt vid 6 månader.

Tabell X Amningsfrekvens, barn födda 2005.

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

Kommun	1 vecka		2 mån		4 mån		6 mån		9 mån		12 mån		Antal barn födda 2004
	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	90,9	100,0	74,2	92,4	74,2	87,9	34,8	71,2	6,1	43,9	1,5	19,4	67
Bräcke	96,3	96,3	79,6	90,7	62,3	79,2	23,1	65,4	0,0	40,0	0,0	18,0	58
Härjedalen	93,9	98,8	86,6	93,9	79,3	90,2	31,7	86,6	0,0	42,7	0,0	14,6	82
Krokom	96,4	98,8	83,3	91,7	71,4	82,1	24,4	72,6	0,6	42,9	0,0	20,2	170
Ragunda	85,4	95,1	70,7	90,2	56,1	85,4	19,5	63,4	0,0	19,5	0,0	7,5	41
Strömsund	86,7	95,9	76,3	91,8	64,9	85,6	42,3	74,2	12,4	61,9	0,0	9,3	99
Åre	90,0	99,1	82,7	95,5	75,2	86,2	18,5	79,6	0,0	55,7	0,0	28,6	111
Östersund	89,3	98,8	78,2	92,8	64,4	83,1	16,8	75,7	0,5	43,1	0,0	19,9	658
Jämtlands län	90,7	98,4	79,3	92,7	67,4	84,1	22,2	75,1	1,6	44,7	0,1	19,0	1286

9 Rökning

Målsättning: att 93 % av barnen vid 8 månaders ålder har rökfria föräldrar

Rökningen fortsätter att minska. Dessa data är relativt tillförlitliga men fortsatt är det ett bortfall på ca 10 % där dokumentationen är ofullständig.

Tabell XI Föräldrarnas rökning barn födda 2005 (Siffrorna redovisar bedömbara journaler)

Kommun	Antal barn	Ingen rökare i barnets hemmiljö		Mor röker		Far röker		Antal ej bedömbara journaler	
		Antal	(%)	Antal	(%)	Antal	(%)	Mor	Far
Berg	67								
0-4 veckor		63	94,0	3	4,5	4	6,0	0	0
8 månader		62	92,5	4	6,0	4	6,0	0	0
Bräcke	58								
0-4 veckor		48	90,6	3	5,7	4	7,5	5	5
8 månader		46	88,5	3	5,8	5	9,6	6	6
Härjedalen	82								
0-4 veckor		73	89,0	5	6,1	7	8,5	0	0
8 månader		73	89,0	6	7,3	6	7,3	0	0
Krokom	170								
0-4 veckor		151	91,0	6	3,6	14	8,4	2	4
8 månader		148	90,2	6	3,6	14	8,5	4	6
Ragunda	41								
0-4 veckor		38	92,7	1	2,4	2	4,9	0	0
8 månader		37	92,5	1	2,5	2	5,0	1	1
Strömsund	99								
0-4 veckor		83	89,2	3	3,2	9	9,9	6	8
8 månader		83	89,2	3	3,2	9	9,9	6	8
Åre	111								
0-4 veckor		100	90,9	5	4,5	6	5,5	1	2
8 månader		94	91,3	4	3,9	7	6,7	8	7
Östersund	658								
0-4 veckor		598	92,1	17	2,6	41	6,3	8	11
8 månader		545	91,1	17	2,8	42	7,1	59	63
Länet totalt	1286								
0-4 veckor		1154	91,5	43	3,4	87	6,9	22	30
8 månader		1088	90,7	44	3,7	89	7,4	84	91

Andelen mammor som röker uppgår vid 4 veckors respektive 8 månaders ålder till 3,4 resp. 3,7 % - att jämföra med pappor 6,9 resp. 7,4 %.

Sammantaget lever idag 90,7 % av barnen vid 8 månaders ålder i en rökfri miljö att jämföra med 88,9 % under år 2005.

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

Barnhälsovårdens målsättning gällande rökning uppnås icke under år 2006 då 90,7% av barnen vid 8 månaders ålder har rökfria föräldrar.

10 Snusning

Samtidigt som rökningen avtar har snusandet ökat, särskilt i skogslänen. Ökningen bland gravida kvinnor i vårt län verkar dock ha avstannat. Omkring hälften slutar i samband med sin graviditet. Hälsoriskerna för snus anses i allmänhet lägre än för rökning men det ökar risken för skador på foster och nyfödda barn.

Tabell XII Andel snusare i % i Jämtlands län 2000 - 2006

År	3 mån före graviditet	Graviditetsvecka 8-12	Graviditetsvecka 32	Eftervårdsbesök
2000	12,1	7,6	3,2	
2001	15,2	8,6	4,5	
2002	14,2	8,4	4,7	
2003	14,5	9,0	4,7	
2004	12,0	6,0	5,0	5,0
2005	14,0	8,0	5,0	5,0
2006	12,0	7,0	6,0	6,0

11 Vaccinationer

Målsättning: att andelen MPR vaccinerade barn vid 2 års ålder skall överstiga 90 %

Vaccinationer är en av de mest effektiva och kostnadsbesparande hälsovårdsinsatser som finns. Vaccinationsfrekvensen i landet och länet är god.

Vaccination mot mässling, påssjuka och röda hund.

För vaccination mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR) ligger åter vaccinationsfrekvensen stabilt hög omkring 97 % - att jämföra med 86,8 % under 1999. Dessutom är det flera föräldrar som väljer att vaccinera sitt barn när det är äldre än 18 månader varför andelen vaccinerade blir ännu högre.

Tabell XIII MPR-vaccination barn födda 2004

	Barn födda 2004				
	Antal barn	Antal vacc	Antal ej vacc	Andel vacc	Andel ej vacc
Berg	69	66	3	95,7	
Bräcke	54	53	1	98,1	
Härjedalen	93	92	1	98,9	
Krokom	180	178	2	98,9	
Ragunda	48	48	0	100,0	
Strömsund	110	104	6	94,5	
Åre	100	94	6	94,0	
Östersund	641	625	16	97,5	
Jämtlands län	1295	1260	35	97,3	

Barnhälsovården har under 2006 klarat målsättningen med vaccinationstäckning för MPR.

Vaccination mot hepatit B.

Inom ramen för barnhälsovårdsprogrammet erbjuder Jämtlands läns landsting kostnadsfri vaccination mot hepatit B till riskgrupper. 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 arktiska delarna av Kanada).

Vaccinationsgruppen för hepatit B är ungefär densamma som för tuberkulos. Antalet barn födda 2004 som under 2006 påbörjat och/eller avslutat vaccination mot hepatit B är 75 vilket motsvarar 5,8 % - att jämföra med knappa 4 % året dessförinnan.!

Tabell XIV Vaccinerade mot Hepatit B, barn födda 2004

Kommun	Antal barn	4 inj	3 inj	2 inj	1 inj	0 inj
Berg	68	0	0	1	0	68
Bräcke	54	0	2	1	0	51
Härjedalen	93	0	3	1	0	89
Krokom	180	0	3	1	0	176
Ragunda	48	1	0	0	0	47
Strömsund	110	0	7	6	5	92
Åre	100	0	2	0	0	98
Östersund	641	11	27	2	2	599
Länet	1295	12	44	12	7	1220

Personalen på barnvårdscentralerna behöver uppmärksamma att riskgrupper för tuberkulos som regel också behöver vaccination mot hepatit B.

Vaccination mot pneumokocker.

Under 2005 påbörjades i Jämtlands län vaccination av barn med ökad risk för pneumokocksjukdom. Se årsrapport 2005 ! Sammanställning över antalet vaccinerade barn mot pneumokocksjukdom har icke gjorts för år 2006 men kommer att rapporteras årligen från och med årsrapport 2007.

Vaccination mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio och hemofilus influensa.

För difteri, stelkramp, kikhosta, polio och hemofilus influensa typ b (Hib) är vaccinationsfrekvensen mycket hög mellan 98 och 99 %. Det är bara enstaka föräldrar som väljer att inte vaccinera mot dessa sjukdomar. Strömsund och Berg uppvisar 95,5 resp. 97,1 % som lägst. Se tabell följande sida

Vaccination mot tuberkulos (BCG)

BCG-vaccination 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. Sammanlagt har personalen på barnvårdscentralerna bedömt 69 barn (5,2 %) som riskbarn och av dessa blev 62 (89,8 %) vaccinerade. Utöver detta vaccinerades 5 icke riskbarn för BCG. Det är av stor vikt att riskbarn identifieras och vaccineras. Se tabell följande sida.

Tabell XV Vaccinationsfrekvens barn födda 2004

	BCG						Difteri								Tetanus							
	Antal födda	Antal riskbarn vacc	Antal riskbarn ej vacc	Antal ej riskbarn, vacc	Antal ej riskbarn, ej vacc	Andel BCG vacc %	3 inj		2 inj		1 inj		0 inj		3 inj		2 inj		1 inj		0 inj	
							Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Berg	69	0	0	0	69	0,0	67	97,1	0	0,0	0	0,0	2	2,9	67	97,1	0	0,0	0	0,0	2	2,9
Bräcke	54	1	3	2	48	5,6	54	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	54	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Härjedalen	93	6	0	0	87	6,5	92	98,9	0	0,0	1	1,1	0	0,0	92	98,9	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Krokom	180	6	0	0	174	3,3	179	99,4	1	0,6	0	0,0	0	0,0	179	99,4	1	0,6	0	0,0	0	0,0
Ragunda	48	1	0	1	46	4,2	47	97,9	0	0,0	1	2,1	0	0,0	47	97,9	0	0,0	1	0,0	0	0,0
Strömsund	110	11	0	0	99	10,0	105	95,5	1	0,9	0	0,0	4	3,6	105	95,5	1	0,9	0	2,1	4	3,6
Åre	100	1	*0	0	*99	1,0	99	99,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	99	99,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0
Östersund	641	36	4	2	599	5,9	634	98,9	2	0,3	1	0,2	4	0,6	635	99,1	2	0,3	1	0,0	3	0,5
Länet	1295	62	*7	5	*1221	5,2	1277	98,6	5	0,4	3	0,2	10	0,8	1278	98,7	5	0,4	3	0,2	9	0,7

Tabell XVI Vaccinationsfrekvens barn födda 2004 fortsättning

	Antal födda	Pertussis								Polio								Hemophilus influenzae							
		3 inj		2 inj		1 inj		0 inj		3 inj		2 inj		1 inj		0 inj		3 inj		2 inj		1 inj		0 inj	
		Ant	%	Ant	%	Ant	%	Ant	%	Ant	%	Ant	%	Ant	%	Ant	%	Ant	%	Ant	%	Ant	%	Ant	%
Berg	69	67	97,1	0	0,0	0	0,0	2	2,9	67	97,1	0	0,0	0	0,0	2	2,9	67	97,1	0	0,0	0	0,0	2	2,9
Bräcke	54	54	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	54	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	54	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Härjedalen	93	92	98,9	0	0,0	1	1,1	0	0,0	92	98,9	0	0,0	1	1,1	0	0,0	92	98,9	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Krokom	180	179	99,4	1	0,6	0	0,0	0	0,0	179	99,4	1	0,6	0	0,0	0	0,0	179	99,4	1	0,6	0	0,0	0	0,0
Ragunda	48	47	97,9	0	0,0	1	2,1	0	0,0	47	97,9	1	2,1	0	0,0	0	0,0	47	97,9	0	0,0	1	2,1	0	0,0
Strömsund	110	105	95,5	1	0,9	0	0,0	4	3,6	105	95,5	1	0,9	0	0,0	4	3,6	105	95,5	1	0,9	0	0,0	4	3,6
Åre	100	98	98,0	1	1,0	0	0,0	1	1,0	99	99,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	98	98,0	1	1,0	1	1,0	0	0,0
Östersund	641	634	98,9	2	0,3	1	0,2	4	0,6	634	98,9	3	0,5	1	0,2	3	0,5	634	98,9	2	0,3	1	0,2	4	0,6
Länet	1295	1276	98,5	5	0,4	3	0,2	11	0,8	1277	98,6	7	0,5	2	0,2	9	0,7	1276	98,5	5	0,4	4	0,3	10	0,8

11.1 Vaccinreaktioner

Barnvårdscentralerna har från och med sommaren 2007 blivit uppmanade att anmäla eventuella reaktioner i samband med vaccination - förutom till LäkeMedelsverk också till barnhälsovårdsöverläkaren i länet. I årsrapporten framöver kommer sammanställning över vaccinreaktioner presenteras.

12 Samarbete

12.1 Samarbete med barnomsorgen

Målsättning: Varje förskola skall få besök minst 1 gång/termin.

Andel besök på förskolor i BVC-området har ökat något jämfört med tidigare år. 105 av 143 kommunala förskolor i länet har fått besök under året av BVC-sjuksköterskan jämfört med 19 av 31 kooperativa/privata förskolor som fick besök.

Tabell XVII Besök BVC

År	Andel kommunala förskolor som fått besök av BVC minst 1 gång / termin
1999	35 %
2000	42 %
2001	26 %
2002	27 %
2003	38 %
2004	33 %
2005	36 %
2006	38 %

Barnhälsovården når inte upp till sin målsättning att alla förskolor skall få besök minst 1 gång termin då 38 procent fått besök.

Tabell XVIII Samverkan barnomsorg

	Antal BVC	Antal kommunala förskolor inom basenheten	Antal besök på dessa förskolor				Antal kooperativa/privata förskolor			
			Minst en gång/termin	En gång under året	Inte alls	Vet ej			Besök under året	
Berg	2	10	4	4	2		2		2	
Bräcke	3	5	1	2	2		6		2	
Härjedalen	4	12	4	6	2		4		4	
Krokom	5	21	5	5	11		4		1	
Ragunda	3	8	7	0	1		1		1	
Strömsund	5	19	3	12	4		1		1	
Åre	4	16	6	9	1		2		2	
Östersund	7	52	28	13	11		11		6	
Länet totalt	33	143	54	51	34		31		19	

12.2 Samarbete med hörselvården

Hörselvården sköter screening-undersökning av hörseln på spädbarn sedan 2002 genom att undersöka Oto-Acustisk-Emission (OAE) i samband med vistelsen på BB. Detta är en mycket tillförlitlig metod. Drygt 1 promille av alla barn har vid födseln en permanent habiliteringskrävande hörselnedsättning. Tidig upptäckt och tidigt påbörjad habilitering kan ge barnen en bättre språkutveckling.

Utöver OAE tillämpas inom barnhälsovården ett mycket frikostigt förhållningssätt till remisser till Hörcentralen vid minsta oro för nedsatt hörsel och vid remiss till logoped skall också alltid barnet remitteras till hörcentralen för ett audiogram.

Enl. meddelande från Hörcentralen (juni 2007) har inga barn ”missats” med ovanstående förfaringssätt. Det har funnits en oro, att när hörselkontrollen med audiogram i samband med 4-årskontrollen avslutades i vårt län omkring 2000, att flera barn med ensidig/dubbelsidig hörselnedsättning skulle komma att upptäckas senare. Vi har i samtal med Hörcentralens personal fått lugnande besked att så inte är fallet. Vår uppmärksamhet på hörsel- och språkproblem har förmodligen ökat i samband med borttagandet av 4-årskontrollens audiogram. Samtidigt betonar Hörcentralens personal vikten av riktade frågor kring barnets hörsel till föräldrarna vid 3, 6, 9-10, 18 månaders ålder och vid 4 års kontrollen.

I Barnhälsovårdens årsrapport 2004 presenterades aktuell statistik över upptäckta hörselskador hos barn i åldern 0-6 år i länet under perioden 2000-2004. Intresserade hänvisas till denna årsrapport!

12.3 Samarbete med Tandhälsovården

Barnens tandhälsa är ett viktigt mått att följa. Under många år av förebyggande insatser från Tandhälsovården har kariesförekomsten minskat bland barn och ungdomar men mot slutet av 1990-talet ändrades denna positiva utveckling. Hos de ekonomiskt mest utsatta noterades man en försämring av tandhälsan. Dessvärre saknas idag statistik angående tandhälsan hos våra 3- och 6-åringar. Tandvårdschefen i länet Kristin Gahnström Jonsson meddelar att de senaste åren har situationen förbättrats något. Man hoppas från Tandhälsovården att man åter skall få tillgång till både regional och nationell statistik för att kunna följa utvecklingen av tandhälsan.

Senast tillgänglig årsstatistik från år 2000 visade att 94,3 resp. 87,5 av 3- resp. 4-åringar i länet var kariesfria.

Formerna för tandhälsovårdsinsatserna varierar. Tandsköterska eller tandhygienist från Folk tandvården deltar i föräldragruppsträffar på BVC/familjecentraler och informerar om tandhälsovård när barnet är mellan 5-12 månader. De föräldrar som inte deltar i föräldragrupp kallas till tandhygienist åtminstone 1 gång före 18 månader, därefter kallas alla vid 3 år. BVC-sjuksköterskan tar också upp tandhälsovård vid föräldrasamtal. Samarbetet mellan BVC och Tandhälsovården fungerar väl enligt de rapporter vi fått och i samtal med Tandvårdschefen i länet.

Tandhälsovården ingår också med bl.a. barnhälsovården i en gemensam arbetsgrupp som ser över kostrekommendationer etc. vid framtagande av ett länsövergripande vårdprogram rörande övervikt och fetma hos barn och ungdom.

12.4 Sammanfattning; psykolog och socionomverksamheten på CMBHV 2006

Referent Margareta Honn

Psykolog- och socionomverksamheten på Centrala mödra-barnhälsovården (CMBHV) 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 familjecentralsverksamhet och föräldragrupper i länet etc. CMBHVs socionom stöttar fortlöpande familjecentralerna i länet och är delaktig i att ordna utbildning för dessa. Socionom och psykolog har deltagit i utbildningar till MHV/BHV-personal som t.ex. introduktionsdagar till BHV-personal, mäns våld mot kvinnor, vägledande samspel m.m. Under året har konsultation i grupp skett till de flesta barnmorskor och BHV-sköterskor samt till KK.s ”Frejagrupp” vid sammanlagt ungefär 90 tillfällen.

Riktade föräldragrupper där psykolog eller socionom deltagit har vänt sig till blivande tvillingföräldrar, adoptivföräldrar, föräldrar till ”trotsiga 3-åringar” samt föräldrar som genomgått akut kejsarsnitt. Tillsammans med rapporter från ÖP har socionom och psykologer från CMBHV haft en uppskattad artikelserie om psykologiska och sociala aspekter på graviditet och småbarnsperiod.

Antalet nyinkomna remisser till psykologer och socionom var 9 % högre än 2005, vilket innebär en 55 % ökning på 5 år. Antal besök hos denna grupp har ökat från 1466 år 2004, 1716 år 2005 till 1846 år 2006. Huvuddelen av remisserna kom från BVC (36 %) och MVC (33 %), resten från barnklinik, KK, vuxenpsykiatri, logoped, BUH, BUP m fl. Pga. ökat antal remisser de senaste åren har det varit problem med långa väntetider och det har varit svårt att ge akuttider.

Psykologer och socionom träffar ofta föräldrar och barn i deras närmiljö t.ex. vid hembesök, besök på familjecentraler/HC eller förskola vilket innebär många resor i länet (under året sammanlagt ungefär 3000 mil arbetsresor i länet). Detta har stor betydelse för tillgängligheten för t.ex. spädbarnsfamiljer och i ett förebyggande perspektiv. En förskjutning har genom åren skett från att de flesta remisser varit på barn till att det nu är flest remisser på blivande eller nyblivna föräldrar. Ökningen i remisser de senaste åren ligger också på vuxna, framför allt på gravida kvinnor med psykisk ohälsa, vilket stämmer väl med de uppgifter som kommer från barn- och vuxenpsykiatri att unga vuxna mår psykiskt allt sämre. Om man redan tidigare mår dåligt blir graviditeten en kris, där man behöver hjälp. 2006 var 69 % av remisserna på vuxna, 31 % 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.

Av de nya remisser som handlagts under året står stöd i graviditet, kris, depression före eller efter förlossning samt psykisk ohälsa hos förälder för 47 %, stöd i föräldraskap 25 %, förlossningsrädsla 8 %, barnutredning 16 %. Öriga remissorsaker är t ex. barnpsykologisk eller social rådgivning, vårdnads/umgängesproblem, beteendestörning hos barn, enkopres m.m. 51 % 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 pojkar dominerar när det gäller barnremisser, 62 % av remisser på barn gäller pojkar.

13 Fortbildningsaktiviteter under 2006

- **Introduktionsdagar** för ny BHV-personal, två heldagar i februari.

Den utbildningssatsning om **Alkohol i samband med graviditet och föräldraskap** riktad mot MHV- och BHV-personal plus samverkanspartners på Familjecentralerna d.v.s. förskollärare och socialsekreterare fortsatte under 2006 med en utbildningsdag i mars. Denna handlade om;

- **Vart vänder vi oss när det behövs annat stöd?**
- **Hur utformar vi vårt arbete lokalt på varje ställe, finns en handlingsplan?**
- Samordnande barnmorska Ingrid Haglund och BHV-samordnare Gunnel Holmqvist berättade vidare om denna utbildningssatsning som pågår i Jämtlands län på en Nationell riskbrukskonferens i Stockholm i början av januari.

BHV-dagar:

En heldag i maj som omfattade;

- **NIDCAP**, Karin Lindblad sjuksköterska avd 109,
- **Vad kan man göra när barn har svårt att äta**, Nutritionsteamet BUH,
- **Diabetes hos förskolebarn**, Carina Bodén diabetessjuksköterska BUK,
- **Smitta i Förskola**, Maria Omberg smittskyddssköterska, Inger Andersson von Rosen smittskyddsläkare och Gunnel Holmqvist.
- **BHV-information och Vaccinationer** av Sven-Arne Silfverdal.

Två heldagar i september med **”Kost och rörelse”** för personal inom barnomsorg, barnhälsovård och tandhälsovård

- Redovisning av BVC-enkät till föräldrar om barnets kost, tillväxt och rörelse; Lorenz Risk-Plotski och Sven-Arne Silfverdal
- Kost; dietisterna Monica Karlsson och Elisabet Strömblad
- Barn och rörelse; friskvårdskonsulent Helen Olsson
- Tandhälsa och övervikt; Christina Stecksén-Blicks
- Föräldrars syn på övervikt; Milly Marken BHV-psykolog
- Grupparbeten yrkesvis

Samverkansdagar: En heldag i april för alla samverkanspartners på Familjecentralerna inklusive pappagrupsledarna:

- **Att bygga en familj;** Monica Hedénbro, socionom, psykoterapeut och forskare
- **Verksamhetsplaner;** Inger Hultin,
- Goda exempel från familjecentralerna i länet.
- **Små barn i riskzonen;** halvdag i december. Betydelsen av den prenatala anknytningen med föreläsare från Samverkansgruppen kring spädbarn.
- **Storvårdkedjeträff;** halvdag i oktober. Riktad till MHV - Förlossn./BB - Spec-Mvc - Spädbarnsavd.- BHV.
- **Det goda mötet;** extern föreläsare Egon Rommedahl, teolog och psykoterapeut.

ICDP, Vägledande samspel.

- Vägledarutbildning, 3 heldagar plus 20 timmars handledning
- Nätverksdag i december för ”vägledare”, **Vygotsky**, Petri Partanen Psykolog, en halvdag.

Möten och träffar med BHV-personal och samverkanspartners

- Träffar med BVC-sjuksköterskorna i Östersund vid sex tillfällen. Tyvärr har det inte varit möjligt att åka ut i länet i samma utsträckning som vore önskvärt endast ett besök till BVC-sjuksköterskan i Hede hanns med.
- Samordnande BHV-sjuksköterska samt samordnande barnmorska har regelbundna träffar med Thomas Andersson kring det **alkoholförebyggande arbetet**. De har dessutom träffat ansvariga för nationella riskbruksprojektet samt att de är med i ett nationellt nätverk som träffats två dagar i Stockholm.
- **Centrala samverkansgruppen** bestående av samhällsmedicinsk sekreterare Suzanne Nilsson, socialsekreterare Marika Sahlin och Anette Furberg, socionom Elisabet Nilsson, samordnande BHV-sjuksköterska Gunnel Holmqvist, samordnande barnmorska Ingrid Haglund, forskollärare Monica Mattsson alt. Elisabet Falk. De har under året träffats och planerat samverkansdagarna samt gjort studiebesök på Familjecentralen i Ersboda i Umeå. Gunnel och Ingrid har dessutom träffat förvaltningscheferna för barn- och utbildningsförvaltningen och socialförvaltningen, verksamhetschef för primärvården i Östersund, verksamhetsplanerare för barn- och utbildningsförvaltningen Eva Lindvall och verksamhetschef för socialtjänsten Lena Månström senare Marika Sahlin för att utforma av ett Samverkans avtal för Familjecentralerna i Östersunds kommun.
- **Arbetsgrupp för ”Kost och rörelse”**, BHV-öl Sven-Arne Silfverdal, samordnande BHV-sjuksköterska Gunnel Holmqvist, BVC-sjuksköterska Anette Grangert, barnläkare Johanna Lindkvist, dietist Elisabet Strömblad, tandläkare och Karin Olin Sandahl, kock på Fröja förskola samt Stefan Åhslund har planerat utbildningsdagarna om kost och rörelse. Dessutom har Anette Grangert och Elisabet Strömblad och Gunnel Holmqvist träffats för utformandet av material till bl.a. en broschyr ”Hälsosamtal om kost och fysisk aktivitet inom Barnhälsovården”.
- **Vårdkedjegruppen** bestående av Kerstin Lilja och Sonja Eklund samt Carina Sjökvist alla tre barnmorskor från BB-förlossning, Agneta Åstrand barnmorska på Specialistmödravården, Elisabet Jonsson och Inger Holmberg barnsjuksköterska respektive barnsköterska på spädbarnsavdelningen samt Ingrid Haglund samordnande barnmorska och Gunnel Holmqvist samordnande BHV-sjuksköterska har träffats och diskuterat gemensamma frågor samt planerat en stor vårdkedjeträff. I övrigt har gemensamma träffar i vårdkedjan hållits kring uppföljning av vårdprogram som POGS och THG.
- Träffar med **Elevhälsans** skolhälsovårdsöverläkare och medicinskt ansvarig skolsköterska i Östersund för att diskutera gemensamma frågor så som vaccinationer journalhantering mm har genomförts.
- **PV-ledningen och CMBHV** har träffats tre gånger under året och bl.a. diskuterat fram riktmärken för MHV och BHV.
- **Samverkansgruppen kring utbildning av blivande adoptivföräldrar** har fortsatt att träffas för att försöka påverka utformningen av den utbildning som blivande adoptivföräldrar skall erbjudas. Planer finns även på en utbildningsdag om adoptivbarn i förskola och skola.

14 Avslutande tankar och inför ett nytt verksamhetsår

Ett bekymmer med barnhälsovårdens årsrapport är att den har i allmänhet blivit klar först under hösten året efter. Så också denna gång. En av många nya målsättningar för kommande året är bl.a. detta att årsrapporten måste ligga klar före sommaren för att den ska kännas aktuell men också för att kunna bli ett dynamiskt verktyg i kvalitetsutvecklingen av barnhälsovården i länet.

Vi har också för avsikt att tillsammans med mödrahälsovården i länet presentera en gemensam verksamhetsrapport, förhoppningsvis från och med 2008.

Undertecknad, som nytilträd barnhälsovårdsöverläkare sedan årsskiftet, tillsammans med samordnande BVC-sjuksköterska Gunnel Holmqvist, har under vårt första halvår 2007 påbörjat en översyn av bl.a. vårt styrdokument: **Riktlinjer för barnhälsovården i Jämtlands län** med bl.a. upprättandet av nya kvalitetsmål för barnhälsovården. Styrdokumentet medföljer som bilaga till årets rapport. Nya kvalitetsmål är under framtagande men samråd/förankring med primärvårdsledningen i länet måste först komma till stånd.

Vi har också påbörjat diskussionen med IT-ansvariga inom landstinget med att datorisera barnhälsovårdsjournalen. Processen är precis påbörjad men är i gång. Föräldra-Barnhälsan (f.d. Centrala Mödra-Barnhälsovården) kommer vidare att förändra sin hemsida på landstingets insida för att underlätta arbetet för bl.a. våra kolleger på barnavårdscentralerna ute i länet.

Vi kommer också under hösten 2007 påbörja databehandling av hälsosamtal vid 4-årskontrollen på BVC med samtidig registrering av BMI. Förhoppningsvis kommer också under år 2007 arbetet med att ta fram ett vårdprogram för landstinget rörande övervikt och fetma bland barn och ungdomar att avslutas. Sannolikt kommer barnhälsovården i länet att delta i ett nationellt upplagt behandlingsprogram för övervikt och fetma bland barn på BVC, ett projekt som startar under oktober månad.

Under tiden pågår allt det viktiga arbete som sker dagligen i kontakten med barn och föräldrar på våra barnavårdscentraler. Men samtidigt sker något i vårt samhälle som ibland ter sig närmast obegripligt. Våra barn har en hög levnadsstandard och mycket bra förutsättningar för en god livskvalitet. Den objektiva livskvaliteten mätt med faktiska mått som disponibel inkomst och tid med familjen har ökat men däremot har den upplevda livskvaliteten försämrats för barn i vårt land. Prof. Lennart Köhler (17) uttrycker det med orden:

Varför mår barnen sämre än de har det?

Frågan är komplicerad och svaren är många. Barnfamiljernas ekonomiska ställning har försvagats, barnfamiljer är mindre nöjda med sin ekonomi, sämst hälsa har barn vilkas mammor och pappor inte arbetar samt barn till ensamföräldrar. Familjens betydelse för hälsan är således viktig men nyare forskning visar också, åtminstone över en viss nivå, att det inte finns ett klart samband mellan materiell standard och hälsa. Forskningen söker sig idag allt mer mot psykosociala förklaringsmodeller och laborerar nu med begrepp som ”relativ fattigdom” och ”socialt kapital”.

Att de sociala skillnaderna i hälsa beskriver en gradient betyder att det inte bara är de fattigaste som är sjukare än de rikaste, för varje steg nedåt från toppen blir hälsan sämre. Även de som lever ett bekvämt liv någonstans i mitten har sämre hälsa än de strax ovanför. Man pratar idag om **jämförelseängesten i vårt samhälle**. För barnens del bidrar de kommersialiserade idealbilderna, som pressar allt yngre barn mot ouppnåeliga mål, till jämförelseängesten. Således är en **viktig slutsats att de samhällen som uppvisar små**

ekonomiska skillnader mellan hög och låg har en bättre folkhälsa. Dagens forskning visar också på klara samband mellan psykiska och psykosociala förhållanden och rent biologiska effekter, t.ex. via hormonsystem som reglerar stressfunktioner hos barn och ungdomar.

Lennart Köhlers slutsats i hans kliniska översikt blir att **om man i ett samhälle tillåter en tilltagande segregering är risken överhängande för ökade hälsoproblem, och då framförallt hos dem som redan är svagast. Då kommer barnen i högsta grad i farozonen.** Barnhälsovårdens fortsatta arbete med att omsätta barnkonventionen i vardagen måste fortsätta och intensifieras.

Vi har här presenterat vår verksamhetsstatistik och en del övrig allmänt tillgänglig statistik. Vi hoppas att rapporten skall bli föremål för analys och diskussion och inte minst som underlag för samtal när Gunnel och Per kommer på besök ute på den enskilda BVC.

Alla vi som arbetar inom barnhälsovården arbetar för att stärka de hälsofrämjande faktorerna, motverka riskfaktorerna och minimera sårbarhetsfaktorerna. Vägen dit är en fungerande mödra- barnhälsovård med hög kompetens där god tillgänglighet, arbetsglädje, delaktighet och samverkan i arbetet är oerhört viktigt.

Undertecknade, Gunnel Holmqvist och Per Hedman, vill rikta **ett varmt tack till all personal vid länets barnvårdscentraler.** BVC-verksamheten fortsätter att fungera bra runt om i länet! Mycket tack vare BVC-personalens enorma engagemang och kunnighet men också tack vare att barnens hälsa i stort sett har prioriterats av chefer och politiker. Men farorna är många; budgetunderskott hotar och en belastad arbetsituation för BVC-sjuksköterskorna samt läkarbrist. Både antalet nyfödda och antalet förskolebarn ökar. Med den kloka och goda "hälsobas" som finns, kloka beslut, engagemang och med målsättning med barnets bästa bör livsmiljön bara kunna bli ännu bättre för våra barn i Jämtlands län!

Sven-Arne Silfverdal lämnade i och med årsskiftet 2006/07 sitt arbete som barnhälsovårdsöverläkare i länet. Vi är många som kommer att sakna honom. Hans stora kunskaper inom så skilda fält som amning, vacciner, fettsyror, övervikt och fetma m.m. har och kommer fortsatt att inspirera. Vi önskar lycka till på färden som barnhälsovårdsöverläkare i Umeå och som universitetslektor i pediatrik vid Umeå universitet.

Vi vill också rikta ett varmt **tack till Anna-Karin Burge Andersson och Anne-Caroline Sjöqvist**, sekreterare på Föräldra- Barnhälsan, vilka tålmodigt stött oss med all statistikbearbetning och hjälp med att iordningställa årets verksamhetsrapport.

Östersund augusti 2007

Gunnel Holmqvist

samordnande BVC-sjuksköterska

Per Hedman

barnhälsovårdsöverläkare

15 Barnkonventionen

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

16 Riktlinjer för barnhälsovården i Jämtlands län

Referent Per Hedman Uppdaterat 2007-02-15

16.1.1 Styrdokument

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

Riktlinjer för barnhälsovården finns fastlagda i följande skrifter:

- Hälsoundersökningar inom barnhälsovården (Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 1991:8).
- Barnhälsovård (Hagelin, Magnusson & Sundelin, 2000).
- Folkhälsoplan för Jämtlands läns landsting..
- Kvalitetssäkring av barnhälsovården (SOS-rapport 1994:19).
- Utredningen ”Skydda skyddsnetet” (Socialstyrelsen 1992).
- FN:s konvention om barns rättigheter 1990, artikel 24, hävdar barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa och rätt till vård och rehabilitering i form av tillgång till hälso- och sjukvård. Amningsstrategi för Jämtlands län.
- Stöd i föräldraskapet SOU 1997:161
- Nya verktyg för föräldrar - förslag till nya former av föräldrastöd; FHI 2004
- Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom BHV 2003.
- Nationell målbeskrivning för läkartjänstgöring på BVC 2005 från Barnläkarföreningen, Svenska distriktsläkarföreningen och Svensk förening för allmän medicin.
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:22 M) om vaccination av barn.
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:24M)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)
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1983:21) för hälso- och sjukvårdspersonal m fl vid tillämpning av internationell kod för marknadsföring av bröstmjölksersättningar.
- 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 2001.
- Anvisningar och kommentarer Barnhälsovårdsjournal 2000-01 *Ny på gång 2006!*
- Lokala vårdprogram ex. pneumokocker,hepatit B,Tidig HemGång (THG).

16.2 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.

16.3 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” 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.

16.4 Föräldra-Barnhälsan

Föräldra-Barnhälsan 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.

Föräldra-Barnhälsan sammanställer och bearbetar verksamhetsstatistik från mödra- och barnhälsovårdsenheterna i länet och återför den till berörda instanser

16.5 Innehåll i verksamheten

16.5.1 Hälsöövervakning

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

Basprogrammet omfattar hälsoundersökningar, vissa screeningundersökningar, vaccinationer och hälsoupplysning i olika åldrar.

De föreslagna kontakttillfällena är valda med tanke på vilka avvikelser som kan upptäckas i respektive nyckelåldrar och för att passa rekommenderade vaccinationsintervall. Kontakterna är som framgår av bifogade program tätast under spädbarnsåret och blir sedan glesare för att efter 2 års ålder innebära cirka en kontakt per år.

Läkarbesöken är mycket få (5 stycken) i basprogrammet, detta för att i stället utrymme skall finnas för extra och längre besök vid behov. Huvudparten av hälsoövervakningsprogrammet 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". Det råder inga tvivel om att där är hembesöket en oöverträffad metod. Vid hembesöket uttrycker man i handling snarare än i ord, omtanke och inlevelse i småbarnsfamiljernas ofta strävsamma tillvaro. Man visar också att samarbetet mellan familjen och barnhälsovården främst är på familjernas villkor.

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

Hembesöket är tidskrävande men sparar tid på sikt. Om en förtroendefull kontakt skapats ges större möjlighet till tidiga förebyggande insatser och en behovsanpassad BVC-verksamhet.

Det **intensifierade programmet** är individuellt och anpassas efter behov. En stor del av barnen och deras föräldrar behöver tätare kontakter under kortare och längre perioder. En orsak till detta kan vara medicinska problem hos barnen t ex barn som visat tecken på avvikelser i samband med förlossningen, barn som vårdats på sjukhus pga sjukdom eller olycksfall eller där det finns ärftliga sjukdomar i familjen. Barn som också kan behöva uppmärksammas extra medicinskt är flyktigbarn, 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 m.m. kan behöva extra mycket stöd från BVC.

En grupp som man på BVC måste uppmärksamma särskilt är mammor som drabbas av post partum depressioner (ungefär 10-15 % av nyförlösta mammor). En mamma som är deprimerad har svårt att samspela med sitt barn, vilket gör att barnet får en bristande

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

16.5.2 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 föräldracentrerat förhållningssätt där man utgår från föräldrarnas önskemål och behov, samtidigt som föräldrarna ges möjlighet att reflektera och ta ställning till hur deras levnadsvanor kan påverka barnen. Genom att skapa en dialog på jämbördig nivå ökar förutsättningarna till en önskad förändring.

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.

16.5.3 Vaccinationer

Alla barn rekommenderas att delta i det kostnadsfria vaccinationsprogrammet enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:22 M) om vaccination av barn; om vaccination mot pneumokocker (SOSFS 1994:26 (M)). Sedan 1996 ingår vaccinationer mot Difteri, Stelkramp, Kikhosta, Polio och Haemophilus influenzae typ b (Hib), samt vaccinationer mot Mässling, Påssjuka och Röda hund. Dessutom erbjuds alla riskbarn vaccination mot Tuberkulos, Hepatit B och Pneumokocker. Se Socialstyrelsens Rekommendationer ang. insatser mot Tuberkulos och Hepatit B! Se lokala riktlinjer ang. riskbarn och tuberkulos, hepatit B och pneumokocker !

16.5.4 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.

16.5.5 Stöd i föräldraskapet - Föräldragrupper

Föräldragrupper ingår som en del i stödet i föräldraskapet (SOU 1997:161).

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.

16.5.6 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.

16.5.7 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 läns sjukvård. Förutom samverkan på ett mer övergripande plan när det gäller policyfrågor och mål behövs ett samarbete för att lösa sammansatta problem i enskilda ärenden.

Vi har flera exempel på bra samverkan. Idag samverkar många enligt familjecentralsidén d.v.s. flera olika yrkeskategorier arbetar tillsammans kring barnfamiljen. Familjecentraler

(MHV, BHV, Socialtjänst och Öppen förskola) har bildats på flera håll i länet. 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.

16.6 Kravspecifikationer

Hälsoövervakning: Övervakningsprogrammet enligt bifogat blad skall följas

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

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 och hemophilus influenzae typ B under spädbarnsåret samt en senare boosterdos av polio. Vaccination mot mässling, påssjuka och röda hund erbjuds under andra levnadsåret. Alla riskbarn skall erbjudas BCG-, hepatit B och pneumococc-vaccination.

Föräldragrupper: Alla föräldrar till nyfödda barn som bor inom BVC:s upptagningsområde skall erbjudas någon form av 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.

Samverkan: Samverkansrutiner med socialtjänsten skall upprättas.

Mätbara mål:

- andel barn som ammas helt vid 2 månader 80 %,
- andel barn vid som ammas helt 4 månader 60 %
- andel barn som ammas helt vid 6 månader 35 %.
- andel föräldrar som inte röker när barnet är 8 månader skall vara mer än 93 %
- andel barn som fått vaccination mot mässling, påssjuka, röda hund vid 2 års ålder skall överstiga 90 %

16.7 BVC:s hälsoövervakningsprogram (Jämtland)

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

16.8 Åtgärdskalender

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

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

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.

17 Referenser

1. 1. Hälsoundersökningar inom barnhälsovården (SOSFS 1991:8)
Kvalitetssäkring av barnhälsovården (SOS-rapport 1994:19)
2. Svenska barnläkarföreningen, Svenska Distriktsläkarföreningen och Svensk Förening för Allmän Medicin om Läkartjänstgöring inom barnhälsovården och på barnavårdscentral
3. Björkman H, Dozai M. Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården. Nationella nätverket för barnhälsovårdssamordnare / vårdutvecklare (2002).
4. PM Riktlinjer för barnhälsovården i Jämtlands län, bifogas årets rapport.
5. Kommunala basdata (www.fhi.se)
6. Köhler L. Indikatorer för barns hälsa i Sverige. Bidrag till ett kommunalt barnindex. (www.rb.se)
7. Salonen T. Barnfattigdomen i Sverige - Årsrapport 2006 (Rädda Barnen).(www.rb.se)
8. www.skolverket.se
- 9 www.bris.se/society/article/dn.asp
- 10 www.socialstyrelsen.se (Folkhälsorapport 2005,Epidemiologiskt Centrum).
11. www.scb.se
12. Jansson A, Sivberg B, Wilde Larsson B, Udén G. Hembesök kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som föräldrar. Läkartidningen 2003;100:1348-1351.
13. TCO-s pappaindex 2006 (www.tco.se)
14. Nationella Folkhälsoenkäten 2006 (www.fhi.se).
15. Weismann M. Remissions in maternal depression and child psychopathology. JAMA 2006;295:1389-98
16. Wickberg B, Hwang Philip. Post partum depression - nedstämdhet och depression i samband med barnafödande.Statens folkhälsoinstitut 2003:59
17. Köhler L. Varför mår barnen sämre än de har det? Läkartidningen 2007;26-27:1989-1991

Omslagsbild: Greta

Foto: mormor Gunnel Holmqvist