

Barnhälsovårdens kvalitetsutveckling i Jämtlands län



Resultatredovisning 2013

Föräldra- och Barnhälsan

Kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård i Jämtlands län

Innehåll

1	Konventionen om Barnets Rättigheter (BK)	4
2	Sammanfattning av barnhälsovårdens resultat 2013	6
3	Länets barnhälsovårdsorganisation.....	7
4	Kravspecifikation för barnhälsovården i Jämtlands län.....	8
5	Familjesituation.....	9
5.1	Barnfattigdomen i Jämtlands län	10
6	Barn och personal i förskola.....	11
6.1	Öppna förskolor och familjecentraler	12
6.2	Antal födda i Jämtlands län under perioden 1990- 2013	12
7	Inskrivna och övervakade barn med födelseår 2007 - 2013	13
7.1	Bemanning på barnvårdscentralen	14
7.2	BVC – normtid/faktiskt arbetad tid	16
7.3	Vårdtyngdsindex	17
7.4	Hembesök under 2013 för nyblivna föräldrar i Jämtlands län.....	18
8	ICDP-programmet ”Vägledande samspel”	21
9	Ömsesidig Respekt 2013-01-01--2014-04-28.....	23
10	Pappaindex 2013	24
11	Psykolog och socionomverksamhet 2013.....	26
12	Genus	27
13	Psykisk ohälsa	27
14	Amning	30
15	Rökning.....	32
16	Vaccinationer	34
17	BMI	37
18	Barn som far illa	38
19	Samverkan med förskolan.....	40
20	Språkscreening.....	41
21	Småbarnstandvård i Jämtlands län.....	43
22	Barnhälsovårdens Stora Pris 2013	46
23	Given fortbildning BHV 2013	47
23.1	Möten och träffar med BHV-personal och samverkanspartners	50
23.2	Nationellt	54
24	Riktlinjer 2013 för barnhälsovården i Jämtlands län.....	56
24.1	Styrdokument.....	56
24.2	Barnhälsovårdens mål	57
24.3	Resurser.....	57
24.4	Föräldra-och barnhälsan (FBH)	58

24.5	Innehåll i verksamheten.....	58
	Hälsöövervakning.....	58
	Hälsoupplýsning.....	59
	Vaccinationer.....	60
	Psykosocialt stöd.....	60
	Stöd i föräldraskapet - Föräldragrupper.....	60
	Hälsovård i förskolan.....	61
	Samverkan.....	61
24.6	Kravspecifikation.....	62
24.7	Målsättning.....	63
24.8	Kommentarer till hälsöövervakningsprogrammet.....	64
24.9	BVC:s hälsöövervakningsprogram (Jämtlands län).....	65
25	Avslutande tankar.....	66
26	Referenser.....	68
27	Appendix.....	69

1 Konventionen om Barnets Rättigheter (BK)

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

Jämtlands läns landstings fullmäktige har beslutat att BK skall implementeras inom landstingets verksamheter.

Landstinget reserverade 100 000 kronor under 2013 för arbetet med barnkonventionen.

En tjänst (50 %) för strategiskt arbete med barnkonventionen och nationella minoriteter utlystes under 2013 och Sofia Kling fick tjänsten som utvecklingsstrateg.

Landstinget har en samrådsgrupp för barnkonventionen, som bildades 2011, bestående av en representant från varje verksamhetsområde inom landstinget. Ett arbetsutskott förbereder träffarna med samrådsgruppen. Det har under 2013 bland annat bestått av landstingsöverläkare Carsten Dencker, enhetschef AKM Kristine Bergström, samordnande BHV-sjuksköterska Gunnel Holmqvist, tandläkare Bibbi Röjelid Nääs och utvecklingsstrateg Sofia Kling. Samrådsgruppen har en bred representation från landstingets alla verksamheter. Syftet är att utveckla BK-arbetet inom sina respektive arbetsområden. Gruppen har träffats en gång i kvartalet. På träffarna har informerats om det BK-arbete som gjorts inom respektive område och diskussion om det fortsatta arbetet med att implementera BK i det vardagliga arbetet har pågått. Handlingsplan för implementering av barnkonventionen i JLL har tagits fram och utifrån den har arbetsgrupper bildats och arbetat med olika frågor bl. a har arbetet med att ta fram riktlinjer / rutiner i mötet med barn och unga som anhöriga fortsatt och utformningen av ett informationsmaterial som kan användas när man informerar om BK på sin arbetsplats samt arbete med lärandeseminarier kring hur man samtalar med barn har påbörjats. Även behovet av att samordna och synliggöra dokument som berör Barn som far illa har påtalats. De som fått möjlighet att delta på nationella konferenser har gjort en kort redovisning från dessa.

Det finns även ett **”Länets BK-nätverk”** som består av representanter från alla kommuner i länet samt från landstinget och Rädda Barnen. På dessa träffar har nya undersökningar, rapporter och material tagits upp samt det barnkonventionsarbete som görs ute i kommunerna. En årlig barnkonventionsdag planeras. Under 2013 anordnades en dag om hur vuxna i olika funktioner kan stödja barn och unga så att alla får möjlighet att delta i och påverka sin egen fria tid. Bland föreläsarna var Mats Trondman, professor vid Linnéuniversitetet i Växjö.

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

Barnkonventionen ska synliggöras i verksamhetsdokument, kvalitetsmål och kvalitetsuppföljning. Barnombudsmannens informationsmaterial för föräldrar **”Viktigast av allt”**.



Det består av en handledning, tre filmer, broschyr och en webbplats. Materialet används i föräldragrupper på våra mödra- och barnavårdscentraler. Det har ett särskilt fokus på relationen mellan barn och föräldrar och tar upp barnets rätt till skydd mot våld och kränkande behandling.

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

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

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

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

2 Sammanfattning av barnhälsovårdens resultat 2013

Område	Uppsatt mål 2013	Uppnått mål 2013	Resultat +/-
Hälsoövervakning	99 % av barn 0-1 år	99,4%	+
Hembesök nyblivna föräldrar	Alla erbjudes hembesök	74 %	-
Hembesök förstagångsföräldrar	95 % får hembesök	72 %	-
Föräldragrupp	Alla nyblivna föräldrar ska erbjudas att delta	62,6%	-
Förskola	Alla förskolor ska erbjudas besök minst en gång/termin	49,7 % av de kommunala förskolorna har fått besök under året	-
Psykisk ohälsa	Alla nyblivna mammor erbjudes EPDS	72,3 %	-
Amning	80 % av barnen helammas vid 2 mån ålder	69,9%	-
Amning	70 % av barnen helammas vid 4 månaders ålder	58,9%	-
Amning	70 % av barnen hel eller delammas vid 6 månaders ålder	63,9	-
Rökning	96 % rökfria mödrar när barnet är 0-4 v	97,6%	+
Rökning	93 % rökfria föräldrar när barnet är 8 månader	90,1%	-
Vaccinationer	97 % av barnen MPR vaccinerade före 2 års ålder	96,9%	+
Vaccinationer	99 % av barnen vaccinerade med DTP-, polio-, Hib-pneumokockvaccin	~97,7%	(+)
BMI	>90% normalt BMI	88,1%	(+)

3 Länets barnhälsovårdsorganisation

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

BHV:s del av FBH består av barnhälsovårdsöverläkare (BHVÖL) (60 %), samordnande BHV-sjuksköterska (100 %) i samverkan med FBH:s psykologer och socionomer samt sekreterare. Samordnande BHV-sjuksköterskan har i sin tjänst ett uppdrag (10 %) som samordnare för länets familjecentraler.

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

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

BHV ska erbjuda psykosocialt stöd till

- alla (**universell prevention**)
- särskilda riskgrupper (**selektiv prevention**)
- familjer med förhöjd risk på individnivå (**indikerad prevention**).

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

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

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

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

BHV:s verksamhet är generell och når i praktiken alla barn. Målet är att **bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för barn**. I det nya vägledningsdokumentet från socialstyrelsen (16), som presenterades april 2014, beskrivs att ”för att uppnå dessa mål behöver BHV erbjuda insatser till alla barn och föräldrar, riktade förstärkta insatser till barn och föräldrar med särskilda behov samt hälsoövervakning och individuellt utformad hjälp till barn som löper högre risk att drabbas av ohälsa”. Teamarbete där olika kompetenser kompletterar varandra ger förutsättningar för detta.

4 Kravspecifikation för barnhälsovården i Jämtlands län

BHV:s kravspecifikation har baserats på de numera upphävda allmänna råden från socialstyrelsen (15) och nationella målbeskrivningar för sjuksköterske- och läkartjänstgöring inom BHV (13,14). I dokumentet ”Riktlinjer för barnhälsovården i Jämtlands län” som står i slutet av denna årsrapport finns ytterligare styrdokument som gäller. Riktlinjerna tar upp vilka resurser som behövs, innehåll i verksamheten samt kravspecifikation och kvalitetskriterier.

Socialstyrelsen har, i samverkan med BHV:en i Sverige, tagit fram en ”Vägledning för barnhälsovården” med rekommendationer för BHV:s verksamhet. Vägledningens syfte är att bidra till en utveckling av en likvärdig BHV över hela landet och den riktar sig till personal och verksamhetschefer inom BHV samt till vårdgivare och beslutsfattare. Vägledningen ska vara ett kunskaps- och handlägningsstöd och bidra till att stärka användandet av evidensbaserad praktik inom BHV.

Samtidigt har ett nytt nationellt barnhälsovårdsprogram, anpassat till vägledningen, tagits fram av professionen med detaljerad beskrivning av verksamheten och finns på Rikshandboken BHV, nationell handbok för BHV:s personal, www.rikshandboken-bhv.se. I nya programmet tydliggörs bland annat behovet av riktade insatser. Implementering av det nya programmet påbörjas under 2014.

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

5 Familjesituation

Tabell 1 Familjesituationen för barn födda 2012-13 i Jämtlands län

BVC	Antal födda barn 2013	Sammanboende föräldrar	Ensamstående		Annan familjesituation		Barn, f. 2012, med en/båda föräldrar födda utanför Norden	
			antal	andel %	antal	andel %	antal	andel %
Myrviken	16	15	0	0	1	6,3	1/33	3
Svenstavik	30	28	2	6,7	0	0	12/34	3,5
Bräcke	21	19	2	9,5	0	0	14/27	51,9
Gällö	9	7	2	22,2	0	0	3/16	18,8
Kälarne	4	4	0	0	0	0	1/4	25
Funäsdalen	21	21	0	0	0	0	0	0
Fjällhälsan	15	15	0	0	0	0	3/15	20
Sveg	50	49	1	2	0	0	9/51	17,6
Föllinge	15	15	0	0	0	0	1/10	10
Krokom	103	102	0	0	1	0,97	7/95	7,4
Offerdal	24	23	0	0	1	4,2	6/18	33,3
Bispgården	7	5	2	28,6	0	0	1/8	12,5
Hammarstrand	25	24	1	4	0	0	6/28	21,4
Stugun	18	18	0	0	0	0	1/18	5,6
Backe	13	11 #	0	0	0	0	2/4	50
Gäddede	8	8	0	0	0	0	0	0
NNV Hoting Strömsund	19	19	0	0	0	0	3/13	23
Strömsund	68	65	2	2,9	1	1,5	18/69	26,1
NNV Ham-dal	18	18	0	0	0	0	3/34	8,8
Hallen	14	14	0	0	0	0	0	0
Järpen	29	28	0	0	1	3,5	8/35	22,9
Åre	50	50	0	0	0	0	2/62	3,2
Brunflo	68	67	1	1,5	0	0	10/80	12,5
Frösön	179	172	6	3,4	1	0,5	13/151	8,6
Lit	45	43	2	4,4	0	0	2/44	4,5
Lugnvik	59	57	1	1,7	1	1,7	8/64	12,5
Odensala	101	100	0	0	1	1,0	14/81	17,3
Torvalla	68	63	5	7,4	0	0	16/83	19,3
Z-gränd	186	173	10	5,4	3	1,7	23/188	12,2
Jämtlands län	1283	1233#	37	2,9	11	0,9	187/1265	14,8

Uppgift saknas om 2

5.1 Barnfattigdomen i Jämtlands län

Alla barn har rätt till en skälig levnadsstandard, enligt FN:s konvention om barnets rättigheter. Sedan år 2002 har Rädda Barnen varje år givit ut rapporter om barnfattigdomen i Sverige (1). Barnfattigdom utgår från ett index baserat på två oberoende variabler, låg inkomststandard och socialbidrag. Forskningen är entydig när den visar ett tydligt samband mellan barns materiella välfärd och deras tillgång till andra rättigheter, som fysisk och psykisk hälsa, utbildning och en meningsfull fritid. Att förbättra villkoren för de ekonomiskt mest utsatta barnen kan alltså få positiva effekter på långt fler områden än de ekonomiska.

Under åren 1997 till 2007 skedde en generell välstandsökning i Sverige. Barnfattigdomen minskade under denna period, från 22,3 procent år 1997 till 10,9 procent år 2007. Barnfattigdomen ökade därefter till 13,0 procent år 2009 för att därefter åter minska. 2011 års statistik visar på en fortsatt minskning av barnfattigdomen med 0,3 procentenheter till 12,1 procent under året. Det motsvarar 232 000 barn som lever i barnfattigdom.

Sammanfattningsvis

- Barnfattigdomen varierar starkt mellan Sveriges kommuner, från 3,1 procent (Lomma) till 31,9 procent (Malmö).
- Barnfattigdom är mer än fem gånger så hög bland barn med utländsk bakgrund (29,8 %) som bland barn med svensk bakgrund (5,5 %).
- Mer än hälften av alla barn (53,7 %) till ensamstående föräldrar med utländsk bakgrund lever i ekonomisk fattigdom, men endast 2,1 procent av alla barn som bodde med båda sina svenskfödda föräldrar.
- Andel barn i Strömsund, Bräcke, Berg och Ragunda kommuner som lever i ekonomisk utsatta hushåll ligger betydligt över riksgenomsnittet medan i Krokoms och Östersunds kommun är andel barn som lever i ekonomisk utsatta hushåll under riksgenomsnittet.

Tabell 2 Barn 0-17 år i ekonomiskt utsatta hushåll år 2011

Kommun/län/riket	Totalt antal barn	Antal barn i ekonomiskt utsatta hushåll	Andel barn (%) i ekonomiskt utsatta hushåll
Berg	1332	192	14,4
Bräcke	1233	181	14,7
Härjedalen	1676	202	12,1
Krokom	3379	280	8,3
Ragunda	940	135	14,4
Strömsund	2079	388	18,7
Åre	2052	222	10,8
Östersund	11250	888	7,9
Jämtlands län	23941	2 488	10,4
Riket	1 917 355	232 000	12,1

6 Barn och personal i förskola

Skolverket (2) presenterar årligen utbildningsstatistik. En allt större andel av barn går i förskola. Hösten 2013 var nästan 490 000 barn inskrivna i förskolan vilket är 84,2 % av alla barn i åldern 1 – 5 år att jämföra med 78,9 % år 2006.

Andelen barn i befolkningen under 2 år, som är inskrivna i förskolan, har under perioden 2006 till 2013 ökat från 43,4 % till 49,2 %.

Barngruppernas storlek är i stort sett oförändrad trots ett ökat barnantal.

Andelen barn 1-5 år med annat modersmål än svenska varierar kraftigt mellan länets kommuner – som högst inom Bergs kommun med 19 % och som lägst 6 procent i Härjedalens och Åre kommun.

Fortsatt få män i förskolan – endast knappt fyra procent av de anställda är män.

Hösten 2013 består en genomsnittlig förskolegrupp i Sverige av 16,8 barn jämfört med året innan 16,9 barn. Under 1980 – talet var det ovanligt med fler än 15 barn per grupp. I vårt län varierar gruppstorleken mellan 14,3 barn (Strömsund kommun) som lägst och 17,1 barn (Bräcke kommun) som högst.

Hösten 2013 gick det i genomsnitt 5,3 barn per årsarbetare i den svenska förskolan. Det är mer än ett barn fler per årsarbetare än under 1980-talet när genomsnittet låg på 4,3 barn. Antal barn per årsarbetare varierar i vårt län inom den kommunala förskolan mellan som lägst 4,6 barn (Åre kommun) och som högst 5,3 barn (Bräcke kommun).

Skillnaden mellan personalens utbildningsnivå i den kommunala och enskilda förskolan består. Nationellt har 56 procent av personalen i den kommunala förskolan idag en pedagogisk högskoleutbildning jämfört med 36 procent i den enskilda.

Tabell 3 Statistik förskolan 2013 kommun- och riksnivå

Kommun	Barn 0-3 år, andel av inskrivna (%)	Barn 1-5 år, andel (%) med annat modersmål än svenska	Antal inskrivna barn per avdelning	Antal inskrivna barn per årsarbetare
Berg	53	19	13,7	4,9
Bräcke	51	18	17,1	5,3
Härjedalen	59	6	15,2	5,2
Krokom	51	7	15,5	5,1
Ragunda	56	6	17,0	5,2
Strömsund	55	15	14,3	4,7
Åre	56	6	15,4	4,6
Östersund	56	9	16,4	5,2
Riket	55	22	16,8	5,3

6.1 Öppna förskolor och familjecentraler

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

Tabell 4 Antal öppna förskolor och familjecentraler i Jämtlands län 2013

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

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

Under 2013 anordnades en samverkansdag om ”graviditet och tidigt föräldraskap vid missbruk och beroende”. Zätastränds familjecentral stod för den årliga regionala nätverksträffen. Temat var teamarbete och de olika professionernas roller på en familjecentral. Barn- och utbildningsförvaltningen i Östersunds kommun anordnande nätverksträffen för familjecentralerna i kommunen. Samverkansavtalet för familjecentralerna i Östersund har reviderats.

Beslut togs att den årliga nationella Familjecentralkonferensen skulle anordnas i Östersund 13-14 maj 2014 med temat: Framtidens familjecentral.

6.2 Antal födda i Jämtlands län under perioden 1990- 2013

Antal födda i Jämtlands län år 2013 (3) visar på en minskning med 16 barn jämfört med år 2012.

Tabell 5 Antal nyfödda i Jämtlands län efter födelseår

1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1879	1028	1134	1164	1248	1264	1263	1295	1308	1344	1341	1430	1319	1282	1266

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

7 Inskrivna och övervakade barn med födelseår 2007 - 2013

Antalet inskrivna barn vid barnvårdscentralerna i Jämtlands län den 31.12. 2013 var 8175 barn vilket är en ökning med 19 barn sedan föregående årsskifte.

Tabell 6 Antal inskrivna barn på respektive BVC den 31.12.2013

BVC-mott	Födelseår							Totalt
	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	
Myrviken	16	33	28	35	23	31	0	166
Svenstavik	30	34	35	35	42	34	0	210
Bräcke	21	27	20	22	17	22	0	129
Kälarne	4	4	7	10	13	9	0	47
Gällö	9	16	11	24	21	18	0	99
Funäsdalen	21	19	18	18	12	23	0	111
Hede	15	15	15	17	16	19	0	97
Sveg	50	51	55	50	48	44	1	299
Föllinge	15	10	22	11	14	16	0	88
Krokom	103	95	113	124	146	148	3	732
Offerdal	24	18	14	38	17	27	0	138
Bispgården	7	8	6	15	6	11	0	53
Hammarstrand	25	28	22	28	23	27	0	153
Stugun	18	18	15	13	17	11	0	92
Backe	13	4	11	14	18	15	0	75
Gäddede	8	8	10	9	6	9	4	54
Ham-dal NNV	18	34	19	17	14	18	1	121
Hoting NNV	19	13	23	13	20	17	0	105
Strömsund	68	69	61	55	55	44	1	353
Hallen	14	11	14	21	20	16	0	96
Järpen	29	35	29	30	45	35	0	203
Åre	50	62	74	85	54	69	1	395
Brunflo	68	80	87	96	88	78	0	497
Frösön	179	151	171	170	177	200	0	1048
Lit	45	34	49	50	55	55	0	288
Lugnvik	59	64	67	75	73	76	0	414
Odensala	101	81	104	117	121	111	0	635
Torvalla	68	83	81	82	81	82	1	477
Zätahuset	186	188	190	166	145	125	0	1000
Jämtlands län	1283	1293	1371	1440	1387	1390	11	8175

Tabell 7 Inskrivna och övervakade barn inom barnhälsovården 31.12.2013

BVC-mott Kommun	Antal inskrivna efter födelseår							
	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	Totalt
Berg	46	67	63	70	65	65	0	376
Bräcke	34	47	38	56	51	49	0	275
Härjedalen	86	85	88	85	76	86	1	507
Krokom	142	123	149	173	177	191	3	958
Ragunda	50	54	43	56	46	49	0	298
Strömsund	126	128	124	108	113	103	6	708
Åre	93	108	117	136	119	120	1	694
Östersund	706	681	749	756	740	727	0	4359
Jämtlands län	1283	1293	1371	1440	1387	1390	11	8175
Antal övervakade	1275	1277	1123	1415	1339	1253	8	7690
Andel % övervakade	99,4	98,8	81,9	98,3	96,5	90,1	72,7	94,1

Andelen övervakade barn, d.v.s. de som träffat BVC-sjuksköterskan och/eller BVC-läkaren under år 2013 fortsätter att vara mycket hög, för de allra minsta barnen. Under barnets första levnadsår träffar i princip alla barn BVC- sjuksköterskan eller läkaren. Under perioden 1½ till 3 år är det inte någon rutinkontroll på BVC men ändå träffar nästan 9 av 10 barn sjuksköterska eller läkare på BVC under denna period. Siffrorna visar att föräldrar har ett mycket stort förtroende för barnhälsovården.

7.1 Bemanning på barnavårdscentralen

Bemanning och därmed kontinuitet uppvisar en väsentligen oförändrad bemanningssituation vid länets barnavårdscentraler under 2013 men de senaste två årens statistik inger ändå en viss oro inför framtiden. Antal läkare är fortsatt hög på en del barnavårdscentraler mestadels beroende en turbulent läkarbemanning inom primärvården med ett relativt stort antal ”stafettläkare”, familjeläkarsystem” vid några hälsocentraler och/eller utbildningsplatser för blivande barnläkare.

Antalet sjuksköterskor som under 2013 har tjänstgjort vid länets barnavårdscentraler är 44 sjuksköterskor vilket är utomordentligt tillfredsställande (jfr föregående år 53 sjuksköterskor). Kontinuiteten på sjuksköterskesidan är således enastående god vid länets 29 barnavårdscentraler.

Antalet läkare som tjänstgjort under 2013 är 87 läkare att jämföra med föregående år 85 läkare. Ett antal barnavårdscentraler skiljer ut sig markant (Z-gränd och Strömsund) och bemanningsfrågan behöver fortsatt noggrant följas då kontinuitet på läkarsidan är ett viktigt kvalitetskriterium för barn och föräldrar men också ur ett utbildningsperspektiv. Riktlinjerna i de nationella målbeskrivningarna för sjuksköterske- och läkartjänstgöring på BVC är att varje sjuksköterska och läkare på BVC ska få ansvar för minst 25 nyfödda per år. I ett glesbygdslän som vårt kan detta vara svårt att uppnå till fullo men måste ändå utgöra ett riktmärke för planering av BVC-verksamheten.

Se diagram nästa sida!

Diagram 1 Bemanning sjuksköterska/läkare på BVC; Jämtlands län

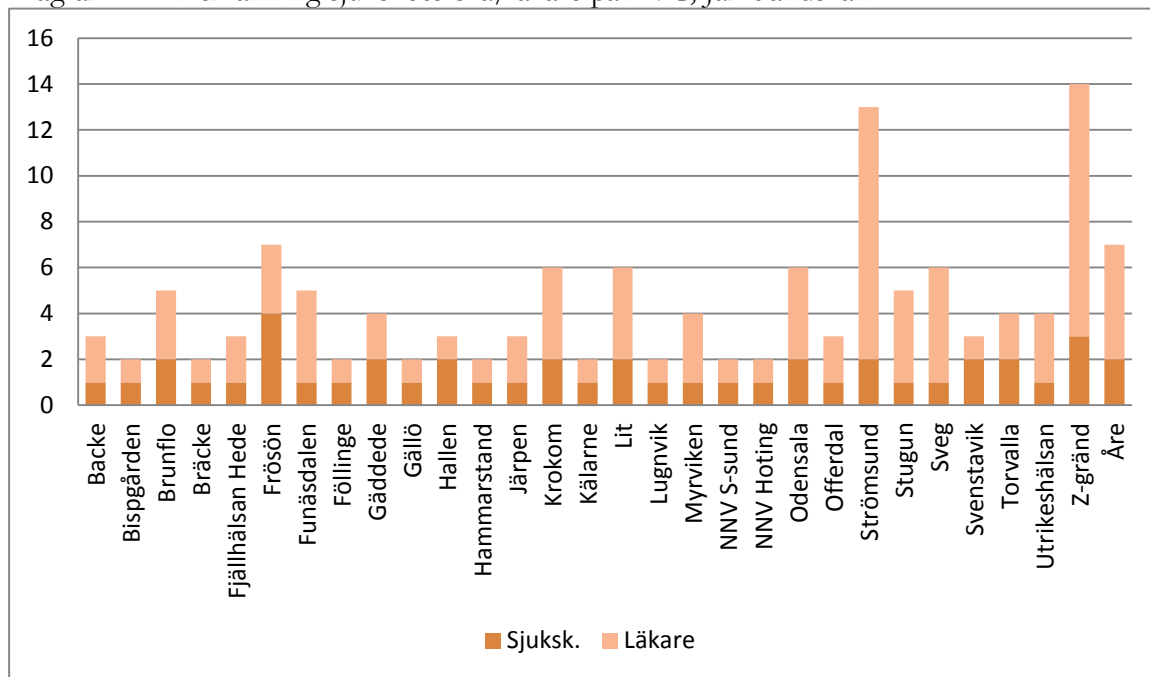
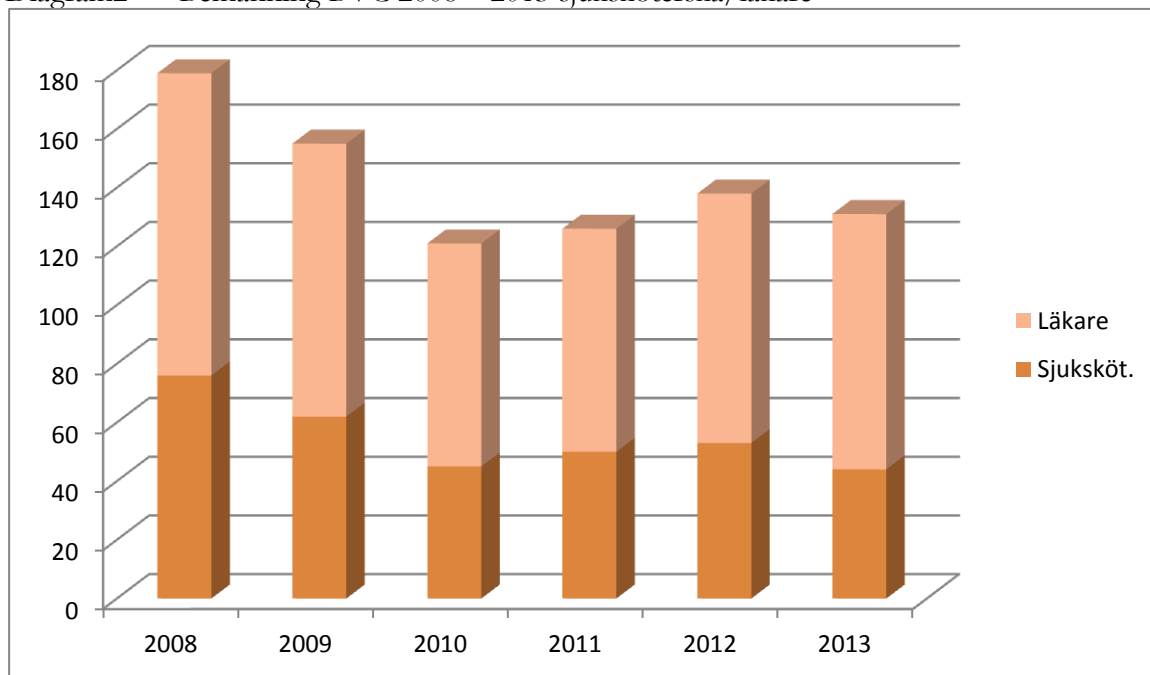


Diagram 2 Bemanning BVC 2008 – 2013 sjuksköterska/läkare



7.2 BVC – normtid/faktiskt arbetad tid

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

Ca hälften av länets 29 barnvårdscentraler hade under år 2013 mindre tid avsatt än den som rekommenderades i barnhälsovårdens styrdokument. Normtid/faktiskt arbetad tid måste sammanvägas med bl.a. den aktuella barnvårdscentralens vårdtyngd och om man ex. täcker upp för varandra vid semester, annan ledighet, innan någon slutsats kan dras beträffande ökning eller minskning av bemanningen. Index för vårdtyngd presenteras i kapitel 8.3. i denna årsrapport.

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

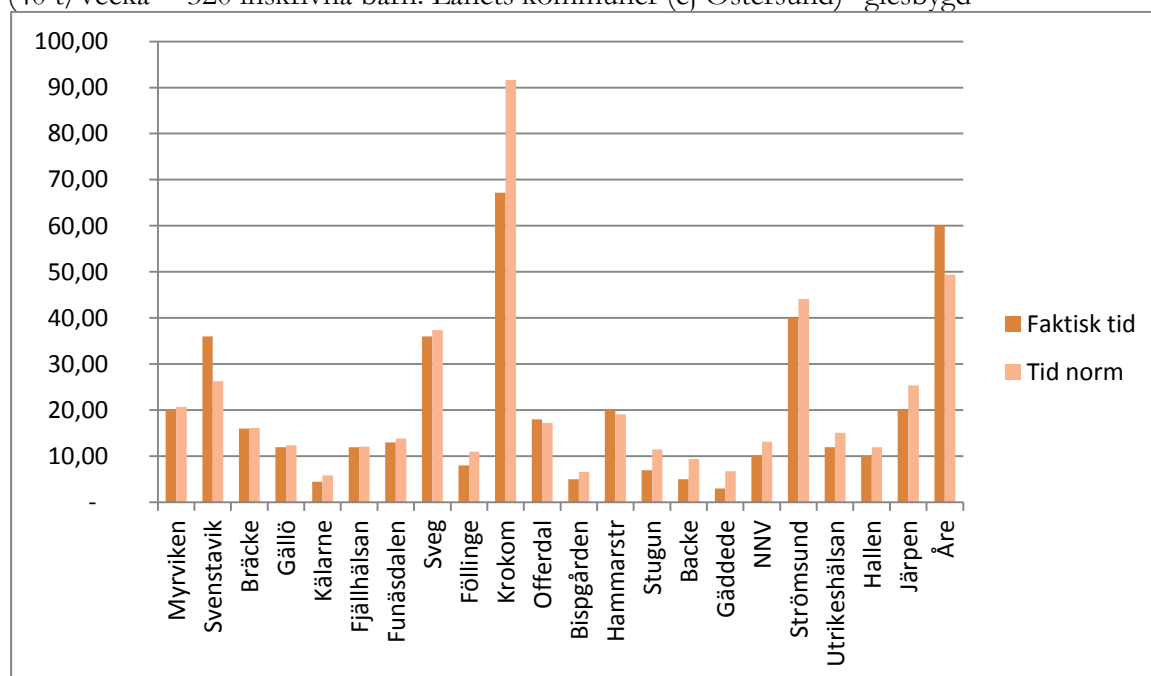
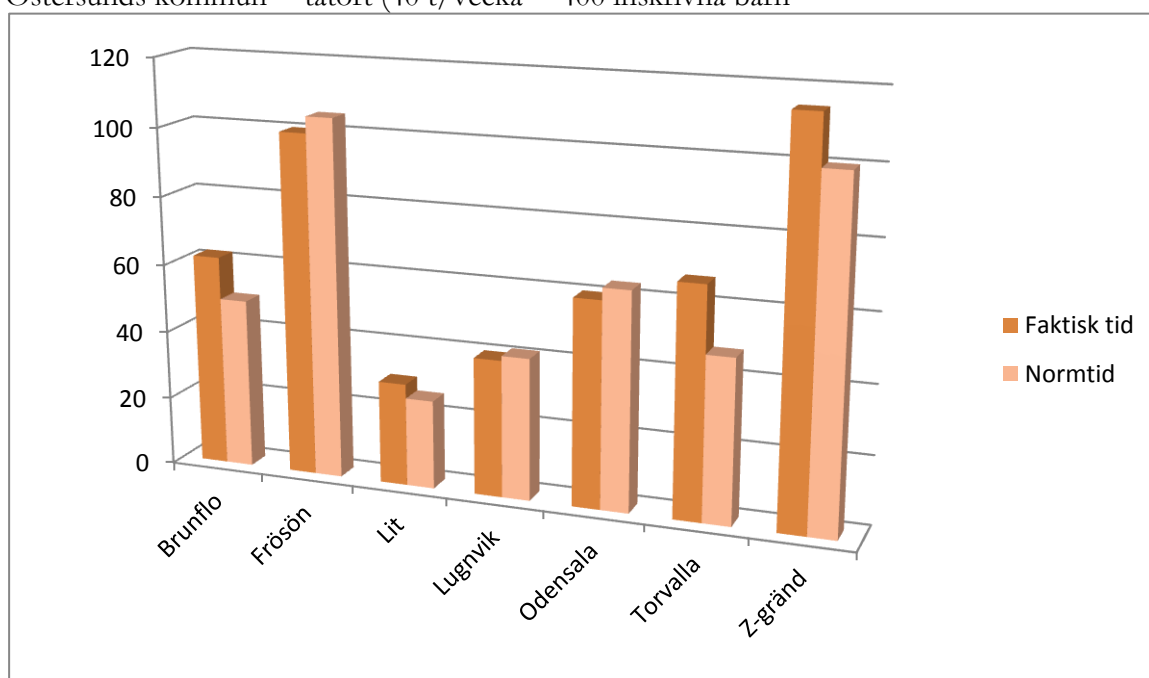


Diagram 4 Sjukskötersketid per vecka på BVC, faktisk tid och normtid.
Östersunds kommun = tätort (40 t/vecka = 400 inskrivna barn)



7.3 Vårdtyngdsindex

Hälsocentraler med hög vårdtyngd behöver mer tid för sin BVC-verksamhet. Vårdtyngdsindex användes på flera håll i landet (ex. Uppsala och Örebro) för att mäta belastning på BVC. BVC med högre vårdtyngd bör minska normtalen för heltidstjänster. Index beräknas som summan av andelen mammor och pappor som röker 0-4 v + andelen föräldrar som är utlandsfödda (summan av en och/eller båda föräldrar) + slutligen andel förstagångsmödrar. Den senare variabeln divideras med 3 för att inte få för stark genomslagskraft. **Vi får då ett länsgenomsnitt på 38,2.** Jfr föregående års vårdtyngdsindex på 32,9.

Diagram 5 Vårdtyngdsindex BVC i länets kommuner (ej Östersund)

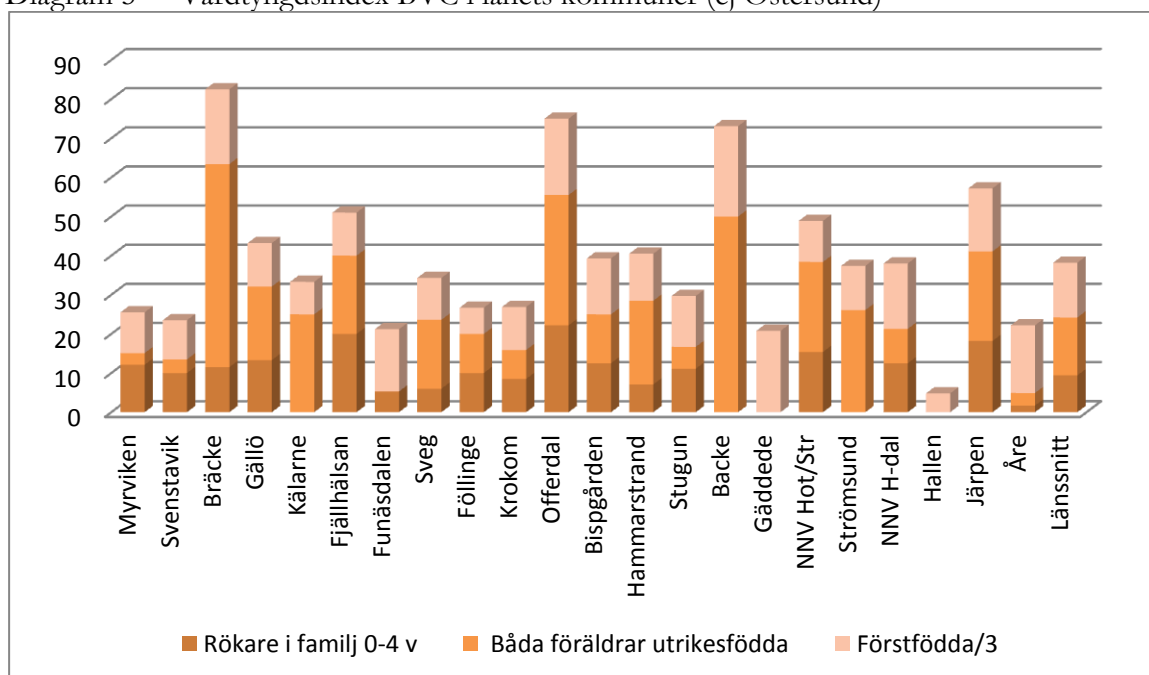
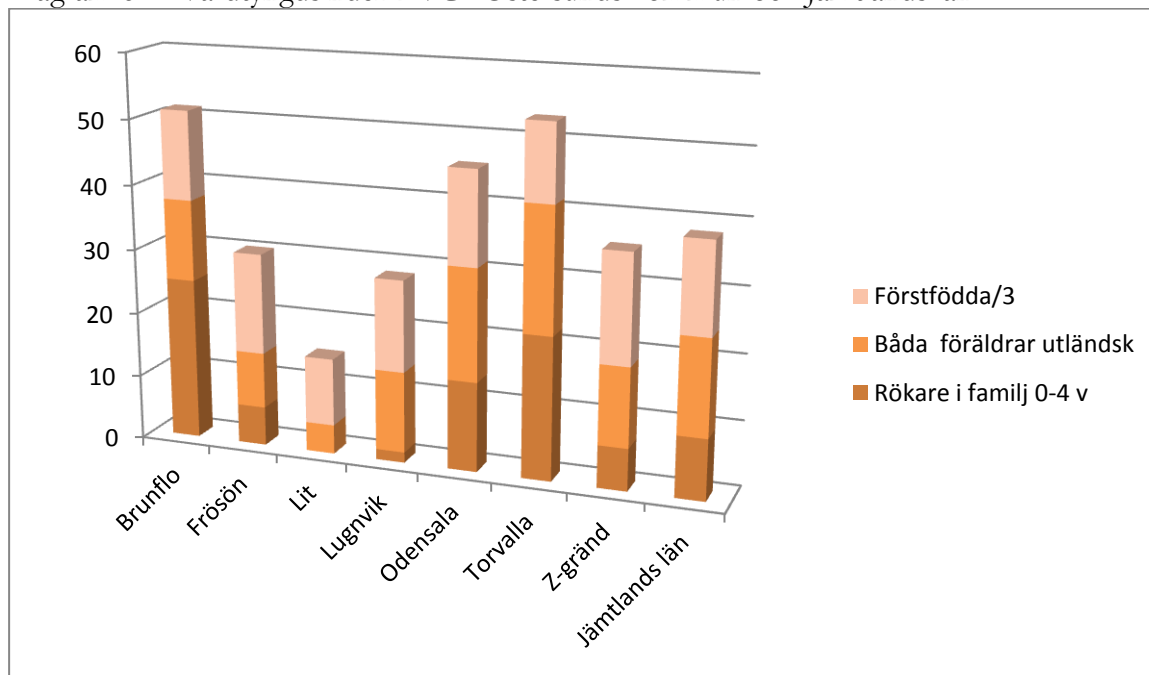


Diagram 6 Vårdtyngdsindex BVC i Östersunds kommun och Jämtlands län



Index ovan pekar på att ett antal barnvårdscentraler ligger över länsnittet för vårdtyngd, ex. Backe, Brunflo, Bräcke, Fjällhalsan Hede, Järpen, Nya Närvården Hoting/Strömsund, Odensala, Offerdal och Torvalla. Utifrån ett litet underlag ska dock siffrorna tolkas med försiktighet.

7.4 Hembesök under 2013 för nyblivna föräldrar i Jämtlands län

Målsättning: Hembesök skall erbjudas samtliga nyblivna föräldrar.

Hembesök är en viktig del av barnhälsovårdens arbete. Både svenska och internationella studier visar att BVC-sjuksköterskor beskriver vikten av att etablera kontakt med familjen som hembesökets primära syfte (4,5). Sjuksköterskans attityd till hembesök kan vara en avgörande faktor för hur hembesöksverksamheten utvecklas. Hembesök gör att sjuksköterskan blir mer lyhörd för familjens behov.(6)

I en jämförande studie där mödrar erbjöds antingen hembesök eller mottagningsbesök i nyföddhetsperioden fann man att de mödrar som fick hembesök ansåg att de fick större möjlighet att prata i lugn och ro och på så sätt fick en mer jämbördig relation till sjuksköterskan. Resultatet visade att dessa mammor ammade längre(7). Mödrar är övervägande positiva till hembesök och får bättre kontakt med BVC-sjuksköterskan än vid ett mottagningsbesök. Studier talar för att hembesök har positiv betydelse för kontakt med familjen och olika intervjuundersökningar har visat att de flesta föräldrar uppskattar hembesöket(8).

Årets statistik redovisar antalet hembesök till alla nyblivna föräldrar och förstagångsföräldrar (mammor) år 2013. Se tabell 8!

Hembesök erbjudes till 74 procent av alla nyblivna föräldrar och 72 procent av alla förstagångsföräldrar har fått hembesök. Sammantaget får 60 % av alla nyblivna föräldrar hembesök men ännu mer alarmerande är att vid vissa av våra BVC erbjuds mindre än 10 procent hembesök. Utifrån barnhälsovårdens riktlinjer är inte detta acceptabelt och kommer vid besök på respektive BVC att noggrant analyseras.

Tabell 8 Antal/andel hembesök(H) till alla nyblivna föräldrar 2013 i Jämtlands län

BVC	Antal födda barn	Antal som erbjudits hembesök		Andel % som erbjudits hembesök		Ant. som fått H av alla nybliv Mam-mor	Ant. som fått H av 1:a ggn:s Mam-mor	Andel av alla nybliv Mam-mor som fått H	Andel av alla 1:gg:n:s Mam-mor som fått H
		♀	♂	♀	♂				
Myrviken	16	14	14	88%	88%	10	4/5	63%	80%
Svenstavik	30	27	26	90%	87%	22	9/9	73%	100%
Bräcke	21	21	19	100%	90%	21	12/12	100%	100%
Gällö	9	9	8	100%	89%	9	3/3	100%	100%
Kälarne	4	4	4	100%	100%	4	1/1	100%	100%
Föllinge	15	5	5	33%	33%	5	2/3	33%	67%
Krokom	103	79	79	77%	77%	72	24/34	70%	71%
Offerdal	24	16	16	67%	67%	16	11/14	67%	79%
Bispgården	7	7	5	100%	71%	7	3/3	100%	100%
Hammarstrand	25	25	24	100%	96%	25	9/9	100%	100%
Stugun	18	18	18	100%	100%	14	6/7	78%	86%
Funäsdalen	21	21	21	100%	100%	21	10/10	100%	100%
Fjällhälsan	15	13	13	87%	87%	13	5/5	87%	100%
Sveg	50	3	3	6%	6%	3	2/16	6%	13%
Backe	13	11	11	85%	85%	8	7/9	62%	78%
Gäddede	8	8	8	100%	100%	8	5/5	100%	100%
NNV Hoting-Strömsund	19	1	1	5%	5%	1	0/6	5%	0%
Strömsund FC	68	66	64	97%	94%	52	23/23	76%	100%
Utrikeshälsan	18	5	5	28%	28%	5	2/9	28%	22%
Hallen	14	14	14	100%	100%	4	0/2	29%	0%
Järpen	29	28	28	97%	97%	20	11/14	69%	79%
Åre	50	35	35	70%	70%	17	8/26	34%	31%
Brunflo	68	65	65	96%	96%	56	24/28	82%	86%
Frösön	179	167	161	93%	90%	146	74/83	82%	89%
Lit	45	40	40	89%	89%	10	10/14	22%	71%
Lugnvik	59	41	41	69%	69%	26	12/25	44%	48%
Odensala	101	84	84	83%	83%	73	43/44	72%	98%
Torvalla	68	58	54	85%	79%	49	23/24	72%	96%
Z-gränd	186	64	54	34%	29%	57	45/94	31%	48%
Jämtlands län	1283	949	920	74%	72%	774	388/537	60%	72%

♀ = mödrar

♂ = fäder

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

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

Totalt erbjuds i länet 62,6 % av alla nyblivna föräldrar att delta varav 62,1 % deltar vid minst 3 grupptillfällen. Även om vi har en högre målsättning beträffande deltagarantal så vid en nationell jämförelse faller vi väl ut.

Tabell 9 Föräldrastöd i grupp, barn f. 2012

Kommun	Barn födda 2012	Föräldrar erbjudna föräldrastöd i grupp		Föräldrar, som erbjudits föräldragrupp och som deltagit vid minst 3 tillfällen	
	antal	antal	andel %	antal	andel %
Berg	67	25	37,3	14	56,0
Bräcke	47	41	87,2	19	46,3
Härjedalen	85	82	96,5	48	58,5
Krokom	123	48	39,0	34	70,8
Ragunda	54	44	81,5	29	65,9
Strömsund	128	73	57,0	32	43,8
Åre	108	105	92,7	60	57,1
Östersund	681	392	57,6	167	68,1
Jämtlands län	1293	810	62,6	503	62,1

Tabell 10 Föräldrastöd i grupp för förstagångsföräldrar till barn f. 2012 och som deltagit vid minst tre grupptillfällen.

Kommun Län	Antal inskrivna barn födda 2012			Antal/andel erbjudna förstagångsmödrar		Antal erbjudna förstagångsfäder		Förstagångsmödrar som deltagit minst 3 ggr, av totala antalet förstagångsmödrar		Förstagångsmödrar, som deltagit minst 3 ggr, av antalet erbjudna förstagångsmödrar	Förstagångsfäder, som deltagit minst 3 ggr, av antalet erbjudna förstagångsfäder	
	alla barn	första barn ♀	första barn ♂	antal	andel %	antal	andel %	antal	andel %	andel %	antal	andel %
Berg	67	17	25	13	76,5	14	56	9	52,9	69,2	0	0
Bräcke	47	12	10	11	91,7	10	100	6	50	54,5	0	0
Härjedalen	85	35	37	35	100	36	97,3	28	80	80	9	25
Krokom	123	46	49	37	80,4	34	69,4	28	60,9	75,7	8	23,5
Ragunda	54	23	21	20	87	18	85,7	11	47,8	55	2	11,1
Strömsund	128	52	47	31	59,6	28	59,6	24	46,2	77,4	9	32,1
Åre	108	42	47	32	76,2	39	83	28	66,6	87,5	8	20,5
Östersund	681	318	307	282	88,7	261	85,0	238	74,8	84,4	106	40,6
Jämtlands län	1293	545	543	461	84,6	440	81,0	372	68,3	80,7	142	32,3

Beträffande förstagångsmödrar har 84,6 % blivit erbjudna att delta och av dessa har 80,7 % deltagit vid minst 3 grupptillfällen. Beträffande förstagångspapporna har 81 % blivit erbjudna och av dessa har 32,3 % deltagit vid minst 3 grupptillfällen.

8 ICDP-programmet "Vägledande samspel"

ICDP (International Child Development Program), är ett hälsofrämjande program med mål att stimulera och utveckla ett positivt samspel mellan vuxna och barn, barn sinsemellan och mellan vuxna. Det är ett samspelsprogram som grundar sig på vad som gynnar barns växande och lärande. Barn är precis som vuxna beroende av sin omgivning för att de egna resurserna skall komma fram och användas.

I ICDP-programmet finns det en hög ambition att stödja föräldrarnas egna aktiviteter, att vägledaren bekräftar och uppmärksammar det positiva i föräldrarnas samspel med barnet. Det lägger stor vikt vid att ge stöd till föräldrarna så att de litar på sina egna förmågor och tror sig om att kunna uppfostra sitt barn. Det är i den vardagliga samvaron som det viktiga samspelet sker. Genom att vara nyfiken på det egna samspelet kan man utveckla sina relationer och sitt samspel.

En viktig del i programmet Vägledande samspel/ICDP är de tre dialogerna och de åtta temana för gott samspel. Dessa sammanfattar i korthet de kvaliteter som är avgörande för barnets hela utveckling och hänvisar till erfarenheter som är grundläggande för all god omsorg. Temana kan delas in i tre huvudkategorier som beskrivs som de tre dialogerna: *Den känslomässiga dialogen*, *Den meningsskapande och utvidgande dialogen* och *Den reglerande dialogen*.

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

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

2013 utbildades 10 BVC-sjuksköterskor, 4 barnmorskor och 2 personal från Bryggans verksamhet i Östersunds kommun i Nivå 1. Handledare: Gunnel Holmqvist, samordnande BHV-sjuksköterska och Christina Lundberg, socialtjänsten Sundsvall
Under hösten fortsatte 15 av dessa att utbilda sig i Nivå 2. De blev klar som Diplomerade Vägledare maj 2014. Handledare: Gunnel Holmqvist, samordnande BHV-sjuksköterska och Lisa Fröst Björnsdotter, psykolog.

På "Samspelsutbildning" för personal inom Barn Unga Vuxna m.fl. informerades om ICDP:s bakgrund och innehåll.

Under en dag om internationella adoptioner anordnad av "länets nätverk för internationella adoptioner" berättade Christina Lundberg från Föräldrahjälpen i Sundsvall om sina erfarenheter av arbetet med adoptivföräldrar i grupp enligt "Vägledande samspel" (ICDP).

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

9 Ömsesidig Respekt 2013-01-01--2014-04-28

Ömsesidig Respekt är nu inne på sitt åttonde år och undertecknad möter föräldrar och upplever den effekt programmet har. Två utvärderingar från Örebro universitet visar detsamma, vilket även visas i en rapport skriven 2014 av Håkan Stattin, Örebro universitet. Vi har nått över 2000 föräldrar idag och de flesta går som par vilket innebär att vi fortsätter att nå många pappor.

Verksamheten med Ömsesidig Respekt har i alla kommuner eller landsting börjat som projekt för att sedan i några kommuner gå över till verksamhet där föräldragrupper har fortsatt fyllas och verksamheten fortsätter att fungera. Tyvärr finns det även kommuner där Ömsesidig Respekt har upphört. Det har inte berott på ointresse från föräldrar och där grupper inte fylls, och inte heller att ledarna inte vill, utan på att nya verksamhetschefer har blivit tillsatta som inte beslutat att fortsätta verksamheten. Inom Jämtlands läns landsting finns Ömsesidig Respekt idag i Åre och Krokombom. I ett fortsatt mycket gott samarbete med mödra- och barnhälsovården genomförs grupper som ett steg 3 efter barnhälsovårdens grupper.

Grupper under 2013 och fram till april 2014:

Åre: (Åre, Järpen, Hallen)

Krokombom:

2013: 10 grupper 89 föräldrar (52 mammor och 37 pappor).

2013 från mars till november 6 grupper med 42 deltagare

Vår 2014:
5 grupper 44 föräldrar

Vår 2014: 1 grupp, 9 föräldrar då det inte finns utrymme för mer.

Det finns en referensgrupp med representanter från Jämtlands läns landsting och Åre kommun som träffas ca 3 ggr/år och som följer verksamheterna.

Ömsesidig Respekt har under året även tillfrågats som externa föreläsningar inom förskola och skola och även av Rädda barnen. Bland annat har mobbing pratats för elever, föräldrar, personal inom skola, så som lärare, specialpedagog, skolsköterska, kurator och rektor under samma stund. Mycket givande samtal där alla har delat med sig.

Referenser från Håkan:

Sammanfattning från fyra delstudier:

Rooth, H. Att betrakta sig själv och se sitt barn Föräldrastödsprogrammet Connects manual i relation till FN:s konvention om barnets rättigheter.

Koutakis, N. Evaluation of Active Parenting, a universal parenting program.

Koutakis, N. An Effectiveness Evaluation of the Mutual Respect Parenting Program.

Jaf, D., & Stattin, H. Evaluation of a Universal Parenting Program: Connect.

Åre juni 2014 Mona Hedström

10 Pappaindex 2013

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

TCO's pappaindex (9) är ett index för pappaledigheten och bygger på Försäkringskassans statistik över föräldraledigheten.

Pappaindex är en sammanvägning av pappors andel av samtliga uttagna föräldradagar och andelen män av de föräldralediga. Om pappa och mamma delar lika på föräldraledigheten blir indexvärdet 100. Pappaindex presenterades för första gången 1999 och var då 16,7 att jämföra med dagens 44.5

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

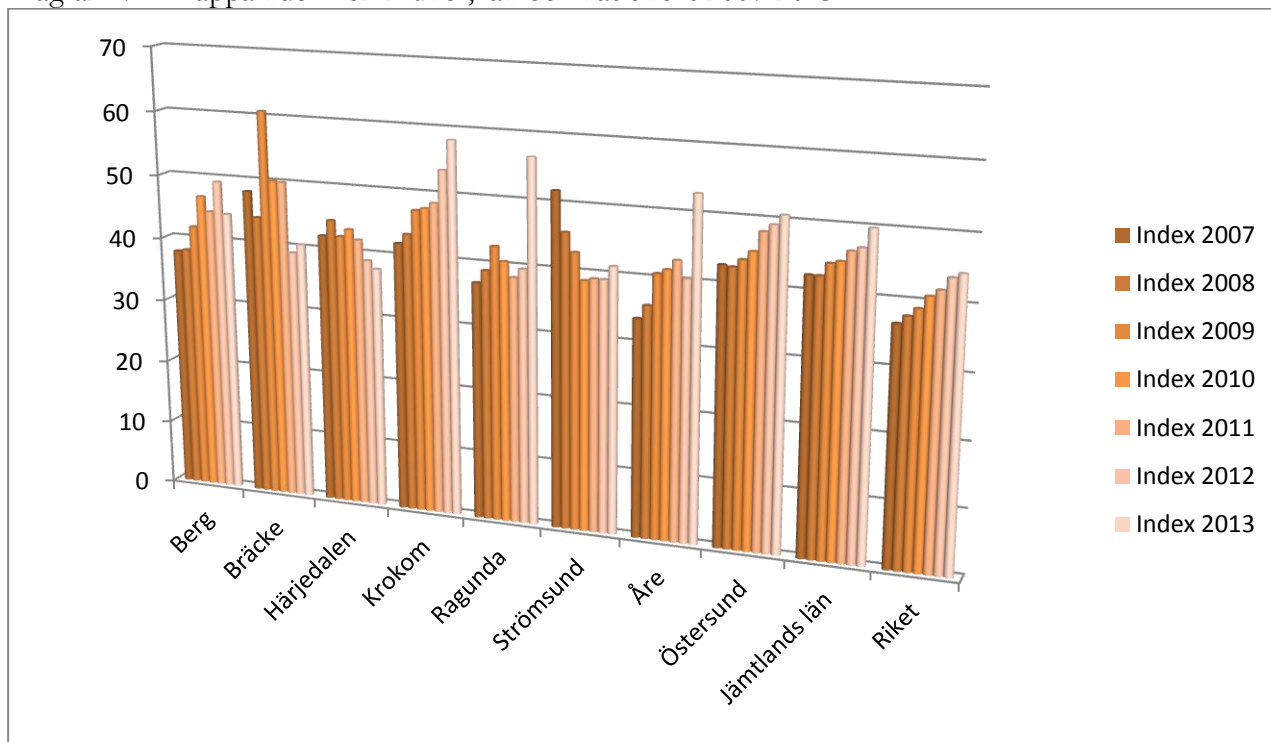
Vinsterna av jämställdheten är många, inte minst för barnen. En stark anknytning till båda föräldrarna i tidig ålder är en tillgång för resten av livet. I en undersökning 2011 kunde TCO visa att pappor som tagit ut föräldraledighet och sedan separerat från barnens mamma, hade bättre kontakt med sina barn än de som inte varit föräldralediga. Det är ytterligare ett viktigt skäl till att öka pappornas uttag.

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

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

Jämtlands län har sedan starten 1999 hela tiden haft ett pappaindex över genomsnittet. Index har ökat från 19,9 till årets 49,9. Jämtlands län placerar sig nu på en god 3:e plats i riket efter Västerbotten och Gotland! Se diagram nästa sida!

Diagram 7 Pappaindex kommuner, län och nationellt 2007-2013



11 Psykolog och socionomverksamhet 2013

Psykolog och socionom(PS) på Föräldra- och barnhälsan(FBH) har dels indirekt och dels direkt patientverksamhet. I den indirekta patientverksamheten ingår konsultation och fortbildning till MHV- och BHV-personal i länet, att arrangera och leda riktade föräldragrupper, att delta i familjecentralsverksamhet och föräldragrupper i länet etc. Socionom och psykolog har under 2013 deltagit i utbildningar till MHV/BHV-personal och till personal inom Barn/kvinna området som t.ex. introduktionsdagar till BHV-personal, Vägledande samspel/ICDP m.m. Inga riktade föräldragrupper genomfördes under 2013. Under förra och detta år var personalsituationen mycket besvärlig p.g.a. sjukskrivningar samt en tidigare neddragning av tjänst (p.g.a. av landstingets ekonomiska situation). Detta samtidigt som antal remisser låg på en fortsatt mycket hög nivå (antalet remisser har nästan fördubblats under 2000-talet) gjorde att det blev långa väntetider framför allt när det gällde barnutredningar med till slut ett beslut om begränsad möjlighet att ta emot remisser med denna frågeställning under slutet av året. Barn- och ungdomshabiliteringen och Barn- och ungdomspsykiatrien tog då över remisser samt tog emot remisser direkt. Områdespsykolog har saknats i flera områden under hela eller delar av året. Deltagande i familjecentralsverksamhet har inte prioriterats p.g.a. bristande personalresurser. Ett sätt att försöka bli mer tillgängliga trots den personalsituation som varit har gjorts genom PS-telefonen. Där har personal från PS-gruppen funnits tillgängliga för konsultation tre tillfällen i veckan. I slutet av året blev den även tillgänglig för föräldrar varannan vecka för barnpsykologisk vägledning. Deltagare från PS-gruppen har även varit med på BVC-sjukskötersketräffar och barnmorskemöten(BM)-möten.

Huvuddelen av remisserna till FBH kom från BHV (35 %), MHV (17 %), och Distriktsläkarmottagning (11 %), resten kom från barnklinik, kvinnoklinik, vuxenpsykiatri, logoped, BUH, BUP m fl. Patient eller förälder har själva tagit kontakt i 22 % av ärendena. Remisserna kommer från hela länet. Psykologer och socionom träffar ofta föräldrar och barn i deras närmiljö t.ex. vid hembesök, besök på familjecentraler/HC eller förskola vilket innebär många och ibland långa resor. Detta har stor betydelse för tillgängligheten för t.ex. spädbarnsfamiljer och i ett förebyggande perspektiv.

En förskjutning har genom åren skett från att de flesta remisser varit på barn till att det nu är flest remisser på blivande eller nyblivna föräldrar, under 2013 blev det dock en ökning av antalet barnärenden igen, trots den begränsade möjligheten vi hade att ta emot utredningsärenden. 2013 var 62 % av remisserna på vuxna, 38 % på barn (2002 var samma siffror 50-50, 2012 70-30). Vårdtyngden har ökat betydligt under den senaste 10-årsperioden med många blivande/nyblivna föräldrar som lider av psykisk ohälsa. Detta har också inneburit att många patienter både har kontakt med psykiatrien och med socionom/psykolog vid FBH. Bland barn får vi mer remisser på pojkar än på flickor. På vuxna får vi betydligt mer remisser på kvinnor än på män, 85 % respektive 15 % men då vi oftast träffar paret tillsammans gör det att vi möter ett betydande antal blivande/nyblivna pappor, även om det inte framgår av statistiken. Vi ser det dock som fortsatt viktigt att även papporna fångas upp direkt och får remiss till FBH för sina individuella behov. Av de besöksorsaker som patienter har träffat PS-gruppen för under året står stöd i föräldraskap för 54 %, stöd i graviditet för 22 % och barnutredning för 19 %. Övriga 5 % består av kris, postpartum-depression, förlösningsrädsla och barnpsykologisk rådgivning.

12 Genus

Inom sjukvården finns det ett tydligt uppdrag att ge lika vård oavsett kön, hudfärg, funktionshinder, religion och social bakgrund enligt hälsosjukvårdslagen. Vi som jobbar med föräldrar har också en skyldighet att stötta ett jämställt föräldraskap. Ändå visar forskning att det finns stora skillnader i hur vi inom Barnhälsovården bemöter föräldrar utifrån vilket kön de har. Genusvetenskap är till för att få syn på de sociala konstruktioner vi har kring kön, hur vi i våra dagliga möten ”skapar” kön utifrån våra föreställningar och normer om hur mammor och pappor ska vara. I detta möte blir ofta mamman sedd som en förstahandsförälder med ett huvudansvar för barnet och pappan som en familjeförsörjare och stöttare. Med hjälp av genusvetenskap kan vi bli mer medvetna kring de föreställningar som finns i samhället och börja reflektera kring vad vi på vår mottagning har med oss och vad vi kan göra för leva upp till de riktlinjer vi har. På Föräldra- och barnhälsan har vi därför sedan 2007 erbjudit all personal inom Mödra- och Barnhälsovården samt övrig personal på alla Familjecentraler utbildning i genus och föräldraskap.

13 Psykisk ohälsa

Målsättning: EPDS skall erbjudas alla nyblivna mammor.

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

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

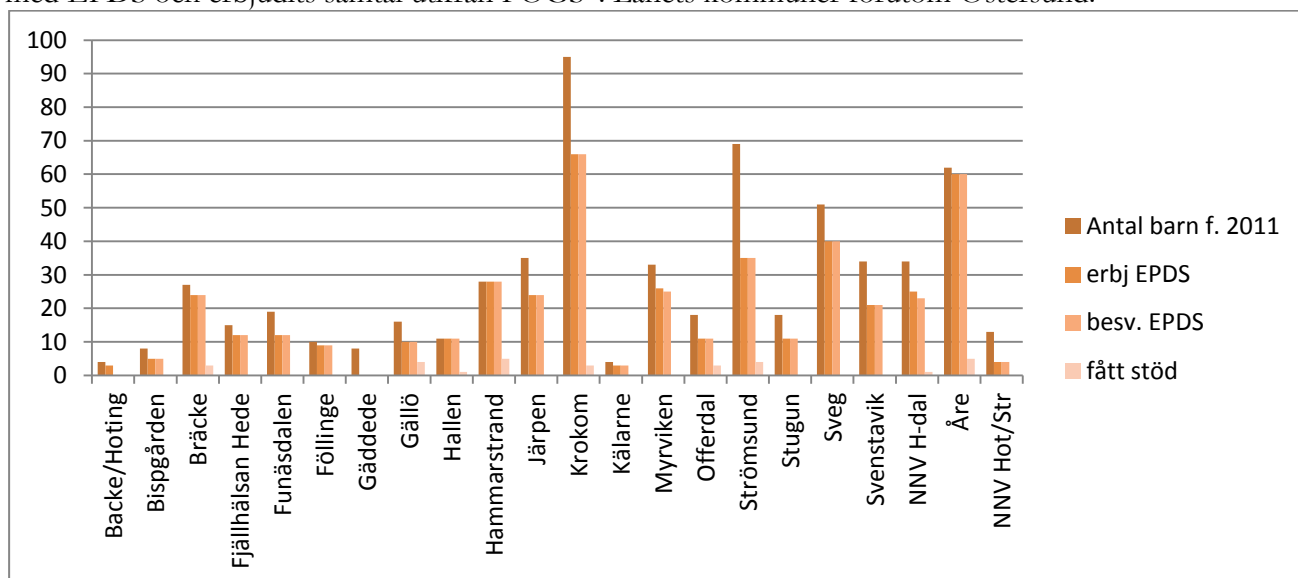
EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) är en screeningsmetod för att tidigt kunna identifiera nedstämdhet hos mammor. Samtalet mellan mamma och BVC-sjuksköterska äger rum då barnet är ca 6-8 veckor gammalt.

Sammanfattningsvis har EPDS använts vid alla BVC i länet. 72,3 procent av alla nyförlösta mammor har erbjudits EPDS screening varav 98 procent har besvarat formuläret. Det är inte tillfredsställande att endast 2/3 nyblivna mammor erbjudes EPDS och det är anmärkningsvärt att vid några BVC:er erbjudes endast ca hälften av mammorna att besvara formuläret. Det visar sig i våra siffror att om man erbjudes så besvaras också formuläret i mycket hög utsträckning.

62 mammor har erhållit stöd vilket motsvarar 4,8 procent av totala antalet mammor och 6,8 % av antalet mammor som besvarat EPDS.

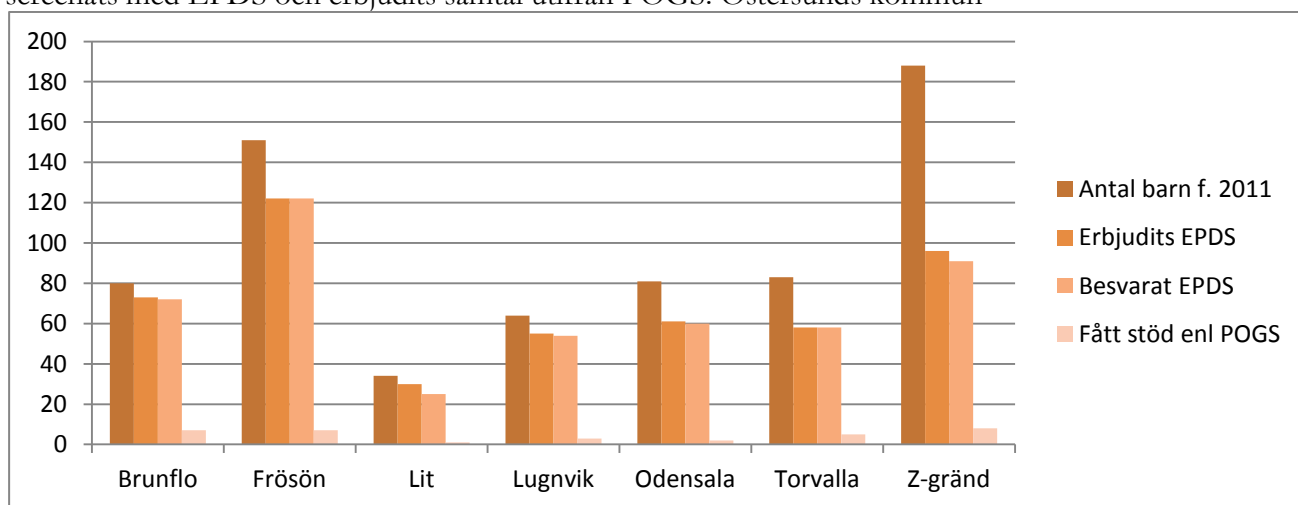
Utifrån evidensbaserad kunskap är EPDS användandet ett av de viktigaste uppdragen vi har inom barnhälsovården. Vi har därför skärpt våra riktlinjer för 2013 **och kräver att EPDS erbjudes alla nyblivna föräldrar.**

Diagram 8 Antal barn f. 2012 på respektive BVC. Antal mammor som erbjudits EPDS, screenats med EPDS och erbjudits samtal utifrån POGS*. Länets kommuner förutom Östersund.



* Vårdprogram ”Psykisk Ohälsa under Gravitet och Småbarnstid”.

Diagram 9 **Antal barn f. 2012** på respektive BVC. Antal mammor som erbjudits EPDS, screenats med EPDS och erbjudits samtal utifrån POGS. Östersunds kommun



Tabell 11 EPDS användning BVC, Jämtlands län; barn födda 2012

BVC	Antal barn f. 2012	Erbj EPDS	Andel erbjudna	Besv. EPDS	Fått stöd	Uppgift saknas	Andel stöd av besvarade EPDS
Backe	4	3	75%	0	0	1	0
Bispgården	8	5	62,5%	5	0	3	0
Brunflo	80	73	91,3%	72	7	13	9,7%
Bräcke	27	24	88,9%	24	3	1	12,5%
Hede	15	12	80%	12	-	3	0
NNV Hoting-Strömsund	13	4	30,8%	4	0	0	0
Frösön	151	122	80,8%	122	7	17	5,7%
Funäsdalen	19	12	63,2%	12	0	0	0
Föllinge	10	9	90%	9	0	0	0
Gäddede	8	0	0	0	0	7	0
Gällö	16	10	62,5%	10	4	2	40%
Hallen	11	11	100%	11	1	0	9,1%
Hammarstrand	28	28	100%	28	5	0	17,9
Järpen	35	24	68,6%	24	0	1	0
Krokom	95	66	69,5%	66	3	18	4,5
Kälarne	4	3	75%	3	0	1	0
Lit	34	30	88,2%	25	1	-	4%
Lugnvik	64	55	85,9%	54	3	9	5,6
Myrviken	33	26	78,8%	25	0	6	0
Odensala	81	61	75,3%	60	2	6	3,3
Offerdal	18	11	61,1%	11	3	-	27%
Strömsund	69	35	50,7%	35	4	34	11,4
Stugun	18	11	61,1%	11	0	7	0
Sveg	51	40	78,4%	40	0	0	0
Svenstavik	34	21	61,8%	21	-	5	0
Torvalla	83	58	69,9%	58	5	0	8,6
NNVHammerdal	34	25	73,5%	23	1	9	4,3
Z-huset	188	96	51,1%	91	8	12	8,8
Åre	62	60	96,8%	60	5	2	8,3
Jämtlands län	1293	935	72,3%	916	62	157	6,8%

14 Amning

Målsättning:

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

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

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

Vår målsättning är alltför hög utifrån en vikande amningsfrekvens särskilt beträffande helamning under barnets första månader.

Tabell 12 Amningsfrekvens, %, barn födda 2012

Andel barn: procent av antalet födda som ammas vid										
	1 vecka		2 mån		4 mån		6 mån		9 mån	12 mån
	Helt	Helt och/eller delvis	Helt	Helt och/eller delvis	Helt	Helt och/eller delvis	Helt	Helt och/eller delvis	Helt och/eller delvis	Delvis
Berg	92,2	98,4	70,2	90,6	57,1	77,8	30,2	60,3	37,5	23,4
Bräcke	95,6	97,8	62,2	84,4	46,7	68,9	27,3	56,8	31,1	13,3
Härjedalen	88,2	92,9	70,6	89,4	57,6	80,0	20,0	71,8	27,1	10,6
Krokom	82,1	95,9	59,8	79,5	47,5	63,1	13,2	52,1	31,7	7,0
Ragunda	94,3	100	86,8	94,3	71,7	83,0	30,2	71,7	44,2	13,5
Strömsund	87,1	97,6	72,4	84,6	63,9	75,4	41,3	62,8	35,8	19,5
Åre	88,0	97,2	76,6	90,7	59,8	85,0	9,4	70,8	37,9	16,0
Östersund	79,5	96,3	69,2	88,1	60,1	75,6	13,4	64,3	37,8	15,5
Jämtlands län	83,6	96,5	69,9	87,5	58,9	75,7	18,2	63,9	36,3	15,0

Diagram 10 Andelen (%) barn födda 2005-2012 som är hel- respektive delammade vid 1 veckas ålder i Jämtlands län

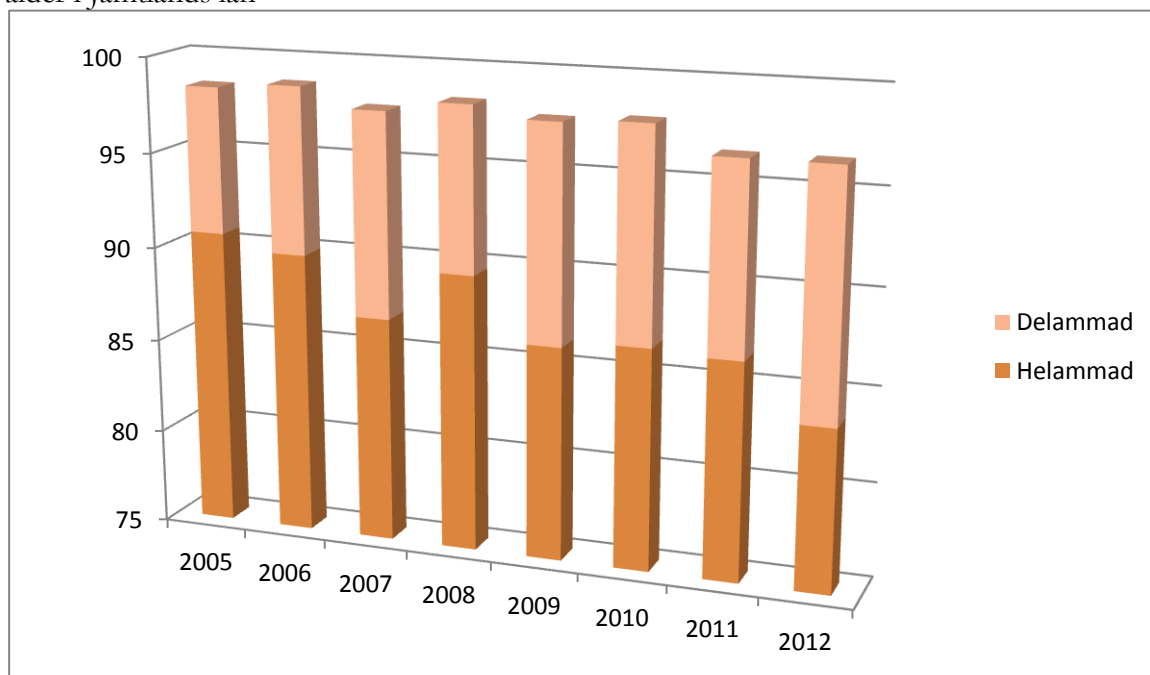


Diagram 11 Andelen (%) barn födda 2005-2012 som är hel- respektive delammade vid 4 månaders ålder i Jämtlands län.

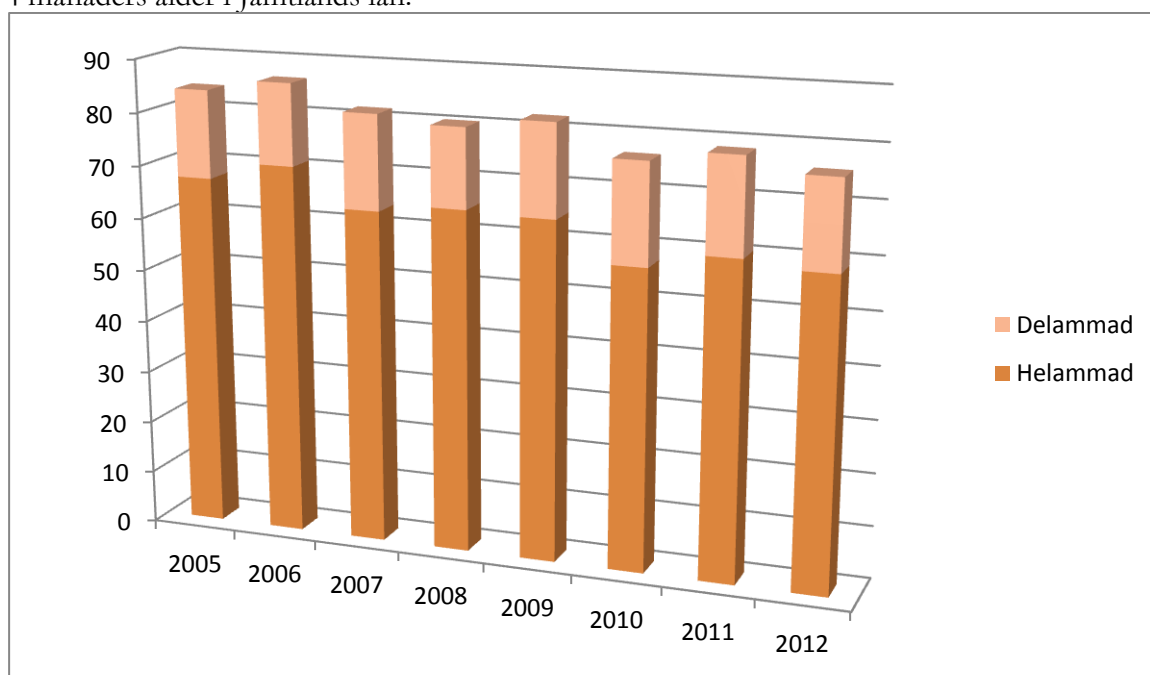
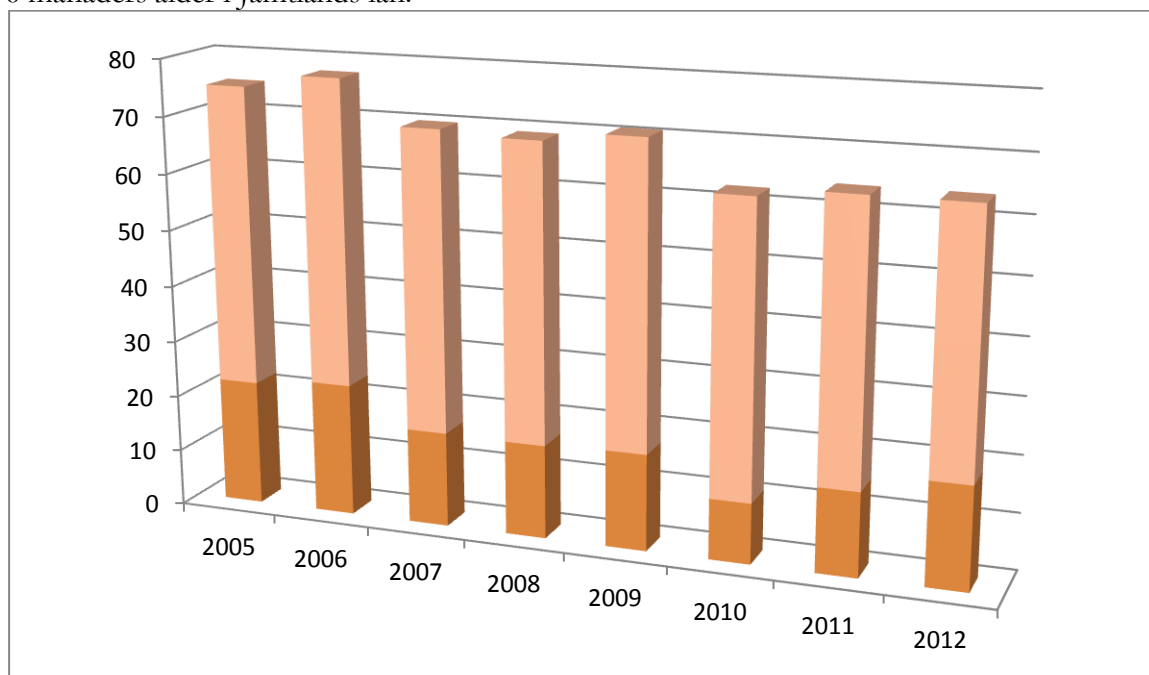


Diagram 12 Andelen (%) barn födda 2005 – 2012 som är hel- respektive delammade vid 6 månaders ålder i Jämtlands län.



15 Rökning

Målsättning:

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

Målsättningen nås beträffande andelen rökande mödrar vid 0-4 veckors ålder men vi når inte upp till målsättningen beträffande rökfria föräldrar vid 8 månaders ålder då endast 90,1 % föräldrar är rökfria (målsättning 93 %). Andelen mammor som röker minskar något medan papporna röker fortsatt i betydligt högre utsträckning än mammorna. Andelen rökande föräldrar varierar mellan olika områden.

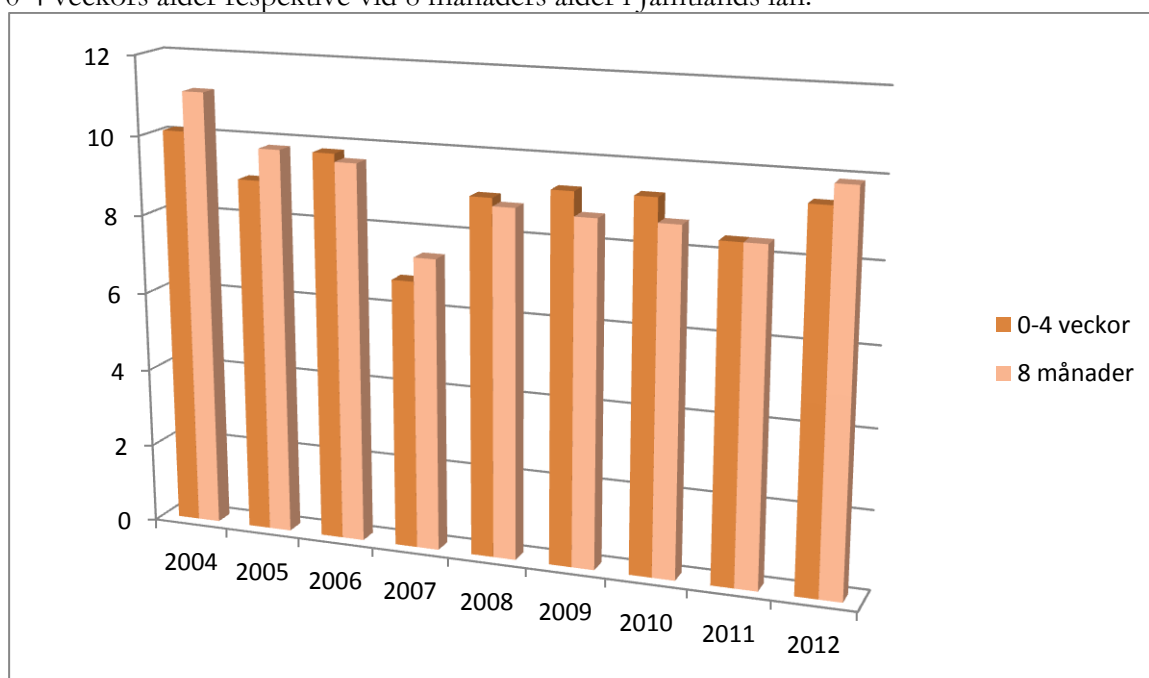
Pappornas rökvanor är således en utmaning för mödra- och barnhälsovården i länet!

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

Tabell 13 Föräldrars rökvanor då barnet är 4 veckor och 8 månader (barn födda 2012)
Föräldrars rökvanor då barnet är 18 månader gammalt (barn födda 2011)

Kommun	Antal barn	Andel rökande mödrar (%)			Andel rökande fäder (%)		
		0-4 veckor	8 mån	18 mån. f. 2011	0-4 veckor	8 mån	18 mån. f. 2011
Berg	67	0	3,2	5,0	13,1	15,3	6,7
Bräcke	47	2,2	4,4	8,3	8,9	6,8	13,9
Härjedalen	85	7,1	8,3	3,4	6,0	7,1	7,0
Krokom	123	0,8	4,2	4,9	8,3	8,5	7,6
Ragunda	54	3,7	3,7	9,3	9,6	7,7	2,3
Strömsund	128	0,9	1,0	0	3,5	3,0	3,3
Åre	108	2,8	5,7	1,7	4,9	5,0	2,6
Östersund	681	2,4	2,7	3,7	9,3	8,5	5,3
Jämtlands län	1293	2,4	3,5	3,7	8,2	7,9	5,4

Diagram 13 Barn, födda 2004 -2012, som exponerats för tobaksrök i sin hemmiljö vid 0-4 veckors ålder respektive vid 8 månaders ålder i Jämtlands län.



16 Vaccinationer

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

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

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

Tabell 14 Andel vaccinerade (%) av barn födda 2011

BVC/Kommun	DTP (difteri, tetanus, kikhosta)	Polio	Hem. infl.	MPR	Pneumokocker
Myrviken	100	100	100	100	100
Svenstavik	94,3	88,6	94,3	91,4	82,9
Berg	96,8	93,7	96,8	95,2	90,5
Bräcke	100	100	100	100	100
Kälarne	100	100	100	100	100
Gällö	100	100	100	100	100
Bräcke	100	100	100	100	100
Funäsdalen	100/94,3/94,3	100	88,9	88,9	88,9
Fjällhälsan,Hede	100	100	100	93,3	100
Sveg	98,2	98,2	98,2	98,2	98,2
Härjedalen	98,9/98,9/97,7	98,9	96,6	95,5	96,6
Föllinge	95,5	95,5	95,5	95,5	95,5
Krokom	95,6	95,6	95,6	95,6	95,6
Offerdal	92,9	92,9	85,7	92,9	85,7
Ås	100	100	100	100	100
Krokom	96,0	96,0	95,3	96,0	95,3
Bispgården	100	100	100	100	100
Hammarstrand	100	100	100	95,5	100
Stugun	100	100	100	100	100
Ragunda	100	100	100	97,7	100

BVC/Kommun	DTP (difteri,tetanus, kikhosta)	Polio	Hem. infl.	MPR	Pneumokocker
Backe	36,4	36,4	36,4	36,4	36,4
Gäddede	100	100	100	90,0	90,0
NNV Hammerdal	100	100	100	100	100
NNV Hoting/Strömsund	91,3	91,3	91,3	95,7	91,3
Strömsund	93,4	93,4	93,4	93,4	91,8
Strömsund	89,5	89,5	89,5	89,5	87,9
Hallen	100	100	100	100	100
Järpen	100	100	100	100	100
Äre	100	100	100	98,6	100
Äre	100	100	100	98,6	100
Brunflo	98,9	98,9	98,9	96,6	96,6
Frösön	99,4	99,4	99,4	97,7	99,4
Lit	95,9	95,9	95,9	95,9	93,9
Lugnvik	100	100	100	100	100
Odensala	98,1	98,1	98,1	99	98,1
Torvalla	98,8	98,8	98,8	98,8	97,5
Z-huset	98,4	98,4	97,9	98,4	97,4
Östersund	98,7	98,7	98,5	98,1	97,9
Berg	96,8	93,7	96,8	95,2	90,5
Bräcke	100	100	100	100	100
Härjedalen	98,9/98,9/97,7	98,9	96,6	95,5	96,6
Krokom	96,0	96,0	95,3	96,0	95,3
Ragunda	100	100	100	97,7	100
Strömsund	89,5	89,5	89,5	89,5	87,9
Äre	100	100	100	99,1	100
Östersund	98,7	98,7	98,5	98,1	97,9
Jämtlands län	97,7/97,7/97,6	97,5	97,4	96,9	96,6

Vaccination mot pneumokocker

Vaccination mot pneumokocker ger ett gott skydd mot invasiv pneumokockinfektion (blodförgiftning och hjärnhinneinflammation) under de första levnadsåren. Dödligheten är hög och risken för allvarliga handikapp är stor vid invasiv pneumokockinfektion tidigt i livet. Socialstyrelsen beslutade att vaccination mot pneumokocker skulle bli en del av det allmänna barnvaccinationsprogrammet vid 3,5 och 12 månaders ålder och erbjudas alla barn födda efter den 1 januari 2009. Av barnen födda 2011 vaccinerades 96,6 procent av barnen i Jämtlands län. Extra viktigt är det att riskbarnen blir vaccinerade. Som riskbarn räknas bl.a. mb Down, barn födda före graviditetsvecka 32, barn med läpp-käk-gomspalt och cochleaimplantat, barn med svåra hjärtfel m.fl.

Vaccination mot tuberkulos

Vaccination mot tuberkulos rekommenderas idag endast till barn med risk för smitta. Som riskbarn betecknas i första hand barn till föräldrar från Syd- och Östeuropa, Asien, Afrika och Sydamerika samt barn i familjer där närstående har eller har haft tuberkulos. Sammanlagt har personal vid barnvårdscentralerna i länet bedömt 126 barn (9,5 %) som riskbarn bland barnen födda 2011 varav 105 barn (80,8 %) blev vaccinerade. Vi har under året vaccinerat ytterligare 11 barn (0,9 %) som inte tillhör riskgrupp. Barnhälsovården har ett mångårigt gott samarbete med Barn- och ungdomsmedicinska mottagningen vid Östersunds sjukhus dit såväl PPD som BCG vaccination är centraliserad för att upprätthålla den rent praktiska kompetensen beträffande PPD avläsning och vaccination.

Vaccination mot hepatit B

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

Samtliga föräldrar erbjudes alltsedan sommaren 2010 att mot egen betalning låta vaccinera sina barn mot hepatit B vid 3,5 och 12 månaders ålder. Antalet barn födda 2011 som har påbörjat eller avslutat vaccination mot hepatit B är 901 barn (65,6 %) vilket är en markant ökning jämfört med föregående år (40 %).

I skrivande stund (mars 2014) har det ännu inte fattats beslut av Socialstyrelsen och regeringen om att hepatit B ska ingå i det allmänna barnvaccinationsprogrammet. Ett flertal landsting (Stockholm, Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland m.fl.) har tagit egna beslut om kostnadsfri vaccination. Jämtlands läns landsting har under år 2013 inte fattat något beslut i frågan. Kostnadsökningen skulle bli ca 500 000 kr årligen enligt beräkning som utfördes juni 2012. Jämtlands läns landsting har beslutat att tills vidare avvakta ett nationellt beslut som förhoppningsvis kommer under 2015.

17 BMI

Fetma vid 4 och 5 års ålder innebär kraftigt ökad risk för fetma också vid 10 års ålder. En amerikansk studie visar att överviktiga tonåringar som regel förvärvat sin övervikt redan före 5 års ålder(11). Det är också visat att förekomsten av övervikt och fetma är högre på landsbygd och i glesbygd än i tätort. Högt BMI (Body Mass Index) är också relaterat till låg socialgrupp och kort skolutbildning. Flickor har i olika studier visat sig ha högre BMI än pojkar

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

Tabell 15 BMI, födda 2004-2009, ålder 3,75 – 4,25 år, Jämtlands län

Födelseår län	2004 Jämtlands län	2005 Jämtlands län	2006 Jämtlands län	2007 Jämtlands län	2008 Jämtlands län	2009 Jämtlands län
Antal undersökta barn	999	947	980	857	997	933
Övervikt %*	11,4	11,3	10,5	9,7	10,4	9,2
Fetma %*	2,2	2,5	2,9	2,2	2,7	2,7
Övervikt och fetma %*	13,6	13,8	13,4	11,9	13,1	11,9

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

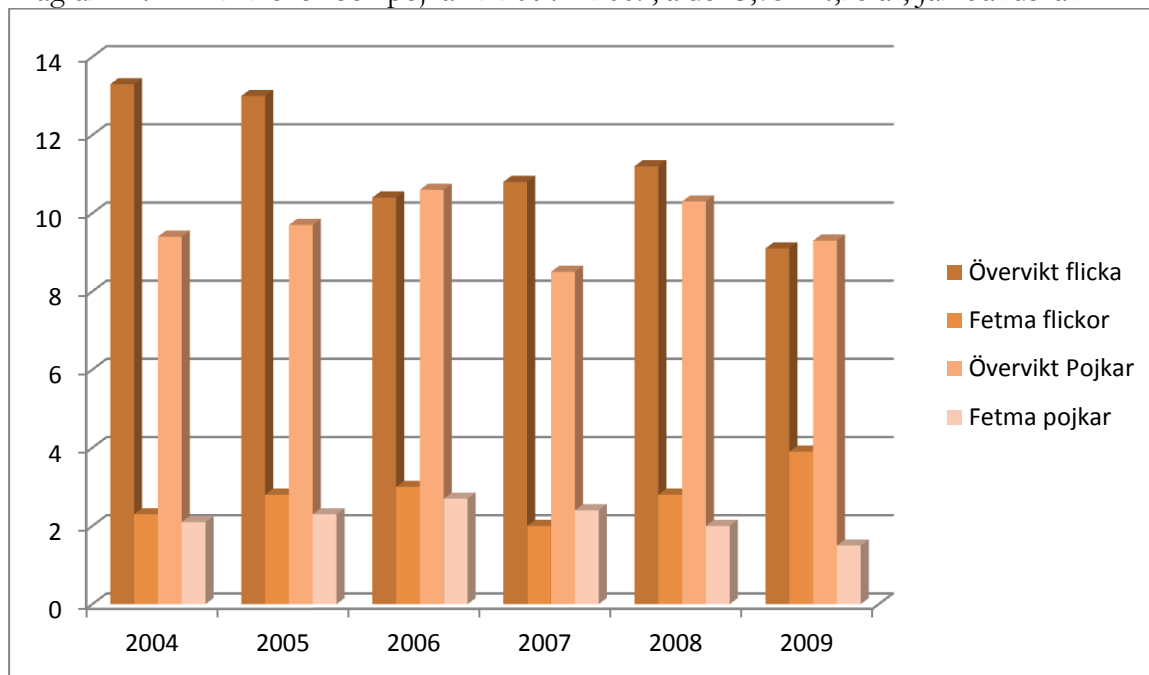
Tabell 16 BMI; flickor f. 2004-2009, ålder 3,75-4,25 år

Födelseår	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Antal undersökta flickor	519	462	501	446	502	461
Övervikt %*	13,3	13,0	10,4	10,8	11,2	9,1
Fetma %*	2,3	2,8	3,0	2,0	2,8	3,9
Övervikt och fetma %	15,6	15,8	13,4	12,8	14,0	13,0

Tabell 17 BMI; pojkar f. 2004 -2009, ålder 3,75-4,25 år

Födelseår	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Antal undersökta pojkar	480	485	479	411	495	472
Övervikt %*	9,4	9,7	10,6	8,5	10,3	9,3
Fetma %*	2,1	2,3	2,7	2,4	2,0	1,5
Övervikt och fetma %	11,5	12,0	13,3	10,9	12,3	10,8

Diagram 14 BMI flickor och pojkar f. 2004 – 2009, ålder 3,75 – 4,25 år, Jämtlands län



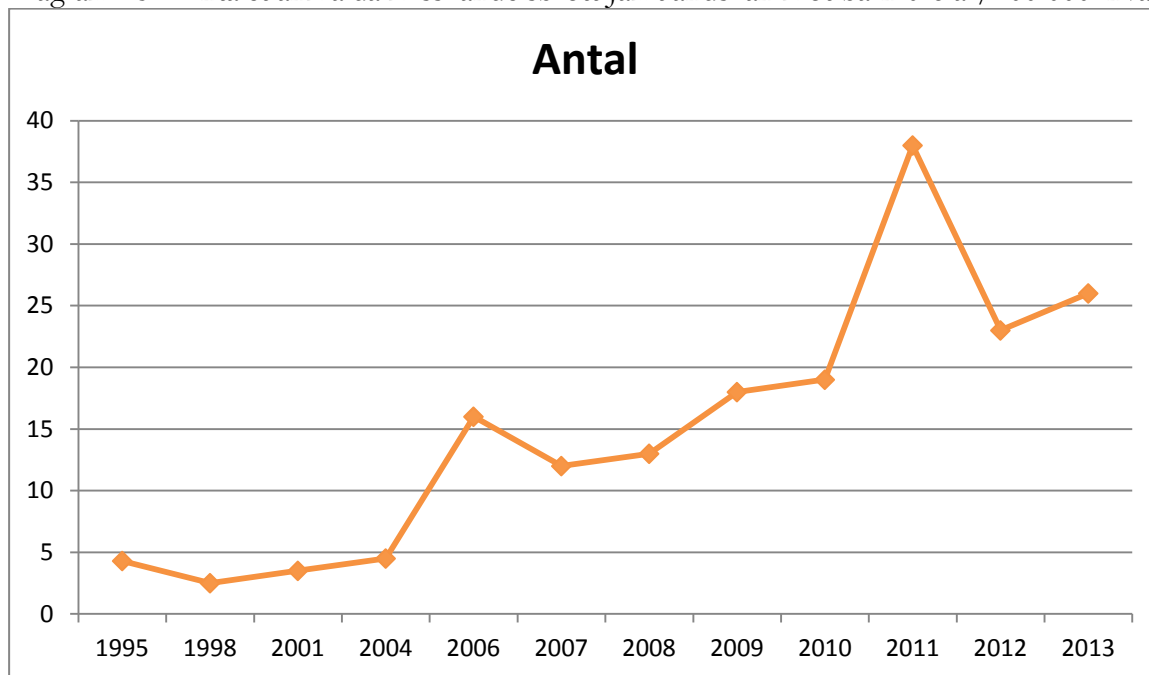
Förutom könsskillnad föreligger också en ökad förekomst av övervikt och fetma, såväl hos vuxna som hos barn, i glesbygd.

18 Barn som far illa

Antalet anmälda brott på grund av misshandel mot barn har ökat kraftigt under hela 2000-talet. Under 2011 anmäldes i Sverige 2900 fall av misshandel mot barn. Motsvarande siffra för 2013 är 3250. Oftast misstänkt är en förälder och/eller styvförälder. Kvinnor utgör 35 % av de misstänkta.

Figuren nedan bygger på statistik från BRÅ (Brottsförebyggande rådet) (10) och visar antalet anmälda misshandelsbrott (inklusive grov misshandel) mot barn under 6 år i vårt län. En liknande ökning ses över hela landet. Ökningen behöver inte bero på att misshandeln mot barn har ökat utan kan också bero på att anmälningsbenägenheten ökat genom ett ändrat anmälningsbeteende hos föräldrar, förskola/skola och socialtjänst.

Diagram 15 Antalet anmälda misshandelsbrott Jämtlands län mot barn 0-6 år/100 000 invånare



Under 2013 rapporterades från barnhälsovården till socialtjänsten 15 barn i åldern 0-6 år.

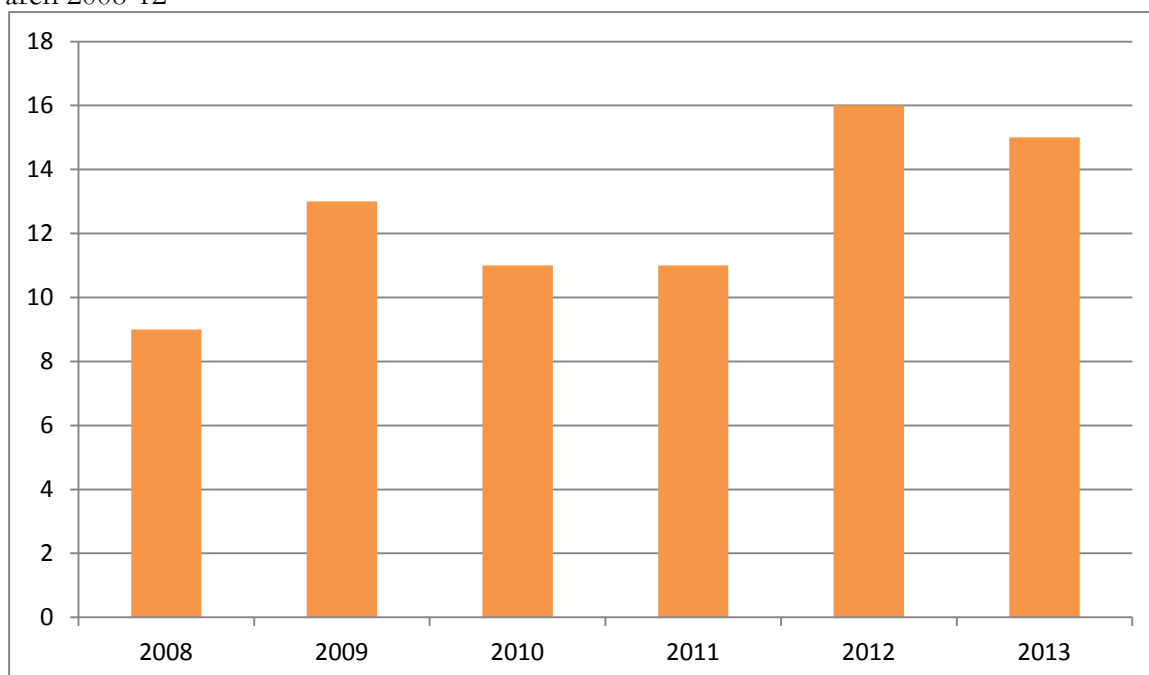
Antalet motsvarar 0,18 % av antalet barn inskrivna vid våra barnavårdscentraler.

Anmälningorsak är oftast, omsorgssvikt, psykisk sjukdom hos förälder och våld i familjen!

Antalet anmälningar är väsentligen oförändrade och har alltsedan 2008 varierat mellan

9 - 16 anmälningar per år. Se tabell nedan!

Diagram 16 Antalet anmälningar (barn som far illa) från BVC till socialtjänst i länet åren 2008-12



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

19 Samverkan med förskolan

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

Vikten av ett gott samarbete med förskolan kan inte nog betonas. En förtroendefull samverkan grundläggs och utvecklas genom besök inom varandras verksamheter. Tidigare självklara samarbetsformer har under senaste åren ifrågasatts. Samtal pågår för att finna nya former för samarbete mellan förskola och barnhälsovård. I och med familjecentralernas tillkomst har kontakten med den öppna förskolan fördjupats.

Andel besök på länets förskolor har inte levt upp till barnhälsovårdens målsättning. Endast 49 procent av de kommunala förskolorna har fått besök under året och ännu lägre beträffande förskolor i annan regi, 44 procent.

Orsaken till ovanstående anges framförallt vara tidsbrist. Ett kommande bekymmer är Hälsovalet där inskrivna barn på BVC inte alltid återfinnes på de förskolor som av tradition ”tillhört” områdets barnavårdscentral. Dessutom upplever flera BVC-sjuksköterskor sig ifrågasatta av förskolans chefer. Arbetet med att finna nya samverkansformer måste ges hög prioritet. Arbetet pågår!

Tabell 18 Samarbete med förskolan under 2013

Kommun	Antal BVC	Antal förskolor kommunal regi	Antal förskolor annan regi	Andel besök (%) kommunal förskola			Andel besök (%) förskola annan regi		
				Minst En gång/termin	En gång/år	Inte alls	Minst En gång/termin	En gång/år	Inte alls
Berg	2	8	2	37,5	25	37,5	0	50	50
Bräcke	3	5	3	20	0	80	0	0	100
Härjedalen	3	10	3	10	40	50	33,3	33,3	33,3
Krokom	4	24	6	0	8,3	91,7	0	0	100
Ragunda	3	8	1	75	25	0	100	0	0
Strömsund	5	18	1	16,7	27,8	55,6	0	0	100
Åre	3	16	4	18,8	68,8	12,5	25	75	0
Östersund	7	54	12	13	37	50	25	25	50
Jämtlands län	30	143	32	14,7	35,0	48,3	18,8	25	56,3

20 Språkscreening

En samarbetsgrupp, ”Huldagruppen”, med representanter från Föräldra- och barnhälsan, Barn- och ungdomshabiliteringen, Logopedmottagningen på Öron, näsa, hals – avdelningen samt Elevhälsan, har tagit fram riktlinjer kring **utvidgad språkscreening vid 3-års besök**. Till språkscreeningen läggs en ny del där BVC värderar barnets samspelsförmåga innehållande 5 observationsfrågor. Syftet är även att samordna insatserna för barn med tidiga språkstörningar så att de kan följas upp av team på ett sätt som ger barnet tidigt och rätt stöd.

Arbetet påbörjades 2011 utifrån aktuell forskning om sambandet mellan tidig språkstörning och senare diagnostiserad neuropsykiatrisk problematik

Information om de nya riktlinjerna och/eller skolsvårigheter gavs till BHV-personalen på BHV-dag i september samt på en konferens i december om “Tidig upptäckt och stöd kring neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och traumarelaterade tillstånd”. På konferensen medverkade Christopher Gillberg professor i barn- och ungdomspsykiatri vid Göteborgs universitet som pratade om begreppet **ESSENCE** (Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neuropsychiatric Clinical Examinations) samt Sofia Bidö, leg. Psykolog, leg. Psykoterapeut, BUP:s traumaenhet Stockholm om regleringssvårigheter hos små barn, tänkbara orsaker och kopplingen till traumatiserande påfrestningar och neurobiologi.

I årsrapporten presenteras antalet barn som föranleder remiss utifrån 3-års besökets språkscreening och den utvidgade språkscreening som kom igång i september. Se tabell 19.

Tabell 19 Språkscreening

BVC	Antal barn 3 år språkscreening gjord under 2013	Antal barn 3 år och utvidgad språkscreening gjord under 2013	Föranlett remiss	Till logoped ÖNH	Till FBH	Till BUH	Samtidigt till flera av dessa nämnda remissinstanser
Myrviken	30	15	2	1	1	0	0
Svenstavik	33	3	2	2	0	0	0
Bergs kom	63	18	4	3	1	0	0
Bräcke	22	5	2	2	0	0	0
Gällö	23	3	1	1	0	0	0
Kälarne	10	3	2	1	1	0	0
Bräcke kom	55	11	5	4	1	0	0
Hede	17	13	1	1	0	0	0
Funäsdalen	17	13	1	1	0	0	0
Sveg	50	5	2	1	1	0	0
Härjedalen	85	23	3	2	1	0	0
Föllinge	8	5	0	0	0	0	0
Krokomp/Nälden/Ås	122	35	4	2	2	0	0
Offerdal	38	16	4	1	1	2	0
Krokoms kom	168	56	8	3	3	2	0

BVC	Antal barn 3 år språkscrening gjord under 2013	Antal barn 3 år och utvidgad språkscrening gjord under 2013	Föranlett remiss	Till logoped ÖNH	Till FBH	Till BUH	Samtidigt till flera av dessa nämnda remissinstanser
Bispgården	10	0	0	0	0	0	0
Hammarstrand	28	12	2	1	0	1	0
Stugun	11	4	0	0	0	0	0
Ragunda	49	16	2	1	0	1	0
Backe	11	0	0	0	0	0	0
Gäddede	6	0	0	0	0	0	0
NNV/Ham-dal	17	8	0	0	0	0	0
NNV/Hoting-Stömsund	13	9	0	0	0	0	0
Strömsund	55	18	3	3	0	0	0
Strömsunds kom	102	35	3	3	0	0	0
Hallen	21	4	0	0	0	0	0
Järpen	25	8	0	0	0	0	0
Åre	80	3	2	2	0	0	0
Åre kom	126	15	2	2	0	0	0
Brunflo	82	15	3	1	1	1	0
Frösön	167	53	5	4	1	0	0
Lit	50	13	2	2	1	0	1
Lugnvik	73	16	0	0	0	0	0
Odensala	112	39	7	7	1	0	1
Torvalla	78	21	3	2	1	0	1
Zätahuset	159	53	3	2	1	0	1
Östersunds kom	721	210	23	18	6	1	4
LÄNET	1369	384	50	36	12	4	4

21 Småbarnstandvård i Jämtlands län

Tidigt möte med tandvården.

Jämtlands läns samtliga 6 allmäntandvårdsområden inom Folktandvården träffar förstagångsföräldrar och deras små då barnet är 6-12 månader. Träffen sker som gruppmöte. Vid allt fler kliniker får var förälder dessutom 5-10 minuter i enrum med den besökande tandvårdspersonen. Folktandvården strävar mot att tandhygienist genomför dessa föräldraträffar.

Syfte

Syftet med mötet är att föra ut kunskap till föräldrarna om hur barnets tänder kan hållas friska och via en enkel enkät försöka tillsammans med föräldern upptäcka eventuella riskfaktorer. Om sådana finns erbjuds familjen stöd från Folktandvårdsmottagningen omgående. Folktandvården träffar ibland på föräldrar som själva känner stor oro inför tandvårdsbesök och tandvårdsrädsla hos förälder kan innebära risk för barnet att utveckla detsamma och/eller utveckla karies.

3-årsbesöket

Alla kliniker i länet kallar barnet för ett enskilt tandvårdsbesök vid 3 års ålder. Syftet med besöket är att tillsammans med förälder bedöma risken för att barnet ska utveckla hål i tänderna. Det sker också en bedömning av brettets utveckling, tandköttet undersöks och vid behov visas bästa tandborstningsteknik och i många fall visas hur tandtråd kan användas i det unga brettet.

Barn med risk att utveckla karies (hål i tänderna) får följa ett individanpassat tandvårdsprogram.

Statistik

Andelen kariesfria/utan skador 4-åringar har ökat från 89 % 2012 till 91 % 2013.

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

Utvecklat samtalsunderlag och MI.

Samtliga tandvårdskliniker har numera ett gemensamt samtalsunderlag för riskbedömning av det lilla barnet ”Till dig som är förälder till ett litet barn” som samtlig tandvårdspersonal använder när de träffar småbarnsföräldrar. Allt fler tandvårdskliniker söker samarbete med närbelägen familjecentral.

Barn och ungdomsprocessen har fortsatt att utvecklas i samarbete med övriga norrlandslandsting och odontologiska institutionen i Umeå.

Screening av barnen på BVC ska göras av våra kliniker för att tidigt fånga upp ”riskbarnen”. Genom att tidigt kalla dessa riskbarn med föräldrar till motiverade samtal och förebyggande åtgärder vill vi förhindra att karies utvecklas och dåliga vanor utvecklas.

När BVC sköterskorna bokar in alla barn i Jämtlandslän inför 10 månaderskontrollen på BVC/familjecentraler så kommer en inbjudan till tandvården att delta.

Då ska tandhygienisten/ tandsköterskan dela ut vårt frågeformulär ”till föräldrar med små barn” samt broschyren ”Tandhälsa för små barn”.

Sedan riskgrupperas alla barn och sätts upp för en kallelse till kliniken. Riskbarnen kallas vid 2 års ålder främst för motiverande samtal. Under 2013 kallades 110 st. 2 åringar till stödbehandling.

Riskgruppering av alla patienter ska ske för att patienterna ska få vård på rätt nivå och enligt riktlinjer för Barn- och ungdomsvården. Uppföljning av riskvärdering/gruppering har skötts av varje områdeschef på klinisknivå. Riskgrupperingen görs i tre nivåer 0=Låg risk, 1= Måttlig risk och 2= Hög risk. Riskgrupperingen ger också en bild av tandhälsa/vårdtyngd för länets kliniker.

Under 2013 av de undersökta barnen.

Risk gr 0 63 % (Friska)

Risk gr 1 25 %

Risk gr 2 12 % (Dålig munstatus)

För barn med särskilda behov ska specialist inom barntandvård finnas (pedodontist). Denna tjänst är vakant, men vi arbetar med att försöka tillsätta tjänsten.

Samarbete pågår i hur vi bemöter och bygger upp en god relation och munhälsa på **asylsökande** och nyanlända **flyktingar**.

Ett arbete/**kampanj** avseende förebyggande insatser kring kostvanor hos unga pågår i samarbete med Norrting och Folkhälsocenter. **Del 1** handlar om ett ökande problem med frätskador på ungas tänder. Uppåt 40 procent av unga över 14 år har redan början till frätskador på tänderna. Barn och unga dricker läsk oftare, och mer, än någonsin tidigare. Varje år dricker vi svenskar uppåt 100 liter läsk vardera. Läskdrickandet har fördubblats på 15 år. Samtidigt har mjölkdrickandet halverats. **Del 2** handlar om att få unga att äta mer frukt och gröt. Minska på socker och fett. Enligt Livsmedelsverkets senaste kostundersökning får barn i ålder 4, 8 och 11 år hela 25 % av energin från så kallad ”utrymmesmat”. Detta vill vi försöka ändra på. Gå tillbaka till lördagsgodis!!

Det sker förbättring av tandhälsan i samtliga undersökta åldersgrupper. 6, 12 och 19 år har alla visat goda resultat på nationell nivå. Tandhälsan i Norrland är något sämre än landet i övrigt men vi följer den positiva utvecklingen. Andelen kariesfria 3-åringar ligger kvar på en hög nivå 96 % i riket. I Jämtland är 91 % av 4-åringar kariesfria. 27 % av 19-åringar kariesfria

Diagram 17 Kariesfria i länets kommuner.

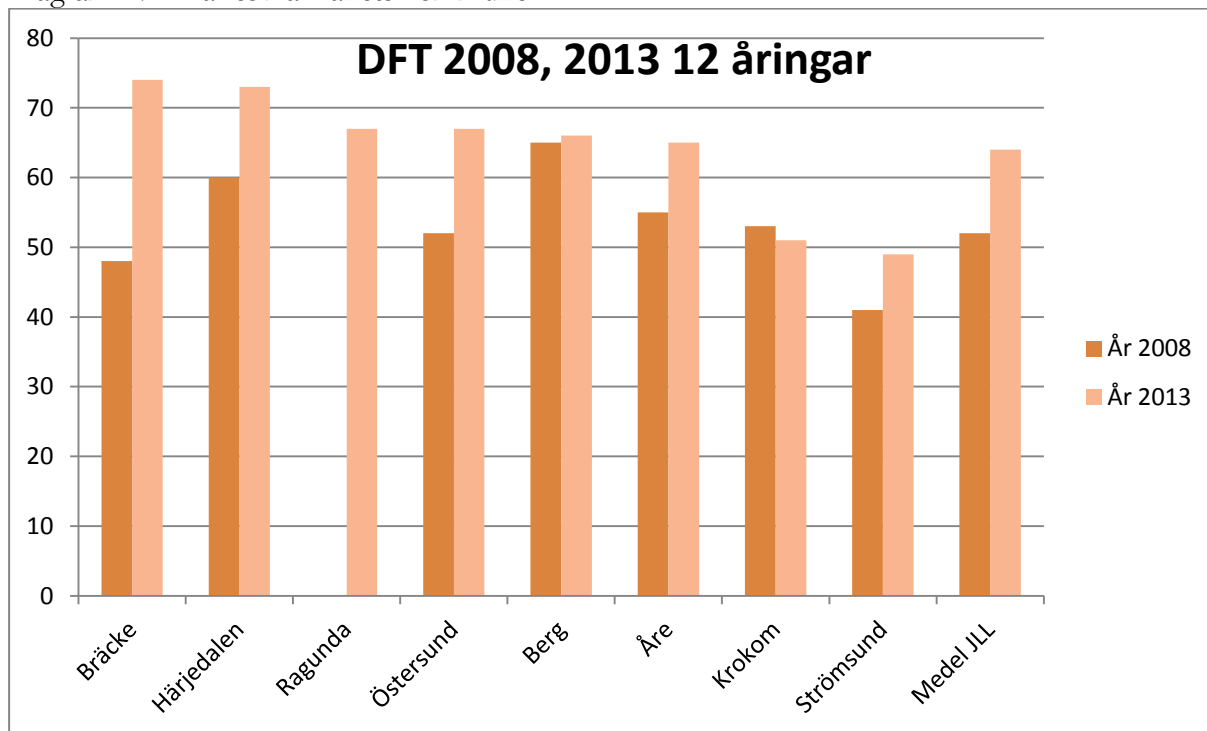
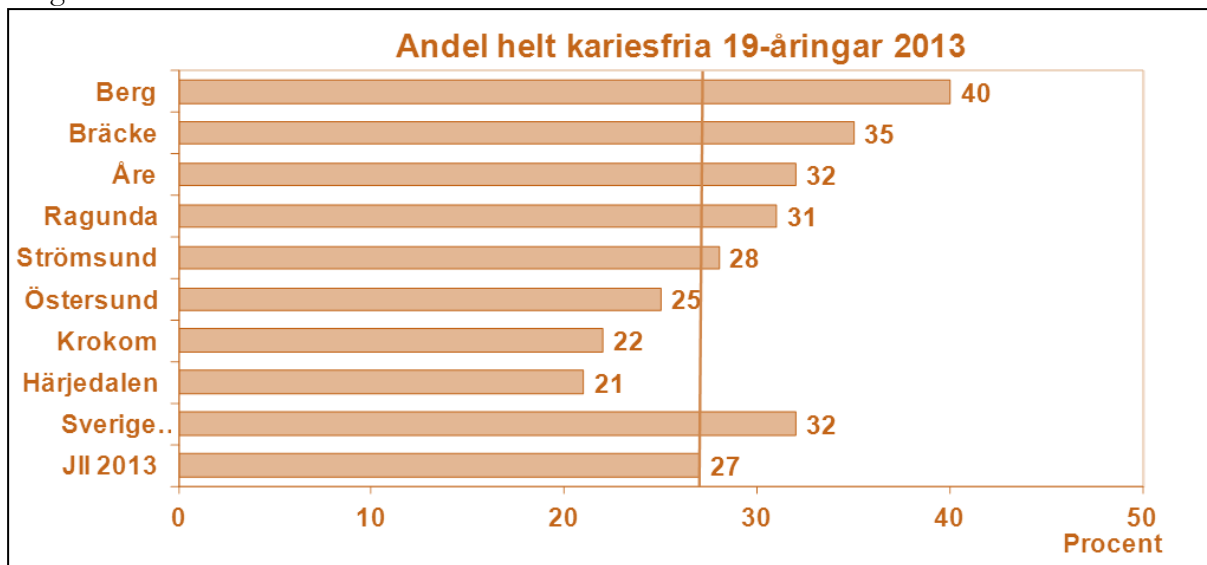


Diagram 18



22 Barnhälsovårdens Stora Pris 2013

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

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

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

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

Barnhälsovårdens Stora Pris 2013 tilldelades:

GULDKUSTENS FÖRÄLDRAKOOPERATIVA FÖRSKOLA

”På Guldkustens förskola lyckas personalgruppen i varje möte med barnen se och bekräfta de individuella barnen och deras olika behov och personligheter. De har ett demokratiskt förhållningssätt där de efterfrågar barnens tankar, önskemål och resurser och tar till vara på dem i sin utformning av verksamheten. Att levandegöra FN’s konvention om barnets rättigheter på det sätt de gör i varje vardagliga möte är värt barnhälsovårdens pris.”

Årets prisutdelare var Sofia Kling, utvecklingsstrateg (Barnkonventionen och Nationella minoriteter).

Tidigare pristagare:

2008	Frösö Skidlek och Kerstin Halvarsson
2009	Vinterstaden och Monica Mattsson
2010	Åsa Andersson
2011	Hans Beijer
2012	Irma Sundin

23 Given fortbildning BHV 2013

Introduktionsdagar för ”Ny BHV-personal” läkare och sjuksköterskor, 6-7 februari
 ”BHV-verksamhetens innehåll”, Samordnande BVC-sjuksköterska Gunnel Holmqvist, BHVÖL
 Per Hedman, Psykolog Lisa Fröst Björnsdotter Socionom Lili-Beth Löf Mattsson, Lena Olofsson
 samt logoped A Karlberg, ortoptist K Holm Eriksson, L Rönnberg

ICDP-utbildning Nivå 1, 4 dagar: 13 mars, 16-17 april, 21 maj. 16 deltagare: 4 barnmorskor 10
 BVC-sjuksköterskor och 2 personal från Bryggan.

Handledare: G Holmqvist samordnande BHV-sjuksköterska och Christina Lundberg
 socialtjänsten Sundsvall

ICDP-utbildning Nivå 2 påbörjades. Under 2013 4 halvdagar. 15 deltagare: 3 barnmorskor 10
 BVC-sjuksköterskor och 2 personal från Bryggan.

Handledare: G Holmqvist samordnande BHV-sjuksköterska och Lisa Fröst Björnsdotter
 psykolog.

Informerade om ICDP på Samspelsutbildning för personal inom Barn Unga Vuxna m.fl.
 1 tim 30/5

Internationella adoptioner 12 mars

Socionomerna *Marie Alm* och *Åsa Barkeling* från MIA – Myndigheten för Internationella
 Adoptionsfrågor

- Var kommer barnen ifrån?
- Hur kan det vara för barn som lever utan föräldrar?
- Vad behöver barnen för föräldrar?
- Hur kan förskolan stödja de adopterade barnens utveckling?
- Vilket stöd erbjuds de adopterade som söker sitt ursprung?

Christina Lundberg från Föräldrahjälpen i Sundsvall berättar om sina erfarenheter av arbetet med
 adoptivföräldrar i grupp enligt ”Vägledande samspel” (ICDP).

Ett arrangemang i samverkan med representanter från länets ”Nätverk för internationella
 adoptioner”: Monica Tabalo Östersunds kommun, Karin Nykänen Krokoms kommun, Gunnel
 Holmqvist och Lena Olofsson JLL

En halvdagsutbildning om adopterade barn

Filmvisning, *Se mig som jag är*, som visar barns vardag på två barnhem i världen, Marie Alm och
 Åsa Barkeling, socionomer på MIA

Anknytningsteori och praktik. Anna Amazeen, master i socialt arbete, ger en anknytningsteoretisk
 referensram. Annabel Ronnehed, pedagog på Spira, öppen förskola för adoptivfamiljer, ger råd
 och tips om hur man kan bidra till adopterade barns trygghet och utveckling i förskolan och
 skolan

Utbildningen riktade sig till personal i förskola, skola, fritidshem och barnhälsovård.

Smitta i förskolan för förskolechefer 27 mars, 2 tim

Landstingets Barnhälsovård och Smittskydd tillsammans med kommunens Miljö- och
 hälsoskydd gav utbildning och information i ämnet enligt programpunkter nedan. G
 Holmqvist, I Svensson, M Widerström samt representant kommunens miljö- och hälsoskydd
 Östersunds kommun.

- Smittor, smittvägar och förebyggande åtgärder
- Förskoleplacering av barn med smittor som omfattas av Smittskyddslagen
- Vem gör vad, ansvarsområden för Barnhälsovården, kommunens miljö- och hälsoskydd

Nätverksträff familjecentralerna Östersund! Barn- och utbildningsförvaltningen, 28 maj Östersund. ca 3 tim. *Hur har familjecentralsarbetet fungerat under 2012?* Alla familjecentraler representerade samt politiker socialnämnden, barn- och utbildningsnämnden och landstinget, sammanlagt 44 personer
Reflektioner utifrån verksamhetsberättelsen.
Några framgångsfaktorer? Nytt från de olika förvaltningarna.

Graviditet och tidigt föräldraskap vid missbruk och beroende - stöd till föräldrar och barn

10:e och 11:e juni (samma program båda dagarna) Hörsalen Snäckan, Östersunds Sjukhus
Inledning av dagen "Visst är du väldigt ensam, Karin.....?"
Presentation av "Riktlinjer för samverkan och stöd till blivande och nyblivna föräldrar med missbruk och beroende", samverkansgruppen.
Information om Fjärilen, Nexus anhörigstöd och Föräldraföreningen mot narkotika
Information om Beroendeenheten, JLL
Polisen informerar om "drogläget" och ungdomspolisens arbete
Missbruk under graviditet – effekter hos det väntade barnet, barnhälsovårdsöverläkare Thomas Arvidsson, Göteborg och Södra Bohuslän
Mödra- och Barnhälsovårdsteamet i Haga, psykolog Antonia Reuter
"En resa" – f.d. missbrukares erfarenhet.
Arbetsgrupp: Pia Collberg, Claes Rundqvist, Laila Östman, Gunnel Holmqvist, Ingrid Haglund, Monica Tabalo, Ida Gjertsas Totland

BHV-dag 5 september

Utveckling och uppföljning av språkscreening vid 3-år.	L Fröst Björnsdotter, G Holmqvist
Tidiga tecken på neuropsykiatriska funktionsnedsättningar	E Fjällström
Ny samverkansrutin vid familjehemsplacering	L Månström
Behandling av hemangiom	Solveig Röisgård
Olika diagnoser vid svullna ögon	P Hedman
Prematura barn och smakportioner	J Lisspers
Hepatit A utbrott på förskola	H Persson
Omskärelse	P Hedman
Lathund vid vaccinationsavvikelser	P Hedman
Aktuell BHV-information (hemsida, datajournal, remiss till FBH, vad händer beträffande nya nationella riktlinjer för BHV m.m.)	P Hedman, G Holmqvist, L Fröst Björnsdotter
BHV:s stora pris utdelas av Sofia Kling	

En dag om föräldrastöd, 10 oktober, OSD, Östersund

Syftet med konferensen är ett avstamp för regional samverkan kring föräldrastöd i Jämtlands län. Konferensen anordnades av Regionförbundet Jämtlands Län och Jämtlands läns landsting i samarbete med Statens folkhälsoinstitut.

Introduktion, röda tråden Ronny Weylandt, folkhälsochef, Jämtlands läns landsting (JLL)

Per Hedman, barnhälsovårdsöverläkare, Föräldra- och barnhälsan, JLL,

Pia Collberg, mödrahälsovårdsöverläkare, Föräldra- och barnhälsan, JLL

Att lyckas med föräldrastödsarbetet Elsa Rudsby Strandberg, projektledare, Statens folkhälsoinstitut

Tvårvetenskaplig forskning om föräldrastöd i praktiken

– *intentioner, implementering och effekter*, Bruno Hägglöf, professor i barn- och ungdomspsykiatri, Umeå universitet

Speedmeeting. Korta presentationer från studieförbund samt om olika program som kommunen erbjuder. Gunnel och Ingrid beskrev kort FC-arbetet på vers samt hade en utställning om FC-arbete och ICDP.

Rundvandring bland aktörerna

Föräldrastöd i glesbygd, Ulla-Marie Nilsson, projektledare, Ovanåkers kommun, Saeid Abbasian, fil.dr, lärare och forskare, Mittuniversitet

Tematiska föräldramöten i Östersunds och Strömsunds kommun Sigrid Landgren, socionom, projektledare, Östersunds kommun, Robert Ingvarsson, projektledare, Östersunds kommun
Föräldrastöd – är det värt pengarna? Anna Månsdotter, docent, Statens folkhälsoinstitut

Reflektioner – möte mellan politiker och tjänstemän Jämtlands län

E Olsson, enhetschef barnpsykiatri, JLL, S Landgren, socionom; projektledare, Östersunds kommun, A Roberts, drogsamordnare, Härjedalens kommun

G Holmqvist, samordnande BHV-sjuksköterska, FBH, A Hildebrandt, landstingsråd, B Sandal, barn- och utbildningsnämnden, Östersunds kommun

A-K Vernberg, barn- och utbildningsnämnden, Åre kommun

Å Ehnberg, barn-, kultur- och utbildningsnämndens arbetsutskott, Strömsunds kommun

Hur fortsätter vi röda tråden? P Hedman, BHVÖL, R Weylandt, folkhälsochef, JLL

Informerade om Familjecentralsarbete för Hälso- och sjukvårdsberedningens möte 28/10.

Regional nätverksträff för familjecentralerna i Jämtlands län 21/11, familjecentral Zätahuset

Historik FC Zätahuset, Personalen familjecentralen Zätahuset

Team/ Teamarbete, Inger Hultin, socionom

De fyra professionernas roll på FC, Gunnel Holmqvist, Ingrid Haglund, Monica Mattsson, Inger Malm FFFF

Gruppdiskussioner i respektive profession, Öppna förskolan Zätahuset

Rundvandring i lokalerna

Återkoppling, Inger Hultin, Gunnel Holmqvist

“Tidig upptäckt och stöd kring neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och traumarelaterade tillstånd” 17 december OSD Kongress, Östersund

Dagen vänder sig till personal inom BHV, BUH, BUP, Barnkliniken, Logopedmottagningen, förskola, skola, personal i barn- och elevhälsoteam, socialtjänst och andra intresserade.

ESSENCE, Christopher Gillberg professor i barn- och ungdomspsykiatri vid Göteborgs universitet

Traumarelaterade tillstånd och små barn Sofia Bidö, leg. psykolog, leg. psykoterapeut, BUP:s traumaenhet Stockholm

Information om ”utvidgad språkscreening vid 3 år” i Jämtland. L Fröst Björnsdotter, E Fjällström och Annika Karlberg

23.1 Möten och träffar med BHV-personal och samverkanspartners

BVC-sjukskötersketräffar Östersund, 9 träffar varav tre studiebesök, Jamtlis öppna förskola, Bryggan och Ankaret.

Rundresor uti länet.

Gunnel och Per har besökt: Hammerdal, Föllinge, Ragunda, Hede, Sveg, Lit, Krokomb, Offerdal, Odensala och Brunflo. Vid besöken har medicinsk revision gjorts. Resultatet har skickats till hälsovalskansliet.

Centrala samverkansgruppen (socialsekreterare Monica Tabalo, samordnande BHV-sjuksköterska Gunnel Holmqvist, samordnande barnmorska Ingrid Haglund, förskollärare Elisabet Falk) träffats vid 7 tillfällen bl.a. påbörjat planering av nationell familjecentralskonferens i Östersund 2014.

Samrådsgrupp, (Eva Lindvall barn och utbildnings förvaltningen, Monica Tabalo socialtjänsten, Ingrid och Gunnel), kring familjecentralernas samverkansavtal, verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser i Östersunds kommun, 1 träff. Planerat en nätverksträff 28 maj för familjecentralerna i Östersunds kommun.

Revidering av samverkansavtalet för familjecentralerna i Östersund. Träffat förskolechef Thomas Jonsson, socialchef Tommy Lekedal, verksamhetsutvecklare Eva Lindvall samt enhetschef HC Frösön Inger Persson
Tagit fram ett nytt avtal som blev klart och påskrivet i december.

FC Zätahuset inför regional konferens för familjecentraler i länet. Deltagit vid 4 husmöten. Vid två av dessa deltog även Inger Hultin.

Fortbildningsgruppen för primärvårdens fortbildning har träffats 1gång.

Hälsovalskansliet. 1 träff med Lena Weinstock Svedh, 15/4.

Centrumchef Olle Christmansson och dl Olof Englund. Samtal om BHV-frågor vid 2 tillfällen.

Barnarenan - samverkansgrupp mellan länets kommuner och regionförbund samt landstinget - har sammanträtt 2 ggr per termin och BHVÖL har deltagit vid två träffar.

Arbetsgrupp riskbruk- alkoholförebyggande arbete. Samordnande barnmorska Ingrid Haglund, samordnande BHV-sjuksköterska Gunnel, distriktssköterskornas samordnare Britta Ahlin och alkoholsamordnare Thomas Andersson har träffats vid ett par tillfällen för att diskutera och planera det fortsatta alkoholförebyggande arbetet. Planerad introduktionsdag om riskbruk för ny personal i januari ställdes in.

Samverkan och stöd till blivande föräldrar med missbruk. Träffar med socialtjänst, landstingets beroendeenhet, polis, kvinnokliniken, Föräldra- och barnhälsan. Tagit fram riktlinjer för samverkan och stöd för gravida och blivande och nyblivna föräldrar med missbruk samt genomfört två utbildningsdagar juni 2013, 4 träffar.

Träffar med Folkhälsocentrum, Hälsoenkät och mall, boken ”Rörelse av vikt med CD – skiva har delats ut till alla ”förstabarn” som kommer på 4-årsbesök. En utvärdering kommer att göras under 2014. En **hälsoenkät** har utarbetats med frågor till barnet och deras föräldrar i samband med BMI registreringen vid 4-års besöket. Ett pilotprojekt gjordes under sommaren där hälsoenkäten provades av fyra BVC-sjuksköterskor som också ingår i en referensgrupp i detta arbete. En **mall** som stöd till BVC-sjuksköterskorna har påbörjats. Träffar med personal från Folkhälsocentrum 7 tillfällen plus tillsammans med de BVC-sjuksköterskor som ingår i referensgruppen vid 4 tillfällen. Även träffat Hans Fröling för hjälp med sammanställning av enkäterna.

Referensgrupp Övervikt och fetma, barnkliniken. Träffar med bl.a. överläkare Anna-Lena Nilsson, Urban Tirén samt dietist Johanna Lisspers, utifrån handlingsprogrammet mot övervikt och fetma. Tagit upp BHV:s och Barnklinikens roll och hur man kan utveckla arbetet.

Barnkonventionen. Träffar i landstingets styrgrupp-och samrådsgrupp för barnkonventionsarbetet, samt i länets nätverk för barnkonventionsarbete. Styrgruppen har träffats, planerat och genomfört träffar med samrådsgruppen. Samrådsgruppen har en bred representation från landstingets alla verksamheter. De ska utveckla BK-arbetet inom sina respektive arbetsområden.

En arbetsgrupp har bildats på Köpmangatan 24 med representanter från alla enheter utom UPM. Arbetsgruppen har träffats 3 ggr.

Länets BK-nätverk består av representanter från alla kommuner i länet samt från landstinget och Rädda barnen. På träffarna har nya undersökningar, rapporter och material tagits upp samt det barnkonventionsarbete som görs ute i kommunerna. En årlig barnkonventionsdag planeras. Under 2013 var temat barns fritid.

Träffat skolhälsovården Östersund vid 2 tillfällen samt länets skolsköterskor vid 1 tillfälle för att diskutera gemensamma frågor.

Föräldrastöd Östersund och övriga länet. En regional föräldrastödskonferens ”En dag om föräldrastöd” har planerats gemensamt med FHI, Folkhälsocentrum, Regionförbundet och Föräldrastöd Östersund, 6 träffar.

Träff Integrationservice Östersund vid ett tillfälle i december tillsammans med representanter från Elevhälsan, Bryggan m.fl. Information om deras arbete och samtal kring eventuell samverkan.

Träff med landstingets flyktingsamordnare och enhetschef Ulla Ledin. Per Hedman, Ingrid Haglund, Gunnel Holmqvist, BVC-sjuksköterska Malin Arvidsson och barnmorska Elisabeth Block om situationen för nyanlända och kontakten med BHV och BM.

Besök Grytans flyktningmottagning. Per och Gunnel träffade Grytans personal, Migrationsverket och frivilligorganisationer. Fick information om hur flyktningmottagande ser ut i dagsläget och vilka behov som finns.

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

Även deltagit vid träff om Älmhults arbete med ÖR, Järpens kommunhus.

Samverkan med förskolan. Samordnande BHV-sjuksköterska och BHVÖL träffat förskolechef Thomas Jonsson Östersunds kommun vid ett tillfälle. Tagit upp BHV:s behov av en fortsatt samverkan med förskolorna.

Logopedträff , ”Huldagruppen” logopederna, E Fjällström, A Nilsson, C. Eriksson, A Karlberg, psykolog L. Fröst Björnsdotter, samordnande BHV-ssk. G. Holmqvist samt specialpedagog S. Nordin har träffats och diskuterat språkscreening, neuropsykiatriska problem mm. ca 6 träffar.

Riktlinjer kring utvidgad språkscreening vid 3-års besök har tagits fram och information gavs till BHV-personalen på BHV-dag 5 september. Dessutom planerades och genomfördes en konferens den 17 dec. “Tidig upptäckt och stöd kring neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och traumarelaterade tillstånd”

Träff Smittskyddet för gemensamma frågor samt planerat och genomfört en utbildningssatsning om ”smitta i förskola” för förskolechefer i Östersunds kommun, 2 träffar samt halvdagsutbildning den 27 mars.

Träffar MIUN, referensgruppsmöte för distriktssköterskeutbildningen vid Mittuniversitetet, två tillfällen. Fått information om vad som händer inom utbildningarna samt delgett behov från BHV-verksamheten och de förändringar som hänt eller är på gång. Gunnel och Lisa F B **träffat Åsa Carlsund MIUN** och berättat om BVC:s arbete med barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Vårdkedjeträffar, vårdkedjegruppen bestående av funktionsansvariga barnmorskor BB/förlossning, barnsjuksköterska spädbarnsavd., Laila Östman barnmorska specialistmödravården, Ingrid Haglund samordnande barnmorska, Gunnel Holmqvist samordnande BHV-sjuksköterska och Elisabet Nilsson FBH-socionom har träffats 6 tillfällen och diskuterat gemensamma frågor.

Årlig uppföljning av tidig hemgång(THG), 1 träff.

nÄTverket. 2 träffar a´1- 2 tim. I gruppen ingår Magdalena Jochym, logoped BUH, Monica Karlsson, dietist BUH och Barnkliniken, Sara Larsson, psykolog FBH, Gunnel Holmqvist, samordnare BHV, Karin Skogelid, barnsjuksköterska avd 109, Birgitta Landström, socionom BUP och Maciej Potyrala, överläkare Barnkliniken. Syfte: Hålla en god kompetens kring små barn med ätproblematik inom specialistvården JLL. Vi har träffats hos varandra för att få god kompetens om varandras specialistområden. Tanken är att kunna konsultera varandra och lättare remittera till ”rätt” instans. Tagit upp aktuella fall, diskuterat och försökt komma fram till möjliga lösningar med barnet/familjen i fokus.

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

Träff "Adoptivbarn" socialförvaltningen Östersund med representanter från socialtjänsten/familjerätten i hela länet. Planerat och genomfört en utbildningsdag om adoption 12 mars.

"Framtidens hälso- och sjukvård i Jämtlands län

Vård- och rehabberedningen tillsammans med länets kommuner har arbetat fram ett förslag till måldokument. Som en del i förankringsarbetet hölls ett seminarium. Tillsammans med Ingela Jönsson och representanter från Folkhälsocentrum, Psyk, UM och BUH/BUP tagit fram förslag på utvecklingsområden utifrån psykisk ohälsa hos barn. Två träffar. Förslaget redovisades på seminariet.

Planeringsmöte hälsoläget bland våra barn Per Hedman och Gunnel H. träffade Hans Fröling och planerade **Träff med hälso- och sjukvårdsberedningen**, 28/10. På mötet med dem informerades om barnhälsovården, FBH och familjecentralsarbete i länet samt vilka behov som finns bland barn idag.

Regional samverkansrutin vid familjehemsplacering Träffat Lena Månström på Regionförbundet vid 1 tillfälle samt deltagit i regional konferens, heldag med information och gruppdiskussioner.

Datajournal BHV

Träff med Marith Nilsson om BHV-journal i COSMIC.

Studiebesök i Växjö för att få ta del av deras arbete med BHV-journal i COSMIC, 6/12.

Referensgrupp COSMIC. 1 träff 2013.

23.2 Nationellt

BHVÖL och Samordnande BHV-sjuksköterska:

Referensgrupp "Evelina" - nya nationella riktlinjer för BHV. Träff 2 heldagar i Stockholm.

Möte BHV-enheterna norra regionen 2 halvdagar i Umeå 23-24/5.

Nationell konferens för BHV-team i Stockholm 15 -16-17 oktober. Under dagarna diskuterades de nya nationella riktlinjerna för BHV och konsensus togs fram i olika delar.

Samordnande BHV-sjuksköterska:

FFFF, föreningen för familjecentralers främjande,

Styrelsemöte. Representerar Barnhälsovården i styrelsen. Har förutom 4 telefonmöten träffat styrelsen vid 2 tillfällen, Gävle och Helsingborg. Deltagit i planeringen och genomförandet av den nationella FFFF-konferensen i Helsingborg 14- 15 maj. Avgick ur styrelsen i samband med konferensen. Fortsätter som FFFF:s representant i samverkansgruppen på FHI.

Som **regional samordnare** deltagit i nationell träff för regionala samordnare på Sättra Bruk 19-21/8

Nationell familjecentralskonferens i Östersund 2014

Deltagit i 2 telefonmöten med styrelsen samt träffat representanter från styrelsen bl.a. Tinna Cars Björling för att utforma ett avtal mellan FFFF, JLL, Östersunds kommun och Regionförbundet samt Agneta Abrahamsson inför planering av deras deltagande i ett seminarium om självvärderingsinstrument.

Arbete i länet inför konferensen.

Träff Barnarenan 1 tillfälle informerat och fått godkänt sätta igång med planering av nationell konferens Östersund.

Styrgrupp: ordförande barn- och utbildningsförvaltningen Björn Sandahl, verksamhetsutvecklare Eva Lindvall, Magdalena Risselborn Regionförbundet, BHV-samordnare Gunnel Holmqvist.

Styrgruppen har träffats 5 ggr samt delar av gruppen 3 ggr och tillsammans med Congressbyrån ytterligare 7 tillfällen. En preliminär inbjudan gick ut redan i december 2013.

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

FHI vill emellertid även fortsättningsvis ha en samverkansgrupp till stöd och med en delvis ny konstellation och inriktning. Fortsatt som representant för FFFF i gruppen. 2 träffar under 2013. På grund av omorganisation på FHI oklart om gruppens fortsättning fr.o.m. 2014.

Regional träff för BHV-samordnare/vårdutvecklare norra regionen

Videokonferens 8/3

Möte i Östersund 16/12 Diskuterat och arbetat med regiongemensamma frågor.

ICDP, Vägledar- och handledarträff i Stockholm, heldag. Information om nyheter och föreläsning om "Glädjens pedagogik", pedagog och psykolog Anne Linder.

BHVÖL:

Barnhälsovårdsöverläkaren har deltagit vid 3 möten i Stockholm i Barnläkarföreningens **Utskott för Etik och Barnets Rättigheter**.

24 Riktlinjer 2013 för barnhälsovården i Jämtlands län

uppdaterat 2013-07-09/ph

24.1 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; upphört att gälla från årsskiftet 2008/2009).

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

Folkhälsoplan för Jämtlands läns landsting.

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

Utredningen ”Skydda skyddsnetet” (Socialstyrelsen 1992).

FN:s konvention om barns rättigheter 1990.

Amningsstrategi för Jämtlands län 2011.

Stöd i föräldraskapet SOU 1997:161

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

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

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

Styrdokument Barnhälsovården Jämtlands läns landsting 2011 (Hälsovalsdokument)

Styrdokument Z-modellen Föräldra- och barnhälsan/Jämtlands läns landsting. 2010

Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom BHV 2007.

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

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

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

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

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

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

Socialstyrelsens Rekommendationer för profylax mot hepatit B (2005)

Socialstyrelsens Rekommendationer för preventiva insatser mot Tuberkulos (2006)

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

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

Smitta i förskola, Kunskapsöversikt Socialstyrelsen 2008.

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

Rikshandboken; www.rikshandboken-bhv.se

Lokala vårdprogram och riktlinjer

24.2 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.

24.3 Resurser

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

Sjuksköterskan skall ha påbyggnadsutbildning i hälso- och sjukvård för barn och ungdom eller öppen hälso- och sjukvård. En sjuksköterska som arbetar heltid bör inte ha mer än cirka 60 nyfödda per år. Siffran bör vara något lägre i områden med hög social rörlighet eller långa geografiska avstånd. Denna dimensionering är en förutsättning för att ge tillräckligt med tid för egen mottagning, medverkan vid läkarmottagningar, telefontid, tid för hembesök, föräldragrupsverksamhet, hälsovård på förskolan, planering/administration, dokumentation och verksamhetsstatistik samt samverkan.

Kompetens inom ett verksamhetsområde är ju inte erövrad en gång för alla genom utbildning, utan upprätthålls och utvecklas genom erfarenhet och kontinuerlig fortbildning. Detta förutsätter att sjuksköterskan och läkaren har ett ”tillräckligt antal barn”, ca 25 nyfödda barn per år, och man bör eftersträva att sjuksköterska i glesbygd ägnar minst 50 % av sin arbetstid åt förebyggande arbete med barn och barnfamiljer. I tätort bör särskild sjuksköterska för barnhälsovård finnas. Arbetet skall organiseras så att största möjliga **kontinuitet** erbjuds mellan barn/barnfamilj och BVC-personal, både läkare och sjuksköterska. Hög **tillgänglighet** skall eftersträvas.

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

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

24.4 Föräldra- och barnhälsan (FBH)

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

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

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

24.5 Innehåll i verksamheten

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 hälsoupplýsning i olika åldrar.

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

Läkarbesöken är 5 stycken i basprogrammet, utrymme skall dessutom finnas för extra och längre besök vid behov. Huvudparten av hälsoövervakningsprogrammet utföres av sjuksköterskan som därmed också fått ett allt större ansvar.

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

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

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

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

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

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

Hälsouppllysning

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

Vid varje möte med föräldrar och barn måste personalen vara lyhörd för familjens individuella behov. Samtalen bör bygga på ett 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.

Vaccinationer

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

Psykosocialt stöd

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

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

Stöd i föräldraskapet - Föräldragrupper

Föräldragrupper ingår som en del i stödet i föräldraskapet.

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

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

Hälsovård i förskolan

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

Samverkan

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

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

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

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

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

24.6 Kravspecifikation

Hälsoövervakning: Övervakningsprogrammet enligt bifogat blad skall följas

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

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

Vaccinationer: Alla barn skall erbjudas vaccination mot stelkramp, difteri, kikhosta, polio, hemophilus influenzae typ B och pneumokocker under spädbarnsåret samt erbjudas vaccin mot hepatit-B vid 3, 5 och 12 månaders ålder mot egen betalning samt en boosterdos av DTP- och polio vid 5 års ålder. Vaccination mot mässling, påssjuka och röda hund erbjuds under andra levnadsåret. Alla riskbarn skall erbjudas BCG-, hepatit-B och pneumokockvaccin vaccin.

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

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

Samverkan: Samverkansrutiner med socialtjänsten skall upprättas.

24.7 Målsättning

Följande kvalitetskriterier rekommenderas för 2011

Process och resultatkriterier

Kvalitet

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

Hälsöövervakning och screeningundersökningar

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

Hembesök

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

Föräldragrupper

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

Tobaksinformation

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

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

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

EPDS

Alla BVC:er använder EPDS som erbjudes alla nyblivna föräldrar.

Vaccinationer

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

97 % av barnen är vaccinerade med MPR-vaccin.

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

Amning

80 % av barnen ammas helt vid 2 månaders ålder

70 % av barnen ammas helt vid 4 månaders ålder

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

BMI

Under år 2011 skall 96 % av länets 4-åringar BMI registreras i samband med hälsosamtal vid 4 års kontrollen.

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

Förskola

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

24.8 Kommentarer till hälsoövervakningsprogrammet

Varje gång bedömer man barnets allmänna välbefinnande och trivsel, kontaktförmåga och samspel mellan föräldrarna och barnet. Tillväxten kontrolleras: Längd, vikt vid varje mottagningsbesök under de första sex levnadsåren, huvudomfånget de första 18 månaderna. Den psykomotoriska utvecklingen värderas vid varje BVC-kontakt men en mer omfattande bedömning görs vid nyckelåldrarna: 5 – 12 – 18 månader, 3 år, 4 år samt 5 år. **Kom ihåg att anteckna i journalen!**

Vid varje tillfälle skall möjlighet ges att samtala kring föräldrarollen, barnets utveckling och behov samt ge råd och bedriva hälsoupplýsning i frågor kring barnets kost, fysiska aktivitet, barnsäkerhet, egenvård, rökning, alkohol och droger samt kulturella frågor.

24.9 BVC:s hälsoövervakningsprogram (Jämtlands län)

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

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

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

25 Avslutande tankar

Barnhälsovården publicerar här sin kvalitetsredovisning för år 2013. Rapporten redovisar statistik på läns- och kommunnivå och innehåller även en sammanställning på enskild barnavårdscentralsnivå.

Sammanfattningen av barnhälsovårdens (BHV) resultat under året visar på en god kvalitet men att vi fortfarande har svårt att nå upp till BHV:s mål inom flera områden och vi ser även att det finns stora kvalitetskillnader mellan länets barnavårdscentraler (BVC). Betydande skillnader ses exempelvis när det gäller EPDS-screening, hembesöksfrekvens och samverkan med förskolan. Detta inte acceptabelt. Under 2013 påbörjades en rundresa till länets BVC för att göra en medicinsk revision utifrån aktivitet, mål och resultat enligt ett särskilt formulär. Förslag till åtgärder har diskuterats och uppföljning planeras. Dessa revisioner kommer att fortsätta under 2014 med besök till samtliga BVC.

Amningsfrekvensen har varit sjunkande under 2000-talet och visar inga tecken på en ökning. Vår målsättning behöver ses över och ändras utifrån aktuell kunskap och de behov som finns idag. Positivt är att antalet mödrar som röker fortsätter att minska. Samtidigt ser vi att pappor som röker är fortsatt hög och utgör en utmaning för mödra- och barnhälsovården att arbeta med.

Andel barn med övervikt/fetma vid 4-års ålder har minskat jämfört med förra året men är ändå hög. Ett fortsatt förebyggande arbete behövs och behov finns av modeller för hur vi kan arbeta med stöd till dessa familjer.

85 % av förstagångsföräldrar erbjuds att delta i föräldragrupp varav 68 % mammor och 32 % pappor deltar minst 3 tillfällen. Önskvärt vore att alla erbjuds och fler deltog men i jämförelse med många andra län i landet är det ändå bra siffror. Fortsatt stöd behövs till personalen samt att det finns utrymme och resurser ute på BVC.

BHV står inför fortsatta utmaningar såväl nationellt som regionalt och lokalt. Ett övergripande arbete med framtagande av ”Nya nationella riktlinjer för BHV” har pågått och slutrapport tillsammans med ett vägledningsdokument från Socialstyrelsen presenterades och diskuterades under hösten 2013 på nationell nätverksträff för landets BHV-enheter. Det nya programmet medför en del förändringar och under BHV-dagar i februari 2014 framkom behov som behöver tillgodoses för att göra det möjligt att implementera programmet. Träffar med hälsovalkansliet, politiker och chefer har pågått under våren för att påtala detta. En stor utmaning är förstås landstingets ekonomi och de besparingsbehov som samtidigt finns.

Vi ser en ökad migration och inflyttning av nysvenskar till länet vilket är både spännande och utmanande. Vi har under 2013 fortsatt jobba för att möta nysvenska och asylsökande familjer. Vi har bl.a. under året medverkat i arbetsgrupp för Föräldrastöd för nyanlända i Östersunds kommun. Vi har även under 2014 i Östersund jobbat med ett förslag att koncentrera asylsökandes behov av MHV och BHV till en enskild mottagning, i syfte att förbättra tillgängligheten för och dialogen med familjerna. Ett arbete vi behöver utveckla vidare.

Behovet av en datoriserad BHV-journal är stort och det ser nu antligen ut som om det ska komma tillstånd och införas samtidigt som COSMIC införs inom övriga verksamheter i landstinget under 2015.

BHV fick en egen hemsida under 2013 vilket förhoppningsvis underlättar samarbetet mellan FBH och BHV ute i länet.

För att verksamheten ute på BVC ska motsvara barnfamiljernas behov krävs samverkan med andra verksamheter som kommer i kontakt med barn och föräldrar och framför allt med mödrahälsovård, socialtjänst och förskolan/öppna förskolan. Arbetet fortsätter med att tillvarata och vidareutveckla den potential som våra familjecentraler (FC) utgör fortsätter. Klara strukturella förutsättningar behövs för att minska den sårbarhet som uppkommer när beslut tas i kommun och/eller landstinget som berör verksamheten. Ett nytt samverkansavtal har tagits fram för FC i Östersund. En tydlig viljeyttring finns från politiker och chefer som ger hopp inför framtiden. Under året har en nationell familjecentralskonferens planerats med tema framtidens familjecentral. Konferensen som gick av stapeln maj 2014 gav inspiration. 600 personer från hela landet deltog.

Situationen på Föräldra- och barnhälsan (FBH) har varit bekymmersam utifrån ett stort remissflöde, nedskärningar och en besvärlig personalsituation som gjort att väntetiderna blivit långa. Personalsituationen har förbättrats något och flytten till Köpmangatan 24 har gett ökade möjligheter till samverkan och goda initiativ har påbörjats. Konsultation efterfrågas ute av BVC-personalen och möjligheterna ser ljusare ut att möta dessa behov.

Per Hedman har vikarierat på 50 % som barnhälsovårdsöverläkare(BHVÖL) och har under 2013 haft ett Medicinskt Lednings Uppdrag (MLU) för behandlingsarbetet vid FBH. Uppdraget har tagit en stor del av BHVÖL:s arbetstid under framför allt hösten 2013.

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

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

Östersund den 9 juni 2014

Gunnel Holmqvist
Samordnande BVC-sjuksköterska

Per Hedman
Barnhälsovårdsöverläkare

Anna Lundmark
Barnhälsovårdsöverläkare

Personalen på Föräldra- och barnhälsan vill passa på att tacka Per Hedman för den tid han arbetat som BHVÖL, för hans stora kunskap och engagemang som har och har haft stor betydelse för barnen och barnhälsovården i Jämtlands län. - Vi hoppas du kan unna dig ett lugnare tempo och önskar dig skön tillvaro som pensionär.

Vi är samtidigt glada att hälsa vår nye BHVÖL Anna Lundmark välkommen och ser fram mot ett gott samarbete.

Personalen på FBH

26 Referenser

1. Barnfattigdom(www.rb.se)
2. www.skolverket.se
3. www.scb.se
4. Tangen et al [Hembesök inom barnhälsovården - Sjuksköterskornas attityder avgörande för hur verksamheten utvecklas](#), Läkartidningen nr 47 2010 volym 107
5. Elkan R, Kendrick D, Hewitt M, Robinson J. J. A, Tolley K, Blair M, Dewey M, Williams D, Brummell K. The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. Health Technology Assessment. 2000
6. McNaughton D. B, A synthesis of qualitative home visiting research. Public Health Nurs. 20004
7. Jansson A, [Hembesök kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som familj](#). Läkartidningen 2003; 100 nr 15: 1348-51
8. Magnusson, M., ET AL., Barnhälsovård – att främja barns hälsa, 2009, Liber AB:Stockholm. p 212-213
9. TCO:s Pappaindex (www.tco.se)
10. Brottsförebyggande rådet (www.bra.se)
11. Fetmautvecklingen bland svenska 4-åringar tycks ha stannat av. Bråbäck. L m.fl. Läkartidningen 2009;2758-2761
12. Barnkonventionen (www.rb.se)
13. Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården. Nationella nätverket för barnhälsovårdssamordnare/vårdutvecklare(2007)
14. Läkartjänstgöring inom barnhälsovården och på barnavårdscentral. Svenska barnläkarföreningen, Svenska Distriktsläkarföreningen och svensk Förening för Allmän Medicin.
15. Hälsoundersökningar inom barnhälsovården(SOSFS 1991:8) Kvalitetssäkring av barnhälsovården (SOS-rapport 1994:19)
16. Socialstyrelsen, Vägledning för barnhälsovården, 2014

27 Appendix

Appendix innehåller 3 tabeller:

Tabell 1: antal nyfödda barn födda 2008-2013 på respektive BVC i länet.

Tabell 2: antal barn födda 2007-2012 som hel- och delammas på resp. BVC.

Tabell 3: antal barn födda 2007-2012 med rökande mammor och pappor på resp. BVC

Tabell 1

Antal inskrivna barn: nyfödda resp. totalt antal barn 0 – 6 år per BVC den 31/12 2008-2013

	År	Nyfödda	Totalt		År	Nyfödda	Totalt
1.				6.			
Backe/Hoting	2008	20	126	Funäsdalen	2008	25	119
	2009	19	120		2009	17	119
	2010	10	65		2010	23	119
Backe	2011	6	59		2011	19	118
	2012	3	51		2012	21	113
	2013	13	75		2013	21	111
2.				7.			
Bispgården	2008	9	64	Frösön	2008	171	955
	2009	7	63		2009	168	996
	2010	13	61		2010	176	1042
	2011	10	58		2011	173	1063
	2012	9	52		2012	144	1007
	2013	7	53		2013	179	1048
3.				8.			
Brunflo	2008	77	557	Föllinge	2008	14	83
	2009	80	551		2009	12	99
	2010	94	566		2010	9	86
	2011	89	556		2011	20	92
	2012	77	546		2012	10	92
	2013	68	497		2013	15	88
4.				9.			
Bräcke	2008	21	136	Gäddede	2008	8	40
	2009	17	131		2009	7	38
	2010	20	128		2010	11	47
	2011	20	121		2011	10	45
	2012	27	131		2012	8	48
	2013	21	129		2013	8	54
5.				10.			
Fjällhälsan Hede	2008	17	128	Gällö	2008	19	146
	2009	16	111		2009	18	134
	2010	13	122		2010	24	123
	2011	11	86		2011	8	117
	2012	13	79		2012	17	109
	2013	15	97		2013	9	99

	År	Nyfödda	Totalt		År	Nyfödda	Totalt
11. Hallen	2008	31	166	16. Lit	2008	54	325
	2009	40	192		2009	56	341
	2010	28	114		2010	49	334
	2011	12	103		2011	40	304
	2012	9	103		2012	32	291
	2013	14	96		2013	45	288
12. Hammarstrand	2008	26	143	17. Lugnvik	2008	76	331
	2009	23	137		2009	74	367
	2010	34	153		2010	63	361
	2011	19	152		2011	64	378
	2012	30	160		2012	68	408
	2013	25	153		2013	59	414
13. Järpen	2008	71	166	18. Myrviken	2008	22	159
	2009	63	192		2009	21	158
	2010	89	194		2010	28	172
	2011	30	192		2011	28	169
	2012	34	201		2012	31	174
	2013	29	203		2013	16	166
14. Krokom	2008	131	842	19. NNV Hoting/Strömsund	2008	0	0
	2009	191	864		2009	0	0
	2010	116	862		2010	5	54
	2011	104	849		2011	21	89
	2012	92	775		2012	10	97
	2013	103	732		2013	19	105
15. Kälarne	2008	8	47	20. Odensala	2008	96	578
	2009	10	50		2009	86	582
	2010	10	58		2010	105	604
	2011	6	54		2011	101	616
	2012	3	45		2012	74	595
	2013	4	47		2013	101	635

	År	Nyfödda	Totalt		År	Nyfödda	Totalt
21. Offerdal	2008	24	151	26. Torvalla	2008	98	565
	2009	11	142		2009	106	593
	2010	27	137		2010	94	573
	2011	11	137		2011	72	548
	2012	17	131		2012	92	525
	2013	24	138		2013	68	477
22. Strömsund				27. Utrikeshälsan Hammerdal	2008	23	142
	2008	49	344		2009	18	132
	2009	58	315		2010	18	116
	2010	62	311		2011	15	99
	2011	64	318		2012	38	121
	2012	71	356	NNV Hammerdal	2013	18	121
	2013	68	353				
23. Stugun				28 Z-gränd	2008	148	776
	2008	13	80		2009	171	750
	2009	17	78		2010	198	835
	2010	11	78		2011	205	890
	2012	17	89		2012	192	963
	2013	18	92		2013	186	1000
24. Sveg				29. Åre	2008	71	364
	2008	44	286		2009	63	366
	2009	48	287		2010	89	392
	2010	44	271		2011	70	393
	2011	56	283		2012	64	406
	2012	51	287		2013	50	395
	2013	50	299				
25. Svenstavik	2008	35	253				
	2009	36	243				
	2010	31	271				
	2011	56	283				
	2012	51	287				
	2013	30	210				

Tabell 2

Andel (%) helammade vid 4 månaders ålder och ammade, helt och/eller delvis, vid 16 månaders ålder på respektive BVC. Barn födda 2007 – 2012

	År	4mån	6mån		År	4mån	6mån
1.				6.			
Backe/Hoting	2007	71/18	71	Funäsdalen	2007	80,0	100,0
	2008	40/36	60		2008	80,8	88,5
	2009	36,4/80	54,5/80		2009	62,5	75,0
	2010	60,0	50,0		2010	81,8	77,3
	2011	66,7	66,7		2011	76,5	70,6
Backe	2012	33,3	100,0		2012	68,4	100,0
2.				7.			
Bispgården	2007	53,8	61,5	Frösön	2007	71,6	74,2
	2008	44,4	66,7		2008	72,8	79,8
	2009	57,1	71,4		2009	76,8	80,4
	2010	58,3	50		2010	70,2	71,4
	2011	71,4	85,7		2011	66,5	71,2
	2012	62,5	50,0		2012	69,4	73,5
3.				8.			
Brunflo	2007	57,6	66,3	Föllinge	2007	70,6	64,7
	2008	48,7	57,1		2008	81,3	68,8
	2009	53,7	58,5		2009	69,2	76,9
	2010	53,5	59		2010	60,0	60,0
	2011	66,7	42,5		2011	45,5	50,0
	2012	49,4	53,2		2012	10,0	30,0
4.				9.			
Bräcke	2007	40,0	26,3	Gäddede	2007	50,0	50,0
	2008	36,8	29,4		2008	62,5	75,0
	2009	36,8	29,4		2009	85,7	85,7
	2010	55,6	61,1		2010	40,0	90,0
	2011	60,0	52,6		2011	45,5	45,5
	2012	32,0	40,0		2012	85,7	100,0
5.				10.			
Fjällhälsan Hede	2007	62,5	68,8	Gällö	2007	66,7	58,3
	2008	64,7	82,4		2008	83,3	76,5
	2009	66,7	73,3		2009	66,7	76,5
	2010	76,9	76,9		2010	55,6	53,8
	2011	41,7	50,0		2011	77,8	88,9
	2012	73,3	73,3		2012	68,8	87,5

	År	4mån	6mån		År	4mån	6mån
11. Hallen	2007	65,0	65,0	16. Lit	2007	76,9	69,0
	2008	80,0	80,0		2008	67,3	65,0
	2009	68,4	73,7		2009	70,9	81,8
	2010	61,9	52,4		2010	65,9	72,7
	2011	61,5	38,5		2011	69,8	72,1
	2012	45,5	54,5		2012	61,8	70,6
12. Hammarstrand	2007	59,1	59,1	17. Lugnvik	2007	71,9	79,7
	2008	72,0	70,8		2008	61,1	66,7
	2009	71,4	71,4		2009	64,4	76,7
	2010	51,7	44,8		2010	52,3	62,5
	2011	55,0	65,0		2011	52,4	72,1
	2012	71,4	64,3		2012	62,5	68,8
13. Järpen	2007	50,0	41,7	18. Myrviken	2007	71,4	64,3
	2008	50,0	54,5		2008	66,7	66,7
	2009	59,5	64,3		2009	43,5	43,5
	2010	50,0	51,9		2010	50,0	56,0
	2011	67,7	67,7		2011	66,7	55,6
	2012	65,7	71,4		2012	43,8	46,9
14. Krokom	2007	63,2	63,2	19. NNVHoting/Strömsund	2007	—	—
	2008	61,3	62,7		2008	—	—
	2009	72,3	73,8		2009	—	—
	2010	60,0	60,0		2010	41,7	33,3
	2011	64,3	71,4		2011	59,1	54,5
Krokom/Nällden	2012	52,1	52,1		2012	58,3	66,7
15. Kälarne	2007	42,9	50,0	20. Nällden	2007	65,7	62,9
	2008	33,3	22,2		2008	65,2	60,9
	2009	77,8	75,0		2009	50,0	55,6
	2010	37,5	12,5		2010	50,0	46,9
	2011	50,0	66,7		2011	67,7	62,5
	2012	50,0	33,3		—	—	—

	År	4mån	6mån		År	4mån	6mån
21.				27.			
Odensala	2007	65,9	74,7	Torvalla	2007	29,6	60,2
	2008	69,1	77,3		2008	56,0	58,0
	2009	72,0	73,1		2009	55,6	72,2
	2010	57,0	71,0		2010	48,1	56,8
	2011	54,9	66,7		2011	50,0	57,7
	2012	65,4	69,1		2012	50,0	60,2
22.				28.			
Offerdal	2007	85,7	81,0	Utrikeshälsan h-dal	2007	73,7	84,2
	2008	56,5	56,5		2008	85,0	80,0
	2009	81,8	80,0		2009	75,0	81,3
	2010	42,9	46,4		2010	50,0	81,3
	2011	46,2	61,5		2011	60,0	73,3
	2012	55,6	55,6	NNV Hammerdal	2012	53,1	48,4
23.				29.			
Strömsund	2007	51,1	68,1	Z-gränd	2007	71,1	75,4
	2008	73,8	71,4		2008	71,9	74,4
	2009	51,7	73,7		2009	61,5	65,1
	2010	50,8	49,2		2010	56,1	61,4
	2011	50,7	70,4		2011	59,3	61,3
	2012	69,1	63,2		2012	58,3	58,8
24.				30.			
Stugun	2007	43,8	56,3	Åre	2007	77,9	82,4
	2008	58,3	66,7		2008	60,6	77,3
	2009	52,9	52,9		2009	74,5	85,2
	2010	54,5	81,8		2010	53,0	66,3
	2011	52,9	56,3		2011	67,1	71,4
	2012	76,5	94,1		2012	59,0	73,3
25.				31.			
Sveg	2007	71,1	76,3	Ås	2007	82,5	82,5
	2008	78,6	81,0		2008	54,1	59,5
	2009	60,0	57,8		2009	93,9	90,9
	2010	48,9	55,6		2010	80,0	89,3
	2011	57,1	66,1		2011	60,9	87,0
	2012	49,0	60,8		2012	42,9	60,0
26.Svenstavik	2007	61,1	52,8				
	2008	71,9	65,6				
	2009	48,6	59,5				
	2010	66,7	73,3				
	2011	63,3	70,0				
	2012	71,0	74,2				

Tabell 3

Andel (%) rökande mammor och pappor till barn födda 2007 – 2012 på respektive BVC

		Mor 4 v	Mor 8 m	Far 4 v	Far 8 m
1.					
Backe/Hoting	2007	0/9,1	0/9,1	14,3/0	14,3/0
	2008	0/0	0/0	0/18,2	0/18,2
	2009	0/0	0/0	9,1/100	9,1/100
Backe	2010	0	0	0	0
	2011	0	0	16,7	16,7
	2012	0	0	0	0
2.					
Bispgården	2007	0	0	7,7	7,7
	2008	11,1	11,1	11,1	11,1
	2009	28,6	28,6	28,6	14,3
	2010	25,0	25,0	8,3	8,3
	2011	28,6	28,6	0	0
	2012	12,5	12,5	25,0	12,5
3.					
Brunflo	2007	1,9	6,1	5,6	7,8
	2008	7,4	7,6	11,3	9,0
	2009	3,4	2,4	9,5	9,8
	2010	4,0	5,0	5,0	4,2
	2011	5,7	4,7	9,2	8,1
	2012	5,0	5,1	23,8	21,5
4.					
Bräcke	2007	4,3	4,3	8,7	8,7
	2008	9,5	9,5	14,3	5,0
	2009	9,5	9,5	14,3	5,0
	2010	5,0	15,8	25,0	26,3
	2011	15,0	10,0	21,1	15,8
	2012	3,8	7,7	7,7	7,7
5.					
Fjällhälsan,Hede	2007	6,3	6,3	0	6,3
	2008	5,9	5,9	29,4	29,4
	2009	6,7	0	6,7	0
	2010	7,7	7,7	15,4	15,4
	2011	0	0	0	0
	2012	20,0	20,0	20,0	20,0

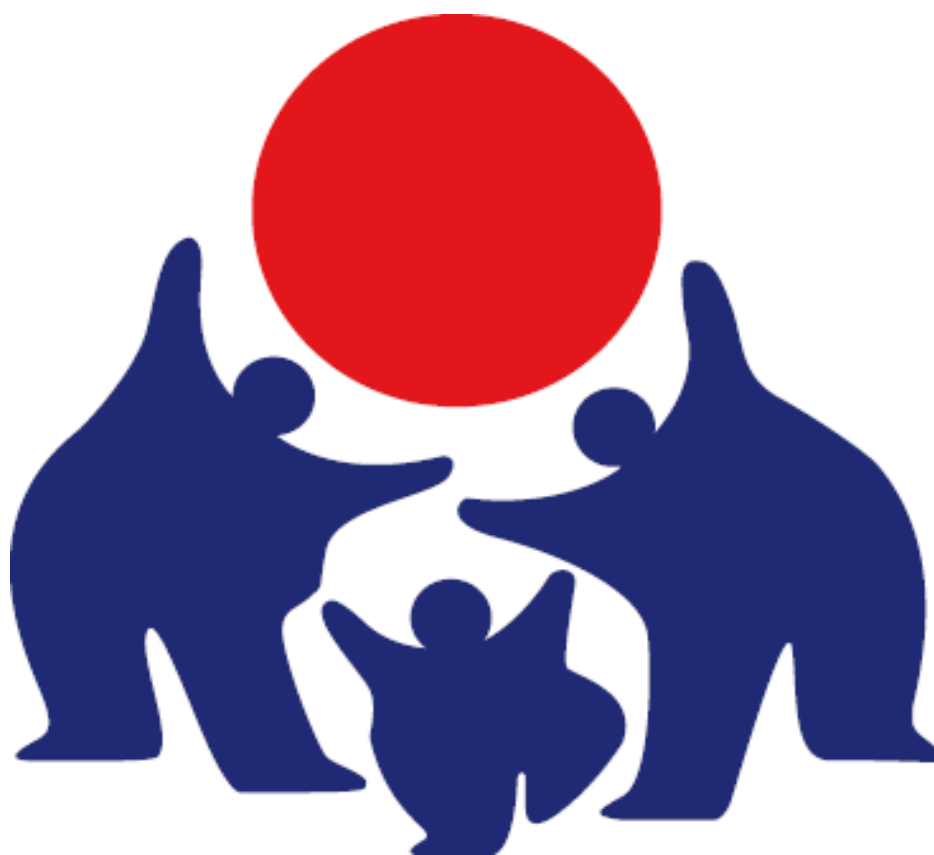
		Mor 4 v	Mor 8 m	Far 4 v	Far 8 m
6.					
Funäsdalen	2007	0	6,7	0	0
	2008	0	0	0	3,8
	2009	0	0	6,3	6,3
	2010	4,5	4,5	13,6	13,6
	2011	5,9	5,9	0	0
	2012	0	0	5,3	5,3
7.					
Frösön	2007	0	0	1,9	1,9
	2008	0	0,6	4,2	3,6
	2009	0	0	3,6	3,6
	2010	1,2	1,2	4,1	3,6
	2011	1,2	1,2	2,3	2,3
	2012	2,7	3,4	4,7	5,4
8.					
Föllinge	2007	11,8	17,6	5,9	11,8
	2008	0	0	6,3	12,5
	2009	7,7	7,7	30,8	30,8
	2010	10,0	10,0	0	0
	2011	0	4,5	9,1	9,1
	2012	0	10,0	10,0	10,0
9.					
Gäddede	2007	0	0	0	0
	2008	0	0	0	0
	2009	0	0	0	0
	2010	0	0	0	0
	2011	9,1	9,1	9,1	9,1
	2012	0	0	0	0
10.					
Gällö	2007	15,4	15,4	7,7	7,7
	2008	5,3	5,3	10,5	10,5
	2009	10,5	10,5	5,3	0,0
	2010	11,1	11,1	18,5	18,5
	2011	11,1	11,1	22,2	22,2
	2012	0	0	13,3	7,1

		Mor 4 v	Mor 8 m	Far 4 v	Far 8 m
11.					
Hallen	2007	15,0	15,0	5,0	5,0
	2008	0	6,7	13,3	20,0
	2009	0	0	5,3	5,3
	2010	4,8	19,0	4,8	4,8
	2011	7,7	7,7	0	0
	2012	0	27,3	0	0
12.					
Hammarstrand	2007	5,0	10,5	0	5,3
	2008	0	8,3	12,5	12,5
	2009	0	0	4,3	4,3
	2010	10,7	7,1	11,1	11,1
	2011	4,8	4,8	9,5	9,5
	2012	0	0	7,7	7,7
13.					
Järpen	2007	16,7	18,2	10,0	10,0
	2008	0	4,5	9,1	13,6
	2009	4,8	11,9	11,9	21,4
	2010	0	7,4	17,9	17,9
	2011	3,3	3,4	3,4	3,4
	2012	8,6	8,6	12,9	10,0
14.					
Krokom	2007	0	0	5,5	5,5
	2008	1,4	1,4	1,4	4,2
	2009	3,1	6,3	3,1	4,8
	2010	3,3	6,8	10,0	11,9
	2011	0	0	7,1	7,0
	2012	1,4	1,4	6,9	7,0
15.					
Kälarne	2007	14,3	14,3	14,3	14,3
	2008	11,1	11,1	0	0
	2009	16,7	16,7	9,1	9,1
	2010	0	0	0	0
	2011	0	0	0	0
	2012	0	0	0	0

		Mor 4 v	Mor 8 m	Far 4 v	Far 8 m
16.					
Lit	2007	5,8	5,8	5,8	5,8
	2008	3,8	3,8	5,8	5,8
	2009	1,8	1,8	1,8	1,8
	2010	0	0	0	0
	2011	0	0	2,3	2,3
	2012	0	0	0	0
17.					
Lugnvik	2007	0	0	0	0
	2008	1,4	1,9	5,6	3,8
	2009	1,4	1,4	5,5	1,4
	2010	0	1,6	0	0
	2011	4,7	3,3	6,3	6,3
	2012	0	1,6	1,6	0
18.					
Myrviken	2007	0	0	7,1	7,1
	2008	0	4,2	16,7	12,5
	2009	8,7	8,7	21,7	21,7
	2010	0	4,8	16,0	15,0
	2011	0	0	4,0	4,0
	2012	0	3,0	15,2	15,2
19.					
NNVHoting	2007	-	-	-	-
	2008	-	-	-	-
	2009				
	2010	0	11,1	9,1	11,1
	2011	4,5	9,1	13,6	13,6
	2012	7,7	7,7	7,7	7,7
20.					
Nälden	2007	0	6,3	17,1	12,5
	2008	4,3	4,3	8,7	9,1
	2009	5,6	8,3	8,3	8,3
	2010	9,4	9,4	9,4	12,5
	2011	9,7	14,3	22,6	17,2
	—	—	—	—	—

		Mor 4 v	Mor 8 m	Far 4 v	Far 8 m
21.					
Odensala	2007	0	3,2	3,2	2,1
	2008	1,4	2,0	3,1	3,1
	2009	1,1	3,3	4,3	2,2
	2010	0,9	1,9	1,0	1,0
	2011	3,9	4,9	2,9	3,7
	2012	1,3	1,3	12,8	12,3
22.					
Offerdal	2007	9,5	5,0	4,8	4,8
	2008	4,2	0	8,7	9,1
	2009	8,3	25,0	0	0
	2010	3,4	3,4	13,8	13,8
	2011	0	0	8,3	8,3
	2012	0	5,6	22,2	23,5
23.					
Strömsund	2007	3,8	3,8	5,8	5,8
	2008	0	0	0	0
	2009	0	0	1,7	1,7
	2010	0	0	1,7	11,1
	2011	0	0	1,4	1,4
	2012	0	0	0	1,5
24.					
Stugun	2007	0	0	12,5	12,5
	2008	8,3	8,3	16,7	16,7
	2009	0	0	0	0
	2010	0	0	0	0
	2011	0	0	5,9	5,9
	2012	5,6	5,6	5,6	5,6
25.					
Sveg	2007	5,3	7,9	13,2	10,5
	2008	11,9	11,9	9,5	9,5
	2009	6,7	6,7	8,9	8,9
	2010	4,4	6,7	11,1	4,7
	2011	1,8	1,8	7,1	7,1
	2012	6,0	8,0	2,0	4,0

		Mor 4 v	Mor 8 m	Far 4 v	Far 8 m
26.					
Svenstavik	2007	2,8	2,9	2,8	3,0
	2008	3,0	3,0	9,1	6,1
	2009	13,2	10,5	29,4	23,5
	2010	6,7	6,7	3,6	3,6
	2011	10,0	10,0	10,0	10,0
	2012	0	3,4	10,7	15,4
27.					
Torvalla	2007	6,1	6,2	9,6	7,1
	2008	8,2	9,2	14,3	14,3
	2009	7,9	9,0	27,3	25,0
	2010	6,1	6,1	14,6	14,6
	2011	1,3	2,8	8,9	8,3
	2012	3,7	4,9	18,8	17,5
28.					
Utrikeshälsan,Hammerdal	2007	0	0	10,5	10,5
	2008	5,3	5,0	15,0	10,0
	2009	6,3	6,3	0	0
	2010	12,5	12,5	12,5	12,5
	2011	6,7	6,7	6,7	6,7
NNV Hammerdal	2012	0	0	12,5	12,5
29.					
Z-gränd	2007	1,4	1,6	8,6	7,2
	2008	0	0	6,6	5,3
	2009	1,2	1,2	3,6	2,4
	2010	3,1	3,7	6,9	7,9
	2011	0,5	1,0	3,0	3,6
	2012	2,2	1,6	5,4	4,3
30.					
Åre	2007	0	0	1,5	1,7
	2008	0	0	5,9	5,9
	2009	0	0	5,5	5,6
	2010	0	0	0	0
	2011	1,4	1,4	6,8	6,8
	2012	0	0	1,7	3,3
31.					
Ås	2007	0	0	2,5	2,5
	2008	0	0	2,7	2,7
	2009	3,0	3,0	3,0	3,0
	2010	0	0	0	0
	2011	0	0	0	0
	2012	0	10,0	0	0



Omslagsbild: Tage

Foto: Farmor Lena Olofsson – publicerad med föräldrarnas tillstånd.