

Barnhälsovård i Sörmland

Årsrapport 2017



2018-06-01
Barnhälsovården Sörmland
bhv.sormland@dll.se



LANDSTINGET
SÖRMLAND

Innehåll

Förord	4
Sammanfattning	5
Barnhälsovårdens mål	5
Barnen i Sörmlands hälsa	5
Vårdtyngd	5
Barnhälsovård	5
Den länsövergripande barnhälsovårdens arbete	6
Framtidsvisioner	6
1 Barnets rätt till barnhälsovård	7
1.1 Barnhälsovårdens mål	7
1.2 Folkhälsan i Sverige	8
1.3 Nationellt barnhälsovårdsprogram	8
1.4 Centrala begrepp, perspektiv och definitioner	9
1.5 Det åldersrelaterade programmet	10
1.6 Implementeringen av det nationella barnhälsovårds-programmet	11
1.7 Rikshandboken och Regionala Tillägg	11
1.8 Nationella målbeskrivningar	11
1.9 Landstinget Sörmland – Kravspecifikationen	12
1.10 Organisation	12
2 Barnen i Sörmland	12
2.1 Inskrivna barn inom barnhälsovården	12
2.2 Nyfödda barn	14
3 Skydds- och riskfaktorer för barns hälsa och utveckling ..	15
3.1 Hälsans bestämningsfaktorer	15
3.2 Amning	16
3.2.1 Amning de första sex månaderna	16
3.2.2 Samverkan kring amning – Amningsstrategigruppen	19
3.3 Barn som utsätts för tobaksrök i hemmet	20
3.4 Tandhälsa	23
3.5 Språket som skyddsfaktor	24

3.6 Migration och barns hälsa	24
3.7 Övervikt och fetma	27
4 Förutsättningar för att arbeta med barnhälsovård	29
4.1 Lokal	29
4.2 Bemanning	30
4.3 BHV-sjuksköterska	30
4.4 BHV-läkare	31
4.5 MBHV-psykolog	32
4.6 Totalt antal in- och utskrivningar	33
4.7 Care Need Index (CNI)	33
5 Arbetssätt inom barnhälsovården	35
5.1 Hälsöfrämjande samtal	35
5.2 Hälsöfrämjande samtal om alkohol, utifrån ett barnperspektiv	35
5.3 Hembesök	36
5.4 Tidigt hembesök	36
5.5 Hembesök vid 8 månader	36
5.6 Hembesök eller hembesök till nyinflyttade/nyanlända	38
5.7 Teambesök	39
5.8 Upptäckt av nedstämdhet i samband med förlossning	39
5.9 EPDS-screening	40
5.10 Andel nedstämda eller lätt/måttlig depression	41
5.11 Enskilt föräldrasamtal till båda föräldrarna	43
5.12 Tandhälsa	44
5.13 Språkstimulans till alla barn	45
5.14 Bokrecept	45
5.15 Språkbedömning	46
5.16 Språkbedömning av flerspråkiga barn	49
5.17 Syn- och hörselundersökning	50
5.18 Andel remisser till öron- och ögonkliniken	52
5.19 Föräldraskapsstöd i grupp	53
6 Barnvaccinationsprogrammet nationellt och i Sörmland ..	54
6.1 Vaccination mot kikhosta	55
6.2 Vaccination mot hepatit B	56
6.3 Vaccination mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR)	57

6.4 Vaccination mot tuberkulos.....	58
6.5 Meningokocker.....	59
7 Barn som far illa eller riskerar att fara illa	60
7.1 Hälsofrämjande för omsorgsförmågan	60
7.2 Anmälan till socialtjänsten	61
7.3 Samverkan med socialtjänsten	62
7.4 Familjecentraler.....	63
8 Den länsgemensamma Barnhälsovården Sörmland	64
8.1 Utvecklingsarbeten.....	65
8.1.2 PMO- elektronisk barnhälsovårdsjournal.....	65
8.1.3 BHV-logoped	66
8.1.4 Förskolesamverkan.....	66
8.1.5 Övervikt och fetma.....	66
8.1.6 Könstympning.....	67
8.1.7 Våld i nära relationer.....	67
8.2 Utbildning: Introduktion och fortbildning.....	67
8.3 Framtidens barnhälsovård och barns hälsa.....	68
8.4 Avslutningsvis	69

Förord

Barnhälsovården är en viktig arena för att nå Landstinget Sörmlands övergripande mål om att bli Sveriges friskaste län 2025. Barnhälsovårdens nationella program verkar för en jämlik och rättvis barnhälsovård som främjar varje barns hälsa och utveckling.

Personalen på länets BVC möter årligen barn 0-6 år tillsammans med en eller flera vuxna, och träffar därmed minst 14 % av befolkningen, i en livsperiod då utvecklingsförmågan och förändringsbenägenheten beträffande livsstilsfrågor är som störst. Barnhälsovården har därmed en unik position i det hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbetet.

Barnen i Sörmland omges dock av betydande riskfaktorer för ohälsa. Andelen rökande föräldrar till spädbarn är högst i landet. Barnfattigdomen i Sörmland är också högst i riket. Sörmland har dessutom en hög andel barn med utländsk härkomst. Sammantaget gör detta att vårdtyngden för Sörmland är den högsta i landet.

För att kunna erbjuda en rättvis och jämlik barnhälsovård samt för att kunna erbjuda riktade insatser till familjer i behov av detta behövs en resursstark barnhälsovård i Sörmland. Under 2017 har antalet BHV-sjuksköterskor i länet fortsatt att öka. Samverkan med vårdgrannar och andra resurser i samhället, såsom t.ex. socialtjänsten, behövs också genom riktade insatser. I årsrapporten noteras att samverkan med socialtjänsten fortsätter att vara starkast vid familjecentraler.

Trots Sörmlands höga vårdtyngd lyckas BHV-personalen genomföra ett fantastiskt arbete för barns hälsa och utveckling. Med dessa ord tackar vi alla medarbetare inom barnhälsovården för deras stora insatser. BHV-personalen har också möjliggjort den här rapporten genom flitig statistikinsamling. Vi vill också tacka landstingspolitiker, som fördelar resurser inom hälso- och sjukvården, verksamhetschefer på länets vårdcentraler samt Hälsoval, som leder arbetet inom barnhälsovården i Sörmland.

Barnhälsovården Sörmland, juni 2018

Ulrika Nygren
Vårdutvecklare

Jennie Nimborg
Vårdutvecklare

Charlotte Nylander
Barnhälsovårdsöverläkare

Ylva Tindberg
Barnhälsovårdsöverläkare

Holger Seidel
Barnhälsovårdsöverläkare

Elisabeth Burman
Enhetschef MBHV-psykologer

Jennie Karlsson
Logoped

Petra Almroth
Vårdadministratör

Sammanfattning

Årsrapporten baseras på data från **20 999 barn** inskrivna i barnhälsovården (BHV) i Sörmland 2017. Data är insamlade av länets BHV-sjuksköterskor och centralt ur PMO. Bearbetning har skett utifrån Kravspecifikationen för barnhälsovård i Landstinget Sörmland (2017). Rapporten tydliggör skillnader i skydds- och riskfaktorer liksom tillgång till barnhälsovård i länet. Den belyser också vilka områden som behöver utvecklas och följas upp över tid för att barnhälsovården i Sörmland skall vara jämlik och rättvis.

Barnhälsovårdens mål

Alla barn 0–6 år har rätt till kostnadsfri barnhälsovård. Målet för barnhälsovården är att bidra till barns hälsa och utveckling genom hälsofrämjande insatser. Det specificeras i socialstyrelsens *Vägledning för barnhälsovård*, *Rikshandboken för barnhälsovård* och i *Kravspecifikationen för barnhälsovård i landstinget Sörmland 2017*. Verksamheten följs upp och kvalitetssäkras av den länsövergripande enheten för barnhälsovård i Sörmland, Hälsoval och vårdcentralscheferna.

Barnen i Sörmlands hälsa

Barnfattigdomen i Sörmland var den högsta i riket 2013. Passiv rökning och låg amningsfrekvens är två faktorer, som har koppling till socioekonomi och som är riskfaktorer för ohälsa.

17 % av pappor till spädbarn röker. Det är den högsta andelen av rökande fäder i landet. Passiv rökning är en riskfaktor för ohälsa hos barnen.

Amningsfrekvensen i Sörmland har förbättrats över tid. Vid en veckas ålder ammas **96 %** av barnen och vid 6 månaders ålder **61 %**.

Att leva på flykt och ha utländsk härkomst påverkar också hälsan. **33 %** av de inskrivna barnen på barnavårdscentralerna (BVC) i Sörmland har utländsk bakgrund, definierat som behov av BCG-vaccin.

Övervikt i barndomen är kopplat till fetma senare i livet. **12 %** av alla 4-åringar i Sörmland har övervikt och **3 %** har utvecklat fetma. Detta är oförändrade nivåer jämfört med förra mätningen 2012.

Vårdtyngd

Vårdtyngden i Landstinget Sörmland är landets högsta, med care need index (CNI) 1,15. Spridningen i vårdtyngd är stor över länet. För att kunna möjliggöra riktat stöd till barn och familjer med ökat behov har barnhälsovården i Sörmland **förstärkts med ytterligare fyra BHV-sjuksköterskor** (heltidstjänster) under 2017. Detta är en klar förbättring, men fortfarande behövs utökade sjuksköterskeresurser på vissa BVC. **Läkarbemanningen** på BVC motsvarar enbart **61 % av behovet**, men närvaron av specialister i barn- och ungdomsmedicin har ökat vid BVC i länet under året.

Barnhälsovård

Hembesök är en hälsofrämjande metod som bidrar till god samverkan mellan BVC och föräldrarna. **Hembesök vid 8 månaders ålder har ökat från 26 % 2016 till 44 % 2017**. Riktade hembesök har gjorts till 2 % av alla barn.

89 % av alla mammor (mål 98 %) **screenades för nedstämdhet eller depression** i nyföddhetsperioden. 10 % av mammorna identifierades som nedstämda och fick olika former av stödinsatser.

Av barnen födda 2015 fick **98 % vaccin** mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio och haemophilus influenzae typ B (mål 99 %). **98 %** vaccinerades mot pneumokocker (mål 99 %). Andelen barn som vaccineras mot hepatit B har ökat och uppnår nu **98 %** (mål 99 %). Bland

barn i risk för tuberkulos vaccineras **96 %** med BCG-vaccin (mål 96 %). Den generella täckningen av vaccin mot mässling, påssjuka och röda hund är god, **98 %** (mål 96 %), även om vissa områden i Sörmland inte uppnår nivån för bibehållen flockimmunitet för mässling i populationen.

Språkbedömning före 3 års ålder görs på **96 %** av alla barn (mål 98 %). 95 % bedömdes med den evidensbaserade metoden Miniscalco vid 2,5 års ålder. 21 % följdes upp hos BHV-sjuksköterska för ytterligare bedömning vid 3 års ålder. 10 % av barnen remitterades till logoped.

Syn- och hörselbedömning vid 4 års ålder gjordes på **94 %** av barnen (mål 98 %). Av de som synprovats remitterades 7 % till ortoptist och av de som hörselprovats remitterades 4 % till audionom. Dessa remisser har också ökat jämfört med tidigare.

Samverkan med **socialtjänsten** skedde kring **1,3 %** av barnen 2016. Det har skett **orosanmälan** angående **5 promille** av de inskrivna barnen enligt 14 kap. 1a § SoL. Detta är en ökning, men anmälnings- och samverkansfrekvensen är fortfarande inte i nivå med beräknat behov.

Samverkansfrekvensen är högre vid BVC beläget i en familjecentral (FC).

Den länsövergripande barnhälsovårdens arbete

Den länsövergripande Barnhälsovården Sörmland är organiserad under Hälsoval sedan 2016-07-01. Enheten har i huvudsak två uppdrag. Det ena är att verka för en jämlik och rättvis barnhälsovård i Sörmland genom utvecklings-, utbildnings- och kvalitetssäkring. Det andra är ett kliniskt uppdrag som består i att vara konsult- och remissinstans i frågor som berör barns utveckling och hälsa, riktade insatser samt handledning i det ordinarie BVC-arbetet av MBHV-psykolog. Den länsövergripande Barnhälsovården Sörmland har sedan juni 2017 också förstärkts med en samordnande logoped.

Under 2017 fortsatte implementeringen av det nya barnhälsovårdsprogrammet, framför allt med fokus på teambesök vid 3 år samt på riktade insatser. Utbildningsinsatser genomfördes och BVC besöktes. Referensgruppen, bestående av representanter från BHV-personal och chefer, har funnits som stöd. Januari 2017 infördes också den digitala barnhälsovårdsjournalen PMO. Utbildningsinsatser kring denna har skett vid flera tillfällen under året. Andra utbildningsinsatser har inkluderat temadagar om kvinnlig könsstympning samt skydd- och riskfaktorer för hälsa.

Under 2017 har också medarbetare inom barnhälsovården utbildats i föräldrastödsprogrammet Mer och mindre, som riktar sig till föräldrar med barn som har övervikt eller fetma. Fortsatt arbete med detta sker 2018.

Framtidsvisioner

För att kunna erbjuda en jämlik och rättvis barnhälsovård i Sörmland kan följande områden utvecklas:

- Kompetensförsörjning och bemanning (både BHV-sjuksköterskor och BHV-läkare) på BVC utifrån den tilltagande vårdtyngden
- Samverkan med andra aktörer kring barn (0–6 år) och deras familjer
- Fortsatt etablering av familjecentraler i länet
- Riktade insatser mot speciellt utsatta grupper
- Metoder för arbete mot övervikt och andra ohälsosamma levnadsvanor
- Samtal om våld i nära relationer
- Enskilt föräldrasamtal till varje förälder

1 Barnets rätt till barnhälsovård

FN:s konvention om barnets rättigheter är vägledande för arbetet inom barnhälsovården (BHV). Alla barn har rätt till barnhälsovård där all planering och alla åtgärder ska inta ett barnperspektiv där *barnets bästa* ska komma i främsta rummet. Barnets rättigheter är grundläggande för allt barnhälsovårdsarbete. Barnkonventionens artikel 24 fastslår att konventionsstaterna ska vidta alla lämpliga åtgärder för att minska spädbarns- och barnadödlighet. Hälso- och sjukvården ska prioritera förebyggande hälsovård och alla föräldrar ska erbjudas stöd och information om skydds- och riskfaktorer för barns hälsa och utveckling. Barnhälsovården har även en uppgift gällande konventionens arbete mot skadliga sedvänjor såsom kvinnlig könsstympning och hedersrelaterat våld. Konventionsstaterna bör säkerställa att det finns tillräckligt med rätt utbildad personal för att alla barn ska ha tillgång till barnhälsovård.¹

Varje barn har rätt till en tillväxtkurva för att barnets tillväxt ska kunna bedömas och följas upp enligt Världshälsoorganisationen (WHO).²

Det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet i Sverige är *att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen*. Barnhälsovården innefattar flera av de elva övergripande målområdena för folkhälsa.³ *Kommissionen för jämlik hälsa* beskriver i sitt slutbetänkande, SOU 2017:47, att en jämlik barnhälsovård är en grundläggande förutsättning för att kompensera ojämlikheter i hälsa och utveckling. Barnhälsovården har en stor betydelse, när det gäller att identifiera barn och föräldrar som är i behov av extra stöd och kompenserande insatser genom att bland annat att vägleda och stödja föräldrarna i sitt föräldraskap samt uppmärksamma hälsorisker för barnet.⁴

1.1 Barnhälsovårdens mål

Målet för all hälso- och sjukvård är *en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen*. Barnhälsovårdens övergripande mål är att tillsammans med barnets föräldrar medverka till att säkerställa barnets rätt till trygghet, hälsa och utveckling. Detta sker genom att:

- Främja barns hälsa och utveckling
- Förebygga ohälsa hos barn
- Tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem i barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö

Ovanstående mål uppnås genom att:

- Erbjuder hälsoövervakning av alla barn
- Erbjuder föräldrastöd individuellt och i grupp
- Uppmärksamma risk- och skyddsfaktorer i barnets miljö

¹ Barnrättskommitténs allmänna kommentarer nr 15 (2013) om Barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (art.24). Översättning mars 2014, Originalspråk: Engelska FN:s Kommitté för barnets rättigheter CRG/C/GC/15

² WHO Child Growth Standards, Backgrounder 2, 1992

³ Mål för folkhälsan, Prop. 2002/03:35, Socialdepartementet.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/>

⁴ SOU 2017:47, Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa, Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa, Stockholm 2017

- Ge individuellt utformad hjälp till barn och föräldrar vid ökad risk att drabbas av ohälsa eller redan nedsatt hälsa ⁵

Kommissionen för jämlik hälsa beskriver hur landstingen behöver arbeta med tillgängligheten av barnhälsovård för att nå målet om en vård på lika villkor för hela befolkningen. ⁶

1.2 Folkhälsan i Sverige

Folkhälsan i Sverige är god, sett ur ett globalt perspektiv. Barn i Sverige har en god hälsa, vilket delvis beror på de universella insatser för barn och föräldrar som har getts under snart ett sekel.

Barnhälsovården har en lång och framgångsrik tradition i Sverige och är ett starkt bidrag till välfärdssamhället. ^{7 8} Folkhälsan i Sverige fortsätter att utvecklas positivt, vilket bland annat märks genom ökad medellivslängd och förbättrade levnadsvanor. Samtidigt fortsätter skillnaderna i hälsa och levnadsvanor mellan olika grupper (kön, utbildning, ekonomi, ålder) att öka. Den psykiska ohälsan har ökat bland de yngre ^{9 10}

1.3 Nationellt barnhälsovårdsprogram

Barnhälsovården möter i stort sett alla barn (0–6 år) och är en hälsofrämjande arena. Genom tidig identifikation av skydds- och riskfaktorer kan barnhälsovården stödja barn och föräldrar och bidra till en god hälsa. År 2000 visade en nationell kartläggning på små variationer gällande barnhälsovårdens innehåll. ¹¹ En ny undersökning, tio år senare (2010) visade däremot på stora skillnader i den svenska barnhälsovårdens utbud. ¹² En avhandling från Uppsala universitet (2012) visade att svensk barnhälsovård når nästan alla barn med det universella programmet, men misslyckas med det kompensatoriska stödet till barn och familjer med utökade behov. ¹³

Under 2014 utgav Socialstyrelsen *Vägledning för barnhälsovården* som beskriver *vad* BHV ska uppnå samt vilka arbetssätt som lämpar sig för att uppnå barnhälsovårdens mål. ¹⁴ Kopplat till vägledningen har företrädare för barnhälsovård (läkare, sjuksköterskor, psykologer, logopeder, forskare med flera) i Sverige tagit fram en webbaserad metodbok *Rikshandboken för Barnhälsovård* som beskriver *hur* barnhälsovårdens mål kan uppnås. Tillsammans utgör de ett nationellt barnhälsovårdsprogram.

⁵ Vägledning för barnhälsovård. Socialstyrelsen, 2014.

⁶ SOU 2017:47, Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa, Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa, Stockholm 2017

⁷ Höjer JA. Mjölkdroppar och barnvårdscentraler. Stockholm 1992.

⁸ Bhalotra S, Karlsson M, Nilsson T. Infant Health and Longevity: Evidence from A Historical Intervention in Sweden, Lund University 2017

⁹ Folkhälsomyndigheten 2017. Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2017.

¹⁰ Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – Lägesrapport 2016. Socialstyrelsen, 2016

¹¹ Kornfält R. Survey of the pre-school child health surveillance programme in Sweden. Acta Paediatrica Suppl. 2000;89(434):2-7.

¹² Magnusson M, Lindfors A, Tell J. (2011). Stora skillnader i svensk barnhälsovård. Läkartidningen 2011-08-30, nr 35.

¹³ Wallby T. Lika för alla? Social position och etnicitet som determinanter för amning, föräldrars rökvanor och kontakter med BVC. Avhandling, Uppsala Universitet, 2012.

¹⁴ Vägledning för barnhälsovård. Socialstyrelsen, 2014.

1.4 Centrala begrepp, perspektiv och definitioner

Barnhälsovård (BHV) är det hälsofrämjande arbetet som utförs av medarbetare på BVC.

Barnavårdcentral (BVC) avser lokalen där barnhälsovård bedrivs. *Familjecentral* (FC) avser en verksamhet där barnhälsovård, mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst samverkar.

Barnperspektivet utgår ifrån hur vuxna uppfattar barnets bästa, *barnets perspektiv* om hur barnet själv ser på sin situation och omvärld och *barnrättsperspektiv* handlar om barnets rättigheter.¹⁵

Det har skett en perspektivförskjutning ifrån det hälsoövervakande och somatiska perspektivet till det hälsofrämjande (*promotion*), förebyggande (*prevention*) och psykosociala perspektivet inom barnhälsovården. Det innebär inte att det hälsoövervakande och somatiska perspektivet ska överges.

Jämlikhets- och rättviseperspektivet innebär en medvetenhet om genus, kultur och socioekonomi. Arbetssätt och förhållningssätt syftar till att involvera båda föräldrarna, verka för integration och minska skillnader i ohälsa hos barn och föräldrar. I *Strategin för en god och mer jämlik vård* presenterar regeringen sina intentioner för ökad jämlikhet i vården.¹⁶ Att minska skillnader i hälsa är en prioriterad fråga för SKL (Sveriges kommuner och landsting) som framhåller att familjecentraler med mödra- och barnhälsovård som basverksamheter är en framgångsfaktor i detta arbete.¹⁷

Barnhälsovården bör sträva efter ett pedagogiskt förhållningssätt som stärker barn och föräldrars *empowerment* (tilltro till sin egen förmåga/egenmakt) genom att stärka friskfaktorer.

Teamarbete och *samverkan* är viktiga begrepp i det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Teamarbete och samverkan ökar förutsättningarna för att klara av komplexa situationer och ger synergieffekter. Barnhälsovårdens arbete ska bygga på en *evidensbaserad praktik* vilket innebär att BHV-personalen ska ha en medveten och systematisk strävan att utgå från bästa, tillgängliga och vetenskapliga faktaunderlag (evidens) förenat med klinisk erfarenhet och patientens preferenser.

Rikshandboken beskriver en pedagogisk modell för hur alla barn ska erbjudas barnhälsovård utifrån barns och familjers behov (*universell proportionalism*). Ett tredelat barnhälsovårdsprogram ska erbjudas med en del *för alla* och en andra och tredje del med ytterligare insatser *för alla vid behov* (riktade insatser). (Fig.1)

Detta är helt i linje med hälso- och sjukvårdslagen där ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (2 § första stycket HSL). Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården” (2 § andra stycket HSL).

¹⁵ Söderbäck, M, Coyne I, & Harder, M. (2011). The importance of including both a child perspective and the child's perspective within health care settings to provide truly child-centred care. *Journal of Child Health Care*, 15(2), 99-106.

¹⁶ Strategin för en god och mer jämlik vård 2012-2016. Socialdepartementet; 2012. S2012.013.

¹⁷ Minska folkhälsoklyftan Åtgärder för minskade skillnader i hälsa, Sveriges kommuner och landsting, 2016

Barnhälsovårdens nationella program

För alla	För alla vid behov	
<p>I</p> <p>Hälsöövervakning - att följa barns hälsa, utveckling och livsvillkor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tillväxt • Allmän somatisk undersökning • Psykomotorisk utvecklingsbedömning • Språk/kontakt/kommunikation • Beteendebedömning • Samspel mellan barn och föräldrar • Relation med andra barn och vuxna • Psykiska och sociala miljöförhållanden <p>Hälsofrämjande arbete (levnadsvanor och miljö):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spädbarnsvård • Amning, tillvänjning till annan kost • Kost • Tandhälsa • Fysisk aktivitet • Lek och Kultur • Barnsäkerhet • Förebygga skakvård (abusive head trauma) • Förebygga SIDS (plötsligspädbarnsdöd) • Tobak • Alkohol/droger • Vård i nära relationer <p>Hälsofrämjande arbete (samspel och relationer)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Främja lyhört föräldraskap • Främja barnets utveckling, kompetens och delaktighet <p>Stöd i föräldraskapet (individuellt/grupp):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hembesök • Individuella samtal • Föräldragrupp • Teamarbete/Nätverk <p>Barnets/vårdnadshavarnas psykiska hälsobehov bedömda</p> <ul style="list-style-type: none"> • Följa och uppmärksamma barnets psykiska hälsa • Följa och uppmärksamma föräldrars/partners psykiska hälsa <p>Ge information och förmedla kunskap om lokala barn- och föräldraverksamheter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mödrahälsovård och elevhälsa • Sjuk- och tandvård • Öppen förskola • Barnomsorg • Socialtjänst • Familjerådgivning • Bibliotek • Övriga <p>Samverka med ovanstående</p> <p>Vaccinationer, D-droppar</p>	<p>II</p> <p>Samtal, vägledning och insatser efter behov</p> <p>Uppföljning och insatser för barnet, som bestäms av kunskap som finns eller framkommer vid den universella hälsoövervakningen (barnets bakgrund, tidigare och nuvarande hälsotillstånd, livsvillkor m.m.)</p> <p>Fördjupad kartläggning av skydds- och riskfaktorer. Beakta särskilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Föräldraoro • Emotionella och psykologiska problem • Barn med misstänkt eller faktisk avvikelse avseende hälsa, utveckling, beteende och samspel • Barn med ökad risk för ohälsa. • Barn från andra länder <p>Vidare kartläggning och bedömning av barnets utveckling, fysiska och psykiska hälsa och sociala situation</p> <p>Hälsövägledning - motivera till förändrade levnadsvanor i familjen (tobak, alkohol, kost, fysisk aktivitet)</p> <p>Utökat föräldrastöd individuellt eller i grupp, inklusive hembesök (sjuksköterska, läkare, psykolog, konsulter)</p> <p>Stödsamtal vid nedstämdhet/depression postpartum</p> <p>Tvärprofessionell konsultation/samverkan kring barn och familj med ökade behov</p> <p>T.ex. med:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psykolog för barnhälsovården. • Mödrahälsovård och elevhälsa. • Socialtjänst • Sjuk- och tandvård • Öppen förskola • Barnomsorg • Övriga <p>Bedömning och vaccination av barn med ökad risk för smitta och/eller ofullständig vaccination</p> <p>Utökat D-vitamin substitution</p>	<p>III</p> <p>Ytterligare samtal, vägledning och insatser i samverkan med andra vårdgivare, socialtjänst</p> <p>Insatser baseras på individuella bedömningar barnets/familjens behov</p> <p>Upprepade hembesök</p> <p>Täta kontakter med BVC</p> <p>Remiss till annan vårdgivare</p> <p>Nära samverkan med andra tex.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barnsjukvården • Övriga vårdgivare ex. barn/vuxenpsykiatri, habiliteringen • Spädbarnsverksamhet • Socialtjänsten • Migrationsverksamheter <p>Kontakt/anmälan till socialtjänsten</p> <p>Anmälan till Läkemedelsverket vid biverkan</p>

Fig. 1 Barnhälsovårdens nationella program

1.5 Det åldersrelaterade programmet

I det nationella barnhälsovårdsprogrammet beskrivs vid vilka åldrar som hälsobesök ska erbjudas till alla barn (0–6 år). Besöken innehåller hälsosamtal, hälsoövervakning/bedömning av barnet och dess familjesituation. Vid vissa besök ingår vaccination eller någon annan form av åtgärd. Programmet anger även vilka professioner som ska delta vid respektive besök. Vid alla besök ska behov av riktade insatser som ytterligare besök, hembesök och/eller annan insats som till exempel besök tillsammans med MBHV-psykologen eller remiss uppmärksammas.(Fig.2)

BHV-PROGRAMMET – en översikt

Uppmärksamma vid varje besök behov av riktade insatser som ytterligare besök, hembesök och annan insats.

1-3v	4v	6-8v	3m-5m	6m	8m	10m	12m	18m	2,5-3 år*	4 år	5 år
Hem BVC	BVC	BVC	BVC	BVC	Hem	BVC	BVC	BVC	BVC	BVC	BVC
S 2 - 3 besök	L+S team	S 2 besök	S 3 besök	L+S team	S	S	L+S team	S	S L+S Team	S	S
VID VARJE KONTAKT: Barn/familjesituation Tillväxt Hälsosamtal Åtgärd											
	Läk.us. Utv.bed	Utv.bed EPDS		Läk.us. Utv.bed		Utv.bed	Läk.us.	Utv.bed	Läk.us. BMI Utv.bed Språk	Utv.bed BMI Syn Hörsel	BMI Epikris
			Vacc 3m+5m				Vacc	Vacc			Vacc

* Antal besök och när under 2,5-3 år anpassas efter metod för språkscreening och lokala metoder. Utvecklingsarbete pågår.

Fig. 2 Det åldersrelaterade barnhälsovårdsprogrammet.

1.6 Implementeringen av det nationella barnhälsovårds-programmet

Det nationella barnhälsovårdsprogrammet, infördes i Sörmland 2015 genom att barn födda från och med 1 januari 2015 föddes in i programmet. Från hösten 2016 erbjuds teambesök vid fyra veckor, sex månader, tolv månader och vid tre års ålder. Teambesöket innebär att BHV-sjuksköterska och BHV-läkare träffar barn och föräldrar tillsammans. MBHV-psykolog kopplas in vid behov. En annan arbetsmetod i det nationella barnhälsovårdsprogrammet är hembesök till nyfödda, åtta månader gamla, nyanlända, nyinflyttade och familjehemsplacerade barn, samt barn och föräldrar med utökat behov av stöd. Hembesöken fanns redan med i Sörmlands tidigare kravspecifikation.

1.7 Rikshandboken och Regionala Tillägg

Från 2015 används den nationella *Rikshandboken för Barnhälsovård* (<http://www.rikshandboken-bhv.se/>) som ägs av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Syftet med Rikshandboken är att bidra till en jämlik och evidensbaserad barnhälsovård för barn (0–6 år) nationellt. Administrativa rutiner, länsspecifika metoder och samverkansrutiner finns tillgängliga under Sörmlands samlade *Regionala tillägg* i *Rikshandboken för Barnhälsovård*.

1.8 Nationella målbeskrivningar

Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom Barnhälsovården anger specialistsjuksköterskeexamen med inriktning distriktssköterska eller hälso- och sjukvård för barn och ungdom för att arbeta inom barnhälsovården. BHV-sjuksköterskan är nyckelpersonen i BHV-teamet och ska därför ha goda kunskaper om barns utveckling, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder samt skydds- och riskfaktorer med betydelse för barns hälsa och utveckling.

I *Nationell målbeskrivning för läkartjänstgöring på BVC* beskrivs att grunden för läkares tjänstgöring på BVC är kunskaper om det normala barnets utveckling, barnålderns sjukdomar, sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande åtgärder samt sociala faktorerens betydelse för hälsan. Läkare som tjänstgör på BVC ska vara specialistkompetent eller ST-läkare inom allmänmedicin eller barn- och ungdomsmedicin under handledning samt ha deltagit i introduktionsprogram eller kurs/motsvarande utbildning och bör ha tjänstgjort minst två månader på barnklinik/barnmottagning.

I dokumentet *Nationell målbeskrivning för Mödra- och Barnhälsovårds-psykologernas verksamhet* beskrivs att det bör vara en legitimerad psykolog med fördjupade kunskaper i konsultationsmetodik, utvecklingspsykologi, graviditetspsykologi, hälsopsykologi och psykoterapeutiska metoder anpassade för att arbeta med mödra- och barnhälsovård. Psykologen ska även kunna göra barnutredningar på barnhälsovårdsnivå.

1.9 Landstinget Sörmland – Kravspecifikationen

Styrande för barnhälsovården i Sörmland är *Kravspecifikation för barnhälsovård i landstinget Sörmland, 2017*.¹⁸ Kravspecifikationen utgår ifrån det nationella barnhälsovårdsprogrammet och är en bilaga till *Regelbok för bedrivande av primärvård i Landstinget Sörmland*. Den politiskt beslutade kravspecifikationen innehåller kvalitetsindikatorer som årligen följs upp av Hälsoval och som redovisas i denna årsrapport. Vårdgivaren har ansvaret för att respektive BVC uppfyller god kvalitet och att inskrivna barn i barnhälsovården får den barnhälsovård som de har rätt till. Viss insamlad data överförs även till nationella register såsom Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten samt barnhälsovårdens nationella nätverk.

1.10 Organisation

Barnhälsovården organiseras i form av BVC som är knutna till landstingsdrivna eller privata vårdcentraler. Barn (0–6 år) som är listade på vårdcentralen tillhör respektive vårdcentral BVC. BVC kan med fördel bedrivas vid en familjecentral där olika professioner arbetar i nära samverkan kring barn och deras familjer.¹⁹

Den länsövergripande Barnhälsovårdsenheten i Sörmland som tillhör Hälsoval har en stödjande och kvalitetssäkrande funktion för verksamhetschefer och barnhälsovårdspersonal vid vårdcentralerna.

2 Barnen i Sörmland

2.1 Inskrivna barn inom barnhälsovården

Varje år besöker i stort sett alla barn (0–6 år) barnhälsovården tillsammans med minst en förälder. Det betyder att personalen inom barnhälsovården i länet årligen möter minst 14 % av befolkningen i ett eller flera hälsosamtal (Sörmlands län 291 341 personer 2017). Detta sker i en period i livet då man som nybliven förälder eller småbarnsförälder är som mest förändringsbenägen när det gäller livsstil. De flesta av barns livsstilsvanor grundläggs innan barnet har hunnit börja skolan. Dessutom påverkas andra i familjen (den andra föräldern, syskon, mor- och farföräldrar, annan partner) när en förälder ändrar sina livsstilsvanor.

¹⁸ Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland, Barnhälsovården Sörmland, 2017.

¹⁹ Minska folkhälsoklyftan Åtgärder för minskade skillnader i hälsa, Sveriges kommuner och landsting, 2016

Antalet barn i Sörmland ökar kontinuerligt. Totalt var 20 999 barn inskrivna inom barnhälsovården i Sörmland 31 december 2017. Under 2017 ökade antalet inskrivna barn med 543 (2,7 %).

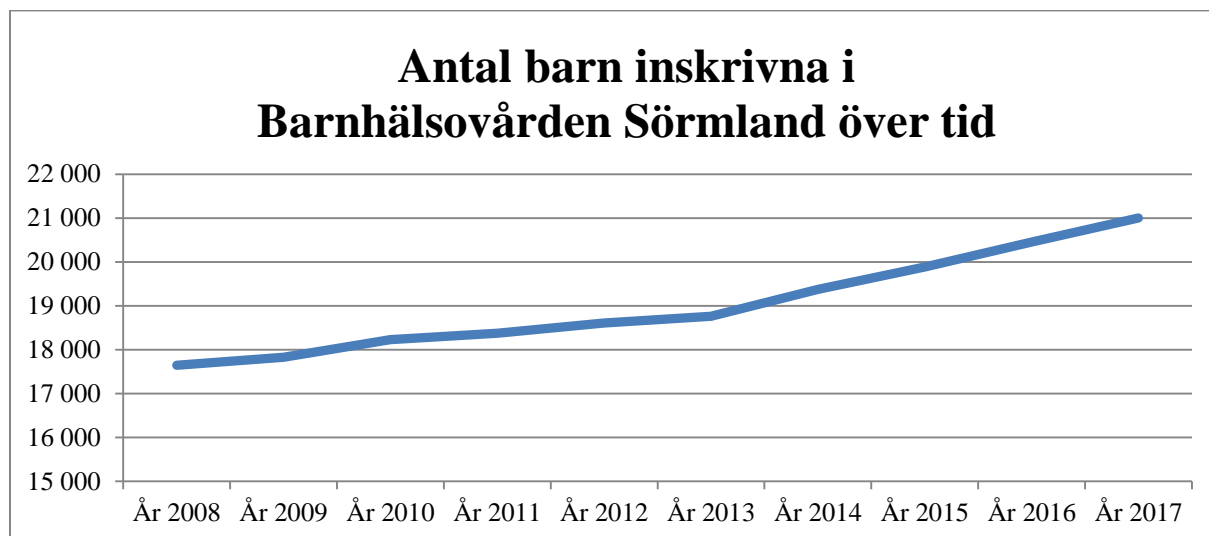


Fig. 3 Ökning av totalt antal barn inskrivna i barnhälsovården i Sörmland per år (2008–2017).

Sörmlands kommuner delas in i norra länsdelen (Eskilstuna och Strängnäs), västra länsdelen (Vingåker, Flen och Katrineholm) och södra länsdelen (Nyköping, Gnesta, Trosa och Oxelösund). Antalet inskrivna barn inom barnhälsovården i den norra länsdelen är ungefär lika många som i den södra och västra tillsammans.

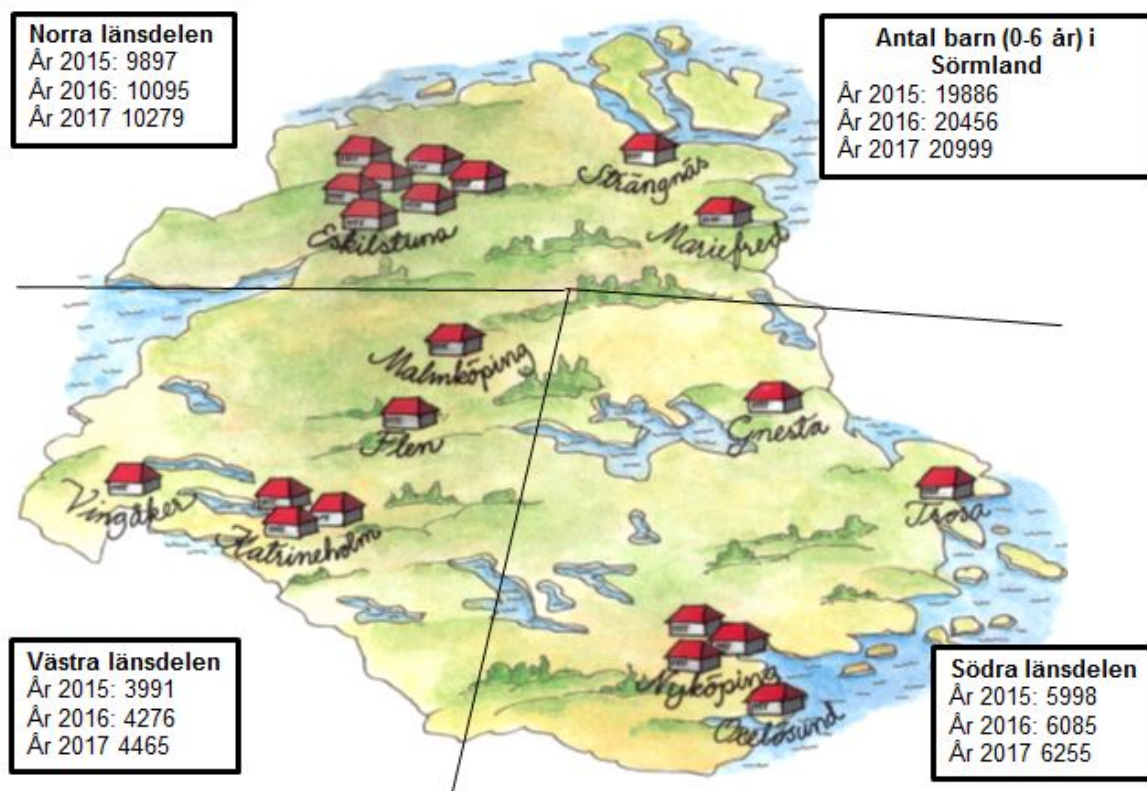


Fig. 4 Antal barn inskrivna i barnhälsovården i respektive länsdel.

Antalet inskrivna barn varierar mellan olika BVC i länet. Några BVC fick ett lägre antal inskrivna barn jämfört med föregående år. (Fig. 5)

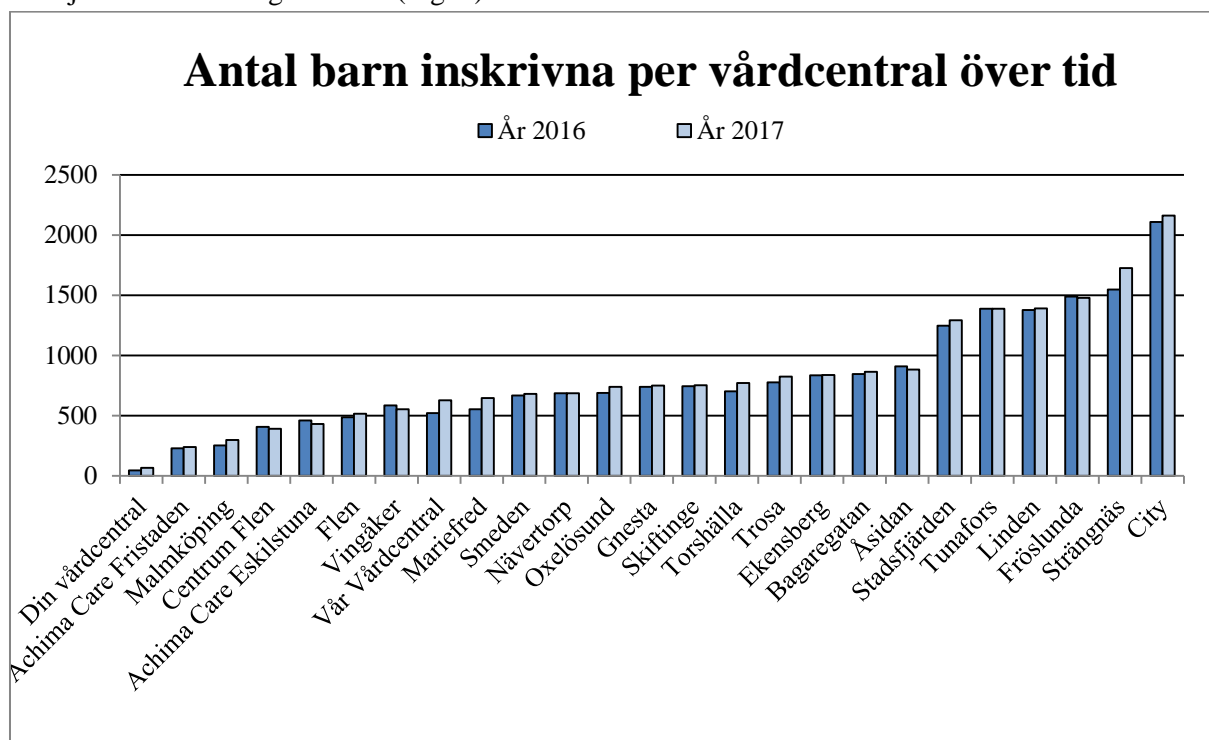


Fig. 5 Förändring av antalet inskrivna barn per BVC (2016-2017).

2.2 Nyfödda barn

Under 2017 skrevs 3419 nyfödda barn in inom barnhälsovården. Antal nyfödda barn inskrivna i barnhälsovården har ökat med 29 % de senaste 15 åren. (Fig. 6)

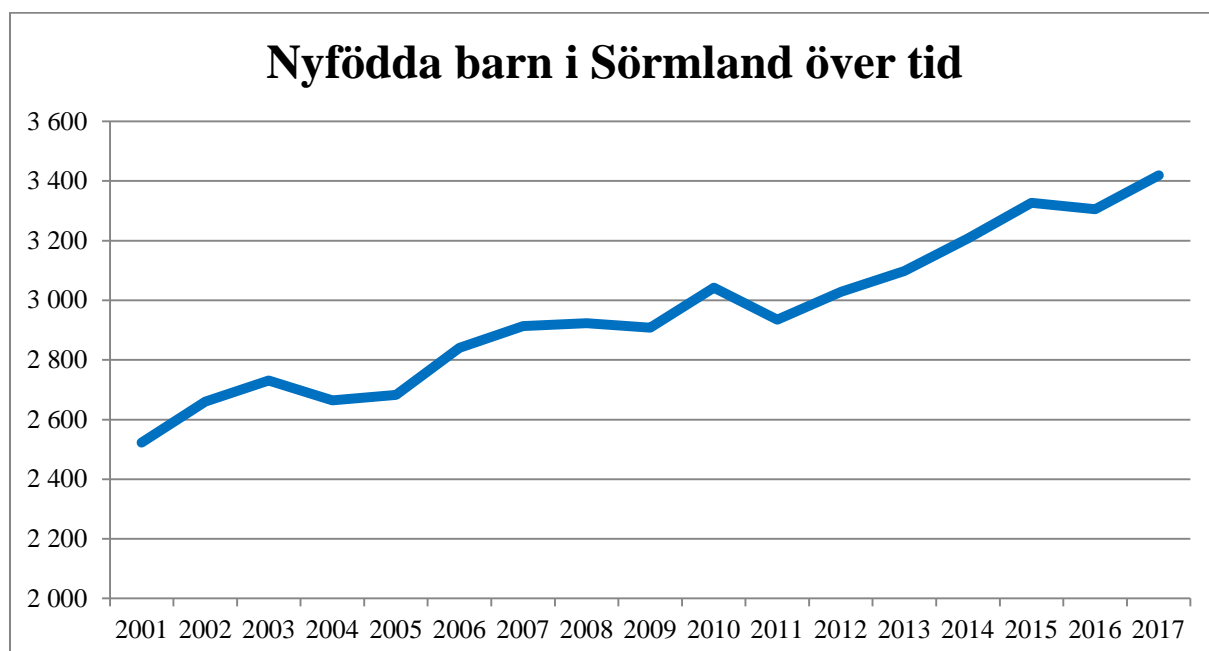


Fig. 6 Antal nyfödda barn inskrivna i barnhälsovården i Sörmland per år (2001–2017).

Att möta nyblivna föräldrar och följa barn det första levnadsåret tar en stor del av BHV-personalens tid. Det är en av anledningarna till att beräkning av bemanning av BHV-sjuksköterskor respektive

BHV-läkare utgår från hur många nyfödda som skrivs in på BVC (se kapitel 4, Förutsättningar för att arbeta med barnhälsovård). Antal nyfödda varierar stort mellan olika BVC. (Fig. 7)

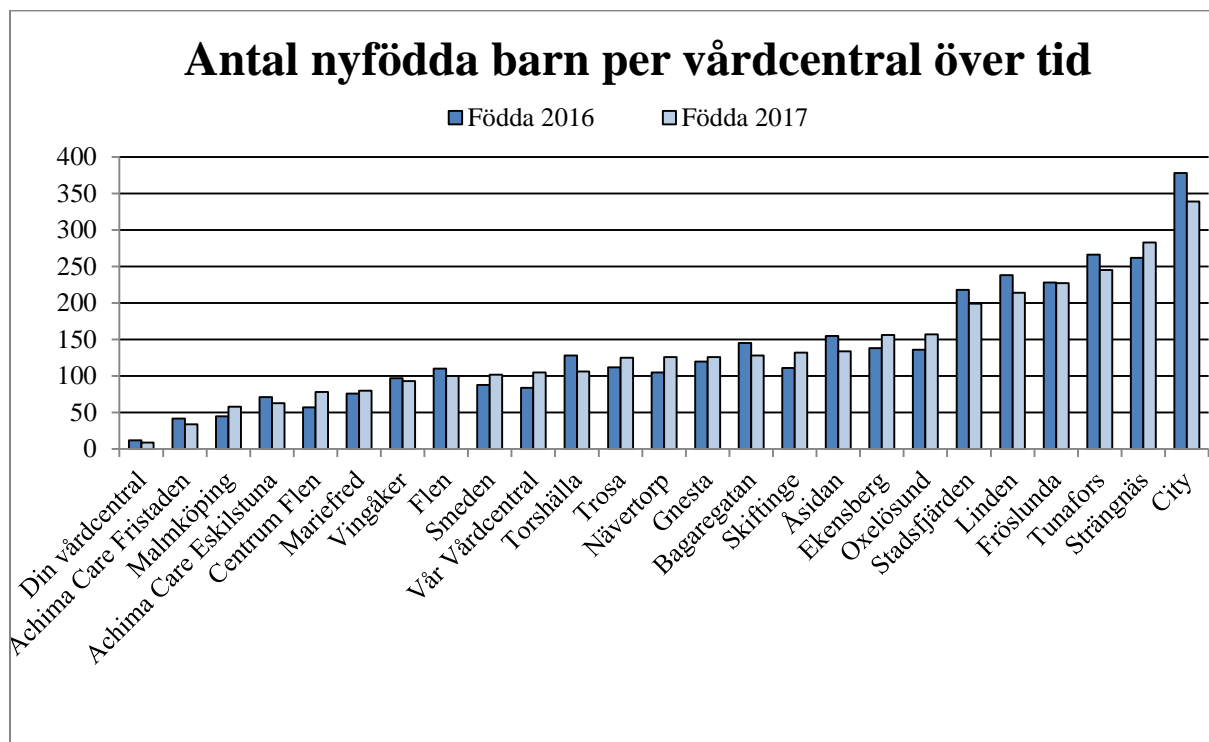


Fig. 7 Antal nyfödda barn inskrivna per BVC (2016–2017)

3 Skydds- och riskfaktorer för barns hälsa och utveckling

3.1 Hälsans bestämningsfaktorer

Skydds- och riskfaktorer samverkar ofta på ett komplicerat sätt, och varje barn behöver en individuell bedömning. Barnhälsovården har en viktig uppgift i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. (Se kapitel 5, Arbetssätt inom barnhälsovården)

Tidigare mätningar visar att **17 % av alla barn i Sörmland lever i ekonomisk utsatthet**²⁰.

Barnfattigdomen i Sörmland är därmed den högsta i landet. Fyra av länets nio kommuner tillhörde de 15 kommuner i landet med högst andel barn i ekonomisk utsatthet. Flen rankas som tredje kommun i landet beträffande högst andel barn som lever i ekonomisk utsatthet (23,8%). Även Eskilstuna (22,4 %), Katrineholm (20,7 %) och Vingåker (18,7 %) hamnar på rankingslistan över kommuner med högst andel barn i ekonomisk utsatthet.

Sörmland har tagit emot många flyktingar. Barn på flykt behöver generellt högre grad av kompensatoriska insatser för att uppnå en god hälsa. Att vara barn i krig och på flykt innebär en ökad risk för psykisk och fysisk ohälsa.²¹ (Se kapitel 3, Risk- och skyddsfaktorer för barns hälsa och utveckling, Migration och barns hälsa)

Utbildningsnivån i Sverige är generellt hög och mer än var tredje svensk i arbetsför ålder har en eftergymnasial utbildning. Spädbarnsdödlighet, dödlighet orsakad av olyckor eller andra sjukdomar är

²⁰ Barnfattigdom i Sverige, årsrapport 2015, Rädda barnen, 2015.

²¹ Gustafsson LH; Lindberg T, Möta barn på flykt enkel handbok för alla, UNICEF, 2016

högre bland barn till mammor med kortare utbildning.²² Sörmland har generellt en lägre utbildningsnivå än riksgenomsnittet. Endast Strängnäs kommun uppnår riksgenomsnittet när det gäller utbildningsnivån enligt Statistiska centralbyrån (SCB). Vingåker, Oxelösund, Flen och Katrineholm har lägst utbildningsnivå i länet.²³

Social utsatthet är kopplad till andra faktorer med en ogynnsam inverkan på barns samtida och framtida fysiska och psykiska hälsa. Exempel på sådana faktorer är rökning hos nyblivna föräldrar, amningslängd, förekomst av karies och övervikt/fetma. Nationell statistik visar att Sörmland under flera år har haft högst andel barn med rökande föräldrar.²⁴ (Se kapitel 3, Risk- och skyddsfaktorer för barns hälsa och utveckling, Barn som utsätts för tobaksrök i hemmet)

3.2 Amning

3.2.1 Amning de första sex månaderna

Bröstmjölken tillsammans med D-vitamin innehåller alla näringsämnen som ett barn behöver för att kunna växa och utvecklas under sina sex första månader.²⁵ Enligt barnkonventionen, artikel 24, ska alla föräldrar få information om det enskilda spädbarnets och moderns behov samt fördelarna med amning.²⁶ Bröstmjolk innehåller ämnen som stimulerar immunförsvaret hos barnet och minskar risken för infektioner såsom akut öroninflammation, akut gastroenterit och allvarlig luftvägsinfektion.^{27 28} Amning är också en skyddsfaktor för plötslig spädbarnsdöd.²⁹ På lång sikt har amning positiva hälsoeffekter med bland annat lägre risk för högt blodtryck, övervikt och fetma i vuxen ålder.^{30 31} Störst effekt ger helamning men även delamning har effekt.

Amning är en folkhälsoindikator för hälsa hos barn och kvinnor. Ökad amning bidrar till att minska ojämlikhet i hälsa nationellt och globalt.^{32 33} Genom amningsprevention kan barnhälsovården bidra till en mer jämlik, hälsosammare och miljövänligare värld.³⁴

WHO (världshälsorganisationen) rekommenderar att barnet ska helammas de första sex månaderna och därefter delamning upp till två års ålder.³⁵ Sverige har ställt sig bakom WHO:s rekommendation om exklusiv amning i sex månader och därefter fortsatt amning med tilläggskost i tillräckliga mängder, gärna under barnets första levnadsår eller så länge föräldrar och barn vill.^{36 37}

²² Folkhälsan i Sverige, årsrapport 2014. Folkhälsomyndigheten.

²³ Statistiska centralbyrån. www.scb.se

²⁴ Statistik om spädbarnsföräldrars rökvanor 2015, Socialstyrelsen 2017

²⁵ Bra mat för 0-5 år- handledning för barnhälsovården. Livsmedelsverket, 2014

²⁶ FN:s Konvention om barnets rättigheter, 1989.

²⁷ Black RE, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*; 382:427-451, 2013.

²⁸ Kramer MS., Kakuma R., Optimal duration of exclusive breastfeeding. Review. *The Cochrane Report Technology Assess* 2007 Apr; (153): 1-186. 2007.

²⁹ Minska risken för plötslig spädbarnsdöd: en vägledning för hälso- och sjukvårdspersonal. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

³⁰ Horta BL., Victoria C., Long-term effects of breastfeeding. A systematic review. WHO 2013.

³¹ Ip S, Chung M, Raman G, Chew P et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence report/technology assessment. 2007 (153):1-186.

³² Evidens for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. WHO 1989

³³ Hörnell et al. Breastfeeding, introduction of the other foods and effects on health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition recommendations, *Food & Nutrition Research*, Vol 57, 2013

³⁴ *Lancet* Editorial. Breastfeeding: achieving the new normal, 387:404, 2016

³⁵ WHO U- Global Strategy for Infant Feeding 6 Young Child Feeding. Geneva: World Health Organisation; 2003.

³⁶ Tio steg som främjar amning baserat på WHO:s Ten steps to successful breastfeeding.

Insamlad statistik gällande ammade barn rapporteras till Socialstyrelsen för nationella jämförelser. Socialstyrelsen presenterar dock sin statistik ett år efter det att årsrapporterna för barnhälsovården i respektive län ges ut. I den nationella jämförelsen gällande barn födda 2015, ligger Sörmland på samma nivå som riket för ammade barn vid en vecka och två månader men strax under riksgenomsnittet vid sex månaders ålder. Amningstrenden för barnen i Sörmland gick upp för barnen födda 2014.³⁸

I 2017 års statistik ökade amningen från 95 % (barn födda 2015) till 96 % (barn födda 2016) vid en veckas ålder. Amningsfrekvensen för barn vid två månaders ålder minskade från 85 % till 84 % och andel barn som ammadess vid sex månaders ålder ligger kvar på 61 % som under 2016. (Fig. 8)

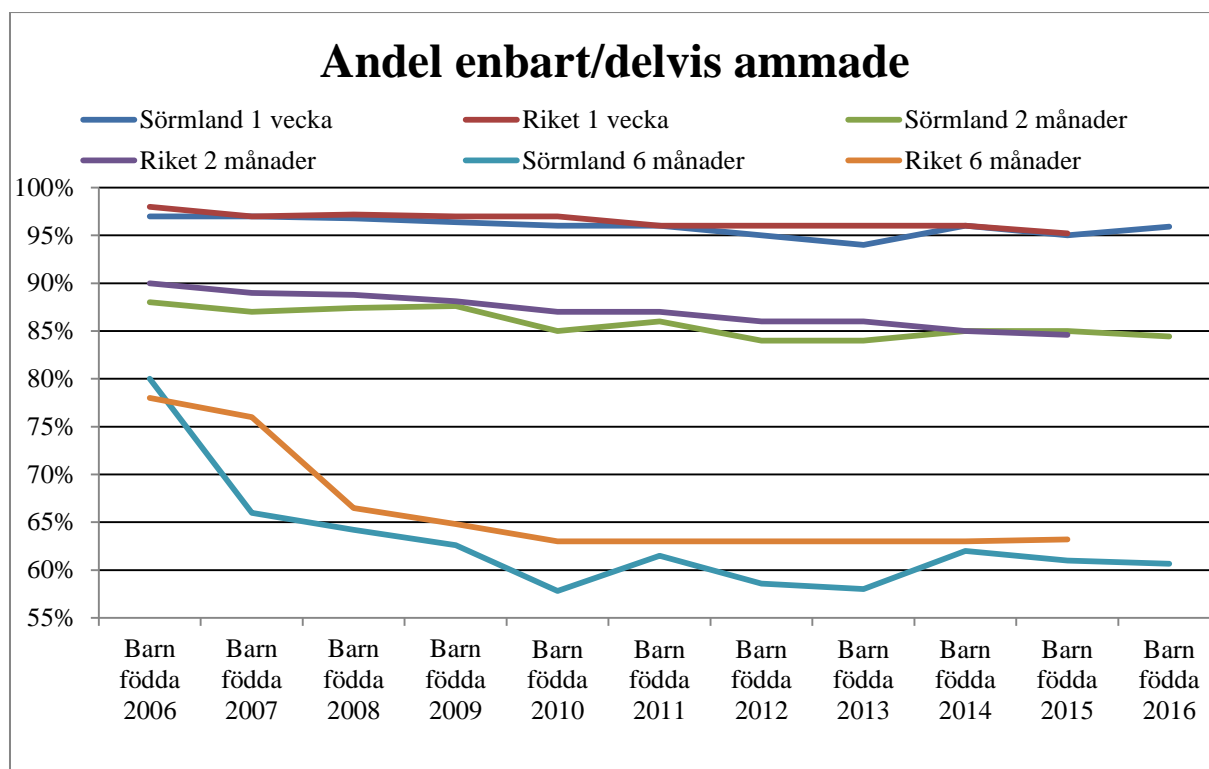


Fig. 8 Andel ammade barn (helt/delvis) vid 1 vecka, 2 månader och 6 månader. En jämförelse mellan riksgenomsnittet och Sörmland för barn födda 2006–2016.

Andelen ammade barn vid en veckas ålder varierade mellan 90–100 % vid de olika BVC i länet. Av barn inskrivna på Malmköping Vårdcentral och Din Vårdcentral ammadess 100 % vid en veckas ålder. (Fig. 9)

³⁷ Essential Nutrition Actions. Improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. 2013 available from : http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/essential_nutrition_actions/en/

³⁸ Statistik om amning. Socialstyrelsen, 2017

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20662/2017-9-4.pdf>

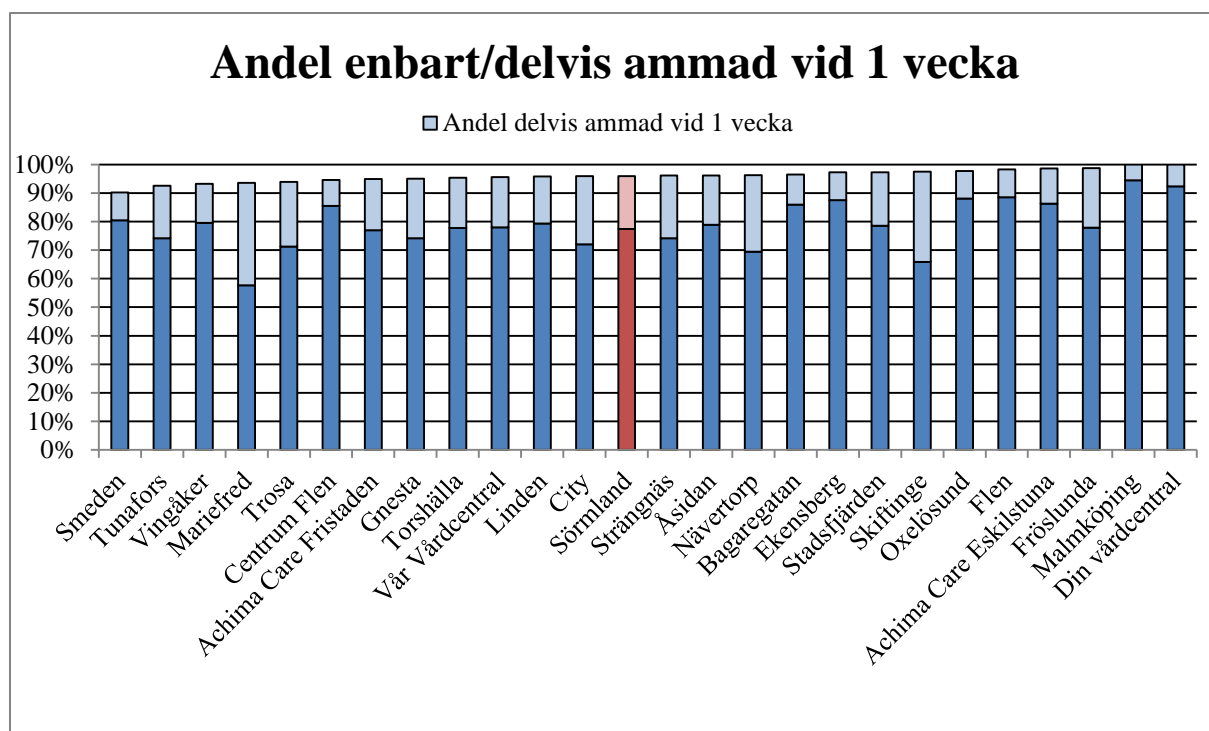


Fig. 9 Andelen helt/delvis ammade barn (födda 2016) vid 1 veckas ålder fördelat per BVC i Sörmland (95 %).

Andelen ammade barn vid två månaders ålder varierar mellan 73 % och 100 % vid länets olika BVC (Fig.10). På Din Vårdcentral BVC ammade 100 % av barnen vid 2 månaders ålder.

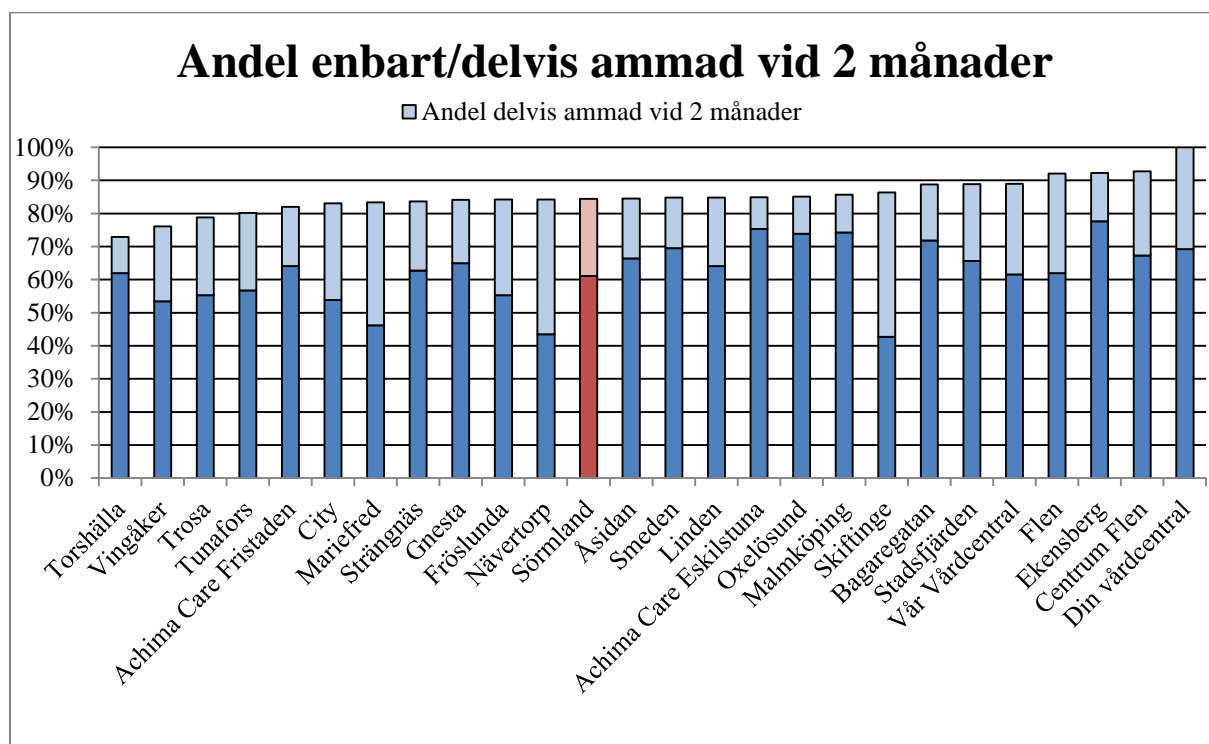


Fig. 10 Andelen helt/delvis ammade barn (födda 2016) (85 %) vid 2 månaders ålder fördelat per BVC i Sörmland.

Amningsfrekvensen för barn vid 6 månaders ålder var 61 % (barn födda 2016 och 2015) och innebär en marginell sänkning från 62 % (barn födda 2014). Andelen varierade från 41 % till 82 %.

Ekensbergs BVC hade högst andel ammande barn (82 %) vid 6 månader tätt följt av Centrum Flen BVC (81 %). (Fig.11)

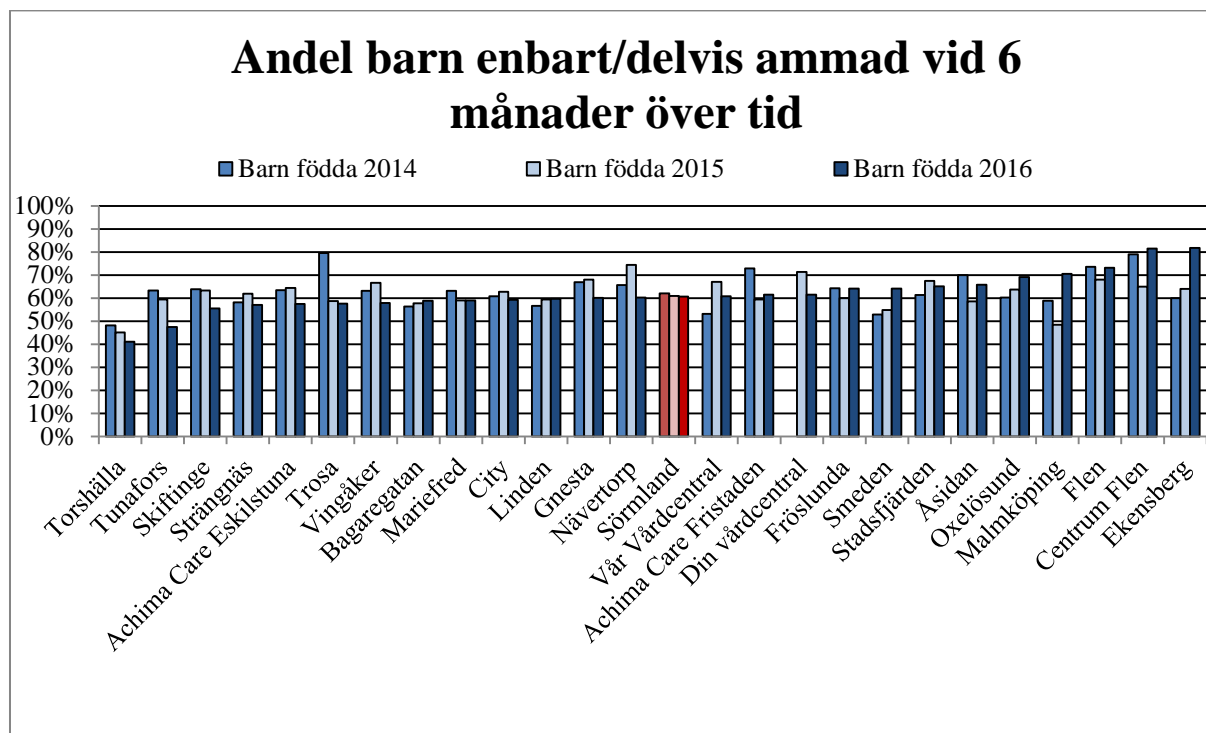


Fig. 11 Förändring av andel helt/delvis ammade barn födda 2014 (62 %) jämfört med barn födda 2015 (61 %) och barn födda 2016 (61 %) vid 6 månaders ålder fördelat per BVC i Sörmland.

Socialstyrelsens registerbaserade studie från 2014 visar inte på någon tydlig trend att minskningen av amning över tid varit mer uttalad inom någon särskild grupp av mödrar avseende utbildning, inkomst och födelseland.³⁹ En annan studie visar dock att hög inkomst är en indikator för att amma vid sex månaders ålder. Vidare är det vanligare att mödrar i alla invandrargrupper ammar längre än tolv månader jämfört med svenska mödrar.⁴⁰ Sörmland har en hög andel föräldrar med invandrabakgrund samt många familjer med låg inkomstnivå i förhållande till övriga Sverige.

3.2.2 Samverkan kring amning – Amningsstrategigruppen

Studier visar på betydelsen av hälso- och sjukvårdspersonalens stöd samt av samverkan mellan mödrahälsovård, BB, förlossning, barnhälsovård, (vårdkedjan) för att skydda, främja och stödja amning.⁴¹ En god amningsvägledning bör baseras på vetenskap och beprövad klinisk erfarenhet samt vara individuellt anpassad.⁴² Det finns sedan 2015 en länsövergripande amningsstrategi som riktar sig till hela vårdkedjan (kvinno- och barnklinik och barnhälsovård) och för att främja och stödja amningen har under 2017 gemensamma amningsutbildningar hållits för hela vårdkedjan i länet, vilka arrangerades av länets amningsstrategigrupp.

³⁹ Har sociodemografin betydelse för amningsfrekvensen? Socialstyrelsen, 2014.

⁴⁰ Wallby T, Hjern A. Region birth, income and breastfeeding in a Swedish country. Acta Paediatr. 2009;98(11):1799-1884.

⁴¹ Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. WHO 1989

⁴² Örténstrand, A. För att vara vårdgivare eller rådgivare krävs ett vetenskapligt underlag och en samlad klinisk erfarenhet. Barnbladet nr 1, 2011

I länets amningsstrategigrupp ingår representanter från kvinnokliniken, barnkliniken, primärvården och barnhälsovården samt Amningshjälpen. BHV-sjuksköterskor från de olika länsdelarna finns representerade samt MBHV-psykolog. Gruppen ska verka för samordning mellan hälso- och sjukvårdspersonal som möter blivande och nyblivna föräldrar i syfte att stödja föräldrarna i barnets uppfödning. Syftet är att främja amning genom att länets föräldrar ska känna ett gott stöd från hälso- och sjukvården. Behovet av insatser för att stärka amningen är stort. Forskning visar på amningens positiva inverka på hälsan både på kort och på lång sikt. Under 2017 har den länsövergripande Barnhälsovården Sörmland sammankallat till amningsstrategimöte vid fyra tillfällen.

3.3 Barn som utsätts för tobaksrök i hemmet

I artikel 24 i FN:s konvention om barnets rättigheter fastslås att alla barn har rätt att växa upp i en hälsosam miljö⁴³. Rökning är den enskilt största identifierade riskfaktorn för sjukdom och för tidig död.⁴⁴ Även utsatthet för passiv rökning innebär stora risker och ökar i takt med exponeringen.⁴⁵ Barn är särskilt känsliga för passiv rökning, eftersom deras immunförsvar inte är färdigutvecklat och deras luftvägar är trängre. Barn som utsätts för tobaksrök löper bland annat ökad risk för plötslig spädbarnsdöd, öroninflammation, upprepade luftvägsinfektioner och astmasymtom.^{46 47 48}

Nationell statistik visar att tobaksrökning har minskat bland gravida kvinnor, nyblivna föräldrar och småbarnsföräldrar de senaste decennierna i Sverige. Riksgenomsnittet för andel barn som utsattes för tobaksrök i hemmet vid 0–4 veckors ålder var 11 % för barn födda 2015, en siffra som legat stabilt under de senaste åren. Sett till enbart papporna rökte 10 % och av mammorna rökte strax under 4 % av nyblivna föräldrar till barn födda 2015 i Sverige.

Socialstyrelsens sammanställda nationella statistik som publicerades 2017, visar att de regionala skillnaderna i föräldrars rökvanor är stora. **Sörmland hade rikets högsta andel barn (födda 2015) som utsattes för rök i hemmet.** 17 % av barnen (födda 2015) utsattes för tobak i hemmet vid såväl 0–4 veckor som vid 8 månaders ålder.⁴⁹ Jämfört med riket är **Sörmland också det län där flest pappor till spädbarn röker.**

2017 års statistik visar att av barn födda i Sörmland 2016 hade 16 % någon i familjen som rökte vid 0–4 veckors ålder och vid 8 månaders ålder. (Fig.12)

⁴³ FN:s Konvention om barnets rättighet, 1989.

⁴⁴ Amning och föräldrars rökvanor Barn födda 2013, Socialstyrelsen 2015.

⁴⁵ Folkhälsan i Sverige: årsrapport 2013. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.

⁴⁶ Minska risken för plötslig spädbarnsdöd. En vägledning för Hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen, 2014.

⁴⁷ Amning och föräldrars rökvanor Barn födda 2013, Socialstyrelsen 2015

⁴⁸ Miljörapport 2009. Socialstyrelsen, 2009.

⁴⁹ Statistik om spädbarnsföräldrars rökvanor 2015, Socialstyrelsen 2017

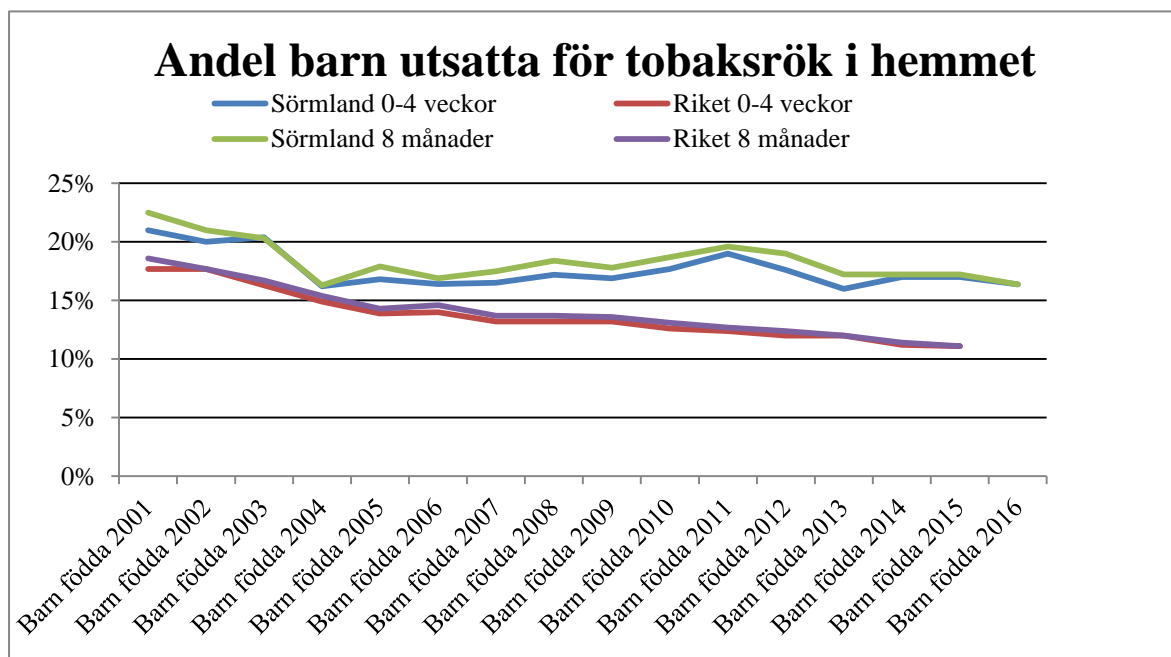


Fig. 12 Andel barn som barn utsattes för tobaksrök i hemmet vid 0–4 veckors ålder och 8 månader. En jämförelse mellan riksgenomsnittet och Sörmland bland barn födda 2001-2016.

Utsatthet för tobaksrök varierar stort i länet. Enbart fem av länets 26 BVC (Achima Care, Stadsfjärden, Smeden, Åsidan och Bagaregatan) hade färre rökande föräldrar vid 0–4 veckor än riksgenomsnittet (Fig. 13)

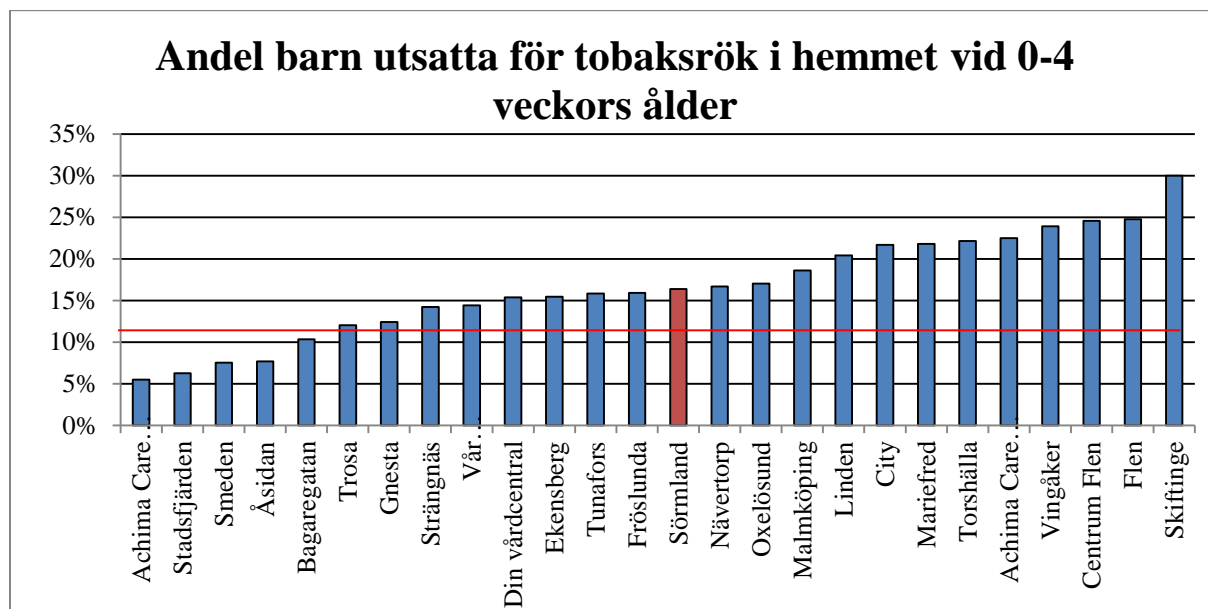


Fig. 13 Andel barn 0–4 veckor (barn födda 2016) som utsattes för tobaksrök i hemmet per BVC. Riksgenomsnittet för barn födda 2015 låg på 11 %.

Pappor är en viktig målgrupp i det tobakspreventiva arbetet i syfte att ge barnen en tobaksfri uppväxt. Pappor slutar inte röka i samma utsträckning som mammor när de blir föräldrar. I Sörmland rökte 6 % av mammorna och 15 % av papporna när barnet var 0–4 veckor. Det är stor variation gällande andel

rökande föräldrar. I Flen rökte drygt 22 % av papporna jämfört med Gnesta där drygt 7 % av papporna rökte. Andelen rökande mammor och pappor ligger på samma nivå för barn födda 2016 som barn födda 2015 vid 0-4 veckor. (Fig.14)

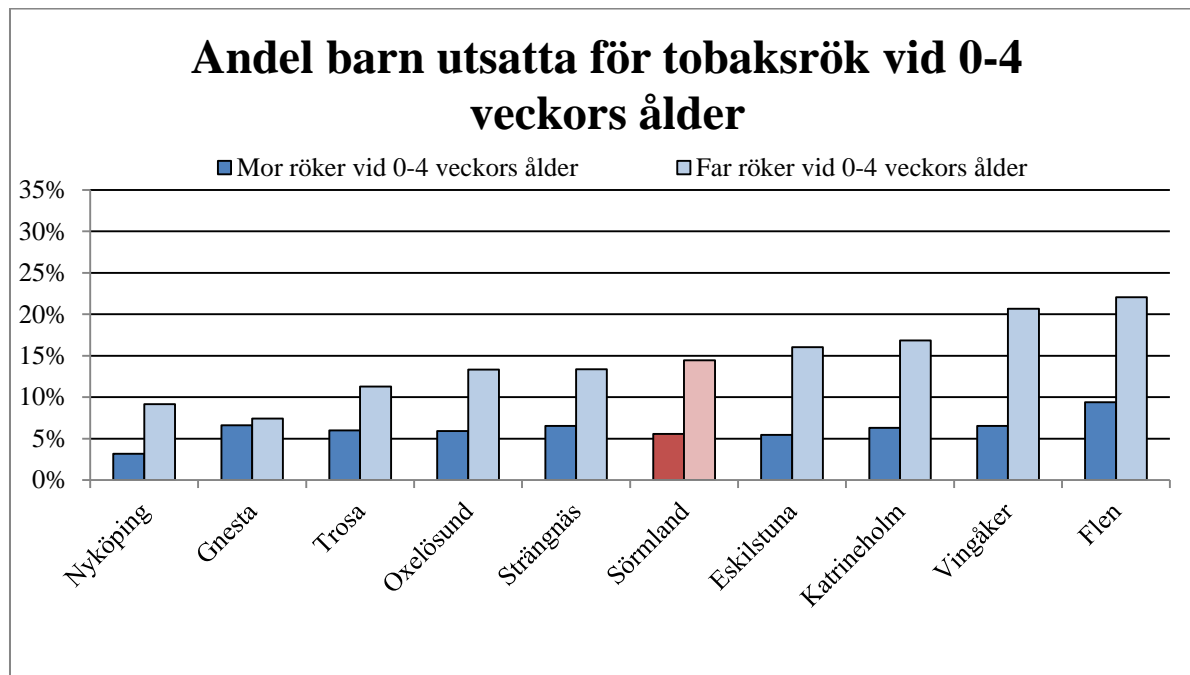


Fig. 14 Andel rökande mammor och pappor till barn (födda 2016) 0-4 veckor fördelat per kommun i Sörmland.

Andelen rökande mammor och pappor för barn födda 2016 vid 0-4 veckor varierar även mellan olika BVC/FC. Vissa vårdcentraler har en stor utmaning gällande tobaksprevention i form av motiverande samtal ur ett barnperspektiv samt rökavvänjning. (Fig.15)

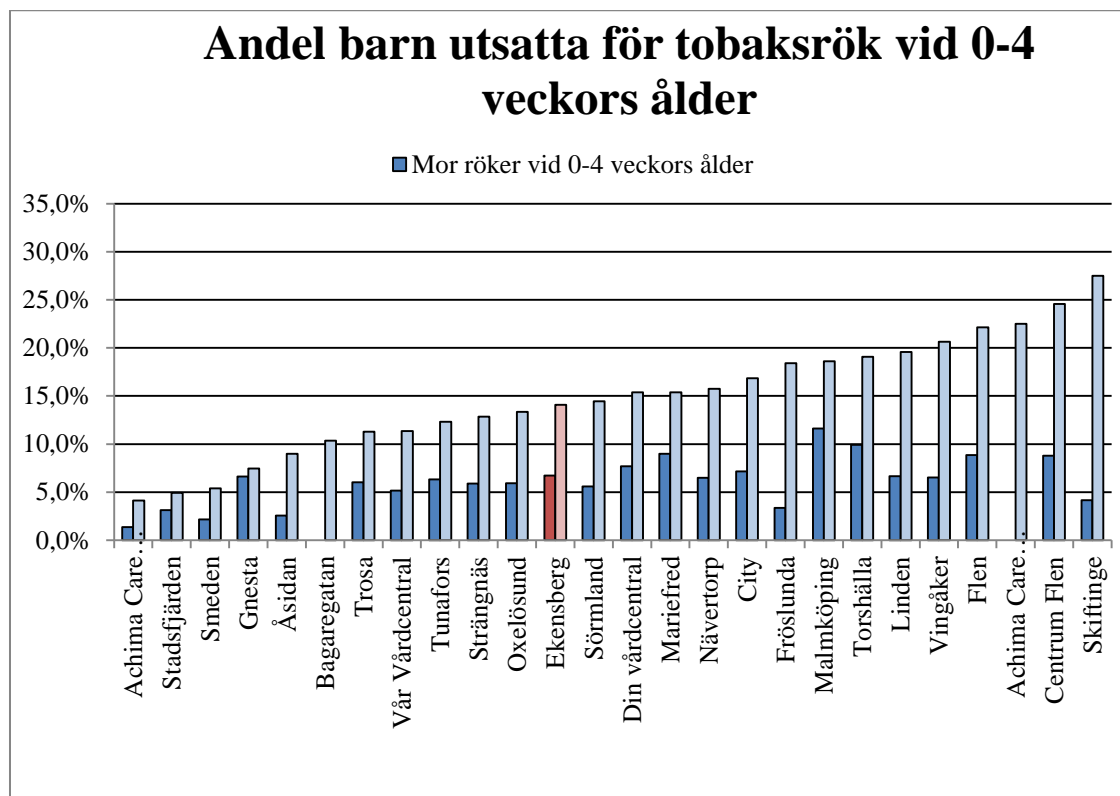


Fig. 15 Andel rökande mammor och pappor till barn (födda 2016) 0-4 veckor fördelat per BVC.

7 % av barnen födda 2016 hade rökande mammor vid åtta månaders ålder. Det är samma andel som för barn födda 2015. Andel rökande pappor till barn vid åtta månaders ålder har minskat från 15 % (barn födda 2015) till 14 % (barn födda 2016). (Fig.16)

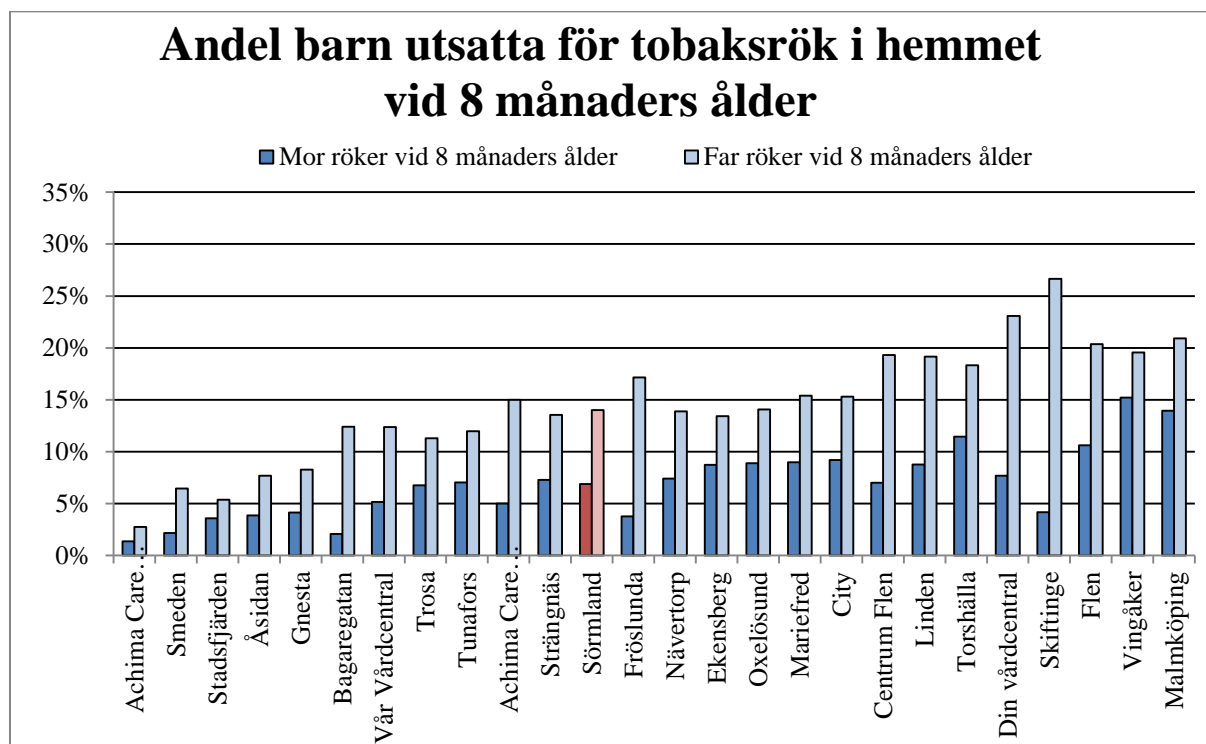


Fig. 16 Andel rökande mammor och pappor till barn (födda 2016) 8 månader per BVC i Sörmland.

3.4 Tandhälsa

Ett flertal undersökningar visar att goda och väletablerade munvårdsvanor tidigt i livet ger stora möjligheter att behålla en god munhälsa genom livet. Tvärtom ger dåliga vanor och tidig ohälsa i munnen ofta negativa effekter på munhälsan hela livet. Det är därför av stor vikt att tidigt påverka föräldrar och andra så att goda vanor etableras tidigt ⁵⁰.

I folktandvårdens vårbokslut för 2017 framkommer att av munhälsokontrollerade 1-åringar bedömdes drygt 25 % ha måttlig eller hög risk för karies och behov av vidare kontroller. Detta är en klar ökning jämfört med 2016, då 15 % av 1-åringarna hade måttlig eller hög kariesrisk.

Som också framgår ur folktandvårdens vårbokslut för 2017 finns en liten andel 3-åringar som har manifest karies. Vidare är andelen kariesfria 6-åringar låg. Bland de 6-åringar som tidigare undersökts hos folktandvården är andelen karies lägre. Detta förklaras av en relativt sämre munhälsa bland nyanlända och bland barn som inte tidigare varit i kontakt med folktandvården. Barnhälsovårdens arbete med att uppmuntra till besök inom folktandvården är således viktig. (Fig. 17)

⁵⁰ Folktandvården Sörmland AB 2018: Vårbokslut för år 2017 Folktandvården i Sörmland AB

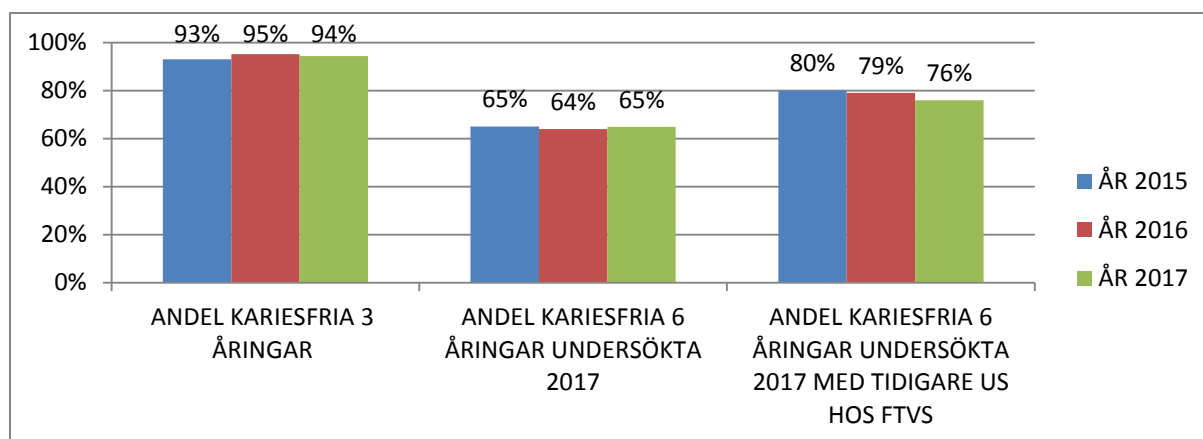


Fig. 17 Andel kariesfria 3- respektive 6-åringar.

3.5 Språket som skyddsfaktor

Språkutvecklingen har ett starkt samband med barnets kognitiva, sociala, emotionella och motoriska utveckling och har en central betydelse för barnets förmåga att klara sig i livet, skolan och arbetslivet. Detta i sin tur har en stark koppling till hälsan. Forskning visar att barn med språkstörning har en större risk för beteendeproblem, kamratproblem, inlärnings- och andra skolsvårigheter än barn med typisk språkutveckling.^{51 52} Nya studier pekar på att tidig upptäckt och intervention kring språkliga svårigheter tycks ha en skyddande effekt mot senare skolsvårigheter och kriminalitet.⁵³ Barn som växer upp med flera språk har samma språkutveckling som enspråkiga barn avseende joller, första ord och 2-ordssatser. Det finns inga studier som visar att flerspråkiga barn har en senare språkdebut eller löper större risk för språkstörning än barn som växer upp med ett språk⁵⁴. Barn som får tillgång till sina föräldrars språk kan kommunicera med fler, (till exempel mor- och farföräldrar och kusiner i hemlandet) få bättre exekutiva förmågor och uppmärksamhet,⁵⁵ ökad språkförståelse⁵⁶ samt större medvetenhet om olika språkljud⁵⁷. Därför bör barnen förutom svenskan även ges möjlighet att utveckla sina föräldrars språk.

3.6 Migration och barns hälsa

Krig och förföljelse har under de senaste åren tvingat fler människor än någonsin att lämna sina hem. FN:s flyktigorgan UNHCR uppskattar att ca 28 miljoner barn befinner sig på flykt. De flesta människor flyr inom sitt eget land eller till angränsande stater.

⁵¹ Lindsay G, Dockrell J, Desforges M, Law J, Peacey N. Meeting the needs of children and young people with speech, language and communication difficulties. *Int J Lang Commun Disord.* 2010; 45(4):448-60.

⁵² Vägledning för barnhälsovården. Socialstyrelsen 2014.

⁵³ Winstanley, M; Webb, R; Conti-Ramsden, G. More or less likely to offend? Young adults with a history of identified development language disorders. *Int J Lang Commun Disord.* 2018; 53(2): 256-270.

⁵⁴ Nayeb, L et al; Child healthcare nurses believe that bilingual children show slower language development, simplify screening procedures and delay referrals. *Acta Ped.* 2015.104(2): p. 198-205.

⁵⁵ Engel de Abreu, P.M., et al., Bilingualism enriches the poor: enhanced cognitive control in low-income minority children. *Psychol Sci*, 2012. 23(11): p. 1364-71.

⁵⁶ 8.Conboy, B.T. and P.K. Kuhl, Impact of second-language experience in infancy: brain measures of first- and second-language speech perception. *Dev Sci*, 2011. 14(2): p. 242-8.

⁵⁷ 9.Mann, V.A. and J.G. Foy, Phonological awareness, speech development, and letter knowledge in preschool children. *Annals of Dyslexia*, 2003. 53(1): p. 149-173.

Att vara på flykt innebär oftast otrygghet och risker och barn är ofta de mest utsatta i kriser och katastrofer. Barnombudsmannen visar i en rapport att barn som anlänt till Europa, och till Sverige de senaste åren inte fått sina rättigheter tillgodosedda. Barn har utsatts för människohandel, exploatering, andra brott och sjukdomar under resan till Sverige, men har även nekats akutsjukvård, förnödenheter och boenden på plats i Sverige. Barn i minoritetsgrupper är särskilt utsatta. Våld och hot mot barn och familjemedlemmar, separationer och flykt stör barnets normala utveckling. Enligt UNICEF kräver mötet med barn på flykt särskild kompetens, tid och handledning. Behovet av ökade insatser varierar och behöver anpassas utifrån barnets bakgrund, hälsohistoria och familjesituation. Det kan handla om extra avsatt tid för vaccinationer, tolksamtal, stödjande insatser och samverkan med andra aktörer i samhället.^{58 59}

En tredjedel av flyktingar i Sverige anses lida av någon form av psykisk ohälsa såsom hög nivå av stress, posttraumatiskt stresssymptom och depression. Barn och ungdomar är särskilt utsatta.⁶⁰ Barn i migration har liksom andra barn rätt till en god och jämlik hälso- och sjukvård, inklusive barnhälsovård. Personal inom barnhälsovården behöver särskild kompetens för att möta dessa barn och kunna erbjuda rätt stödinsatser. Samverkan inom vårdkedjan är viktigt för att säkerställa barns tillgång till barnhälsovård och ge förutsättningar för bästa möjliga hälsa och utveckling.^{61 62}

På Migrationsverkets hemsida redovisas antal inkomna asylsökningar (Fig. 18). Under 2017 ansökte 25 666 personer om asyl i Sverige, störst andel med medborgarskap från Syrien, Irak, Eritrea, Afghanistan respektive statslösa. Av dessa gällde 4 544 ansökningar barn 0–6 år. Det kan jämföras med 6017 ansökningar 2016 och 18 551 ansökningar 2015.⁶³ Barn (0–6 år) i Migrationsverkets boenden innefattar både barn som söker asyl, har fått ett uppehållstillstånd samt barn vars uppehållstillstånd gått ut. Under 2017 bodde 8 502 barn (0–6 år) i Migrationsverkets boenden i Sverige, vilket är en minskning jämfört med 14 319 barn (0–6 år) 2016. Endast en femtedel av dessa barn bodde i ett eget boende, övriga bodde i ett anläggningsboende. I Sörmland bodde 331 barn (0–6 år) i Migrationsverkets boenden under 2017, vilket är en minskning jämfört med 529 barn 2016.^{64 65}

⁵⁸ Gustafsson LH, Lindberg T (2015). Möta barn på flykt enkel handbok för alla. UNICEF.

⁵⁹ Barnombudsmannen. Barn på flykt – Barns och ungas röster om mottagandet av ensamkommande. 2016

⁶⁰ Folkhälsomyndigheten (2017) Folkhälsans utveckling. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2017/>

⁶¹ Rikshandboken <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barnhalsovard-for-barn-som-migrerat-fran-andra-Migration-och-barns-halsa/> hämtad 170524

⁶² Barnombudsmannen. Nyanländas barns hälsa- Delrapport i Barnombudsammens årstema 2017- Barn på flykt. 2017

⁶³ Migrationsverket, statistik <https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Oversikter-och-statistik-fran-tidigare-ar.html> Tillgänglig 180504

⁶⁴ UNHCR <https://unicef.se/fakta/barn-pa-flykt> hämtad 180524

⁶⁵ Migrationsverket, statistik: <https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Oversikter-och-statistik-fran-tidigare-ar/2017.html> Tillgänglig 180504

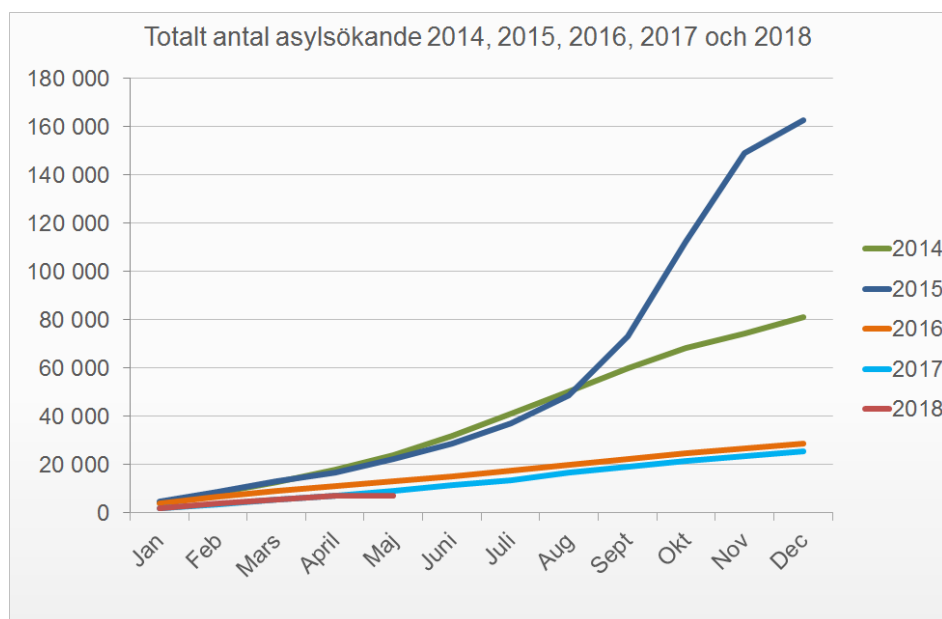


Fig. 18. Migrationsverkets statistik för antal asylsökande i Sverige 2014–2018. ⁶⁶

Den ökade migrationen har inneburit en ökning av barn med utländsk härkomst vid länets BVC (Fig. 19). Barnhälsovårdens statistik över barn med utländsk härkomst baseras på uppgift om ursprung i ett land som enligt WHO har ökad risk för smitta med tuberkulos. Av barn födda 2015 och inskrivna på BVC hade 33 % utländsk bakgrund (det vill säga tillhörde riskgrupp för tuberkulos). Det är i samma nivå som för barn födda 2014, men en ökning jämfört med 21 % av barn födda 2007. (Fig. 20)

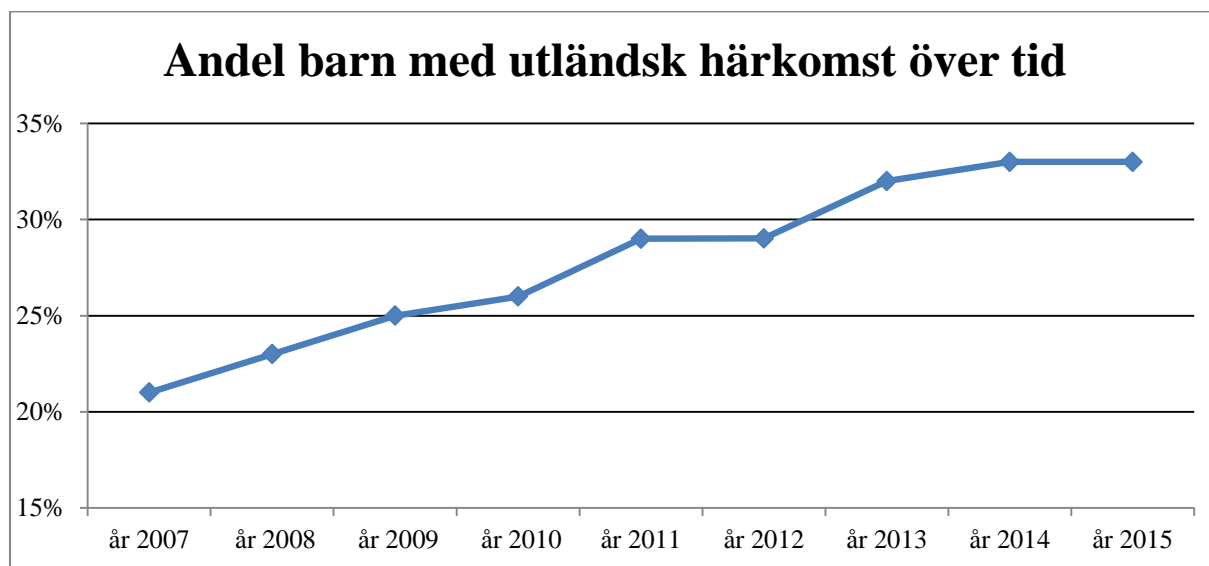


Fig. 19 Ökning av andel barn födda 2007–2015 med utländsk härkomst på BVC i Sörmland (%).

Andelen barn med utländsk härkomst och indikation för BCG-vaccination är högre i Sörmland än i riket i övrigt. Den nationella statistiken som inhämtas och sammanställs av Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen redovisas året efter det att länens statistik har redovisats i respektive årsrapport. Gällande barn (födda 2015) hade 33 % av 0–6-åringarna i Sörmland utländsk bakgrund jämfört med 23 % i riket. (Fig. 20)

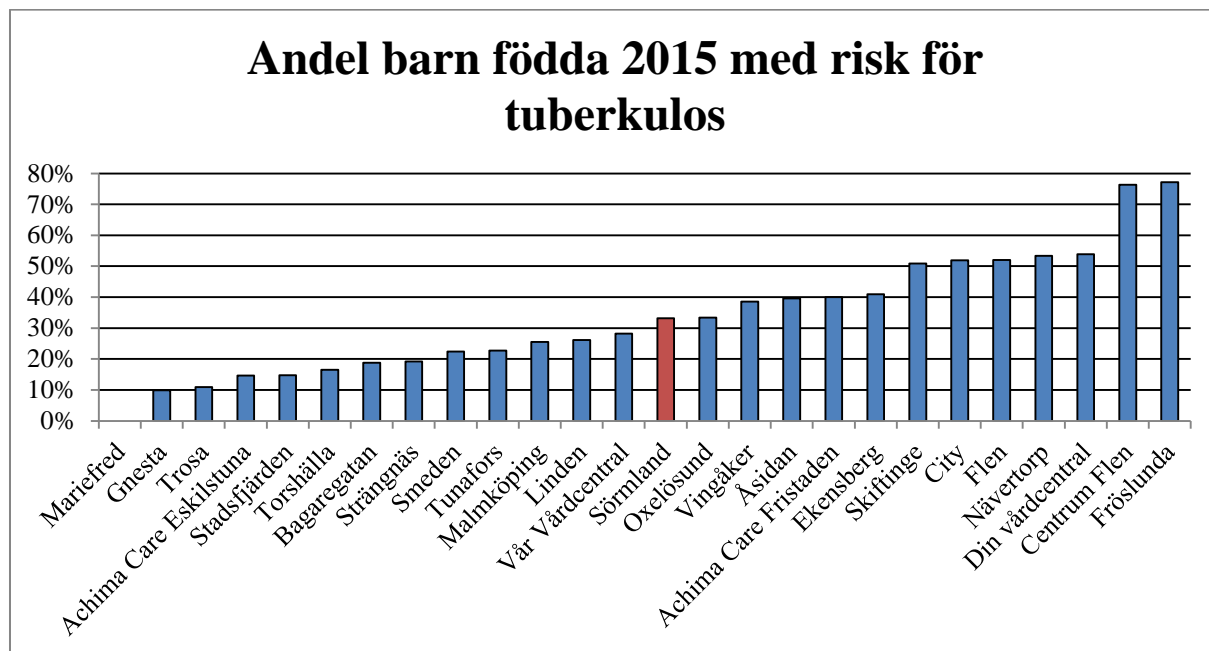


Fig. 20 Andel barn födda 2015 med utländskhärkomst, definierat som andel barn med indikation för BCG-vaccination (%) per BVC.

3.7 Övervikt och fetma

I världen utgör övervikt och fetma en växande epidemi som är alltmer vanligt förekommande hos barn i förskole- och skolorldern⁶⁷. Barnhälsovården har en viktig roll för att identifiera och initiera insatser för barn med övervikt och fetma. Behandlingen av övervikt och fetma är mest framgångsrik i förskoleåldern⁶⁸. Förebyggande insatser för att undvika utveckling av övervikt och fetma är förstås grundläggande. Enligt Folkhälsomyndigheten är det möjligt att främja hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet på befolkningsnivå, men dessa insatser behöver vara långsiktiga och riktas både till individer och mot deras sociala och fysiska miljö⁶⁹. Samverkan mellan skola och förskola, arbetsplatser, hälso- och sjukvården, närområdet, föreningslivet, livsmedelskedjan och omsorgen är viktigt i detta arbete.

⁶⁷ WHO 2016: Report of the commission of ending childhood obesity

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789241510066_eng.pdf;jsessionid=8E515584568C5AC5E251E313A34F4BC9?sequence=1

⁶⁸ Dala Valle M, Paediatric obesity treatment had better outcomes when children were younger, well motivated and did not have acanthosis nigricans, Acta Paediatr. 2017;106:1842-1850

⁶⁹ Folkhälsomyndigheten och Livsmedelsverket 2017: Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/5514b381077f4175b13fca5fe1089abe/forslag-till-atgarder-matvanor-fysiskaktivitet.pdf>

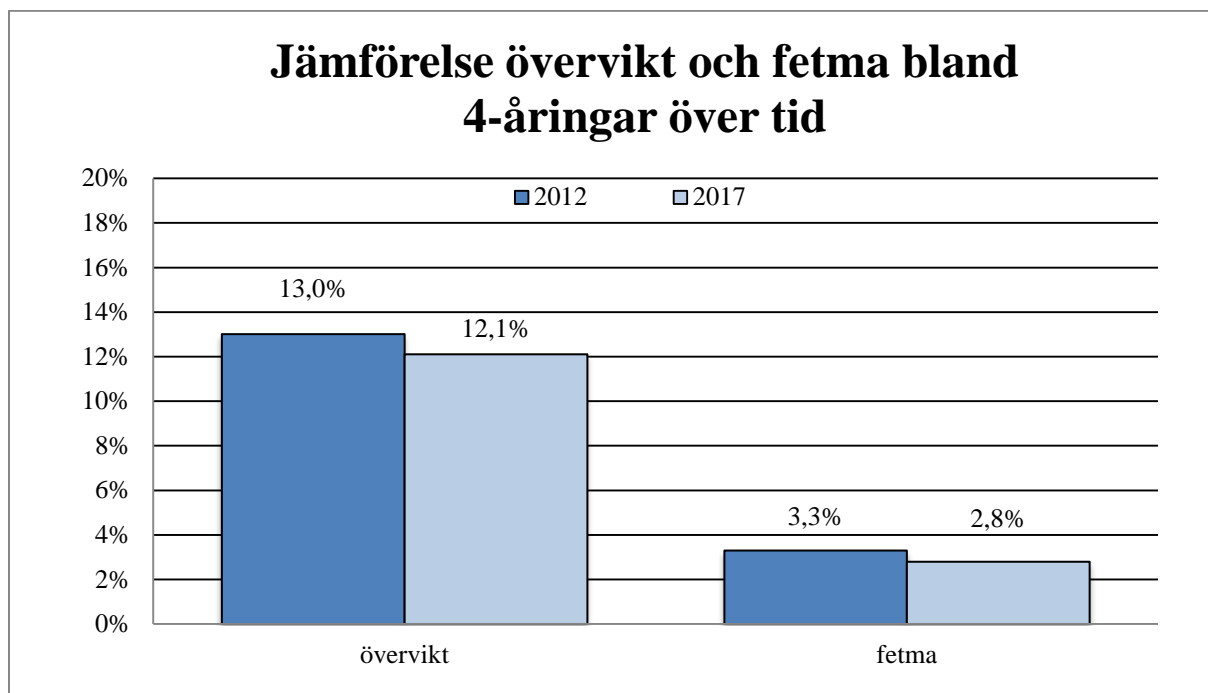


Fig. 21 Andel 4-åringar (%) med övervikt respektive fetma år 2012 och 2017

Av 4-åringar födda 2013 hade 12,1 % övervikt och 2,8 % fetma. Detta är en hög andel barn. Riksgenomsnittet för övervikt bland 4-åringar är ca 9,3 % och fetma 2,2 %. Nivån övervikt och fetma har inte ökat i Sörmland jämfört med 2012 då motsvarande data senast samlades in.

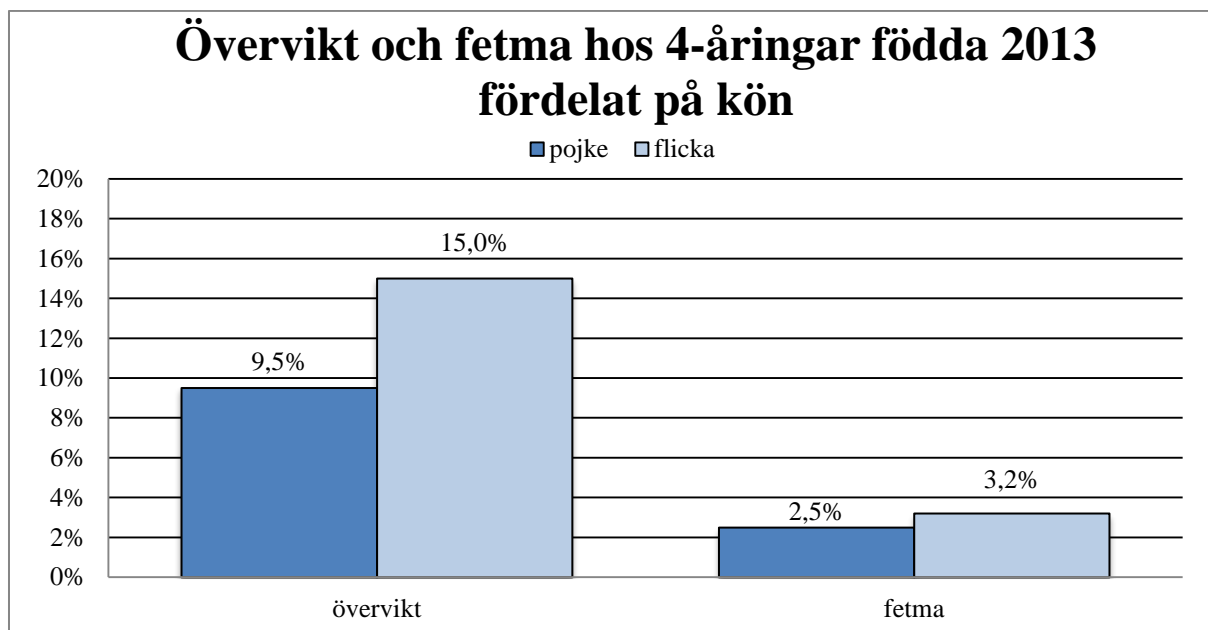


Fig. 22 Andel 4-åringar (%) med övervikt respektive fetma per kön 2017

Av Sörmlands 4-åringar 2017 hade 15 % av alla flickor och 9,5 % av alla pojkar övervikt. Skillnaden i förekomsten av fetma var inte lika stor mellan könen.

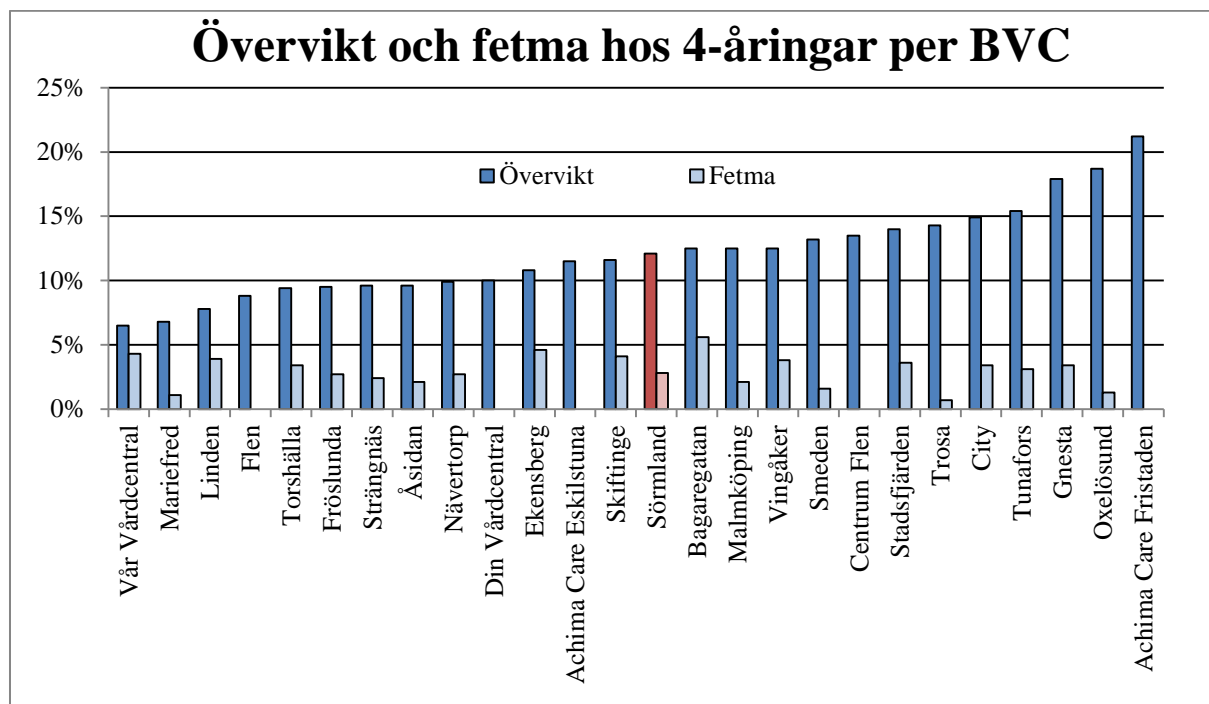


Fig. 23 Andel 4-åringar (%) med övervikt respektive fetma per BVC 2017

Stora skillnader i förekomst av övervikt och fetma ses över länet. Rikshandboken anger att rökning under graviditeten, graviditetsdiabetes, hög födelsevikt eller snabb viktuppgång tidigt i livet är kopplat till övervikt och fetma senare i barnens liv⁷⁰. Övervikt är också dokumenterat vanligare bland barn i områden med låg utbildningsnivå⁷¹ och i områden med ekonomisk utsatthet⁷². Barnhälsovården i Sörmland har därför en mycket viktig roll för att förebygga och att identifiera samt att initiera insatser för barn med övervikt och fetma.

4 Förutsättningar för att arbeta med barnhälsovård

4.1 Lokal

Enligt Kravspecifikationen ska barnhälsovården vara tillgänglig per telefon varje vardag och utifrån familjernas behov erbjudas planerade eller oplanerade besök. Verksamheten ska bedrivas i särskild lokal, skild från sjukvårdande verksamhet, anpassad för barnhälsovårdsverksamhet inklusive föräldragrupper. Detta kan ske i avgränsad lokal med eget väntrum på vårdcentral, barnvårdscentral eller familjecentral.^{73 74}

⁷⁰ <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barns-tillvaxt-0-6-ar/Overvikt/>

⁷¹ Moraeus L. Surveillance of childhood obesity in Sweden. Focus on lifestyles and socioeconomic conditions [Doktorsavhandling]. Göteborg: Göteborgs universitet; 2014

⁷² Paisi M, Obesity and caries in four-to-six year old English children: a cross-sectional study, BMC Public Health. 2018;18:267

⁷³ Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården (BHV), 2017

⁷⁴ Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland, Barnhälsovården 2016

4.2 Bemanning

BHV-sjuksköterskan (BHV-ssk) har det löpande ansvaret för barnhälsovårdsarbetet. I BHV-teamet ingår även läkare och psykolog. Läkarens, sjuksköterskans och psykologens kompetenser och erfarenheter kompletterar och stärker varandra i barnhälsovårdsarbetet.⁷⁵ För att uppnå en god kvalitet genom kompetens och erfarenhet ska sjuksköterska respektive läkare inom barnhälsovården träffa och ansvara för **minst 25 nyfödda barn per år**. I ett område utan behov av utökade insatser (se avsnitt om *Care Need Index*) rekommenderas 55 nyfödda/år per heltidsanställd BHV-ssk. För att barn (0–6 år) ska kunna erbjudas barnhälsovårdens nationella program uppskattas behovet av läkare för motsvarande område (55 nyfödda/år) till minst 4 timmar per arbetsvecka.^{76 77 78} En MBHV-psykolog ska ha ett underlag på högst 2 000 barn (0–6 år) och 300 gravida/blivande föräldrar samt finnas tillgänglig för MHV- och BHV-personalen för konsultation, teambesök och handledning.⁷⁹

4.3 BHV-sjuksköterska

BHV-ssk ska vara specialistutbildad distrikts- och/eller barnsjuksköterska. Arbetet ska organiseras så att största möjliga tillgänglighet och kontinuitet erhålls i kontakten med barnfamiljerna. BHV-ssk ska ha särskild avsatt tid för verksamheten.

Antalet inskrivna barn 2017 motsvarade ett behov av 62 heltidsanställda BHV-ssk. Under 2017 fanns det 95 BHV-ssk, med en total arbetstid som motsvarade 62 heltidstjänster. (Fig. 24) För att kunna erbjuda kompensatoriska insatser till barn och föräldrar med behov av utökat stöd behövs det fler BHV-ssk. (se avsnitt om *Care Need Index*)

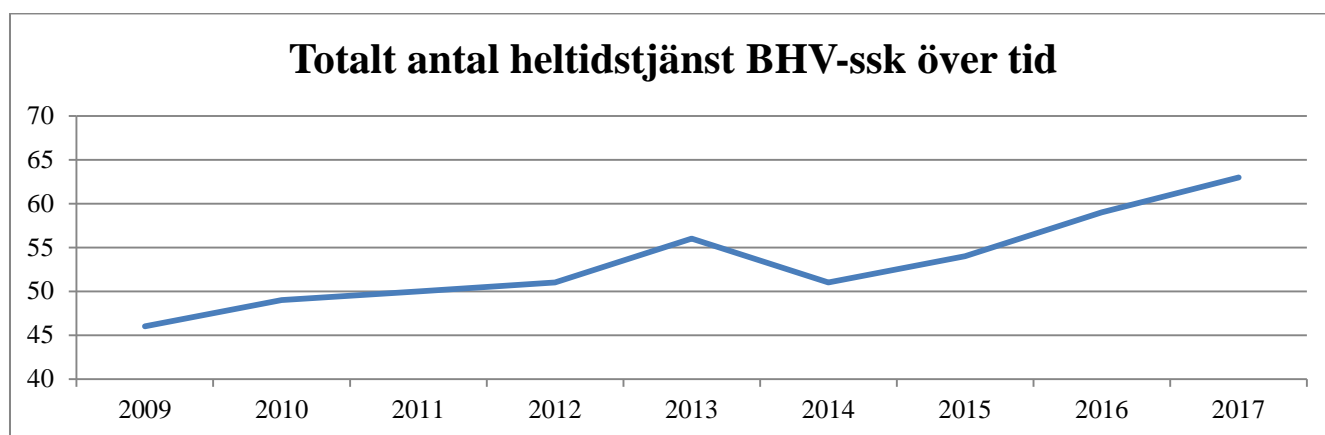


Fig. 24 Totalt antal BHV-sjukskötersketjänster (100 %) i länet år 2009-2017.

Flera vårdcentraler har ökat bemanningen för barnhälsovården under 2017. Det genomsnittliga barnantalet minskade därmed från 58 till 54 nyfödda per BHV-ssk mellan år 2016 och 2017. Några vårdcentraler har haft problem med att behålla sin bemanning.

Antal nyfödda per BHV-ssk vid länets BVC varierade mellan 35 och 71 nyfödda barn per heltidsanställd BHV-ssk. Vissa BVC med hög vårdtyngd kommer inte under målet med högst 55 nyfödda per heltidsanställd BHV-ssk. (Fig. 25)

⁷⁵ Vägledningen för Barnhälsovård, Socialstyrelsen 2014

⁷⁶ Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården (BHV), 2017

⁷⁷ Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland, Barnhälsovården 2016

⁷⁸ Nationell målbeskrivning för läkartjänstgöring inom barnhälsovården, 2014.

⁷⁹ Nationell målbeskrivning för Mödra- och Barnhälsovårdspsykologernas verksamhet, 2016

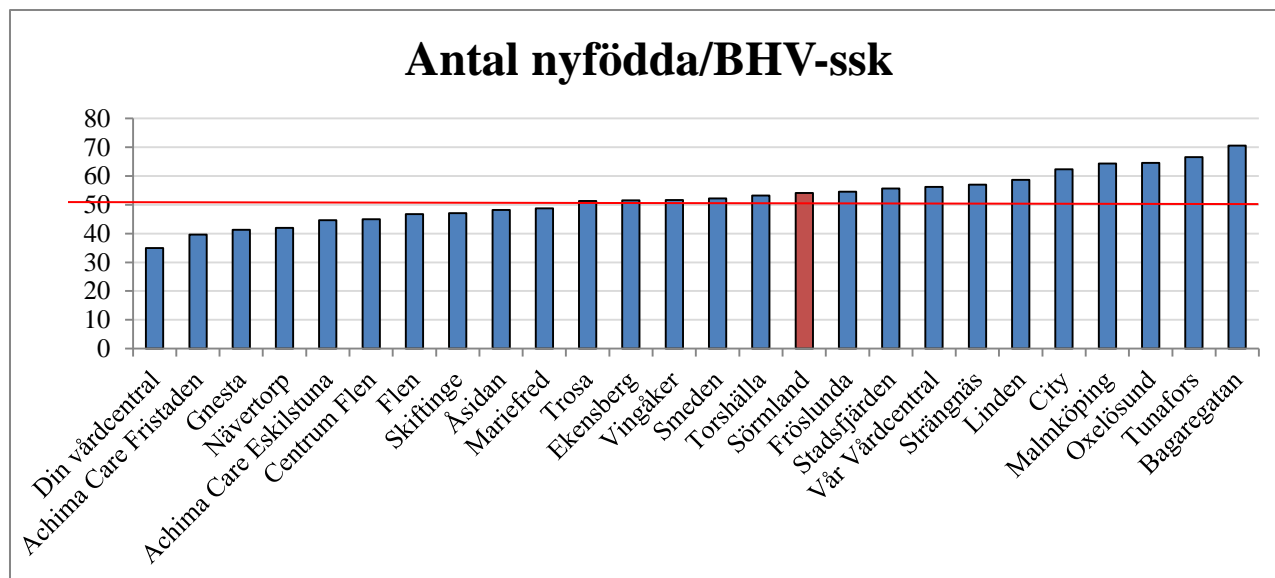


Fig. 25 Antal nyfödda barn per BHV-ssk. Riktlinjen 55 nyfödda/BHV-ssk är markerad med röd linje. Hänsyn är inte tagen till vårdtyngd.

4.4 BHV-läkare

För att arbeta som läkare inom barnhälsovården ska man vara specialist i barn- och ungdomsmedicin, allmänmedicin eller läkare under specialistutbildning (ST-läkare) med handledning. För att upprätthålla kompetens och god kvalitet ska BHV-läkaren se och ansvara för minst 25 nyfödda/år.^{80 81} På en BVC med normal vårdtyngd är behovet av särskilt avsatt läkartid minst 4 timmar/vecka för 55 nyfödda/ år. Det behövs cirka 3½ timmar per vecka, då läkaren arbetar enbart med barnhälsovård. Övrig läkartid avsätts för samråd med BHV-ssk, MBHV-psykolog och andra samverkanspartner kring barnet och dess familj, för fortbildning och teamträffar.⁸²

I statistikinsamlingen efterfrågas antal läkartimmar avsatta för barnhälsovård i det inrapporterade området under 2017, inkluderande teammöten och utbildningsdagar. Tre av länets BVC hade avsatt läkartid för barnhälsovård i tillräcklig omfattning under 2017, det vill säga i genomsnitt 4 timmar/vecka under 48 veckor. Drygt hälften (61 %) av barnen i Sörmland fick behovet av läkartid för barnhälsovårdens hälsofrämjande insatser tillgodosett. (Fig. 26) Detta är en ökning jämfört med 2016 då 53 % av barnen i Sörmland fick behovet av läkartid tillgodosett.

⁸⁰ Nationell målbeskrivning för läkartjänstgöring inom barnhälsovården, 2014.

⁸¹ Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland, Barnhälsovården 2012

⁸² Nationell målbeskrivning för läkartjänstgöring inom barnhälsovården, 2014.

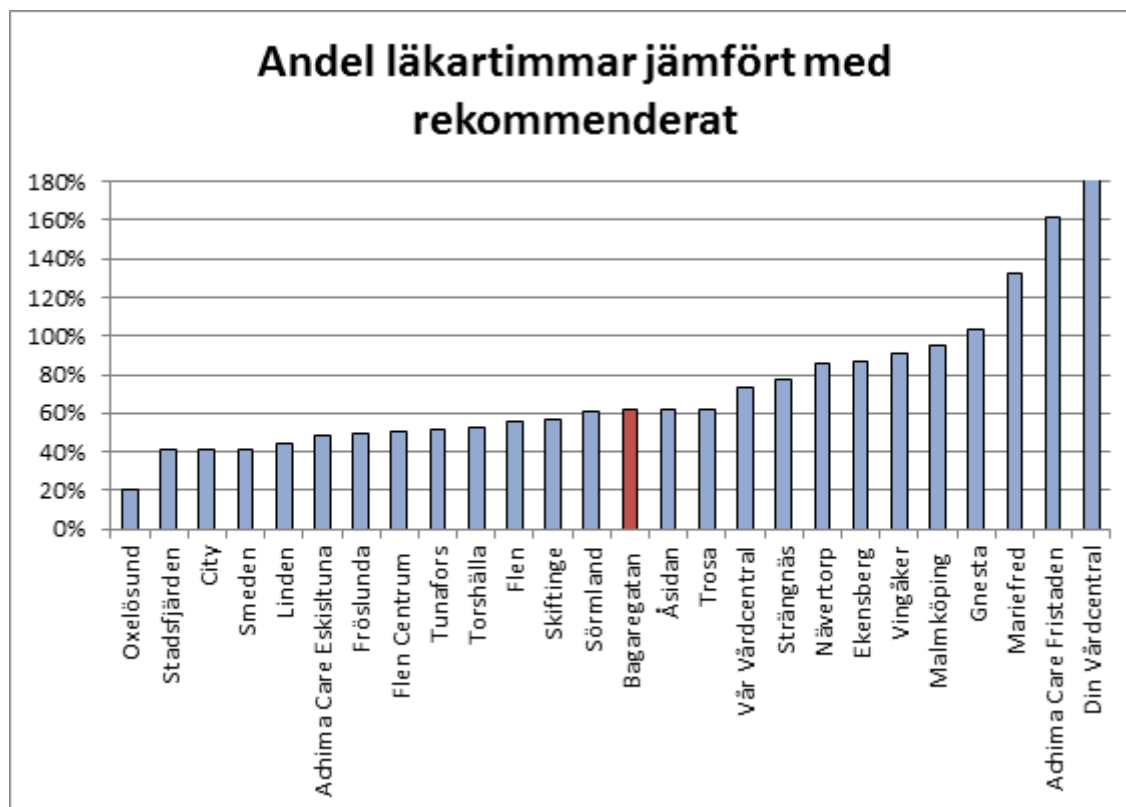


Fig. 26 Andel rapporterade läkartimmar jämfört med rekommenderat (4 timmar/vecka/48 veckor/55 nyfödda per år). Hänsyn är inte tagen till vårdtyngd.

Enligt Kravspecifikationen för barnhälsovård i Landstinget Sörmland ska varje BVC ha tillgång till en konsult med barnmedicinsk kompetens. 2017 hade åtta BVC i Sörmland (City, Din Vårdcentral Skiftinge, Ekensberg, Fröslunda, Oxelösund, Vår Vårdcentral och Familjecentralen Strängnäs) tillgång till specialist i barn- och ungdomsmedicin. Detta är en ökning jämfört med 2016 då tre BVC hade tillgång till barnläkarkonsult.

4.5 MBHV-psykolog

MBHV-psykologen ska vara legitimerad psykolog med fördjupade kunskaper inom mödra- och barnhälsovård. Psykologens uppdrag vänder sig mot både mödra- och barnhälsovården. Denna årsrapport beskriver uppdraget inom barnhälsovården. MBHV-psykologens område ska innefatta högst 2 000 barn (0–6 år),⁸³ vilket motsvarar 10 heltidstjänster i Sörmland. Barnhälsovården har beviljats möjlighet att utöka bemanningen till åtta heltidstjänster med legitimerade psykologer samt 3–4 PTP-psykologer (Praktisk tjänstgöring för psykologer) under handledning. Rekryteringen till dessa tjänster pågår. MBHV-psykologerna är placerade vid Barnhälsovården Sörmland i Eskilstuna och Nyköping, men besöker även olika BVC i länet för att möta barn och familjer i deras närmiljö. 1–2 dagar i veckan finns psykologer på plats i Katrineholm, Strängnäs, Mariefred, Flen och Vingåker. MBHV-psykologerna träffar barn och föräldrar för stöd och utredning. Dessutom finns MBHV-psykologerna tillgängliga för BHV-personal genom regelbunden konsultation i grupp samt enskilt vid behov.

⁸³ Nationell målbeskrivning för Mödra- och Barnhälsovårdspsykologernas verksamhet, 2016

4.6 Totalt antal in- och utskrivningar

Det är inte bara nyfödda barn som skrivits in på BVC under 2017. Den stora in- och utflyttningen av barn, i synnerhet från andra länder, innebär att det faktiska antalet barn som skrevs in på BVC under 2017 var betydligt större än det antal barn som var inskrivna vid årets slut. Inskrivning av nyinflyttade barn kräver, liksom vid inskrivning av nyfödda, extra tid i form av upprättandet av barnhälsovårdsjournal, hembesök samt eventuell komplettering av vaccinationer och hälsokontroller. I genomsnitt skrevs det in 84 barn per heltidsanställd BHV-ssk under 2017. Det är en minskning mot 2015 då genomsnittet var 100 barn per heltidstjänst och 2016 då genomsnittet var 86 barn. Det är fortfarande betydligt mer än normtalet 55 nyfödda per heltidsanställd BHV-ssk och år. Normtalet tar inte hänsyn till in- och utflyttningar, byte av bostadsområde och/eller BVC under motsvarande period. Variationen i in- och utflyttning är stor över länet. De BVC som hade högst andel nyinskrivningar var Fröslunda, City, Strängnäs och Stadsfjärden. (Fig. 27)

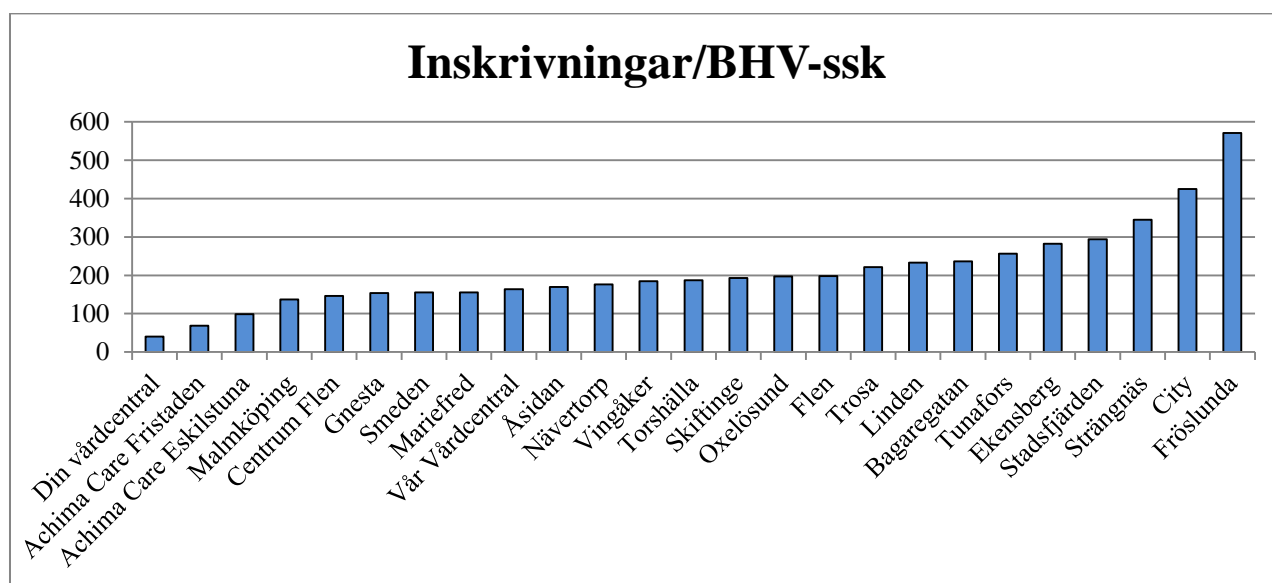


Fig. 27 Inskrivningar fördelat över länets BVC under 2017.

4.7 Care Need Index (CNI)

Statistiska centralbyrån har tagit fram ett hjälpmedel som använder socioekonomiska förhållanden för att identifiera risk för ohälsa. *Care Need Index* (CNI), utgörs av en beräkning av socioekonomiska variabler bland de som är listade på respektive vårdcentral. Variablerna är:

- Ålder (< 5 år och > 65 år)
- Utlandsfödd (Östeuropa, Asien, Afrika och Sydamerika)
- Arbetslös eller i åtgärd (16-64 år)
- Ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre
- Inflyttning
- Lågutbildade 25-64 år

Variablerna påverkar arbetsbelastningen både på vårdcentralens läkarmottagning och på BVC. CNI används av landsting för att beräkna ersättning till vårdgivare för att kompensera behov av utökade insatser. I nationella jämförelser har Sörmland högst uppmätt CNI. (Fig.28)

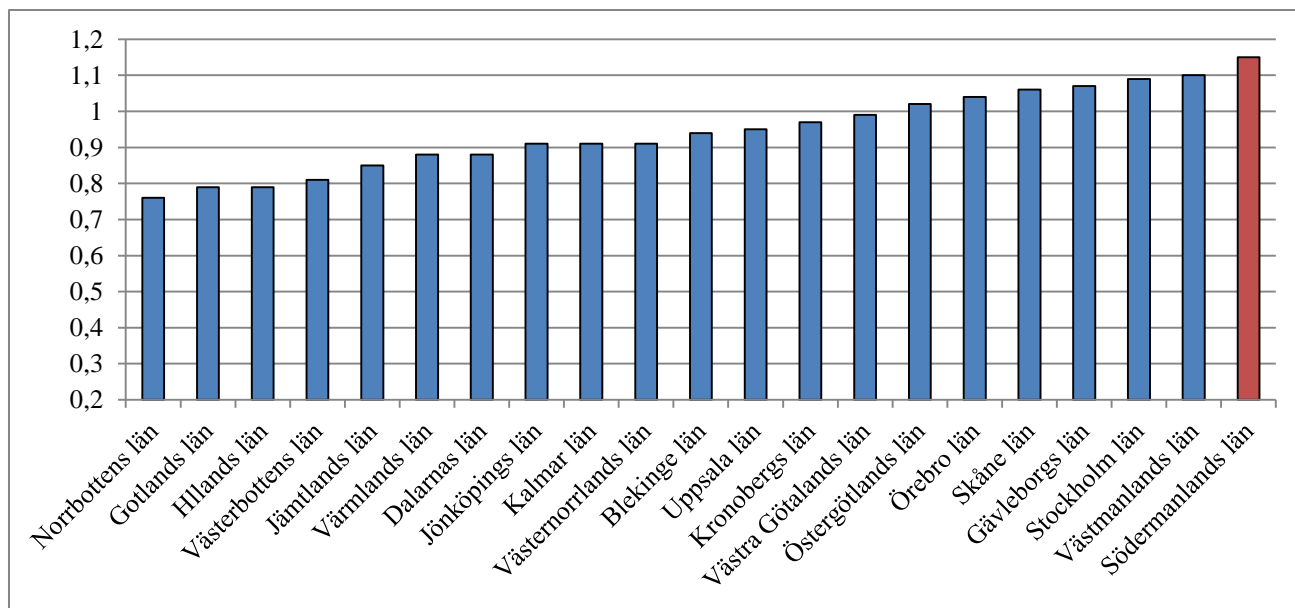


Fig. 28 Care Need Index (CNI) fördelat per län 2017

CNI varierar över länet (Fig 29). Vårdcentraler med högt CNI behöver mer resurser i form av ökad BHV-ssk-, läkar- och psykologbemanning för att kunna bedriva en jämlik och rättvis barnhälsovård. Tidigare mätningar av *vårdtyngdsindex* (VTI) och *Care Need Index* (CNI) i Sörmland har visat att dessa båda index stämmer väl överens med varandra.

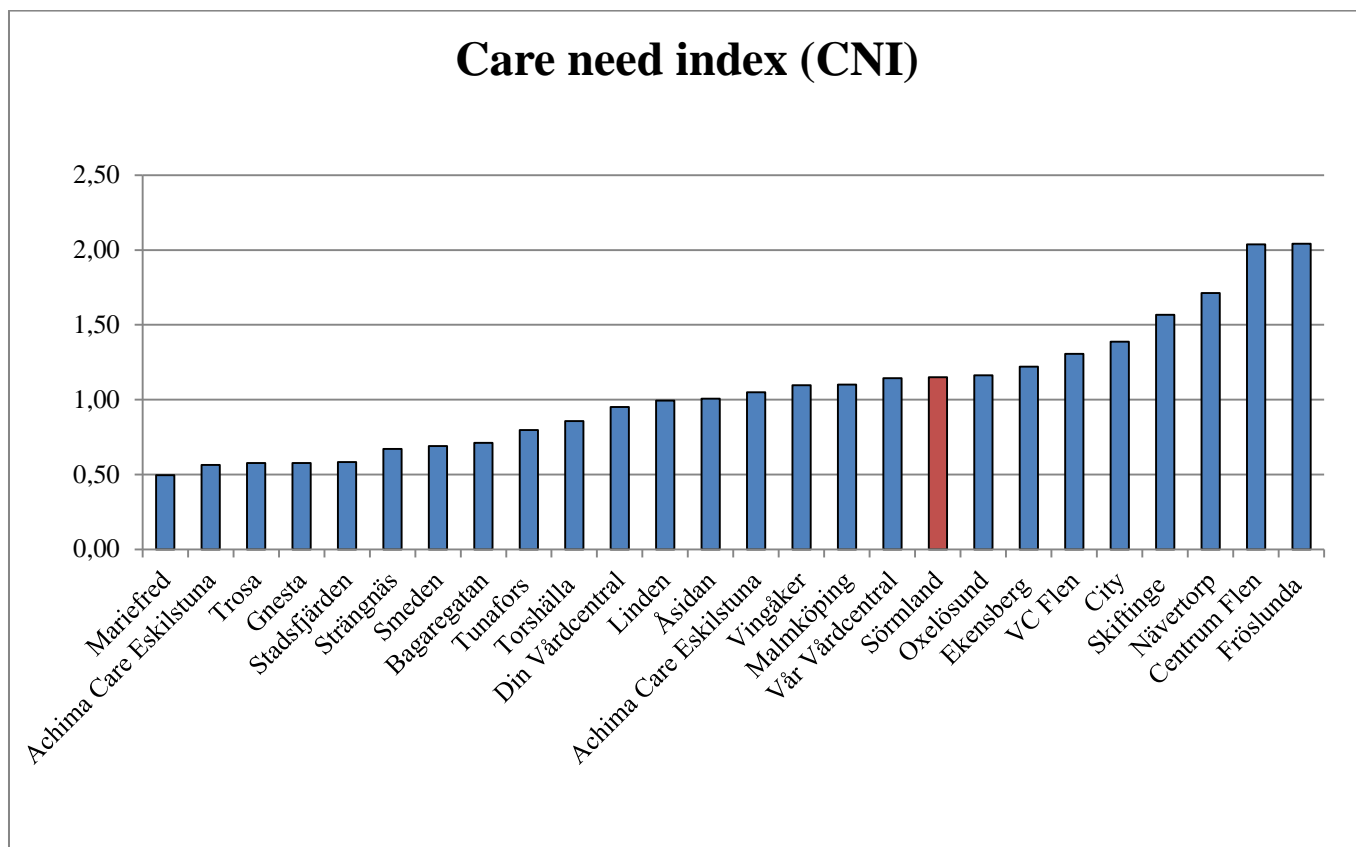


Fig. 29 Care Need Index (CNI) fördelat per BVC 2017

Teamarbete mellan BHV-ssk och BHV-läkare blir extra betydelsefullt vid en hög vårdtyngd. Likaså det utökade teamet med MBHV-psykolog och det konsultationsstöd som ges i konsultationsgrupper.⁸⁴

I områden med hög vårdtyngd är samverkan mellan landstingets och med kommunens närliggande verksamheter särskilt betydelsefullt. Familjecentraler är en hälsofrämjande arena som lämpar sig för samverkan kring barns och familjers hälsa, integration, sociala nätverk etc.^{85 86} (Se Kapitel 7 Barn som far illa, Familjecentraler.)

5 Arbetssätt inom barnhälsovården

Barnhälsovården möter i stort sett alla barn, vilket ger förutsättningar för ett hälsofrämjande och förebyggande arbete samt tidig upptäckt och insatser tidigt i livet. Vägledningen för barnhälsovården beskriver hälsofrämjande samtal och utvecklingsbedömningar vid hälsobesök, teambesök och hembesök samt föräldraskapsstöd enskilt och i grupp som arbetssätt för att uppnå barnhälsovårdens mål.⁸⁷

5.1 Hälsofrämjande samtal

Ett hälsofrämjande förhållningssätt innebär att stödja och stärka individens förmåga till kontroll över sin egen hälsa och förbättringsförmåga (empowerment). Samtal med barn och föräldrar ska genomsyras av dialog, delaktighet och jämlikhet samt utgå från individens egen kunskap och behov. Alla föräldrar har rätt till information och kunskap om vilka faktorer som har betydelse för barnets hälsa och utveckling. Barnets bästa ska vara utgångspunkten i dessa samtal.⁸⁸

5.2 Hälsofrämjande samtal om alkohol, utifrån ett barnperspektiv

Syftet med alkoholprevention inom barnhälsovården är att uppmärksamma föräldrar på alkoholintagets negativa konsekvenser på föräldraskapet och på barnet. Riskbruk av alkohol är starkt kopplat till både fysisk och psykisk ohälsa. Alkoholriskbruk kan bland annat leda till hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och cancer. Alkohol används av vissa för att dämpa ångest, trots att riskkonsumtion av alkohol ökar risken för både ångest och depression. Alkohol är även orsaken till en stor andel av samhällets trafikolyckor, drunkningsolyckor, fall, bränder och våldsbrott. Alkoholberoende och missbruk innebär ofta omfattande negativa sociala konsekvenser för individ och familj. Att dricka alkohol under sin graviditet innebär även risk för ett brett spektrum av fosterskador.

Genom Riskbruksprojektet (2004–2010) utbildades bland annat barnhälsovården i att samtala om alkohol med föräldrar, med syfte att minska alkoholkonsumtionen. Folkhälsomyndighetens rapport visar att under 2016 hade 16 % av den sörmländska befolkningen (17 % för riket) en riskkonsumtion av alkohol.^{89 90}

⁸⁴ Lannér Swensson, A. Samspelet i spädbarnsfamiljen - Att främja en trygg anknytning. Gothia fortbildning 2013

⁸⁵ <http://familjecentraler.se/>

⁸⁶ Behovsanalys Nyanlända papperslösa. Landstinget Sörmland 2015.

⁸⁷ Vägledning för barnhälsovården. Socialstyrelsen, 2014

⁸⁸ Barnrättskommitténs allmänna kommentarer nr 15 (2013) om Barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (art.24). Översättning mars 2014, Originalspråk: Engelska FN:s Kommitté för barnets rättigheter CRG/C/GC/15

⁸⁹ Folkhälsan i Sverige, Folkhälsomyndigheten, 2017

Barnhälsovården följer årligen statistik över hur många föräldrar till barn under det första levnadsåret som fått ett hälsofrämjande samtal om hur alkohol kan påverka barns hälsa. Under 2017 fick 82 % av föräldrarna till barn födda 2016 samtal om alkohol vilket är en minskning jämfört med 2016 då 91 % fick detta. 2017 års statistik gällande hälsofrämjande samtal om alkohol är inhämtade direkt från PMO-journal. Då PMO infördes under 2017 och rutiner för dokumentation och statistik inte är fullt implementerade, kan detta vara en möjlig förklaring till årets sämre resultat.

5.3 Hembesök

Hembesök är en prioriterad insats i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Hembesök är förtroendeskapande mellan BHV-personal och förälder,^{91 92 93 94} har en positiv effekt på amning och anknytning samt minskar risken för våld, försummelse och olycksfall⁹⁵. Under 2017 har en extra ersättning utgått till vårdcentralerna för utförda hembesök.

5.4 Tidigt hembesök

Alla nyblivna föräldrar (förstagångs- och flergångsföräldrar) ska erbjudas hembesök.

Kravspecifikationen anger att minst 95 % ska få hembesök under barnets första levnads månad.⁹⁶

Även föräldrar till adoptivbarn och nyinflyttade barn (från annan ort eller annat land) ska erbjudas ett första hembesök.

Syftet med hembesöket är att i hemmiljön skapa en förtroendefull relation och presentera barnhälsovården för båda föräldrarna. Hembesöket ger ökade förutsättningar att anpassa besöket efter barnet och föräldrarnas behov och stärker *empowerment*. Besöket tar längre tid, men kan vara tidsbesparande på sikt.

Både föräldrar och sjuksköterskor upplever att de får bättre kontakt i hemmiljön än på mottagningen. Hembesöket ger också god möjlighet att identifiera risker i barnets hemmiljö samt familjer med behov av extra stöd.⁹⁷ Att som barn bli sedd i sin hemmiljö är en rättighetsfråga, vilket FN:s konvention om barnets rättigheter belyser i artikel 24, 26 och 27. Statistik gällande hembesök till nyfödda under 2017 kan tyvärr inte redovisas, eftersom dokumentation och statistikuttag i PMO fortfarande är under utveckling.

5.5 Hembesök vid 8 månader

Det nationella barnhälsovårdsprogrammet innefattar ett universellt hembesök vid åtta månaders ålder. Hembesöket innehåller ett hälsosamtal om barnets hälsa och utveckling, säkerhet (olycksfall, alkohol, rökning) och barnets förmåga till kommunikation och samspel. Barnets kommunikation och motorik

⁹⁰ SOU 2017:47, Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa, Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa, Stockholm 2017

⁹¹ Tangen G et al Hembesök inom barnhälsovården - Sjuksköterskornas attityder avgörande för hur verksamheten utvecklas, Läkartidningen, 2010;107(47).

⁹² Elkan R, Kendrick D, Hewitt Met al. The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. Health Technology Assessment. 2000.

⁹³ Aston M., The power of relationships: exploring how Public Health Nursing support mothers and families during postpartum home visits. Journal of Public HEALTH Nursing vl 21(1), 2015

⁹⁴ Jansson A. Hembesök kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som familj. Läkartidningen, 2003;100(15):1348-51

⁹⁵ Kimberly S. Howard and Jeanne Brooks-Gunn, The Role of Home-Visiting Programs in Preventing Child Abuse and Neglect, 2009

⁹⁶ Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland, 2017.

⁹⁷ Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården, 2014.

bedöms i barnets hemmiljö. BHV-ssk har möjlighet att visa på hur barnet kan stimuleras i hemmiljön, men även samtala om risker och hur olyckor förebyggs.

Antalet hembesök vid åtta månaders ålder fortsätter att öka. Årsstatistiken för 2016 visade att 26 % av barn födda 2015 fick hembesök vid åtta månaders ålder och 2017 fick 44 % av barn födda 2016 hembesök. (Fig. 30). Hembesöksfrekvensen varierade från 0 % till 91 % i länet. (Fig. 31).

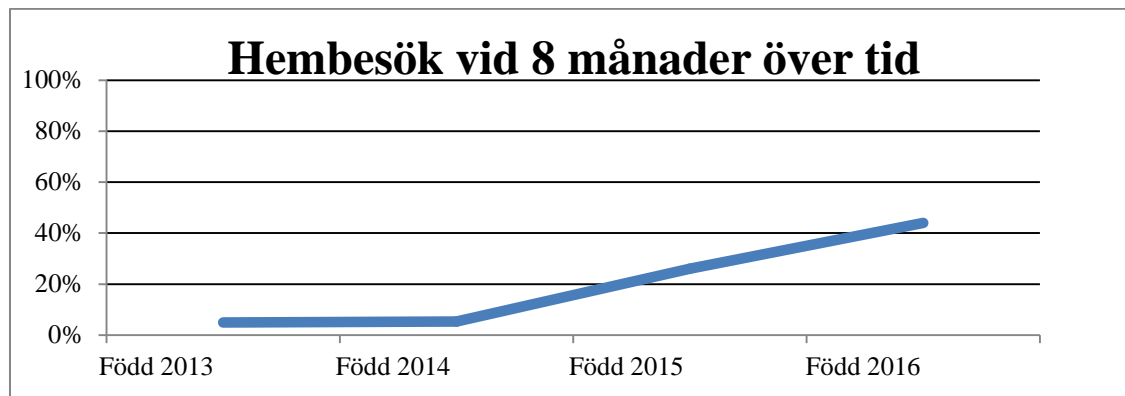


Fig.30 Ökningen av hembesök vid åtta månader ålder från 5 % (barn födda 2013) till 44 % (barn födda 2016).

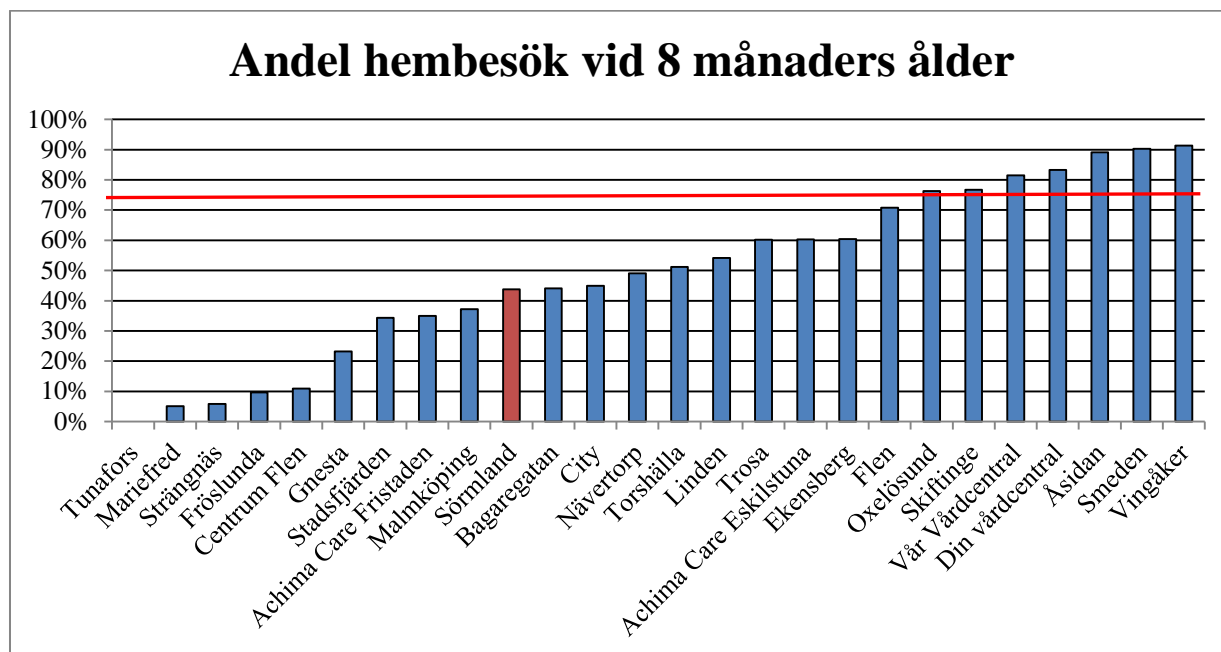


Fig.31 Andelen barn (%) födda 2016 som har fått hembesök vid åtta månaders ålder per BVC/FC. Målet med 70 % markerad med röd linje.

Hembesöksfrekvensen mellan länets kommuner varierar från 6 % (Strängnäs kommun) till 91 % (Vingåker) (Fig.32)

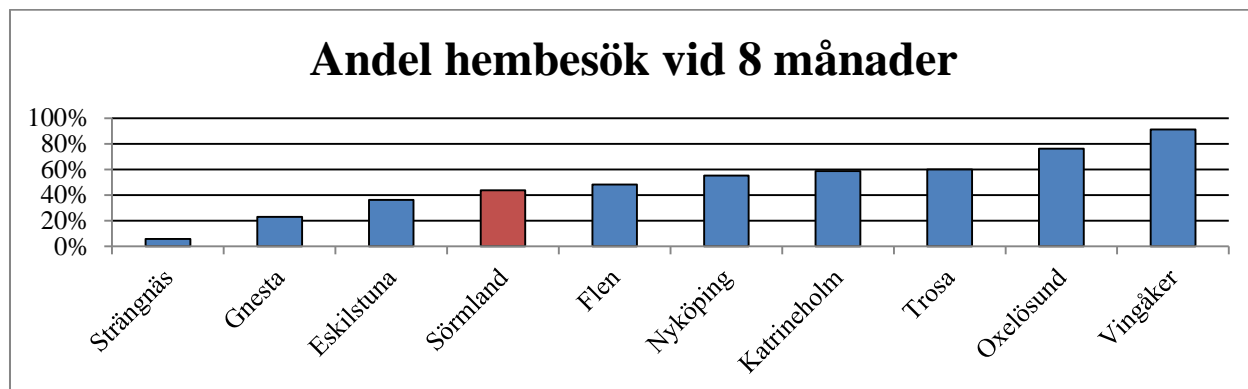


Fig.32 Andelen barn (%) födda 2016 som har fått hembesök vid åtta månaders ålder per kommun.

5.6 Hembesök eller hembesök till nyinflyttade/nyanlända

I det tredelade nationella barnhälsovårdsprogrammet (Fig. 1) förordas riktade hembesök av BHV-ssk och/eller tillsammans med annan profession. Riktade hembesök är ett beprövat och evidensbaserat arbetssätt för att ge föräldraskapsstöd och förebygga ohälsa hos barnet. Genom att ha full bemanning inom barnhälsovården, utveckla barnhälsovårdsteamet samt utarbeta en nära samverkan med socialtjänst, ges förutsättningar för arbetet med riktade hembesök. Nyinflyttade, adopterade och familjehemsplacerade barn (från annan ort eller annat land) ska erbjudas hembesök.^{98 99} Av inskrivna barn i länet fick 2 % hembesök på grund av inflyttning, adoption, migration, familjehemsplacering eller behov av utökat stöd. Inskrivna barn (födda 2017) i Mariefred, Strängnäs och vid Din Vårdcentral har inte fått något riktat hembesök, men nästan var tionde barn (född 2017) i Oxelösund har fått riktat hembesök (Fig. 33)

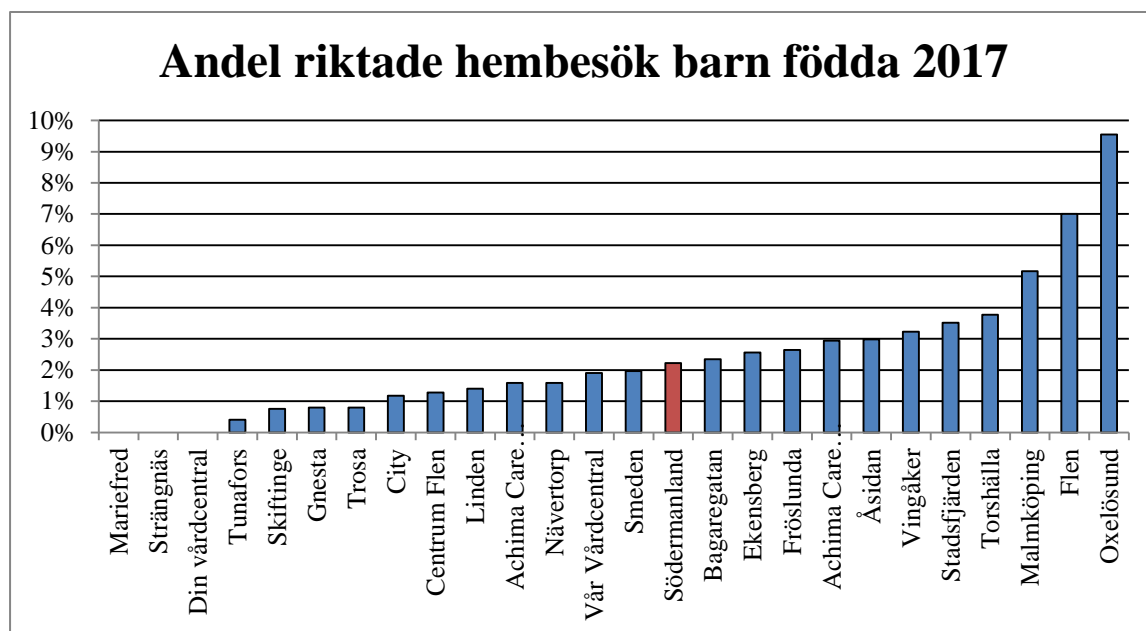


Fig. 33 Andel barn (%) födda 2017 som har fått riktat hembesök eller vid inflyttning per BVC/FC

⁹⁸ Kravspecifikation för barnhälsovården i Landstinget Sörmland, 2017.

⁹⁹ <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barnhalsovardsprogrammet-aldrar/Hembesokbakgrundochsyfte/>

5.7 Teambesök

Socialstyrelsens vägledning beskriver hur läkarens, sjuksköterskans och psykologens kompetenser och erfarenheter kompletterar och stärker varandra inom barnhälsovården. Samverkan inom teamet möjliggör en helhetssyn på barnet i sin familj där både medicinska, psykologiska och sociala omständigheter uppmärksammas och beaktas. Teambesök erbjuds vid fyra veckor, sex månader, tolv månader och vid tre års ålder samt vid behov. Teambesöket innebär att BHV-ssk och BHV-läkare träffar barn och föräldrar tillsammans. MBHV-psykolog eller annan profession kopplas in vid behov.^{100 101 102} Läkareundersökning vid 18- månaders ålder togs bort 2015 i Sörmland. För att alla barn ska få fyra läkarundersökningar innan skolstart infördes teambesöket under hösten 2016. 2017 fick 72 % av barnen i Sörmland sitt hälsobesök med undersökning och hälsosamtal med läkare och BHV-ssk vid tre års ålder. Åsidan, Vingåker, Oxelösund, Torshälla och Din vårdcentral uppnår målet med 98 % täckningsgrad. Teambesök var vanligare där barnhälsovård bedrevs i familjecentral

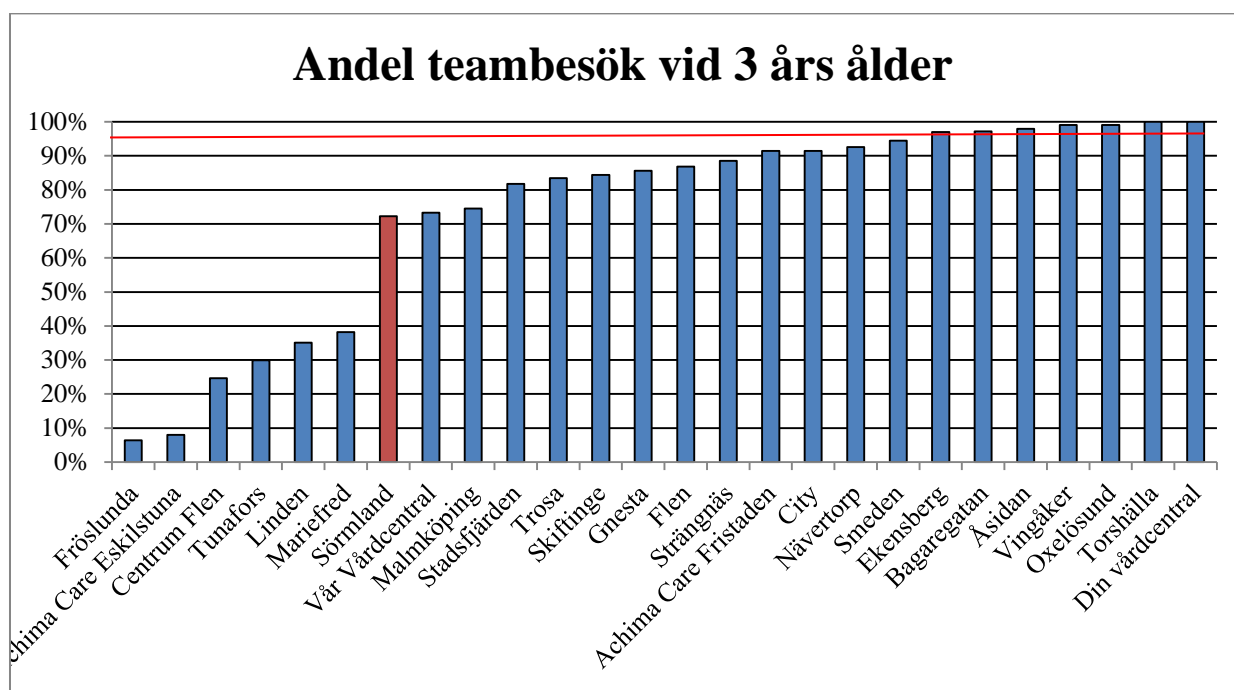


Fig. 34 Andel barn (%) födda 2014 som har fått teambesök med BHV-ssk och läkare vid tre års ålder per BVC/FC. Röd linje markerar mål enligt Kravspecifikation 2017.

5.8 Upptäckt av nedstämdhet i samband med förlossning

Nyföddhetsperioden är en känslig tid i barnets och föräldrarnas liv. Nedstämdhet hos anknytningsperson riskerar att påverka samspelet mellan barn och förälder och kan medföra en risk för negativ påverkan på barnets kognitiva och emotionella utveckling. Även parrelationen kan påverkas i samband med nedstämdhet hos den ena eller båda parterna. Ofta uppmärksammas inte den förlossningsrelaterade nedstämdheten/depressionen av omgivningen. Det är därför en viktig uppgift

¹⁰⁰ Kravspecifikation för barnhälsovården I Landstinget Sörmland, 2017.

¹⁰¹ <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Arbetsatt-i-barnhalsovarden/Teamarbete-i-barnhalsovarden/>

¹⁰² Vägledning för barnhälsovården. Socialstyrelsen, 2014

inom barnhälsovården att identifiera och behandla nedstämdhet och lätt/måttlig depression samt remittera vidare till annan vårdgivare vid svårare depressioner.¹⁰³

Att vara nybliven förälder innebär stora förändringar i livet både fysiskt, psykiskt och socialt. 10–12 % av alla nyblivna mammor har tecken på nedstämdhet/depression efter förlossningen.¹⁰⁴ En särskilt sårbar grupp är mammor med annan kulturell eller språklig bakgrund. Andra faktorer med ökad risk för nedstämdhet är traumatiska eller stressande händelser, konflikter i parrelationen, bristande stöd från partnern, från vänner och familj, samt sociala och ekonomiska svårigheter.¹⁰⁵ Påfrestningar i samband med barnafödandet hos en del mammor kan utlösa mer allvarliga psykiska symtom.¹⁰⁶

5.9 EPDS-screening

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) är en metod för att fånga upp och stötta nyblivna mammor med nedstämdhet eller lindrig/måttlig depression. Metoden innefattar information om nedstämdhet vid det första hembesöket och en screening av mammans mående sex till åtta veckor efter barnets födelse. Mamman får skatta sitt mående samt samtala med BHV-ssk kring sin psykiska hälsa.

För att utföra EPDS-screening fordras utbildning och fortbildning inom metoden. Länets MBHV-psykologer anordnar utbildning innehållande kunskap om psykisk ohälsa och förlossningsdepression samt träning i metoden. En förutsättning är också tillgång till konsultation och remittering till MBHV-psykolog och läkare samt en tydlig vårdkedja vid behov av ökade insatser. Föräldrar med nedstämdhet eller lätt/måttlig postpartumdepression ska i första hand erbjudas en serie stödsamtal av BHV-ssk. Vid behov av mer omfattande insatser remitteras föräldern till MBHV-psykolog, läkare inom primärvården, psykiatri eller annan vårdgivare i vårdkedjan. MBHV-psykologerna erbjuder kontinuerligt stöd och handledning i metoden.¹⁰⁷

Målet är enligt kravspecifikationen att 80 % av alla mammor ska genomgå EPDS-screening inom två månader efter barnets födelse. För dem som inte behärskar det svenska språket ska EPDS-liknande samtal med hjälp av tolk erbjudas. Den totala andelen mammor som EPDS-screenades eller fick ett EPDS-liknande samtal med BHV-ssk under 2017 var 88 % (Fig 35). Ojämligheten mellan olika BVC är dock stor (51–100 %).

¹⁰³ Broberg A, Granqvist P, Ivarsson T., Risholm Mothander P. Anknytning i praktiken: tillämpningar av anknytningsteorin. Stockholm: Natur och Kultur, 2008.

¹⁰⁴ Massoudi P., Depression and distress in Swedish fathers and postnatal period – prevalence correlations identification and support. Doktorsavhandling. Göteborgs universitet, Institutionen för psykologi, 2013.

¹⁰⁵ Wickberg B, Hwang P. Post partum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödande. Statens folkhälsoinstitut; 2003:59.

¹⁰⁶ Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Rådestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum – prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. Arch of Womens Ment Health 2005; 8:97-104.

¹⁰⁷ Wickberg B, Hwang P. Post partum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödande. Stockholm, Statens Folkhälsoinstitut, 2003:5.

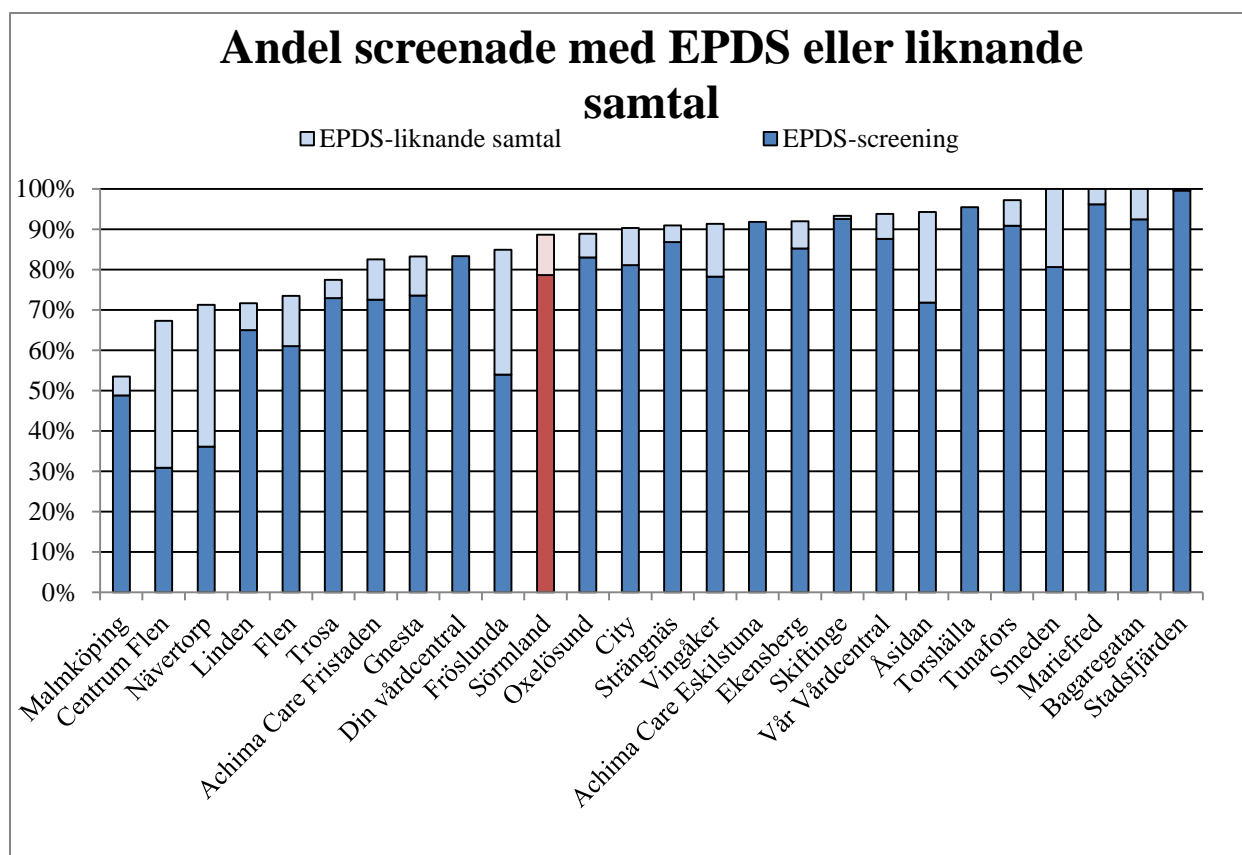


Fig.35 Andel mammor (%) som erbjudits EPDS-screening eller EPDS-liknande samtal under 2017 per BVC.

5.10 Andel nedstämda eller lätt/måttlig depression

I Sörmland hade 10 % av screenade mammor symtom på nedstämdhet (Fig 36). Sammantaget är det en minskning med föregående års mätning.

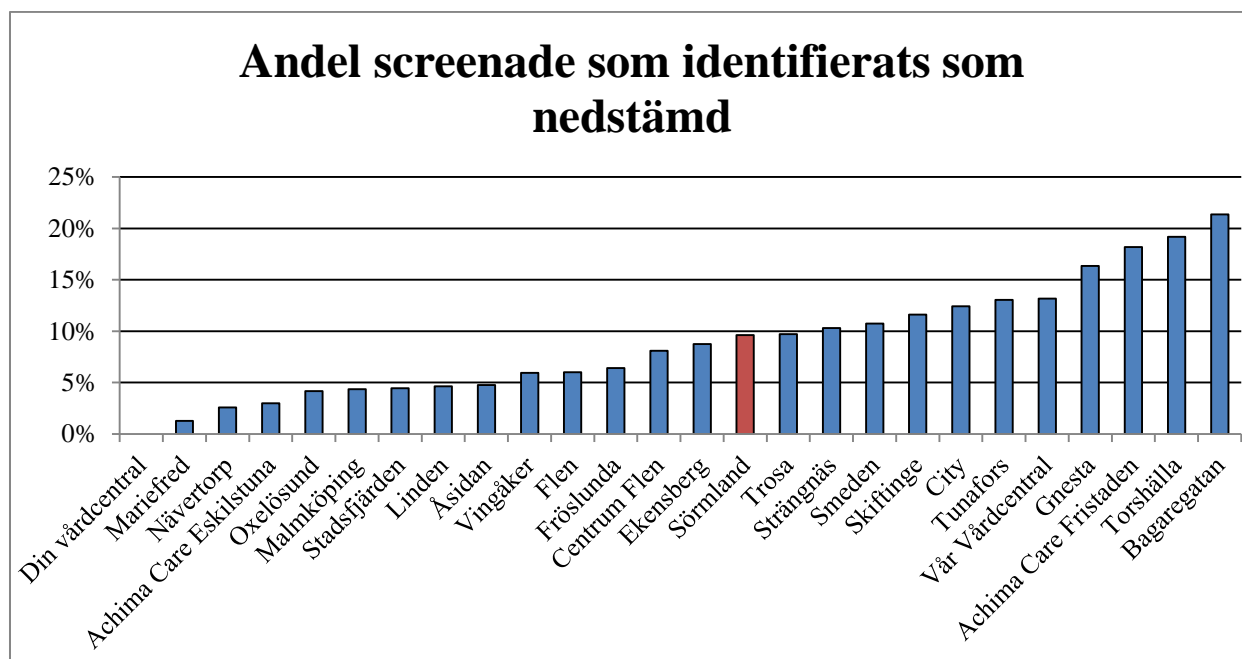


Fig. 36 Andel mammor (%) som identifierades som nedstämda eller deprimerade under 2017, per BVC.

Av de mammor som identifierats som nedstämda, fick 76 % stödsamtal hos BHV-ssk, vilket ofta är förstahandsvalet vid nedstämdhet i samband med föräldrablivande. (Fig. 36)

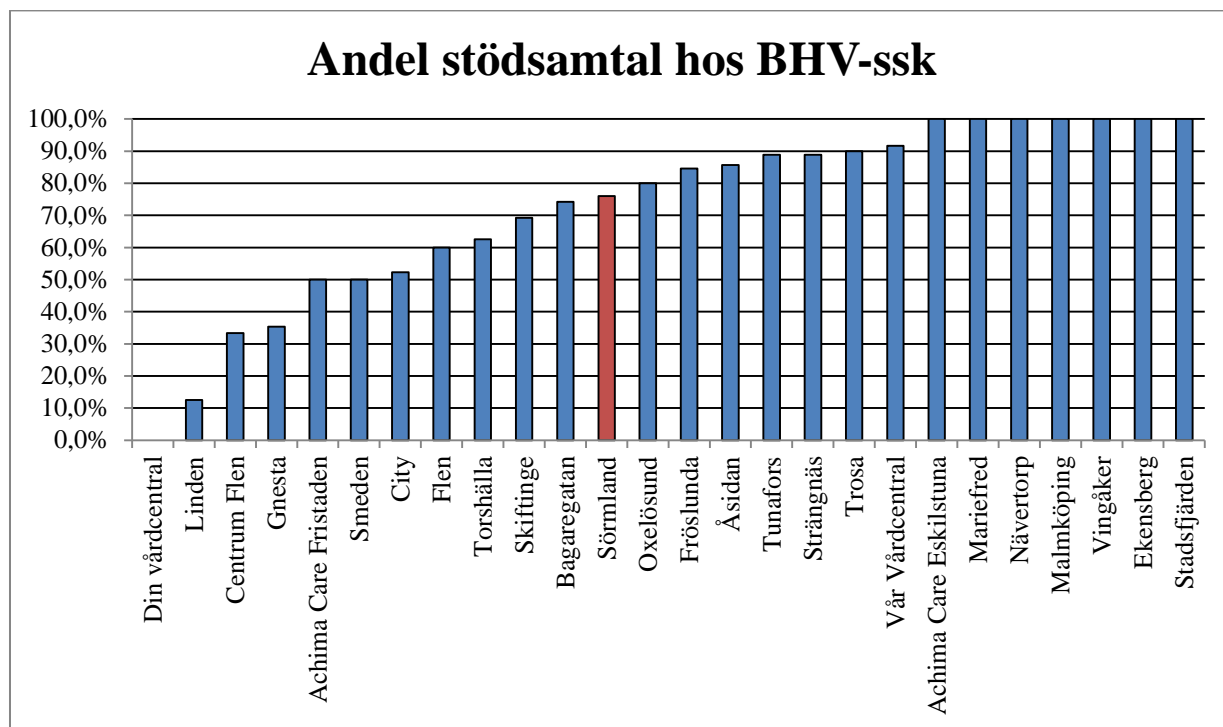


Fig. 37 Andel mammor (%) som identifierats som nedstämda och som har fått stödsamtal hos BHV-ssk per BVC under 2017.

Vid behov av vidare klinisk bedömning samt behandling remitterar BHV-ssk vidare eller samverkar med annan profession eller verksamhet. Den största andelen av identifierade nedstämda mammor hänvisades till MBHV-psykolog. Hänvisningarna till MBHV-psykolog var 34 % (2016) och 39 % (2017). Under 2017 hänvisades 30 % till kurator eller psykolog på vårdcentralen och 14 % till läkare på vårdcentralen. 5 % hänvisades till psykiatri 2017. En del mammor har hänvisats och fått stöd från flera instanser. (Fig. 37 och 38)

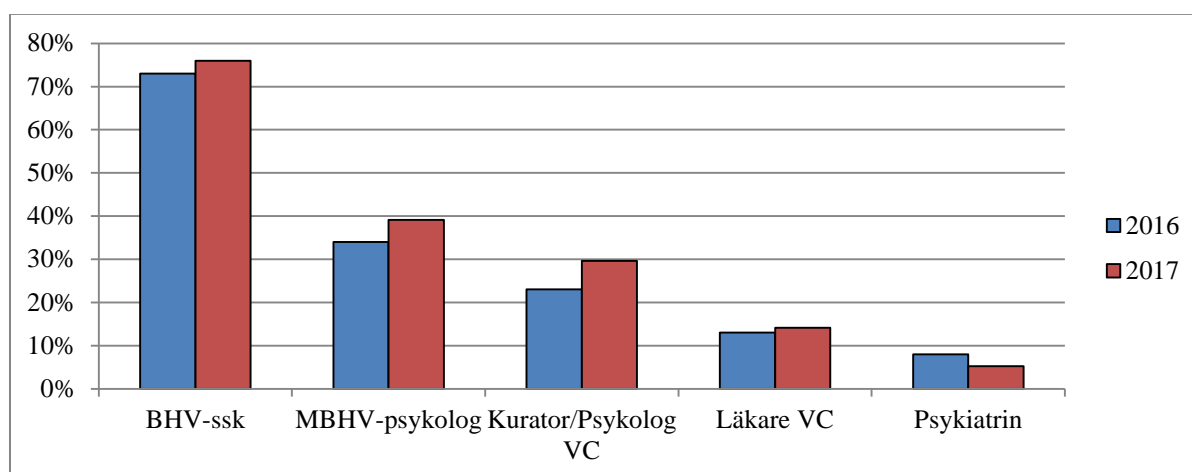


Fig. 38 Fördelning av remisser/hänvisning i Sörmland 2017.

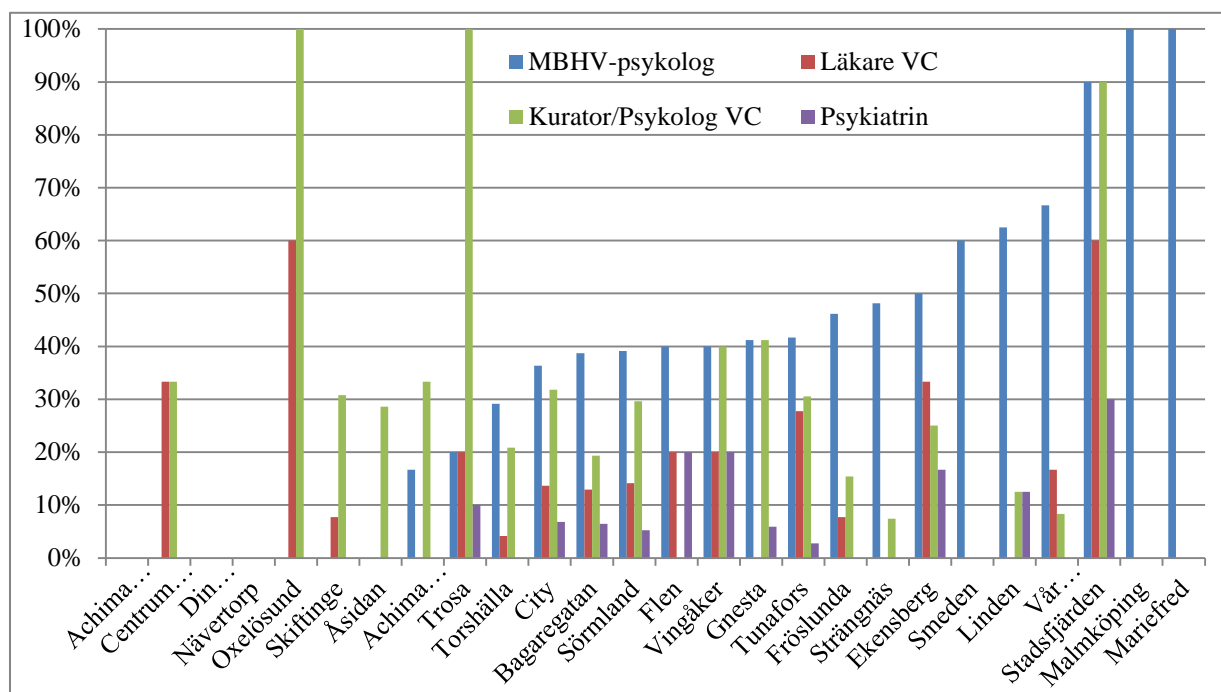


Fig. 39 Fördelning av remisser/hänvisning vid identifiering av nedstämdhet per BVC 2017. Redovisas i andel (%).

5.11 Enskilt föräldrasamtal till båda föräldrarna

Föräldrar och BHV-personal har efterfrågat möjligheten att erbjuda enskilt samtal till båda föräldrarna. Förutsättningarna för BHV att etablera relationer till föräldrarna är särskilt gynnsamma under barnets första tid. Delaktighet i den tidiga omvårdnaden ökar också föräldrars benägenhet att engagera sig i barnet över tid och de attityder som nyblivna föräldrar möter under graviditet och på BVC har betydelse för deras engagemang och delaktighet i föräldraskapet.^{108 109 110} Nedstämdhet hos pappan kan ha konsekvenser för barnet på kort och lång sikt. I Sörmland uppmärksammas mående hos pappa/partner, särskilt när psykisk ohälsa har identifierats hos mamman. EPDS-screening och enskilt samtal kan erbjudas även pappa/partner vid behov.^{111 112}

¹⁰⁸ Lamb ME. (2010). The role of the father in child development. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.

¹⁰⁹ Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. Acta Paediatrica, 97: 153–8.

¹¹⁰ Hallberg AC, Lindblad E, Petersson K, Råstam L, MD, Håkansson A. (2005). Swedish child health care in a changing society. Scandinavian Journal of caring sciences, 19(3):196–203.

¹¹¹ 22.Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor TG, Team AS. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. Lancet ; 365: 2201–5.

¹¹² Hanington L, Heron J, Stein A, Ramchandani P. (2012). Parental depression and child outcomes--is marital conflict the missing link? Child Care Health Dev, 38(4):520-9.

5.12 Tandhälsa

Tandvården har huvudansvaret för den förebyggande tandhälsovården, men det är viktigt med ett nära samarbete med barnhälsovården. Samma barn som löper ökad risk vad gäller den allmänna hälsan har oftast ökad risk för karies. Samverkan är en viktig förutsättning för att förebygga och tidigt ta hand om de barn, som är på väg att utveckla karies eller annan ohälsa.

Barnhälsovården och tandvården samverkar kring barns tandhälsa. Sedan 2015 delar länets BHV-ssk ut broschyrer (finns på flera språk) och samtalar om mun- och tandhälsa vid nyföddhetsbesök, sex månader, hembesök vid åtta månader samt vid 2,5 år. Vid åtta månader och vid 2,5 år får barnen dessutom en tandborste. Detta kan vara en bidragande orsak till att andelen barn som kommer till folktandvårdens ettårsbesök för munhälsokontroll har ökat från 64 % år 2014 till 73 % år 2016 och 72 % år 2017. (Fig. 40)

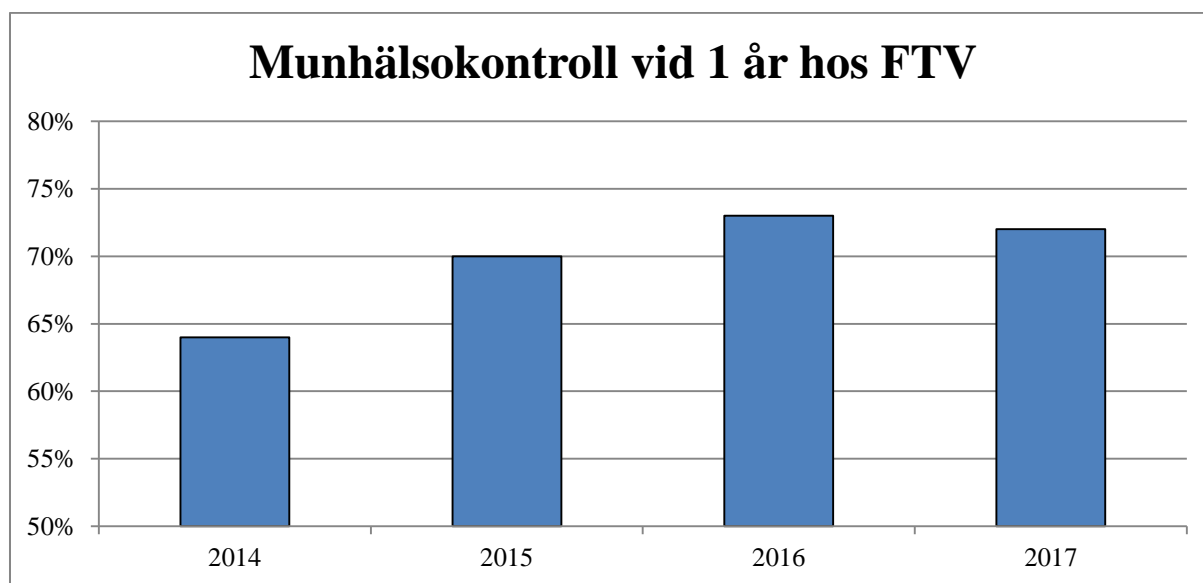


Fig. 40 Andel (%) av 1-åringar som besökte folktandvården mellan 2014–2017.

5.13 Språkstimulans till alla barn

I barnhälsovårdens hälsofrämjande uppdrag ingår att uppmärksamma föräldrar på vikten av tidig språkstimulans genom att samspela, samtala, läsa och sjunga med sina barn. Vid 17 års ålder kan de barn som fått högläsning under uppväxten 35 000 fler ord än de barn som inte fått högläsning. Språket i sin tur främjar barns kognitiva, sociala, emotionella, psykiska och fysiska hälsa och utveckling. Därför ska alla nya barn i Sörmland få ett gåvokort från länsbiblioteket genom BHV-sjuksköterskan. Gåvokortet växlas in mot en av tre valbara böcker. Gåvokortet har ändrat utseende under 2017 och gåvoböckerna har utökats med en svensk-finskspråkig bok.



I samband med biblioteksbesöket informeras föräldrarna om bibliotekets utbud för små barn. Biblioteken vänder sig till alla språkgrupper. Ett bra tillfälle för BHV-sjuksköterskan att påminna om boken är vid hembesök vid åtta månaders ålder, då kommunikation och samspel är ett av de ämnen som tas upp i det hälsofrämjande samtalet.

I snitt hämtade 35 % av nyblivna föräldrar i länet ut en gåvobok från något av länets bibliotek under 2017. Det är samma andel som föregående år (2016), men med en stor variation över länet från 19 % (Oxelösund) till hela 78 % (Vingåker). Vingåker har under flera år haft högst andel utlämnade böcker och förbättrade 2017 sin utdelning ytterligare från 48 % (2016). Det är flera kommuner som har förbättrat sin andel utlämnade böcker under 2017. Gnesta och Strängnäs hade båda 28 % utlämnade böcker under 2016, och förbättrar sig i år till 50 % respektive 41 % (2017). (Fig. 41)

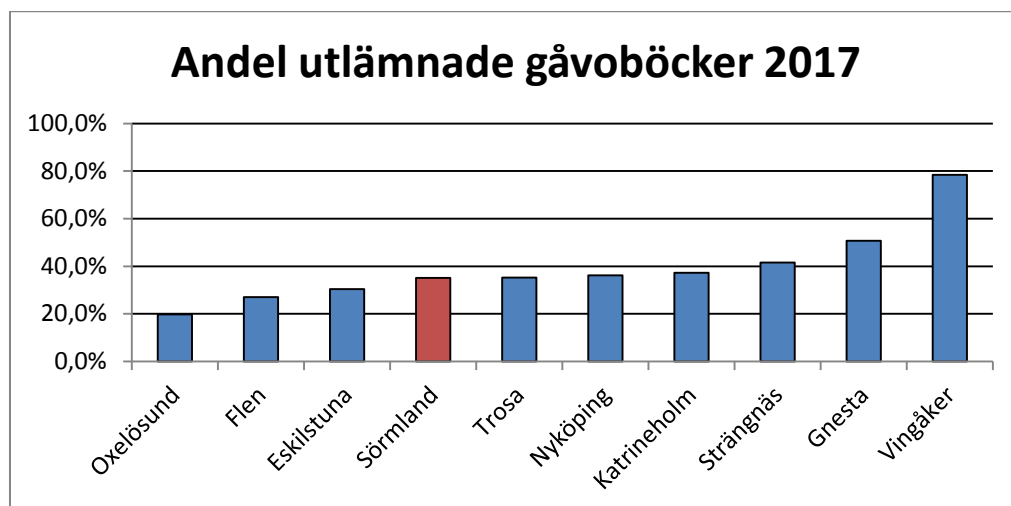


Fig. 41 Andel nyfödda barn (%) som hämtat ut sin gåvobok på något av länets bibliotek, per kommun. (2017).

5.14 Bokrecept

Under 2017 infördes bokrecept som ett medel för att främja språkutvecklingen för alla barn. Bokrecept är ett samarbete mellan logopeder, tal- och specialpedagoger, bibliotekariéer och BHV-sköterskor. Genom detta samarbete når vi längre när det gäller att stötta barnen i deras språkutveckling.

Bokreceptet skrivs förslagsvis ut efter språkscreening till barn som behöver följas upp kring språkutveckling eller till de som remitterats och som väntar på att få komma till logoped.

5.15 Språkbedömning

Språkbedömning ingår i barnhälsovårdsuppdraget. Redan vid de första besöken inom barnhälsovården bedöms barnets tal, språk och kommunikation. BHV-ssk uppmärksammar svars ljud när barnet är 6–8 veckor och utför återkommande språk- och kommunikationsbedömningar under hela barnhälsovårdsperioden. Genom att tidigt identifiera och stödja barn med tal-, språk- och kommunikationsproblem kan en negativ utveckling förhindras eller reduceras.^{113 114}

I Sörmland utförs sedan 2013 en strukturerad validerad metod för språkscreening vid 2,5-års ålder (Miniscalco). Metoden är utformad för att identifiera barn med svårigheter gällande språk- och talutveckling.

Under 2017 har drygt 95 % av barnen bedömts med den validerade metoden Miniscalco vid 2,5 års ålder (Fig. 42). Metodanvändningen är likvärdig med föregående år (2016) men har ökat över tid från 69 % år 2014 till 91 % år 2015 och 95 % 2016.

Andel språkbedömda barn i länet varierar mellan 86 % och 100 % (2017), jämfört med 78–100 % under föregående år (2016). Målet enligt kravspecifikationen är att 98 % av barnen ska språkbedömas före tre års ålder. (Fig. 42)

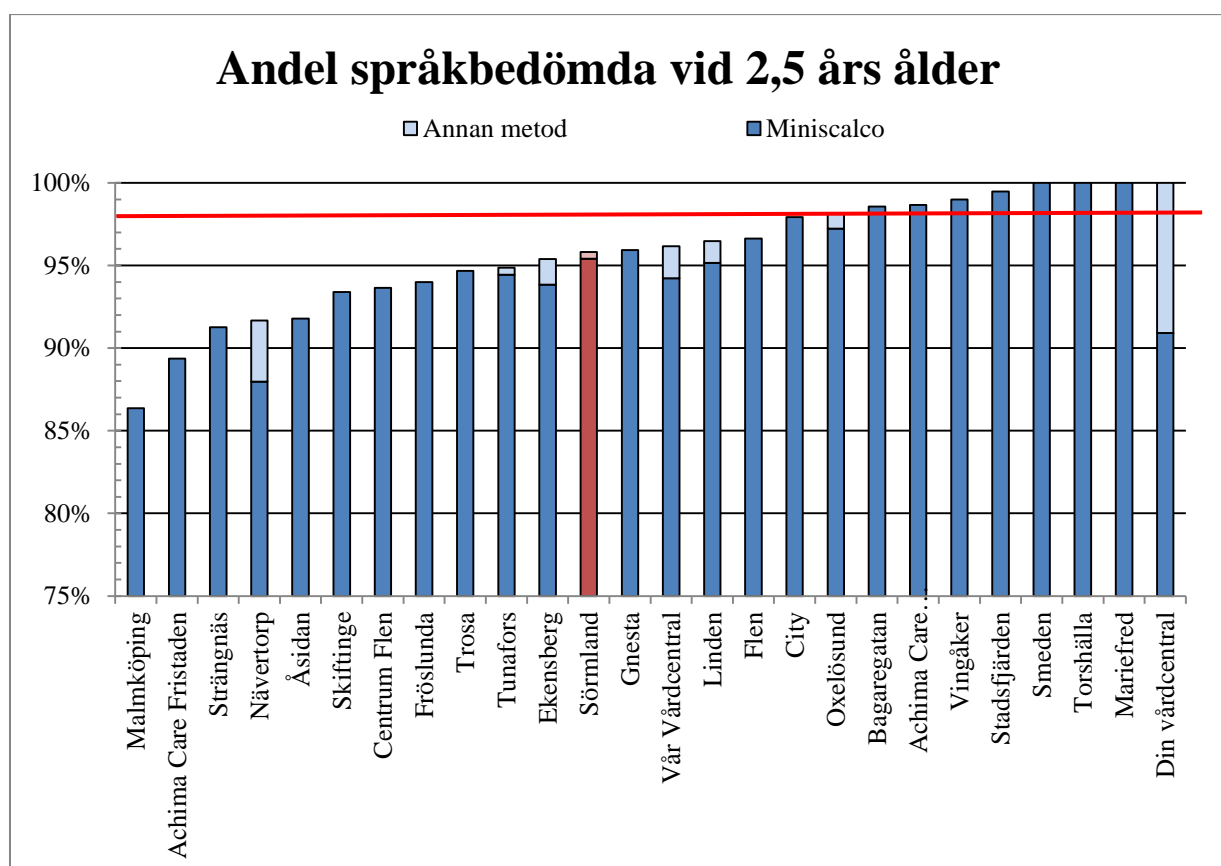


Fig. 42 Andel barn (%) som har språkbedömts före 3 års ålder, per BVC (2017). Målet med 98 % markeras med röd linje.

¹¹³ The Bercow Report. A Review of Services for Children and Young People (0–19) with Speech, Language and Communication Needs. Hämtad 2013-05-31 från <http://dera.ioe.ac.uk/8405/1/7771-dcsf-bercow.pdf>.

¹¹⁴ En god start – en ESO-rapport om tidigt stöd i skolan. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2012.

Utfall vid språkscreening/bedömning kan leda till remiss till logoped, audionom och/eller BHV-psykolog. Utfall kan även leda till att BHV-sjuksköterska och läkare gör en uppföljande språkscreening/bedömning under teambesöket vid tre års ålder. Det gäller till exempel när det finns tveksamheter kring barnets språk, uppföljning av språkstimulerande råd eller om föräldrar och barn behöver motiveras ytterligare för remittering för vidare utredning.

Under 2017 följdes språkutvecklingen upp för 21 % av 2,5-åringarna vid tre års ålder. (Fig. 43) Antal uppföljningar vid tre år fortsätter således att öka från 15 % (2015) till 17 % (2016) och 21 % 2017.

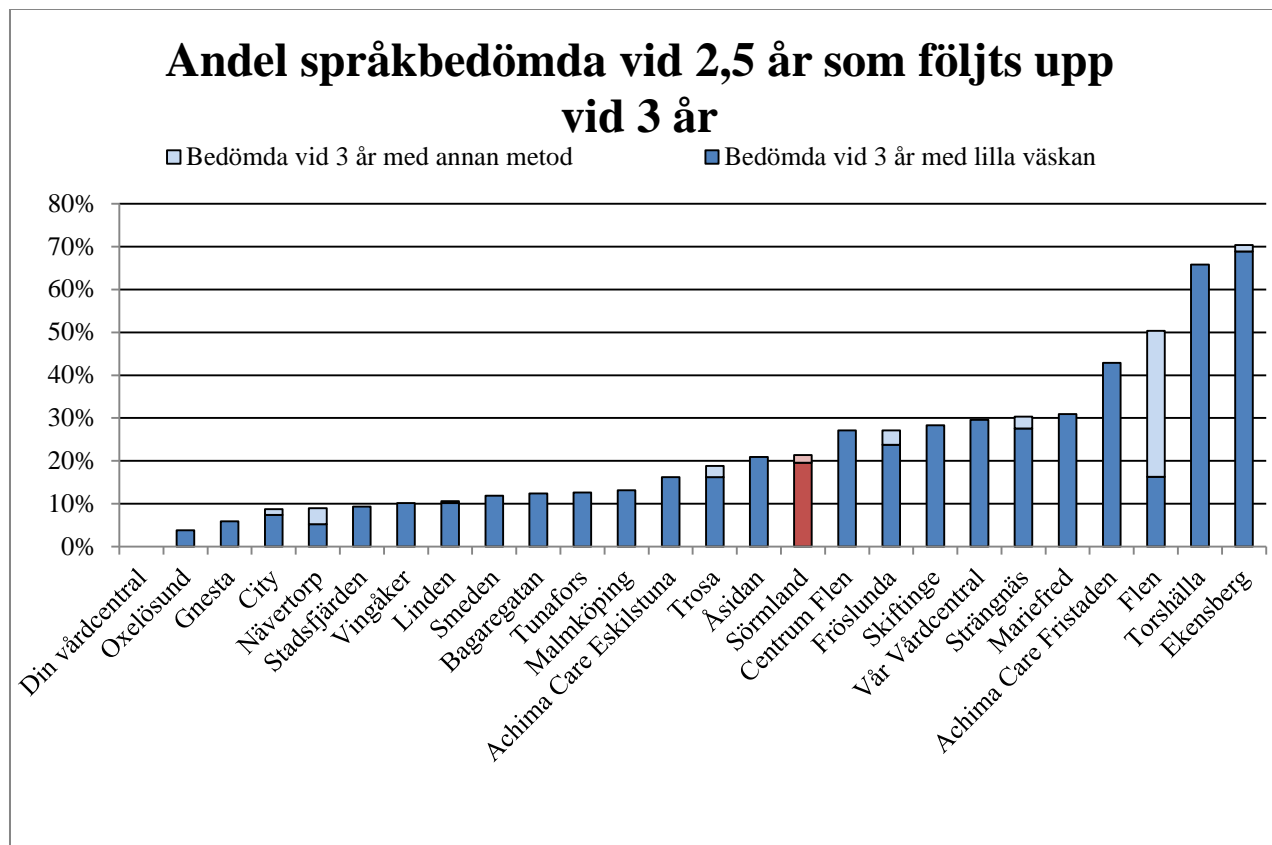


Fig. 43 Andel 2,5-åringar (%) födda 2014 som har följts upp med språkbedömning vid tre års ålder med Miniscalco eller annan metod, per BVC.

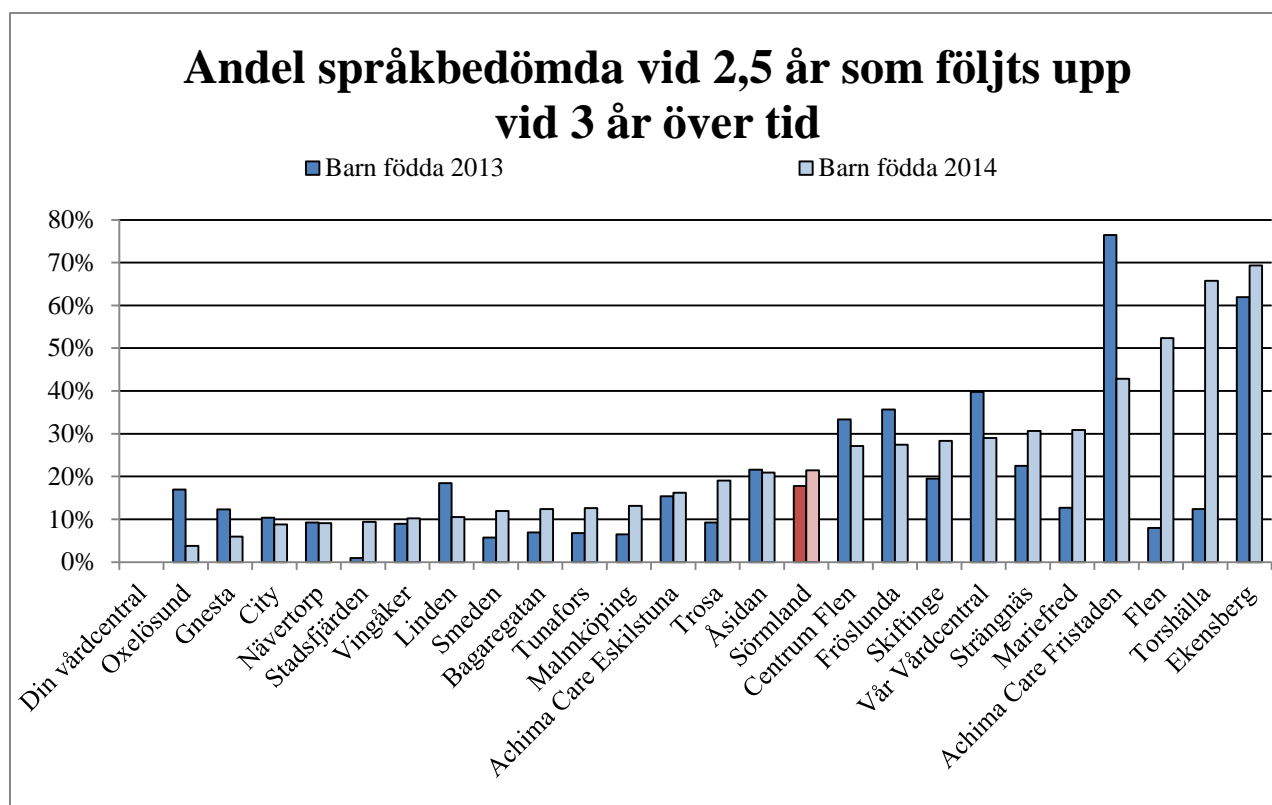


Fig. 44 Andel 2,5-åringar (%) födda 2013 jämfört med 2,5-åringar (%) födda 2014 som har följts upp med språkbedömning vid tre års ålder, per BVC.

Utfall enligt vissa kriterier eller föräldraoro vid språkscreening/bedömning bör remitteras till logoped, audionom och/eller MBHV-psykolog. Logopeden bedömer barnets språkförståelse, kommunikation och uttrycksförmåga samt ger råd och stöd. Audionomen kontrollerar barnets hörsel för att utesluta hörselnedsättning. Språkliga svårigheter kan vara symtom på samspelsproblematik, bristande stimulans eller neuropsykiatriska och utvecklingsrelaterade diagnoser.¹¹⁵ Vid samspels- och kommunikationssvårigheter konsulteras MBHV-psykolog för remiss till vidare utredning.

Efter uppföljande språkbedömning vid 3 års ålder hade totalt 10 % av barnen remitterats till logoped, 9 % till audionom och 3 % till MBHV-psykolog. (Fig. 44) Andelen remisser stämmer väl med nationell statistik som säger att cirka 10 % av förskolebarn har avvikande språkutveckling och 2–3 % av alla barn har någon form av neuropsykiatrisk avvikelse.¹¹⁶

¹¹⁵ Miniscalco C, Nygren G, Hagberg B, Kadesjö B, Gillberg C. Neuropsychiatric and neurodevelopmental outcome of children at age 6 and 7 years who screened positive for language problems at 30 months. *Dev Med Child Neurol.* 2006;48(5):361-6.

¹¹⁶ Westerlund M. Språkscreening vid 2,5-3 års ålder identifierar även andra avvikelser. Väldokumenterade metoder krävs. *Läkartidningen*, 2008; 105(3):132-4.

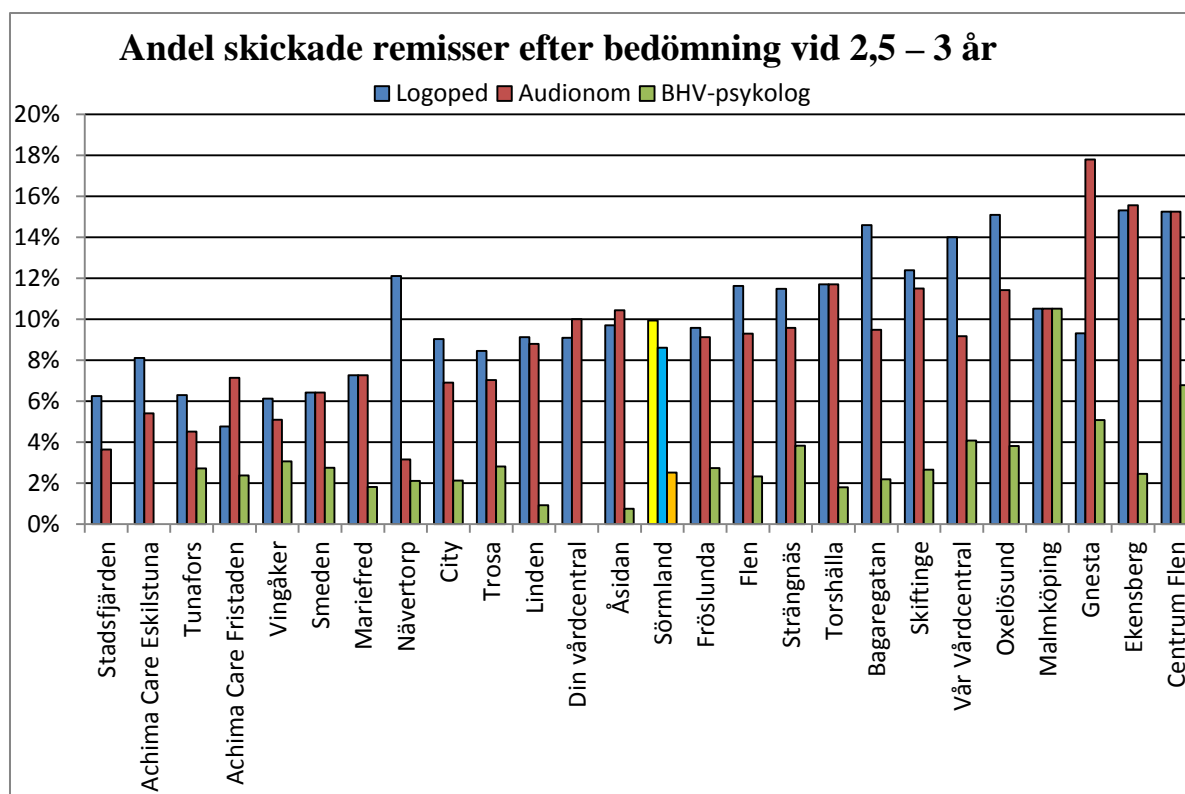


Fig. 45 Andel barn (%) som remitterats till logoped, audionom och MBHV-psykolog vid 2,5 till 3 års ålder under 2017 per BVC.

5.16 Språkbedömning av flerspråkiga barn

Det kan ta ett par år för ett flerspråkigt barn att lära sig ett nytt språk på basnivå och högst tre år för att prestera som enspråkiga barn.^{117 118} Det förutsätter att barnet har en typisk språkutveckling och kontinuerligt exponeras för det nya språket i till exempel svensktalande förskola. Om barnet inte har varit i svensk förskola mer än ett till två år görs språkscreening på föräldrarnas modersmål med insatt tolk. Det pågår forskning i Sverige angående språkscreening för flerspråkiga barn.

1,4 % av barnen i Sörmland har inte språkbedömts vid 2,5-års ålder på grund av att de varit mindre än 6 månader i Sverige (Fig. 46). Denna siffra har successivt minskat från tidigare år då fler barn har fått vänta på sin språkbedömning.

¹¹⁷ 4.Salameh, E.-K.e.a., Flerspråkighet i skolan – språkutveckling och undervisning. 2012, Stockholm: Natur & Kultur.

¹¹⁸ Paradis, J., The interface between bilingual development and specific language impairment. Applied Psycholinguistics, 2010. 31(02): p. 227-252.

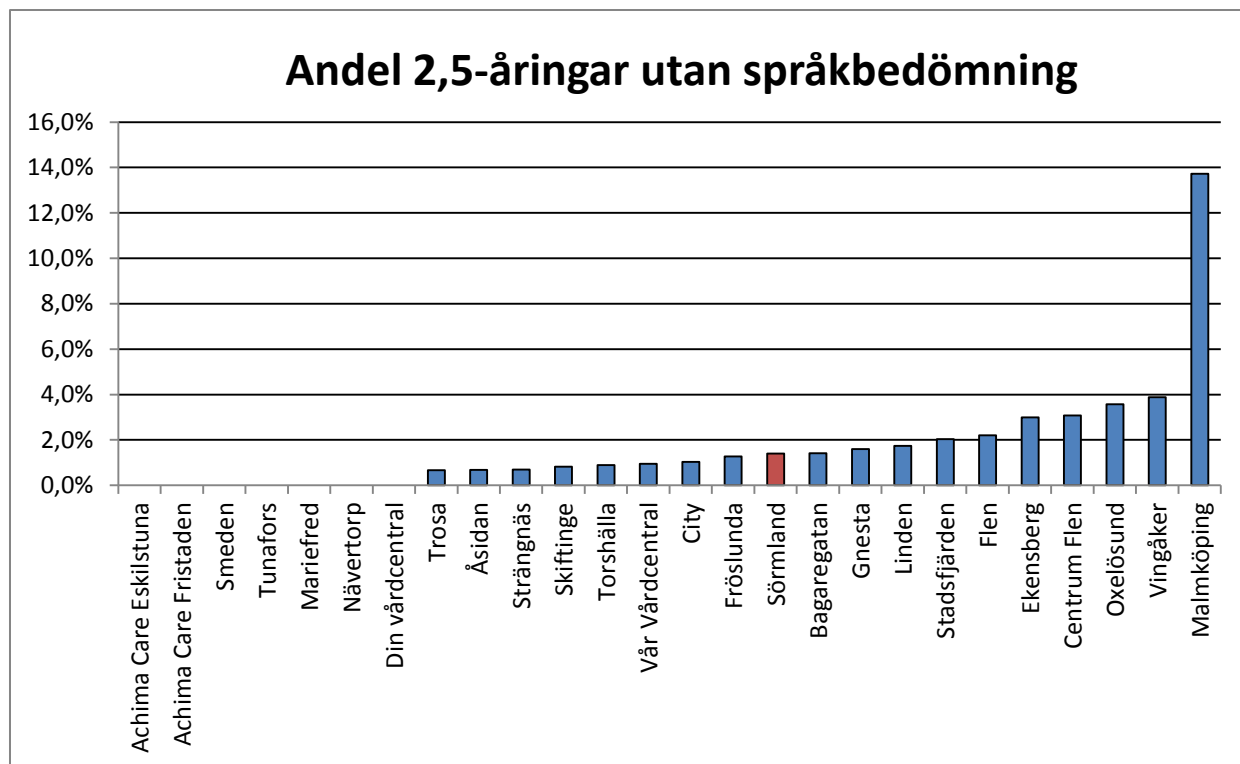


Fig.46 Andel 2,5-åringar (%) som inte har språkbedömts på grund av att de varit i Sverige i mindre än 6 månader.

5.17 Syn- och hörselundersökning

Syn och hörsel är viktiga förutsättningar för barnets utveckling. Bedömning av barnets syn och hörsel görs från nyföddhetsperioden fram tills det att barnet lämnar barnhälsovården. Strukturerade syn- och hörselundersökningar görs vid fyra års ålder. Synundersökningen syftar till att tidigt identifiera barn som har eller riskerar att utveckla *amblyopi* (synnedsättning) eller *strabism* (skelning).

Hörselundersökningen fångar upp förvärvade och progressiva hörselnedsättningar. Senare upptäckt av syn- och hörselproblem har sämre prognos.

Målsättningen enligt Kravspecifikationen är att 98 % av alla fyraåringar ska genomgå syn- och hörselundersökning. 2012 syn- och hörselundersöktes 98 % av alla fyraåringar (barn födda 2008), men de senaste åren har det skett en successiv minskning.

Under 2017 har endast 94 % av barn födda 2013 hörsel- och synundersökts inom barnhälsovården. Endast i Vingåker och Eskilstuna uppnås målen med att 98 % av alla barn ska erbjudas hörsel- och synundersökning vid 4 års ålder. En stor andel av barnen i Katrineholm och Flen har inte fått sin hörsel och syn undersökt under 2017. Det kan bero på svårigheter att rekrytera personal och tillfälliga prioriteringar i samråd med Barnhälsovården Sörmland där de yngsta barnen och barn i behov av utökat stöd har fått gå före. (Fig. 47 och 48) Det är däremot viktigt att alla barn får sin syn och hörsel undersökt när personal har rekryterats.

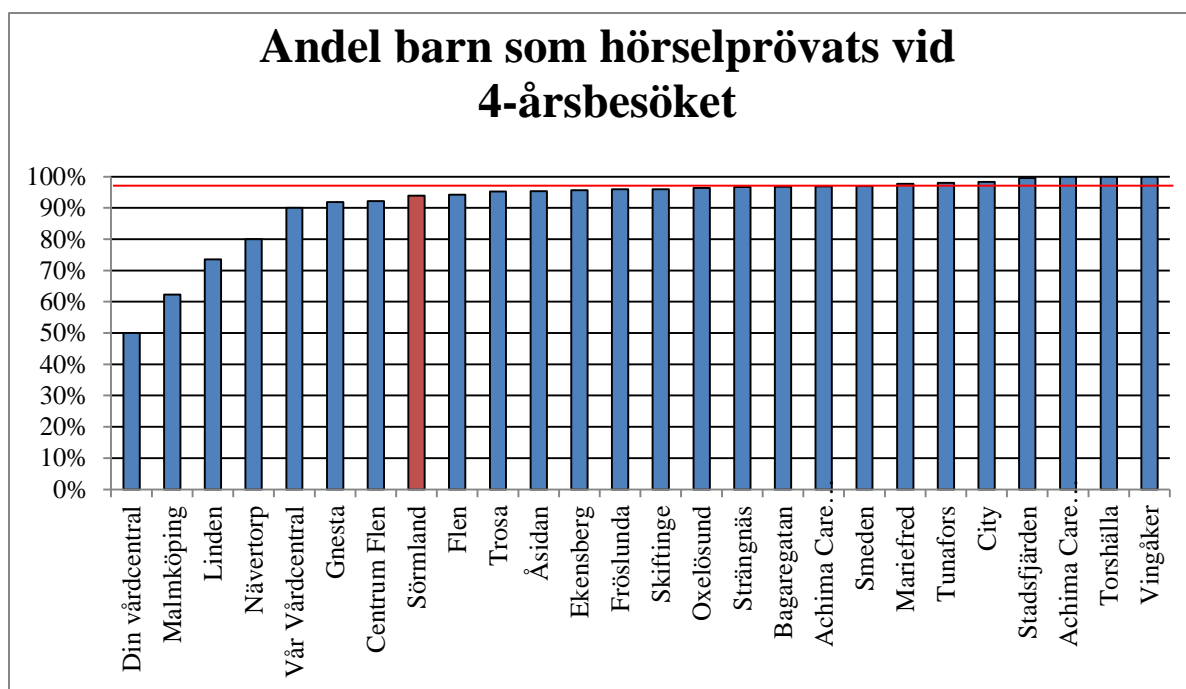


Fig. 47 Andel barn födda 2013 (%) som har hörselundersökts vid 4 års ålder per BVC under 2017 per BVC/FC. Målet (98 %) är markerad med röd linje.

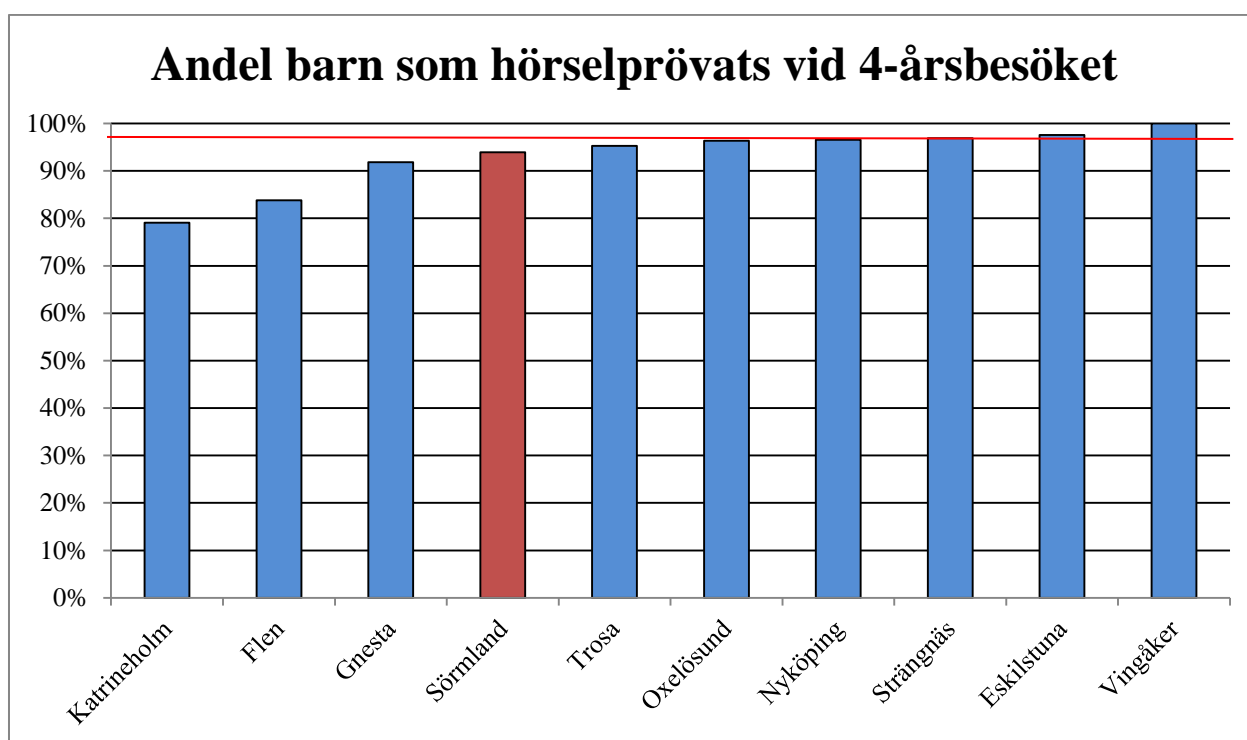


Fig. 48 Andel barn födda 2013 (%) som har hörselundersökts vid 4 års ålder per kommun 2017.

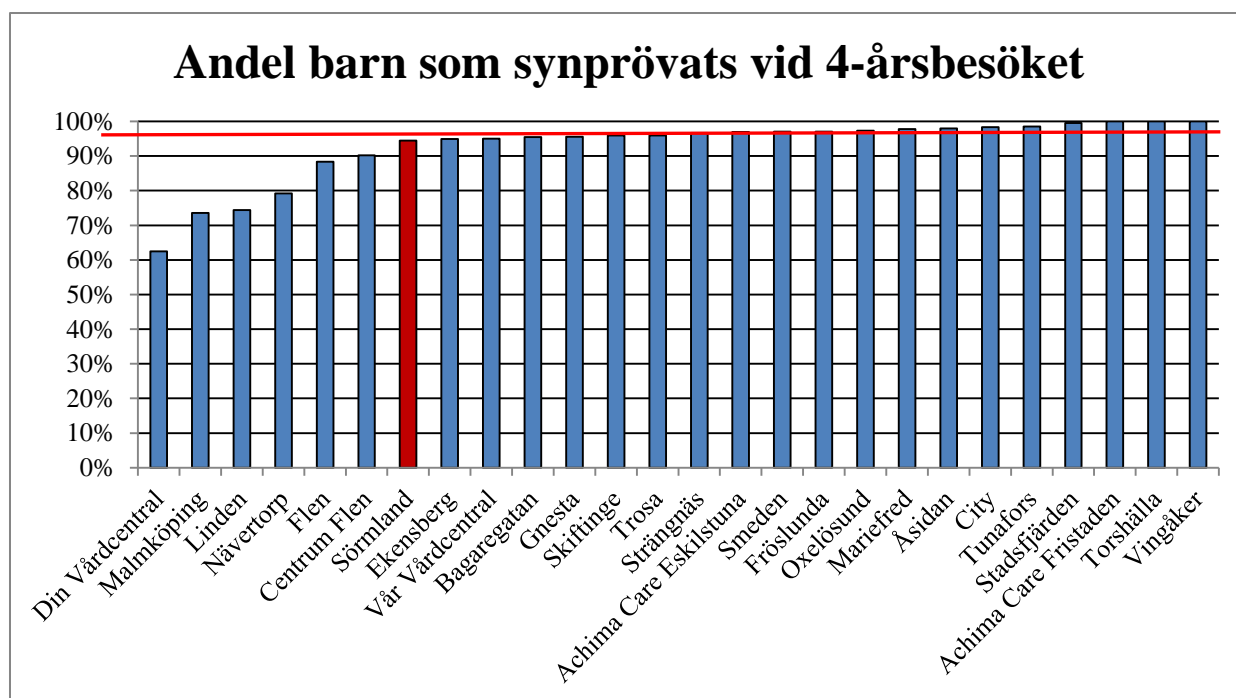


Fig. 49 Andel barn födda 2013 (%) som har synundersökts vid 4 års ålder. Visat per BVC/FC under 2017. Målet (98 %) är markerad med röd linje.

5.18 Andel remisser till öron- och ögonkliniken

Av de barn som hörselundersökts remitterades 4 % till audionom på öronkliniken (Fig. 50) och av de barn som synundersökts remitterades 7 % till ortoptist på ögonkliniken.(Fig.51)

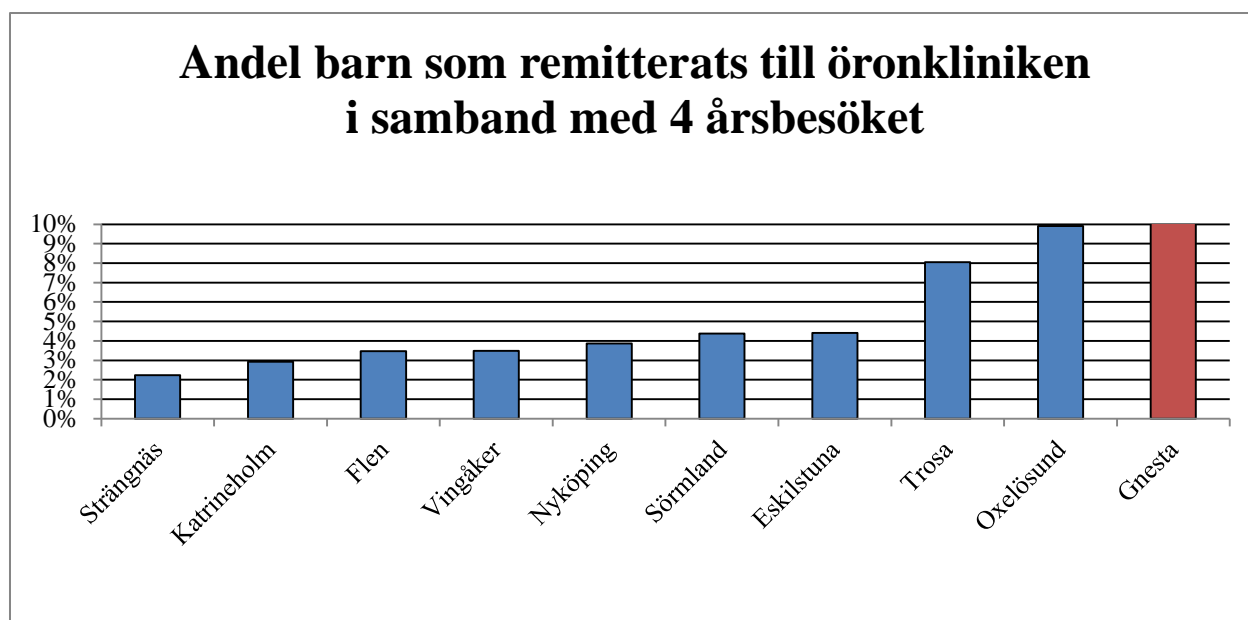


Fig. 50 Andel barn födda 2013 (%) som remitterats till audionom vid öronkliniken. Visat per kommun under 2017.

Andel barn som remitteras till ögonkliniken i samband med 4-årsbesöket

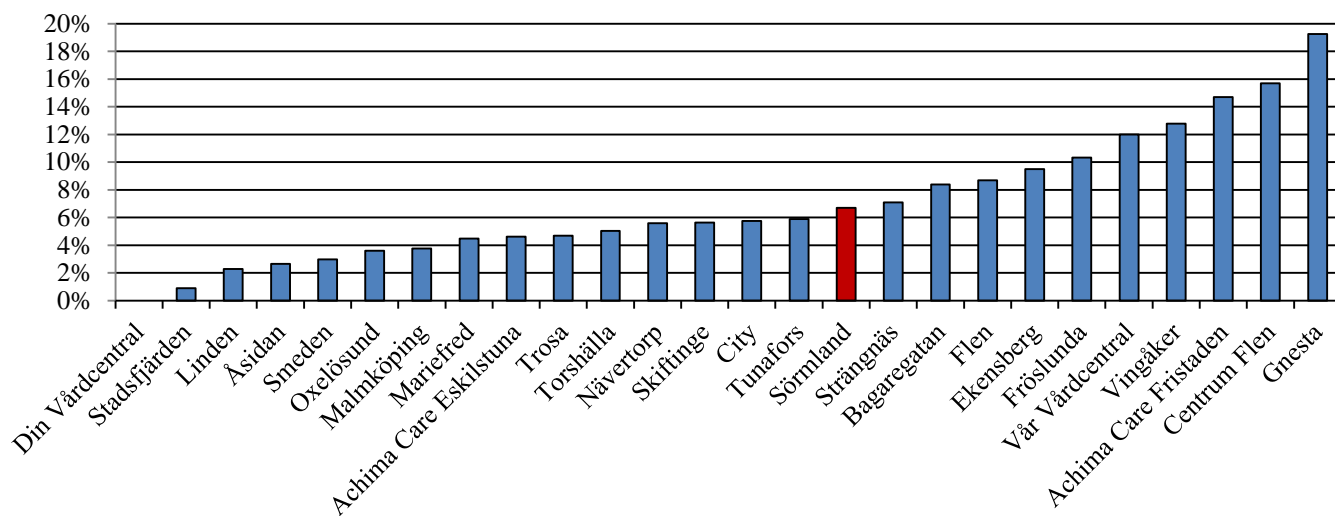


Fig. 51 Andel barn födda 2013 (%) som remitterats till ortoptist vid ögonkliniken. Visat per BVC/FC under 2017.

5.19 Föräldraskapsstöd i grupp

Föräldrastöd är en viktig grund för barnhälsovårdens hälsofrämjande insatser. Enligt riksdagsbeslut 1979 ska alla nyblivna föräldrar aktivt erbjudas föräldraskapsstöd i grupp, både före och efter barnets födelse. Målet med barnhälsovårdens föräldragrupper är att förmedla kunskap om barns hälsa, emotionella, kognitiva och sociala utveckling, föräldraskap, relationer mellan föräldrar och mellan föräldrar och barn samt skapa ett socialt nätverk.

Barnhälsovården bör sträva efter att alla föräldrar, oavsett kön, kultur, ålder och socioekonomi ska delta i föräldragrupp.

Gruppverksamhet kan erbjudas universellt och riktat till särskilda grupper (till exempel unga föräldrar, språkgrupp, ensamstående).

Verksamheten ska utformas efter båda föräldrarnas behov och genomsyras av ett genusperspektiv. Erbjudandet ska ges med en likvärdig och tydlig betoning på båda föräldrarnas delaktighet.¹¹⁹

Målet är att 70 % av alla barn och föräldrar ska delta i föräldraskapsstöd i grupp. Statistik gällande deltagande i barnhälsovårdens gruppverksamhet har inte kunnat tas fram för 2017, men utvecklingsarbete pågår.



¹¹⁹ Gustafsson I, Kihlbom M (Red.) Ta föräldrar på allvar – om föräldraskap och föräldrastöd. Sfph:s monografiserie, nr 49. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsa, 2010.

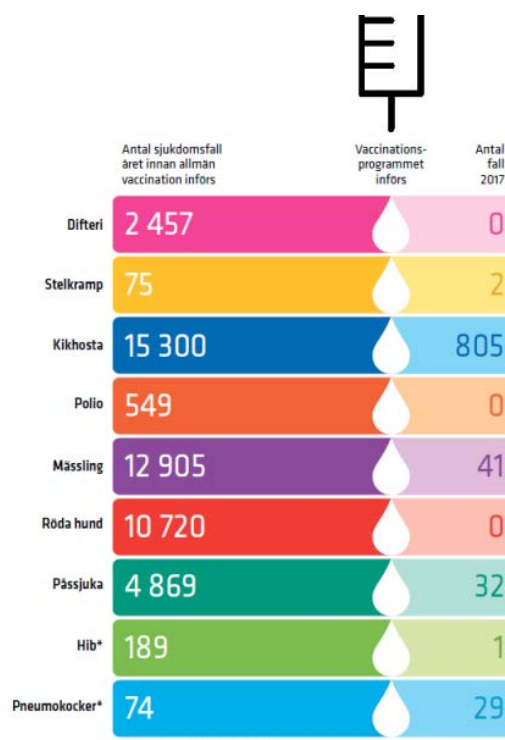
6 Barnvaccinationsprogrammet nationellt och i Sörmland

Barn i Sverige har rätt till kostnadsfri vaccination mot tio allvarliga sjukdomar: difteri, stelkramp, kikhosta, polio, haemophilus influenzae typ B, invasiva pneumokocker, mässling, påssjuka och röda hund och humant papillomvirus¹²⁰. Dessutom erbjuds de barn som tillhör riskgrupperna för tuberkulos vaccination¹. Alla landsting erbjuder även barn (0–6 år) vaccin mot hepatit B. I Sörmland gäller detta sedan 2011. Landstingsstyrelsen i Sörmland fattade 2017 vidare beslut om att erbjuda nyfödda barn i länet rotavirusvaccin från och med januari 2018. Barnhälsovården påbörjar barnvaccinationsprogrammet och elevhälsan fortsätter när barnen börjar skolan.

Ramarna för barnvaccinationsprogrammet regleras av Folkhälsomyndighetens föreskrifter för vaccination av barn. En praktisk konsekvens av de nya föreskrifterna har blivit att BHV-sjuksköterskor nu även kan ordinera kompletterande vaccinationer. Föreskriften förtydligades januari 2017 bland annat när det gäller rekommendationer om vaccination mot hepatit B.¹²¹

Målet med det nationella barnvaccinationsprogrammet är dels att åstadkomma skydd mot allvarliga infektionssjukdomar hos den enskilda individen, dels att förhindra spridning av smittsamma allvarliga sjukdomar i samhället. Detta uppnås genom att tillräckligt många individer i en population är immuna mot infektionen och därmed inte kan bli infekterade och föra smittan vidare till andra, så kallad flockimmunitet.

Den generella vaccinationstäckningen av barn i Sörmland är god. Vaccinationsmålet enligt kravspecifikationen är högt satt för att uppnå dels individuellt skydd, dels flockimmunitet. 98 % av barnen i Sörmland vaccineras mot mässling, påssjuka och röda hund, vilket ger flockimmunitet mot dessa sjukdomar. 96 % av barnen med ökad risk att drabbas av tuberkulos har vaccinerats med BCG, vilket också uppfyller målet i kravspecifikationen. Däremot är målet för vaccinationstäckningen gällande difteri, stelkramp, kikhosta, polio, haemophilus influenzae typ B, pneumokocker och hepatit B inte helt uppfyllt, även om 98 % av de sörmländska barnen vaccineras även mot dessa sjukdomar.



Vaccin funkar

Du som vaccinerar ditt barn. Du som vaccinerar dig innan resan. Du som står ut med sticket. Du som ger sticket. Tack vare dig funkar vårt vaccinationsprogram. Utan dig skulle fler drabbas av svåra sjukdomar. www.vaccinfunkar.se



Folkhälsomyndigheten

¹²⁰ Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket, Barnvaccinationsprogrammet 2017, årsrapport, 2018

¹²¹ Folkhälsomyndigheten, Vaccination av barn och ungdomar – vägledning för vaccination enligt föreskrifter och rekommendationer, 2017

Vaccinationer	Mål enligt kravspecifikationen 2017	Barn födda 2010	Barn födda 2014	Barn födda 2015
Difteri, Stelkramp, Kikhosta, Polio, Haemophilus influenzae typ B	99	99	98	98
Hepatit B	99	23	98	98
Pneumokocker	99	98	98	98
Mässling, Påssjuka, Röda hund	96	98	97	98
Tuberkulos (barn i riskgrupp)	96	99	97	96

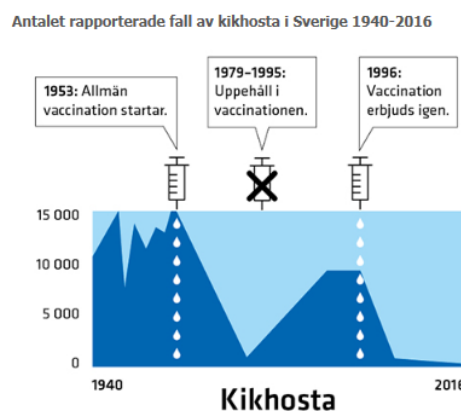
Fig. 52 Vaccinationstäckning för barn i Sörmland vid 2 års ålder angivet i procent.

6.1 Vaccination mot kikhosta

Kikhosta är en långdragen och besvärlig luftvägsinfektion som är mycket smittsam. Ovaccinerade barn får i regel den typiska bilden med attackvis hosta med kikningar och kräkningar, medan vuxna får en lindrigare sjukdomsbild. Hostan hos barn pågår länge, ofta i månader. De allra yngsta spädbarnen kan få en allvarlig, ibland livshotande sjukdom. Förekomst av kikhosta har minskat kraftigt sedan återinförandet av vaccination mot kikhosta 1996.¹²²

Kikhostevaccinet har dock visat sig ha kortare effektivitet mot sjukdomen än väntat. Spädbarnen blir därför smittade av äldre syskon och föräldrar. Målet med vaccinationen är att skydda små barn som löper störst risk för allvarlig sjukdom. Det är således angeläget att första dosen mot kikhosta ges i rätt tid vid 2½–3 månaders ålder. Vaccinationstäckningen i Sörmland är god, då 98 % av de sörmländska barnen födda 2015 vaccinerades mot kikhosta.

Trots vaccination hade Sörmland under 2017 fall av kikhosta bland förskolebarn. Kikhosta är därför något som bör misstänkas vid långvarig och svår hosta hos små barn. Nationellt sett har antalet fall av kikhosta ökat under 2017, men främst bland äldre individer. Ingen ökning ses bland små barn¹²³.



¹²²Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket, Barnvaccinationsprogrammet 2017, årsrapport, 2018

¹²³Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket, Barnvaccinationsprogrammet 2017, årsrapport, 2018

6.2 Vaccination mot hepatit B

Hepatit B orsakas av ett virus som sprids sexuellt eller via blod. Hepatit B-virus finns bland människor i hela världen. I Sverige är infektionen ovanlig men i vissa delar av Afrika och Asien är 10–20 procent av befolkningen infekterade. Många har fått viruset överfört via mor-till-barn-smitta redan vid födseln. Hepatit B-virus orsakar en inflammation i levern och i kronisk fas kan infektionen leda till skrumplever och levercancer

Idag erbjuds alla barn i Sverige vaccin mot hepatit B, även om det formellt inte ingår i det allmänna barnvaccinationsprogrammet. Sörmland har erbjudit vaccinet till barn sedan 2011.

Andelen barn som vaccineras mot hepatit B har ökat markant sedan dess. (Fig. 53)

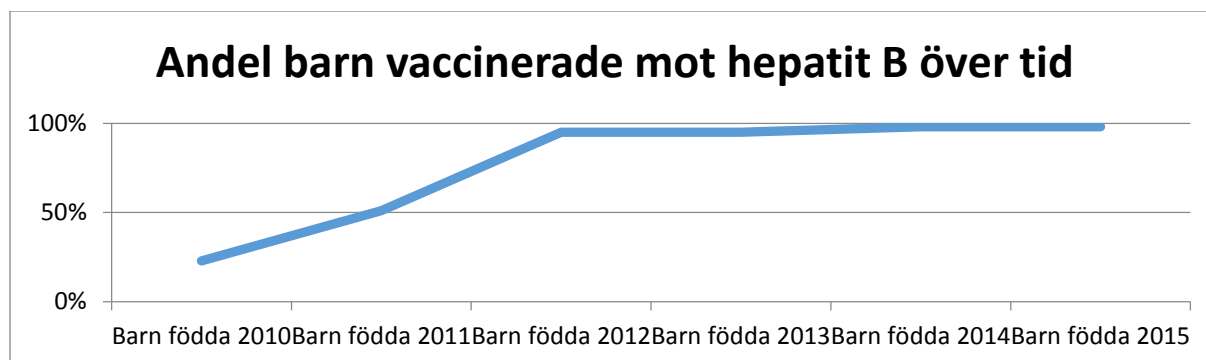


Fig. 53 Andel barn (%) som vaccinerats mot hepatit B över tid i Sörmland.

Vaccinationstäckningen varierar dock över länet. Fig. 54 visar vaccinationstäckningen för hepatit B för 2-åringar födda 2015. Vaccin mot hepatit B ges i anslutning till vaccination mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio och haemophilus influenzae typ B och Fig. 54 illustrerar därmed vaccinationstäckningen för samtliga dessa sjukdomar.

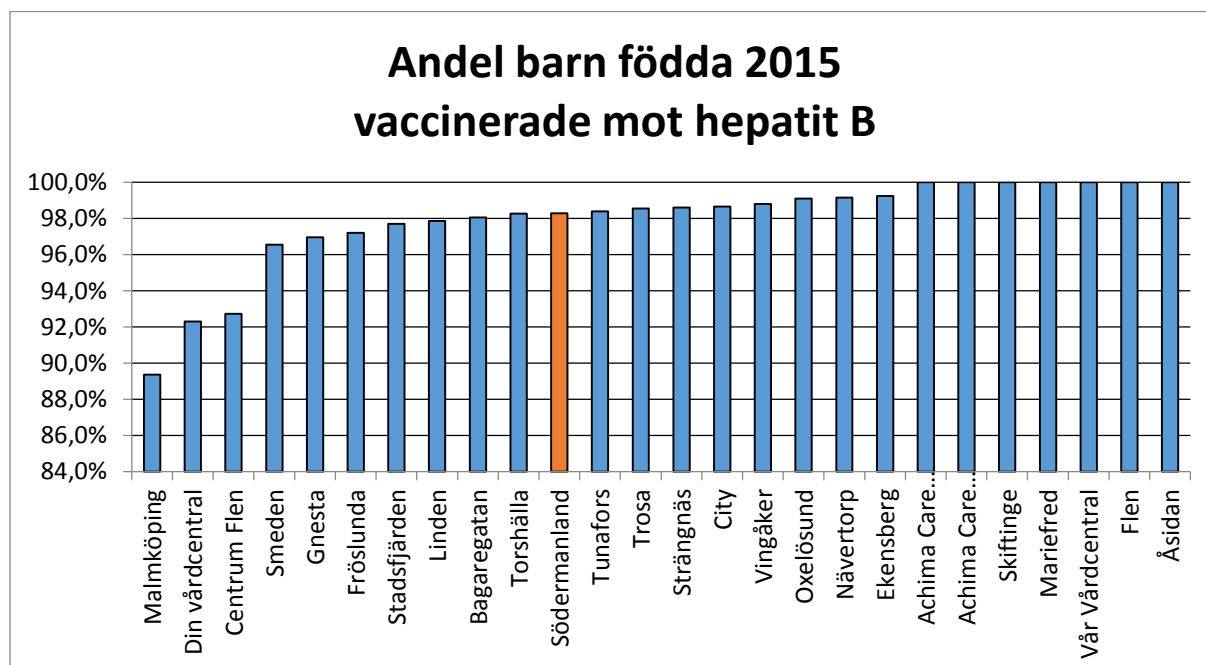


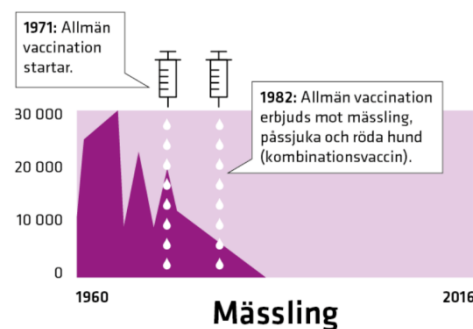
Fig. 54 Andel barn (%) födda 2015 vaccinerade mot hepatit B, per BVC (2017).

6.3 Vaccination mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR)

Mässling, påssjuka och röda hund är i dag ovanliga sjukdomar bland barn, men lokala sjukdomsutbrott förekommer i grupper som saknar immunitet, det vill säga individer som av olika skäl inte vaccinerats eller haft sjukdomen. Smitta kan även ske i samband med utlandsvistelse.

Mässling är en mycket smittsam virussjukdom med högre risk för komplikationer hos små barn, vuxna och individer med nedsatt immunförsvar. Mässling ger initialt framför allt hög feber och hosta. Efter några dygn tillkommer typiska hudutslag. Mässling kan även ge lunginflammation, öroninflammation och hjärnhinneinflammation med risk för bestående hjärnskador.

Enligt WHO:s beräkningar dog 145 700 personer till följd av mässling under 2013. De flesta var barn under fem år. I områden med låg vaccinationstäckning kan epidemier uppstå, vilket sker även i Europa och Sverige. Det första fallet i en smittkedja har som regel inträffat utomlands. Under årsskiftet 2017/2018 inträffade ett mässlingsutbrott i Göteborg då totalt 28 personer insjuknade.

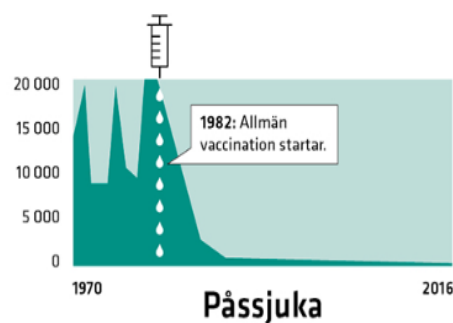


Inför utlandsresa rekommenderar Smittskyddsinstitutet mässlingsvaccin (MPR) för barn från 6 månaders ålder. Läkardokumentation krävs då. Barn som vaccineras på denna indikation före 12 månaders ålder bör vaccineras igen vid 18 månaders ålder, då vaccinet vanligtvis ges.¹²⁴

Röda hund är vanligen en lindrig sjukdom med hudutslag, snuva, feber och ledvärk. Infektion under tidig graviditet innebär dock hög risk för allvarliga skador hos fostret. Därför är vaccination mot röda hund en viktig del i vaccinationsprogrammet.

Påssjuka är en mycket smittsam virusinfektion som ger feber och svullna spottkörtlar under örat. Virus kan ibland angripa andra körtlar i kroppen och hjärnhinnorna, vilket gör sjukdomsförloppet svårare. Män som blir smittade efter puberteten kan få inflammation i testiklarna. Det kan leda till sterilitet. Sedan allmän vaccination infördes 1982 har sjukdomen blivit sällsynt.¹²⁵

Antalet rapporterade fall av påssjuka i Sverige 1970-2016



¹²⁴ Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket, Barnvaccinationsprogrammet 2017, årsrapport, 2018

¹²⁵ Folkhälsomyndigheten, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/>, 2017

Mässling är en av våra allra mest smittsamma infektioner, som smittar luftburet genom hosta och nysningar. För att vaccinationsprogrammet mot MPR ska skydda även den ovaccinerade delen av befolkningen måste mer än 95 % av befolkningen vara vaccinerad.

I Sörmland uppnås flockimmunitet generellt avseende MPR då 98 % av barnen födda 2015 har vaccinerats. I vissa områden uppnås dock inte nivån för bibehållen flockimmunitet, såsom Malmköping (89 %), Din vårdcentral (92 %) och Nävertorp (93 %). I vissa områden vaccineras barnen senare än vid 18 månaders ålder. En sammanställning visar att 97 % av 3-åringarna i Nävertorp har vaccinerats mot MPR, vilket då ger uppfyllt mål om flockimmunitet i området.

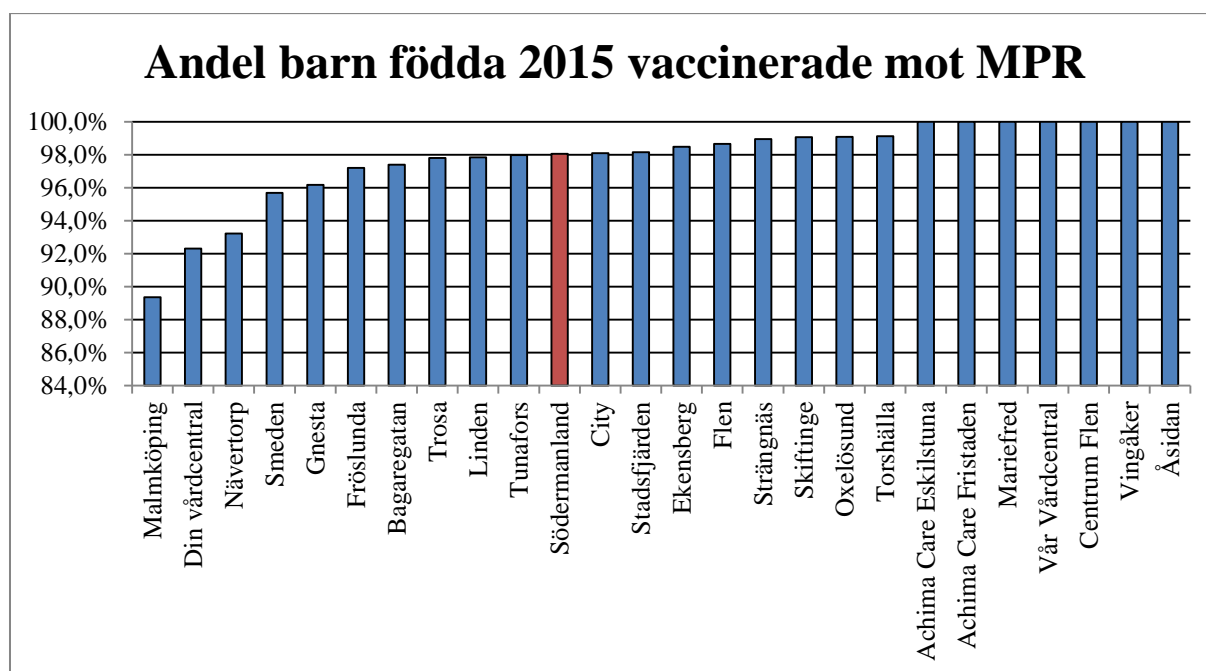


Fig. 55 Andel barn (%) födda 2015 vaccinerade med MPR, per BVC (2017).

6.4 Vaccination mot tuberkulos

Tuberkulos orsakas av bakterien *Mycobacterium tuberculosis* och är en av världens mest spridda infektioner. WHO beräknar att cirka en tredjedel av jordens befolkning är smittad med bakterien. I Sverige är tuberkulos en ovanlig sjukdom. De fall som diagnostiseras i Sverige (5/100 000 årligen¹²⁶) finns bland grupper som flyttar hit från länder med hög förekomst. Barn med ökad risk för tuberkulossmita erbjuds vaccination, vanligen vid sex månaders ålder. WHO har upprättat en förteckning över riskländer för tuberkulos. Förteckningen ligger till grund för BCG-vaccination på BB/BVC.

Sörmland uppfyller nu målet enligt kravspecifikationen att 96 % av barn i risk för tuberkulos ska vaccineras med BCG-vaccin. Bland barn födda 2015 med ökad risk för tuberkulos har 96 % fått BCG-vaccin.

¹²⁶ Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket, Barnvaccinationsprogrammet 2017, årsrapport, 2018

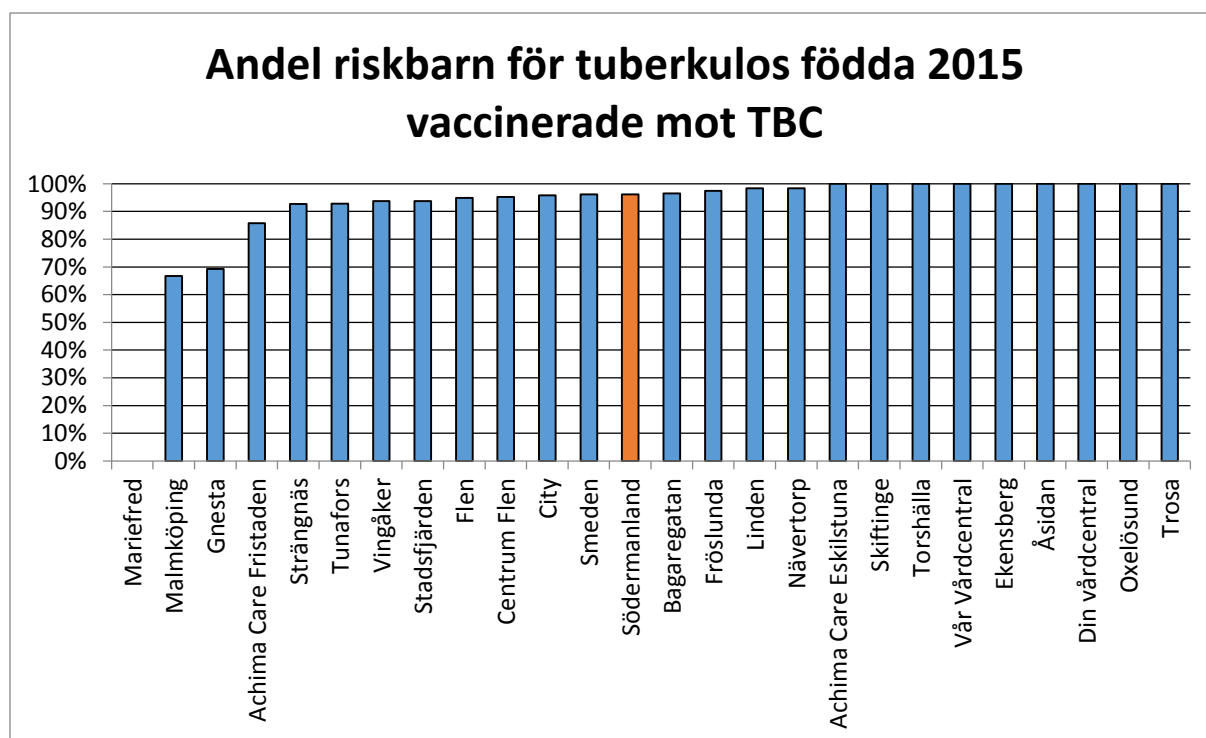


Fig. 56 Andel barn (%) födda 2015 som bedömts ha en ökad risk för tuberkulos (TBC) och som har vaccinerats med BCG, per BVC (mätt 2017).

Oktober 2017 publicerade folkhälsomyndigheten en ny föreskrift för BCG-vaccination av riskbarn¹²⁷. Där rekommenderas vaccination till följande barn i nyföddhetsperioden:

- Vid aktuellt fall i omgivningen.
- Om barnet ska resa till område med hög tuberkulosförekomst (≥ 100 fall per 100 000 invånare och år) och med nära kontakt med lokalbefolkningen före 8 månaders ålder.
- Om barnet inte kan nås för vaccination senare, till exempel vid sex månaders ålder.

De flesta barn med ursprung i länder med ökad tuberkulosförekomst (≥ 25 fall per 100 000 invånare och år) vaccineras på BVC vid 6 månaders ålder. Anledningen till att vänta till 6 månader är att förhindra att barn med oupptäckt grav immundefekt vaccineras.

6.5 Meningokocker

Under mars–maj 2017 insjuknade tre barn (1–11 år) i meningokockmeningit (grupp W) i Nyköping. Efter det första fallet erhöll familj och närstående profylax enligt rutin. Efter det andra fallet utökades antibiotikaprofylaxen. Totalt administrerades 707 doser antibiotika via VC Ekensberg samt via akutmottagningen i Nyköping.

Efter det tredje fallet beslöt Smittskyddsläkaren att vaccinera alla syskon och klasskamrater till de tre drabbade barnen. Insatsen berörde fyra förskolor och tre skolor. Syskon <18 år till vaccinerade barn erbjöds också vaccin.

Vaccinationerna av de små barnen (0–6 år) centraliserades till familjecentralen i Brandkärr och till VC Ekensberg. Barn och ungdomar i skolålder vaccinerades i skolorna.

¹²⁷Folkhälsomyndigheten, Rekommendationer för preventivas insatser mot tuberkulos, 2017

2600 doser av konjugerat fyrvalent ACWY-vaccin distribuerades under två veckors tid. 650 av dessa barn vaccinerades inom barnhälsovården. Barn <1 år vid vaccinationstillfället (61 st.) följdes också upp med ytterligare en dos vaccin efter två månader och en tredje dos drygt sex månader senare.

Insatsen möjliggjordes genom intensivt arbete och gott samarbete mellan BHV-sjuksköterskor, läns gemensamma Barnhälsovården Sörmland, Asyl- och migranthälsan, Hälsoval, Smittskyddsenheten, Kommunikationsenheten, tjänsteman i beredskap och elevhälsan. Insatsen avbröt smittspridningen.

7 Barn som far illa eller riskerar att fara illa

Alla barn har rätt att få växa upp under trygga förhållanden fritt från våld och andra kränkningar.¹²⁸ FN:s konvention om barnets rättigheter, slår fast att ”konventionsstaterna ska vidta alla lämpliga åtgärder för att skydda barnet mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande, innefattande sexuella övergrepp”.¹²⁹ Barn som är utsatta för fysisk eller psykisk kränkning eller försummelse i hemmet drabbas ofta på flera sätt och löper ökad risk att drabbas av psykisk ohälsa både under barndomen och även senare i livet.¹³⁰ Europeiska undersökningar om våld mot barn visar att:

- 5–35 procent utsätts för svår misshandel i hemmet
- 4–9 procent utsätts för svår psykisk misshandel
- Ungefär vart tredje barn utsätts för svåra kränkningar
- 15–30 procent av flickor och 5–15 procent av pojkar utsätts för sexuella övergrepp
- 3–15 procent utsätts för grav vanvård
- 8–25 procent har upplevt våld mellan vuxna i familjen

De lägre procentsiffrorna gäller huvudsakligen de nordiska länderna, medan den högre förekomsten framför allt gäller Östeuropa.¹³¹

7.1 Hälsofrämjande för omsorgsförmågan

Barnhälsovården arbetar hälsofrämjande för att stärka föräldrarnas omsorgsförmåga genom att samtala om barns behov, utveckling och anknytning samt föräldrarnas livssituation, alkoholkonsumtion, våld i nära relationer, könsstämpning och hur man tröstar sitt barn.¹³² Genom att tidigt identifiera riskfaktorer i barnets miljö, erbjuda föräldraskapsstöd och ge stödjande insatser kan barnhälsovården minska riskerna för att barn ska fara illa. Under barnets första år är barnhälsovården en av få samhällseliga instanser som möter barnet och dess familj. Barnhälsovården kan tidigt uppmärksamma behov av skydd eller stöd för barn. De yngsta barnen, som har svårt att berätta om sin utsatthet, är också den grupp som drabbas värst vid våld och omsorgssvikt. Studier visar att personal inom

¹²⁸ <https://unicef.se/barnkonventionen>

¹²⁹ Regeringskansliet. (2006). Mänskliga rättigheter - Konventionen om barnets rättigheter. Stockholm: Regeringskansliet.

¹³⁰ Jernbro C, Tindberg Y, Lucas S t al. Quality of life among Swedish school children who experienced multiple child maltreatment. Acta Paediatrica 2015;104(3):320-5

¹³¹ Jernbro C, Janson S, Våld mot barn 2016 en nationell kartläggning. Stiftelsen Allmänna Barnhuset 2017

¹³² Tegern G, Tinghög P, Flodmark O. Om att förebygga skakvåld mot små barn. Redovisning och utvärdering av en försöksverksamhet med ett preventionsprogram. Karolinska Institutet, Linköpings Universitet; 2012.

barnhälsovård och förskola misstänker att 10–15 % av barnen utsätts för omsorgssvikt, men anmäler inte sin oro i samma utsträckning.¹³³

7.2 Anmälان till socialtjänsten

Barnhälsovårdspersonal är enligt Socialtjänstlagen (14 kap. 1 a § SoL) skyldig att genast göra anmälan till socialnämnden vid misstanke om att ett barn far illa. Personal ska inte dröja med att göra anmälan, utan medverka till att barn ges stöd och skydd så snart som möjligt. Tidsperspektivet är extra viktigt för ett barn, eftersom det händer mycket i ett barns utveckling på kort tid. En månad kan vara en stor del av ett barns liv.¹³⁴ För barn inskrivna inom barnhälsovården i Sörmland var anmälningsfrekvensen till socialtjänsten 4,6 promille under 2017. Anmälningsfrekvensen varierar mellan kommunerna i länet. (Fig. 57)

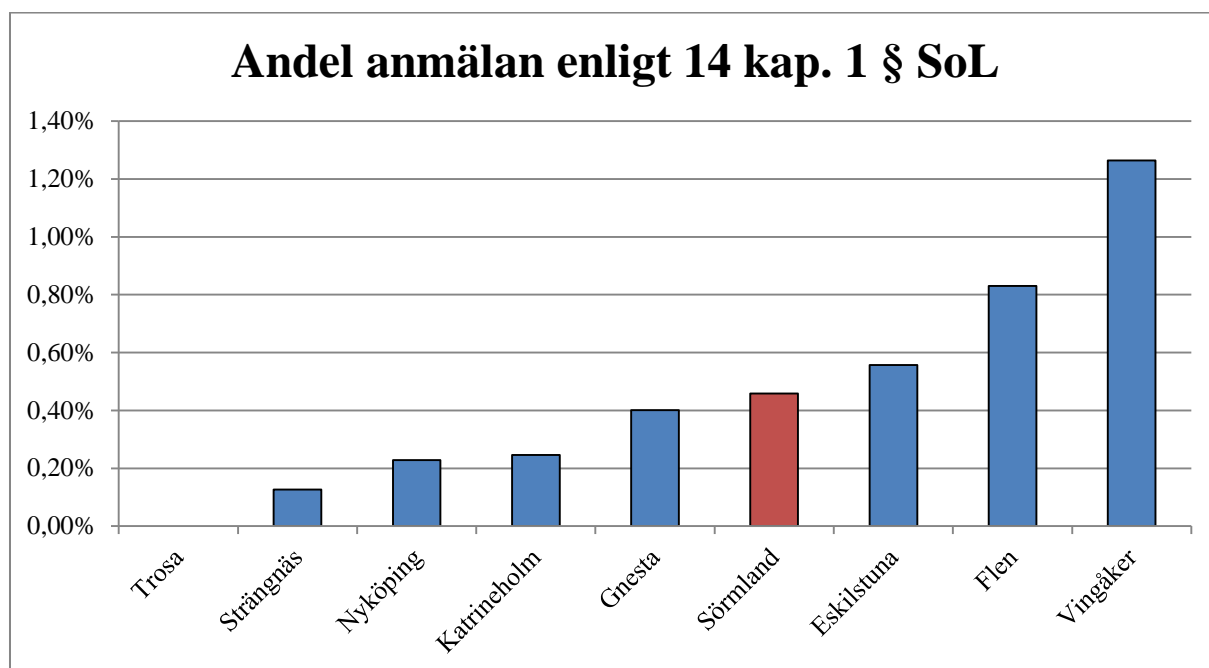


Fig 57 Anmälningsfrekvensen enligt 14 kap. 1 § SoL per kommun, 2017.

Anmälningsfrekvensen är högre där barnhälsovård bedrivs i en familjecentral jämfört med BVC som bedrivs vid en vårdcentral. (Fig. 58)

¹³³ Lundén K. Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn. Stiftelsen Allmänna Barnhuset, 2010.

¹³⁴ Barn som far illa eller riskerar att fara illa. En vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningskyldighet och ansvar. Socialstyreslen, 2013.

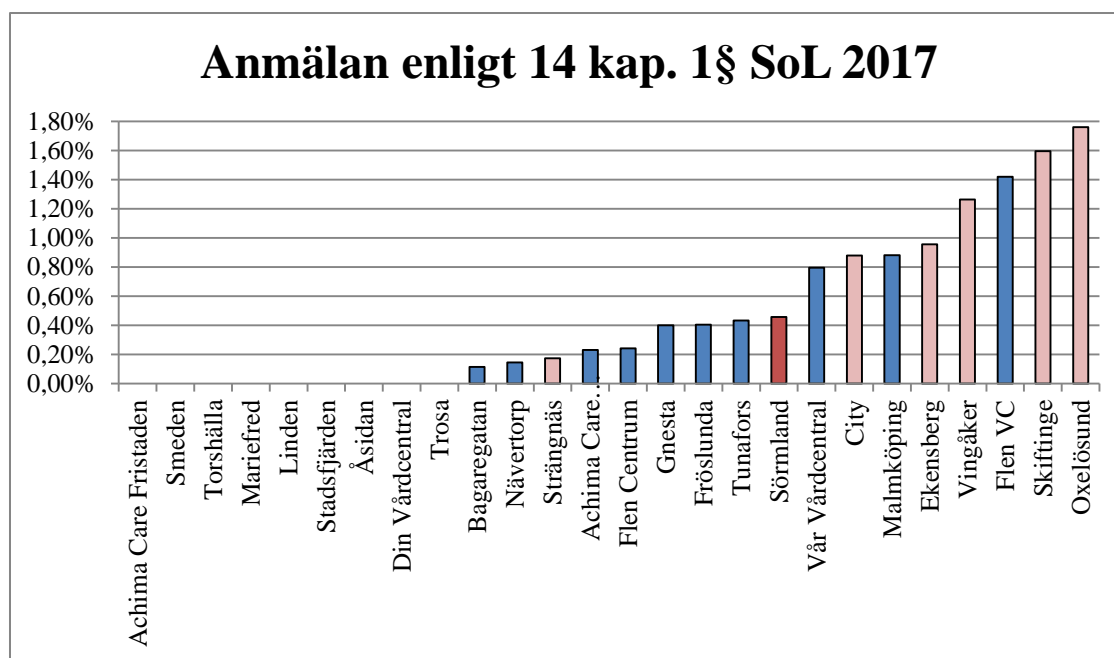


Fig. 58 Anmälningsfrekvensen enligt 14 kap. 1 § SoL per BVC/FC. Barnhälsovård som bedrivs i en familjecentral har rosa staplar och BVC har blå staplar.

7.3 Samverkan med socialtjänsten

Samverkan med socialtjänst kan ske även utan att en anmälan har gjorts. Det kan vara gemensamma förebyggande insatser och stöd, vilket förekommer i högre grad än orosanmälan till socialtjänsten. Samverkan skedde kring 1,3 % av de barn som var inskrivna inom barnhälsovården under 2017. Samverkansfrekvensen mellan BVC och socialtjänsten är högre vid BVC som är placerad i en familjecentral (Fig. 58).

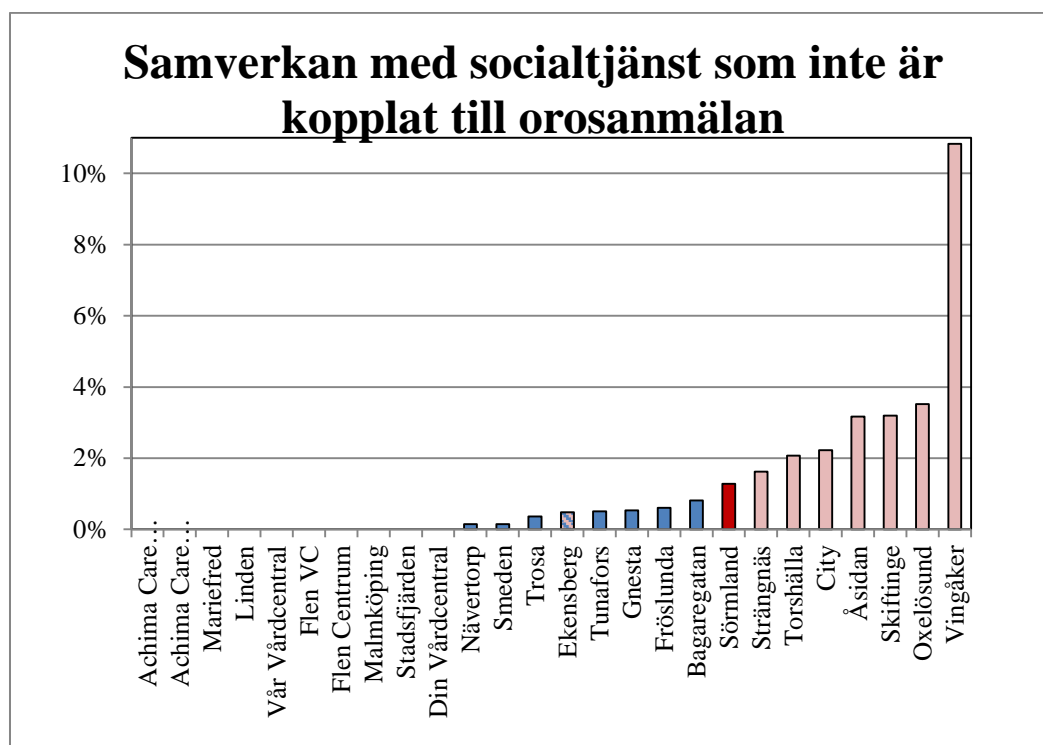


Fig.59 Samverkan kring barn mellan barnhälsovård och socialtjänst per BVC/FC, 2017. Familjecentral har rosa staplar och BVC har blå staplar. De BVC som har en del av sin verksamhet vid en FC är randiga.

Socialtjänsten bör enligt 14 kap. 1 a § SoL erbjuda barnet, vårdnadshavaren och den som har gjort en anmälan ett **samverkansmöte** med hänsyn till barnets bästa. Syftet är att ta tillvara anmälarens engagemang och kompetens samt att uppmärksamma barnets situation, oavsett om anmälan leder till en utredning eller inte. Andelen orosanmälningar som ledde till samverkansmöten var 35 % under 2017. Det är en **ökning** från 2016 då BHV-personal kallades till samverkansmöten vid 26 % av orosanmälningarna, men i stort sett samma andel som 2015 (36 %).

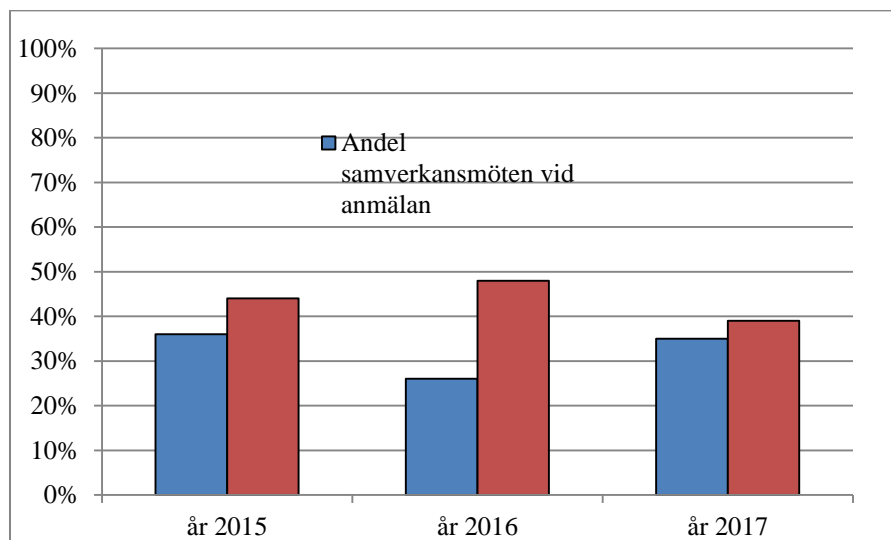


Fig. 60 Andel samverkansmöte med socialtjänst och barnhälsovård respektive återkoppling i samband med en orosanmälan, år 2015–2017

Enligt **14 kap. 1 b § SoL** kan hälso- och sjukvårdspersonalen vända sig till socialtjänsten för att få **återkoppling** efter en anmälan. Andelen anmälningar där det skett en återkoppling i Sörmland var 39 % under 2017 vilket är en minskning från 2016. Återkopplingen ser väldigt olika ut mellan olika BVC i länet (0–100%).

7.4 Familjecentraler

Familjecentraler är en förordad form för att bedriva hälsofrämjande och förebyggande arbete för barn och deras föräldrar och är ett konkret exempel på hur samverkan mellan olika professioner och verksamheter kan organiseras kring barn och familjer.¹³⁵

Landstinget Sörmland har en policy som främjar etablering av familjecentraler. Landstinget Sörmlands definition av familjecentraler utgår från Socialstyrelsens rekommendation om att *”En familjecentral är en fullt ut samlokaliserad verksamhet inkluderande **mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänstens** förebyggande verksamhet”*.^{136 137}

Den främsta vinsten med samverkan kring barn och barnfamiljer är ökade förutsättningar att agera utifrån barnens behov. För att möjliggöra en tvärprofessionell samverkan krävs att kommun och

¹³⁵ Vägledning för barnhälsovården, Socialstyrelsen 2014.

¹³⁶ Familjecentraler. Kartläggning och kunskapsöversikt, Socialstyrelsen 2008.

¹³⁷ Landstinget Sörmlands policy för familjecentraler 2012-2017, Diariennr: LS-LED11-395

landsting samordnar sina resurser. Statistiken visar tydligt att familjecentraler gynnar samverkan med socialtjänsten kring enskilda barns behov av stöd. (Fig.59)

Denna årsrapport visar på ökad frekvens av samverkan med socialtjänst, anmälningssfrekvens, teambesök vid tre års ålder samt att fråga om våld i nära relationer när barnhälsovård bedrivs vid en familjecentral jämfört med en BVC.

Under 2017 fanns det åtta familjecentraler i länet och byggnation av ytterligare tre familjecentraler har påbörjats.

8 Den länsgemensamma Barnhälsovården Sörmland

Alla barn (0–6 år) har rätt till barnhälsovård och föräldraskapsstöd. Målet för Barnhälsovården Sörmland är att främja barns psykiska och fysiska hälsa och utveckling samt bidra till en jämlik och rättvis barnhälsovård i länet och nationellt. Barnhälsovården Sörmland arbetar länsövergripande och organiserade i Hälsovalsstaben. Barnhälsovården Sörmland består av ett utvecklingsteam samt en psykologverksamhet.

Barnhälsovården Sörmlands utvecklingsteam består av BHV-överläkare, vårdutvecklare, logoped, MBHV-psykolog och administratör. Utvecklingsteamets mål är att vara ett resursstarkt stöd till barnhälsovården så att en jämlik och rättvis hälsovård erbjuds alla barn i Sörmland genom att:

- Implementera och vidmakthålla det nationella barnhälsovårdsprogrammet
- Introducera och fortbilda chefer och personal inom barnhälsovård
- Stödja och handleda kring verksamhetsspecifika barnhälsovårdsfrågor och metoder
- Följa upp och kvalitetssäkra barnens (0–6 år) tillgång till barnhälsovård
- Bevaka barns psykiska och fysiska hälsa i länet ur ett folkhälsoperspektiv
- Följa nationell och internationell forskning gällande barns hälsa och utveckling
- Medverka i det nationella utvecklingsarbetet inom barnhälsovården
- Arbeta för evidensbaserad praktik
- Samverka på en övergripande nivå med vårdkedjan, närliggande verksamheter och myndigheter
- Bevaka att barnhälsovårdens hälsofrämjande arbete ses som en del i landstingets övriga folkhälsoarbete
- Säkerställa resurser avsedda för barnhälsovård ur ett barnrättsperspektiv

Barnhälsovården Sörmlands psykologverksamhet består av mödra- och barnhälsovårds- (MBHV) psykologer samt en enhetschef. Psykologverksamheten vänder sig både till personal inom mödra- och barnhälsovård och till barn och dess föräldrar. MBHV-psykologernas arbete gentemot barnhälsovårdens medicinska personal syftar till att bidra med ökad kunskap kring psykologiska aspekter av havandeskap, förlossning, föräldraskap och barns utveckling genom:

- Kompetens- och metodutveckling
- Utbildning och fortbildning
- Samverkan med interna och externa verksamheter
- Konsultation och handledning

En utvärdering av hur barnmorskor och BHV-ssk har upplevt konsultationsstödet under 2017, visar att 94 % av de som har besvarat enkäten brukar delta i konsultation. Största nyttan med konsultationsgruppen beskrivs vara möjligheten att få stöd, reflektera tillsammans med andra, ta del av psykologisk kunskap samt få stöd att remittera vidare eller anmäla oro till socialtjänsten.

MBHV-psykologernas kliniska arbete gentemot barn och dess föräldrar syftar till att bidra till psykisk hälsa genom:

- Stöd, behandling och bedömning till blivande och nyblivna föräldrar i föräldraskapet
- Föräldrakonsultation gällande barns utveckling och psykiska hälsa samt bedömning kring upplevda svårigheter i relation till barn 0–6 år
- Barnpsykologisk utredning och vidareremittering vid misstänkt utvecklingsförsening eller autismspektrumtillstånd

8.1 Utvecklingsarbeten

Under 2017 har arbetet med implementeringen av det nationella barnhälsovårdsprogrammet från 2014 fortlopt. En **referensgrupp** bestående av BHV-sjuksköterskor, BHV-läkare och verksamhetschefer från landstingsdrivna samt privata vårdcentraler finns för att följa upp implementeringen av det nationella barnhälsovårdsprogrammet, planera utbildningar och metoder inom BHV. Barnhälsovårdens utvecklingsteam träffar referensgruppen ett par gånger per termin.

BHV-enhetens utvecklingsteam besöker årligen alla BVC i länet för att träffa verksamhetschef, BHV-läkare och BHV-sjuksköterskor. Under hösten 2017 genomfördes 10 träffar. Vid varje tillfälle deltog personal från några BVC. Uppföljning av barnhälsovårdsuppdraget, 3-årsbesöket och andra aktuella frågor samt olika utmaningar utifrån *Barnhälsovård i Sörmland Årsrapport 2016* diskuterades. Under hösten 2017 närvarade även utvecklingsteamet vid möte med chefer i primärvården samt vid möte med hälsovalsberedningen.

BHV-enheten ger kontinuerligt ut ett digitalt informationsblad (**BHV-bladet**) som riktar sig till personal på länets BVC. Bladet innehåller planering, information, ny forskning och kunskap, samverkan, pågående projekt med mera. BHV-bladen finns tillgängliga på Barnhälsovårdens interna webbsida. Under 2017 gavs sju BHV-blad ut.

8.1.2 PMO- elektronisk barnhälsovårdsjournal

Under 2017 breddinfördes PMO (Profdoc Medical Office), ett journalsystem avsett för att dokumentera barnets barnhälsovård på barnvårdscentralerna. All barnhälsovård dokumentas i journalsystemet PMO för barn födda från 1 januari 2017. Vid införandet erbjöds alla sjuksköterskor och läkare inom barnhälsovården utbildning i systemet. Under 2017 anordnades även workshops för vidareutbildning i PMO under våren och hösten i samtliga länsdelar.

Införandet drevs i projektform och övergick till förvaltningen hösten 2017. Förvaltningen ingår i en nationell kundgrupp, där samtliga län och regioner som är användare av PMO inom barnhälsovård ingår. I kundgruppen drivs förbättringsförslag utifrån verksamheternas behov. Under 2017 har kundgruppen bland annat arbetat med automatiserad uppdatering från CBR, centrala befolkningsregistret, samt införandet av BHVQ, nationellt kvalitetsregister för barnhälsovård.

BHVQ kommer på sikt innebära att stora delar av den årliga statistikinsamlingen överförs direkt från journalsystemet PMO till BHVQ. Arbetet med BHVQ fortgår under 2018.

PMO ska stödja det nationella barnhälsovårdsprogrammet och underlaget för dokumentationen ska vara likvärdig över länet. Med ökad tillgänglighet och åtkomst till journalen ökas säkerheten vid hälsobesök, även om familjen flyttar. Kvalitetsuppföljning och statistikredovisning förenklas och blir säkrare. För att öka tillgängligheten av journaluppgifter som har betydelse för barnets hälsa och utveckling har dietister i primärvården, barn- och ungdomsklinikens och habiliteringsverksamhetens personal samt MBHV-psykologer på Barnhälsovården Sörmland läsbhörighet till journalsystemet.

I Sörmland använder elevhälsan journalsystemet PMO i alla kommuner utom en, vilket på sikt kommer att underlätta överföringen av barnets journal från barnhälsovård till elevhälsan.

8.1.3 BHV-logoped

Sedan juni 2017 finns en samordnande logoped med 50 % tjänstgöring i barnhälsovårdens centrala utvecklingsteam. Syftet med en BHV-logoped är att öka samverkan mellan barnhälsovården och logopedmottagningarna i länet. Genom detta stärks kompetensen kring och tillgången på hälsofrämjande och förebyggande arbete kring barn med språkliga svårigheter. Det övergripande målet är en jämlik och rättvis tillgång till stöd för en god språkutveckling åt alla barn.

Logopeden på Barnhälsovården Sörmland har under 2017 auskulterat vid flera BVC samt deltagit i nätverksmöten både lokalt, regionalt och nationellt. Logopeden har medverkat vid höstens introduktionsutbildning av nyanställda, samverkat med länsbiblioteket kring gåvoböcker och bokrecept samt uppdaterat flera regionala tillägg till Rikshandboken.

8.1.4 Förskolesamverkan

Sedan 2017 har Familjecentralen i Strängnäs använt sig av ett förskoleformulär som syftar till att bidra till en ökad samverkan mellan BVC och förskolan. Med kallelsen till 3-årsbesöket på BVC har formuläret bifogats. Föräldrarna har sedan lämnat formuläret till förskolans pedagog som besvarar frågor om barnets funktion i förskolan.

Formuläret lämnas sedan av föräldrarna till BVC vid teambesöket vid 3 år.

Familjecentralen i Strängnäs har utifrån ”Förskoleformuläret” sett att BVC får tillgång till värdefull och kompletterande information om barnet. Formuläret har även inburit en bredare och tydligare bild av barnet och dess behov samt kunnat återkoppla till förskolan. Förskolans personal upplever att formuläret väcker värdefulla funderingar kring funktion och utveckling, som i sin tur bidrar till en ökad dialog med specialpedagoger. Även specialpedagogerna i förskolan har sett en betydlig ökning av samtal/samarbete kring barnen. Föräldrarna får också en grund för frågor till förskolans pedagoger och personalen på BVC kring barnets utveckling genom formuläret.

8.1.5 Övervikt och fetma

Under 2017 utbildades en BHV-sjuksköterska och tre dietister i primärvården i föräldrastödsprogrammet Mer och Mindre¹³⁸. Programmet innefattar gruppträffar för föräldrar till barn

¹³⁸ <https://ki.se/clintec/mer-och-mindre-studien-mom>

med övervikt och fetma. De första gruppträffarna genomfördes hösten 2017 i Eskilstuna. Under 2018 beräknas insatsen spridas över länet.

8.1.6 Könsstympning

Under 2017 har Sörmlands kommuner, landsting och länsstyrelse i samverkan initierat ett förebyggande arbete mot kvinnlig könssympning. En arbetsgrupp med representanter från verksamheterna med spridning över länet utarbetade under året handboken "Kvinnlig könssympning – Handbok för regional samverkan i Sörmland", föreläsningar vid sex tillfällen runt om i länet (se nedan) samt en informationskampanj "Din kropp är din och ingen annans". Cirka 600 medarbetare från Hälso- och sjukvård, kommun samt polis deltog i föreläsningarna. Informationskampanjen riktade sig till flickor och unga kvinnor men även till pojkar, män och föräldrar. Kampanjen var synlig i ett flertal skolor i länet och på sociala medier.

Barnhälsovården har sedan hösten 2017 ett regionalt tillägg till Rikshandboken "Förebyggande arbete mot könssympning av flickor, ett stöd för barnhälsovårdens arbete med att uppmärksamma flickor som riskerar eller har utsatts för könssympning". Där framgår barnhälsovårdens viktiga förebyggande roll. Det regionala tillägget omfattar också åtgärder vid misstanke om att könssympning planeras eller har genomförts.

8.1.7 Våld i nära relationer

Barn och vuxna som är utsatta för våld i relationer riskerar att drabbas av en rad olika hälsoproblem både på kort och på lång sikt. Våld i nära relationer är ett folkhälsoproblem som bör uppmärksammas inom hälso- och sjukvården. Skiftande BVC har sedan 2012 frågat om våld i nära relationer i samband med ett av barnhälsovårdens hälsobesök.

Barnhälsovården Sörmland genomförde tillsammans med Hälsoval och FoU-centrum en enkätundersökning under 2017 i syfte att kartlägga hur medarbetare uppmärksammar och bemöter våld i nära relation samt behov av stöd och ökad kunskap inom området. Kartläggningen riktade sig till anställda inom primärvård (privat och offentlig) och MBHV-psykologer inom barnhälsovård. Resultatet visade att medarbetare inom barnhälsovård (25 % svarsfrekvens) ställer frågor om våld på indikation till både män och kvinnor. Kartläggningen visade på behov av ökad kunskap och stödresurser inom området. BHV-personal har låg kännedom (35 %) om skriftliga rutiner för att bemöta och uppmärksamma våld i nära relationer på respektive arbetsplats, men känner ett större stöd av kollegor/chef jämfört med övriga yrkesgrupper inom primärvården. BVC som tillhör familjecentral ställer frågor om våld i nära relationer i betydligt högre utsträckning.

De slutsatser man kan dra av ovanstående resultat är begränsade på grund av den låga svarsfrekvensen. Barnhälsovården Sörmland i samverkan med FoU-centrum planerar ett pilotprojekt under 2018. Pilotprojektet syftar till att förebygga, uppmärksamma och samtala om våld i nära relationer inom BHV. Några av länets BVC kommer utifrån intresse att medverka.

8.2 Utbildning: Introduktion och fortbildning

BHV-enheten ansvarar för introduktion och fortbildning till BHV-personalen. Utbildning sker ibland i samverkan med andra verksamheter och syftar till att ge personal stöd i det praktiska arbetet på BVC samt förutsättningar för en likvärdig och rättvis barnhälsovård för länets barn (0–6 år) och deras föräldrar. BHV-enheten erbjuder även kontinuerligt konsultationsstöd till BHV-personal.

Introduktionsutbildning ges för ny personal på BVC (sjuksköterskor, läkare, psykologer och verksamhetschefer). ST-läkare i allmänmedicin respektive pediatrik erbjuds också deltagande i introduktionsutbildningarna.

Fortbildning för BHV-personal erbjuds årligen. Under hösten 2017 fokuserade fortbildningen på skydd, risk och riktade insatser.

Kurser och fortbildning under 2017	Samverkan med	Omfattning
BHV-sjukskötersketräffar	Länsbiblioteket	1 halvdag
Nätverksträffar	Logopedi- och Habiliteringsverksamheten	1 halvdag
PMO-utbildning, införande		2 halvdagar
PMO-workshops		2 halvdagar
Introduktionskurs, för ny BHV-personal	Hörselvården Socialtjänsten, Tandvården, Smittskyddsenheten, FoU- i Sörmland	3 heldagar + 1 dag extra för ST-läkare
EPDS-metoden För nya BHV-ssk	MBHV-psykologer	2 halvdagar
Gruppledarutbildning för nya BHV-ssk	MBHV-psykologer	2 heldagar
Miniscalco språktest, fördjupning		1 halvdag
Könsstämpning	Landsting, kommun och Länsstyrelsen	1 halvdag
Amningsutbildning för hela vårdkedjan	Vårdkedjan och forskare inom området	2 halvdagar
Fortbildning inom BHV, Skydd, risk och riktade insatser	FoU Sörmland	1 heldag

8.3 Framtidens barnhälsovård och barns hälsa

Barnhälsovården är en viktig arena för att nå Landstinget Sörmlands övergripande mål om att vara Sveriges friskaste län 2025. Barnhälsovårdens nationella program verkar för en jämlik och rättvis barnhälsovård som främjar varje barns hälsa och utveckling.

För att kunna erbjuda en jämlik och rättvis barnhälsovård i Sörmland skulle följande områden kunna utvecklas:

- Kompetensförsörjning och bemanning (både BHV-sjuksköterskor och BHV-läkare) på BVC utifrån den tilltagande vårdtyngden
- Fortsatt arbete med logopeder på BVC
- Samverkan med andra aktörer kring barn (0–6 år) och deras familjer
- Fortsatt etablering av familjecentraler i länet
- Riktade insatser mot speciellt utsatta grupper
- Metoder för arbete mot övervikt och andra ohälsosamma levnadsvanor
- Samtal om våld i nära relationer
- Enskilt föräldrasamtal till varje förälder

Under 2018 fortsätter implementeringen av det nationella barnhälsovårdsprogrammet med inriktning på riktade insatser utifrån identifierade behov. För att nå framgång i arbetet med det tredelade programmet behöver barnhälsovården samverka med andra aktörer som är viktiga för barns hälsa och utveckling.

En fortsatt utmaning i Sörmland är att bidra till integration och främja de nyanlända barnens hälsa och utveckling. Detta består i att följa och ta del av pågående utvecklingsprojekt både i Sörmland och nationellt. Samverkan med andra aktörer i samhället, såsom förskola och socialtjänst är extra viktigt

kring nyanlända barn och kring andra utsatta grupper. Arbetet med familjecentraler som metod önskas utvidgas.

Slutligen kommer utvecklingen av elektronisk datajournal att fortgå med målet att säkra dokumentationen utifrån arbetsätt inom barnhälsovården i enighet med Rikshandboken samt att ansluta till barnhälsovårdens kvalitetsregister (BHVQ).



8.4 Avslutningsvis

Stort tack till dig som läst hela eller delar av denna Årsrapport för Barnhälsovården i Sörmland 2017. För den som önskar finns allt underlag att tillgå genom bhv.sormland@dll.se.

Ett ännu större tack till alla er på BVC som bidragit till barnhälsovård för barn 0–6 år i Sörmland samt till denna Årsrapport. Vi hoppas att den lägger grunden för framtidens barnhälsovård och våra barns framtida hälsa.