

Barnhälsovård i Sörmland

Årsrapport 2016



2017-06-01
Barnhälsovården Sörmland
bhv.sormland@dll.se

Innehållsförteckning

Förord	4
Sammanfattning	5
Barnhälsovårdens mål	5
Barnen i Sörmlands hälsa	5
Vårdtyngd	5
Barnhälsovård	6
Den länsövergripande barnhälsovårdens arbete	6
Framtidsvisioner	7
1. Barnhälsovård	8
Barnets rätt till barnhälsovård	8
Barnhälsovårdens mål	8
Nationellt barnhälsovårdsprogram	9
Centrala begrepp, perspektiv och definitioner	9
Det åldersrelaterade programmet	12
Implementeringen av det nationella barnhälsovårds-programmet	12
Rikshandboken och Regionala Tillägg	13
Nationella målbeskrivningar	13
Landstinget Sörmland - Kravspecifikationen	13
Organisation	14
2. Barnen i Sörmland	15
Inskrivna barn inom barnhälsovården	15
Nyfödda barn	17
3. Risk- och skyddsfaktorer för barns hälsa och utveckling	19
Amning de första sex månaderna	19
Samverkan kring amning- Amningsstrategigruppen	23
Barn som utsätts för tobaksrök i hemmet	24
Barn i migration och hälsa	26
Socioekonomiska förhållanden som påverkar barns hälsa i Sörmland	30
4. Förutsättningar för att arbeta med barnhälsovård	32
Lokal	32
Bemannning	32

BHV-sjuksköterska	32
BHV-läkare	34
MBHV-psykolog.....	34
Totalt antal in- och utskrivningar	35
Care Need Index (CNI)	35
Vårdtyngd.....	36
Vårdtyngdsindex (VTI) och Care Need Index (CNI) är jämförbara	38
5. Arbetssätt inom barnhälsovården.....	39
Hälsofrämjande samtal.....	39
Hälsofrämjande samtal om alkohol, utifrån ett barnperspektiv.....	40
Hembesök.....	40
Tidigt hembesök.....	41
Hembesök vid 8 månader.....	42
Riktade hembesök eller hembesök till nyinflyttade/nyanlända.....	43
Upptäckt av nedstämdhet i samband med förlossning	44
EPDS-screening	45
Andel nedstämda eller lätt/måttlig depression	46
Pappa/partnersamtal	48
Tandhälsa	49
Språkstimulans till alla barn.....	50
Språkbedömning	51
Barn med flera språk	54
Språkbedömning av flerspråkiga barn.....	55
Syn- och hörselundersökning	55
Föräldraskapsstöd i grupp	57
6. Barnvaccinationsprogrammet nationellt och i Sörmland	61
Vaccination mot kikhosta.....	62
Vaccination mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR)	62
BCG-vaccinering.....	64
7. Barn som far illa eller riskerar att fara illa.....	66
Hälsofrämjande för omsorgsförmågan.....	66
Anmälan till socialtjänsten	66
Samverkan med socialtjänsten	68
Familjecentraler.....	69

8. Den läns-gemsamma barnhälsovårdsenheten	70
Utvecklingsarbeten.....	71
Utbildning: Introduktion och fortbildning.....	73
Framtidens barnhälsovård och barns hälsa.....	74
Avslutningsvis.....	74

Förord

För att nå Landstinget Sörmlands vision om att vara *Sveriges friskaste län 2025* behövs en resursstark barnhälsovård. Personalen på länets BVC möter årligen 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. Barnfattigdomen i Sörmland är högst i riket. Andelen rökande föräldrar till spädbarn är också högst i landet. Sörmland har dessutom en hög andel barn med utländsk härkomst. Sammantaget gör detta att vårdtyngden för barnhälsovården i Sörmland är hög.

Barnhälsovården har under 2016 tilldelats utökade resurser som genererat fler BHV-sjukskötersketjänster på BVC. Detta är ett steg i rätt riktning. Läkarbemanningen på BVC är dock fortsatt låg.

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. Det är också viktigt att samverka med vårdgrannar och andra resurser i samhället, såsom t.ex. socialtjänsten. I årsrapporten noteras att remissfrekvensen till vårdgrannar ökar. Likaså gör samarbetet med socialtjänsten.

BHV-personalen gör ett fantastiskt jobb med att efter bästa förmåga och resurser bidra till barns hälsa och utveckling. Med dessa ord tackar vi alla medarbetare för deras stora insatser inom barnhälsovården. BHV-personalen är också de som möjliggör denna årsrapport, eftersom de manuellt samlar in den statistik som rapporten grundas på. Vi vill också tacka landstingspolitiker, som fördelar resurser inom hälso- och sjukvården, verksamhetschefer på vårdcentraler samt Hälsoval, som nu leder arbetet inom barnhälsovården i Sörmland.

Barnhälsovården Sörmland, juni 2017

Ulrika Nygren

Vårdutvecklare

Jennie Nimborg

Vårdutvecklare

Charlotte Nylander

Barnhälsovårdsöverläkare

Elisabeth Burman

Enhetschef MBHV-psykologer

Jennie Pettersson

Logoped

Sammanfattning

Årsrapporten baseras på data från **20 456 barn** inskrivna i barnhälsovården (BHV) i Sörmland 2016.

Data är insamlad av länets BHV-sjuksköterskor och har bearbetats utifrån Kravspecifikationen för barnhälsovård i Landstinget Sörmland (2012 och 2016). Rapporten tydliggör skillnader i risk- och skyddsfaktorer 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 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, 2012 och 2016*. Verksamheten följs upp och kvalitetssäkras av den länsövergripande enheten för barnhälsovård i Sörmland, Hälsoval och vårdcentralscheferna.

Nedan anges de områden där målen, enligt Kravspecifikationen, uppnås med **grönt**, de områden där målen nästintill uppnås med **orange** och de områden där målen inte uppnås med **rött**.

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 och når nu riksgenomsnittet (målet enligt Kravspecifikationen 2012). Vid en veckas ålder ammas **95%** av barnen och vid 6 mån ålder **61%**.



Att leva på flykt och ha utländsk härkomst påverkar också hälsan. **33%** av de inskrivna barnen på barnvårdscentralerna (BVC) i Sörmland har en utländsk bakgrund.

Vårdtyngd

Vårdtyngden inom barnhälsovården i Sörmland har **ökat till 53%**. Detta innebär att den tidigare ökningen av vårdtyngden fortsätter.

Vårdtyngden baseras på andel förstföderskor, andelen nyfödda som utsätts för passiv rökning (markör för socioekonomisk belastning) och andelen nyfödda med utländsk härkomst.

För att kunna möjliggöra riktat stöd till barn och familjer med ökat behov har barnhälsovården i Sörmland **förstärkts med ytterligare tio BHV-sjuksköterskor** under 2016. Detta är en klar förbättring, men fortfarande behövs utökade sjuksköterskeresurser på vissa BVC. **Läkarbemanningen** på BVC motsvarar enbart **53 % av behovet**.

Barnhälsovård

Hembesök är en hälsofrämjande metod som bidrar till god samverkan mellan BVC och föräldrarna. **Tidigt hembesök** har gjorts hos **78 %** av barnen 2016 (mål enligt Kravspecifikationen 95%). **Hembesök vid 8 månaders ålder har ökat** från 6 % 2015 **till 26%** 2016. Riktade hembesök har gjorts till 3% av alla barn.

87% av alla mammor (mål 80%) **screenades för nedstämdhet eller depression** i nyföddhetsperioden. 13 % av mammorna identifierades som nedstämda och fick olika former av stödinsatser.



Av barnen födda 2014 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 **97%** med BCG-vaccin (mål 96%).

Den generella täckningen av vaccin mot mässling, påssjuka och röda hund är god, **97%** (mål 96%), även om vissa områden i Sörmland inte uppnår flockimmunitet.

Språkbedömning före 3 års ålder har ökat till **98%** av alla barn, vilket är i enlighet med Kravspecifikationens mål. 95% bedömdes med den evidensbaserade metoden Miniscalco vid 2,5 års ålder. 17% följdes upp hos BHV-sjuksköterska för ytterligare bedömning vid 3 års ålder. 10% av barnen remitterades till logoped, vilket är en fortsatt ökning jämfört med tidigare år.

Syn- och hörselbedömning vid fyra års ålder gjordes på **96%** av barnen (mål 98%). Av de som synprovats remitterades 7 % till ortoptist och av de som hörselprovats remitterades 5 % till audionom. Dessa remisser har också ökat jämfört med tidigare.

Samverkan med **socialtjänsten** skedde kring **1,2 %** av barnen 2016. Det har skett **orosanmälan** angående **6 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 ett utvecklings-, utbildnings- och kvalitetssäkringsuppdrag avseende verksamheten på BVC i Sörmland. Det består i att verka för en jämlik och rättvist fördelad barnhälsovård. 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.

Under 2016 fortsatte implementeringen av det nya nationella barnhälsovårdsprogrammet, med fokus på teambesök vid tre år. Utbildningsinsatser genomfördes och BVC besöktes. Referensgruppen, bestående av representanter från BHV-personal och chefer har funnits som stöd. Implementeringen av den elektroniska BHV-journalen, PMO förbereddes också under året.

Framtidsvisioner

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

- Bemanning (BHV-sjuksköterskor, BHV-läkare och MBHV-psykologer) på BVC utifrån den tilltagande vårdtyngden.
- Samverkan med andra aktörer kring barn (0–6 år) och deras familjer.
- Riktade insatser för alla vid behov
- Metoder för arbete mot övervikt och för tidig upptäckt av utvecklingsavvikelser.

1. Barnhälsovård

Barnets rätt till barnhälsovård

FN:s konvention om barnets rättigheter är vägledande för arbetet inom barnhälsovården (BHV). Alla barn har rätt till barnhälsovård. All planering och alla åtgärder inom barnhälsovården ska inta ett barnperspektiv där *Barnets bästa* ska komma i främsta rummet. Barnets rättigheter är grundläggande för allt arbete på barnavårdscentralen (BVC). Barnkonventionens artikel 24 som handlar om barnets rätt till hälso- och sjukvård fastslår att konventionsstaterna ska vidta alla lämpliga åtgärder för att minska spädbarns- och barnadödlighet. Hälso- och sjukvården ska prioritera arbete med förebyggande hälsovård och föräldrarådgivning, erbjuda alla barns föräldrar information om näringslära, amningens fördelar, hygien och ren miljö, förebyggande av olycksfall samt anordna mödrahälsovård. Traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa ska avskaffas. Konventionsstaterna bör säkerställa att det finns personal i tillräckligt antal med rätt utbildning 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 samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen*. Barnhälsovården innefattar flera av de elva övergripande målområdena för folkhälsa.³ Sveriges Kommuner och Landsting redovisar i positionspapper 2016 hur barnhälsovården är en viktig aktör för att förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga.⁴

Barnhälsovårdens mål

Målet för all hälso- och sjukvård är *en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen*. Det gäller också barnhälsovården. 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

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

⁴ Psykisk hälsa, barn och Unga, positionspapper. ISBN:978-91-7585-328-4, Sveriges Kommuner och Landsting, 2016.

Ovanstående mål uppnås genom att:

- Erbjuda hälsoövervakning av alla barn
- Erbjuda föräldraskapsstöd individuellt och i grupp
- Uppmärksamma risk- och skyddsfaktorer i barnets miljö
- Ge individuellt utformad hjälp till barn och föräldrar vid ökad risk att drabbas av ohälsa eller redan nedsatt hälsa ⁵

Nationellt barnhälsovårdsprogram

Hälsan hos befolkningen i Sverige blir allt bättre, men de senaste åren har det skett en ökad ojämlikhet i hälsa både hos barn och vuxna som är kopplad till bl.a. socioekonomi, utbildning, kön och etnicitet. ⁶ ⁷ Barnhälsovården möter i stort sett alla barn (0–6 år) och är en hälsofrämjande arena. Genom tidig identifikation av barns och familjers frisk- och riskfaktorer kan barnhälsovården stärka och stödja barn och föräldrar och därmed bidra till en god hälsa. Barn i Sverige har ur ett internationellt perspektiv en mycket god hälsa, vilket delvis kan bero på de universella insatser för barn och föräldrar som getts under snart ett sekel. Barnhälsovården har en lång och framgångsrik tradition i Sverige. ⁸ År 2000 visade en nationell kartläggning på små variationer gällande barnhälsovårdens innehåll. ⁹ En ny undersökning, tio år senare (2010) visade däremot på stora skillnader i den svenska barnhälsovårdens utbud. ¹⁰ 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. ¹¹

Under 2014 utgav Socialstyrelsen *Vägledning för barnhälsovården* som beskriver vad BHV ska uppnå samt vilka arbetssätt som lämpar sig för att uppnå barnhälsovårdens mål. ¹² Kopplat till vägledningen har företrädare för barnhälsovård (läkare, sjuksköterskor, psykologer, logoped, forskare m.fl.) i Sverige tagit fram en webbaserad metodbok *Rikshandboken för Barnhälsovård* som beskriver *hur* barnhälsovårdens mål kan uppnås. Tillsammans utgör de ett nationellt barnhälsovårdsprogram.

Centrala begrepp, perspektiv och definitioner

Barnhälsovård (BHV) är det hälsofrämjande arbetet som utförs av medarbetare på BVC. Barnavårdcentral (BVC) avser lokalen där barnhälsovård bedrivs.

⁵ Vägledning för barnhälsovård. Socialstyrelsen, 2014.

⁶ Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – Lägesrapport 2016. Socialstyrelsen, 2016.

⁷ Folkhälsomyndigheten 2017. Folkhälsans utveckling.

⁸ Höjer JA. Mjölkdroppar och barnavårdscentraler. Stockholm 1992.

⁹ Kornfält R. Survey of the pre-school child health surveillance programme in Sweden. *Acta Paediatrica Suppl.* 2000;89(434):2-7.

¹⁰ Magnusson M., Lindfors A., Tell J. (2011). Stora skillnader i svensk barnhälsovård. *Läkartidningen* 2011-08-30, nr 35.

¹¹ Wallby T. Lika för alla? Social position och etnicitet som determinanter för amning, föräldrars rökvanor och kontakter med BVC. Avhandling, Uppsala Universitet, 2012.

¹² Vägledning för barnhälsovård. Socialstyrelsen, 2014.

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.¹³

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.¹⁴ 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.¹⁵

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)

¹³ 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.

¹⁴ Strategin för en god och mer jämlik vård 2012-2016. Socialdepartementet; 2012. S2012.013.

¹⁵ Minska folkhälsoklyftan Åtgärder för minskade skillnader i hälsa, Sveriges kommuner och landsting, 2016

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).

RIKSHANDBOKEN BARNHÄLSOVÅRD		
Barnhälsovårdens nationella program		
För alla	För alla vid behov	
I	II	III
<p>Hälsoövervakning - 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 familjeförhållanden <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 skakvåld (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>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>Hälsovägledning - motivera till förändrade levnadsvanor i familjen (tobak, alkohol, kost, fysisk aktivitet)</p> <p>Utökad 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 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>Utökad D-vitamin substitution</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

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 t.ex. besök tillsammans med MBHV-psykologen eller remiss uppmärksammas.(Fig.2)

RIKSHANDBOKEN BARNHÄLSOVÅRD											
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.

Implementeringen av det nationella barnhälsovårdsprogrammet

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. BHV-psykolog kopplas in vid behov. En annan arbetsmetod i det nationella barnhälsovårdsprogrammet är hembesök till nyfödda, åtta månaders, nyanlända, nyinflyttade och familjehemsplacerade barn, samt barn och föräldrar med utökat behov av stöd. Hembesöken fanns redan med i Sörmlands tidigare kravspecifikation.

Rikshandboken och Regionala Tillägg

Från 2015 används den nationella *Rikshandboken för Barnhälsovård* 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 rutinerna, länsspecifika metoder och samverkansrutiner finns tillgängliga under Sörmlands samlade *Regionala tillägg i Rikshandboken för Barnhälsovård*.¹⁶

Nationella målbeskrivningar

I *Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom Barnhälsovården* som fastställdes 2015 av det nationella nätverket för barnhälsovårdssamordnare/vårdutvecklare, vårdförbundet, Riksföreningen för Barnsjuksköterskor och Distriktssköterskeföreningen har benämningen BVC-sjuksköterska bytts ut till BHV-sjuksköterska för att tydliggöra professionsområdet. För att få arbeta med barnhälsovård krävs specialistsjuksköterskeexamen med inriktning distriktssköterska eller hälso- och sjukvård för barn och ungdom. BHV-sjuksköterskan är nyckelpersonen i BHV-teamet och ska därför ha goda kunskaper om barns utveckling, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder, barnålderns sjukdomar och psykosociala faktorerers betydelse för hälsan.

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 faktorerers 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.

Landstinget Sörmland - Kravspecifikationen

Styrande för barnhälsovården i Sörmland är *Kravspecifikation för barnhälsovård i landstinget Sörmland*.¹⁷ Kravspecifikationen för barnhälsovård är en bilaga till *Regelbok för bedrivande av primärvård i Landstinget Sörmland* som är politiskt

¹⁶ <http://insidan.dll.se/sv/Organisation/Halso--och-sjukvard/Division-Kirurgi/Barnhalsovarden/Metodbok/>

¹⁷ Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland, Barnhälsovården Sörmland, 2016.

besluta. Den beskriver kraven för vårdcentralen gällande barnhälsovård samt de kvalitetsindikatorer som landstinget årligen följer upp och som redovisas i denna årsrapport. Under 2016 uppdaterades den tidigare versionen *Kravspecifikation för barnhälsovård i landstinget Sörmland, 2012 till Kravspecifikation för barnhälsovård i landstinget Sörmland, 2016. Kravspecifikation för barnhälsovård i landstinget Sörmland, 2016* utgår ifrån det nationella barnhälsovårdsprogrammet och finns tillgänglig på landstingets interna webbplats. Vårdgivaren har ansvaret för att respektive BVC uppfyller god kvalitet.

Viss statistik från insamlad data överförs till nationella register såsom Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten samt barnhälsovårdens nationella nätverk.

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.¹⁸

Den länsövergripande Barnhälsovårdsenheten i Sörmland har en stödjande och kvalitetssäkrande funktion för verksamhetschefer och barnhälsovårdspersonal vid vårdcentralerna. Sedan 2016-06-01 tillhör den länsövergripande Barnhälsovårdsenheten Hälsoval.

¹⁸ Minska folkhälsoklyftan Åtgärder för minskade skillnader i hälsa, Sveriges kommuner och landsting, 2016

2. Barnen i Sörmland

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 (Södermanlands län 288 097 personer 2016). 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.

Antalet barn i Sörmland ökar kontinuerligt. Totalt var 20 456 barn inskrivna inom barnhälsovården i Sörmland 31 december 2016. Under 2016 ökade antalet med 570 inskrivna barn.

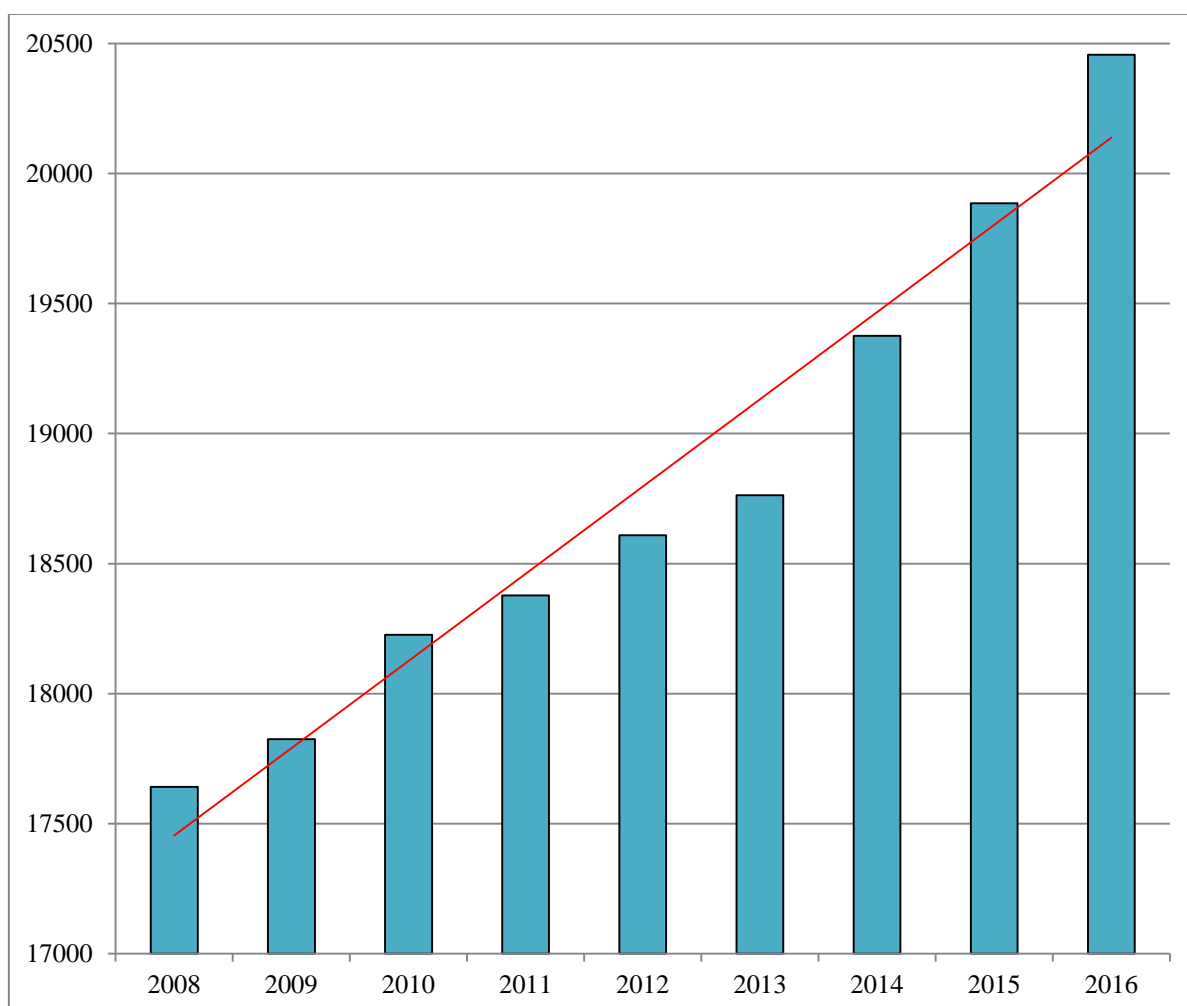


Fig. 3 Ökning av totalt antal barn inskrivna i barnhälsovården i Sörmland per år (2008–2016).

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.

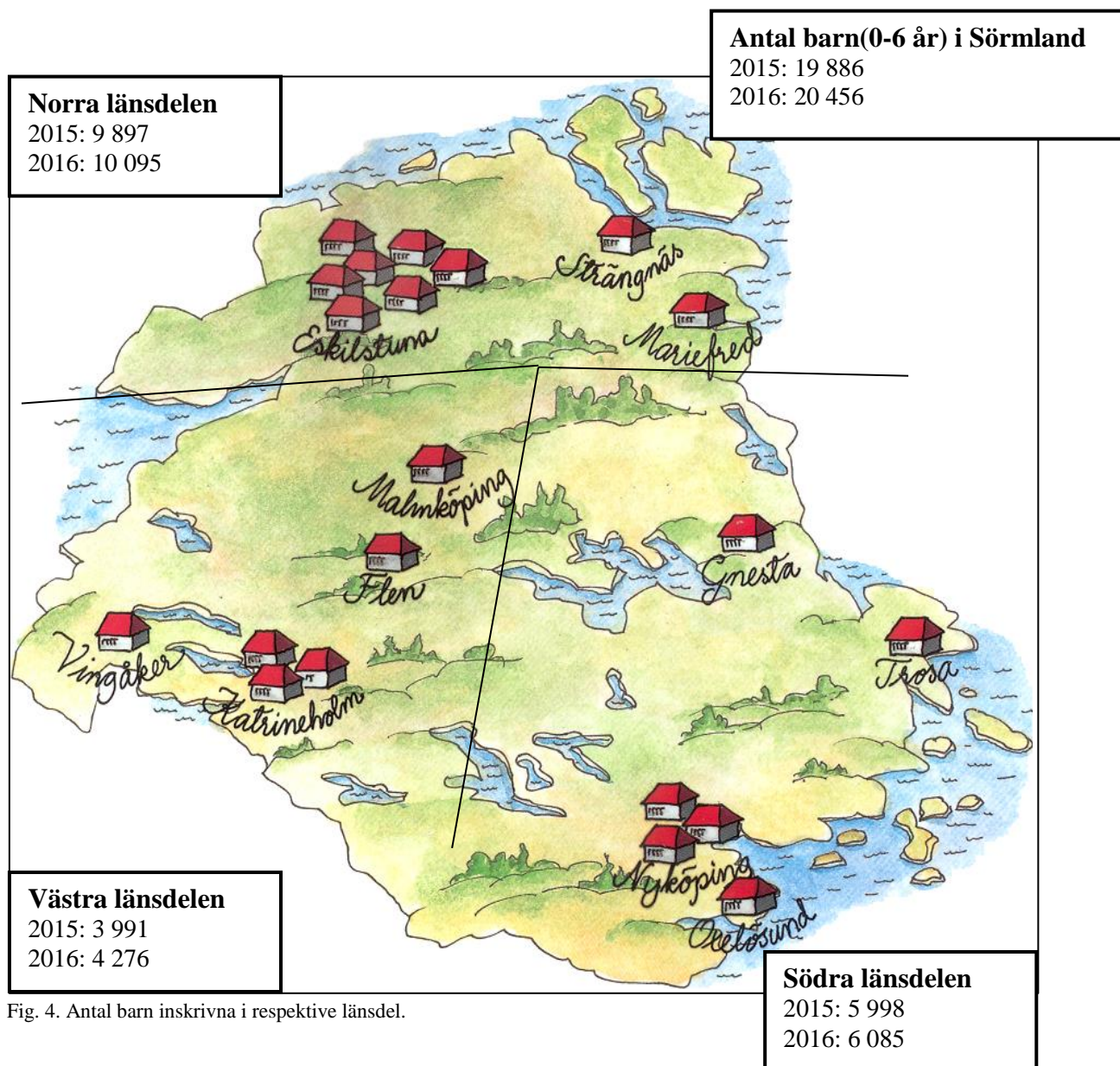


Fig. 4. Antal barn inskrivna i respektive länsdel.

Även om det totala antalet inskrivna barn ökar inom barnhälsovården i Sörmland, så varierar antalet inskrivna barn mellan olika BVC. Några BVC fick ett lägre antal inskrivna barn jämfört med föregående år. (Fig. 5)

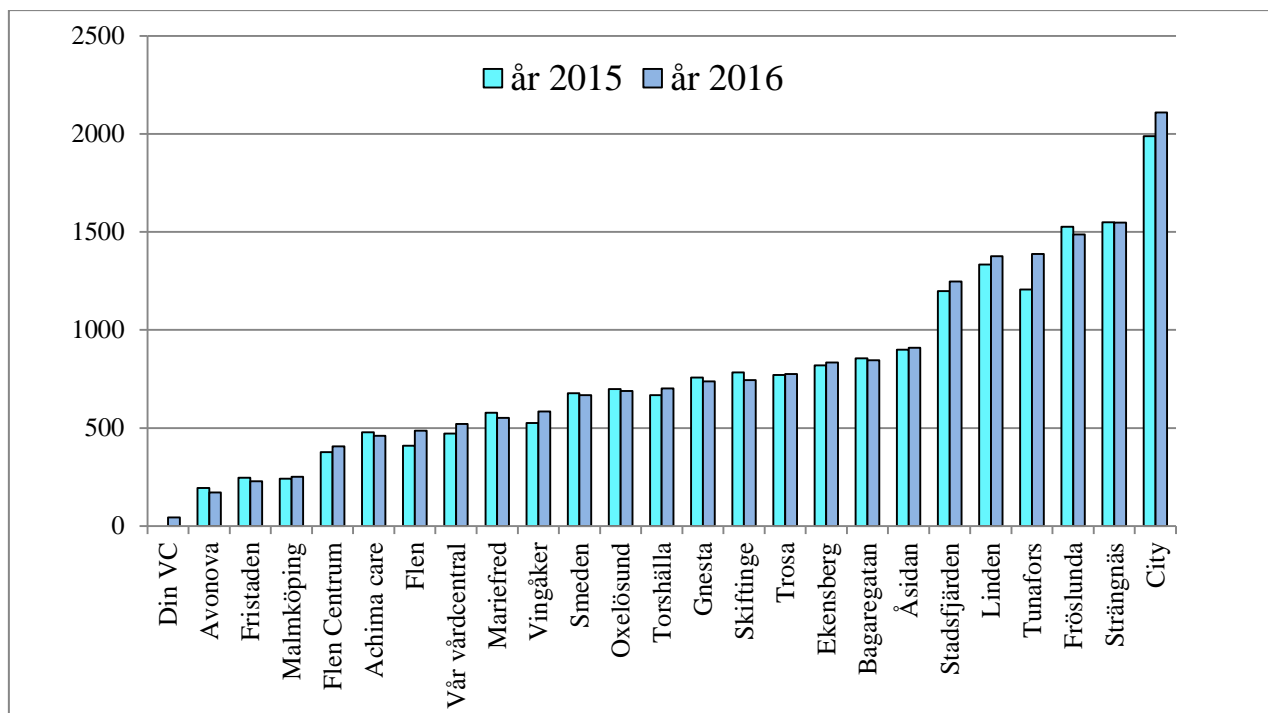


Fig. 5. Förändring av antalet inskrivna barn per BVC (2015-2016).

Nyfödda barn

Under 2016 skrevs 3437 nyfödda barn in inom barnhälsovården. Antal nyfödda barn inskrivna i barnhälsovården har ökat med 20 % de senaste tio åren. (Fig. 6)

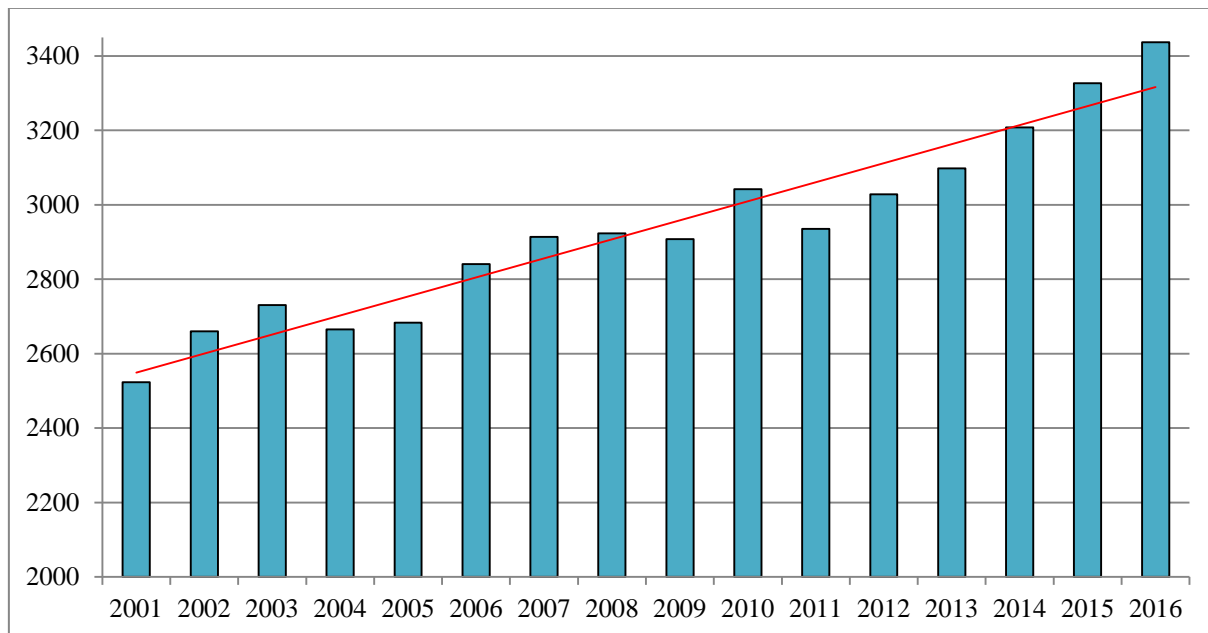


Fig. 6 Antal nyfödda barn inskrivna i barnhälsovården i Sörmland per år (2001-2016).

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, *Bemanning*). Antal nyfödda varierar stort mellan olika BVC. (Fig. 7)

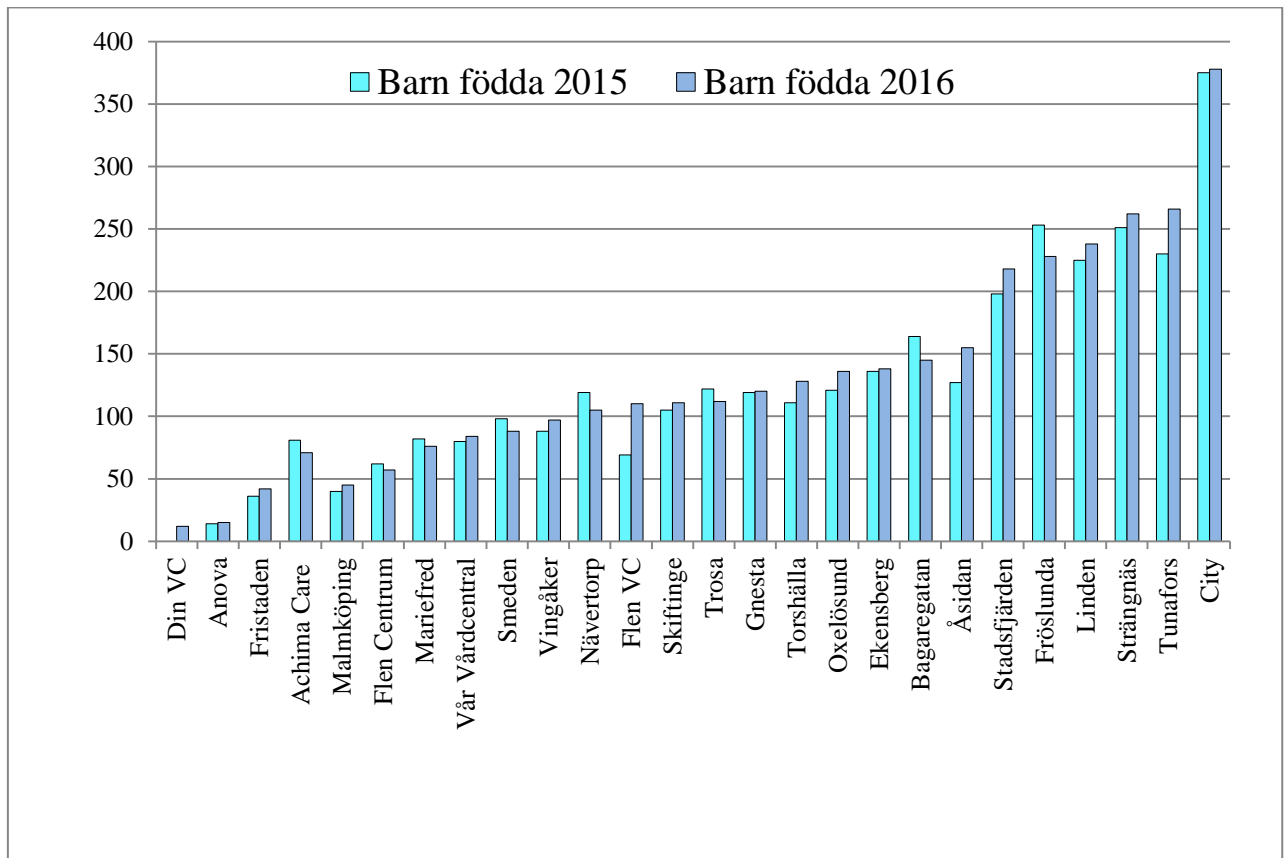


Fig. 7 Antal nyfödda barn inskrivna per BVC (2015-2016)

3. Risk- och skyddsfaktorer för barns hälsa och utveckling

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.¹⁹ Enligt barnkonventionen, artikel 24, ska alla föräldrar få information om det enskilda spädbarnets och moderns behov samt amningens fördel jämfört med uppfödning med modersmjölksersättning.²⁰ Bröstmjolk innehåller ämnen som stimulerar immunförsvaret hos barnet och minskar risken för infektioner såsom akut öroninflammation, akut gastroenterit och allvarlig luftvägsinfektion.^{21 22} Amning är också en skyddsfaktor för plötslig spädbarnsdöd.²³ På lång sikt har amning positiva hälsoeffekter med bland annat lägre risk för högt blodtryck, övervikt och fetma i vuxen ålder.^{24 25} 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.^{26 27} Genom amningsprevention kan barnhälsovården bidra till en mer jämlik, hälsosammare och miljövänligare värld.²⁸

WHO (Världshälsorganisationen) rekommenderar att barnet ska helammas de första sex månaderna och därefter delamning upp till två års ålder.²⁹ 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.^{30 31}

¹⁹ Bra mat för 0-5 år- handledning för barnhälsovården. Livsmedelsverket, 2014

²⁰ FN:s Konvention om barnets rättigheter, 1989.

²¹ Black RE, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*; 382:427-451, 2013.

²² Kramer MS., Kakuma R., Optimal duration of exclusive breastfeeding. Review. The Cochrane Report Technology Assess 2007 Apr; (153): 1-186. 2007.

²³ Minska risken för plötslig spädbarnsdöd: en vägledning för hälso- och sjukvårdspersonal. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

²⁴ Horta BL., Victoria C., Long-term effects of breastfeeding. A systematic review. WHO 2013.

²⁵ 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.

²⁶ Evidens for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. WHO 1989

²⁷ 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

²⁸ Lancet Editorial. Breastfeeding: achieving the new normal, 387:404, 2016

²⁹ WHO U- Global Strategy for Infant Feeding 6 Young Child Feeding. Geneva: World Health Organisation; 2003.

³⁰ 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. I den nationella jämförelsen gällande barn födda 2013, som publicerades 2015 hade Sörmland lägst andel ammade barn vid en veckas och två månaders ålder. Amningstrenden för barnen i Sörmland vände för barn födda 2014 och andelen som ammad vid en vecka och två månaders ålder låg strax över riksgenomsnittet enligt nationell statistik som presenterades av Socialstyrelsen 2016. Socialstyrelsen presenterar sin statistik ett år efter årsrapporterna för barnhälsovården i respektive län ges ut. (Fig. 8)

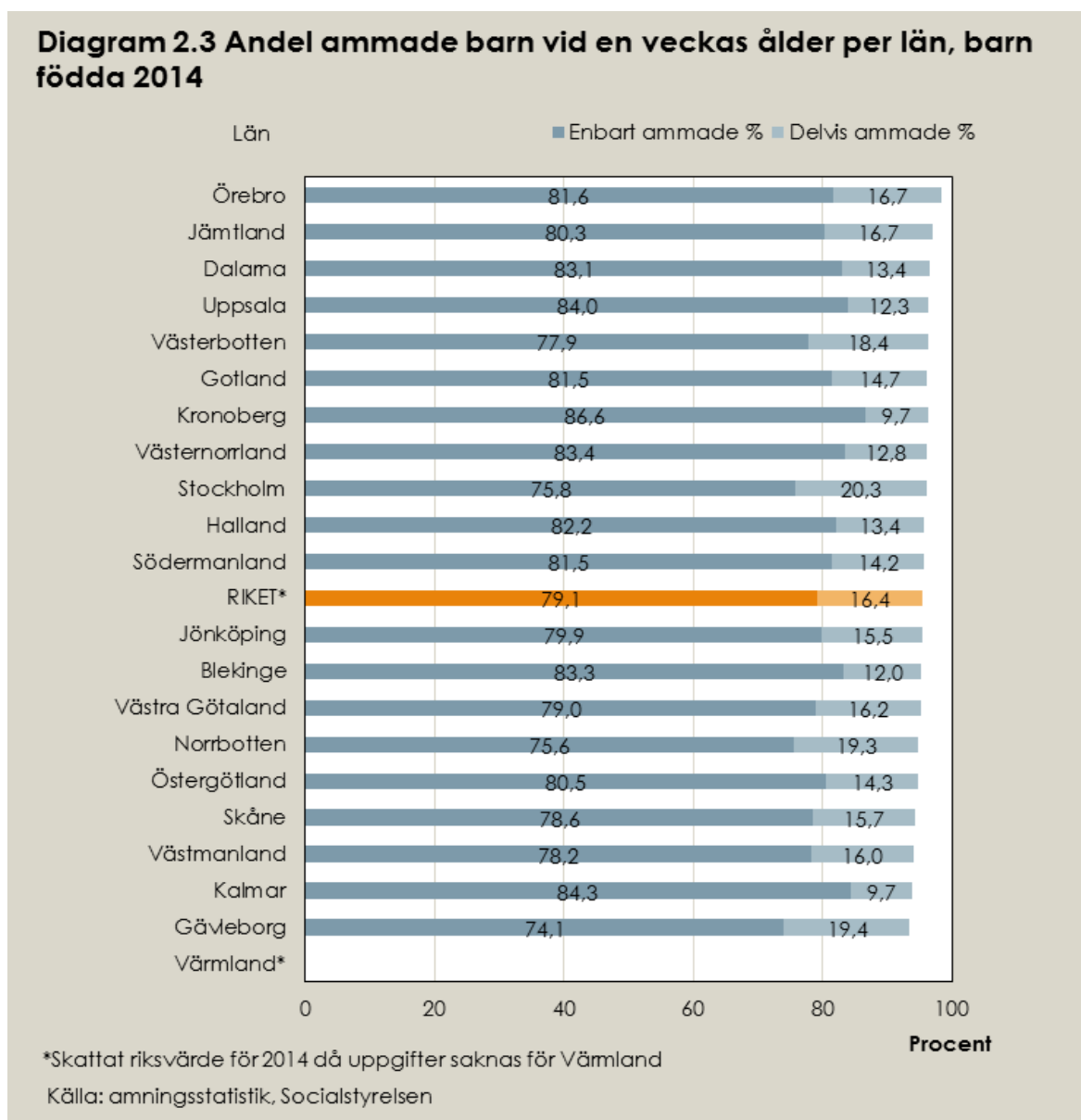


Fig. 8 Nationella jämförelser av amningsfrekvens vid en veckas ålder för barn födda 2014.

³¹ 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/

Under 2016 minskade amningsfrekvensen marginellt från 96 % (barn födda 2014) till 95 % (barn födda 2015) vid en veckas ålder. Andel ammade barn vid två månaders ålder ligger fortfarande på förra årets riksgenomsnitt (85 %) och amningsfrekvensen vid sex månaders ålder minskade också marginellt från 62 % (barn födda 2014) till 61 % (barn födda 2015). (Fig. 9)

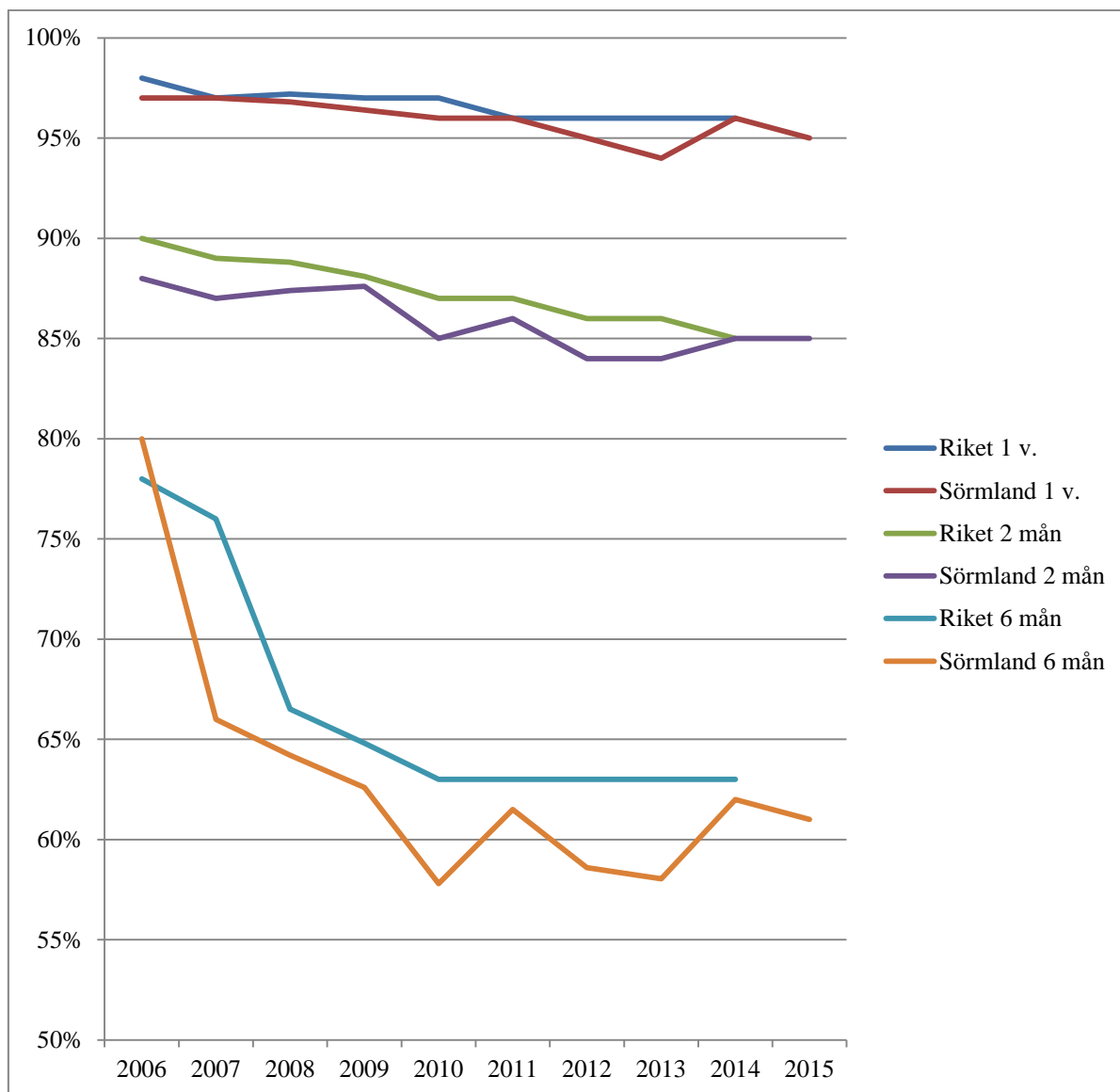


Fig. 9. Andel ammade barn (helt/delvis) vid 1 vecka, 2 månader och 6 månader. En jämförelse mellan riksgenomsnittet och Sörmland för barn födda 2006-2015.

Andelen ammade barn vid en veckas ålder varierade mellan 90 och 100 % vid de olika BVC i länet. Av barn inskrivna på Fristadens BVC och Din Vårdcentral amrades 100 % vid en veckas ålder. (Fig. 10)

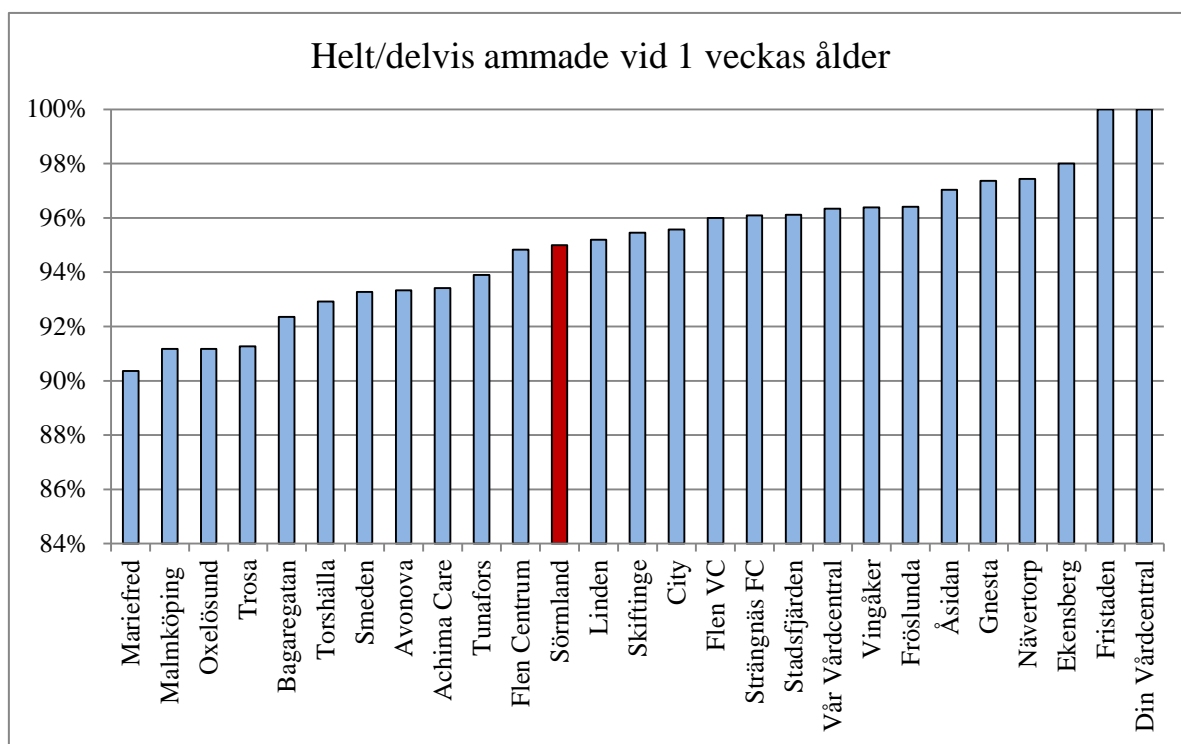


Fig. 10. Andelen helt/delvis ammade barn (födda 2015) vid 1 veckas ålder fördelat per BVC i Sörmland (95 %).

Andelen ammade barn vid två månaders ålder varierar mellan 73 % och 100 % vid länets olika BVC (Fig.11). På Din Vårdcentral BVC ammadess 100 % av barnen vid två månaders ålder.

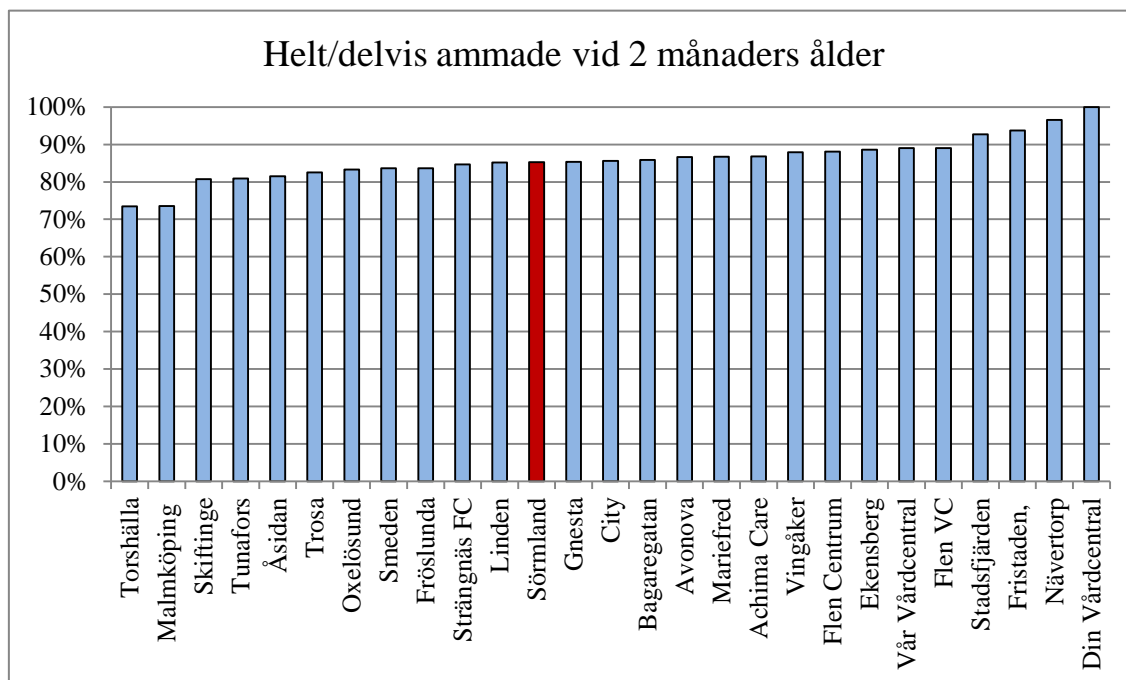


Fig. 11. Andelen helt/delvis ammade barn (födda 2015) vid två månaders ålder fördelat per BVC i Sörmland (85 %).

Amningsfrekvensen vid sex månaders ålder minskade marginellt från 62 % (barn födda 2014) till 61 % (barn födda 2015). Andelen varierade från 40 % till 74 %. Nävertorp BVC hade högst andel (74 %) ammande barn vid sex månader tätt följt av Din Vårdcentral (71 %). (Fig.12)

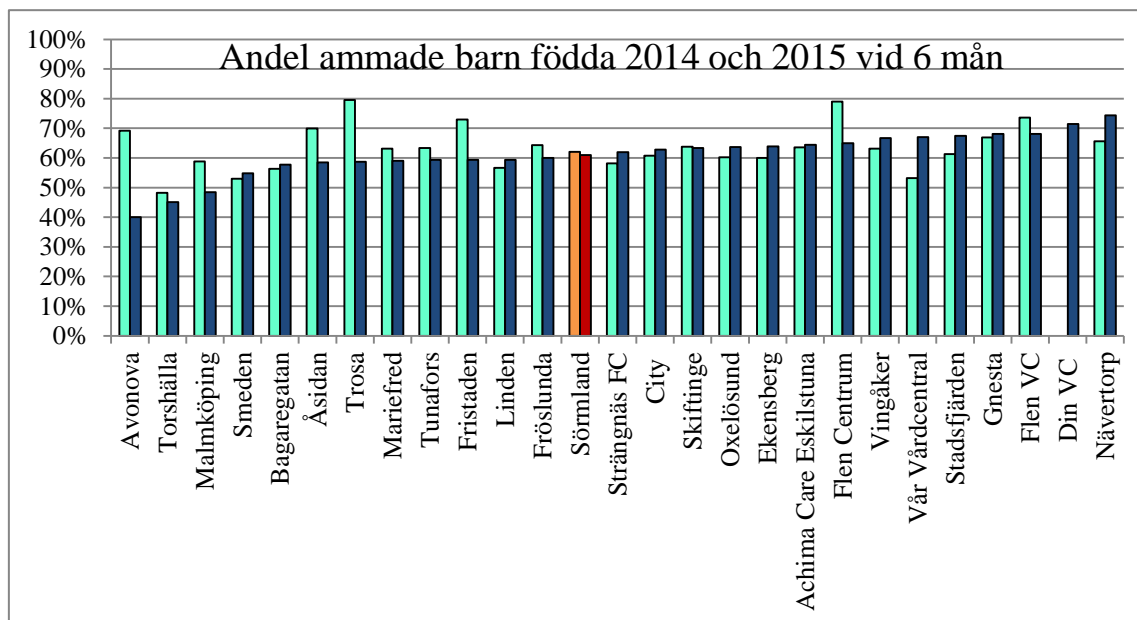


Fig. 12. Förändring av andel helt/delvis ammade barn födda 2014 (62 %). jämfört med barn födda 2015 (61 %) vid 6 månaders ålder fördelat per BVC i Sörmland.

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 mammor. Bland annat studerades variabler som moderns utbildning, inkomst och födelseland.³² Dock visar en annan studie att hög inkomst är en stark indikator för att amma vid sex månaders ålder. Vidare är det vanligare att amma längre än tolv månader i alla invandrargrupper att jämföra med svenska mödrar.³³ Sörmland har en hög andel föräldrar med invandrabakgrund samt många familjer med låg inkomstnivå i förhållande till övriga Sverige.

Samverkan kring amning- Amningsstrategigruppen

Studier visar på betydelsen av hälso- och sjukvårdspersonalens stöd samt av samverkan mellan barnhälsovård, mödrahälsovård, BB, förlossning (vårdkedjan) för att skydda, främja och stödja amning.³⁴ En god amningsvägledning ska baseras på vetenskap och beprövad klinisk erfarenhet samt vara individuellt anpassad.³⁵ Det finns sedan 2015 en uppdaterad amningsstrategi i länet och för att främja och

³² Har sociodemografien betydelse för amningsfrekvensen? Socialstyrelsen, 2014

³³ Wallby T, Hjern A. region birth, income and breastfeeding in a Swedish country. Acta Paediatr. 2009;98(11):1799-1884.

³⁴ Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. WHO 1989

³⁵ Örténstrand, A. För att vara vårdgivare eller rådgivare krävs ett vetenskapligt underlag och en samlad klinisk erfarenhet. Barnbladet nr 1, 2011

stödja amningen har gemensamma amningsutbildningar hållits för hela vårdkedjan i länet under 2016 som arrangerades av amningsstrategigruppen i länet.

I länets amningsstrategigrupp ingår representanter från kvinnokliniken, barnklinken, 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 lång och kort sikt. Under 2016 har den länsövergripande Barnhälsovården Sörmland sammankallat till amningsstrategimöte vid fyra tillfällen.

Barn som utsätts för tobaksrök i hemmet

I artikeln 24 i FN:s konvention om barnets rättigheter fastslås att alla barn har rätt att växa upp i en hälsosam miljö³⁶. Rökning är den enskilt största identifierade riskfaktorn för sjukdom och för tidig död. Sambandet mellan rökning och sjukdom är väl känt.³⁷ Utsatthet för passiv rökning innebär stora risker och ökar i takt med exponeringen.³⁸ Barn är särskilt känsliga för passiv rökning, eftersom deras immunförsvar inte är färdigutvecklat samt att deras luftvägar är trängre. Barn som utsätts för tobaksrök löper bl.a. ökad risk för plötslig spädbarnsdöd, öroninflammation, upprepade luftvägsinfektioner och astmasymtom.^{39 40 41}

Nationell statistik visar att tobaksrökning har minskat bland gravida kvinnor, nyblivna föräldrar och småbarnsföräldrar de senaste decennierna i Sverige. Riksgenomsnittet för andel barn födda 2014 som utsattes för tobaksrök i hemmet vid 0-4 veckors ålder var 11 % vilket är en minskning från 2013 då 12 % utsattes för tobaksrök i hemmet. Sett till enbart papporna rökte 10 % och av mammorna rökte 5 % av nyblivna föräldrar till barn födda 2014 i Sverige.

Den nationella statistikinsamlingen som publicerades 2016, visar att de regionala skillnaderna i föräldrars rökvanor är stora inom landet. **Sörmland tillsammans med Blekinge hade rikets högsta andel barn (födda 2014) som utsattes för rök i hemmet.** 17 % av barnen (födda 2014) utsattes för tobaksrök i hemmet vid 0-4 veckors ålder och 18 % av barnen (födda 2014) vid åtta månaders ålder.⁴² Jämfört med riket är **Sörmland också det län där flest pappor till spädbarn röker.**

³⁶ FN:s Konvention om barnets rättighet, 1989.

³⁷ Amning och föräldrars rökvanor Barn födda 2013, Socialstyrelsen 2015.

³⁸ Folkhälsan i Sverige: årsrapport 2013. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.

³⁹ Minska risken för plötslig spädbarnsdöd. En vägledning för Hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen, 2014.

⁴⁰ Amning och föräldrars rökvanor Barn födda 2013, Socialstyrelsen 2015

⁴¹ Miljörapport 2009. Socialstyrelsen, 2009.

⁴² Statistik om spädbarnsföräldrars rökvanor 2014, Socialstyrelsen 2016

Årets insamlade statistik visar att av barn födda 2015 hade 17 % någon i familjen som rökte vid 0–4 veckors ålder och vid åtta månaders ålder. (Fig.13)

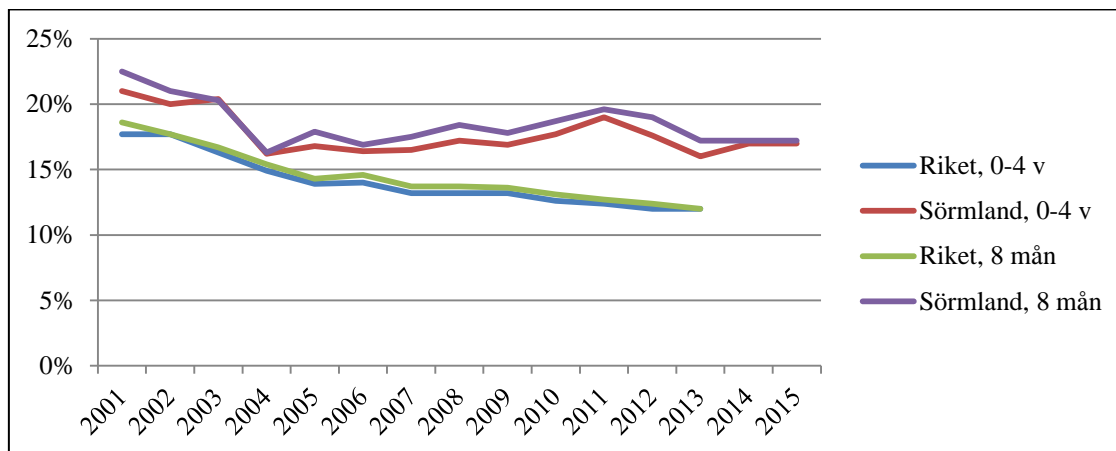


Fig. 13. Andel barn som barn utsattes för tobaksrök i hemmet vid 0–4 veckors ålder och 8 månader. En jämförelse mellan riksgenomsnittet och Sörmland av barn födda 2001-2015.

Utsatthet för tobaksrök varierar stort i länet och skillnaderna (5-42 %) tenderar att öka ytterligare från föregående år. Enbart fyra av länets 26 BVC (Stadsfjärden, Gnesta, Avonova och Achima Care) hade färre rökande föräldrar vid 0–4 veckor än riksgenomsnittet (Fig. 14)

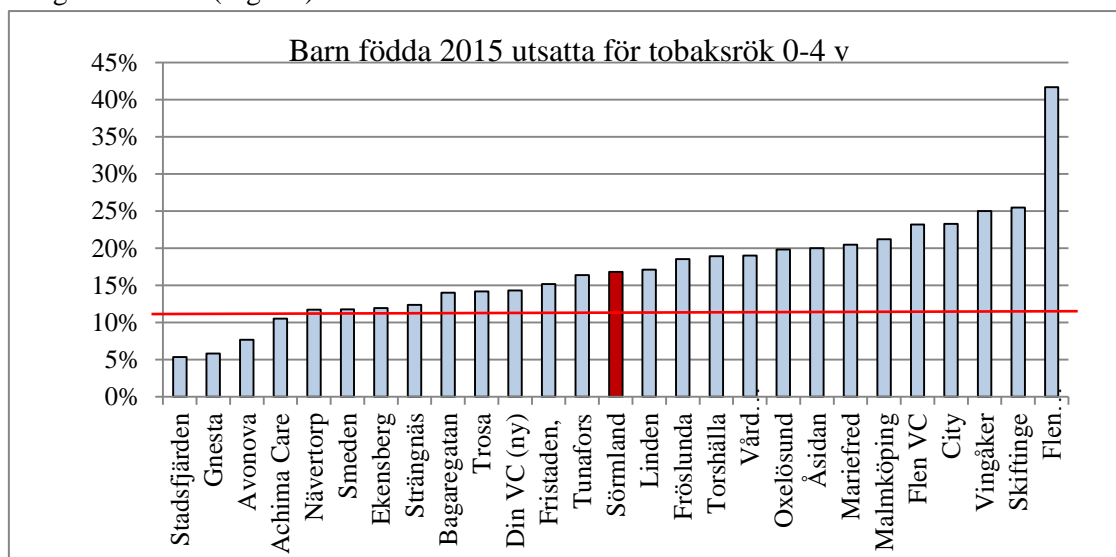


Fig. 14 Andelen barn 0–4 veckor (barn födda 2015) som utsattes för tobaksrök i hemmet (2015), per BVC. Riksgenomsnittet (11 %) för barn födda 2014 markeras med röd linje.

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 17 % av papporna när barnet var 0–4 veckor, med stor variation mellan BVC. Andelen rökande mammor ligger på samma nivå för barn födda 2014 (6 %) som barn födda 2015 (6 %) vid 0–4 veckor. (Fig.15)

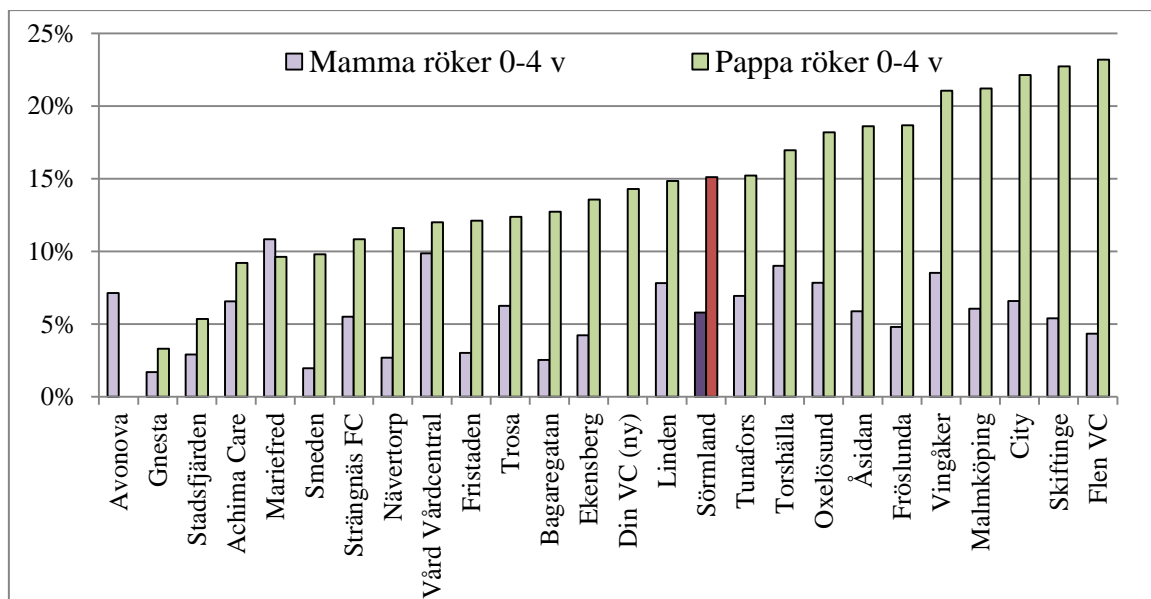


Fig. 15. Andel rökande mammor och pappor till barn (födda 2015) 0-4 veckor per BVC i Sörmland.

7 % av barnen födda 2015 hade rökande mammor vid åtta månaders ålder. Det är samma andel som för barn födda 2014. Andel rökande pappor till barn vid åtta månaders ålder har ökat från 14 % (barn födda 2014) till 15 % (barn födda 2015) (fig. 16).

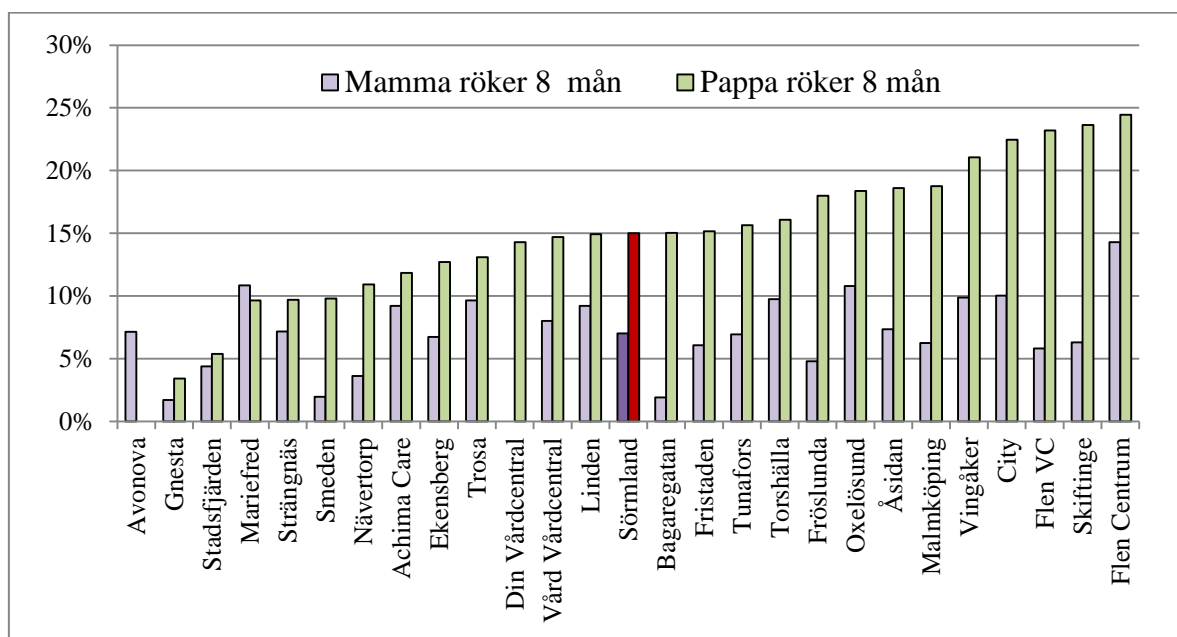


Fig. 16. Andel rökande mammor och pappor till barn (födda 2015) 8 månader per BVC i Sörmland.

Barn i migration och hälsa

Krig och förföljelse har tvingat fler människor än någonsin att lämna sina hem.

Under 2016 uppskattar FN:s flyktingorgan UNHCR att 65,3 miljoner människor

levde på flykt och mer än hälften är barn. Allra flest människor flyr inom sina egna

länders gränser eller angränsande stater. Under 2016 är Syrien och Afghanistan de länder som flest människor tvingas lämna.⁴³

Att fly innebär oftast en otrygg och riskfylld resa och barn är ofta de mest utsatta och oskyldiga offren i kriser och katastrofer. Barnombudsmannen visar i en rapport att barn som anländer till Europa och till Sverige inte får sina rättigheter tillgodosedda. Barn utsätts för risker under resan till Sverige såsom människohandel, exploatering, andra brott, sjukdomar och i värsta fall död men har även nekats akutsjukvård, förnödenheter och boenden i Sverige. Barn i minoritetsgrupper är en extra utsatt grupp. 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 vaccinering, tolksamtal, andra stödjande insatser och samverkan med andra aktörer i samhället.^{44 45}

Migration påverkar människors hälsa. Det finns indikationer på att en tredjedel av flyktingar i Sverige lider av någon form av ohälsa såsom hög nivå av stress, post-traumatiskt stress och depression. Barn och ungdomar beskrivs vara särskilt utsatta.⁴⁶ Barn i migration har liksom andra barn rätt till en god och jämlik hälso- och sjukvård, inklusive barnhälsovård. För att personal inom barnhälsovården ska kunna erbjuda barnhälsovård till barn i migration behövs särskild kompetens för att möta deras behov av stödinsatser. Samverkan inom vårdkedjan är en viktig förutsättning för att säkerställa barns tillgång till barnhälsovård och förutsättningar för bästa möjliga hälsa och utveckling.^{47 48}

Landstinget där barnet vistats under asylprocessen ska göra en hälsoundersökning. Migrationsverket ska meddela landstinget i vilken kommun barnet är skrivet så att primärvården kan kalla till hälsoundersökningen. Hälsoundersökningen bör erbjudas snarast efter ankomst till Sverige. När den första hälsoundersökningen av barnet är utförd bör flyktingmottagningen skicka journalkopia/meddelande till BVC, för ett individuellt hälsosamtal och läkarundersökning enligt det nationella

⁴³ UNHCR

⁴⁴ Gustafsson LH, Lindberg T (2015). Möta barn på flykt enkel handbok för alla. UNICEF.

⁴⁵ Barnombudsmannen. Barn på flykt – Barns och ungas röster om mottagandet av ensamkommande. 2016

⁴⁶ Folkhälsomyndigheten (2017) Folkhälsans utveckling.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2017/> hämtat: 2017-05-31

⁴⁷ <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barnhalsovard-for-barn-som-migrerat-fran-andra-/Migration-och-barns-halsa/> hämtat: 2017-05-31

⁴⁸ Barnombudsmannen. Nyanländas barns hälsa- Delrapport i Barnombudsammens årstema 2017- Barn på flykt. 2017

barnhälsovårdsprogrammet. Vid besök på BVC ska en barnhälsovårdsjournal upprättas.^{49 50 51}

På Migrationsverkets hemsida redovisas antal inkomna asylsökningar. Under 2016 registrerades 6017 ansökningar i Sverige för barn 0–6 år. Detta kan jämföras med 18 551 ansökningar under 2015. 61 av dessa barn (0–6 år) var ensamkommande.⁵² Barn (0–6 år) i Migrationsverkets boenden innefattar både barn som söker asyl, har fått ett uppehållstillstånd samt barn som har ett utgående uppehållstillstånd. Under 2016 bodde 14 319 barn (0–6 år) i Migrationsverkets boenden i Sverige. Endast en femtedel av dessa barn bodde i ett eget boende, resterande bodde i ett anläggningsboende. I Sörmland bodde 529 barn i Migrationsverkets boenden.

Den 20 juli 2016 trädde en tillfällig utlänningslag med tillfälliga uppehållstillstånd i kraft i Sverige.⁵³ Stängda gränser i Europa och en restriktivare lagstiftning har medfört längre och farligare flyktvägar.⁵⁴ Den begränsade möjligheten att söka asyl kan leda till fler papperslösa barn. Det finns idag inga uppgifter om antalet papperslösa, eftersom de inte registreras, men de uppskattas till tiotusentals i Sverige. Barn som lever som papperslösa hanterar en livssituation präglad av hot om att bli upptäckta, gripna och skickas tillbaka till en tillvaro som deras föräldrar och de själva uppfattar som livsfarlig.⁵⁵



⁴⁹ Riktlinjer för tillgång till vård för asylsökande samt papperslösa. Lanstinget Sörmland 2012.

⁵⁰ Svensk Författningssamling. Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlämningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

⁵¹ Svensk Författningssamling. Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

⁵² Migrationsverket, inkomna ansökningar om asyl. Tillgänglig: <https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Oversikter-och-statistik-fran-tidigare-ar/2016.html>

⁵³ Lag (2016:752) om tillfälliga begränsningar av möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige.

⁵⁴ Barnombudsmannen. Vi lämnade allting och kom hit- Röster från barn och unga på flykt. 2017

⁵⁵ Ascher H, Walhström Smith Å, Bli inte hopplös – en studie om vardagsstrategier hos barn på flykt i en papperslös situation. Stiftelsen Allmänna Barnhuset, 2017.

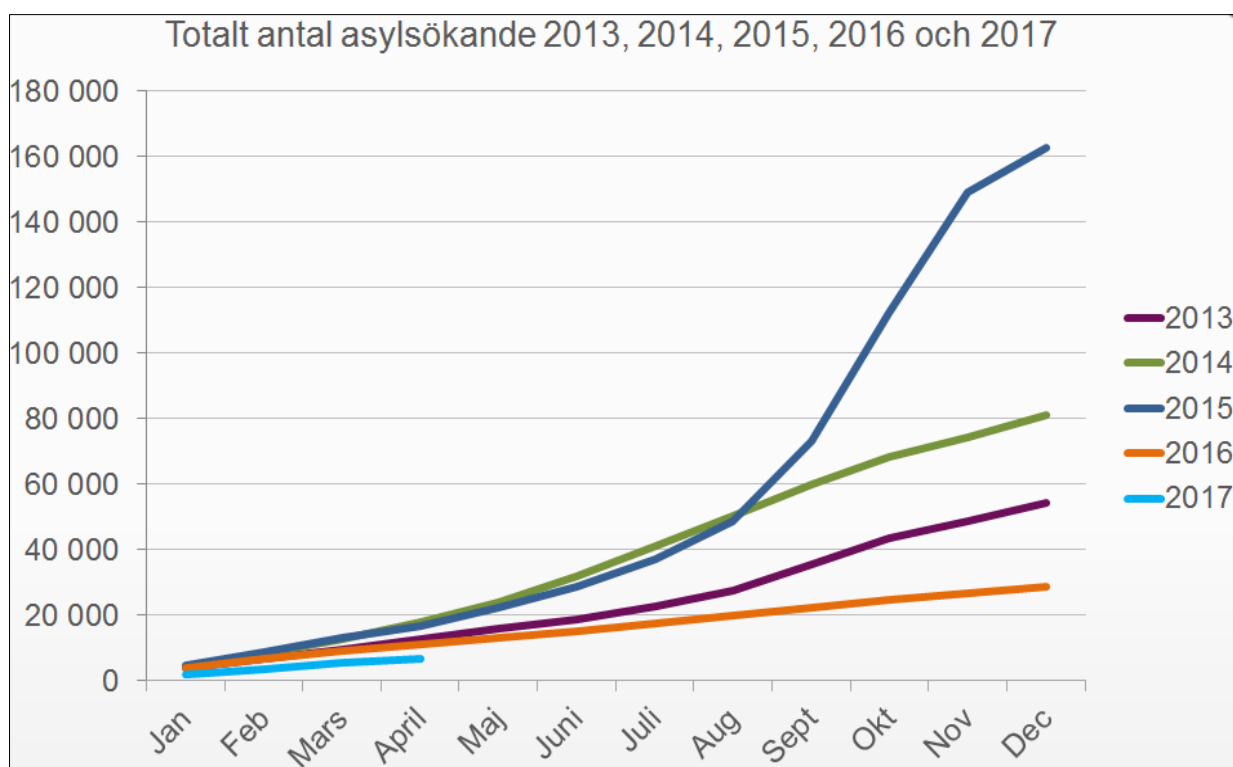


Fig. 17. Antal asylsökande nationellt mellan åren 2013 och 2017.

Den ökade migrationen har inneburit en ökning av barn med utländsk härkomst vid länets BVC. En av vårdtyngdsindikationerna är andelen inskrivna barn som är i behov av BCG-vaccination. Barn som enligt WHO:s förteckning av riskländer för tuberkulos anges i statistiken som barn med utländsk härkomst.

Av barn födda 2014 har 33 % av barnen inskrivna på BVC utländsk bakgrund (d.v.s. tillhör riskgrupp för tuberkulos). Av barn födda 2007 hade 21 % utländsk bakgrund och andelen ökade från 29 % till 33 % mellan 2012 respektive 2014. Se vidare i avsnitt om *BCG-vaccinering*.

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 att länsens statistik har redovisats i respektive årsrapport. Men gällande barn (födda 2013) hade 23 % i riket och 33 % i Sörmland utländsk bakgrund. (Fig.18)

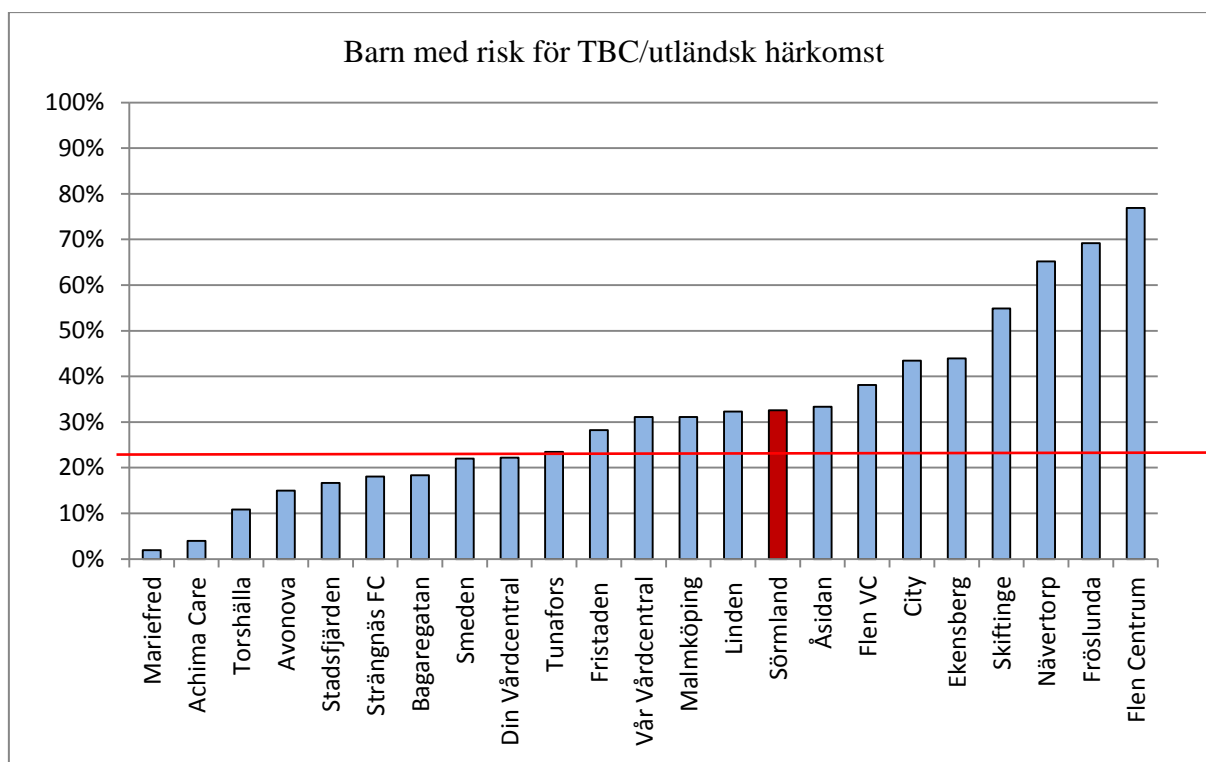


Fig. 18 Andel barn födda 2014 med utländsk härkomst, definierat som andel barn i risk för TBC-smitta (%) per BVC. Riksgenomsnittet (23 %) markerat med röd linje.

Socioekonomiska förhållanden som påverkar barns hälsa i Sörmland

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

Tidigare mätningar visar att **Sörmland har rikets högsta andel barn som lever i ekonomisk utsatthet**. Barnfattigdomen i Sörmland ökade från 16 % mätt 2012 till 17 % mätt 2013. 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.⁵⁶

Sörmland tar 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 psykiska och fysiska och ohälsa.⁵⁷ (se kapitel 3, Risk- och skyddsfaktorer för barns hälsa och utveckling, *Barn och Migration och Hälsa*)

⁵⁶ Barnfattigdom i Sverige, årsrapport 2015, Rädda barnen, 2015.

⁵⁷ Gustafsson LH; Lindberg T, Möta barn på flykt enkel handbok för alla, UNICEF, 2016

Utbildningsnivån i Sverige är generellt hög och mer än var tredje svensk i arbetsför ålder har en eftergymnasial utbildning. Spädbarnsdödlighet, dödlighet orsakat av olyckor eller andra sjukdomar är högre bland barn till mammor med kortare utbildning.⁵⁸ 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.⁵⁹

Social utsatthet är kopplat 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.⁶⁰

BMI kommer fortsättningsvis att följas hos barn i Sörmland i den årliga statistikinsamlingen. BMI är en av de få risk- eller skyddsfaktorer som vi kan mäta hos barnet självt. Övriga mätbara risk- och skyddsfaktorer är kopplade till barnets familj och närmiljö. Det förs nationell statistik om förekomst av övervikt och fetma bland barn i förskoleåldern. Flera landsting mäter IsoBMI vid barnets fyraårsbesök på BVC för att identifiera de barn som utvecklat övervikt och fetma.

Utifrån siffror tagna från årsrapporter från ett antal landsting i Sverige framgår att fyraårigar födda 2007 eller 2008 har i genomsnitt mellan 8–13,5 % övervikt och mellan 1,8–2,7 % fetma.⁶¹ Statistiken visar på både regionala och lokala (stadsdelar/kommuner) skillnader gällande förekomst av övervikt och fetma, med ökad förekomst i socioekonomiskt svaga områden.⁶² Tidigare data insamlad av Barnhälsovården Sörmland visade att 13 % av barn födda 2008 var överviktiga och 3,3 % hade fetma vid fyra års ålder. Detta tyder på att de sörmländska barnen lider av övervikt eller fetma i högre utsträckning än riksgenomsnittet.

⁵⁸ Folkhälsan i Sverige, årsrapport 2014. Folkhälsomyndigheten.

⁵⁹ Statistiska centralbyrån. www.scb.se

⁶⁰ Amning och föräldrars rökvanor. Barn födda 2013. Socialstyrelsen, 2015.

⁶¹ Rikshandboken <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barns-tillvaxt-0-6-ar/Overvikt/> hämtad 170524

⁶² Bråbäck L., Bågenholm G. & Ekholm L. Fetmautvecklingen bland svenska 4-åringar tycks ha stannat av men stora regionala skillnader visar socioekonomins betydelse Läkartidningen (106)43, 2758-2761, (2009)

4. Förutsättningar för att arbeta med barnhälsovård

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.^{63 64}

Bemanning

BHV-sjuksköterskan 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.⁶⁵ För att uppnå en god kvalitet samt upprätthålla kompetens och erfarenhet hos personalen fastslås både i de nationella och lokala målbeskrivningarna för sjuksköterska respektive läkare inom barnhälsovården att de ska se och ansvara för **minst 25 nyfödda barn per år**. I ett område utan ökad vårdtyngd (se avsnitt om *Vårdtyngd*) rekommenderas 55 nyfödda/år per heltidsanställd BHV-sjuksköterska. 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.^{66 67 68} En MBHV-psykolog ska ha ett underlag på högst 2 000 barn (0–6 år) och 300 gravida/blivande föräldrar.⁶⁹

BHV-sjuksköterska

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

Antalet inskrivna barn under 2016 innebar ett behov av 62 heltids sjukskötersketjänster, men om hänsyn tas till den höga vårdtyngden i Sörmland (se avsnitt om *Vårdtyngd*) behövs ca 80 heltidsanställda BHV-sjuksköterskor. Mellan år 2015 och 2016 ökade antalet anställda specialistutbildade distrikts- och/eller barnsjuksköterskor från 70 till 80 anställda i länet. Arbetstiden hos de 80 BHV-sjuksköterskorna motsvarade 59 heltidstjänster. (Fig. 19)

⁶³ Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården (BHV), 2015.

⁶⁴ Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland, Barnhälsovården 2012

⁶⁵ Vägledningen för Barnhälsovård, Socialstyrelsen 2014

⁶⁶ Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården (BHV), 2015.

⁶⁷ Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland, Barnhälsovården 2012

⁶⁸ Nationell målbeskrivning för läkartjänstgöring inom barnhälsovården, 2014.

⁶⁹ Nationell målbeskrivning för Mödra- och Barnhälsovårdpsykologernas verksamhet, 2016

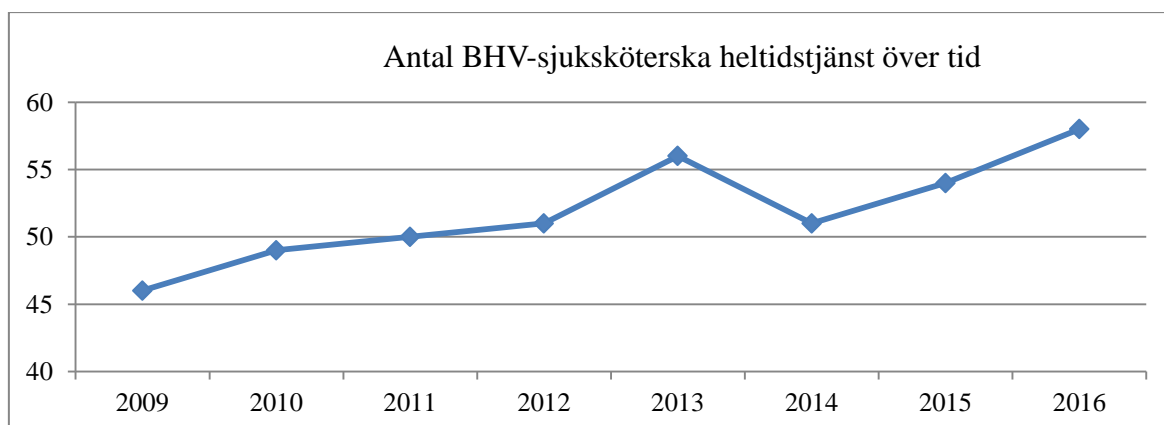


Fig. 19 Totalt antal BHV-sjukskötersketjänster (100 %) i länet år 2009-2016.

Hälsoval beslutade i december 2015 att stärka barnhälsovården för att möta de ökade behoven som migrationen lett till genom att förmedla ökade resurser till länets vårdcentraler. Resurserna fördelades efter vårdtyngd och antal flyktingboenden i området. Flera vårdcentraler använde dessa medel för att öka bemanning på BVC. Det genomsnittliga barnantalet minskade därmed från 62 till knappt 58 nyfödda per BHV-sjuksköterska mellan år 2015 och 2016. Ojämlikheterna i antal nyfödda per BHV-sjuksköterska vid länets BVC minskade, men varierade mellan 39 och 74 nyfödda barn per heltidsanställd BHV-sjuksköterska. Vissa BVC med hög vårdtyngd kommer inte under målet med högst 55 nyfödda per heltidsanställd BHV-sjuksköterska. (Fig. 20)

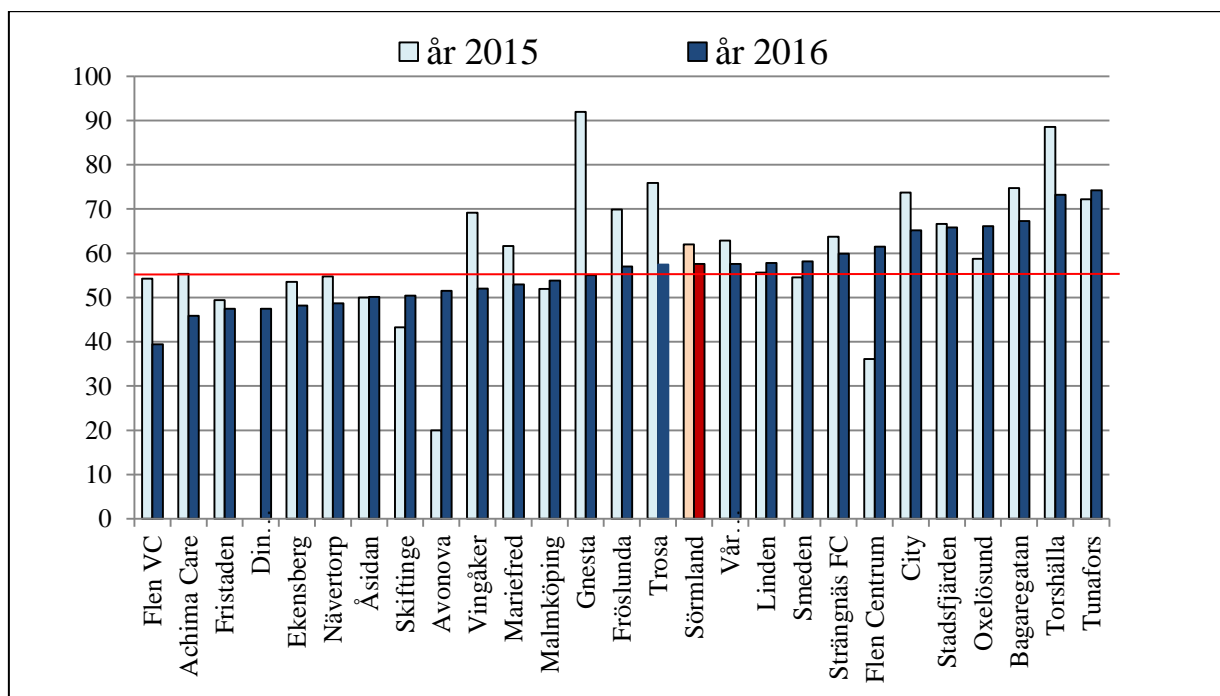


Fig. 20 Antal nyfödda barn 2015 respektive 2016 per heltidstjänst BHV-sjuksköterska. Riktmerket med 55 nyfödda/heltid utan ökad vårdtyngd är markerad med röd linje.

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. BHV-läkaren ska se och ansvara för minst 25 nyfödda/år.

⁷⁰ ⁷¹ 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 ska avsättas för samråd med BHV-sjuksköterska, BHV-psykolog och andra samverkanspartner kring barnet och dess familj, fortbildning och teamträffar. ⁷²

Enligt kravspecifikationen för barnhälsovård i Landstinget Sörmland skall varje BVC ha tillgång till en konsult med barnmedicinsk kompetens. I nuläget har tre BVC i Sörmland (City, Skiftinge och Familjecentralen Strängnäs) tillgång till specialist i barn- och ungdomsmedicin.

I statistikinsamlingen efterfrågas antal läkartimmar avsatta för barnhälsovård i det inrapporterade området under 2016, vilket inkluderar teammöten och utbildningsdagar (4 timmar/vecka fördelat på 48 veckor under året). Sex av länets BVC hade avsatt läkartid för barnhälsovård i tillräcklig omfattning under 2016. Drygt hälften (53 %) av barnen i Sörmland fick behovet av läkartid för barnhälsovårdens hälsofrämjande insatser tillgodosett. (Fig. 20)

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. BHV-psykologens område ska innefatta högst 2 000 barn (0–6 år),⁷³ vilket motsvarar 10 heltidstjänster i Sörmland. Under 2016 har barnhälsovården 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 har påbörjats under hösten 2016 och fortsätter under 2017. BHV-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, Gnesta, Strängnäs, Mariefred, Flen, Trosa, 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. Under 2016 har BHV-sjuksköterskorna i snitt deltagit vid sju konsultationstillfällen/BHV-sjuksköterska.

⁷⁰ Nationell målbeskrivning för läkartjänstgöring inom barnhälsovården, 2014.

⁷¹ Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland, Barnhälsovården 2012

⁷² Nationell målbeskrivning för läkartjänstgöring inom barnhälsovården, 2014.

⁷³ Nationell målbeskrivning för Mödra- och Barnhälsovårdpsykologernas verksamhet, 2016

Totalt antal in- och utskrivningar

Det är inte bara nyfödda barn som skrivits in på BVC under 2016. Den stora in- och utflyttningen av barn, i synnerhet från andra länder, innebär att det faktiska antalet barn som skrevs in på BVC under 2016 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 86 barn per heltidsanställd BHV-sjuksköterska under 2016. Det är en minskning mot 2015 då genomsnittet var 100 barn per heltidstjänst, men betydligt mer än normtalet 55 nyfödda per heltidsanställd BHV-sjuksköterska 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 BVC vid Din Vårdcentral, Avonova Strängnäs och Flen Centrum. (Fig. 21)

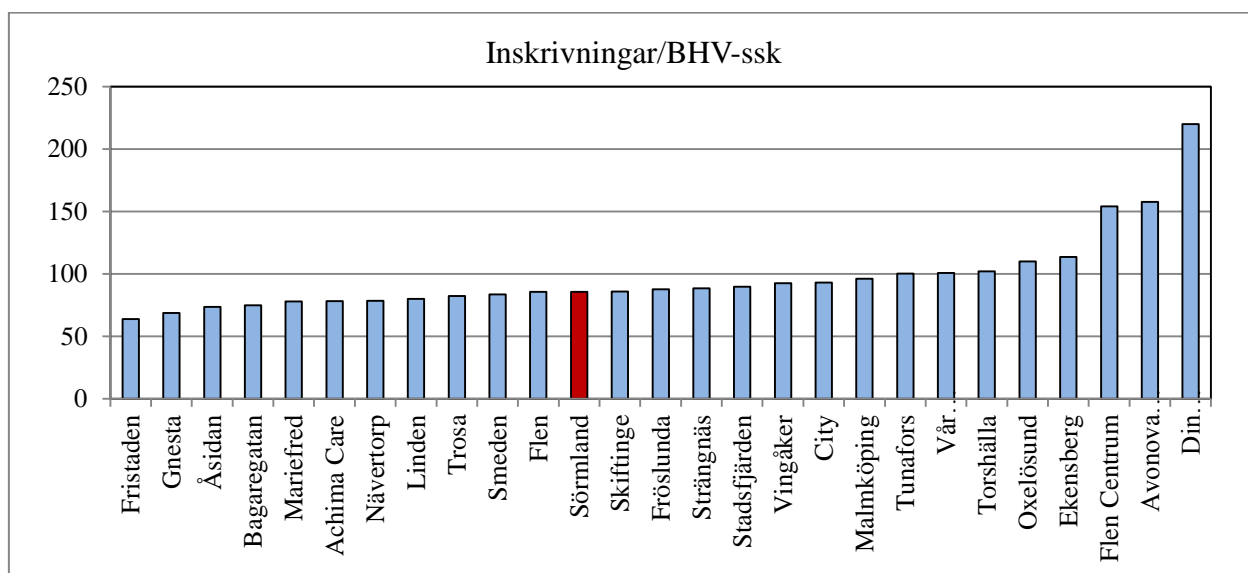


Fig. 21 In- och utskrivningar fördelat över länets BVC under 2016.

Care Need Index (CNI)

Statistiska centralbyrån har tagit fram ett hjälpmedel som använder socioekonomiska förhållanden för att identifiera risk för ohälsa (Se kapitel 3, Risk- och skyddsfaktorer för barns hälsa och utveckling, *Socioekonomiska förhållanden som påverkar barns hälsa i Sörmland*) Care Need Index (CNI) används av landstinget för att beräkna ersättning till vårdgivare. 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. Därför behöver vårdcentraler med högt CNI mer resurser för att bedriva en jämlik och rättvis hälso- och sjukvård till hela befolkningen.⁷⁴ I nationella jämförelser har Sörmland högst uppmätt CNI. (Fig.22)

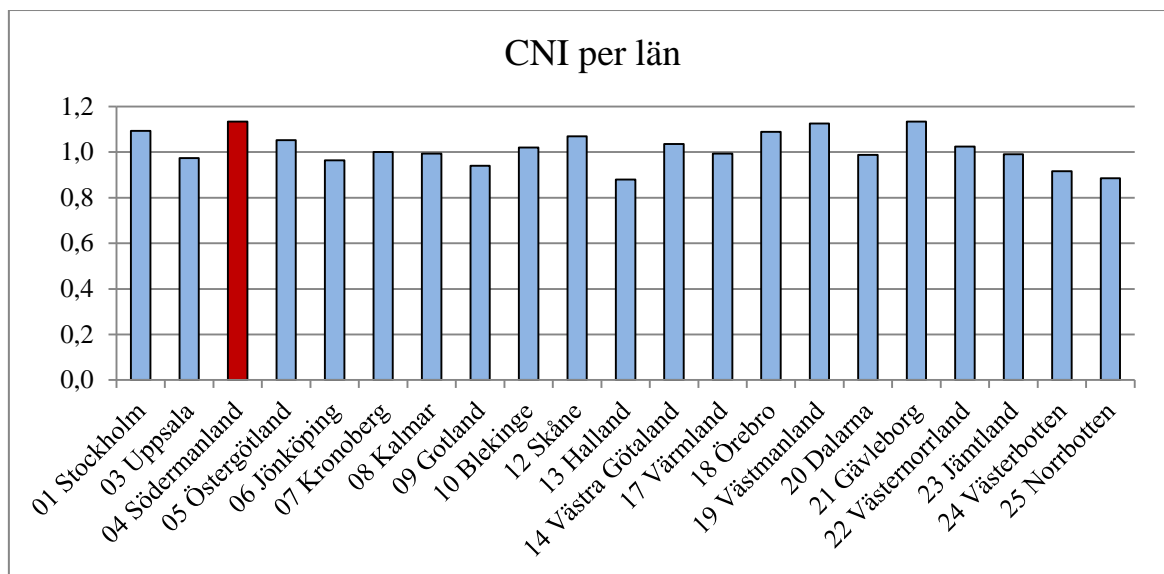


Fig. 22 CNI per län redovisat 2015.12.31

Vårdtyngd

För att kunna erbjuda en jämlik och rättvis barnhälsovård behöver områden med hög vårdtyngd mer tillgång till BHV-personal (sjuksköterska, läkare och psykolog). Vårdtyngden (VT) beräknas för att kompensera för hälsobehovet hos barn i befolkningen och garantera att barn får tillgång till barnhälsovård utifrån behov. Enligt Kravspecifikationen bör BVC med högre vårdtyngd ha färre än 55 nyfödda/år och heltidsanställd BHV-sjuksköterska. Områden med hög vårdtyngd förutsätter mer tid för hälsoövervakning, utvecklingsbedömningar, tolkbehov, riktade stödinsatser och samverkan. Det gäller även utökad tid för hembesök och teambesök med läkare och/eller psykolog.^{75 76 77 78}

Vårdtyngd beräknas genom att summera andel förstfödda dividerat med tre, andel rökande mammor vid 0–4 veckor och andel barn med utländsk bakgrund (riskbarn för tuberkulos). I Sörmland var 39 % av alla föräldrar försttagångsföräldrar vilket ger en ökad vårdtyngd på 13 % (39 % /3), 33 % av alla barn hade utländsk bakgrund (riskbarn för tuberkulos) och 6 % av barnen (0–4 veckor) hade rökande

⁷⁴ Statistiska centralbyrån. www.scb.se

⁷⁵ Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården (BHV), 2015.

⁷⁶ Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården (BHV), 2015.

⁷⁷ Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland, Barnhälsovården 2012

⁷⁸ Nationell målbeskrivning för Mödra- och Barnhälsovårdpsykologernas verksamhet, 2016

mammor. Dessa tre faktorer tillsammans är indikatorer för att beräkna en ökad vårdtyngd.

Den genomsnittliga vårdtyngden för Sörmland ökade från 39 % till 51 % mellan åren 2008 till 2013. Mellan 2014 och 2015 var vårdtyngden stabil, men **under 2016 ökade vårdtyngden ytterligare till 53 %**. (Fig. 23)

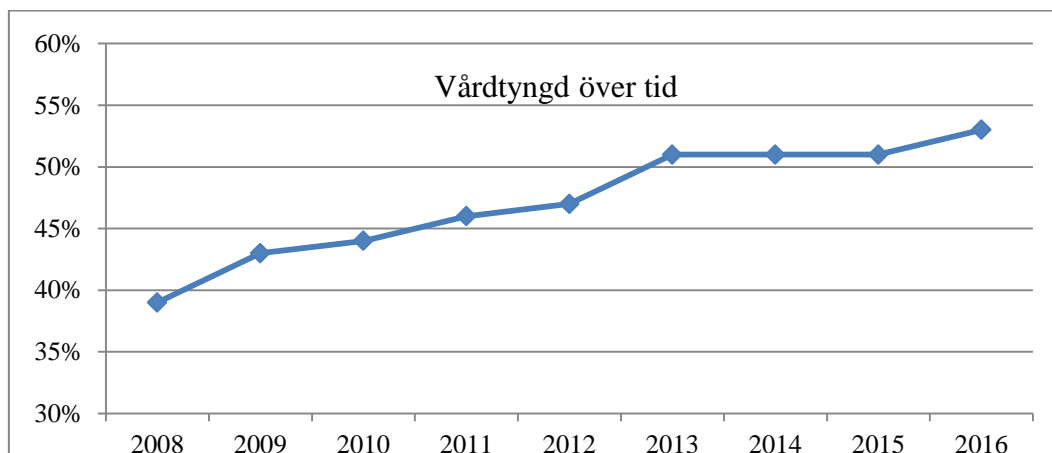


Fig. 23 Den totala vårdtyngden på BVC i Sörmland under åren 2008-2016.

Alla BVC i Sörmland har en hög vårdtyngd. BVC Flen Centrum hade en vårdtyngd på 100 %, vilket enligt vårdtyngdsberäkningen innebär att de behöver dubbelt så hög bemanning. BVC i Fröslunda (84 %), Nävertorp (80 %), Skiftinge (71 %), Ekenberg (64 %), City (64 %) och Oxelösund (62 %) har också hög vårdtyngd. (Fig. 24)

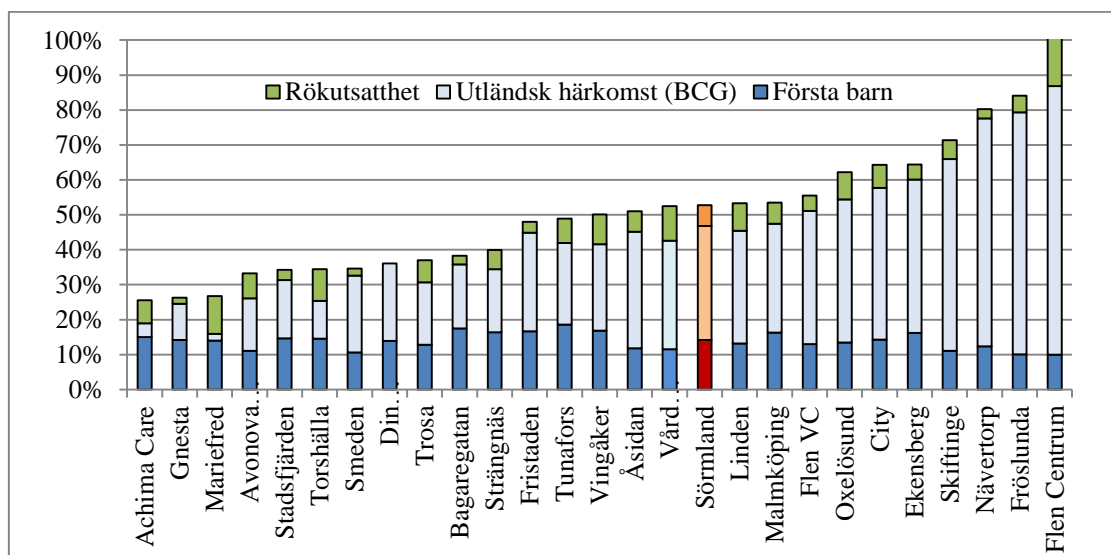


Fig. 24 Vårdtyngd utöver "normalbehovet" på BVC 2016. Staplarna visar andelen nyfödda med förstagångsföräldrar/3, andelen nyfödda med rökande föräldrar och andelen nyfödda med utländsk bakgrund.

Teamarbete mellan BHV-sjuksköterskan och BHV-läkare blir extra betydelsefullt vid en hög vårdtyngd. Likaså det utökade teamet med BHV-psykolog och det konsultationsstöd som ges i konsultationsgrupper.⁷⁹ Likaså finns ett särskilt behov av samverkan med logopedier, dietister, barn- och ungdomspsykiatri och habiliteringen m.fl.

I områden med hög vårdtyngd behövs samverkan mellan landstingets verksamheter men också med kommunens verksamheter såsom förskolor, skolor, socialtjänst, bibliotek, flyktingmottagningar. Familjecentraler är en hälsofrämjande arena som lämpar sig för samverkan kring barns och familjers hälsa, integration, sociala nätverk etc.^{80 81} Fem av de tio BVC med extra hög vårdtyngd har familjecentraler. Bland övriga BVC med hög vårdtyngd pågår projekt för att starta familjecentraler tillsammans med respektive kommun.

Vårdtyngdsindex (VTI) och Care Need Index (CNI) är jämförbara

Sammantaget har vi en hög belastning med stora behov hos barnen inskrivna på BVC i Sörmland. Den ersättning som respektive vårdcentral får för att kompensera det ökade behovet vid högt CNI behövs även för barnhälsovårdsarbetet på respektive vårdcentral. Resultaten vid jämförelser mellan uträkning av Care Need Index (CNI) och vårdtyngdsindex (VTI) stämmer väl överens. Den genomsnittliga vårdtyngden för BVC i Sörmland var 53 % (=0,53). Denna procentsats är lika med vårdtyngdsindex (VTI) 1,0. Genom att dela varje BVC:s vårdtyngd (0,26–1,0) med 0,53 får vi ett vårdtyngdsindex för varje BVC. 1,0 står alltså för den genomsnittliga VTI och det genomsnittliga CNI i länet. (Fig.25)

⁷⁹ Lannér Swensson, A. Samspelet i spädbarnsfamiljen - Att främja en trygg anknytning. Gothia utbildning 2013

⁸⁰ <http://familjecentraler.se/>

⁸¹ Behovsanalys Nyanlända papperslösa. Landstinget Sörmland 2015.

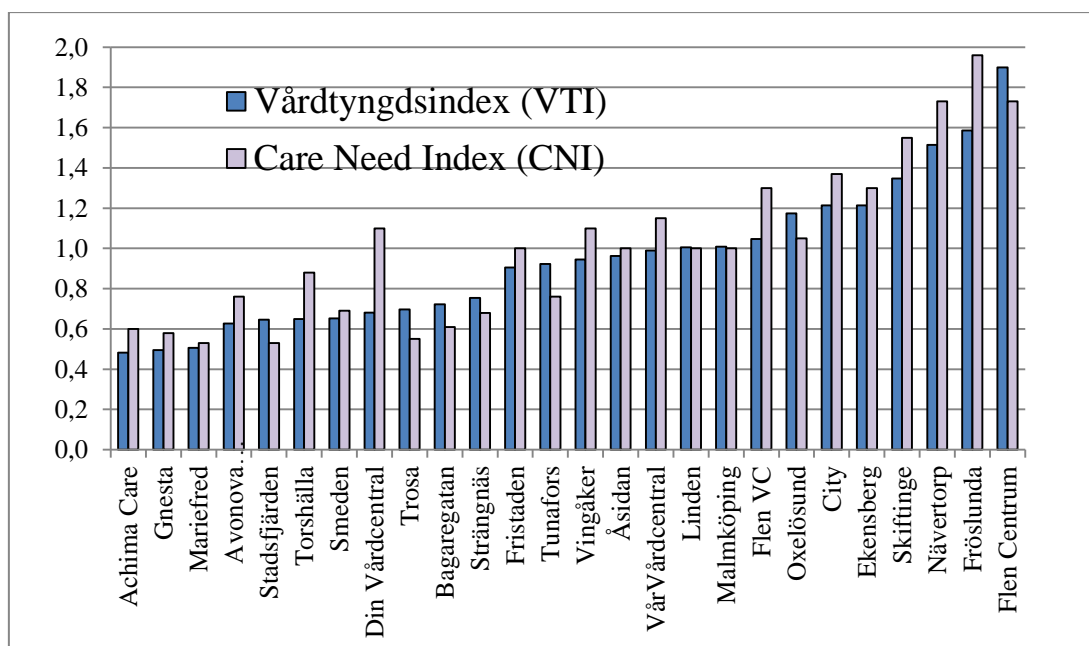


Fig. 25 Jämförelse mellan Index för vårdtyngd (VTI) och Care Need Index (CNI) på vårdcentralnivå.

5. Arbetssätt inom barnhälsovården

Barnhälsovården erbjuder insatser till alla barn vilket ger förutsättningar för att arbeta hälsofrämjande och tidigt upptäckta behov av insatser. Vägledningen för barnhälsovården belyser barnhälsovårdens olika arbetssätt såsom hälsofrämjande och föräldrastödande samtal, hembesök och föräldrastöd i grupp. Barnhälsovården möter i stort sett alla föräldrar och barn i Sverige. En viktig uppgift för barnhälsovården är att i dessa möten, med respekt för föräldrarnas erfarenheter, förutsättningar och värderingar, vägleda om vad som främjar barnets hälsa och utveckling.⁸²

Hälsofrämjande samtal

Barnhälsovårdens möten med barn och föräldrar präglas av ett hälsofrämjande förhållningssätt som innebär att stödja och stärka individens förmåga till kontroll över sin egen hälsa och förmågan att förbättra den. Förhållningssättet genomsyras av dialog, delaktighet och jämlikhet i mötet. Samtalet ska utgå från den enskilda föräldrarnas kunskap och behov. Alla föräldrar har rätt till information och kunskap som har betydelse för barnets hälsa och utveckling, så som amningens fördelar, hälsosamma levnadsvanor, en säker miljö, barns rätt att växa upp i en miljö fri från tobak, alkohol och andra droger utifrån ett barnrättsperspektiv.

⁸² Vägledning för barnhälsovården. Socialstyrelsen, 2014

Hälsofrämjande samtal om alkohol, utifrån ett barnperspektiv

Syftet med det alkoholpreventiva barnhälsovårdsarbetet är att uppmärksamma föräldrar på alkoholintagets negativa konsekvenser på föräldraskapet och hur det påverkar barnet. Genom Riskbruksprojektet (2004–2010) utbildades bl. a. 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.⁸³

Barnhälsovården följer årligen statistik för hur många föräldrar som fått ett hälsofrämjande samtal om hur alkohol kan påverka barns hälsa. Under 2016 fick 91 % av föräldrarna till barn födda 2016 ett samtal om alkohol vilket är en liten minskning i jämförelse med 2015 då 92 % fick ett samtal om alkohol. 2012 fick 89 % av föräldrarna alkoholsamtal.

Hembesök

Tidigt hembesök är en prioriterad insats i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Nyblivna föräldrar kan uppleva både glädje, otillräcklighet och oro för det nyfödda barnets hälsa och omvårdnad.⁸⁴ I hemmiljön kan föräldrarna känna sig trygga och har en större möjlighet att ta till sig det hälsofrämjande budskapet.⁸⁵ Hembesök stärker förutsättningarna för ett ökat förtroende i den fortsatta kontakten mellan BHV-sjuksköterskan och familjen.^{86 87 88 89} Hembesök har en positiv effekt på amning, minskad risk för fysiskt och psykiskt våld, försummelse och olycksfall hos barn.⁹⁰ Det finns även samband mellan hembesök och anknytningen mellan barn och föräldrar.⁹¹

⁸³ Folkhälsan i Sverige, Folkhälsomyndigheten, 2017

⁸⁴ Aston M., The power of relationships: exploring how Public Health Nursing support mothers and families during postpartum home visits. Journal of Public HEALTH Nursing v1 21(1), 2015

⁸⁵ Peckover S., From 'public health' to 'safeguarding' children. British Health Visiting in Policy, Practice and Research. Children and Society, 2011.

⁸⁶ Tangen G et al Hembesök inom barnhälsovården - Sjuksköterskornas attityder avgörande för hur verksamheten utvecklas, Läkartidningen, 2010;107(47).

⁸⁷ 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.

⁸⁸ McNaughton D. B, A synthesis of qualitative home visiting research. Public Health Nurs. 2004.

⁸⁹ Jansson A. Hembesök kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som familj. Läkartidningen, 2003;100(15):1348-51

⁹⁰ Kimberly S. Howard and Jeanne Brooks-Gunn, The Role of Home-Visiting Programs in Preventing Child Abuse and Neglect, 2009

⁹¹ Jansson, A., Sivberg, B., Wilde Larsson, B. & Ude´N, G. (2003). Hembesök kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som familj: första mötet med barnhälsovården viktigt för den fortsatta kontakten. Läkartidningen, 100:s. 1348-1349, 1351.

I samband med implementeringen av det nationella barnhälsovårdsprogrammet i Sörmland har utbildningarna innehållit kunskap om hembesök. Från 2017 kommer en extra ersättning utgå till de vårdcentraler vars BVC erbjuder hembesök.

Tidigt hembesök

Alla nyblivna föräldrar (förstagångs- och flergångsföräldrar) ska erbjudas hembesök inom en vecka efter överlämnandet från BB/neonatalavdelning. Målet enligt Kravspecifikationen är att minst 95 % ska få ett tidigt hembesök.⁹²

Om det inte är möjligt och det passar bättre för föräldrarna att komma till BVC vid det första besöket, rekommenderas hembesök inom den första månaden. Även föräldrar till adoptivbarn och nyinflyttade barn (från annan ort eller annat land) ska erbjudas hembesök.

Syftet med hembesöket är att i lugn och ro 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.

Studier visar att både föräldrar och sjuksköterskor anser 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.⁹³ Att som barn bli sedd i sin hemmiljö är en rättighetsfråga, vilket FN:s konvention om barnets rättigheter belyser i artikel 24, 26 och 27.⁹⁴

78 % av alla nyfödda barn i Sörmland fick ett hembesök av en BHV-sjuksköterska under 2016. Hembesöksfrekvens varierade dock från 20 % till 100 % i länet. (Fig. 26).

⁹² Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland, 2016.

⁹³ Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården, 2014.

⁹⁴ Förenta Nationen. FN:s konvention om barnets rättigheter, 1989.

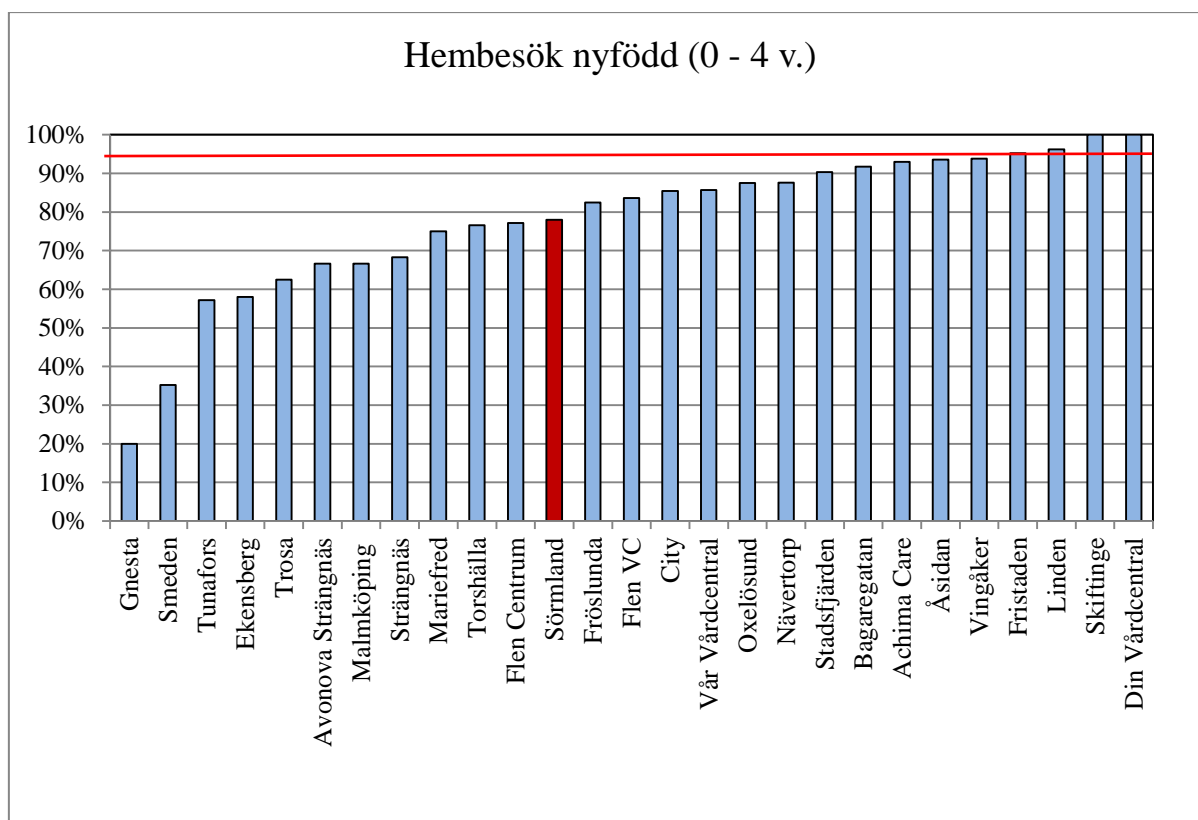


Fig. 26 Andel barn (%) och föräldrar som har fått tidigt hembesök (inom en månad efter hemkomst från BB/neonatalavdelning) per BVC. (Barn födda 2016) Målet 95 % markeras med röd linje.

Hembesök vid 8 månader

Det nationella barnhälsovårdsprogrammet innefattar även ett generellt hembesök vid åtta månaders ålder som innefattar ett hälsosamtal om barnets hälsa och utveckling, säkerhet (olycksfall, alkohol, rökning) och barnets förmåga till kommunikation och samspel. Detta hembesök är inget nytt för Sörmland, men fler BVC har valt att prioritera bort dessa p.g.a. begränsade resurser. Antalet hembesök vid åtta månaders ålder har under förra året ändå ökat från 6 % (barn födda 2014) till 26 % (barn födda 2015). Hembesöksfrekvensen varierade från 0 % till 88 % i länet. (Fig. 27).

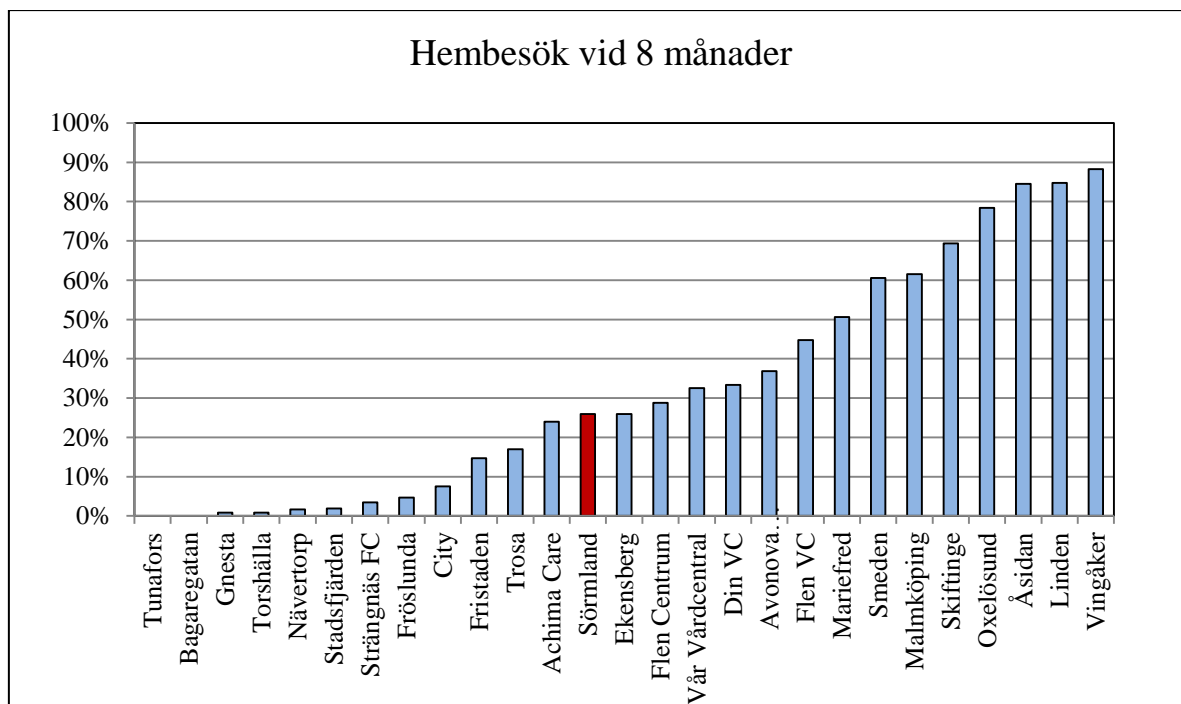


Fig.27 Andelen barn födda 2015 som har fått hembesök vid åtta månaders ålder per BVC.

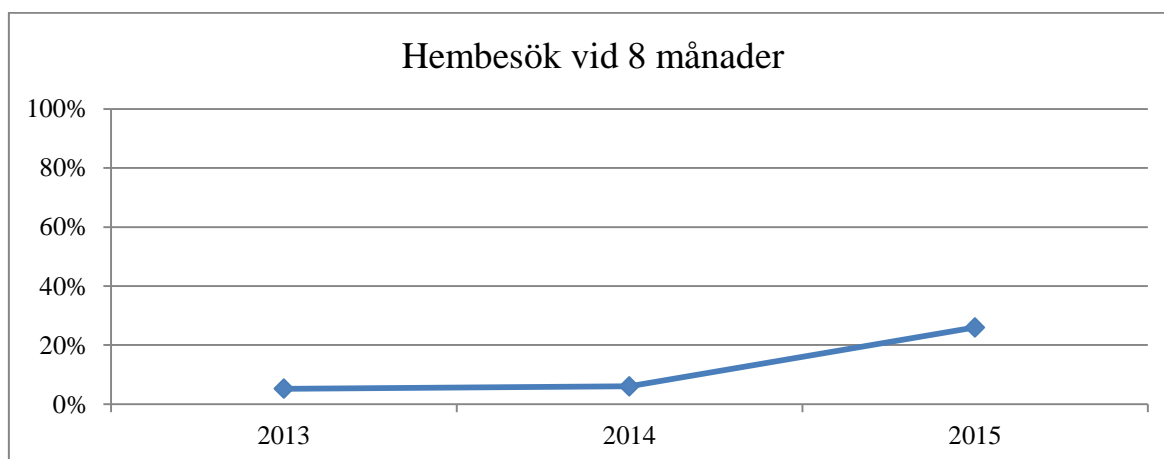


Fig.28 Ökningen av hembesök vid åtta månader i länet för barn födda 2013–2015

Riktade hembesök eller hembesök till nyinflyttade/nyanlända

I det tredelade nationella barnhälsovårdsprogrammet (Fig. 1) förordas riktade hembesök av BHV-sjuksköterskan och/eller tillsammans med andra professioner. Riktade hembesök är ett beprövat och evidensbaserat arbetssätt för att ge föräldraskapsstöd och förebygga ohälsa hos barnet. Genom att bemanna upp BVC enligt vårdtyngdsmätningen och 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 också erbjudas hembesök.^{95 96} Andelen inskrivna barn i Sörmland som fick riktat hembesök i samband med inflyttning, adoption, migration, familjehemsplacering eller vid behov av utökat stöd har ökat från 1 % (2015) till 3 % (2016). Arbetet med riktade hembesök varierar stort i länet. (Fig. 29)

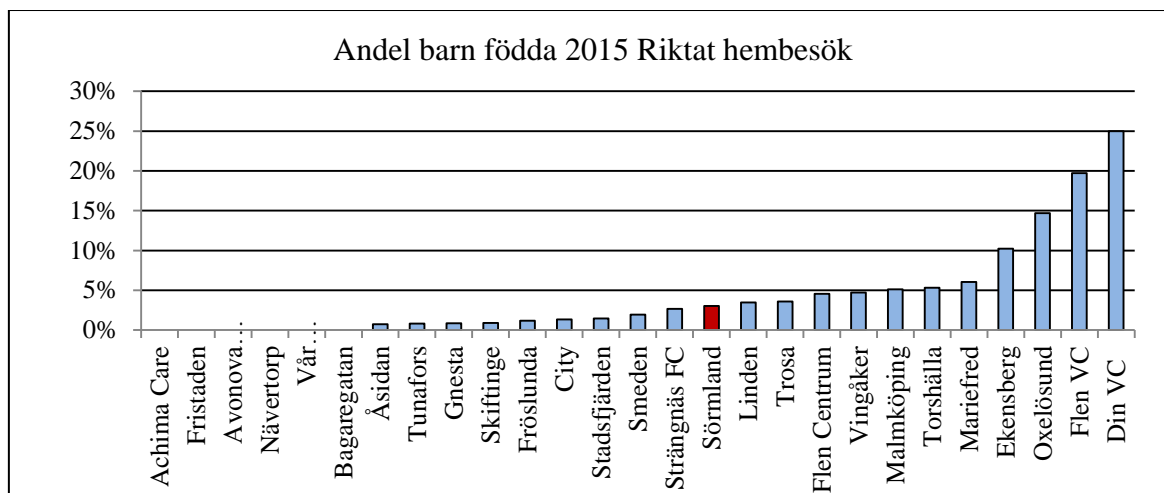


Fig. 29 Andel barn som fått riktat hembesök eller vid inflyttning.

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 inom barnhälsovården att identifiera och behandla nedstämdhet och lätt/måttlig depression samt remittera vidare till annan vårdgivare vid svårare depressioner.⁹⁷

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.⁹⁸ I Sörmland hade 13 % av screenade mammor symtom på nedstämdhet. (Fig. 31) 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

⁹⁵ Kravspecifikation för barnhälsovården I Landstinget Sörmland, 2012.

⁹⁶ <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barnhalsovardsprogrammet-aldrar/Hembesokbakgrundochsyfte/>

⁹⁷ Broberg A, Granqvist P, Ivarsson T., Risholm Mothander P. Anknytning i praktiken: tillämpningar av anknytningsteorin. Stockholm: Natur och Kultra, 2008.

⁹⁸ Massoudi P., Depression and distress in Swedish fathers and posnatal period – prevalence correlations identification and support. Doktorsavhandling. Göteborgs universitet, Institutionen för psykologi, 2013.

svårigheter.⁹⁹ För en del kan påfrestningar i samband med barnafödandet utlösa mer allvarliga psykiska symtom. Tidigare psykisk sjukdom, såsom psykos eller tidigare depressioner, ökar risken för att detta ska inträffa efter en förlossning.¹⁰⁰

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-sjuksköterska 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-sjuksköterskan. 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.¹⁰¹

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. I dagsläget finns det validerade EPDS-formulär översatta på olika språk på *Rikshandboken för Barnhälsovård* och ytterligare språk finns med EPDS-formulär som inte är validerade. Under 2014 hölls en utbildning för BHV-sjuksköterskorna om EPDS-screening för mammor som inte behärskar svenska. Detta kan vara en bidragande orsak till att fler mammor med utländsk härkomst nu erbjuds samtal kring sitt mående.

Den totala andelen mammor som EPDS-screenades eller fick ett EPDS-liknande samtal med BHV-sjuksköterska under 2016 var 87 %. Skillnaderna mellan olika BVC i länet minskar stadigt, även om ojämlikheten fortfarande är stor (51–100 %). En anledning som kan förklara skillnaderna mellan olika BVC kan vara att BHV-sjuksköterskan är ny och saknar utbildning inom EPDS-metoden. 77 % av mammorna screenades med EPDS-metoden. (Fig. 30)

⁹⁹ Wickberg B, Hwang P. Post partum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödande. Statens folkhälsoinstitut; 2003:59.

¹⁰⁰ 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.

¹⁰¹ Wickberg B, Hwang P. Post partum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödande. Stockholm, Statens Folkhälsoinstitut, 2003:5.

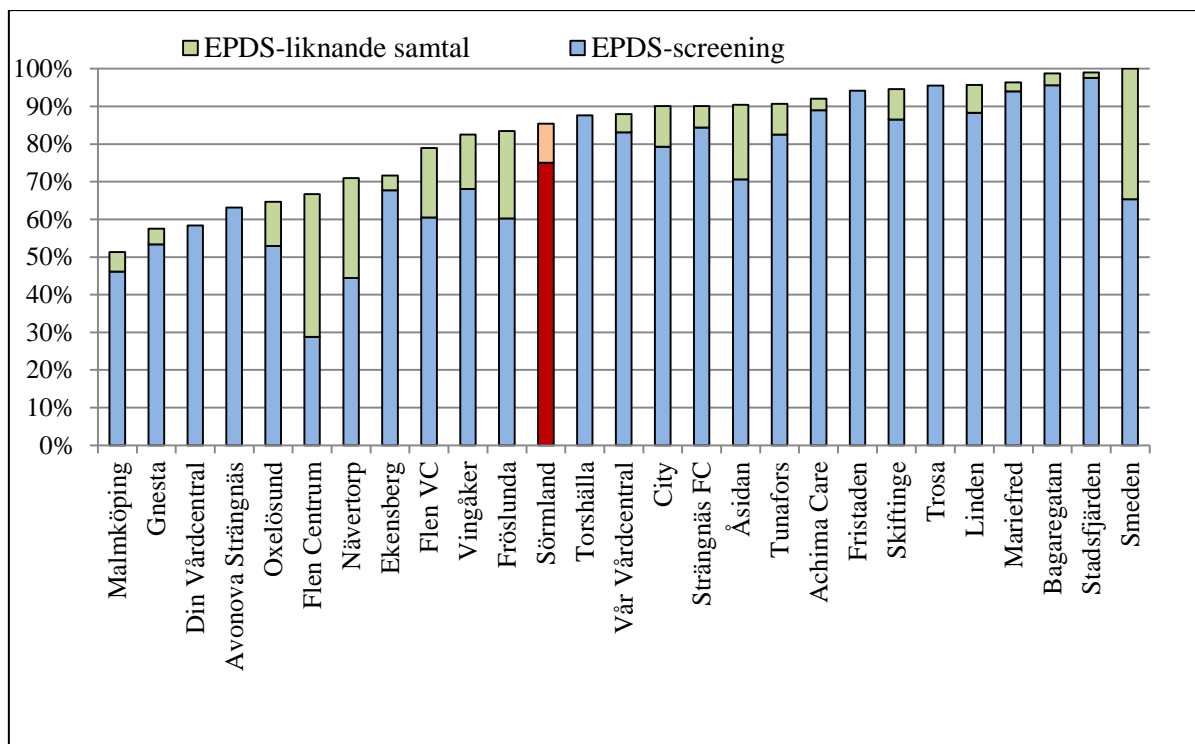


Fig. 30 Andel barn (%) födda 2015 vars mammor deltagit i EPDS-screening (blå) eller har fått ett EPDS-liknande samtal (grön), per BVC under 2016. Röd stapel visar genomsnittsvärdet för Sörmland.

Andel nedstämda eller lätt/måttlig depression

Av de mammor som EPDS-screenats eller fått ett EPDS-liknande samtal identifierades 13 % som nedstämda eller lätt/måttligt deprimerade, vilket stämmer väl överens med det förväntade resultatet. (Fig.31)

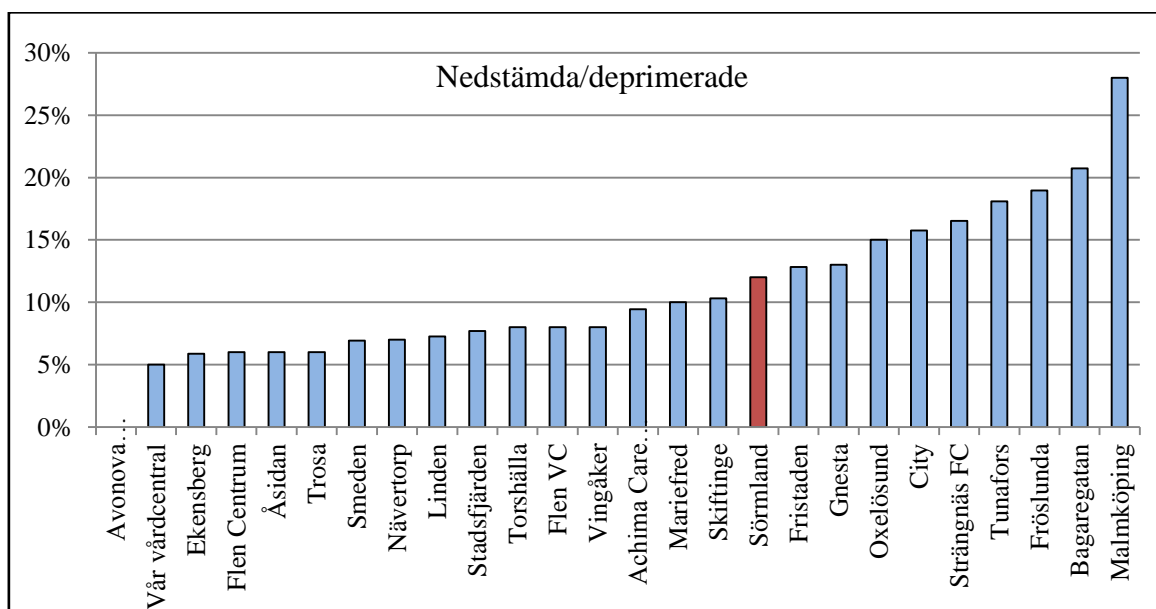


Fig. 31 Andel mammor (%) som identifierades som nedstämda eller deprimerade under 2015, per BVC.

Av dessa mammor fick 73 % stödsamtal hos BHV-sjuksköterska. Stödsamtal med BHV-sjuksköterskan är ofta förstahandsval vid nedstämdhet i samband med föräldrablivande. Vid tecken på depression hänvisas mamman till psykolog och/eller läkare för vidare klinisk bedömning samt behandling.¹⁰² (Fig. 32)

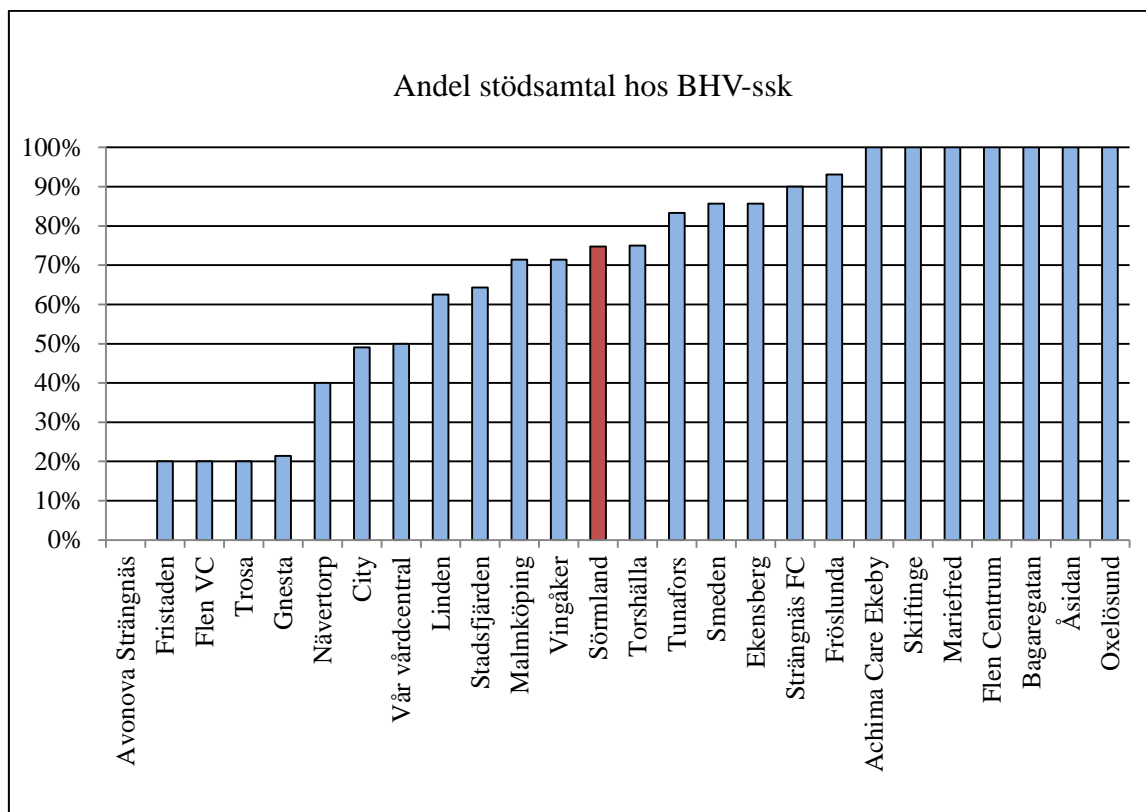


Fig. 32 Andel mammor som identifierats som nedstämda/deprimerade och som fått stödsamtal hos BHV-sjuksköterska per BVC under 2016.

Den största andelen av identifierade nedstämda eller deprimerade mammor hänvisades till MBHV-psykolog. Hänvisningarna till MBHV-psykolog ökade från 27 % (2015) till 34 % (2016). Under 2015 och 2016 hänvisades 13 % till läkare. 8 % (2016) hänvisades till psykiatri jämfört med 10 % (2015).

¹⁰² <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Psykisk-halsa/Depression-hos-nyblivna-mammor-och-screening-med-EPDS-Psykisk-halsa/>

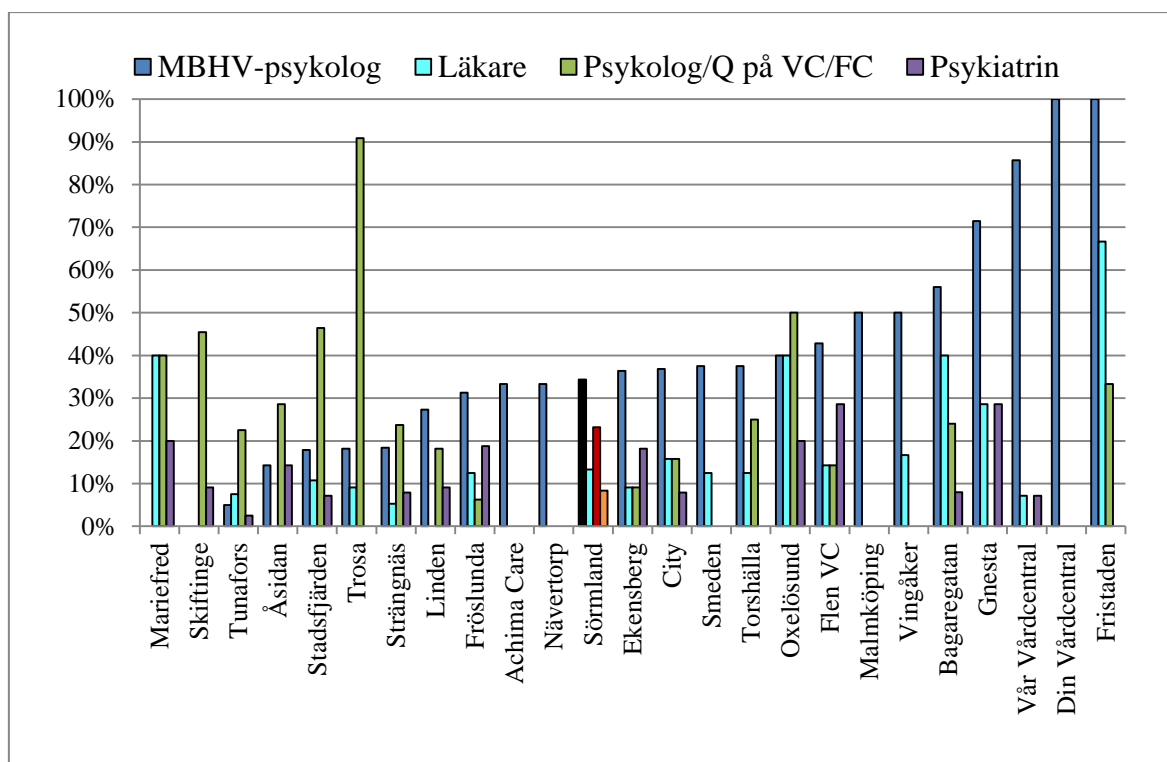


Fig. 33 Fördelning av remisser/hänvisning vid identifiering av nedstämdhet i samband med EPDS-screening/EPDS-liknande samtal. En del mammor har hänvisats och fått stöd från flera instanser. Flen Centrum remitterade/hänvisade inte någon. Avonova hade inga identifierade nedstämda mammor.

Pappa/partnersamtal

Föräldrar och BHV-personal har efterfrågat möjligheten att erbjuda EPDS-samtal även för pappa/partner. Forskning visar att pappor inte blir nedstämda i samma utsträckning som mammor, men att de som blir nedstämda kan bli det i ett senare skede under föräldraskapet. Svenska studier har visat på en förekomst av depressiva symtom hos pappor på mellan 6,5 och 8,7 %.^{103 104}

I dagsläget erbjuder BHV-sjuksköterskor i länet pappa/partnersamtal vid behov. Om mamman är nedstämd/deprimerad bör partnern erbjudas EPDS-screening selektivt, eftersom partnern har en ökad risk att bli deprimerad i dessa fall.¹⁰⁵

¹⁰³ Kerstis B., Engström G., Sundqvist K., Widarsson M & Rosenblad A., The association between perceived relationships discord at childbirth and parental postpartum depressive symptoms a comparison of mothers and fathers in Sweden. Upsala Journal of Medical Science november;117(4):430-438. 2012

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

¹⁰⁵ Paulsson JF., Bazemore SD., Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. JAMA maj 19;303(19):1961-1969

Likaså om pappa/partner visar tecken på nedstämdhet.

På fler håll i landet pågår försök med pappa/partnersamtal.¹⁰⁶

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.



Ett tydligare samarbete mellan barnhälsovården och folktandvården i länet etablerades under 2015 och har fortsatt under 2016.

Under 2015 utbildade folktandvården alla BHV-sjuksköterskor gällande munhälsobudskapet. Detta följdes upp med fortbildning och utvärdering under 2016. Utvärderingen ledde till att BHV-sjuksköterskorna under 2016 delar ut broschyrer (finns på flera språk), samtalar om mun- och tandhälsa vid nyföddhetsbesök, sex månader, hembesök vid åtta månader samt vid 2,5 år samt delar ut tandborstar både vid åtta månader samt vid 2,5 år. Detta kan vara en bidragande orsak till att allt fler av länets barn kommer till folktandvårdens ettårsbesök för munhälsokontroll (MHK). Under 2016 kom 73 % av ettåringarna på munhälsokontroll jämfört med 64 % år 2014. (Fig. 34)

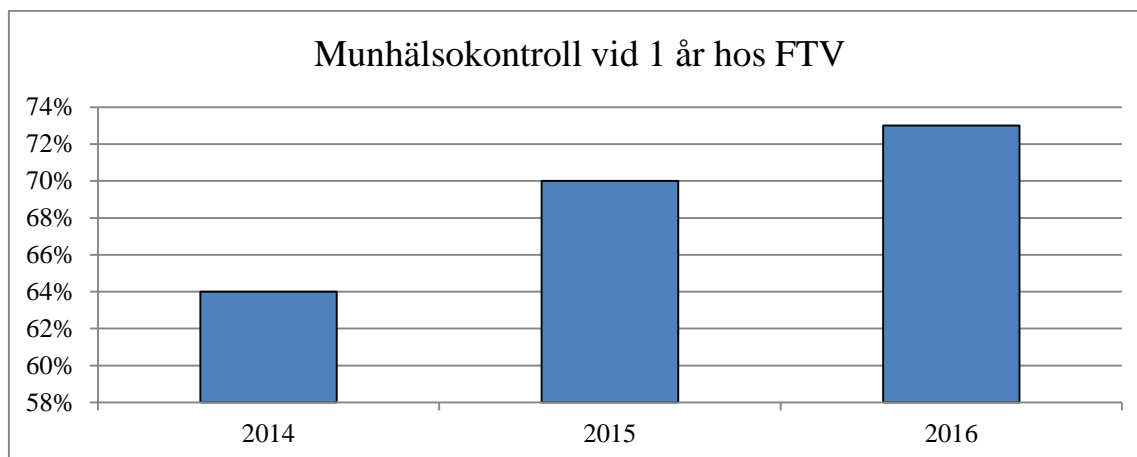


Fig. 34 Andel (%) av 1-åringar som besökte Folktandvården mellan 2014-2016.

¹⁰⁶ <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Psykisk-halsa/Depression-hos-nyblivna-mammor-och-screening-med-EPDS-Psykisk-halsa/>

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 får högläsning under uppväxten 35 000 fler ord än de barn som inte får 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 två valbara böcker på valfritt bibliotek i länet.



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 2016. Det är en ökning från 2015, då 31 % av föräldrarna hämtade ut gåvoboken till sitt barn. Andelen varierade mellan 26 % (Torshälla) och 48 % (Vingåker) för kommunernas bibliotek. Vingåker har haft en hög andel utlämnade böcker flera år. Nyköping förbättrade sin andel från 29 % (2015) till 42 % (2016) (Fig. 35)

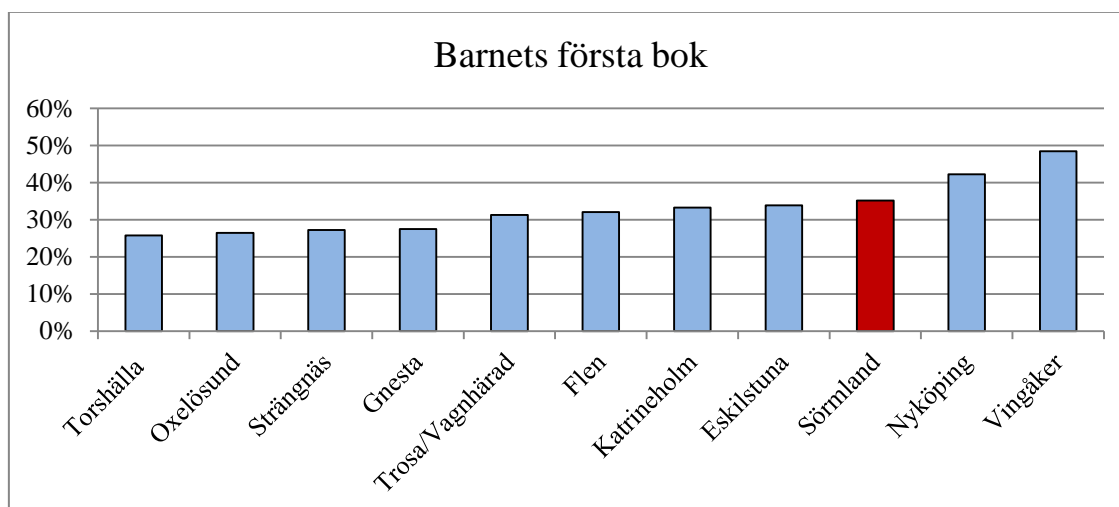


Fig. 35 Andel nyfödda barn (%) som hämtat ut *Barnets första bok* på något av länets bibliotek, per kommun (2016).

Språkbedömning

Det finns inte några exakta åldrar när barn utvecklar en språklig färdighet, men barnets tal- och språkutveckling följer ett visst utvecklingsmönster.

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 ökad risk för beteendeproblem, kamratproblem, inlärnings- och andra skolsvårigheter än barn med typisk språkutveckling.^{107 108} Cirka 6 % av barn beräknas ha språkstörning, varav 2–3 % har grava problem som kan indikera för neuropsykiatriska diagnoser.¹⁰⁹

Språkbedömning ingår i barnhälsovårdsuppdraget. Redan vid de första besöken på BVC bedöms barnets tal, språk och kommunikation. BHV-sjuksköterskan 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.^{110 111}

Under våren 2013 infördes en strukturerad validerad metod för språkscreening vid 2½-års ålder i Sörmland (Miniscalco). Metoden är utformad för att identifiera barn med svårigheter gällande språk- och talutveckling. Metoden som innehåller en språkväska (väska med leksaker), strukturerade frågor samt föräldraformulär utförs enligt manual för att garantera validiteten.

Under 2016 har 95 % av barnen födda 2013 bedömts med den validerade metoden Miniscalco vid 2½ års ålder. (Fig. 36) Metodanvändningen har ökat från 69 % (2014) till 91 % (2015) och till 95 % (2016).

¹⁰⁷ 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.

¹⁰⁸ Vägledning för barnhälsovården. Socialstyrelsen 2014.

¹⁰⁹ Westerlund M. Språkscreening vid 2,5-3 års ålder identifierar även andra avvikelser. *Väldokumenterade metoder krävs. Läkartidningen*, 2008; 105(3):132-4.

¹¹⁰ 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>.

¹¹¹ En god start – en ESO-rapport om tidigt stöd i skolan. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2012.

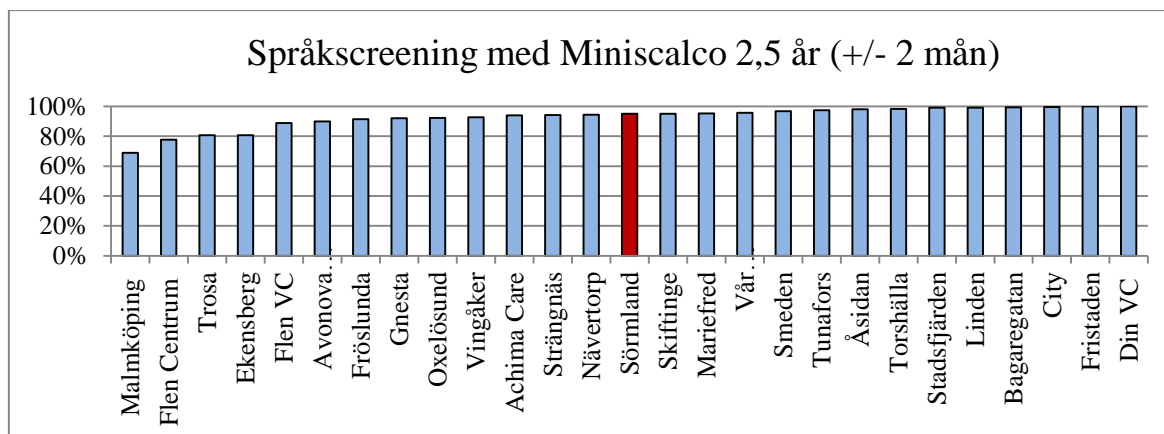


Fig. 36 Andel barn (%) (födda 2013) som språkscreenats vid 2½ år enligt den validerade metoden Miniscalco, per BVC (2016).

Målet enligt kravspecifikationen är att 98 % av barnen ska språkbedömas före tre års ålder. Av barnen födda 2013 har 98 % språkbedömts under 2016, om man räknar bort de 2 % av barnen som inte har språkbedömts på grund av att de har varit i Sverige mindre än sex månader. (Fig. 37) Det är en förbättring från föregående år (2015) då 93 % av barnen födda 2012 språkbedömdes. Andel språkbedömda barn i länet varierar mellan 78 % och 100 % (2016), jämfört med 40–100 % under föregående år (2015).

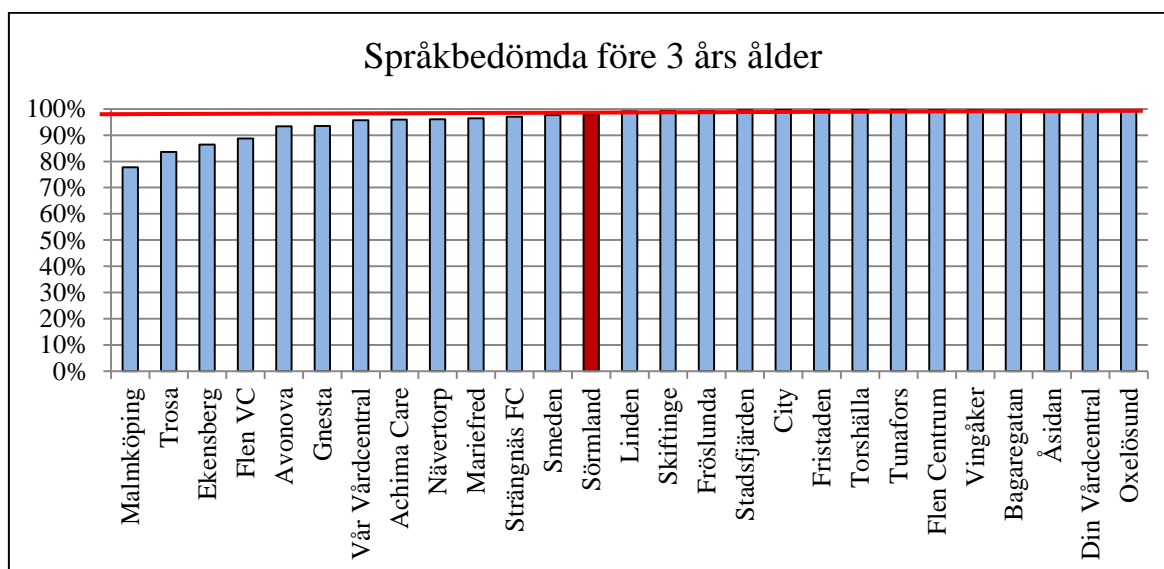


Fig. 37 Andel barn (%) (födda 2013) som har språkbedömts före 3 års ålder, per BVC (2016). Målet med 98 % markeras med röd linje.

Utfall vid språkscreening/bedömning kan leda till att BHV-sjuksköterska och läkare gör en uppföljande språkscreening/bedömning under teambesöket vid tre års ålder. Det gäller t.ex. när det finns tveksamheter kring barnets språk, uppföljning av språkstimulerande råd eller om föräldrar och barn behöver motiveras ytterligare för remittering för vidare utredning. Utfall kan även leda till remiss till logoped, audionom och/eller BHV-psykolog. Under 2016 följdes 17 % av 2,5-åringarna upp vid tre års ålder hos BHV-sjuksköterska eller i samband med teambesök (läkare och BHV-sjuksköterska) vid tre års ålder. (Fig. 38) Det är en ökning från

föregående år då 15 % av barnen födda 2012 följdes upp hos BHV-sjuksköterska.(Fig. 39)

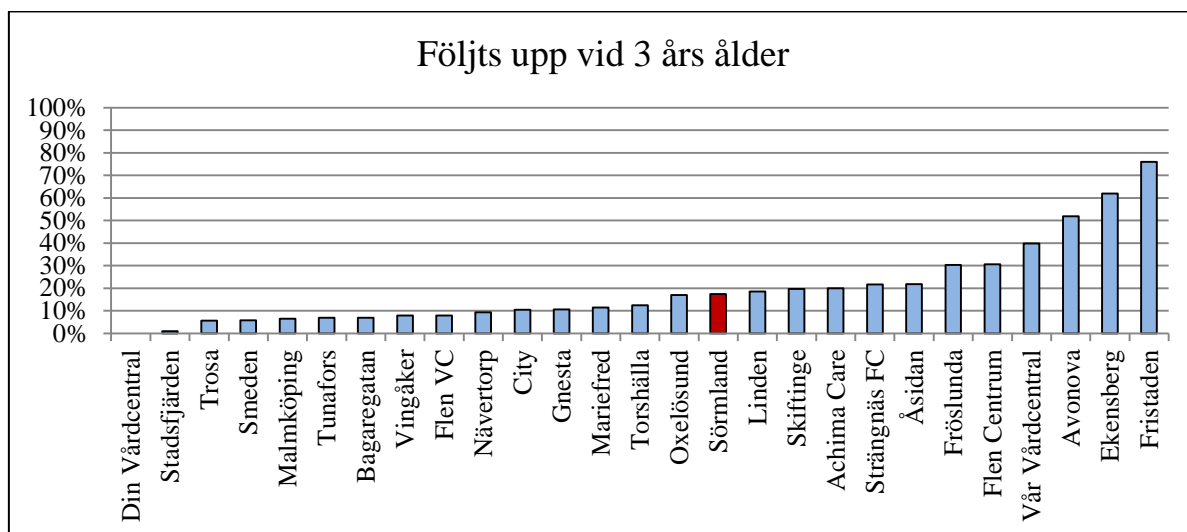


Fig. 38 Andel barn (%) (födda 2013) som har följts upp med besök hos BHV-sjuksköterska eller teambesök (BHV-ssk och läkare) vid tre års ålder.

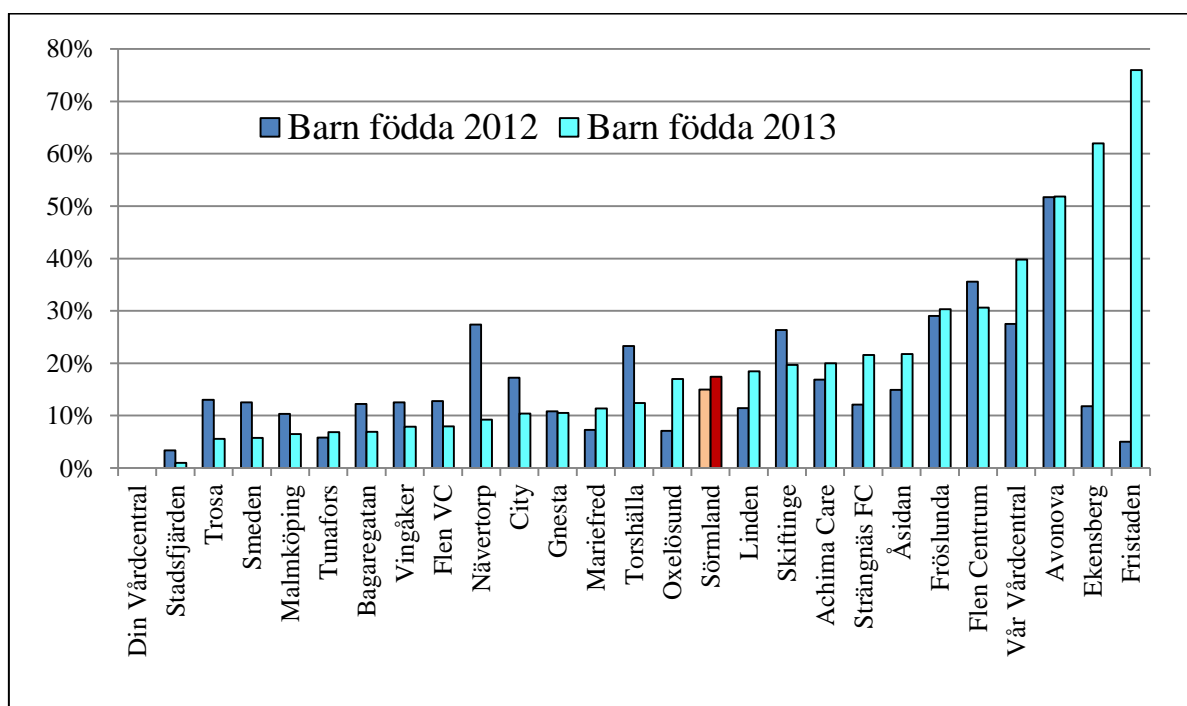


Fig. 39 Andel barn (%) födda 2012, jämfört med barn (%) födda 2013, som har följts upp med besök hos BHV-sjuksköterska eller teambesök (BHV-sjuksköterska och läkare) vid tre års ålder.

Utfall enligt vissa kriterier eller föräldraoro vid språkscreening/bedömning bör remitteras till logoped, audionom och/eller BHV-psykolog. Genom tidiga insatser kan barnets utveckling och problem ofta påverkas. Logopeden bedömer barnets språkförståelse, kommunikation och uttrycksförmåga samt ger råd och stöd. Audionomen kontrollerar barnets hörsel för att utesluta hörselnedsättning. Språkliga svårigheter kan vara ett symptom på samspelsproblematik, bristande

stimulans eller neuropsykiatriska och utvecklingsrelaterade diagnoser.¹¹² Vid samspels- och kommunikationssvårigheter konsulteras BHV-psykolog för remiss till vidare utredning.

Av språkbedömda barn födda 2012 har 10 % remitterats till logoped, 8 % till audionom och 2 % till BHV-psykolog vid 2,5–3 års ålder under 2016. (Fig. 40) Andelen remisser till BHV-psykolog stämmer väl överens med nationell statistik där 2–3 % av alla barn har neuropsykiatriska avvikelser¹¹³ och ca 1 % har diagnoser inom autismspektrumet.¹¹⁴

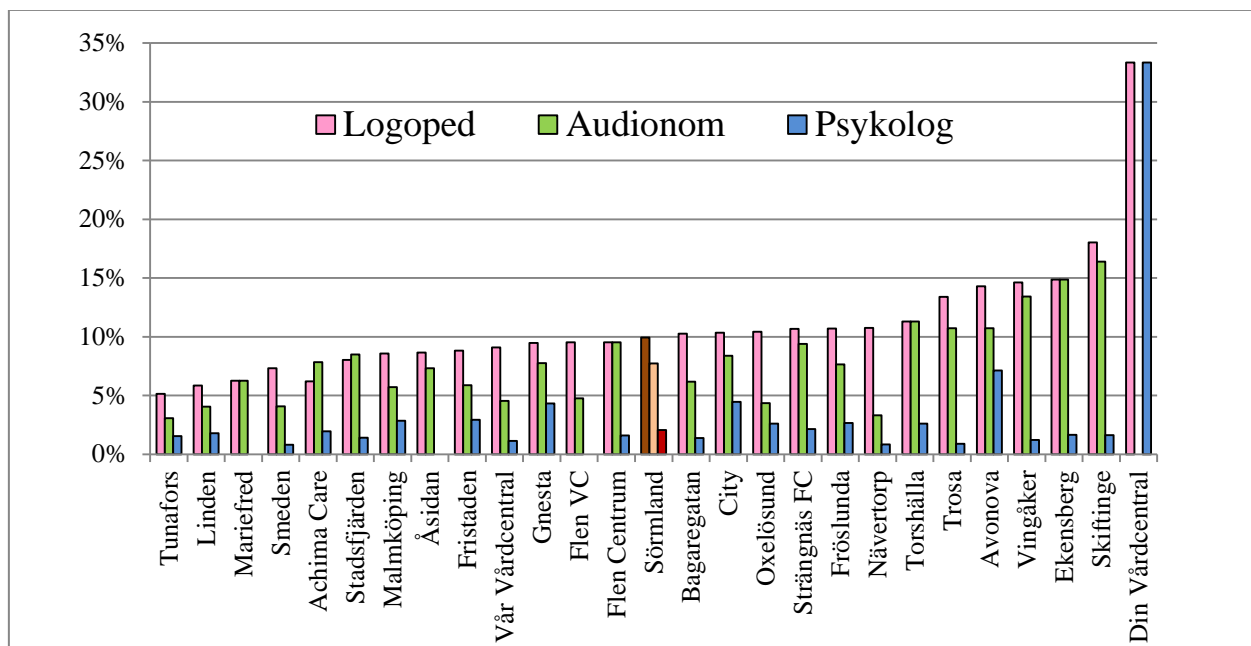


Fig. 40 Andel barn (%) födda 2012 som remitterats till logoped, audionom och BHV-psykolog vid 2,5 till 3 års ålder under 2016 per BVC.

Barn med flera språk

Barn bör ges möjlighet att utveckla sina föräldrars språk och svenskan. Barn som får tillgång till sina föräldrars språk kan kommunicera med fler, (t.ex. mor- och farföräldrar och kusiner i hemlandet) få bättre exekutiva förmågor och uppmärksamhet,¹¹⁵ ökad språkförståelse¹¹⁶ samt större medvetenhet om olika språkljud¹¹⁷. De föräldrar som har ett annat modersmål än svenska får samtal om

¹¹² 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.

¹¹³ Westerlund M. Språkscreening vid 2,5-3 års ålder identifierar även andra avvikelser. *Väldokumenterade metoder krävs. Läkartidningen*, 2008; 105(3):132-4.

¹¹⁴ Socialstyrelsen. *Vägledning för barnhälsovårdens*. 2014.

¹¹⁵ 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.

¹¹⁶ 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.

¹¹⁷ 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.

språkutveckling hos flerspråkiga barn och broschyren *Ett barn – flera språk*, som finns översatt till flera språk.

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.^{118 119} Det förutsätter att barnet har en typisk språkutveckling och kontinuerligt exponeras för det nya språket i t.ex. 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.

För att kunna göra en språkbedömning bör barnet ha varit i Sverige minst sex månader. 2 % av barnen (födda 2013) i länet har inte språkbedömts under 2016 p.g.a. att de varit i Sverige mindre än sex månader. (Fig. 41) 2015 var det 3 % av barnen födda 2012 som fick vänta med sin språkbedömning.

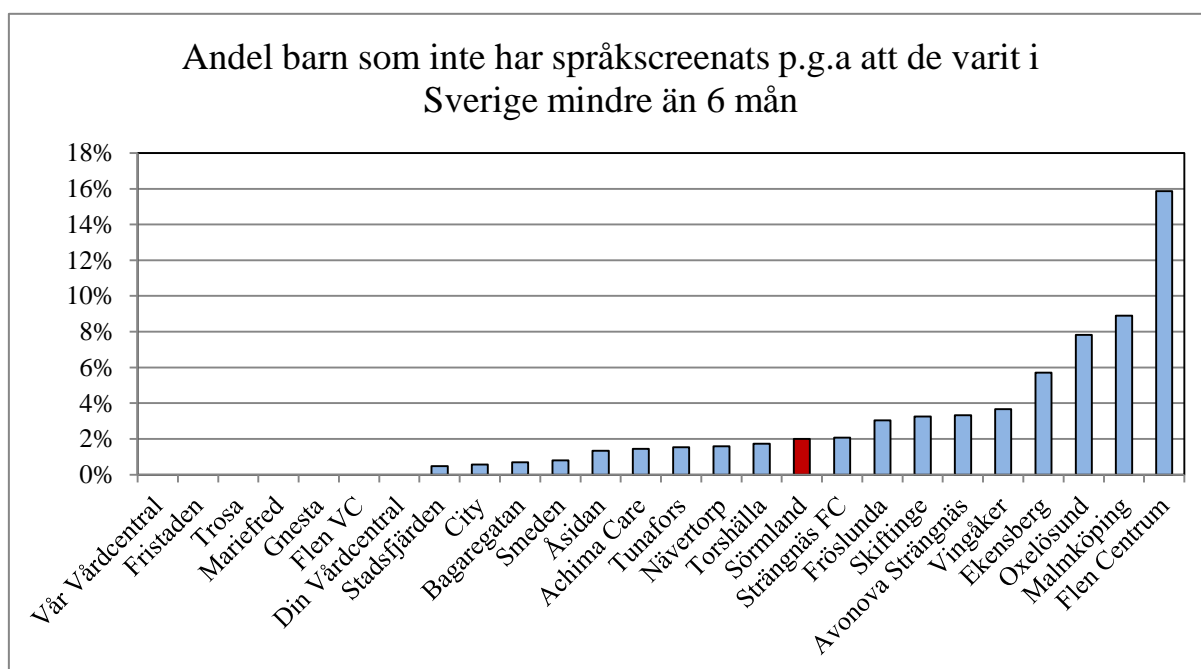


Fig. 41 Andel barn (%) födda 2012 som inte språkbedömts under 2016 p.g.a. att de varit i Sverige mindre än sex månader visat per BVC.

Syn- och hörselundersökning

Syn och hörsel är viktiga förutsättningar för barnets utveckling och undersöks i 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).

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

¹¹⁹ Paradis, J., The interface between bilingual development and specific language impairment. Applied Psycholinguistics, 2010. 31(02): p. 227-252.

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 minskning.

2016 syn- och hörselundersöktes 96 % av barn födda 2012. Åtta av länets 26 BVC når målen gällande syn- och hörselundersökningar av fyraåringarna. (Fig. 42 och 43)

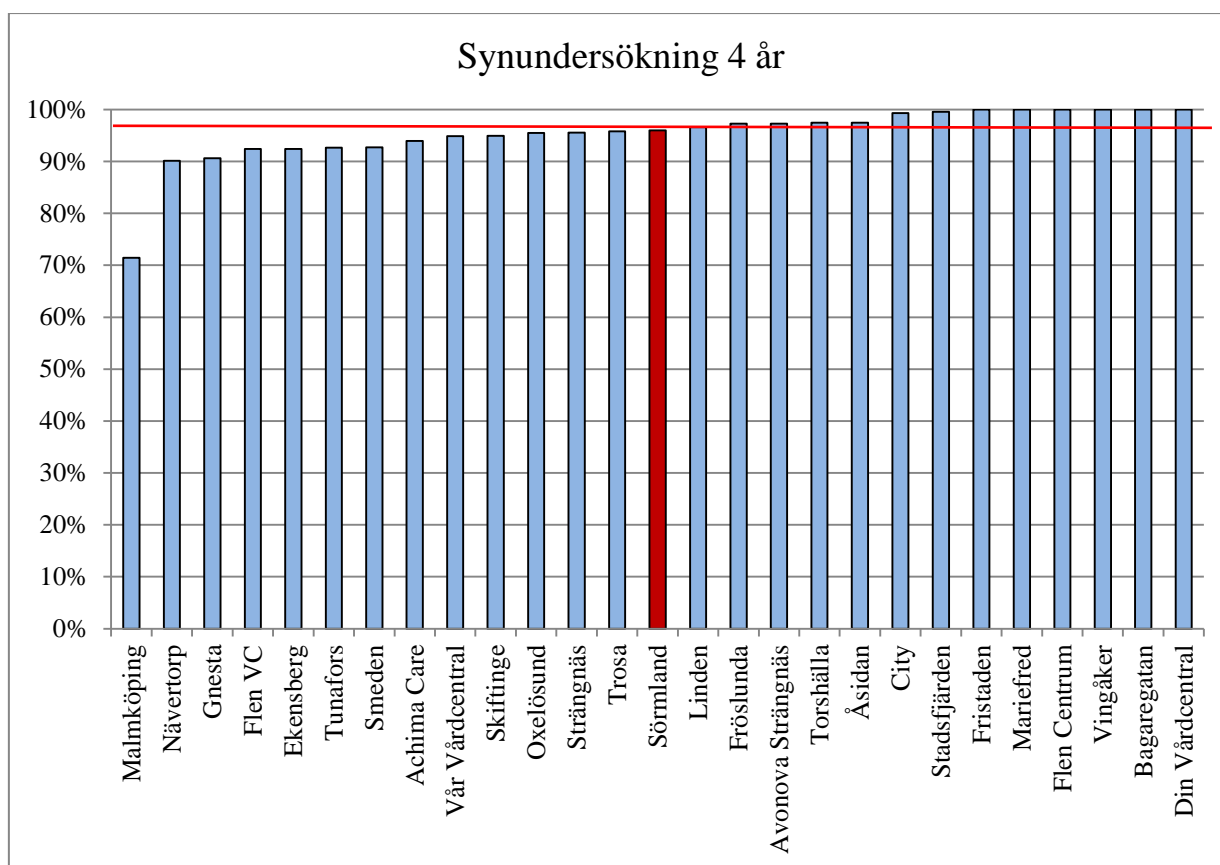


Fig. 42 Andel barn födda 2012 (%) som har synundersökts vid 4 års ålder. Visat per BVC under 2016. Målet (98 %) är markerad med röd linje.

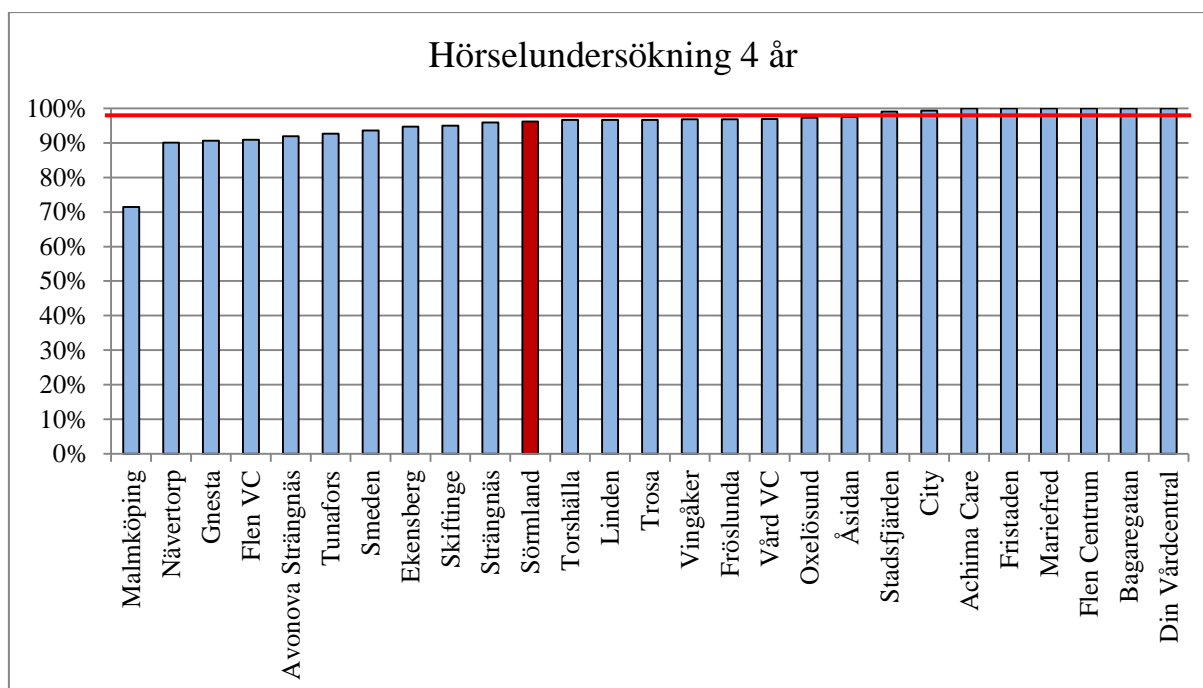


Fig. 43 Andel barn födda 2012 (%) som har hörselundersökts vid 4 års ålder. Visat per BVC under 2016. Målet (98 %) är markerad med röd linje.

Av synundersökta barn remitterades 7 % till ortoptist på ögonkliniken och av de som hörselprovats remitterades 5 % till audionom på öronkliniken. Under föregående år (2015) remitterades 6 % till ögonkliniken och 3 % till öronkliniken.

Föräldraskapsstöd i grupp

Föräldrastöd är en viktig grund för barnhälsovårdens hälsofrämjande insatser. Det ska finnas ett utbud av både generellt och riktat stöd, individuellt och i grupp. 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 (t.ex. 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. Familjer som tackar nej till föräldraskapsstöd i grupp ska erbjudas motsvarande kunskap och stöd individuellt.¹²⁰

¹²⁰ 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.

Innehållet i gruppträffarna ska baseras på föräldrarnas behov och frågor. I Rikshandboken för Barnhälsovård, finns ett utformat förslag på innehåll samt material som kan användas för föräldraskapsstöd i grupp.¹²¹ BHV-sjuksköterskor och barnmorskor inom barnhälsovården och mödrahälsovården i Landstinget Sörmland tog fram en *Handbok för föräldragrupsverksamhet inom mödra- och barnhälsovården under 2010*. Intentionen var att föräldragrupper som påbörjats inom mödrahälsovården skulle tas över inom barnhälsovården. Föräldrar väljer idag inte alltid barnhälsovård inom samma geografiska område som de har haft sin mödrahälsovård, vilket försvårar överlämningen av föräldragrupper mellan de olika verksamheterna. Vissa föräldragrupper har ersatts eller kompletterats med tematräffar.

I Sörmland har riktade föräldragrupper hållits under 2016. Nävertorp har erbjudit föräldraskapsstöd i grupp till föräldrar med somaliskt ursprung under flera år. Vingåker BVC har haft föräldraskapsstöd i grupp för arabisktalande föräldrar och föräldrar med somaliskt ursprung samt föräldraskapsstöd i grupp till unga föräldrar.

För att kvalitetssäkra och förbättra utvärderas föräldragrupperna i Sörmland kontinuerligt sedan 2011. Utvärderingarna visar att de föräldrar som erbjudits och deltagit i föräldraskapsstöd i grupp är nöjda med sitt deltagande. Utvärderingarna visar också att de i ganska hög utsträckning kan påverka innehållet. Exempel på kommentarer har varit: *Tack för bra träffar och för att jag fått vänner för livet. Bra sätt att få kunskap och få kontakt med andra föräldrar och Fler träffar, mer om relationer och samspel samt Trevligt, bra diskussioner*. Eftersom innehållet i grupperna ser olika ut i länet och styrs av den egna verksamheten samt föräldrars önskemål och behov kommer den länsövergripande Barnhälsovården Sörmland inte längre att samla in utvärderingar från föräldragrupperna. Däremot är det viktigt att verksamheterna själva fortsätter att utvärdera sina grupper.

Målet är att 70 % av förstagångsföräldrar och 40 % av flerbarnsföräldrar ska delta i föräldragrupp vid minst tre tillfällen. Antalet föräldrar som deltar i föräldraskapsstöd i grupp i Sörmland har sjunkit under de senaste åren. Barnhälsovården Sörmland följer antal deltagande föräldrar genom att mäta de barn och föräldrar som har registrerats i vårdadministration, NCS Cross. (Vissa BVC har bara registrerat barnen och inte föräldrarna, vilket gör att de sannolikt har ett högre antal barn där båda föräldrarna deltar i grupperna).

Av barnen födda 2014 hade 41 % av barnen en förälder som deltog i föräldragrupp, varav 9 % hade två föräldrar som deltog. Av barnen födda 2015 hade 35 % en deltagande förälder och 8 % två deltagande föräldrar och 2016 hade 33 % en deltagande förälder och 7 % två deltagande föräldrar enligt de registrerade uppgifterna. (Fig. 40 och 41)

¹²¹ <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Foraldrastod-i-grupp/Forslag-pa-innehall/>
20170528

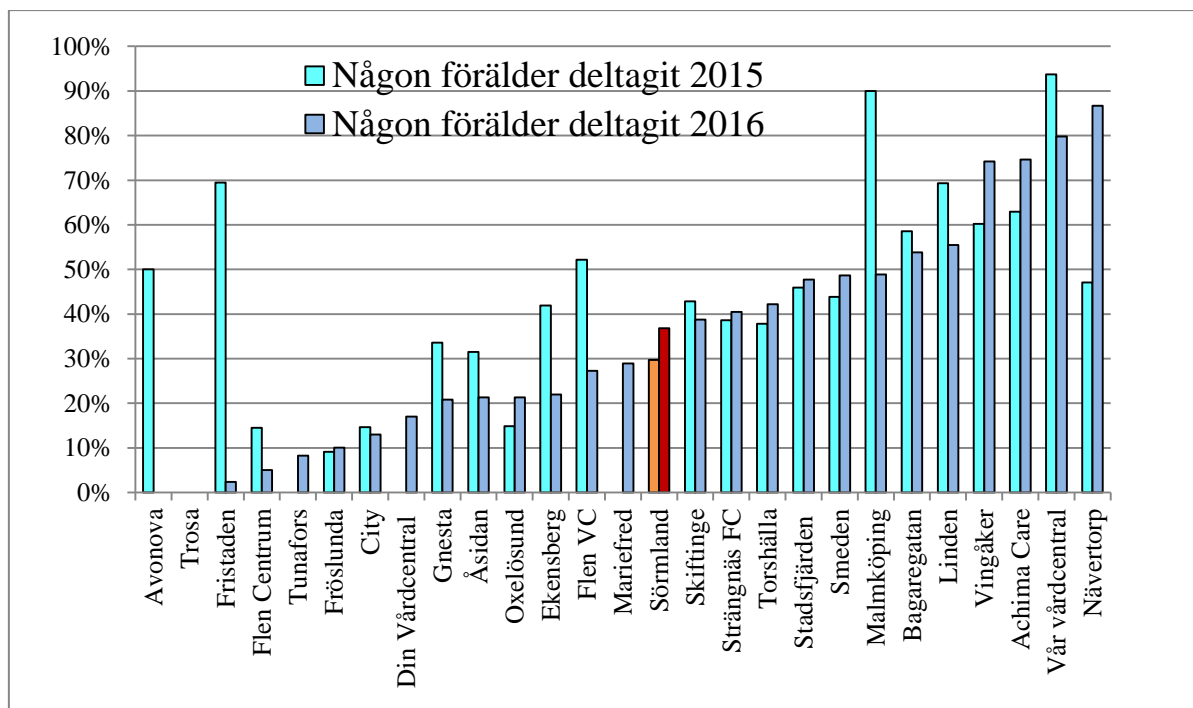


Fig.44 Andel (%) av barn födda 2016 jämfört med barn födda 2015, där minst en förälder deltog i föräldraskapsstöd i grupp. (Trosas statistik har fallit bort)

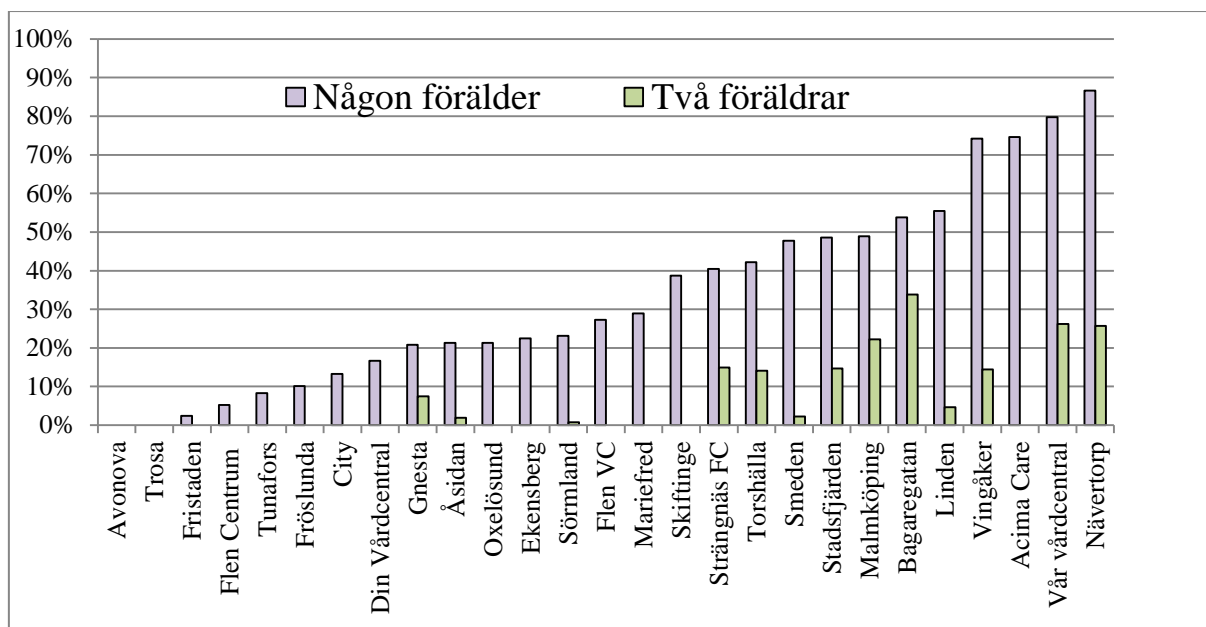


Fig.45 Andel (%) av barn födda 2016, där en eller två föräldrar deltog i föräldraskapsstöd i grupp under föregående år. (Trosas statistik har fallit bort)

I snitt deltog deltagande föräldrar vid fyra föräldragruppstillfällen. Vissa av länets BVC hade ett snitt på ett tillfälle och de BVC som hade flest tillfällen hade ett snitt på 5,5. (Fig. 46)

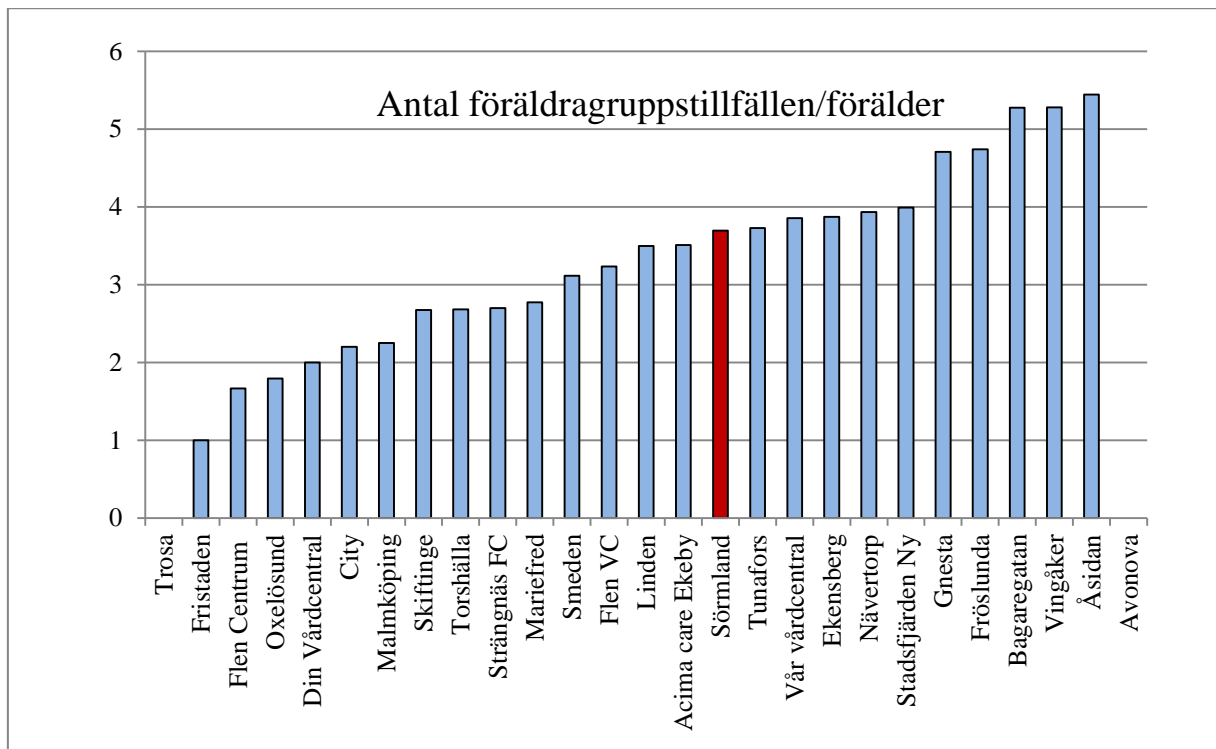


Fig.46 Antal föräldragruppstillfällen per deltagande förälder i genomsnitt vid respektive BVC. (Trosas statistik har fallit bort).

6. Barnvaccinationsprogrammet nationellt och i Sörmland

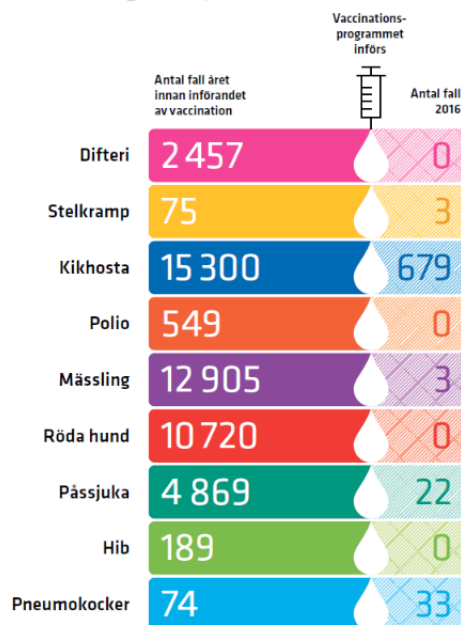
Alla barn i Sverige har rätt till kostnadsfri vaccination mot nio allvarliga sjukdomar, difteri, stelkramp kikhosta, polio, Haemophilus influenzae typ B, invasiva pneumokocker, mässling, påssjuka och röda hund. De barn som tillhör riskgrupperna för tuberkulos och hepatit B erbjuds också vaccination mot dessa sjukdomar och alla flickor erbjuds vaccin mot Humant Papillomvirus (HPV). Målet med det nationella barnvaccinationsprogrammet är att åstadkomma skydd mot allvarliga infektionssjukdomar hos den enskilda individen och att förhindra spridning i samhället. Runt om i världen räddar vaccinationsprogram miljontals liv varje år. Över 85 % av alla spädbarn i världen var år 2015 vaccinerade mot flera allvarliga sjukdomar.¹²²

Sörmland erbjuder alla barn (0–6 år) vaccin mot hepatit B enligt ett landstingsbeslut 2011. Barnhälsovården påbörjar barnvaccinationsprogrammet och elevhälsan fortsätter när barnen börjar skolan.

Från och med 1 juni 2016 gäller Folkhälsomyndighetens nya föreskrifter för vaccination av barn. De reglerar ramarna för det allmänna vaccinationsprogrammet för barn. En praktisk konsekvens av de nya föreskrifterna har blivit att BHV-sjuksköterskor nu även kan ordinera kompletterande vaccinationer. För att ge stöd vid dessa vaccinationer, har Folkhälsomyndigheten tagit fram en vägledning. Vägledningen publicerades första gången i juni 2016. I denna andra utgåva (januari 2017) har ett antal förtydliganden gjorts och vägledningen anpassats till nya rekommendationer om vaccination mot hepatit B.¹²³

Vaccinationstäckningen i Sörmland är i stort sett god. Nästan alla av länets tvååringar är vaccinerade med de vaccin som erbjuds alla barn i Sörmland. Vaccinationsmålet enligt kravspecifikationen uppnås i hög utsträckning. 96 % av barnen som riskerar att drabbas av tuberkulos har vaccinerats med BCG, vilket också uppfyller målet i kravspecifikationen. Däremot är vaccinationstäckningen gällande difteri, stelkramp, kikhosta, polio, haemophilus influenzae typ B samt pneumokocker inte helt uppfyllt. Vissa områden har dessutom svårt att uppnå

Så här vanliga var sjukdomarna förr



¹²² Folkhälsomyndigheten, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2017/april/vaccinationsveckan-sjukdomarna-vi-kan-skydda-oss-mot/>, 2017

¹²³ Vaccination av barn och ungdomar – vägledning för vaccination enligt föreskrifter och rekommendationer, Folkhälsomyndigheten, 2017

flockimmunitet mot mässling, påssjuka och röda hund (se avsnitt om Vaccination mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR)). (Fig. 47)

Vaccinationer	Mål enligt kravspecifikationen 2016	Barn födda 2010 %	Barn födda 2012 %	Barn födda 2014 %
Difteri, Stelkramp, Kikhosta, Polio, Haemophilus influenzae typ B	99%	99%	98%	98%
Pneumokocker	99%	98%	98%	98%
Mässling, Påssjuka, Röda hund	96%	98%	97%	97%
Hepatit B	99%*	23%	95%	98%
Tuberkulos (barn i riskgrupp)	96%	99%	96%	97%

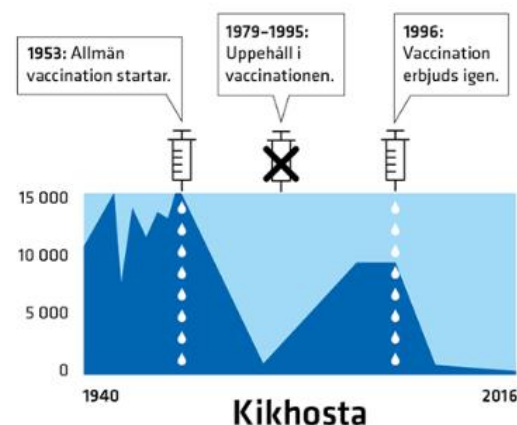
Fig 47 Andel vaccinerade barn i Sörmland. *Målet i kravspecifikationen gäller andel barn i riskgrupp. Statistiken för vaccinationsuppfyllelse avser andel av alla inskrivna barn i respektive årskull som är vaccinerade mot hepatit B.

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 infördes 1996.¹²⁴

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.¹²⁵ Vaccinationstäckningen i Sörmland är god, då 98% av de sörmländska barnen födda 2014 vaccinerades mot kikhosta.

Antalet rapporterade fall av kikhosta i Sverige 1940-2016



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, dvs. individer

¹²⁴ Folkhälsomyndigheten, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/>, 2017

¹²⁵ Folkhälsomyndigheten, Barnvaccinationsprogrammet i Sverige 2014, Årsrapport, 2015

som av olika skäl inte vaccinerats eller haft sjukdomen. Smitta kan uppkomma 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 kan i ungefär ett per 1000 fall ge en komplicerad akut hjärninflammation som kan vara dödlig. Enligt WHO:s beräkningar dog nästan 140 000 personer av mässling 2010. De flesta var barn under fem år. I Sverige är dödsfall p.g.a. mässling mycket ovanligt. Däremot har det förekommit mässlingepidemier under senare år i Europa. Utbrotten har startat i områden med låg vaccinationstäckning. Smittskyddsinstitutet rekommenderar mässlingsvaccin för barn från 6 månaders ålder vid utlandsresa. Barn som vaccineras före ett års ålder bör vaccineras igen vid 18 månaders ålder, då vaccinet vanligtvis ges.¹²⁶

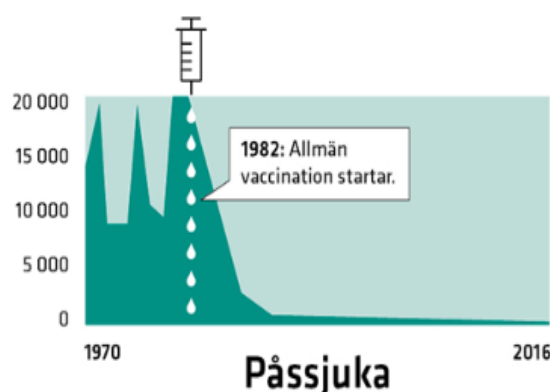
Röda hund är vanligen en lindrig sjukdom med hudutslag, snuva, feber och ledvärk. Infektion under tidig graviditet innebär dock hög risk för allvarliga skador hos fostret. Därför är vaccination mot röda hund en viktig del i vaccinationsprogrammet.

Påssjuka är en mycket smittsam virusinfektion som ger feber och svullna spottkörtlar under örat. Virusnet kan ibland angripa andra körtlar i kroppen och hjärnhinnorna, vilket gör sjukdomsförloppet svårare. Män som blir smittade efter puberteten kan få inflammation i testikeln. Det kan leda till sterilitet. Sedan allmän vaccination infördes 1982 har sjukdomen blivit sällsynt.¹²⁷

En förutsättning för att vaccinationsprogrammet mot MPR ska skydda även den ovaccinerade delen av befolkningen måste mer än 95 % av befolkningen vara vaccinerad. Då uppnås flockimmunitet (gruppimmunitet/herd immunity) och risken för epidemier är liten. Enligt kravspecifikationen är förstås målet att uppnå flockimmunitet i Sörmland, dvs. att minst 96 % av de sörmländska barnen i varje årskull ska vaccineras.

I Sörmland uppnås flockimmunitet generellt avseende MPR 2016 då 97 % av barnen födda 2014 har vaccinerats. I vissa områden uppnås dock inte flockimmunitet. Det gäller i Nävertorp (81 %), i Flen centrum (94 %) och i Gnesta (95%). BVC på Achima Care, Vår Vårdcentral och Bagaregatan uppnår precis målet för vaccinationstäckning på 96 %. Totalt sett är det fler enheter än tidigare år, som ligger under eller vid gränsen för flockimmunitet. (Fig.48)

Antalet rapporterade fall av påssjuka i Sverige 1970-2016



¹²⁶ Folkhälsomyndigheten, Barnvaccinationsprogrammet i Sverige 2014, Årsrapport, 2015

¹²⁷ Folkhälsomyndigheten, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/>, 2017

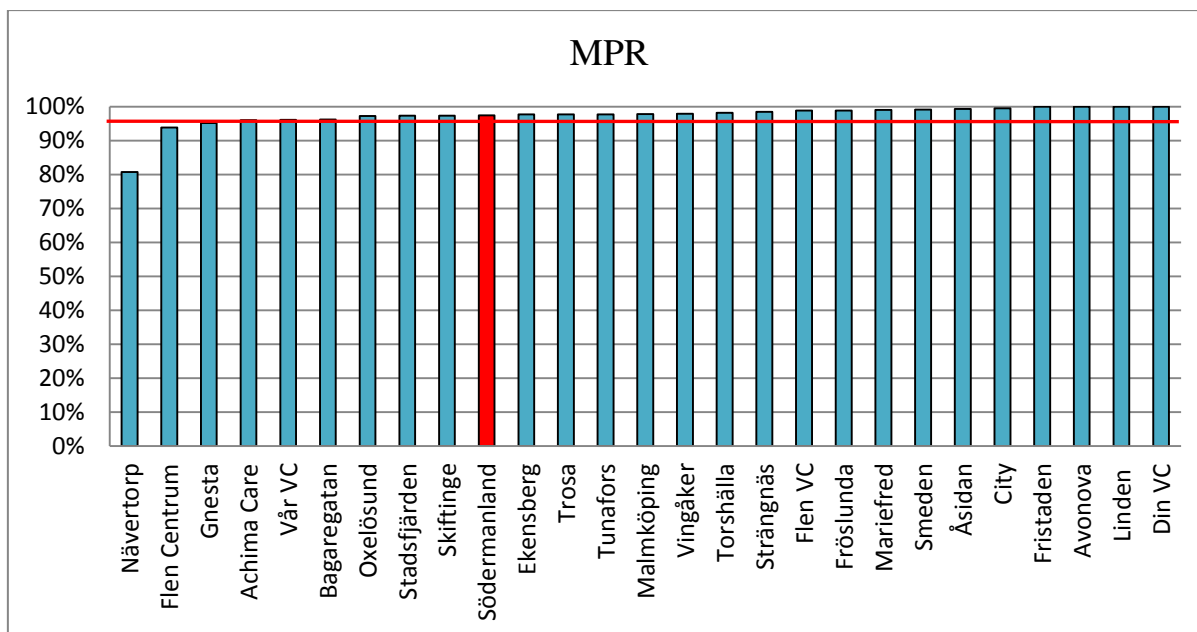


Fig 48. Andel barn (%) födda 2014 vaccinerade med MPR, per BVC (2016). Målet på 96 % enligt kravspecifikationen markeras med röd linje.

BCG-vaccinering

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 årligen) finns bland grupper som flyttar hit från länder med hög incidens. Barn med ökad risk för tuberkulossmitta erbjuds vaccination, vanligen vid sex månaders ålder. WHO har upprättat en förteckning över riskländer för WHO. Förteckningen ligger till grund för BCG-vaccination på BB/BVC. Andel barn i behov av BCG-vaccination i Sörmland ökar. Bland de barn som var födda 2014 var 33 % i behov av BCG-vaccination. (Fig. 49)

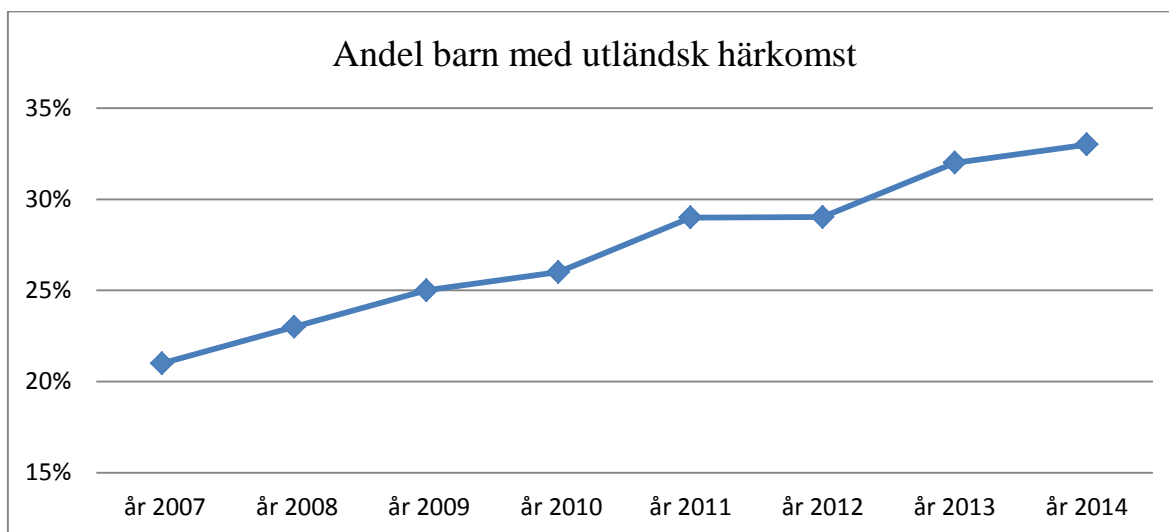


Fig 49 Ökning av andel barn födda 2007-2014 med utländsk härkomst på BVC i Sörmland (%).

Sörmland uppfyller nu målet enligt kravspecifikationen att 96 % av barn i risk för tuberkulos ska få BCG-vaccin. Bland barn med ökad risk för tuberkulos födda 2014 hade 97 % fått BCG-vaccin 2016. (Fig. 50)

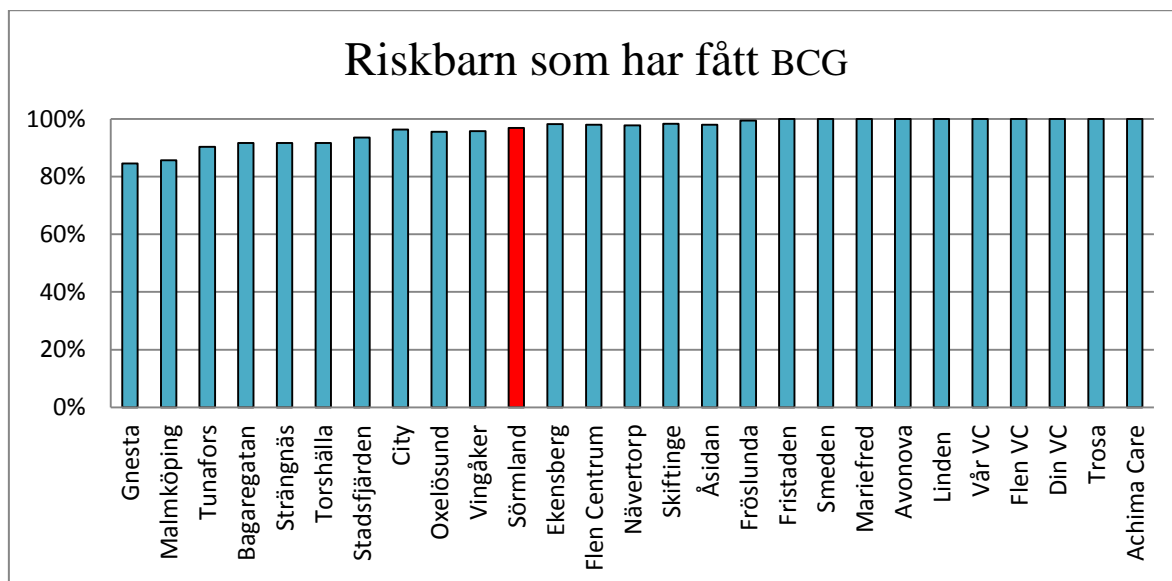


Fig. 50 Andel barn (%) födda 2014 sin bedömts ha en ökad risk för tuberkulos (TBC) och som har vaccinerats med BCG under 2016, per BVC.

7. Barn som far illa eller riskerar att fara illa

Vart tionde barn i Sverige bedöms fara illa eller riskerar att fara illa och 2–5 % av barnen har allvarliga problem.¹²⁸ 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.¹²⁹

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.¹³⁰ Genom att tidigt identifiera riskfaktorer i barnets miljö, erbjuda föräldraskapsstöd och ge stödande insatser kan barnhälsovården minska riskerna för att barn ska fara illa.

Under barnets första år är barnhälsovården en av få samhälleliga instanser som möter barnet och dess familj. Barnhälsovården kan tidigt uppmärksamma behov av skydd eller stödande insatser 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 barnhälsovård och förskola misstänker att 10–15 % av barnen utsätts för omsorgssvikt, men anmäler inte sin oro i samma utsträckning.¹³¹

Anmälan till socialtjänsten

Barnhälsovårdspersonal är enligt Socialtjänstlagen (14 kap. 1 a § SoL) skyldig att genast göra anmälan till socialtjänsten vid misstanke om att ett barn far illa. Det innebär att personal inte ska dröja med att göra anmälan. Tidsperspektivet är extra viktigt för barn eftersom det händer mycket i ett barns utveckling på kort tid. Några månader är en stor del av ett barns liv. När barn lever i en utsatt situation är det viktigt att stöd och skydd ges snarast möjligt.¹³²

För barn inskrivna på BVC i Sörmland var anmälningsfrekvensen till socialtjänsten 3,3 promille under 2013. Under 2014 och 2015 deltog BHV-personal och socialsekreterare med barn- och familjeansvar i länsgemensamma utbildningar om anmälnings- och samverkansskyldigheten kring barn. Därefter har

¹²⁸ Lundberg I, Utsatta flickor och pojkar: En översikt av aktuell svensk forskning. Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap; 2005.

¹²⁹ Jernbro C, Tindberg Y, Lucas S et al. Quality of life among Swedish school children who experienced multitype child maltreatment. Acta Paediatr. 2015;104(3):320-5

¹³⁰ 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.

¹³¹ Lundén K. Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn. Stiftelsen Allmänna Barnhuset, 2010.

¹³² Barn som far illa eller riskerar att fara illa. En vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningskyldighet och ansvar. Socialstyreslen, 2013.

anmälningssfrekvensen ökat successivt. År 2014 var anmälningssfrekvensen på BVC i Sörmland på 4,7 promille, år 2015 på 5,6 promille och **år 2016 var anmälningssfrekvensen 6 promille i Sörmland.** (Fig. 51) Även om anmälningssnivån fortfarande är oroväckande låg är det en fördubbling av anmälningarna 2016 jämfört med 2013.

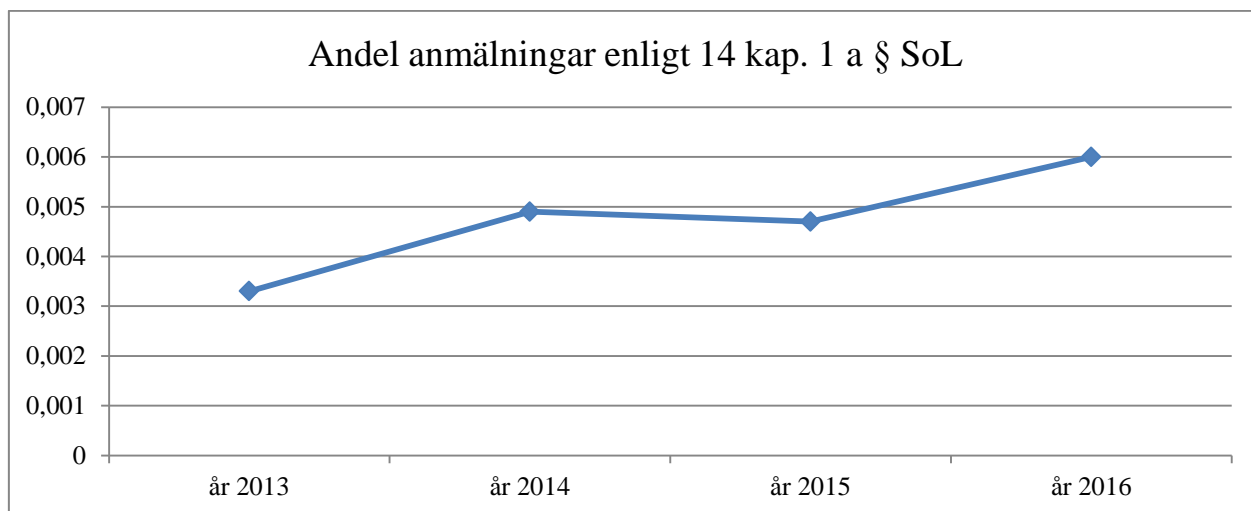


Fig. 51 Anmälningssfrekvens till socialtjänsten i Sörmland mellan åren 2013-2016.

Anmälningssfrekvensen varierar mellan kommunerna i länet. BVC belägna i Vingåker, Flen och Gnesta är de som i högst utsträckning uppmärksammat barn som far illa och anmält sin oro/misstanke till socialtjänsten. De enda kommunerna där inte anmälningssfrekvensen har ökat från 2015 till 2016 är Trosa, Katrineholm och Eskilstuna. I dessa kommuner har anmälningarna minskat. (Fig. 52 och 53)

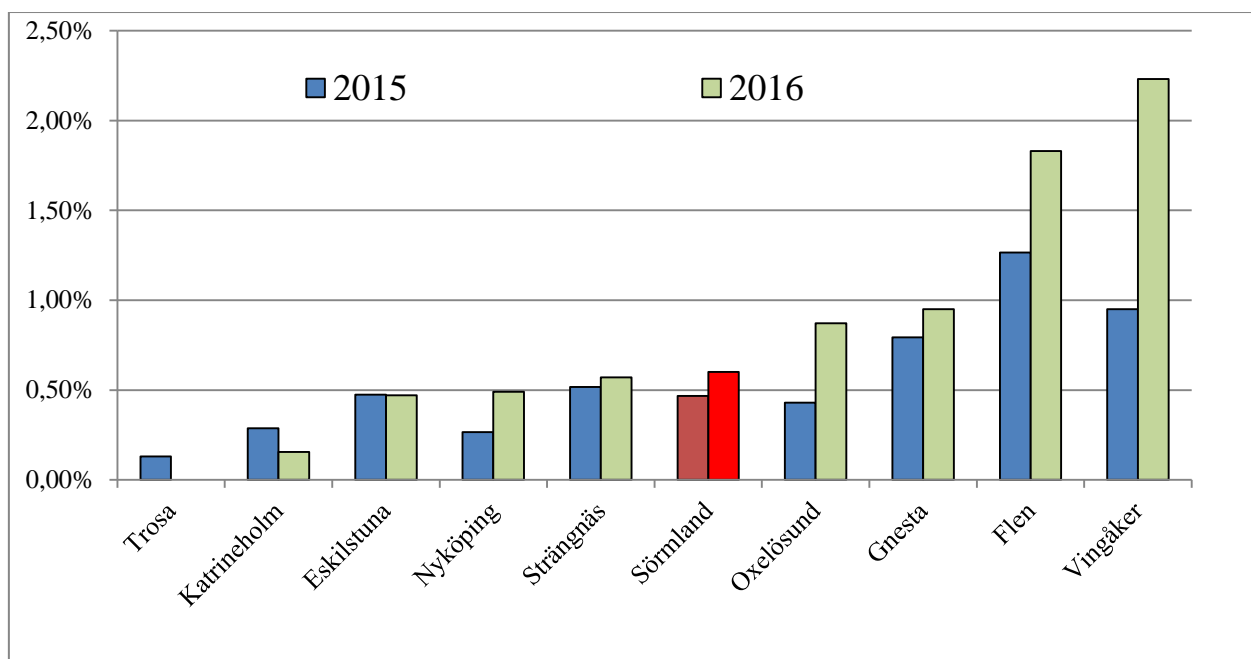


Fig. 52 Anmälningssfrekvensen enligt 14 kap. 1 § SoL per kommun, 2015 och 2016.

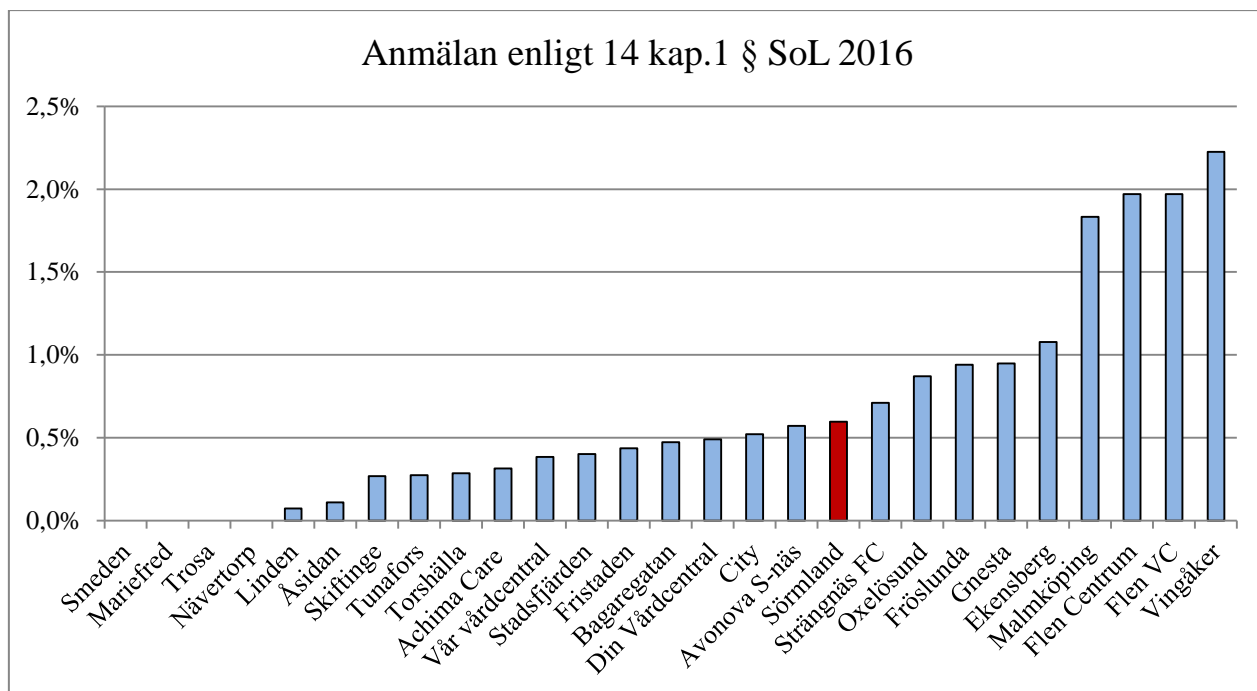


Fig.53 Anmälningsfrekvensen enligt 14 kap. 1 § SoL per BVC, 2016.

Samverkan med socialtjänsten

Samverkan mellan barnhälsovården och socialtjänst förekommer i högre grad än orosanmälan till socialtjänsten. Samverkan skedde kring 1,2 % av de barn som var inskrivna på BVC under 2016. Samverkansfrekvensen mellan BVC och socialtjänsten är högre vid BVC som är placerad i en familjecentral (Fig. 54).

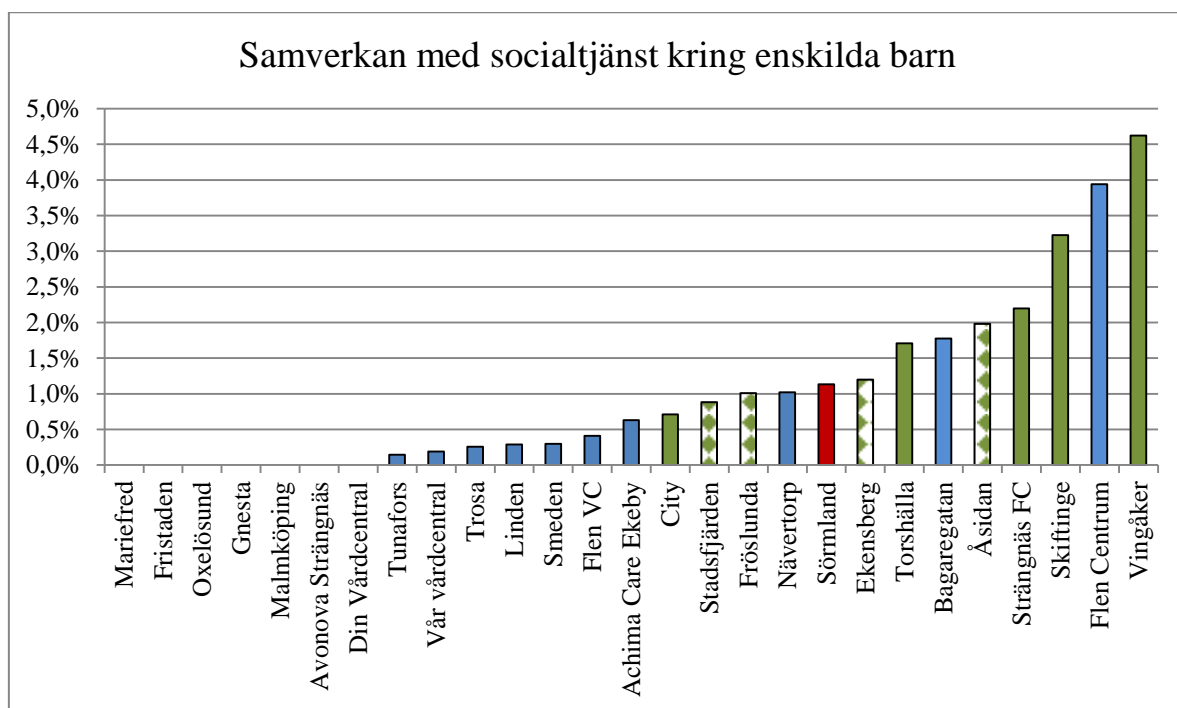


Fig.54 Samverkan kring barn mellan BVC och socialtjänst per BVC, 2016. BVC som belägna i en familjecentral är gröna. De BVC som har en del av sin verksamhet vid en familjecentral är grönvitrutiga. BVC utan familjecentral under 2016 är blå.

Socialtjänsten bör enligt **14 kap. 1 a § SoL** erbjuda barnet, vårdnadshavaren och den som har gjort en anmälan ett **samverkansmöte** om det med hänsyn till barnets bästa är lämpligt. Syftet är att ta tillvara anmälarens engagemang och kompetens samt att uppmärksamma barnets situation, oavsett om anmälan leder till en utredning eller inte. Andelen samverkansmöten i samband med anmälan som BHV-personalen kallats till under 2016 var 26 %. Det är en **minskning** från 2015 då de kallades till samverkansmöten vid 36 % av orosanmälningarna.

Enligt **14 kap. 1 b § SoL** kan hälso- och sjukvårdspersonalen vända sig till socialtjänsten för att få **återkoppling** av en anmälan. Andelen anmälningar där det skett en återkoppling i Sörmland var 48 % under 2016 jämfört med 44 % under 2015. BVC Achima Care, Fristaden, Tunafors, Vår vårdcentral och Bagaregatan fick 100 % återkoppling.

Familjecentraler

Familjecentraler är en förordad form för att bedriva hälsofrämjande och förebyggande arbete för barn och deras föräldrar. De är ett konkret exempel på hur samverkan mellan olika professioner och verksamheter kan organiseras kring barn och familjer.¹³³

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”*.¹³⁴

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 landsting samordnar sina resurser. Statistiken visar tydligt att familjecentraler gynnar samverkan med socialtjänsten kring enskilda barns behov av stöd. (Fig.54)

¹³³ Vägledning för barnhälsovården, Socialstyrelsen 2014.

¹³⁴ Familjecentraler. Kartläggning och kunskapsöversikt, Socialstyrelsen 2008.

8. Den länsgemsamma barnhälsovårdsenheten

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 är sedan 2016-07-01 organiserade i Hälsovalsstaben. Barnhälsovården Sörmland består av ett utvecklingsteam samt en psykologverksamhet.

Barnhälsovården Sörmlands utvecklingsteam består av BHV-överläkare, vårdutvecklare, MBHV-psykolog och administratör (från 2017 även logoped). 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:

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

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 i förhållande till 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

Utvecklingsarbeten

Under 2016 har **implementeringen av det nationella**

barnhälsovårdsprogrammet fortgått, framför allt genom att utforma och införa teambesök vid tre års ålder som är ett nytt besök inom barnhälsovården. Tidigare teambesök vid 18 månaders ålder är borttaget och har ersatts med teambesök vid tre år. Hittills har en tredjedel av länen i Sverige infört teambesök vid tre års ålder, medan de flesta övriga län är i införandefasen. Sörmland är med i utvecklingen av detta besök nationellt. En menyagenda som kan vara ett stöd vid besöket har utarbetats. Utbildningsinsatserna under 2016 har innefattat *Tidig upptäckt – tidig insats* med syfte att öka kunskapen om att tidigt upptäcka barn med psykomotoriska utvecklingsavvikelser. Att tidigt identifiera barn med utvecklingsavvikelser ger en möjlighet att kunna ge stöd och insatser utefter barnets och familjens behov. Under hösten 2016 hölls en utbildning om *Hälsofrämjande teambesök vid 3 år* med syfte att kunna identifiera och ge tidiga insatser till barn med risk eller som redan utvecklat övervikt/fetma. Utbildningen resulterade i att barns BMI kommer att följas och efterfrågas i statistikinsamlingen för 2017. Till utbildningarna har förskola, elevhälsa, habilitering, barnklinik, BUP, dietister och logopeder bjudits in eftersom samverkan är en viktig förutsättning för att barn som identifierats ska få rätt stöd och insatser.

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 träffas ett par gånger per termin.

BHV-enhetens utvecklingsteam besöker årligen alla BVC i länet för att träffa verksamhetschef, BHV-läkare och BHV-sjuksköterskor. Nytt för 2016 var att BHV-enheten (vårdutvecklare och BHV-överläkare) träffade flera BVC vid samma tillfälle. Träffarna hölls i varje länsdel, där två till tre BVC deltog vid varje tillfälle. Uppföljning av barnhälsovårdsuppdraget, aktuella frågor och diskussioner om olika utmaningar utifrån *Barnhälsovård i Sörmland Årsrapport 2015* diskuterades.

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 m.m. BHV-bladen finns tillgängliga på Barnhälsovårdens webbsida.

Utifrån en riskanalys under 2014 påvisades risker i överrapportering och överföring av information av barn från BB till BVC. Ett länsövergripande utvecklingsarbete

mellan kvinnokliniken, Barnhälsovården Sörmland och D-data AB har resulterat i att förse alla länets BHV-sjuksköterskor med läsbehörighet till valda delar i **Obstetrix** (förlossningsjournal). Läsbehörigheten testades i pilotform, utvärderades och breddinfördes sedan till alla länets BVC under hösten 2016. Läsbehörigheten ger BHV-sjuksköterskor tillgång till FV2:an. De kan därmed inhämta aktuella uppgifter rörande barnet. En annan identifierad risk var överrapportering som sker via postgång. Under hösten 2016 testades elektronisk överföring av Nytt barn via FileTransfer på två BVC i länet. Utvärderingen visade på säker och enkel överföring och har under 2017 införts på flera BVC i länet. Införandet fortsätter under 2017.

Samtliga s.k. SUSSA landsting har haft pappersjournal inom barnhälsovården. Efter en gemensam upphandling av journalsystem skrevs kontrakt med leverantören för journalprogrammet **PMO** den 1 april 2016. Projektbeställare för breddinförandet är Asghar Farahani, chef för Hälsovalstaben. I slutet av 2016 erbjöds all BHV-personal utbildning i journalsystemet. Totalt har cirka 25 gruppstillfällen genomförts. Barn födda från januari 2017 som skrivs in på Barnavårdscentralen (BVC) har nu en elektronisk barnhälsovårdsjournal.

Tidigare registrerades vaccinationer inom barnhälsovården direkt i Folkhälsomyndighets vaccinationsregister. Sedan september 2016 inrapporteras alla vaccinationer i **Svevac**.

Under 2016 infördes **standardiserade kallelser** till besöken inom barnhälsovården. Sju olika kallelsemallar utformades centralt anpassade för besöken vid de åldrar som rekommenderas enligt det nationella barnhälsovårdsprogrammet samt vid behov. Där beskrivs vid vilken ålder respektive kallelse bör användas samt vilken bilaga som bör skickas med. Tillsammans med kallelsen skickas information om besöket för att förbereda både barn och föräldrar inför besöken. *Upplysningar i inbjudan till BVC* finns för besök vid 2,5 år, 3 år, 4 år och 5 år samt för nyblivna eller nyinflyttade föräldrar. Samtliga broschyrer kan beställas från Barnhälsovården Sörmland.

För att möjliggöra informationsöverföringen har ett flertal **broschyrer översatts** på olika språk: Informationsblad om svensklagstiftning mot kvinnlig könsstympning, Välkommen till BVC och Nedstämdhet efter förlossning. Samtliga broschyrer finns tillgängliga på barnhälsovårdens webbsida.

Ett av arbetssätten inom barnhälsovården är utvecklingsbedömningar utifrån barnets ålder. Alla länets BVC har fått ett **gemensamt material för utvecklingsbedömningar** i enlighet med Rikshandboken. Materialet ger förutsättningar för att göra likvärdiga bedömningar i hela länet.

Under maj– juli deltog Sörmlands samtliga BVC tillsammans med hela Uppsala-Örebro regionen i kampanjen **Sunda Solvanor**. Sunda Solvanor är ett framgångsrikt primärpreventivt projekt som provats, utvärderats och implementerats i Västra- och Sydöstra sjukvårdsregionen. Kampanjen är en satsning för att i det hälsofrämjande arbetet inom barnhälsovården samtala om

Sunda Solvanor för att minska riskerna för att barn senare i livet ska utveckla hudcancer. Under kampanjen lämnade BHV-sjuksköterskorna ut kylskåpsmagnet med information om Sunda Solvanor till alla barn och föräldrar som besökte BVC. Utvärderingen visade att budskapet och magneten var uppskattat och låg nära ordinarie arbetssätt inom barnhälsovård. Kampanjen ökade i viss grad kunskaper om risker med solexponering.

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. Utvecklingsarbete sker genom strategigrupper, samverkansträffar och projektarbeten.

Introduktionsutbildning ges för ny personal på BVC (sjuksköterskor, läkare och verksamhetschefer) och tillsammans med ST-läkare i allmänmedicin respektive pediatrik. Fortbildning ges två gånger per år och vid två tillfällen för att ge all BHV-personal möjlighet att delta. Vid dessa fortbildningsdagar inbjuds föreläsare med kompetens inom aktuellt fortbildningsområde. Under 2016 har utbildningsinsatser handlat om fortsatt implementering av det nationella barnhälsovårdsprogrammet med fokus på teambesök vid tre års ålder.

Kurser och fortbildning under 2016	Samverkan med	Omfattning
BHV-sjukskötersketräffar	Specialpedagoger	1 halvdag
Tidig upptäckt-tidig insats Teambesök vid 3 års ålder	Förskola, habilitering, BUP, elevhälsa, resursteam, Barnklinik	2 heldagar
Tandhälsa	Folktandvården	2 halvdagar
Är amning viktigt Amningsutbildning för hela vårdkedjan	Barnmorskor och forskare inom amning	2 halvdagar
Introduktionskurs, för ny BHV- personal	Hörselvården Logopedimottagningen. FoU- i Sörmland Barnkliniken	3 heldagar
ST-kurs i BHV För blivande specialistläkare i allmänmedicin resp. pediatrik	Barnkliniken.	2 heldagar + 1 halvdag
EPDS-metoden För nya BHV-ssk	MBHV-psykologer	2 halvdagar
Hälsofrämjande teambesök vid 3 år	Dietister i primärvården Barnkliniken obesitasteam	2 heldagar
Gruppledarutbildning	MBHV-psykologer	2 heldagar

Framtidens barnhälsovård och barns hälsa

Barnhälsovården är en viktig arena för att nå Landstinget Sörmlands övergripande mål om att bli Sveriges friskaste län 2025. Barnhälsovårdens nationella program verkar för att 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:

- 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.
- Riktade insatser mot speciellt utsatta grupper.
- Metoder för arbete mot övervikt och för tidig upptäckt av utvecklingsavvikelser.

Under 2017 fortsätter därmed implementeringen av det nationella barnhälsovårdsprogrammet med inriktning på riktande 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. Under 2017 planeras bl.a. utbildning om kvinnlig könsstympning i samverkan med landsting, kommun och Länsstyrelsen i Sörmland.

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 inom 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).

Avslutningsvis

Stort tack till dig som läst hela eller delar av denna Årsrapport för Barnhälsovården i Sörmland 2016. För den som önskar finns allt underlag att tillgå genom ulrika.s.nygren@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.