

Barnhälsovård i Sörmland

Årsrapport 2015



2015-06-01
Barnhälsovården Sörmland
bhv.sormland@dll.se

Barnhälsovård i Sörmland

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	4
1. Barnhälsovård.....	6
Barnets rätt till barnhälsovård	6
Barnhälsovårdens mål	6
Nationellt barnhälsovårdsprogram	6
Centrala begrepp, perspektiv och definitioner.....	7
Det åldersrelaterade programmet	9
Nationella målbeskrivningar	9
Landstinget Sörmland - Kravspecifikationen	10
Implementeringen av det nationella barnhälsovårdsprogrammet.....	10
Metodbok och Regionala Tillägg	10
2. Barnen i Sörmland (BHV´s målgrupp).....	10
Inskrivna barn inom barnhälsovården	10
Nyfödda barn.....	12
3. Faktorer som har betydelse för barns hälsa och utveckling.....	13
Amning de första sex månaderna	13
Barn som utsätts för tobaksrök i hemmet	16
Immigration och barn med utländsk härkomst	18
4. Förutsättningar för att arbeta med barnhälsovård.....	20
Bemanning	20
Totalt antal in- och utskrivningar	21
Socioekonomiska förhållanden som påverkar barns hälsa i Sörmland	22
Vårdtyngd och vårdtyngdsindex.....	23
BHV-sjukskötersketid reglerat efter vårdtyngden.....	25
5. Arbetssätt inom barnhälsovården	26
Hembesök.....	26
Tidigt hembesök	26
Hembesök vid 8 månader	27
Riktade hembesök eller hembesök till nyinflyttade/nyanlända	28
Upptäckt av nedstämdhet i samband med förlossning	28
EPDS-screening.....	29
Andel nedstämda eller lätt/måttlig depression	30
Pappa/partnersamtal	31
Besök hos BHV-sjuksköterska vid 18 månader	31

Barnhälsovård i Sörmland

Barnvaccinationsprogrammet nationellt och i Sörmland	32
Vaccination mot kikhosta	32
Vaccination mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR).....	33
Vaccination av nyanlända	34
BCG-vaccinering	34
Vaccinationsbrist	35
Språkstimulans till alla barn	35
Språkbedömning.....	36
Barn med flera språk	39
Språkbedömning av flerspråkiga barn.....	39
Syn- och hörselundersökning	39
Föräldrastöd i grupp	41
Barn som far illa eller riskerar att fara illa	42
Anmälan till socialtjänsten	42
6. Samverkan	44
Samverkan med socialtjänsten	44
Familjecentraler	45
Samverkan med folktandvården	45
Samverkan kring språket	46
Samverkan kring amning - Amningsstrategigruppen	46
Vårdkedjemöten - Obstetrix	46
Invandrartätt BVC	46
7. Den länsgemensamma barnhälsovårdsenheten	47
Stöd till BVC (landstingsdrivna och privata)	47
Utvecklingsarbeten	47
Utbildning – introduktion och fortbildning	48
MBHV-psykologernas uppdrag	48
8. Framtidens barnhälsovård och barns hälsa	49
Sveriges friskaste barn - 2025	49
Avslutningsvis	49

Förord

Hälsan blir allt bättre i Sverige samtidigt som ojämlikheter i hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård har ökat de senaste åren. Samma utveckling ses bland barnen. Den hälsofrämjande och förebyggande barnhälsovården som alla barn (0-6 år) har rätt till når inte alla barn på ett jämlikt och rättvis sätt. Barnhälsovården klarar inte av att möta upp med kompensatoriska insatser för de barn och familjer som befinner sig i risk. Dessa förhållanden gäller även Sörmland.

Årsrapport 2015 speglar hälsan hos barn (0-6 år) i Sörmland och den barnhälsovård (BHV) som dessa barn samt deras föräldrar haft tillgång till genom länets barnavårdscentraler (BVC) under 2015. Årsrapporten bygger på insamlad statistik av BHV-sjuksköterskor ifrån länets samtliga BVC och är sammanställd av den länsövergripande barnhälsovårdsenheten för Sörmland. Delar av resultaten rapporteras till tre nationella register och sammanställningen återkopplas på lokal nivå till verksamhetschefer, BHV-personal och politiker.

Skillnader i barns hälsa och tillgång till barnhälsovård bidrog till att Socialstyrelsen 2014 gav ut en *Vägledning för barnhälsovård* som beskriver barnhälsovårdens mål och uppdrag. Parallellt tog nationella företrädare för barnhälsovården fram en webbaserad metodbok, *Rikshandboken för barnhälsovård*, som beskriver arbetsmetoder och arbetssätt. Tillsammans utgör detta ett nationellt barnhälsovsprogram. Det nationella barnhälsovsprogrammet utgår från klinisk och vetenskaplig evidens samt utformas så att föräldrars, sjuksköterskors, läkares och psykologers respektive andra samverkanspartners kompetenser tas till vara – för *barnets bästa*. Det handlar om att med anpassade resurser arbeta förebyggande och hälsofrämjande samt att genom tidig identifikation av barn och familjer i risk kunna ge tidiga insatser – vilket lönar sig för både individ och samhälle nu och på sikt.

Barnhälsovården har en unik position i det hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbetet. Varje år besöker i stort sett alla barn 0-6 år sin BVC tillsammans med minst en förälder. Personalen på länets BVC möter minst 12 % av den sörmländska befolkningen årligen i en livsperiod då utvecklingsförmågan och förändringsbenägenheten beträffande livsstilsfrågor är som störst.

Sörmlands vision om att vara *Sveriges friskaste län 2025* gäller i allra högsta grad de sörmländska barnen. Genom att satsa på barnhälsovård och de små barnens hälsa ökar förutsättningarna för att nå landstingets vision. Barnhälsovården Sörmlands mål är att ha *Sveriges friskaste barn 2025*.

Under 2015 har det nationella barnhälsovsprogrammet införts i Sörmland genom att barn från den första januari har fötts in i det nya programmet. Förändringar som det har inneburit beskrivs till viss del i denna rapport. Statistiken visar bl.a. på hur ökad samverkan med både socialtjänsten och folktandvården för barns bästa under året har gett resultat. Samtidigt har 2015 varit ett år med hög arbetsbelastning, ökad immigration och tillfällig brist på vissa vacciner, vilket har medfört vissa svårigheter med att tillgodose barns behov av barnhälsovård och införandet av alla delar i det nationella programmet. Arbetsbelastningen på den länsövergripande barnhälsovsenheten har också varit hög. Bemanningen har under året inte varit fulltalig.

BHV-personalen i länet har gjort 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 insats och inväntar fortsatta beslut och satsningar för en fortsatt implementering av det nationella barnhälsovsprogrammet i Sörmland för att kunna bidra till de barnens hälsa nu och i framtiden.

Ulrika Nygren
Vårdutvecklare

Jennie Nimborg
Vårdutvecklare

Emma Olsson
Samordnande MBHV-psykolog

Barnhälsovården Sörmland, juni 2016

Sammanfattning

Årsrapporten baseras på data från 19 886 barn (0-6 år) inskrivna i barnhälsovården (BHV) i Sörmland under 2015. Data är insamlad av länets BHV-sjuksköterskor och har bearbetats utifrån

Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland 2012. Rapporten tydliggör skillnader i risk- och skyddsfaktorer liksom tillgång till barnhälsovård i länet, samt vilka områden som behöver utvecklas och följas upp över tid för att utjämna villkoren för barnen i Sörmland.

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. I Sörmland har det nationella barnhälsovårdsprogrammet införts som består av socialstyrelsens *Vägledning för barnhälsovården* och *Rikshandboken för barnhälsovård* under 2015. Målen för barnhälsovården i Sörmland specificeras i *Kravspecifikation för barnhälsovård i landstinget Sörmland, 2012* och följs upp av den länsövergripande enheten för barnhälsovården i Sörmland, Hälsoval och vårdcentralscheferna. Det innebär en kvalitetssäkring av barnhälsovården och en uppföljning av att barnen i Sörmland får den barnhälsovård de har rätt till.

Barnen i Sörmlands hälsa

De flesta barn i Sörmland har en god hälsa och utveckling. Men socioekonomisk belastning har stor betydelse för barns ohälsa. I nationella jämförelser har Sörmland högst andel barn (0-18 år) som lever i barnfattigdom 2013. Två faktorer, med koppling till socioekonomi och som är riskfaktorer för ohälsa, är låg amningsfrekvens och utsatthet för passiv rökning. Nationella jämförelser visar att andelen ammade barn har varit låg under många år i Sörmland, men glädjande nog visar årets insamlade statistik att amningsfrekvensen ökat i Sörmland och snart når riksgenomsnittet. 2014 ammadess (helt eller delvis) 96 % vid en veckas ålder, 85 % vid två månaders ålder och 62 % vid sex månaders ålder. Däremot har andelen barn som utsätts för rök i hemmet ökat. Barn i Sörmland som utsätts för rök i hemmet vid 0-4 veckor har ökat från 16 % (barn födda 2013) till 17 % (barn födda 2014) och det är papporna som står för den ökningen. Riksgenomsnittet vid 0-4 veckor för barn (födda 2013) var 12 %. Andra faktorer som påverkar hälsan är att leva på flykt och utländsk härkomst. De senaste årens ökade immigration har inneburit ett ökat antal barn med utländsk härkomst. 32 % av de inskrivna barnen på barnvårdscentralerna (BVC) i Sörmland har utländsk bakgrund.

Vårdtyngd

För att möjliggöra riktat stöd till barn och familjer med utökat behov beräknas vårdtyngd genom att utöver antal nyfödda i BVC-området (55 nyfödda per heltid BHV-sjuksköterska och år) ta hänsyn till andelen förstagångsföräldrar (delat med tre), andelen nyfödda i familjer med socioekonomisk belastning samt andelen nyfödda med utländsk bakgrund. Beräkningen görs med hänsyn till den ökade arbetsbelastningen det innebär med stöd i amning, motiverande till rökavvänjning och insatser till familjer med social utsatthet. År 2008 var den genomsnittliga vårdtyngden i länet 39 % medan den har sedan 2013 varit 51 % (Se under avsnittet *Vårdtyngd och Vårdtyngdsindex*). Vårdtyngden på BVC i Sörmland ökade med 30 % på fem år. Trots ett ökat antal barn och en ökad vårdtyngd har motsvarande personalförstärkning inte kunnat ses. BHV-personalen har ändå utfört en stor andel av de förskrivna hälsofrämjande insatserna för barnen, medan andra delar har varit svåra eller omöjliga att tillgodose.

Barnhälsovård

Hembesök är en hälsofrämjande metod som bidrar till god samverkan mellan BVC och föräldrarna.

Tidigt hembesök har gjorts hos 79 % av barnen 2015. Hembesöksfrekvensen varierar mellan olika BVC (5 - 100 %). **Hembesök vid 8 månaders ålder** har gjorts hos 6 % av barnen, med en variation på 0 % och 87 %.

Målet (80 %) gällande screening för **nedstämdhet eller depression** i nyföddhetsperioden är uppnått. Totalt screenades 88 % av alla mammor, vilket är en ökning från föregående år (2014) då 80 % screenades. 12 % av mammorna identifierades som nedstämda och fick olika former av stödinsatser.

Barnhälsovård i Sörmland

Målet (99 %) för **vaccinstäckning** gällande vaccin mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio och haemophilus influenzae typ B är uppfyllda, men endast 98 % har vaccinerats mot pneumokocker. Målet (96 %) gällande vaccin mot mässling, påssjuka och röda hund är också uppfyllt (98 %). Målet (96 %) gällande BCG-vaccin av barn med ökad risk för tuberkulos är inte uppfyllt (95 %). 95 % av barnen i Sörmland har vaccinerats mot hepatit B.

Målet är att 98 % ska ha genomgått en **språkbedömning** före 3 års ålder. Av barnen födda 2012 har 93 % bedömts med någon språkbedömningsmetod. 91 % har språkbedömts med den evidensbaserade metoden *Miniscalco*. 15 % följdes upp hos BHV-sjuksköterska för ytterligare bedömning vid 3 års ålder.

Målet är att 98 % ska genomgå en **syn- och hörselbedömning**. Av barn födda 2011 har 95 % genomgått en syn- och hörselbedömning. Det är en svag ökning sedan föregående år (94 %).

Anmälningar till och samverkan med socialtjänsten

Det har skett orosanmälan kring 4,7 promille av de inskrivna barnen enligt 14 kap. 1 a § SoL och det har skett en samverkan med socialtjänsten kring 1,2 % av de inskrivna barnen. Samverkansfrekvensen är högre vid BVC beläget i en familjecentral (FC).

Samverkan med folktandvården

Folktandvården och BVC har samverkat under året genom att BHV-sjuksköterskorna har samtalat om munhälsa och delat ut tandborstar och broschyrer. Det har bidragit till en ökad besöksfrekvens hos folktandvården.

Den länsövergripande barnhälsovårdsenhetens arbete

Barnhälsovårdsenheten 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 och består i att vara konsult- och remissinstans i frågor som rör barns utveckling och hälsa, riktade insatser samt handledning i det ordinarie BVC-arbetet av BHV-psykolog.

Under 2015 har utvecklingsarbetet framför allt handlat om att implementera det nya nationella barnhälsovårdsprogrammet. Det har skett genom utbildningsinsatser, besök till alla BVC, övergång från den lokala metodboken till den nationella Rikshandboken i Barnhälsovård samt handledning. En referensgrupp med representanter från BHV-personal och chefer har funnits som stöd. Mycket arbete under året har även gått till att hantera vaccinationsbristen och stöd gällande integrationsfrågor.

Framtidsvisioner

För en jämlik och rättvis barnhälsovård i Sörmland och för att nå målet om Sveriges friskaste län 2025 behövs:

- ökad bemanning på BVC utifrån den ökade vårdtyngden och det nationella barnhälsovårdsprogrammet
- ökade resurser till BHV-enheten, i form av både ökad bemanning och utbildningsbudget
- införande av elektronisk BHV-journal och elektroniskt kvalitetsregister (BHV-Q)
- Fortsatt utvecklad samverkan med andra aktörer kring barn (0-6 år) och deras familjer

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 och all planering och alla åtgärder inom barnhälsovården ska ha 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 bedömmas och följas upp enligt världshälsoorganisationen (WHO).² Det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet i Sverige är *att skapa samhällsliga 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

Ovanstående mål uppnås genom att:

- Erbjuder stödande insatser till alla föräldrar i deras föräldraskap
- Erbjuder hälsoövervakning av alla barn
- Ge individuellt utformad hjälp till barnet och dess föräldrar då ett barn löper högre risk att drabbas av ohälsa eller redan har nedsatt hälsa
- Uppmärksamma förhållanden i barnets närmiljö⁵

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 Barnhälsovården möter i stort sett alla barn (0-6 år) och är en hälsofrämjande arena. Genom tidig identifikation av barns och familjers frisk- och riks faktorer 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

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 WHI Child Growth Standards, Background 2, 1992

³ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/arnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/>

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

⁵ Vägledning för barnhälsovård. Socialstyrelsen, 2014.

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

under en snart ett sekel. Barnhälsovården har en lång och framgångsrik tradition i Sverige.⁷ År 2000 visade en nationell kartläggning på små variationer gällande barnhälsovårdens innehåll.⁸ En ny undersökning, tio år senare (2010) visade däremot på stora skillnader i den svenska barnhälsovårdens utbud.⁹ 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.¹⁰

Under 2014 utgav Socialstyrelsen *Vägledning för barnhälsovården* som beskriver vad BHV ska uppnå samt vilka arbetssätt som lämpar sig för att uppnå barnhälsovårdens mål.¹¹ Kopplat till vägledningen har företrädare för barnhälsovård (läkare, sjuksköterskor, psykologer, logopedier, 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 barnhälsovsrdsprogram.

Centrala begrepp, perspektiv och definitioner

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

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

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

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.¹²

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 barnhälsovsrdsprogrammet. 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 ett barnhälsovsrdsprogram utifrån barns och familjers behov (*universell proportionalism*). Det är ett tredelat program med en del *för alla* och en andra del *för alla vid behov* med ytterligare insatser på BVC som i den tredje delen ges i samverkan med andra vårdgivare, socialtjänst m.fl. (Fig.1) Detta är helt i linje med hälso- och sjukvårdslagen där "Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (2 § första stycket HSL). Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården" (2 § andra stycket HSL).

⁷ Höjer JA. Mjölkdroppar och barnavårdscentraler. Stockholm 1992.

⁸ Kornfält R. Survey of the pre-school child health surveillance programme in Sweden. Acta Paediatrica Suppl. 2000;89(434):2-7.

⁹ Magnusson M., Lindfors A., Tell J. (2011). Stora skillnader i svensk barnhälsovård. Läkartidningen 2011-08-30, nr 35.

¹⁰ Wallby T. Lika för alla? Social position och etnicitet som determinanter för amning, föräldrars rökvanor och kontakter med BVC. Avhandling, Uppsala Universitet, 2012.

¹¹ Vägledning för barnhälsovård. Socialstyrelsen, 2014.

¹² Strategin för en god och mer jämlik vård 2012-2016. Socialdepartementet; 2012. S2012.013.

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 Väld 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"> Mödrarhälsovård 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>Utökat föräldrastöd individuellt eller i grupp, inklusive hembesök (sjuksköterska, läkare, psykolog, konsulter)</p> <p>Stödsamtal vid nedstämdhet/depression postpartum</p> <p>Tvärprofessionell konsultation/samverkan kring barn och familj med ökade behov T.ex. med:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psykolog för barnhälsovården. Mödrarhälsovård 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 T.ex.</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.

Nationella målbeskrivningar

Under 2015 har *Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom Barnhälsovården* uppdaterats och fastställs av det nationella nätverket för barnhälsovårdssamordnare/vårdutvecklare, vårdförbundet, Riksföreningen för Barnsjuksköterskor och Distriktssköterskeföreningen i Sverige. BVC-sjuksköterska är utbytt till BHV-sjuksköterska för att tydliggöra professionsområdet istället för kopplingen till arbetsplatsen. BHV-sjuksköterskan är nyckelpersonen i BHV-teamet och ska ha goda kunskaper om barns utveckling, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder, barnålderns sjukdomar och de psykosociala faktorers betydelse för hälsan. För att få arbeta med barnhälsovård krävs specialistsjuksköterskeexamen med inriktning distriktssköterska eller hälso- och sjukvård för barn och ungdom.

I *Nationell målbeskrivning för läkartjänstgöring på BVC* som uppdaterades 2014 beskrivs att grunden för läkares tjänstgöring på BVC är kunskaper om det normala barnets utveckling, barnålderns sjukdomar, sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande åtgärder samt sociala faktorers 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.

Barnhälsovård i Sörmland

I dokumentet *Nationell målbeskrivning för Mödra- och Barnhälsovårdspsykologernas verksamhet* beskrivs att det bör vara en legitimerad psykolog med fördjupade kunskaper i konsultationsmetodik, utvecklings-psykologi, 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, 2012*¹³ som innehåller de kvalitetsindikatorer som landstinget årligen följer upp och som redovisas i denna årsrapport. Viss data överförs även till nationella register (socialstyrelsen, folkhälsomyndigheten, barnhälsovårdens nationella nätverk). Under 2015 har kravspecifikationen reviderats utifrån det nationella barnhälsovårdsprogrammet. *Kravspecifikation för barnhälsovård i landstinget Sörmland, 2016* kommer att finnas tillgänglig på landstingets insida.

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. De fyra universiella läkarbesök inom barnhälsovården som tidigare har erbjudits vid sex-åtta veckor, sex månader, tolv månader och 18 månader har bytt tidpunkt. Nu ska ett teambesök erbjudas vid fyra veckor, sex månader, tolv månader och vid tre år. Teambesöket innebär att BHV-sjuksköterska och BHV-läkare träffar barn och föräldrar tillsammans. BHV-psykolog kopplas in i teamet 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, men vikten av dessa har tydliggjorts i den uppdaterade versionen.

Metodbok och Regionala Tillägg

Barnhälsovården Sörmlands länsövergripande enhet ansvarar för att tillhandahålla och uppdatera en *Metodbok* för arbetssätt inom barnhälsovården i Sörmland. Under 2015 har det skett en successiv övergång från den lokala metodboken till den nationella *Rikshandboken för Barnhälsovård* som ägs av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Texterna författas av barnläkare, sjuksköterskor och forskare med kunskap och erfarenhet inom området och faktagranskas av andra personer med liknande kompetens. 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*.¹⁴ Det gäller till exempel samverkan med folktandvården, Hepatit B-vaccin, formulär, upphandlingar och broschyrer vid olika besök.

2. Barnen i Sörmland (BHV's målgrupp)

Inskrivna barn inom barnhälsovården

Varje år besöker i stort sett alla barn (0-6 år) BVC tillsammans med minst en förälder. Det innebär att personalen på länets **BVC årligen möter minst 12 % av befolkningen** i ett eller flera hälsosamtal. Detta sker i en period i livet då man som nybliven förälder eller småbarnsförälder är som mest **förändringsbenägen** när det gäller livstilfrågor. Det mesta 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 levnadsvanor.

¹³ Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland, Barnhälsovården Sörmland, 2012.

¹⁴ <http://insidan.dll.se/sv/Organisation/Halso--och-sjukvard/Division-Kirurgi/Barnhalsovarden/Metodbok/>

Barnhälsovård i Sörmland

Antalet barn i Sörmland ökar kontinuerligt. Totalt var 19 886 barn inskrivna vid länets samtliga BVC den 31 december 2015. Under 2015 ökade antalet med 510 inskrivna barn på BVC. (Fig. 3)

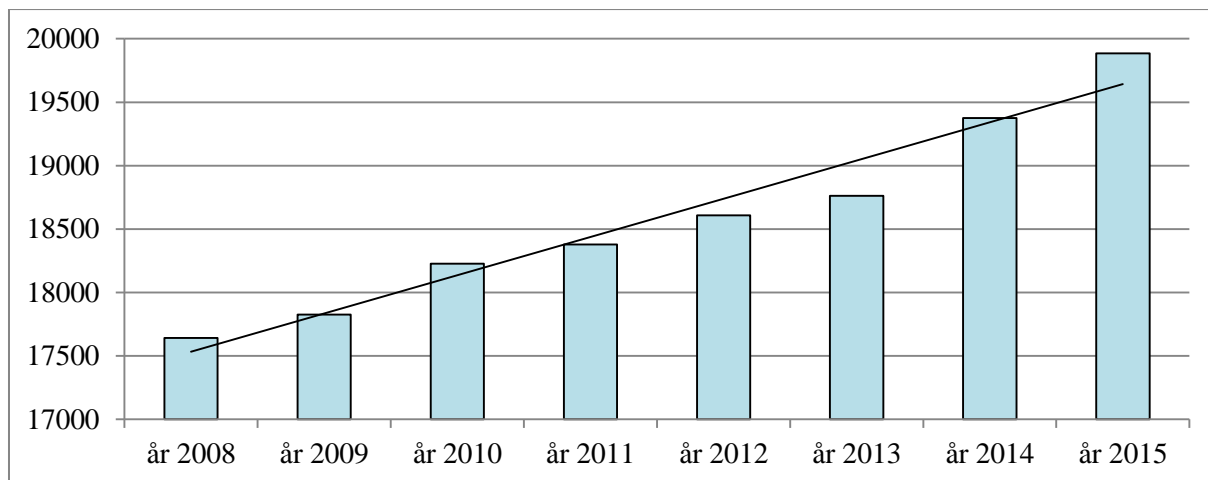


Fig. 3 Ökning av totalt antal barn inskrivna på BVC i Sörmland per år (2008-2015).

Sörmlands kommuner delas in norra länsdelen (Eskilstuna, Strängnäs), västra länsdelen (Vingåker, Flen, Katrineholm) och södra länsdelen (Nyköping, Gnesta, Trosa, Oxelösund). Den södra och den västra länsdelens inskrivna barn på BVC är tillsammans ungefär lika många som de inskrivna barnen i den norra länsdelen. (Fig.4)

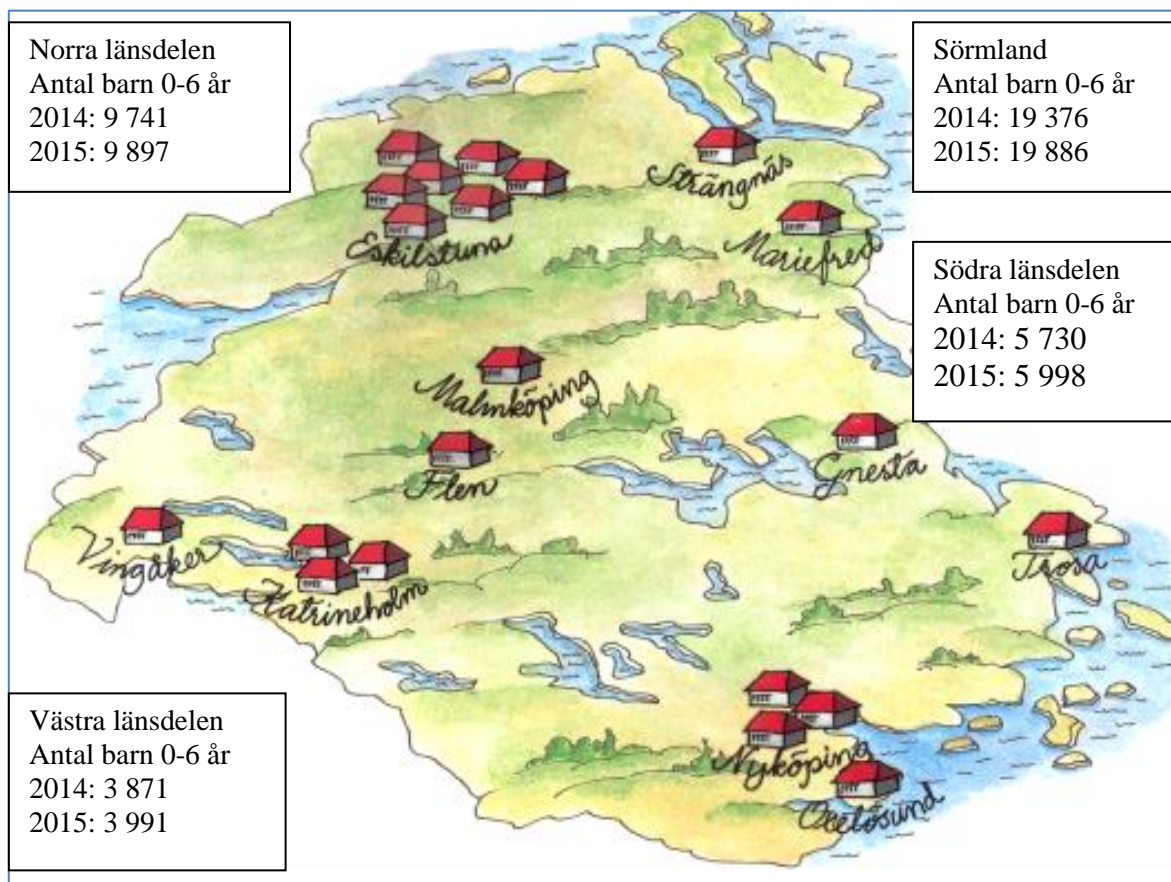


Fig. 4 Antal barn inskrivna i respektive länsdel.

Barnhälsovård i Sörmland

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)

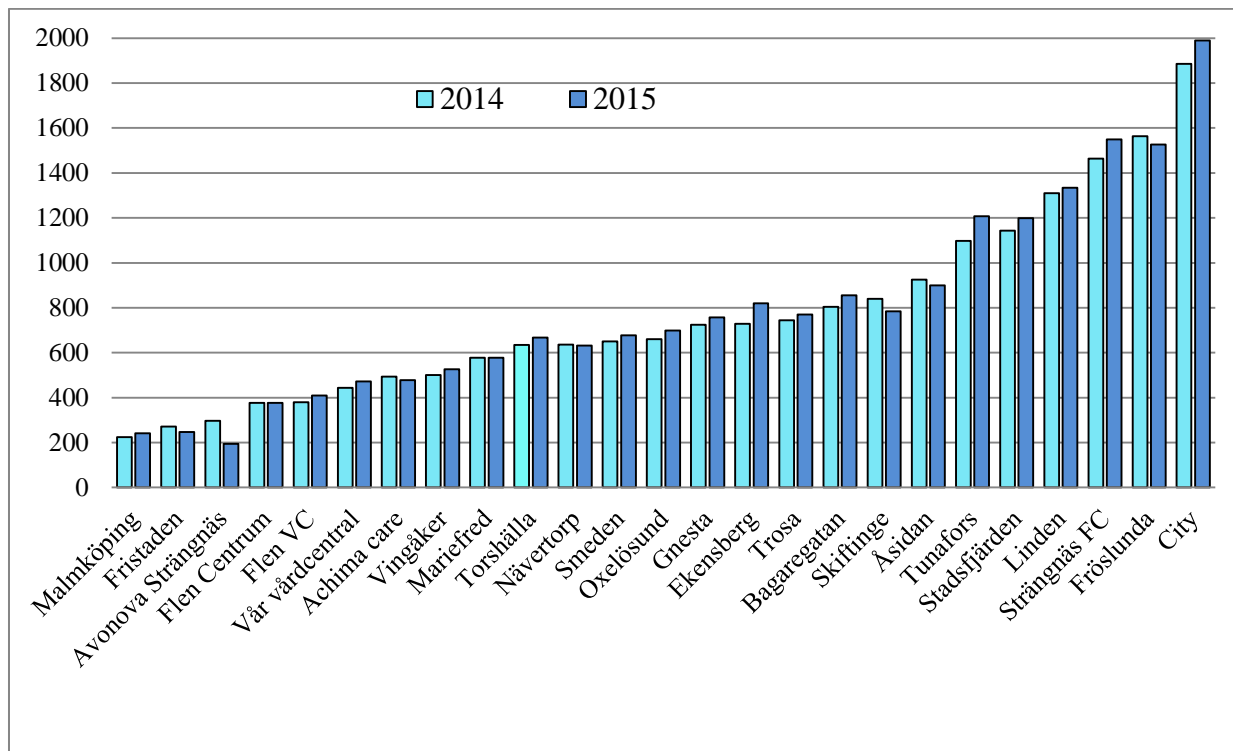


Fig. 5. Förändring av antalet inskrivna barn per BVC (2014-2015).

Nyfödda barn

Under året skrevs 3306 nyfödda barn in på BVC (Fig. 6). Ökningen av antalet nyfödda barn som är inskrivna på har ökat med 20 % de senaste tio åren.

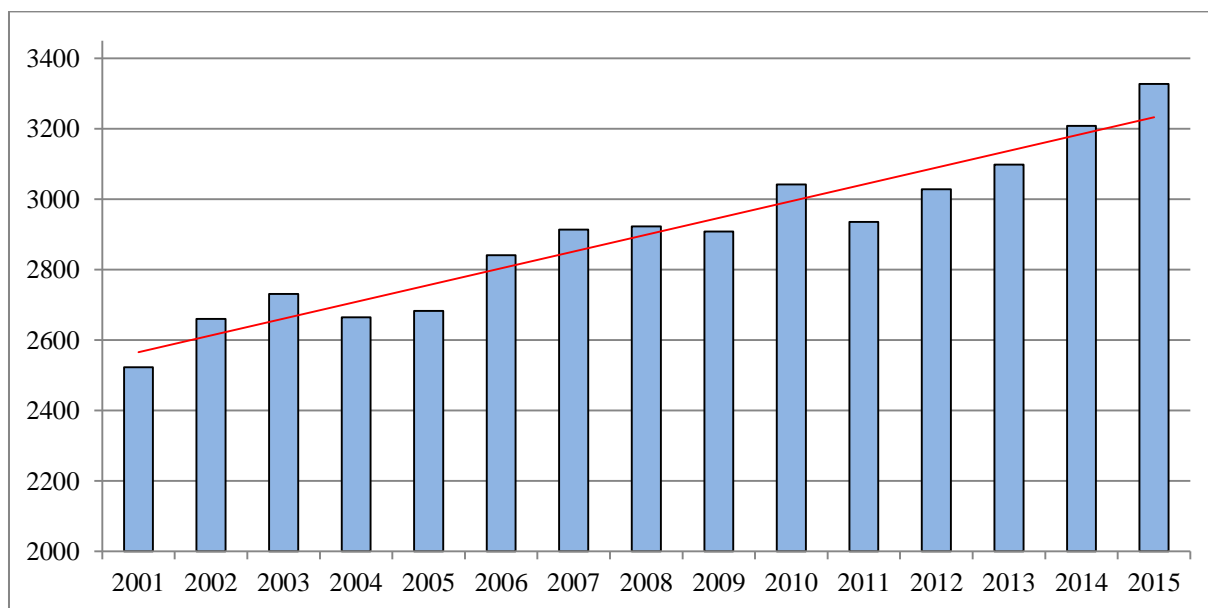


Fig. 6 Antal nyfödda barn inskrivna på BVC i Sörmland per år (2001-2015)

Barnhälsovård i Sörmland

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 tjänstgöringsgrad och antal BHV-sjuksköterskor respektive BHV-läkare utgår ifrån hur många nyfödda som skrivs in på BVC. Antalet nyfödda varierar stort mellan olika BVC. (Fig.7) Fördelningen av antalet nyfödda per BHV-sjuksköterska återkommer vi till under avsnittet *Bemanning*.

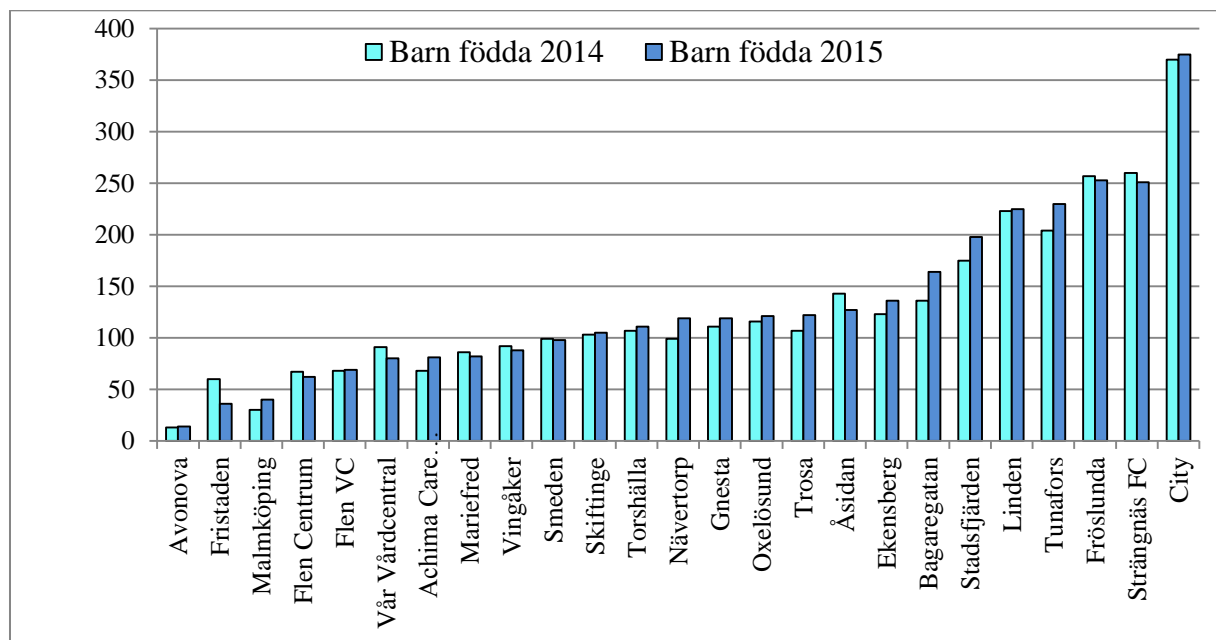


Fig. 7 Antal nyfödda barn inskrivna per BVC (2014-2015).

3. Faktorer som har betydelse för barns hälsa och utveckling

Amning de första sex månaderna

Bröstmjölken tillsammans med D-vitamin innehåller alla näringsämnen som ett barn behöver för att växa och utvecklas under sina sex första månader.¹⁵ Enligt Barnkonventionen, artikel 24, ska alla föräldrar få anpassad information om det enskilda spädbarnets och moderns behov samt amningens fördelar jämfört med uppfödning med modersmjölksersättning.¹⁶ Bröstmjölken innehåller ämnen som stimulerar immunförsvaret hos barnet och minskar risken för infektioner såsom akut öroninflammation, akut gastroenterit och allvarlig luftvägsinfektion.^{17 18} Amning är också en skyddsfaktor för plötslig spädbarnsdöd.¹⁹ På lång sikt har amning positiva hälsoeffekter med bland annat lägre risk för högt blodtryck, övervikt och fetma i vuxen ålder.^{20 21} Störst effekt ger helamning, men även delamning har effekt.

¹⁵ Bra mat för 0-5 år - handledning för barnhälsovården. Livsmedelsverket, 2014.

¹⁶ FN:s Konvention om barnets rättigheter, 1989.

¹⁷ Black RE, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. Lancet; 382:427-451, 2013.

¹⁸ Kramer MS., Kakuma R., Optimal duration of exclusive breastfeeding. Review. The Cochrane Report Technology Assess 2007 Apr; (153):1-186. 2007.

¹⁹ Minska risken för plötslig spädbarnsdöd : en vägledning för hälso- och sjukvårdspersonal. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

²⁰ Horta BL., Victora C., Long-term effects of breastfeeding. A systematic review. WHO 2013.

²¹ 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.

Barnhälsovård i Sörmland

Amning är en folkhälsoindikator för hälsan hos barn och kvinnor och ökad amning bidrar till att minska ojämlikhet i hälsa nationellt och globalt.^{22 23} Genom amningsprevention kan barnhälsovården bidra till en mer jämlik, hälsosammare och miljövänligare värld.²⁴

Den svenska amningsrekommendationen följer WHO:s (världshälsoorganisationen) rekommendation om att barnet ska helammas de första sex månaderna.^{25 26} WHO rekommenderar sedan delamning, gärna tills barnet är två år eller mer.²⁷ 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.

Den insamlade statistiken för ammade barn rapporteras till Socialstyrelsen för nationella jämförelser. I den nationella jämförelsen gällande barn födda 2013, som Socialstyrelsen publicerade 2015, hade Sörmland lägst andel ammade barn vid en veckas ålder, samt låg långt under riksgenomsnittet gällande ammade barn vid två, sex, nio och tolv månader. Av barn födda 2013 ammadess vid en veckas ålder 94 % i Sörmland jämfört med 96 % i riket. Vid två månaders ålder ammadess 84 % i Sörmland jämfört med 86 % i riket och vid sex månaders ålder ammadess 58 % i Sörmland jämfört med 63 % i riket.²⁸

Den nedåtgående **amningstrenden för barnen i Sörmland har nu vänt** och andelen spädbarn som får bröstmjolk har ökat. Av barn födda 2014 ammadess vid en veckas ålder 96 %, vid två månaders ålder 85 % och vid sex månaders ålder 62 % (Fig. 8). Den nationella statistiken för barn födda 2014 har inte redovisats ännu.

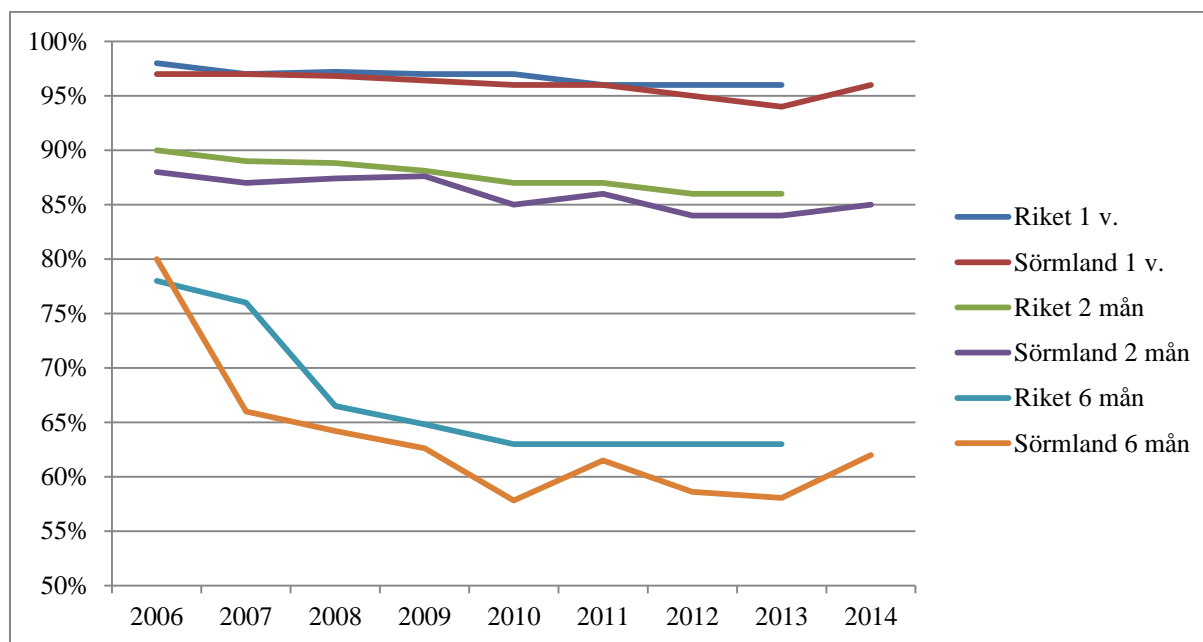


Fig. 8 Andel ammade barn (helt/delvis) vid 1 vecka, 2 månader och 6 månader. En jämförelse mellan riksgenomsnittet och Sörmland av barn födda 2006-2014.

²² Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. WHO 1989

²³ Hörnell et al. Breastfeeding, introduction of other foods and effects on health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations, Food & Nutrition Research, Vol 57, 2013

²⁴ Lancet Editorial. Breastfeeding: achieving the new normal, 387:404, 2016.

²⁵ Tio steg som främjar amning baserat på WHO:s Ten steps to successful breastfeeding

²⁶ 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/

²⁷ WHO U. Global Strategy for Infant Feeding & Young Child Feeding. Geneva: World Health Organisation; 2003.

²⁸ Socialstyrelsen Amning och föräldrars rökvanor. Barn födda 2013, Statens offentliga Statistik, 2015

Barnhälsovård i Sörmland

Andelen ammade barn vid två månaders ålder varierade mellan olika BVC i länet. Amningsfrekvensen varierade mellan 79 % och 94 %. Flen Centrum hade högst andel hel eller delvis ammade barn vid två månaders ålder (94 %) strax följt av Bagaregatans BVC i Nyköping (93 %). (Fig. 9)

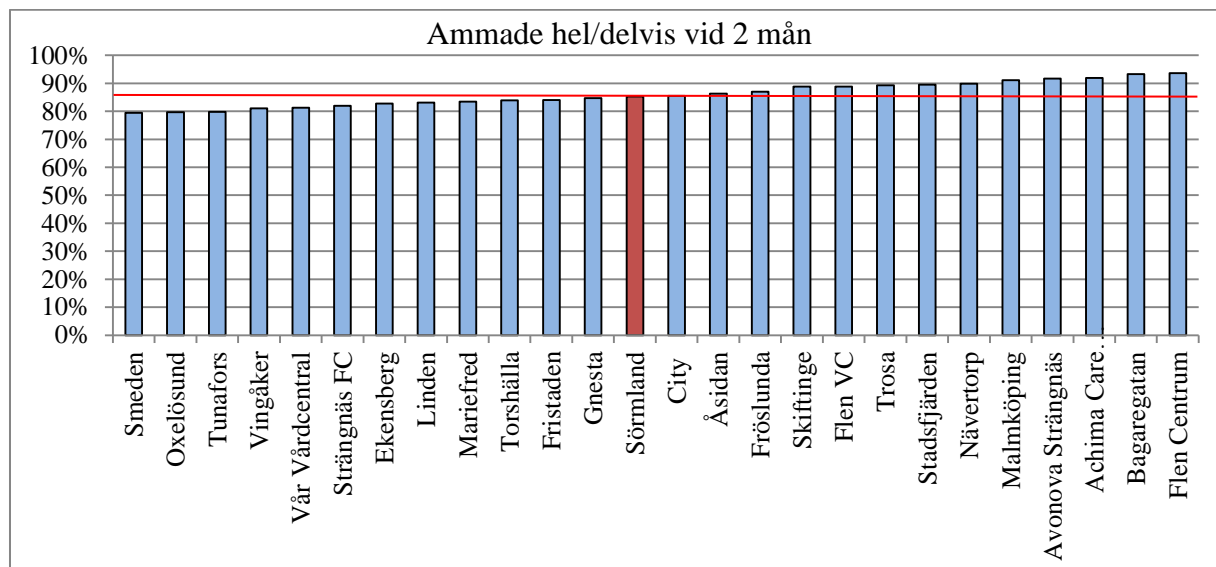


Fig. 9 Andel ammade barn (helt/delvis) vid två månader fördelat per BVC i Sörmland (85 %). Riksgenomsnittet (86 %) markeras med röd linje.

Andelen helt eller delvis ammade barn vid sex månaders ålder var 62 % i länet. Andelen varierade från 48 % till 80 % mellan olika BVC. Trosa hade högst andel (80 %) ammade barn vid sex månaders ålder strax följt av Flen Centrum (79 %), vilket är långt över förra årets riksgenomsnitt på 63 %. Mer än hälften alla BVC når över föregående års riksgenomsnitt. (Fig. 10)

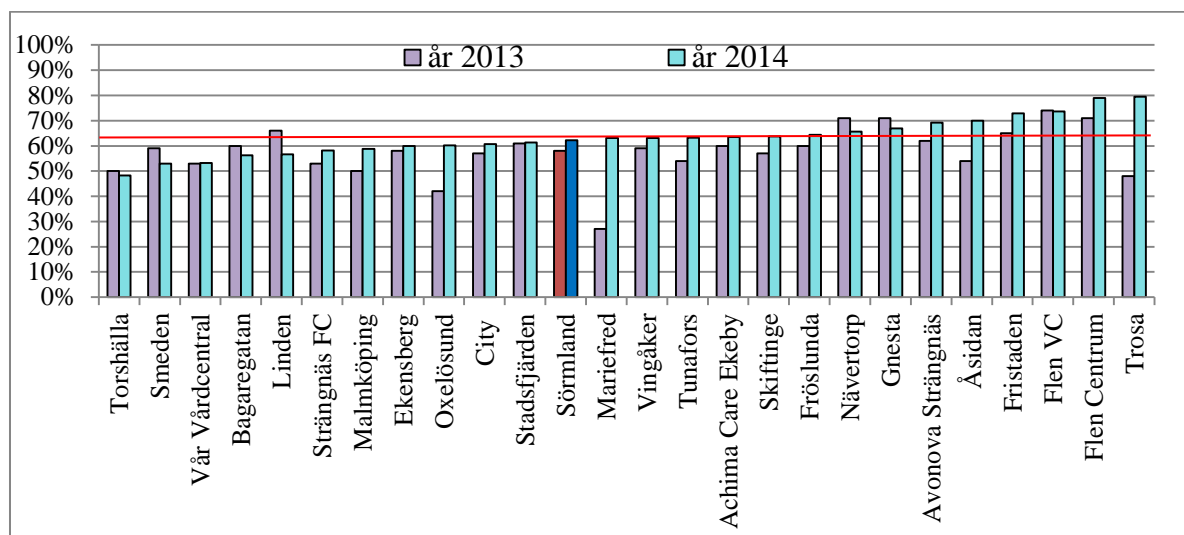


Fig. 10 Förändringen av andel ammade barn (helt/delvis) vid sex månader fördelat per BVC gällande barn födda år 2013 och barn födda år 2014. Förra årets riksgenomsnitt (63 %) markeras med röd linje.

Studier visar att hög inkomst är en stark indikator för att amma vid sex månaders ålder. Vidare är det vanligare i alla invandrargrupper att amma längre än tolv månader jämfört med svenska mödrar.²⁹ Den ökade amningsfrekvensen i länet kan bero på den ökade immigrationen. Under 2015 har den länsgemensamma amningsstrategin uppdaterats och utbildningsinsatser för hela vårdkedjan har hållits. Fler av BHV-sjuksköterskorna har även gått högskoleutbildningen *Amning och bröstmjölk*, 7,5 hp.

²⁹ Wallby T, Hjern A. Region of birth, income and breastfeeding in a Swedish county. Acta Paediatr. 2009;98(11):1799-1884.

Barn som utsätts för tobaksrök i hemmet

I artikel 24 i FN:s konvention om barnets rättigheter fastslås att alla barn har rätt att växa upp i en hälsosam miljö.³⁰ Rökning är den enskilt största identifierade och förebyggbara riskfaktorn för sjukdom och för tidig död. Sambandet mellan rökning och sjukdom är väl känt sedan mitten av 1960-talet.³¹ Utsatthet för passiv rökning kan innebära i stort sett samma sorts risker som för den som aktivt röker enligt forskning. Risken att drabbas av sjukdomar på grund av passiv rökning ökar i takt med exponeringen.³² 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, öroninflammationer, upprepade luftvägsinfektioner och astmasymtom i form av pipande eller väsande andning.^{33 34 35}

Sett över riket har tobaksrökning minskat bland gravida kvinnor, nyblivna föräldrar och småbarnsföräldrar de senaste decennierna. Riksgenomsnittet för andel barn födda 2013 som utsätts för tobaksrök (förälder/annan person som barnet bor med röker) vid 0-4 veckors ålder var 12 % jämfört med 18 % för barn födda 2001. Bland barn födda 2013 rökte drygt 4 % av mödrarna och 10 % bland fäderna.

Den nationella statistiksammanställningen som publicerades 2015 visar dock att de regionala skillnaderna i föräldrarnas rökvanor är stora. Under år 2013 hade Sörmland rikets högsta andel barn (16 %).³⁶

Årets insamlade statistik visar att barn (0-4 veckor) i Sörmland som har någon i familjen som röker har ökat ytterligare till 17 % (barn födda 2014) jämfört med 16 % (barn födda 2013). Ökningen beror på att andelen rökande pappor har ökat medan andelen mammor som röker under barnets första levnadsmånad (0-4 veckor) har minskat. (Fig. 11)

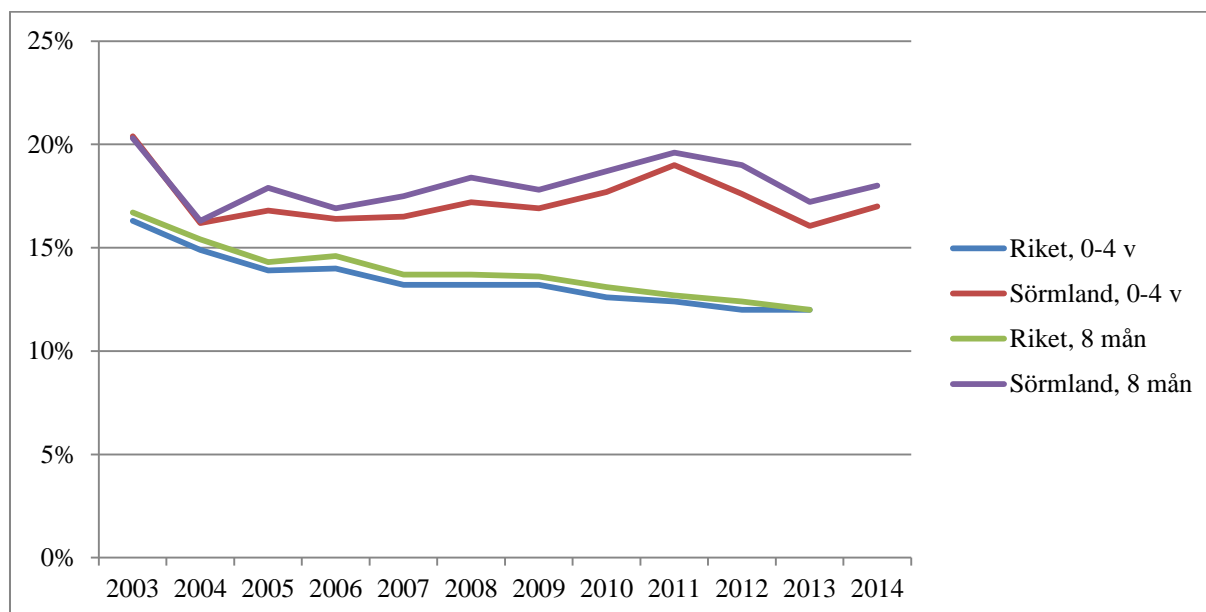


Fig. 11 Andel barn (%) som utsätts för passiv tobaksrök i hemmet (0-4 veckor och 8 mån) över tid (barn födda 2001-2013). En jämförelse mellan Sörmland (de två övre linjerna) och övriga riket (de två lägre linjerna).

³⁰ FN:s Konvention om barnets rättigheter, 1989.

³¹ Amning och föräldrars rökvanor Barn födda 2013, Socialstyrelsen, 2015.

³² Folkhälsan i Sverige: årsrapport 2013. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.

³³ Minska risken för plötslig spädbarnsdöd. En vägledning för Hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen, 2014.

³⁴ Amning och föräldrars rökvanor, Barn födda 2013. Socialstyrelsen, 2015.

³⁵ Miljöhälsorapport 2009. Socialstyrelsen, 2009.

³⁶ Amning och föräldrars rökvanor, Barn födda 2013. Socialstyrelsen, 2015.

Barnhälsovård i Sörmland

Utsattheten för rök varierar stort i länet och skillnaderna tenderar att öka. Andelen mellan länets BVC varierar från 7 % till 29 %. Nio av länets 25 BVC hade färre barn med rökande föräldrar vid 0-4 veckor i förhållande till riksgenomsnittet (Fig. 12).

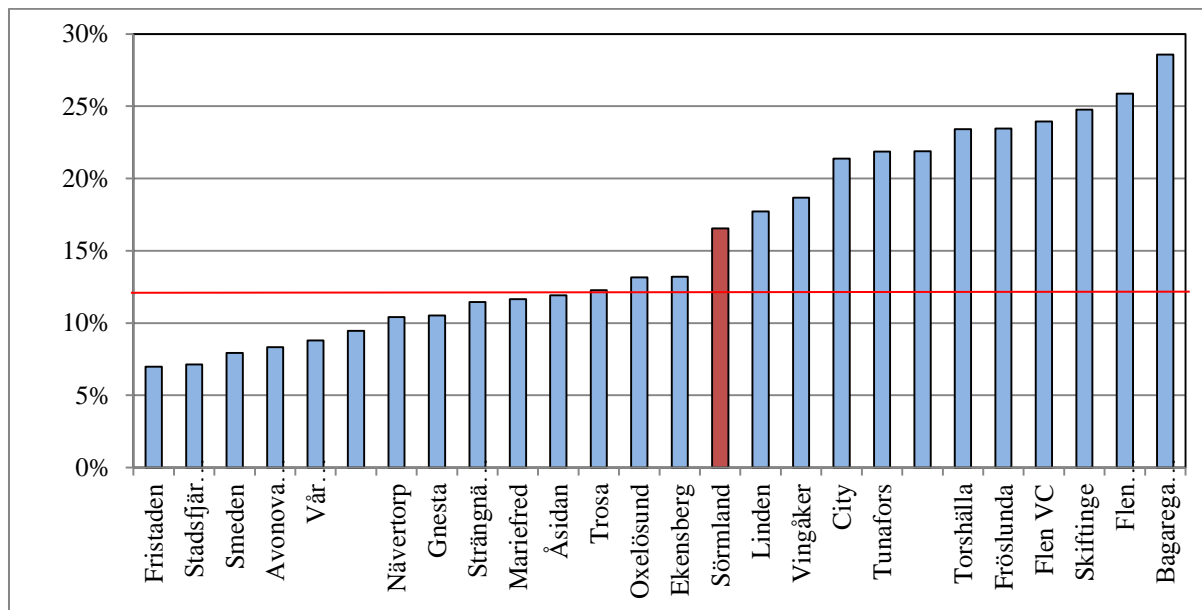


Fig. 12 Andelen barn 0-4 veckor (%), som utsattes för tobaksrök i hemmet (2014), per BVC. Riksgenomsnittet (12 %) för 2013 är markerat med röd linje.

Pappor är en viktig målgrupp i det tobakspreventiva arbetet i syfte att ge barnen en tobaksfri uppväxt. Antalet rökande pappor har ökat det senaste året. Pappor slutar inte att röka i samma utsträckning som mammor när de blir föräldrar. I Sörmland rökte 6 % av mammorna och 15 % av papporna när barnet var 0-4 veckor, men med stor variation mellan olika BVC (Fig. 13). Andelen rökande mammor har minskat från 7 % för barn födda 2013 (0-4 veckor) till 6 % för barn födda 2014 (0-4 veckor). Däremot har andelen rökande pappor för barn i samma ålder ökat från 14 % till 15 % mellan 2013 och 2014.

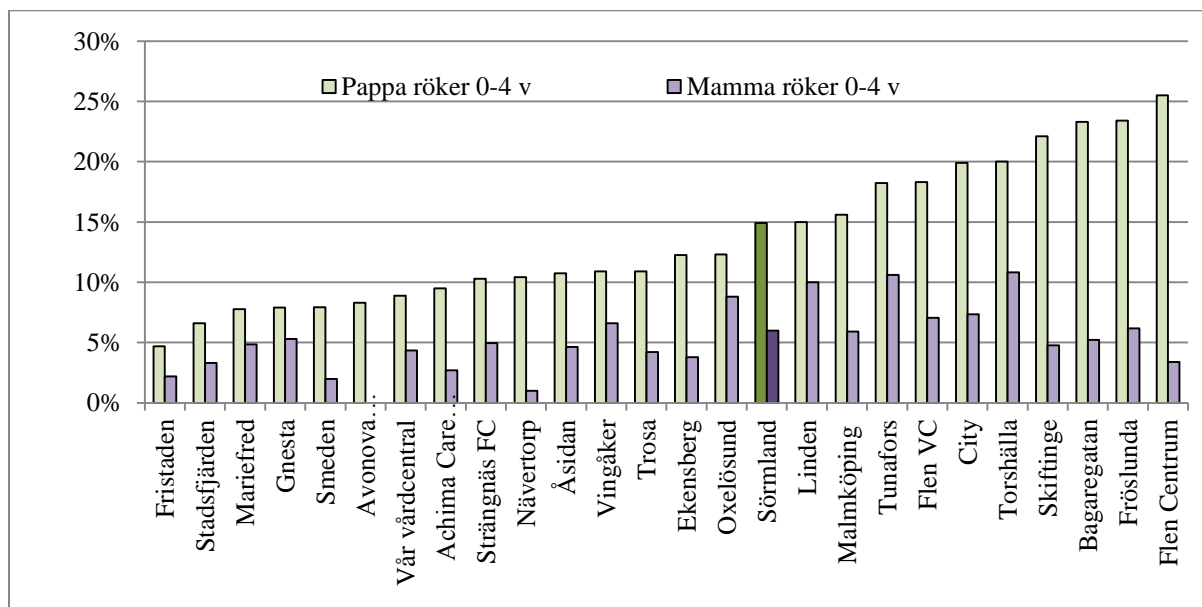


Fig. 13 Andel rökande mammor och pappor till barn födda 2014 (0-4 veckor) per BVC i Sörmland.

Andelen barn (födda 2014) med rökande mammor och pappor vid 8 månaders ålder, var ungefär detsamma som för de nyfödda. 7 % av mammorna och 14 % av papporna rökte. För barn (födda 2013) var andelen 8 % med rökande mammor och 14 % med rökande pappor.

Immigration och barn med utländsk härkomst

FN:s flyktingorgan UNHCR uppskattar att mer än 60 miljoner människor är på flykt runt om i världen, inklusive internflyktingar (UNHCR, 2015). Ungefär hälften av dessa är barn. Barn som kommer till Sverige som asylsökande eller flyktingar har ofta ett ökat behov av stöd. Barnen är de mest utsatta och oskyldiga offren när det gäller krig och katastrofer. Våld och hot mot barn och familjemedlemmar, separationer och flykt stör barnets normala utveckling. Att möta barn och föräldrar från andra länder kräver särskild kompetens, tid och handledning. Behovet av 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.³⁷



Barn som befinner sig i Sverige på grund av asyl eller som befinner sig i papperslöshet, har samma rätt till hälso- och sjukvård som svenska barn. Landstinget där barnet vistas under asylprocessen är skyldiga att göra en hälsoundersökning. Migrationsverket ska meddela landstinget i vilken kommun barnet är skrivet så att primärvården kan kalla till en hälsoundersökning. Hälsoundersökningen bör erbjudas snarast efter ankomsten till Sverige. Efter att den första hälsoundersökningen av barnet är utförd bör flyktingmottagningen skicka journalkopia/meddelande till BVC, för ett individuellt hälsosamtal och läkarundersökning enligt det nationella barnhälsovårdprogrammet. Vid besök på BVC ska en BHV-journal upprättas.^{38 39 40 41}

Under året (2015) ökade antalet inskrivna barn på BVC med 510, men enligt Migrationsverkets mottagningssystem registrerades 733 barn 0-6 år som asyl eller papperslösa * och 225 barn togs emot i Sörmland med uppehållstillstånd som kvotflykting eller anhöriginvandrare *. Det innebär fler barn än antalet nyinskrivna på BVC i länet, vilket föranleder till vidare efterforskning inom området.⁴²

* Kvotflykting och anhöriginvandrare har uppehållstillstånd beviljat vid ankomsten till Sverige

* Asylsökande är en person som befinner sig i ett land och ansöker om skydd (asyl) och uppehållstillstånd enligt 4 kap 1 § eller 4 kap 2 eller 2a § i Utlänningslagen, men har ännu inte fått ansökan avgjord

* Papperlösa används för att personer som befinner sig i Sverige utan giltigt tillstånd eller håller sig gömd för att undgå beslutad utvisning/utlämning.

På migrationsverkets hemsida visas antal barn (0-6 år) som registrerats i Migrationsverkets mottagningssystem som asyl och papperslösa. Under åren 2013-2015 har antalet ökat från 239 till 733 per år i Sörmland. (Fig. 14)

³⁷ Gustafsson LH, Lindberg T, Möta barn på flykt enkel handbok för alla. UNICEF, 2015.

³⁸ Gustafsson LH, Lindberg T, Möta barn på flykt enkel handbok för alla. UNICEF, 2015.

³⁹ Riktlinjer för tillgång till vård för asylsökande samt papperslösa. Landstinget Sörmland 2012

⁴⁰ Svensk Författningssamling. Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd

⁴¹ Svensk Författningssamling. Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

⁴² Migrationsverket, Inskrivna personer i Migrationsverkets mottagningssystem. Tillgänglig:

<http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Oversikter-och-statistik-fran-tidigare-ar/2015.html>

Barnhälsovård i Sörmland

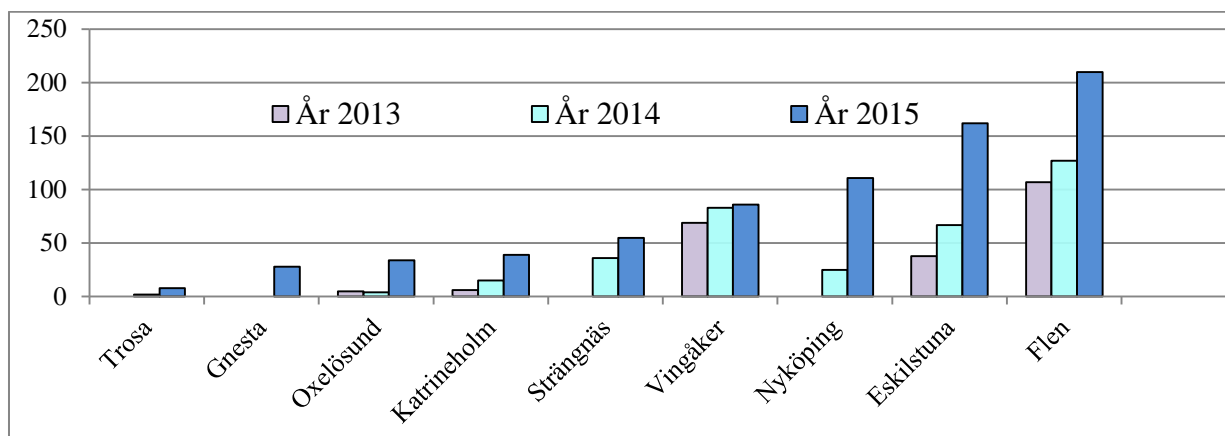


Fig. 14 Ökningen av antal barn (0-6 år) som har registrerats i Migrationsverkets mottagningssystem som asyl och papperslösa fördelat på respektive kommun (2013-2015).

Om man fördelar andelen registrerade barn (0-6 år) på Migrationsverket i förhållande till antal inskrivna barn (0-6 år) på BVC skiljer sig andelen i länet från 1 % (Trosa) till 20 % (Flen).

De senaste årens ökade integration, har inneburit en ökning av barn med utländsk härkomst på BVC i länet. En av vårdtyngdsindikatorerna för uträkning av behov av bemanning på BVC är andel av inskrivna barn som är i behov av BCG-vaccination. De barn som enligt WHO:s förteckning av riskländer för tuberkulos anges i statistiken som barn med utländsk härkomst. Av barn födda 2013 hade 32 % av barnen inskrivna på BVC utländsk bakgrund (d.v.s. behov av BCG-vaccin enligt WHO:s förteckning). Av barn födda 2007 hade 21 % utländsk bakgrund och andelen ökade från 29 % till 32 % mellan barn födda 2012 respektive 2013. Se vidare avsnitt om *Vaccination av nyanlända*. Andelen barn med utländsk bakgrund och indikation för BCG-vaccination är högre i Sörmland än för riket i övrigt. Den nationella statistiken som inhämtas och sammanställs av Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen redovisas året efter att länens statistik har redovisats i respektive årsrapport. Men gällande andel barn (födda 2012) hade 25 % i riket och 29 % i Sörmland utländsk bakgrund.

Även statistiken i Sörmland gällande barn med utländsk härkomst släpar efter, eftersom BCG-vaccinationerna i 2015 års statistik gäller barn födda 2013. Utifrån den kompletterande statistiken från Migrationsverket ser vi att andel barn med utländsk härkomst i bemärkelsen *vårdtyngdsindikator* kommer att vara ännu högre nästkommande år. (Fig. 14)

Andelen barn med utländsk härkomst varierade mellan BVC i länet, från 5 % (Mariefred) till 62 % (Fröslunda) (Fig. 15). Vid ett antal BVC (City, Skiftinge, Nävertorp, Flen Centrum och Fröslunda) hade mer än hälften av barnen födda 2013 utländsk härkomst under 2015.

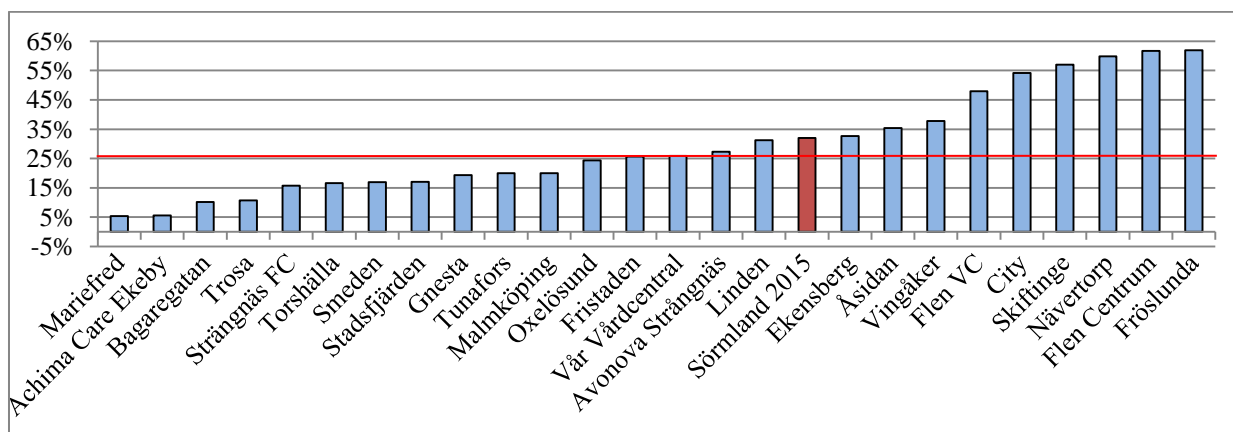


Fig. 15 Andel barn med utländsk härkomst (%) per BVC, barn födda 2013. Riksgenomsnittet (25 %) markerad med röd linje.

4. Förutsättningar för att arbeta med barnhälsovård

Bemanning

BHV-sjuksköterskan är en nyckelperson i teamet på BVC. Den största delen av barnhälsovårdsarbetet utförs av BHV-sjuksköterskan. I BHV-teamet ingår även läkare och psykolog. Barnhälsovården organiseras i form av BVC som ansvarar för de inskrivna barnen. BVC kan med fördel ingå i en familjecentral där även andra professioner arbetar i nära samverkan kring barn och deras föräldrar. 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 BHV att de ska se och ha ansvar för minst 25 nyfödda barn per år. Vidare ska BHV-sjuksköterskan arbeta huvudsakligen med barnhälsovård och vara specialistutbildad distrikts- och/eller barnsjuksköterska.^{43 44}

I ett område **utan ökad vårdtyngd** (se nästa avsnitt) rekommenderar styrdokumentet 55 nyfödda/år och heltidstjänst för att BHV-sjuksköterskan ska kunna erbjuda barnhälsovårdens nationella program. Antalet inskrivna barn innebär ett behov av 60 heltidstjänster med BHV-sjuksköterskor i Sörmland. Totalt arbetade ca 70 specialistutbildade distrikts- och/eller barnsjuksköterskor med en sammanlagd arbetstid som motsvarande 54 heltidstjänster under 2015. En del arbetar deltid på BVC eller har andra uppdrag på vårdcentralen som gör att inte hela tjänsten tillfaller BVC.

Det innebär att barnen fick 90 % av den BHV-sjukskötersketid som skulle ha avsatts för barnhälsovården under 2015– om man enbart utgår från antalet nyfödda utan kompensation för vårdtyngden i länet. Men med tanke på den höga vårdtyngden i länet skulle det behövas minst 20 tjänster till.

Hälsoval beslöt i december 2015 att förmedla ökade resurser till länets vårdcentraler för att stärka upp barnhälsovården för att möta de ökade behoven som immigrationen lett till. Resurserna fördelas efter vårdtyngd och antal flyktingboenden i området.

Det genomsnittliga barnantalet har minskat från 63 till 62 nyfödda per BHV-sjuksköterska mellan 2014 till 2015, men ojämlikheterna i antal nyfödda barn per BHV-sjuksköterska har ökat. Antalet nyfödda barn varierade mellan 20 och 92 per heltidstjänst BHV-sjuksköterska på länets olika BVC (Fig. 16).

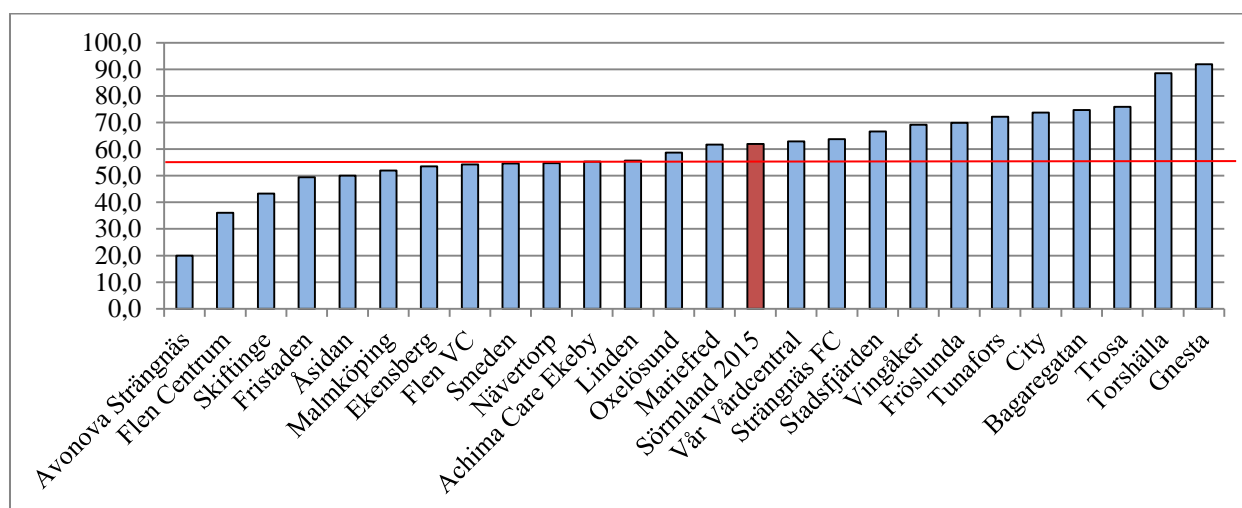


Fig. 16 Antal nyfödda barn 2015 per heltidstjänst BHV-sjuksköterska. Riktmerket med 55 nyfödda/heltid utan ökad vårdtyngd är markerad med röd linje.

⁴³ Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården (BHV), 2015.

⁴⁴ Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland, Barnhälsovården 2012

Barnhälsovård i Sörmland

För att arbeta som läkare inom barnhälsovården ska man vara specialist i barn- och ungdomsmedicin eller allmänmedicin alternativt läkare under specialistutbildning (ST-läkare) under handledning.⁴⁵ Läkaren ska ha avsatt 4 timmar/vecka för att kunna utföra sitt uppdrag på BVC, delta i utbildningar, BHV-träffar, samråd med BHV-sjuksköterska, BHV-psykolog och socialtjänst. För det kliniska arbetet i mötet med barnet och dess familj bör avsättas 3,5 timmar per vecka på BVC.

I statistikinsamlingen efterfrågas antal faktiska läkartimmar som har avsatts för barnhälsovård i det inrapporterade området under 2015, vilket inkluderar teambesök, teammöten samt utbildningsdagar.

Fem av länets BVC har avsatt läkartid för barnhälsovård i tillräcklig omfattning under 2015. (Fig. 17) Barnen i Sörmland fick 65 % av den läkartid som bör avsättas för BVC:s hälsofrämjande insatser. Vilket är en ökning från föregående år, då barnen fick 63 % av läkartiden. Förra året mättes och efterfrågades endast den tid som läkare var på BVC (3,5 tim/v) i statistiken, men i år inkluderas även den tid som läkare har avsatt för teammöten och utbildningsdagar inom barnhälsovård (4 tim/v) fördelat på 48 veckor under året

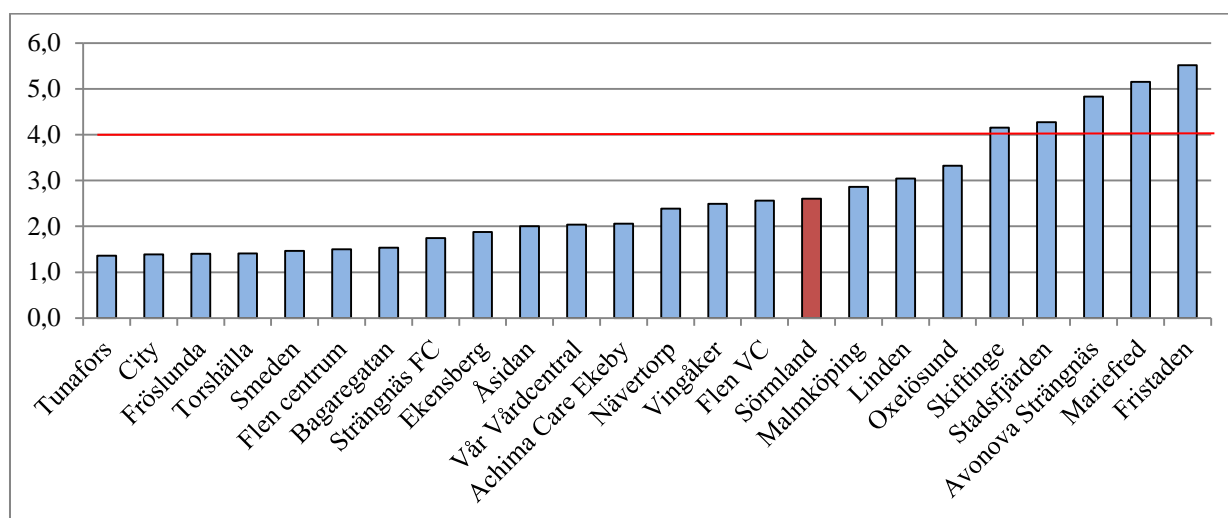


Fig. 17 Antal läkartimmar på BVC per vecka avsatt för ett område med 55 nyfödda per år utan ökad vårdtyngd (motsvarande en heltids BHV-sjuksköterska). Riktmerket med 4 timmar BHV-läkartid per vecka är markerat med röd linje. Trosa och Gnesta är inte med i denna statistik.

Totalt antal in- och utskrivningar

Det är inte bara nyfödda barn som skrivits in på BVC under 2015. Den stora in- och utflyttningen av barn, i synnerhet från andra länder, innebär att det faktiska antalet barn som skrevs in på BVC under 2015 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 BHV-journal, hembesök samt eventuell komplettering av vaccinationer och hälsokontroller. I genomsnitt skrevs det in 100 barn per heltids BHV-sjukskötersketjänst under 2015. Det är betydligt mer än normtalet 55 nyfödda per heltid BHV-sjuksköterska och år, som inte tar 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 Bagaregatan, Tunafors, Torshälla och City. (Fig. 18)

⁴⁵ Nationell målbeskrivning för läkartjänstgöring inom barnhälsovården, 2014

Barnhälsovård i Sörmland

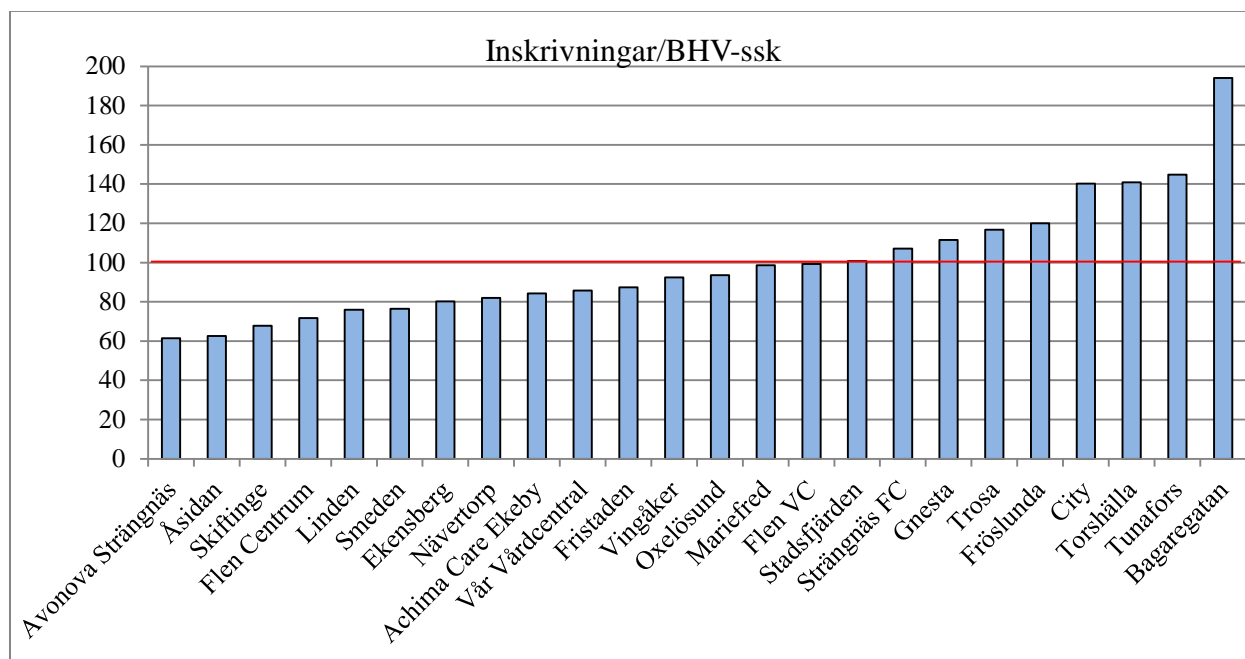


Fig. 18 Antal inskrivningar (barn 0-6 år) fördelat på antal heltid BHV-ssk per BVC under 2015. (Malmköping saknas i statistiken) Genomsnittet i Sörmland på 100 inskrivningar/BHV-ssk markerat med röd linje.

Socioekonomiska förhållanden som påverkar barns hälsa i Sörmland

De senaste 20-30 åren har skillnaderna i socioekonomiska förutsättningar ökat inom Sveriges befolkning. Det gäller även barnen. Att växa upp med en ensamstående förälder och att ha utländsk bakgrund är faktorer som ökar denna risk markant. Rädna barnens *Årsrapport över barnfattigdom 2015* beskriver hur barnfattigdomen har ökat de senaste åren. Mätningar från 2013 visar att 12 % av barn i Sverige (0-18 år) lever i barnfattigdom. **Sörmland har rikets högsta andel barn som lever i barnfattigdom**, tätt följt av Skåne. Barnfattigdomen i Sörmland har ökat från 16 % mätt 2012 till 17 % mätt 2013. Fyra av länets nio kommuner tillhör de 15 kommuner i landet med högst andel barn i ekonomisk utsatthet. Flen rankas som tredje kommun 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.⁴⁶

Det är väl känt att 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 de nyblivna föräldrarna, amningens längd, förekomst av karies och övervikt/fetma. Nationell statistik visar att bland barn födda 2013 hade Sörmland högst andel familjer med någon rökare vid 0-4 veckors ålder. Även amningsfrekvensen i länet är låg. Sörmland har under flera år haft högst andel barn med rökande föräldrar samt bland den lägsta amningsfrekvensen i landet.⁴⁷

Sörmland tar emot många flyktingar och barn med denna bakgrund behöver generellt högre grad av kompensatoriska insatser för att uppnå en god hälsa. Att vara barn i krig och på flykt innebär att vara utsatt för risker. De vanligaste riskfaktorerna är undernäring, infektionssjukdomar, kroniska sjukdomar, traumatiska upplevelser och förlust av nära anhöriga och vänner. Undernäring, sjukdom och svåra upplevelser ökar risken för fysisk och psykisk ohälsa också på sikt och därmed också för barnets möjlighet till utveckling och anpassning till en ny livssituation.⁴⁸

Utbildningsnivån i Sverige är generellt hög och knappt hälften av Sveriges invånare i arbetsför ålder har gymnasial utbildning som högsta utbildning. Mer än var tredje svensk i arbetsför ålder har någon form av eftergymnasial utbildning. Utbildningsnivå är starkt kopplad till dödlighet hos barn.

⁴⁶ Barnfattigdom i Sverige, årsrapport 2015, Rädna barnen, 2015.

⁴⁷ Amning och föräldrars rökvanor. Barn födda 2013. Socialstyrelsen, 2015.

⁴⁸ Gustafsson LH; Lindberg T, Möta barn på flykt enkel handbok för alla, UNICEF, 2016

Barnhälsovård i Sörmland

Spädbarnsdödlighet, dödlighet orsakat av olyckor eller andra sjukdomar är högre bland barn till mammor med kortare utbildning.⁴⁹ 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.

Sammantaget har vi en hög belastning med stora behov hos barnen inskrivna på BVC i Sörmland.

Nationella kartläggningar visar att det även finns skillnader beträffande barns tillgång till barnhälsovård.^{50 51} Även denna årsrapport speglar ojämlika förhållanden beträffande barnhälsovården i Sörmland.

Risk- och skyddsfaktorer samverkar ofta på ett komplicerat sätt, och varje barn behöver en individuell bedömning. Föräldrarnas problem betyder inte med automatik att barn far illa, men problem behöver betraktas i ett helhetssammanhang. Barnhälsovården har en stor uppgift i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet genom att tidigt upptäcka, stödja och stärka barn och föräldrar och samverka med andra vård- och samhällsaktörer. I områden med hög vårdtyngd behövs mer tid för BHV-personal för att utjämna ojämlikheterna inom hälsa och utveckling.

Vårdtyngd och vårdtyngdsindex

För att kompensera för hälsobehovet hos barn i befolkningen och garantera att barn får tillgång till barnhälsovård utifrån behov beräknas vårdtyngden (VT) för respektive BVC. BVC med högre vårdtyngd bör ha ett lägre antal barn än normtalet på 55 nyfödda/år och BHV-sjuksköterska med heltidstjänst. I områden med hög vårdtyngd krävs mer tid för hälsoövervakning, utvecklingsbedömningar, föräldrastöd och samverkan.^{52 53 54}

Vårdtyngd beräknas genom att summera andel förstfödda dividerat med tre, andel rökande mammor vid 0- 4 veckor och andel barn med utländsk bakgrund. I Sörmland var 39 % av alla föräldrar förstagångsföräldrar vilket ger en ökad vårdtyngd på 13 % (39 % /3), 32 % av alla barn hade utländsk härkomst (beräknat på andel riskbarn för tuberkulos) och 6 % av barnen (0-4 veckor) hade rökande mammor. Dessa tre faktorer tillsammans är indikatorer för att beräkna en ökad vårdtyngd.

Vårdtyngden för Sörmland har ökat mellan år 2008-2015. Den genomsnittliga vårdtyngden i länet ökade från 39 % till 51 % mellan åren 2008 och 2013. Vårdtyngden ligger stabilt på 51 % för år 2014 och 2015. (Fig. 19)

⁴⁹ Folkhälsan i Sverige, årsrapport 2014. Folkhälsomyndigheten.

⁵⁰ Kornfält R. Survey of the pre-school child health surveillance programme in Sweden. Acta Paediatr Suppl. 2000;89(434):2-7.

⁵¹ Magnusson M et al. Stora skillnader i svensk barnhälsovård. Läkartidningen. 2011;108(35):1618-21.

⁵² Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården (BHV), 2015.

⁵³ Nationell målbeskrivning för läkartjänstgöring inom barnhälsovården, 2014

⁵⁴ Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland, Barnhälsovården 2012

Barnhälsovård i Sörmland

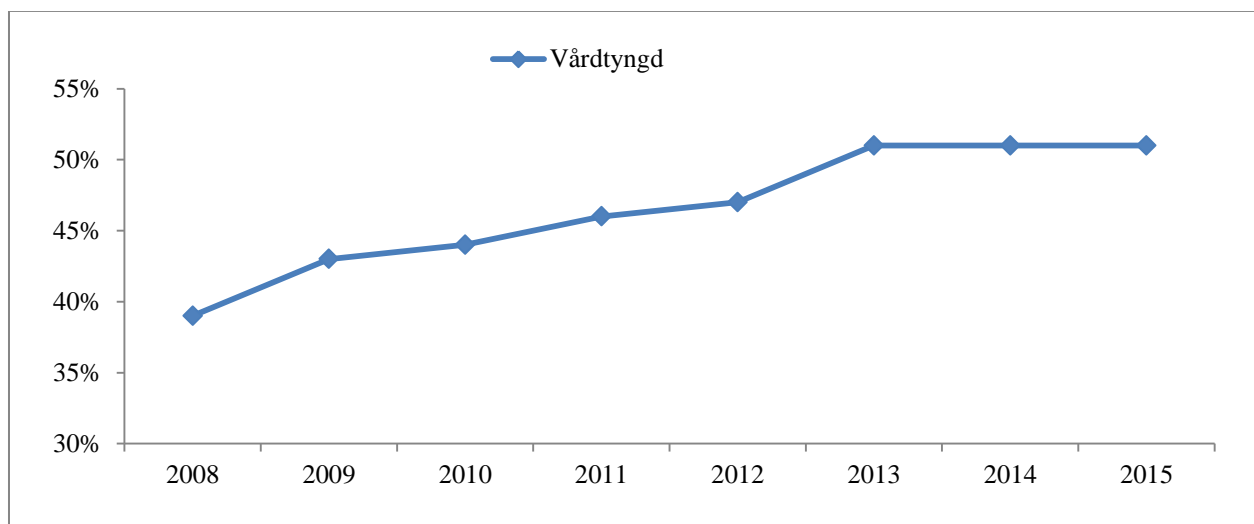


Fig. 19 Den totala vårdtyngdsökningen på BVC i länet under åren 2008-2015.

Alla BVC i Sörmland har en hög vårdtyngd. BVC i Fröslunda (79 %), City (77 %) och båda BVC i Flen (67 % och 75 %), Skiftinge (74 %), Nävertorp (67 %), Vingåker (58 %), Åsidan (53 %), Linden (53 %) och Ekensberg (52 %) har en mycket hög vårdtyngd. (Fig. 20)

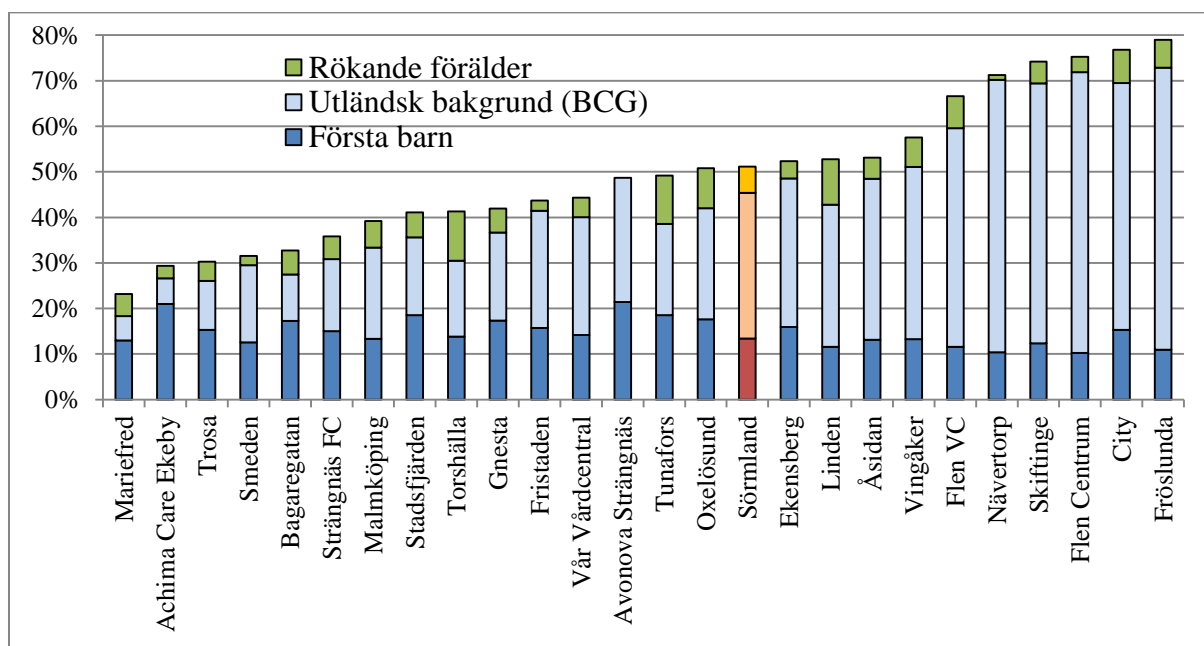


Fig. 20 Vårdtyngd utöver "normalbehovet" på BVC 2015. Staplarna visar andelen nyfödda med förstagångsföräldrar/3, andelen nyfödda med rökande föräldrar och andelen nyfödda med utländsk bakgrund.

I områden med hög vårdtyngd är samverkan med kommunen nödvändig och familjecentraler är en lämplig arbetsform. Sju av dessa tio BVC med extra hög vårdtyngd har familjecentraler. Familjecentraler är en hälsofrämjande arena som lämpar sig för samverkan kring barns och familjers hälsa, integration, sociala nätverk etc.⁵⁵

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 handledningsgrupper.⁵⁶

⁵⁵ <http://familjecentraler.se/>

⁵⁶ Lannér Swensson, A. Samspelet i spädbarnsfamiljen - Att främja en trygg anknytning. Gothia fortbildning 2013

BHV-sjukskötersketid reglerat efter vårdtyngden

För att de barn och familjer som har extra behov av stöd och riktade insatser via BVC bör antalet barn per heltidsanställd BHV-sjuksköterska regleras i förhållande till vårdtyngden. Som tidigare figurer visat har mer eller mindre alla länets BVC en ökad vårdtyngd. Utöver detta kommer det stora antalet in- och utskrivningar (Fig. 18).

Under 2015 fanns det 53 heltidstjänster fördelat på 70 BHV-sjuksköterskor i länet. BHV-sjuksköterskebemanningen har inte ökat i samma takt som antalet inskrivna barn (Fig. 3,4 och 5) och den ökade vårdtyngen (Fig. 21). I december 2015 beslutade Hälsoval att förmedla extra resurser till vårdcentralerna baserat på vårdtyngden för att stärka upp bemanningen på BVC under 2016.

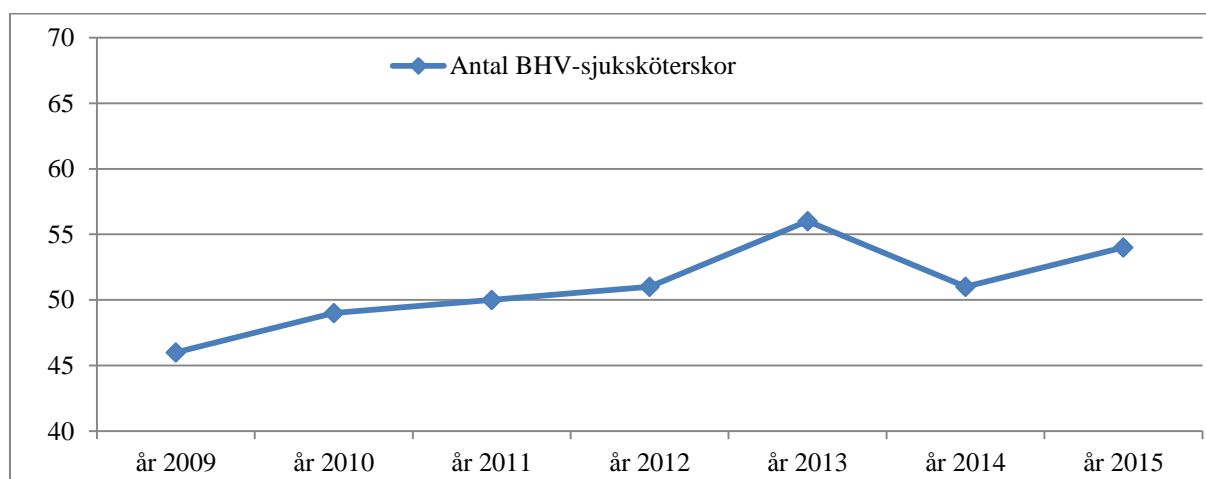


Fig. 21 Totalt antal BHV-sjukskötersketjänster (100 %) i länet år 2009-2015.

Figuren nedan (Fig. 22) visar skillnaderna mellan den faktiska meddelade BHV-sjukskötersketiden, BHV-sjuksköterskebehovet enligt normtalet med 55 nyfödda respektive 55 nyfödda inklusive vårdtyngden för det aktuella BVC-området.

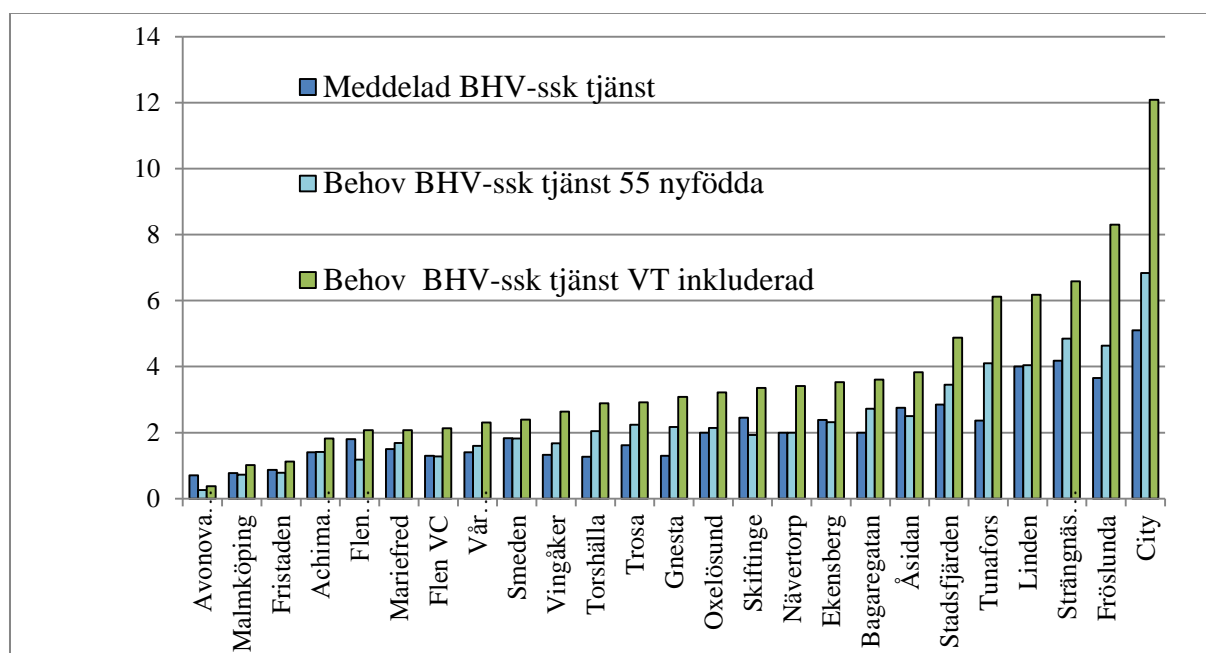


Fig. 22 Antal BHV-sjukvårdstjänster, meddelad faktisk tid på BVC (blått), behov enligt 55 nyfödda/heltidstjänst utan justering för vårdtyngd (VT) (ljusblått) samt behov av BHV-sjukvårdstjänst justerat efter vårdtyngd på respektive BVC 2015.

5. Arbetssätt inom barnhälsovården

Hembesök

Att stödja nyblivna föräldrar med tidigt hembesök är en prioriterad insats i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Den första omvälvande tiden som nybliven förälder kan innefatta både glädje, otillräcklighet och oro för det nyfödda barnets hälsa och omvårdnad.⁵⁷ Hemmet är en arena där föräldrar kan känna sig trygga och har större möjlighet att ta till sig det hälsofrämjande budskapet.⁵⁸ Hembesök stärker förutsättningarna för ett ökat förtroende i den fortsatta kontakten mellan BHV-sjuksköterskan och familjen.^{59 60 61 62} Hembesök har en positiv effekt på amningsfrekvensen, minskar risken för fysiskt och psykiskt våld, försummelse och olycksfall hos barn.⁶³ Det finns även samband mellan hembesök och anknytningen mellan barn och föräldrar.⁶⁴

Tidigt hembesök

Alla nyblivna föräldrar (förstagångs- och flergångsföräldrar) ska erbjudas hembesök inom en vecka efter hemkomsten från BB/neonatalavdelning.⁶⁵ Om det inte är möjligt och att 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 föräldrarna. Hembesöket ger tid och möjlighet att anpassa besöket efter barnet och föräldrarnas behov och stärker *empowerment*. Besöket kräver mer tid, men kan ses som tidsbesparande på sikt eftersom både föräldrar och sjuksköterskor anser att de får bättre kontakt i hemmiljön än vid besök på mottagningen.⁶⁶ Hembesöket ger också god möjlighet att identifiera risker i barnets hemmiljö samt familjer med behov av extra stöd.⁶⁷ Att som barn bli sedd i sin hemmiljö är en rättighetsfråga vilket FN:s konvention om barnets rättigheter belyser i artikel 24, 26 och 27.⁶⁸

Målet enligt kravspecifikationen för 2015 var att minst 95 % av förstabarnsföräldrarna och 80 % av flergångsföräldrarna skulle få ett tidigt hembesök. I statistikinsamlingen har ingen skillnad gjorts mellan hembesök till förstagångs- och flergångsföräldrar, eftersom hembesök är minst lika viktigt till flergångsföräldrar.⁶⁹

⁵⁷ Aston M., The power of relationships: exploring how Public Health Nursing support mothers and families during postpartum home visits. *Journal of Public HEALTH Nursing* vl 21(1), 2015.

⁵⁸ Peckover S., From 'public health' to 'safeguarding' children. *British Health Visiting in Policy, Practice and Research. Children and Society*, 2011.

⁵⁹ Tangen G et al Hembesök inom barnhälsovården - Sjuksköterskornas attityder avgörande för hur verksamheten utvecklas, *Läkartidningen*, 2010;107(47).

⁶⁰ 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.

⁶¹ McNaughton D. B, A synthesis of qualitative home visiting research. *Public Health Nurs*. 2004.

⁶² Jansson A. Hembesök kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som familj. *Läkartidningen*, 2003;100(15):1348-51

⁶³ Kimberly S. Howard and Jeanne Brooks-Gunn, *The Role of Home-Visiting Programs in Preventing Child Abuse and Neglect*, 2009

⁶⁴ 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.

⁶⁵ Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland, 2012.

⁶⁶ Jansson A, Petersson K, Uden G. Nurses' first encounters with parents of newborn children-public health nurses' views of a good meeting, *Journal of Clinical Nursing*. 2001;10(1):140-151.

⁶⁷ Socialstyrelsen. *Vägledning för barnhälsovården*, 2014.

⁶⁸ Förenta Nationen. FN:s konvention om barnets rättigheter, 1989.

⁶⁹ Aronen E.T, Kurkela S A. Long-Term Effects of an Early Home-Based Intervention. *J. AM. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35:12, 1996.

Barnhälsovård i Sörmland

79 % av nyfödda barn i Sörmland har fått hembesök av en BHV-sjuksköterska inom den första levnadsmånaden. Hembesöksfrekvens varierar från 5 % till 100 % i länet. (Fig. 23). Målet för 2016 är att 95 % av alla nyblivna föräldrar ska erbjudas tidigt hembesök efter utskrivning från BB/neonatalavdelning.

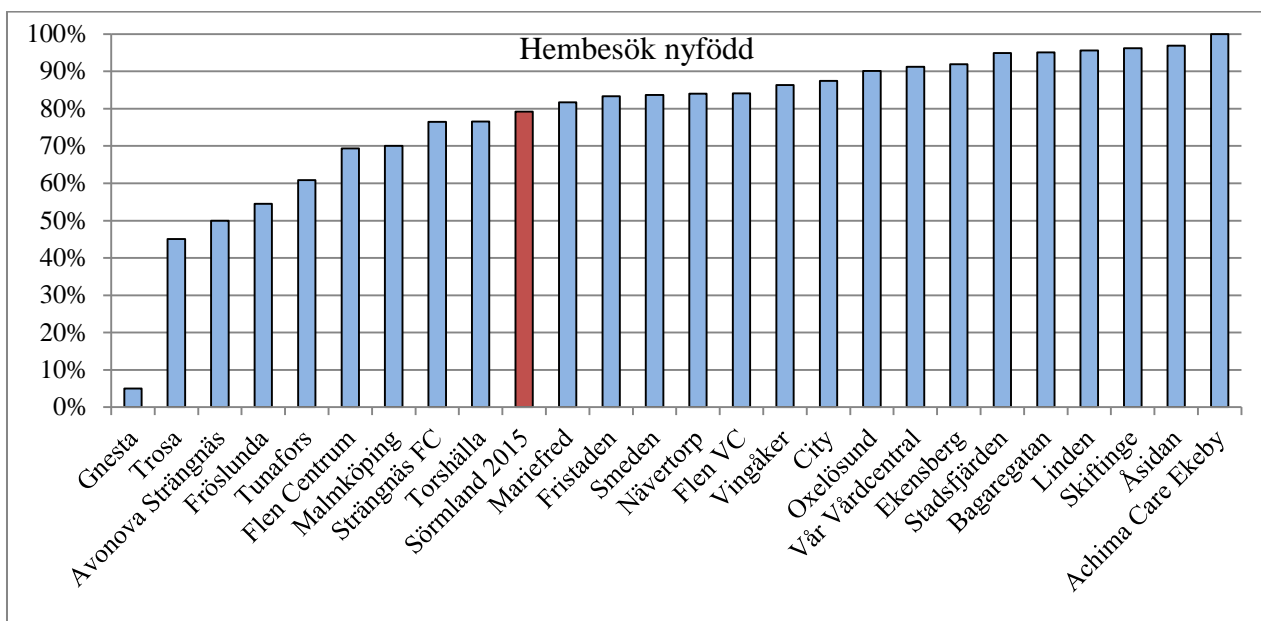


Fig. 23 Andel barn (%) och föräldrar som har fått tidigt hembesök (inom en månad efter hemkomst från BB/neonatalavdelning) per BVC. (Barn födda 2015)

Hembesök vid 8 månader

I det nationella barnhälsovårdsprogrammet ingår ett generellt hembesök vid 8 månaders ålder. Fokus i hälsosamtal under det hembesöket är på barnets hälsa och utveckling, skadeprevention (olycksfall, alkohol, rökning) och barnets förmåga till kommunikation och samspel. Detta hembesök är inget nytt för Sörmland, men trots att det funnits med i kravspecifikationen 2012 har många vårdcentraler prioriterat bort dessa. 5 % (barn födda 2013) och 6 % (barn födda 2014) fick ett hembesök vid åtta månaders ålder. Hembesöksfrekvensen varierade från 0 % till 87 % i länet. (Fig. 24).

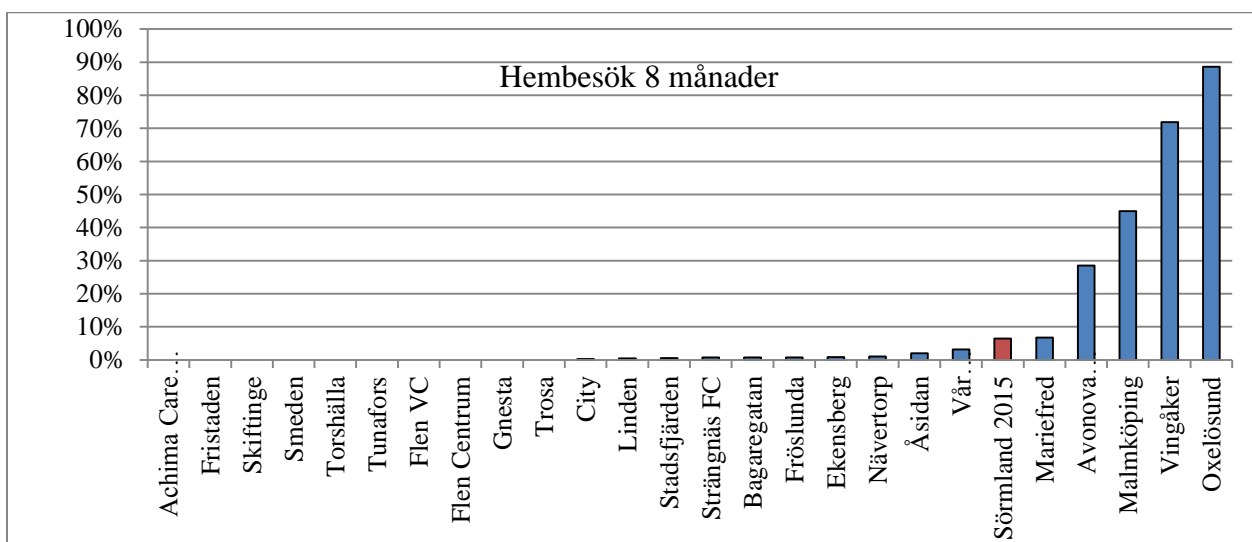


Fig. 24 Andelen barn födda 2014 som har fått hembesök vid 8 månaders ålder.

Riktade hembesök eller hembesök till nyinflyttade/nyanlända

Det nationella barnhälsovårdsprogrammet förordar riktade hembesök vid behov av extra stöd. Det kan vara samtalsstöd, samverkan med BHV-psykolog/socialsekreterare eller vid sjukdom hos barnet eller förälder. Nyinflyttade, adopterade och familjehemsplacerade barn (från annan ort eller annat land) ska också erbjudas hembesök.^{70 71} Av de inskrivna barnen i Sörmland har 1 % fått hembesök i samband med flytt eller vid särskilt behov. Andelen som arbetar med riktade hembesök varierar i länet. (Fig. 25)

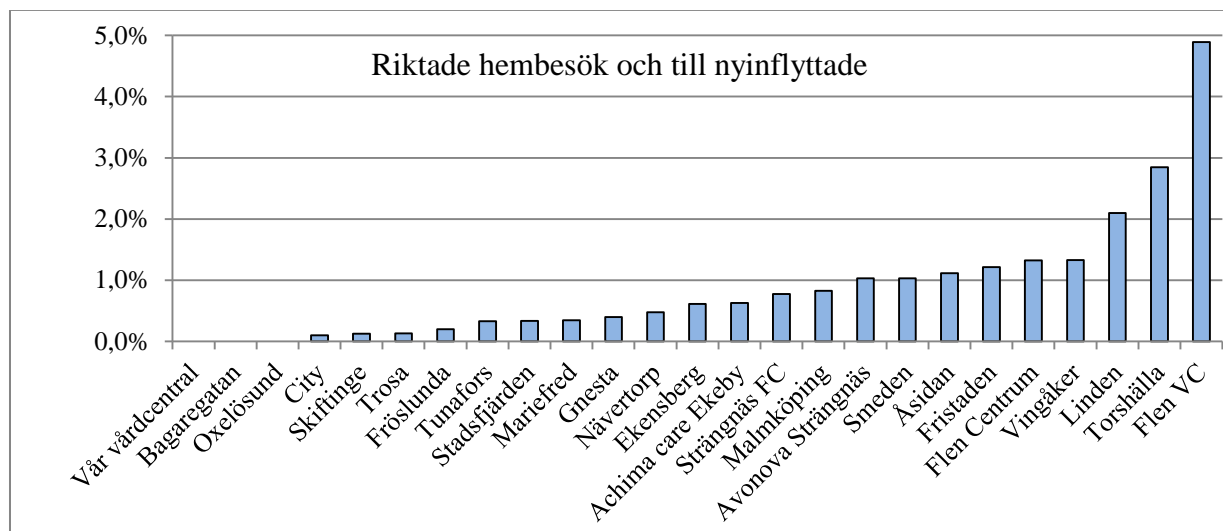


Fig. 25 Andel barn som fått riktat hembesök eller vid inflyttning.

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.⁷²

Att vara nybliven förälder innebär stora förändringar i livet både fysiskt, psykiskt och socialt. Mellan 10-12 % av alla nyblivna mammor har tecken på nedstämdhet/depression efter förlossningen.⁷³ (Se Sörmlands andel Fig. 27) En särskilt sårbar grupp är mammor med annan kulturell eller språklig bakgrund. Andra faktorer med ökad risk för nedstämdhet är traumatiska eller stressande händelser, konflikter i parrelationen, bristande stöd från partnern, från vänner och familj, samt sociala och ekonomiska svårigheter.⁷⁴ 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.⁷⁵

⁷⁰ Kravspecifikation för barnhälsovården i Landstinget Sörmland, 2012.

⁷¹ <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barnhalsovarsprogrammet-aldrar/Hembesokbakgrundochsyfte/>

⁷² Broberg A, Granqvist P, Ivarsson T., Risholm Mothander P. Anknytning i praktiken: tillämpningar av anknytningsteorin. Stockholm: Natur och Kultur, 2008.

⁷³ Massoudi P., Depression and distress in Swedish fathers and postnatal period – prevalence correlations identification and support. Doktorsavhandling. Göteborgs universitet, Institutionen för psykologi, 2013.

⁷⁴ Wickberg B, Hwang P. Post partum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödande. Statens folkhälsoinstitut; 2003:59.

⁷⁵ 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.

EPDS-screening

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) är en självskattningsmetod för att fånga upp och stötta nyblivna mammor med nedstämdhet eller lindrig/måttlig depression. Metoden innefattar information om nedstämdhet, vilket ges vid det första hembesöket, och en screening av mammans mående sex till åtta veckor efter barnets födelse. Föräldrar med nedstämdhet eller lätt/måttlig postpartumdepression ska i första hand erbjudas en serie stödsamtal av BHV-sjuksköterskan. För att utföra EPDS-screening fordras utbildning och fortbildning till BHV- sjuksköterskorna, som länets BHV-psykologer håller i. Utbildningen bör ge kunskap om psykisk ohälsa, förlossningsdepression och träning i metoden. En förutsättning är också tillgång till konsultation och remittering till BHV-psykolog och läkare. Det ska dessutom finnas en tydlig vårdkedja vid behov av ökade insatser. Vid behov av mer omfattande insatser remitteras föräldern till BHV-psykolog, läkare inom primärvården eller psykiatri eller annan vårdgivare i vårdkedjan. BHV-psykologerna erbjuder kontinuerligt metodstöd och handledning.⁷⁶

Målet för 2015 var att erbjuda alla nyblivna mammor EPDS-screening och att 80 % av mammorna skulle genomgå screeningen. För de som inte behärskar det svenska språket skulle 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 på med EPDS-formulär som inte är validerade. Dessa kan beställas från den länsövergripande BHV-enheten, men finns även under *Regionala Tillägg* på rikshandoken. Under 2014 hölls en utbildning för BHV-sjuksköterskorna om EPDS-screening för mammor som inte behärskar svenska.

Den totala andelen mammor som EPDS-screenades eller fick ett EPDS-liknande samtal med BHV-sjuksköterska under 2015 har ökat från 80 % (2014) till 88 % (2015). Skillnaderna mellan olika BVC i länet har minskat, även om ojämlikheten fortfarande är stor. Vid ett BVC har 43 % av mammorna EPDS- screenats eller fått ett EPDS-liknande samtal. Vid ett annat BVC är det 100 % av mammorna. En anledning som kan förklara skillnaderna mellan olika BVC kan vara att BHV-sjuksköterskan är ny och saknar utbildning inom EPDS-metoden eller att andelen utlandsfödda är hög. Användandet av den evidensbaserade EPDS-screeningsmetoden har också ökat. År 2013 var det 73 % som EPDS-screenades och år 2015 var det 78 %. (Fig. 26)

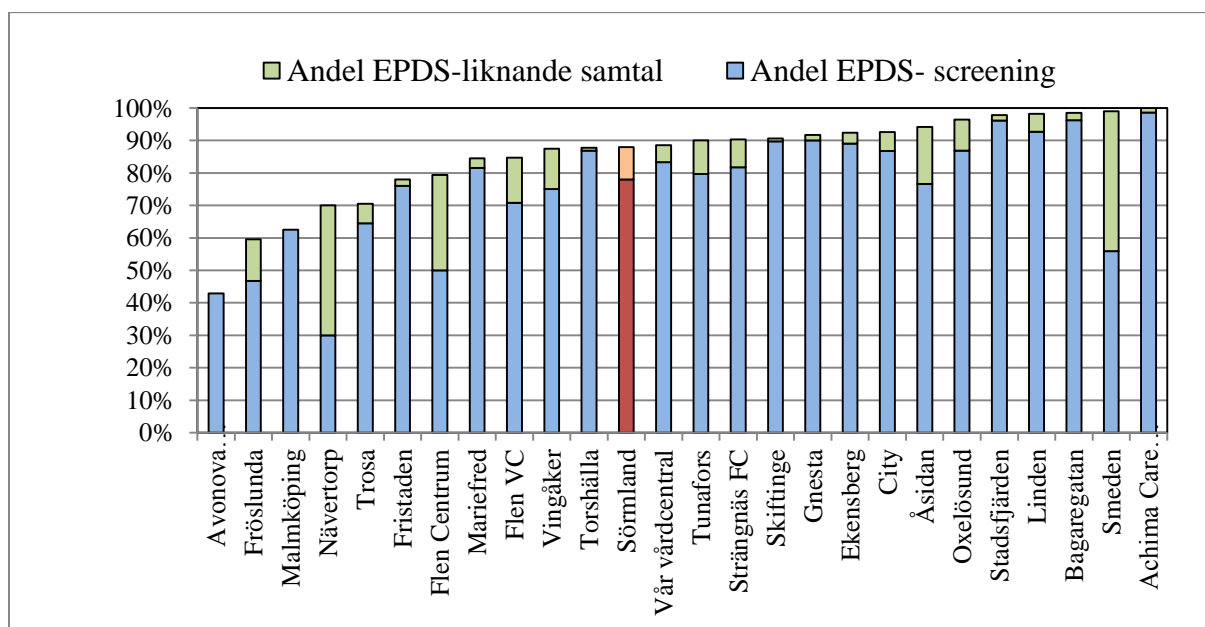


Fig. 26 Andel barn (%) födda 2014 vars mammor deltagit i EPDS-screening (blå) eller har EPDS-liknande samtal (grön), per BVC under 2015. Röd stapel visar genomsnittsvärdet för Sörmland.

⁷⁶ Wickberg B. Hwang P. Post partum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödande. Stockholm, Statens Folkhälsoinstitut, 2003:5.

Andel nedstämda eller lätt/måttlig depression

Av de screenade mammorna identifierades 12 % som nedstämda eller lätt/måttligt deprimerade, vilket stämmer väl överens med det förväntade resultatet. (Fig.27)

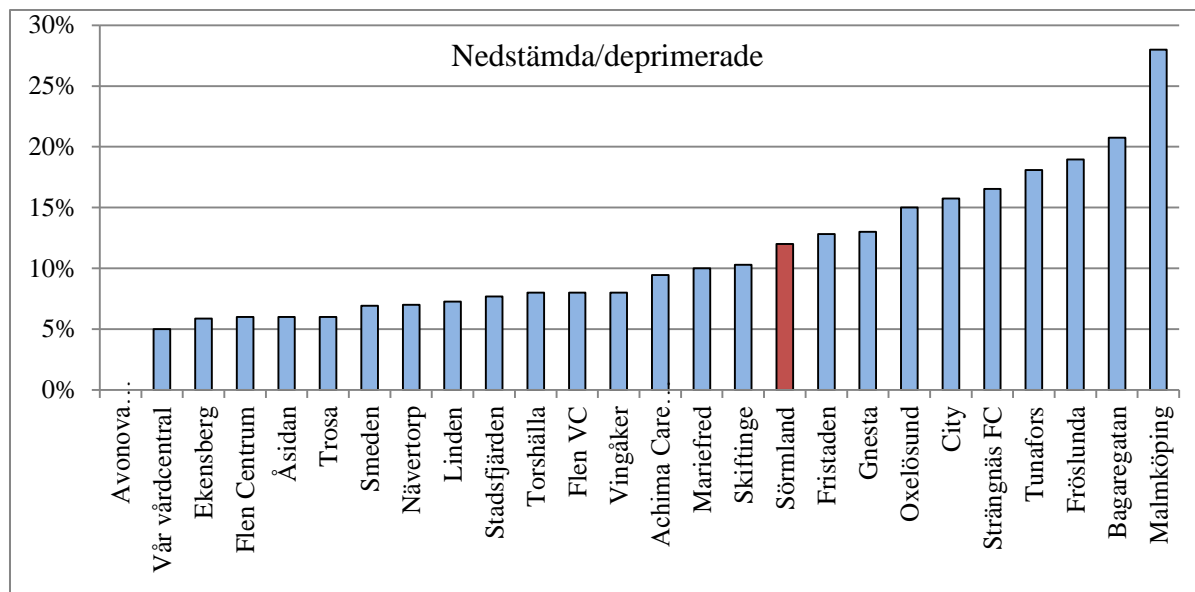


Fig. 27 Andel mammor (%) som identifierades som nedstämda eller deprimerade under 2015, per BVC.

Av dessa mammor fick 75 % stödsamtal hos BHV-sjuksköterskan, vilket är en ökning från föregående år då andelen var 55 %. Stödsamtal med BHV-sjuksköterskan är ofta förstahandsval för behandling av nedstämdhet. Vid tecken på depression hänvisas mamman till psykolog eller läkare för en kliniks bedömning.⁷⁷ (Fig. 28)

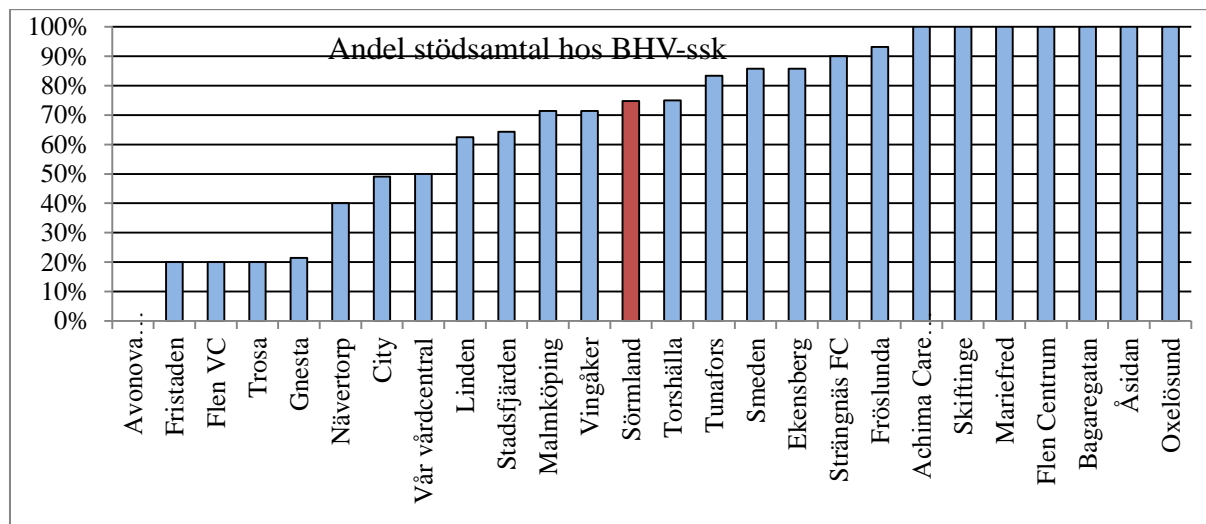


Fig. 28 Andel mammor som identifierats som nedstämda/deprimerade och som fått stödsamtal hos BHV-sjuksköterska per BVC.

27 % hänvisades till BHV-psykolog år 2015, jämfört med 30 % år 2014. 13 % hänvisades till BHV-läkare och läkare på VC jämfört med 11 % år 2014. 10 % hänvisades till psykiatri jämfört med 11 % år 2014. Nytt för i år är att vi även har frågat efter andelen som hänvisats till beteendevetare, kurator, psykolog eller terapeut på familjecentralen eller vårdcentralen, vilket visade sig vara hela 17 %. (Fig.29)

⁷⁷ <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Psykisk-halsa/Depression-hos-nyblivna-mammor-och-screening-med-EPDS-Psykisk-halsa/>

Barnhälsovård i Sörmland

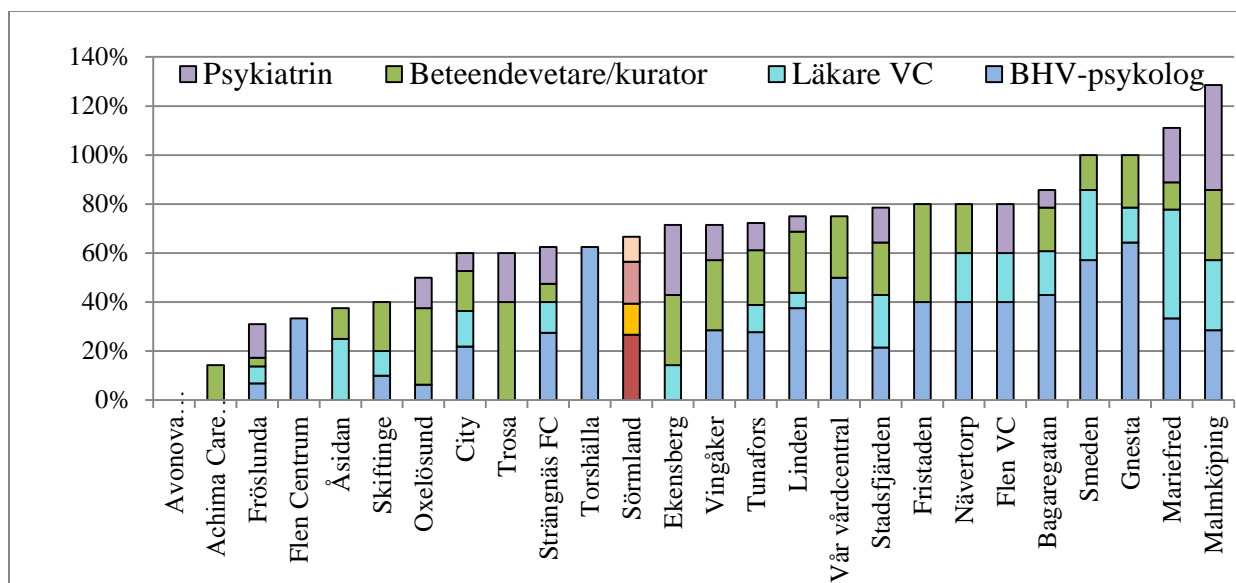


Fig. 29 Andel (%) Fördelning av remissinstanser. Att andelen hänvisade är mer än 100 % beror på att en del mammor har hänvisats och fått stöd från flera instanser.

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 %.^{78 79}

Under våren 2015 föreläste forskaren Pamela Massoudi om sina resultat gällande EPDS-screening för pappor. EPDS-formuläret har visat sig vara för ospecifikt vid screening av pappor och en annan form av samtalsmetod bör utvecklas för att fånga nedstämda pappor/partner.⁸⁰

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.⁸¹ Likaså om pappa/partner visar tecken på nedstämdhet.

På fler håll i landet pågår försök med pappa/partnersamtal.⁸² Den länsövergripande BHV-enheten ställer sig positiva till utvecklingsarbeten inom detta område.

Besök hos BHV-sjuksköterska vid 18 månader

I Sörmland har fyra universella läkarbesök ingått i barnhälsovårdens program. Den fjärde läkarundersökningen vid 18 månaders ålder togs bort under 2015 och ersatts med teambesök (läkare och sjuksköterska) vid 3 år enligt det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Det innebär att hälsobesök vid 18 månaders ålder sker hos BHV-sjuksköterskan och att teambesök med läkare endast bokas in vid behov. 44 % av barn födda 2013 fick ett 18 månaderbesök med läkare 2015 i Sörmland, vilket kan jämföras med 54 % av barn födda 2012.

⁷⁸ 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

⁷⁹ Massoudi P., Depression and distress in Swedish fathers in the postnatal period – prevalence, correlates, identification and support. Doktorsavhandling. Göteborgs universitet, Institutionen för psykologi, 2013.

⁸⁰ Massoudi P., Depression and distress in Swedish fathers in the postnatal period – prevalence, correlates, identification and support. Doktorsavhandling. Göteborgs universitet, Institutionen för psykologi, 2013.

⁸¹ 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

⁸² <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Psykisk-halsa/Depression-hos-nyblivna-mammor-och-screening-med-EPDS-Psykisk-halsa/>

Barnvaccinationsprogrammet nationellt och i Sörmland

Alla barn i Sverige har rätt till kostnadsfri vaccination mot nio allvarliga sjukdomar. I det svenska barnvaccinationsprogrammet ingår vaccin mot 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 Human Papillomvirus (HPV). Målet med det nationella barnvaccinationsprogrammet är att åstadkomma skydd mot allvarliga infektionssjukdomar hos den enskilda individen och att förhindra spridning i samhället. 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.

Vaccinationstäckningen i Sörmland är i stort sett god. Nästan alla av länets tvååringar är vaccinerade med nio av de tio vaccin som ingår i det allmänna vaccinationsprogrammet och har därmed skydd mot dessa infektionssjukdomar (Vaccin mot HPV erbjuds av elevhälsan). Dessutom har 94 % av tvååringarna vaccinerats mot Hepatit B. 95 % av barnen som riskerar att drabbas av tuberkulos har vaccinerats med BCG (målet är 96 %). Däremot är vaccinationstäckningen gällande pneumokocker inte helt uppfyllt. (Fig. 30) Vissa områden har dessutom svårt att uppnå flockimmunitet mot mässling, påssjuka och röda hund (Se avsnitt om *Vaccination mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR)*)

Vaccinationer	Mål enligt kravspecifikation 2012	Barn födda 2010 %	Barn födda 2011 %	Barn födda 2012 %	Barn födda 2013 %
Difteri, Stelkramp, Kikhosta, Polio, <i>Haemophilus influenzae</i> typ B	99 %	99 %	99 %	98 %	99 %
Pneumokocker	99 %	98 %	98 %	98 %	98 %
Mässling, Påssjuka, Röda hund	96 %	98 %	98 %	97 %	98 %
Hepatit B	99 % *	23 %	51 %	95 %	94 %
Tuberkulos (barn i riskgrupp)	96 %	99 %	97 %	96 %	95 %

Fig. 30 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 och med komplikationer. De allra yngsta spädbarnen får en mycket allvarlig, ibland livshotande sjukdom. Förekomsten av kikhosta har minskat kraftigt sedan återinförandet av vaccination mot kikhosta infördes 1996. Under 2014 noterades dock en ökning av antalet rapporterade kikhostefall, över alla åldrar. Antal rapporterade fall bland spädbarn tredubblades från 2013 till 2014. En stor andel av barnen vårdades på sjukhus och två spädbarn dog. Kikhostevaccinet har visat sig ha kortare effektivitet mot sjukdomen än väntat. Spädbarnen blir smittade av äldre syskon och föräldrar. Målet med vaccinationsprogrammet är att skydda barn 0-6 månader som löper störst risk för allvarlig sjukdom. Det är således angeläget att första dosen mot kikhosta ges i rätt tid vid 2 ½ till 3 månaders ålder.⁸³ Vaccinationstäckningen i Sörmland är god då 99 % av de sörmländska barnen födda 2013 vaccinerades mot kikhosta.

⁸³ Barnvaccinationsprogrammet i Sverige 2014, Årsrapport, Folkhälsomyndigheten 2015.

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 som av olika skäl inte vaccinerats eller haft sjukdomen på naturlig väg. Smitta kan uppkomma i samband med utlandsvistelse.

Mässling är en mycket smittsam virussjukdom med högre risk för komplikation hos små barn, vuxna och individer med nedsatt immunförsvar. Mässling kan i ungefär 1 per 1 000 fall kompliceras av en akut hjärninflammation och denna 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 på grund av mässling mycket ovanligt. Däremot har det förekommit mässlingepidemier under senare år i Europa som har startat i områden med låg vaccinationstäckning. Smittskyddsinstitutet rekommenderar mässlingsvaccin för barn från 6 månader vid utlandsresa. Barn som vaccineras före 1 års ålder bör vaccineras igen vid 18 månaders ålder, då vaccinet normalt ges.⁸⁴

Röda hund är vanligen en lindrig sjukdom, men infektion under tidig graviditet innebär hög risk för allvarliga skador hos fostret. Därför är vaccination mot röda hund viktigt i vaccinationsprogrammet.

Påssjuka eller parotit 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.

En förutsättning för att vaccinationsprogrammet mot MPR ska skydda även den ovaccinerade delen av befolkningen gäller att mer än 95 % av befolkningen är vaccinerad, sk. *Herd immunity* (flockimmunitet). Om denna nivå uppnås är risken för epidemier liten och ovaccinerade löper liten risk att smittas. Målet enligt kravspecifikation, är att 96 % av de sörmländska barnen i respektive årskull ska vaccineras.

I Sörmland uppnås målet med *Herd immunity* avseende MPR 2015 då 98 % av barnen födda 2013 har vaccinerats (Fig. 31). Luckor i *Herd immunity* uppstår lokalt för barnen på BVC i Nävertorp där endast 91 % av barnen är vaccinerade och på BVC Fristaden där endast 94 % är vaccinerade. BVC i Torshälla och Vingåker uppnår precis målet på 96 % gällande vaccinationstäckning mot mässling, påssjuka och röda hund.

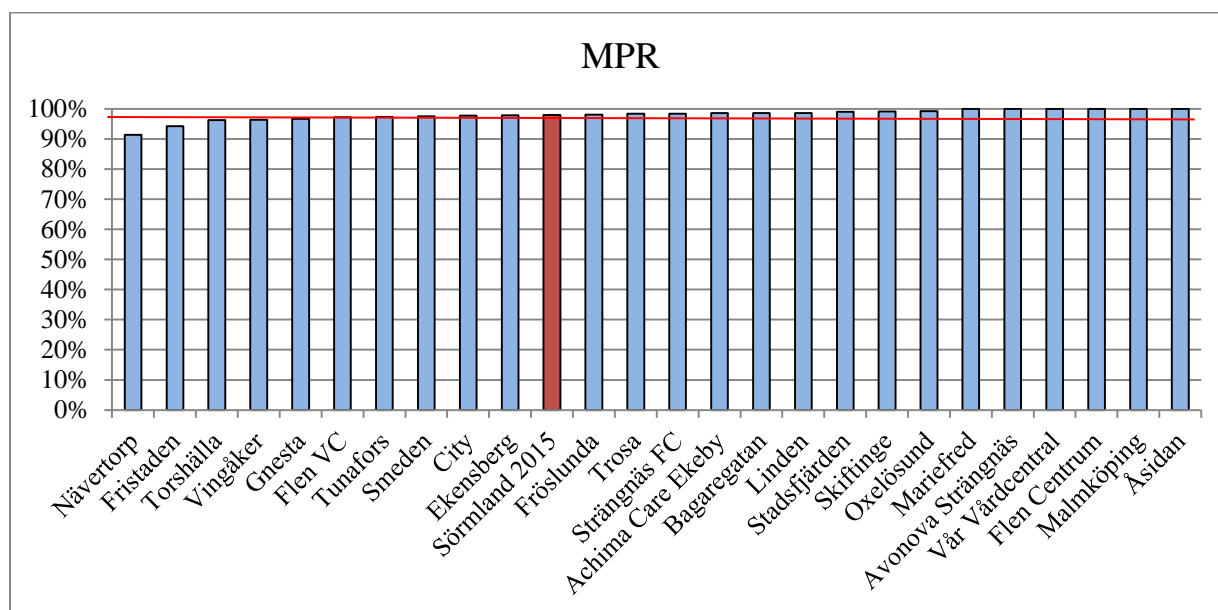


Fig. 31 Andel barn (%) födda 2013 vaccinerade med MPR, per BVC (2015) i. Målet på 96 % enligt kravspecifikation markeras med röd linje.

⁸⁴ Barnvaccinationsprogrammet i Sverige 2014, Årsrapport, Folkhälsomyndigheten 2015.

Vaccination av nyanlända

Under 2015 har barnhälsovården haft stora utmaningar med att ta emot barn som invandrat till Sverige och som befinner sig på asylboende eller eget boende. Barn som varit på flykt har ofta inte haft tillgång till hälso- och sjukvård och därmed inte heller tillgång till vaccin. Barn under sex år bör därför prioriteras för kontakt med hälso- och sjukvården för att snarast uppvaccineras enligt det nationella barnvaccinationsprogrammet. Ovaccinerade småbarn har en ökad risk att drabbas av vanliga barnsjukdomar som till exempel kikhosta och mässling på asylboende.⁸⁵

BHV-personalen har under året tagit emot, kartlagt tidigare vaccinationer, ordinerat vaccin och vaccinerat barn enligt det nationella barnvaccinationsprogrammet. Under våren bjöds länets BHV-personal in till en utbildningsdag i Eskilstuna med inriktning på barnvaccinationsprogrammet som anordnades av Folkhälsomyndigheten för att öka vaccinationskompetensen utifrån de utmaningar som den ökade immigrationen innebär.

BCG-vaccinering

Tuberkulos orsakas av bakterien *Mycobacterium tuberculosis* och är en av världens mest spridda infektioner. WHO räknar med att cirka en tredjedel av jordens befolkning är smittad med bakterien. I Sverige är tuberkulos en ovanlig sjukdom. De fall som diagnostiseras (5/100 000) årligen sker framförallt i grupper som flyttar hit från länder med hög incidens. Barn med ökad risk för tuberkulossmitta erbjuds vaccination normalt vid 6 månader. WHO har upprättat en förteckning över riskländer för tuberkulos som ligger till grund för BCG-vaccination på BB/BVC. Andel barn i behov av BCG-vaccination i Sörmland ökar. (Fig. 32)

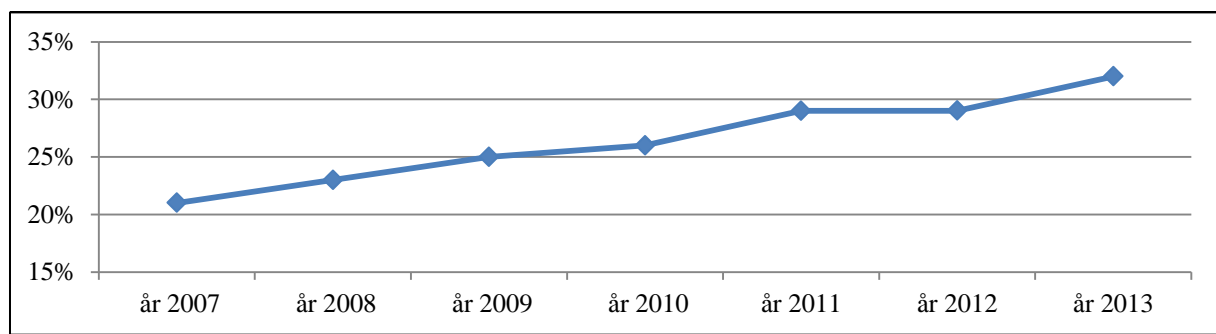


Fig. 32 Ökning av andel barn med utländsk härkomst på BVC i Sörmland (%) för åren 2007 till 2013.

Målet enligt kravspecifikationen är att 96 % av barn i risk för tuberkulos ska få BCG-vaccin. I Sörmland har 95 % av riskbarnen födda 2013 fått BCG-vaccin. (Fig. 33)

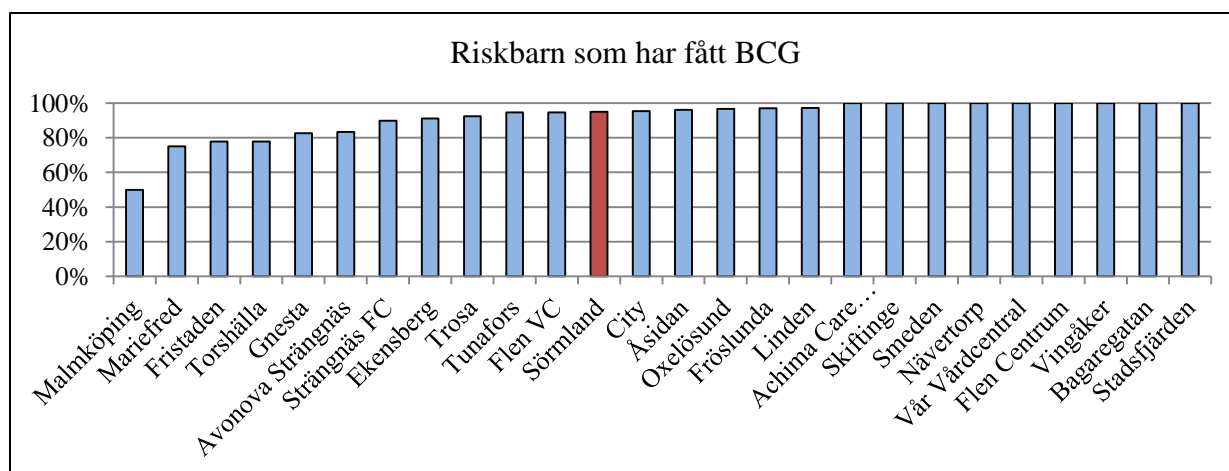


Fig. 33 Andel barn (%) födda 2013 som bedömts ha en ökad risk för tuberkulos (TBC) och som har vaccinerats med BCG under 2014/2015 per BVC.

⁸⁵ Folkhälsomyndigheten, Människor på flykt – vägledning om smittskydd till hälso- och sjukvården. 2015

Vaccinationsbrist

Sedan 2014 har det förekommit ett flertal avbrott i vaccinleveranserna för ett flertal av de vacciner som används i det nationella barnvaccinationsprogrammet, vilket även har drabbat Sörmland. Under 2015 var det uttalad brist på tuberkulosvaccinet (BCG) och det kombinationsvaccin som ges vid 5 års ålder. Brist på kombinationsvaccinet berodde delvis på en ökad internationell efterfrågan på kikhostekomponenten och på produktionsproblem.

Folkhälsomyndigheten tog ett nationellt grepp om vaccinationsbristen⁸⁶ och har uppdaterat aktuell information på sin webbsida *Vaccinbristinformation och rekommendationer*. I september 2015 kom rekommendationer för hur prioritering skulle ske, utan att öka risken för spridning av sjukdomarna. För Sörmland innebar bristsituationen att kombinationsvaccinet vid 5 års ålder fick flyttas fram under september till november 2015. Ett informationsblad om vaccinationsbristen togs fram som skickades tillsammans med kallelsen inför hälsobesöket vid 5 år. BCG-vaccin har från augusti fått ansökas på licens.

Vaccinationsbristen under 2015 påverkar inte årets statistik gällande vaccinationstäckningen eftersom den insamlade statistiken gäller för barn födda 2013. Vaccinationsbristen kan bli synlig vid insamling av nästa års statistik, inför årsrapporten 2016.

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. Alla nyfödda barn ska få ett gåvokort från länsbiblioteket genom BHV-sjuksköterskan. Detta 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 31 % av nyblivna föräldrar i länet ut en *gåvobok* från ett av länets bibliotek under 2015. Andelen varierade mellan 24 % (Trosa) och 42 % (Strängnäs/Mariefred) för kommunernas bibliotek. (Fig. 34)



⁸⁶ Folkhälsomyndigheten, Människor på flykt – vägledning om smittskydd till hälso- och sjukvården. 2015

Barnhälsovård i Sörmland

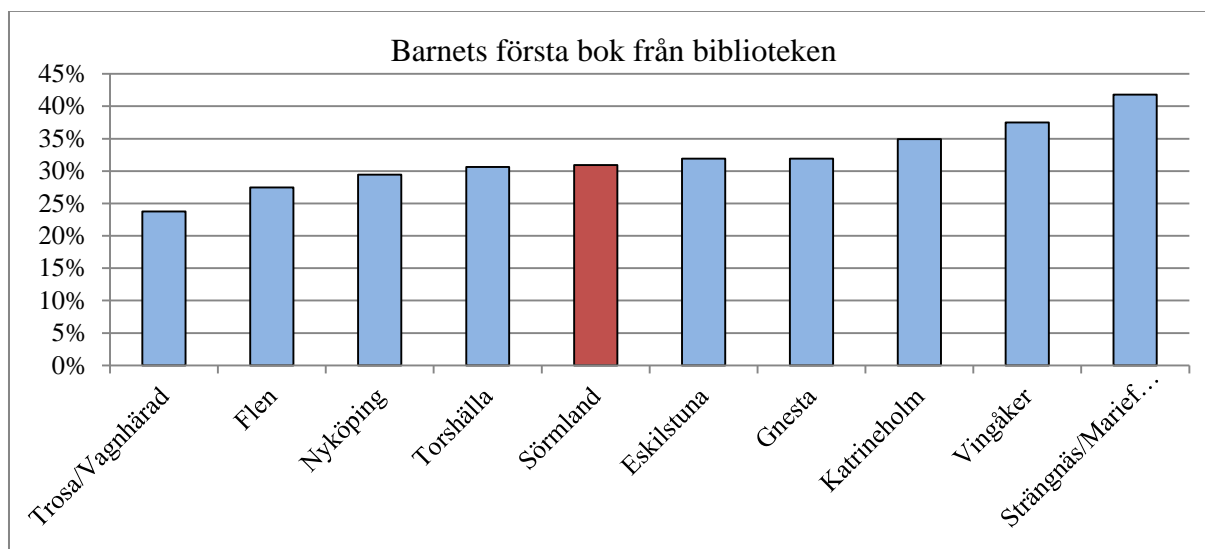


Fig. 34 Andel nyfödda barn (%) som hämtat ut *Barnets första bok* på något av länets bibliotek, per kommun (2015). Oxelösund har ingen statistik över utdelade böcker.

Språkbedömning

Det finns inte några exakta åldrar när barn utvecklar en språklig färdighet, men barnets tal- och språkutveckling följer ett visst utvecklingsmönster. Språkutvecklingen har en nära relation till barnets kognitiva, sociala, emotionella och motoriska utveckling och har en central betydelse för hur ett barn kommer att klara sig i livet, skolan och arbetslivet.

Forskning visar att barn med språkstörning har en ökad risk för beteendeproblem, kamratproblem, inlärnings- och andra skolsvårigheter än barn med typisk språkutveckling.^{87 88} Cirka 6 % av barn beräknas ha språkstörning, varav 2-3% har så grava problem som kan indikera för neuropsykiatriska diagnoser.⁸⁹

Språket ingår i den allmänna hälsoövervakningen inom barnhälsovården. Redan vid de första besöken på BVC berörs och bedöms barnets kommunikation. BHV-sjuksköterskan uppmärksammar svarsleende och 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.^{90 91}

Under våren 2013 infördes en strukturerad validerad metod för språkbedömning vid 2½-års ålder i Sörmland (Miniscalco). Metoden är utformad för att identifiera barn med stora 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 2015 har 91 % av barnen födda 2012 bedömts med den evidensbaserade metoden vid 2½ års ålder. Vilket är en kraftig ökning från föregående år då 69 % av barn födda 2011 språkbedömdes med Miniscalco vid 2,5 års ålder. (Fig. 35)

⁸⁷ 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.

⁸⁸ Vägledning för barnhälsovården. Socialstyrelsen 2014.

⁸⁹ Westerlund M. Språkscreening vid 2,5-3 års ålder identifierar även andra avvikelser. *Väldokumenterade metoder krävs. Läkartidningen*, 2008; 105(3):132-4.

⁹⁰ 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>.

⁹¹ En god start – en ESO-rapport om tidigt stöd i skolan. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2012.

Barnhälsovård i Sörmland

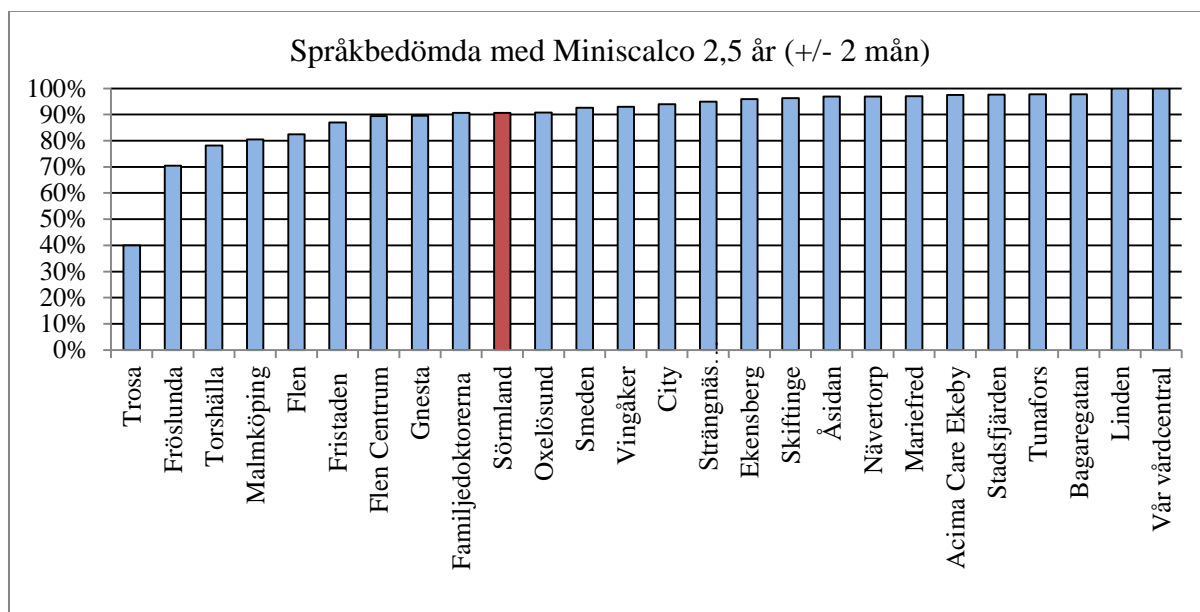


Fig. 35 Andel barn (%) (födda 2012) som språkbedömts vid 2½ år enligt den validerade metoden Miniscalco, per BVC (2015).

Målet är att språkbedömning ska utföras på 98 % av alla barn födda 2012. Av länets barn har drygt 93 % språkbedömts med någon metod före 3 års ålder. Andelen språkbedömda varierar över länet mellan 40 och 100 %. 3 % av barn födda 2012 har inte språkbedömts för att de inte har varit i Sverige mer än sex månader. (Fig. 36)

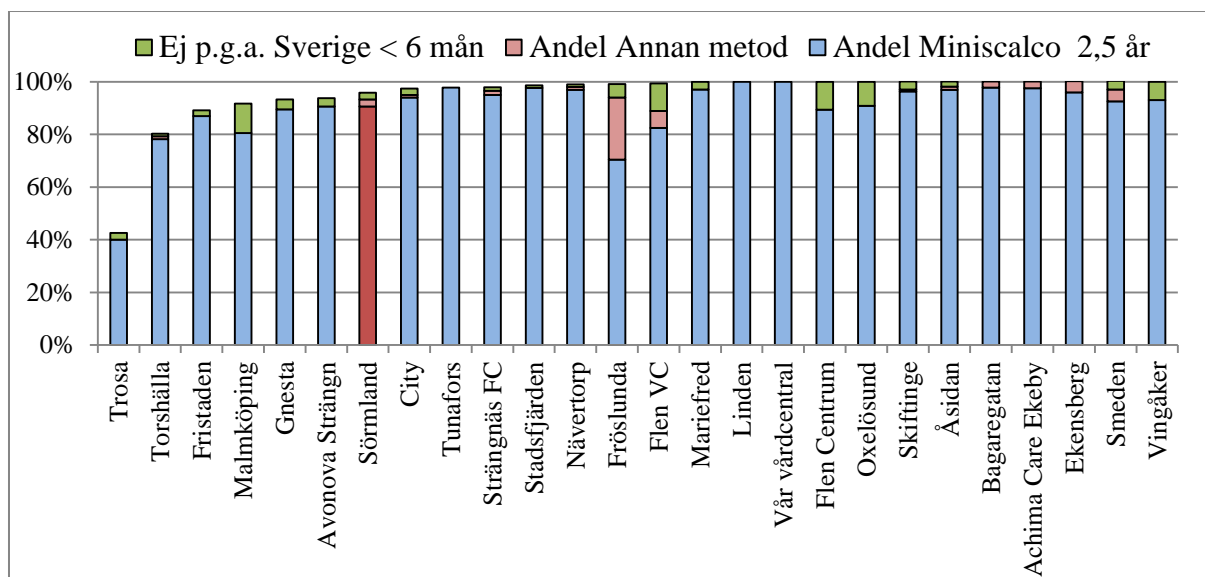


Fig. 36 Andel barn (%) (födda 2012) som har språkbedömts före 3 års ålder, per BVC (2015). 91 % har språkbedömts med Miniscalco vid 2,5 år, 3 % med annan språkbedömningsmetod och 3 % har inte bedömts p.g.a. att de inte varit i Sverige mer än sex månader.

Utfall vid språkbedömningen kan leda till uppföljande besök hos BHV-sjuksköterskan eller remiss till logoped, audionom och BHV-psykolog. Uppföljande besök hos BHV-sjuksköterskan vid 3 års ålder erbjuds om det finns tveksamheter kring barnets språk, uppföljning av språkstimulerande råd eller om föräldrar och barn behöver motiveras för remiss. 15 % av all 2,5 årsbesök följdes upp vid 3 års ålder hos BHV-sjuksköterska under 2015. Föregående år (2014) följdes 16 % upp hos BHV-sjuksköterskan. (Fig. 37)

Barnhälsovård i Sörmland

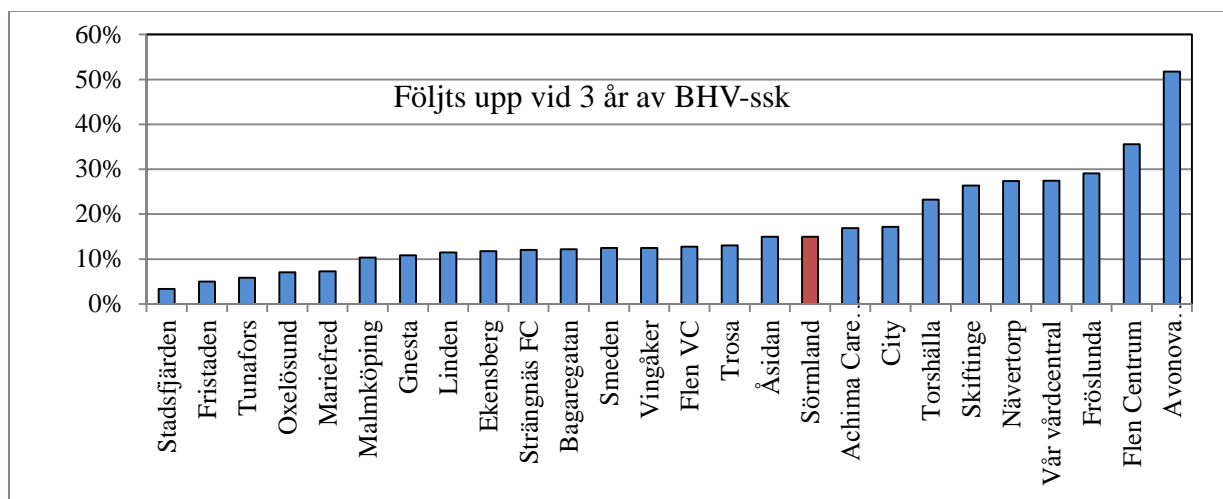


Fig. 37 Andel barn (%) (födda 2012) som följs upp vid 3 års ålder, per BVC (2015).

Utfall enligt vissa kriterier eller föräldraoro vid språkbedömningen bör remitteras till logoped, audionom och BHV-psykolog. Genom tidiga insatser kan barnets utveckling och problem ofta påverkas. Logopeden kan bedöma barnets språkförståelse samt ge råd och stöd. Audionomen kan kontrollera barnets hörsel och utesluta hörselnedsättning som tänkbar orsak för språksvårigheter. Språkliga svårigheter är ofta ett symptom på större svårigheter, såsom samspelsproblematik, bristande stimulans eller neuropsykiatriska och utvecklingsrelaterade diagnoser.⁹² Vid avvikelse ska BVH-sköterskan konsultera BHV-psykolog och vid behov skall föräldrarna erbjudas remiss.

Av barn födda 2012 som har språkbedömts under 2015 har totalt 8 % remitterats till logoped, 6 % till audionom och 1 % till BHV-psykolog. (Fig.38) Andelen remisser till logoped och audionom stämmer väl överens med det förväntade resultat, men andelen konsultation med BHV-psykolog borde vara högre med anledning av språkstörning som kan indikera för neuropsykiatriska diagnoser beräknas vara 2-3 %.⁹³ Aktuella forskningsöversikter visar att diagnoser inom autismspektrumet finns hos ca 1 % av alla barn.⁹⁴



⁹² 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.

⁹³ Westerlund M. Språkscreening vid 2,5-3 års ålder identifierar även andra avvikelser. Väldokumenterade metoder krävs. *Läkartidningen*, 2008; 105(3):132-4.

⁹⁴ Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovårdens. 2014.

Barnhälsovård i Sörmland

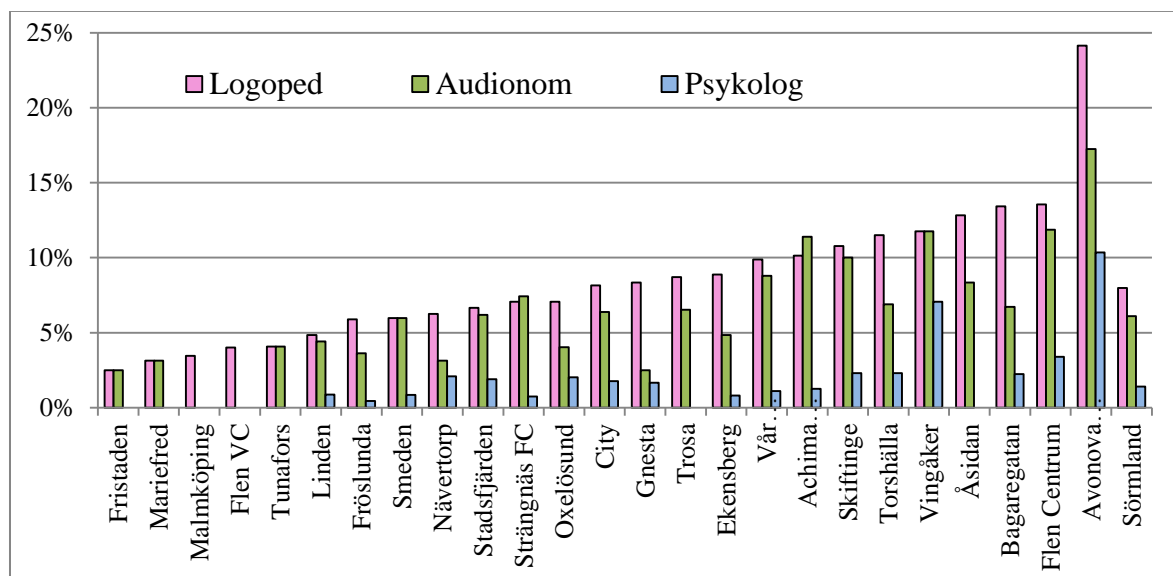


Fig. 38 Andel barn (%) födda 2011 som remitterats till logoped, audionom och MBHV-psykolog vid 2½ till 3 års ålder, per vårdcentral.

Barn med flera språk

Barn bör ges möjlighet att utveckla både sina föräldrars språk och svenskan. Att ge barnet tillgång till föräldrarnas språk innebär att ge sitt barn större möjlighet att kommunicera med andra (t.ex. mor- och farföräldrar och kusiner i hemlandet). De olika språken kompletterar varandra och kan generera i bättre exekutiva förmågor som bättre uppmärksamhet,⁹⁵ ökad kunskap om språk⁹⁶ och större medvetenhet om språkljud i de olika språken⁹⁷. BHV-sjuksköterskan samtalar med föräldrarna om språkutveckling hos flerspråkiga barn, för att främja en god språkutveckling och kommunikativt stimulerande miljö. Broschyren *Ett barn – flera språk*, som finns översatt till flera språk delas ut på BVC i länet.

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.^{98 99} 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 1-2 år görs språkscreening på föräldrarnas modersmål med insatt tolk. Det pågår forskning i Sverige angående språkscreening för flerspråkiga barn.

Syn- och hörselundersökning

Både syn och hörsel är viktiga förutsättningar för barnets utvecklingsmöjligheter. På BVC provas barnets syn och hörsel vid 4 års ålder. Synundersökningen är utprovad för att tidigt identifiera barn som har eller riskerar att utveckla *amblyopi* (synnedsättning). Hörselundersökningen vid 4 års ålder fångar upp förvärvade och progressiva hörselnedsättningar. Senare upptäckt av syn- och hörselproblem har sämre prognos.

⁹⁵ 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.

⁹⁶ 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.

⁹⁷ 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.

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

⁹⁹ Paradis, J., The interface between bilingual development and specific language impairment. *Applied Psycholinguistics*, 2010. 31(02): p. 227-252.

Barnhälsovård i Sörmland

Målsättningen är att 98 % av alla fyraåringar ska ha genomgått syn- och hörselprovning. Under 2012 syn- och hörselprovades 98 % av alla fyraåringar, men de senaste åren har det skett en minskning. 2015 har 95 % av fyraåringarna (födda 2011) syn- och hörselprovats. 16 av länets 25 BVC når målet gällande syn- och hörselprovningar av fyraåringar. (Fig. 38 och 39) De som inte uppnått målen, anger som orsak i kommentarsfältet vid insamlandet av årets statistik, att barnet är nyinskrivet eller tids- och personalbrist.

Av de som synprovats remitterades 6 % till ortoptist på ögonkliniken och av de som hörselprovats remitterades 3 % till audionom på öronkliniken. Under föregående år (2014) remitterades 10 % till ögonkliniken och 3 % till öronkliniken.

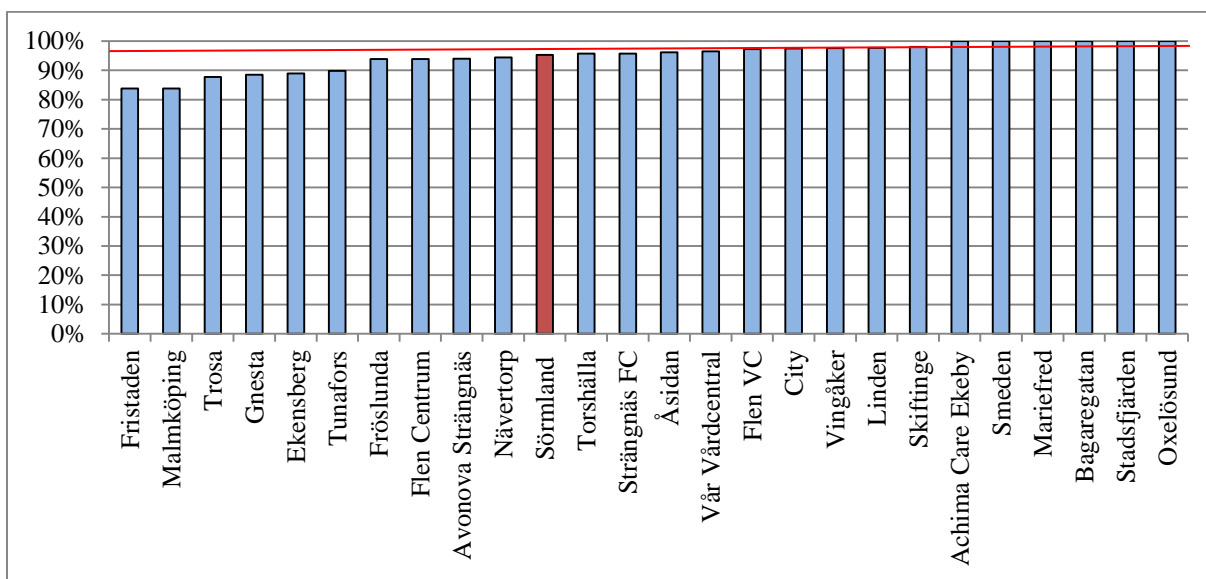


Fig. 38 Andel barn födda 2011 (%) som har synprovats vid 4 års ålder. Per BVC under 2015. Målet (98 %) är markerad med röd linje.

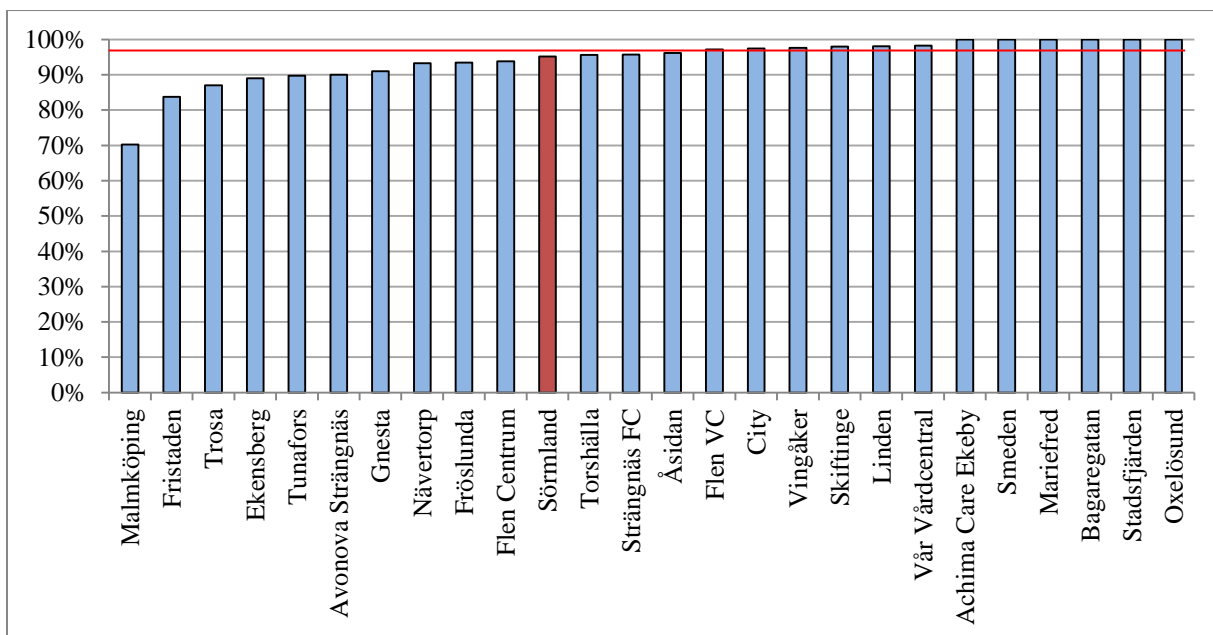


Fig. 39 Andel barn födda 2011 (%) som har hörselprovats vid 4 års ålder. Per BVC under 2015. Målet (98 %) är markerad med röd linje.

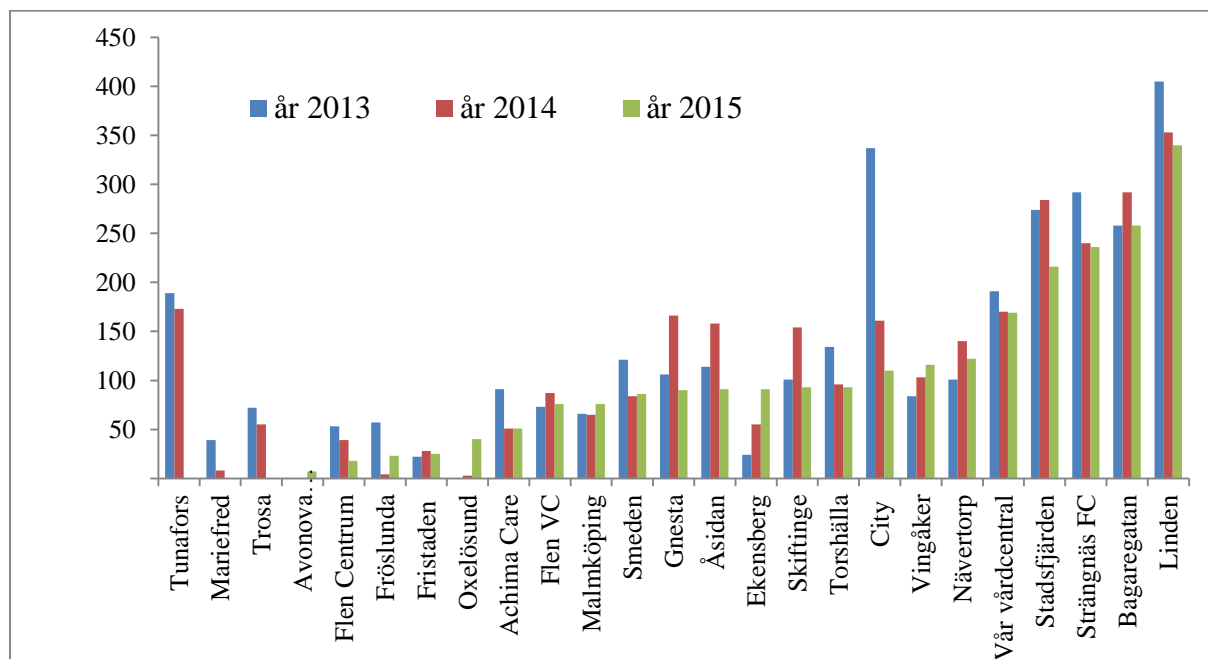
Föräldrastöd i grupp

Enligt riksdagsbeslut 1979 ska alla nyblivna föräldrar aktivt erbjudas föräldrastöd 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 föräldrarna 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 både universellt och riktat till en särskild grupp (t.ex. unga föräldrar, utländsk härkomst, ensamstående).



Målet är att minst 70 % av förstabarnsföräldrar och 40 % av flerbarnsföräldrar ska delta i föräldragrupp vid minst tre tillfällen. Innehållet i gruppträffarna ska baseras på föräldrars behov och frågor som känns angelägna för föräldrar att diskutera till exempel hur barn och föräldrar samspelar med varandra, föräldrars tilltro till sin egen förmåga, barnets utveckling, barnets inflytande och delaktighet liksom frågor som rör hur parrelationen kan påverkas när familjen utökas med ett eller flera barn. Föräldragrupsdeltagandet har sjunkit i länet de senaste åren, vilket kan ses i bilden som visar på antal tillfällen som någon förälder deltagit i en föräldragrupp. (Fig. 40)



Figur. 40 Antal tillfällen som förälder deltagit i föräldragrupp år 2013-2015 redovisat per BVC. De BVC med fler inskrivna barn och fler anställd BHV-personal har av naturliga skäl högre antal deltagande föräldrar.

Barnhälsovården och Mödrahälsovården i Landstinget Sörmland utformade 2010 en *Handbok för föräldragrupsverksamhet inom mödra- och barnhälsovården*. Handboken togs fram av BHV-sjuksköterskor och barnmorskor och innehåller förslag på innehåll i föräldragrupper. Tanken var att BVC skulle ta över de föräldragrupper som påbörjades inom mödrahälsovården.

För att kvalitetssäkra och förbättra utvärderas föräldragrupperna i Sörmland kontinuerligt sedan 2011. Utvärderingarna för 2015 visar att föräldrar generellt är nöjda med sitt deltagande och att föräldrar i ganska hög utsträckning (47 %) kunde påverka innehållet på föräldragrupperna. Föräldrar deltog i genomsnitt 5 gånger och 93 % av deltagarna var mammor och 7 % pappor.

Barn som far illa eller riskerar att fara illa

Barnhälsovården arbetar för att stärka föräldrarnas omsorgsförmåga om barnet. Det kan ske genom samtal kring barns behov, utveckling och anknytning samt frågor som rör föräldrarnas livssituation, alkoholkonsumtion, våld i nära relationer, könsstämpning och hur man tröstar sitt barn för att förebygga så kallat skakvåld.¹⁰⁰ Genom tidig identifikation av problem i familjen, föräldrastöd och insatser för att öka föräldrars förståelse för barns behov och utveckling är BHV en viktig del i det preventiva arbetet för att minska riskerna för att barn ska fara illa.

Var tionde barn i Sverige bedöms fara illa eller riskerar att fara illa och 2-5 % av barnen har allvarliga problem.¹⁰¹ Barn som är utsatta för kränkningar (fysiska eller psykiska) eller försummelse (fysisk eller psykisk) i hemmet är ofta drabbade på flera sätt och löper en stor risk att drabbas av psykisk ohälsa både under barndomen, men även senare i livet.¹⁰²

BHV-personal och förskolepersonal oroar sig för att mellan 10-15 % av barnen är utsatta för någon form av omsorgssvikt, men anmäler inte sin oro i samma utsträckning. Under barnets första ett till två år är barnhälsovården en av de få samhällsliga institutioner som har möjlighet att tidigt uppmärksamma behov av skydd eller stödjande insatser för barn. Alla barn går inte i förskolan och BVC kan vara den enda instans som möter dessa barn.¹⁰³

Anmälan till socialtjänsten

Hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar på BVC är enligt Socialtjänstlagen (14 kap. 1 a § SoL) skyldiga att genast göra en anmälan till socialtjänsten vid misstanke om att ett barn far illa. Det innebär att man inte ska dröja med att göra en anmälan. Tidsperspektivet är viktigt för barn eftersom det händer mycket i ett barns utveckling på kort tid. Några månader för en vuxen, 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.¹⁰⁴

Nationellt var det 3,1 promille av inskrivna barn på BVC där det gjorts en anmälan enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (SoL) under 2014, vilket är en betydligt mindre andel än de barn som utsätts för försummelse och våld under sin uppväxt. De yngsta barnen, och som har svårt att berätta om sin utsatthet, är också den grupp som drabbas värst vid våld och omsorgssvikt och som riskerar att drabbas vid upprepade tillfällen.

För barn inskrivna på BVC i Sörmland var anmälningsfrekvensen 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.

2014 sågs en ökning till 4,9 promille gällande andelen barn som uppmärksammats genom en orosanmälan enligt 14 kap. 1 § SoL på BVC i Sörmland. Det var bara Blekinge län som hade en högre anmälningsfrekvens med 5,3 promille. (Fig. 41) För 2015 har det inte kommit någon nationell statistik ännu, men anmälningsfrekvensen i Sörmland var 4,7 promille.

¹⁰⁰ 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.

¹⁰¹ Lundberg I. Utsatta flickor och pojkar: En översikt av aktuell svensk forskning. Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap; 2005.

¹⁰² 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

¹⁰³ Lundén K. Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn. Stiftelsen Allmänna Barnhuset, 2010.

¹⁰⁴ Barn som far illa eller riskerar att fara illa. En vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningskyldighet och ansvar. Socialstyreslen, 2013.

Barnhälsovård i Sörmland

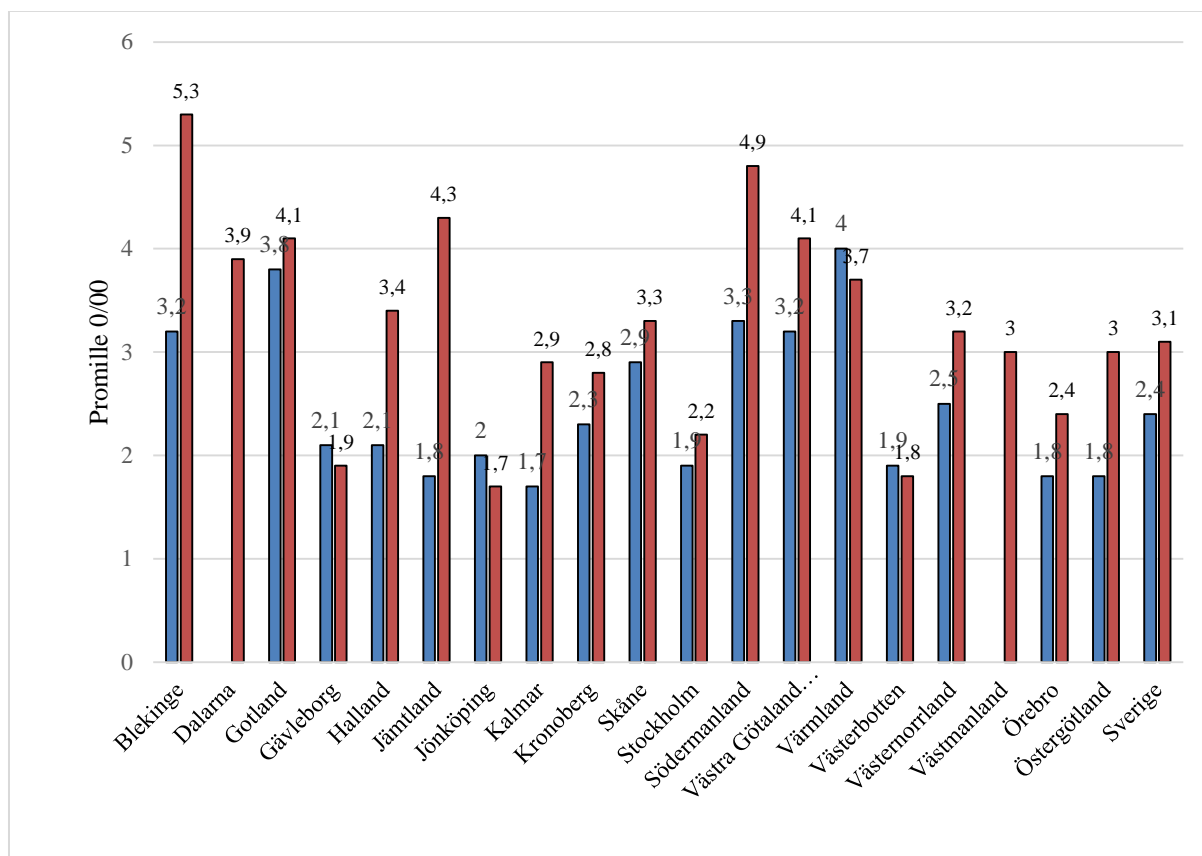


Fig. 41 Anmälningssfrekvensen på BVC, per län. Blå staplarna för 2013 och röda staplarna för 2014.

Även om anmälningsnivån fortfarande är oroväckande låg är det en ansenlig ökning jämfört med 2013. Anmälningssfrekvensen varierar mellan kommuner (Fig. 42) och BVC (Fig. 43).

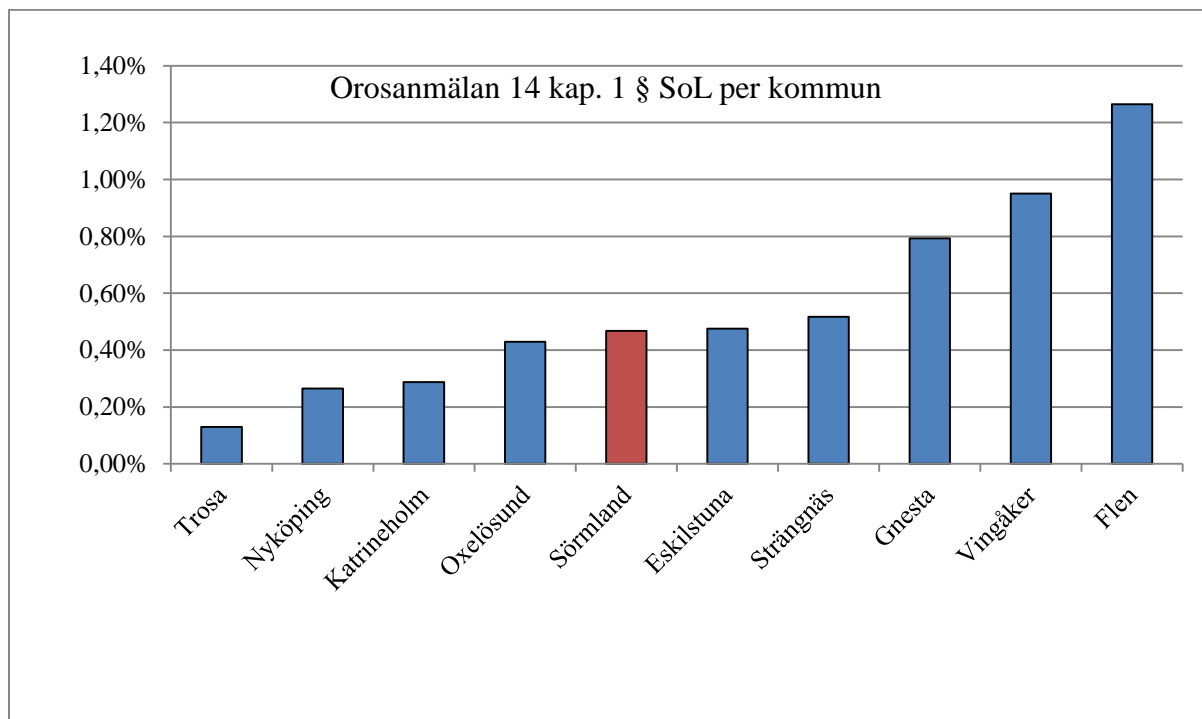


Fig. 42 Anmälningssfrekvensen enligt 14 kap. 1 § SoL på kommun, 2015.

Barnhälsovård i Sörmland

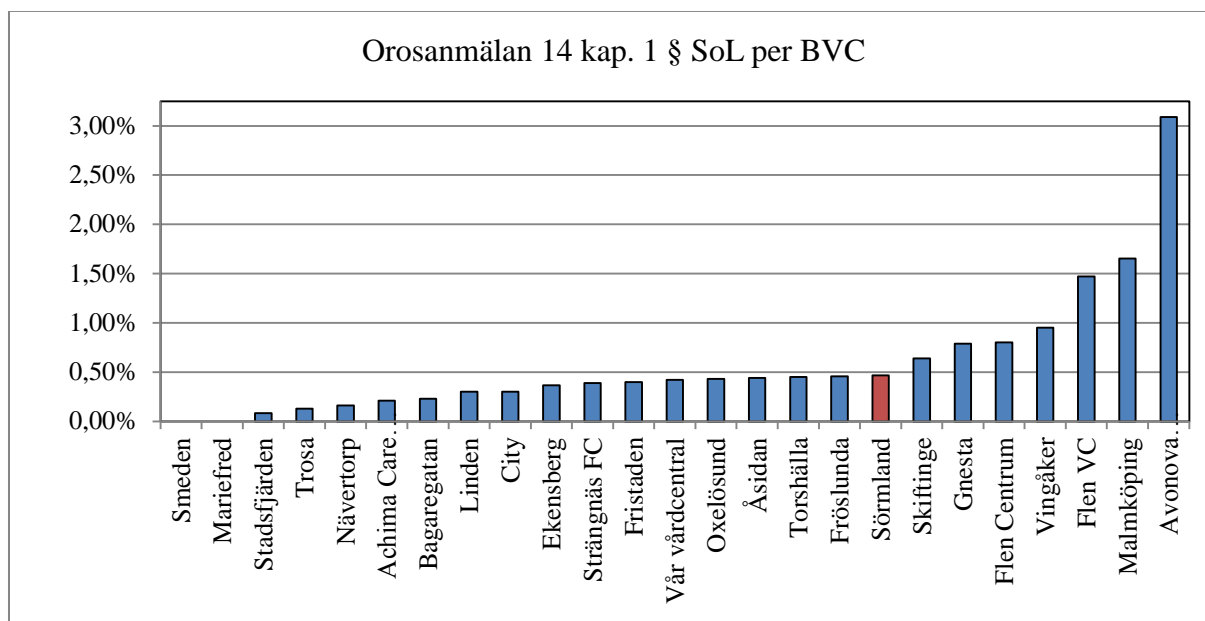


Fig. 43 Anmälningfrekvensen enligt 14 kap. 1 § SoL per BVC, 2015.

6. Samverkan

Samverkan sker mellan barnhälsovården och andra aktörer både övergripande på organisationsnivå och kring det enskilda barnet. Syftet med samverkan är att tillsammans verka för barns bästa och barnets hälsa och utveckling. För ett framgångsrikt hälsoarbete behövs samverkan med tydlig styrning, struktur och samsyn.¹⁰⁵ Exempel på viktiga samverkansparter är förskolan, mödrhälsovården/förlossning/BB, elevhälsan, barnsjukvård inklusive barn- och ungdomspsykiatri, barnhabiliteringen, socialtjänst, biblioteket, logopeder och tandvård. Viss samverkan fungerar bra och annan samverkan behöver utvecklas både lokalt och övergripande.

Samverkan med socialtjänsten

Samverkan mellan BVC och socialtjänst förekommer i högre grad än orosanmälan till socialtjänsten och har varit aktuellt för 1,2 % av de barn som var inskrivna på BVC under 2015. Samverkansfrekvensen mellan BVC och socialtjänsten ökar när BVC är placerad i en familjecentral (Fig. 44).

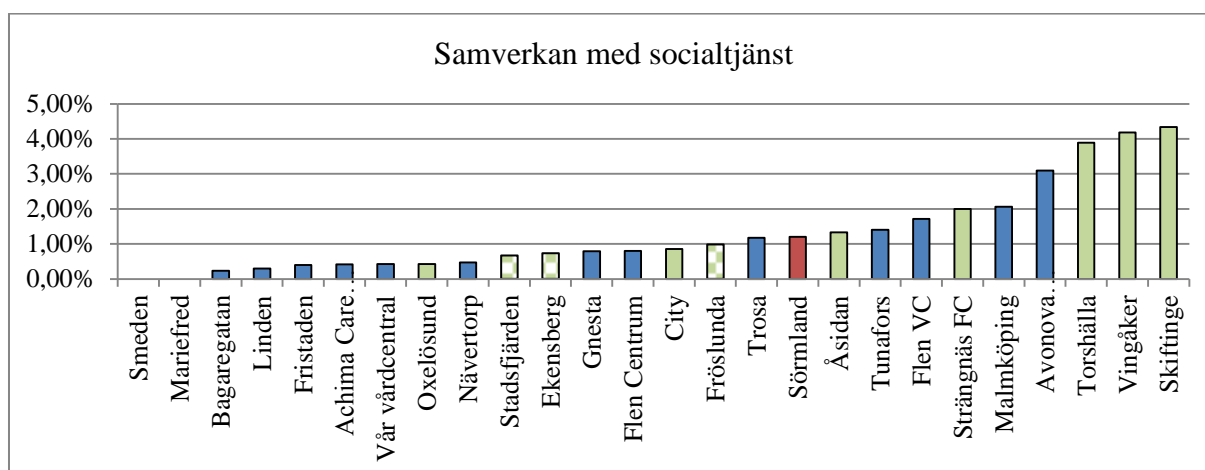


Fig. 44 Samverkan kring barn mellan BVC och socialtjänst per BVC, 2015.

¹⁰⁵ Socialstyrelsen. Samverka för barns bästa, en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer, 2013.

Barnhälsovård i Sörmland

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 2014 och 2015 ökade från 29 % till 36 %.

Hälso- och sjukvårdspersonalens samt tandvårdens erfarenheter från nedlagda socialtjänstutredningar eller brist på återkoppling på de fall som har anmälts, har ibland lett till att man inte gjort fler anmälningar.¹⁰⁶ För att möjliggöra bättre samverkan kring barnets infördes från och med den 1 januari 2013 en förändring av SoL. 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 2014 och 44 % under 2015. BVC i Fröslunda, Fristaden, Strängnäs Familjecentral, Nävertorp, Flen Centrum och Bagaregatan fick 100 % -ig 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.¹⁰⁷

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**".*¹⁰⁸ På familjecentralen kan det även finnas familjerådgivare, fritidsledare, psykolog och läkare som arbetar tillsammans kring barnet och familjen.

Den främsta vinsten med samverkan kring barn och barnfamiljer är ökade förutsättningar att skraddarsy lösningar för barnfamiljens specifika behov. För att möjliggöra en tvärfacklig samverkan krävs att kommun och landsting samordnar sina resurser.

Genom att utveckla familjecentraler kan nyanlända familjer få ett samlat stöd och hjälp av både BVC, MHV, förskola och socialtjänst. Vårdcentralerna har inte själva tillräckligt med kompetens och resurser för att tillmötesgå nyanländas behov. Det behövs samverkan med andra aktörer. Om behovet av en trygg och fungerande närmiljö samt socialt umgänge är tillgodosett kan behovet av exempelvis barnpsykiatrisk vård minska.¹⁰⁹

Samverkan med folktandvården

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. Landstingets mål om att bli Sveriges friskaste län 2025 gäller både barnhälsovården och folktandvården. Ett tydligare samarbete mellan barnhälsovården och folktandvården i länet har etablerats under 2015.

Under vårens nätverksträffar för BHV-sjuksköterskor informerade folktandvården om munhälsobudskapet, nyframtagna broschyrer och möjligheten att dela ut kostnadsfria tandborstar på BVC. BHV-sjuksköterskorna har under 2015 delat ut de nya broschyrerna samt tandborstar i samband med samtal om tandhälsa och vikten av att besöka folktandvården. Detta kan vara en bidragande orsak till att 11 % fler av länets barn kom till folktandvårdens ettårsbesök (250 barn) och att 6 % fler kom till tandläkarbesök vid tre års ålder (150 barn).

¹⁰⁶ Anmälningsskyldighet om missförhållanden som rör barn. 1 uppl. 4 tr ed. Stockholm: Socialstyrelsen: 2004.

¹⁰⁷ Vägledning för barnhälsovården, Socialstyrelsen 2014.

¹⁰⁸ Familjecentraler. Kartläggning och kunskapsöversikt, Socialstyrelsen 2008.

¹⁰⁹ Behovsanalys Nyanlända papperslösa. Landstinget Sörmland 2015

Samverkan kring språket

Samverkan kring barns språkutveckling sker främst med logopeder och bibliotekarier, men även förskolepersonal. Logopederna bjuder in BHV-sjuksköterskor och BHV-psykologerna till årliga samverkansträffar i länsdelvis då remisser, språkscreening och nya rutiner diskuteras. Samverkan med biblioteken sker genom att föräldragrupper är välkomna och att barn hänvisas till biblioteken för att hämta *Barnets första bok*.

Hösten 2015 hölls en gemensam inspirationsdag som handlade om språkscreening, hembesök, flerspråkighet och projektet *Bokstart*. Då deltog bl.a. bibliotekarier, pedagoger, logopeder och BHV-sjuksköterskor.

Samverkan kring amning - Amningsstrategigruppen

I länets amningsstrategigrupp ingår representanter från kvinnokliniken, barnkliniken och primärvården samt Amningshjälpen. BHV-sjuksköterskor från de olika länsdelarna finns representerade. Gruppen ska verka för samordning mellan all hälso- och sjukvårdspersonal som möter blivande och nyblivna föräldrar i syfte att stödja föräldrarna i barnets uppfödning. Syftet är att främja amningen och att länets föräldrar ska känna ett gott stöd från hälso- och sjukvården. Behovet av insatser för att stärka amningen är stort. Sörmland ligger lågt gällande amningsfrekvens och forskning visar på amningens positiva inverkan på hälsan på både kort och lång sikt. BHV-enheten har sammakallat till möte med amningsstrategigruppen fyra gånger under året.

Under 2015 färdigställdes och godkändes en gemensam uppdaterad amningsstrategi för hela vårdkedjan. Amningsstrategin presenterades i samband med två gemensamma utbildningsinsatser under amningsveckan hösten 2015. I den södra länsdelen föreläste Elisabeth Kyhlberg om amningens fördelar och i den norra länsdelen visade Elisabeth Ubbe bilder med amningsbudskap. Utbildningarna uppmärksammades i Sörmlands Radio och tidningen *Min hälsa*.

Vårdkedjemöten - Obstetrix

BHV-sjuksköterskor har tidigare träffat representanter från Kvinnokliniken (KK) och Mödrahälsovården (MHV) två gånger per år i syfte att förbättra omhändertagandet av det nyfödda barnet och dess föräldrar i vårdkedjan. Men efter återkommande synergier angående bristande informationsöverföring till BVC initierade KK en riskanalys under 2014. Representanter från KK, MHV och BHV har arbetat med riskanalysen. Där ett av resultaten är att införa läsbehörighet till Obstetrix för BHV-personal.¹¹⁰ Under våren 2016 införs testpiloter på tre av länets BVC. Piloterna kommer att utvärderas innan ett breddinförande under hösten 2016.

Invandrantätt BVC

Mötet med barn och familjer från andra länder kräver kompetens och kunskap om andra kulturer, sedvänjor, vaccinationer samt tolkanvändning. BHV-enheten sammankallar två gånger per år till nätverksträffar för länets BHV-sjuksköterskor som möter barn med utländsk bakgrund. Syftet med dessa träffar är att få dela erfarenheter med varandra, ställa frågor eller framföra behov av verktyg, metoder eller kunskap för området.

Antalet BHV-sjuksköterskor som deltagit vid dessa träffar ökar i takt med att nya asylboenden tillkommer i Sörmland och att andelen barn med utländsk härkomst ökar.

Nätverksträffarna har under 2015 handlat om kvinnlig könsstympning, vaccinationer och informationsmaterial på andra språk (exempelvis barnets hälsobok).

Vid nätverksträffarna har Asyl- och flyktingsamordnare för Landstinget Sörmland, representant från Migrationsverket och representant från Semantix (tolkförmedling) medverkat.

¹¹⁰ Slutrapport riskanalys överföring mellan Mödrahälsovård, BB och Baravårdcentraler. Landstinget Sörmland 2015

7. Den länsgemensamma barnhälsovårdsenheten

Stöd till BVC (landstingsdrivna och privata)

Barnhälsovården Sörmland har en länsövergripande expertfunktion (BHV-enheten) som ska vara ett stöd till både chefer, läkare och sjuksköterskor på BVC. På enheten finns enhetschef, barnhälsovårdsöverläkare, vårdutvecklare, mödra- och barnhälsovårdspsykologer samt administrativ personal.

Barnhälsovården Sörmland har i huvudsak två uppdrag.

Det ena uppdraget är ett utvecklings-, utbildnings- och uppföljningsuppdrag som består i att:

- bevaka barns psykiska och fysiska hälsa ur ett folkhälsoperspektiv
- verka för en jämlik och rättvist fördelad barnhälsovård till alla barn (0-6 år) i länet
- implementera och vidmakthålla det nationella barnhälsovårdsprogrammet
- ge introduktion och fortbildning till all BHV-personal
- på en övergripande nivå samverka med andra vårdgivare, verksamheter samt myndigheter – inom landsting, kommun och annan verksamhet
- följa upp barnhälsovårdens kvalitet genom årlig statistikbearbetning och sammanställning av *Barnhälsovård i Sörmland Årsrapport*
- utveckla och utvärdera nya metoder för barnhälsovårdsarbetet
- följa nationell samt internationell forskning och utveckling om barns hälsa

Det andra uppdraget är kliniskt inriktat och består i att:

- vara konsult- och remissinstans i frågor som rör barns utveckling och hälsa
- erbjuda insatser riktade direkt till barn och deras föräldrar genom bedömning, rådgivning och stöd i föräldraskapet
- bidra med kunskap i det ordinarie arbetet genom handledning på BVC och MHV

Utvecklingsarbeten

Under 2015 har det skett en successiv övergång till den nationella Rikshandboken för barnhälsovård. För de områden där det förekommer lokala rutiner eller samverkan i Sörmland har *Regionala Tillägg* utarbetats under året.

En referensgrupp bestående av BHV-sjuksköterskor, BHV-läkare och verksamhetschefer från landstingsdrivna samt privata vårdcentraler och BHV-enhetens vårdutvecklare, samordnande psykolog samt BHV-överläkare träffas ett par gånger per termin för att följa upp implementeringen av det nationella barnhälsovårdsprogrammet, planera utbildningar och metoder inom BHV.

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.

Utvecklingsteamet från BHV-enheten besöker årligen alla BVC i länet för att träffa verksamhetschef, BHV-läkare och BHV-sjuksköterskor. Under hösten 2015 besökte vårdutvecklare och enhetschef från BHV-enheten 24 av länets 25 BVC för att fånga upp aktuella frågor och diskutera utmaningar utifrån *Barnhälsovård i Sörmland Årsrapport 2014*.

Planering av införandet av datajournal inom barnhälsovården har skett under året. Införandet kommer att påbörjas under 2016 med piloter och breddinförs 2017.

Länsövergripande samverkan har skett med andra aktörer som har barnen som målgrupp. Samverkan har gällt utbildningar, projekt och planering inför strukturerad samverkan gällande barn med neuropsykiatriska utvecklingsavvikelser. Den länsövergripande BHV-enheten har även kontinuerlig samverkan med nationella barnhälsovårdsnätverk och myndigheter.

Barnhälsovård i Sörmland

Utbildning – introduktion och fortbildning

BHV-enheten ansvarar för introduktion och fortbildning till BHV-personalen, ibland i samarbete med andra verksamheter. Fortbildningen syftar till att stödja personalen i det praktiska arbetet på BVC samt att ge förutsättningar för en så likvärdig och rättvis barnhälsovård som möjligt för länets förskolebarn och deras föräldrar. Utbildning ges dels som en introduktionsutbildning för ny personal, dels i form av föreläsningar, studiedagar och träffar i mindre grupper. Varje studiedag ges vid två tillfällen för att ge all BHV-personal möjlighet att delta. Introduktionsutbildning för ny personal på BVC (sjuksköterskor, läkare och verksamhetschefer) sker tillsammans med ST-läkare i allmänmedicin respektive pediatrik. BHV-enheten erbjuder även kontinuerligt konsultationsstöd till BHV-personalen. Utvecklingsarbete sker även genom strategigrupper, samverkansträffar och projektarbeten.

Under 2015 har utbildningsinsatserna handlat om en fortsatt implementering av det nationella barnhälsovårdsprogrammet.

Kurser och fortbildning under 2015	Samverkan med	Omfattning
EPDS-screening för pappa/partner	Pamela Massoudi	½ dag
Samverkan BVC-Socialtjänst kring Barn som far illa och Hälso- och sjukvårdens anmälningsskyldighet	Socialtjänsten i respektive kommun	½ dag
BHV-sjukskötersketräffar	Folktandvården och Kemikalier i barns vardag	½ dag
Utvecklingsbedömning 0-18 månader nationella barnhälsovårdsprogrammet	Kicki Persson, Kine Johansen, Ulrika Lidén, ögonläkare, Elina Libert, ortoptist	1 heldag
Vaccinationsprogrammet	Folkhälsomyndigheten	1 heldag
Introduktionskurs i BHV – vår	För nya BHV-ssk och läkare	2 heldagar
Introduktionskurs i BHV – höst	För nya BHV-ssk och läkare	2 heldagar
ST-kurs i BHV – vår	För blivande specialistläkare i allmänmedicin resp. pediatrik	1 dag
EPDS-metoden	För nya BHV-sjuksköterskor	½ dag + ½ dag
Bokstart	Länsbiblioteket	1 dag
Amningsstrategin - amningsutbildning	Elisabet Kyhlberg, Elisabeth Ubbe – hela vårdkedjan	½ dag

MBHV-psykologernas uppdrag

Tjänsteunderlaget för mödra- och barnhälsovårdspsykologer i Sörmland är 5,75 %. Detta innebär att varje psykolog har ett barnunderlag på 3458 barn och 579 gravida. Enlig nationella målbeskrivningen är behovet beräknat för ett underlag på högst 2 000 barn och 300 gravida per psykolog.¹¹¹

I psykologernas uppdrag ingår att handleda och var konsult till BHV- sköterskor och barnmorskor. De erbjuds regelbunden konsultation i grupp. Konsultation ges i grupper med 4-8 deltagare cirka var fjärde vecka. Personalen på BVC och MVC har även möjlighet att ringa och konsultera psykolog på telefon kring frågor som uppstår i arbetet eller inför att en remiss ska skickas. Totalt erbjuds 120 BHV-sjuksköterskor och barnmorskor inom mödrahälsovården handledning av BHV-enhetens MBHV-psykologer.

I barnhälsovårdsprogrammet lyfts teamsamverkan upp, där psykologen ska vara en del av teamet på BVC. Psykologerna samverkar idag i första hand med övrig BHV-personal i dialog, men det händer att psykologerna har samtal med barn och familjer tillsammans med BHV-sköterskorna på BVC. Teamsamverkan där psykologen ingår är ett utvecklingsområde.

¹¹¹ Nationell målbeskrivning för Mödra- och Barnhälsovårdspsykologernas verksamhet, Mödra och Barnhälsovårdspsykologernas förening 2007-09-2.

Psykologerna arbetar klinisk med föräldrastöd, men gör även en första utredning av barn när det finns misstanke om autism eller utvecklingsstörning. Om behov finns remitteras barnen för vidare utredning och insatser. Utöver utredningarna gör psykologerna även bedömningar av små barns psykiska hälsa. Psykologerna möter även upp och har kortare behandlingskontakter med föräldrar som mår dåligt eller är oroliga i samband med graviditet och föräldrabilivande samt med föräldrar som är nedstämda under spädbarnsperioden och har svårt att få till adekvat samspel med sitt barn. Metod och inriktning ska vara i överensstämmelse med övrig MHV/BHV och stå för förebyggande insatser av psykologisk karaktär. Psykologerna är stationerade i Eskilstuna och Nyköping, men åker ut och möter familjer runt om i länet.

I psykologernas uppdrag ingår också att medverka i metodutveckling inom BHV-verksamheten samt bidra i utbildningsinsatser. Psykologerna håller i EPDS-utbildning, gruppleadersutbildning och bidrar i introduktionsutbildningen för BHV-personal. Psykologerna samverkar med andra verksamheter, till exempel vårdgrannar som habiliteringsverksamheten, barn- och ungdomspsykiatri och logopeder samt är med i samverkansprojekt inom landstinget där MBHV-psykologens kompetens bör finnas representerad.

8. Framtidens barnhälsovård och barns hälsa

Sveriges friskaste barn - 2025

Hösten 2012 tog Landstinget Sörmland ett unikt inriktningsbeslut med ett övergripande mål om att Sörmland ska bli Sveriges friskaste län 2025. Det som gör detta unikt är att det är en inriktning som alla partier står bakom och verksamheterna har en gemensam långsiktig färdplan. Barnhälsovården i Sörmland verkar i enlighet med landstingets vision genom att satsa på Sveriges friskaste barn 2025.

Under 2016 fortsätter implementeringen av det nationella barnhälsovårdsprogrammet för att uppnå en jämlik och rättvis barnhälsovård som bidrar till de sörmländska barnens hälsa och utveckling. Utbildningar under 2016 kommer att fokusera på teambesök vid 3 års ålder.

En utmaning är att bidra till integrationen och de nyanlända barnens hälsa och utveckling.

Från 2016-06-01 kommer den länsgemensamma Barnhälsovårdsenheten att tillhöra Hälsoval.

Kommunerna och Landstinget i Sörmland har utarbetat en gemensam länsstrategi för att förbättra folkhälsan och minska skillnaderna i hälsan. Det behövs en samsyn och tvärsektoriella insatser. Målet för folkhälsoarbetet är att långsiktigt nå en god och mer jämlik hälsa i Sörmland.

För en jämlik och rättvis barnhälsovård i Sörmland och för att nå målet om Sveriges friskaste län 2025 behövs:

- ökad bemanning på BVC utifrån den ökade vårdtyngden och det nationella barnhälsovårdsprogrammet
- ökade resurser till BHV-enheten, i form av både ökad bemanning och utbildningsbudget
- införande av elektronisk BHV-journal och elektroniskt kvalitetsregister (BHV-Q)
- Fortsatt utvecklad samverkan med andra aktörer kring barn (0-6 år) och deras familjer

Avslutningsvis

Stort tack till dig som läst hela eller delar av denna Årsrapport för Barnhälsovården i Sörmland 2015. För den verkligt intresserade 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, vilken vi hoppas ska ligga till grund för **framtidens barnhälsovård och våra barns framtida hälsa**.