

Barnhälsovård i Sörmland

Årsrapport 2014



Innehållsförteckning

Förord	3
Sörmlands barnavårdscentraler (schematisk karta).....	4
Sammanfattning	
Barns hälsa – faktorer som påverkar barns hälsa	5
Vårdtyngd	
Barnhälsovård	
Föräldrastöd i grupp	6
Familjecentraler	
Anmälningar till och samverkan med socialtjänsten	
Den länsövergripande barnhälsovårdsenhetens arbete	
Resurser och kompetenshöjande insatser för att möta barns och familjers behov	
1. Barnhälsovårdens mål och uppdrag	
Barnets rätt till barnhälsovård	7
Nationellt	
Landstinget Sörmland	
2. Barnen i Sörmland (BVC:s målgrupp)	
Inskrivna barn på BVC.....	8
Nyfödda barn	9
3. Faktorer som har betydelse för barns hälsa och utveckling	
Amning de första 6 månaderna	10
Barn som utsätts för tobaksrök i hemmet	13
Barn med utländsk härkomst	16
4. Förutsättningar på BVC	
Bemannning	17
Totala antalet in- och utskrivna på BVC	19
Skillnader i socioekonomisk förhållanden och hälsa hos barn	20
Vårdtyngd och vårdtyngdsindex	
BVC-sjukskötersketid reglerat efter vårdtyngden	22
5. Arbetssätt på BVC	
Hembesök	23
Tidigt hembesök	
Hembesök vid 8 månader	25
Hembesök till nyinflyttade	
Upptäckt av nyblivna mammor med nedstämdhet	26
EPDS-screening	
Hälsobesök hos BVC-läkare vid 18 månader	28

5. Arbetssätt på BVC – forts....

Barnvaccinationsprogrammet nationellt och i Sörmland	29
Vaccination mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR)	
Vaccination mot kikhosta	30
Språkbedömning	31
Språkstimulans till alla barn	33
Syn- och hörselundersökning	34
Föräldrastöd i grupp	35
Utvärdering av föräldragrupper	36
Familjecentraler	
Barn som far illa eller riskerar att fara illa	37
Anmälan till socialtjänsten	

6. Barnhälsovården Sörmland (BHV-enheten)

Uppdrag	39
Fortbildning, handledning och nätverksträffar	
Möten för och med BVC-personal	40
Områdesvisa BVC-sjukskötersketräffar	
Vårdkedjan	
Amningsstrategigrupp	
Invandrartät BVC	
Handledning av MBHV-psykolog i grupp	
Referensgrupp för implementering av nya barnhälsovårdsprogrammet ...	41
Rundresa och samverkan med Hälsoval	
Kurser och fortbildning för BVC-personal 2014	

7. Ett nytt barnhälsovårdsprogram 2014

Implementering i Sörmland	42
Referensgrupp för implementeringsprocessen	43
Behovsinventering	

8. Framtidens barnhälsovård och våra barns framtida hälsa

Det finns en vision – och vi har en plan	44
--	----

9. Basprogram för barn födda t o m 2014-12-31

46

10. Barnhälsovårdsprogram för barn födda fr o m 2015-01-01

47

Barnhälsovård i Sörmland – Årsrapport 2014

Förord

Denna *Årsrapport* speglar hälsan hos 0-6 år gamla barn i Sörmland och den barnhälsovård som förskolebarnen samt deras familjer haft tillgång till genom länets barnavårdscentraler (BVC) under 2014. Samtidigt visar rapporten att de stora förändringar som skett hos barn i Sverige till följd av ökade sociala skillnader de senaste 20-30 åren även gäller barn i Sörmland. Skillnader som lett till en ojämlikhet även i barns hälsa.

Ytterligare en noterad förändring är att svensk hälsofrämjande och förebyggande barnhälsovård (BHV) inte längre når barn på ett jämlikt och rättvis sätt. En annan är att BHV inte klarar av att möta upp med kompensatoriska insatser för de barn och familjer som befinner sig i risk med olika problem hos barnet eller i dess nära miljö. Dessa förhållanden gäller även Sörmland. Detta trots att dessa mål är tydligt uttalade i både FN:s barnkonvention samt Hälso- och sjukvårdslagen.

De tillkomna skillnaderna i barns hälsa och tillgång till BHV har gjort att Socialstyrelsen 2014 utgivit en ny *Vägledning för barnhälsovården*. Parallellt har nationella företrädare för barnhälsovården tagit fram *ett nytt nationellt barnhälsovårdsprogram* och en webb-baserade metodbok, *Rikshandboken*, som genom kontinuerlig uppdatering fungerar som verktygslåda för barnhälsovårdens personal över hela landet.

Vägledningen för barnhälsovården betonar att framtidens BHV ska utgå från Barnkonventionen, bygga på klinisk och vetenskaplig evidens samt utformas så att föräldrars, sjuksköterskors, läkares och psykologers respektive andra samverkanspartners kompetenser tas till vara på bästa sätt – 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 koppla tidiga insatser – vilket lönar sig för på sikt för både individ och samhälle.

Eftersom nästan alla barn 0-6 år är inskrivna på BVC har BHV 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. Det innebär att personalen på länets BVC årligen möter **minst 12 %** av den sörmländska befolkningen i hälsosamtal. Detta sker i en period i livet då man som småbarnsförälder är som mest förändringsbenägen i livsstilsfrågor.

Årsrapporten är framtagen genom statistik från länets samtliga BVC och sammanställd av den länsövergripande enheten Barnhälsovården Sörmland i enlighet med nationella och lokala anvisningar. Resultaten rapporteras till tre nationella register och återkopplas på lokal nivå. Extra kraft har lagts på att beskriva den ojämlikhet för barnen som noterats i verksamheten. Rapporten utgör en grund för de satsningar och utvärderingar som krävs för att utveckla en god och jämlik hälsa hos vår framtida befolkning. Sörmlands vison om att vara **Sveriges friskaste län 2025** gäller i högsta grad barnen. Att satsa på **Sveriges friskaste barn 2025** är den bästa ansats man kan ha för att nå Sörmlands mål.

Med dessa ord tackar vi alla medarbetare för deras stora insats och inväntar de beslut om de satsningar som krävs för implementeringen av det nya nationella barnhälsovårdsprogrammet i Sörmland 2015 och framåt.

Barnhälsovården Sörmland, juni 2015

Ylva Tindberg
Barnhälsovårdsöverläkare

Ulrika Nygren
Vårdutvecklare

Suzanne Freimanis
Enhetschef

SÖRMLANDS BARNAVÅRDSCENTRALER

Barn på BVC i Sörmland

Antal barn 0-6 år

2013: 18 763

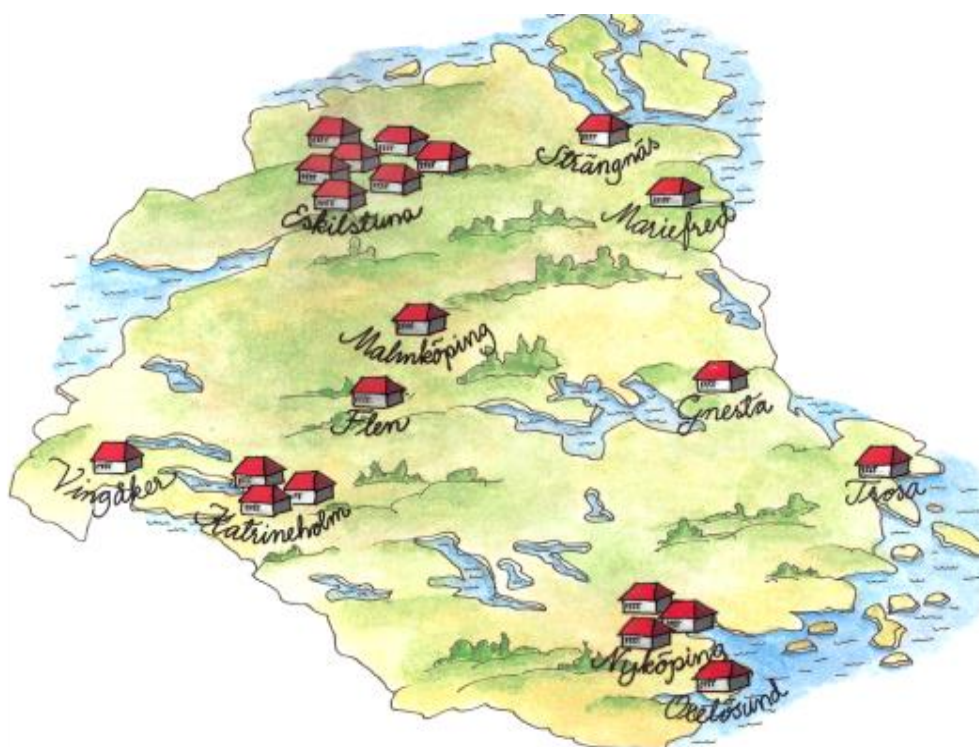
2014: 19 376

Norra länsdelen

Antal barn 0-6 år

2013: 9 421

2014: 9 741



Västra länsdelen

Antal barn 0-6 år

2013: 3 709

2014: 3 871

Södra länsdelen

Antal barn 0-6 år

2013: 5 634

2014: 5 730

Sammanfattning

Årsrapporten för 2014 är baserad på data från 19 376 barn (0-6 år) inskrivna i barnhälsovården i Sörmland. Liksom tidigare rapporter baseras den på uppgifter från länets BVC-sjuksköterskor, vilka insamlats och bearbetats utifrån *Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland 2012*. Målet är att bedriva en jämlik och rättvis barnhälsovård utifrån barns unika behov för att uppnå en så god hälsa och utveckling som möjligt. Rapporten tydliggör att det finns skillnader i såväl risk- och skyddsfaktorer som tillgång till barnhälsovården för barn i Sörmland. Underlaget för denna rapport visar vilka områden som behöver utvecklas samt följas upp över tid för att visa på möjlig förändring.

Barns hälsa – faktorer som påverkar barns hälsa

Socioekonomisk belastning har stor betydelse för barns hälsa. Jämfört med landet hade Sörmland 2012 den näst högsta andelen barn (0-18 år) som levde i barnfattigdom. Två faktorer, med koppling till socioekonomiska förhållanden och som har betydelse för barns hälsa och utveckling, är amning och rökning. Därför mäts varje år andelen ammade barn samt andelen barn som utsätts för rök. Nationella jämförelser visar att andelen ammade i Sörmland är bland landets lägsta och andelen barn som utsätts för rök är högst i landet. 2013 ammade (helt eller delvis) 59 % av barnen i Sörmland vid 6 månaders ålder och 63 % i landet. Under 2014 har amning av barn vid 6 månaders ålder sjunkit till 58 % i Sörmland. Nästan vart sjätte nyfött barn i Sörmland utsätts för rök i hemmet. Andelen barn utsatta för rök, har dock sjunkit från 18 % till 16 % det senaste året. Skillnaderna över länet är dock stora, i vissa delar utsätts mer än vart fjärde barn. Pappor slutar i mindre utsträckning att röka än mammor när de blir föräldrar.

Vårdtyngd

Vårdtyngd beräknas genom att utöver antalet nyfödda i BVC-området (55 nyfödda per heltid BVC-sjuksköterska och år) ta hänsyn till andelen förstagångsföräldrar (delat med 3), andelen nyfödda i familjer med socioekonomisk belastning samt andelen nyfödda med utländsk bakgrund. Denna beräkning görs för att ta hänsyn till den ökade arbetsbelastning det innebär med stöd i amningen, åtgärder för att motivera till rökstopp och insatser till familjer med social utsatthet av olika slag. År 2008 var den genomsnittliga vårdtyngden i länet 39 % utöver *normaltyngden* medan den var 51 % både 2013 och 2014. Det innebär att den redan höga vårdtyngden på BVC i Sörmland ökat med 30% sedan 2008. En motsvarande ökning i BVC-sjukskötersketjänster har inte kunnat ses.

Barnhälsovård

Målen för arbetet på BVC specificeras i Kravspecifikationen 2012. Dessa följs upp av den länsövergripande Barnhälsovården Sörmland, Hälsoval och vårdcentralscheferna. Detta innebär möjlighet till kvalitetssäkring och uppföljning av att barnen i Sörmland får den barnhälsovård de har rätt till. Trots att BVC-personalen haft ett ökat antal barn och en ökad vårdtyngd under de senaste åren, med fortsatt ökning 2014, utförde de en stor andel av de föreskrivna hälsofrämjande insatserna. Andra delar har varit svåra eller omöjliga att tillgodose.

Ett **tidigt hembesök**, som har visat sig ha god effekt på hälsan och ge ett gott samarbete mellan BVC och föräldrarna, har gjorts hos 87 % av länets förstabarnsföräldrar och 79 % av flerbarnsföräldrarna 2014. Hembesöksfrekvensen varierar dock mellan olika BVC (0-100 %). På några BVC har man haft möjlighet att göra **hembesök vid 8 månaders ålder**. Totalt sett har 5 % av barnen fått detta besök.

Totalt screenades 80 % av alla mammor för **nedstämdhet eller depression i nyföddhetsperioden**, varav 11 % identifierades med behov av insats av olika grad. Vid BVC med hög andel invandrarfamiljer utfördes färre EPDS än vid BVC med låg andel.

Alla föräldrar ska få **samtal om alkohol och andra droger** vid 0-4 veckors ålder, 8 månader och 4 år. Endast 90 % av de nyblivna föräldrarna fick ett sådant samtal.

Läkarbesök ska erbjudas alla barn vid fyra tillfällen under förskoleperioden. Drygt hälften av barnen har fått sitt **18-månadersbesök hos BVC-läkaren**, med en spridning från 0 till 100 % mellan BVC.

Barnhälsovård i Sörmland – Årsrapport 2014

Den svagt nedåtgående **vaccinationstäckningen** i Sörmland gör att vi inte uppfyller vaccinationsmålen (99 %) för det allmänna vaccinationsprogrammet längre. Totalt vaccinerades 98 % enligt det allmänna vaccinationsprogrammet, 95 % mot hepatit B och 97 % mot mässling, påssjuka och röda hund. 96 % av barn med ökad risk för tuberkulos vaccinerades med BCG-vaccin.

Det har skett en minskning av genomförda **språk-, syn- och hörselbedömningar** i Sörmland 2014.

- Av barn födda 2011 hade 95 % språktestats vid 2 ½ -3 års ålder mot 97 % året innan.
- Andelen 4-åringarna som genomgick syn- och hörselbedömning sjönk från 97 % till 94 %.

Föräldratöd i grupp

41 % av barn födda 2014 hade minst en förälder som deltog i föräldragrupp (FG) vid > 3 tillfällen, varav 9 % hade två föräldrar som deltog. En utvärdering visar att FG framförallt ger möjlighet till samtal om oro och glädjeämnen, en ökad förståelse för barns behov och kontakt med andra föräldrar.

Familjecentraler

2014 var 9 av 25 BVC belägna i en familjecentral (FC). Här arbetar 41 % av länets BVC-sjuksköterskor. På familjecentraler ses högre samverkan mellan olika professioner kring barn med behov av insatser.

Anmälningar till och samverkan med socialtjänsten

BVC gjorde 90 anmälningar till socialtjänsten enligt kap 14 1 § SoL under 2014. Dessa gällde 4,9 promille av de inskrivna barnen, vilket är en ökning från 2013 då andelen var 3,2 promille. På FC ses högre samverkan mellan BVC och socialtjänst jämfört med BVC som ligger på vårdcentral.

Den länsövergripande barnhälsovårdsenhetens arbete

Enheten har i huvudsak två uppdrag. Det ena är ett utvecklings-, utbildnings- och kvalitets-säkringsuppdrag avseende verksamheten på BVC i Sörmland. Det består i att verka för en jämlik och rättvist fördelad barnhälsovård till alla förskolebarn i länet. 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 2014 har utvecklingsarbetet framför allt handlat om att inleda implementeringen av det nya nationella barnhälsovårdsprogrammet, utifrån Socialstyrelsens *Vägledning för barnhälsovården* (2014). En referensgrupp för processen har bildats, ett 2-dagars motivationshöjande internat för **all BVC-personal och dess chefer** i länet har anordnats och planeringen av kommande utbildningsinsatser är i full gång.

Resurser och kompetenshöjande insatser för att möta barns och familjers behov

För att möta dagens behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser, vilka ska vara jämlikt och rättvist fördelade till sörmländska förskolebarn och deras föräldrar, behöver barnhälsovårdens resurser anpassas.

För en jämlik och rättvis barnhälsovård i Sörmland krävs:

- **ökad bemanning på BVC** utifrån den ökade vårdtyngden och det nya barnhälsovårdsprogrammet
- **ökade resurser till BHV-enheten**, i form av både ökad bemanning och en utbildningsbudget, båda utifrån den ökade vårdtyngden samt implementeringen av det nya barnhälsovårdsprogrammet
- införande av **elektronisk BHV-journal**, kopplad till den nationella patientöversikten (NPÖ)
- tillgång till **elektroniskt kvalitetsregister** för BVC och för BHV-enheten

1. Barnhälsovårdens mål och uppdrag

Barnets rätt till barnhälsovård

FN:s Konvention om barnets rättigheter, som Sverige ratificerade 1990, är vägledande för arbetet inom barnhälsovården (BHV). All planering och alla åtgärder inom BHV ska ha ett barnperspektiv där *Barnets bästa ska komma i främsta rummet*. Barnets rättigheter är grundläggande för allt arbete på barnavårdscentralerna (BVC). Barnkonventionens artikel 24 handlar om barnets rätt till hälso- och sjukvård. Här fastslås t ex att konventionsstaterna ska vidta alla lämpliga åtgärder för att minska spädbarns- och barndödlighet. 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.

Nationellt

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

- erbjuda stödjande insatser till alla föräldrar i deras föräldraskap
- erbjuda 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 närmiljö

Under 2014 utgav Socialstyrelsen en *Vägledning för barnhälsovården* som ska vara styrande för vad barnhälsovården ska uppnå samt vilka arbetssätt som lämpar sig för att uppnå barnhälsovårdens mål.¹ Kopplat till vägledningen har företrädare för barnhälsovården (läkare, sjuksköterskor, psykologer med flera) i Sverige tagit fram både ett nytt nationellt barnhälsovårdsprogram och den webb-baserade metodboken *Rikshandboken*.²

Landstinget Sörmland

Styrande för barnhälsovården i Sörmland är *Kravspecifikation för barnhälsovård från 2012*³ samt Metodbok för barnhälsovården i Sörmland som återfinns under landstingets insida.

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.

Kommunerna och Landstinget i Sörmland har utarbetat en gemensam länsstrategi för att förbättra folkhälsan och minska skillnaderna i hälsan. Det behövs en samsyn och tvärssektoriella insatser. Målet för folkhälsoarbetet är att långsiktigt nå en god och mer jämlik hälsa i Sörmland.⁴

För att barn födda fr. o. m. 1 januari 2015 ska kunna födas in i det nya barnhälsovårdsprogrammet har implementeringen av detta och en successiv övergång till den nationella *Rikshandboken* påbörjats.

¹ Vägledning för barnhälsovården. Socialstyrelsen, 2014.

² <http://www.rikshandboken-bhv.se/>

³ Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland 2012

⁴ <http://www.landstingetsormland.se/PageFiles/6584/Lansstrategin.pdf> ,
<http://www.landstingetsormland.se/Sa-styrs-landstinget/Sveriges-friskaste-lan-2025/>

2. Barnen i Sörmland (BVC:s målgrupp)

Inskrivna barn på BVC

Varje år besöker i stort sett alla förskolebarn sin 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 livstilsfrågor. 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.

Totalt var 19 376 barn inskrivna vid länets samtliga BVC mottagningar den 31 december 2014. Det är en ökning med 1725 (10 %) under den senaste sjuårsperioden (Fig. 1). Bara under förra året ökade antalet inskrivna barn med drygt 600 barn.

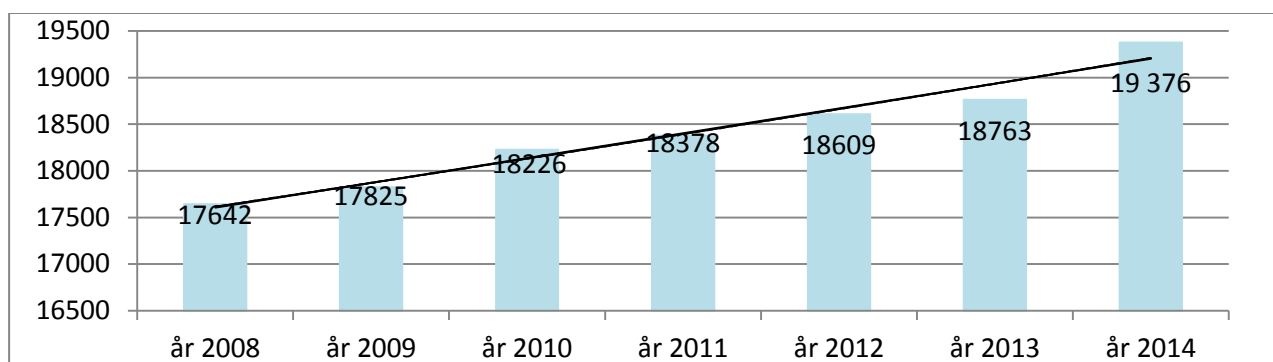


Fig. 1 Ökning av totalt antal barn inskrivna på BVC i Sörmland per år (2008-2014).

Även om det totala antalet inskrivna barn ökade på BVC under 2014, så varierade antalet mellan olika BVC vilket framgår av Fig. 2. Några BVC fick dock ett lägre antal inskrivna barn från föregående år.

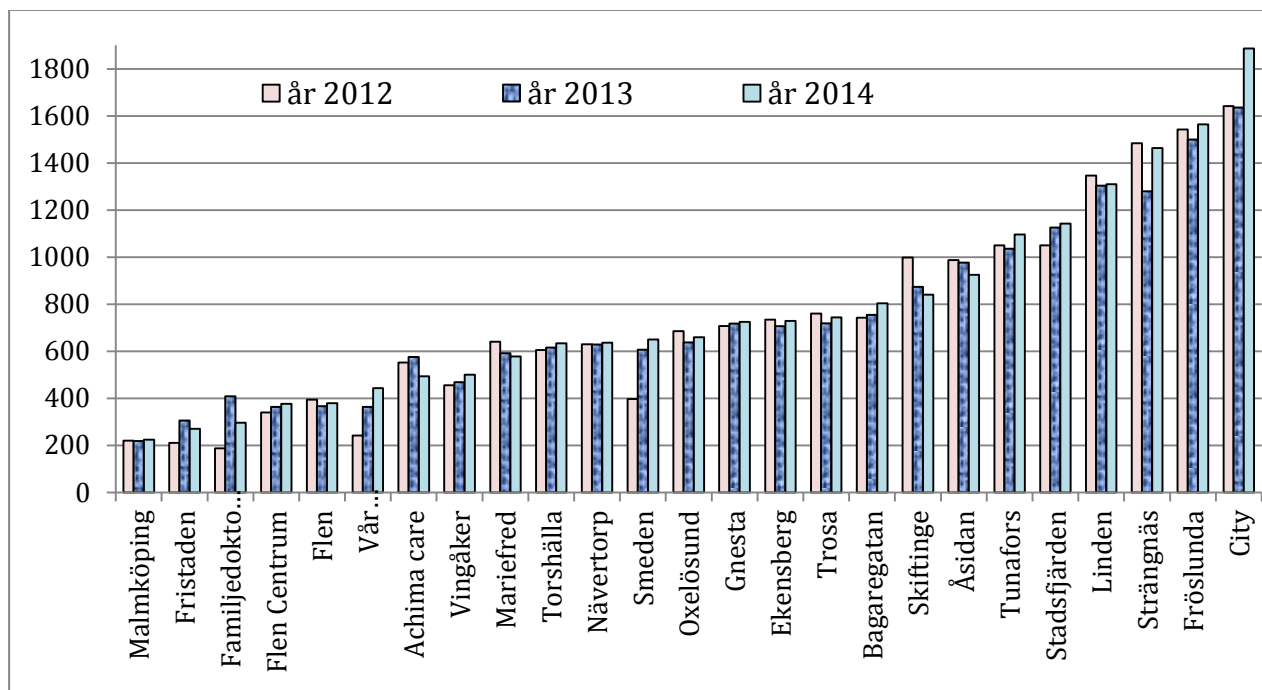


Fig. 2. Förändring av antalet inskrivna barn per BVC (2012-2014).

Barnhälsovård i Sörmland – Årsrapport 2014

Nyfödda barn

Under året skrevs 3 208 nyfödda in på BVC (Fig. 3). Det är en ökning av antalet nyfödda barn med 3,5 % det senaste året, 10 % de senaste 5 åren och 20 % de senaste 10 åren. 2014 föddes 27 % fler barn än år 2001.

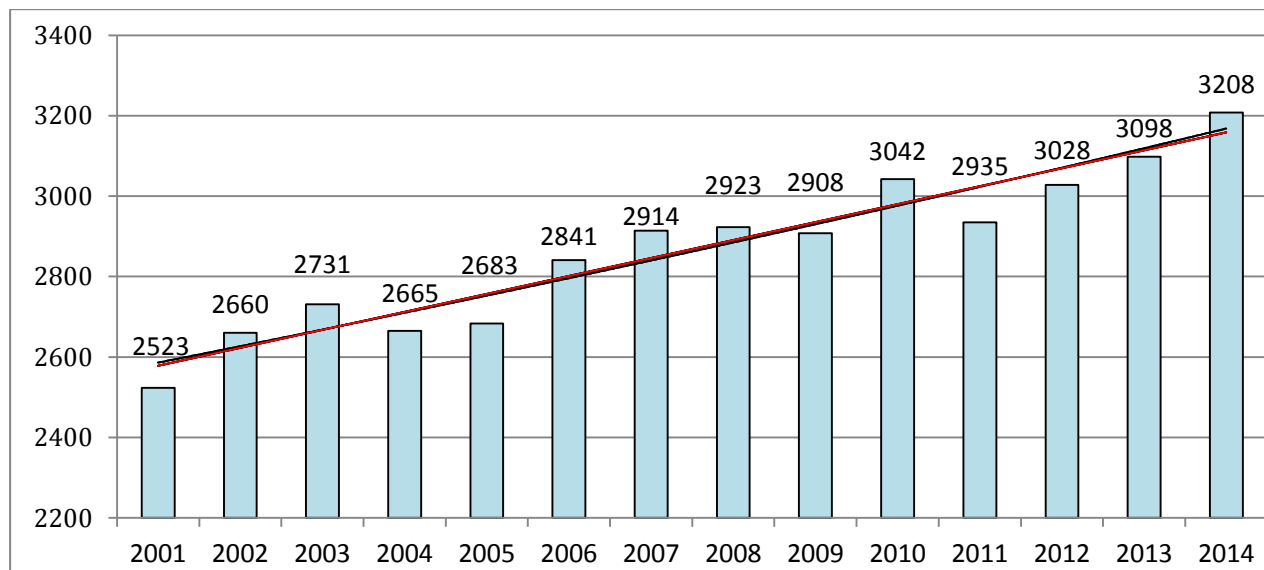


Fig. 3 Antal nyfödda barn i Sörmland per år (2001-2014).

Att möta nyblivna föräldrar och följa barn det första levnadsåret tar en stor del av BVC-personalens tid. Det är en av anledningarna till att tjänstgöringsgrad och antal BVC-sjuksköterskor respektive BVC-läkare utgår ifrån hur många nyfödda som finns inskrivna. Antalet nyfödda varierar stort mellan både BVC och mellan olika BVC-sjuksköterskor i länet (Fig.4). Fördelning av antalet nyfödda per BVC-sjuksköterska återkommer under avsnittet *Bemanning på BVC*.

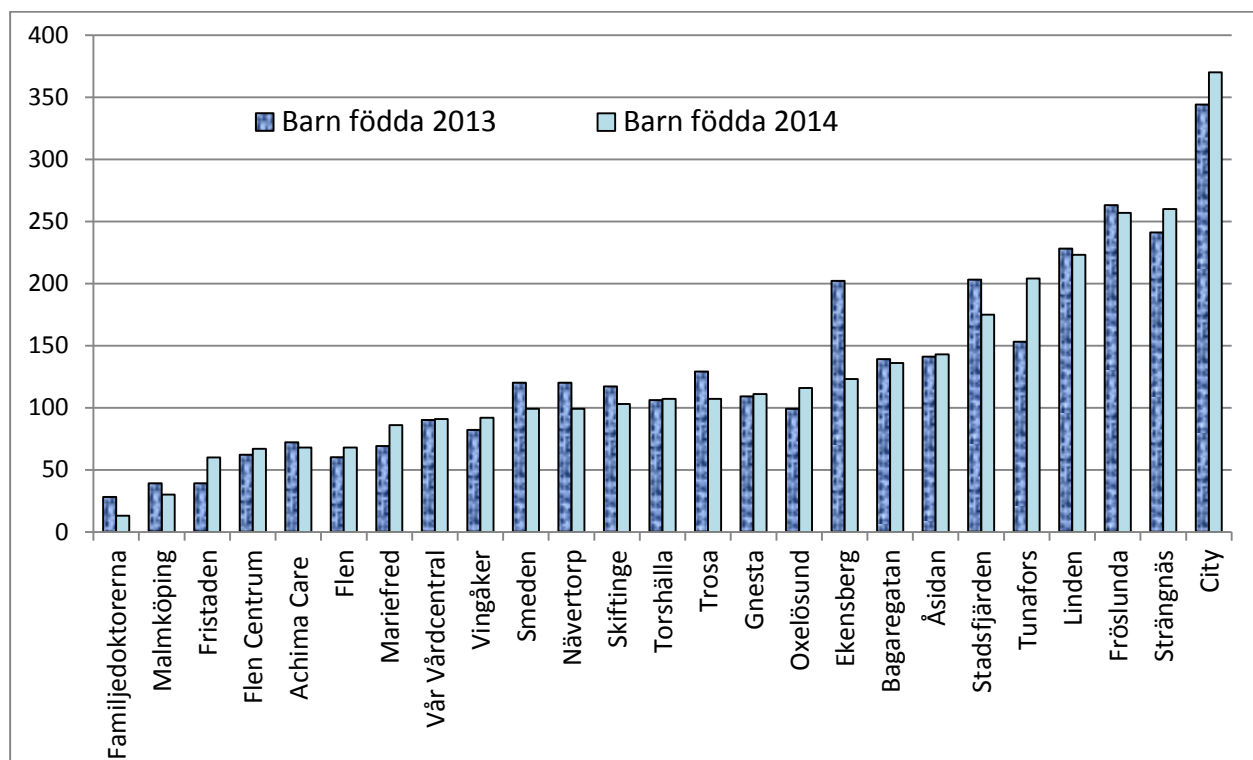


Fig. 4 Antal nyfödda per BVC (2013-2014).

3. Faktorer som har betydelse för barns hälsa och utveckling

Amning de första 6 månaderna

Bröstmjölken tillsammans med D-vitamin innehåller alla de näringsämnen ett barn behöver för att växa och utvecklas under sina första sex månader.⁵ 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.⁶ Bröstmjölken innehåller ämnen som stimulerar immunförsvaret hos barnet och minskar risken för infektioner. Kunskapsöversikter visar på minskad risk för barnet att insjukna i akut öroninflammation, akut gastroenterit och allvarlig luftvägsinfektion. Amning är också en skyddsfaktor för plötslig spädbarnsdöd.⁷ På lång sikt har amningen positiva hälsoeffekter med bland annat lägre risk för högt blodtryck, övervikt och fetma i vuxen ålder.^{8,9} Störst effekt ger helamning, men även delamning har effekt.

Amning är en folkhälsoindikator för hälsan hos barn och kvinnor och ökad amning bidrar till att minska ojämlikhet i hälsa nationellt och globalt.^{10,11} Den svenska amnings-rekommendationen följer WHO:s rekommendation om att barnet ska helammas de första sex månaderna.^{12,13} WHO rekommenderar sedan delamning, gärna tills barnet är två år eller mer.¹⁴

Den lokalt insamlade statistiken för ammade barn rapporteras till Socialstyrelsen för nationella jämförelser. Andelen spädbarn som får bröstmjolk minskar i riket, och så även i Sörmland. (Fig. 5). I den nationella jämförelsen gällande barn födda 2012, som Socialstyrelsen gav ut 2014, var Sörmland ett av de län som hade lägst andel ammade barn.¹⁵ Av barn födda 2012 ammadess 95 % vid en veckas ålder i Sörmland jämfört med 96 % i riket. Vid 2 månaders ålder ammadess 84 % i Sörmland mot 86 % i riket och vid 6 månaders ålder ammadess 59 % i Sörmland jämfört med 63 % i riket.

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

⁶ FN:s Konvention om barnets rättigheter, 1989.

⁷ Minska risken för plötslig spädbarnsdöd : en vägledning för hälso- och sjukvårdspersonal. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

⁸ Horta BL, Bahl R, Martines JC, et al. Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analyses. WHO 2007.

⁹ 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.

¹⁰ Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. WHO 1989

¹¹ 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

¹² Tio steg som främjar amning baserat på WHO:s Ten steps to successful breastfeeding

¹³ 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/

¹⁴ WHO U. Global Strategy for Infant Feeding & Young Child Feeding. Geneva: World Health Organisation; 2003.

¹⁵ Amning och rökvanor. Barn födda 2012. Sveriges officiella statistik. Socialstyrelsen, 2014.

Barnhälsovård i Sörmland – Årsrapport 2014

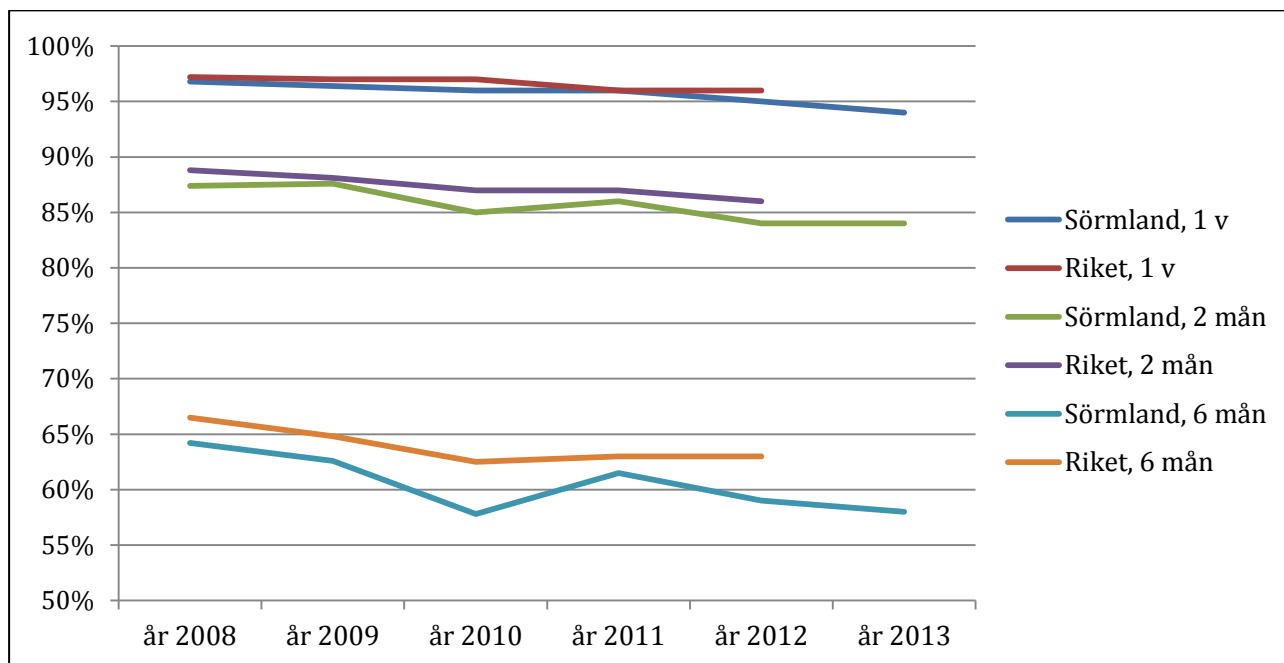


Fig. 5 Andel ammade (helt/delvis) vid 1 vecka, 2 månader och 6 månader (%). En jämförelse över tid mellan riksgenomsnittet och Sörmland (barn födda 2008-2013).

Den nedåtgående amningstrenden som sågs för barn födda 2012 gällde även för barn födda 2013. Vid en veckas ålder hel- eller delammades i genomsnitt 95 % mot 94 % av barn födda 2012 respektive 2013. Amningsfrekvensen varierade dock mellan olika BVC i länet, mellan 71 % och 100 %, och bara några BVC nådde över det tidigare riksgenomsnittet. Andelen ammade barn vid två månaders ålder låg oförändrat på 84 % och varierade mellan 59 % och 92 % (Fig. 6).

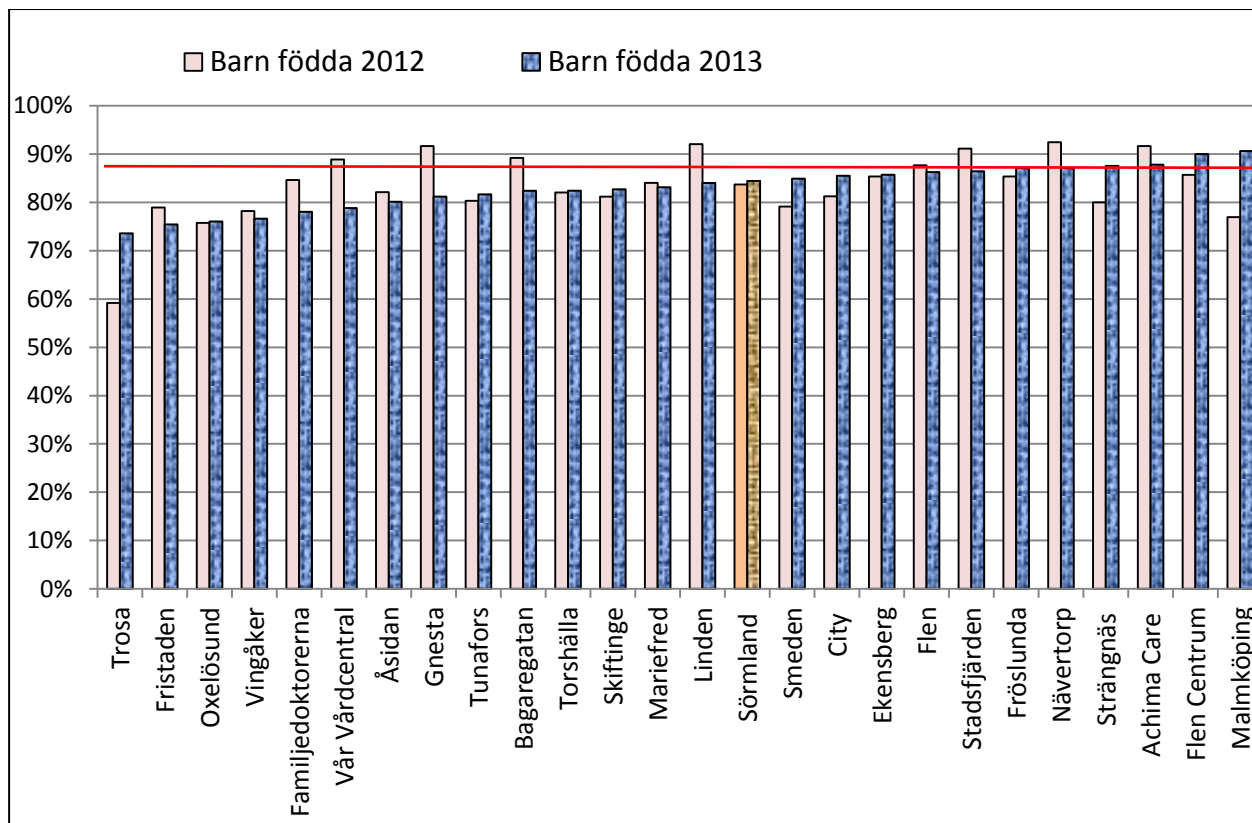


Fig. 6 Andel ammade barn vid 2 månaders ålder (%), per BVC. Riksgenomsnittet är markerat med röd linje

Barnhälsovård i Sörmland – Årsrapport 2014

Andelen hel- och delammade 6-månaders barn var 59 % mot 58 % av barn födda 2012 respektive 2013. Beroende på BVC-område varierar amningsfrekvensen mellan 48 % och 74 %. Endast sex BVC når eller överskrider riksgenomsnittet som har legat kring 63 % i flera år för barn som hel- eller delammas vid 6 månaders ålder. (Fig. 7).

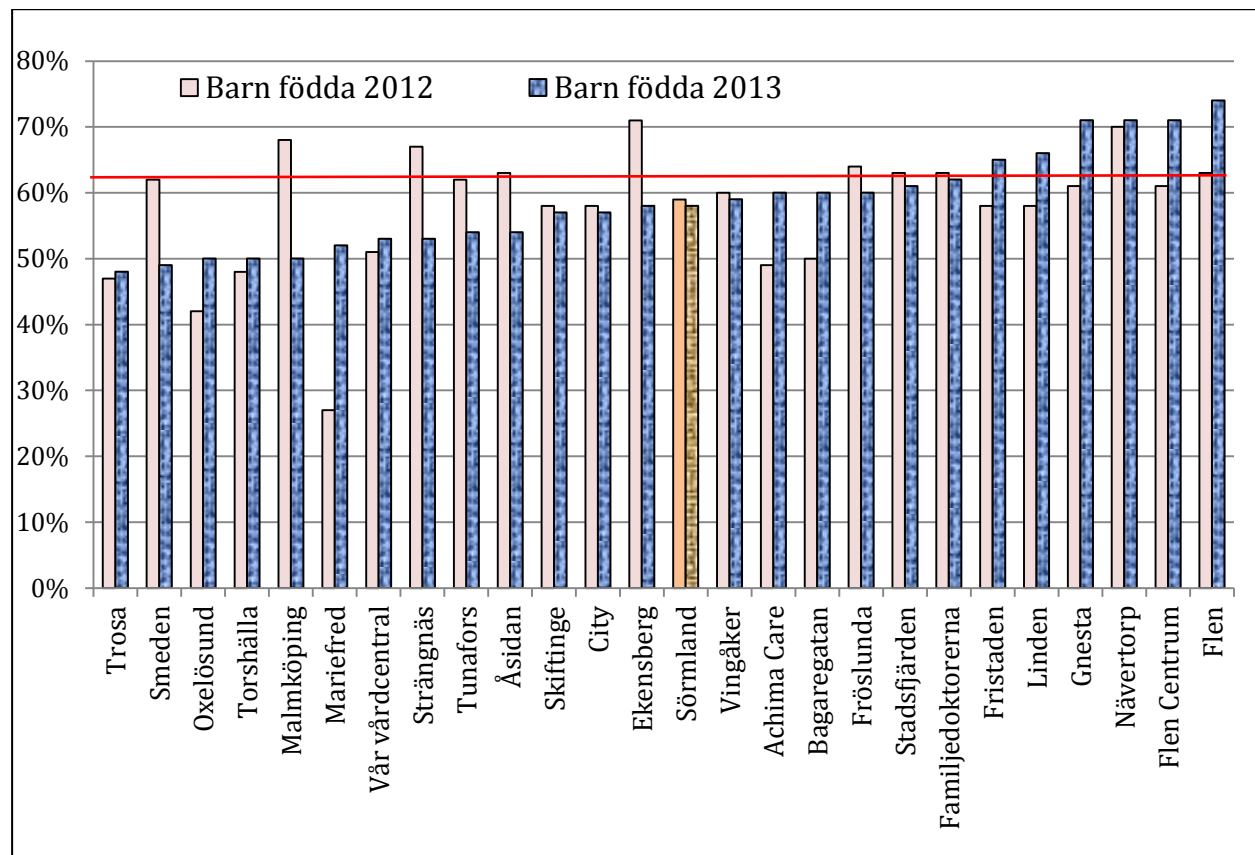


Fig. 7 Andel ammade barn vid 6 månaders ålder (8%) per BVC. Barn födda 2012 och 2013. Riksgenomsnittet är markerat med röd linje.

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.¹⁶ 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.¹⁷ Forskning visar att utsatthet för passiv rökning kan innebära i stort sett samma sorts risker som för den aktiva rökaren och risken att drabbas av sjukdomar på grund av passiv rökning ökar ju större exponeringen är.¹⁸

Barn är särskilt känsliga för passiv rökning, eftersom deras immunförsvar inte är färdigutvecklat. Barn som utsätts för tobaksrök löper bl.a. ökad risk för plötslig spädbarnsdöd, öroninflammationer, upprepade luftvägsinfektioner och det lilla barnets trånga luftvägar ökar risken för andningsbesvär vid vanlig förkylning.^{19 20 21}

Sett över riket har tobaksrökning minskat bland gravida kvinnor, nyblivna föräldrar och småbarnsföräldrar de senaste decennierna.²² Riksgenomsnittet för andel barn födda 2012 som utsatts för tobaksrök (förälder/annan person som barnet bor med röker) vid 0-4 veckors ålder var 12 % jämfört med 18 % för barn födda 2001.

Till skillnad från rikets positiva trend, ökade andelen barn med rökande föräldrar för barn födda 2004 till barn födda 2011. Denna trend verkar nu ha brutits och en minskning av andelen barn 0-4 veckor vars föräldrar röker ses även i Sörmland. Mellan åren 2011 och 2012 minskade andelen från 19 % till 18 %.²³ Trots denna minskning av andelen nyfödda med rökande föräldrar har Sörmland landets högsta andel rökande småbarnsföräldrar. (Fig. 8).

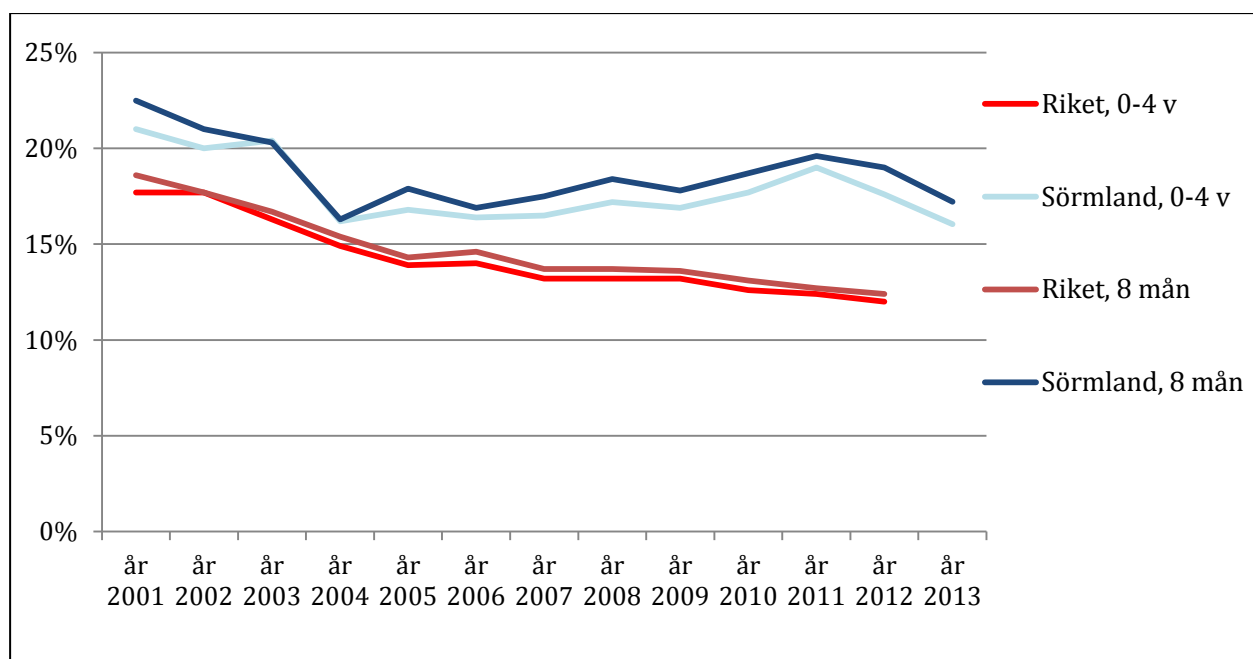


Fig. 8 Andel barn (%) som utsatts för passiv tobaksrök i hemmet (0-4 veckor och 8 mån) över tid (barn födda 2001-2013). En jämförelse mellan Sörmland (de två övre linjerna) och övriga riket (de två lägre linjerna).

¹⁶ FN:s Konvention om barnets rättigheter, 1989.

¹⁷ Amning och föräldrars rökvanor, Barn födda 2012. Socialstyrelsen, 2014.

¹⁸ Folkhälsan i Sverige: årsrapport 2013. Socialstyrelsen, 2013

¹⁹ Minska risken för plötslig spädbarnsdöd. En vägledning för Hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen, 2014.

²⁰ Amning och föräldrars rökvanor, Barn födda 2012. Socialstyrelsen, 2014.

²¹ Miljöhälsorapport 2009. Socialstyrelsen, 2009.

²² Graviditeter, förlossning och födda barn 1973-2012. Socialstyrelsen, 2013.

²³ Amning och föräldrars rökvanor, Barn födda 2012. Socialstyrelsen, 2014.

Barnhälsovård i Sörmland – Årsrapport 2014

För barn födda 2013 var andelen barn med rökande föräldrar vid 0-4 veckor 16 % (Fig. 8). Det innebär att var sjätte nyfött barn i Sörmland utsattes för tobaksrök i hemmet. Andelen varierade stort mellan länets BVC, från 6 till 26 %. Endast fem av länets BVC hade lika många eller färre barn med rökande föräldrar vid 0-4 veckor i förhållande till riksgenomsnittet (Fig. 9).

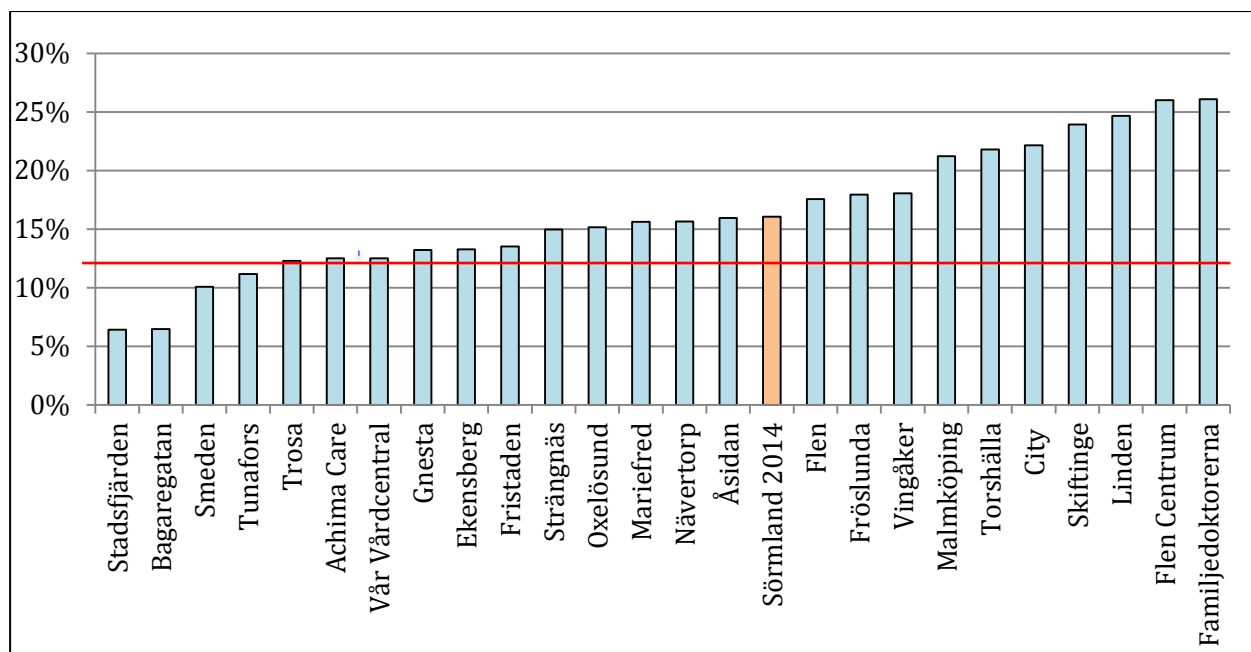


Fig. 9 Andelen barn 0-4 veckor (%), som utsattes för tobaksrök i hemmet (2013), per BVC. Riksgenomsnittet är markerat med röd linje.

Papporna är en viktig målgrupp i det tobakspreventiva arbetet i syfte att ge barnen en tobaksfri uppväxt. Pappor slutar inte att röka i samma utsträckning som mammor när de blir föräldrar. I Sörmland rökte 7 % av mammorna och 14 % av papporna när barnet var 0-4 veckor, dock med stor variation mellan olika BVC (Fig. 10).

Barnhälsovård i Sörmland – Årsrapport 2014

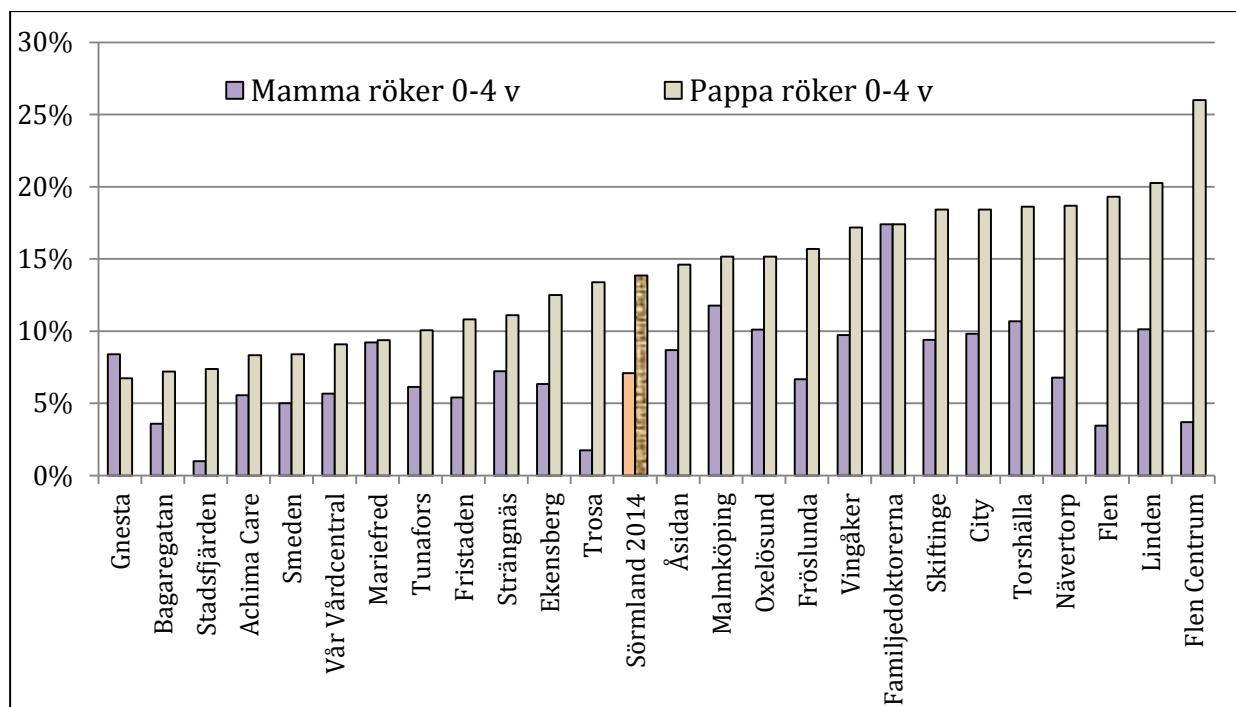


Fig. 10 Andel rökande mammor och pappor till barn födda 2013 (0-4 veckor) per BVC i Sörmland.

Andelen barn med rökande mammor och pappor var ungefär detsamma vid 8 månaders ålder, som för de nyfödda. När barnet var 8 månader, för barn födda 2013, var det 8 % av mammorna och 14 % av papporna som rökte (Fig. 11).

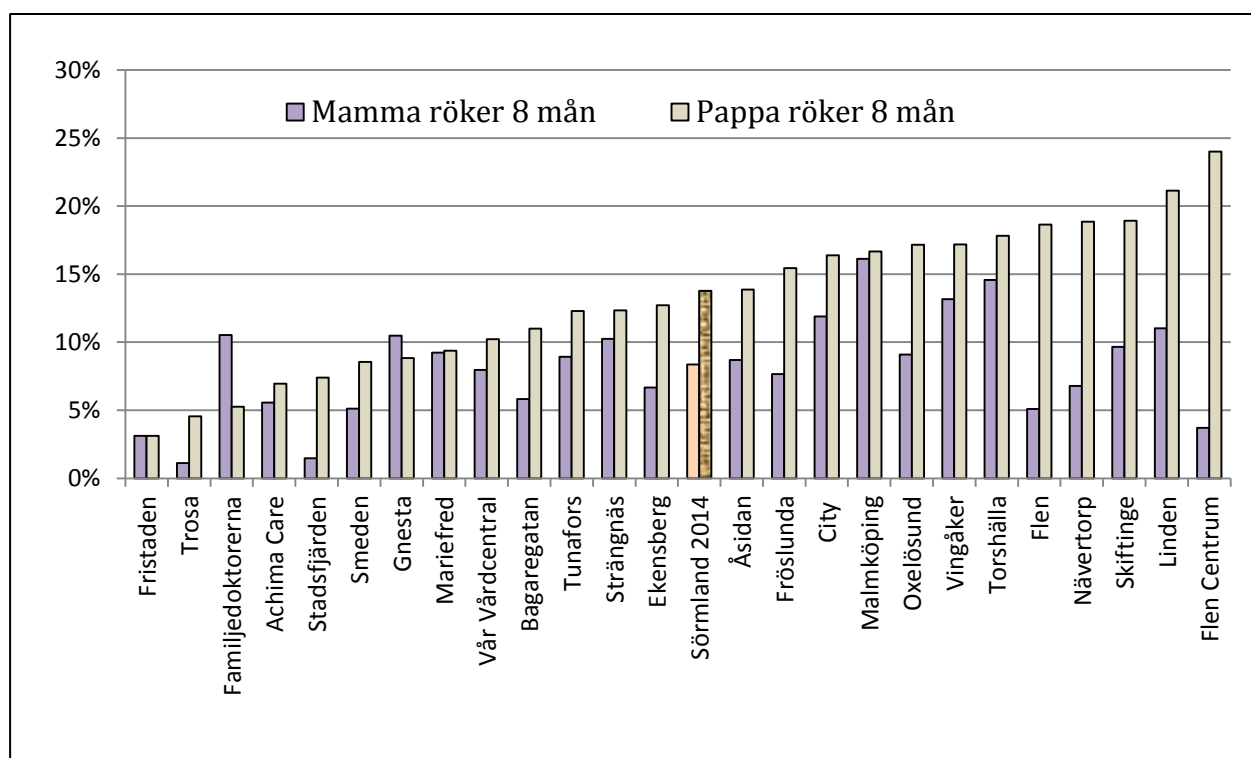


Fig. 11 Andel rökande mammor och pappor till 8 månader gamla barn (%) födda 2013 per BVC

Barnhälsovård i Sörmland – Årsrapport 2014

Barn med utländsk härkomst

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 och tid. Behovet av insatser varierar och behöver anpassas utifrån barnets bakgrund, hälsohistoria och familjesituation. Det kan handla om extra avsatt tid för vaccinerings, tolksamtal, andra stödjande insatser och kontakter med andra myndigheter.^{24 25}

De senaste årens ökade integration, har inneburit en ökning av barn med utländsk härkomst på BVC i länet. Av barn födda 2012 hade 29 % av barnen inskrivna på BVC utländsk bakgrund (enligt WHO:s förteckning av riskländer för tuberkulos, vilken ligger till grund för BCG-vaccination på BVC). Andelen ökade från 21 % till 29 % mellan barn födda 2007 respektive 2012 (Fig. 12).

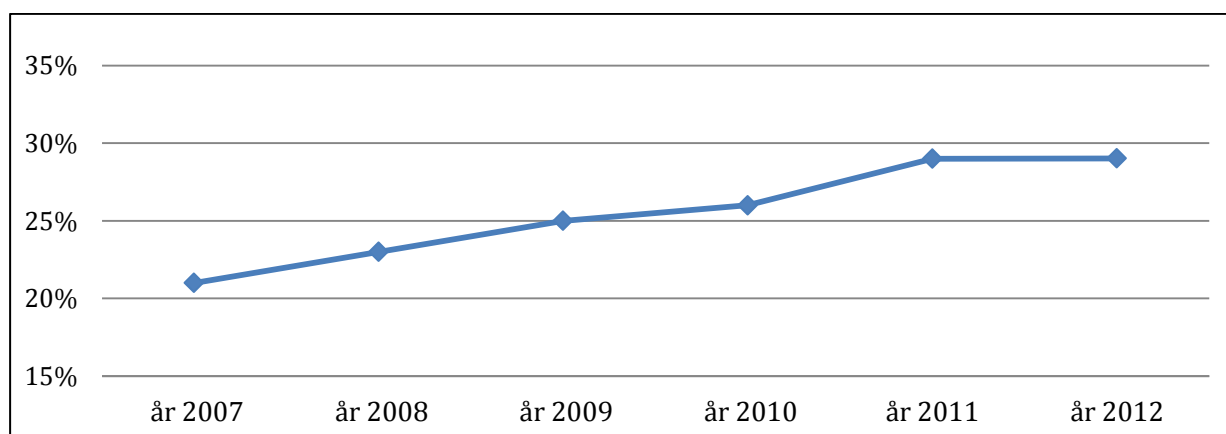


Fig. 12 Ökning av andel barn med utländsk härkomst på BVC i Sörmland (%) för åren 2007 till 2012.

Andelen barn med utländsk bakgrund och indikation för BCG-vaccination är högre i Sörmland än för riket, där andelen barn med utländsk bakgrund var 27 % mot Sörmlands 29 % (barn födda 2011).²⁶ Andelen barn med utländsk härkomst varierade mellan BVC i länet, från 9 % till 64 % (Fig. 13). Vid några BVC hade mer än hälften av barnen födda 2012 utländsk härkomst under 2014.

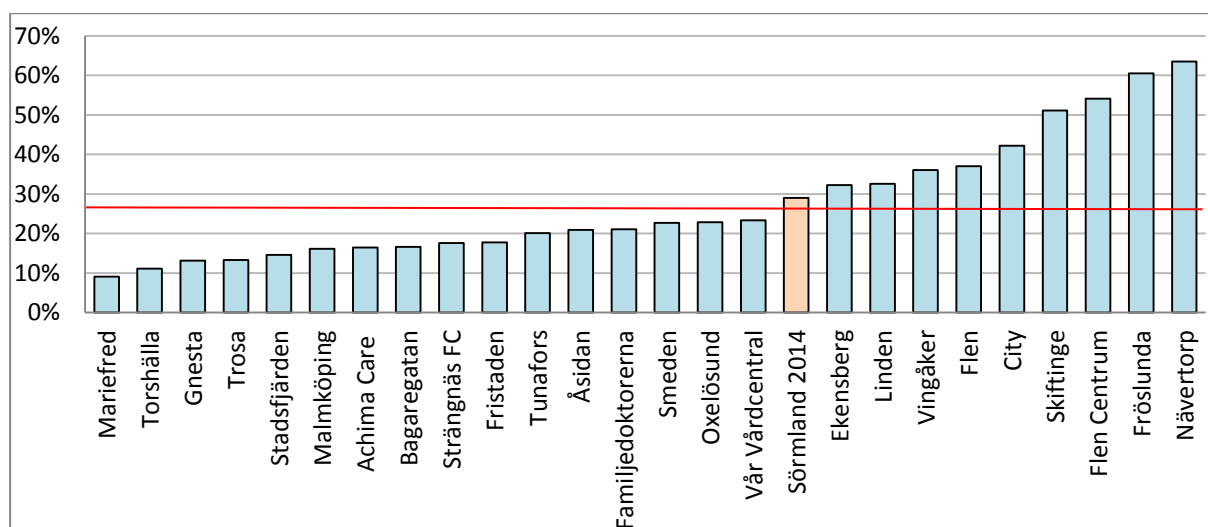


Fig. 13 Andel barn med utländsk härkomst (%) per BVC, barn födda 2012. Riksgenomsnittet markerad med röd linje.

²⁴ Angel, B. Hjern, A. Att möt flyktingar. Lund: Studentlitteratur, 2004

²⁵ Hjern A. Jeppsson O. Mental health care for refugee children in exile. I: Ingleby, D (red). Forced migration and mental health: Rethinking the care of refugees and displaced persons. New York; Klouwer, 2004.

²⁶ Vaccinationsstatistik från Barnhälsovården, januari 2014. Folkhälsomyndigheten, 2014.

4. Förutsättningar på BVC

Bemanning

För att uppnå en god kvalitet samt upprätthålla kompetens och erfarenhet hos personalen fastslås både i de nationella och lokala målbeskrivningarna för sjuksköterskor respektive läkare med tjänstgöring på BVC^{27 28 29} att BVC-sjuksköterskan och BVC-läkaren båda ska se och ha ansvar för minst 25 nyfödda per år. Vidare ska BVC-sjuksköterskan arbeta huvudsakligen med barnhälsovård.

Drygt hälften (52%) av länets vårdcentraler har renodlat BVC-sjuksköterskans uppdrag.³⁰ Totalt arbetade 68 specialistutbildade distrikts- och/eller barnsjuksköterskor med en sammanlagd arbetstid som motsvarande 51 heltidstjänster. I ett område **utan ökad vårdtyngd** (se nästa avsnitt) rekommenderar styrdokumentet 55 nyfödda/år och heltidstjänst för att sjuksköterskan på BVC ska hinna fullfölja sina uppgifter inom barnhälsovården.

Under 2014 varierade antalet nyfödda mellan 40 och 88 nyfödda per heltid BVC-sjuksköterska på länets olika BVC (Fig. 14). Genomsnittet för länet var 63 nyfödda per heltid BVC-sjuksköterska.

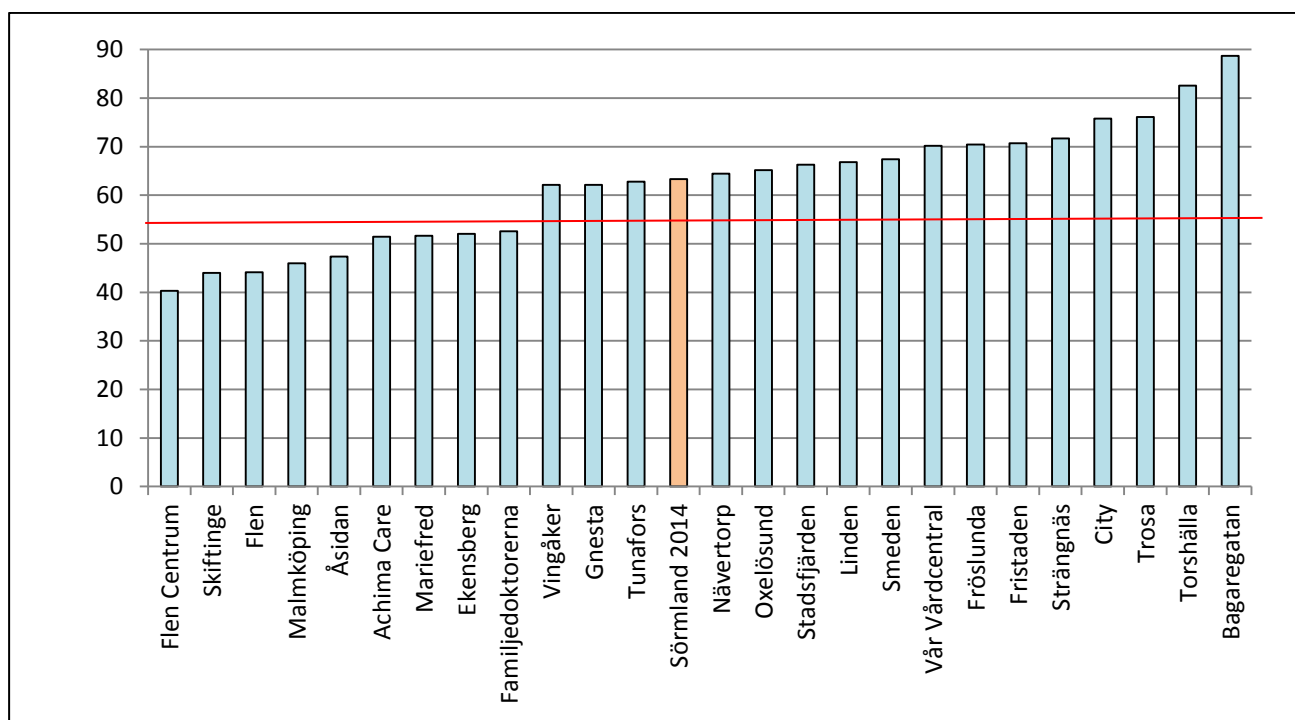


Fig. 14 Antal nyfödda barn (2013-2014 delat med 2) per heltidstjänst BVC-sjuksköterska. Riktmärket med 55 nyfödda per heltidstjänst i BVC-område **utan ökad vårdtyngd** är markerat med röd linje.

Länets BVC skulle tillsammans ha behövt ytterligare 58 heltidsanställda BVC-sjuksköterskor under 2014 för enbart behovet utifrån 55 nyfödda/heltid utan ökad vårdtyngd. Se vidare under avsnittet om *BVC-sjukskötersketid reglerat efter vårdtyngden* längre fram i detta kapitel. Omvänt kan sägas att förskolebarnen i länet endast hade tillgång till 88 % av den BVC-sjukskötersketid som skulle varit avsatt enligt kravspecifikationen – om man enbart utgått från antalet nyfödda utan att kompensera för vårdtyngden i länet.

²⁷ Nationell målbeskrivning för sjuksköterskor inom barnhälsovården, 2007

²⁸ Nationell målbeskrivning för läkartjänstgöring inom barnhälsovården, 2005

²⁹ Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland, 2012

³⁰ Enligt förfrågan till BVC-personalen januari 2014

Barnhälsovård i Sörmland – Årsrapport 2014

BVC-läkaren ska vara specialist i barn- och ungdomsmedicin eller allmänmedicin alternativt läkare under specialistutbildning (ST-läkare) under handledning.^{31 32} BVC-läkaren ska ha avsatt 4,5 timmar/vecka för att kunna utföra sitt uppdrag på BVC, delta i utbildningar, BHV-träffar, samråd med BVC-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.

Beräknat på behovet av läkartid för 55 nyfödda per år i ett BVC-område utan ökad vårdtyngd motsvarar detta för Sörmland totalt 58 BVC-läkarmottagningar à 3,5 timmar per vecka. Fem av länets 25 BVC har lyckats läkarbemannas sin BVC i tillräcklig omfattning under 2014, vilket ses i Figur 15. Endast 63 % av den läkartid som ska vara avsatt enligt 2012 års kravspecifikation har erbjudits de inskrivna barnen på BVC i länet 2014.

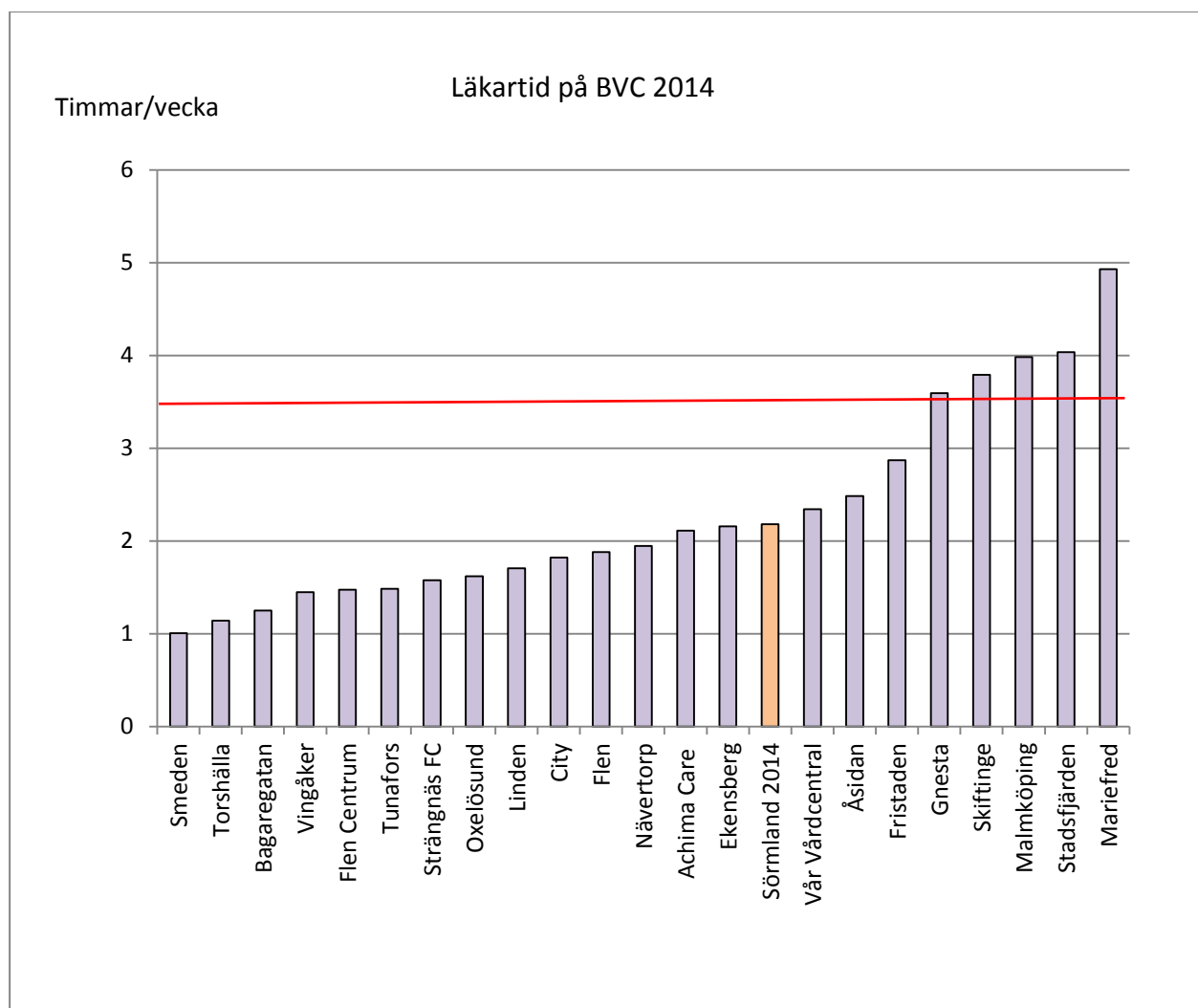


Fig. 15 Antal läkartimmar på BVC per vecka avsatt för ett område med 55 nyfödda per år utan ökad vårdtyngd (motsvarande en heltids BVC-sjuksköterska). Riktmärket med 3,5 timmar BVC-läkartid per vecka är markerat med röd linje. Fröslunda, Trosa och Familjedoktorerna är inte med i denna statistik.

³¹ Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland, 2012

³² Nationell målbeskrivning för läkartjänstgöring inom barnhälsovården, 2005

Totala antalet in- och utskrivningar på BVC

Det är **inte bara nyfödda barn som har skrivits in på BVC** under året. Den stora in- och utflyttningen av barn, i synnerhet från andra länder, innebär att det faktiska antalet barn som skrevs in och ut på BVC under året var betydligt större än det antal barn som var inskrivna vid årets slut 2014.

I genomsnitt skrevs det in 98 barn per heltids BVC-sjukskötersketjänst under 2014. Det är betydligt mer än normtalet 55 nyfödda per heltid BVC-sjuksköterska och år, som inte tar hänsyn till de familjer som flyttar in, byter bostadsområde och/eller BVC under motsvarande period. Bidragande faktorer kan vara immigrationen och vårdvalet. Variationen i in- och utflyttning är stor över länet (Fig. 16).

Inskrivning av inflyttade kräver, liksom vid inskriving av nyfödda, extra tid i form av upprättandet av BHV-journal, hembesök samt eventuell komplettering av vaccinationer och hälsokontroller. Detta är viktigt att ha i åtanke eftersom **”detta hittills inte uppmärksammat arbete på BVC”** påverkar alla barns tillgång till barnhälsovård.

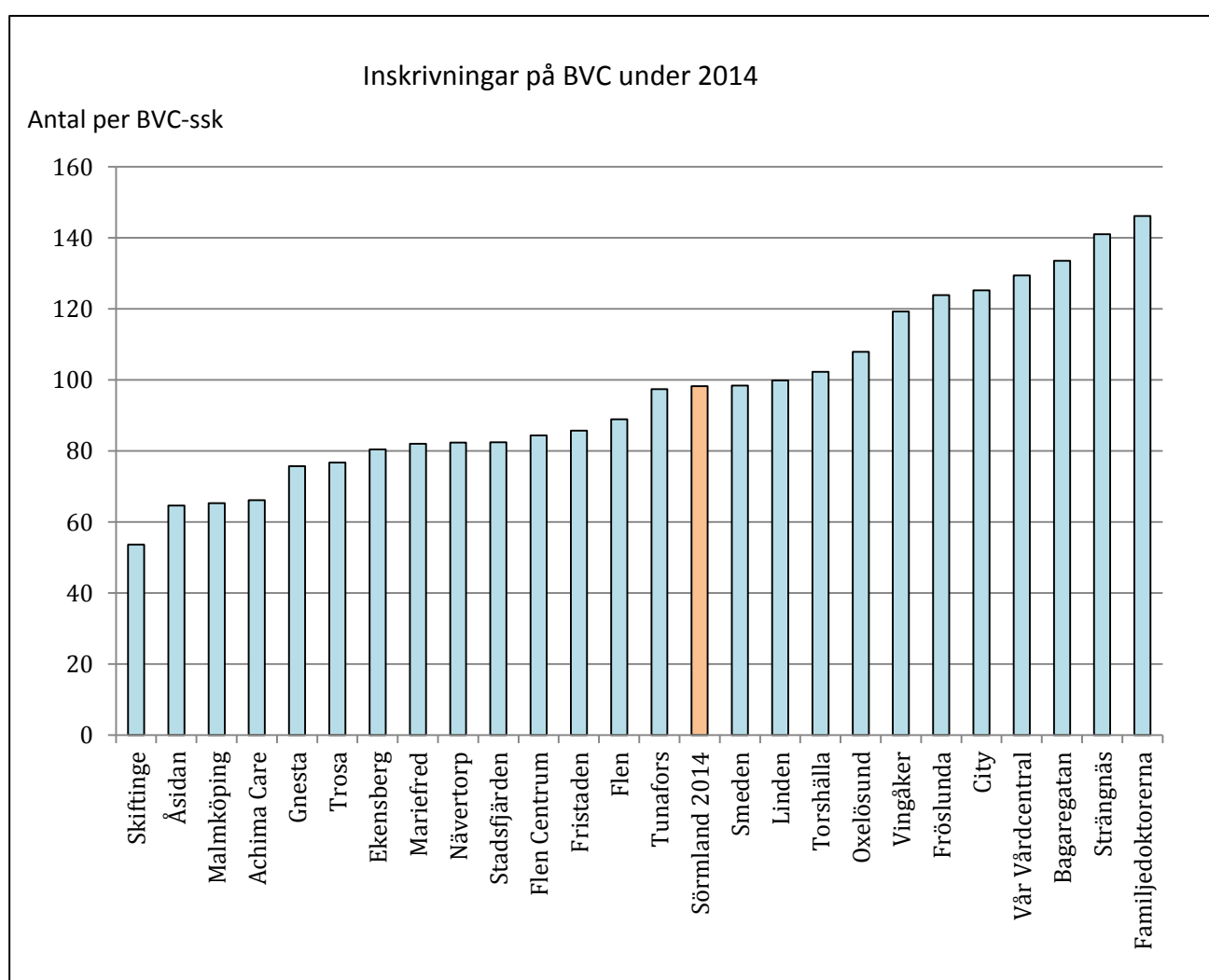


Fig. 16 Totalt antal inskrivningar av nya barn 0-6 år per heltid BVC-sjukskötersketjänst, per BVC, under 2014.

Skillnader i socioekonomiska förhållanden och hälsa hos barn

De senaste 20-30 åren har skillnaderna i socioekonomiska förutsättningar ökat inom Sveriges befolkning. Det gäller även barnen. Att växa upp med ensamstående föräldrar och att ha utländsk bakgrund är faktorer som ökar denna risk markant. Rädda barnens Årsrapport över barnfattigdom 2014 beskriver hur barnfattigdomen ökade dramatiskt under 1990-talets ekonomiska kris för att sedan mattas av. I och med de senaste årens ökande migration och fördelningspolitik ses åter en ökning av barnfattigdomen. Mätningar från 2012 visar att 12 % av barn i Sverige (0-18 år) lever i barnfattigdom.³³

Motsvarande förhållanden ses för barn i Sörmland, som har den för riket näst högsta andelen barn som lever i barnfattigdom, hela 16 % mätt 2012. Tre av länets nio kommuner (Eskilstuna, Flen och Katrineholm) tillhör de 15 kommuner i landet med högst barnfattigdom. 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 2012 hade Sörmland högst andel familjer med någon rökare vid 0-4 veckors ålder. Även amningsfrekvensen i länet är bland de lägsta i landet.³⁴

Sörmland har ett av landets mest generösa flyktingmottagare och barn med denna bakgrund behöver generellt högre grad av kompensatoriska insatser för att uppnå en god hälsa. Sammantaget har vi en hög belastning med stora behov hos barnen inskrivna på BVC i Sörmland.

Vidare har nationella kartläggningar och studier visat att förutom de ökade skillnaderna i barns levnadsförhållanden och hälsa har det även skett en ökning beträffande barns tillgång till barnhälsovård – nationellt, regionalt och lokalt.^{35 36 37}

Vårdtyngd och vårdtyngdsindex

För att kompensera för hälsobehovet hos barn i befolkningen beräknas vårdtyngden (VT) för respektive BVC. För att garantera att barn får tillgång till en god barnhälsovård har sagts att BVC med högre vårdtyngd bör ha ett lägre antal barn än normtalet på 55 nyfödda per år och BVC-sjuksköterska med heltidstjänst.^{38 39 40} I områden med hög vårdtyngd krävs mer tid för hälsoövervakning, utvecklingsbedömningar och föräldrastöd.

I tidigare årsrapporter har detta vårdtyngdsmått omräknats till ett vårdtyngdsindex, där 1,0 har motsvarat den genomsnittliga vårdtyngden för Sörmland. Det har inneburit att trots att **alla BVC har fått en ökad vårdtyngd**, så är det bara de BVC som har haft en dubbelt så hög VT som de med lägst, som har kunnat tillgodoräkna sig en vårdtyngdskompensation.

Indexmättet för vårdtyngden var 1,0. Med en vårdtyngd (VT) på 0,5-1,5 rekommenderades 55 nyfödda/heltid BVC-sjuksköterska, vid en VT på 1,6 -2,0 rekommenderades 45 nyfödda och vid en VT på 2,1 eller högre rekommenderades 40 nyfödda. Med den beräkningen skulle endast BVC i

³³ Barnfattigdom i Sverige, årsrapport 2014, Rädda barnen, 2014.

³⁴ Amning och föräldrars rökvanor. Barn födda 2012. Socialstyrelsen, 2014.

³⁵ Kornfält R. Survey of the pre-school child health surveillance programme in Sweden. Acta Paediatr Suppl. 2000;89(434):2-7.

³⁶ Magnusson M et al. Stora skillnader i svensk barnhälsovård. Läkartidningen. 2011;108(35):1618-21.

³⁷ Wallby T. Lika för alla? Social position och etnicitet som determinanter för amning, föräldrars rökvanor och kontakter med BVC. Avhandling, Uppsala universitet, 2012.

³⁸ Nationell målbeskrivning för sjuksköterskor inom barnhälsovården, 2007

³⁹ Nationell målbeskrivning för läkartjänstgöring inom barnhälsovården, 2005

⁴⁰ Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland, 2012

Barnhälsovård i Sörmland – Årsrapport 2014

Vingåker kunnat få antalet barn reducerat till 50, trots att alla andra BVC har fått en ökad vårdtyngd de senaste åren. BVC i Fröslunda och City, med en vårdtyngd på 1,5 respektive 1,4, skulle med den uträkningen inte kompenseras trots en nästan dubbelt så hög VT som det BVC med lägst VT.

Enligt *Nationellt Kvalitetsregister för Barnhälsovård i Sverige (BHV-Q)* bör vårdtyngd beräknas genom att summera andel förstfödda dividerat med tre, andel rökande mödrar vid 4 veckor och andel barn med utländsk bakgrund.⁴¹ Figur 17 visar hur vårdtyngden för Sörmland har ökat mellan år 2008-2014. År 2008 var den genomsnittliga vårdtyngden i länet 39 % och både år 2013 och 2014 var den 51 %. **Det innebär att den redan höga vårdtyngden på BVC i Sörmland ökat med 30% sedan 2008.** En motsvarande ökning i BVC-sjukskötersketjänster har inte kunnat ses.

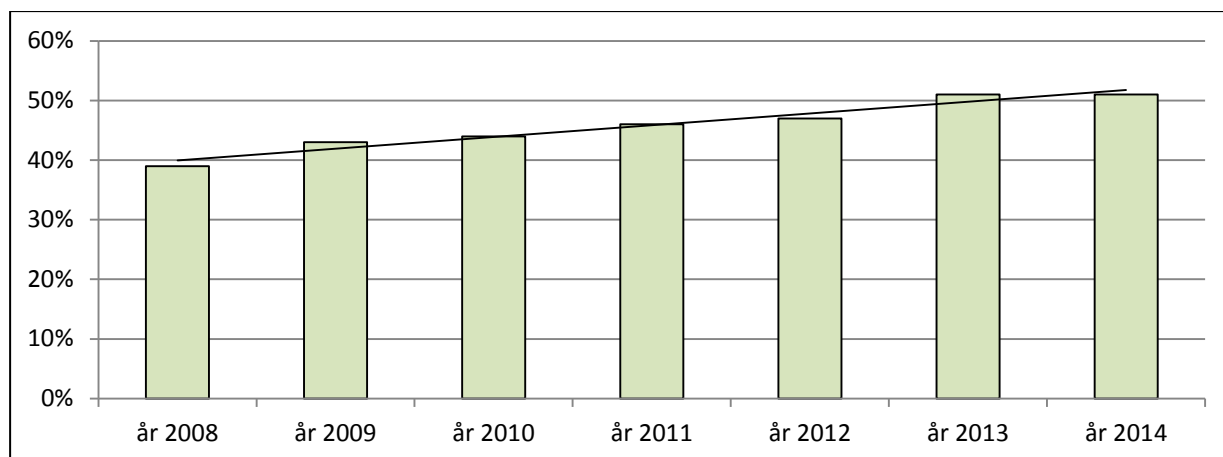


Fig. 17 Den totala vårdtyngdsökningen på BVC i länet 2008-2014.

Alla länets BVC har en ökad vårdtyngd, som dock varierar stort över länet (Fig. 18).

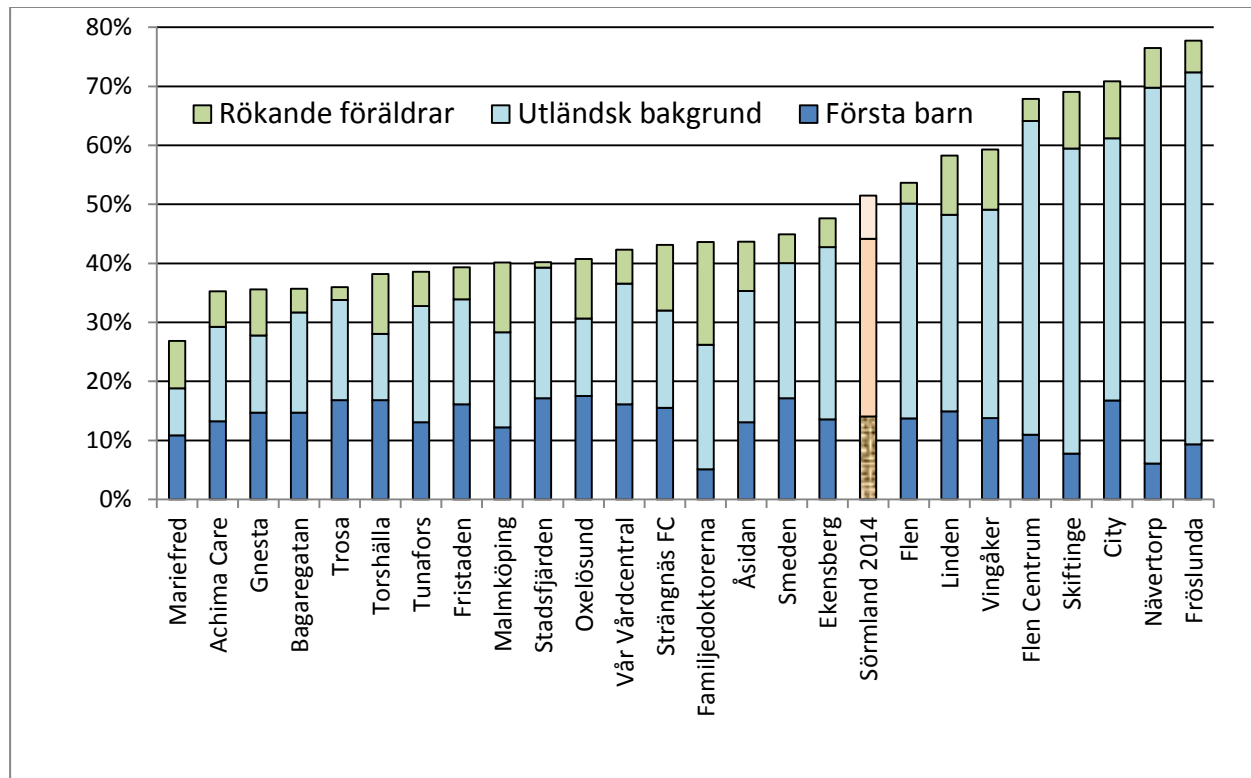


Fig. 18 Vårdtyngd utöver "normalbehovet" per BVC 2014. Staplarna visar andelen nyfödda med förstagångsföräldrar/3, andelen nyfödda med rökande föräldrar och andelen nyfödda med utländsk bakgrund).

⁴¹ <http://www.kvalitetsregister.se/hittaregister/registerarkiv/barnhalsovard.225.html>

BVC-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 BVC-sjuksköterska regleras i förhållande till vårdtyngden. Som tidigare figurer visar har alla länets BVC en mer eller mindre ökad vårdtyngd. Till detta kommer den hittills inte uppmärksammade, men stora arbetsbörda, som det stora antalet in- och utskrivningar till följd av migrationen innebär (Fig. 15).

Figuren nedan (Fig. 19) visar de stora skillnaderna i faktisk meddelad BVC-sjukskötersketid jämfört med BVC-sjuksköterskebehovet normtalet med 55 nyfödda respektive 55 nyfödda med hänsyn tagen till ökad vårdtyngd för det aktuella BVC-området.

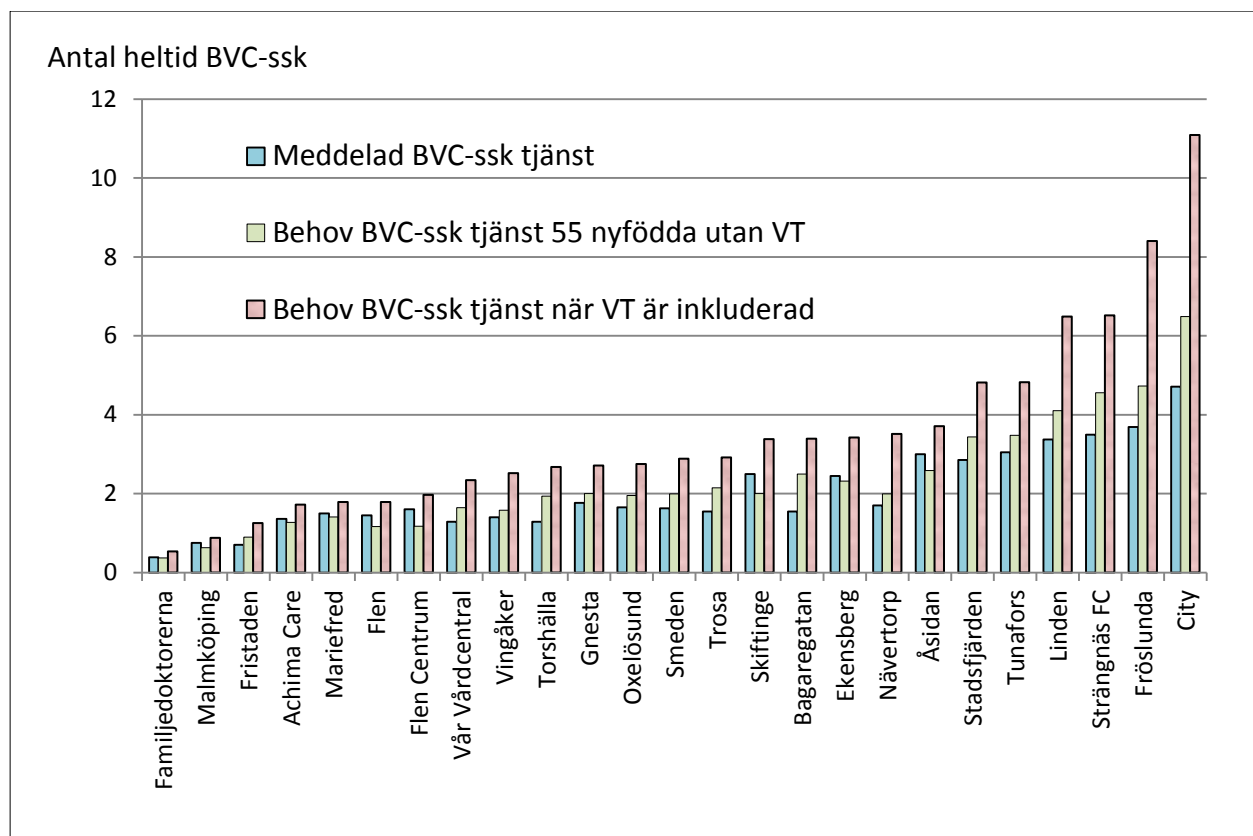


Fig.19 Antal BVC-ssk, meddelat (blått), justerat för antalet nyfödda utan ökad vårdtyngd (VT) (grönt) respektive antalet nyfödda + ökad VT (rosa), per BVC 2014.

5. Arbetssätt på BVC

Hembesök

Hembesök är en prioriterad arbetsmetod, som stärker förutsättningarna för ett ökat förtroende och god kvalitet i den fortsatta kontakten mellan BVC-sjuksköterskan och familjen^{42 43 44 45}

Kravspecifikationen för barnhälsovård i Sörmland 2012 föreskriver att alla nyblivna föräldrar ska erbjudas ett hembesök inom en vecka efter hemkomsten från BB/neonatalavdelning.⁴⁶ Även föräldrar till adoptivbarn och nyinflyttade barn (från annan ort eller annat land) ska erbjudas hembesök. Syftet med hembesöket är att skapa en förtroendefull relation och presentera BVC:s verksamhet. Besöket kräver 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 mottagningen⁴⁷. Enligt en svensk studie ger hembesöket också god möjlighet att identifiera barn som riskerar att fara illa och familjer med behov av extra stöd⁴⁸.

Tidigt hembesök

Målet för 2014 var att minst 95 % av förstabarnsföräldrarna skulle få ett tidigt hembesök. Glädjande ses att Sörmlands tidigare nedåtgående trend med en sjunkande andelen förstabarnsföräldrar som fått ett tidigt hembesök har vänt. Förstabarnsföräldrar som har fått tidigt hembesök har under 2014 ökat från 86 % (2013) till 87 %. Motsvarande mål för tidigt hembesök till flerbarnsföräldrar var 2014 satt till 80 %. Även här ses en glädjande ökning med tidigt hembesök till flerbarnsföräldrarna 75 % (2012), 76 % (2013) respektive 79 % (2014) (Fig.19).

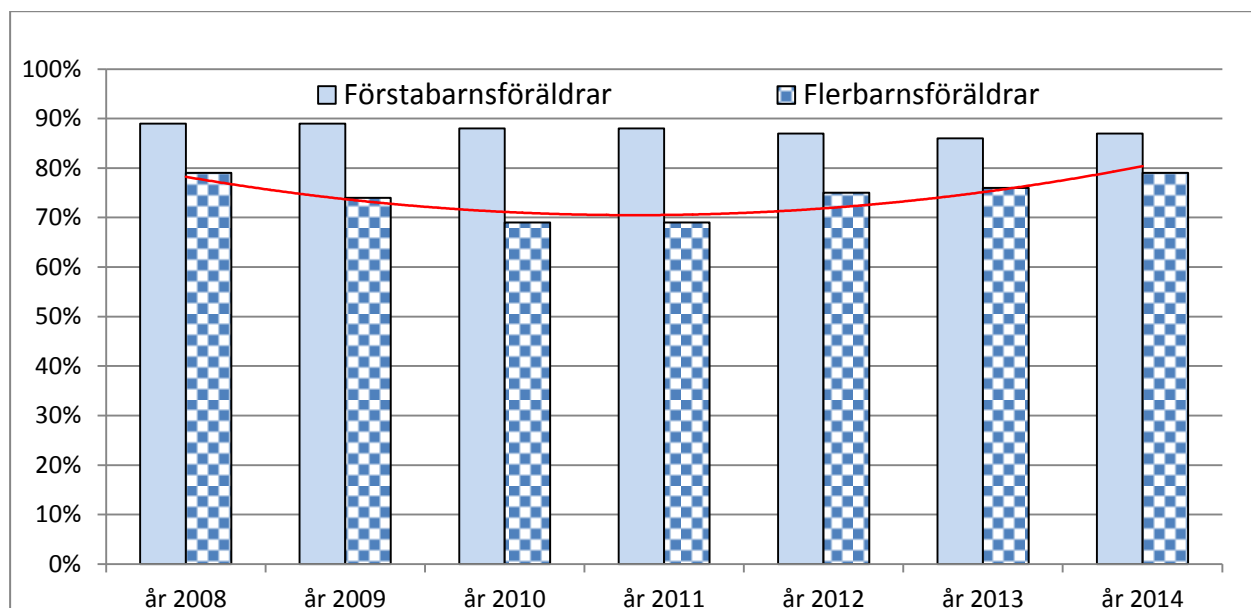


Fig. 19 Andel tidiga hembesök (%) till nyfödda i Sörmland, över tid, för åren 2008-2014.

⁴² Tangen G et al Hembesök inom barnhälsovården - Sjuksköterskornas attityder avgörande för hur verksamheten utvecklas, Läkartidningen, 2010;107(47).

⁴³ 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.

⁴⁴ McNaughton D. B, A synthesis of qualitative home visiting research. Public Health Nurs. 2004.

⁴⁵ Jansson A. Hembesök kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som familj. Läkartidningen, 2003;100(15):1348-51

⁴⁶ Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland, 2012.

⁴⁷ 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.

⁴⁸ Aurelius G Nordberg L. Home visiting to families with a newborn child. Scandinavian Journal of Primary Health Care; 1994;12(2):106-13.

Barnhälsovård i Sörmland – Årsrapport 2014

Skillnaderna i hembesöksfrekvens till förstagångsföräldrar är dock stora i länet och varierar från 0 till 100 %. Nio av 25 BVC nådde det 95 %-målet i enlighet med Kravspecifikationen 2012 (Fig. 20).

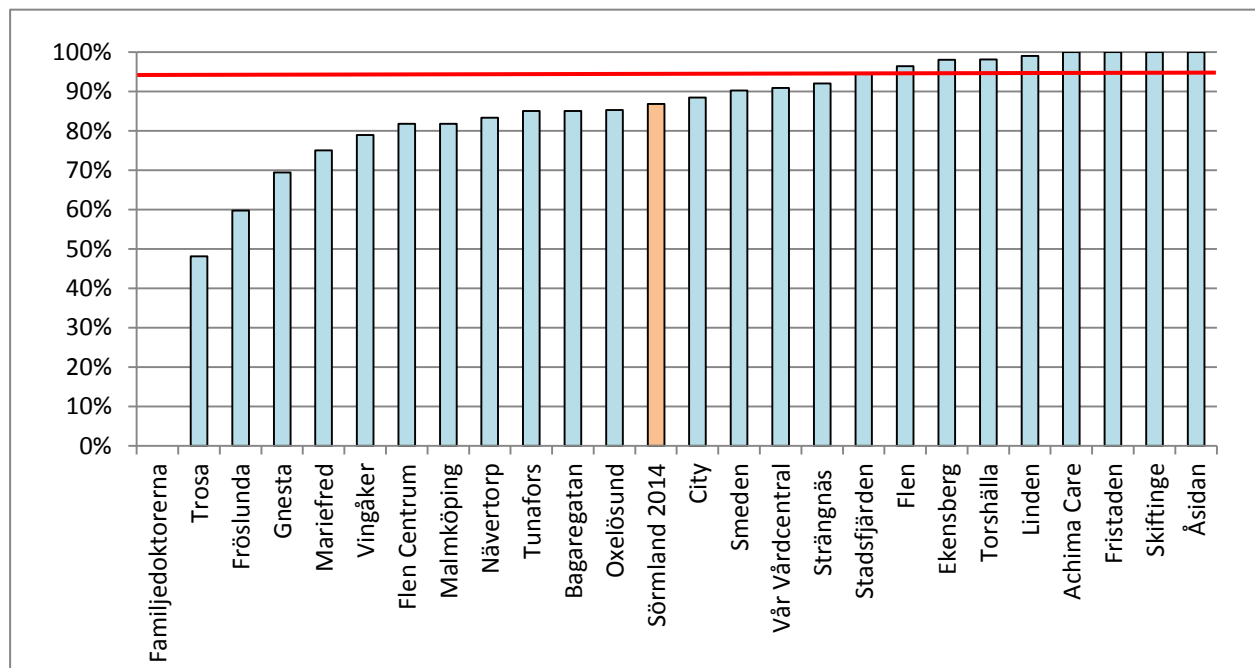


Fig. 20 Andel förstabarnsföräldrar som har fått ett tidigt hembesök (%) per BVC. (Barn födda 2014). Målet för 2014 på 95 % är markerat med röd linje.

Forskning visar att hembesök till flerbarnsföräldrar är minst lika viktigt som till förstagångsföräldrar. Familjesituationen är förändrad och nya behov av barnskyddsinformation finns.⁴⁹ Glädjande uppnådde mer än hälften av BVC (17/25) målet för tidigt hembesök till flerbarnsföräldrar (Fig. 21).

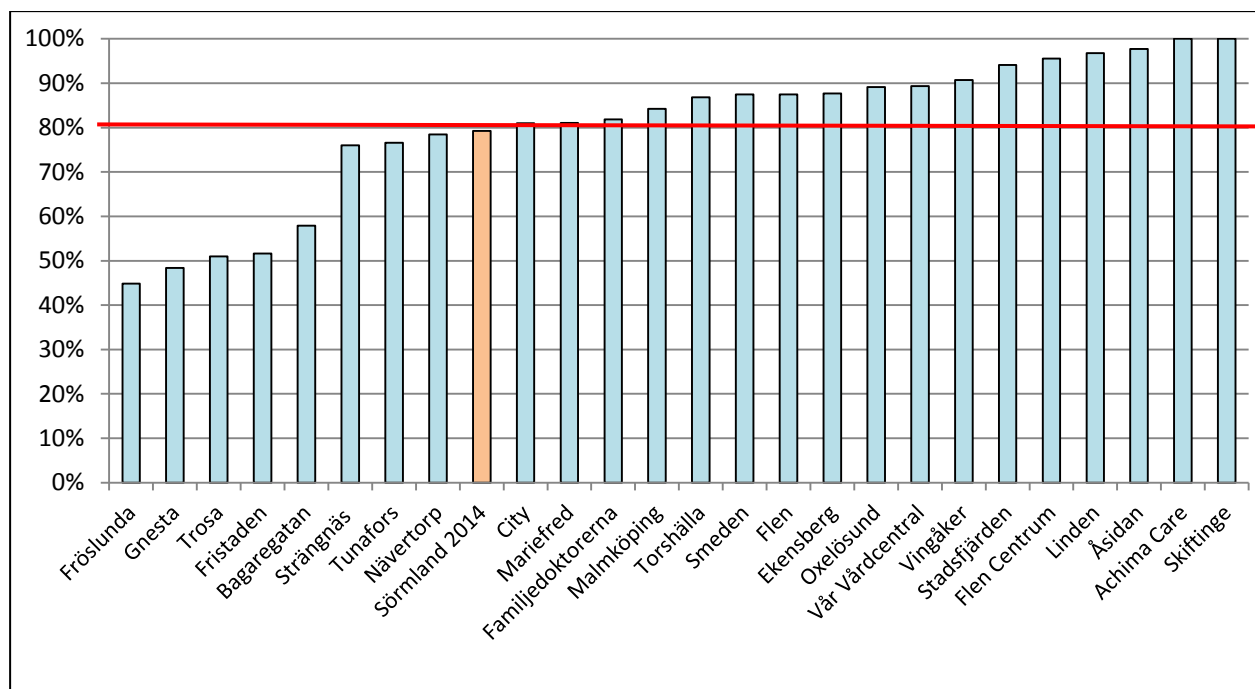


Fig. 21. Andel flerbarnsföräldrar som har fått ett tidigt hembesök (%) per BVC. (Barn födda 2014). Målet för 2014 på 80 % är markerat med röd linje.

⁴⁹ Aronen ET, Kurkela SA. Long-Term Effects of an Early Home-Based Intervention. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996;35(12):1665-72.

Hembesök vid 8 månader

Vid 8 månaders ålder föreskrivs ett hälsobesök med en kontaktbedömning och ev. ett så kallat BOEL-test (Blicken Orienterar Efter Ljudet).⁵⁰ Fokus i hälsosamtalet ligger förutom på barnets hälsa och utveckling på skadeprevention (olycksfall, alkohol och rökning) och barnets förmåga till kommunikation och samspel. Rekommendationen är att bedömningen och samtalet sker i hemmet.

Många BVC i länet har prioriterat bort detta besök i brist på tid och resurser, t ex bilar och bärbara vågar. Endast sju av länets 25 BVC har under 2014 gjort detta hembesök i någon utsträckning. En BVC har prioriterat dessa hembesök och där har nästan alla barn (94 %) fått ett hembesök vid 8 månaders ålder. Totalt har 5 % av barnen i Sörmland fått hembesök vid 8 månaders ålder (Fig. 22).

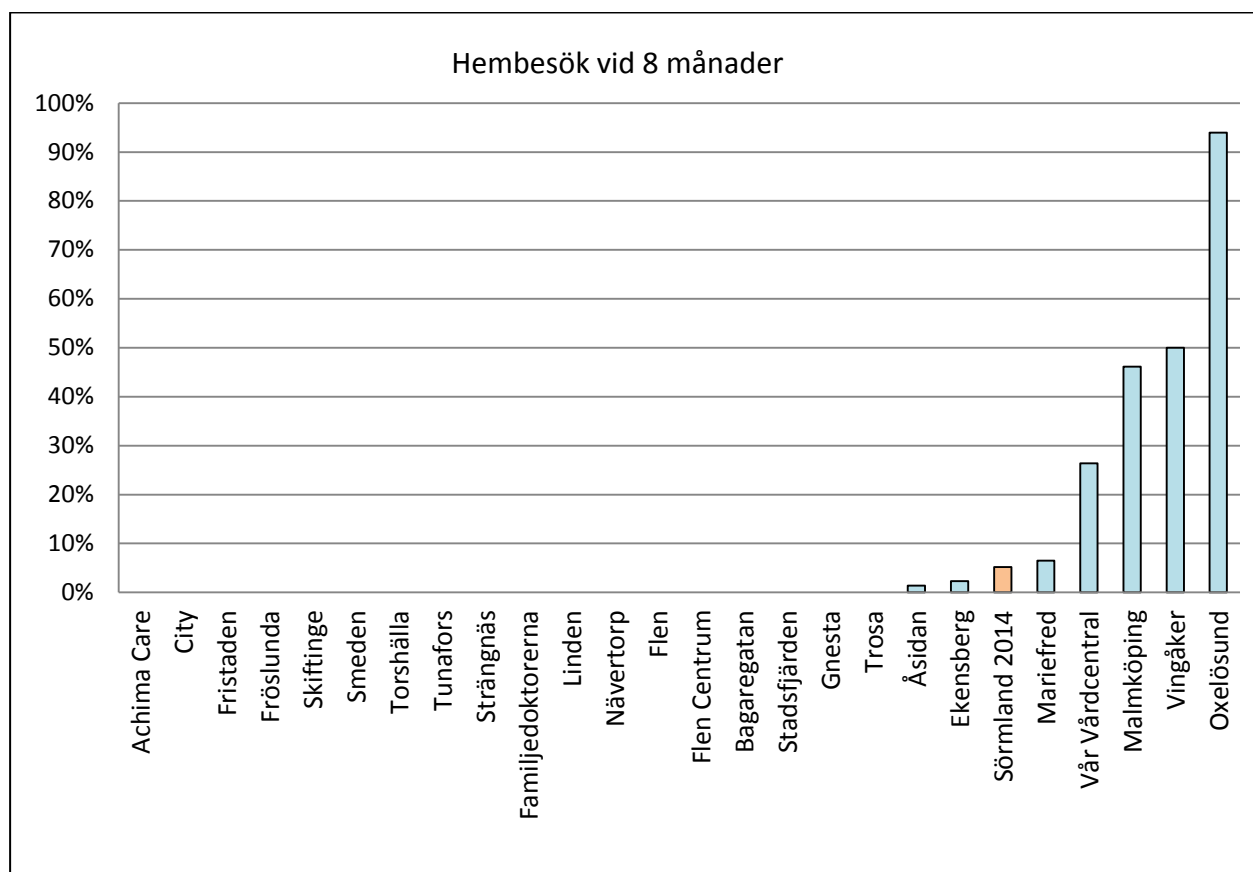


Fig. 22 Andel barn (%) som fått hembesök vid 8 månaders ålder (barn födda 2014).

Hembesök till nyinflyttade

Vid behov av samtalsstöd, samverkan med BHV-psykolog/socialsekreterare eller vid sjukdom hos barnet eller föräldern kan det också vara lämpligt med hembesök. Nyinflyttade, adopterade och familjehemsplacerade barn (från annan ort eller annat land) ska också erbjudas hembesök.⁵⁰ Av de nyinskrivna barnen på BVC i Sörmland 2014, som var fortsatt inskrivna vid årets slut, hade 2 % fått ett hembesök (spridning 0 till 20%).

⁵⁰ Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland, 2012.

Upptäckt av nyblivna mammor med nedstämdhet

Samspelet mellan förälder och barn är mycket viktigt under barnets första levnadsår. Nedstämdhet hos mamman kan medföra en risk för negativ påverkan på barnets kognitiva och emotionella utveckling. Även relationen mellan kvinnan och hennes partner påverkas.⁵¹

Att vara nybliven förälder innebär stora förändringar i livet både fysiskt, psykiskt och socialt. Mellan 8 och 15 % av alla nyblivna mammor har tecken på nedstämdhet/depression efter förlossningen. 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.⁵² Ofta uppmärksammas dock inte den förlossningsrelaterade nedstämdheten/depressionen av omgivningen.

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.⁵³ Att tidigt identifiera och erbjuda stöd och/eller annan insats till familjer med psykisk ohälsa är en viktig uppgift för BVC.

EPDS-screening

Barnhälsovården har i uppdrag att identifiera och behandla nedstämdhet och lätt/måttlig depression samt remittera vidare till annan vårdgivare vid svårare depressioner. 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 6 till 8 veckor efter barnets födelse. Mammor med nedstämdhet eller lätt/måttlig depression erbjuds en serie stödsamtal av BVC-sjuksköterskan. Om mamman behöver en mer omfattande insats remitteras hon till BHV-psykolog eller annan vårdgivare i vårdkedjan.

Målet för 2014 var att 80 % av de nyblivna mammorna skulle genomgå EPDS-screening, vilket uppnåts. För de nyblivna mammor som inte behärskar det svenska språket har erbjudits EPDS-liknande samtal med hjälp av tolk och översatta formulär. Dock är variationen stor mellan olika BVC i länet. Andelen mammor som har screenats eller fått samtal är lägre vid flera BVC med hög andel utlandsfödda mödrar (Fig. 23).

Av de screenade mammorna identifierades 11 % som nedstämda eller deprimerade, vilka fick erbjudande om olika typer av insatser. Av dessa mammor fick 55 % stödsamtal hos BVC-sjuksköterskan, 30 % hänvisades till BHV-psykolog, 11 % till BVC-läkare/läkare på VC och 11 % till psykiatri. Dessutom hänvisades några till annan kontakt på familjecentralen eller vårdcentralen så som beteendevetare, kurator eller terapeut.

⁵¹ Broberg A, Risholm Mothander P, Granqvist P, Ivarsson T. Anknytning i praktiken: tillämpningar av anknytningsteorin. Stockholm: Natur och Kultur; 2008.

⁵² Wickberg B, Hwang P. Post partum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödande. Statens folkhälsoinstitut; 2003:59.

Barnhälsovård i Sörmland – Årsrapport 2014

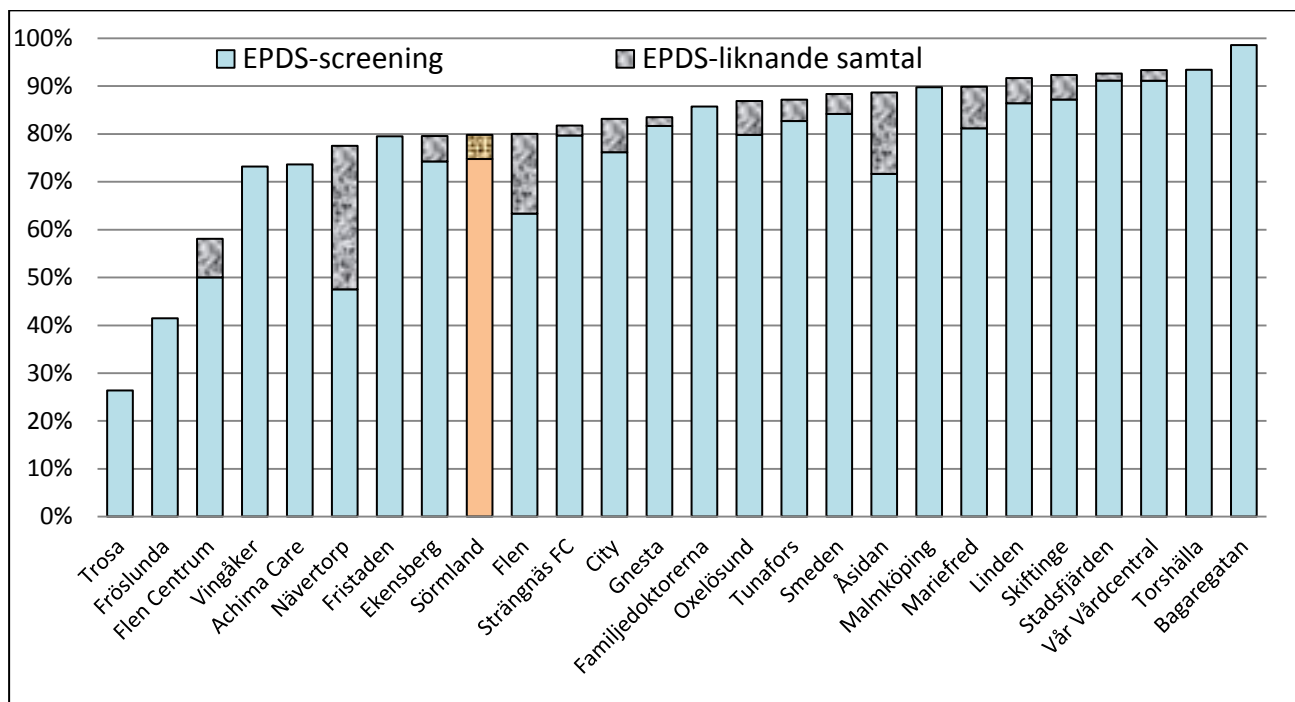


Fig. 23 Andel barn (%) födda 2013 vars mammor deltagit i EPDS-screening eller fått ett särskilt samtal om sitt mående med stöd av tolk men utan formulär, per BVC under 2014.

Användandet av själva EPDS-screeningemetoden har ökat marginellt under 2014, till 75 mot 73 % för 2013. Den totala andelen mammor som har deltagit i EPDS-screening eller fått ett särskilt samtal om sitt mående med stöd av tolk (EPDS-liknande samtal) är totalt sett för länet på oförändrade nivå (80%) jämfört med 2013. Lokala variationer i tillgången till EPDS-metoden för nyblivna mödrar ses dock över länet (Fig. 24).

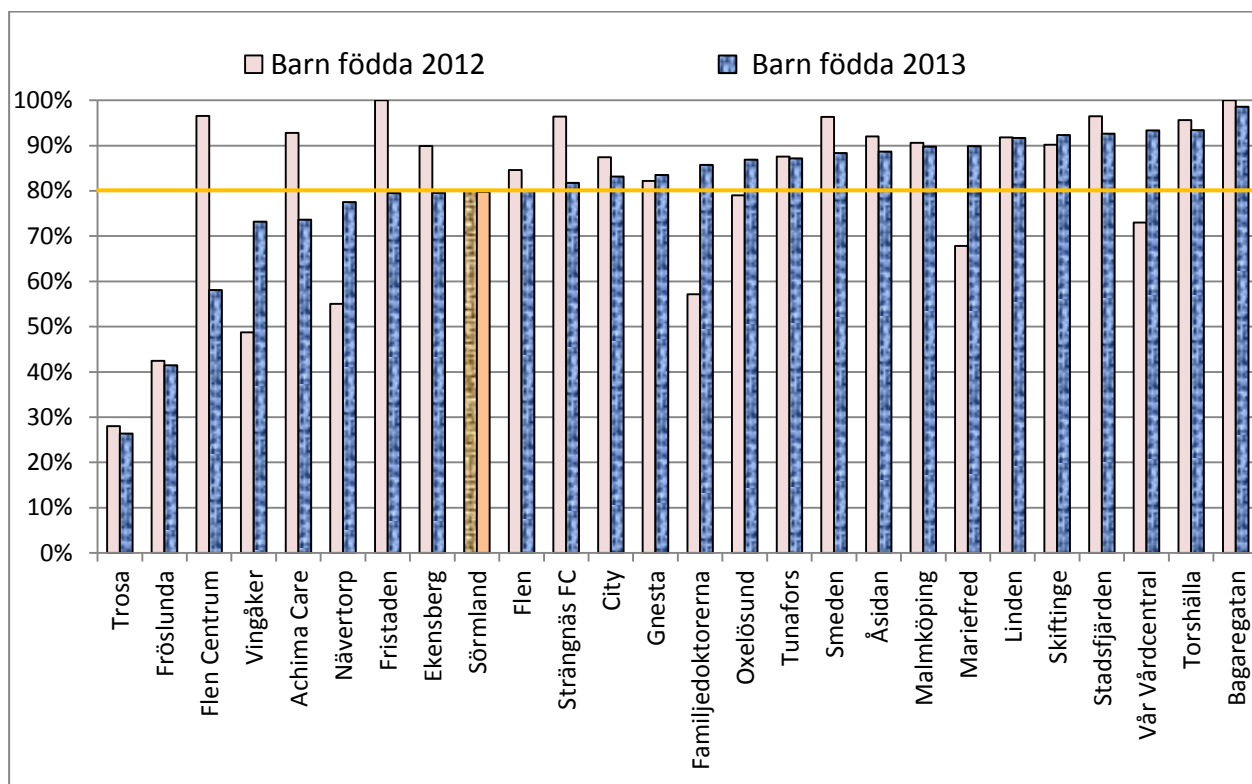


Fig. 24 Andel barn med mammor som har deltagit i EPDS-screening eller fått ett särskilt samtal om sitt mående med stöd av tolk under 2013 och 2014, per BVC. (Barn födda 2012 och 2013). Genomsnittet för länet på 80 % för båda åren är markerat med orange linje.

Hälsobesök hos BVC-läkare vid 18 månader

I Sörmland ska alla förskolebarn få minst fyra läkarbesök under sin BVC-tid. Fram t o m 2014 var ett av dessa läkarbesök förlagda till 18 månaders ålder.⁵³ Stora skillnader ses i barnens tillgång till hälsosamtal och bedömning av BVC-läkare vid 18 månader inom länet. Drygt hälften av barnen födda 2012 fick läkarbesöket, med en spridning mellan 0 och 100 % (Fig. 25). De flesta av de BVC som istället för läkarbesök erbjöd sjuksköterskebesök hade några läkarbesök vid 18 månader, eftersom sjuksköterskan vid misstanke om utvecklingsförsening, annan avvikelse eller föräldraoro ska boka tid till BVC-läkare eller skicka remiss till annan vårdgivare.

Denna låga måluppfyllnad i hälsobesök hos BVC-läkare vid 18 månaders ålder tros inte gälla för läkarbesöken vid 6 veckor, 6 månader eller 12 månader, vilka prioriterats. Totalt sett har endast 63 % av den läkartid på BVC, som fastslagits i Kravspecifikationen, erbjudits förskolebarnen i Sörmland 2014. Det förklarar varför man inte hunnit ge alla besök och ofta inte kunnat ge läkartid på mer än 10-15 minuter per läkarbesök.

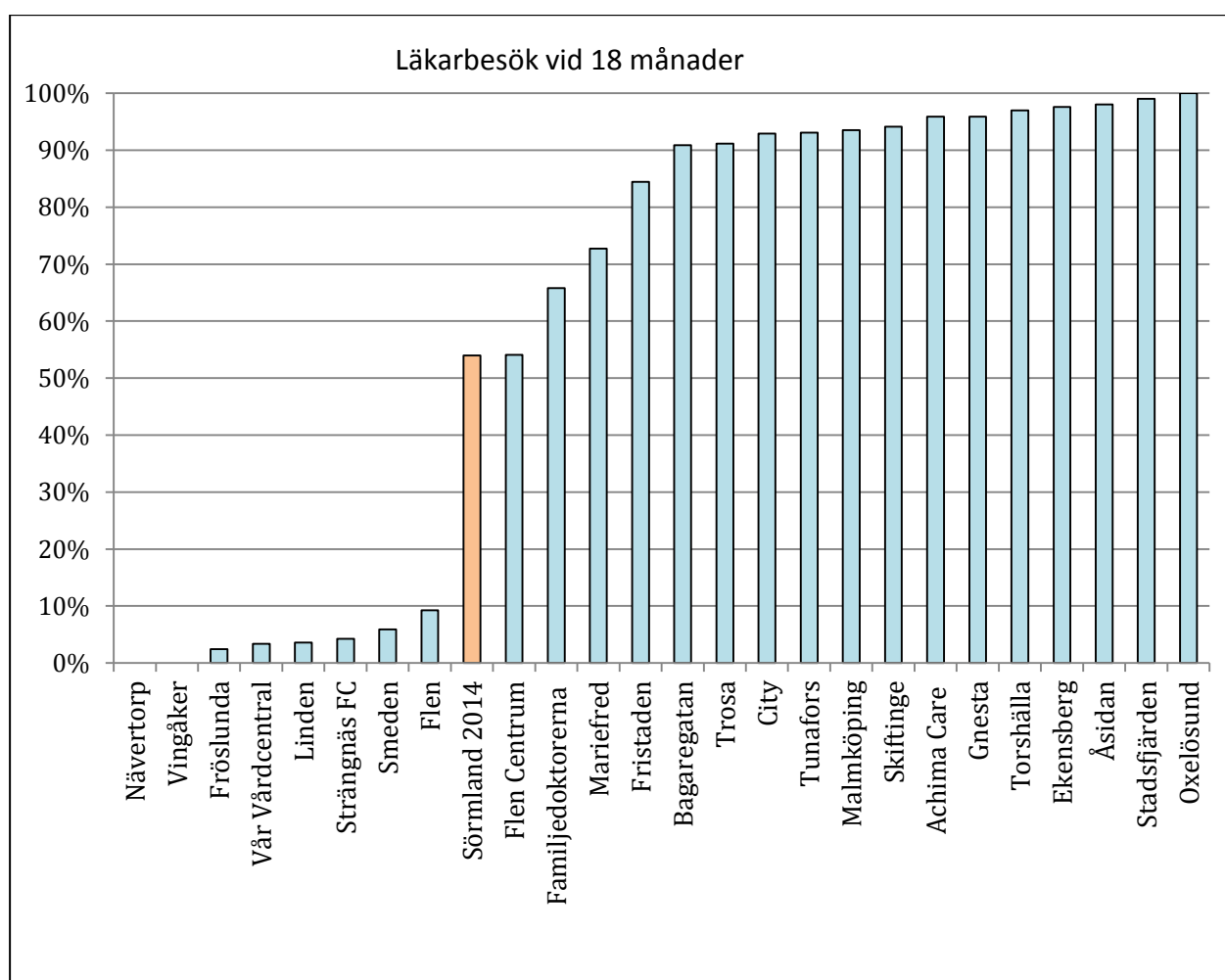


Fig. 25 Andel barn (%), födda 2012, som träffat läkare på BVC vid 18 månaders ålder, per BVC.

⁵³ Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland, 2012.

Barnvaccinationsprogrammet nationellt och i Sörmland

Målet med det svenska barnvaccinationsprogrammet är att åstadkomma skydd mot allvarliga infektionssjukdomar hos den enskilda individen och att förhindra spridning i samhället. 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. Alla barn i Sörmland födda fr.o.m. den 1 oktober 2011 erbjuds efter ett landstingsbeslut vaccin mot hepatit B som en del i barnvaccinationsprogrammet.

Vaccinationstäckningen på BVC i Sörmland är god, även om det har skett en liten minskning av andelen vaccinerade barn de senaste åren (Fig. 26). I stort sett alla 2-åringar är vaccinerade med de vaccin som ingår i det allmänna vaccinationsprogrammet och har därmed skydd mot dessa nio infektionssjukdomar samt hepatit B.

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

Fig. 26 Andel vaccinerade barn i Sörmland.

Förklaring gällande siffrorna för hepatit B vaccination i Sörmland.

* Målet i kravspecifikationen gäller andel barn i riskgrupp. Statistiken för vaccinationsuppfyllelse 2010-2012 avser andel av alla inskrivna barn som är vaccinerade mot hepatit B.

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.

Mässling är en mycket smittsam virussjukdom med högre risk för komplikation hos små barn, vuxna och individer med nedsatt immunförsvar. Dödligheten i höginkomstländer är 1 per 1 000-5 000 mässlingfall. Innan vaccination infördes i Sverige 1971 insjuknade 10 000-tals barn årligen. Cirka 900 barn sjukhusvårdades varje år, varav några avled och ett antal fick bestående hjärnskador.⁵⁴

Under 2013 rapporterades i Sverige 51 fall av mässling, vilket var den högsta andelen sedan 2000. Fem utbrott, med anhopning av fall (2-17 st) sågs i Stockholm/Uppsala, Malmö, Västmanland, Värmland och Västra Götaland. En av riskgrupperna för att insjukna i mässling var de 13 av 23 barn som var yngre än 18 månader, och således var ovaccinerade när de kom i kontakt med mässlingviruset. Många av de insjuknade smittades på sjukhus.⁵⁴

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.

⁵⁴ Barnvaccinationsprogrammet i Sverige 2013, Årsrapport, Folkhälsomyndigheten 2014.

Barnhälsovård i Sörmland – Årsrapport 2014

I Sörmland uppnås målet med *Herd immunity* avseende MPR även 2014 då 97% av barnen födda 2012 vaccinerats (Fig. 27). Luckor i *Herd immunity* kan dock uppstå lokalt om en vaccinationstäckning på 95% inte uppnås. Denna situation är fallet för barnen på BVC i Nävertorp, i Fröslunda och i Gnesta där vaccinationstäckningen mot MPR är 80 till 94 %. BVC i Trosa, Ekensberg i Nyköping och Familjedoktorerna i Strängnäs uppnår precis 95 % vaccinationstäckning mot MPR.

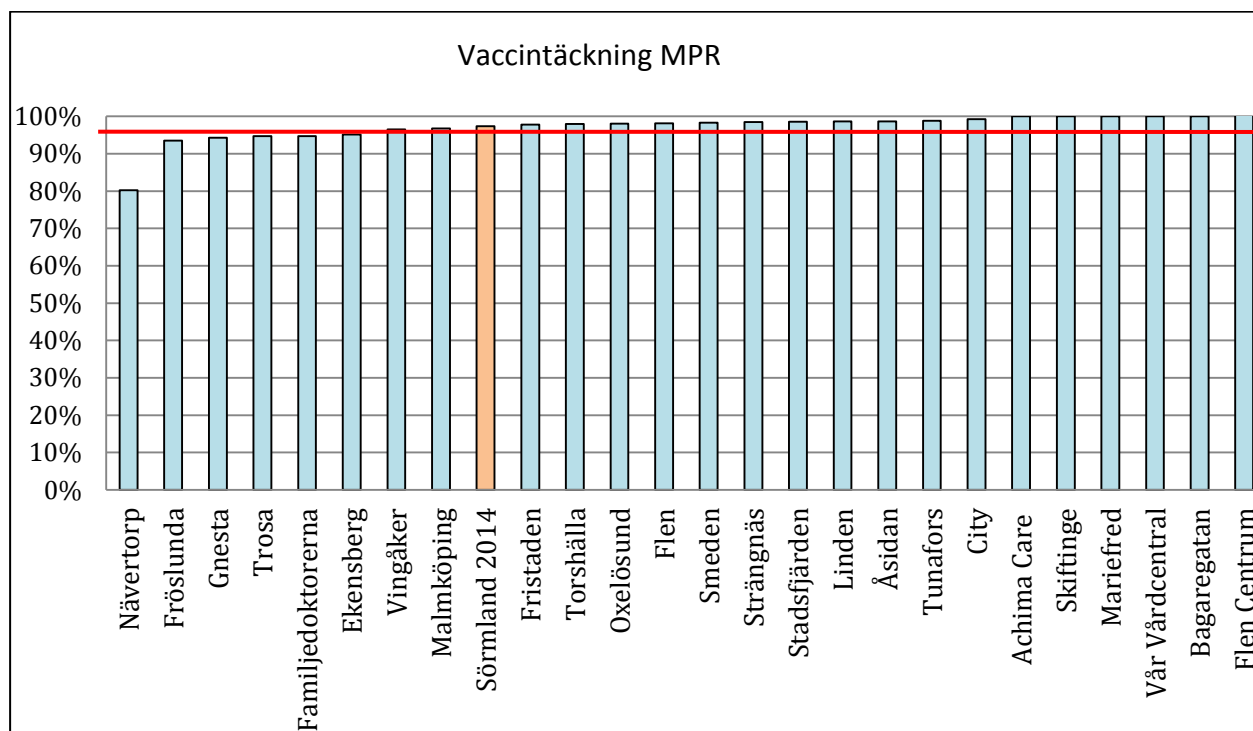


Fig. 27 Andel barn (%) födda 2012 som är vaccinerade mot MPR, per BVC (2014). Målet på 96 % enligt kravspecifikationen markeras med röd linje.

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. Under 2012 rapporterades 50 fall till Smittskyddsinstitutet (SMI), detta i samband med ett utbrott i Järna. 2013 rapporterades inga fall av röda hund till SMI.⁵⁵

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. Under 2014 noterades en ökning av antalet rapporterade kikhostefall, över alla åldrar. Totalt rapporterades 703 fall, varav 122 var spädbarn. Två tidigare friska spädbarn som inte hunnit få sin första dos kikhostevaccin avled.

Målet med vaccinationsprogrammet är att skydda barn 0-6 månader som löper störst risk för allvarlig sjukdom.⁵⁵ Det är således angeläget att första dosen mot kikhosta ges vid 2 ½ till 3 månaders ålder.

Denna noterade nedåtgående trend som setts för vaccinationstäckningen generellt är viktig att följa upp. Föräldrarnas förtroende för det svenska barnvaccinationsprogrammet är helt avgörande för den internationellt sett höga vaccinationstäckningen som vi ser i Sverige – och i Sörmland.

⁵⁵ Barnvaccinationsprogrammet i Sverige 2013, Årsrapport, Folkhälsomyndigheten 2014.

Språkbedömning

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

Forskning visar att barn med språkstörning har större risk att utveckla en rad andra problem än barn med typisk språkutveckling.^{56 57 58} Exempel på detta är beteendeproblem, kamratproblem, inlärnings-svårigheter och andra skolsvårigheter. Cirka 6 % av en årskull beräknas ha språkstörning, varav 2-3% har grava problem som kan indikera neuropsykiatriska diagnoser.⁵⁹ Det är angeläget att så tidigt som möjligt identifiera barn med tal-, språk- och kommunikationsproblem samt att erbjuda insatser för att om möjligt förhindra en negativ utveckling.^{60 61} Språket ingår därför i den allmänna hälsoövervakningen på BVC.

Under våren 2013 infördes en strukturerad validerad metod för språkscreening vid 2½-års ålder, s. k. Miniscalcos språkväska. Syftet var att genom tidig identifiering och tidiga insatser förbättra omhändertagandet av barn med språkstörning. Under 2014 har 69 % av barnen i länet (födda 2011) bedömts med den nya metoden vid 2½ års ålder. 2½-åringarnas tillgång till språkscreeningen varierar dock över länet från 1 till 95 % (Fig. 28).

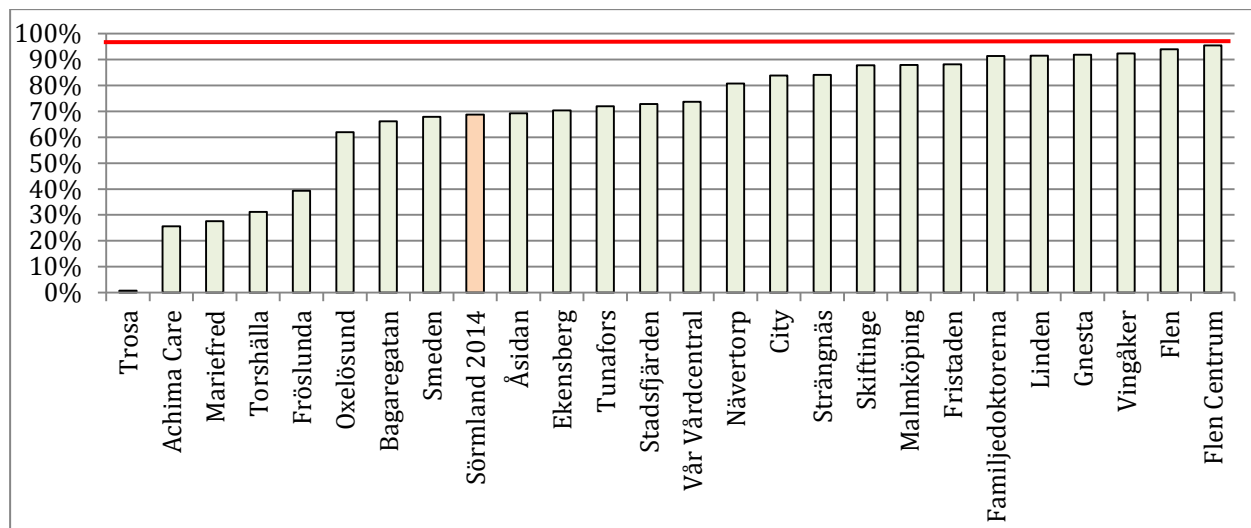


Fig. 28 Andel barn (%) (födda 2011) som språkbedömts vid 2½ år enligt den validerade metoden Miniscalco, per BVC (2014). Målet (98 %) är markerat med röd linje.

Målet är att språkscreening ska utföras på 98 % av alla barn före 3 års ålder. Av länets barn födda 2011 har endast 95 % bedömts och variationen var stor över länet (75 till 100 %). 69 % hade screenats med Miniscalcos språkväska vid 2½ års ålder, 22 % försenat och inte metodtroget med Miniscalcos språkväska vid 3 års ålder medan 5 % av barnen hade språkbedömts med annan metod. (Fig. 29).

⁵⁶ Snowling M, Bishop D, Stothard S, et al. Psychosocial outcomes at 15 years of age in children with a preschool history of speech-language impairment. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47(8):759-65.

⁵⁷ 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.

⁵⁸ Vägledning för barnhälsovården. Socialstyrelsen 2014.

⁵⁹ Westerlund M. Språkscreening vid 2,5-3 års ålder identifierar även andra avvikelser. Väldokumenterade metoder krävs. *Läkartidningen*, 2008; 105(3):132-4.

⁶⁰ 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>.

⁶¹ En god start – en ESO-rapport om tidigt stöd i skolan. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2012.

Barnhälsovård i Sörmland – Årsrapport 2014

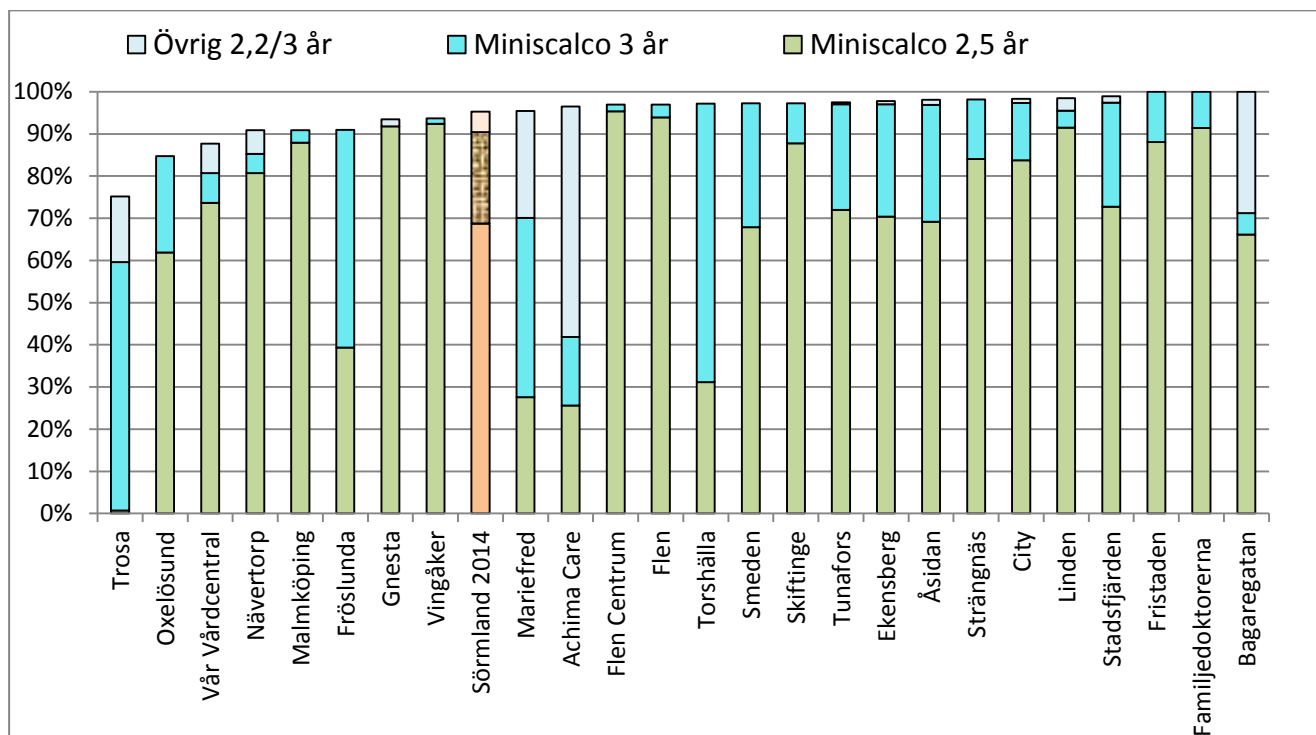


Fig. 29 Andel barn (%) (födda 2011) som språkbedömts före 3 års ålder, per BVC (2014).

Genom tidiga logopedinsatser kan barnets utveckling och problem ofta påverkas. Miniscalco-metoden började introduceras på barn födda 2010. Av de barn i Sörmland som 2014 har screenats med Miniscalcos språkväska vid 2½ år har totalt 8 % remitterats till logoped, 1 % till BHV-psykolog och 16 % har fått ny bedömning av BVC-sjuksköterska vid 3 års ålder (Fig. 30). Av de barn som bedömdes om av BVC-ssk vid 3 års ålder remitterades 7 % till logoped.

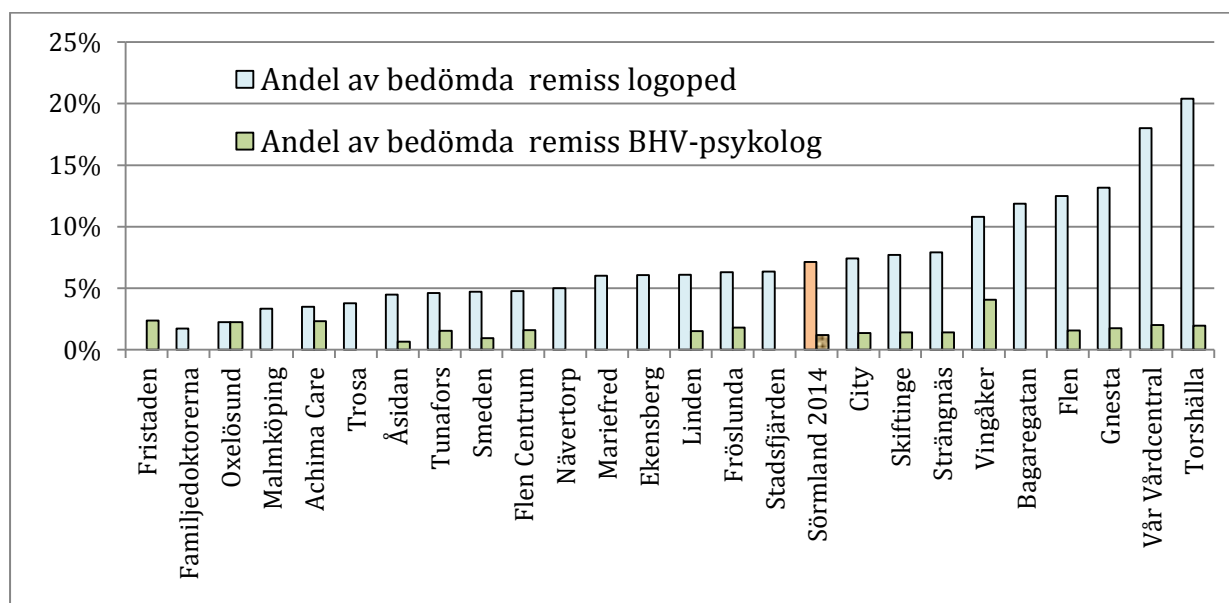


Fig. 30 Andel barn (%) födda 2011 som remitterats från BVC till logoped respektive BHV-psykolog vid 2½ till 3 års ålder, oberoende av vilken metod som använts, per vårdcentral.

Av barn födda mellan 2007 och 2009 (innan Miniscalco infördes) remitterades 5-6% årligen till logoped. Således tyder data på att införande av den nya strukturerade och validerade screening-metoden Miniscalco vid 2½ års ålder lett till en ökad uppmärksamhet på barn med behov av extra stöd och uppföljning avseende språk och relaterad utveckling.

Språkstimulans till alla barn

En av barnhälsovårdens viktiga hälsofrämjande roller är att uppmärksamma föräldrar på vikten av språkstimulans genom att samtala, läsa och sjunga med sitt barn. Oavsett modersmål informeras alla föräldrar om bibliotekets utbud för små barn.

Alla nyfödda barn ska genom sin BVC-sjuksköterska få ett gåvokort från länsbiblioteket. Detta växlas in mot en av två valbara böcker på valfritt bibliotek i länet.

I snitt hämtade 30 % av nyblivna föräldrar i länet ut *Barnens första bok* från ett av biblioteken under 2014. Andelen varierar dock mellan 12 och 43 procent för kommunernas bibliotek (Fig. 31).

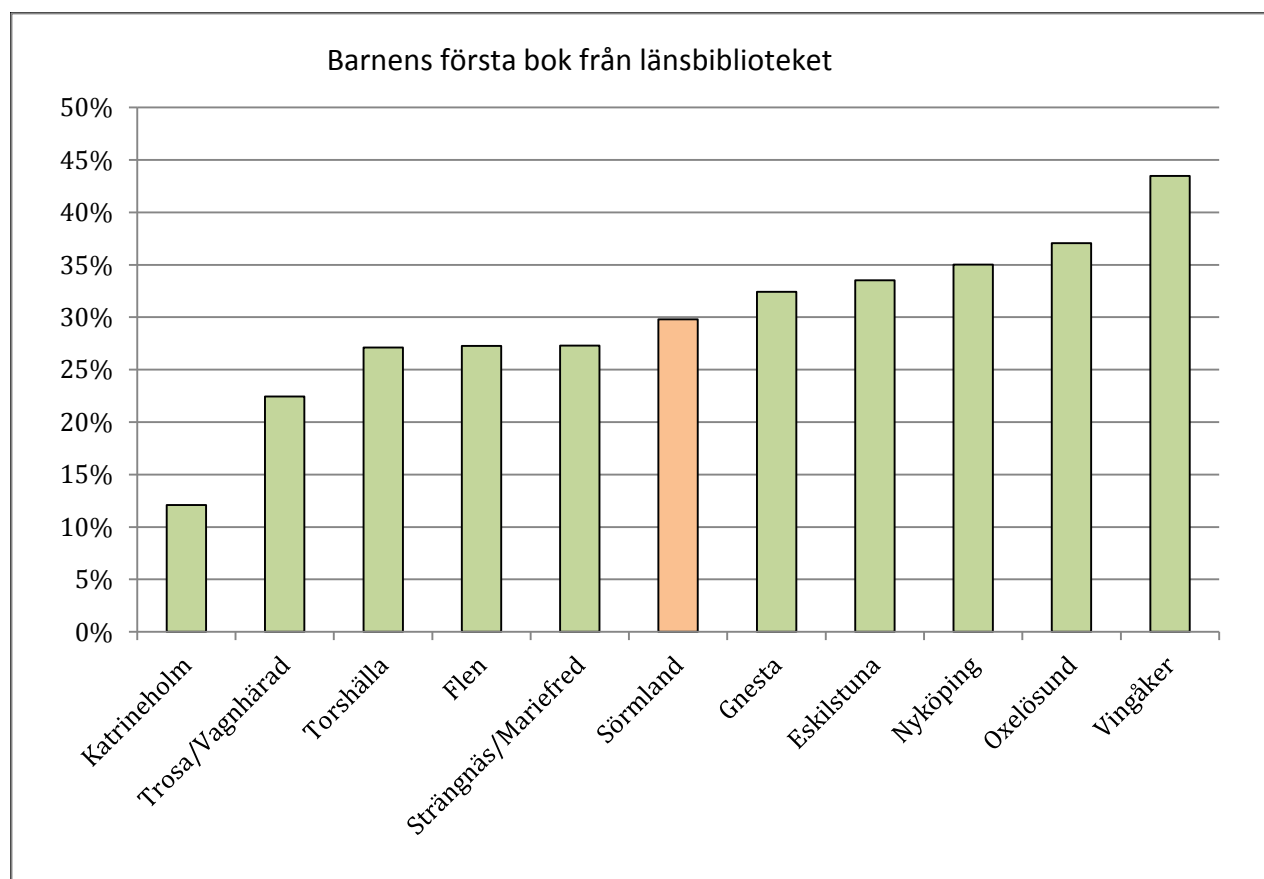


Fig. 31 Andel nyfödda barn (%) som hämtat ut *Barnens första bok* på biblioteket, per kommun (2014).

Ett bra tillfälle för BVC-sjuksköterskan att påminna om boken är vid 8-månadersbesöket, då kommunikation och samspel är ett av de ämnen som tas upp i det hälsofrämjande samtalet.

Barnhälsovård i Sörmland – Årsrapport 2014

Syn och hörselundersökning

Både syn och hörsel är viktiga förutsättningar för barnets sammantagna utvecklingsmöjligheter. På BVC testas barnets syn och hörsel vid 4 års ålder. Synundersökningen är utprövad 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. Målsättningen är att 98 % av alla barn ska ha genomgått syn- och hörselprovning vid 4 års ålder.

De senaste två åren har en minskande andel barn i länet fått tillgång till syn- och hörselprovning vid 4 års ålder. 2012 uppnåddes målet 98 %, 2013 minskade andelen till 97 % och 2014 var syn- och hörselprovning utförd på endast 94 % av 4-åringarna. Av barnen födda 2010 har 95 % synprovats och 94 % har hörselprovats. Det innebär att endast nio av länets 25 BVC når målet gällande syn- och hörselprovning av 4-åringar (Fig. 32 och 33).

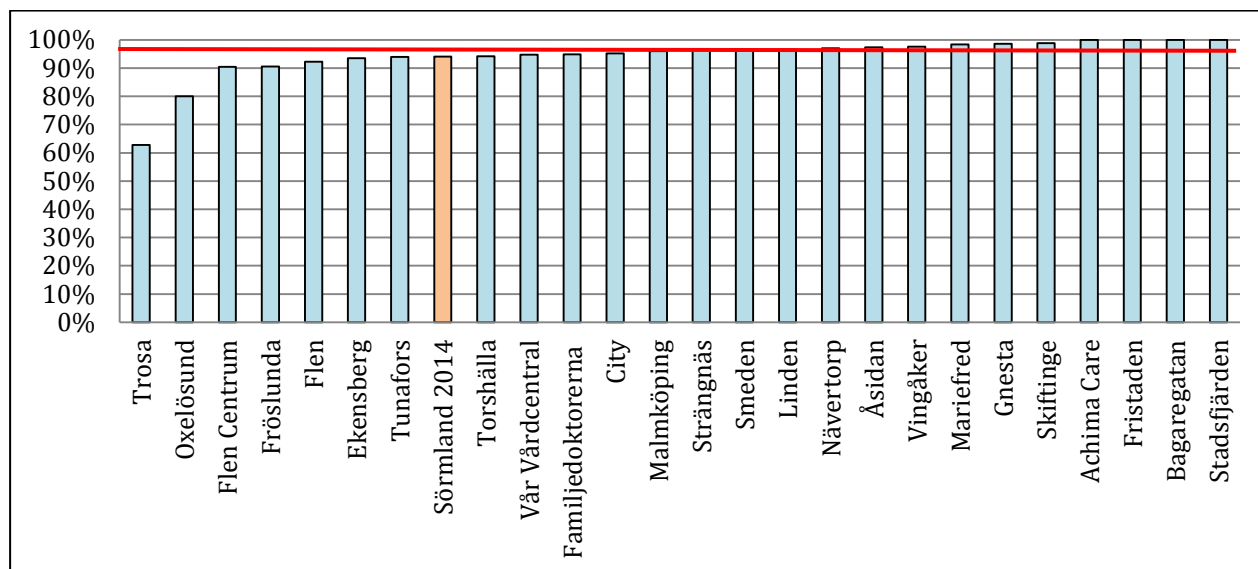


Fig. 32 Andel barn (%) som har hörselprovats vid 4 års ålder, per vårdcentral, (2014). Målet (98 %) är markerat med färgad linje.

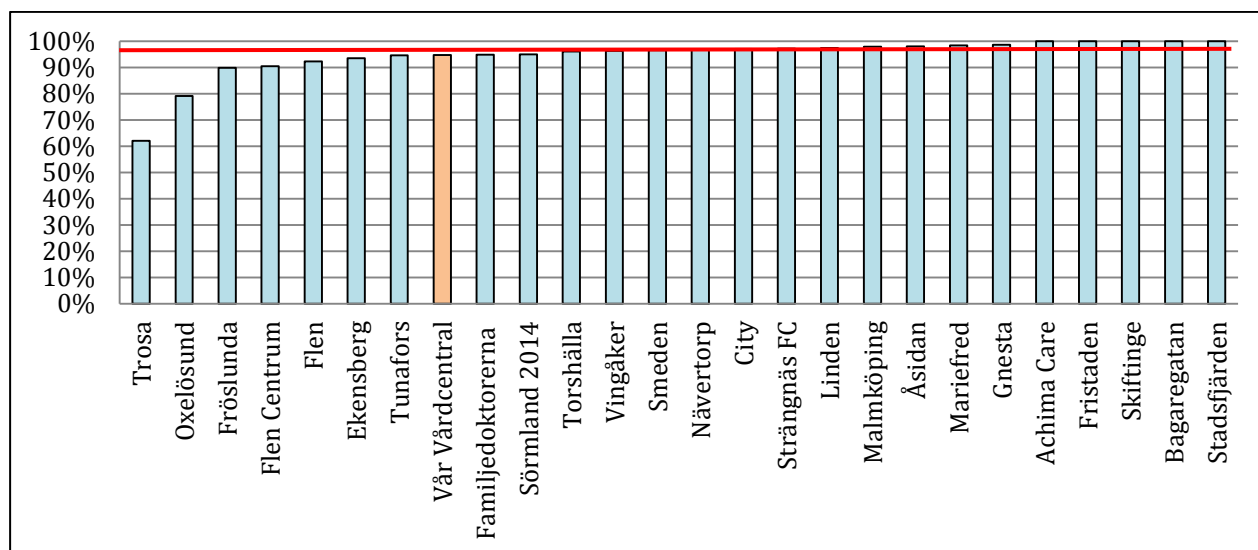


Fig. 33 Andel barn (%) som har synprovats vid 4 års ålder, per vårdcentral (2014). Målet (98 %) är markerat med röd linje.

Av de synprovade har 10 % remitterats till ögonkliniken och av de hörselprovade har 3 % remitterats till öronkliniken.

Föräldrastöd i grupp

Föräldrastöd är en viktig grund för barnhälsovårdens hälsofrämjande insatser för barnet och familjen som helhet. Föräldrastöd ska erbjudas alla blivande och nyblivna föräldrar. Det ska finnas ett utbud av både generellt och riktat stöd, individuellt och i grupp. Målet med barnhälsovårdens föräldragrupper är att förmedla kunskap om barn och föräldraskap samt skapa nätverk mellan föräldrar.

Alla nyblivna föräldrar ska aktivt erbjudas och delta i föräldragrupsverksamhet. Verksamheten ska därför ta hänsyn till kulturella och socioekonomiska förutsättningar samt olika former av familjebildningar. Verksamheten ska utformas efter båda föräldrarnas behov och genomsyras av ett genusperspektiv. Erbjudandet ska ges med en likvärdig och tydlig betoning på båda föräldrarnas deltagande. Familjer som tackar nej till föräldrastöd i gruppform ska erbjudas motsvarande kunskap och stöd individuellt.⁶²

Kontinuerlig utvärdering av de grupper som anordnats (2011-2014) visar att föräldragrupsverksamheten är efterfrågad och uppskattad av föräldrarna. Av barnen födda 2014 hade 41 % av barnen en förälder som deltog i föräldragrupp, varav 9 % hade två föräldrar som deltog (Fig. 34). Målet är att minst 70 % av förstabarnsföräldrar och 40 % av flerbarnsföräldrar ska delta i grupperna vid minst tre tillfällen. Glädjande sågs en ökning av föräldragrupsdeltagandet från 31 % till 41 % jämfört med året innan (2013). Samtidigt period ökade deltagandet av två föräldrar från 5 till 9 %.

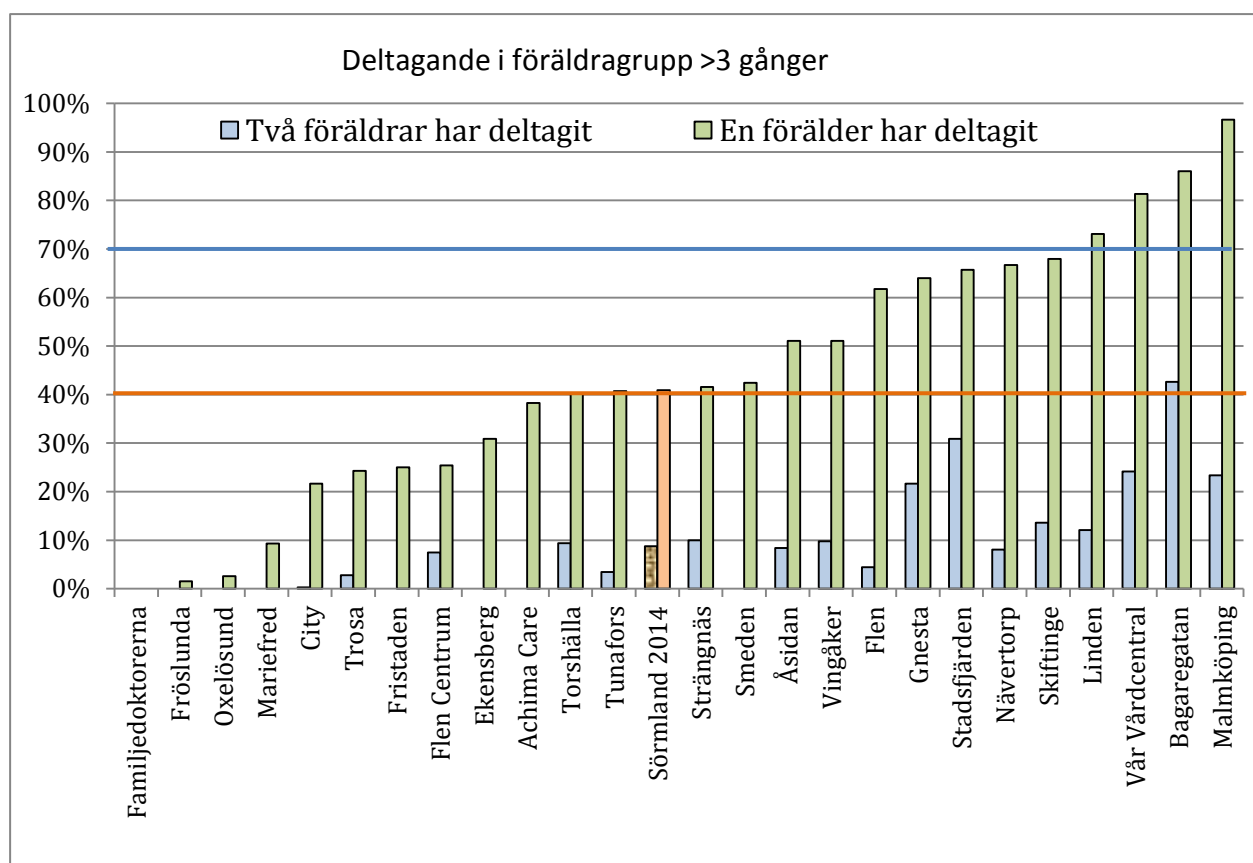


Fig. 34 Andelen barn (%) där en eller två föräldrar deltagit i föräldragrupp vid minst tre tillfällen under 2014. Mål för deltagande gällande förstabarnsföräldrar (70 %) och flerbarnsföräldrar (40 %) är markerat med blå respektive orange vågräta linjer.

⁶² Gustafsson I, Kihlbom M (Red.) Ta föräldrar på allvar – om föräldraskap och föräldrastöd. Sfph:s monografiserie, nr 49. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsa, 2010.

Utvärderingen av föräldragrupper

En utvärdering har gjorts av föräldragrupperna åren 2012 – 2014, baserat på enkäter ifyllda av föräldrar som deltagit i föräldragrupp vid minst tre tillfällen under barnets första år.

Sammanställningen visar att föräldragruppen framförallt ger möjlighet till samtal om oro och glädjeämnen, en ökad förståelse för barns behov samt kontakt med andra föräldrar (Fig.35).

Av de svarande föräldrarna var 6 % pappor och 94 % mammor.

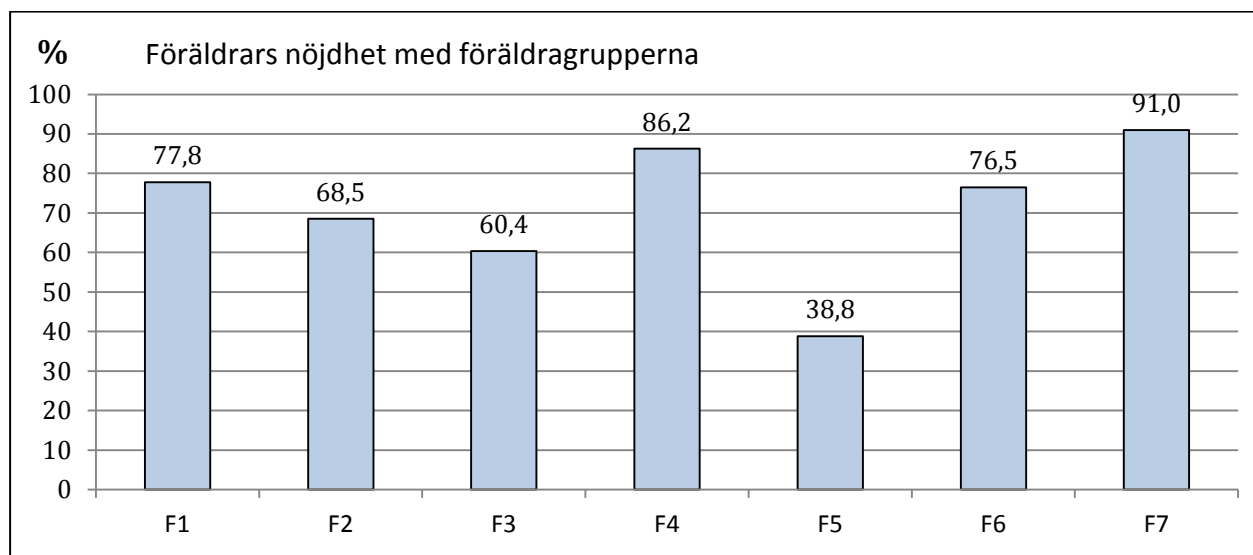


Fig. 35 Andel föräldrar som svarat *Hög* eller *Ganska hög* på frågorna nedan.

Svaren: *Varken eller/Ganska låg/Låg* har klassats som mindre nöjd och är inte med i staplarna.

Fråga 1 (F1) Har föräldragruppen ökat din förståelse för barnets förmågor och behov?

Fråga 2 (F2) Har föräldragruppen stärkt dig i ditt föräldraskap?

Fråga 3 (F3) Har föräldragruppen gett dig nya tankar om samspel och relationer?

Fråga 4 (F4) Har föräldraskapet gett till möjlighet att skapa kontakt med andra föräldrar?

Fråga 5 (F5) Har föräldragruppen diskuterat hur samhällsbeslut, media och andras åsikter påverkar dig som förälder?

Fråga 6 (F6) Tycker du att du har kunnat påverka träffarnas innehåll?

Fråga 7 (F7) Gav föräldragruppen dig möjlighet till samtal om oro och glädjeämnen?

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.⁶³

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".⁶⁴ På familjecentralen kan det även finnas familjerådgivare, fritidsledare, psykolog och läkare som arbetar tillsammans kring barnet och familjen. Samverkan mellan de olika yrkesgrupperna är en förutsättning för en fungerande verksamhet på familjecentral.

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. I Sörmland var nio av 25 BVC placerade på familjecentraler 2014. Där arbetade 28 (41 %) av länets 68 BVC-sjuksköterskor.

⁶³ Vägledning för barnhälsovården, Socialstyrelsen 2014.

⁶⁴ Familjecentraler. Kartläggning och kunskapsöversikt, Socialstyrelsen 2008.

Barn som far illa eller riskerar att fara illa

Barnhälsovården arbetar för att stärka föräldrarna i sin omsorgsförmåga om barnet och har möjlighet att samtala med föräldrarna kring barns behov, utveckling och anknytning. Vidare ges möjlighet till samtal om frågor som rör föräldrarnas livssituation, alkoholkonsumtion, våld i nära relationer och hur man t ex tröstar sitt lilla barn för att förebygga så kallat skakvåld, där det senare numera benämns tillfogade skador hos barn.⁶⁵ 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 under barndomen.⁶⁷ Genom tidig identifikation av problem i familjen samt föräldrastöd och insatser för att öka föräldrars förståelse för barns behov och utveckling är barnhälsovården en viktig del i det preventiva arbetet för att minska riskerna för att barn ska fara illa.

Under barnets första ett till två levnadsår är barnhälsovården en av de få samhälleliga 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.

Hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar på BVC är enligt Socialtjänstlagen (SoL) Kap. 14 §1 skyldiga att *genast* göra en anmäla till socialtjänsten vid misstanke om att ett barn far illa.⁶⁸ 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.⁶⁸

Anmälan till socialtjänsten

Andelen inskrivna barn på BVC i hela riket, där anmälan enligt Socialtjänstlagen (SoL) Kap. 14 §1 skett under 2013, var 2,5 promille. Det är en betydligt mindre andel än de barn som enligt omfattande forskning visar att försummelse och våld är vanligt och återkommande problem under många barns uppväxt.⁶⁹ De yngsta barnen, som dessutom är utan talan, är den grupp som drabbas värst vid eventuellt våld, som riskerar att både kunna upprepas och ge bestående men om det inte uppmärksammas i tid.⁷⁰

För barn inskrivna på BVC i Sörmland var anmälningsfrekvensen 3,3 promille under 2013. I början av 2014 gjordes en utbildningsinsats för all BVC-personal och för socialsekreterare med barn- och familjeansvar i motsvarande geografiska område. Till 2014 sågs en ökning till 4,9 promille när det gäller andelen barn vid BVC som uppmärksammas med en orosanmälan enligt SoL Kap. 14 §1. Även om anmälningsnivån fortfarande är oroväckande låg är det en ansenlig ökning jämfört med året innan. Mest sannolikt förklaras den av en ökad uppmärksamhet hos personalen på BVC (Fig. 36).

⁶⁵ Lundén K. Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn. Stiftelsen Allmänna Barnhuset, 2010.

⁶⁶ 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.

⁶⁷ 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

⁶⁸ Barn som far illa eller riskerar att fara illa. En vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningskyldighet och ansvar. Socialstyreslen, 2013.

⁶⁹ Janson S, Jernbro C, Långberg B. Kroppslig bestraffning och annan kränkande behandling av barn i Sverige 2011. Stiftelsen Allmänna Barnhuset, 2011.

⁷⁰ Tindberg Y, Otterman G. Special: Barn som far illa - Skador av våld hos små barn – tecken, handläggning och diagnostik. *Läkartidningen.* 2014;111:CZYR

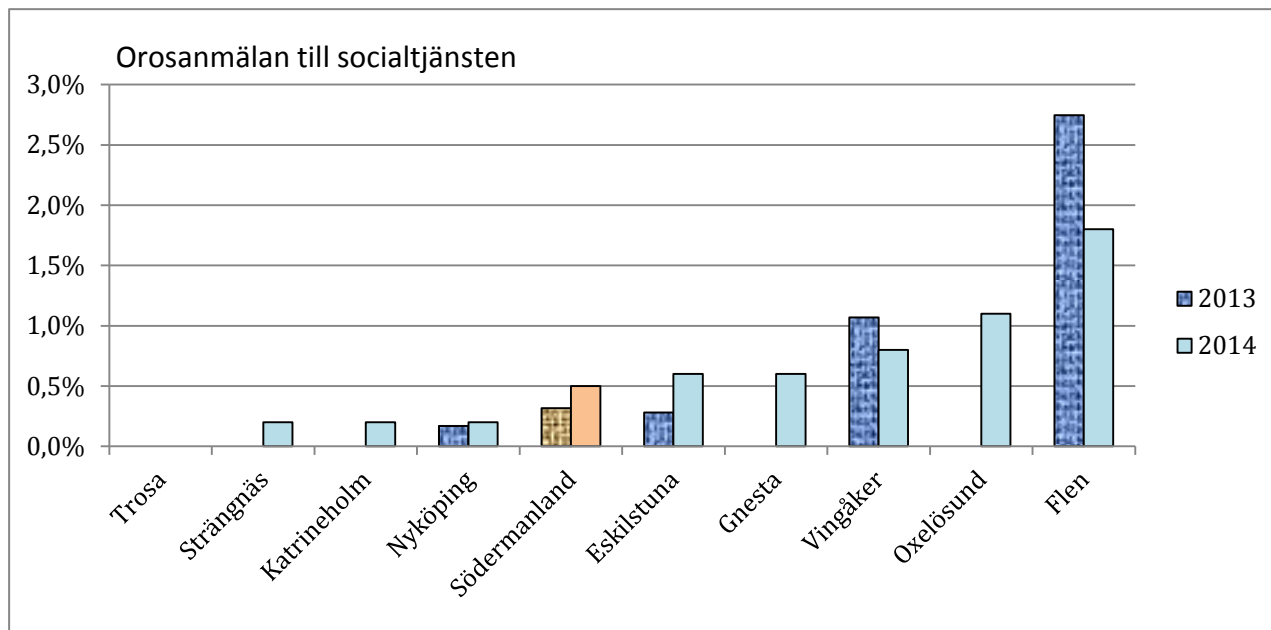


Fig. 36 Andelen barn som fått en orosanmälan från BVC, enligt 14 kap. 1 § SoL per kommun. Uppgifter från BVC från 2013 och 2014.

Anmälningsfrekvensen enligt SoL Kap. 14 §1 skiljer sig för BVC belägna på familjecentral jämfört med BVC som inte är det.

Samverkan med socialtjänsten

Samverkan mellan BVC och socialtjänsten förekommer i högre grad än vad orosanmälan till socialnämnden gör och har varit aktuellt för 1,2 % av de barn som var inskrivna på BVC under 2014. Samverkansfrekvensen var nästan dubbelt så hög för BVC som är belägen i en familjecentral jämfört med BVC som ligger på en vårdcentral, dvs. 2,3 mot 1,2 % (Fig. 37).

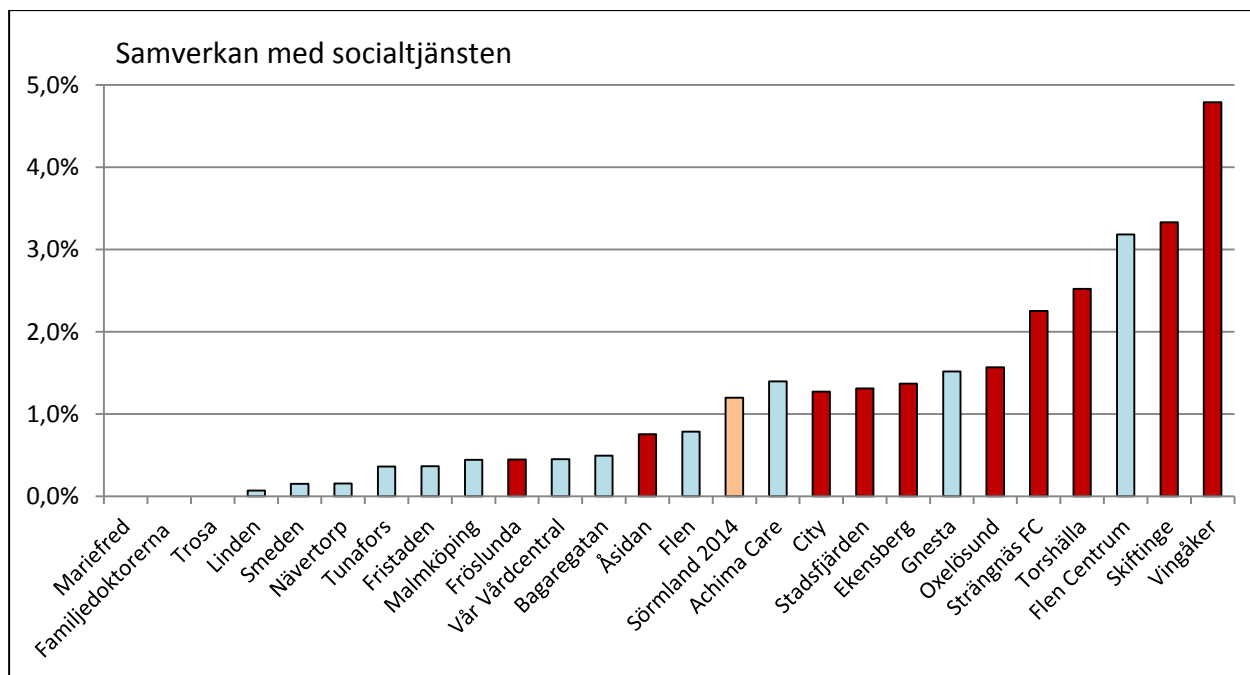


Fig. 37 Andel barn (%) inskrivna på BVC som BVC och socialtjänsten samverkat kring. Röda staplar representerar BVC som ligger i en familjecentral och ljusblå de på vårdcentral. Orange stapel snittet för länet.

6. Barnhälsovården Sörmland (BHV-enheten)

Uppdrag

Som stöd för BVC-verksamheten finns Barnhälsovården Sörmland (BHV-enheten) som har en länsövergripande expertfunktion. 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 förskolebarn i länet
- implementera och vidmakthålla det nationella barnhälsovårdsprogrammet (2014)
- ge introduktion och fortbildning till all BVC-personal
- på en övergripande nivå samverka med andra vårdgivare, verksamheter samt myndigheter – inom landsting, kommun och annan verksamhet
- följa upp barnhälsovårdens kvalitetsutveckling genom årlig statistikbearbetning och sammanställning av Barnhälsovården i Sörmlands 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 BVC- och MHV-arbetet genom handledning

Fortbildning, handledning och nätverksträffar

Det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande uppdrag som utförs på BVC omfattar hälsosamtal, utvecklingsbedömningar och somatiska undersökningar samt socialpediatriska och psykologiska bedömningar baserade på ett vägledande, stödjande och pedagogiskt förhållningssätt med barnets bästa i främsta rummet.

BHV-enheten ansvarar för fortbildningen till BVC-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 BVC-personal möjlighet att delta. Under 2014 infördes en ny form av introduktionsutbildning för ny personal på BVC (sjuksköterskor, läkare och verksamhetschefer) tillsammans med ST-läkare i allmänmedicin respektive pediatrik.

BHV-enheten erbjuder även kontinuerligt konsultationsstöd till BVC-personalen samt regelbundet och kontinuerligt handledningsstöd i grupp av mödra- och barnhälsovårdspsykologer. Utvecklingsarbete sker även genom strategigrupper, samverkansträffar och projektarbeten. Exempel på nätverksträffar och utbildningar ges på nästa uppslag.

Möten för och med BVC-personal

Områdesvis BVC-sjukskötersketräff

Varje år sammankallar BHV-enheten till en eller flera områdesvisa BVC-sjukskötersketräffar.

Vårdkedjan – mödrahälsovård - BB/förlossning - BVC

I syfte att förbättra vådrutiner och vårdkedjan i omhändertagandet av det nyfödda barnet och dess föräldrar hålls länsvisa nätverksträffar med BVC-sjuksköterskor samt representanter från kvinnokliniken två gånger per år.

Amningsstrategigrupp

I länets amningsstrategigrupp ingår representanter från kvinnokliniken, barnkliniken och primärvården samt Amningshjälpen. 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. BHV-enheten har sammakallat till möte med Amningsstrategigruppen fyra gånger under året.

Under 2014 påbörjades en revidering av amningsstrategiarbetet utifrån den nationella *Strategiska planen för samordning av amningsfrågor 2013-2017*⁷¹ (ett regeringsuppdrag som leds av Livsmedelsverket). Riktlinjer för det *Amningsstrategiska arbetet inom Landstinget Sörmland 2014-2016* togs fram och godkändes av berörda verksamhetschefer. Riktlinjerna beskriver att en gemensam handlingsplan ska tas fram som underlag för kompetensstödet till hälso- och sjukvårdspersonal i hela vårdkedjan. Sörmlands amningsstrategi ska revideras under 2015 efter den uppdaterade versionen av WHO:s tio steg för att främja amning. Vidare ska gemensamma utbildningsinsatser gällande amning ska göras under 2015.

Invandrartät BVC

Mötet med barn och deras familjer från andra länder kräver särskild kompetens och kunskap om andra kulturer, sedvänjor, vaccinationer samt tolkanvändning. BHV-enheten sammankallar två gånger per år till nätverksträffar för länets BVC-sjuksköterskor som möter barn med utländsk bakgrund. Syftet med dessa träffar är att få diskutera med varandra och ställa frågor som BHV-enheten kan föra vidare eller fortbilda inom.

Handledning av MBHV-psykolog i grupp

BVC-sjuksköterskorna erbjuds regelbunden konsultation i grupp. Konsultation ges i grupper med 4-8 deltagare cirka var fjärde vecka. Grupperna kan bestå av enbart sjuksköterskor från ett BVC, eller bestå av en blandning från flera. I vissa grupper ingår även barnmorskor och läkare. Vid dessa tillfällen kan personalen ta upp fall de vill diskutera, alternativt sker fördjupning i vissa teman t.ex. sömn eller EPDS. Personalen på BVC har även möjlighet att ringa och konsultera psykolog på telefon kring frågor som uppstår.

Totalt erbjuds 120 BVC-sjuksköterskor och barnmorskor inom MHV handledning av BHV-enhetens MBHV-psykologer

⁷¹ Strategisk plan för samordning av amningsfrågor 2013-2017, Konsumentverket, Livsmedelsverket, Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut.

Barnhälsovård i Sörmland – Årsrapport 2014

Referensgrupp för implementering av nya barnhälsovårdsprogrammet

För att möjliggöra att *Barn födda i Sörmland från och med den 1 januari 2015 föds in i det nya barnhälsovårdsprogrammet* startades implementeringsarbetet redan våren 2014. Processen för implementeringen följer Socialstyrelsens föreskrifter.⁷²

För att förbereda implementeringen skapades en referensgrupp bestående av:

- BVC-sjuksköterskor, BVC-läkare och verksamhetschefer från landstingsdrivna samt privata vårdcentraler
- Representant från Hälsoval
- BHV-enhetens vårdutvecklare, samordnande psykolog samt barnhälsovårdsöverläkare

Referensgruppen träffades fyra halvdagar under hösten och arbetade sig igenom *Vägledningen för barnhälsovården*⁷³ och innebörden av det nya nationella barnhälsovårdsprogrammet. Se vidare i Kapitel 10 *Barnhälsovårdsprogram för barn födda från och med 2015-01-01*.

Rundresa och samverkan med Hälsoval

Under hösten besökte vårdutvecklaren och barnhälsovårdsöverläkaren 22 av 25 BVC. Syftet med rundresan var att presentera oss som nya medarbetare i den sörmländska barnhälsovården, få en överblick över lokala förhållanden för BVC, fånga upp aktuella frågor samt ha en diskussion om önskemål inför den kommande statistikinsamlingen och Årsrapporten för 2014. Vi var all överens om behovet av en grundlig analys av barnhälsovården i Sörmland 2014, som utgångspunkt och som underlag, för att kunna utvärdera för kommande utvecklingsarbete av barnhälsovården.

Kurser och fortbildning för BVC-personal 2014

Kurs/fortbildning	Samverkan med	Omfattning
Postpartum depression och psykos	Vuxenpsykiatri, DLL	½ dag*
EPDS-screening/samtal på annat språk än svenska	Inbjuden BVC-personal från invandrarika BVC, t ex Rinkeby	½ dag*
Samverkan BVC-Socialtjänst kring Barn som far illa och Hälso- och sjukvårdens anmälningsskyldigheten	Socialtjänsten i respektive kommun	½ dag [†]
Introduktion till nya nationella barnhälsovårdsprogrammet		2 heldagar*
Introduktionskurs i BHV – vår	För nya BVC-ssk och läkare	2 heldagar
Introduktionskurs i BHV – höst	För nya BVC-ssk och läkare	2 heldagar
SK-kurs i BHV – vår	För blivande specialistläkare i allmänmedicin resp. pediatrik	2 heldagar
SK-kurs i BHV – höst	För blivande specialistläkare i allmänmedicin resp. pediatrik	2 heldagar
EPDS-metoden	För nya BVC-sjuksköterskor	½ dag
EPDS-metoden	För nya BVC-sjuksköterskor	½ dag

*Fortbildningarna har getts vid två tillfällen för att ge all BVC-personal möjlighet att delta.

[†] Samverkansutbildning med Socialtjänsten vid fem tillfällen i respektive geografiska närområde.

⁷² Om implementering. Socialstyrelsen, 2012.

⁷³ Vägledning för barnhälsovården. Socialstyrelsen, 2014.

7. Ett nytt barnhälsovårdsprogram 2014

Barnhälsovården har en lång och framgångsrik tradition i Sverige.^{74 75} Många menar att våra förskolebarns internationellt sett mycket goda hälsa till stor del beror på de universella insatser som barn och deras familjer åtnjuter. Vidare har barnhälsovården stått för en skyddsfunktion för de barn som av olika skäl inte deltar i förskolans verksamhet. De har genom BVC-sjuksköterskan haft en kontaktperson i samhället. Detta gäller både de yngsta barnen som inte börjat på förskolan och de barn som av sociala eller hälsoskäl inte deltar i förskolans verksamhet.

Även om hälsan successivt förbättras för befolkningen över lag i Sverige har en ökad socioekonomisk ojämlikhet setts de senaste 20-30 åren. Detta gäller även barnen, vilket rapporteras fortlöpande i Rädda barnen i Barnfattighedsrapporter.⁷⁶ Sörmland har bland den högsta andelen barn i barnfattigdom i landet. Parallellt med detta ser man en ökande ojämlikhet i barns fysiska och psykiska hälsa kopplat till socioekonomiska förhållanden.

Nationella kartläggningar har visat att den barnhälsovård, som 2000 hade mycket små variationer i sitt innehåll över landet, utvecklats till att uppvisa stora lokala, regionala och nationella skillnader i sitt utbud till förskolebarn fram till 2010.⁷⁷ En avhandling från Uppsala universitet (2012) visade vidare att svensk barnhälsovård lyckas med att nå nästan alla barn med det universella programmet, men misslyckas med det kompensatoriska stödet till barn och familjer med särskilda behov.⁷⁸

Därtill ställdes barnhälsovården 2009 utan nationella styrdokument. Detta i kombination med den uppmärksammade ojämlikheten i svensk barnhälsovård har gjort att Socialstyrelsen, på uppdrag av regeringen, tagit fram en *Vägledning för barnhälsovården* (2014). Parallellt har företrädare för barnhälsovården arbetat fram ett nytt nationellt barnhälsovårdsprogram. Företrädarna för barnhälsovården har också lagt grunden för den webb-baserade nationella metodboken för barnhälsovården, *Rikshandboken*.⁷⁹

Implementering i Sörmland

Det nya barnhälsovårdsprogrammet, som införs i Sörmland 2015 genom att barn födda från och med 1 januari 2015 föds in i programmet, utgår från principen om *universell proportionalism*. Det innebär lika insatser för alla, samt utökade insatser till alla utifrån individuella behov. Barn och familjer kan utsättas för ökad risk under olika tider i förskoleåldern och kan under denna tid behöva mer stöd.

Nytt är också att fyra av besöken under förskoletiden, vid 4 veckor, 6 och 12 månader samt 3 års ålder, utformas som teambesök. Det innebär att BVC-sjuksköterska och BVC-läkare träffar barnet och familjen tillsammans på hälsobesöken för att på bästa sätt tillvarata allas olika kompetenser. I teamet ingår även BHV-psykolog som kopplas in efter behov.

Nya arbetsmetoder som införs i Sörmland från och med 1 juli 2016 är:

1. Team-besöket med läkare och sjuksköterska vid 3 års ålder för att bedöma barnets språk, samspel och psykomotorisk utveckling. Detta för att tidigt kunna identifiera de barn som är i behov av extra uppföljning och ev. insatser fram till skolstart.
2. Riktade insatser utifrån behov. En föreskriven metod för detta är utökade hembesök.

⁷⁴ Kornfält R. Survey of the pre-school child health surveillance programme in Sweden. Acta Paediatr Suppl. 2000;89(434):2-7.

⁷⁵ Höjer JA. Mjölkdroppar och barnavårdscentraler. Stockholm, 1992.

⁷⁶ Barnfattigdom i Sverige, Årsrapport 2014. Rädda Barnen, 2014.

⁷⁷ M. Magnusson et al. Stora skillnader i svensk barnhälsovård. Läkartidningen. 2011;108(35):1618-21.

⁷⁸ Wallby T. Lika för alla? Social position och etnicitet som determinanter för amning, föräldrars rökvanor och kontakter med BVC. Avhandling, Uppsala universitet, 2012.

⁷⁹ <http://www.rikshandboken-bhv.se/>

Referensgrupp för implementeringsprocessen

BHV-enhetens referensgrupp har varit med och tagit fram en implementeringsplan för det nya barnhälsovårdsprogrammet i Sörmland. Startskottet gick med ett 2-dagarsinternat för all BVC-personal och deras verksamhetschefer där bakgrunden och grunderna i det nya nationella barnhälsovårdsprogrammet presenterades. Internatet syftade till att ge all personal en gemensam grund att stå på utifrån de fyra hörnstenarna i Socialstyrelsens *Vägledning för barnhälsovården*.

De fyra hörnstenarna är:

- Barnkonventionen och barns rättigheter till bland annat delaktighet, skydd och bästa möjliga uppnåeliga hälsa
- Barns rätt till hälsa utifrån en jämlik och rättvist fördelad barnhälsovård, dvs. ökade riktade insatser utifrån individuella behov
- En barnhälsovård som bygger på klinisk eller vetenskaplig evidens
- Arbete i team, dvs. samarbete mellan olika personalkategorier för att på bästa sätt tillvarata olika kompetenser kring barnet och familjen

Behovsinventering

Referensgruppen har bidragit med värdefulla tankar och synpunkter för planeringen samt utformandet av kommande utbildningsinsatser och handledningsbehov. Både det introducerande internatet och implementeringsplanen har emottagits väl av länets BVC-personal.

Glädjande framgångsexempel beskrivs från flera BVC i både resultat och metodutveckling. Från fler håll beskrivs dock en omöjlig situation när det gäller att uppfylla dagens uppsatta mål för barnhälsovård och den satsning på riktade insatser till behövande barn och familjer som de nya styrdokumenterna föreskriver. Vid en behovsinventering i referensgruppen framkom ett tydligt behov av **förstärkning i bemanningen på BVC** för att möjliggöra de utmaningar som *Vägledning för barnhälsovården* och det nya BHV-programmet föreskriver. Referensgruppen, med flera, ser också behov av **ökade resurser till den länsövergripande BHV-enheten** för att svara mot det behov av fortbildning och stöd i de nya arbetsmetoder som införs.

Vidare efterlyses att den ersättning som ges för barn inskrivna vid vårdcentralen, baserat på antal barn och deras ålder, synliggörs inom Primärvården. Detta för att synliggöra och följa upp **i vilken utsträckning barn får tillgång till den barnhälsovård som de har rätt till** enligt Barnkonventionen samt nationella och lokala styrdokument.⁸⁰

Elektronisk kvalitetsregistrering, tillsammans med **elektronisk datatjournal**, anses mycket angeläget för BVC, då hela dokumentationen och kvalitetsarbetet kring barnhälsovård i Sörmland idag är manuell. På så sätt saknas möjligheten att registrera sörmländska data till det nationella **kvalitetsregistret för barnhälsovård (BHV-Q)**⁸¹, vars uppgift är att skapa underlag för utveckling av en bättre och mer jämlik barnhälsovård för alla barn i hela landet.

Årsrapporten för barnhälsovården i Sörmland 2014 har utformats för att utifrån BHV-enhetens och referensgruppens tankar belysa de sörmländska barnens hälsa, den barnhälsovård de har tillgång till och hur bemanningen på BVC ser ut i jämförelse med uppsatta mål och beslutade resurser. Rapporten är tänkt att utgöra en grund för utvärdering av de förändringar som görs de närmaste åren och följa effekten av dessa.

⁸⁰ Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland, 2012.

⁸¹ <http://www.kvalitetsregister.se/hittaregister/registerarkiv/barnhalsovard.225.html>

8. Framtidens barnhälsovård och våra barns framtida hälsa

Det genomsnittliga hälsoläget i Sverige blir allt bättre. Det är en positiv utveckling som visar att de hälsofrämjande satsningar som gjorts på många sätt har varit lyckade. Trots detta noteras i flera sammanhang oroande tendenser till ojämlikhet i både psykisk och fysisk hälsa samt tillgång till hälsovård. Skillnaderna har setts utifrån kön, socioekonomiska faktorer, etnisk tillhörighet etc. Dessa förhållanden är tydliga även i Sörmland – inte minst för barnen – vilket framgår av vår rapport.

Trots skillnaderna i barns hälsa och tillgång till barnhälsovård över länet ses fantastiska exempel på insatser och resultat på barnens hälsa. Arbetsinsatserna är enorma från den personalen på barnavårscentralerna (BVC) i Sörmland. Med den påvisade underbemanningen i 2014 års statistik kan Sörmland inte nå de satta målen för BHV.

Sörmland får även svårt att nå sin vision om Sveriges friskaste län 2025 – för barnens del.

Det finns en vision – och vi har en plan

Att satsa på **Sveriges friskaste barn 2025** är den bästa ansats man kan ha för Sörmlands mål och för den framtida befolkningens hälsa. Vi har en plan för detta, och vi har verktygen.

Detta ser ut som följer:

1. En nationell **Vägledning för barnhälsovården** är framtagen liksom ett nytt barnhälsovårdsprogram, vilket nu införs i landet. Till stöd för detta finns den webb-beserade metodboken **Rikshandboken**, som ständigt uppdateras och granskas av experter inom respektive område. Vidare finns ett elektroniskt nationellt kvalitetsregister för barnhälsovården (**BHV-Q**) med möjlighet till dataöverföring från elektronisk BHV-journal. BHV-Q:s syfte är att skapa underlag för uppföljning av barns hälsa och utvecklingen av bättre och mer jämlik barnhälsovård för alla barn i hela landet.

I vägledningen betonas vikten av att barnhälsovården tar en aktiv plats i folkhälsoarbetet genom fortsatta universella **insatser riktade till alla barn** i alla befolkningsgrupper och med **särskilda insatser rättvist fördelade efter behov**. En del av detta folkhälsoarbete är satsningarna på föräldrastöd, individuellt och i grupp, samt riktade insatser till de barn och familjer med specifika behov.

Barnhälsovården är en **viktig del av folkhälsoarbetet genom att nå så gott som alla**. Man har beräknat att personalen inom barnhälsovården varje år når **minst 12 procent av befolkningen** genom att träffa alla barn 0-6 år och deras föräldrar. Detta ger indirekt kontakt med barnens syskon, mor- och farföräldrar samt andra viktiga personer i barnets närhet som i och med det lilla barnet är i en förändringsbeägen period av livet. Vidare har barnhälsovården ett **stort förtroende** hos befolkningen, vilket är mycket viktigt att förvalta.

2. **Sörmland har kommit igång bra med implementeringsprocessen** av det nya barnhälsovårdsprogrammet. Genom samarbete mellan BHV-enheten och vår **referensgrupp** har vi arbetat fram och följer en implementeringsplan i enlighet med Socialstyrelsens råd för implementering.

Ett introducerande internat för all BVC-personal och deras chefer (2014) har emottagits väl liksom de första kompetenshöjande utbildningarna arrangerade av BHV-enheten med ett mycket högt deltagande (2015).

Under 2015 föds barn in i det nya BHV-programmet, med nya besöksåldrar och ökat krav på riktade insatser utifrån identifierade behov. **Personalens positiva inställning** till de förestående förändringarna är ett mycket gynnsamt läge för en fortsatt implementering.

3. Med reservation för den ökade vårdtyngden och de begränsningar som ses i bemanningen på BVC täcker Kravspecifikationen (2012) de universella insatserna under 2015. Under 2016 införs däremot två nytillkomna arbetssätt; teambesöket vid 3 års ålder för tidig identifikation av barn med extra uppföljningsbehov före skolstart samt riktade extra hembesök till familjer med ökat behov.

För att implementeringen av det nya barnhälsovårdsprogrammet ska kunna fortskrida och ett effektivt folkhälsoarbete bedrivs utifrån de sörmländska barnfamiljernas stora behov krävs att **resurserna till barnhälsovård anpassas till uppdraget** samt att en uppföljning och utvärdering sker av att de till barnen avsedda resurserna för hälsofrämjande och förebyggande hälsovård kommer till sin rätt.

4. **För en jämlik och rättvis barnhälsovård i Sörmland krävs beslut om:**

- A. **ökad bemanning på BVC** utifrån den kraftigt ökade vårdtyngden och det nya barnhälsovårdsprogrammet
- B. **ökade resurser till BHV-enheten**, i form av
 - *ökad bemanning* - för det ökade behovet av fortbildning och konsultativt stöd vid implementeringen av det nya BHV-programmet samt den ökade belastningen utifrån ökad immigration, socioekonomisk ojämlikhet och ökad psykisk och fysisk ohälsa
 - *en utbildningsbudget* – för att kunna fullfölja kompetenssatsningarna under implementeringen av det nya BHV-programmet och för introduktion av nya medarbetare C tillgång till **elektronisk BHV-journal**, kopplad till den nationella patientöversikten (NPÖ)
- C. tillgång till **elektronisk BHV-journal**, kopplad till nationella patientöversikten (NPÖ)
- D. tillgång till **elektroniskt kvalitetsregister** för BVC och för BHV-enheten.

Helt avslutningsvis

Stort tack till dig som läst hela eller delar av denna Årsrapport för Barnhälsovården i Sörmland 2014.

För den verkligt intresserade finns allt underlag att tillgå genom ulrika.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**.

Barnhälsovård i Sörmland – Årsrapport 2014

9. Basprogram för barn födda t o m 2014-12-31

Barnhälsovårdens mål är att främja barnens hälsa, trygghet och utveckling. Detta övergripande mål kan uppnås genom att stödja föräldrar i ett aktivt föräldraskap, upptäcka och förebygga fysisk och psykisk ohälsa hos barn samt uppmärksamma och förebygga risker för barn i närmiljö och samhälle.

Barnets ålder	Personal	Innehåll (t. ex.)	Screening/Vaccination
0-10 dagar efter hemkomsten	Sjuksköterska Hembesök	Föräldrarnas frågor. Barnets hälsa, samspel, graviditet, förlossning. Information om BVC. Amning-uppfödning, D-vitamin. Skötsel, utrustning, tobak, alkohol, barnsäkerhet.	Information om EPDS
1-5 veckor	Sjuksköterska 1 gång per vecka	Föräldrarnas frågor. Tillväxt, amning-uppfödning, utveckling, samspel, barnsäkerhet.	
1-3 månader	Sjuksköterska varannan vecka Läkare (4-6 v) Föräldragrupp	Föräldrarnas frågor. Tillväxt, amning-uppfödning, utveckling, somatisk undersökning, samspel, stimulans, barnsäkerhet, föräldraledighet.	Vid 6-8 veckor: EPDS Vid 3 månader: Difteri-Stelkramp-Kikhosta-Polio-Hib-HepatitB I, Pneumokock I
4-6 månader	Sjuksköterska 1 gång per månad Läkare (6 mån) Föräldragrupp	Föräldrarnas frågor. Tillväxt, amning-uppfödning, utveckling, somatisk undersökning, tänder, samspel, stimulans, tala-sjunga, barnsäkerhet.	Vid 5 månader: Difteri-Stelkramp-Kikhosta-Polio-Hib-HepatitB II, Pneumokock II Vid 6 månader: BCG vid ökad risk för tuberkulos
7-9 månader	Sjuksköterska 1-2 ggr Hembesök	Föräldrarnas frågor. Tillväxt, kost och matvanor, utveckling, somatisk undersökning, tänder, samspel, stimulans, barnsäkerhet, tobak, alkohol.	Vid 8-9 månader: Boel eller motsvarande
10-12 månader	Sjuksköterska (10 mån) Läkare (12 mån) Tandhälsovård Föräldragrupp	Föräldrarnas frågor. Tillväxt, kost och matvanor, utveckling, somatisk undersökning, tänder, samspel, stimulans, barnsäkerhet, barnomsorg.	Vid 12 månader: Difteri-Stelkramp-Kikhosta-Polio-Hib-HepatitB III, Pneumokock III
18 månader	Sjuksköterska Läkare Tandhälsovård	Föräldrarnas frågor. Tillväxt, kost och matvanor, utveckling, somatisk undersökning, tänder, språk, samspel, stimulans, barnsäkerhet, skärmtid.	Mässling-Påssjuka-Röda hund
2½ år	Sjuksköterska	Föräldrarnas frågor. Tillväxt, kost och matvanor, utveckling, kommunikation, samspel, lek och rörelse, barnsäkerhet.	Språkscreening
4 år	Sjuksköterska	Föräldrarnas frågor. Tillväxt, kost och matvanor, utveckling, kommunikation, samspel, tobak, lek och rörelse, barnsäkerhet.	Synundersökning Hörselundersökning Språkbedömning
5-6 år	Sjuksköterska	Föräldrarnas frågor. Tillväxt, utveckling, lek och rörelse. Epikris.	Difteri-Stelkramp-Kikhosta-Polio IV

Hälsoövervakning och vaccinationer ska ske enligt Hälso- och sjukvårdslagen och Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter samt enligt Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland.

10. Barnhälsovårdsprogram för barn födda fr o m 2015-01-01

År 2015 införs det nya nationella barnhälsovårdsprogrammet i Sörmland och utgår från principen med lika insatser för alla, vilka utökas utifrån individuella behov i tre steg.

Nedan ses Barnhälsovårdens åldersspecifika program där varje hälsobesök innebär bedömning av barnet och familjesituationen, barnets tillväxt, ett hälsosamtal och ställningstagande tillbehov av åtgärd. Innehållet vid respektive kontakt framgår av <http://www.rikshandboken-bhv.se/> och rubriken Barnhälsovårdsprogrammet – Åldrar.

Barnets ålder	Hälsobesök	Att särskilt beakta *
1-3 veckor	Sjuksköterska Minst två besök, varav ett hembesök inom 2 veckor efter födelsen och senast 30 dagar efter födelsen	Barnets rättigheter Amning/uppfödning och Vitamin D När barnet skriker Att förebygga SIDS Säkerhet i bilen Nedstämdhet efter förlossning/EPDS Information om vaccinationsprogrammet
4 veckor	Teambesök med läkare och sjuksköterska	Somatisk undersökning (us) av nyfödd och utvecklingsbedömning Livsstilsfrågor
6-8 veckor	Sjuksköterska, två besök	EPDS vid 6 veckor Utvecklingsbedömning vid 8 veckor
3 månader	Sjuksköterska	Vaccination och information
4 månader	Sjuksköterska	Amning/uppfödning Utveckling och samspel Barnsäkerhet
5 månader	Sjuksköterska	Vaccination och information
6 månader	Teambesök med läkare och sjuksköterska	Somatisk us och utvecklingsbedömning Tänder BCG-vaccination vid ökad TBC-risk
8 månader	Sjuksköterska/Hembesök	Kommunikation/språk/hörsel Barnolycksfall Livsstilsfrågor
10 månader	Sjuksköterska	Utvecklingsbedömning
12 månader	Teambesök med läkare och sjuksköterska	Somatisk undersökning Kost och rörelse Vaccination och information
18 månader	Sjuksköterska	Utvecklingsbedömning Vaccination och information
2½ år	Sjuksköterska	Språk BMI - Kost och rörelse, Tänder
3 år	Teambesök med läkare och sjuksköterska	Somatisk us och utvecklingsbedömning BMI – Kost och rörelse
4 år	Sjuksköterska	Utvecklingsbedömning Syn- och hörsel, Kommunikation och språk BMI – Kost och rörelse Livsstilsfrågor, Media, Barnsäkerhet
5år	Sjuksköterska	BMI – Kost och rörelse Vaccination och information Epikris

*Hälsoundersökning genomförs vid varje nyckelålder enligt anvisning i Rikshandboken samt enligt Kravspecifikation för barnhälsovård i Landstinget Sörmland. Vid varje besök uppmärksammas behov av riktade insatser som ytterligare besök eller annan insats.

Repslagaregatan 19, 611 88 Nyköping
Tfn växel 0155-24 50 00
www.landstingetsormland.se



LANDSTINGET
SÖRMLAND