Vägledning för barnhälsovården

Socialstyrelsen

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-7555-169-2
Artikelnummer 2014-4-5

Foto Scandinav bildbyrå/David Zandén
Sättning Edita Bobergs
Tryck Edita Bobergs, Falun, april 2014. Reviderad version oktober 2014

MILJÖMÄRKT Trycksak 341 359

Förord

Regeringen gav 2010 Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram, tillgängliggöra och kontinuerligt uppdatera vägledningar, rekommendationer och kunskapsöversikter för förlossnings-, nyföddhets- och barnhälsovården samt elevhälsan. I dag saknas nationella styrdokument för barnhälsovården. Företrädare för barnhälsovården har efterfrågat riktlinjer och rekommendationer på nationell nivå.

Syftet med den här vägledningen är att bidra till utvecklingen av en likvärdig barnhälsovård över landet. Den avser att ge kunskaps- och handläggningsstöd för yrkesverksamma och beslutsfattare inom barnhälsovården och förväntas även bidra till att stärka användandet av evidensbaserad praktik inom barnhälsovården.

Vägledningen riktar sig i första hand till personal i barnhälsovården, till verksamhetschefer för barnhälsovård samt till vårdgivare och beslutsfattare. Den är även av intresse för andra delar av hälso- och sjukvården, liksom andra verksamheter som riktar sig till barn.

Vägledningen har sammanställts av Björn Kadesjö sakkunnig barnläkare. Per Gustafsson och Hans Smedje, sakkunniga samt utredarna Lena Hansson, Ulrika Nygren, Susanne Zetterquist och Karin Nordin Jareno har deltagit i arbetet. Juridisk granskning har gjorts av Mathias Wallin. Margareta Bondestam har varit projektledare och sakkunnig. Ansvarig enhetschef har varit Susanna Wahlberg.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord **3**

Sammanfattning **7**

Vägledning för barnhälsovården **9**
Arbetet med vägledningen 9

Bakgrund **13**

Barnhälsovårdens mål **16**

Barnhälsovårdens organisation **18**
Barnhälsovårdsjournal 21
Kvalitetsuppföljning 22
Register och årlig sammanställning på nationell nivå 24

Perspektiv i barnhälsovårdens arbete **25**
Barnkonventionen 25
Barnperspektiv 26
Etiskt perspektiv 27
Perspektiv utifrån barnets familj 29
Jämlikhets- och genusperspektiv 32

Evidensbaserad barnhälsovård **35**

Barns hälsa **39**
Hälsans bestämningsfaktorer, skydds- och riskfaktorer 40

Barnhälsovårdens uppgifter: främja, förebygga, åtgärda **43**
Åtgärder till alla eller åtgärder till dem som behöver dem mest? 44
Screening 47

Vaccinationer **50**

Samverkan – barnhälsovårdens relation till omvärlden **53**
Samverkan – varför, med vem och om vad? 53

Förutsättningar för samverkan 54
Samverkan med förskola 58
Samverkan med sjukvården 60
Samverkan med socialtjänsten 61
Samverkan med elevhälsan 63
Samverkan med tandvården 64

Arbetssätt och metoder inom barnhälsovården 66
Samtal och föräldrastöd 66
Hembesök 68
Föräldrastöd i grupp.....70
Teamarbete 72

Hälsoövervakning.....74
Kompletterande bedömning och insatser inom barnhälsovården 77
Åtgärder vid identifierade problem, riktade insatser
inom barnhälsovården 78

Det lilla barnets behov och förälderns uppgift..... 79
Små barns signaler 80

Utveckling och psykisk hälsa 84
Utvecklingsförsening, utvecklingsavvikelser och utvecklingsstörning 84
Motorisk utveckling 85
Språkutveckling 87
Psykisk ohälsa 89
Autism 90
Överaktivitet, impulsivitet, adhd 91
Olika aspekter av barnets utveckling och beteende
hänger samman – ESSENCE 92
Tidiga insatser 93
Depression hos nyblivna föräldrar 94

Barn som far illa eller riskerar att fara illa 97
Barn kan fara illa på olika sätt 97

Levnadsvanor 104
Goda matvanor och fysisk aktivitet.....104
Tobaksbruk 108
Riskbruk av alkohol 109

Olycksfall..... 111

Plötslig spädbarnsdöd **113**

Barn med kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar **115**

Barn från andra länder **117**

Adoptivbarn **119**

Referenser **120**

Bilagor **144**
Bilaga 1. Specifika metoder för att bedöma barns utveckling 144
Bilaga 2. Hälsobesök 149
Höfter 152
Ögon och syn 154
Hörsel 157
Testiklar 159
Tillväxt 160
Bilaga 3. Arbetsprocess och deltagande myndigheter
och organisationer 166

Sammanfattning

Sedan Socialstyrelsens allmänna råd för barnhälsovård från 1991 upphörde att gälla 2009 har det saknats nationella styrdokument för barnhälsovården. Syftet med denna vägledning är att ge kunskaps- och handläggningsstöd för yrkesverksamma i barnhälsvården, samt beslutsstöd för beslutsfattare i arbetet med att utveckla och genomföra hälsovårdsprogram för barn. Ytterligare ett syfte är att bidra till en mer jämlik barnhälsovård över landet.

Vägledningen riktar sig till personal och verksamhetschefer inom barnhälsovården samt till vårdgivare och beslutsfattare. Den är även av intresse för andra delar av hälso- och sjukvården, liksom andra verksamheter som riktar sig till barn.

Barnhälsovårdens mål är att bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för barn genom att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa hos barn samt tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem i barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö.

För att uppnå dessa mål behöver barnhälsovården erbjuda insatser till alla barn och föräldrar, riktade förstärkta insatser till barn och föräldrar med särskilda behov, hälsoövervakning och individuellt utformad hjälp till barn som löper högre risk att drabbas av ohälsa samt vara uppmärksam på förhållanden i familjens närmiljö. Teamarbete där läkarens, sjuksköterskans och psykologens kompetenser kompletterar varandra ger förutsättningar för detta.

Kvaliteten i barnhälsovården ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Kvalitetsuppföljning på nationell, regional och lokal nivå behövs för att följa utvecklingen av barnhälsovårdens arbete och göra jämförelser av hälsoläget hos barn i olika delar av landet samt för att evidensvärdera arbetssätt.

FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen, är vägledande för arbetet inom barnhälsovården. All planering och alla åtgärder ska ha ett barnperspektiv där barnets bästa kommer i främsta rummet.

Vägledningen belyser barnhälsovårdens olika arbetssätt såsom hälsofrämjande och föräldrastödjande samtal, hembesök, föräldrastöd i grupp, vaccinationer och hälsoövervakning.

Viktiga uppgifter för barnhälsovården är att främja hälsosamma relationer i familjen, förebygga riskförhållanden och tidigt uppmärksamma och åtgärda situationer där barn misstänks fara illa eller riskerar att fara illa. Det är angeläget att varje BVC har handläggningsrutiner för samverkan med och anmälan till socialtjänsten.

Vägledningens utgångspunkt är att barnhälsovårdens arbete så långt som möjligt är en evidensbaserad praktik som har ambitionen att utvärdera de inslag i verksamheten som inte är evidensbaserade.

Vägledning för barnhälsovården

Sedan Socialstyrelsens allmänna råd *Hälsoundersökningar inom barnhälsovård* från 1991 upphörde att gälla 2009 har det saknats nationella styrdokument för barnhälsovården [1]. Företrädare för mödra- och barnhälsovård samt elevhälsan har dock efterfrågat riktlinjer och nationella rekommendationer för sina verksamheter.

Behovet av att uppdatera vägledningar för barnhälsovården har uppmärksammats av regeringen som gett Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta, tillgängliggöra och kontinuerligt uppdatera vägledningar, rekommendationer och kunskapsöversikter för förlossnings-, nyföddhets- och barnhälsovård samt elevhälsa.

Syftet med denna vägledning är att ge kunskaps- och handläggningsstöd för yrkesverksamma i barnhälsvården, samt beslutsstöd för beslutsfattare i arbetet med att utveckla och genomföra hälsovårdsprogram för barn. Ytterligare ett syfte är att bidra till en mer jämlik barnhälsovård över landet samt att bidra till en evidensbaserad praktik inom barnhälsovården.

Arbetet med vägledningen

Hösten 2010 bjöd Socialstyrelsen in företrädare för barnhälsovårdens olika yrkesgrupper för att identifiera utvecklings- och förbättringsområden inom deras verksamheter. Barnhälsovården representerades då av den så kallade Evelinagruppen som består av företrädare för de olika professionerna utsedda av de centrala barnhälsovårdsenheterna och barnhälsovårdens yrkesföreningar. I ett förberedande arbete deltog samtliga barnhälsovårdsenheter i olika arbetsgrupper utifrån prioriterade utvecklingsområden.

Resultatet från inventeringen redovisades i rapporten *Utvecklingsområden för mödra- och barnhälsovård samt elevhälsa. En kartläggning av professionernas önskemål om riktlinjer eller annan vägledning* [2]. Utifrån dessa prioriteringar genomförde Socialstyrelsen kunskapsöversikter om metoder för tidig upptäckt av psykisk ohälsa [3] och om metoder för tidig upptäckt av utvecklingsavvikelser [4].

Dessutom har en systematisk översikt genomförts över insatser för att främja goda matvanor och fysisk aktivitet bland barn och ungdomar [5] samt en översikt om tillväxt ”*Tillväxtavvikelse som indikator för psykisk och psykosocial hälsa hos barn och ungdomar – en sammanställning av systematiska översikter*”.

För att dokumentera hur de nordiska länderna och England utformar sina hälsovårdsprogram för barn- och skolhälsovård har Socialstyrelsen gjort en sammanställning av tillgänglig dokumentation som beskriver detta [6].

Arbetet med vägledningen har under hela processen stämts av med Evelinagruppen. Det sista året har arbetet skett i samverkan med Evelinagruppens redaktionsråd som också deltar i utvecklingen av den webbaserade *Rikshandboken i barnhälsovård* [7].

Vad är en vägledning?

Vägledningar från Socialstyrelsen ska ge kunskaps- och handläggningsstöd för professionella och beslutsstöd för beslutsfattare. En vägledning från Socialstyrelsen ska vara baserad på bästa tillgängliga kunskap. De systematiska kunskapsöversikter som denna gång har tagits fram inom projektets prioriterade områden har dock bara gett ett begränsat stöd för vägledning. De har därför kompletterats med expertutlåtanden samt professionellas kunskap och erfarenhet. Rekommendationerna i vägledningen är inte sådana allmänna råd som enligt 1 § författningssamlingsförordningen (1976:725) är generella rekommendationer om tillämpningen av en författning som anger hur någon kan eller bör handla i ett visst hänseende.

Denna vägledning är således ett kunskapsunderlag där Socialstyrelsen har sammanställt erfarenheter och aktuell kunskap med beskrivningar av de författningar som reglerar barnhälsovårdens arbete, för att ge stöd för att lokalt och regionalt utforma program för barnhälsovårdens arbete. I löpande text finns i förekommande fall hänvisningar till relevant författning.

Forskning och utvärdering

Enligt 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, ska hälso- och sjukvårdspersonalen utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. På flera områden är den veten-

skapliga grunden bristfällig när det gäller att ge vägledning om hur barnhälsovården bäst kan arbeta hälsofrämjande och stödjande. För att kunna värdera effekter av barnhälsovårdens insatser behövs möjligheter att kontinuerligt kartlägga, sammanställa och dokumentera barns utveckling och hälsa.

Socialstyrelsen presenterade 2013 en modell för att bedöma, införa och följa upp screeningprogram [8]. Modellen är utvecklad för att kunna tillämpas oavsett vilket tillstånd ett screeningprogram är avsett att upptäcka och åtgärda. Med utgångspunkt från kriterierna i modellen visar de översiktsarbeten Socialstyrelsen tagit fram inom projektet att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att rekommendera införandet av någon särskild metod för generell screening för att upptäcka utvecklingsavvikelser eller psykisk ohälsa hos barn.

I fortsatt arbete är det angeläget att även de somatiska hälsoundersökningarna som regelmässigt genomförs inom barnhälsovården analyseras utifrån denna modell, vilket ännu inte har gjorts.

Systematiskt kvalitetsarbete

Med så stora brister i de vetenskapliga underlagen är det angeläget för verksamhetens utveckling att huvudmännen ger verksamheterna förutsättningar för det systematiska kvalitetsarbetet. Utvärderingen av arbetet behöver utvecklas på alla nivåer: på den enskilda BVC-mottagningen, inom landstingens centrala barnhälsovårdsenheter och på nationell nivå (se avsnittet Kvalitetsuppföljning s. 22).

Målgrupp

Den här vägledningen riktar sig i första hand till personal inom barnhälsovården och centrala barnhälsovårdsenheter, till verksamhetschefer för barnhälsovård samt till vårdgivare och beslutsfattare.

Vårdnadshavare – förälder

Vårdnadshavare kan antingen vara en förälder eller båda föräldrarna eller en annan person som är utsedd av domstol. Den som har vårdnaden om ett barn har enligt 6 kap. 2 § föräldrabalken, FB, ett ansvar för barnets personliga förhållanden och ska se till att barnets behov blir tillgodosedda. Vårdnadshavaren har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter, men i takt

med barnets stigande ålder och utveckling ska vårdnadshavaren ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål (6 kap. 11 § FB).

Vårdnad ska inte förväxlas med den dagliga vården av barnet. Ett barn kan bo hos (”vårdas av”) båda föräldrarna efter en skilsmässa även om endast den ena är vårdnadshavare. Barn som är placerade utanför det egna hemmet i ett familjehem bor inte heller hos sina föräldrar.

Vad saknas i vägledningen?

I vägledningen saknas belysning av några viktiga områden i barnhälsovårdens verksamhet, såsom barns miljö och barnsäkerhet. Socialstyrelsen anser att dessa områden är viktiga i barnhälsovårdens verksamheter, men har inte inom ramen för detta projekt haft möjlighet att täcka dem. De finns beskrivna i professionens egen webbaserade Rikshandbok i barnhälsovård [7]. Dessutom saknas ett kapitel om spädbarnsnutrition liksom vägledning kring barns mat i övrigt, såsom övergången från amning till annan kost.

Rikshandboken i barnhälsovård

Professionsföreträdare inom barnhälsovården har med målet att uppnå en likvärdig barnhälsovård tagit fram en nätbaserad, nationell *Rikshandbok i barnhälsovård* [7] som beskriver innehåll i samt metoder och kunskapsunderlag för arbetet inom barnhälsovården. Arbetet med att utveckla och hålla handboken uppdaterad leds av ett tvärprofessionellt redaktionsråd bestående av representanter från barnhälsovårdens överläkare, vårdutvecklare och psykologer som är utsedda av respektive yrkesförening.

Medan Socialstyrelsens vägledning ger övergripande beskrivningar och ramar för barnhälsovårdens verksamhet är professionens ambition med *Rikshandboken i barnhälsovård* att ge konkreta råd för arbetets utförande. Under arbetet med vägledningen har samarbetet med redaktionsrådet för Rikshandboken varit viktigt för att ramverket i vägledningen och det konkreta innehållet i Rikshandboken ska ge en gemensam bas för verksamheterna.

Bakgrund

Barnhälsovården riktar sig till barn från födelsen till start i förskoleklass (alternativt första klass för dem som inte går i förskoleklass) och till barnens föräldrar för att med insatser till alla barn och deras föräldrar och riktade insatser till dem som har särskilda behov bidra till att främja barns hälsa, utveckling och välbefinnande.

Efter riksdagsbeslutet 1937 om frivillig, kostnadsfri och generell mödra- och barnhälsovård skapades barnavårdscentraler successivt över hela landet. I barnhälsovårdens mål och innehåll betonades under 1960-talet en hälsoövervakande och handikappuppspårande uppgift. Från 1970-talet och framåt framhävs alltmer uppgiften att stödja och aktivera föräldrar i deras föräldraskap för att skapa gynnsamma betingelser för en allsidig utveckling hos barn.

År 1980 beslöt riksdagen att mödra- och barnhälsovården skulle erbjuda föräldrautbildning som ett led i samhällets insatser för att skapa goda villkor för familjen och goda uppväxtvillkor för barnen. De konkreta målen för denna var att öka kunskaper samt skapa kontaktytor för föräldrar och möjlighet till medvetenhet om och påverkan av samhälleliga förhållanden för barn (prop. 1978/79:168 Föräldrautbildning och förbättringar av föräldraförsäkringen m.m.).

I allmänna råd från Socialstyrelsen, *Hälsovård för mödrar och barn inom primärvården 1981:8* och *Hälsoundersökningar inom barnhälsovården 1991:8*, definierades målen för barnhälsovårdens arbete. Dessa allmänna råd har upphävts genom ett meddelandeblad eftersom de var inaktuella [1].

Utveckling mot hälsofrämjande och förebyggande uppgifter

Från att barnhälsovården främst haft ett hälsoövervakande perspektiv har den alltmer fått en hälsofrämjande och förebyggande uppgift, liksom uppgiften att uppmärksamma behoven hos barn som har ökad risk för hälsoproblem [9]. Det har bland annat inneburit följande:

- Uppgiften är att uppmärksamma barnet i sin familj och att ge stöd till föräldrar i deras föräldraskap.
- Relationen mellan professionella och föräldrar skiftar fokus från kontroll eller övervakning till partnerskap.
- Uppgiften blir alltmer att öka föräldrars delaktighet och tilltro till sin egen förmåga (empowerment) och uppmuntra dem till att ställa krav på professionella för sina behov [9].

Också internationellt har hälsoövervakning och förebyggande insatser kompletterats med ett hälsofrämjande perspektiv [10, 11].

Barnhälsovårdens uppgifter i dag

En central uppgift för barnhälsovården är att främja och följa alla barns hälsa, utveckling och livssituation. Förändringar i det samtida samhället kan innebära nya påfrestningar för barn och deras familjer med nya hot mot hälsan (prop. 2002/03:35 Mål för folkhälsan s. 14). Därför finns det skäl för barnhälsovården att följa barns aktuella hälsoläge och vara beredd på att uppmärksamma nya hälsorisker.

Samma proposition beskriver att det finns barn som kräver särskild uppmärksamhet: ”Barn i socialbidragshushåll, barn till missbrukande föräldrar och psykiskt sjuka föräldrar samt barn till ensamföräldrar har i genomsnitt en sämre hälsoutveckling än andra barn. Barn till flyktingar och barn som kommer ensamma till Sverige är riskgrupper ur ett hälsoperspektiv och bör uppmärksammas.”

I flera sammanhang har oroande tendenser till ökad ojämlikhet i hälsa uppmärksammats, vilket manar till särskild uppmärksamhet och särskilda insatser för barn [12, 13].

Barnhälsovården i folkhälsoarbetet

I propositionen 2002/03:35 Mål för folkhälsan som antogs av riksdagen 2003 beskrivs att det övergripande nationella målet för allt folkhälsoarbete är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

I propositionen betonas att det är ”särskilt angeläget att hälsan förbättras för de grupper som är mest utsatta för ohälsa” (prop. 2002/03:35 s. 1). Elva målområden definierades för att med utgångspunkt från hälsans bestämningsfaktorer ringa in de områden inom vilka man bedömde att hälsofrämjande insatser är särskilt angelägna (prop. 2002/03:35 s. 47–89).

Ett av dessa mål är ”trygga och jämlika uppväxtvillkor” (prop. 2002/03:35 s. 53) som motiveras med att hälsan grundläggs under barndomen och att goda uppväxtvillkor är avgörande för barns och ungdomars hälsa och för folkhälsan på lång sikt (prop. 2002/03:35 s. 54).

Barnhälsovården är en del av detta folkhälsoarbete och har en viktig roll genom att den når så gott som alla barn och har ett stort förtroende bland befolkningen. Det är en utmaning för barnhälsovården att förvalta det förtroendet så att alla barnfamiljer också fortsättningsvis nås av barnhälsovårdens insatser och att barnhälsovården tar en aktiv del i folkhälsoarbetet. I utmaningen ligger att utveckla och anpassa sitt arbetssätt till förändringar i samhällsutvecklingen för att möta aktuella och framtida uppgifter inom folkhälsoområdet.

Barnhälsovårdens mål

I 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, definieras vad som är målet för all hälso- och sjukvård och därmed också barnhälsovården: ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.”

I 1 § HSL anges att med hälso- och sjukvård avses i denna lag åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Av förarbetena till HSL framgår att definitionen i 1 § HSL innefattar såväl miljöinriktade som individinriktade förebyggande åtgärder och att den sistnämnda åtgärden innefattar åtgärder för att spåra upp hälsoproblem (prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslagen s. 110). I samma förarbeten tas allmänna och riktade hälsokontroller, vaccinationer, hälsoupplysning samt mödra- och barnhälsovård upp som exempel på förebyggande individinriktade åtgärder.

Av 2 c § HSL följer att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Vidare anges i 3 § HSL att varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget.

Barnhälsovårdens mål finns inte specifikt definierade i lagtext. Socialstyrelsen beskrev i allmänna råd 1991 mål och delmål för barnhälsovårdens arbete. De allmänna råden har upphävts men de mål som beskrevs i dem återkommer fortfarande med något olika formuleringar i regionala och lokala riktlinjer för barnhälsovården.

Barnhälsovårdens mål

Socialstyrelsens bedömning är att följande mål och insatser kan vara vägledande för huvudmännens fortsatta arbete med barnhälsovårdens verksamhet.

Barnhälsovårdens mål är att:

- främja barns hälsa och utveckling
- förebygga ohälsa hos barn
- tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem i barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö.
- För att på ett framgångsrikt sätt nå upp till dessa mål kan barnhälsovården:
- erbjuda insatser till alla barn och deras föräldrar – såsom att stödja och aktivera föräldrar i deras föräldraskap för att på så sätt skapa gynnsamma betingelser för en allsidig utveckling för barn
- ge individuellt utformad hjälp till barn och deras föräldrar då ett barn löper högre risk att drabbas av ohälsa eller redan har nedsatt hälsa
- erbjuda hälsoövervakning av alla barn
- uppmärksamma förhållanden i barnets närmiljö.

Barnhälsovårdens organisation

Regeringen uttrycker i sin *Strategi för en god och mer jämlik vård 2012–2016 (*s. 22) att ”alla barn i Sverige ska ges tillgång till kostnadsfri hälsovård och det finns generella program som följer deras hälsoutveckling med återkommande besök och kontroller hos barn-, skol- och tandhälsovården.”

Barnhälsovård organiseras i form av barnavårdscentraler (BVC) med ansvar för de barn som de har inskrivna. BVC kan vara både privat och offentligt drivna. De kan vara en del av en familjecentral som förutom barnhälsovård innehåller mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst med inriktning mot förebyggande arbete. På en familjecentral arbetar flera olika yrkeskategorier, ofta med olika huvudmän, tillsammans kring barnfamiljen. I en kunskapsöversikt redovisade Socialstyrelsen 2008 sina erfarenheter av barnhälsovårdens arbete organiserat inom familjecentral [14].

På en BVC arbetar en eller flera legitimerade sjuksköterskor med specialistsjuksköterskeexamen som distriktssköterska alternativt med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdom. Legitimerade läkare med adekvat kompetens, såsom läkare med specialistkompetens i allmänmedicin, pediatrik eller barnpsykiatri, är knutna till varje BVC. Barnhälsovårdspsykolog arbetar i direkt kontakt med barn och föräldrar och som stöd för BVC-personal i det psykosociala och föräldrastödjande arbetet. Inom vissa landsting finns det andra yrkeskategorier såsom socionom, dietist, ortoptist och logoped knutna till barnhälsovården.

På vad som kallas ”integrerad BVC” arbetar sjuksköterskan med både barnhälsovård på BVC och med vuxna på distriktssköterskemottagning eller vårdcentral. På ”hel-BVC” arbetar sjuksköterskan enbart på BVC som är avgränsad från annan verksamhet. Olika vetenskapliga studier har visat på fördelar med ”hel-BVC”, främst genom att personalen ges möjligheter att utveckla kompetens och metoder för arbetet inom barnhälsovården [15]. Denna specialisering ger vissa fördelar med större detaljkunskap på området, medan kontinuitet och generalistperspektiv ger andra fördelar med större

kännedom om de enskilda föräldrarnas bakgrund och levnadsvillkor när BVC är en del av en vårdcentrals övriga uppdrag.

Barnhälsovården erbjuder hälsovägledning, föräldrastöd och hälsoövervakning av alla anslutna barn enligt ett för barnhälsovårdsområdet lokalt eller regionalt fastställt program. En aktuell kartläggning visar att det råder stora skillnader mellan vad olika landsting erbjuder, såsom tidpunkter för undersökningar, antal rutinmässiga läkarkontakter och val av metoder [16].

I alla landsting finns barnhälsovårdsöverläkare och en sjuksköterska som vårdutvecklare eller samordnare. De har av sin landstingsledning fått i uppdrag att utbilda barnhälsovårdspersonal, ansvara för verksamhetsutveckling, följa kvaliteten, utveckla metoder och ge metodstöd samt bevaka och följa barns hälsa ur ett folkhälsoperspektiv.

Barnhälsovårdens förutsättningar

Ledningen av hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet (28 § HSL). Inom verksamheter som bedriver barnhälsovård ska det finnas en verksamhetschef som svarar för verksamheten och som har det samlade ledningsansvaret (29 § HSL). Verksamhetschefen får uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter (30 § HSL). I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:8) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvård anges att verksamhetschefen ansvarar för den löpande verksamheten inom sitt område och ser till att den fungerar på ett tillfredsställande sätt. I de allmänna råden anges även att till verksamhetschefens uppgifter hör, förutom att tillse att det medicinska omhändertagandet av patienten tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet och god vård, att tillse att samverkan och samordning med andra enheter fungerar på ett för patienten tillfredsställande sätt, att det finns de direktiv och instruktioner som verksamheten kräver, att personalens kompetens upprätthålls genom adekvata vidareutbildningsinsatser m.m.

Kompetens

Kvaliteten i barnhälsovården är beroende av kompetensen hos personalen. Barnläkarföreningen, Distriktsläkarföreningen och Svensk förening för allmänmedicin har gemensamt tagit fram *Nationell*

målbeskrivning för läkartjänstgöring inom barnhälsovården där önskvärd kompetens för läkares tjänstgöring inom barnhälsovården beskrivs. På motsvarande sätt finns *Nationell målbeskrivning för sjuksköterskеtjänstgöring inom barnhälsovården* (båda finns tillgängliga på Rikshandbokens webbplats).

I dessa dokument beskrivs att grunden för tjänstgöring inom barnhälsovården är kunskaper om barns utveckling och om barnaålderns sjukdomar. Dessutom behövs kunskaper om sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande åtgärder och sociala faktorers betydelse. Vanliga arbetsuppgifter är att värdera barns hälsa och utveckling, ge adekvata svar på föräldrars frågor samt stödja föräldrar i deras föräldraskap. För detta behövs återkommande fortbildning och möjlighet till metodträning och information om ny kunskap.

Detta är uppgifter som ofta tilldelas de centrala barnhälsovårdsteamen i respektive landsting. Det är sedan verksamhetschefens ansvar att BVC-personalen får adekvat kompetensutveckling och ges möjlighet att delta i fortbildning (29 § HSL).

I en rapport från 2001 presenterade en arbetsgrupp inom Socialstyrelsen *Åtgärder för att stärka barnkompetensen inom hälso- och sjukvården* [17]. Bakgrunden till arbetet var att det till Socialstyrelsen framkommit oro om uttunnad barnkompetens i hälso- och sjukvården.

Arbetsgruppen ansåg att det krävs ett visst antal barn för att personalen ska kunna upprätthålla sina kunskaper om barn och utveckla en adekvat metodik i arbetet (för varje BVC-sjuksköterska krävs ett minimum på 25 nyfödda per år för att han eller hon ska kunna ägna 20 timmar eller mer per vecka åt barnhälsovård).

Resurser

Ett annat förslag från den ovan nämnda arbetsgruppen var att det krävs en förstärkning av BVC:s resurser i invandrarrika och ”socialt tunga” områden enligt särskilda beräkningar av vårdtyngd. Några landsting har utvecklat sätt för att beräkna olika BVC-områdens vårdtyngd för att med det som underlag fördela resurser. Till exempel har barnhälsovården i Örebro och Uppsala län arbetat fram en mall för att beräkna vårdtyngd där man tar hänsyn till olika faktorer som kan ha betydelse för vårdtyngden, till exempel andelen förstabarnsföräldrar och andelen familjer med utländsk härkomst [18].

Barnhälsovårdsjournal

Barnhälsovårdsjournal ska upprättas för varje barn och finnas tillgänglig på den BVC där barnet är inskrivet.

Inom barnhälsovården ska det vid vård och behandling av patienter föras patientjournal. En patientjournal ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter. Detta framgår av 3 kap. 1 § patientdatalagen (2008:355), PDL. I 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården anges att vårdgivaren ska säkerställa att det finns rutiner för hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournaler. Föreskriften är föremål för revidering.

Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten (3 kap. 2 § PDL). Patientjournalen är primärt ett arbetsinstrument för hälso- och sjukvårdspersonalen men har även betydelse som underlag vid verksamhetsuppföljning, kontroll och tillsyn (prop. 2007/08:126 Patientdatalag m.m. s. 89–90).

Dessutom är journalen en viktig informationskälla för patienten (3 kap. 2 § PDL). Bestämmelser om patientens rätt att ta del av uppgifter i journalhandlingar finns i 8 kap. PDL.

Personal vid BVC får endast ta del av dokumenterade uppgifter om en patient om de deltar i vården av patienten eller om de av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1 § PDL).

Vårdgivaren ansvarar för att tilldela behörighet för elektronisk åtkomst till patientuppgifter på ett sådant sätt att personalen inte har mer behörighet än vad de behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården (4 kap 2 § PDL). Dessutom har vårdgivaren ansvar för att åtkomst till patientuppgifter dokumenteras (loggas) och kan kontrolleras (4 kap. 3 § PDL).

En journalhandling ska sparas i minst tio år efter det att den sista uppgiften fördes in i handlingen (3 kap. 17 § PDL). För den offentliga hälso- och sjukvården gäller också bestämmelserna i arkivlagen (1990:782) om att bevara och gallra allmänna handlingar (3 kap. 18 § PDL). Dokumenterade personuppgifter ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem (1 kap. 2 § PDL).

Vårdgivaren ansvarar för att patientjournaler sparas och hanteras enligt nämnda bestämmelser i patientdatalagen. En kopia av hela eller delar av patientjournalen kan med vårdnadshavarnas eller barnets samtycke överlämnas till annan vårdgivare, exempelvis till elevhälsan. Det framgår av offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL (12 kap. 2–3 §§). Vårdgivarens rutiner för hantering av patientuppgifter ska säkerställa att uppgifterna kan lämnas ut när förutsättningarna för ett utlämnande är uppfyllda. Det ska framgå av rutinerna vem, eller vilka, som har rätt att på vårdgivarens uppdrag fatta beslut om ett utlämnande (4 kap. 7 § SOSFS 2008:14).

För mer information, se *Socialstyrelsens handbok om informationshantering och journalföring* [19].

Kvalitetsuppföljning

Kvaliteten i barnhälsovården ska systematiskt och fortlöpande utvecklas, följas och säkras.

I 31 § HSL anges att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och i 3 kap. PSL finns bestämmelser om att vårdgivaren är skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (3 kap. 1–2 §§ SOSFS 2011:9).

SOSFS 2011:9 reglerar hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas. Med kvalitet menas att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter för verksamheten samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter (2 kap. 1 § SOSFS 2011:9).

Av SOSFS 2011:9 framgår följande:

- Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem (3 kap. 1 § SOSFS 2011:9).

- Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för händelser som kan försämra verksamhetens kvalitet (5 kap. 1 § SOSFS 2011:9).
- Vårdgivaren ska utöva egenkontroll (5 kap. 2 § SOSFS 2011:9).
- Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamheten ska dokumenteras (7 kap. 1 § SOSFS 2011:9).

Egenkontroll kan bland annat innebära att vårdgivaren jämför resultat med verksamhetens tidigare resultat, granskar journaler, akter och annan dokumentation samt undersöker om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan försämra verksamhetens kvalitet (5 kap 2 § SOSFS 2011:9).

Socialstyrelsen har tagit fram stödmaterial, bland annat en webbföreläsning [20], en handbok [21] och frågor och svar om ledningssystem [22], som ska ge vårdgivare, socialtjänst och dem som arbetar enligt LSS stöd i hur de ska arbeta med ledningssystem för systematisk kvalitetsutveckling.

Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer är ett verktyg för att mäta och följa upp kvaliteten inom verksamheten. Indikatorerna ska synliggöra kvaliteten eller förutsättningarna för god kvalitet ur olika perspektiv. Svårigheterna och möjligheterna med att använda indikatorer för att mäta och beskriva barns hälsa i dag beskrivs i en rapport från Karolinska Institutets Folkhälsoakademi [23] och i en rapport från Socialstyrelsen [24].

Med erfarenhet från dessa rapporter kan framgångsfaktorerna för systematiskt kvalitetsarbete beskrivas som

- lokal förankring på verksamheternas chefsnivå, som sanktionerar att tid avsätts för fortlöpande kvalitetsarbete
- lättanvända datorstödda system som minimerar dubbelarbete
- automatiserade funktioner för överföring av data till en kvalitetsdatabas
- lokalt tillgängliga anvisningar och metodstöd, både skriftliga och personella
- tillgång till nationellt överenskomna kvalitetsindikatorer.

Professions initiativ med att skapa ett så kallat nationellt kvalitetsregister för barnhälsovården, BHVQ (se nedan), kan ses som är ett försök att förverkliga detta.

Register och årlig sammanställning på nationell nivå

Kvalitetsuppföljning av barnhälsovården på nationell, regional och lokal nivå behövs för att följa utvecklingen av barnhälsovårdens arbete, följa förändringar och göra jämförelser av hälsoläget hos barn i olika delar av landet samt evidensvärdera metoder och arbetssätt.

De nationella hälsodatabaser som existerar i dag som inkluderar barn på individnivå är cancerregistret, slutenvårdsregistret, läkemedelsregistret samt medicinska födelseregistret och missbildningsregistret. Det finns däremot ingen möjlighet att på nationell nivå sammanställa uppgifter som speglar individbaserade uppföljningar av barnhälsovårdens arbete. Det innebär att det i dag är svårt att på nationell nivå värdera verksamhetens innehåll och resultat.

Landstingens centrala barnhälsovårdsenheter sammanställer årligen uppgifter om amning [25], rökning [26] och vaccinationer som redovisas på nationell nivå inom Socialstyrelsen respektive Folkhälsomyndigheten. Företrädare för professionerna inom barnhälsovården har tagit initiativ för att utveckla ett nationellt kvalitetsregister för barnhälsovården i Sverige. Detta arbete har dokumenterats i en rapport av Allmänna Barnhuset 2005 [27] och resulterat i utvecklingen av ett nationellt kvalitetsregister, BHVQ [28]. Målsättningen är att sammanställningar ur registret ska göra det möjligt att vidareutveckla och evidensbasera metoder och arbetssätt, göra jämförelser över landet och följa utvecklingen av och förändringar i hälsoläget bland barn på nationell, regional och lokal nivå.

Perspektiv i barnhälsovårdens arbete

Barnkonventionen

Förenta Nationernas konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen, är vägledande för arbetet inom barnhälsovården. All planering och alla åtgärder ska ha ett barnperspektiv där barnets bästa kommer i främsta rummet.

Riksdagen godkände 2010 den strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige som regeringen föreslog i proposition 2009/10:232 Strategi för att stärka barnets rättigheter. Strategin utgår från de mänskliga rättigheter som varje barn ska tillförsäkras enligt internationella överenskommelser, särskilt de åtaganden som följer av barnkonventionen. Avsikten är att strategin ska vara en utgångspunkt för offentliga aktörer på statlig och kommunal nivå som i sina verksamheter ska säkerställa de rättigheter barn har (prop. 2009/10:232 s. 1). Socialdepartementet har presenterat den av riksdagen godkända strategin i broschyren *Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige* [29].

Genom att ratificera barnkonventionen har Sverige folkrättsligt förbundit sig att ha en lagstiftning som står i överensstämmelse med konventionens artiklar. Barnkonventionen innehåller fyra huvudprinciper som är vägledande för hur konventionens övriga artiklar ska tolkas [30]:

- Artikel 2: Alla barn har samma rättigheter och lika värde. Ingen får diskrimineras.
- Artikel 3: Barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla beslut som rör barn.
- Artikel 6: Alla barn har rätt till liv, överlevnad och utveckling.
- Artikel 12: Varje barn har rätt att uttrycka sin mening och höras i alla frågor som rör henne eller honom. Barnets åsikt ska beaktas i förhållande till barnets ålder och mognad

Det finns ytterligare två artiklar som explicit berör barnhälsovården:

- Artikel 19: Barn har rätt att skyddas mot alla former av våld, vanvård, misshandel och övergrepp. Barn ska inte bli utnyttjade av sina föräldrar eller andra vårdnadshavare.
- Artikel 24: Hälso- och sjukvård ska ta hänsyn till barns hälsa eftersom varje barn har rätt till bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård.

Folkrättsligt är det Sverige som stat som är ansvarig för åtagandena enligt barnkonventionen. Att barnkonventionen ska vara vägledande för arbetet inom barnhälsovården innebär också förväntningar på att verksamheten fortlöpande utvärderar att det praktiska arbetet följer barnkonventionen [31].

Barnperspektiv

Barnhälsovårdens arbete ska liksom andra verksamheter som riktar sig till barn och unga präglas av ett barnperspektiv (artikel 3 barnkonventionen). Barnperspektivet kan delas upp utifrån tre olika aspekter som belyser barns rättigheter och barns bästa: barnperspektivet, barnets perspektiv och barnrättsperspektivet [32, 33].

- *Barnperspektivet* innebär att en vuxen så långt som möjligt sätter sig in i ett barns situation och försöker se till barnets bästa.
- *Barnets perspektiv* innebär att barnet självt blir lyssnat på och utifrån ålder och mognad ges möjlighet att få bidra med sina erfarenheter, synpunkter och förslag. Om det av speciella skäl inte är möjligt att göra detta är det viktigt att hämta in barnets åsikter i efterhand.
- *Barnrättsperspektivet* är ingen personlig tolkning av vad som är bäst för barnet utan uttrycker en skyldighet att genom lämpliga åtgärder förverkliga barnets mänskliga rättigheter och barnets bästa liksom barnets rättigheter som de är formulerade i barnkonventionen.

Etiskt perspektiv

Värderingen av etiska aspekter har betydelse vid val av metoder och inriktning på insatser.

I proposition 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (s. 15) anger regeringen tre principer som bör ligga till grund för prioriteringar inom vården:

- människovärdesprincipen – alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället
- behovs- och solidaritetsprincipen – resurserna bör fördelas efter behov
- kostnadseffektivitetsprincipen – vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör man sträva efter en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet.

Principen om kostnadseffektivitet innebär att hälso- och sjukvården vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör eftersträva en rimlig relation mellan å ena sidan kostnader i form av insatta resurser av olika slag, och å andra sidan effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet. Denna princip ska vara underordnad människovärdes- samt behovs- och solidaritetsprincipen (prop. 1996/97:60 s. 18).

Statens medicinsk etiska råd (SMER) har i en översikt kring etiska frågeställningar inom hälso- och sjukvård beskrivit fyra principer som återkommer i internationell litteratur om verktyg för den etiska analysen [34]. Karolinska Institutets Folkhälsoakademi har i en vägledning utvecklat hur principerna kan användas när det gäller att välja hälsofrämjande insatser [35]:

- Insatserna ska göra gott (göra gott-principen).
- Insatserna ska inte skada (icke skada-principen).
- Insatserna ska utgå från att alla människor har lika värde (likavärdesprincipen).
- Insatserna ska respektera människors självbestämmande (självbestämmandeprincipen).

Det finns flera aspekter av barnhälsovårdens arbete som har etiska dimensioner. Här följer några exempel:

Hälsoövervakning och screening ger positiva vinster – gör gott – om identifiering av misstänkta problem leder till ett förbättrat omhändertagande och bättre hälsa för barnet. Det kräver dock till exempel att personalen är utbildad för att tolka resultat av hälsoövervakningen, att föräldern får adekvat information om hälsoövervakningens betydelse, att det finns klara remissvägar för fortsatt utredning och att behandling leder till bättre hälsa [36].

Om det inte finns organisatoriska förutsättningar eller om inte professionen har kompetens att handlägga resultatet av en insats som utförs, speciellt om inte barnet eller föräldern bett om den (till exempel vid screening), är hälsoövervakningen inte etiskt acceptabel och kan i stället innebära ett brott mot principen att göra gott [37].

Hälsoövervakning syftar bland annat till att identifiera riskfaktorer för barnets hälsa, till exempel förhållanden i barnets omgivning. Det innebär att det finns en risk för att uppmärksamheten på familjeförhållanden kan upplevas som kränkande av individers självbestämmande (autonomiprincipen).

Vidare ska personalens möten med barn alltid utgå från barnperspektivet och barnrättsperspektivet som de definieras i artikel 3 barnkonventionen. Detta kan ibland medföra svåra avgöranden, till exempel när barn misstänks fara illa. Valet av handläggning får då stor betydelse för barn och föräldrar och aktualiserar behovet av upparbetade rutiner.

Exemplen illustrerar behovet av att det inom barnhälsovården finns utrymme för etisk analys av arbetet och möjlighet att konsultera en etikkunnig person vid komplicerade avvägningar.

Perspektiv utifrån barnets familj

De familjer som kommer till BVC har olika sammansättning och kulturell bakgrund. Medvetenhet om detta får betydelse för hur verksamheten utformas, hur bemötandet sker och hur samtal och informationsmaterial utformas.

Sammansättningen av barnfamiljer och föräldrars bakgrund är i dag markant annorlunda än då arbetssätt och rutiner för BVC:s arbete grundlades för 20–30 år sedan.

Barn med föräldrar födda utomlands

År 2012 hade cirka 18 procent av alla barn i förskoleåldern föräldrar som båda var födda i ett annat land, men variationerna är mycket stora mellan landets kommuner [38]. I vissa storstadskommuner är nästan hälften av föräldrarna till barn i förskoleåldern födda i ett annat land, medan det i andra små kommuner eller kommundelar är endast 5 procent.

Forskningsöversikter beskriver att det är en stor utmaning att erbjuda hälsovård till personer med annat kulturellt och nationellt ursprung än det egna [39, 40]. En speciell typ av kompetens, så kallad kulturell kompetens, anses vara nödvändig. Brist på kulturell medvetenhet och kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonal leder till missbedömningar, feltolkningar och slutligen felaktiga beslut om hälsovårdande insatser [41]. Begreppet kulturell kompetens gäller förstås många andra dimensioner än vilket land föräldern kommer från. Sådana aspekter av föräldrars bakgrund som social position och genus har betydelse för bemötande.

I Lättlästutredningen SOU 2013:58 s. 49 framhålls att det är viktigt att hälso- och sjukvården erbjuder lättläst material och information på hemspråk i så stor utsträckning som möjligt.

Ett avhandlingsarbete från Karolinska Institutet [42] har studerat BVC-sjuksköterskors möten med föräldrar och barn av utländsk härkomst. Den beskriver att en stor andel av de deltagande BVC-sjuksköterskorna upplevde brister i de yttre förutsättningarna för dessa möten och att de hade bristande kulturell kompetens för att klara dem. Det medförde att de hade svårt att utföra vissa arbetsuppgifter, till exempel bedöma om den psykosociala hemmiljön utgjorde en risk

eller inte för barnets hälsa och utveckling.

Erfarenheterna från forskningen visar att det finns ett behov av kunskapsutveckling, metodutveckling och medvetenhet om kulturella förhållandens betydelse för barnhälsovårdens möte med föräldrar av utländsk härkomst [43].

Barn med ensamstående och separerade föräldrar

Ungefär 15 procent av barn som inte uppnått skolålder har föräldrar som inte lever tillsammans [44]. Av dessa bor 27 procent växelvis (det vill säga lika mycket) och 65 procent delvis med båda sina föräldrar. För barn i skolåldern är andelen som bor växelvis hos föräldrarna ännu högre, cirka 40 procent. Fyra av fem barn som bor med en av sina ursprungliga föräldrar bor med sin mamma, men andelen som bor hos sin pappa har ökat under de sista tio åren [45].

Växelvis boende är vanligare bland familjer med medelhög och hög inkomst och i familjer med svenskfödda barn och föräldrar [44]. Att uppmärksamma och stärka föräldrar i gemensamt föräldraskap utgör en viktig uppgift [46].

Barn med samkönade föräldrar

Antalet barn som bor i familjer med samkönade föräldrar har tiodubblats under de senaste tio åren [47]. År 2009 levde 851 barn under 18 år med två kvinnor eller två män som hade registrerat partnerskap eller gift sig efter lagändringen 2009 (prop. 2008/09:80 Äktenskapsfrågor s. 1). Ungefär hälften av dessa barn var under 3 år och de allra flesta var folkbokförda med två mammor. Statistiska centralbyrån (SCB) påtalar att statistiken underskattar antalet barn som bor med föräldrar av samma kön eftersom den är begränsad till de barn vars föräldrar är gifta eller registrerade partner [47].

Barnhälsovården möter barn som lever i vad som kommit att kallas regnbågsfamiljer, det vill säga en familj där en eller flera av de vuxna familjemedlemmarna är hbt-person (homosexuell, bisexuell eller transperson). Det finns i dag värdefulla erfarenheter som barnhälsovården skulle kunna ta del av för att vara bättre förberedda på hur man kan möta andra familjekonstellationer än den traditionella [48, 49].

Barn med unga föräldrar

Sedan mitten av 1990-talet får varje år omkring 350 flickor under 18 år barn. De flesta av dessa, omkring två tredjedelar, är 17 år när de får barn. Antalet tonårsfäder är lägre. Mellan 50 och 100 pojkar under 18 år får barn varje år [47]. Tidigare var det fler tonåringar som blev föräldrar. Vid mitten av 1960-talet fick årligen cirka 4 000 flickor under 18 år barn [47].

Även om tonårsföräldrarna i dag är relativt få är det föräldrar som ofta behöver extra stöd och uppmärksamhet av BVC-personal.

Barn till föräldrar med allvarliga svårigheter

När föräldrar har allvarliga svårigheter påverkas hela familjen [50]. Missbruk, allvarlig sjukdom eller skada liksom psykisk ohälsa får konsekvenser för de anhöriga. Barn som anhöriga är av flera skäl särskilt sårbara. De kan ha svårt att förstå det som händer och de riskerar att påverkas negativt av de vuxnas och sin egen oro. Vidare kan de påverkas av de förändringar i vardagen som uppkommer, med ibland orimligt stort ansvarstagande, kanske bristande omsorg och svåra upplevelser. Problemen i familjen kan dessutom påverka föräldrarnas möjligheter att ge barnen stöd i sin utveckling [50].

Enligt 2 g § HSL och 6 kap. 5 § andra stycket PSL ska hälso- och sjukvården särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd när en förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

- har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning
- har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada
- missbrukar alkohol eller annat beroendeframkallande medel
- oväntat avlider.

Barn till föräldrar med funktionsnedsättning

Många föräldrar har olika former av funktionsnedsättning. Det kan vara kroppsliga funktionsnedsättningar såsom rörelsehinder eller synnedsättning, kognitiva såsom utvecklingsstörning [51] eller Aspergers syndrom [52] eller psykiatriska funktionsnedsättningar såsom bipolär sjukdom eller schizofreni [53]. Det är viktigt att man på BVC skapar förhållanden så att en förälder med funktionsnedsätt-

ning känner sig välkommen och möts med respekt och förståelse för sina specifika behov. I SOU 1996:16 När åsikter blir behandling – en kunskapsöversikt om bemötande av personer med funktionshinder ges olika exempel på hur betydelsefullt bemötandet av personer med funktionsnedsättningar är.

Barnhälsovården kan erbjuda riktat stöd. Det kan vara tätare besök på BVC, extra hänsyn till kontinuitet i kontakten, hjälp med påminnelser inför besök, frekventa hembesök, hjälp med slussning till öppen förskola och särskild anpassning av innehållet vid deltagande i föräldragrupp med mera.

Behovet av att anpassa information och bemötande aktualiseras inte minst i mötet med en förälder med utvecklingsstörning, vilket beskrivs i Lättlästutredningen (SOU 2013:58). Det är nödvändigt för att förhindra att missuppfattningar uppstår kring barnets omvårdnad eller att föräldern känner sig överkörd. Socialstyrelsens lägesbeskrivning gällande barn som har föräldrar med utvecklingsstörning [51] ger information för att öka kunskapsnivån kring detta område.

Jämlikhets- och genusperspektiv

Det är angeläget att personal inom barnhälsovården är medvetna om hur fäders och mäns roller på BVC uppmärksammas. Det kan gälla allt från bemötande, innehåll i samtalen vid mottagningsbesök och i samband med föräldragrupper, till hur den fysiska miljön utformas liksom hur man förmedlar sin syn på flickor och pojkar.

Det senaste decenniet har betydelsen av kön och genus för hälsa, sjuklighet och behandlingsresultat i hälso- och sjukvården fått ökad uppmärksamhet, både nationellt och internationellt. Det främsta skälet är ambitionen att uppnå jämställdhet mellan män och kvinnor ur ett övergripande hälsopolitiskt perspektiv. Bland annat har Världshälsoorganisationen (WHO) i många sammanhang pekat på vikten av att integrera jämställdhetsperspektivet i forskning och vård [54]. Denna utveckling låg bakom att en utredning tillsattes för att belysa frågor om könsskillnader i hälso- och sjukvården. Utredningens betänkande, *Jämställd vård – olika vård på lika villkor* (SOU 1996:133), pekade på en rad områden där jämställdheten kunde förbättras.

Socialstyrelsen har i en rapport redovisat jämställdhetsaspekter på hälso- och sjukvården med fokus på vårdens kvalitet, kostnader och tillgänglighet för kvinnor och män [55].

Genusperspektiv

Med genusperspektiv avses medvetenhet om de sociala och kulturella föreställningar som finns i samhället om hur kvinnor och flickor respektive män och pojkar förväntas vara och agera [55].

Från att ett barn föds, bemöts flickor och pojkar olika utifrån omgivningens förväntningar och attityder. Den fråga som ofta är den första som ställs när ett barn är fött är: ”vad blev det?”, vilket visar på betydelsen av kön för de flesta människor. Barnet införlivar i sin självbild vad som förväntas av dem, och lär sig snabbt vad som ger positiv respons. På det sättet medverkar vi alla genom livet, oftast omedvetet och genom de normer som gäller för vår tid och i vårt samhälle, till *de sociala processer* där genus formas. Dessa processer sker i samklang med ett vidare socialt och kulturellt genussystem [56].

Familjers sammansättning och de vuxnas ansvarsroller har förändrats under de sista årtiondena. Barnhälsovården kan inte utgå från traditionella familjemönster där det till exempel har varit mamman som stått för den huvudsakliga kontakten med barnhälsovården. Personal inom barnhälsovården behöver vara medvetna om hur mäns roller på BVC uppmärksammas i allt från bemötande och innehåll i samtalsteman i föräldragrupper eller mottagningsbesök till utformningen av den fysiska miljön [57].

I vidare mening ingår i barnhälsovårdens främjande uppdrag att i sitt möte med familjer medverka till att skapa förutsättningar för föräldrar, såväl män som kvinnor, att öka sin delaktighet i föräldraskapet och underlätta dialogen inom familjen om föräldraskapets olika förutsättningar ur ett genus- och jämställdhetsperspektiv [55].

I nästa led kommer en medvetenhet om hur förväntningar och normer spelar in i mötet mellan föräldrar och barn. Att människor ibland upplever sig kränkta även i vården kan ofta kopplas till de normer som råder i verksamheten. Att tillämpa ett normkritiskt perspektiv innebär att fokusera på de normer och maktstrukturer som gör att vissa personer uppfattas som avvikare och på konsekvenserna av detta. Ett normkritiskt perspektiv skiljer sig från ett toleransperspektiv där

syftet är att skapa förståelse och empati för människor som utsätts för diskriminering genom att fokusera på dem som är ”utsatta” och förbise dem som ”utsätter”, vilket kan bidra till att befästa normer [58].

Syftet med att tillämpa ett normkritiskt perspektiv är att synliggöra och problematisera förhållningssätt och normer för att förändra de föreställningar och handlingsmönster som befäster ojämlika strukturer, och det kan vara en pågående utvecklingsuppgift för barnhälsovården.

Studier har visat att ett av hindren för pappors deltagande på BVC är personalens attityder [59, 60].

Ett avsnitt av rapporten till Statens folkhälsoinstitut *BVC – den viktigaste livlinan under barnets första levnadsår* [61] beskriver barnhälsovården ur ett genusperspektiv [57]. Den sammanfattar, efter att författarna har intervjuat fäder och granskat utformningen av väntrum på 31 BVC spridda över landet, att ”det är tydligt att det finns mycket som går att göra för att förmedla en känsla av att även pappor hör hemma på BVC. Nästan hälften av de BVC som deltog i denna undersökning var så genusmärkta att väntrummens budskap blev att pappor inte hörde hemma där – åtminstone inte i samma utsträckning som mammorna.” Vidare konstaterar man följande: ”I sammanhanget är det värt att notera att det finns en motsättning mellan den medvetenhet om hur viktigt det är att försöka involvera papporna, som framkommer hos BVC-sjuksköterskorna i vår studie, och hur papporna själva uppfattar att de blir bemötta på BVC. Många fäder känner att verksamheten har ett tydligt fokus på mamman och önskar att bli mer sedda.”

Evidensbaserad barnhälsovård

Det är viktigt att barnhälsovårdens arbete så långt som möjligt är en evidensbaserad praktik med ambitionen att utvärdera de inslag i verksamheten som inte är evidensbaserade. Även om det vetenskapliga underlaget för barnhälsovårdens arbete delvis är bristfälligt behöver barnhälsovården utveckla och genomföra hälsovårdsprogram för barn med redovisning av kunskapsunderlag och kunskapsutveckling.

År 1999 arrangerade Medicinska Forskningsrådet en ”state of the art”-konferens med titeln Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa [9]. Konferensens syfte var att sammanfatta den bästa tillgängliga kunskapen för barnhälsovårdens arbete. Konferensen konstaterade att barnhälsovården uppvisade bra resultat inom sina traditionella områden såsom vaccinationstäckning och upptäckt av hälsoavvikelser. Däremot har man inte varit lika framgångsrik med psykosociala insatser inom nya problemområden. I slutdokumentet står det också att ”barnhälsovård är en i huvudsak medicinsk verksamhet med sociala ambitioner och där metodiken till stor del bygger på enskild erfarenhet, inarbetade traditioner och mönster och endast till begränsad del på vetenskaplig evidens” [62]. I konferensens slutkommentarer sammanfattas att ambitionen bör vara att icke-evidensbaserade inslag i verksamheten bör ses som provisoriska och att nya inslag i framtiden ska vara kunskapsbaserade [9].

Kunskapsutvecklingen har under de senaste decennierna varit omfattande och flera förslag från ”state of the art”-konferensen har blivit rutin i barnahälsovårdsarbetet (till exempel hörselscreening av nyfödda, språkscreening på BVC och screening för postpartumdepression). Ändå måste Socialstyrelsen i dag göra samma bedömning som inför den nämnda ”state of the art”-konferensen, nämligen att delar av barnhälsovårdens arbete inte har utvärderats vetenskapligt.

Evidensbaserad praktik inom barnhälsovården

Evidensbaserad praktik innebär att ha en medveten och systematisk strävan mot att bygga vård och omsorg med utgångspunkt från bästa tillgängliga vetenskapliga faktaunderlag (evidens) förenat med klinisk erfarenhet och patientens preferenser [63, 64].

I rapporten *Om evidensbaserad praktik* beskriver Socialstyrelsen på sida 20 målsättningen: ”Den som behöver samhällets insatser ska erbjudas hjälp som bygger på bästa tillgängliga kunskap. Målet är att de åtgärder som används inom hälsa, vård och omsorg ska vara till nytta och aldrig till skada för brukaren” [63].

I 3 § punkt 1 och 10 förordning (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen anges att Socialstyrelsen ska

- verka för att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet
- utforma evidensbaserade riktlinjer för åtgärder inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten.

Socialstyrelsen har utvecklat en modell för kunskapsstyrning som ska bidra till och att etablera en evidensbaserad praktik (EBP) inom socialtjänst och hälso- och sjukvård [65].

Vidare ska, enligt 6 kap. 1 § PSL, hälso- och sjukvårdspersonalen utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

I proposition 1996/97:60 (s. 12) påtalas att det är särskilt angeläget att det finns evidens när det gäller förebyggande insatser: ”I dessa fall gäller det ofta att erbjuda undersökning till människor som känner sig friska. Detta ställer starka krav på att insatsens värde är säkerställt. Nackdelarna med förebyggande program är inte alltid kända i detalj liksom kostnaderna i förhållande till effekterna. Därför är det rimligt att de förebyggande programmen begränsas till sådana med vetenskapligt dokumenterade effekter eller där enighet råder om värdet.”

För delar av barnhälsovårdens arbete saknas forskning som dokumenterar dess effekter. Däremot har många års praktisk verksamhet visat att det råder enighet om dess värde. Men samhällsförändringar kan medföra att insatser som varit återkommande inslag i barnhälsovårdens arbete inte är adekvata [66]. Därför måste ett fortlöpande systematiskt kvalitetsarbete ske och forskning initieras (31 § HSL).

Att värdera evidens av förebyggande arbete

Det finns flera svårigheter med att värdera evidens för insatser inom verksamheter som har i uppgift att påverka hälsan hos stora befolkningsgrupper. Därför är det också svårt att utforma sådana riktlinjer som vilar på en stabil evidensgrund. Detta har uppmärksammats av centrala myndigheter. År 2011 gav regeringen i uppdrag åt Statens folkhälsoinstitut att i samverkan med Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Socialstyrelsen utreda vilket evidensgraderingssystem som bör gälla för bedömningar av insatser inom folkhälsoområdet. Resultatet har presenterats i en rapport till regeringen [67] och där står följande: ”Insatser inom folkhälsoområdet är vanligtvis komplexa och kontextberoende vilket medför att utvärderingar inom detta område också ofta är komplexa.” Vidare skriver man i sammanfattningen: ”Det är viktigt att vara medveten om att det inte alltid är de insatser där det finns tillgång till flest högkvalitativa studier, som är de viktigaste för att förbättra hälsan hos en population.” Sammanfattningsvis anser man i rapporten att GRADE (The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation), som är ett internationellt system för gradering av styrkan i ett vetenskapligt underlag [68], även är lämpat för folkhälsoområdet. Tillämpningen av GRADE bör dock kompletteras med hänsyn även till aspekter såsom etiska frågeställningar, juridik, jämlikhet, främjande av individuellt självbestämmande, genomförande och kostnader [67].

I avsaknad av ett vetenskapligt underlag är det angeläget för verksamhetens utveckling att huvudmännen ger verksamheterna förutsättningar för ett systematiskt kvalitetsarbete på olika nivåer (31 § HSL).

Synen på evidens inom förebyggande arbete i andra länder

Även internationellt förs det diskussioner om vilka krav på evidens som man ska ställa för att ge rekommendationer inom förebyggande barnhälsovård. Den amerikanska barnläkarföreningen diskuterar till exempel frågan i ett principdokument [69], i anslutning till att den amerikanska hälsovårdsmyndigheten har utvecklat rekommendationer för preventiva insatser till barn inom det så kallade Bright Futures-projektet [70].

Dokument påtalar att det kan tyckas rimligt att barnhälsovården (well-child care) har ambitionen att endast erbjuda insatser för vilka det finns evidens för dess effekter. Ett sådant krav skulle dock begränsa barnhälsovården till ett fåtal insatser [71] eftersom stora delar av det förebyggande arbetet inte har varit föremål för metodisk forskning. Trots det bristfälliga evidensläget är det angeläget att utifrån bästa tillgängliga kunskap utveckla och genomföra hälsovårdsprogram, och att samtidigt redovisa kunskapsutvecklingen [72]. Det är viktigt att fortlöpande visa vad som är aktuell kunskap om effektiva och ineffektiva metoder och arbetssätt och att initiera forskning inom centrala områden.

I en rapport från Socialstyrelsen [6] framgår att våra grannländers vägledningar och rekommendationer i huvudsak utgår från bästa tillgängliga professionella kunskap, beprövad erfarenhet och konsensusdiskussioner. Endast för ett fåtal åtgärder finns det en systematisk kunskapsgenomgång dokumenterad.

Barns hälsa

Svenska barns hälsa är på nationell nivå god, men det kommer alltfler rapporter om en betydande ojämlikhet i hälsa som drabbar barn både indirekt via föräldrars olika livsvillkor och direkt genom de skilda möjligheter som barn har.

Svenska barn har i ett internationellt perspektiv en god hälsa [73]. Rapporten Wellbeing in rich countries från Unicef [74] behandlar barns hälsa, hälso- och sjukvård och livsvillkor i de rikaste länderna, och har beskrivit barns och ungdomars hälsa utifrån sex dimensioner:

- materiellt välbefinnande
- hälsa och säkerhet
- utbildning, familj och kamratrelationer
- beteende
- risker
- subjektivt välbefinnande.

Uppgifterna är hämtade dels från nationella kvalitetsregister, dels från intervjuer med barn och unga. Här placerar sig Sverige högt i rankningen av de 21 undersökta länderna tillsammans med Nederländerna och de andra nordiska länderna vad gäller barns och ungas välbefinnande, medan länder som USA och Storbritannien rankas lägst.

Socialstyrelsens nationella folkhälsorapporter redovisar återkommande uppgifter om barns hälsa. Rapporten från 2009 har liksom rapporten Barns och ungas hälsa, vård och omsorg från 2013 [13] en mer ingående beskrivning av barns hälsa. Dessa beskriver att svenska barns hälsa sammantaget är mycket god, särskilt i internationell jämförelse. Bland de positiva uppgifterna finns den mycket låga spädbarnsdödligheten och att Sverige är bäst i världen vad gäller barnsäkerhet med låg andel barn döda i olyckor. Att amningsfrekvensen är förhållandevis hög i Sverige är också positivt även om det finns tendenser till sänkt frekvens.

Däremot har det under de senaste decennierna varit en successiv ökning av antalet ungdomar, mest flickor, som anger psykosomatiska symtom och psykiska besvär [75, 76].

Kunskapsläget är till vissa delar ganska bristfälligt, särskilt när det gäller små barns psykiska hälsa, vilket framkommer i Kungliga Vetenskapsakademiens analys av svensk och internationell forskning om barns och ungdomars psykiska hälsa som presenterades 2010 [77].

Även om svenska barns hälsa är god på nationell nivå kommer det allt fler rapporter om ojämlik hälsa [78] i Sverige, till exempel i rapporterna om barn i Malmö [79] och i Europa [80, 81]. Det finns en betydande ojämlikhet i hälsa som drabbar barn både indirekt via föräldrars olika livsvillkor och direkt genom de skilda möjligheter som barn har. Utgångspunkten för arbetet i Malmö var den internationellt uppmärksammade Marmotkommis-sionens rapport [82]. Den har en central slutsats: ”Det finns en social gradient i hälsa – ju lägre en persons sociala position är, desto sämre är hans eller hennes hälsa. Åtgärder ska rikta in sig mot att reducera gradienten i hälsa. Att bara rikta in sig på de mest utsatta kommer inte att reducera ojämlikheten i hälsa tillräckligt. För att reducera den sociala gradienten, måste åtgärder vara universella, men med en omfattning och intensitet som är proportionell till graden av utsatthet” [83].

Denna slutsats kan ge underlag för inriktningen av barnhälsovårdens framtida arbete. Inte minst behöver barnhälsovården utveckla arbetssätt för att nå de barn och deras familjer som lever i utsatta levnadsförhållanden.

Hälsans bestämningsfaktorer, skydds- och riskfaktorer

Kunskap om och ökad förståelse för såväl symtom på ohälsa som skydds- och riskfaktorer hos barnet själv, i dess familj och dess närmiljö skapar goda förutsättningar för att främja barns hälsa, förebygga ohälsa och bistå när ett barn visar tecken på ohälsa.

Hälsans bestämningsfaktorer är alla de faktorer som påverkar hälsan. Bronfenbrenner utvecklade en ekologisk systemteori för att förklara hur barnet självt och dess omgivning påverkar barnets tillväxt och

utveckling [84]. Han delade upp aspekterna i olika system på olika nivåer med barnet i centrum. På samma sätt är hälsans bestämningsfaktorer indelade i olika nivåer. Nivån närmast individen består av sociala relationer, den andra nivån av livsstilsfaktorer, den tredje av samhällsfaktorer och den fjärde av samhällsekonomiska strategier och miljö. En del nivåer kan individen påverka, och en del ligger utanför individens kontroll. Arv, kön och ålder är faktorer som inte går att påverka, och även nivå tre och fyra är svåra att påverka för den enskilda människan.

För att beskriva vad som bestämmer utvecklingen av ohälsa hos barn är begreppen risk- och skyddsfaktorer centrala [85]. Riskfaktorer är förhållanden som ökar sannolikheten för att ett barn ska utveckla problem. En riskfaktor behöver inte vara orsaken till ett specifikt problem utan är något som i forskning har visats öka risken för en negativ utveckling. Det kan också vara andra faktorer som bidrar till att problem permanentas än de som bidrar till problemens uppkomst. Skyddsfaktorer är motsatsen. Det är förhållanden som ökar personens motståndskraft mot belastningar eller dämpar effekten av riskfaktorer [86].

En rad faktorer har visat sig vara betydelsefulla för att hindra att barn utvecklar psykisk ohälsa. Barn har olika motståndskraft [87, 88] mot belastningar. Goda fysiska, kognitiva och sociala egenskaper såsom kreativitet och förmåga till impulskontroll är skyddsfaktorer för ett växande barn, liksom att vara populär bland kamrater och att ha utvecklat en trygg känslomässig anknytning till sina föräldrar [89].

För de barn som växer upp i socialt belastade miljöer är det en skyddsfaktor om någon annan vuxen finns tillgänglig när föräldrarnas förmåga brister [90].

Ett exempel på ett internationellt initiativ för att kartlägga bestämningsfaktorer för barns hälsa och göra jämförelser på lokal, regional och nationell nivå är EU-projektet Child Health Indicators of Life and Development (CHILD) [91].

Samhällsfaktorer

I artikel 5 barnkonventionen står detta: ”Barnets föräldrar eller annan vårdnadshavare har huvudansvaret för barnets uppfostran och utveckling och ska vägleda barnet då han/hon utövar sina rättigheter”.

Samhällets struktur, organisation och politik är viktiga för att föräldrar ska kunna vara bra och tillgängliga föräldrar för sina barn (prop. 2002/03:35 s. 53).

Hälsan är ojämlikt fördelad i samhället. Det är de svagaste, de lägst utbildade, de fattigaste och de som står utanför samhällsgemenskapen som har det svårast. Och det drabbar också deras barn [12]. Familjer med arbetslöshet och långtidssjukskrivning och som levt länge på socialbidrag är exempel på miljöer där barn har sämre hälsa än andra [92].

Allt som påverkar föräldrar påverkar också deras barn. Barns hälsa påverkas inte bara av familjens psykosociala situation utan också av den närmiljö de lever i [93], vilket beskrivs i en rapport om barns hälsa i olika stadsdelar i Göteborg [94].

I Sverige har vad som kommit att kallas den svenska välfärdsmodellen varit framgångsrik [95]. Den har i stället för att selektivt utforma stödsystem för utsatta grupper (till exempel fattiga) satsat på breda inkluderande välfärdslösningar för alla. Detta har gällt flera områden såsom olika socialförsäkringar och serviceinsatser samt omsorger om barn såsom barn- och skolhälsovård och förskoleverksamhet.

Den svenska välfärdsmodellen har under de senaste årtiondena utmanats av en snabb samhällsutveckling, där tidigare stabila och förutsägbara villkor inom arbetsmarknad, familjeliv och välfärdsstat har ställts inför nya prövningar och blivit föremål för samhällsdebatt [96]. Det finns tecken på att den svenska modellen för samhällets insatser inte längre förmår motverka tendensen till växande sociala klyftor [97].

Barnhälsovårdens uppgifter: främja, förebygga, åtgärda

Barnhälsovårdens arbete syftar till att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa hos barn och tidigt identifiera och åtgärda problem i barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö.

Att främja hälsa och förebygga ohälsa

Med hälsofrämjande åtgärder (promotion) avses åtgärder för att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande, det vill säga åtgärder för att främja barns välmående och positiva utveckling [98]. Hälsofrämjande arbete innebär att med kunskap om de processer som leder till hälsa ge åtgärder för att förbättra individens egenupplevda hälsa [99, 100].

En betydelsefull främjande åtgärd är att stimulera till egenmakt (empowerment), det vill säga att man själv som förälder och på sikt som barn upplever sig ha egen makt över sitt liv, kan formulera sina mål och göra informerade val [101].

Med förebyggande åtgärder (prevention) avses åtgärder för att förhindra uppkomsten av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem och för att påverka deras förlopp [98], det vill säga åtgärder för att minska risken för ohälsa. Målet med förebyggande åtgärder är att reducera riskfaktorers inflytande och samtidigt stärka skyddsfaktorer för att därigenom minska symtombelastningen och risken för ohälsa [102]. Förebyggande åtgärder utgår från kunskap om vad som orsakar upplevd ohälsa och sjukdom medan hälsofrämjande åtgärder utgår från kunskap om vad som gör att barn utvecklas väl och mår bra [103].

Olika förebyggande åtgärder

Begreppet förebyggande åtgärder beskrivs med termerna primärt förebyggande och sekundärt förebyggande. Med primärt förebyggande avses åtgärder för att förhindra uppkomsten av sjukdomar, skador och

fysiska, psykiska eller sociala problem. Det är åtgärder som riktas till alla inom en viss population utan hänsyn till individernas speciella behov. Med sekundärt förebyggande avses åtgärder för att i ett tidigt skede förhindra en negativ utveckling av fysiska, psykiska eller sociala problem [98].

Ibland används begreppet tertiär prevention när klinisk intervention eller behandling ges efter att en familj eller ett barn själva har sökt för att få hjälp inom någon form av klinisk verksamhet eller mottagning, till exempel samtalskontakter med en mamma som uppmärksammats ha tecken på nedstämdhet [104].

Åtgärder till alla eller åtgärder till dem som behöver dem mest?

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

I synen på hur barnhälsovårdens resurser ska fördelas kan två synsätt ställas mot varandra. Med ”jämlik vård” avses att ett hälsoprogram fördelas på lika villkor till alla, det vill säga att två populationer ska ha samma tillgång till utbudet. ”Rättvis vård” avser i stället att populationer med större behov ska ha större tillgång till vård, det vill säga att vården baseras på individuella behov [105, 106].

I rapporten *Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården* [55] använder Socialstyrelsen begreppet jämställd vård för att visa att såväl kvinnor som män, oavsett ålder, socioekonomisk bakgrund och etniskt ursprung, ska ha tillgång till vård av god kvalitet på lika villkor. Rapporten visar att det dock inte enbart är vårdbehovet som påverkar vårdutnyttjandet. Det finns människor som har behov av vård, men som inte söker vård i den utsträckning som de skulle behöva. Olika villkor i samhället, såsom ekonomi, utbildningsnivå, kunskaper, attityder, värderingar och förväntningar, verkar påverka benägenheten att söka vård.

I *Strategin för jämlik vård* presenterar regeringen sina intentioner för ökad jämlikhet i vården [107].

Förebyggande insatser till alla

Barnhälsovården erbjuder insatser till alla barn, oavsett om föräldrarna har sökt hjälp för att de själva har upplevt svårigheter med sitt barn eller andra har identifierat att barnet har speciella problem.

Det teoretiska antagandet bakom primärpreventiva strategier är att genom att ge förebyggande insatser till alla finns det möjlighet att minska den andel av befolkningen som senare kan komma att utveckla problem om inga insatser görs.

Det kan vara svårt att identifiera de barn som kommer att få bestående problem om de inte erbjuds insatser. Den strategi som varit central för barnhälsovårdens arbete under åren är därför att erbjuda alla barn i en viss population insatser, utan att föräldrarna har sökt hjälp utifrån att de själva har upplevt svårigheter med sitt barn och utan att andra har identifierat att barnet har speciella problem. På så sätt undviks risken för att en insats upplevs som stigmatiserande. Arbetssättet överensstämmer med den svenska välfärdsmodellen och har sannolikt bidragit till att verksamheten är accepterad av så gott som alla barnfamiljer.

Grundförutsättningen för att primärpreventiva insatser ska reducera risken för ohälsa för alla och leda till bättre hälsa för dem i populationen som har problem är att man med insatsen når flertalet, det vill säga också de föräldrar som lever under förhållanden som kan ha negativ inverkan på ett barns utveckling. Dessutom måste den insats som erbjuds vara effektiv och den som får insatsen måste uppleva den på ett positivt sätt [108].

I ett avhandlingsarbete visas att barnhälsovården når i stort sett alla småbarnsföräldrar med det medicinska programmet i form av hälsoövervakning, läkarundersökningar och vaccinationer [105]. Däremot kan studien inte påvisa att barnhälsovården har någon klart kompensatorisk ansats, det vill säga att man med selektiva eller indikerade insatser når till exempel invandrarfamiljer, familjer med låga inkomster, unga eller ensamstående föräldrar.

I dessa grupper är dessutom deltagandet i föräldragrupper klart lägre, vilket bekräftas av en studie som har undersökt vilka föräldrar som deltar i barnhälsovårdens föräldragrupper [61]. Förväntningar,

farhågor, språksvårigheter, kulturella antaganden och normer kan enligt författaren vara förklaringar till lägre deltagande av föräldrar från socialt utsatta grupper. Det innebär att föräldrar som kan antas vara i särskilt behov av sådana insatser tycks delta minst i föräldrastödsprogram [61].

Hälsoövervakning

Hälsoövervakning inom barnhälsovården innebär att man regelbundet följer barns hälsa och utveckling liksom förhållanden i uppväxtmiljön som kan ha betydelse för deras hälsa. Med begreppet avses att med lyhördhet uppmärksamma föräldrars observationer och önskemål, samt att på ett strukturerat sätt kartlägga barnets hälsa och utveckling. Syftet med hälsoövervakning är att tidigt identifiera barn i behov av stöd eller insatser i något avseende.

Hälsoövervakning inom barnhälsovården är ett arbetssätt för att regelbundet följa barns hälsa och utveckling, för att tidigt upptäcka hälso- eller utvecklingsproblem [109]. Målet är att identifiera barn i behov av stöd eller insatser i något avseende. Arbetssättet kan vara en integrerad del i varje besök inom hälsovården under barnets uppväxt. Det är angeläget att involvera föräldrarna som aktiv part i detta arbete.

Med tidig upptäckt menas att i ett tidigt skede av en befarad problemutveckling identifiera tecken på ohälsa och utvecklingsavvikelser eller riskfaktorer av betydelse för barnets hälsa och utveckling [110].

Hälsoövervakning kan inbegripa såväl moment som riktas till alla som riktade hälsoundersökningsmoment. Exempel på undersökningsmoment erbjuds alla är utvecklingsbedömning, tillväxtmätning och screeningundersökningar. Riktade undersökningsmoment innebär att utifrån kunskap om barnets hälsotillstånd och riskförhållanden anpassa innehåll och utförande av undersökningsmomenten till barnets eller familjens förhållanden.

Vid hälsoövervakning kan ett antal moment ingå. Personalen kan

- lyssna till föräldrarnas aktuella frågor, observationer och önskemål
- ställa riktade frågor om barnets hälsa och utveckling utifrån kunskap om barns utveckling i den aktuella åldern (med fördel enligt strukturerade kartläggningsfrågor eller ett frågeschema)

- genomföra de undersökningsmoment som definieras i hälsoprogram (se bilaga)
- göra observationer och riktade undersökningsmoment som den insamlade informationen ger indikation för
- identifiera risk- eller skyddsfaktorer för att ytterligare värdera hur allvarliga eventuella problem är, och för att göra det möjligt att anpassa åtgärderna till barnets eller familjens situation och behov.

Barnhälsovårdsjournalen ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård (3 kap. 6 § PDL).

Hälsoövervakning har också en *informativ och pedagogisk målsättning* för att ge generell information om i förväg bestämda åldersanpassade teman och individuellt anpassad vägledning eller hälsoupplysning baserad på den samlade värderingen av det som framkommit. En strukturerad genomgång av och samtal om barnets utveckling har i sig en pedagogisk målsättning.

Hälsoövervakning (surveillance) ger goda möjligheter att tidigt identifiera utvecklingsavvikelser och beteendeproblem hos barn [109, 111-113].

Screening

Syftet med en screeningundersökning är att identifiera hälsoproblem i ett tidigt stadium för att förhindra fortsatt problemutveckling. Ett program för screening är ändamålsenligt om det finns en effektiv behandling som om den initieras i ett tidigt stadium ger en bättre prognos än en behandling som initieras när diagnos har ställts efter kliniska observationer.

Screening

Med screening avses en systematisk undersökning av en population för att identifiera personer med ett tillstånd som innebär en hög risk för framtida ohälsa. Syftet är att upptäcka hälsotillstånd som kan få allvarliga eller omfattande konsekvenser, dels för den enskilda individen, dels för samhället i form av stor resursåtgång. Målet är kunna åtgärda tillståndet tidigt och på så sätt minska konsekvenserna [8].

Generell screening

Generell screening innebär en rutinmässig och standardiserad undersökning av en hel befolkningsgrupp med hjälp av en i förhand utformad undersökningsmetod som kan bestå av kliniska undersökningar, tester, frågescheman eller laboratorieprover [114].

Generell screening inom barnhälsovården riktas till alla barn i populationen, det vill säga också till dem som inte själva har sökt hjälp för några symtom. Detta ställer särskilda krav på genomförande och metoder eftersom det innebär att personer som upplever sig friska kan bli uppmärksammade på att de kan ha hälsoproblem [8]. Om en individ har fått ett sant positivt svar och hjälp kan erbjudas kan det vara positivt för individen. Om screeningen däremot ger ett falskt positivt utfall kan det i stället väcka oro och till exempel påverka en förälders uppfattning om sitt barn. Ett falskt negativt utfall kan å sin sida invagga i falsk trygghet.

Krav på screeningprogram

WHO har utformat kriterier för att värdera om ett screeningprogram kan anses vara legitimt [115]. Dessa grundläggande principer har vidareutvecklats av ansvariga för screeningprogram i olika länder (till exempel UK National Screening Committee i Storbritannien) [116]. Socialstyrelsen presenterade 2013 en modell för att bedöma, införa och följa upp screeningprogram [8]. Modellen är utvecklad för att kunna tillämpas oavsett vilket tillstånd ett screeningprogram är tänkt att upptäcka och åtgärda. Enligt modellen ska följande förhållanden vara uppfyllda för att gälla som screeningprogram:

1. Tillståndet ska vara ett viktigt hälsoproblem.
2. Tillståndets naturalförlopp ska vara känt.
3. Tillståndet ska ha en symtomfri fas som går att upptäcka.
4. Det ska finnas en lämplig testmetod.
5. Det ska finnas åtgärder som ger bättre effekt i ett tidigt skede än vid en klinisk upptäckt.
6. Screeningprogrammet ska minska dödlighet eller sjuklighet i tillståndet.
7. Testmetoden och fortsatt utredning ska accepteras av avsedd population.

8. Åtgärder vid tillståndet ska vara klarlagda och accepteras av avsedd population.
9. Hälsovinsterna ska överväga de negativa effekterna av screeningprogrammet.
10. Screeningprogrammets kostnadseffektivitet ska ha värderats och bedömts vara rimlig.
11. Screeningprogrammet ska vara godtagbart ur ett etiskt perspektiv.
12. Information om deltagande i screeningprogrammet ska ha värderats.
13. Organisatoriska aspekter som är relevanta för ett nationellt likvärdigt screeningprogram ska ha klarlagts.
14. Screeningprogrammets resursbehov och genomförbarhet ska ha värderats.
15. Det ska finnas en plan för utvärdering av screeningprogrammets effekter.

De avgörande punkterna för att motivera generell screening är säkerheten, det vill säga om det finns en screeningmetod som på ett tillförlitligt sätt kan skilja ”friska” från ”sjuka”, och åtgärdbarheten, det vill säga om det finns en effektiv behandling som är tillgänglig och accepteras av dem som faller ut vid screening. Även kostnaderna är avgörande, det vill säga hur många friska som måste undersökas för att hitta ett fall. [8]

Egentligen har ingen av de allmänna hälsoundersökningarna inom barnhälsovården analyserats enligt Socialstyrelsens modell, vilket är angeläget på sikt.

Vaccinationer

Alla barn i Sverige har rätt till vaccination. Landstingen ska erbjuda och bekosta vaccination av barn i enlighet med det nationella vaccinationsprogrammet. Det är barnhälsovården som genomför vaccinationerna och som ansvarar för att de erbjuds alla barn tills de börjar skolan.

Enligt 2 kap. 3 a § i smittskyddslagen (2004:168), SmL, ska landstingen erbjuda barn vaccinationer mot smittsamma sjukdomar. Av samma bestämmelse följer vidare att landstingets ansvar sträcker sig fram till att barnet börjat skolan. Det är barnhälsovården som genomför vaccinationerna och som ansvarar för att programmet erbjuds alla barn i dessa åldrar.

I 2–8 §§ Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:22) om vaccination av barn anges vilka vaccinationer som ska ges, vid vilka åldrar och hur många doser.

Nationella vaccinationsprogram delas in i allmänna vaccinationsprogram och särskilda vaccinationsprogram för personer som ingår i riskgrupper (2 kap. 3 c § SmL). Landstingen ansvarar för och bekostar, förutom de vaccinationer som ingår i det allmänna vaccinationsprogrammet (innan barnet börjat skolan), också de vaccinationer som ingår i det särskilda vaccinationsprogrammet för barn och ungdomar i alla åldrar till och med gymnasieskolan (7 kap. 4 § SmL).

För vaccination mot tuberkulos, hepatit B, pneumokocker, influensa och HPV har Socialstyrelsen gett ut följande allmänna råd och rekommendationer:

1. Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:21) Vaccination mot influensa
2. Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1994:26) Vaccination mot pneumokocker
3. Socialstyrelsens rekommendationer för profylax mot hepatit B, Profylax med vaccin och immunoglobulin - före och efter exposition [117]

4. Socialstyrelsens rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos [118]
5. Socialstyrelsens rekommendationer för vaccination mot humant papillomvirus (HPV) [119].

Föräldrarnas samtycke krävs vid vaccination av barn

Innan ett barn vaccineras måste föräldrarna informeras och deras samtycke inhämtas. Är föräldrarna inte överens om vaccineringen får barnet inte vaccineras. I de fall då det endast finns godkännande från en vårdnadshavare måste hälso- och sjukvårdspersonalen ta ställning till om de kan acceptera uppgiften om ett gemensamt ställningstagande från vårdnadshavarna till vaccination eller om frågan behöver utredas vidare.

Journalföring av vaccinationer

Vaccinationer ska journalföras i enlighet med patientdatalagen (2008:355), PDL, och Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14). Socialstyrelsen har tagit fram en handbok som stöd för tillämpningen av SOSFS 2008:14 [120].

Vaccinationsregistret

Alla vaccinationer som ges i det allmänna vaccinationsprogrammet ska rapporteras till Folkhälsomyndighetens nationella vaccinationsregister, vilket framgår av lagen (2012:453) om register över nationella vaccinationsprogram Av 6–7 §§ samma lag följer att rapporten till vaccinationsregistret ska innehålla datum för vaccinationen, den vaccinerades personnummer eller samordningsnummer, vilket vaccin som använts, satsnummer och den vårdgivare som har ansvarat för vaccinationen. Mer information om hur registreringen går till finns på Folkhälsomyndighetens webbplats [121].

Sjuksköterskors behörighet att ordinera läkemedel för vaccination

Enligt 1 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården ingår vaccinationsverksamhet som en del i läkemedelshanteringen. Av

3 kap. 10 § första stycket SOSFS 2000:1 framgår att en sjuksköterska som antingen genomgått specialistutbildning till distriktssköterska eller specialistutbildning inom hälso- och sjukvård för barn och ungdomar är behörig att ordinera läkemedel för vaccination i enlighet med de vaccinationsprogram som finns upptagna i följande föreskrifter, allmänna råd och rekommendationer:

1. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:22) om vaccination av barn
2. Socialstyrelsens rekommendationer för profylax till vuxna mot difteri och stelkramp
3. Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1994:26) Vaccination mot pneumokocker
4. Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:21) Vaccination mot influensa
5. Socialstyrelsens rekommendationer för profylax mot hepatit B, Profylax med vaccin och immunoglobulin – före och efter exposition [117]
6. Socialstyrelsens rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos [118]
7. Socialstyrelsens rekommendationer för vaccination mot humant papillomvirus (HPV) [119].

En sjuksköterska som genomgått en utbildning som är likvärdig med någon av specialistutbildningarna ovan är behörig att till barn och vuxna ordinera läkemedel för vaccination enligt 1–7 (3 kap. 10 § andra stycket SOSFS 2008:14). Verksamhetschefen ansvarar för att det görs en bedömning av om utbildningen motsvarar specialistutbildningarna. Bedömningen ska dokumenteras i den lokala instruktionen för läkemedelshantering (3 kap. 10 § tredje stycket SOSFS 2008:14).

Samverkan – barnhälsovårdens relation till omvärlden

För ett framgångsrikt hälsoarbete behövs samverkan med tydlig styrning, struktur och samsyn.

Samverkan – varför, med vem och om vad?

Denna vägledning utgår från den definition av samverkan som återfinns på sida 11 i *Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa*: ”någon eller några tillför sina specifika resurser, kompetenser och/eller kunskap till en uppgift som man gemensamt har att genomföra” [122]. Av 6 § förvaltningslagen (1986:223) följer att varje myndighet ska lämna andra myndigheter hjälp inom ramen för den egna verksamheten. Vidare finns en särskild skyldighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst att samverka i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa (2 f § HSL, 6 kap. 5 § PSL och 5 kap. 1 § SoL).

Barnen och deras familjer ska vara medaktörer vid samverkan

Barnkonventionens intentioner är att barnets bästa sätts i fokus vid alla beslut eller åtgärder som berör ett barn (artikel 3 barnkonventionen). Det betyder att inför ett beslut ska de ansvariga överväga om det berör barnet och i så fall på vilket sätt, och utgå från att barnet ska bemötas med den respekt och den hänsyn som bland annat barnkonventionen förmedlar.

Vikten av att lyssna på och ta hänsyn till barns vilja framhålls i artikel 12 barnkonventionen: ”Konventionsstaterna ska tillförsäkra det barn som är i stånd att bilda egna åsikter rätten att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet, varvid barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad”.

Vårdnadshavaren har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som gäller barnets personliga angelägenheter, till exempel hälso- och sjukvård. I takt med barnets stigande ålder och utveckling ska vårdnadshavaren dock ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål (6 kap. 11 § FB).

I december 2010 antog riksdagen en strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige, i enlighet med regeringens proposition Strategi för att stärka barnets rättigheter (prop. 2009/10:232). I strategin (s. 15) framhålls bland annat detta: ”Beslutsfattare och relevanta yrkesgrupper ska ha kunskap om barnets rättigheter och omsätta denna kunskap i berörda verksamheter” [123].

Barn har således rätt till inflytande och bör så långt som möjligt vara delaktiga i diskussionen om beslut som rör dem själva, vilket utvecklas i en handbok från Socialstyrelsen [124]. Det är också viktigt att barnets föräldrar ses som medaktörer som är delaktiga i planering, genomförande och uppföljning av stöd och insatser. Forskning och utvärderingar visar att resultaten blir bättre om barn och föräldrar har varit delaktiga under processen [125].

Förutsättningar för samverkan

I den nationella strategin för samverkan definieras samverkan som ”när någon eller några tillför sina specifika resurser, kompetenser och/eller kunskaper till en uppgift som man gemensamt har att genomföra” [122]. Där beskrivs tre grundläggande förutsättningar för en väl fungerande samverkan, de ”tre S:en”: styrning, struktur och samsyn.

Styrning

En väl fungerande samverkan kräver tydlig styrning på alla ledningsnivåer som legitimerar och förankrar samverkan, formulerar mål för samverkan och efterfrågar resultat av samverkan. I styrningen ingår också att förtydliga verksamhetens uppdrag och att utveckla regelverken så att de blir kompatibla mellan dem som samverkar (jämför till exempel med sekretesslagstiftningen) [126].

Struktur

För en framgångsrik samverkan behövs det strukturer som håller över tid och som ger tydliga mål, rutiner och arbetsfördelningar för samverkan [122]. Sådana kan organiseras med hjälp av avtal i form av formella överenskommelser mellan berörda huvudmän som definierar mål på kort och lång sikt, ansvarsgränser, systematisk uppföljning av samverkan och resultat för de barn som berörs (för exempel på avtal, se rapport från SKL [127] och vägledning från Socialstyrelsen [126].

Samsyn

Olikheter är grunden för och styrkan i samverkan, men det behövs en gemensam problemförståelse när flera aktörer behöver samverka för att lösa ett problem, se sidan 26 i Socialstyrelsens vägledning *Samverka för barns bästa* [126]. Samsyn handlar om en gemensam värdegrund samt respekt för, kunskap om och tillit till varandras uppdrag och kompetens samt en någorlunda gemensam uppfattning av problemet som gemensamt ska lösas [126].

Faktorer som påverkar barnhälsovårdens samverkan med andra verksamheter

Omvärldsförändringar påverkar förutsättningarna för samverkan och kan ställa nya krav på hur samverkan kan förverkligas. Ett exempel är tillkomsten av nya aktörer och nya driftsformer inom välfärdssektorn. Dessa kan ha annorlunda regelverk och ett annat intresse av att avgränsa sitt uppdrag jämfört med offentligt drivna verksamheter. Samtidigt som nya aktörer har inneburit ett större utbud av BVC och förskolor som föräldrar kan välja mellan, har det också inneburit fler parter som ska samverka. Möjligheten till samverkan behöver därför beaktas vid upphandling av tjänster som berör barns hälsa och utveckling (se s. 84 i Socialstyrelsens vägledning Samverka för barns bästa [126]).

Samhällsutvecklingen har medfört en allt högre grad av professionalisering och specialisering inom verksamheter som riktar sig till barn. Denna utveckling är på många sätt gynnsam och en förutsättning för att ett barn med svårigheter ska få adekvat hjälp. Många gånger har dock kunskap utvecklats parallellt inom olika verksamheter med begränsat utbyte mellan dem. Det är en utmaning

att få ihop olika kunskapsfält och aktörer till nytta för ett barn med särskilda behov [126, 128].

Otydliga uppdrag för en verksamhet kan medföra gränsdragningsproblem, till exempel om vem som har ansvaret för en insats. För delar av socialtjänstens insatser är uppdragen tydligt beskrivna i lagstiftning eller andra normerande dokument, medan de för andra verksamheter (såsom barnhälsovården) är mer otydliga och behöver förtydligas av vårdgivaren eller huvudmannen (se s. 30 i Socialstyrelsens vägledning *Samverka för barns bästa* [126].

Att tänka på vid samverkan

Samverkan med annan verksamhet behövs i situationer som kräver samordnade insatser. I det konkreta ärendet behöver man först ta ställning till om det räcker med ett väl utvecklat informationsutbyte mellan de inblandade aktörerna. Därefter behöver man definiera problemet eller området för samverkan, sätta upp klara och tydliga mål, konkretisera och dokumentera vem som gör vad och planera hur åtgärden eller det man bestämt ska följas upp [126].

Det interna arbetet måste ske parallellt med samverkan och med insikten att samverkan inte tar bort det egna ansvaret för att göra ett bra arbete [126]. Det innebär till exempel att när barnhälsovårdspersonalen misstänker att ett barn far illa och gör en anmälan till socialtjänsten har de fortfarande ansvar för att utifrån sitt kompetensområde hjälpa barnet och familjen [129].

Exempel på barnhälsovårdens samverkan med andra aktörer

Det finns flera viktiga samarbetspartner för barnhälsovården, till exempel förskola, mödrahälsovård, skolans elevhälsa, sjukvård inklusive barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och vuxenpsykiatri, socialtjänst och tandvård.

Samverkan med mödrahälsovården och förlossningsvården

Vid hemgång från BB eller förlossningsavdelningen, som i dag kan ske inom ett dygn efter förlossningen, har föräldrarna behov av att veta vem de ska kontakta om de har frågor kring det nyfödda barnet.

Det behövs därför överenskommelser om ansvarsfördelningen mellan BB, kvinnokliniken, förlossningsavdelningen och barnhälsovården så att föräldrarna vet vart de ska vända sig. Dessutom behövs rutiner för uppföljning och kontroll av mammans och barnets hälsa efter utskrivningen från BB.

Efter förlossningen tar barnhälsovården över en del av de uppgifter som mödrahälsovården haft för blivande föräldrar. Ett exempel kan vara att BVC fortsätter med de föräldragrupper som de blivande föräldrarna har deltagit i på MVC. Ett annat är samverkan kring mammor och föräldrar som av psykosociala skäl har särskilt behov av stöd efter att barnet är fött, till exempel mammor eller föräldrar med missbruk [130], psykisk ohälsa eller kognitiva svårigheter.

Samverkan inom familjecentral

Familjecentralen är ett konkret exempel på hur samverkan mellan olika professioner och verksamheter kan organiseras. Kännetecknande för verksamheten är att huvudmännen, till exempel kommuner och landsting, samordnar sina resurser för att möjliggöra en tvärfacklig samverkan. Det finns cirka 200 familjecentraler eller familjecentralsliknande verksamheter i landet [131]. Det betyder att det är många BVC-sjuksköterskor som arbetar i samverkan med andra yrkesgrupper på en familjecentral.

För att kallas familjecentral har företrädare för dessa definierat att den minst bör innehålla barnhälsovård, mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst [14].

Socialstyrelsen har i en kartläggning undersökt familjecentralernas förutsättningar [14]. Den främsta vinsten med samverkan inom en familjecentral är att den ökar förmågan att upptäcka och tillgodose behov av stöd bland barnfamiljer. Däremot saknas det vetenskapligt underlag för att uttala sig om familjecentralens effekter för barn och föräldrar. I rapporten påtalar Socialstyrelsen att det är avgörande för familjecentralernas utveckling att de har en tydlig ledning och ett tydligt uppdrag, samt att de har tillräckliga resurser för att arbeta tillsammans. Statens folkhälsoinstitut uttrycker att familjecentralen kan vara en lämplig arena för föräldrastöd [108].

Samverkan med förskola

År 2009 var 86 procent av alla barn i åldern 1–5 år inskrivna i förskola eller pedagogisk omsorg (det som tidigare kallades familjedaghem) [132, 133]. Bland 4–5-åringarna gällde det nästan alla, 98 procent. De flesta går i kommunal förskola men andelen i enskild förskola ökar.

Förskolans läroplan [134] betonar att arbetet i förskolan ska präglas av omsorg om det enskilda barnets välbefinnande, trygghet, utveckling och lärande samt ge förutsättningar för barn att utveckla en positiv uppfattning om sig själv som en lärande och skapande individ. Förskolan erbjuder barn en miljö där självbilden och olika förmågor såsom social kompetens och förmåga till anpassning i ny miljö prövas och stimuleras på ett sätt som inte är möjligt i barnets hemmiljö. Förskolan kan vara utvecklande för barns kommande liv i till exempel skolan och vara en skyddande och stimulerande miljö för socialt utsatta barn [135].

Statens folkhälsoinstitut har i en rapport granskat vetenskaplig litteratur för att identifiera vilka faktorer inom förskolan som kan verka främjande för barns psykiska hälsa [136]. Rapporten redovisar att kunskapsläget är bristfälligt men att faktorer som rör hur det dagliga arbetet struktureras, hur personalen bemöter barnen och hur barnens engagemang tas tillvara förefaller vara betydelsefulla för barns psykiska hälsa.

Ansvarsfördelning mellan barnhälsovård och förskola

Hur samverkan mellan barnhälsovården och förskolan ska gå till finns inte reglerat i någon författning. I barnhälsovårdens områdesansvar har det under åren ingått att ha regelbunden kontakt med personal i de förskolor som finns i området, vilket många gånger skett utan formella överenskommelser [66]. Sedan dess har nya aktörer och driftsformer tillkommit inom både barnhälsovården och förskolan som ändrat förutsättningarna för samverkan mellan barnhälsovård och förskola. På större orter finns det större valfrihet, vilket har medför att många barn inte har sin förskola i samma område som den BVC de har valt. Det innebär att samverkan kring enskilda barn försvåras, men inte att samverkan mellan barnhälsovården och förskolan

på ett mer generellt plan inte skulle vara viktig. Denna samverkan omfattar både hälsofrämjande och förebyggande arbete liksom samverkan kring insatser för enskilda barn.

I proposition 2009/10:165 Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet (s. 277) anges att med hänsyn till bland annat barnavårdscentralernas ansvar för barn i förskoleåldern är det inte är lämpligt eller nödvändigt att ålägga huvudmannen för förskolan ett ansvar för att anordna elevhälsa i förskolan.

I SOU 2010:95 Se, tolka och agera – allas rätt till likvärdig utbildning (s. 101) refererar utredaren till detta och konstaterar: ”Förskolan omfattas inte av elevhälsan”. I samma utredning anges vidare detta: ”Den bild utredningen fått är att BVC:s möjligheter att samarbeta med förskolan är starkt begränsade. De kommuner där BVC, förskolan och andra aktörer bedrev samverkan inom ramen för en särskild organisation, till exempel en familjecentral utgjorde dock viktiga undantag. I dessa kommuner var BVC en tillgänglig resurs för förskolans personal.” (SOU 2010:95 s. 246).

Huvudmannen har möjlighet att utifrån lokala erfarenheter och behov formulera uppdrag som inbegriper hur samverkan med förskolan kan ske.

Barn med särskilda behov i förskolan

I förskolan ska varje barns utveckling och lärande kontinuerligt och systematiskt dokumenteras och följas upp (Lpf 98 Reviderad 2010 s. 13). Syftet med detta är att kunna följa och analysera hur förskolan tillgodoser barnens möjligheter att utvecklas och lära i enlighet med läroplanens mål och intentioner. Det innebär också att förskolan har en central roll när det gäller att upptäcka barn som kan behöva stöd för sin utveckling. I denna uppgift kan barnhälsovården vara förskolan behjälplig. Vid samarbete som rör enskilda barn måste alla kontakter mellan barnhälsovård och förskola godkännas av föräldrarna.

När man inom barnhälsovården gör en bedömning av ett barns utveckling är förstås den information som förskolans personal kan ge om hur man uppfattar barnet i förskolan mycket värdefull, och kan ge aspekter som inte är går att få vid en utredning som begränsas till en undersökning på BVC.

På en förskola finns ofta barn med olika hälsoproblem som har lett till kontakter med olika enheter inom sjukvården. Med föräldrarnas samtycke kan utredande och behandlande verksamheter ge förskolans personal den information som behövs för eventuella anpassningar i förskolan till ett barns hälsoproblem Sedan kan det finnas skäl för samverkan mellan barnhälsovården och förskolan när ett barn har pågående insatser från barnhälsovården. Vid samarbete som rör enskilda barn måste alla kontakter mellan barnhälsovård och förskola godkännas av föräldrarna.

Ytterligare ett område där det finns skäl för samverkan mellan förskolan och barnhälsovården kan vara miljöförhållanden i förskolan. Allergiproblem hos barn ökar. En utredning från Socialstyrelsen visar att trots att många barn har allergibesvär saknar många förskolor ett generellt, förebyggande allergiarbete [137]. I stället fokuserar man arbetet på enskilda barn med redan konstaterade svåra besvär och ofta med särlösningar som pekar ut barnet. Utredningen ger som önskvärd lösning att förskolan har tillgång till en kunskapsresurs om till exempel miljöns betydelse vid allergiproblem och att en sådan uppgift ingick i barnhälsovårdens uppdrag. Den skulle till exempel gälla för de förskolor som finns i BVC:s geografiska närhet. Sådana lösningar är i dag möjliga genom lokala överenskommelser.

Barnhälsovårdens roll vid smittsamma sjukdomar inom förskolan

Personal i förskolan behöver tillgång till konsultation i hälsofrågor och klara former för samarbete med hälso- och sjukvården i frågor som rör smittade eller smittsamma barn i förskolan [138]. För information om BVC:s roll vid handläggning av smittsamma sjukdomar, se Socialstyrelsens skrift *Smitta i förskolan* [138]. En BVC-sjuksköterska kan vara ansvarig för kontakten med ett antal förskolor i ett område och vara förskolans konsult i sådana hälsofrågor, vilket regleras i lokala avtal.

Samverkan med sjukvården

När personal på BVC upptäcker hälsoproblem eller symtom som kan tyda på sjukdom kan barnet vara i behov av fortsatt utredning inom sjukvården. Efter bedömning av barnavårdscentralens läkare kan

det till exempel finnas skäl för att barnet remitteras till en barn- och ungdomsmottagning, men även en BUP-mottagning, ögonläkare, logopedmottagning eller barn- och ungdomshabilitering kan vara aktuell. Handläggningen underlättas om

- det finns upparbetade samarbetskontakter när det exempelvis finns skäl för en remiss till respektive verksamhet
- det är klarlagt vem som är relevant mottagare för en remiss, till exempel när det gäller ett barn med någon form av utvecklingsförsening eller misstanke om psykisk ohälsa
- det finns överenskommelser om innehåll i remissen.

Det är också angeläget att den utredande verksamheten ger svar på remissen samt informerar om fortsatt handläggning och vad som eventuellt kan vara barnhälsovårdens fortsatta uppgifter. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. gäller för remissförfarande också inom barnhälsovården. I föreskrifterna finns bestämmelser om vårdgivarens och verksamhetschefens ansvar vid såväl remitterande som mottagande enheter (3–5 §§ SOSFS 2004:11).

Samverkan med socialtjänsten

Socialnämnden ska enligt 5 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden, och ska i nära samarbete med hemmen främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och social utveckling hos barn och ungdom. I samma bestämmelse anges vidare att socialnämnden i nära samarbete med hemmen ska sörja för att barn och ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och det stöd som de behöver och, om hänsynen till den unges bästa motiverar det, vård och fostran utanför det egna hemmet.

Socialtjänsten har således ett dubbelt uppdrag: dels kan socialtjänsten ge råd och stöd, dels ansvarar socialtjänsten för myndighetsutövning [126].

Samverkan på olika nivåer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten är skyldiga att samverka i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa

(2 f § HSL, 6 kap. 5 § PSL och 5 kap. 1 a § SoL). Skyldigheten att samverka kan genomföras både på övergripande nivå och genom individuellt utformade insatser.

På övergripande nivå finns reglerat att socialtjänsten ska medverka vid samhällsplanering och i samarbete med andra samhällsorgan främja goda miljöer i kommunen (3 kap. 1 § SoL). Barnhälsovården och socialtjänsten har stora kunskaper om hur barns och barnfamiljers situation ser ut, och ett utvecklat samarbetet skulle kunna leda fram till gemensamma förslag på åtgärder eller förbättringar för barnfamiljerna i en kommun eller stadsdel.

Socialtjänsten kan ge individuellt utformade insatser till barn och familjer. Det kan till exempel vara ekonomiskt stöd, information, familjerådgivning och personligt stöd i samtal eller under andra kontaktformer, samarbetssamtal för separerade föräldrar, tillgång till kontaktfamilj eller kontaktperson och även alternativa boendeformer såsom familjehem (4 kap. 1 § SoL).

Barn och deras familjer kan få kontakt med socialtjänsten på flera sätt. Den enskilde kan själv ta kontakt med socialtjänsten genom att ansöka om stöd och hjälp. Insatser inom socialtjänsten bygger på frivillighet och socialtjänsten får inte genomföra en utredning mot den enskildes vilja. Undantaget är om den enskilde befinner sig i en sådan situation som kan föranleda vård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall och enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. BVC kan medverka till att upplysa om möjligheter att få hjälp från socialtjänsten och initiera kontakter.

Barnet och familjen kan också aktualiseras hos socialtjänsten efter en anmälan enligt 14 kap. 1 § SoL. Personal inom barnhälsovården som i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa är skyldiga att genast göra en anmälan till socialnämnden enligt 14 kap. 1 § SoL.

Individuell plan

När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan, vilket följer av 3 f § HSL och 2 kap. 7 § SoL. I samma bestämmelser anges vidare att planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde

samtycker till att den upprättas. Av bestämmelserna framgår även att arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Av planen ska det enligt bestämmelserna ovan framgå

- vilka insatser som behövs
- vilka insatser respektive huvudman ska svara för
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än företrädare från kommun eller landsting
- vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för själva planen.

Barn i samhällsvård

Barn i samhällsvård kan vara placerade i familjehem, jourhem eller hem för vård och boende. Ungefär 3–4 procent av alla barn har någon gång före arton års ålder erfarenhet av samhällsvård. Barn som är eller har varit placerade i samhällsvård har visat sig vara en särskilt viktig riskgrupp ur en mängd sociala aspekter och hälsoaspekter [139].

Det finns forskning som visar på brister i samverkan mellan barnhälsovård och socialtjänst när det gäller barn som av socialtjänsten har placerats utanför hemmet. En studie från Malmö visade att en stor andel inte hade deltagit i hälsoundersökningar och inte hade fått en eller flera vaccinationer i det allmänna vaccinationsprogrammet när de nådde skolåldern [140]. Det framkom också att det ofta saknas rutiner för barnhälsovårdens ansvar för dessa barn, till exempel för hur BVC ska agera vid uteblivna besök eller följa upp vaccinationsprogram. Socialstyrelsen har tillsammans med Skolverket tagit fram vägledningen *Placerade barns skolgång och hälsa – ett gemensamt ansvar* som belyser hur samverkan kan ske [139].

Samverkan med elevhälsan

Skolhälsovården har tillsammans med barnhälsovården utgjort de centrala delarna av samhällets hälsovård för barn och unga, och har en lång tradition. Skollagen (2010:800) beskriver en samlad elevhälsa där skolsköterska och skolläkare utför elevhälsans medicinska insatser från och med att barnet börjar förskoleklass (2 kap. 25 § skollagen).

Det är angeläget att elevhälsan och i första hand dess medicinska insats ges möjlighet att med föräldrarnas medgivande ta till vara den kunskap om barn och familj som barnhälsovården har dokumenterat från sina kontakter med ett barn under åren [141, 142]. Därför är det viktigt att det finns upparbetade kanaler för sådan informationsöverföring i samband med att ett barn börjar i förskoleklass. Samtidigt måste det betonas att information inte ska föras över utan föräldrarns samtycke.

Ett exempel på viktig information att förmedla är uppgifter om vilka vaccinationer barnet har fått. En annan kan vara att (med föräldrars medgivande) informera om allergiproblem eller annan överkänslighet hos barn för att till exempel planera då ett barn behöver anpassad kost [143] eller sanering av miljön i skolan [137].

Det finns kommuner där barn i förskolan ges tillgång till elevhälsan trots att skollagen inte kräver detta eller där man har skapat särskilda resursteam [144]. Det handlar främst om att finnas till hands som expertis att rådfråga, för att säkerställa de observationer som förskolans personal gör och bistå dem med handledning av specialpedagog eller skolpsykolog.

Samverkan med tandvården

Tänderna är en viktig del av barns hälsa. Återkommande i barnhälsovårdens hälsosamtal och rådgivning är information om förhållanden som främjar god tandhälsa, till exempel betydelsen av mat, dryck, tandborstning och fluor. Samarbete mellan barnhälsovården och tandhälsovården ger ökade förutsättningar för att tidigt upptäcka barn som löper risk att utveckla karies eller är på väg att utveckla karies. Om personal på BVC misstänker karies är det viktigt att motivera och stödja föräldrarna att ta kontakt med tandvården. Barnhälsovården kan också remittera barn med risk för karies till tandvården för undersökning och eventuell behandling. Tandhälsovården erbjuder kostnadsfri kontakt med barn och föräldrar och kan också delta i föräldragrupper för att informera och ge råd.

Varje landsting ska enligt 5 § tandvårdslagen (1985:125) erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Av samma bestämmelse följer att tandvård som landstinget självt bedriver benämns i tandvårdslagen som folktandvård. Folktandvården ska svara

för regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar till och med det år då de fyller 19 år (7 § tandvårdslagen). I alla landsting finns i dag valfrihet att välja vem som ska utföra tandvården, antingen folktandvården eller privattandvården. När barnen är 2 eller 3 år får föräldrarna erbjudande om att välja vårdgivare till barnen.

Barns tandhälsa är generellt god i Sverige och karies hos barn och ungdomar fortsätter att minska. Närmare 95 procent av alla 3-åringar och 79 procent av alla 6-åringar var kariesfria 2011. Skillnaderna mellan olika delar av landet är dock stora och det finns grupper som har avsevärt sämre tandhälsa [145].

Socialstyrelsen har presenterat en studie där barns och ungdomars tandhälsa och tandvårdsbesök undersökts i relation till föräldrarnas tandhälsa och levnadsförhållanden [146]. Studien visar bland annat att det finns ett samband mellan barns och föräldrars tandhälsa. Karies är 1,5–2 gånger vanligare bland barn till föräldrar som själva har dålig tandhälsa. Föräldrarnas sociala förhållanden har betydelse för barn både när det gäller att komma eller inte komma till tandvården och när det gäller att få karies. De starkaste riskfaktorerna bland barn och unga för att få karies är att ha invandrade föräldrar från länder utanför Norden och Västeuropa, att familjen får ekonomiskt bistånd, att föräldrarna har som högst grundskoleutbildning och att föräldrarna själva har dålig tandhälsa. Resultatet pekar på behov av ytterligare åtgärder som är direkt riktade till dessa grupper.

Arbetssätt och metoder inom barnhälsovården

Samtal och föräldrastöd

Barnhälsovårdens möten med barn och föräldrar präglas av ett hälsofrämjande förhållningssätt som innebär att stödja och stärka individens förmåga till kontroll över sin egen hälsa och förmågan att förbättra den.

Ett hälsofrämjande förhållningssätt kännetecknas av ambitionen att identifiera, stärka och ta hänsyn till individens egna resurser för att främja sin hälsa och förebygga och hantera sjukdom [147]. Det innebär också att ha ett salutogent perspektiv [148] och att öka individens delaktighet och tilltro till den egna förmågan [103]. Förhållningssättet genomsyras av dialog, delaktighet och jämlikhet i mötet med individen [149]. Det syftar till att individen ska kunna fatta självständiga beslut och att individens värderingar och upplevelse av mål och mening i livet ska respekteras.

Begreppet ”hälsofrämjande möten” har kommit att användas som begrepp för att beskriva hälso- och sjukvårdens förhållningssätt i sina vårdkontakter [150]. Det handlar om att använda den tid man har till förfogande för att på olika sätt stärka individen i den situation som han eller hon befinner sig.

Barnhälsovården möter i stort sett alla föräldrar och barn i Sverige, i familjer med olika bakgrund, levnadsförhållanden och olika förmåga att söka information. En viktig uppgift för barnhälsovården är att i dessa möten, med respekt för föräldrarnas erfarenheter, förutsättningar och värderingar, vägleda om vad som gynnar barnets hälsa och utveckling.

Samtal för förändringar av levnadsvanor

En del av barnhälsovårdens arbete innebär att motivera familjen till en livsstil som bidrar till god hälsa och bra uppväxtvillkor för barnen. Barn formas av erfarenheter under barndomen och framtida levnadsvanor grundläggs i barnaåren [151]. Det är därför rimligt att familjens hälsovanor uppmärksammas på BVC.

Det finns skeden i livet då man är särskilt mottaglig för att göra livsstilsförändringar [152]. Ett sådant skede är när man nyligen har blivit förälder och inser hur de egna levnadsvanorna kommer att påverka barnet och dess utveckling. Att fånga föräldrarnas motivation och i sitt arbetssätt vara beredd att uppmärksamma föräldrarnas frågor om familjens levnadsvanor är därför en uppgift för BVC-personalen.

Utan egen motivation för att förändra sina levnadsvanor är information i form av rådgivning eller broschyrer inte särskilt meningsfull. I *Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* finns det rekommendationer om metoder för att förebygga sjukdom genom att stödja vuxnas förändring när det gäller tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet. Socialstyrelsen har delat in åtgärderna i tre övergripande nivåer: enkla råd, rådgivande samtal samt kvalificerade rådgivande samtal. Indelningen i tre åtgärdsnivåer utgår från åtgärdernas struktur, innehåll och omfattning.

För tobaksbruk och ohälsosamma matvanor bör hälso- och sjukvården erbjuda ett kvalificerat rådgivande samtal. Det innebär att personalen för en dialog med individen och anpassar åtgärderna till den specifika personens ålder, hälsa, risknivåer med mera. Åtgärderna i dessa metoder är vanligen teoribaserade eller strukturerade, det vill säga bygger på vissa tydliggjorda antaganden om hur och varför de fungerar, och de innehåller vissa fördefinierade komponenter. Eventuellt kompletteras också samtalen med olika verktyg och hjälpmedel, och de inkluderar ofta motiverande strategier. Det förutsätter också att personalen som utför åtgärden har ämneskunskapen samt är utbildad i den metod som används.

För riskbruk av alkohol och otillräcklig fysisk aktivitet är den centrala rekommendationen rådgivande samtal. Det som skiljer detta samtal från ett kvalificerat rådgivande samtal är att samtalet är kor-

tare, det bygger inte nödvändigtvis på några teorier och personalen saknar ofta utbildning i metoden.

Eftersom det vetenskapliga underlaget var otillräckligt för barn finns det inga centrala rekommendationer för barn i de nuvarande riktlinjerna. Däremot poängteras att det finns goda förutsättningar för att även barns levnadsvanor påverkas positivt då föräldrar får stöd att ändra sina levnadsvanor. I avsnittet ”Goda matvanor och fysisk aktivitet” presenteras ett uppdaterat vetenskapligt underlag för samtal med föräldrar om effekt på barns matvanor och fysiska aktivitet. Underlaget visar att det behövs ett kvalificerat rådgivande samtal till föräldrar för att åstadkomma en förändring i barns matvanor. För barns fysiska aktivitet är det vetenskapliga underlaget begränsat.

Motiverande samtal [153] är en av flera samtalsmetoder som har utprövats för samtal om livsstilsförändringar [154]. Vid motiverande samtal och andra likartade metoder är behandlarens roll att hjälpa individen att formulera en egen förståelse av sitt problem och att finna egna argument och skäl för förändring, för att sedan stärka hans eller hennes beslut att genomföra förändringen [155]. Socialstyrelsen har inte tagit ställning till specifika metoder, eftersom det vetenskapliga underlaget generellt sett inte är tillräckligt omfattande.

Hembesök

Målet med hembesök till nyblivna föräldrar är att främja kontakten mellan BVC och hemmet, informera och vid behov ge råd och stöd. Upprepade hembesök under en längre tid är en strategi för att nå och ge stöd till familjer för vilka barnhälsovårdens övriga erbjudanden är otillräckliga.

Hembesök har en lång tradition inom svensk barnhälsovård

Hembesök hos nyblivna föräldrar har en lång tradition inom den svenska barnhälsovården och har genomförts sedan de statligt finansierade barnavårdscentralerna etablerades i slutet av 1930-talet [156]. I de numera upphävda Allmänna råden om Hälsoundersökningar inom barnhälsovården från 1991 rekommenderade Socialstyrelsen att

alla nyblivna föräldrar skulle erbjudas ett besök i hemmet inom fem dagar efter hemgång från BB. Att erbjuda hembesök under barnets första levnadstid uppfattas av barnhälsovårdens personal som en viktig del av barnhälsovården insatser [16].

Syftet med hembesök

Hembesök innebär att personal från BVC besöker ett barn i hemmet. Det är ett arbetssätt som kan ha olika syften. När hembesök erbjuds till alla är det huvudsakliga syftet att informera om barnhälsovårdens erbjudanden, skapa förutsättningar för en fortsatt god kontakt med BVC-personalen, samtala om skadeförebyggande insatser och ge råd och stöd kring amning och andra aktuella frågor. Hembesök är också ett sätt att få en inblick i den miljö och de levnadsförhållanden som barnet lever i [157].

Hembesök kan också vara riktade, det vill säga besök då personal på BVC av något skäl uppfattar att ett barn eller en familj behöver särskilt stöd. En form av riktade hembesök är vad som ibland kallas ”förstärkta hembesöksprogram” i form av upprepade hembesök till familjer för vilka barnhälsovårdens övriga erbjudanden är otillräckliga. Dessa familjer kan ha identifierats av andra verksamheter och besöken kan eventuellt ske i samverkan med dessa.

Internationella erfarenheter

Förstärkt hembesöksprogram i form av upprepade hembesök är ett arbetssätt som har utvecklats internationellt men som sällan har prövats i Sverige [158]. Det innebär täta besök till familjer i en socialt utsatt livssituation eller till andra grupper som inte aktivt tar del av samhällets övriga stödinsatser. Forskning har visat att arbetssättet kan ha gynnsamma effekter när det gäller att förebygga psykisk ohälsa, misshandel, omsorgssvikt, barnolycksfall och oplanerade graviditeter [159, 160]. Ofta har dessa hembesök genomförts av hälsovårdspersonal och socialarbetare gemensamt.

Hembesök inom barnhälsovården

Det har varit svårt att utvärdera betydelsen av hembesök till alla nyblivna föräldrar vars utförande och innehåll har stora variationer mellan olika utförare. Ett flertal svenska studier, i första hand intervjuer med föräldrar och BVC-sjuksköterskor, har visat att hembesök är ett

uppskattat och förtroendeskapande arbetssätt av både BVC-sjuksköterskor och nyblivna föräldrar. Studierna har bland annat visat att hembesöken skapat större förståelse för familjens livssituation, att rådgivningen upplevs mer adekvat och att de har underlättat framtida kontakter [157, 161, 162]. Erfarenheterna från dessa studier visar att erbjudande om hembesök till alla liksom riktade hembesök fortsatt kan vara en betydelsefull del i barnhälsovårdens arbete.

När hembesök motiveras av ett behov av att uppmärksamma och ge stöd till barn och familjer i behov av extra insatser krävs det dels ett förhållningssätt som stödjer föräldrarnas tilltro till sin egen förmåga att fatta hälsofrämjande beslut, dels att man ser föräldrarna som samarbetspartner. Detta gäller inte minst föräldrar med psykisk ohälsa, ensamstående eller unga föräldrar och föräldrar som kommer från ett annat land [157].

Förstärkta hembesöksprogram i form av upprepade hembesök har internationellt visat sig vara effektivt till familjer med behov av utökat stöd [159, 160], och det är ett arbetssätt som kan prövas också i Sverige.

Föräldrastöd i grupp

Föräldrastöd i grupp är ett bra sätt att förmedla kunskap och skapa kontaktytor för föräldrar. Vid utveckling av föräldrastöd i dag behövs medvetenhet om och respekt för kulturella aspekter när det gäller föräldraskap och syn på barn och barnuppfostran.

År 1979, samma år som bestämmelsen om förbud mot barnaga infördes i 6 kap. 1 § föräldrabalken, initierade regeringen en politisk satsning på föräldrautbildning med avsikt att ge föräldrar alternativ till aga i sin uppfostran (prop. 1978/79:168 Föräldrautbildning och förbättringar av föräldraförsäkringen m.m.). Socialstyrelsen fick i uppdrag att lämna förslag på hur föräldrautbildningen borde genomföras. Detta redovisades i Föräldrautbildning kring barnets födelse och första levnadsår [163]. Rapporten beskriver målet för föräldrautbildningen som att stärka föräldraskapet genom att ge föräldrar ökad kunskap om barns behov och utveckling, att skapa sociala kontaktytor för nyblivna föräldrar och även att föräldrar ska utgöra en påtryckningsgrupp i samhällsfrågor som rör barn.

Avsaknaden av ett fortsatt föräldrastöd när barnen blir äldre gav Socialdepartementet anledning att presentera SOU 1997:161 Stöd i föräldraskapet. Utredningen framhöll att begreppet föräldrautbildning var föråldrat och föreslog att det skulle ersättas med ”stöd i föräldraskapet” och erbjudas föräldrar under barnets hela uppväxt.

Utredningar om föräldrastöd

Folkhälsoinstitutet fick 2001 ett regeringsuppdrag som gick ut på att samla in, analysera och sprida kunskap om hur föräldrastöd kan utformas för att ”göra verklig nytta”. Uppdraget resulterade i rapporten *Nya verktyg för föräldrar – förslag till nya former av föräldrastöd* [108]. Rapporten redovisade olika metoder för föräldrastöd, men uppmärksammade också vad man ansåg vara brister i barnhälsovårdens föräldrastöd. Folkhälsoinstitutet förslog en bred användning av metoder vars effekter ansågs belagda i forskning och att staten skulle ge stöd till utvecklingsarbete och forskning angående strukturerade program under graviditet och spädbarnstid.

Professionerna inom mödra- och barnhälsovården delade uppfattningen att det behövs en kreativ process inom hälsovården för att utveckla nya former av föräldrastöd för att nå fler föräldrar ur olika samhällsgrupper [164]. Däremot ansåg man inte att metoder som har utvecklats i andra länder med en annan samhällsstruktur än den svenska skulle kunna vara lösningen. Man menade att sådana program är utformade för riktat stöd, det vill säga till föräldrar som upplever problem i sitt föräldraskap, medan BVC med sina föräldragrupper riktar sig till alla föräldrar.

Flera utredningar från senare år understryker samstämmigt vikten av tidigt föräldrastöd, till exempel SOU 2009:91 Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan. Regeringen initierade 2009 *Nationell strategi för föräldrastöd* [165]. Som ett underlag för detta genomförde Statens folkhälsoinstitut (FHI) en översikt av olika aspekter av föräldrastöd, *Föräldrastöd idag – vad, när och hur?* [61]. I rapporten ingår ett avsnitt om föräldrastöd på BVC [166] där det framgår att många föräldrar, även föräldrar som inte har några uttalade problem i sitt föräldraskap, önskar möjligheter att samtala om sin föräldraroll [61].

Rapporten visade att riktat föräldrastöd, till exempel till föräldrar med tvillingar, unga föräldrar, föräldrar till adoptivbarn eller föräldrar till förtidigt födda barn, endast förekom på ett fåtal ställen [166].

De internationellt utvecklade manualbaserade föräldrastödsprogram som FHI har föreslagit användes endast i liten utsträckning inom barnhälsovården. När det användes var BVC knuten till en familjecentral.

Fortsatt utveckling av föräldrastöd

Folkhälsoinstitutet har i slutrapporten för regeringsuppdraget Kommunala strategier för föräldrastöd redovisat framgångsfaktorer för ett välfungerande föräldrastöd [167]. Där framkommer att föräldrar önskar personlig rådgivning, internetbaserat stöd och mötesplatser. Ett brett utbud med mångfald, variation och tillgänglighet är viktiga faktorer beroende på föräldrars olika behov. Föräldrar vill främst ha en plats att mötas på.

Föräldrastöd i grupp uppskattas av många föräldrar och av personal, och har en plats i svensk barnhälsovård [61]. I den fortsatta utvecklingen av föräldrastöd är det angeläget att aktuella samhällsförhållanden uppmärksammas. Som grupp har dagens föräldrar en mer heterogen bakgrund än föräldrar för 20 år sedan då grunden för dagens föräldrastöd i grupp skapades. För att utveckla föräldrastöd i dag behövs det därför medvetenhet om betydelsen av kulturella aspekter när det gäller föräldraskap och synen på barn och barnuppfostran. Även nya samlevnadsformer ställer nya krav på synen på föräldrarollerna. I studier av hur föräldrastöd uppfattas av föräldrar framkommer också att det inte är självklart att alla föräldrar är positiva till att delta i föräldragrupper och att man har svårt att nå utsatta grupper [168].

Teamarbete

Läkarens, sjuksköterskans och psykologens kompetenser och erfarenheter kompletterar och stärker varandra i arbetet inom barnhälsovården.

De olika professionerna inom barnhälsovården (sjuksköterska, läkare och psykolog) kompletterar varandra med sina olika kompetenser och erfarenheter. BVC-sjuksköterskan har huvudansvaret för det löpande arbetet på BVC, och är navet i barnhälsovårdens arbete. Läkaren är sjuksköterskans främsta diskussions- och samarbetspartner och har

ansvar för de undersöknings- och sjukvårdsuppgifter som fordrar läkarens medicinska kompetens. Psykologen möter vanligtvis barn och föräldrar efter en hänvisning från sjuksköterska eller läkare, och det handlar då om barnets utveckling eller psykosociala frågeställningar, eller föräldrastöd. Psykologen erbjuder konsultation och handledning till sjuksköterskor och läkare regelbundet samt vid komplicerad familjepsykosocial problematik. Konsultationen har målsättningen att ge personalen mer kunskap om psykiska faktorers betydelse, att öka möjligheterna att upptäcka problem och att själva åtgärda dessa.

I några landsting finns det även andra yrkeskategorier involverade i barnhälsovårdens arbete såsom logoped, dietist och socionom. Deras erfarenheter kan bilda en modell för andra landsting.

Hälsoövervakning

Hälsoövervakning är tillsammans med främjande och förebyggande åtgärder centralt för barnhälsovården. Hälsoövervakning innebär att uppmärksamma barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö för att vid behov initiera insatser i ett tidigt skede av en problemutveckling.

Hälsoövervakning är en uppgift vid varje kontakttillfälle som BVC-personal har med barn och föräldrar (se vidare Bilaga 2). I hälsoövervakningen ingår att bedöma barnets hälsa och utveckling samt värdera skydds- och riskfaktorer, för att identifiera barn som i något avseende är i behov av stöd eller riktade insatser. I hälsoövervakningen ingår att väga samman vad barnet förmedlar och förälderns beskrivning av sitt barn med de frågor han eller hon har om sitt barn, med hjälp av riktade frågor (anamnes) och observationer och undersökningar. [11, 169]

Ett antal moment kan i olika omfattning ingå vid varje kontakttillfälle eller hälsobesök [170]. Personalen kan

- uppmärksamma föräldrars frågor om sitt barn
- ta anamnes om barnets utveckling och sätt att fungera
- undersöka och observera barnets utveckling
- identifiera skydds- och riskfaktorer
- följa upp insatser
- dokumentera i barnhälsovårdsjournal
- sammanfatta och återkoppla till föräldrarna samt planera uppföljningskontakter
- förmedla information anpassad efter ålder, utveckling och behov.

Uppmärksamma föräldrars frågor om sitt barn

Föräldrar har kunskap om sitt barn. Det är därför angeläget att deras frågor eller oro aldrig avfärdas. I stället är det angeläget att försöka

förstå vad förälderns oro handlar om, vad som kan ligga bakom problemen och vilken hjälp föräldern behöver. Det är centralt för föräldern att bli tagen på allvar, att bli bemött med omtanke och respekt och att inte lämnas ensam med sin oro.

Ta anamnes om barnets utveckling och sätt att fungera

Att ta anamnes innebär att utifrån sin kunskap om barns utveckling och beteende i den aktuella åldern ställa frågor till föräldern om barnet. Det kan finnas behov av att använda strukturerade arbetssätt för att på ett metodiskt sätt söka information och genomföra observationer om ett barns beteende och utveckling. För att få översiktlig information ger instruktioner i barnhälsovårdsjournalen vägledning. För de barn där tecken på avvikelser eller svårigheter framkommer finns behov av mer detaljerad kartläggning. I dag finns inte något sådant schema eller frågebatteri som är översatt och normerat till svenska förhållanden. Det är ett angeläget utvecklingsområde [4] (se bilaga 1).

Handläggningen av ett ärende där barnhälsopersonalen misstänker att barnet har svårigheter inom autismspektrumet kan exemplifiera användning av utvärderade frågeformulär. Personalen kan använda M-CHAT, ett frågeschema [171] som innehåller frågor riktade till barnets föräldrar om avvikelser i utveckling, kommunikation och språk. Det finns översatt till svenska. M-CHAT kan användas för alla barn som en screeningundersökning i samband med undersökning av barn i åldern 2,5–3 år [172]. Förutsättningen är att det finns upparbetade lätt tillgängliga resurser för tvärprofessionell utredning och behandlingsinsatser för de barn som har avvikelser enligt schemat. En svensk studie har visat att M-CHAT med god sensitivitet identifierar barn med betydelsefulla avvikelser i sin utveckling [173].

Ett annat sätt är att använda frågeschemat när en misstanke om svårigheter inom autismspektrum har uppkommit, till exempel vid uttalad försening i språkutvecklingen. Informationen från detta ger underlag inför ställningstagande till om en vidare utredning är motiverad.

Undersöka och observera barnets utveckling

Vid vissa åldrar görs en mer systematisk bedömning av barnets utveckling. För denna bedömning finns en förlaga i barnhälsovårdsjournalen (med rekommendation om handläggning i *Anvisningar och*

kommentarer - barnhälsovårdsjournal 2000-01) liksom handläggningsförslag i *Rikshandboken i barnhälsovård* [7].

För att kunna värdera betydelsen av eventuella tecken på sen eller avvikande utveckling kan det finnas motiv för att undersöka andra aspekter av barnets hälsa, utveckling och sätt att fungera som enligt forskning har relation till ett barns utveckling och beteende [66, 174]:

- **Tillväxt:** Längd- och viktutveckling
- **Reglering:** Sömn, mat, allmän tillfredställelse eller skrikighet
- **Mående:** Aktivitetsnivå, intresse för omgivningen, målinriktad lek, förskolesituation
- **Kommunikation:** Förmåga att visa intresse för andra, dela fokus, kommunicera med mimik, rörelser, röst och rytm
- **Stämningsläge:** Tillfredställelse och nöjdhet, glädje, irritation, ledsenhet, rädsla
- **Förälderns relation till sitt barn:** Ömsesidighet i uppmärksamhet på barnets signaler, turtagning med bekräftelse av barnets initiativ och reaktioner, rimliga förväntningar från föräldern

Identifiera skydds- och riskfaktorer

För att kunna värdera betydelsen av det man har uppmärksammat och för att kunna planera inriktning och omfattning av fortsatta insatser måste skydds- och riskfaktorer kartläggas. Tecken på avvikelser får en annan betydelse för det barn som lever i en miljö med förståelse och trygghet jämfört med det barn som inte har sådana förutsättningar [86].

Följa upp insatser

Om problem eller signaler om fysisk eller psykisk ohälsa eller tecken på utvecklingsförsening framkommer kan följande faktorer ge vägledning för den fortsatta handläggningen:

- symtomens typ och allvarsgrad, det vill säga på vad sätt och hur mycket barnet påverkas
- barnets sätt att fungera för övrigt
- risk- och skyddsfaktorer i barnets livssituation.

Barn med avvikande utveckling bedöms i regel av barnavårdscentralens läkare och/eller psykolog. För ökad förståelse av vad som

har framkommit och för ställningstagande till vidare utredning och remiss kan det behövas kompletterande information från förskolan.

Oavsett resultatet av utredningen eller bedömningen kan det finnas skäl att planera kommande besök på BVC. Det kan till exempel vara önskvärt med en snar uppföljning för dem vars utveckling väcker oro men där det inte har framkommit anledning till någon specifik åtgärd.

Förmedla information och vägledning anpassad efter ålder, utveckling och behov

Hälsobesöken avslutas med att för föräldrarna sammanfatta vad som har framkommit, inte minst positiv information om barnets utveckling och beteende. Dessutom ger processen kring hälsoövervakning underlag för att ge vägledning kring barnets utveckling och hälsa utifrån barnets ålder och barnets och familjens behov.

Kompletterande bedömning och insatser inom barnhälsovården

När det framkommer avvikelser vid en hälsoövervakning kan barnhälsovårdens personal göra en bedömning för att få ökad kunskap om barnet och dess behov av riktade insatser. Barnhälsovården kan erbjuda insatser när de faller inom ramen för barnhälsovårdens åtagande, alternativt ta ansvar för att skicka remiss till en annan verksamhet.

När det vid hälsoövervakning eller genom föräldrars observationer har framkommit misstankar om utvecklingsförsening, tecken på avvikande utveckling eller beteendeproblem hos ett barn finns det skäl för barnhälsovården att göra en utredning. Syftet är att få ökad kunskap om barnet, bedöma behovet av riktade insatser och erbjuda dessa när de faller inom ramen för barnhälsovårdens åtagande eller möjligheter. Kunskapen behövs också som underlag för ett ställningstagande till att remittera för vidare åtgärder.

En sådan bedömning blir möjlig genom teamets samlade erfarenhet och kompetens. Ofta behöver den kompletteras med information från samarbetsparter såsom barnläkare och logoped eller information från förskolepersonal.

En utredning inom barnhälsovården kan innehålla

- sammanfattning av vad som har framkommit i tidigare kontakter
- medicinsk anamnes (BVC-läkare) och eventuellt kompletterande medicinsk bedömning av barnläkare
- bedömning av generell utvecklingsnivå (barnhälsovårdpsykolog) där den aktuella frågeställningen avgör behovet av strukturerad testning
- språkbedömning av logoped (efter remiss)
- samverkan med förskolan (efter förälders godkännande) för information om barnets utveckling och sätt att fungera på förskolan.

En sammanställning av den inhämtade informationen ger underlag för att bedöma och ta ställning till vidare åtgärder inom barnhälsovården eller en remiss för bedömning och åtgärd på specialistnivå.

I tveksamma fall och vid fastställande av en utvecklingsstörning upprepas utredningen vid ett senare tillfälle.

Åtgärder vid identifierade problem, riktade insatser inom barnhälsovården

Det finns ett antal insatser som är möjliga inom barnhälsovårdens uppdrag. Några exempel är

- återkommande rådgivande eller stödjande samtal inom barnhälsovården
- återkommande hembesök
- riktad gruppverksamhet
- fördjupade samtal om till exempel levnadsvanor
- hjälp till kontakter med andra verksamheter såsom socialtjänst eller hjälp till förskoleplats.

Det lilla barnets behov och förälderns uppgift

Det lilla barnet är helt beroende av sina föräldrar för att få sina grundläggande behov tillgodosedda. Barnhälsovården kan med uppmärksamhet på hur barn och föräldrar samspelar medverka till att främja en trygg anknytning och förebygga samspelssvårigheter mellan barn och föräldrar.

Anknytning

Ju yngre ett barn är, desto större är dess sårbarhet och beroende av sina närmaste [175]. Barn har en medfödd förmåga att etablera kontakt med och knyta an till sina närmaste. Anknytningsteorin beskriver den process som resulterar i att ett psykologiskt ”band” uppstår mellan barnet och dess närmaste vårdare [89].

För att en förälder ska kunna tillgodose det lilla barnets behov av omsorg måste föräldern vara fysiskt och känslomässigt tillgänglig för sitt barn så att det kan lita på att det med sina signaler kan få uppmärksamhet från en förutsägbar omgivning [176].

Om barnet i sitt sökande efter närhet eller skydd inte får svar blir barnet osäkert på vad det kan förvänta sig från sin omgivning. Anknytningen blir inte trygg [177]. Barnet kan inte lita på att föräldern finns när det behövs och kan tappa tilltron till att det lönar sig att söka tröst eller beskydd.

Hur anknytningen utvecklas beror på många faktorer

Hur anknytningen utvecklas beror på faktorer hos både barnet och den vuxne, liksom förhållanden i omgivningen. Faktorer som hindrar föräldern att vara tillgänglig för sitt barn kan vara missbruk, psykisk sjukdom eller ekonomisk utsatthet, men också psykologiska trauman som får föräldern att feltolka barnets signaler [177].

Det nyfödda barnet med sitt sätt att vara medverkar aktivt till hur det blir bemött [178, 179] och föräldrarnas förmåga att vara bra föräldrar för sitt barn påverkas också av hurdant barnet är. Det finns barn vars signaler är svåra att tolka, som har ett otydligt eller ett för omgivningen utmanande sätt att ge uttryck för sina behov och som därför gör att det krävs mer av en förälder [180, 181].

Förälderns roll under småbarnstiden

Under småbarnsåren befinner sig barnet i en snabb kognitiv och känslomässig utveckling. Genom förälderns positiva uppmärksamhet av barnets vilja och initiativ till aktiviteter stöttas barnets utveckling mot autonomi och tilltro till sin egen förmåga [89]. Lyhörda föräldrar som verbalt vägleder, uppmuntrar och resonerar lär barnet regler för social interaktion. Föräldrar som kan utstå och hantera barnets ilska och frustrationer hjälper det att utveckla förmågan att möta och lösa problem samt hantera motstridiga viljor [182]. Normer för acceptabelt beteende etableras via förälderns uppmuntrande fokus på barnets prosociala beteenden.

Vad kan barnhälsovården göra?

Barnhälsovården har en viktig roll i att förebygga svårigheter i samspelet mellan barn och föräldrar genom att vara lyhörd när föräldrar tar upp problem i sin omvårdnad av det lilla barnet eller sin egen förmåga att vara en bra förälder för sitt barn. Uppgiften kan vara såväl att förmedla kunskap om barn och deras behov som att uppmärksamma och stödja och hjälpa föräldrar som har svårigheter i relationen till sitt barn.

Små barns signaler

Att vägleda föräldrarna i att förstå och tolka barnet och att tidigt uppmärksamma om barnet har svårigheter och därigenom anpassa omsorgen till barnets behov är betydelsefullt i barnhälsovårdens arbete. Ett barns svårigheter att reglera sina reaktioner på olika stimuli kan påverka barnets samvaro med sina föräldrar liksom dess utveckling och hälsa.

Under ett barns första levnadsår handlar frågorna på BVC mycket ofta om sömn och mat eller att barnet skriker mycket. Dessa bekymmer är mycket vanliga. Beroende på hur de avgränsas handlar det om 20–30 procent av alla små barn och är vanligtvis övergående [183]. Olika uppföljningsstudier visar att bland barn med omfattande problem finns det de som fortsätter att ha likartade svårigheter under lång tid (minst 5 procent av alla barn) [184, 185]. Orsakerna kan vara många. Det kan ligga medicinska orsaker bakom, det kan vara en del i barnets beteendemönster till följd av dess temperament och barnet kan ha svårigheter med att reglera sina reaktioner. Det kan också vara tidiga tecken på utvecklingsavvikelser såsom autism eller adhd, eller barnets sätt att reagera på allvarliga missförhållanden i miljön.

Även vanliga problem kan ha stor betydelse

Det finns risk för att problem, även sådana som andra uppfattar som lindriga, blir en sådan belastning för föräldrar som lever i en utsatt livssituation att de har svårt att orka med barnets beteende och möter sitt barn på ett sätt som snarast ökar problembördan. Därför är det angeläget att BVC-personalens arbetssätt präglas av lyhördhet för föräldrarns beskrivning av sitt barn, att de är observanta på barnet och den vuxnes sätt att möta det, och att de använder sin kunskap om barn för att kunna ta ställning till behov av fördjupad kartläggning, råd om bemötande och ansvar för uppföljning. Problem som pågår under lång tid kan också få negativa konsekvenser för barnets utveckling och hälsa [186].

Barn har olika temperament och olika förmåga att reglera intryck

Redan när ett barn föds är det en unik individ med en rad outvecklade kompetenser liksom ett eget temperament och ett eget sätt att reagera på intryck och upplevelser [179].

Temperament består av ett antal grunddimensioner såsom emotionell känslighet, aktivitetsnivå, förmåga till självreglering, intensitet, anpassningsförmåga och regelbundenhet som är i huvudsak biologiskt betingade och relativt stabila över tid [187]. Utifrån sitt medfödda temperament tolkar och reagerar de små barnen på sin omgivning på olika sätt. En situation kan för ett barn vara spännande medan den

för ett annat är oroande. Några barn har vad som kommit att kallas ett svårhanterligt temperament [188]. Det är barn som nyfiket undersöker världen omkring sig, men lätt blir överstimulerade och då blir oroliga och splittrade och sedan har svårt att komma till ro. Deras biologiska rytm är ofta oregelbunden med mat- och sömnproblem som följd.

Det lilla barnets förmåga att reglera sina reaktioner på de intryck som dess sinnen registrerar varierar. Med begreppet regleringsstörning (Regulatory Disorders of Sensory Processing, RDSP) beskrivs barn som har medfödda svårigheter att reglera sina reaktioner på fysiologiska och sensoriska stimuli liksom att reglera sina kroppsrörelser och känslor [189]. Dessa svårigheter medför en känslighet för olika typer av intryck, vilket sådana barn kan visa genom att vara skrikiga och svåra att göra nöjda. Deras rörelser kan vara överdrivna och okoordinerade eller passiva och tillbakadragna. Det finns en nära relation mellan ett barns temperament och dess förmåga att reglera sina reaktioner på intryck. Barn med vad som kallas ”svårhanterligt temperament” har ofta regleringssvårigheter [187].

En populationsstudie i Köpenhamn undersökte ett stort antal barn i 1,5-årsåldern och fann att 7 procent bedömdes ha en regleringsstörning [190]. I en studie av barn vars föräldrar sökt hjälp på en spädbarnsklinik i Norge var regleringssvårigheter den vanligaste orsaken till att man sökt hjälp (identifierades hos 19 procent [191]).

Vad kan barnhälsovården göra?

En viktig uppgift för barnhälsovården är att främja relationen mellan barn och föräldrar samt medverka till förståelse för det lilla barnets inneboende egenheter, dess temperament och hur det reagerar på intryck. Ett barn som skriker mycket, krånglar med maten eller har svårt att sova väcker oro samt är tröttande och utmanande för vilken förälder som helst. Det är lätt att föräldrar hamnar i onda cirklar i omvårdnaden om sitt lilla barn där den ena åtgärden efter det andra prövas utan att situationen förändras.

Därför är det angeläget för barnhälsovården att tidigt uppmärksamma barnets svårigheter, bedöma eventuella orsaker (medicinska och psykosociala) och vägleda föräldrarna i att förstå och tolka barnet och därigenom anpassa omsorgen till barnets behov.

Föräldern behöver mötas av lyhörd personal som lyssnar till föräldrarnas beskrivning av sin situation, vad de prövat och vilket stöd och vilken hjälp de har från sitt nätverk. En strukturerad anamnes (till exempel en sömndagbok om det handlar om sömnproblem) kan öka möjligheten att få en uppfattning om problemets omfattning och vad som kan ligga bakom. Även medicinska orsaker till krävande beteende behöver finnas i åtanke.

Utveckling och psykisk hälsa

Barnhälsovården har en central roll att i varje möte med barn och föräldrar främja barnets utveckling och psykiska hälsa. Om tecken på psykisk ohälsa eller utvecklingsförsening framkommer är det symtomens typ och allvarsgrad, barnets övriga sätt att fungera samt skydds- och riskfaktorer i barnets livssituation som tillsammans avgör den fortsatta handläggningen.

Ett barn utvecklas i samspel med andra människor och andra faktorer i miljön efter sin egen personlighet och förutsättningar. Även om varje barn utvecklas i sin takt följer barns utveckling ändå ett visst mönster. Varje barn, såvida det inte har en allvarlig funktionsnedsättning, lär sig att sitta, stå, gå och prata, men miljön är helt avgörande för om ett barn ska lära sig cykla, åka skridskor och läsa.

Barns utveckling brukar beskrivas ur olika aspekter: motorisk, kognitiv, språklig, emotionell och social. Även om indelningen är pedagogisk är den konstlad eftersom de olika aspekterna är ömsesidigt beroende av varandra [192].

Utvecklingsförsening, utvecklingsavvikelser och utvecklingsstörning

Med *utvecklingsförsening* menas att ett barns utveckling inte följer den förväntade utvecklingstakten utan att den sker långsammare än för flertalet andra barn inom ett eller flera områden [193].

Begreppet utvecklingsförsening har ingen allmänt accepterad definition av till exempel hur försenad ett barns utveckling ska vara för att benämnas försenad. Vad som är normalt för ett barn behöver inte vara det för ett annat barn med andra genetiska och sociala förutsättningar.

Vid *utvecklingsavvikelser* [194, 195] innehåller utvecklingen inslag som inte brukar ingå i ett barns utveckling. Exempel på en utveck-

lingsavvikelse är att barnet har avvikande muskelspänning, såsom ett barn med cerebral pares (cp), eller ekotal, såsom ett barn med autism.

Ett barn har *utvecklingsstörning* [196-198] om det vid ett allsidigt sammansatt begåvningstest får ett resultat som ligger två standardavvikelser under begåvningsgenomsnittet (det vill säga en intelligenskvot på cirka 70 eller lägre) och som dessutom har nedsatt adaptiv förmåga. Med nedsatt adaptiv förmåga menas att barnet har betydande svårigheter att möta de krav som ställs i samvaron med andra [193]. Det är först i skolåldern som det är rimligt att diagnostisera lindrig utvecklingsstörning.

Anledningar till att uppmärksamma barn med utvecklingsförsening

Genom att vid hälsoövervakning tidigt identifiera utvecklingsförseningar och utvecklingsavvikelser ger barnhälsovården goda förutsättningar att påverka hinder för utveckling, stimulera barnets egna resurser till utveckling och förhindra tillkommande problem.

Syftet med hälsoövervakningen på BVC är att initiera stöd, inte att i första hand ställa en diagnos. Genom att utforma insatserna utifrån barnets och familjens behov kan barnet få den hjälp och det stöd som det behöver.

Insatserna behöver anpassas till barnets och familjens behov. Genom att kartlägga orsakerna till avvikelserna kan BVC se till att barnet och familjen får den hjälp och det stöd som de behöver. Om ett barns försenade utveckling beror på sociala orsaker eller till exempel autism kan det få stor betydelse för hur råden och handläggningen utformas.

Motorisk utveckling

Det lilla barnet utvecklar sin motorik genom att först lära sig att behärska grovmotoriska rörelser för att sedan lära sig ett mer förfinat utförande av de finmotoriska. Det finns en utvecklingsgång som de flesta barn följer även om de individuella variationerna är stora. Barn uppnår de så kallade ”motoriska milstolparna” då de till exempel kan rulla runt från mage till rygg, krypa eller gå vid ungefär samma ålder. Vid vilken ålder har dokumenterats i olika observationsscheman [66, 199] som används vid övervakning av barns utveckling [200].

Ursprunget för dessa motoriska milstolpar är legendariska studier av Arnold Gesell [201].

Även om barnets genetik bestämmer barnets förutsättningar har miljöfaktorer betydelse för hur dessa ges möjlighet att utvecklas. En miljö som lockar till fysiska aktiviteter och som är så trygg att föräldrar vågar låta sitt barn leka utomhus är stimulerande för barns motoriska utveckling. På samma sätt är det viktigt vad förskolan erbjuder för erfarenhet och miljö.

Det går inte att uppfatta ett barns motoriska utveckling som en isolerad färdighet. Vad barnet utvecklar är också beroende av hur det kan förstå vad det ska göra liksom vad det vågar och får lust till. Det betyder att den motoriska utvecklingen också är beroende av barnets kognitiva och emotionella utveckling [202, 203]. Därför talar man ofta om barnets psykomotoriska utveckling för att markera att olika aspekter av utvecklingen hänger samman.

Olika orsaker till motoriska svårigheter

Det finns flera orsaker till motoriska svårigheter hos ett barn [204].

Första tecknet på en generell utvecklingsförsening är inte sällan en sen motorisk utveckling. När barnet blir lite äldre blir andra aspekter av barnets utveckling möjliga att iaktta, till exempel dess kognitiva och språkliga utveckling [205].

En annan grupp med motoriska problem är barn med neurologiska avvikelser till följd av hjärnskador såsom cp eller andra neurologiska eller muskulära sjukdomar och skador.

En tredje grupp är barn med en sent utvecklad, klumpig motorik med osäker balans och kroppsuppfattning samt osäker finmotorik som inte i övrigt har någon utvecklingsförsening eller neurologisk sjukdom [205]. De saknar den motoriska kompetens som behövs för att delta i lek och andra aktiviteter på samma sätt som jämnåriga. En internationell benämning är ”developmental coordination disorder” [197].

Samtidiga problem

Som grupp har de barn som har motorikproblem oftare inlärningssvårigheter än andra barn [206, 207], och många har också adhd-problem [208, 209]. Det är också vanligt att motorik- och språkproblem överlappar [210, 211].

För den som har motoriska svårigheter är det inte roligt att delta i jämnårigas motoriska aktiviteter [212]. Den som är klumpig misslyckas ofta i lek, klarar inte det andra klarar, möts av negativa kommentarer, undviker motoriska aktiviteter och får färre erfarenheter. En sådan ond cirkel kan få negativa konsekvenser såsom osäker kroppsuppfattnng, övervikt och negativ självbild.

Vad kan barnhälsovården göra?

Att observera ett barns motoriska utveckling under de första levnadsåren är ett bra sätt att få en uppfattning om barnets allmänna utvecklingsnivå. Vid avvikelser är första steget att utesluta en neurologisk skada eller sjukdom som orsak. När det inte finns någon sådan är uppgiften att hjälpa föräldrarna att hitta vägar för hur barnets motoriska aktivitet stimuleras i vardaglig lek.

Språkutveckling

Variationen i barns språkutveckling är stor. Det finns inte några exakta åldrar när alla barn utvecklar en språklig färdighet. På samma sätt som den motoriska utvecklingen följer dock även barns tal- och språkutveckling vissa utvecklingsmönster. Att utveckla ett kommunikativt språk är en central del av ett barns utveckling med nära relation till andra aspekter av barnets utveckling, såsom dess kognitiva, sociala och motoriska utveckling.

Forskning har visat att barn med språkstörning har större risk att utveckla en rad andra problem än barn med typisk språkutveckling [213, 214]. Beteendeproblem, kamratproblem, inlärningssvårigheter och andra skolsvårigheter är vanligare bland dessa barn. Expertgrupper i såväl England [215] som Sverige [216] har påtalat att det är angeläget att så tidigt som möjligt erbjuda barn med tal-, språk- och kommunikationsproblem insatser för att om möjligt förhindra en negativ utveckling.

Språkstörning hos barn med fler än ett modersmål

Flerspråkighet i sig orsakar inte en språkstörning och språkstörningar förekommer hos flerspråkiga barn lika ofta som hos barn med ett modersmål [217, 218]. Vid en typisk flerspråkig utveckling kan det ta

lite längre tid att utveckla ordförråd men barnet kommer snart ikapp. Barnets språkutveckling går inte snabbare för att man tar bort ett eller flera språk utan det är viktigt att flerspråkiga barn med språkstörning får stimulans och träning på alla sina språk [219].

Vad kan barnhälsovården göra?

Det är viktigt att BVC-personal i alla sina kontakter under barnets uppväxt uppmärksammar hur barnets tal och språk utvecklas, liksom hur det kommunicerar och samspelar med sin omgivning [220]. En förlaga i barnhälsovårdsjournalen ger anvisning om vilka uppgifter man kan observera i samband med hälsobesök i olika åldrar liksom instruktion i hur det kan genomföras [221].

Med kunskap om betydelsen av barns språkutveckling finns det skäl för att ta föräldrars frågor om och oro för barnets språkutveckling på allvar. BVC-personal kan vägleda föräldrar i hur man kan uppmärksamma och stimulera barnets försök att kommunicera. För att förstärka och uppmuntra barnets kommunikativa och språkliga utveckling kan BVC-personalen också hänvisa till bibliotek och andra språkstimulerande verksamheter. Goda exempel på sådana initiativ och hur samarbete mellan BVC och bibliotek kan utvecklas är Språkkedjan i Halland [222] och Språknätet i Uppsala [223].

En strukturerad undersökning av barns tal- och språkutveckling görs vid 2,5 eller vid 3 års ålder vid i stort sett alla BVC i landet [16], med en metod från Uppsala vid 3 år [224] respektive en från Bohuslän vid 2,5 år [225]. Studier visar att de barn som vid dessa undersökningar identifieras ha sen tal- och språkutveckling har betydelsefulla språksvårigheter [224, 226]. Studierna visar också att cirka hälften av de barn som identifieras med sen eller avvikande tal- och språkutveckling också har andra avvikelser som är betydelsefulla för barnets fortsatta utveckling. Det kan vara utvecklingsstörning, autism eller adhd [211, 227].

I undersökningen av barns språkutveckling är det angeläget att vara uppmärksam på att det bland barn med språkstörning kan finnas barn med autism och andra kognitivt betingade utvecklingsavvikelser. Forskningen visar att det därför är viktigt att ha rutiner för att barn med grav språkstörning får en allsidig utredning, med i första skedet läkare och psykolog vid BVC delaktiga, så att inte en fokusering på insatser av logoped fördröjer andra insatser [227].

Det är en utmaning för barnhälsovården att bedöma språkutvecklingen hos barn med annat modersmål än svenska. Utgångspunkten är att söka information om barnets språkutveckling på sitt bästa språk, vilket för barn med annat modersmål kan ske med så allsidig information från föräldrarna som möjligt, eventuellt via tolk, och vid osäkerhet kompletterat med information från förskolan (efter föräldrars godkännande).

Psykisk ohälsa

Med psykiska ohälsa avses emotionella symtom eller beteendeproblem som varaktigt påverkar ett barns välbefinnande, dess utveckling och delaktighet i vardagsaktiviteter [228]. När ett barn inte mår bra kan det inte delta i utvecklande aktiviteter med andra, varför psykisk ohälsa också kan komma till uttryck som utvecklingsförseningar.

Uttryckssätten för psykisk ohälsa växlar under uppväxten. Ju yngre ett barn är, desto svårare är det att identifiera tydliga och stabila mönster som signalerar problem som kan ha betydelse på sikt. Det är inte heller självklart vilka beteenden eller symtom som ska uppfattas som avvikande. Samma symtom kan vara en adekvat reaktion på något som har hänt, till exempel att barnet är ledset för att husdjuret har dött, medan nedstämdheten hos ett annat barn inte kan förklaras som en tillfällig reaktion [229].

Små barns sätt att visa psykisk ohälsa är ospecifika. De använder den begränsade beteenderepertoar de har tillgång till, såsom att visa missnöje eller otillfredsställelse genom att skrika, inte sova eller inte äta. Dessa tecken kan vara barnets sätt att uttrycka utvecklingsrelaterade svårigheter, dess sätt att reagera på kroppslig sjukdom eller dess sätt att reagera på förhållanden omkring sig. Flera perspektiv måste därför alltid finnas för att förstå hälsoproblem hos små barn [230].

Föräldraproblem och barnproblem är i dessa åldrar sammanflätade och ofta svåra att skilja på. Beteendeproblem liksom emotionella problem hos små barn har ett starkt samband med psykosociala belastningar på familjen [231, 232]. En värdering av ett barns symtom måste därför inbegripa föräldrafunktionen [233] liksom biologiska faktorer som kan påverka barnets utveckling (sjukdom, prematuritet, hjärnskador med mera) [234].

Inåtvända och utagerande symtom

Symtom på psykisk ohälsa hos barn delas ofta in i två grupper, barn med inåtvända symtom och barn med utagerande problem. Det är en indelning som delvis är konstlad eftersom de ofta överlappar [235]. Med inåtvända symtom menas symtom såsom oro, nedstämdhet, uppgivenhet, ångest och psykosomatiska symtom, medan utagerande symtom kan vara trots, bråkighet, överaktivitet eller aggressivitet.

Med psykisk sjukdom menas att de psykiska symtomen är varaktiga och att de har allvarlig inverkan på barnets välbefinnande och funktion. Psykiska sjukdomar är definierade i de diagnosmanualer som används inom sjukvården (DSM-IV [197] (nu ersatt med DSM 5) och ICD-10 [198]) för till exempel depression eller ångest.

Även om de flesta symtom som skulle kunna kallas emotionella eller psykiska hos barn i småbarns- och förskoleåldern är övergående, medför de belastningar på barnet samt påfrestningar och oro för barnets föräldrar medan de pågår. De kan för vissa barn dessutom få långsiktiga konsekvenser för barnets utveckling och hälsa. Eftersom barnhälsovården för barn i förskoleåldern och deras familjer är den mest naturliga kontaktvägen även vid frågor om barnets psykiska mående behöver barnhälsovårdens personal ha kunskap om och arbetssätt för att uppmärksamma och hjälpa vid sådana problem [110].

Autism

En grupp barn med betydelsefulla avvikelser i sin utveckling är barn med svårigheter inom autismspektrumet (autismspetrumtillstånd, AST). Med svårigheter inom autismspektrumet menas att ett barn har svårt att interagera och kommunicera med andra och att det har begränsningar och upprepningar i sitt beteende samt sina intressen och aktiviteter [236].

Tidigare har autism betraktats som ett ovanligt tillstånd som drabbar ett fåtal barn. Aktuella forskningsöversikter visar dock att diagnoser inom autismspektrumet finns hos omkring en procent av alla barn [237-240].

Eftersom AST vanligtvis är medfött kan avvikelser i utvecklingen visa sig redan hos spädbarn, men vanligtvis blir symtomen uppenbara i två- till treårsåldern. Det tecken som flest föräldrar till barn med AST reagerar på är en markant försenad tal- och språkutveckling, när

barnet i två- till treårsåldern inte kommer i gång med att prata [241]. I småbarnsåldern är andra tecken på autism bristande förmåga till imitation, föga intresse för andra barn, avsaknad av uppmärksamhet på sitt eget namn samt bristande förmåga att använda pekande för att få en vilja uppfylld eller för att visa på något intressant för någon annan [241]. Andra tecken kan vara krav på oförändrade rutiner, hyperaktivitet och mycket upprepningar. Det är mycket vanligt att barn med autism fastnar i ett beteendemönster och får utbrott när någon försöker bryta det [242].

Vad kan barnhälsovården göra?

Barnhälsovården har en central roll för att uppmärksamma tecken på autism hos små barn eftersom det har visat sig att tidiga insatser har stor betydelse för barnets fortsatta utveckling. Aktuell forskning talar för vikten av tidiga och mångsidiga insatser för barn med autism [243-245].

I småbarnsåldern vänder sig föräldrar oftast till BVC när de har frågor om sitt barns utveckling. Därför är det önskvärt att barnhälsovården har arbetssätt och kunskap så att föräldrar får trovärdiga svar på sina frågor och att de olika momenten i barnhälsovårdens hälsoövervakning är utformade så att barn som till exempel har tecken på autism blir identifierade. Det innebär bland annat att BVC-personalen behöver kunskap om tidiga tecken på autism och är uppmärksam på barnets språkutveckling, kommunikation och samspel. Vid misstanke om att ett barn kan ha svårigheter inom autismspektrumet finns det skäl att komplettera med en grundläggande bedömning av barnets utveckling och ställa riktade frågor där frågeschemat M-CHAT är väl utprövat [171].

Överaktivitet, impulsivitet, adhd

Karakteristiskt för många barn i förskoleåldern är att de är aktiva och företagsamma, att deras uthållighet är kort och att de fort tröttnar på uppgifter som är svåra för dem. Många föräldrar till barn i denna ålder tycker att barnet inte lyssnar och att det ofta protesterar mot krav [246].

En sådan beskrivning gäller också barn med adhd (attention deficit hyperactivity disorder). Det är problemens omfattning och inverkan

på barnets vardag som avgör om det kan handla om adhd eller inte [247, 248]. Det kan vara svårt att med säkerhet avgöra om ett överaktivt och splittrat barn i förskoleåldern har adhd, varför experter på området menar att man ska vara försiktig med att ställa diagnos på förskolebarn [249].

Det finns ändå skäl för att man inom barnhälsovården ska bry sig om problemen i denna ålder då det är det viktigt att uppmärksamma dem i ett skede medan det går att förhindra den negativa problemutveckling som är mycket vanlig [250]. Barnets beteende kan få allvarliga konsekvenser såväl för situationen i hemmet som på förskolan och för barnets relation till jämnåriga. Konflikter och negativa samspelsmönster kan komma att dominera och det blir svårt för den vuxne att se barnets positiva sidor [251].

Samtidiga problem

Många små barn med adhd lär sig prata senare än andra barn. De har ofta en klumpig motorik som gör det svårt att delta i jämnårigas motoriska aktiviteter. De tar i för hårt, knuffas eller har svårt att träffa bollen [246]. Lättväckt ilska är också vanligt och leder ofta till svårhanterliga utbrott. Autism hos barn i småbarns- och förskoleåldern kommer inte sällan till uttryck som en extrem överaktivitet och splittring.

Vad kan barnhälsovården göra?

Uppgiften för barnhälsovården är inte att i första hand komma fram till om barnet har diagnosen adhd eller inte. Det är i stället att hjälpa föräldrarna att förstå sitt barns sätt att fungera för att därmed kunna möta det på ett sätt som är utvecklande. Insiktsfulla råd kan hjälpa föräldrarna att hitta adekvata strategier för svåra situationer i sin vardag. Vid stora problem är det angeläget med remiss för utredning och behandlingsinsatser.

Olika aspekter av barnets utveckling och beteende hänger samman – ESSENCE

Det finns en växande kunskap om att olika aspekter av ett barns utveckling är nära kopplade till varandra liksom till barns regleringsförmåga och beteende. Med denna kunskap är det angeläget

att i mötet med barn värdera olika aspekter av barns utveckling och beteende tillsammans med hur de har det i sin uppväxtsituation och vilka erfarenheter de gjort.

Med akronymen ESSENCE (Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations) har forskare [252] fäst uppmärksamheten på att olika avvikelser i ett barns utveckling och sätt att fungera ofta hänger samman. Begreppet ESSENCE pekar på att utvecklingsavvikelser och beteendeproblem kan vara tidiga stadier av problem som senare identifieras med diagnoser inom autismspektrum, adhd, ticssyndrom och utvecklingsstörning [211, 253] liksom tidiga tecken på psykiatriska diagnoser.

Tecken på avvikelser i ett barns utveckling leder ofta till frågor och kontakt med personal på BVC samt med barnläkare, logoped, psykolog och andra. I ett tidigt skede kan det vara svårt att avgöra betydelsen av sådana symtom, och många föräldrars erfarenhet är att de inte fått förståelse för sin oro för vad ett symtom hos barnet kan innebära [254]. Eftersom det kan vara tidiga tecken på förhållanden som kan komma att påverka ett barn och dess föräldrar under hela uppväxten är det viktigt att sådana signaler tas på allvar samt att tidig hjälp erbjuds och olika barnkompetenser samarbetar med varandra.

Tidiga insatser

Tidiga insatser innebär att erbjuda åtgärder i ett tidigt skede av en problemutveckling innan problemen har blivit manifesta [110]. För att insatserna ska kunna erbjudas tidigt måste problemen emellertid identifieras. Den process inom barnhälsovården som ska möjliggöra det är hälsoövervakningen (se s. 74). En grundläggande förutsättning för att barnhälsovårdens insatser ska vara betydelsefulla är att föräldrar har en sådan tillit till dess personal att de kan ta emot information och acceptera förslag på insatser. Det kan vara insatser med olika fokus:

- Fokus på barnet och barnets välbefinnande och sätt att fungera innebär insatser i form av fördjupad undersökning eller behandling riktad till barnet inom eller utom barnhälsovården.

- Fokus på förälderns förmåga att stödja sitt barns utveckling innebär vägledning, råd och kunskapsförmedling eller hjälp med anpassning av miljöförhållanden för att minska belastningen på familjen.
- Fokus på förälderns egna problem, som inverkar på förälderns möjlighet att vara en för barnet närvarande förälder, innebär återkommande stödkontakter, vägledning eller psykologisk behandling med målet att öka förälderns förståelse för barnets behov.

Ibland är det tillräckligt med insatser inom något av områdena, och ibland behövs det insatser på samtliga områden. Insatserna kan ske inom barnhälsovården eller av andra, ofta i samverkan.

Vad kan barnhälsovården göra?

För föräldrar till barn i förskoleåldern är barnhälsovården den naturliga kontaktvägen när de känner oro för barnets utveckling, beteende eller hälsa. Därför är det viktigt att det inom BVC finns kunskap om barns utveckling och tecken på avvikelser samt arbetssätt och metoder för att klara uppgiften. Det är angeläget att det finns lokala rutiner för att handlägga specifika frågeställningar såsom misstanke om att ett barn far illa eller misstanke om au-tism eller allvarlig psykisk ohälsa. Problem kan påverka ett barn och dess föräldrar under barnets hela uppväxt varför tidig hjälp är viktig liksom att personal med olika barnkompetenser samarbetar.

Depression hos nyblivna föräldrar

Depression hos en nybliven mamma leder till känslor av att inte räcka till som mamma, vilket kan påverka relationen mellan mamma och barn. Därför är det viktigt att barnhälsovården är uppmärksam på om nyblivna mammor visar tecken på nedstämdhet. Socialstyrelsen rekommenderar att självskattningsskalan Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ingår som en del av barnhälsovårdens samtal med mamman om hennes välbefinnande. Om mamman visar tecken på nedstämdhet och psykisk ohälsa finns skäl för att även ha samtal med den andra föräldern.

Barnafödandet innebär en positiv upplevelse för de allra flesta men det är också en period med en ökad sårbarhet. Ungefär varannan

nybliven mamma och en stor andel pappor känner en ökad labilitet, irritabilitet och nedstämdhet, så kallad ”blues”, tre till fem dagar efter förlossningen, något som brukar gå över efter några dagar [255–257].

Cirka 10 procent av alla nyblivna mammor får en mer uttalad nedstämdhet [256, 258, 259]. Även under graviditeten löper båda föräldrar ökad risk att drabbas, men vanligast är att mammans nedstämdhet börjar i samband med förlossningen medan pappor ofta drabbas senare, tre till sex månader efter barnets födelse [259].

Riskfaktorerna är desamma för kvinnor och män och särskilt utsatta är föräldrar som tidigare har haft depression eller annan psykisk ohälsa, varit med om svåra livshändelser och som inte har tillräckligt stöd, till exempel upplever sig isolerade på grund av att de har en annan kulturell bakgrund [259–262].

Depression efter förlossningen (post partum) kännetecknas av ett sänkt stämningsläge som gör att vardagen upplevs som tung och ger känslor av att inte räcka till som förälder. Andra vanliga reaktioner är svårigheter att koncentrera sig och att fatta beslut, aptit- och sömnrubbningar, extrem trötthet och brist på energi [263]. Den allvarligaste psykiska sjukdom som drabbar nyförlösta kvinnor är psykos som kräver psykiatrisk vård. En till två promille av alla nyförlösta kvinnor drabbas så allvarligt.

Psykisk sjukdom hos nyblivna pappor väcker oftast inte samma oro som hos mammor, trots att den påverkar barnets utveckling på likartat sätt och behöver därför uppmärksammas inom barnhälsovården [264, 265].

Följder av depression post partum

Symtombild och förlopp vid depressioner post partum skiljer sig i princip inte från depressioner under andra perioder i livet. Vad som däremot är specifikt är just sammanhanget och konsekvenserna [266]. Många nyblivna föräldrar som drabbas av depression post partum tycker att de går miste om en viktig period i livet och den förväntade lyckan över sitt nyfödda barn [267].

Symtomen vid depression kan försvåra för föräldern att samspela på ett känsligt och lyhört sätt med sitt barn [258, 264]. Spädbarnets känslomässiga och kognitiva utveckling riskerar att påverkas negativt [268-270].

Förutom att psykisk ohälsa hos någon av föräldrarna kan påverka barnets psykiska hälsa och utveckling direkt gör den det även indirekt. Då gäller det i första hand genom påverkan på föräldrarnas relation till sitt barn [271], något som kan bli särskilt betydelsefullt om båda föräldrarna är drabbade [259].

Hälsoövervakning, tidig upptäckt och EPDS

I forskning har det framkommit att det finns risk för att nyblivna mammors tecken på psykisk ohälsa bagatelliseras som något som ”hör till” eller ”går över” [255, 272] och därför inte uppmärksammas av BVC-personal.

Med ökad kunskap om den inverkan som depression post partum har, finns det skäl att så tidigt som möjligt identifiera nedstämdhet hos nyblivna föräldrar för att erbjuda stöd och behandling [273].

Erfarenheten att många deprimerade mammor inte själva söker hjälp [274] är bakgrunden till att självskattningsskalan Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) [7] har utvecklats och kommit att användas av hälsovårdspersonal i olika länder inklusive Sverige [274–276].

EPDS är ett hjälpmedel som måste kompletteras med samtal och vid behov med en klinisk bedömning för att värdera betydelsen av mammans svar i skattningsskalan. Arbetssättet förutsätter att adekvata insatser erbjuds de kvinnor som faller ut vid screeningen. Dessutom måste personalen vara medveten om att alla som faller ut inte har lika allvarliga problem, liksom att inte alla som har betydelsefulla problem faller ut [277]. Vidare måste det finnas en tydlig vårdkedja för barnhälsovårdens samarbete med allmänmedicin och psykiatri.

Såväl Socialstyrelsen i *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångesttillstånd* [278] som SBU [279] har efter systematiska översikter rekommenderat att screening med EPDS av nyblivna mammor regelmässigt genomförs inom barnhälsovården sex till åtta veckor efter förlossningen. I översikter av tillgänglig forskning har man funnit att nyttan överväger nackdelarna. Ännu finns inte tillräckliga erfarenheter för att också rekommendera det för fäder, men det kan vara lämpligt att ha ett samtal kring frågorna i EPDS också med pappan vid tecken på psykisk ohälsa eller problem i parrelationen [262].

Barn som far illa eller riskerar att fara illa

En viktig uppgift för personal inom barnhälsovården är att tidigt uppmärksamma och åtgärda situationer där barn misstänks fara illa eller riskerar att fara illa, och för det ha handläggningsrutiner för samverkan med och anmälan till socialtjänsten.

Barn som far illa eller riskerar att fara illa är ett gemensamt samhällsansvar, men många barn som far illa kommer inte till socialtjänstens kännedom och kan därmed inte alltid få det stöd som de behöver från samhället. Under ett barns första levnadsår är barnhälsovården en av de få samhälleliga institutioner som har möjlighet att tidigt uppmärksamma eventuella behov av stödjande insatser till följd av psykosociala brister eller missförhållanden i familjen. När barnet blir äldre har barnhälsovården fortsatt en sådan roll, men då ofta som komplement till eller i samverkan med till exempel personal i förskolan.

Barn kan fara illa på olika sätt

Skyldigheten att anmäla till socialnämnden enligt 14 kap. 1 § SoL inträder när anmälningsskyldiga får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. Därför är det en viktig uppgift för barnhälsovården att upptäcka barn som kan misstänkas fara illa eller riskerar att fara illa. För att klara den många gånger svåra uppgiften behövs kunskaper om barn som far illa och barn i riskmiljöer [129].

Uttrycket far illa innefattar alla former av övergrepp, försummelse och utnyttjande som leder till en faktisk eller potentiell skada för barnets hälsa eller utveckling. Detta gäller oavsett om det är avsiktligt eller oavsiktligt, har kulturella bakgrundsfaktorer eller beror på okunskap om barns behov. [129]

Ett barn far illa eller riskerar att fara illa och barnets hälsa och personliga utveckling riskerar att skadas när det till exempel i hemmet

utsätts för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar och fysisk eller psykisk försummelse, eller om barnet har allvarliga relationsproblem i förhållande till sin familj. Det gäller likaså om det blir vittne till våld eller lever i en miljö där våld och hot om våld förekommer (prop. 2005/06:166 Barn som bevittnat våld).

Förutom att barnet självt kan bli skadat kan det genom att uppleva att en närstående blir hotad eller kränkt förlora tryggheten eller tilliten till dem som det är beroende av. Barnet blir känslomässigt övergivet och skyddslöst, eftersom varken den våldsamma och skrämmande eller den hotade och slagna kan ge barnet tröst och trygghet.

För utförligare information, se Socialstyrelsens vägledning ”Barn som far illa eller riskerar att fara illa – en vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningsskyldighet och ansvar”.

Vad ska barnhälsovården reagera på?

Barnhälsovården har förutsättningarna för att uppmärksamma barn som kan misstänkas fara illa. Att känna till riskfaktorer för att ett barn ska fara illa är ett stöd för barnhälsovården både när det gäller att förebygga och att upptäcka barn som far illa eller som riskerar att fara illa.

Barns reaktioner på att de far illa är ganska likartade oavsett vilken typ av utsatthet ett barn har. Symtomen kan dock variera beroende på ålder, personlighet, utvecklingsnivå, grad av exponering samt andra risk- och skyddsfaktorer kring barnet.

Ibland finns det tydliga tecken. Det kan vara blåmärken eller andra fysiska skador som indikerar att ett barn är utsatt för våld. Om ett barn visar symtom eller tecken som väcker misstanke om att barnet har utsatts för eller bevittnat våld eller andra övergrepp av eller mot en närstående, ska vårdgivaren se till att hälso- och sjukvårdspersonalen

1. gör en anmälan till socialtjänsten enligt 14 kap. 1§ SoL,
2. ställer frågor till en medföljande vuxen om orsaken till symtomen eller tecknen,
3. frågar barnet i enrum om orsaken till symtomen eller tecknen när så är möjligt och med hänsyn taget till barnets ålder och mognad samt vårdnadshavarens samtycke, om sådant behövs, och

4. beaktar vilka behov barnet kan ha av vård såväl fysiskt som psykiskt med anledning av våldet.

Detta framgår av 8 kap. 8 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:4) om våld i nära relationer.

Barn som far illa kan också visa tecken på vanvård med dålig hygien eller ovårdade kläder. Oftare är tecknen dock mer svårtolkade, såsom förändringar i beteendet, diffusa psykosomatiska symtom och psykiska symtom med till exempel tillbakadragenhet eller tillbakagång i utvecklingen. När ett barn som tidigare har fungerat väl på kort tid förändras krävs det alltid en utredning av orsakerna, medicinska såväl som sociala [280]. Andra symtom att reagera på kan vara att barnet inte växer som förväntat [281]. Barn som har varit eller är utsatta för sexuella övergrepp, våld eller liknande försöker ofta hitta ett tillfälle att berätta om sin utsatthet för någon i omgivningen.

En svårvärderad problematik kan vara när barn inte kommer på inplanerade besök på BVC. Barnhälsovård är frivilligt och föräldrar kan välja att inte komma till erbjudna besök. Men uteblivande kan var en signal om att en förälder inte mår bra och därför inte kommer på BVC-besök trots att familjen behöver stöd. Ställningstagandet till att uppsöka den som inte kommer belyser den balansgång mellan kontroll och service som personalen måste hantera. Det är angeläget att på olika vägar försöka få kontakt med sådana familjer för att få försöka få klarhet i orsaken till att familjen inte kommer till planerade besök.

Riskfaktorer för att ett barn far illa

Det finns förhållanden som ökar risken för att ett barn ska fara illa. Det kan gälla faktorer hos barnet som gör att det krävs mer av den vuxne i vardagsumgänget med barnet eller faktorer som gör att det behöver mycket omvårdnad och tillsyn [282]. Barnets signaler kan också vara svårtolkade eller tröttande för den vuxne. Detta kan gälla när ett barn har en långvarig sjukdom, en funktionsnedsättning, kommunikationssvårigheter, utvecklingsavvikelser såsom autism eller adhd eller beteendeproblem av andra orsaker [280].

Föräldrarna och deras förmåga att tillgodose sitt barns behov är centrala för barns utveckling. Föräldrars bristande omsorgsförmåga kan bero på svårigheter med att sätta barnets behov före sina egna

och låta barnets utvecklingsnivå styra hur barnet vårdas, uppfostras och stimuleras. Kunskapsbrist om barns utveckling och vad som förväntas vid olika åldrar kan betraktas som föräldrarelaterade riskfaktorer. [283]

En annan form av riskfaktorer är när föräldern har stora egna problem som gör att han eller hon inte har ork, tid och förmåga att fullt ut tillgodose sitt barns behov av omvårdnad och trygghet (se s. 35 i vägledningen från Socialstyrelsen: *Barn som far illa eller riskerar fara illa. En vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningsskyldighet och ansvar)* [129]. Det innebär att föräldrar i en psykosocialt utsatt livssituation, oavsett orsak, kan hamna i situationer då belastningarna blir så stora att de inte kan ge sitt barn vad det behöver eller att deras tålamod och uthållighet brister. Belastningarna, som kan vara missbruk, psykisk sjukdom, kriminalitet, arbetslöshet eller social isolering till exempel till följd av utländsk bakgrund, har det gemensamt att de tar kraft och ork från föräldern som ska tillgodose ett barns behov [283]. Särskilt stor belastning kan gälla för asylsökande eller tillståndslösa personer.

Andra situationer kan vara att en förälder inte förstår sitt barns behov, till exempel till följd av en utvecklingsstörning. Även om det är mycket ovanligt förekommer det att en förälder under akut psykisk sjukdom med vanföreställning eller i samband med förvirring vid missbruk skadar sitt barn [284]. Det förekommer också att en förälder som varit med om allvarliga psykologiska trauman, till exempel i form av misshandel på ett psykologiskt plan, upprepar vad han eller hon har varit med om.

Om en vuxen kommer till barnhälsovården och visar symtom eller tecken som väcker misstanke om att hon eller han har utsatts för våld eller andra övergrepp av en närstående, ska vårdgivaren se till att hälso- och sjukvårdspersonalen frågar den vuxne i enrum om orsaken till symtomen eller tecknen. Om misstanke kvarstår om våld eller andra övergrepp, ska vårdgivaren se till att personalen bland annat

1. tar reda på om det finns barn i den vuxnes familj,
2. gör en anmälan till socialtjänsten enligt 14 kap. 1 § SoL.

Detta framgår och mer finns att läsa i 8 kap. 9 § SOSFS 2014:4.

Anmälningsskyldighet

Personal inom barnhälsovården är skyldiga att genast anmäla till socialtjänsten om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa (14 kap. 1 § SoL). Det innebär att det räcker med en oro för att ett barn inte får sina grundläggande behov tillgodosedda, är utsatt för psykiskt eller fysiskt våld, sexuella övergrepp eller far illa på annat sätt för att göra en anmälan. Den som är skyldig att göra anmälan till socialnämnden enligt 14 kap. 1 § SoL är också skyldig att till socialnämnden lämna alla uppgifter som kan vara av betydelse för utredningen av ett barns behov av stöd och skydd (14 kap. 1 § tredje stycket SoL). Uppgiftsskyldigheten gäller även om någon annan har gjort anmälan eller om socialtjänsten har inlett en utredning på eget initiativ.

Anmälningsskyldigheten är sekretessbrytande

Anmälnings- och uppgiftsskyldigheten enligt 14 kap. 1 § SoL bryter sekretessen mellan myndigheter med stöd av 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL. Enligt 10 28 § OSL hindrar sekretess inte att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av en lag eller förordning.

Sekretessen hindrar inte heller att en uppgift lämnas till en åklagarmyndighet eller en polismyndighet, om uppgiften angår misstanke om vissa brott som har riktats mot någon som inte har fyllt arton år (10 kap. 21 § OSL). Bestämmelsen gäller i fråga om brott som avses i 3, 4 och 6 kap. brottsbalken och lagen (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor. Se vidare nedan under rubriken Polisanmälan vid misstänkta brott mot barn.

Samråd eller konsultation innan anmälan

Socialstyrelsens handbok Anmäla oro för barn - Stöd för anmälningsskyldiga och andra anmälare ger vägledning om anmälan [285]. Anmälningsskyldigheten inträder redan vid misstanke om att ett barn far illa, men i vissa fall kan det finnas ett visst utrymme för samråd eller konsultation internt eller med socialtjänsten utan att barnets identitet avslöjas (prop. 1996/97:124 Ändring i socialtjänstlagen s. 106). En konsultation eller ett samråd får inte medföra att en anmälan fördröjs, särskilt inte då omständigheterna är sådana att det man misstänker är allvarligt. Konsultationen innebär att den som är osäker på om en

anmälan ska göras eller inte kan diskutera den aktuella situationen och få vägledning och stöd för att kunna gå vidare. En konsultation får inte ersätta eller fördröja en anmälan om det finns skäl att göra en sådan.

Samråd och internt stöd

Den som får kännedom om eller misstänker att barnet far illa har ett personligt ansvar för att anmälan görs. Det är viktigt att arbetsledningen är observant på om personalen behöver handledning och stöd i en anmälningssituation. Varje arbetsplats kan därför behöva utarbeta rutiner för det stöd som behövs i samband med att en anmälan övervägs, görs eller har gjorts. Personal kan behöva rådgöra med sin chef eller andra erfarna kollegor på arbetsplatsen om situationen är sådan att en anmälan ska göras eller inte och vad man bör säga till familjen. [285].

Det behövs inga bevis för misstanken

Det behövs inga tydliga tecken eller bevis för att göra en anmälan till socialtjänsten. I stället kan anmälaren utgå från sina egna iakttagelser och sin egen bedömning av om ett barn far illa eller misstänks fara illa (prop. 2012/13:10 Stärkt stöd eller skydd för barn och unga s. 46 och 136). Det är inte anmälarens utan socialtjänstens sak att utreda och avgöra allvaret i barnets situation (prop. 2002/03:53 Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m. s. 65).

Anmälan till socialtjänsten – helst skriftligt

Anmälan kan vara skriftlig eller muntlig. JO har i flera beslut pekat på att en anmälan från någon som är anmälningsskyldig bör göras skriftligt med hänsyn till de ingripande åtgärder av socialnämnden som den kan medföra (se bland annat JO 2012/13 s. 268 och 2007/08 s. 261). I brådskande fall kan anmälan göras muntligt. Den bör då bekräftas skriftligt i efterhand. (Se bland annat JO 1996/97 s. 268 och 1992/93 s. 341)

Socialnämnden bör erbjuda barnet, vårdnadshavaren och den som har gjort anmälan ett möte om det med hänsyn till barnets bästa är lämpligt (14 kap. 1 a § SoL). Mötet kan uppmärksamma barnets situation men också resultera i erbjudanden om förebyggande insatser (prop. 2012/13:10 s. 136).

Anmälan till polisen

Hälso- och sjukvården har en möjlighet att polisanmäla vissa misstänkta brott mot barn utan att sekretessen hindrar det (10 kap. 21 § OSL). Det kan vara en fördel om BVC-personalen själv gör en polisanmälan när det finns behov av att säkra bevis eller om barnet måste skyddas vid ett akut hot mot barnet. En polisanmälan innebär inte att barnet får stöd och skydd på alla sätt i sin situation – det är fortfarande anmälan till socialtjänsten och arbete i samverkan mellan olika aktörer som ska säkerställa det. [129]

Information till föräldrarna

Även efter en anmälan har barnhälsovården i de flesta fall fortsatt kontakt med den familj som man har anmält. Det är därför angeläget att sträva efter att anmälan sker under förtroendeskapande förhållanden, såsom att föräldrarna informeras om vad som väckt oro, att BVC-personalens bedömning är att familjen behöver stöd eller insatser från socialtjänsten och att man därför gör en anmälan.

Återkoppling

Hälso- och sjukvårdpersonalens erfarenheter från nedlagda socialtjänstutredningar eller brist på återkoppling på de fall som har anmälts, har ibland lett till att man inte har gjort fler anmälningar [286].

För att möjliggöra en bättre samverkan kring barnet infördes den 1 januari 2013 en förändring av SoL. Personal inom hälso- och sjukvården kan nu vända sig till socialtjänsten för att få uppgift om resultatet av en anmälan. Socialnämnden får informera den som har gjort anmälan enligt 14 kap. 1 § SoL om att en utredning har inletts, inte har inletts eller redan pågår. Sådan information ska på begäran lämnas till anmälaren om det med hänsyn till omständigheterna inte är olämpligt att göra detta (14 kap. 1 b § SoL).

Levnadsvanor

Goda matvanor och fysisk aktivitet

Att främja goda matvanor och fysisk aktivitet är en viktig del av hälsobesöken. Ett strukturerat samtal där familjens matvanor och fysiska aktivitet kartläggs ger en grund för att kunna erbjuda rådgivning utifrån familjens aktuella situation. De familjer som har bristfälliga matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet eller som själva önskar det erbjuds ett kvalificerat rådgivande samtal.

Goda matvanor och regelbunden fysisk aktivitet bidrar till många positiva hälsoeffekter. Barnhälsovården får återkommande under ett barns uppväxt frågor om framför allt uppfödning och mat.

Avsnittet fokuserar på goda levnadsvanor. Det är dessutom en stor utmaning för barnhälsovården att agera på ett optimalt sätt då man upptäcker övervikt och fetma hos ett barn. För att Socialstyrelsen ska kunna vägleda barnhälsovården inom detta område, utifrån evidensbaserad kunskap, behövs en systematisk litteraturgenomgång om olika åtgärder vid övervikt och fetma hos barn i småbarns- och förskoleålder, vilket inte har rymts inom detta projekt.

Avsnittet utgår bland annat från kunskap från en systematisk översikt om insatser för att främja goda matvanor och fysisk aktivitet bland barn och ungdomar [5].

I detta avsnitt kommer inte spädbarnsnutrition och inte heller allmän rådgivning kring barns matvanor i övrigt, såsom övergången från amning till annan kost, att tas upp. För det hänvisas till Livsmedelsverkets informationsmaterial.

Aktuell kunskap

En systematisk kunskapsöversikt visar att fysisk aktivitet hos barn 0–5 år troligtvis kan reducera risken för övervikt och påverka den motoriska och kognitiva utvecklingen samt den psykosociala hälsan och benmassan positivt [287]. Det finns även ett visst vetenskapligt

stöd för att stillasittande hos yngre barn, främst i form av tv-tittande, har samband med mindre gynnsam viktutveckling liksom kognitiv och psykosocial utveckling [288].

Det vetenskapliga underlaget om yngre barns matvanor och senare hälsoutfall är begränsat [289]. Det finns dock studier som pekar på att goda matvanor i tidig ålder och under uppväxten kan reducera risken för hjärt- och kärlsjukdom och diabetes [290]. Däremot är underlaget mycket begränsat när det gäller huruvida de barn som tidigt i livet vänjer sig vid att äta en varierad kost, rik på frukt och grönsaker, och som utövar regelbunden fysisk aktivitet också håller fast vid det under uppväxten, men det finns anledning att tro att det förhåller sig så.

Det finns få svenska undersökningar som har studerat yngre barns matvanor och fysiska aktivitet. Livsmedelsverkets kartläggning 2003 [291] av barns kostvanor visar att 4-åringar skulle behöva äta dubbelt så mycket frukt och grönsaker för att få i sig mer fibrer och uppnå en välbalanserad kost. Nästan en fjärdedel av den energi som 4-åringar får i sig kommer från godis, läsk, glass, snacks och bakverk. Intaget av socker, mättade fettsyror och salt är därför för högt, medan intaget av fleromättade fettsyror och fibrer är för lågt i förhållande till rekommendationerna. En systematisk kunskapsöversikt [292] konstaterar att det på internationell nivå bara är hälften av alla barn 2–6 år som når rekommendationerna om 60 minuters fysisk aktivitet vid måttlig till hög intensitet om dagen.

Rekommendationer om bra matvanor för barn 0–5 år finns i Livsmedelsverkets handledning för barnhälsovården [293] och underlagen till Livsmedelsverkets kostråd om mat för barn [294, 295].

Hälsofrämjande insatser

Det är eftersträvansvärt att ett samtal med alla föräldrar om vikten av goda matvanor och fysisk aktivitet ingår i varje ordinarie hälsobesök. Dessa samtal kan med fördel utgå ifrån ett hälsofrämjande förhållningssätt. Ämnet för detta samtal är att ju tidigare goda vanor etableras, desto större chans att de behålls senare i livet.

Syftet med sådana samtal är att ge föräldrarna kunskap och verktyg att främja goda matvanor och fysisk aktivitet hos sina barn liksom hos hela familjen. Som stöd i samtalet finns till exempel föräldrabroschyrer [293] på 14 språk och kortare filmer [296] framtagna av Livsmedelsverket. Dessutom finns det även material med råd om mat

för den som ammar [297]. Resultat från längd- och viktmätning samt kartläggning av matvanor och fysisk aktivitet och observation av skydds- och riskfaktorer kan användas för att ge riktning åt samtalet. Samtalet kan fungera som en stödjande dialog och utgå från föräldrarnas egna upplevelser av sina och barnets matvanor och fysiska aktivitet, och hänsyn ska också tas till föräldrarnas motivation till förändring. Föräldrar och barn som är tillräckligt fysiskt aktiva och har goda matvanor kan uppmuntras att fortsätta sina hälsosamma levnadsvanor, medan föräldrar och barn som inte når rekommendationerna för goda matvanor och fysisk aktivitet kan erbjudas ytterligare stöd inom barnhälsovården eller remitteras vidare till barnläkare, dietist eller sjukgymnast.

Hälsoövervakning

I samband med hälsobesök på BVC är det lämpligt att, gärna med hjälp av strukturerade frågor, försöka få en bild av familjens och även barnets matvanor och fysiska aktivitet. För att hjälpa familjen i ett förändringsarbete behöver detta göras vid flera tillfällen. Frågorna kan belysa de områden som Livsmedelsverket ger kostråd om, såsom måltidsordning samt intag av frukt, grönsaker och fisk men också läsk, godis, glass, snacks och bakverk. Andra exempel på samtalsämnen är familjens frukostvanor, eftersom det finns samband mellan regelbundna sådana och bättre matvanor generellt liksom lägre förekomst av övervikt [298, 299].

För spädbarn kan frågor om fysisk aktivitet fokusera på interaktiv lek och rörelse på golvet i rygg- och magläge och tid för stillasittande i vagn eller bilstol. För barn 1–5 år kan frågorna beröra förhållandet mellan utevistelse på fritiden och skärmtid och andra stillasittande aktiviteter. Frågor om intensiteten på den fysiska aktiviteten kan ställas för barn från och med 5 års ålder.

Riskfaktorer

Orsakerna till ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet är inte enkla, och en rad olika sociala, kulturella, ekonomiska och psykologiska faktorer samspelar och påverkar hälsobeteendet. Men även medicinska och genetiska faktorer spelar in. Riskfaktorer att vara uppmärksam på kan dock vara barn med hög ärftlighet för

övervikt, familjer som lever i utsatta situationer och barn med fysiska och psykiska funktionsnedsättningar.

Förebyggande insatser

De barn som har identifierats med ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet kan erbjudas ett kvalificerat rådgivande samtal om goda matvanor och ett rådgivande samtal om fysisk aktivitet utöver de ordinarie hälsobesöken. Samtalen kan som tidigare beskrivits fungera som en stödjande dialog, men kan kräva ett mer strukturerat arbetssätt och större användning av motiverande strategier. Det är eftersträvansvärt att i detta arbete ha tillgång till eller samverka med dietist och andra yrkesgrupper, exempelvis sjukgymnast.

Socialstyrelsen har sammanställt det vetenskapliga underlaget för olika typer av rådgivning till föräldrar och effekterna på deras barns matvanor, fysiska aktivitet, stillasittande och BMI (body mass index) [300]. Där framkommer det att det vetenskapliga underlaget för enkla råd och korta rådgivande samtal (patientcentrerad dialog med inslag av motiverande strategier en till tre gånger) är otillräckligt. Däremot finns det begränsat respektive måttligt starkt vetenskapligt stöd för att rådgivande och kvalificerat rådgivande samtal har en positiv effekt på yngre barns frukt- och grönsaksintag, men att olika typer av samtal och deras effekt på fysisk aktivitet och stillasittande är oklar. Däremot är det vetenskapliga underlaget måttligt starkt för att ett kvalificerat rådgivande samtal till föräldrar inte påverkar barns BMI. Det är med andra ord viktigt att barnhälsovården följer upp och utvärderar de insatser man gör på områdena matvanor och fysisk aktivitet. I *Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* som riktar sig till vuxna poängteras dock att det finns goda förutsättningar för att barns levnadsvanor påverkas positivt när föräldrarna får stöd i att ändra sina levnadsvanor [301]. För vuxna med otillräcklig fysisk aktivitet är den centrala rekommendationen rådgivande samtal.

I mötet med familjer med övervikt och fetma är det speciellt viktigt med ett respektfullt och ödmjukt förhållningssätt [302]. Därför är det viktigt att personalen är uppmärksam på sina egna värderingar och attityder i förhållande till övervikt och fetma, mat, kropp och beteendeförändring [303]. Det är också bra om personalen kan komma överens med föräldrarna om vilka ord som ska användas för att tala

om barnets eller familjens övervikt [304, 305]. Så långt det är möjligt handlar det om att tala om familjens möjlighet till förändring av levnadsvanor, såsom deras matvanor och fysiska aktivitet, utan att fokusera på vikt.

Förutsättningar

Forskning inom barnhälsovården visar att endast en liten del av hälsobesöket för barn i åldern 2,5–4 år är inriktat på samtal om levnadsvanor [306] och att den utbildning i motiverande samtal som sjuksköterskor genomgår inte ger dem tillräckliga färdigheter [307].

För att kunna genomföra framgångsrika hälsofrämjande samtal om goda matvanor och fysisk aktivitet behöver personalen ha kunskap i samtalsteknik, hälsopedagogik och beteendetekniker, exempelvis motiverande samtal. Det behövs också specifik kompetens om levnadsvanorna för både barn och vuxna.

Socialstyrelsen bedömer att hälso- och sjukvården i dag inte har tillräcklig kompetens för att erbjuda de insatser som rekommenderas för att påverka individers levnadsvanor och att det behövs utvecklingsarbete på dessa områden [308].

Tobaksbruk

Att utsättas för andras rök, så kallad passiv rökning, är ett betydande hot mot folkhälsan [309]. Barn är en särskilt utsatt grupp eftersom de är extra känsliga för tobaksrök [310]. Det råder i dag stor internationell enighet om att endast totalt rökfria miljöer skyddar effektivt mot passiv rökning.

Många kvinnor börjar röka igen efter att barnet är fött. Nikotin övergår i bröstmjölken, vilket gör att barn som ammas får i sig nikotin om modern röker eller snusar. Det påverkar det lilla barnet, till exempel dess sömn [311], och ökar risken för plötslig spädbarnsdöd [310]. Föräldrars eller andra vårdnadshavares rökning gör att barnet får ökad risk för exempelvis besvär och sjukdomar i öron och luftvägar [312].

Barnhälsovården har möjlighet att i sina återkommande kontakter ge rökande föräldrar olika typer av rådgivande samtal i syfte att stödja dem att sluta röka. Socialstyrelsen ger i *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* [308] rekommendationer om

metoder för att förändra levnadsvanor när det gäller tobaksbruk och riskbruk av alkohol. Eftersom detta enligt riktlinjerna medför särskild risk för den som är gravid, ammar och är förälder ges åtgärderna hög prioritering.

De flesta åtgärder som beskrivs i de nationella riktlinjerna bygger på någon form av rådgivning eller samtal. Socialstyrelsen har delat in åtgärderna i tre övergripande nivåer: enkla råd, rådgivande samtal samt kvalificerade rådgivande samtal. Indelningen i tre åtgärdsnivåer utgår från åtgärdernas struktur, innehåll och omfattning. De förutsätter att personal har kunskap om den eller de levnadsvanor som åtgärden gäller och att hälso- och sjukvården redan har konstaterat att personen har ohälsosamma levnadsvanor.

I många fall kan åtgärden vara att hänvisa föräldrar till primärvården för rådgivning av personal som är utbildad i tobaksavvänjning.

Riskbruk av alkohol

Riskbruk hos föräldrar till späd- och småbarn innebär förstås samma risker som för andra vuxna. Den stora betydelsen är risken för försämrad omvårdnad och tillsyn av barnet [313].

Alkoholkoncentrationen i bröstmjölken motsvarar den som finns i mammans blod och vid måttlig alkoholkonsumtion är det osannolikt att en sådan koncentration skulle kunna ge skadliga hälsoeffekter på barnet. I samtalet om amning och alkohol bör man i stället lyfta fram hur omsorgen om barnet påverkas av alkoholintag hos föräldrarna [313]. I en miljö med berusade människor kan det förekomma höga, plötsliga ljud och obekanta lukter samt att föräldrar och andra tar i barnet på ett mindre lugnt och för barnet obekant sätt. Det är lätt att föreställa sig den otrygghet det skapar [314].

Enligt en rapport från Folkhälsoinstitutet [314] talar mycket för att effekterna av alkoholrådgivning är större än vid annan livsstilsrådgivning. Man hänvisar bland annat till SBU:s rapport *Behandling av alkohol och narkotikaproblem* [315] som på samma sätt som *Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* [308] visar att korta samtal om alkohol kan leda till minskad alkoholkonsumtion.

Att uppmärksamma föräldrars alkoholvanor

Syftet med det alkoholpreventiva arbetet inom barnhälsovården är att uppmärksamma föräldrar på alkoholintagets negativa konsekvenser på föräldraskapet. Målet är att få föräldrar att tänka igenom hur deras alkoholvanor påverkar barnen så att de föräldrar som har en alkoholkonsumtion som påverkar barnen negativt kan ändra sina alkoholvanor. Det är också bra att vara lyhörd för om alkoholrelaterade problem finns i familjen för att erbjuda rådgivande samtal eller hänvisa till sjukvården.

Folkhälsoinstitutet har gett ut *Handledning för samtal om alkohol inom barnhälsovården* [314] som ger konkreta råd för hur personal inom barnhälsovården kan samtala med föräldrar om alkohol. Samtalen kan initieras vid hembesöket eller vid ett eller flera besök under barnets första levnadsår liksom vid besök under förskoleåldern. Det kan också vara ett tema i föräldragrupper. Folkhälsoinstitutets handledning ger också rådet att vid andra samtal om livsstilsfrågor såsom kost, motion, tobak och stress också ta upp frågan om föräldrars alkoholvanor.

Föräldrar med känt riskbruk

En speciell problematik föreligger då personal inom mödrahälsovården har identifierat ett riskbruk som föranlett en speciell planering av insatser under graviditet för att hjälpa föräldrarna (i första hand mamman) till avhållsamhet under graviditet. Det är angeläget att detta stöd fortsätter då barnet är fött, med barnhälsovården som fortsatt ansvarig. Då föräldrar haft ett riskbruk av alkohol som uppmärksammats före eller under graviditeten kan barnhälsovårdens kontakter gärna starta med ett personligt möte med modern eller föräldraparet samt barnmorska och sjuksköterska på BVC. Erfarenheter av hur samverkan mellan hälsovård, socialtjänst och psykiatri kan utformas finns i en rapport från Göteborg [316].

Olycksfall

Barn har rätt till en säker och utvecklande miljö. Det är en uppgift för barnhälsovården att ge individ- och ålderanpassad information i samband med hembesök, hälsobesök på BVC och som tema på föräldraträffar.

Barns rätt till lek och rekreation slås fast i artikel 31 barnkonvention. Det ska finnas utrymme för lek och den miljö där barn leker ska vara säker (SOU 2003:19 Barns rätt till säkra och utvecklande miljöer, bilaga 1). Frågor om barns miljö handlar till stor del om att aktivt medvetandegöra personer i ansvarspositioner om barns behov av en stimulerande, trygg och säker uppväxtmiljö (SOU 2003:127 Från olycksfall till barns rätt till säkerhet och utveckling). Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa och den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada (2 c § HSL).

Barnen råkar naturligt nog ut för olycksfall i den miljö de vistas mest i. Barn i förskolåldern skadar sig oftare inomhus i bostaden än i trafiken. Att ge information och kunskap, både till barn och till deras föräldrar, om förebyggande åtgärder i hemmet är därför betydelsefullt. Barnsäkerhetsfrågor har återkommande aktualitet i barnhälsovårdens kontakter med barn och deras föräldrar under hela BVC-tiden. Med barnets ökande rörlighet och därmed vistelser utanför hemmet förändras vad som är riskfyllda miljöer.

Sverige har en internationellt sett låg frekvens av olycksfall bland barn [317]. De olyckor som sker bland små barn sker oftast i hemmet och framför allt i köket [318]. I ett avhandlingsarbete har utsatthet för olycksfallsrisker i hemmiljön för barn 0–6 år studerats liksom hur föräldrar följer barnhälsovårdens olycksförebyggande råd [319]. Det visar att föräldrar överskattar barns förmåga att förstå risker i hemmet och att föräldrar upplevde det svårt att följa med i barnets snabba utveckling, särskilt under de två första levnadsåren, och därmed har svårt att förutsäga olycksfallsrisker.

Vidare framkom att föräldrarnas bakgrund och socioekonomiska situation hade betydelse. Med låg utbildning minskade benägenheten att följa råd från barnhälsovården. De barn som oftast drabbades var barn till utlandsfödda föräldrar.

En översikt av olika studier om olycksfallsprevention visar att informativa och preventiva insatser kan reducera barnolycksfall, framför allt om informationen ges i barnets vardagsmiljö [320].

Uppgift för barnhälsovården

Bland barnhälsovårdens förebyggande uppgifter är individ- och åldersanpassad information om hur olycksfall kan förebyggas viktig. Möjligheten att ge information och råd anpassade till familjens situation är förstås störst i samband med hembesök då det går att konkret ge exempel på olycksrisker i hemmet och hur de kan förebyggas. Men det behövs också återkommande information i samband med hälsobesök under barnets uppväxt, med anpassning av innehåll och fokus till risker i nya utvecklingsskeden. Informationsmaterial behöver språklig och kulturell anpassning.

Förslag på vad barnhälsovården kan uppmärksamma finns i Rikshandboken för barnhälsovård. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap har skapat ett informationsmaterial till personal inom barn- och mödrahälsovård och till föräldrar [321].

Plötslig spädbarnsdöd

Plötslig spädbarnsdöd är mycket ovanligt, men ändå något som oroar många blivande och nyblivna föräldrar. Genomgång av aktuell forskning mynnar ut i sex råd som barnhälsovårdens personal har goda skäl att förmedla till föräldrar.

Plötslig spädbarnsdöd sker alltid oväntat och inträffar så gott som alltid när barnet sover. Plötslig spädbarnsdöd är mycket ovanligt. I Sverige är det ungefär ett barn på sex tusen som dör i plötslig spädbarnsdöd.

Vi vet fortfarande inte säkert vad som är orsaken till plötslig spädbarnsdöd, trots många års forskning. Det vi vet är att det oftast är barn som är yngre än sex månader som drabbas.

En genomgång av aktuell forskning om plötslig spädbarnsdöd, som genomförts på uppdrag av Socialstyrelsen, visar att några enkla åtgärder kan minska risken betydligt. Informationsmaterialet kan laddas ned eller beställas på Socialstyrelsens hemsida där också en kompletterande vägledning riktad till hälso- och sjukvårdspersonal kommer att publiceras [322].

Barnhälsovårdens personal har goda skäl att förmedla följande råd till nyblivna föräldrar.

Låt spädbarnet sova på rygg

Forskning från en rad länder visar att risken för plötslig spädbarnsdöd minkar när man lägger barn på rygg istället för på mage när de ska sova. Att spädbarn sover på rygg är säkrare än på sidan, eftersom barnet kan rulla över från sida till mage. Sedan råden om att spädbarn bör sova på rygg började tillämpas för drygt tjugo år sedan har plötslig spädbarnsdöd minskat med 85 procent.

Avstå från nikotin

Det finns risk att fostret växer sämre om modern röker under graviditeten. Risken för både dödföddhet och plötslig spädbarnsdöd ökar ju fler cigaretter mamman röker. Troligen stör nikotin barnets kontroll

av andning och hjärtverksamhet varför allt bruk av nikotin bör undvikas under graviditet och amning.

Se till att ansiktet är fritt, att barnet är lagom varmt och kan röra sig

Barnet behöver fri tillgång till syre. Genom att hålla barnets ansikte fritt när det sover minskar risken för plötslig spädbarnsdöd. Risken ökar kraftigt om spädbarnets ansikte och huvud täcks av filt eller andra sängkläder. Risken för plötslig spädbarnsdöd minskar också när spädbarn kan röra sig obehindrat under sömnen. Därför är det viktigt att barnet kan röra armar och ben när det sover.

Spädbarn under tre månader sover säkrast i egen säng

Risken för plötslig spädbarnsdöd ökar när föräldrar och spädbarn under tre månader sover i samma säng. Om föräldrarna röker, använder alkohol eller lugnande läkemedel ökar risken ytterligare. Spädbarn under tre månader sover därför säkrast i egen säng i föräldrarnas sovrum.

Amma om det är möjligt

Bröstmjölk ger visst skydd mot virusinfektioner som kan öka risken för plötslig spädbarnsdöd. Därför är det bra om barnet ammas.

Napp kan användas när spädbarnet ska sova

Napp kan användas när spädbarnet ska sova. Olika undersökningar har funnit att napp när barnet ska sova ger en viss minskning av risken för plötslig spädbarnsdöd. En förklaring kan vara att napp kan bidra till att hålla luftvägarna öppna. En annan förklaring skulle kunna vara att barn som suger på napp lättare vaknar till om de drabbas av andningsuppehåll.

Råden att låta barnet sova på rygg, att som förälder avstå från nikotin och att hålla barnets ansikte fritt, har störst betydelse för att minska risken för plötslig spädbarnsdöd.

Barn med kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar

Även om barn med kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar har återkommande kontakter med sjukvården är det angeläget att de får ta del av barnhälsovårdens ordinarie insatser.

Barn och unga med funktionsnedsättning är en viktig grupp inom såväl folkhälsopolitiken (prop. 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik, s. 48) som funktionshinderspolitiken (prop. 1999/2000:79 Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken). Det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. För att nå målet krävs att förutsättningarna för hälsan förbättras hos de grupper som är mest utsatta för ohälsa. Dit hör många personer med funktionsnedsättning.

Antalet barn och unga som lever med en eller flera funktionsnedsättningar varierar mellan olika undersökningar av hälsa och välfärd. Det beror bland annat på definitionen av funktionsnedsättning eller funktionshinder och valet av undersökningsmetodik. Statens folkhälsoinstitut gick 2012 igenom ett antal nationella urvalsundersökningar och gjorde en uppskattning av hur vanliga funktionsnedsättningar är bland barn och unga [323]. Man fann att andelen med funktionsnedsättning tycks öka från omkring 6 procent bland de yngsta barnen till omkring 17 procent bland ungdomar. Genomgången visar att astma och allergier samt neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är de allra vanligaste bland barn.

Med funktionsnedsättning menas en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga [98]. En funktionsnedsättning kan uppstå till följd av en sjukdom eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada som kan vara bestående eller övergående.

Funktionshinder är den begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen [98]. Exempel på hinder i vardagen kan vara bristande anpassning till barn med en

funktionsnedsättning, till exempel i förskolan och trafiken.

I *Lägesrapport 2011* konstaterar Socialstyrelsen att belastningarna på många familjer med barn med funktionsnedsättningar ibland är stora till följd av bristande resurser och samordning [324]. Familjerna uppger att de både behöver praktiskt stöd, såsom avlastning, och psykologiskt stöd i form av föräldrautbildning.

Barn med kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar har i allmänhet regelbunden kontakt för behandling, uppföljning och kontroll med barnsjukvården, habiliteringen, barn- och ungdomspsykiatrin, hörsel- och ögonsjukvård med flera. Samtidigt är det barn och familjer som har samma behov som alla andra barn och familjer och som behöver erbjudas stöd i föräldrarollen och möjlighet att delta i föräldragrupper, liksom hälsoövervakning och vägledning med fokus på andra aspekter än dem som sjukvården uppmärksammar.

Inte minst är det angeläget att dessa barn får del av ordinarie vaccinationsprogram (såvida inte någon kronisk sjukdom hindrar).

Barn från andra länder

Landstingen bör erbjuda barn som kommer till Sverige från länder med ett annat sjukdomspanorama och andra miljömässiga förhållanden en hälsoundersökning som är anpassad till deras speciella behov. Barnhälsovårdens uppgift kan vara att i fortsatta kontakter uppmärksamma barnens hälsa och utveckling och vid behov komplettera en ofullständig vaccinationsstatus.

Hälsoundersökning

Landstingens sjukvård ska om det inte är uppenbart obehövligt erbjuda utlänningar hälsoundersökning. Denna skyldighet för landstingen följer av 7 § lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande med flera. Av bestämmelserna i 5 § samma lag framgår att utlänningar som inte fyllt 18 år ska erbjudas vård i samma omfattning som erbjuds den som är bosatt inom landstinget. I 4 § samma lag anges närmare vilka utlänningar som omfattas av lagens tillämpningsområde.

Bestämmelserna i denna lag kompletteras av Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:11) om hälsoundersökning av asylsökande m.fl.

Hälsoundersökningens syfte och innehåll

Vid hälsoundersökningen ska information ges dels om den undersöktes möjlighet att få del av hälso- och sjukvård och tandvård, dels om hur man gör för att komma i kontakt med vården. Vad gäller barn ska informationen innefatta en beskrivning av tillgången till förebyggande hälso- och sjukvård och tandvård (8 § SOSFS 2011:11).

Syftet med hälsoundersökningen av barn är att uppmärksamma barnets behov av hälso- och sjukvårdsinsatser samt att identifiera smittsamma sjukdomar och behov av kompletterande vaccinationer (5–6 §§ SOSFS 2011:11). Eftersom livsvillkoren i ursprungslandet varierar stort mellan olika grupper individualiseras hälsoundersökningen så att den så bra som möjligt motsvarar den enskilda familjens behov.

När en familj med barn har flyttat in i ett bostadsområde är det lämpligt att BVC erbjuder ett hembesök. Man kan då i lugn och ro gå igenom familjens situation och planera fortsatta kontakter.

Barn som vistas i landet utan tillstånd ska enligt lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd erbjudas samma vård som bosatta och asylsökande barn, det vill säga subventionerad fullständig hälso- och sjukvård inklusive regelbunden tandvård.

Det är inte ovanligt med psykisk och psykosomatisk ohälsa hos flyktingbarn och deras föräldrar. Symtom såsom sömnstörningar och aptitlöshet förekommer. Orsakerna till dessa är ofta en kombination av olika riskfaktorer som barnhälsovården behöver uppmärksamma och åtgärda. Intensifierad kontakt med barnhälsovården och samverkan med andra vårdgivare och myndigheter kan behövas.

Adoptivbarn

Det är önskvärt att barnhälsovården erbjuder insatser till ett nyanlänt adoptivbarn och dess familj som om det var ett nyfött barn.

Adoptivbarn kommer i regel från andra länder. Deras hälsotillstånd vid ankomsten till Sverige har under senare år förbättrats alltmer. I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1989:20) om hälsoundersökning av utländska adoptivbarn anges att hälsoundersökningen bör inledas så snart som möjligt och helst inom 14 dagar efter barnets ankomst till Sverige. Det praktiska genomförandet liksom innehållet och omfattningen anpassas till barnets hälsotillstånd och familjens behov.

Det som är speciellt för adoptivbarn är att de har varit med om minst en separation från sina vårdare och att de måste anpassa sig till en helt ny miljö med nya människor och ett nytt språk. Barn och föräldrar står inför en stor omställning där de ska knyta känslomässiga band till varandra. Det är vanligt med sömnproblem, separationsångest, matproblem och aggressionsutbrott under de första månaderna [325].

Barnhälsovården kan under barnets uppväxt ha en mer eller mindre aktiv kontakt för att erbjuda det stöd som ingår i barnhälsovårdens erbjudande till alla barn. Grundläggande för barnhälsovårdens förhållningssätt till ett nyanlänt adoptivbarn kan vara att möta barnet och dess familj på samma sätt som man gör med ett nyfött barn och att tänka på att barnet och dess föräldrar ofta har större behov än de flesta andra.

Referenser

1. Meddelandeblad. Upphävande av vissa författningar med anknytning till hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen; 2009.
2. Utvecklingsområden för mödra- och barnhälsovård samt elevhälsa. En kartläggning av professionernas önskemål om riktlinjer eller annan vägledning. Socialstyrelsen; 2011.
3. Upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar – en sammanställning av systematiska översikter. Socialstyrelsen; 2013.
4. Upptäcka utvecklingsavvikelser hos barn och ungdomar – en sammanställning av systematiska kunskapsöversikter. Socialstyrelsen; 2013.
5. Insatser för att främja goda matvanor och fysisk aktivitet bland barn och ungdomar – en systematisk översikt. Socialstyrelsen; 2013.
6. Sammanställning av vägledande dokument för barn- och skolhälsovård – Danmark, England, Finland, Norge och Sverige. Socialstyrelsen; 2012.
7. Rikshandboken Barnhälsovård. Hämtad 2013-08-08 från www.rikshandboken-bhv.se.
8. Nationella screeningprogram – modell för bedömning, införande och uppföljning. Socialstyrelsen; 2013.
9. Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa – en analys av möjligheter och begränsningar i ett framtidsperspektiv. A State of the Art Document. Stockholm: Medicinska forskningsrådet; 1999.
10. Blair M, Hall D. From health surveillance to health promotion: the changing focus in preventive children's services. Arch Dis Child. 2006; 91(9):730-5.
11. Hall D, Elliman D. Health for All Children. Fourth Edition ed: Oxford University Press; 2006.
12. Svenska lärdomar av Marmot-kommissionens rapport Closing the Gap. Statens folkhälsoinstitut; 2010.
13. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg. Socialstyrelsen; 2013.

14. Familjecentraler. Kartläggning och kunskapsöversikt. Socialstyrelsen; 2008.
15. Lagerberg D, Margnusson M, Sundelin C. Barnhälsovård i förändring. Stockholm: Gothia Förlag; 2008.
16. Magnusson M, Lindfors A, Tell J. Stora skillnader i svensk barnhälsovård. Barnhälsovårdsenheter avgör själva - oroande att nationellt program saknas. Läkartidningen. 2011; 108(35):1618-21.
17. Socialstyrelsen: Åtgärder för att stärka barnkompetensen inom hälso- och sjukvården. Hämtad 2013-05-31 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11313/2001-107-13_bilaga.pdf.
18. Årsrapport barnhälsovård Uppsala län; 2011.
19. Handboken – ett stöd för vårdgivare, verksamhetschefer, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och hälso- och sjukvårdspersonal som ska tillämpa Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2009.
20. Socialstyrelsen. Webbföreläsning om ledningssystem. Hämtad 2013-03-11 från http://www.socialstyrelsen.se/ledningssystem.
21. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsen; 2011.
22. Socialstyrelsen. Frågor och svar om ledningssystem. Hämtad 2013-09-25 från http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/Sidor/ledningssystem.aspx.
23. Ainetdin T. Indikatorer för barnhälsorapportering. Stockholm: Karolinska Institutets Folkhälsoakademi; 2010.
24. Att mäta kvalitet i barnhälsovården. Utveckling och testning av kvalitetsindikatorer för öppna jämförelser. Socialstyrelsen; 2010.
25. Socialstyrelsen. Amningsstatistik. Hämtad 2013-06-21 från http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/amning.
26. Socialstyrelsen. Rökvanor bland spädbarnsföräldrar. Hämtad 2013-06-21 från http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/rokvanorblandspadbarnsforaldrar.

27. Allmänna barnhuset. Barnhälsovårdens kvalitetsindikatorer. Hämtad 2013-04-04 från http://www.allmannabarnhuset.se/data/files/Barnavardens_barnhuset.pdf.
28. Nationella kvalitetsregister. Hämtad 2013-06-25 från http://www.kvalitetsregister.se/register/barn_och_ungdom/nationellt-kvalitetsregister-for-barnhalsovard-i-sverige.
29. Socialdepartementet. Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige. Hämtad 2013-09-05 från http://www.regeringen.se/content/1/c6/17/85/44/c8893241.pdf.
30. Unicef. Barnkonventionen. Hämtad 2013-08-08 från www.unicef.se/barnkonventionen.
31. Barnombudsmannen. Om barnkonventionen. Hämtad 2013-10-20 från http://www.barnombudsmannen.se/barnkonventionen/om-barnkonventionen/.
32. Danermark B, Germundsson P, Englund U, Lööf K. Samverkan kring barn som far illa eller riskerar att fara illa. En formativ utvärdering av samverkan mellan skola, socialtjänst, polis samt barn- och ungdomspsykiatri. Slutrapport. Hälsoakademin. Örebro Universitet; 2008.
33. Styrning och uppföljning nyckeln till framgång. Barnperspektivets genomslag i statliga myndigheter. Barnombudsmannen; 2008. Rapport 2008:03.
34. Etik – en introduktion. Statens medicinsk-etiska råd; 2008.
35. Att främja barns och ungas psykiska hälsa. Vägledning inför val och implementering av metoder. Karolinska Institutets Folkhälsoakademi; 2011.
36. Krantz I, Eriksson B, Lundquist-Persson C, Ahlberg BM, Nilstun T. Screening for postpartum depression with the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): an ethical analysis. Scand J Public Health. 2008; 36(2):211-6.
37. Screening på gott och ont. Statens medicinsk-etiska råd; 2011.
38. SCB. Befolkningsstatistik. Hämtad 2013-06-15 från http://www.scb.se/Pages/Product____25785.aspx.
39. Hjern A. Child healh services for refugee children in Europa. In: Köhler L, Norvenius G, Johansson J, Wennergren G, editors. Protection – Prevention – Promotion The development and future of Child Health Services Proceedings from a conference Göteborg: Nordic school of public health; 2001.

40. Sundelin C, Magnusson M, Lagerberg D. Child health services in transition: I. Theories, methods and launching. Acta Paediatr. 2005; 94(3):329-36.
41. Helman C. Culture, health and illness. Fifth ed. London: Hodder Education; 2007.
42. Berlin A. Cultural competence in primary child health care services – interaction between child health nurses, parents of foreign origin and their children. Stockholm; 2012.
43. National Center for Cultural Competence. Developing cultural competence in health care settings. Pred Nurs. 2002; 28:133-7.
44. Fortsatt föräldrar – om ansvar, ekonomi och samarbete för barnets skull (SOU 2011:51).
45. Barn, föräldrar och separationer. SCB; 2012.
46. Föräldraskap. Kunskaps- och nulägesrapport. JämO; 2008.
47. Barn- och familjestatistik. SCB; 2012.
48. Malmquist A, Hydén M, Zetterqvist Nelson K, editors. Familjeliv hos samkönade par och andra regnbågsfamiljer: Natur och Kultur; 2012.
49. Zetterqvist Nelson K. Mot alla odds: Regnbågsföräldrars berättelser om att bilda familj och få barn: Liber; 2007.
50. Barn som anhörig. Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter eller avlider. Socialstyrelsen; 2013.
51. Barn som har föräldrar med utvecklingsstörning. Socialstyrelsen; 2007.
52. Barn med förälder som har neuropsykiatriska svårigheter. I Barn som anhörig. Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter eller avlider. Socialstyrelsen; 2013.
53. Gustavsson Holmström M. Föräldrar med funktionshinder - om barn, föräldraskap och famlijeliv. Linköping: Faculty of Arts and Sciences, The Tema Insitute. Linköpings Universitet; 2002.
54. World Health Report. Reducing risks, promoting healthy. WHO; 2002.
55. Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2004.
56. (O)jämställdhet i hälsa och vård: en genusmedicinsk kunskapsöversikt. SKL; 2007.

57. BVC ur ett genusperspektiv. I: Sarkadi A. Föräldrastöd i Sverige idag. Vad, när och hur? Rapport till Statens folkhälosinstitut; 2009.
58. Tema likabehandling. Normkritik. Hämtad 2013-10-03 från http://www.temalikabehandling.se/om-tema-likabehandling/vara-amnen/normkritik.
59. Massoudi P, Wickberg B, Hwang CP. Fathers' involvement in Swedish child health care - the role of nurses' practices and attitudes. Acta Paediatr. 2011; 100(3):396-401.
60. Wells MB, Varga G, Kerstis B, Sarkadi A. Swedish child health nurses' views of early father involvement: a qualitative study. Acta Paediatr. 2013; 102(7):755-61.
61. Sarkadi A. Föräldrastöd i Sverige idag. Vad, när och Hur? Rapport till Statens folkhälsoinstitut: Statens Folkhälsoinstitut; 2009.
62. Håkansson A, Sundelin C. Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa. Möjligheter och begränsningar i ett framtidsperspektiv. Läkartidningen. 2000; 25:3064-6
63. Om evidensbaserad praktik. Socialstyrelsen; 2012.
64. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården – En handbok. Hämtad 2013-05-31 från http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/SBUsHandbok.pdf
65. Förslag till nationell modell för kunskapsstyrning – enligt regeringsuppdrag om att utveckla modellen God vård. Socialstyrelsen 2012.
66. Magnusson M, Blennow M, Hagelin E, Sundelin C. Barnhälsovård – att främja barns hälsa. Stockholm: Liber AB; 2009.
67. Folkhälsomyndigheten. Redovisning av regeringsuppdragen Utformning av rekommendationer för metoder och strategier på folkhälsoområdet (VERK 2012/56) samt Konsekvenser för Statens folkhälsoinstitut att tillämpa GRADE-systemet för värdering av vetenskapligt stöd (VERK 2012/57). Hämtad 2014-03-03 från http://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/om-folkhalsomyndigheten/uppdrag-styrdokument/avslutade/evidensgradering-rekommendationer-slutrapport-130214.pdf
68. SBU. GRADE. Hämtad 2013-05-31 från http://www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-vard/Om-SBUs-metodergranskning/GRADE1-/.

69. Bright Futures Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents, 3rd Edition. Hämtad 2013-04-04 från http://brightfutures.aap.org/pdfs/Preventive%20Services%20PDFs/Forward%20and%20Introduction.pdf
70. Hagan J, Shaw J, Duncan P. Bright Futures. Guidelines for Health Supervison of Infants, Children, and Adolescents. 3:rd Elk Grove Village: The American Academy of Pediatrics; 2006.
71. Moyer VA, Butler M. Gaps in the evidence for well-child care: a challenge to our profession. Pediatrics. 2004; 114(6):1511-21.
72. Brug J, van Dale D, Lanting L, Kremers S, Veenhof C, Leurs M, et al. Towards evidence-based, quality-controlled health promotion: the Dutch recognition system for health promotion interventions. Health Educ Res. 2010; 25(6):1100-6.
73. Corsi DJ, Neuman M, Finlay JE, Subramanian S. Demographic and health surveys: a profile. Int J Epidemiol. 2012.
74. Unicef. The state of the world's children 2012. Children in an Urban World. Hämtad 2013-04-04 från http://www.unicef.org/sowc2012/.
75. Undersökningarna av barns levnadsförhållanden (Barn-ULF). SCB; 2011.
76. Kartläggning av psykisk hälsa bland barn och unga. Resultat från den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009. Statens Folkhälsoinstitut; 2010.
77. Petersen S, Bergström E, Cederblad M, Ivarsson A, Köhler L, Rydell A-M, et al. Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En syste-matisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid: Kungliga Vetenskapsakademien; 2010.
78. Social health inequalities in Swedish children and adolescents – a systematic review, second edition: Statens Folkhälsoinstitut; 2011.
79. Köhler M. Barn i Malmö. Skilda livsvillkor ger ojämlik hälsa: Malmö Stad; 2012.
80. Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe; 2010.
81. Mattson-Lundberg C. I Marmotkommissionens kölvatten – initiativ och processer mot ojämlikhet i hälsa inom EU, WHO och enskilda länder. Socialmedicinsk tidskrift 2011; 4:256-65.

82. The Marmot Review. Fair Society, Healthy Lives. Hämtad 2013-05-31 från http://www.marmotreview.org/AssetLibrary/pdfs/Reports/FairSocietyHealthyLives.pdf.
83. Utjämna hälsoskillnaderna inom en generation. Statens folkhälsoinstitut; 2008.
84. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, MA Harvard University Press.; 1979.
85. Andershed H, Andershed A-K. Normbrytande beteende i barndomen. Vad säger forskningen? Stockholm: Gothia; 2005.
86. Andershed A-K, Andershed H. Risk and protective factors among preschool children for psychosocial problems -What we know from research and how it can be used in practice. Hämtad från 2013-09-09 http://www.nordicwelfare.org/PageFiles/6305/Presentations/AnnaKarinHenrikAndershed.pdf. 2013
87. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. Am J Orthopsychiatry. 1987; 57(3):316-31.
88. Lutha SS, Cicchetti D. The construct of resilience: implications for interventions and social policies. Dev Psychopathol. 2000; 12(4):857-85.
89. Havnesköld L, Risholm Mothander P. Utvecklingspsykologi: Liber; 2009.
90. Werner E, Smith R. Att växa mot alla odds – Från födelse till vuxenliv: Svenska föreningen för psykisk hälsa; 2003.
91. Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission – September 2002. Hämtad 2013-07-29 från http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/monitoring/fp_monitoring_2000_exs_08_en.pdf
92. Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2012. Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut; 2012.
93. Sellstrom E, Bremberg S. The significance of neighbourhood context to child and adolescent health and well-being: a systematic review of multilevel studies. Scand J Public Health. 2006; 34(5):544-54.
94. Köhler L. Barnhälsoindex för Göteborg. Ett system för att följa barns hälsa i Göteborg och dess stadsdelar. Göteborg: Nordiska Hälsovårdshögskolan; 2013.

95. Den svenska välfärdsmodellen – utveckling eller avveckling? Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap; 2003.
96. Ankarloo D. Välfärdsmyter: visst har vi råd att finansiera trygg-heten. Stockholm: ETC; 2010.
97. Korpi W, Palme J. The paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality and Poverty in the Western Countries. American Sociological Review. 1998; 63:661-87.
98. Socialstyrelsens termbank. Hämtad 2013-05-31 från http://app.socialstyrelsen.se/termbank/.
99. Nadioo J, Wills J. Heath promotion foundation in prcatice: Bailliere Tindall; 2000.
100. Medin J, Alexandersson K. Begreppen hälsa och hälsofrämjande - en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.
101. SBU:s termbank. Hämtad 2013-05-31 från http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Kommentar/Patientutbildning-i-grupp-vid-livslanga-sjukdomar/Faktarutor/Empowerment-egenmakt/
102. Bloom M, Gullotta T. Evolving definitions of primary prevention. In: Gulolotta T, Bloom M, editors. Encyclopedia of primary prevention and health promotion. New York: Kluwer; 2003.
103. Whitehead D. Health promotionin practice settings: findings from a review of clinical issues. Evid Based Nurs. 2006; 3(4):165-84.
104. Klassificering av preventiva insatser. I: Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En systematisk litteraturöversikt. SBU; 2010.
105. Wallby T. Lika för alla? – Social position och etnicitet som determinanter för amning, föräldrars rökvanor och kontakter med BVC. Uppsala: Uppsala Universitet; 2012.
106. Culyer AJ, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. J Health Econ. 1993; 12(4):431-57.
107. Strategi för en god och mer jämlik vård 201 – 2016. Socialdepartementet; 2012. S2012.013.
108. Bremberg S. Nya verktyg för föräldrar – förslag till nya former för föräldrastöd: Statens folkhälsoinstitut; 2004.

109. The American Academy of Pediatrics. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. Pediatrics. 2006; 118(1):405-20.
110. Bergum Hansen M, Jacobsen H. Sped- og småbarn i risiko - en kunnskapsstatus. Oslo: Regioncenter forn barn og unges psykisk helse; 2008.
111. Glascoe FP. Evidence-based approach to developmental and behavioural surveillance using parents' concerns. Child Care Health Dev. 2000; 26(2):137-49.
112. Glascoe FP, Squires J. Issues with the new developmental screening and surveillance policy statement. Pediatrics. 2007; 119(4):861-2.
113. King TM, Glascoe FP. Developmental surveillance of infants and young children in pediatric primary care. Curr Opin Pediatr. 2003; 15(6):624-9.
114. UK National screening committee. What is screening? Hämtad 2013-11-15 från http://www.screening.nhs.uk/screening
115. Wilson J, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneve: WHO; 1968.
116. UK National Screening Committee Child Health Sub-Group report on developmental and behavioural problems, 2005. Hämtad 2013-06-22 från http://www.screening.nhs.uk/developmentbehaviour.
117. Rekommendationer för profylax mot hepatit B. Profylax med vaccin och immunoglobulin – före och efter exposition. Socialstyrelsen; 2005.
118. Rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos – hälsokontroll, smittspårning och vaccination. Socialstyrelsen; 2012.
119. Rekommendationer för vaccination mot humant papillomvirus. Socialstyrelsen; 2011.
120. Handbok till SOSFS 2008:14. Socialstyrelsen; 2009.
121. Folkhälsomyndigheten. Hämtad 14-03-25 från http://folkhalsomyndigheten.se/.
122. Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa. Socialstyrelsen, Rikspolisstyrelsen och Myndigheten för skolutveckling; 2007.

123. Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige. Faktablad. Socialdepartementet; 2010 (S2010.026).
124. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal. Socialstyrelsen; 2012.
125. Socialt arbete med barn och unga i utsatta situationer. Förslag till kompetensbeskrivningar. Socialstyrelsen; 2004.
126. Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer. Socialstyrelsen; 2013.
127. SKL. Samverkandokument. Hämtad 2013-06-22 från http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/barn-och-unga/samverkansdokument/samverkansdokument.
128. Danermark B, Germundsson P, Englund U. Samverkan för barns psykiska hälsa. Slutrapport till SKL: Örebro universitet. Hälsoakademin; 2012.
129. Barn som far illa eller riskerar fara illa. En vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningsskyldighet och ansvar. Socialstyrelsen; 2013.
130. Gravida kvinnor med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem. Avrapportering av regeringsuppdrag. Socialstyrelsen; 2007.
131. Föreningen familjecentralers främjande. Hämtad 2013-06-06 från www.familjecentraler.se.
132. Tillgänglighet till förskolan 2008/2009. Skolverket; 2008.
133. Tio år efter förskolereformen. Skolverket; 2009. Rapport nr. 318.
134. Läroplan för förskolan. Reviderad 2010. Skolverket; 2010.
135. Persson S. Förskolans betydelse för barns utveckling, lärande och hälsa. Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö: Malmö Stad; 2013.
136. Statens folkhälsoinstitut. Hur kan förskolan förbättra barns psykiska hälsa? Hämtad 2014-03-04 från http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/11978/forskola.pdf.
137. Allergi i förskola och skola. Socialstyrelsen; 2013.
138. Smitta i förskolan. En kunskapsöversikt. Reviderad 2008. Socialstyrelsen; 2008.
139. Placerade barns skolgång och hälsa – ett gemensamt ansvar. Socialstyrelsen och Skolverket; 2013.

140. Kling S. Fosterbarns hälsa – det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö: Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap; 2010.
141. Hillman O. Skolhälsovård: introduktion och praktisk vägledning: Gothia; 2010.
142. Bremberg S. Elevhälsa – teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 2004.
143. Astma- och allergiförbundet. Säker mat i förskola och skola. Hämtad 2013-09-29 från http://astmaoallergiforbundet.se/vad-gor-vi/saker-mat-i-forskola-och-skola/.
144. Uppsala kommun. Särskilt stöd i förskolan. Hämtad 2013-11-20 från http://www.uppsala.se/Utbildningbarnomsorg/Forskola-och-barnomsorg/Sarskilt-stod/.
145. Tandvård. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Socialstyrelsen; 2013. Nationell utvärdering 2013.
146. Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Socialstyrelsen; 2013.
147. Major E. Oslo: Nasjonalt Folkhelseinsitituttt 2011.
148. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och Kultur; 2005.
149. Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Svensk sjuksköterskeförening; 2012.
150. Hertting A, Kristenson M. Hälsofrämjande möten. Från barnhälsovård till palliativ vård: Studentlitteratur; 2012.
151. Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press; 2006.
152. Motiverande samtal i primärvården.Statens folkhälsoinstitut; 2010.
153. Miller W, Rollnick S. Motiverande samtal. Att hjälpa människor till förändring. Norrköping: Kriminalvårdens förlag; 2003.
154. Socialstyrelsen. Metodguiden. Motiverande samtal. Hämtad 2013-09-09 från http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaserad-praktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/motiverandesamtal.
155. Motiverande samtal, MI. En kunskapsöversikt. Statens folkhälsoinstitut; 2013.
156. Stenhammar A, Ohrlander K. Mjölkdroppen: filantropi, förmynderi eller samhällsansvar?: Carlsson bokförlag; 2001.

157. Jansson A, Sivberg B, Larsson BW, Udén G. Hembesök kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som familj. Första mötet med barnhälsovården viktigt för den fortsatta kontakten. Läkartidningen. 2003; 15:1348-51.
158. Almquist-Tangen G, Bergström M, Lindfors A, Holmberg L, Magnusson M. Minskat antal hembesök inom barnhälsovården. Läkartidningen. 2010; (47):2969-71.
159. Aronen ET, Kurkela SA. Long-term effects of an early home-based intervention. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996; 35(12):1665-72.
160. Olds DL, Kitzman H, Hanks C, Cole R, Anson E, Sidora-Arcoleo K, et al. Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. Pediatrics. 2007; 120(4):e832-45.
161. Janson H, Squires J. Parent-completed developmental screening in a Norwegian population sample: a comparison with US normative data. Acta Paediatr. 2004; 93(11):1525-9.
162. Jansson A, Sivberg B, Larsson BW, Udén G. First-time mothers'satisfaction with early encounters with the nurse in child healthcare: home visit or visit to the clinic? Acta Paediatr. 2002; 91(571-7).
163. Föräldrautbildning. Kring barnets födelse och första levnadsår. Socialstyrelsen; 1984. Socialstyrelsen redovisar 1984:12.
164. Tidigt föräldrastöd – en fördjupad beskrivning och analys av det tidiga föräldrastödet inom mödra- och barnhälsovården. 2007. Hämtad 2013-08-09 från http://www.webbhotell.sll.se/Global/Bhv/Dokument/Rapporter/Tidigt_foraldrastod.pdf.
165. Socialdepartementet. Lansering av nationell strategi för föräldrastöd. Hämtad 2013-05-31från http://www.regeringen.se/sb/d/11688/a/123529.
166. Statens folkhälsoinstitut. BVC – den viktigaste livlinan under barnets första levnadsår
167. Slutrapport för regeringsuppdraget Kommunala strategier för föräldrastöd. Statens folkhälsoinstitut; 2012.
168. Fabian H. Women who do not attend parental education classes during pregnancy or after birth. Doktorsavhandling: Uppsala iniversitet; 2007.

169. Bright Futures. Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents. American Academy of Pediatrics; 2008.
170. Stockholms läns landsting. Hälsoövervakning i barnhälsovården. Metodbok barnhälsovård. Hämtad 2013-11-20 från http://www.webbhotell.sll.se/bhv/Metodbok-BHV/.
171. Modifierad Checklista för Autism hos små barn, (M-CHAT), uppföljningsintervju. Hämtad 2013-05-31 från http://www2.gsu.edu/~psydlr/Diana_L._Robins,_Ph.D._files/M-CHATInterview_Swedish.pdf.
172. Nygren G, Sandberg E, Arvidsson T, Gillberg C. BVC:s unika roll - att fånga upp autism tidigt. Erfarenheter av nya rutiner i barnhälsovården i Göteborg. Läkartidningen. 2010; 107(39):2314-8.
173. Nygren G, Sandberg E, Gillstedt F, Ekeroth G, Arvidsson T, Gillberg C. A new screening programme for autism in a general population of Swedish toddlers. Res Dev Disabil. 2012; 33(4):1200-10.
174. Wang P, Nilsson B. Utvecklingspsykologi: Natur och Kultur; 2011.
175. Appleyard K, Egeland B, van Dulmen MH, Sroufe LA. When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. J Child Psychol Psychiatry. 2005; 46(3):235-45.
176. Karlsson K. Anknytning - om att tolka samspelet mellan föräldrar och små barn. Stockholm: Gothia förlag; 2008.
177. Broberg A, Risholm Mothander P, Granqvist P, Ivarsson T. Anknytning i praktiken: tillämpningar av anknytningsteorin. Stockholm: Natur och Kultur; 2008.
178. Stern D. Ett litet barns dagbok. Stockholm: Natur och Kultur; 1991.
179. Stern D. Ögonblickets psykologi: om tid och förändring i psykoterapi och vardagsliv: Natur och Kultur; 2005.
180. Crockenberg S, Leerkes E. Infant negative emotionality, caregiving, and family relationships. In: Crouter A, Booth A, editors. Children's influence on family dynamics: The neglected side of family relationships. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2003. p. 57–78.
181. Kivijarvi M, Raiha H, Kaljonen A, Tamminen T, Piha J. Infant temperament and maternal sensitivity behavior in the first year of life. Scand J Psychol. 2005; 46(5):421-8.

182. Luby J. Handbook of Preschool Mental Health: Development, Disorders and Treatment New York: The Guildford Press. 2006; 2006.
183. Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Bosson-Heenan J, Guyer AE, Horwitz SM. Are infant-toddler social-emotional and behavioral problems transient? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006; 45(7):849-58.
184. Ostberg M, Hagelin E. Feeding and sleeping problems in infancy--a follow-up at early school age. Child Care Health Dev. 2011; 37(1):11-25.
185. Thunstrom M. Severe sleep problems among infants in a normal population in Sweden: prevalence, severity and correlates. Acta Paediatr. 1999; 88(12):1356-63.
186. Thome M, Skuladottir, A. Changes in sleep problems, parents distress and impact of sleep problems from infancy to preschool age for referred and unreferred children. Scand J Caring Sci. 2005; 19(2):86-94.
187. Carey W, Jablow M. Understanding your child's temperament. New York: Macmillan: Simon & Schuster; 2005.
188. Turecki S, Tonner L. The Difficult Child. 2.nd ed. New York: Bantam Books; 2000.
189. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC: 0-3R). Washington, DC: ZERO TO THREE Press; 2005.
190. Skovgaard AM, Houmann T, Christiansen E, Landorph S, Jorgensen T, Olsen EM, et al. The prevalence of mental health problems in children 1(1/2) years of age - the Copenhagen Child Cohort 2000. J Child Psychol Psychiatry. 2007; 48(1):62-70.
191. Mothander PR, Grette Moe R. Infant Mental Health assessment: the use of DC 0-3 in an outpatient child psychiatric clinic in Scandinavia. Scand J Psychol. 2008; 49(3):259-67.
192. Von Tetzchner S. Utvecklingspsykologi: barn- och ungdomsåren. Lund: Studentlitteratur; 2005.
193. Psykologutredning i skolan. Socialstyrelsen; 2013.
194. Temple C. Developmental Cognitive Neuropsychlogy. East Sussex: Psychology Press; 1997.
195. Hellström A. Ungar är olika. Hur kan förskolan hjälpa barn med svårigheter. Stockholm: Liber Utbildning; 1999.

196. Effekter av psykosociala insatser för personer med utvecklingsstörning och samtidig psykisk ohälsa En sammanställning av systematiska översikter. Socialstyrelsen; 2006.
197. DSM IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition: American Psychiatric Association; 2002.
198. ICD 10. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th rev ed. Geneva. WHO; 1992.
199. Holle B. Normala och utvecklingshämmade barns motoriska utveckling. Praktisk vägledning med utvecklingsschema och övningsexempel: Natur och Kultur; 1987.
200. Centers for disease control and prevention. Hämtad 2013-05-05 från http://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/index.html.
201. Gesell A. Studies in child development. New York: Harper; 1948.
202. Schoemaker MM, van der Wees M, Flapper B, Verheij-Jansen N, Scholten-Jaegers S, Geuze RH. Perceptual skills of children with developmental coordination disorder. Hum Mov Sci. 2001; 20(1-2):111-33.
203. Geuze RH, Jongmans M, Schoemaker M, Smits-Engelsman B. Developmental coordination disorder. Hum Mov Sci. 2001; 20(1-2):1-5.
204. Gillberg C, Kadesjö B. Why bother about clumsiness? The implications of having developmental coordination disorder (DCD). Neural Plast. 2003; 10(1-2):59-68.
205. Sugden D, Chambers M. Children with developmental disorder. London: Whurr Publishers; 2005.
206. Dewey D, Kaplan BJ, Crawford SG, Wilson BN. Developmental coordination disorder: associated problems in attention, learning, and psychosocial adjustment. Hum Mov Sci. 2002; 21(5-6):905-18.
207. Ericsson I. Motorik, koncentrationsförmåga och skolprestationer: en interventionsstudie i skolår 1–3; Malmö Studies in Educational Sciences no. 6, 2003.
208. Kadesjö B, Gillberg C. Developmental coordination disorder in Swedish 7-year-old children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999; 38(7):820-8.

209. Ghanizadeh A. Predictors of different types of developmental coordination problems in ADHD: the effect of age, gender, ADHD symptom severity and comorbidities. Neuropediatrics. 2010; 41(4):176-81.
210. Gaines R, Missiuna C. Early identification: are speech/language-impaired toddlers at increased risk for Developmental Coordination Disorder? Child Care Health Dev. 2007; 33(3):325-32.
211. Miniscalco C, Nygren G, Hagberg B, Kadesjo B, Gillberg C. Neuropsychiatric and neurodevelopmental outcome of children at age 6 and 7 years who screened positive for language problems at 30 months. Dev Med Child Neurol. 2006; 48(5):361-6.
212. Ericsson I. Rör dig – lär dig. Motorik och inlärning. Stockholm: SISU Idrottsböcker; 2005.
213. Snowling M, Bishop D, Stothard S, Chipchase B, Kaplan C. Psychosocial outcomes at 15 years of children with a preschool history of speech-language impairment. J Child Psychol Psychiatry. 2006; Aug;47(8):759-65.
214. 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.
215. 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.
216. En god start – en ESO-rapport om tidigt stöd i skolan. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi; 2012.
217. Salameh EK, Nettelbladt U, Gullberg B. Risk factors for language impairment in Swedish bilingual and monolingual children relative to severity. Acta Paediatr. 2002; 91(12):1379-84.
218. Salameh EK, Nettelbladt U, Hakansson G, Gullberg B. Language impairment in Swedish bilingual children: a comparison between bilingual and monolingual children in Malmo. Acta Paediatr. 2002; 91(2):229-34.
219. Abrahamsson N. Andraspråksinlärning. Malmö: Studentlitteratur; 2009.

220. Westerlund M. Språk och tal – stimulans och tidig identifiering av avvikelser. I: Magnusson M, Blennow M, Hagell A, Sundelin C, editors. Barnhälsovård – att främja barns hälsa. Stockholm: Liber; 2009.
221. Anvisningar och kommentarer - Barnhälsovårdsjournal 2000-01. Kommentus blanketter.
222. Region Halland. Språkkedjan. Hämtad 2013-08-29 från http://www.regionhalland.se/sprakkedjan.
223. Landstinget Uppsala. Språknätet. Hämtad 2013-08-29 från http://www.lul.se/sv/Kultur/Lansbibliotek-Uppsala/Projekt/Spraknatet1/.
224. Westerlund M, Sundelin C. Can severe language disability be identified in three-year-olds? Evaluation of a routine screening procedure. Acta Paediatr. 2000; 89(1):94-100.
225. Mattsson CM, Marild S, Pehrsson NG. Evaluation of a language-screening programme for 2.5-year-olds at Child Health Centres in Sweden. Acta Paediatr. 2001; 90(3):339-44.
226. Miniscalco C, Westerlund M, Lohmander A. Language skills at age 6 years in Swedish children screened for language delay at 2(1/2) years of age. Acta Paediatr. 2005; 94(12):1798-806.
227. Westerlund M, Bergkvist L, Lagerberg D, Sundelin C. Comorbidity in children with severe developmental language disability. Acta Paediatr. 2002; 91(5):529-34.
228. Det gäller livet. Slutbetänkande av Barnpsykiatrikommittén; 1998. Fritzes offentliga publikationer; 1998.
229. Smith L. Barn med atferdsvansker; en utviklingspsykopatologisk tilnærmingsmåte. Oslo: Höyskoleförlaget; 2004.
230. Lightfoot C, Cole M, Cole S. The Development of Children: W.H.Freeman & Co Ltd; 2012.
231. Carter AS, Wagmiller RJ, Gray SA, McCarthy KJ, Horwitz SM, Briggs-Gowan MJ. Prevalence of DSM-IV disorder in a representative, healthy birth cohort at school entry: sociodemographic risks and social adaptation. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010; 49(7):686-98.
232. Ingoldsby EM, Shaw DS, Winslow E, Schonberg M, Gilliom M, Criss MM. Neighborhood disadvantage, parent-child conflict, neighborhood peer relationships, and early antisocial behavior problem trajectories. J Abnorm Child Psychol. 2006; 34(3):303-19.

233. Shaw DS, Dishion TJ, Supplee L, Gardner F, Arnds K. Randomized trial of a family-centered approach to the prevention of early conduct problems: 2-year effects of the family check-up in early childhood. J Consult Clin Psychol. 2006; 74(1):1-9.
234. Campbell S. Behavioral problems in preeschool children: Clincal development issus. New York: Guilford Press; 2002.
235. Blyga och ängsliga barn. Socialstyrelsen; 2010.
236. Barn som tänker annorlunda. Socialstyrelsen; 2010.
237. Baron-Cohen S, Scott FJ, Allison C, Williams J, Bolton P, Matthews FE, et al. Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study. Br J Psychiatry. 2009; 194(6):500-9.
238. Chakrabarti S, Fombonne E. Pervasive developmental disorders in preschool children: confirmation of high prevalence. Am J Psychiatry. 2005; 162(6):1133-41.
239. Nygren G, Cederlund M, Sandberg E, Gillstedt F, Arvidsson T, Gillberg I, et al. The Prevalence of Autism Spectrum Disorders in Toddlers: A Population Study of 2-Year-Old Swedish Children. J Autism Dev Disord. 2011.
240. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. Pediatr Res. 2009; 65(6):591-8.
241. Charman T, Baird G. Practitioner review: Diagnosis of autism spectrum disorder in 2- and 3-year-old children. J Child Psychol Psychiatry. 2002; 43(3):289-305.
242. Richler J, Bishop SL, Kleinke JR, Lord C. Restricted and repetitive behaviors in young children with autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord. 2007; 37(1):73-85.
243. Greenspan SI, Brazelton TB, Cordero J, Solomon R, Bauman ML, Robinson R, et al. Guidelines for early identification, screening, and clinical management of children with autism spectrum disorders. Pediatrics. 2008; 121(4):828-30.
244. Myers SM, Johnson CP. Management of children with autism spectrum disorders. Pediatrics. 2007; 120(5):1162-82.
245. Eikeseth S. Outcome of comprehensive psycho-educational interventions for young children with autism. Res Dev Disabil. 2009; 30(1):158-78.
246. Kadesjö B. Barn med koncentrationssvårigheter. Tredje upplagan ed. Stockholm: Liber; 2007.

247. Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preeschool. Research diagnostic criteria for infants and preschool children: the process and empirical support. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003; 42(12):1504-12.
248. Sonuga-Barke EJ, Auerbach J, Campbell SB, Daley D, Thompson M. Varieties of preschool hyperactivity: multiple pathways from risk to disorder. Dev Sci. 2005; 8(2):141-50.
249. National Institute for Health and Care Excellence 2013. Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. Hämtad 2013-06-24 från http://www.nice.org.uk/cg72.
250. Barn som utmanar. Socialstyrelsen; 2010.
251. Patterson GR. Coersive family process. Eugene: Castalia; 1982.
252. Gillberg C. The ESSENCE in child psychiatry: Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations. Res Dev Disabil. 2010; 31(6):1543-51.
253. Beitchman J, Cohen N. Language, learning and behavior disorders. Developmental, biological and clinical perspectives. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
254. Gillberg C. ESSENCE. Barnläkaren. 2011. Nr 1.
255. Wickberg B, Hwang P. Bagatellisera inte nyblivna mammors depressionstecken. Läkartidningen. 2001; 98:1534-8.
256. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. JAMA. 2010; 303(19):1961-9.
257. Massoudi P. Depression and distress in Swedish fathers in the postnatal period – prevalence, correlates, identificaton, and support; 2013.
258. Hwang P, Wickberg B. Föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2001.
259. Bergström M. Depressive symptoms in new first-time fathers: Associations with age, sociodemographic characteristics and antenatal psychological wellbeing. Birth 2013 2013; 40(1):32 – 8.
260. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Rådestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum – prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. Arch of Womens Ment Health. 2005; 8:97-104.

261. O´Hara M, Swain A. Rates and risk of postpartum depression- a meta-analysis. International Review of Psychiatry. 1996; 8:37-54.
262. Massoudi P. Depression and distress in Swedish fathers in the postnatal period - prevalence, correlates, identification, and support. Göteborg: Göteborgs Universitet; 2013.
263. Wickberg B, Hwang P. Post partum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödande: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
264. Ramchandani PG, Stein A, O'Connor TG, Heron J, Murray L, Evans J. Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2008; 47(4):390-8.
265. Ramchandani P, Stein A, Evans J, O´Connor T. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. Lancet. 2005; 365:2201-5.
266. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. N Engl J Med. 2002; 347(3):194-9.
267. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, Tomlinson G, Dennis CL, Koren G, et al. The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. J Clin Psychiatry. 2013; 74(4):e321-41.
268. Murray L, Arteche A, Fearon P, Halligan S, Goodyer I, Cooper P. Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011; 50(5):460-70.
269. Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. Arch Womens Ment Health. 2003; 6(4):263-74.
270. Beck CT. The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. Arch Psychiatr Nurs. 1998; 12(1):12-20.
271. Hanington L, Heron J, Stein A, Ramchandani P. Parental depression and child outcomes-is marital conflict the missing link? Child Health, Care and Development. 2012; 38(4):520 – 9.
272. Johanson R, Chapman G, Murray D, Johnson I, Cox J. The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2000; 21(2):93-7.

273. Musters C, McDonald E, Jones I. Management of postnatal depression. BMJ. 2008; 337:a736.
274. Wickberg B, Hwang CP. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation on a Swedish community sample. Acta Psychiatr Scand. 1996; 94(3):181-4.
275. Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. Acta Psychiatr Scand. 2009; 119(5):350-64.
276. Rubertsson C, Borjesson K, Berglund A, Josefsson A, Sydsjö G. The Swedish validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during pregnancy. Nord J Psychiatry. 2011; 65(6):414-8.
277. Magnusson M, Lagerberg D, Sundelin C. How can we identify vulnerable mothers who do not reach the cut off 12 points in EPDS? J Child Health Care. 2011; 15:39-49.
278. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Socialstyrelsen; 2010.
279. Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt. SBU; 2012.
280. Barn som utsätts för fysiska övergrepp. Socialstyrelsen; 2010.
281. Block, R, Krebs N. Failure to thrive as a manifestation of child neglect. Pediatrics. 2005; 116(5):1234-7.
282. Janson S, Jernbro C, Långberg B. Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige – en nationell kartläggning: Stiftelsen Allmänna Barnhuset; 2011.
283. Killén K. Barndomen varar i generationer: om förebyggande arbete med utsatta familjer. 2 uppl Lund: Studentlitteratur; 2009.
284. Toth SL, Pickreign Stronach E, Rogosch FA, Caplan R, Cicchetti D. Illogical thinking and thought disorder in maltreated children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011; 50(7):659-68.
285. Anmäla oro för barn - Stöd för anmälningsskyldiga och andra anmälare. Handbok. Socialstyrelsen; 2014.
286. Tingberg B. Inst för kvinnors och barns hälsa. Karolinska Institutet. Child abuse – clinical investigation, management and nursing approach; 2010.

287. Timmons BW, Leblanc AG, Carson V, Connor Gorber S, Dillman C, Janssen I, et al. Systematic review of physical activity and health in the early years (aged 0-4 years). Appl Physiol Nutr Metab. 2012; 37(4):773-92.
288. LeBlanc AG, Spence JC, Carson V, Connor Gorber S, Dillman C, Janssen I, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in the early years (aged 0-4 years). Appl Physiol Nutr Metab. 2012; 37(4):753-72.
289. Scientific advisory committe on nutrition, subgroup on maternal and child nutrition consultation. 2010.
290. Livsmedelsverket. Barns matvanor och riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom och diabetes. Hämtad 2013-09-09 från http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Maten-och-var-halsa/Hjart--och-karlsjukdom/Barns-matvanor-och-riskfaktorer-for-hjart--och-karlsjukdom-sjukdom-och-diabetes/.
291. Barbieri H, Pearson M, Becker W. Riksmaten - barn 2003. Livsmedels- och näringsintag bland barn i Sverige. Uppsala, Sverige: Livsmedelsverket; 2006.
292. Tucker P. The physical activity levels of preschool-aged children: A systematic review. Early Childhood Research Quarterly. 2008; 23:547–58.
293. Livsmedelsverket. Bra mat för barn mellan ett och två år. Hämtad 2013-06-24 från http://www.slv.se/upload/dokument/mat/kostrad/bra_mat_barn_1_till_2_broschyr.pdf.
294. Råd om mat för barn 0-5 år. Hanteringsrapport som beskriver hur risk och nyttovärderingar, tillsammans med andra faktorer, har lett fram till Livsmedelsverkets råd. Livsmedelsverket; 2011. Rapport 22/2011.
295. Råd om mat för barn 0-5 år – vetenskapligt underlag med risk- eller nyttovärderingar och kunskapsöversikter. Livsmedelsverket. 2011. Rapport 21/2011.
296. Livsmedelsverket. Bra mat för spädbarn. Hämtad 2013-06-24 från http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/kostrad/Spadbarn/Bra-mat-for-barn/.
297. Livsmedelsverket. Råd om mat till dig som är gravid. Hämtad 2010-06-26 http://www.slv.se/upload/dokument/mat/kostrad/gravida_ammande/kostrad_gravida_broschyr.pdf/.

298. Rampersaud, GC, Pereira, MA, Girard, BL, Adams, J, Metzl, JD. Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. J Am Diet Assoc. 2005; 105(5):743-60; quiz 61-2.
299. Dubois L, Girard M, Potvin Kent M, Farmer A, Tatone-Tokuda F. Breakfast skipping is associated with differences in meal patterns, macronutrient intakes and overweight among pre-school children. Public Health Nutr. 2009; 12(1):19-28.
300. Insatser för att främja goda matvanor och fysisk aktivitet bland barn och ungdomar – en systematisk översikt. Socialstyrelsen; 2013.
301. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2011.
302. Isma GE, Bramhagen AC, Ahlstrom G, Ostman M, Dykes AK. Swedish Child Health Care nurses conceptions of overweight in children: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2012; 13:57.
303. Hansson LM. Obesity and stigma – studies on children, adults and health care personal. Stockholm, Sverige: Karolinska Institutet; 2010.
304. Puhl RM, Peterson JL, Luedicke J. Parental perceptions of weight terminology that providers use with youth. Pediatrics. 2011; 128(4):e786-93.
305. Swift JA, Choi E, Puhl RM, Glazebrook C. Talking about obesity with clients: preferred terms and communication styles of U.K. pre-registration dieticians, doctors, and nurses. Patient Educ Counsel. 2013; 91(2):186-91.
306. Bohman B, Eriksson M, Lind M, Ghaderi A, Forsberg L, Rasmussen F. Infrequent attention to dietary and physical activity behaviours in conversations in Swedish child health services. Acta paediatrica. 2013.
307. Bohman B, Forsberg L, Ghaderi A, Rasmussen F. An Evaluation of Training in Motivational Interviewing for Nurses in Child Health Services. Behav Cogn Psychother. 2012:1-15.
308. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2011.
309. Tobakskonventionen. Statens folkhälsoinstitut; 2009. Rapport 2009:04.

310. Andras rök och din hälsa – Forskningsrön om passiv rökning. Statens folkhälsoinstitut; 2001.
311. Mennella JA, Yourshaw LM, Morgan LK. Breastfeeding and smoking: short-term effects on infant feeding and sleep. Pediatrics. 2007; 120(3):497-502.
312. DiFranza JR, Aligne CA, Weitzman M. Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health. Pediatrics. 2004; 113(4 Suppl):1007-15.
313. Barn i familjer med alkohol- och narkotikaproblem. Statens folkhälsoinstitut; 2008. Rapport 2008:28.
314. Handledning för samtal om alkohol inom barnhälsovården. Statens folkhälsoinstitut; 2009.
315. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning. SBU; 2001.
316. Kvinnors erfarenheter av stöd från mödra-barnhälsovårdsteamet i Haga. Rapport 2012:76. Hämtad 2013-10-07 från www.grkom.se/fouivast
317. Barns och ungas säkerhet. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap; 2011.
318. Olyckor i siffror: en rapport om olycksutvecklingen i Sverige. Räddningsverket. Nationellt centrum för lärande från olyckor; 2007. NCO 2007:7.
319. Carlsson A. Child injuries at home – prevention, precautions and intervention with focus on scalds. 2010.
320. Kendrick D, Young B, Mason-Jones AJ, Ilyas N, Achana FA, Cooper NJ, et al. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 9:CD005014.
321. Risker i barns vardag: lär dig minska olycksrisken för barn 0 - 6 år. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap; 2013.
322. Socialstyrelsen. Minska risken för plötslig spädbarnsdöd. Hämtad 2014-01-28 från http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-12-25.
323. Hälsa och välfärd hos barn och unga med funktionsnedsättning. Statens folkhälsoinstitut; 2012.
324. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2011. Socialstyrelsen; 2011.
325. Adoption - till vilket pris? (SOU 2003:49).

Bilagor

Bilaga 1. Specifika metoder för att bedöma barns utveckling

Det finns ett stort behov av att på ett systematiskt sätt kartlägga ett barns utveckling och psykiska hälsa. Ett översiktsarbete belyser styrkan med att använda standardiserade metoder som stöd för att bedöma förekomsten av eventuella beteendeproblem vid den generella hälsoövervakningen av barn [1].

Socialstyrelsen har sammanställt det vetenskapliga underlaget från systematiska översikter som undersöker tillförlitligheten av bedömningsmetoder för att upptäcka utvecklingsavvikelser hos barn och ungdomar [2] liksom för att upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar [3].

Kunskapsöversikten visar att det saknas uppdaterade systematiska översikter av god kvalitet som utvärderar bedömningsmetoder för att tidigt upptäcka utvecklingsavvikelser eller psykisk ohälsa. Med den bakgrunden kan inte Socialstyrelsen föreslå införandet av någon specifik metodik för generell användning inom barnhälsovården.

En av de översikter som studerats är från Norge, där Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har gjort en litteraturöversikt sedan personal inom helsetjensten efterfrågat standardiserade instrument för att tidigt upptäcka barn som har problem med utveckling, beteende och psykosociala förhållanden [4]. Översikten sammanfattar att de inte kan rekommendera några specifika metoder för generell screening.

Amerikanska barnläkarföreningen rekommenderar däremot att man i samband med hälsobesök i hälsovården vid åldrarna 6, 18 och 30 månader regelbundet använder strukturerade metoder för att kartlägga barnets utveckling, i första hand med ASQ (se nedan) [5, 6].

Med utgångspunkt från den modell som Socialstyrelsen utformat för att införa ett nationella screeningprogram [7] visar Socialstyrelsens översiktsarbete att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt

för att kunna rekommendera införandet av någon metod för generell screening för att upptäcka utvecklingsavvikelser hos barn i förskoleåldern. Det betyder inte att det inte skulle kunna finnas bra metoder eller att det inte finns behov av det. Däremot betyder det att det inte finns vetenskap som stöder en specifik metod som kan användas för alla barn.

Internationellt använda frågeformulär

Det internationellt mest använda frågeschemat för att identifiera avvikelser i barns utveckling är The Ages & Stages Questionnaires (ASQ) [8]. ASQ är formulär som besvaras av barnets vårdnadshavare med avsikt att underlätta tidig intervention vid avvikelser i ett barns utveckling.

ASQ består av 19 olika scheman för barn i olika åldrar, från 4 månader upp till 5 år. Frågorna i varje schema täcker fem områden: kommunikation, grovmotorik, finmotorik, problemlösning samt personliga och sociala färdigheter. Formuläret finns översatt till norska och har en norsk manual, men är inte validerat i Europa [9].

Till ASQ finns supplementet The Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional (ASQ: SE) för att med frågor till vårdnadshavaren kunna kartlägga ett barns sociala och emotionella kompetens. Det består av åtta olika åldersanpassade formulär och belyser självreglering, anpassningsförmåga (compliance), kommunikation, vardagsfärdigheter, autonomi, känsloläge (affect) och samspel med andra. Det pågår ett projekt i Umeå där ASQ: SE översatts till svenska och där normering pågår.

Ett annat mycket spritt frågeformulär är Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS) [10]. Det är ett enkelt frågebatteri bestående av 10 frågor som avser att fånga förälderns observationer eller oro (concerns) om sitt barns inlärning, utveckling och beteende. Genom att ställa riktade frågor ökar möjligheten för föräldrar att uttrycka även den diffusa oro för barnets utveckling som föräldrar till barn med avvikelser inte sällan känner. Studier visar att om en förälder uttrycker oro är det skäl att ta det på allvar och utreda. Vissa mönster av oro har visats predicera betydelsefulla avvikelser [11].

Varken ASQ eller PEDS är översatta till svenska.

Frågeformulär för att upptäcka autismspektrumtillstånd

M-CHAT är ett intervjuschema som innehåller 23 frågor som besvaras av barnets föräldrar om avvikelser i utveckling, kommunikation och språk [12]. Det finns översatt till svenska och de vanligaste invandrarspråken.

M-CHAT har utprövats i Sverige som screeninginstrument för att i kombination med observation och undersökning av barnets språkutveckling i samband med hälsobesöket vid 2,5 år upptäcka om ett barn visar tecken på autism [13]. En svensk studie har visat att detta förfarande med god sensitivitet identifierar barn med betydelsefulla svårigheter inom autismspektrumet [14]. Det behövs fler studier av instrumentet och framför allt tillgång till fortsatt utredning och stöd för att villkoren i Socialstyrelsens modell för bedömning, införande och uppföljning av screeningmetoder ska vara uppfyllda [7]. Ett bra sätt är att använda frågeschemat för att få underlag inför en eventuell remiss till utredning när misstanke om svårigheter inom autismspektrumet har uppkommit, till exempel vid kraftigt försenad språkutveckling. Grundförutsättningen är dock att sjuksköterskan som gör undersökningarna har kunskap om autism och är förtrogen med instrumentet [13].

Metoder för att bedöma barns utveckling

SDQ (The Strengths and Difficulties Questionnaire) syftar till att få en uppfattning om barns psykiska hälsa [15]. Instrumentet finns i föräldra- och lärarform och självsvarsform för äldre barn. Målgruppen är barn 3–15 år. Skalan har 25 positiva och negativa påståenden som besvaras på en tregradig skala. Det berör fem olika områden: hyperaktivitet och koncentrationsproblem, beteendeproblem, kamratproblem och emotionella symtom. Instrumentet mäter även styrkor benämnda ”prosocialt beteende”, till exempel omtänksamhet och generositet. SDQ har granskats av Socialstyrelsens metodguide [16]. Instrumentet finns på olika språk och kan hämtas på webbplatsen för SDQ [17]. Normer för föräldraskattningen av den svenska versionen för 6–10-åringar finns men saknas för lärarskattningen.

Referenser

1. Sheldrick RC, Merchant S, Perrin EC. Identification of developmental-behavioral problems in primary care: a systematic review. Pediatrics. 2011; 128(2):356-63.
2. Upptäcka utvecklingsavvikelser hos barn och ungdomar – en sammanställning av systematiska kunskapsöversikter. Socialstyrelsen; 2013.
3. Upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar - en sammanställning av systematiska översikter. Socialstyrelsen; 2013.
4. Kartleggingsverktøy og instrumenter for tidlig avdekking av utviklings-, atferds- og psykososiale vansker hos barn 0-6 år. Oslo. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2005.
5. The american academy of pediatrics. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. Pediatrics. 2006; 118(1):405-20.
6. Glascoe FP. Screening for developmental and behavioral problems. Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 2005; 11(3):173-9.
7. Nationella screeningprogram – modell för bedömning, införande och uppföljning. Socialstyrelsen; 2013.
8. Squires J, Bricker D, Potter L. Revision of a parent-completed developmental screening tool: Ages and stages questionnaires. Journal of Pediatric Psychology. 1997; 22(3):313-28.
9. Janson H, Squires J. Parent-completed developmental screening in a Norwegian population sample: a comparison with US normative data. Acta Paediatr. 2004; 93(11):1525-9.
10. Glascoe FP. Parents' evaluation of developmental status: how well do parents' concerns identify children with behavioral and emotional problems? Clin Pediatr (Phila). 2003; 42(2):133-8.
11. Glascoe FP. Using parents' concerns to detect and address developmental and behavioral problems. J Soc Pediatr Nurs. 1999; 4(1):24-35.
12. Modifierad Checklista för Autism hos små barn, (M-CHAT), uppföljningsintervju. Hämtad 2013-05-31 från http://www2.gsu.edu/~psydlr/Diana_L._Robins,_Ph.D._files/M-CHATInterview_Swedish.pdf.

13. Nygren G, Sandberg E, Arvidsson T, Gillberg C. BVC:s unika roll - att fånga upp autism tidigt. Erfarenheter av nya rutiner i barnhälsovården i Göteborg. Läkartidningen. 2010; 107(39):2314-8.
14. Nygren G, Sandberg E, Gillstedt F, Ekeroth G, Arvidsson T, Gillberg C. A new screening programme for autism in a general population of Swedish toddlers. Res Dev Disabil. 2012; 33(4):1200-10.
15. Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. Eur Child Adolesc Psychiatry. 1998; 7(3):125-30.
16. SDQ. Socialstyrelsens metodguide. Hämtad 2013-06-24 från http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/Documents/sdq-granskning.pdf.
17. SDQ hemsida. Hämtad 2013-06-24 från http://www.sdqinfo.org.

Bilaga 2. Hälsobesök

Socialstyrelsen kan inte utifrån ett vetenskapligt underlag ange förslag på exakta tidpunkter för hälsobesöken eller innehåll i dessa hälsobesök. Trots likartade ambitioner för barnhälsovård i de nordiska länderna finns det olikheter mellan ländernas riktlinjer när det gäller till exempel tidpunkt för och omfattning av hälsobesök [1].

Ambitionen är att barnhälsovården med sitt främjande och förebyggande perspektiv möter barn och föräldrar i olika livsskeden, för att i dessa vägleda och stödja föräldrarna i sitt föräldraskap och samtidigt vara uppmärksam på hälsorisker. Vägledande för arbetet inom barnhälsovården är vetenskapligt grundad kunskap om vad som är optimala tidpunkter för att upptäcka och initiera behandling av avvikelser i hälsa eller utveckling, till exempel upptäckt av kongenital katarakt eller höftledsluxation före en viss ålder, liksom att tidigt initiera insatser vid språkstörning och autism.

Allmänna synpunkter på innehåll i varje kontakttillfälle

Varje hälsobesök präglas av ett hälsofrämjande förhållningssätt med ambitionen att identifiera, stärka och beakta barnets resurser liksom föräldrarnas möjligheter för att stödja sitt barns utveckling, främja dess hälsa och förebygga och hantera sjukdom. Målsättningen med det hälsofrämjande förhållningssättet är att öka förälderns delaktighet och tilltro till den egna förmågan att vara en bra förälder för sitt barn.

Hälsobesöken inbegriper hälsoövervakning som syftar till att med lyhördhet för föräldrarnas frågor och observationer fånga en helhetsbild av barnets hälsa i den familj och närmiljö barnet lever, med dess skydds- och riskfaktorer.

Alla hälsobesök innehåller hälsovägledning som innebär ett individuellt och åldersanpassat samtal om faktorer som påverkar barns hälsa, utveckling och välbefinnande.

Vissa insatser erbjuds alla medan vissa barn eller familjer behöver kompletterande insatser såsom återkommande samtal eller rådgivning, extra besök hos sjuksköterska eller läkare för förnyad bedömning av misstänkta avvikelser, information och vägledning kring förhållningssätt och bemötande. Det kan gälla barn eller familjer där det i hälsoövervakning framkommer riskfaktorer för ohälsa eller avvikelser hos barnet, föräldrar som uttrycker oro över sitt barn, barn med

funktionsnedsättningar med mera. Ännu en grupp är de som behöver särskilt utformade insatser i samverkan med andra verksamheter efter att behov av individuellt stöd och hjälp har framkommit.

BVC-sjuksköterskan är nyckelpersonen som står för kontinuiteten i arbetet och besök till sjuksköterska planeras efter barnets och familjens behov. Vissa uppgifter i samband med hälsobesök förutsätter läkarmedverkan, medan praktiska förhållanden och kompetens avgör vem som ansvarar för andra uppgifter. För att genomföra de uppgifter som beskrivs i avsnittet om somatiska hälsoundersökningar behöver läkare medverka vid besöken vid 4 veckors ålder, vid 6 och 12 månader och vid 2,5–3 års ålder. Behoven avgör övriga tillfällen för läkarmedverkan.

Teamet med sjuksköterska, läkare och psykolog ger möjlighet för en helhetssyn på barnet i sin familj där både medicinska och psykosociala omständigheter uppmärksammas och beaktas.

Vaccinationer ska ske enligt program.

Barnhälsovårdens ska följa Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:22) om vaccination av barn och ansvarar för att programmet erbjuds alla barn.

Kontakter under första levnadsåret

Under ett barns första levnadsmånader har kontakterna med barnhälsovården en särställning genom att många föräldrar då är osäkra, och i synnerhet förstabarnsföräldrar har många frågor. Det är då som det är mest angeläget att ha täta kontakter och att personalen förmedlar tilltro till att barnhälsovården kan ge stöd och vara en samtalspart. Föräldrarnas erfarenheter av BVC ger en grund för dess fortsatta hälsofrämjande och hälsoövervakande insatser. Hembesök är en av sjuksköterskans uppgifter för den nyblivna familjen.

Medfödda missbildningar och allvarliga sjukdomstillstånd upptäcks vanligen under barnets första levnadsveckor. Personalen behöver rutiner för handläggning och kompetens att bedöma sådana.

Förutom att följa och bedöma barnets allmänna hälsotillstånd kommer besöken på BVC under barnets första levnadsår att handla om hur vardagen med ett nyfött barn fungerar, med den glädje och oro det kan innebära. Men besöken handlar också om hur föräldern uppfattar och kan samspela med sitt barn, om sömn och nutrition

och om hur rutiner fungerar. Samtalen berör också familjesituation, stimulans, barns olikheter, barnsäkerhet, föräldraledighet och miljö.

Kontakter under småbarnsåren

Antalet besök kommer under småbarnsåren att bli färre eftersom flertalet föräldrar kommer in i sin föräldraroll, lär känna sitt barn med dess egenheter och temperament och finner fungerande vardagsrutiner.

Barnhälsovårdens hälsoövervakning kommer i småbarnsåren att handla om barnets utveckling och om förälderns möjlighet till närvaro i barnets vardag för samspel och stimulans till utveckling, till exempel av språk och motorik.

Exempel på vad samtalen kan innehålla är förändringar i familjesituationen när föräldrarna återgår till arbete och barnet börjar på förskola. Barns olikheter blir med åldern mer framträdande. Föräldrarna kommer att möta nya utmaningar när barnet visar alltmer av egen vilja och kanske protesterar och får utbrott när det inte får sin vilja igenom.

Barnet blir alltmer rörligt med de olycksfallsrisker det kan innebära. Samtal om barnsäkerhet kommer att handla om miljö också utanför hemmet.

Kontakter i förskoleåldern

För de flesta barn blir det inte mer än ett eller två BVC-besök per år i förskoleåldern. Hälsoproblem, annorlunda utveckling, funktionsnedsättningar eller sjukdomar hos barnet kan liksom förhållanden i hemmiljön motivera tätare kontakter.

Hur barnet klarar sig i förskolan liksom lek och samvaro med andra barn blir ofta ett centralt tema för samtal och för observation av barnets utveckling. Andra kan vara hur barnet klarar att lämna sina föräldrar, sysselsätta sig och hålla fast vid en aktivitet. Vardagsfärdigheter som att klä sig, äta och borsta tänderna liksom sovvanor är andra centrala teman.

Tid vid tv och dator blir i många familjer ett återkommande diskussionsämne. Olycksfallsrisker i miljön utanför hemmet blir alltmer påtagliga när barnet blir äldre.

Somatiska hälsoundersökningar inom barnhälsovården

Vägledningen ger nedan en översikt över de somatiska hälsoundersökningar som barnhälsovården genomför med förslag på lämpliga tidpunkter för dessa, vilka undersökningsmetoder som är lämpliga, vad som är en avvikelse och vilka åtgärder som ska sättas in vid en sådan. Dessa förslag utgår från en omfattande konsensusprocess i vilken experter inom respektive område deltagit. Dessutom har remissyttranden från landets alla barnhälsovårdsöverläkare, som lokalt är delaktiga i att utforma program för barnhälsovårdens arbete, inhämtats. I processen har Socialstyrelsens vetenskapliga råd eller den expertis som det vetenskapliga rådet rekommenderat ingått. Dessa utlåtanden har i nästa led granskats av Socialstyrelsens vetenskapliga råd eller de experter som specialistföreningarna har utsett (se bilaga 3). Denna handläggning har varit nödvändig då det saknas systematiska översikter som underlag för förslagen. I brist på expertutlåtande saknas en beskrivning av hjärtundersökning liksom i avsnittet om tillväxt information om vilka avvikelser som föranleder vidare åtgärd.

För förslagen under avsnitten hörsel och ögon saknas konsensus för när det är motiverat att sända remiss för ytterligare undersökning. Uppfattningen om detta varier något mellan ansvariga i landsting och regioner, varför olika gränser anges i lika landsting.

I fortsatt arbete är det angeläget att somatiska hälsoundersökningar inom barnhälsovården analyseras utifrån Socialstyrelsens modell för bedömning, införande och uppföljning av nationella screeningprogram [2]. De är screeningundersökningar i meningen att samma undersökningsmoment erbjuds alla barn vid en viss ålder med en i förväg definierad fortsatt åtgärd. Det som däremot saknas enligt Socialstyrelsens modell är i flera fall dokumentation om vad som är optimala gränser för utfall liksom om effekterna av fortsatta åtgärder.

Höfter

Syfte

Syftet med höftledsundersökningen är att upptäcka medfödd instabilitet i höftlederna och höftledsluxationer för att kunna sätta in behandling tidigt. En obehandlad instabilitet kan i vissa fall leda till

en höftledsdysplasi, det vill säga bristfällig utveckling av acetabulum med en underutvecklad ledpanna. Höftledsdysplasi kan orsaka höftledsartros senare i livet [3]. En icke diagnostiserad höftledsluxation innebär att ledhuvudet på sikt kommer att ligga mot utsidan av höftbenet i stället för att ligga på sin plats i acetabulum. Detta leder till en förkortning av benet, och i många fall till smärta och funktionsnedsättning resten av livet.

Förekomst

Svenska studier före införandet av screening för höftledluxation visade en incidens av cirka 1,7 promille [4]. Med ett förväntat födelsetal av 100 000 nyfödda årligen i Sverige skulle tillskottet av antalet nya fall per år vara cirka 170.

Sedan 2001 rapporteras sent diagnostiserade höftledsluxationer, det vill säga att diagnosen ställs först efter det att barnet har skrivits ut från BB, till ett nationellt register. Antalet nya fall är nu 10–20 årligen, vilket kan jämföras med ovanstående siffra på 170 fall årligen innan screeningen infördes [5].

Totalt 75 procent av de sent diagnostiserade fallen upptäcks före ett års ålder, det vill säga före gångdebuten, vilket är prognostiskt gynnsammare än om de upptäcks senare. Dessutom blir behandlingen mer komplicerad och slutresultatet mer osäkert än vid behandling i nyföddhetsperioden. Abduktionsbehandling med von Rosenskena eller Frejkakudde gör att höften kommer att utvecklas på ett normalt sätt.

Undersökning

Neonatalt används Ortolanis och Barlows tester för att undersöka förekomst av höftledsluxation. Ortolanis test är det klassiska testet då den luxerade höften kan föras in i rätt läge med en repositionskänsla. Barlows test är ett tecken på höftledsinstabilitet då höftleden är så instabil att den med en enkel adduktion och provokation bakåt kan uppfattas som instabil eller till och med luxeras.

Ovanstående tester är aktuella framför allt under barnets första levnadsveckor. Därefter blir de allt mer osäkra och vid undersökningen vid 5–6 månaders ålder och senare är en abduktionsinskränkning av höften i stället ett bättre diagnostiskt tecken på höftledsluxation. Asymmetriska böjveck i ljumsken och benlängdsskillnad är sena och

mera osäkra tecken på en luxation. Bilaterala luxationer är svårare att upptäcka och upptäcks ibland först när avvikelser i gångmönster och grovmotorik noteras.

En vanlig höftledsröntgen kan från cirka 3 månaders ålder i princip alltid identifiera en höftledsluxation.

Motiv för remiss till ortoped

Vid en misstänkt avvikelse vid undersökning med Ortolanis och Barlows tester, vid uni- eller bilateral abduktionsinskränkning av höften samt vid benlängdsskillnad eller avvikelser i gångmönster remitteras barnet till ortoped.

Sammanfattande förslag

Alla nyfödda barn erbjuds efter utskrivningen från BB en höftledsundersökning i samband med läkarbesöket vid 4 veckors ålder och vid 6 månaders ålder. Vid 10–12 månader och 18 månader observeras avvikelser i barnets höftledsstatus, grovmotorik och/eller gångmönster.

Ögon och syn

Syftet med ögonundersökning under neonatalperioden

Syftet med ögonundersökningar på BB-avdelningen och vid första läkarbesöket på BVC är att tidig upptäcka och behandla kongenital katarakt. Kongenital katarakt är en grumling av ögats lins som leder till nedsatt synförmåga. Ögonundersökningen på BB-avdelningar ger tidigare upptäckt, men även vid undersökningen på BVC vid 4 veckors ålder upptäcks barn med kongenital katarakt. Flertalet studier har visat att tidig operation, före två månaders ålder, ger bättre synresultat än om den görs senare.

Förekomst

Infantil katarakt drabbar cirka 36 barn per 100 000 födda i Sverige.

Undersökning

Undersökningen görs med genomfallande ljus då man tittar på den röda eller gulröda reflexen från ögonbotten som syns i pupillen. Det är samma fenomen som när ögonen lyser röda vid ett blixtfotografi. Med hjälp av ett oftalmoskop lyser man med en inte alltför stark

stråle in i barnets pupill i ett rum med dämpad belysning. Detta görs för att undvika att pupillen drar ihop sig för mycket. Vid inspektionen tittar man efter att reflexen är klar och inte störs av några grumlingar. En tät katarakt ger ingen reflex alls. Mörkhyade barn kan vara svåra att bedöma eftersom ögonbotten är pigmenterad och inte alltid ger samma gulröda reflex. Barn som har grumlingar eller är svårbedömda remitteras till ögonläkare.

Syftet med synundersökningen vid 4 år på BVC

Syftet med synundersökningen vid 4 år på BVC är att upptäcka amblyopi. Amblyopi är en synnedsättning till följd av att neuronen i synbarken inte stimulerats optimalt under barnets uppväxt. Amblyopi kan bero på skelning och refraktionsfel såsom närsynthet, översynthet och astigmatism. Skelning ger i allmänhet en mera uttalad amblyopi. Om amblyopi inte behandlas under barnaåren (före 10 års ålder) blir synnedsättningen bestående. Amblyopi är lättare att behandla ju yngre barnet är. Detta gäller framför allt barn med allvarliga synnedsättningar.

Förekomst av amblyopi

Amblyopi (med synskärpa ≤ 0,7) beräknas förekomma hos knappt 4 procent av alla barn om inte screening genomförs. Med hjälp av screening och behandling har prevalensen reducerats till 1,7 procent [6]. Synkontrollen vid 4 års ålder har alltså haft en avgörande betydelse för att minska frekvensen av amblyopi i Sverige. Framför allt har antalet barn med en mer allvarlig synnedsättning minskat.

Undersökning

För synundersökning på BVC används Hooper Visual Organisation Test (HVOT) eller LH-tavlor. Båda anses likvärdiga. Det icke testade ögat täcks med en tättslutande lapp.

BVC-kontrollerna fungerar mycket väl i Sverige. Eftersom det är lättare att behandla amblyopi ju yngre barnet är, har man försökt att syntesta barn som är 3 år gamla. Det positivt prediktiva värdet var dock endast 58 procent för 3-åringarna jämfört med 75 procent för 4-åringarna. Det innebär att synprövning vid 3 års ålder inte rekommenderas.

Motiv för remiss till ögonläkare eller ortoptist

Barn yngre än 4 år
Barn yngre än 4 år som bör få remiss till en ögonläkare eller ortoptist är

- alla barn som inte har röd reflex vid undersökning i genomfallande ljus med oftalmoskop
- alla barn med konstant skelning
- alla barn över 6 månader där föräldrar misstänker skelning eller annat ögonproblem
- alla barn med dålig blickkontakt som inte följer föremål i olika blickriktningar eller barn som har nystagmus (ögondarr)
- barn med syndrom (till exempel Downs syndrom, cp-skada eller multihandikapp)
- barn med avvikande anatomi i ögonregionen, till exempel ptos, kolobom eller ögonnära hemangiom.

4 åringar
De 4-åringar som bör få remiss till ögonläkare eller ortoptist är

- det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att säga när barn bör remitteras för vidare undersökning. I de flesta landsting remitteras barn om mätningen ger ett resultat sämre än 0,8 på något öga vid två testningar, medan andra har en gräns på 0,65
- barn som inte går att undersöka på BVC på grund av bristande medverkan (till exempel vid utvecklingsstörning).

Screening för ROP

Barn som är för tidigt födda har en ökad risk för syn- och ögonproblem jämfört med barn födda i normal tid. De har under uppväxten större risk för brytningsfel, skelning och synhandikapp, dels sekundärt till näthinneförändringar, dels till följd av hjärnskada i nyföddhetsperioden.

I nyföddhetsperioden finns risk för näthinnesjukdomen ROP (efter engelskans ”retinopathy of prematurity”). ROP orsakas av en avstannad kärlutveckling i ögat och kan i värsta fall leda till en totalt avlossad näthinna och blindhet. Syftet med ROP-screening är att

identifiera barn som har ROP av sådan grad att de kan behöva behandling för att förebygga näthinneavlossning. Alla barn födda före mognadsvecka 31 remitteras snarast efter födelsen för ögonscreening [6, 7]. Om detta inte skett, till exempel barn födda utomlands, sker remittering från BVC.

Sammanfattande förslag

Alla barn screenas för kongenital katarakt både på BB och vid 4 veckors ålder, och föräldrar tillfrågas om misstanke på skelning vid 6, 18 och 30–36 månaders ålder. Alla barn erbjuds synundersökning vid 4 års ålder. För tidigt födda barn med risk att utveckla behandlingskrävande ROP undersöks av ögonläkare i nyföddhetsperioden.

Hörsel

Syfte

Syftet med hörselundersökningar är att tidigt upptäcka hörselnedsättning. En hörselnedsättning försvårar ett barns samvaro med andra och påverkar barnets språkförståelse och talutveckling [8-10]. I dag upptäcks de flesta permanenta hörselnedsättningar i samband med neonatal hörselscreening som är allmänt införd i Sverige.

Förekomst av bestående och permanent hörselnedsättning

Cirka 1,6 promille av alla nyfödda rapporteras ha en permanent hörselnedsättning på mer än 40 dB [11, 12]. Före 10-årsåldern tillkommer några [13-16], men uppgifterna om hur många som tillkommer varierar i olika undersökningar. I en omfattande brittisk undersökning där mer än 90 000 barn i åldern 5–6 år ingick fann man att 3,5 promille hade en permanent hörselnedsättning [17].

Temporära hörselnedsättningar på grund av öroninflammation är vanligt hos barn i förskoleåldern [18]. Punktprevalensen ligger mellan 15 och 25 procent hos barn 0–6 år. Cirka 80 procent av barn upp till skolstarten har någon gång haft en sekretorisk mediaotit även om det endast för en liten del gett påtaglig hörselnedsättning [18–20].

Hälsoövervakning

Föräldrarna är de viktigaste informanterna, och det är lämpligt att ställa frågor om barnets reaktioner på ljud, språkförståelse och talutveckling vid alla ordinarie besök på BVC. Föräldrars oro för att barnet har en hörselnedsättning är betydelsefull information. Vid avvikelser i språkutvecklingen är det viktigt att utesluta nedsatt hörsel som orsak.

Undersökning

Under nyföddhetsperioden erbjuds alla barn hörselundersökning med otoakustiska emissioner (OAE). Denna hörselscreening kan identifiera hörselnedsättningar på 30 dB och mer. För att upptäcka lindrigare hörselnedsättning, och eftersom nya kan tillkomma under uppväxten, behöver kompletterande undersökningar göras. I dag finns det inte vetenskapligt underlag som visar i vilken eller vilka åldersgrupper som det är optimalt med kompletterande hörselscreening. I England liksom i våra nordiska grannländer görs screening i samband med skolstarten [1].

Som screeningmetod rekommenderas lekaudiometri från 4 års ålder. Vid lekaudiometri får barnet lägga en kloss eller trä ringar på pinne varje gång ett ljud hörs. Vid tonaudiometri får barnet trycka på en knapp varje gång hon eller han hör ett ljud. Nivån på hörselnedsättning uttrycks i decibel. Det vanliga sättet i Sverige är att beräkna medelvärdet för hörtrösklarna vid frekvenserna 500, 1 000, 2 000 och 4 000 Hz (TMV4) på screeningnivån 20 dB. Screeningnivå 20 dB innebär att man inte testar ljud med lägre ljudnivå än 20 dB.

Distraktionstest eller BOEL-test som tidigare gjordes under det första levnadsåret bedöms inte längre som motiverat då testet är alltför ospecifikt och har låg sensitivitet.

Motiv för remiss för ytterligare hörselundersökning

Om mätningen ger ett resultat på 25 dB eller sämre på 2 frekvenser, eller 30 dB eller sämre på en av frekvenserna 500, 1 000 eller 2 000 Hz och tillfällig orsak till hörselnedsättning (öroninflammation eller vaxpropp) har uteslutits övervägs remittering till hörcentral (eller motsvarande).

Även vid misstanke om hörselnedsättning och vid försenad språkutveckling finns skäl för remiss.

Sammanfattande förslag

Vid misstanke om hörselnedsättning, till exempel om en förälder misstänker att barnet har sådan, och vid försenad språkutveckling behöver barnet genomgå en hörselundersökning (på hörcentral eller motsvarande). Dessutom föreslås att hörselscreening med audiometer erbjuds alla barn vid hälsobesöket vid 4 års ålder.

Testiklar

Syfte

Syftet är att före 6 månaders ålder diagnostisera icke nedvandrade testiklar. Om testiklarna blir kvar i buken finns det en viss ökad risk för sterilitet och cancer.

Förekomst

Vid födelsen har 3–5 procent av pojkarna retentio testis, och vid 6 månaders ålder endast 1–2 procent.

Undersökning

Undersökning av testiklar sker lämpligen vid 6 månader och 12 månader även om de enligt tidigare journaluppgifter anges ha befunnit sig i scrotum.

Undersökningen omfattar inspektion och palpation av pungen. Om testikeln ligger kvar långt ned i pungen är fyndet normalt, men om den snabbt åker upp igen är det misstänkt patologiskt. Retraktila testiklar är sådana som kan dras ned i pungen och som stannar där efter att cremasterreflexen har utmattats. Det finns dock en ökad risk att den retraktila testikeln åker upp igen och stannar utanför pungen för gott, varför de behöver undersökas årligen.

Bilateral retentio testis och mikropenis är ett så kallat ”tillstånd med avvikande könsutveckling”. Termen ”disorders of sex development” (DSD) ska användas för medfödda avvikelser där utvecklingen av kromosomalt, gonadalt eller anatomiskt kön är atypiskt [21]. Dessa barn behöver ett omedelbart omhändertagande av multidisciplinärt DSD-team, som finns i Göteborg, Lund och Malmö, Stockholm samt Uppsala.

Motiv för remiss till kirurg

Då bilateral retentio i kombination med mikropenis upptäcks remitteras barnet omgående till kirurg. Övriga pojkar med retentio testis remitteras för ställningstagande till eventuell operation före 12 månaders ålder [22] till barnkirurgisk mottagning. Pojkar med retraktila testiklar följs numera årligen eftersom cirka 20 procent ascenderar. Hormonbehandling, som tidigare prövats för att få testiklar att vandra ned, är inte längre aktuell.

Sammanfattande förslag

Testiklarnas läge kontrolleras vid 6 månader och 12 månader.

Tillväxt

Syfte

Syftet med att mäta barns längd och vikt är att följa barnets tillväxt för att vid avvikelser från förväntad utveckling bedöma orsakerna till avvikelsen och ta ställning till vidare åtgärder.

Även inom barnsjukvården har uppföljning av barnets tillväxt en central plats. I många utredningar behöver barnsjukvården tillgång till de mätningar som utförs rutinmässigt inom barnhälsovården [23].

Hur avspeglar tillväxt hälsa?

Den fysiska tillväxten är genetiskt programmerad, men samtidigt ett känsligt mått på såväl fysiskt och psykiskt välbefinnande. Tillväxten styrs av en samverkan mellan ärftliga faktorer och omgivningsfaktorer såsom nutritionsförhållanden, kroppslig och psykisk stress och sjukdom.

På befolkningsnivå återspeglar tillväxten näringsförhållanden och socioekonomisk standard. När det gäller utveckling av vikt har det skett stora och snabba förändringar. Sedan 1980-talet har andelen människor i västvärlden med övervikt och fetma ökat, delvis beroende på förändrad livsstil i förhållande till mat och fysisk aktivitet.

Det finns ett flertal studier som visar på samband mellan tillväxt och psykosociala förhållanden. Det går inte att med medicinska metoder skilja dessa barn från barn som har tillväxthormonbrist, eftersom insöndringen av tillväxthormon är låg i bägge fallen [24].

Vid bristande tillväxt hos små barn måste barnets familjesituation också värderas. Särskilt är det angeläget att uppmärksamma bristande viktutveckling hos spädbarn, ”failure to thrive”, för att dels identifiera medicinska orsaker, dels uppmärksamma barnets livssituation när det inte finns någon medicinsk orsak [25].

Tillväxten kan även påverkas av sjukdomstillstånd såsom vissa endokrinologiska (hypotyreos och binjure- och hypofyssjukdomar) och gastroenterologiska sjukdomar (glutenintolerans och inflammatorisk tarmsjukdom). Även många syndrom medför avvikande tillväxtmönster. De vanligaste är Downs, Turners och Klinefelters syndrom. Barn som invandrar eller adopteras till Sverige har oftare ett tillväxtmönster som påverkas både av landet de flyttar från och av förhållandena i Sverige.

Bedömning av tillväxten

För att bedöma ett barns tillväxt krävs det flera mätvärden vid flera tillfällen. Vid bedömningen av barnets längd och vikt måste hänsyn även tas till barnets födelsedata och föräldrarnas vikt och längd. För att underlätta tolkningen av tillväxtuppgifter har svenska manualer tagits fram till nuvarande tillväxtreferenskurvor [26, 27]. Nuvarande tillväxtreferenskurvor för längd och vikt och huvudomfång har även referenskurvor för ”body mass index” (BMI) [28] och BMI-förändringar [29]. BMI är ett mått på ”relativ vikt” (kg/m^2) som förenklar bedömningen av undervikt respektive övervikt.

Ett barn förväntas följa sin kanal, det vill säga växa parallellt med kurvlinjerna på tillväxtkurvan. Tillväxtkurvan tar dock inte hänsyn till individuella skillnader i kroppsmognaden.

Tidpunkter för vägning och mätning

Även om det är ett bristfälligt underlag för att rekommendera hur ofta och när längd och vikt bör mätas, är det en lätt och informativ undersökning som med fördel kan göras vid alla ordinarie hälsobesök på BVC. En avvikande längd-, vikt- eller BMI-utveckling kan ha ett flertal orsaker. Det är därför viktigt att värdera olika tänkbara orsaker till en avvikelse. I många länder rekommenderas att längd- och viktmätningar ingår som en del av den ordinarie hälsoövervakningen. American Academy of Pediatrics rekommenderar att längd- och viktmätningar och registrering av BMI bör göras årligen från 2 års ålder

[30]. Vikt och längd mäts i dag vid samtliga ordinarie hälsobesök i Sverige, Danmark, Finland och Norge [1].

Det saknas vetenskapligt underlag för att på ett enhetligt sätt ange när det är optimalt att reagera på en avvikelse i tillväxt. Trots detta har flera länder, bland dem Norge [31], med anledning av det växande problemet med övervikt i befolkningen tagit fram nationella riktlinjer inom området, något som även professionsföreträdarna för barnhälsovården efterfrågat [32].

Det är en uppgift för barnhälsovården att uppmärksamma barn som redan i förskoleåldern är överviktiga och ge föräldrarna utökad rådgivning om goda matvanor och fysisk aktivitet, samt att bedöma barnets och familjens behov av hjälp på andra nivåer inom hälso- och sjukvården.

Fortsatt handläggning

Avvikelser i tillväxt kan ha många orsaker. Såväl fysisk och psykisk ohälsa som sociala förhållanden i barnets uppväxtsituation kan ha betydelse. För att värdera en identifierad tillväxtavvikelse behöver barnhälsovården göra en samlad bedömning av aktuella och tidigare tillväxtdata, barnets hälsotillstånd och barnets familjesituation. Resultatet av denna värdering ligger sedan till grund för ställningstagande till behov av eventuell remittering och samverkan med till exempel socialtjänsten.

Sammanfattande förslag

Vid samtliga ordinarie hälsobesök mäts barnet vikt och längd. Mätning av huvudomfång förslås ske vid de ordinarie hälsobesöken till och med 1,5 års ålder.

Referenser

1. Sammanställning av vägledande dokument för barn- och skolhälsovård – Danmark, England, Finland, Norge och Sverige. Socialstyrelsen; 2012.
2. Nationella screeningprogram – modell för bedömning, införande och uppföljning. Socialstyrelsen; 2013.

3. Furnes O, Lie SA, Espehaug B, Vollset SE, Engesaeter LB, Havelin LI. Hip disease and the prognosis of total hip replacements. A review of 53,698 primary total hip replacements reported to the Norwegian Arthroplasty Register 1987-99. J Bone Joint Surg Br. 2001; 83(4):579-86.
4. Von Rosen S. Early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip joint. Acta Orthop Scand. 1956; 26(2):136-55.
5. Düppe, H. Medfödd instabilitet och luxation i höften – handläggning idag. Läkartidningen. 2013; 110(15):740-3.
6. Kvarnstrom G, Jakobsson P, Lennerstrand G. Screening for visual and ocular disorders in children, evaluation of the system in Sweden. Acta Paediatr. 1998; 87(11):1173-9.
7. Holmstrom GE, Hellstrom A, Jakobsson PG, Lundgren P, Tornqvist K, Wallin A. Swedish national register for retinopathy of prematurity (SWEDROP) and the evaluation of screening in Sweden. Arch Ophthalmol. 2012; 130(11):1418-24.
8. Moeller M. Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. Pediatrics. 2000; 100(3):E43.
9. Ramkalawan T, Davis A. The effects of hearing loss and age of intervention on some language metrics in young hearing-impaired children. Br J Audiol. 1992; 26(2):97-107.
10. Robinshaw H. Early intervention for hearing impairment: differences in the timing of communicative and linguistic development. Br J Audiol. 1995; 29(6):315-34.
11. Davis A, Bamford J, Wilson I, Ramkalawan T, Forsha, M, Wright S. A critical review of the role of neonatal hearing screening in the detection of congenital hearing impairment. Health Technol Assess. 1997; 1(10):1-176.
12. Bamford J, Uus K, Davis A. Screening for hearing loss in childhood: issues, evidence and current approaches in the UK. J Med Screen. 2005; 12(3):119-24.
13. Fortnum HM, Summerfield AQ, Marshall DH, Davis AC, Bamford JM. Prevalence of permanent childhood hearing impairment in the United Kingdom and implications for universal neonatal hearing screening: questionnaire based ascertainment study. BMJ. 2001; 323(7312):536-40.

14. Fortnum HM. Epidemiology of permanent childhood hearing impairment: Indications for neonatal hearing screening. Audiol Med. 2003; 1:155-64.
15. Weichbold V, Nekahm-Heis D, Welzl-Mueller K. Universal newborn hearing screening and postnatal hearing loss. Pediatrics. 2006; 117(4):e631-6.
16. Lu J, Huang Z, Yang T, Li Y, Mei L, Xiang M, et al. Screening for delayed-onset hearing loss in preschool children who previously passed the newborn hearing screening. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2011; 75(8):1045-9.
17. Bamford J, Fortnum H, Bristow K, Smith J, Vamvakas G, Davies L, et al. Current practice, accuracy, effectiveness and cost-effectiveness of the school entry hearing screen. Health Technol Assess. 2007; 11(32):1-168, iii-iv.
18. Midgley EJ, Dewey C, Pryce K, Maw AR. The frequency of otitis media with effusion in British pre-school children: a guide for treatment. ALSPAC Study Team. Clin Otolaryngol Allied Sci. 2000; 25(6):485-91.
19. Paradise JL, Rockette HE, Colborn DK, Bernard BS, Smith CG, Kurs-Lasky M, et al. Otitis media in 2253 Pittsburgh-area infants: prevalence and risk factors during the first two years of life. Pediatrics. 1997; 99(3):318-33.
20. Williamson IG, Dunleavey J, Bain J, Robinson D. The natural history of otitis media with effusion-a three-year study of the incidence and prevalence of abnormal tympanograms in four South West Hampshire infant and first schools. J Laryngol Otol. 1994; 108(11):930-4.
21. Nordenström A, Nordenskjöld A, Wedell A, Ritzén, M. Pojke eller flicka – gissa aldrig! Diagnostik och behandling av tillstånd med avvikande könsutveckling. Läkartidningen. 2008; 105(9):629-33.
22. Ritzen EM, Bergh A, Bjerknes R, Christiansen P, Cortes D, Haugen SE, et al. Nordic consensus on treatment of undescended testes. Acta Paediatr. 2007; 96(5):638-43.
23. Att följa barns tillväxt i Sverige. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.

24. Grote V, Vik T, von Kries R, Luque V, Socha J, Verduci E, et al. Maternal postnatal depression and child growth: a European cohort study. BMC Pediatr. 2010; 10:14.
25. Kristiansson B, Fällström S. Growth at the age of 4 years subsequent to early failure to thrive. Child Abuse Negl. 1987; 11(1):35-40.
26. Gelander L, Hagenäs L, Albertsson-Vikland K. Tillväxtkurvan i skolhälsovården. Tillväxt och kroppslig mognad 6-18. Manual och Lilla tillväxtskolan. Stockholm: Kommentus; 2003.
27. Hagenäs L, Gelander L, Albertsson-Wikland K. Råd och anvisningar för tillväxtkurva i barnhälsovårdsjournalen: Socialstyrelsen; 1999.
28. Karlberg J, Luo ZC, Albertsson-Wikland K. Body mass index reference values (mean and SD) for Swedish children. Acta Paediatr. 2001; 90(12):1427-34.
29. Karlberg J, Kwan CW, Albertsson-Wikland K. Reference values for change in body mass index from birth to 18 years of age. Acta Paediatr. 2003; 92(6):648-52.
30. Barlow S, ExperCommittee. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. Pediatrics. 2007; 120(Suppl 4:S):164-92.
31. Helsedirektoratet. Forebygging, utredning og behandling av overvikt og fedma hos barn og unge. Nasjonale faglige retningslinjer for primärhelsetjenesten. Oslo, 2010.
32. Utvecklingsområden för mödra- och barnhälsovård samt elevhälsa. En kartläggning av professionernas önskemål om riktlinjer eller annan vägledning. Socialstyrelsen; 2011.

Bilaga 3. Arbetsprocess och deltagande myndigheter och organisationer

Vetenskapliga råd som bidragit med underlag

Kajsa-Mia Holgers, professor, medicinsk rådgivare Västra Götalandsregionen, hörsel
Lennart Landin, docent, Skåne Universitetssjukhus Malmö, höfter
Agneta Nordenskjöld, professor, Karolinska Institutet, testiklar

Experter som bidragit med underlag på rekommendation av det vetenskapliga rådet i ämnet

Gerd Holmström, professor, Uppsala universitet, ögon och syn
Peter Jakobsson, docent, Linköpings universitet, ögon och syn
Henrik Düppe, docent, Skåne Universitetssjukhus, höfter
Elisabet Hagelin, med.dr Uppsala universitet, utveckling och psykisk hälsa
Monica Östberg, fil.dr Uppsala universitet, utveckling och psykisk hälsa

Vetenskapligt råd som granskat underlagen

Anders Behndig, professor, Umeå universitet, ögon och syn

Experter som på rekommendation av det vetenskapliga rådet i ämnet eller berörd specialistförening har granskat underlagen

Fatima Pedrosa-Domellöf, professor, Umeå universitet, ögon och syn
Elina Mäki-Torkko, docent, Linköpings universitet, hörsel
Karin Stenfeldt, med.dr. Skåne Universitetssjukhus Lund och Malmö, hörsel

Verksamhetsrepresentanter

Lena Björk, Livsmedelsverket
Marie Golsäter, Primärvården. Högskolan Jönköping
Hans Lingfors, Primärvården
Åsa Ernestam, Sveriges Kommuner och Landsting
Filippa Myrbäck, Sveriges Kommuner och Landsting

Yrkesrepresentanter från Barnhälsovården – redaktionsgruppen för Evelinaarbetet – som deltagit i arbetsprocessen

Margareta Blennow, barnhälsovårdsöverläkare, Stockholm

Margaretha Magnusson, vårdutvecklare, Uppsala
Antonia Reuter, mödra- och barnhälsovårdspsykolog, Göteborg
Johanna Tell, vårdutvecklare, Blekinge

Arbetsprocess

I arbetsprocessen har det skett en kontinuerlig avstämning med representanter för berörda yrkesföreningar som även aktivt har bidragit med material under arbetets gång. Dessutom bjöds dessa in tillsammans med representanter från SKL och Livsmedelsverket till en remisskonferens våren 2013. De hade inför denna fått ett utkast av vägledningen som flera kommenterade såväl inför som efter konferensen. Extern remiss genomfördes under augusti–september 2013 inför bearbetningen av slutversionen av vägledningen.

En intern remiss genomfördes under juni på Socialstyrelsen. Kommentarer från denna remissrunda beaktades inför utarbetandet av den preliminära vägledningen som presenterades vid en föredragning hos generaldirektören och sedan rapporterades till regeringen i september 2013.

Publicerade rapporter inom projektet

Inom projektet har följande rapporter publicerats:
Utvecklingsområden för mödra- och barnhälsovård samt elevhälsa – en kartläggning av professionernas önskemål om riktlinjer eller annan vägledning.
Sammanställning av vägledande dokument för barn- och skolhälsovård – Danmark, England, Finland, Norge och Sverige.
Upptäcka utvecklingsavvikelser hos barn och ungdomar – en sammanställning av systematiska kunskapsöversikter.
Upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar – en sammanställning av systematiska kunskapsöversikter.
Tidiga insatser mot psykisk ohälsa hos små barn – en sammanställning av systematiska översikter.
Tillväxtavvikelse som indikator för psykisk och psykosocial hälsa hos barn och ungdomar. En sammanställning av systematiska översikter.
Samtliga rapporter finns tillgängliga på Socialstyrelsen webbplats www.socialstyrelsen.se under rubriken publikationer.

Externa remisser augusti 2013

Myndigheter

Barnombudsmannen
Diskrimineringsombudsmannen
Inspektionen för vård och omsorg
Livsmedelsverket
Myndigheten för internationella adoptionsfrågor
Smittskyddsinstitutet
Statens folkhälsoinstitut

Arbetsgivarorganisationen

Sveriges Kommuner och Landsting – SKL

Landsting

Landstinget i Jönköpings län
Landstinget i Östergötland
Västra Götalandsregionen
Stockholms läns landsting
Region Gotland
Region Skåne
Västerbottens läns landsting

Intresseorganisationer

Handikappförbunden
Föräldraalliansen

Föreningar och förbund

Vårdförbundet
Svenska Sjuksköterskeföreningen
Distriktssköterskeföreningen
Riksföreningen för barnsjuksköterskor
Sveriges läkarförbund
Svenska Läkaresällskapet
Distriktläkarföreningen
Svenska Barnläkarföreningen – BLF
Svenska Barnläkarföreningens sektion för Hälso- och sjukvård
Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri
Svensk Förening för Allmänmedicin – SFAM
Svenska barnortopedföreningen – höfter

Svenska audiologföreningen – hörsel
Sveriges ögonläkarförening – ögon, syn
Psykologer för mödra- och barnhälsovård
Sveriges Psykologförbund
Svenska Logopedförbundet
Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
Föreningen Sveriges Socialchefer
Akademikerförbundet SSR
Vision
Sveriges Tandläkarförbund
Dietisternas riksförbund
Föreningen Sveriges Habiliteringschefer
Yrkesförening mot tobak