

Nationell kartläggning av barnhälsovården

En jämlik och tillgänglig barnhälsovård

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2020-10-6889

Omslagsbild Matton
Publicerad www.socialstyrelsen.se, oktober 2020

Förord

Inom ramen för Socialstyrelsens regeringsuppdrag att stödja, följa och analysera genomförandet av överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården (BHV) beslutade Socialstyrelsen under hösten 2019 att genomföra en kartläggning av BHV. Beslutet togs mot bakgrund av att förstudien inom uppdraget, som Socialstyrelsen gjorde under 2018, visar att företrädare för BHV i många regioner ser ett behov av en nationell kartläggning av BHV med fokus på uppdrag, resurser och insatser enligt BHV-programmet.

Syftet med denna kartläggning är att ge underlag för fortsatt utveckling av insatser, prioriteringar och samverkan för att BHV ska blir mer jämlik och tillgänglig. Noteras bör att de enkätundersökningar som kartläggningen baseras på genomfördes strax innan covid-19-pandemin medförde förändringar i samhället och omställning i vården. Kartläggningen ger alltså en lägesbild av BHV innan pandemins utbrott. Om, och i så fall hur, BHV påverkats framgår inte av denna rapport.

Kartlägningsrapporten har skrivits av Marianne Aggestam, Erika Budh och Emelie Holst. Maria State har varit ansvarig enhetschef och projektägare.

Natalia Borg
Avdelningschef
Avdelningen för analys

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Syfte	8
BHV innan covid-19-pandemin	8
Rapportens disposition	8
Utgångspunkter	9
BHV som verksamhetsområde	9
Barnrättsperspektivet	9
Tillgänglighet: Ta och få kontakt samt mötas	9
Jämlik hälso- och sjukvård: Ge BHV efter behov	10
Samverkan och tvärprofessionell konsultation	10
Metodbeskrivning	10
Enkätundersökning	10
Redovisning av resultat	11
Små barns hälsa och BHV	12
Demografiska och socioekonomiska förutsättningar	12
BHV-programmet	14
Uppföljning av barns hälsa	14
Resultatredovisning	17
Struktur i BHV	17
CBHV-teamen	17
Organisation, uppdrag och ersättning	18
BVC	21
Tillhörighet	27
Ta och få kontakt samt mötas	33
Vårdnadshavares möjligheter att nå BVC	33
Säkerställa kontakt med alla barn	33
Uppsökande verksamhet	34
Delaktighet	35
Hälsolitteracitet	36
Vid behov av tolk i mötet	39
Ge BHV efter behov	41
Hälsoövervakning av barns hälsa, utveckling och livsvillkor	41
Vaccinationer	43

Levnadsvanor och miljö	44
Lyhört föräldraskap	50
Hembesök som metod	54
Samverkan.....	57
Samverkan med mödrahälsovården.....	57
Samverkan med logoped, dietist och smittskydd	59
Samverkan med tandvården.....	60
Samverkan med BHV-psykolog, BUP och vuxenpsykiatri.....	62
Samverkan med socialtjänsten.....	63
Samverkan med öppna förskolan, bibliotek och förskola samt elevhälsa	66
Referenser	67
Bilageförteckning	69

Sammanfattning

Socialstyrelsen har genomfört en kartläggning av barnhälsovården (BHV) som riktar sig till alla aktörer inom BHV – såväl yrkesverksamma som beslutsfattare – på nationell, regional och lokal nivå. Kartläggningen avser att ge utgångspunkter för fortsatt diskussion om hur en jämlik och tillgänglig BHV kan utvecklas. Kartläggningen genomfördes tidigt 2020 och ger en lägesbild av BHV innan covid-19-pandemin. I ett digitalt möte med representanter för BHV i flera regioner i maj 2020 framkom att några upplever en stor förändring, medan BHV i andra regioner inte påverkats märkbart.

BHV har olika förutsättningar och möter skiftande behov

- BHV bedrivs på barnavårdscentraler (BVC).
- I 3 regioner bedrivs BVC i egen regi, i 2 regioner som egna vårdval och i resterande 16 regioner är BVC del i vård- eller hälsovalet för primärvård.
- I hela Sverige finns ca 950 BVC (exklusive filialer) och var tredje BVC drivs i privat regi.
- Hälften av alla BVC har mellan 43 och 60 nyfödda per BHV-sjuksköterska. Ett önskvärt samband, för att kunna erbjuda insatser i BHV-programmet efter behov, är att ju större vårdbehovet är desto färre barn per BHV-sjuksköterska och vice versa.

Att ge BHV efter behov är en utmaning

- Alla BVC hälsoövervakar barnens tillväxt och språkutveckling, drygt 9 av 10 ger insatser för bedömning av olika beteenden hos barnet.
- Alla BVC ger hälsofrämjande insatser för barnsäkerhet, kostvanor, rörelse och fysisk aktivitet samt för att främja anknytning och samspel mellan barn och vårdnadshavare.
- Alla BVC ger vaccinationer enligt barnvaccinationsprogrammet. Vissa BVC behöver mycket tid för samtal med vårdnadshavare för att skapa förståelse för vaccinationer.
- Amning är högt prioriterat, men hur insatser ges varierar mellan BVC.
- Många BVC har god samverkan med logoped och BHV-psykolog.
- Insatser från BVC och tandvården samordnas på olika sätt och uppfattningarna om hur samverkan med tandvården fungerar varierar.

Samlokalisering underlättar samverkan

- Alla BVC som är samlokaliserade med mödrahälsovård uppger att samverkan fungerar Mycket bra eller Bra. Motsvarande andel för ej samlokaliserade är närmare 7 av 10.
- 9 av 10 BVC som är samlokaliserade med förebyggande socialtjänst uppger att samverkan fungerar Mycket bra eller Bra. Motsvarande andel för ej samlokaliserade är drygt 4 av 10.
- 4 av 10 BVC tillhör en familjecentral. 2 av 10 BVC är även samlokaliserade med mödrahälsovård, socialtjänst och öppen förskola.

Inledning

Barnhälsovården (BHV) riktar sig till alla barn i Sverige, från nyföddhetsperioden fram tills att barnet börjar i förskoleklass och elevhälsan tar över.

I den förstudie som Socialstyrelsen gjorde inom regeringsuppdraget om överenskommelserna om ökad tillgänglighet i BHV konstaterades att det saknas aktuell och nationell kunskap om BHV som verksamhetsområde. Socialstyrelsen beslutade därför att genomföra en kartläggning av BHV med fokus på uppdrag, resurser och de insatser som ges i BHV. Kartläggningen riktar sig till alla aktörer i BHV såväl yrkesverksamma som beslutsfattare på nationell, regional och lokal nivå.

Syfte

Syftet med kartläggningen är att stödja BHV:s utveckling mot att bli mer jämlik och tillgänglig. Socialstyrelsen vill med denna rapport ge ett underlag för fortsatta diskussioner kring insatser och prioriteringar, samverkan och utveckling i arbetet med barnens hälsa.

BHV innan covid-19-pandemin

Kartläggningen baseras på två enkätundersökningar som genomfördes strax innan covid-19-pandemin medförde förändringar i samhället och omställning i vården. Kartläggningen ger därför en lägesbild av BHV före pandemin.

I maj 2020 hölls ett digitalt möte med representanter för BHV i flera regioner om hur pandemin påverkar BHV. Variationerna är stora. Några beskriver att BHV är högt prioriterad i den egna regionen och har påverkats överraskande lite. I andra regioner har BHV-programmet reducerats genom att prioritera vaccinationer och besök för barn yngre än 12 månader. I någon region prioriteras barn som lever i områden med socioekonomisk utsatthet.

I flera regioner genomförs besök på telefon i stället för på BVC (barnavårdscentral), när så är möjligt. I många regioner är samtliga hembesök från BVC tillsvidare inställda, några gör besöken på BVC-mottagning istället.

Rapportens disposition

Rapporten inleds med beskrivningar av utgångspunkter och metod för hur kartläggningen genomförts, bakgrundsdata om små barns hälsa och BHV samt uppföljningsmått som kan ingå i framtida uppföljning av barns hälsa.

Därefter följer ett kapitel med redovisning av enkätresultaten. Kapitlet är indelat i avsnitten Struktur i BHV, Ta och få kontakt samt mötas, Ge BHV efter behov samt Samverkan med andra vårdnivåer och verksamheter.

Kartlägningsrapporten har åtta bilagor. I bilagor finns bland annat enkäterna samt redovisning av samtliga enkätsvar från BVC och tabeller över de bearbetade enkätresultat som presenteras i rapporten.

Utgångspunkter

BHV som verksamhetsområde

I alla regioner finns ett centralt BHV-team (CBHV-team) som har i uppgift att utveckla och kvalitetssäkra BHV i den egna regionen genom exempelvis fortbildning av personal på BVC [1]. CBHV-teamen har inte patientverksamhet, dock kan professionerna i teamet tjänstgöra på BVC.

BHV bedrivs på BVC-mottagningar, som här benämns BVC. BVC kan tillhöra en familjecentral. En familjecentral är en samarbetsform mellan BVC, mödrahälsovård, förebyggande socialtjänst och öppen förskola. I kartläggningen benämns även BHV som bedrivs på en familjecentral som BVC.

Struktur och process

Kartläggningen beskriver BHV som verksamhetsområde genom att visa på olika strukturer och processer i verksamheten. Struktur är påverkbara förutsättningar, som hur BHV organiseras samt ersättning och uppdrag för BVC. Process handlar om de insatser inom BHV-programmet som ges på BVC samt om BVC:s samverkan med andra verksamheter och vårdnivåer.

Barnrättsperspektivet

Barnkonventionen klargör att alla barn är lika mycket värda och har samma rättigheter [2]. Alla barn har samma rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa samt rätt till sjukvård och rehabilitering. Ingen får diskrimineras.

BVC:s arbete ska präglas av ett barnperspektiv där barnets bästa kommer i främsta rummet vid alla beslut som rör barnet [1]. Det innebär att en vuxen så långt som möjligt sätter sig in i barnets situation, försöker se till barnets bästa och agera därefter [3]. Barnets perspektiv handlar om att barnet självt har rätt att uttrycka sin mening och, utifrån ålder och mognad, ges möjlighet att bidra med sina erfarenheter, synpunkter och förslag. En del i BHV:s hälsofrämjande arbete är att främja barns och vårdnadshavares delaktighet [1].

Barnrättsperspektivet innebär att utgå ifrån de mänskliga rättigheter som alla barn, oavsett exempelvis ålder, har. Kartläggningen tar utgångspunkt i barnrättsperspektivet genom enkätfrågor om bland annat hur barn görs delaktiga i BHV samt om insatser i BHV-programmet ges till barn och deras vårdnadshavare efter behov.

Tillgänglighet: Ta och få kontakt samt mötas

En aspekt av en tillgänglig BHV är att vårdnadshavare har möjlighet att ta och få kontakt med BVC, exempelvis på telefon eller via e-tjänst, samt att BVC har uppsökande verksamhet för att få kontakt med barn vars vårdnadshavare inte tar barnet till besök på BVC.

En annan aspekt av tillgänglighet finns i mötet mellan BVC och familjerna. Att mötas innebär exempelvis att BVC gör barn och vårdnadshavare delaktiga samt att BVC i mötet med barn och vårdnadshavare har förutsättningar att kommunicera med alla barn och deras vårdnadshavare, inkluderande exempelvis de med begränsade kunskaper i svenska och de som har andra behov för en god kommunikation med BVC.

Jämlik hälso- och sjukvård: Ge BHV efter behov

Jämlik hälso- och sjukvård har nära beröring med tillgänglighet. Möjligheten att få hälso- och sjukvård får inte påverkas av förhållanden såsom ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, bakgrund, kulturella olikheter eller var man bor i landet.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska den som har störst behov ges företräde till vården. Hälso- och sjukvård ska tillhandahållas efter behov och fördelas på lika villkor för alla. Jämlik BHV innebär att barn och vårdnadshavare får insatser i BHV-programmet efter behov.

Samverkan och tvärprofessionell konsultation

BHV har historiskt haft ett huvudsakligen somatiskt perspektiv på barns hälsa. Utvecklingen mot att arbeta mer folkhälsoinriktat och även ge psykosociala insatser innebär att BVC ofta behöver nära kontakt och samarbete med andra vårdnivåer och verksamheter, som exempelvis psykolog för BHV och förebyggande socialtjänst.

I rapporten används begreppet samverkan för såväl samverkan som tvärprofessionell konsultation med andra vårdnivåer och verksamheter.

Metodbeskrivning

Följande datakällor har använts i kartläggningen av barnhälsovården.

Socialstyrelsen

Enkät till CBHV-teamen i regionerna
Enkät till ett urval av BVC i hela riket
Amningsstatistik
Läkemedelsregistret
Medicinska födelseregistret
Tandvårdsregistret

Folkhälsomyndigheten

Vaccinationsstatistik

Statistiska Centralbyrån

Register över totalbefolkningen (RTB)

Sveriges kommuner och regioner (SKR)

Översiktstabell och lista över kommungruppsindelning, 2017

Enkätundersökning

För att kartlägga BHV utformades, i nära samarbete med företrädare för Nationell arbetsgrupp (NAG) BHV, en enkät till BVC och en enkät till CBHV-teamen. Båda enkäterna skickades till SKR och Näringslivets regelråd (NRR)

för samråd. Efter samråd med NRR beslutades att minska uppgiftslämnarbördan genom att skicka enkäten till ett urval av BVC i hela landet. En kvalitetsdeklaration för båda enkätundersökningarna finns i Bilaga 1.

Enkät till CBHV-teamen

En webbenkät skickades till CBHV-teamen i samtliga regioner i mars 2020. Enkäten omfattar 27 frågor varav merparten är flervalfrågor med fasta svarsalternativ och kommentersfält för fritext. Enkäten innehåller även några öppna frågor.

Enkäten har två syften, att samla in uppgifter om verksamheten i BHV som exempelvis tillgängligt material och verksamhetsstatistik (22 frågor) samt att ge underlag för Socialstyrelsens uppföljning av insatser i BHV som finansieras med statsbidrag inom överenskommelserna (svaren på dessa frågor, redovisas ej i denna kartläggningsrapport).

Svarsfrekvensen uppgick till 100 procent. Missiv och enkätfrågorna till CBHV-teamen finns i Bilaga 2.

Enkät till ett urval av BVC i hela landet

En förteckning över samtliga BVC i riket sammanställdes baserat på listor över BVC från CBHV-teamen i respektive region. Filialer exkluderades. Drygt 950 BVC identifierades. Därefter drogs ett obundet slumpmässigt urval (OSU) om cirka 50 procent av BVC. Ett OSU innebär att samtliga BVC hade lika stor sannolikhet att ingå i urvalet.

En webbenkät skickades till verksamhetschef eller kontaktsjuksköterska på 464 BVC i mars 2020. Enkäten består av 22 frågor. Merparten är flervalfrågor med fasta svarsalternativ och kommentersfält för fritext. Dessutom finns några öppna frågor. Samtliga BVC besvarade de öppna enkätfrågorna, medan färre BVC gav kommentarer till flervalfrågorna och svaren är varierande.

Syftet med enkäten till BVC är att samla information från BVC om förutsättningarna för verksamheten, insatser i BHV-programmet samt samverkan med andra vårdnivåer och verksamheter.

Totalt 333 svar inkom och svarsfrekvensen uppgick därmed till ca 72 procent. Missiv och enkätfrågorna till BVC finns i Bilaga 3.

Redovisning av resultat

Rapporten beskriver BHV som verksamhetsområde. För att tydligt visa vilka resultat som bygger på enkäten till på BVC används begreppet BVC. För resultat från enkäter till CBHV-teamen används begreppet CBHV-teamen.

Samtliga resultat anges i siffror för att tydliggöra fördelning och variation. Resultat som presenteras i rapporten baseras på beräkningar där svaret *Vej* ej betraktas som bortfall. Samtliga enkätsvar från BVC redovisas i Bilaga 4. I Bilaga 5 redovisas bortfallet per region och de bearbetningar av enkätdata som presenteras i kartläggningsrapporten.

Samtliga resultat redovisas aggregerat för alla svarande, nästan alla resultat från BVC redovisas dessutom uppdelat på kommungrupper (förklaras nedan) och i några avseenden görs regionala jämförelser. Dock görs regionala jämförelser av BVC endast för regioner där minst tio BVC besvarat den aktuella frågan.

Ingen värdering

Socialstyrelsen återger den insamlade informationen utan att göra någon värdering av densamma. Ingen bedömning av vilka resultat som är viktiga indikatorer för att spegla god BHV med hög kvalitet görs i denna rapport.

Av enkätsvaren från BVC framgår vilka insatser som ges respektive inte ges. Ett fåtal respondenter beskriver i kommentarer hur insatser genomförs, men utan värdering av insatsernas kvalitet. Dock framgår BVC:s uppfattningar om hur samverkan med andra vårdnivåer och verksamheter fungerar.

Bearbetning av kommentarer och svar på öppna frågor

I en första bearbetning av de öppna svaren från enkäten till BVC identifierades innehåll, teman och nyckelbegrepp för varje enskild fråga. Sedan kategoriserades svaren efter teman och nyckelbegrepp. I många öppna svar identifierades flera teman eller nyckelbegrepp och dessa svar har därför bearbetats flera gånger. Sammanställningen av de öppna svaren ger en översiktlig bild av dominerande teman i enkätsvaren på respektive fråga. Dessutom återges mindre vanligt förekommande svar för att åskådliggöra den bredd och de nyanser som finns i svaren på öppna frågor och i kommentarer.

Små barns hälsa och BHV

BHV:s förutsättningar i olika regioner påverkas av en rad faktorer som till exempel befolkningens sammansättning och bemanning i verksamheterna.

Demografiska och socioekonomiska förutsättningar

Små barns hälsa påverkas av demografiska och socioekonomiska förutsättningar, vilket beskrivs i en litteraturgenomgång i [4]. Nedan följer ett avsnitt som kort beskriver hur demografi och socioekonomi kan påverka behovet av BHV.

Kommungrupper

Resultaten redovisas med hjälp av SKRs kommungruppsindelning av kommuner med liknande förutsättningar, som ett komplement till sedvanlig redovisning av resultaten utifrån geografiska områden. Kommungruppsindelningen baseras på variabler som tätortsstorlek, närhet till större tätort, pendlingsmönster, näringsliv och annat utbud i kommunen. Indelning av BVC i kommuner med liknande strukturella förutsättningarna kan bidra till att öka förståelsen kring skillnader och variationer som redovisas i resultatdelen i denna rapport.

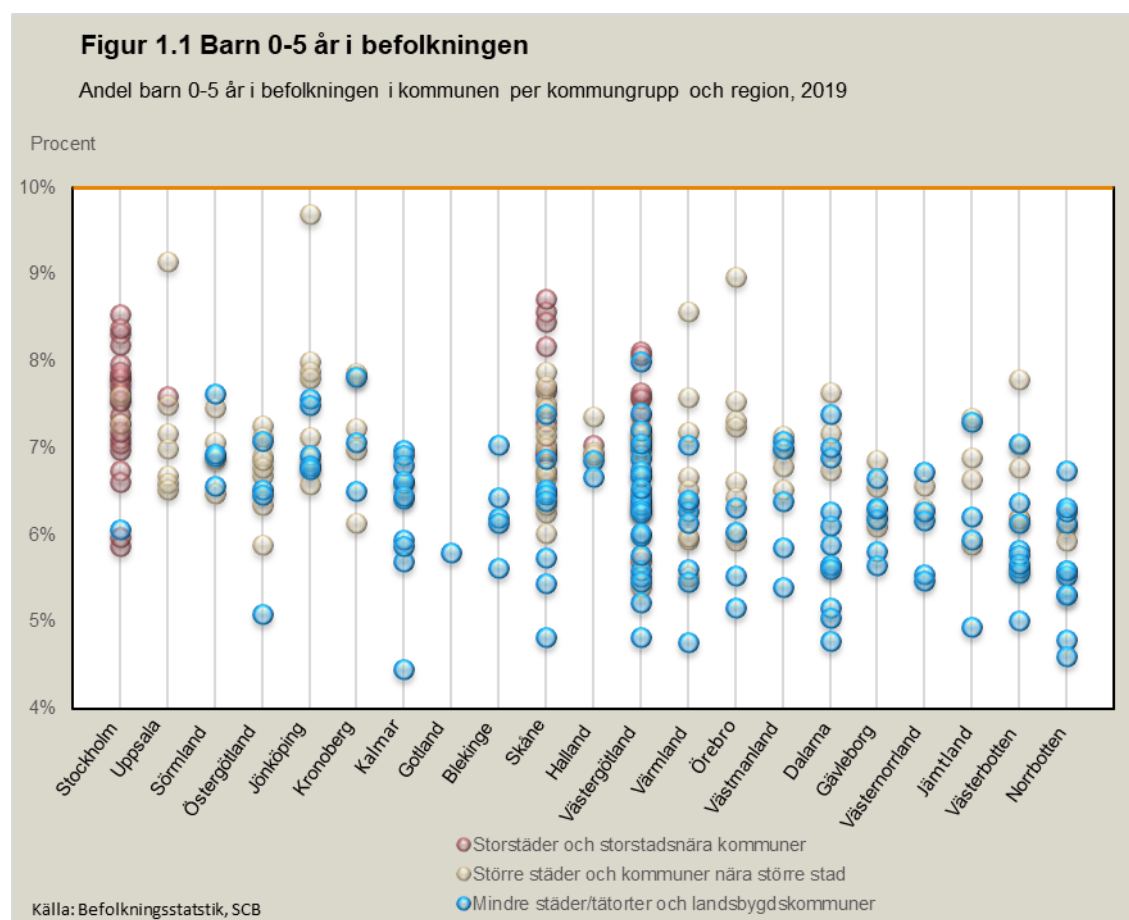
SKR indelar alla kommuner i Sverige i totalt nio kommungrupper i tre huvudgrupper enligt följande [5]:

1. storstäder och storstadsnära kommuner; kallas storstadskommuner
2. större städer och kommuner nära större stad; kallas här större städer och närliggande kommuner, samt
3. mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner; kallas här landsbygdskommuner.

SKR:s kommungruppsindelning för samtliga kommuner återfinns i Bilaga 6.

Figur 1.1 nedan visar andel barn 0 till 5 år av befolkningen i respektive kommun samt per kommungrupp (som återspeglas i olika färger) och region. Under 2019 fanns drygt 726 000 barn i åldern 0–5 år i riket och drygt 35 procent av dessa barn är inskrivna på en BVC som ingår i enkäturvalet. Regionerna Uppsala, Jönköping och Örebro har enstaka kommuner med hög andel barn i åldrarna 0 till 5 år i befolkningen och dessa kommuner tillhör kommungruppen storstadskommuner. I övrigt kan noteras att många landsbygdskommuner har lägre andel barn i åldern 0 till 5 år i sin befolkning.

I region Stockholm är merparten storstadskommuner, här finns också flera kommuner med högre andel barn i åldrarna 0 till 5 år. Även i regionerna Skåne och Västra Götaland finns några storstadskommuner och även här finns fler kommuner med högre andel barn i åldrarna 0 till 5 år.



Socioekonomiska faktorer

Som framgår av litteraturgenomgången i [4] är barns hälsa i hög grad beroende av föräldrarnas socioekonomiska situation och på gruppnivå samvarierar barns hälsa med de omständigheter som präglar vårdnadshavarnas livsvillkor som utbildning, arbete, ekonomi samt samhället de lever i.

Behovet av BHV varierar mellan olika grupper av barn och vårdnadshavare. I Socialstyrelsens förstudie beskriver regionrepresentanter exempelvis att föräldrar som saknar gymnasieutbildning på gruppnivå har ett större behov av stöd från BHV än gruppen föräldrar med längre utbildning [6].

BHV-programmet

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

Socialstyrelsen publicerade 2014 Vägledning för BHV med kunskaps- och handläggningsstöd till beslutsfattare och professionerna inom BHV [7]. Som ett komplement till Vägledning för BHV publicerade Socialstyrelsen 2017 kunskapsstödet Att möta föräldrar till barn med funktionsnedsättning [8]. Det nationella BHV-programmet finns i Rikshandboken [1].

Kontakten mellan familjerna och BHV är tätast under barnets första levnadsår, då BHV möter familjerna vid tio till femton tillfällen. Kontakterna därefter sker när barnet är 18 månader, någon gång mellan 2,5 och 3 år samt när barnet är 4 år respektive 5 år. Barn och familjer med större behov har fler och tätare kontakter med BHV. Dessutom kan BVC ge insatser i samverkan med förebyggande socialtjänst, psykolog eller andra vårdnivåer till familjer där barnen löper risk för hälso- och sociala problem.

Proportionell universalism

BHV-programmet bygger på principen om proportionell universalism. Det betyder att alla barn och deras vårdnadshavare ska nås av programmets universella insatser, därutöver ges extra insatser till familjer med större behov. BHV-programmet beskrivs utförligare i Bilaga 7. BHV-programmets tre delar kan i korthet beskrivas [1]:

1. Alla barn, och deras vårdnadshavare, erbjuds programmets *universella insatser*. Insatserna avser att främja en god hälsa och utveckling, att förhindra uppkomst av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska och sociala problem, oavsett individuella behov.
2. Den andra delen beskriver *riktade insatser av BVC till alla vid behov*. Det handlar om att i ett tidigt skede stärka och förhindra en negativ utveckling av barnets fysiska, psykiska och sociala hälsa.
3. Den tredje delen är *riktade insatser av annan vårdnivå eller verksamhet till alla vid behov*. Det kan handla om remiss till annan vårdgivare, kontakt med socialtjänst, förskola eller Migrationsverket. BHV har i regel fortsatt kontakt med barn och vårdnadshavare samt samverkar med övriga aktörer kring insatser som ges av annan vårdnivå eller verksamhet.

Uppföljning av barns hälsa

Uppföljningen av små barns hälsa samt behov av BHV behöver utvecklas både inom den allmänna hälso- och sjukvården men även i relation till BHV för att kunna bedöma om BHV ges med god kvalitet. Nedan redovisas ett urval av relevanta indikatorer och uppföljningsmått som kan användas i en bredare uppföljning av BHV. En fördjupning inom området finns i Bilaga 8.

- Gravida kvinnors tobaksvanor vid inskrivningen i mödrahälsovården
- Spädbarn som bor med rökare
- Amning

- MPR-vaccinerade barn
- Karies bland 3-åringar
- Antibiotikaanvändning
- Läkemedel vid astma och KOL

Urvalet var inte heltäckande och behöver vidareutvecklas både vad gäller BVC:s insatser men även med hänsyn barnens och deras familjers livsvillkor och levnadsvanor som också påverkar barns hälsa.

Enligt Kommittédirektivet *En sammanhållen god och nära vård för barn och unga* ska en särskild utredning se över förutsättningarna för en nära, sammanhållen, resurseffektiv, god och jämlik hälso- och sjukvård för barn och unga [9]. Utredningen ska även ge förslag på hur en samlad uppföljning kan se ut för barns och ungas fysiska och psykiska hälsa som stödjer det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och på nationell nivå. Där omhändertagande av den psykiska ohälsan bland barn och unga särskilt ska beaktas.

För att följa barns hälsoutveckling under de tidiga åren och spegla de olika insatser som ges av BVC:s beskrivas vanligen mått inom följande områden:

- Vaccinationer
- Amning
- Tandhälsa
- Språkutveckling
- Syn- och hörselscreening
- Utvecklingsbedömningar
- Tillväxt
- Hembesök
- Stöd till föräldrar (enskilt och i grupp)
- Levnadsvanor i familjen och hos barnen
 - Rökning och alkohol i barns närmiljö
 - Övervikt och fetma
 - Kostvanor
 - Motion och rörelse
- Livsvillkor under barndomen och uppväxttiden som kan påverka barnens hälsa och därför är av vikt att följa upp:
 - Socioekonomiska bestämningsfaktorer för barns hälsa: föräldrars utbildning och försörjning
 - Demografiska faktorer kan också påverka barns hälsa: utveckling av bostadsområden, infrastruktur såsom vägar, gång- och cykelbanor, tillgång till samhällsservice, hälso- och sjukvård, barnomsorg och förskoleverksamhet, öppen förskola, socialtjänst, ordning och säkerhet, vatten och avlopp samt livsmedelshantering, m.m.
- Särskilda riskgrupper: barn som riskerar att fara illa – orosanmälningar

Därutöver redovisas vanligen insatser och uppdrag för BHV i regionerna i form av:

- Verksamheternas statistik enligt insatser ovan
- Beskrivningar om vårdtyngd
- Samverkan med andra verksamheter

- Utbildning och kompetensutveckling
- Utvecklings- och kvalitetsarbeten
- Information och kommunikation
- Nya metoder på BVC

På nationell nivå finns också aktörer som på olika sätt stödjer och har intresse av att följa barns hälsoutveckling och BHV:s arbete:

- Nationella rekommendationer och vägledningar utfärdas av Socialstyrelsens (Vägledning till BHV)
- Rikshandboken – om BHV:s uppdrag och arbete utifrån det nationella BHV-programmet
- Svenska BHV-registret förmedlar olika uppföljningsmått- och indikatorer
- Tillsyn av BHV av IVO
- Folkhälsomyndigheten följer barns hälsa och bestämningsfaktorer för barns hälsa inom de åtta målområdena för folkhälsopolitiken, och i synnerhet för målområdena under det tidiga livets villkor samt en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård där BHV ingår.
- SKR som medlems- och arbetsgivarorganisation stödjer och bidrar till att utveckla huvudmännen och BHV i deras uppdrag

Resultatredovisning

I detta kapitel redovisas resultat från enkätundersökningarna indelat i avsnitten i Struktur i BHV, Ta och få kontakt samt mötas, Ge BHV efter behov samt Samverkan. Enkätundersökningarna genomfördes strax innan covid-19-pandemins utbrott. Kartläggningen beskriver därför BHV före pandemin.

Struktur i BHV

Avsnittet innehåller resultat om CBHV-teamen, organisation, ersättning samt uppdrag för BVC och uppföljning av dessa baserat på enkäten till CBHV-teamen. Resultat om BVC och tillhörighet baseras huvudsakligen på enkäten till BVC.

CBHV-teamen

I alla regioner finns ett CBHV-team som har i uppdrag att utveckla och samordna verksamheten i BHV genom att utbilda, bedriva verksamhetsutveckling, följa kvaliteten, ge metodstöd samt bevaka och följa barns hälsa inom verksamheten ur ett folkhälsoperspektiv [7].

I samtliga regioner är CBHV-teamet bemannat med vårdutvecklare/samordnare och BHV-överläkare. Även psykolog finns i nästan alla CBHV-teamen. Drygt hälften av regionerna har administratör knuten till CBHV-teamet.

I 8 regioner finns logoped i teamet. I 6 regioner finns dietist i CBHV-teamet. En region har socionom på deltid. Inget CBHV-team har fysioterapeut eller folkhälsovetare.

- Sörmland och Jämtland har högst bemanning av CBHV-teamet per 1 000 barn 0 till 5 år.
- Stockholm, Norrbotten och Halland har lägst bemanning av CBHV-teamet per 1 000 barn 0 till 5 år.

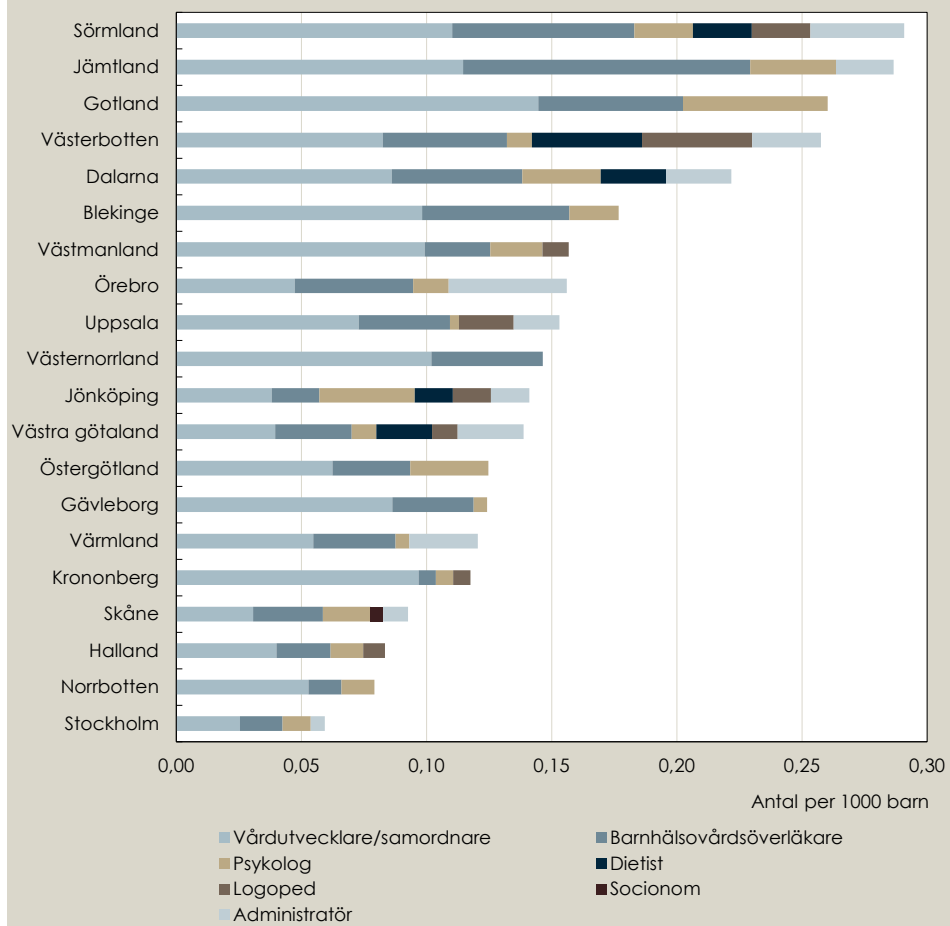
Figur 2.1 nedan visar antal heltidstjänster som arbetades i CBHV-teamet i respektive region under 2019 räknat per 1 000 barn 0 till 5 år i regionen. Kalmar har exkluderats eftersom regionens organisation av BHV innebär att antalet tjänster inte är jämförbart med övriga regioner.

Antalet tjänster i CBHV-teamet varierar mellan regioner. Det kan delvis bero på att regionerna har ett varierande antal barn och att några av CBHV-teamens arbetsuppgifter är likvärdiga och oberoende av antalet barn i regionen. Gotland och Jämtland har lägst antal barn och båda har också en relativt hög bemanning av CBHV-teamet. Lägst bemanning av CBHV-teamet per 1000 barn 0 till 5 år har region Stockholm, som också har flest barn av alla regioner.

Bland de övriga regionerna har Sörmland tillsammans med Västerbotten¹ den högsta bemanningen av CBHV-teamet. Lägst bemanning har Norrbotten och Halland. Variationerna mellan regionerna kan bero på att arbetet med att utveckla BHV organiseras på olika sätt, att behoven ser olika ut eller att BHV prioriteras olika mellan regionerna.

Figur 2.1 Regional jämförelse av CBHV-team

Antal heltidstjänster i CBHV-team 2019 per 1000 barn 0 till 5 år i regionen



* Region Kalmar har exkluderats pga icke-jämför organisation

Källa: Enkät centrala barnhälsovårdsteam, 2020, Socialstyrelsen

Organisation, uppdrag och ersättning

Organisation av BVC

- 3 regioner driver BVC i egen regi.
- 2 regioner har egna vårdval för BVC.
- I 16 regioner är BVC del i vård- eller hälsoval för primärvård.

¹ För Västerbotten ingår en projektanställd logoped, dock finns inte utrymme för denna tjänst i ordinarie budget och CBHV-teamet i Västerbotten har en lägre ordinarie bemanning än vad som framgår av figur 2.1.

Regionerna har valt att organisera BVC på lite olika sätt. Regionerna Gotland, Jönköping och Kalmar bedriver BVC i egen regi, utanför vård- och hälsovalet. Regionerna Stockholm och Skåne har egna vårdval för BVC.

I övriga 16 regioner är BVC del i vård- eller hälsovalet för primärvård; i vissa regioner ingår BVC i grunduppdraget och i andra regioner är BVC ett tilläggsuppdrag. En region beskriver att en vårdcentral kan förlägga sin BVC till en familjecentral och att flera vårdcentraler kan förlägga sin BVC till samma familjecentral. Samlokalisering av vårdcentral och BVC är alltså inte ett krav.

Uppdrag för och uppföljning av BVC

- I samtliga regioner är *Rikshandboken* och *Vägledning för barnhälsovården* centrala styrdokument för BVC.
- Några regioner har dessutom regionala riktlinjer för BVC och förfrågningsunderlag för vård- eller hälsoval där uppdraget för BVC preciseras.
- Uppföljningen av BVC varierar mellan regionerna.

I merparten av de regioner där BVC ingår i vård- eller hälsovalet för primärvård följs BVC upp tillsammans med den vård- eller hälsocentral som BVC tillhör. 1 region anger dock att BVC inte följs upp alls. De mindre omfattande uppföljningarna följs nyfödda som får ett första hembesök och EPDS². Några följer upp andel vårdnadshavare som erbjudits EPDS och andra följer upp andel som genomfört EPDS.

Andra regioner har fler uppföljningsmått för BVC inom ramen för uppföljningen av vård- eller hälsocentraler. Det handlar ofta om amning, vaccinationstäckning, sjuksköterskebemanning, vårdnadshavares rökning, hembesök, EPDS och föräldraskapsstöd i grupp. Flera beskriver att man följer upp genomförda undersökningar för syn och hörsel samt språkscreening. Någon eller några anger att man följer upp antalet samtal med icke-födande förälder, samverkan med förskolan, arbetstid för BHV-sjuksköterska och BHV-läkare i förhållande till norm, tid för handledning av BHV-psykolog, att lokalerna är anpassade till verksamheten och om tandvårdsinformation har delats ut.

Ersättning till BVC

Det är komplicerat att fastställa ersättningen till BVC då regionerna har olika sammansättning av fast och rörlig ersättning samt att ersättningen utbetalas på olika sätt.

Ersättningens nivå och sammansättning varierar

Den fasta ersättningen till BVC varierar mellan regionerna och inom ett flertal regioner justeras den fasta ersättningen för att kompensera för variation i vårdbehov mellan olika BVC. Den fasta ersättningen är ofta högst under barnets första levnadsår då kontakten mellan familjerna och BVC är som tätast.

² Edinburgh Postnatal Depression Scale

Några exempel beskrivs här för att illustrera svårigheterna att redovisa ersättning. I Region Gävleborg är BVC ett tilläggsuppdrag till övriga primärvårdsuppdraget som ersätts separat. Den fasta ersättningen per barn uppgår till drygt 16 000 kronor från det att barnet är nyfött till barnet börjar skolan [10]. Även i region Uppsala är BVC ett tilläggsuppdrag som ersätts med en fast ersättning på drygt 15 400 kronor per barn totalt [11]. I Skåne är den fasta ersättningen, från det att barnet är nyfött tills barnet börjar skolan, drygt 18 000 kronor. Dessutom betalas rörlig ersättning för hembesök [12]. I region Stockholm är den fasta ersättningen per barn totalt närmare 14 000 kronor, med rörlig ersättning för fler moment som exempelvis screening med EPDS³ och hembesök.

Ersättning till BVC som ingår i vård- eller hälsovalet för primärvård

- 14 av de 16 regioner där BVC ingår i vård- eller hälsovalet för primärvård utbetalar ersättningen till BVC som del i ersättningen till den vård- eller hälsocentral som BVC tillhör.
- I 7 av dessa regioner bestämmer verksamhetschef för respektive vård- eller hälsocentral hur mycket ersättning som ska fördelas till BVC.
- I 5 regioner bestämmer förvaltningen för vård- eller hälsovalet hur mycket ersättning som ska fördelas till BVC.
- I en region bestämmer förvaltning och verksamhetschef gemensamt och i ytterligare en annan region är det den politiska ledningen som beslutar hur mycket av ersättningen till en vård- eller hälsocentral som ska fördelas till BVC.

Kostnader för vaccin och tolk betalas på olika sätt. Vaccin som ingår i det nationella barnvaccinationsprogrammet beräknas kosta drygt 3 100 kronor per barn, varav drygt 2 500 kronor avser vaccin som ges under barnets första levnadsår [13]. Staten ersätter regionerna för kostnaden för vaccinationer som tillkommit i det nationella barnvaccinationsprogrammet 2009 eller senare, det vill säga vaccinationer mot pneumokocker och rotavirus. Övriga vaccinationer i det nationella barnvaccinationsprogrammet betalas alltså av respektive region.

I 11 regioner uppger CBHV-teamen att BVC, eller den vård- eller hälsocentral som BVC tillhör, betalar kostnaden för vaccin som ges inom barnvaccinationsprogrammet. En region skriver att kostnaden för vaccin ingår i den fasta ersättningen till vård- eller hälsocentraler med BVC som tilläggsuppdrag. I 7 av regionerna betalas kostnaden för vaccin inom barnvaccinationsprogrammet från en samlad läkemedelsbudget för regionen. För övriga 3 regioner anger CBHV-teamen att kostnaden belastar BHV:s samlade budget.

³ Edinburgh Postnatal Depression Scale

Tabell 1.1 Organisation av BHV, utbetalning av ersättning till BVC och betalning av vaccin som ges på BVC

En regional jämförelse av organisation, utbetalning av ersättning och vem som avgör ersättningen till BVC i regioner där BHV ingår i vård- eller hälsoval för primärvården samt hur vaccin inom det nationella barnvaccinationsprogrammet betalas

Organisation/Region	Ersättning utbetalas/ Fördelas av	Vaccin till alla betalas av
Egen regi		
Jönköping	Direkt till BVC	BHV samlat
Kalmar	Direkt till BVC	BHV samlat
Gotland	Direkt till BVC	BVC/VC
Eget vårdval		
Stockholm	Direkt till BVC	BHV samlat
Skåne	Direkt till BVC	Regionen samlat
Del i vård- eller hälsoval för primärvård		
Gävleborg	Direkt till BVC	BVC/VC
Uppsala	Direkt till BVC	BVC/VC
Västra Götaland	Via primärvård/Verksamhetschef	BVC/VC
Östergötland	Via primärvård/Verksamhetschef	BVC/VC
Kronoberg	Via primärvård/Verksamhetschef	BVC/VC
Dalarna	Via primärvård/Verksamhetschef	BVC/VC
Västerbotten	Via primärvård/Verksamhetschef	BVC/VC
Blekinge	Via primärvård/Verksamhetschef	Regionen samlat
Västmanland	Via primärvård/Verksamhetschef	Regionen samlat
Örebro	Via primärvård/ Förvaltning	BVC/VC
Halland	Via primärvård/ Förvaltning	BVC/VC
Södermanland	Via primärvård/ Förvaltningen och verksamhetschef	Regionen samlat
Värmland	Via primärvård/ Förvaltning	Regionen samlat
Västernorrland	Via primärvård/ Förvaltning	Regionen samlat
Jämtland	Via primärvård/ Förvaltning	Regionen samlat
Norrbottnen	Via primärvård/ Politiskt beslut	BVC/VC

Källa: Enkät till regionernas CBHV-team, Socialstyrelsen, 2020 och enkät till regionernas CBHV-team, Socialstyrelsen, 2019.

Variationen är än större i hur vaccin till riskgrupper betalas. I några regioner ges inte dessa vaccinationer på BVC och kostanden berör därför inte BVC. I 9 av regionerna betalar BVC, eller den vård- eller hälsocentral som BVC tillhör, för vaccin till riskgrupper.

Dessutom finns variationer i hur kostnaden för tolk betalas. I 7 regioner betalar BVC, eller den vård- eller hälsocentral som BVC tillhör. I merparten av övriga regioner betalas kostnaden för tolk från en samlad budget, antingen för BHV eller för all hälso- och sjukvård i regionen.

BVC

- Det finns ca 950 BVC i riket (exklusive filialer).
- Ungefär en tredjedel av BVC har minst en filial.
- Ungefär en tredjedel av samtliga BVC drivs i privat regi.

Högst andel BVC som bedrivs i privat regi finns i regionerna Västmanland och Stockholm (55 respektive 52 procent). Alla BVC är offentligt finansierade, oavsett om de drivs i privat regi eller i egen regi av en region.

I tabell 1.2 nedan rangordnas regionerna utifrån antal barn 0 till 5 år per BVC (exklusive filialer) för att åskådliggöra strukturen i BHV. Flest barn per BVC finns i regionerna Stockholm, Gotland, Jönköping och Kalmar. Regionerna Gotland, Jönköping och Kalmar driver BVC i egen regi utanför vårdvalet. Västerbotten, Kronoberg och Jämtland har lägst antal barn per BVC.

Tabell 1.2 Antal BVC samt andel i privat regi och andel samlokaliserade med vård- eller hälsocentral

Regional jämförelse för antal BVC, andel av dessa BVC som uppger att de har minst en filial, andel som drivs i privat regi, antalet barn 0 till 5 år i regionen dividerat med antal BVC samt andel BVC som uppger att BVC är samlokaliserad med hälso- eller vårdcentral.

Region	Antal BVC	Andel med minst 1 filial	Andel BVC i privat regi	Antal barn 0 till 5 år per BVC	Andel BVC som är samlokaliserad med hälso- eller vårdcentral
Stockholm	112	27%	52%	1579	56%
Gotland	3	0%	0%	1153	100%
Jönköping	26	50%	0%	1009	50%
Kalmar	18	10%	0%	883	40%
Södermanland	26	50%	15%	820	83%
Örebro	26	0%	12%	813	70%
Uppsala	35	38%	37%	784	100%
Östergötland	42	33%	21%	764	92%
Västra Götaland	174	26%	45%	698	88%
Dalarna	28	30%	18%	684	90%
Värmland	27	20%	19%	677	60%
Skåne	151	34%	45%	661	72%
Västmanland	29	80%	55%	660	80%
Blekinge	17	40%	29%	599	100%
Norrbottnen	28	10%	14%	541	100%
Halland	43	39%	30%	537	83%
Gävleborg	35	53%	31%	529	80%
Västernorrland	30	33%	37%	524	92%
Västerbotten	38	40%	13%	478	80%
Kronoberg	32	27%	34%	452	80%
Jämtland	29	40%	21%	301	100%
Riket	949	33%	34%	765	79%

Källa: Underlag från CBHV-teamen i samtliga regioner och enkät till BVC, Socialstyrelsen, 2020 samt SCB.

Samlokalisering med vård- eller hälsocentral

- 8 av 10 BVC (79 procent) är samlokaliserade med vård- eller hälsocentral.
- BVC i storstadskommuner är i lägre utsträckning samlokaliserad med vård- eller hälsocentral än BVC i övriga kommungrupper

Bland BVC som är samlokaliserad med vård- eller hälsocentral är 5 av 10 även samlokaliserade med mödrahälsovård (47 procent) och 2 av 10 är samlokaliserad med förebyggande socialtjänst.

Det är vanligare att BVC som inte är samlokaliserade med vård- eller hälsocentral är samlokaliserad med mödrahälsovård eller förebyggande socialtjänst (66 procent respektive 69 procent).

Samlokalisering med tandvården

2 av 10 BVC (20 procent) uppger att de är samlokaliserade med tandvården. En mindre andel finns i storstadskommuner (14 procent) och en större andel finns i större städer och närliggande kommuner (24 procent). I landsbygds-kommuner är var femte BVC samlokaliserade med tandvården (18 procent).

Familjecentraler finns i många varianter

Familjecentral är en samarbetsform som bygger på att BVC samlokaliseras med mödrahälsovård, förebyggande socialtjänst och öppen förskola. BVC och mödrahälsovård har regionala huvudmän medan förebyggande socialtjänst och öppen förskola har kommunala. Inom en region kan familjecentralernas sammansättning därför variera mellan olika kommuner. Således finns många varianter av familjecentraler där BVC är samlokaliserad med en eller flera av verksamheterna mödrahälsovård, förebyggande socialtjänst och öppen förskola.

- 4 av 10 BVC (39 procent) uppger att de tillhör en familjecentral.
- 2 av 10 BVC (21 procent) är samlokaliserad med mödrahälsovård, förebyggande socialtjänst och öppen förskola.

Nästan 5 av 10 BVC (47 procent) som finns i landsbygdskommuner uppger att BVC tillhör en familjecentral och dessutom är 25 procent samlokaliserade med mödrahälsovård, förebyggande socialtjänst och öppen förskola. I storstadskommuner uppger 3 av 10 BVC (31 procent) att de tillhör en familjecentral och 1 av 10 BVC (13 procent) är samlokaliserad med mödrahälsovård, förebyggande socialtjänst och öppen förskola.

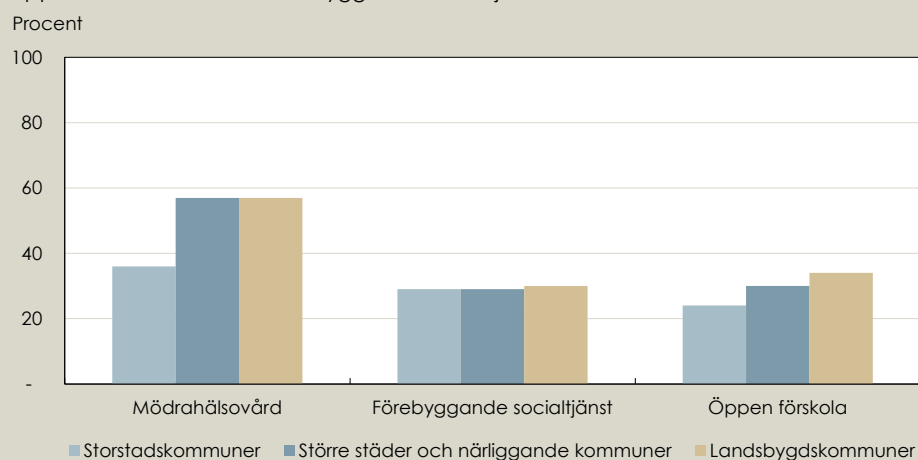
Figur 2.2 nedan visar att nästan 6 av 10 BVC i större städer och närliggande kommuner (58 procent) samt i landsbygdskommuner (56 procent) är samlokaliserade med mödrahälsovård. Det är mindre vanligt att BVC i storstadskommuner är samlokaliserade med mödrahälsovård (35 procent).

Ungefär 3 av 10 BVC (ca 30 procent) är samlokaliserade med förebyggande socialtjänst i samtliga kommungrupper.

Drygt 3 av 10 BVC som finns i landsbygdskommuner (34 procent) är samlokaliserade med öppen förskola, motsvarande andel i större städer och närliggande kommuner är 30 procent och i storstadskommuner 24 procent.

Figur 2.2 BVC är samlokaliserad med mödrahälsovård, förebyggande socialtjänst eller öppen förskola

Andel BVC i respektive kommungrupp som är samlokaliserad med mödrahälsovård, öppen förskola och/eller förebyggande socialtjänst



Källa: Enkät till BVC, 2020, Socialstyrelsen

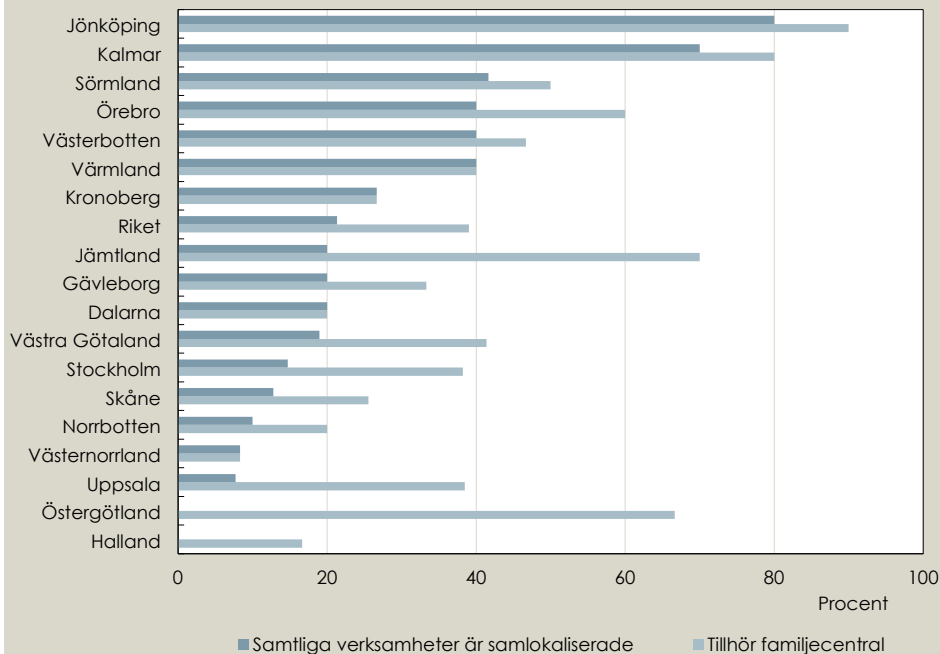
Figur 2.3 nedan visar spridningen mellan regionerna avseende andel BVC som uppger att de tillhör en familjecentral samt andel BVC som är samlokaliserade med mödrahälsovård, förebyggande social tjänst och öppna förskolan. I regionerna Jönköping och Kalmar uppger en majoritet av BVC (90 respektive 80 procent) att de tillhör en familjecentral. Medan ett fåtal BVC i Västernorrland uppger att de tillhör en familjecentral (8 procent).

Figur 2.3 visar även att samtliga BVC i regionerna Värmland, Kronoberg, Dalarna och Västernorrland är som tillhör en familjecentral också är samlokaliserade med mödrahälsovård, förebyggande socialtjänst och öppen förskola. I övriga regioner kan BVC tillhöra en familjecentral utan att vara samlokaliserad med mödrahälsovård, förebyggande socialtjänst och öppen förskola.

I regionerna Östergötland och Halland är ingen BVC samlokaliserad med mödrahälsovård, förebyggande social tjänst och öppna förskolan. Även i regionerna Jämtland, Uppsala och Stockholm är skillnaden förhållandevis stor mellan andelen BVC som uppger att BVC tillhör en familjecentral och andelen BVC som är samlokaliserade med mödrahälsovård, förebyggande social tjänst och öppna förskolan.

Figur 2.3 Regional jämförelse av andel BVC som tillhör en familjecentral och verksamheterna är samlokaliserade

Andel BVC i respektive region som anger att BVC tillhör en familjecentral samt andel BVC som är samlokaliserad med mödrahälsovård, förebyggande socialtjänst och öppen förskola



* Blekinge, Gotland och Västmanland har färre än 10 svarande och redovisas ej per region

Källa: Enkät till BVC, 2020, Socialstyrelsen

Driftsform

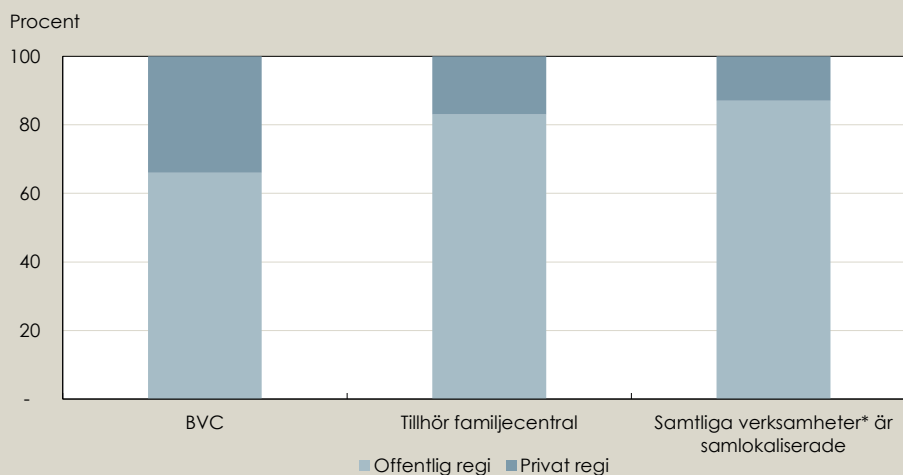
Figur 2.4 nedan visar att drygt 3 av 10 BVC (34 procent) drivs i privat regi. Av BVC som tillhör en familjecentral drivs nästan 2 av 10 BVC (17 procent) i privat regi och resterande 8 av 10 (83 procent) i offentlig regional regi.

Av BVC som är samlokaliserad med mödrahälsovård, förebyggande socialtjänst och öppen förskola i offentlig drivs drygt 1 av 10 BVC (13 procent) i privat regi.

Ovan beskrivs att 8 av 10 BVC (79 procent) är samlokaliserade med vård- eller hälsocentral. Något fler BVC som drivs i privat regi är samlokaliserade med vård- eller hälsocentral (83 procent) än av BVC som drivs i offentlig regi (76 procent).

Figur 2.4 BVC och familjecentraler i offentlig och privat regi

Andel BVC som drivs i offentlig respektive privat regi av samtliga, BVC som tillhör en familjecentral och BVC som är samlokaliserade med samtliga verksamheter



* BVC, mödrahälsovård, förebyggande socialtjänst och öppen förskola

Källa: Enkät till BVC, 2020, Socialstyrelsen

Antal nyfödda per BHV-sjuksköterska

I Vägledning för barnhälsovården [7] konstateras – med hänvisning till behovs- och solidaritetsprincipen – att världens resurser bör fördelas efter behov. För att kunna erbjuda det tredelade BHV-programmet till alla barn efter behov krävs enligt Rikshandboken högst 55 nyfödda barn per heltidsanställd BHV-sjuksköterska i ett område med genomsnittlig vårdtyngd.⁴ I områden med högre vårdtyngd behövs därför större tillgång till BHV-sjuksköterska, läkare och psykolog, för att kompensera för ett större vårdbehov samt garantera att alla barn får insatser från BVC som motsvarar deras behov [1].

- Median-BVC hade 51 nyfödda barn per heltidsarbetande BHV-sjuksköterska år 2019.
- Hälften av BVC har mellan 43 och 60 nyfödda per heltidsarbetande BHV-sjuksköterska.

Beräkningarna baseras på data från 255 BVC av totalt 333 BVC som besvarat enkäten. De flesta av de BVC som inte inkluderas i beräkningen skriver att de inte har uppgifterna. Ett fåtal BVC har lämnat uppgifter som innebär att varje heltidsarbetande BHV-sjuksköterska har mindre än 1 eller fler än 150 nyfödda, dessa har exkluderats.

Median-BVC i storstadskommuner hade 54 nyfödda barn per heltidsarbetande BHV-sjuksköterska år 2019. Median-BVC både i större städer och närliggande kommuner samt i landsbygdskommuner hade 51 nyfödda barn per heltidsarbetande BHV-sjuksköterska år 2019.

⁴ Om BHV-sjuksköterska inte arbetar heltid på BVC bör hen arbeta minst halvtid på BVC och ansvara för minst 25 nyfödda barn årligen för att upprätthålla sin kompetens att ge BHV av god kvalitet.

Tabell 1.3 Antal nyfödda per BHV-sjuksköterska

Antal nyfödda per heltidsarbetande BHV-sjuksköterska år 2019

Kommungrupp	Första kvartilen	Median	Tredje kvartilen
Storstadskommuner	43	54	66
Större städer och närliggande kommuner	43	51	61
Landsbygdskommuner	41	51	57
Riket	43	51	60

Källa: Enkät till BVC, 2020, Socialstyrelsen

Inskrivna barn

De BVC som besvarat enkäten har tillsammans närmare 260 000 inskrivna barn i sina verksamheter; BVC i storstadskommuner har 37 procent av barnen, BVC i större städer och närliggande kommuner 40 procent och BVC i landsbygdskommuner 23 procent.

Tabell 1.4 nedan visar att antalet inskrivna barn per BVC är högst i storstadskommuner, lägre för BVC i större städer och närliggande kommuner samt lägst för BVC som finns i landsbygdskommuner. Tabellen visar även att BVC som tillhör en familjecentral i genomsnitt har något fler inskrivna barn än övriga BVC i samtliga kommungrupper.

Tabell 1.4 Antal inskrivna barn per BVC i respektive kommungrupp

Antal BVC och inskrivna barn för de BVC i respektive kommungrupp som besvarat enkäten samt barn per BVC för BVC tillhör eller inte tillhör en familjecentral

Kommungrupp	Antal BVC	Totalt antal inskrivna barn	Antal barn per BVC	Antal barn per familjecentral	Antal barn per BVC, ej familjecentral
Storstadskommuner	83	96 238	1 159	1 192	1 145
Större städer och närliggande kommuner	145	104 356	720	821	656
Landsbygdskommuner	104	59 306	570	678	478
Riket	332	259 900	783	840	747

Källa: Enkät till BVC, 2020, Socialstyrelsen

Tillhörighet

Avsnittet handlar om hur BVC fångar upp nyfödda och inflyttande barn som ska ha sin tillhörighet på mottagningen. Avsnittet, som delas i nyfödda och inflyttande barn, avslutas med en beskrivning av om, och i så fall hur BVC, i olika regioner har ett områdesansvar för alla barn.

Av kommentarer i enkäten till BVC framgår att flera BVC uppfattar att vårdnadshavare ansvarar för att initiera kontakten med BVC. Av kommentarer framgår att vårdnadshavare ibland listar barnet på BVC, ofta via mödrhälsovården, redan innan barnet är fött. Då familjerna själva ska välja BVC finns en risk att barn, vars vårdnadshavare inte kontaktar eller listar barnet på BVC, inte får ta del av BHV.

Nyfödda barn

- Drygt 7 av 10 BVC (75 procent) får kännedom om ett nyfött barn genom att familjen tar kontakt med BVC.
- 7 av 10 BVC (71 procent) får kännedom genom meddelande från kvinnokliniken om att barnet har fötts eller genom information från mödrahälsovården.

Figur 2.5 visar att för BVC i storstadskommuner är det vanligast att BVC får kännedom om ett nyfött barn genom att familjen kontakter BVC.

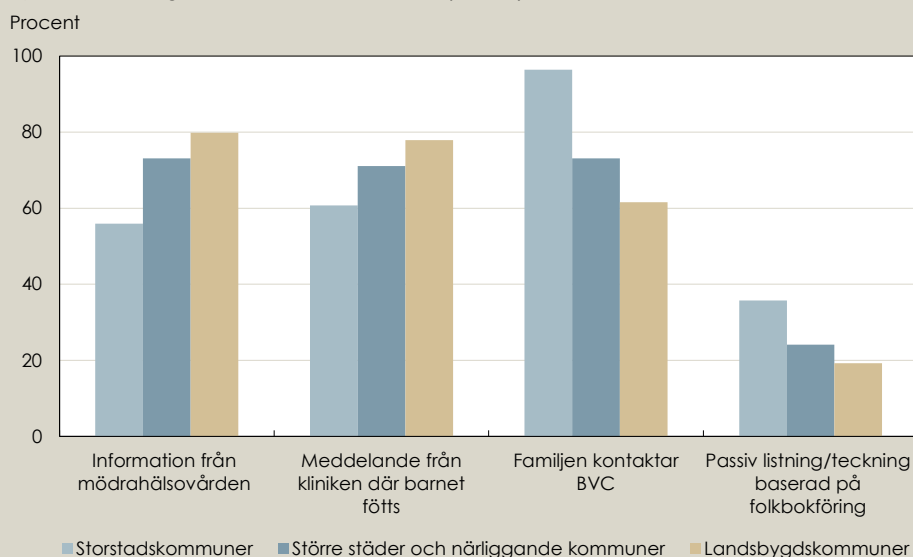
För BVC i större städer och närliggande kommuner är det lika vanligt att få kännedom om ett nyfött barn genom information från mödrahälsovården (73 procent), meddelande från kvinnokliniken (71 procent) eller att familjen kontakter BVC (73 procent).

För BVC i landsbygdskommuner är det vanligare att BVC får kännedom om ett nyfött barn som ska ha sin tillhörighet på mottagningen genom information från mödrahälsovården (80 procent) och meddelande från kvinnokliniken (78 procent), än att familjen kontakter BVC (62 procent).

Det är sällan förekommande att BVC får kännedom om ett nyfött barn genom passiv listning/teckning baserat på folkbokföring (26 procent). Det förekommer oftare bland BVC i storstadskommuner än för BVC i landsbygdskommuner eller i större städer och närliggande kommuner.

Figur 2.5 Kännedom om ett nyfött barn som ska tillhöra BVC

Andel BVC per kommungrupp som anger att de vanligtvis får kännedom om ett nyfött barn enligt svarsalternativen nedan (flerval)



Källa: Enkät till BVC, 2020, Socialstyrelsen

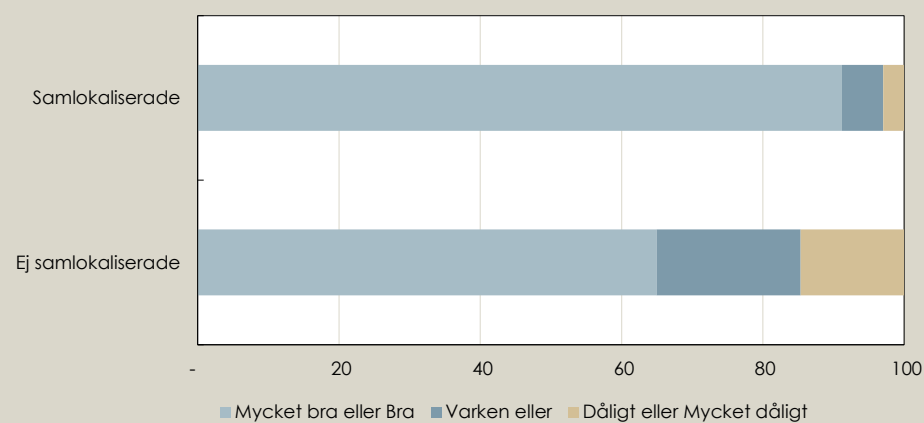
Informationsöverföring från mödrahälsovården till BVC

- 8 av 10 BVC (79 procent) upplever informationsöverföringen från mödrahälsovården som god.
- 9 av 10 BVC (91 procent) som är samlokaliserade med mödrahälsovården anser att informationsöverföringen är Mycket bra eller Bra.
- Drygt 6 av 10 BVC (65 procent) som inte är samlokaliserade med mödrahälsovården anser att informationsöverföringen fungerar väl.

Det är vanligare att informationsöverföringen fungerar Dåligt eller Mycket dåligt bland BVC som inte är samlokaliserade med mödrahälsovården än för BVC som är samlokaliserade med mödrahälsovården (15 respektive 3 procent). I storstadskommuner anger 2 av 10 BVC (22 procent), som inte är samlokaliserad med mödrahälsovården att informationsöverföringen fungerar Dåligt eller Mycket dåligt. Motsvarande andel är 7 procent i landsbygdskommuner samt 13 procent i större städer och närliggande kommuner.

Figur 2.6 Informationsöverföring från mödrahälsovården till BVC

Andel BVC som uppger att informationsöverföringen från mödrahälsovården fungerar enligt svarsalternativen nedan för samlokaliserade och ej samlokaliserade verksamheter
Procent



Källa: Enkät till BVC, 2020, Socialstyrelsen

Vid en regional jämförelse framgår att i 17 av 21 regioner upplever mer än 7 av 10 BVC (75 procent eller mer) att informationsöverföringen från mödrahälsovården är Mycket bra eller Bra (figur 2.7 nedan).

Figur 2.7 Regional jämförelse av informationsöverföring från mödrahälsovården till BVC

Andel BVC per region som uppger att informationsöverföringen från mödrahälsovården fungerar enligt svarsalternativen nedan



* Blekinge, Gotland och Västmanland har färre än 10 svarande och redovisas ej per region.

Källa: Enkät till BVC, 2020, Socialstyrelsen

Informationsöverföring från kliniken där barnet fötts

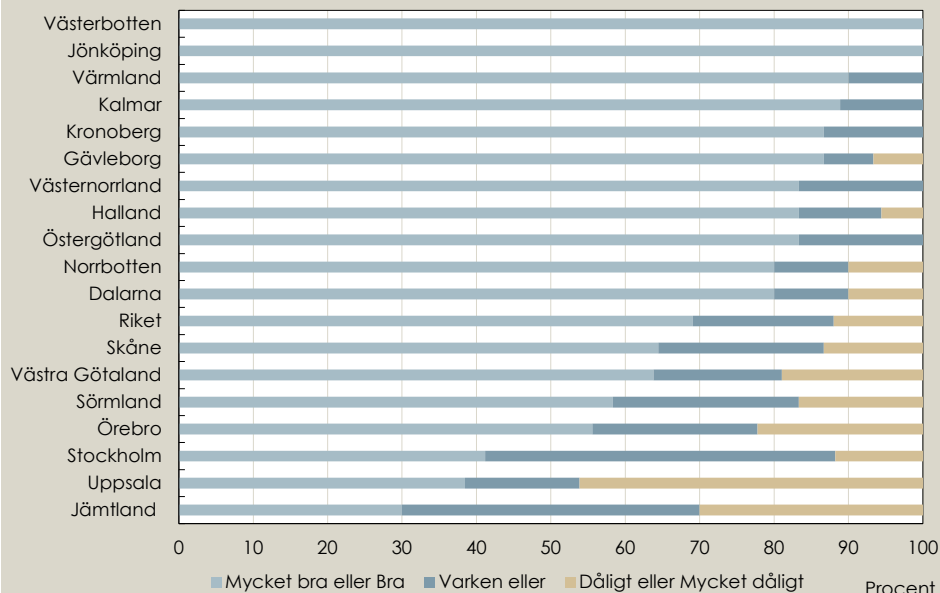
- 7 av 10 BVC (70 procent) upplever att informationsöverföringen från kliniken där barnet fötts fungerar Mycket bra eller Bra.

Informationsöverföringen till BVC från kliniken där barnet fötts upplevs i högre omfattning som god av BVC i större städer och närliggande kommuner samt i landsbygdskommuner (74 procent respektive 80 procent) än av BVC i storstadskommuner (49 procent).

Som figur 2.8 nedan visar finns en spridning mellan regionerna i andel BVC som anser att informationsöverföringen till BVC från kliniken där barnet har fötts fungerar Mycket bra eller Bra. I regionerna Jönköping och Västerbotten anger samtliga BVC att informationsöverföringen fungerar Mycket bra eller Bra. I andra regioner uppger 3 till 4 av 10 BVC att informationsöverföringen fungerar Mycket bra eller Bra.

Figur 2.8 Regional jämförelse av informationsöverföring till BVC från kliniken där barnet fötts

Andel BVC per region som uppger att informationsöverföringen från kliniken där barnet fötts fungerar enligt svarsalternativen nedan



* Blekinge, Gotland och Västmanland har färre än 10 svarande och redovisas ej per region

Källa: Enkät till BVC, 2020, Socialstyrelsen

Kommentarer från BVC om informationsöverföring

Ungefär en femtedel av BVC lämnar kommentarer om informationsöverföringen från mödrahälsovården och kliniken där barnet fötts. Av svaren framgår att överföringen av information till BVC ibland dröjer, vilket kan innebära att BVC saknar viktig information i kontakten med familjen eller att första kontakten med familjen försenas.

Några BVC skriver att informationsöverföringen ofta fungerar bättre kring familjer i behov av mer stöd eller som har särskilda behov. Medan andra skriver att de sällan får ta del av den typen av information och en BVC påpekar att informationen skulle underlätta i arbetet med vissa familjer.

Några poängterar också att BVC allmänt behöver mer information om barnet och familjen än vad de vanligtvis får. Informationsöverföring kan försvåras av att mödrahälsovården och BVC har olika journalsystem, eller att information inte kan överlämnas digitalt.

Inflyttande barn

- BVC får vanligtvis kännedom om att det finns ett inflyttande barn som ska ha sin tillhörighet på mottagningen genom att familjen kontaktar BVC (92 procent).
- 7 av 10 BVC (67 procent) uppger att barnets tidigare BVC meddelar övertagande BVC och 6 av 10 (57 procent) uppger att informationsöverföringen från tidigare BVC fungerar Mycket bra eller Bra.
- Det är vanligare att BVC får kännedom om ett inflyttande barn, än ett nyfött barn, genom passiv listning/teckning baserat på folkbokföring (50 respektive 26 procent).

I kommentarer från BVC framgår att flera får kännedom om ett inflyttande barn genom att vårdnadshavare aktivt listar barnet på BVC. Vissa BVC har rutiner för att bevaka nylistade barn och kontakta familjerna. Några nämner att BVC kan få kännedom om nyinflyttade barn genom vård- eller hälsocentral, information från förskola eller verksamheter för nyanlända och asylsökande familjer.

En BVC lyfter att det finns utrymme för förbättring när det gäller kännedom om nyinflyttade barn. En annan skriver att BVC har svårt att få information om vart asylsökande barn flyttar eftersom Migrationsverket inte informerar BVC och inte alltid lämnar uppgifter på förfrågan.

Några BVC nämner att övertagande BVC ibland måste kontakta tidigare BVC för överrapportering.

Områdesansvar

I enkäten till CBHV-teamen uppger 16 av 21 att BVC i den egna regionen har ett områdesansvar för alla barn. Av kommentarerna framgår dock att in- och utbörderna i områdesansvaret varierar mellan regionerna. I några regioner innebär områdesansvaret att barn vars vårdnadshavare inte gjort ett aktivt val av BVC automatiskt listas på en BVC-mottagning. Från ett par andra regioner framgår att BVC enbart ansvarar för kontakt med de familjer som aktivt har listat sig på BVC, eller den vård- eller hälsocentral som BVC tillhör. En beskriver att det finns en risk att ett barn förbises då kravet på aktiv listning innebär att ansvaret för att ta kontakt ligger på barnets vårdnadshavare. Ett par CBHV-team skriver att BVC ansvarar för att erbjuda BHV-programmet till alla barn och deras vårdnadshavare, men eftersom BHV är en frivillig verksamhet avgör vårdnadshavare om familjen ska ta del av erbjudandet från BVC.

De 5 regioner som uppger att BVC i regionen inte har områdesansvar besvarar en öppen följdfråga om hur CBHV-teamet arbetar för att säkerställa att alla barn har kontakt med BVC. CBHV-team i 3 regioner skriver att nyinflyttade barn uppmärksammas genom folkbokföringen och bevakning av nya listningar. Ett svar uttrycker att passiv listning baserat på folkbokföringsadress fungerar bättre för att säkerställa att alla barn har kontakt med BVC än att vårdnadshavare aktivt ska lista om sitt barn vid flytt. 2 CBHV-team uppger att de ser över rutinerna för kontakt mellan BVC och andra vårdnivåer för att fånga upp alla barn.

Ta och få kontakt samt mötas

Vårdnadshavares möjligheter att nå BVC

- 18 av 21 regioner har avtalskrav på att BVC ska vara tillgängliga på telefon.
- Alla BVC (99 procent) uppger att de har telefontillgänglighet enligt avtalskrav.
- 11 av 21 regioner har avtalskrav på att BVC ska ha en e-tjänst där vårdnadshavare kan ta kontakt.
- Nästan 9 av 10 BVC (86 procent) uppger att de har en e-tjänst.
- 15 procent av BVC har öppen mottagning.
- Mindre än 1 av 10 BVC som inte är samlokaliserad med vård- eller hälsocentral har en bemannad reception.

Avtalskraven på telefontillgänglighet är exempelvis utformade som att BVC ska vara tillgängliga på telefon varje vardag, erbjuda fasta telefontider eller ha telefonsvar med möjlighet till återuppringning samma dag. I de öppna svaren från CBHV-teamen framgår att i vissa regioner gäller avtalskraven för telefontillgänglighet för vård- eller hälsocentral där BVC ingår.

Totalt 4 BVC som inte är samlokaliserad med vård- eller hälsocentral (6 procent) uppger att de har en bemannad reception⁵. 2 av dessa BVC har över 1000 inskrivna barn och 1 (med färre inskrivna barn) beskriver att familjerna har ett stort vårdbehov, många vårdnadshavare behöver tolk och området kännetecknas av socioekonomisk utsatthet.

Några BVC skriver i öppna svar i enkäten att de gör vårdnadshavare delaktiga i BHV genom att erbjuda besökstider som passar familjerna, möjlighet för vårdnadshavare att själva boka och avboka besök samt vara tillgängliga på telefon för att ge råd och svara på frågor från vårdnadshavare.

Säkerställa kontakt med alla barn

I de öppna svaren från BVC lyfts olika arbetssätt för att säkerställa att BVC har kontakt med alla barn som tillhör BVC. Av svaren framgår också att det varierar hur mycket enskilda BVC arbetar med att säkerställa kontakt.

Listor och kontroll

Det vanligast beskrivna arbetssättet för att säkerställa kontakt med alla barn handlar om listor, som exempelvis att bevaka listor för nylistade barn och inskrivna barn. Några BVC uppger att de även har listor över olistade barn i området och söker kontakt genom att skicka ut informationsbrev till vårdnadshavare eller kalla barnen och deras vårdnadshavare till besök på BVC.

Några beskriver att de har väntelistor för att kalla alla barn till besök enligt BHV-programmet. Andra BVC har rutiner för att boka in nästa besök under ett besök och att följa upp avbokade besök.

⁵ Antalet som har en bemannad reception är högre om BVC som är samlokaliserade med vård- eller hälsocentral räknar in, dock framgår inte av svaren om receptionen tillhör BVC eller är vårdcentralens reception.

Några få BVC uppger att de inte gör något särskilt för att säkerställa att de har kontakt med alla barn som har sin tillhörighet på BVC-mottagningen.

Stort ansvar på vårdnadshavare

Av i öppna svar från BVC framgår att flera upplever att det är svårt att säkerställa att BVC har kontakt med alla barn. Några förklarar att de inte kan vara säkra på att de har kännedom om alla barn i området. Andra BVC skriver att det är särskilt svårt att få kännedom om nyinflyttade eller nyanlända barn.

Teambesök vid 2,5 till 3 år

När barnet är 2,5 till tre år gammalt erbjuds ett teambesök på BVC i många, men inte alla, regioner [1]. I regioner som inte har teambesöket i BHV-programmet erbjuds barnen istället i ett besök på BVC med en profession, vanligtvis BHV-sjuksköterska.

I enkäten till CBHV-teamen efterfrågas uppgifter om antal teambesök till barn 2,5 till tre år under 2019. Flera skriver att teambesöket inte ingår i BHV-programmet, andra att statistiken är osäker eller inte kan tas fram.

9 regioner uppger antal barn som fått teambesöket på BVC under 2019. I medianregionen (bland dem som har besöket i BHV-programmet och besvarar frågan i enkäten) genomfördes ett teambesök för 93 procent av barnen i åldern 2,5 år till tre år. Andelen varierar från 32 procent till 100 procent av barnen. Oftast sker teambesöket då barnet är tre år.

De allra flesta barn, men inte alla, tas till 4-årsbesöket

I enkäten till CBHV-teamen efterfrågas antal barn som inte tas till fyraårsbesöket på BVC. 7 regioner anger antal. Flera av dem kommenterar i fritext att fyraårsbesöken inte följs upp som rutin och att särskilda datauttag har gjorts för att besvara enkäten.

Data från 5 regioner indikerar att mellan 1 procent och 6 procent av barnen inte tas till fyraårsbesöket på BVC, medan data från 2 regioner anger att andelen överstiger 10 procent. Socialstyrelsen har inte granskat uppgifterna för exempelvis numeriska fel. Av kommentarerna från flera CBHV-team framgår att nästan alla vårdnadshavare tar barnet till fyraårsbesöket. Dock noterar flera team att regionen har fler barn i årskullen än antalet genomförda fyraårsbesök och skriver att det kan bero på uppskjutna besök, att vårdnadshavare inte tagit barnet till besöket eller problem i journalföringen.

En region, där BHV är organiserade i en egen klinik med en tydlig rutin för att kalla samtliga fyraåringar till besöket, skriver att vårdnadshavare endast undantagsvis avböjer fyraårsbesöket.

Uppsökande verksamhet

Att vårdnadshavaren inte tar barnet till bokade besök på BVC kan, men behöver inte vara, ett uttryck för omsorgssvikt. Rikshandboken beskriver hur BVC kan gå till väga för att få kontakt med vårdnadshavare som inte tar barnet till besök på BVC.

I enkäten till BVC finns en öppen fråga om hur BVC arbetar med uppsökande verksamhet till barn vars vårdnadshavare inte ta barnet till besök på BVC trots upprepade kallelser. Flera BVC – särskilt bland dem som har en hög andel besök där kommunikationen sker på svenska – uppger att det är

mycket ovanligt att BVC inte har kontakt med en familj som tillhör BVC eller att kontakt uteblir vid upprepade kontaktförsök från BVC.

Ett fåtal BVC anger att de inte har någon uppsökande verksamhet. En BVC skriver att de ger upp efter tre kallelser och lika många telefonsamtal. Några skriver att det är frivilligt att ta del av BHV och en BVC uppger att de därför inte bedriver någon uppsökande verksamheten. En annan BVC efterlyser tydligare information om hur BVC ska förhålla sig i avvägningen mellan vårdnadshavares rätt att tacka nej och barnets rätt till BHV.

Upprepade försök till kontakt via flera kanaler

Många BVC beskriver i de öppna svaren att de i första hand försöker komma i kontakt med familjerna genom upprepade kallelser via brev och på telefon.

Flera uppger att de följer Rikshandbokens rutiner vid utebliven kontakt. Några specificerar att man i brev till vårdnadshavare använder information från Rikshandboken om exempelvis barnets rätt till BHV och att BVC gör orosanmälan vid fortsatt utebliven kontakt.

Oanmälda hembesök förekommer

Av svaren framgår att det förekommer att BVC gör oanmälda hembesök för att försöka få kontakt med familjerna. Ett fåtal av dessa BVC lyfter att låsta portar i flerfamiljshus försvårar uppsökande verksamhet i hemmet.

Socialtjänsten kopplas in ibland

Många BVC skriver att de kontaktar socialtjänsten eller gör orosanmälan om BVC inte får kontakt med en familj trots upprepade försök.

Vissa BVC skriver att de gör orosanmälningar enbart om det utöver utebliven kontakt finns en oro för att barnet far illa. En förklarar att om familjen har en bra anledning till att avstå från ett besök försöker BVC behålla en dialog i förhoppning om att vårdnadshavare ska ta barnet till BVC senare.

Andra beskriver att de gör orosanmälan som rutin vid utebliven kontakt.

Delaktighet

I enkäten till BVC finns en öppen fråga om hur de arbetar för att göra vårdnadshavare och de lite äldre barnen delaktiga. Av svaren framkommer flera arbetssätt som beskrivs nedan.

Informera och förbereda

Ungefär hälften av BVC beskriver att barn och vårdnadshavare görs delaktiga genom att de får information om besökens innehåll och upplägg. Information ges innan besöket, oftast i samband med kallelsen till besöket. Informationen, som vänder sig till både vuxna och barn, innehåller oftast såväl text som bilder. Vissa BVC specificerar att de hänvisar familjerna till 1177 för att läsa på, titta på bildspel och ta del av ytterligare information inför besöket. Några BVC skriver även att de uppmanar vårdnadshavare att förbereda barnet hemma inför det kommande besöket på BVC.

Fler beskriver att information om besökets upplägg och innehåll även ges på BVC, innan eller under besöket. Flera BVC uppger att de, under besöket, använder bildstöd för att förklara vad som kommer att hända och att det ofta är samma bilder som i kallelsen till besöket. Några använder Grunda sunna

vanor, Saga sagobok eller Hälsoboken för att prata med barnen om deras hälsa. Flera beskriver dock inte vilket material eller bildstöd som används.

Några få BVC uppger att barn som inte är redo, eller inte vill utföra vissa moment i besöket, bokas in för ytterligare ett besök senare.

Barnet är i centrum

Nära hälften av BVC beskriver i öppna svar att barnets delaktighet främjas genom att barnet på olika sätt får vara i centrum under besöken. Personalen talar och kommunicerar direkt till barnet. Vissa BVC uppger att de talar direkt till barnet oavsett ålder, medan andra beskriver att de främst talar direkt till lite äldre barn.

Barnet får själv berätta, ställa och svara på frågor. Dessutom anpassas information till barnets nivå. Aktiviteter som att leka, rita och lägga pussel används för att göra barnen delaktiga. Ungefär var fjärde BVC beskriver att barnen, främst de lite äldre, får bestämma ordningen på besökets olika moment. I de flesta fall med hjälp av bilder som visar de olika momenten.

Utgå från familjen

I de öppna svaren beskriver några BVC att de ger utrymme för vårdnadshavare att ställa frågor och berätta vad de vill ta upp under besöket, ett fåtal av dessa BVC uppger att vårdnadshavarnas frågor får styra vissa besök. Andra BVC uppger att de använder olika frågeformulär som vårdnadshavare, och ibland även barn, får fylla i. Sedan diskuteras svaren under besöket.

Utformning av och innehåll i BHV

Även CBHV-teamen beskriver i öppna svar hur de arbetar med att göra vårdnadshavare och barn delaktiga i utformning av och innehåll i BHV. Av svaren framgår att flera CBHV-team arbetar med informations- och bildmaterial för att förbereda barn och vårdnadshavare inför ett besök och under besök på BVC. Material som nämns är 1177, Bamse-material och eget regionalt material.

3 CBHV-team uppger att de använder enkäter för att få återkoppling från familjerna om hur de upplever besök och olika arbetssätt på BVC. CBHV-teamen i 2 andra regioner skriver att de tidigare haft enkäter.

4 CBHV-team uppger att det inte förekommer något arbete i nuläget och ytterligare 1 CBHV-team lyfter att det finns utrymme för förbättring i arbetet med att göra barn och vårdnadshavare delaktiga. Ett par CBHV-teamen skriver att de tidigare arbetat mer med delaktighet än i nuläget. Svaren från andra CBHV-team antyder att det pågår mindre arbeten i nuläget och att flera har planer på att göra mer inom området. Ett par team lyfter att de arbetar med att ta fram olika arbetssätt som ska ge vårdnadshavare bättre möjligheter att ge förslag och återkoppling, som exempelvis förslagslådor och föräldråd.

Hälsolitteracitet

Hälsolitteracitet är de förmågor och förutsättningar en person har att förvärva, förstå, värdera och använda hälsoinformation för att främja och bibehålla en god hälsa [14]. Hälso- och sjukvården har en viktig roll i att främja hälsolitteracitet genom att kommunicera hälsoinformation på ett lättförståeligt och tillgängligt sätt [15].

En god hälsolitteracitet lägger grund för individens möjlighet att vara delaktig i och fatta beslut om sin egen hälsa och vård [15]. Hälsolitteracitet kan även ha en betydelse för i vilken mån individen söker vård samt följer och deltar i behandling eller vårdprogram [15].

Barns hälsa är ofta sammanlänkad med vårdnadshavarnas hälsolitteracitet [16]. Att främja vårdnadshavares hälsolitteracitet är därför en viktig förutsättning för en jämlik hälsa. BVC bör anpassa hälsobudskap och information så att de är begripliga utifrån mottagarens behov och förutsättningar [16].

BVC beskriver i öppna svar hur de arbetar för att stärka vårdnadshavares förmåga att förvärva, förstå, värdera och använda information för att bibehålla och främja barnets hälsa (hälsolitteracitet).

Förmedla hälsoinformation

Det vanligast sättet att stärka vårdnadshavares hälsolitteracitet är att informera dem. Informationen förmedlas på olika sätt och flertalet BVC anger att de arbetar med både muntlig och skriftlig information. Information förmedlas under besök på mottagningen och i hembesök, vid enskilda samtal samt genom föräldrautbildningar och andra aktiviteter i grupp. Flera svarande specificerar att de arbetar med samtalstekniken Motiverande Samtal (MI).

Nästan hälften av svarande BVC nämner att de delar ut skriftligt informationsmaterial. Flera uppger att informationen finns på flera språk och inom vissa områden även på lättare svenska. Skriftligt material som omnämns är Barnens hälsobok, Leva med barn, Bamsetidning och Saga Sagobok. Flera BVC uppger även att de använder bildstöd.

Några BVC beskriver att de använder tolk flitigt, även när en av vårdnadshavarna talar svenska.

Informationssök och källkritik

Några BVC lyfter i sina svar att de informerar vårdnadshavare om tillförlitliga hemsidor där de själva kan söka information, flera hänvisar till 1177. Ett fåtal uppger att de även hänvisar till Folkhälsomyndighetens och Livsmedelsverkets hemsidor samt källor som BVC-podcasten och olika böcker.

Ett fåtal BVC uppmuntrar vårdnadshavare att vara källkritiska.

Säkerställa att mottagaren förstår

Flera BVC beskriver hur de på olika sätt arbetar med att säkerställa att vårdnadshavare förstår den information som ges. Arbetssätt som beskrivs är exempelvis att upprepa information, be vårdnadshavaren att återberätta, ställa frågor till vårdnadshavare för att kontrollera att de uppfattat information korrekt samt att följa upp i senare besök. Ett fåtal BVC lyfter även att de följer upp med ett telefonsamtal eller bokar ett extra besök.

Utgå från mottagaren och deras behov

En del BVC beskriver att arbetet med hälsolitteracitet är anpassat efter mottagaren. Det handlar både om hur mycket stöd familjerna erbjuds och att informationen är anpassad efter vårdnadshavarnas förutsättningar, erfarenheter och tidigare kunskaper. Familjer som är i behov av mer stöd kan erbjudas det genom exempelvis extra besök eller att BVC förmedlar kontakt med andra

verksamheter. Några BVC skriver att de har god samverkan med andra verksamheter eller vårdnivåer, vid behov hänvisar BVC till bland annat socialtjänsten, öppna förskolan, folkhälsovården och biblioteket.

Vissa BVC beskriver att de ger råd och stöd genom att låta vårdnadshavare berätta, ställa frågor och ta upp funderingar. Ett fåtal nämner också att de i första hand uppmuntrar vårdnadshavare att hitta egna svar och lösningar på sina frågor. Andra BVC uppmuntrar vårdnadshavare att ställa frågor till BHV-personal genom att förklara att alla frågor är välkomna på BVC.

Material för alla saknas inom flera områden

I enkäten till CBHV-teamen ställs frågor om vilket material BVC har tillgång till i mötet med barn och vårdnadshavare inom olika områden. Med material avses arbetsmaterial för personalen i olika former samt information som kan ges till vårdnadshavare, i såväl tryckt som elektronisk form.

Som tabell 2.1 nedan visar anger samtliga regioner att det finns material på svenska om vaccinationer, amning, kostvanor och barnsäkerhet. Samtliga har även material om vaccinationer på andra språk. Genomgående är det dock förhållandevis få, och inom några områden ingen, som har material på enkel svenska eller som bildstöd.

De områden där tillgången på material är allra sämst, och där flest efterlyser nytt eller utvecklat material, är vårdnadshavares droganvändning, samkönade vårdnadshavare och våld i nära relationer.

Tabell 2.1 visar också att några ser ett behov av att utveckla befintligt material om exempelvis vårdnadshavares psykiska hälsa, jämställt föräldraskap, vårdnadshavares alkoholvanor och barnets rättigheter.

Tabell 2.1. Material som är tillgängligt i mötet

Antal regioner där CBHV-teamet uppger att BVC i den egna regionen har tillgängligt material i mötet med barn och vårdnadshavare. Material är arbetsmaterial för personalen och information som kan ges till vårdnadshavare

Område	Svenska	Enkel svenska	Andra språk	Bildstöd	Material finns ej	Behov av utveckling
Vaccinationer	21	5	21	4	0	2
Amning	21	3	17	5	0	4
Kostvanor	21	4	17	10	0	5
Barnsäkerhet	21	5	18	5	0	7
Vårdnadshavares rökning	19	2	12	2	2	10
Vårdnadshavares alkoholvanor	19	1	9	1	2	12
Barnets rättigheter	19	3	9	4	2	12
Tandhälsa	18	4	12	8	2	6
Rörelse och fysisk aktivitet	18	1	8	6	2	10
Jämställt föräldraskap	17	0	2	1	4	13
Barnets sömn	16	0	4	1	4	11
Vårdnadshavares psykiska hälsa	16	1	10	2	5	15
Våld i nära relationer	13	0	7	0	8	17
Samkönade vårdnadshavare	10	0	2	1	11	16
Vårdnadshavares droganvändning	8	0	4	0	13	16

Källa: Enkät till regionernas CBHV-team, Socialstyrelsen, 2020.

Vid behov av tolk i mötet

- Nästan 9 av 10 BVC (87 procent) erbjuder tolk i talade språk från tolkförmedling vid varje besök med vårdnadshavare som inte talar svenska.
- Övriga BVC erbjuder tolk när vårdnadshavare efterfrågar tolk.

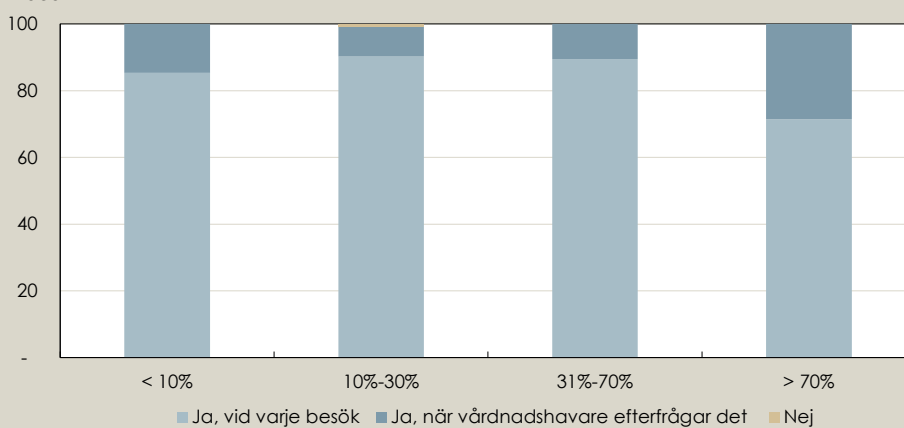
Behovet av tolk varierar kraftigt mellan olika BVC. Drygt 2 av 10 BVC anger att kommunikationen mellan personal på BVC och vårdnadshavare sker på annat språk än svenska vid mindre än 10 procent av besöken. Samtidigt som närmare 1 av 10 BVC uppger att kommunikationen sker på annat språk än svenska på mer än 70 procent av besöken. Däremellan uppger drygt 4 av 10 BVC att kommunikationen sker på annat språk än svenska på 10 till 30 procent av besöken. Nästan 3 av 10 BVC uppger att mellan 31 och 70 procent av besöken sker på annat språk än svenska.

Som framgår av figur 3.1 uppger BVC med en hög andel besök där kommunikationen sker på annat språk än svenska, i högre utsträckning att tolk erbjuds när vårdnadshavare efterfrågar det.

Figur 3.1 Erbjudande om tolk i talade språk

Andel BVC som anger att de erbjuder tolk enligt svarsalternativen nedan uppdelat på angiven andel besök där kommunikationen mellan vårdnadshavare och personal sker på annat språk än svenska

Procent



Källa: Enkät till BVC, 2020, Socialstyrelsen

Ungefär en femtedel av BVC beskriver i fritext om tolk. Flera beskriver att det främst är behovet som avgör om tolk erbjuds. Behovet kan bero på exempelvis hur mycket svenska vårdnadshavarna kan, om BVC bedömer att det räcker att en av vårdnadshavarna kan svenska och besökets karaktär. Dock skriver flera BVC att det avgörs efter behov, utan att förklara närmare hur.

Från några BVC framgår att behov av tolk kan identifieras av både vårdnadshavare och personal. Andra BVC beskriver att tolk används när personalen anser att det behövs eller att beslut tas i samråd med vårdnadshavare. Andra beskriver att det främst är upp till vårdnadshavare att fråga efter tolk.

Några BVC påpekar att tolk inte behövs när det är möjligt att kommunicera på engelska och ett fåtal uppger att de har flerspråkig personal som kommunicerar med familjerna på andra språk utan tolk.

Enstaka BVC beskriver att de strävar efter att ha tolk i första mötet med en familj, därefter avgör behoven och vårdnadshavares önskemål om tolk används i de kommande besöken. Några BVC lyfter att det är svårt att få tolk på vissa språk, andra skriver att det är brist på tolkar i talade språk generellt.

Vårdnadshavare avböjer tolk av olika anledningar

Några få BVC beskriver att det förekommer att vårdnadshavare avböjer erbjudande om tolk, för att exempelvis få en övning i svenska, de har tillräckliga kunskaper i engelska eller bara vill ha tolk vid vissa typer av besök.

En BVC uppger att vårdnadshavare ofta väljer bort tolk. En annan BVC, där kommunikationen på majoriteten av besöken sker på annat språk än svenska, förklarar att det händer att vårdnadshavare inte vill ha tolk för att de är oroliga för att information om barnet och familjen kan spridas.

En BVC skriver att kunskaperna hos tolkar varierar, vilket innebär att vårdnadshavare inte alltid litar på tolken och istället avböjer tolk.

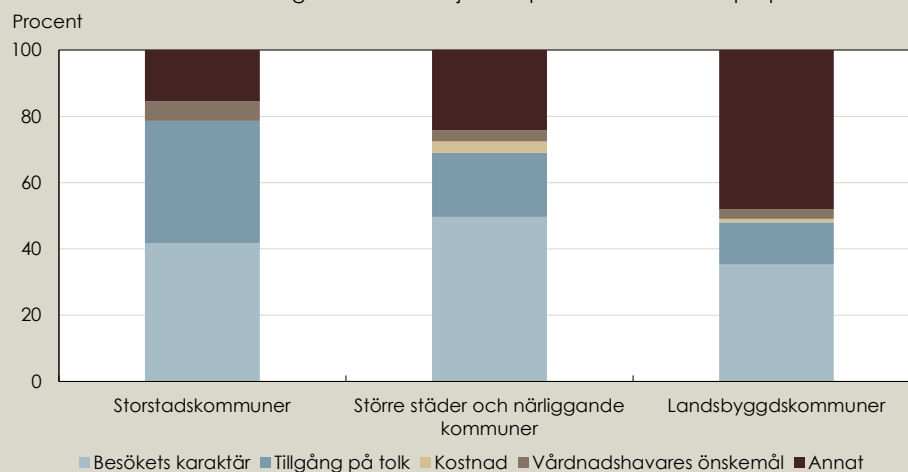
Tolk på telefon eller tolk på plats

Drygt 4 av 10 BVC (43 procent) uppger att besökets karaktär avgör valet av tolk på telefon eller tolk på plats. 5 av 10 BVC i landsbygdskommuner (48 procent) anger svarsalternativet annat. En större andel av BVC i storstadskommuner (37 procent) än i landsbygdskommuner (13 procent) svarar att tillgången till tolk är avgörande.

Kostnaden för tolk och vårdnadshavarens önskemål framgår vara av mindre betydelse för valet (2 respektive 4 procent).

Figur 3.2 Tolk i talade språk på telefon eller på platsen för besöket

Andel BVC i respektive kommungrupp som anger att anledning enligt svarsalternativen nedan avgör om man väljer tolk på telefon eller tolk på plats



Källa: Enkät till BVC, 2020, Socialstyrelsen

Tolk på telefon är vanligt

Något mer än en fjärdedel av BVC kommenterar valet mellan telefontolk och tolk på plats. Ett flertal skriver att de alltid använder tolk på telefon utan vidare förklaring. Andra anger att det är långa avstånd eller att andra alternativ saknas. Några uppger att de använder tolk på telefon eftersom det är enligt rutin, andra för att de föredrar telefontolk.

Ett par BVC beskriver att de föredrar tolk på telefon eftersom det bidrar till familjernas anonymitet, för exempelvis mottagningar på mindre orter finns annars en risk att familjen och tolken kommer i kontakt utanför BVC.

Flera BVC skriver att de alltid har, eller föredrar att ha, tolk på plats. En BVC påpekar dock att tolk på plats kan hindra att vissa frågor ställs, medan andra lyfter att tolk på telefon inte fungerar om ljudnivån är hög vid besöket.

Ge BHV efter behov

I detta avsnitt redovisas enkätsvar från BVC om hur BHV-programmet implementeras efter behov och enkätsvar från CBHV-teamen om tillgängligt material i BVC:s möte med familjerna inom respektive område.

Redovisningen indelas i fem avsnitt, nämligen Hälsoövervakning av barns hälsa, utveckling och livsvillkor, Vaccinationer, Hälsofrämjande insatser för levnadsvanor och miljö, Lyhört föräldraskap samt Hembesök som metod.

Resultaten visar att BVC lägger stort fokus vid några områden och att det kan finnas utrymme för förbättring inom vissa andra områden. I öppna svar från BVC framgår att insatser ges efter behov samt att BVC remitterar vidare till andra kompetenser som exempelvis logoped, ögonläkare och psykolog för att på bästa sätt stödja barnens hälsa och utveckling.

Hälsoövervakning av barns hälsa, utveckling och livsvillkor

Hälsoövervakning på BVC är enligt Rikshandboken att följa barns hälsa, utveckling och livsvillkor. Detta innebär exempelvis tillväxtbedömning, allmän somatisk undersökning, psykomotorisk utvecklingsbedömning, bedömning av språkutveckling och kontakt/kommunikation, beteendebedömning, samspel mellan barn och föräldrar, relation med andra barn och vuxna samt psykiska och sociala familjeförhållanden.

Samspel mellan barn och föräldrar finns här i avsnittet Lyhört föräldraskap nedan. Barnets relation med andra barn och vuxna samt psykiska och sociala familjeförhållanden finns här i avsnittet Hälsofrämjande insatser för levnadsvanor och miljö nedan.

Universella insatser för hälsoövervakning av barns hälsa, utveckling och livsvillkor

- Alla BVC (97 procent) övervakar barnens tillväxt.
- Alla BVC (96 procent) ger insatser för språkutveckling.
- Alla BVC (96 procent) ger insatser för syn.
- Drygt 9 av 10 BVC (93 procent) ger insatser för hörsel.
- Drygt 9 av 10 BVC (92 procent) ger insatser för bedömning av olika beteenden hos barnet.

Riktade insatser av annan vårdnivå för hälsoövervakning

- Mer än 7 av 10 BVC ger riktade insatser av annan vårdnivå för språkutveckling, syn, hörsel, och beteende.

Tillväxt

BVC mäter och väger barnen samt bedömer tillväxt och beräknar BMI. Alla BVC (97 procent) ger universella insatser och 8 av 10 BVC (81 procent) ger även riktade insatser av BVC vid behov. Drygt 6 av 10 BVC (64 procent) ger riktade insatser av annan vårdnivå vid behov.

Skillnaderna mellan BVC i olika kommungrupper är mycket små avseende vilka insatser i BHV-programmet som ges inom området tillväxt.

Språkutveckling

Alla BVC (96 procent) ger universella insatser för språkutveckling. Vid behov ger 7 av 10 BVC (72 procent) riktade insatser av BVC och drygt 7 av 10 BVC (74 procent) riktade insatser av annan vårdnivå.

Språkutveckling är ett av tre områden där mer än 7 av 10 BVC uppger att de ger riktade insatser av annan vårdnivå. En kommentar från BVC påpekar att språkutvecklingen är central och att BVC arbetar mycket med språkutveckling. Det finns inga större skillnader mellan BVC i olika kommungrupper avseende vilka insatser som ges för språkutveckling.

Beteenden

Inom området bedömning av olika beteenden hos barnet ger 9 av 10 BVC (92 procent) universella insatser. Vid behov ger närmare 8 av 10 BVC (76 procent) riktade insatser av BVC och 7 av 10 BVC (72 procent) ger riktade insatser av annan vårdnivå.

Beteende är ett av tre områden där mer än 7 av 10 BVC uppger att de ger riktade insatser av annan vårdnivå. Enkätresultaten visar inga större skillnader mellan BVC i olika kommungrupper.

Syn och hörsel

Nästan alla BVC (96 procent) uppger att de ger universella insatser för barnens syn och drygt 9 av 10 BVC (93 procent) ger universella insatser för barnens hörsel. Det är lika vanligt att BVC ger riktade insatser av annan vårdnivå vid behov för syn som för hörsel (73 respektive 74 procent). Dock förekommer svaret att inga insatser ges för hörsel, vilket inte förekommer om insatser för syn.

Syn och hörsel samlat är ett av tre områden där mer än 70 procent uppger att de ger riktade insatser av annan vårdnivå. Det förekommer endast mindre skillnader mellan BVC i olika kommungrupper inom dessa båda områden.

Samstämmighet inom regionerna om metod för synundersökning I enkäten till BVC finns en öppen fråga om vilka metoder som används för syn- och hörselundersökning på fyraårsbesöket på BVC.

I 19 av 21 regioner svarar i det närmaste samtliga BVC att synundersökning görs med HVOT-metoden och i övriga regioner uppger BVC att de använder LEA-metoden.

Metoderna för hörselundersökning varierar

Majoriteten av svarande BVC uppger att de använder någon form av tonaudiometri för att undersöka barnets hörsel. Mer än en tredjedel av svarande BVC använder lekaudiometri, att barnen flyttar olika objekt som till exempel bollar, klossar eller kulor på en kulram när barnet hör ljud [7, 17, 18]. Några få skriver att hörselundersökningar utförs i enlighet med Rikshandboken eller enligt rutiner.

BVC i regionerna Jämtland, Kronoberg och Västra Götaland utför inte hörselscreening med toner. BVC i dessa regioner uppger att de tar hörselanamnes, frågar vårdnadshavare om hur de upplever barnets hörsel och/eller remitterar till audionom vid behov. Några BVC skriver att alla barn erbjuds undersökning hos audionommottagning eller att tröskeln är låg för att remittera barn vidare vid misstanke om nedsatt hörsel.

Vaccinationer

- Alla BVC (98 procent) ger vaccinationer enligt det nationella barnvaccinationsprogrammet.
- Vaccinationer innebär olika mycket arbete för BVC. På vissa BVC behövs mycket tid för samtal med vårdnadshavare för att skapa förståelse för vaccinationer.

Vid behov ger 8 av 10 BVC (79 procent) riktade insatser av BVC och 5 av 10 BVC (51 procent) riktade insatser av annan vårdnivå inom området vaccinationer. Dock finns skillnader mellan BVC i olika kommungrupper avseende riktade insatser av annan vårdnivå. 6 av 10 BVC i storstadskommuner (61 procent) ger riktade insatser av annan vårdnivå, i jämförelsen med ungefär 5 av 10 i större städer och närliggande kommuner samt i landsbygdskommuner (50 respektive 46 procent).

Några BVC beskriver att vårdnadshavare som är tveksamma till vaccinationer, eller inte vill vaccinera sitt barn, får riktade insatser som extra samtal med läkare på BVC eller informationsträffar tillsammans med andra föräldrar. Två BVC uppger att många vårdnadshavare i deras område är tveksamma och saknar kunskap om vaccinationer, vilket innebär ett större behov av riktade insatser för att skapa förståelse och kunskap hos vårdnadshavare.

Några BVC skriver att de även ger vaccinationer för barn som tillhör riskgrupp på BVC, medan andra uppger att de remitterar barn i riskgrupper till annan vårdnivå. Andra BVC beskriver att de följer upp vilka vaccinationer

nyanlända och asylsökande barn har fått tidigare och kompletterar med de vaccinationer som barnen saknar.

Samtliga CBHV-team uppger att BVC i den egna regionen har tillgång till arbetsmaterial och/eller material som kan ges till vårdnadshavare om vaccinationer på svenska och på andra språk. Dessutom har fem regioner material på enkel svenska och fyra regioner har bildstöd. Samtliga nämner material från Folkhälsomyndigheten, som information om barnvaccinationsprogrammet samt skrifterna Bra att veta om vaccinationer, Bra att veta om rotavirus och Bra att veta om ditt barn är ovaccinerat. Nästan lika många nämner Rikshandboken och flera nämner 1177, Leva med barn och Hälsoboken.

Levnadsvanor och miljö

BVC:s hälsofrämjande arbete med levnadsvanor och miljö handlar enligt Rikshandboken om amning (och tillvänjning till annan kost), kostvanor, tandhälsa, fysisk aktivitet, lek och kultur, barnsäkerhet, förebygga skakvåld, förebygga plötslig spädbarnsdöd, vårdnadshavares användning av tobak, alkohol och droger samt våld i nära relationer och att främja ett jämställt föräldraskap.

Området lek och kultur beskrivs nedan i kapitlet om samverkan i avsnitten om öppna förskolan och biblioteket. I enkäterna som ligger till grund för kartläggningen ställs inga specifika frågor om insatser om skakvåld och förebyggande av plötslig spädbarnsdöd.

Hälsosamtal i BHV hålls vanligen genom att BHV-sjuksköterska eller läkare samtalar med familjen om hälsa och levnadsvanor. Hälsosamtal inleds med en öppen frågeställning som sedan leder till diskussion kring olika levnadsvanor. I Rikshandboken rekommenderas tillämpning av motiverande samtal (MI), en evidensbaserad samtalsmetodik som används i syfte att hjälpa människor till förändring av olika levnadsvanor [19].

Universella insatser för levnadsvanor och miljö

- Alla BVC (96 procent) ger insatser för barnsäkerhet.
- Alla BVC (96 procent) ger insatser som främjar hälsosamma kostvanor.
- Alla BVC (95 procent) uppger att ger insatser som främjar rörelse och fysisk aktivitet.
- Alla BVC (96 procent) ger insatser för barnets sömn.
- Drygt 9 av 10 BVC (92 procent) ger insatser för amning.
- Drygt 9 av 10 BVC (92 procent) ger insatser till vårdnadshavare som röker.
- 9 av 10 BVC (90 procent) ger insatser om vårdnadshavares alkoholvanor.
- Nästan 9 av 10 BVC (88 procent) ger insatser om jämställt föräldraskap.
- 7 av 10 BVC (71 procent) ger insatser om våld i nära relationer.
- 6 av 10 BVC (59 procent) ger insatser om vårdnadshavares drog användning.

Några BVC beskriver att riktade insatser för barnens levnadsvanor krävs i större utsträckning i socioekonomiskt utsatta områden och att det ibland behövs riktade insatser till alla familjer i området.

Amning

BVC stödjer och främjar amning. Dock beskriver flera BVC i fritext att de respekterar dem som av olika anledningar väljer att inte amma sitt barn och avstår från att ge riktade insatser till dem.

Drygt 9 av 10 BVC (92 procent) anger att de ger universella insatser för amning. Vid behov ger drygt 8 av 10 BVC (83 procent) riktade insatser av BVC vid behov och 6 av 10 BVC (60 procent) ger riktade insatser av annan vårdnivå vid behov. I storstadskommuner ger 7 av 10 BVC (70 procent) riktade insatser av annan vårdnivå för amning, motsvarande andel i landsbygds-kommuner är mindre än 5 av 10 BVC (47 procent). I öppna svar beskriver några BVC att de arbetar mycket med amningsstöd genom att erbjuda extra besök såväl på BVC som i hemmet. Medan andra BVC istället lyfter att de har möjlighet att hänvisa till amningsmottagning vid behov.

CBHV-teamen i samtliga regioner uppger att BVC har tillgång till arbetsmaterial och/eller material som kan ges till vårdnadshavare om amning på svenska. Därutöver har 17 regioner material om amning på andra språk, 3 har material på enkel svenska och 5 har bildstöd om amning. 4 CBHV-team anger att det behövs nytt eller utvecklat material om amning.

Kostvanor

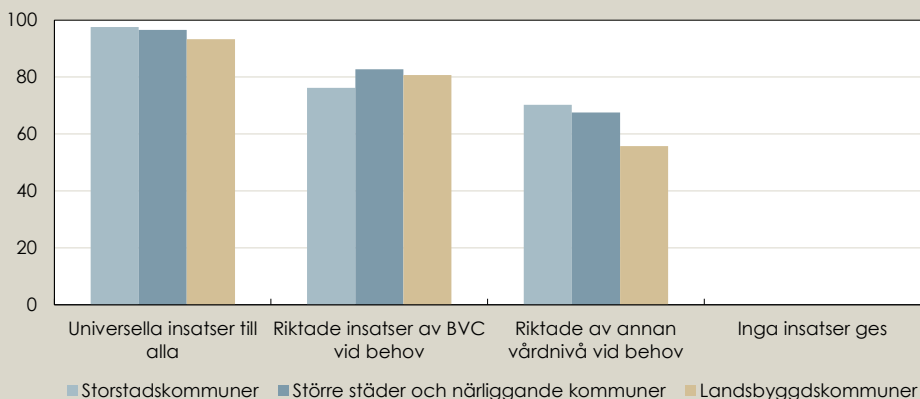
Alla BVC (96 procent) ger universella insatser om hälsosamma kostvanor. Vid behov ger 8 av 10 BVC (80 procent) riktade insatser av BVC och mellan 6 och 7 av 10 BVC (65 procent) riktade insatser av annan vårdnivå.

Figur 4.1 nedan visar att det finns skillnader mellan BVC i olika kommungrupper. Vid behov ger 7 av 10 BVC i storstadskommuner samt i större städer och närliggande kommuner (70 respektive 67 procent) riktade insatser av annan vårdnivå för kostvanor. Motsvarande andel i landsbygdskommuner är nästan 6 av 10 BVC (56 procent).

Figur 4.1 Insatser för kostvanor

Andel BVC i respektive kommungrupp som anger att de ger insatser enligt svarsalternativen nedan

Procent



Källa: Enkät till BVC, 2020, Socialstyrelsen

Samtliga CBHV-team uppger att BVC har tillgång till arbetsmaterial och/eller material om hälsosamma kostvanor som kan ges till vårdnadshavare på svenska. Därutöver har 17 regioner material på andra språk, 4 regioner har material på enkel svenska och 10 har bildstöd.

En övervägande majoritet hänvisar till att man använder material från Livsmedelsverket, som Bra mat för spädbarn under ett år. Några nämner Rikshandboken. Dessutom nämner flera 1177, Leva med barn och Saga sagorna. Några CBHV-team har även tagit fram eget material som exempelvis Grunda sunda vanor samt Äta, växa och må bra.

Rörelse och fysisk aktivitet

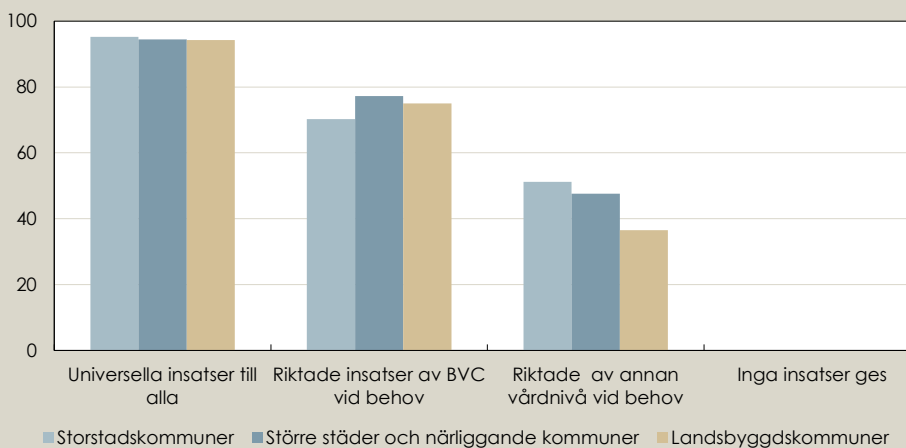
Nästan alla BVC (95 procent) anger att de ger universella insatser för rörelse och fysisk aktivitet, majoriteten (75 procent) uppger även att de ger riktade insatser av BVC vid behov och ungefär hälften (45 procent) ger riktade insatser av annan vårdnivå vid behov. Ett par BVC skriver att det talas mycket om både kostvanor och fysisk aktivitet, men att kostvanor får större utrymme.

Figur 4.2 visar att det finns vissa skillnader mellan BVC i olika kommungrupper avseende riktade insatser för rörelse och fysisk aktivitet av annan vårdnivå vid behov. En lägre andel BVC i landsbygdskommuner (37 procent) ger riktade insatser av annan vårdnivå än i övriga kommungrupper (47 respektive 51 procent).

Figur 4.2 Insatser för rörelse och fysisk aktivitet

Andel BVC i respektive kommungrupp som anger att de ger insatser enligt svarsalternativen nedan

Procent



Källa: Enkät till BVC, 2020, Socialstyrelsen

CBHV-teamen i 18 regioner uppger att BVC har tillgång till arbetsmaterial och/eller material som kan ges till vårdnadshavare om rörelse och fysisk aktivitet på svenska. 8 av regionerna har material på andra språk och 1 har material på enkel svenska. Därutöver har 6 regioner bildstöd. 2 CBHV-team uppger att material för BVC om rörelse och fysisk aktivitet helt saknas i den egna regionen.

CBHV-teamen i 10 regioner anser att det behövs nytt eller utvecklat material om rörelse och fysisk aktivitet.

Barnsäkerhet

BVC samtalar med vårdnadshavare om hur de kan främja barnets säkerhet i hemmet, trafiken och vid vatten. Syftet är att miljön runt barnet ska vara säker och utvecklande, samtidigt som risken för olycksfall och skador minskar. Alla BVC (96 procent) anger att de ger universella insatser och 6 av 10 BVC (61 procent) ger riktade insatser av BVC vid behov.

CBHV-teamen i samtliga regioner uppger att BVC har tillgång till arbetsmaterial och/eller material som kan ges till vårdnadshavare om barnsäkerhet på svenska. Dessutom uppger 18 regioner att det finns material om barnsäkerhet på andra språk. Vardera 4 regioner har material på enkel svenska och bildstöd, varav 1 region har såväl material på enkel svenska som bildstöd. 7 CBHV-team uppger att nytt eller utvecklat material om barnsäkerhet behövs.

Barnets sömn

BVC arbetar för att främja god sömn och vid behov avhjälpa sömnproblem. Rikshandboken beskriver hur BVC kan samtala med föräldrarnas förebyggande insatser och ge råd vid sömnproblem.

Drygt 9 av 10 BVC (94 procent) ger universella insatser för barnets sömn och närmare 8 av 10 BVC (77 procent) ger riktade insatser av BVC vid behov. Drygt 5 av 10 BVC (53 procent) ger riktade insatser av annan vårdnivå för barnets sömn.

CBHV-teamen i 16 regioner uppger att BVC i den egna regionen har tillgång till arbetsmaterial och/eller material som kan ges till vårdnadshavare om barnets sömn på svenska, 4 har material på andra språk och 1 har bildstöd. Ingen har material på enkel svenska. 4 uppger att material helt saknas.

CBHV-teamen i 11 regioner anser att det behövs nytt eller utvecklat material om barnets sömn.

Tandhälsa

BVC förmedlar information om betydelsen av god tandvård, informerar om hur tänderna utvecklas och goda vanor för en bättre munhälsa. BVC samarbetar med tandhälsovården. Flera BVC nämner i öppna svar att de tillsammans med tandvården ordnar föräldraträffar och informationsmöten.

- Alla BVC samtalar med vårdnadshavare om tandhälsa och kost (97 procent) samt tandborstning och munhygien (96 procent).
- Ungefär 5 av 10 BVC (54 procent) delar ut tandborste till alla barn.
- Knappt 4 av 10 BVC (37 procent) undersöker barnets tänder.
- 16 procent av BVC har gemensamma mottagningsbesök med tandvården för alla barn och 12 procent vid behov.
- 3 procent av BVC gör gemensamma hembesök med tandvården till alla barn och 7 procent vid behov.

Vid behov samtalar 6 av 10 BVC (59 procent) med vårdnadshavare om kost och tandhälsa samt drygt 5 av 10 BVC (53 procent) samtalar om tandborstning och munhygien. Drygt 2 av 10 BVC (24 procent) delar ut tandborste vid behov. En BVC skriver att vid utökade hembesöksprogram får barnen tandborste och tandkräm vid ett besök när barnet är åtta månader.

Nästan 4 av 10 BVC (37 procent) undersöker barnets tänder. Av flera kommentarer framgår dock att det inte är en fullständig undersökning. Andra BVC uppger att de hänvisar eller remitterar till tandvården för undersökning av barnets tänder vid behov.

Det förekommer att BVC gör gemensamma besök med tandvården. Några BVC skriver i en kommentar att de tidigare har kallat alla barn till besök med tandvården, en av dessa skriver även att det innebar mycket arbete för personalen samtidigt som förhållandevis få vårdnadshavare tog barnet till besöket.

Mer än hälften av BVC som gör hembesök tillsammans med tandvården finns i Gävleborg och samtliga BVC i Gävleborg anger att de vid behov genomför gemensamma hembesök med tandvården. Även i regionerna Skåne och Västerbotten uppger några BVC att de gör gemensamma hembesök med tandvården vid behov. Svaret förekommer även från enstaka BVC i övriga regioner.

Tabell 3.1 Samordning av insatser från BVC och tandvården

Andel BVC som uppger att de ger insatser enligt svarsalternativen nedan

Insats	Andel BVC som ger insatsen
Samtal om tandhälsa och kost	97
Samtal om tandborstning och munhygien	96
Samtal om tandhälsa och kost vid behov	59
Samtal om tandborstning och munhygien vid behov	53
BHV-sköterska eller läkare undersöker barnets tänder	37
BHV-sköterska eller läkare undersöker barnets tänder vid behov	37
Gemensamt mottagningsbesök med tandvården	16
Gemensamt mottagningsbesök med tandvården vid behov	12
Gemensamt hembesök med tandvården vid behov	7
Gemensamt hembesök med tandvården	3

Källa: Enkät till BVC, 2020, Socialstyrelsen

CBHV-teamen i 18 regioner uppger att BVC har tillgång till arbetsmaterial och/eller material som kan ges till vårdnadshavare om tandvård och munhälsa på svenska, 12 regionerna har material på annat språk, 4 har material på enkel svenska och 8 har bildstöd. Nästan hälften nämner att de använder Rikshandboken och material från Folktandvården. Flera har eget regionalt framtaget material. Dessutom nämns 1177, Leva med barn och Hälsoboken.

Rökning, alkoholvanor och droganvändning

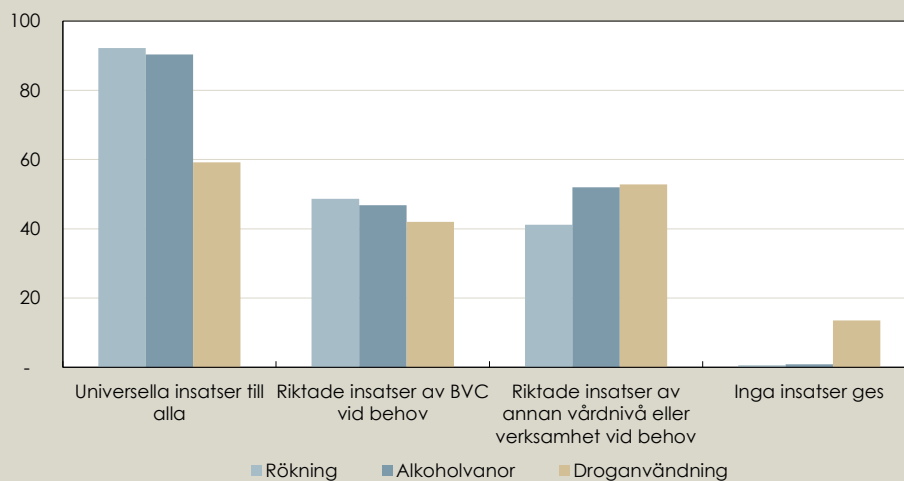
Som figur 4.3 nedan ger 9 av 10 BVC universella insatser för av vårdnadshavares rökning (92 procent) och alkoholvanor (90 procent). Samtidigt ger 6 av 10 BVC (59 procent) universella insatser för vårdnadshavares droganvändning och drygt 1 av 10 BVC (14 procent) uppger att inga insatser ges om vårdnadshavares droganvändning. Varannan BVC ger riktade insatser av annan vårdnivå vid behov för vårdnadshavares droganvändning (53 procent) och alkoholvanor (52 procent).

En BVC kommenterar att det kan vara svårt att upptäcka att droganvändning och problematisk alkoholanvändning hos vårdnadshavare. Av kommentarer från ett par andra BVC framgår att frågor om droganvändning endast ställs vid första kontakten. Ytterligare en annan BVC uppger att de bara ställer frågor om läkemedelsanvändning.

Figur 4.3 Insatser för vårdnadshavares rökning, alkoholvanor och droganvändning

Andel BVC som anger att de ger insatser enligt svarsalternativen nedan

Procent



Källa: Enkät till BVC, 2020, Socialstyrelsen

CBHV-teamen i 19 regioner uppger att BVC har tillgång till arbetsmaterial och/eller material som kan ges till vårdnadshavare om rökning och alkoholvanor på svenska. Dessutom har 12 regioner material om rökning och 9 regioner har material om vårdnadshavares alkoholvanor på andra språk. Material på enkel svenska och bildstöd saknas i de flesta regionerna. Av en kommentar framgår att befintligt material om vårdnadshavares alkoholvanor är gammalt och behöver utvecklas.

8 regioner har material om vårdnadshavares droganvändning på svenska och 4 har material på andra språk. Ingen region har material på enkel svenska eller bildstöd. 13 CBHV-team uppger att material saknas på området. Dessutom uppger 16 CBHV-team att de behöver nytt eller utvecklat material om vårdnadshavares droganvändning.

Våld i nära relationer och jämställt föräldraskap

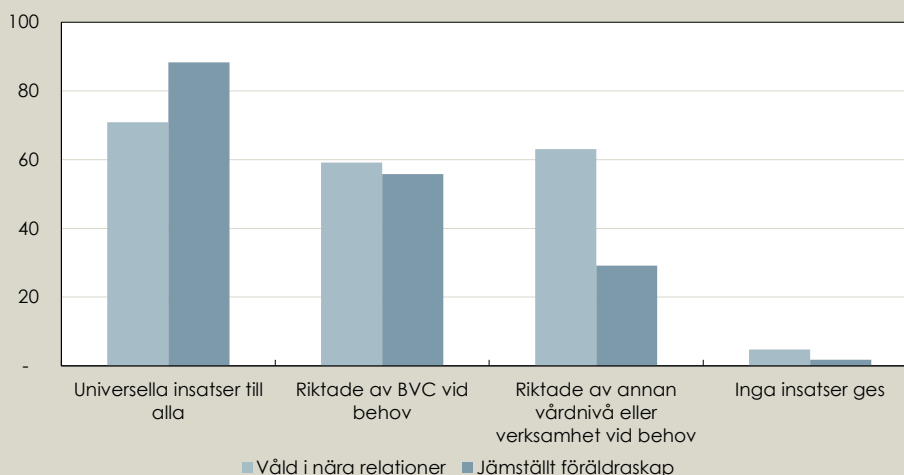
Figur 4.4 nedan visar att nästan 9 av 10 BVC (88 procent) ger universella insatser för jämställt föräldraskap och 7 av 10 BVC (71 procent) ger universella insatser för våld i nära relationer. Ungefär hälften av BVC ger riktade insatser på BVC vid behov inom respektive område. Samtidigt uppger 5 respektive 2 procent av BVC att inga insatser ges för våld i nära relationer och jämställt föräldraskap.

Vid behov ger drygt 6 av 10 BVC (63 procent) riktade insatser av annan verksamhet för våld i nära relationer och 3 av 10 BVC (29 procent) riktade insatser av annan vårdnivå eller verksamhet för jämställt föräldraskap.

I öppna svar från BVC skriver några att de informerar om våld i nära relationer och jämställt föräldraskap i föräldragrupper och tematräffar. Ett fåtal BVC skriver att det finns utrymme för förbättring inom våld i nära relationer och jämställt föräldraskap då det sällan talas om dessa områden.

Figur 4.4 Insatser för våld i nära relationer och jämställt föräldraskap

Andel BVC som anger att de ger insatser enligt svarsalternativen nedan
Procent



Källa: Enkät till BVC, 2020, Socialstyrelsen

I CBHV-teamen i 17 respektive 13 regioner uppger att BVC har tillgång till material om jämställt föräldraskap och våld i nära relationer på svenska. I 7 regioner finns material om våld i nära relationer på andra språk och 2 har material om jämställt föräldraskap på andra språk. Material på enkel svenska saknas helt. 1 region har bildstöd för jämställt föräldraskap.

Många CBHV-team uppger att det behövs nytt eller utvecklat material inom båda dessa områden och allra störst är behovet av nytt eller utvecklat material om våld i nära relationer.

Lyhört föräldraskap

Lyhört föräldraskap avser här hälsofrämjande insatser för samspel och relationer samt att främja barnets utveckling, kompetens och delaktighet. Nedan beskrivs insatser i BVC-programmet för anknytning och samspel, barnets rättigheter, tilltro till den egna föräldraförmågan, föräldraskapsstöd i grupp och vårdnadshavares psykiska hälsobehov.

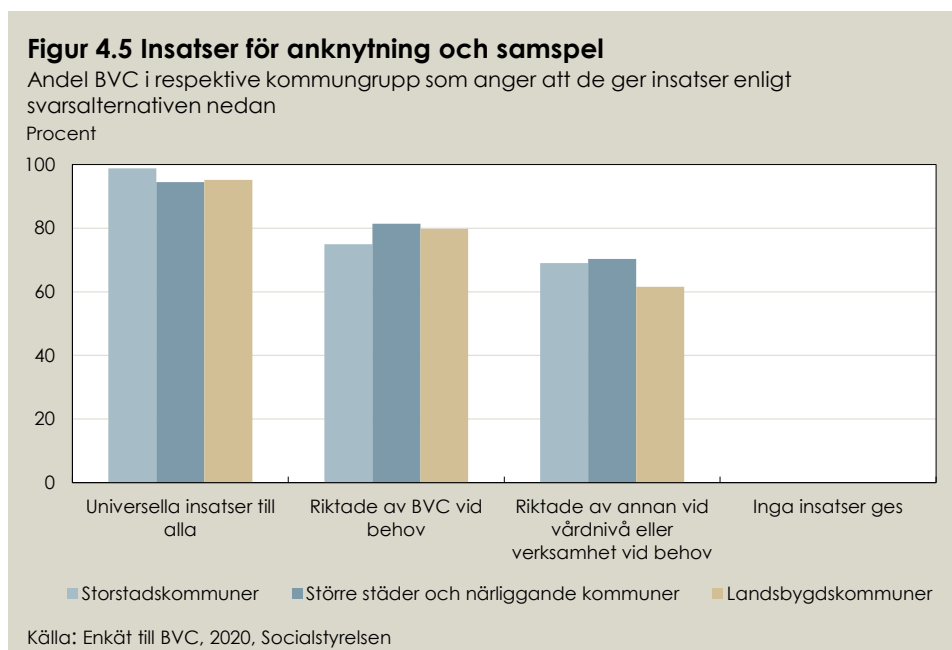
Universella hälsofrämjande insatser för ett lyhört föräldraskap

- Alla BVC (96 procent) ger insatser för att främja anknytning och samspel.
- 9 av 10 BVC (92 procent) ger främjande insatser för vårdnadshavares psykiska hälsa.
- 9 av 10 BVC (90 procent) ger insatser för barnets rättigheter
- Drygt 8 av 10 BVC (83 procent) erbjuder föräldraskapsstöd i grupp.
- BVC arbetar kontinuerligt med samtal som metod för att stödja och stärka vårdnadshavares tilltro till den egna föräldraförmågan.

Anknytning och samspel

BVC främjar en trygg anknytning och gott samspel mellan barn och vårdnadshavare genom att uppmuntra och stödja ett inkännande föräldraskap. Alla BVC ger universella insatser, vid behov ger 8 av 10 BVC (79 procent) riktade insatser av BVC och nästan 7 av 10 BVC (67 procent) ger riktade insatser av annan vårdnivå eller verksamhet.

Figur 4.5 nedan visar att riktade insatser av annan vårdnivå eller verksamhet för anknytning och samspel ges av en något större andel BVC i storstads-kommuner (69 procent) samt i större städer och närliggande kommuner (70 procent) än av BVC i landsbygdskommuner (62 procent).



Barnets rättigheter

9 av 10 BVC (90 procent) ger universella insatser och nästan 6 av 10 BVC (56 procent) ger även riktade insatser av BVC för barnets rättigheter vid behov. Samtidigt förekommer svaret att inga insatser för barnets rättigheter ges. Ett par BVC uppger att de informerar om barns rättigheter i föräldragrupper och på tematräffar.

CBHV-teamen i 19 regioner uppger att BVC tillgång till arbetsmaterial och eller material som kan användas i mötet med vårdnadshavare om barnets rättigheter på svenska, 9 regioner har material på andra språk och 4 regioner har bildstöd om barnets rättigheter.

CBHV-teamen i 12 regioner uppger att det behövs nytt eller utvecklat material om barnets rättigheter.

Tilltro till den egna föräldraförmågan (Empowerment)

En viktig del av det hälsofrämjande arbetet på BVC är att öka vårdnadshavarens tilltro till den egna föräldraförmågan [7, 20]. Empowerment innebär att man själv som förälder, och på sikt även barnet, upplever sig ha egen makt över sitt liv, kan formulera sina mål och göra informerade val [7]. En stärkt tilltro till den egna föräldraförmågan ska bidra till vårdnadshavarnas aktiva

roll i barnet hälsa och vård [21]. Nedan återges svar från BVC på en öppen fråga om hur BVC arbetar.

Ett kontinuerligt arbete

Flera BVC understryker att arbetet med att stärka vårdnadshavares tilltro till den egna föräldraförmågan är kontinuerligt. Det sker under varje besök och i varje samtal med vårdnadshavare.

Många BVC uppger att de använder samtal för att stödja och stärka vårdnadshavare i föräldrarollen, både enskilt och i grupp. Flera BVC skriver att de arbetar med motiverande samtal (MI). I samtal med vårdnadshavare ställs öppna frågor om exempelvis hur vårdnadshavare ser på och tänker kring sitt föräldraskap. BVC uppmuntrar vårdnadshavares egna reflektioner. Några BVC beskriver att de lämnar utrymme för vårdnadshavares egna frågor och funderingar samt ger råd och information utifrån dem.

Positiv förstärkning

Nästan hälften av BVC uppger att de ger positiv förstärkning, som exempelvis att ge vårdnadshavare beröm och bekräfta det som fungerar. Syftet är att belysa och fokusera på det som vårdnadshavare redan gör och som fungerar baserat på deras egna berättelser och personalens observationer. Ibland stöttar BVC vårdnadshavare i att hitta egna lösningar, men finns tillgängliga för råd och stöd vid behov. Ett fåtal BVC lyfter att de i mötet med vårdnadshavare betonar att det är vårdnadshavarna som är experter och de som känner barnet bäst.

Riktade insatser

Flera BVC skriver att de vid behov erbjuder riktade insatser, som fler besök på BVC och hembesök, för stödjande samtal om föräldraförmåga. Några BVC skriver även att de vid behov ger insatser av annan vårdnivå eller verksamhet som exempelvis förebyggande socialtjänst och psykolog för BHV.

Föräldraskapsstöd i grupp

Drygt 8 av 10 BVC (83 procent) erbjuder föräldraskapsstöd i grupp. Något fler BVC i storstadskommuner (93 procent) ger föräldraskapsstöd i grupp, än bland BVC i övriga kommungrupper (78 respektive 84 procent).

Flera BVC nämner att de använder strukturerade stöd, som exempelvis vägledande samspel (ICDP), Trygghetscirkeln och Alla Barn i Centrum (ABC). En BVC arbetar med Föräldraskap i Sverige. Andra BVC skriver att möten i föräldragrupper hålls av olika personalgrupper och kompetenser för att stödja och främja olika delar av föräldraskapet.

Tabell 3.2 visar att samtliga BVC (av dem som ger föräldraskapsstöd i grupp) erbjuder förstföderskor att delta. 9 av 10 BVC erbjuder även icke-födande förälder och omfödelskor som får sitt första barn i Sverige att delta i föräldraskapsstöd i grupp. Av tabellen framgår även att mindre än 1 av 10 BVC erbjuder föräldraskapsstöd i enskilda grupper. Av öppna svar framgår att flera BVC har för få vårdnadshavare för att erbjuda särskilda grupper. En BVC skriver att BVC istället förmedlar kontakt mellan vårdnadshavare i samma situation. Några BVC skriver att de ibland kan erbjuda föräldraskapsstöd till olika grupper av vårdnadshavare eller att de hänvisar vidare till andra BVC för enskilda grupper.

Tabell 3.2 Föräldraskapsstöd i grupp

Andel, av BVC som ger föräldraskapsstöd i grupp, som ger stöd till grupper av vårdnadshavare enligt svarsalternativen nedan

Grupp av vårdnadshavare	Andel BVC som ger föräldraskapsstöd i grupp
Förstfödorskor	100
Ikke-födande förälder (första barnet)	94
Omfödorskor som får sitt första barn i Sverige	88
Ikke-födande förälder som får sitt första barn i Sverige	84
Omfödorskor	82
Ikke-födande förälder (med äldre barn)	78
Tvillingföräldrar	12
Unga föräldrar	10
Adoptivföräldrar	6
Vårdnadshavare till barn med funktionsvariation	5
Samkönade vårdnadshavare	5
Vårdnadshavare till placerade barn	4

Källa: Enkät till BVC, 2020, Socialstyrelsen

Ett par BVC uppger att de erbjuder föräldraskapsstöd i enskilda grupper efter kriterier som exempelvis förstfödorskor och omfödorskor. En BVC nämner att de tidigare erbjudit grupper för vårdnadshavare som inte talar svenska.

I enkäten till CBHV-teamen efterfrågas antal barn vars föräldrar deltog i föräldraskapsstöd i grupp under 2019. Flera CBHV-team skriver att statistiken är osäker eller inte kan tas fram.

10 regioner besvarar frågan. I medianregionen deltog vårdnadshavare till 3 av 10 barn i föräldraskapsstöd i grupp under barnets första levnadsår (32 procent). Andelen varierar från ca 50 procent i några regioner till drygt 10 procent i andra regioner.

Vårdnadshavares psykiska hälsobehov

Vårdnadshavarna utgör barnets viktigaste miljö. Deras engagemang påverkar barnets hälsa och utveckling på både kort och lång sikt. Tidig upptäckt och behandling av psykisk ohälsa hos vårdnadshavare är angeläget då bristande psykiskt mående riskerar att påverka barnet.

Mamman som fött barnet erbjuds ett enskilt samtal på BVC när barnet är sex till åtta veckor, då screenas för postnatal nedstämdhet med instrumentet EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) [1]. I Socialstyrelsens kartläggning av vård efter förlossning [22] konstateras att mellan 60 och 90 procent av nyblivna mammor erbjuds EPDS i flertalet regioner samt att merparten inte har som rutin att erbjuda ikke-födande förälder screening med EPDS.

Ikke-födande förälder erbjuds ett enskilt samtal på BVC när barnet är tre till fem månader gammalt [1]. I enkäten till CBHV-teamen efterfrågas antal individuella samtal med ikke-födande föräldrar. CBHV-teamen i 3 regioner skriver att BHV-programmet inte omfattar ett enskilt samtal med ikke-födande förälder. För andra regioner är det av olika anledningar komplicerat att ta fram uppgiften. En region förklarar att alla förstagångsföräldrar, både födande och ikke-födande, erbjuds ett individuellt hälsosamtal då barnet är ungefär tolv månader.

7 regioner uppger antalet enskilda samtal med icke-födande förälder som genomfördes under 2019. I medianregionen fick 3 av 10 av icke-födande föräldrar (27 procent) ett enskilt samtal på BVC. Andelen varierar från drygt 10 procent, i en region där samtalet är nyligen infört, till 44 procent. Dock skriver den sistnämnda att samtalen införts successivt under 2019 och att felregistreringar förekommer då ett nytt journalsystem har införts parallellt.

Insatser för vårdnadshavarens psykiska hälsa

Drygt 9 av 10 BVC (92 procent) ger universella insatser för vårdnadshavarens psykiska hälsa. Dessutom ger 8 av 10 BVC (79 procent) riktade insatser av BVC vid behov och nästan 7 av 10 BVC (67 procent) riktade insatser av annan vårdnivå vid behov.

Det finns en viss variation mellan BVC i olika kommungrupper. I landsbygdkommuner ger 6 av 10 BVC (59 procent) riktade insatser av annan vårdnivå för vårdnadshavarens psykiska hälsa. Motsvarande andel i övriga kommungrupper är 7 av 10 BVC (71 respektive 69 procent).

CBHV-teamen i 16 av regionerna uppger att BVC har material om vårdnadshavarens psykiska hälsa på svenska och 10 har dessutom material på andra språk. 1 har material på enkel svenska och 2 har bildstöd. Hela 15 CBHV-team uppger att de behöver nytt eller utvecklat material om vårdnadshavarens psykiska hälsa.

Hembesök som metod

Hembesök kan ha flera syften. Med god förståelse för familjens situation kan råd och stöd utformas utifrån familjens och det enskilda barnets behov. Hembesök ger även möjligheter att upptäcka barn som riskerar att fara illa. Hembesök görs dels inom det universella BHV-programmet till alla barn och deras vårdnadshavare dels vid behov som en del av ett riktat stöd under en kortare eller längre period. Enligt det nationella BHV-programmet görs hembesök till alla när barnet är nyfött och när barnet är åtta månader, vid behov ges utökade hembesöksprogram [1].

- 76 procent av barnen fick ett första hembesök.
- 47 procent av barnen fick ett hembesök vid 8 månader.
- 13 regioner har utökade hembesöksprogram i olika former.

Det första hembesöket

Det första hembesöket till nyfödda finns i BHV-programmet i samtliga regioner och samtliga uppger att det första hembesöket erbjuds alla barn, det vill säga även till barn som har äldre syskon.

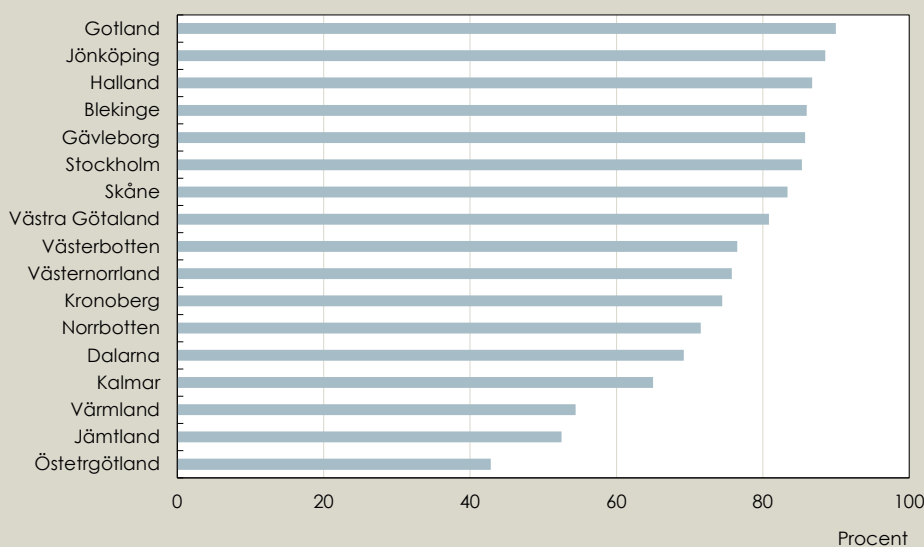
CBHV-teamen i 17 regioner har lämnat uppgifter om antal hembesök till nyfödda. De flesta redovisar för 2019 och några för 2018 eftersom statistik för år 2019 inte var sammanställd vid tidpunkten för enkäten. Ett par av dem som inte lämnat uppgifter förklarar att man har svårigheter med att få fram uppgifterna ur datasystemet.

I medianregionen fick 76 procent av barnen ett första hembesök. Som figur 4.6 nedan visar är spridningen i andel nyfödda som får ett första hembesök från nära 90 procent på Gotland, i Jönköping och Halland till omkring

hälften i de regioner som har lägst andel hembesök till nyfödda. Av kommentarer framgår att andelen barn som får ett första hembesök varierar mellan BVC inom flera regioner. Ett CBHV-team skriver att närmare 75 procent av förstabarnsfamiljerna och närmare hälften av flerbarnsfamiljerna får ett första hembesök.

Figur 4.6 Regional jämförelse av hembesök till nyfödda

Andel nyfödda per region som fick ett första hembesök under 2019



* Uppgift saknas för Sörmland, Uppsala, Västmanland och Örebro

Källa: Enkät CBHV-teamen, 2020, Socialstyrelsen

Hembesök vid åtta månader

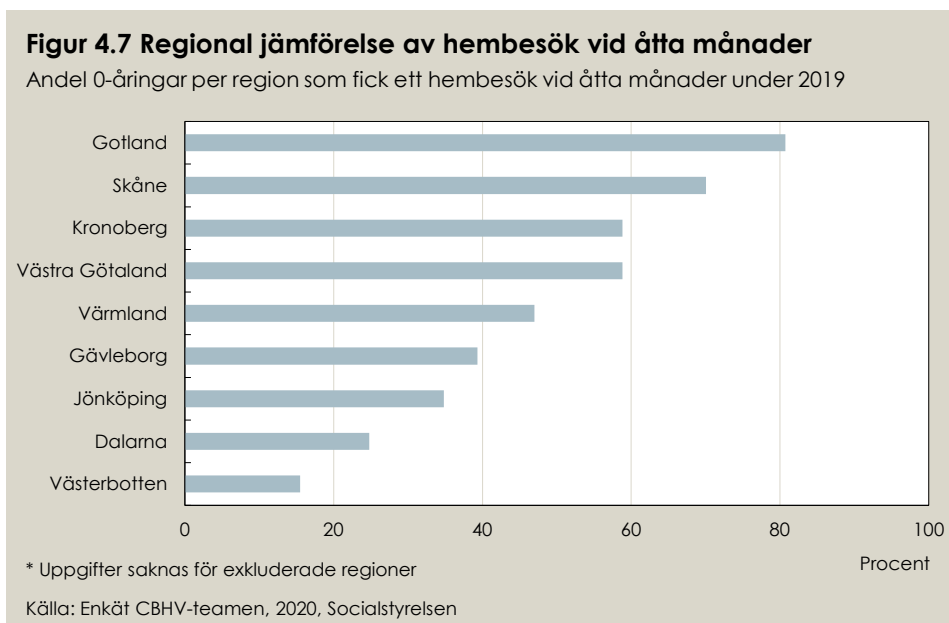
Hembesöket vid åtta månader finns i BHV-programmet i 19 av 21 regioner. I 17 av dessa regioner uppger CBHV-teamen att även barn till omfödreskor erbjuds ett hembesök vid åtta månader. En region lämnar förbehållet att endast enstaka BVC erbjuder barn till omfödreskor hembesöket. En annan skriver att några BVC i regionen inte kan erbjuda hembesök vid åtta månader på grund av personalbrist. I öppna svar från enkäten till BVC anger ett fåtal att de inte har möjlighet att erbjuda hembesök vid 8 månader. CBHV-teamet i en region skriver att olika BVC i regionen gör lite olika, men att CBHV-teamet betonar vikten av att hembesöket erbjuds till alla inflyttande barn och de som av andra anledningar inte fått ett första hembesök.

9 av CBHV-teamen har lämnat uppgifter om antal hembesök vid åtta månader. De flesta redovisar för 2019 och några för 2018.

I medianregionen fick 47 procent av barnen ett hembesök vid 8 månader. Som figur 4.7 nedan visar är spridningen stor mellan regionerna avseende andel barn som får ett hembesök vid åtta månader. I kommentarer från CBHV-teamen framgår alltså att det även finns en spridning mellan olika BVC inom flera regioner.

På Gotland får 80 procent av barnen ett hembesök vid åtta månader. I Skåne är motsvarande andel ca 70 procent samt närmare 60 procent i Krono-

berg och Västra Götaland. I de regioner som anger den lägsta andelen hembesök vid åtta månader får cirka 20 procent av barnen ett hembesök vid åtta månader.



BVC reflektioner om hembesök

I enkäten till BVC ställs endast frågor om utökade hembesöksprogram. Drygt en fjärdedel av BVC har lämnat öppna svar. I de öppna svaren uttrycks även uppfattningar om hembesök mer allmänt och flera svar antyder att skillnaden mellan universella hembesök och hembesöksprogram inte är tydlig för alla.

BVC erbjuder extra besök vid behov

I de öppna svaren skriver flera BVC att de erbjuder, eller kan erbjuda, riktade hembesök alternativt utökade hembesöksprogram vid behov. Andra BVC uppger att de inte har funnits ett behov av utökade hembesöksprogram eller riktade hembesök under 2019.

Besök tillsammans med socialtjänsten

Några BVC uppger att hembesök görs tillsammans med förebyggande socialtjänst vid behov. Andra BVC anger att de har möjlighet att genomföra hembesök i samverkan med socialtjänsten, men att det inte har funnits behov.

Ett fåtal BVC uppger att det inte gör gemensamma hembesök med socialtjänsten. Två av dem antyder att BVC försöker, men att socialtjänsten inte visar intresse eller saknar resurser för hembesök.

Resurskrävande

Några BVC betonar i de öppna svaren att hembesöken blir lidande vid personalbrist. En BVC beskriver att hembesök är tidskrävande och att personalen måste resa långa avstånd för att besöka alla barn i hemmet. En annan BVC beskriver att ambitionen är socialtjänsten ska vara med på hembesök, men socialtjänsten har inte resurser för att medverka.

Utökade hembesöksprogram

Utökade hembesöksprogram innehåller upprepade hembesök under en längre tid. Det är en strategi för att nå och ge särskilt stöd till familjer när BVC:s övriga erbjudanden inte räcker till eller när familjer befinner sig i en socialt utsatt livssituation [1, 23].

Två BVC skriver att de inte ger utökade hembesöksprogram eftersom de saknar resurser. En av dem finns i ett socioekonomiskt utsatt område och förklarar att BVC har personalbrist på grund av svårigheter att rekrytera till vakanta tjänster.

Flera regioner har inte utökade hembesöksprogram. CBHV-teamen i 4 regioner uppger att regionen inte har något utökat hembesöksprogram. En region uppger att de inte har något formaliserat hembesöksprogram, men att BVC kan göra riktade hembesök vid behov.

En annan anger att de har utformat ett utökat hembesöksprogram, men att genomförandet ännu inte påbörjats. Ytterligare en region skriver att utformning av ett utökat hembesöksprogram pågår. Slutligen planerade en region att erbjuda utökat hembesöksprogram på en BVC med högre socioekonomisk belastning, men på grund av långa avstånd har det visat sig praktiskt svårt att genomföra hembesöken.

Utformningen av utökade hembesöksprogram varierar. 13 regioner har utökade hembesöksprogram. Programmens utformning och innehåll varierar, som exempelvis antalet hembesök och i vilken utsträckning förebyggande socialtjänst eller andra kompetenser är involverade.

Flera regioner uppger att programmet innehåller fem eller sex hembesök och att de flesta besök görs tillsammans med förebyggande socialtjänst. Två regioner uppger att programmet förutom hembesök från BVC tillsammans med socialtjänsten, även innehåller hembesök med barnmorska. Den ena regionen genomför de två första hembesöken tillsammans med barnmorska, det allra första besöket sker då under graviditeten. Den andra regionen genomför det första hembesöket tillsammans med barnmorska och har även ett besök tillsammans med tandvården. Även andra regioner har gemensamma hembesök med tandvården i det utökade hembesöksprogrammet.

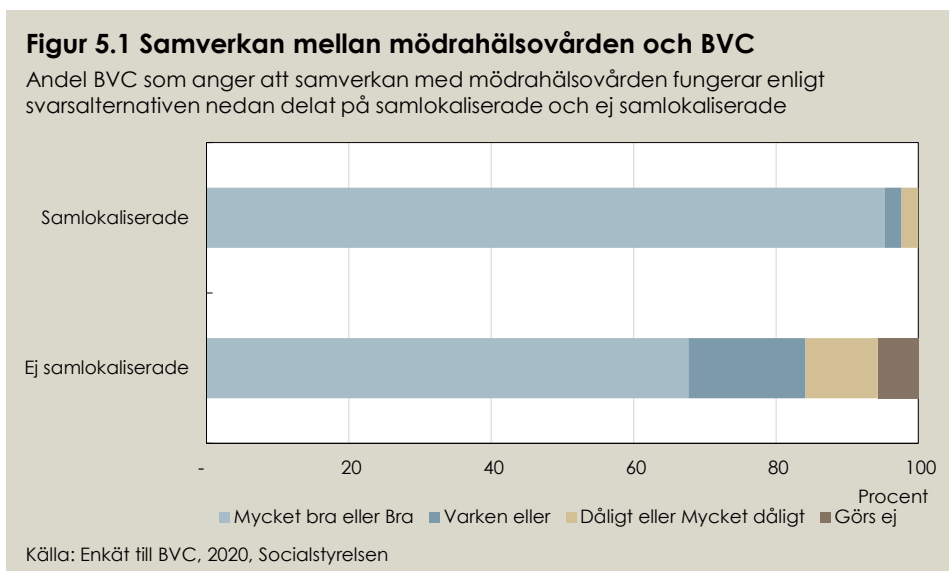
Samverkan

I följande kapitel redovisas hur BVC uppfattar att samverkan med andra vårdnivåer och verksamheter fungerar. Med samverkan avses här såväl samverkan som tvärprofessionell konsultation.

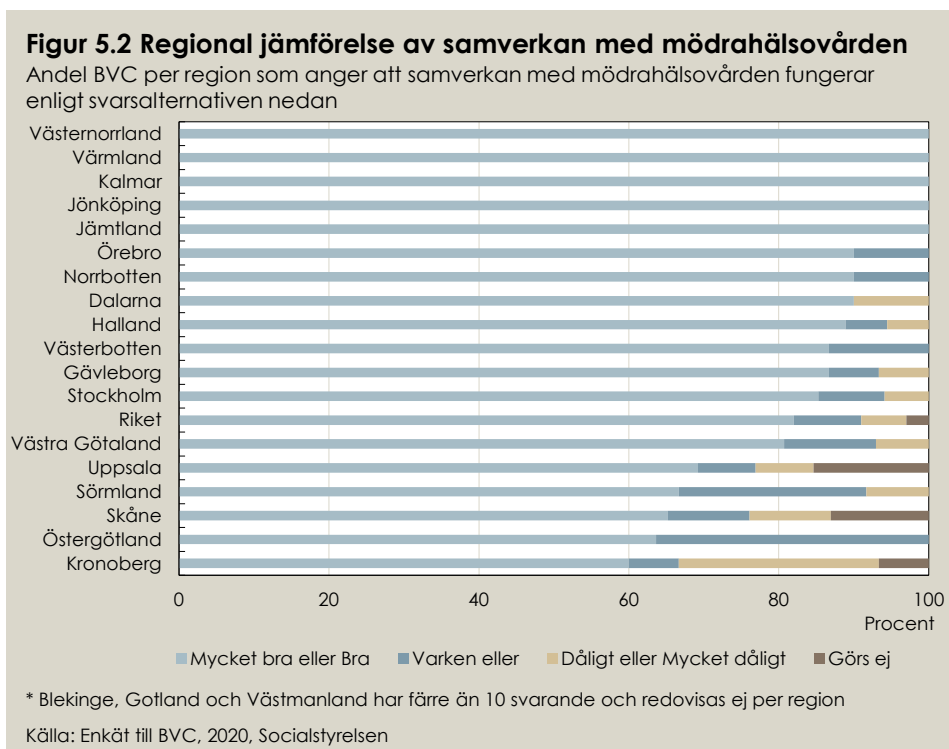
Samverkan med mödrahälsovården

- 8 av 10 BVC (82 procent) anser att samverkan med mödrahälsovården fungerar Mycket bra eller Bra.
- Alla BVC (95 procent) som är samlokaliserade med mödrahälsovården anser att samverkan fungerar Mycket bra eller Bra.

Av figur 5.1 nedan framgår att 7 av 10 BVC (68 procent) som inte är samlokaliserade med mödrahälsovården anser att samverkan fungerar Mycket bra eller Bra, medan nästan 2 av 10 BVC som inte är samlokaliserade med mödrahälsovården uppger att samverkan fungerar Dåligt eller Mycket dåligt alternativt Görs ej.



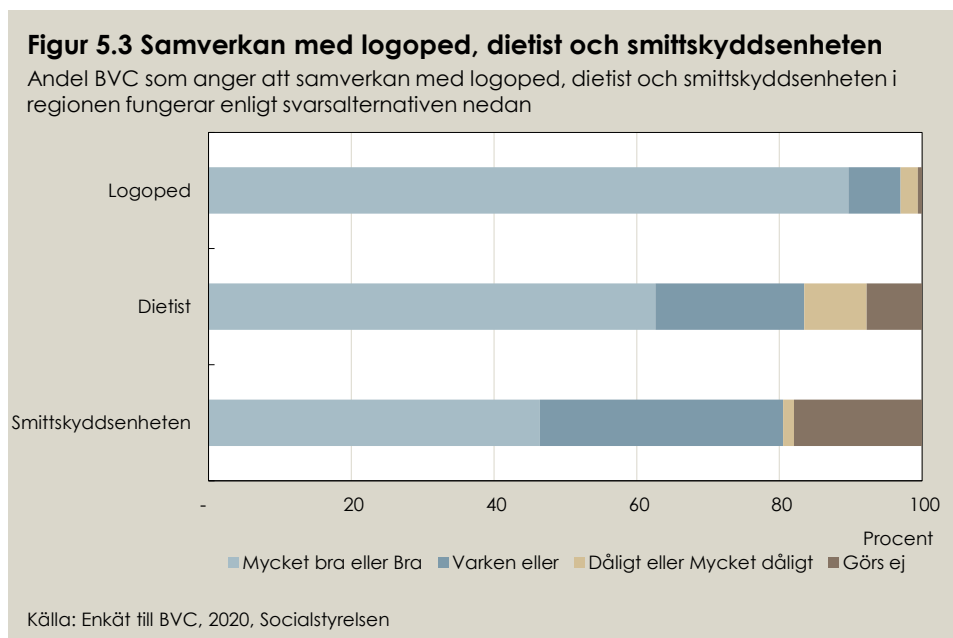
Uppfattningarna om samverkan med mödrahälsovården varierar i viss mån mellan regionerna (figur 5.2). I 8 av 21 regioner upplever samtliga BVC att samverkan med mödravårdscentralen fungerar Mycket bra eller Bra. Samtidigt som drygt 6 av 10 BVC att samverkan med mödravårdscentralen fungerar Mycket bra eller Bra i flera andra regioner.



Samverkan med logoped, dietist och smittskydd

- 9 av 10 BVC (90 procent) anser att samverkan med logoped fungerar Mycket bra eller Bra.
- 6 av 10 BVC (63 procent) anser att samverkan med dietist fungerar Mycket bra eller Bra.
- Nästan 5 av 10 BVC (46 procent) anser att samverkan med smittskydds-enheten fungerar Mycket bra eller Bra.

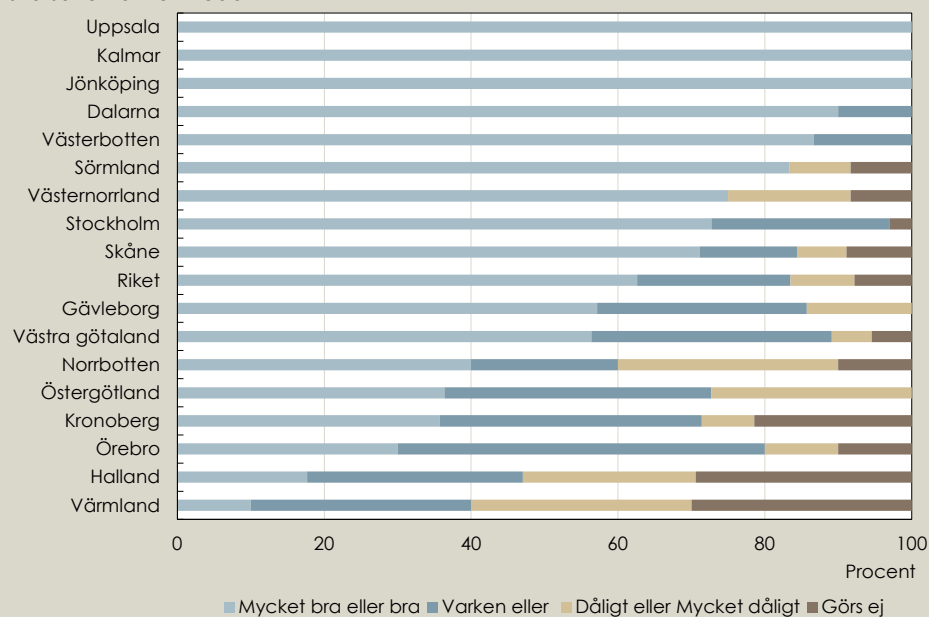
Som framgår av figur 5.3 nedan anger närmare 2 av 10 BVC (17 procent) att samverkan med dietist fungerar Dålig eller Mycket dåligt alternativt Görs ej. Motsvarande andel för samverkan med logoped är 3 procent. Några BVC skriver i kommentarer att det är långa väntetider till både logoped och dietist.



Som figur 5.4 nedan visar är spridning mellan regionerna stor i uppfattningar om samverkan med dietist. I regionerna Uppsala, Kalmar och Jönköping uppger samtliga BVC att samverkan med dietist fungerar Mycket bra eller Bra. I andra regioner är motsvarande 1 till 2 av 10 BVC.

Figur 5.4 Regional jämförelse av samverkan med dietist

Andel BVC per region som anger att samverkan med dietist fungerar enligt svarsalternativen nedan



* Blekinge, Gotland, Jämtland, Västmanland har färre än 10 svar och redovisas ej per region

Källa: Enkät till BVC, 2020, Socialstyrelsen

Smittskydd

Notera att det är ett bortfall på cirka 20 procent på frågan om samverkan med regionens smittskyddsenhet, vilket kan vara en signal om att inget samarbete förekommer. Dessutom anger 2 av 10 BVC (19 procent) att samverkan med smittskyddsenheten i regionen fungerar Dåligt eller Mycket dåligt alternativt att det inte görs. 3 av 10 BVC i storstadskommuner (34 procent) anger att samverkan med smittskyddsenheten är Mycket bra eller Bra, motsvarande andel är 5 av 10 i större städer och närliggande kommuner (47 procent) samt landsbygdskommuner (55 procent).⁶

Samverkan med tandvården

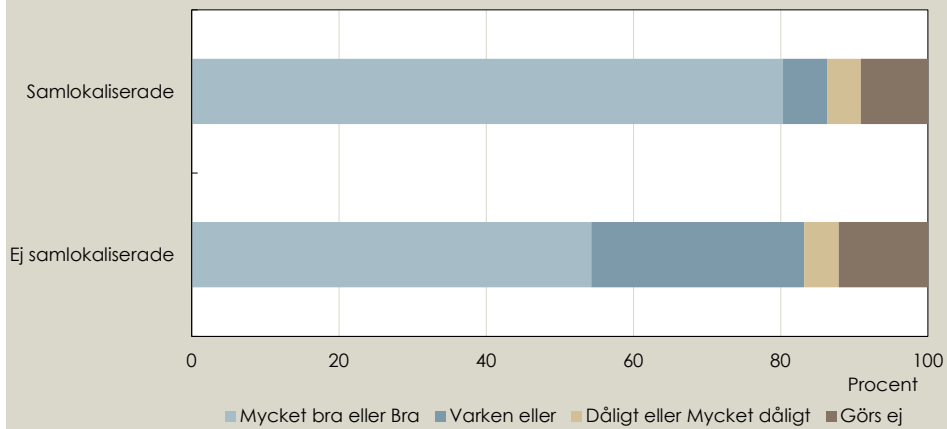
- 6 av 10 BVC (60 procent) anser att samverkan med tandvården fungerar Mycket bra eller Bra.
- 8 av 10 BVC som är samlokaliserade med tandvården (80 procent) uppger att samverkan fungerar Mycket bra eller Bra.

5 av 10 BVC som inte är samlokaliserade med tandvården (52 procent) uppfattar att samverkan fungerar Mycket bra eller Bra.

⁶ I varje region finns en smittskyddsläkare med ansvar för smittskyddsåtgärder (smittskyddslagen 2004:168). Smittskyddsläkaren med personal brukar benämnas som regionens smittskyddsenhet.

Figur 5.5 Samverkan med tandvården

Andel BVC som anger att samverkan med tandvården fungerar enligt svarsalternativen nedan, uppdelat på samlokaliserade och ej samlokaliserade

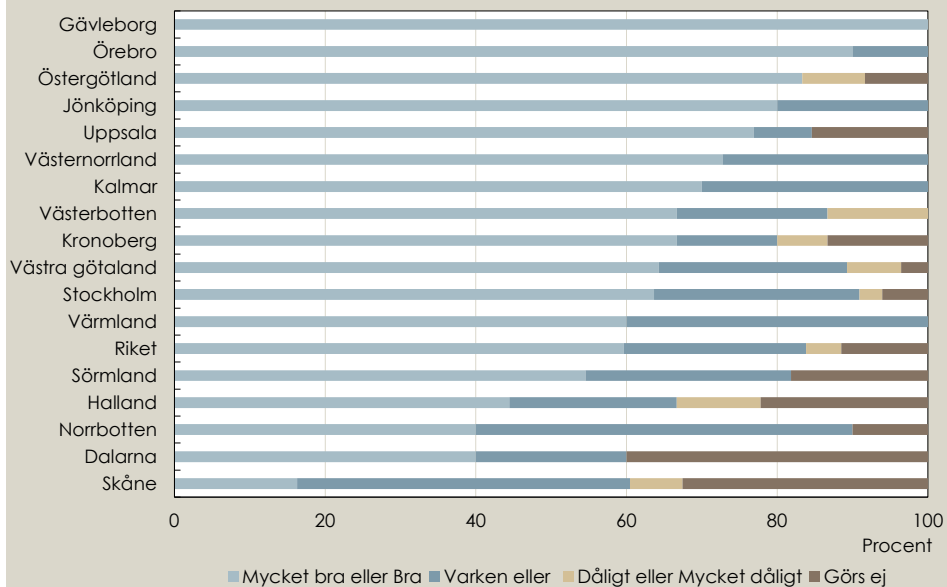


Källa: Enkät till BVC, 2020, Socialstyrelsen

Det finns en spridning mellan BVC i olika regioner i uppfattningar om hur samverkan med tandvården fungerar. Alla BVC i Gävleborg uppger att samverkan med tandvården fungerar Mycket bra eller Bra. I andra regioner uppger 2 till 4 av 10 BVC att samverkan med tandvården fungerar Mycket bra eller Bra.

Figur 5.6 Regional jämförelse av samverkan med tandvården

Andel BVC som anger att samverkan med tandvården fungerar enligt svarsalternativen nedan



* Blekinge, Gotland, Jämtland och Västmanland har färre än 10 svar och redovisas ej per region

Källa: Enkät till BVC, 2020, Socialstyrelsen

Samverkan med BHV-psykolog, BUP och vuxenpsykiatri

- Drygt 8 av 10 BVC (84 procent) uppger att samverkan med BHV-psykolog fungerar Mycket bra eller Bra.
- Drygt 2 av 10 BVC (24 procent) uppger att samverkan med barn- och ungdomspsykiatri (BUP) fungerar Mycket bra eller Bra.
- 2 av 10 BVC (21 procent) uppger att samverkan med vuxenpsykiatri fungerar Mycket bra eller Bra.

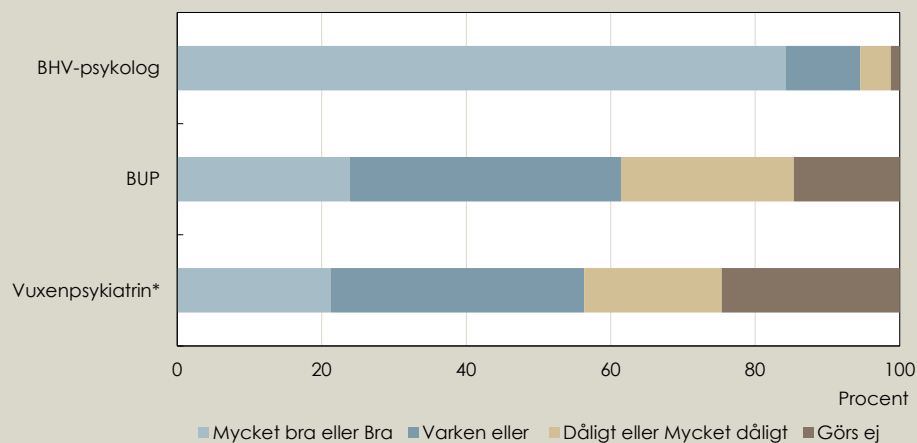
Av figur 5.7 nedan framgår bland annat att 4 av 10 BVC uppger att samverkan fungerar Dåligt eller Mycket dåligt alternativt Görs ej med BUP (39 procent) och med vuxenpsykiatri (44 procent). Notera att bortfallet på frågan om samverkan med vuxenpsykiatri är förhållandevis stort vilket kan vara en signal om att ingen samverkan förekommer.

Ett antal BVC skriver i öppna svar att det är långa väntetider till både BHV-psykolog och BUP. Några BVC uppger att BUP inte tar emot barn under 6 år och det därför inte är aktuellt med samverkan. En BVC skriver att de istället samverkar med habiliteringen.

Ett par BVC nämner också att de skulle vilja ha BHV-psykolog på plats på BVC-mottagning i större utsträckning, eftersom det är svårt för vissa familjer att ta sig till BHV-psykolog.

Figur 5.7 Samverkan med BHV-psykolog, BUP och vuxenpsykiatri

Andel BVC som anger att samverkan med BHV-psykolog, barn- och ungdomspsykiatri (BUP) samt vuxenpsykiatri fungerar enligt svarsalternativen nedan



* 20 procent svarar Vet ej och har exkluderats

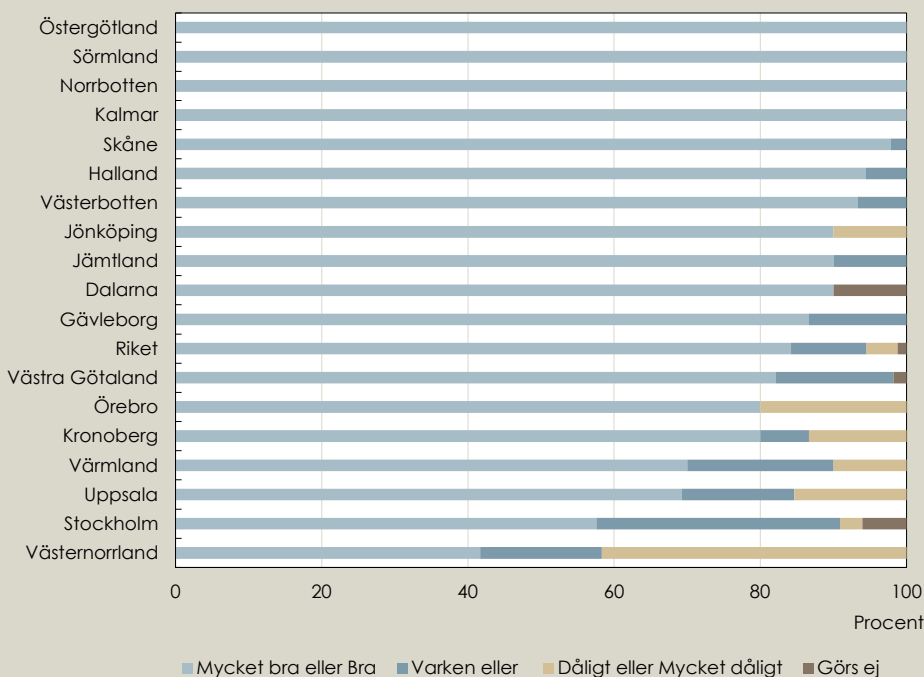
Källa: Enkät till BVC, 2020, Socialstyrelsen

Som figur 5.8 nedan visar finns en spridning i uppfattning om samverkan med BHV-psykolog mellan regionerna. I 17 av 21 regioner uppger 8 av 10 BVC eller fler (80 procent eller mer) att samverkan med BHV-psykolog fungerar Mycket bra eller Bra. I Östergötland, Sörmland, Norrbotten och Kalmar uppger samtliga BVC att samverkan med BHV-psykolog fungerar Mycket

bra eller Bra. Motsvarande andel i andra regioner är som lägst 4 till 6 av 10 BVC.

Figur 5.8 Regional jämförelse av samverkan med BHV-psykolog

Andel BVC som anger att samverkan med BHV-psykolog fungerar enligt svarsalternativen nedan



* Blekinge, Gotland och Västmanland har färre än 10 svar och redovisas ej per region

Källa: Enkät till BVC, 2020, Socialstyrelsen

Samverkan med socialtjänsten

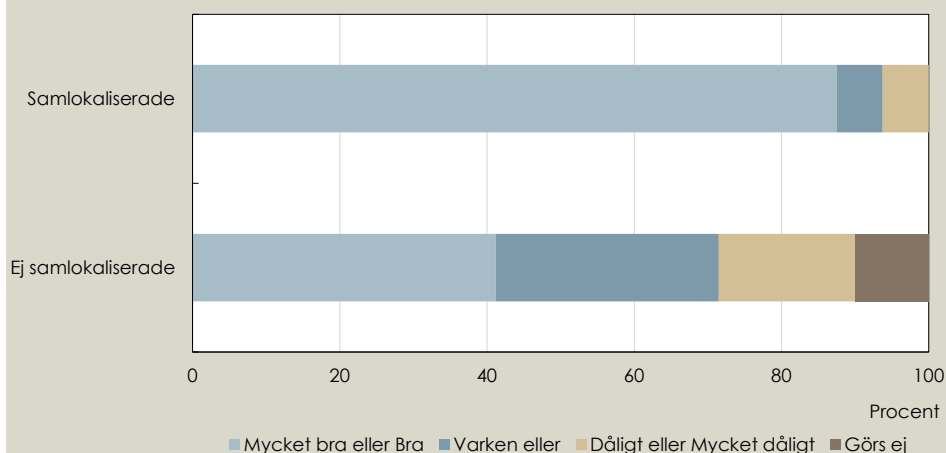
- Mer än 5 av 10 BVC (55 procent) anser att samverkan med förebyggande socialtjänst fungerar Mycket bra eller Bra.
- Bland BVC som är samlokaliserade med förebyggande socialtjänst anser nästan 9 av 10 (87 procent) att samverkan fungerar Mycket bra eller Bra.
- Nästan 4 av 10 BVC (36 procent) anser att samverkan med myndighetsutövande socialtjänst fungerar Mycket bra eller Bra.

4 av 10 BVC (41 procent) som inte är samlokaliserade med förebyggande socialtjänst uppger att samverkan fungerar Mycket bra eller Bra. Dessutom förekommer svaret att samverkan Görs ej enbart bland BVC som inte är samlokaliserade med förebyggande socialtjänst.

I några öppna svar från BVC framkommer olika svårigheter i samverkan med socialtjänsten. Ett par BVC skriver att de upplever bristande återkoppling eller informationsöverföring från socialtjänsten, i vissa fall på grund av att socialtjänsten har sekretess. Andra kommentarer beskriver att samverkan med socialtjänsten är obefintlig och en BVC påpekar att detta kan försvåra arbetet med tidiga insatser.

Figur 5.9 Samverkan med förebyggande socialtjänst

Andel BVC som anger att samverkan med förebyggande socialtjänst fungerar enligt svarsalternativen nedan delat på samlokaliserade och ej samlokaliserade

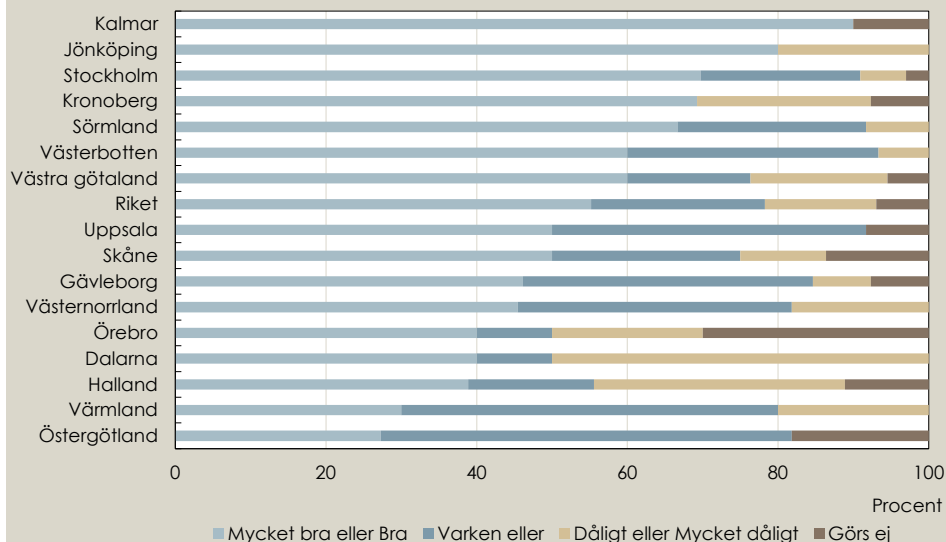


Källa: Enkät till BVC, 2020, Socialstyrelsen

Spridningen är förhållandevis stor mellan regionerna avseende andel BVC som uppger att de har en god samverkan med förebyggande socialtjänst. I region Kalmar uppger 9 av 10 BVC att samverkan med förebyggande socialtjänst fungerar Mycket bra eller Bra. Motsvarande andel i andra regioner är som lägst 3 av 10 BVC.

Figur 5.10 Regional jämförelse av samverkan med förebyggande socialtjänst

Andel BVC som anger att samverkan med förebyggande socialtjänst fungerar enligt svarsalternativen nedan



* Blekinge, Gotland, Jämtland, Norrbotten och Västmanland har färre än 10 svar och redovisas ej per region

Källa: Enkät till BVC, 2020, Socialstyrelsen

Orosanmälningar till socialtjänsten

BHV-personal på BVC är skyldiga att anmäla till socialtjänsten om man misstänker, eller får kännedom om, att ett barn far illa [1].

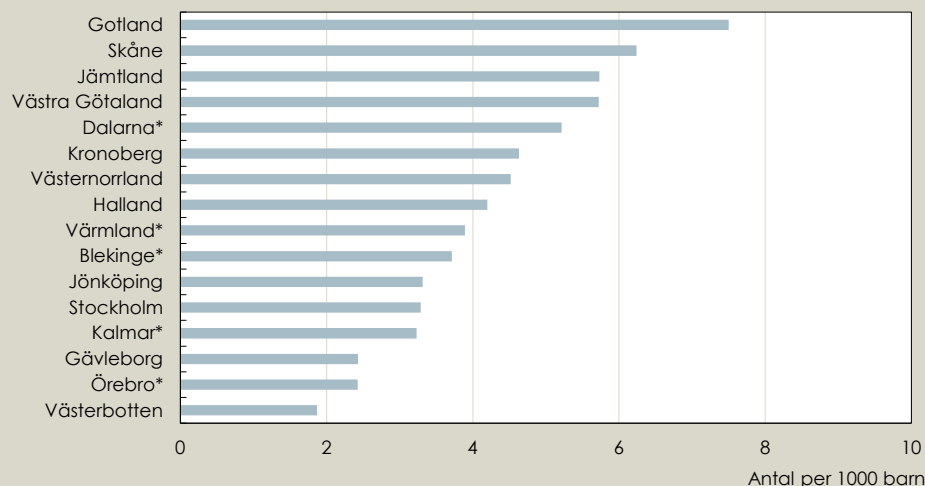
I enkäten till CBHV-teamen finns frågor om dels hur många orosanmälningar som BHV-personal på BVC gjort till socialtjänsten under 2019 dels för hur många barn. CBHV-teamen i 16 regioner har besvarat frågor om orosanmälningar. Några lämnar uppgifter om både antal orosanmälningar och antal barn. Andra lämnar en av de efterfrågade uppgifterna.

För att göra uppgifter från olika regioner jämförbara antas att antalet barn som BHV-personal på BVC orosanmält är 90 procent av antalet orosanmälningar. Dessutom görs jämförelsen mellan regioner per 1000 barn 0 till 5 år i regionen, för att ta hänsyn till att regionerna har olika många barn.

Under 2019 har BHV-personal på BVC gjort orosanmälan till socialtjänsten för mindre än 1 procent av barnen 0 till 5 år. Figur 5.11 nedan visar att spridningen mellan regionerna är från 7,5 barn per 1000 i barn 0 till 5 år på Gotland till mindre än 2 barn av 1000 i barn 0 till 5 år. CBHV-teamet på Gotland skriver i en kommentar att kompetensutveckling för BHV-personal på BVC har genomförts inom området.

Figur 5.11 Regional jämförelse av antal barn som BHV-personal på BVC gjort orosanmälan för

Antal barn som BVC orosanmält år 2019 per 1000 barn 0 till 5 år i respektive region



* Antalet barn som BVC orosanmält antas vara 90 procent av antalet orosanmälningar

Källa: Enkät CBHV-teamen, 2020, Socialstyrelsen

Samverkan med öppna förskolan, bibliotek och förskola samt elevhälsa

- Nästan 7 av 10 BVC (67 procent) anser att samverkan med öppna förskolan fungerar Mycket bra eller Bra. Motsvarande andel är 98 procent för BVC som är samlokaliserade med öppna förskolan.
- 8 av 10 BVC (83 procent) uppger att samverkan med elevhälsan fungerar Mycket bra eller Bra.
- 8 av 10 BVC (81 procent) uppger att samverkan med biblioteket fungerar Mycket bra eller Bra.
- 7 av 10 BVC (73 procent) uppger att samverkan med förskolor fungerar Mycket bra eller Bra.

Öppna förskolan

5 av 10 BVC (52 procent) som inte är samlokaliserad med öppna förskolan uppger att samverkan fungerar Mycket bra eller Bra.

3 av 10 BVC (28 procent) som inte är samlokaliserade med öppen förskola uppger att samverkan med öppna förskolan Görs ej. Några BVC skriver att det inte finns någon öppen förskola i området eller kommunen som BVC kan samverka med.

Förskolan

9 av 10 BVC i landsbygdskommuner (86 procent) uppger att samverkan med förskola fungerar Mycket bra eller Bra. Motsvarande andel i storstadskommuner är 6 av 10 BVC (58 procent) och ett par BVC skriver att samverkan fungerar olika bra med olika förskolor.

Elevhälsan

Av öppna svar från BVC framgår att BVC främst har kontakt med elevhälsan i samband med att barnet börjar skolan.

Referenser

1. Rikshandboken i barnhälsovård för professionen. 2020. Hämtad 2020-06-01 från: <https://www.rikshandboken-bhv.se/rhb/om-rikshandboken/det-har-ar-rikshandboken-i-barnhalsovard/>
2. FN:s konvention om barnets rättigheter. Stockholm: Barnombudsmannen; 2019.
3. Barnkonventionen Unicef. 2020. Hämtad 2020-06-01 från: <https://unicef.se/barnkonventionen>
4. Överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården. En första delrapport inom Socialstyrelsens uppdrag att stödja, följa och analysera genomförandet av överenskommelserna för åren 2018 till 2020. Socialstyrelsen; 2019.
5. Kommungruppsindelning, SKR. 2017. Hämtad 2020-05-27 från: <https://skr.se/tjanster/kommunerochregioner/faktakommunerochregioner/kommungruppsindelning.2051.html>
6. Förstudie till RU att följa, analysera och stödja överenskommelserna för ökad tillgänglighet i barnhälsovården 2018 -2020. Socialstyrelsen; 2018.
7. Vägledning för barnhälsovården. Socialstyrelsen; 2014.
8. Att möta föräldrar till barn med funktionsnedsättning. Kunskapsstöd till barnhälsovården. Socialstyrelsen; 2017.
9. En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Beslut vid regeringssammanträde den 28 november 2019. Dir. 2019:93 Kommittédirektiv:
10. Region Gävleborg. Samverkanswebben. Hälsovård och tandvård, hälsovalet. Ersättningsmodellen. Hämtad 2020-06-10 från: <https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-var-d-och-tandvard/halsovalet/Dokument-och-rutiner/ersattning/Ersattningsmodellen>
11. Region Uppsala. Upphandling Hämtad 2020-06-10 från: https://www.regionupsala.se/Global/Landsting_politik/Upphandling/UPPH2009-0050%20Vardcentral/2018/VS2017-0083-1%20Bilaga%203%20BVC%20Till%20C3%A4ggs%20C3%A5tagande%202018%20.pdf
12. Region Skåne. Uppdrag och avtal. Förfrågningsunderlag BVC. Hämtad 2020-06-10 från: <https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/lov-lol-lof/ackreditering---fillistning/forfragningsunderlag-bvc-2020.pdf>
13. Så fungerar vården. Kostnader-och-ersättningar. Prislista för vaccinationer som ges i Kalmar län. Hämtad 2020-04-02 från: <https://www.1177.se/kalmar-lan/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/prislista-for-vaccinationer-som-ges-i-kalmar-lan/>
14. Health promotion, WHO. Track 2: Health literacy and health behaviour. 7th Global Conference on Health Promotion. Hämtad 2020-06-01 från: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>
15. Josefin Wångdahl, ML, Pia Nordström, Anke Samulowitz, Lovisa Karlsson. Hälsovetenskapen – en kommunikativ utmaning för hälso- och sjukvården. Socialmedicinsk tidskrift 2017; 2.
16. Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom BHV, Rikshandboken. Hämtad 2020-06-01 från: <https://www.rikshandboken->

- bhv.se/metoder--riktlinjer/professioner-inom-bhv/nationell-
malbeskrivning-for-sjukskotersketjanstgoring-inom-bhv/
17. Linda Ivarsson. Hörselscreening av 4-åringar inom BHV: Audiologisk avdelning, Skånes universitetssjukhus, Lund; 2012.
 18. Hörselundersökning, 1177 Hämtad 2020-06-01 från: <https://www.1177.se/behandling--hjalpmedel/undersokningar-och-provtagning/kroppundersokningar/horselundersokning/>
 19. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014. Sjukdomsförebyggande metoder. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Socialstyrelsen; 2014.
 20. Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa – en analys av möjligheter och begränsningar i ett framtidsperspektiv. A State of the Art Document. Medicinska forskningsrådet; 1999.
 21. Barnhälsovårdens folkhälsoarbete, Rikshandboken. Hämtad 2020-06-01 från: <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/strategier-och-kvalitetssakring/barnhalsovardens-folkhalsoarbete/>
 22. Vård efter förlossning En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning. Socialstyrelsen; 2017.
 23. Förslag om pilotverksamhet för barnhälsovård för att stärka förutsättningar för jämlik hälsa bland barn. Redovisning av ett regeringsuppdrag. Socialstyrelsen; 2019.

Bilageförteckning

Bilaga 1. Kvalitetsdeklaration för enkätundersökningarna

Bilaga 2. Missiv och enkätfrågor till CBHV-teamen

Bilaga 3. Missiv och enkätfrågor till BVC

Bilaga 4. Redovisning av enkätsvar från BVC

Bilaga 5. Bearbetning av enkätdata från BVC

Bilaga 6. Indelning i kommungrupper

Bilaga 7. BHV-programmet

Bilaga 8. Uppföljning av barns hälsa

Samtliga bilagor finns på www.socialstyrelsen.se