

För jämlik mödra- och barnhälsovård i Skåne

En nulägesrapport och underlag för handling



2019

Innehåll

Förord	4
Om kunskapscentrumen	6
1. Mödra- och barnhälsovård	8
2. Bakgrund	12
3. Barnrättskonventionen och folkhälsomålen	15
4. Metod och material	16
5. Levnadsvanor	18
6. Psykisk hälsa	38
7. Social sårbarhet	56
8. Sammanfattning	74
9. Referenser	78

Kunskapscentrum kvinnohälsa

skane.se/kunskapscentrumKH

Kunskapscentrum barnhälsovård

skane.se/kunskapscentrumBHV

Förord

Föreliggande rapport har gemensamt tagits fram av Kunskapscentrum kvinnohälsa och Kunskapscentrum barnhälsovård. Båda centrumen ingår i Region Skånes kunskapsorganisation och har i flera år arbetat med uppdrag att stödja och utveckla respektive verksamhet vid regionens barnmorskemottagningar (BMM) och barnavårdscentraler (BVC). Kunskapscentrum barnhälsovård har även tre tilläggsuppdrag som rör barn i utsatta livssituationer: Barn som anhöriga, Barn som far illa och Hälsoundersökningar på begäran av socialtjänst. Dessa uppdrag vänder sig till hälso- och sjukvården och dess medarbetare i sin helhet.

Ett viktigt område inom uppdragen utgörs av kompetenshöjande insatser, till exempel fortbildningar och andra pedagogiska insatser. Som en del av omvärldsbevakningen tar kunskapscentrumen även fram och analyserar statistik gällande kvinnohälsa i samband med graviditet och de yngsta barnens hälsa. För barnhälsovården analyseras även andelen orosanmälningar till Socialtjänsten liksom samverkan mellan BVC och Socialtjänsten.

I strävan efter jämlik hälsa är jämlik vård ett viktigt delmål och därför undersöks också blivande föräldrar/föräldrars och barns deltagande i erbjudanden från hälso- och sjukvården. Resultaten kan ligga till grund för en analys som i sin tur kan vara vägledande i prioriteringar av fortbildningsinsatser och andra insatser och även för beslut på en mer övergripande nivå i regionen.

När vi undersöker graviditas, barns och familjers hälsa är vi engagerade i en stor del av befolkningen i Skåne. Både mödra- och barnhälsovården är arenor där medarbetare regelbundet möter i det närmaste alla gravida och alla barn upp till skolstart och som därmed erbjuder stora möjligheter att bedriva folkhälsoarbete. I detta är det

hälsofrämjande och det förebyggande arbetet viktiga byggstenar. Chansen finns också att identifiera befintlig ohälsa – både fysisk och psykisk – och erbjuda stöd och andra nödvändiga åtgärder. Hälsovården har även möjlighet att förebygga ohälsa genom att identifiera barn som anhöriga, våld i nära relationer och barn som far illa. Det är en viktig uppgift för medarbetare i mödra- och barnhälsovården att i samtal undersöka hur familjerna lever sina liv. Vilka socio-ekonomiska förutsättning föreligger, hur ser det sociala nätverket ut? Hälsan påverkas av så många faktorer som ligger inom inom detta spektrum.

Vid framtagandet av rapporten har Rafael Caballero Caballero, samordningsbarnmorska, bearbetat regionala data ur Graviditetsregistret och Lars Olsson, psykolog och utvecklare, data från BVC-enkäter. I processen har båda teamen varit delaktiga. Undertecknad ansvarar för bakgrundstext, manusbearbetning och slutredigering.

Förhoppningen är att rapporten ska vara intressant för många – blivande och nyblivna föräldrar, medarbetare, tjänstepersoner och politiker inom hälso-och sjukvården, personer inom verksamheter som hälso-och sjukvården samarbetar med, studenter, allmänheten och media.

Malmö i oktober 2019



Marie Köhler

*Enhetschef, barnhälsoöverläkare, med dr.
Kunskapscentrum kvinnohälsa och Kunskapscentrum barnhälsovård
Primärvården, Region Skåne*

Om kunskapscentrumen

Kunskapscentrum kvinnohälsa (KCKH) och Kunskapscentrum barnhälsovård (KCBHV) består av två tvärprofessionella team med sjuksköterskor, barnmorskor, läkare, psykologer, folkhälsovetare, socionom och administratörer/kommunikatör. En stor del av centrumens insatser utgörs av fortbildning för medarbetarna på barnmorskemottagningarna (BMM) och barnavårdscentralerna (BVC) i Skåne.

Tre tilläggsuppdrag rör barn som lever i utsatta livssituationer (Barn som anhöriga, Barn som far illa och Hälsoundersökningar på begäran av socialtjänsten) och dessa uppdrag riktar sig till hela hälso- och sjukvården.

Kunskapscentrumen ansvarar för framtagande, analys och presentation av statistiskt underlag bland annat gällande

- kvinnors hälsa med särskild inriktning på graviditetsövervakning, sexuellt överförbara sjukdomar, antikonception och cervixcancerprevention, frågan om våldutsatthet samt deltagande i mödrahälsovårdens erbjudande.
- barns hälsa, varav några indikatorer är del av en årlig nationell insamling (rökning i hemmet, amning och vaccinationer) och andra är valda regionalt (t ex övervikt/fetma, deltagande i barnhälsovårdens erbjudande, samverkan med och orosanmälningar till socialtjänsten).

Om rapporten

I denna rapport behandlas framförallt arbetet inom mödrahälsovården och barnhälsovården och fokus ligger därmed på graviditet och den första tiden i barnets liv fram till skolstart.

Följande medarbetare har bidragit:

Kunskapscentrum kvinnohälsa: Liv Akne, Annika Andersson, Rafael Caballero Caballero, Kasper Frondelius, Karin Hallstedt, Anna Kjellbom, Elin Pihl, Helén Simonsson, Emelie Svensson.

Kunskapscentrum barnhälsovård: Louise Assarsson, Mariette Derwig, Kathy Falkenstein-Hagander, Helena Gedeberg, Ida Ivarsson, Helena Kornfält Isberg, Åsa Lefèvre, Marta Livendahl, Liv Lyngå von Folsach, Lars Olsson, Malin Skoog, Marita Ståhl, Ylva Thor.

Enhetschef: Marie Köhler.



Mödra- och barnhälsovård

I vår tid är mödra- och barnhälsovården viktiga folkhälsoarenor, som bidrar med hälsofrämjande och förebyggande insatser samt identifiering av ohälsa. Målet för verksamheterna är att främja och stödja hälsa både på gruppnivå och individuellt hos gravida och barn. Båda verksamheterna erbjuder även föräldrastöd, både individuellt och i grupp. Inom hälsovården ska även ohälsa under graviditeten och hos barn upptäckas och åtgärder, ofta efter remiss till sjukvården, initieras.

Det grundläggande i det hälsofrämjande arbetet handlar om att stärka de blivande föräldrarnas/ föräldrarnas förmåga att få mer makt över det som påverkar deras och barnens hälsa. Dessa två komponenter – att ge stöd till förbättrad hälsa och ökad makt över hälsan – utgör kärnan i det hälsofrämjande arbetets mål och metoder. Detta framgår också klart i WHO:s definition av hälsofrämjande arbete (WHO, 1986).

Det preventiva arbetet syftar till att förebygga sjukdom eller skada och brukar delas in i universell, selektiv och indikerad insats. De universella insatserna syftar till att förhindra utveckling av sjukdom eller hälsoproblem och vänder sig till samtliga blivande föräldrar/föräldrar och barn. Genom hälsoundersökningar och screening kan tidig upptäckt göras av begynnande hälsoproblem, sjukdom eller funktionsnedsättning och optimal insats/behandling – selekterade insatser – initieras. Med indikerade insatser skapas förutsättning för ett så normalt liv som möjligt vid etablerad ohälsa eller funktionsnedsättning genom behandling.

Organisation i Skåne

Region Skåne har ett sk medborgarstyrt kundval – Hälsoval Skåne – med offentligt finansierad vård som bedrivs både i offentlig och privat regi. För barnhälsovården innebär det att alla vårdnadshavare till barn 0–5 år och barn fyllda 6 år, som ännu inte lämnats över till elevhälsan, kan välja BVC. Sker

ingen aktiv listning listas barnet på geografiskt närmaste BVC. Den gravida listar sig aktivt på önskad BMM.

Hälsoval Skåne, som är uppdragsgivare gentemot verksamheterna, formulerar i ackrediteringen de krav som ställs på verksamheten vid BVC respektive BMM. Verksamhetschefen för en enhet ansvarar för att ackrediteringsvillkoren uppfylls.

Antal ackrediterade enheter 2018:

- 145 BVC med 99 741 barn.
- 77 BMM med 14 084 registrerade gravida.

Den profession som framförallt träffar gravida inom mödrahälsovården är barnmorskor. Vid behov kan gravida träffa läkare med specialistutbildning i obstetrik/gynekologi eller allmänmedicin. Inom barnhälsovården har barnhälsovårdssjuksköterskan mest kontakt med barn och föräldrar, men även läkare under – eller med – specialistutbildning i

allmänmedicin eller barn- och ungdomsmedicin träffar alla barn under småbarnsåren. Vid behov konsulteras psykologer inom mödra- och barnhälsovården, som även träffar barn och blivande föräldrar/föräldrar vid behov.

Psykologer inom mödra- och barnhälsovården

Psykologer för mödra- och barnhälsovård är en tillgänglig resurs både för mödra- och barnhälsovården (se faktaruta).

Familjecentraler

När BVC bedrivs samlokaliserat, och i en fördjupad samverkan med öppen förskola, socialtjänst och mödrahälsovård, benämns verksamheten Familjecentral (Socialstyrelsen, 2008). I december 2018 fanns det 31 BVC vid familjecentraler i Skåne, med sammanlagt 27 053 inskrivna barn. Vid samma tid fanns det 19 BMM vid familjecentral eller familjecentralslignande enhet.

Psykologer inom mödra- och barnhälsovård

Målet för psykologer inom mödra- och barnhälsovård är att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa hos blivande föräldrar och småbarnsfamiljer. All personal inom mödra- och barnhälsovården i Region Skåne ges möjlighet till konsultation och att vid behov remittera föräldrar och familjer till psykolog. Psykologer inom mödra- och barnhälsovård erbjuder bedömning och behandlingsinsatser till familjer med barn 0–6 år och kan även ge konsultation och fortbildning till personal inom mödra- och barnhälsovården. Syftet är att stödja det psykosociala arbetet och bidra till ökad kunskap kring psykologiska aspekter av graviditet, förlossning, föräldraskap och barns tidiga utveckling (Psykologförbundet, 2019).

Care Need Index (CNI)

Som socioekonomiskt mått används i första hand CNI. Det är forskningsmässigt utprovat som ett relevant mått för ökad risk för ohälsa. CNI för en vårdenhet (BMM respektive BVC) beräknas utifrån det upptagningsområde enheten befinner sig i, dvs vilka personer som är listade.

Index är satt till 1 och ett högre tal indikerar en högre risk för ohälsa i populationen i förhållande till genomsnittet, medan ett tal lägre än 1 indikerar en lägre risk.

För BMM och BVC gäller följande variabler, som var och en står för risk för ohälsa på gruppnivå:

- Förälder född utanför Europa
- Arbetslös förälder
- Ensamstående förälder
- Nyinflyttad familj
- Förälder med låg utbildning

För barn beräknas CNI på genomsnittet av föräldrarnas socioekonomiska status utifrån dessa variabler. En viss del av ersättningen till enheterna viktas grundat på enhetens CNI, så att ersättningen blir större där CNI är högre, vilket i sin tur sammanhänger med ett större vårdbehov.

Mått på jämlikhet i hälsa och likvärdighet i erbjudande av mödra- och barnhälsovård

Barn och föräldrar har beroende på sociala och ekonomiska resurser olika grad av sårbarhet för ohälsa. Care Need Index (CNI) beskriver den förväntade risken att utveckla ohälsa utgående ifrån socioekonomiska faktorer. Baserat på uppgifter från Statistiska Centralbyrån (SCB) tar hälso- och sjukvårdsstyrningen i Region Skåne fram CNI för varje BMM och BVC en gång per månad som ett underlag för att styra en del av ersättningen till enheter där de inskrivna kan förväntas ha större behov av insatser. Genomsnittet i Skåne åsätts alltid CNI-värdet 1,0. Lägre CNI än genomsnittet innebär

ett förväntat mindre behov av insatser, högre CNI än genomsnittet innebär ett förväntat större behov av insatser bland de inskrivna. I CNI-modellen för BMM och BVC ingår fem variabler: ensamstående förälder, födelse-land, sysselsättning, utbildningslängd och personer som är nyinflyttade i området (Region Skåne, 2014a).



Bakgrund

Mödra- och barnhälsovården

Den svenska mödra- och barnhälsovården startade på 1930-talet efter ett riksdagsbeslut om ett erbjudande om frivillig, kostnadsfri vård för alla gravida och nyfödda barn. Barnhälsovården har visat sig ha stor betydelse för folkhälsan – både i de första årskullarnas barndom och när de nådde ålderdomen (Bhalotra, m fl 2017). Hälsovården har med åren utvecklats och når idag nästintill alla gravida samt de allra yngsta barnen upp till skolstart. Erbjudandena innebär graviditetsövervakning och för barn vaccinationer, uppföljning av tillväxt, bedömning av utveckling, syn och hörsel. Föräldrastöd erbjuds både individuellt och i grupp före och efter barnets födelse.

Hälsa och hälsans sociala determinanter

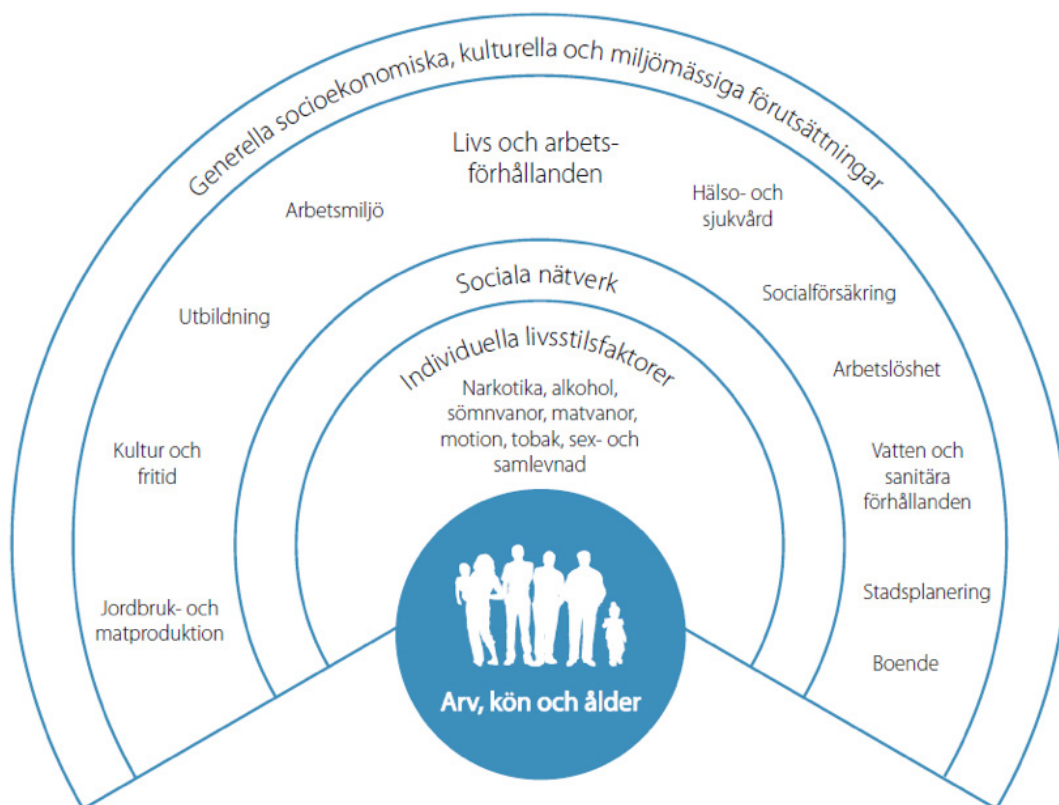
Under 1900-talet utvecklades synen på hälsa mot en mer holistisk syn och hälsobegreppet kom att inkludera fysisk, psykisk och social hälsa (WHO, 1946) och, allra senast, kom även andlig hälsa att räknas in (FN, 1992).

Tidigare forskning rörande hälsa och ohälsa har haft stort fokus på biologiska, genetiska och medicinska faktorer. Den senaste tiden har den vetenskapliga världen också intresserat sig för bakomliggande sociala faktorer till hälsa. De sociala bestämningsfaktorerna, även benämnda determinanter, inbegriper levnadsvillkor på individuell, kommun- och samhällsnivå, inklusive miljöfaktorer (Dahlgren och Whitehead, 2007). Överst finns den socioekonomiska strukturen, miljön och kulturen.

Ett lager innehåller bl. a. bostads- och utbildningssystem samt hälso- och sjukvård, ett annat innehåller sociala nätverk som familj och vänner och ytterligare ett lager rör levnadsvanor (Figur 1). Determinanterna kallas ofta ”the causes of the causes”, dvs ”orsakerna till orsakerna”.

Världshälsoorganisationen tillsatte i mitten av 2000-talet en global kommission för att undersöka sociala faktorer bakom ohälsa och 2008 lades rapporten *Closing the Gap in a Generation* fram (WHO, 2008). Resultatet visade på en stor social ojämlikhet i världen, mellan och inom världsdelar, länder och städer. Denna ojämlikhet påverkar människors hälsa negativt och orsakar sjukdom, lidande och för tidig död. Kommissionen är hoppfull om att denna kunskap möjliggör förändring och manar till handling. En rekommendation i rapporten var att kunskap om hälsans sociala determinanter skulle spridas och i flera länder har nationella kommissioner startats. I Sverige kom Malmökommissionen för ett socialt hållbart Malmö först med sin lokala rapport 2013 (Malmö stad, 2013) och nationellt presenterade Kommissionen för jämlik hälsa sin rapport 2017 (SOU, 2017).

Proportionell universalism är ett begrepp som introducerades i den globala kommissionen och detta innebär att det i grunden ska finnas ett universellt erbjudande som vänder sig till alla i målgruppen. Sårbara grupper eller grupper med större behov, oavsett om detta är av medicinska, psykologiska eller sociala skäl, skall få ett utökat stöd. För att erbjuda en likvärdig vård behöver vi göra olika (Marmot Review, 2010).



Figur 1. Efter Whitehead och Dahlgren, 2007.

Barnrättskonventionen

Enligt Barnrättskonventionen (FN, 1989), har varje barn rätt till omvårdnad, att växa upp under trygga förhållanden och att utvecklas i sin egen takt och utifrån egna förutsättningar. Ur ett barnrättsperspektiv ska hänsyn tas till att en del barn har sämre förutsättningar att få tillgång till sina rättigheter. Därför behövs särskilda åtgärder för att utjämna skillnader, men även för att skydda barn i utsatta situationer.

Rapportens fokus

Med denna bakgrund placerar sig mödra- och barnhälsovården på en viktig plats i folkhälsoarbetet. Med insatser riktade mot den tidiga perioden i livet och med ett högt förtroende i befolkningen, öppnar sig en unik möjlighet för vården att verka för en god hälsa för individer och grupper på både kort och lång sikt.

I rapporten om läget i Skåne är tre områden särskilt utvalda för analys. De är alla stora folkhälsoområden för unga familjer, med fokus på gravida och med relevans för barns uppväxt och utveckling. De tre områdena är: levnadsvanor, psykisk hälsa och social sårbarhet.

Levnadsvanor

Levnadsvanor påverkar hälsan på ett genomgripande sätt. De vanor vi får med oss från barndomen är ofta sådana som följer med genom livet. Kost och dryck, sömn, fysisk aktivitet samt eventuellt tobaks-, alkohol- och drogbruk är några av de vardagliga levnadsvanor som påverkar oss i grunden. I avsnittet om levnadsvanor undersöks indikatorerna *övervikt och fetma*, *rökning* och *amning*.

Psykisk hälsa

Rapporter om den försämrade psykiska hälsan bl.a. hos föräldrar, barn och unga sätter frågan på agendan. Höga sjukskrivningstal bland nyblivna mammor är uppmärksammat som ett samhällsproblem, med koppling till arbetsmarknadens utformning och regler som styr föräldraledigheten. Bristande jämställdhet också vad gäller arbetsfördelning av ansvar för barn och hem är en bidragande faktor. Ohälsa i samband med graviditet och den första tiden i barnets liv kan, utöver lidandet, få stor betydelse för barnets hälsa på både kort och lång sikt.

I avsnittet om barns och föräldrars psykisk hälsa undersöks indikatorerna *åtgärd för psykisk ohälsa under graviditet, depressionsscreening av mammor när barnet är två månader, enskilt föräldrasamtal med den icke-födande föräldern samt åtgärd vid förlossningsrädsla.*

Social sårbarhet

Aktuell kunskap om hälsans sociala determinanter lyfter frågan om hur vården kan bli likvärdig och jämlik. Vård skall erbjudas efter behov och, enligt Hälso- och sjukvårdslagen skall de med störst behov prioriteras. Forskning visar dock att socialt sårbara grupper inte nås av hälso- och sjukvårdens

erbjudanden i samma utsträckning som andra grupper. Ur ett samhällsperspektiv är det varken etiskt försvarbart eller hållbart att stora grupper inte får chansen att nå sin fulla potential och leva ett liv med bästa möjliga hälsa.

I avsnittet om social sårbarhet undersöks indikatorer som presenteras inom två huvudområden:

- Social sårbarhet och deltagande i mödra- och barnhälsovården i Skåne; *Antal inskrivna gravida per heltidsarbetande barnmorska och år på BMM i Skåne, Antal barnmorskebesök under graviditet och deltagande i eftervårdsbesök, Läkarbesök under graviditet, Förstfödorskors och partners deltagande i gruppbaserat föräldrastöd på BMM, Föräldrars deltagande i det gruppbaserade föräldrastödet på BVC och Barn som inte har tagit del av fyraårsbesöket på BVC.*
- Våld, orosanmälningar och samverkan med socialtjänsten; *Fråga om våldsutsatthet under graviditeten, Orosanmälan från barnhälsovården till socialtjänsten och Samverkan med socialtjänsten.*



Ur ett samhällsperspektiv är det varken etiskt försvarbart eller hållbart att stora grupper inte får chansen att nå sin fulla potential och leva ett liv med bästa möjliga hälsa.

Barnrättskonventionen och folkhälsomålen

Barnrättskonventionen

Förenta Nationernas Konvention om barnets rättigheter beslutades 1989 och ratificerades 1990 av Sverige, som ett av de första länderna i världen. From den 1 januari 2020 blir Konventionen om barnets rättigheter lag i Sverige.

Barnrättskonventionen slår fast att varje barn ska behandlas med respekt, få komma till tals och att barnets bästa alltid ska komma i första hand i alla beslut och insatser som rör dem.

Några viktiga artiklar ur FN:s Konvention om barnets rättigheter

Artikel 2: Alla barn har lika värde och samma rättigheter.

Artikel 3: Vid alla åtgärder ska barnets bästa komma i främsta rummet.

Artikel 5: Barnets föräldrar eller annan vårdnadshavare har huvudansvaret för barnets uppfostran och utveckling och ska vägleda barnet då han/hon utövar sina rättigheter.

Artikel 6: Varje barn har rätt till liv och utveckling.

Artikel 12: Barnet har rätt att uttrycka sin mening i alla frågor som berör det.

Artikel 18: Båda föräldrarna har gemensamt det primära ansvaret för barnets uppfostran och utveckling. Barnet bästa ska för dem komma i första rummet.

Artikel 19: Barnet har rätt att skyddas mot fysiskt eller psykiskt våld och mot vanvård eller utnyttjande av föräldrar eller andra personer.

Artikel 22: Ett barn på flykt har rätt till skydd och hjälp om det kommer ensamt eller tillsammans med föräldrar eller annan person.

Artikel 24: Varje barn har rätt till bästa uppnåeliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård.

Folkhälsomålen

Det övergripande folkhälsoarbete som mödra- och barnhälsovården bedriver syftar till att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor. Utgångspunkten för folkhälsoarbetet i Sverige är de åtta övergripande målområdena för folkhälsa som anger centrala bestämningsfaktorer för hälsa. Folkhälsa berör och påverkas av många samhällsområden och därför är det viktigt med gemensamma målområden som vägledning (Folkhälsomyndigheten, 2018).

Folkhälsomyndigheten beskriver de sju målområdena som livsområden som rör viktiga resurser för en god och jämlik hälsa. Det åttonde målområdet betonar vikten av att hälso- och sjukvårdens verksamhet förbättras på att motverka skillnader mellan sociala grupper vad gäller insjuknande, behandling och konsekvenser av sjukdom och ohälsa.

Åtta målområden för folkhälsopolitiken

Folkhälsopolitikens sektorsövergripande mål- och uppföljningsstruktur har tidigare utgått från elva målområden, och dessa är sedan 2018 omvandlade till åtta målområden (Prop. 2017/18:249).

1. Det tidiga livets villkor
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter
5. Boende och närmiljö
6. Levnadsvanor
7. Kontroll, inflytande och delaktighet
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Metod och material

Denna rapport har tagits fram med hjälp av olika dataregister och är huvudsakligen en deskriptiv sammanfattning av hälsorelaterade indikatorer.

Dataunderlag – mödrahälsovård

Graviditetsregistret är en nationell plattform som hämtar data från mödrahälsovårdsjournalen. Vissa data hämtas direkt från den gravidas journal, medan vissa data registreras manuellt av barnmorskor. Dataunderlaget för mödrahälsovården 2018 i denna rapport laddades ned den 24 augusti 2019.

Data från Graviditetsregistret inkluderar kategorin ”vet ej” och denna kategori specificeras oftast för varje indikator i rapporten. Vid redovisning av nationella data från Graviditetsregistret exkluderas ”vet ej” vid beräkningar av medeltal. För att jämförelsen med nationella medelvärden ska bli rättvisande har därför de skånska medelvärdena beräknats på samma sätt, dvs utan kategorin ”vet ej”.

Totalt fanns det 77 BMM (93 inklusive filialerna) i Skåne under 2018. Under året var 14 084 gravida, med medelåldern 30,9 år, registrerade i Graviditetsregistret för deltagande i mödrahälsovården. Av dessa var 12 434 (88,3 %) registrerade på en BMM med tillgängligt Care Need Index (CNI)(se faktaruta sid 10) för hela verksamhetsåret 2018. Bortfallet på 11,7 % utgörs av personer som är listade på BMM som organisatoriskt är filial till kvinnoklinik eller vårdcentral och därmed saknar eget CNI kopplat till enheten, samt vid ytterligare fyra BMM som startade upp respektive avslutade sin verksamhet under 2018.

Dataunderlag – barnhälsovård

Dataunderlaget för barnhälsovården rapporterades från samtliga 145 barnvårdscentraler (BVC) inom hälsovalet i Skåne, med sammanlagt 99 741 inskrivna barn (31 december 2018). Kunskapscentrum barnhälsovård administrerade insamlingen. Varje BVC redovisade data för de barn som var inskrivna på mottagningen på årets sista dag. Barnen kan vara födda olika år och insatserna från BHV kan vara utförda olika kalenderår. Ett exempel är depressionsscreening av mammor till barn födda år 2017, där samtalen med mammorna genomfördes mellan februari 2017 och mars 2018. Ett annat exempel är övervikt/fetma hos fyraåriga barn som gäller barn födda år 2014 som kom på fyraårsbesök år 2018. Uppgifterna om rökning, amning och vaccinationer ingår i nationella insamlingar. Insamling av övriga uppgifter är regionalt beslutad.

Indelning enligt Care Need Index

För att studera mödra- och barnhälsovårdens resultat i förhållande till CNI (se sid 10), har mottagningarna delats in i tio grupper och ordnats efter stigande CNI. För de 73 BMM som inkluderats innebär detta att sju mottagningar ingår i varje tiondel förutom tre grupper som har åtta mottagningar (tiondel tre, sex och nio). Motsvarande siffra för de 145 barnavårdscentralerna är 14 mottagningar i tiondel 1, 3, 5, 7 och 9 och 15 mottagningar i tiondel 2, 4, 6, 8 och 10. CNI tiondel 1 motsvarar således den grupp mottagningar som har lägst CNI och CNI tiondel 10 är den grupp mottagningar som har högst CNI.

I rapporten är CNI-värdena för BMM beräknade som medelvärde av tolv månaders CNI-värden under år 2018. CNI-värdena för BVC är från december 2018.

Andra jämförelser av skillnader i hälsa/likvärdighet i erbjudande grundar sig på gravidans utbildningsnivå och födelseområde och för barn och gravida på geografisk spridning utifrån kommuntillhörighet.

CNI *över* 1,0 innebär *lägre* socioekonomiska resurser än genomsnittet i Skåne, CNI *under* 1,0 innebär *högre* socioekonomiska resurser än genomsnittet i Skåne. I december 2018 varierade CNI för BVC i Skåne mellan 0,32 och 2,57. Medianvärdet var 0,84. Motsvarande CNI för BMM var 0,40 respektive 2,10. Medianvärdet var 0,81¹. Skillnaden i medianvärdet gentemot medelvärdet (CNI 1,0) baseras på en ojämn fördelning av de aktuella socioekonomiska variablerna. Genom att CNI är knutet till de listade vid varje BMM/BVC möjliggörs jämförelser mellan verksamhetsmått vid enheterna och CNI med stor precision.

Hälsoindikatorer

I rapporten presenteras ett antal hälsoindikatorer som definieras i varje avsnitt.

Resultaten redovisas för Skåne som helhet, samt ofta på kommunnivå. Alla referenser återfinns i slutet av rapporten.

Varifrån kommer hälsoindikatorerna?

De flesta av de hälsoindikatorer som används i denna rapport rörande barnhälsovården föreslogs vid en konferens om barnhälsovårdens kvalitetsindikatorer (Magnusson, Blennow, Hagelin & Sundelin, 2009). Indikatorerna kan delas in i olika typer av variabler eller mått. De indikatorer som används gällande mödrahälsovården är hämtade från Graviditetsregistret.

- **Strukturmått/variabler** mäter bakgrundsfaktorer i befolkningen och inom hälsovården t ex CNI, antal gravida/barn, blivande föräldrars/föräldrars besök på BMM/BVC, attityder hos personal, tjänstgöringsgrader för medarbetare etc.

- **Processmått/variabler** mäter hur mödra- och barnhälsovården uppfyller sina uppdrag till exempel andel hembesök till nyfödda, andel EPDS-samtal (med screening av post partum), andel blivande föräldrar/föräldrar som deltagit i föräldragrupp, antal besök per gravid/barn.

- **Resultatmått/variabler** avser att mäta resultaten av insatserna inom hälsovården på folkhälsan – det som kommer gravida och barn till godo. Hit hör amningsfrekvens, andel gravida som röker, andel barn som exponeras för tobaksrök, andel gravida/fyraåringar med övervikt/fetma mm².

1. CNI för BMM varierade mellan 0,40 (Lomma) och 2,10 (Rosengård, Malmö). CNI för BVC varierade mellan 0,32 (Åkarp) och 2,57 (Näsby, Kristianstad).

2. Mödra- och barnhälsovårdens möjlighet att påverka dessa mått varierar.

Andra påverkansfaktorer än vården har också stor betydelse – hälsans bestämningsfaktorer är många och hälso- och sjukvården är en bland många samhällsaktörer som påverkar människors levnadsvanor (Dahlgren & Whitehead, 1991).



5 Levnadsvanor

Goda levnadsvanor bidrar till en god hälsa under hela livet och kan förebygga ohälsa och sjukdom. I Sverige har hälften av alla kvinnor och två av tre män minst en ohälsosam levnadsvana. En ohälsosam vana ger ökad risk för fler ohälsosamma levnadsvanor och kan leda till ökad sjuklighet och för tidig död (Socialstyrelsen, 2017).

FÖRFATTARE

Rafael Caballero Caballero, samordningsbarnmorska, Kunskapscentrum kvinnohälsa och Master i International Public Health, Lunds universitet.

Mariette Derwig, barnhälsovårdsöverläkare, Kunskapscentrum barnhälsovård och doktorand, Lunds universitet.

I detta avsnitt redovisas levnadsvanor gällande övervikt och fetma, rökning samt amning med data från såväl mödra- som barnhälsovården i Skåne.

Övervikt och fetma

Övervikt och fetma är ofta en direkt effekt av ohälsosamma levnadsvanor som kan leda till följsjukdomar som exempelvis diabetes och hjärt-kärlsjukdomar och även till sämre självsattad hälsa och livskvalitet. Barn till kvinnor med fetma inför graviditeten och/eller med stor viktuppgång under graviditeten har ökad risk för att utveckla övervikt och fetma under sin barndom (Larqué m fl, 2019). Forskning visar att övervikt hos barn i förskoleåldern är en riskfaktor för övervikt senare i livet. Tidiga insatser till gravida, barn och familjer för att främja hälsosamma levnadsvanor och tidigt identifiera både skydds- och riskfaktorer för att förebygga övervikt är en viktig uppgift för såväl mödra- som barnhälsovården.

Övervikt och fetma är bland de allvarligaste globala folkhälsoproblem, inte minst i Sverige. WHO använder sig av Body Mass Index (BMI), som bygger på förhållandet mellan längd och vikt, som internationellt mått (Se ruta).

Övervikt och fetma under graviditet

I Sverige har det, enligt Socialstyrelsen (2019), skett en ökning av gravidas BMI vid inskrivning på BMM sedan 1990-talet. Ökningen ses i hela Sverige och övervikt och fetma under graviditet har ökat från 36,7 % 2014 till 40,2 % 2018.

I Skåne ökade andelen inskrivna gravida med förhöjt BMI ($\geq 25 \text{ kg/m}^2$) från 38 % 2014 till 40 % 2018, varav 26,3 % hade övervikt och 13,7 % fetma. En procent av alla inskrivna gravida hade BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$, 3,9 % hade BMI 35–39,9 kg/m^2 och 8,8 % BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$.

BMI (Body Mass Index)

BMI anger relationen mellan vikt och längd: vikt i kg/längd i m^2 .

I Graviditetsregistret används WHO:s klassificering av vikt utifrån BMI vilket ger följande definitioner:

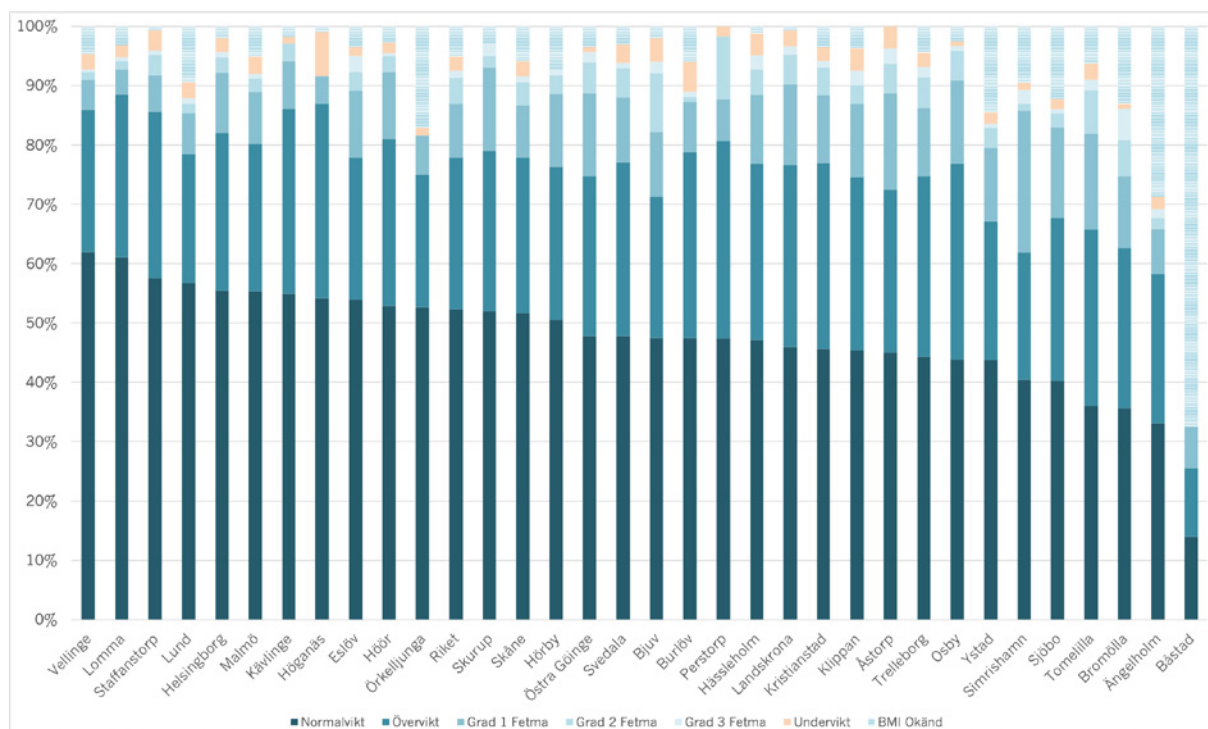
- Undervikt – BMI < 18,5
- Normalvikt – BMI 18,5 – 24,9
- Övervikt – BMI 25,0 – 29,9
- Fetma grad 1 – BMI 30,0 – 34,9
- Fetma grad 2 – BMI 35,0 – 39,9
- Fetma grad 3 – BMI $\geq 40,0$

För barn används begreppet iso-BMI för att ta hänsyn till barnets ålder och kön och gränserna baseras på en internationell standard (Cole, 2000).

- Övervikt hos barn/unga definieras som iso-BMI ≥ 25
- Fetma hos barn/unga definieras som iso-BMI ≥ 30

Bland gravida som skrevs in på BMM i Skåne har andelen med normalvikt minskat från 56,5 % 2014 till 51,6 % 2018, vilket ligger 0,7 procentenheter under genomsnittet i Sverige. BMM i Skåne registrerade en större andel kvinnor med övervikt än genomsnittligt för Sverige, men lägre andel av fetma grad 1, 2 och 3. Andelen inskrivna gravida med undervikt vid inskrivningen var för 2018 2,5 %, ett värde som legat relativt konstant sedan 2014. På kommunnivå ses en stor variation av övervikt och fetma hos gravida vid inskrivningsbesöket på BMM. Förekomsten ligger mellan, som lägst på 30,7 % i Vellinge och som högst på 55 % i Tomelilla. I åtta kommuner hade var femte gravid fetma, varav högst andel i Simrishamn med 27,4 % (Diagram 1, se nästa sida).

DIAGRAM 1



BMI per viktgrupp (%) hos gravida vid inskrivningen på BMM per kommun i Skåne, 2018.

TABELL 1

Genomsnittlig viktökning i kilogram bland gravida 2018 utifrån BMI-kategori i Skåne (överst) respektive Sverige (underst).

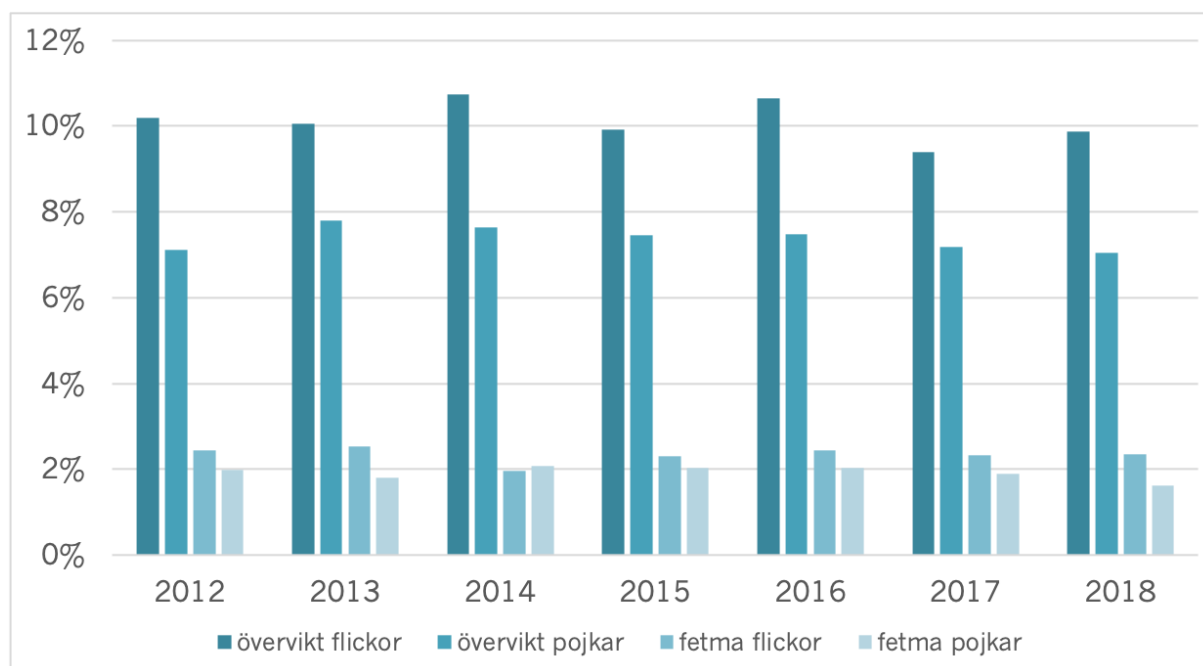
Undervikt	Normalvikt	Övervikt	Fetma grad	Fetma grad 2	Fetma grad 3
12,6 kg	13 kg	12,3 kg	10,4 kg	8,7 kg	6,5 kg
12,6 kg	13 kg	12,4 kg	10,5 kg	8,5 kg	6,9 kg

En analys av uppgifterna om övervikt/fetma från mödrhälsovården i Skåne 2018 jämfört med gravidans utbildningsnivå visar en samvariation mellan andelen kvinnor med övervikt och lägre utbildningsnivå samt fetma och lägre utbildningsnivå. Andelen gravida med hög utbildning och övervikt och fetma var 32,5 %, jämfört med 46,4 % hos gravida med gymnasial utbildning, 51 % för gravida med enbart grundskoleutbildning och 53,8 % för de med kortast eller ingen utbildning. Även sambanden med utbildningslängd och andelen gravida med fetma (grad 1,2,3) vid inskrivning är korrelerade och varierade mellan 9,9 % bland de högst utbildade och 24 % bland de lägst utbildade.

Vid jämförelse av BMI vid första graviditeten och följande graviditeter syns en ökning av BMI. Vid första graviditeten hade 37 % övervikt eller fetma, jämfört med 43,5 % vid följande graviditeter.

Omfattande viktuppgång under graviditet ökar hälsoriskerna för den gravida och det väntade barnet. Att begränsa viktökning är viktigare för kvinnor som börjar graviditeten med övervikt eller fetma. I Region Skåne rekommenderas sex till åtta kilogram i viktökning för gravida med fetma (Region Skåne, 2014b). Hos normalviktiga kvinnor diskuteras omkring 12 kilogram i viktökning under graviditet, det finns dock ingen enighet om vad

DIAGRAM 2



Andel fyraåriga barn (%), födda 2008-2014 med övervikt eller fetma, Skåne 2012-2018.

som är optimal viktuppgång. Tabell 1 visar medelviktuppgång under graviditeten hos alla inskrivna gravida i Skåne och i Sverige under 2018.

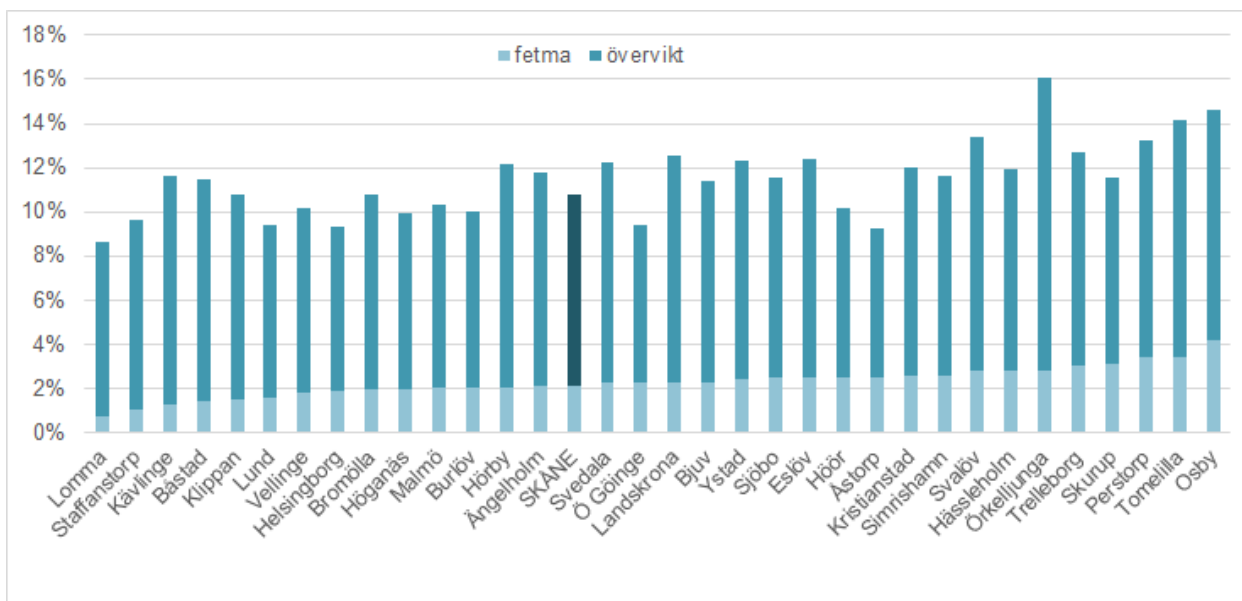
Övervikt och fetma hos fyraåriga barn

En nationell kartläggning bland fyraåringar, födda 2013, i 17 av 21 regioner i Sverige visade att 11,7 % av barnen hade förhöjt BMI, varav 9,4 % hade övervikt och 2,3 % fetma (Nylander och Miregård, 2018). Gotland låg allra lägst med 10,2 % övervikt och fetma bland fyraåringar och Västernorrland låg högst med 16,4 %. Skåne var bland de regioner som hade lägst förekomst av övervikt och fetma, nämligen 10,4%.

I Skåne mättes 94 % av alla barn födda 2014 vid fyraårsbesöket på BVC. Av dessa hade 1675 barn ett förhöjt BMI, fördelat på 8,4 % övervikt och 2 % fetma. Bland fyraåriga flickor hade 9,9 % övervikt och 2,3 % fetma - sammanlagt 12,2 % med förhöjt BMI. Bland fyraåriga pojkar hade 7,1 % övervikt och 1,6 % fetma - sammanlagt 8,7 % med förhöjt BMI.

Andelen fyraåringar med övervikt och fetma i Skåne har förhållandevis varit oförändrad under de senaste sju åren. Återkommande är andelen flickor med övervikt och fetma större än hos pojkar (Diagram 2).

DIAGRAM 3



Andel fyraåriga barn (%) födda 2008–2014, med övervikt eller fetma, per kommun i Skåne.

På kommunnivå varierar värdena för förhöjt BMI i Skåne vid fyraårsbesöket 2018 mellan 7,2 % och 17,8 %. Spridningen på kommunnivå under de senaste sju åren visar sammanslagna genomsnittsvärden för förhöjt BMI mellan 8,6 % och 16 % för barn födda 2008–2014, fördelat på 6,8–13,2 % övervikt och 0,7–4,2 % fetma (Diagram 3).

Data om övervikt eller fetma bland fyraåringar i Skåne 2018 visar ingen samvariation med barnfamiljernas socioekonomiska resurser uttryckt i CNI.

Rökning

Rökning är en känd riskfaktor för ohälsa och det finns en oroväckande trend mot att andelen kvinnor som röker tobak ökar. Andelen flickor under 15 år som rökte 2015 var mer än dubbelt så hög som andelen pojkar (Folkhälsomyndigheten, 2018). Risken för sämre fostertillväxt, dödföddhet och plötslig spädbarnsdöd ökar ju fler cigaretter den gravida röker. Barns hälsa påverkas även negativt av att bli utsatt för passiv rökning och det finns till exempel ett starkt samband mellan föräldrars rökning och barn som drabbas av upprepade öron- och nedre luftvägsinfektioner.

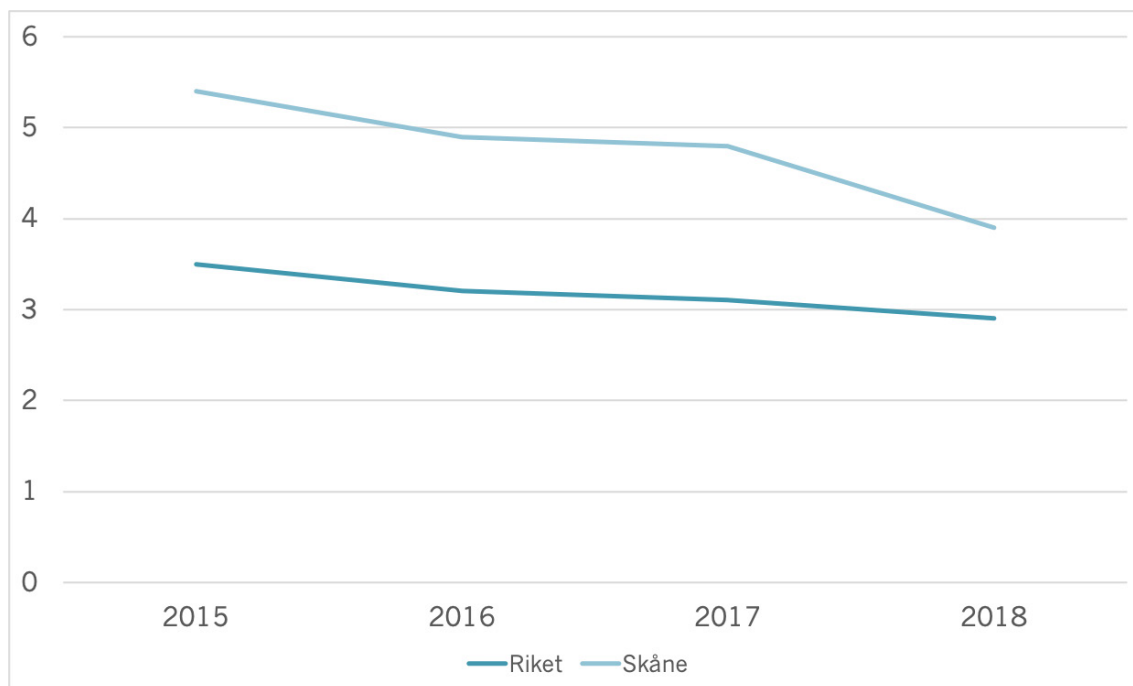
Rökning i samband med graviditet

Tobaksvanor kategoriseras som antal dagligen rökta cigaretter (ingen, en till nio cigaretter, eller fler än tio rökta cigaretter per dag). Även snus användning räknas till tobaksvanor. För registrering av användning av e-cigarett, vattenpipa och andra rökingsformer finns ingen specifik mall i graviditetsregistret. Bortfall i svar angående rökning under graviditetsveckorna 30–32 är större än för perioden före graviditeten och vid graviditetsinskrivningen.

I Skåne rapporterade 13,9 % av de gravida daglig cigarettbruk tre månader före graviditetsstart jämfört med 11,3 % i rikets genomsnitt. Andelen gravida som rökte vid inskrivning var 5,9 % under 2018 jämfört med 6,6 % föregående år. Ytterligare 1,5 % rapporterade daglig snus användning före och vid graviditetsinskrivning men data från graviditetsveckorna 30–32 visar att bruket då är ovanligt. Andelen av gravida som rökte mer än 10 cigaretter per dag sjönk från 6,5 % tre månader före graviditetsstart till 0,9 % vid inskrivningssamtalet.

Sedan 2015 har andelen rökare i graviditetsveckorna 30–32 i Skåne minskat från 5,4 % till 3,9 %, men ligger dock stadigt högre än rikets genomsnitt. Andelen gravida som rökte under graviditetsveckorna 30–32 under 2018 var 3,9 % jämfört med 4,8 % föregående år (Diagram 4).

DIAGRAM 4



Andel gravida (%) som röker cigaretter i graviditetsveckorna 30–32 i Skåne jämfört med riket över tid mellan 2015–2018.

Tobaksfri miljö – definitioner

Rökare: Person som röker minst en gång dagligen, det vill säga drar i sig rök från cigarett, cigarill, cigarr eller tobak i pipa eller något annat som innehåller tobak. Detta gäller även person som alltid röker utomhus.

Någon i hemmet definieras som person som bor tillsammans med barnet och röker enligt definitionen. Det kan vara vårdnadshavare, vårdnadshavares sambo, äldre syskon, far- eller morföräldrar eller någon annan person.

När ställs frågor om tobaksfri miljö?

BMM

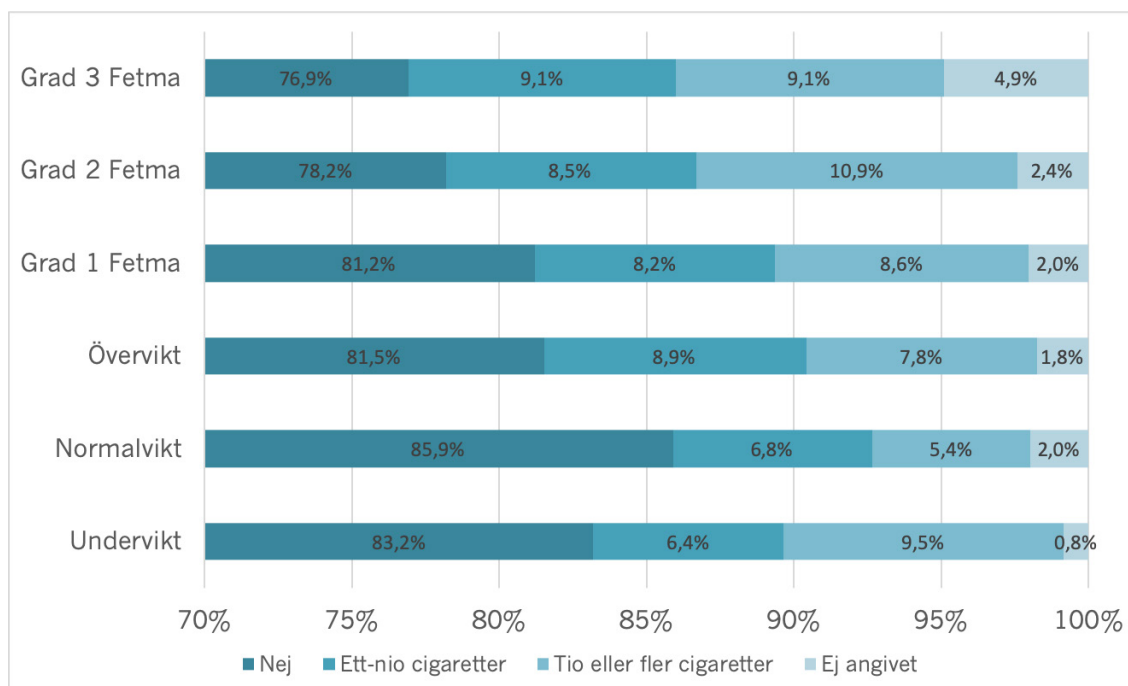
Vid inskrivningen frågas om användning av tobak tre månader innan graviditetsstart, vid inskrivning och under graviditetsveckorna 30–32.

BVC

När barnet är i 0-4 veckor, 8 månader eller 4 år gammalt.

Socialstyrelsen (2018c)

DIAGRAM 5



Andel rökare (%) tre månader före graviditet i förhållande till BMI vid inskrivning i mödrahjälsvården i Skåne, 2018.

Rökning före graviditet i förhållande till BMI

En epidemiologisk analys visar att rökning före graviditet är vanligare bland gravida med högre BMI (Diagram 5).

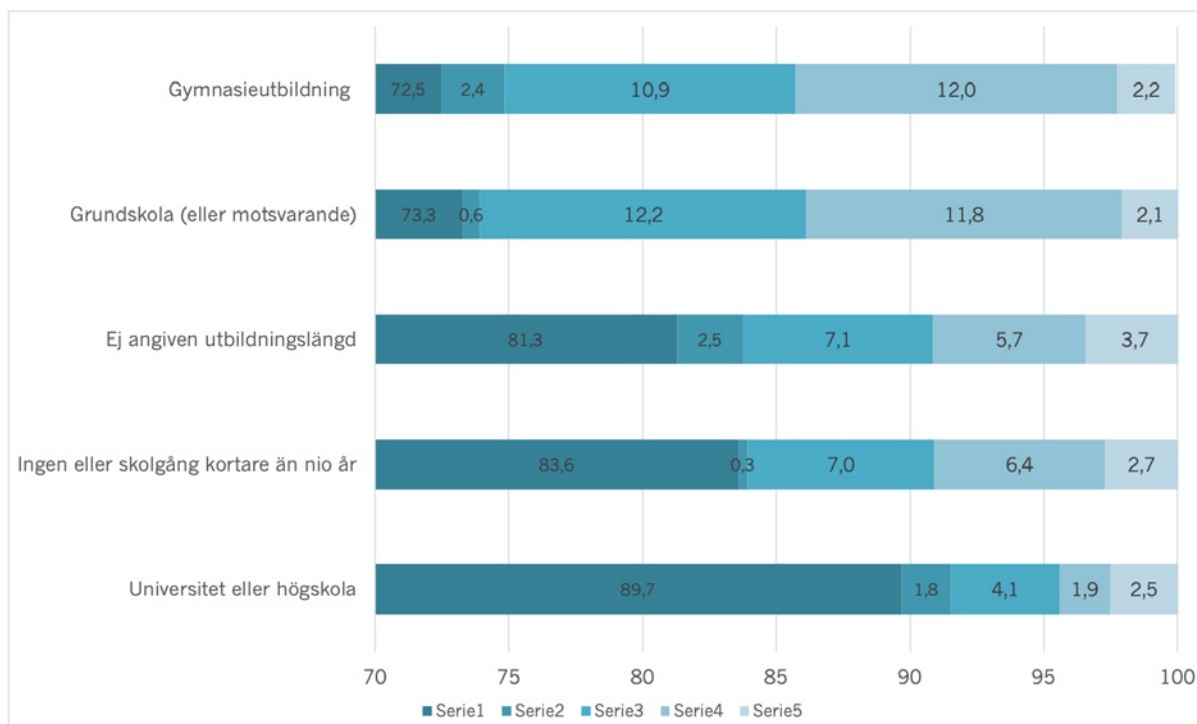
Vid analys av rökvanor i förhållande till BMI i graviditetsveckorna 30-32 observeras att högst andel rökare finns i gruppen med Grad 3 fetma och lägst andel rökare bland normalviktiga gravida.

Rökning före och under graviditet i förhållande till kvinnans utbildningsnivå

Analysen visar att rökning före graviditet är vanligare bland gravida som har utbildning i nivå med grundskola eller gymnasium. Andelen icke-rökande gravida med ingen eller skolgång kortare än nio år ligger högt (Diagram 6). Denna grupp består av 329 gravida.

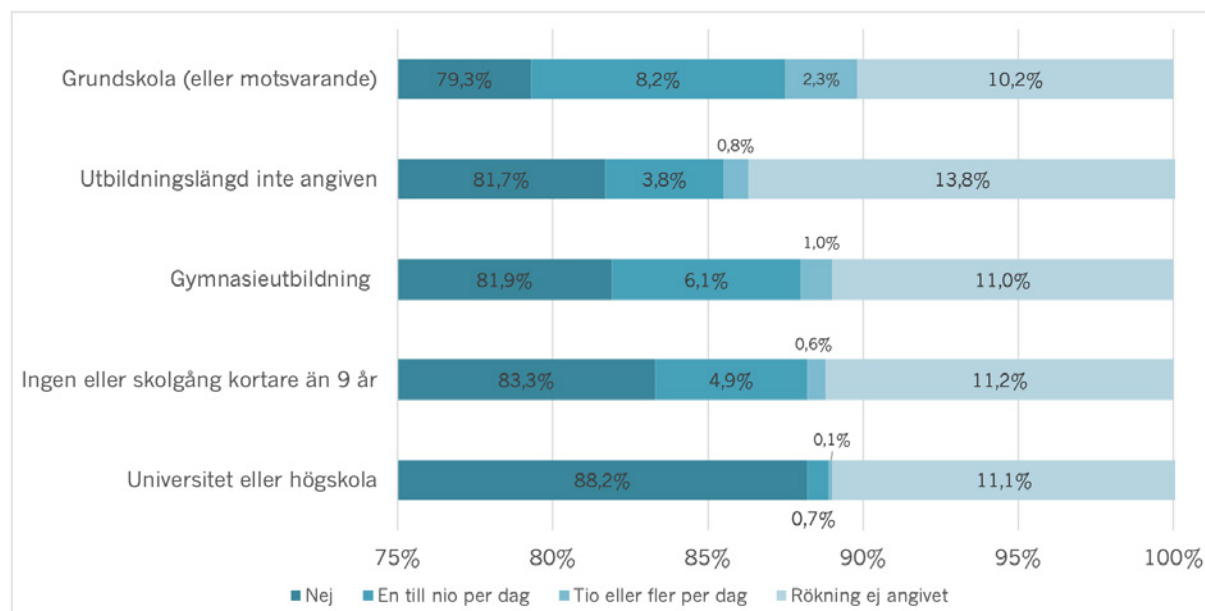
Andelen rökande gravida ligger lägst bland de som har med universitets- eller högskoleutbildning och högst bland de med grundskoleutbildning. Fler gravida med gymnasieutbildning slutar röka under graviditeten jämfört med de som har grundskoleutbildning (Diagram 7).

DIAGRAM 6



Andel rökare (%) respektive snus användare tre månader före graviditet i förhållandet till utbildningslängd i Skåne, 2018.

DIAGRAM 7



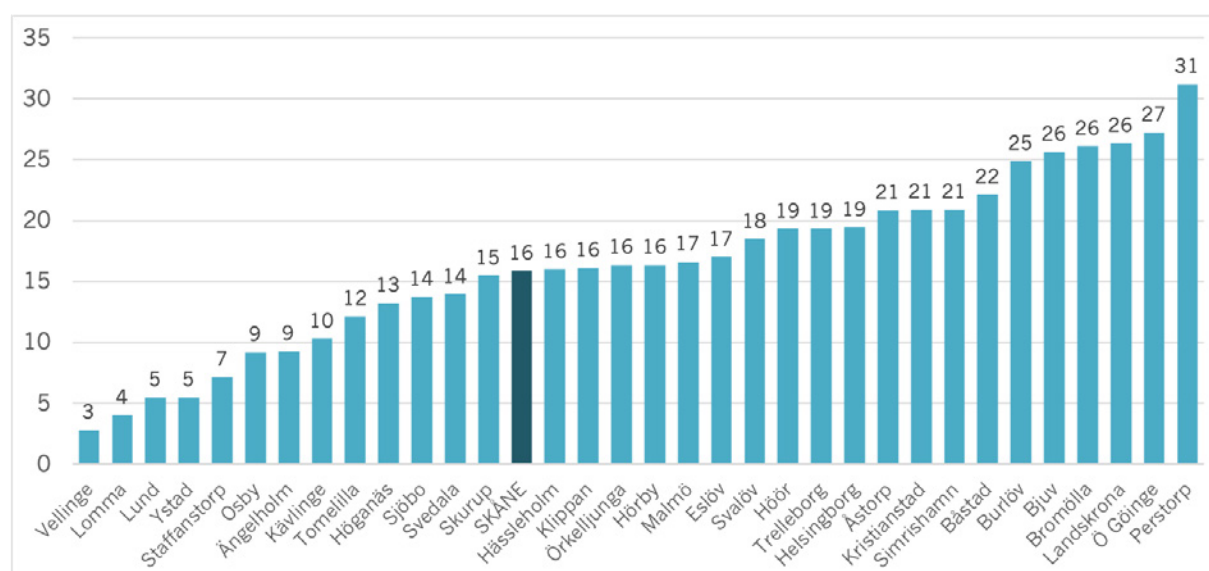
Andel rökare (%) i graviditetsveckorna 30-32, i förhållande till utbildningslängd, Skåne, 2018.

TABELL 2

Genomsnitt i Skåne för andelen barn (%) födda 2017, vars mamma eller pappa var rökare jämfört med nationell statistik. Nationell statistik barn födda 2017 ännu ej tillgänglig. Någon i hemmet anger om mamma, pappa eller någon annan i hemmet röker.

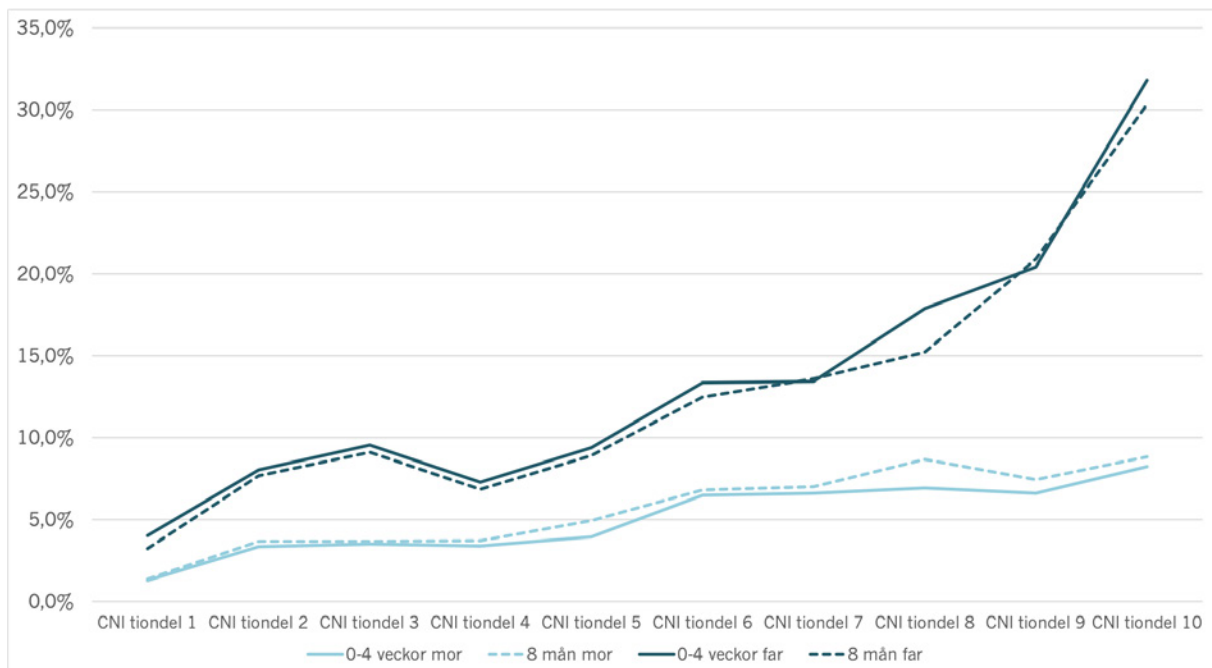
Barnets ålder Plats Födelseår	0-4 veckor Skåne 2017	0-4 veckor Skåne 2016	0-4 veckor Riket 2016	8 månader Skåne 2017	8 månader Skåne 2016	8 månader Riket 2016
Mamma	4,9 %	5,2 %	3,6 %	5,5 %	5,8 %	4,3 %
Pappa	14,0 %	13,9 %	10,4 %	13,1 %	12,9 %	9,6 %
Någon i hemmet	15,9 %	15,7 %	11,5 %	15,4 %	15,0 %	11,1 %

DIAGRAM 8



Andel barn (%) födda 2017 i vars familj någon röker vid noll till fyra veckors ålder. Kommunvis respektive genomsnitt för Skåne (mörk stapel).

DIAGRAM 9



Andel barn (%) födda 2017 vars mamma eller pappa röker när barnen är 0-4 veckor respektive 8 månader gamla, medelvärde per grupp för 10 BVC-grupper ordnade efter CNI-värde i Skåne, 2018.

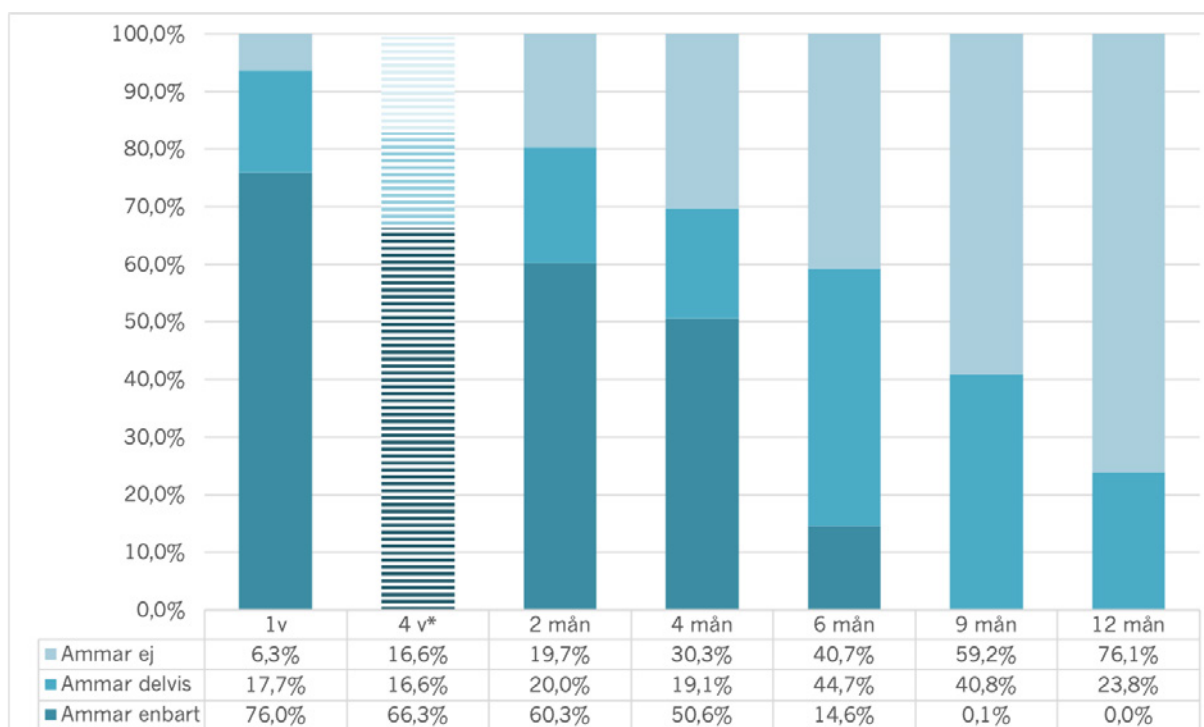
Rökfri miljö ur barnets perspektiv – barnets rätt till rökfri miljö

I Skåne blir en hög andel barn utsatta för tobaksrök jämfört med i övriga Sverige (Tabell 2).

Liksom i övriga Sverige finns stora skillnader mellan de skånska kommunerna när det gäller andel barn mellan noll till fyra veckors ålder, som lever i en familj med någon som röker (Diagram 8). Spridningen mellan kommunerna är ungefär densamma när barnen är åtta månader gamla.

Det finns tydliga samband mellan föräldrars rökning och socioekonomiska bakgrundsvariabler i Skåne. Sambandet mellan pappors rökning och CNI är mycket starkt, på så sätt att andelen pappor som röker är störst på BVC med högst CNI. Sambandet mellan mammors rökning och CNI är påtagligt, men inte fullt lika starkt (Diagram 9).

DIAGRAM 10



Andel ammade barn (%) i Skåne för barn födda 2017. *Data från Graviditetsregistret gäller fyra veckor gamla spädbarn, födda 2018.

Amning

Hälsöfrämjande effekter av amning är omfattande sett ur ett folkhälsoperspektiv. Amning bidrar till en god psykisk och fysisk hälsa hos mamman samtidigt som amning stimulerar barnets immunsystem, minskar risken för akuta infektioner och plötslig spädbarnsdöd (Krol och Grossmann T, 2018). På lång sikt förebygger amning för den som ammar bland annat bröst-, äggstocks- och livmodercancer, diabetes, hjärt-kärlsjukdomar och för det ammade barnet astma, diabetes, övervikt och fetma i barnåldern och senare i livet (Victora m fl, 2016).

Definitioner av amning enligt Socialstyrelsen

Amning – Barn som både enbart ammas och barn som ammas delvis.

Enbart amning (helamning eller exklusiv amning) – Barn som har fått enbart bröstmjölk samt vitaminer (exempelvis D-vitamin) eller läkemedel.

Delvis amning (delamning) – Barn som förutom bröstmjölk även har fått bröstmjölkersättning, välling eller annan kost (Socialstyrelsen, 2018b).

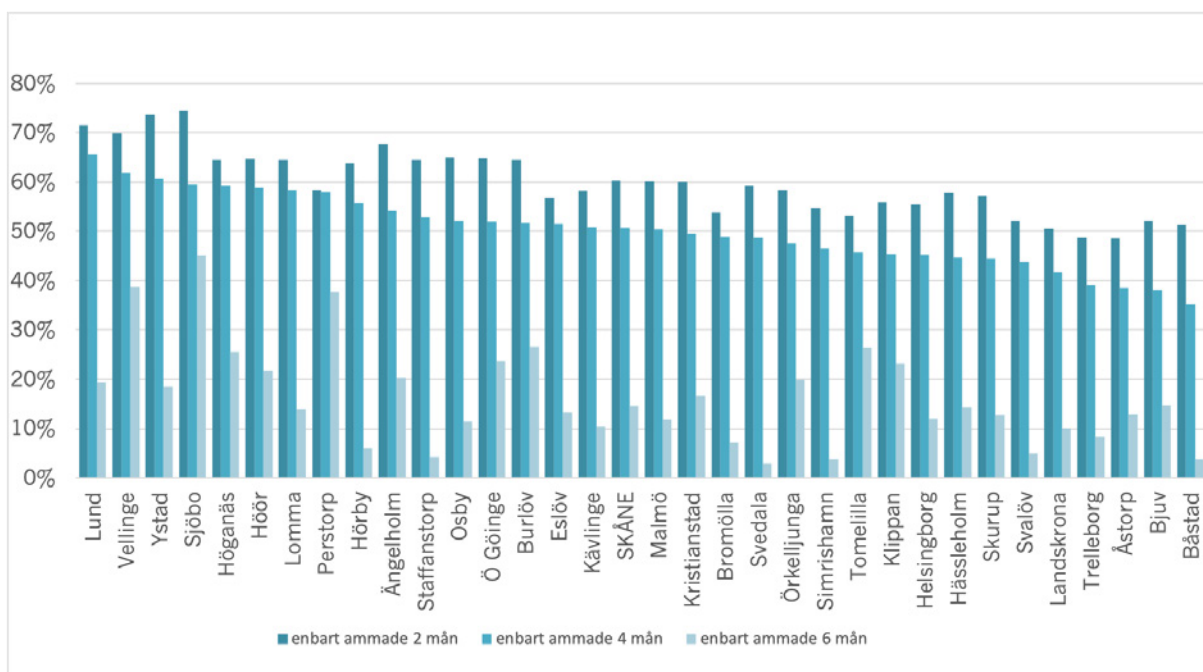
Amning i Skåne

Jämfört med Sverige ligger andelen ammade barn lägre i Skåne under 2018. Graviditetsregistret har uppgifter om amning rörande 85,9 % av de som erhållit mödrahälsovård i Skåne. Dessa förlöstes under 2018 och var på eftervårdsbesök på BMM fyra veckor efter förlossning. Efter korrigering för bortfallet i Graviditetsregistret hamnar helamningsfrekvensen då barnen är fyra veckor gamla på 66,3 %, delamningsfrekvensen på 16,6 %, samt frekvensen inte alls ammade på 16,6 %. Motsvarande siffror för riket är 68,3 %, 17,3 % respektive 13,6 %. Andelen barn som ammas vid fyra veckors ålder har minskat i Skåne jämfört med året dessförinnan då 67,2 % barn helammades, 16,2 % delammades och 15,8 % inte ammade alls. Skåne befinner sig således i en negativ amningstrend.

Under barnens första sex levnadsmånader sjönk andelen helammade från 76 % vid födelsen till enbart 14,6 % när barnen fyllde ett halvt år. Delvis amning varierar under barnets första levnadsår med högst andel på 44,7 % när barnet är 6 månader (Diagram 10).



DIAGRAM 11



Andel barn (%) födda 2017 som enbart ammas vid 2, 4 och 6 månaders ålder, Skåne.

De lokala skillnaderna i amningsfrekvens i Skåne mellan kommuner och enheter varierar stort, något som hållit i sig över tid. För barn födda 2017 varierar frekvensen för helamning vid fyra månaders ålder mellan 35 % och 66 % och vid sex månaders ålder mellan cirka 3 % och 45 % (Diagram 11).

Det framkommer tydliga samband mellan barnfamiljernas socioekonomiska resurser (utifrån CNI) och amningsuppgifterna från barnhälsovården i Skåne. Barn till föräldrar med socioekonomiskt mer gynnsam situation, det vill säga barn listade vid BVC med lägre CNI, har större chans att bli enbart ammade de första sex månaderna. Barn i familjer listade vid BVC med högre CNI blir oftare delammade under de första sex månaderna (Diagram 12).

Vid två månaders ålder var det 51 % av barnen i socioekonomiskt mindre gynnade familjer som enbart ammade (42 % vid fyra månaders ålder) och motsvarande siffra för barn i socioekonomiskt mer gynnsam belägenhet var 67 % (60 % vid fyra månaders ålder). Barn i familjer listade vid BVC med högre CNI blir oftare delammade under de första fyra levnadsmånaderna och från sex till tolv månaders ålder är delvis amning vanligare vid BVC med hög CNI än vid BVC med låg CNI. Vid 12

månaders ålder var det 19 % av barnen på BVC med lägst CNI som ammade delvis och motsvarande siffra för barn på BVC med högst CNI var 31 %.

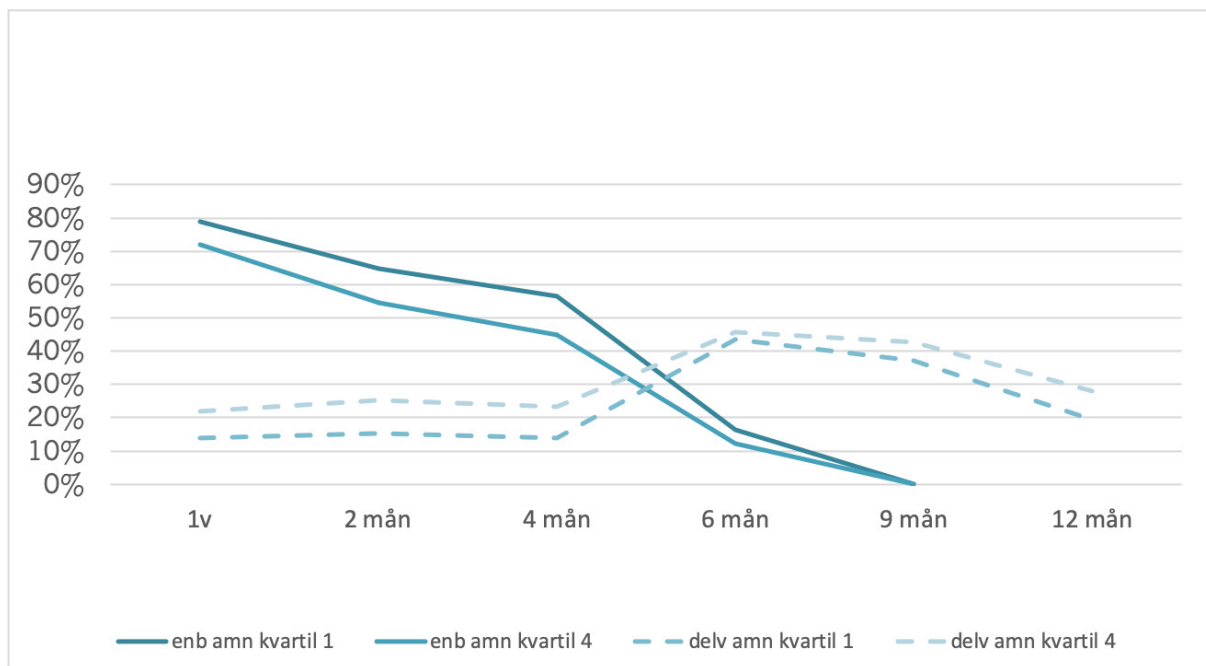
Vid analys av data från graviditetsregistret observeras att helamning fyra veckor efter förlossningen är betydligt vanligare bland kvinnor med den högsta utbildningen. Lägst andel ammande kvinnor finns i gruppen med grundskoleutbildning (Diagram 13).

Rekommendation om amning i Sverige

Världshälsoorganisationen rekommenderar sedan år 2001 enbart amning under de första sex levnadsmånaderna, följt av fortsatt amning kompletterad med tillägg av annan föda i två år eller längre (WHO, 2001).

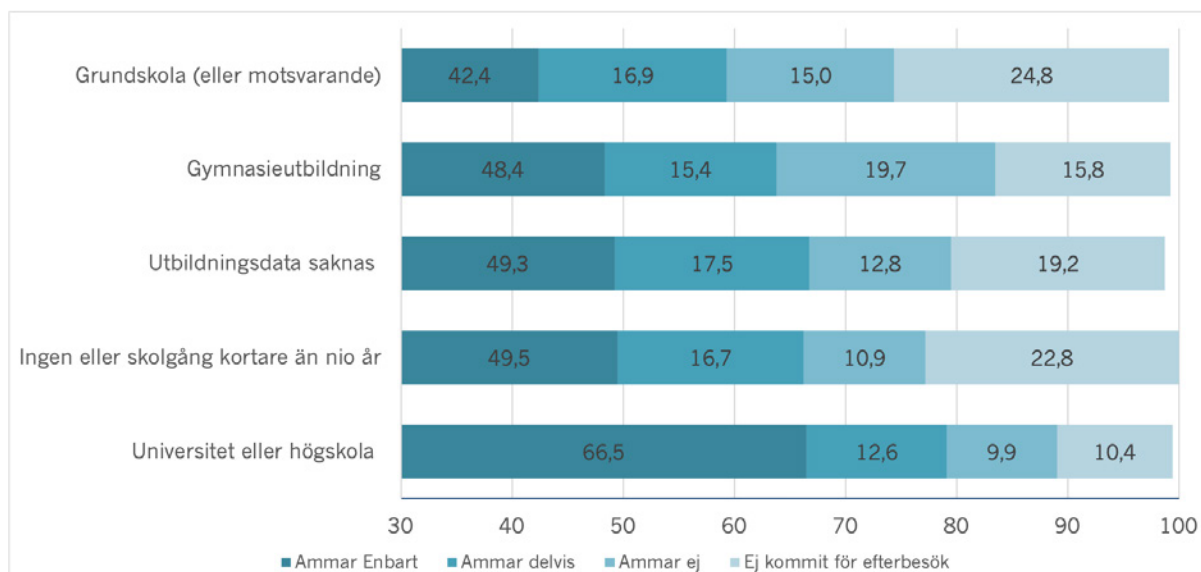
Sverige följer WHO:s rekommendation om enbart amning i sex månader. Därefter gäller fortsatt amning, under det första levnadsåret eller längre, kombinerat med långsam introduktion till annan föda, först som små "smakprov" och sedan som "smakportioner" (SLV, 2011).

DIAGRAM 12



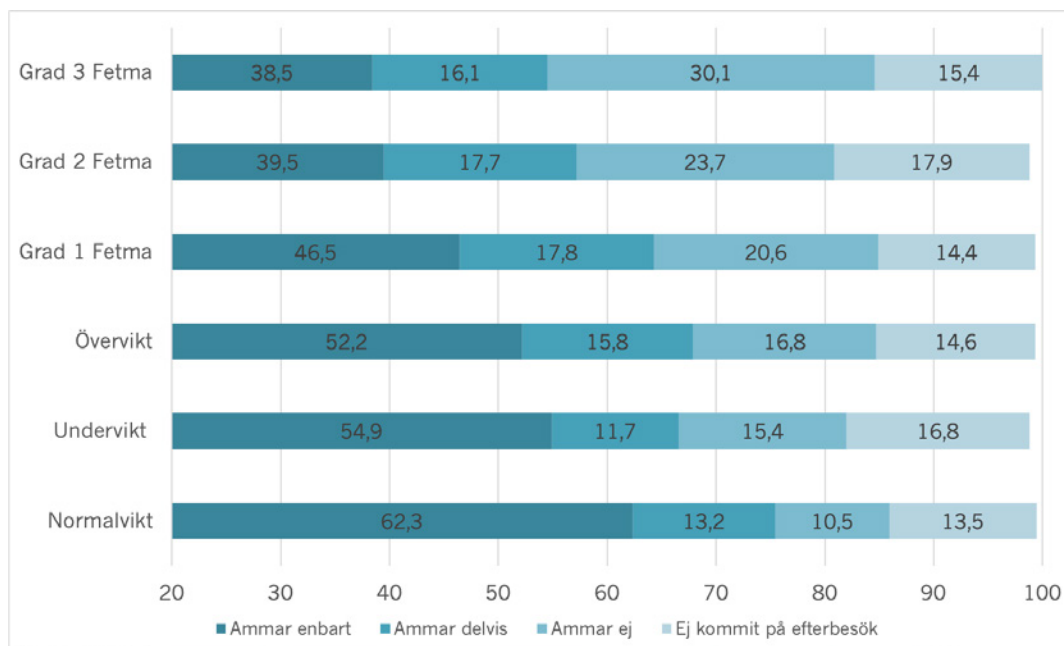
Andel helt eller delvis ammade barn (%) vid BVC med högt CNI (tiondel 10) och lågt CNI (tiondel 1). Andel barn födda 2017 som enbart ammas eller delvis ammas vid olika åldrar i Skåne.

DIAGRAM 13



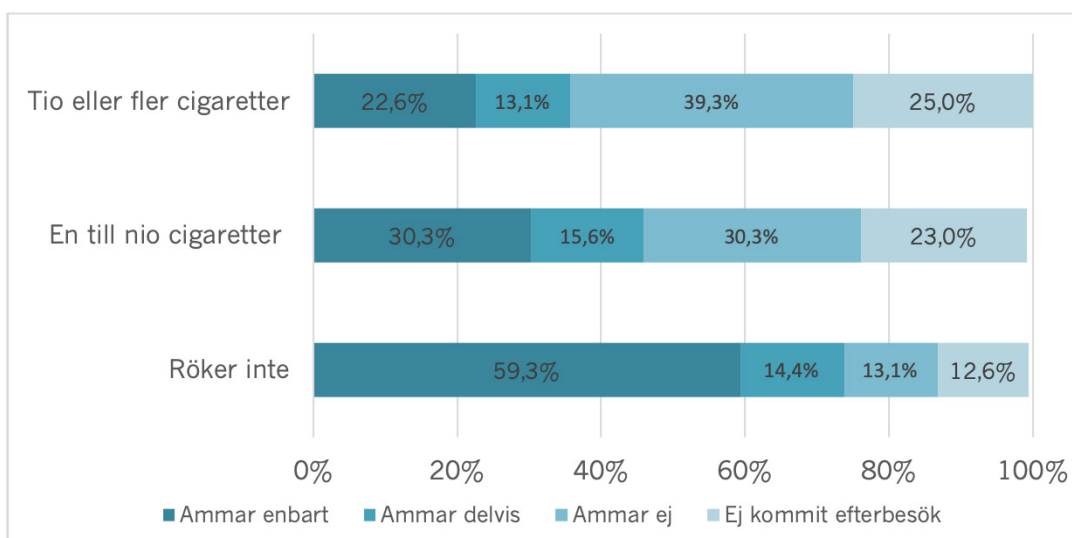
Andel kvinnor som ammar (%) fyra veckor efter förlossningen i förhållande till kvinnans utbildning, Skåne 2018.

DIAGRAM 14



Andel ammade barn (%) vid 4 veckors ålder i förhållande till efter mammans vikt vid inskrivning på BMM, Skåne, 2018.

DIAGRAM 15



Andel ammade barn (%) fyra veckor efter förlösning i förhållande till mammors rökvanor (cigaretter per dag) i graviditetsveckorna 30–32, Skåne, 2018.

Amning relaterat till kvinnans vikt tydliggör att helamning är vanligare bland kvinnor med normal BMI vid graviditetsinskrivningen, följt av gravida med undervikt. Andelen ammade barn minskar med ökande BMI hos mammorna. Andelen barn som helammades vid fyra veckors ålder då den gravida varit normalviktig vid inskrivning var 62,3 %. Vid övervikt eller Grad 3 fetma var motsvarande andel 52,2 % respektive 38,5 %. Det var tre gånger vanligare att barnet inte ammade om mamman har

fetma grad 3 jämfört med om mamman är normalviktig (Diagram 14)

Andelen kvinnor som helammade sina barn när de var fyra veckor gamla minskade med ökande cigarettanvändning i graviditetsveckorna 30–32. Andelen sjönk från 59,3 % bland icke rökande kvinnor till 30,3 % bland kvinnor som rökte en till nio cigaretter per dag och slutligen till 22,6 % bland kvinnor som rökte fler än tio cigaretter per dag (Diagram 15).

DISKUSSION

Övervikt och fetma

Övervikt och fetma hos gravida vid inskrivning i mödrahälsovården i Skåne är i ökande. Trenden är oroväckande och innebär en stor utmaning för folkhälsan och därmed även för hälso- och sjukvården. Att vara normalviktig vid inskrivning är skyddande mot flera komplikationer under graviditet och förlossning. Övervikt och fetma hos den födande eller stor viktuppgång under graviditet har samband med övervikt och fetma även senare i livet vilket i sin tur kan leda till ökad sjuklighet och för tidig död. Forskning tyder på att övervikt och fetma även leder till negativa hälsomått hos det väntade barnet på både kort och lång sikt.

Gravida med ingen eller kortare utbildning är oftare överviktiga än kvinnor i befolkningen i stort (Bjeremo, m fl, 2015). Förekomsten av övervikt och fetma hos fyraåringar födda 2014 ligger på samma nivå som barn födda 2013. I en jämförelse med sju års data kan man konkludera att trenden är stillastående. Den stabila trenden är en positiv företeelse i relation till den regionalt varierande förekomsten av övervikt och fetma bland fyraåringar i Sverige under 2018 (Nylander och Miregård, 2018). Som tidigare finns stora skillnader i förekomsten mellan de olika kommunerna. För barn i fyra års ålder i Skåne finns ingen koppling mellan övervikt och CNI.

För att minska den ojämlikhet i förekomst av övervikt och fetma som finns i Skåne är det viktigt att tidiga förebyggande insatser prioriteras, särskilt i områden med hög förekomst av övervikt och fetma. Graviditet är en period i livet när man kan vara särskilt motiverad till förändring av levnadsvanor. Inom mödrahälsovården har barnmorskan möjlighet att spela en viktig roll i att stödja och vägleda kvinnor med övervikt och fetma för att främja en sund viktuppgång under graviditet och därmed minska risken för graviditetsrelaterade komplikationer. Skyddsfaktorer som minskar risken för övervikt och fetma under barndomen är amning, föräldrars förståelse och lyhördhet för barnets signaler och föräldrarnas utbildningsnivå.

Faktorer som ökar barnets risk är en hög födelsevikt, när barnets föräldrar har fetma, rökning och snabb viktökning under graviditeten samt graviditetsdiabetes (Larqué m fl, 2019). Ärftlighet har betydelse för risken att utveckla övervikt och fetma, men även sociala och ekonomiska faktorer spelar roll för hur grupper i befolkningen utvecklar övervikt och fetma.

Inom mödrahälsovården i Skåne finns regionala riktlinjer för medarbetarna som stöd för att initiera eller upprätthålla hälsosamma levnadsvanor under graviditeten med fokus på regelbunden fysisk aktivitet och hälsosamma kostvanor. Genom stöd till optimal viktuppgång kan medarbetare medverka till att förebygga komplikationer och främja hälsa hos både mamma och barn (Region Skåne, 2014b).

Barnhälsovården erbjuder alla familjer återkommande samtal med syfte att uppmuntra, stödja och främja hälsosamma levnadsvanor och identifiera både skydds- och riskfaktorer.

I barnhälsovården i Region Skåne har Grunda Sunda Vanor - modellen (GSV) implementerats. GSV är en vägledning för professionella inom BHV och hur de kan samtala om hälsosamma levnadsvanor med barn i två till fem års ålder och med deras föräldrar (Håkansson, 2018). I samtalsmodellen använder sjuksköterskan ett pedagogiskt bildmaterial för att främja och öka barnets delaktighet. Familjen informeras om barnets tillväxt, med barnets BMI-kurva som verktyg, för att illustrera barnets tillväxttrend. För att försöka bromsa den ökande överviktstrenden bland gravida i Skåne och samtidigt förebygga att antalet fyraåringar med övervikt ökade inleddes under 2018 samverkan mellan Kunskapscentrum kvinnohälsa, Kunskapscentrum barnhälsovård och Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention.

Rökning

Data för barn födda 2017 visar att det fortfarande är vanligt att barns föräldrar röker och att en större andel spädbarn i Skåne växer upp i ett hem där någon röker

jämfört med i resten av Sverige. Även rökning före och under graviditeten ligger i Skåne högre än nationella siffror, men minskar gradvis. Datainsamlingen kan vara påverkad av att barnmorskan avstår från röningsfrågan under vecka 30–32 om en gravid inte har rökt tidigare. Insamlad data från graviditetsveckorna 30–32 visar att snusbruk då är ovanligt, varför det valdes att inte diskuteras vidare.

Det finns stora skillnader i röningsfrekvens mellan olika skånska kommuner där andelen gravida som röker i graviditetsveckorna 30–32 varierar mellan kommunerna som Lomma (0,4 %) och Tomelilla (10,8 %), och andel barn födda 2018 som lever i en familj med någon som röker vid barnets första fyra levnadsveckor varierar från 3 % i Lomma till 31 % i Perstorp.

Mödra-och barnhälsovården utför ett viktigt folkhälsoarbete med att kartlägga föräldrars rökvanor och att samtala om tobaksbruk för att främja en rökfri graviditet och en rökfri miljö för barnet. Under samtalen får familjen information om rökens skadliga verkan på graviditeten, det ofödda barnet och barnet efter födelse. Det erbjuds även aktiv hjälp och stöd för de föräldrar som vill sluta röka. Mer än hälften av de kvinnor som röker tre månader före graviditeten slutar röka när de blir gravida och ytterligare några slutar under graviditeten. Framförallt bland de som röker många cigaretter per dag minskar tobaksanvändningen. Att barnets pappor röker i högre grad än mammor är en utmaning för både MHV och BHV. Ur barnets perspektiv har båda föräldrarna rätt att ta del av det hälsofrämjande arbetet inom barnhälsovården,

Att främja tobaksfri miljö

En enkät genomfördes i slutet av 2017 i Region Skåne för att kartlägga vid vilka tidpunkter och vilka pedagogiska material och metoder som medarbetare i mödra- och barnhälsovården använder sig av för att främja en tobaksfri miljö.

Mödrahälsovården

- Samtliga svarande 50 barnmorskor och två läkare beskrev att de samtalade med alla gravida om vikten av tobaksfri miljö, men att det rådde stora skillnader gällande tidpunkt för tobaksinformationen.

Barnmorskorna använde olika strategier för uppföljning av tobaksvanor vid olika tidpunkter, hade olika kunskap om vilken hjälp som kan erbjudas rökande gravida som vill sluta röka och hade olika sätt att remittera vidare.

Barnhälsovården

- Samtliga svarande - 164 BHV-sjuksköterskor - beskrev att de samtalade med alla barns föräldrar om vikten av en rökfri miljö vid både första hembesöket och hembesöket när barnet är åtta månader. Många (drygt 100 av 164 BHV-sjuksköterskor) tog upp ämnet igen vid hälsobesöken när barnet hade blivit 18 månader respektive fyra år.
- 27 av 43 BHV-läkare samtalade med alla barns föräldrar om rökfri miljö vid teambesöken under barnets första år, medan resterande 17 BHV-läkare samtalade om vikten av rökfri miljö endast med de föräldrar som angett att de rökte.
- Material som användes som stöd i samtalen var boken *Leva med barn*, informationsmaterialet *Tobaksfria barn* från Folkhälsomyndigheten, Region Skånes vårdprogram och Socialstyrelsens enkla råd.

Thor och Vilhelmsson (2017)



inte minst när det handlar om tobaksfri miljö och samtal kring rökvanor. Pappor deltar dock i lägre grad vid hälsobesök både på BMM och BVC.

Enligt Socialstyrelsen har rådgivande samtal stor effekt på tobaksbrukande gravida. Att använda motiverande samtal (MI) är en möjlig strategi som visats vara effektiv. För att kunna möta alla som kommer till mödra- och barnhälsovården på lika villkor och att kunna ge stöd till dem som har störst behov är det viktigt att ha kännedom om ohälsosamma levnadsvanors ojämlika fördelning över befolkningen och hur de påverkas av familjens socioekonomiska förutsättningar, som till exempel utbildningsnivå eller CNI. Många människor har flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt och detta faktum ökar risken för ohälsa exponentiellt. För att uppmärksamma vikten av att arbeta tobaksförebyggande inom mödra- och barnhälsovården initierade Kunskapscentrum kvinnohälsa och Kunskapscentrum barnhälsovård under 2017 en enkät till samtliga BMM och BVC i Skåne med frågor kring hur man hanterar tobaksfrågor i de enskilda mötena på BMM och BVC. Resultaten visas i faktarutan (se sidan 34).

Amning

Allt färre barn ammas under barnets första fyra månader i dagens Sverige. Även i Skåne har amningsfrekvensen sjunkit. En orsak till nedgången kan vara att allt fler barn tillmatas tidigt med bröstmjölk ersättning (Chantry, m fl, 2014). Det kan även finnas brister i vården efter förlossningen som gör att amningsproblem inte upptäcks i tid och det kan vara otydligt vart kvinnor med behov av amningsstöd ska vända sig. Attitydförändringar och kunskapsläget på samhällsnivå liksom otillräckligt socialt stöd för enskilda kvinnor och grupper av kvinnor har även lyfts som bidragande orsaker.

Kortare vårdtider kan innebära en utmaning när det gäller att främja och stödja amning i hela vårdkedjan. Därför behövs det fortbildning för samsyn om amning som riktar sig till all personal i hela vårdkedjan.

Det är bekymmersamt att amningsfrekvensen i hög utsträckning skiljer sig åt mellan de skånska kommunerna. Aktuella data visar en variation vad gäller helamning vid sex månaders ålder mellan 3 och 45 %. Skillnader finns även i förhållande till CNI och utbildningsnivå. Därmed finns risk för ojämlik hälsa.

Att skydda, främja och stödja amning är en viktig folkhälsofråga och av central betydelse i arbetet för jämlik hälsa. Samtidigt ska föräldrars val självklart respekteras och mötas av det stöd och den information som krävs oavsett valet att amma eller inte. Det är viktigt att personal inom hälso- och sjukvården har goda kunskaper om amningens hälsofördelar och tillräcklig kompetens för att kunna erbjuda lättillgängligt stöd och hjälp till blivande och nyblivna föräldrar, både i samband med samtal i mödrahälsovården, vid amningsintroduktion på förlossning/BB och efter hemgång inom barnhälsovården. Även kunskap om att ohälsosamma levnadsvanor på gruppnivå hänger samman med lägre amningsfrekvens, så att till exempel gravida med fetma och kvinnor som röker under graviditeten ammar i mindre utsträckning, kan hjälpa de professionella inom mödra- och barnhälsovården att ge tidigt amningsstöd till dem som har störst behov.

Forskning visar att amningsutbildning under graviditet är bland de mest effektiva åtgärder som finns för att främja och stödja amning (Nordström LG & Shutova E, 2015). Mödra- och barnhälsovården har enligt Socialstyrelsen i uppdrag att ge blivande föräldrar möjlighet och utrymme att diskutera och reflektera över amning samt ge kunskap för att underlätta för föräldrar att göra informerade val.

Konklusion

Andelen barn med övervikt och fetma vid fyra-årsbesöket ligger på ungefär samma nivå som under de senaste sju åren, och är lägre än Sveriges genomsnitt. Bland gravida som skrevs in i mödrahälsovården i Skåne ökar däremot andelen gravida med övervikt och fetma och andelen normalviktiga

gravida är nu lägre än rikets genomsnitt vid inskrivningen. Stora skillnader ses fortsatt inom Skåne. För gravida finns en stark koppling mellan BMI och utbildningslängd med högre BMI kopplat med kortare utbildning. Däremot finns hos fyraåriga barn ingen samvariation mellan andelen barn med övervikt eller fetma och CNI. Samverkan mellan mödrahälsovården och barnhälsovården blir allt viktigare eftersom fetma hos den gravida även kan leda till för övervikt och fetma hos det väntade barnet.

Det föreligger stora skillnader i rökningens frekvens mellan olika skånska kommuner. Det är mer än dubbelt så vanligt att pappan röker som att mamman gör det. Skåne har under flera år tillhört de regioner med en hög andel pappor som röker och de senaste två åren har ingen minskning skett. Även

hos gravida i tidig och sen graviditet ligger Skåne högt avseende rökning. De senaste uppgifterna visar dock att rökning bland gravida har minskat både vid inskrivning och i graviditetsveckorna 30–32.

Region Skåne har i många år legat under riksgenomsnittet när det gäller amning och siffrorna fortsätter minska successivt. Det råder stora regionala skillnader både mellan kommuner och BVC-enheter. Det är mycket viktigt att hälso- och sjukvården erbjuder tillräckligt med stöd och hjälp till blivande och nyblivna föräldrar i amningsstarten.

Mödra- och barnhälsovård har möjlighet att påverka och i bästa fall vända dessa trender genom sitt evidensbaserade och hälsofrämjande program som erbjuds alla gravida och familjer i Skåne.

Kunskapsinsatser

- Arrangemang av inspirationsdag för medarbetare inom MHV, BHV med temat barn och hälsosamma levnadsvanor i samarbete med Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention
- Medverkan i Nyhetsblad med fokus på barn från Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention
- Kartläggning av hur MHV och BHV arbetar med rökavvänjning (se faktaruta sidan 34)
- Start av framtagandet av en amningsstrategi för Region Skåne
- Träff i en amningsfokusgrupp för att identifiera och planera en amningssatsning
- Utbildning i att främja amning för barnmorskor och BHV-sjuksköterskor
- Utbildning för barnmorskor och BHV-sjuksköterskor om föräldragrupsledareskap för att stärka god professionell kommunikation och erbjuda stärkt föräldrastöd
- Workshops om barns tillväxt
- Utbildning i Grunda Sunda Vanor på introduktionsutbildning för nyanställda inom mödra- och barnhälsovård



6 Psykisk hälsa

FÖRFATTARE

Ida Ivarsson, psykolog, utvecklare, Kunskapscentrum barnhälsovård

Lars Olsson, psykolog, utvecklare, Kunskapscentrum barnhälsovård

Elin Pihl, psykolog, utvecklare, Kunskapscentrum kvinnohälsa

Bakgrund

Arbetet med att främja barns och föräldrars psykiska hälsa utgår från några grundläggande aspekter kring vad som påverkar individers och familjers välmående. Späd- och småbarns relation till sin förälder/sina föräldrar utgör dess viktigaste uppväxtmiljö och barnets psykiska och fysiska hälsa påverkas av föräldrarnas möjligheter att möta dess behov (Zeanah, 2019). Likaså påverkas föräldrarnas psykiska hälsa av omställningen under föräldrablivandet och av barnets mående. Barnets och föräldrarnas psykiska hälsa utvecklas alltså i samspel med varandra (Moe, Slinning & Bergum, 2010). Den psykiska hälsan påverkas av faktorer inom och runt familjen som till exempel barnets temperament, föräldrarnas livshistoria, föräldrarnas relation, deras samarbete och tillgång till stöd från omgivningen (Zeanah, 2019). Barnets psykiska hälsa kan påverka olika aspekter av dess utveckling såsom tillväxt, motorik, känsloliv samt kognitiv och social utveckling. (Moe m fl, 2010). En viktig aspekt när det gäller psykisk hälsa hos barn är att psykisk och fysisk hälsa hänger samman och att psykiska och fysiska symtom ofta är tätt sammanflätade. Hos spädbarn är uttryck för fysisk och psykisk stress omöjliga att skilja åt och därför bör kroppsliga symtom hos barn inte automatiskt betraktas som uttryck för fysisk ohälsa.

Dessa utgångspunkter har konsekvenser för mödra- och barnhälsovårdens arbete för att främja barns och föräldrars psykiska hälsa och motverka psykisk ohälsa. I första hand erbjuds och riktas olika former av stöd till föräldrarna med syfte att underlätta föräldrablivandet, främja samspelet mellan förälder

och barn och stärka föräldrarnas förmåga att tolka sitt barns signaler och förstå dess behov (Socialstyrelsen, 2014). Det innebär också att insatser som utförs utan en tillräcklig förståelse för familjesituationen i sin helhet kan bli verkningslösa. Föräldrastöd riktat till enbart en förälder kan få mindre effekt om den andra föräldern inte inkluderas i stödet och depression hos en förälder kan bli svårbehandlad om det förekommer våld eller förtryck i familjen. Insatser som primärt riktar sig mot en fas i föräldrablivandet har påverkan på andra faser. Stöd under graviditeten kan till exempel påverka även hur tiden efter förlossningen upplevs och hur det nyfödda barnets situation blir (Fredriksen, von Soest, Smith & Moe, 2017). Vissa erbjudanden från mödra- och barnhälsovården har som uttalat syfte att stärka psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa, men även besök inom mödra- och barnhälsovården med andra syften utgör tillfällen att främja psykisk hälsa.

Psykisk ohälsa hos föräldrar

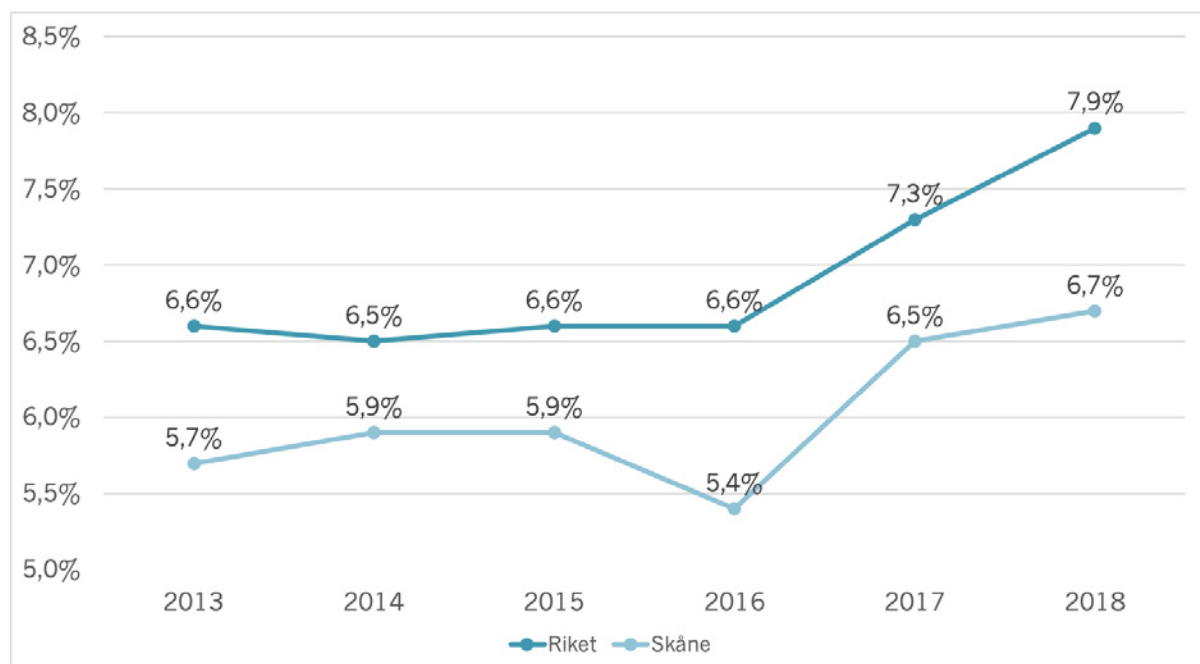
Psykisk ohälsa hos en förälder, såsom depression, ångest eller långvarig stress, innebär ett lidande i sig men är också sammankopplat med ökad risk för negativa utfall för barnet. Det kan gälla minskad kapacitet för stress- och känsloreglering, påverkan på kognitiv och motorisk utveckling samt ökad risk för psykiska svårigheter hos barnet (Zeanah, 2019; Lamb, 2010). Depression hos en förälder kan inträffa både före och efter förlossning och olika individer följer olika förlopp. Till exempel kan depression uppstå och kvarstå endast under graviditeten, endast under nyföddhetsperioden eller innebära ihållande och ökande symtom under

både graviditet och barnets första år och längre än så. Det kan alltså vara svårt att förutsäga hur en förälder kommer att må efter förlossning utifrån hur den mår under graviditeten (Fredriksen m fl, 2017). Cirka 10 % av gravida upplever mild till måttlig depression (Melville, 2010) och av nyblivna mammor är det ca 10-12 % som drabbas. Bland nyblivna pappor är förekomsten av depressiva symtom ca 6-7 % (Massoudi, 2013). Risken att må psykiskt dåligt under eller efter en graviditet är betydligt högre bland utlandsfödda mammor jämfört med svenskfödda. Bland utlandsfödda mammor beräknas risken för depression post partum vara omkring 20 %, vilket är nästan dubbelt så högt jämfört med svenskfödda (Falah-Hassani, Shiri & Vigod, 2015). Liknande mönster återfinns vad gäller rapporterad förlossningsrädsla (Ternström, Hildingsson, Haines & Rubertsson, 2015).

Det är vanligt att barn växer upp med en förälder som har psykisk ohälsa. Av barn i åldern 1-18 år har 10,7 % en mamma och 5,5 % en pappa som någon gång behandlats med antidepressivt läkemedel. Bland föräldrar till barn som är 10-18 år uppger 18,1 % att de lider av ångslan, oro eller ångest (Järkestig-Berggren, Magnusson & Hanson, 2015).

För att belysa olika aspekter av psykisk ohälsa under graviditet och det tidiga föräldrablivandet har följande fyra indikatorer valts ut: åtgärder vid psykisk ohälsa under graviditet, åtgärder vid förlossningsrädsla, depressionsscreening när barnet är två månader, enskilt föräldrasamtal med den icke-födande föräldern. Dessa redovisas nedan var för sig.

DIAGRAM 1



Andel gravida (%) som registrerats för psykisk ohälsa under graviditet, i Skåne samt nationellt, 2013–2018.

Resultat

Åtgärder vid psykisk ohälsa under graviditet

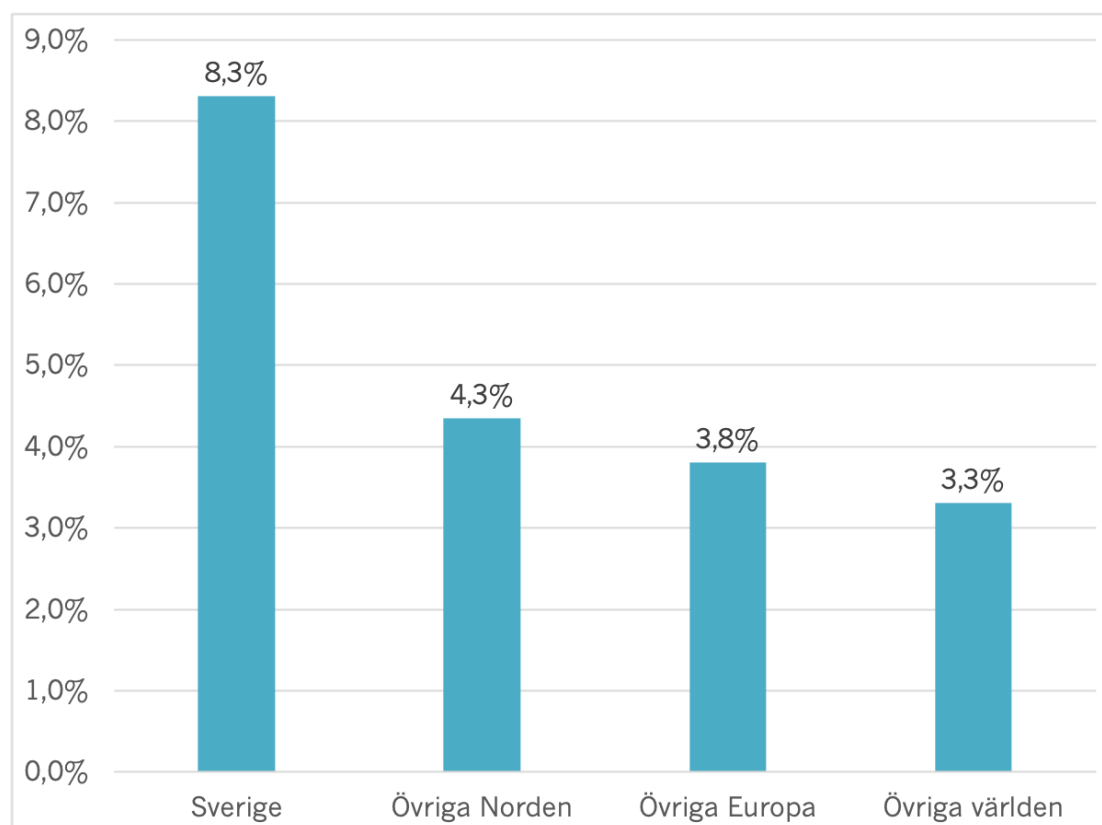
Under inskrivningssamtalet i mödrahälsovården ställer barnmorskan frågor till den gravida och eventuell medförälder om deras tidigare psykiska hälsa och om det nuvarande måendet. Om det framkommer svårigheter kan barnmorskan vägleda föräldrarna rätt, antingen genom en remiss till psykolog inom mödra- och barnhälsovård om svårigheterna rör föräldrabilivandet eller till andra vårdinstanser. Om den gravida någon gång under graviditeten har fått en åtgärd för psykisk ohälsa ska detta registreras av barnmorskan i graviditetsregistret efter fullgången graviditet.

Åtgärder vid psykisk ohälsa hos den icke-födande föräldern under graviditetsperioden registreras inte inom mödrahälsovården och redovisas därför inte i denna rapport.

Under 2018 registrerades det att 946 gravida i Skåne, motsvarande 6,7 %, behandlades för psykisk ohälsa, där både psykologisk och/eller medicinsk behandling ingår. Diagram 1 visar att andelen som behandlas under sin graviditet har stigit under de senaste åren, både nationellt och regionalt. Skåne ligger dock fortfarande under rikssnittet med 7,9 %.

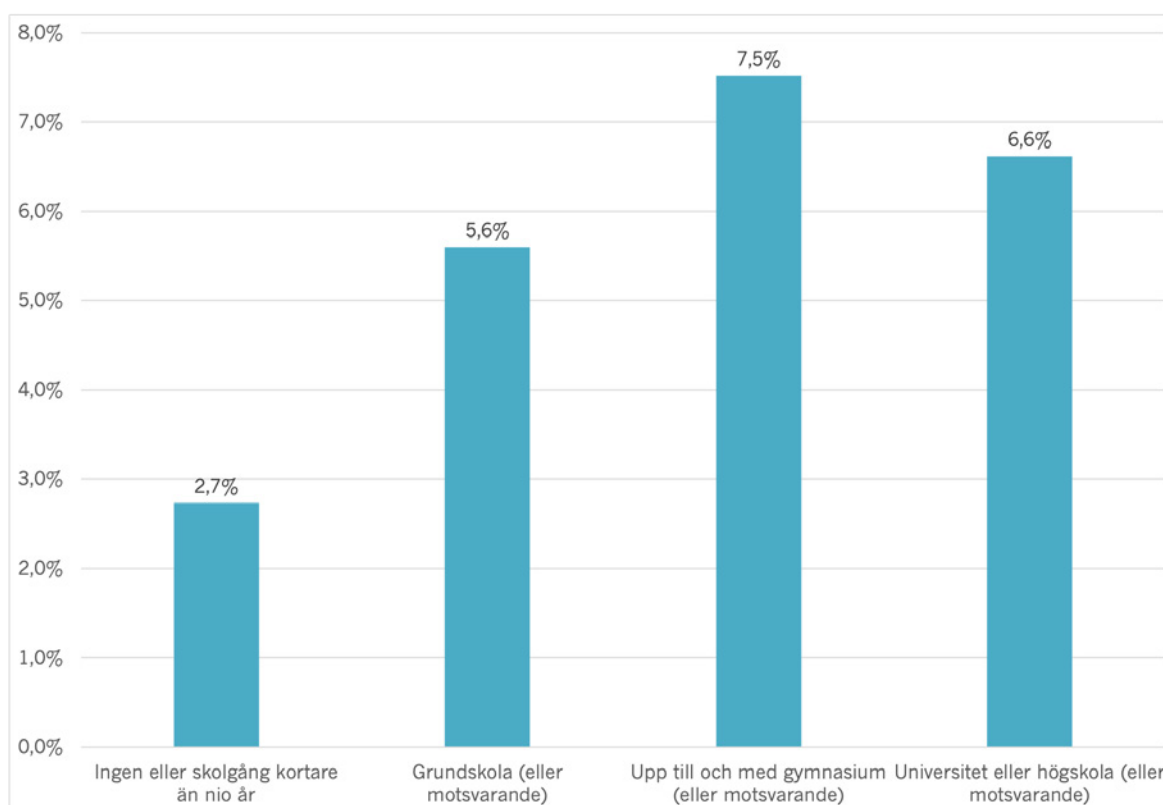
Liksom tidigare år finns det i Skåne skillnader i hur stor andel som behandlas för psykisk ohälsa under graviditet när grupper jämförs baserat på födelse-land. Diagram 2 visar att 8,3 % av gravida födda i Sverige fick behandling, vilket kan jämföras med 3,8 % i gruppen födda i övriga Europa, samt 3,3 % i gruppen födda utanför Europa.

DIAGRAM 2



Andel gravida (%) som har behandlats för psykisk ohälsa under graviditet i Skåne 2018, fördelat efter födelseområde.

DIAGRAM 3



Andel (%) som har behandlats för psykisk ohälsa under graviditet i fördelat efter utbildningslängd, Skåne, 2018.

Av Diagram 3 framgår att gravida med kortare utbildning än gymnasium mer sällan får behandling för psykisk ohälsa jämfört med gravida som har gymnasial eller eftergymnasial utbildning.

Det framkommer ingen tydlig trend när det gäller andelen som behandlats för psykisk ohälsa under graviditet när data fördelas efter CNI-grupp, se Diagram 4.

Liksom år 2017 är de geografiska skillnaderna mellan kommunerna i Skåne stora vad gäller andel gravida som behandlats för psykisk ohälsa, vilket framgår i Diagram 5.

Åtgärd vid förlossningsrädsla

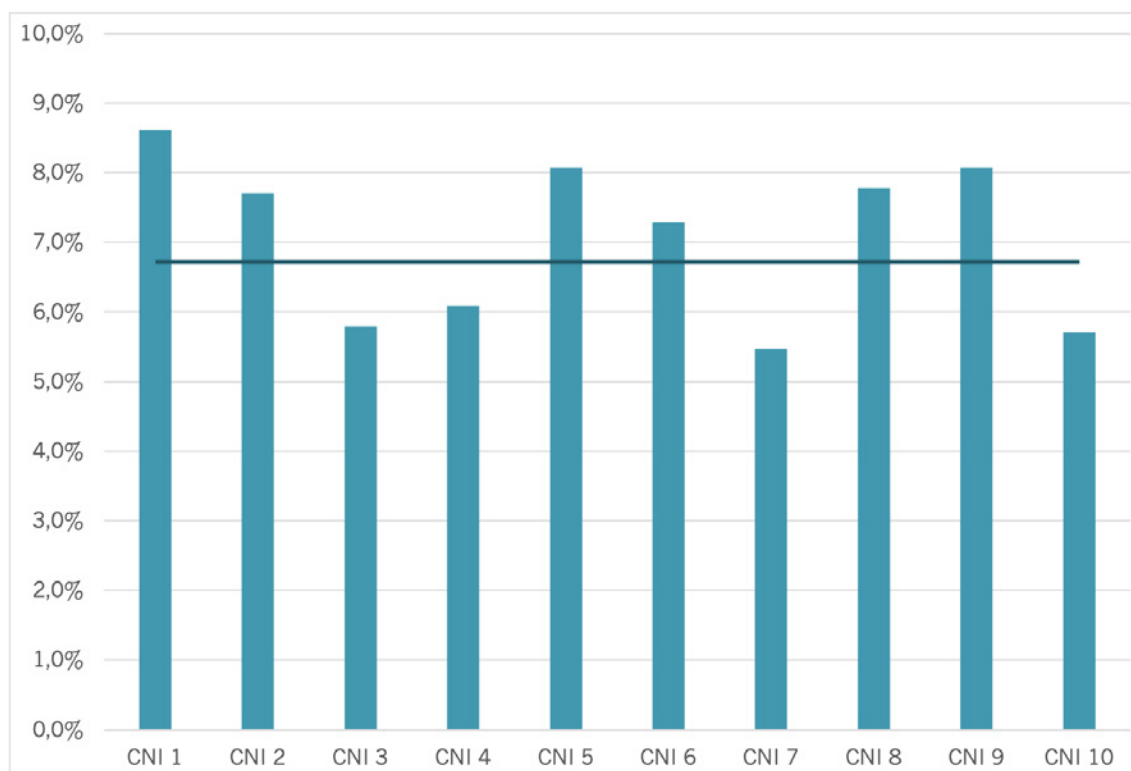
Förlossningsrädsla kan innebära allt från en lättare oro till förlossningsfobi med funktionssvikt hos den drabbade. Då det ännu inte finns en godtagen definition av förlossningsrädsla är förekomsten mycket svår att uppskatta och anges globalt ligga mellan 3,7–43 % med en omräknad genomsnittlig prevalens på 14 % (O'Connell, Leahy-Warren,

Khashan, Kenny & O'Neill, 2017). Att lida av stark förlossningsrädsla är relaterat till flera negativa konsekvenser, däribland längre förlossningsförlopp, högre grad av kejsarsnitt och högre grad av negativa amningsupplevelser (Rondung, 2018). Risken för att drabbas av depression post partum samt förlossningsrelaterad PTSD (posttraumatiskt stressyndrom) är också högre hos kvinnor med förlossningsrädsla. Det finns även en samsjuklighet med depression och ångestsyndrom (Rondung, 2018).

I Region Skåne ska alla gravida få frågan om förlossningsrädsla och erbjudas stödåtgärder vid stark oro eller rädsla. Stödet kan innebära extra samtal med barnmorska eller förlossningsläkare, eller insatser från kurator eller psykolog.

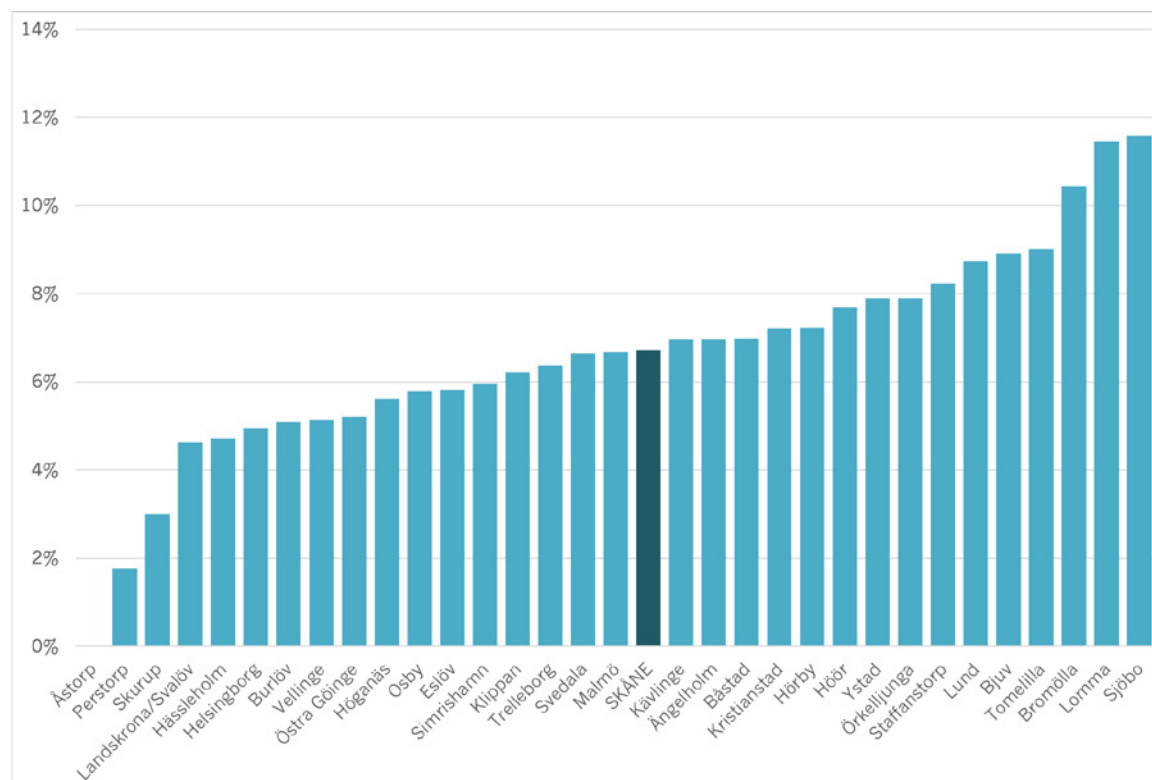
År 2018 fick 7,8 % av de gravida i Skåne extra stödåtgärder vid förlossningsrädsla. Skåne ligger under rikssnittet på 8,7 % men har de senaste åren haft en uppåtgående trend (Diagram 6).

DIAGRAM 4



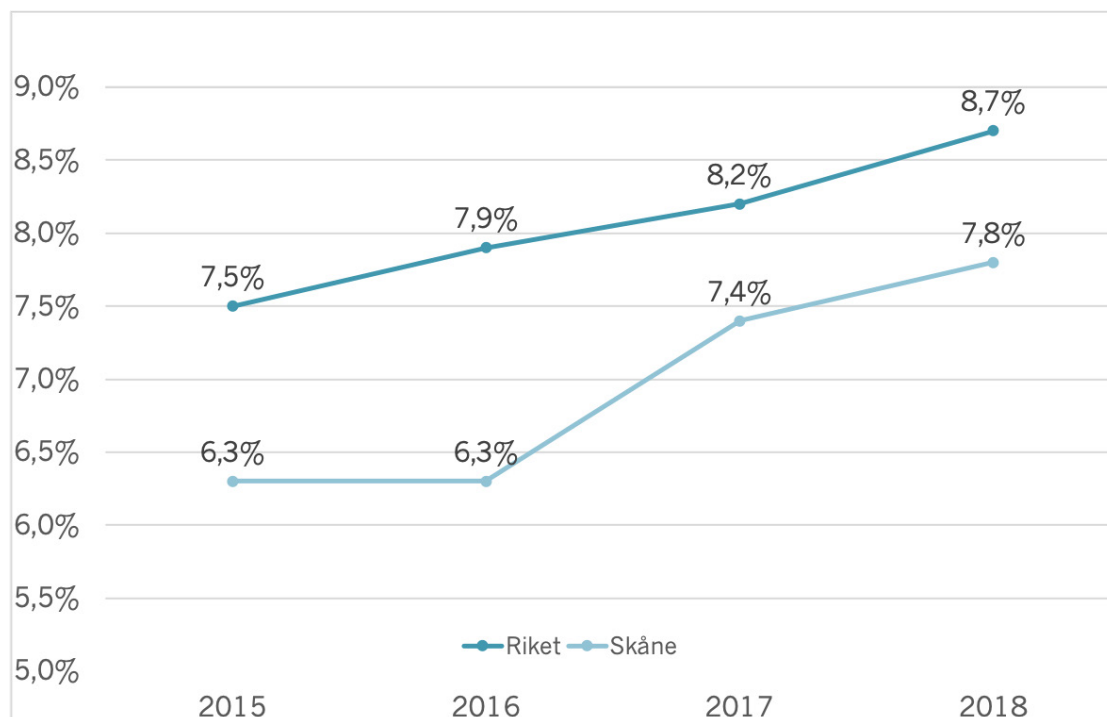
Andel (%) som behandlats för psykisk ohälsa under graviditet i Skåne 2018, fördelat efter CNI-grupp. Genomsnittet i Skåne (6,7 %, se diagram A) visas som en linje.

DIAGRAM 5



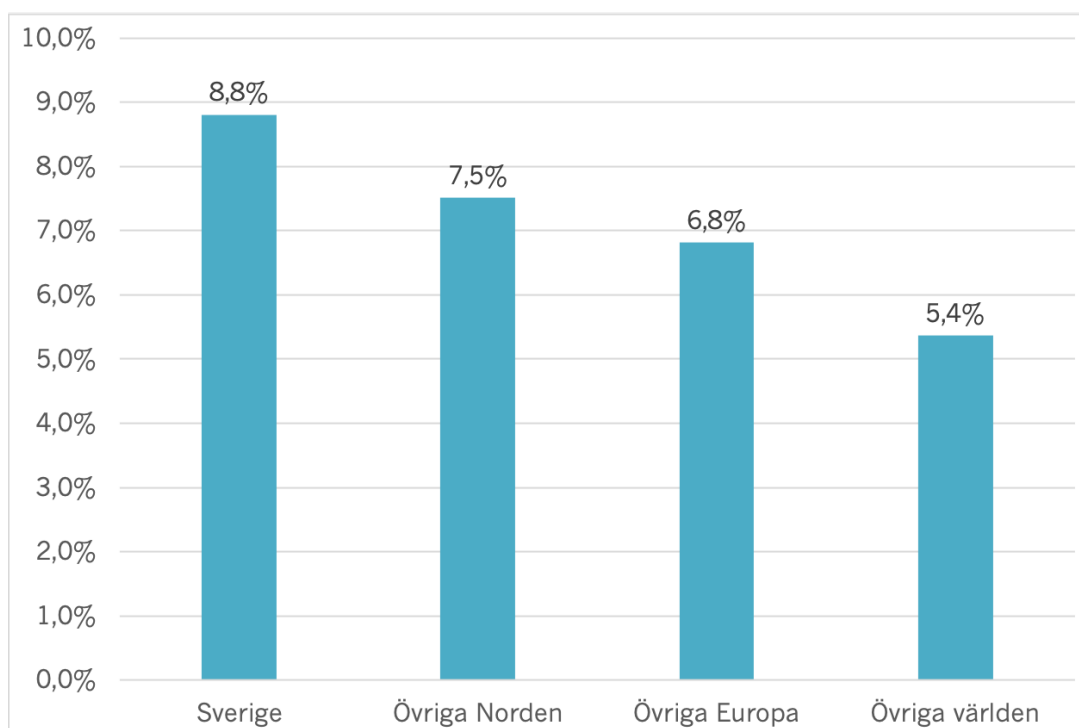
Andel (%) som behandlats för psykisk ohälsa under graviditet i Skåne 2018, fördelat efter kommun. Observera att kommunerna Landskrona och Svalöv redovisas sammanslaget. Genomsnittet för Skåne visas med mörk stapel.

DIAGRAM 6



Andel gravida (%) som fått extra stödåtgärder vid förlossningsrådslä, i Skåne samt nationellt, 2015-2018.

DIAGRAM 7

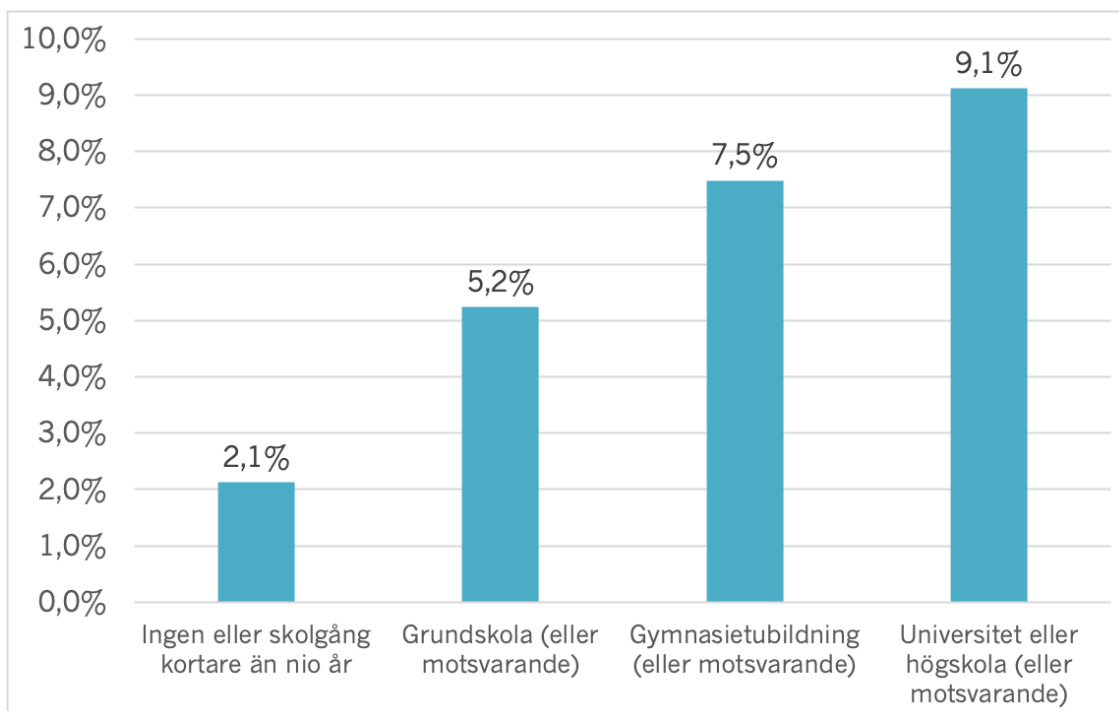


Andel gravida (%) som fick stödåtgärder p.g.a. förlossningsrådslä i Skåne 2018, fördelat efter födelseområde.

Det råder stora skillnader vad gäller vårdutnyttjande mellan utlandsfödda mödrar och mödrar födda i Sverige (Diagram 7).

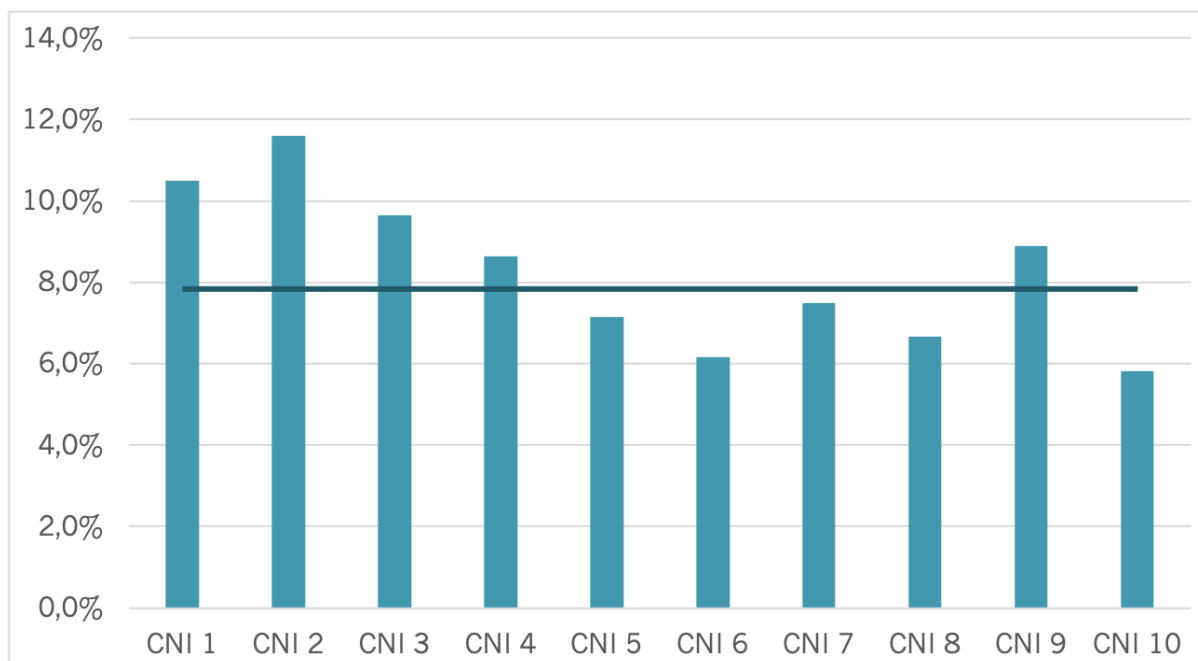
I Diagram 8 framgår att det extra stöd som ges vid förlossningsrådslä är snedfördelat på så sätt att det i högre omfattning ges till gravida med längre utbildning än till gravida med kortare utbildning.

DIAGRAM 8



Andel gravida (%) som fick stödåtgärder p.g.a. förlösningsrädsla i Skåne 2018, fördelat efter utbildningslängd.

DIAGRAM 9

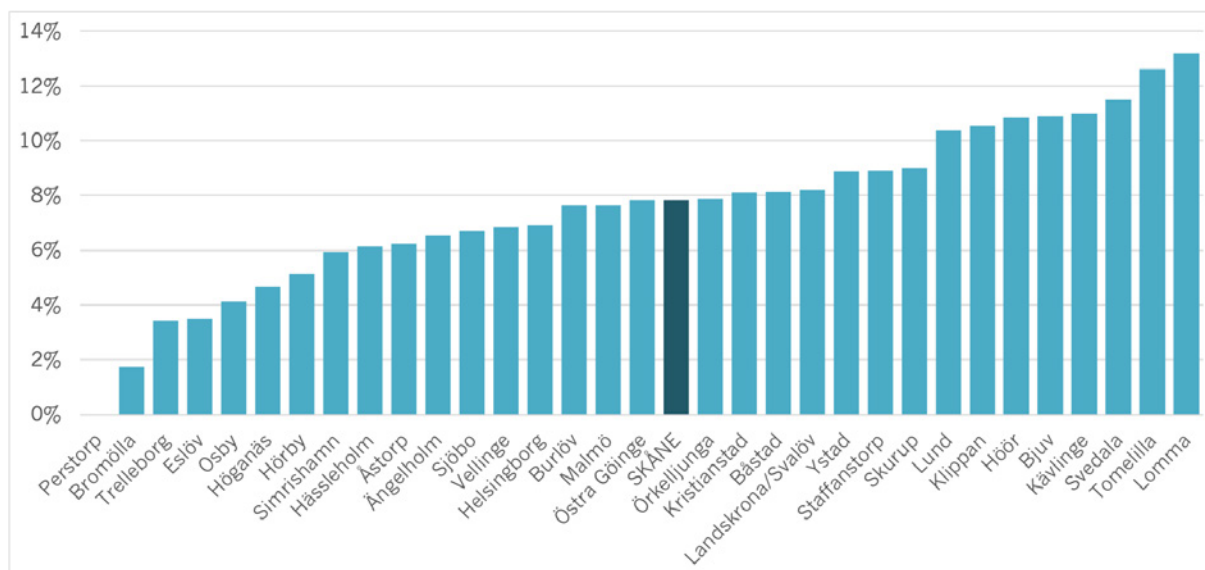


Andel gravida (%) som fick stödåtgärder p.g.a. förlösningsrädsla i Skåne 2018, fördelat efter CNI-grupp. Genomsnittet i Skåne (7,8 %, se diagram 1) visas som en linje.

En snedfördelning kan även ses när gravida delas ordnas i CNI-grupper i Diagram 9.

Gravida som tillhör ett område med högre CNI, får stödåtgärder för förlösningsrädsla i lägre omfattning än de som tillhör ett område med låg CNI.

DIAGRAM 10



Andel gravida (%) som fick stödåtgärder för förlösningsrädsla i Skåne 2018, fördelat efter kommun. Observera att data för kommunerna Landskrona och Svalöv redovisas sammanslagna. Genomsnittet för Skåne visas med mörk stapel.

Precis som 2017 är de geografiska skillnaderna mellan kommunerna i Skåne stora vad gäller andel gravida som fått stödåtgärder vid förlösningsrädsla, vilket framgår av Diagram 10.

Depressionsscreening av mammor när barnet är två månader

Screening för depression post partum med EPDS (Edinburgh Post Partum Depression Scale) rekommenderas av Socialstyrelsen. När barnet är sex till åtta veckor erbjuds mamman ett eget besök där hon besvarar frågor enligt ett formulär. BHV-sjuksköterskan samtalar med mamman utifrån hennes svar och vid behov erbjuds hon vidare åtgärder (stödsamtal hos BHV-sjuksköterskan och/eller en remiss för vidare bedömning) (Wickberg 2016).

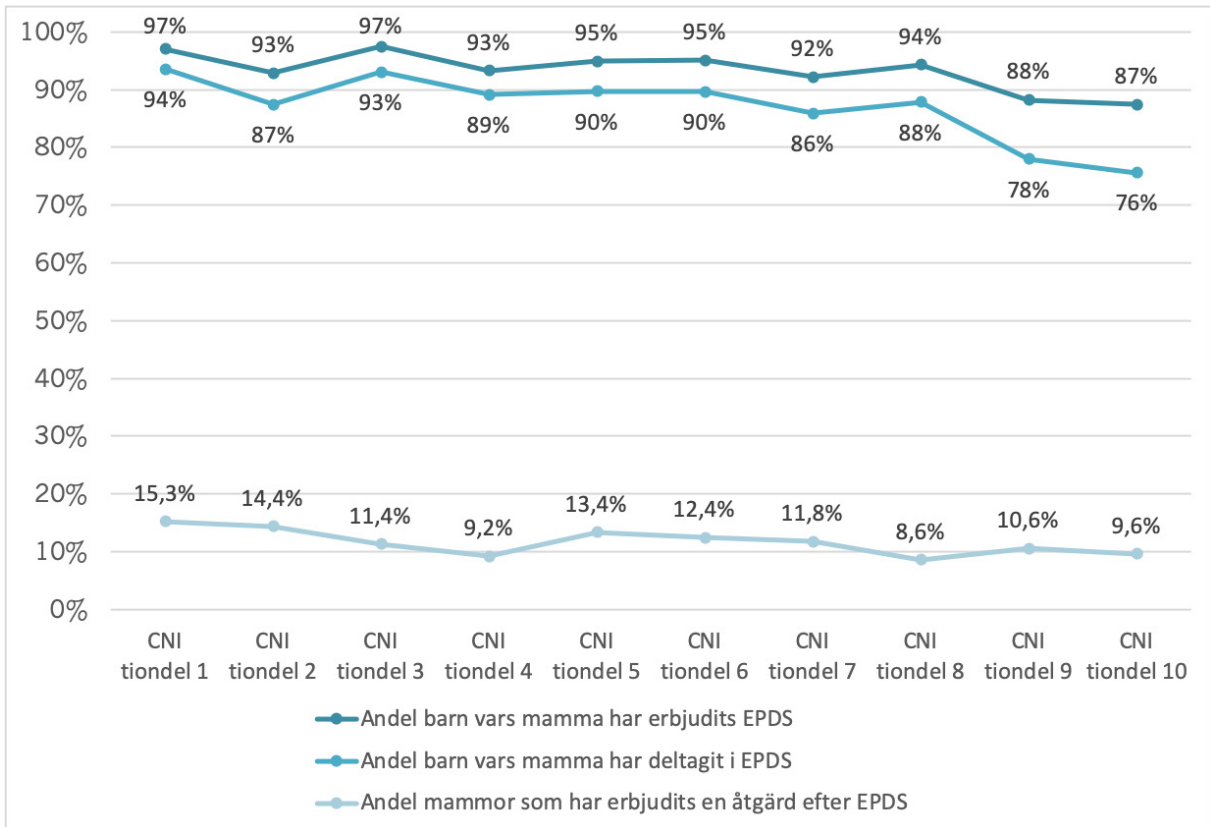
Mellan år 2011 och 2015 ökade andelen mammor i Skåne som deltog i depressionsscreeningen från 65 % till 87 %. Deltagandet har därefter stabiliserats på denna nivå. Under 2018 deltog 14 115 mammor, motsvarande 86,8 % av de inskrivna, i depressionsscreening.

Andelen mammor som har fått en åtgärd efter screeningen har åren 2012–2017 varit ungefär tio procent. Under 2018 erbjöds 1 656 mammor, motsvarande 11,7 % av dem som deltagit, en åtgärd efter depressionsscreeningen; 760 erbjöds enbart stödsamtal, 343 erbjöds både stödsamtal och remiss och 553 mammor erbjöds enbart remiss. Remissmottagare kan vara psykolog inom mödra- och barnhälsovård, spädbarnsverksamhet, psykolog/läkare/kurator på vårdcentral, vuxenpsykiatri samt socialtjänstens familjestöd och familjerådgivning

Andelen mammor som erbjudits respektive deltagit i depressionsscreening är högre vid BVC med lågt CNI och lägre vid BVC med högt CNI. När det gäller erbjuden åtgärd efter depressionsscreening är fördelningen över CNI jämnare, se Diagram 11.

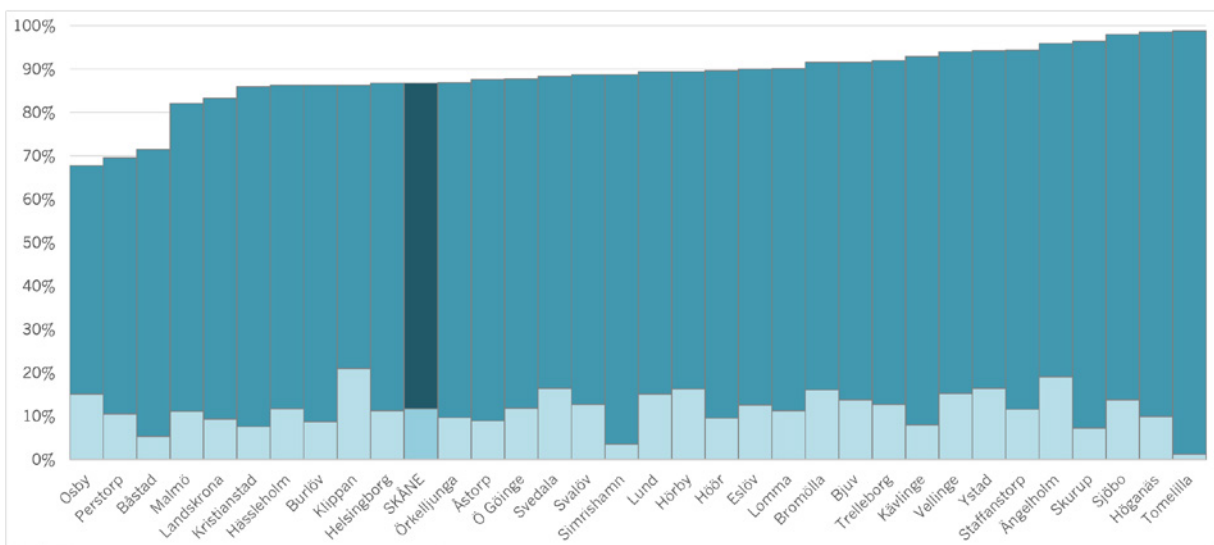
Det finns geografiska skillnader mellan kommunerna i Skåne. Andelen mammor som deltagit i depressionsscreening varierar från 68 % till 99 %, och andelen mammor som efter depressionsscreening fått en åtgärd varierar mellan 1 % och 21 % på kommunnivå (Diagram 12).

DIAGRAM 11



Depressionsscreening och uppföljning, fördelade efter barnvårdscentralernas CNI, andel anges i procent. Barn födda år 2017.

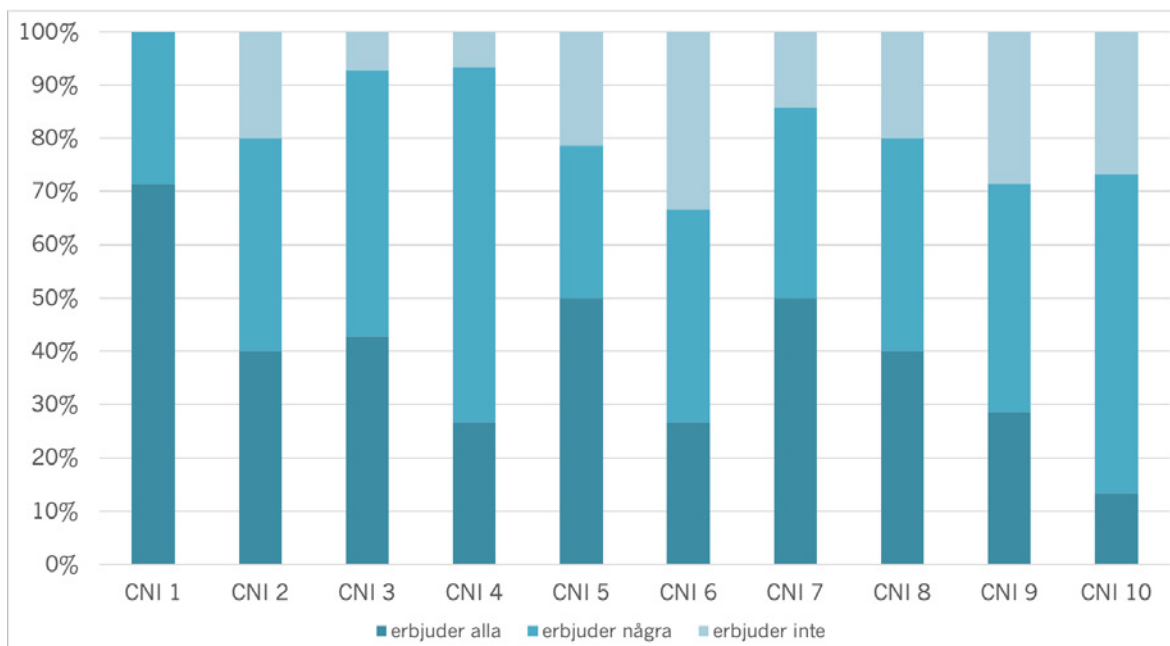
DIAGRAM 12



Andel mammor (%) till barn födda år 2017 som deltagit i depressionsscreening med EPDS (höga staplar), samt fått en åtgärd efter screeningen (låga staplar), per kommun i Skåne. Genomsnittet för Skåne visas med mörkare färg.



DIAGRAM 13



Andel (%) BVC som erbjuder alla, några eller inte erbjuder enskilda föräldrasamtal i Skåne 2018, fördelat efter CNI-grupp.

Enskilt föräldrasamtal med den icke-födande föräldern

Pappor tar i betydligt lägre omfattning än mammor del av barnhälsovårdens generella och riktade erbjudanden. År 2015 gjordes en undersökning i Skåne som visade att pappan tillsammans med barnets mamma träffade BHV-sjuksköterskan vid första hembesöket och vid det första besöket på BVC. Därefter var det i huvudsak mamman som ensam följde med barnet till BVC. Pappan deltog vid ytterligare två eller tre av barnets besök, vanligen tillsammans med barnets mamma. Vidare deltar pappor i mycket liten utsträckning i barnhälsovårdens föräldragrupper. Undersökningar har visat att en betydande del av papporna som kommer till BVC kände sig exkluderade vid besöken (Wells, 2015). Det medför att pappor som grupp i stor omfattning går miste om barnhälsovårdens erbjudande om föräldrastöd.

Ett enskilt föräldrasamtal med den icke-födande föräldern, oavsett kön, infördes 2016 som en del av barnhälsovårdens generella erbjudande och har i Skåne implementerats genom en utbildningsinsats som avslutades under våren 2019. Samtalet erbjuds när barnet är 3-5 månader. Det är inte en screening

för depression såsom för mammor, utan har som primärt syfte att erbjuda föräldern som inte har fött barnet eget föräldrastöd genom ett fördjupande samtal om det nyblivna föräldraskapet. En del av samtalet är inriktat på föräldrarnas egen hälsa, och om tecken på psykisk ohälsa kommer fram finns specifika frågor som BHV-sjuksköterskan kan använda som stöd. Vid behov kan föräldern sedan erbjudas stödsamtal hos BHV-sjuksköterskan eller få en remiss för vidare bedömning, i likhet med erbjudandet efter mammans depressionsscreening.

I en studie intervjuades elva BHV-sjuksköterskor som gick utbildningen i Skåne om sina erfarenheter av att hålla dessa samtal. BHV-sjuksköterskorna beskrev att de icke födande föräldrarna, som samtliga var pappor, var positiva till samtalet och kände sig viktiga som föräldrar och mer inkluderade i barnhälsovården. Sjuksköterskorna värderade den ökade kontakten med pappan högt och upplevde att samtalet var nödvändigt för att få en bredare förståelse för barnets situation i familjen. Det kunde samtidigt vara en utmaning att hantera information som kom fram, speciellt om den upplevdes som känslig för den andra föräldern (Ståhl, Skoog, Hallström-Kristensson & Vilhelmsson, 2019).

Vid uppföljning av utbildningen i Skåne redovisade 105 BHV-sjuksköterskor uppgifter om 473 föräldrar som hade deltagit i enskilda föräldrasamtal. Av dessa hade 14 föräldrar erbjudits stödsamtal hos BHV-sjuksköterskan, åtta föräldrar hade erbjudits både stödsamtal med BHV-sjuksköterskan och remiss och 28 föräldrar hade erbjudits enbart remiss. Totalt motsvarade detta 10,6 % av de föräldrar som deltog i samtalet. Remissmottagare var psykolog inom mödra- och barnhälsovård, spädbarnsverksamhet, psykolog/läkare/kurator på vårdcentral, vuxenpsykiatri samt socialtjänstens familjestöd och familjerådgivning. För några föräldrar som inte hade fått en åtgärd, angav sjuksköterskan att det under samtalet kommit fram uppgifter om att föräldern hade en pågående behandling för psykisk ohälsa.

År 2018 var det 56 av 145 BVC som erbjöd enskilt föräldrasamtal till alla. Av dessa erbjöd 62 BVC samtalet till vissa föräldrar och 27 BVC erbjöd inte samtalet alls. Fördelningen utifrån enheternas CNI ses i Diagram 13. Där framgår att det var vanligare bland BVC med lågt CNI att ha infört samtalet helt eller delvis jämfört med BVC med högt CNI.

Diskussion

De fyra indikatorer som har valts ut för att belysa psykisk hälsa och ohälsa under graviditet och barnets första tid i familjen gäller föräldrarnas psykiska hälsa. Det har att göra med de förutsättningar som berörs inledningsvis: att barnets psykiska mående är starkt avhängigt föräldrarnas möjligheter att samspela med och sköta barnet utifrån dess behov. Barnets psykiska hälsa främjas därför indirekt genom det stöd som mödra- och barnhälsovården erbjuder till föräldrar.

I detta avsnitt berörs inte mödra- och barnhälsovårdens generella föräldrastöd, men det har potentiellt stor betydelse för barns psykiska hälsa. Till exempel har nyblivna föräldrar ofta frågor om barnets ätande, sömn och tillväxt. När de får stöd i hur de ska förstå och hantera barnet ökar föräldrarnas trygghet vilket kan påverka deras förståelse för och samspel med barnet i en gynnsam riktning. Ett annat exempel är att råd om tobak och alkohol

under och efter graviditet kan påverka barnets förutsättningar för utveckling och god psykisk hälsa.

Nedan diskuteras resultaten för varje indikator var för sig. Sedan följer en övergripande diskussion utifrån tre aspekter av ojämlikhet som har framkommit i resultatet.

Psykisk ohälsa under graviditeten

Något fler får behandling för psykisk ohälsa under sin graviditet än tidigare, vilket är en fortsättning på en uppåtgående trend i Skåne. Till skillnad från en screening som syftar till att fånga upp ett specifikt tillstånd kan frågorna om psykisk ohälsa som ställs under inskrivningssamtalet fånga upp olika typer av psykisk ohälsa. Det går därför inte att uttala sig om vilken form av psykisk ohälsa som ligger bakom att en åtgärd sätts in (medicinsk eller psykologisk behandling). Barnmorskans frågor är viktiga för att fånga upp blivande föräldrar med psykisk ohälsa. Även om det inte framkommer vid inskrivningssamtalet att en förälder lider av psykisk ohälsa kan frågor såväl då som vid senare besök underlätta för föräldern att berätta om sitt psykiska mående. Även den icke-födande föräldrarnas mående har stor betydelse för den gravidas mående, det senare familjelivet och barnets utveckling. Barnmorskan uppmantras ställa frågan om psykisk ohälsa till alla blivande föräldrar, men eftersom åtgärd för psykisk ohälsa hos den icke-födande föräldern för närvarande inte registreras inom mödrahälsovården är det okänt i vilken omfattning frågan ställs och hur många icke-födande föräldrar med psykisk ohälsa som fångas upp.

Forskning har visat att det finns en högre förekomst psykisk ohälsa under graviditet än vad som faktiskt fångas upp inom mödrahälsovården och mot den bakgrunden kan ökningen av åtgärder mot psykisk ohälsa tyda på en större benägenhet att söka hjälp bland de gravida. Men det kan också vara så att psykisk ohälsa har blivit vanligare eller en kombinerad effekt av en ökning av psykisk ohälsa och ett minskat mörkertal är en tredje möjlighet.

Gravida födda utanför Sverige får, jämfört med genomsnittet i Skåne, i mycket lägre utsträckning behandling för psykisk ohälsa under graviditet. Detta trots att forskning tyder på större behov. Det kan handla om att oro för social stigmatisering eller negativa konsekvenser för familjen. En förtroendefull relation till barnmorskan blir extra viktig för att en förälder med sådan oro ska våga ta steget att berätta om psykisk ohälsa.

På liknande sätt får gravida med gymnasie- eller högskoleutbildning i högre grad tillgång till behandling för psykisk ohälsa än gravida med kortare utbildning. Högutbildade föräldrar har ofta hög hälsolitteracitet → alltså att de har lättare för att söka, förstå och använda information om hälsa och sjukdom – jämfört med föräldrar med låg utbildning. Detta kan tänkas underlätta den ömsesidiga förståelsen i mötet med barnmorskan.

Slutligen är vårdutnyttjandet och insatserna vid psykisk ohälsa fortsatt ojämnt fördelade mellan kommunerna i Skåne.

Förlossningsrädsla

I graviditetsregistret finns uppgifter om andelen gravida som erbjuds en åtgärd vid förlossningsrädsla, 7,8 % i Skåne år 2018. Däremot registreras inte själva förekomsten av förlossningsrädsla. Studier visar att denna förekomst är ca 14 % (O'Connell, Leahy-Warren, Khashan, Kenny & O'Neill, 2017). Det betyder att det kan finnas ett mörkertal på så vis att mödrahälsovården inte fångar upp alla som har behov av åtgärder. Det går inte att uttala sig om ökningen av åtgärder vid förlossningsrädsla jämfört med föregående år beror på att barnmorskorna fångar upp fler med förlossningsrädsla eller om den faktiska förekomsten har ökat. Frågor om förlossningsrädsla riktas idag enbart till den gravida och därför saknas insamlade uppgifter om partners eventuella förlossningsrädsla.

Vårdutnyttjandet vid förlossningsrädsla är ojämnt. Liksom vid psykisk ohälsa hos gravida får de med högre utbildning mer stödåtgärder jämfört med de med lägre utbildning. Vad gäller härkomst syns

samma snedfördelning; gravida födda i Norden får stöd vid förlossningsrädsla i betydligt högre utsträckning än gravida födda utanför Europa. Samtidigt visar forskning att förlossningsrädsla är vanligare hos kvinnor födda utanför Europa jämfört med kvinnor födda i Sverige (Ternström m fl, 2015). Det framgår inte av statistiken om kvinnor födda utanför Europa erbjuds stöd i mindre utsträckning eller om de oftare tackar nej till stöd.

Det är angeläget att utjämna dessa skillnader, inte minst för att behandling av förlossningsrädsla också utgör en preventiv åtgärd som minskar risken för att utveckla bl.a. depression post partum.

Depression hos nyblivna mammor

Barnhälsovården i Skåne screenar en stor andel av mammorna för depression. Andelen mammor som erbjuds stöd eller remiss efter screeningen (11,7 %) överensstämmer med förekomsten av mammor som utvecklar depression post partum (10–12 %). Detta ska dock inte tolkas som att alla mammor med depression post partum fångas upp av barnhälsovårdens screening. Orsakerna till åtgärder efterfrågas inte i insamlingen av statistiken vilket gör att andelen mödrar som erbjuds en åtgärd specifikt för misstanke om depression egentligen är okänd. Åtgärderna kan erbjudas av andra skäl än misstanke om depression; barnhälsovården har ett brett förebyggande uppdrag och depressionsscreeningen med det anslutande enskilda samtalet utgör ett tillfälle för mamman att berätta om andra bekymmer såsom ångest, problem i kontakten med barnet eller problem i föräldra- eller parrelationen. Andra faktorer som påverkar tolkningen av resultatet är att 13 % av mammorna avböjer att delta i screeningen och att en okänd andel mammor inte vill berätta om sin psykiska ohälsa även om de deltar i screeningen.

Behovet av åtgärder för depression post partum är sannolikt större i områden med högt CNI, jämfört med i andra områden, eftersom det bor fler utlandsfödda föräldrar i dessa områden. Kvinnor som känner sig isolerade på grund av annan kulturell eller språklig bakgrund löper förhöjd risk

att utveckla depression (Rubertsson, Wickberg, Gustavsson & Rådestad, 2005). Att komma som flykting är också i sig är en riskfaktor för att utveckla psykisk ohälsa (Bogic, Njoku & Priebe, 2015). I områdena med högst CNI är deltagandet i depressionsscreening med 10 procentenheter lägre än genomsnittet i Skåne, men de som deltar i depressionsscreening erbjuds en åtgärd i ungefär lika stor utsträckning som genomsnittet i Skåne. Sammantaget kan man anta att barnhälsovården i områden med högt CNI når färre mammor i behov av åtgärder, jämfört med i områden med lägre CNI.

Det finns stora skillnader mellan kommunerna i Skåne när det gäller deltagande i depressionsscreeningen och hur stor andel av dem som genomfört screeningen som får en åtgärd efteråt. Det kan avspegla olika förhållanden i befolkningen, skillnader i rutiner för inbjudan och genomförande av screeningmetoden samt hur utfallet tolkas, liksom hur väl vårdkedjan för remisser fungerar.

Psykisk ohälsa hos den icke-födande föräldern

Det enskilda föräldrasamtalet med den icke-födande föräldern är nytt inom barnhälsovården och det finns ännu inte några heltäckande data om samtals effekter. Den första utvärderingen visar dock att samtalet sannolikt kommer att medföra att barnhälsovården får ökad kännedom om psykisk ohälsa hos icke-födande föräldrar. Detta är i linje med forskning på EPDS, som har visat att kännedom om psykisk ohälsa hos mammorna ökar om frågor om psykiskt mående ställs (Massoudi, 2013). Andelen av de icke-födande föräldrarna som har erbjudits en åtgärd efter samtalet, 10,6 %, ligger på ungefär samma nivå som för mammor efter EPDS.

Den kvalitativa utvärderingen från Ståhl med kollegor (2019) bygger på ett litet underlag, men samtalet verkar kunna fylla syftena att den icke-födande föräldern känner sig mer inkluderad och bekräftad och att barnhälsovården får bättre kännedom om viktiga faktorer för barnet i uppväxtmiljön. Sjuksköterskorna beskrev en oro för att hantera information som kunde vara känslig för den andra föräldern. Samtidigt kan känslig information

tänkas vara viktig information. Konsultation med psykolog inom mödra- och barnhälsovård kan vara ett viktigt stöd för BHV-sjuksköterskorna i dessa situationer.

Tre typer av olikvärdighet

Familjernas socioekonomiska resurser

Sammanfattningsvis ses en omotiverad snedfördelning av åtgärder vid psykisk ohälsa hos föräldrar under och efter graviditet samt av åtgärder vid förlossningsrädsla. Denna snedfördelning påverkas av utbildningslängd, härkomst och CNI-grupp. Grupper med lägre socioekonomisk status har högre vårdbehov. Därför skulle vården, om den var likvärdig, kompensera för det ökade vårdbehovet genom att erbjuda dessa grupper insatser i högre grad. Resultatet visar att så inte är fallet. Tanken bakom de särskilda ersättningarna till barnmorskemottagningar och barnavårdscentraler vid familjecentraler och enheter med högre CNI är att skapa ökat utrymme för samverkan och kompensatoriskt föräldrastöd. Det har dock framkommit att CNI-ersättningen till offentligt drivna BVC inte verkar få genomslag vid enheter med högt CNI (Anell, A. 2015).

Depressionsscreening med EPDS kan med sitt strukturerade format vara ett verktyg för att erbjuda relativt likvärdig vård. En mycket hög andel av alla nyblivna mammor erbjuds depressionsscreening och resultaten visar att de som faller ut i denna screening erbjuds åtgärder i samma grad oavsett socioekonomisk tillhörighet. Dock tycks inte den formaliserade struktur som ett screeninginstrument erbjuder räcka till för att kompensera för det ökade vårdbehov som finns i vissa grupper, till exempel hos utlandsfödda mödrar, som beskrivits ovan. Vården kan därför inte heller här sägas vara likvärdig.

Föräldrarnas hälsolitteracitet är också en del av familjens socioekonomiska status (Mårtensson & Hensing, 2011). Hälsolitteraciteten påverkar föräldrarnas förhandskunskaper om vad mödra- och barnhälsovården kan erbjuda och vad som sägs och inte sägs under besöket på barnmorskemottagningen

eller på barnvårdscentralen. Den påverkar också hur föräldrar och personal uppnår samsyn om vad som ska upprätthållas eller förändras och hur de skapar en gemensam handlingsplan. Vårdpersonalen kan kompensera för låg hälsolitteracitet genom att bygga upp en förtroendefull relation där föräldern känner sig fri att berätta om känsliga saker och vågar fråga om det den inte förstår. För att uppnå detta behövs tid vid besöken och ett empatiskt bemötande. I den så kallade Rinkebymodellen har ett utökat hembesöksprogram inom barnhälsovården visat sig ha sådana kompensatoriska effekter (Marttila, Lindberg, Burström, Kulane & Burström, 2017).

Genus- och familjeperspektiv

Åtgärder för att förebygga psykisk ohälsa erbjuds inte på ett jämställt sätt inom mödra- och barnhälsovården i Skåne. Inom mödrahälsovården dokumenteras varken den icke-födande föräldrarnas psykiska hälsa eller om den har erbjudits någon typ av åtgärd. Mödrahälsovården följer därmed inte upp alla blivande föräldrars psykiska hälsa.

Inom barnhälsovården har tidigare endast funnits rutiner för att följa upp mammans psykiska hälsa. Den preliminära utvärderingen av de nyligen införda enskilda samtalen med den icke-födande föräldern visar att dessa verkar fånga upp många föräldrar i behov av stöd för psykisk ohälsa. Dessutom uppstår utökade möjligheter för barnhälsovården att se barnet i dess sammanhang. Ett genusperspektiv går här hand i hand med ett familjeorienterat perspektiv. Det är angeläget att implementeringen av de enskilda samtalen fortsätter så att alla icke-födande föräldrar i Skåne framöver erbjuds ett sådant samtal.

Geografiska skillnader

Den geografiska ojämlikheten som ses i en stor del av resultatet kan bero på socioekonomiska skillnader mellan kommunerna. Därtill kan lokala förutsättningar, exempelvis väntetid till psykolog eller hur väl riktlinjer implementeras, skilja sig åt mellan olika enheter.

Konklusion

Mödra- och barnhälsovården i Skåne når en stor andel av sin målgrupp men lyckas inte främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa på ett likvärdigt sätt. För det första uppvisar mödra- och barnhälsovården svårigheter med att kompensera för att det är vanligare med psykisk ohälsa bland föräldrar med lägre socioekonomiska resurser. För det andra har pappor och andra föräldrar som inte har fött barnet och som har psykisk ohälsa, färre chanser att berätta om detta och få hjälp, med konsekvenser inte bara för dem själva utan också för den födande föräldrarnas psykiska hälsa. För det tredje gör geografiska skillnader att föräldrar helt enkelt beroende på var de bor har olika möjlighet att förebygga och få stöd för psykisk ohälsa.

Att uppnå och upprätthålla ett jämlikt vårderbjudande för insatser för psykisk hälsa över hela regionen kräver att verksamheternas medarbetare har möjligheter att anpassa vårderbjudandet efter de olika behov som finns i olika grupper och att växla mellan generella och riktade insatser. För det krävs tid och resurser som ytterst är beroende av politiska beslut och prioriteringar.

Mödra- och barnhälsovården är på väg mot ett mer familjeorienterat synsätt, men det ställer högre krav på verksamheterna och medarbetarna än en individ-/mammaorienterad inriktning. Ett steg på vägen är tydligare erbjudanden till alla föräldrar och blivande föräldrar. Införandet av det enskilda föräldrasamtalet är ett exempel och medför att familjeperspektivet blir påtagligare för BHV-sjuksköterskorna. Ett familjeorienterat arbetssätt kan kräva ökat personligt engagemang, vara komplext och ofta medföra samarbete med andra samhällsinstitutioner. Tidsutrymme och tillgång till konsultation är två viktiga faktorer för att upprätthålla en god fysisk och psykisk arbetsmiljö.

Riktlinjer och gemensamma rutiner är viktiga för att motverka ojämlikhet i erbjudanden och åtgärder beroende på föräldrarnas bostadsort, kön eller hälsolitteracitet. Tydligare rutiner för dokumentation av den icke-födande föräldrarnas psykiska hälsa

vid inskrivningssamtalet inom mödrahälsovården skulle kunna vara ett exempel på det. Samtidigt behövs det flexibilitet i hur riktlinjer och rutiner anpassas till lokala förutsättningar och i bemötandet av föräldrar med olika hälsolitteracitet. En återkommande diskussion vid fortbildningen i metoden för depressionsscreening enligt EPDS är hur metoden ska användas med mammor som inte behärskar svenska. För att rutiner kring psykisk hälsa ska få genomslag krävs fortbildning, konsultation med psykologer inom mödra- och barnhälsovården och en fortlöpande dialog mellan verksamheterna och Kunskapscentrum kvinnohälsa respektive Kunskapscentrum barnhälsovård.

Kunskapsinsatser

- Ny introduktionsutbildning för barnmorskor
- Pågående introduktionsutbildning för BHV-sjuksköterskor och BHV-läkare
- Utbildning i enskilda föräldrasamtal för den icke-födande föräldern till nyanställda inom BHV
- Uppdatering av barnhälsovårdens nationella metodbok (Rikshandboken) för Enskilda föräldrasamtal (EPDS för mammor samt samtal för den icke-födande föräldern)
- Ny riktlinje rörande förlossningsrädsla för mödrahälsovården har utarbetats och lanseras under hösten 2019
- Pågående utbildning i EPDS för nyanställda inom barnhälsovården
- Projektet Växa tryggt för stöd i föräldraskapet och ökad tillgänglighet i barnhälsovården

Social sårbarhet

FÖRFATTARE

Anna Kjellbom, specialist i allmänmedicin, Kunskapscentrum kvinnohälsa

Marta Livendahl, socionom/utvecklare, Kunskapscentrum barnhälsovård

Inledning

Den sociala gradienten i hälsa innebär att människors hälsa i allmänhet är sämre ju lägre socioekonomisk position (Folkhälsomyndigheten, 2017). Den sociala gradienten i hälsa har visat sig ha betydelse även under graviditet och under de tidiga uppväxtåren.

Socialstyrelsen har i två färskas rapporter, *Socioekonomiska faktorer påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning* och *Dödfödda barn, en inventering och förslag på åtgärder*, visat hur socioekonomiska faktorer, som utbildningslängd och födelseland, visats öka risken att drabbas av graviditetskomplikationer och negativa förlossningsutfall i Sverige (Socialstyrelsen, 2016 och 2018a).

Barnfattigdomen i Sverige har stadigt minskat de senaste åren men stora regionala skillnader förekommer. I Malmö lever uppskattningsvis vart fjärde barn i ekonomisk utsatthet jämfört med Lomma kommun där motsvarande siffra är 2,6 % (Rädda barnen, 2018). Barn som växer upp i hem i ekonomisk utsatthet, eller i hem med andra sociala riskfaktorer såsom missbruk, psykisk ohälsa och

våld riskerar att tidigt hamna efter i sin utveckling och hälsa vilket leder till förlorad potential och sämre livschanser på längre sikt (Felitti m fl, 1998).

Eftersom skillnader i hälsa längs den sociala gradienten går att förebygga och undvika betraktas de som orättfärdiga. Vården spelar en viktig roll i detta arbete och det ligger i hälso- och sjukvårdens uppdrag att utjämna hälsoskillnader. För att bedriva jämlik vård och därmed minska skillnader i hälsa har Världshälsoorganisationen (WHO) formulerat en övergripande strategi under benämningen proportionell universalism (SKL, 2019). Strategin innebär att alla människor ska erbjudas hälsofrämjande vård och insatser för att en god hälsa ska skapas i befolkningen och insatserna ska kunna anpassas och intensifieras alltefter befolkningens behov och förutsättningar. Strategin kan således innebära ojämn resursfördelning eller skillnader i arbetssätt snarare än att vårdens innehåll ska vara lika till alla. Region Skånes målsättning för en jämlik hälso- och sjukvård är i linje med proportionell universalism:



En hälso- och sjukvård som bidrar till minskade skillnader i hälsa genom att erbjuda alla en vård på lika villkor anpassat efter individuella behov och förutsättningar.

Strategi för jämlik vård 2016-2018: sidan 3; Region Skåne, 2015



Barnmorskemottagningar och barnvårdscentraler finns spridda över hela Skåne. De varierande geografiska lägena gör att man på en del mottagningar främst möter socioekonomiskt starka familjer och på andra främst socioekonomiskt utsatta. Syftet med detta avsnitt har varit att undersöka hur mödra- och barnhälsovårdens erbjudande når ut i Skåne och om det finns tecken på intensifierade eller anpassade insatser i områden där den sociala risken för ohälsa är störst. Vår ambition har således varit att rikta fokus mot vården utifrån uppdraget Jämlig vård.

Inledningsvis presenteras temat Social sårbarhet och deltagande i mödra- och barnhälsovården i Skåne. Temat fokuserar på hur mödra- och barnhälsovårdens viktiga generella hälsofrämjande erbjudande når gravida, barn och familjer i Skåne. Därefter presenteras temat Våld, oro för barn som far illa och samverkan med socialtjänsten. Mödra- och barnhälsovården har precis som övrig hälso- och sjukvård ett mycket viktigt uppdrag när det gäller att uppmärksamma våld i nära relation eller barn som far illa. Att samverka med socialtjänsten och andra aktörer för att på bästa sätt ge stöd till de mest utsatta är en viktig del i arbetet för en jämlig vård och hälsa.

Metod

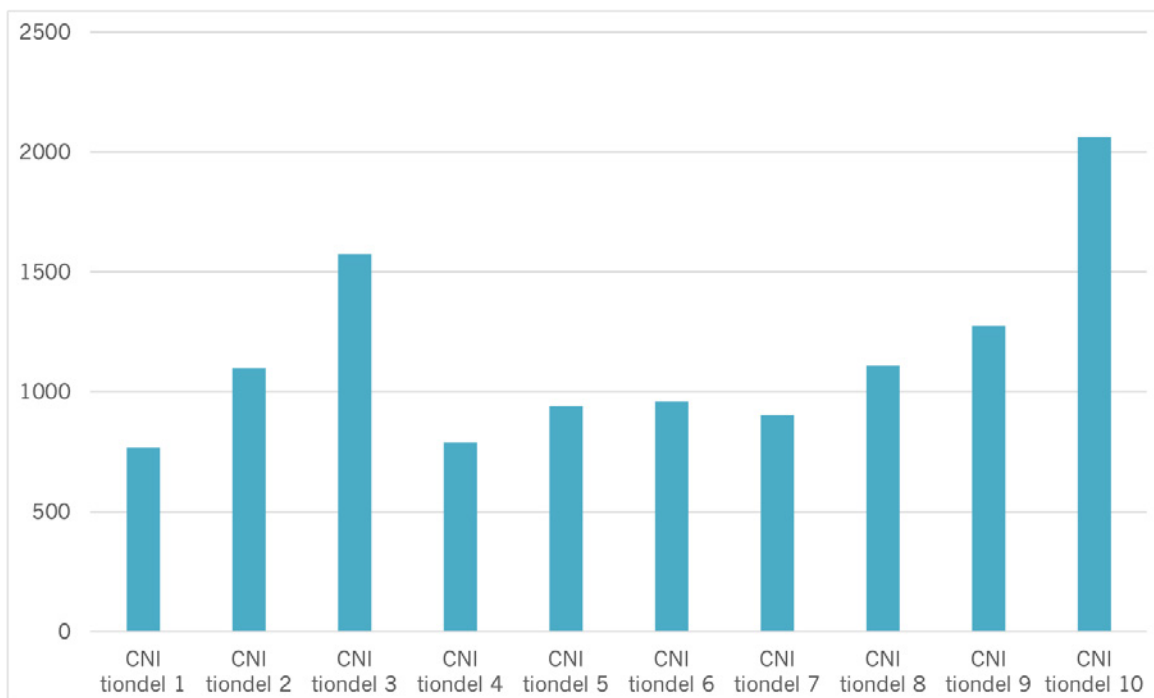
I kapitlet undersöks valda mått på deltagande i mödra- och barnhälsovården samt verksamheternas samverkan med socialtjänsten i Skåne under 2018. För att möjliggöra jämförelser har barnmorskemottagningarnas (BMM) och barnvårdscentralernas (BVC) genomsnittliga CNI-värde år 2018 beräknats. Därefter ha mottagningarna grupperats enligt fallande CNI i tio grupper. För de 73 BMM som inkluderats innebär detta sju mottagningar i varje tiondel förutom tre grupper med åtta mottagningar (tiondel tre, sex och nio). Motsvarande siffra för de 145 BVC enheterna är 14 eller 15 mottagningar i respektive tiondel.

CNI tiondel 1 motsvarar således den grupp mottagningar med lägst CNI och lägst risk för ohälsa utifrån socioekonomiska faktorer. CNI tiondel 10 är den grupp mottagningar med högst CNI och således den med högst social sårbarhet för ohälsa.

Bortfall

Av de i Graviditetsregistret registrerade 14 084 förlossningar, som ägde rum i Skåne 2018, registrerades 12 434 personer (88,3 %) på en BMM med tillgängligt CNI för hela verksamhetsåret 2018. Bortfallet på 11,7 % utgörs av personer listade på

DIAGRAM 1



Antal inskrivna gravida på BMM i Skåne per CNI tiondels grupp, Skåne, 2018.

BMM som organisatoriskt ligger som filial till kvinnoklinik eller vårdcentral och då saknar eget CNI kopplat till enheten. Fyra mottagningar som startade upp respektive avslutade sin verksamhet under 2018 har också exkluderats.

Bakgrundsinformation

Antalet barn och gravida i grupperna redovisas i Diagram 1 och 2. Det varierande antalet barn och gravida i de olika grupperna förklaras av att enheterna är olika stora med fler mindre enheter i områden med lågt CNI. Då ålder är relevant vad gäller risk för graviditetskomplikationer och kan kopplas till vårdbehov redovisas medelåldern för respektive CNI-grupp i tabell 1.

Verksamheter där barnhälsovård, mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst är samlokaliserade benämns familjecentral (FC). Om en av verksamheterna saknas kallas det familjecentralsliknande verksamhet (FCL). Syftet med samlokalisering är att möjliggöra fördjupad samverkan och därmed underlätta för gemensamma insatser med bredare fokus. I december 2018 bedrevs 21 % (31 enheter) av alla BVC och ca 20 % (19 enheter) av alla BMM i Skåne som del i en FC eller FCL. Diagram 3 visar hur antalet FC och FCL fördelas enligt CNI.

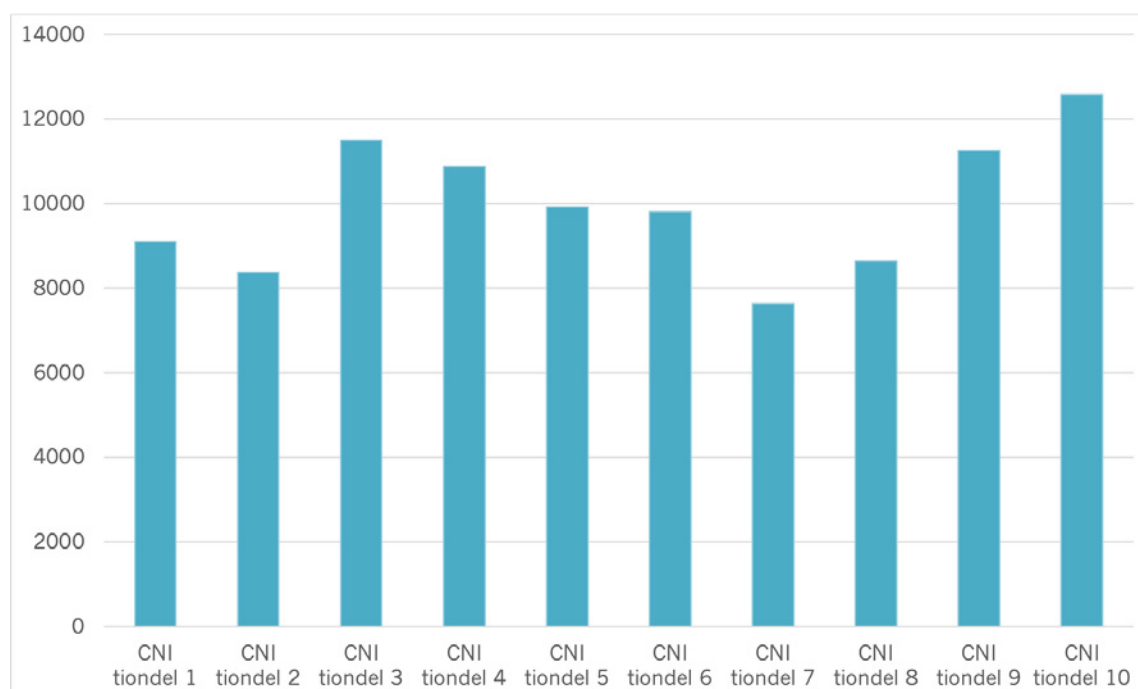
Verksamheter där barnhälsovård, mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst är samlokaliserade benämns familjecentral (FC). Om en av verksamheterna saknas kallas det familjecentralsliknande

TABELL 1

Medelåldern i antal år för gravida som var inskrivna på BMM per CNI, Skåne, 2018.

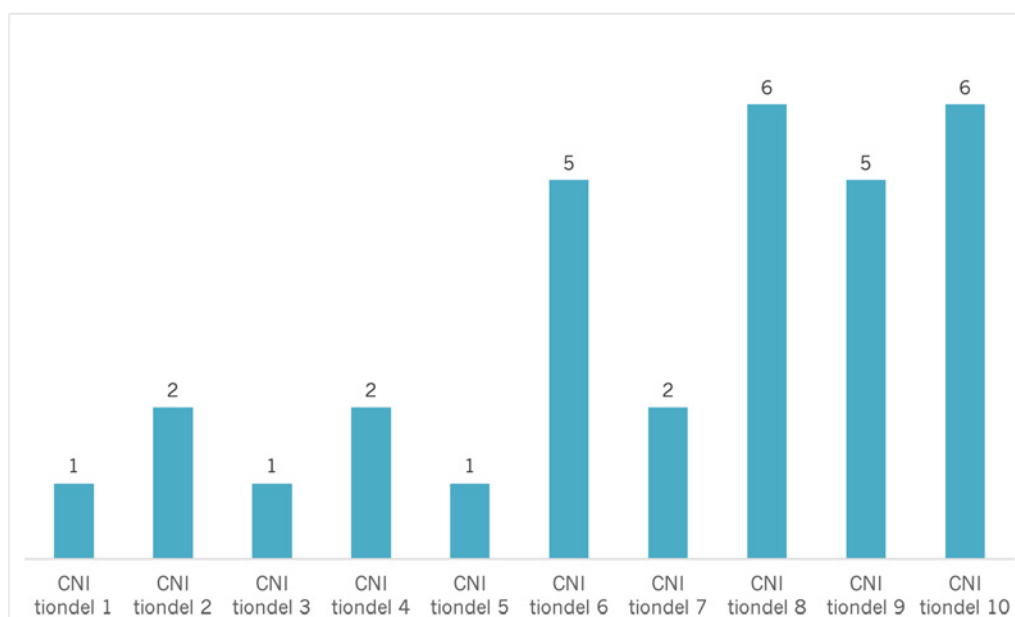
Ålder	32,4	31,8	31,5	31,2	31,2	30,4	30,7	31,2	30,8	29,8
CNI	Tiondel 1	Tiondel 2	Tiondel 3	Tiondel 4	Tiondel 5	Tiondel 6	Tiondel 7	Tiondel 8	Tiondel 9	Tiondel 10

DIAGRAM 2



Antal inskrivna barn på BVC i Skåne per CNI tiondels grupp, Skåne, 2018.

DIAGRAM 3



Fördelning och antal FC och FCL utifrån CNI tiondelar, Skåne, 2018.

verksamhet (FCL). Syftet med samlokalisering är att möjliggöra fördjupad samverkan och därmed underlätta för gemensamma insatser med bredare fokus. I december 2018 bedrevs 21 % (31 enheter) av alla BVC och ca 20 % (19 enheter) av alla BMM i Skåne som del i en FC eller FCL. Diagram 3 visar hur antalet FC och FCL fördelas enligt CNI.

TEMA 1

Social sårbarhet och deltagandet i mödra- och barnhälsovården i Skåne

Antal inskrivna gravida per heltidsarbetande barnmorska och år på BMM i Skåne

I det nationella kunskapsstödet från Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG), Mödrahälsovård, Sexuell och Reproductiv Hälsa, rekommenderas maximalt 80 inskrivna gravida per heltidsarbetande barnmorska och år för att en mödrahälsovård av god kvalitet ska kunna erbjudas på BMM (SFOG, 2016).

Under 2018 låg antalet gravida per heltidsarbetande barnmorska i Skåne på 88,6 gravida vilket är en ökning jämfört med 2017, då antalet uppskattades till 82 gravida per barnmorska och heltidstjänst. Således ligger det skånska genomsnittet för antal

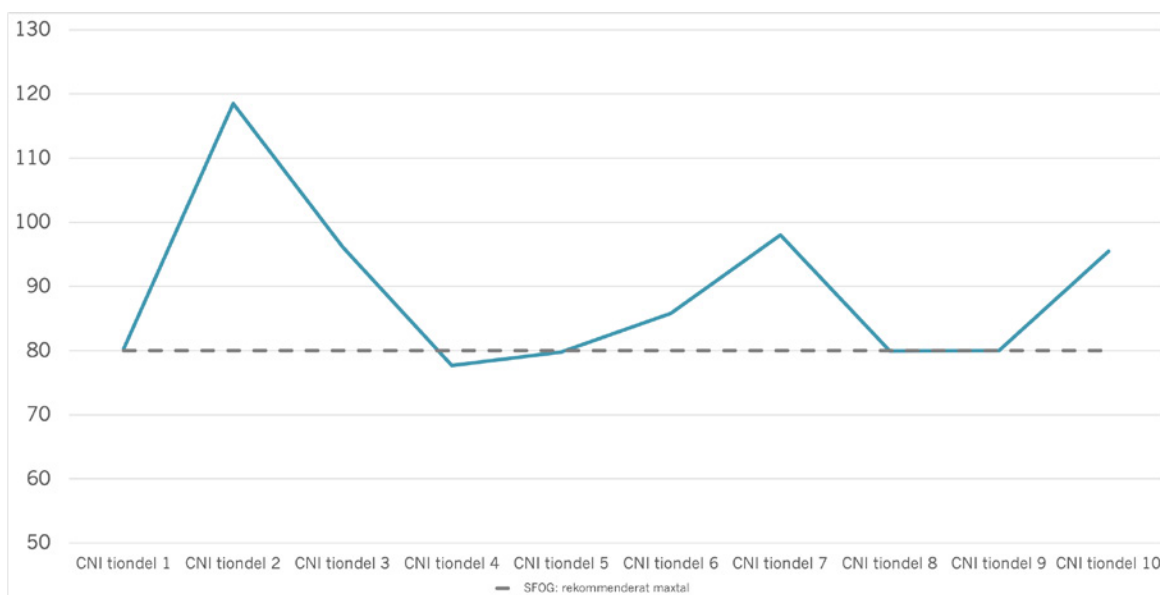
inskrivna gravida per barnmorska under 2018 högre än vad som rekommenderas nationellt och antalet har stigit jämfört med föregående år.

I gruppen med högst CNI hade barnmorskan i genomsnitt 95,6 inskrivna gravida per heltidstjänst (Diagram 4). För mottagningar med lägst CNI var motsvarande siffra 80,3 gravida per barnmorska. En mottagning i gruppen CNI tiondel 2 rapporterade 171 inskrivna gravida per heltidstjänst barnmorska vilket drar upp medeltalet i denna grupp.

Antal barnmorskebesök under graviditet och deltagande i eftervårdsbesök

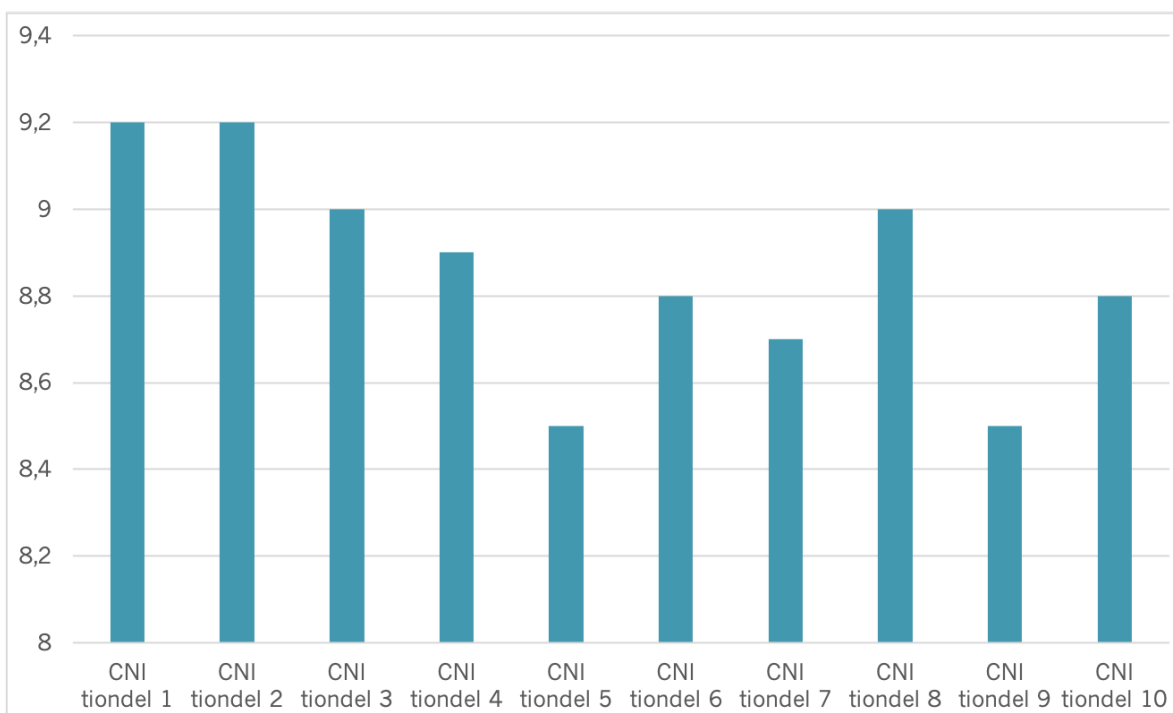
Under graviditeten rekommenderas enligt nationella riktlinjer minst åtta besök hos barnmorska i mödrahälsovården (SFOG, 2016). I Skåne erbjuds enligt basprogrammet för graviditetsövervakning tio besök samt ett eftervårdsbesök 4–16 veckor efter förlossningen. Syftet med basprogrammet är att främja en frisk graviditet och genom upptäckt av avvikelser från det normala graviditetsförloppet, förebygga komplikationer. Besöken syftar även till att förbereda familjen för förlossning och föräldraskap och stärka den blivande familjens sociala nätverk och friskfaktorer.

DIAGRAM 4



Antalet inskrivna gravida per heltidstjänst barnmorska enligt CNI-gruppering, Skåne, 2018.

DIAGRAM 5



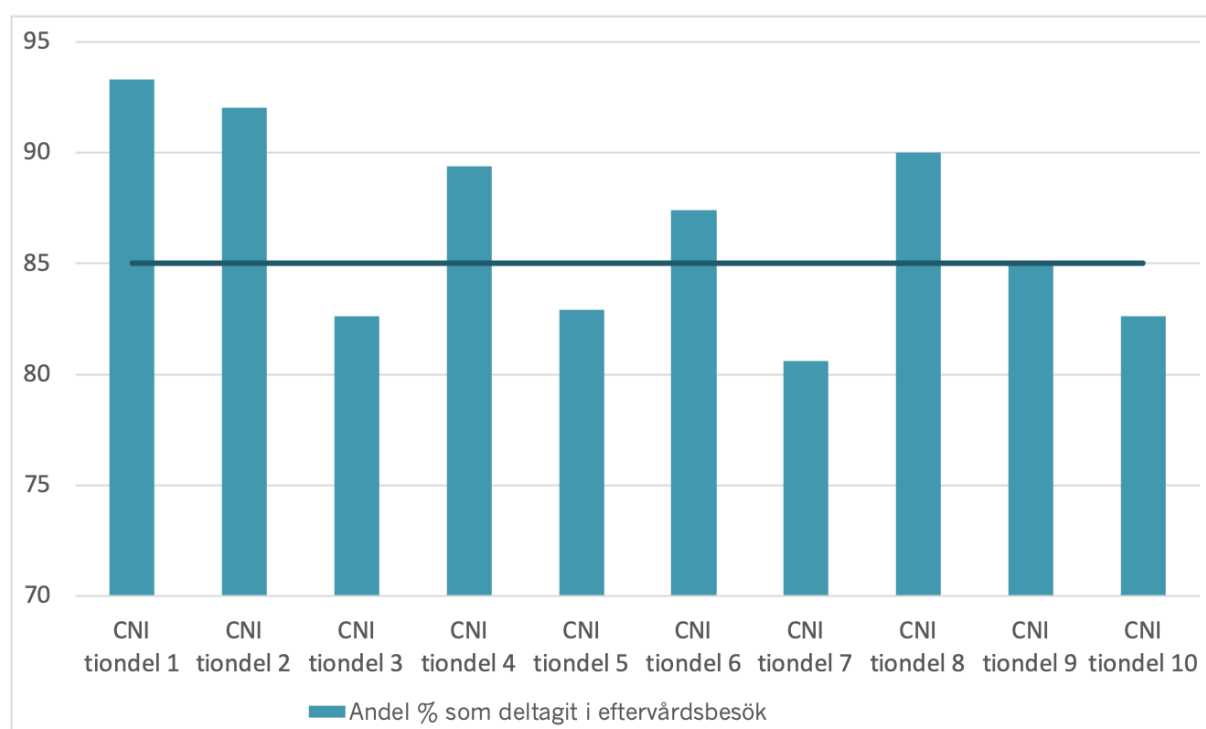
Antal barnmorskebesök under graviditet i Skåne, per CNI-grupp, Skåne, 2018.

År 2018 gjordes i genomsnitt nio besök under graviditeten. Antalet är oförändrat jämfört med föregående års 8,9 besök per graviditet. Gravida listade på de BMM med högst CNI gjorde 8,8 besök i genomsnitt under sin graviditet jämfört med 9,2 besök på de BMM med lägst CNI (Diagram 5). Skillnaden på

0,4 barnmorskebesök är en utjämning jämfört med föregående år då skillnaden låg på 0,9 besök.

Syftet med eftervårdsbesöket är att följa upp kvinnans graviditets- och förlossningsupplevelse och mående efter barnets födsel.

DIAGRAM 6



Deltagande i eftervårdsbesök i procent enligt mottagningarnas CNI, Skåne, 2018.

Preventivmedelsrådgivning erbjuds och ibland sker planering inför framtida graviditet. Det finns en nationell målsättning för deltagande i eftervårdsbesök på 85 %.

I Skåne kom 89,9 % till eftervårdsbesök under 2018 vilket är en ökning från föregående års 87 %. Gravida på de BMM med högst CNI bryter dock den generella uppgången i Skåne eftersom deltagandet sjunkit från 87 % till 82,6 % jämfört med 2017. Diagram 6 visar deltagande i eftervårdsbesök utifrån CNI. De mottagningar som inte nådde målvärdet hade inte alltid högre CNI än genomsnittet.

Läkarbesök under graviditet

I Graviditetsregistret registreras läkarbesök av graviditetsrelaterade skäl. Eftersom socioekonomiska faktorer är kopplat till ohälsosamma levnadsvanor och risk för graviditetskomplikationer, undersöktes

läkarkontakt för gravida på mottagningar med högst CNI jämfört med gravida på mottagningar med lägst CNI.

Under 2018 träffade drygt hälften, 55,8 % av samtliga gravida, oavsett CNI-grupp, en läkare minst en gång under graviditeten och 21,8 % träffade läkare tre gånger eller mer.

På de BMM med högst CNI hade 54,3 % av de gravida någon gång träffat en läkare av graviditetsrelaterade skäl och nära var femte, 19,6 %, hade träffat en läkare tre gånger eller fler.

På de BMM med lägst CNI hade 56 %, träffat läkare någon gång under graviditeten och nära var fjärde, 24,5 % hade träffat en läkare tre gånger eller mer.



Bakgrund: Deltagande i föräldrastöd i grupp inom mödra- och barnhälsovård

Det övergripande målet med föräldrastöd i grupp idag är att främja barns hälsa och utveckling och bidra till en bra start i föräldraskapet för föräldrar genom att skapa ett forum där frågor som rör graviditet, förlossning, barn och föräldraskap kan diskuteras. Föräldragrupper syftar till att stärka det sociala nätverket, och möjliggöra utökad stöd även utanför hälso- och sjukvården

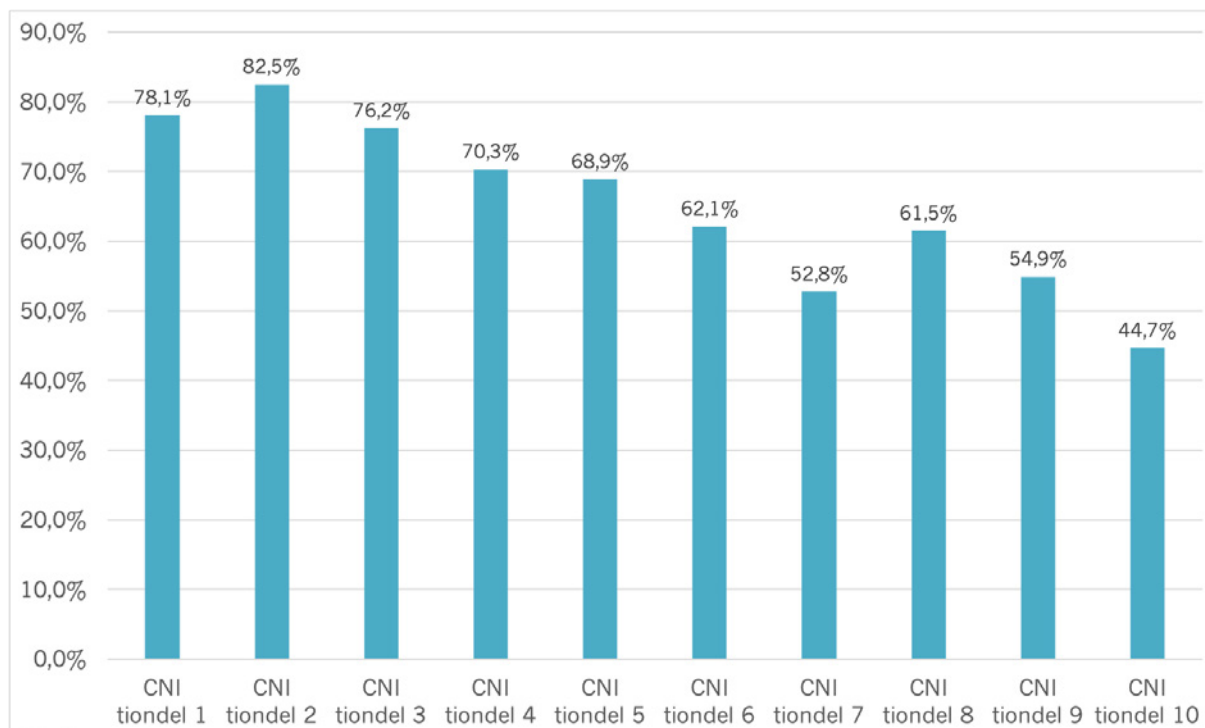
Det gruppbaseade stödet möjliggör kunskap genom "peer learning", det vill säga att man använder sig av varandra i sitt lärande och kan finna stöd i att dela erfarenheter med andra i samma situation.

Inom mödrhälsovården erbjuds blivande föräldrar att delta i föräldragrupp för återkommande träffar med olika teman där vanligt förekommande ämnen kan vara förlossningsförberedelse, parrelationen och amning. När föräldrastöd i mindre, sammanhållna grupper erbjuds har det blivit mer vanligt med en till tre träffar än fyra till sex träffar.

Inom barnhälsovården erbjuds föräldrar på liknande sätt att delta i föräldragrupp och vid träffarna diskuteras ofta frågor som är angelägna för föräldraskapet, till exempel samspel, barns utveckling och barnsäkerhet.

Det finns regionala skillnader i vad mottagningarna erbjuder för föräldrastöd och inte alla BMM och BVC erbjuder gruppbaseerat stöd, utan en del erbjuder istället enskilt stöd och/eller hänvisar till så kallade storföreläsningar.

DIAGRAM 7



Andel (%) förstföderskor som deltagit i gruppbaserat föräldrastöd på BMM, Skåne, 2018.

Förstföderskors och partners deltagande i gruppbaserat föräldrastöd på BMM

Under 2018 deltog 65,2 % av gravida förstföderskor i Skåne i gruppbaserat föräldrastöd på BMM.

Motsvarande siffra för 2017 var 68 % vilket innebär ett fortsatt sjunkande deltagande i det gruppbaserade föräldrastödet för förstföderskor.

Som tidigare ses skillnader i deltagande utifrån CNI. Under 2018 låg det genomsnittliga deltagandet för förstföderskor på BMM uppdelat utifrån lägsta och högsta tiondels CNI på 78,1 respektive 44,7 % (Diagram 7). Motsvarande siffra för 2017 var 85,6 respektive 56,8 % vilket betyder att deltagandet har sjunkit mer på mottagningar med högst CNI.

För partners deltagande i gruppbaserat föräldrastöd ses skillnader utifrån CNI (Diagram 8). För partnern går det inte att utläsa vilket barn i ordningen det gäller.

I genomsnitt deltog 29 % av partners i det gruppbaserade stödet. På BMM med högst CNI deltog

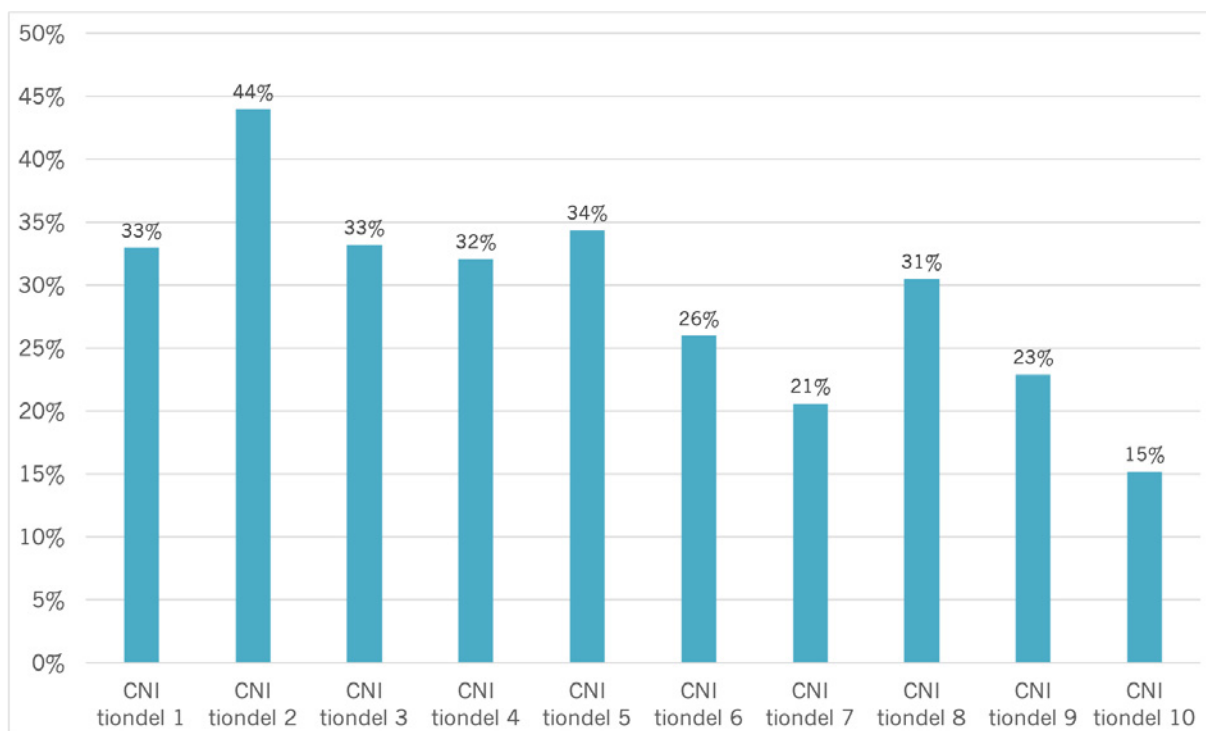
15 % av partners till gravida. Det är värt att notera att i CNI skattningen ingår variabeln ensamstående förälder vilket möjligen påverkar resultatet ovan.

Föräldrars deltagande i det gruppbaserade föräldrastödet på BVC

I barnhälsovården mäts deltagandet i föräldragrupper oberoende av om det är familjens första barn eller om det finns fler barn sedan tidigare. För att räknas som deltagande ska minst en av föräldrarna ha deltagit i föräldragrupp vid minst tre tillfällen.

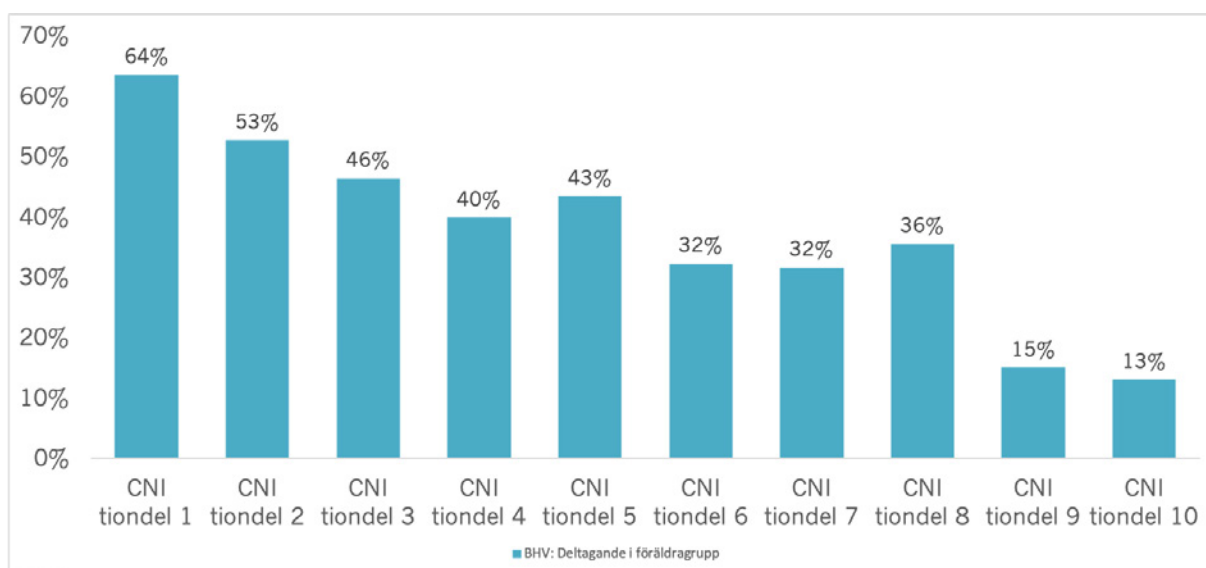
Trenden vad gäller deltagande har sedan 2011 varit negativ och fortsatte att minska under 2018. Andelen föräldrar med barn födda 2017 som deltog i föräldragrupp på BVC låg 2018 på 37 % jämfört med 40 % föregående år. Högst deltagande, 64 %, sker på BVC med lägst CNI. På BVC med tiondelen högst CNI var deltagandet 13 %, vilket ligger oförändrat jämfört med 2017 (Diagram 9).

DIAGRAM 8



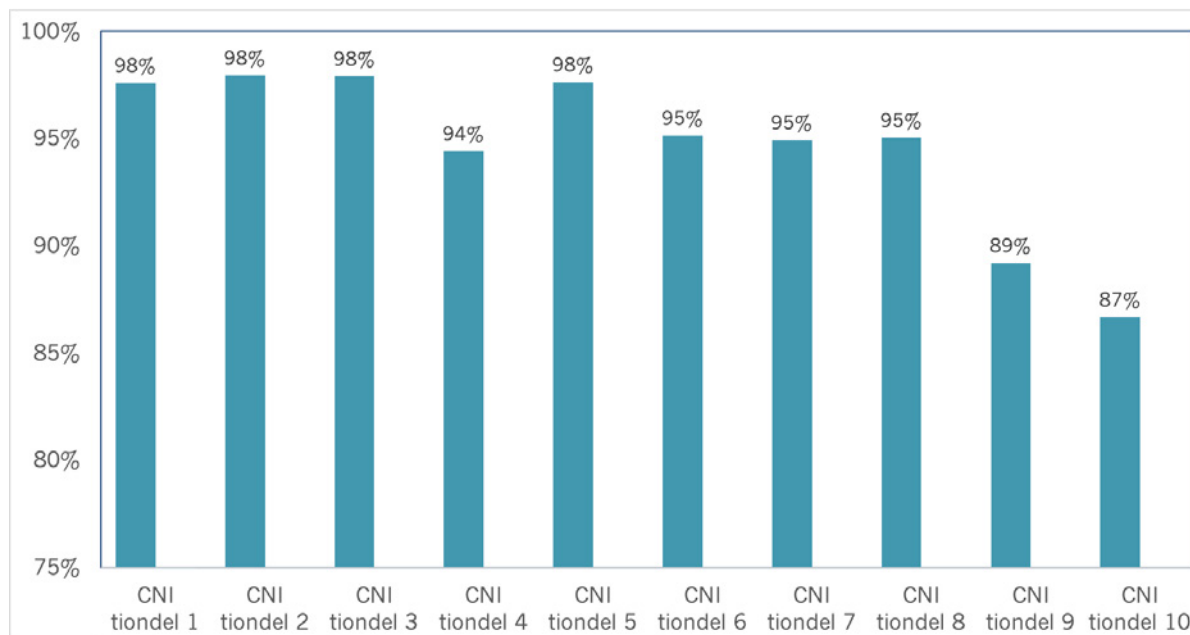
Partners deltagande (andel i %) i gruppaserat stöd på BMM, Skåne, 2018.

DIAGRAM 9



Minst en förälders deltagande (%) i gruppaserat föräldrastöd på BVC, Skåne, 2018.

DIAGRAM 10



Barn födda 2014. Andel barn (%) som deltagit i fyraårsbesöket, Skåne, 2018.

Barn som inte har tagit del av fyraårsbesöket på BVC

Sedan verksamhetsåret 2014 efterfrågas uppgifter om barn som inte tagit del av fyraårsbesöket inom barnhälsovården i Skåne. Bland bakomliggande orsaker till att barnet inte deltagit anges oftast att föräldrarna uteblivit, inte gått att nå eller att familjen flyttat utomlands. Att inte ta del av fyraårsbesöket har sedan rapporteringens början kunnat kopplats till CNI där högt CNI inneburit lägre deltagande. Att gå miste om fyraårsbesöket innebär en missad möjlighet att via barnhälsovården få extra insatser vid behov. Dessa insatser kan till exempel gälla uppföljning avseende övervikt, syn- och hörselnedsättning eller sen språkutveckling.

För barn födda år 2014 med fyraårsdag under 2018 deltog 95 % av alla barn i Skåne i fyraårsbesöket vilket är nästan oförändrat jämfört med 2017 års deltagande. Diagram 10 visar hur deltagandet varierar enligt BVC-enhetens CNI. I den grupp barnfamiljer med högst social sårbarhet för ohälsa fick 13 % av fyraåringarna inte ta del av besöket.

Deltagandet i CNI grupp 10 är dock en förbättring jämfört med verksamhetsåret 2017 då 16,3 % inte togs till besöket.

I genomsnitt tog fem procent av fyraåringarna i Skåne inte del av fyraårsbesöket under 2018, i stort sett en oförändrad siffra jämfört med föregående år. Det finns, precis som tidigare, stora skillnader i deltagande utifrån mottagningens CNI med lägst deltagande i gruppen barn med högst social sårbarhet för ohälsa. För första gången sedan 2014 ses dock i denna grupp ett ökat deltagande jämfört med föregående år.

TEMA 2

Våld, orosanmälningar och samverkan med socialtjänsten

Fråga om våldsutsatthet under graviditeten

Att fråga om våldsutsatthet ingår i basprogrammet för graviditetsövervakning. Enbart huruvida den gravida fått frågan registreras, inte hur svaret varit. Sedan 2013 har andelen tillfrågade om våldsutsatthet på BMM i Skåne ökat stadigt.

Under 2018 tillfrågades 96,6 % av de gravida i Skåne och således nåddes för första gången det nationella målvärdet på 95 %.

Den största ökningen ses i gruppen mottagningar med lägst CNI. 2018 var skillnaden en knapp procentenhet mellan mottagningarna vid uppdelning enligt CNI.

Orosanmälan från barnhälsovården till socialtjänsten

Under verksamhetsåret 2018 gjordes 502 orosanmälaningar till socialtjänsten gällande 472 barn. Anmälan gjordes för 226 flickor och 246 pojkar. För 26 av barnen gjordes mer än en anmälan. I en del fall (21), där orosanmälan gjorts, var barnen inte inskrivna på BVC (oftast äldre syskon). De 451 barnen som var inskrivna på BVC motsvarar 0,45 % av alla inskrivna barn.

Allt fler BVC gör anmälan. Av 145 BVC i Skåne gjorde 112 enheter minst en orosanmälan till socialtjänsten under 2018. Antalet BVC som inte gjort någon anmälan har sjunkit de senaste tre åren, från 48 (2016) till 34 (2018).

Vid fördelning enligt CNI görs fler anmälningar till socialtjänsten från enheter med högre CNI jämfört med enheter med lågt CNI. (Diagram 11).

Av samtliga anmälningar har 469 registrerats med

en eller flera orsaker till anmälan. Diagram 12 visar orsak till anmälan i de anmälningar där endast en orsak angetts (415 av totalt 512 orosanmälaningar under 2018). "Omsorgssvikt" står för den vanligaste orsaken till anmälan följt av "Annat" och "Våld inom familjen". Sammantaget utgör dessa tre orsaker 89 % av alla anmälningar till socialtjänsten.

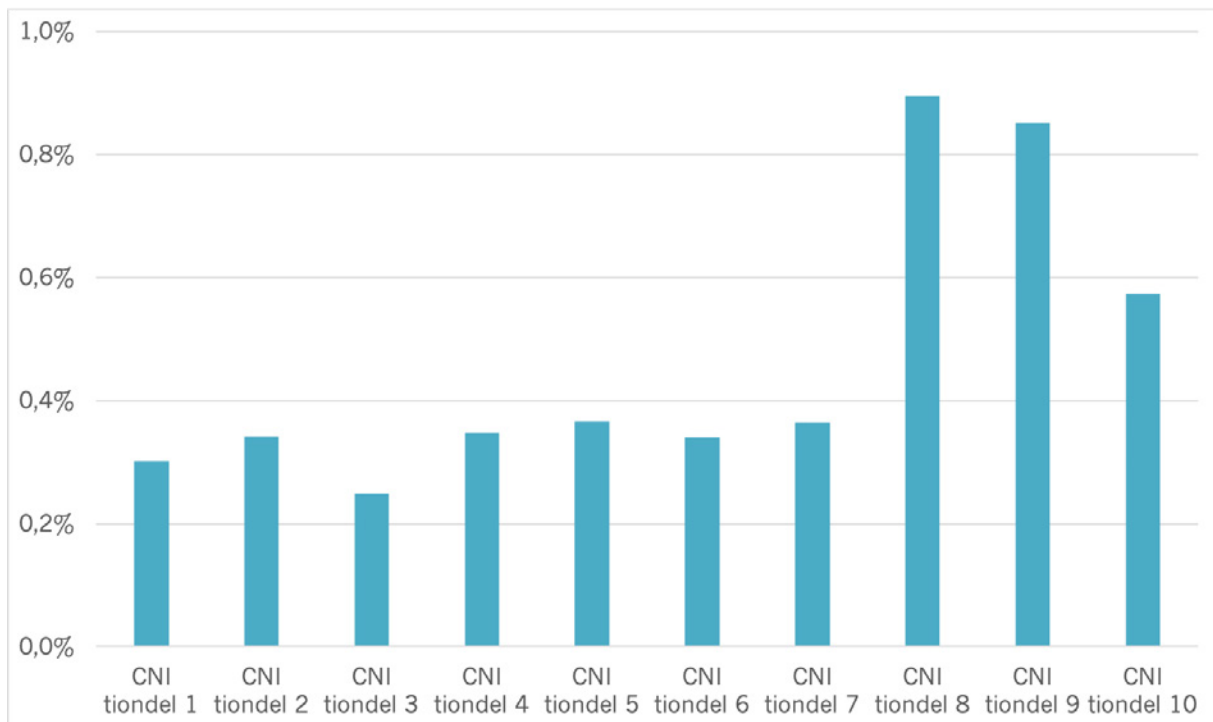
"Annat" kan betyda uteblivna besök/svårigheter att få kontakt med familjen, brister i boendemiljö och ekonomi, vårdnadstvist eller konflikter.

Samverkan med socialtjänsten

Kunskapscentrum barnhälsovård har sedan 2011 efterfrågat antalet barn för vilka man inom barnhälsovården gjort en journalanteckning gällande samverkan med socialtjänsten. Syftet med samverkan är att tillgodose barnets behov och upprätthålla och/eller stärka det sociala skydds nätet runt barnet och familjen (Socialstyrelsen, 2007). Genom samverkan kan man nå bättre kännedom om familjens situation och hjälpa familjen utifrån just deras behov.

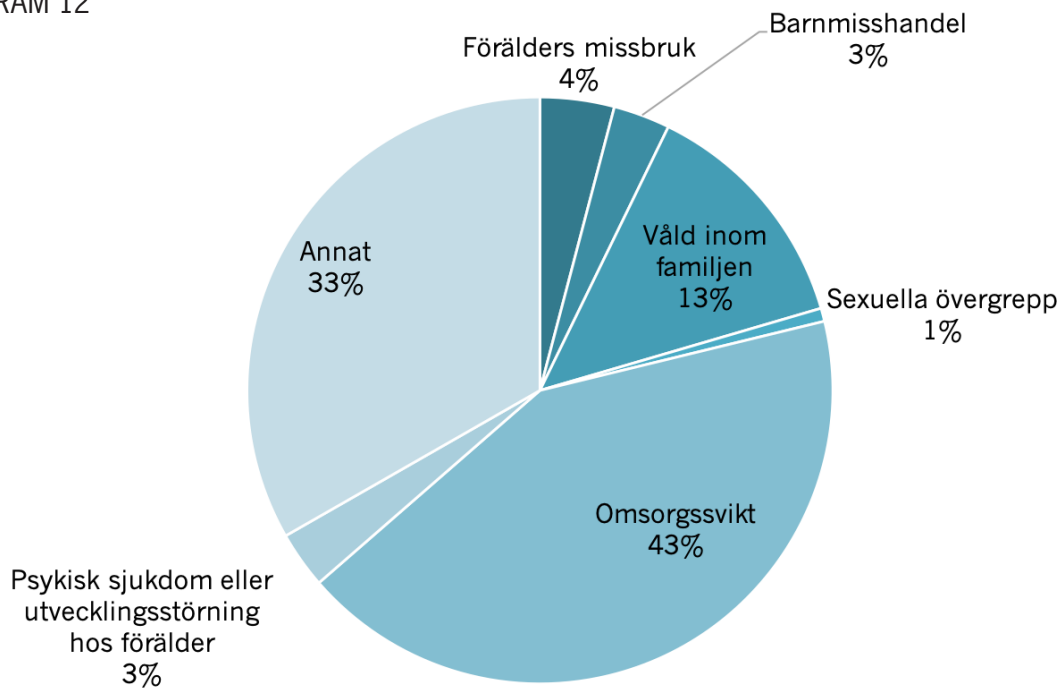
Samverkan mellan barnhälsovården och socialtjänsten skedde för 731 barn förra året, motsvarande 0,73 % av alla inskrivna barn. Detta är en liten ökning från 2017 då andelen var 0,67 %. Samverkan har skett på ungefär hälften av samtliga Skånes BVC.

DIAGRAM 11



Orosanmälan från barnhälsovården till socialtjänsten fördelat på BVC och tiondel CNI. Procent av samtliga inskrivna barn Skåne, 2018.

DIAGRAM 12



Orsak till orosanmälan från barnhälsovården till socialtjänsten, Skåne, 2018.

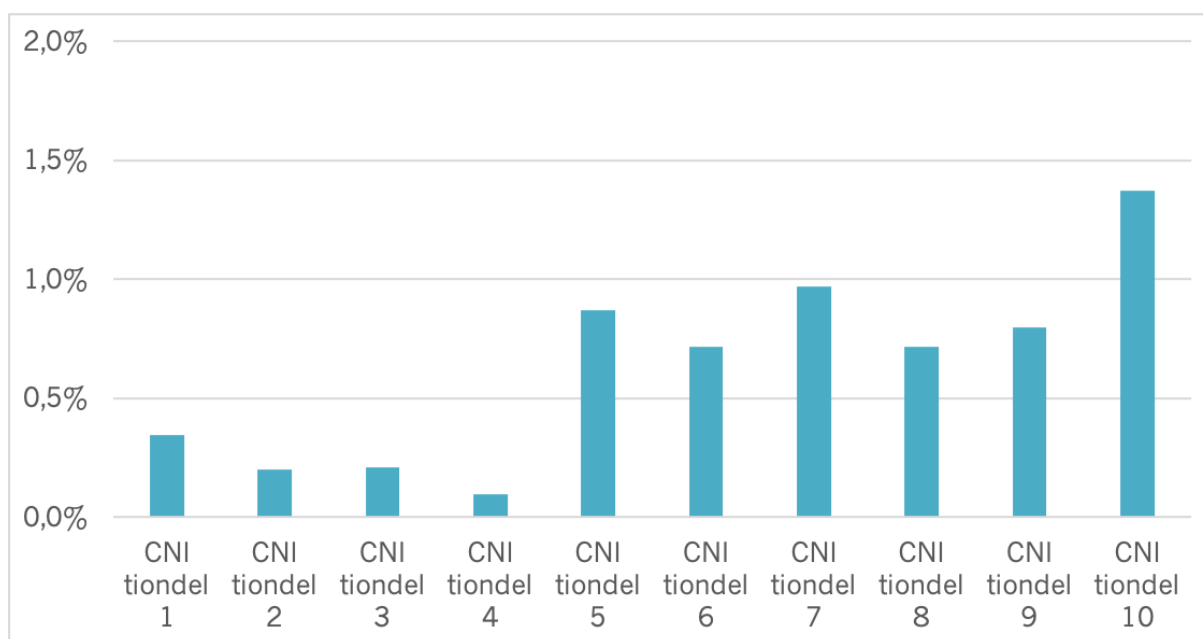
Bakgrund: Orosanmälan till socialtjänsten

Begreppet "barn som far illa" innefattar alla former av övergrepp, försummelse och utnyttjande som leder till faktisk eller potentiell skada för barnets hälsa och utveckling (WHO, 2019). Enligt Socialtjänstlagen har alla anställda inom hälso- och sjukvården en skyldighet att anmäla sin oro om de misstänker att ett barn far illa. Genom en anmälan till socialtjänsten har man möjlighet att uppmärksamma barnen så tidigt som möjligt och med hjälp av socialtjänsten stödja barnet i vad det och familjen kan behöva.

Olika former av barnmisshandel överlappar ofta varandra och man talar då om multiutsatthet, dvs. att samma barn utsätts för flera typer av misshandel. Både försummelse, psykisk misshandel och att bevittna våld i nära relation anses ha lika allvarliga konsekvenser som fysiskt och sexuellt våld. En nationell kartläggning visar att nära nio procent av de tillfrågade barnen har varit utsatta för fler än tre former av barnmisshandel och att majoriteten av dessa barn även utsatts för grövre upprepad misshandel (Jernbro och Janson, 2016).

Antalet anmälningar till socialtjänsten har sedan 2007 årligen rapporterats in till Kunskapscentrum barnhälsovård från regionens samtliga BVC. Det saknas nationell statistik om antalet anmälningar samt statistik från BMM i Skåne.

DIAGRAM 13



Andel barn (%) per BVC (alla åldrar, N = 731) för vilka samverkan har skett med socialtjänsten, Skåne, 2018.

På enheter med högt CNI sker samverkan med socialtjänsten för fler familjer och barn jämfört med enheter med lågt CNI (Diagram 13). Samverkan med socialtjänsten sker även i högre grad där BVC är samlokaliserat som FC eller FCL (Tabell 2).

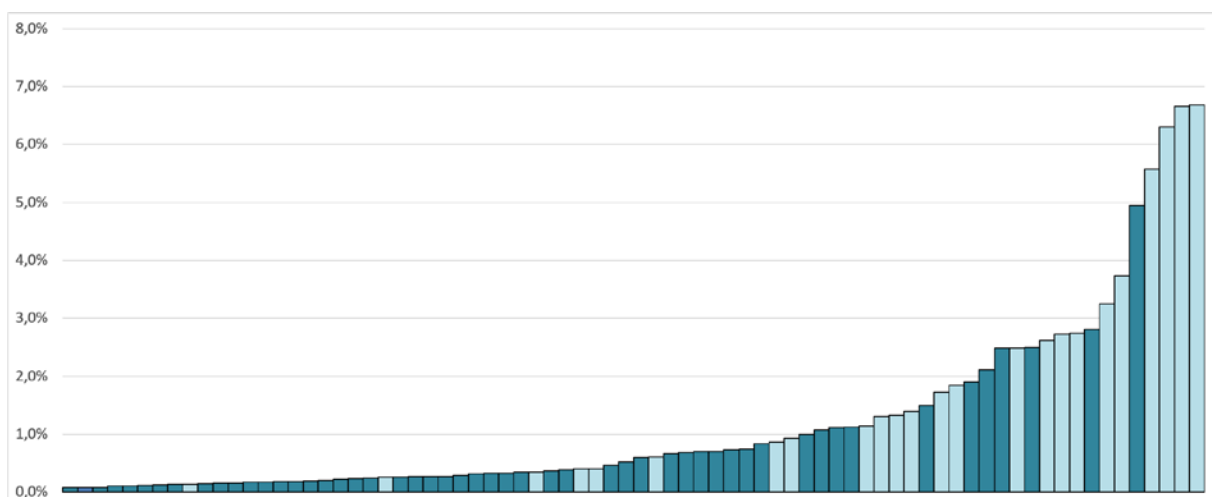
Samverkan mellan barnhälsovården och socialtjänsten skedde för 731 barn förra året, motsvarande 0,73 % av alla inskrivna barn. Detta är en liten ökning från 2017 då andelen var 0,67 %. Samverkan har skett på ungefär hälften av samtliga Skånes BVC.

TABELL 2

Andel barn för vilka samverkan med socialtjänsten skett, uppdelat i BVC och FC/FCL, Skåne, 2018.

Andel barn för vilka samverkan har skett med socialtjänsten	
BVC på familjecentral, N=31	1,95 %
BVC ej på familjecentral, N= 114	0,28 %

DIAGRAM 14



Andel barn (%) av de i barnhälsovården inskrivna barnen för vilka samverkan skett med socialtjänsten under 2018. Endast de 76 BVC som har redovisat samverkan visas. Mörka staplar är ensamlokaliserad BVC (52 enheter). Ljusa staplar är BVC på FCL eller FC (24 enheter).

Diskussion

I detta avsnitt har vi valt att fokusera på flera verksamhetsnära mått inom mödra- och barnhälsovården i Skåne och jämföra dessa utifrån mottagningarnas CNI. Med jämlik vård i fokus har jämförelserna gett oss en bild av hur vården når grupper med olika socioekonomiska förutsättningar samt hur intensifierade insatser genomförts i form av orosanmälningar och samverkan med socialtjänsten.

Resultatet från temat *Social sårbarhet* och deltagandet i mödra- och barnhälsovården i Skåne ger oss en indikation på att mödra- och barnhälsovårdens viktiga generella hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande erbjudande inte tillgodosågs jämlikt i Skåne under 2018 och skillnader i deltagande tenderar att följa den sociala gradienten. Det är oroande att vi i flera mått ser att de grupper, som med anledning av socioekonomisk position har högre risk för ohälsa, är de som minst tar del av mödra- och barnhälsovården. Skillnader i vårddeltagande kan innebära att vården istället för att motverka ojämlikhet i hälsa, snarare bidrar till att öka den. Färre besök hos barnmorskan under och efter graviditet kan innebära att viktig hälsoinformation går förlorad eller att undvikbara komplikationer med konsekvenser för mamma och barn missas eller förvärras. Ett lägre deltagande i föräldrastödjande verksamhet på BVC kan innebära sämre förutsättningar att främja barns hälsa eller en missad möjlighet för familjer av få del av gemenskap och ett stärkt socialt nätverk.

Hälsoinvesteringar riktade mot den tidigaste perioden i livet har visats vara den investering i hälsa som ger tillbaka allra mest inte bara till den enskilda utan även till samhället (Heckman, 2019). Det är således både klokt och nödvändigt för en hållbar samhällsutveckling i stort, att investera tidigt och rättvist. Region Skånes nuvarande ersättningsmodell med anpassad resursfördelning till BMM och BVC, baserad på enhetens CNI, i syfte att göra vården jämlik, är i linje med tanken om proportionell universalism. Det är dock oklart hur väl de extra medlen kan omsättas av verksamheterna

i praktiken och sannolikt behövs dessutom andra insatser utöver resursfördelning för att göra vården mer inkluderande och tillgänglig.

Resultatet från temat *Våld, orosanmälningar och samverkan med socialtjänsten* visar att fler familjecentraler finns i områden med högre andel familjer i socioekonomisk utsatthet. Att samverkan med socialtjänsten i högre grad äger rum på familjecentral jämfört med ej samlokaliserad BVC tyder på att samlokalisering underlättar samarbete mellan professioner och därmed ökar vårdens möjlighet att ge anpassad stöd. Om samverkan sker i rätt omfattning eller sker för de barn där behoven är som störst är dock okänt och kan inte besvaras i denna rapport.

Att orosanmälningar för barn som far illa ligger på oförändrad nivå jämfört med tidigare talar för att fortsatt medvetandehöjande arbete om barn som far illa är angeläget. Mycket talar för att antalet anmälningar är för lågt i förhållande till barns verkliga utsatthet. Vården har svårt att uppmärksamma barns livsvillkor och sätta barnets rättigheter först (Köhler, 2016). De positiva resultat vi ser från BMM gällande fråga om våld, visar att det går att förändra arbetssätt och detta måste även börja gälla för barn. Vid sidan av fortbildning om barns utsatthet kan fler familjecentraler ge bättre förutsättningar för samverkan och kan vara ett sätt att minska tröskeln för orosanmälan.

Detta avsnitt har en del begränsningar och sammantaget ger resultaten en begränsad bild av mödra- och barnhälsovårdens verksamhet. De verksamhetsmått som undersökts har inrapporterats retrospektivt vilket innebär att statistiken som ligger som grund för resultaten får tolkas med viss försiktighet. Eftersom måtten är kvantitativa säger de inte heller något om själva vårdmötets innehåll eller om hur vården uppfattas av den vårdsökande. Det är dock högst troligt att ett lägre deltagande i de universella erbjudanden, kännetecknande för programmet för barnhälsovård och graviditetsövervakning, ger sämre förutsättningar att uppnå jämlik hälsa i befolkningen.

Förhoppningsvis kan våra angelägna resultat om social sårbarhet och mödra- och barnhälsovårdens uppdrag leda till ökad medvetenhet och motivera till handling i det fortsatta arbetet för jämlik mödra- och barnhälsovård i Skåne.

Konklusion

Mödra- och barnhälsovårdens viktiga generella hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser nådde inte alla barn och familjer i lika stor omfattning i Skåne under 2018 och skillnader i deltagande tenderar att följa den sociala gradienten. Fler gravida tillfrågas någon gång under graviditeten om våld i nära relation.

Andelen anmälningar om oro för barn som far illa till socialtjänsten ligger oförändrad jämfört med

tidigare år och är sannolikt fortsatt alltför låg i relation till barns verkliga utsatthet.

Det finns fler familjecentraler i områden med högt CNI jämfört med lågt CNI och samverkan med socialtjänsten förekommer i högre grad vid samlokalisering av verksamheter.

Andelen anmälningar om oro för barn som far illa till socialtjänsten ligger oförändrad jämfört med tidigare år och är sannolikt fortsatt alltför låg i relation till barns verkliga utsatthet. Det finns fler familjecentraler i områden med högt CNI jämfört med lågt CNI och samverkan med socialtjänsten förekommer i högre grad vid samlokalisering av verksamheter.

Kunskapsinsatser

- Kvinnohälsa och socioekonomisk utsatthet är en pågående utbildningsinsats som riktar sig till barnmorskor och övrig personal inom hälso- och sjukvården. 155 medarbetare från olika verksamheter har deltagit och under hösten 2019 planeras ytterligare två workshops.
- Fortbildning i föräldragrupsledarskap för barnmorskor och BHV-sjuksköterskor med syfte att genom kompetensförstärkning uppnå ett ökat deltagande i föräldragrupp inom mödra- och barnhälsovården och därmed främja en jämlik vård. Utbildningen kommer att erbjudas 40 medarbetare hösten 2019.
- Kunskapscentrum barnhälsovård och Kunskapscentrum kvinnohälsa genomför under hösten 2019 en gemensam utbildningsdag kring föräldrar och barn i utsatta livssituationer samt vad utsatthet kan innebära för hälsa. Utbildningen kommer att erbjudas 200 medarbetare.
- Implementeringen av vårdprogrammet Våld i nära relation fortsätter. I höst kommer ett nytt arbetsmaterial kopplat till vårdprogrammet att finnas tillgängligt.
- Inom uppdraget Barn i utsatta livssituationer erbjuder Kunskapscentrum barnhälsovård fortlöpande grundutbildningar till all personal inom hälso- och sjukvården i Skåne gällande Barn som anhöriga samt Barn som far illa. Utbildningarna erbjuds på fem olika orter både under hösten 2019 och framöver.
- Fortlöpande utbildningar för läkare som utför Hälsoundersökningar av barn och unga på begäran av socialtjänsten.
- Under hösten 2019 erbjuds 600 kontaktpersoner för Barn som far illa en fördjupande utbildning om barn som utsatts för sexuella övergrepp.

Sammanfattning

Levnadsvanor

- Nivåerna vad gäller övervikt och fetma, rökning och amning varierar stort mellan de skånska kommunerna.
- Gravida som vid inskrivning i mödrahälsovården har förhöjt BMI utgör under loppet av de senaste fem åren en allt större andel.
- Bland gravida med kortast utbildning är andelen som har övervikt och fetma samt andelen som röker som störst.
- Övervikt och fetma utgör ungefär samma andel bland fyraåringar i Skåne under loppet av de senaste sju åren.
- De senaste åren har andelen gravida som röker under senare delen av sin graviditet minskat, men Skåne ligger fortsatt över riksgenomsnittet.
- Barnets rätt till rökfri miljö tillgodoses oftare i familjer med goda socioekonomiska förutsättningar än i familjer med sämre förutsättningar.
- En allt mindre andel barn ammas i Skåne.
- Vid sex månaders ålder är andelen helammade barn lägre i familjer som är listade på BVC med högt CNI än på BVC med lågt CNI.

Psykisk hälsa

- Mödra- och barnhälsovården i Skåne når en stor andel av sin målgrupp men lyckas inte främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa på ett likvärdigt sätt.
- Mödra- och barnhälsovården uppvisar svårigheter med att kompensera för att det är vanligare med psykisk ohälsa bland föräldrar med mindre socioekonomiska resurser.

- Pappor och andra föräldrar som inte har fött barnet och som har psykisk ohälsa har färre chanser att berätta om detta och få hjälp, med konsekvenser inte bara för dem själva utan också för den födande förälderns psykiska hälsa.
- Geografiska skillnader i mödra- och barnhälsovården medför att föräldrar, beroende på var de bor, har olika möjlighet att förebygga och få stöd för psykisk ohälsa.

Social sårbarhet

- BMM med högst CNI har fler inskrivna gravida per heltidsarbetande barnmorska än det skånska genomsnittet och ett högre antal än vad som rekommenderas nationellt.
- Under 2018 gjorde gravida på BMM med högst CNI färre besök hos barnmorskan jämfört med gravida på BMM med lägst CNI. Skillnaden är liten och har minskat. Gravida på BMM med högst CNI har ett sjunkande deltagande i eftervårdsbesöket och nådde inte den nationella målsättningen.
- Gravida på mottagningar med högst CNI träffade läkare vid färre tillfällen än genomsnittet för gravida i Skåne.
- Knappt hälften av alla förstföderskor på BMM med högst CNI tog del av gruppbaserat föräldrastöd jämfört med 80 % av förstföderskorna på mottagningar med lägst CNI. Även för partners ses stora skillnader i deltagande.
- Stora skillnader i deltagande i det gruppbaserade föräldrastödet på BVC ses om mottagningarna grupperas enligt CNI.
- 13 procent av fyraåringarna på BVC med högst CNI tog inte del av fyraårsbesöket förra året jämfört med två procent på mottagningar med lägst CNI.

- Andelen gravida som tillfrågas om våldsutsatthet nådde förra året det nationella målvärdet och skillnaderna utifrån CNI minskade.
- Under 2018 gjorde barnhälsovården 502 orosanmälningar till socialtjänsten vilket motsvarar en knapp halv procent av alla barn. Andelen anmälningar ligger oförändrad jämfört med föregående år. Flest anmälningar gjordes på enheter med högt CNI. Den vanligaste orsaken till anmälan var omsorgssvikt.
- Samverkan mellan barnhälsovården och socialtjänsten ökade förra året. Samverkan sker i högre utsträckning vid samlokaliserade verksamheter samt i områden med högt CNI.



Arbetet framåt

Att uppnå och upprätthålla ett jämlikt vårderbjudande för insatser för fysisk, psykisk och social hälsa över hela regionen kräver att verksamheternas medarbetare har möjligheter att anpassa vårderbjudandet efter de olika behov som finns i olika grupper av familjer och att växla mellan generella och riktade insatser. För det krävs tid och resurser som ytterst är beroende av politiska beslut och prioriteringar.

Riktlinjer och gemensamma rutiner är viktiga för att motverka ojämlikhet i erbjudanden och åtgärder beroende på föräldrarnas socioekonomiska situation, bostadsort, kön eller hälsolitteracitet.

För att rutiner kring både fysisk, psykisk och social hälsa ska få genomslag krävs fortbildning, sammanhängande vårdkedjor och ha en fortlöpande samverkan mellan verksamheterna.

Kunskapscentrum kvinnohälsa och Kunskapscentrum barnhälsovård har i uppdrag att stödja mödra- och barnhälsovård för att nå jämlik hälsovård i Region Skåne.



Referenser

Anell, A. (2015). Delrapport 2a: *Bidrar CNI-ersättning till BVC till ett förändrat vårdutbud som skapar förutsättningar för en mer jämlik hälsa?* (KEFU 2015) Lund. Rådet för kommunalekonomisk forskning (KEFU).

Berggren U., Magnusson L., Hansson E (2015). *Att se barn som anhöriga - om relationer, interventioner och omsorgsansvar. Barn som anhöriga* (2015:6).

Bhalotra S, Karlsson, M och Nilsson T. (2017). Infant Health and Longevity: Evidence from A Historical Intervention in Sweden. *Journal of European Economic Association*, Vol 15(5): 1101-1157. Hämtat från: <https://academic.oup.com/jeea/article-abstract/15/5/1101/3073723>

Bjermo, H, Lind S, & Rasmussen F (2015). The educational gradient of obesity increases among Swedish pregnant women: a register-based study *BMC Public Health volume 15, 315*.

Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights*, 15, 29.

Chantry, C. J., Dewey, K. G., Peerson, J. M., Wagner, E. A., & Nommsen-Rivers, L. A. (2014). In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breast-feed. *J.Pediatr*, 164(6):1339-1345.

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH (2000), Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *Bmj*. 2000;320 (7244):1240-3.

Dahlgren G & Whitehead M, (2007). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier. 2007:14.

Falah-Hassani, K., Shiri, R., Vigod, S. & Dennis, C.L., (2015). Prevalence of postpartum depression among immigrant women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 70:67-82.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 56(6), 774-786.

Fredriksen, E., von Soest, T., Smith, L. & Moe, V. (2017). Patterns of pregnancy and postpartum depressive symptoms: Latent class trajectories and predictors. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(2), 173-183.

Folkhälsomyndigheten (2017). *Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2017*. Hämtat från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/9de83d1af6ce4a429e833d3c8d7ccf85/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2017-16136-webb2.pdf>

Folkhälsomyndigheten (2018a). *Folkhälsans utveckling. Folkhälsorapportering och statistik*. Hämtat från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/levnadsvanor/tobaksrokning-daglig/>

Folkhälsomyndigheten (2018b) *Folkhälsopolitikens mål*. Hämtat från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/folkhalsopolitikens-mal/>

Förenta Nationerna (FN) (1989), *FN:s konvention om barnets rättigheter*. UNICEF Sverige.

Förenta Nationerna (FN) (1992), Agenda 21, Chapter 6:23. Rio de Janeiro Conference, Brazil. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/Agenda21.pdf>

Heckman J. (2019). *The economics of human potential*. Hämtat från: <https://heckmanequation.org/resource/the-heckman-curve/>

Wickberg B., (2016). Screening för depression med EPDS Riktlinjer och praktiska anvisningar för screening med EPDS samt om depression hos nyblivna mammor. Hämtat från: <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder-riktlinjer/screening-med-epds/>

Håkansson L., (2018). Grunda sunda vanor - pedagogiskt bildmaterial. Hämtat från: <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder-riktlinjer/halsosamtal-om-levnadsvanor/grunda-sunda-vanor--pedagogiskt-bildmaterial/>

Jernbro C, Jansson S. (2016). *Väld mot barn 2016 En nationell kartläggning*, Allmänna Barnhuset. Hämtat från http://www.allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2017/08/Vald_mot_barn_2016-en_nationell_kartlaggning.pdf

Järkestig-Berggren, U., Magnusson, L. & Hanson, E. (2015). Att se barn som anhöriga: om relationer, interventioner och omsorgsansvar (2015:6). Kalmar: Linnéuniversitetet.

Krol, K. M., & Grossmann, T. (2018). Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 61(8), 977-985.

Köhler M, Rosvall M., Emmelin M. (2016). "All is well": Professionals' documentation of social determinants of health in Swedish Child Health Services health records concerning maltreated children – a mixed method approach. *BMC Pediatrics*.16:127.

Lamb, M. (2010). *The role of the father in child development*. (5. uppl.) Hoboken: Wiley.

- Larqué, E., Labayen, I., Flodmark, C. E., Lissau, I., Czernin, S., Moreno, L. A., ... & Widhalm, K. (2019). From conception to infancy - early risk factors for childhood obesity. *Nature Reviews Endocrinology*; 15(8)456-78.
- Livsmedelsverket (SLV) (2011). Råd om mat för barn 0-5 år - vetenskapligt underlag med risk- eller nyttovärderingar och kunskapsöversikter.
- Lundberg, I. (2005). *Utsatta flickor och pojkar; en översikt av aktuell svensk forskning*. Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.
- Magnusson, M. (2009). *Barnhälsovård: att främja barns hälsa*. (5., [helt omarb.] uppl.) Stockholm: Liber.
- Malmö stad (2013). Kommission för ett socialt hållbart Malmö. *Malmöns väg mot en hållbar framtid*.
- Marmot Review (2010). *Fair Society, Healthy Lives: A Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010*. Hämtad från: www.ucl.ac.uk/marmotreview
- Marttila, A., Lindberg, L., Burström, K., Kulane, A. & Burström, B. (2017). *Utökat hembesöksprogram för förstagångsföräldrar – samverkan mellan Rinkeby BVC och föräldrarådgivare inom Rinkeby-Kista socialtjänst. Slutrapport utvärdering 2017*. Stockholm: Karolinska institutet. Hämtad från: Stockholms läns landstings webbplats: http://dok.slsso.sll.se/CES/FHG/Jamlik_halsa/Rapporter/BVC-rapport-2017.pdf
- Massoudi, P. (2013). *Depression and distress in Swedish fathers in the postnatal period: prevalence, correlates, identification, and support*. (Doktorsavhandling, Göteborgs universitet: Göteborg). Hämtad från: <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/32509>
- Mårtensson L., & Hensing G. (2011). Hälsolitteracitet grundbult i patientmötet. *Läkartidningen*, 108, 2718-2720.
- Melville, J.L., Gavin, A., Guo, Y., Fan, M.Y. & Katon, W.J. (2010). Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstetrics and gynecology*, 116(5), 1064-70.
- Moe, V., Slinning, K. & Hansen, M.B. (red.). (2010). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. (1. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mårtensson L., & Hensing G. (2011). Hälsolitteracitet grundbult i patientmötet. *Läkartidningen*, 108, 2718-2720.
- Nordström Gardelöf, L., Shutova E. (2015) Utvärdering av Sensus amningsutbildningar (examensarbete på kandidatnivå) Uppsala universitet. Hämtad från: <http://www.diva-portal.se/smash/get/diva2:822962/FULLTEXT01.pdf>
- Nylander, C. och Miregård J. (2018) Övervikt och fetma bland 4-åringar i Sverige. <https://edilprod.dll.se/GetPublicFile.ashx?docid=409659>
- O'Connell, M.A., Leahy-Warren, P., Khashan, A.S., Kenny, L.C. & O'Neill, S.M. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*. 96(8), 907-920.

Prop. 2017/18:249. God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik.

Psykologförbundet (2019). Psykologer för mödrhälsovård & barnhälsovård. Hämtad 2019-08-29 från: <https://www.psykologforbundet.se/mbhv-psykologerna/>

Region Skåne (2014a). *CNI-ersättning ett medel för arbetet mot jämlik hälsa?* Hämtad från: <https://vardgivare.skane.se/globalassets/styrandedokument/cni-ersattning-och-jamlik-halsa-rapport-halsoval-juli-2014.pdf>

Region Skåne (2014b). *Regionala riktlinjer inom mödrhälsovården för övervikt och fetma under graviditet.* <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer--fillistning/overvikt-under-graviditet--riktlinje-2019-03-14.pdf>

Region Skåne (2015). *Strategi för jämlik vård 2016-2018.* Hämtad från: <https://www.skane.se/Public/Protokoll/H%C3%A4lsa%20och%20sjukv%C3%A5rdsn%C3%A4mnden/2015-12-02/Handlingsplan%20f%C3%B6r%20j%C3%A4mlik%20v%C3%A5rd/Strategi%20j%C3%A4mlik%20v%C3%A5rd.pdf>

Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Rådestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum – prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch of Womens Ment Health.* 2005;8:97-104

Rondung, E. (2018). *Psychological perspectives on fear of birth: heterogeneity, mechanisms and treatment.* (Doktorsavhandling: Mittuniversitetet, Östersund). Hämtad från: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:miun:diva-34359>

Rädda barnen (2018). *Barnfattigdom i Sverige. Rapport.* Hämtad från: https://resourcecentre.savethechildren.net/node/14233/pdf/rb_rapport_2018_final.pdf

Socialstyrelsen (2007). *Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa.* Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-10-4.pdf>

Socialstyrelsen (2008). Familjecentraler – Kartläggning och kunskapsöversikt. Stockholm.

Socialstyrelsen (2014). *Vägledning för barnhälsovården.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2016). Socioekonomiska faktorer påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-12-14>

Socialstyrelsen (2017). Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2017. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-5-2.pdf>

Socialstyrelsen (2018a). *Dödfödda barn. En inventering och förslag på åtgärder.* Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-12-36/Sidor/default.aspx>

Socialstyrelsen (2018b). *Statistik om amning barn födda 2016*. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2018-9-2.pdf>

Socialstyrelsen (2018c). Statistik om spädbarnsföräldrars rökvanor 2016. Hämtad från:

<https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/farre-spadbarnsforaldrar-roker2/>

Socialstyrelsen (2019). Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2017. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-5-2.pdf>

Statens kommuner och landsting (SKL) (2019). *Jämlik vård och hälsa*. Hämtad från: <https://skl.se/halsasjukvard/jamlikvardochhalsa.6206.html>

Statens offentliga utredningar (SOU) 2017:47 (2017). Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa.

Ståhl, M., Skoog, M., Hallström-Kristensson, I. & Vilhelmsson, A. (2019). "So, the circle has grown" – Child Health Services nurses' experiences of giving parental interviews with nonbirthing parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2019(1), 1-9.

Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) (2016). *Mödrhälsovård, Sexuell och Reproductiv Hälsa*. Rapport nummer 76 (2008) Uppdaterad som webbversion 2016. Hämtad från: <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web4a328b70-0d76-474e-840e-31f70a89eae9.pdf>

Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., & Rubertsson, C. (2015). Higher prevalence of child-birth related fear in foreign born pregnant women–Findings from a community sample in Sweden. *Midwifery*, 31(4), 445-450.

Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., & Group, (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, vol 387 (10017), 475-490.

Världshälsoorganisationen (WHO) (1946), Preamble to the Constitution of the World Health Organization. New York. Länk: www.who.int/suggestions/faq/en

Världshälsoorganisationen (WHO) (1986), *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986*. Hämtat från: https://www.healthpromotion.org.au/images/ottawa_charter_hp.pdf

Världshälsoorganisationen WHO (2001), The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation.

Världshälsoorganisationen (WHO) (2008), Commission of the Social Determinants of Health, Closing the Gap in a Generation. Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final report of

the Commission on Social Determinants of Health. Genève: Världshälsoorganisationen.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/200009/1/9789241563703_eng.pdf

Världshälsoorganisationen (WHO) (2019). Child maltreatment. Hämtad från: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/child/en/

Wells, M. (2015). *An unequal chance to parent: examples on support fathers receive from the Swedish child health field*. (Doktorsavhandling. Uppsala universitet: Uppsala). Hämtad från: <https://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:793891/FULLTEXT01.pdf>

Wickberg B., (2016). Screening för depression med EPDS Riktlinjer och praktiska anvisningar för screening med EPDS samt om depression hos nyblivna mammor. Hämtat från: <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder-riktlinjer/screening-med-epds/>

