

Barnhälsovården i Värmland

Årsrapport 2025



Konstnär: Celine 5 år

Diarie nr: HSN/262238

Sammanfattning	5
Barnhälsovården i Värmland	7
Barnhälsovårdens mål	7
Barnkonventionen	9
De yngsta barnen i Värmland	10
Barns hälsa - hälsoindikatorer	12
Amning	12
Tobaksfri miljö	16
Övervikt och obesitas	18
Munhälsa	20
Vaccination	23
Barnhälsovårdens verksamhet	24
Mottagningsverksamhet	24
Jämlig hälsa – olika behov och förutsättningar	25
Hälsöövervakning	27
Psykosocialt stöd för familjen	28
Hälsöfrämjande och förebyggande insatser	29
Hembesök	29
Föräldraskapsstöd	31
Enskilda föräldrasamtal på BVC	33
Våld i nära relationer	35
Samverkan med förskola och socialtjänst	36
Familjecentral	38
Utveckling och förbättring	39
Fortbildning 2025	40
Projekt	41
Svårigheter med tal- och språkutveckling hos barn vid 2,5 års ålder och kända riskfaktorer för hälsa och utveckling	41
Ett förebyggande arbetssätt för att erbjuda ekonomisk rådgivning till barnfamiljer	41
Backa Barnet i Säffle kommun	42
Centrala barnhälsovården	43
Kontaktuppgifter	44

Förord

Ett stort och varmt tack för det fina arbetet som ni alla gör för barnhälsovården.

Barnhälsovårdens nationella program verkar för en jämlik och rättvis barnhälsovård som främjar varje barns hälsa och utveckling. Personalen på länets BVC möter årligen barn 0–6 år tillsammans med en eller flera vuxna, och träffar därmed minst 13 procent av befolkningen, i en livsperiod då utvecklingsförmågan och förändringsbenägenheten beträffande levnadsvanor är som störst.

NAG BHV inom NPO Barn och ungas hälsa (Nationella kunskapsstyrningen) har i sitt uppdrag att arbeta med implementeringen av det nationella barnhälsovårdsprogrammet, med målet att en så jämlik barnhälsovård som möjligt ska erbjudas alla barn och deras vårdnadshavare. Sedan 2024 har begreppet kvalitetsgräns införts som avser en lägsta nivå som kan användas som signal vid kvalitetsuppföljning av barnhälsovårdens verksamhet.

Kvalitetsdata från barnhälsovården ger en bild av barnens hälsa och livssituation, och är ett unikt material då i princip alla Värmlands barn följs inom barnhälsovården. De beskriver också verksamhetens insatser såväl de generella enligt det nationella barnhälsovårdsprogrammet som de riktade insatserna utifrån barnet/familjens särskilda behov. Vi har utgått från barnhälsovårdens kvalitetsindikatorer som är grunden i Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ)¹. Vi har förhoppningen att även Region Värmland skall vara intresserad av att ansluta sig till det nationella registret för att möjliggöra jämförelser både nationellt och lokalt.

Kvalitetsdata uppdelade per BVC bör tolkas med försiktighet då vissa BVC har ett lågt barnantal.

I vår årsrapport benämner vi de vuxna som finns kring barnet med olika namn. När vi presenterar data använder vi vårdnadshavare 1 (VH1), för den födande, och vårdnadshavare 2 (VH2) för den icke födande. I löpande text används olika benämningar som födande, ickefödande, mamma, pappa, gravid och föräldrar. Vi är medvetna om att en familj kan ha många olika konstellationer och att dessa benämningar inte inkluderar alla. I vårt värdegrundsarbete ”En förälder blir till”, ingår ett icke normativt förhållningssätt som kommer våra familjer till del.

Karlstad 2026-06-02

Lisa Lindqvist
Verksamhetsutvecklare, BHV-sjuksköterska

Helena Löfwenhamn
Barnhälsovårdsöverläkare

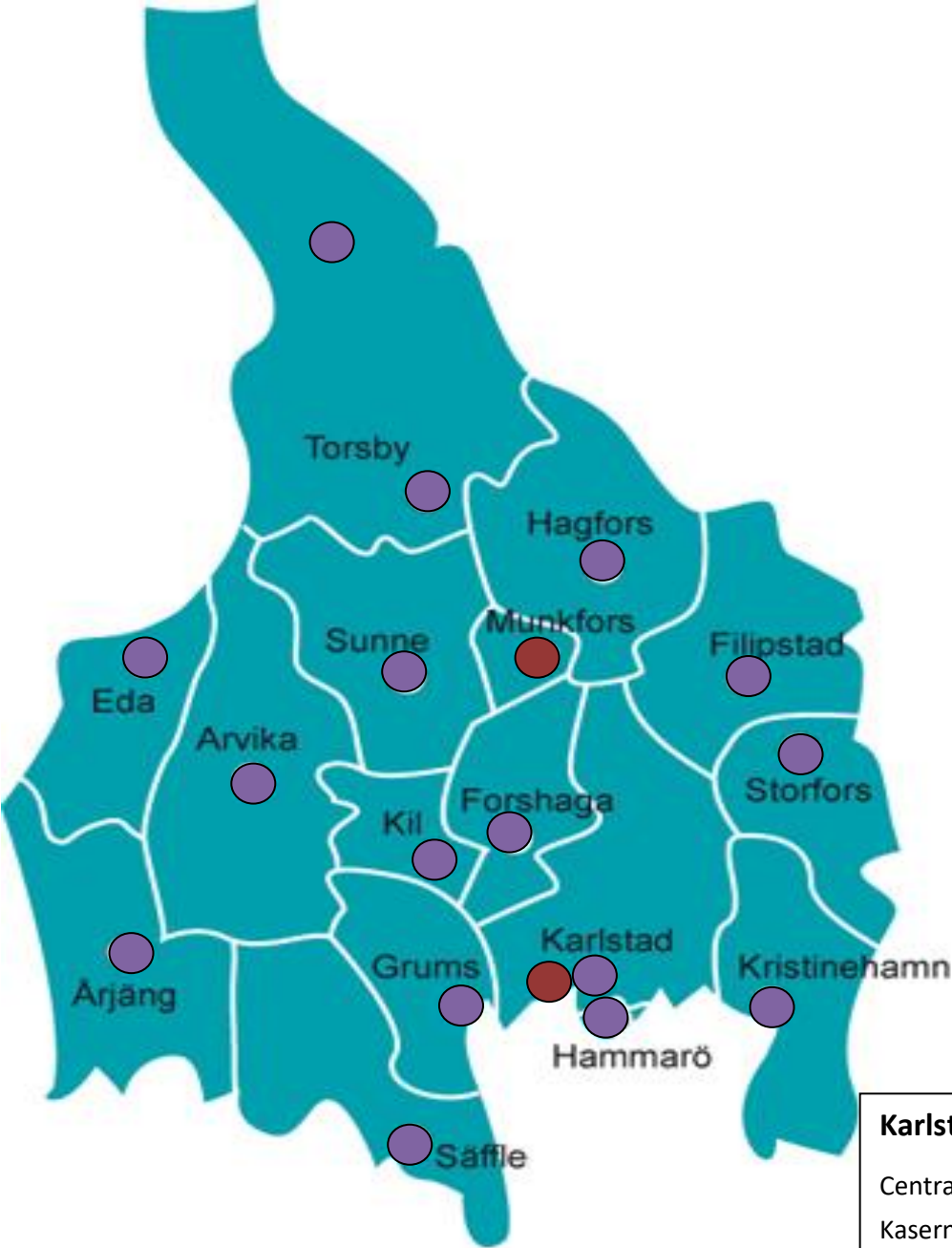
Gunilla Svedlund
Assistent

Wilma Granander Schwartz
Verksamhetsutvecklare, psykolog

¹ <http://bhvq.se/>

Värmlandskarta

- = BVC
- = Familjecentral (FC)



Karlstad
Centrala Karlstad
Kasernhöjden
Västerstrand (FC)
Kronoparken
Molkom
Rud (FC)
Vålberg
Åttkanten

Sammanfattning

BVC ansvarar för barnets hälsovård fram tills skolans medicinska elevhälsa tar över när barnet börjar i förskoleklass. Vid årsskiftet 2025/2026 var det 15 129 barn anslutna på länets 24 BVC mottagningar.

Barn-CNI och vårdtyngdsindex påvisar skillnader i förskolebarnens förutsättningar för hälsa och utveckling. Vårdtyngden varierar mellan olika BVC. Denna kunskap är viktig när barnhälsovården/verksamheten ska fördela resurser inom länet för att kunna erbjuda en jämlik barnhälsovård i Värmland utifrån varje barns unika behov.

FN:s konvention om barnets rättigheter, är en värdegrund inom verksamhetsområdet Barn, unga och familje-hälsa. Inom barnhälsovården ingår det i introduktionen för nyanställda att genomgå webbutbildningen ”Barnkonventionen från teori till praktik”. Flera utbildade barnrättsombud finns inom vårt verksamhetsområde.

Det tidiga amningsstödet till föräldrar är en viktig förutsättning för en gynnsam amning och för att kunna bibehålla amningen över tid. Därför har vi intensifierat våra insatser inom hela vårdkedjan för att främja amning och kunna ge ett gott stöd. Inom BMM och BVC finns amningsombud för att säkerställa kompetensen om amning. Gällande hel, övervägande och delvis amning vid 1 vecka, 2 och 4 månaders ålder för barn födda 2024 har Värmland en lägre nivå av ammande jämfört med riket. (BHVQ). I Värmland är andelen barn födda 2025 som helammas 71 procent vid 1 veckas ålder och delammas 21 procent. Andelen helamning minskar och delamningen ökar succesivt allt eftersom barnet bli äldre. Vi vet att barnet får huvudsakligen bröstmjolk om det ammas hel- eller övervägande. Genom vårt amningsstöd inom barnhälsovården vill vi främja och hjälpa mamman att bibehålla amningen över tid.

Rökning under graviditet och barnets första levnadsår har betydelse för barnets fortsatta hälsa och risk för sjukdom. Passiv rökning är en påverkbar miljöfaktor som har stor betydelse för barnets hälsa.

Barnhälsovårdens mål är att barn ska få växa upp i en rökfri miljö.

För barn födda 2024 är andelen rökare i hemmiljön vid 0–4 veckors ålder och 8 månader oförändrat jämfört med året innan och är fortsatt under rikets medelvärde. Rökningen har minskat generellt i hela länet men det finns stora variationer.

Att förebygga övervikt och obesitas bland barn och unga är ett viktigt arbete som sker inom barnhälsovården. Detta görs främst genom hälsosamtalen som har fokus på mat- och rörelsevanor, men också genom att visa på barnets tillväxt vid varje besök. Av Värmlands fyraåringar (födda 2021) hade 16,8 procent övervikt eller obesitas. Detta är relativt oförändrat sedan föregående årskull. Av dessa barn hade 13,0 procent övervikt och 3,8 procent obesitas. Förekomsten av övervikt och obesitas var högre bland flickorna på 18,7 procent jämfört med 15,2 procent av pojkarna. Andelen 4-åringar med obesitas ökade jämfört med föregående årskull hos pojkar men minskade hos flickor. Förekomsten av övervikt ökade både för flickor och pojkar.

God munhälsa är en viktig indikator för jämlik hälsa. I det förebyggande arbetet inom barnhälsovården ingår att samtala om munhälsa. I samverkan med folktandvården får alla barn en tandborste vid 4–6 månaders ålder. Vi har rutiner för att säkerställa att barnet blir kallat till folktandvården. Gällande kariesfria 3-åringar är Värmland på samma nivå som riket med 96 procent. Av 6-åringarna var 83 procent kariesfria i jämförelse med rikets 80 procent. Det finns stora variationer inom länet.

Vaccinationstäckningen bland förskolebarnen är fortsatt mycket hög i Värmland. 94,9 procent av barnen födda 2023 är vaccinerade mot MPR (mässling, röda hund och påssjuka) och detta visar att det finns ett fortsatt starkt förtroende för barnvaccinationsprogrammet hos befolkningen.

Hälsöövervakning är ett viktigt uppdrag för barnhälsovården. Genom att följa barnets tillväxt och utveckling kan ohälsa tidigt upptäckas och insatser initieras.

Hembesök är en av grundbultarna i arbetet på BVC. Relationen till föräldrarna stärks och detta har en positiv inverkan för barnets tid på BVC. Målet är att samtliga barn ska få ett tidigt hembesök och ett hembesök vid 8 månader, oavsett om det är föräldrarnas första barn eller inte. Under 2025 fick 79 procent av barnen i Värmland ett tidigt hembesök, jämfört med 2024 då andelen var 71 procent. Vid 8 månaders ålder fick 69 procent av barn födda 2024 ett hembesök, jämfört med året innan då andelen var 62 procent.

Efter det nationella projektet ”Ökad tillgänglighet inom barnhälsovården” har samverkan med barnmorskemottagningarna utvecklats med gemensamma besök under graviditeten och i nyföddhetsperioden. Detta har möjliggjort ett tidigt föräldraskapsstöd där de olika kompetenserna kompletterar varandra och på så vis breddat stödet som ges utifrån familjens behov. Under 2025 genomfördes 195 gemensamma besök i nyföddhetsperioden varav 126 som hembesök.

Föräldragrupper har till syfte att skapa ett nätverk för vårdnadshavare och stärka dem i deras föräldraskap. En gemensam manual för föräldragrupper finns för barnmorskemottagning (BMM) och BVC, i samverkan med familjecentralens övriga professioner. Sedan hösten 2024 pågår en satsning på att stärka föräldraskapsstöd i grupp genom utbildning och metodstöd i ”Trygg i Värmland”.

Föräldrarnas mående och förhållanden inom familjen är av betydelse för barnets utveckling och mående. Genom att identifiera riskfaktorer så tidigt som möjligt ökar förutsättningarna för att skydds- och friskfaktorer utvecklas. I barnhälsovårdsprogrammet ingår ett enskilt föräldrasamtal till varje förälder. Samtalen ger barnhälsovården en möjlighet att etablera relation med båda föräldrarna, och att identifiera psykisk ohälsa eller behov av föräldrastöd i ett tidigt skede. Att genomföra enskilt föräldrasamtal med den födande föräldern är väletablerat i länet och vi jobbar vidare på att nå kvalitetsmålen även gällande samtal med den ickefödande föräldern, där vi fortfarande ligger en bit ifrån nationella kvalitetsgränsen.

Barnhälsovården i Värmland

Barnhälsovården erbjuder ett generellt program med hälsoövervakning och föräldraskapsstöd.

Barnhälsovården samverkar med andra vårdgivare, myndigheter och huvudmän med mål att erbjuda barn och föräldrar ett lättillgängligt stöd i området. Alla barn mellan 0–6 år skall ha tillgång till och aktivt erbjudas barnhälsovårdens program. Regionen har ansvar för barnets hälsovård fram till att barnet börjar i skolan. Efter skolstart har elevhälsans medicinska insatser det fortsatta hälsoansvaret.

En barnvårdscentral (BVC) är en lokal skild från sjukvårdande verksamhet där hälsovård bedrivs för barn 0–6 år. Besöken på BVC är frivilliga och avgiftsfria och föräldrarna har möjlighet att fritt välja BVC inom länet. Inom regionen är 21 BVC organiserade inom verksamhetsområdet Barn, unga och familjehälsa och 3 BVC är i privat regi. Att bedriva barnhälsovård är ett tilläggsuppdrag inom Vårdval vårdcentral. Kraven på vårdenheterna finns utformade i Krav och kvalitetsboken². Vårdvalsenheten godkänner och följer upp verksamheterna och ansvarar för att invånarna får den hälso- och sjukvård de behöver.

Barnhälsovården arbetar i nära samverkan med mödrahälsovården (MHV). Ofta är verksamheterna samlokaliserade. I majoriteten av kommunerna sker samverkan också med kommunens öppna förskola och förebyggande socialtjänst i form av en familjecentral (FC).

Barnhälsovårdens mål

Barnhälsovårdens mål som formuleras i Socialstyrelsens Vägledning för barnhälsovården (2014) 3är att:

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

Socialstyrelsens vägledning betonar en perspektivförskjutning av barnhälsovården där det främjande och preventiva arbetet lyfts fram i kombination med det hälsoövervakande perspektivet. En pedagogisk modell i tre nivåer utgör det nationella barnhälsovårdsprogrammet, där barnet kan ”vandra fram och tillbaka” mellan olika nivåer utifrån behov.

Den första nivån är ett universellt barnhälsovårdsprogram som erbjuds alla barn. Nivå två och tre erbjuds alla barn med ytterligare behov av olika insatser som till exempel ytterligare samtal och vägledning och/eller insatser i samverkan med andra vårdgivare eller socialtjänst.

²[Del 3 Krav och kvalitetshandbok Vårdval vårdcentral Värmland 2023.pdf \(regionvarmland.se\)](#)

³[Vägledning för barnhälsovården 2014, Socialstyrelsen](#)

Barnhälsovårdens nationella program

För alla		För alla vid behov	
I	II	III	
<p>Hälsövervakning - att följa barns hälsa, utveckling och livsvillkor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tillväxt • Allmän somatisk undersökning • Psykomotorisk utvecklingsbedömning • Språk/kontakt/kommunikation • Beteendebedömning • Samspel mellan barn och föräldrar • Relation med andra barn och vuxna • Psykiska och sociala familjeförhållanden <p>Hälsöfrämjande arbete (levnadsvanor och miljö):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spädbarnsvård • Amning, tillvänjning till annan kost • Kost • Tandhälsa • Fysisk aktivitet • Läk och Kultur • Barnsäkerhet • Förebygga skakvåkt (abusive head trauma) • Förebygga SIDS (plötsligspädbarnsdöd) • Tobak • Alkohol/droger • Våld i nära relationer <p>Hälsöfrämjande arbete (samspel och relationer)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Främja lyhört föräldraskap • Främja barnets utveckling, kompetens och delaktighet <p>Stöd i föräldraskapet (individuellt/grupp):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hembesök • Individuella samtal • Föräldragrupp • Teamarbete/Nätverk <p>Barnets/vårdnadshavarnas psykiska hälsobehov bedömda</p> <ul style="list-style-type: none"> • Följa och uppmärksamma barnets psykiska hälsa • Följa och uppmärksamma föräldrars/partners psykiska hälsa <p>Ge information och förmedla kunskap om lokala barn- och föräkraverksamheter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mödrahälsovård och elevhälsa • Sjuk- och tandvård • Öppen förskola • Barnomsorg • Socialtjänst • Familjerådgivning • Bibliotek • Övriga <p>Samverka med ovanstående</p> <p>Vaccinationer, D-droppar</p>	<p>Samtal, vägledning och insatser efter behov</p> <p>Uppföljning och insatser för barnet, som bestäms av kunskap som finns eller framkommer vid den universella hälsoövervakningen (barnets bakgrund, tidigare och nuvarande hälsotillstånd, livsvillkor m.m.)</p> <p>Fördjupad kartläggning av skydds- och riskfaktorer. Beakta särskilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Föräldraoro • Emotionella och psykologiska problem • Barn med misstänkt eller faktisk avvikelse avseende hälsa, utveckling, beteende och samspel • Barn med ökad risk för ohälsa. • Barn från andra länder <p>Vidare kartläggning och bedömning av barnets utveckling, fysiska och psykiska hälsa och sociala situation</p> <p>Hälsövägledning - motivera till förändrade levnadsvanor i familjen (tobak, alkohol, kost, fysisk aktivitet)</p> <p>Utökad föräldrastöd individuellt eller i grupp, inklusive hembesök (sjuksköterska, läkare, psykolog, konsulter)</p> <p>Stödsamtal vid nedstämdhet/depression postpartum</p> <p>Tvärprofessionell konsultation/samverkan kring barn och familj med ökade behov T.ex. med:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psykolog för barnhälsovården. • Mödrahälsovård och elevhälsa. • Socialtjänst • Sjuk- och tandvård • Öppen förskola • Barnomsorg • Övriga <p>Bedömning och vaccination av barn med ökad risk för smitta och/eller ofullständig vaccination</p> <p>Utökad D-vitamin substitution</p>	<p>Ytterligare samtal, vägledning och insatser i samverkan med andra vårdgivare, socialtjänst</p> <p>Insatser baseras på individuella bedömningar barnets/familiens behov</p> <p>Upprepade hembesök</p> <p>Täta kontakter med BVC</p> <p>Remiss till annan vårdgivare</p> <p>Nära samverkan med andra t.ex.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barnsjukvården • Övriga vårdgivare ex. barn/vuxenpsykiatri, habiliteringen • Spädbarnsverksamhet • Socialtjänsten • Migrationsverksamheter <p>Kontakt/anmälan till socialtjänsten</p> <p>Anmälan till Läkemedelsverket vid biverkan</p>	

Barnkonventionen

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

En "Barnkonsekvensanalys en prövning av barnets bästa" är framtagen i regionen. Enligt artikel 3.1 i barnkonventionen ska vi inför åtgärder som rör barn göra en prövning av barns bästa. En bedömning ska göras i varje enskilt beslut utifrån barnets eller grupper av barn som berörs.

Inom regionen finns en utvecklingsgrupp för barnrätt, där barnhälsovården är representerad och i verksamheterna finns utbildade barnrättsombud. Barnrättsombuden ska i samverkan med ansvarig chef utveckla verksamhetens arbete för att stärka barnets rättigheter inom hälso- och sjukvården.

Inom barnhälsovården har man nationellt utvecklat ett arbetssätt för att värna barnens rätt till barnhälsovård sedan flera år genom att uppsökande erbjuda hälsobesök. Under året har Utvecklingsgruppen för barnrätt arbetat för en regionsövergripande rutin för barnets rätt till hälso- och sjukvård med barnhälsovårdens rutin som modell.

För att öka barnens delaktighet vid besöken inom barnhälsovården används bildstöd, med illustrerade bilder som beskriver vad som sker vid de olika besöken. Bildstödet bifogas kallelsen och kan på så vis göra barnen och även föräldrarna förberedda inför det planerade besöket.

Inför 3- och 4 årsbesöket skickas det ut hälsofrågor till föräldrarna, men även påståenden som besvaras av barnen genom att markera "glada och ledsna gubbar". Detta används som utgångspunkt för hälsosamtalet och bidrar även det till barnets delaktighet i besöket.

I barnhälsovårdens introduktion för nyanställda ingår regionens webb utbildning "Barnkonventionen- från teori till praktik". Den ger en grundläggande kompetens om barnkonventionen. Som stöd för arbetet finns material, en kortlek med de 54 artiklarna och ett tillhörande frågeformulär. Ytterligare en kortlek är framtagen som är anpassad till att användas i samtal med barn.

De yngsta barnen i Värmland

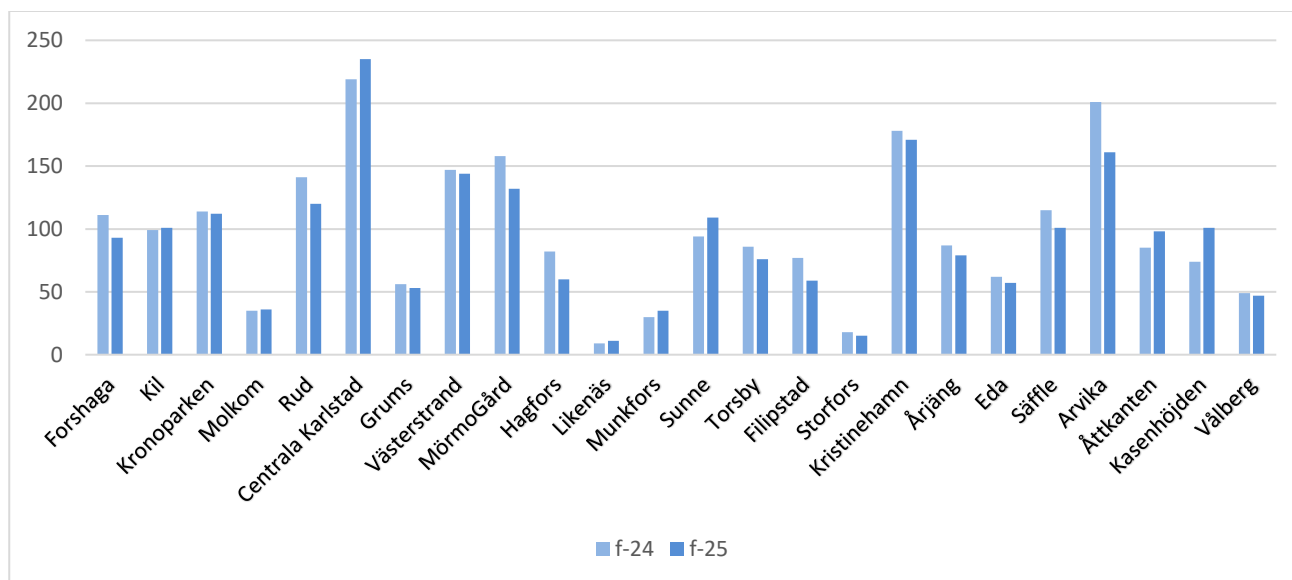
Varje år besöker i stort sett alla barn (0–6 år) barnhälsovården tillsammans med minst en förälder. Det betyder att personalen inom barnhälsovården i länet möter minst 13 procent av den vuxna befolkningen i ett eller flera hälsosamtal. Detta sker i en period i livet då man som nybliven förälder eller småbarnsförälder är som mest förändringsbenägen. De flesta av barnens levnadsvanor grundläggs innan barnet hunnit börja skolan. Dessutom påverkas andra i familjen (syskon, mor- och farföräldrar, annan partner) när en förälder ändrar sina levnadsvanor.

Barnhälsovård finns i varje kommun, och ingår oftast som del av en familjecentral tillsammans med mödrhälsovård och kommunens förebyggande socialtjänst samt pedagogiska verksamhet. Våra BVC har en varierande storlek allt från 200 till 1700 anslutna barn, men närheten till samverkansparter som förskola och kommun är viktig för barnhälsovårdens arbete.

Under 2025 anslöts 2169 nyfödda barn till barnhälsovården, vilket är 3 procent (70 barn) lägre än föregående år, (figur 1). Inom barnhälsovården var 15 129 barn anslutna under 2025, vilket motsvarar en fortsatt minskning av barnantalet med 3 procent jämfört med föregående år, (figur 2).

Att möta nyblivna föräldrar och följa barnet det första levnadsåret tar en stor del av BHV-personalens tid. Det är en av anledningarna till att beräkning av bemanning med BHV-sjuksköterska respektive BHV-läkare delvis utgår från hur många nyfödda som är inskrivna på BVC.

Figur 1: Antal anslutna barn, födda 2024 och 2025 per BVC



Kommentar: Datauttag 250530.

Figur 2: Barnantal på respektive BVC, sex årskullar (födda 2020-2025)

BVC	2020-12-31	2021-12-31	2022-12-31	2023-12-31	2024-12-31	2025-12-31
Hagfors *	508	490	479	496	502	473
Likenäs*	82	84	79	74	67	64
Munkfors	238	244	227	215	208	212
Sunne*	821	787	800	747	680	677
Torsby*	598	610	612	605	583	556
Arvika*	1617	1548	1563	1477	1362	1283
Eda*	545	520	503	470	452	431
Årjäng*	415	437	591	580	568	527
Grums*	415	435	443	427	404	379
Säffle*	537	527	889	849	813	782
Filipstad*	692	646	631	563	507	482
Kristinehamn*	1398	1358	1335	1217	1208	1148
Storfors*	153	151	152	147	143	144
Forshaga*	805	829	774	727	691	675
Gripen	1861	1763	1709	1639	-	-
Centrala Karlstad					1828	1719
Kil*	825	821	800	774	728	723
Västerstrand*	829	831	822	800	805	843
Kronoparken	872	853	853	762	718	694
Molkom	214	201	208	199	204	219
Rud*	696	701	732	727	745	742
Mörmo Gård*	1279	1260	1250	1173	1098	1028
Skåre	575	546	498	408	-	-
Kasernhöjden	358	426	461	472	473	480
Svea	458	433	-	-	-	-
Töcksfors	190	177	-	-	-	-
Välberg	370	337	307	292	274	280
Åttkanten	662	633	621	575	553	568
Totalt	18 013	17 648	17 339	16 416	15 614	15 129

* Ingår i familjecentral.

BVC Gripen och Skåre slogs samman till Centrala Karlstad vid årsskiftet 2023/2024. BVC Säffle och Årjäng har från 2022 ett större uppdrag efter att BVC Svea Säffle och Töcksfors upphört med sin verksamhet.

Barns hälsa - hälsoindikatorer

Amning

Amning är en skyddsfaktor för såväl barnet som mamman. Bröstmjolk innehåller all den näring ett barn behöver för att växa och utvecklas under barnets första tid. WHO rekommenderar att barnet enbart får bröstmjolk under de första sex månaderna.⁴

Begreppen helt, övervägande och delvis ammad definieras av Socialstyrelsen.⁵

- Helt ammad: Barn som enbart fått bröstmjolk, inkl. vitaminer (till exempel D-droppar), mineraler eller läkemedel de senaste 7 dagarna.
- Övervägande ammad: Barn som förutom bröstmjolk, också fått pyttesmå smakprover, oavsett antal, och/eller annan kost vid 1–2 tillfällen de senaste 7 dagarna.
- Delvis ammad: Barn som förutom bröstmjolk också fått annan kost vid 3 eller fler tillfällen de senaste 7 dagarna. (Pyttesmå smakprover räknas inte).
- Ej ammad: Barn som enbart fått annan kost än bröstmjolk.

Under 2025 har det pågått ett nationellt arbete med att revidera amningsdefinitionerna för att öka säkerheten i statistiken. Det har varit svårt att tydligt skilja mellan övervägande- och delamning. De nya definitionerna kommer att gälla från 2027.

I riket har andelen barn som helammas vid en veckas ålder minskat successivt de senaste 25 åren.⁶

Gällande hel, övervägande och delvis amning vid 1 vecka, 2 och 4 månaders ålder för barn födda 2024 har Värmland en lägre nivå av ammande jämfört med riket (BHVQ⁷).

I Värmland är andelen barn födda 2025 som helammas 71 procent och delammas 21 procent vid 1 veckas ålder. Andelen helamning minskar och delamningen ökar succesivt allt eftersom barnet bli äldre. Om barnet ammas hel- eller övervägande så vet vi att det är huvudsakligen bröstmjolk barnet får. Genom vårt amningsstöd inom barnhälsovården vill vi främja och hjälpa mamman att bibehålla amningen över tid (figur 3).

För barn födda 2025 ser vi att helamning ökat med 2 procent första veckan och att helamning vid 2 och 4 månader ökat något jämfört med tidigare år. Inom länet finns en stor variation (figur 3–6).

När det gäller amning efter matintroduktion ser vi att situationen är oförändrade för barn födda 2023 och 2024, samt att en stor andel barn fortfarande ammas efter matintroduktion (figur 7). Efter matintroduktion är andel ammande 8–9 procent lägre i Värmland jämfört med i övriga riket.

⁴ [2022 – Nationell amningsstrategi 2022–2027 \(livsmedelsverket.se\)](https://www.livsmedelsverket.se/2022-11-8203-kvalitetsdeklaration.pdf)

⁵ [Socialstyrelsen.se/2022-11-8203-kvalitetsdeklaration.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/2022-11-8203-kvalitetsdeklaration.pdf)

⁶ [Statistik om amning 2021 \(socialstyrelsen.se\)](https://www.socialstyrelsen.se/statistik-om-amning-2021)

⁷ [Start - Svenska Barnhälsovårdsregistret](https://www.start.se/Svenska-Barnhalsovardsregistret)

Insatser

Processgruppen amning i vårdkedjan driver amningsfrågor inom Region Värmland sedan februari 2025 då tidigare utvecklingsgrupp Livets Tråd avvecklades. Gruppen är regionövergripande och består av representanter från samtliga berörda enheter i vårdkedjan som möter blivande och nyblivna föräldrar, kvinnosjukvården, barn- och ungdomsmedicin samt barn, unga och familjhälsa. Gruppens syfte är att främja, skydda och stödja amningen under barnets första levnadsår eller så länge kvinna och barn önskar amma. Detta görs genom att driva utvecklingsfrågor och erbjuda kompetenshöjande insatser inom området amning. Insatser inom hela vårdkedjan som möter dessa föräldrar och barn är av avgörande betydelse för att främja amning och ge ett gott stöd.

Processgruppen Amning i vårdkedjan sprider sin information genom amningsombud. Amningsombuden har i sitt uppdrag att förmedla aktuell kunskap och nyheter till personalen inom BHV och BMM.

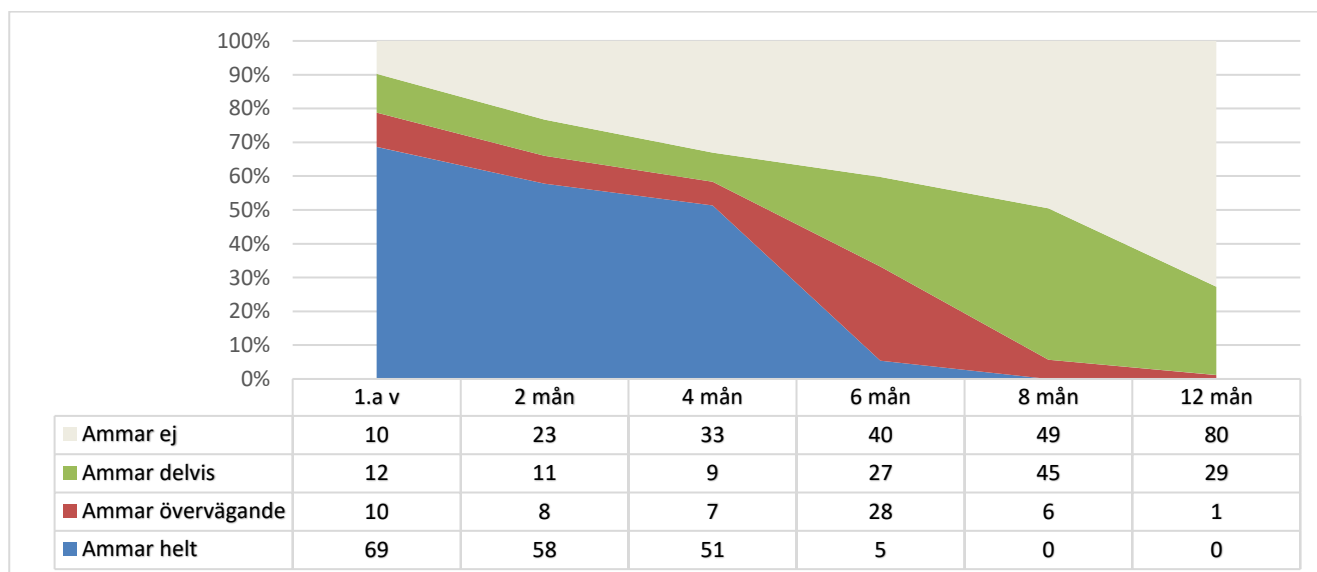
Inom vårdkedjans verksamheter finns amningshjälpmedel som kan användas vid rådgivning kring amning. Alla BVC har bröstpumpar att hyra ut för att möjliggöra ett stöd för mammor som vill bibehålla amningen.

En webbutbildning för amning finns i regionens utbildningsplattform. Den ger en grundläggande kompetens i amning. All personal som ingår i vårdkedjan vilka möter blivande föräldrar och nyblivna föräldrar ska genomföra utbildningen. För att säkerställa kompetensen inom amning finns ett kompetenskort som ska genomföras en gång per år.

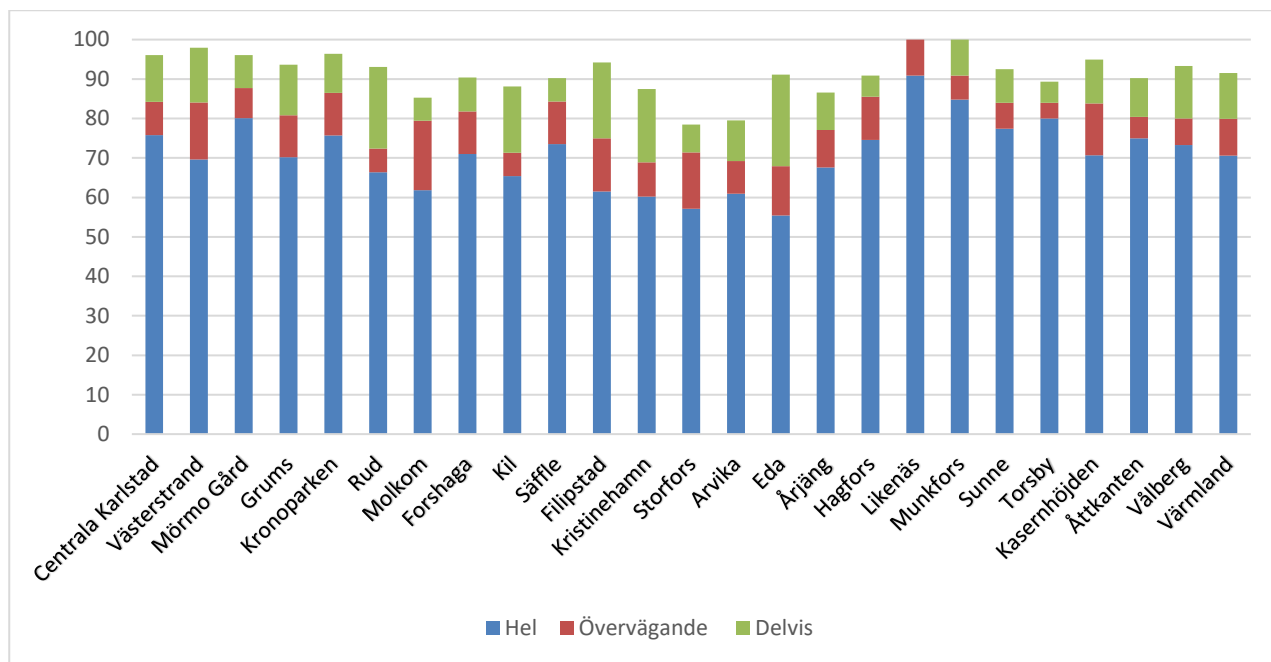
Under året har gruppen erbjudit två utbildningstillfällen där medarbetarna har lärt sig mer om amningsstart och om komplikationer vid amning.

Regionen (BVC och BMM Säffle) har erbjudit digitala amningskurser till blivande och nyblivna föräldrar, där även flera av medarbetarna deltagit.

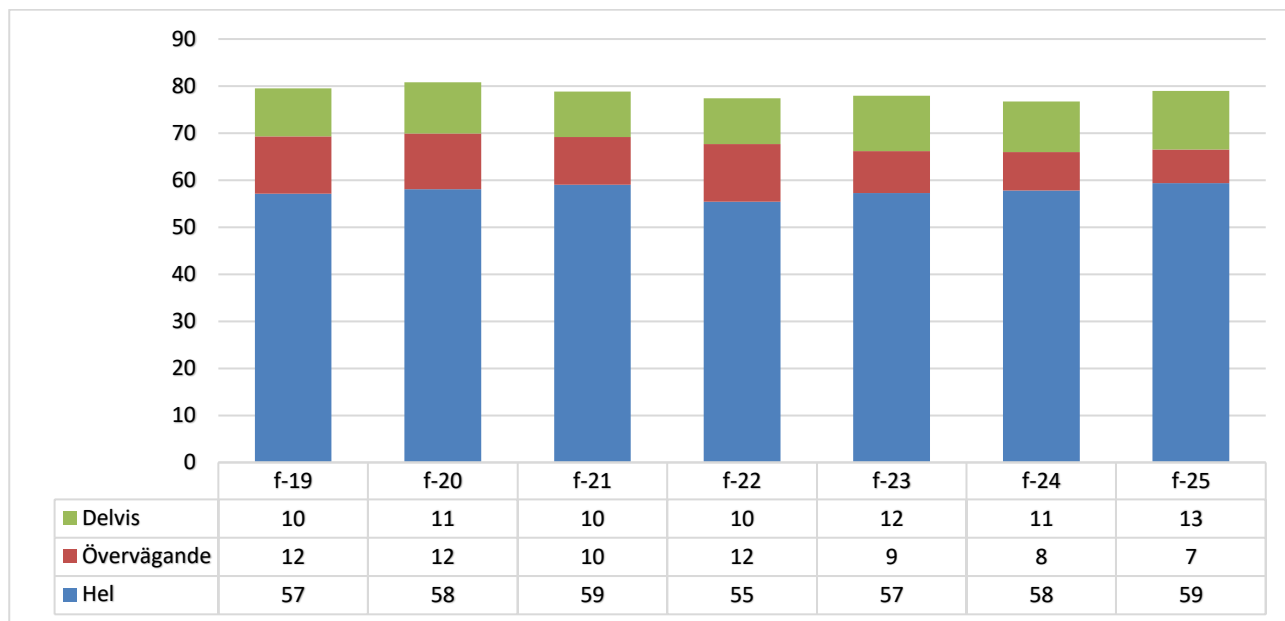
Figur 3: Sammanfattning av andel ammade i Värmland, från 1 vecka till 12 månader av barn födda 2024



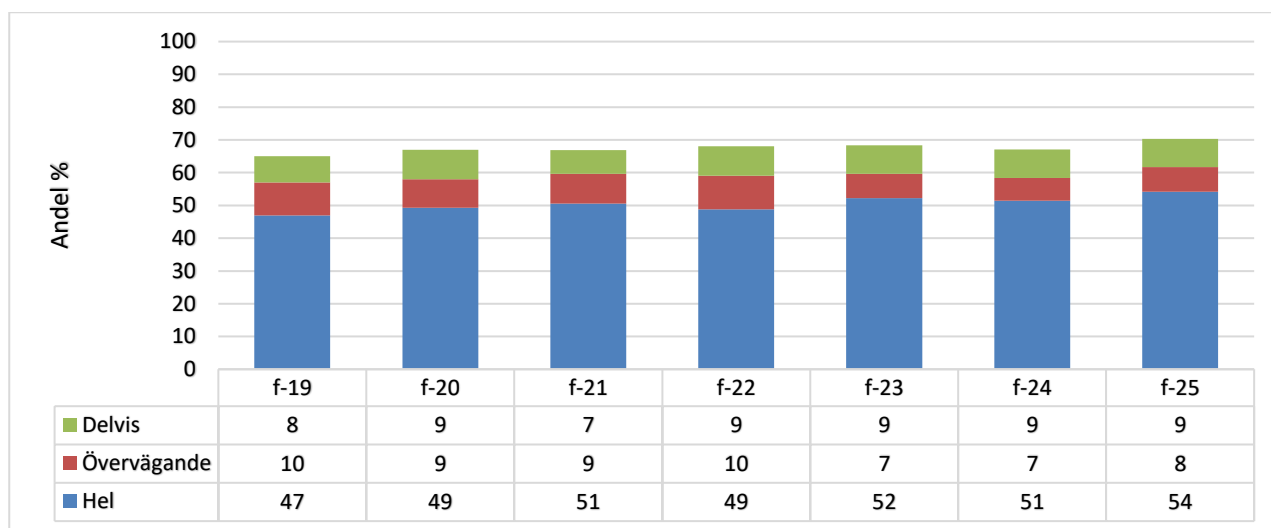
Figur 4: Andel ammade, helt, övervägande och delvis vid 1: a veckan av barn födda 2025



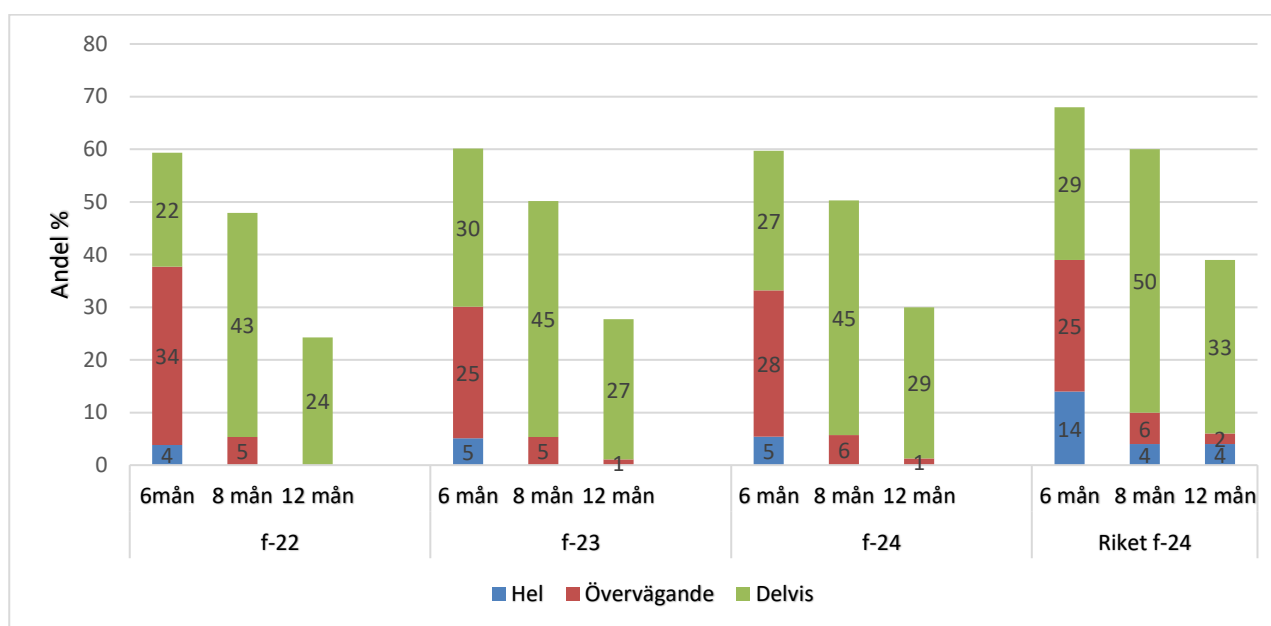
Figur 5: Andel ammade, helt, övervägande och delvis vid 2 månader av barn födda 2019–2025



Figur 6: Andel ammade, helt, övervägande och delvis vid 4 månader av barn födda 2019–2025



Figur 7: Andel amning efter matintroduktion, vid 6–12 månader av barn födda 2022–2024



Kommentar: Riksstatistiken tagen ur BHVQ från de regioner som levererar data.

Tobaksfri miljö

Rökning under graviditet och barnets första levnadsår har betydelse för barnets fortsatta hälsa och risk för sjukdom. Passiv rökning är en påverkbar miljöfaktor som har stor betydelse för barns hälsa. Barnhälsovårdens mål är att barn ska få växa upp i en rökfri miljö.

Rökning bland mammor till spädbarn fortsätter att minska och de senaste 15 åren har andelen barn med rökande mammor mer än halverats i Sverige. Vi har gått från en situation där Värmland under flera år varit ett av de län som haft högst andel rökande föräldrar till barn 0–4 veckors ålder, men ligger de senaste åren under rikets medelvärde. Andelen rökande föräldrar till barn vid 8 månaders ålder var även det lägre än riket. De senaste två åren finns ingen nationell statistik från Socialstyrelsen men Värmland kan jämföras med regioner ingående i BHVQ (riket).

Andelen barn där någon röker i hemmet vid 0–4 veckor, 8 månader och 18 månaders ålder på barnen är i Värmland cirka 5 procent, men varierar mellan 1–18 procent i olika delar av länet (figur 8–9).

För barn födda 2025 så var andelen rökande mammor (VH1) i Värmland under barnets första veckor 1,3 procent jämfört med riket där 1 procent röker. Andelen rökande pappor (VH2) var 4,5 procent, jämfört med riket 5 procent.

För barn födda 2024 rökte vid 8 månaders ålder 2,2 procent av mammorna (VH1) vilket är en succesiv minskning jämfört med för barn födda 2021 och framåt. För pappor (VH2) är andelen oförändrad jämfört med de senaste åren och ligger på 3,2 procent.

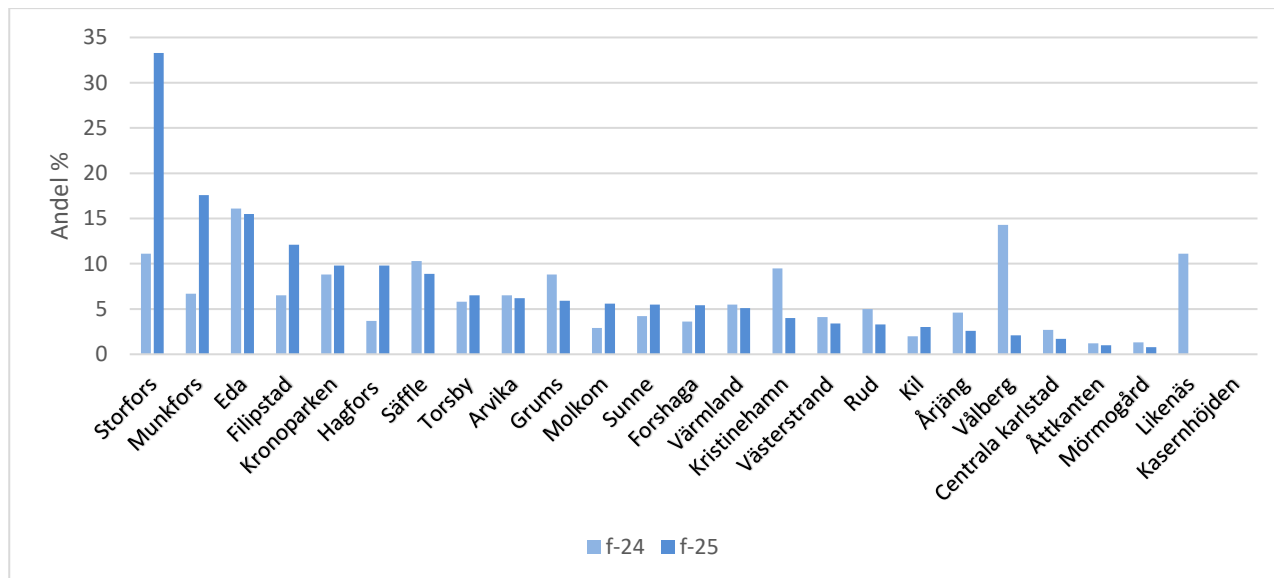
Insatser

I det nikotin/tobaksförebyggande arbetet inom mödra- och barnhälsovård ingår att få föräldrarna att fundera över vad de själva kan göra för att barnet ska få en så hälsosam miljö som möjligt. Att ge en ökad medvetenhet kring nikotin/tobaksfrihetens vinster främst för foster och barn samt att motivera målgruppens nikotinandvändare till rökstopp.

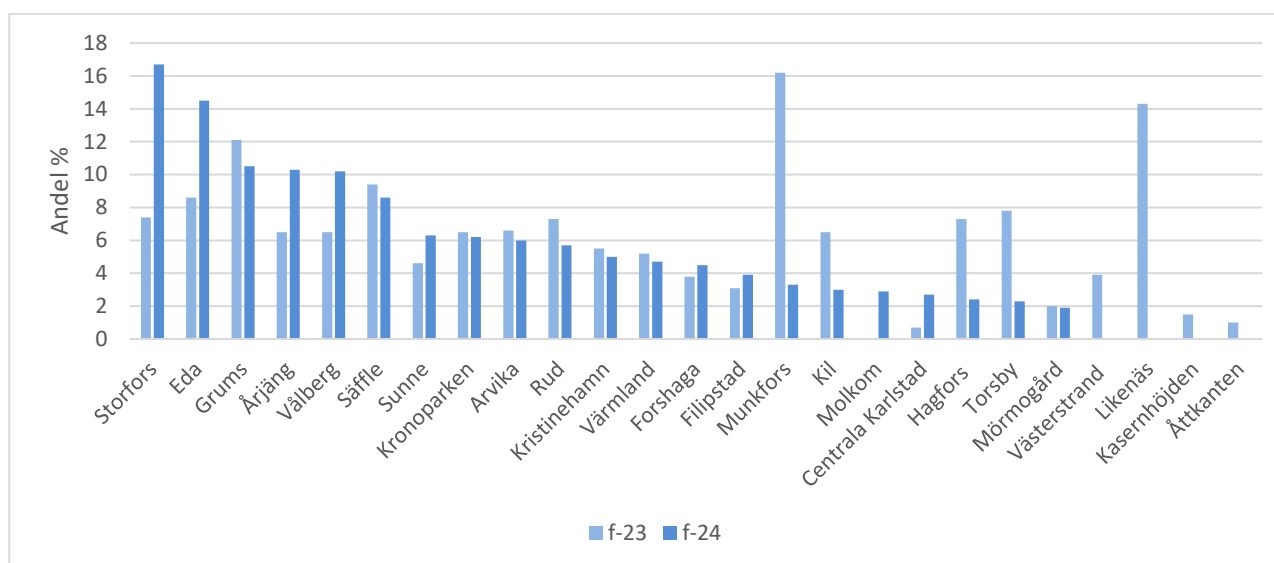
Många mammor och pappor slutar att röka under graviditeten och kan behöva ett extra stöd för att fortsätta vara rökfria under barnets uppväxt. Det är därför särskilt viktigt att uppmärksamma de som rökt tidigare och ge dem stöd för att inte börja igen. I de hälsosamtal som ingår i barnhälsovårdens program har man samtal om tobak och nikotin.

Vid nyanställning får alla BHV-sjuksköterskor utbildning i ”Tobaksfri uppväxt”. Syftet är att öka kunskapen om nikotin och tobak samt skapa trygghet i de hälsosamtal och rådgivande samtal som genomförs i verksamheterna.

Figur 8: Andel barn födda 2024 / 2025 där någon röker i hemmet vid 0–4 veckors ålder



Figur 9: Andel barn födda 2023 / 2024 där någon röker i hemmet vid 8 mån ålder



Övervikt och obesitas

Övervikt och obesitas är ett stort folkhälsoproblem så väl globalt som nationellt. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) har obesitas nu uppnått epidemiska proportioner och beskriver obesitas hos barn som en av vår tids största folk-hälsoutmaningar ⁸.

Barnobesitas riskerar att kvarstå i vuxen ålder utan hjälp med behandling och ökar därmed risken för en rad hälsoproblem⁹. Tidig obesitasutveckling är mycket allvarligt för den framtida hälsan och därför är det viktigt att barn tidigt kommer i behandling. Däremot ser vi att medelåldern för behandling av barnobesitas i Sverige återigen ökar¹⁰.

Barnhälsovården i Värmland möter i stort sett alla barn under sex år med deras föräldrar och har därmed en stor potential och en viktig roll i arbetet med att främja goda mat- och rörelsevanor samt att förebygga övervikt och obesitas. Detta görs dels genom hälsosamtalen som har fokus på mat- och rörelsevanor, dels genom att medvetandegöra vårdnadshavare om barnets tillväxt med BMI-kurvan som ska visas från 12 månaders ålder. Insatser sker även i föräldrargrupsverksamhet på våra barnavårds- och familjecentraler i regionen.

Riktade insatser ingår i barnhälsovårdsprogrammet för barn med övervikt liksom för barn med ohälsosamma levnadsvanor. Insatserna anpassas efter barnets och föräldrars förutsättningar och bidrar på så vis till att utjämna skillnader i hälsan som beror på utbildningsnivå och socioekonomi¹¹. Barnhälsovården identifierar och initierar också tidiga insatser för barn med obesitas.

Av Värmlands fyraåringar (födda 2021) hade 16,8 procent övervikt eller obesitas. Detta är relativt oförändrat sedan föregående årskull. Av dessa barn hade 13,0 procent övervikt och 3,8 procent obesitas. Förekomst av övervikt och obesitas var högre bland flickorna på 18,7 procent jämfört med 15,2 procent av pojkarna. Andelen 4-åringar med obesitas ökade jämfört med föregående årskull hos pojkar men minskade hos flickor. Förekomsten av övervikt ökade både för flickor och pojkar (figur 10). Av Värmlands 5-åringar (födda 2020) hade 12,7 procent övervikt och 5,5 procent obesitas (figur 11).

Förekomsten av övervikt och obesitas varierar stort inom länet, (figur 12). Vissa BVC redovisar en högre andel 4-åringar med övervikt eller obesitas återkommande för flera årskullar och sannolikt finns där en påverkan av socioekonomiska faktorer.

Andelen 4-åringar med övervikt och obesitas i Värmland ligger sannolikt över riksgenomsnittet, men några övergripande nationella jämförelsesiffror finns ej att tillgå.

För de 13 regioner som är anslutna till Barnhälsovårdens nationella kvalitetsregister (BHVQ) presenteras data för 4-åringar födda 2021, med övervikt hos 9,4 procent (8,4–14,6) och obesitas 2,1 procent (1,7–5,8).

Motsvarande data för 5-åringar (födda 2020) är övervikt hos 10,5 procent (9,2–15,3) och 4,3 procent obesitas (2,3–6,3).

Insatser

- Utbildning i hälsosamtal och ”Äta, växa och må bra”-materialet och ”Lätta tips” vid de riktade besöken kring övervikt. Till detta också tillhörande pedagogiskt material och handledningsstöd för personalen.
- Arbetat enligt vårdrutinen ”Handläggning av övervikt och obesitas inom barnhälsovården”, med riktade besök enskilt med vårdnadshavare för samtal kring hälsosamma levnadsvanor.

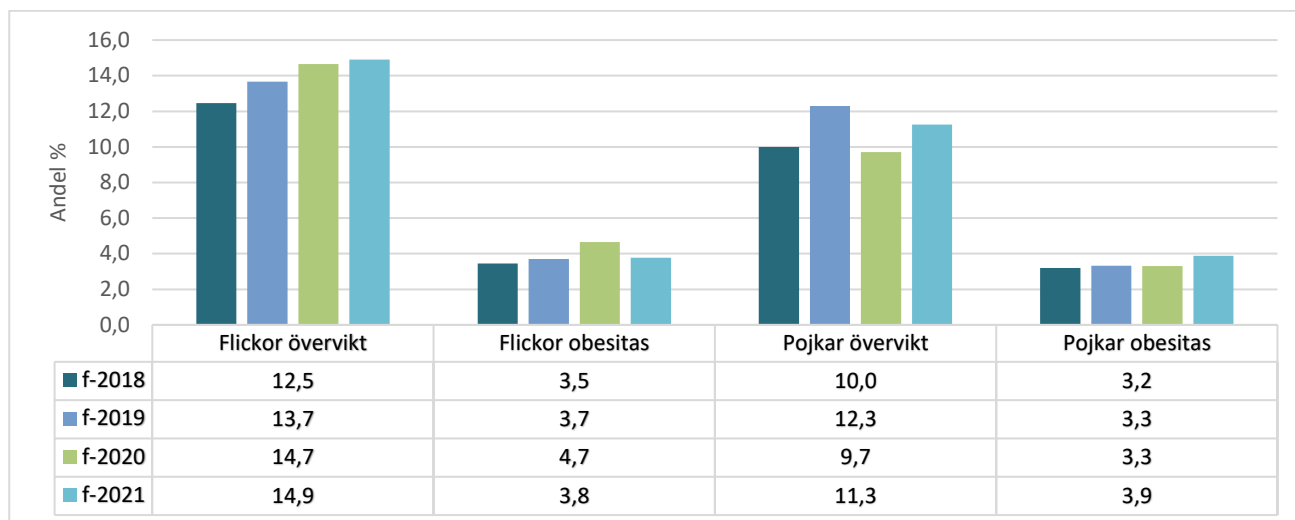
⁸ World Health Organisation. https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1

⁹ Simmonds M, et al. The use of measures of obesity in childhood for predicting obesity and development of obesity-related diseases in adulthood, a systematic review and metaanalysis. *Health Technol Assess* 2015;19(43)

¹⁰ BORIS – BarnObesitasRegister i Sverige (e-boris.se)

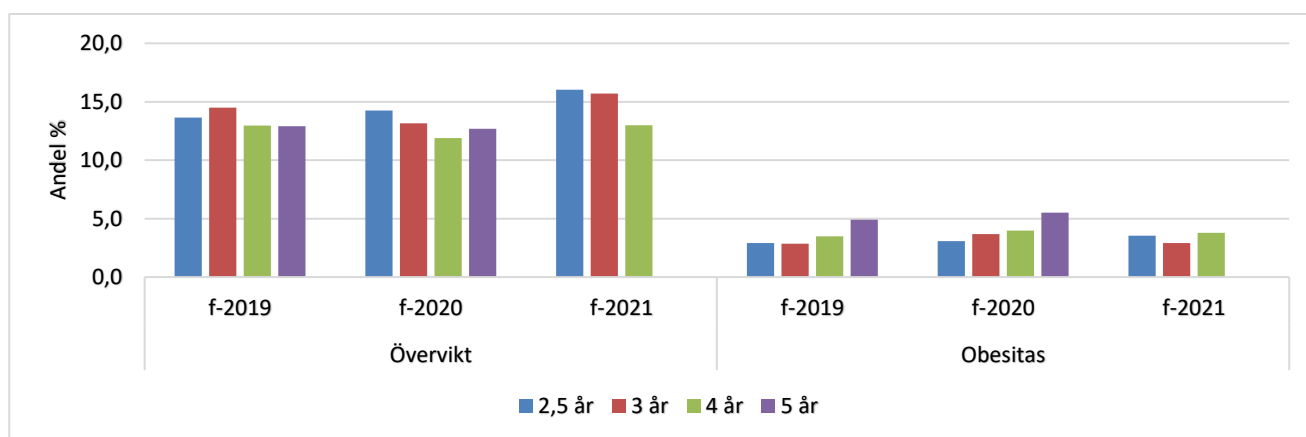
¹¹ Dala Valle M, Peadiatric obesity treatment had better outcomes when children were younger, well motivated and did not have acanthosis nigricans, *Acta Paediatr*. 2017;106;1842–1850.

Figur 10: Andel 4-åringar med övervikt och obesitas, födda 2018–2021

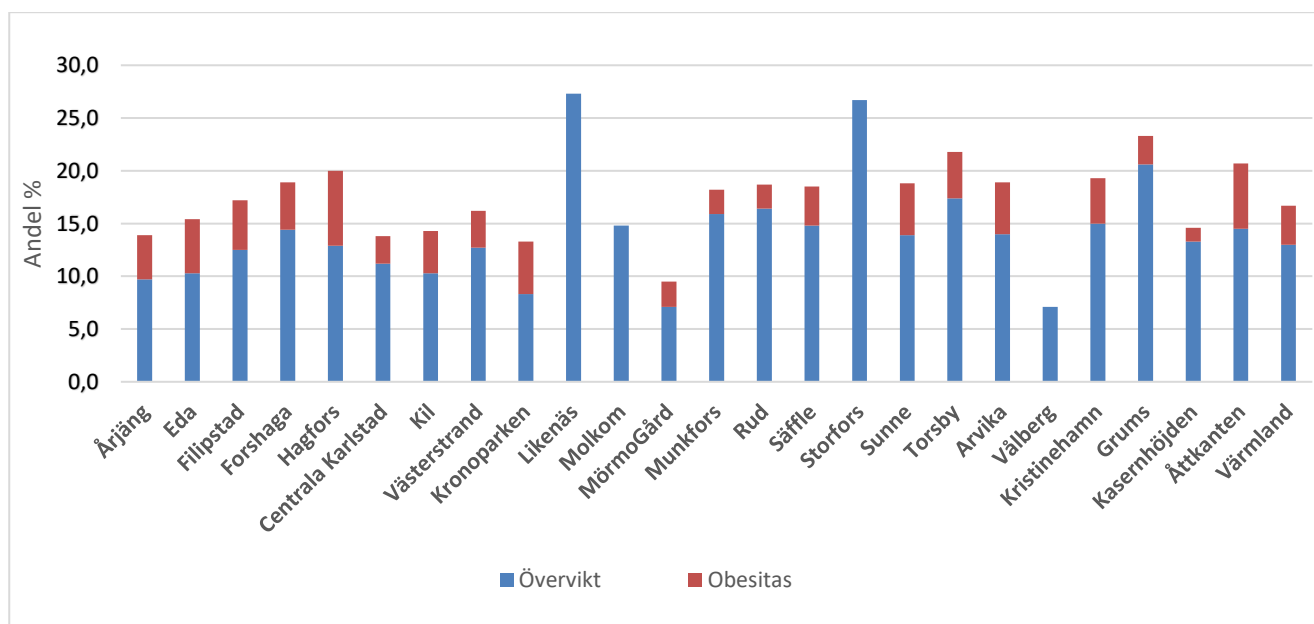


Kommentar: Övervikt: ISO-BMI 25–30. Obesitas: ISO-BMI > 30. Ålder 4 år +/- 3 mån.

Figur 11: Andel övervikt och obesitas hos barn vid 2,5 år till 5 års ålder.



Figur 12: Andel 4-åringar med övervikt och obesitas per BVC, födda 2021



Munhälsa

God munhälsa är en viktig faktor för jämlik hälsa. Karies är den vanligaste kroniska sjukdomen i världen och man uppskattar att det finns 621 miljoner barn i världen med obehandlad karies i sina mjölkttänder. I Sverige ser man att karies ökar igen i alla åldersgrupper sedan 2011 och kariesförekomsten är högre i socioekonomiskt belastade områden. Forskning visar att det är en framgångsfaktor att andra yrkesgrupper än just tandvårdens personal sköter delar av preventionen när det gäller kariesförekomst hos små barn. Samverkan med barnhälsovården betonas som särskilt viktig och andra faktorer som lyfts i preventionen är tandborstning 2 gånger per dag och inget socker före två års ålder,¹².

2025 var andelen kariesfria 3-åringar i Värmland 96 procent, vilket är i samma nivå som för riket (figur 13). Värmland har sedan 2017 haft lägre andel kariesfria 6-åringar än riksgenomsnittet. Dessa siffror har förbättrats ytterligare och för 2025 var andelen kariesfria 6-åringar i Värmland 82,8 procent jämfört med för 2024 då andelen var 78 procent. För riket är andelen kariesfria 6-åringar 83,1 procent (figur 14).

Det finns stora skillnader i kariesfrihet både för 3- och 6-åringar mellan våra kommuner. För Värmland varierar kariesfriheten för 3-åringar från 98,5 procent till 91,2 procent (figur 15). Andelen kariesfria 6-åringar varierar från 92,4 procent till 71,8 procent (figur 16).

Insatser

I Värmland har vi en samverkan mellan barnhälsovården och tandvården.

På övergripande nivå mellan centrala barnhälsovården och hälsoodontologiska enheten inom folktandvården där vi har en samverkan för gemensamma rutiner och metoder.

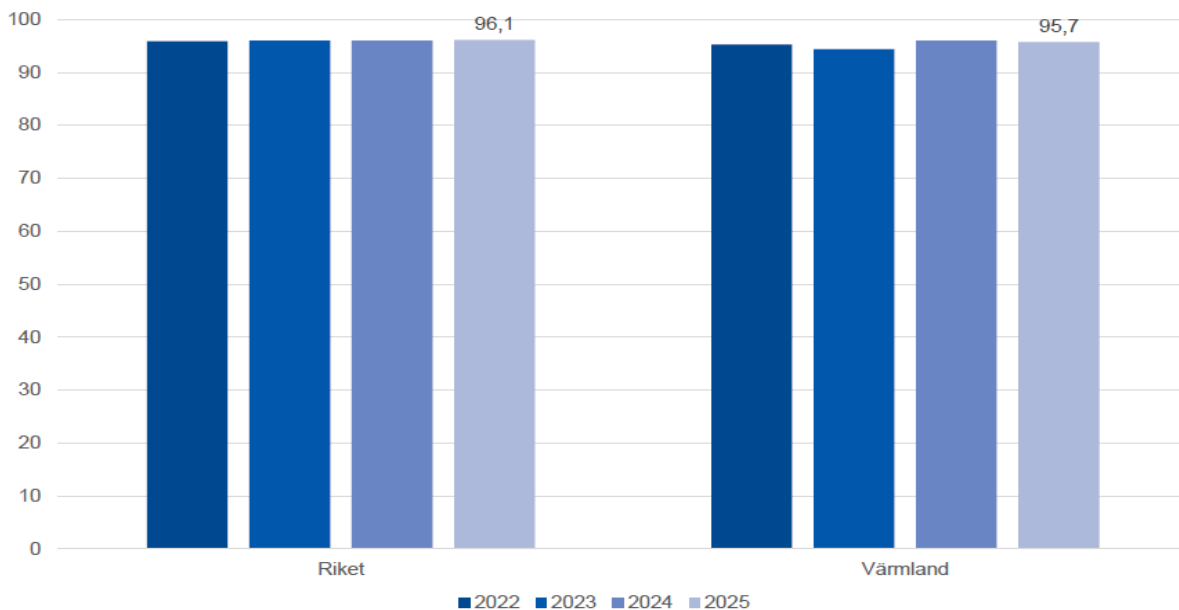
Inom barnhälsovårdens hälsosamtal ingår att samtala om munhälsan hos barn. Vid något av de tidiga besöken vid 4–6 månaders ålder på barnet samtalas om vikten av tidig tandborstning när första tanden kommer fram. Barnet får i samband med detta även en tandborste som distribueras från folktandvården till alla BVC i länet. Vid 10–12 månader informeras om att barnet kommer att bli kallad till tandvården för ett hälsobesök och vid 18-månadersbesöket följs det sedan upp att barnet varit där.

En rutin för samverkan är framtagen. Barn som inte blivit kallade till folktandvården för årlig undersökning uppmärksammas av barnhälsovården som förmedlar en kontakt till folktandvården. Om Folktandvården uppmärksammar karies hos barnet som är kopplade till ohälsosamma levnadsvanor kan barnhälsovården kontaktas för en bredare samverkan med riktade insatser.

På flera BVC och familjecentraler deltar folktandvården i föräldragrupper som en aktör.

¹² [Tandhälsa- barns rätt till jämlik hälsa Folkhälsomyndigheten 2019](#)

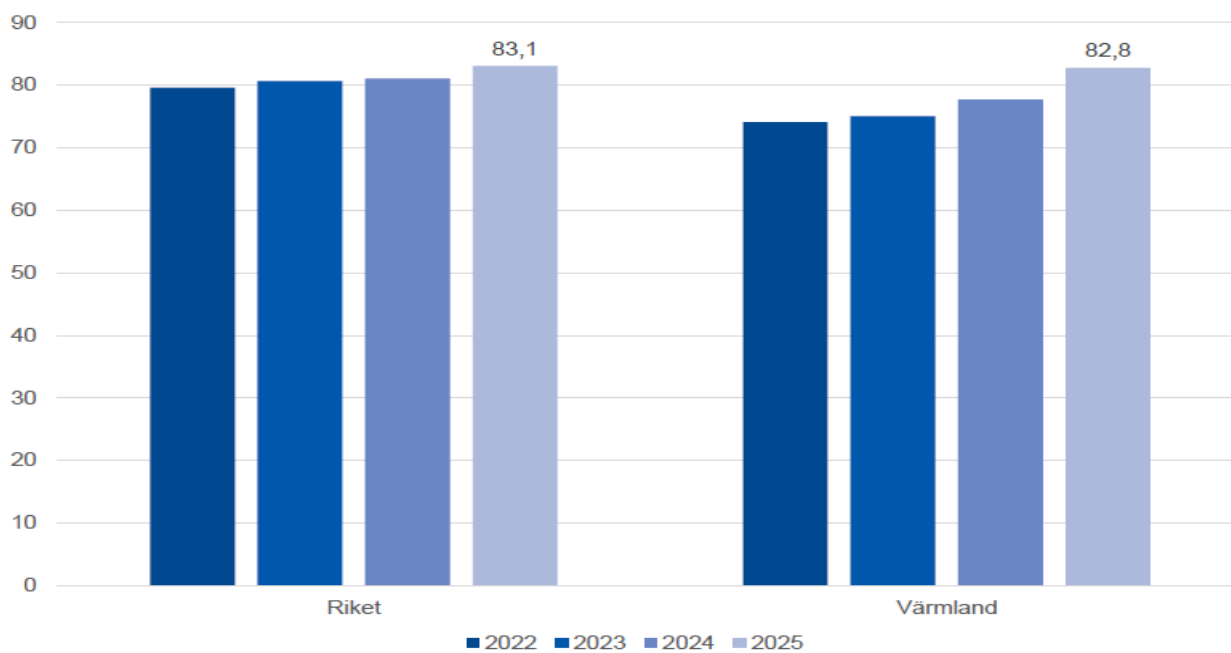
Figur 13: Andel kariesfria 3 åringar i Värmland jämfört med riket 2022 – 2025.



Källa:

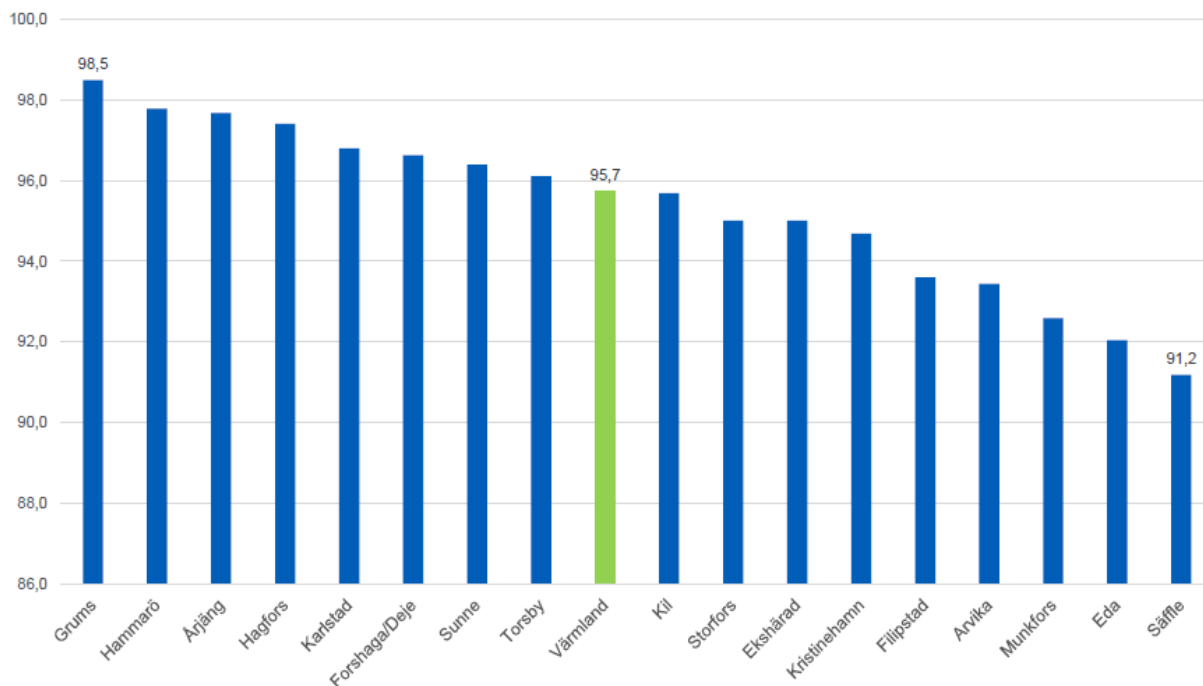
SKaPa (Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit)

Figur 14: Andel kariesfria 6-åringar i Värmland jämfört med riket 2022 - 2025.



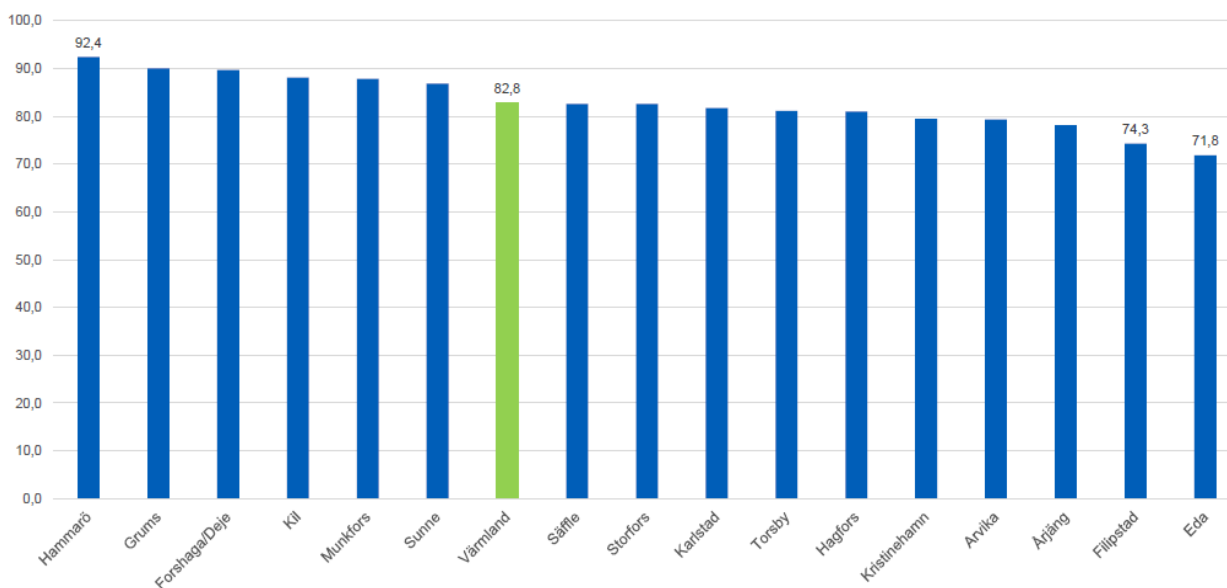
Källa: SKaPa (Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit)

Figur 15: Andel kariesfria 3-åringar kommunvis 2025



Källa: SKaPa (Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit)

Figur 16: Andel kariesfria 6-åringar kommunvis 2025



Källa: SKaPa (Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit)

Vaccination

Vaccinationer är en av de mest effektiva insatser som görs för att främja hälsa.

Målet med en vaccination är att ge den enskilde skydd och att förhindra smittspridning. Om tillräckligt många är vaccinerade uppnås samhälls-immunitet, dvs. att en smitta inte sprids. På så sätt skyddas spädbarn som är för unga för vaccination, individer med immunbrist och andra som inte kan få ett eget vaccinationsskydd.

Barnhälsovården i Värmland bidrar till att skydda barnen mot 12 sjukdomar genom att erbjuda kostnadsfri vaccination mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio, haemophilus influenzae typ B, hepatit B, invasiva pneumokocker, mässling, påssjuka, röda hund och rotavirus. Dessutom erbjuds de barn som tillhör riskgrupp vaccination mot tuberkulos.

Förtroendet för vaccinationsprogrammet är högt. Värmland har en stabil hög vaccinationstäckning väl i nivå med riket. Från och med 2022 redovisas vaccinationstäckning enbart via registreringar i Nationella vaccinationsregistret, vilket medför att barn med reservnummer inte längre kommer med i statistiken.

Vaccination mot difteri, stelkramp, polio, kikhosta och HiB

95,6 procent av länets tvååringar har blivit vaccinerade mot difteri, stelkramp, polio, kikhosta och infektion orsakad av bakterien haemofilus influenzae typ B (HiB).

Vaccination mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR)

Av barnen födda 2023 är 94,9 procent vaccinerade mot mässling, påssjuka och röda hund. Om vaccinations-täckningen mot mässling går under 95 procent ökar risken för inhemsk spridning.

MPR vaccinet ges normalt till barnet vid 18 månaders ålder, men barnhälsovården erbjuder tidigarelagd vaccination inför utlandsresa för att barnet skall få skydd mot framför allt mässling.

Vaccination mot pneumokocker

2009 infördes vaccination mot invasiva pneumokocker i det nationella vaccinationsprogrammet. Vaccinations-täckningen för barn födda 2023 är 95,6 procent.

Vaccination hepatit B

Alla barn i Sverige erbjuds vaccination mot hepatit B även om det formellt inte ingår i det allmänna vaccinationsprogrammet. Vaccinationstäckningen för barn födda 2023 är 95,6 procent.

Vaccination mot rotavirusinfektion

Under hösten 2017 infördes ett erbjudande om rotavirusvaccination till alla spädbarn i Värmland, och sedan 1 september 2018 ingår vaccinationen i det nationella barnvaccinationsprogrammet. Vaccinationstäckningen för barn födda 2024 är 92,8 procent, och ligger fortsatt över riksgenomsnittet.

Vaccination mot tuberkulos

Barn med ökad risk för exponering av tuberkulossmitta erbjuds vaccination med BCG vanligen vid 6–8 veckors ålder. WHO har upprättat en förteckning över riskländer för tuberkulos, vilken ligger till grund för bedömningen inom barnhälsovården. Från och med maj 2025 ingår vaccination mot tuberkulos i det nationella vaccinationsprogrammet för personer som ingår i riskgrupper.

Av årskullen födda 2025 vaccinerades 14,2 procent mot tuberkulos. Vissa BVC i länet hade en betydligt större andel barn som var aktuella för vaccination (Kronoparken, Västerstrand, Eda och Grums mer än 20 procent).

Ansvar för BCG-vaccination av barn 0–6 år har sedan 2021 övertagits från barn- och ungdomsmedicin. Under 2025 har det utslutande skett i barnhälsovården regi på flertalet BVC fördelade över länet.

Barnhälsovårdens verksamhet

Mottagningsverksamhet

I Värmland finns det 24 barnavårdscentraler, varav 3 mottagningar i privat drift och 21 mottagningar i regional drift. Inom barnhälsovården tjänstgjorde omkring 60 BHV-sjuksköterskor som tillsammans motsvarade 51 heltidstjänster.

En heltidsanställd BHV-sjuksköterska ansvarade för i medeltal 42 nyfödda (figur 17).

Antal inskrivna barn sex årskullar per BHV-sjuksköterska var i genomsnitt 296 barn, men sju enheter låg över 300 barn (figur 18).

BVC Storfors har under delar av året varit helt utan resurs och dessa barn har då fått barnhälsovård på BVC Kristinehamn och BVC Filipstad, och därför redovisas inga värden för BVC Storfors gällande 2025.

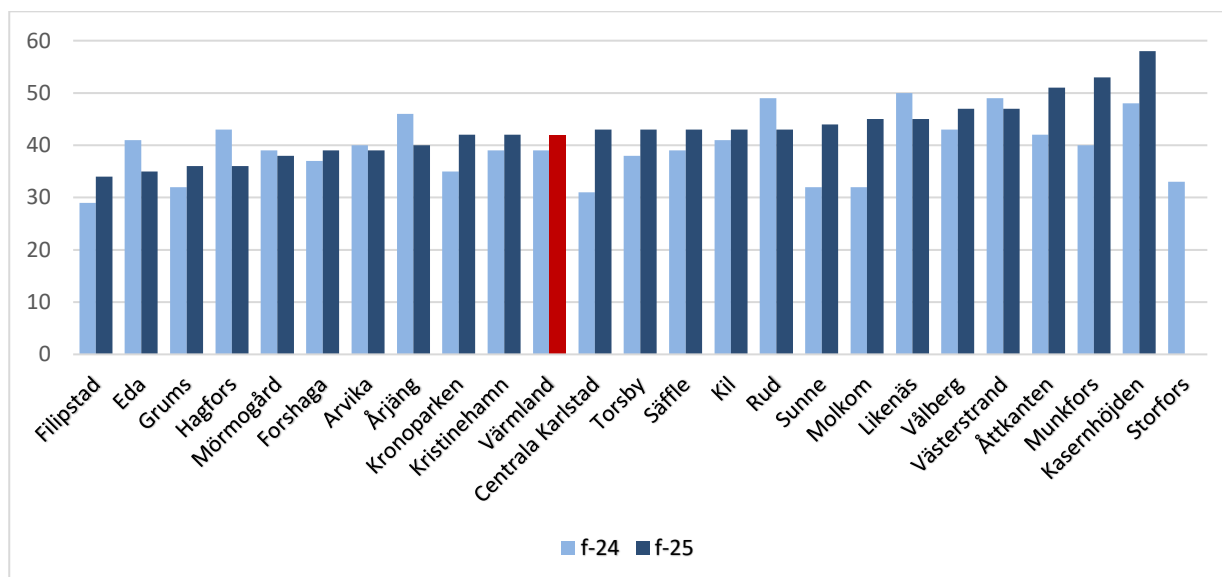
I barnhälsovårdens nationella basprogram ingår 17 besök, varav 2 är hembesök. Vid 4 tillfällen är det teambesök med sjuksköterska och läkare, som tillsammans möter barnet och dess vårdnadshavare.

Under 2025 utfördes drygt 43 000 besök inom barnhälsovården. Av alla besök var 5 805 (13,5 procent) extra-besök för riktade insatser utifrån barnet/familjens särskilda behov.

I genomsnitt fick varje anslutet barn 2,2 sjuksköterskebesök och 0,6 teambesök under året 2025.

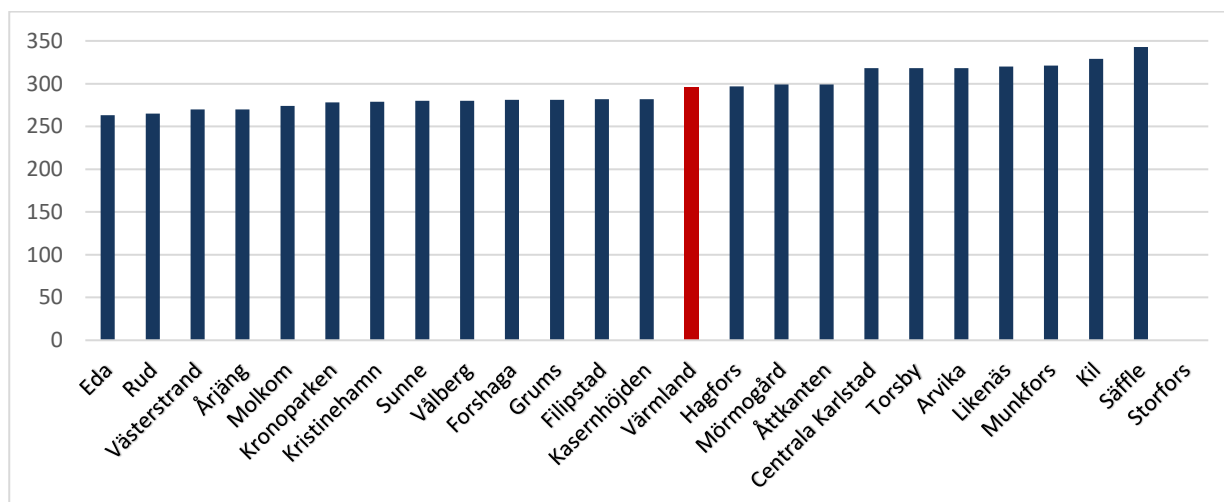
Skillnader finns i antalet barn per BHV-sjuksköterska i länet. Det är rimligt med en viss spridning utifrån socioekonomiska och geografiska skillnader i länet, och då bör en högre vårdtyngd sammanfalla med ett färre barnantal per BHV-sjuksköterska.

Figur 17: Antal anslutna barn 0–1 år, per heltids BHV-sjuksköterska, 2024–2025



Kommentar: BVC Storfors 2025 exkluderad.

Figur 18: Antal anslutna barn 6 årskullar, per heltids BHV-sjuksköterska, 2025



Kommentar: BVC Storfors 2025 exkluderad.

Jämlig hälsa – olika behov och förutsättningar

I hälso- och sjukvårdens uppdrag ligger att verka för en god och jämlig hälsa i befolkningen. Hur hälsan fördelar sig i den vuxna befolkningen är välkänd, men kunskapen om barns hälsa och hur den är fördelad är inte lika utvecklad varken nationellt eller i länet. De flesta av Värmlands spä- och förskolebarn har goda förutsättningar för hälsa och välbefinnande, men det finns skillnader inom länet. Det är välkänt att variationen har en tydlig socioekonomisk gradient¹³

Barn-CNI baseras på vårdnadshavare till inskrivet barn på BVC utifrån följande indikatorer; personer födda i Östeuropa och Sydeuropa (ej EU), Afrika, Asien eller Sydamerika, ensamstående förälder, person som flyttat in i området, arbetslös eller i åtgärd och lågutbildad (endast grundskola). Det barn-CNI som presenteras här är relativt där genomsnittet för anslutna barn i länet är 1,0 (figur 19).

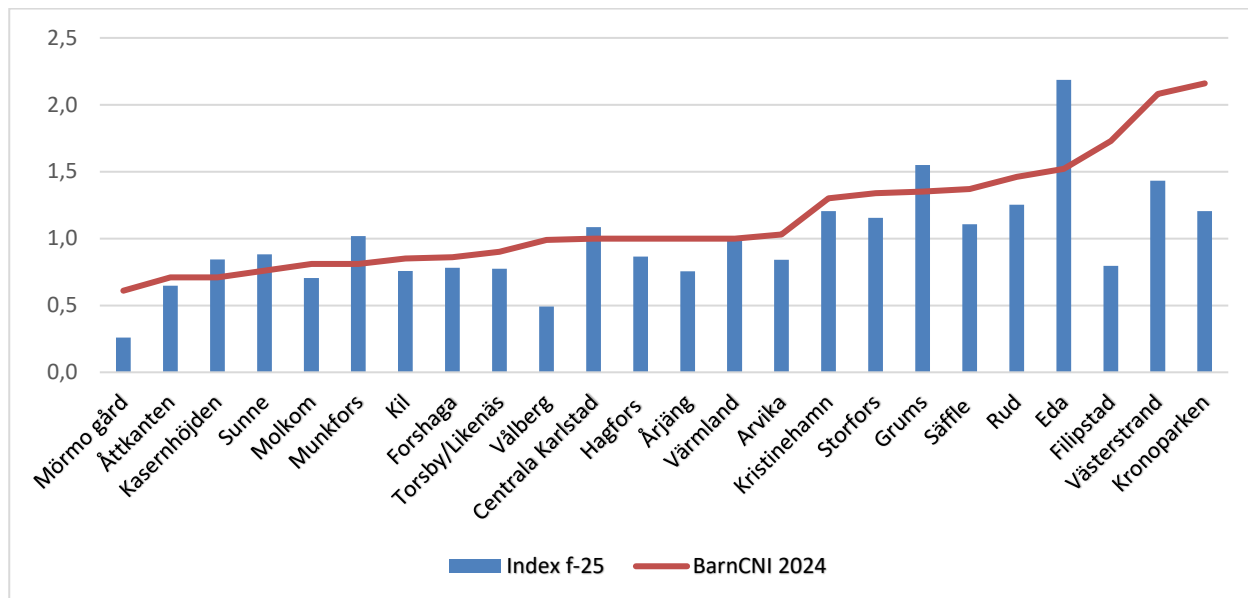
Vårdtyngdsindex är ett nationellt behovsindex för barnhälsovården, vilket definieras som summan av andelen (procent) barn 0–4 veckor med rökande mammor, plus andelen (procent) barn med ökad risk för tuberkulos samt en tredjedel av andelen (procent) förstfödda, och detta ställt i relation till genomsnittet i länet. Vårdtyngdsindex är ett mått på belastningen för enheten, där index över 1,0 indikerar högre vårdtyngd och index under 1,0 indikerar en lägre vårdtyngd än genomsnittet (figur 19).

Barn-CNI baserar sig på vårdnadshavares socioekonomiska situation, och är ett komplement till barnhälsovårdens egna index och tillsammans speglar de socioekonomiska skillnader som kan påverka förskolebarnens hälsa och utveckling. Denna kunskap är viktig för att kunna erbjuda en jämlig barnhälsovård i Värmland utifrån varje barns unika behov.

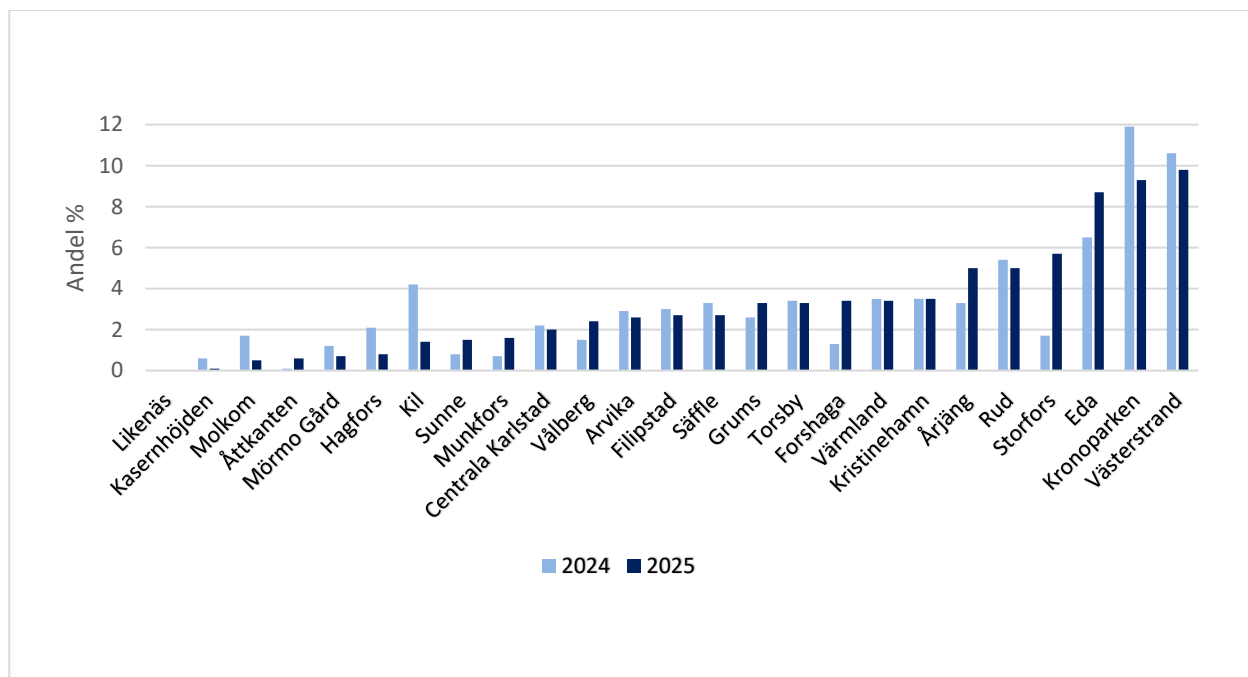
Behovet av tolk vid kontakter med barnhälsovården visar på en annan typ av vårdtyngd. Inom Värmland sker 3,5 procent av besöken på BVC med hjälp av tolk. Dock har tre BVC 8 procent eller mer av besöken med tolk (figur 20). En annan faktor kan vara geografiska skillnader med långa avstånd för resor vid hembesök. Sammantaget bör dessa skillnader inom länet beaktas när det gäller fördelning av resurser och behovet av riktade insatser.

¹³ [Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård \(folkhalsomyndigheten.se\)](https://www.folkhalsomyndigheten.se/kartlaggning-av-datakallor-indikatorer-och-index-for-uppfoljning-av-sma-barns-halsa-och-barnhalsovard)

Figur 19: Barn-CNI samt vårdtyngdsindex per BVC 2025



Figur 20: Andel besök med tolk per BVC 2024 och 2025



Hälsöovervakning

Ett barns individuella tillväxt är ett känsligt mått på fysiskt och psykiskt välbefinnande. WHO har slagit fast att varje barn har rätt till en egen tillväxtkurva. Tillväxten påverkas av samverkan mellan ärftliga och näringsmässiga faktorer, känslomässiga samt sociala livsvillkor. Det är därför av betydelse att det görs regelbundna mätningar av tillväxten inom barnhälsovården. Tillväxtkurvan blir ofta en bra utgångspunkt för diskussion kring barnets generella hälsotillstånd och för samtal om barnets näringsbehov och eventuella svårigheter med uppfödning och mat.

Varje barns hälsa och utveckling följs vid olika nyckelåldrar för att man ska få en bild av barnets utveckling och behov av stöd under de tidiga uppväxtåren. Att tidigt identifiera ohälsa eller avvikelse i utvecklingen är grunden för att kunna erbjuda insatser inom barnhälsovården eller hos andra aktörer. Ibland behövs fler besök än vid de åldrar som anges i det nationella barnhälsovårdsprogrammet för att förstå barnets behov.

Kommunikation och språkutveckling följs från första till sista besöket inom barnhälsovården. Från blickkontakt och svarsleende, joller, kroppsspråk till ord, meningar och berättelser. Första språkbedömningen sker vid 18 månaders ålder, och en strukturerad screening vid 2,5 år ålder medeventuell uppföljning vid 3 års ålder. Även vid 4 år sker ett strukturerat språktest inriktat på språkförståelse och ordkunskap.

Av 2,5-åringar födda 2022 genomförde 93 procent språksscreening, med avvikelse för 12 procent (287 barn).

Av 4-åringar födda 2021 genomförde 94 procent språksscreening, med avvikelse för 15 procent (404 barn).

Under 2025 remitterades 228 barn till logopedenheten, vilket är 67 färre barn jämfört med 2024.

Hörsel är en förutsättning för att ett talat språk skall kunna utvecklas. På BVC efterfrågas vid upprepade tillfällen hur föräldrarna uppfattar barnets hörsel. En försenad språkutveckling kan vara tecken på hörselnedsättning. Vid 4 års ålder utförs en lekaudiometri (förenklat hörseltest).

Av 4-åringar födda 2021 genomförde 89 procent en hörseltest, med avvikelser för 7 procent (185 barn).

Under 2025 remitterade barnhälsovården 110 barn i olika åldrar till hörselvården, vilket är 44 färre barn jämfört med 2024.

Det är viktigt att man så tidigt som möjligt kan finna de barn som har allvarlig ögonsjukdom. Vid första teambesöket vid 4 veckors ålder undersöks barnet med avseende på fixationsförmåga, avvikande ögonrörelser eller grumling i ögat. Även skelning hos barn är viktigt att upptäcka i tid då den annars kan leda till en bestående synnedsättning. Alla barn erbjuds synprovning vid 4 års ålder, och vid behov ny provning vid 5 års ålder.

Av 4-åringar födda 2021 genomförde 88 procent en synundersökning, med avvikelse för 13 procent

(314 barn). Under 2025 genomfördes 668 synundersökningar på 5-åringar med avvikelse för ytterligare 109

barn. Under 2025 remitterades 285 barn till ögonmottagningen, vilket är 9 färre barn jämfört med 2024.

Mer än hälften av remisserna gällde barn 4 år och äldre.

Psykosocialt stöd för familjen

En rad faktorer påverkar utvecklingen av psykiska problem och psykisk ohälsa hos vuxna och barn. Biologiska och personliga faktorer, förhållanden inom familjen, materiella levnadsvillkor och sociala risk- och skyddsfaktorer är av betydelse. Forskning inom området betonar vikten av att identifiera riskfaktorer så tidigt som möjligt. Därigenom ökar förutsättningarna för att skydds- och friskfaktorer utvecklas, vilket bidrar till att bygga upp självkänslan och förmågan att hantera stress och påfrestningar¹⁴.

Enstaka riskfaktorer behöver nödvändigtvis inte ha så stor betydelse, men risken för ohälsa ökar kraftigt när antalet påfrestningar ökar. På liknande sätt adderas skyddsfaktorerna till varandra och möjligheten att bibehålla den psykiska hälsan i en påtaglig risksituation ökar ju fler skyddsfaktorer det finns.

En livshållning som utmärks av meningsfullhet och sammanhang i tillvaron är en viktig skyddsfaktor¹⁵. Goda relationer i familjen och ett bra socialt stöd från människor i omgivningen är också faktorer som tycks skydda mot utveckling av psykiska problem. Både stress och behovet av socialt stöd ökar under barnafödande och under småbarn åren¹⁶. Om mamman upplever att hon har stöd, minskar risken för såväl nedstämdhet hos mamman, icke-födande föräldern och för beteendeproblem hos barnet^{17 18}.

Det finns psykosocialt förebyggande arbete på olika nivåer inom barnhälsovård. Det generella stödet som erbjuds är hälsofrämjande och riktad till alla. Det förebyggande arbetet börjar redan inom mödrahälsovården hos de blivande föräldrarna till det ofödda barnet. Målet är att stärka det goda och förhindra att problem uppstår.

Inom BHV erbjuds stödet på generell nivå, exempelvis genom föräldraskapsstöd i grupp (föräldragrupper). Därtill erbjuds enskilda föräldrasamtal med varje förälder för att upptäcka riskfaktorer för psykisk ohälsa i familjen. I samtalen används samtalsmallar och screening med skriftliga formulär för att upptäcka tecken på depression och våld i nära relationer. Till alla med behov erbjuds stödjande samtal med BHV-sjuksköterska. Vid behov erbjuds selektiv och indikerad stödsinsats för familjer som visar tecken på psykisk ohälsa och/eller tecken på riskfaktorer för barnens hälsa, till exempel remiss till föräldra- och barnhälsovårdpsykolog, läkare, kurator, socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri.

Konsultation med föräldra- och barnhälsovårdpsykolog har erbjudits alla barnmorskor och BHV-sjuksköterskor i länet gällande frågeställningar i det dagliga arbetet kring psykosocialt stöd till familjer. Med några undantag har samtliga 16 konsultationsgrupper erbjudits upp till åtta konsultationstillfällen. Därutöver har personal inom BMM och BHV erbjudits bokningsbara tider för telefonkonsultation med psykolog.

¹⁴ Solem, M. B., m. fl. Predicting parenting stress: children's behavioural problems and parents' coping. *Infant and Child Development*. 2011; 20,162–180. <https://doi.org/10.1002/icd.681>

¹⁵ Antonovsky, A. The structural sources of salutogenic strengths. In C. L. Cooper & R. Payne (Eds.), *Personality and stress: Individual differences in the stress process*. John Wiley & Sons, 1991; 67–104.

¹⁶ Priel, B. Perceptions of early relationships during the transition to motherhood: [The mediating role of social support](#). 2002; 23(4) 343–360.

¹⁷ Asper M. m fl. Screening fathers for postpartum depression can be cost-effective: [An example from Sweden](#). *Journal of Affective Disorders* 2018; 241. 154–163.

¹⁸ Serhan, N. m. fl. [Prevalence of postpartum depression in mothers and fathers and its correlates](#). 2013; *J. Clin. Nursing*. 2013; 22 (1–2), 279–284.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser

Hembesök

En av barnhälsovårdens viktigaste uppgifter är att genomföra hembesök. Alla barn har rätt till ett hembesök för att deras levnadsvillkor och hemmiljö ska kunna uppmärksammas och förstås. Barnhälsovårdens tidiga hembesök hos nyblivna föräldrar har en lång tradition i Sverige och utgör en central del av det stödande och förebyggande arbetet.

Syftet med hembesöket är att lära känna barnet och familjen i deras vardag, etablera kontakt och skapa en trygg och förtroendefull relation. Under besöket undersöks barnet och familjen får information om vilket stöd och vilka insatser barnhälsovården erbjuder. Föräldrarna ges möjlighet att ställa frågor och samtala i en trygg och välbekant miljö, vilket ofta kan upplevas som mer avspänt än ett besök på mottagningen. Samtidigt får BHV-sjuksköterskan en bättre förståelse för barnets hemmiljö och familjens situation och möjlighet att tidigt kunna identifiera familjer som behöver extra stöd.

I det nationella barnhälsovårdsprogrammet ingår ett tidigt (1–2 veckors ålder) första hembesök och ett hembesök när barnet är 8 månader. Alla barn ska få dessa hembesök och det ska inte göras någon åtskillnad om det är föräldrarnas första barn eller inte.

Nationell kvalitetsgräns för hembesöken är att det utförs till minst 90 procent. Med kvalitetsgräns avses en lägsta nivå som kan användas som en kvalitetsuppföljning av barnhälsovårdens verksamhet. Självklart är målet att alla barn i Sverige ska få den barnhälsovård de har rätt till.

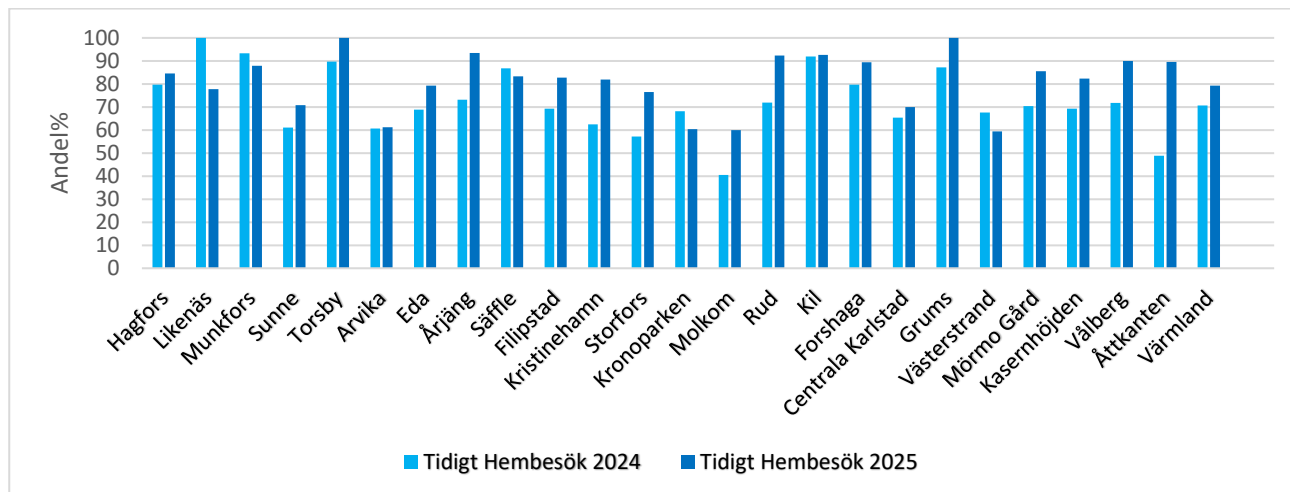
Under 2025 fick 79 procent av barnen i Värmland ett tidigt hembesök, jämfört med 2024 då andelen var 71 procent. Vid 8 månaders ålder fick 69 procent av barnen ett hembesök, jämfört med året innan då 62 procent fick ett 8 månaders hembesök. Med arbetssättet att kompensera ett uteblivet hembesök vid 8 månader och i stället erbjuda det vid 10 månader så blir det 76 procent (figur 21–23).

Enligt statistik från BHVQ, där majoriteten av rikets BVC är representerade, fick 86 procent av barnen födda 2025 ett tidigt hembesök och under året gjordes hembesök vid 8 månader till 70–75 procent av barnen.

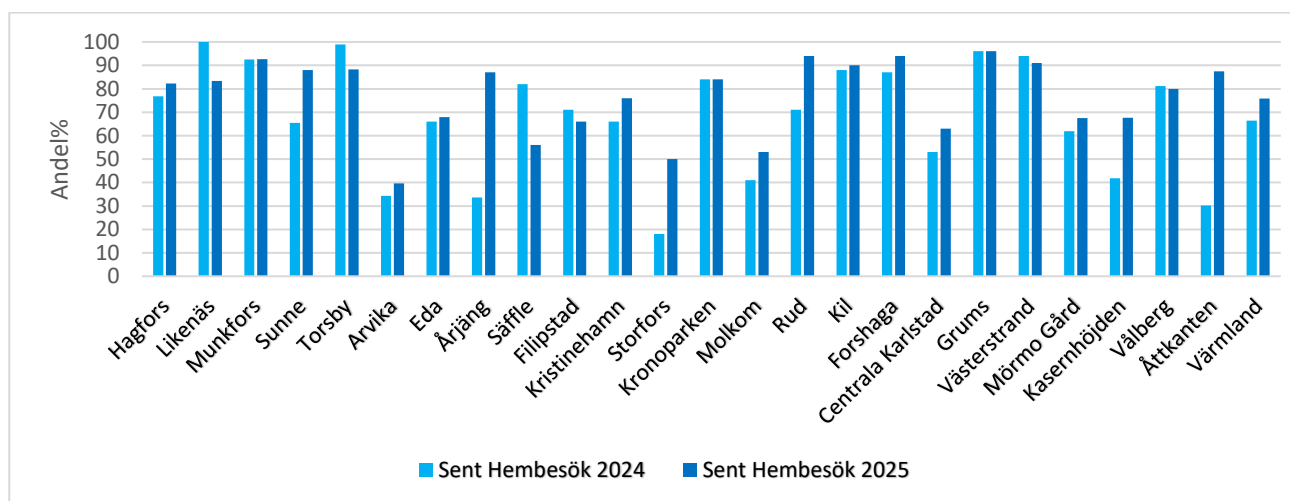
På flera enheter görs gemensamma besök med barnmorska och BHV-sjuksköterska under graviditeten. En del mottagningar har också en samverkan efter att barnet fötts med gemensamt mottagnings- eller hembesök. Under 2025 genomfördes 26 mottagningsbesök och 169 hembesök gemensamt efter att barnet var fött. Detta har möjliggjort ett tidigt föräldraskapsstöd där de olika kompetenserna kompletterat varandra och på så vis breddat stödet som ges utifrån familjens behov.

Hembesöket kan också förstärkas med kompetens från socionom eller pedagog. Flera BVC har under året genomfört 8 månaders hembesök tillsammans med familjecentralens socionom som en generell eller riktad insats. Under 2025 var det 198 gemensamma hembesök vid 8 månader jämfört med 2024 då det var 171 besök. Enstaka BVC har i stället tagit med socionom vid det tidiga hembesöket.

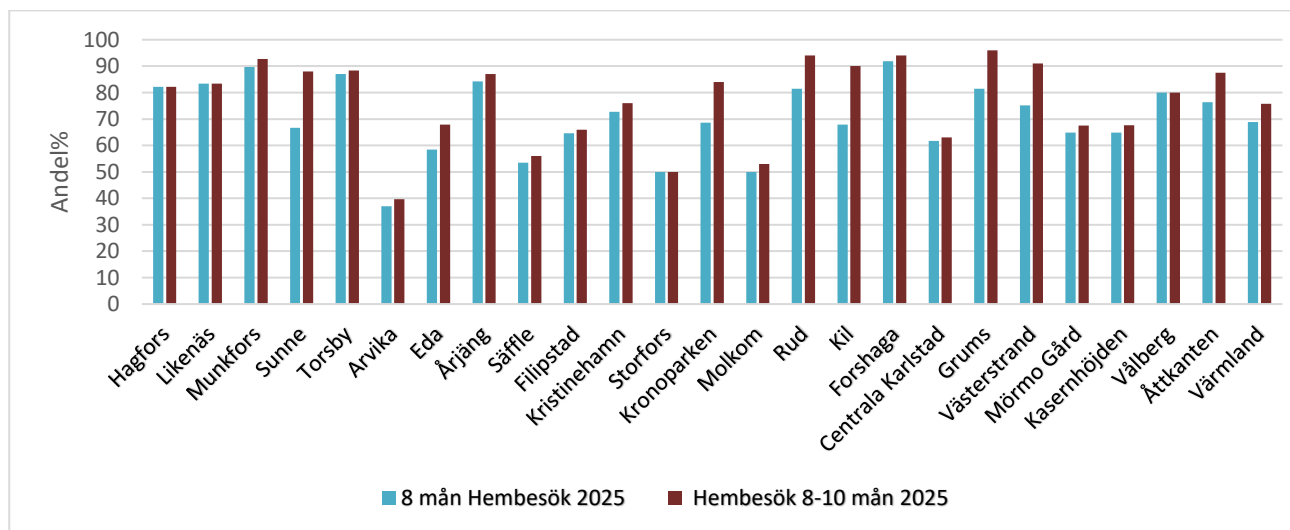
Figur 21: Andel tidigt hembesök till barn under 2024 och 2025



Figur 22: Andel hembesök vid 8–10 månader till barn under 2024 och 2025



Figur 23: Andel hembesök 8 månader och 8 – 10 månader under 2025



Föräldraskapsstöd

Barnhälsovården har i uppdrag att ge stöd i föräldraskapet. Föräldraskapsstödet är en del i barnkonventionen som betonar föräldrarnas gemensamma ansvar för barnet och barnets rätt till vägledning gällande barnets bästa avseende hälsa och utveckling. Föräldraskapsstödet erbjuds på generell nivå genom hembesök, mottagningsbesök och stödjande samtal efter enskilda föräldrasamtal.

Föräldragruppernas syfte är att skapa möjlighet för föräldrar att bygga nätverk, utbyta erfarenheter och få kunskap samt stöd i sin föräldraroll. Genom gruppverksamheten kan föräldrar stärkas i sitt föräldraskap och känna ökad trygghet i den nya livssituationen.

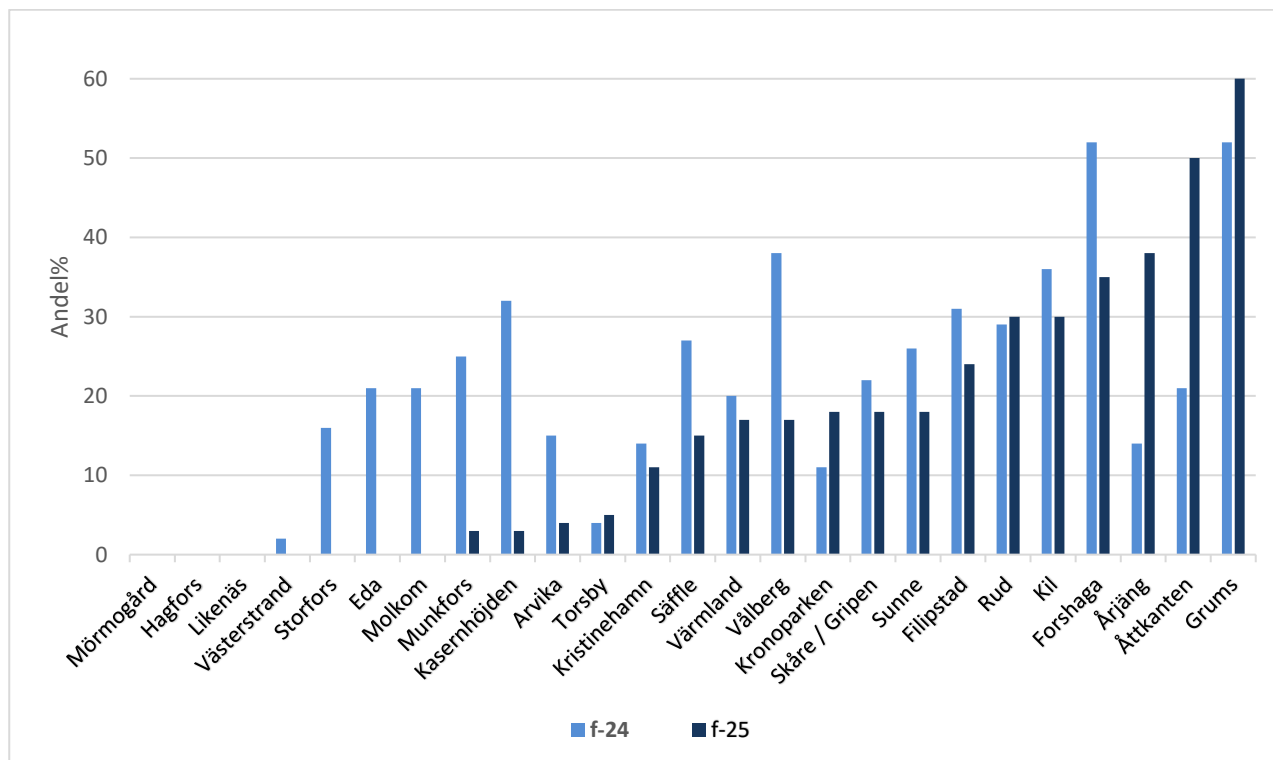
Barnhälsovårdens uppdrag är att stärka föräldrarnas delaktighet och engagemang i föräldraskapet samt att främja tilliten till den egna föräldraförmågan – empowerment. Arbetet syftar även till att bidra till ökad jämställdhet i föräldraskapet.

För att skapa kontinuitet och samsyn finns en gemensam rutin för föräldragrupper mellan barnmorskemottagning (BMM) och barnavårdscentral (BVC). Målsättningen är att föräldrarna ska kunna följa samma grupp från graviditeten på BMM vidare till BVC efter barnets födelse. Samtidigt behöver föräldragruppernas upplägg och innehåll anpassas efter lokala förutsättningar, vilket innebär att arbetssätten kan skilja sig mellan olika verksamheter.

När BMM och BVC ingår i en familjecentral skapas även ökade möjligheter för andra professioner och aktörer att medverka i föräldragrupperna, vilket kan bidra till ett bredare stöd för familjerna.

I Värmland är barnhälsovårdens erbjudande om deltagande i föräldragrupper mycket varierat. Flera enheter har under året inte erbjudit föräldragrupper. Andelen barn vars föräldrar deltagit i föräldragrupp under 2025 varierar i länet mellan 0 – 60 procent (figur 24).

Figur 24: Andel deltagare i föräldragrupp med barn födda 2024 och 2025



Insatser

Att ge föräldraskapsstöd är något som barnhälsovården har ett gemensamt ansvar för tillsammans med kommunerna och där vi har familjecentral gör vi därför arbetet gemensamt. Syftet är att skapa förutsättningar för bästa möjliga hälsa och utveckling hos barn genom stöd i föräldraskapet.

Vi erbjuder föräldraskapsstöd i grupp i Värmland men i länet finns stora variationer av utbudet vilket riskerar att leda till ojämlig tillgång till stöd. Det finns ofta goda skäl till att det ser ut så här men vi behöver ha en samsyn kring vad som ska erbjudas på en miniminivå.

Under hösten 2024 deltog representanter för familjecentral, barnhälsovård, mödrahälsovård och barn- och familjestöd i en utbildning för att bli utbildare i gruppleaderskap.

Under 2025 höll representanterna utbildning med medarbetare från både region och kommun med målet att stärka medarbetarna i rollen som gruppleadare för föräldraskapsstöd i grupp. Genom gemensamma utbildningsinsatser mellan kommun- och regionmedarbetare stärks teamkänslan och ökar samverkansmöjligheterna.

För att säkerställa jämlikt utbud av innehållet i föräldraskapsstöd i grupp har under året ett material tagits fram. Stödmaterialet har sin utgångspunkt i nationella rekommendationer. Information, metod, filmer och bilder är kvalitetssäkrade. Genom att materialet har sammanställts och delats på en teams-yta som alla medarbetare kommer åt underlättas arbetet och varje enhet behöver därmed inte utarbeta eget material. Utvecklingsgruppen valde att kalla det värmländska konceptet av föräldraskapsstöd för ”Trygg i Värmland”. Trygg är en akronym och står för Trygghet, Relation, Ytterligare stöd, Gemenskap och Guidning.

Utbildningsinsats gavs i samband med BHV-dag under hösten och uppföljning av enheternas planerings- och implementeringsarbete har skett fortlöpande sedan dess.

Enskilda föräldrasamtal på BVC

Alla föräldrar är viktiga för barnets utveckling, och barnhälsovården ska inkludera och erbjuda stöd till både den födande och icke-födande föräldern. I barnhälsovårdsprogrammet ingår ett enskilt föräldrasamtal till varje förälder. Ett till den födande när barnet är 6–8 veckor och ett till den icke-födande föräldern när barnet är 3–5 månader. Samtalen ger barnhälsovården en möjlighet att etablera relation med båda föräldrar, och att identifiera psykisk ohälsa eller behov av föräldraskapsstöd i ett tidigt skede.

Nationell kvalitetsgräns för enskilda föräldrasamtal till barnets samtliga föräldrar är att de genomförs till minst 90 procent.

Insats

En introduktion i EPDS-metodiken erhålls via en webbutbildning. Utbildning i enskilt föräldrasamtal och påbyggnad av EPDS-metodiken erbjuds som en del av introduktionen. Båda delarna är obligatoriska för nyanställd personal och den inspelade webbutbildningen möjliggör att nyanställd personal kan påbörja utbildningen omgående, samt att erfaren personal kan uppdatera kunskap vid behov.

Konsultation med psykolog erbjuds regelbundet för stöd i arbetet med enskilt föräldrasamtal/EPDS.

Enskilt föräldrasamtal med den ickefödande föräldern

Föräldrabilivandet innebär en psykologisk omställning även för den ickefödande föräldern. Nedstämdhet hos ickefödande föräldern kan precis som hos den födande ge konsekvenser både för barnets utveckling och parrelationen^{19 20 21 22}.

Enskilt föräldrasamtal med den ickefödande föräldern erbjuds när barnet är 3–5 månader gammalt. Arbetssättet infördes hösten 2021. Syftet med samtalet är att stärka föräldraskapet och uppmärksamma frågor om barnet, föräldraskapet och föräldrarnas eget mående. Om föräldern visar tecken på att inte må bra fördjupas samtalet med ytterligare frågor om föräldrarnas psykiska mående och vid utfall erbjuds även screening med EPDS.

Ickefödande förälder erbjuds vid behov samma stöd och vidareremittering som den födande föräldern.

Under 2025 genomfördes 1448 enskilda föräldrasamtal med ickefödande föräldrar, vilket motsvarar 50 procent av aktuella ickefödande föräldrar. Implementeringsarbetet fortsätter då målet är att alla vårdnadshavare ska få ett enskilt föräldrasamtal inom BHV.

¹⁹ Fatherhood Institute. [Fathers' impact on their children's learning and achievement](#). London: Fatherhood Institute; 2013.

²⁰ Barker B, Iles JE, Ramchandani PG. [Fathers, Fathering and Child Psychopathology](#). Personlig kommunikation. 2017;Artikel under pressläggning:

²¹ Lamb ME. [The role of the father in child development](#). NJ: John Wiley & Sons Inc; 2010.

²² Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. [Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies](#). Acta Paediatrica. 2008;97:153–8.

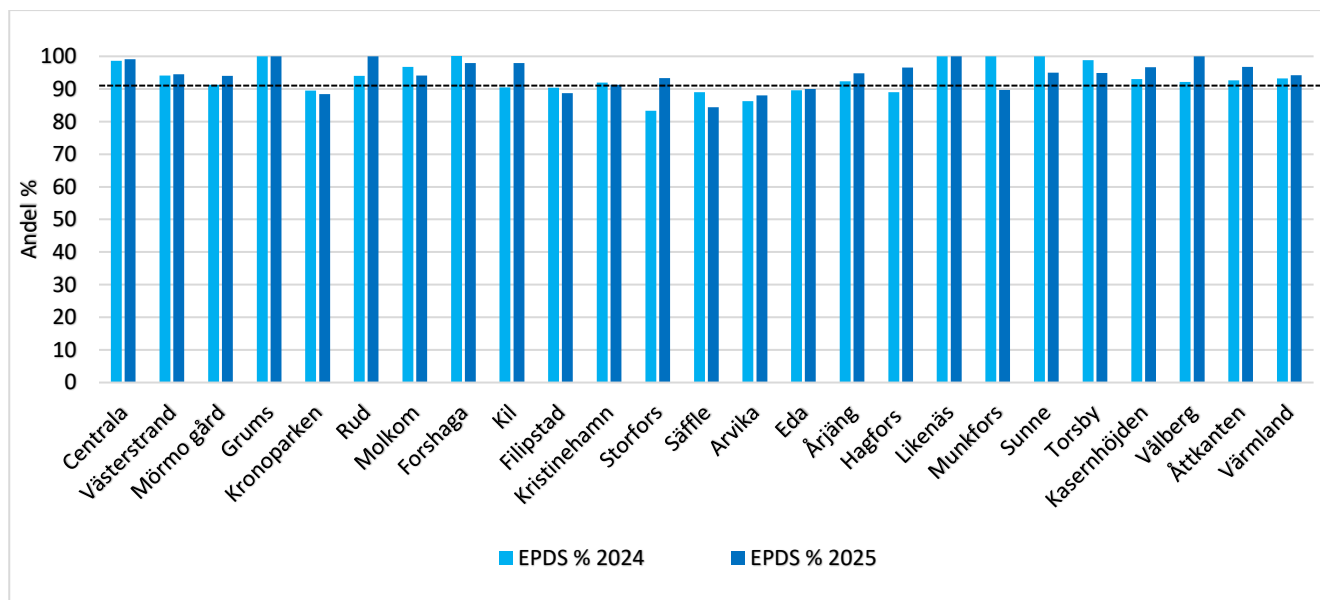
Enskilt föräldrasamtal för den födande med EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)

Graviditeten och den första tiden efter barnets födelse är en period som kan innebära en stor omställning i en kvinnas liv, både fysiskt och psykiskt men även socialt. Vissa av förändringarna i mående är en naturlig del av omställningsprocessen, andra kräver en strukturerad bedömning och lämplig behandling. Av alla gravida och nyblivna mammor/födande föräldrar uppvisar 10–20 procent symtom på depressionssjukdomar eller andra förstämningssyndrom²³. Symtomen på tillstånden skiljer sig inte från andra tillfällen i livet, men kan påverka hela familjen. Nedstämdhet hos en anknytningsperson kan påverka samspelet och anknytningen, och på sikt då också barnets kognitiva och emotionella utveckling och mående framför allt om depressionen blir långvarig och tillgång till stöd saknas²⁴. Även parrelationen kan drabbas.²⁵

Nedstämdhet/depression efter förlossningen kan missas av omgivningen. Barnhälsovården har därför en viktig uppgift att förebygga och tidigt upptäcka nedstämdhet/depression. Sedan 2010 har Socialstyrelsen rekommenderat generell screening av alla nyblivna mammor för depression. Redan 2007 infördes screening med EPDS inom barnhälsovården i Värmland, och mödrahälsovården införde samma screening under graviditeten 2017. Screeningen genomförs vid besök när barnet är 6–8 veckor med en enkel självskattningsskala för att lättare upptäcka blivande och nyblivna mammor med tecken på nedstämdhet/depression. Skalan används som utgångspunkt för ett samtal där en bedömning av mammans psykiska mående görs, och BHV-sjuksköterskan kan sedan erbjuda stödjande samtal med mamman vid nedstämdhet och lindrig depression. En förutsättning för screeningen är att det finns en genomtänkt vårdkedja för de föräldrar som identifieras. Om det behövs mer omfattande insatser remitteras mamman till föräldra- och barnhälsovårdspsykiolog, samtalsmottagning på vårdcentral, läkare inom allmänmedicin, psykiatri eller annan lämplig instans.

Under 2025 genomförde 94 procent av alla mammor/födande föräldrar i Värmland EPDS-screening, motsvarande siffra 2024 var 93 procent (figur 24).

Figur 24: Andel genomförda EPDS med födande förälder under 2024 och 2025



²³ SBU. [Förlossningsrådsla, depression och ångest under graviditet](#). Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2021. SBU-rapport nr 322. ISBN 978-91-88437-66-2.

²⁴ Stein A, Pearson R, Goodman S, et al. [Effects of perinatal mental disorders on the fetus and the child](#). Lancet. 2014;384(9956):1800-19.

²⁵ [Depression hos nyblivna mammor - Rikshandboken i barnhälsovård \(rikshandboken-bhv.se\)](#)

Våld i nära relationer

Våld i nära relationer utgör ett betydande folkhälsoproblem med allvarliga risker för ohälsa för både föräldrar och barn. En rad initiativ har därför på regeringens uppdrag tagits av Socialstyrelsen för att förbättra uppmärksammande av våldsutsatta kvinnor och barn i hälso- och sjukvården.²⁶

Barnhälsovården har ställt frågan om våld på rutin sedan 2017. Frågan ställs i det enskilda föräldrasamtalet med den födande föräldern när barnet är 6–8 veckor gammalt. Under 2023 infördes även frågan på rutin vid det enskilda föräldrasamtalet med den ickefödande föräldern när barnet är 3–5 månader. Bedömningsformuläret Våld i familjen (VIF) används som ett underlag för samtalet kring erfarenheter av våld i nära relationer.

Andelen tillfrågad födande förälder har legat stabilt över åren, 75–76 procent, och det finns inga indikationer på att detta har förändrats under 2025. Nuvarande sökordskonstruktion i journalen ger inte möjligheten att särskilja vilken vårdnadshavare som är tillfrågad. Därför kan inte någon statistik längre redovisas. Därmed är också uppföljning av implementering av att fråga den ickefödande föräldern inte möjlig.

Insatser

Utbildning om våld i nära relationer ingår i introduktionen för nyanställda BHV-sjuksköterskor, och den är också tillgänglig för erfaren personal.

Utbildningen omfattar information om våld, våldets konsekvenser för hälsan hos barn och vuxna, metodik, och information om hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens uppdrag att ge vård och stöd till de familjer som behöver det.

För att BHV-sjuksköterskor ska kunna fråga om våld i familjen är det viktigt att det finns stöd för fortsatt handläggning vid utfall på frågan och att konsultation med psykologer erbjuds kontinuerligt.

Familjestöd på selektiv och indikerad nivå

Barn- och familjestödsenheten inom vårt verksamhetsområde består av psykologmottagningen för föräldra- och barnhälsovård, föräldrastöds-mottagningen och föräldrastödsteamet Tummen (Kronoparken, Rud och Västerstrand). Enhetens primära uppdrag är att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa hos barn 0–6 år genom att erbjuda stöd på selektiv nivå till blivande föräldrar och familjer med barn upp till förskoleklass (psykologmottagning och föräldrastödsteamet Tummen) och föräldraskapsstöd till föräldrar till barn upp till 10 år på föräldrastöds-mottagningen.

Under 2025 har barnhälsovården skickat 302 remisser till psykologmottagningen, varav 232 gällde barn och 70 vuxna. Detta motsvarar 2 procent av alla barn anslutna till barnhälsovården 2025. Ärendena gällande barn handlar primärt om föräldraskapsstöd och oro kring barnets beteende/utveckling. Ärendena gällande vuxna handlar om nedstämdhet, oro, eller kris kopplat till föräldraskapet samt föräldraskapsstöd och anknytningsproblematik. Psykologmottagningen remitterar vid behov vidare till andra vårdinstanser, både gällande barn och vuxna.

Under första halvan av 2025 har barnhälsovården skickat 11 remisser till föräldrastöds-mottagningen och vårdnadshavare har på eget initiativ skickat in 10 egenvårdsbegäran. Föräldrastöds-mottagningen har under 2025 upphört som enhet och uppdraget gällande barn 0–6 år har överförts till psykologmottagningen för föräldra- och barnhälsovård.

²⁶ [Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa mm](#)

Samverkan med förskola och socialtjänst

Förskolans barnhälsa

Det är värdefullt för barnhälsovården att ha en god kontakt med förskolan i det geografiska närområdet då samverkan mellan verksamheterna ingår i uppdraget. I en överenskommelse mellan regionen och kommunerna (närområdesplan) bör det vara tydligt vilka förskolor som ingår i barnhälsovårdens närområdesansvar. All samverkan bör ske utifrån barnets bästa. Om BHV har ett behov av en bredare bild utifrån en frågeställning kring barnets hälsa och utveckling kan förskolan kontaktas. Och förskolans personal kan kontakta BHV för att få stöd och råd i frågor som rör barnets hälsa. Det finns en rutin mellan barnhälsovård och förskola som tydliggör samverkan på gruppnivå, och samverkan kring det enskilda barnet i form av ett barnhälsosteam.

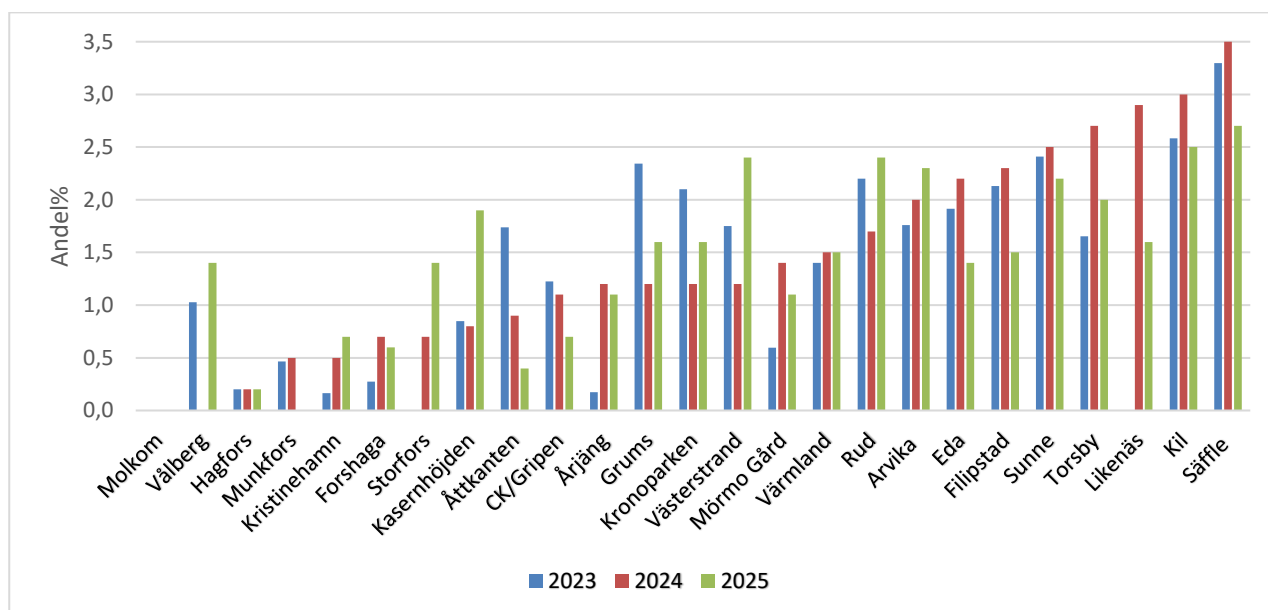
Barnhälsosteam (BHT)

Detta är en mötesform för en systematiserad samverkan mellan BHV och förskola utifrån befintliga resurser, där även andra aktörer kan delta, till exempel socialtjänst eller olika kompetenser som föräldra- och barnhälsovårdspedagog eller logoped.

Syftet med barnhälsosteam är att utifrån barnets behov och perspektiv ge tidiga insatser och därmed öka möjligheter till bra miljö för barnet i hemmet och i förskolan. Barnhälsosteam är också ett forum där personal i samverkan kan ge varandra stöd och konsultation samt vara en plattform för gemensam kunskapsutveckling. Samverkansformen är reglerad i en länsöverenskommelse och ska praktiseras i alla länets kommuner.

Under 2025 genomfördes 274 BHT, jämfört med året innan då var det 313 BHT, vilket motsvarar 1,5 procent av alla anslutna barn 0–6 år. Vi ser att det är stora variationer i länet (figur 25).

Figur 25: Andel anslutna barn aktuella i barnhälsosteam under 2023–2025



Samverkan socialtjänst

Samverkan med socialtjänsten är en viktig del av arbetet inom barnhälsovården. En förebyggande samverkan mellan barnhälsovården och socialtjänsten kan leda till att en orosanmälan inte behöver göras, och detta är en samverkansform vi behöver utveckla ytterligare. Flera BVC har en etablerad kontakt med socialtjänsten framför allt inom familjecentralerna, där den förebyggande socialtjänsten finns som en del i verksamheten.

SIP är ett verktyg för samverkan mellan region och kommun med patientens behov i fokus. Personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst är enligt lag skyldiga att samordna hjälp om barnet/familjen har behov av insatser och en fördelning av dessa.^{27 28}

BBIC (barns behov i centrum) är ett arbetssätt som är anpassat efter socialtjänstens regelverk. Det är framtaget för socialtjänstens myndighetsutövning. Det ska stärka barnperspektivet och delaktigheten för barn och unga. Det utgår från barnets behov och ger den sociala barn- och ungdomsvården en enhetlig och evidensbaserad struktur för handläggning, genomförande och uppföljning. När ett barn utreds konsulterar socialtjänsten den medicinska kompetens som finns runt barnet, och det kan involvera barnhälsovården. Sedan 2022 finns en rutin för samverkan mellan barnhälsovården och BBIC-handläggarna i länets kommuner. Konsultationen görs via telefon eller undantagsvis skriftligt. Ett BBIC-frågeformulär anpassat till barnhälsovården är framtaget som kan vara ett stöd vid konsultationen kring barnets hälsa.

Sedan 2011 tas statistik fram gällande antalet anmälningar till socialtjänsten från BHV för nationell jämförelse. Under 2025 var det 57 anmälningar till socialtjänsten, oförändrat jämfört med 2024. Av alla anslutna barn 0–6 år, blir detta endast 0,4 procent. Siffrorna är mycket låga utifrån vetskapen att det finns en betydande andel barn som far illa i vårt samhälle.

En möjlig förklaring till det låga antalet anmälningar är att barnhälsovården i hög grad arbetar förebyggande och relationsskapande. Genom tidiga insatser och nära samverkan med familjen och socialtjänsten kan stöd erbjudas innan en formell orosanmälan behöver göras. Inom familjecentralerna finns goda möjligheter till tidig samverkan där familjer kan lotsas vidare till stödinsatser i samförstånd.

Samtidigt kan de låga siffrorna också spegla svårigheter i att upptäcka utsatthet hos små barn. Barnhälsovårdens kontakter med familjer bygger på frivillighet och tillit, och tecken på att barn far illa kan vara svåra att identifiera, särskilt hos yngre barn där symtomen ofta är ospecifika. Det kan även finnas osäkerhet kring när oro ska leda till anmälan. Sammantaget visar detta vikten av fortsatt utveckling av samverkan, kompetens och strukturer för tidig upptäckt och tidiga insatser.

²⁷ [Samordnad individuell plan - Region Värmland \(regionvarmland.se\)](https://regionvarmland.se)

²⁸ [RUT-17810-v.3.0 Samordnad individuell plan \(SIP\) med Cosmic Link](#)

Familjecentral

Familjecentralerna bedriver hälsofrämjande, generell och tidigt förebyggande verksamhet för föräldrar och barn upp till 6 år. I varje familjecentral samlokaliseras mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och förebyggande socialtjänst.

Verksamheten bygger på att olika professioner arbetar tillsammans kring barnfamiljen. Syftet är att stärka barns och föräldrars hälsa genom att erbjuda en trygg mötesplats, lättillgängligt stöd samt fungera som ett kunskaps- och informationscentrum. Forskning visar att sociala nätverk är en viktig friskfaktor för barns välmående, och familjecentralerna skapar strukturer som stärker dessa nätverk och möjliggör tidiga insatser.

Varje familjecentral leds av en lokal ledningsgrupp bestående av chefer från de ingående verksamheterna. En samordnare utses i verksamheten för att stödja det gemensamma arbetet. Övergripande finns en gemensamt finansierad länsamordnare som stöttar utvecklingsarbete och samverkan.

I Värmland finns familjecentraler i Forshaga (1999), Storfors (2000), Årjäng (2002), Kristinehamn (2002), Hammarö (2003), Kil (2004), Hagfors (2004), Sunne (2004), Arvika (2012), Filipstad (2013), Eda (2014), Rud i Karlstad (2018), Torsby (2019), Grums (2019), Säffle (2022) och Västerstrand i Karlstad (2022).

Familjecentralerna följer upp verksamheten genom besöksenkäter, samverkansmätningar och kartläggning av verksamhetsinnehåll. Resultaten visar att:

- 100 procent av besökarna känner sig välkomna
- 99 procent känner förtroende för verksamheten
- 98 procent upplever att de får den information de behöver

Föräldrautbildningar i grupp får mycket höga betyg: 97–98 procent uppger ökad trygghet, mer kunskap och stärkt gemenskap. Under 2025 har satsningen ”Trygg i Värmland” förstärkt det gemensamma arbetet kring föräldraskapsstöd.

Trots goda resultat visar både lokala och nationella mätningar att vissa grupper nås i mindre utsträckning av familjecentralernas verksamhet. Det gäller bland annat utrikesfödda, ickefödande föräldrar och familjer med socioekonomiska utmaningar. I dessa grupper är ojämlikhet i hälsa tydlig, vilket gör det viktigt att utveckla arbetssätt som gör att även de får del av de hälsofrämjande insatser som familjecentralerna erbjuder.

Utveckling och förbättring

Kvalitetsdata

Inom Region Värmland och Vårdvalet använder alla BVC Cosmic datajournal samt registrerar vaccinationer i Mitt vaccin. Sedan två år rapporteras inga kvalitetsdata till Socialstyrelsen kring amning och rökare i hemmiljön men detta kommer återupptas för 2026.

Sedan 2018 pågår ett kontinuerligt arbete med BVC-journalens uppbyggnad i Cosmic för att tillskapa stabila kvalitetsdata utan dubbelarbete. Under åren har vi fått ett gott stöd med verksamhetsspecifika rapporter i rapportportalen för att kontinuerligt kunna följa verksamhetens kvalitetsdata.

Vi har utgått från barnhälsovårdens kvalitetsindikatorer som är grunden i Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ). Detta kvalitetsregister initierades 2011, och de första åren var endast fyra regioner anslutna. Under 2025 hade tre regioner pågående anslutningsprojekt. Nu är 13 regioner anslutna och sex regioner har pågående eller planerade anslutningsprojekt. Vårt arbete med kvalitetsdata har en sådan inriktning att vi kommer vara väl förberedda när ett anslutningsprojekt blir aktuellt i Region Värmland.

Automationer i Cosmic-journal

För att värna patientsäkerheten och underlätta planering av hälsobesök på BVC har IT hjälpt till med en automation i Cosmic som enkelt skapar enhetliga bokningsunderlag för samtliga hälsobesöken enligt basprogrammet. Med denna förbättring har det blivit både säkrare och enklare att få en översikt för de barn som behöver kallas till hälsobesök på BVC.

Jämlikare barnhälsovård i praktiken

Under året har barnhälsovården infört ett nytt arbetssätt för barn med misstänkt komjölkproteinallergi. Tidigare har vårdnadshavare blivit hänvisade till att själva inhandla komjölkproteinfri bröstmjölk ersättning under en eliminationsfas på 2–3 veckor. Nu lämnar BHV ut erforderlig produkt gratis så att familjens ekonomiska förutsättningar inte skall påverka barnets utredning/behandling.

Samverkan mellan barnhälsovården och biblioteken i Värmland

Samverkan mellan barnhälsovården och biblioteken i Värmlands kommuner har fortsatt även under 2025. En ny lästipslista ”Läsa med barnen” är framtagen för året och delas ut vid besöken på BVC. I samband med hembesök vid 8 månaders ålder läses en bok tillsammans med barnet. Boken lämnas sedan som en gåva till familjen. Vid 2½ års besöket får barnet en pixibok. Ett komplement till barnhälsovårdens besök är utvecklingen av föräldragrupperna och andra träffar som kan erbjudas av öppna förskolan i samarbete med biblioteken.

Samverkan mellan BHV och biblioteken i Värmlands kommuner startade 2018. År 2022 startade projektet att ”Förundran” och är fortfarande pågående. Syftet med projektet är att bidra till att föräldrar och andra vuxna i barns närhet möter samma budskap om små barns språkutveckling oavsett var kontakten sker och här samverkar bibliotek, BHV, förskola och Karlstad universitet.

Broschyren ”Språktåget” är översatt till flera språk med råd och tips för föräldrar om hur barns tal- och språkutveckling kan stimuleras.

Fortbildning 2025

Komjölksfri ersättning vid misstanke om allergi	28 januari	1,5 h, digitalt via Teams
Snarkning och obstruktiv sömnapné hos barn	13 februari	0,45 h, digital via Teams
Gruppledarutbildning	2 oktober 9 oktober 16 oktober 6 november	Fortbildningstillfällen för samtliga yrkesgrupper på BVC, BMM och Familjecentral
BHV-dag	23 oktober	- Allergi - Övervikt - Obesitasvård inom BUM
BHV-dag	27 november	- Föräldrastöd i grupp – TRYGG - Föräldrastödjande förhållningssätt i BHV - Första veckan – EVM - Elevhälsans medicinska insatser – EMI

Projekt

Svårigheter med tal- och språkutveckling hos barn vid 2,5 års ålder och kända riskfaktorer för hälsa och utveckling

Forskning inom barnhälsovården i Värmland av Anna Lindgren Fändriks, doktorand i psykologi, KAU och psykolog vid Psykologmottagningen för föräldra- och barnhälsovård.

Studien ”Svårigheter med tal- och språkutveckling hos barn vid 2,5 års ålder och kända riskfaktorer för hälsa och utveckling” är en tvärsnittsstudie med en matchad kontrollgrupp. Studien har föregåtts av en kvalitativ studie där 16 BHV-sjuksköterskor från olika BVC-mottagningar inom Region Värmland intervjuats om sina erfarenheter av att genomföra språkscreening med barn vid 2,5 års ålder. Resultaten har publicerades i vetenskaplig tidskrift under 2023 och presenterats på nationell barnhälsovårdskonferens.

Studien startade i december 2023 och är ett samarbete mellan Region Värmland och Karlstad universitet. Barnhälsovårdens språkscreening vid 2,5 års ålder ligger som grund för deltagande i studien.

Under 2025 har datainsamling pågått för barn med svårigheter med språkutveckling, och för barn inkluderade i kontrollgrupp, utan svårigheter med språkutvecklingen. Samtliga barn och vårdnadshavare som deltagit i studien har tillfrågats om medverkande av sin BHV-sjuksköterska i samband med språkscreeningen vid 2,5 år. De vårdnadshavare om deltagit i studien har fått fylla i formulär, barnen har deltagit i kognitiv testning, samt barn och vårdshavare har tillsammans genomfört en lek- och samspeleobservation.

Till gruppen barn med svårigheter med språkutvecklingen deltog totalt 92 barn med sin förälder. Under 2025 inkluderades även ca 20 barn till kontrollgruppen. Under 2026 kommer datainsamlingen att avslutas och resultat presenteras. Resultaten kommer publiceras i vetenskapliga tidskrifter och vid nationella och internationella konferenser.

Ett förebyggande arbetssätt för att erbjuda ekonomisk rådgivning till barnfamiljer

En forskningsstudie, Healthier Wealthier Families, som utgår från CHAP-Barnhälsa och föräldraskap, Uppsala universitet gjordes av Nina Johansson, forskare inom socialmedicin. Avhandlingen är en del av projektet Child Health and Parenting (CHAP) vid UU. Av 18 tillfrågade regioner deltog 7 platser i 5 regioner. I Region Värmland deltog Filipstads BVC och kommunens budget och skuldrådgivare under delar av 2024–2025.

HWF består av fyra delstudier med syfte att undersöka hur det går att upptäcka och förebygga ekonomiska svårigheter hos småbarnsfamiljer i Sverige, genom att bland annat länka samman BVC och kommunens budget- och skuldrådgivare (BUS). Metoden bygger på en internationell arbetsmodell som kallas Healthier Wealthier Families (HWF).

Del 1 innebar intervjuer med BHV-sjuksköterskor, kommunens BUS och småbarnsföräldrar med självupplevda ekonomiska svårigheter. Del 2 innebar att undersöka om arbetsmodellen HWF kunde implementeras och utvärderas i en randomiserad kontrollerad studie. Del 3 undersökte det förebyggande arbetet inom svensk BUS genom en webbenkät som skickades ut till alla BUS i Sverige. Del 4 innebar att fritextsvar som framkom i del 3, dokumentation och styrdokument analyserades.

Resultatet visar att ekonomi och familjers välmående är sammanlänkat. Ekonomiska svårigheter är nära knutet till känsla av osäkerhet och stigma. Det framkommer utmaningar i att arbeta förebyggande med tex rådgivning. Bland annat kunskapsluckor kring hur förebyggande ekonomisk rådgivning kan genomföras i praktiken, för

lite tid och personal, att föräldrar tackar nej till rådgivning samt att BUS möter familjerna först när problemen redan är akuta.

I Filipstad har 81 föräldrar tillfrågats om att besvara frågor om ekonomi. Av dessa tackade 68 föräldrar ja till att svara på frågor. Av de som besvarade frågorna hade 27 föräldrar minst en riskfaktor för ekonomiska svårigheter. Av dessa var det i slutändan 9 föräldrar som inkluderades i studien. Sjuksköterskorna fick själva välja vid vilket besök de ville tillfråga föräldrarna och de flesta blev tillfrågade vid 2,5 års besöket.

BHV-sjuksköterskorna i Filipstad uppger att arbetssättet fungerar bra och att föräldrar är positiva till att samtala om sin ekonomi.

Backa Barnet i Säffle kommun

Säffle kommun, polisen och Region Värmland gick under 2024 in i ett gemensamt projekt kallat Backa Barnet. Det är en gemensam modell för att säkerställa barns rättigheter, tidigt uppmärksamma barns behov och ge samordnat stöd. Att säkerställa varje barns rätt till bästa möjliga start i livet är den viktigaste uppgiften vi har.

Barn och vårdnadshavare som behöver stöd och hjälp kan stöta på hinder och hamna mellan stolarna, till exempel för att verksamheterna som erbjuder stöd är organiserade på olika sätt eller inte kan dela information med varandra. I Backa barnet innebär samverkan att kommun, polis och hälso- och sjukvården arbetar på samma sätt, och över gränserna. Vi vet att tidigt stöd i livet hjälper mycket bättre än när det kommer sent. Därför behöver barnets behov identifieras tidigare och barnen erbjudas rätt stöd i rätt tid. Kärnan i Backa barnet är ett personcentrerat arbetssätt som utgår från barnets behov och förutsättningar. Behoven identifieras bland annat genom behovs-kompassen.

Utbildningsinsatser för utbildare, nyckelpersoner, införandeteam och styrgrupp startade under hösten 2024 och utbildning för berörda medarbetare kom i gång under 2025. Projektet pågår i första hand till och med år 2026.

Verksamheten i Säffle började arbeta utifrån metoden i slutet av augusti 2025. Familjer där det nyfödda barnet var första barnet för någon av föräldrarna eller första barnet fött i Sverige inkluderades i Backa barnet. För BVC och barnmorskemottagningen i Säffle innebär Backa barnet för de yngsta barnen bland annat att arbeta med ett tvärprofessionellt hembesöksprogram med totalt 3 hembesök (0–18 mån). På grund av förändringar i personalresursen så anpassades arbetssättet utifrån befintlig resurs. Bland annat kunde inte hembesök utöver basprogrammet genomföras.

I möjligaste mån gör BHV-sjuksköterska och barnmorska ett gemensamt hembesök när barnet är nyfött. Under årets sista fyra månader gjordes detta för hundra procent av de barn som var aktuella för Backa barnet.

Vid 2 månaders- och 4 månaders besöket deltar förutom BHV-sjuksköterska även förebyggande socialtjänst (familjestödjare) vid besöken på BVC. Gemensamt 8 månaders hembesöket tillsammans med familjecentralens pedagog genomfördes för alla de inkluderade barnen. Genom att socialtjänstens förebyggande verksamhet deltar i besök och barnteam så kan bland annat förebyggande och biståndslösa insatser erbjudas när behov uppmärksammas.

När det är dags för 18 månaders besöket kommer dessa genomföras gemensamt med BHV-sjuksköterska och förebyggande socialtjänst. Dessa siffror kommer redovisas senare.

Centrala barnhälsovården

Ledning- och verksamhetsstöd

VO Barn, unga och familjehälsa

Ledning- och verksamhetsstöd

Sedan organisationsförändringen hösten 2019 ingår centrala barnhälsovården (CBHV) i verksamhetsområdets ledning- och verksamhetsstöd. Att bedriva barnhälsovård är fortsatt ett tilläggsuppdrag inom Vårdval Vårdcentral.

CBHV består av verksamhetsutvecklare med olika grundkompetenser. barnläkare, psykolog, distriktssköterska och vårdadministratör. I ledning- och verksamhetsstöd ingår även verksamhetsutvecklare för mödrahälsovård, familjecentral, och första linjen/ungdomsmottagning.

Samverkan med andra verksamheter

Centrala barnhälsovården deltar i nationella och regionala möten för barnhälsovård och arbetar i nationell arbetsgrupp kring ”Barnsäkerhet”. CBHV har även en representant i RPO Barn och Ungas hälsa samt i RAG-BHV som är en fast arbetsgrupp inom kunskapsstyrningen.

CBHV har strukturerad samverkan med tandhälsovården, smittskydd, elevhälsans medicinska insatser, logopedienheten, barn- och familjestöd, barn- och ungdomsmedicin, och hörselvården.

CBHV är representerad i flertal arbetsgrupper i länet, exempelvis processgrupp Amning i vårdkedjan, processgrupp Den nyblivna familjen, utvecklingsgrupp för barnrättsfrågor, terapigrupp Vaccin och Egenvård.

Verksamhetsdialog

Vi eftersträvar en direkt dialog med personalen på mottagningarna som underlag och inspiration till utvecklingsarbetet inom verksamheten. Centrala barnhälsovården får genom denna dialog en bättre bild av hur det lokala arbetet ser ut i olika delar av länet, vilket är betydelsefullt då det finns stora skillnader både vad gäller vårdtyngd och andra utmaningar.

Under våren 2025 genomfördes verksamhetsuppföljning i form av dialog med alla länets BVC.

Informationsbladet ”Lilla livet” för personal inom barnhälsovården, utkom med 10 nummer under 2025.

Kontaktuppgifter

Centrala barnhälsovården i Värmland

Helena Löfwenhamn

Barnhälsovårdsöverläkare

helena.lofwenhamn@regionvarmland.se

Lisa Lindqvist

Verksamhetsutvecklare/Samordnande BHV-sjuksköterska

lisa.lindqvist@regionvarmland.se

Wilma Granander Schwartz

Psykolog, verksamhetsutvecklare

wilma.schwartz@regionvarmland.se

Gunilla Svedlund

Assistent

gunilla.svedlund@regionvarmland.se