



# Nu börjar livet

Om den gravida familjen till femåringen



*FNs barnkonvention innehåller mänskliga rättigheter för barn upp till 18 år. Varje barn har samma rättigheter oavsett vilken del av landet de bor i eller vilka föräldrar de har. Av konventionens 54 artiklar handlar de flesta om barns rättigheter och några om hur man ska arbeta med konventionen.*

***Fyra artiklar** utgör **ramen** och är **vägledande** för hur helheten och de andra artiklarna ska läsas.*

- Artikel 2 handlar om att reglerna gäller för **alla barn**. Alla barn är **lika mycket värda**. **Inga barn** får bli **diskriminerade**.
- Artikel 3 handlar om **barnets bästa**.
- Artikel 6 handlar om att barnet har **rätt till liv och utveckling**.
- Artikel 12 handlar om att barnet har **rätt att säga hur det vill ha det** och att vuxna ska **lyssna på barn**.

*Begreppet barnets bästa är konventionens grundpelare och måste avgöras från fall till fall. Barns bästa kan ses ur samhällets ögon (barnperspektiv) och med barns egna ögon (barns perspektiv). Barns bästa förändras över tid och ibland kan det finnas motsättningar mellan barns bästa och andra samhällsintressen.*

*Barnkonventionen har funnits sedan 1989 och 2010 fastslog regeringen en ny barnrättsstrategi. Den innehåller ett antal principer som ska vara utgångspunkt för riksdag, regering, statliga myndigheter, landsting och kommuner som i sina verksamheter möter och fattar beslut som berör barn. Svensk barnrättspolitik betonar det strategiska arbetet med konventionen, att stödja föräldraskapet, bekämpa våld mot barn och främja barns psykiska hälsa [1, 2].*

# Att växa upp i Östergötland

*Vår resa genom livet börjar i en tanke om att bli förälder. Resan fortsätter genom födelseögonblicket och ut i världen med allt vad det innebär av blöjor, förskola, tredagarsfeber, skola och så småningom eget boende, arbete och kanske egna barn. Alla människor gör sin egen resa men våra **förutsättningar** och **erfarenheter skiljer sig åt**. Det präglar hur vi som vuxna förhåller oss till barn och unga. Utifrån barnkonventionen ska alla vuxna verka för **varje barns bästa**. Inte bara för att de är en framtida resurs, utan för att barnen har rätt till **bra livsvillkor** och en **god hälsa här och nu**. En **tredjedel** av befolkningen i Östergötland är barn och unga mellan **0 och 24 år** och en god hälsa bland dem är ett gott tecken på **regionens utvecklingskraft**.*



En god folkhälsa innebär att så många som möjligt har en bra hälsa, men också att hälsan är jämnt fördelad mellan olika grupper. Det finns många faktorer som påverkar barn och ungas hälsa. Vissa förutsättningar kan man inte ändra på, till exempel hur gammal man är, var man är född eller av vem. Barn kan heller inte påverka vilken utbildning och sysselsättning föräldrarna eller annan vårdnadshavare har, eller i vilken mån de i sin tur är sjuka eller friska. Andra faktorer är livsstilsval och politiska beslut, om den fysiska och sociala miljön och samhällsekonomi. Dessa finns i barn och ungas omgivning men påverkas ändå till stor del av vuxenvärlden. Vi vet idag att barn och ungas förutsättningar är olika och vi vet också att sämre förutsättningar har samband med sämre hälsa.

I Östergötland mår glädjande nog de allra flesta barn och unga bra, men det finns stora skillnader i hälsa mellan olika grupper. Det finns exempelvis skillnader mellan flickor och pojkar, mellan personer med och utan funktionsnedsättning, mellan olika sociala grupper och mellan personer födda i eller utanför Sverige. I rapporten presenteras en bild som kan inbjuda till diskussion kring hur vi kan skapa de bästa förutsättningarna för en god och jämlik hälsa bland alla barn och unga i Östergötland. Rapporten "Nu börjar livet" handlar om livsvillkor och hälsa hos den gravida familjen till femåringen och ingår i serien om "Att växa upp i Östergötland". Serien omfattar även rapporterna:

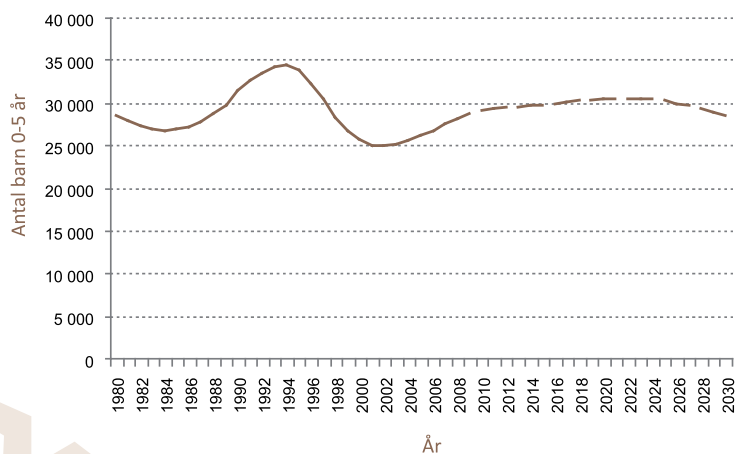
- Nu börjar vi skolan, om barn mellan 6 och 12 år
- Tonårstid, om barn mellan 13 och 18 år
- Både ung och vuxen, om unga vuxna mellan 19 och 24 år

# Nu börjar livet

*Att få barn är en stor händelse och som förälder får man förhoppningsvis följa barnet länge och vara en av de viktigaste personerna i barnets liv. Under de första fem åren sker en mer dramatisk utveckling än någon annan gång i livet. Barnet lär sig samspela och kommunicera, utvecklar sin motorik och sina känslor och tankar. Varje barn är unikt och utvecklas individuellt efter personlighet och förutsättningar. De allra flesta börjar på förskola och ju äldre barnen blir desto mer ökar betydelsen av kompisar och andra vuxna. I Östergötland bor ungefär 29 000 barn i åldrarna 0-5 år, vilket är sju procent av befolkningen.*

Antalet 0-5-åringar har varit nästan detsamma de senaste åren, förutom några årskullar under början av 1990-talet. Antalet förväntas öka något de kommande åren, men år 2030 kommer det åter att finnas cirka 29 000 små barn i länet. Det finns något fler

pojkar i varje årskull, vilket är naturligt eftersom det föds fler pojkar än flickor [3]. Antalet barn som föds per år ger underlag till samhällsplanering för att till exempel kunna möta en ökad eller minskad efterfrågan på förskola och hälso- och sjukvård.



Figur 1. Antal barn 0-5 år mellan 1980-2030 (prognos för 2011-2030).

### Fler barn med utländskt ursprung

Allt fler barn i Sverige är födda i ett annat land eller har föräldrar som invandrat. Av barnen mellan 0 och 5 år i Östergötland är tre procent födda utanför Sverige och ytterligare 13 procent har föräldrar med annat ursprung än svenskt. Det varierar i länet men de flesta bor i Norrköping och Linköping [3]. Många utrikes födda barn mellan 0 och 17 år i Sverige kommer från Irak, Somalia, Polen och Thailand [4].

Alla länets kommuner tar emot flyktingar. Många barn har upplevt trauma, går igenom jobbiga asylprocesser och hamnar i resurssvaga bostadsområden [6]. Livsvillkoren under mottagningstiden kan ha stor, eller till och med större, inverkan på hälsa och välbefinnande än det som hänt före flykten. Tiden på flykt, det vill säga transferperioden mellan hemland och mottagande land, är ofta lång. Ibland flera år och med stopp i flera olika länder. Det innebär många uppbrott och separationer och barnen kan få svårt att skapa en anknytning till nya platser

och människor. En utlösande kris hos ett flyktingbarn i Sverige kan alltså bero på många händelser [7]. Utlandsadopterade utgör ungefär fem procent av barnen med utländsk bakgrund i Sverige. Det finns cirka 4 000 adopterade barn i åldrarna 0 till 5 år i Sverige och 2009 adopterades ungefär 30 barn mellan 0 och 10 år till Östergötland [8]. De största grupperna utlandsadopterade kommer från Kina, Sydkorea och Vietnam [4].

### Barn med funktionsnedsättningar

Barn kan ha både psykiska och fysiska funktionsnedsättningar som på olika sätt påverkar deras vardag och hälsa. Barn med funktionsnedsättning är inte en homogen grupp, utan alla måste ses som enskilda individer. En och samma diagnos kan uppfattas olika hos två barn [9]. Ungefär 1 600 barn med funktionsnedsättningar har under ett år haft kontakt med barn- och ungdomshabiliteringen i Östergötland. Det handlar bland annat om förstståndshandikapp, rörelsehinder eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

*"Visst är vi olika, men vi är ännu mer lika. Har vi med oss det så har vi goda möjligheter att mötas."*





"De säger att det inte verkar som om jag är ledsen men de kan ju inte se att jag är ledsen i magen."  
4-åring

### En del är mer utsatta än andra

En del barn lever i utsatta miljöer, med omständigheter som kan leda till ohälsa och problem. Sådana omständigheter kan finnas hos barnet själv, i familjen, i förskolan eller på samhälls nivå. Ju fler och tyngre riskfaktorer ett barn har desto större är risken för ohälsa och problem [10]. I Östergötland vårdades cirka 1 200 barn (0-17 år) enligt Socialtjänstlagen eller Lagen om Vård av Unga (LvU) under 2009. Sju av länets tretton kommuner har en socialjourverksamhet med personal i beredskap för akuta insatser till skydd för barn och unga utanför kontorstid [11].

Ett exempel på en utsatt miljö är barn som blir fysiskt miss-handlade. År 2010 anmäldes 141 fall av misshandel mot barn mellan 0 och 6 år i Östergötland, vilket är en hundraprocentig ökning från år 2008 [12]. Mörkertalet är stort och för att få en bild närmare sanningen bör antalet troligtvis tiodubblas [13]. Andra situationer där barn är extra utsatta kan exempelvis vara om de lever med föräldrar som är psykiskt sjuka eller är missbrukare. Det är svårt att uppskatta antalet barn till missbrukare men ungefär vart tionde barn i Östergötland växer upp i en miljö där riskbruk av alkohol förekommer [14]. Likaså är det svårt att uppskatta antalet barn som har psykiskt sjuka föräldrar. Förhoppningsvis blir problemet mer synligt eftersom hälso- och sjukvården sedan 2010 har skyldighet att särskilt tänka på barnens behov när en förälder har en psykisk sjukdom [11].

## Familjernas boende och ekonomi

### Föräldrarna är nummer ett

Den första och viktigaste kontakten för ett barn är föräldrarna, eller någon annan som är nära. Dessa vuxna har stor betydelse för barns livsvillkor och de har ansvar för att barnen ska få en god och trygg uppväxt, oavsett hur de lever sitt liv, hur de bor eller hur familjeförhållandena ser ut. Det kan vara svårt att definiera vad en familj egentligen är. Det finns till exempel ombildade familjer, enföräldersfamiljer och familjer med föräldrar av samma kön. En familj kan också vara en större släktkrets, med mor- och farföräldrar och andra anhöriga. I Östergötland bor 92 procent av barnen mellan 0 och 6 år med föräldrar som är gifta eller sammanboende. Andelen sjunker sedan ju äldre barnen blir

[14]. Varje år upplever ungefär 2 100 barn mellan 0 och 17 år att föräldrarna separerar. Efter en separation bor barnen i ombildade familjer eller med ensamstående mamma (16 %) eller pappa (3 %). De flesta barn i Sverige växer upp tillsammans med minst ett syskon. Ungefär hälften av barnfamiljerna har två barn, cirka en femtedel har tre eller fler barn och resterande har ett barn [15].

### Bostadsrätter och villor

I Östergötland finns 13 kommuner med allt från glesbygd till storstadsregionen Linköping och Norrköping, där de flesta 0-5-åringarna bor. De flesta bor i bostadsrätter och villor, följt

av hyresrätter, vilket är vanligare i Linköping och Norrköping. I glesbygdskommunerna bor däremot de flesta barnen i bostadsrätter och villor [3]. De allra flesta föräldrar säger att de trivs med sitt boende och att de inte besvärar av skadliga miljöer eller buller [16]. De flesta barn mellan 0 och 5 år bor också i bostäder som är tillräckligt stora. De barn som bor enligt trånghetsnorm<sup>1</sup> är ofta barn med ensamstående eller lågutbildade föräldrar och barn med utländsk bakgrund [17]. Familjens sociala situation är ännu viktigare än bostaden. Barn som växer upp i socioekonomiskt svaga områden har en viss överrisk för kriminalitet, arbetslöshet, ekonomiskt bistånd och lägre utbildningsnivå jämfört med de från resursstarka områden som domineras av en befolkning född i Sverige [18].

### Barn med utsatt ekonomi ökar

De allra flesta barn i Östergötland lever med föräldrar som har en fungerande ekonomi. Men det är ungefär en femtedel av föräldrarna som under det senaste året haft svårt att klara löpande utgifter [14]. I en studie från 2011 om barns ekonomiska utsatthet visar det sig att de relativa skillnaderna mellan hög- och låginkomsttagare har ökat i Sverige, och att ensamstående med barn och föräldrar med invandrarbakgrund är extra utsatta grupper [19]. I Östergötland har 39 procent ensamstående med barn låg inkomst<sup>2</sup>, medan en jämförande siffra för övriga familjer är 11 procent. Det finns skillnader både mellan kommuner och inom kommuner [20]. Den socioekonomiska situationen är ofta ett resultat av utbildningsnivån. Av alla vuxna i Östergötland har

36 procent eftergymnasial utbildning. De flesta föräldrar har en anställning eller driver egna företag men det finns också föräldrar som är arbetslösa (8 %) eller studerar (6 %) [14].

### Är det hälsofrämjande att vara förälder?

Föräldrarnas hälsa påverkar barnens hälsa. De allra flesta föräldrar bedömer att de mår bra (83 %), vilket är fler än vuxna i samma ålder utan barn (76 %). Färre föräldrar har besvär av ängslan, oro, eller ångest än vuxna utan barn. Totalt åtta procent av föräldrarna uppger att de någon gång har övervägt att ta sitt liv vilket är hälften så många som bland vuxna utan barn (16 %). För många andra vanliga besvär som exempelvis huvudvärk, trötthet och stress är det ingen tydlig skillnad mellan vuxna med eller utan barn [14].

### Mammor dominerar fortfarande föräldraledigheten

För att alla föräldrar ska kunna kombinera arbete med föräldraskap har båda parter rätt till föräldrapenning när ett barn föds eller adopteras. Trots att det är betydelsefullt med båda föräldrarna under barnens uppväxt är det fortfarande vanligare att barnen är hemma med sin föräldralediga mamma [21]. I Östergötland tog mammorna ut 78 procent av föräldradagarna 2009. Papporna har ökat sin andel av dagarna med föräldrapenning från 12 till 22 procent på tio år [22]. Pappor som tar ut sin föräldraledighet arbetar mindre och har mer kontakt med sina barn efter en separation än pappor som inte varit föräldralediga [23].

1 Trånghetsnorm innebär en bostad där det inte finns utrymme för ett eget rum.

2 Låga inkomster definieras som andel (%) familjer med en disponibel inkomst under 60 % av medianinkomsten (2008=87 661 kronor).



"Det är skönt när pappa är med när jag ska sova för han värmer mina tankar."  
5-åring

# Barnets hälsa grundläggs redan i magen



Grunden till en god hälsa för resten av livet läggs redan från det att fostret finns i mammans mage. I Östergötland är kvinnor i genomsnitt 28 år och män i genomsnitt 31 år när de skaffar sitt första barn [15]. För 40 år sedan var medelåldern för kvinnor 24 år och för män 26 år [24]. Av de gravida kvinnorna går de allra flesta på mödravårdscentralens (MVC) kontroller. De blivande föräldrarna erbjuds råd, samtalsstöd och förlossnings- och föräldraförberedande utbildning. Målet med utbildningen är att ge kunskap om barn, föräldraskap och sociala förmåner men också att skapa kontakter föräldrar emellan [25].

## Alla har inte samma förutsättningar

MVC ser tidigt att alla barn inte har samma förutsättningar när de kommer till världen. Vid Linköpings universitet har man studerat gravida kvinnor i riskzonen för psykosocial ohälsa genom att följa dem och deras barn under flera års tid. Redan som spädbarn drabbades barnen exempelvis av att mammorna

hade svårt att prata med dem och visade stor irritation över dem. En stor del av barnen i studien har farit illa under sin uppväxt, börjat dricka alkohol och röka tidigt och nära en fjärdedel av dem fick inte avgångsbetyg i grundskolan. Ett viktigt resultat från studien var ändå att samhällets insatser har betydelse. Om MVC uppmärksammar problemen och barnen får hjälp tidigt har de stora chanser att klara sig bra [26].

## Gravid är lika med förändringsbenägen

MVC följer också blivande föräldrars levnadsvanor. Att röka och dricka alkohol under graviditeten ökar risken för skador, sjuklighet och dödlighet hos barnet [24, 27]. När man är gravid är man ofta benägen att försöka ändra mindre bra vanor. Hälften av alla rökande gravida kvinnor i Östergötland slutar till exempel att röka under graviditeten och de flesta minskar också sitt intag av alkohol [24]. Under de senaste åren har övervikt och fetma hos gravida kvinnor ökat. En fjärdedel av samtliga gravida i Sverige är överviktiga och ungefär var tionde har fetma [28]. Övervikt och fetma kan innebära ökade risker för både mamman och barnet. Att begränsa viktuppgången hos gravida kvinnor kan leda till färre komplikationer [29].

## Mer än 5 000 nyfödda

Under 2010 föddes över 5 000 barn vid länets sjukhus, vilket inte har hänt på nära 20 år. Allt fler barn blir till med hjälp av assisterade befruktningar<sup>3</sup>. I Sverige har dessa behandlingar ökat från ungefär 3 000 till över 12 000 behandlingar sedan 1991 och 2008 föddes cirka 4 900 barn med hjälp av assisterad befruktning (vilket var cirka 5 % av alla födda barn i Sverige). Andelen förlossningar med kejsarsnitt har ökat från fem procent på 1970-talet till 17 procent 2008. Sedan 2008 har andelen minskat till 13 procent 2010 [11]. Efter förlossningen börjar en spännande resa och de första dagarna ser olika ut beroende på hur förlossningen har varit. För 35 år sedan stannade man i genomsnitt sex dagar på BB och idag stannar man ofta bara två. Av de nyförlösta med vanlig förlossning har 80 procent en kort vårdtid och i länet finns nu BB-mottagningar för dem som behöver stöd även efter det att de kommit hem [24].

<sup>3</sup> Assisterad befruktning innebär att ägg och/eller spermier hanteras utanför kroppen.



# Barnet kommer hem

När familjen kommit hem tar länets barnavårdscentraler (BVC) vid. Under 2009 var cirka 28 400 barn i åldern 0 till 6 år inskrivna vid länets 42 barnavårdscentraler. I genomsnitt tar varje sjuksköterska hand om drygt 70 nyfödda barn, men det varierar från cirka 40 till 100. Enligt riktlinjerna bör antalet barn per sköterska vara mellan 60 och 65, och färre i socioekonomiskt svaga områden. En stor del av BVC:s arbete ligger idag på att stödja familjer i att skapa en god social uppväxtmiljö, stödja anknytningsprocessen och stärka föräldrarollen [30]. Liksom MVC kan BVC tidigt upptäcka barn med ökad risk att utveckla psykisk ohälsa och sätta in tidiga åtgärder.




## Många sätt att upptäcka ökad risk för psykisk ohälsa

BVC gör hembesök hos nyblivna föräldrar. I Östergötland besöktes i genomsnitt 77 procent av länets nyblivna familjer 2009 [30]. Under besöken upptäcks exempelvis brister i anknytning mellan barn och föräldrar. Ungefär 13 procent av mammorna blir deprimerade efter förlossningen och antalet har ökat i Östergötland liksom i övriga Sverige [31]. Om en depression blir långvarig kan den få negativa konsekvenser för barnets utveckling, för kvinnans hälsa och för paret relation. Under 2010 använde nästan alla länets BVC-sjuksköterskor metoden EPDS<sup>4</sup> för att tidigt upptäcka depression hos mamman. Vid behov finns Barnhälsovårdens (BHV) psykologer till hands för samtal. Psykologerna arbetar också med annat stöd och råd till familjerna, utredning av psykiska besvär hos barn och kortare behandlingsinsatser riktade till barnen. Bland de ungefär 470 ärendena 2009 var kontaktorsaken oftast mammans egna problem följt av försenad utveckling hos barnet, utåtagerande beteende och gränssättningsproblem [30].

Föräldrar erbjuds att delta i föräldragrupp med syfte att skapa nätverk mellan föräldrar, stärka dem i sin föräldraroll och känna trygghet och tilltro till sin egen förmåga. Personalen anser själva att det som bäst beskriver begreppet föräldrastöd är att man är tillgänglig för individuella besök, anpassar sig efter föräldrarnas önskemål och behov, har personkännedom och kan erbjuda konkreta metoder för föräldrastöd. BVC samverkar även med familjecentraler<sup>5</sup> i länet. I dagsläget finns många familjecentra-

- 4 EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale, är ett självskattningsformulär som innefattar såväl klassiska depressiva symtom som ångestsymtom med syfte att upptäcka depression.
- 5 I en familjecentral ingår vanligen fyra basverksamheter; MVC, BVC, öppen förskola och socialtjänst.

*"Barn är beroende av skydd och vård, därför måste BVC arbeta efter barnkonventionen i sitt bemötande."*



"Anknytning är viktigt och det gäller att bryta mönstret. Inte bara för det aktuella barnet, utan det barnets barn och så vidare."

ler och familjecentralsliknande verksamheter som i huvudsak fokuserar på familjer med barn i åldern 0 till 5 år. Idén till dessa verksamheter har vuxit fram utifrån kunskap om att det är viktigt med tidiga insatser för barn som riskerar att utvecklas ogynnsamt och att insatserna måste samordnas mellan olika verksamheter [30].

### Små barn kan inte låta bli att knyta an

Även om små barns utveckling påverkas av många faktorer är den första anknytningen och ett gott samspel med de vuxna i barnets omgivning kanske allra viktigast för barns psykiska hälsa. Barnets kanske främsta uppgift är att etablera en anknytning till föräldrarna eller andra som träder in i deras ställe. Ett gott samspel innebär att den vuxne uppfattar barnets signaler, tolkar dem rätt och reagerar riktigt på dem. Om barnet ofta blir försummat utvecklas en hög känslighet för stress. De senaste årens forskning kring hjärnans utveckling visar att kvaliteten i

samspelet mellan barnet och de närmaste omsorgspersonerna har ett tydligt samband med den känslomässiga och den kognitiva utvecklingen. Hur anknytningen utvecklas beror till stor del på psykologiska och genetiska faktorer hos både föräldrar och barn. Men utvecklingen beror också på familjens livsvillkor och förutsättningar i form av exempelvis ekonomisk situation, kulturell bakgrund, socialt nätverk och föräldrarnas relation. Situationer som kan hindra anknytning är bland annat våld i relationen, missbruksproblem, psykisk ohälsa och utvecklingsstörning [32]. I Östergötland finns verksamheter som arbetar speciellt för att främja ett gott samspel och en god anknytning under barnets första levnadsår. MVC och BVC är de som remitterar flest mödrar dit. Andra som remitterar är kvinno- klinik, socialtjänst, ungdomsmottagning och psykiatri. Antalet remisser har ökat de senaste åren och orsakerna varierar. Oftast handlar det om psykosociala problem, orolig uppväxt, stark oro eller svårigheter under graviditeten [33].

# Vi ska bli friska ungar



## Vaccinationer och amning fortfarande i fokus

Även om BVC:s arbetsuppgifter har kommit att ändras från kroppsliga frågor till alltmer psykosociala frågor arbetar man fortfarande mycket med vaccinationer, amning och livsstilsfrågor. I Östergötland är vaccinationstäckningen hög och nästan alla barn är vaccinerade mot mässling, påssjuka och röda hund och mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio och HIB<sup>6</sup>. Alla föräldrar erbjuds att vaccinera sina barn. Ändå varierar andelen vaccinerade barn mellan grupper där föräldrarna har olika förutsättningar, mellan olika bostadsområden och mellan länets kommuner. Amning är en riskfaktor på både kort och lång sikt och i Östergötland liksom i Sverige har vi generellt en förhållandevis hög amningsfrekvens. I Östergötland rekommenderas amning i minst sex månader och vid den åldern även någon form av smakportioner. Världshälsoorganisationens (WHO) mål är att 80 procent av barnen ska ammas helt vid fyra månaders ålder. Det uppnås inte i Östergötland i dagsläget då ungefär 60 procent ammas helt i den åldern [30].

6 Vaccin mot sjukdomar orsakade av bakterien *Haemophilus influenzae* typ b.

## Livsstilsfrågor för både barn och föräldrar

De senaste decennierna har allergiproblem bland barn ökat och en riskfaktor är föräldrars rökvanor. Det är ungefär sju procent av mammorna och tolv procent av papporna som röker när barnet är mellan 0 och 4 veckor och variationerna är stora mellan och inom kommuner. Föräldrar med sämre ekonomi är oftare rökare och många barn i socioekonomiskt utsatta områden utsätts för passiv rökning [30]. Riskbruk av alkohol har uppmärksamats under de senaste åren eftersom konsumtionsvanorna har ändrats. Av föräldrar till barn mellan 0 och 5 år har fyra procent en riskkonsumtion av alkohol. Men de allra flesta barn växer upp i familjer utan riskabla alkoholvanor och i rökfria miljöer [14].

Det har blivit allt vanligare att använda internet och 2009 ägnade sig vuxna i Sverige i genomsnitt 106 minuter om dagen åt internetanvändning [34]. Många föräldrar låter också arbetsli-



vet glida in i fritiden på grund av den nya tekniken. Forskning visar att barn ofta tar illa vid sig och upplever föräldrarna som frånvarande av den ständiga uppkopplingen [35, 36]. Stillasittande aktiviteter överlag och ohälsosamma matvanor ökar risken för övervikt och fetma. Bland föräldrar till barn mellan 0 och 5 år i Östergötland har 31 procent övervikt och 11 procent fetma. En studie av 4-åringar i Östergötland 2005 visar att ungefär 13 procent har övervikt och 4 procent har fetma [16]. Från och med 2011 kommer utvecklingen av barnens övervikt och fetma att följas på BVC i länet. För att förebygga övervikt och fetma är det betydelsefullt att främja fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor för hela familjen. De flesta 4-åringar är ute i naturen, parker eller grönområden varje dag [16]. Bland föräldrar till barn mellan 0 och 5 år är 61 procent fysiskt aktiva minst 30 minuter varje dag, trots att det kan vara svårt att få tid till motion när barnen är små. Men andelen fysiskt aktiva är betydligt lägre bland lågutbildade och invandrare. De flesta föräldrar äter inte tillräckligt med frukt och grönsaker [37]. En nationell undersökning visar att även barnens intag av grönsaker är för lågt och att de äter för mycket feta, sockerrika och näringsfattiga livsmedel [38].

### Hälsokontroller och tandvård

För att fortsatt ge stöd till föräldrar och för att främja barnens hälsa möter BVC de flesta barn regelbundet upp till och med 5 års ålder. Genom att följa barnets hälsa kan man tidigt upptäcka om utvecklingen avstannar eller om barnet har några funktionsnedsättningar i till exempel språkutveckling, hörsel eller syn. Alla barn får regelbunden kostnadsfri tandvård. Genom att följa utvecklingen av tandhälsan i Östergötland kan vi se att nästan alla 3-åringar är kariesfria (95 %). Andelen kariesfria treåringar har varit relativt konstant sedan början på 1990-talet men det finns stora skillnader i olika grupper. En riskgrupp är invandrar- och flyktningbarn och barn till föräldrar som av olika skäl har svårt att orka med att vara förälder. De barn som redan har utvecklat karies i den här åldern bör uppmärksammas eftersom karies ofta är en varningssignal för annan ohälsa [39, 40]. Tandvården kan upptäcka dessa barn tidigt och i samarbete med BVC stödja föräldrarna till god munhygien och bra matvanor. Tandvården har goda möjligheter att påverka barns hälsa eftersom de är den enda aktör som träffar barnen regelbundet ända tills de blir vuxna.

## Jämlik hälsa på förskolan?

Idag är de flesta föräldrar yrkesaktiva. Ungefär 90 procent av alla barn i Östergötland mellan 1 och 5 år är inskrivna i förskolan eller familjedaghem. När barnen är 4 till 5 år är i princip alla inskrivna i förskolan [41]. Förskolan spelar en viktig roll för barnens utveckling, lärande och kan vara en viktig arena för att jämna ut skillnader i barns livsvillkor och hälsa.

"Min lillebror ska börja på dagis, men han måste få längre armar och ben först."  
3-åring



## För stora barngrupper?

Idag börjar de allra flesta östgötska barn förskolan redan i ett-årsåldern och vistelsetiden för barnen har ökat de senaste åren. De allra flesta barn trivs bra på förskolan enligt föräldrarna [16]. Ett riktmärke för att barn ska utvecklas på bästa sätt är cirka 15 barn per grupp. De allra minsta barnen bör vara i något mindre grupper om 10 till 12 barn [42]. Genomsnittet i Östergötland är 18 barn per avdelning men på vissa ställen är barngrupperna så stora som 26 barn. De flesta av de yngsta barnen (0-3 år) är i grupper med 14 till 16 barn och nästan en fjärdedel i grupper med 17 barn eller fler [41]. När barngrupperna innehåller uppåt 20 barn blir tillsynen av barnen sämre samtidigt som barnen lättare blir arga och ledsna [42]. En annan aspekt på stora barngrupper är resistent bakterier. Om man minskar storleken på förskolans barngrupper kan också spridningen av antibiotikaresistenta pneumokockbakterier minska [43]. Barn blir ofta sjuka under den första tiden på förskolan eftersom de utsätts för nya typer av bakterier och virus. Omkring 20 till 30 procent av barnens luftvägsinfektioner går att kopplas till vistelsen på förskolan [44].

## Personaltätheten minskar men kompetensen ökar

Samtidigt som barngrupperna har blivit större har personaltätheten minskat. År 1990 var den 4,2 barn per årsarbetare i Sverige [45]. Nästan 20 år senare är genomsnittet 5,5 barn per årsarbetare i Östergötland. Personalen är välutbildad och nästan alla har pedagogisk högskoleutbildning eller annan utbildning för att arbeta med barn. En viktig aspekt när det gäller personalen är fördelningen mellan kvinnor och män. År 2009 var endast tre procent av de anställda män och andelen har varit i stort sett konstant under de senaste tio åren [41].

## Buller och bång i lagom nivå

Bullerstörningar kan vara ett av de mest utbredda miljöproblemen för barn i Sverige. Förutom samhällsbuller störs många barn av ljudnivån på förskolan. Att barn är högljudda är normalt, men även om barn själva åstadkommer mycket ljud tål de inte höga ljudnivåer bättre än vuxna. Ljudmiljön påverkar barn både fysisk, psykiskt och socialt. Buller kan till exempel leda till koncentrationssvårigheter, stress och en ökad risk för förhöjt blodtryck. En utmaning för förskolorna är att minska skadligt buller och skapa en ljudmiljö som främjar utveckling, lärande och hälsa [46].



## Förskolan kan främja goda matvanor och rörelseglädje

Förskolan har en viktig roll för att skapa förutsättningar för goda matvanor och rörelseglädje. Förskoleåldern är en tid då många vanor och attityder grundläggs och i läroplanens mål kan man läsa: "Förskolan skall sträva efter att varje barn utvecklar sin motorik, koordinationsförmåga och kroppsuppfattning samt förståelse för vikten av att värna om sin hälsa och sitt välbefinnande". Vidare kan man läsa att "barnet ska kunna växla mellan olika aktiviteter under dagen. Verksamheten ska ge utrymme för barnens egna planer, fantasi och kreativitet i lek och lärande såväl inomhus som utomhus. Utomhusvistelsen bör ge möjlighet till lek och andra aktiviteter både i planerad miljö och i naturmiljö" [47]. En rymlig utemiljö med träd, buskage och kuperad terräng ökar barnens fysiska aktivitet och främjar den sociala, känslomässiga och kognitiva utvecklingen [48, 49].

## Leka själv, med kompisar eller vara med familjen



"Handens fingrar kan beskriva balans i livet. Ett finger för vila, ett för att äta, ett för relationer, ett för fritid och ett för fysisk aktivitet och att göra roliga saker med andra."



### Bra vardagsmiljöer kan främja lek och hälsa

I en studie från 2010 som undersöker de yngre barnens (5-9 år) medievanor svarar de flesta föräldrarna att barnen oftast leker, antingen själva eller tillsammans med kompisar. Det är också vanligt att barnet gör saker tillsammans med familjen [50]. Förr lekte barnen mer fritt i närmiljön, på gårdar, gator, skogspartier eller andra allmänna områden. Idag har sådana utrymmen begränsats samtidigt som antalet färdiga lekplatser och bollplaner ökat. Barnen har därför successivt fått en allt mer säker miljö för lek och fritid och en mer organiserad tillvaro med planerade aktiviteter som leds av vuxna [46]. Uppskattningsvis är endast en procent av alla lekplatser i landet byggda för att vara tillgängliga för barn med funktionsnedsättning. Det kan utestänga funktionshindrade barn från att leka med andra och begränsa deras tillfällen att röra sig [51]. Kunskap om hur förskolemiljöer ska utformas för att främja barns hälsa kan användas på barns utemiljöer generellt. Bra vardagsmiljöer kan utlösa spontant hälsosamt beteende vilket är betydelsefullt eftersom den fria leken idag konkurrerar med många stillasittande aktiviteter [52].

### Bolibompa regerar

Tv är det mediet som barnen börjar använda allra tidigast och sedan använder överlägset mest. Barnprogrammet Bolibompa är det dominerande tv-programmet. Att titta på tv är också det som föräldrar och barn oftast gör tillsammans. Debutåldern för internet är cirka 4 år. Barn mellan 2 och 5 år använder internet för att spela spel, rita och lyssna på musik. Även när det gäller internet är Bolibompas hemsida på topplacering [50].

# Sjukvård behövs trots välmående barn

Östergötland har liksom Sverige generellt en låg spädbarnsdödlighet. På 35 år har dödligheten minskat från 8 barn till under 2 per 1 000 levande födda barn [24]. De allra flesta barn mår bra men ibland behövs hälso- och sjukvården.

## Barn med låg födelsevikt dominerar vården

Ungefär 6 100 barn mellan 0 och 5 år var 2010 inlagda på sjukhus i Östergötland, oftast under nyföddhetsperioden eller på grund av låg födelsevikt [53]. Under de senaste åren har andelen barn med låg födelsevikt ökat. Dödligheten bland dessa barn är den lägsta i världen och barn som vid födseln bara väger 400 gram överlever allt oftare. Idag överlever hälften av barnen som föds i vecka 23. Därefter ökar chansen för överlevnad och efter vecka 28 kan man jämställa överlevnaden med den hos helt fullgångna barn. Att barnet föds innan vecka 28 innebär risk för bestående handikapp som exempelvis hjärnblödning, tarmskada, ögonskada eller lungskada. Ju mer outvecklat barnet är vid

födseln, desto större är risken för skada. Vart tionde av länets nyfödda barn vårdas inom nyföddhetsvården. De flesta vårdas för att de är för tidigt födda men det finns också barn som vårdas för till exempel gulsot, infektioner, missbildningar och svårigheter med anpassningen efter förlossningen [54].

## Hjärtebarn i den planerade barnsjukvården

Den planerade barnsjukvården för barn mellan 0 och 5 år handlar till stor del om födoämnesallergi och medfödda sjukdomstillstånd som hjärtsjukdomar. Ungefär fem till tio procent har någon överkänslighet mot födoämnen som upptäcks redan i tidig barndom. Medfödda hjärtsjukdomar drabbar knappt en procent av alla nyfödda vilket i Östergötland motsvarar ungefär 40 barn per år. Majoriteten av dessa diagnoser ställs under nyföddhetsperioden och ungefär 40 procent kräver kirurgisk behandling, oftast redan i spädbarnsåldern [55].



"Jag fick panik, mitt barn fick plats i handflatan och jag funderade hela tiden på om hon skulle klara sig".

## Snoriga och hostiga barn i primärvården

Sjukdomar i andningsorganen, öronen och infektioner är de främsta anledningarna till att 0-5-åringarna söker primärvården. En stor del av sjukvårdsbesöken beror också på sjukdomar i magen, tarmarna och huden, att barnet har ospecifika symtom eller för att föräldrarna är oroliga för att barnet har en allvarlig sjukdom [55]. Barn som besöker sjukhus gör det också ofta på grund av skador och förgiftningar [53]. Skador bland de allra yngsta barnen (0-3 år) sker främst i hemmet. Ofta beror skadan på att barnet har fallit i en trappa eller fallit ur en stol eller spjäsäng. Många skador beror också på att barnet har klämt sig, råkat ut för en brännskada eller drabbats av förgiftning [56].

*"Att må bra är när kroppen inte har över 37 i sån där kroppstemperatur."  
5-åring*

Cirka 28 000 samtal per år till Giftinformationen rör småbarn mellan 1 och 3 år [55]. När barnet blir något äldre (4-6 år) sker fortfarande de flesta skadorna i hemmet men nu tillkommer skador som sker i samband med barnomsorg. De vanligaste skadorna är fortfarande fall- och klämskador. Drunkning är den vanligaste typen av dödsolyckor i denna åldersgrupp [56].



## Barnens hälsa ligger i vuxnas händer

Varje 0-5-åring, sjuk eller frisk, har rätt att må bra, känna sig betydelsefull och ha förväntningar på sin framtid. Men många barn har redan på förhand sämre förutsättningar på grund av föräldrarnas ekonomiska eller sociala situation. Skillnaderna mellan hög- och låginkomsttagare har dessutom ökat under senare år [18, 19]. Det är därför en utmaning att utjämna klyftorna i livsvillkor och hälsa.

Det är ingen nyhet. Redan i början på 1990-talet skrevs en omfattande rapport i Östergötland om barn och ungdomars hälsa med slutsatsen att en heltäckande och aktuell bild saknades. Man diskuterade behovet av en länsgemensam databas för att bättre kunna prioritera, fördela resurser och följa upp insatser, men även för att kunna studera förändringar och orsaker till ohälsa. Barn och ungas egna behov och synpunkter skulle användas mer i planering och behovsanalyser. En oro fanns inför en ökad psykisk ohälsa och tydliga förebyggande och hälsofrämjande insatser efterlystes istället för åtgärder när problem uppstått.

Det fanns också behov av en tydligare samverkan [57]. Mycket av det som nämndes i rapporten för tjugo år sedan är fortfarande aktuellt:

- Tillämpning av barnkonventionen
- Samlad kunskap
- Samverkan
- Balans mellan stöd och egen förmåga

### Tillämpning av barnkonventionen – den måste omfatta alla

Om vi når de yngsta barnen och föräldrarna på deras villkor är det ett sätt att synliggöra deras synpunkter. Barnkonventionen måste sättas i handling och det är en utmaning att den omfattar alla. Vi måste nå de familjer som vi oftast inte når och ett utvecklingsområde är därför språk- och kulturkompetens inom berörda organisationer.



### **Samlad kunskap – det är stor skillnad på en nyfödd och en femåring**

Ofta redovisas statistik för barn gruppvis mellan 0 till 5 år, och ibland med ännu större åldersspann. Det behövs en förfinad åldersindelning, eftersom det är stor skillnad på en nyfödd och en femåring. Det är angeläget att få kunskap om barnens självs kattade hälsa, deras livsstil och trivsel såväl hemma som på förskolan. Idag genomförs lokala undersökningar om exempelvis barns trivsel och trygghet på förskolan som bara ger en ögonblicksbild. Det saknas däremot en helhetsbild av barnens livsvillkor och hälsa som kan användas för att följa trender och att studera samband. En kunskap som är en förutsättning för att kunna se behov, prioritera och följa upp insatser. Inom barnrättspolitikerna i Sverige pågår ett utvecklingsarbete med att ta fram indikatorer för att mäta barns livsvillkor och hälsa. Det kommer att ligga till grund för nationell, regional och kommunal uppföljning [2, 59].

### **Samverkan – kreativa lösningar**

Ett exempel på samverkan är familjecentraler. Syftet är att samordna olika aktörer för att bland annat göra tidiga insatser för barn i utsatta miljöer. I familjecentralsverksamhet bygger samverkan på gemensamma mål och tydlig ansvars- och

rollfördelning. Kan man hitta kreativa vägar förbi hinder som exempelvis ekonomi och olika budgetsystem finns goda möjligheter att utveckla samverkan.

### **Balans mellan stöd och egen förmåga – för hälsan**

Det gäller att hitta en balans mellan att lyfta människors tro på sin egen förmåga och samhällets goda ambitioner att förebygga. Det finns en tendens att samhället antyder vad som krävs för att garantera en god barndom. Budskaperna är många och den medicinska kunskapen blir större och mer tillgänglig. Dessutom kan larmrapporter i media skapa obefogad oro. Risken är att föräldrar blir mer oroliga och stressade över sin och sina barns situation. Att barnen blir överbeskyddade av sina föräldrar som överför sin egen rädsla och oro till barnen, som kan leda till att barnen kanske tappar tron på sin egen förmåga att hantera livet [60-62].

### **Från ord till handling**

Hälsa bland östgötska barn och unga är avgörande för utvecklingskraften i regionen. Men det är inte bara en förutsättning för regional utveckling och tillväxt, utan en rättighet för barn här och nu. Hur går vi från ord till handling och skapar jämlika uppväxtvillkor för barn och unga i Östergötland?



# Referenser

1. UNICEF, Barnkonventionen. FNs konvention om barnets rättigheter. 2009: Stockholm.
2. Regeringen, Proposition 2009/10:232, Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige, Socialdepartementet, 2010.
3. Landstinget i Östergötland, Data från Supercross, SCB. 2011, Folkhälsocentrum.
4. SCB online, Befolkningsstatistik [www.scb.se](http://www.scb.se). 2011.
5. Migrationsverket, Samarbete för ensamkommande barns bästa, in 4:2010. 2010.
6. Andersson, H.E., Ascher H., Björnberg, U. & Eastmond, M., Mellan det förflutna och framtiden - Asylsökande barns välfärd, hälsa och välbefinnande. 2010: Göteborg: Geson Hylte Tryck
7. Al-Baldawi, R., Culture, migration and the reconstruction of individual identity and family structure. (S. 217-233), in Reflections on diversity and change in modern society : a Festschrift for Annick Sjögren. 2002: Botkyrka.
8. Myndigheten för internationella adoptionsfrågor, Barn som anlänt till Sverige för adoption, länsvis. 2011, <http://www.mia.eu/>.
9. Hjälpmedelinstitutet, Så många barn... har någon långvarig sjukdom eller något funktionshinder. 2002: Stockholm.
10. Lagerberg, D. & Sundelin, C., Risk och prognos i socialt arbete med barn. Forskningsmetoder och resultat. 2000: Gothia.
11. Socialstyrelsen online. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se). 2011.
12. Brottsförebyggande rådet data online, [www.bra.se](http://www.bra.se). 2011.
13. English, D.J., The extent and consequences of child maltreatment. Future child, 1998: p. 8: p. 39-53.
14. Landstinget i Östergötland, Data från nationella enkäten Hälsa på lika villkor 2009, lokalt urval Östergötland. 2009: Folkhälsocentrum.
15. SCB online. [www.scb.se](http://www.scb.se). 2011.
16. Borgstedt - Risberg, M., Barns hälsa och miljö i Östergötland, in Rapport 2005:7. 2005, Folkhälsovetenskapligt centrum Linköping.
17. Statistiska centralbyrån, Undersökningar om levnadsvaneförhållanden (Ulf) [www.scb.se](http://www.scb.se). 2011.
18. Socialstyrelsen, Social rapport 2010. 2010: Stockholm.
19. Salonen, T., Årsrapport 2010. Barns ekonomiska utsatthet, Rädda Barnen, 2011.
20. Statens folkhälsoinstitut online. [www.fhi.se](http://www.fhi.se). 2011 [cited].
21. Markström, A.-M., Simonsson, M., Söderlind, I. & Ånggård, E (red)., Barn, barndom och föräldraskap. 2009, Falun: Carlsson.
22. Försäkringskassan online, [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se). 2011.
23. Försäkringskassan, En studie av sambandet mellan pappors föräldradighet och deras kontakt med sina barn, in Socialförsäkringsrapport 2009:1 2009.
24. Socialstyrelsen, Graviditeter, förlösningar och nyfödda barn. 2009: Stockholm.
25. Statens folkhälsoinstitut, Tidigt föräldrastöd - en fördjupad beskrivning och analys av det tidiga föräldrastödet inom mödra- och barnhälsovården. 2006: Östersund.
26. Wadsby M., S.C.-G. & Sydsjö G, Children of mothers at psychosocial risk growing up: A follow up at the age of 16. Journal of Adolescence, 2007. 30(1): page 147-164.
27. Sarman I., Alkohol, graviditet och barns utveckling. 2009: Statens folkhälsoinstitut, Östersund.
28. Mattsson L-Å. & Ladfors L., Övervikt och fetma - en riskfaktor vid graviditet och förlösning. Läkartidningen, 2003. 100(48).
29. Claesson I-M., Weight gain restriction for obese pregnant women, an intervention study. 2010, Linköping University Medical Dissertation
30. Landstinget i Östergötland, Verksamhetsbeskrivning 2010. 2010, Barnhälsovårdsenheten i Östergötland.
31. Wickberg G. & Hwang P., Post partum depression - nedstämdhet och depression i samband med barnafödande, in R 2003:59. 2003: Statens Folkhälsoinstitut, Östersund.
32. Stiftelsen Allmänna Barnhuset, Att knyta an, en livsviktig uppgift. Om små barns anknytning och samspel, in 2007:5. 2007: Stockholm.
33. Landstinget i Östergötland, Verksamhetsbeskrivning spädbarnsenheten Timjan, 2010.
34. Nordicom online. Nordiskt kommunikationscenter för medie- och kommunikationsforskning, [www.nordicom.gu.se](http://www.nordicom.gu.se). 2011
35. Bungum, B., Barndommens tid og foreldres arbeidsliv, in NTNU. 2008.
36. Turkle, S., Alone Together: Why we expect more from technology and less from each other. 2011: Basic Books.
37. Landstinget i Östergötland, Om skolbarns hälsa i Östergötland - från en nationell kartläggning, in Rapport 2010:2. 2010: Folkhälsovetenskapligt centrum.
38. Livsmedelverket, Riksmaten - barn 2003. Livsmedels- och näringsintag bland barn i Sverige. 2003: Uppsala.
39. Aronsson, K., & Mako, E., Tandhälsan hos barn och ungdomar 3-19 år i Östergötlands kommuner år 2009. 2010, Landstinget i Östergötland, Folkhälsovetenskapligt centrum

40. Aronsson K. & Mako E., Uppföljning av tandhälsan hos barn och ungdomar i Östergötland år 1994-2009. 2010: Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötland.
41. Skolverket online. [www.skolverket.se](http://www.skolverket.se). 2011.
42. Holmgren S., Child day care center or home care for children 12-40 months of age - what is best for the child? A systematic literature review., in R 2009:09 2009: Statens folkhälsoinstitut, Östersund.
43. Karlsson D., Studies on emergence and spread of antibiotic resistant *Streptococcus pneumoniae*. 2010, Karolinska Institutet, Stockholm.
44. Bremberg, S., & Eriksson, L. (red), Investera i barns hälsa. 2010: Gothia förlag.
45. Barnombudsmannen, Upp till 18 - fakta om barn och ungdom. Barnombudsmannen rapporterar BR 2010:01. 2010: Stockholm: Fritzes.
46. Socialstyrelsen, Miljöhälsorapport 2005. 2005: Stockholm.
47. Skolverket, Läroplan för förskolan Reviderad 2010, in Lpfö 98. 2010: Stockholm.
48. Boldeman, V., Blennow, M., Dalh, H., Mårtensson, F., Ramstorp, A., Yuen K. & Wester, U., Impact of preschool environment upon children's physical activity and sun exposure. *Preventive Medicine*, 2006. 42(4): p. p 301-308
49. Mårtensson F. & Boldemann.C., Söderström M., Blennow M., Englund J-E., & Grahn P., Outdoor environmental assessment of attention promoting settings for preschool children. *Health & Place*, 2009. 15(4): p. p 1149-1157.
50. Medierådet, Småungar & Medier 2010 - Fakta om små barns användning och upplevelser av medier. 2010: Stockholm.
51. Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar, Årsrapport 2006. Leka för livet. 2006.
52. Stockholms läns landsting, Förskolemiljöer och barns hälsa. 2005: Stockholm.
53. Landstinget i Östergötland, Data från Landstingets i Östergötlands Vårdcentraler. 2011: Folkhälsocentrum.
54. Olhager, E. 2011: Barn- och ungdomskliniken, Universitetssjukhuset i Linköping, Landstinget i Östergötland.
55. Strömberg, L., Barnläkare, Vrinnevisjukhuset, Landstinget i Östergötland. 2011.
56. Schyllander, J., Olycksfall bland barn och ungdomar, in NCO 2007:6. 2007, Nationellt centrum för lärande från olyckor, Räddningsverket.
57. Landstinget i Östergötland, Barn och ungdomars hälsa. Analysdel med sammanfattande kommentarer som bygger på underlagsdelen Barn och ungdomars hälsa. 1996.
58. Barnombudsmannen online, [www.barnombudsmannen.se](http://www.barnombudsmannen.se). 2011.
59. Köhler, L., Indikatorer för barns hälsa i Sverige. Bidrag till ett kommunalt barnindex, R. Barnen, 2004.
60. Lindblad, F. & Lindgren, C., Välfärdslandets gåta. Varför mår barnen inte lika bra som de har det? 2009: Stockholm: Carlssons.
61. Köhler, L., Varför mår barnen sämre än de har det? *Läkartidningen*, 2007. 104(26-27): p. 1989-91.
62. Barnombudsmannen, Kom närmare. Om att överbrygga avståndet till barn och vuxna. 2009: Stockholm.

## Folkhälsocentrum

Landstinget i Östergötland

[www.lio.se/fhc](http://www.lio.se/fhc)

**Grafisk form och layout:** ZON Reklambyrå

**Tryck:** LTAB

Mars 2011



Landstinget  
i Östergötland