

Sydöstra sjukvårdsregionen

RPO Barn och ungdomars hälsa

Årsrapport 2022

Innehåll

Årsrapport 2022 för RPO Barn och ungdomars hälsa	2
Bakgrund	2
NPO barn och ungdomars hälsa.....	2
RPO Barn och ungdomars hälsa	2
Sammanfattande analys	3
Covid pandemi och RS epidemi	3
Utmaningar	3
Resultat av genomförda aktiviteter	5
Barnkonventionen - Barnanpassad vård	6
Kvalitet och tillgänglighet	6
Lika vård.....	8
Samverkan samt implementering och uppföljning av kunskapsstöd	8
Ekonomi – effektivisering	9
Volym och produktion	10
Rapport från respektive regional arbetsgrupp (RAG)	17
Allergi och astma hos barn och unga	17
Behandling av obesitas hos barn och unga	18
Diabetes hos barn och unga	18
Neonatologi	20
Regionalt cancercentrum (RCC).....	20
Bilaga 1, Rapport från RAG Behandling av obesitas hos barn och unga	25
Bilaga 2, Rapport från neonatalverksamheterna i Sydöstra sjukvårdsregionen baserat på resultat 2018-2022, RAG Neonatologi	32

Årsrapport 2022 för RPO Barn och ungdomars hälsa

Bakgrund

NPO barn och ungdomars hälsa

Sydöstra sjukvårdsregionen är värregion och representeras i NPO av Simon Rundquist, som fram till årsskiftet 2022/23 var ordförande, därefter ledamot. Martina Larsson är processtöd.

NPO är fortsatt inne i en expansiv fas. I takt med att kunskapsstyrningen utvecklas går man från uppbyggnad till utveckling. En övergripande pågående utveckling är uppföljning och analys, där man försöker hitta system för att följa upp det man gör på lämpligt sätt för att säkra att man gör rätt saker och att förändringar också blir förbättringar. I november 2022 gick tre stora arbeten på remiss, vårdförlopp Traumatisk hjärnskada (TBI), Behandling av obesitas hos barn och ungdomar, Långvarig smärta hos barn och ungdomar. Vårdprogrammet för migrän som gjorts tillsammans med NPO nervsystemets sjukdomar slutfördes. I samtliga dessa NAG har sydöstra haft deltagare.

Under 2022 nystartades en Nationell arbetsgrupp (NAG) kring digitala vårdmöten där Jessica Brorsson från Kalmar är sammankallande. NPO har också tagit över ansvaret för de Nationella kliniska kunskapsstöden, NKK. Dessa är främst riktade till primärvården och det finns ett femtiotal sådana kunskapsstöd som uppdateras med jämna mellanrum. Barnhälsovården har en permanent arbetsgrupp där sydöstra sjukvårdsregionen har två deltagare. I takt med att nya vårdprogram presenteras krävs ett brett implementeringsarbete där RPO har en central roll.

NPO är delaktig i ett arbete kring prevention barnfetma och samarbetar med socialstyrelsen kring uppbyggnaden kring nationellt högspecialiserad vård. NPO har ett brett samarbete med myndigheter kring riktlinjer, remisser, referensgrupper, sakkunniggrupper, regeringsuppdrag och utredningar. Socialstyrelsen, folkhälsomyndigheten och läkemedelsverket är särskilt nära samarbetspartners.

Det finns en bred samarbetsyta med andra NPO och professionsföreningar. RPO utgör en central del i kunskapsstyrningssystemet och ägnar mycket tid åt att diskutera frågor som handlar om kunskapsstyrningen och NPO. NPO har också två kommunala representanter där båda kommer från kommuner inom sydöstra sjukvårdsregionens område. Det finns ett behov av ett tydligare nätverk som stöd till dessa båda ledamöter.

Under 2023 planeras bland annat en hearing inför eventuellt kommande insatser om uppföljning av ”de nya överlevarna”, samt en NAG om språkstörning och en inom neonatalvård/BB om Samvård/initial hud-mot-hud kontakt.

RPO Barn och ungdomars hälsa

I RPO Barn och ungdomars hälsa är Catrin Furuhjelm ordförande och Veronica Ottosson är processtöd

Region Jönköpings län, Region Kalmar län och Region Östergötland bildar tillsammans Sydöstra sjukvårdsregionen. Sjukvårdsregionen organiserar regionala medicinska programområden (RPO) som i omfattning motsvarar de nationella programområdena som landstingen och regionerna beslutat samverka i för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård.

Utgångspunkten för arbetet i programområden och samverkan kring kunskapsstyrning är att bästa möjliga kunskap ska vara tillgänglig i varje möte mellan patient och vårdpersonal. Det sammanhållna systemet för kunskapsstyrning ska stödja ett kontinuerligt och gemensamt lärande där sjukvårdsregioner gör varandra framgångsrika. RPO Barn och ungdomars hälsa arbetar efter uppdragsbeskrivningen för regionala programområden i Sydöstra sjukvårdsregionen. Det bor ca 225 400 barn <18 år (2022) i Sydöstra sjukvårdsregionen och det finns 5 barn- och ungdomsmedicinska kliniker. Jönköping, Kalmar, Västervik, Norrköping och Linköping. Vid samtliga kliniker bedrivs såväl sluten som öppenvård, dagsjukvård och akutverksamhet för barn. Barnhälsovård erbjuds till alla länets barn upp till sex års ålder.

Sammanfattande analys

Våra medicinska resultat fortsätter att hålla hög nivå. Vårdtillfällen per capita är mycket olika, sköterskebesök i öppenvård och på akuten likaså. Det speglar att arbetssätt och förutsättningar är olika. Trender är mindre sjukhusvård, mer öppenvård och kontakter via telefon/ video. Det sistnämnda används dock inte lika mycket nu när COVID restriktionerna är borttagna. Under året har vi sett fler barn över två år med andningsbesvär inlagda på våra sjukhus. En förklaring kan vara de intensiva utbrotten av olika luftvägsinfektioner som kommit efter COVID pandemin. Inom diabetesområdet ser vi en förbättring av barnens blodsockervärden över tid, vilket mäts med HbA1c. Vi har i regionen mycket att vara stolta över. Vårt ökande fokus på medicinska resultat gör att vi också stärks i vår RPO-grupp. Tillsammans kan vi nå bättre resultat och förbättra värden för barn och ungdomar.

Covid pandemi och RS epidemi

Under början av 2022 blev ett stort antal barn sjuka i Covid-19 i samband med den stora spridningen av omikronvarianten. Sjukdomsförloppet var hos de allra flesta barnen var lindrigt. Omikronvarianten verkar inte i samma grad påverka immunförsvaret och fallen av inflammationskomplikationen MIS-c har minskat i antal. Sjukvården påverkades i början av 2022 kanske främst genom ökad sjukfrånvaro bland personalen och en minskad tillgänglighet till viss vård.

RS epidemin var onormalt tidig och kraftig under säsongen 2021/2022 och ställde höga krav på den akuta barnsjukvården. Det är nu för tidigt att helt summera säsongen 2022/2023 men den ser ut att också var kraftig med ett stort antal sjukhusinläggningar.

Utmaningar

Kvalitet och tillgänglighet

- Bemanning med god kompetens är a och o inom barnsjukvården. Vi bedriver verksamhet med stor bredd och spets, vilket kräver stor kunskap och erfarenhet i alla personalkategorier. Gemensamma satsningar på utbildning är därför viktiga. Bakjurskursen och neo-IVA utbildningen är goda exempel på gemensamma satsningar. Under 2022 har BASTU-utbildningen fortsatt för våra ST läkare och den har fallit väl ut.
- Nya överlevare ställer stora krav på kompetens och resurser. Slutenvården har idag ett helt annat innehåll jämfört med för 10 år sedan, med betydligt högre vårdtyngd och behov av teknisk utrustning.
- Tekniska hjälpmedel som ökar kvalitet för patienter och effektivisera arbetet utvecklas hela tiden. Det ställer barnets perspektiv på sin spets. Inom regionen arbetar vi för en ökad tillgänglighet till digitala vårdtjänster för ungdomar. Samtidigt vill vi behålla samma vårdkvalitet. Utredning och utvärdering behövs gällande hur digitala vårdmöten påverkar barnets delaktighet.
- Målet är att kunna vårda barnet så nära hemmet som möjligt och på så sätt förbättra barnets förutsättningar i livet. Tekniska hjälpmedel och samverkan mellan de olika aktörerna omkring barnet kan utöka dessa möjligheter.

•

Lika vård

- NPO-systemet utför ett viktigt arbete inom kunskapsstyrningen. Många processer har startats där man behöver ha med barnperspektivet. RPO barn och ungdomars hälsa har en aktiv roll i att bemanna de olika nationella arbetsgrupperna samt att lokalt implementera de nya kunskapsstöden.
- Vi har i hela regionen implementerad SWE-PEWS (pediatric early warning score). Önskan att det kan integreras i våra journalsystem är högst aktuell men svår att genomföra pga långa handläggningstider.
- Nära vård främjar barnens hälsa och utveckling. Vi har behov av ett projekt där lägsta nivå av hemsjukvård/ palliativ vård för barn definieras och stöttning ges för att alla barn i regionen skall kunna ha tillgång till detta.
- Ett projekt kommer starta där man lär sig av varandras arbetssätt inom neonatalvården.
- För att upprätthålla rätt kompetens för varje barn i behov av specialistvård i en organisation som alltmer centraliseras är det oerhört viktigt med en välfungerande transportorganisation samt tillräckligt med BIVA platser i Sverige.

Besvarade remisser och nomineringar under året

Under 2022 har det varit 19 remisser och 14 nomineringar ställda till RPO Barn och ungdomars hälsa.




















Remisser 2022




- Nationellt vårdprogram för 22q11 deletionssyndrom
- Stensjukdom i övre urinvägarna
- Obstruktiv sömnapné hos barn
- Rekonstruktiv kirurgi vid inflammatorisk sjukdom
- Avancerad Crohns sjukdom
- Barnintensivvård
- ECMO
- Interregionala transporter
- Tarmrehabilitering för barn
- Högisoleringsvård
- Riktlinje migrän
- Hypertyreos
- Traumatisk hjärnskada
- Långvarig smärta hos barn och ungdomar
- Obesitas hos barn och ungdomar
- Hyperparatyreodism
- Matallergi
- Lätt traumatisk hjärnskada barn
- Epilepsi

Nomineringar 2022

- NAG gränssnitt och samordning vid övergång till vuxensjukvård för barn
- Njursjukdomar
- DSD - disorders of sex development,
- Koagulationssjukdomar
- Kärldmissbildningar
- Avancerad protesverksamhet
- NAG BHV
- Samvård hud mot hud mor-barn
- Genetisk diagnostik
- Sällsynta sjukdomar
- Barnmisshandel
- Neurofibromatos typ 2
- Fistlar till och från luftvägar
- NAG Svår allergisk rhinokonjunktivit

Resultat av genomförda aktiviteter

Prioriterade förbättringsområden	Aktiviteter	Status
Barnkonventionen Barnanpassad vård	<ul style="list-style-type: none"> Samtliga regioner i RPO Barn och ungdomars hälsa med i Barnanpassad vård. 	
Kvalitet och tillgänglighet	<ul style="list-style-type: none"> Jämföra och dra lärdomar av varandras möjligheter till hemsjukvård inom regionen. Projekt inom neonatalvården för att lära av varandras arbetssätt. Tekniska hjälpmedel och samverkan mellan de olika aktörerna omkring barnet för att barn ska kunna få vård så nära hemmet som möjligt. Öka barns tillgänglighet till digitala tjänster Använda nätverket Barnanpassad vård Gemensamma satsningar på utbildning: <ul style="list-style-type: none"> Bakjournskurs Neo-IVA utbildning Barn-ST-utbildningar Välfungerande transportorganisation samt tillräckligt med BIVA platser. 	      
Lika vård	<ul style="list-style-type: none"> Bemanning och uppstart av regionala arbetsgrupper samt uppdragsbeskrivning. (RAG- Astma och allergi hos barn och unga, - Barnhälsovård, - Behandling av fetma hos barn och unga, - Diabetes hos barn och unga, - Hematologi/Onkologi, - Neonatalvård, - Neurologi och Reumatiska sjukdomar hos barn och unga Integrering SWE-PEWS i journalsystemen Transition 	  
Implementering och uppföljning av kunskapsstöd	<ul style="list-style-type: none"> Intensifiera våra kontakter i vårt RPO med korta avstämningar månadsvis Tät kontakt mellan processtöd NPO och processtöd RPO Strukturerad kontakt mellan NPO, RPO och RAG 	  
Ekonomi och effektivisering	<ul style="list-style-type: none"> Verkningsfullt arbetssätt genom benchmark och jämförelse av data och effektivitet. Koppla analysstöd tätare till RPO för att använda våra mätetal på ett effektivare sätt för mer kunskap och möjlighet till jämförelse och förbättring. 	 
Samverkan	<ul style="list-style-type: none"> Tät kommunikation med NPO Barn och ungdomars hälsa Utforma mötesstruktur för regelbundna träffar mellan RPO och RAG Samverka med andra RPO:er 	  

Ej startat  Pågår  Klart 

Barnkonventionen - Barnanpassad vård

Barnens perspektiv behövs för att få fram vad som är viktigt och betydelsefullt i barnsjukvården. Vården ska vara anpassad utifrån barnens behov.

I sydöstra sjukvårdsregionen har fler av barnklinikerna anslutit sig till det nationella nätverket ”Barnanpassad vård” www.barnanpassadvard.se och genomfört granskningar av verksamheten ihop med en annan klinik.

- Kalmar har haft ett utbyte med Växjö, är godkända.
- Jönköping och Norrköping har granskat varandra, är godkända och klara. Norrköping arbetar vidare med reservationer. Jönköping har åtgärdat samtliga kriterier där det fanns reservationer.
- Linköping och Örebro granskar varandra, arbete pågår.
- Västervik och Visby har ett utbyte och är på gång och granskning sker i mars 2023.

Vården granskas utifrån fem olika områden

1. Vårdprocess och organisation
2. Miljö
3. Trygghet, delaktighet och information
4. Lärande, inflytande och påverkan
5. Rättigheter

Inom varje område finns ett flertal frågeställningar (kriterier) som bedöms av såväl egen klinik som granskande klinik. Även barn och vårdnadshavare ska vara med och bidra med input.

De verksamheter som samverkar utbyter rapporter med varandra, genomför granskningsbesök hos varandra och ger återkoppling på styrkor och svagheter.

Ett betydelsefullt arbete som sätter fokus på delar i verksamheten som fungerar bra och delar som behöver förbättras där utgångspunkten är barnens perspektiv.

Kvalitet och tillgänglighet

Hemsjukvård

Hemsjukvård är ett komplement till inneliggande vård och möjliggör att barn i högre grad får vistas i sin hemmiljö och ger familjerna möjlighet till ett mer normalt liv. Inom sydöstra sjukvårdsregionen löser man det praktiskt på lite olika sätt. Det finns fortfarande på många håll utvecklingsmöjligheter.

I Jönköpings län finns ett länsgemensamt avtal mellan region och 13 kommuner sedan 2012. Avtalet innebär att alla invånare i länet oavsett ålder eller diagnos har rätt till hemsjukvård i kommunernas regi i samarbete med den specialiserade vården. Tillämpningsanvisningar kopplat till avtalet revideras. Barnkliniken har oftast kvar det medicinska ansvaret för och bistår med kompetens runt enskilda barn. En väl genomförd vårdplanering är grunden för att vården ska bli säker och delarna i patientkontrakt (överenskommelse, fast vårdkontakt, överenskommen tid, sammanhållen plan) är centrala.

Kalmar startade upp hemsjukvård som ett projekt hösten 2020, innan sommaren 2021 genomfördes en utvärdering av projektet där alla var eniga av den positiva effekten av hemsjukvård. Fram till dess att vi får besked om utökad bemanning kommer hemsjukvården fortsatt drivas som projekt.

Västervik har inget avtal. När behov uppstår löser barnkliniken detta med patientens kommuns hemsjukvård, vilket har fungerat bra vid utvärdering.

I Norrköping finns det en väl fungerande barn-LAH verksamhet vardagar 07:30-16:30. På helger och kvällar samarbetar vi med vuxen-LAH när de har möjlighet, remiss skrivs i dessa fall. Skriftligt avtal saknas med kommun och vuxen-LAH.

Barn-LAH finns både i Linköping och Motala och är tillgängliga mån-fre kl. 08:00-16:30 samt lör. kl. 08:00-12:00. Övrig tid samarbetar Barn-LAH med Vuxen-LAH. Vuxen-LAH kontaktas när behov uppstår. Vuxen-LAH kan alltid kontakta barnbakjour vid behov av stöd eller frågor.

Enstaka tillfällen kopplas även kommunens hemsjukvård in, särskilt om barnet/ungdomen bor långväga från Linköping/Motala, kontaktas då vid behov.

Hemsjukvård	Jönköping	Kalmar	Västervik	Linköping	Norrköping
Kan barn i ert upptagningsområde få sjukvård i hemmet?	Ja	Vi har ett projekt sedan hösten 2020 där vi har hemsjukvård 2 dagar i veckan för barn 0-18 år. Inväntar beslut om framtiden. Får även hjälp av hemkommunerna via hemsjukvården.	Vi löser det från fall till fall med hjälp av hemkommunerna via hemsjukvård.	Ja	Ja. Barnklinikens LAH-enhet åker hem till barn och familjer vardagar 07:00 – 17:00.
Bedrivs neonatal hemsjukvård?	Nej, vi har neodag-sjukvård, familjerna får komma till neo. Den kommunala hemsjukvården finns vb det pågår arbete runt detta.	Ja vi har en neonatal hemsjukvård där personal åker hem till familjen.	Vi erbjuder neohemsjukvård men åker inte hem till familjerna utan familjerna kommer tillbaka in till sjukhuset eller håller kontakt med sjukvården över länk.	Ja	Ja. Speciellt neonatal hemsjukvårdsteam finns. Teamet åker ut till familjer ca 2ggr/vecka.
Sker hemsjukvård för barn i alla åldrar?	Ja	Neo – ja för samtliga som uppfyller kriterier. Barn 0-18: De barn som uppfyller kriterierna och som är intresserade. Utifrån de resurser vi har. Har även hjälp av kommunal hemsjukvård.	Endast från neonatalenheten. För övrigt löser vi det från fall till fall med hjälp av hemsjukvården.	Ja	Ja, alla barn och ungdomar 0-18 år.
Sker hemsjukvård i klinikens/ sjukhusets regi eller via samverkan med kommunal hemsjukvård?	Vi samverkar med de 13 kommunerna i Jönköpings län	I samverkan med kommunen, individuella lösningar. Barn 0-18 år är fortsatt ett projekt. Neo – kliniken regi	Vid behov löser vi det tillsammans med hemkommunens hemsjukvård.	Vi samarbetar med Regionens LAH inom vuxen-vården. De hjälper oss med våra barn i behov av stöd nattetid då de är i palliativt skede.	All hemsjukvård sker i barnklinikens regi. Det finns inga skrivna avtal med vuxen-LAH eller kommunen. Behöver vi deras hjälp kvällen/nätter/helger skriver vi remiss och de kan då hjälpa till om de har möjlighet.

Digitala vårdtjänster

De olika barnklinikerna inom sydöstra regionen arbetar lite olika med digitala vårdbesök, men det finns en ambition att utöka i syfte att utveckla den nära vården.

När det gäller digitala vårdmöten är det tydligt att detta inte passar alla familjer eller alla typer av besök, så man måste avväga och resonera med familjen. Det finns också särskilda överväganden kring digitala vårdmöten att ta hänsyn till när det gäller barn och ungdomar, särskilt när det kommer till delaktighet och integritet. Av den anledningen har NPO barn och ungdomars hälsa under 2022 startat en nationell arbetsgrupp för att ta fram ett kunskapsstöd i detta.

Det går att öppna tillgången till att läsa journalen för föräldrar med barn i ålder 13-15 år men från 16 år går det inte. Däremot kommer man inte åt andra tjänster så som att beställa recept, vilket ställer till det ibland. Inte minst i familjer med barn med funktionsnedsättning kan detta medföra svårigheter. Et arbete pågår nationellt för att komma till rätta med detta.

Gemensamma satsningar på utbildningar

Att utbilda nya kollegor är en viktig arbetsuppgift vid sidan av det direkta vårdarbetet. Vid barnklinikerna bedrivs såväl grund- som vidareutbildning av en rad olika vårdprofessioner. Andelen sjuksköterskor med vidareutbildning är ett viktigt kvalitetsmått på omvårdnadskompetensen i barnsjukvården.

Välfungerande transportorganisation och tillräckligt med BIVA-platser

Neo IVA i Linköping har ett regionalt uppdrag att vårda barn efter gestationsvecka 22 och därmed måste kompetens finnas för att transportera akut sjuka nyfödda till andra centra. Under året har NeoIVA i Linköping fått uppdrag och medel från RÖ för att skapa en transportorganisation med beredskap dygnet runt som skall serva SÖSR. RPO barn- och ungdomars hälsa står bakom denna planering. Arbete pågår med riskanalys av arbetsmiljö, patientsäkerhet och barnkonsekvens. Att få igång organisationen full ut kräver en utökning av befintlig sjuksköterske- och läkarbemanning och kommer att ta tid.

Antal BIVA platser i Sverige är inte tillräckligt för det behov som finns. Denna fråga är ständigt aktuell. Under den RS våg som vi upplevde under hösten 2022 blev detta allt mer tydligt. Det är viktigt att antalet platser ökas för de allra svårast sjuka barnen och att rätt kompetens finns för dem. Frågan om IMA vård för barn bearbetas av barncancercentra i Sverige där Linköping finns med. Utifrån det arbetet kan IMA vård utvecklas för alla patientgrupper.

Lika vård

Regionala arbetsgrupper

Under vårt RPO finns åtta regionala arbetsgrupper. Grupperna har i olika grad varit aktiva under 2022. Samtliga var representerade vid avstämningsmöte med RPO Barn och ungdomars hälsa och ett konstruktivt utbyte av erfarenheter och tankar utbyttes. RAG Fetma hos barn och unga arbetar mycket aktivt och redovisar för första gången resultat i separat bilaga 1.

Integrering av SWE-PEWS i journalsystemen

Det är angeläget att det nationella arbetet via Cambio fullföljs, för att mätvärden för barn ska utformas på samma sätt som mätvärden för vuxna i journaltabell i Cosmic. Förändring behövs för att PEWS-värdet ska räknas ut automatiskt vid införande av parametrar (arketypbaserat). Det finns även behov av en mer grafisk presentation.

Alla barnkliniker i sydöstra sjukvårdsregionen använder den nationella versionen swe-PEWS för att upptäcka försämring hos barn som vårdas i slutenvård.

Värden (tex puls, andning mm) förs in i journaltabellen i journalsystemet Cosmic och PEWS-värdet räknas ihop manuellt anpassat efter barnets ålder. Varje enskild barnklinik har utformat och anpassat journaltabellen tillsammans med respektive ansvariga inom it/Cosmic lokalt. Cambio behöver nationellt lägga tid och resurser på att utveckla journaltabellen, swe-PEWS, som ett arketypbaserat verktyg även för barn. Den nationella arbetsgruppen för Swe-PEWS återupptar nu sitt arbete efter pandemin och registrering i journal med översiktlig grafik är ett av huvudspåren i det arbetet.

Samverkan samt implementering och uppföljning av kunskapsstöd

Varje månad har RPO haft avstämningar för att hålla varandra uppdaterade kring remisser, nomineringar och andra punkter som behöver diskuteras gemensamt. Representant från NPO Barn och ungdomars hälsa medverkar vid dessa månadsmöten. De olika RAG bjuds in till möte med RPO en gång per år för avstämning. Varje RAG har en kontaktperson från RPO och processtödet i RPO har kontinuerlig kontakt med respektive RAG. Inför nomineringar till olika grupper hålls kontakt mellan RPO och NPO samt processtöd för dessa båda grupper. En mall har gjorts för att underlätta nomineringsförfarandet.

Ekonomi – effektivisering

Nya utrednings- och behandlingsmöjligheter förlänger liv och ökar vårdkvaliteten för patienter, samtidigt som kostnaderna ökar. Exempel på detta är diabeteshjälpmiddel, genetisk diagnostik och extremt dyra nya läkemedel till sällsynta sjukdomar.

Tekniska hjälpmedel som ökar kvalitet för patienter och kan effektivisera vården utvecklas ständigt. Digitala arbetssätt har ökat i regionen vilket ställer barnets perspektiv på sin spets. Inom regionen arbetar vi för en ökad tillgänglighet för digitala vårdtjänster för ungdomar, samtidigt som vi vill behålla samma vårdkvalitet. Utredning och utvärdering är på gång nationellt gällande hur digitala vårmöten påverkar barns delaktighet.

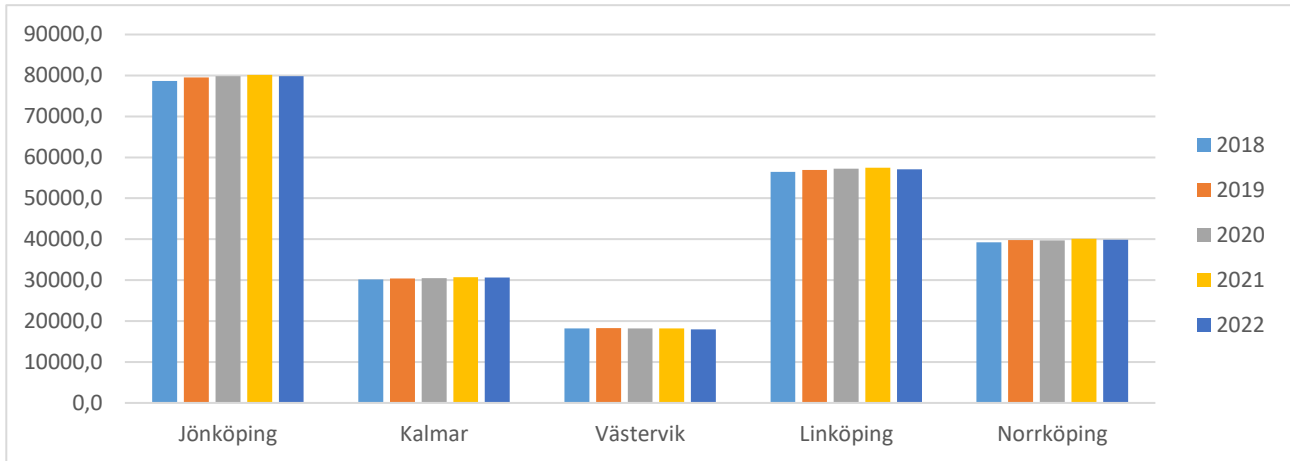
Samhällstrenden är att vilja ha mer individualiserad och bättre vård. Allt fler nationella vårdprogram färdigställs där man beskriver hur man kan bedriva ännu bättre vård, oftast med ännu lite större resurserbehov.

Att bedriva barnanpassad vård ger tydliga vinster i olika dimensioner för barnet och familjen. På verksamhetsnivå ser vi att förbättringar i arbetssätt kan vara mer tidsintensiva och leda till ett ökat bemanningsbehov.

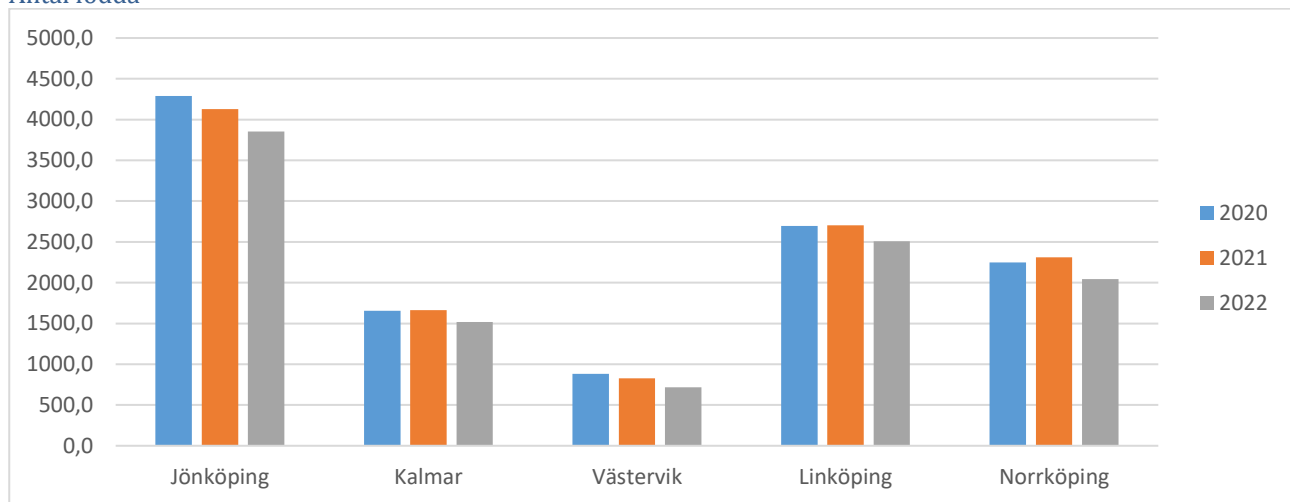
Volym och produktion

Demografi

Befolkning 0-17,99 år

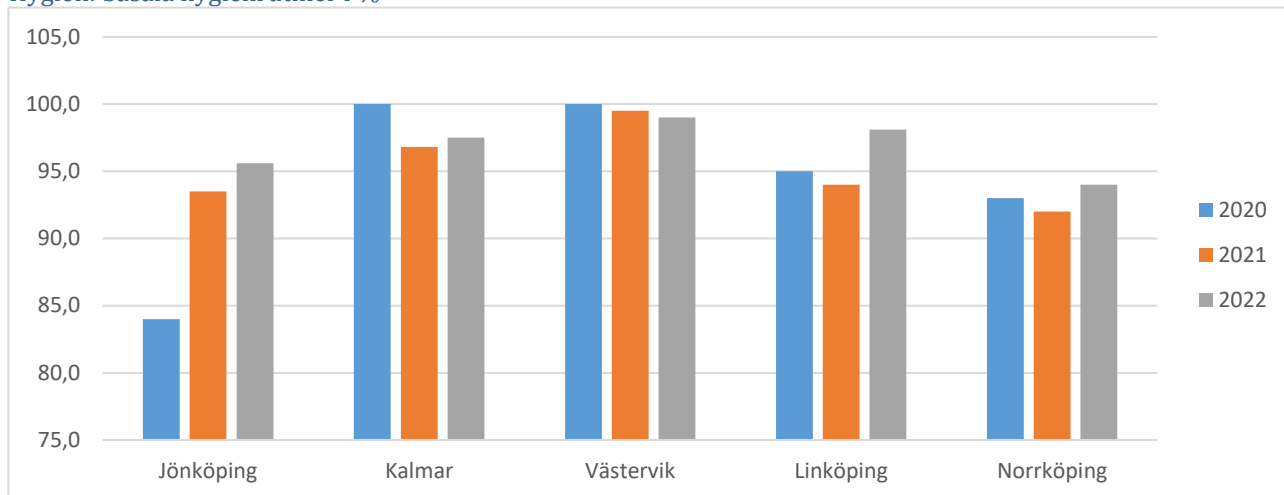


Antal födda



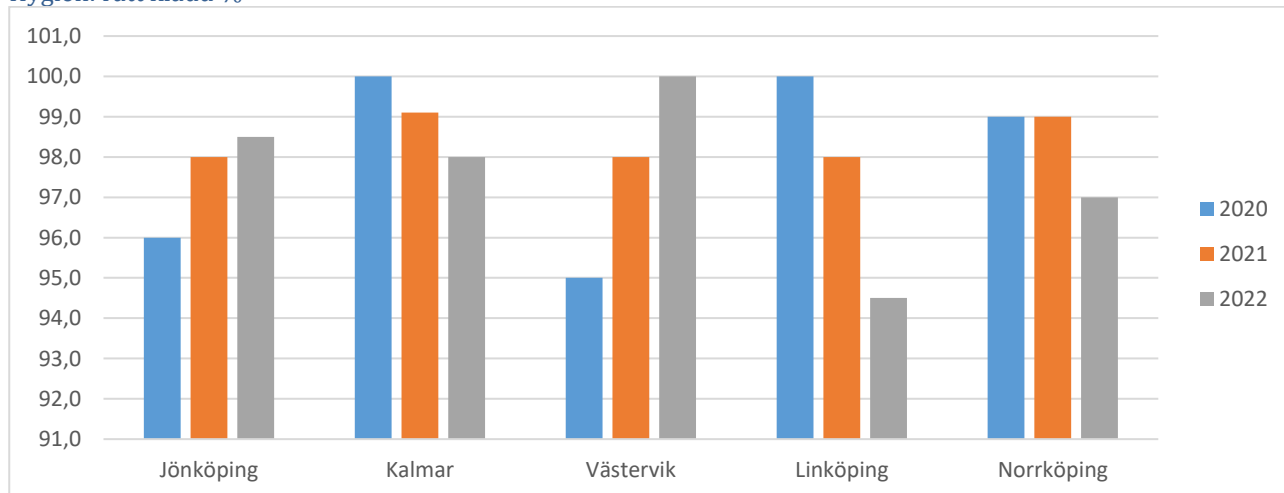
Medicinska resultat

Hygien: basala hygienrutiner i %



Det är viktigt att fortsätta arbetet med basala hygienrutiner. Sydöstra sjukvårdsregionens samtliga kliniker har mycket bra siffror när det gäller basala hygienrutiner samt att man följer uppsatta klädregler. Vissa av klinikerna i Sydöstra sjukvårdsregionen använder sig fortfarande av självskattning i hur man följer hygien och klädregler. Detta vill vi i Sydöstra sjukvårdsregionen arbeta bort och från och med 2021 kommer vi bara att registrera siffror utförda av utbildade observatörer.

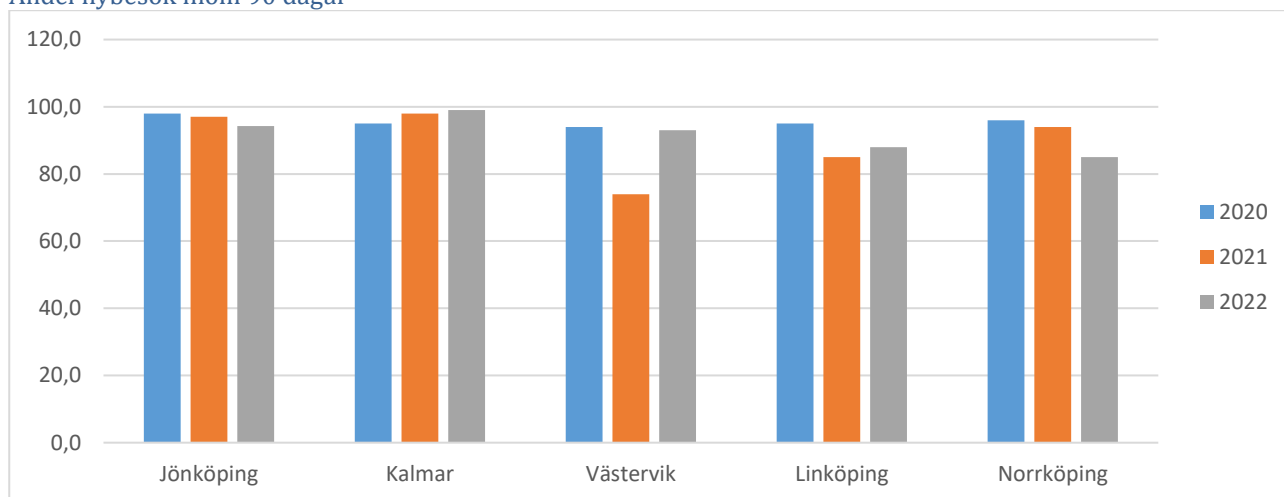
Hygien: rätt klädd %



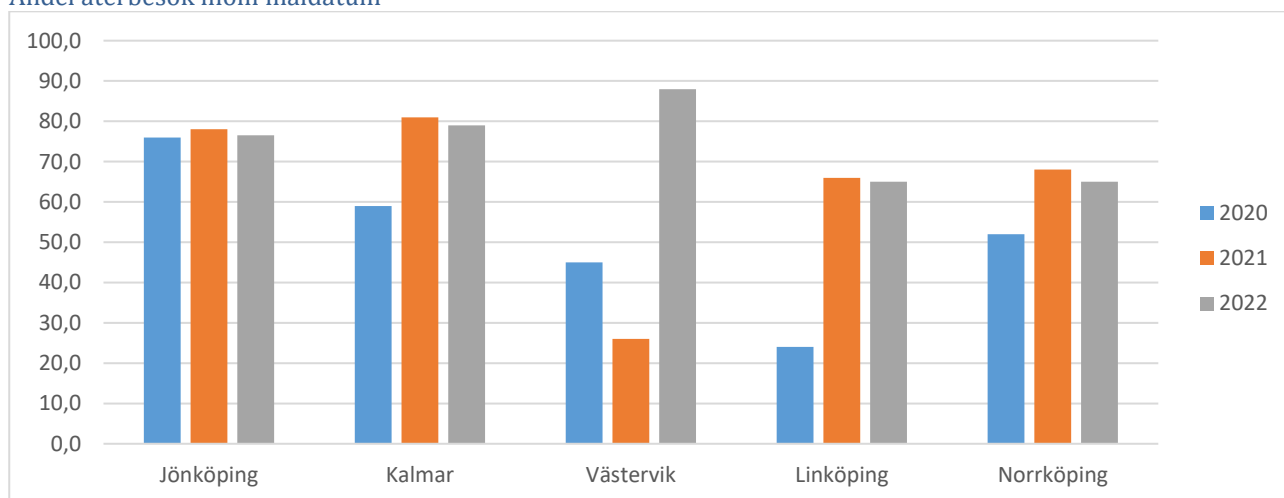
Tillgänglighet

Tillgängligheten till besök är generellt mycket hög. Nybesök prioriteras högre än återbesök.

Andel nybesök inom 90 dagar



Andel återbesök inom måldatum



Jönköping

Tillgängligheten till såväl ny- som återbesök är mycket god inom såväl Barn-och ungdomsmedicinska mottagningen som inom Barnkliniken.

Kalmar

Vi har en god tillgänglighet för nybesök. På återbesökssidan är Kalmars data från 2020 framtagen på ett annat sätt än 2021. Denna förändring gör att en jämförelse mellan åren inte kan göras med denna tabell. Återbesökstillgänglighet har försämrats under pandemin där vi ser en betydande ökning i av- och ombokningar under Covid pandemin som är kvar än idag. Under RS-epidemin 2022/23 har planerad vård tillfälligt behövs skutas upp för att kunna bemanna akut- och slutenvården.

Västervik

Vi har en god tillgänglighet på nybesök. Under 2022 har vi arbetat med att öka upp tillgängligheten för återbesöken. Detta arbete fortgår under 2023.

Linköping

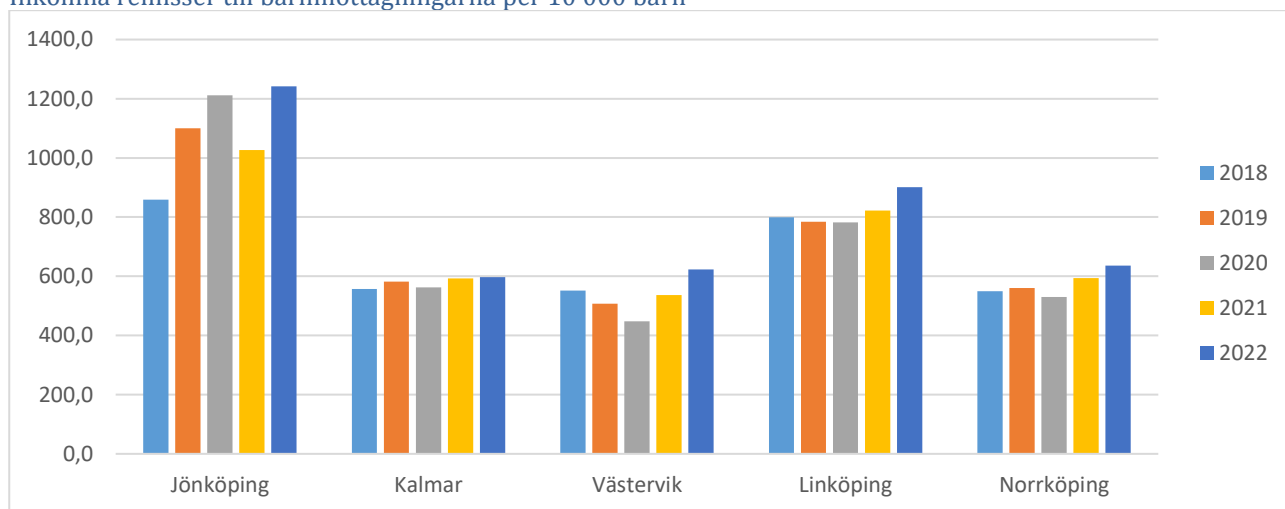
I Linköping innebar Coronapandemin 2020 att Barnsjukhuset endast utförde vård som inte kan anstå för att kunna bistå vuxenklunkerna med personal till COVID vården. Därför kunde inte återbesök genomföras inom måldatum.

Granskning och prioritering skedde så att medicinskt behov fick styra hur snabbt barnen sedan fick återbesök. Ett arbete pågår nu i Region Östergötland för att se över antal väntande över 90 dagar. Viktigt är att det ibland finns medicinsk indikation att vänta med besök mer än 90 dagar, men att det då krävs bra kommunikation med in remitterande och familj för att det skall kännas tryggt och motiverat. Ambitionen är framåt dock att öka andelen som får sitt återbesök inom planerad tid.

Norrköping

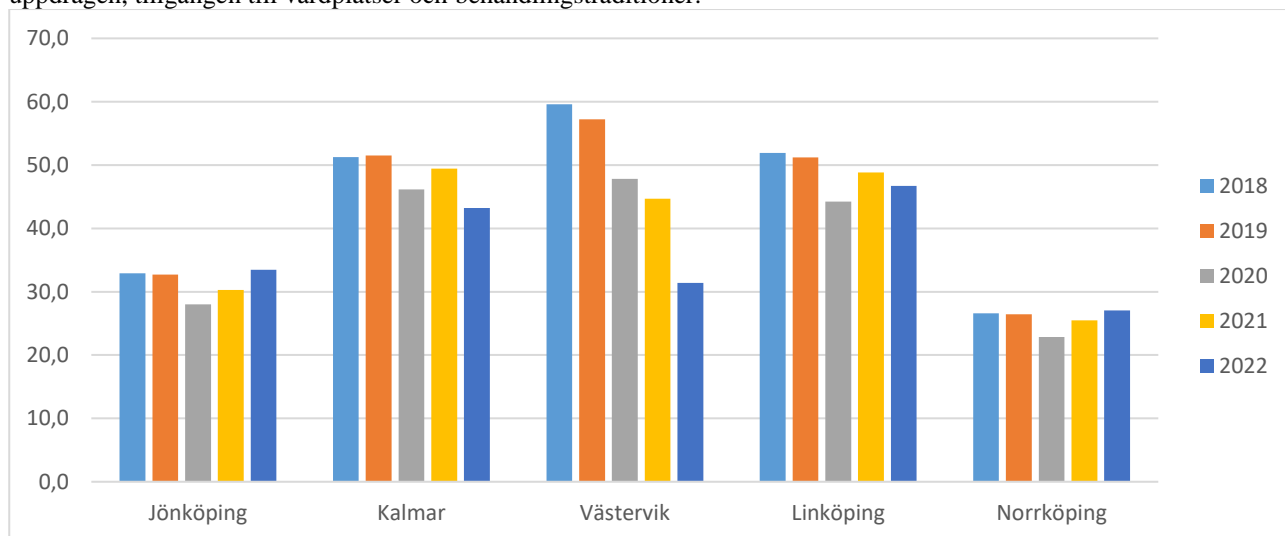
I Norrköping kan man se att tillgängligheten för både återbesök och nybesök minskat under 2022 delvis pga. minskad läkarresurs. För att få bättre kontroll på väntelistor och öka tillgängligheten har vi påbörjat ett arbete med produktionsstyrning.

Inkomna remisser till barnmottagningarna per 10 000 barn



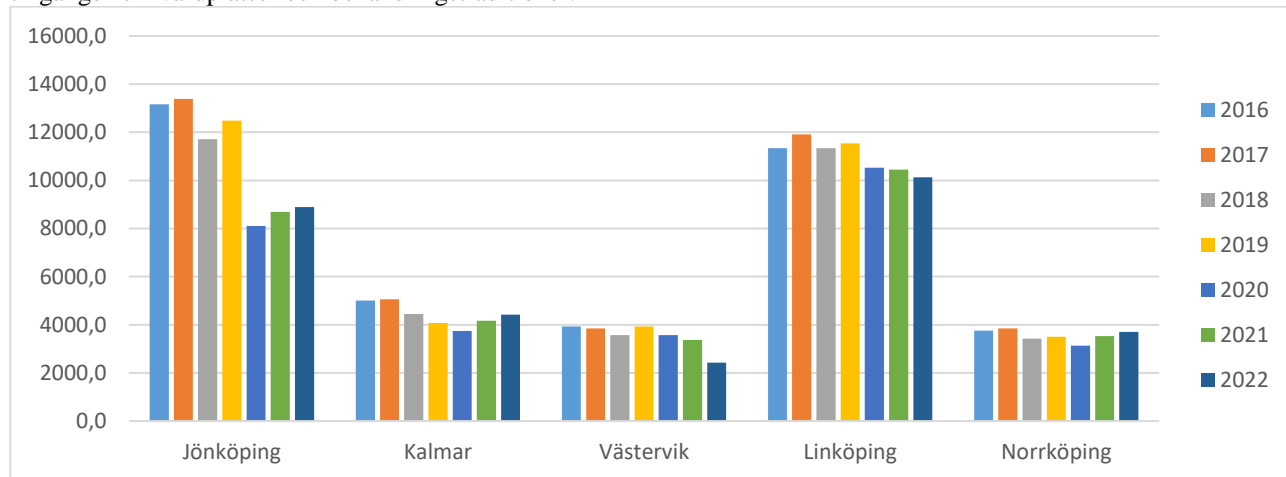
Antal vårdtillfällen inom slutenvården per 1000 barn

Antalet vårdtillfällen i slutenvård varierar något mellan sjukhusen och flera faktorer påverkar – de något olika uppdragen, tillgången till vårdplatser och behandlingstraditioner.



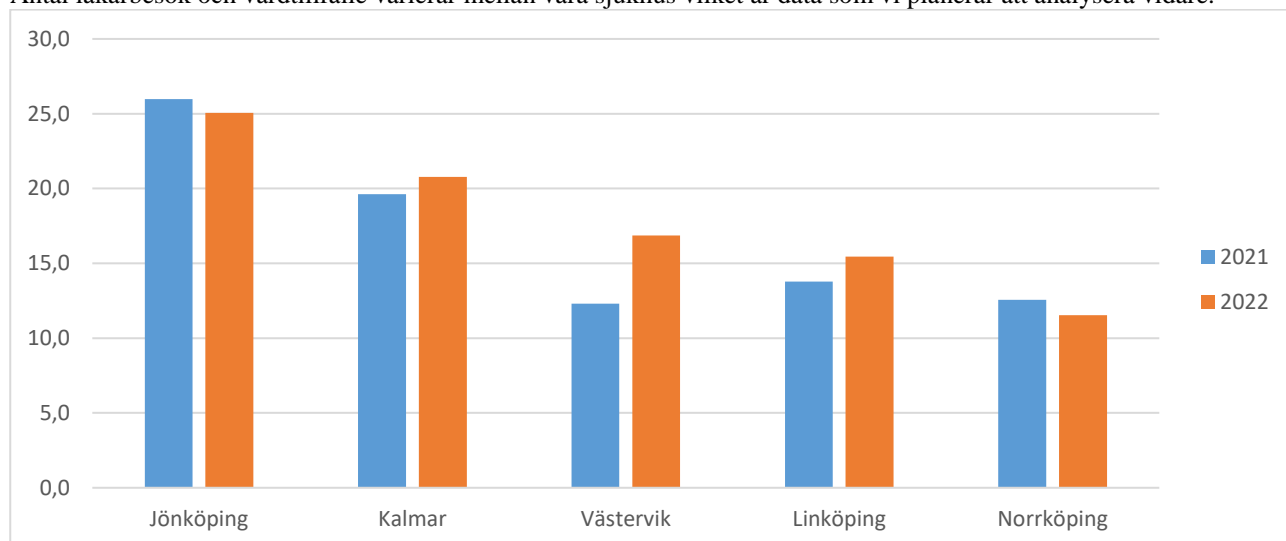
Antal vårddagar totalt, per 100 barn

Antalet vårdtillfällen i slutenvård varierar något mellan sjukhusen och flera faktorer påverkar, de något olika uppdragen, tillgången till vårdplatser och behandlingstraditioner.

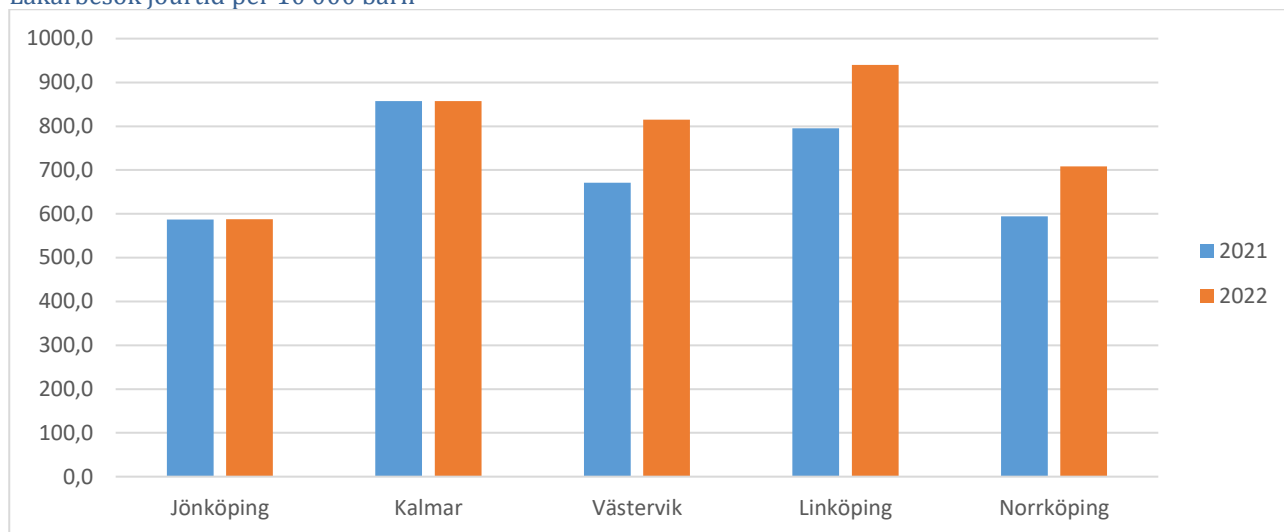


Antal planerade läkarbesök per 100 barn

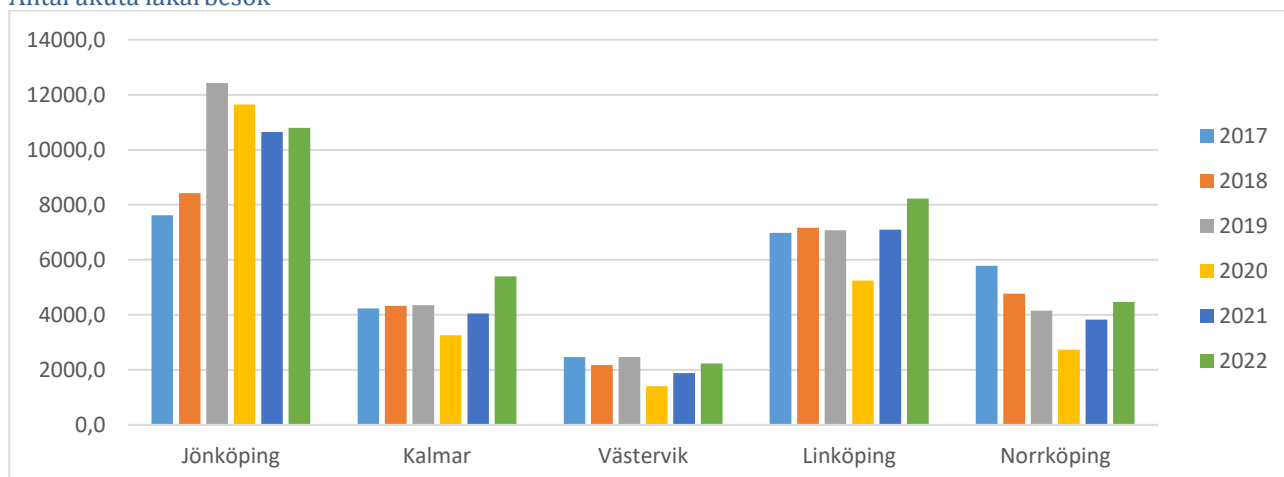
Antal läkarbesök och vårdtillfälle varierar mellan våra sjukhus vilket är data som vi planerar att analysera vidare.



Läkarbesök jourtid per 10 000 barn

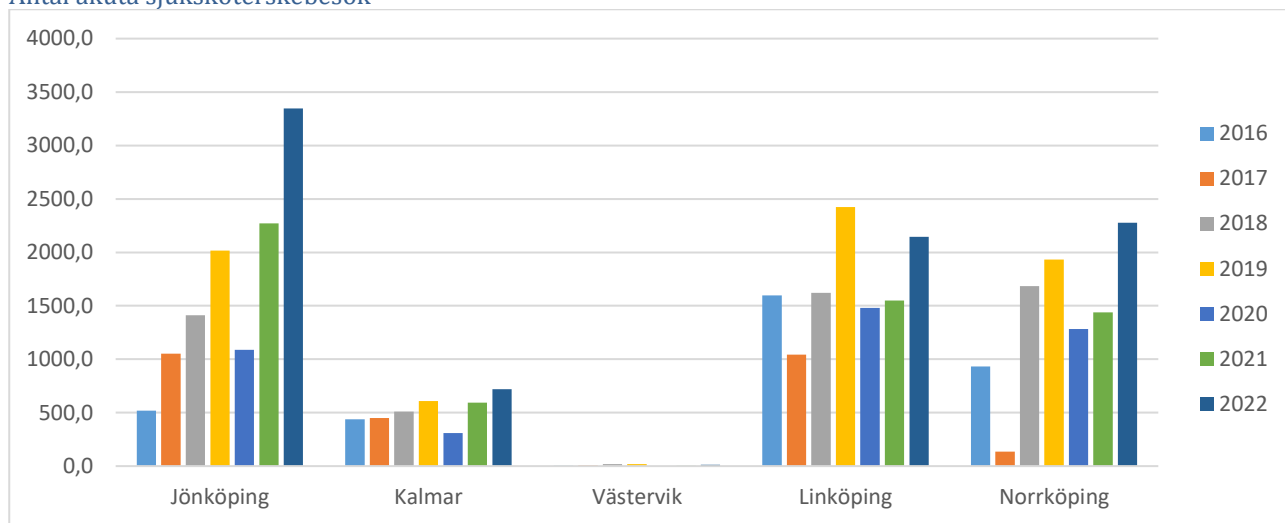


Antal akuta läkarbesök

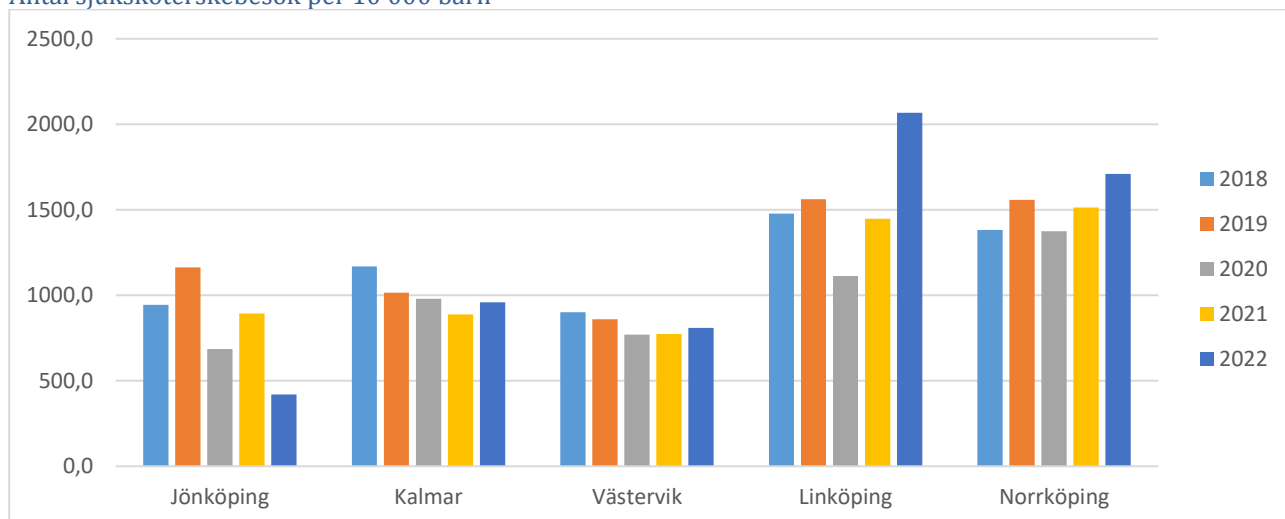


Läkar- och sjuksköterskebesök från 2021 och framåt är beräknade utifrån alla akuta besök som sker och inte som föregående år då det endast var från barnakuterna.

Antal akuta sjuksköterskebesök



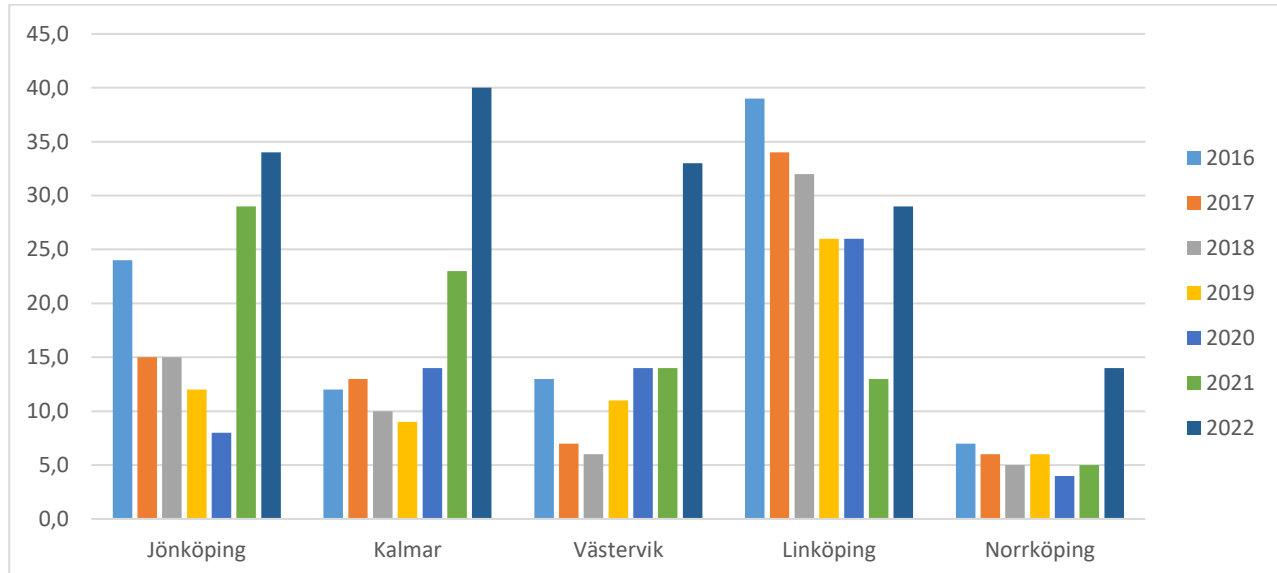
Antal sjuksköterskebesök per 10 000 barn



Rapport från respektive regional arbetsgrupp (RAG)

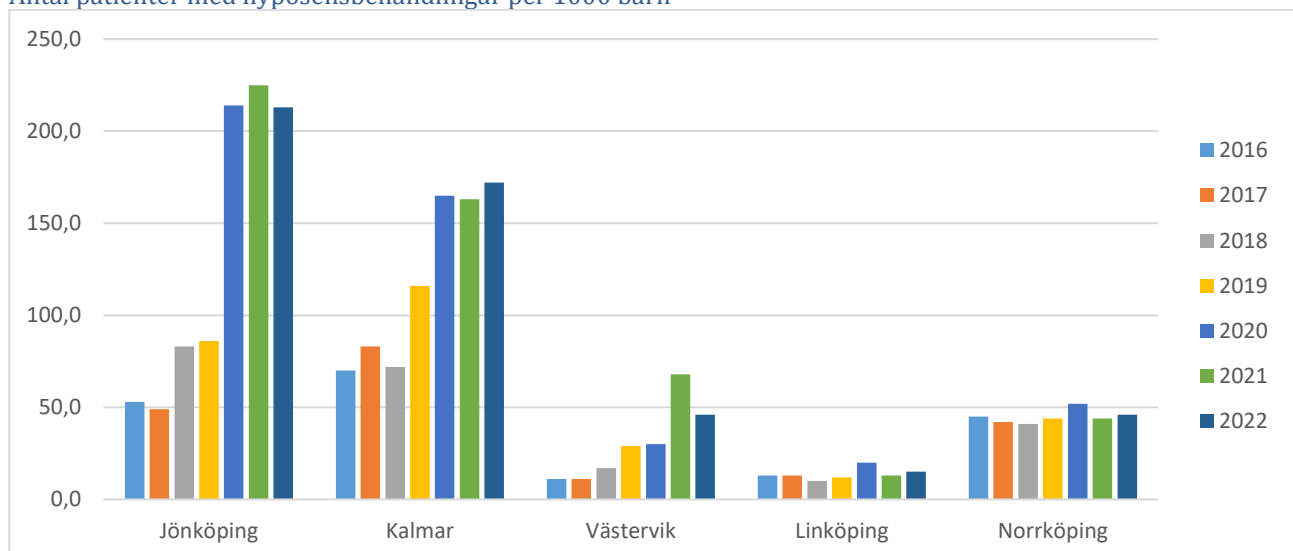
Allergi och astma hos barn och unga

Antal vårdtillfällen astma bland barn > 2 år



I Linköping gick antalet inläggningar ner när vi hade ett generellt lägre infektionstryck under 2021. Nu är siffrorna på samma nivåer som innan pandemin. Allergicentrum i Linköping har inte förändrat något i handläggningen av barn med astma under denna tid utan variationerna stämmer bra med det epidemiologiska läget.

Antal patienter med hyposensbehandlingar per 1000 barn



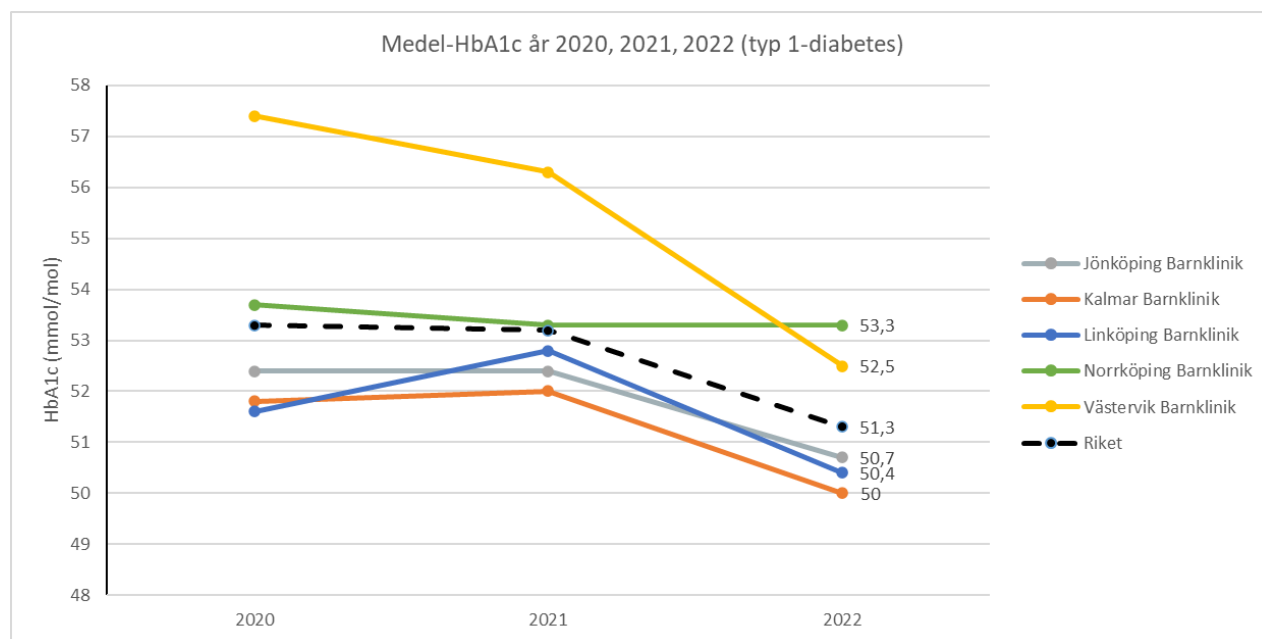
Behandling av obesitas hos barn och unga

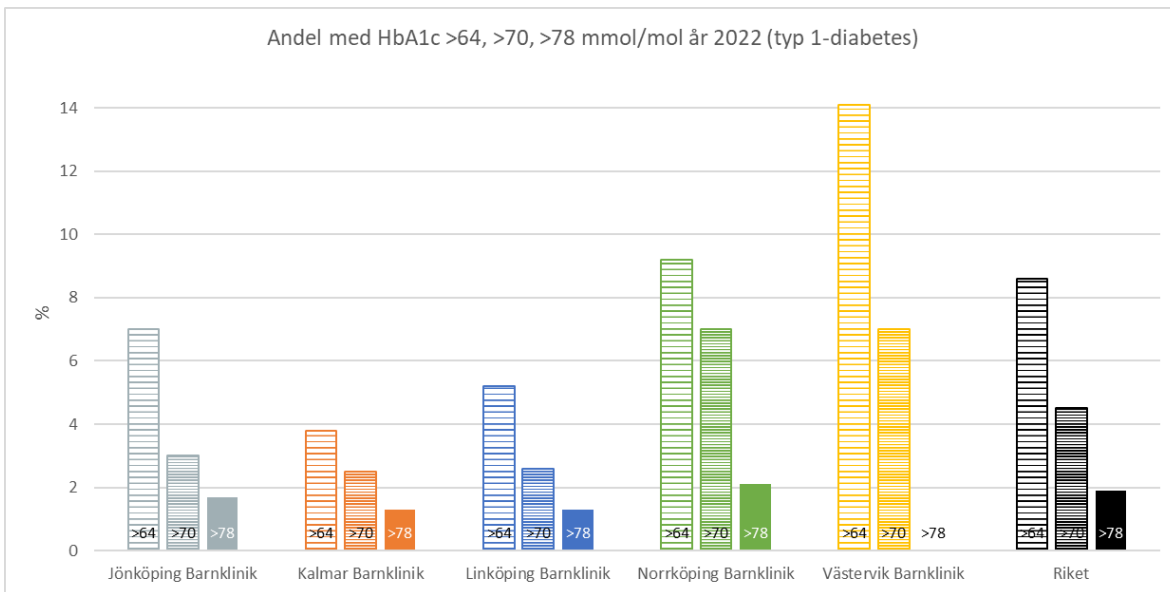
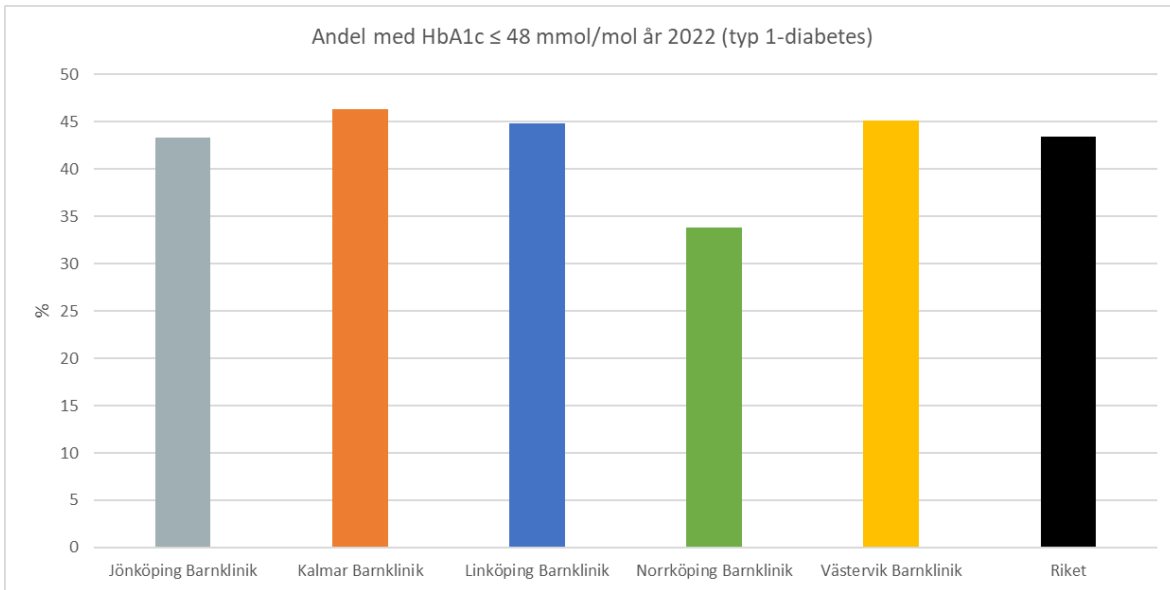
RAG Behandling av obesitas hos barn och unga har skrivit en omfattande rapport innehållande: prevalens och demografi, organisation av vården, tillgänglighet, psykosociala insatser, utbildning och kompetens samt planering framåt för 2023.

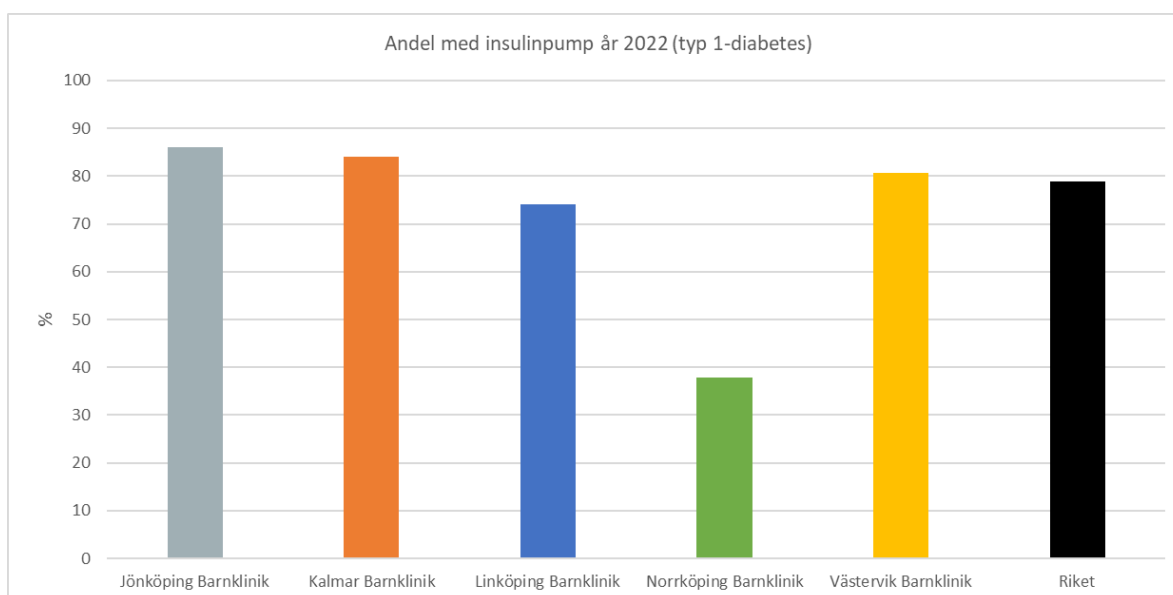
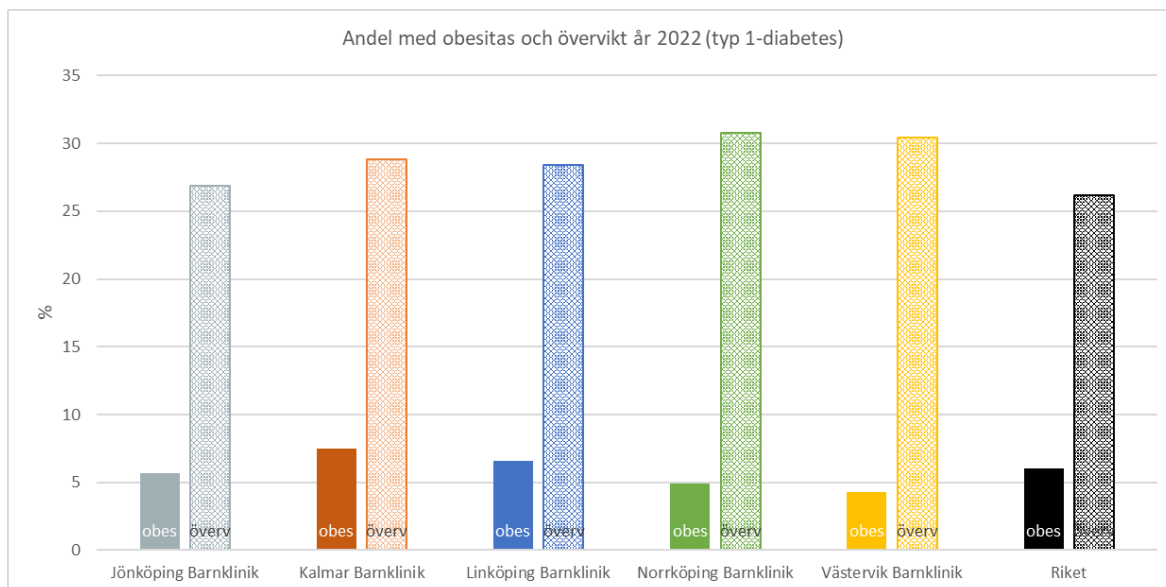
Se bilaga 1: RAG Behandling av obesitas hos barn och unga

Diabetes hos barn och unga

"RAG Diabetes hos barn och unga har under år 2022 haft möten via videolänk i april och oktober. I nedanstående grafer synliggörs ett fortsatt sjunkande HbA1c i Sydöstra Sjukvårdsregionen, och för året mer harmonierande HbA1c från de olika mottagningarna. Detta sjunkande HbA1c skulle kunna tänkas orsakas av tillgång till nya avancerade insulinpumpar med "closed loop", dvs delvis automatisering av insulintillförseln utifrån blodsockernivån, och en återgång till ordinarie fysiska mottagningsbesök efter en tid med mer telefon-/videokontakter. Viss diskrepans finns fortsatt i patienternas tillstånd och behandling, och RAG Diabetes hos barn och unga kommer fortsätta mötas och samarbete för att tillsammans nå bästa möjliga resultat för barn och unga med diabetes."







Övriga fall administreras insulin med penna.

Neonatologi

RAG Neonatologi har skrivit en omfattande rapport innehållande: mål, processmått fördelade på sjukhusens olika neonatalavdelningar, transporter, medicinska resultat, aktuella utmaningar, fokusområden samt långsiktiga mål.

Se bilaga 2: RAG Neonatologi

Regionalt cancercentrum (RCC)

Sammanfattning av arbetet under 2022

- Enheten har nu möjlighet att bemanna en halvtidstjänst, för utvecklingsarbete inom barnonkologin, med en sjuksköterska

- En multidisciplinär mottagning för barn som erhållit CNS-riktad terapi på grund av malignitet eller blodsjukdom har startat upp.
- Terapeut har anlitats för att erbjuda psykosocialt stöd till patienter och familjer samt handledning till personalen.
- Behov av ytterligare psykosocialt stöd har identifierats vilket innebär att psykolog/kuratorstjänster kommer behöva utökas.
- Logoped anställd inom satsningen är utsedd som sammankallande i det nationella logopednätverk som ska formuleras.
- Dietist och nutritionsteamet arbetar vidare med att bevaka nutritionsfrågor för tidigare insatser för att stötta god nutrition.
- Kontaktsjuksköterskan i Linköping arbetar vidare på utveckling av gemensamma behandlingskonferenser med hemkliniker för att fördjupa samarbetet.
- Fortsatt utveckling av rollen ”avdelningsansvarig/mentorsjuksköterska” för att säkerställa kompetensen på avdelningen.
- Deltagande i de nationella arbetsgrupperna.
- Uppföljningsmottagningen för vuxna efter barncancer har fortsatt sin verksamhet.

Genomförda aktiviteter

Två regiondagar i onkologi för Sydöstra sjukvårdsregionen hölls i maj för sjuksköterskor och läkare. Ämnen som togs upp var hjärntumörer, uppföljning av hjärntumörer, nya diagnostiska möjligheter och etiska frågeställningar och palliativ vård med presentation av nya vårdprogrammet. Lokala och regionala utvecklingsarbeten presenterades så som nutritionsprojektet, Onkologihandboken från Jönköping och presentation av Uppföljningsenheten.

Rutinerna med nyckelbesök enligt *Vårdprogram för uppföljning av barncancer <18 år* är nu helt implementerade. En genomlysning av tillgången till palliativ vård i regionen är genomförd och kan ligga till grund för den fortsatta utvecklingen av god och jämlik palliativ vård som planeras under nästa år. Digital utbildning inför start av *Min Vårdplan*. Arbeta med överföring av barncancerregistret till INCA plattformen fortsätter.

Uppföljningsenheten

Verksamheten utgår från en gemensam basstandard för Uppföljningsmottagningar i Sverige och det nyligen reviderade nationella vårdprogrammet för långtidsuppföljning efter barncancer. Besöken sker ofta som teambesök hos läkare och sjuksköterska. UFE har tillgång till neuropsykolog. Majoriteten av besöken är digitala.

Sedan starten 2021 har ca 110 individer genomgått kartläggning och fått uppföljningsrekommendationer. 90 % av dessa har själva kontaktat enheten efter informationsbrev, övriga har remitterats från andra vårdgivare.

Fortsatt arbete under 2023

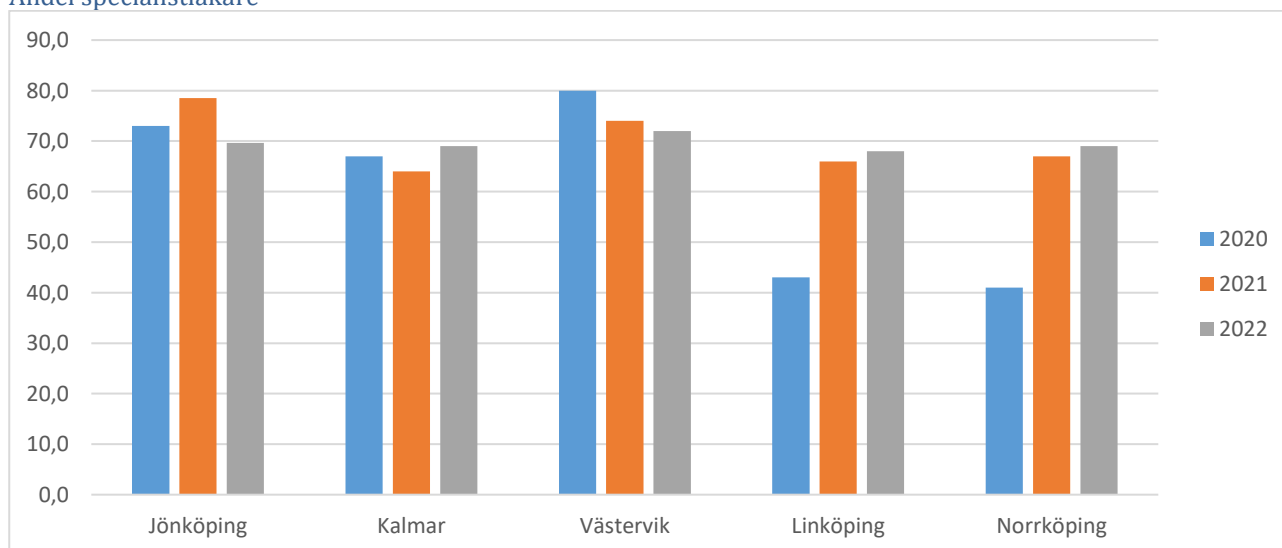
- Uppföljning och utveckling av aktiviteterna som genomförts under 2022. Fortsatt deltagande i de nationella arbetsgrupperna.
- Fortsatt arbete med GMS både nationellt och lokalt.
- Stimulera utveckling av regionala utvecklingsprojekt.
- Starta upp videokonferenser med Jönköping regelbundet.
- Påbörja implementering av Min Vårdplan barn ALL i regionen.
- Följa upp resultat av utvärdering palliativ vård och påbörja utveckling för god och jämlik hemsjukvård och palliativ vård i regionen.
- Verka för att öka kännedom om uppföljningsenhetens verksamhet för individer och verksamhet.
- Utveckla samarbete med tex primärvård och andra berörda kliniker.
- Klargöra strukturen för teamverkan och utveckla samarbetet med den paramedicinska professionen.
- Utveckling av kontaktsjuksköterskefunktionen genom nätverk och fortbildning för att stärka omvårdnadskompetensen och samarbetet i Sydöstra sjukvårdsregionen.
- Spridning av information om webutbildningen ”Ökad förståelse för sena komplikationer efter barncancer” inom Sydöstra sjukvårdsregionen.

Utvecklingstendenser

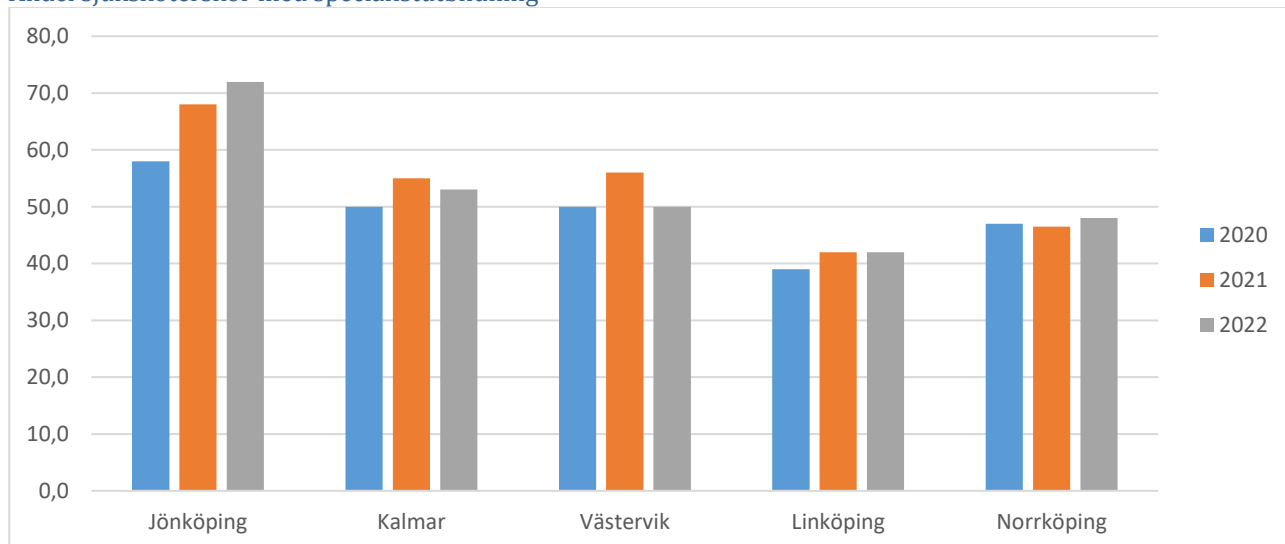
Att utbilda nya kollegor är en viktig arbetsuppgift vid sidan av det direkta vårdarbetet. Vid barnklinikerna bedrivs såväl grund- som vidareutbildning av en rad olika vårdprofessioner. Andelen sjuksköterskor med vidareutbildning är ett viktigt kvalitetsmått på omvårdnadskompetensen i barnsjukvården.

	Jönköping	Kalmar	Västervik	Linköping	Norrköping
Antal disputerade läkare					
2019	4	1	0	17	4
2020	4	1	0	21	4
2021	5	1	0	?	4
2022	2	2	0	16	6
Antal disputerade sjuksköterskor					
2019	0	0	0	3	0
2020	0	0	0	2	0
2021	0	0	0	0	0
2022	0	0	0	1	0
Antal doktorander					
2019	5	0	1	12	4
2020	6	0	1	11	4
2021	5	1	0	12	3
2022	5	1	0	14	1
Antal publikationer					
2019	12	2	0	30	5
2020	12	1	0	36	3
2021	17	0	0	52	3
2022	9	3	0	?	2

Andel specialitläkare

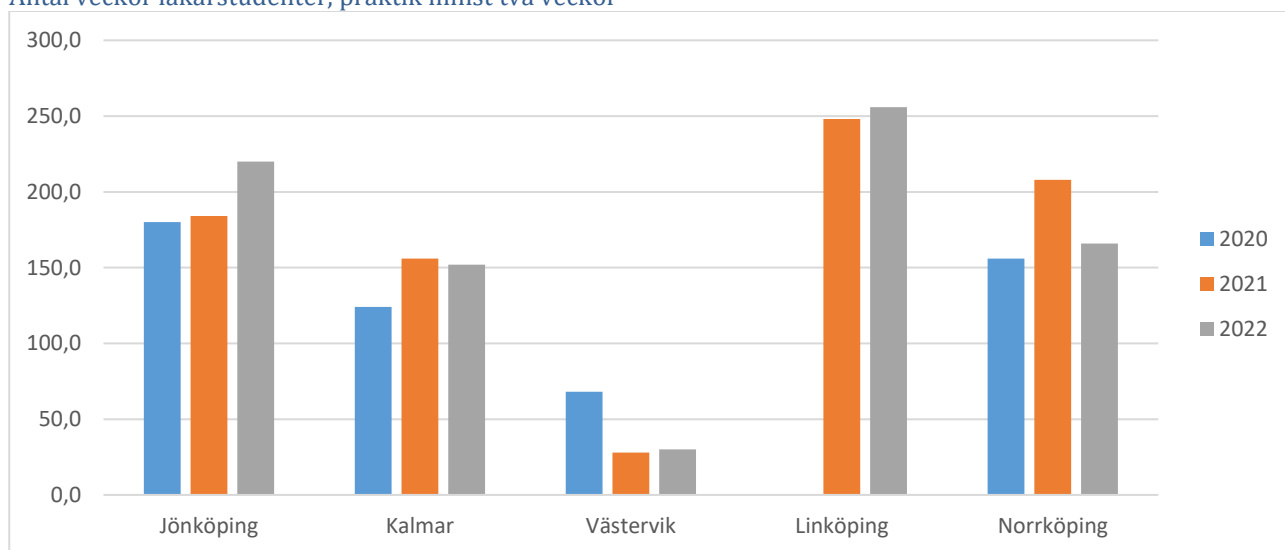


Andel sjuksköterskor med specialistutbildning



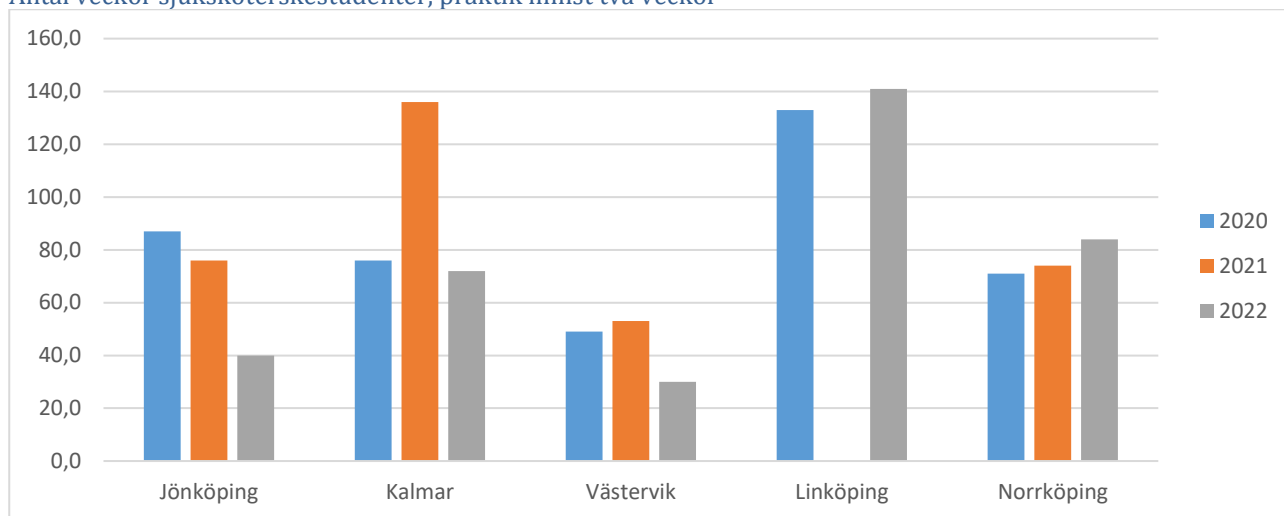
Studenter

Antal veckor läkarstudenter, praktik minst två veckor



Antalet läkarstudenter på barnplacering har nästan fördubblats i och med decentraliseringen och med 32 studenter totalt på termin 10 så blir det 8 studenter per fyraveckorsperiod som ska placeras. Slutenvårdsplacering sker på barnkliniken Ryhov, men alla regionens barnmottagningar används där Jönköping/Huskvärna har student varje vecka och Eksjö/Värnamo har varannan vecka.

Antal veckor sjuksköterskestudenter, praktik minst två veckor



I Jönköping är sjuksköterskeutbildningen ändrad sedan några år tillbaka vilket innebär att sjuksköterskestudenter i grundutbildningen inte placeras på barnkliniken. De studenter som kommer är från vidareutbildning.

Kalmar har sjuksköterskestudenter via Linnéuniversitetet. Vi har även studenter som går vidareutbildning via flera utbildningsorter i Sverige. Även de som vidareutbildar sig till ambulanssjuksköterska har kortare placeringar på barnakuten.

Västervik har sjuksköterskestudenter via Linnéuniversitetet. Barnkliniken i den ordinarie VFU-placeringen för sjuksköterskestudenter. Från och med våren 2024 kommer vi även få ett ökat inflöde av sjuksköterskestudenter då vidareutbildningen till barnsjuksköterska kommer starta i Västervik.

Till Barnkliniken i Norrköping kommer sjuksköterskestudenter från grundutbildning och vidareutbildning Barn- och ungdom. Även barnmorskestudenter har en kortare placering på barnkliniken i Norrköping. För att kunna ta emot fler sjuksköterskestudenter och för att göra vår arbetsplats attraktiv undersöker vi om det finns möjlighet att öppna upp studentplatser dagtid mån-fre. Ett vårdlag ska då bestå av 2 ssk-studenter samt en handledare.

Patienter och närstående

Lokalt på våra kliniker har deltagandet av patientföreträdare börjat implementeras. Vi tar även med synpunkter genom PROMs. På RPO-nivå har vi inte med patientföreträdare.

Bilaga 1, Rapport från RAG Behandling av obesitas hos barn och unga

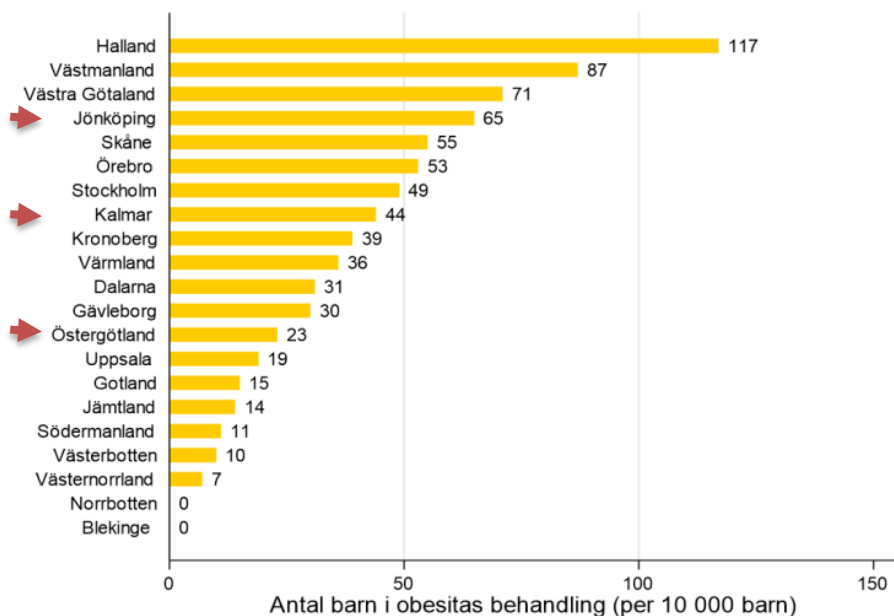
Bakgrund

Obesitas är en komplex, kronisk sjukdom som ökar risken för en rad allvarliga kroppsliga sjukdomar, bland annat diabetes typ 1 och 2, leverpåverkan, hjärt-kärlsjukdomar och flera cancersjukdomar. Sammantaget leder detta till högre sjukvårdskostnader och minskad livslängd. Redan före 30 års ålder är obesitas i barndomen associerat med tre gånger högre dödlighet än övrig befolkning. Stigmatiseringen av barn med obesitas försämrar livskvaliteten och det finns ökad risk att barnet utsätts för kränkande behandling och social isolering, vilket bland annat leder till att färre slutför grundskolan och gymnasiet jämfört med jämnåriga.

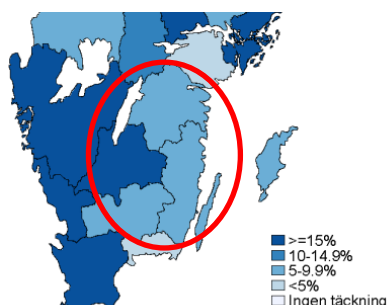
Prevalens och demografi

Förekomsten av obesitas hos barn (0–18 år) har ökat i hela världen och studier har visat att coronapandemin haft en ogynnsam påverkan. Ökningen kan inte förklaras utifrån förändrad genetik utan av förändrade levnadsvanor. Ett för högt energiintag, oberoende livsmedel, kan hos barn inte kompenseras med ökad fysisk aktivitet, då barns kroppar är mycket energieffektiva och vill lagra energi. En liten andel barn med obesitas (3–5 %) har bakomliggande sjukdomar eller syndrom som bidrar till obesitas.

I Sverige beräknas cirka 80 000 barn ha obesitas, motsvarande en prevalens i medeltal på ca 5 %. Förekomsten varierar utifrån ålder, kön, geografi men även socioekonomi (1). Obesitas är idag både en underdiagnostiserad och underbehandlad sjukdom. Räknet på 5 % prevalens i åldrarna 4–17 år utifrån 2021 års befolkningssmängd inom respektive region prognostiseras det i Jönköping finnas ca 3155 barn, i Kalmar 1934 barn och Östergötland 3856 barn med obesitas. Nationellt beräknas ca 25 % av barnen med obesitas ha en pågående behandling, vilket lämnar ett stort mörkertal av barn som riskerar utveckla eller redan har etablerat allvarliga följsjukdomar (2). I figur 1 och 2 visas andel barn som i kvalitetsregistret BORiS har en pågående behandling utifrån respektive region.



Figur 1. Antal barn i obesitasbehandling per 10 000 barn i respektive region under 2021 (2). I region Östergötland registreras enbart barn 4–12 år,



Figur 2. Andel barn med obesitas (%) i behandling per region i Sverige (2).

BORiS

I kvalitetsregistret Barnobesitas registret i Sverige (BORiS) registreras barn utifrån olika kvalitetsparametrar. Dock ses inte full täckning inom Östergötland då enbart BHV registrerar i dagsläget och det är bara barn 4–12 år med Iso-BMI 30-35 som registreras. Då målgrupp och registrering inte är homogen kan respektive region enbart jämföra sig med sig själv. Årsrapport föregående år publiceras i oktober, därför visas data från 2021.

Kommentar: Socialstyrelsen fastslår i sina riktlinjer 2022 att barn med obesitas behandlas ojämnt i Sverige vilket även ses inom sydöstra sjukvårdsregionen (3). Sjukdomen är behandlingsbar och bäst behandlingsresultat ses om den inleds i lägre åldrar och vid mindre svår sjukdom. Många barn med obesitas är symptomfria och mår bra medan andra har stora problem med försämrat psykiskt och fysiskt mående. Risken att utveckla associerade sjukdomar ökar med stigande ålder och grad av obesitas (4). Enligt Socialstyrelsens riktlinjer är det viktigt att regionerna erbjuder olika typer av behandling då olika behandlingsmetoder är mer eller mindre effektiva för olika personer (3).

Organisation av vården

Vården av obesitas är inte homogent organiserat nationellt och ej heller regionalt inom sydöstra sjukvårdsregionen. Vårdens organisation brukar nationellt delas in utifrån fyra olika vårdnivåer.

Nivå 1 innefattar verksamheter som många gånger är de som identifierar att barnet har en ogynnsam viktuppgång och erbjuder de första insatserna i form av uppmuntran till goda levnadsvanor. Om barnet utvecklar obesitas så kan generella insatser såsom viktuppföljning erbjudas under en begränsad tid för att se om familjen kan vända utvecklingen. Familjen erbjuds remiss till specialiserad vård. Exempel på verksamheter inom nivå 1 är BHV, elevhälsovård och vårdcentral.

Nivå 2 kan skilja sig åt mellan regioner men innefattar oftast specialistvård inom öppenvård såsom barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM). Behandling är kopplad till kombinerad levnadsvanebehandling och kan ges via både medicinsk, rehabilitering eller psykosocialt inriktad profession. I Region Östergötland omfattas barn <12 år inom ramen av nivå 2 i BHV:s utökade uppdrag.

Nivå 3 innefattar ett tvärprofessionellt pediatriiskt omhändertagande, oftast organiserat inom barnklinik med representation av medicinska, rehabiliterings och psykosociala professioner. Barnet har många gånger behov av särskilt stöd och/eller en samsjuklighet där insatser kan behöva samordnas inom hälso- och sjukvården med ex. habilitering och BUP men även externt med kommunala verksamheter såsom ex. socialtjänst och elevhälsa.

Nivå 4 innefattar högspecialiserad vård för barn med iso-BMI > 40 eller iso-BMI motsvarande ≥ 30 med uppenbar samsjuklighet såsom hypertoni, prediabetes/diabetes, fettlever och/eller PCOS. Ofta regionalt centrum med tydlig inriktning på barnobesitas. Specialiserad utredning riktad mot exempelvis monogen obesitas kan erbjudas och behandlingsinsatser såsom läkemedel och operation.

Tabell 1. Beskrivning av respektive regions målgruppsindelning, vårdnivåer och tillgängliga professioner.

	Jönköping	Kalmar	Östergötland
Grupper inom målgruppen som erbjuds behandling	Barn 0–17 år med Iso-BMI > 30.	Barn 0–17 år med Iso-BMI > 30.	Barn 0–17 år med ISO BMI > 30
Vårdnivåer	Vårdnivå 2 Fyra barn- och ungdomsmedicinska mottagningar i länet.	Vårdnivå 2-3 Tre mottagningar inom länet kopplad till barnkliniken med	Vårdnivå 2 Barnhälsovården – tre mottagningar inom länet. Barn 4–12 år, Iso-BMI 30–35 utan metabolpåverkan

	Ingen uttalad nivå 3 med tvärprofessionella teaminsatser. Enstaka barn med svår obesitas remitteras alternativt söker via egenremiss till obesitascentrum i Göteborg, nivå 4.	tvärprofessionella insatser. Idag finns inget upparbetat samarbete med en vårdnivå 4.	eller annan sjukdom/tillstånd som kan ha betydelse för behandlingen <u>Vårdnivå 3</u> Två (tre) barn- och ungdomsmedicinska kliniker i länet med tvärprofessionella insatser. Barn med ISO BMI <35 eller ISO BMI 30 sjukdom/tillstånd exempelvis neuropsykiatri eller metabol påverkan vid obesitas Idag finns inget upparbetat samarbete med en vårdnivå 4.
Professioner	<u>Vårdnivå 2</u> Sjuksköterska och vid behov läkare. Dietist via remiss till rehabiliteringscentrum, erbjuds dock inte jämlikt i länet.	<u>Vårdnivå 2-3</u> Som bas finns läkare, sjuksköterska och dietist på samtliga mottagningar. Tillgång till fysioterapeut, specialpedagog och kurator finns men inte i samma omfattning i länet.	<u>Vårdnivå 2</u> Team med dietist och psykolog inom BHV. Barnen behöver ha genomgått en medicinsk bedömning inom primärvård eller elevhälsan. <u>Vårdnivå 3</u> ViN – Team bestående av barnläkare, dietist, kurator och psykolog

Kommentar: Respektive region har sina gap.

I Region Jönköping får många barn behandling men det saknas en högre vårdnivå, motsvarande nivå 3, för barn och unga med svår obesitas och behov av tvärprofessionella teambaserade insatser. Ojämlighet finns i länet i vilka barn som får dietistbehandling. Samma behandling ges via barn- och ungdomsmedicinska mottagning, oberoende ålder, svårighetsgrad och behov. Psykosocialt stöd saknas.

I Region Kalmar ses olika förutsättningar i länet. Barn med obesitas får olika vård och olika tillgång till vårdnivåer beroende på var de bor. Idag ges inte jämlik vård. Även tillgång till kurator finns inte i samma utsträckning vilket ses som en brist.

I Region Östergötland har barn- och kvinnocentrum (BKC) ett uppdrag 2021 att erbjuda behandling för barn med obesitas grad 2 och obesitas grad 1 vid samtidig annan sjukdom/tillstånd samt barn 13–17 från ISO BMI 30. Dock finns det fortsatt en otydlighet avseende ungdomar mellan 13-17 år med ISO BMI 30-35

Tillgänglighet

Regelbunden och frekvent kontakt mellan familj och vårdgivare har i studier visat sig ha effekt på behandlingsresultat. Dock ses i praktiken med traditionell behandling att det är svårt att erhålla den frekvens av kontakt som beskrivs i nationellt vårdprogram. Olika besökstyper såsom behandlings-, kontroll- och digitala besök, samt korta uppföljningar via telefon eller video behöver definieras.

Region Jönköping 2022

812 unika patienter med huvuddiagnos obesitas. Dessa hade totalt 1226 kontakter.

Medeltal 1,5 kontakter/patient (5). Då sjuksköterskor inte sätter diagnoskoder så saknas de kontakterna i ovanstående statistik.

Region Kalmar 2022

537 unika patienter med huvuddiagnos obesitas 2022. Dessa hade 1516 kontakter.

I medeltal 2,8 kontakter/patient (5).

Region Östergötland 2022

618 unika patienter med huvuddiagnos obesitas. Dessa hade 1458 kontakter.

I medeltal 2,6 kontakter/patient (5).

Kommentar:

I de tre regionerna i Sydöstra ses en ojämlikhet i tillgänglighet och vilka professioner som erbjuds barnet och familjen.

Forskning visar att frekventa, regelbundna kontakter (telefon, digitala och fysiska) är en förutsättning i många fall för följsamhet till behandlingsinsatser (6). I kommande vårdprogram rekommenderas ett minimum på 4–6 kontakter/barn/år men där antal besök och intensitet i behandlingen måste anpassas utifrån individuella behov, ålder, sjukdomsgrad, typ av behandling och behandlingsresultat.

Behandlingsinsatser

Kombinerad levnadsvanebehandling (KLB) är grunden för all behandling av barnobesitas. Ojämliga förutsättningar för att tillgodogöra sig behandling finns utifrån fysiska och psykiska sjukdomar, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och/eller intellektuella funktionsnedsättningar, svag socioekonomi, begränsad förmåga att förstå och använda sig av hälsoinformation samt bristande språkkunskaper hos både barn och vårdnadshavare. I Kalmar erbjuds på samtliga mottagningar en gruppöreläsning (digital eller fysisk) utifrån KLB som en första insats. Sedan kan teambesök utifrån behov erbjudas i Västervik och Kalmar. Enskilda besök erbjuds på samtliga mottagningar. I region Jönköping och Östergötland erbjuds rådgivande samtal utifrån KLB.

Evira

I region Kalmar har digital behandling med Evira testats via ett forskningsprojekt. Detta innebär daglig vägning på en speciell våg, där viktutveckling visas i medeltal i en applikation. Trender i behandlingsresultat kan tidigt uppmärksammas och kontakt mellan vårdgivare och familj kan snabbt tas. Dock ses ett sviktande intresse i Kalmar då behandlingsmetoden inte är lämplig för familjer som inte har svenska som förstaspråk. Förmågan att kunna beskriva i svenskt språk samt kunna ta till sig feedback på svenska behöver finnas. Vårdnadshavare har också uttryckt oro att det är ytterligare en sak att hålla ordning på i vardagen och motivera barnet att göra dagligen. Behandlingen passar inte de familjer där vårdnadshavare önskar ansvara för behandlingen och inte involvera barnet. Trots detta så ser medarbetarna att Evira kan vara ett verktyg i behandlingen men i dagsläget begränsas målgruppen utifrån studiens design.

Läkemedel

I dagsläget finns en substans (Liraglutide) med indikationen viktnedgång vid obesitas, för barn från 12 år. Liraglutid ges som subkutan injektion en gång dagligen och reglerar känslan av mättnad och hunger. Preparatet ingår inte i statliga subventionerade läkemedelsförmånen, vilket innebär att patienten får betala en kostnad motsvarande ca 35 000 kr/år. Socialstyrelsen har valt att ge enbart rekommendationer om läkemedel som ingår i högkostnadsskyddet i sina riktlinjer (3). Av den orsaken finns inte Liraglutide med, men riktlinjerna uppdateras så snart Liraglutide eller annat preparat blir statligt subventionerat. Preparatet förskrivs dock på specialistcentrum för barnobesitas och vissa öppenvårdsmottagningar motsvarande nivå 2, med få biverkningar och goda resultat motsvarande ca 10 % viktneidgång på ett år. I Sydöstra sjukvårdsregionen behandlas något enstaka barn med läkemedel, då insatt via barnobesitascentrum. Lovande läkemedelsstudier pågår för flera olika substanser. Sannolikt kommer läkemedelsbehandling vara en behandlingsmetod, som bör kunna erbjudas inom vårdnivå 2 i Sydöstra sjukvårdsregionen, inom en snar framtid, som komplement till kombinerad levnadsvanebehandling som ska ske före, under och efter läkemedelsbehandlingen för bäst effekt.

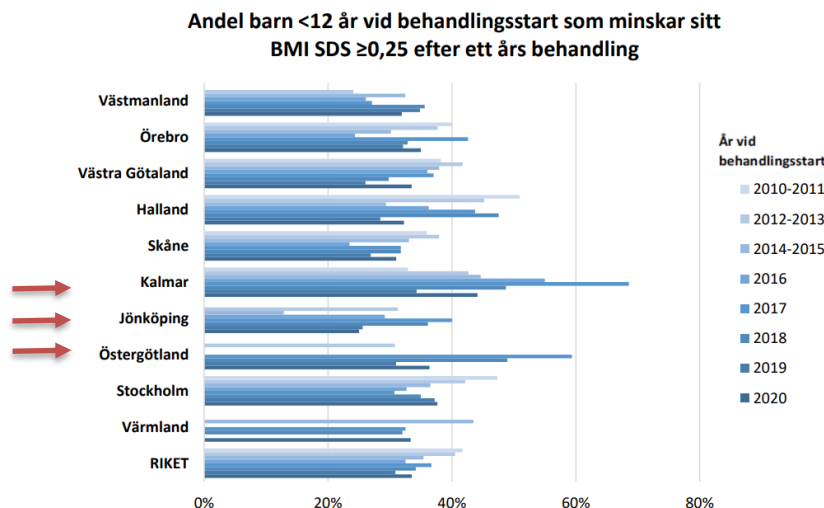
Kirurgi

Socialstyrelsen rekommenderar i sina riktlinjer att obesitaskirurgi ska erbjudas från 15 års ålder till individer med svår sjukdom motsvarande BMI över 40 eller BMI över 35 och följsjukdomar och otillräcklig effekt av andra behandlingsmetoder (3). Enstaka barn i Sydöstra sjukvårdsregionen har erbjudits operation i dagsläget. Samarbete och rutiner för remiss till barnobesitascentrum behöver utvecklas och fler bör erbjudas denna behandlingsmetod framåt.

Medicinska resultat

Målet med behandlingen är att barnet inte längre har sjukdomen obesitas, d.v.s. Iso-BMI <30. Även om barnet har en kvarvarande övervikt räknas detta inte som en sjukdom, utan klassas som ett risktillstånd för hälsorelaterade följsjukdomar såsom bl.a. hjärt- och kärlsjukdomar. Nationellt inom BORiS finns målsättningen att 80 % av barnen ska uppnå BMI SDS (Standard deviation sänkning av BMI) motsvarande 0,25 efter ett års behandling. Denna sänkning har visat sig vara kliniskt signifikant både avseende minskning av framtida sjuklighet och för förbättring av skolprestationer. Den motsvarar hos en 10 åring cirka 8 % viktneidgång för en vuxen. Hos tonåringar är det svårare att nå behandlingsresultat. Grad av obesitas vid behandlingsstart påverkar behandlingsutfallet och en stor andel tonåringar aktualiseras först när de uppnått svår obesitas. Viktigt att fortsätta motivera behandling men som minst erbjuda årliga medicinska kontroller för att tidigt identifiera följsjukdomar. Nationellt ses behov av utveckling gällande

behandlingsinsatser för barn > 10 år, där digital behandling, läkemedel och kirurgi tros kunna förbättra behandlingstillfredsställelse/resultat.



Figur 3. Andel barn som påbörjat sin behandling före 12 års ålder som efter ett års behandling minskat sitt BMI SDS med $\geq 0,25$ enheter. Tillräcklig mängd data saknas på grupp-nivå för barn ≥ 12 år. för att visualisera motsvarande diagram (Källa: BORiS)

Psykosociala insatser

Unga med obesitas har oftare psykisk ohälsa än andra jämnåriga. Vanligt förekommande former av psykisk ohälsa hos barn som söker obesitasbehandling är problem med ångest, depression, negativ kroppsuppfattning och låg självbild (7, 8). Risken för samtidig psykisk ohälsa är så stor att screening rekommenderas i nationella vårdprogram. Vissa obesitasmottagningar kan erbjuda enskilda stödsamtal till ungdomar hos socionom eller psykolog. Det kan också bli aktuellt att remittera barnet eller ungdomen vidare till första linjeverksamheter eller BUP för hjälp kring psykisk ohälsa. Som en del i obesitasbehandlingen ingår också föräldrastöd där vårdnadshavare kan få stöd kring förhållningssätt och strategier för att hjälpa barnet att nå en hälsosam vikt. Om vårdnadshavare är i behov av fördjupat stöd, erbjuder en del kommuner föräldrastödsprogrammet Cope (Community Parent Education), 3-12 år. Cope syftar till att förbättra samspel mellan vårdnadshavare och barn, samt ge vårdnadshavare verktyg att hantera konflikter på ett konstruktivt sätt. Andra exempel på föräldrastödsprogram är ABC (Alla Barn i Centrum) och Komet.

Region Jönköping

Region Jönköping erbjuder idag inte strukturerat psykosocialt stöd riktat till målgruppen, d.v.s. barnet och vårdnadshavare. Barn- och ungdomshälsans uppdrag att följa barn under längre tid, vilket ofta ses som nödvändigt, är begränsat. Under 2023 kommer en påbyggnad på barn- och ungdomshälsan att ske som på sikt ska motsvara en primär vårdnivå. I och med detta kommer insatser i ett längre tidsperspektiv kunna erbjudas. Cope erbjuds i flera kommuner.

Region Kalmar

I Region Kalmar erbjuds psykoedukation i form av föräldrastöd, samtalsstöd till familj/delar av familj, motiverande samtal, beteendemodifikation/kombinerad levnadsvanebehandling med frekvens som mest 6-8veckor mellan besök. Frekvensen individanpassas och stöd via telefon används. Psykosocial profession medverkar vid första besök/gruppinformation och teambesök. Individuella kontakter erbjuds vid behov. Samverkar med förskola/skola/socialtjänst och andra aktörer.

Region Östergötland

Psykologens roll i barnhälsovårdens fetmateam, som även består av dietist, är att hjälpa familjen hur hälsofrämjande förändringar ska kunna genomföras. Tillsammans med vårdnadshavare ringas hinder och möjligheter in och stöd ges i förändringsprocessen. För barn som går i förskola/lågstadiet, riktar sig behandlingen i första hand till vårdnadshavare. De får hjälp att hitta förhållningssätt och strategier som kan hjälpa barnet att nå en hälsosam vikt. Många vårdnadshavare vill även ha stöd i hur de kan prata med barnet om mat och vikt på ett neutralt sätt och hur gränser kan sättas kring matintag utan att det påverkar barnets självkänsla negativt. Barnets ålder och mognad avgör hur mycket de

involveras i behandlingen. Barn i mellanstadieåldern kan ibland själva ta ansvar för vissa förändringar och tillsammans med dietist och psykolog ringa in vilka förändringar de ska göra och vilket stöd och strategier som de behöver.

Utbildning och kompetens

Socialstyrelsens riktlinjer beskriver att kompetens om obesitas inom hälso- och sjukvården bör utvecklas och kunskapen ökas (3). Personer med obesitas är en stigmatiserad grupp och många upplever sig dåligt bemötta i vården. Dagens grund- och specialistutbildningar inom hälso- och sjukvård innehåller generellt otillräcklig kunskap om barnobesitas. Utökad teoretisk och praktisk kunskap bör därför inhämtas inom innan specifik utbildning men kan även fås via auskultationer och konsultationsmöjligheter.

Den enda poänggivande kursen i Sverige genomförs årligen via Karolinska Institutet (KI); *"Barnfetma- orsaker, risker och åtgärder"*. I Jönköping finns det i dagsläget fem medarbetare som har genomfört denna utbildning. Ytterligare en barnsjuksköterska, barnläkare och fysioterapeut påbörjar utbildningen under våren 2023. I Region Kalmar har två medarbetare gått utbildningen och ytterligare en påbörjar den under våren 2023. I Region Östergötland har två medarbetare gått kursen inom KI.

Under den årliga barnveckan erbjuds en riktad utbildningsdag i barnobesitas för ST-läkare, övrig personal är också välkommen. Under den årliga BORiS-dagen erbjuds för verksamheter som registrerar i registret, genomgång av årsrapport, föreläsningar och erfarenhetsutbyte utifrån verksamhetens arbets sätt. Patientorganisationen Hälsa oberoende storlek (HOBS) erbjuder regelbundet seminarier och föreläsningar riktade både för profession, patient och närstående.

2022 RAG möten och fokusområden

Under 2022 har den regionala arbetsgruppen succesivt formaterats med jämn representation från respektive region och profession. Gruppen bestod i december 2022 av tolv deltagare som representerar professionerna barnsjuksköterska, barnläkare, dietist, fysioterapeut, kurator och psykolog. I gruppen ingår även representant från registercentrum Sydost. Totalt har sex möten genomförts, varav ett fysiskt heldagsmöte, övriga digitala. Fokus har varit att kartlägga de tre regionernas förutsättningar för obesitasbehandling idag samt i relation till de nationella riktlinjer för behandling av obesitas hos barn och vuxna som Socialstyrelsen skickades på remiss i april. RAG barnobesitas presenterade sitt pågående arbete i samband med ett remisseminarium i september. I november utgick även en externremiss ut, för nationellt vårdprogram för behandling av obesitas hos barn och unga.

Plan framåt för 2023

Arbetet kommande år kommer att präglas av fortsatt kartläggning och gap-analys samt prioritering av viktiga områden och kvalitetsindikatorer att följa utifrån både nationella riktlinjer och vårdprogram. Arbetsgruppen kommer i huvudsak träffas digitalt ca 3 ggr/termin samt ett fysiskt heldagsmöte vår och höst.

Förslag på indikatorer

Nedanstående indikatorer är kopplade till nationella mått som följs både via nationellt vårdprogram och nationella riktlinjer. De avser spegla jämlikhet och kvalitet både inom och mellan regioner i sydöstra sjukvårdsregionen.

Utdata via BORiS alternativt annat utdataprogram baserad på diagnoskod.

- Antal patienter i behandling per år.
- Ålder och kön vid behandlingsstart.
- Antal kontakter per patient per år.

Utdata enbart via BORiS

- Täckningsgrad i BORiS.
- Grad av obesitas i samband med behandlingsstart.
- Förändring av grad av obesitas (BMI SDS) efter ett års behandling.
- Andel patienter som avslutas i BORiS med måluppfyllelse Iso-BMI < 30.

Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Övervikt och fetma är vanligt och ökar med ålder hos 6–9 åringar. Hämtad 2023-02-02 från [Övervikt och fetma är vanligt och ökar med ålder hos 6-9 åringar \(folkhalmsomyndigheten.se\)](https://www.folkhalsomyndigheten.se).
2. Kvalitetsregistret Barnobesitas i Sverige. Årsrapport 2021 [Internet]. Barnobesitasregistret i Sverige. Citerad 2023-02-02. [Hämtad från BORIS-årsrapport-2021_FINAL.pdf \(e-boris.se\)](#).

3. Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för vård vid obesitas Hämtad 2022-08-19 från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationellariktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/obesitas/>.
4. Marcus C, Danielsson P, Hagman E. Pediatric obesity-Long-term consequences and effect of weight loss. J Intern Med. 2022.
5. Dimensional Insight, Inc. DiverPort, version 7.0:42.1. [programvara]. Utgivningsort: Burlington, USA. Hämtad 2023-02-02. <http://diver.rjl.se/diveport/main/logon>
6. Bohlin A, Hagman E, Klaesson S, Danielsson P. Childhood obesity treatment: telephone coaching is as good as usual care in maintaining weight loss – a randomized controlled trial. Clinical Obesity. 2017;7(4):199-205.
7. Lindberg L, Hagman E, Danielsson P, Marcus C, Persson M. Anxiety and depression in children and adolescents with obesity: a nationwide study in Sweden. BMC Med. 2020;18(1):30.
8. Sutaria S, Devakumar D, Yasuda SS, Das S, Saxena S. Is obesity associated with depression in children? Systematic review and meta-analysis. Arch Dis Child. 2019;104(1):64-74.

Bilaga 2, Rapport från neonatalverksamheterna i Sydöstra sjukvårdsregionen baserat på resultat 2018-2022, RAG Neonatologi

Inledning

Denna rapport syftar till att ge en översiktlig bild av neonatalvårdens utformning i Sydöstra sjukvårdsregionen, redovisa våra resultat avseende flera olika kvalitetsmått samt definiera våra mål på lång och kort sikt både för den högspecialiserade vården och för den vård som bedrivs på samtliga kliniker. Utifrån rapportens resultat identifieras områden som behöver utvecklas och förbättras inom regionen.

Mål

- Neonatalvården och vårt stöd till förlossnings- och BB-vård ska vara utformad så att både fullgångna och prematura, friska och sjuka barn, ska få ett säkert omhändertagande och en god omvårdnad utifrån vetenskaplig evidens, nationella vårdprogram och beprövad erfarenhet.
- Våra medicinska resultat ska motsvara eller överträffa resultaten i övriga riket.
- Vi ska arbeta familjecentrerat, undvika onödig separation mellan barn och föräldrar, stötta vårdnadshavarna att själva ta hand om sitt barn och göra dem delaktiga i omhändertagandet av barnet.
- Vi ska verka för en sammanhållen vårdkedja från mödrhälsovård - > förlossning - > BB/neonatalvård - > barnhälsovård - > skolhälsovård.
- Barn som utifrån sin neonatala vårdtid definieras som riskbarn, ska följas upp på våra barnkliniker utifrån det nationella riskbarnsuppföljningsprogrammet till och med 5,5-års ålder och därefter utifrån sina medicinska behov. Vår samlade bedömning ska delges föräldrarna och med deras tillåtelse även skolhälsovården, för att underlätta för barnen att tillgodogöra sig undervisningen på bästa sätt.
- Om barn behöver transporteras mellan våra enheter eller till andra sjukhus i landet, ska dessa transporter ske i rätt tid samt med god säkerhet och kvalitet. För att säkerställa detta vill vi verka för en egen transportorganisation utgåendes från Linköping, som kan sköta akuta transporter av svårt sjuka barn inom sjukvårdsregionen.

Processmått – våra olika neonatalavdelningar

Neonatalvården i sydöstra sjukvårdsregionen bedrivs på följande avdelningar:

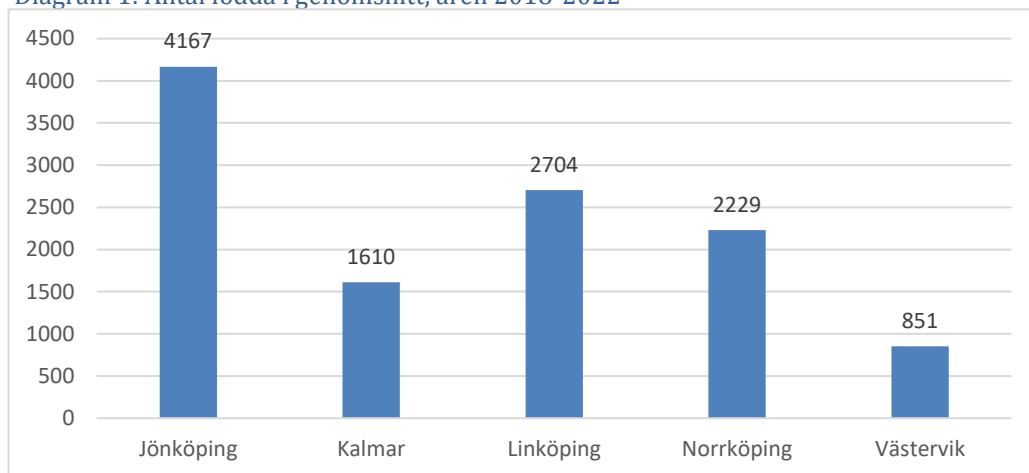
- **Universitetssjukhuset i Linköping:** regionuppdrag för extremprematura barn och ett av sex högspecialiserade centra i landet som tar hand om prematura barn från gestationsvecka 22+0. Tar hand om de barn som faller under de gestationsåldrar som övriga sjukhus i regionen hanterar. Tar hand om respiratorvård av nyfödda och hypotermibehandling.
 - Totalt 15 vårdplatser, varav ca 7-8 intensivvårdsplatser och 7 familjevårdsplatser.
 - Specialistutbildad personal: Totalt 10 neonatologer (4 ST i neonatologi), 19 vidareutbildade sjuksköterskor, 5 NIDCAP-utbildade observatörer (läkare, sjuksköterskor och barnsköterskor). Ytterligare tre ssk läser specialistutbildning och 2 personer läser NIDCAP-utbildning. Under jourtid finns sjukhusbunden neonatalbakjour samt allmänpediatrisk primärjour och bakjour.
 - Antal FINE-utbildade (eller under pågående FINE-utbildning) sjuksköterskor och undersköterskor: 34 st.
 - Under 2022 har 11 personer gått STABLE-utbildning, totalt har 69 medarbetare genomgått STABLE-utbildning.
- **Länssjukhuset Ryhov i Jönköping:** tar hand om prematura barn födda från gestationsvecka 27+0. Respiratorvård och kylbehandling finns. Sköter all neonatalvård för Region Jönköping, det vill säga även barn födda vid förlossningsenheterna i Eksjö och Värnamo som saknar egna neonatalavdelningar. Ombesörjer vid behov akuta transporter av nyfödda från dessa enheter. Alla riskgraviditeter planerar att förlösas i Jönköping. I Eksjö och Värnamo sker förlossning från ca graviditetsvecka 35+4.
 - Totalt 16 vårdplatser, varav 6 intensivvårdsplatser och resten intermediär- och familjevårdvårdsplatser.

- Specialistutbildad personal: Totalt 6 neonatologer och 2 ST i neonatologi. Under jourtid finns neonatalbakjour samt allmänpediatrisk primärjour och bakjour.
- 32 vidareutbildade sjuksköterskor samt 2 som går specialistutbildningen för närvarande. 24 sjuksköterskor med neo IVA-utbildning, 2 NIDCAP-utbildade observatörer, 2 FINE-mentor 2 FINE-utbildade barnsköterskor.
- **Vrinnevisjukhuset i Norrköping:** tar hand om barn födda från gestationsvecka 29+0. Ingen respiratorvård eller hypotermibehandling.
 - 8 vårdplatser.
 - Specialistutbildad personal: 1 neonatolog, 8 vidareutbildade sjuksköterskor, 1 NIDCAP- och FINE-utbildad observatör. 20st FINE-utbildade sköterskor och barnsköterskor. 3 STABLE-instruktörer (utbildningar påbörjas under våren 2023). Under jourtid finns allmänpediatrisk primärjour och bakjour.
- **Länssjukhuset i Kalmar:** tar hand om prematura barn från gestationsvecka 30+0. Ingen respiratorvård eller hypotermibehandling.
 - 7 vårdplatser
 - Specialistutbildad personal: Ingen neonatolog. Under jourtid finns allmänpediatrisk primärjour och bakjour. 11 av 21 vidareutbildade sjuksköterskor, 27st FINE-utbildade sjuksköterskor och barnsköterskor/undersköterskor.
 - 10 sjuksköterskor har gått Neo-IVA-kursen i Jönköping.
 - 2 NIDCAP-utbildade observatörer.
 - 10 av 12 undersköterskor, 18 av 21 sjuksköterskor och 22 av 23 läkare gått STABLE-utbildning.
- **Sjukhuset i Västervik:** tar hand om prematura barn födda från gestationsvecka 30+0. Ingen respiratorvård.
 - Totalt 5 vårdplatser
 - Bemanning: 1 neonatolog. Under jourtid finns allmänpediatrisk primärjour och bakjour. 8 vidareutbildade sjuksköterskor, 4 som gått neo-IVA-kursen i Jönköping. 4 (1 läkare, 2 bsk och 1 ssk) som går FINE-utbildning.
 - 4 STABLE-instruktörer och 7 i personalen som gått STABLE.

Tabell 1: Antal födda barn 2018-2022 på respektive förlossningsenhet
(i Jönköpings siffror ingår även barn födda på förlossningsenheterna i Eksjö och Värnamo)

	2018	2019	2020	2021	2022	2018 -2022
Jönköping	4336	4226	4290	4129	3853	20834
Kalmar	1628	1585	1655	1665	1516	8049
Linköping	2791	2841	2692	2705	2491	13520
Norrköping	2287	2285	2221	2309	2043	9102
Västervik	957	876	882	828	712	3543
Summa	11999	11813	11740	11636	10615	55048

Diagram 1: Antal födda i genomsnitt, åren 2018-2022



Tabell 2: Antal vårdtillfällen 2018-2022, inneliggande neonatalvård, hemsjukvård ej inräknad

	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
Jönköping	414	396	426	383	392	2011
Kalmar	253	267	270	269	225	1284
Linköping	331	354	321	325	278	1609
Norrköping	172	184	210	213	196	975
Västervik	127	153	119	97	67	563
Summa	1297	1354	1346	1287	1158	6442

Noteras att antalet vårdtillfällen i vissa fall avviker från antalet i avdelningsliggaren, som ofta förs lokalt på respektive neonatalavdelning. Detta kan bero på olikheter i hur vi registrerar i SNQ samt hur data plockas ut.

Tabell 2: Andel barn (i %) av de som är födda på regionens förlossningsenheter, som har minst ett registrerat vårdtillfälle på någon av regionens neonatalavdelningar

	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
Jönköping	8,7	8,2	8,9	8,6	9,2	8,7
Kalmar	12,8	13,9	14,3	13,2	12,5	13,3
Linköping	9,8	10,3	9,8	9,6	9,4	9,7
Norrköping	6,3	6,8	7,6	7,6	7,7	8,8
Västervik	11,4	15,1	11,5	9,7	8,0	13,5
Regionen	9,3	9,7	9,8	9,4	9,4	9,9

Diagram 2: Disponibla neonatalvårdplatser per 1000 levande födda.
Ur SNQ's årsrapport 2021. Jämför landets sjukvårdsregioner.

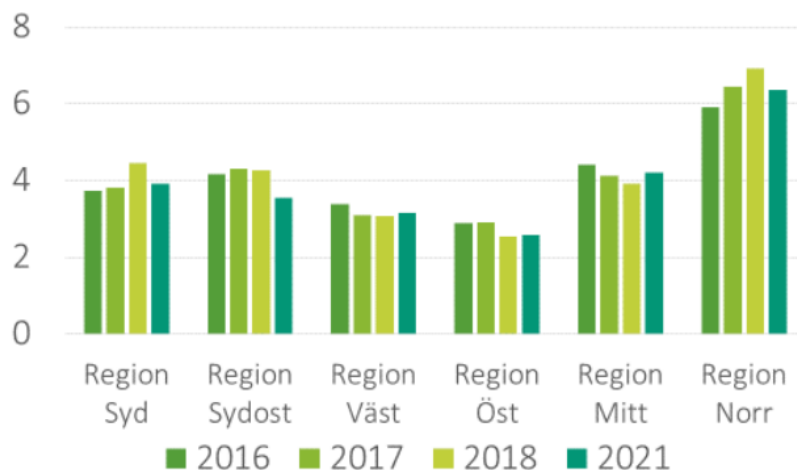
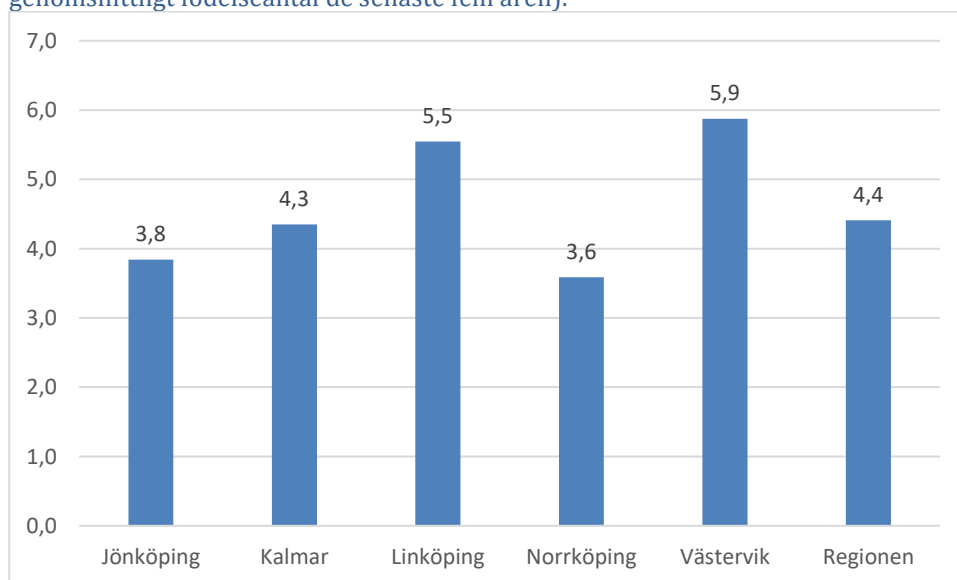


Diagram 3: Antal vårdplatser per 1000 levande födda i Sydöstra sjukvårdsregionen (baserat på ett genomsnittligt födelseantal de senaste fem åren).



Riksgenomsnittet är 4,23 neonatalvårdplatser/1000 levande födda (Källa: SNQ's Årsrapport 2020)

Antalet IVA-platser i Sydöstra sjukvårdsregionen är 1,2/1000 levande födda.
Riksgenomsnittet är också 1,2 Neo-IVA-platser/1000 levande nyfödda.

Transporter

Tabell 3. Antal utförda egna transporter

	2019	2020	2021	2022
Jönköping	63	71	68	62
Kalmar	24	18	23	10
Linköping	81	105	130	95
Norrköping			17	21
Västervik	14	16	16	8

Tabell 4. Antal transporter utförda av annat team än det egna

	2019	2020	2021	2022
Jönköping	23	10	10	9
Kalmar	12	21	19	25
Linköping	7	19	6	22
Norrköping				
Västervik	4	8	13	6

Tabell 5. Antal transporter utförda av Linköpings transportteam

	2019	2020	2021	2022
Jönköping			2	2
Kalmar	1	8	10	16
Norrköping				
Västervik	4	7	6	2

Kommentar:

I vår sjukvårdsregion föds omkring en tiondel av landets barn. Liksom i övriga landet, noteras en nedgång i antalet födda barn med ungefär 10% under 2022, jämfört med tidigare år. Orsaken till detta är inte klarlagd.

Våra olika neonatalavdelningar arbetar under olika förutsättningar, där Jönköping tar hand om det största antalet barn och även hanterar prematura barn ned till gestationsvecka 27+0 medan Linköping står för den högspecialiserade neonatala intensivvården och tar hand om de extremprematura barnen ned till v 22+0. Neonatalavdelningarna i Västervik, Kalmar och Norrköping hanterar fullgångna och måttligt prematurfödda barn, men har ingen respiratorvård av nyfödda. Det finns skillnader i hur mycket vård som bedrivs på respektive BB-avdelning, vilket till stor del förklarar de skillnader som finns avseende inläggningsfrekvens. Det noteras dock att skillnaderna mellan sjukhusen minskar.

Regionen samarbetar kring utbildningsfrågor och under året har lokala STABLE-instruktörer utbildats på alla våra neonatalenheter. Målet är att all personal på våra enheter på sikt ska ha genomgått STABLE-utbildning och att utbildningen ska repeteras med jämna mellanrum.

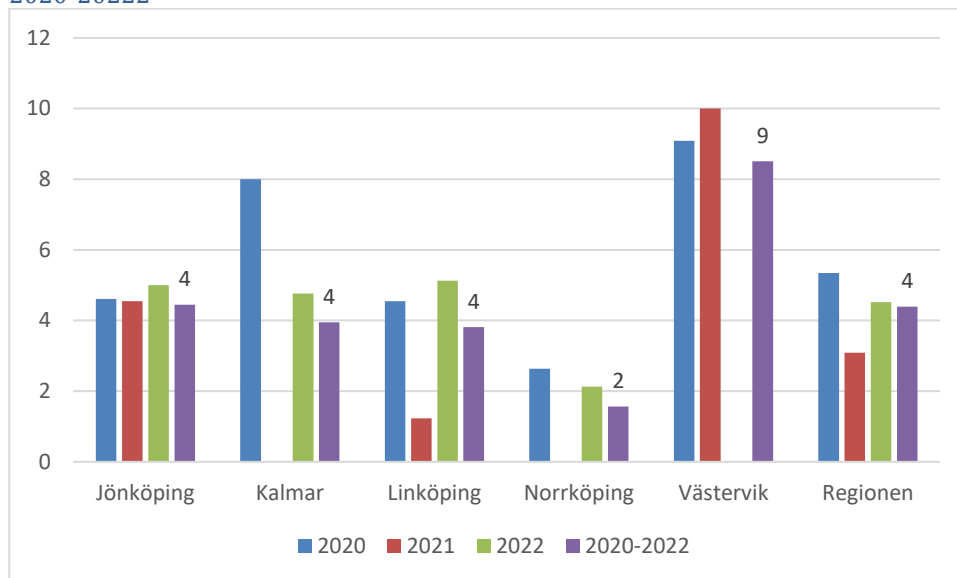
Antalet vårdplatser i regionen ligger i samma nivå som riksgenomsnittet.

Alla regionens sjukhus har lokala transportorganisationer. Transportteamen i Västervik och Kalmar hämtar i första hand hem stabila nyfödda och prematura barn utan behov av respiratorvård eller intensivvårdsinsatser. Vid behov av akuta transporter från dessa sjukhus till en högre vårdnivå, måste specialiserade transportteam tillkallas. Under de senaste åren har ett specialiserat neonatalt transportteam byggts upp i Linköping, för transport av intensivvårdskrävande nyfödda barn inom sjukvårdsregionen. Vi ser att Linköpings transportteam har tagit hand om ett ökande antal av transporter inom regionen och att behovet av att anlita specialiserade neonatala transportteam från andra sjukvårdsregioner därigenom minskat. Vi ser att detta ger snabbare transporter och främjar samarbetet inom sjukvårdsregionen.

Medicinska resultat

1. Antenatal kortikosteroidbehandling

Diagram 4: Andel (%) av alla födda GV 22-33 (n= 523) som enligt SNQ-registret inte fått antenatala steroider, 2020-20222



Kommentar

Ur SNQ's årsrapport 2020: "Antenatala steroider (kortison till modern före förlossning) har visats minska risken för att det för tidigt födda barnet ska dö efter födelsen med 31%, att barnet ska drabbas av RDS med 34%, hjärnblödning med 46% och nekrotiserande enterokolit med 54%. Evidensgraden är måttlig, men rekommendationen att ge antenatala steroider är stark."

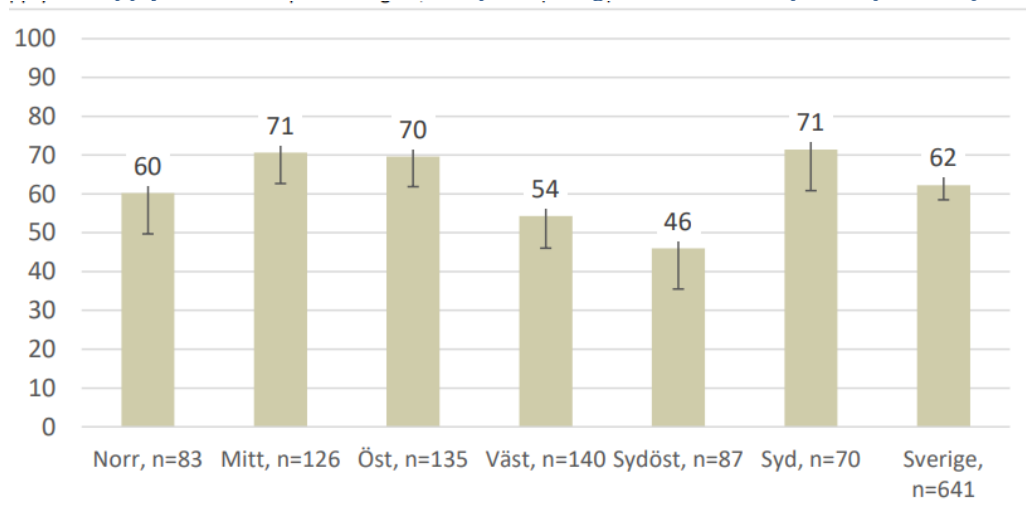
I vissa fall sker förlossningen så snart efter att kvinnan anlät till förlossningsavdelningen, att det inte är möjligt att ge steroider. Utifrån detta har SNQ satt upp ett målvärde på 90% för andel förlösta mödrar i gestationsvecka 22+0 - 33+6 som bör ha fått behandling med antenatala steroider. Eftersom statistiken för given behandling är bristfällig, har vi valt att redovisa andel av mödrar där det angivits i SNQ-registret att behandling inte givits. Under året 2021-2022 gjordes en regional granskning kring antenatala steroidbehandling och varför så många mödrar till prematura barn i vår region inte föreföll ha fått denna behandling. Det visade sig att uppgifterna i SNQ-registret i flera fall var felaktigt ifyllda, men vi noterade också på vissa orter en klar förbättringspotential.

I årets rapport, gällande de tre senaste åren, ser man en tydlig förbättring.

Endast 4 % av mödrar till barn förlösta i v 22-33 i regionen anges inte ha fått antenatala steroider, vilket är tydligt lägre än det nationella målvärdet på max 10%. Inget sjukhus i regionen har resultat > 10%.

2. Asfyxi och hypotermibehandling

Diagram 5. Andel (procent med 95%CI) barn med gestationsålder ≥ 36 veckor och som kylbehandlats utifrån skattad uppfyllnad* av A- och B-kriterier per storregion, 2017-2021 (N=641). Ur SNQ's årsrapport 2021.



Kommentar

Ur SNQ's Årsrapport 2020: "Svenska Neonatalföreningen rekommenderar kylbehandling (hypotermi) av fullgångna barn (≥ 36 veckor) som drabbats av svår syrebrist under förlossning. Bakgrunden är att flera internationella randomiserade multicenterstudier har visat positiva effekter av hypotermibehandling när det gäller överlevnad och risken för bestående skador. Evidensgrad: stark. Rekommendation: stark."

Målvärde: $>95\%$ av alla barn som uppfyller kriterier bör erhålla kylbehandling.

I ovanstående tabell har man försökt hitta de barn som borde ha fått kylbehandling. Dock måste de neurologiska symptomen debutera inom sex timmar från födelsen, för att kylbehandling ska kunna inledas. I vissa fall måste man också avstå behandlingen av medicinska skäl. Det är därför inte möjligt att sätta ett målvärde utifrån tabellen, men man kan notera den stora variationen inom landet och att Sydöstra sjukvårdsregionen ligger lägre än övriga regioner. Även det nationella resultatet kring 55% i tabellen ovan, framstår som ett lågt värde.

Under hösten 2020 påbörjades en genomgång av de barn födda i Sydöstra sjukvårdsregionen under åren 2016-2019 som fått diagnos kramper eller HIE-grad 2-3, för att utröna om de handlagts i enlighet med det nationella vårdprogrammet. Resultatet presenterades på SNQ's nationella registerdag i mars 2021 och visade oklarheter kring handläggning i flera av de fall där man valt att avstå från kylbehandling. Neonatalföreningen publicerade i september 2022 ett uppdaterat nationellt vårdprogram kring kylbehandling efter asfyxi. Utifrån detta, har vi inom regionen tagit fram en regional överenskommelse, som vi hoppas ska underlätta beslutsfattandet i dessa fall.

Vi ser tydlig förbättringspotential inom detta område och hoppas att de åtgärder vi vidtagit ska resultera i en förbättring framöver.

3. Svår hypoglykemi

Diagram 6: Andel barn (%) med svår hypoglykemi (p-glukos <1,5 mmol/l ;n=345), per 1000 levande födda, 2018-2022.

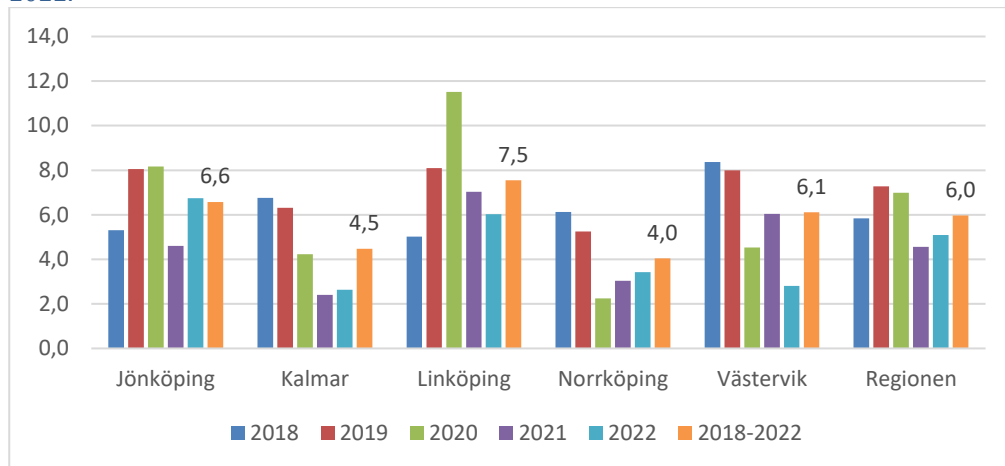
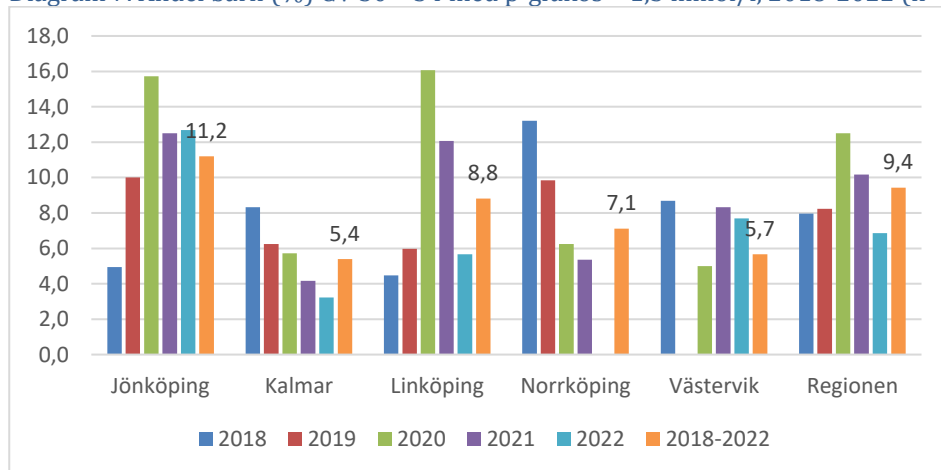


Diagram 7. Andel barn (%) GV 30 – 34 med p-glukos < 1,5 mmol/l, 2018-2022 (n=101).



Kommentar

Ur SNQ's årsrapport 2020: "Svenska Neonatalföreningen har utarbetat ett nationellt vårdprogram för att förebygga, upptäcka och behandla neonatal hypoglykemi bland barn på BB och på neonatalavdelning. Ett särskilt uttalat mål är att helst undvika helt, snabbt upptäcka och effektivt behandla blodsockervärden under 1,5 mmol/L. Svår hypoglykemi kan orsaka bestående hjärnskada"

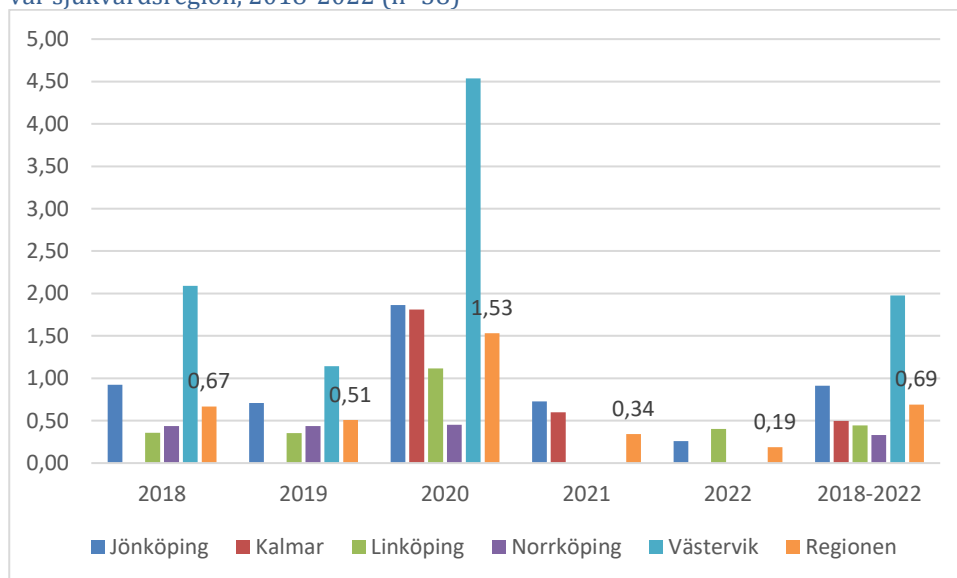
Sveriges genomsnitt, andel barn med p-glukos < 1,5 efter 3 tim ålder per 1000 födda: 5,6

Vår sjukvårdsregions genomsnitt (före och efter 3 tim ålder): 6,0

För samtliga gestationsåldrar ligger sjukvårdsregionens genomsnitt gällande svår hypoglykemi i nivå med övriga landet, men inom vår region noteras skillnader som kan vara värt att granska ytterligare. Det är rimligt att Jönköping och Linköping, som tar hand om mer prematura och sjukare barn, har högre andel svår hypoglykemi än övriga sjukhus när man tittar på alla gestationsåldrar. När man enbart analyserar data för barn födda v 30-34, som alla sjukhus tar hand om primärt, kvarstår tydliga skillnader och det kan finnas anledning att göra en journalgranskning av dessa fall, för att se om vi kan få ned antalet fall av svår hypoglykemi i ytterligare.

4. Extrem hyperbilirubinemi

Diagram 8. Andel barn med högsta bilirubinvärde >425 µmol/l per 1000 levande födda, per neonatalavdelning i vår sjukvårdsregion, 2018-2022 (n=38)



Kommentar

Ur SNQ's årsrapport: "En statistisk säkerställd ökning av antal barn med farlig hyperbilirubinemi (bilirubin > 510) har noterats från 2009 till 2017. En fjärdedel av dessa barn har drabbats av kernikterus (bestående hjärnskada orsakad av för höga bilirubinvärden i neonatalperioden). I de allra flesta fall har skadan varit undvikbar."

Vi ägnade regiondagen inom neonatologi 2019 åt detta ämne och samtliga sjukhus i vår sjukvårdsregion har nu infört det nationella vårdprogrammet kring hyperbilirubinemi som kom 2019.

Vi ser de senaste två åren en remarkabel förbättring inom regionen.

År 2022 låg vi totalt sett för första gången under det nationella målvärdet för andel barn med bilirubin > 425 per 1000 levande födda.

Nationellt målvärde: <0,25 barn/1000 födda

Andel barn i vår sjukvårdsregion 2021: 0,34 barn/1000 födda

Andel barn i vår sjukvårdsregion 2022: 0,19 barn/1000 födda

5. Låg kroppstemperatur hos prematura

Diagram 9. Andel barn(%) födda i GV 30-34 med angiven kroppstemperatur < 36,5 grader under de första 6 timmarna efter förlossningen, 2021-2022 (n=108).

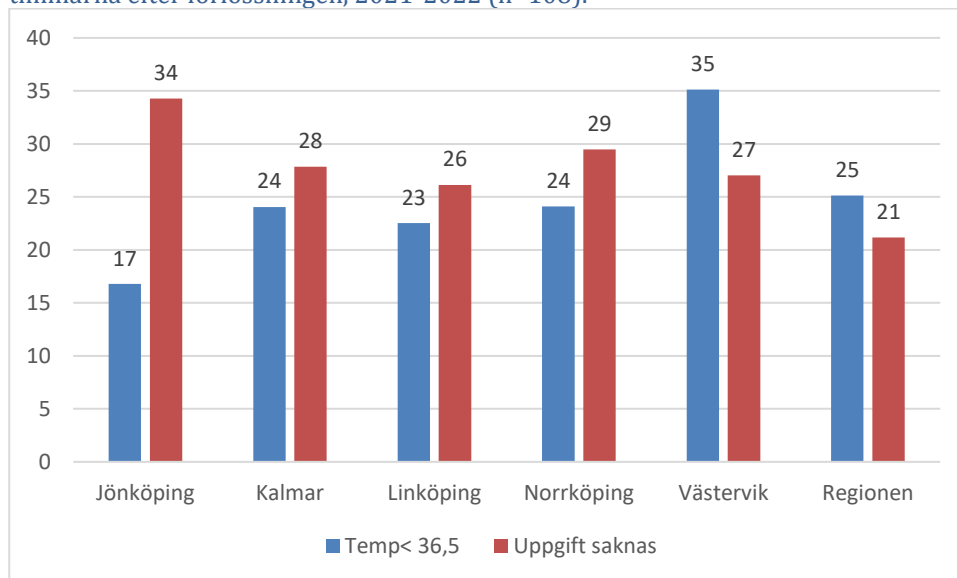
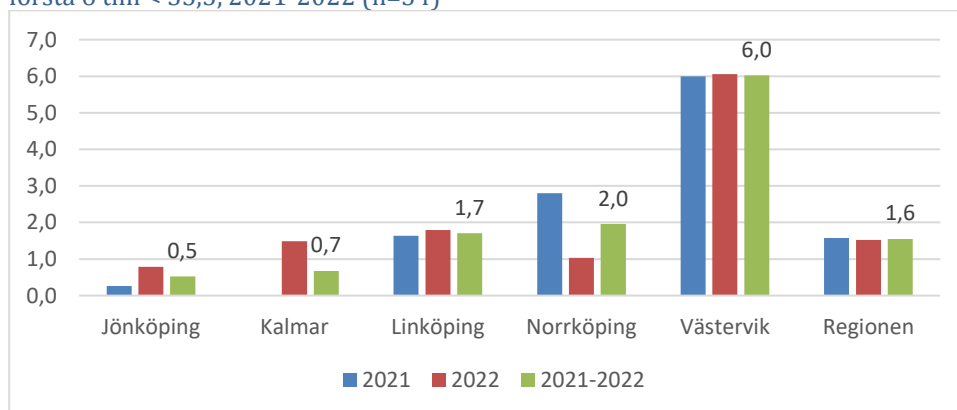


Diagram 10. Andel barn av inlagda på neonatalavdelning, alla gestationsåldrar, med lägsta kroppstemperatur första 6 tim < 35,5, 2021-2022 (n=34)



Kommentar

Ur SNQ's årsrapport 2020: "Nedkylning av mycket tidigt födda barn (<32 veckor) efter förlossning till kroppstemperatur <35,5 °C har associerats till ökad risk för död hela första levnadsmånaden (justerade risk ratios för död 1,8-2,4). Både andelen barn som får sin kroppstemperatur dokumenterad första timmarna efter födelsen samt andelen med kroppstemperatur <35,5 °C utgör kvalitetsindikatorer. Det finns flera evidensbaserade interventioner för att förhindra nedkylning direkt efter födelsen respektive under vård på neonatalavdelning.

"Lägsta kroppstemperatur 0-6 timmar" har införts som en obligatorisk parameter i SNQ sedan våren 2021. Den är ett mått på hur väl omhändertagandet av barnet fungerar och även en viktig parameter att följa i takt med att allt fler sjukhus i regionen inför så kallad "nollseparation", där en farhåga är att barnen blir kalla.

Siffrorna från 2021-2022 visar att en hög andel av måttligt prematurfödda barn blir kalla under de första timmarna. Siffrorna kommer att bli mer tillförlitliga när vi resultat från fler år att tillgå och andelen där uppgift saknas kommer förhoppningsvis att sjunka.

Gällande barn med kroppstemperatur < 35,5 grader bör dessa fall minimeras och det finns regionala skillnader som är värda att granska vidare. I regionen som helhet är det färre barn med temperatur < 35,5 grader de första sex timmarna än i övriga landet.

Nationellt är andelen barn med kroppstemperatur < 35,5 2,1%

I Sydöstra sjukvårdsregionen är andelen barn med kroppstemperatur < 35,5 1,6%

6. Antibiotikaanvändning

Diagram 11. Andel (%) av nyfödda, som behandlats med antibiotika (i %), 2018-2022 (n=1772).

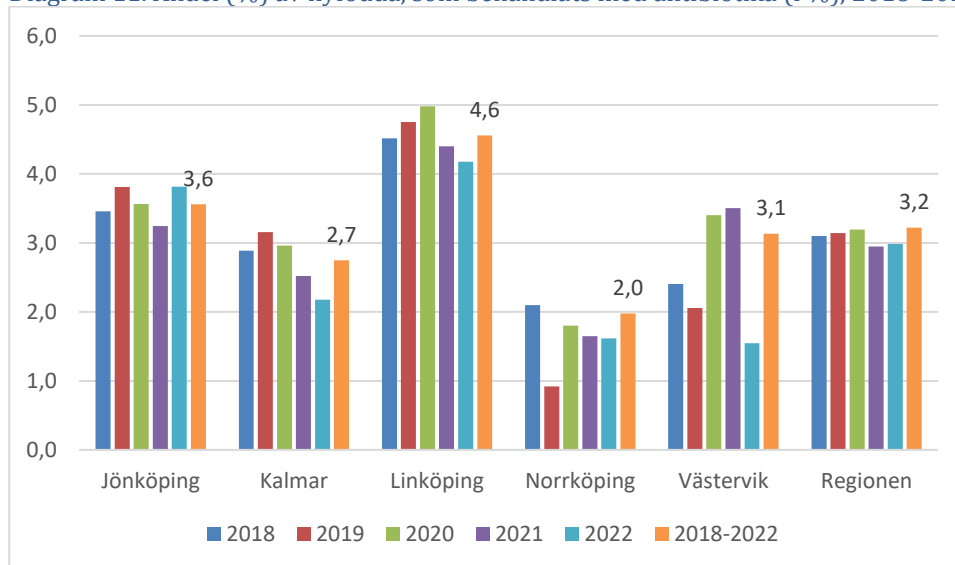
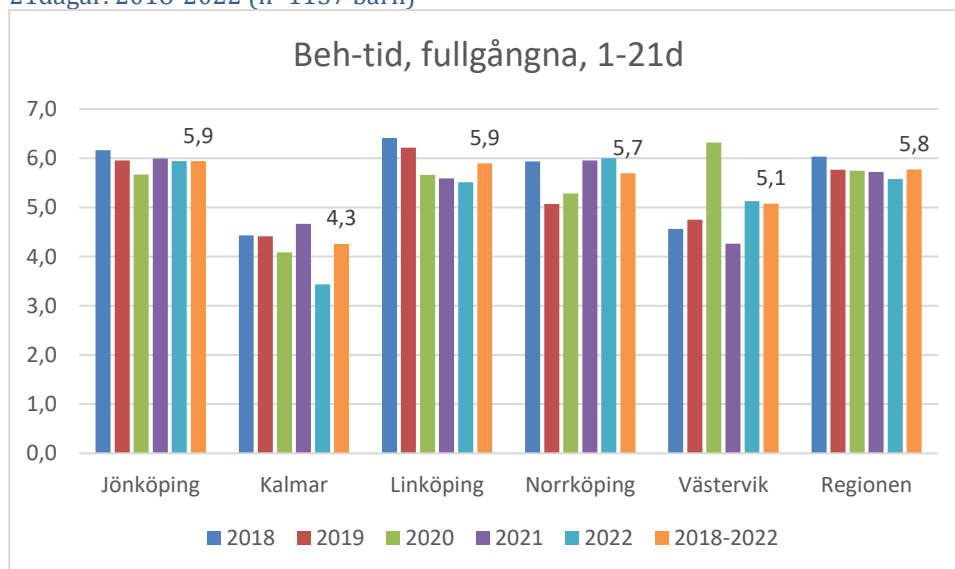


Diagram 12. Medelbehandlingstid med antibiotika, fullgångna barn (i dagar). Endast de med behandlingstid 1-21 dagar. 2018-2022 (n=1137 barn)



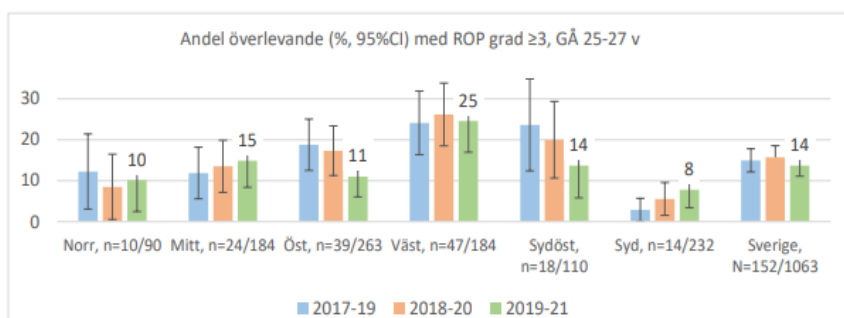
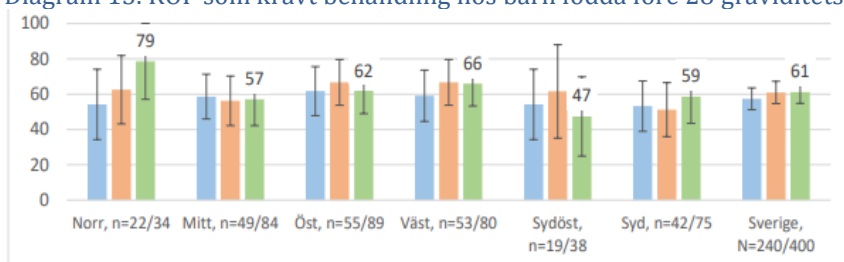
Kommentar

Det finns skillnader inom regionen vad gäller antibiotikaanvändning. Det är rimligt att sjukhus som vårdar mer prematura och sjuka nyfödda barn, såsom Linköping och Jönköping, även har en högre andel barn som behandlas med antibiotika; men det finns skillnader även mellan Kalmar, Västervik och Norrköping avseende detta.

2020 publiceras neonatalföreningen en utsättningsguide för antibiotika, som förhoppningsvis kommer att leda till att behandlingstiden för antibiotika på sikt kan sänkas, men vi ser ännu ingen sådan effekt.

7. Omogenhetsretinopati (ROP)

Diagram 13. ROP som krävt behandling hos barn födda före 28 graviditetsveckor. Från SNQ's årsrapport 2021.



Kommentar:

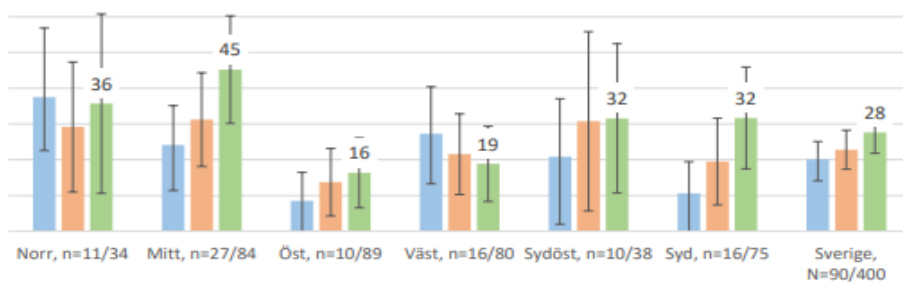
ROP är alltjämt en vanlig komplikation vid extrem prematuritet. Av barnen som föds innan gestationsvecka 25, drabbas nästan hälften av behandlingskrävande ROP inom regionen. Det finns skillnader inom landet, men konfidensintervallen överlappar. Den senaste treårsperioden visar sjunkande nivåer av behandlingskrävande ROP i vår sjukvårdsregion, men skillnaden är inte statistiskt signifikant och behöver följas över längre tid.

I Jönköping pågår ett förbättringsarbete kring att undvika för höga syrgasnivåer, vilket är en känd påverkbar faktor för utveckling av ROP.

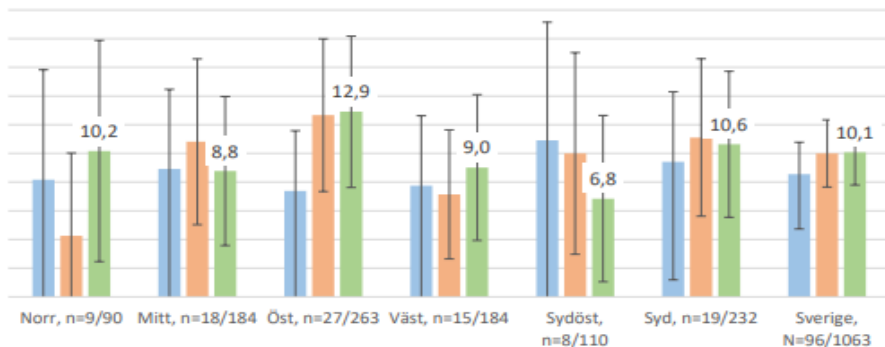
8. Bronkopulmonell dysplasi (BPD)

Diagram 14. Svår BPD, andel av överlevande barn GÅ < 32v med syrgasbehov > 30% vid 36 PMÅ. Ur SNQ's årsrapport 2021

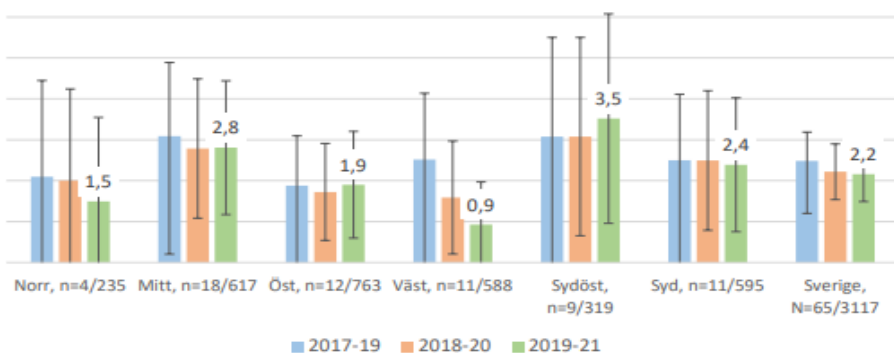
Andel överlevande barn (%; 95%CI) med extra syrgas $\geq 30\%$ vid 36v PMÅ, GÅ 22-24 v



Andel överlevande barn (%; 95%CI) med extra syrgas $\geq 30\%$ vid 36v PMÅ, GÅ 25-27 v



Andel överlevande barn (%; 95%CI) med extra syrgas $\geq 30\%$ vid 36v PMÅ, GÅ 28-31 v



Kommentar

Kronisk lungsjukdom hos prematurfödda barn, så kallad bronkopulmonell dysplasi (BPD), är trots modern neonatalvård ett kvarstående problem. Svår BPD drabbar omkring en tredjedel av de extremt prematurfödda barnen (GÅ 22-24v). Våra resultat ligger inom konfidensintervallen för landet som helhet.

9. Riskbarnsuppföljning

Diagram 15. Andel (%) av överlevande födda med GÅ < 28v som har ett registrerat uppföljningsbesök vid 24 mån korrigerad ålder, utifrån barnets födelseår (n=77)

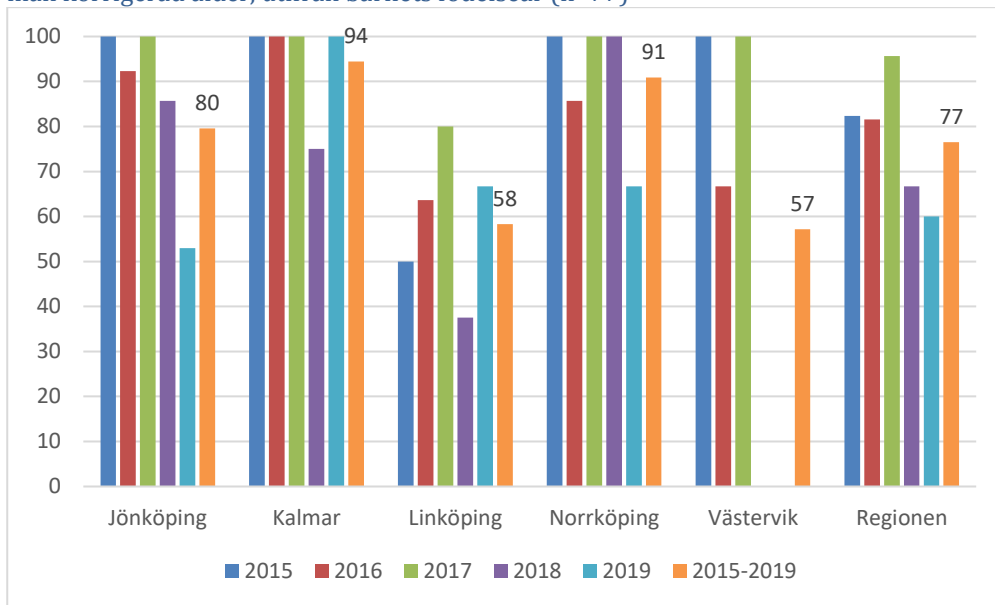


Diagram 16. Andel (%) av överlevande födda med GÅ < 28v som har ett registrerat datum för psykologundersökning vid 24 mån korrigerad ålder, utifrån barnets födelseår (n=25)

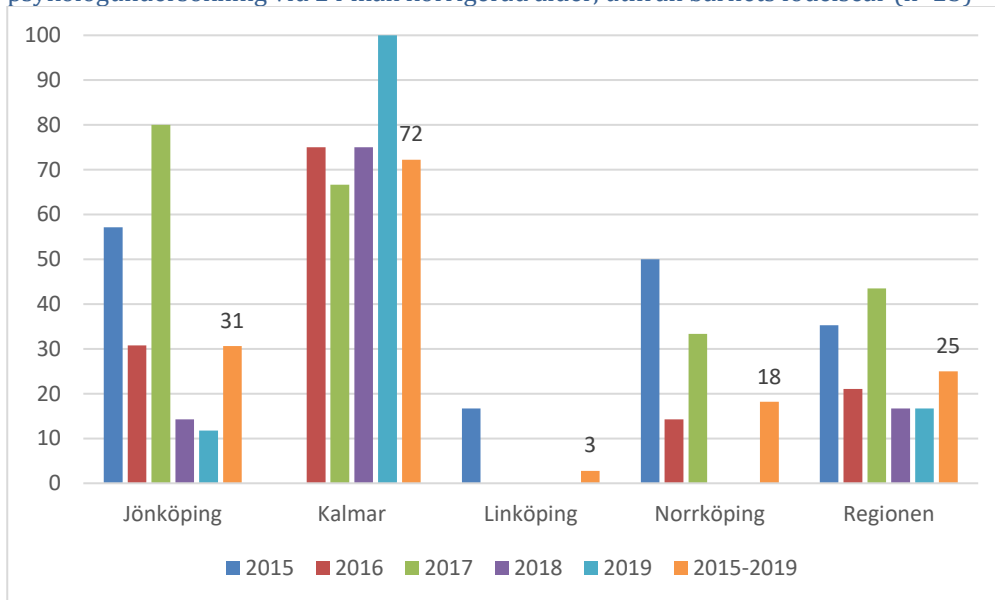


Diagram 17. Andel (%) av överlevande födda med GÅ < 28v som har ett registrerat datum för läkarundersökning vid 5,5 års ålder, utifrån barnets födelseår (n=33)

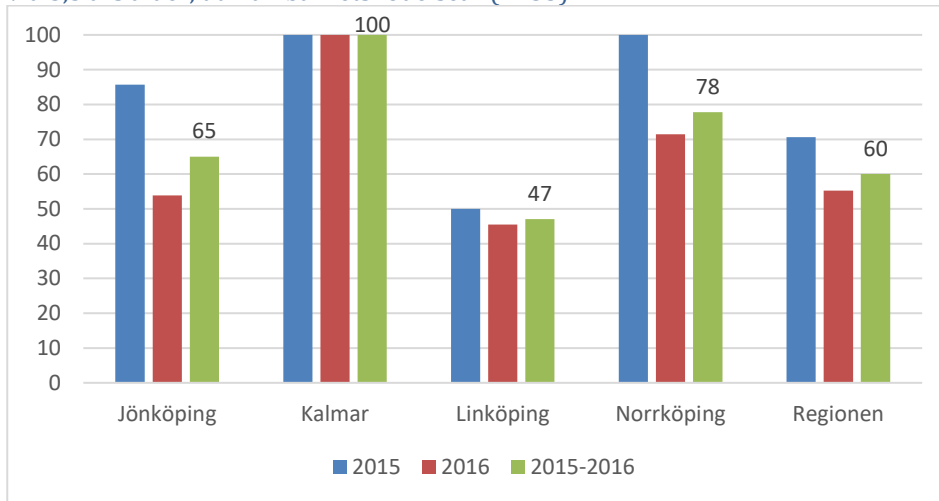


Diagram 18. Andel (%) av överlevande födda med GÅ < 28v som har ett registrerat datum för psykologtestning vid 5,5 års ålder, utifrån barnets födelseår (n=18)

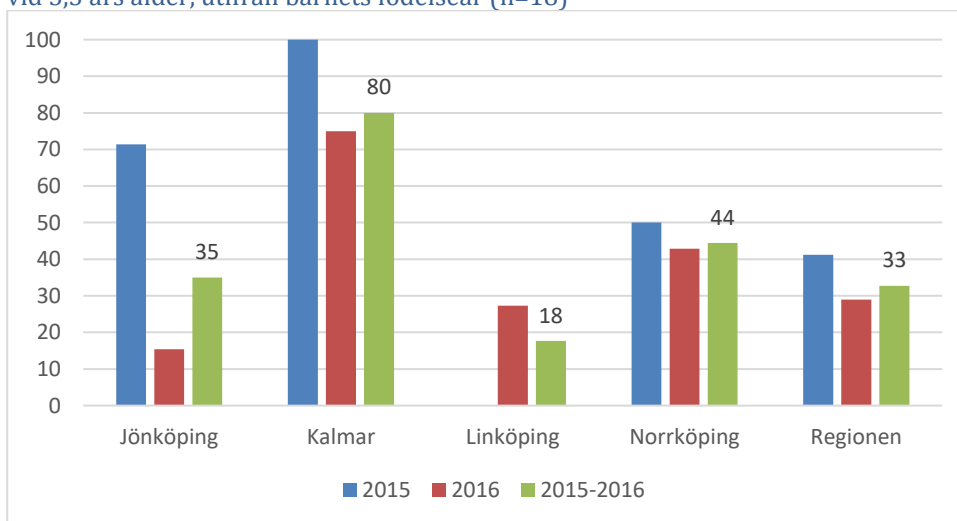
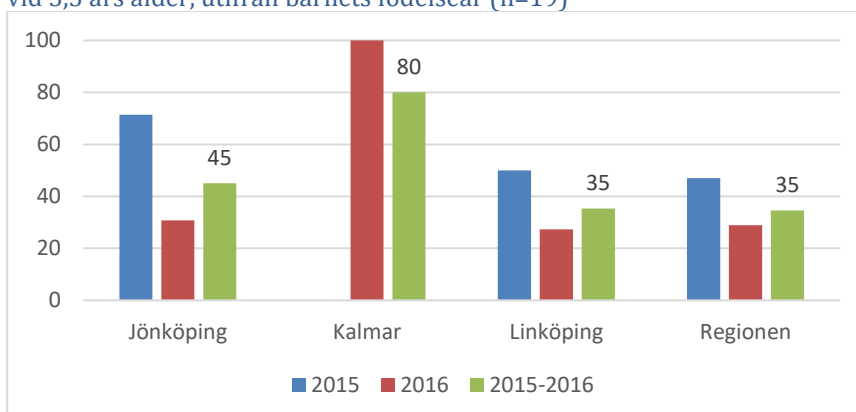


Diagram 19. Andel (%) av överlevande födda med GÅ < 28v som har ett registrerat datum för Movements ABC vid 5,5 års ålder, utifrån barnets födelseår (n=19)



Kommentar

Det nationella riskbarnsuppföljningsprogrammet finns sedan 2015 och definierar vilka barn som ska följas upp och på vilket sätt. Alla barn födda med GA < 28v rekommenderas bedömas av läkare och psykolog vid 24 månaders korrigerad ålder. Vid 5,5-års ålder rekommenderas separat bedömning av läkare, psykolog och sjukgymnast. Detta är både ett sätt att tidigt fånga upp svårigheter hos barnet och därigenom kunna erbjuda adekvat stöd, men också en viktig kvalitetsuppföljning kring utfallet för de extremprematura barnen som föds i landet.

Det nationella målvärdet är att > 90% av de extremprematura barnen följs upp och registreras i SNQ. Nationellt har 71% av barn födda < 28v ett registrerat 24-mån besök. I vår region har 77% av barn födda <v28 ett registrerat 24-mån besök.

Generellt ses en sämre uppföljningsgrad för barn födda 2018-2019, vilket kan vara en effekt av pandemin.

Andelen barn som testats av psykolog vid 24-mån korrigerad ålder, är betydligt lägre och här finns en stor variation inom sjukvårdsregionen. Detta speglar troligen en varierande tillgång på psykolog på de olika klinikerna.

Gällande 5,5-årsbesöket ses också stora skillnader inom regionen.

Här finns en tydlig förbättringspotential inom regionen, där vi bör sträva efter en mer likvärdig vård och uppföljning.

10. Amning

Diagram 20. Andel (%) av alla barn vårdade på någon av våra neonatalenheter, som inte ammas (varken helt eller delvis) vid utskrivning till hemmet, från avdelning eller hemsjukvård (n=1074).

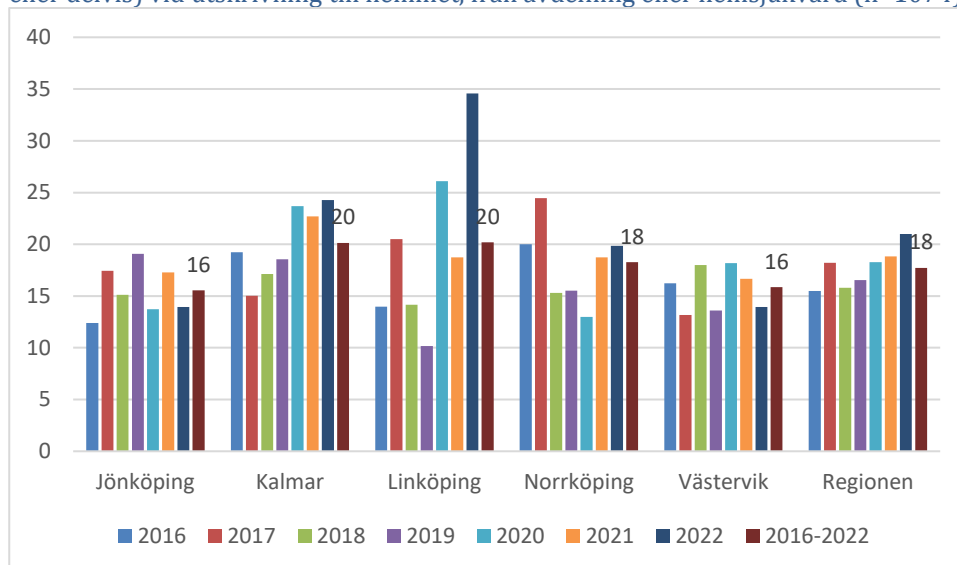
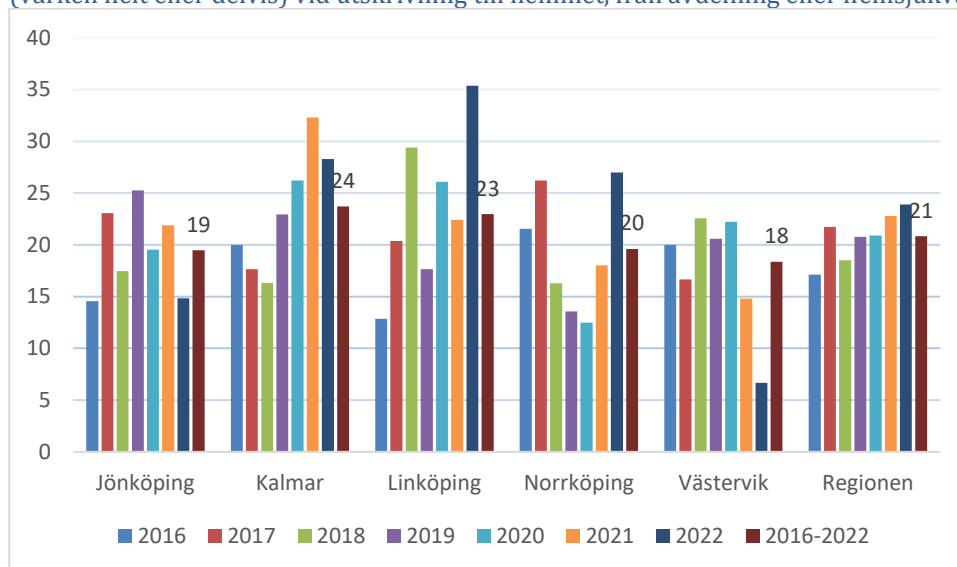


Diagram 21. Andel (%) av alla barn födda v 32-36 vårdade på någon av våra neonatalenheter, som inte ammas (varken helt eller delvis) vid utskrivning till hemmet, från avdelning eller hemsjukvård (n=425).



Kommentar

Ur SNQ's årsrapport 2020: "Amning och bröstmjölkstillförsel har en rad hälsobefrämjande effekter. Amning vid utskrivning till hemmet samvarierar med barnets mognad vid utskrivning, samt tillgång på hemvård. Samtliga neonatalavdelningar i Sverige arbetar för att befrämja amning. Amning vid utskrivning till hemmet betraktas som en indikator på lyckad neonatalvård."

Gällande samtliga gestationsåldrar finns ett nationellt målvärde på att minst 80% av mödrar som vårdats på neonatalavdelning ska amma helt eller delvis vid utskrivning, dvs max 20% som inte ammar.

Nationellt ligger andelen som inte ammar vid utskrivning på 18 %.

I vår region ligger andelen som inte ammar vid utskrivning på samma nivå, men det finns en tydlig variation mellan våra sjukhus och en oroande tendens till färre mammor som ammar de senaste åren.

Gällande lätt prematurfödda barn i v 32-36, är det nationellt 20% av mödrarna som inte ammar vid utskrivning. I vår region är det 21%, men även här ses högre andelar på vissa av våra sjukhus, vilket behöver följas och analyseras ytterligare.

11. Andningsstöd

Diagram 22. Andel (%) av födda barn på någon av våra förlossningsenheter, som varit inlagda och behandlats med nasal CPAP (n=2032).

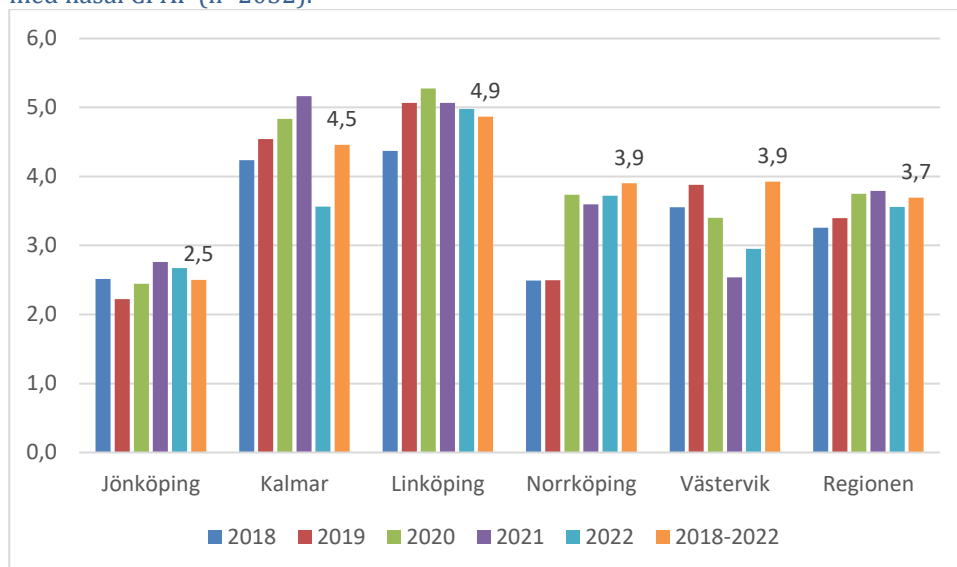
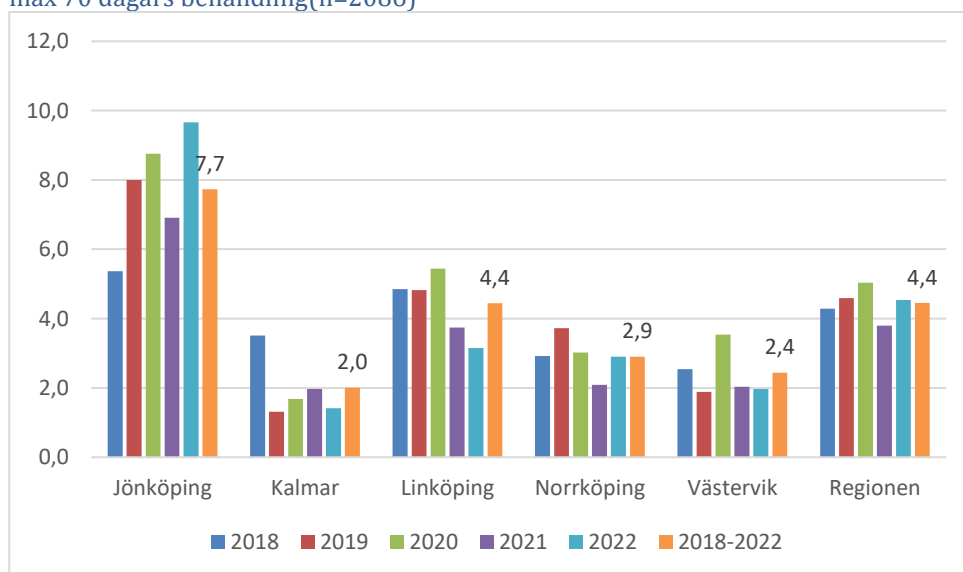


Diagram 23. Behandlingstid (dagar) nCPAP i genomsnitt, alla gestationsåldrar, av de som fått minst 6 timmar och max 70 dagars behandling(n=2086)



Kommentar

Det finns skillnader i hur vi använder andningsstödet nasal CPAP inom regionen, både gällande hur många av alla barn som behandlas med CPAP och hur långvarig behandlingen är. Det saknas i dagsläget tydlig evidens kring vilket andningsstöd som ger det bästa resultatet till lätt prematura och fullgångna barn, samt hur snabbt och på vilket sätt avveckling av andningsstödet ska göras.

12. Föräldraenkäten

Tabell 6. Andel föräldrar som svarat "5" där "5 = Ja, helt och hållet" och "1 = Nej, inte alls" på ett antal frågor om sin upplevelse av vårdtiden på neonatalavdelning. Enkäten skickas ut som SMS ett par veckor efter utskrivning från avdelningen. Maj 2020 – jan 2023. SMS skickas ut till över 80% av alla som varit inlagda på neonatalavdelning. Västervik har bara ingått sedan våren 2022.

	Fråga 4	Fråga 6	Fråga 9	Fråga 15	Svarsfrekvens
Sverige	67%	76%	71%	87%	29%
Jönköping	64%	73%	68%	89%	32%
Kalmar	71%	78%	72%	92%	27%
Linköping	66%	72%	72%	91%	34%
Norrköping	67%	80%	70%	90%	35%
Västervik	81%	88%	81%	100%	19%

Fråga 4: Fick du tillräckligt med information om barnets vård/behandling?

Fråga 6: Förklarade läkaren/vårdpersonalen behandlingen på ett sätt som du förstod?

Fråga 9: Var du delaktig i besluten beträffande barnets vård/behandling i den utsträckning du önskade?

Fråga 15: Skulle du rekommendera vårdavdelningen till någon annan i er situation?

Kommentar

Svarsfrekvensen för föräldraenkäten är tyvärr låg i hela landet, vilket ska beaktas när man tolkar resultaten. Vår sjukvårdsregions resultat ligger i allmänhet i linje med eller bättre än riksgenomsnittet, men resultaten varierar mellan sjukhusen och det kan finnas anledning för varje sjukhus att titta på sina resultat och arbeta för att förbättra dem.

För ytterligare resultat och kvalitetsmått, hänvisas till SNQ's årsrapport som publiceras på hemsidan: SNQ.se.

Aktuella utmaningar, fokusområden och långsiktiga mål

Som framgår av rapporten har vi förbättrat våra resultat inom en del områden som vi tidigare valt att fokusera på (ikterus och prenatal steroidbehandling), samtidigt som det kvarstår områden där det finns klar förbättringspotential (exempelvis hypotermibehandling). För flera områden finns en variation inom sjukvårdsregionen, som kan inspirera till lokala initiativ till förbättring och att vi lär av varandra (gäller exempelvis riskbarnsuppföljning, låg temp vid inskrivning, hypoglykemi och amning).

För de allra flesta variabler vi valt att plocka ut, ligger vår sjukvårdsregions resultat i nivå med eller bättre än riksgenomsnittet.

Vi har ett aktivt samarbete kring utbildning inom regionen.

Linköpings introduktionsprogram för nya sjuksköterskor har funnits några år och används i allt större utsträckning även av övriga sjukhus i regionen.

Våren 2022 utbildades i regionen regi STABLE-instruktörer till alla våra neonatalavdelningar och de har redan påbörjat arbetet med att utbilda personalen på sina respektive avdelningar. STABLE-konceptet är en utbildning i stabilisering av det sjuka nyfödda barnet efter den akuta återupplivningsfasen. Utbildningen erbjuds såväl läkare, som sjuksköterskor och undersköterskor på våra neonatalavdelningar.

Hösten 2022 genomfördes regiondagen i neonatologi med temat "Asfyxi och kylbehandling". Vi beslutade då att utforma en regional överenskommelse kring kylbehandling, för att underlätta dessa svåra beslut. Förhoppningen är att detta ska innebära en förbättrad handläggning av dessa barn framöver.

Varje år väljer RAG-gruppen inom neonatologi i regionen ett fokusområde, som vi fokuserar extra på under året och som blir temat på den årliga regiondagen. Under 2023 ligger fokus på RDS och surfaktantbehandling. Vi kommer att granska barn med diagnosen RDS, för att utvärdera om de behandlats optimalt.

Regiondagen hösten 2023 kommer att anordnas i Västervik, med temat ”RDS – omvårdnad och behandling”.

Det pågår FINE-utbildning av personalen på flera av regionens neonatalavdelningar. FINE(Family and Infant Neurodevelopment Education) ger oss verktyg att hjälpa föräldrar tolka sitt barns signaler och stötta det på bästa sätt.

En arbetsgrupp kring familjecentrerad vård arbetar inom regionen och samarbetar med den nationella gruppen inom neonatalföreningen.

En vetenskaplig multi-center-studie kring nollseparation och sen avnavling av prematura barn från v 30-34 (PreDECESS) har inledas under slutet av 2022. Studien utgår från Linköping och flera av regionens sjukhus deltar. Sedan tidigare pågår eller planeras förbättringsprojekt för att förhindra ofrivillig separation mellan mor och barn, så kallad nollseparation, på flera av regionens sjukhus.