



Svenska Barnhälsovårdsregistret

Årsrapport 2021



Innehåll

Innehåll	2
Inledning	4
Styrgrupp 2021	5
Barnhälsovårdens uppdrag	6
Besök inom barnhälsovården	6
Amning	6
Exponering för tobaksrök i hemmet	7
Tillväxt	7
Screeningundersökningar	7
EPDS	7
Enskilt samtal för pappa/den icke födande föräldern	7
Språkscreening	8
Hörselscreening	8
Synscreening	8
Förbättringsarbete inom barnhälsovården	9
Statistikportal	9
Nationell Kunskapsstyrning	10
Om registrets indikatorer och mått	10
PROM och PREM	12
Målnivåer	12
Population, täckningsgrad och anslutningsgrad	12
Täckningsgrad 2021	12
Anslutningsgrad 2021	13
Anslutningsprojekt	13
Datatäckning	14
Barnhälsovårdens kvalitet 2021	14
Erhållit barnhälsovårdsprogrammet	14
Hembesök	14
Erhållit barnhälsovårdsprogrammet	16
Faktorer som påverkar barns hälsa	15
Bröstmjolk och amning	15
Exponering för tobaksrök i hemmet	16
Barns hälsa	16
Tillväxt	16
Screeningundersökningar	18
EPDS	18
Språkscreening	18
Synscreening	19

Hörselscreening _____	19
<i>Kvalitetsregistrets arbete för att säkerställa kontinuerligt förbättringsarbete och tillgänglighet</i> _____	19
Kontroll av datakvalitet _____	20
<i>Hemsida</i> _____	20
<i>Sekretess och vårdnadshavarens rättigheter</i> _____	20
<i>Dataåtkomst och användning av personuppgifter</i> _____	20

Inledning

Svensk barnhälsovård är unik i en internationell jämförelse. Totalt når barnhälsovården över 97% av alla barn med ett hälsofrämjande, förebyggande och individuellt stödjande program. Verksamheten har generellt högt förtroende i den svenska befolkningen, och trots att det är frivilligt, har i princip alla barn under 6 år kontakt med barnhälsovården (BHV) innan förskoleklass då elevhälsan tar över ansvaret för det hälsofrämjande, förebyggande och individuellt stödjande programmet.

Syftet med ett nationellt kvalitetsregister för barnhälsovård är att kunna följa, utvärdera och stödja utvecklingen mot en jämlik, god och rättvis barnhälsovård för alla barn i Sverige. Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ) beräknar att 95 procent av de svenska barnen kommer att tillhöra målpopulationen för registret, baserat på frivilligheten vad gäller både barnhälsovård och medverkan i kvalitetsregister.

Behovet av en nationell kvalitetsuppföljning av barnhälsovården understryks av sambandet mellan det tidiga livets förutsättningar och framtida hälsa där barnhälsovården är en viktig aktör. För att uppnå jämlik hälsa som barn och som vuxen är det centralt att alla barn får en bra start i livet, med goda uppväxtvillkor som stimulerar deras tidiga utveckling, inlärning och hälsa.

Enligt artikel 24 i konventionen om barnets rättigheter¹ ska konventionsstaterna säkerställa att föräldrar och barn får information om, och har tillgång till, undervisning om barnhälsovård, amning, näringslära, hygien och förebyggande av olycksfall. Det är därför en viktig uppgift för BHVQ att följa täckningsgraden, hur stor andel av barnpopulationen som får tillgång till den generella barnhälsovården.

Från augusti 2017 rapporterar Region Dalarna data. Region Jönköping län rapporterar data från mars 2019. Region Sörmland rapporterar data från oktober 2020. Region Gävleborg rapporterar data från december 2021. I årsrapporten finns även data för 2021 från de regioner som har anslutit under 2022 och sänt data för 2021: Region Gotland, Region Kronoberg, Region Västernorrland och 30 av Region Stockholms 116 BVC-enheter. Detta medger möjlighet att göra jämförelser över tid och mellan regioner. Förbättringsarbetet inom barnhälsovården baseras dessutom även på jämförelse mellan BHV-enheter inom en och samma region

Skillnaderna mellan de rapporterade regionerna är små. Skillnaderna mellan BHV-enheter inom respektive region är desto större. Dessa skillnader är en stor utmaning för regionerna i strävan mot en jämlik barnhälsovård. BHVQ blir en nyckel i det arbetet.

Sedan en uppdatering i journalsystemet i maj 2021 har region Jönköping inte kunnat sända data till BHVQ. BHVQ:s styrgrupp valde att invänta data från Region Jönköping innan dess årsrapporten färdigställdes. Konfigurationen av journalsystemet drog dock ut på tiden och data kom över till BHVQ så sent som december 2022, och då inte avseende samtliga barn. Styrgruppen valde då att förkorta årsrapporten för 2021 och främst fokusera på skillnader mellan regioner och inte inom regioner. Skillnad inom regioner kommer att beskrivas mer ingående i nästkommande årsrapport.

För styrgruppen för Svenska Barnhälsovårdsregistret, december 2022

Jennie Hedman	Anna Fäldt
Styrgruppsordförande	Registerhållare
Barnhälsovården	Barnhälsovården
Region Jämtland Härjedalen	Region Uppsala

Styrgrupp 2021

Registret leds av en registerhållare och en styrgrupp med professionell och geografisk förankring. Styrgruppen får sitt uppdrag från de samlade BHV-enheterna i landet. Registerhållare och styrgrupp har ett uppdragsavtal med den centralt personuppgiftsansvariga myndigheten (CPUA), Regionstyrelsen i Region Jönköping.

Registerhållare	Anna Fäldt Specialistlogoped, Med Dr, Barnhälsovården Uppsala
Ordförande	Jennie Hedman Vårdutvecklare, Barnhälsovården Jämtland Härjedalen
Ledamöter	Anna Levin BHV-överläkare, Barnhälsovården Gotland Ann-Sofie Cavefors BHV-överläkare, Barnhälsovården Västra Götaland Anton Holmgren BHV-överläkare, Med Dr, Barnhälsovården Halland Frida Karlsson Videhult, Dietist, Med dr, Kompetenscentrum för mödra- och barnhälsovård, Västerbotten. Helena Edin Mödra-barnhälsovårdspsykolog Barnhälsovården Uppsala Jennie Nimborg Vårdutvecklare, Barnhälsovården Sörmland Karin Berg, psykolog Barnhälsovården Västra Götaland. Karolina Lindström BHV-överläkare, Med Dr, Barnhälsovården Stockholm Lars Gelande, Med. Dr., barnhälsovårdsöverläkare Barnhälsovården Västra Götaland. Leif Ekholm BHV-överläkare, Barnhälsovården Örebro Marie Golsäter Verksamhetsutvecklare, Docent, Barnhälsovården, Jönköping Mattias Wennergren, Verksamhetsutvecklare Barnhälsovården Västra Götaland. Sven-Arne Silfverdal BHV-överläkare, Docent, Barnhälsovården Västerbotten

Barnhälsovårdens uppdrag

Barnhälsovårdens mål är att främja barns fysiska, psykiska och sociala hälsa och att förebygga ohälsa. Problem med barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö ska tidigt identifieras och åtgärder ska initieras för att förebygga ohälsa. Barnhälsovårdens nationella program följs erfarenhetsmässigt av praktiskt taget alla svenska förskolebarn och har acceptans i alla sociala skikt.^{2,3}

BHVQ följer barnhälsovårdens mål genom variabler på kvalitet. I denna årsrapport rapporteras en del av variablerna. En fullständig beskrivning av registrets indikatorer finns i den Registerbeskrivning som finns tillgänglig på registrets webbplats (www.bhvq.se).

Besök inom barnhälsovården

Uppdraget genomförs genom hembesök, mottagningsbesök och gruppverksamhet. Besöken sker vid fastställda nyckelåldrar och därutöver erbjuds föräldragrupsprogram samt individuellt utformat stöd. Vid behov förmedlas kontakt med andra vårdgivare såsom psykolog, fysioterapeut, barnläkare, logoped eller dietist. När barnet börjar förskoleklass överförs hälsovårdsansvaret till skolans elevhälsa.

Vid varje besök inom barnhälsovården sker ett långsiktigt hälsoarbete, och stöd ges till de föräldrar vars barns hälsa avviker. Familjer ska erhålla minst 12 besök under barnets första år, följt av ett besök vid 18-månader, ett eller två besök i åldern 2,5-3 år, ett besök vid fyra år och slutligen ett år vid fem års ålder. Två av besöken ska enligt barnhälsovårdsprogrammet vara hembesök. Ett vid barnets födelse och ett vid åtta månader. Hembesök ger goda möjligheter att identifiera familjer i behov av indikerat stöd och att upptäcka barn som riskerar att fara illa och har ett starkt vetenskapligt stöd.⁴ Sjuksköterskor inom barnhälsovården beskriver hembesöket som en viktig metod för att etablera en förtroendefull relation med föräldrarna och få en bild av familjens situation.⁵

Hembesök i samband med barnets födelse syftar till att skapa kontakt och presentera barnhälsovårdens verksamhet. Att hembesöket erbjuds till alla innebär att det uppfattas som en naturlig del av verksamheten. Hembesöket kan också användas som en riktad insats där en serie av hembesök ges under en kortare eller längre period baserat på en individuell bedömning av den enskilda familjens behov.^{6,7}

Hembesöket vid 8 månaders ålder, med fokus på hälsosamma levnadsvanor och barnsäkerhet, infördes i Barnhälsovårdsprogrammet 2015 och har hittills implementerats i olika utsträckning i de regionerna.

Amning

Amnings- och bröstmjölksfrämjande interventioner sker genomgående under barnets första tid inom barnhälsovården. Bröstmjolk har många viktiga fördelar för spädbarnet, och amning uppmuntras i all hälso- och sjukvård.⁸ Föräldrarna får regelbundet frågor om barnets uppfödning under första levnadsåret. Samtliga uppfödningsobservationer tas emot av BHVQ. Barns uppfödningmönster kan därmed analyseras över tid. Datainsamlingen sker i fyra nivåer: helt ammad, övervägande ammad, delvis ammad samt ej ammad. Dessa fyra nivåer har införts under de senaste åren. Samtliga regioner har ännu ej möjlighet att sända data enligt dessa definitioner. Utöver vad barnet har fått under den senaste veckan inhämtas "första tillfälle annan kost", som ger möjligheten att mäta den faktiska exklusiva amningen. För närmare beskrivning av amningsdefinitioner hänvisas till BHVQ Registerbeskrivning på bhvq.se.

På nationell nivå har uppgifter om amning samlats in sedan 60-talet, och har sedan dess varit en viktig variabel för att mäta barnhälsovårdens kvalitet.

Exponering för tobaksrök i hemmet

Utsätts spädbarn för passiv rökning ökar riskerna för plötslig spädbarnsdöd,^{9, 10} astma,¹¹ och nedre luftvägsinfektioner.¹² Dessutom ökar risken att barnet själv skall bli rökare om det växer upp i en rökande miljö.¹³

Barnhälsovården ska arbeta aktivt för att minska barns utsatthet för tobaksrök. Föräldrar som röker dagligen ska erbjuds kvalificerat rådgivande samtal, och även återkommande uppföljande motivationsamtal för de som fortsätter att bruka tobak. Det finns även möjligheter att sända remiss eller hänvisa till utbildad tobaksavvänjare på mottagningen eller på annan vårdenhets samt att hänvisa till Sluta-röka-linjen. Data om föräldrars rökvanor har insamlats nationellt sedan 1999.

Tillväxt

Ett barns individuella tillväxt är genetiskt programmerad men också ett känsligt mått på såväl fysiskt som psykiskt välbefinnande. Tillväxten styrs av samverkan mellan ärftliga faktorer och omgivningsfaktorer som nutritionsförhållanden, kroppslig eller psykisk stress och sjukdom. För att kunna bedöma barns hälsa inom barnhälsovården görs därför regelbundna mätningar av tillväxten. Mätning av tillväxt är en mycket viktig del av barnhälsovårdens verksamhet och väsentlig för att följa barns hälsa. Alla tillväxtmätningar som görs på barnet överförs till BHVQ. Uppgift om längd och vikt vid nyckelålderskontrollerna är grunddata för att beräkna barnets BMI.¹⁴ Uppgift om BMI används för att följa utvecklingen av underviktiga respektive överviktiga barn.

Screeningundersökningar

Barnhälsovårdsprogrammet består av strukturerade metoder och screeningmetoder, både vad gäller föräldrarnas och barnets hälsa. Alla barn erbjuds undersökning avseende språk, hörsel och syn med hjälp av screeningmetoder inom barnhälsovården. När olika metoder används nationellt finns möjligheten att ta hänsyn till screeningmetod i BHVQ:s statistiskportal. För screeningsundersökningar av barnets språk, syn, hörsel följs även antalet remisser som undersökningarna genererar.

EPDS

De tidiga samspelelementen kan påverkas negativt av en depression hos modern med risk för utveckling av otrygg anknytning och negativa effekter för barnets utveckling. Det finns också en ökad risk för kvinnans egen hälsa och för relation hos föräldraparet. För att lättare kunna upptäcka depressiva symtom och depression hos modern har självskattningsskalan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)¹⁵ visat sig vara till god hjälp inom barnhälsovårdens. Depressionsscreening med EPDS-skalan och bedömningssamtal genomförs 6–8 veckor efter barnets födelse. I BHVQ insamlas data avseende om EPDS-screening hargenomförts med modern.

Enskilt samtal för pappa/den icke födande föräldern

Under 2021 och 2022 har variabeln Enskilt samtal för pappa/den icke födande föräldern utvecklats och kommer inom kort att finnas tillgänglig för analys. I dagsläget överför endast fem regioner data om samtalet. Vid samtalet används i regel någon screeningmetod för att fånga föräldrarnas mående.

Språkscreening

Språkscreening sker nationellt vid 2,5-3 års ålder med en av två tillgängliga screeningmetoder. Det är av stor vikt att identifiera misstänkta utvecklingsavvikelser utifrån att språket leder den kognitiva utvecklingen och språkliga svårigheter har en stor negativ påverkan på barnets hela liv och utveckling.^{16 17} Ungefär 10% av alla barn i förskoleåldern har språk- eller kommunikationssvårigheter.¹⁸

Hörselscreening

Hörselscreening sker vid fyra års ålder, som en uppföljning efter den hörselundersökning som sker på BB. Det finns stora möjligheter till hörselhabilitering för barn med hörselskada eller dövhet så som hörsel- och talträning, teckenspråk, teknisk rehabilitering så som hörapparat och cochleaimplantat. Därför är det av största vikt att identifiera barn med hörselskador och remittera dessa till rätt stöd.

Synscreening

Synprovning sker vid fyra-års ålder och utförs nationellt med HVOT- eller LEA-tavla. För att barnets syn ska utvecklas optimalt ska inget störa barnets syn. Det finns många tillstånd som kan störa barnets synutveckling, och det är inte alltid föräldrar uppmärksammar att barnet ser dåligt. Mellan regionerna varierar riktlinjerna om vilken gräns som gäller för att remiss ska sändas till ögonklinik.

Förbättringsarbete inom barnhälsovården

Av hälso- och sjukvårdslagen framgår att kvaliteten i verksamheten inom hälso- och sjukvården systematiskt och fortlöpande skall utvecklas och säkras.¹⁹ Barnhälsovården i Sverige har i årtionden arbetat systematiskt med att samla in data för kvalitetsförbättring. Denna data har främst insamlats på årsbasis via manuell rapportering vilket är arbetskrävande för personalen. Data har även aggregerats till barhälsovårdscentralnivå. Nationell datainsamling till Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ) gör det möjligt att skapa jämförbara mått avseende barnhälsovårdens verksamhet för verksamhet, tjänstepersoner och politiker.

Alla regioner har en central barnhälsovårdsenhet i någon form som varierar i storlek och organisationstillhörighet. Enheten består oftast av barnhälsovårdsöverläkare, sjuksköterska/verksamhetsutvecklare, psykolog samt administrativ samordnare. Andra kompetenser kan vara dietist och logoped. Enheten har av sin regionledning fått i uppdrag att utbilda barnhälsovårdspersonal, ansvara för verksamhetsutveckling, följa kvaliteten, utveckla metoder och ge metodstöd samt bevaka och följa barns hälsa ur ett befolkningsperspektiv.²⁰

BHVQ möjliggör att enkelt följa kontinuerligt förbättringsarbete inom barnhälsovården och som resultat går det även att följa barns hälsa. Data som samlas in leder till att jämförelse kan göras både mellan regioner och mellan BHV-enheter inom samma region. Kontinuerligt presenterade realtidsdata möjliggör ett ständigt förbättringsarbete på lokal och regional nivå där enskilda BHV-enheter med enkla handgrepp kan jämföra egna data med andras, såväl på region- som på BHV-enhetsnivå. De centrala BHV-enheterna i regionen/regionerna genomför sedan lång tid tillbaka regelbundet besök på lokala BHV-enheter där kvalitetsdata diskuteras och stöd till det lokala förbättringsarbetet ges.

Barnhälsovårdens kvalitetsindikatorer grundar sig på antaganden om långsiktiga hälsoeffekter av insatser i BHV-programmet men också på antaganden om att tillgång till vissa resurser ger förutsättning för hög kvalitet på barnhälsovården. För barnhälsovården är en grundläggande kvalitetsaspekt att kunna mäta i hur stor utsträckning alla barn får del av de olika delarna av det generella barnhälsovårdsprogrammet. Tillsammans med verksamhetens täckningsgrad indikerar dessa mått graden av jämlikhet och rättvisa i barnhälsovården. Resultat av barnhälsovårdens arbete kan främst ses i förändringar i specifika variabler över tid då många hälsoparametrar påverkas av övriga faktorer i samhället. Exempelvis påverkas andelen barn som ammas på en specifik BHV-enhet av socioekonomiska faktorer. För att se om barnhälsovårdens arbete har effekt på amningen bör förändringar variabler på specifika enheter studeras över tid eller genom individbaserad forskning som tar hänsyn till samvarierande faktorer.

Statistikportal

BHVQ:s data presenteras i en statistikportal som möjliggöra en kombination av snabb hantering av stora datamängder och hög nivå av användarvänlighet för alla målgrupper. Statistikportalen har funnits tillgänglig från slutet av 2018 och ska under 2022 genomgå en större genomarbetning för att ytterligare öka användarvänligheten, Statistikportalen utgör idag ett enkelt och smidigt verktyg för historisk översikt och aktuell kunskap i det kontinuerliga förbättringsarbetet på såväl regional- som BHV-enhetsnivå. Statistikportalen har presenterats nationellt för de centrala barnhälsovårdsenheterna. Även statistikportalen genomgår kontinuerligt förbättringsarbete för att uppfylla regionernas behov av presentation av data. Statistikportalen nås på <https://bhvqportal.compos.se/>.

Nationell Kunskapsstyrning

I den nationella kunskapsstyrningen finns det Nationella programområdet Barns och ungdomars hälsa med den Nationella arbetsgruppen Barnhälsovård. I Nationella arbetsgruppen Barnhälsovård har under 2021 två medlemmar från BHVQ:s styrgrupp medverkat.

Om registrets indikatorer och mått

För att data som registreras i ett kvalitetsregister ska kunna användas i kontinuerligt förbättringsarbete bör variablerna vara pålitliga och stabila över tid. Variablerna bör även tydligt beskriva kvaliteten på verksamheten. I BHVQ används variabler som beskriver verksamhetens resurser (strukturmått), verksamhetens insatser och program (processmått) och verksamhetens påverkan på patientgruppen (resultatmått). Alla mått behöver definieras och dokumenteras så att de tolkas och mäts på samma sätt av alla som samlar in data. Samtliga av BHVQ indikatorer finns beskrivna i *BHVQ Registerbeskrivning* som finns tillgänglig på registrets webbplats.

Denna årsrapport inkluderar barn födda till 2021.

Tabell 1. Kvalitetsindikatorer som samlas in till Svenska Barnhälsovårdsregistret.

Variabel	Beskrivning
Första barn	Är barnet någon av vårdnadshavarnas första barn?
Hembesök	Hembesök från barnhälsovården till familjer
Mottagningsbesök	Antal besök på barnhälsovårdsenhet fördelat på sjuksköterska, barnläkare, allmänläkare och teambesök.
Föräldrastöd i grupp	Deltagande i föräldragrupp.
EPDS	Genomförd EPDS.
Enskilt samtal för pappa/den icke födande föräldern	Genomfört samtal
Amning	Amningsstatus oavsett ålder samt första tillfälle annan kost.
Vaccinationer	Erhållit vaccinationer enligt vaccinationsprogrammet
Rökning	Vårdnadshavarnas rökning samt rökare i barnets hemmiljö vid 4 veckor, 8 månader, 18 månader och 4 år.
Tillväxt	Graviditetslängd, längd, vikt, huvudomfång, föräldrars längd.
Språkscreening 2,5-3 år	Genomförd och avvikelse vid språkscreening 2,5/3 år.
Hörselscreening 4 år	Genomförd och avvikelse vid hörselscreening 4 år.
Synscreening 4 år	Genomförd och avvikelse vid synscreening 4 år.
Utvecklingsbedömning 4 år	Genomförd och avvikelse vid uppföljning av utveckling vid 4 år.
Remisser	Remisser skickade från barnhälsovården.
Hemgång e. förlossning	Datum då barnet kommer hem efter födelse.
Antibiotika	Indikatorer för att beskriva och följa förskolebarns hälsotillstånd och välbefinnande.
Astma	Indikatorer för att beskriva och följa förskolebarns hälsotillstånd och välbefinnande.
Eksem	Indikatorer för att beskriva och följa förskolebarns hälsotillstånd och välbefinnande.
Olycksfall	Indikatorer för att beskriva och följa förskolebarns hälsotillstånd och välbefinnande.

PROM och PREM

I vården vill man gärna ta del av patienternas egna uppgifter om resultat av vården, s.k. patient reported outcome measures (PROM), eller uppgifter om deras erfarenheter av vården, s.k. patient reported experience measures (PREM). BHVQ samlar bland annat in data kring barns exponering för tobaksrök och om amning. Båda dessa faktorer är att betrakta som PROM på barnhälsovårdens hälsofrämjande arbete med tobaksinterventioner och amningsfrämjande arbete. Variablerna samlas in kontinuerligt under barnets BHV-period baserat på information som lämnas av vårdnadshavarna.

Några egentliga PREM-data samlas för närvarande inte in. I ett samarbete med Nationell Arbetsgrupp Barnhälsovård utreds om barnhälsovården kan ingå i den Nationella patientenkäten för insamling av PREM.

Målnivåer

Alla kvalitetsmått bör om möjligt förses med målnivåer. Det gäller framför allt process- och resultatmått. Andel barn som får hembesök, andel barn som genomgår screeningundersökning för syn eller hörsel och andel barn som exponeras för tobaksrök är alla exempel på kvalitetsmått som kan och bör förses med målnivåer. Kring målnivåerna bör finnas nationell konsensus och de bör också vara möjliga att uppnå. Målnivåer ger verksamheterna en riktningssammanfattning och bättre möjlighet att utvärdera sitt arbete jämfört mot en standard. Målnivåer för Svenska Barnhälsovårdsregistrets kvalitetsindikatorer finns införda i registrets Registerbeskrivning.

Population, täckningsgrad och anslutningsgrad

Målet för BHVQ är att samla in data om barn under sex år som besöker den svenska barnhälsovården och som accepterat att uppgifter sänds till registret (s.k. opt-out förhållande). BHVQ:s styrgrupp beräknar att 95% av de folkbokförda barnen i Sverige tillhör registrets målgrupp. Med begreppet "täckningsgrad" avses därmed andel barn som finns i registret av 95% av de folkbokförda barnen 0–5 år.

Täckningsgraden kan endast bestämmas på nationell nivå eftersom vårdnadshavare i princip har rätt att få sin barnhälsovård tillgodosedd på vilken BHV-enhet som helst i landet oavsett var barnet är folkbokfört. En enskild BHV-enhet har därför inget bestämt antal folkbokförda barn att jämföra med. Detsamma gäller i princip för enskilda regioner även om måtten här, beroende på det större antalet barn, ändå blir rimligt tillförlitliga. På nationell nivå kan vi dock med hjälp av uppgift om antal folkbokförda barn beräkna hur stor andel av dessa som barnhälsovårdsregistret har uppgifter om.

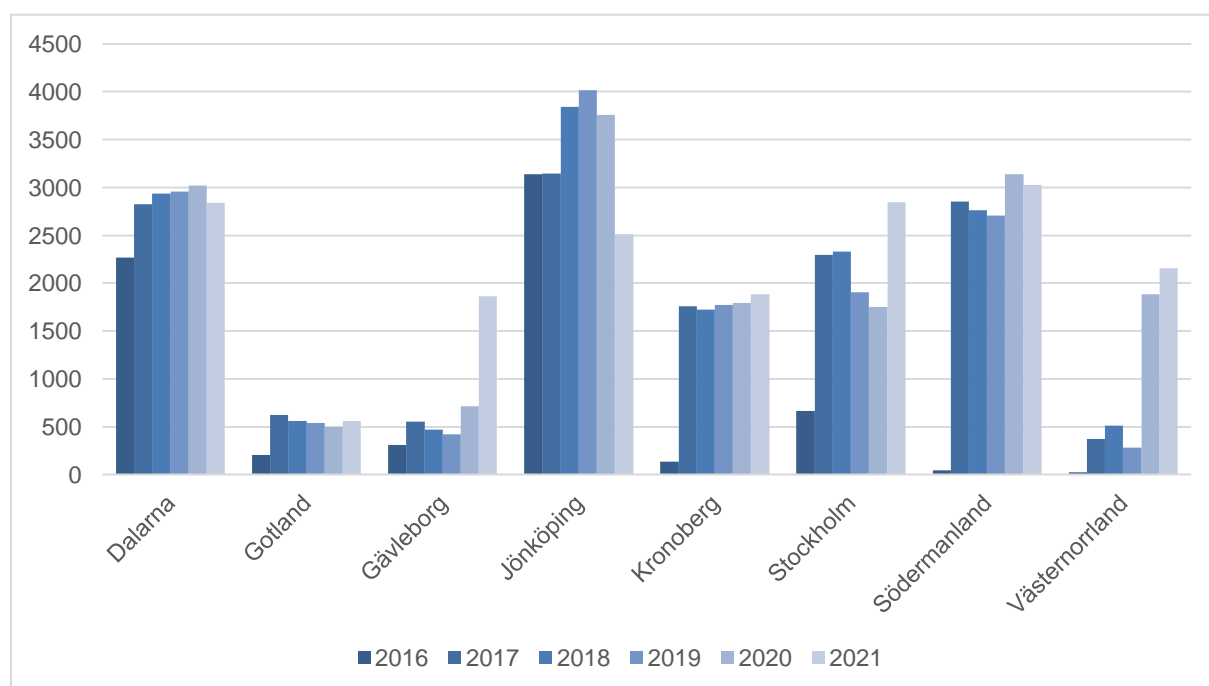
Anslutningsgraden, utgörs av andelen rapporterade barnhälsovårdsenheter av samtliga möjliga enheter i en region eller i landet.

Täckningsgrad 2021

Den nationella täckningsgraden för barn födda 2021 är 40%. Den regionala täckningsgraden för folkbokförda barn födda 2021 är 100 % för Region Dalarna, Region Gotland och Region Sörmland. 94% för Region Västernorrland, 81% för Region Kronoberg, 71% för Region Gävleborg. I Region Stockholm har endast Capios enheter anslutit vilka är 30 av 160 enheter i Region Stockholm. Täckningsgraden i Region Stockholm är 10%. I och med att Region Jönköping fortsatt har problem med dataöverföringen överförs inte alla barn vars föräldrar har informerats om dataöverföring till BHVQ. Täckningsgraden för Region Jönköping är 65% för

barn födda 2021.

Täckningsgraden varierar med barnets ålder (Figur 1). Täckningsgraden för barn födda 2016 varierar mellan 1 och 78% (medel 27%). Detta beror delvis på att flera regioner anslutit under 2022 och därför inte har informerat föräldrar till barn födda 2016 i någon större utsträckning och att Region Sörmland inte hade datajournal detta år. Täckningsgraden ökar tydlig 2017 där täckningsgraden är 100% i Regionerna Gotland, 95% Dalarna, 89% Sörmland, 80% Jönköping, 81% Kronoberg, 19% Gävleborg, 16% Västernorrland och 8% Stockholm. Denna lägre täckningsgrad för äldre barn, främst i regioner som nyligen anslutit till BHVQ, förklaras med att det finns färre tillfällen för föräldrarna att erhålla information om registret och därmed ingå i datainsamlingen.



Figur 1. Antal barn per region och födelseår.

Anslutningsgrad 2021

I slutet av 2021 var fyra av Sveriges 21 regioner anslutna, vilket motsvarar 19% av alla regioner. Anslutningsgraden för barnhälsovårdsenheterna i de regioner som anslutit till och med 2021 (Dalarna, Jönköping län, Sörmland och Gävleborg) är 100%. I denna årsrapport redovisas även data för 2021 för de regioner som anslutit under 2022 (Gotland, Kronoberg, Västernorrland och delar Stockholm), vilket motsvarar 38% av regionerna.

Anslutningsprojekt

Svenska barnhälsovårdsregistret, BHVQ, har fått anslag från SKR för utveckling och drift sedan 2013. Registret är utvecklat för automatiserad datainsamling direkt från digitala journalsystem till registret, utan dubbeldokumentation, enligt den nationellt överenskomna informationsstruktur som sedan 2012 utvecklats av Nationella Programmet för datainsamling (NPDⁱ). Datainsamlingen till registret är därför beroende av de enskilda regionernas möjlighet att anpassa sina IT-system till denna. 2021 beslutades att BHVQ även tillåter anslutning via punkt-till-punkt för att underlätta regionernas anslutningar. Från 2022 kommer BHVQ troligtvis

inte att finansieras enligt överenskommelsen för Nationella Kvalitetsregister. Enligt uppgift, utreder SKR hur BHVQ ska finansieras och struktureras framgent.

Projekt för att ansluta regionala journalsystem till registret har under 2021 pågått i regionerna Gotland, Gävleborg, Stockholm, Västernorrland, Jämtland Härjedalen och Örebro. Fyra av dessa regioner inkluderas i denna årsrapport då de levererat data för 2021.

Ytterligare regioner har startat anslutningsprojekt under 2022, alla med beräknad överföringsstart under 2022 eller 2023. Dessa regioner är: Västmanland, Halland, Skåne samt Västra Götaland. Om anslutningarna kommer att pågå som planerat kommer BHVQ insamla data från 83% av barnen i barnhälsovårdsålder under 2023.

Datatäckning

Datatäckningen i enskilda indikatorer är i hög grad också beroende av dokumentationsrutinerna i respektive region. Datatäckningen för 2021 är god, mellan 100 % och 91 %, vid uppföljning av centrala indikatorer som hembesök, tidig amning och tillväxt.

Barnhälsovårdens kvalitet 2021

Erhållit barnhälsovårdsprogrammet

Att löpande följa tillgången till barnhälsovård och uppfyllelsen av barnhälsovårdsprogrammet är av stor vikt för att det nationella programmet ska fungera som det är tänkt. Programmet utgår ifrån principer inom proportionell universalism där första delen innehåller insatser som ska ges till alla familjer (universella). Andra delen omfattar extra insatser som ges till alla vid behov (selektiva), medan sista delen är för familjer som behöver hjälp och hjälp från en annan vårdgivare, förskola, Migrationsverket eller socialtjänst (indikerade). De universella insatserna ges till alla barn och de selektiva till de med utökat behov, samt de som visar tecken på svårigheter får indikerade interventioner, så som extra kontakter med barnhälsovården eller remittering till specialistvård. BHVQ följer antalet vårdkontakter som varje barn har med barnhälsovården för att både följa hur många barn som genomgår barnhälsovårdsprogrammets bas och hur många som får extra insatser (av vilka anledningar det än må vara).

Hembesök

Första hembesök

Det finns data om första hembesök för 54 031 barn.

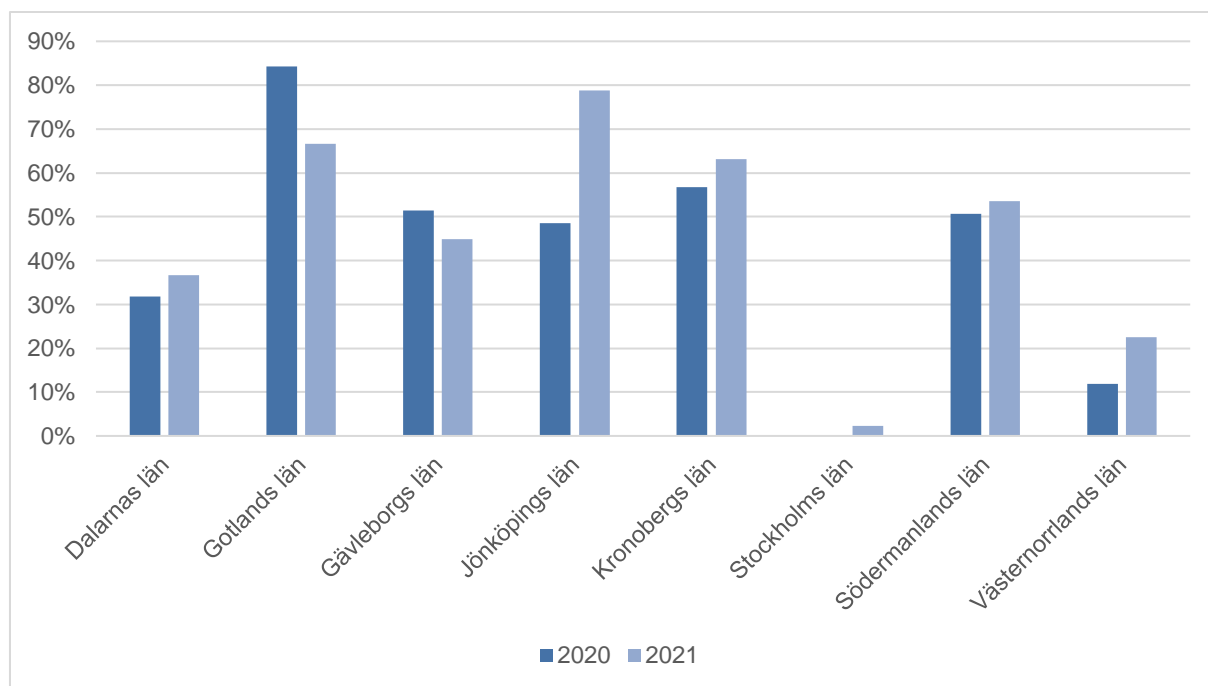
Andelen barn som fått sitt första hembesök under 2021 varierade mellan 38% och 80% på regionnivå (medel 70%). Detta är en ökning från 2020 (medel 65%) då Covid-19-pandemin påverkade hembesöksfrekvensen negativt, främst i Region Jönköping där det i mars 2020 togs ett beslut att till största del erbjuda hälsobesök på barnhälsovården istället för via hembesök. På så sätt frigjordes personal för att förstärka vården av Covid-19 patienter.

I samtliga regioner varierar andelen hembesök mellan enheterna. I Dalarna varierar andelen från 1% till 95%, i Gotland från 73% till 84%, Gävleborg 0%-98%, Jönköping län 41%-93%, Kronoberg 2%-100%, Stockholm 0%-100%, Sörmland 35%-100%, Västernorrland 0%-97%. Variationen mellan enheter innebär att barn inte får jämlik barnhälsovård och bör studeras vidare.

Hembesök vid 8 månader

Data om hembesök vid åtta månader finns för 45 534 barn. Under 2021 fick 46% av barnen med data i BHVQ hembesök vid åtta månader. Region Stockholm hade minst andel barn med

hembesök (2%). Högst andel hade Region Jönköping län 75%. I de flesta regioner ökade andelen barn som erhållit hembesöket mellan 2020 och 2021 (**Error! Reference source not found.**). I Region Stockholm har hembesök vid åtta månader införts endast på indikation, den låga andelen hembesök vid åtta månader kan dock också påverkats av att endast 30 av regionens enheter har anslutit.



Figur 2 Andel barn som har erhållit hembesök vid 8 månader.

Faktorer som påverkar barns hälsa

Bröstmjolk och amning

Amningsdata för 2020 finns för samtliga anslutna regioner, men för 2021 saknas data för Region Gävleborg utifrån tekniska svårigheter med en ny amningsmodul i journalsystemet. Totalt finns amningsdata för 62 156 barn vid en veckas ålder. Region Stockholms data är baserade på de 30 enheter som hittills har anslutit, vilket kan påverka statistiken.

Bröstmjolk och amning vid 1 veckas ålder

Andelen som ammas i någon utsträckning vid en veckas ålder är över 91% för samtliga regioner. Högst andel barn som ammas i någon utsträckning finns i Region Stockholm (95%) och lägst andel finns i regionerna Sörmland och Västernorrland (92%). Däremot är andelen barn som endast ammas högst i Region Gotland (85%).

Bröstmjolk och amning vid 4 månaders ålder

Mönstret upprepar sig vid 4 månaders ålder där andelen högst andel som ammas finns i Region Stockholm (77%) och lägst andel finns i Region Västernorrland (70%). Högst andel barn som enbart ammas finns i Region Sörmland (58%).

Bröstmjolk och amning vid 12 månader

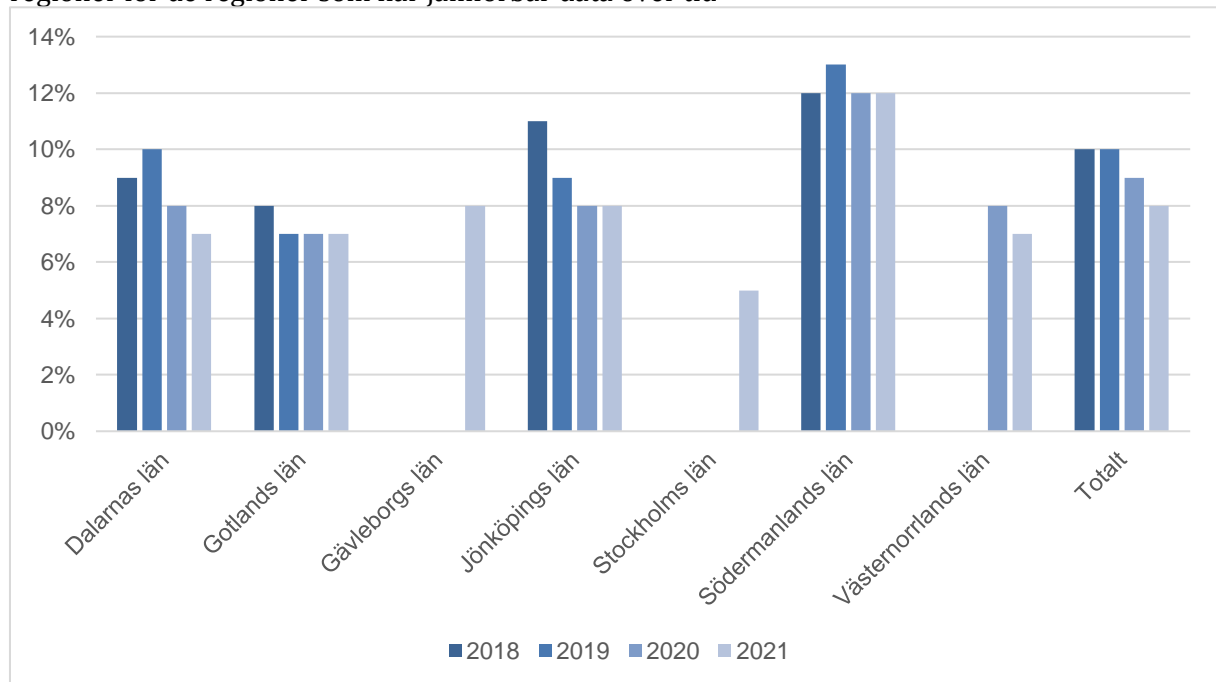
Det är i Region Stockholm som störst andel barn ammas i någon utsträckning vid 12 månader (50%), följt av Region Sörmland (40%). I övriga regioner är andelen barn som ammas i någon utsträckning runt 30%.

Exponering för tobaksrök i hemmet

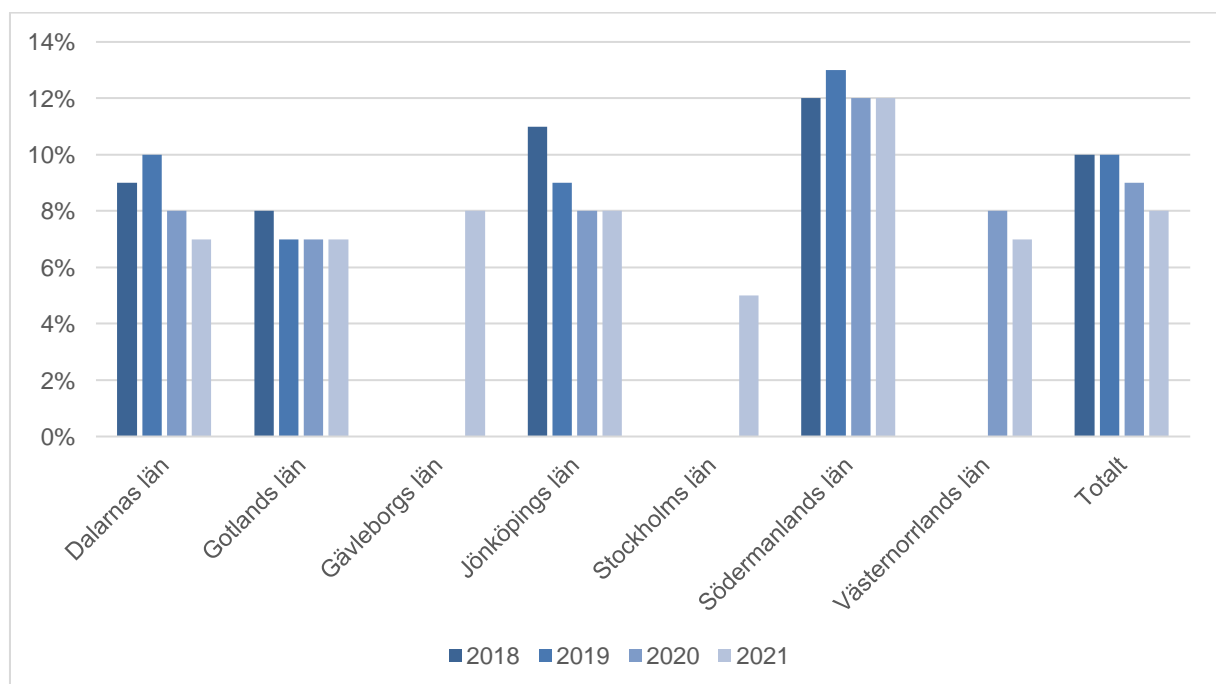
Om barnet exponerats för tobaksrök insamlas vid 4 veckor, 8 månader, 18 månader samt 4 år. I BHVQ finns data för 51 782 barn vid 4 veckor, 44 119 barn vid 8 månader, 37 923 barn vid 18 månader och 22 650 barn vid 4 år.

Exponering av tobaksrök vid 4 veckor

Andelen barn som utsätts för tobaksrök i hemmiljön vid 4 veckor fortsätter att vara högst i Region Sörmland men med en positiv trend i Sörmland likväl som nationellt. Andelen barn som utsätts för tobaksrök i hemmiljön har antingen minskat eller varit stillastående i samtliga regioner för de regioner som har jämförbar data över tid



Figur 3).



Figur 3 Barns utsatthet för tobaksrök i hemmiljön vid 4 veckor.

Barns hälsa

Tillväxt

BHVQ insamlar data om barnets tillväxt vid samtliga besök inom barnhälsovården. I statistikportalen visualiseras tillväxt genom BMI vid tre åldrar.

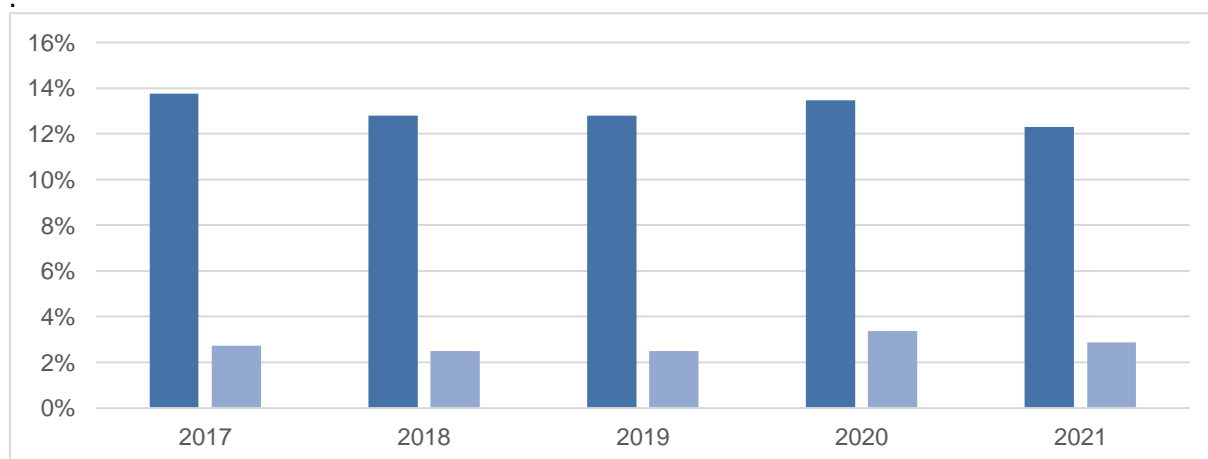
2,5-3-åriga barn

I BHVQ finns tillväxtmätningar på 34 370 2,5-3 åriga barn, varav 25 511 är utförda 2020 och 2021.

Mellan 2020 och 2021 har förekomsten av undervikt (<17) har ökat från 1% till 2%.

Efter en ökning i förekomsten av övervikt och obesitas från 2019 till 2020 har förekomsten minskat mellan 2020 och 2021 gällande både övervikt och obesitas. I faktiska barn var det 2 026 barn som hade övervikt och 505 barn som hade obesitas 2020 vilket minskat 2021 till 1884 respektive 440. Trenden är den samma i samtliga regioner där antingen förekomsten av obesitas har minskat eller varit konstant mellan 2020 och 2021 (Figur 4. Förekomst av övervikt (25≤<30) i ljusblått och obesitas (≤ 30) i mörkblått.).

En studie om Covid-19 pandemins negativa påverkan på förekomsten av övervikt och obesitas är nyligen publicerad.²¹ Den negativa utveckling tycks har vänt, med återigen minskad förekomst av övervikt och obesitas vilket behöver studeras mer djuplodat.

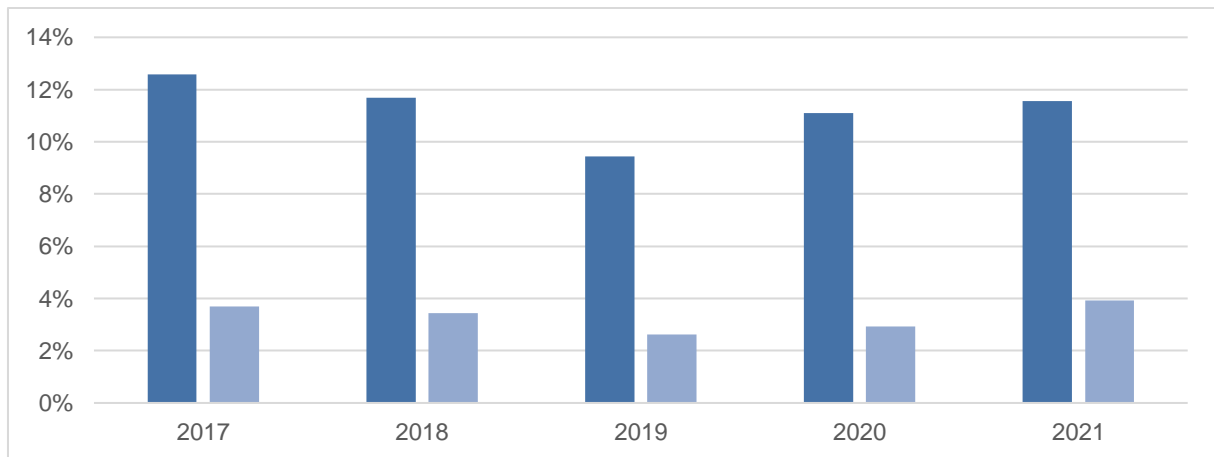


Figur 4. Förekomst av övervikt (25 ≤ BMI < 30) i ljusblått och obesitas (BMI ≤ 30) i mörkblått hos 2,5-3-åriga barn.

Fyraåriga barn

Det finns tillväxtmätningar på 21 615 i BHVQ, varav 5 462 respektive 9 550 är utförda 2020 och 2021.

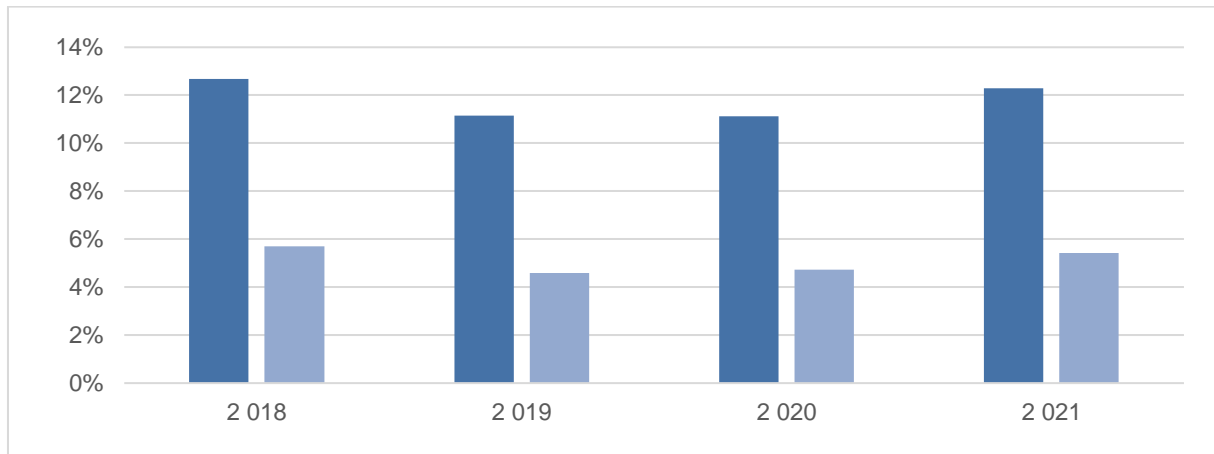
Förekomsten av övervikt ökade mellan 2019 (9%) och 2020 (11%) Figur 5. En negativ utveckling som fortsatt 2021 (12%). Förekomsten av obesitas hade en nedåtgående trend fram till 2019 men har sedan ökat 2020 och 2021. Att det främst är 2021 som flera regioner har en hög andel barn kan antas påverka data.



Figur 5 Förekomsten av övervikt (25 ≤ BMI < 30) i mörkblått och obesitas (BMI ≥ 30) i ljusblått hos 4-åriga barn.

Femåriga barn

Det finns tillväxtmätningar på 22 950 barn, varav 4 742 och 4 842 är utförda 2020 respektive 2021. För de femåriga barnen finns en ökning av förekomsten av övervikt 2021 i förhållande till 2020 (Figur 6).

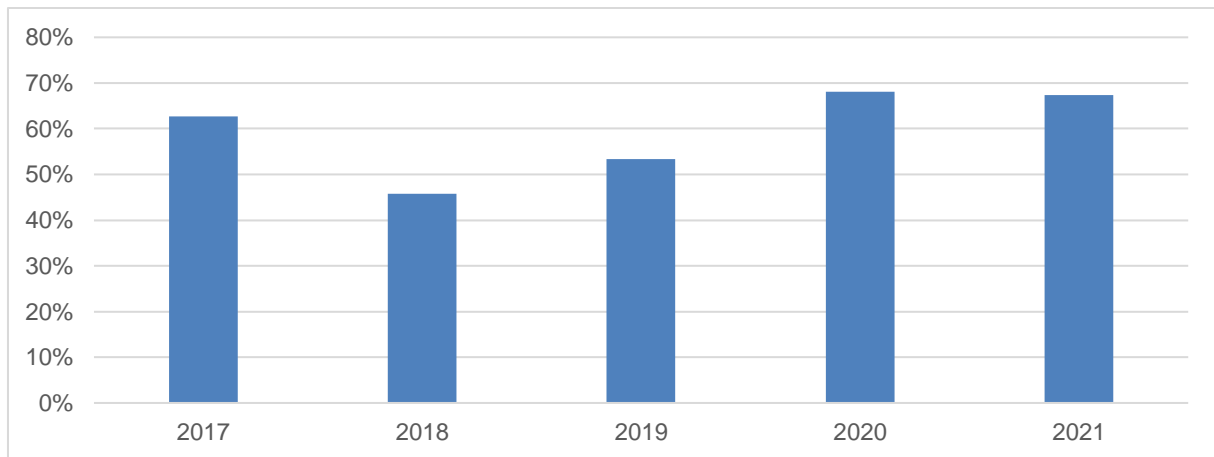


Figur 6 Förekomst av övervikt (25 ≤ BMI < 30) i ljusblått och obesitas (BMI ≤ 30) i mörkblått hos femåriga barn.

Screeningundersökningar

EPDS

Det finns data om EPDS för 75 454 barn i BHVQ. 2020 erhöll 68% av mödrarna EPDS vilket har minskat 2021 till 67% (Figur 7).



Figur 7 Andel mödrar som erhållit EPDS.

Språkscreening

Det finns språkscreeningsdata om 57 980 barn i BHVQ., varav 13 050 och 14 273 barn språkscreenades 2020 respektive 2021. Region Kronoberg införde fasta sökord för språkscreening 2022 och är därför exkluderade ur analysen. För regionerna Gävleborg och Västernorrland är täckningsgraden för barnen födda 2018 och 2019 låg, vilket kan påverka statistiken.

Av barnen födda 2019 har 94% språkscreenats. Av barnen födda 2018 har 93% språkscreenats. Andelarna är strax under målnivån 95%. För både barn födda 2018 och 2019 har Region Dalarna högst andel barn som genomgått språkscreening (98%) medan Region Gävleborg har lägst andel 56% respektive 62%, vilket förklaras med journalföringsbrister i regionen och att Gävleborg inte var anslutna till BHVQ under hela 2021.

I Region Gävleborg planeras utbildningsinsatser till barnhälsovården för att säkerställa att journalföringen sker korrekt. Nationellt hade 12% av barnen födda 2018 eller 2019 någon typ av avvikelse på screeningen. I regionerna varierar andelen barn med avvikelse på språkscreeningen mellan 5 och 18% för barn födda 2018 och mellan 2 och 15% för barnen födda 2019.

I Region Dalarna, där andelen barn med avvikelse är högst, genomfördes 2021 ett utvecklingsarbete baserat på BHVQ-statistik där det upptäcktes att ett antal enheter hade en mycket hög andel barn med avvikelse på språkscreening. Genom arbete utfört av den centrala barnhälsovårdsenheten upptäcktes att barnhälsovårdssjuksköterskorna hade missuppfattat kriterierna i språkscreeningen. På den enhet som hade högst andel barn med avvikelse på språkscreening har andelen barn sjunkit från 51% med avvikande språkscreening 2020 till 35% 2021.

Synscrening

I BHVQ finns det data för 33 489 barn avseende synscreningar av dessa är 5 528 genomförda 2020 och 8 748 genomförda 2021.

Täckningsgraden för fyraåriga barn 2020 är låg i Region Västernorrland och Region Stockholm och de utesluts därför från analysen, i Kronoberg görs samtliga synscreningar på ögonmottagning och samlas därmed inte i BHVQ.

Under 2020 var det 93% av barnen som synscrenades, motsvarande andel 2021 är 85% där regionerna Västernorrland (69%) och Jönköping (75%) har lägst andel synscrenade barn. För Region Västernorrland kan datatäckningen påverka resultatet. Region Jönköping län har, vid författandet av denna årsrapport, problem med dataöverförandet vilket kan påverka.

Andel positiva synscreener varierar kraftigt mellan regionerna på samma sätt som under tidigare år. Region Dalarna har klart fler barn med rapporterade avvikande synscreener (34% respektive 35%) i de övriga regionerna varierar andelen barn med avvikande synscreener mellan 4% och 14% (medel 12% respektive 10%). Region Dalarna använder LEA-tavla vid synscreenerna där övriga regioner använder HVOT-tavla. Nivåerna för vad som bedöms vara avvikelse vid synscreener varierar också mellan Sveriges regioner (0,8 eller 0,65).

Nationellt programområde ögonsjukdomars nationella arbetsgrupp barnoftalmologi och skelning har tagit fram en riktlinje för remiss efter fyraårskontrollen som just nu bearbetas efter en remissomgång, dessa vårdriktlinjer är därför ännu ej implementerad i regionerna. Där rekommenderas att samma gränser används nationellt samt att HVOT-tavla används.

Hörselscreenering

I BHVQ finns hörselscreeneringsdata på 21 287 barn varav 5 125 respektive 8 577 hörselscreenerades 2020 och 2021. Datatäckningen är låg för Region Gävleborg, Region Västernorrland, Region Kronoberg, Region Sörmland (2020) och Region Stockholm (2020), vilket gör att data presenteras utan dessa regioner och respektive år.

Under 2020 hörselscreenerades 93% av barnen, och under 2021 hörselscreenerades 86% av barnen mest beroende av en betydligt lägre andel hörselscreenerade barn i Region Jönköping län (72% i jämförelse med 95%) vilket i sin tur kan bero på låg datatäckning och de överföringssvårigheter som just nu finns i Region Jönköping län. Andelen barn med avvikande resultat på hörselscreeneringen är dock konstant i Region Jönköping (5%). Andelen barn med avvikande hörselscreenering är högst i Region Stockholm (11%) trots att samma gränsvärden gäller nationellt för hörselscreenering, detta kan dock ha påverkats av att endast 30 av regionen 160 enheter har anslutit.

Kvalitetsregistrets arbete för att säkerställa kontinuerligt förbättringsarbete och tillgänglighet

Många åtgärder vidtas för att kontrollera och säkerställa kvalitén på data i registret. En stor del av dessa utförs lokalt av den centrala BHV-enheten i respektive region. Det handlar om att utbilda i, och upprätthålla, dokumentationsrutiner och tolkning av registrets indikatorer. Journalsystemen bör också kontrollera för orimliga värden där så är möjligt.

I samband med anslutning av ett journalsystem till registret verifieras att de data som identifieras för överföring, och överförs till registret, stämmer överens med källdata i journalen. Från 2021 källvalideras indikatorer genom jämförelser av slumpmässiga barns journaldata med motsvarande data i registret.

Kontroll av datakvalitet

Många av de frågor som registret ställer till journalen kan besvaras med Ja eller Nej. Automatiserad överföring av journaldata till kvalitetsregister med stöd av standardiserade kodverk fokuserar på att hämta in Ja-svar, dvs information om att en händelse inträffat (t.ex. förälder röker). Detta beror på att koder för Nej-svar (händelse ej inträffat, t.ex. förälder röker ej) saknas i kodverken. Däremot finns möjlighet att överföra Nej-svar med hjälp av så kallad "negation". Registret har infört "negation" i sin informationsspecifikation. Detta har förbättrat tillförlitligheten på registerdata då registret kan skilja ut Nej-svar från bortfall (ej svarat alls, glömt att svara).

För att minimera det interna bortfallet i registret har vissa regioner infört tvingande fält för de data som ska levereras till registret. Med tvingande fält menas att journalsystemet kräver att viss information i en journalmall är besvarad innan den kan signeras. Tvingande fält fungerar

också som en påminnelse för den som dokumenterar vilka uppgifter som är av extra vikt och som ska noteras i journalen. Det finns dock journalsystem som inte kan införa tvingande fält.

Registret har en valideringsplan där åtgärder för att höja såväl täckningsgrad som fullständighet och minska internt och externt bortfall beskrivs. Planen finns publicerad på registrets webbplats.

Hemsida

På registrets webbplats (www.bhvq.se), finns aktuell information om registret och dess indikatorer samt information riktad till såväl verksamhet, IT-utvecklare som vårdnadshavare. Av särskild vikt för vårdnadshavare är den information som finns om registrets datasäkerhet och sekretess.

Under 2021 omarbetades BHVQ.se för att uppnå tillgänglighetsdirektiv.

Sekretess och vårdnadshavarens rättigheter

Uppgifter i registret skyddas av hälso- och sjukvårdssekretessen i offentlighets- och sekretesslagen. I sammanställningar som görs går det inte att identifiera uppgifter om enskilda personer.

Medverkan i registret är frivillig och påverkar inte de tjänster eller den vård som barnet eller familjen får inom barnhälsovården. Ett barns vårdnadshavare kan när som helst ångra sig och begära att barnet inte ska registreras i registret. Vårdnadshavare kan också begära att alla uppgifter om barnet ska raderas från registret och rättelse av felaktiga uppgifter.

En fullständig beskrivning av vårdnadshavarens rättigheter i förhållande till registret finns att ta del av på registrets webbplats (www.BHVQ.se).

Dataåtkomst och användning av personuppgifter

Uppgifterna i registret får endast användas för att utveckla och säkra vårdens kvalitet, framställa statistik och för forskning. Uppgifter får, efter sekretessprövning, lämnas ut för något av dessa tre ändamål. All information i registrets utdatarapporter är summerade per enhet, varför inga enskilda barns uppgifter kan identifieras. Utdatarapporter på regionnivå är publikt tillgängliga medan rapporter på BHV-enhetsnivå kräver inloggning och är primärt avsedda för vårdgivarens lokala uppföljning.



© Svenska barnhälsovårdsregistret 2022

www.bhvq.se

1. Unicef. Barnkonventionen, <https://unicef.se/barnkonventionen> (2022).
2. Wallby T and Hjern A. Child health care uptake among low-income and immigrant families in a Swedish county. *Acta Paediatrica* 2011; 100: 1495-1503. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2011.02344.x.
3. Wallby T, Modin B and Hjern A. Child health care utilisation in families with young or single mothers in a Swedish county. *Journal of child health care* 2013; 17: 17-29. DOI: 10.1177/1367493512450624.
4. Peacock S, Konrad S, Watson E, et al. Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. *BMC Public Health* 2013; 13: 17-17. DOI: 10.1186/1471-2458-13-17.
5. Barboza M, Kulane A, Burström B, et al. A better start for health equity? Qualitative content analysis of implementation of extended postnatal home visiting in a disadvantaged area in Sweden. *International journal for equity in health* 2018; 17: 42-42. DOI: 10.1186/s12939-018-0756-6.

6. Olds DL, Kitzman H, Hanks C, et al. Effects of Nurse Home Visiting on Maternal and Child Functioning: Age-9 Follow-up of a Randomized Trial. *Pediatrics (Evanston)* 2007; 120: e832-e845. DOI: 10.1542/peds.2006-2111.
7. Barnet B, Liu J, DeVoe M, et al. Home visiting for adolescent mothers: effects on parenting, maternal life course, and primary care linkage. *Ann Fam Med* 2007; 5: 224-232. DOI: 10.1370/afm.629.
8. Meek JY and Noble L. Technical Report: Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2022; 150. DOI: 10.1542/peds.2022-057989.
9. Blair PS, Sidebotham P, Berry PJ, et al. Major epidemiological changes in sudden infant death syndrome: a 20-year population-based study in the UK. *The Lancet (British edition)* 2006; 367: 314-319. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)67968-3.
10. Wisborg K, Kesmodel U, Henriksen TB, et al. A prospective study of smoking during pregnancy and SIDS. *Archives of disease in childhood* 2000; 83: 203-206. DOI: 10.1136/adc.83.3.203.
11. Vork KL, Broadwin RL and Blaisdell RJ. Developing Asthma in Childhood from Exposure to Secondhand Tobacco Smoke: Insights from a Meta-Regression. *Environ Health Perspect* 2007; 115: 1394-1400. DOI: 10.1289/ehp.10155.
12. DiFranza JR, Aligne CA and Weitzman M. Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health. *Pediatrics (Evanston)* 2004; 113: 1007.
13. Buka SL, Shenassa ED and Niaura R. Elevated Risk of Tobacco Dependence Among Offspring of Mothers Who Smoked During Pregnancy: A 30-Year Prospective Study. *The American journal of psychiatry* 2003; 160: 1978-1984. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.11.1978.
14. Cole TJ and Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes* 2012; 7: 284-294. DOI: 10.1111/j.2047-6310.2012.00064.x.
15. Cox JL, Holden JM and Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-786. DOI: 10.1192/bjp.150.6.782.
16. Vouloumanos A and Waxman SR. Listen up! Speech is for thinking during infancy. *Trends in cognitive sciences* 2014; 18: 642. DOI: 10.1016/j.tics.2014.10.001.
17. McCormack J, McLeod S, McAllister L, et al. A systematic review of the association between childhood speech impairment and participation across the lifespan. *International Journal of Speech-Language Pathology* 2009; 11: 155-170. DOI: 10.1080/17549500802676859.
18. Norbury CF, Gooch D, Wray C, et al. The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. *Journal of child psychology and psychiatry* 2016; 57: 1247-1257. DOI: 10.1111/jcpp.12573.
19. Hälso- och sjukvårdslag. In: Socialdepartementet, (ed.). 2017:30.
20. Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården. 2014.
21. Fäldt A, Nejat S, Edvinsson Sollander S, et al. Increased incidence of overweight and obesity among preschool Swedish children during the COVID-19 pandemic. *European journal of public health* 2022.