



Svenska Barnhälsovårdsregistret

Årsrapport 2020



Innehåll

Inledning	3
Styrgrupp 2020	4
Förbättringsarbete inom barnhälsovården.....	5
Nationell Kunskapsstyrning.....	5
Om registrets indikatorer och mått	6
Uppgifter som registreras	6
PROM och PREM	8
Målnivåer.....	8
Population, täckningsgrad och anslutningsgrad, definitioner	8
Täckningsgrad 2020	9
Antal barn med rapporterade data	9
Anslutningsgrad 2020.....	10
Anslutningsprojekt.....	11
Dataäckning.....	11
Utdata.....	11
Mottagningsbesök	12
Hembesök.....	12
Första hembesök	12
Hembesök vid 8 månader.....	13
Amning	14
Amningsfrekvens.....	15
Exponering för tobaksrök i hemmet.....	17
Tillväxt	18
2,5- 3-åriga barn	18
Fyraåriga barn	18
Femåriga barn.....	19
Screeningundersökningar	20
Språkscreening.....	20
Synscreening	20
Hörselscreening.....	20
EPDS.....	21
Datakvalitet	21
Kontroll av datakvalitet.....	21
Hemsida	22
Sekretess och vårdnadshavarens rättigheter.....	22
Dataåtkomst och användning av personuppgifter	22

Inledning

Svensk barnhälsovård är unik i en internationell jämförelse och når mer än 97 procent av barnen med ett hälsofrämjande, förebyggande och individuellt stödjande program. Verksamheten är frivillig men princip alla barn 0–5 år, har kontakt med barnhälsovården (BHV), oberoende av socioekonomisk bakgrund. 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. Att alla barn får en bra start i livet, med goda uppväxtvillkor som stimulerar deras tidiga utveckling, inlärning och hälsa är centralt för att uppnå jämlik hälsa som barn och som vuxen.

Barnhälsovårdsverksamheten sker genom mottagningsbesök samt vid hembesök. Hälso- och utvecklingsuppföljningar av sjuksköterska/läkare sker vid fastställda nyckelåldrar och därutöver erbjuds föräldragrupsprogram samt individuellt utformat stöd. Vid behov förmedlas kontakt med andra vårdgivare såsom barnpsykolog, barnfysioterapeut, barnläkare, logoped eller dietist. Vid var besök inom barnhälsovården sker ett långsiktigt hälsoarbete, exempelvis vad gäller rökavvänjning hos föräldrar, kartläggning och eventuell vidareremittering vid psykisk ohälsa hos föräldern, amningsfrämjande arbete, kartläggning av barnets tillväxt och stöd för de föräldrar där barnets hälsa avviker. När barnet börjar förskoleklass överförs hälsovårdsansvaret till skolans elevhälsa.

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. 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.

För styrgruppen för Svenska Barnhälsovårdsregistret, september 2021

Jennie Hedman

Styrgruppsordförande

Barnhälsovården

Region Jämtland Härjedalen

Anna Fäldt

Registerhållare

Barnhälsovården

Region Uppsala

¹ <https://unicef.se/barnkonventionen>

Styrgrupp 2020

Registret leds av en registerhållare och en styrgrupp med god professionell och geografisk förankring. Styrgruppen får sitt uppdrag från de samlade BHV-enheterna² 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	Jennie Nimborg Vårdutvecklare, Barnhälsovården Sörmland Leif Ekholm BHV-överläkare, Barnhälsovården Örebro Ann-Sofie Cavefors BHV-överläkare, Barnhälsovården Västra Götaland Karolina Lindström BHV-överläkare, Med Dr, Barnhälsovården Stockholm Marie Golsäter Vårdutvecklare, Fil Dr, Barnhälsovården, Jönköping Sven-Arne Silfverdal BHV-överläkare, Docent, Barnhälsovården Västerbotten Emma Ahlstedt Psykolog, Barnhälsovården Västra Götaland Anton Holmgren BHV-överläkare, Med Dr, Barnhälsovården Halland Helena Edin Mödra-barnhälsovårdspysykolog Barnhälsovården Uppsala
Adjungerade	Kerstin Petersson, barnmorska, Med Dr, Mödrahälsovårdsregistret Anders Hjern, barnläkare, professor, CHESS, Stockholms universitet BHV-överläkare, Stockholm Marina Lundqvist, sjuksköterska, Riksföreningen skolsköterskor, Registerhållare Elevhälsans medicinska kvalitetsregister

² I samtliga regioner i Sverige finns s.k. centrala barnhälsovårdsenheter (CBHV-enheter) eller motsvarande vars huvudsakliga uppgift är att svara för kvalitén inom Barnhälsovårdsverksamheten. CBHV-enheterna svarar för information och kompetensutveckling till personal verksam inom barnhälsovården. Metodutveckling och forskning är andra viktiga komponenter i CBHV-enheternas verksamhet. BHV-enheterna bedriver också kontinuerlig kvalitetsuppföljning via regelbundna arbetsplatsbesök till enheter där barnhälsovård ges. Kvalitetsdata utgör grund för diskussioner om verksamheternas måluppfyllelse, styrkor och svagheter. CBHV-enheterna i landet samverkar också nationellt genom den Nationella kunskapsstyrningen.

Förbättringsarbete inom barnhälsovården

Av hälso- och sjukvårdslagen³ framgår att kvaliteten i verksamheten inom hälso- och sjukvården systematiskt och fortlöpande skall utvecklas och säkras. Barnhälsovården i Sverige har i årtionden arbetat systematiskt med att samla in data för kvalitetsförbättring men även, på uppdrag av myndigheter, insamlat data om barns exposition för hälsorelaterade levnadsvanor. På nationell nivå har uppgifter om amning samlats in sedan 60-talet och data om föräldrars rökvanor sedan 1999. Vaccinationstäckningen i barnpopulationen har följts sedan 1981.

Olika mått på barnhälsovårdens verksamhet har samlats in regionalt via manuell rapportering i olika delar av landet under längre eller kortare perioder. En stor nackdel med denna rapportering är att det oftast sker på årsbasis, vilken begränsar användbarheten av data i kvalitetsarbetet. Alla dessa sammanställningar har skett på aggregerad nivå. Med aggregerad menas att data på individer summeras för en viss enhet, t.ex. en BHV-enhet, och rapporteras på detta sätt. I två län i Sverige, Örebro och Uppsala, har dock individbaserad datainsamling från barnhälsovårdens reguljära verksamhet skett sedan slutet av 70-talet⁴. Individbaserade data möjliggör ett betydligt effektivare utnyttjande av insamlade data då uppgifter på en individ kan kopplas till annan information på samma individ. T.ex. kan andelen ammade barn presenteras för olika undergrupper som kön, förstagsföräldrar eller antalet dagar barnet stannat på sjukhuset efter förlossningen. Insamlat data för kvalitetsförbättring kan även användas i forskningssyfte genom att individbaserade data samkörs med nationella register där data kopplas samman med hjälp av personnummer. För att säkerställa att ingen enskild individ kan identifieras utförs samkörningar av Socialstyrelsen eller Statistiska centralbyrån och informationen avidentifieras därefter innan leverans.

Barnhälsovårdens kvalitetsindikatorer grundar sig på antaganden om långsiktiga allmänna hälsoeffekter av insatser i BHV-programmet men också på antaganden om att tillgång till vissa resurser ger förutsättning för hög kvalitet. 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 samhällsfaktorer. 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.

Nationell datainsamling till Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ) gör det möjligt att skapa jämförbara mått för verksamhet, tjänstemän och politiker. Jämförelse kan göras både mellan regioner och mellan BHV-enheter i samma region. Kontinuerligt presenterade realtidsdata skapar möjlighet till ett ständigt pågående förbättringsarbete på lokal 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.

Nationell Kunskapsstyrning

³ Hälso- och sjukvårdslagen, 1985:1100; 2f§ första st. 1982.

Ekholm, L. and M. Lindh, *Barnhälsovården, Statistik 2013, med barnhälsoindex*. 2014, Barnhälsovårdens länsenhet: Örebro.

⁴ Magnusson, M., et al., *Barnhälsovården i Uppsala län - Årsrapport 2014*. 2015, Barnhälsovårdens länsavdelning: Uppsala.

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

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 tid⁵. 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)⁶. Alla mått behöver definieras och dokumenteras så att de tolkas och mäts på samma sätt av alla som samlar in data⁷. Samtliga av BHVQ indikatorer finns beskrivna i *BHVQ Registerbeskrivning*⁸ som finns tillgänglig på registrets webbplats.

Uppgifter som registreras

BHVQ samlar in uppgifter om besök på BHV-enheten, hembesök, undersökningar som görs inom BHV, uppgifter om barns utveckling och hälsotillstånd och uppgifter om amning, vaccinationer och rökning i hemmet. En fullständig beskrivning av registrets indikatorer finns i den Registerbeskrivning som finns tillgänglig på registrets webbplats⁹.

⁵ Nationella Kvalitetsregister. *Valideringshandbok*. <http://www.kvalitetsregister.se/sekundarnavigering/valideringshandbok.4.42e2e0a7143003c9eed8a30.html>. 2014 [cited 2014 2014-12-02].

⁶ Edström, A., C. Svensson, and J. Olsson, *Att mäta för att veta. Praktiska råd och tips om mätning och uppföljning i samband med utvecklings- och förbättringsarbete i hälso- och sjukvården*. 2005, Sveriges kommuner och region.

⁷ Kvalitetsregistercentrum Stockholm, *Handbok för kvalitetsregister*. 2012, Kvalitetsregistercentrum Stockholm.

⁸ Svenska barnhälsovårdsregistret, B., *Svenska barnhälsovårdsregistret Registerbeskrivning*.

<http://bhvq.se/bhv-verksamhet-journalutvecklare/>

⁹ www.bhvq.se

Tabell 1. Kvalitetsindikatorer som samlas in till Svenska Barnhälsovårdsregistret.

Variabel			Beskrivning
Barnantal	B	S	Antal barn med besök i åldersgrupper 0-5 år.
Täckningsgrad	B	R	Uppgift om andelen barn som har kontakt med barnhälsovården.
Första barn		S	Är barnet någon av vårdnadshavarnas första barn?
Behovsindex	B	S	Beräknat index av andel BCG-indikation, andel vårdnadshavare 1 röker vid 4 veckor och andel första barn.
Hembesök		R P	Hembesök från BVC till familjer med barn 0-5 år.
Mottagningsbesök		R P	Antal besök på BVC-mottagning fördelat på sjuksköterska, barnläkare, allmänläkare och teambesök.
Föräldrastöd i grupp		R P	Deltagande i föräldragrupp.
EPDS		P	Genomförd EPDS.
Enskilt samtal för pappa/ den ickefödande föräldern		R P	Genomfört samtal
Amning		R P	Amningsstatus oavsett ålder samt första tillfälle annan kost.
Vaccinationer		R P	
Rökning		R P	Vårdnadshavarnas rökning samt rökare i barnets hemmiljö vid 4 veckor, 8 månader, 18 månader och 4 år.
Tillväxt		R P	Graviditetslängd, längd, vikt och huvudomfång, biologiska föräldrars längd.
Språkscreening 2,5-3 år		R P	Genomförd och avvikelse vid språkscreening 2,5/3 år.
Hörselscreening 4 år		P	Genomförd och avvikelse vid hörselscreening 4 år.
Synscreening 4 år		P	Genomförd och avvikelse vid synscreening 4 år.
Utvecklingsbedömning 4 år		P R	Genomförd och avvikelse vid uppföljning av utveckling vid 4 år.
Remisser		P	Remisser skickade från BVC.
Hemgång e. förlossning		P	Datum då barnet återvänder hem efter förlossning.
Antibiotika, Eksem, Olycksfall, Astma		R	Indikatorer för att beskriva och följa förskolebarns hälsotillstånd och välbefinnande.

B=Beräknas i databasen, **S**=Strukturindikator, **R**=Resultatindikator, **P**=Processindikator

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)¹⁰. 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. Under 2019 genomfördes ett pilotprojekt i Region Jönköping län, där föräldrar och barn tillfrågades om deras nöjdhet (PREM) av BHV. De föräldrar som var intresserade av att besvara enkäten fick uppge sin mailadress i samband med barnets hälsobesök och fick via sin mail en länk till enkätende genom en webbaserad enkät totalt 734 föräldrar besvarade enkäten. Barnen som var 4 och 5 år vid besöket på barnhälsovården fick direkt efter besöket besvara frågor via en läsplatta, totalt 110 barn besvarade frågorna. 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 målnivåer¹¹. 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 riktningssnäv och bättre möjlighet att utvärdera sitt arbete jämfört mot en standard. Målnivåer för Svenska Barnhälsovårdsregistrets kvalitetsindikatorer finns införda i registrets Registerbeskrivning¹⁰.

Population, täckningsgrad och anslutningsgrad, definitioner

Målet för BHVQ är att samla in data om barn (0–5 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.

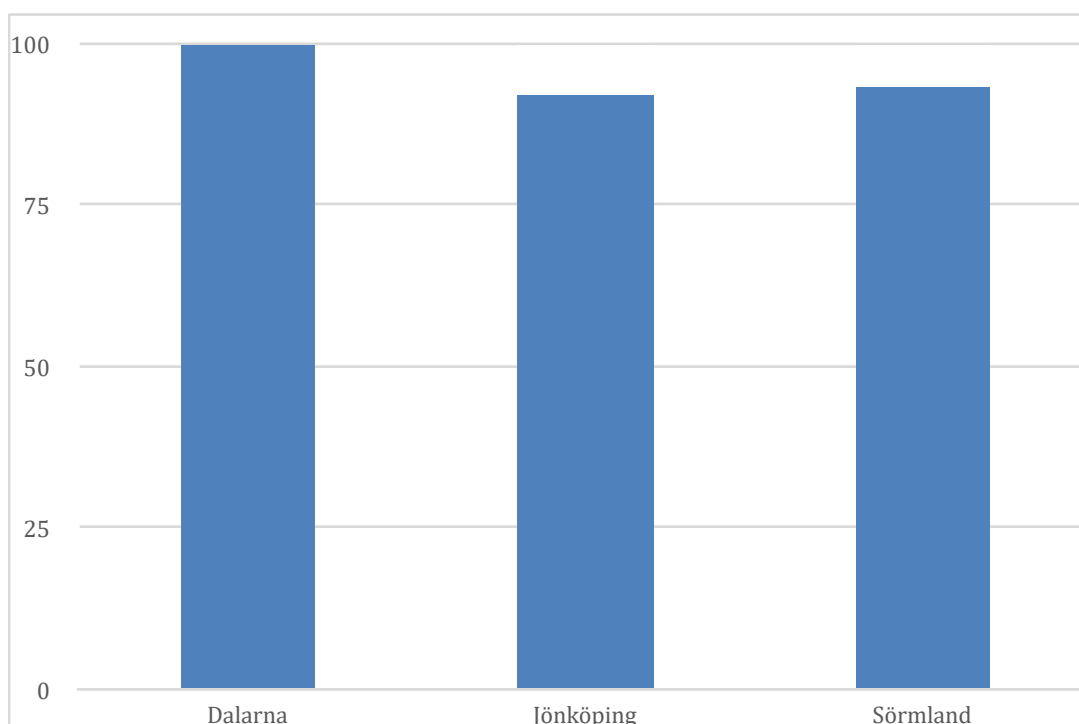
¹⁰ PROM-Center. *PROM-Center*. <http://www.promcenter.se>. 2014 2014-11-28].

¹¹ Socialstyrelsen, Att sätta mål – förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervård. Dnr 22497/2011. 2018.

Täckningsgrad 2020

Täckningsgraden av folkbokförda barn födda 2020 är 100 % för Region Dalarna 92 % för Region Jönköping län och 93% för region Sörmland (figur 1.). Täckningsgraden varierar med barnets ålder, där täckningsgraden för barn födda 2015 (fem år gamla) är 69% i Region Dalarna och 74% i Region Jönköping län. Region Sörmland har inte datajournal för barn födda 2015 och täckningsgraden är därför 0%. Denna lägre täckningsgrad för äldre barn, bortsett från Region Sörmland kan förklaras med två faktorer. Dels att föräldrar är mindre benägna att besök BHV när barnet är äldre, dels att det finns färre tillfällen för föräldrarna att erhålla information om registret och därmed ingå i datainsamlingen. I och med att fler barn kommer att följas från födelsen kommer täckningsgraden öka.

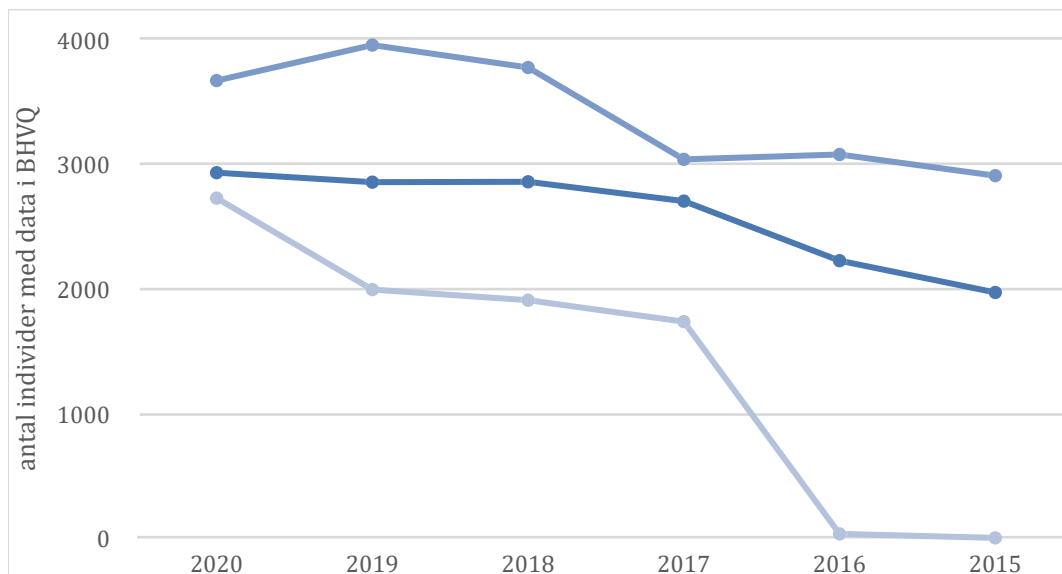
Täckningsgraden mellan 2018 och 2020 skiljer sig åt då målpopulationen för registret delvis omdefinierats. 2018 definierades målpopulationen som alla folkbokförda barn, medan målpopulationen från 2019 är 95% av de svenska barnen.



Figur 1. Täckningsgrad barn födda 2020.

Antal barn med rapporterade data

Figur 2 visar antalet barn i registret fördelat på ålder och region. Att fyra- och femåringarna är färre beror på att den historiska datainsamlingen är begränsad samt att barn i Region Sörmland har datajournal på barn födda 2017 och senare.

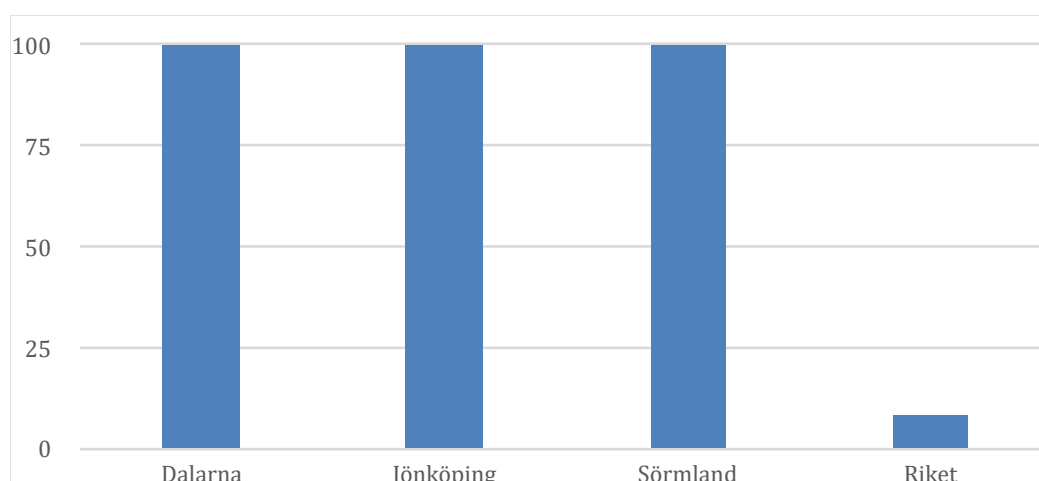


Figur 2. Antal barn i registret per födelseår och region.

Anslutningsgrad 2020

Anslutningsgraden för barnhälsovårdsenheter i Region Dalarna, Region Jönköping län och Region Sörmland år 2020 är 100 %. Med data från tre rapporterade regioner är anslutningsgraden beräknad till 8 % av samtliga BHV-enheter i landet (figur 3.).

Den nationella anslutningsgraden förväntas nå >30 % under 2021. Sex regioner har planerade slutdatum för anslutningsprojekt under hösten 2021. Anslutningsgraden är dock helt beroende av de tekniska och ekonomiska förutsättningar som finns i landets regioner. Registrets möjligheter att påverka interna it-processer och beslut i enskilda regioner är mycket begränsade. Däremot kan registerledningen ge avsevärt stöd till beslutade eller pågående anslutningsprojekt genom kunskap om registret, dess tekniska specifikationer, om strukturerad journalföring och erfarenheter från tidigare anslutningsprojekt. Att stimulera till, och stödja planerade eller pågående, anslutningsprojekt är därför en viktig del i registrets ansträngningar att snabbt nå hög anslutnings- och täckningsgrad.



Figur 3. Anslutningsgraden för barnhälsovårdsenheter i de anslutna regionerna samt nationellt, i procent.

Anslutningsprojekt

Svenska barnhälsovårdsregistret, BHVQ, har fått anslag från SKL för utveckling och drift sedan 2013. Registret är utvecklat för automatiserad datainsamling direkt från digitala journalsystem till registret, utan dubbeldokumentation, enligt den nationellt överenskomna informationsstrukturen som sedan 2012 utvecklats av Nationella Programmet för datainsamling (NPD¹²). Datainsamlingen till registret är därför beroende av de enskilda regionernas möjlighet att anpassa sina IT-system till denna. Antalet indikatorer i BHVQ är relativt få och har under de senaste åren ej ändrats för att inte påverka pågående eller planerade anslutningsprojekt genom ändringar i indikatoruppsättningen. Under 2021 kommer två nya variabler att läggas till: Enskilt föräldrasamtal med den ickefödande föräldern och en utökning av vaccinationsdata.

Data för 2020 finns i registret från regionerna Dalarna, Jönköping län och Sörmland.

2021 beslutades att BHVQ även tillåter anslutning via punkt-till-punktlösning för att underlätta regionernas anslutningar. Från 2022 kommer BHVQ troligtvis inte att finansieras enligt överenskommelsen för Nationella Kvalitetsregister. Hur BHVQ framgent ska finansieras utreds enligt uppgift inom SKR.

Projekt för att ansluta regionala journalsystem till registret har under 2020 pågått i regionerna Jämtland, Örebro, Västra Götaland, Västernorrland, Stockholm och Gotland. Under 2021 har andra regioner påbörjat anslutningsprojekt vilka vissa har slutdatum under hösten 2021. Totalt har sex regioner anslutningsprojekt med meddelade slutdatum innan årsskiftet. Två ytterligare regioner är i slutskedet av anslutningsprojekt men utan fastställt slutdatum. Vid årsskiftet 2021 förväntas totalt 8 regioner (38%) med 320 enheter (32%) sända data till BHVQ.

Med de planerade anslutningarna på plats kommer de större journalsystemen i landet att ha anpassats till NPDⁱ vilket underlättar för övriga regioner att ansluta baserat på tidigare erfarenhet för respektive journalsystem.

Datatäckning

Registret innehåller data för 2020 från Region Dalarna, Region Jönköping län och Region Sörmland vilket medger jämförelser. Från Region Dalarna finns data insamlad under sedan augusti 2017 vilket möjliggör jämförelser över tid, även data från Region Jönköping län kan jämföras över tid. Utifrån att barns hälsa påverkas av många faktorer är registrets resultatmått tydligast i förändringar över tid för en specifik barnhälsovårdsenhet.

Datatäckningen i enskilda indikatorer är i hög grad också beroende av dokumentationsrutinerna i respektive region. Datatäckningen för 2020 är dock god, mellan 100 % och 91 %, vid uppföljning av centrala indikatorer som hembesök, tidig amning och exposition för tobaksrök i hemmet.

Utdata

Då reguljär datainsamlingen till registret startade i augusti 2017 från Region Dalarna kunde registret också påbörja arbetet med att skapa utdata-rapporter och funktionalitet för presentation för dessa. I slutet av 2018 fanns färdiga möjligheter att online ta del av utdatarapporter på de flesta av registrets indikatorer. Målsättning för utvecklingen av registrets utdataportal har varit att möjliggöra en kombination av snabb hantering av stora datamängder och hög nivå av användarvänlighet för alla målgrupper. Utdataportalen utgör idag ett enkelt och smidigt verktyg för historisk översikt och aktuell kunskap i det kontinuerliga förbättringsarbetet på såväl regional- som BHV-enhetsnivå. Utdataportalen har presenterats nationellt för de centrala barnhälsovårdsenheterna. Utdataportalen utvecklas ständigt utifrån regionernas behov av presentation av data.

¹²<http://www.kvalitetsregister.se/forbattravarden/projekt/nationellaprogrammetfordatainsamling.1891.html> 11

Mottagningsbesök

Enligt det nationella programmet ska familjer minst erhålla åtta 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. Barnhälsovårdens generella program följs erfarenhetsmässigt av praktiskt taget alla svenska förskolebarn och har acceptans i alla sociala skikt^{13 14 15}. Uppgiften är viktig att följa då den ger möjlighet att mäta i hur stor utsträckning familjerna erhåller de besök som finns i barnhälsovårdsprogrammet. Minst 80 % av alla barn i målpopulationen ska ha fått besök vid 4 veckor, 6-8 veckor, 3, 5, 10, 12, 18 månader samt 2,5-3 år.

Av barnen födda 2020 som besökt barnhälsovården i Region Dalarna och Region Jönköping län var det var det 97% som fick ett besök under sina första tre månader. Motsvarande andel 2019 var 94%.

Av barnen födda 2017 som någon gång har besökt barnhälsovården fick 94% av barnen ett besök vid 2,5 till 3-års ålder.

Hembesök

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. Hembesök ger goda möjligheter att identifiera familjer i behov av indikerat stöd¹⁶ och att upptäcka barn som riskerar att fara illa¹⁷. Sjuksköterskor inom barnhälsovården beskriver hembesöket som en viktig metod för att etablera en förtroendefull relation med föräldrarna och få en bild av familjens situation¹⁸. 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 behov¹⁹.

Första hembesök

Frekvensen för första hembesöket var 71% utförda 2019 i Region Dalarna, 80% i region Jönköping län samt 83% i region Sörmland. För 2020 ökade andelen familjer som erhållit hembesök inom de 30 första dagarna i region Dalarna (70%) men minskade drastiskt i Region Jönköping län (45%). Den drastiska minskningen i Region Jönköping berodde på att det i slutet av mars be-

¹³ Magnusson, M., et al., *Barnhälsovård - att främja barns hälsa*. 2009, Stockholm: Liber AB.

¹⁴ Wallby, T. and A. Hjern, *Child health care uptake among low-income and immigrant families in a Swedish county*. *Acta Paediatrica*, 2011. **100**(11): p. 1495-1503.

¹⁵ Wallby, T., B. Modin, and A. Hjern, *Child health care utilisation in families with young or single mothers in a Swedish county*. *J Child Health Care*, 2012.

¹⁶ Larsson, J.O., et al., *Home visiting the newborn baby as a basis for developmental surveillance at child welfare centres*. *Acta Paediatr*, 1996. **85**(12): p. 1450-5.

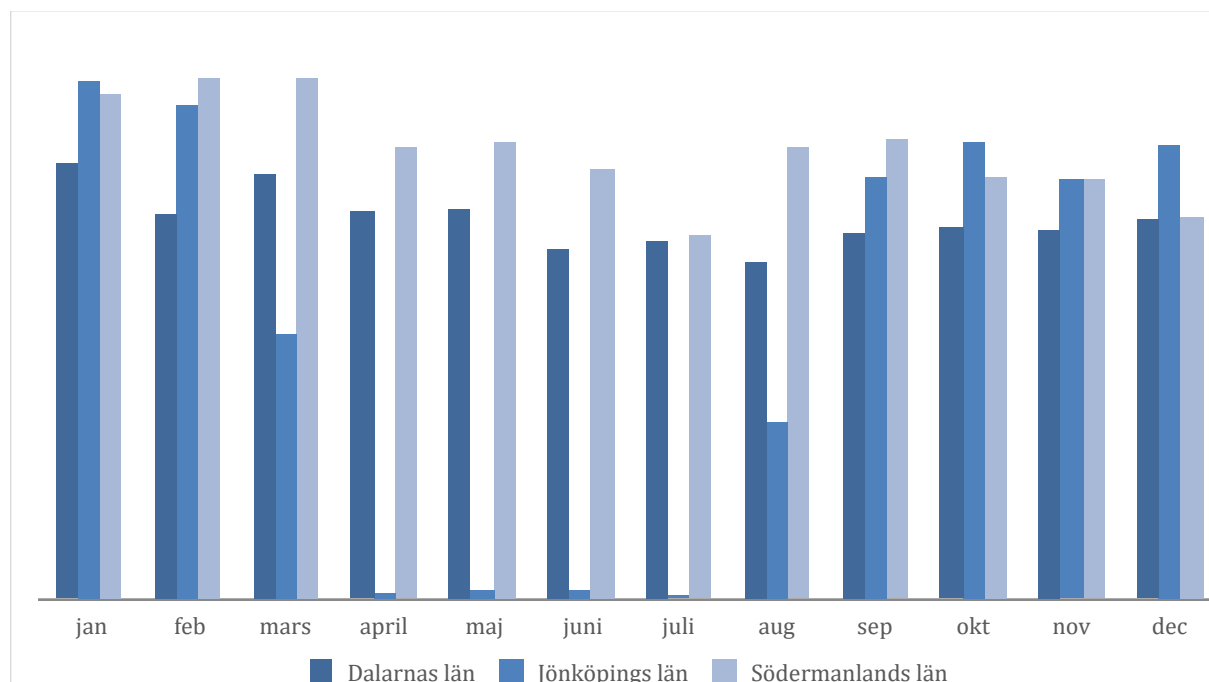
¹⁷ Aurelius, G. and L. Nordberg, Home visiting to families with a newborn child. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1994. **12**(2): p. 106-13.

¹⁸ Jansson, A., K. Petersson, and G. Uden, *Nurses' first encounters with parents of new-born children--public health nurses' views of a good meeting*. *J Clin Nurs*, 2001. **10**(1): p. 140-51.

¹⁹ Olds, D.L., et al., Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, 2007. **120**(4): p. e832-45.
Barnet, B., et al., *Home visiting for adolescent mothers: effects on parenting, maternal life course, and primary care linkage*. *Ann Fam Med*, 2007. **5**(3): p. 224-3212

slutades 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 de fall där barnhälsovårdssjuksköterskan bedömde att familjer hade behov av hembesök genomfördes dessa. Från och med mitten av augusti 2020 återupptogs arbetet med hembesök som tidigare (figur 4).

Då region Sörmland anslöt i oktober 2020 kan data inte jämföras mellan åren. Region Sörmlands andel genomförda första hembesök var dock högre än de två andra regionerna.



Figur 4. Hembesök nyföddhetsperioden per månad och region 2020.

I samtliga regioner varierar andelen hembesök i samband med barnets födelse. I region Dalarna varierar andelen mellan 20% och 100%. I Region Jönköping län varierar andelen mellan 33% och 61% och i Region Sörmland mellan 27% och 96%

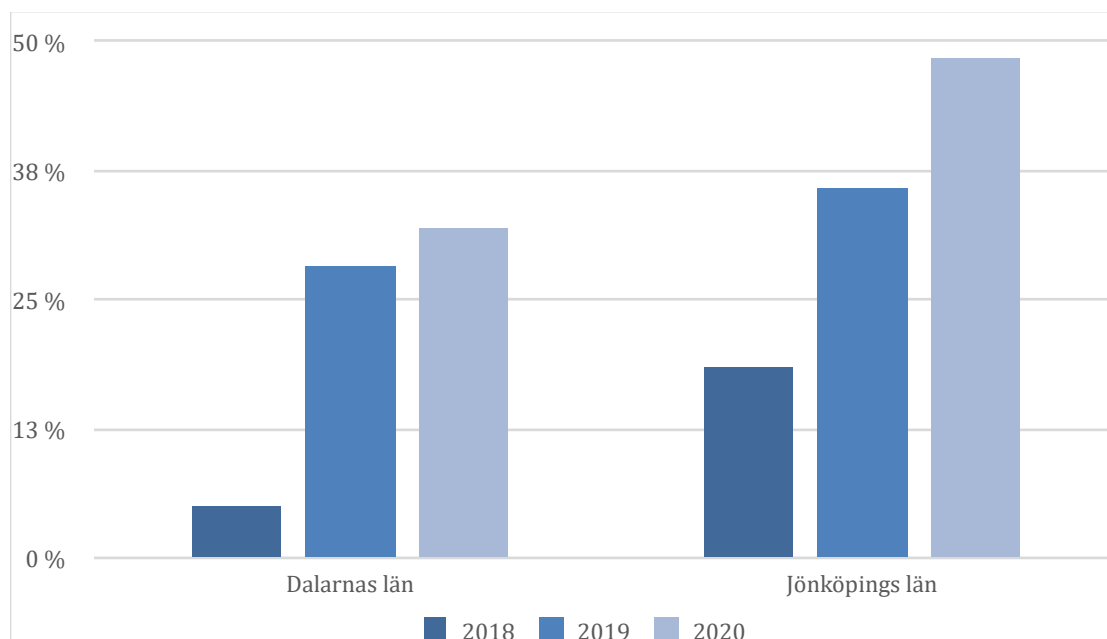
I region Dalarna var det 64% av barnen som erhöll hembesök 2019. Det är en signifikant positiv utveckling ($p=0,007$). Skillnaden åren 2019 och 2020 för i region Jönköping län är även statistiskt signifikant men då med en negativ utveckling beroende på tillfälliga omställningar av verksamheten för att frigöra personalresurser till vården av Covid-19 patienter.

Hembesök vid 8 månader

Hembesöket vid 8 månaders ålder, med fokus på hälsosamma levnadsvanor och barnsäkerhet, infördes i Barnhälsovårdsprogrammet 2015 och implementeras i regionerna. Det är därför av särskilt intresse att följa införandet av denna intervention i landets regioner. Under 2020 fick en tredjedel av barnen i Dalarna, nära hälften av barnen i Region Jönköping län och strax över hälften av barnen i Sörmland hembesök vid åtta månader.

I BHVQ-data under 2019 påvisades en stor variation i andelen hembesök mellan Region Dalarna och Region Jönköping län. Under 2019 påbörjades ett utvecklingsarbete i Region Dalarna. För dessa båda regioner har en ökning av hembesök skett under 2020 trots COVID-19 pandemins påverkan. Andelen barn som fått hembesök har stadigt ökat under de tre senaste åren (figur 5). Spridningen mellan enheter är stor i Region Dalarna, två enheter besökte inget barn och två enheter besökte samtliga barn. I region Sörmland finns en liknande spridning, där en enhet

inte besökt något barn och två besökte samtliga barn genom hembesök. Variationen i Region Jönköping län är betydligt mindre (25-68%). Andelen barn som fått hembesök vid åtta månader i Region Jönköping län påverkas av COVID-19 pandemins smittskyddsåtgärder och de regionala rekommendationerna.



Figur 5. Andel barn som erhållit hembesök vid åtta månader i Region Dalarna och Region Jönköping län 2018, 2019 och 2020. För region Sörmland finns ännu ej jämförbar data.

Amning

Bröstmjolk har många viktiga fördelar²⁰, både för spädbarnet och dess moder, och amning uppmuntras i all hälso- och sjukvård. Amningsfrämjande interventioner sker genomgående under barnets första tid inom barnhälsovården. För datainsamling kring aktuell uppfödning förutsätts att man inom BHV frågar föräldrarna regelbundet om barnets uppfödning under första levnadsåret. Barnhälsovårdsregistret avser att registrera samtliga observationer av barns uppfödning. Syftet är dels att över tid kunna analysera barns uppfödningens mönster under första levnadsåret oavsett ålder, dels att samla data över barns uppfödning vid specifika åldrar, bl.a. för att förse Socialstyrelsens nationella amningsstatistik vid specifika åldrar med data.

Den tidigare datainsamlingen ger t.ex. ingen möjlighet att lämna säkra data på "Exklusiv amning", det vill säga att ett barn är enbart ammat sedan födelsen enligt WHO:s definition. Idag tolkas istället tvärsnittsmåttet "Enbart ammad", dvs att ett barn är enbart ammat vid en viss tidpunkt, som ett mått på "Exklusivt ammad" trots att barnet kan ha fått annan kost vid något tidigare tillfälle.

I datainsamlingen har registret infört en ny indikator, "Enbart ammad sedan födelsen", som ger möjligheten att mäta den faktiska exklusiva amningen, och en ny amningskategori, "Övervägande ammad", som underlättar i valet mellan hel- och delamning vid en given tidpunkt.

Vidare underlättas datainsamlingen av att tidsperioden, för vilken amningsstatus ska bedömas vid varje enskilt mättillfälle, tydligt begränsas till de senaste 7 dagarna, oavsett barnets ålder.

²⁰ Carlo, A., et al., Breast-feeding: A Commentary by the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2009. 49: p. 112-25.

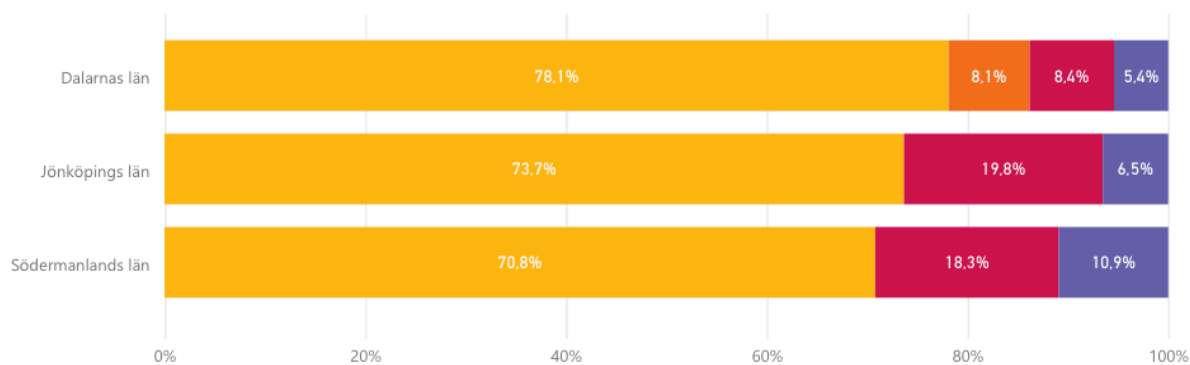
Socialstyrelsen beslutade under 2019 att kategorin "delvis ammad" delas upp i "övervägande ammad" och "delvis ammad" vilket kommer att göra att Socialstyrelsen och BHVQ kommer att använda samma definitioner²¹.

"Helt ammad" i BHVQ motsvaras av "Enbart ammad" i Sveriges officiella statistik. "Enbart ammad sedan födelsen" (engelskans Exclusive breastfeeding) i BHVQ har idag ingen egentlig motsvarighet i Sveriges officiella statistik. Fram till att Socialstyrelsen rapporterar data enligt de beslutade förändringarna motsvarar summan av "Övervägande ammad" och "Delvis ammad" i BHVQ motsvaras av "Delvis ammad" i Sveriges officiella statistik. För närmare beskrivning av amningsdefinitioner hänvisas till BHVQ Registerbeskrivning på bhvq.se²².

Amningsfrekvens

Region Dalarna rapporterar data enligt de nya definitionerna. Region Jönköping län och Region Sörmland har ännu inte implementerat kategorin "Övervägande ammad" som en delmängd av "Delvis ammad" utifrån begränsningar i journalsystemen.

Andelen som ammas i någon utsträckning vid en veckas ålder är likvärdig i region Dalarna och Region Jönköping län (figur 6), men lägre i Region Sörmland. "Helt ammad" är vanligare förekommande i Region Dalarna än i de övriga regionerna vid en veckas ålder. Andelen barn som inte ammas är högst i Sörmland, i samtliga åldrar.

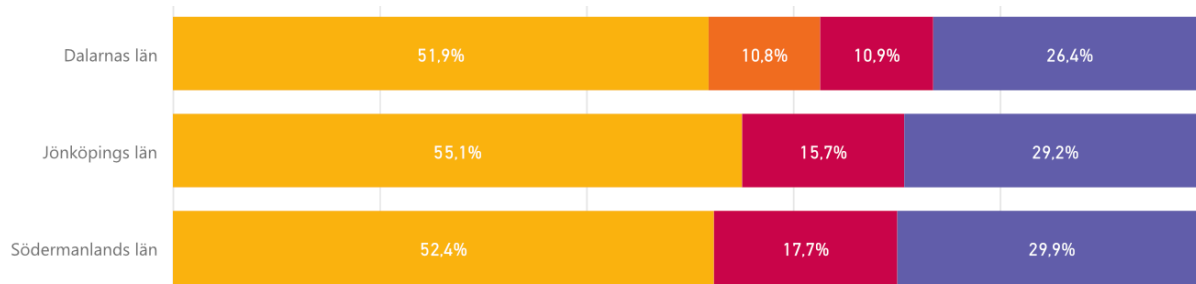


Figur 6 Andel barn som ammas vid en vecka födda 2020 i Region Dalarna, Region Jönköping län samt Region Sörmland
Gul helt ammad, orange övervägande ammad, röd delvis ammad, lila ej ammad

²¹ <https://diariet.regionjh.se/diariet/files/f27f8786-278f-47e8-94b8-260015b13e8a.pdf>

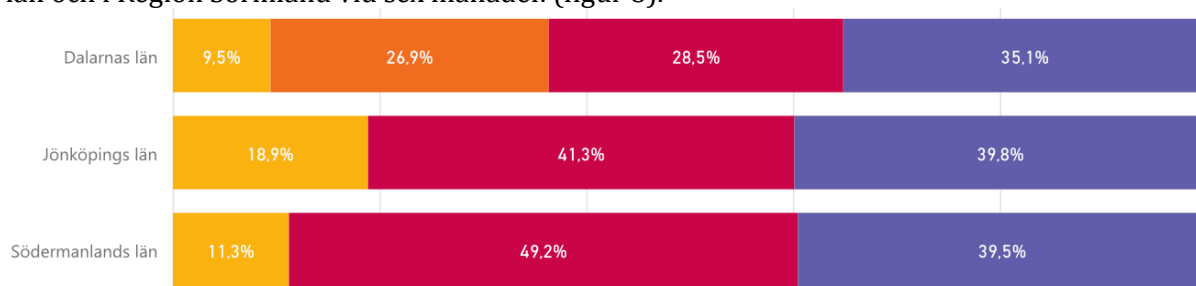
²² http://bhvq.se/wp-content/uploads/2020/05/BHVQ-Registerbeskrivning-ver-20_03-20200511.docx.pdf

Vid fyra månaders ålder var det störst antal barn som inte ammad i Region Sörmland följt av Region Jönköping län. Däremot var det en högre andel barn som ammad helt i i Region Jönköping Län än i Region Dalarna. (figur 7.). Skillnaderna mellan regionerna är dock liten.



Figur 7. Andel barn som ammas vid 4 månader i Region Dalarna ,Region Jönköping län samt Region Sörmland. Gul helt ammad, orange övervägande ammad, röd delvis ammad, lila ej ammad.

Av barnen födda 2020 ammad 65% i Region Dalarna, samt 60% av barnen i Region Jönköping län och i Region Sörmland vid sex månader. (figur 8).



Figur 8. Andel barn som ammas vid 6 månader födda 2020 i i Region Dalarna ,Region Jönköping län samt Region Sörmland. Gul helt ammad, orange övervägande ammad, röd delvis ammad, lila ej ammad.

Det är en stor skillnad i rapporteringen av Helt ammade barn vid sex månaders ålder. I Region Dalarna uppges 10% av barnen vara helt ammade i jämförelse med 19% av barnen i Region Jönköping län. Skillnaden i andel helt ammade barn kan sannolikt tillskrivas användandet av kategorin "Övervägande ammad". Erfarenhetsmässigt sker ofta en felkategorisering av barn som är "nästan" helammade som faktiskt helammade. När man istället har möjlighet att kategorisera "nästan" helammade barn som "Övervägande ammad" får man ett rimligare utfall på kategorin "Helt ammad". Studier har visat att resultatet helammade i dagens datainsamling, som i den nationella statistiken tolkas som exklusivt ammade, är kraftigt överdriven²³.

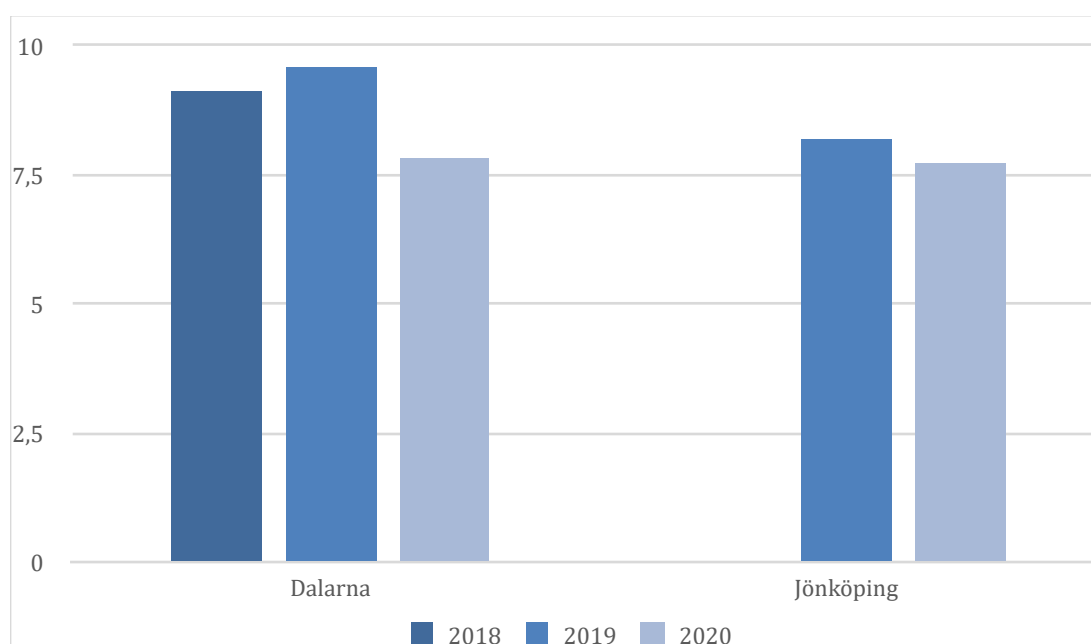
Mellan enheter är det stor skillnad i andelen ej ammade barn vid 6 månader. I Region Dalarna varierar amningsfrekvensen mellan 52% och 20 % i Region Jönköping län mellan 18 % och 51% och slutligen mellan 17% och 58% i Region Sörmland. De stora skillnader som finns mellan enheter kan sannolikt kopplas till skillnader i socioekonomisk status mellan de rapporterade enheterna²⁴, vilket ökar behovet av indikerade insatser på de specifika enheterna.

²³ Almqvist-Tangen G, Bergman S, Dahlgren J, Roswall J, Alm B. *Factors associated with discontinuation of breastfeeding before one month of age.* Acta Paediatrica 2012 101:1:55-60.DOI: 10.1111/j.1651-2227.2011.02405.x

²⁴ Wallby, T. and A. Hjern, *Region of birth, income and breastfeeding in a Swedish county.* Acta Paediatrica, 2009. **98**(11): p. 1799-1804.

Exponering för tobaksrök i hemmet

Utsätts spädbarn för passiv rökning ökar riskerna för plötslig spädbarnsdöd²⁵, astma²⁶, inflammation i mellanörat²⁷ och nedre luftvägsinfektioner²⁸. Dessutom ökar risken att barnet själv skall bli rökare om det växer upp i en rökande miljö²⁹. Data avser att mäta hur stor andel barn som exponeras för tobaksrök i hemmet vid 4 veckor, 8 månader, 18 månader respektive 4 år. Barns exponering av tobaksrök i hemmet vid fyra veckors ålder har minskat i både Region Dalarna och Region Jönköping län (figur 9). 2020 exponerades 7,8% respektive 7,7% av barnen i Region Dalarna och Jönköping för tobaksrök. 2019 var motsvarande andel 9,6% respektive 8,2%. I Region Sörmland exponerades 8,5% av barnen för tobaksrök. Vid 4 veckors ålder finns en stor variationen mellan BHV-enheterna: 0%-21% i region Dalarna, 0-15% i Region Jönköping län och 0%-22% i region Sörmland. 2019 var det två respektive tre enheter i Region Dalarna och Region Jönköping län som hade över 20% barn som utsatt för tobaksrök. På en av dessa enheter i Region Jönköping har barnhälsovårdssjuksköterskorna arbetet aktivt med familjernas rökvanor. Där sjönk andelen rökare från 20% till 14%.



Figur 9. Andel barn exponerade för tobaksrök i hemmet i Region Dalarna respektive Region Jönköping län.

²⁵ Blair, P.S., et al., *Major epidemiological changes in sudden infant death syndrome: a 20-year population-based study in the UK*. Lancet, 2006. 367(9507): p. 314-9.

Wisborg, K., et al., *A prospective study of smoking during pregnancy and SIDS*. Arch Dis Child., 2000. 83(3): p. 203-6.

²⁶ Vork, K.L., R.L. Broadwin, and R.J. Blaisdell, *Developing asthma in childhood from exposure to second-hand tobacco smoke: insights from a meta-regression*. Environ Health Perspect, 2007. 115(10): p. 1394-400.

²⁷ Cook, D.G. and D.P. Strachan, *Health effects of passive smoking-10: Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research*. Thorax., 1999. 54(4): p. 357-66.

²⁸ DiFranza, J.R., C.A. Aligne, and M. Weitzman, *Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health*. Pediatrics, 2004. 113(4 Suppl): p. 1007-15.

²⁹ Buka, S.L., E.D. Shenassa, and R. Niaura, *Elevated risk of tobacco dependence among offspring of mothers who smoked during pregnancy: a 30-year prospective study*. Am J Psychiatry., 2003. 160(11): p. 1978-84

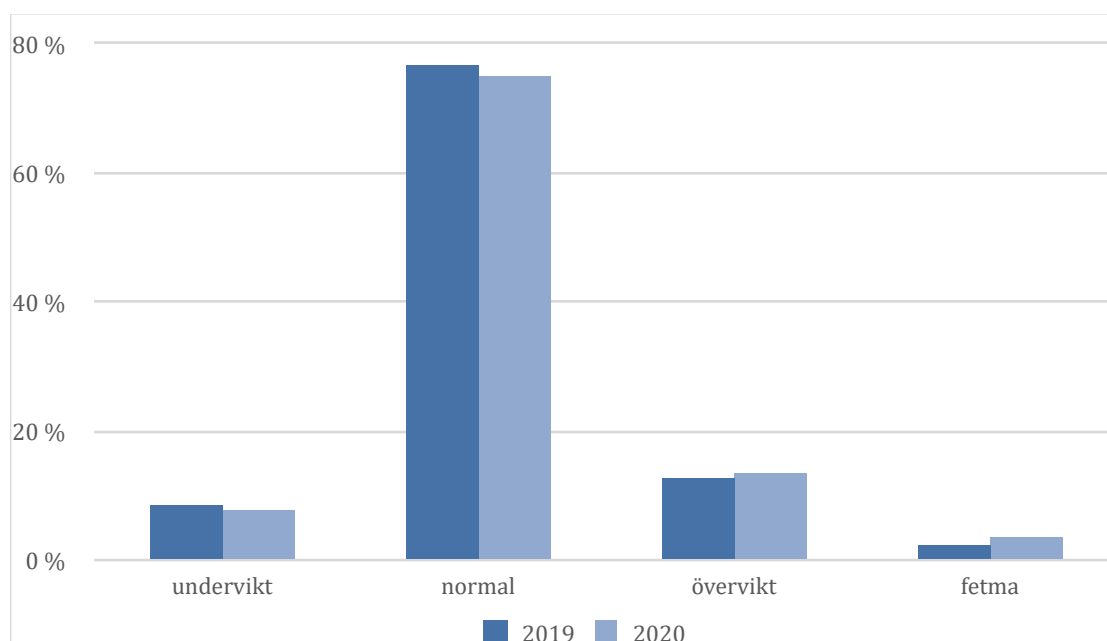
Tillväxt

Ett barns individuella tillväxt är genetiskt programmerad men samtidigt ett känsligt mått på såväl fysiskt och 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. Uppgift om längd och vikt vid nyckelålderskontrollerna är grunddata för att beräkna barnets BMI³⁰. Uppgift om BMI används för att följa utvecklingen av underviktiga respektive överviktiga barn.

2,5- 3-åriga barn

Data för 2020 finns för Region Dalarna, Region Jönköping län och Region Sörmland. I BHVQ finns 13002 tillväxtmätningar genomförda på 2,5-3 åriga barn utförda 2020 och 8404 tillväxtmätningar utförda 2019. Förekomsten av övervikt och fetma har ökat mellan 2019 (13% respektive 2 %) och 2020 (14% respektive 4%) (figur 10). Förändring är statistisk signifikant. Tidigare år har utvecklingen varit den motsatta med minskad förekomst av övervikt och fetma.

Detta skulle kunna bero på att färre barn har vägts och mätts under 2020 beroende på COVID-19 pandemins påverkan på vården, vilket bör studeras mer djuplodat.



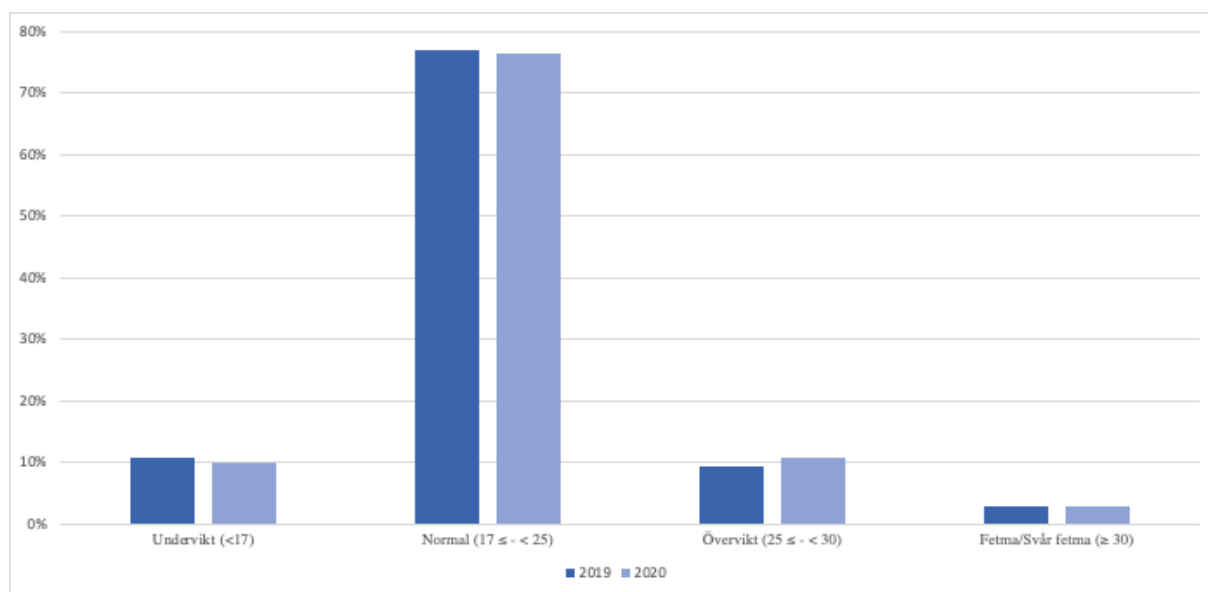
Figur 10 BMI vid 2,5-3 års ålder, 2019 och 2020.

Fyraåriga barn

I BHVQ finns 4800 tillväxtmätningar utförda 2020 och 3871 tillväxtmätningar utförda 2019 i region Dalarna och Jönköping län.

Förekomsten av övervikt har ökat mellan 2019 (9%) och 2020 (11%) (figur 11), förekomsten av fetma är dock stabil. I Region Dalarna fanns det en minskning av övervikt mellan 2018 och 2019. Utifrån att Region Jönköping anslöt i mars 2019 finns inte jämförbar data från 2018.

³⁰ Cole, T.J.e.a., Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric Obesity*, 2012. 7(4): p. 259-60

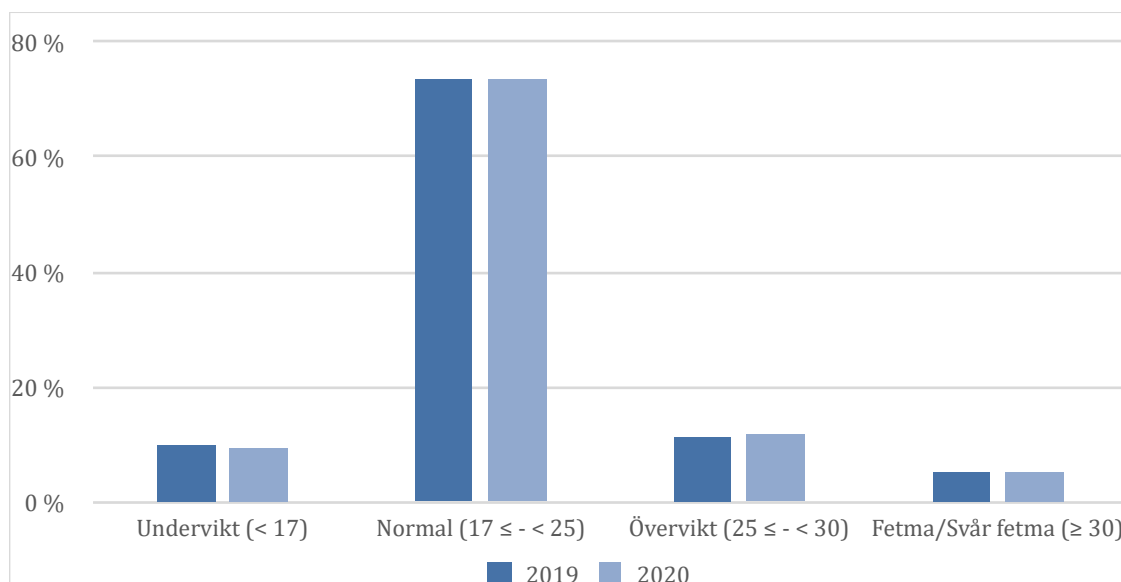


Figur 11. BMI vid 4 års ålder 2019 och 2020.

Skillnaden i förekomsten av undervikt, övervikt och fetma mellan könen liten. Undervikt är lika vanligt hos pojkar och flickor, medan övervikt är vanligare hos flickor (12%) än hos pojkar (10%).

Femåriga barn

Data finns för 4892 barn tillväxtmätta 2020 och 3654 barn tillväxtmätta 2019. Även vad gäller femåringarna finns det tendenser att övervikt har ökat (figur 12). Denna skillnad är dock mindre än i de yngre åldrarna.



Figur 12. BMI vid fem års ålder 2019 och 2020.

Även vad det gäller femåriga barn finns det en ökad frekvens av övervikt hos flickor (13%) än hos pojkar (10%).

Screeningundersökningar

Språkscreening

Alla barn ska erbjudas en språkscreening vid 2,5 – 3 års ålder samt syn- och hörselscreening vid 4 år ålder. Ungefär 6–8 % av alla barn i förskoleåldern har språk- eller kommunikationssvårigheter³¹. Den språkliga utvecklingen är viktig eftersom den leder den kognitiva utvecklingen framåt³².

Av barn födda 2017 genomgick 93% av barnen som besökte barnhälsovården en språkscreening. Vilket är strax under målnivån 95%. Motsvarande andel barn födda 2016 var 83%.

Andelen barn som fått språkscreening varierar mellan regionerna. Region Jönköping genomför språkscreeningen i störst omfattning (98%) följt av Region Dalarna (96%). Region Sörmland som anslöt under 2020 har lägst andel genomförda språkscreeningar (76%) vilket är förväntat i och med att Region Sörmland ej var anslutna till BHVQ under hela 2020.

Inom regionerna finns det även skillnader i andelen genomföra språkscreeningar. I Region Dalarna var variationen 73-100%, i Region Jönköping län 75% -100% och i Region Sörmland 9%-100%.

Nationellt hade 11% av barnen som språkscreenats någon typ av avvikelse på screeningen. Andelen med utfall skiljer sig mellan regionerna. I Dalarna hade 18% ett positivt utfall på språkscreeningen vilket var lägre i Region Jönköping län (7%) och Sörmland (8%). I Region Dalarna finns även en stor spridning mellan enheter vad gäller andelen utfall på språkscreening (4-70%) Den stora spridningen ledde till ett utvecklingsarbete i Region Dalarna under 2021. Det identifierades då att ett antal enheter gjorde avsteg från språkscreeningsmanualen, varefter en utbildningsinsats initierades.

Synscreening

I BHVQ finns det data från 4832 synscreeningar utförda på 4018 barn födda 2016 i Region Dalarna och Region Jönköping län. Av barnen i Region Dalarna var det 92% av barnen som besökte barnhälsovården som erhöll synscreening, i Region Jönköping län var motsvarande andel 95%. Detta är en minskning i jämförelse med barnen födda 2015 där 96% respektive 97% av barnen som besökte enheten synscreenades. Dock kan detta påverkas av att barn födda sent på året även kan genomföra synscreening under 2021 och därmed inte ingår i statistiken.

Andelen screeningundersökningar med avvikelser är högre i Region Dalarna (34%) än i Region Jönköping län (10%). I de två regionerna används olika synscreeningsmetoder. Skillnaderna i positivt utfall på synscreeningar är diskuterad i Nationell arbetsgrupp Barnhälsovård. Nationellt programområde Ögon bereder frågan om riktlinjer för synscreening inom barnhälsovården.

Hörselscreening

Det finns resultat från 4529 hörselscreeningar utförda på 4424 barn. 94% av barnen som besökte barnhälsovården erhöll hörselscreening. Andelen hörselscreeningar med avvikelse var 3% i Region Dalarna och 5% i Region Jönköping län.

³¹ Black, L., A. Vahratian, and H. Hoffman, Communication Disorders and Use of Intervention Services Among Children Aged 3-17 Years. United States, 2012. NCHS Data Brief, 2015. 205(Jun): p. 1-8. 87.

Law, J., Z. Garrett, and C. Nye, The Efficacy of Treatment for Children With Developmental Speech and Language Delay/Disorder: A Meta-Analysis. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 2004. 4(47): p. 924

³² Vouloumanos, A. and S. Waxman, Listen up! Speech is for thinking during infancy. Trends in cognitive sciences, 2014. 12(18): p. 642-6.

EPDS

De tidiga samspelelmönstren 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 eventuellt föräldrapars relation. För att inom barnhälsovårdens verksamhet lättare kunna upptäcka depressiva symtom och depression hos modern har självskattningsskalan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)³³ visat sig vara till god hjälp. Depressionsscreening med EPDS-skalan och bedömningssamtal genomförs 6–8 veckor efter barnets födelse.

2018 erhö11 59% av mödrarna som besökte barnhälsovården under barnets första tre levnads- månader EPDS-screening i Region Dalarna. 2019 anslöt Region Jönköping och i dessa två regioner fick 68% av mödrarna EPDS-screening 2019. Med Region Sörmlands anslutning 2020 finns EPDS-data på 8925 barn, som besökte barnhälsovården under de tre första månader. 2020 ökade andel mödrar som erhållit EPDS-screening till 76%. Det finns dock en stor spridning mellan enheterna (14%-100%).

Det finns en misstanke att COVID-19-situationen skulle ha en negativ påverkan på vad som erbjöds under besöken inom barnhälsovården. Data från Region Dalarna och Region Jönköping län visar dock att andelen mödrar som erhållit EPDS-screening av de som besökt barnhälsovården har ökat mellan 2019 och 2020, med en ökning på 2 % respektive 11%. På 17 enheter har andelen EPDS-screening minskat och för resterande 37 enheter har andelen ökat.

Datakvalitet

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 utbildas 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. Under 2020 har ett arbete inletts för att validera indikatorerna genom jämförelser av slumpmässiga barngruppers journaldata med motsvarande data i registret. De slumpmässiga grupperna barn skapas av registret och kontrolleras därefter mot journaldata av den centrala BHV-enheten i den region som rapporterar data till 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 överväger de centrala BHV-enheterna införandet av 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.

³³ Cox, J.L., J.M. Holden, and R. Sagovsky, *Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. The British Journal of Psychiatry, 1987. **150**(6): p. 782-6.

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 webbplats³⁴.

Samtliga variabler har kontrollerats vad gäller datakvalitet i Region Dalarna. Variabeln hembesök har validerats gentemot journaldata i Region Dalarna. Under 2020 valideras Hemgångsdatum från BB samt VH 1 och VH2s första barn i både Region Dalarna och i Region Jönköping län mot journalförda data.

Hemsida

På registrets webbplats³⁵, 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 sekretess³⁶. Länk till denna information finns på webbplatsens startsida.

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. Vårdnadshavaren kan också begära rättelse av felaktiga uppgifter.

En fullständig beskrivning av vårdnadshavarens rättigheter i förhållande till registret finns att ta del av på registrets webbplats³⁷.

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, som lägst per BHV-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.

³⁴ <http://bhvq.se/valideringsplan-svenska-barnhalsovarsregistret/>

³⁵ <http://bhvq.se/>

³⁶ <http://bhvq.se/information-till-vardnadshavare-om-datasakerhet-och-sekretess-svenska-barnhalsovarsregistret/>

³⁷ www.bhvq.se/information-till-vardnadshavare-om-datasakerhet-och-sekretess-svenska-barnhalsovarsregistret.



© Svenska barnhälsovårdsregistret 2021

www.bhvq.se