Svenska Barnhälsovårdsregistret

Registerbeskrivning version 24.0

Variabler som insamlas från barnets journalanteckningar

Variabel	Beskrivning
Första barn	Är barnet någon av vårdnadshavarnas första barn?
Hembesök	Hembesök från BVC till familjer med barn 0-5 år.
Mottagningsbesök	Besök på BVC-mottagning.
Föräldrastöd i grupp	Deltagande i föräldragrupp.
EPDS	Genomförd EPDS.
Enskilt samtal för pappa/den icke födande föräldern	Genomfört samtal
Våldsutsatthet	Vårdnadshavare tillfrågad om våldsutsatthet
Amning	Amningsstatus oavsett ålder samt första tillfälle annan kost.
Vaccinationer	Vaccinationer givna inom barnvaccinationsprogrammet
Rökning	Vårdnadshavarnas rökning samt rökare i barnets hemmiljö vid 4 veckor, 8 månader, 18 månader och 4 år.
Graviditetslängd	I fullgångna veckor.
Tillväxt	Längd, vikt och huvudomfång.
Biologiska föräldrars längd	Biologisk förälders längd i cm.
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 BVC.
Hemgång e. förlossning	Datum då barnet återvänder hem efter förlossning.
Antibiotika	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.
Astma	Indikatorer för att beskriva och följa förskolebarns hälsotillstånd och välbefinnande.

Versionsdatum 2024-11-01 © Svenska Barnhälsovårdsregistret. www.bhvq.se

Variabler som beräknas i databasen eller insamlas årligen

Variabel	Beskrivning
Variabler som beräknas i databasen	
Barnantal	Antal barn med besök i åldersgrupper 0-5 år
Täckningsgrad	Uppgift om andelen barn som har kontakt med barnhälsovården i förhållande till andel barn som är boende i regionen. Beräknas i databasen baserat på data från Statistiska centralbyrån
Datatäckning per variabel	Uppgift om andelen barn som har erhållit intervention från barnhälsovården. Beräknas i databasen baserat på unika barn i registret.
Antal besök till olika professioner och teambesök	Antal besök fördelat på sjuksköterska, barnläkare, allmänläkare och teambesök.
Behovsindex	Beräknat index av andel BCG-indikation, andel vårdnadshavare 1 röker vid 4 veckor och andel första barn.
Variabler som insamlas årligen eller vartannat år från regionerna	
Metod för språkscreening	Vilken av två metoder som används vid språkscreening 2,5-3 år.
Metod för synscreening	Vilken av två metoder som används vid synscreening fyra år.
Barnbaserat Care Need Index	Beräknat index utifrån listade barns vårdnadshavare per vårdenhet.
Familjecentralsstatus	Familjecentral, familjecentralsliknande och enskild.

Informationsspecifikation
Informationsspecifikationen finns tillgänglig på registrets webbplats www.bhvq.se.

Versionsdatum 2024-11-01 © Svenska Barnhälsovårdsregistret. www.bhvq.se

Bakgrund **6**
Förbättringsarbete inom barnhälsovården *6*
Indikatorer och mått *6*
Barnhälsovårdens kvalitetsindikatorer *7*
Svenska barnhälsovårdsregistret som en del i det kontinuerliga förbättringsarbetet *8*
Aktuell styrgrupp *9*
Population, fullständighet och täckningsgrad *9*
Barnkonventionen *10*
Sekretess *10*
Dataåtkomst och användning av personuppgifter *10*
Informationsspecifikation och tjänstekontrakt *11*
Information till vårdnadshavare *11*
Insamling av data till BHVQ från digitala journalsystem *11*
Definition av vårdnadshavare *13*
Avtal med externa företag och organisationer *14*
Allmänt om nationella kvalitetsregister *14*
Barnhälsovårdsregistrets webbplats *14*
Variabeldefinitioner – Variabler insamlade från barnets barnhälsovårdsjournal **15**
Första barn *15*
Hembesök *15*
Mottagningsbesök *17*
Föräldraskapsstöd i grupp *18*
Depressionsscreening med Edinburgh Postnatal Depression Scale *19*
Enskilt samtal till pappan/den icke-födande föräldern *20*
Vårdnadshavare tillfrågad om våldsutsatthet *21*
Amning *22*
Flödesschema för insamling av amningsuppgifter *25*
Vaccination *26*
Rökning *27*
Tillväxt *28*
Språkscreening 2,5 – 3 år *30*
Hörselscreening 4 år *31*
Synscreening 4 år *32*
Utvecklingsbedömning 4 år *33*
Remisser *34*
Hemgång efter förlossning *34*

Antibiotika, eksem, olycksfall och astma *35*

Variabeldefinitioner – Variabler beräknade i databasen eller insamlade aggregerat från regionerna **37**

Barnantal *37*

Täckningsgrad *37*

Datatäckning per variabel *38*

Behovsindex *38*

Metod för språkscreening *40*

Metod för synscreening *41*

Care need index *41*

Familjecentralsstatus *42*

Åldersintervall för visualisering för BHVQ variabler **43**

Ändringar i aktuell version av BHVQ Registerbeskrivning **44**

Kontaktinformation Svenska barnhälsovårdsregistret **44**

Variabler i BHVQ på en tidsaxel över barnets ålder **45**

Bakgrund

Förbättringsarbete inom barnhälsovården

Krav på ekonomisk effektivitet och minskade resurser i hela hälso- och sjukvården har ökat behovet av rutinmässig uppföljning och förbättringsarbete i de olika verksamheterna. Av 31§ hälso- och sjukvårdslagen[1] framgår att kvaliteten i verksamheten inom hälso- och sjukvården systematiskt och fortlöpande skall utvecklas och säkras. Barnhälsovården i Sverige har sedan länge arbetat systematiskt med att samla in data i syfte att mäta vissa delar av verksamhetens program och 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. En mer enhetlig datainsamling i kvalitetssäkrande syfte föreslogs också för barnhälsovården 1994 av Socialstyrelsen i rapporten Skydda Skyddsnätet[2].

Olika mått på barnhälsovårdens verksamhet har också samlats in regionalt i olika delar av landet under längre eller kortare perioder. Alla dessa datainsamlingar har skett på aggregerad nivå. Med aggregerad menas att data på individer räknas ihop för en viss enhet, t.ex. en BVC, 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-talet[3] [4]. 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 presenteras för olika undergrupper som kön, förstagångsföräldrar eller antalet dagar barnet stannat på sjukhuset efter förlossningen. Individbaserade data kan även i forskningssammanhang samköras med nationella register där data kopplas samman med hjälp av personnummer. Samkörningarna utförs av någon myndighet, oftast Socialstyrelsen eller Statistiska centralbyrån och avidentifieras som regel innan leverans för att minska risken för integritetsintrång.

Indikatorer och mått

För att skapa ett register för förbättringsarbete som fyller sitt syfte behöver verksamheten definiera centrala mått, eller indikatorer, som beskriver verksamhetens kvalité och som är så valida och reliabla som möjligt[5]. Indikatorerna bör vara väl beskrivna och väl förankrade i verksamheten. Alla mått behöver definieras och dokumenteras så att de tolkas och mäts på jämförbara sätt av alla som samlar in data[6]. Indikatorer kan beskriva verksamhetens resurser (strukturmått), verksamhetens insatser och program (processmått) och verksamhetens påverkan på patientgruppen (resultatmått)[7]. Dessutom önskas patienternas egna uppgifter om

---

[1] Hälso- och sjukvårdslagen, *1985:1100; 2f § första st.* 1982.
[2] Socialstyrelsen, *Skydda skyddsnätet! En utredning om barnhälsovårdens funktion och uppgifter under 90-talet.* 1991: Stockholm.
[3] Ekholm, L. and M. Lindh, *Årsrapporter från Barnavårdscentralerna*, Barnhälsovården i Örebro län..
[4] Magnusson, M., et al., *Barnhälsovården i Uppsala län - Årsrapport 2014*. 2015, Barnhälsovårdens länsavdelning: Uppsala.
[5] Nationella Kvalitetsregister. *Valideringshandbok.* http://www.kvalitetsregister.se/sekundarnavigering/valideringshandbok.4.42e2e0a7143003c9eed8a30.html. 2014 [cited 2014 2014-12-02].
[6] Kvalitetsregistercentrum Stockholm, *Handbok för kvalitetsregister*. 2012, Kvalitetsregistercentrum Stockholm.
[7] 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 landsting.

resultat av vården, s.k. patient reported outcome measures (PROM), eller uppgifter om deras erfarenheter av vården, s.k. patient reported experience measures (PREM)[8].

Alla kvalitetsmått bör om möjligt förses med kvalitetsgränser[9]. Det gäller för såväl strukturmått som process- och resultatmått. Andel barn som genomgår screeningundersökning för syn eller hörsel eller täckningsgraden barn som nås av barnhälsovårdens insatser är alla exempel på kvalitetsmått som kan och bör förses med kvalitetsgränser. Kring kvalitetsgränserna finns nationell konsensus efter ett arbete inom nationell arbetsgrupp barnhälsovård hösten 2024. Kvalitetsgränser bör vara möjliga att uppnå. Kvalitetsgränser ger verksamheterna en riktningsanvisning och bättre möjlighet att utvärdera sitt arbete jämfört mot en standard. Kvalitetsgränsen bör också om möjligt vara kopplad till ett känt utfall. T.ex. bör andelen vaccinerade barn i ett område vara tillräckligt stort för att effektivt skydda även ovaccinerade individer.

Barnhälsovårdens kvalitetsindikatorer

Oftast har data insamlade från barnhälsovården använts för att göra uppföljningar inom respektive landstingsområde. Bortsett från de ovan nämnda måtten, amning, rökning och vaccinationer, har det inte funnits någon nationellt enhetlig insamling av data från barnhälsovården i landet.

I samarbete med Socialstyrelsen höll Stiftelsen Allmänna Barnhuset, tillsammans med en expertgrupp från svensk barnhälsovård, en konferens 2005 under rubriken ”Barnhälsovårdens kvalitetsindikatorer”[10]. Syftet med konferensen var att diskutera och planera för genomförande av ett nationellt kvalitetsregister för barnhälsovård i Sverige. Konferensen föreslog bl.a. ett antal kvalitetsindikatorer för barnhälsovård som skulle kunna ingå i ett nationellt uppföljningssystem.

Konferensen framhöll att en nationell kvalitetsuppföljning inom barnhälsovården är angelägen för att kunna:

- upprätthålla kvaliteten på dagens barnhälsovård
- utvärdera den egna verksamheten
- vidareutveckla och evidensbasera de metoder och arbetssätt som ska användas i framtiden
- göra jämförelser över landet
- följa utvecklingen av och förändringar i hälsoläget bland barn nationellt, regionalt/lokalt
- beskriva verksamheten med hjälp av gripbara mått för den politiska styrprocessen.

Vidare fastslogs att kvalitetsindikatorer för barnhälsovården bör:

- präglas av en helhetssyn på barn och deras familjer och ett bemötande med respekt för de unika individer de är
- utgå från att alla barn har lika rätt till en god vård på rätt nivå
- tillvarata medarbetarnas erfarenhet och kunskap samt utvecklar medarbetarnas kompetens utifrån de behov som verksamheten kräver
- genomsyras av en strävan att ständigt förbättra kvaliteten i verksamheten
- inriktas på beskrivning, analys och förbättring av verksamhetens processer

[8] PROM-Center. *PROM-Center.* http://www.promcenter.se. 2014 2014-11-28].
[9] Socialstyrelsen, *Att sätta mål – förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervård. Dnr 22497/2011*. 2012.
[10] Stiftelsen Allmänna barnhuset, *Barnhälsovårdens kvalitetsindikatorer. Dokumentation från Stiftelsen Allmänna Barnhusets konferens Sätra bruk 18-20 maj 2005.* 2005: Stockholm.

- se forskning, utveckling och utbildning som viktiga komponenter i verksamheten.

En arbetsgrupp för ett svenskt barnhälsovårdsregister tillsattes för att ytterligare beskriva och definiera de förslagna indikatorerna. Arbetsgruppen engagerade sig under åren 2005-2011 inom det av SKL initierade Barnhälsodata-projektet. Projektet syftade till att definiera och standardisera uppgifter i barn- och skolhälsovårdsjournalerna för att möjliggöra för dessa uppgifter att kunna flyttas mellan olika journalsystem.

Svenska barnhälsovårdsregistret som en del i det kontinuerliga förbättringsarbetet

Under 2011 beviljades en ansökan till Sveriges Kommuner och Landsting om medel för år 2012 för att bygga upp och driva ett nationellt kvalitetsregister för barnhälsovård, Svenska barnhälsovårdsregistret, BHVQ. Syftet med BHVQ är, förutom de ovan nämnda, också att följa täckningsgraden i den svenska barnhälsovården utifrån principen om alla barns rätt till hälsovård och alla barn och föräldrars rätt till undervisning om barnhälsovård[11].

Registret utgör en grund för ett kontinuerligt förbättringsarbete inom barnhälsovården och ger möjlighet att följa utvecklingen av hälsoläget bland barn nationellt, regionalt och på lokalnivå.

En allmän synpunkt på de framtagna kvalitetsmåtten för barnhälsovård är att de inte bör eller kan jämföras med de kvalitetsregistersystem som finns inom sjukvården, där använda metoder ofta låter sig utvärderas med specifika resultatmått på relativt kort sikt. Barnhälsovårdens mått grundar sig mera på antaganden om långsiktiga allmänna hälsoeffekter men också på antaganden om att tillgång till vissa resurser och genomförande av centrala insatser ger förutsättning för hög kvalité, t.ex. tillgång till barnläkare eller genomförande av screening för postnatal depression hos mödrar, EPDS. Genom nationella jämförelser skapas incitament för verksamheterna att tillhandahålla en jämlik barnhälsovård över hela landet.

[11] Ekholm, L. and T. Wallby, *Svenska barnhälsovårdsregistret. Beskrivning av registret med variabeldefinitioner, beräkningar och utdata.* www.bhvq.se. 2016, Barnhälsovårdens länsenhet: Uppsala. *Version 24.00*

Aktuell styrgrupp

Registerhållare	Anna Fäldt Med. Dr. specialistlogoped, Barnhälsovården Region Uppsala
Ordförande	Anna Levin Barnhälsovårdsöverläkare, Centrala Barnhälsovårdsenheten, Region Gotland
Koordinatorer	Anna Levin Barnhälsovårdsöverläkare, Centrala Barnhälsovårdsenheten, Region Gotland
	Anna Andersson Hälso- och sjukvårdsstrateg. Utvecklingsenhet barnhälsa, Region Skåne
	Helena Wikman Vårdutvecklare, Barnhälsovården Region Västmanland
Ledamöter	Anton Holmgren Med Dr, Region Halland
	Frida Karlsson Videhult Dietist, Med dr, Kompetenscentrum för mödra- och barnhälsovård, Västerbotten.
	Helena Edin Psykolog, Barnhälsovården i Region Uppsala.
	Jennie Nimborg, Vårdutvecklare, Barnhälsovården Sörmland
	Karolina Lindström BHV-överläkare, Med Dr, Barnhälsovården Stockholm
	Leif Ekholm BHV-överläkare, Barnhälsovården Örebro
	Marie Golsäter Vårdutvecklare, Docent i vårdvetenskap, Barnhälsovården, Jönköping
	Mattias Wennergren Verksamhetsutvecklare, Barnhälsovården Västra Götaland.
	Susanne Olsson Kristiansson Verksamhetsutvecklare, Barnhälsovården Västra Götaland.

Population, fullständighet och täckningsgrad

Målet för BHVQ är att samla in data om samtliga 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 100% av de folkbokförda barnen i Sverige tillhör registrets målgrupp. Barnhälsovården når nästintill alla barn, men föräldrar har rätt att tacka nej till att delta i registret och barn med reservnummer hanteras inte av registret. Med begreppet ”täckningsgrad” avses andel barn som finns i registret av 100% av de folkbokförda barnen 0–5 år. Innan hösten 2024 beräknade BHVQ:s styrgrupp att målgruppen för registret var 95% av de svenska barnen. Dock visar data en högre täckningsgrad än så och målgruppen har därför ändrats till alla barn.

© Svenska Barnhälsovårdsregistret. www.bhvq.se

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 matten 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 rapporterande barnhälsovårdsenheter av samtliga möjliga enheter i en region eller i landet.

Kvalitetsgränsoch åldersintervall för visualisering
För variablerna hembesök, EPDS, enskilt föräldrasamtal med den ickefödande föräldern samt genomförda screeningar finns kvalitetsgränser som är framtagna av Nationell arbetsgrupp barnhälsovård i ett samarbete med barnhälsovården nationellt och BHVQ:s styrgrupp hösten 2024.

Åldersintervall för visualisering är en ny term i registerbeskrivningen från version 23.0. Tidigare användes termen datafångstintervall men utifrån att denna term inte är applicerbar på flera variabler då all variabeldata fångas ersattes termen. Exempelvis fångas all tillväxtdata och samtlig besök men endast vissa åldersintervall visualiseras i registrets statistikportal. Ålderintervall för visualisering finns beskrivet i detalj i tabell Åldersintervall för visualisering för BHVQ variabler sida 43.

Barnkonventionen

Enligt artikel 24 i konventionen om barnets rättigheter[12] har ett barn rätt att erhålla bästa uppnåeliga hälsa. Konventionsstaterna ska också säkerställa att alla barn tillhandahålls nödvändig sjukvård och hälsovård med tonvikt på utveckling av primärhälsovården. Vidare ska staterna säkerställa att alla grupper i samhället, särskilt föräldrar och barn, får information om, och har tillgång till, undervisning om barnhälsovård och näringslära, fördelarna med amning, hygien och ren miljö och förebyggande av olycksfall samt får stöd vid användning av sådana grundläggande kunskaper. Ur detta perspektiv blir det en viktig uppgift för Svenska barnhälsovårdsregistret att övervaka hur stor andel av barnpopulationen som får tillgång till den generella barnhälsovården. Vidare önskar BHVQ arbeta aktivt med barnets perspektiv, att fånga barnets upplevelse av barnhälsovård genom PREM.

Sekretess

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.

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.

Vårdgivare får ta del av de uppgifter som de lämnar till registret. Ingen annan vårdgivare har åtkomst till dessa uppgifter. Personer som centralt ansvarar för registret kan och får ta del av samtliga barns uppgifter.

[12] UNICEF, *Barnkonventionen. FN:s konvention om barnets rättigheter. Artikel 24. Hälso- och sjukvård*. 1989, FN: New York.

För forskningsstudier behövs alltid ett godkännande av en etikprövningsnämnd. Ansökan om utlämnande av data från registret för forskningsändamål ska innehålla fullständig forskningsplan samt godkännande från någon regional etikprövningsnämnd i Sverige. Ansökan ska ställas till registerhållaren. Beslut om utlämnande av data för forskningsändamål fattas av registrets styrgrupp. Data från registret lämnas avidentifierat om data ska lämnas direkt till den sökande. Data kan lämnas ut med personnummer i de fall detta krävs för samkörning med andra register. Data lämnas i dessa fall till den myndighet som svarar för samkörningen, i normalfallet till Socialstyrelsen eller Statistiska centralbyrån. Det slutliga datasetet ska sedan levereras till sökanden i avidentifierat skick.

Personnummer behövs för säker identifiering. Om barnet flyttar mellan län eller utomlands och återkommer behövs personnumret för att säkerställa att information lämnas på rätt barn. Personnummer behövs även för samkörning med andra register för något av de ovan nämnda ändamålen.

För barn med skyddade personuppgifter rekommenderas att data inte skickas till registret.

Informationsspecifikation och tjänstekontrakt

Registrets informationsspecifikation innehåller uppgifter om kodning av registrets variabler enligt standardiserade kodverk samt uppgift om format, datatyp och multiplicitet för variablerna. Nödvändiga tjänstekontrakt anges också. Informationsspecifikationen med tjänstekontraktsanvisning finns tillgänglig på registrets webbplats www.bhvq.se.

Information till vårdnadshavare

Enligt Dataskyddsförordningen har en person rätt att få information om att data sparas i ett kvalitetsregister, och de rättigheter som följer med detta, innan registreringen görs. För BHVQ gäller denna informationsskyldighet inför barnets vårdnadshavare. Fullständig informationen finns tillgänglig på registrets webbplats http://bhvq.se/vardnadshavare .

Medverkan i registret är frivillig och påverkar inte de tjänster eller den vård som barnet får på barnavårdscentralen. Ett barns vårdnadshavare kan när som helst ångra sig och begära att barnet inte ska registreras i registret. Alla uppgifter om barnet ska då omgående raderas från registret. Vårdnadshavaren kan också begära rättelse av felaktiga uppgifter.

Vårdnadshavare har en gång per år, utan kostnad, rätt att få veta vilka uppgifter som har registrerats på vårdnadshavarens barn (s.k. registerutdrag) i en verksamhets IT-system.

En vårdnadshavare kan begära rättelse och få rätt till skadestånd om uppgifter om barnet i Svenska barnhälsovårdsregistret hanteras i strid med dataskyddslagen. En begäran om skadestånd ska sändas till den centralt personuppgiftsansvariga myndigheten, Region Jönköping län. I begäran ska anges vilken behandling av personuppgifter som man anser är i strid med dataskyddslagen samt varför. Vårdnadshavaren ska kunna styrka att denne är vårdnadshavare för barnet.

Insamling av data till BHVQ från digitala journalsystem

BHVQ har som mål att all överföring av kvalitetsdata från verksamheten ska ske via automatiserade flöden enligt Nationell informationsstruktur och den Nationella tjänsteplattformen (NI, se figur 1). Den nationella tjänsteplattformen gör det möjligt att standardisera dataöverföring mellan journalsystem och kvalitetsregister och därigenom undvika utveckling av en stor mängd särlösningar.

© Svenska Barnhälsovårdsregistret. www.bhvq.se

Från och med februari 2021 välkomnar BHVQ dock även punkt-till-punktlösningar (se figur 1.). Det finns även möjligheter till att utveckla filöverföring om någon region har ett specifikt behov av denna lösning.

Från journal till kvalitetsregister
Det lokala journalsystemet tillhandahåller de kvalitetsdata som efterfrågas av BHVQ och överförs från det lokala datalagret/tjänsteplattformen. Personuppgiftsansvaret övergår i och med detta från lokalt personuppgiftsansvarig myndighet (LPUA) till centralt personuppgiftsansvarig myndighet (CPUA), som för BHVQ är Region Jönköping län.

I registret samlas data från olika regioner i Sverige. Åtkomst till samtliga nationella data på individnivå har endast personer som fått detta uppdrag av CPUA. Ansvaret finns reglerat i ett uppdragsavtal. Medverkan i kvalitetsregister är inte tvingande för patienten. För att få överföra data från barnets journal till BHVQ krävs att barnets vårdnadshavare inte motsätter sig detta. För kvalitetsregister gäller passivt medgivande med möjlighet att tacka nej, så kallat opt-out-förhållande. Aktivt medgivande, muntligt eller skriftligt, krävs inte.

Förutsättningar för automatiserad överföring
För att skapa förutsättningar för en automatiserad överföring av kvalitetsdata enligt NI krävs att den lokala IT-verksamheten har nödvändig information om BHVQ. Denna information finns i två dokument, BHVQ registerbeskrivning och Informationsspecifikation för BHVQ.

I registerbeskrivningen beskrivs registret och dess variabler med bakgrundstexter och definitioner. Informationsspecifikationen är en teknisk beskrivning av variablerna och hur dessa ska översättas till gemensamma standardiserade kodverk. I informationsspecifikationen definieras också vilka tjänstekontrakt som ska användas vid överföringen av data. Ett tjänstekontrakt är en teknisk beskrivning av hur sändarsystem och mottagarsystem ska kommunicera med varandra. Med hjälp av dessa verktyg kan den lokala dokumentationen i journalsystemet utformas så att all information som ska överföras till BHVQ registreras på ett strukturerat sätt. Med strukturerad information menas i detta sammanhang att informationen är klart skild från annan information så att den lätt kan sökas ut bland all möjlig information i journaldatabasen. På varje fråga som BHVQ ställer ska ett bestämt svar kunna levereras via den standardiserade infrastrukturen.

I praktiken kommer inte BHVQ att efterfråga information direkt från de enskilda journalsystemen. Ofta har istället det enskilda regionerna skapat en regional tjänsteplattform/regionalt tjänstelager som samlar upp data från olika journalsystem och vårddokumentationssystem inom regionen.

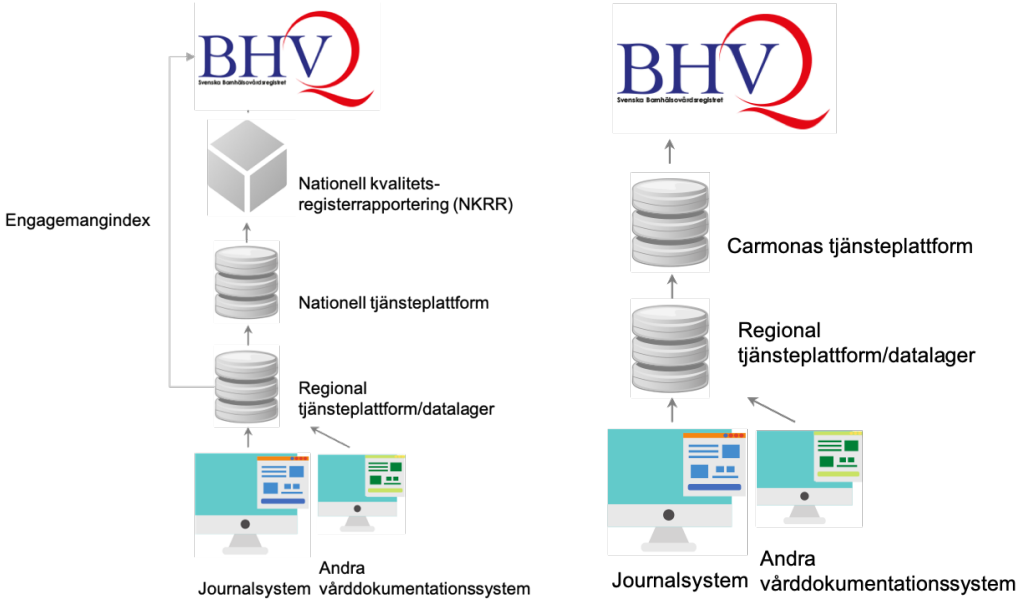
Olika lösningar för automatiserade dataöverföring
Den automatiserade överföringen kan utformas på olika sätt där kommunikationen mellan användaren och journalsystemet och BHVQ sker med olika grader av automatik.

Anslutning via NKRR

Den mest automatiserade överföringen av data har beskrivits av *Nationella programmet för datainsamling* (NPDI) på SKR och beskrivs grafiskt i figur 1. Denna metod är att föredra då den inte skapar särlösningar för olika register (figur 1.).Vid överföring via NKRR kommer svaren på frågorna hämtas från den regionala tjänsteplattformen/datalagret via *Nationella tjänsteplattformen* och tjänsten *NKRR* (Nationella kvalitetsregister-rapport). Den nationella tjänsteplattformen är en tjänst avsedd att underlätta integration genom att utgöra ett nav mellan system och tjänster.

NKRR är en nationellt förvaltad regelmotor utvecklad för att kunna ställa samman data till kvalitetsregister. NKRR svarar för urval, kombination och transformation av data. NKRR för BHVQ innehåller information om vilka data, av all den strukturerade information som finns på

det regionala datalagret, som BHVQ är intresserad av och hur den ska bearbetas för att svara på de frågor registret ställer.



Figur 1 Anslutning via Nationell kvalitetsregisterrapport respektive via punkt-till-punktlösning

Anslutning via punkt-till-punktlösning

När punkt-till-punktlösningar används ska data vara formaterade och kodsatta enligt registrets informationsspecifikation och BHVQ:s filspecifikation. Filspecifikationen erhålls genom kontakt med registerhållare. Utvecklandet av punkt-till-punktlösningar sker med hjälp av regionens IT-verksamhet, journalleverantör eller regionens andra leverantörer av vårdsystem.

Genom punkt-till-punkt-lösningen överförs data från regionens regionala tjänsteplattform/datalager till BHVQs IT-leverantör Omdas tjänsteplattform.

Definition av vårdnadshavare

Med vårdnadshavare 1 (VH1) avses i första hand den vårdnadshavare/förälder som har burit barnet under graviditeten. Om ingen burit barnet under graviditeten avses om möjligt den som varit hemma med barnet under första tiden.

Med vårdnadshavare 2 (VH2) avses i första hand vårdnadshavare/förälder som inte burit barnet under graviditeten. Om ingen burit barnet under graviditeten avses om möjligt den som inte varit hemma med barnet under första tiden.

Om inte ovanstående urval mellan VH1 och VH2 kan göras avgör vårdnadshavarna/föräldrarna ordningsföljden själva.

Avtal med externa företag och organisationer

Svenska barnhälsovårdsregistret har tecknat avtal med externa företag/organisationer. Dokumenten finns tillgängliga på registrets webbplats www.bhvq.se .

Allmänt om nationella kvalitetsregister

Allmän information om svenska nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården finns att läsa på 1177.se på adress https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/nationella-kvalitetsregister/ och på Sveriges kommuner och landsting www.kvalitetsregister.se.

Barnhälsovårdsregistrets webbplats

Utförlig information om Svenska barnhälsovårdsregistret finns på registrets webbplats www.bhvq.se. Följande information finns tillgänglig

- Nyhetsflöde
- Information till vårdnadshavare inkl. föräldrainformationsblad
- Registerbeskrivning, nedladdningsbart PDF-dokument
- Informationsspecifikation för BHVQ, nedladdningsbart PDF-dokument
- Information för forskningsändamål
- Dokument och avtal
- Rutiner och formulär för händelser enligt dataskyddslagen (GDPR)
- Kontaktinformation

© Svenska Barnhälsovårdsregistret. www.bhvq.se

Variabeldefinitioner – Variabler insamlade från barnets barnhälsovårdsjournal

Första barn

Databeskrivning
Strukturmått. Barnet är första barn till någon eller båda vårdnadshavarna.

Bakgrund
Uppgiften är vald för att visa andel barn med förstagångsföräldrar. Första barnet är en stor förändring i livet och föräldrarnas behov av information och stöd från BVC är stort[13]. Uppgiften kan också användas som fördelningsvariabel vid beskrivning av hembesök och föräldragrupper.

Definitioner
Med första barn menas att barnet är någon av vårdnadshavarnas första biologiska barn eller adoptivbarn. Om båda frågorna nedan besvaras med Ja är barnet första barn till båda vårdnadshavarna. Om ingen av frågorna besvaras med Ja är barnet inte första barn till någon av vårdnadshavarna.

Fråga
- Är barnet första barn till vårdnadshavare 1
- Är barnet första barn till vårdnadshavare 2

Värden
Se informationsspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på www.bhvq.se

Kvalitetsgräns
Ej tillämpbar på denna variabel.

Validitet
Tillfredställande. Alla barn ska ha uppgift på denna variabel. Nej-svar rapporteras till registret med negation, se BHVQ Informationsspecifikation. Bortfall utgörs av barn som saknar data.

Hembesök

Databeskrivning
Resultatmått och processmått. Antal hembesök, erhållit första hembesöket, erhållit hembesök vid 8 månader.

Bakgrund
Det tidiga universella hembesöket efter barnets födelse syftar till att skapa kontakt och presentera barnhälsovårdens verksamhet. Att komma som gäst i familjens hem ger en mer jämlik relation som grund för den fortsatta kontakten med familjen[14]. Att hembesöket erbjuds till alla innebär att det uppfattas som en helt naturlig del i verksamheten. Hembesök ger goda möjligheter att

[13] Baggens, C., *Barns och föräldrars möte med sjuksköterskan i barnhälsovården*. 2002, Akademisk avhandling. Linköpings universitet (Linköping studies in arts and science,ISSN0282-9800 ; 261): Linköping.
[14] Magnusson, M., et al., *Hembesök*, in *Barnhälsovård - att främja barns hälsa, p 212-213*. 2009, Liber AB: Stockholm.

identifiera familjer i behov av indikerat stöd[15] och att upptäcka barn som riskerar att fara illa[16]. En serie av hembesök kan erbjudas under en kortare eller längre period baserat på en individuell bedömning av den enskilda familjens behov. Sjuksköterskor på BVC beskriver hembesöket som en viktig metod för att etablera en förtroendefull relation med föräldrarna och få en bild av familjens situation[17]. Internationella interventionsstudier med hembesök riktade till riskfamiljer har visat positiva effekter för relationen med partnern och långsiktiga effekter för barnets skolprestationer[18]. Interventioner med upprepade besök till unga mödrar visade sig i en amerikansk studie förbättra mödrarnas föräldraförmåga[19]. Data avser att mäta samtliga genomförda hembesök med särskild uppföljning av hembesök i samband med hemkomst efter förlossning/adoption och hembesök vid 8 månaders ålder.

Definitioner
Första hembesök avser hembesök till nyblivna föräldrar efter att barnet fötts och hembesök vid 8 månader som det är beskrivet i BHV-programmet.

Fråga
- Datum för hembesök.

Värden
Se informationsspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på www.bhvq.se

Kvalitetsgräns
Av målpopulationerna bör minst 90 % få hembesök.

Åldersintervall för visualisering
Se tabell ”Åldersintervall för visualisering för BHVQ variabler” på sid 43.

Validitet
Tillfredställande. Alla barn förväntas ha uppgift på denna variabel. Bortfall tolkas som att hembesök ej genomförts.

[15] 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.
[16] 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.
[17] 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.
[18] 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.
[19] 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. 224-32.

Mottagningsbesök

Databeskrivning
Resultatmått och processmått. Besök på mottagning.

Bakgrund
Barnhälsovårdens generella program följs erfarenhetsmässigt av praktiskt taget alla svenska förskolebarn och har acceptans i alla sociala skikt[20] [21] [22]. Uppgiften är viktig att följa då den ger möjlighet att mäta i hur stor utsträckning Barnhälsovårdsprogrammet följs i form av ett minsta antal sjuksköterske-, läkar- respektive teambesök. Många faktorer påverkar dock konsumtionen av, och tillgången till, barnhälsovård och onormalt höga besöksfrekvenser kan indikera t.ex. högt behovsindex eller överutnyttjande/övererbjudande av BVC:s tjänster. Uppgiften ger även möjlighet att mäta tillgången till barnläkare i verksamheten. Teambesöket vid 4 veckor har tydligare än övriga teambesök ett syfte att upptäcka medfödda och tidiga avvikelser och det är därför särskilt viktigt att besöket inte blir försenat.

Definitioner
Med besök avses ett möte mellan barn, föräldrar och personal på BVC som dokumenteras i BHV-journalen. Med teambesök avses ett besök där barn och vårdnadshavare möter BHV-sjuksköterskan och BHV-läkaren gemensamt i samma rum under hela besöket.

Fråga
- Datum för mottagningsbesök.
- Deltagande personalkategori/personalkategorier.
- Deltagande personal.
- Typ av besök.

Värden
Se informationsspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på www.bhvq.se

Kvalitetsgräns
Minst 80 % av alla barn i målpopulationen ska ha fått teambesök vid 4 veckor,
6 månader, 12 månader och 2,5-3 år samt sjuksköterskebesök vid 6-8 veckor, 3, 5, 10 resp. 18 månader.

Åldersintervall för visualisering
Se tabell ”Åldersintervall för visualisering för BHVQ variabler” på sid 43.

Validitet
Tillfredställande. Alla barn förväntas få möjlighet att följa barnhälsovårdsprogrammet.

Kommentar
För närvarande är journalsystemens möjligheter att identifiera specialistnivåer för läkare begränsad. Endast allmänläkare har i dagsläget en specifik kod i kodverk KV_*Befattning*. BHVQ valt att obegränsat samla in uppgift om deltagande personalkategorier motsvarande olika sjuksköterske- och läkarkompetenser. Dessa personalkategorier ska kodas med tillämplig befattningskod enligt KV_*Befattning*. Deltagande personalkategorier analyseras och sammanställs på registernivå. Primärt intressanta befattningskategorier är Distriktssköterska, Barnsjuksköterska, Allmänläkare, ST i allmänmedicin, Barnläkare samt ST i pediatrik.

---

[20] Magnusson, M., et al., *Barnhälsovård - att främja barns hälsa*. 2009, Stockholm: Liber AB.
[21] 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.
[22] 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.

Föräldraskapsstöd i grupp

Databeskrivning
Resultatmått och processmått. Deltagande i föräldragrupp.

Bakgrund
Begreppet Föräldraskapsstöd i grupp (föräldragrupp) innefattar universella och selektiva stödformer[23] [24]. Målsättningen är att ge ökade kunskaper, skapa möjlighet till kontakt och gemenskap samt att skapa möjlighet till medvetenhet om påverkan av samhällsförhållanden. Data avser att mäta såväl förekomst av föräldraskapsstöd i grupp och antal grupptillfällen inom barnhälsovården. Data avser att följa alla aktuella föräldrars delaktighet i föräldragruppsverksamheten.

Definitioner
Av barnhälsovården initierad sammanhållen grupp föräldrar som vid upprepade tillfällen träffas för att genom samtal och reflektion få utökad kunskap om barns behov, hälsa och utveckling, få stöd i föräldraskapet samt få möjlighet till utvidgat social nätverk. Minst en av gruppledarna ska vara från barnhälsovården och ska delta vid registrerade tillfällen. Grupptillfällena ska förläggas till hela eller delar av barnets första levnadsår. De kan med fördel ske i samverkan med närliggande verksamheter.

Gruppbesök som registreras i BHV-journal som deltagande i föräldraskapsstöd i grupp inkluderas.

Om både vårdnadshavare 1 och vårdnadshavare 2 markeras innebär det att båda vårdnadshavarna deltagit i föräldragrupp samma datum.

Fråga
- Vårdnadshavare 1 deltagit.
- Vårdnadshavare 2 deltagit.

Värden
Se informationsspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på www.bhvq.se

Kvalitetsgräns
På grund av variabelns bristfälliga validitet kan inget mål definieras.

Validitet
Bristfällig. Föräldragrupp på BVC bedrivs på många skilda sätt. Alla barn förväntas få möjlighet att delta i föräldragrupp. Avsaknad av information om deltagande tolkas som att barnets vårdnadshavare ej deltagit.

[23] Socialdepartementet, *Stöd i föräldraskapet. Betänkande av utredningen om föräldrautbildningen. SOU 1997:161. Ds: departementsserien, 0284-6012 ; 1997:6*, in *Ds: departementsserien, 0284-6012 ; 1997:6*. 1997: Stockholm.
[24] Svensk Mödra- och barnhälsovård, *Tidigt föräldrastöd - en fördjupad beskrivning och analys av det tidiga föräldrastödet inom mödra- och barnhälsovården.* 2007, Stockholm: Gothia förlag AB.

Depressionsscreening med Edinburgh Postnatal Depression Scale

Databeskrivning
Resultat och processmått. Genomförd depressionsscreening med Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

Bakgrund
Forskning har visat att det tidiga samspelsmönstret kan påverkas negativt av en depression hos mamman 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 föräldraparets relation. För att inom barnhälsovårdens verksamhet lättare kunna upptäcka depressiva symtom och depression hos mammor har självskattningsskalan EPDS[25] visat sig vara till god hjälp. Depressionsscreening med EPDS-skalan och bedömningssamtal genomförs 6-8 veckor efter barnets födelse. EPDS-skalan är inte validerad för depressionsscreening av mammor utanför tidsintervallet 4 veckor till 3 månader efter barnets födelse. Metoden förutsätter att skalan används som en del av ett lokalt förankrat program. Man behöver se över lokala rutiner för hur registrering av ett genomfört EPDS-samtal sker. Detta för att säkra att uppgiften förs in i BVC-journalen på ett korrekt sätt. Registreringen görs idag på olika sätt i landet. Därför är detta extra angeläget. Viktigt är att säkra utfallet av screeningen så att den leder till att insatser erbjuds[26].

Definitioner
Screening avseende depression post partum avser att man på BVC har ett lokalt program som innefattar EPDS-formulär kombinerat med ett bedömningssamtal och erbjudande om åtgärd vid behov. För mammor som inte behärskar svenska språket används i första hand ett översatt och accepterat/validerat formulär på mammans hemspråk. Om det inte finns något översatt och accepterat formulär på mammans hemspråk ska frågorna tolkas i det svenska EPDS-formuläret för mamman. I kombination med bedömningssamtal och åtgärd vid behov räknas även dessa som genomförd depressionsscreening med EPDS.

Fråga
- EPDS-screening genomförd.
- EPDS-screening ej genomförd.

Värden
Se informationsspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på www.bhvq.se

Kvalitetsgräns
Av målpopulationen bör minst 90 % ha uppgift om genomförd depressionsscreening med EPDS.

Åldersintervall för visualisering
Se tabell ”Åldersintervall för visualisering för BHVQ variabler” på sid 43.

Validitet
Tillfredställande. Alla mammor förväntas bli erbjudna screening enligt EPDS. Ej genomförd screening planeras att kunna rapporteras till registret med Status: Ej genomförd. Bortfall utgörs av barn som saknar data.

[25] 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.
[26] Wickberg, B. and P. Hwang, *Post partum depression*, Statens folkhälsoinstitut, Editor. 2003: Östersund.

Enskilt samtal till pappan/den icke-födande föräldern

Databeskrivning
Resultat och processmått. Genomfört samtal.

Bakgrund
Samspelet med pappan/den icke-födande föräldern har betydelse för barnets välbefinnande och utveckling inom flera områden[27] [28]. Delaktighet i den tidiga omvårdnaden ökar föräldrars benägenhet att engagera sig i barnet över tid [29]. Attityder som nyblivna föräldrar möter har betydelse för deras engagemang och delaktighet i föräldraskapet. Genom att bekräfta pappans/den icke födande-föräldern som förälder kan BHV-personalen bidra till att öka barns förutsättningar för ett engagerat föräldraskap. Depression hos pappan/den icke-födande föräldern kan ha negativa konsekvenser för barnet, såväl direkt som genom inflytande på parförhållandet [30].

Det enskilda föräldrasamtalet med pappan/den icke-födande föräldern genomförs när barnet är 3-5 månader. Samtalets primära syfte är föräldrastödjande. I metoden för samtalet ingår en samtalsguide med frågor om barnet, föräldraskapet och familjesituationen och förälderns mående [31]. Frågor om förälderns psykiska mående ingår i metoden, och samtalet har visat goda möjligheter att fånga upp behov av stöd, men samtalet utgör ingen depressionsscreening.

Definitioner
Enskilt föräldrasamtal avser att BHV-sjuksköterskan följer metoden för samtalet och erbjuder föräldern åtgärd vid behov. För förälder som inte behärskar svenska språket används material på förälderns hemspråk om sådant finns. Annars används tolk.

Fråga
- Enskilt föräldrasamtal genomfört.
- Enskilt föräldrasamtal ej genomfört.

Värden
Se informationsspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på www.bhvq.se

Kvalitetsgräns
Önskvärd nivå om genomfört enskilt föräldrasamtal är 90 %.

Åldersintervall för visualisering
Se tabell ”Åldersintervall för visualisering för BHVQ variabler” på sid 43.

Validitet
Tillfredställande. Alla icke-födande föräldrar förväntas bli erbjudna enskilt föräldrasamtal. Ej genomfört samtal planeras att rapporteras till registret med Status: Ej genomförd. Bortfall utgörs av barn som saknar data.

---

[27] Lamb ME. The role of the father in child development. NJ: John Wiley & Sons Inc; 2010.
[28] Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. Acta Paediatricia. 2008;97:153–8.
[29] Lamb ME. The role of the father in child development. NJ: John Wiley & Sons Inc; 2010.
[30] Hanington L, Heron J, Stein A, Ramchandani P. Parental depression and child outcomes--is marital conflict the missing link?. Child Care Health Dev. 2012;38(4):520-9
[31] https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/enskilda-foraldrasamtal/

Vårdnadshavare tillfrågad om våldsutsatthet

Databeskrivning
Resultat och processmått. Fråga ställd.

Bakgrund
I hälsosamtalet på BVC ingår att prata om konfliktlösning i familjen, våld i nära relationer och dess påverkan på barnet. Rutiner bör finnas för att erbjuda alla vårdnadshavare att svara på strukturerade frågor om utsatthet för våld. [32]

Barn som upplever våld mot en omsorgsperson löper risk för olika former av psykisk och fysisk ohälsa, inte bara kortsiktigt, utan under resten av livet.[33] [34] [35] När starkt skrämmande händelser sker utan att någon finns där för att lugna och trösta, vilket oftast är fallet vid våld i nära relationer, utsöndras höga nivåer av stressrelaterade hormoner hos barnet. När detta sker återkommande under de första levnadsåren riskerar barnets neurologiska utveckling att påverkas negativt. Man beskriver därför detta som toxisk stress.[36] Såväl emotionella som kognitiva funktioner hos barnet riskerar därmed en avvikande utveckling.[37] [38]

Det är viktigt att uppmärksamma hur barn mår när deras vårdnadshavare har utsatts för våld,[39] samt även fånga egen våldsutsatthet hos barnet.

2018 togs nationellt inom barnhälsovården ett inriktningsbeslut om att det ska ingå i barnhälsovårdsprogrammet att på ett strukturerat sätt fråga om våldsutsatthet. Sedan dess har olika metoder implementerats i de olika regionerna. Ingen specifik metod förespråkas i programmet, men gemensamt är att frågor om våldsutsatthet vid något tillfälle ska ställas enskilt. Inom vissa regioner ställs frågan en gång till respektive vårdnadshavare, andra gör detta upprepat under barnets tid inom barnhälsovården.

Definitioner
Fråga om nuvarande och tidigare våldsutsatthet ställs till vårdnadshavare. Frågan kan vara ställd och besvarad muntligt eller skriftligt.

Fråga
- Har vårdnadshavare 1 tillfrågats om våldsutsatthet?
- Har vårdnadshavare 2 tillfrågats om våldsutsatthet?

Värden
Se informationsspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på www.bhvq.se

---

[32] Rikshandboken, Barnhälsovårdens roll och ansvar för barn som far illa
[33] Ford JD, Delker BC. Polyvictimization in childhood and its adverse impacts across the lifespan: Introduction to the special issue. J Trauma Dissociation. 2018;19(3): 275–88.Crory
[34] McCrory E, DeBrito S, Viding E. The link between child abuse and psychopathology: A review of neurobiological and genetic research. J Royal Soc Med. 2012;105(4):151–6.
[35]Teicher MH, Samson JA. Annual research review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. J Child Psychol Psychiatry. 2016;57(3):241–66.
[36] National Scientific Council on the Developing Child. Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain: Working paper no.3. 2005/2014; Updated edition. Retrieved from www.developingchild.harvard.edu
[37] Barth RP, Scarborough AA, Lloyd E, Losby JL, Casanueva C, Mann T. Developmental Status and Early Interventions Service Needs of Maltreated Children. Final Report. US Department of Health and Human Services.; 2008.
[38] Nelson CA. The effects of early adversity on neurobehavioral development. Minnesota Symposia on Child Psychology. 2000; 31. Mahwah, NJ: Erlbaum Associates.
[39] Socialstyrelsen. Våld. Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relation. Socialstyrelsen 2016-6–37.

© Svenska Barnhälsovårdsregistret. www.bhvq.se

Kvalitetsgräns
Beroende på implementerad metod i respektive region kan frågan förväntas vara ställd vid ett enstaka tillfälle under perioden eller vid flera upprepade tllfällen. Då de enskilda samtalen för respektive förälder brukar vara ett tillfälle för att ställa frågan, för de som inte gör det upprepat, är det rimligt att ha samma kvalitetsgräns som för dessa, dvs 90 %.

Åldersintervall för visualisering
Se tabell "Åldersintervall för visualisering för BHVQ variabler" på sid 43.

Validitet
Tillfredställande. Förutsättning för inmatning och överrapportering finns, med reservation för att i vissa journalsystem kan förekomma svårigheter att avgöra vem av VH som fått frågan om båda föräldrarna deltagit på besöket.

Amning

Databeskrivning
Resultatmått och processmått. Amningsstatus vid 1 vecka, 2, 4, 6, 8 och 12 månader, enbart ammad sedan födelsen.

Bakgrund
Bröstmjölk har många viktiga fördelar, både för spädbarnet och dess mamma, och amning uppmuntras i all hälso- och sjukvård[40]. Bröstmjölken innehåller ämnen som stimulerar immunförsvaret hos barnet och minskar risken för infektioner[41] [42]. Sannolikt medierar bröstmjölk även skydd mot ohälsa senare i livet, bl.a. i form av övervikt och diabetes[43] [44]. För datainsamling kring aktuell uppfödning förutsätts att man på BVC frågar föräldrarna regelbundet under första levnadsåret.

Barnhälsovårdsregistret avser att registrera samtliga observationer av barns uppfödning. Syftet är dels att longitudinellt kunna analysera barns uppfödningsmönster under första levnadsåret oavsett ålder, dels att samla tvärsnittsdata över barns uppfödning vid specifika mätåldrar, se tabell nedan. Den uppgift vars datum närmast motsvarar respektive mätålder *och* faller inom mätintervallet kommer att utgöra uppgift om aktuell uppfödning vid förtecknade mätåldrar (datum för observationen).

Mätåldrar
Frågan om aktuell uppfödning gäller de senaste 7 dagarna vid åldrarna 1 veckan, 2 månader, 4 månader, 6 månader, 8 månader, samt 12 månader.

Definitioner[45]

Bröstmjölk	Inkluderar amning, urpumpad bröstmjölk och donatorbröstmjölk.

[40] Carlo, A., et al., *Breast-feeding: A Commentary by by 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.
[41] Lönnerdal, B., *Bioactive proteins in breast milk.* Journal of Paediatrics and Child Health, 2013. **49**(Suppl. 1): p. 1-7.
[42] Turfkruyer, M. and V. Verhasselt, *Breastmilk and its impact on maturation of the neonatal immune system.* Paediatric and neonatal infections, 2015. **28**(3): p. 199-206.
[43] Hoddinott, P., D. Tappin, and C. Wright, *Breast feeding.* BMJ, 2008. **336**(7649): p. 881-7.
[44] Ip, S., et al., *Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries.* Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2007(153): p. 1-186.
[45] The Breastfeeding Committee for Canada. Breastfeeding Definitions and Data Collection Periods. 2006.

Pyttesmå smakprover	Den lilla mängd av annan kost, motsvarande ungefär ett kryddmått (1 ml), som barnet kan få med en sked eller på fingret. Pyttesmå smakprov är i så små mängder att de inte konkurrerar med amningen [46].
Annan kost	Inkluderar bröstmjölksersättning, välling, vatten, drycker och annan föda.
Helt ammad	Barn som enbart fått bröstmjölk, inkl. vitaminer (t.ex. D-droppar), mineraler eller läkemedel de senaste 7 dagarna.
Övervägande ammad	Barn som förutom bröstmjölk också fått pyttesmå smakprover, oavsett antal, och/eller annan kost vid 1-2 tillfällen de senaste 7 dagarna.
Delvis ammad	Barn som förutom bröstmjölk också fått annan kost vid 3 eller fler tillfällen de senaste 7 dagarna. (Pyttesmå smakprover räknas inte).
Ej ammad	Barn som enbart fått annan kost än bröstmjölk.
Enbart ammad (sedan födelsen)	Barn som enbart fått bröstmjölk sedan födelsen, även under vårdtiden på förlossning, BB eller nyföddhetsavdelning.

Fråga 1: Aktuell uppfödning?

- Vad har barnet fått att äta under de senaste 7 dagarna?
  Ange endast ett alternativ (*Helt ammad, Övervägande ammad, Delvis ammad, Ej ammad*) – se även flödesschema.
  Med hjälp av denna uppgift kan avgöras om barnet är helt ammat, övervägande ammat, delvis ammat eller ej ammat vid en given tidpunkt.
  OBS! För att förenkla och minska risken för felregistrering kan systemen utformas så att BHV-sjuksköterskan vid kontakten med familjen enbart anger typ av föda (ammas/ pyttesmå smakprover/1-2 mål av annan kost/3 eller fler mål av annan kost) och systemet sedan automatiskt anger vilken kategori av uppfödning barnet får.

Fråga 2: Första tillfälle annan kost?

- Datum (uppskattat datum) för första tillfälle (inklusive vårdtid förlossning / BB / nyföddhetsavdelning) då barnet fått Annan kost oavsett mängd (Första mål annat än bröstmjölk).
  Frågan ställs tills den är besvarad. Med hjälp av denna uppgift beräknas perioden för enbart ammad sedan födelsen uttryckt i dagar.

Värden
Se informationsspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på www.bhvq.se .

Kvalitetsgräns
Alltför många externa faktorer utanför BVC:s möjlighet att påverka har betydelse för amningsfrekvensen. Av detta skäl definieras inget mål.

Åldersintervall för visualisering
Se tabell ”Åldersintervall för visualisering för BHVQ variabler” på sid 43.

[46] Livsmedelsverket. Kostråd för spädbarn - Pyttesmå smakprover. http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/kostrad/Spadbarn/. 2014 [cited 2014 20140204].

Validitet
Tillfredställande. Alla barn förväntas ha uppgift. Ej ammad-kategori finns. Barn utan uppgift tolkas som bortfall.

Kommentarer
Delvis ammad i uppdelad i *Delvis* + *Övervägande* ammad. *Övervägande* ammad innebär att 1-2 mål är av annan kost, ofta som smakportioner, vilket motsvarar ca. 5% av intaget. Orsaken är att en del BVC uppfattar dessa barn som helt ammade vilket riskerar bli felregistrerat. Fr.o.m. år 2020/2021 har Socialstyrelsen nationella rapportering [47] en liknande kategorisering.

Frågan om vad barnet fått att äta avser under de senaste 7 dagarna utgår från aktuellt datum för kontakten med förälder på BVC ("tidsfönster"). Tidsfönstret fångar spädbarns uppfödning vid tiden för datafångsten men inte t.ex. om de varit ammade sedan födseln.

BHVQ har kategorien *Enbart ammad (sedan födseln)* vilket även fångar de spädbarn som uteslutande fått bröstmjölk/är enbart ammade hela tiden sedan födseln (jämför WHO *Exclusive breastfeeding/human milk since birth*[48] [49]). I Socialstyrelsens statistik saknas kategorin *Enbart ammad (sedan födseln)*.

BHVQ, och Socialstyrelsen, har inte WHO:s motsvarighet för *Full breastfeeding* med *Exlusive* + *Predominant*, dvs. bröstmjölk inklusive vatten, vattenbaserade drycker och fruktjuice.

WHO använder ett begränsat tidsfönster på 24 timmar ("*during the previous day*"[50]).

<table>
<tr><th>Amningskategorier</th><th>Socialstyrelsen
(tom 2019/2020)</th><th>Socialstyrelsen
BHVQ</th><th colspan="2">WHO
"Breast-feeding"</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Enbart
Hel
Exclusive</td><td rowspan="2">Enbart</td><td>Enbart</td><td>Exclusive
("infants under 6 months of age")</td><td rowspan="2">Full</td></tr>
<tr><td>BHVQ
Hel
Enbart ammad (sedan födseln) *</td><td>Predominant
("also water, water based drinks, fruit-juice")</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Delvis</td><td rowspan="2">Delvis</td><td>Övervägande</td><td colspan="2" rowspan="2">Complementary
("children 6 months of age or beyond")</td></tr>
<tr><td>Delvis</td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td colspan="4">Åldersintervall för visualisering</td></tr>
<tr><td>Saknas</td><td>Senaste 7 dagarna</td><td colspan="2">"during the previous day"</td></tr>
</table>

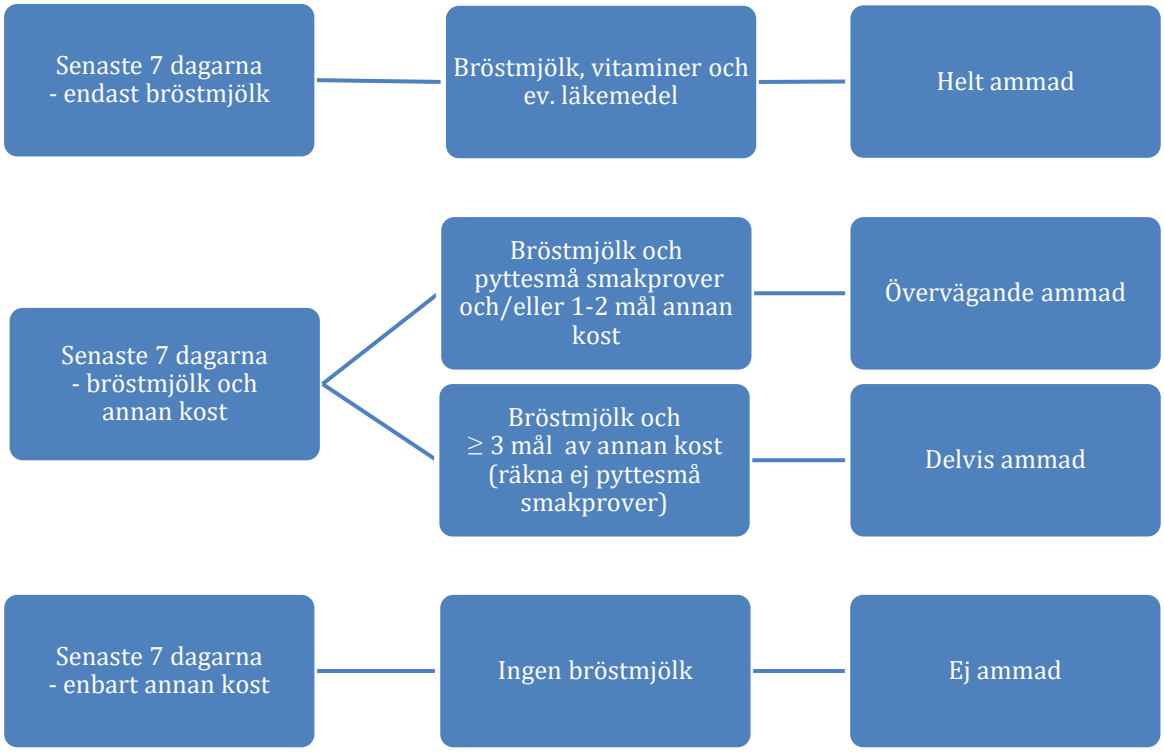
[47] Socialstyrelsen, *Statistik om amning*
[48] Breastfeeding Committee for Canada; *Breastfeeding Definitions and Data Collection Periods, 2012*
[49] Australien Government, The Department of Health. Breatfeeding definitions
[50] WHO; *Indicators for assessing infant and young child feeding practices* ,2008

Flödesschema för insamling av amningsuppgifter

Fråga 1: Aktuell uppfödning?

- Vad har barnet fått att äta under de senaste 7 dagarna?

Ger uppgift om helt ammad, övervägande ammad, delvis ammad, ej ammad vid förtecknade mätåldrar (Datum för observationen).



Fråga 2: Första tillfälle annan kost?

- Datum/uppskattat datum för första tillfälle då barnet fått annan kost oavsett mängd (inkl. vårdtid förlossning/BB/nyföddhetsavdelning).

Vaccination

Databeskrivning
Resultatmått och processmått. Barn som erhållit vaccinationer i det allmänna vaccinationsprogrammet. Barn som tidigare erhållit vaccinationer av annan vårdgivare (”historiska vaccinationer”) mot sjukdomar upptagna i det allmänna vaccinationsprogrammet. Barn i riskgrupp för tuberkulos vaccinerad mot tuberkulos.

Bakgrund
Vaccinationer är den insats på BVC som ur primärpreventiv synvinkel är den allra mest framgångsrika. Både ur ett individuellt och ur ett samhällsperspektiv har vaccinationer på ett avgörande sätt förbättrat hälsoläget bland barn. Vaccination mot tuberkulos ges endast till barn i riskgrupp för att smittas av tuberkulos, se definitioner, och rapporteras i nationella sammanställningar fördelat på barn i riskgrupp resp. barn ej i riskgrupp.

Rapport om vaccination i BHVQ möjliggör att se vaccinationstäckningsdata på vårdenhetsnivå och information om vaccination mot tuberkulos.

Definitioner
Barn som erhållit vaccination i det allmänna barnvaccinationsprogrammet.

Barn som tidigare erhållit vaccinationer av annan vårdgivare (”historiska vaccinationer”) mot sjukdomar upptagna i det allmänna vaccinationsprogrammet.

Barn i riskgrupp för tuberkulos definieras som barn till föräldrar från länder med ökad förekomst av tuberkulos (≥40 fall/100 000 invånare och år) **Fel! Bokmärket är inte definierat.** [51].

Fråga
- Vaccinerad mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio, Haemophilus influenzae typ b, Hepatit B, pneumokocker, mässling, påssjuka, röda hund, rotavirus och tuberkulos?
- Vaccinerad mot vattkoppor
- I riskgrupp för tuberkulos (TBC)?
- Datum för respektive vaccination? Tidigare givna vaccinationer anges med känt datum om datumet är känt, annars anges ett uppskattat datum.

Värden
Se informationsspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på www.bhvq.se

Kvalitetsgräns
Uppgift om respektive vaccination och riskgrupp för tuberkulos ska finnas för 95 % målpopulationen.

Åldersintervall för visualisering
Se tabell ”Åldersintervall för visualisering för BHVQ variabler” på sid 43.

Validitet
Hög. Nej-svar på frågan om ökad risk för tuberkulos rapporteras till registret med negation, se BHVQ Informationsspecifikation. Bortfall utgörs av barn som saknar data. Uppgifterna om givna vaccinationer är tillförlitliga medan tidigare givna vaccinationer är osäkrare.

[51] WHO, *Estimated Tb incidence rates, 2010.* http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_TB_incidence_2010.png, WHO, Editor. 2011. *Version 24.00*

Rökning

Databeskrivning
Resultatmått och processmått. Rökning vårdnadshavare, rökare i barnets hemmiljö.

Bakgrund
Redan under fostertiden utsätts barn till rökande mammor för hälsorisker som kan leda till såväl minskad intrauterin tillväxt [52], prematur födsel[53] som till ett flertal negativa förlossningsutfall[54]. Utsätts spädbarn för passiv rökning ökar riskerna för plötslig spädbarnsdöd [55], astma[56], och andra sjukdomstillstånd. Dessutom ökar risken att barnet själv skall bli rökare, om det växer upp i en rökande miljö[57]. Data avser att mäta hur stor andel av vårdnadshavarna som är rökare samt hur stor andel barn som exponeras för tobaksrök i hemmet vid 4 veckor, 8 månader, 18 månader respektive 4 år.

Definitioner
Rökare definieras som en person som röker minst en gång dagligen, dvs. drar i sig rök från cigarett, cigarill, cigarr eller tobak i pipa eller något annat som innehåller tobak. Detta gäller även den person som alltid röker utomhus. S.k. ”feströkare”, dvs. en person som röker någon enstaka cigarett ”någon gång ibland” definieras som ”icke rökare”. ”Rökare i barnets hemmiljö” är vårdnadshavare, sambo, äldre syskon, far- eller morförälder eller annan person som är rökare enligt definitionen ovan och som bor på samma adress som barnet minst 14 dagar per månad.

Fråga
- Vårdnadshavare 1 röker dagligen?
- Vårdnadshavare 2 röker dagligen?
- Rökare i barnets hemmiljö?

Värden
Se informationsspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på www.bhvq.se

Kvalitetsgräns
Alltför många externa faktorer utanför BVC:s möjlighet att påverka har betydelse för rökfrekvensen. Av detta skäl definieras inget mål för rökning hos vårdgivarna.

Åldersintervall för visualisering
Se tabell ”Åldersintervall för visualisering för BHVQ variabler” på sid 43.

Validitet
Tillfredställande. Endast 5-15 % av populationen förväntas ha uppgift om daglig rökning. Nej-svar rapporteras till registret med negation, se BHVQ Informationsspecifikation. Bortfall utgörs av barn som saknar data.

---

[52] Leonardi-Bee, J., et al., *Environmental tobacco smoke and fetal health: systematic review and meta-analysis.* Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 2008. **93**(5): p. F351-61.
[53] Nabet, C., et al., *Smoking during pregnancy according to obstetric complications and parity: results of the EUROPOP study.* Eur J Epidemiol, 2007. **22**(10): p. 715-21.
[54] Kallen, K., *The impact of maternal smoking during pregnancy on delivery outcome.* Eur J Public Health., 2001. **11**(3): p. 329-33.
[55] Wisborg, K., et al., *A prospective study of smoking during pregnancy and SIDS.* Arch Dis Child., 2000. **83**(3): p. 203-6.
[56] Vork, K.L., R.L. Broadwin, and R.J. Blaisdell, *Developing asthma in childhood from exposure to secondhand tobacco smoke: insights from a meta-regression.* Environ Health Perspect, 2007. **115**(10): p. 1394-400.
[57] 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

Databeskrivning
Resultatmått och processmått.

Graviditetslängd, födelsevikt, födelselängd, huvudomfång vid födelsen.

Biologisk mammas längd, biologisk pappas längd.

Vikt, längd, huvudomfång.

Bakgrund
Ett barns individuella tillväxt är genetiskt programmerad men samtidigt ett känsligt mått på såväl fysiskt och psykiskt välbefinnande. Tillväxten styrs således av samverkan mellan ärftliga faktorer och omgivningsfaktorer som nutritionsförhållanden, kroppslig eller psykisk stress och sjukdom. Genetiskt bidrar båda föräldrarnas längder i lika grad till barnets vuxenlängd. För att kunna bedöma barns hälsa inom barnhälsovården och elevhälsan görs därför regelbundna mätningar av tillväxten. Mätning av tillväxt är en mycket viktig del av hälsovårdens verksamhet och väsentlig för att följa barns hälsa.

Uppgift om längd och vikt vid nyckelålderskontrollerna är grunddata för att beräkna barnets BMI. Uppgift om BMI används för att följa utvecklingen av överviktiga/underviktiga barn.

Orsaken till låg födelsevikt är komplex men det finns ett klart samband med sämre socioekonomiska förhållanden hos föräldrarna[58], och som grupp av barn löper de ökad risk att drabbas av nyföddhetsperiodens sjukdomar, neurologiska skador, skolsvårigheter, beteende-störningar och kardiovaskulära åldersförändringar [59] [60]. Uppgift om födelsevikt ger också information om andel generellt tillväxthämmade barn, vilket kan vara genetiskt orsakat, eller sekundärt till intrauterina infektioner eller t.ex. alkoholmissbruk (alkoholfetopati)[61]. Födelsevikt-, längd och huvudomfång samt uppgift om graviditetslängd hämtas från förlossningsdata. Läs mera om Tillväxtkurvor och BMI på BVC i Rikshandboken[62].

Definitioner
Med vikt menas barnets kroppsvikt. Med längd menas barnets kroppslängd. Med pappans och mammans längd menas biologiska föräldrars kroppslängder. Med huvudomfång avses största omfånget runt skallen.

Undervikt, övervikt och vavaccfadsfaffdsf beräknas i databasen på BMI cut-offs som motsvarar BMI vid 18 års ålder, s k ISO-BMI. Gränserna för undervikt (lägre än 17), övervikt (25-29,9) och obesitas (30 och högre) är baserade på Cole T and Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity..[63].

---

[58] Sellström, E. and S. Bremberg, *Närmiljöns betydelse för barns och ungdomars hälsa och välbefinnande – en systematisk kunskapsöversikt*. 2004, Folkhälsoinstitutet: Stockholm.
[59] Nyström-Peck, M., *Childhood class, body height and adult health: studies on the relationship between childhood social class, adult height and illness and mortality in adulthood*, Swedish Institute for Social Research, Editor. 1994: Stockholm.
[60] Wamala, S.P., et al., *Short stature and prognosis of coronary heart disease in women.* J Intern Med, 1999. **245**(6): p. 557-63.
[61] Wüst, M., *The effect of cigarette and alcohol consumption on birth outcomes*, Department of Economics. Aarhus School of Business, Editor. 2010: Aarhus.
[62] Rikshandboken. *Tillväxtdiagram.* http://www.rikshandboken-bhv.se/halsa-och-utveckling/tillvaxt/tillvaxtdiagram/. 2018 2019 02 26].
[63] 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.

För rutiner för mätning av tillväxt hänvisas till Rikshandboken i Barnhälsovård www.rikshandboken-bhv.se.

Frågor som besvaras en gång

- Födelsevikt.
- Födelselängd.
- Huvudomfång vid födelse.
- Föräldralängd biologisk mamma.
- Föräldralängd biologisk pappa.
- Graviditetslängd.

Frågor som besvaras vid samtliga observationer.

- Vikt.
- Längd.
- Huvudomfång (till och med 18 mån ålder.)

Värden

Se informationsspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på www.bhvq.se

Åldersintervall för visualisering

Data i BHVQ:s utdataportal är baserad på ålder i månader, och visualiserar tre ålderskategorier 2,5-3, 4 och 5 år[64].
Se tabell ”Åldersintervall för visualisering för BHVQ variabler” på sid 43.

Validitet

Tillfredställande. Uppgifter om tillväxt är allmänt använt internationellt och det finns lång nationell tradition och erfarenhet av att mäta och registrera längd och vikt inom barnhälsovården. Kvalitén är hög, tillförlitlig och robust, bortfallet lågt. Indikatorn är lätt att förstå och begripa. Kalibrering av vågar ska göras efter respektive utrustnings manualer eller lokala kvalitetsrutiner. Mätstickor ska kontrolleras efter förflyttning, ingrepp och ändringar av golv etc.

Alla barn förväntas ha uppgift om tillväxt vid upprepade tillfällen. Fullständigheten bedöms som god. Påverkan av eventuella bortfall på aggregerade mått bedöms som marginella.

Kommentarer

Utgångsvärden hämtas från förlossningsdata. Huvudomfång mäts t.o.m. 18 månaders ålder.

För längd och vikt vid mätpunkterna 2,5 år och senare gäller tidsintervall som anges på i Åldersintervall för visualisering för BHVQ variabler.

Prioriterade mätpunkter för tillväxt är 2-4 dagar, 10-14 dagar, 1 mån, 2 mån, 3 mån, 4 mån, 6 mån, 8 mån, 10 mån, 12 mån, 18 mån, 2,5/3 år, 4 år samt ett tillfälle vid 5-6 år.

I BHVQ beräknas och redovisas BMI (kroppsvikt(kg)/kroppslängd (m)^2) vid 2,5, 3 år, 4 år och 5 år. Åldersintervall för visualisering återfinns på sidan 43.

Tillväxtuppgifterna ger möjlighet till en deskriptiv beskrivning av förskolebarns aktuella tillväxt.

64 Extended International (IOTF) Body Mass Index Cut-Offs for Thinness, Overweight and Obesity in Children; Obesity Classification | World Obesity Federation,

Språkscreening 2,5 – 3 år

Databeskrivning
Processmått och resultatmått. Genomförd språkscreening och avvikelse på språkscreening.

Bakgrund
Alla barn erbjuds språkscreening antingen vid 2,5 eller 3 års ålder. Ungefär 6-8 % av alla barn i förskoleåldern har språk- eller kommunikationssvårigheter [65]. Den språkliga utvecklingen är viktig eftersom språket leder vår kognitiva utveckling framåt[66]. Om barnet har en avvikande kommunikativ eller språklig utveckling förändras samspelet med andra. I Sverige används två screeningmetoder som är vetenskapligt utvärderade dvs. språkscreening vid 2,5 år (Miniscalco)[67] samt språkscreening vid 3 år (Westerlund)[68]. Screeningmetoderna används också för barn med annat modersmål än svenska fast genomförs då med hjälp av tolk eller förälder som kan svenska. Att vara flerspråkig eller att ha föräldrar med annan kulturell bakgrund är en riskfaktor för att inte få en likvärdig vård jämfört med jämnåriga [69].

Definitioner
Med *Språkscreening genomförd* avses att undersökningen är genomförd enligt screeningprotokoll. Med *Screening avvikelse* avses att en grundligare undersökning, remiss eller konsultation behöver vidtas enligt lokala riktlinjer. Med *Inget behov av screening* avses att barnet inte screenas p.g.a. att barnet redan är under kontroll för en försenad språkutveckling.

Fråga
- Screening genomförd utan avvikelse.
- Screening genomförd med avvikelse.
- Inget behov av screening.

Värden
Se informationsspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på www.bhvq.se

Kvalitetsgräns
Andel barn med genomförd språkscreening i åldern 2,5-3 år bör vara minst 98 %.

Åldersintervall för visualisering
Se tabell ”Åldersintervall för visualisering för BHVQ variabler” på sid 43.

Validitet
Tillfredställande. Språk bedöms med validerade metoder. Alla barn förväntas ha uppgift om genomförd screening. Bortfall tolkas som ej genomförd. Endast en mindre del av populationen förväntas ha avvikelse. Det föreligger därför ett visst mått av osäkerhet då kod saknas för att registrera svaret ”Nej” på denna fråga. Det går därför inte att säkert beräkna det egentliga bortfallet.

---

[65] 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.
[66] Vouloumanos, A. and S. Waxman, *Listen up! Speech is for thinking during infancy.* Trends in cognitive sciences, 2014. **12**(18): p. 642-6.
[67] Mattsson, C.M., S. Marild, and N.G. Pehrsson, *Evaluation of a language-screening programme for 2.5-year-olds at Child Health Centres in Sweden.* Acta Paediatr, 2001. **90**(3): p. 339-44.
[68] Westerlund, M. and C. Sundelin, *Can severe language disability be identified in three-year-olds? Evaluation of a routine screening procedure.* Acta Paediatr, 2000. **89**(1): p. 94-100.
[69] Nayeb, L., *Child health nurses´ experience of language screening of bilingual children at age 2,5-3 year*, Institute for women´s and children´s health, Editor. 2014.

Hörselscreening 4 år

Databeskrivning
Processmått. Genomförd hörselscreening och avvikelse på hörselscreening.

Bakgrund
Samtliga barn i Sverige hörselscreenas efter födseln (OAE-test). För att tidigt upptäcka hörselnedsättning, som kan tillkomma under uppväxten, erbjuds alla barn en hörselprövning i samband med 4-årsbesöket på BVC. Ungefär ett av tusen barn har någon form av hörselnedsättning. Om barnet hör dåligt kan språkutvecklingen försämras, och därför är det viktigt att upptäcka hörselproblem så tidigt som möjligt. Barnet får då komma till en speciell hörselklinik, där man kan utreda om barnet behöver något hjälpmedel.

Den screeningmetod som rekommenderas är lekaudiometri. Undersökningen utförs oftast av sjuksköterska på BVC, som genomgått adekvat utbildning för att utförande och tolkning av resultat sker på ett korrekt och standardiserat sätt. Nivån på hörselnedsättning uttrycks i decibel. Definitioner

Med *Screening genomförd* avses att undersökningen är genomförd enligt screeningprotokoll. Med *Screening avvikelse* avses att en grundligare undersökning, remiss eller konsultation behöver vidtas. Med *Inget behov av screening* avses att barnet inte screenas p.g.a. att barnet redan är under kontroll för en hörselnedsättning.

Fråga

- Screening genomförd utan avvikelse.
- Screening genomförd med avvikelse.
- Inget behov av screening.

Värden
Se informationsspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på www.bhvq.se

Kvalitetsgräns
Andel barn med genomförd hörselscreening bör vara minst 98 % av målpopulationen 4 år.

Åldersintervall för visualisering
Se tabell ”Åldersintervall för visualisering för BHVQ variabler” på sid 43.

Validitet
Tillfredställande. Hörsel bedöms med validerade metoder. Alla barn förväntas ha uppgift om genomförd screening. Bortfall tolkas som ej genomförd. Endast en mindre del av populationen förväntas ha avvikelse. Det föreligger därför ett visst mått av osäkerhet då kod saknas för att registrera svaret ”Nej” på denna fråga. Det går därför inte att säkert beräkna det egentliga bortfallet.

Versionsdatum 2024-11-01 © Svenska Barnhälsovårdsregistret. www.bhvq.se

Synscreening 4 år

Databeskrivning
Processmått. Genomförd synscreening och avvikelse på synscreening.

Bakgrund
Alla barn erbjuds ögonundersökning vid 4 år. Syftet är att upptäcka barn med synnedsättning då föräldrar inte alltid uppfattat att barnet har en sådan. Möjligheten att behandla en synnedsättning orsakad av brytningsfel eller skelning minskar med stigande ålder. Undersökningen utförs av sjuksköterska på BVC. Synskärpeprövning genomförs med standardiserad metod (HVOT eller LEA). Enligt Rikshandboken och nationella riktlinjer bör barnet screenas inom hälsobesöket vid 4 år oavsett om barnet går på ögonklinik eller inte. Om barnet har glasögon utförs synundersökningen med glasögonen på.

Definitioner
Med *Screening genomförd* avses att undersökningen är genomförd enligt screeningprotokoll. Med *Screening avvikelse* avses att en grundligare undersökning, remiss eller konsultation behöver vidtas enligt lokala riktlinjer. Med *Inget behov av screening* avses att barnet inte screenas pga att barnet redan är under kontroll för en synnedsättning (denna formulering är under omformulering utifrån nya nationella riktlinjer för synprövning)

Fråga

- Screening genomförd utan avvikelse.
- Screening genomförd med avvikelse.
- Inget behov av screening.

Värden
Se informationsspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på www.bhvq.se

Kvalitetsgräns
Andel barn med genomförd synscreening bör vara minst 98 % av målpopulationen 4 år.

Åldersintervall för visualisering
Se tabell ”Åldersintervall för visualisering för BHVQ variabler” på sid 43.

Validitet
Tillfredställande. Syn bedöms med validerade metoder. Alla barn förväntas ha uppgift om genomförd screening. Bortfall tolkas som ej genomförd. Endast en mindre del av populationen förväntas ha avvikelse. Det föreligger därför ett visst mått av osäkerhet då kod saknas för att registrera svaret ”Nej” på denna fråga. Det går därför inte att säkert beräkna det egentliga bortfallet.

Utvecklingsbedömning 4 år

Databeskrivning
Processmått och resultatmått. Genomförd uppföljning av utveckling och avvikelse på utvecklingsbedömning.

Bakgrund
Barns utveckling sker inom flera utvecklingsområden samtidigt. Utvecklingsbedömning ger information om det fyraåriga barnets förmågor vad gäller motorik, perception, öga-handkoordination, arbetsminne, social utveckling, kognitiv utveckling och koncentrationsförmåga.

Alla barn erbjuds uppföljning av utveckling vid fyra års ålder. Sjuksköterskan på barnavårdscentralen ger uppgifter som barnet ska utföra på plats, observerar barnet och ställer frågor om barnets förmågor i vardagen (hem och förskola).

Sjuksköterskan bedömer om det finns behov av att barnets utveckling följs upp, i första hand genom konsultation med barnläkare och/eller BHV-psykolog. Oavsett om det blir utfall eller inte har det återkopplande samtalet om barnets utveckling med barnet och föräldrarna ett hälsofrämjande syfte.

Definitioner
Med *Screening genomförd* avses att utvecklingsbedömningen är genomförd enligt anvisning. Med *Screening avvikelse* avses att en grundligare undersökning, remiss eller konsultation behöver vidtas, baserat på beskrivningen i Rikshandboken[70]. Med *Inget behov av screening* avses att barnet redan följs på annan klinik av skäl som uppföljningen är avsedd att identifiera.

Fråga

- Utvecklingsbedömning genomförd utan avvikelse.
- Utvecklingsbedömning genomförd med avvikelse.
- Inget behov av screening.

Värden
Se informationsspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på www.bhvq.se

Kvalitetsgräns
Inget mål definierat pga. variabelns låga validitet.

Åldersintervall för visualisering
Se tabell ”Åldersintervall för visualisering för BHVQ variabler” på sid 43.

Validitet
Bristfällig. Utveckling är ett flerdimensionellt begrepp vilket gör att samband mellan utfall vid fyraårsbesöket och utfall senare i livet är svårare att belägga än vad som gäller för ett mera entydigt begrepp som syn eller hörsel. Alla barn förväntas ha uppgift om genomförd screening. Bortfall tolkas som ej genomförd. Det föreligger därför ett visst mått av osäkerhet då kod saknas för att registrera svaret ”Nej” på denna fråga. Det går därför inte att säkert beräkna det egentliga bortfallet.

Kommentarer
OBS! Variabeln följs idag endast för att kunna kvantifiera process- och resultatmåtten. Det är styrgruppens bestämda uppfattning att metoden snarast behöver uppdateras och valideras eller ersättas av, eller kompletteras av, annan validerad metod.

[70] https://www.rikshandboken-bhv.se/tillvaxt--utveckling/psykomotorisk-utveckling-i-olika-aldrar/psykomotorisk-utveckling-4-ar/

I beskrivningen av variabeln används begreppet screening i definitioner och frågor. Anledningen till detta språkbruk är att synkronisera variablerna för språk, hörsel, syn och utveckling med definitionerna i informationsspecifikationen där begreppen används gemensamt för samtliga variabler enligt nationellt fackspråk. Det är dock viktigt för den praktiska tolkningen av variabeln att veta att den inte avser att mäta en screening i begreppets egentliga betydelse.

Remisser

Databeskrivning
Processmått. Remiss till barnläkare, BHV-psykolog, logoped, ortoptist/ögonklinik, audiolog/hörselklinik, sjukgymnast, dietist.

Bakgrund
Remissflöden mäter i vilken grad BVC upptäcker hälsoproblem och avvikelser i barns utveckling. Uppgiften är viktig att följa och utvärdera lokalt avseende remissernas validitet och väntetider till undersökning. Remissflöden visar också i vilken grad BVC har tillgång till nödvändiga resurser för uppföljning och konsultation.

Definitioner
Med remiss avses att BVC via pappersformulär eller på elektronisk väg rapporterar ett behov av fördjupad utredning eller behandling av ett förmodat hälsoproblem. Med remiss likställs även muntlig konsultation.

Fråga
- Remissmottagare: (barnläkare, BHV-psykolog, logoped, ortoptist/ögonklinik, audiolog/hörselklinik eller sjukgymnast, dietist).

Värden
Se informationsspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på www.bhvq.se

Kvalitetsgräns
Kvalitetsgränskan inte definieras på ett enhetligt sätt som medger jämförbarhet. Handläggning vid utfall sker inte alltid via remittering varför andel barn med remiss kan skilja mycket mellan rapporterande landsting. Kvalitetsgränser får därför sättas individuellt per landsting/region.

Förslag på kvalitetsgräns: Minst 70 % av de barn som har utfall på språk-, hörsel eller synscreening bör bli föremål för kvalificerad uppföljning, t.ex. via remittering, konsultation eller på annat jämförbart sätt.

Målpopulationer: 0-5 år.

Validitet
Begränsad. Svårigheter att söka ut information om remisser föreligger i vissa journalsystem. Endast en mindre del av populationen förväntas få remisser.

Kommentarer
Validiteten för måttet är dock bristfällig när det gäller möjligheten att följa upp specifika utfall.

Hemgång efter förlossning

Databeskrivning
Processmått. Datum för hemgång efter födelsen.

Bakgrund
Hemgång efter förlossning är en variabel som kan tolkas som ett skattningsmått på hur problemfri eller problematisk graviditeten och/eller förlossningen varit. Uppgiften följs dock framför allt för att kunna validera andra uppgifter som t.ex. hembesök och amning.

Definitioner
Med hemgång avses det datum då föräldrarna återvänder hem med det nyfödda barnet från förlossning, BB eller skrivs ut från barnsjukhus. För hemförlossning anges födelsedatum som hemgång.

Fråga
- Datum för hemgång efter förlossning.

Värden
Se informationsspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på www.bhvq.se

Kvalitetsgräns
Ej tillämplig.

Validitet
Tillfredställande. Enkel uppgift att definiera och registrera. Alla barn förväntas ha uppgift om hemgångsdag. Saknad information tolkas som bortfall.

Antibiotika, eksem, olycksfall och astma

Databeskrivning
Resultatmått. Antibiotikabehandlad 1 år och 4 år, förekomst av eksem 1 år och 4 år, sökt vård för olycksfall 1 år och 4 år, astmadiagnos 4 år.

Bakgrund
Indikatorerna är avsedda att, tillsammans med övervikt/obesitas/undervikt, ingå i ett s.k. hälsoindex. Indexet kan användas för att beskriva, och ge möjlighet att följa, förskolebarns hälsotillstånd och välbefinnande. Erfarenheter av liknande index finns från arbete i EU, svenska kommuner och Barnhälsovården i Örebro län[71] [72] [73].

Definitioner
För antibiotikabehandlad, eksem och olycksfall anges vid 1 år någon förekomst under hela första levnadsåret och vid 4 år under de senaste tre månaderna. Antibiotikabehandlad anges oavsett anledning. Eksem anges om föräldrarna uppger att barnet har återkommande eksem, dvs. besväras och har besvärats med klåda vid upprepade tillfällen, med typiskt utseende och lokalisation av utslag (se Rikshandboken). Olycksfall anges om barnet sökt vård och behandlats för olycksfall. Astmadiagnos anges vid 4 år om föräldrarna svarar att barnet har diagnosen astma och medicinerar mot obstruktivitet. Astma anges inte om barnet haft ”förkylningsastma” men inte längre blir obstruktiv eller behöver medicinera i samband med förkylning.

Fråga
- Vid 1 år
  - Antibiotikabehandlad under första levnadsåret.
  - Eksem under första levnadsåret.
  - Behandlad för olycksfall under första levnadsåret.
- Vid 4 år
  - Antibiotikabehandlad senaste 3 månaderna.
  - Eksem senaste 3 månaderna.
  - Behandlad för olycksfall senaste 3 månaderna.
  - Diagnosticerad astma och medicinerar mot obstruktivitet.

[71] Ekholm, L. and M. Lindh, *Årsrapporter från Barnavårdscentralerna*, Barnhälsovården i Örebro län.
[72] Köhler, L., *Barnhälsovetenskap - Insatser inom utbildning, forskning och service.* Läkartidningen, 1998. **95**(11): p. 1154-7.
[73] Köhler, L., *Indikatorer för barns hälsa i Sverige. Bidrag till ett kommunalt barnindex* 2004: Stockholm.

Värden
Se informationsspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på www.bhvq.se

Kvalitetsgräns
Kvalitetsgränsej tillämplig.

Åldersintervall för visualisering
Se tabell "Åldersintervall för visualisering för BHVQ variabler" på sid 43.
Två åldersintervall visualiseras: 1 år och 4 år.

Validitet
Begränsad till bristfällig. Endast en mindre del av populationen förväntas ha uppgift. Nej-svar rapporteras till registret med negation, se BHVQ Informationsspecifikation. Bortfall utgörs av barn som saknar data.

Variabeldefinitioner – Variabler beräknade i databasen eller insamlade aggregerat från regionerna

Barnantal

Databeskrivning
Strukturmått. Antal barn per vårdenhet, totalt, och per årskull.

Bakgrund
För att fullgöra uppgifterna inom barnhälsovården vid en BVC med genomsnittligt behovsindex och ca 55 nyfödda per år, krävs att BHV-sjuksköterskan arbetar heltid med barnhälsovård. För att garantera att alla barn får tillgång till god barnhälsovård bör, på en BVC med högre behovsindex, antal barn/sjuksköterska vara lägre. Antal barn utgör även basdata för beräkning av behovsindex, läkarinsats och psykologinsats på BVC.[74]

Definitioner
Antal barn definieras som antal barn som besökt aktuell mottagning under en viss tidsperiod.

Validitet
Tillfredställande, förutsatt att rutiner skapas som motverkar risken för dubbletter orsakade av barn som ändrat personnummer. Bortfall föreligger för barn som saknar fullständigt personnummer.

Kommentarer
Beräknas i databasen.

Täckningsgrad

Databeskrivning
Resultatmått. Andel barn som haft kontakt med barnhälsovården.

Bakgrund
Från folkbokföringsregistret kan erhållas uppgift om den totala populationens storlek för folkbokförda barn 0-5 år. Denna uppgift kan ställas i relation till de barn som finns förtecknade i BHVQ och ge information om täckningsgraden för barnhälsovården. BHVQ:s styrgrupp beräknar att 100% av de folkbokförda barnen i Sverige tillhör registrets målgrupp.

Definitioner
Med täckningsgrad i detta sammanhang menas den andel av de 100% av samtliga folkbokförda barn 0-5 år som under ett givet kalenderår haft kontakt med barnhälsovården. Den andel barn som barnhälsovården inte haft kontakt med eller inte kunnat komma i kontakt med är i statistisk terminologi liktydigt med det externa bortfallet i registret. Det externa bortfallet i registerpopulationen bör vara så lågt som möjligt och är ett viktigt kvalitetsmått för såväl barnhälsovårdsverksamheten som för registret.

Kvalitetsgräns
95 % av alla folkbokförda barn per åldersgrupp 0 år, 1 år, 2-3 år respektive 4-5 år bör ha kontakt med barnhälsovården och ej tacka nej till deltagande i registret.

[74] Nationella nätverket för Vårdutvecklare/Barnhälsovårdssamordnare. *Nationell målbeskrivning för sjuksköterskeetjänstgöring inom Barnhälsovården.* http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Malen-for-yrkesforeningarna/Nationell-malbeskrivning-for-sjukskotersketjanstgoring-inom-Barnhalsovarden/. 2007 2012-11-26].

Validitet
Tillfredställande. Täckningsgraden kan endast med säkerhet beräknas på nationell nivå då vårdnadshavare har rätt att söka barnhälsovård över länsgränserna. Dock kan en godtagbar approximation beräknas även på regionnivå. Däremot inte på BVC-nivå.

Kommentarer
Beräknas i databasen baserat på uppgift om folkbokförd population 0-5 år från Folkbokföringsregistret.

Datatäckning per variabel

Databeskrivning
Resultatmått. Uppgift om andelen barn som har erhållit observation, bedömning eller aktivitet från barnhälsovården. Beräknas i databasen baserat på unika barn som finns förtecknade i registret och observation, bedömning eller aktivitet i det i aktuellt åldersspannet.

Bakgrund
Att undersöka hur stor andel av barnen som har erhållit en specifik observation, bedömning eller aktivitet är av största vikt för att bedöma om barn erhåller lika vård och därmed bedöma barnhälsovårdens kvalitet.

Enligt artikel 24 i konventionen om barnets rättigheter[75] har ett barn rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa. Konventionsstaterna ska också säkerställa att alla barn tillhandahålls nödvändig sjukvård och hälsovård med tonvikt på utveckling av primärhälsovården. Vidare ska staterna säkerställa att alla grupper i samhället, särskilt föräldrar och barn, får information om och har tillgång till undervisning om barnhälsovård och näringslära, fördelarna med amning, hygien och ren miljö och förebyggande av olycksfall samt får stöd vid användning av sådana grundläggande kunskaper. Ur detta perspektiv blir det en viktig uppgift för Svenska barnhälsovårdsregistret att följa hur stor andel av målpopulationen får tillgång till de specifika insatserna inom barnhälsovård.

Definitioner
Med datatäckning per variabel menas i detta sammanhang den andel barn som erhållit en specifik observation, bedömning eller aktivitet av de unika barn som finns förtecknade i registret i aktuellt åldersspann. Data visualiseras på region- och BVC-nivå där BVC bestäms enligt barnets besök inom åldersintervallet. Datatäckningen bör vara så hög som möjligt och är ett viktigt kvalitetsmått för såväl barnhälsovårdsverksamheten.

Kvalitetsgräns
Ingen enskild kvalitetsgräns är möjlig att definiera.

Validitet
Tillfredställande.

Kommentarer
Beräknas i databasen baserat på unika barn i registret.

Behovsindex

Databeskrivning
Strukturmått. Behovsindex på BVC.

[75] UNICEF. *Konventionen om barnets rättigheter* http://unicef.se/barnkonventionen. *Artikel 24.* 2013 2013-12-12].

Bakgrund

I ett normalområde med ca 55 nyfödda per år behöver BHV-sjuksköterskan 40 arbetstimmar per vecka för att fullgöra uppgifterna inom barnhälsovården. I ett område med ökat behovsindex kan barnantalet behöva reduceras, eller sjuksköterskeetiden utökas, i förhållande till behovsindex [74].

De olika bestämningsfaktorerna till behovsindex är komplexa och varierar lokalt och över tid. Allmänt accepterat är att socioekonomiska och demografiska faktorer är avgörande för hur arbetskrävande förhållandena är på BVC.

Familjer med föräldrar födda i andra länder än Sverige (utlandsfödda) har ofta behov av tolkstöd vilket ökar tidsåtgången vid kontakter med BVC. Familjer som kommit till Sverige som flyktingar är också ofta påverkade av svåra upplevelser i det tidigare hemlandet, umbäranden under själva flykten och osäkerheten under asylprocessen vilket ökar behovet av psykosocialt stöd[76] [77] [78]. Som nykomlingar i det svenska samhället är invandrare också ofta obekanta med de framgångsrika, långsiktiga, preventiva hälsoprogrammen i Sverige och kan behöva en särskilt anpassad introduktion i dessa frågor. Data mäts indirekt genom andel barn med ökad risk för tbc, dvs. andel barn med föräldrar från länder med hög förekomst av tuberkulos (i praktiken länder i Afrika, Asien och i Europa länderna utanför Västeuropa).

Rökning i familjen är avsevärt mycket vanligare i familjer med låg socioekonomisk position[79] [80] [81] [82] [83]. Data mäts indirekt via andelen rökande vårdnadshavare 1 vid 4 veckors ålder.

En tredje faktor som erfarenhetsmässigt ökar behovsindex på BVC är antalet förstabarn (ett barn som är första barnet till någon av vårdnadshavarna) som, i förhållande till barn med syskon, erfarenhetsmässigt ger upphov till fler kontakter och kräver mer tid och arbete med föräldrastöd. Det är inte ovanligt att en del BVC regelmässigt har en större andel förstabarnsfamiljer.

I beräkningarna av behovsindex har vi begränsat oss till dessa tre nämnda faktorer. Det finns andra mer specifika faktorer som skulle kunna utveckla behovsindexen och dess innehåll men i denna kontext har vi begränsat oss för att så långt möjligt göra behovsindex enkel, robust och hanterbar, t.ex. att data enkelt kan hämtas ur vår egen verksamhet. Det finns t.ex. en geografisk faktor som för många BVC har stor betydelse med långa resor vid hembesök etc., men som har låg grad av validitet och reliabilitet. Vi har heller inte tagit med faktorer som kommunerna och andra huvudmän/myndigheter tillhandahåller, t.ex. antalet socialbidragsmottagare, utbildningsnivå, fattigdomsindex mm.

---

[76] Fazel, M., et al., *Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors.* Lancet, 2012. **379**(9812): p. 266-82.
[77] Hjern, A., *Migration och hälsa.*, in *Folkhälsorapport 2009*. 2009: Stockholm.
[78] Sundquist, J., et al., *Impact of ethnicity, violence and acculturation on displaced migrants: psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden.* J Nerv Ment Dis, 2000. **188**(6): p. 357-65.
[79] Delpisheh, A., Y. Kelly, and B.J. Brabin, *Passive cigarette smoke exposure in primary school children in Liverpool.* Public Health., 2006. **120**(1): p. 65-9.
[80] Giordano, G.N. and M. Lindstrom, *The impact of social capital on changes in smoking behaviour: a longitudinal cohort study.* Eur J Public Health, 2011. **21**(3): p. 347-54.
[81] Johansson, A., G. Hermansson, and J. Ludvigsson, *When does exposure of children to tobacco smoke become child abuse?* Lancet., 2003. **361**(9371): p. 1828.
[82] Statistiska Centralbyrån, *Alkohol- och tobaksbruk*, in *Levnadsförhållanden. Rapport 114, p 65*. 2007: Stockholm. p. 36.
[83] Wallby, T. and A. Hjern, *Parental region of birth, socio-economic status and infants' exposure to second-hand smoke.* Acta Paediatr, 2008. **97**(11): p. 1542-5.

Definitioner
Utlandsfödda uttrycks som andel barn med ökad risk för tuberkulos (RT) (enligt FHM:s förteckning över länder med ökad förekomst av tuberkulos[84], (≥ 40 fall per 100 000 invånare och år). Vårdnadshavare 1 som röker (RÖ) uttrycks som andel vårdnadshavare 1, till barn födda under aktuellt år, som röker när barnet är 4 veckor gammalt. Andel förstfödda (FF) är andelen barn födda under aktuellt år där barnet är någon av vårdnadshavarnas första barn. Algoritmen för behovsindexmåttet uttrycks som RT+RÖ+(FF/3). Förstfödda divideras med 3 för att måtten ska väga ungefär lika mycket.

Kvalitetsgräns
Se variabel Antal barn.

Validitet
Begränsad. Det är fler faktorer än andelen förstfödda, utlandsfödda och rökning som avgör hur tungt arbetet är på en BVC, t.ex. ensamstående föräldrar, stor omflyttning i barngruppen och restider. De valda faktorerna kan därmed bara ge ett ungefärligt mått på behovsindex och en ”färdriktning” för planering av BVC-sjuksköterskeetiden.

Kommentarer
Uppgifter om risk för tuberkulos, vårdnadshavare 1 rökvanor vid 4 veckors ålder och förstabarn lämnas individuellt för varje barn. Behovsindexsmåttet beräknas i databasen. Se avsnittet om utdata.

Modell för omräkning av behovsindex till personalresurser på BVC (sjuksköterskeetid) finns och praktiseras på flera håll i landet, bl.a. i Örebro[85] och Uppsala[86].

Metod för språkscreening

Databeskrivning
Strukturmått. Metod som används vid språkscreening vid 2,5 – 3-årsålder i regionen.

Bakgrund
I Sverige används två screeningmetoder som är vetenskapligt utvärderade. Den ena är metoden är framtagen av Carmela Miniscalco [87] och den andra metoden är framtagen av Monica Westerlund [88] [89]. Initialt användes metoderna vid två olika åldrar, 2,5 år respektive 3 år men baserat på senare studier kan båda metoderna användas vid 2,5 år[90]. Metoderna benämns i BHVQ som Miniscalco respektive Westerlund.

---

[84] Folkhälsomyndigheten, *Riskländer avseende tuberkulos och hepatit B.* http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/smittskydd-och-sjukdomar/vaccinationer/vacciner-a-o/hepatit-b/risklander-tuberkulos-och-hepatit-b/. 2011, Folkhälsomyndigheten: Stockholm.
[85] Ekholm, L. and M. Lindh, *Årsrapporter från Barnavårdscentralerna*, Barnhälsovården i Örebro län.
[86] Magnusson, M., T. Wallby, and S. Lucas, *Barnhälsovården i Uppsala län - Årsrapport 2011*. 2012, Barnhälsovårdens länsavdelning: Uppsala.
[87] Mattsson, C.M., S. Marild, and N.G. Pehrsson, *Evaluation of a language-screening programme for 2.5-year-olds at Child Health Centres in Sweden.* Acta Paediatr, 2001. **90**(3): p. 339-44.
[88] Westerlund, M. and C. Sundelin, *Screening for developmental language disability in 3-year-old children. Experiences from a field study in a Swedish municipality.* Child Care Health Dev, 2000. **26**(2): p. 91-110.
[89] Westerlund, M. and C. Sundelin, *Can severe language disability be identified in three-year-olds? Evaluation of a routine screening procedure.* Acta Paediatr, 2000. **89**(1): p. 94-100.
[90] Nayeb L, Lagerberg D, Westerlund M, et al. Modifying a language screening tool for three-year-old children identified severe language disorders six months earlier. *Acta Paediatr*. 2019;108(9):1642-1648. doi:10.1111/apa.14790

Validitet
God. Metoderna ändras sällan.

Kommentarer
Vilken metod som används i regionerna insamlas årligen från central barnhälsovård.

Metod för synscreening

Databeskrivning
Strukturmått. Metod som används vid ögonundersökning vid 4 år i regionen.

Bakgrund
Alla barn erbjuds ögonundersökning vid 4 år. Undersökningen utförs av sjuksköterska på BVC. Två olika synskärpeprövningar genomförs HVOT eller LEA. HVOT-tavlan har bokstäverna H, V, O och T placerade i rader. LEA-tavlan har fyra symboler placerade i rader. Barnen får berätta vad de ser för symbol eller peka på medföljande pektavla[91]

Validitet
God. Metoderna ändras sällan.

Kommentarer
Vilken metod som används i regionerna insamlas årligen från central barnhälsovård.

Care need index

Databeskrivning
Beräknat index från länkning mellan register inom Statistikmyndigheten (SCB)

Bakgrund
Sociala, ekonomiska och demografiska bakgrundsfaktorer kan öka risken för ohälsa och ojämlik tillgång till hälso- och sjukvård. För att i praktiken kunna arbeta enligt principer om proportionell universalism (där graden av insatser står i proportion till det förväntade behovet) behövs det en jämlik resursfördelning. I flera regioner i Sverige används Care Need Index, CNI, som ett sådant verktyg för att fördela extra resurser utifrån några sociodemografiska bakgrundsfaktorer som enligt tidigare forskning kan ge ökad risk för ökad vårdtyngd. Måttet är i inte justerat efter barnfamiljer med små barn eller familjer där barnet är det förstfödda, vilket har genererat ett behov att ta fram ett barnanpassat CNI utifrån barnhälsovårdens förutsättningar. CNI i BHVQ innebär att det går att få fram data utifrån ökad risk för sociodemografisk påverkan på hälsa och vårdtyngd.

Definitioner
Care Need Index, CNI, är ett viktat index baserat på information om vårdnadshavare som finns i flera register inom Statistikmyndigheten (SCB) beräknat utifrån barnets listning. Ett tidigare arbete av Socialstyrelsen och SCB har en metod för barnhälsovårdsanpassa CNI och att behålla samma vikter och struktur genomförts. Detta arbete har genererat barnanpassat CNI med ingångsvariablerna:

- Utlandsfödda (Östeuropa, Asien, Afrika och Sydamerika)
- Arbetslös eller i åtgärd 16-64 år
- Ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre
- Person ett år eller äldre som flyttat in i området
- Lågutbildad 25-64 år

[91] .Effect of Age Using Lea Symbols or HOTV for Preschool Vision Screening. *Optom Vis Sci* 2010.

Enligt definitionerna av CNI så ingår i ”normalt” CNI även variablerna ”Ålder över 65 år och ensamboende” och ”Ålder yngre än fem år” som delar av CNI. Dessa har enligt Socialstyrelsen och SCB ingen påverkan på måttet och antalet ensamstående äldre med barn under sex år är mycket få, och antalet barn yngre än fem år är nästan alla barn i datamängden.

Värden
Tre värden ingår i denna beräkning som kan användas i BHVQ:

- CNI-värde
  - Regionalt CNI – Värdet i relation till andra barnhälsovårdsenheter i regionen
  - Nationellt CNI - Värdet i relation till andra barnhälsovårdsenheter i Sverige
- CNI per person (vilket är CNI-indexvärde dividerat med antalet personer måttet är baserat på)

Kvalitetsgräns
Ej tillämpbar på denna variabel. Används som dimensionsvariabel.

Familjecentralsstatus

Databeskrivning
Strukturmått. Beskrivning om den specifika barnhälsovårdsenheten ingår i en familjecentral, har familjecentralsliknande verksamhet eller enskild verksamhet.

Med familjecentral menas en samlokalisering av mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med förebyggande verksamhet.[92] Med familjecentralsliknande verksamhet menas ett lokalt avgränsat område där familjecentralens basverksamheter bedriver ett strukturerat samarbete i linje med en samlokaliserad familjecentral, eller en verksamhet som är samlokaliserad, men där inte alla basverksamheterna ingår. Utöver basverksamheterna kan även andra samhällsaktörer ingå i samarbetet[93].

Bakgrund
Syftet med familjecentraler är att främja skyddsfaktorer genom hälsofrämjande arbete och minska riskfaktorer genom förebyggande arbete.

Validitet
Tillfredställande, det finns risker att verksamheten ändras under verksamhetsåret vilket inte rapporteras till registret.

92 Socialstyrelsen (2008). Familjecentraler – Kartläggning och kunskapsöversikt.
[93] https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/samverkan-med-andra-verksamheter---oversikt/familjecentraler/

Åldersintervall för visualisering för BHVQ variabler

Åldersintervallen är genomgående något längre än intervall rekommenderat utförande för att även fånga det som görs något senare än rekommenderat

Variabel	Intervall dagar	Intervall i år månad och veckor
Hembesök		
1:a	≤ 42	nyfödd – 6 veckor
8 mån	≥= 227 ≤274	7,5 mån – 9 mån
Teambesök		
4 veckor	≤ 42	nyfödd – 6 veckor
6 månader	≥ 167 ≤ 213	5,5 mån – 7 mån
12 månader	≥ 335 ≤ 426	11 mån – 14 mån
2,5 - 3 år	≥ 883 ≤ 1186	2 år 5 mån – 3 år 3 mån
EPDS		
6-8 veckor	≤ 82	0 – 2 mån 3 veckor
Enskilt samtal med pappa/den icke-födande föräldern		
3-5 månader	≤ 183	0-6 månader
Våldsutsatthet		
0-5 år	≤ 2191	0 – 5 år 9 månader
Amning		
1 veckor	≤ 18	0 – 2,5 veckor
2 månader	≥ 42 ≤ 82	1 mån 2 veckor – 2 mån 3 veckor
4 månader	≥ 105 ≤ 143	3, mån 2 veckor – 4 mån 3 veckor
6 månader	≥ 167 ≤213	5 mån 2 veckor – 7 mån
8 månader	≥ 227 ≤ 274	7 mån 2 veckor – 9 mån
12 månader	≥ 335 ≤ 426	11 mån – 14 mån
Vaccination		
Risk TBC	≤ 2100	0 – 5 år 9 mån
Vaccination	≤ 2100	0 – 5 år 9 mån
Rökning		
4 veckor	≤ 42	0 – 6 veckor
8 månader	≥ 227 ≤ 274	7 mån 2 veckor – 9 mån
18 månader	≥ 517 ≤ 638	1 år 5 mån – 1 år 9 mån
4 år	≥ 1401 ≤ 1551	3 år 10 mån – 4 år 3 mån
Tillväxt/BMI		
2,5 år-3 år	≥ 853 ≤ 1186	2 år 4 mån – 3 år 3 mån
4 år	≥ 1401 ≤ 1551	3 år 10 mån – 4 år 3 mån
5 år	≥ 1766 ≤ 2100	4 år 10 mån – 5 år 8 mån
Språk		
2,5 – 3 år	≥ 853 ≤ 1186	2 år 4 mån – 3 år 3 mån
Hörsel, Syn, Utveckling		
4 år	≥ 1401 ≤ 1551	3 år 10 mån – 4 år 3 mån
Antibiotika, eksem, olycksfall, astma		
1 år	≤ 426	0 – 14 mån
4 år	≥ 1401 ≤ 1551	3 år 10 mån – 4 år 3 mån

Ändringar i aktuell version av BHVQ Registerbeskrivning

Sid	Avsnitt	Ändring
7 samt 10	Kvalitetsgränser	Omformulering av termen målnivå efter nationell arbetsgrupp barnhälsovårds arbete med kvalitetsgränser
11	Personuppgifter	Information tillagt angående barn med skyddade personuppgifter.
13	Definition av vårdnadshavare	Information tillagt med definition av vårdnadshavare.
9-10	Definition av målgrupp	Registrets målgrupp för beräkning av täckningsgrad är korrigerad till 100%
21-22	Fråga om våldsutsatthet	Ny variabel tillagd.
32	Syn	Anpassning till nationella riktlinjer.
26	Vaccination	Redundant information är borttagen, vaccination mot vattkoppor är tillagt
27	Rökning	Förtydligande gällande Rökare i barnets hemmiljö
28-29	Tillväxt	Texten har delvis omformulerats då åldersintervall inte skrivs ut i fritext. Termen Fetma är ersatt med Obesitas
15-36	Åldersintervall	Åldersintervall i dagar finns nu endast i tabell
19-29	Flera avsnitt	Termerna moder och fader är ersatt med mamma respektive pappa där termerna är aktuella
43	Åldersintervall för visualisering för BHVQ variabler	Åldersintervall är förändrat för vaccination samt screeningar.

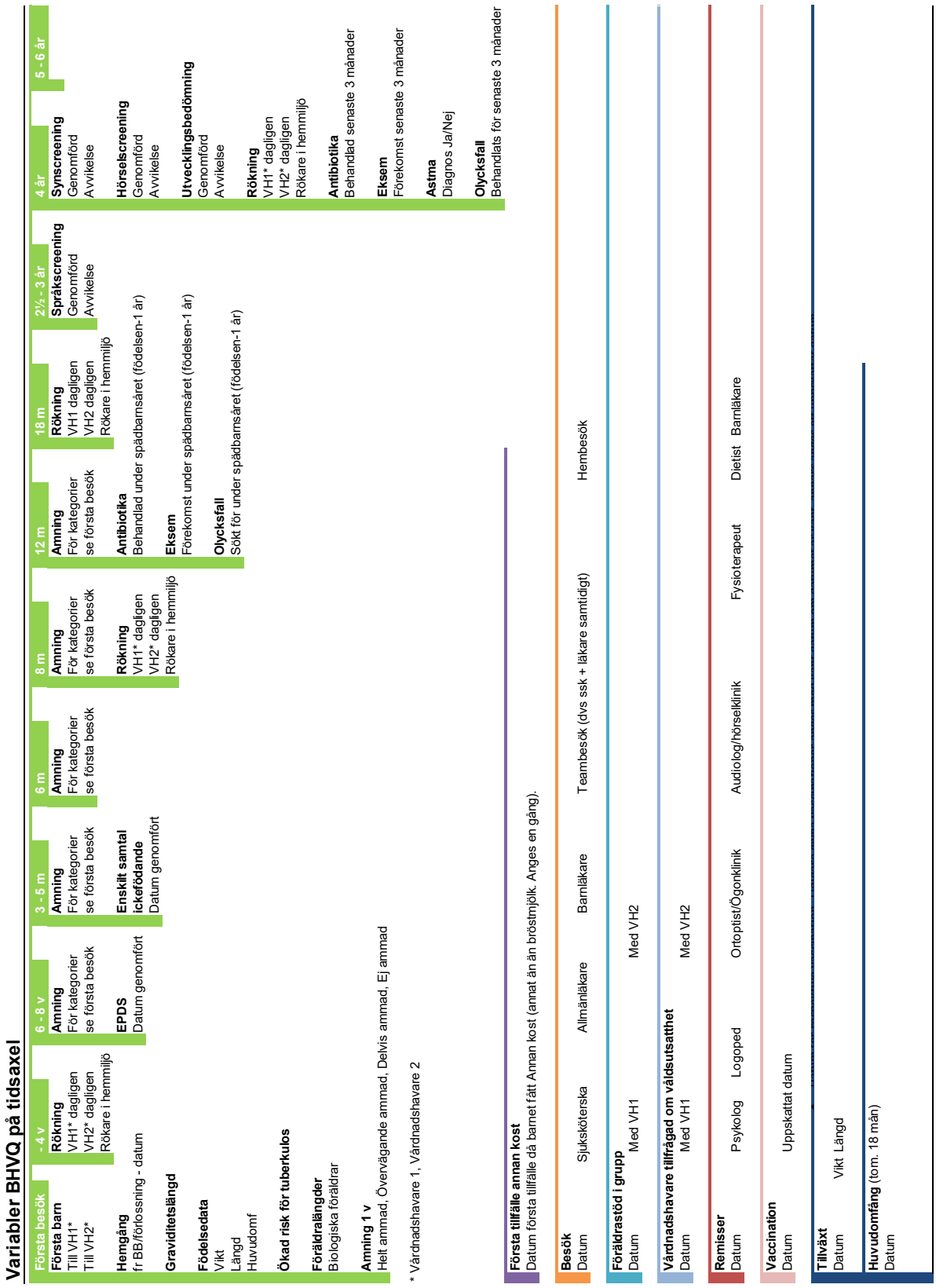
Författare: Anna Fäldt

Kontaktinformation Svenska barnhälsovårdsregistret

Anna Levin
Styrgruppsordförande
Barnhälsovårdsöverläkare, Centrala Barnhälsovårdsenheten, Region Gotland
ordfarande@bhvq.se

Anna Fäldt
Registerhållare
Specialistlogoped, med.dr., Barnhälsovården i Uppsala
registerhallare@bhvq.se

Variabler i BHVQ på en tidsaxel över barnets ålder



Version 24.00