



Svenska Barnhälsovårdsregistret

Årsrapport 2018



Innehåll

Inledning.....	3
Resultat i sammanfattning	4
.....	5
Styrgrupp 2018	8
Förbättringsarbete inom barnhälsovården	9
Lokalt förbättringsarbete	9
Om registrets indikatorer och mått	10
PROM/PREM	10
Målnivåer	10
Population, täckningsgrad och anslutningsgrad, definitioner	11
Sekretess och vårdnadshavarens rättigheter	11
Dataåtkomst och användning av personuppgifter	11
Uppgifter som registreras	12
Registrets utveckling	13
Anslutningsprojekt.....	13
Utdata	13
Anslutning- och täckningsgrad 2018.....	13
Resultat.....	15
Antal barn och könsfördelning.....	15
Hembesök	16
Amning.....	18
Förbättringar i datainsamlingen.....	18
Ny amningskategori införs.....	18
Amning bland barn födda 2018 i Dalarnas och Jönköpings regioner	19
Exponering för tobaksrök i hemmet.....	20
Övervikt och fetma.....	22
Föräldrastöd i grupp	23
Språk, hörsel och synscreening.....	24
Datakvalitet.....	26
Kontroll av datakvalitet	26
Hemsida.....	26

Inledning

Svensk barnhälsovård är unik i en internationell jämförelse och når >99% av målpopulationen med ett hälsofrämjande, förebyggande och individuellt stödjande program. Verksamheten är frivillig men anslutningsgraden är mycket hög och i princip alla barn, 600 000 barn 0–5 år, har kontakt med BVC, oberoende av socioekonomisk bakgrund. Syftet med ett nationellt kvalitetsregister för barnhälsovård är att kunna följa, utvärdera och stödja utvecklingen mot en jämlik och rättvis barnhälsovård för alla barn i Sverige.

Behovet av en nationell kvalitetsuppföljning av barnhälsovården understryks av sambandet mellan det tidiga livets förutsättningar och framtida hälsa där barnhälsovården är en viktig aktör med möjlighet att göra skillnad. Att alla barn får en bra start i livet, med goda uppväxtvillkor som stimulerar deras tidiga utveckling, inläring och hälsa är centralt för att uppnå jämlik hälsa som barn och som vuxen. Barn som växer upp i ekonomisk utsatthet oftare får sämre hälsa som vuxna¹.

Barnhälsovårdsverksamheten sker vid barnavårdscentraler (BVC) samt vid hembesök. Hälsoundersökningar av sjuksköterska/läkare sker vid fastställda nyckelåldrar och därutöver erbjuds individuellt utformat psykosocialt stöd samt föräldragrupsprogram. Vid behov förmedlas kontakt med barnpsykolog, barnfysioterapeut, barnläkare, logoped eller dietist. Då barnet börjar förskoleklass överförs hälsovårdsansvaret till den kommunala elevhälsan.

Enligt artikel 24 i konventionen om barnets rättigheter² ska konventionsstaterna säkerställa att föräldrar och barn får information om, och har tillgång till, undervisning om barnhälsovård, amning, näringslära, hygien och förebyggande av olycksfall. De ska även ges stöd vid användning av sådana grundläggande kunskaper. Det är därför en viktig uppgift för Svenska Barnhälsovårdsregistret att följa täckningsgraden, hur stor andel av barnpopulationen som får tillgång till den generella barnhälsovården.

Två regioner, Dalarna och Jönköping, har rapporterat data från 2018. Detta medger möjlighet att göra jämförelser mellan regionerna. Förbättringsarbetet inom barnhälsovården baseras dessutom även på jämförelse mellan BHV-enheter inom en och samma region. Data från två regioner förbättrar också möjligheterna att validera data som rapporteras till registret från respektive region.

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

För styrgruppen för Svenska Barnhälsovårdsregistret, augusti 2019

Leif Ekholm	Thomas Wallby	Anna Fäldt
Styrgruppsordförande	Registerhållare	Styrgruppssekreterare
Barnhälsovården	Barnhälsovården	Länslogopedin
Region Örebro	Region Uppsala	Region Uppsala

¹ Socialdepartementet, *Det handlar om jämlik hälsa - delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. SOU 2016:55* <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/08/sou-201655/>. 2017.

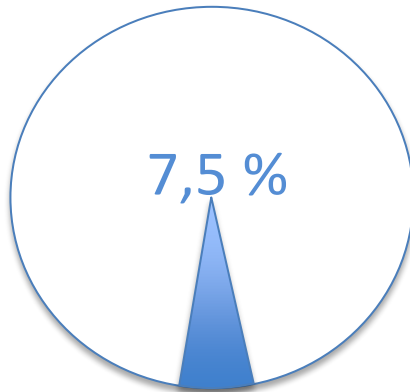
² <https://unicef.se/barnkonventionen>

Resultat i sammanfattning

Anslutningsgrad



Dalarna

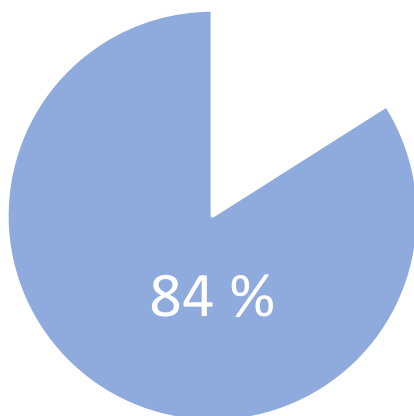


Riket

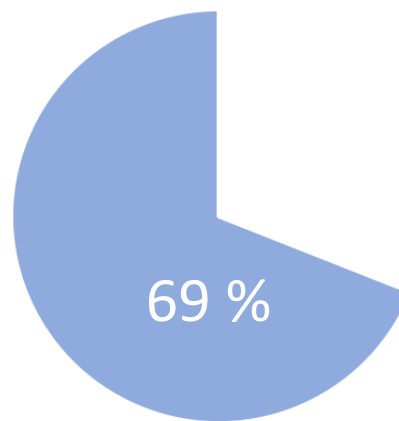


Jönköping

Täckningsgrad barn födda 2018

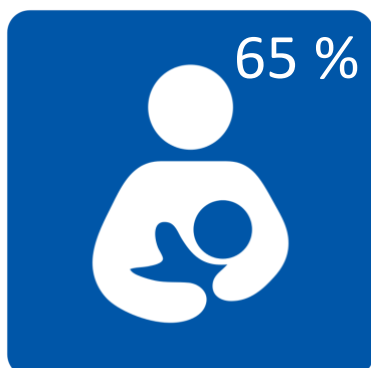


Dalarna

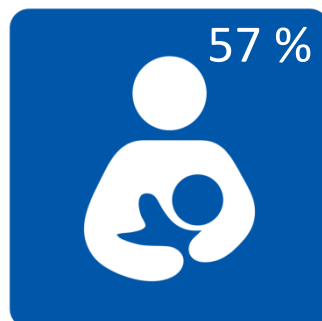


Jönköping

Ammade vid 6 månader



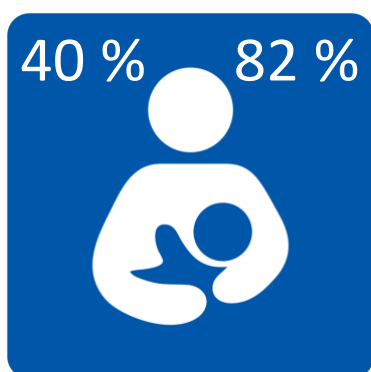
Dalarna



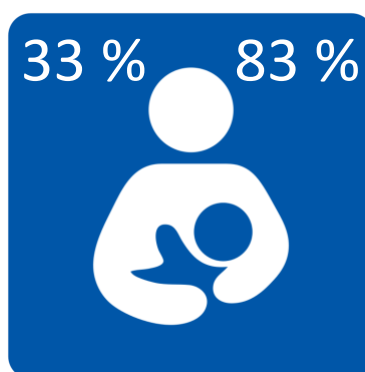
Jönköping

Ammade vid 6 månader

Högsta – lägsta per BHV-enhet



Dalarna



Jönköping

Hembesök efter förlossning

BHV-enheter i Region Dalarna



Lägst



Genomsnitt



Högst

Exposition för tobaksrök i hemmet

BHV-enheter i Region Dalarna



Lägst



Genomsnitt



Högst

Undervikt 4 år

Region Dalarna

Pojkar

5 %



Flickor

4 %

Clipartimage.com

Övervikt/Fetma 4 år

Region Dalarna

Pojkar

11 %



Flickor

14 %

Clipartimage.com

Styrgrupp 2018

Registret leds av en registerhållare och en styrgrupp med god professionell och geografisk förankring. Styrgruppen får sitt uppdrag från de samlade BHV-enheterna³ i landet.

Registerhållare och styrgrupp har ett uppdragsavtal med den centralt personuppgiftsansvariga myndigheten (CPUA), Regionstyrelsen i Region Östergötland.

Registerhållare	Thomas Wallby Vårdutvecklare, Med Dr, Barnhälsovården Uppsala
Ordförande	Leif Ekholm BHV-överläkare, Barnhälsovården Örebro
Sekreterare	Anna Fäldt Logoped, doktorand, Länslogopedin Uppsala
Ledamöter	Ann-Sofie Cavefors BHV-överläkare, Barnhälsovården Västra Götaland Jennie Nimborg Vårdutvecklare, Barnhälsovården Sörmland Lars Olsson Psykolog, Barnhälsovården Skåne Karolina Lindström BHV-överläkare, Med Dr, Barnhälsovården Stockholm Marie Golsäter Vårdutvecklare, Fil Dr, Barnhälsovården, Jönköping Sven-Arne Silfverdal BHV-överläkare, Docent, Barnhälsovården Västerbotten
Adjungerade	Kerstin Petersson, barnmorska, Med Dr, Mödrahälsovårdsregistret Anders Hjern, barnläkare, professor, CHES, Stockholms universitet BHV-överläkare, Stockholm Marina Lundqvist, sjuksköterska, Riksföreningen skolsköterskor, Registerhållare Elevhälsans medicinska kvalitetsregister Susann Swärd, barnrättsstrateg, Region Kronoberg Ann-Kristine Sandström, dietist, Barnhälsovården Västerbotten Marianne Bergström, sjuksköterska, nationellt ansvarig för insamling av data avseende vaccinationer, amning och rökning till Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten.

³ I samtliga region/regioner i Sverige finns s.k. centrala barnhälsovårdsenheter (CBHV-enheter) vars huvudsakliga uppgift är att svara för kvalitén inom Barnhälsovårdsverksamheten. CBHV-enheterna svarar för information och kompetensutveckling till personal verksam inom barnhälsovården. Metodutveckling och forskning är andra viktiga komponenter i BHV-enheternas verksamhet. BHV-enheterna bedriver också kontinuerlig kvalitetsuppföljning via regelbundna arbetsplatsbesök på vårdcentraler där barnhälsovård ges, och där kvalitetsdata utgör grund för diskussioner om verksamheternas måluppfyllelse, styrkor och svagheter. BHV-enheterna i landet samverkar också nationellt inom ramen för kunskapsstyrning av verksamheten i samverkan med Socialstyrelsen och anordnar årligen nationella och regionala konferenser för att diskutera verksamhets- och kvalitetsfrågor.

Förbättringsarbete inom barnhälsovården

Av hälso- och sjukvårdslagen⁴ framgår att kvaliteten i verksamheten inom hälso- och sjukvården systematiskt och fortlöpande skall utvecklas och säkras. Barnhälsovården i Sverige har i årtionden arbetat systematiskt med att samla in data 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.

Olika mått på barnhälsovårdens verksamhet har samlats in regionalt via manuell rapportering i olika delar av landet under längre eller kortare perioder. Alla dessa sammanställningar har skett på aggregerad nivå. Med aggregerad menas att data på individer summeras 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-talet⁵. 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 förlösningen. I forskningssyfte kan individbaserade data även samköras med nationella register där data kopplas samman med hjälp av personnummer. För att säkerställa att ingen enskild individ kan identifieras utförs samkörningar av Socialstyrelsen eller Statistiska centralbyrån och informationen avidentifieras därefter innan leverans.

Barnhälsovårdens kvalitetsindikatorer grundar sig på antaganden om långsiktiga allmänna hälsoeffekter av insatser i BHV-programmet men också på antaganden om att tillgång till vissa resurser ger förutsättning för hög kvalitet. För barnhälsovården är en grundläggande kvalitetsaspekt att kunna mäta i hur stor utsträckning alla barn får del av de olika delarna av det generella barnhälsovårdsprogrammet. Tillsammans med verksamhetens täckningsgrad indikerar dessa mått graden av jämlikhet och rättvisa i barnhälsovården.

Lokalt förbättringsarbete

Nationell datainsamling till BHVQ gör det nu möjligt att skapa jämförbara mått för verksamhet, tjänstemän och politiker. Jämförelse kan göras både mellan regioner och mellan BVC-enheter i samma region. Kontinuerligt presenterade realtidsdata skapar möjlighet till ett ständigt pågående förbättringsarbete på lokal nivå där enskilda BHV-enheter med enkla handgrepp kan jämföra egna data med andras, såväl på region- som på BHV-enhetsnivå. De centrala BHV-enheter i regionen/regionerna genomför sedan lång tid tillbaka regelbundet besök på lokala barnvårdscentraler där kvalitetsdata diskuteras och stöd till det lokala förbättringsarbetet ges.

⁴ Hälso- och sjukvårdslagen, 1985:1100; 2f § första st. 1982.

⁵ Ekholm, L. and M. Lindh, *Barnhälsovården, Statistik 2013, med barnhälsoindex*. 2014, Barnhälsovårdens länsenhet: Örebro.

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

Om registrets indikatorer och mått

För att skapa ett register för förbättringsarbete som fyller sitt syfte behöver verksamheten definiera indikatorer som beskriver verksamhetens kvalitet och som är så pålitliga och stabila över tid som möjligt⁶. Indikatorerna bör vara väl beskrivna och väl förankrade i verksamheten. Alla mått behöver definieras och dokumenteras så att de tolkas och mäts på samma sätt av alla som samlar in data⁷. Indikatorer kan beskriva verksamhetens resurser (strukturmått), verksamhetens insatser och program (processmått) och verksamhetens påverkan på patientgruppen (resultatmått)⁸. Registrets indikatorer finns beskrivna i *BHVQ Registerbeskrivning*⁹ som finns tillgänglig på registrets webbplats.

PROM/PREM

I vården vill man gärna ta del av patienternas egna uppgifter om resultat av vården, s.k. patient reported outcome measures (PROM), eller uppgifter om deras erfarenheter av vården, s.k. patient reported experience measures (PREM)¹⁰. Svenska Barnhälsovårdsregistret samlar bland annat in data kring barns exponering för tobaksrök och om amning. Båda dessa faktorer är att betrakta som PROM och samlas in kontinuerligt under barnets BHV-period baserat på information som lämnas av vårdnadshavarna.

Några egentliga PREM-data samlas för närvarande inte in men registret planerar för att hämta in den typen av information då registret är väl etablerat.

Målnivåer

Alla kvalitetsmått bör om möjligt förses med målnivåer¹¹. Det gäller framför allt process- och resultatmått. Andel barn som får hembesök, andel barn som genomgår screeningundersökning för syn eller hörsel och andel barn som exponeras för tobaksrök är alla exempel på kvalitetsmått som kan och bör förses med målnivåer. Kring målnivåerna bör finnas nationell konsensus och de bör också vara möjliga att uppnå. Målnivåer ger verksamheterna en riktningssanvisning och bättre möjlighet att utvärdera sitt arbete jämfört mot en standard. Målnivåer för Svenska Barnhälsovårdsregistrets kvalitetsindikatorer finns införda i registrets Registerbeskrivning⁹.

⁶ Nationella Kvalitetsregister. *Valideringshandbok*.

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

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

⁸ Edström, A., C. Svensson, and J. Olsson, *Att mäta för att veta. Praktiska råd och tips om mätning och uppföljning i samband med utvecklings- och förbättringsarbete i hälso- och sjukvården*. 2005, Sveriges kommuner och region.

⁹ Svenska barnhälsovårdsregistret, B., *Svenska barnhälsovårdsregistret Registerbeskrivning*.

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

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

¹¹ Socialstyrelsen, *Att sätta mål – förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervård*. Dnr 22497/2011. 2012.

Population, täckningsgrad och anslutningsgrad, definitioner

Målet för Svenska Barnhälsovårdsregistret är att samla in data om alla folkbokförda barn 0–5 år i Sverige. Med begreppet ”täckningsgrad” avses andel barn 0-5 år som finns i registret av alla folkbokförda barn 0-5 år. Täckningsgraden kan endast bestämmas på nationell nivå eftersom vårdnadshavare i princip har rätt att få sin barnhälsovård tillgodosedd på vilken BVC som helst i landet oavsett var barnet är folkbokfört. En enskild BVC har därför inget bestämt antal folkbokförda barn att jämföra med. Detsamma gäller i princip för enskilda regioner även om måtten här, beroende på det större antalet barn, ändå blir rimligt tillförlitliga. På nationell nivå kan vi dock med hjälp av uppgift om antal folkbokförda barn beräkna hur stor andel av dessa som barnhälsovårdsregistret har uppgifter om.

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

Sekretess och vårdnadshavarens rättigheter

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

Medverkan i registret är frivillig och påverkar inte de tjänster eller den vård som barnet får på barnvårdscentralen. 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.

En fullständig beskrivning av vårdnadshavarens rättigheter i förhållande till registret finns att ta del av på registrets webbplats¹².

Dataåtkomst och användning av personuppgifter

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

¹² www.bhvq.se/information-till-vardnadshavare-om-datasakerhet-och-sekretess-svenska-barnhalsovarsregistret.

Uppgifter som registreras

Svenska Barnhälsovårdsregistret samlar in uppgifter om besök på BVC, hembesök, undersökningar som görs på BVC, uppgifter om barns utveckling och hälsotillstånd och uppgifter om amning, vaccinationer och rökning i hemmet. En fullständig beskrivning av registrets indikatorer finns i den Registerbeskrivning som finns tillgänglig på registrets webbplats¹³.

Tabell 1. Kvalitetsindikatorer som samlas in till Svenska barnhälsovårdsregistret.

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

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

¹³ www.bhvq.se

Registrets utveckling

Svenska barnhälsovårdsregistret, BHVQ, har fått anslag från SKL för utveckling och drift sedan 2013. Registret är utvecklat för automatiserad datainsamling direkt från digitala journalsystem till registret, utan dubbeldokumentation, enligt den nationellt överenskomna informationsstruktur som sedan 2012 utvecklats av Nationella Programmet för datainsamling (NPD¹⁴). Datainsamlingen till registret är därför beroende av de enskilda regionernas möjlighet att anpassa sina IT-system till denna. Antalet indikatorer i BHVQ är relativt få och har under de senaste åren ej ändrats för att inte påverka pågående eller planerade anslutningsprojekt genom ändringar i indikatoruppsättningen.

Anslutningsprojekt

Projekt för att ansluta regionala journalsystem till registret har under 2018 pågått i Jämtland, Uppsala, Örebro, Sörmland, Västra Götaland, Jönköping och Blekinge regioner. Ytterligare 9 regioner planerar för att ansluta sina journalsystem till BHVQ.

Data för 2018 finns i registret från regionerna Dalarna och Jönköping. Med den planerade anslutningen från Uppsala på plats kommer de större journalsystemen i landet att ha anpassats till NPD vilket underlättar för övriga regioner att ansluta baserat på tidigare erfarenhet för respektive journalsystem.

Utdata

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

Anslutning- och täckningsgrad 2018

Anslutningsgraden för 2018 i region Dalarna respektive Jönköping är 100 %. Med data från två rapporterade regioner är anslutningsgraden beräknad till 7,5 % av samtliga BHV-enheter i landet.

Täckningsgraden av folkbokförda barn födda 2018 är 85 % för Region Dalarna och 69 % för Region Jönköping. Den på sikt förväntade täckningsgraden är >95 % i varje ansluten region. Denna beräkning är baserad dels på den höga följsamheten till barnhälsovårdens program, dels på erfarenheter från de tidigare regionala kvalitetsregistren i Uppsala och Örebro.

De relativt låga täckningsgraderna förklaras av två faktorer. För det första har de båda regionerna startat datainsamlingen under pågående redovisningsår vilket innebär att barn som besökt barnhälsovården innan registreringen inleddes inte överförts till registret. För det andra

¹⁴<http://www.kvalitetsregister.se/forbattravarden/projekt/nationellaprogrammetfordatainsamling.1891.html>

har informationskravet skärpts enligt dataskyddsdirektivet och alla vårdnadshavare har ännu inte hunnit informeras. Innan vårdnadshavare är informerade om att data överförs till ett kvalitetsregister får inga data registreras.

Den nationella täckningsgraden förväntas nå >20 % under 2019. Täckningsgraden är dock helt beroende av de tekniska och ekonomiska förutsättningar som finns i landets regioner. Registrets möjligheter att påverka interna it-processer och beslut i enskilda regioner är mycket begränsade. Däremot kan registerledningen ge avsevärt stöd till beslutade eller pågående anslutningsprojekt genom kunskap om registret, dess tekniska specifikationer, om strukturerad journalföring och erfarenheter från tidigare anslutningsprojekt. Att stimulera till, och stödja planerade eller pågående, anslutningsprojekt är därför en viktig del i registrets ansträngningar att snabbt nå hög anslutnings- och täckningsgrad.

Resultat

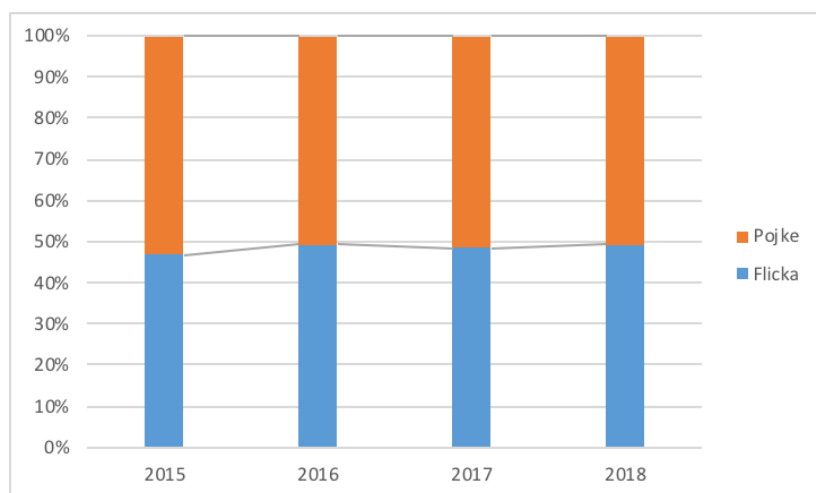
Registret innehåller data för 2018 från regionerna Dalarna och Jönköping vilket medger jämförelser. Data i registret över amningsfrekvenser i Region Jönköping har jämförts med regionala datakällor och visat sig vara generaliserbara till hela regionen. De data som rapporterats för 2018 från region Jönköping i övrigt är ännu inte tillräckligt fullständiga för att medge jämförelser av resultat mellan regioner.

Täckningsgraden för barn födda 2018 är 85 % i Region Dalarna och 69 % i Region Jönköping. Anledningen till bortfallet är förklarade i avsnittet Anslutnings- och täckningsgrad 2018 ovan. Det finns ingen anledning att anta att bortfallet per region är systematiskt kopplat till några bakomliggande sociodemografiska eller andra faktorer.

Datatäckningen i enskilda indikatorer är i hög grad också beroende av dokumentationsrutinerna i respektive region och kan därför antas vara lägre än förväntat om dokumentationsrutinerna ändras i samband med anslutningen till registret, vilket ofta är fallet. Datatäckningen för 2018 är dock godtagbar, mellan 100 % och 71 %, vid uppföljning av centrala indikatorer som hembesök, tidig amning och exposition för tobaksrök i hemmet.

Antal barn och könsfördelning

För att fullgöra uppgifterna inom barnhälsovården vid en BVC med ca 55 nyfödda per år, krävs att BHV-sjuksköterskan arbetar heltid med barnhälsovård. Uppgiften ger möjlighet att bevaka att antal barn per BVC följer ovanstående rekommendationer. Antal barn utgör även basdata för beräkning av behovet av läkarinsats och psykologinsats på BVC ¹⁵.

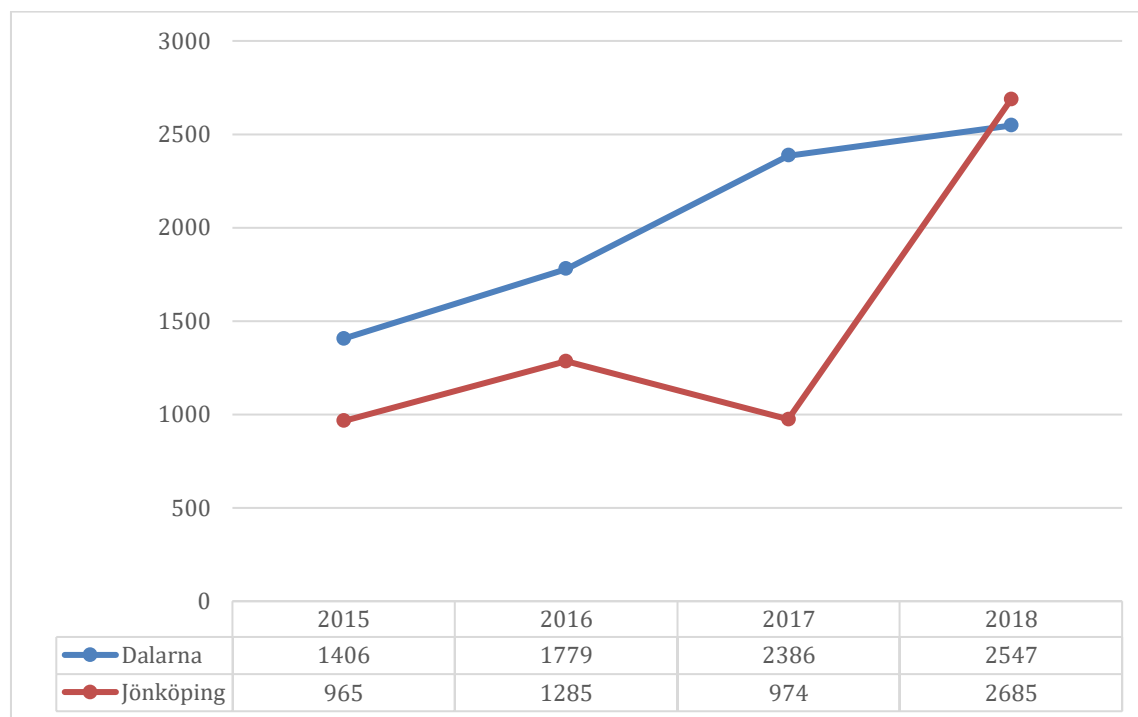


Figur 1. Könsfördelning per födelseår.

Figur 1 ovan visar könsfördelningen i datamaterialet fördelat på födelseår. Fördelningen är relativt konstant mellan åren bortsett från en svag övervikt av pojkar födda 2015 och 2017. Antalet barn i figur 2 visar antalet barn i registret fördelat på födelseår och region. De lägre

¹⁵ Nationella nätverket för Vårdutvecklare/Barnhälsovårdssamordnare. Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom Barnhälsovården. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Malen-for-yrkesforeningarna/Nationell-malbeskrivning-for-sjukskotersketjanstgoring-inom-Barnhalsovarden/>. 2007 2012-11-26].

antalen barn födda 2015–2017 beror på att den historiska datainsamlingen är begränsad. Enligt dataskyddsdirektivet får inga data samlas in tidigare än från det datum då patient/vårdnadshavare informerats om att datainsamling till kvalitetsregister är aktuell.



Figur 2. Antal barn i registret per födelseår och region

Hembesök

Hembesök i samband med barnets födelse syftar till att skapa kontakt och presentera barnhälsovårdens verksamhet. Att hembesöket erbjuds till alla innebär att det uppfattas som en naturlig del av verksamheten. Hembesök ger goda möjligheter att identifiera familjer i behov av indikerat stöd ¹⁶ och att upptäcka barn som riskerar att fara illa ¹⁷. Sjuksköterskor på BVC beskriver hembesöket som en viktig metod för att etablera en förtroendefull relation med föräldrarna och få en bild av familjens situation ¹⁸. Hembesöket kan också användas som en riktad insats där en serie av hembesök ges under en kortare eller längre period baserat på en individuell bedömning av den enskilda familjens behov ¹⁹.

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

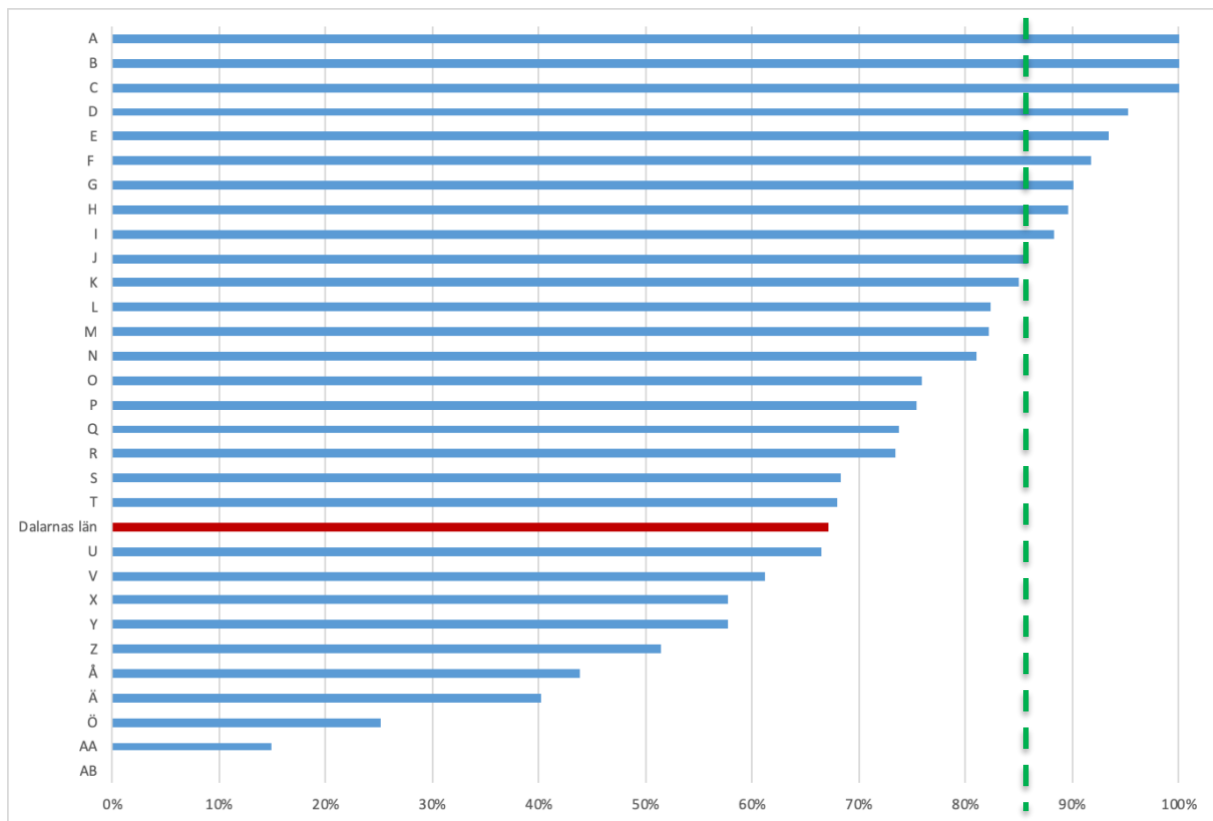
¹⁷ Aurelius, G. and L. Nordberg, Home visiting to families with a newborn child. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 1994. **12**(2): p. 106-13.

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

¹⁹ Olds, D.L., et al., Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. Pediatrics, 2007. **120**(4): p. e832-45.

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. Hembesöket vid 8 månaders ålder, med fokus på hälsosamma levnadsvanor och barnsäkerhet, infördes i Barnhälsovårdsprogrammet 2015 och det är därför av särskilt intresse att följa införandet av denna programpunkt i landets regioner.

Hembesöksfrekvensen till barn födda 2018 i region Dalarna var 67 %, se figur 3, vilket ligger under målnivån 85 %. Data visar också att endast en mindre andel barn ännu får hembesök vid 8 månaders ålder, motsvarande 16 procent av barnen födda 2018. Orsaken till den långsamma implementeringstakten är i många regioner kopplat till den allmänna bristen på sjuksköterskor.



Figur 3. Andel barn födda 2018 som erhållit hembesök efter förlossning i region Dalarna per BHV-enhet. Målnivå 85 %. BHV-enhet avidentifierad.

Figur 3 visar fördelningen av givet första hembesök per BHV-enhet i region Dalarna. Av 30 BHV-enheter i regionen når 10 enheter målet 85 %. Av samtliga enheter presterar 20 enheter bättre än genomsnittet. En BHV-enhet rapporterar inga givna hembesök alls.

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.

Amning

Bröstmjölks har många viktiga fördelar²⁰, både för spädbarnet och dess moder, och amning uppmuntras i all hälso- och sjukvård. 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 över tid kunna analysera barns uppfödningens mönster under första levnadsåret oavsett ålder, dels att samla data över barns uppfödning vid specifika åldrar, bl.a. för att förse Socialstyrelsens nationella amningsstatistik vid specifika åldrar med data.

Förbättringar i datainsamlingen

De förändrade och tydliggjorda definitioner för insamling av amningsdata som Socialstyrelsen, i samverkan med Svenska Barnhälsovårdsregistret, inför nationellt från och med 2020, syftar till att förbättra den nuvarande datainsamlingens tillförlitlighet.

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

Ny amningskategori införs

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

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

BHVQ använder alltså delvis annorlunda definitioner jämfört med den nuvarande amningsstatistiken i Sveriges officiella statistik²¹.

"Helt ammad" i BHVQ motsvaras av "Enbart ammad" i Sveriges officiella statistik. "Enbart ammad sedan födelsen" (engelskans Exclusive breastfeeding) i BHVQ har idag ingen egentlig motsvarighet i Sveriges officiella statistik. Summan av "Övervägande ammad" och "Delvis ammad" i BHVQ motsvaras av "Delvis ammad" i Sveriges officiella statistik.

För närmare beskrivning av amningsdefinitioner hänvisas till BHVQ Registerbeskrivning på bhvq.se²².

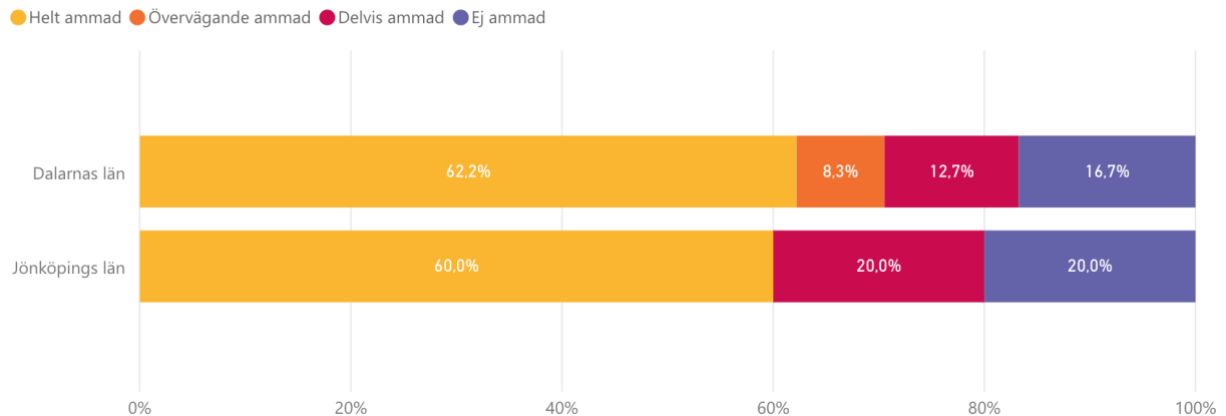
²⁰ Carlo, A., et al., Breast-feeding: A Commentary by by European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2009. 49: p. 112-25.

²¹ <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/amning/>

²² http://bhvq.se/wp-content/uploads/2019/02/BHVQ-Registerbeskrivning-ver-19_02.pdf

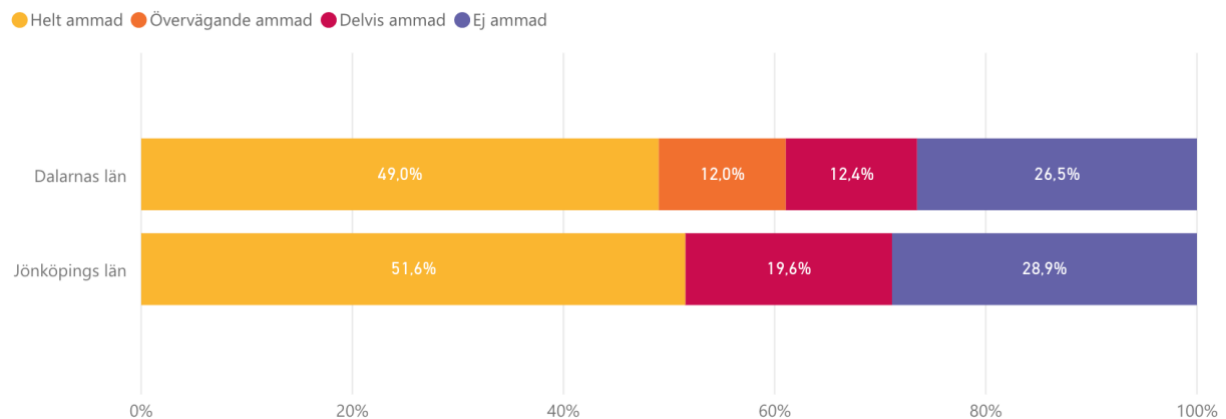
Amning bland barn födda 2018 i Dalarnas och Jönköpings regioner

Andel barn som ammas i Dalarna har ökat vid samtliga mätåldrar från 1 vecka till 8 månaders ålder jämfört med 2017. Ökningen motsvarar mellan 1,2 och 3,5 procentenheter och är statistiskt säkerställd vid 4 och 6 månaders ålder.

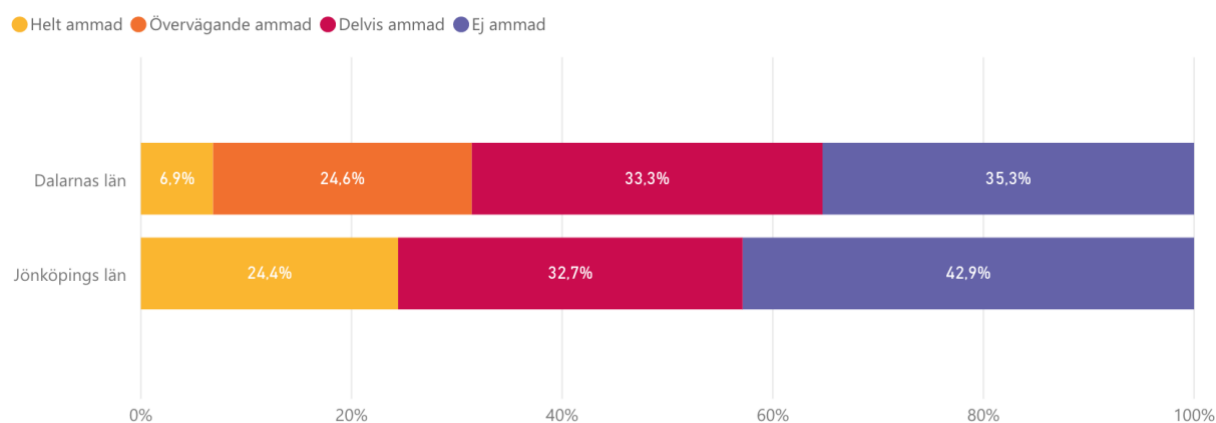


Figur 4. Andel ammade vid 2 månaders ålder bland barn födda 2018 i Dalarna respektive Jönköping.

Figur 4 visar andelen ammade barn födda 2018 vid 2 månader fördelat per region och amningskategorier. Region Jönköping har ännu inte implementerat kategorin "Övervägande ammad" som en delmängd av "Delvis ammad". En något högre andel barn amrades ej vid 2 månaders ålder i Jönköping jämfört med Dalarna. Se figur 5 och 6 för resultat vid 4 respektive 6 månaders ålder.



Figur 5. Andel ammade vid 4 månaders ålder bland barn födda 2018 i Dalarna respektive Jönköping.



Figur 6. Andel ammade vid 6 månaders ålder bland barn födda 2018 i Dalarna respektive Jönköping.

Vid 6 månaders ålder amrades 65 % av barnen födda 2018 i Region Dalarna, en ökning med 3,5 procentenheter jämfört med 2017, och 57 % av barnen födda 2018 i Region Jönköping. Den påtagliga skillnaden i andel helt ammade barn kan sannolikt tillskrivas användandet av kategorin "Övervägande ammad". Erfarenhetsmässigt sker ofta en felkategorisering av barn som är "nästan" helammade som faktiskt helammade. När man istället har möjlighet att kategorisera "nästan" helammade barn som "Övervägande ammad" får man ett rimligare utfall på kategorin "Helt ammad". Studier har visat att resultatet helammade i dagens datainsamling, som i den nationella statistiken tolkas som exklusivt ammade, är kraftigt överdriven²³.

Skillnaden mellan andelen ammade barn vid 6 månaders ålder är stor mellan olika enheter inom samma region. I region Dalarna varierar resultatet mellan 40 % och 82 % och i Region Jönköping mellan 33 % och 83 %. Skillnaderna är sannolikt kopplade till skillnader i socioekonomisk status mellan de rapporterade enheterna²⁴.

Exponering för tobaksrök i hemmet

Utsätts spädbarn för passiv rökning ökar riskerna för plötslig spädbarnsdöd²⁵, astma²⁶, inflammation i mellanörat²⁷ och nedre luftvägsinfektioner²⁸. Dessutom ökar risken att barnet

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

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

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

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

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

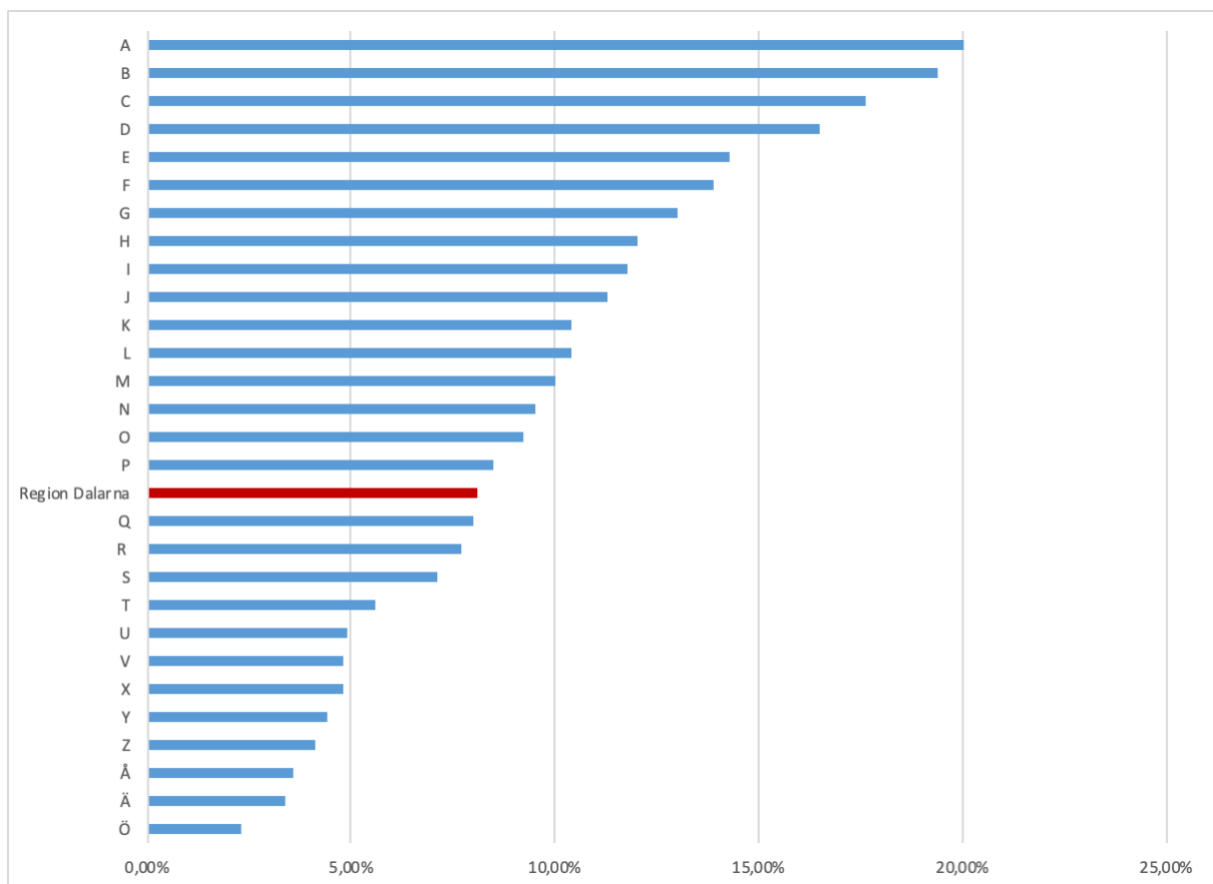
²⁷ Cook, D.G. and D.P. Strachan, *Health effects of passive smoking-10: Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research*. Thorax., 1999. 54(4): p. 357-66.

själv skall bli rökare om det växer upp i en rökande miljö ²⁹. Data avser att mäta hur stor andel barn som exponeras för tobaksrök i hemmet vid 4 veckor, 8 månader, 18 månader respektive 4 år.

I Region Dalarna exponerades 8,1 % av barnen födda 2018 för tobaksrök i hemmet vid 4 veckors ålder. Motsvarande värde vid 8 månaders ålder var 7,9 %.

Variationen mellan BHV-enheterna är stor, mellan 2,3 % och 20 % vid 4 veckors ålder, se figur 7, och från 1,2 till 17,6 % vid 8 månaders ålder, se figur 8.

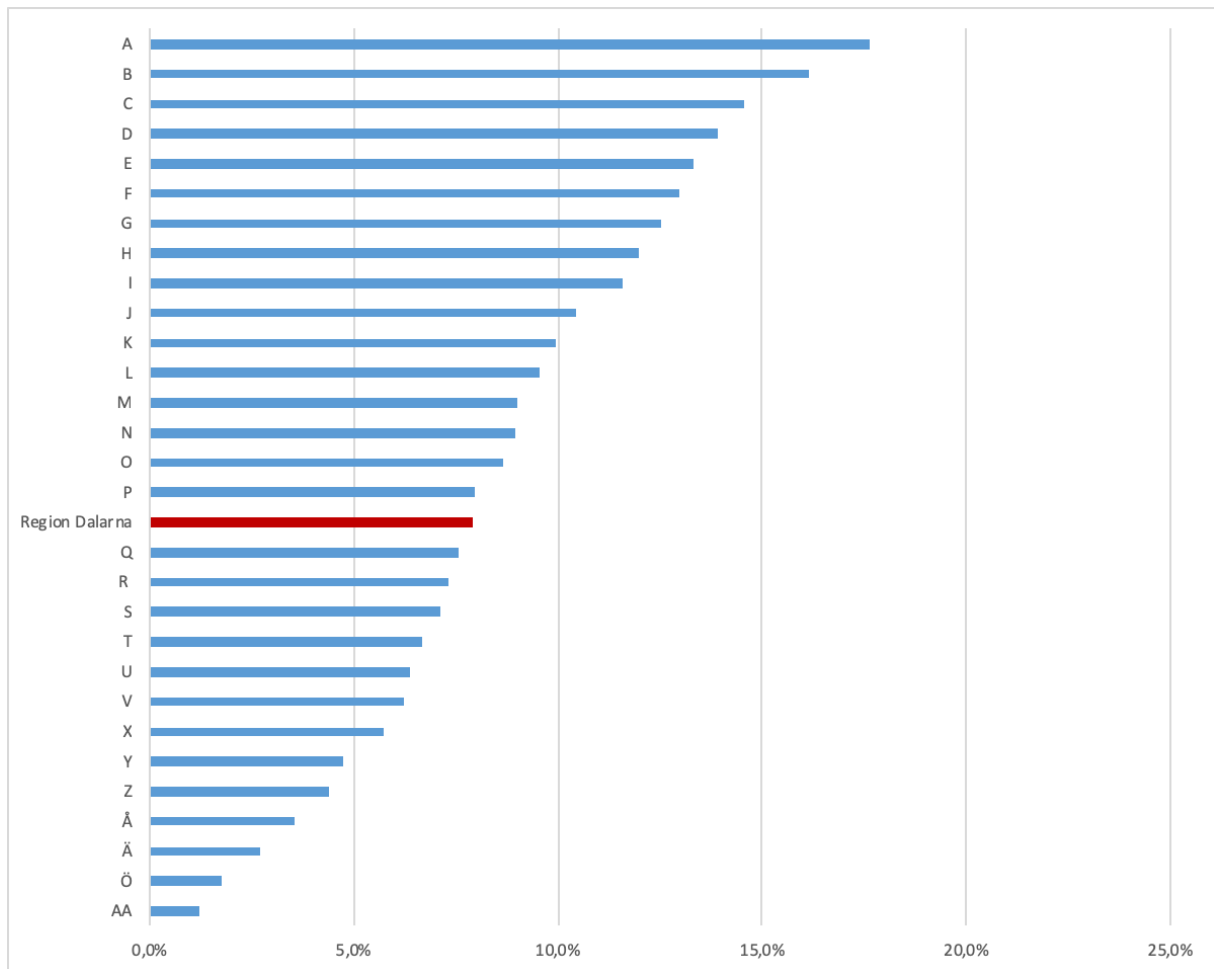
Resultaten pekar på ett, i stort sett, oförändrat förhållande mellan 4 veckors och 8 månaders ålder. Resultatet kan tolkas positivt då den förväntade utvecklingen erfarenhetsmässigt är att tobaksanvändning ökar i takt med barnets ålder.



Figur 7. Andel barn födda 2018 exponerade för tobaksrök i hemmet vid 4 veckors ålder per BHV-enhet i Region Dalarna. BHV-enhet avidentifierad.

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

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



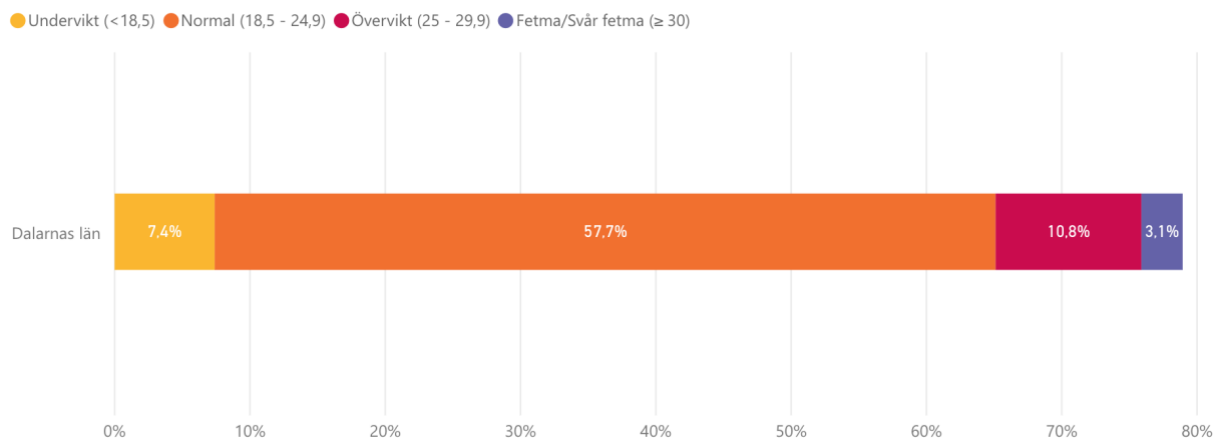
Figur 8. Andel barn födda 2018 exponerade för tobaksrök i hemmet vid 8 månaders ålder per BHV-enhet i Region Dalarna. BHV-enhet avidentifierad.

Övervikt och fetma

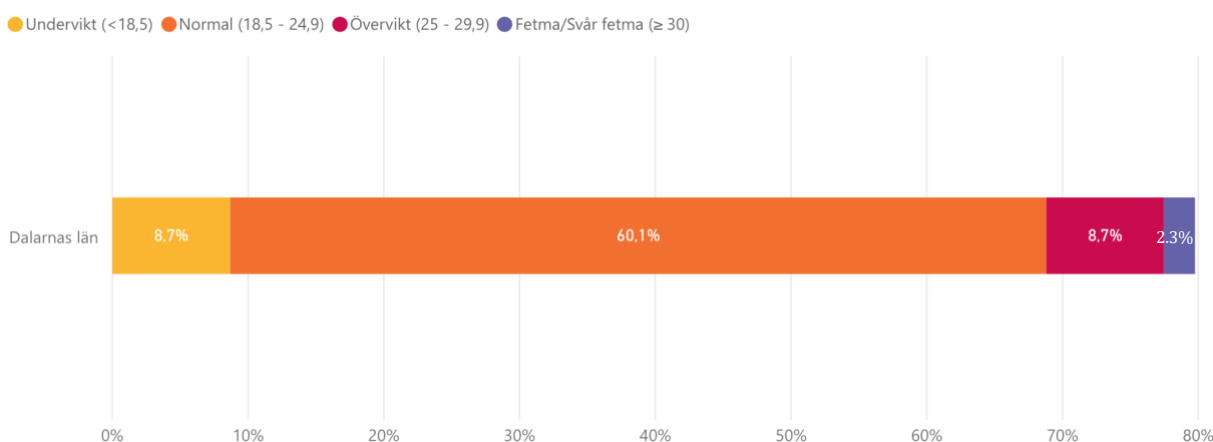
Ett barns individuella tillväxt är genetiskt programmerad men samtidigt ett känsligt mått på såväl fysiskt och psykiskt välbefinnande. Tillväxten styrs således av samverkan mellan ärftliga faktorer och omgivningsfaktorer som nutritionsförhållanden, kroppslig eller psykisk stress och sjukdom. För att kunna bedöma barns hälsa inom barnhälsovården 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 BMI³⁰. Uppgift om BMI används för att följa utvecklingen av underviktiga respektive överviktiga barn.

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



Figur 9. Andel 4-åriga flickor, födda 2014, i Region Dalarna med undervikt, normalvikt, övervikt respektive fetma.



Figur 10. Andel 4-åriga pojkar, födda 2014, i Region Dalarna med undervikt, normalvikt, övervikt respektive fetma

Förekomsten av såväl övervikt som fetma är högre bland flickor, knappt 14 %, jämfört med pojkar, 11 %, i Region Dalarna. Pojkar har däremot en något högre förekomst av undervikt, se figur 9 och 10.

Föräldrastöd i grupp

Begreppet "Föräldrastöd i grupp" eller "föräldragrupp" avser en av BVC initierad och ledd grupp av föräldrar som regelbundet träffas för att samtala om frågor kring föräldraskapet.

Målsättningen med föräldragrupper är att ge ökade kunskaper, skapa möjlighet till kontakt och gemenskap samt att skapa möjlighet till medvetenhet om påverkan av samhällsförhållanden³¹. Data avser att mäta såväl förekomst av föräldragrupp på BVC som antal grupptillfällen. Data avser också att följa faders delaktighet i föräldragrupperverksamheten.

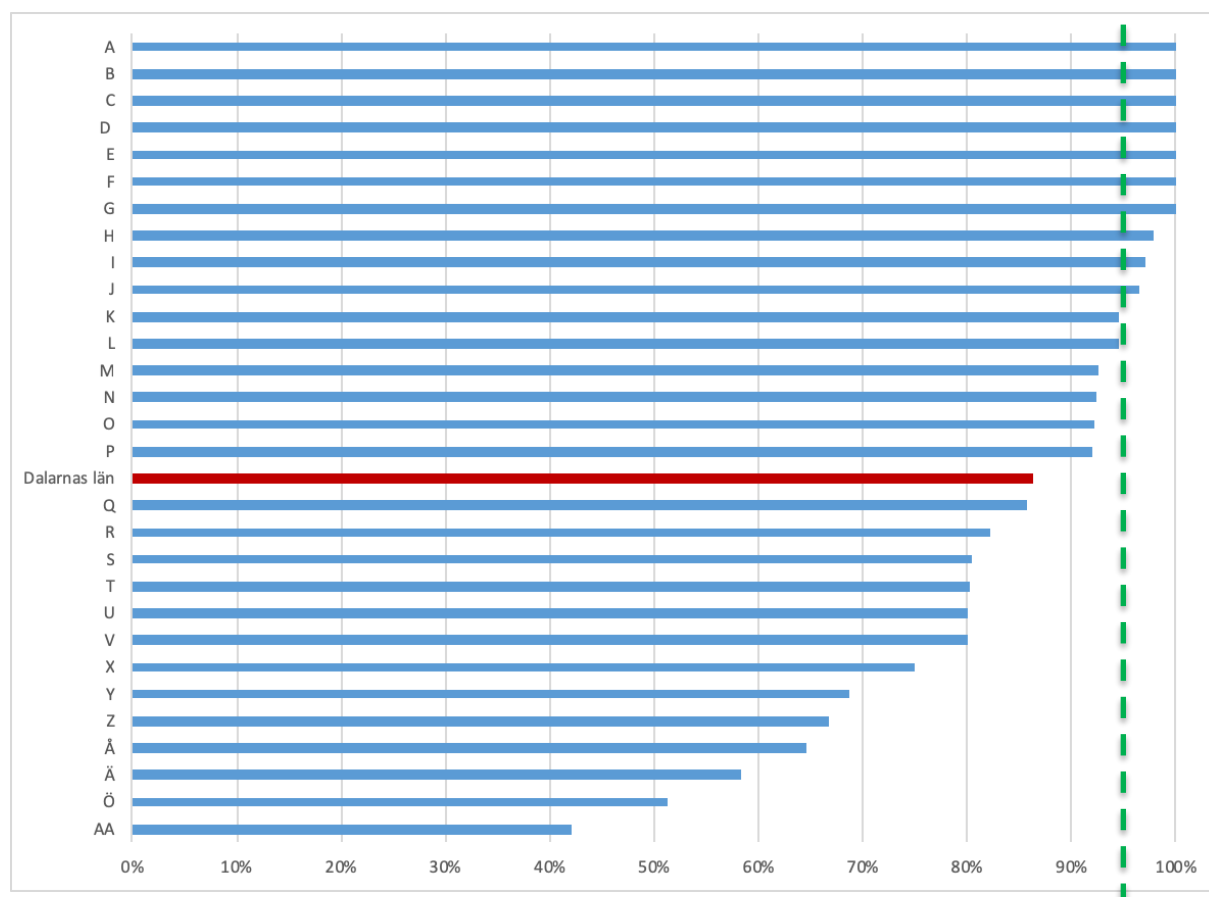
³¹ Socialstyrelsen, Föräldrautbildning - Kring barnets födelse och första levnadsår. Socialstyrelsen redovisar 1984:12, in Socialstyrelsen redovisar 1984:12. 1984: Stockholm.

Föräldragsgruppsverksamheten har en klar följsamhet till socioekonomisk status där föräldrar ur högre socioekonomiska skikt tenderar att i högre utsträckning delta. Föräldrar födda utomlands deltar också i lägre utsträckning jämfört med föräldrar födda i Sverige³².

Av föräldrar till barn födda 2018 i Region Dalarna deltog 18 % i föräldragsgrupp, en marginell ökning jämfört med 16 % för barn födda 2017. Av fäder till barn födda 2018 deltog 7 %, resultatet är oförändrat jämfört med 2017.

Språk, hörsel och synscreening

Alla barn ska erbjudas en språkscreening vid 2,5 – 3 års ålder samt syn- och hörselscreening vid 4 år ålder. Ungefär 6-8 % av alla barn i förskoleåldern har språk- eller kommunikationssvårigheter³³.



Figur 11. Andel språkkontrollerade barn födda 2015 i Region Dalarna per BHV-enhet. BHV-enhet avidentifierad.

³² 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.

³³ Black, L., A. Vahratian, and H. Hoffman, Communication Disorders and Use of Intervention Services Among Children Aged 3-17 Years. United States, 2012. NCHS Data Brief, 2015. 205(Jun): p. 1-8. 87.

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

Den språkliga utvecklingen är viktig eftersom den leder den kognitiva utvecklingen framåt³⁴. Ungefär ett barn av tusen har någon form av hörselnedsättning som kan påverka språkutvecklingen.

Av barn födda 2015 i Region Dalarna genomgick 86 % en språkscreening. Ett barn av sex, 15 %, hade någon form av utfall och kontrollerades vidare. Det finns stora skillnader mellan BHV-enheterna i Region Dalarna när det gäller andelen språkkontrollerade 3-åringar, se figur 11. Av samtliga BHV-enheter nådde endast 12 målnivån 95 % språkkontrollerade barn.

Av barn födda 2014 i Region Dalarna synkontrollerades 84 %. Uppgift om andel barn med utfall på synscreening samt andel barn med utförd hörselscreening är ofullständiga och kan ej redovisas.

³⁴ Vouloumanos, A. and S. Waxman, Listen up! Speech is for thinking during infancy. Trends in cognitive sciences, 2014. 12(18): p. 642-6.

Datakvalitet

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

I samband med anslutning av ett journalsystem till registret verifieras att de data som identifieras för överföring, och överförs till registret, stämmer överens med källdata i journalen. Registret avser också att genomföra regelbunden validering av centrala indikatorers data genom jämförelser av slumpmässiga barngruppers journaldata med motsvarande data i registret. De slumpmässiga grupperna barn skapas av registret och kontrolleras därefter mot journaldata av den lokala BHV-enheten i den region som rapporterar data till registret.

Kontroll av datakvalitet

Många av de frågor som registret ställer till journalen kan besvaras med Ja eller Nej. Automatiserad överföring av journaldata till kvalitetsregister med stöd av standardiserade kodverk fokuserar på att hämta in Ja-svar, dvs information om att en händelse inträffat (t.ex. förälder röker). Detta beror på att koder för Nej-svar (händelse ej inträffat, t.ex. förälder röker ej) saknas i kodverken. Däremot finns möjlighet att överföra Nej-svar med hjälp av så kallad "negation". Registret har infört "negation" i sin informationsspecifikation [25]. Detta kommer att förbättra tillförlitligheten på registerdata då registret kommer att kunna skilja ut Nej-svar från bortfall (ej svarat alls, glömt att svara).

För att minimera det interna bortfallet i registret bör de lokala BHV-enheterna också överväga att införa tvingande fält för de data som ska levereras till registret. Med tvingande fält menas att journalsystemet kräver att viss information i en journalmall är besvarad innan den kan signeras. Tvingande fält fungerar också som en påminnelse för den som dokumenterar vilka uppgifter som är av extra vikt och som ska noteras i journalen.

Registret har skapat en valideringsplan där åtgärder för att höja såväl täckningsgrad som fullständighet och minska internt och externt bortfall beskrivs. Planen finns publicerad på registrets webbplats³⁵.

Hemsida

På registrets webbplats³⁶, finns aktuell information om registret och dess indikatorer samt information riktad till såväl verksamhet, IT-utvecklare som vårdnadshavare. Av särskild vikt för vårdnadshavare är den information som finns om registrets datasäkerhet och sekretess³⁷. Länk till denna information finns på webbplatsens startsida.

³⁵ <http://bhvq.se/valideringsplan-svenska-barnhalsovarsregistret/>

³⁶ <http://bhvq.se/>

³⁷ <http://bhvq.se/information-till-vardnadshavare-om-datasakerhet-och-sekretess-svenska-barnhalsovarsregistret/>



© Svenska barnhälsovårdsregistret 2019

www.bhvq.se