



Svenska Barnhälsovårdsregistret Årsrapport 2017



Innehåll

Inledning	3
Kontakt.....	3
Aktuell styrgrupp	4
Förbättringsarbete inom barnhälsovården	5
Lokalt förbättringsarbete.....	5
Om registrets indikatorer och mått.....	5
PROM/PREM	6
Målnivåer	6
Population, täckningsgrad och anslutningsgrad, definitioner	6
Sekretess och vårdnadshavarens rättigheter.....	6
Dataåtkomst och användning av personuppgifter.....	7
Uppgifter som registreras.....	7
Registrets utveckling	8
Anslutningsprojekt	8
Utdata	8
Anslutning- och täckningsgrad 2017	8
Resultat.....	9
Antal barn och könsfördelning.....	9
Hembesök	11
Amning.....	11
Exponering för tobaksrök i hemmet	12
Övervikt och fetma.....	13
Datakvalitet.....	13
Kontroll av datakvalitet	13
Hemsida.....	14
Referenser	15

Inledning

Svensk barnhälsovård är unik i en internationell jämförelse och når enligt aktuell forskning > 99% av målpopulationen, 600 000 barn 0–5 år, i Sverige med ett hälsofrämjande, förebyggande och individuellt stödjande program. Verksamheten är frivillig men anslutningen är mycket hög och i princip alla barn 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, inlärning och hälsa är centralt för att uppnå jämlik hälsa som barn och som vuxen. Forskning har visat att barn som växer upp i ekonomisk utsatthet oftare får sämre hälsa som vuxna [1].

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

Enligt artikel 24 i konventionen om barnets rättigheter [2] ska konventionsstaterna säkerställa att 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.

Endast ett landsting, Landstinget Dalarna, rapporterar för närvarande till BHVQ. Det finns därför inga möjligheter till jämförelser mellan landstingsnivå och nationella data i dagsläget.

Täckningsgraden för Landstinget Dalarna är 99 % av folkbokförda barn 0–5 år. Detta ska tolkas så att praktiskt taget alla barn har kontakt med barnhälsovården. 84 % av barn födda 2017 amnades vid 1 veckas ålder. 11 % av barn födda 2017 är exponerade för tobaksrök i hemmet.

Styrgruppen för Svenska Barnhälsovårdsregistret, augusti 2018

Kontakt

Leif Ekholm
Styrgruppsordförande
Barnhälsovården region Örebro
ordfarande@bhvq.se

Thomas Wallby
Registerhållare
Barnhälsovården region Uppsala
registerhallare@bhvq.se

Aktuell styrgrupp

Registret leds av en registerhållare och en styrgrupp med god professionell och geografisk förankring. Styrgruppen får sitt uppdrag från de samlade BHV-enheterna ¹ 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, CHESS, Stockholms universitet BHV-överläkare, Stockholm Marina Lundqvist, sjuksköterska, Riksföreningen skolsköterskor, Registerhållare Elevhälsans medicinska kvalitetsregister Susann Swärd, barnrättsstrateg, landstinget i 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.

¹ I samtliga landsting/regioner i Sverige finns s.k. centrala barnhälsovårdsenheter (BHV-enheter) vars huvudsakliga uppgift är att svara för kvalitén inom Barnhälsovårdsverksamheten. Detta sker via information, utbildning och fortbildning 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 31§ hälso- och sjukvårdslagen [3] 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.

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 [4, 5]. 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, förstagsföräldrar 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 informationen avidentifieras innan leverans så att ingen enskild individ kan identifieras.

Barnhälsovårdens mått 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 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 verksamheten och den politiska beslutsprocessen. Jämförelse kan göras både mellan landsting och mellan BVC-enheter i samma landsting. De Centrala BHV-enheterna i landstingen/regionerna genomför sedan lång tid tillbaka regelbundet besök på lokala barnvårdscentraler där kvalitetsdata diskuteras. Resultat från registret kommer att ge en förbättrad grund för diskussion om kvalitetsförbättrande åtgärder baserad på lokala data i jämförelse med nationella data.

Om registrets indikatorer och mått

För att skapa ett register för förbättringsarbete som fyller sitt syfte behöver verksamheten definiera centrala mått, eller indikatorer, som beskriver verksamhetens kvalitet och som är så pålitliga och robusta som möjligt [6]. 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 data [7]. 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 www.bhvq.se.

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 0–5 år 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 målnivåer [11]. Det gäller för såväl strukturmått som process- och resultatmått. Antal barn per heltid sjuksköterska på BVC, andel barn som genomgår screeningundersökning för syn eller hörsel eller andel barn som nås av barnhälsovårdens insatser 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 riktningsanvisning och bättre möjlighet att utvärdera sitt arbete jämfört mot en standard. Målnivån 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. Målnivåer för Svenska Barnhälsovårdsregistrets data finns införda i registrets Registerbeskrivning [9].

Population, täckningsgrad och anslutningsgrad, definitioner

Målgruppen för Svenska Barnhälsovårdsregistret är att samla data om alla barn 0–5 år i Sverige. I praktiken kan dock registret endast samla in data på barn 0–5 år som är folkbokförda i Sverige. Begreppet "täckningsgrad" utgörs av andel individer som finns registrerade i registret av alla individer som ingår i målgruppen. Täckningsgraden kan endast bestämmas på nationell nivå eftersom föräldrar 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. Det samma gäller för ett enskilt landsting eller en region. 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 enheter (vårdcentraler) av samtliga möjliga enheter för barnhälsovård i ett län/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 webbplats www.bhvq.se/information-till-varldnadshavare-om-datasakerhet-och-sekretess-svenska-barnhalsovardsregistret.

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.

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 variabler finns i den Registerbeskrivning [9] som finns tillgänglig på registrets webbplats www.bhvq.se.

Variabel			Beskrivning
Barnantal	B	S	Antal barn med besök i åldersgrupper 0–5 år.
Täckningsgrad	B	R	Uppgift om andelen barn som har kontakt med barnhälsovården.
Första barn		S	Är barnet någon av vårdnadshavarnas första barn?
Behovsindex	B	S	Beräknat index av andel BCG-indikation, andel vårdnadshavare 1 röker vid 4 veckor och andel första barn.
Hembesök		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	Graviditetslängd, 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=Strukturvariabel, R=Resultatvariabel, P=Processvariabel

Registrets utveckling

Svenska barnhälsovårdsregistret, BHVQ, har fått anslag från SKL för utveckling och drift sedan 2013. Registret har redan från start anpassats för automatiserad datainsamling direkt från digitala journalsystem till registret, utan dubbeldokumentation, enligt den nationellt överenskomna informationsstruktur som utvecklats av Nationella Programmet för Datainsamling sedan 2012. Datainsamlingen till registret är därför beroende dels av utvecklingen av den nationella informationsstrukturen (NI), dels av de enskilda landstingens/regionernas möjlighet att anpassa sina IT-system till NI. Antalet indikatorer i BHVQ är relativt få och har under de senaste åren ej ändrats för att inte störa pågående eller planerade anslutningsprojekt genom ändringar i variabeluppsättningen.

Anslutningsprojekt

Projekt för att ansluta lokala journalsystem till registret har under 2017 pågått i Dalarna, Västerbotten, Jönköping, Örebro, Jämtland, Uppsala, Sörmland och Västra Götaland. Ytterligare 8 landsting planerar för att ansluta sina journalsystem till BHVQ.

Landstinget Dalarna inledde, som första landsting, reguljär dataöverföring till registret i augusti 2017 och är också det enda landsting som under 2017 rapporterat data till registret. Med de planerade anslutningarna från Jönköping, Örebro och Uppsala etablerade kommer de större journalsystemen i landet ha anpassats till NI vilket underlättar för övriga län att ansluta baserat på den erfarenhet som upparbetats.

Utdata

Då reguljär datainsamlingen till registret startade i augusti 2017 från Landstinget Dalarna kunde registret också påbörja arbetet med att skapa utdata-rapporter och funktionalitet för presentation för dessa. Projektet startade i oktober 2017 med målsättning att ha skapat preliminära utdatarapporter för registrets alla indikatorer våren 2018. (Pga. nationella överväganden kring val av utdata-lösning för stora kvalitetsregister fick utdataprojektet dock stoppas våren 2018).

Anslutning- och täckningsgrad 2017

Anslutningsgraden, är vid utgången av 2017, med ett rapporterande landsting, beräknad till 3 %. Den förväntade täckningsgraden är > 97 % i varje anslutet landsting. Denna beräkning är baserad dels på den höga följsamheten till barnhälsovårdens program, dels på erfarenheter från de regionala kvalitetsregister i Uppsala och Örebro. Täckningsgraden för Landstinget Dalarna 2017 är 99 % av folkbokförda barn 0–5 år.

Den nationella täckningsgraden följer anslutningsgraden och förväntas nå >15 % under 2018 och >30 % under 2019. Täckningsgraden är dock helt beroende av de tekniska och ekonomiska förutsättningar som finns i landets landsting/regioner. Registrets möjligheter att påverka interna landstingsprocesser och beslut är förstås små. Däremot kan registerledningen ge avsevärt stöd till beslutade eller pågående anslutningsprojekt genom sin 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

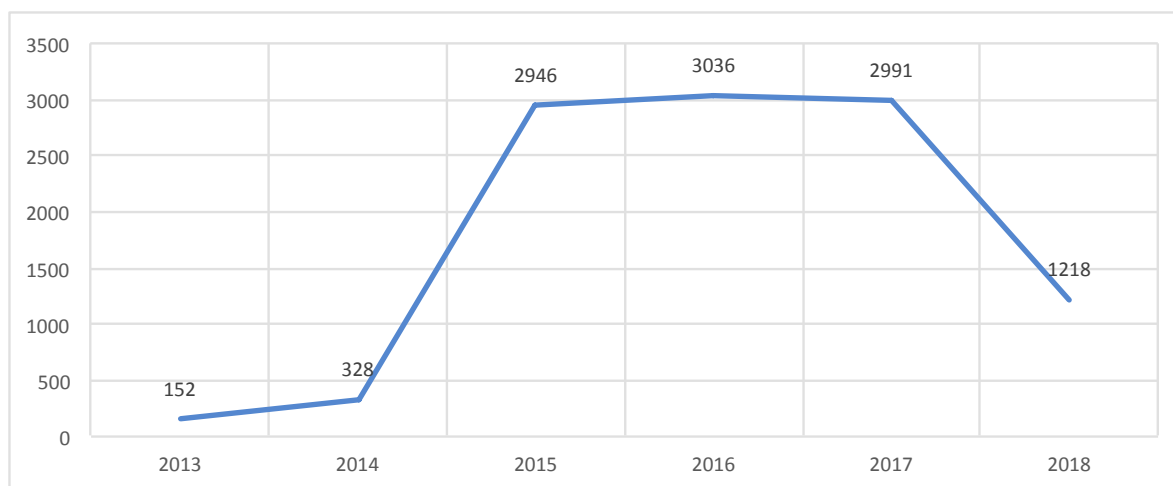
Endast ett landsting, Landstinget Dalarna, rapporterar för närvarande till BHVQ. Det finns därför inga möjligheter till jämförelser mellan landstingsnivå och nationella data i dagsläget.

Utdatarapporterna är ännu inte fullständigt utvecklade och kvalitetstestade. Inga analyser för att säkerställa förändringar över tid är därför utförda.

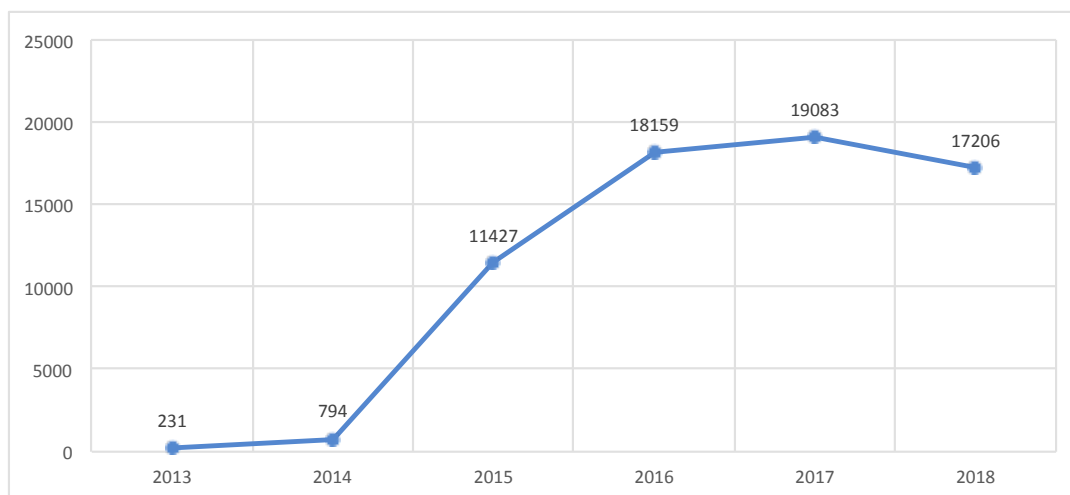
Täckningsgraden för Landstinget Dalarna är 99 % av folkbokförda barn 0–5 år. Datatäckningen i enskilda indikatorer är i hög grad beroende av dokumentationsrutinerna i aktuellt landsting och kan därför antas vara lägre än förväntat om dokumentationsrutinerna ändras i samband med anslutningen till registret, vilket ofta är fallet. Datatäckningen från landstinget Dalarna för 2017 är dock mycket god till godtagbar, i vissa fall 100 %, som lägst 87 %, vid uppföljning av centrala indikatorer. Nedan presenteras endast ett urval data från Landstinget Dalarna.

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 är vald för att bevaka att antal barn per BVC följer ovanstående rekommendationer. Antal barn utgör även basdata för beräkning av behovsindex, läkarinsats och psykologinsats på BVC. [12].

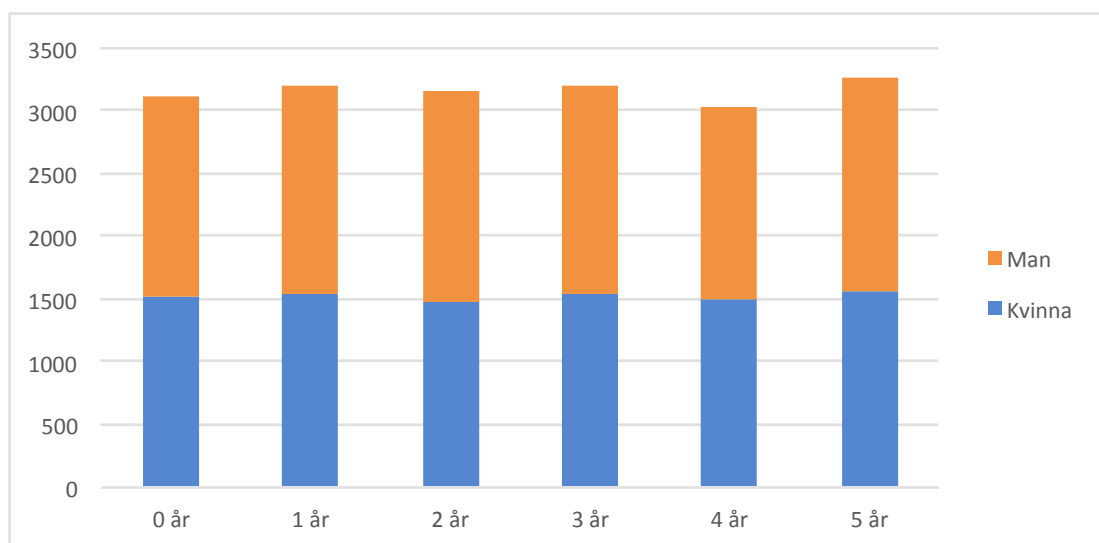


Figur 1. Antal barn 0 år per födelseår



Figur 2. Antal barn 0-5 år per födelseår

Antalet barn i Figur 1 och 2 ovan visar antalet barn i registret fördelat på födelseår. De låga antalen barn födda 2013-2015 beror på att datainsamlingen endast i låg utsträckning omfattat dessa födelseår. Datainsamlingen startade i augusti 2017 och den historiska överföringen av data begränsades till data från och med maj 2015. Det låga antalet barn födda 2018 visar det antal barn som har fötts under 2018 fram till 1 september 2018.

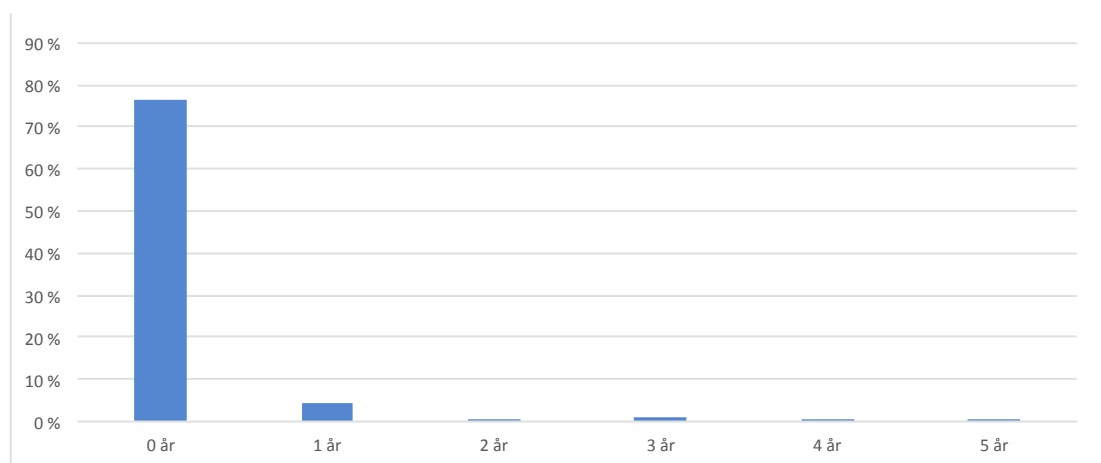


Figur 3. Könsfördelning bland folkbokförda barn 0-5 år i landstinget Dalarna.

Hembesök

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 [13]. Att hembesöket erbjuds till alla innebär att det uppfattas som en helt naturlig del i verksamheten. Hembesök ger goda möjligheter att identifiera familjer i behov av indikerat stöd [14] och att upptäcka barn som riskerar att fara illa [15]. Sjuksköterskor på BVC beskriver hembesöket som en viktig metod för att etablera en förtroendefull relation med föräldrarna och få en bild av familjens situation [16]. 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.

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.

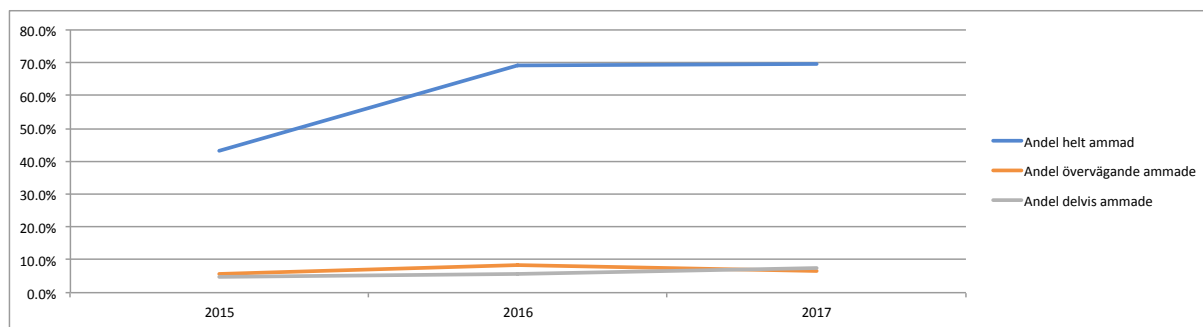


Figur 4. Andel barn med något hembesök 2017 per åldersgrupp

Hembesöksfrekvensen till nyfödda under år 2017 ligger under målnivån 85 %. Data visar också att endast ett mindre antal barn får hembesök vid 8 månaders ålder. Det senare hembesöket infördes i Barnhälsovårdsprogrammet 2015 och har implementerats i mycket olika utsträckning i landet som helhet.

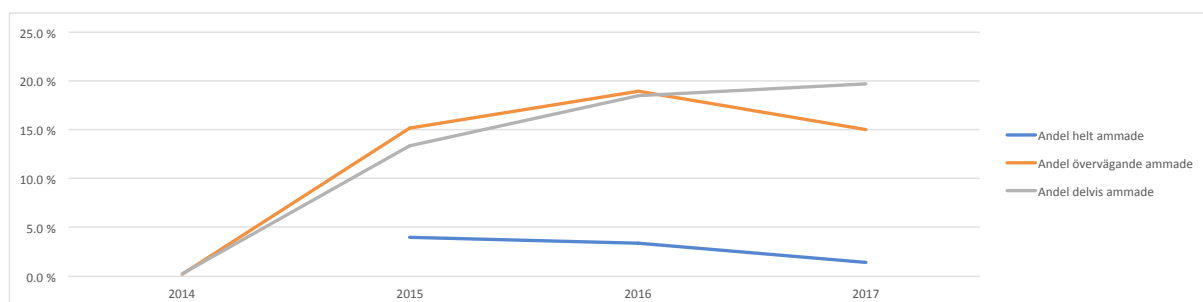
Amning

Amning är den mest naturliga och rådliga vägen till en hälsosam tillväxt och utveckling för barn [19]. Bröstmjolk har många viktiga fördelar, både för spädbarnet och dess moder, och amning uppmuntras i all hälso- och sjukvård. Bröstmjölken innehåller ämnen som stimulerar immunförsvaret hos barnet och minskar risken för infektioner [20, 21]. Sannolikt medierar bröstmjolk även skydd mot ohälsa senare i livet, bl.a. i form av övervikt och diabetes, [22, 23]. 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. vid 1 veckas respektive 6 månaders ålder, se figur 5 och 6 nedan.



Figur 5. Amning vid 1 veckas ålder bland barn födda 2017 i Landstinget Dalarna.

Totalt amrades 84 % vid 1 veckas ålder. 7 % av barnen amrades inte. Bortfallet var knappt 9 %.

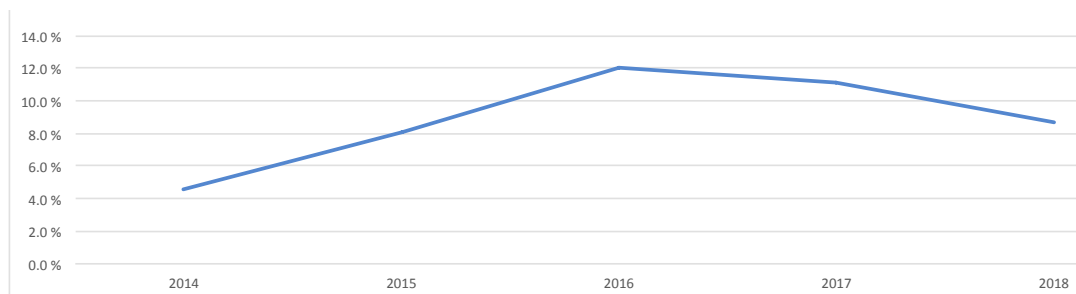


Figur 6. Amning vid 6 månaders ålder bland barn födda 2017 i Landstinget Dalarna.

Totalt amrades 40 % av barnen födda 2017 vid 6 månaders ålder. Bortfallet på variabeln var dock högt, 36 %. 24 % av barnen amrades inte. Det höga bortfallet beror sannolikt på brister i dokumentationsrutiner och behöver följas upp lokalt.

Exponering för tobaksrök i hemmet

Utsatts spädbarn för passiv rökning ökar riskerna för plötslig spädbarnsdöd [63, 64], astma [65], inflammation i mellanörat [66] och nedre luftvägsinfektioner [67]. Dessutom ökar risken att barnet själv skall bli rökare om det växer upp i en rökande miljö [68]. Data avser att mäta hur stor andel av vårdnadshavarna, fördelat på kvinnor och män, som är rökare samt hur stor andel barn som exponeras för tobaksrök i hemmet vid 4 veckor, 8 månader, 18 månader respektive 4 år.



Figur 7. Andel rökare i barnets hemmiljö vid 4 veckors ålder bland barn födda 2017.

Variationen mellan BVC-enheterna är stor, mellan 2,5 % och 20 % med ett genomsnitt för landstinget på 11, 1 %. Data visar att andelen barn exponerade för tobaksrök minskat med 0,9 procentenheter jämfört med föregående år. De låga andelarna för 2014 och 2015 beror på att datainsamlingen inte omfattat dessa födelseår.

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 BMI. Uppgift om BMI används för att följa utvecklingen av överviktiga/underviktiga barn.

Kön	Flickor			Pojkar						
	Antal		Andel	Antal		Andel				
Län	Övervikt	Fetma	Totalt	Övervikt	Fetma	Övervikt	Fetma	Totalt	Övervikt	Fetma
Dalarna	160	47	1501	11%	3%	154	43	1543	10%	3%

Tabell 2. Antal och andelar 4-åriga barn, födda 2013, med övervikt respektive fetma fördelat på kön.

Förekomsten av såväl övervikt som fetma är i stort sett jämt fördelad mellan könen.

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 landsting/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 (journalen). Registret planerar också för 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 de lokala BHV-enheterna i de landsting/regioner 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 validiteten 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 webbplats www.bhvq.se/valideringsplan-svenska-barnhalsovardsregistret.

Hemsida

På registrets webbplats, www.bhvq.se, finns aktuell information om registret och dess variabler samt information riktad till såväl verksamhet, IT-utvecklare som vårdnadshavare.

Referenser

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. UNICEF, *Barnkonventionen. FN:s konvention om barnets rättigheter. Artikel 22 Flyktingbarn*. 1989, FN: New York.
3. Hälso- och sjukvårdslagen, 1985:1100; 2f § första st. 1982.
4. Ekholm, L. and M. Lindh, *Barnhälsovården, Statistik 2013, med barnhälsoindex*. 2014, Barnhälsovårdens länsenhet: Örebro.
5. Magnusson, M., et al., *Barnhälsovården i Uppsala län - Årsrapport 2014*. 2015, Barnhälsovårdens länsavdelning: Uppsala.
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 landsting.
9. Svenska barnhälsovårdsregistret, B., *Svenska barnhälsovårdsregistret Registerbeskrivning*. <http://bhvq.se/bhv-verksamhet-journalutvecklare/>. 2018.
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.
12. 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].
13. Magnusson, M., et al., *Hembesök*, in *Barnhälsovård - att främja barns hälsa*, p 212-213. 2009, Liber AB: Stockholm.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. Barnett, 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.
19. 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.
20. Lönnerdal, B., *Bioactive proteins in breast milk*. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 2013. **49**(Suppl. 1): p. 1-7.

21. 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.
22. Hodinott, P., D. Tappin, and C. Wright, *Breast feeding*. BMJ, 2008. **336**(7649): p. 881-7.
23. 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.
24. Barnhälsovård, R.f. *Fokusområde Tillväxt och kroppslig mognad*. www.rikshandboken-bhv/FokusOmråde/Tillväxt_och_kroppslig_mognad. 2015 [cited 2015 04 02].
25. barnhälsovårdsregistret, S., *Svenska barnhälsovårdsregistret Informationsspecifikation*. <http://bhvq.se/bhv-verksamhet-journalutvecklare/>. 2018.



© Svenska barnhälsovårdsregistret 2018
www.bhvq.se