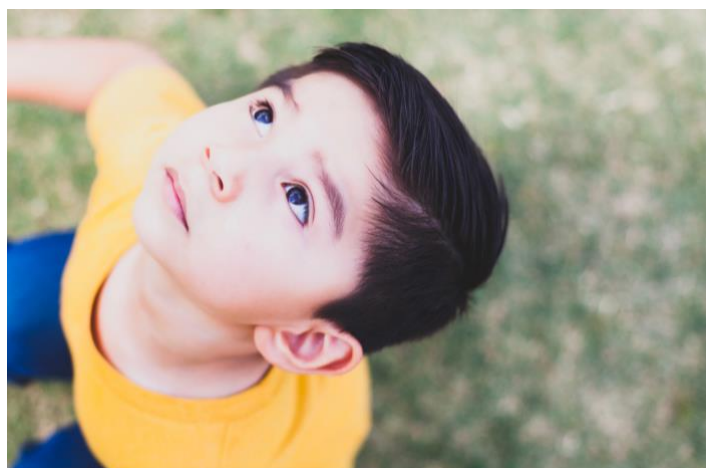




# Svenska Barnhälsovårdsregistret



**Registerbeskrivning version 21.0**

## Översikt variabler Svenska barnhälsovårdsregistret

Variabel			Beskrivning	Inf. Spec. v. 2.0
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?	11
Behovsindex	B	S	Beräknat index av andel BCG-indikation, andel vårdnadshavare 1 röker vid 4 veckor och andel första barn.	
Hembesök		R P	Hembesök från BVC till familjer med barn 0-5 år.	12
Mottagningsbesök		R P	Antal besök på BVC-mottagning fördelat på sjuksköterska, barnläkare, allmänläkare och teambesök.	12
Föräldrastöd i grupp		R P	Deltagande i föräldragrupp.	14
EPDS		P	Genomförd EPDS.	13
Enskilt samtal för pappa/den ickefödande föräldern		R P	Genomfört samtal	14
Amning		R P	Amningsstatus oavsett ålder samt första tillfälle annan kost.	15
Vaccinationer		R P		16
Rökning		R P	Vårdnadshavarnas rökning samt rökare i barnets hemmiljö vid 4 veckor, 8 månader, 18 månader och 4 år.	17
Tillväxt		R P	Graviditetslängd, längd, vikt och huvudomfång, biologiska föräldrars längd.	19
Språkscreening 2,5-3 år		R P	Genomförd och avvikelse vid språkscreening 2,5/3 år.	25
Hörselscreening 4 år		P	Genomförd och avvikelse vid hörselscreening 4 år.	25
Synscreening 4 år		P	Genomförd och avvikelse vid synscreening 4 år.	25
Utvecklingsbedömning 4 år		P R	Genomförd och avvikelse vid uppföljning av utveckling vid 4 år.	26
Remisser		P	Remisser skickade från BVC.	27
Hemgång e. förlossning		P	Datum då barnet återvänder hem efter förlossning.	27
Antibiotika, Eksem, Olycksfall, Astma		R	Indikatorer för att beskriva och följa förskolebarns hälsotillstånd och välbefinnande.	28 - 30

**B**=Beräknas i databasen, **S**=Strukturvariabel, **R**=Resultatvariabel, **P**=Processvariabel

### Informationsspecifikation

Informationsspecifikationen finns tillgänglig på registrets webbplats [www.bhvq.se](http://www.bhvq.se). I ovanstående tabell hänvisar siffran i kolumn *Info.spec* till den sida i informationsspecifikationen där variabeln beskrivs.

Version 21.00

<b>Översikt variabler Svenska barnhälsovårdsregistret</b>	<b>2</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>5</b>
<i>Förbättringsarbete inom barnhälsovården</i>	5
<i>Nationella kvalitetsregister</i>	5
<i>Indikatorer och mått</i>	6
<b>Barnhälsovårdens kvalitetsindikatorer</b>	<b>6</b>
<i>Svenska barnhälsovårdsregistret som en del i det kontinuerliga förbättringsarbetet</i>	7
<i>Arbetsgrupper</i>	8
<i>Aktuell styrgrupp</i>	9
<b>Svenska barnhälsovårdsregistret</b>	<b>10</b>
<i>Population, fullständighet och täckningsgrad</i>	10
<i>Barnkonventionen</i>	10
<i>Sekretess</i>	10
<i>Dataåtkomst och användning av personuppgifter</i>	10
<i>Informationsspecifikation och tjänstekontrakt</i>	11
<b>Information till vårdnadshavare</b>	<b>11</b>
<b>Insamling av data till BHVQ från digitala journalsystem</b>	<b>12</b>
<i>Olika lösningar för automatiserade dataöverföring</i>	12
<b>Avtal med externa företag och organisationer</b>	<b>14</b>
<b>Allmänt om nationella kvalitetsregister</b>	<b>14</b>
<b>Barnhälsovårdsregistrets webbplats</b>	<b>14</b>
<b>Variabeldefinitioner</b>	<b>15</b>
<i>Antal barn</i>	15
<i>Täckningsgrad</i>	16
<i>Första barn</i>	17
<i>Behovsindex</i>	18
<i>Hembesök</i>	20
<i>Mottagningsbesök</i>	22
<i>Föräldrastöd i grupp</i>	23
<i>Depressionsscreening med EPDS</i>	25
<i>Enskilt samtal till pappan/den icke-födande föräldern</i>	26
<i>Amning</i>	28
<i>Flödesschema för insamling av amningsuppgifter</i>	31
<i>Vaccination</i>	32
<i>Rökning</i>	34
<i>Tillväxt</i>	36
<i>Språkscreening 2,5 – 3 år</i>	39

<i>Hörselscreening 4 år</i>	41
<i>Synscreening 4 år</i>	42
<i>Utvecklingsbedömning 4 år</i>	43
<i>Remisser</i>	45
<i>Hemgång efter förlossning</i>	46
<i>Antibiotika, eksem, olycksfall och astma</i>	47
<b>Datafångstintervall för BHVQ variabler</b>	<b>48</b>
<b>Ändringar i aktuell version av BHVQ Registerbeskrivning</b>	<b>49</b>
<b>Kontaktinformation Svenska barnhälsovårdsregistret</b>	<b>49</b>
<b>Variabler i BHVQ på en tidsaxel över barnets ålder</b>	<b>50</b>

## 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<sup>1</sup> 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 Skyddsnetet<sup>2</sup>.

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<sup>3 4</sup>. 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 aidentifieras som regel innan leverans för att minska risken för integritetsintrång.

### Nationella kvalitetsregister

Det första svenska nationella kvalitetsregistret inom hälso- och sjukvården, knäplastikregistret, startade redan 1975<sup>5</sup>. I början av 1990-talet ökade intresset för evidensbaserad vård och Socialstyrelsen och dåvarande Landstingsförbundet började bygga upp kompetensresurser för att stödja utvecklingen. 2012 tecknade regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) överenskommelse om en 5-årig satsning på ekonomiskt och resursmässigt stöd till de nationella kvalitetsregistren för ökad användning i vårdens förbättringsarbete<sup>6</sup>. Idag finns ett drygt 100-tal nationella kvalitetsregister inom olika delar av hälso- och sjukvården som drivs av professionerna inom respektive område. Syftet med nationella kvalitetsregister är att data ska användas för kontinuerligt förbättringsarbete, för produktion av statistik och för forskning.

<sup>1</sup> Hälso- och sjukvårdslagen, 1985:1100; 2f § första st. 1982.

<sup>2</sup> Socialstyrelsen, *Skydda skyddsnetet! En utredning om barnhälsovårdens funktion och uppgifter under 90-talet*. 1991: Stockholm.

<sup>3</sup> Ekholm, L. and M. Lindh, *Årsrapporter från Barnvårdscentralerna*, Barnhälsovården i Örebro län..

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

<sup>5</sup> Nationella kvalitetsregister. *Kvalitetsregistrens historia*.

<http://www.kvalitetsregister.se/sekundarnavigering/omnationellakvalitetsregister/kvalitetsregistrenshistoria.4.7b127e9b142b85fdb6c17c.html>. 2014 [2014-11-28].

<sup>6</sup> Nationella kvalitetsregister. *Satsning på nationella kvalitetsregister*.

<http://www.kvalitetsregister.se/sekundarnavigering/omnationellakvalitetsregister/satsningen20122016.4.7b127e9b142b85fdb6c18f.html>. 2014 [cited 2014 2014-11-28].

Version 21.00

## 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 valida och reliabla som möjligt<sup>7</sup>. 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<sup>8</sup>. För att hitta lämpliga indikatorer behöver man kunskap om olika aspekter av verksamheten. Indikatorer kan beskriva verksamhetens resurser (strukturmått), verksamhetens insatser och program (processmått) och verksamhetens påverkan på patientgruppen (resultatmått)<sup>9</sup>. Dessutom 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)<sup>10</sup>.

Alla kvalitetsmått bör om möjligt förses med målnivåer<sup>11</sup>. 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 målnivåer. Kring målnivåerna bör finnas nationell konsensus och de bör också vara möjliga att uppnå. Målnivåer ger verksamheterna en riktlinjer 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.

## 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"<sup>12</sup>. 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

<sup>7</sup> Nationella Kvalitetsregister. *Valideringshandbok*.

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

<sup>8</sup> Kvalitetsregistercentrum Stockholm, *Handbok för kvalitetsregister*. 2012, Kvalitetsregistercentrum Stockholm.

<sup>9</sup> 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.

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

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

<sup>12</sup> Stiftelsen Allmänna barnhuset, *Barnhälsovårdens kvalitetsindikatorer. Dokumentation från Stiftelsen Allmänna Barnhusets konferens Sätra bruk 18-20 maj 2005*. 2005: Stockholm. Version 21.00

- 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
- 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<sup>13</sup>.

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 kvalitetsmått 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 kvalitet, 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.

---

<sup>13</sup> Ekholm, L. and T. Wallby, *Svenska barnhälsovårdsregistret. Beskrivning av registret med variabeldefinitioner, beräkningar och utdata*. www.bhvq.se. 2016, Barnhälsovårdens länsenhet: Uppsala. Version 21.00

## Arbetsgrupper

### Arbetsgrupp 2005 - 2009

Anita Elfström, Centrala Barnhälsovården, Mölndal  
 Antonia Reuter, MBHV-teamet, Hisings Backa  
 Leif Ekholm, Barnhälsovården, Örebro  
 Thomas Wallby, Barnhälsovården, Uppsala

### Arbetsgrupp inom "Evelina"-arbetet för kvalitetsuppföljning på BVC 2010-2011

Agneta Ehrlemark, Barnhälsovården Sörmland  
 Anita Elfström, Barnhälsovården Västra Götaland  
 Anita Niemann, Västernorrland  
 Bernt Alm, Barnhälsovården Halland  
 Eva- Lena Östholm Barnhälsovården, Västernorrland  
 Göran Hermansson, Barnhälsovården Östergötland  
 Inga-Lill Alblad, Barnhälsovården Västra Götaland  
 Leif Ekholm, Barnhälsovården, Örebro  
 Marianne Bergström, Barnhälsovården Stockholm  
 Monika Lidbeck, Barnhälsovården Västra Götaland  
 Rolf Pettersson, Barnhälsovården Västra Götaland  
 Thomas Lundberg, Barnhälsovården Västernorrland  
 Thomas Wallby, Barnhälsovården, Uppsala

### Interrimistisk arbetsgrupp för BHVQ 2012

Registerhållare och ordförande: Björn Wettergren  
 Anita Elfström, Barnhälsovården Västra Götaland  
 Lars Olsson, Barnhälsovården Skåne  
 Leif Ekholm, Barnhälsovården Örebro  
 Lena Frenzel, Barnhälsovården Stockholm  
 Marianne Bergström, Barnhälsovården Stockholm  
 Mariette Derwig, Barnhälsovården Skåne  
 Thomas Wallby, Barnhälsovården Uppsala

### Styrgrupp BHVQ 2013

Registerhållare	Thomas Wallby, Barnhälsovården Uppsala
Ordförande	Leif Ekholm, Barnhälsovården Örebro
Sekreterare	Eva Hjelmstedt, Barnhälsovården Uppsala
Ledamöter	Ann-Charlotte Jonsson, Barnhälsovården Kalmar Ann-Sofie Cavefors, Barnhälsovården Västra Götaland Lars Olsson, Barnhälsovården Skåne Lena Frenzel, Barnhälsovården Stockholm Mariette Derwig, Barnhälsovården Skåne Sven-Arne Silfverdal, Barnhälsovården Västerbotten
Adjungerade	Ylva Ståhl, Cehis/NEXT Kerstin Petersson, registerhållare Mödrahälsovårdsregistret Anders Hjern, forskare, barnepidemiolog, CHES, Stockholms universitet Marina Lundqvist, Riksföreningen skolsköterskor, Skolhälsovårdsregistret. Marianne Bergström, Nationellt ansvarig för insamling av data avseende vaccinationer (Folkhälsomyndigheten), amning och rökning (Socialstyrelsen).



## Aktuell styrgrupp

Registerhållare	Anna Fäldt Med. Dr. specialistlogoped, Barnhälsovården Region Uppsala
Ordförande	Jennie Hedman Vårdutvecklare, Barnhälsovården Jämtland
Ledamöter	Leif Ekholm BHV-överläkare, Barnhälsovården Örebro  Ann-Sofie Cavefors BHV-överläkare, Barnhälsovården Västra Götaland  Karolina Lindström BHV-överläkare, Med Dr, Barnhälsovården Stockholm  Marie Golsäter Vårdutvecklare, Fil Dr, Barnhälsovården, Jönköping  Sven-Arne Silfverdal BHV-överläkare, docent, Barnhälsovården Västerbotten  Emma Ahlstedt Psykolog, Barnhälsovården Västra Götaland  Anton Holmgren BHV-öl, Med Dr, Barnhälsovården Halland  Jennie Nimborg, Vårdutvecklare, Barnhälsovården Sörmland
Adjungerade	Kerstin Petersson, barnmorska, doktorand, Mödrahälsovårdsregistret  Anders Hjern, barnläkare, professor, CHES, Stockholms universitet BHV-överläkare, Stockholm  Marina Lundqvist, sjuksköterska, Riksföreningen skolsköterskor, Registerhållare Elevhälsans medicinska kvalitetsregister  Susann Swärd, barnrättsstrateg, landstinget i Kronoberg

## Svenska barnhälsovårdsregistret

### Population, fullständighet och täckningsgrad

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

Täckningsgraden kan endast bestämmas på nationell nivå eftersom vårdnadshavare i princip har rätt att få sin barnhälsovård tillgodosedd på vilken BHV-enhet som helst i landet oavsett var barnet är folkbokfört. En enskild BHV-enhet har därför inget bestämt antal folkbokförda barn att jämföra med. Detsamma gäller i princip för enskilda regioner även om 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 rapporterade barnhälsovårdsenheter av samtliga möjliga enheter i en region eller i landet.

### Barnkonventionen

Enligt artikel 24 i konventionen om barnets rättigheter<sup>14</sup> 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.

### 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.

För forskningsstudier behövs alltid ett godkännande av en etikprövningsnämnd. Ansökan om utlämnande av data från registret för forskningsändamål ska innehålla fullständig

---

<sup>14</sup> UNICEF, *Barnkonventionen. FN:s konvention om barnets rättigheter. Artikel 24. Hälso- och sjukvård*. 1989, FN: New York.  
Version 21.00

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.

## 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](http://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 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.

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 Östergötland. 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 (se figur 2.).

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. Den levererande vårdgivaren har åtkomst till sina egna data. Åtkomst till samtliga nationella data 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 vårdokumentationssystem inom regionen.

### Olika lösningar för automatiserade dataöverföring

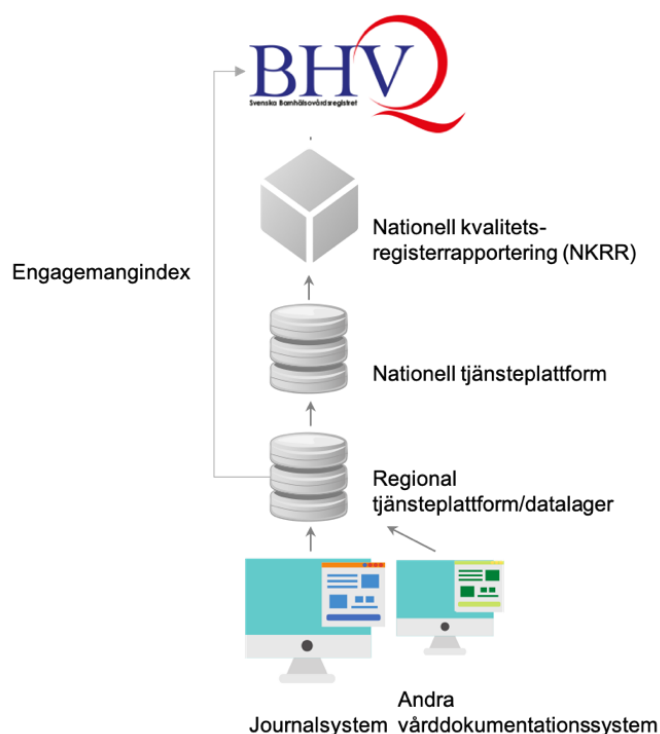
Den automatiserade överföringen kan utformas på olika sätt där kommunikationen mellan användaren och journalsystemet och BHVQ sker med olika grader av automatik.

### Anslutning via NKRR

Den mest automatiserade överföringen av data har beskrivits av *Nationella programmet för datainsamling (NPDI)* på SKR och beskrivs grafiskt figur 1. Denna metod är att föredra då den inte skapar särlösningar för olika register (figur 2.).

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 förvaltda 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.

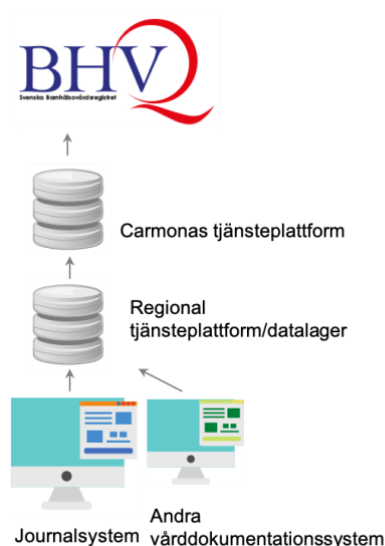


Figur 1 Anslutning via Nationell kvalitetsregisterrapport

### 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 Carmonas tjänsteplattform.



Figur 2 Anslutning via punkt-till-punktlösning

## Avtal med externa företag och organisationer

Svenska barnhälsovårdsregistret har tecknat avtal med externa företag/organisationer. Dokumenten finns tillgängliga på registrets webbplats [www.bhvq.se](http://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 [www.1177.se/Regler-och-rattigheter/Nationella-kvalitetsregister/](http://www.1177.se/Regler-och-rattigheter/Nationella-kvalitetsregister/) och på Sveriges kommuner och landsting [www.kvalitetsregister.se](http://www.kvalitetsregister.se).

## Barnhälsovårdsregistrets webbplats

Utförlig information om Svenska barnhälsovårdsregistret finns på registrets webbplats [www.bhvq.se](http://www.bhvq.se). Följande information finns tillgänglig

- Nyhetsflöde
- Information till vårdnadshavare inkl. föräldrainsformationsblad
- 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

## Variabeldefinitioner

### Antal barn

#### 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.<sup>15</sup>

#### 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 dubletter orsakade av barn som ändrat personnummer. Bortfall föreligger för barn som saknar fullständigt personnummer.

#### Kommentarer

Beräknas i databasen.

---

<sup>15</sup> 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].

Version 21.00

# 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 95% av de folkbokförda barnen i Sverige tillhör registrets målgrupp.

Enligt artikel 24 i konventionen om barnets rättigheter<sup>16</sup> 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 barnpopulationen som får tillgång till den generella barnhälsovården.

## Definitioner

Med täckningsgrad i detta sammanhang menas den andel av de 95% 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.

## Målnivå

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. Målpopulationer: barn 0 år (0-12 mån), 1 år (11-24 mån), 2-3 år (25-48 mån), 4-5 år (49-72 mån).

## Validitet

Tillfredställande, förutsatt att rutiner skapas som motverkar risken för dubletter orsakade av barn som ändrat personnummer. 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 landstings/regionnivå. Däremot inte på BVC-nivå.

## Kommentarer

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

---

<sup>16</sup> UNICEF. *Konventionen om barnets rättigheter* <http://unicef.se/barnkonventionen>. Artikel 24. 2013 [2013-12-12].

Version 21.00



# Första barn

## Databeskrivning

Strukturmåttmåt. 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.<sup>17</sup> 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. Med vårdnadshavare 1 avses i första hand moder och med vårdnadshavare 2 avses i första hand fader. I familjer där vårdnadshavarna är av samma kön avgör dessa ordningsföljden själva. 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 (moder)?
- Är barnet första barn till vårdnadshavare 2 (fader)?

## Värden

Se informationsspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på [www.bhvq.se](http://www.bhvq.se)

## Målnivå

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.

## Kommentarer

Behovet av att koppla vårdnadshavare 1 (moder) respektive 2 (fader) till ett bestämt kön görs av huvudsakligen två skäl. För det första förutsätter Socialstyrelsens kontinuerliga statistik över föräldrars rökvanor att uppgift om rökning kan fördelas på mödrar respektive fäder, dvs efter kön. För det andra behövs uppgiften för att följa utvecklingen av fäders delaktighet i barnhälsovårdens föräldragrupper. Vid analys av information om första barn till en, båda eller ingen vårdnadshavare respektive hembesök har vårdnadshavarnas kön ingen resultatbärande betydelse.

---

<sup>17</sup> Baggens, C., *Barn och föräldrars möte med sjuksköterskan i barnhälsovården*. 2002, Akademisk avhandling. Linköpings universitet (Linköping studies in arts and science,ISSN0282-9800 ; 261): Linköping.

Version 21.00

# Behovsindex

## Databeskrivning

Strukturmåttmätt. Behovsindex på BVC (IID).

## 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 sjukskötersketiden utökas, i förhållande till behovsindex<sup>15</sup>.

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<sup>18 19 20 21 22 23</sup>. 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<sup>24 25 26 27 28</sup>. Data mäts indirekt via andelen rökande vårdnadshavare 1 (moder) 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.

<sup>18</sup> 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.

<sup>19</sup> Hjern, A., *Migration och hälsa*, in *Folkhälsorapport 2009*. 2009: Stockholm.

<sup>20</sup> Hjern, A., B. Angel, and O. Jeppson, *Political violence, family stress and mental health of refugee children in exile*. Scand J Soc Med, 1998. **26**(1): p. 18-25.

<sup>21</sup> Leao, T.S., et al., *The influence of age at migration and length of residence on self-rated health among Swedish immigrants: a cross-sectional study*. Ethn Health, 2009. **14**(1): p. 93-105.

<sup>22</sup> Staehr, M.A. and E. Munk-Andersen, [*Suicide and suicidal behavior among asylum seekers in Denmark during the period 2001-2003. A retrospective study*]. Ugeskr Laeger, 2006. **168**(17): p. 1650-3.

<sup>23</sup> 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.

<sup>24</sup> 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.

<sup>25</sup> 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.

<sup>26</sup> Johansson, A., G. Hermansson, and J. Ludvigsson, *When does exposure of children to tobacco smoke become child abuse?* Lancet., 2003. **361**(9371): p. 1828.

<sup>27</sup> Statistiska Centralbyrån, *Alkohol- och tobaksbruk*, in *Levnadsförhållanden. Rapport 114, p 65*. 2007: Stockholm. p. 36.

<sup>28</sup> 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.

Version 21.00

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 socialbidragstagare, utbildningsnivå, fattigdomsindex mm.

För praktisk användning är det även önskvärt att den framräknade behovsindex kan sättas i relation till en önskvärd BHV-sjukskötersketid. D.v.s. hur mycket sjukskötersketid det behövs med hänsyn till både antalet nyfödda och behovsindex för respektive BVC. En principdiskussion i sammanhanget är om beräkningarna av behovsindex ska fördela ett givet antal sjuksköterskor över BVC-mottagningarna inom respektive landsting, eller om 55 nyfödda per heltidsanställd sjuksköterska är det högsta antalet och att behovsindex används för att minska antalet barn per sjuksköterska i de vårdtunga områdena.

### Definitioner

Utlandsfödda uttrycks som andel barn med ökad risk för tuberkulos (RT) (enligt FHM:s förteckning över länder med ökad förekomst av tuberkulos<sup>29</sup>, (> 25 fall per 100 000 invånare och år). Vårdnadshavare 1 (moder eller motsvarande) 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 behovsindexmättet uttrycks som  $RT+RÖ+(FF/3)$ . Förstfödda divideras med 3 för att måtten ska väga ungefär lika mycket.

### Målnivå

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-sjukskötersketiden.

### Kommentarer

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

Modell för omräkning av behovsindex till personalresurser på BVC (sjukskötersketid) finns och praktiseras på flera håll i landet, bl.a. i Örebro<sup>30</sup> och Uppsala<sup>31</sup>.

<sup>29</sup> 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.

<sup>30</sup> Ekholm, L. and M. Lindh, *Årsrapporter från Barnavårdscentralerna*, Barnhälsovården i Örebro län.

<sup>31</sup> Magnusson, M., T. Wallby, and S. Lucas, *Barnhälsovården i Uppsala län - Årsrapport 2011*. 2012, Barnhälsovårdens länsavdelning: Uppsala.

Version 21.00

# 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<sup>32</sup>. 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<sup>33</sup> och att upptäcka barn som riskerar att fara illa<sup>34</sup>. 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<sup>35</sup>. Internationella interventionsstudier med hembesök riktade till riskfamiljer har visat positiva effekter för relationen med partnern och långsiktiga effekter för barnets skolprestationer<sup>36</sup>. Interventioner med upprepade besök till unga mödrar visade sig i en amerikansk studie förbättra mödrarnas föräldraförmåga<sup>37</sup>. 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](http://www.bhvq.se)

## Målnivå och datafångstintervall

Första hembesök (hembesök  $\leq$  30 dagar) och vid 8 månader (hembesök inom  $\geq$  227 dagar  $\leq$  274 dagar). Av målpopulationerna bör minst 85 % få hembesök. Målpopulation för det första hembesöket är barn 0 år (0-12 mån) och för hembesök vid 8 månader barn 1 år (13-24 mån).

---

<sup>32</sup> Magnusson, M., et al., *Hembesök*, in *Barnhälsovård - att främja barns hälsa*, p 212-213. 2009, Liber AB: Stockholm.

<sup>33</sup> 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.

<sup>34</sup> 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.

<sup>35</sup> 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.

<sup>36</sup> 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.

<sup>37</sup> 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.

Version 21.00

**Validitet**

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

# Mottagningsbesök

## Databeskrivning

Resultatmått och processmått. Besök på mottagning hos sjuksköterska, barnläkare/ST i pediatrik, allmänläkare/ST i allmänmedicin samt teambesök. (se kommentar nedan),

## Bakgrund

Barnhälsovårdens generella program följs erfarenhetsmässigt av praktiskt taget alla svenska förskolebarn och har acceptans i alla sociala skikt<sup>38 39 40</sup>. 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.

## Värden

Se informationsspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på [www.bhvq.se](http://www.bhvq.se)

## Målnivå och datafångstintervall

Minst 80 % av alla barn i målpopulationen ska ha fått teambesök vid 4 veckor ( $\leq 42$  dagar), 6 månader ( $\geq 167$  dagar  $\leq 213$  dagar), 12 månader ( $\geq 335$  dagar  $\leq 426$  dagar) respektive 2,5-3 år ( $\geq 883$  dagar  $\leq 1186$  dagar) och sjuksköterskebesök vid 6-8 veckor, 3, 5, 10 resp. 18 månader. Målpopulationer: 0 år (4 veckor), 1 år (6 månader och 12 månader), 3 år (2,5-3 år).

## 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.

<sup>38</sup> Magnusson, M., et al., *Barnhälsovård - att främja barns hälsa*. 2009, Stockholm: Liber AB.

<sup>39</sup> 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.

<sup>40</sup> 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.

Version 21.00

# Föräldrastöd i grupp

## Databeskrivning

Resultatmått och processmått. Deltagande i föräldragrupp.

## Bakgrund

Begreppet "Föräldrastöd i grupp ("föräldragrupp")" innefattar såväl universella som selektiva och indikerade stödformer<sup>41 42</sup>. Målsättningen är att ge ökade kunskaper, skapa möjlighet till kontakt och gemenskap samt att skapa möjlighet till medvetenhet om påverkan av samhällsförhållanden<sup>43</sup>. Data avser att mäta såväl förekomst av föräldragrupp på BVC som antal grupp-tillfällen. Data avser också att följa faders delaktighet i föräldragrupsverksamheten. För detta syfte behöver vårdnadshavarna kunna delas in efter kön.

## Definitioner

Föräldrastöd i grupp: Av BVC initierad och ledd grupp föräldrar som regelbundet träffas för att samtala om frågor kring föräldraskapet. Gruppleddare skall i huvudsak vara BHV-sjuksköterskan eller, då det är aktuellt, MBHV-psykologen. Ovanstående definition inkluderar även BVC inom familjecentralen, men där BHV-sjuksköterskan är huvudsaklig gruppleddare.

Med första barn menas att barnet är någon av vårdnadshavarnas första biologiska barn eller adoptivbarn. Med vårdnadshavare 1 avses i första hand moder och med vårdnadshavare 2 avses i första hand fader. I familjer där vårdnadshavarna är av samma kön avgör dessa ordningsföljden själva.

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

## Fråga

- Vårdnadshavare 1 (moder) deltagit.
- Vårdnadshavare 2 (fader) deltagit.

## Värden

Se informationsspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på [www.bhvq.se](http://www.bhvq.se)

## Målnivå

På grund av variabelns bristfälliga validitet kan inget mål definieras.

<sup>41</sup> 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.

<sup>42</sup> Svensk Mödra- och barnhälsovård, *Tidigt föräldrastöd - en fördjupad beskrivning och analys av det tidiga föräldrastödet inom mödra- och barnhälsovården*.

[http://www.gothiaforlag.se/se/butik/bilagor/tidigt\\_foraldrastod\\_-\\_bilagor/](http://www.gothiaforlag.se/se/butik/bilagor/tidigt_foraldrastod_-_bilagor/), ed. S.f.f.o.o.g. Sammanställt av representanter för Svenska barnmorskeförbundet, Distriktssköterskeförbundet i Sverige, Riksföreningen för barnsjuksköterskor, Mödra- och barnhälsovårdspsykologernas yrkesförening samt Svenska barnläkarföreningen, verksamma inom Mödra och barnhälsovården. 2007, Stockholm: Gothia förlag AB.

<sup>43</sup> Socialstyrelsen, *Föräldrautbildning - Kring barnets födelse och första levnadsår*. Socialstyrelsen redovisar 1984:12, in *Socialstyrelsen redovisar 1984:12*. 1984: Stockholm.

Version 21.00

**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.



# Depressionsscreening med EPDS

## Databeskrivning

Processmått. Genomförd depressionsscreening med EPDS.

## Bakgrund

Forskning har visat att det tidiga samspelsmönstret kan påverkas negativt av en depression hos modern med risk för utveckling av otrygg anknytning och negativa effekter för barnets utveckling. Det finns också en ökad risk för kvinnans egen hälsa och för föräldraparets relation. För att inom barnhälsovårdens verksamhet lättare kunna upptäcka depressiva symtom och depression hos modern har självskattningsskalan *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*<sup>44</sup> visat sig vara till god hjälp. Depressionsscreening med EPDS-skalan och bedömningsamtal genomförs 6-8 veckor efter barnets födelse. EPDS-skalan är inte validerad för depressionsscreening av mödrar 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<sup>45</sup>.

## Definitioner

Screening avseende depression post partum avser att man på BVC har ett lokalt program som innefattar EPDS-formulär kombinerat med ett bedömningsamtal och erbjudande om åtgärd vid behov. För mödrar som inte behärskar svenska språket används i första hand ett översatt och accepterat/validerat formulär på moderns hemspråk. Om det inte finns något översatt och accepterat formulär på moderns hemspråk tolkas frågorna i det svenska EPDS-formuläret för modern. I kombination med bedömningsamtal 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](http://www.bhvq.se)

## Målnivå och datafångstintervall

Av målpopulationen barn 0 år (0-12 månader) bör minst 70 % ha uppgift om genomförd depressionsscreening med EPDS (<= 90 dagar). Önskvärd nivå är dock 90 %. Den lägre målnivån är satt då många landsting/regioner inte har hunnit utbilda all BVC-personal i EPDS-metoden.

## Validitet

Tillfredställande. Alla mödrar 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.

<sup>44</sup> 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.

<sup>45</sup> Wickberg, B. and P. Hwang, *Post partum depression*, Statens folkhälsoinstitut, Editor. 2003: Östersund. Version 21.00

# 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<sup>46 47</sup>. Delaktighet i den tidiga omvårdnaden ökar föräldrars benägenhet att engagera sig i barnet över tid<sup>48</sup>. 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<sup>49</sup>.

Det enskilda föräldrasamtalet med pappan/den icke-födande föräldern genomförs när barnet är 3-5 månader. Samtalets primära syfte är föräldrastödande. I metoden för samtalet ingår en samtalsguide med frågor om barnet, föräldraskapet och familjesituationen och föräldrarnas mående<sup>50</sup>. Frågor om föräldrarnas psykiska mående ingår i metoden, och samtalet har visat goda möjligheter att fånga upp behov av stöd, men samtalet utgör ingen depressionsscreening<sup>51</sup>.

Regionerna i landet befinner sig i olika stadier när det gäller införandet av samtalet. Det behövs ett utvecklingsarbete för att kvalitetssäkra att syftet och innehållet möter den nationella metoden.

## 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 föräldrarnas 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](http://www.bhvq.se)

## Målnivå och datafångstintervall

<sup>46</sup> Lamb ME. The role of the father in child development. NJ: John Wiley & Sons Inc; 2010.

<sup>47</sup> Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica*. 2008;97:153–8.

<sup>48</sup> Lamb ME. The role of the father in child development. NJ: John Wiley & Sons Inc; 2010.

<sup>49</sup> 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

<sup>50</sup> <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/enskilda-foraldrasamtal/>

<sup>51</sup> Data från Skåne, opublicerade: Mellan 6 och 7 % av de föräldrar som deltar i samtalet erbjuds någon form av uppföljning.

Målpopulationen är barn 0 år (0-12 månader). Önskvärd nivå om genomfört enskilt föräldrasamtal är 90 %, i likhet med målnivån när det gäller depressionsscreeningen för mödrar.

**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.

# Amning

## Databeskrivning

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

## Bakgrund

Bröstmjölken har många viktiga fördelar, både för spädbarnet och dess moder, och amning uppmuntras i all hälso- och sjukvård<sup>52</sup>. Bröstmjölken innehåller ämnen som stimulerar immunförsvaret hos barnet och minskar risken för infektioner<sup>53</sup> <sup>54</sup>. Sannolikt medierar bröstmjölken även skydd mot ohälsa senare i livet, bl.a. i form av övervikt och diabetes<sup>55</sup> <sup>56</sup>. 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 uppfödning 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).

*Frågan om aktuell uppfödning gäller de senaste 7 dagarna.*

Mätålder	Datafångstintervall (fr.o.m.-t.o.m.)
1 vecka	Utskrivning BB - 2,5 v (18 d)
2 månader	1 m + 2 v (42 d) - 2 m + 3 v (82 d)
4 månader	3 m + 2 v (105 d) - 4 m + 3 v (143 d)
6 månader	5 m + 2 v (167 d) - 7 m (213 d)
8 månader	7 m + 2 v (227 d) - 9 m (274 d)
12 månader	11 m (335 d) - 14 m (426 d)

<sup>52</sup> 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.

<sup>53</sup> Lönnerdal, B., *Bioactive proteins in breast milk*. Journal of Paediatrics and Child Health, 2013. **49**(Suppl. 1): p. 1-7.

<sup>54</sup> 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.

<sup>55</sup> Hodinott, P., D. Tappin, and C. Wright, *Breast feeding*. BMJ, 2008. **336**(7649): p. 881-7.

<sup>56</sup> 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.

Version 21.00

**Definitioner**<sup>57</sup>

Bröstmjolk	Inkluderar amning, urpumpad bröstmjolk och donator bröstmjolk.
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 <sup>58</sup> .
Annan kost	Inkluderar bröstmjölksersättning, välling, vatten, drycker och annan föda.
Helt ammad	Barn som enbart fått bröstmjolk, inkl. vitaminer (t.ex. D-droppar), mineraler eller läkemedel de senaste 7 dagarna.
Övervägande ammad	Barn som förutom bröstmjolk också fått pyttesmå smakprover, oavsett antal, och/eller annan kost vid 1-2 tillfällen de senaste 7 dagarna.
Delvis ammad	Barn som förutom bröstmjolk 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 bröstmjolk.
Enbart ammad (sedan födelsen)	Barn som enbart fått bröstmjolk 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 (Första mål annat än bröstmjolk).  
*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](http://www.bhvq.se)

<sup>57</sup> The Breastfeeding Committee for Canada. [Breastfeeding Definitions and Data Collection Periods. 2006.](#)

<sup>58</sup> Livsmedelsverket. Kostråd för spädbarn - Pyttesmå smakprover. <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/kostrad/Spadbarn/>. 2014 [cited 2014 20140204].

Version 21.00

### Målnivå och datafångstintervall

Alltför många externa faktorer utanför BVC:s möjlighet att påverka har betydelse för amningsfrekvensen. Av detta skäl definieras inget mål. För datafångstintervall, se tabell ovan

### Validitet

Tillfredställande. Erfarenhet av att samla in amningsdata på individnivå finns, såväl i Uppsala<sup>31</sup> som i Örebro<sup>30</sup>. I övriga landet samlas amningsdata in på BVC-nivå. 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<sup>59</sup> en liknande kategorisering.

Frågan om vad barnet fått 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*<sup>60 61</sup>). I Socialstyrelsens statistik saknas kategorin *Enbart ammad (sedan födseln)*.

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

WHO använder ett begränsat tidsfönster på 24 timmar ("*during the previous day*"<sup>62</sup>).

Amningskategorier	Socialstyrelsen (tom 2019/2020)	Socialstyrelsen BHVG	WHO "Breast-feeding"	
Enbart Hel Exclusive	Enbart	Enbart	Exclusive ("infants under 6 months of age")	Full
		BHVQ Hel Enbart ammad (sedan födseln) *	Predominant ("also water, water based drinks, fruit- juice")	
Delvis	Delvis	Övervägande	Complementary ("children 6 months of age or beyond")	
		Delvis		

<sup>59</sup> Socialstyrelsen, [Statistik om amning](#)

<sup>60</sup> Breastfeeding Committee for Canada; [Breastfeeding Definitions and Data Collection Periods, 2012](#)

<sup>61</sup> Australien Government, [The Department of Health. Breastfeeding definitions](#)

<sup>62</sup> WHO; [Indicators for assessing infant and young child feeding practices ,2008](#)  
Version 21.00

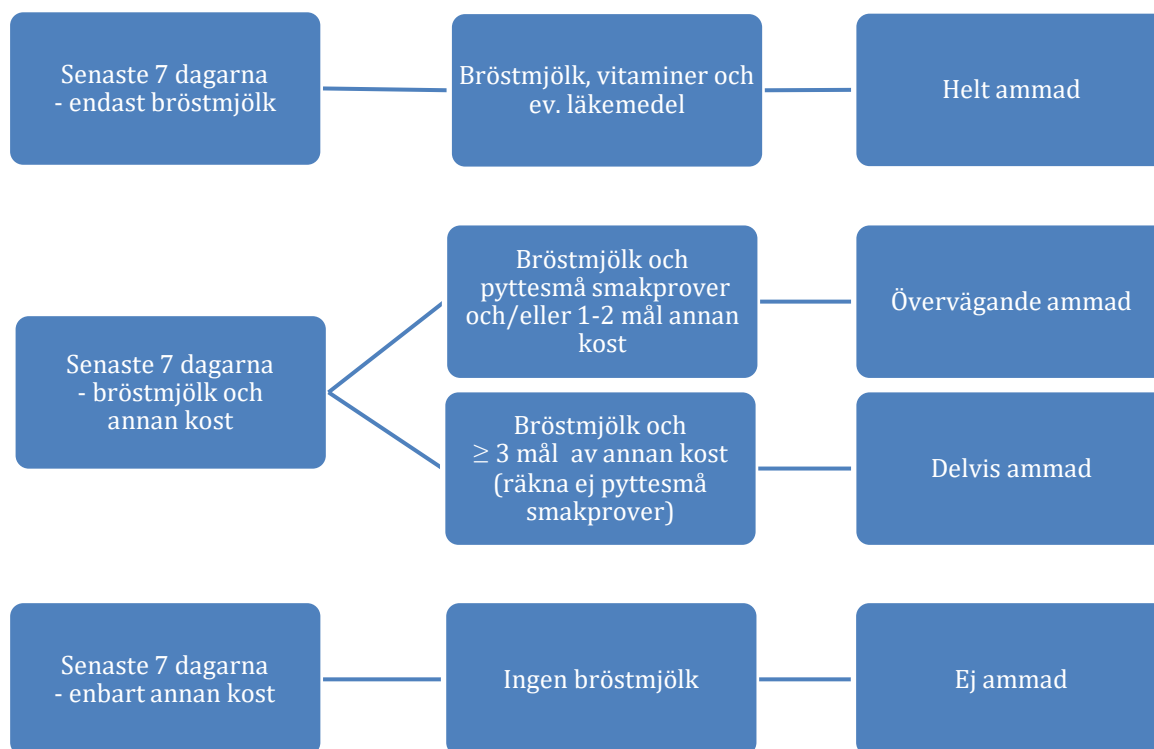
	Datafångstintervall		
	Saknas	Senaste 7 dagarna	"during the previous day"

## 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 (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.

Alla vaccinationer i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn<sup>63 64</sup> rapporteras sedan den 1 januari 2013 till ett vaccinationsregister på Folkhälsomyndigheten (Nationella Vaccinationsregistret, NVR). Detta register tillhandahåller inte vaccinationstäckningsdata på vårdnivå eller information om vaccination mot tuberkulos. NVR frågar inte efter vaccinationer efter 2 års ålder dvs. inte om alla vaccinationer som ges av barnhälsovården. Även tidigare utförda vaccinationer saknas i NVR. Sammantaget ger inte NVR tillräckligt fullständiga uppgifter om vaccinationer och t.ex. inte om hur många barn som är vaccinerade enligt allmänna barnprogrammet inför skolstart.

## 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)<sup>29 65</sup>.

## Fråga

- Vaccinerad mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio, Haemophilus influenzae typ b, Hepatit B, pneumokocker, mässling, påssjuka, röda hund, rotavirus och tuberkulos.
- I riskgrupp för tuberkulos (TB)?
- 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](http://www.bhvq.se)

<sup>63</sup> Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens föreskrift om vaccination av barn*, in *SOSFS 2006:22*, Socialstyrelsen, Editor. 2006.

<sup>64</sup> Socialstyrelsen, *Ändring i föreskrifterna (SOSFS 2006:22) om vaccination av barn*, in *SOSFS 2008:7*, Socialstyrelsen, Editor. 2008.

<sup>65</sup> WHO, *Estimated Tb incidence rates, 2010*.

[http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global\\_TB\\_incidence\\_2010.png](http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_TB_incidence_2010.png), WHO, Editor. 2011. Version 21.00



**Målnivå och datafångstintervall**

Uppgift om respektive vaccination och riskgrupp för tuberkulos ska finnas för 95 % målpopulationen. Målpopulationen är för vaccination mot rotavirus och tuberkulos samt för barn i riskgrupp för tuberkulos är 0 år. Målpopulationen för vaccination mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio, mässling, påssjuka, kikhosta är 2 år ( $\leq 731d$ ) och 3–6 år ( $\geq 732d - \leq 2162d$ )

**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.

# Rökning

## Databeskrivning

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

## Bakgrund

Redan under fostertiden utsätts barn till rökande mödrar för hälsorisker som kan leda till såväl minskad intrauterin tillväxt<sup>66 67</sup>, prematur födelse<sup>68</sup> som till ett flertal negativa förlossningsutfall<sup>69</sup>. Utsätts spädbarn för passiv rökning ökar riskerna för SIDS<sup>70 71</sup>, astma<sup>72</sup>, mediaotit<sup>73</sup> och nedre luftvägsinfektioner<sup>74</sup>. Dessutom ökar risken att barnet själv skall bli rökare, om det växer upp i en rökande miljö<sup>75</sup>. 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.

## 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. Socialstyrelsens kontinuerliga statistik över föräldrars rökvanor förutsätter att uppgift om rökning kan fördelas på mödrar respektive fäder, dvs efter kön. Med vårdnadshavare 1 avses därför i första hand moder och med vårdnadshavare 2 avses i första hand fader. I familjer där vårdnadshavarna är av samma kön avgör dessa ordningsföljden själva.

## Fråga

- Vårdnadshavare 1 (moder) röker dagligen?
- Vårdnadshavare 2 (fader) röker dagligen?
- Rökare i barnets hemmiljö?

<sup>66</sup> Cnattingius, S. and B. Haglund, *Decreasing smoking prevalence during pregnancy in Sweden: the effect on small-for-gestational-age births*. Am J Public Health., 1997. **87**(3): p. 410-3.

<sup>67</sup> 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.

<sup>68</sup> 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.

<sup>69</sup> Kallen, K., *The impact of maternal smoking during pregnancy on delivery outcome*. Eur J Public Health., 2001. **11**(3): p. 329-33.

<sup>70</sup> 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.

<sup>71</sup> Wisborg, K., et al., *A prospective study of smoking during pregnancy and SIDS*. Arch Dis Child., 2000. **83**(3): p. 203-6.

<sup>72</sup> 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.

<sup>73</sup> 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.

<sup>74</sup> 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.

<sup>75</sup> 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. Version 21.00

**Värden**

Se informationsspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på [www.bhvq.se](http://www.bhvq.se)

**Målnivå och datafångstintervall**

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

Datafångstintervall 4 v <= 60 dagar, 8 m >=227 dagar <= 274 dagar, 18 m >= 517 dagar <= 638 dagar, 4 år >= 1431 dagar <= 1551 dagar.

**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.

# Tillväxt

## Databeskrivning

Resultatmått och processmått. Födelsevikt, födelselängd, huvudomfång vid födelsen, vikt, längd, huvudomfång, graviditetslängd, biologisk faders längd, biologisk moders längd.

## 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<sup>76</sup>. 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. I framtiden kan data även ligga till grund för utvärdering av befintlig, och utvecklandet av nya, tillväxtdiagram<sup>77</sup>.

Orsaken till låg födelsevikt är komplex men det finns ett klart samband med sämre socioekonomiska förhållanden hos föräldrarna<sup>78 79</sup>, och som grupp av barn löper de ökad risk att drabbas av nyföddhetsperiodens sjukdomar, neurologiska skador, skolsvårigheter, beteendestörningar och kardiovaskulära åldersförändringar<sup>80 81 82 83 84 85</sup>. Uppgift om födelsevikt ger också information om andel generellt tillväxthämmade barn (SGA), vilket kan vara genetiskt orsakat, eller sekundärt till intrauterina infektioner eller t.ex. alkoholmissbruk (alkoholfetopati)<sup>86</sup>. Födelsevikt-, längd och huvudomfång samt uppgift om graviditetslängd hämtas från förlösningssdata.

Läs mera om Tillväxtkurvor och BMI på BVC i Rikshandboken<sup>87</sup>.

<sup>76</sup> Barnhälsovård, R.f. *Fokusområde Tillväxt och kroppslig mognad*. www.rikshandboken-bhv/FokusOmråde/Tillväxt\_och\_kroppslig\_mognad. 2015 [cited 2015 2015 04 02].

<sup>77</sup> Inera. *Tillväxtinformation för barn och ungdomar*. <http://www.inera.se/kundservice/dokument-och-lankar/projekt/tillvaxtinformation-for-barn-och-ungdomar>. 2017 2019 02 26].

<sup>78</sup> O'Campo, P., et al., *Neighborhood risk factors for low birthweight in Baltimore: a multilevel analysis*. Am J Public Health, 1997. **87**(7): p. 1113-8.

<sup>79</sup> Sellström, E. and S. Bremberg, *Närmiljöns betydelse för barns och ungdomars hälsa och välbefinnande – en systematisk kunskapsöversikt*. 2004, Folkhälsoinstitutet: Stockholm.

<sup>80</sup> Barker, D.J., *Early growth and cardiovascular disease*. Arch Dis Child, 1999. **80**(4): p. 305-7.

<sup>81</sup> Gunnell, D.J., et al., *Childhood leg length and adult mortality: follow up of the Carnegie (Boyd Orr) Survey of Diet and Health in Pre-war Britain*. J Epidemiol Community Health, 1998. **52**(3): p. 142-52.

<sup>82</sup> Leon, D.A., et al., *Reduced fetal growth rate and increased risk of death from ischaemic heart disease: cohort study of 15 000 Swedish men and women born 1915-29*. BMJ, 1998. **317**(7153): p. 241-5.

<sup>83</sup> 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.

<sup>84</sup> Wamala, S.P., et al., *Short stature and prognosis of coronary heart disease in women*. J Intern Med, 1999. **245**(6): p. 557-63.

<sup>85</sup> Vågerö, D., *Hur påverkar biologiska och sociala förhållanden tidigt i livet hälsan i vuxen ålder*, Socialstyrelsen, Editor. 1997: Stockholm.

<sup>86</sup> Wüst, M., *The effect of cigarette and alcohol consumption on birth outcomes*, Department of Economics. Aarhus School of Business, Editor. 2010: Aarhus.

<sup>87</sup> Rikshandboken. *Tillväxtdiagram*. <http://www.rikshandboken-bhv.se/halsa-och-utveckling/tillvaxt/tillvaxtdiagram/>. 2018 2019 02 26].

Version 21.00

### Definitioner

Med vikt menas barnets kroppsvikt. Med längd menas barnets kroppslängd. Med faderns och moderns längd menas biologiska föräldrars kroppslängder. Med huvudomfång avses största omfånget runt skallen.

Undervikt, övervikt och fetma beräknas i databasen på BMI cut-offs som motsvarar BMI vid 18 års ålder, s k ISO-BMI<sup>88</sup>.

För rutiner för mätning av tillväxt hänvisas till Rikshandboken i Barnhälsovård [www.rikshandboken-bhv.se](http://www.rikshandboken-bhv.se).

### Frågor som besvaras en gång

- Födelsevikt.
- Födelselängd.
- Huvudomfång vid födelse.
- Föräldralängd biologisk moder.
- Föräldralängd biologisk fader.
- 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](http://www.bhvq.se)

### Datafångstintervall

Ålder i år	Intervall		Datafångst		Pojkar			Flickor		
	år:mån		dagar		BMI 17	BMI 25	BMI 30	BMI 17	BMI 25	BMI 30
	Fr.o.m	T.o.m.	Fr.o.m.	T.o.m.	Undervikt	Övervikt	Fetma	Undervikt	Övervikt	Fetma
<b>2.5</b>	2:3	2:9	853	1004	14.11	18.09	19.73	13.88	17.84	19.57
<b>3.0</b>	2:10	3:3	1005	1186	13.94	17.85	19.50	13.73	17.64	19.38
<b>4.0</b>	3:10	4:3	1401	1551	13.65	17.52	19.23	13.45	17.36	19.16
<b>5.0</b>	4:10	5:3	1766	1917	13.40	17.39	19.27	13.18	17.23	19.20
<b>5.5</b>	5:4	5:8	1918	2100	13.27	17.42	19.46	13.06	17.25	19.36

Data i BHVQ:s utdataportal är baserad på ålder i månader, denna tabell är en sammanfattning av mer omfattande bakomliggande data<sup>89</sup>

<sup>88</sup> 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.

<sup>89</sup> Extended International (IOTF) Body Mass Index Cut-Offs for Thinness, Overweight and Obesity in Children; [Obesity Classification | World Obesity Federation](http://www.worldobesity.org).

**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. Kvaliteten 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 Datafångstintervall 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)<sup>2</sup>) vid 2,5, 3 år, 4 år och 5 år.

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

## 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<sup>90 91</sup>. Den språkliga utvecklingen är viktig eftersom språket leder vår kognitiva utveckling framåt<sup>92</sup>. Om barnet har en avvikande kommunikativ eller språklig utveckling förändras samspelet med andra. Många barn med kommunikationssvårigheter har också andra diagnoser inom det neuropsykiatriska spektret<sup>93</sup> och kan komma att lida av utanförskap när de blir äldre. I Sverige används två screeningmetoder som är vetenskapligt utvärderade dvs. språkscreening vid 2,5 år (Miniscalco)<sup>94 95 96</sup> samt språkscreening vid 3 år (Westerlund)<sup>97 98 99</sup>. 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<sup>100 101 102</sup>.

### 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.

<sup>90</sup> 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.

<sup>91</sup> 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.

<sup>92</sup> Vouloumanos, A. and S. Waxman, *Listen up! Speech is for thinking during infancy*. Trends in cognitive sciences, 2014. **12**(18): p. 642-6.

<sup>93</sup> Miniscalco, C., et al., *Neuropsychiatric and neurodevelopmental outcome of children at age 6 and 7 years who screened positive for language problems at 30 months*. Dev Med Child Neurol 2006(48): p. 361-366.

<sup>94</sup> 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.

<sup>95</sup> Miniscalco, C., et al., *Narrative skills, cognitive profiles and neuropsychiatric disorders in 7-8-year-old children with late developing language*. Int J Lang Commun Disord, 2007. **42**(6): p. 665-81.

<sup>96</sup> Miniscalco, C., M. Westerlund, and A. Lohmander, *Language skills at age 6 years in Swedish children screened for language delay at 2(1/2) years of age*. Acta Paediatr, 2005. **94**(12): p. 1798-806.

<sup>97</sup> Westerlund, M., et al., *Comorbidity in children with severe developmental language disability*. Acta Paediatr, 2002. **91**(5): p. 529-34.

<sup>98</sup> 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.

<sup>99</sup> 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.

<sup>100</sup> Bryntesson, L. and I. Martinsson, *Epidemiologisk kartläggning av en- och tvåspråkiga barn remitterade till logoped i Stockholm*. 2005, Examensarbete i logopedi, Stockholm universitet.

<sup>101</sup> 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.

<sup>102</sup> Salameh, E.K., et al., *Language impairment in Swedish bilingual children: a comparison between bilingual and monolingual children in Malmo*. Acta Paediatr, 2002. **91**(2): p. 229-34.

**Fråga**

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

**Värden**

Se informationsspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på [www.bhvq.se](http://www.bhvq.se)

**Målnivå och datafångstintervall**

Andel barn med genomförd språkscreening ( $\geq 883$  dagar  $\leq 1186$  dagar) bör vara minst 95 % av målpopulationen 3 år.

**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.



# 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 försämrats, 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. Lokala riktlinjer för godkänd nivå ska användas vid bedömning. 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 hörselnedsättning.

## Fråga

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

## Värden

Se informationsspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på [www.bhvq.se](http://www.bhvq.se)

## Målnivå och datafångstintervall

Andel barn med genomförd hörselscreening ( $\geq 1431$  dagar  $\leq 1551$  dagar) bör vara minst 95 % av målpopulationen 4 år.

## 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.

# 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 synnedläggelse då föräldrar inte alltid uppfattat att barnet har en sådan. Möjligheten att behandla en synnedläggelse orsakad av brytningsfel eller skelning minskar med stigande ålder. Undersökningen utförs av sjuksköterska på BVC. Synskärpeprovning genomförs med standardiserad metod (HVOT eller LEA).

## Definitioner

Med *Screening genomförd* avses att undersökningen är genomförd enligt screeningprotokoll. Lokala riktlinjer för godkänd nivå ska användas vid bedömning. 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 synnedläggelse.

## Fråga

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

Se informationspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på [www.bhvq.se](http://www.bhvq.se)

## Målnivå och datafångstintervall

Andel barn med genomförd synscreening ( $\geq 1431$  dagar  $\leq 1551$  dagar) bör vara minst 95 % av målpopulationen 4 år.

## 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. Genom att tidigt upptäcka utvecklingsförseningar och annorlunda utveckling får man förutsättningar att undanröja hinder för optimal utveckling, att stimulera barnets egna resurser till utveckling och att förhindra ytterligare problem.

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. 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](http://www.bhvq.se)

## Målnivå och datafångstintervall

Inget mål definierat pga variabelns låga validitet. Datafångstintervall  $\geq 1431$  dagar  $\leq 1551$  dagar.

## 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. Det prognostiska värdet av utfall vid fyra års ålder av utvecklingsuppföljningen för senare konstaterad utvecklingsförsening, utvecklingsavvikelse eller psykisk ohälsa är inte beforskat.

Alla barn förväntas ha uppgift om genomförd screening. Bortfall tolkas som ej genomförd. Endast en mindre del av populationen förväntas ha avvikelser. 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 resultatmått. Det är styrgruppens bestämda uppfattning att metoden snarast behöver uppdateras och valideras eller ersättas av, eller kompletteras av, annan validerad metod.

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.

## 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).

## Värden

Se informationsspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på [www.bhvq.se](http://www.bhvq.se)

## Målnivå

Målnivå kan 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 rapporterade landsting. Målnivåer får därför sättas individuellt per landsting/region.

Förslag på målnivå: 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: 3 år (språkscreening), 4 år (hörsel- resp synscreening).

## 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](http://www.bhvq.se)

## Målnivå

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/fetma/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<sup>103 104 105</sup>.

## 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. besvärar och har besvärats med klåda vid upprepade tillfällen, med typiskt utseende och lokalisering 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.

## Värden

Se informationspecifikation för Svenska barnhälsovårdsregistret på [www.bhvq.se](http://www.bhvq.se)

## Målnivå och datafångstintervall

Ej tillämplig. Datafångstintervall 1 år  $\geq 335 \leq 426$  dagar, 4 år  $\geq 1431 \leq 1551$  dagar.

## Validitet

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

<sup>103</sup> Ekholm, L. and M. Lindh, *Årsrapporter från Barnvårdscentralerna*, Barnhälsovården i Örebro län.

<sup>104</sup> Köhler, L., *Barnhälsovetenskap - Insatser inom utbildning, forskning och service*. Läkartidningen, 1998. **95**(11): p. 1154-7.

<sup>105</sup> Köhler, L., *Indikatorer för barns hälsa i Sverige. Bidrag till ett kommunalt barnindex 2004*: Stockholm. Version 21.00

## Datafångstintervall för BHVQ variabler

Variabel	Intervall dagar	Intervall år/mån/veckor
<b>Hembesök</b>		
1:a	<= 30	nyfödd – 1 mån
8 mån	>= 227 <= 274	7,5 mån – 9 mån
<b>Teambesök</b>		
4 v	<= 42	0 – 1,5 mån
6 m	>= 167 <= 213	5,5 mån – 7 mån
12 m	>= 335 <= 426	11 mån – 14 mån
2½ - 3 år	>= 883 <= 1186	29 mån – 39 mån
<b>EPDS</b>		
6-8 veckor	<= 90	0 – 3 månader
<b>Amning</b>		
1 v	<= 18	0 – 2,5 veckor
2 m	>= 42 <= 82	1,5 mån – 2 mån 3 veckor
4 m	>= 105 <= 143	3,5 mån – 4 mån 3 veckor
6 m	>= 167 <= 213	5,5 mån – 7 mån
8 m	>= 227 <= 274	7,5 mån – 9 mån
12 m	>= 335 <= 426	11 mån – 14 mån
<b>Vaccination BCG</b>		
Risk TB	<= 731	0 – 1 år
Vaccination	<= 731	0 – 2 år
<b>Rökning</b>		
4 v	<= 60	0 – 2 mån
8 m	>= 227 <= 274	7,5 mån – 9 mån
18 m	>= 517 <= 638	1 år 5 mån – 1 år 9 mån
4 år	>= 1431 <= 1551	3 år 11 mån – 4 år 3 mån
<b>Tillväxt/BMI</b>		
2,5 år-3 år	>= 853 <= 1186	2 år 4 mån – 3 år och 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
<b>Språk</b>		
2,5 – 3 år	>= 883 <= 1186	2 år 5 mån – 3 år 3 mån
<b>Hörsel, Syn, Utveckling</b>		
4 år	>= 1431 <= 1551	3 år 11 mån – 4 år 3 mån
<b>Antibiotika, eksem, olycksfall, astma</b>		
1 år	>= 335 <= 426	11 mån – 14 mån
4 år	>= 1431 <= 1551	3 år 11 mån – 4 år 3 mån



## Ändringar i aktuell version av BHVQ Registerbeskrivning

Sid	Avsnitt	Ändring
2	Översikt variabler Svenska barnhälsovårdsregistret	Tillagda variabler: Enskilt föräldrasamtal för den förälder som inte fött barnet och Vaccinationer Variabeln BCG-vaccination är borttagen Sidreferenserna till informationsspecifikationen är uppdaterade
9	Population, fullständighet och täckningsgrad	Förtydligande samt tillagd information
11-14	Insamling av data till BHVQ från digitala journalsystem	Förtydligande samt tillagd information
15	Täckningsgrad	Förtydligande gällande målpopulation
19	Hembesök	Förtydligande gällande typ av mått
21	Mottagningsbesök	Förtydligande gällande typ av mått
22	Föräldrastöd i grupp	Förtydligande gällande typ av mått
25-26	Enskilt samtal för den förälder som inte fött barnet	Tillagd variabel
27	Amning	Förtydligande gällande typ av mått
31-32	Vaccination	Förtydligande, tillagd information, tillagd variabel
38	Tillväxt	Tillagd ålder för rapportering av BMI, Förtydligande gällande typ av mått
40	Hörselscreening 4 år	Förtydligande gällande typ av mått
41	Synscreening 4 år	Förtydligande gällande typ av mått
42	Utvecklingsbedömning 4 år	Redundant information borttagen

Författare: Leif Ekholm

## Kontaktinformation Svenska barnhälsovårdsregistret

Jennie Hedman  
Styrgruppsordförande  
Vårdutvecklare, Barnhälsovården Jämtland  
[ordfarande@bhvq.se](mailto:ordfarande@bhvq.se)

Anna Fäldt  
Registerhållare  
Specialistlogoped, med.dr, Barnhälsovården i Uppsala  
[registerhallare@bhvq.se](mailto:registerhallare@bhvq.se)

Version 21.00

Versionsdatum 2021-06-24 © Svenska Barnhälsovårdsregistret. [www.bhvq.se](http://www.bhvq.se)

## Variabler i BHVQ på en tidsaxel över barnets ålder

	- 4 v	6 - 8 v	3 - 5 m	6 m	8 m	12 m	18 m	2½ - 3 år	4 år	5 - 6 år
<b>Första besök</b>										
<b>Första barn</b>										
Till VH1*	Rökning VH1* dagligen	Amning För kategorier se första besök	Amning För kategorier se första besök	Amning För kategorier se första besök	Amning För kategorier se första besök	Amning För kategorier se första besök	Rökning VH1 dagligen VH2 dagligen Rökare i hemmiljö	Språkscreening Genomförd Avvikelse	Synscreening Genomförd Avvikelse	
Till VH2*	VH2* dagligen Rökare i hemmiljö									
<b>Hemgång</b>										
fr BB/förbssning - datum		EPDS Datum för genomförd								
<b>Graviditetstid</b>										
<b>Födelsedata</b>										
Vikt										
Längd										
Huvudomf										
<b>Ökad risk för tuberkulos</b>										
<b>Föräldralängder</b>										
Biologiska föräldrar										
<b>Amning 1 v</b>										
Enbart ammad, Övervägande ammad, Delvis ammad, Ej ammad										
* Vårdnadshavare 1 (moder), Vårdnadshavare 2 (fader)										
<b>Första tillfälle annan kost</b>										
Datum första tillfälle då barnet fått Annan kost (annat än än bröstmjölk. Anges en gång).										
<b>Besök</b>										
Datum										
Allmänläkare										
Barnläkare										
Teambesök (dvs ssk + läkare samtidigt)										
Hembesök										
<b>Enskilt samtal för den förälder som inte fött barnet</b>										
Datum										
<b>Föräldrastöd i grupp</b>										
Datum		Med vårdnadshavare 1 (moder)								
			Med vårdnadshavare 2 (fader)							
<b>Remisser</b>										
Datum		Psykolog	Logoped	Ortopedi/Ögonklinik	Audiolog/hörselklinik					
										Slukgymnast
<b>Vaccination</b>										
Datum		Uppskattat datum	I riskgrupp för TB							
<b>Tillväxt</b>										
Datum										
Vikt										
Längd										
<b>Huvudomfång (tom: 18 mån)</b>										
Datum										

Version 21.00

Versionsdatum 2021-06-24 © Svenska Barnhälsovårdsregistret. www.bhvq.se

