

Manual för insamling av statistiskdata Barnhälsovård Jämtland Härjedalen.

Bakgrund

I hälso- och sjukvårdslagen framgår att kvalitén i verksamhet inom hälso- och sjukvården systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Och med ökade krav på ekonomisk effektivitet och minskade resurser i hela hälso- och sjukvården har behovet av rutinmässig uppföljning och förbättringsarbete ökat i de olika verksamheterna för att kunna visa på vad som görs i verksamheterna och vad som behövs för att kunna fullfölja arbetet på ett säkert och utvecklande sätt.

Barnhälsovården i Sverige har länge arbetat med att systematiskt samla in data i syfte att mäta vissa delar av verksamhetens program och vad för hälsorelaterade levnadsvanor barn i landet får eller inte får ta del av. Sedan 60-talet har exempelvis uppgifter om amning samlats in nationellt såväl som vaccinationstäckningen i barnpopulationen sedan 1981. Dessutom har data om föräldrars rökvanor sedan 1999. Socialstyrelsen föreslog också redan 1994 att en mer enhetlig datainsamling för barnhälsovården i kvalitetssäkrande syfte bör ske.

Syfte

Genom att följa verksamheten med statistikdata värnas säkerheten och kvalitén på verksamheten. Där journaldata kan utgöra ett verktyg för planering av verksamheten samt för att kunna identifiera utvecklingsområden. I sin tur kan analyser göras av den hälsovård som erbjudits och vårdkonsumtion samt eventuella effekter av dem utgöra en grund för verksamhetsutveckling samt forskning. Detta ska i förlängningen leda till förbättringar i den hälsovård som erbjudas.

Variabler i statistiken

Antal barn:

Databeskrivning

Antal barn inskrivna/ anslutna per vårdenhet, totalt, och per årskull.

Bakgrund

För att fullgöra uppgifterna inom barnhälsovården vid en BVC med genomsnittlig vårdtyngd 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 vårdtyngd, antal barn/sjuksköterska vara lägre. Uppgiften är vald för att bevaka att antal barn per BVC följer ovanstående rekommendationer. Antal barn utgör även basdata för beräkning av vårdtyngd, läkarinsats och psykologinsats på BVC. Uppgiften behöver kopplas till uppgift om sjukskötersketid för barnhälsovård som inhämtas som en egenskap hos vårdcentralen. Uppgiften om sjukskötersketid, uttryckt i antal heltidstjänster, ska vara överenskommen mellan sjuksköterskorna på BVC och verksamhetschefen. Antal barn utgör också en faktor i beräkningen av vårdtyngd.

Definitioner

Antal inskrivna barn per varje åldersgrupp 0-5 år det innevarande året statistik samlas in för.

Mål

99 % av alla folkbokförda barn per åldersgrupp 0 år, 1 år, 2 år, 3 år respektive 4 år och 5 år bör ha kontakt med barnhälsovården.

Antal övervakade barn/ täckningsgrad:

Databeskrivning

Antal barn i åldersgrupper 0-5 år som övervakats.

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 inom BHV och ge information om täckningsgraden för barnhälsovården. Enligt artikel 24 i konventionen om barnets rättigheter 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.

Definition

Med täckningsgrad i detta sammanhang menas den andel av den totala populationen folkbokförda barn 0-5 år som **under ett givet kalenderår haft kontakt med, eller haft ett giltigt skäl att inte stå i kontakt med, barnhälsovården**. Med andra ord det antal barn som **övervakats** inom barnhälsovårdens ramar. Den andel barn som barnhälsovården inte haft kontakt med och inte kunnat komma i kontakt med är i statistisk terminologi liktydigt med det externa bortfallet. Det externa bortfallet i registerpopulationen bör vara så lågt som möjligt och är ett viktigt kvalitetsmått för barnhälsovårdsverksamheten.

Mål

99 % av alla folkbokförda barn per åldersgrupp 0 år, 1 år, 2 år, 3 år respektive 4 år och 5 år bör ha kontakt med barnhälsovården och få åtminstone ett besök per år i åldern 1-5 år, fler under det första levnadsåret.

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

Första barn:

Databeskrivning

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 oftast stort. Uppgiften kan också användas som fördelningsvariabel vid beskrivning av hembesök och föräldragrupper.

Definition

Med första barn menas att barnet är någon av vårdnadshavarnas första biologiska barn eller adoptivbarn.

Med **vårdnadshavare 1** avses i första hand moder/ den som burit barnet/ den som ett samkönat par väljer och med **vårdnadshavare 2** avses i första hand fader/ partner.

Om frågan om *första barn* besvaras med **Ja** av båda eller en av vårdnadshavarna räknas barnet som första barn. Om frågan **inte besvaras med Ja** är barnet inte första barn till någon av vårdnadshavarna.

Vårdtyngd: (Beräknat index av 3 variabler.)

Databeskrivning

Vårdtyngd på BVC.

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 ökad vårdtyngd kan barnantalet behöva reduceras, eller sjukskötersketiden utökas, i förhållande till vårdtyngden.

De olika bestämningsfaktorerna till vårdtyngd 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 oftast 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. 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). I Cosmic kan vi också föra in om föräldern kommer från annat land och data kan så plockas ut även där.

Rökning i familjen är avsevärt mycket vanligare i familjer med låg socioekonomisk position. Data mäts indirekt via andelen rökande vårdnadshavare 1 vid 4 veckors ålder.

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

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

För praktisk användning är det även önskvärt att den framräknade vårdtyngden kan sättas i relation till en önskvärd BHV-sjukskötersketid. D.v.s. hur mycket sjukskötersketid det behövs med hänsyn till både antalet nyfödda och vårdtyngd för respektive BVC. En principdiskussion i sammanhanget är om beräkningarna av vårdtyngden 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 vårdtyngden används för att minska antalet barn per sjuksköterska i de vårdtunga områdena. Ett annat användningsområde för vårdtyngd är att utgöra en del i de beräkningar för kapitering (tilldelning av ekonomiska medel) som en del landsting använder sig av.

Definition

Utlandsfödda uttrycks som andel barn med båda föräldrar födda utanför Norden och/ eller andel barn med ökad risk för tuberkulos (enligt FHM:s förteckning över länder med ökad förekomst av tuberkulos [29], (> 25 fall per 100 000 invånare och år).

Rökare: Vårnadshavare 1 (moder eller motsvarande) som **röker** uttrycks som andel vårdnadshavare 1, till barn födda under aktuellt år, som **röker när barnet är 4 veckor gammalt**.

Andel förstfödda är andelen barn födda under aktuellt år där barnet är någon av vårdnadshavarnas första barn.

Mål

Ett verktyg för att kunna bedöma/ se över bemanning kontra totala antalet inskrivna barn. För att kunna erbjuda alla barn det fullständiga Nationella Barnhälsovårdsprogrammet och på så sätt en jämlik vård måste dessa parametrar beskrivas och tas i beaktning.

Bemanning: (samlas in manuellt av BHV-sjuksköterskan)

Databeskrivning

Den arbetstid som sjuksköterskor och läkare med BVC haft/ gjort under det innevarande året som statistik samlas in för.

Bakgrund

För att kunna jämföra faktisk arbetad tid kontra normtiden för en heltidstjänst samt för att få en rättvis bild alltid bör sammanvägas med vårdtyngd.

Definition

Antal timmar per vecka som BHV-sjuksköterskan samt BHV-läkaren lagt på BVC-verksamhet.

Mål

Ses/ bedöms tillsammans med variabeln för vårdtyngd.

Föräldrastöd i grupp:

Databeskrivning

Deltagande i föräldragrupp.

Bakgrund

Begreppet "Föräldrastöd" innefattar såväl universella som selektiva och indikerade stödformer. Begreppet "Föräldrastöd i grupp" eller "föräldragrupp" avser en av BVC initierad och ledd grupp föräldrar som regelbundet träffas för att samtala om frågor kring föräldraskapet. Målsättningen med föräldragrupper är att ge ökade kunskaper, skapa möjlighet till kontakt och gemenskap samt att skapa möjlighet till medvetenhet om påverkan av samhällsförhållanden. Data avser att mäta såväl förekomst av föräldragrupp på BVC som antal grupptillfällen. Data avser också att följa fäders/ partners delaktighet i föräldragrupsverksamheten. För detta syfte behöver vårdnadshavarna kunna delas in efter kön.

Definitioner

Föräldragrupp: Av BVC initierad och ledd grupp föräldrar som regelbundet träffas för att samtala om frågor kring föräldraskapet. Gruppledare skall i huvudsak vara BHV-sjuksköterskan eller, då det är aktuellt, MBHV-psykologen. Ovanstående definition inkluderar även BVC inom familjecentral, där familjecentralen initierar föräldragruppen, men där BHV-sjuksköterskan är huvudsaklig gruppledare. 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 och vårdnadshavare 2 markeras innebär det att båda vårdnadshavarna deltagit i föräldragrupp samma datum.

Frågor/ variabler att fylla i efter varje grupptillfälle:

- Datum för deltagande i föräldragrupp.
- Vårdnadshavare 1 deltagit.
- Vårdnadshavare 2 deltagit.

Mål

- Alla nyblivna föräldrar erbjuds att delta.
- 70 % av alla erbjudna deltar i grupp.

Hembesök:

Databeskrivning

Antal erbjudna hembesök, erhållit första hembesök.

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 och grund för den fortsatta kontakten med familjen. 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 och att upptäcka barn som riskerar att fara illa. Sjuksköterskor på BVC beskriver hembesöket som en viktig metod för att etablera en förtroendefull relation med föräldrarna och få en bild av familjens situation.

Hembesöket kan också användas som en indikerad insats där en serie av hembesök ges under en kortare eller längre period baserat på en individuell bedömning av den enskilda familjens behov. Internationella interventionsstudier med hembesök riktade till riskfamiljer har visat positiva effekter för relationen med partnern och långsiktiga effekter för barnets skolprestationer. Interventioner med upprepade besök till unga mödrar visade sig i en amerikansk studie förbättra mödrarnas föräldraförmåga.

Definition

Första hembesök avser det första hembesöket till nyblivna föräldrar efter att barnet fötts eller, för adoptivbarn, i anslutning till hemkomsten till den nya familjen som syftar till att skapa en relation till familjen och presentera BVC:s verksamhet.

Mål

Av målpopulationerna bör **100 % erbjudas** och minst **85 % få hembesök**.
Målpopulation för det första hembesöket är barn 0 år (0-12 månader).

EPDS:

Databeskrivning

Genomförd depressionsscreening, 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) visat sig vara till god hjälp. Depressionsscreening med EPDS-skalan och bedömningssamtal genomförs 6-8 veckor efter barnets födelse. EPDS-skalan är inte

validerad för depressionsscreening av mödrar utanför tidsintervallet 4 veckor till 3 månader efter barnets födelse. Metoden förutsätter att skalan används som en del av ett lokalt förankrat program.

Definition

- Antal mammor som erbjudits.
- Antal mammor som genomfört EPDS.
- Antal mammor som fått stödsamtal av BHV-sjuksköterska (enl. POGS)
- Antal mammor som remitterats till FBH psykolog/annan t.ex. psyko.soc. enhet

Mål

Av målpopulationen barn 0 år (0-12 månader) bör alla mammor (100%) erbjudas EPDS.

Amning:

Databeskrivning

Amningsstatus vid **1** vecka, samt **2, 4, 6, 9** och **12** månader, enbart ammad sedan födelsen.

Bakgrund

Amning är den mest naturliga och rådliga vägen till en hälsosam tillväxt och utveckling för barn. Bröstmjolk har många viktiga fördelar, både för spädbarnet och dess moder, och amning uppmuntras i all hälso- och sjukvård. Bröstmjölken innehåller ämnen som stimulerar immunförsvaret hos barnet och minskar risken för infektioner [47, 48]. Sannolikt medierar bröstmjolk även skydd mot ohälsa senare i livet, bl.a. i form av övervikt och diabetes.

För datainsamling kring aktuell uppfödning förutsätts att man på BVC frågar föräldrarna regelbundet under första levnadsåret.

Barnhälsovården avser att registrera samtliga observationer av barns uppfödning. Syftet är dels att longitudinellt kunna analysera barns uppfödningmönster 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, oavsett barnets ålder.

Mätålder Mätintervall (fr.o.m.-t.o.m.). M.a.o. vid vilka åldrar som amning definieras vid barnets ålder om:

- **1 vecka - 2,5 v**
- **2 månader +/- 2 v**
- **4 månader +/- 2 v**
- **6 månader +/- 2 v**
- **9 månader +/- 2 v**
- **12 månader +/- 2 v**

Definitioner

Bröstmjolk:

Inkluderar amning, urpumpad bröstmjolk och donator bröstmjolk samt 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 [54].

Annan kost:

Inkluderar bröstmjölkersättning, välling, vatten, drycker och annan föda.

Helt ammad (enbart ammad enl. Socialstyrelsens statistik):

Barn som enbart fått bröstmjolk, inkl. vitaminer (t.ex. D-droppar), mineraler eller läkemedel de senaste 7 dagarna.

Delvis ammad (summan av övervägande ammad +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.

Uppgift saknas:

Markeras om besöket sker inom datainsamlingsperioden men det av någon anledning är oklart hur barnet uppföds eller om besöket inte sker inom datainsamlingsperioden.

Fråga 1: Aktuell uppfödning?

- Datum för observation.
- Vad har barnet fått att äta under de senaste 7 dagarna?

Ange endast ett alternativ (Helt ammad, Delvis ammad, Ej ammad)

– se även mätålder/ mätintervall.

Med hjälp av denna uppgift kan avgöras om barnet är helt ammat, delvis ammat eller ej ammat vid förtecknade mätåldrar (datum för observationen).

Fråga 2: Första tillfälle annan kost?

Datum (uppskattat datum) för första tillfälle (inklusive vårdtid förlossning/BB /nyföddhetsavdelning) då barnet fått **Annan kost** (annat än bröstmjölkl).

Frågan ställs tills den är besvarad. Med hjälp av denna uppgift beräknas perioden för enbart ammad sedan födelsen uttryckt i dagar.

Mål

- **80 %** av barnen ammas helt vid **2 månaders** ålder.
- **80 %** av barnen ammas helt eller delvis vid **4 månaders** ålder.
- **70 %** av barnen ammas helt eller delvis vid **6 månaders** ålder.

Vaccinationer:

Databeskrivning

- Antal barn vaccinerade vid 2 års ålder mot:
 - Difteri
 - Tetanus
 - Kikhosta
 - Polio
 - HiB
 - Pneumokocker
 - Mässling, påssjuka, röda hund
- Antal barn med ökad risk för tuberkulos.
 - Vaccinerade 1 dos BCG vid 1 års ålder

Bakgrund

Vaccinationer är den insats på BVC som ur primärpreventiv synvinkel är den allra mest framgångsrika. Både ur ett individuellt och ett samhällsperspektiv har vaccinationer på ett avgörande sätt förbättrat hälsoläget bland barn. Alla vaccinationer i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn rapporteras sedan den 1 januari 2013 till ett vaccinationsregister på Folkhälsomyndigheten. Detta register håller inte information om vaccination mot hepatit-B eller tuberkulos. Hepatit B förväntas dock inom kort att införas i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn.

Definitioner

Antal barn vaccinerade enligt allmänna barnvaccinationsprogrammet samt Hepatit B samt tuberkulos.

Barn med ökad risk för tuberkulos definieras som barn till föräldrar från länder med ökad förekomst av tuberkulos (>25 fall/100 000 invånare och år).

Fråga

- Ökad risk för tuberkulos?
- Vaccinerad mot tuberkulos?

Mål

- **97 %** av barnen vaccinerade med **MPR** före 2 års ålder.
- **99 %** av barnen vaccinerade med **DTP-polio - Hib - PCV** före 2 års ålder.
- **96 %** av barn från risk-länder vaccinerade med **BCG** före 2 års ålder.

Rökning

Databeskrivning

Rökning hos vårdnadshavarna, rökare i barnets hemmiljö.

Bakgrund

Redan under fostertiden utsätts barn till rökande mödrar för hälsorisker som kan leda till såväl minskad intrauterin tillväxt, prematur födsel som till ett flertal negativa förlossningsutfall. Utsätts spädbarn för passiv rökning ökar riskerna för SIDS, astma, mediaotit och nedre luftvägsinfektioner. Dessutom ökar risken att barnet själv skall bli rökare, om det växer upp i en rökande miljö. 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 1, vårdnadshavare 2, sambo, äldre syskon, far eller morförälder eller annan person som stadigvarande (minst 14 dagar per månad) bor på samma adress som barnet och är rökare enligt definitionen ovan.

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

Mål

- **96 % rökfria mödrar** när barnet är **0-4 veckor**.
- **93 % rökfria föräldrar** när barnet är **8 mån**.

Anmälningar och samverkan från BHV till socialtjänsten vid misstanke om barn som far illa. (samlas in manuellt av BHV-sjuksköterskan/ -orna per enhet)

Databeskrivning

Antal anmälningar som gjorts det innevarande år som statistik insamlas för.

Bakgrund

Barnhälsovården har ett ansvar för att uppmärksamma och reagera när ett barn far illa faller under Socialtjänstlagen 14 kap 1§. Både barnet och föräldrarna behöver hjälp i dessa situationer och det är viktigt att förmedla kontakt med de sociala myndigheterna för att de ska kunna utreda vilka behov familjen har.

Definitioner

- *Antal anmälningar och/ eller samverkan som gjorts.*

BMI

Databeskrivning

Beräknas av tillväxtdata vid 4 år.

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

Definitioner

Övervikt: ISO-BMI > 25.

Fetma: ISO-BMI >30.

Mål

- >90% normalt BMI.

Språkscreening 3 år

Databeskrivning

Genomförd språkscreening och avvikelse på språkscreening.

Bakgrund

Alla barn i Sverige erbjuds språkscreening antingen vid 2,5 eller 3 års ålder. I Jämtland vid 3 års ålder. Ungefär 6-8 % av alla barn i förskoleåldern har språk- eller kommunikationssvårigheter. Den språkliga utvecklingen är viktig eftersom språket leder vår kognitiva utveckling framåt. 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 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) samt språkscreening vid 3 år (Westerlund, används i Jämtland i dagsläget). 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. I flera studier har man visat att andelen flerspråkiga barn som remitteras till logoped via BVC är signifikant lägre jämfört med enspråkiga barn och att flerspråkiga barn, jämfört med enspråkiga, i signifikant högre utsträckning remitteras senare än vid fem års ålder.

Definitioner

- Antal barn under innevarande år som statistiken efterfrågas som varit på 3-års teambesök inklusive utvidgad språkscreening.
- Antal barn vars utfall vid 3-årsbesöket föranlett remiss.
- Antal barn där remiss skickats till logopedmottagningen.
- Antal barn där remiss skickats till Föräldra- och barnhälsa (FBH).
- Antal barn där remiss skickats till Barn- och ungdomshabiliteringen.

Mål

100% har erbjudits

95% har genomfört utvidgad språkscreening.

Syn (ny i och med BHVQ)

Databeskrivning

Genomförd och utfall vid synscreening 4 år.

Bakgrund

Alla barn erbjuds ögonundersökning vid 4 år. Syftet är att upptäcka barn med synnedsättning då föräldrar inte alltid uppfattat att barnet har en sådan. Möjligheten att

behandla en synnedsättning orsakad av brytningsfel eller skelning minskar med stigande ålder. Undersökningen utförs av sjuksköterska på BVC. Synskärpprovning genomförs med standardiserad metod (HVOT eller LEA). Om synskärpan understiger referensvärde, görs en förnyad undersökning efter en månad. Om undersökningen då fortfarande ger samma resultat, remitteras barnet till ögonmottagning för bedömning. Vid skelning liksom om föräldrarna misstänker nedsatt synskärpa remitteras också barnet till ögonmottagning.

Definition

Med **synscreening genomförd** avses att undersökningen är genomförd enligt screeningprotokoll. Jämtlands riktlinje för godkänd nivå, 0.8, ska användas vid bedömning. Med **synscreening avvikelse** avses att en grundligare undersökning, remiss eller konsultation behöver vidtas enligt lokala riktlinjer.

Mål

100% av länets 4-åringar erbjuds synscreening.

För översikt se dokumentet **”Lathund för inmatning av statistiskdata BHV”**.