



Svenska Barnhälsovårdsregistret

Beskrivning av registret med variabeldefinitioner,
beräkningar och utdata

Version 14.6.1

Versionsdatum: 2014 06 30

Innehållsförteckning

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	3
BAKGRUND	4
ARBETSGRUPPER	6
STYRGRUPP BHVQ FR O M 2014	6
GENERELLA SYNPUNKTER	8
POPULATION.....	8
RUTINER FÖR BEHÖRIGHETSKONTROLL.....	8
ANVÄNDNING AV PERSONUPPGIFTER	9
AVTAL MED EXTERNA FÖRETAG OCH ORGANISATIONER	10
FÖRÄLDRAINFORMATION	11
GALLRINGSBESLUT.....	13
ÖVERSIKT KVALITETSINDIKATORER	14
VARIABELDEFINITIONER	15
ANTAL BARN	15
TÄCKNINGSGRAD.....	16
FÖRSTA BARN	17
VÅRDTYNGD.....	18
FÖRÄLDRASTÖD I GRUPP.....	20
HEMBESÖK	21
DEPRESSIONSSCREENING MED EPDS	22
AMNING	23
VACCINATIONER.....	26
RÖKNING	27
TILLVÄXT	28
BESÖK.....	31
SPRÅK, HÖRSEL, SYN, UTVECKLING	32
REMISSER	33
HEMGÅNGSDAG	34
ANTIBIOTIKA, ASTMA, EKSEM, OLYCKSFALL	35
INDATA, BERÄKNINGAR OCH UTDATA	36
BILAGA 1. SAMARBETSAVTAL REGISTERCENTRUM	41
BILAGA 2. UTVECKLINGSAVTAL/OFFERT FÖR UTVECKLING AV BHVQ	47
BILAGA 3. DRIFTAVTAL CARMONA.....	55
REFERENSER	56

Bakgrund

Inom hälso- och sjukvården finns en ökad efterfrågan av uppföljnings- och resultatmätningssystem. Avsaknaden av en nationell uppföljning inom barnhälsovården har inneburit att det inte finns någon möjlighet att värdera vare sig verksamhetens innehåll eller resultat på nationell nivå.

I samarbete med Socialstyrelsen höll Stiftelsen Allmänna Barnhuset, tillsammans med en expertgrupp från svensk barnhälsovård, en konferens i Sättra Bruk 2005 under rubriken ”Barnhälsovårdens kvalitetsindikatorer”. En rapport från konferensen finns tillgänglig på www.allmannabarnhuset.se [1]. Syftet med konferensen var att diskutera och planera för genomförande av ett nationellt kvalitetsregister för barnhälsovården i Sverige. Konferensen föreslog bl.a. ett antal kvalitetsindikatorer för barnhälsovård som skulle kunna ingå i ett nationellt uppföljningssystem.

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

- upprätthålla kvaliteten på dagens barnhälsovård
- utvärdera den egna verksamheten
- vidareutveckla och evidensbasera de metoder och arbetsätt 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
- inrikta utvecklingsarbetet på beskrivning, analys och förbättring av verksamhetens processer
- se forskning, utveckling och utbildning som viktiga komponenter i verksamheten

En arbetsgrupp tillsattes på uppdrag av sektionen för Hälso- och Öppenvård inom Svenska Barnläkarföreningen, och ett förslag med de framtagna indikatorerna skickades ut till alla BHV-enheter för kommentarer och synpunkter. Det framfördes då bl.a. önskemål om att registret bör vara individbaserat. Indikatorerna har bearbetats vidare av arbetsgruppen och vidareutvecklats till föreliggande arbetsmaterial ”Nationellt Kvalitetsregister för Barnhälsovård i Sverige”.

En allmän synpunkt på de framtagna kvalitetsmåten är att de inte bör eller kan jämföras med de kvalitetsregistersystem som finns för övrigt 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 ger förutsättning för hög kvalitet, t.ex. ett visst antal barn per sjuksköterska, tillgång till barnläkare etc.

I två län i Sverige har det sedan länge funnits individbaserade uppföljningssystem, Basta i Uppsala [2] och BHVsystem i Örebro [3]. Arbetsgruppen förde diskussioner med ansvariga

för båda dessa system vilket då resulterade i slutsatsen att ett system med separat web-formulär för inmatning inte var en lösning som var aktuell på nationell nivå. Ett framtida system borde istället byggas proaktivt utifrån existerande datajournaler för att slippa dubbelbokföring. En kravspecifikation togs 2006 fram för ett nationellt kvalitetsregister.

2006 sändes en ansökan till Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om att få starta ett nationellt barnhälsovårdsregister. Ansökan avslogs med motivering att resultatvariablerna ej var tillräckligt valida.

Projekt med anknytning till BHVQ

SKL startade 2005 Barnhälsodataprojektet [4], som vid genomförande skulle kunna ge de önskvärda förutsättningarna för ett nationellt kvalitetsregister för barnhälsovård.

Datainmatning med tillhörande personidentitet skulle automatiskt ske av behörig personal, identifierade via HSA-katalogen, till kvalitetsregistret. Data skulle exporteras till en analysdatabas som skulle kunna samköras med andra register, t.ex. det svenska vaccinationsregistret SVEVAC. Barnhälsodataprojektet avslutades 2011, emellertid utan möjligheter för vårdverksamheterna att kunna förverkliga journalapplikationer i enighet med projektets intentioner.

2010 startade Socialstyrelsen arbetet med att ta fram ett Vägledningsdokument för Framtidens Barnhälsovård. Professionen bildade arbetsgrupper för olika delar av programmet, bl.a. en grupp för Kvalitetsuppföljning på Barnvårdscentralerna (BVC) som fortsatte arbetet med kvalitetsindikatorerna.

BHVQ

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 [5], Svenska barnhälsovårdsregistret, BHVQ. Registret har formellt bildat en styrgrupp, se under Styrgrupp. Centralt personuppgiftsansvarig myndighet är Landstinget i Östergötland. BHVQ är fysiskt samlokaliserad inom Svenska Barn- och Vuxenregister på den tekniska plattformen Compos som driftas av IT-företaget Carmona AB i Halmstad. Samarbete är etablerat mellan Svenska Barnhälsovårdsregistret och Registercentrum Sydost. Syftet med BHVQ är att bl.a:

- Upprätthålla och utveckla kvaliteten på dagens BHV
- Följa täckningsgraden i den svenska barnhälsovården utifrån principen om alla barns rätt till hälsovård och alla barn och föräldrars rätt till undervisning om barnhälsovård.
- Utvärdera den egna verksamheten.
- Göra jämförelser över landet.
- Beskriva verksamheten med hjälp av gripbara mått för den politiska styrprocessen.

Registret kommer att utgöra en grund för kontinuerlig kvalitetsförbättring inom BHV. En framtida möjlighet med BHVQ kan bli att följa utvecklingen av hälsoläget bland barn nationellt, regionalt och på lokalnivå samt att mäta föräldrarnas och barnens uppfattning om barnhälsovården via PROM-data.

Arbetsgrupper

Arbetsgrupp t o m 2005 - 2009

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

Arbetsgrupp "Evelina" Kvalitetsuppföljning på BVC" 2010-2011

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

Interrimistisk arbetsgrupp för BHVQ 2012

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

Styrgrupp BHVQ fr o m 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 (Smittskyddsinstitutet), amning och rökning (Socialstyrelsen).

Styrgrupp BHVQ fr o m 2014

Registerhållare Thomas Wallby, vårdutvecklare, Barnhälsovården Uppsala

Ordförande	Leif Ekholm, BHV-överläkare, Barnhälsovården Örebro
Sekreterare	Anna Fältdt, logoped, Länslogopedin Uppsala
Ledamöter	Ann-Charlotte Jonsson, vårdutvecklare, Barnhälsovården Kalmar Ann-Sofie Cavefors, BHV-överläkare, Barnhälsovården Västra Götaland Lars Olsson, psykolog, Barnhälsovården Skåne Lena Frenzel, vårdutvecklare, Barnhälsovården Stockholm Sven-Arne Silfverdal, BHV-överläkare, Barnhälsovården Västernorrland
Adjungerade	Ylva Ståhl, sjuksköterska, forskare, Cehis/NEXT Kerstin Petersson, barnmorska, doktorand, registerhållare Mödrahälsovårdsregistret Anders Hjern, barnläkare, professor, CHES, Stockholms universitet. Marina Lundqvist, Sjuksköterska, Riksföreningen skolsköterskor, Skolhälsovårdsregistret. Susann Swärd, barnrättsstrateg, landstinget i Kronoberg Marianne Bergström, sjuksköterska, nationellt ansvarig för insamling av data avseende vaccinationer, amning och rökning till Folkhälsomyndigheten.

Regional fördelning av kontaktpersoner:

Län

AB + I	Lena Frenzel
C+U+W+X	Thomas Wallby
D+S+T	Leif Ekholm
G+K+M+N	Lars Olsson
E+F+H	Ann-Charlotte Jonsson
O	Ann-Sofie Cavefors
BD+AC+Z+Y	Sven Arne Silfverdal

Generella synpunkter

1. För data som beskriver BVC-nivån, s.k. icke individdata (IID), sker rapportering från enskilda BVC till den centrala BHV-enheten som sammanställer och matar in data till kvalitetsregistret. För närvarande gäller detta endast variabeln Vårdtyngd där indata till beräkningen aggregeras av individdata.
2. För IID svarar centrala BHV-enheten för eventuella påminnelser om att BVC skall leverera in data.
3. I ett separat web-formulär eller en journalapplikation för BHV (beroende på lokala IT-lösningar) är indata för kvalitetsregistret försedd med särskilda påminnelser.

Population

Populationen i registret omfattar samtliga folkbokförda barn, 0-5 år, i Sverige. Populationen hämtas från Folkbokföringsregistret, [6] och uppdateras via regelbundna (dagliga) aviseringar. Informationen innehåller personnummer, namn, folkbokföringslän och kommun, sekretessmarkering, ändringskod, hänvisningspersonnummer, avregistreringsorsak, invandringsdatum och vårdnadshavare. Det övergripande skälet till att använda data från folkbokföringsregistret är de ger information om den totala populationens storlek. Denna uppgift kan ställas i relation till de barn som finns förtecknade i BHVQ och ge information om täckningsgraden för barnhälsovården. Enligt artikel 24 i konventionen om barnets rättigheter [7] 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 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.

Rutiner för behörighetskontroll

Huvudsakligen kommer data att tillföras registret via automatiserad överföring från digitala journalsystem. Som ett alternativ finns även manuell inmatning via webbklient. Webbklienten ger även tillgång till dynamiska rapporter, kontrollsystem för fullständighet i data och möjlighet att redigera individdata inklusive att markera att ett barn tackat nej till att delta i registret. Tjänsten nås via webbadressen <https://bhvq.carmona.se>. Användare får tillgång till tjänsten via stark autentisering mha e-tjänstekort (SIHTS) alternativt en första inloggning med användarnamn och lösenord följt av ett andra steg med en kod som skickats via sms eller e-post till kontaktuppgifterna registrerade på användarens konto. Lokala användare på barnvårdscentral (BVC) har endast behörighet att se och redigera uppgifter på barn listade på denna BVC.

Behörighet att skapa och redigera användarkonton har en eller flera personer på varje central barnhälsovårdsenhet. Behörigheten är begränsad till användare i det landsting BHV-enheten tillhör. Dessa har också behörighet att se och redigera uppgifter på samtliga barn listade på BVC i detta landsting.

Registerhållaren har behörighet att se och redigera samtliga konton och samtliga uppgifter i registret.

Användning av personuppgifter

BHVQ hämtar regelbundet folkbokföringsuppgifter från Skatteverkets Navet-tjänst. Uppgifterna som importeras omfattar personnummer/samordningsnummer, hänvisningspersonnummer (nytt personnummer), namn, adressuppgifter, sekretessmärkning, ärendetyp (kod), avregistreringsorsak, invandringsdatum och vårdnadshavare (med uppgift om vem som är moder resp. fader).

Personnummer/samordningsnummer och namn

Personnummer behövs för säker identifiering. Om barnet flyttar mellan län eller utomlands och återkommer måste BVC säkerställa att rätt information lämnas på rätt barn. Eftersom även barn med samordningsnummer går på BVC behövs en säker identifikation även för dessa barn. Om de senare blir folkbokförda behövs samordningsnumret för att tillsammans med hänvisningspersonnumret knyta samman posterna i registret som hör till samma barn. Namn på barnet underlättar identifieringen då det inte är ovanligt att flera barn födda samma datum kan finnas på samma BVC.

Hänvisningspersonnummer

Hänvisningspersonnummer behövs för att säkert kunna knyta samman poster för personer som ändrat personnummer eller som tidigare haft samordningsnummer och senare blivit folkbokförda och tilldelats ett personnummer.

Folkbokföring

Uppgift om län behövs för att kunna göra länsvisa indelningar och uppföljningar. Även uppgift om kommun kan användas för detta syfte. Uppgift om folkbokföringslän behövs också för att kunna identifiera hemvist för barn som inte kopplats till någon specifik vårdgivare. Därigenom kan t.ex. det externa bortfallet per län beräknas.

Ärendetyp

Kod för ärendetyp används för att tillsammans med avregistreringsorsak klargöra de ändringar som följer med en avisering. Koder för rättelser och annulleringar av tidigare aviseringar kommer som ärendetypskoder.

Avregistreringsorsak

Avregistreringsorsak ger uppgift om barnet är avlidet (AV), har utvandrat (UV) eller fått personnummerbyte (GN=gammalt personnummer, GS=gammalt samordningsnummer). Dessa koder behövs för att kontrollera populationens storlek och undvika dubletter i registret.

Invandringsdatum

Barn som invandrar saknar i många fall uppgifter som barn födda i Sverige i de flesta fall har. Invandringsdatum används för att i analysen kunna selektera de barn som varit föremål för insatser från Barnhälsovården. T.ex. kan ett barn som invandrat vid 4 år inte förväntas ha fått hembesök efter födelsen eller deltagit i föräldragrupp under sitt första levnadsår. Med hjälp av invandringsår kan även ett första hembesök inom en viss tid identifieras för barn som invandrat eller adopterats.

Övriga personuppgifter i registret

Övriga personuppgifter som behandlas i registret hämtas från barnets barnhälsovårdsjournal och beskrivs närmare i avsnittet Variabeldefinitioner.

Avtal med externa företag och organisationer

Svenska barnhälsovårdsregistret har tecknat avtal med följande externa företag/organisationer.

1. Ett samarbetsavtal är tecknat med registercentrum sydost, RCSO. Avtalet löper på 1 år i taget, se bilaga 1.
 2. Ett utvecklingsavtal för utveckling av registrets databas och webb-klient är tecknat med Carmona AB, se bilaga 2.
 3. Ett indirekt avtal är tecknat med Carmona AB för drift av registret via registerplattformen Barn-och Vuxenregister, se bilaga 3.
-

Föräldrainformation

Ett informationsblad har tagits fram för att uppfylla de krav som i PUL ställs på information till uppgiftslämnare. Informationen är skriven på lätt svenska och planeras att översättas till de vanligaste språken i Sverige.

Sida 1



Svenska Barnhälsovårdsregistret

– tillsammans kan vi förbättra svensk barnhälsovård!

För att ständigt bli bättre vill vi på denna mottagning rapportera en del av ditt barns personuppgifter till Svenska Barnhälsovårdsregistret. Det är ett nationellt kvalitetsregister som ska skapa underlag för utveckling av bättre och mer jämlik barnhälsovård, oberoende av var du bor. Uppgifterna används också för verksamhetsuppföljning och forskning.

Det är vi som arbetar i barnhälsovården i Sverige som driver registret. Vi samlar personuppgifter under de år ditt barn träffar BVC, mellan födelsen och 5 års ålder. Vi analyserar och sammanställer dessa data utan att något enskilt barn kan identifieras. Exempel på data som vi samlar in är uppgifter om amning, tobaksrökning, vaccinationer, besök, längd, vikt, undersökning av språkutveckling, hörsel- och synförmåga och om vi skickar några remisser. Vi samlar också in uppgifter om barns hälsa, till exempel om ditt barn har astma eller eksem och om det haft någon infektion som behandlats med antibiotika och om det råkat ut för olycksfall.

Med 100 000 nyfödda per år blir det en fantastisk källa till kunskap och utveckling!

Kort om dina rättigheter

- Din medverkan är frivillig och påverkar inte den service du får på BVC.
- Du kan tacka nej till att delta när som helst. Säg i så fall till din BVC-sjuksköterska.
- Om du i efterhand ångrar dig och inte längre vill medverka i registret har du rätt att få alla uppgifter raderade.
- Alla uppgifter är skyddade av svensk lag och får endast användas för utveckling av bättre vård och för forskning.
- De enda som har tillgång till den registrerade informationen är de ansvariga för registret och sjuksköterskorna på din BVC-mottagning.

Ytterligare information om registret finns på baksidan av detta blad och på registrets hemsida www.bhvq.se

Sida 2

Svenska barnhälsovårdsregistret – ett nationellt kvalitetsregister

Vad är nationella kvalitetsregister?

Syftet med nationella kvalitetsregister är att insamlade uppgifter ska användas till att förbättra hälso- och sjukvårdens arbete med vården, främja hälsa och förebygga ohälsa. På nationell, regional och lokal nivå kan hälso- och sjukvården följa och se förändringar av patienternas hälsa över tid, jämföra olika arbetsätt och behandlingsmetoder. Det är av stor vikt att så många som möjligt lämnar sitt bidrag till kvalitetsregistren vilket ökar tillförlitligheten på resultat och utvärdering. Resultaten ska användas i verksamheternas kontinuerliga förbättringsarbete för att uppnå en jämn standard av tjänster och vård i Sverige.

Registrering av uppgifter

Följande uppgifter om ditt barn samlas in och registreras i barnhälsovårdsregistret. Från folkbokföringsregistret hämtas personnummer och folkbokföringsuppgifter. Från barnets BVC-journal hämtas uppgift om barnet är första barn i familjen, vårdkontakter, genomförd depressionsscreening, amning, vaccinationer, tobaksrökning, tillväxt, språke-, hörsel- och synförmåga, remisser och hemgångsdatum efter barnets födelse. Vi samlar också in uppgifter om ditt barn har astma, eksem, om det behandlats med antibiotika eller råkat ut för olycksfall. Det kan även handla om frågor om hur du ser på vården och den service du får på BVC. Uppgifterna får endast användas för att utveckla och säkra vårdens kvalitet och framställa statistik samt, efter etisk prövning, för forskning inom hälso- och sjukvården.

Sekretess

Dina/ ditt barns uppgifter skyddas av hälso- och sjukvårdssekretessen i offentlighets- och sekretesslagen. I sammanställningar som görs går det inte att identifiera uppgifter om ditt barn som enskild person. För forskningsstudier behövs alltid ett godkännande av en etikprövningsnämnd.

Säkerhet

Ditt barns uppgifter skyddas mot obehöriga. Det finns särskilda krav som bl.a. innebär att bara den som har behov av uppgifterna får ha tillgång till dem. Det finns en systematisk kontroll som säkerställer att ingen obehörig tagit del av uppgifterna samt att inloggning för att ta del av uppgifter sker på ett säkert sätt. Uppgifterna skyddas också genom kryptering.

Åtkomst

Vårdgivare får ta del av de uppgifter som de lämnar till registret. Ingen annan vårdgivare har åtkomst till dessa uppgifter. De som centralt hanterar registret kan och får ta del av barnets uppgifter.

Gallring

Uppgifterna tas bort när de inte längre behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i vården. För vissa register kan aktuell arkivmyndighet besluta att dina uppgifter sparas tills vidare för historiska, statistiska eller vetenskapliga ändamål.

Dina/ ditt barns rättigheter

Du kommer att få muntlig och/eller skriftlig information om att medverka i registret är frivilligt och inte påverkar de tjänster och den vård som du och ditt barn får på BVC. *Om du inte vill att ditt barns uppgifter registreras, vänligen meddela sjukvårdspersonal på din BVC-mottagning!*

Du kan när som helst ångra ditt beslut och få ditt barns uppgifter raderade från registret. En patient kan också i vissa fall begära att uppgifter spärras. Du har även rätt till skadestånd om ditt barns uppgifter hanteras i strid med personuppgiftslagen och rätt att begära rättelse av uppgifterna. Du har också rätt att få information om vilken åtkomst som har skett till ditt barns uppgifter. Du har en gång per år, kostnadsfritt, rätt att få veta vilka uppgifter som har registrerats om ditt barn (s.k. registerutdrag). En sådan ansökan ska vara skriftlig, undertecknad och skickas till kontaktpersonen för det nationella kvalitetsregistret.

Personuppgiftsansvar

Personuppgiftsansvarig myndighet för Svenska Barnhälsovårdsregistret är Landstinget i Östergötland.

Kontaktuppgifter för Svenska Barnhälsovårdsregistret

Registerhållare: Thomas Wallby, med. dr, vårdutvecklare, Akademiska sjukhuset, Uppsala.
e-post: thomas.wallby@akademiska.se

Kontaktperson: Leif Ekholm, överläkare, barnläkare, Universitetssjukhuset, Örebro.
e-post: leif.ekholm@orebroll.se

Gallringsbeslut

Enligt beslut i Landstingsstyrelsen i Östergötland, dnr. LiÖ 2011-258-071 skall nationella kvalitetsregister bevaras, se nedan.



Landstinget
i Östergötland

Ledningsstaben
Sakkunniggruppen

2011-01-25

LiÖ 2011-258-071

Landstingsstyrelsen

Gallring/bevarande av kvalitetsregister

Av 7 kap. 10 § patientdatalagen följer att personuppgifter i regionala och nationella kvalitetsregister ska gallras när uppgifterna inte längre behövs för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Från detta kan dock undantag göras, t.ex. genom beslut från arkivmyndigheten i landstinget.

BESLUT

Nationella och regionala kvalitetsregister ska **bevaras**, eftersom registren är av mycket stor betydelse för historiska, statistiska och vetenskapliga ändamål.

Gallring av lokala kvalitetsregister kan medges efter beslut av arkivmyndigheten.

Enligt delegation

Agneta Sundstrand
Landstingsarkivarie

Översikt kvalitetsindikatorer

Nivå 1-variabler

Barnantal	S	Antal folkbokförda i åldersgrupper 0-5 år
Täckningsgrad	R	Uppgift om andelen barn som inte har kontakt med barnhälsovården
Första barn	S	Är barnet föräldrarnas första barn?
Vårdtyngd	S	Index av BCG-indikation (tolkbehov, kulturella mönster), vårdnadshavare 1 röker vid 4 veckor (social tyngd), första barn (ökad rådgivning och ökat kontaktbehov).
Föräldrastöd i grupp	P	Deltagit per förstabarns- / flerbarnsföräldrar, vårdnadshavare 1 / vårdnadshavare 2 / båda, en eller flera gånger.
Hembesök	P	Erhållet hembesök inom 30 dagar efter födelsen per förstabarns- / flerbarnsföräldrar.
EPDS	P	EPDS genomförd.
Amning	R P	Barnet ammat helt/övervägande/delvis/ej ammat vid 1 vecka, 2, 4, 6, 8 och 12 månader. Barnet enbart ammat sedan födelsen.
Vaccinationer	R P	Barn med ökad risk för Tb. Vaccinerade 1 dos vid 2 år: BCG. Vaccinerade/ovaccinerade av barn med ökad risk /ej barn med ökad risk.
Rökning	R P	Vårdnadshavare 1/vårdnadshavare 2/rökare i barnets hemmiljö vid 4 veckor, 8 månader, 18 månader och 4 år.
Tillväxt	R	Graviditetstid, längd, vikt och huvudomfång; födelsen, 2-4 dagar, 10-14 dagar, 1- 2 - 4 - 6 - 8 - 10 - 12 - 18 månader, 2,5/3 år, 4 år, 5-6 år.
BMI	R	Beräknas av tillväxtdata vid 2,5/3 år, 4 år och 5-6 år.

Nivå 2-variabler

Mottagningsbesök	P	Antal besök på BVC-mottagning fördelat på sjuksköterska, barnläkare, allmänläkare och annan läkare.
Språk, Hörsel, Syn, Utveckling	P R	Genomförd språkscreening vid 2,5/3 år, hörsel- resp. synscreening vid 4 år samt eventuellt utfall
Remisser	P	Remisser skickade från BVC.
Hemgångsdag	P	Dag då barnet går hem från BB, förlossning eller barnsjukhus efter födelsen.
Antibiotika, Astma, Eksem, Olycksfall	P R	Indikatorer för att beskriva och följa förskolebarns hälsotillstånd och välbefinnande.

Variabeldefinitioner

Antal barn

Måttyp

Struktur

Variabel

Antal barn totalt, per årskull

Bakgrund

Sjuksköterskan, som utför största delen av arbetet, är nyckelpersonen på BVC. I ett normalområde med ca 60 nyfödda per år behöver BVC-sjuksköterskan 40 arbetstimmar per vecka för att fullgöra uppgifterna inom barnhälsovården. I ett område med färre än 25 nyfödda barn /år kan det bli svårt att upprätthålla kompetens och erfarenhet. Variabeln 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. [8]. Populationen hämtas från Folkbokföringsregistret [6].

Definitioner

Folkbokförda barn på aktuell BVC.

Datakälla

BHVQ uppdateras automatiskt från folkbokföringsregistret.

Validitet

Tillfredställande, förutsatt att rutiner skapas som motverkar risken för dubletter orsakade av barn som ändrat personnummer.

Fråga -

Inmatningsinstruktioner -

Värden

Numeriskt värde.

Behov av validering vid inmatning

Nej

Påminnelse om inmatning

Nej, hämtas automatiskt från folkbokföringsregistret.

Täckningsgrad

Måttyp

Resultat

Variabel

Barn som haft kontakt med barnhälsovården.

Bakgrund

Det övergripande skälet till att använda data från folkbokföringsregistret är de ger information om den totala populationens storlek. Denna uppgift kan ställas i relation till de barn som finns förtecknade i BHVQ och ge information om täckningsgraden för barnhälsovården. Enligt artikel 24 i konventionen om barnets rättigheter [7] 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 övervaka hur stor andel av barnpopulationen som får tillgång till den generella barnhälsovården.

Definitioner

Med täckningsgrad i detta sammanhang menas den andel av den totala populationen barn 0-5 år som under ett givet kalenderår haft kontakt med, eller haft ett giltigt skäl att inte stå i kontakt med, barnhälsovården. 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 populationen bör vara så lågt som möjligt och är ett viktigt kvalitetsmått för barnhälsovården.

Datakälla

Beräknas på data från folkbokföringsregistret och från BHVQ.

Validitet

Tillfredställande, förutsatt att rutiner skapas som motverkar risken för dubletter orsakade av barn som ändrat personnummer.

Fråga -

Inmatningsinstruktioner -

Värden

Numeriskt värde.

Behov av validering vid inmatning

Nej

Påminnelse om inmatning

Nej.

Första barn

Måttyp

Struktur

Variabel

Första barn

Bakgrund

Variabeln 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. [9]. Variabeln 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 menas moder eller motsvarande och med vårdnadshavare 2 menas fader eller motsvarande. I familjer där föräldrarna är av samma kön anges den förälder som står förtecknad först i BHV-journalen som vårdnadshavare 1 och den andra/andre som vårdnadshavare 2.

Datakälla

BVC-journalen.

Validitet

Tillfredställande.

Fråga

Barnet är första barn till

- Vårdnadshavare 1
- Vårdnadshavare 2
- Är inte första barn.

Inmatningsinstruktion

Markera om barnet är första barn till vårdnadshavare 1 eller vårdnadshavare 2. Om barnet inte är första barn till någon av vårdnadshavarna markeras "Är inte första barn".

Värden

Markering för Vårdnadshavare 1, Vårdnadshavare 2, Är inte första barn.

Behov av validering vid inmatning

Nej

Påminnelse om inmatning

Ja

Vårdtyngd

Måttyp

Struktur

Variabel

Vårdtyngd (IID)

Bakgrund

I ett normalområde med ca 60 nyfödda per år behöver BVC-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 [8].

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 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 [10-15]. 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. Variabeln 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 [16-20]. Variabeln mäts indirekt via andelen rökande vårdnadshavare 1 vid 4 veckors ålder.

En tredje faktor som erfarenhetsmässigt ökar arbetstyngden på BVC är antalet förstabarn som, i förhållande till omfödernor, erfarenhetsmässigt innebär fler kontakter och mera 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, tex. att data enkelt kan hämtas ur vår egen verksamhet. Det finns tex. 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, tex. antalet socialbidragstagare, utbildningsnivå, fattigdomsindex mm.

För praktisk användning är det även önskvärt att den framräknade vårdtyngden kan sättas i relation till en önskvärd BVC-sjukskötersketid. Dvs. 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 60 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.

Definitioner

Utlandsfödda uttrycks som andel barn med ökad risk för tuberkulos (enligt SMI:s förteckning över länder med ökad förekomst av tuberkulos [21], (> 25 fall per 100 000 invånare och år). Vårdnadshavare 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.

Datakälla

Barn med ökad risk för Tb, vårdnadshavare 1 röker vid 4 veckor respektive förstabarn hämtas från BHV journalen. Uppgifterna om antalet nyfödda per BVC, för andelsberäkning, fås automatiskt från befolkningsregistret.

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 vårdtyngden och en "färdriktning" för planering av BVC-sjukskötersketiden.

Fråga -**Inmatningsinstruktioner**

Uppgifter om Tb-risk, vårdnadshavare 1 rökvanor vid 4 veckors ålder och förstabarn lämnas individuellt för varje barn. Vårdtyngdsmåttet beräknas på vårdenhetsnivå. Se beräkningar och utdata för variabeln.

Värden

Numeriskt värde.

Behov av validering vid inmatning

Nej

Påminnelse om inmatning

Ja (vid respektive variabel för vårdtyngd)

Kommentar

Modell för omräkning av vårdtyngd till personalresurser på BVC (sjukskötersketid) finns och praktiseras på flera håll i landet, bl.a. i Örebro [22] och Uppsala [23].

Föräldrastöd i grupp

Måttyp

Process

Variabel

Föräldragrupp deltagit

Bakgrund

Begreppet "Föräldrastöd" innefattar såväl universella som selektiva och indikerade stödformer [24, 25]. Begreppet "Föräldrastöd i grupp" eller "föräldragrupp" avser en av BVC initierad och ledd grupp föräldrar som under barnets första år 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 [26]. Data avser att mäta såväl förekomst av föräldragrupp på BVC som antal tillfällen under barnets första levnadsår.

Definitioner

Föräldragrupp: Av BVC initierad och ledd grupp föräldrar som under barnets första år regelbundet träffas för att samtala om frågor kring föräldraskapet. Gruppledare skall i huvudsak vara BVC-sjuksköterskan eller, då det är aktuellt, MBHV-psykologen. Ovanstående definition inkluderar även BVC inom familjecentral, där familjecentralen initierar föräldragruppen, men där BVC-sjuksköterskan är huvudsaklig gruppledare.

Med vårdnadshavare 1 menas moder eller motsvarande och med vårdnadshavare 2 menas fader eller motsvarande. I familjer där föräldrarna är av samma kön anges den förälder som står förtecknad först i BHV-journalen som vårdnadshavare 1 och den andra/andre som vårdnadshavare 2.

Datakälla

BHV-journalen.

Validitet

Bristfällig. Föräldragrupp på BVC bedrivs på många skilda sätt.

Fråga

Datum för deltagande i föräldragrupp under barnets första levnadsår.

- Vårdnadshavare 1
- Vårdnadshavare 2
- Båda

Inmatningsinstruktioner

Ange datum för deltagande i föräldragrupp för vårdnadshavare 1 eller vårdnadshavare 2 eller båda under barnets första år.

Värden

Datum

Behov av validering vid inmatning

Nej

Påminnelse om inmatning

Ja, vid 1 år.

Hembesök

Måttyp

Process

Variabel

Hembesök förstabarn erhållit, Hembesök flerbarn erhållit

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 [27]. 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 [28] och att upptäcka barn som riskerar att fara illa [29]. Sjuksköterskor på BVC beskriver hembesöket som en viktig metod för att etablera en förtroendefull relation med föräldrarna och få en bild av familjens situation [30]. 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 [31]. Interventioner med upprepade besök till unga mödrar visade sig i en amerikansk studie förbättra mödrarnas föräldraförmåga [32].

Data avser att mäta samtliga genomförda hembesök med särskild uppföljning av hembesök i samband med hemkomst efter förlossning/adoption, fördelat på första- resp. flerbarn. Med en markering identifieras det första hembesöket vilket särskilt kan behövas i de fall barn av något skäl får sitt första hembesök senare än förväntat, vilket kan gälla för tidigt födda barn, invandrade barn eller adoptivbarn.

Definitioner

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

Datakälla

Uppgifterna hämtas från BHV-journalen.

Validitet

Tillfredställande.

Fråga

- Datum för hembesök
- Markering för första hembesöket

Inmatningsinstruktioner

Ange datum för genomfört hembesök samt markera det första hembesöket.

Värden

Datum, Markering för första hembesöket.

Behov av validering vid inmatning

Nej.

Påminnelse om inmatning

Ja.

Depressionsscreening med EPDS

Måttyp

Process

Variabel

EPDS_genomförd

Bakgrund

Forskning har visat att det tidiga samspelelmönstret 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) [33] 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. 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 [34].

Definitioner

Screening avseende depression post partum avser att man på BVC har ett lokalt program som innefattar EPDS-formulär kombinerat med ett bedömningssamtal och erbjudande om åtgärd vid behov. För 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 bedömningssamtal och åtgärd vid behov räknas även dessa som genomförd depressionsscreening med EPDS.

Datakälla

BHV- journalen.

Validitet

Tillfredställande.

Fråga

- Datum för genomförd EPDS.

Inmatningsinstruktioner

Ange datum för genomförd EPDS.

Värden

Datum.

Behov av validering vid inmatning

Nej

Påminnelse om inmatning

Ja

Amning

Måttyp

Resultat

Variabel

Amning vid 1 vecka, 2, 4, 6, 8 och 12 månader. Enbart ammad sedan födelsen.

Bakgrund

Amning är den mest naturliga och rådliga vägen till en hälsosam tillväxt och utveckling för barn [35]. Bröstmjolk har många viktiga fördelar för både 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. Sannolikt medierar bröstmjolk även skydd mot ohälsa senare i livet, bl.a. i form av övervikt och diabetes, [36, 37].

För datainsamling kring amning förutsätts att BVC träffar föräldrarna individuellt någon gång, på mottagningen eller vid hembesök, vid den specificerade åldern inom respektive mätperiod, se tabell nedan. Frågan om amning gäller då aktuell uppfödning under de senaste 7 dagarna fram till och med besökstillfället.

Ålder	Datainsamling någon gång under mätperioden
1 vecka	Utskrivning BB - 21 d (3 veckor)
2 månader	6 v (≈ 1,5 mån) - 11 v (≈ 2,5 mån)
4 månader	15 v (≈ 3,5 mån) - 20 v (≈ 4,5 mån)
6 månader	24 v (≈ 5,5 mån) - 29 v (≈ 6,5 mån)
8 månader	32 v (≈ 7,5 mån) - 39 v (≈ 9 mån)
12 månader	11 månader - 1 år och 2 månader

Definitioner [38-40]

Bröstmjolk	Inkluderar amning, urpumpad bröstmjolk, donator bröstmjolk, vitaminer (t.ex. D-droppar), mineraler och läkemedel.
Annan kost	Inkluderar bröstmjölksersättning, välling, vatten, drycker och annan föda.
Pyttesmå smakprover	Den lilla mängd, 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 [41].

Amning: (aktuell uppfödning under de senaste 7 dagarna vid respektive ålder)

Helt ammade	Barn som enbart fått bröstmjolk.
Övervägande ammade	Barn som förutom bröstmjolk också fått tillägg av 1-2 mål av annan kost och/eller ”pyttesmå smakprover”, oavsett antal.
Delvis ammade	Barn som förutom bröstmjolk också fått tillägg av 3 eller fler mål av annan kost.
Ej ammade	Barn som enbart fått annan kost.
Enbart ammade	Barn som enbart ammats sedan födelsen, även under vård på förlossning, BB eller nyföddhetsavdelning.
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

Delvis amning i Sveriges officiella statistik [42] motsvaras i BHVQ av summan av Övervägande amning och Delvis amning.

Fråga (ange endast ett alternativ – se även flödesschema)

Har barnet under de senaste 7 dagarna fått:

- Enbart bröstmjölk?
- Bröstmjölk och tillägg av 1-2 mål av annan kost och/eller ”pyttesmå smakprover”?
- Bröstmjölk och tillägg av 3 eller fler mål av annan kost?
- Endast annan kost?
- Uppgift saknas.

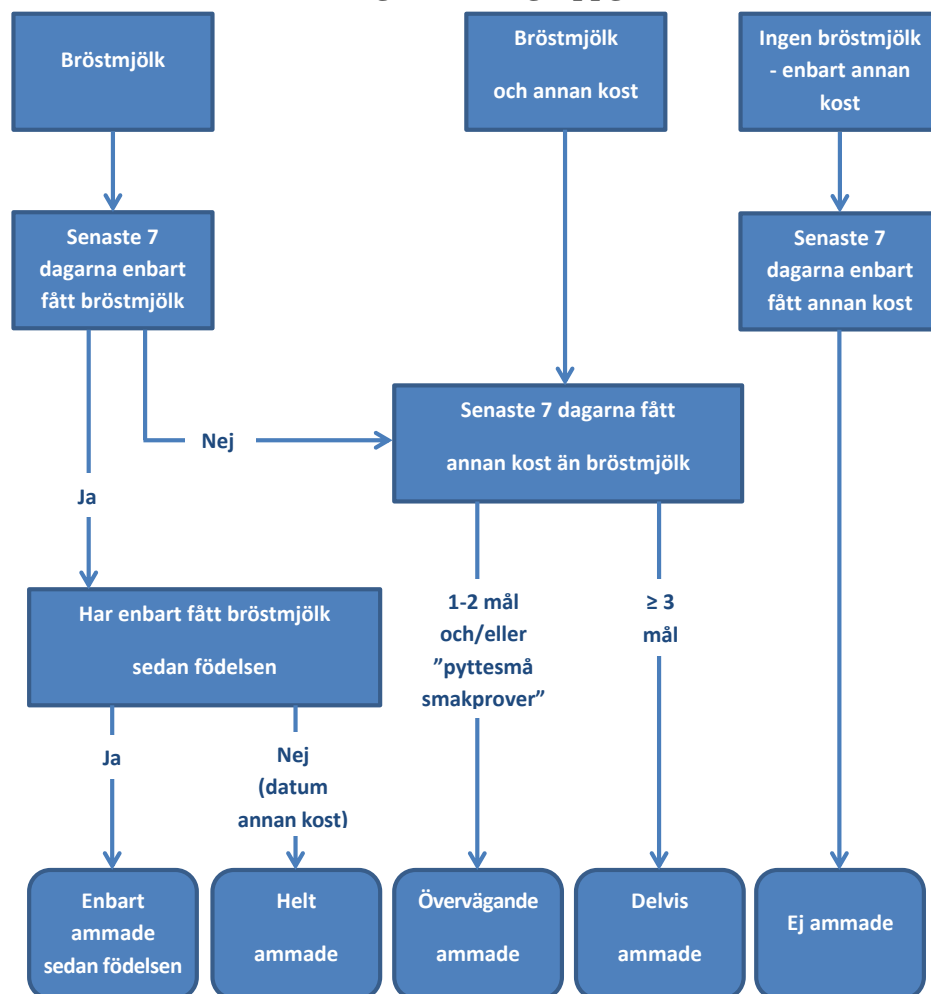
Fråga även om

Datum/uppskattat datum för första tillfälle (inklusive vårdtid förlossning/BB/nyföddhetsavdelning) då barnet fått annan kost.

- Datum/uppskattat datum
- Uppgift saknas

Med hjälp av denna uppgift beräknas barnets exklusiva amningsperiod uttryckt i dagar. Frågan om datum ställs vid de ordinarie nyckelåldrarna för amning tills den är besvarad.

Flödesschema för insamling av amningsuppgifter



Datakälla

BHV-journalen.

Validitet

Begränsad. Erfarenhetsmässigt registreras amningsuppgifter olika [43]. Erfarenhet av att samla in amningsdata på individnivå finns, såväl i Uppsala [23] som i Örebro [22]. I övriga landet samlas amningsdata in på BVC-nivå.

Inmatningsinstruktioner

Se ovan under Datainsamlingstillfällena och Fråga.

Värden

Helt ammad, Övervägande ammad, Delvis ammad, Ej ammad, Uppgift saknas. Datum för första tillfälle av annan kost.

Behov av validering vid inmatning

Endast ett uppfödningalternativ kan väljas.

Påminnelse om inmatning

Ja vid 1 vecka, 2, 4, 6, 8, och 12 månaders ålder.

Vaccinationer

Måttyp

Resultat

Variabel

Givet vaccin mot Tuberkulos (Tb), Barn med ökad risk för Tb

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 [44, 45] rapporteras sedan den 1 januari 2013 till ett vaccinationsregister på Smittskyddsinstitutet (SMI). Flera rapporteringsvägar erbjuds: webbformulär, pappersformulär, uppladdning av XML-fil och rapportering via Svevac. 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. Att registrera vaccinationer i många olika register kommer att påverka arbetsbördan negativt på BVC. BHVQ kommer endast att insamla data över barn med ökad risk för Tb och vaccination mot Tb.

Definitioner

Barn med ökad risk för Tb definieras som barn till föräldrar från länder med hög förekomst av tuberkulos (>25 fall/100 000 invånare och år) [21, 46].

Datakälla

BVC-journalen.

Validitet

Tillfredställande. Evidens avseende effekt finns för samtliga vaccinationer ingående i nationellt vaccinationsbarnprogrammet. Uppgifterna om givna vaccinationer är tillförlitliga.

Fråga

- Barn med ökad risk för Tb?
- Given vaccination mot tuberkulos.

Inmatningsinstruktioner

Ange om barnet är ett barn med ökad risk för Tb. Markera för givet vaccin mot Tb.

Värden

Barn med ökad risk Ja/Nej. Vaccination given Ja/Nej.

Behov av validering vid inmatning

Nej

Påminnelse om inmatning

Påminnelse vid start (Riskbarn) och vid 12 månader (TB-vaccination).

Rökning

Måttyp

Resultat

Variabel

Rökning vårdnadshavare 1, vårdnadshavare 2, Rökare i barnets hemmiljö. Vid 4 veckor, 8 månader, 18 månader och 4 år.

Bakgrund

Redan under fostertiden utsätts barn till rökande mödrar för hälsorisker som kan leda till såväl minskad intrauterin tillväxt [47, 48], prematur födsel [49] som till ett flertal negativa förlossningsutfall [50]. Utsätts spädbarn för passiv rökning ökar riskerna för SIDS [51, 52], astma [53], mediaotit [54] och nedre luftvägsinfektioner [55]. Dessutom ökar risken att barnet själv skall bli rökare, om det växer upp i en rökande miljö [56]. Data avser att mäta hur stor andel barn som exponeras för tobaksrök vid 4 veckor respektive 8 månader.

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.

Med vårdnadshavare 1 avses moder eller motsvarande och med vårdnadshavare 2 avses fader eller motsvarande. I familjer där föräldrarna är av samma kön anges den förälder som står förtecknad först i BHV-journalen som vårdnadshavare 1.

Datakälla

BHV-journal.

Validitet

Tillfredställande. Erfarenhet av att samla in dessa data finns, såväl från Uppsala [23] som Örebro [22] på individnivå. I övriga landet på BVC-nivå.

Fråga

- Vårdnadshavare 1 röker dagligen?
- Vårdnadshavare 2 röker dagligen?
- Rökare i barnets hemmiljö?
- Vet ej

Inmatningsinstruktioner

Ange, vid 4 veckor, 8 respektive 18 månader och vid 4 år om vårdnadshavare 1 röker, om vårdnadshavare 2 röker och om någon är rökare i barnets hemmiljö.

Värden

Ja, Nej, Vet ej.

Behov av validering vid inmatning

Påminnelse om inmatning

Ja vid respektive åldrar (4v, 8 mån, 18 månader, 4 år)

Tillväxt

Måttyp

Resultat

Variabel

Vikt [ålder], Längd [ålder], Huvudomfång [ålder], Gravitetetslängd

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. För att kunna bedöma barns hälsa görs därför regelbundna mätningar av tillväxten inom barnhälsovården och elevhälsan, vilket är en grundpelare i hälsovården.

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 [57]. För detta ändamål krävs även uppgift om gravitetetslängd samt för bedömningen av längd och vikt hos för tidigt födda barn.

Orsaken till låg födelsevikt är komplex men det finns en klar koppling till sämre socioekonomiska förhållanden hos föräldrarna [58, 59], och som grupp av barn löper de ökad risk att drabbas av nyföddhetsperiodens sjukdomar, neurologiska skador, skolsvårigheter, beteendestörningar och kardiovaskulära åldersförändringar [60-65]. 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) [66].

Normalt sker en viktneigång med i medeltal ca 6 % (SD 2%) dag 3 till 4 (barn förlösta med kejsarsnitt någon dag senare). Maximalt anses 7 % viktneigång acceptabel vilket dock är en godtycklig, snarare än en klinisk, gräns. ("The American Academy of Pediatrics states: "Weight loss in the infant of greater than 7% from birth weight indicates possible breastfeeding problems and requires more intensive evaluation of breastfeeding and possible intervention to correct problems and improve milk production and transfer.") Majoriteten av nyfödda är ikapp sin födelsevikt inom 14 dagar [67].

I BHVQ beräknas och redovisas BMI vid 2,5/3 år, 4 år och 5-6 år. Övriga tillväxtuppgifter (se under rubrik "Dataälla") ger möjlighet till en deskriptiv beskrivning av förskolebarns tillväxt och kan utgöra ett underlag för tillväxtreferens barn 0-6 år.

Definitioner

Med vikt menas barnets kroppsvikt. Med längd menas barnets kroppslängd. Med huvudomfång avses största omfånget runt skallen. Undervikt, övervikt respektive fetma uträknas från BMI-definitioner översatta till barnförhållanden:

Undervikt: ISO-BMI <17 [68]

Övervikt: ISO-BMI \geq 25 [69]

Fetma: ISO-BMI \geq 30 [69]

ISO-BMI (kg/m²) för pojkar (P) och flickor (F)

Ålder	ISO-BMI 17 undervikt grad 2		ISO-BMI 25 övervikt		ISO-BMI 30 fetma	
	P	F	P	F	P	F
2,5	13,94	13,74	18,13	17,76	19,80	19,55
3	13,79	13,60	17,89	17,56	19,57	19,36
4	13,52	13,34	17,55	17,28	19,29	19,15
5	13,31	13,09	17,42	17,15	19,30	19,17
5,5	13,22	12,99	17,45	17,20	19,47	19,34
6	13,15	12,93	17,55	17,34	19,78	19,65

Datakälla

Födelsevikt-, längd och huvudomfång samt uppgift om graviditetslängd hämtas från förlossningsdata. Övriga tillväxtdata hämtas från BHV-datajournal med samtliga utförda mätningar som finns inmatade i journalen.

Med inmatning via web-formulär rapporteras tillväxtuppgifter då barnet 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.

För mätpunkterna vid 2,5 år och senare gäller tidsintervall + 3 månader/- 1 månad.

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 på barnavårdscentralerna. Kvalitén är hög, tillförlitlig och robust, bortfallet lågt. Indikatoren 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. Datumuppgiften måste kunna editeras för de fall då mätningen är utförd vid ett annat tillfälle.

Fråga

- Vikt, längd och huvudomfång vid födelsen.
- Graviditetslängd.
- Vikt, Längd (vid respektive ålder).
- Huvudomfång (vid respektive ålder till och med 18 mån ålder.)
- Uppgift saknas.

Inmatningsinstruktioner

Utgångsvärden hämtas från förlossningsdata. Födelsevikt anges i gram, födelselängd anges i cm med en decimal och graviditetslängd anges i antal veckor (+ dagar). För övriga åldrar

anges vikten i gram upp till 9999 g, därefter i kg med en decimal. Längd anges vid samtliga åldrar i cm med en decimal. Huvudomfång anges i cm med en decimal. Huvudomfång mäts t.o.m. 18 månaders ålder.

Datum för mätningen fylls i automatiskt med dagens datum. Om mätningen är utförd vid ett annat tillfälle kan dock mätningdatum ändras. Om mätningdata saknas för aktuellt åldersintervall, markera ”Uppgift saknas”.

Mätning

Stor noggrannhet vid mätning och vägning erfordras. Vikten mäts utan kläder och blöja. Trosa/kalsong accepteras vid vägning av de lite äldre barnen. Spädbarnsvåg kan användas upp till 2 år, sedan vägs barnet stående. Före 2 års ålder mäts längden med barnet liggande, sedan stående. Mätutrustning skall vara CE-godkänd och kalibreras efter aktuella instruktioner.

Vid mätning liggande håller en person, lämpligen föräldern, barnets huvud mot huvudplattan. Barnet ska titta rakt upp. Ytterligare en person sträcker barnets ben genom att försiktigt trycka ned knäna mot underlaget och ser till att båda fötternas fotsulor ligger an mot fotplattan med tårna rakt upp. Läs av längden först då barnets position är acceptabel.

Vid stående mätning ska barnets fötter hållas intill varandra med hälarna mot väggen. Golvet under mätaren ska vara plant och fast utan någon matta. Kontrollera att barnet sträcker upp ordentligt utan att hälarna lyfter från underlaget. Axlarna ska inte vara upplyfta. Barnet ska titta rakt framåt. Barnets ska andas normalt. Mät inte då barnet håller andan. Se till att mätstickan ligger an mot barnets huvud med ett lätt tryck. Läs av först då barnets position är acceptabel.

Huvudomfång mäts med ett vanligt måttband över det största omfånget. Avläs först sedan måttbandet sträckts ordentligt kring huvudomfånget.

Värden

Numeriska värden. För bortfall finns värdet Uppgift saknas. Datumvariabel ifylls automatiskt med dagens datum då värde matas in i viktfälten. Datumuppgiften skall vara redigerbar.

Uppgift om BMI beräknas automatiskt utifrån inmatade tillväxtdata med en decimal (kroppsvikt(kg)/kroppslängd (m)²).

Behov av validering vid inmatning

Varning om man matar in vikt men inte längd eller omvänt. Viktfältet för gram får max innehålla 4 tecken Viktfältet för kg får max innehålla 2 tecken, decimalfältet 1 tecken. Längdfältet för cm får max innehålla 3 tecken, decimalfältet 1 tecken. Huvudomfångsfältet för cm får max innehålla 2 tecken, decimalfältet 1 tecken. Varning vid extrema värden (utanför +/- 3 SD), se tabellverk på CeHis (<http://www.cehis.se/dokumentarkiv/>), sök på tillväxt, välj [Barnhälsodata slutlev, delprojekt NEXT - tabellverk](#) [68].

Påminnelse om inmatning

Påminnelse om att fylla i tillväxtdata vid respektive ålder.

Besök**Måttyp**

Process

Variabel

Besök sjuksköterska, Besök barnläkare, Besök allmänläkare, Besök annan läkare.

Bakgrund

Barnhälsovårdens generella program följs erfarenhetsmässigt av praktiskt taget alla svenska förskolebarn och har acceptans i alla sociala skikt [70-72]. Variabeln är viktig att följa då den ger möjlighet att mäta i hur stor utsträckning Barnhälsovårdsprogrammet följs i form av ett minsta antal sjuksköterske- och läkarbesök. Många faktorer påverkar dock konsumtionen av, och tillgången till barnhälsovård och onormalt höga besöksfrekvenser kan indikera t.ex. hög vårdtyngd eller överutnyttjande/övererbjudande av BVC:s tjänster. Variabeln ger även möjlighet att mäta tillgången till barnläkare i verksamheten och i vad grad läkare utan specifik eller tillräcklig barnhälsovårdsutbildning tjänstgör på BVC.

Definitioner

Med besök avses ett möte mellan barn, föräldrar och personal på BVC som dokumenteras i BVC-journalen.

Datakälla

BVC-journalen.

Validitet

Tillfredställande. Enkel uppgift att definiera och registrera.

Fråga -**Inmatningsinstruktion**

Ange datum för besök till respektive tjänstekategori.

Värden

Datum

Behov av validering vid inmatning

Nej

Påminnelse om inmatningNej.

Språk, Hörsel, Syn, Utveckling

Måttyp

Process (Genomförd), Resultat (Utfall)

Variabel

*För respektive Språk 2,5/3 år, Hörsel 4 år, Syn 4 år och Utveckling 4 år:
Genomförd, Utfall, Ej aktuell.*

Bakgrund

Att vara flerspråkig eller att ha föräldrar med en annan kulturell bakgrund betraktas som en riskfaktor för att barn inte får en likvärdig vård som sina jämnåriga. I flera studier har man visat att proportionen flerspråkiga barn som remitteras via BVC är signifikant lägre jämfört med enspråkiga barn och de remitteras till logoped i signifikant högre utsträckning senare än femårsålder [73, 74]. En anledning kan vara att BVC-sjuksköterskor inte följer remisskriterierna vid 3-årsscreeningen för barn som har ett annat modersmål, och hellre ”friar” dem än att remittera till logoped [75]. Bristande kulturell kompetens hos BVC-sjuksköterskor för att kunna avgöra om den psykosociala hemmiljön utgör en risk eller inte för barnets hälsa och utveckling [76], kan också vara en bidragande orsak. Studier från Storbritannien har dock visat på både underremittering och överremittering i olika områden [77-79]. Alla barn erbjuds språkscreening antingen vid 2,5 eller 3 års ålder. De två screeningmetoder som används är vetenskapligt utvärderade dvs. språkscreening vid 2,5 år [80-82] samt språkscreening vid 3 år [83-85]. Screeningen används också för barn med annat modersmål fast med hjälp av tolk eller föräldrar som kan svenska.

Definitioner

Med Genomförd avses att screeningundersökningen är genomförd enligt screeningprotokoll. Med Utfall avses att ett resultat, specificerat i screeningprotokollet, är sådant att en åtgärd, specificerad i screeningprotokollet, t.ex. i form av grundligare undersökning, remiss eller konsultation behöver vidtas. Med Utfall utveckling 4 år avses två eller flera minus på utvecklingsmomenten eller minus på samlek.

Med Ej aktuellt avses då barnet följs på annan klinik, tex ögonklinik, uteblivit mer än två gånger, tackat nej till screening eller annan orsak till att screening ej blir utförd.

Datakälla

BVC-journalen.

Validitet

Tillfredställande. Språk, syn och hörsel bedöms med validerade metoder

Fråga -

Inmatningsinstruktion -

Värden

Datum för genomförd screening. Ja/Nej för utfall. Ej aktuell.

Behov av validering vid inmatning

Nej

Påminnelse om inmatning

Ja, vid 3 och 4 års ålder.

Remisser

Måttyp

Process

Variabel

Remiss till Barnläkare Öppen vård, Barnklinik, BVC-psykolog, Logoped, Ortopedist/Ögonklinik, Audiolog/Hörselklinik, Sjukgymnast

Bakgrund

Remissflöden mäter i vilken grad BVC upptäcker hälsoproblem och avvikelser i barns utveckling. Variabeln 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.

Datakälla

BVC-journalen.

Validitet

Tillfredställande. Enkel uppgift att definiera och registrera.

Fråga -

Inmatningsinstruktion

Ange datum för remiss till respektive remissmottagarkategori.

Värden

Datum

Behov av validering vid inmatning

Nej

Påminnelse om inmatning

Nej.

Hemgångsdag

Måttyp

Process

Variabel

Hemgångsdag

Bakgrund

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

Definitioner

Med hemgångsdag avses den dag som föräldrarna återvänder hem med det nyfödda barnet från förlossning, BB eller barnsjukhus. Födelsedagen är dag 0.

Datakälla

Förlossningsjournal.

Validitet

Tillfredställande. Enkel uppgift att definiera och registrera.

Fråga

- Datum för hemgång från förlossning, BB eller barnklinik.

Inmatningsinstruktion

Ange datum hemgång från förlossning, BB eller Barnklinik.

Värden

Datum

Behov av validering vid inmatning

Nej

Påminnelse om inmatning

Ja, vid första kontakten med familjen

Antibiotika, Astma, Eksem, Olycksfall

Måttyp

Resultat (Utfall)

Variabel

För respektive Antibiotikaförbrukning 1 år, Antibiotikaförbrukning 4 år, Eksem 1 år, Eksem 4 år, Olycksfall 1 år, Olycksfall 4 år, Astma 4 år: Utfall

Bakgrund

Indikatorer för att beskriva och följa förskolebarns hälsotillstånd och välbefinnande. Indikatorerna kan användas tillsammans med övervikt/fetma/undervikt tex. för att skapa s.k. hälsoindex. Erfarenheter finns från arbete i EU, svenska kommuner och Barnhälsovården i Örebro län [86-88].

Definitioner

1. **Antibiotika** (under spädbarnsåret) och 4 år (3 senaste mån)
Antal behandlingar (0, 1), Vet ej – uppgiften går inte att få fram.
2. **Astmadiagnos** 4 år – 4 år 3 mån
Ja - Föräldrarna svarar att barnet har diagnosen astma och medicinerar mot obstruktivitet. Barnet kan ha haft ”förkylningsastma” men blir inte obstruktiv/medicinerar inte längre i samband med förkylning = inte astma, Vet ej – uppgiften går inte att få fram.
3. **Eksem** (under spädbarnsåret) och 4 år (3 senaste mån)
Ja - Föräldrarna uppger att barnet har återkommande eksem dvs. besvärar och har besvärats med klåda vid upprepade tillfällen och med typiskt utseende och lokalisation av utslag (se Rikshandboken), Vet ej - uppgiften går inte att få fram.
4. **Olycksfall** (under spädbarnsåret) och 4 år (3 senaste mån)
Antal gånger sökt vård (0, 1, ≥ 2).

Datakälla

BVC-journalen.

Validitet

Begränsad till bristfällig.

Fråga

Se definitioner. Frågorna ställs vårdnadshavaren vid ordinarie kontakt vid 1 resp. 4 år i det nationella programmet.

Inmatningsinstruktion

Värden

Ja, vet ej, 0, 1, ≥ 2 .

Behov av validering vid inmatning

Ja, fråga om antalet är 1 eller ≥ 2 (för att minimera felskrivningar)

Påminnelse om inmatning

Ja, vid 1 år (antibiotika, eksem, olycksfall) och vid 4 år (även astma).

Indata, beräkningar och utdata

Barnantal

Indata	Beräkning	Utdata
Antal folkbokförda barn 0-6 år per årskull	Summering av antal barn per årskull.	Antal barn/årskull Totalt antal barn
Totalt antal nyfödda under året samt antal nyfödda förstabarn.	Antal nyfödda förstabarn/Totalt antal nyfödda	Antal/ andel förstabarn

Första barn

Indata	Beräkning	Utdata
Totalt antal nyfödda under året samt antal nyfödda förstabarn	Antal nyfödda förstabarn/Totalt antal nyfödda	Antal/ andel förstabarn
Antal nyfödda förstabarn VH1	Antal nyfödda förstabarn VH1/Totalt antal nyfödda förstabarn	Antal/ andel förstabarn till VH1
Antal nyfödda förstabarn VH2	Antal nyfödda förstabarn VH2/Totalt antal nyfödda förstabarn	Antal/ andel förstabarn till VH2
Antal nyfödda förstabarn Båda föräldrar	Antal nyfödda förstabarn Båda/Totalt antal nyfödda förstabarn	Antal/ andel förstabarn till båda föräldrar

Täckningsgrad

Indata	Beräkning	Utdata
Antal folkbokförda barn 0-6 år per årskull. Antal barn data i BHVQ.	Antal barn med data i BHVQ/Totalt antal folkbokförda barn.	Andel barn med BHV-kontakt. Externt bortfall.

Vårdtyngd

Indata	Beräkning	Utdata
Antal nyfödda barn med ökad risk för Tb.	Antal nyfödda barn med ökad risk / Totalt antal nyfödda	Antal/ Andel barn med ökad risk för Tb bland nyfödda
Antal mödrar som röker vid 4 veckor	Antal mödrar som röker vid 4 veckor/ Totalt antal nyfödda	Antal/ Andel mödrar som är rökare vid 4 veckor
Antal förstabarn	Antal förstabarn/ Totalt antal nyfödda	Antal/ Andel förstabarn
Ovanstående utdata.	Andel barn med ökad risk för Tb bland nyfödda + Andel mödrar som är rökare vid 4 veckor + (Andel förstabarn/3)	Vårdtyngdsmått

Föräldrastöd i grupp

Indata	Beräkning	Utdata
Antal Vårdnadshavare 1/ Vårdnadshavare 2/ Båda vårdnadshavarna bland förstagångsföräldrar som deltagit en eller flera gånger	Antal deltagande Vårdnadshavare 1/ Vårdnadshavare 2/ Båda vårdnadshavarna bland förstagångsföräldrar som deltagit en eller flera gånger / Tot antal förstagångsföräldrar	Antal/ Andel Vårdnadshavare 1/ Vårdnadshavare 2/ Båda vårdnadshavarna bland förstagångsföräldrar som deltagit en eller flera gånger
Antal Vårdnadshavare 1/ Vårdnadshavare 2/ Båda vårdnadshavarna bland flerbarnsföräldrar som deltagit en eller flera gånger	Antal deltagande Vårdnadshavare 1/ Vårdnadshavare 2/ Båda vårdnadshavarna bland flerbarnsföräldrar som deltagit en eller flera gånger / Tot antal flerbarnsföräldrar	Antal/ Andel Vårdnadshavare 1/ Vårdnadshavare 2/ Båda vårdnadshavarna bland flerbarnsföräldrar som deltagit en eller flera gånger

Hembesök

Indata	Beräkning	Utdata
Antal förstabarn som fått hembesök.	Antal förstabarn som fått hembesök inom 14/30 dagar från födseln / Tot antal förstabarn	Antal/ Andel förstabarn som fått hembesök inom 14/30 dagar från födseln
Antal flerbarn som fått hembesök	Antal flerbarn som fått hembesök inom 14/30 dagar från födseln / Tot antal flerbarn)	Antal/ Andel flerbarn som fått hembesök inom 14/30 dagar från födseln
Antal förstabarn som fått hembesök.	Summa hembesök under de först 12 månaderna Summa hembesök /Tot antal förstabarn	Antal/Andel förstabarn som fått minst ett hembesök under sitt första levnadsår. Genomsnittligt antal hembesök.
Antal flerbarn som fått hembesök	Summa hembesök under de först 12 månaderna Summa hembesök /Tot antal flerbarn	Antal/Andel flerbarn som fått minst ett hembesök under sitt första levnadsår. Genomsnittligt antal hembesök.

EPDS (Screening avseende depression)

Indata	Beräkning	Utdata
Antal nyfödda vars mödrar erhållit EPDS- screening	Antal nyfödda vars mödrar erhållit EPDS-screening/ Tot antal nyfödda	Antal/ Andel nyfödda vars mödrar erhållit EPDS-screening.

Amning

Indata	Beräkning	Utdata
Antal enbart, övervägande, delvis, ej ammade, resp ej bedömbara vid		
1 vecka	Antal enbart, övervägande, delvis, ej ammade vid 1 vecka / (tot. antal 1-åringar-internbortfall vid 1 vecka.)	Antal/ Andel enbart, övervägande, delvis, ej ammade vid 1 vecka
2 månader	Antal enbart, övervägande, delvis, ej ammade vid 2 månader / (tot. antal 1-åringar-internbortfall vid 2 månader.)	Antal/ Andel enbart, övervägande, delvis, ej ammade vid 2 månader
4 månader	Antal enbart, övervägande, delvis, ej ammade vid 4 månader / (tot. antal 1-åringar-internbortfall vid 4 månader.)	Antal/ Andel enbart, övervägande, delvis, ej ammade vid 4 månader
6 månader	Antal enbart, övervägande, delvis, ej ammade vid 6 månader / (tot. antal 1-åringar-internbortfall vid 6 månader.)	Antal/ Andel enbart, övervägande, delvis, ej ammade vid 6 månader
8 månader	Antal enbart, övervägande, delvis, ej ammade vid 8 månader / (tot. antal 1-åringar-internbortfall vid 8 månader.)	Antal/ Andel enbart, övervägande, delvis, ej ammade vid 8 månader
12 månader	Antal enbart, övervägande, delvis, ej ammade vid 12 månader / (tot. antal 1-åringar-internbortfall vid 12 månader.)	Antal/ Andel enbart, övervägande, delvis, ej ammade vid 12 månader
Amningslängd	Datum för första tillfälle för annan kost	Flexibel analys av amningslängd baserat på olika bakgrundsvariabler

Vaccinationer

Indata	Beräkning	Utdata
Antal barn som vaccinerats mot		
BCG med 1 dos	Antal barn som vaccinerats med 1 dos / tot. antal 2-åringar.	Antal/ Andel barn som vaccinerats med 1 dos.
Antal 2-åriga barn med ökad risk för Tb	Antal 2-åriga barn med ökad risk/tot. antal 2-åriga barn	Antal/ Andel 2-åriga barn med ökad risk för Tb.
Antal 2-åriga barn med ökad risk för TB som vaccinerats med BCG	Antal 2-åriga barn med ökad risk som vaccinerats med BCG / Tot antal 2-åriga barn med ökad risk för Tb.	Antal/ Andel BCG-vaccinerade bland 2-åriga barn med ökad risk för Tb.
Antal 2-åriga barn utan ökad risk för Tb som vaccinerats med BCG	Antal 2-åriga barn utan ökad risk som vaccinerats med BCG / Tot antal 2-åriga barn utan ökad risk för Tb.	Antal/ Andel BCG-vaccinerade bland 2-åriga barn utan ökad risk för Tb.

Rökning

Indata	Beräkning	Utdata
Antal barn där vårdnadshavare 1 röker vid 4 veckor, 8 mån, 18 mån och 4 år.	Antal barn där vårdnadshavare 1 röker vid 4 veckor, 8 mån, 18 mån och 4 år / Tot antal 1-, 2-, 4-åringar.	Antal/ Andel barn där vårdnadshavare 1 röker vid 4 veckor, 8 mån, 18 mån och 4 år.
Antal barn där vårdnadshavare 2 röker vid 4 veckor, 8 mån, 18 mån och 4 år.	Antal barn där vårdnadshavare 2 röker vid 4 veckor, 8 mån, 18 mån och 4 år / Tot antal 1-, 2-, 4-åringar.	Antal/ Andel barn där vårdnadshavare 2 röker vid 4 veckor, 8 mån, 18 mån och 4 år.
Antal barn med rökare i hemmiljön vid 4 veckor, 8 mån, 18 mån och 4 år.	Antal barn där det finns rökare i hemmiljön vid 4 veckor, 8 mån, 18 mån och 4 år / Tot antal 1-, 2-, 4-åringar.	Antal/ Andel barn där det finns rökare i hemmiljön vid 4 veckor, 8 mån, 18 mån och 4 år.

Tillväxt

Indata	Beräkning	Utdata
Graviditetens längd	Vid	Fördelat på pojkar/flickor:
Vikt, längd och homf. vid:	2,5/3 år, 4 år och 5/6 år	Antal/ Andel underviktiga barn
födelsen	BMI	Antal/ Andel överviktiga barn
2 - 4 dagar	Vikt i kg / (Längd i m) ²	Antal/ Andel feta barn
10 - 14 dagar		
1 månad	BMI-gränser, se avsnitt om tillväxt.	
2 månad		
3 månad		
4 månad	Övriga tillväxtuppgifter ger	
6 månader	möjlighet till en deskriptiv	
8 månader	beskrivning av	
10 månader	förskolebarns tillväxt och	
12 månader	kan utgöra ett underlag för	
18 månader	tillväxtpreferens barn 0-6 år.	
Vikt, längd vid:		
2,5/3år		
4 år		
5-6 år		

Besök

Indata	Beräkning	Utdata
Antal besök till respektive tjänstekategori.	Summa besök per åldersgrupp	Antal besök per tjänstekategori per vårdgivare/landsting
Antal besök till respektive tjänstekategori.	Summa besök per åldersgrupp / Totalt antal barn för åldersgruppen	Genomsnittligt antal besök per barn per åldersgrupp

Språk, Hörsel, Syn

Indata	Beräkning	Utdata
Antal barn med genomförda screeningundersökningar Språk/Hörsel/Syn	Antal barn med genomförda screeningundersökningar / Totalt antal barn i målåldern	Antal/Andel barn med genomförda screeningundersökningar.
Antal barn med utfall på screeningundersökningar Språk/Hörsel/Syn	Antal barn med utfall / Totalt antal barn i målåldern	Antal/Andel barn med utfall på screeningundersökningar.

Remisser

Indata	Beräkning	Utdata
Antal remisser per remissmottagarkategori	Antal remisser / Antal barn per ålderskategori	Genomsnittligt antal remisser per remissmottagarkategori per åldersgrupp.
Antal barn med remiss per remissmottagare och åldersgrupp	Antal barn med remiss / Totalt antal barn per åldersgrupp	Andel barn med remiss per remissmottagarkategori

Antibiotika, Astma, Eksem, Olycksfall

Indata	Beräkning	Utdata
Antal barn med antibiotikabehandling	Antal barn med antibiotikabehandling/antal 0-åringar resp 4-åringar.	Andel 0-åringa resp. 4-åringar med antibiotikabehandling.
Antal barn med astmadiagnos	Antal barn med astmadiagnos/antal 4-åringar	Andel 4-åringar med astmadiagnos.
Antal barn med återkommande kliande eksem	Antal barn med återkommande kliande eksem/antal 0-åringar resp 4-åringar.	Andel 0-åringa resp. 4-åringar med återkommande kliande eksem.
Antal barn med olycksfall 0, 1 eller fler gånger	Antal barn med olycksfall 0, 1 eller fler gånger/antal 0-åringar resp. 4-åringar.	Andel 0-åringa resp. 4-åringar med olycksfall 0, 1 eller fler gånger.

Bilaga 1. Samarbetsavtal registercentrum

Ett samarbetsavtal är tecknat med Registercentrum Sydost.

REGISTERCENTRUM
SYDOST

AVTAL OM SAMARBETE MELLAN REGISTERCENTRUM SYDOST OCH SVENSKA BARNHÄLSOVÅRDSREGISTRET (BHVQ)

Registercentrumen i Sverige har som uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) att verka för tillkomst av nya Nationella Kvalitetsregister, att skapa synergieffekter i samarbete mellan register samt att medverka till att registerdata blir användbara för olika användare.

Registercentrum Sydost (RCSO) drivs gemensamt av landstingen i sydöstra sjukvårdsregionen. RCSO erbjuder Nationella kvalitetsregister stöd över alla delar i kvalitetsregisterprocessen, men har en särskilt uttalad kompetens inom profilmrådena patientmedverkan och patientrapporterade mått, förbättringsarbete och datakvalitet. RCSO profilerar sig också inom målområdena barn, äldre och kommunal samverkan.

Detta avtal reglerar ett kvalitetsregisters anslutning till RCSO. I avtalsbilaga 1 beskrivs överenskomna områden för samarbete.

PARTER

Registercentrum sydost
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping

Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ)
Barnhälsovårdens länsavdelning
Samariterhemmets vårdcentrum
Box 609
751 25 Uppsala

Nedan kallat RCSO

Nedan kallat Registret

AVTALETS GILTIGHETSTID

Avtalet löper under perioden 2013-12-03 till och med 2014-12-02.

Avtalet förlängs med ett år i taget och uppsägningstiden är tre månader för båda parter. Det är närsomhelst under avtalstiden möjligt att avtala om tilläggstjänster (se vidare avsnitt servicenivå).

ROLLER OCH ANSVAR

- **REGISTRETS KONTAKTPERSON.**
Kontaktperson för registret är registerhållaren Thomas Wallby.



REGISTERCENTRUM SYDÖST

- **RCSO:S KONTAKTPERSON**

RCSO:s kontaktperson ansvarar för samordningen av arbetet inom RCSO gentemot Registret.

RCSO:s kontaktperson är Anders Tennlind.

ÄNDRINGAR

Om förändringar av uppdraget önskas under löpande avtalsperiod, och denna förändring inte ryms i överenskommen resursutnyttning kan det tas upp till förhandling. Till avtalet fogas ett tillägg i en bilaga. Beträffande tidsmässiga förhållanden se "Servicenivå".

SERVICENIVÅ

RCSO förbinder sig att inom 5 arbetsdagar besvara mejl från Registret. Om svaret kräver en inte oväsentlig arbetsinsats ska parterna överenskomma om tidplan. Frågor ställs i första hand till RCSO:s Kontaktperson. Denne ska hålla Registret informerat om längre frånvaro. Vid längre frånvaro ska en tillfällig ersättare utses, vilket Registret ska informeras om.

Om Registret önskar avtal om tilläggstjänster ska RCSO erbjuda förhandling inom 2 veckor. Om önskad tilläggstjänst är mer brådskande, kan arbetet påbörjas efter muntlig överenskommelse och den formella förhandlingen göras i efterhand.

SEKRETESS

RCSO och dess personal/underleverantörer lyder under samma regler avseende tystnadsplikt och sekretess som Registrets egen personal. Det gäller även Patientdatalagens och Personuppgiftslagens krav. Om Registret så begär ska sekretessförbindelse upprättas av RCSO och/eller dess personal/underleverantörer.

TVIST

Tvist angående tolkning eller tillämpning av ingångna överenskommelser ska avgöras av svensk allmän domstol. Tolkning och tillämpning av detta avtal ska ske enligt svensk lag.

FORCE MAJEURE

Förhindras part att fullgöra detta avtal av omständighet utanför parts kontroll och som denne inte skäligen kunde förväntats ha räknat med vid avtalets träffande och vars följderna inte heller skäligen kunde ha undvikits eller övervunnits, ska part informeras om detta och överenskommelse fattas om framflyttning av tidpunkt för prestation.

UPPDRAG

Med Registrets anslutning till RCSO följer tjänster som ingår i RCSO:s grundåtagande. Utöver grundåtagande åtar sig RCSO tilläggsuppdrag som offereras kvalitetsregistren. För tilläggsuppdrag



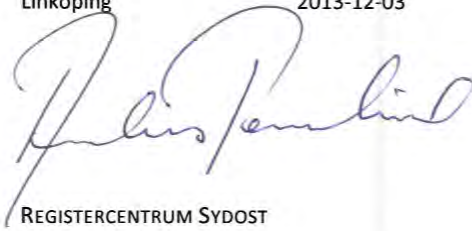
**REGISTERCENTRUM
SYDÖST**

som inte kan hanteras direkt inom RCSO:s organisation erbjuder sig RCSO att för Registret förmedla kontakt med relevant instans. Eventuella kostnader för sådana förmedlingsuppdrag regleras direkt mellan Registret och aktuell instans eller om så önskas via RCSO. Mellan Registret och RCSO överenskomna uppdrag anges i avtalsbilaga 1.

DETTA AVTAL HAR UPPRÄTTATS I TVÅ EXEMPLAR, VARAV PARTERNA TAR VAR SITT.

ORT
Linköping


DATUM
2013-12-03



REGISTERCENTRUM SYDÖST
ANDERS TENNLIND
CHEF RCSO

ORT
Linköping

DATUM
2013-12-03



SVENSKA BARNHÄLSOVÅRDSREGISTRET
THOMAS WALLBY
REGISTERHÅLLARE

REGISTERCENTRUM
SYDÖST

Avtalets omfattning

- **Registerkunskap och förbättringsarbete (dimension A)**

Uppdrag inom ramen för RCSO:s grundåtagande:

- Allmän utbildning och rådgivning i registerkunskap
- Allmän utbildning och rådgivning i förbättringsmetodik
- Allmän utbildning och rådgivning om patientmedverkan och patientrapporterade mått
- Informationsspridning till kvalitetsregister, media, myndigheter
- Rådgivning inför ansökan för nya register och för register som tillfälligtvis inte fått förnyat anslag
- Allmän rådgivning avseende forskning
- Stöd till utformning av utvecklingsplan för enskilt register
- Annat

Tilläggsuppdrag enligt offert:

- Arbete med enskilt register för att utforma registrets innehåll och funktioner
- Ledning av förbättringsprojekt för enskilt register
- Konsultation och utbildningsinsats i förbättringsmetodik för enskilt register
- Konsultation och utbildningsinsats för enskilt register avseende val och användning av patientrapporterade mått
- Stöd till utformning av utvecklingsplan för enskilt register
- Informationsstöd, t ex hjälp med konstruktion av hemsida
- Annat

**REGISTERCENTRUM
SYDÖST****Förmedlingsuppdrag för tjänst som utförs av relevant instans utanför RCSO:s organisation:**

- Juridisk rådgivning
- Hälsoekonomisk rådgivning
- Annat

• Statistik och datapresentation (dimension B)**Uppdrag inom ramen för RCSO:s grundåtagande:**

- Tillgång till allmänna funktioner och tjänster, t ex datapresentationsmoduler och statistiska presentationsmodeller, som utvecklas och tillhandahålls av RCSO
- Allmän utbildning och rådgivning i förbättringsstatistik
- Annat

Tilläggsuppdrag enligt offert:

- Statistiska sammanställningar och redovisningar
- Epidemiologisk och/eller statistisk rådgivning till enskilt register
- Metodstöd/analys vid studie avseende kvalitet/validitet/monitorering
- Konsultation och utbildningsinsats i förbättringsstatistik till enskilt register
- Annat

Förmedlingsuppdrag för tjänst som utförs av relevant instans utanför RCSO:s organisation:

- Täckningsgradsanlys
- Hälsoekonomiska beräkningar
- Annat

REGISTERCENTRUM
SYDÖST

- **Teknisk drift (dimension C)**

Uppdrag inom ramen för RCSO:s grundåtagande:

- Kontaktpunkt mellan Svenska Barnhälsovårdsregistret och Carmona
- Tillgång till generella funktioner och tjänster som kommer flera av centrumets register till godo
- Annat

Tilläggsuppdrag enligt offert:

- Annat

Förmedlingsuppdrag för tjänst som utförs av relevant instans utanför RCSO:s organisation:

- Uppläggning av register på avtalade registers plattform
- Teknisk drift för enskilt register
- Del av licenskostnad i relation till enskilt registers användning
- Annat

Bilaga 2. Utvecklingsavtal/Offert för utveckling av BHVQ

121212

Offert BHVQ

Beställare

Thomas Wallby, thomas.wallby@akademiska.se, 018-611 59 78

Ansvarig projektledare

Karina Persson, karina@carmona.se, 070-638 27 54

Ansvarig utvecklare (prel.)

Max Levin, max@carmona.se, 072-161 81 64

BILAGOR A – Fastarapporter

B – Service Level Agreement

C - Avtalsförslag

Denna offert gäller utveckling av BHVQ - ett nationellt register för barnhälsovård i Sverige och följer kravspec 13.2 från 2012-12-05 som satts upp av BHVQ. Användarna utgörs i första hand av BVC-sköterskor, uppskattningsvis 2300 personer i Sverige.

Syftet med BHVQ är:

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

Rutin för att registrera individmått på BVC

1. När ett barn föds eller adopteras får närmast BVC information om det och kontaktar vårdnadshavarna för ett hembesök/annan kontakt.
2. Vid mötet med föräldrarna inhämtas samtycke till att föra uppgifter vidare till ett kvalitetsregister.
3. När användaren ska göra registreringar i BHVQ på ett barn för första gången, söks barnets personuppgifter fram och en BVC-tillhörighet skapas.
4. Användare registrerar data som är relevanta för barnets ålder. Påminnelser ges om registreringar saknar.
5. Om barnet flyttar eller om vårdnadshavarna väljer ett annat BVC ändras barnets BVC-tillhörighet. Vid bytet sker vanligtvis en överföring av BVC-journaluppgifter. När barnet kommer första gången till den nya BVC:n och data ska läggas in i registret måste sjuksköterskan hämta barnet och göra en manuell (eller helst automatiskt) omregistrering till den nya vårdenheten.
6. Barn som saknar tillhörighet till BVC: Dessa barn har ju bortfall på variabeln BVC (vårdenhet). Här får man knyta barnet till folkbokföringslän vilket ger uppgift om externt bortfall per län.

Offertens omfattning

Teknik och plattformar

BHVQ skall följade krav den nationella IT-strukturen påbjuder i enighet med SoS/Cehis. BHVQ optimeras initialt för användning på följande webbläsare

- Explorer version 8 eller senare, Firefox, Safari.
- Minsta skärmupplösning 1024x768
- Anpassning görs samtidigt för iPad

Administration av användare

- Länsansvarig BHVQ-administratör ansvarar för att lägga upp och administrera användarkonton inom länet samt administrerar BVC på länsnivå.
- Länsansvarig BHVQ-administratör hanterar privatpraktikerna på länsnivå.
- BVC-användare tilldelas läs- och skrivrättigheter till patienter på egen enhet. Undantag är de som hanterar nationella kvalitetsregistret som kommer att ha särskild behörighet.

Integration med Folkbokföringsregistret

Från Folkbokföringsregistret hämtas dagliga ändringsaviseringar för nya/uppdaterade personnummer med urvalet under 5 år och importeras till BHVQ för uppdatering av registerdata.

Vi förutsätter att ett avtal mellan myndighet och folkbokföringsregistret kan upprättas, där Carmona blir utförare av tjänsten. Kostnader som uppstår i samband med nyttjande av folkbokföringstjänsten är inte inberäknad i offerten.

Informationen innehåller barnetspersonnummer, namn, folkbokföringslän, kommun, sekretessmarkering, ändringskod, hänvisningspersonnummer, avregistreringsorsak, invandringsår och vårdnadshavare.

Sekretessmarkerade barn aviseras med synliga uppgifter. Hur dessa hanteras avgörs lokalt av den PUL-ansvarige.

Med hjälp av hänvisningspersonnummer kan dubletter undvikas. När ett barn byter personnummer skapas en ny post. Posten med det gamla personnumret aviseras då med uppgift om det nya personnumret, dvs hänvisningspersonnumret.

Strukturmått per BCV

Barnantal, Vårdtyngd

Variabeln vårdtyngd utgörs av BCG-indikation, Vårdnadshavare 1 röker vid 4v samt första barn. Underlag för beräkning av vårdtyngd hämtas direkt från BHVQ. Eftersom varje barn har en BVC-tillhörighet kan statistik för respektive BVC tas fram.

Resultat och processmått på individnivå

Första barn, Föräldrastöd i grupp, Hembesök, EPDS, Amning, Vaccinationer, Rökning, Tillväxt.

Utdata

Tillgång till Rapportgenerator med data på länsnivå, vårdenhetsnivå eller per privatpraktiker.

På nationell nivå kan uttag av aidentifierade data beställas hos Carmona eller av nationellt ansvarig på registret.

Fasta rapporter levereras enligt Bilaga A.

Dokumentation och implementering

BHVQ kommer att användas av ett stort antal användare på lokala BVC. För att BHVQ ska innehålla så komplett data som möjligt är det viktigt att det är lätt att använda samt att det finns tydliga instruktioner som är lätta att tillgå. Carmona föreslår en digital manual/guide som utgörs dels av bakgrund, definitioner och kommentarer i variabelunderlaget men även av generell beskrivning av arbetssätt och flöde.

Avgränsningar

Offerten omfattar inte:

- Vi har inte tagit med en koppling mot Svevac eller hälsodata-vaccinations register SMI. När det blir aktuellt hanteras det som en tilläggsbeställning.
- Integration med BVCs journalsystem för att automatiskt hämta ut journaldata till BHVQ. Här avvaktar vi utredning med nationell tjänsteplattform och det arbete som pågår där med att ansluta alla journalsystem.
- Endast det initiala variabelsetet finns med. Utseende och uppställning på rapporter är inte specificerat och levereras i denna offert enligt "Best practice". Carmonas erfarenhet är att det är enklare att lägga beställningar på rapporter när data finns i systemet.
- Import/filöverföring till befintliga register i Örebro och Uppsala ingår inte i detta uppdrag utan avtalas separat.
- Carmona förutsätter att det finns ett behov av utbildning samt stöd vid lansering men vi kan inte i dagsläget uppskatta omfattningen utan offererar det separat när det blir aktuellt.

Leveransplan

Offert	Kravspecifikation	Start	Leverans	Utbildning
Godkända	Godkänna metadatafil	Import från	3	Utbildning
nde	– Användare / BVC / Patient	Folkbokföringen	mån	
		Administrationsgräns	are	
		snitt för länsansvarig		
		– BVC / Användare		
	Regelsättning (Vad ska registreras när?)	Dokumentation		
	Definition av gränssnitt			
	Def utdata – Rapportgenerator / Fasta rapporter / Översikt			

Dokumentation

Pris

Uppsättning av BHVQ enligt ovanstående beskrivning, exklusive utdata delen till ett pris av 155 000 kr.

Utdatadelen (kan med fördel avropas när det finns data i systemet att testa mot) till ett pris av 60 000 kr.

Om arbetsinsatsen för datauttagstjänsten från Folkbokföringsregistret kommer att kräva större insats från Carmona än beräknat förbehåller vi oss rätten att återkomma till er för diskussion om tillägg till offerten.

Driftkostnad debiteras med minimum 6 000 kr per månad, vilket inkluderar 3 st anslutna län. Därefter ytterligare 1 500 kr per månad för tillkommande län, upp till maximal total driftkostnad 23 700 kr per månad.

Tillägsbeställningar och ändringar debiteras med 950 kr/timeller mot offert.

Giltighet

Denna offert är giltig i 30 dagar från offertdatum. Angivna priser gäller exklusive moms

Hoppas att detta förslag innehåller det ni önskar. Om ni undrar över någonting är jag tacksam om ni ger mig möjlighet att förtydliga.

Karina Persson, Karina@carmona.se, 070-638 27 54

BILAGA A: Fasta rapporter

Barnantal, Första barn

- Antal barn/årskull
- Totalt antal barn
- Andel och antal förstabarn

Vårdtyngd per BVC

- Andel och antal och antal riskbarn för TBC bland nyfödda
- Andel och antal mödrar som är rökare vid 4 veckor
- Andel och antal förstabarn
- Vårdtyngdsmått

Föräldrastöd i grupp

- Andel och antal Vårdnadshavare 1/Vårdnadshavare 2/båda bland förstagångsföräldrar som deltagit en eller flera gånger
- Andel och antal Vårdnadshavare 1/Vårdnadshavare 2/båda bland flerbarnsföräldrar som deltagit en eller flera gånger

Hembesök

- Andel och antal förstabarnsföräldrar som fått hembesök inom 30 dagar från födseln
- Andel och antal flerbarnsföräldrar som fått hembesök inom 30 dagar från födseln

EPDS (Screening avseende depression)

- Andel och antal nyfödda vars mödrar erhållit EPDS

Amning

- *Här är vi i dagsläget inte säkra på om information om start- och stoppdatum ska registreras. Ev kommer istället en tredje kategori "Övervägande ammade" vid de specifika mätåldrarna.*
 - Amningstid för enbart amning i dagar.
 - Andel och antal enbart, delvis, ej ammade vid 1 vecka
 - Andel och antal enbart, delvis, ej ammade vid 2 månader
 - Andel och antal enbart, delvis, ej ammade vid 4 månader
 - Andel och antal enbart, delvis, ej ammade vid 6 månader
-

- Andel och antal enbart, delvis, ej ammade vid 9 månader
- Andel och antal enbart, delvis, ej ammade vid 12 månader

Vaccinationer

- BCG: Andel och antal barn som vaccinerats med 1 dos
- Tb: Andel och antal bland 2-åriga riskbarn
- BCG: Andel och antal BCG-vaccinerade bland 2-åriga riskbarn
- BCG: Andel och antal BCG-vaccinerade bland 2-åriga *icke* riskbarn

Rökning

- Andel och antal barn där Vårdnadshavare 1röker vid 4 veckor och 8 månader
- Andel och antal barn där Vårdnadshavare 2röker vid 4 veckor och 8 månader.
- Andel och antal barn där det finns rökare i hemmiljön vid 4 veckor och 8 månader.

Tillväxt

Graviditetslängd, Vikt, längd och huvudomfång vid:

Födelsen, 2-4 dagar, 10 dagar, 1 månad, 2 månader, 4 månader, 6 månader, 9 månader, 12 månader, 18 månader, vid 2½-3 år, 5 år

Inga fasta utdata. Kan användas för beskrivande statistik.

- 4 år: BMI - Andel och antal underviktiga barn/Andel och antal överviktiga barn/Andel och antal feta barn - Fördelat på pojkar/flickor
-

BILAGA B: Service Level Agreement

Carmona AB (SLA)

1. Mål

Målet med denna överenskommelse är att sätta förväntningar rätt mellan parterna för att undvika konflikter. Nyttjandet av SLA förutsätter att ett tjänsteavtal har tecknats eller skall tecknas inom rimlig tid.

2. Avgränsning

Avtalet omfattar tillgång till drift, support, säkerhetskopiering av plattformen **Compos** samt därtill tecknade tillägsmoduler. Support avseende medicinsk information i registret ansvarar Carmona ej för.

It-säkerhetskrav förutsätter att ett biträdesavtal för PUL har tecknats. Carmonas skyldighet gällande it-säkerhet sträcker sig till att hantera behörigheter, inte till vilken rättighet användarna har till patientdata.

Enligt tjänsteavtalets avgränsningar för immateriella rättigheter får kunden inte vare sig delvis eller i sin helhet, vidarelicensiera, hyra ut, överlåta, upplåta, eller på annat sätt, mot eller utan vederlag, överföra sina rättigheter utan skriftligt godkännande från Leverantören. Kunden äger heller inte rätt att själv eller genom annan modifiera, kopiera eller dekompilera plattformen varken delvis eller i sin helhet, utöver vad som är uttryckligen tillåtet enligt svensk rätt och vad som krävs för att Kunden skall kunna utnyttja sina rättigheter enligt tjänsteavtalet.

Enligt tjänsteavtalet är part befriad från påföljd för underlåtenhet att fullgöra viss förpliktelse, om underlåtenheten har sin grund i omständighet av det slag som listas som Force majeure. Om part önskar påkalla befrielse enligt Force Majeure ska parten utan oskäligt dröjsmål underrätta motparten.

3. Tjänstenivåer

Tillgänglighetskrav

Tillgängligheten till **Compos** kan upprätthållas 24/7 med undantag för planerat underhåll etc.. Annan avtalad nivå av tillgänglighet skall framgå av Tjänstespecifikationen som bifogas Tjänsteavtalet.

IT-supportprocesser

Teknisk support ges under helgfri måndag – fredag kl 9-12 samt kl 13-16.

Säkerhetskopiering

Backup körs varje natt. Säkerhetskopiering sparas på intern backup som därefter speglas mot en extern server som står på annan fysisk plats. Vid återställande från en back-up kan data upp till ett dygn tillbaka förloras. Carmona kan återställa en backup inom max 48 timmar.

IT-säkerhetskrav

Tekniska krav uppfylls enligt §31 andra stycket i personuppgiftslagen (PUL). Carmonas arbetsrutiner följer den interna säkerhetspolicyn som beskriver hur persondata hanteras samt hur tillgång till lokal och system regleras. Exempel på innehåll i den interna säkerhetspolicyn:

- Utrangerat lagringmedia lämnas till godkänt företag för destruktion.
- Utskrifter med personuppgifter strimlas i papperstugg, läggs i särskild behållare för att sedan brännas.
- Brandväggen är zonindeldad och uppsatt enligt principen ”släppa igenom minsta möjliga”.
- Tillgänglighet till Carmonas intranät är skyddat via brandvägg och behörighetskontroll.
- Carmonas arbetsstationer låses efter 10 minuters inaktivitet.
- Carmonas lokaler är alltid låsta och besökskontroll är införd.

4. Risk- och sårbarhetsanalyser

Ansvar för hantering av personuppgifter framgår av PUL biträdesavtal som Carmona tecknat med registerhållaren. Felaktigheter och reklamationer anmäls direkt till support@carmona.se eller via det inbyggda gränssnittet för ärendehantering.

5. Beställningsprocesser

För beställning datauttag finns beställningsformulär som skall vara ifyllt och godkänt av ansvarig, om en etisk prövning finns skall det anges. Ansvar för beställning av datauttag ligger på registerhållare som skickar beställningen till Carmona och för logg på beställningarna.

Tilläggsfunktioner beställs via beställningsformulär som sedan hanteras enligt Carmonas interna 12-steps process för offert, beställning, test och leverans.

Bilaga 3. Driftavtal Carmona

Driftavtal tecknas mellan Carmona och samarbetsgruppen för Barn- och Vuxenregister. Planeras att färdigställas under 2014.

Referenser

1. Stiftelsen Allmänna barnhuset, *Barnhälsovårdens kvalitetsindikatorer. Dokumentation från Stiftelsen Allmänna Barnhusets konferens Sätra bruk 18-20 maj 2005*. 2005: Stockholm.
2. Wallby, T., et al., *Basta - Validitet i ett regionalt barnhälsovårdregister*. 2011, Barnhälsovården i Uppsala län: Uppsala.
3. Ekholm, L. and M. Lindh, *BHVsystem*. 2008, Barnhälsovårdens länsenhet, [http://intra.orebroll.se/upload/Prim/Portal_projekt/BHV/Dokument/Handboken/Kap 3. 1. BHVsystem - anv%C3%A4ndarmanual.pdf?ie=0](http://intra.orebroll.se/upload/Prim/Portal_projekt/BHV/Dokument/Handboken/Kap%203.1.BHVsystem-anv%C3%A4ndarmanual.pdf?ie=0): Örebro.
4. Sveriges kommuner och landsting. *Barnhälsodataprojektet*. (<http://www.cehis.se/varvtjanster/barnhalsodata/Leveranser>) 2011.
5. Sveriges kommuner och landsting. *Nationella Kvalitetsregister 2011*. 2011 [cited 2011 2011-07-05]; Available from: http://www.kvalitetsregister.se/arets_register.
6. Skatteverket. *Navet*. <http://www.skatteverket.se/foretagorganisationer/formyndigheterkommuner/navet/tjansterinavet.4.18e1b10334ebe8bc8000946.html>. 2012 2012-11-26].
7. UNICEF. *Konventionen om barnets rättigheter* <http://unicef.se/barnkonventionen>. Artikel 24. 2013 2013-12-12].
8. 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].
9. Baggens, C., *Barns och föräldrars möte med sjuksköterskan i barnhälsovården*. 2002, Akademisk avhandling. Linköpings universitet (Linköping studies in arts and science,ISSN0282-9800 ; 261): Linköping.
10. 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.
11. Hjern, A., *Migration och hälsa.*, in *Folkhälsorapport 2009*. 2009: Stockholm.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. Johansson, A., G. Hermansson, and J. Ludvigsson, *When does exposure of children to tobacco smoke become child abuse?* *Lancet.*, 2003. **361**(9371): p. 1828.
19. Statistiska Centralbyrån, *Alkohol- och tobaksbruk, in Levnadsförhållanden. Rapport 114, p 65*. 2007: Stockholm. p. 36.
20. 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.

21. Smittskyddsinstitutet, *Riskländer avseende tuberkulos och hepatit B*. http://www.rikshandboken-bhv.se/Dokument/Risklander_avs_tbc-HepB_SMI-nov2011.pdf. 2011, Smittskyddsinstitutet: Stockholm.
22. Ekholm, L. and M. Lindh, *Barnhälsovården, Statistik 2011*. 2012, Barnhälsovårdens länsenhet: Örebro.
23. Magnusson, M., T. Wallby, and S. Lucas, *Barnhälsovården i Uppsala län - Årsrapport 2011*. 2012, Barnhälsovårdens länsavdelning: Uppsala.
24. 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.
25. 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/, ed. S.f.f.o.o.g. Sammanställt av representanter för Svenska barnmorskeförbundet, Distriktssköterskeföreningen i Sverige, Riksföreningen för barnsjuksköterskor, Mödra- och barnhälsovårdspsykologernas yrkesförening samt Svenska barnläkarföreningen, verksamma inom Mödra och barnhälsovården. 2007, Stockholm: Gothia förlag AB.
26. Socialstyrelsen, *Föräldrautbildning - Kring barnets födelse och första levnadsår. Socialstyrelsen redovisar 1984:12, in Socialstyrelsen redovisar 1984:12*. 1984: Stockholm.
27. Magnusson, M., et al., *Hembesök, in Barnhälsovård - att främja barns hälsa, p 212-213*. 2009, Liber AB: Stockholm.
28. 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.
29. 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.
30. Jansson, A., K. Petersson, and G. Uden, *Nurses' first encounters with parents of newborn children--public health nurses' views of a good meeting*. *J Clin Nurs*, 2001. **10**(1): p. 140-51.
31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. Wickberg, B. and P. Hwang, *Post partum depression*, Statens folkhälsoinstitut, Editor. 2003: Östersund.
35. 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.
36. Hodinott, P., D. Tappin, and C. Wright, *Breast feeding*. *BMJ*, 2008. **336**(7649): p. 881-7.
37. 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.
38. The National Authority for the WHO/UNICEF Baby-Friendly Hospital Initiative in Canada. *Breastfeeding Definitions and Data Collection Periods*. <http://www.bcbabyfriendly.ca/BCCBreastfeedingDefJune04.pdf>. 2004 20130110].

39. UNICEF.
http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Research/4/infant_feeding_definitions.pdf?epslanguage=en%5D.
40. WHO, *Indicators for assessing breastfeeding practices. WHO reference number: WHO/CDD/SER/91.14, Corr.*
I.http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/cdd_ser_91_14/en/index.html. 1991.
41. Livsmedelsverket. *Kostråd för spädbarn - Pyttesmå smakprover*.
<http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/kostrad/Spadbarn/>. 2014 [cited 2014 20140204].
42. Socialstyrelsen, *Amning och föräldrars rökvanor. Barn födda 2011, in Sveriges officiella statistik*. 2013: Stockholm.
43. Dettwyler, K.A., *Infant feeding practices and growth*. Annu. Rev. Anthropol., 1992. **21**: p. 171-204.
44. Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens föreskrift om vaccination av barn*, in *SOSFS 2006:22*, Socialstyrelsen, Editor. 2006.
45. Socialstyrelsen, *Ändring i föreskrifterna (SOSFS 2006:22) om vaccination av barn*, in *SOSFS 2008:7*, Socialstyrelsen, Editor. 2008.
46. WHO, *Estimated Tb incidence rates, 2010*.
http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_TB_incidence_2010.png, WHO, Editor. 2011.
47. 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.
48. 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.
49. 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.
50. Kallen, K., *The impact of maternal smoking during pregnancy on delivery outcome*. Eur J Public Health., 2001. **11**(3): p. 329-33.
51. 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.
52. Wisborg, K., et al., *A prospective study of smoking during pregnancy and SIDS*. Arch Dis Child., 2000. **83**(3): p. 203-6.
53. 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.
54. 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.
55. 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.
56. 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.
57. Center för hälsa i samverkan. *Tillväxtinformation*
<http://www.cehis.se/vardtjanster/tillvaxtinformation/>. 2013 [cited 20123 2013-11-27]; Available from: <http://www.cehis.se/vardtjanster/tillvaxtinformation/>.

-
58. 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.
 59. Sellström, E. and S. Bremberg, *Närmiljöns betydelse för barns och ungdomars hälsa och välbefinnande – en systematisk kunskapsöversikt*. 2004, Folkhälsoinstitutet: Stockholm.
 60. Barker, D.J., *Early growth and cardiovascular disease*. Arch Dis Child, 1999. **80**(4): p. 305-7.
 61. 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.
 62. 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.
 63. 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.
 64. Wamala, S.P., et al., *Short stature and prognosis of coronary heart disease in women*. J Intern Med, 1999. **245**(6): p. 557-63.
 65. Vågerö, D., *Hur påverkar biologiska och sociala förhållanden tidigt i livet hälsan i vuxen ålder*, Socialstyrelsen, Editor. 1997: Stockholm.
 66. Wüst, M., *The effect of cigarette and alcohol consumption on birth outcomes*, Department of Economics. Aarhus School of Business, Editor. 2010: Aarhus.
 67. Noel-Weiss, J., G. Courant, and K. Woodend, *Physiological weight loss in the breastfed neonate: a systematic review* Open Medicine, 2008. **2**(4).
 68. CeHis. <http://www.cehis.se/vardtjanster/barnhalsodata/Leveranser>. *Leverans 4. NEXT*. [cited 2012-11-28].
 69. Cole, T.J., et al., *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey*. BMJ, 2000. **320**(7244): p. 1240-3.
 70. Magnusson, M., et al., *Barnhälsovård - att främja barns hälsa*. 2009, Stockholm: Liber AB.
 71. 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.
 72. 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.
 73. Bryntesson, L. and I. Martinsson, *Epidemiologisk kartläggning av en- och tvåspråkiga barn remitterade till logoped i Stockholm*. 2005, Examensarbete i logopedi, Stockholm universitet.
 74. 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.
 75. 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.
 76. Berlin, A., S.E. Johansson, and L. Tornkvist, *Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin--Primary Child Health Nurses' opinions*. Scand J Caring Sci, 2006. **20**(2): p. 160-8.
 77. Broomfield, J. and B. Dodd, *Children with speech and language disability: caseload characteristics*. Int J Lang Commun Disord, 2004. **39**(3): p. 303-24.
 78. Winter, K., *Speech and language therapy provision for bilingual children: aspects of the current service*. Int J Lang Commun Disord, 1999. **34**(1): p. 85-98.
-

79. Winter, K., *Numbers of bilingual children in speech and language therapy: Theory and practice of measuring their representation*. International Journal of Bilingualism, 2001. **5**(4): p. 465-495.
 80. 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.
 81. 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.
 82. 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.
 83. Westerlund, M., et al., *Comorbidity in children with severe developmental language disability*. Acta Paediatr, 2002. **91**(5): p. 529-34.
 84. 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.
 85. 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.
 86. Ekholm, L. and M. Lindh, *Barnhälsovården, Statistik 2012, med barnhälsoindex*. 2013, Barnhälsovårdens länsenhet: Örebro.
 87. Köhler, L., *Barnhälsovetenskap - Insatser inom utbildning, forskning och service*. Läkartidningen, 1998. **95**(11): p. 1154-7.
 88. Köhler, L., *Indikatorer för barns hälsa i Sverige. Bidrag till ett kommunalt barnindex* 2004: Stockholm.
-