Barnhälsoindex för Göteborg

Ett system för att följa barns hälsa i Göteborg och dess stadsdelar

Lennart Köhler

Februari 2013

NHV-rapport 2013:3 R

Göteborgs Stad

norden

Nordic School of Public Health
NHV

Göteborgs Stad

Nordic School of Public Health
NHV

Barnhälsoindex för Göteborg.
Ett system för att följa barns hälsa i Göteborg och dess stadsdelar.
NHV-rapport 2013:3 R

ISBN: 978-91-86739-53-9
ISSN: 0283-1961

© Lennart Köhler, 2013
Nordic School of Pubilc Health NHV
www.nhv.se
lennart.kohler@nhv.se

Författaren är helt ansvarig för rapportens metod, teori, resultat och slutsatser.

Bild framsida: Anna Hult

Barnhälsoindex för Göteborg

Ett system för att följa barns hälsa i Göteborg och dess stadsdelar

Lennart Köhler

Februari 2013

NHV-rapport 2013:3 R

Innehåll

Förord 3
1. Perspektiv på barns hälsa 5
2. Kunskap om barns hälsa 6
3. Barn är friska, men… 7
4. Uppdragets genomförande 8
5. Strategier 10
   5.1 Krav på indikatorer 10
   5.2 Domäner för barns hälsa och välbefinnande 11
   5.3 Insamling av data för indikatorerna 12
   5.4 Att indexera indikatorerna och att konstruera sammanslagna index 12
   5.5 Indikatorernas kvalitet 15
   5.6 Slutligt val av indikatorer 17
6. Resultat 23
   6.1 Resultat för indikatorer och index 23
   6.2 Jämförelser mellan Angered 2010 och 2013 30
   6.3 Slutsatser och förslag till fortsatt arbete 30
7. Referenser 34
8. Bilaga 1. Beskrivning av de använda indikatorerna, deras betydelse och kvalitet samt kärnreferenser 37
   A. Socioekonomi 37
   B. Hälsotillstånd och välbefinnande 39
   C. Determinanter 43
   D. Service och stöd 48
9. Bilaga 2. Beskrivning av indikatorer, som inte använts 51
   B. Hälsotillstånd och välbefinnande 51
   C. Determinanter 53
   D. Service och stöd 56
10. Bilaga 3. Rangordning av stadsdelarnas index 60
11. Bilaga 4. Geografisk karta över Barnhälsoindex i stadsdelarna 66
12. Bilaga 5. Indikatorer i originalformat 67
13. Bilaga 6. Jämförelse av några indikatorer och index i nordöstra Göteborg, 2010 och 2013 71
14. Summary in English 75

Förord

Det finns i Göteborg stora skillnader mellan de olika stadsdelarna i socialt, ekonomiskt och etniskt avseende, och det avspeglar sig också i befolkningens hälsa. I en tidigare rapport (Barnhälsoindex för stadsdelarna i nordöstra Göteborg från 2010) visades klart hur denna ojämlikhet fått ett starkt genomslag hos också de yngsta: barnen 0-17 år i de fyra stadsdelarna i Nordost, Bergsjön, Gunnared, Kortedala och Lärjedalen, uppvisade i de allra flesta avseenden sämre hälsa än sammantaget för barnen i hela Göteborg. Rapporten fick stor spridning bland politiker och andra beslutsfattare i staden, och förstärkte ambitionerna att på olika sätt investera i en social, ekonomisk och hälsofrämjande utveckling av dessa stadsdelar.

Men man insåg samtidigt att de andra delarna av staden inte nödvändigtvis måste vara utan problem. Ojämlikheten är inte begränsad till Nordost och det finns indikationer på att ohälsa, missbruksproblem, anpassningssvårigheter och brist på stöd förekom inom andra områden, möjligen av annan typ och möjligen med annan fördelning. Men detaljerna visste man inte, för det finns inga data tillgängliga. Därför beslöt kommunfullmätige att helt enkelt utvidga kartläggningen till hela staden Göteborg, att beställa ett barnhälsoindex för alla stadsdelarna. Eller som det uttrycks i folkhälsodelen av kommunstyrelsens budgetförslag för 2012: *”Vårt mål är att alla göteborgare ska ha samma goda folkhälsa som de grupper som idag har den bästa folkhälsan. Ohälsan slår hårdast mot de mest utsatta och det drabbar också barnen och den är intimt kopplad till barnfattigdom. I Göteborg lever nästan vart sjätte barn i fattigdom men skillnaderna mellan barns välfärd i olika stadsdelar är stor. Staden ska motverka ökade skillnader mellan människor och istället sträva efter jämlikhet i hälsa – särskilt riktat mot barn, ungdomar och deras föräldrar. Ohälsans klasstrappa i Göteborg ska bort. En grundlig analys av situationen i Göteborg för barn och ungdomar behövs. Därför ska varje stadsdel i samverkan med hälso- och sjukvården ta fram underlag till ett barnhälsoindex. Barnhälsoindexet ska sedan användas som verktyg i verksamheter som rör barn och unga för att bryta trenden av den ojämlika hälsan i Göteborg”.*
Man insåg snart från stadsdelarnas sida att låta varje stadsdel ta fram varsitt barnhälsoindex kanske inte var det bästa sättet att arbeta på. Risken för svårigheter att jämföra resultaten och för att komma i otakt med dem är överhängande.

Jag fick därför återigen uppdraget att utveckla ett Barnhälsoindex, som både kunde ge en heltäckande bild av barnens hälsosituation i hela Göteborg, men som också kunde belysa de skillnader som i olika avseenden finns mellan stadsdelarna.
Målet blev, som tidigare, att konstruera ett barnhälsoindex, som ska ge en samlad bild över barnens hälsostatus, både ur ett medicinskt och psykosocialt perspektiv, men även ta hänsyn till de indikatorer på hälsa som är viktigt ur ett befolkningsper-

spektiv. Indexet ska bygga på en rad indikatorer som fyller kraven på relevans, kvalitet och tillgänglighet, och det ska ge möjlighet att jämföra barnens situation i stadsdelarna, både över tid och med staden som helhet samt med Regionen och Riket, om data finns tillgängliga.

Sedan jag senast gjorde ett Barnhälsoindex i Göteborg har stadens administrativa indelning ändrats, 2011 reducerades antalet stadsdelar från 21 till 10. Efter många överläggningar med berörda personer beslöt jag att använda de gamla stadsdelarna, för att kunna jämföra bakåt, men allra mest för att man på det viset bryter ner resultaten till mindre enheter, vilket gynnar förståelsen och underlättar interventioner. En särskild statistikgrupp inom stadens förvaltning arbetar med att skapa ytterligare mindre statistiska enheter, s.k. mellanområden, som skall kunna belysa befolkningens liv och verksamhet på en mer lokal nivå än stadsdel, eftersom resultaten enligt kommunfullmäktige annars kan ge en missvisande bild. Det betyder att sådana mellanområden i framtiden kan bli lämplig indelningsgrund också för ett Barnhälsoindex, förutsatt att data görs tillgängliga på den nivån. Precis som i tidigare rapporter, internationella, nationella och lokala har Barnkonventionens definition av barn följts, dvs. individer under 18 år.

Uppdraget redovisas härmed, och jag ber att få tacka de många personer som på olika sätt hjälpt till att få styrsel på projektet och medverkat till att data kunnat samlas in (se närmare sid 13 och 17). Särskilt vill jag tacka Mats Klingberg på NHV, som noggrant konfigurerat data och placerat dem i tabellerna.

Detta är ju inte en definitiv och slutgiltig uppsättning av indikatorer, utan skall ses som ett försök att systematisera och strukturera de kunskaper som finns på fältet. Förhoppningsvis kan rapporten leda till ett fortsatt utvecklingsarbete, så att det till slut existerar en komplett och högkvalitativ uppsättning av indikatorer, som på ett tillförlitligt och relevant sätt speglar barns och ungdomars hälsa och välbefinnande på kommun- och kommundelsnivå.

Det ska också understrykas att detta Barnhälsoindex i första hand skall användas för att ge vägledning för aktiva insatser på barnhälsans område, och som sådant skall det var tydligt, lättförståeligt och överskådligt. Det är inte tänkt som en vetenskaplig publikation. En sådan lär komma senare, då med mer utvecklade statistiska bearbetningar och sambandsanalyser. Men det hindrar inte att det också i denna version har tillämpats ett kritiskt och vetenskapligt förhållningssätt till upplägg, metoder, data och tolkningar.

Göteborg i februari 2013

Lennart Köhler
Professor
Nordic School of Public Health NHV
lennart.kohler@nhv.se

1. Perspektiv på barns hälsa

Barns hälsa och välbefinnande är en central angelägenhet för alla samhällen. Barn är framtiden, men barn är också nutiden, med ett oeftergivligt och ständigt närvarande behov av stöd, omhändertagande och vägvisning på alla livets områden. Föräldrarna har det omedelbara ansvaret, men samhällets struktur, organisation och politik är viktiga för föräldrarnas möjligheter att utföra sina uppgifter. Framsynta politiker har därför alltid framhållit betydelsen av att prioritera omsorgen om barn, och än idag kallas barnen för en välfärdspolitisk nyckelgrupp. Det är också sådana överväganden som ligger bakom beslutet att dokumentera barnens liv och hälsa på ett systematiskt sätt.

I denna rapport tar jag som utgångspunkt den kunskap man i dag har om barns hälsa och välbefinnande, och presenterar en uppsättning indikatorer, som underlättar för de ansvariga att systematiskt mäta och värdera dessa förhållanden, och som gör det på den nivå som har störst betydelse för barnens och familjernas omedelbara livsvillkor, nämligen i närmiljön. De indikatorer som är vetenskapligt baserade, bestående över tid och rum, är viktiga för barns hälsa, samt på bästa sätt speglar barnens hälsa och dess bestämningsfaktorer presenteras och diskuteras. Andra indikatorer som inte fyller kraven eller där data inte finns tillgängliga kommer inte med denna gång. Det innebär att de viktigaste hälsoindikatorerna lyfts fram, men också att negligerade områden avslöjas och att förslag ges på fortsatt utvecklingsarbete.

Mitt perspektiv är barnhälsovetenskapligt, och baserar sig på Världshälsoorganisationens, WHO, breda hälsobegrepp, på folkhälsovetenskapens synsätt och metoder och på barnens speciella situation och behov. Barnhälsovetenskapen skall inte ses som ytterligare ett försök att skapa en ny specialitet för särskilt utbildade yrkesmänniskor, utan är ett synsätt som systematiskt placerar barns hälsa och välfärd i ett socialt, ekonomiskt och politiskt sammanhang.

En annan utgångspunk är FN:s Barnkonvention, det internationella regelverk, i vars tillkomst och uppföljning Sverige investerat mycket resurser och prestige. Den innebär också att man automatiskt tar till sig samma breda syn på barnens hälsa och välbefinnande som Barnkonventionen, dvs. det handlar inte bara om rätten till liv utan också rätten att överleva och utvecklas väl. "*Här avses både fysisk, psykisk, andlig, moralisk, psykologisk och social utveckling som skall tillgodoses på ett sådant sätt att barnet förbereds för ett självständigt liv i ett fritt samhälle*" (Barnombudsmannen 2001). Att tyngdpunkten i denna strategi läggs på kommunerna är viktigt. Det är i kommunerna och kommundelarna som barnens närmiljö formas, och det är kommunerna som har ansvaret för den största delen av de faktorer som styr barnens och familjernas välbefinnande.

2. Kunskap om barns hälsa

Det finns i Sverige många studier och sammanställningar om barns hälsa, en del grundläggande data med rötter långt tillbaka i historien, andra som tillkommit under senare år. De tidigaste översikterna över folkhälsan från t.ex. Statistiska centralbyrån och Socialstyrelsen handlade praktiskt taget enbart om vuxna, men numera ingår i allt större utsträckning också barn som undersökningsenhet, och dessutom har det tillkommit översikter från Statens Folkhälsoinstitut, Barnombudsmannen, SKL och från Barnkonventionsgruppen. Även i stora internationella översikter ingår svenska barn, t.ex. hos WHO, UNICEF, OECD, Rädda Barnen, EU, och deras hälsa och välbefinnande placerar sig regelmässigt i toppskiktet.

I stora drag kan man säga att de svenska barnens hälsa är god och att den stadigt förbättrats sedan man började mäta den systematiskt. En rapport från en stor studie av svenska barns hälsa och välfärd i slutet av 1980-talet (Jakobsson & Köhler 1991) sammanfattade sålunda:
”Svenska barn är friska och välmående, mer än någonsin tidigare och mer än i de flesta andra länder i världen”.

Några decennier senare, efter en sällsynt turbulent ekonomisk utveckling med hög arbetslöshet och nedskärningar i den offentliga sektorn, som särskilt drabbade barnfamiljerna, visade nya studier att barnens psykosomatiska besvär och långtidssjukdomar i det närmaste fördubblats. Fr.a. var det allergier, övervikt och diabetes som ökade mest, medan däremot överlevnad efter svåra sjukdomar förlängdes, och dödlighet och svåra skador minskade. Den subjektiva (upplevda) livskvaliteten minskade, de psykiska besvären ökade (Köhler 2000, Folkhälsorapport 2001, 2005, 2009 och 2012, Rädda Barnen 2004, Nordisk Statistisk Årsbok 2005). En genomgång från Kungliga Vetenskapsakademin (KVA) har dock funnit svag vetenskaplig hållbarhet i de studier som rapporterat ökad psykisk ohälsa hos svenska barn och ungdomar sedan 1940-talet och fram till nu (KVA 2010).

En punktvis sammanfattning av barns hälsa och välbefinnande i Sverige i dag skulle kunna se ut så här:

Barn är generellt friska och lever gott i Sverige, mer än i de flesta andra länder i världen. Välfärdssamhället, som accepteras och försvaras av alla politiska partier, har i stort sett fungerat bra i sina ambitioner att förse befolkningen, även barnen, med goda förutsättningar för ett gott liv.
Vården av de sjuka barnen är högt utvecklad och framgångsrik, den förebyggande vården är väl fungerande och har högt förtroende hos familjerna, hos professionen och hos politikerna.

3. **Barn är friska, men…**

Men särskilt de som arbetar i vården vet ju att detta inte är hela sanningen. Allting är förvisso inte idylliskt eller så bra man skulle kunna önska sig. Vi har en epidemi av övervikt och fetma bland barnen, och även om den nu verkar vara i avstannande innebär den dock en betydande fara för folkhälsan, både på kort och på lång sikt. Vi har haft en ökning av allergier och diabetes, betydelsefulla åkommor som kan ha livslång påverkan på individen, familjen och samhällets resurser.

Mest utrymme och uppmärksamhet tar debatten om den psykiska ohälsan hos barn och unga. Media är fulla av rapporter om hur barns psykiska hälsa försämras, om hur utslagning från skolan, mobbning och självmordsförsök är reella inslag i barnens liv, om hur känslan av utanförskap breder ut sig. Våld och skadegörelse bland ungdomar är vardagsmat. Även vetenskapliga studier och seriösa utredningar har de senaste decennierna sett en markant ökning av psykiska och psykosomatiska besvär, såsom depressioner, oro, ångest, sömnsvårigheter, ont i magen, ont i huvudet. Internationella studier av WHO och OECD visar att svenska skolbarn blir mindre nöjda med livet och också är mindre nöjda än barn i en del andra länder t.ex. i Finland. Även om dessa trendanalyser måste tolkas med stor försiktighet – den vetenskapliga hållbarheten är inte alltid så stark och uppföljningstiden inte alltid tillräcklig lång eller frekvent - är det sannolikt så att framför allt andelen äldre skolflickor med depressiva och psykosomatiska besvär har ökat under de senaste decennierna (KVA 2010; Bremberg 2012).
Vi ser att den ekonomiska stressen är stor bland barnfamiljerna, större än bland många andra grupper i samhället. Den senaste recessionen har ytterligare försämrat villkoren för barnfamiljer och många av dem balanserar på randen av sammanbrott.

Vi ser också att ohälsan är ojämlikt fördelad. Det är de svagaste, de lägst utbildade, de fattigaste, de ensamstående, de utanförstående som lider mest, och det drabbar också deras barn. Vi ser detta även i rika länder som Sverige, med traditionellt stora ambitioner att skapa ett jämlikt samhälle. Det finns övertygande argument för att ett jämlikt samhälle är i alla avseenden bättre för alla invånare, deras hälsa och välbefinnande, även för barnen och också för den rika delen av befolkningen (Wilkinson & Pickett 2010). En genomgång av barns hälsa i rika länder visar också att satsningar på utbildning och en jämn inkomstfördelning betyder mer för barns hälsa än satsningar på hälso- och sjukvård (Bremberg 2010).

En noggrann bevakning och uppföljning av befolkningens och särskilt barnens hälsa och dess determinanter är alltså en synnerligen angelägen uppgift för ett samhälle.

4. Uppdragets genomförande

Uppdraget att identifiera en uppsättning hälsoindikatorer för barn har i stora drag följt upplägget från den tidigare Angereds-studien. Målet är detsamma, ett första steg för att följa utvecklingen av barnens hälsa och välbefinnande i området och för att rätt kunna värdera effekten av de insatser som görs från samhällets sida. Enligt erfarenheter från tidigare arbete inom EU och i svenska kommuner och kommundelar har arbetet bedrivits på följande sätt.

Det första steget var att ta del av vad man vet om barns hälsotillstånd i Göteborg och dess delar.

Det andra steget var att fastställa vilka krav man bör ställa på indikatorer som på ett tillförlitligt sätt ska kunna mäta den här aktuella befolkningsgruppens hälsotillstånd, samt vilka indikatorer som nu används, nationellt och internationellt för en sådan uppgift.

Det tredje steget var att kombinera kunskapen om barns hälsa med en uppsättning lämpliga indikatorer och att strukturera dess indikatorer på ett funktionellt och logiskt sätt, och sammanföra dem till ett eller flera index.

Det fjärde steget var att matcha denna uppsättning indikatorer med tillgången till relevanta källor för pålitliga data om barngruppen i åldrarna 0 t.o.m. 17 år, för att till slut presentera data för en uppsättning indikatorer som visar hur barnen i Göteborgs stadsdelar mår och hur deras hälsa förhåller sig till grannområdena, till staden som helhet och om möjligt till regionen och hela riket.

Referensgrupp
Genom hela arbetsprocessen har Göteborgs stads statistikgrupp på stadskansliet under ledning av Marianne Bernhardtz deltagit i planeringen, följt processen och bidragit med konstruktiva förslag och synpunkter.

Faktaruta 1. Arbetsgång

0. Studier av de kartläggningar som gjorts av behov, önskemål och prioriteringar från beställarna och som framgår av utredningar och planer från Västra Götalandsregionen och från olika verksamheter inom staden Göteborg.
1. Identifiering av indikatorer som täcker dessa behov och samtidigt uppfyller kraven på relevans, kvalitet och tillgänglighet samt möjligheterna att slå samman indikatorerna till ett eller flera övergipande index.
2. Analys av möjligheterna att jämföra med andra kommuner/kommundelar samt med Västra Götalandsregionen och med hela riket.
3. Granskning av de tillgängliga datakällornas kvalitet.
4. Presentation av data för aktuella indikatorer/index.
5. Förslag om utvidgning och förbättring av indikatorsystemet för framtiden.
6. Presentation av systemet för berörda kommunala parter och för invånarna.

5. Strategier

5.1 Krav på indikatorer

En hälsoindikator skall vara en definierad och oftast kvantitativt mätbar dimension av en viktig del av hälsan, hälsovårdssystemet eller närliggande faktorer. Den kan sägas kvantifiera och förenkla företeelser och underlättar förståelsen för komplexa realiteter. Den skall vara informativ och känslig för förändringar övertid och mellan områden. Den måste ingå i ett ramverk med allmänt accepterad målsättning om vad som skall mätas och varför. Indikatorerna måste alltså väljas enligt strikta kriterier och de måste på ett adekvat sätt kunna spegla de grundläggande delarna i det system som man vill mäta (Köhler 2004). För att fylla sin uppgift skall indikatorerna också vara få, enkla och konkreta. I likhet med tidigare indikatorarbete identifierades några principer att följa:

- Indikatorerna skall vara relevanta, valida och reliabla samt relatera till barn under 18 år.
- Indikatorerna skall vara jämförbara mellan enskilda år och mellan kommundelarna.
- Ett barnhälsovetenskapligt angreppssätt skall användas, dvs. indikatorerna skall spegla hälsan i bred bemärkelse, skall vara populationsbaserat och ge ett barnperspektiv samt ses i ett socialt sammanhang.
- Bearbetning och presentation av indikatorerna skall ske på ett pedagogiskt och lättbegripligt sätt.
- Data skall vara tillgängliga utan alltför resurskrävande insatser.

Faktaruta 2. Indikatorkrav

De basala kraven på de föreslagna indikatorerna är att de skall vara *vetenskapligt baserade, viktiga för barns hälsa nu och/eller i framtiden samt på bästa sätt spegla barnens hälsa och dess bestämningsfaktorer. Dessutom skall de finnas tillgängliga.*

Därför bör indikatorerna om möjligt baseras på resultatvariabler, som är mer pålitliga och i allmänhet har högre validitet än andra sorters variabler. De är därför bättre lämpade att mäta

Därför bör indikatorerna om möjligt baseras på *resultatvariabler*, som är mer pålitliga och i allmänhet har högre validitet än andra sorters variabler. De är bättre läm-

pade att mäta hälsotillstånd och effekter av hälso- och socialpolitiska insatser. När det gäller att mäta effekter av planer och strategier, särskilt på kort sikt, kan dock processvariabler vara värdefulla. De kan ge en uppfattning om de faktorer som påverkar resultaten, och de kan vanligtvis lätt ändras i planerna. De används främst när man vill studera interventioner. Strukturvariabler ligger ofta långt från resultaten och det är inte alltid lätt att finna direkta orsakssammanhang mellan struktur och resultat. Ofta träder en rad confounders eller störningsfaktorer emellan och försvårar tolkningen. Strukturvariabler, av typ andel barn per yrkesutövare, bör helst undvikas, eftersom de sällan kan kopplas direkt till hälsoresultat.

5.2 Domäner för barns hälsa och välbefinnande

De områden som är viktiga för barns hälsa och för dess bestämningsfaktorer kan struktureras i områden eller domäner. Följande indelning i 4 domäner med sinsemellan relaterade indikatorer användes också inom Angeredsstudien och baserar sig på analyser och diskussioner som förts inom EU-projektet Child Health Indicators for Life and Development (CHILD) (Rigby & Köhler 2002). De har också använts för ett svenskt indikatorsystem på kommunnivå (Köhler 2004), för ett indikatorsystem för barn på Grönland (Niclasen 2009), och ligger också som grund för ett par pågående EU-projekt, ett som skall skapa en plattform för forskning om barns hälsa, RICHE (www.childhealthresearch.eu) och ett för att förbättra kunskapen om skador hos barn, att skapa verktyg för att övervaka dem och för att minska deras förekomst, TACTICS (www.childsafetyeurope.org).

En extra nivå av indikatorer, kallad Demografisk beskrivning, har skapats för att visa hur barnpopulationen ser ut i de olika delarna av Göteborg i förhållande till staden som helhet och till regionen och riket. De visar hur många barn som bor i stadsdelarna, hur stor andel av befolkningen som är under 18 år och hur stor andel av barnen som har utländsk bakgrund, dvs. där barnet eller båda föräldrarna är födda utanför Sverige (SCB:s och Migrationsverkets gemensamma definition). Dessa tal understryker att speciella insatser och resurser måste tas till för att betjäna dessa stadsdelar. De är ju dock inga egentliga hälsodeterminanter och kan av uppenbara skäl inte räknas in bland dem och heller inte inkluderas i några index.

För att underlätta översikten har också Domänen C delats upp i 1) frisk-faktorer och 2) risk-faktorer.

Faktaruta 3. Indikatordomäner

Indikatordomäner som används i denna rapport

A. Socioekonomi
B. Hälsotillstånd och välbefinnande
C. Determinanter
  1) Riskfaktorer
  2) Friskfaktorer
D. Samhällets service och stöd

Faktaruta 4. Demografisk beskrivning

Demografisk beskrivning

Antal barn i området
Barntäthet i befolkningen
Barn med utländsk bakgrund

5.3 Insamling av data för indikatorerna

De allra flesta data har kunnat samlas genom att söka på myndigheters hemsidor, oftast i deras publikationer eller databaser. I några fall har specialbeställningar lagts, t.ex. för Statens Folkhälsoinstituts studie av psykisk ohälsa (”Grodan”), som bearbetats särskilt av Curt Hagquist vid Karlstads Universitet. Specificerad information har också erhållits vid tätt samarbete med Regionens primärvårdssamordnare Göran Henriksson, Barnhälsovårdsöverläkaren Thomas Arvidsson, Skolöverläkaren Cecilia Renman och Samordnande skolsköterskan Margareth Nordström, Barbara Rubinstein, epidemiolog på hälso- och sjukvårdskansliet i Västra Götaland, Fredrik Karlsson vid Göteborgs stads statistikkontor. Diskussioner per telefon eller mejl har förts med Rädda Barnen, Socialstyrelsen, Statens Folkhälsoinstitut, Barnombudsmannen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Karlstads Universitet, Umeå Universitet, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Smittskyddsenheten i Regionen, Samordnaren för Mödrahälsovården.

5.4 Att indexera indikatorerna och att konstruera sammanslagna index

Data för indikatorerna har vanligen erhållits från källorna i form av andelar i procent eller promille, ibland utan absoluta tal, i några fall i form av andelar och absoluta tal, men utan relation till det aktuella antalet barn i målgruppen och praktiskt taget aldrig med uppgift om spridning i populationen. En tabell med fullständiga uppgifter skulle ge möjlighet att se frekvenserna och fördelningarna för de olika indikatorerna och att också göra mera avancerade statistiska beräkningar. Man kan naturligtvis även jämföra dessa siffror mellan områdena, men man får samtidigt en svåröverskådlig bild, som inte är lätt att använda i praktiken.

För göra det möjligt att få en översiktlig bild av alla siffrorna har indikatorernas värden därför omvandlats till en gemensam skala från 0 till 100, där 100 betyder optimal hälsa, dvs. sjukdomen har utplånats, den skadliga determinanten finns inte och den gynnsamma determinanten existerar hos alla. På motsvarande sätt betyder 0 att alla barn har sjukdomen, att alla uppvisar den skadliga determinanten eller saknar den gynnsamma determinanten. Man kan också se det som ett sätt att understryka

att samhällets långsiktiga mål skall vara optimal hälsa för barnen: ju högre tal, desto bättre hälsa För den som noggrant vill granska siffrorna (kan vara nödvändigt i vissa fall), finns dock också en särskild tabell med de reella siffrorna, så som de vanligen presenteras i officiella tabeller (Bilaga 5).

I nästa steg skapades ett index genom att addera indikatorerna för varje domän och domändel, dividera med antalet indikatorer, också här resulterande i en siffra mellan 0 och 100, där 100 är optimal hälsa. Till slut adderades de 4 domänerna och ger då ett sammantaget barnhälsoindex för området. Ett sådant system är enkelt att hantera, särskilt om det innehåller många indikatorer. Det ger en god överblick, både över varje domän och över de sammanslagna domänerna, vilket gör det lättare att förstå och använda för interventioner. Dessutom blir det okomplicerat att lägga till och ta bort indikatorer efter hand som nya kunskaper etableras eller datatillgängligheten ändras, och det blir enklare att bedöma om det finns trender i utvecklingen. En betydande nackdel är svårigheterna att värdera och väga de olika indikatorerna och domänerna sinsemellan och att relatera dem till allmänt accepterade och realistiska målsättningar. I själva verket är det ogörligt, även med hjälp av vikter, att jämföra så vitt skilda indikatorer som t.ex. amning till 4 månader, psykosomatiska besvär i årskurs 9, svåra skador under hela barndomen och föräldrarnas deltagande i barnavårdscentralernas stödverksamhet. Varje försök till viktning skulle leda till etiska och praktiska svårigheter, både omedelbart och på sikt i en föränderlig värld. Sammanslagna index kan naturligtvis också leda till tolkningsproblem om olika indikatorer i samma index utvecklas åt olika håll. Även rent matematiskt blir det svårt att jämställa en indikator med en andel på 97 % (vaccinationer) med en på 2 % (deltagit i föräldrastödsverksamhet). Att ge alla indikatorer samma värde och dessutom anta att de är oberoende av varandra är förvisso inte heller rättvisande. Som tydligt framgår av befolkningstabellen varierar antalet barn stort bland Göteborgs kommuner, från 7 356 i Lärjedalen till 960 i Södra Skärgården. Resultaten måste därför tolkas med yttersta försiktighet, men Barnhälsoindexet bjuder i denna form på ett enkelt, överskådligt och enhetligt sätt att följa hälsoutvecklingen. Liknande resonemang har för övrigt förts och liknande slutsatser har dragits av UNICEF, OECD och EU när dessa presenterat sina sammanslagna index för barns hälsa och välfärd (Bradshaw et al., 2007, Moore et al 2007, Ben-Arieh 2008, UNICEF 2009, Köhler 2012)

Uppenbarligen kan det uppstå en konflikt mellan dessa båda synsätt, å ena sidan behovet av vetenskaplig evidens och akribi, *forskningsorienteringen,* och å andra sidan önskan om en tydlig och överskådlig presentation, att använda som underlag för aktioner, *policyorienteringen*. I detta fall är det övergripande målet för uppdraget helt klart. I kommunens budget för 2012 står: *"Barnhälsoindexet ska sedan användas som verktyg i verksamheter som rör barn och unga för att bryta trenden av den ojämlika hälsan i Göteborg".* En tydligare inriktning mot en praktisk, politisk användning av resultaten kan knappast formuleras. Inte desto mindre kan det vara användbar att också ha tillgång till de reella siffrorna för indikatorerna, nämligen när man skall se resultaten av förändringar i indikatorer med små frekvenstal, som t.ex. låg födelsevikt (Bilaga 5).

Mer avancerad statistisk analys av data har inte bedömts möjlig att genomföra i detta stadium. Praktiskt taget alla data tillgängliga i centrala och lokala register rapporteras på gruppnivå och presenteras i antingen/eller form (t.ex. karies/inte karies, överviktiga/inte överviktiga, sjukhusvårdade/inte sjukhusvårdade). Spridningen är inte känd och barnen är inte identifierbara på individnivå utan mycket stora och komplicerade insatser, ibland också hindrade av integritetsskyddande bestämmelser. Det är därför heller inte möjligt att utan vidare jämföra vilka barn som hamnar i de olika indikatorgrupperna. Också med samkörningar på individnivå blir beräkningarna komplicerade eftersom indikatorerna, som tillsammans utgör index, täcker olika delar av barnaåren och därmed olika grupper av barn och delvis använder olika nämnare. Men som antytts tidigare kommer försök senare att göras för en sådan fördjupad analys.

Slutsatsen av alla dessa överväganden blir att rapporten lägger fram utfallet av indikatorerna i form av fem domänhälsoindex och ett sammanslaget barnhälsoindex.

Faktaruta 5. Index

Domänindex och sammanslagna index

A. Ett index sammansatt av indikatorer över socioekonomiska förhållanden (2 indikatorer)
B. Ett index sammansatt av indikatorer över barnens sjuklighet (4 indikatorer)
C. Två index sammansatt av indikatorer över barnens hälsodeterminanter
   1) negativa determinanter (riskfaktorer) (5 indikatorer)
   2) positiva determinanter (friskfaktorer) (2 indikatorer)
D. Ett index sammansatt av indikatorer över användningen av erbjudna verksamheter (2 indikatorer)
E. Ett sammanslaget Barnhälsoindex (15 indikatorer)

För att skapa dessa index adderas således resultaten för indikatorerna inom varje domän (och deldomän) och summan divideras med antalet indikatorer. Till exempel: Domän A består av 2 indikator, barnfattigdom och gymnasiebehörighet. Om *inget* barn i stadsdelen lever i en ekonomiskt utsatt familj, blir det indexerade värdet på indikatorn 100. Om *alla* barn i stadsdelen i lever en ekonomiskt utsatt familj, blir det indexerade värdet 0. Likaså, om all elever i kommunens årskurs 9 är gymnasiebehöriga, blir det indexerade värdet på indikatorn 100, och om ingen elev är gymnasiebehörig blir det indexerade värdet på indikatorn 0.
För att konstruera Delindex A, adderas de båda indikatorernas värden och delas med 2. Inget försök har gjorts att väga de olika inslagen, utan varje indikator har fått samma vikt. Indikatorerna är således värda lika mycket i den slutliga bedömningen

av om man lyckats skapa friska barn och goda förutsättningar för friska barn. Sammanslagningen av talen och divisionen med antalet indikatorer leder till slut till ett gemensamt barnhälsoindex mellan 0 och 100, där 100 är det ideal man siktar mot (men aldrig kommer att uppnå). Eftersom några indikatorer saknas för Västra Götalandsregionen och för Riket blir totalsumman lägre, men den har då i stället dividerats med ett mindre antal indikatorer (Tabell 4 och Bilaga 3).

5.5 Indikatorernas kvalitet

Användbarheten av indikatorerna och därmed också av indexen beror naturligtvis till slut på hur tillförlitliga de tillgängliga data är. Datakällorna har varit av skiftande natur, både till de indikatorer som använts och de som inte använts (se specifikationerna i respektive indikatorbeskrivning). En del är enbart lokala, såsom BVC-, skolhälso- och tandhälsorapporterna. Andra är register hos centrala myndigheter, såsom databaserna hos Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut, och ytterligare några är centrala eller regionala sammanställningar av lokala rapporter (rökning hos gravida, gymnasiebehörighet, skador). I vissa fall har man fått kombinera lokala och centrala data (tandhälsa, alkohol- och tobaksanvändning hos skolbarn). Barnfattigdom rapportera årligen sedan 10 år från Rädda Barnen. Data om psykisk ohälsa har erhållits genom en specialstudie, som genomfördes för första och hittills enda gången år 2009 (Statens Folkhälsoinstitut 2010). En del av källorna blir regelbundet kvalitetsgranskade (centrala databaserna), andra testar ingående sina metoder innan de används (psykisk ohälsa), några ingår sedan många år i en välorganiserad och stabil rutinverksamhet (vaccinationer, vägning i skolan, tandundersökning). Det finns också prov på nya och oprövade försök att mäta och värdera hälsan (kost och motion i skolan, mobbning i skolan). En del har mycket hög anslutning (vaccinationer), andra har mer eller mindre betydande bortfall i sina målgrupper (MVC-data, utnyttjande av föräldrastöd på BVC, psykisk ohälsa, övervikt, rökning och alkoholbruk hos skolbarn). Bortfall eller andra brister i registren rapporteras endast undantagsvis (centrala databaserna).

En del källor (sjukhus) har en begränsad täckning av sjukdomspanoramat (infektioner, allergier), eller har ingen tillförlitlig och lättillgänglig registrering (primärvården). Det gäller också delar av barnavårdscentralerna, som fortfarande saknar en täckande och pålitlig datajournal, dock ännu mer uttalat för mödravårdscentralerna som inte kan leverera användbara data överhuvudtaget.

Dessutom rapporteras resultaten från BVC från varje enskild BVC samt sammanslaget till stadens 3 Hälso- och sjukvårdsnämnder men inte till stadsdelar. Det innebär ett betydande extraarbete att allokera BVC-data till rätt stadsdel.

Informationen i andra register går inte att otvetydigt relatera till barns hälsa eller välbefinnande (omhändertagna barn, barn i särskola). Några register som skulle varit

intressanta att använda är anonymiserade (aborter, sexuellt överförda sjukdomar) och går inte att koppla till personnummer eller bostadsort i stadsdel.

För en del indikatorer finns data både för stadsdelarna, hela staden, hela regionen och för hela riket, men flera lokala indikatorer kan inte återfinnas på regionnivå (BVC- och skoldata).

Det finns således all anledning att vara försiktig i bedömningen av resultaten, det är sällan som siffrorna är helt pålitliga, och de kan tänkas variera både över tid och rum. Som en liten ledning till tolkningen har jag försökt att ge en bedömning över datakvaliteten och då utgått från deltagande/bortfall, instrumentens kvalitet, datainsamlingens rutin och täckning.

De olika aspekterna på datakällornas och därmed datas kvalitet har jag sammanvägt till tre nivåer; A) Tillfredsställande, B) Begränsad eller C) Bristfällig (se Faktaruta 6) och i Tabell 1 har de enskilda indikatorerna bedömts enligt denna skala.

Faktaruta 6. Indikatorkvalitet

A. Tillfredsställande
Ändamålet med datainsamlingen är klart definierat, insamlingsrutinerna väl prövade, brister i registren är få men redovisade och analyserade, bortfallet mycket litet och tydliggjort, systematiska kvalitetskontroller genomförs och publiceras regelbundet.

B. Begränsad
Etablerade insamlingsrutiner men med uppenbara felkällor i kedjan från barn till statistikdokument, bortfallet betydande och inte analyserat, datainsamlingens kontinuitet tveksam.

C. Bristfällig
Datas användningsområde är inte specificerat, metoderna inte prövade och validerade, betydande brister i registren, bortfallet är stort och inte analyserat, inga rutiner för kvalitetsgranskning presenterade.

Tabell 1. Datakvalitet. A = Tillfredsställande B = Begränsad C = Bristfällig

Demografisk beskrivning

1. Antal barn	A
2. Barntäthet i befolkningen	A
3. Barn med utländsk bakgrund	A

A. Socioekonomi

1. Barn och fattigdom	A
2. Elever och grundskoleutbildning	A

B. Hälsotillstånd och välbefinnande

1. Barn och yttre skador	A
2. Barn och karies	B
3. Barn och övervikt/fetma	B
4. Barns psykiska ohälsa	B

C. Determinanter

1) Riskfaktorer

1. Barn och låg födelsevikt	A
2. Barn och tobaksexponering i fosterlivet	C
3. Spädbarn i hushåll där man röker	C
4. Barns och ungdomars tobaksrökning	B
5. Barns och ungdomars alkoholvanor	B

2) Friskfaktorer

1. Barn som ammas	B
2. Barn som vaccinerats mot MPR	B

D. Service och stöd

1. Föräldrarnas deltagande i föräldrastöd på BVC	C
2. Barnens deltagande i förskoleverksamhet	B

5.6 Slutligt val av indikatorer

Om användandet av indikatorerna och indexen skall har en rimlig chans att verkligen bli använda och få genomslagskraft i planeringen, måste de upplevas som meningsfulla och hanterbara av dem som samlar in dem och av dem som ställer samman och tolkar dem. Indikatorerna skall vara begripliga och tillförlitliga samt praktiskt och ekonomiskt tillgängliga, så att alla som handskas med dem inser deras värde. Det betyder att alla indikatorer som är önskvärda inte är möjliga att använda, åtminstone

för närvarande. Men det betyder också att de som är möjliga att använda inte nödvändigtvis är önskvärda, därför att de t.ex. inte uppfyller kvalitetskraven. Alltså måste en del indikatorer utgå därför att de inte för närvarande är just relevanta, pålitliga och tillgängliga. Men därmed inte sagt att de aldrig kan användas. I ett senare skede kan de mycket väl bli användbara, t.ex. när datoriseringen av journalsystemen blivit fullt genomförd och registeruppbyggnaden blivit mer avancerad.

Således är t.ex. indikatorer som handlar om barns sjukdomar och sjukvård komplicerade mått på hälsa/ohälsa. Mätmetoderna är osäkra och resultaten speglar mer än bara sjukligheten. Geografiska, sociala, ekonomiska, kulturella och organisatoriska faktorer påverkar tillgängligheten av vård och är avgörande för hur sjukligheten efterfrågas, utnyttjas och registreras. Data om lokalt utnyttjade vårdresurser är dessutom dåligt tillgängliga. De fysiska sjukdomar som tagits med som indikatorer är sådana som har stor betydelse för individ, familj och samhälle och de har rimligt tillförlitliga datakällor (svåra yttre skador vårdas alla på sjukhus, övervikt/fetma har särskilt studerats och om karies finns goda generella kunskaper och det är en åkomma som är viktig för att den är så starkt knuten till familjens socioekonomiska ställning och dessutom är den lätt att förebygga). Diabetes är en mycket viktig sjukdom med betydande konsekvenser för individ, familj och samhälle, och ökningen har de senaste decennierna varit betydande, också i barndomen. Ännu är emellertid både prevalens och incidens för låga för att det ska bli meningsfull att bryta ner talen till kommunnivå, och ännu mer så till kommundelar.

En av de vanligaste åkommorna i barnaåldern är infektioner, som dessutom vållar stora avbräck i barnens och familjernas dagliga liv. De flesta infektioner är numera kortvariga och lindriga och sköts av föräldrarna, utan inblandning från den professionella vården. För att fånga in de allvarliga infektionerna behöver man data om sjukhusvårdade barn. Allt färre barn vårdas på sjukhus för sina infektioner, vilket beror på att de framgångsrikt kan behandlas ambulant och på att sjukhusplatserna har blivit färre. Vid jämförelser över tid är det således svårt att veta vad som orsakar förändringar i vårdutnyttjandet: är det sjukdomspanoramat som förändrats eller är det vårdresurserna, vårdorganisationen, eller behandlingsrutinerna som förändrats? Data om de vanliga och lindriga infektionerna och deras konsekvenser för familj och samhälle får man inte rutinmässigt från primärvården, utan det kräver speciella studier riktade till föräldrar, förskolor och skolor.

Sexuellt överförda infektioner intar en särställning i infektionspanoramat med betydande risker för bestående skador och smittvägar, kopplade till speciella riskbeteenden. I Smittskyddslagen finns därför särskilda bestämmelser för både patient och behandlare. Både diagnostik och behandling kan emellertid ske anonymt och därför finns inga persondata-register.

Den psykiska hälsan är betydligt svårare än den fysiska att fånga med enkla och lätt tillgängliga indikatorer och ändå är det ju den här delen av barnens hälsa som är mest påverkbar i kommunens närmiljö (Hwang 2002). De metoder som finns (enkä-

ter, intervjuer) har använts i begränsade områden eller hos mer eller mindre representativa urval av befolkningen (Barn/LNU, Skolbarns hälsovanor). Därmed kan de inte användas för att beskriva situationen i enskilda kommuner eller kommundelar. Detta har emellertid nu blivit möjligt genom att en första landstäckande mätning i årskurs 6 och 9 av barns och ungdomars psykiska ohälsa genomförts (Statens Folkhälsoinstitut 2010). Resultaten har inkluderats i denna rapport. Riktigt värdefulla blir mätningarna naturligtvis först när de upprepats några gånger och förhoppningsvis permanentats, vilket f.n. dock inte är prioriterat.

En kartläggning av utvecklingen av psykisk hälsa hos barn och ungdomar i Sverige, från 1945 till 2009 har presenterats i en utredning från Kungliga Vetenskapsakademin (KVA 2010). De viktigaste fynden i översikten är att det inte finns några rapporter om trender i den psykiska hälsan hos barn och ungdomar i Sverige som inkluderar tidsperioden 1945-1980, mycket få som inkluderar barn före tonåren och slutligen att de studier som finns inte är genomförda på ett sätt som kan ge tillförlitliga svar på frågan om trender i den psykiska hälsan hos barn och ungdomar i Sverige. I de rapporter som finns, huvudsakligen från skolundersökningar, framgår att äldre tonårsflickor genomgående har mer internaliserade problem än jämnåriga pojkar och problemen kan ha ökat över tid hos tonårsflickor. På grund av den tveksamma vetenskapliga kvaliteten kan studierna heller inte ge en solid grund för folkhälsopolitiska åtgärder. Välgjorda, helst nationella, återkommande studier skulle däremot vara ett viktigt instrument för sådana både lokalt och nationellt. Då det är välkänt att den psykiska hälsan tydligt är kopplad till olika demografiska och sociala variabler borde studier av psykisk hälsa hos barn och ungdomar i högre utsträckning inkludera analyser av olika subgrupperingar. En kvalitetsförbättring av studier av barns och ungdomars psykiska hälsa är på gång, och fr.a. de omfattande Europeiska studierna med användandet av livskvalitetsinstrumentet KIDSCREEN för barn från c:a 7 års ålder har visat vägen. (Ottova et al 2012). Kunskapsläget vad gäller förskolebarnens psykiska hälsa är än mer bristfälligt än för äldre barn och ungdomar varför en satsning på epidemiologisk forskning i förskolepopulationen är särskilt angelägen (KVA 2010). Erfarenheter från Kanada och Australien har initierat intresse för att också i Sverige kartlägga förskolebarns hälsa på ett systematiskt sätt. Validering och anpassning av de kanadensiska metoderna här pågår på flera ställen i Sverige och leds från Karlstads Universitet (Early Development Instrument, Janus oa. 2007).
Allvarliga former av psykisk sjukdom (psykoser, självmord) är så sällsynta i barndomen att det inte är meningsfullt att bryta ner talen till kommuner eller kommundelar. På riksnivå är det emellertid högst angeläget att följa självmordsutvecklingen: antalet självmord hos 15 – 19-åringar har legat i stort sett oförändrat de senaste decennierna, men å andra sidan har andra dödsorsaker i samma ålder minskat ordentligt, och självmordens andel i den totala ungdomsmortaliteten är 4 gånger större på 2000-talet än på 1950-talet. Självmorden i högre åldrar har också minskat (Haglund & Björkenstam 2010). Inte heller självmordsförsök hos barn kan användas, dels för att de är för få och dels för att rapporteringen är osäker.

Översikt av de indikatorer som använts i denna rapport framgår av Tabell 2. En detaljerad beskrivning av de indikatorer som använts finns i Bilaga 1 och av de indikatorer som av olika skäl ratats i Bilaga 2.

Tabell 2. Översiktstabell över de 4 domänerna och de 15 barnhälsoindikatorerna som använts för Göteborg, med datakällor. Dessutom 3 indikatorer som belyser barnpopulationens karakteristika (ej inkluderade i index)

0. Befolkning
1. Antal barn 0-17 år i området 2011
2. Andel barn 0-17 år av områdets befolkning 2011
3. Andel barn 0-17 år med utländskt ursprung (själv eller båda föräldrarna födda utomlands 2011)

A. Socioekonomi

1. Barnfattigdom

Andel barn 0-17 år som 2010 lever i ekonomiskt utsatta familjer per 100 barn i åldersgruppen (”barn som lever i ekonomiskt fattiga hushåll eller i hushåll som uppbär socialbidrag”).
Källa: Barns ekonomiska utsatthet. Årsrapport 2012:2. Rädda Barnen.

2. Elever med fullständig grundskoleutbildning (gymnasiebehörighet)

Andel elever i nionde årskursen 2011, som uppfyller kraven på gymnasiebehörighet, dvs. har godkända betyg i svenska/svenska för utlänningar, matematik och engelska, per 100 elever i årskurs 9.
Källa: Skolverket; Göteborgsbladet, Göteborgs stads statistikkontor.

B. Hälsotillstånd och välbefinnande

1. Barn med svåra yttre skador

Andel barn 0 – 17 år som 2011 vårdats på sjukhus för svåra yttre skador, per 100 barn i åldersgruppen.
Källa: Regionens vårdregister VEGA; Socialstyrelsens patientregister.

2. Barn och karies

Andel barn som vid 6 års ålder 2011 är kariesfria i det temporära bettet, per 100 barn i åldersgruppen.
Källa: Regionens tandhälsoenhet; riksdata från Socialstyrelsen.

3. Barn med övervikt och fetma

Andel barn i årskurs 4 (11 år), som 2011 har ett ålders- och könsstandardiserat Body Mass Index (BMI) av minst 25 resp. 30, mätt vid elevernas hälsobesök, per 100 barn i den undersökta gruppen.
Källa: Skolhälsan, Göteborg, 2011; Statens Folkhälsoinstitut.

4. Barns psykiska ohälsa

Andel elever i årskurs 9 som 2009 i varje område hör till den mest belastade tiondelen inom var och en av de 5 använda psykiska ohälsodimensionerna (psykosomatiska besvär, nedstämdhet, koncentrationssvårigheter, bristande välbefinnande och problemens påverkan på vardagslivet). Talen har sedan slagits samman till ett psykiskt ohälsoindex 0-100. Ju högre tal desto mindre psykiska ohälsoproblem.
Källa: Statens Folkhälsoinstitut; Karlstads Universitet.

C. Determinanter

1) Riskfaktorer

1. Barn med låg födelsevikt

Andel nyfödda med födelsevikt under 2 500 g, per 100 av antalet levande födda icke tvillingar. Medelvärde för 3-årsperioden 2008 – 2010.
Källa: Socialstyrelsen, Medicinska födelseregistret; Statens Folkhälsoinstituts databas.

2. Barns exponering för tobak i fosterlivet

Andel gravida kvinnor som 2010 uppger att de röker, vid första besöket på MVC, per 100 kvinnor inskrivna på MVC.
Källa: Medicinska födelseregistret; Socialstyrelsens databas.

3. Barns exponering för tobak under spädbarnstiden

Andel barn av årskullen 2011 som under de första 4 veckorna blivit exponerad för tobaksrök genom att någon permanent medlem i hushållet röker, per 100 rapporterade barn.
Källa: Barnhälsovården i Göteborg; Socialstyrelsens databas.

4. Barns och ungdomars tobaksrökning

Andel elever i årskurs 9 som 2010 uppger att de röker varje vecka, per 100 elever i årskurs 9.
Källa: Skolelevers drogvanor 2010, Göteborgs stad; Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN 2010; Statens Folkhälsoinstituts databas.

5. Barns och ungdomars alkoholvanor

Andel elever i årskurs 9 som 2010 rapporterar intensivkonsumtion av alkohol någon gång i månaden eller oftare, per 100 elever i årskurs 9.
Källa: Skolelevers drogvanor 2010, Göteborgs stad; Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN 2010; Statens Folkhälsoinstituts databas.

2) Friskfaktorer

1. Barn som ammas

Barn födda 2011 som ammas helt eller delvis vid 4 månaders ålder, per 100 barn i åldersgruppen inskrivna på BVC.
Källa: Barnhälsovården, Göteborg; Socialstyrelsen.

2. Barn vaccinerade mot MPR

Andel barn födda år 2009 som 30 december 2011 vaccinerats mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR), per 100 barn i aktuell ålder inskrivna på BVC.
Källa: Barnhälsovården, Göteborg; Smittskyddsinstitutet.

D. Service och stöd

1. Föräldrarnas deltagande i föräldrastöd på BVC

Andel barn till förstagångsföräldrar som 2011 någon gång deltagit i de stödgrupper som anordnas av BVC, per 100 inskrivna barn till förstagångsföräldrar.
Källa: Barnhälsovården Göteborg.

2. Barnens deltagande i förskoleverksamhet

Andel 1-5-åringar som 2011 är inskrivna förskolan, per 100 barn i åldersgrupperna.
Källa: Göteborgs stads statistikkontor; Skolverket.

6. **Resultat**

6.1 Resultat för indikatorer och index

I Tabell 3 presenteras den demografiska beskrivningen och i Tabell 4 resultaten för samtliga indikatorer och index. Resultaten har generellt avrundats till närmaste heltal.

I Tabell 5 och Figur 1 sammanfattas domänindexen och slutligt Barnhälsoindex för stadsdelarna, staden, regionen och riket. Figur 2 visar sammanfattat Barnhälsoindex rangordnat efter stadsdelar. Varje stadsdel och hela Göteborg återfinns också rangordnad för varje indikator och index i Bilaga 3, och Bilaga 4 visar en geografisk karta det sammanslagna Barnhälsoindex i de olika stadsdelarna. Observera att tillgängliga indikatorer är färre i riket. Även om de index som framräknats baserar sig på det verkliga antalet indikatorer i respektive område, betyder det att summorna i kommunens/kommundelarnas index för Domänen D och sammanlagt inte är helt jämförbara med regionens och rikets index, eftersom data för förstagångsföräldrarnas utnyttjande av barnavårdscentralerna stödverksamhet inte finns på region- eller riksnivå.

Tabell 3

0. Demografisk beskrivning

Statsdelar	Antal barn	Barn-täthet	Utländsk backgrund
Gunnared	5882	25,1	78
Lärjedalen	7356	29,1	68
Kortedala	5188	17,9	40
Bergsjön	4167	25,7	83
Härlanda	3546	16,6	12
Örgryte	5223	14,7	13
Centrum	5989	10,3	16
Linnéstaden	4545	14,2	11
Majorna	4746	15,6	10
Högsbo	2503	14,0	22
Älvsborg	4709	24,7	9
Frölunda	1991	14,8	48

Statsdelar	Antal barn	Barn-täthet	Utländsk backgrund
Askim	6004	25,5	10
Tynnered	6488	23,1	32
S. Skärgården	960	21,5	5
Torslanda	7053	28,6	4
Biskopsgårdn	5428	20,4	61
Lundby	6261	14,8	26
Tuve-Säve	2386	21,3	23
Backa	4797	19,3	41
Kärra-Rödbo	2967	25,9	12
Göteborg	98303	18,9	32
VGR	320925	20,2	19
Riket	1 902 072	20,2	19

Tabell 4. Resultat för indikatorer och index

A. Socioekonomi

Stadsdelar	Barn-fattig-dom	Gymna-siebehö-righet
Gunnared	60	65
Lärjedalen	60	72
Kortedala	77	78
Bergsjön	42	57
Härlanda	92	86
Örgryte	91	89
Centrum	89	89
Linnéstaden	92	94
Majorna	88	90
Högsbo	86	86
Älvsborg	97	96
Frölunda	67	81
Askim	97	94
Tynnered	82	86
S Skärgården	94	98
Torslanda	98	94
Biskopsgården	66	65
Lundby	87	82
Tuve-Säve	90	87
Backa	83	89
Kärra-Rödbo	97	88
Göteborg	82	84
VGR	88	88
Riket	87	87

B. Hälsotillstånd

Stadsdelar	Sjuhus-vård för yttre skador	Ka-ries vid 6 år	Över-vikt/ fetma åk 4	Psykisk ohälsa åk 9
Gunnared	99	46	73	83
Lärjedalen	99	51	75	86
Kortedala	99	66	72	88
Bergsjön	99	42	76	89
Härlanda	99	84	84	86
Örgryte	99	85	89	86
Centrum	99	83	87	85
Linnéstaden	99	87	83	81
Majorna	99	79	82	86
Högsbo	99	80	79	88
Älvsborg	99	88	89	91
Frölunda	99	67	78	88
Askim	99	89	90	81
Tynnered	99	74	78	84
S Skärgården	99	90	74	87
Torslanda	99	89	88	89
Biskopsgården	99	57	68	84
Lundby	99	78	82	85
Tuve-Säve	99	75	73	83
Backa	99	72	75	82
Kärra-Rödbo	99	83	78	85
Göteborg	99	74	81	85
VGR	99	79	89	86
Riket	99	78	89	86

C. Determinanter

	1) Riskfaktorer					2) Friskfaktorer	
Stadsdelar	**Låg födelse-vikt**	**Tobak foster**	**Tobak i spädbarns-hem**	**Rökning åk 9**	**Alkohol åk 9**	**Amning i 4 mån**	**MPR vaccination**
Gunnared	96	87	68	91	89	69	95
Lärjedalen	96	92	74	85	89	69	97
Kortedala	97	91	81	90	80	75	98
Bergsjön	96	90	70	88	90	74	95
Härlanda	97	96	96	92	88	79	98
Örgryte	97	96	94	88	79	85	99
Centrum	97	98	96	94	89	80	96
Linnéstaden	98	97	95	83	74	82	94
Majorna	97	96	94	83	74	82	97
Högsbo	96	95	90	90	82	76	94
Älvsborg	98	98	94	95	75	87	96
Frölunda	96	91	87	90	82	70	95
Askim	98	97	96	85	76	80	97
Tynnered	96	93	87	93	78	71	97
S. Skärgården	98	98	90	93	73	82	98
Torslanda	97	97	97	92	75	77	97
Biskopsgården	96	88	66	88	88	76	94
Lundby	97	95	87	91	82	75	98
Tuve-Säve	97	94	90	85	82	62	97
Backa	96	92	89	88	79	69	100
Kärra-Rödbo	97	96	91	92	82	73	98
Göteborg	97	94	80	89	80	76	97
VGR	97	93	87	75	78	73	97
Riket	97	94	87	90	81	76	96

D. Service och stöd

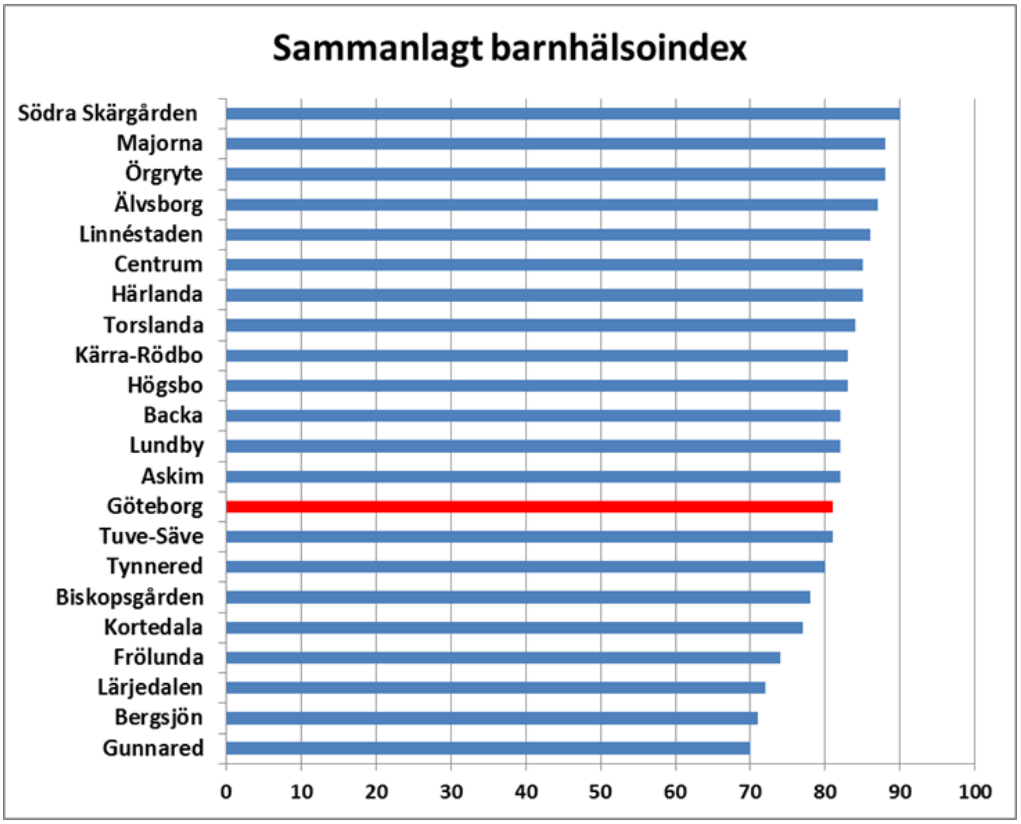
Stadsdelar	Föräldrastöd BVC	Förskola 1-5 år
Gunnared	2	91
Lärjedalen	7	87
Kortedala	26	77
Bergsjön	14	82
Härlanda	56	76
Örgryte	71	81
Centrum	50	81
Linnéstaden	64	83
Majorna	88	81
Högsbo	56	78
Älvsborg	29	92
Frölunda	28	77
Askim	22	81
Tynnered	38	83
Södra Skärgården	92	81
Torslanda	22	90
Biskopsgården	63	90
Lundby	40	87
Tuve-Säve	38	87
Backa	43	91
Kärra-Rödbo	44	77
Göteborg	44	83
VGR	nd	81
Riket	nd	83

A-D Sammanlagt barnhälsoindex

Stadsdelar	Sammanlagt barnhälsoindex
Gunnared	70
Lärjedalen	72
Kortedala	77
Bergsjön	71
Härlanda	85
Örgryte	88
Centrum	85
Linnéstaden	86
Majorna	88
Högsbo	83
Älvsborg	87
Frölunda	74
Askim	82
Tynnered	80
Södra Skärgården	90
Torslanda	84
Biskopsgården	78
Lundby	82
Tuve-Säve	81
Backa	82
Kärra-Rödbo	83
Göteborg	81
VGR	86
Riket	87

Stadsdelar	A. Socio-ekonomi	B. Hälso-tillstånd	C. Deter-minanter	C. 1. Risk-faktorer	C. 2. Frisk-faktorer	D. Service och stöd	Sammanlagt barnhälsoindex
Gunnared	63	75	84	86	82	46	70
Lärjedalen	66	78	85	87	83	47	72
Kortedala	78	81	88	88	87	51	77
Bergsjön	57	77	86	87	85	48	71
Härlanda	89	88	92	94	89	66	85
Örgryte	90	90	92	91	92	76	88
Centrum	89	88	92	95	88	65	85
Linnéstaden	93	88	89	89	88	74	86
Majorna	89	86	90	89	90	85	88
Högsbo	86	87	88	91	85	67	83
Älvsborg	97	92	92	92	92	61	87
Frölunda	74	83	86	89	83	53	74
Askim	96	90	87	90	84	52	82
Tynnered	84	84	87	89	84	61	80
S. Skärgården	96	97	90	90	90	87	90
Torslanda	96	91	88	89	87	56	84
Biskopsgården	66	77	85	85	85	76	78
Lundby	85	86	89	90	87	64	82
Tuve-Säve	89	83	86	92	80	63	81
Backa	86	82	87	89	85	67	82
Kärra-Rödbo	92	86	89	92	86	61	83
Göteborg	83	85	88	88	87	64	81
VGR	88	88	86	86	85	81	86
Riket	87	88	88	90	86	83	87

Figur 1. Barnhälsoindex 0-100 i domäner och sammanlagt. Ju högre tal, desto bättre värde. Stadsdelarna är markerade med färg efter sin position på rangskalan (grönt visar de 20 % av stadsdelarna, som har högst värden, rött visar de 20 % av stadsdelarna, som har lägst värden, och gult visar de 60 % av stadsdelarna, som ligger däremellan).



Figur 2. Sammanlagt Barnhälsoindex. Kommundelar rangordnade.

Att levnadsförhållandena och därmed förutsättningarna för hälsa och välbefinnande i skiljer sig mellan Göteborgs stadsdelar är uppenbart. Barnantalet och barntätheten varierar förstås i kommundelarna, men allra störst skillnad hittar man i andelen barn med utländsk bakgrund, (barnet eller båda föräldrarna födda utanför Sverige): i Bergsjön hela 83 % och i Gunnared 73 %, medan Torslanda har 4 % och Södra Skärgården 5 %, jämfört med 32 % i hela Göteborg och 19 % i regionen och i riket.

Av indikatorerna i Domän A ser man tydligt hur den sociala och ekonomiska ojämlikheten slår igenom i Göteborg. Stadsdelarna i Nordost ligger betydligt sämre till än resten av staden, regionen och riket. I Bergsjön lever således nära 60 %, i Lärjedalen och Gunnared 40 % av barnen i ekonomiskt utsatta familjer, medan motsvarande siffror för Torslanda, Älvsborg och Askim är 2 % respektive 3 %. Generellt sett är andelen elever som når gymnasiebehörighet särskilt låg bland elever med utländsk bakgrund som invandrat till Sverige efter skolstart och bland elever med lågutbildade föräldrar (Skolverket 2011) Gymnasiebehörigheten för eleverna i Göteborgs stadsdelar följer också tydligt detta mönster.

Resultatindikatorerna i Domän B, Hälsotillstånd och välbefinnande, ger inte en helt likformig bild. Svåra yttre skador uppvisar inga nämnvärda skillnader, medan karies-

situationen är klart sämre i Nordost och Biskopsgården (hälften av 6-åringarna har karies), medan detta bara gäller en tiondel av barnen i Södra Skärgården, Torslanda, Askim och Älvsborg. Samma fördelning gäller i princip också för övervikt och fetma i skolan. Å andra sidan följer den psykiska ohälsan inte alls samma mönster. Bergsjön tillhör de minst belastade stadsdelarna i detta avseende. över hela skalan, från psykosomatiska besvär, nedstämdhet och koncentrationssvårigheter till brist på välbefinnande och problemens inflytande på vardagslivet. Andra stadsdelar i kommunen liksom Göteborg som helhet ligger här sämre till, allra mest psykisk ohälsa rapporterar barnen i de välbärgade stadsdelarna Askim och Linnéstaden. Men allra minst finner man i en annan välbärgad stadsdel, Älvsborg!

Av riskfaktorerna i Domän C är låg födelsevikt, rökning under graviditeten och rökning bland spädbarnsfamiljer genomgående vanligare i de ekonomiskt utsatta stadsdelarna, också jämfört med regionen och riket. Eftersom låg födelsevikt generellt sett är ovanlig, blir de indexerade värdena mycket lika. Men ser man på de absoluta värdena i Bilaga 5 framgår att prevalensen i Gunnared är närmare 3 gånger högre än i Södra Skärgården, 4,4 % mot 1,5 %. Däremot är intensivkonsumtion av alkohol i årskurs 9 faktiskt mest frekvent i de välbärgade stadsdelarna Södra Skärgården, Majorna, Linnéstaden och Torslanda. Också rökning i skolåldern är här utbredd. Av friskfaktorerna är amning till 4 månader mest frekvent i de välbärgade stadsdelarna och mindre frekvent i Nordost, särskilt i Gunnared och Lärjedalen, samt överraskande låg i Tuve-Säve. Vaccinationsnivån är genomgående hög och skiljer inte mycket mellan områdena.

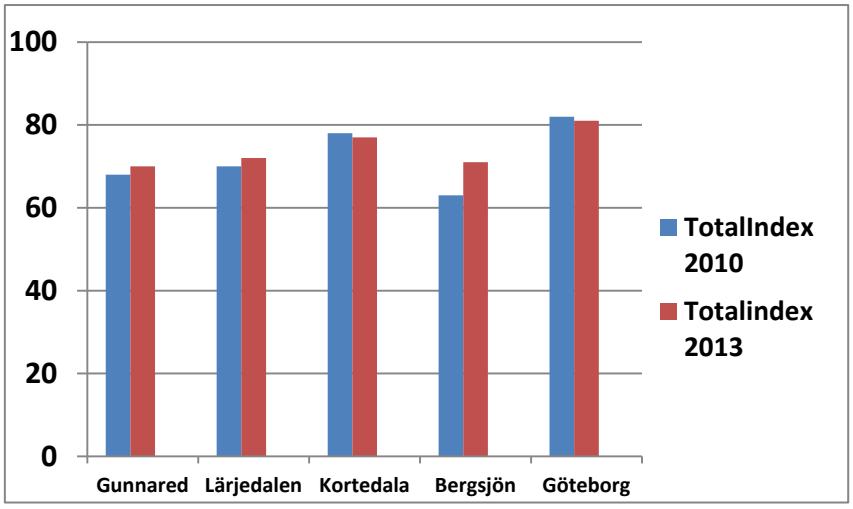
Indikatorerna i Domän D, Service och stöd, visar att föräldrastödserbjudandena utnyttjas klart sämre i de mest invandrartäta områdena, särskilt i Gunnared och Lärjedalen, där utnyttjandet är nära noll. Också det oväntat låga utnyttjandet i Torslanda och Askim gör ju att man närmare skulle vilja titta på hur tjänsten erbjuds och hur väl den är införlivad med rutinerna på respektive BVC. Andelen förskolebarn som deltar i kommunens förskoleverksamhet ligger på en hög nivå, men man borde kanske titta närmare på varför den är lägre i Härlanda, Kortedala och Frölunda (lägre än genomsnittet för staden, Regionen och Riket).

När man slår samman indikatorerna till index visar det sig som väntat att de socioekonomiskt belastade stadsdelarna som Gunnared, Lärjedalen, Bergsjön och Biskopsgården genomgående visar lågt barnhälsoindex, och att de välmående stadsdelarna som Älvsborg, Södra Skärgården och Askim har de högsta indexen. Bland de sistnämnda är det mest Friskfaktorerna som har låga värden (skolbarnens bruk av alkohol och tobak) medan Riskfaktorernas avvikelse från staden som helhet är mer beskedlig. I Index D, Service och stöd, återkommer de stora skillnaderna mellan stadsdelarna. Bilaga 3 visar stadsdelarnas rangordning och färgmärkning efter värdet på samtliga index. Bilaga 4 visar på en karta fördelningen av Barnhälsoindex i Göteborgs stadsdelar.

6.2 Jämförelser mellan Angered 2010 och 2013

År 2010 presenterades ett motsvarande Barnhälsoindex för nordöstra Göteborg, dvs. de socioekonomiskt mest belastade stadsdelarna. Det är ju för kort tid för att man skall förvänta sig några större förändringar. De sammanlagda Barnhälsoindexet är i också stort sett oförändrat (Figur 3) även om Bergsjön klättrat en bit uppåt. Störst förbättring ser man kariesfrekvensen, fr.a. i Bergsjön, och man ser också en viss förbättring i rökning under graviditeten och i spädbarnsfamiljer, men ännu större bland eleverna i årskurs 9. Så t.ex. har rökningen i Gunnared och Kortedala halverats, ned till 10 % av eleverna, fortfarande med stor överrepresentation av flickor. Föräldrastödet fungerade inte särskilt väl förra gången, och det har blivit sämre nu.

I Bilaga 6 presenteras några diagram som belyser utvecklingen av Barnhälsoindex i Nordöstra Göteborg mellan 2010 och 2013.



Figur 3. Jämförelse mellan stadsdelarna i nordöstra Göteborg 2010 och 2013, sammanlagt Barnhälsoindex.

6.3 Slutsatser och förslag till fortsatt arbete

Detta är ett första försök att systematisera och strukturera de data man har tillgång till om barnens hälsa på stadsdelsnivå i hela Göteborg. Avsikten är att man genom en sådan metodisk och täckande sammanställning av tillgänglig kunskap skall få en helhetsbild av hur barnen mår i Göteborgs olika delar och därmed kunna rikta och dimensionera de sociala, medicinska och politiska insatserna. Både indikatorerna och de sammanslagna indexen baserar sig på redan existerande och relativt lätt tillgängliga data och kan utan större kostnad hämtas, oftast årligen, från centrala och lokala myndigheter. Genom att upprepa datainsamlingen vid senare tillfällen skall men också kunna visa hur hälsotillståndet utvecklas och förhoppningsvis kunna koppla utvecklingen till hälsofrämjande insatser. De övergripande målen är att förbättra barnens hälsa och att minska ohälsoskillnaderna mellan stadsdelarna i Göteborg.

Man har också fått en förbättrad överblick över barns hälsa och välbefinnande i området, man kan lätt se var problemen är störst och man kan utan större fantasi koppla dem till stadsdelarnas sociodemografiska struktur. Således visar indikatorerna, liksom de sammanslagna indexen, att barnen i de socioekonomiskt utsatta stadsdelarna generellt har sämre hälsa och också sämre förutsättningar för hälsa. Några indikatorer avviker dock från det förväntade mönstret: alkoholkonsumtionen hos 15-åringarna är lägre i Nordost (inflytande från religiösa levnadsregler?) och mentala hälsoproblem hos skolbarnen är mindre frekventa (större sammanhållning inom och mellan familjerna?). När det gäller den psykiska ohälsan ser man helt motsatt resultat: flera av de mer välbärgade stadsdelarna ligger i botten. För att närmare analysera dessa och andra orsaks- och sammanhangsproblem behövs speciella studier.

A. Socioekonomi	**Före födesen**	**0-1 år**	**1-5 år**	**6-12 år**	**13-17 år**
1. Barn och fattigdom					
2. Elever och grundskoleutbildning					
B. Hälsotillstånd och välbefinnande	**Före födesen**	**0-1 år**	**1-5 år**	**6-12 år**	**13-17 år**
1. Barn och yttre skador					
2. Barn och karies					
3. Barn och övervikt/fetma					
4. Barns psykiska ohälsa					
C. Determinanter					
1) Riskfaktorer	**Före födesen**	**0-1 år**	**1-5 år**	**6-12 år**	**13-17 år**
1. Barn och låg födelsevikt					
2. Barn och tobaksexponering i fosterlivet					
3. Spädbarn i hushåll där man röker					
4. Barns och ungdomars tobaksrökning					
5. Barns och ungdomars alkoholvanor					
2) Friskfaktorer	**Före födesen**	**0-1 år**	**1-5 år**	**6-12 år**	**13-17 år**
1. Barn som ammas					
2. Barn som vaccinerats mot MPR					
D. Service och stöd	**Före födesen**	**0-1 år**	**1-5 år**	**6-12 år**	**13-17 år**
1. Föräldrarnas deltagande i föräldrastöd på BVC					
2. Barnens deltagande i förskoleverksamhet					

Figur 4. Indikatorernas ålderstäckning. Notera särskilt bristerna i förskoleåldern och tidig skolålder.

Flera indikatorer har tveksam kvalitet, främst för att datainsamlingen inte är systematisk eller bortfallet är stort och inte analyserat. Innehållsmässigt finns också brister. Indikatorerna täcker också bara delar av barnpopulationen och dess hälsospektrum. Särskilt stora är bristerna i förskoleåldern och tidig skolålder och det saknas således uppgifter för att systematiskt följa förskolebarnens psykiska hälsa, både beteende, välbefinnande och livskvalitet, se Figur 4. Det saknas vidare helt uppgifter om barns fysiska miljö och dess inverkan på barnens hälsa. Inte heller finns data om matvanor och näringstillförsel, varken överskott eller underskott, eller om kulturutbud och kulturkonsumtion, inklusive det nya mediala inflytandet på barns hälsa, välbefinnande och beteende. De flesta källorna rapporterar data sammanslagna för pojkar och flickor, och så har de förmedlats i denna rapport. Men av många skäl, både hälsomässiga, åtgärdsmässiga och principiella ska naturligtvis data separeras för könen.

Det är bara få indikatorer som baserar sig på barnens och ungdomarnas egen uppfattning om sin hälsa, den om psykisk ohälsa och de om tobaks- och alkoholvanor, men också här är alla formulär och frågor utformade från ett av vuxna identifierade problemperspektiv. Slående är också att negativa aspekter dominerar uppsättningen; det är bara amningen, vaccinationen och de två stödindikatorerna som kan sägas spegla mätningar med hälsofrämjande mål. Alla andra handlar om sjukdom, ohälsa och elände eller hot därom. T.o.m. indikatorn om det psykiska hälsotillståndet handlar bara om problem. Den slutsats som drogs efter en tidigare genomgång av barns hälsa i Sverige (Jakobsson & Köhler 1991) gäller i stort sett fortfarande *”Det saknas en systematisk, kontinuerlig och täckande rapportering av barns hälsa, sedd ur ett barnperspektiv och insatt i ett socialt sammanhang”.*

Samtidigt har det dock tagits flera lovande initiativ för att systematisera bevakningen av hälsa och välbefinnande i Sverige. Det gäller befolkningen i stort men också speciellt barnen. Både Statens Folkhälsoinstitut, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Statistiska Centralbyrån, Barnombudsmannen och Rädda Barnen är nu viktiga aktörer på den här scenen, liksom många enskilda kommuner och landsting. Antalet register som inkluderar barn är numera stort, men samutnyttjande av dem är fortfarande eftersatt. Men också här finns nytänkande på gång: i ett stort projekt, finansierat av Vetenskapsrådet, arbetar en tvärvetenskaplig grupp i Umeå på att utveckla en samlad registerforskning om barns hälsa och välfärd i ett livs- och flergenerations perspektiv (Swedish Initiative for Research on Microdata in the Social And Medical Sciences, SIMSAM-noden vid Umeå Universitet,
www.simsam.org.umu.se).

Det kanske allra viktigaste arbetet inom hälsodokumentationen är det som inom olika huvudmän pågår för att äntligen bli färdig med den gemensamma elektroniska journal för mödra-, barn- och skolhälsovården, som varit på gång så länge (Hjern 2005). Med tanke på hur mycket väsentlig information som i hela landet dagligen samlas in om barns hälsa och välbefinnande, är det bedrövligt att man inte för länge sen från centralt håll har satt ner foten och infört ett gemensamt datoriserat system

för att hantera alla dessa data, så viktiga både för vården av enskilda patienter, för vårdens kvalitet och för en allmän hälsoövervakning. Det är inte rimligt att personalen strecknoterar sina insatser med papper och penna, för att sen vid årets slut föra över det hela till centrala myndigheter. Eller för den delen använder en datorjournal, som inte är kompatibel med andra system, hemma eller i andra områden av landet. En gemensam och enhetlig datajournal skulle i ett slag (när den väl fåtts att fungera) göra det möjligt att producera omfattande kunskaper om hela barnpopulationen, snabbare, säkrare och mera enhetligt. I en kartläggning av professionernas prioriteringar av utvecklingsområden för mödra- och barnhälsovård samt elevhälsa föreslås igen utvecklingen av en datorbaserad nationell applikation för en journal som är gemensam för privata och offentliga verksamheter på området (Socialstyrelsen 2011). Ytterligare ett steg i rätt riktning är förstås ett användbart, datoriserat och kompatibelt journalsystem för hela hälso- och sjukvården. De nya vårdvalssystemen och privatiseringen i hälso- och sjukvården har lett till ett uppluckrat geografiskt ansvar och gör det allt svårare att koppla hälsodata till vårdenheterna. För att behålla kvalitet och relevans av framtida hälsoövervakningssystem måste man i fortsättningen få lätt tillgång till uppgifter som är knutna till individernas personidentifikation och inte bara till vårdenheterna.

Trots kunskapsluckor och kvalitetsbrister kan rapporten förhoppningsvis ligga till grund för ett fortsatt utvecklingsarbete, så att det till slut existerar en komplett och högkvalitativ uppsättning av indikatorer, som på tillförlitligt och relevant sätt speglar barns och ungdomars hälsa och välbefinnande på kommundelsnivå. Intressant är att flera huvudmän än Göteborgs stad blivit så stimulerade av Angeredsrapporten att de genomfört eller håller på att genomföra en liknande kartläggning för eget behov (Örebro, Västerbotten, Västra Götaland och SKL).

Ett ännu mera ambitiöst projekt är förstås Malmökommissionen, som är en lokal utveckling av den europeiska WHO-kommitté som leds av professor Sir Michael Marmot *"Commission on Social Determinants of Health"*. Uppgiften lokalt är att ta fram ett vetenskapligt underlag som bas för hur hälsan ska kunna förbättras för alla Malmöbor, särskilt för de mest utsatta. Det ingår en särskild del om barn *"Barn i Malmö - skilda livsvillkor ger ojämlik hälsa"* (Marie Köhler 2012). Något speciellt Barnhälsoindex har man dock inte tagit fram.

I denna presentation av ett Barnhälsoindex för Göteborg och dess stadsdelar finns inga rekommendationer om åtgärder för att förbättra barnens hälsa i området. Det ligger utanför uppdraget och det är kommunens uppgift att i samarbete med regionen och tillsammans med berörda professioner analysera och agera på de resultat som presenteras. En bestämd rekommendation är dock att upprepa den här kartläggningen med jämna mellanrum. Kanske har man om några år fått tillgång till flera och bättre data som underlag till flera indikatorer, och kanske har man kunnat öka kvaliteten i datainsamlingarna, så att träffsäkerheten och pålitligheten i hälsoövervakningen förbättrats.

7. Referenser

Abrahamsson A, Bing V, Löfström M. *Familjecentraler i Västra Götaland. En utvärdering.* Folkhälsokommittén, Västra Götalandsregionen 2009

Alm A. On dental caries and caries-related factors in children and teenagers. *Swedish Dental Journal Suppl.195, 2008*

Barnhälsorapport 2012. Kartläggning av barns och ungas hälsa i Västerbottens län. Region Västerbotten, Umeå 2012

Barnsäkerhetsdelegationen*. Sociala skillnader i skaderisker.* En rapport om den socioekonomiska fördelningen av skador bland barn och ungdomar i Sverige. SOU. Fritzes, Stockholm 2002

Ben-Arieh, A. The Child Indicators Movement: Past, Present, and Future*. Child Indicators Research. 2008; 1:3-16*

Bradshaw J, Hoelscher P, & Richardson D. An index of child well-being in the European Union. *Social Indicators Research, 2007;80:133–177*

Bremberg S. *Sociala skillnader i ohälsa bland barn och unga i Sverige. En kunskapsöversikt.* Statens Folkhälsoinstitut, Stockholm 2002

Bremberg S., & Eriksson L. *Investera i barns hälsa*. Gothia förlag, Stockholm 2010

Bremberg S. Varför mår flickor sämre, när pojkar oftare tar livet av sig? *Psykisk Hälsa 2012;53, vol 4:6-15*

Clausson E. *School Health Nursing. Perceiving, recording and improving schoolchildren's health.* Doctoral Dissertation, Nordic School of Public Health, Göteborg 2008

Ekholm L, Lindh M. *Barnhälsovården. Årsrapport 2011.* Örebro läns landsting 2012

Elmén H. *Child health in a Swedish city. Mortality and birth weight as indicators of health and social inequality*. Doctoral Dissertation. NHV-Report 1995:2. Nordic School of Public Health, Göteborg 1995

Drogutvecklingen i Sverige 2011 Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN Rapport 129, Stockholm 2011

Statens Folkhälsoinstitut. *Kommunala basfakta som underlag för folkhälsoarbete*. Statens Folkhälsoinstitut, Stockholm 2002

Statens Folkhälsoinstitut**.** *Social health inequalities in Swedish children and adolescents – a systematic review, second edition.* FHI, Östersund 2011

Statens Folkhälsoinstitut**.** *Folkhälsopolitisk rapport 2010***.** *Framtidens folkhälsa – allas ansvar.* Statens Folkhälsoinstitut, Östersund 2010

Formgren H. *Allergisjukdomar hos barn och unga. I. Omfattning av allergi och annan överkänslighet.* Vetenskaplig sammanställning. Statens Folkhälsoinstitut, Stockholm 1998

Gustafsson J.-E. *Barns utbildningssituation. Bidrag till ett kommunalt barnindex.* Rädda Barnen, Stockholm 2006

Hjern, A. *En nationell databas för rapportering och uppföljning av barns längd och vikt.* Socialstyrelsen, Stockholm 2005

Hälsa och välfärd hos barn och unga med funktionsnedsättning. Statens folkhälsoinstitut, Östersund 2012

Janus M et al. *Early Development Instrument. A handbook on development, properties and use.* The Offord Centre for Child Studies. McMaster University, Montreal 2007

Haglund B., & Björkenstam C. Förändringar i tid i självmord bland ungdomar i Sverige. Föredrag vid KVA:s konferens *Trender i barns och ungdomars psykiska hälsa,* Stockholm 13 april 2010

Hagquist C. *Förslag till modell för återkommande mätningar av barns och ungdomars psykiska hälsa*. Socialstyrelsen/EpC, Stockholm 1997

Hall D. M. B. *Health for all children.* Oxford University Press, Oxford 2006

Jakobsson G. & Köhler L. *Barns hälsa i Sverige. Kunskapsunderlag till 1991 års* Folkhälsorapport. Allmänna förlaget, Stockholm 1991

Kohn M.A., Vosti C.L, Lezotte D, Jones R.H. Optimal gestational age and birth-weight cut-offs to predict neonatal morbidity. *Medical Decision Making 2000;20:369-376*

Kälvesten L., & Bråbäck L. Time trend for the prevalence of asthma among school children in a Swedish district in 1985-2005. *Acta Paediatr 2008;97(4), 454-458*

Köhler L. *Indikatorer för barns hälsa i Sverige. Bidrag till ett kommunalt barnindex.* Rädda Barnen, Stockholm 2004

Köhler L. *Barnhälsoindex för stadsdelarna i nordöstra Göteborg. Ett förslag till uppföljning av barns hälsa och välbefinnande.* NHV:s Rapportserie 2010:9R. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg 2010

Köhler L. *Apples and oranges or fruitsallad? On the use of indicators and index.* Report from the RICHE Project. 2012. (www.childhealthresearch.eu)

Köhler L. Att mäta barns hälsa i ett folkhälsoperspektiv - konsekvenser för Malmö. I Marie Köhler (red) *Barn i Malmö. Skilda livsvillkor ger ojämlik hälsa. Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö*. Malmö stad 2012

Köhler Marie. *Barn i Malmö. Skilda livsvillkor ger ojämlik hälsa.* Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö. Malmö stad 2012

Lindstrom K, Winbladh B, Haglund B, Hjern A. Preterm infants as young adults: a Swedish national cohort study. *Pediatrics. 2007; Jul;120(1):70-7*

Magnusson MB, Hulthén L, Kjellgren KI. Obesity, dietary pattern and physical activity among children in a suburb with a high proportion of immigrants. *J Hum Nutr Dietet, 2005;18:187–194*

Moore K. A, Vandivere S, Lippman L, McPhee C. & Bloch M. An Index of the Condition of Children: The Ideal and a less-than-Ideal U.S. Example. *Soc Indic Res, 2007;84, 291-331*

Nardo M, Saisana M, Saltelli A, Tarantola A, Hoffman A & Giovanninni E. *Handbook on Constructing Composite Indicators: Methodology and User Guide*. OECD publication, 2008

Niclasen B. *Folkesundhed i børnehøjde - indikatorer for børns sundhed og velbefindende i Grønland.* Doktorsavhandling. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg 2009

OECD. *Doing Better for Children*. OECD, Paris, 2009

Olwaeus D. *Mobbning. Vad vet vi och vad kan vi göra*. Utbildningsförlaget, Stockholm 1986

Oddy W.H. et al. Breastfeeding and early child development: a prospective cohort study. *Acta Paediatrica 2011;100:992-999.*

Ottova V, Hjern A, Rasche C-H, Ravens-Sieberer U and the RICHE Project Group. Child Mental Health Measurement: Reflections and Future Directions. In Maddock J (Ed.) *Public Health - Methodology, Environmental and Systems Issues,* ISBN: 978-953-51-0641-8, InTech, 2012. Available from: http://www.intechopen.com/books/public-health-methodology-environmental-and-systems-issues/child-mental-health-measurement-reflections-and-future-directions

Petersen S, Bergström E, Cederblad M, Ivarsson A, Köhler L, Rydell A-M, Stenbeck M, Sundelin C, Hägglöf B. *Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid.* Kungliga Vetenskapsakademien (KVA), Stockholm 2010

Rigby M. & Köhler L. *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD*). European Commission, Luxembourg 2002

Ringback Weitoft G, Hjern A, Batljan I, Vinnerljung B. Health and social outcomes among children in low-income families and families receiving social assistance - a Swedish national cohort study. *Soc Sci Med. 2008; Jan;66(1):14-30*

Salonen T. *Barns ekonomiska utsatthet. Årsrapport 2012:2*. Rädda Barnen, Stockholm 2012.

Sarkadi A. (red) *Föräldrastöd i Sverige idag – vad, när och hur?* Rapport till Statens Folkhälsoinstitut. Uppsala 2009

SIMSAM Node. *A register based research program connecting childhood with life-long health and welfare.* Umeå Universitet 2009, www.simsam.org.umu.se

Sjöberg A, Moraeus L, Yngve A, Poortvliet E, Al-Ansari U and Lissner L: Overweight and obesity in a representative sample of schoolchildren – exploring the urban–rural gradient in Sweden. *Obesity Reviews; Volume 12, Issue 5, 2011*

Sjöberg A., Lissner L., Albertsson-Wikland K., & Mårlid S. Recent anthropometric trends among Swedish school children: evidence for decreasing prevalence of overweight in girls. *Acta Pediatr 2008; 97(1):118-23*

Skolverket. (2011). En beskrivning av betygen i grundskolan våren 2011. http://www.skolverket.se/2.3894/publicerat/2.5006?_xurl_=http%3A%2F%2Fwww4.skolverket.se%3A8080%2Fwtpub%2Fws%2Fskolbok%2Fwpubext%2Ftrycksak%2FRecord%3Fk%3D2695

Skolelevers drogvanor 2010, Göteborgs stad; Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN 2011

Socialstyrelsen*.* Gravididiteter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973–2010*.* Socialstyrelsen, Stockholm 2012*.* http://www.socialstyrelsen.se/publikationer

Socialstyrelsen. *Kvalitet och innehåll i patientregistret – Utskrivningar från slutenvården 1964–2007 och besök i specialiserad öppenvård (exklusive primärvårdsbesök) 1997–2007.* Socialstyrelsen, Stockholm 2009 http://www.socialstyrelsen.se/publikationer

Socialstyrelsen. *Barn och unga – Insatser år 2010*. Socialstyrelsen, Stockholm 2011 http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011

Socialstyrelsen. *Amning och föräldrars rökvanor – Barn födda 2010*. Socialstyrelsen, Stockholm 2012 http://www.socialstyrelsen.se/publikationer

Socialstyrelsen. *Karies hos barn och ungdomar. En lägesrapport för år 2010.* Socialstyrelsen, Stockolm2011. http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/karieshosbarnochungdomarepidemiologiskauppgifterforar2010/Documents/2010%20Karies%20barn%20och%20ungdomar.pdf

Socialstyrelsen. *Social rapport 2010*.

http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-11.

Socialstyrelsen. *Utvecklingsområden för mödra- och barnhälsovård samt elevhälsa. En kartläggning av professionernas önskemål om riktlinjer eller annan vägledning.* Stockholm 2011

Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut*. Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2012*. Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut, 2012

SOU. *Sociala skillnader i skador hos barn och ungdom*. Rapport från Barnsäkerhetsdelegationen. Fritzes, Stockholm 2002

SWEDIABKIDS. *Nationellt register för barn- och ungdomsdiabetes. Årsrapport 2011 års resultat.* Registercentrum, Västra Götaland. www.registercentrum.se

Tarki*. Child well-being in the European Union: Better monitoring instruments for better policies*. 2011. www.tarki.hu/en/research/childpoverty/tarki_chwb_mainreport_online.pdf

UNICEF. *Child poverty in perspective: An overview of Child Well-Being in rich countries.* Innocenti Research Centre, Florence, 2007

UNICEF*. The on-going debate on the assessment of children's conditions of life* The proceedings of the ChildONEurope Seminar on Child Well-Being Indicators. Instituto degli Innocenti, Florence 29 January 2009

World Health Organisation. *The European health report: public health action for healthier children andpopulations*. WHO, Copenhagen, 2005 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/82435/E87325.pdf.

Wilkinson R, Pickett K. *Jämlikhetsanden. Därför är mer jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen.* Karneval Förlag, Stockholm 2010

8. Bilaga 1. Beskrivning av de använda indikatorerna, deras betydelse och kvalitet samt kärnreferenser

A. Socioekonomi

1. Barnfattigdom

Definition och betydelse
I artikel 27 i FN:s konvention om barnets rättigheter slås fast att varje barn har rätt till den levnadsstandard som krävs för barnets fysiska, psykiska, andliga, moraliska och sociala utveckling. Forskningen har tydligt visat att det finns starka samband mellan materiell standard och andra välfärdsdimensioner som utbildning, möjligheter att etablera sig på arbetsmarknaden samt fysisk och psykisk hälsa. Sedan 1991 har Rädda Barnen följt svenska barns materiella villkor i årliga studier och har som definition av barnfattigdom använt en kombination av SCB:s låg inkomststandard och av att söka och vara berättigad till socialbidrag. Med ”låg inkomst” menas lägsta utgiftsnivå baserad på den socialbidragsnorm, som fastställdes på 1980-talet (med inflationsuppräkningar) och en norm för boendeutgifter. Om inkomsterna understiger normen för dessa utgifter definieras detta som låg inkomst. Med socialbidrag menas att sådant erhållits minst en gång under året.

De flesta rapporterna har behandlat barnfattigdomen på kommunal nivå, men från 2008 ingår också en speciell del om förhållandena i de tre storstäderna, där siffror om barnfattigdomen är tillgänglig på stadsdelsnivå.

Indikatorn visar: Andel barn 0-17 år som år 2010 lever i ekonomiskt utsatta familjer per 100 barn i åldersgruppen.
Källa: Barns ekonomiska utsatthet. Årsrapport 2012:2. Rädda Barnen.
Kvalitet: Data är hämtade ur traditionellt pålitliga register, som används flitigt i olika statistiska sammanhang sedan mycket länge.
Referens: Salonen, Tapio. Barns ekonomiska utsatthet. Årsrapport 2012:2. Rädda Barnen, Stockholm 2012.

2. Elever med ofullständig grundskoleutbildning (ej gymnasiebehörighet)

Definition och betydelse
Utbildning är inte bara en grundläggande rättighet i vårt samhälle, det är också en allt viktigare nödvändighet för ett framgångsrikt vuxenliv. Att inte kunna fortsätta i gymnasiet på grund av bristande behörighet blir därför ett stort hinder i denna process. En hög andel av dessa barn blir ett viktigt observandum för skolan och samhället i stort. Det finns ett starkt samband mellan utbildningslängd och hälsa.

De största skillnaderna i ohälsa finns mellan dem som enbart har förgymnasial utbildning och dem som har eftergymnasial utbildning (Statistiska centralbyrån 2003). Utbildning kan påverka hälsan genom flera mekanismer, såsom lägre hälsorisker i arbetslivet, högre inkomster och mindre ekonomisk utsatthet och stress. Utbildning kan också påverka hur människor beter sig privat, och göra dem bättre rustade att hitta och tillgodogöra sig information om till exempel hälsorelaterat beteende. Mycket talar alltså för att längre utbildning kan leda till bättre hälsa (Bremberg 2010).

Barns utbildningskarriär avgörs tidigt. Betygen i grundskolans årskurs 9 har avgörande betydelse för benägenheten att studera vidare, oavsett barnens socioekonomiska bakgrund. Låga eller ofullständiga betyg från årskurs 9 ökar dessutom risken för framtida psykosociala problem. Allvarlig kriminalitet i ung vuxen ålder är 8–10 gånger så vanligt bland dem med låga betyg som bland dem med medel/höga betyg (Socialstyrelsen 2012).

Betygssystemet och definitioner i skolans värld ändras titt som tätt och bedömningarna skiftar mellan skolor och kommuner. Från år 2011 ändrades således reglerna för behörighet till gymnasieskolan. Fram till hösten 2010 krävdes godkänt betyg i svenska, engelska och matematik för behörighet till gymnasieskolans nationella program. Från hösten 2011 krävs godkänt betyg i svenska, engelska, matematik och ytterligare minst fem ämnen för att läsa vid ett yrkesförberedande program och ytterligare nio för att läsa vid ett högskoleförberedande program (Skolverket 2011). Siffror för den nya definitionen finns ännu inte tillgängliga lokalt. I denna sammanställning har därför använts den gamla definitionen, dvs. godkänt i minst svenska/svenska för utlänningar, matematik och engelska, vilket dessutom underlättar jämförelsen bakåt. Som ett sammanfattande mått på gymnasiebehörighet sammantaget, oavsett program och nivå, är det enligt Skolverket behörighet till yrkesprogrammet som ska användas i fortsättningen.

Indikatorn visar: Andel elever i nionde årskursen 2011, som uppfyller kraven på gymnasiebehörighet, dvs. har godkända betyg i svenska/svenska för utlänningar, matematik och engelska, i procent av antalet elever i årskurs 9.
Kvalitet: Måttet är lättillgängligt och ger en överskådlig bild av ett komplicerat område med många determinanter, och det har därför behållits här, även om måttets konsistens kan ifrågasättas.
Källa: Skolverket; Göteborgsbladet; Göteborgs stads statistikkontor.

Referenser: Gustafsson, J.-E. Barns utbildningssituation. Bidrag till ett kommunalt barnindex. Rädda Barnen, Stockholm 2006.

B. Hälsotillstånd och välbefinnande

1. Barn med svåra yttre skador

Definition och betydelse
Trots sjunkande siffror är skador och olycksfall fortfarande den främsta enskilda orsaken till sjukdom och funktionshinder hos barn och unga. Förutom i trafiken skadas barn i hemmen och i fritidsverksamhet. (Folkhälsorapporten 2012). De flesta av skadorna kan elimineras genom olika former av skyddande och förebyggande åtgärder, ofta genom lokala insatser. Det är dessutom en av de dödsorsaker som uppvisar den största skillnaden mellan socioekonomiska grupper och mellan pojkar och flickor (Bremberg 2002, Folkhälsorapporten 2012). Trots sin relativa betydelse är antalet dödsfall i skador i barnaåldern lågt; år 2011 dog i riket sammanlagt 152 barn och ungdomar under 20 år av yttre orsaker, i Västra Götaland 27 (Socialstyrelsens dödsorsaksregister). Även hopslaget under flera år blir det ett mycket litet tal att bryta ner till kommunnivå, så litet att det knappast är meningsfullt. Eftersom yttre skador ändå är en så viktig och förebyggbar orsak till ohälsa kan uppgifter om sjukhusvårdade barn i stället användas. Sådana skador är ju i princip allvarliga, och de finns tillgängliga i regionens samlade vårddatabas Vega. Under år 2010 vårdades drygt 18 000 barn under 18 år på sjukhus för olycksfall och avsiktliga skador, i Västra Götaland knappt 3 500 och i Göteborg knappt 1 000, dvs. ett tillräckligt stort antal för att kunna fördelas på lägre nivåer.

Om man vill bredda indikatorn till att omfatta också lindrigare skador kommer data från öppenvården så småningom att bli tillgängliga för hela landet, när det ordinarie patientregistret från den öppna sjukhusvården når tillräcklig kvalitet. Varje år söker nästan 200 000 barn och ungdomar akut läkarvård efter olycksfall.

Indikatorn visar: Andel barn 0 – 17 år som 2011 vårdats på sjukhus för svåra yttre skador. per 100 barn i åldersgruppen.
Källa: Regionens vårdregister Vega samt Socialstyrelsens patientregister.
Kvalitet: Socialstyrelsens patientregister innehåller alla avslutade vårdtillfällen i sluten vård i hela landet sedan 1987, regionens samlade vårddatabas Vega sedan 2000. Uppgifterna till registret samlas in en gång om året och omfattar sedan både offentliga och privata vårdgivare. Socialstyrelsens patientregister kontrolleras regelmässigt och kvaliteten är generellt hög. Det sammanlagda bortfallet varierar mellan rapportörerna, men ligger för skador på någon procent. Också valideringsstudier har visat på en god tillförlitlighet. Detsamma uppges för regionens register.
Referenser: Folkhälsorapport 2012; Socialstyrelsen. Kvalitet och innehåll i patientregistret Stockholm 2009 http://www.socialstyrelsen.se/publikationer

2. Barn och karies

Definition och betydelse
Barns tandhälsa har successivt förbättrats sedan 1960-talet men karies har på senare år åter visat en tendens att öka. Tandsjukdomar hos barn är ett hälsoproblem i sig, men de är också kopplade till andra hälsoproblem i barndomen och senare i vuxenlivet.

Tändernas hälsotillstånd varierar mellan olika områden och visar fortfarande ett mycket tydligt samband med socioekonomiska förhållanden.
De goda resultat som uppnåtts med barns tandhälsa beror främst på stora insatser av förebyggande karaktär. Framgångarna kvarstår inte automatiskt utan måste försvaras och förbättras med fortsatta förebyggande åtgärder, särskilt för de mest utsatta grupperna.

För att begränsa datamängden och förenkla överblicken har informationen koncentrerats till kariesfria 6-åringar. Dessa data speglar situationen i tidig ålder och ger gott om tid att förbättra tillståndet, i motsats till approximalkaries hos 19-åringar, en annan användbar indikator, som dock mest speglar bakåt hur framgångsrik tandvården varit i barnaåldern. Dessutom finns en stark korrelation mellan tidig karies och utvecklingen av approximalkaries senare (Alm 2008).

Måtten på tandhälsa skiljer sig endast obetydligt åt mellan flickor och pojkar.

Indikatorn visar: Andel barn som 2011 vid 6 års ålder är kariesfria i det temporära bettet, som procent av barn i åldersgruppen.
Källa: Regionens tandhälsoenhet; riksdata från Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstituts databas för 2010.
Kvalitet: Bevakningen lider av en hel del brister och belastas både av betydande förseningar och av bortfall av olika slag. Således baserar sig de senaste uppgifterna från Socialstyrelsen på endast 75 % av landets 6-åringar, och finns dessutom bara tillgängliga på landstingsnivå, men inte på individ eller kommunnivå. SKAPA i Värmland är ett kvalitetsregister som är individbaserat men som är frivillig och t.ex. inte täcker privat tandvård. Socialstyrelsen föreslog redan 2008 att uppgifter om barn och ungdomar ska ingå i det kommande obligatoriska tandhälsoregistret, som skall bli utgångspunkt för framtida statistik på nationell nivå. Lokalt är kvaliteten bättre, med klart mindre förseningar och bortfall.
Referenser: Alm, A. On dental caries and caries-related factors in children and teenagers. Swedish Dental Journal Suppl. 195, 2008; Socialstyrelsen Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen, Stockholm 2009;
Framtida statistikredovisning om barn och ungdomars tandhälsa. Förslag om att använda tandhälsoregistret som datakälla. Socialstyrelsen, Stockholm 2008;
Karies hos barn och ungdomar. En lägesrapport för år 2010. Socialstyrelsen, Stockholm 2011.

3. Barn med övervikt och fetma

Definition och betydelse
Övervikt och fetma är kopplat till en rad hälsoproblem av fysisk och psykisk art, både i barndomen och senare i vuxenlivet, t.ex. diabetes, hjärt- kärlsjukdomar, ledsjukdomar och sämre livskvalitet. Förekomsten har antagit proportionen av en epidemi i hela västvärlden, och även om ökningen nu tycks plana ut är övervikt och fetma ett angeläget folkhälsoproblem, som kräver förebyggande och behandlande insatser.

Indikatorn visar: Andel barn som 2011 har ett ålders- och könsstandardiserat Body Mass Index (BMI) av minst 25 resp. 30, mätt vid elevernas hälsobesök i årskurs 4 (11 år) år 2011, per 100 barn i den undersökta gruppen.
Kvalitet: Resultaten grundar sig på de elever som genomförde hälsobesöket i årskurs 4. I hela Göteborg deltog läsåret 2010/2011 93 %, i friskolorna dock bara 70 %. Reella mätfel har ansetts vara slumpartade och därför knappast påverka resultatet i någon större utsträckning. Ingen bortfallsanalys har gjorts, men deltagandet har av skolhälsovården bedömts som representativt på Göteborgsnivå.

Motsvarande mätning görs också i årskurs 8 (15 år) och i gymnasieskolan men där är bortfallet betydligt större, och resultaten alltså mindre pålitliga.

Barn vägs och mäts ju också betydligt tidigare än i årskurs 4, t.ex. regelmässigt vid 4-årskontrollen på BVC. Sammanställningen av dessa uppgifter är emellertid mycket bristfällig, bortfallet för 2011 var således hela 46 %.
Källa: Skolhälsan, Göteborg, Årssammanställning 2011; Statens Folkhälsoinstitut.
Kvalitet: Varierande medverkan i mätningarna och ingen bortfallsanalys gör data mindre pålitliga. Sammanfattning av data på region- eller riksnivå finns inte, men Statens Folkhälsoinstitut har gjort en sammanställning av de första försöken med en nationell uppföljning av övervikt hos barn. Den har utförts som totalundersökning av 10-åringar i 5 kommuner, spridda över landet och med socioekonomisk variation. Trots att de aktuella kommunerna är få och inte slumpmässigt utvalda, vilket gör det vanskligt att dra slutsatser om övergripande nationella trender, har resultaten medtagits här för att ge en ungefärlig uppfattning om nivån av övervikt och fetma i andra delar av landet.

En ny representativ studie av svenska 8-åringars övervikt och fetma har också publicerats, med en uppskattad prevalens av 17 %.

Referenser: Bråbäck L, Bågenholm G, Ekholm L. Fetmautvecklingen bland svenska 4-åringar tycks ha stannat av. Men stora regionala skillnader visar socioekonomins betydelse. Läkartidningen 2009; 106:2758-2761;
Lager A. Övervikt bland barn – System för nationell uppföljning: 2007/2008 Statens Folkhälsoinstitut, Östersund 2009;

Sjöberg A, Moraeus L, Yngve A, Poortvliet E, Al-Ansari U and Lissner L: Overweight and obesity in a representative sample of schoolchildren – exploring the urban–rural gradient in Sweden. Obesity Reviews 2011; Volume 12, Issue 5.

4. Barns psykiska ohälsa

Definition och betydelse
Barns psykiska hälsotillstånd är den del av hälsopanoramat som av många skäl varit mest svåråtkomlig. Efter många års utredande genomfördes en landsomfattande kartläggning av barns och ungdomars psykiska ohälsa under hösten 2009. Alla elever i grundskolans årskurser 6 och 9 fick under lektionstid svara på en enkät om hur man upplever sin psykiska hälsa. Enkäten bestod av 42 frågor som utformats för att skapa dimensioner som i sin tur bygger på det samlade resultatet från flera frågor. De fem dimensioner av psykisk ohälsa som på detta vis skapats i Statens Folkhälsoinstituts presentation är följande:

1. psykosomatiska besvär (huvudvärk, magont)
2. nedstämdhet
3. koncentrationssvårigheter
4. bristande välbefinnande
5. problemens påverkan på vardagslivet.

Den femte dimensionen anger svårigheternas tyngd, det vill säga graden som eleverna uppfattar att besvären påverkar deras eller närståendes vardagsliv. En slutrapport har presenterats av Statens Folkhälsoinstitut och finns tillgängligt på www.fhi.se, dels i form av s.k. rosdiagram där de 25 % minst, de 50 % genomsnittliga och de 25 % mest problembelastade enheterna (skolor/kommuner) ritats upp, samt dels i form av råtabeller på skol- och kommunnivå.

För att visa resultaten för Göteborg, dess stadsdelar, för Regionen och för Riket har Curt Hagquist vid Karlstads Universitet gjort en särskild bearbetning av samma grunddata. Utgångspunkten är ett riksgenomsnitt av varje dimension och den tiondel som i varje dimension haft mest besvär. Sedan har man för varje stadsdel beräknat den andel av barnen som hör till denna mest belastade del. För att göra resultaten kongruenta med övriga indikatorer i denna rapport har de fem dimensionerna här slagits samman till ett psykiskt ohälsoindex som omvandlats till en skala från 0 till 100, där 100 betyder att barnen i årskurs 9 i det aktuella området inte alls är belastade av psykiska problem och 0 att barnen är maximalt belastade av psykiska problem. Trots ett något större bortfall har årskurs 9 valts eftersom problemen är större i denna åldersgrupp (KVA 2010).

Indikatorn visar: För skolbarnen i årskurs 9 skapas ett sammanslaget index av den psykiska ohälsan, beräknat på 5 dimensioner av ohälsa. Ju högre tal desto bättre psykisk hälsa (2009).

Kvalitet: Formuläret bygger på en utredning från Socialstyrelsen 2005. En omfattande pilotverksamhet med frågeformulären har genomförts i olika delar av landet och utvärderingarna har visat hög och jämn kvalitet. Deltagandet i den aktuella mätningen hösten 2009 var högt, 172 298 elever deltog, 86 % av eleverna i årskurs 6, 80 % i årskurs 9, sammanlagt 83 %. I Göteborg var bortfallet 13 skolor och 519 elever i årskurs 9.
SCB som svarade för den praktiska delen av undersökningen, har noggrant rapporterat processen och bortfallets storlek, men vilka elever som inte deltog har inte närmare analyserats.
Referenser: Mätning av barns och ungdomars psykiska hälsa – förslag till nationella och återkommande undersökningar. Socialstyrelsen, Stockholm 2005. Formuläret finns för nedladdning på www.fhi.se, liksom detaljerade resultat i diagram- och tabellform.

C. Determinanter

C 1) Riskfaktorer

1. Barn med låg födelsevikt

Definition och betydelse
Låg födelsevikt är ett traditionellt mått på ökade risker för fortsatt ohälsa av många olika slag för individen under resten av livet. Orsakerna till låg födelsevikt är komplexa, men det finns ett väl dokumenterat samband med sociala och ekonomiska faktorer, såsom sämre ekonomi hos föräldrarna, moderns rökning och stress under graviditeten.

För att avgränsa gruppen nyfödda barn med ökad risk för senare skador och avvikelser använder man internationellt vanligen en gräns för födelsevikten på 2 500 g. Det är ett lättillgängligt, stabilt och pålitligt mått, som ger ett tillräckligt stort antal träffar för att det också ska kunna användas i mindre områden. Det fångar in de allra flesta riskbarnen, men får också med en hel del barn som växer upp utan några senkomplikationer. Sensitiviteten är alltså hög men specificiteten är låg.

Ett annat sätt att inringa de nyfödda med ökad risk är att fokusera på graviditetslängden och att ange t.ex. graviditetsvecka 37 eller rent av 32 som en gräns. Fördelen är att man då mer koncentrerar sig på barn med tillväxtrubbningar i fosterlivet, vilket är en högriskfaktor. Samtidigt får man en uppfattning om belastningen på sjukvården, eftersom många, <32 veckor alla, av dessa barn vårdas på neonatalavdelning. Nackdelarna är dock flera. Barn med låg födelsevikt är knappt 5 % av alla nyfödda, medan låg gestationsålder är bara c:a 1 % (i Göteborg omkring 150 barn om året). Det betyder att det behövs större grupper av barn för att meningsfulla analyser skall kunna göras på stadsdelsnivå. Medan data om de lågviktiga barnen enkelt kan fås

från SCB och Statens Folkhälsoinstitut för alla populationer från stadsdelar till hela riket, måste man särskilt beställa data om graviditetslängden för delpopulationer.

För närvarande bedömer jag det därför som bäst att använda det internationellt och nationellt allmänt rekommenderade måttet ”födelsevikt <2 500 g” som en indikator för nyfödda med ökad risk för både tidiga och sena komplikationer. Samtidigt som en hög frekvens av låg födelsevikt signalerar ett ökat behov av stödinsatser för de gravida kvinnorna, ger det incitament till extra uppmärksamhet på dessa barn. Dessa åtgärder är åtminstone till vissa delar genomförbara på lokal nivå.

Det är emellertid sannolikt att man skulle få ett mått med bättre diskriminerade förmåga om man kombinerade ett viktmått med ett gestationsmått. Det har gjorts tidigare i Göteborg, och kan göras igen. Så fann t.ex. Håkan Elmén i sin avhandling från 1995 att födelsevikten, standardiserad för gestationslängd och kön var en bättre indikator på senare ohälsa, även i vuxen ålder.

Indikatorn visar: Andel nyfödda med födelsevikt under 2 500 g, i procent av antalet levande födda icke tvillingar. Medelvärde för 3-årsperioden 2008 – 2010.
Kvalitet: Definitionen är allmänt använd internationellt. Uppgifter från hela landet insamlas och bearbetas årligen av Socialstyrelsen. Finns tillgängligt från 1973. Kvaliteten, som kontrolleras regelbundet, är hög och bortfallet lågt.
Källa: Socialstyrelsen, Medicinska födelseregistret; Statens Folkhälsoinstituts databas.
Referenser: Elmén H. Child health in a Swedish city. Mortality and birth weight as indicators of health and social inequality. NHV-Report 1995:2. Nordic School of Public Health, Göteborg 1995;

2. Barns exponering för tobak i fosterlivet

Definition och betydelse
Rökning under graviditeten medför de vanliga riskerna för kvinnan, men är dessutom ett allvarligt hot mot fostrets liv, hälsa och utveckling. Information, enskilt eller i grupp, kan väsentligt reducera förekomsten av sådana riskbeteenden.

I Sverige har rökningen hos gravida kvinnor minskat kraftigt under den senaste 10-årsperioden och ligger nu i genomsnitt på 6,5 %. Tonårsgravida röker dock mest, över 20 %.

Indikatorn visar: Andel gravida kvinnor som uppger att de röker, vid första besöket på MVC. Procent av kvinnor inskrivna på MVC.
Kvalitet: Data insamlas vid den gravida kvinnans första besök på MVC, och rapporteras till Socialstyrelsen. Anslutningen till MVC är hög, exakt hur hög har dock inte gått att få fram för stadsdelarna. Det totala bortfallet av mödrahälsovårdsuppgifter för hela riket var för 2008 endast 2,6 procent. En mera specifik indikator skulle förstås fokusera på barnet i stället för modern och lyda: ”Andel barn som utsätts för tobak under fos-

terlivet genom moderns rökvanor", men dessa uppgifter är inte tillgängliga utan särskild programmering.
Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsens databas.
Referenser: Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födelseregistret 1973–2010. Socialstyrelsen, Stockholm 2012.

3. Barns exponering för tobak under spädbarnstiden

Definition och betydelse
ETS (Environmental Tobacco Smoke) eller passiv rökning är den enskilt mest betydelsefulla luftföroreningen inomhus. Den är kopplad till en rad akuta och kroniska hälsoeffekter. Rökning i spädbarnets omedelbara närhet har visat sig öka risken för andningsbesvär, infektioner och allergier hos barnet. Också dessa siffror är i Sverige låga i internationell jämförelse, men fortfarande för höga för barnens bästa. Föräldrar från lägre socialgrupper röker mer än andra.

Indikatorn visar: Andel barn av årskullen som under de första 4 veckorna blivit exponerad för tobaksrök genom att någon medlem i hushållet röker, per 100 rapporterade barn.
Kvalitet: Data insamlas rutinmässigt via BVC och rapporteras till Socialstyrelsen. I vissa områden är andelen obesvarade frågor om rökningen stor och tillförlitligheten av uppgifterna därför tveksam.
Källa: Barnhälsovården i Göteborg; Socialstyrelsen.
Referenser: Amning och föräldrars rökvanor Barn födda 2010. Socialstyrelsen 2012.

4. Barns och ungdomars tobaksrökning

Definition och betydelse
Tobaksrökning är en väldokumenterad riskfaktor för en lång rad sjukdomar, inklusive lungcancer och hjärt- kärlsjukdomar. Ju tidigare rökningen börjar, desto större blir riskerna. Rökvanorna är vanligare hos socialt mindre gynnade ungdomar och är kopplade till andra ohälsosamma beteenden som bruk av alkohol och narkotika. Ungdomarna tar sina rökvanor med in i vuxenlivet, vilket gör dem till en primär målgrupp för försäljningskampanjer. Dessa faktorer gör dem också till angelägen grupp för förebyggande åtgärder och avvänjningsprojekt. Internationellt sett röker svenska ungdomar lite.

Indikatorn visar: Andel barn årskurs 9 som uppger att de röker varje vecka.
Kvalitet: Indikatorn bygger på självrapportering och används sedan många år i CAN's årliga undersökningar, vissa år finns specialstudier från Göteborg. Den senaste genomfördes år 2010 som en enkät till samtliga elever i årskurs 9 i Göteborg. Bortfallet var 15 %, men då ingår inte så kallat strukturellt bortfall, där hela klasser eller skolor inte medverkar, en fjärdedel av alla klasserna i åk 9. Indikatorn har använts nationellt och internationellt under många år. Den har utvärderats och bedöms ge en god bild av förhållandena i verkligheten.

Källa: Skolelevers drogvanor 2010, Göteborgs stad; Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN.
Referenser: Molin, Peter. Skolelevers drogvanor 2010 RAPPORT 2011. Preventions- och Utvecklingsenheten, Göteborgs stad; Drogutvecklingen i Sverige 2011 Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN Rapport 129, Stockholm 2011.

5. Barns och ungdomars alkoholvanor

Definition och betydelse
Alkohol är en riskfaktor för många hälsoproblem av fysisk och psykisk natur. Konsumtionen är också nära kopplat till skador och våldsamt beteende. Intensivkonsumtion vilket innebär att man vid ett och samma tillfälle, minst en gång i månaden, druckit en mängd alkohol motsvarande en helflaska vin eller fyra burkar starköl eller fyra burkar blanddrycker eller sex burkar folköl eller en halv 35 cl-flaska starksprit. Alkoholvanorna är vanligare hos socialt mindre gynnade ungdomar och särskilt intensivkonsumtion är kopplat till andra ohälsosamma beteenden som bruk av tobak, sniffning och narkotika samt till kriminalitet. Bruket är också relaterat till etniska och religiösa faktorer; så är det t.ex. klart mindre frekvent hos muslimer (Folkhälsorapport 2009). Förebyggande åtgärder har bättre effekt om de sätts in tidigt och i lokalt sammanhang.

Indikatorn visar: Andel barn i årskurs 9 som rapporterar intensivkonsumtion av alkohol någon gång i månaden eller oftare i procent av årskurs 9.
Kvalitet: Indikatorn bygger på självrapportering och används sedan många år i CAN's årliga undersökningar, vissa år finns specialstudier från Göteborg. År 2007 genomfördes således en enkät till samtliga elever i årskurs 9 i Göteborg. Bortfallet var 15 %, men i det ingår inte så kallat strukturellt bortfall, där hela klasser eller skolor inte medverkar. Indikatorn har använts nationellt och internationellt under många år. Den har utvärderats och bedöms ge en god bild av förhållandena i verkligheten. Den senaste genomfördes år 2010 som en enkät till samtliga elever i årskurs 9 i Göteborg. Bortfallet var 15 %, men då ingår inte så kallat strukturellt bortfall, där hela klasser eller skolor inte medverkar, en fjärdedel av alla klasserna i åk 9. Indikatorn har använts nationellt och internationellt under många år. Den har utvärderats och bedöms ge en god bild av förhållandena i verkligheten.
Källa: Skolelevers drogvanor 2010, Göteborgs stad; Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN.
Referenser: Molin, Peter. Skolelevers drogvanor 2010 RAPPORT 2011. Preventions- och Utvecklingsenheten, Göteborgs stad; Drogutvecklingen i Sverige 2011 Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN Rapport 129, Stockholm 2011.

C 2) Friskfaktorer

1. Barn som ammas

Definition och betydelse
Bröstmjölken har ett idealiskt näringsinnehåll, och skyddar barnet mot infektionssjukdomar, allergier och på längre sikt mot övervikt och diabetes av typ 1, samt garanterar en nära kroppskontakt mellan mor och barn. Amningsfrekvensen används internationellt som en viktig hälsoindikator. Den avspeglar också nationella, regionala och lokala framgångar med upplysning och hälsofrämjande arbete. De viktigaste faktorerna bakom hög amningsfrekvens anses vara motivation, social stabilitet och möjlighet till stöd om amningen skulle svikta. En systematisk forskningsöversikt visar att stöd i form av information och praktisk hjälp under graviditeten och omedelbart efter förlossningen ökar andelen kvinnor som väljer att amma sina barn. Indikatorn visar således både hur väl spädbarn uppföds och hur framgångsrika den förebyggande vårdens insatser varit. WHO:s internationella rekommendationer för amning innebär enbart bröstmjölk (utan smakportioner, bara vitamindroppar) i 6 månader. I detta sammanhang har definitionen ”helt eller delvis ammade i 4 månader” bedömts bättre svara mot medicinska och sociala behov och önskemål om bröstmjölksuppfödning i Sverige.

Indikatorn visar: Barn födda 2010 som ammas helt eller delvis vid 4 månaders ålder. Procent av barn i åldersgruppen inskrivna på BVC.
Kvalitet: Uppgifterna om amning hämtas fortlöpande från mamman vid hennes ordinarie besök på BVC. Via BVC-journalerna sammanställs data sedan hos landstingets barnhälsovårdsöverläkare och vidare till Socialstyrelsen, som presenterar årliga översikter. Arbetet är fortfarande till stora delar manuellt, men allteftersom datajournaler införs kommer uppgifterna att bli lättillgängligare och säkrare.
Källa: Barnhälsovården, Göteborg; Socialstyrelsen.
Referenser: Amning och föräldrars rökvanor Barn födda 2010. Socialstyrelsen, Stockholm 2012;
Oddy W.H. et al. Breastfeeding and early child development: a prospective cohort study. Acta Paediatrica 2011, vol 100, nr 7, sid. 992-999).

2. Barn vaccinerade mot MPR

Definition och betydelse
Vaccination är en av de mest verksamma och kostnadseffektiva formerna av primär prevention. Ansvaret för dess genomförande vilar på sjukvårdsorganisationerna, fr.a. på Barnavårdscentralerna, och informationsinsatser på kommun- eller kommundelsnivå kan vara framgångsrika. För att kunna förebygga och begränsa epidemier av barnsjukdomar brukar krävas minst 80 % täckning (härd- eller massimmunitet). Indikatorn ger en god bild av nivån av skydd mot svåra infektionssjukdomar och ger samtidigt en bild av föräldrarnas förtroende för samhällets omsorg om medborgarna.

Indikatorn visar: Andel barn födda år 2009 som 1 jan 2012 vaccinerats mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR). Procent av barn i aktuell ålder inskrivna på BVC.
Kvalitet: Information om individuella vaccinationer finns på lokala BVC. På Barnhälsovårdsenheterna och på det centrala Smittskyddsinstitutet samlas aggregerade data. Arbetet är fortfarande till stora delar manuellt, men allteftersom datajournaler införs kommer uppgifterna att bli lättillgängligare och säkrare. Från den 1 januari 2013 ska alla vaccinationer i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn rapporteras in i ett nytt register, administrerat av Smittskyddsinstitutet. Det innebär att Sverige får ett bättre verktyg för att följa upp effekten av nationella vaccinationsprogram.
Källa: Barnhälsovården, Göteborg; Smittskyddsinstitutet.
Referens: Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:22) om vaccination av barn.

D. Service och stöd

1. Föräldrarnas deltagande i föräldrastöd på BVC

Definition och betydelse
Information och utbildning riktad till föräldrar är en av de grundläggande delarna av BVC-verksamheten och har under årens lopp antagit olika skepnader. Mer systematiserad och konkretiserad kom den i gång på 1960-talet och har sedan dess varit föremål för flera statliga utredningar.

Föräldrastöd kan dels ske individuellt i de enskilda mötena mellan personal och föräldrar och barn, och dels kollektivt i föräldragrupper. Föräldragrupper erbjuds på de flesta BVC, fast i olika former, med olika innehåll och utan övergripande gemensam struktur. Trots att målsättningarna är klara och ambitionerna höga, finns inga täckande vetenskapliga utvärderingar, som har kunnat klarlägga vilka typer och former som fungerar bäst och som är mest effektiva för olika målgrupper. De f.n. mest populära insatserna är föräldrastöd i grupper, ibland med båda föräldrarna, ibland med bara mamman, men det är fortfarande oklart i vilka sammanhang dessa fungerar bra. Det har påvisats att föräldrar ur lägre socioekonomiska status, utländskt ursprung och fäder ansluter sig i mindre utsträckning till föräldragrupper. Befolkningssammansättningen med en stor andel familjer med utländskt ursprung kan göra att de traditionella svenska gruppmötena inte känns bekväma, men gör det å andra sidan angeläget att öka ansträngningarna att nå fler med dessa erbjudanden om stöd och introduktion i samhället. Krav från Barnhälsovårdens sida är att 70 % av förstagångsföräldrar deltar vid minst 3 tillfällen.

Trots att indikatorn alltså har en begränsad vetenskaplig evidens har den behållits här för att kunna följa utvecklingen framåt och för att stimulera Barnhälsovården att pröva fler vägar att nå föräldrarna i ett viktigt folkhälsoarbete.

I mars 2010 lanserade regeringen en ny nationell strategi för stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap, *En vinst för alla*. Regeringens definition är *" En aktivitet som ger föräldrar kunskap om barns hälsa, emotionella, kognitiva samt sociala utveckling och/eller stärker föräldrars sociala nätverk"*. Målgrupp är familjer med barn 0-17 år.

Statens folkhälsoinstitut har fått i uppdrag av regeringen att under 2012 och 2013 sprida kunskap om hur framgångsrikt föräldrastödsarbete kan bedrivas.

Inom MVC finns liknande verksamhet för blivande föräldrar, men data finns inte tillgängliga på samma sätt som för BVC. Internationellt använder man med framgång sena förstagångsinskrivningar på MVC som en klar risk för följande hälsoproblem för mor och barn. Också följsamheten till rekommenderade hälsokontroller under graviditeten har använts och t.ex. i Malmö visat signifikant mindre anslutning för utlandsfödda kvinnor (Ny 2007).

Ett sätt att underlätta kontakten med föräldrarna vore att systematiskt introducera Familjecentraler i alla distrikt. I familjecentralerna samlokaliserar man olika samhällstjänster för föräldrar med små barn. Vanligen finns öppen förskola, mödrahälsovård, barnhälsovård och socialtjänst.

Indikatorn visar: Andel förstagångsföräldrar som 2011 någon gång deltagit i de stödgrupper som anordnas av BVC, i procent av inskrivna förstagångsföräldrar.
Kvalitet: Insamlas rutinmässigt på BVC och sammanställs årligen av Barnhälsovårdsöverläkaren. Anslutningen varierar starkt, bara enstaka BVC når målet. Ingen bortfallsanalys är gjord.
Källa: Barnhälsovården Göteborg.
Referenser: Föräldrastöd - en vinst för alla. Nationell strategi för samhällets stöd och hjälp tillföräldrar i deras föräldraskap. Betänkande av Föräldrastödsutredningen. SOU 2008:131 Stockholm 2008;
Ny, P. Swedish maternal health care in a multiethnic society – including the fathers. Doktorsavhandling, Malmö högskola 2007;
Sarkadi, A. (red) Föräldrastöd i Sverige idag – vad, när och hur? Rapport till Statens Folkhälsoinstitut. Uppsala 2009.

2. Barnens deltagande i förskoleverksamhet

Definition och betydelse
Att vistas i förskola är en laglig rättighet för alla barn i Sverige och är sedan 1998 års läroplan en del av utbildningssystemet. Det är belagt i många studier att förskola av hög kvalitet har effekter långt upp i tonåren på både social och kognitiv förmåga, på koncentration och inlärning. Även om förskolan är till för alla barn är den speciellt viktig för barn i behov av särskilt stöd för sin utveckling, och den är också en mötesplats för barn och vuxna från många skiftande kulturer. Att vistas i förskolan och få ta del av det pedagogiska programmet är således en första förutsättning för att målen

om omsorg, utveckling och lärande skall nås, men det fordras också hög kvalitet, i form av kompetenta lärare, måttligt stora barngrupper och rimlig personaltäthet. Denna indikator speglar dock bara det första av dessa mål, nämligen hur stor andel av barnen som är inskrivna i förskolan och säger ingenting om kvaliteten. För att inkludera också de övriga dimensionerna och rätt kunna bedöma effekterna av förskolan på barnens hälsa och utveckling fordras en djupare analys än vad en enkel indikator kan erbjuda.

Indikatorn visar: Andel 1-5-åringar som 2011 är inskrivna förskolan i procent av antal barn i åldersgrupperna.
Kvalitet: Speglar endast formell anslutning, säger inget om omfattningen eller kvaliteten av verksamheten.
Källa: Göteborgs stad statistikkontor; Skolverkets databas.
Referenser. Kihlbom M, Lidholt M, Niss G. Förskola för de allra minsta På gott och ont. Carlssons, Stockholm 2009;
Holmberg S. Child day care center or home care for children 12–40 months of age – what is best for the child? A systematic literature review. Statens Folkhälsoinstitut, Stockholm 2009.

9. Bilaga 2. Beskrivning av indikatorer, som inte använts

Under arbetets gång har följande indikatorer analyserats med hänsyn till lämplighet, kvalitet, och tillgänglighet, men förkastats för att de inte uppfyllt de krav som från början satts upp (se sidan 10). I ett senare skede kan vissa av dem mycket väl bli användbara, t.ex. när datoriseringen av journalsystemen blivit fullt genomförd och registeruppbyggnaden blivit mer avancerad.

B. Hälsotillstånd och välbefinnande

1. Självmord/självmordsförsök hos barn

Självmord är en viktig dödsorsak som speglar både individuella och samhälleliga förhållanden. I barnaåren är de lyckligtvis sällsynta, och även självmordsförsök, som i sig är en viktig prediktor för senare självmord, är inte tillräckligt många för att på ett meningsfullt sätt kunna brytas ner till kommunnivå. Däremot har de, utan att specificeras, inkluderats i indikatorn B 1, Svåra yttre skador, om de lett till sjukhusvård.

Orsak till uteslutning: Sällsynta, kan inte brytas ner till kommunnivå.

2. Barn med diabetes

Definition och betydelse
Diabetes hos barn och ungdomar är i ökande i hela västvärlden. I Sverige ökade antalet barn med diabetes kraftigt i början av 2000-talet, men de senaste åren har antalet legat stabilt. I dag behandlas knappt 7 000 barn 0 – 17 år för diabetes och ungefär 800 nyinsjuknar varje år. Andelen förskolebarn (0–6 år) och barn mellan 7–11 år ökar, medan den äldre åldersgruppen 12–17 år minskar. Orsakerna till sjukdomen är inte klarlagda, men ett starkt samband tycks föreligga med barns tillväxt, kopplad till välfärdssjukdomar som fetma och övervikt. Trots systematisk och intensiv behandling är riskerna för allvarliga komplikationer på sikt stora, fr.a. av njurar, ögon, hjärta och nervsystem.

Ökningen i tidig ålder, den komplexa orsaksbakgrunden och de svåra följderna av sjukdomen gör det angeläget att övervaka utvecklingen.
Trots ökningen finns inte mer än c:a 500 barn med diagnosen i Göteborg, vilket ger för små tal vid nedbrytning till stadsdelar. Direkt förebyggande insatser är inte kända, förutom möjligen sådana som riktar sig mot övervikt och fetma.

Kvalitet: Enhetlig definition för diagnosen används i hela landet, och alla nyinsjuknade barn omhändertas på barnkliniker. Två nationella diabetesregister för barn finns upprättade, det ena ett bevakningsregister, det andra ett kvalitetsregister. SWEDIABKIDS har sedan år 2000 status som nationellt kvalitetsregister och är baserat på rapporter från alla barnkliniker i landet. Registrens kvalitet har vid flera utvärderingar bedömts vara god.
Orsak till uteslutning: För få för att användas på kommunnivå
Källa: Regionens primärvårdsdata; SWEDIABKIDS; Barndiabetesregistret, Umeå.
Referenser: SWEDIABKIDS Nationellt register för barn- och ungdomsdiabetes. Årsrapport 2011 års resultat. Registercentrum, Västra Götaland.
www.registercentrum.se

3. Barn med funktionshinder

Definition och betydelse
Hälsoproblem hos barn, särskilt de som orsakar bestående funktionshinder har naturligtvis stor betydelse för barnets normala funktion och aktivitet, med risk för sekundära psykiska störningar, och dessutom under lång tid, eftersom den förväntade livslängden numera är så lång. Men de har också inverkan på en utvidgad krets av människor och institutioner, på familj och samhälle. Förutom det direkta engagemanget i det sjuka barnet, kan hela familjens liv bli förändrat. Den dagliga vården kräver ofta lång tid och stora ansträngningar. Barnets behov fordrar hänsynstagande från övriga familjemedlemmar, familjens sociala aktiviteter måste kanske läggas om. Också syskonen löper ökad risk för psykosociala problem. Samhället och dess resurser belastas, sjukdomen sätter välfärden på prov, testar det medicinska och sociala vårdsystemets utbyggnad och funktion, i stort som i smått. Effekterna av barns ohälsa kan således sträcka sig långt in i vuxenvärlden och t.o.m. påverka nästa generation.

Därför har kraven på behandling och omsorg av de långtidssjuka ökat, både hos yrkesfolk och hos lekmän. Allt detta gör att de långvariga sjukdomarna har kommit att spela en mer framträdande roll i sjuk- och socialvården och att de funktionshindrades situation i samhället blivit mera uppmärksammad. Likväl är uppgifterna om förekomsten av funktionshinder hos barn fortfarande osäkra, vilket beror på att definitionerna och avgränsningarna är diffusa och att inga heltäckande kartläggningar gjorts. Existerande data baserar sig på uppskattningar och framskrivningar från lokala studier. Enligt en sammanställning som Hjälpmedelsinstitutet gjorde 2002 från en rad olika källor hade totalt 225 000 barn i åldern 0-17 år en långvarig sjukdom eller något lindrigt till svårt funktionshinder, dvs. 13 procent av åldersgruppen (Hjälpmedelsinstitutet 2002). Materialet tillåter inga vidare analyser eller nedbrytningar till kommun- eller kommundelsnivå, och lokala data finns inte tillgängliga.
Källa: En systematisk kartläggning bör genomföras i samarbete mellan BVC, Skolhälsan, Barnhabiliteringen och Socialtjänsten. Först när den datoriserade journalen blir verklighet blir detta möjligt.

Orsak till uteslutning: Tillförlitliga data inte tillgängliga på kommunnivå.
Referens: Hjälpmedelsinstitutet. Så många barn …har någon långvarig sjukdom eller något funktionshinder. Statistiksammanställning 2002.
Hälsa och välfärd hos barn och unga med funktionsnedsättning. Statens Folkhälsoinstitut, Östersund 2012.

4. Barn med astma

Definition och betydelse
Astma och allergier är numera de allra vanligaste långvariga sjukdomarna hos barn och unga och ökningen har varit kraftig inom i stort sett alla västländer. I Sverige nådde förekomsten en kulmen omkring år 1995 för att därefter ha avtagit (Kälvesten 2008). Stort intresse har riktats mot deras uppspårande, behandling och förebyggande. Det finns emellertid inga entydiga och standardiserade kriterier för diagnos och de stora geografiska variationerna i prevalens kan delvis bero på varierande diagnoskriterier. Det finns heller ingen god överensstämmelse mellan symtomens förekomst och vårdutnyttjande. De allra flesta som söker professionell hjälp vårdas polikliniskt, med dålig registertäckning.

Indikatorn visar: Prevalens/incidens av barnastma.
Kvalitet: Diagnosen är osäker och varierande mellan vårdinstanser, datainsamlingen är inte systematisk och det är oklart vad indikatorn speglar.
Orsak till uteslutning: Oklar definition och bristande täckning.
Referenser: Formgren, H. Allergisjukdomar hos barn och unga. I. Omfattning av allergi och annan överkänslighet. Vetenskaplig sammanställning. Statens Folkhälsoinstitut, Stockholm 1998;
Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen, Stockholm 2009.
Hasselgren M, Arne M, Lindahl A, Janson S, Lundbäck B. Estimated prevalence of respiratory symptoms, asthma and chronic obstructive pulmonary disease related to detection rate in primary health care. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2001;19:54-7; ISAAC The International Study of Asthma and Allergies in Childhood. Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms. European Respiratory Journal 1998; 12:315-35.

C. Determinanter

1. Skolbarns egenuppfattning av hälsa och välbefinnande

Definition och betydelse
Enligt skollagen ska elever i grundskolan erbjudas minst tre hälsobesök och elever i gymnasiet minst ett hälsobesök hos skolhälsovården. I samband med hälsobesöken får eleverna i allmänhet fylla i en hälsoenkät. Enkäten ligger sedan till grund för skolsköterskans hälsosamtal. Tanken är att dessa uppgifter också ska kunna användas för att följa elevernas hälsa på befolkningsnivå. Skolhälsovården är en kommunal ange-

lägenhet och genomförandet av hälsobesöken och deras dokumentation varierar mycket stort mellan kommuner och mellan skolor. Vissa landsting och städer har systematiskt genomfört hälsoenkäter med vissa klasser i grundskola och gymnasium och har därmed kunnat jämföra utvecklingen över tid. Resultaten är emellertid bara avsedda för lokalt bruk och kan därför inte användas i större sammanhang (KVA 2010). Den landsomfattande kartläggning av skolbarns psykiska ohälsa som genomfördes hösten 2009 av SCB och Statens Folkhälsoinstitut har, vad gäller barn i grundskolan, åtminstone delvis och temporärt täckt den bristen.

Inom SKL:s Modellområdesprojekt pågår ett arbete för att ta fram en gemensam nationell elevhälsoenkät.

Genom att elevernas svar matas in direkt i en datajournal ska de kunna användas både som underlag för skolsköterskans hälsosamtal och för att sammanställa hälsouppgifter på skol-, kommun-, läns- och riksnivå.

Kvalitet: Vid en nyligen genomförd kartläggning av barns psykiska hälsa granskades ett stort antal av dessa lokala hälsoenkäter. De hade samtliga betydande kvalitetsbrister, fr.a. i konstruktionen av formulären och i analysen av bortfallen i deltagandet, och konklusionen var att det inte gick att dra säkra slutsatser av deras resultat (KVA 2010).

Orsak till uteslutning: Data av tveksam kvalitet.
Källa: En sådan kartläggning är rimligen en angelägen uppgift för skolhälsovården. För att resultaten skall bli pålitliga och kunna ligga till grund för adekvata interventioner fordras en höjning av kvaliteten, lämpligen genom stöd från centralt håll och genom nära samarbete med vetenskapliga institutioner.
Referenser: Petersen S, Bergström E, Cederblad M, Ivarsson A, Köhler L, Rydell A-M, Stenbeck M, Sundelin C, Hägglöf B. Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid. Kungliga Vetenskapsakademien, Stockholm 2010;
Clausson, E. School Health Nursing. Perceiving, recording and improving schoolchildren's health. Doctoral Dissertation, Nordic School of Public Health, Göteborg 2008.

2. Barns och ungdomars goda matvanor

Definition och betydelse
I jakten på faktorer som ligger bakom ökningen av övervikt och fetma hos barn och ungdom har kost och motion självklart kommit att inta en framträdande plats. Många försök har gjorts att studera sambanden mellan dem, och otaliga interventionsprojekt har startats. En del har också genomförts och utvärderats.

Resultaten har inte alltid varit uppmuntrande. Flera övergripande litteraturgenomgångar har t.ex. visat att sambandet mellan frukost och skolprestationer är oklart.

Skolhälsovården i Göteborg har startat ambitiösa försök att mäta elevernas mat- och motionsvanor och har i en rapport över 2008 års verksamhet beskrivit i vilka årskurser och stadsdelar eleverna tillämpar ”goda kostvanor” respektive ”goda motionsvanor”. Frågebatteriet är inte validerat, definitionerna och tolkningarna är inte vetenskapligt prövade och bortfallet är inte analyserat. Men det är ett seriöst projekt, som förtjänar att få fortsätta, breddas och fördjupas. I framtiden kan här finnas ett par goda indikatorer för barns hälsoutveckling, möjliga att bryta ner till stadsdelar och skolor.

I delar av staden pågår försök att med WHO:s mål om Health Promoting Schools certifiera det hälsofrämjande arbetet i skolorna, med inslag av bl.a. kost och motion (Björkqvist o.a. 2010).
En variant på detta tema är att också övervaka de barn som får för lite mat, t.ex. går hungriga till sängs eller till skolan. Detta är en angelägen indikator att följa och den används ofta i internationella mätningar.

Indikatorn visar: Andel elever med goda matvanor i kommunala grundskolans årskurs 4 Procent av eleverna som deltar i hälsobesöken (92 % av eleverna i aktuell årskurs).
Kvalitet: En del brister som kan åtgärdas med tiden. Samarbete med pågående forskningsprojekt vid GU kan höja kvaliteten.
Orsak till uteslutning: Bristande täckning och kvalitet
Källa: Skolhälsan; Göteborg; Avd för klinisk nutrition, Sahlgrenska Akademien.
Referenser: Magnusson MB, Hulthén L, Kjellgren KI. Obesity, dietary pattern and physical activity among children in a suburb with a high proportion of immigrants. J Hum Nutr Dietet, 2005;18:187–194;
Björkqvist K, Ellsén M, Magnusson M. Hälsocertifiering. Arbetsmaterial för HUGG-projektet. Västra Götalandsregionen och Angereds Närsjukhus 2010.

3. Barns och ungdomars fysiska aktivitet

Definition och betydelse
Se ovan om matvanor. De klart dokumenterade effekterna av motion på vuxnas fysiska hälsa ger inte automatiskt liknande effekter på ungas välbefinnande eller skolprestationer. Sådana effekter är dåligt undersökta och de resultat som finns ger inte underlag för bestämda slutsatser. Det fordras stora och välplanerade studier med noggrann utvärdering och uppföljning för att skapa relevanta indikatorer för ett hälsoindex.

Indikatorn visar: Andel elever som regelbundet motionerar utanför skoltid.
Kvalitet: En del brister som kan åtgärdas under kommande år. Samarbete med pågående forskningsprojekt vid GU kan höja kvaliteten.
Orsak till uteslutning: Bristande täckning och kvalitet.
Källa: Skolhälsan, Göteborg.

Referenser: Avd för klinisk nutrition, Sahlgrenska Akademien; Magnusson MB, Hulthén L, Kjellgren KI. Obesity, dietary pattern and physical activity among children in a suburb with a high proportion of immigrants. J Hum Nutr Dietet, 2005;18:187–194;
Björkqvist K, Ellsén M, Magnusson M. Hälsocertifiering. Arbetsmaterial för HUGG-projektet. Västra Götalandsregionen och Angereds Närsjukhus 2010.

4. Tonårsgraviditeter/Tonårsaborter

Definition och betydelse
Tonårsgraviditeter kommer i en period av livet som kännetecknas av stark fysisk, psykisk och social utveckling mellan barndom och vuxenliv och är i de flesta fall oönskade. Under lång tid innebär de en stark belastning på den unga mamman (och familjen) och försenar utvecklingen till socialt och ekonomiskt oberoende individer. Indikatorn ger utslag för förändringar i ungdomars värderingar och i deras sexuella beteende, samtidigt som den är nära kopplad till sociala och ekonomiska förhållanden i samhället. Förebyggande och hälsofrämjande insatser, särskilt på kommunnivå har bedömts vara framgångsrika.

En ännu starkare indikator på ungdomarnas värderingar och beteende vore förstås tonårsaborter. Enligt lag är emellertid data om dessa anonymiserade och går inte att koppla till individuella kvinnor eller deras mantalsskrivning på stadsdelsnivå.
I riket som helhet har andelen tonårsmammor minskat sedan 1970-talet men legat stabilt på en nivå omkring 4 procent under det senaste decenniet.

Indikatorn visar: Andel förlossningar/aborter hos kvinnor under 19 år i procent av alla förlossningar i området.
Kvalitet: Data för tonårsgraviditeter finns inte tillgängliga för stadsdelar (manuellt registrerade), för län och riket totalt senast från 2011. Aborter får inte sammanställas för så små områden som stadsdelar (risk för integritetskränkning).
Källa: Mödrahälsovården i Göteborg; Socialstyrelsen.
Referenser: Socialstyrelsen. Medicinska födelseregistret 1973–2010 Socialstyrelsen, Stockholm 2012.
Handlingsplan för prevention av oönskade graviditeter. Statens Folkhälsoinstitut, Stockholm 2001;
UNICEF A league table of teenage births in rich nations. Innocenti Report Card 3. Florence, Innocenti Research Centre 2001.

D. Service och stöd

1. Barn inskrivna i särskolan

Definition och betydelse
Grundsärskolan innebär nio års skolplikt, med rätt till ett tionde, frivilligt skolår, och är avsedd för elever med lindrig utvecklingsstörning. Antalet elever i särskolan har

ökat kontinuerligt under hela 1990-talet. I den obligatoriska grundskolan ökade antalet elever med 79 procent under tioårsperioden 1992 till 2002. År 2002 uppgick andelen elever i grundsärskola till ca 1,3 procent. År 2012 var i Göteborg 516 elever inskrivna i grundsärskolan, med övervikt för barn folkbokförda i nordöstra delarna av staden.

Den främsta förklaringen till ökningen av antalet elever i särskolan anses vara att trycket på särskiljande av elever från grundskolan har ökat under 1990-talet. Detta hänförs i sin tur bland annat till resursminskningen inom grundskolan. Man har också pekat på att ändrat läroplansinnehåll och införande av en gräns för godkänt betyg i det nya mål- och kunskapsrelaterade betygsystemet har medfört en ökad utslagning av elever med lätt utvecklingsstörning.

Det är alltså inte helt klart vad indikatorn betyder. Placeringar av elever i särskolan skulle naturligtvis kunna ses som en indikator på kommunala ambitioner att värna om de svagaste eleverna genom att bjuda dem på en mer resursrik undervisningssituation. Men det skulle också kunna vara ett tecken på bristande resurser att ta hand om på något sätt avvikande elever i normalklasser. Dessutom är särskoleplacering inte enbart positiv för eleven, både svensk och internationell forskning har visat att utvecklingen av kunskaper och färdigheter påverkas negativt och elevernas självkänsla och motivation blir lidande.

Den låga omfattningen av särskoleplacering gör också att en sådan indikator riskerar att uppvisa stora fluktuationer år från år för små kommuner och kommundelar.

Kvalitet: Data är i sig pålitliga, men det är alltså oklart vad de speglar.
Orsak till uteslutning: Oklar betydelse av indikatorn.
Källa: Skolverket; Skolhälsan, Göteborg.
Referenser: Gustafsson, J.-E. Barns utbildningssituation. Bidrag till ett kommunalt barnindex. Rädda Barnen, Stockholm 2006.

2. Barn som blivit föremål för kommunens ingripande

Definition och betydelse
Denna indikator beskriver kommunernas ingripanden för att lösa de uppgifter som de lagligen ålagts (Socialtjänstlagen, SOL och Lagen om vård av unga, LVU) Placeringen utanför det egna hemmet har till syfte att förbättra barnens uppväxt och förhindra skadlig utveckling. Dessa åtgärder kan därför betraktas som en indikator på kommunens stödinsatser för barn och unga och deras familjer och därmed också för barnens hälsa. Det är dock en komplex processindikator, som inte bara reflekterar barnens hälsa utan också resurser, ambitioner och ideologier i den lokala socialnämnden samt naturligtvis den aktuella befolkningens sammansättning och uppfattade behov. Socialgrupp ingår normalt inte i rapporteringen, men den helt övervägande delen av insatserna berör barn från familjer med sociala och ekonomiska problem. Uppgifts-

rapporteringen och därmed tillförlitligheten, varierar kraftigt mellan olika kommuner.

Indikatorn visar: Andel barn och unga i kommundelen som blivit/varit föremål för socialtjänstens ingripande under året. (Incidens eller prevalens).
Kvalitet: Datakvaliteten har kritiserats för att vara dålig, därför att indikationerna för ingripande varierar och för att alla myndigheter inte rapporterar sina åtgärder på samma sätt. Arbete pågår centralt för att förbättra kvaliteten.
Orsak till uteslutning: Tveksam kvalitet och oklar tolkning av sambandet med barnets hälsa.
Källa: Socialkontoren; Socialstyrelsen.
Referenser: Socialstyrelsen. Insatser för barn och unga 2010. Socialstyrelsen, Stockholm 2011.

3. Handlingsprogram mot mobbning i skolorna

Under våren 2008 deltog elever från 18 skolor i Göteborg i Olweus elevenkätsundersökning och svarade på frågor om mobbning i skolan. Det handlar om sammantaget ca 3600 elever från årskurs 3–9 på skolor i 11 stadsdelar i Göteborg. Rapporten kan dock inte sägas utgöra en representativ bild av mobbningen i Göteborgs skolor och har inte upprepats.
I denna version är indikatorn en processvariabel, som inte direkt reflekterar barnens hälsotillstånd utan beskriver hur seriöst samhället ser på ett allvarligt och vanligt hälsoproblem och hur man systematiskt och konsekvent försöker åtgärda det. I förslaget till ett gemensamt europeiskt indikatorsystem för barns hälsa (CHILD 2002) ingår denna indikator, men här har den uteslutits därför att det inte finns tillförlitliga data om hur den systematiskt är introducerad och genomförd i de aktuella områdena. Elevhälsan har naturligtvis en viktig roll att spela här. Ungdomars användning av sociala medier har nyligen givit en annan dimension åt begreppet mobbning.

I den nya rikstäckande undersökningen av den psykiska hälsan i årskurserna 6 och 9 ingick också en fråga om eleverna känt till fall av mobbning i klassen. Svaren kan möjligen spegla den allmänna stämningen i klassen. Resultaten för Göteborg ligger kring medelvärdet för hela riket (Statens Folkhälsoinstitut 2010).

Indikatorn visar: En användbar indikator skulle förslagsvis kunna lyda ”Andel av skolbarnen som går i skolor med ett skriftligt definierat, genomfört och uppföljt handlingsprogram för att motverka mobbning, som procent av alla skolbarn”. Alternativt skulle en resultatindikator konstrueras, ingående i Domän B Psykisk hälsa: ”Andel barn som uppger att de blivit utsatta för mobbning i skolan”, ev. kompletterad med ”Andel barn som uppger att de själva deltar i mobbning av andra elever”.
Kvalitet: Med strikt planläggning och genomförande kan god kvalitet uppnås.
Orsak till uteslutning: Inga tillförlitliga data.
Källa: Kommunens social- och skolkontor; Skolhälsan.

Referenser: Olweus, D. Mobbning bland barn och ungdomar. Stockholm, Rädda barnen 1999;
Petersen S, Bergström E, Cederblad M, Ivarsson A, Köhler L, Rydell A-M, Stenbeck M, Sundelin C, Hägglöf B. Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid. Kungliga Vetenskapsakademien (KVA), Stockholm 2010.

10. Bilaga 3. Rangordning av stadsdelarnas index

Stadsdelarnas index rangordnade efter domän och sammanlagt Ju högre tal, desto bättre värde. Stadsdelarna är markerade med färg efter sin position på rangskalan (grönt visar de 20 % av stadsdelarna, som har högst värden, rött visar de 20 % av stadsdelarna, som har lägst värden, och gult visar de 60 % av stadsdelarna, som ligger däremellan).

A. Socioekonomi

1 Barnfattigdom	
Torslanda	98
Älvsborg	97
Askim	97
Kärra-Rödbo	97
Södra Skärgården (Styrsö)	94
Härlanda	92
Linnéstaden	92
Örgryte	91
Tuve-Säve	90
Centrum	89
Majorna	88
Lundby	87
Högsbo	86
Backa	83
Tynnered	82
Göteborg	82
Kortedala	77
Frölunda	67
Biskopsgården	66
Gunnared	60
Lärjedalen	60
Bergsjön	42

2 Gymnasiebehörighet	
Södra Skärgården	98
Älvsborg	96
Askim	94
Linnéstaden	94
Torslanda	94
Majorna	90
Centrum	89
Backa	89
Örgryte	89
Kärra-Rödbo	88
Tuve-Säve	87
Högsbo	86
Tynnered	86
Härlanda	86
Göteborg	84
Lundby	82
Frölunda	81
Kortedala	78
Lärjedalen	72
Biskopsgården	65
Gunnared	65
Bergsjön	57

B. Hälsotillstånd

1. Sjukhusvård för yttre skador	
Älvsborg	99
Majorna	99
Frölunda	99
Högsbo	99
Gunnared	99
Härlanda	99
Backa	99
Centrum	99
Lundby	99
S. Skärgården	99
Linnéstaden	99
Torslanda	99
Göteborg	99
Lärjedalen	99
Kortedala	99
Bergsjön	99
Tynnered	99
Tuve-Säve	99
Biskopsgården	99
Örgryte	99
Askim	99
Kärra-Rödbo	99

2. Karies vid 6-år	
S.Skärgården	90
Torslanda	89
Askim	89
Älvsborg	88
Linnéstaden	87
Örgryte	85
Härlanda	84
Centrum	83
Kärra-Rödbo	83
Högsbo	80
Majorna	79
Lundby	78
Tuve-Säve	75
Tynnered	74
Göteborg	74
Backa	72
Frölunda	67
Kortedala	66
Biskopsgården	57
Lärjedalen	51
Gunnared	46
Bergsjön	42

3.Övervikt / fetma i åk 4	
Askim	90
Älvsborg	89
Örgryte	89
Torslanda	88
Centrum	87
Härlanda	84
Linnéstaden	83
Lundby	82
Majorna	82
Göteborg	81
Högsbo	79
Frölunda	78
Tynnered	78
Kärra-Rödbo	78
Bergsjön	76
Backa	75
Lärjedalen	75
S. Skärgården	74
Tuve-Säve	73
Gunnared	73
Kortedala	72
Biskopsgården	68

4. Psykisk ohälsa i åk 9	
Älvsborg	91
Bergsjön	89
Torslanda	89
Frölunda	88
Kortedala	88
Högsbo	88
S. Skärgården	87
Lärjedalen	86
Örgryte	86
Härlanda	86
Majorna	86
Lundby	85
Göteborg	85
Kärra-Rödbo	85
Centrum	85
Tynnered	84
Biskopsgården	84
Tuve-Säve	83
Gunnared	83
Backa	82
Linnéstaden	81
Askim	81

C. Determinanter

1. Riskfaktorer

1. Låg födelsevikt	
S. Skärgården	98
Linnéstaden	98
Askim	98
Älvsborg	98
Örgryte	97
Härlanda	97
Kortedala	97
Torslanda	97
Majorna	97
Tuve-Säve	97
Göteborg	97
Centrum	97
Lundby	97
Kärra-Rödbo	97
Bergsjön	96
Frölunda	96
Högsbo	96
Tynnered	96
Backa	96
Lärjedalen	96
Biskopsgården	96
Gunnared	96

2. Tobak i fosterlivet	
Älvsborg	98
Centrum	98
S Skärgården	98
Askim	97
Linnéstaden	97
Torslanda	97
Kärra-Rödbo	96
Örgryte	96
Majorna	96
Härlanda	96
Högsbo	95
Lundby	95
Göteborg	94
Tuve-Säve	94
Tynnered	93
Lärjedalen	92
Backa	92
Kortedala	91
Frölunda	91
Bergsjön	90
Biskopsgår-den	88
Gunnared	87

3. Tobak i späd-barnshem	
Torslanda	97
Härlanda	96
Centrum	96
Askim	96
Linnéstaden	95
Örgryte	94
Älvsborg	94
Majorna	94
Kärra-Rödbo	91
Tuve-Säve	90
Högsbo	90
Södra Skärgår-den	90
Backa	89
Lundby	87
Frölunda	87
Tynnered	87
Kortedala	81
Göteborg	80
Lärjedalen	74
Bergsjön	70
Gunnared	68
Biskopsgården	66

4. Rökning i åk 9	
Älvsborg	95
Centrum	94
Tynnered	93
S. Skärgår-den	93
Härlanda	92
Torslanda	92
Kärra-Rödbo	92
Gunnared	91
Lundby	91
Kortedala	90
Högsbo	90
Frölunda	90
Göteborg	89
Bergsjön	88
Örgryte	88
Biskopsgår-den	88
Backa	88
Lärjedalen	85
Askim	85
Tuve-Säve	85
Linnéstaden	83
Majorna	83

5 Alkohol i åk 9	
Bergsjön	90
Gunnared	89
Lärjedalen	89
Centrum	89
Härlanda	88
Biskopsgår-den	88
Högsbo	82
Frölunda	82
Lundby	82
Tuve-Säve	82
Kärra-Rödbo	82
Kortedala	80
Göteborg	80
Örgryte	79
Backa	79
Tynnered	78
Askim	76
Älvsborg	75
Torslanda	75
Linnéstaden	74
Majorna	74
S. Skärgården	73

C. Determinanter D. Service och stöd

2. Friskfaktorer

1. Amning i 4 mån	
Älvsborg	87
Örgryte	85
Majorna	82
Linnéstaden	82
S Skärgården	82
Askim	80
Centrum	80
Härlanda	79
Torslanda	77
Högsbo	76
Göteborg	76
Biskopsgården	76
Kortedala	75
Lundby	75
Bergsjön	74
Kärra-Rödbo	73
Tynnered	71
Frölunda	70
Lärjedalen	69
Backa	69
Gunnared	69
Tuve-Säve	62

2. MPR vaccination	
Backa	100
Örgryte	99
Lundby	98
S Skärgården	98
Härlanda	98
Kärra-Rödbo	98
Kortedala	98
Tynnered	97
Askim	97
Lärjedalen	97
Majorna	97
Tuve-Säve	97
Göteborg	97
Torslanda	97
Älvsborg	96
Centrum	96
Gunnared	95
Bergsjön	95
Frölunda	95
Biskopsgården	94
Högsbo	94
Linnéstaden	94

1. Föräldrastöd på BVC	
S Skärgården	92
Majorna	88
Örgryte	71
Linnéstaden	64
Biskopsgården	63
Härlanda	56
Högsbo	56
Centrum	50
Göteborg	44
Kärra-Rödbo	44
Backa	43
Lundby	40
Tynnered	38
Tuve-Säve	38
Älvsborg	29
Frölunda	28
Kortedala	26
Askim	22
Torslanda	22
Bergsjön	14
Lärjedalen	7
Gunnared	2

2. Förskola 1-5 år	
Älvsborg	92
Gunnared	91
Backa	91
Torslanda	90
Biskopsgården	90
Lundby	87
Tuve-Säve	87
Lärjedalen	87
Linnéstaden	83
Tynnered	83
Göteborg	83
Bergsjön	82
Askim	81
Majorna	81
Centrum	81
Örgryte	81
S Skärgården	81
Högsbo	78
Kärra-Rödbo	77
Frölunda	77
Kortedala	77
Härlanda	76

Delindex A-D

Delindex A. Socioekonomi	
Älvsborg	97
S. Skärgården	96
Torslanda	96
Askim	96
Linnéstad	93
Kärra-Rödbo	92
Örgryte	90
Härlanda	89
Centrum	89
Majorna	89
Tuve-Säve	89
Högsbo	86
Backa	86
Lundby	85
Tunnered	84
Göteborg	83
Kortedala	78
Frölunda	74
Lärjedalen	66
Biskopsgården	66
Gunnared	63
Bergsjön	57

Delindex B. Hälsotillstånd	
S. Skär-gården	97
Älvsborg	92
Torslanda	91
Örgryte	90
Askim	90
Härlanda	88
Centrum	88
Linnésta-den	88
Högsbo	87
Majorna	86
Lundby	86
Kärra-Rödbo	86
Göteborg	85
Tynnered	84
Frölunda	83
Tuve-Säve	83
Backa	82
Kortedala	81
Lärjeda-len	78
Bergsjön	77
Biskops-gården	77
Gunnared	75

Delindex C. 1. Riskfaktorer	
Centrum	95
Härlanda	94
Älvsborg	92
Tuve-Säve	92
Kärra-Rödbo	92
Örgryte	91
Högsbo	91
Askim	90
S. Skär-gården	90
Lundby	90
Linnéstad	89
Majorna	89
Frölunda	89
Tynnered	89
Torslanda	89
Backa	89
Kortedala	88
Göteborg	88
Lärjeda-len	87
Bergsjön	87
Gunnared	86
Biskops-gård	85

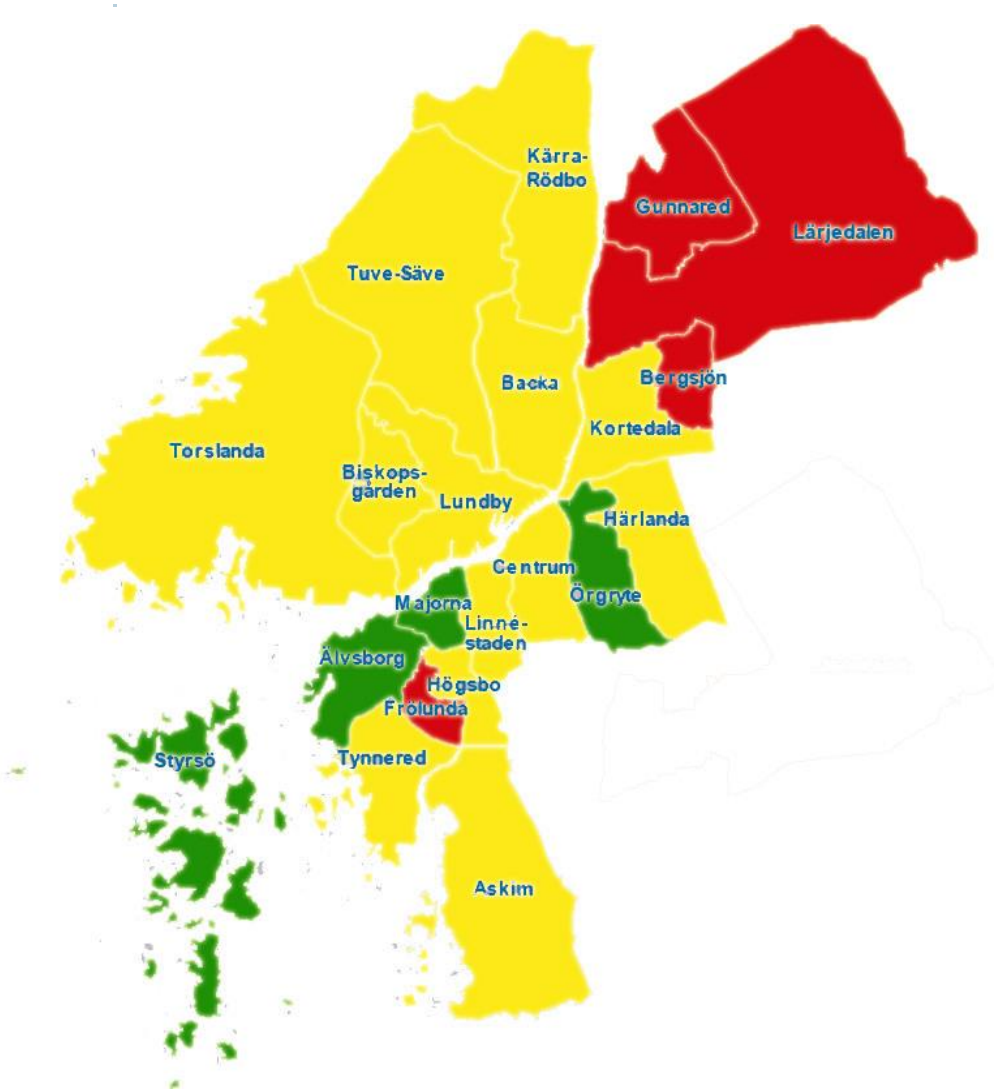
Delindex C. 2. Friskfaktorer	
Örgryte	92
Älvsborg	92
Majorna	90
S. Skär-gården	90
Härlanda	89
Centrum	88
Linnéstad	88
Kortedala	87
Torslanda	87
Lundby	87
Göteborg	87
Kärra-Rödbo	86
Bergsjön	85
Högsbo	85
Biskops-gård	85
Backa	85
Askim	84
Tynnered	84
Lärjeda-len	83
Frölunda	83
Gunnared	82
Tuve-Säve	80

Delindex C.Determinanter	
Härlanda	92
Örgryte	92
Centrum	92
Älvsborg	92
Majorna	90
S. Skärgården	90
Linnéstad	89
Lundby	89
Kärra-Rödbo	89
Kortedala	88
Högsbo	88
Torslanda	88
Göteborg	88
Askim	87
Tynnered	87
Backa	87
Bergsjön	86
Frölunda	86
Tuve-Säve	86
Lärjedalen	85
Biskopsgården	85
Gunnared	84

Delindex D. Service och stöd	
S. Skärgården	87
Majorna	85
Örgryte	76
Biskopsgården	76
Linnéstad	74
Högsbo	67
Backa	67
Härlanda	66
Centrum	65
Lundby	64
Göteborg	64
Tuve-Säve	63
Älvsborg	61
Tynnered	61
Kärra-Rödbo	61
Torslanda	56
Frölunda	53
Askim	52
Kortedala	51
Bergsjön	48
Lärjedalen	47
Gunnared	46

A-D Sammanlagt Barnhälsoindex	
Södra Skärgården	90
Örgryte	88
Majorna	88
Älvsborg	87
Linnéstaden	86
Härlanda	85
Centrum	85
Torslanda	84
Högsbo	83
Kärra-Rödbo	83
Askim	82
Lundby	82
Backa	82
Tuve-Säve	81
Göteborg	81
Tynnered	80
Biskopsgården	78
Kortedala	77
Frölunda	74
Lärjedalen	72
Bergsjön	71
Gunnared	70

11. Bilaga 4. Geografisk karta över Barnhälsoindex i stadsdelarna



12. Bilaga 5. Indikatorer i originalformat

0. Demografi

Stadsdelar	Antal barn	Barn-täthet	Utländsk bakgrund
Gunnared	5882	25,1	78
Lärjedalen	7356	29,1	68
Kortedala	5188	17,9	40
Bergsjön	4167	25,7	83
Härlanda	3546	16,6	12
Örgryte	5223	14,7	13
Centrum	5989	10,3	16
Linnéstaden	4545	14,2	11
Majorna	4746	15,6	10
Högsbo	2503	14,0	22
Älvsborg	4709	24,7	9
Frölunda	1991	14,8	48
Askim	6004	25,5	10
Tynnered	6488	23,1	32
S. Skärgården	960	21,5	5
Torslanda	7053	28,6	4
Biskopsgården	5428	20,4	61
Lundby	6261	14,8	26
Tuve-Säve	2386	21,3	23
Backa	4797	19,3	41
Kärra Rödbo	2967	25,9	12
Göteborg	98303	18,9	32
VGR	320925	20,2	19
Riket	1 902 072	20,2	19

A. Socioekonomi

Stadsdelar	Barnfat-tigdom	Gymnasie-behörighet
Gunnared	39,7	35,3
Lärjedalen	40,1	27,9
Kortedala	23,4	21,6
Bergsjön	58,3	42,9
Härlanda	8	13,9
Örgryte	9,4	11,1
Centrum	10,8	10,5
Linnéstaden	8,4	6,1
Majorna	12,1	9,6
Högsbo	14,5	13,8
Älvsborg	2,8	3,9
Frölunda	32,9	19,2
Askim	3,3	5,8
Tynnered	17,7	13,8
S.Skärgården	6,4	2,0
Torslanda	1,7	6,3
Biskopsgården	34,2	34,9
Lundby	13,3	17,6
Tuve-Säve	10,1	12,8
Backa	16,7	10,7
Kärra-Rödbo	3,5	12,4
Göteborg	18,2	16,4
VGR	12,3	15,0
Riket	12,7	13,0

B. Hälsotillstånd

Stadsdelar	Sjukhusvård för yttre skador	Karies hos 6-åringar	Övervikt/ Fetma i åk 4	Psykisk ohälsa i åk 9
Gunnared	0,8	53,8	27	17,4
Lärjedalen	1,0	49,5	25	13,7
Kortedala	1,0	33,7	28	12,2
Bergsjön	1,0	58,4	24	10,8
Härlanda	0,8	15,7	16	14,2
Örgryte	1,1	14,8	11	13,9
Centrum	0,9	17,1	13	15,5
Linnéstaden	0,9	13,3	17	18,7
Majorna	0,8	21,0	18	14,5
Högsbo	0.8	20,2	21	12,4
Älvsborg	0,6	11,7	11	9,4
Frölunda	0,8	33,1	22	12
Askim	1,1	11,2	10	18,8
Tynnered	1,0	25,6	22	15,8
SödraSkärgården	0,9	10,4	26	13,5
Torslanda	0,9	10,9	12	11,4
Biskopsgården	1,1	42,5	32	16,5
Lundby	0,9	21,6	18	14,7
Tuve-Säve	1,1	25,0	27	16,8
Backa	0,8	28,0	25	18,4
Kärra-Rödbo	1,3	17,3	22	15
Göteborg	0,9	25,7	19	14,8
VGR	1,1	20,8	11	14,2
Riket	1,0	22	11	13,5

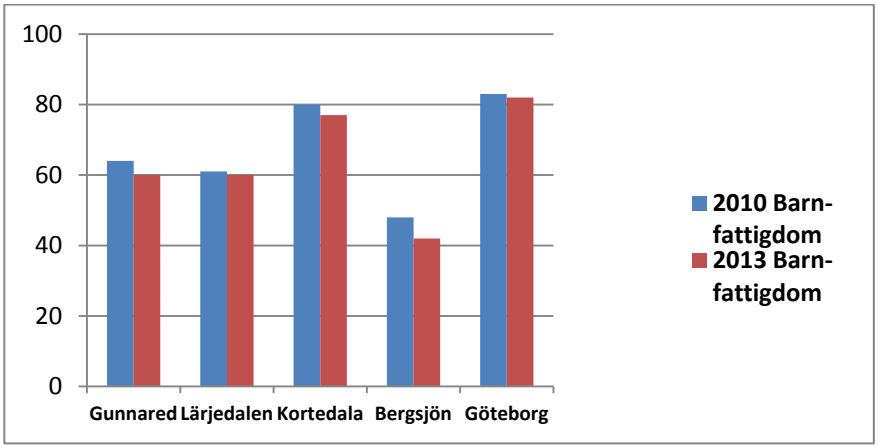
C. Determinanter

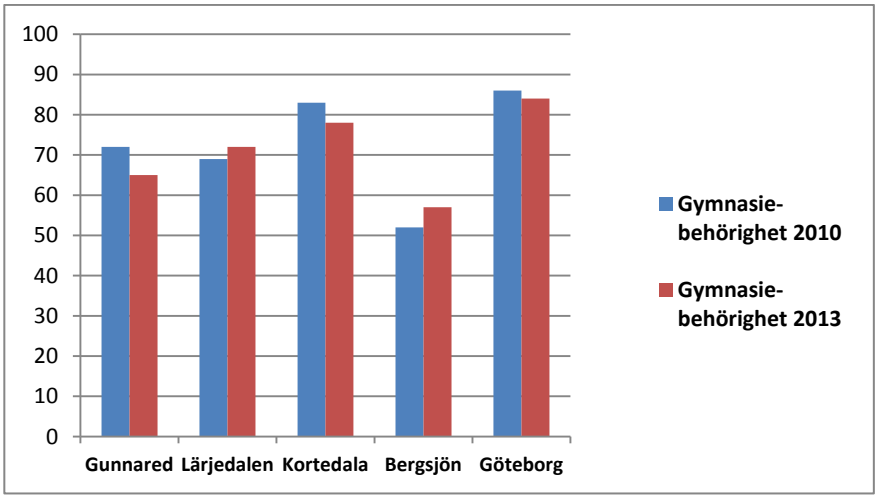
Stadsdelar	1. Låg födelse-vikt	2. Tobak i fosterli-vet	3. Tobak i späd-barnshem	4. Rökning åk 9	5. Alkohol åk 9	1. Amning i 4 mån	2. MPR vaccina-tion
Gunnared	4,40	12,7	32,1	9	11	69	95
Lärjedalen	4,30	7,6	26,3	15	11	69	97
Kortedala	3,02	8,7	18,6	10	20	75	98
Bergsjön	3,61	9,7	30,0	12	10	74	95
Härlanda	2,88	4	3,5	8	22	79	98
Örgryte	2,57	3,7	21,0	12	21	85	99
Centrum	3,41	2,1	11,0	6	11	80	96
Linnéstaden	2,07	2,8	4,8	17	26	82	94
Majorna	3,16	3,8	6,1	17	26	82	97
Högsbo	3,77	5,1	11,0	10	18	76	94
Älvsborg	2,48	1,8	6,0	5	25	87	96
Frölunda	3,70	8,7	12,9	10	18	70	95
Askim	2,23	2,6	4,5	15	24	80	97
Tynnered	3,85	6,8	13,1	7	22	71	97
S. Skärgården	1,52	2,3	10,3	7	27	82	98
Torslanda	3,05	2,9	2,9	8	25	77	97
Biskopsgården	4,37	11,8	12,0	12	12	76	94
Lundby	3,43	5,3	12,7	9	18	75	98
Tuve-Säve	3,16	6,3	9,7	15	24	62	97
Backa	3,99	8,4	11,0	12	21	69	100
Kärra-Rödbo	3,46	3,6	8,8	8	18	73	98
Göteborg	3,31	5,6	20,0	11	20	76	97
VGR	3,07	6,8	12,8	25	22	73	97
Riket	3,12	6,7	12,6	10	19	76	96

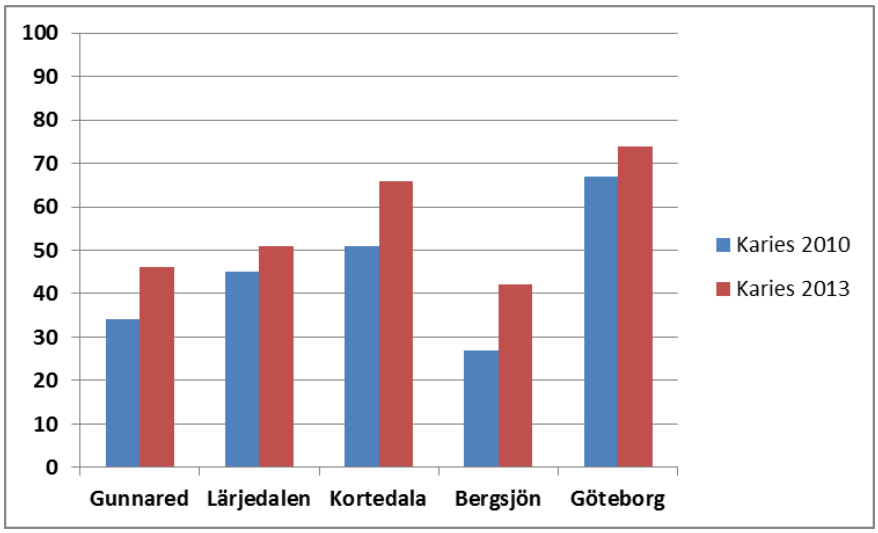
D. Service och stöd

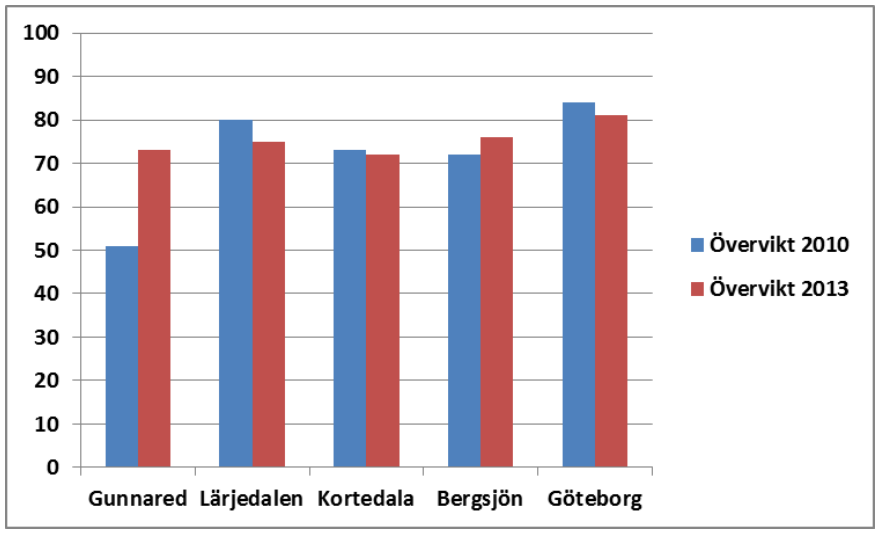
Stadsdelar	**Föräldrastöd BVC**	**Förskola 1-5 år**
Gunnared	2	90,7
Lärjedalen	7	86,8
Kortedala	26	76,5
Bergsjön	14	82,0
Härlanda	56	75,7
Örgryte	71	80,7
Centrum	50	80,9
Linnéstaden	64	83,5
Majorna	88	80,9
Högsbo	56	78,2
Älvsborg	29	91,8
Frölunda	28	76,6
Askim	22	81,4
Tynnered	38	82,7
S. Skärgården	92	80,6
Torslanda	22	90,4
Biskopsgården	63	89,7
Lundby	40	87,4
Tuve-Säve	38	87,2
Backa	43	90,6
Kärra-Rödbo	44	77,4
Göteborg	44	82,5
VGR	nd	81
Riket	nd	83

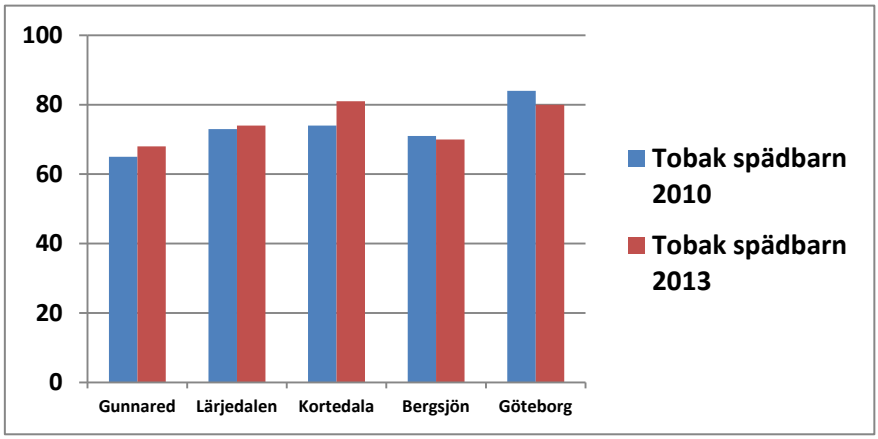
13. Bilaga 6. Jämförelse av några indikatorer och index i nordöstra Göteborg, 2010 och 2013

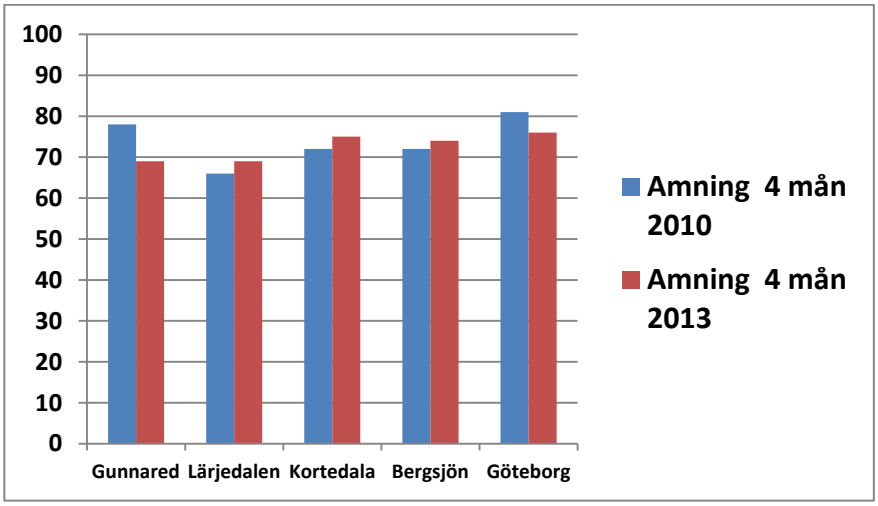


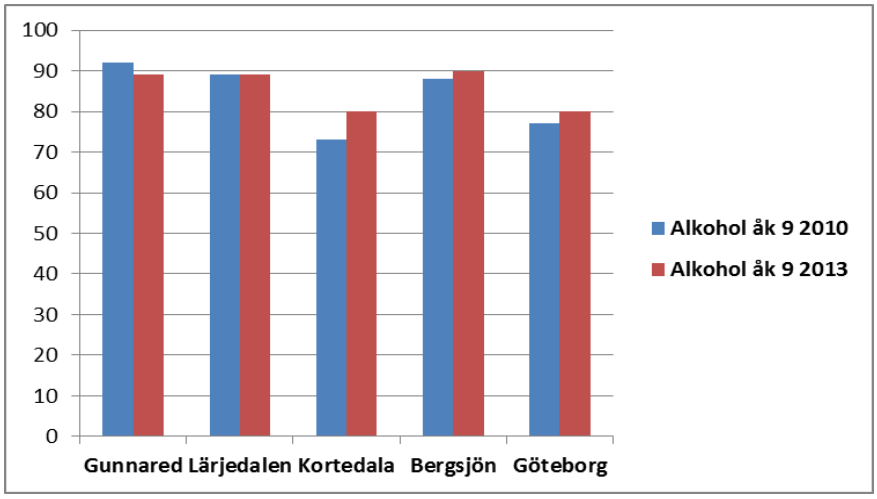


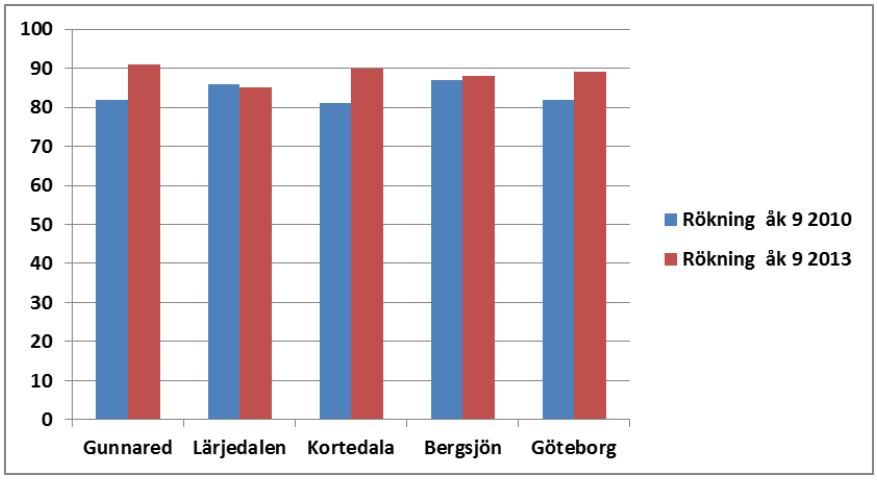

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Gunnared
Lärjedalen
Kortedala
Bergsjön
Göteborg
Karies 2010
Karies 2013

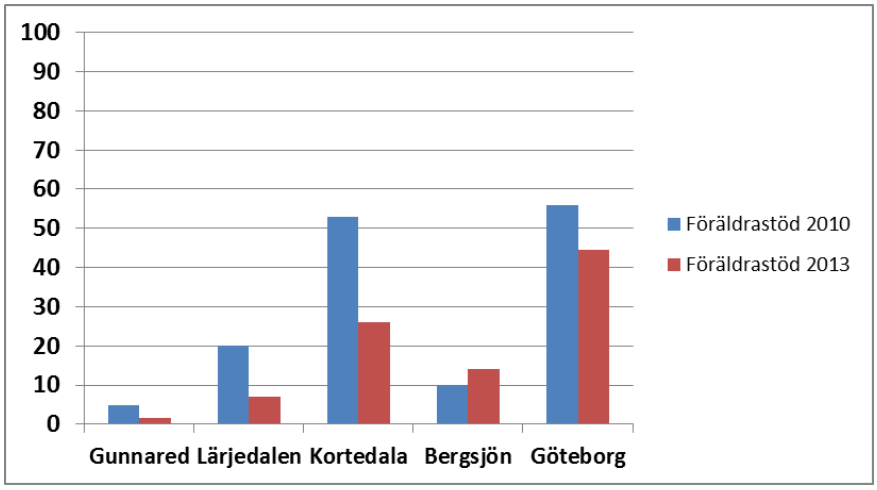

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Gunnared
Lärjedalen
Kortedala
Bergsjön
Göteborg
Övervikt 2010
Övervikt 2013

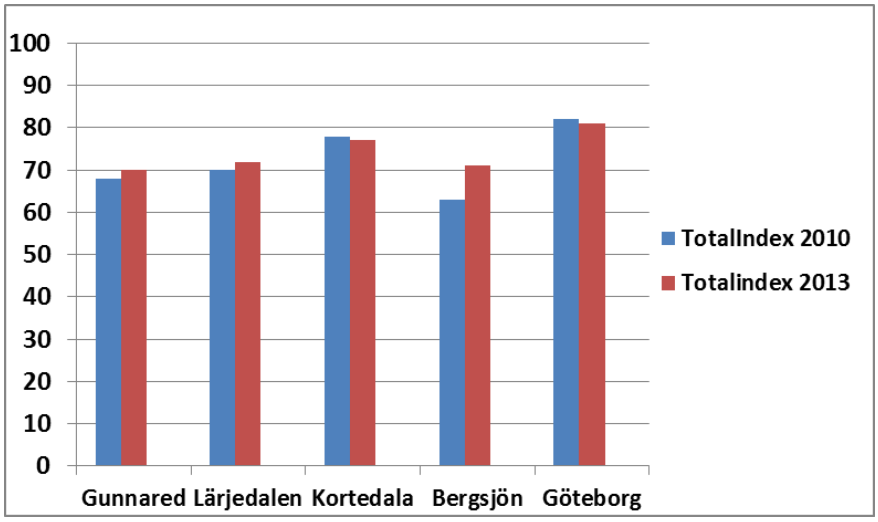

100
80
60
40
20
0
Gunnared
Lärjedalen
Kortedala
Bergsjön
Göteborg
Tobak spädbarn 2010
Tobak spädbarn 2013


100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Gunnared
Lärjedalen
Kortedala
Bergsjön
Göteborg
Amning 4 mån 2010
Amning 4 mån 2013


100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Gunnared
Lärjedalen
Kortedala
Bergsjön
Göteborg
Alkohol åk 9 2010
Alkohol åk 9 2013


100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Gunnared
Lärjedalen
Kortedala
Bergsjön
Göteborg
Rökning åk 9 2010
Rökning åk 9 2013


100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Gunnared
Lärjedalen
Kortedala
Bergsjön
Göteborg
Föräldrastöd 2010
Föräldrastöd 2013


100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Gunnared
Lärjedalen
Kortedala
Bergsjön
Göteborg
TotalIndex 2010
Totalindex 2013

14. Summary in English

A Child Health Index for the city of Göteborg and its town districts
A system of indicators for monitoring children's health

Lennart Köhler
MD, PhD.
Professor
Nordic School of Public Health NHV
Göteborg, Sweden
lennart.kohler@nhv.se

Göteborg, the second largest city in Sweden, with a population of half a million, is according to Swedish standards a highly segregated city. There is a clear gradient from Northeast to Southwest, showing a worsening situation over time in the North-eastern parts of the city: poverty, unemployment, education, immigration, refugees, mortality, morbidity, crime, and a generally poorer health among its population. The poorer health also among children was shown in a previous Child Health Index, published in 2011 and focusing on the disadvantaged parts of the city. Since a high and equal health of the population is the expressed goal of the local politicians, children and adolescents being a prioritized target group, it was decided to expand the Child Health Index to cover all parts of the city.

This report identifies a set of 15 relevant, valid, and easily available health indicators for children 0 – 17 years in all parts of the city, organizes them in 4 domains (Socio-economics, Health and well-being, Risk and protective factors, Service and support) and combines them into 5 Child Health Sub-Indices and one Aggregated Child Health Index, comparing the results between the town parts, with the city as a whole and with regional and national data.

Results
Most of the indicators showed a worse situation for children in the disadvantaged parts of the city, especially obvious regarding poverty and school achievement but also for dental health at 6 years, smoking in pregnancy, low birth weight, smoking in infant households, breastfeeding, parental use of organized parental support and overweight in schoolchildren while no big differences were found for vaccination, preschool attendance and heavy injuries. Heavy alcohol use at 15 years, on the other hand, was more frequent in affluent parts, and mental health problems were clearly less frequent in some of the disadvantaged parts than in the city as a whole.
All combined indices showed a worse situation for the disadvantaged parts compared to the city as a whole.

Conclusion

This effort to identify a set of health indicators and indices for children in all parts of the city of Göteborg and compare it with the whole city, in general showed the expected results, i.e. poorer health and also poorer conditions for health among children in the disadvantaged parts. A few indicators, however, deviated from this pattern: schoolchildren reported less frequently mental health problems and they used less alcohol, perhaps due to stricter religious behavior rules and stronger cohesion, inside and between immigrant families, who made up the majority of this population. Special studies have to further analyze salient factors behind these findings.

The quality of some of the data is questionable, and it is still not possible to find indicators that cover the whole childhood and the whole health panorama. The indicators are particularly scarce in preschool and early school years, and in primary health care. Among the determinants there is nothing on the physical environment and its influence on health, there is nothing on nutrition or social and cultural capitals, including use of media. The data sources usually report results combined for boys and girls, which is not acceptable.

Nonetheless, the indicators and the indices form a good basis for further work towards the goal, a systematic, continuous and comprehensive reporting of children's health, viewed in a child perspective and related to a social context. By repeating the monitoring later on they could be used to evaluate the results of health promoting intervention programs, aiming at diminishing the child health inequity in the city.

Key words: Child health, child health index, indicators, Goteborg, Sweden

Förteckning över NHV-rapporter

2009

2009:1 Ut ur ensamheten. Hälsa och liv för kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen och som deltagit i självhjälpsgrupp
GullBritt Rahm. DrPH-avhandling

2009:2 Development of Interorganisational Integration – A Vocational Rehabilitation Project
Ulla Wihlman. DrPH-avhandling

2009:3 Hälso- och sjukvårdens roll som informationskälla för hälsoläget i befolkningen och uppföljning av dess folkhälsoinriktade insatser
Sirkka Elo. DrPH-avhandling

2009:4 Folkesundhed i børnehøjde - indikatorer for børns sundhed og velbefindende i Grønland
Birgit Niclasen. DrPH-avhandling

2009:5 Folkhälsoforskning i fem nordiska länder - kartläggning och analys
Stefan Thorpenberg

2009:6 Ledarskap och medarbetarskap vid strukturella förändringar i hälso- och sjukvården. Nyckelaktörers och medarbetares upplevelser
Agneta Kullén Engström. DrPH-avhandling

2009:7 Perspective of risk in childbirth, women's expressed wishes for mode of delivery and how they actually give birth
Tone Kringeland. DrPH-avhandling

2009:8 Living with Juvenile Idiopathic Arthritis from childhood to adult life
An 18 year follow-up study from the perspective of young adults
Ingrid Landgraff Østlie. DrPH-avhandling

2009:9 Åldrande, hälsa, minoritet - äldre finlandssvenskar i Finland och Sverige
Gunilla Kulla. DrPH-avhandling

2010

2010:1 Att värdera vårdbehov - ett kliniskt dilemma. En studie av nyttjandet av ambulanssjukvård i olika geografiska områden
Lena Marie Beillon. DrPH-avhandling

2010:2 R Utvärdering av samverkansprojekt med remissgrupper och samverkansteam i Norra Dalsland

2010:3 R Utvärdering av verksamheten vid Enheten för Asyl- och flyktingfrågor, Västra Götalandsregionen

2010:4 R Utvärdering av försöksverksamhet med samverkansgrupper och coacher i Vänersborg och Mellerud

2010:5 R Utvärdering av projekt GEVALIS – Unga vuxna

2010:6 R Utvärdering av Program Sexuell hälsa, Västra Götalandsregionen

2010:7 Perceptions of public health nursing practice - On borders and boundaries, visibility and voice
Anne Clancy. DrPH-avhandling

2010:8 Living with head and neck cancer: a health promotion perspective – A Qualitative Study
Margereth Björklund. DrPH-avhandling

2010:9 R Barnhälsoindex för stadsdelarna i nordöstra Göteborg
– Ett förslag till uppföljning av barns hälsa och välbefinnande
Lennart Köhler. NHV i samarbete med Västra Götalandsregionen, Angereds närsjukhus

2010:10 R Utvärdering med lärande ansats av pandemiplanering inklusive vaccinationsprogram i Västra Götalandsregionen
Lars Edgren, Stefan Thorpenberg, Bengt Åhgren

2010:11 R Psykiatrisk registerforskning i Norden. En beskrivelse af forskningsmuligheder i psykiatrirelevante registre i Danmark, Sverige og Finland
Thomas Munk Larsen, Merete Nordentoft, Mika Gissler, Jeanette Westman, Kristian Wahlbeck

2010:12 R Fysisk aktivitet på recept i Norden – erfarenheter och rekommendationer.
Lena V Kallings, på uppdrag av Nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet

2011

2011:1 R Arbeidsledighet og psykisk helse blant unge i Norden
En kunnskapsoversikt

Förteckning över NHV-rapporter

Anne Reneflot og Miriam Evensen

2011:2 Psychotropic drugs among the elderly – Population-based studies on indicators of inappropriate utilisation in relation to socioeconomic determinants and mental disorders
Eva Lesén. DrPH-avhandling

2011:3 Intensivpasientens gåtefulle kunnskap – om erfart kunnskap og kunnskapsformidling i en intensivkontekst
Sven-Tore Dreyer Fredriksen. DrPH-avhandling

2011:4 R Från reformintention till praxis - hur reformer inom psykiatri och socialtjänst översatts till konkret stöd i Norden
Rafael Lindqvist, Steen Bengtsson, Lars Fredén, Frode Larsen,
David Rosenberg, Torleif Ruud, Kristian Wahlbeck

2011:5 R Kartläggning av studier om nordiska ungdomars psykiska hälsa
Hanna Augustsson och Curt Hagquist

2011:6 Health-Promoting Leadership: A Study of the Concept and Critical Conditions for Implementation and Evaluation
Andrea Eriksson. DrPH-avhandling

2012

2012:1 Nordic and Infertile. – A study of options and decisions.
Helga Sól Ólafsdóttir. DrPH- avhandling

2012:2 Lay Health Worker Programmes as a Public Health Approach in South Africa
Karen Daniels. DrPH- avhandling

2012:3 Fra avmakt til makt i eget liv. Anmeldelse av seksuelle overgrep og helse.
Hildur Vea. DrPH – avhandling

2012:4 Barn med astma og deres foreldre - læring, deltakelse og samarbeid.
Anne Trollvik. DrPH-avhandling

2012:5 The Importance of Social Capital in Later Life. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention among Older Adults
Anna K Forsman. DrPH-avhandling

2012:6 Dementia and Public Health – with focus on access to society
Aud Johannessen. DrPH-avhandling

2012:7 Antenatal and delivery care utilization in urban and rural contexts in Vietnam - a study in two health and demographic surveillance sites
Tran Khanh Toan. DrPH-avhandling

2012:8 At holde balance Betingelser for og perspektiver i forhold til forebyggelse af fald blandt gamle mennesker
Marianne Mahler. DrPH-avhandling

2012:9 R Funktionshinder ur ett folkhälsoperspektiv
Anders Möller (red.)

2012:10 I all fortrolighet – En undersøkelse av meldinger om psykisk helse på internett i Norge og Sverige
Anders Johan W. Andersen. DrPH-avhandling

2012:11 Utveckling av samverkan - Ett deltagarorienterat aktionsforskningsprojekt inom hälso- och sjukvård
Ingela Furenbäck. DrPH-avhandling

2013

2013:1 Fathers Involved in Children with Type 1 Diabetes: Finding the Balance between Disease Control and Health Promotion
Åse Boman. DrPH-avhandling

2013:2 Musik för kropp och själ. Modell för interaktiv musikterapi
Anci Sandell. DrPH-avhandling

2013:3 R Barnhälsoindex för Göteborg. Ett system för att följa barns hälsa i Göteborg och dess stadsdelar
Lennart Köhler

Göteborg är en segregerad stad, ekonomiskt, socialt och hälsomässigt. Ett av de politiska målen har därför blivit att sträva efter ökad jämlikhet i hälsa – särskilt vad gäller barn, ungdomar och deras föräldrar. Ohälsans klasstrappa i Göteborg ska bort.

Som en av utgångspunkterna i denna strategi ville kommunfullmäktige få en helhetsbild av hur barnen mår i Göteborgs olika delar för att kunna rikta och dimensionera de sociala, medicinska och politiska insatserna.

Denna rapport identifierar en uppsättning av 15 hälsoindikatorer för barn 0 – 17 år. Indikatorerna, som fyller kraven på relevans, kvalitet och tillgänglighet, har organiserats i 4 domäner (Socioekonomi, Hälsotillstånd, Determinanter – både risk- och friskfaktorer, samt Service och stöd), samt har, utan viktning, kombinerats i 5 delindex och ett samlat Barnhälsoindex.

Som väntat finner man sämre hälsa och sämre förutsättningar för hälsa i de socioekonomiskt belastade stadsdelarna. Både barnfattigdom, gymnasiebehörighet, rökning under graviditeten, låg födelsevikt, rökning i spädbarnshem, utnyttjande av föräldrastöd på BVC, karies, övervikt hos skolbarn har sämre värden i de utsatta stadsdelarna, medan MPR-vaccination, förskolevistelse och svåra yttre skador ligger på samma nivå. Intensivförbrukning av alkohol hos 15-åringar är dock högre i de mer välbeställda stadsdelarna, liksom rapporterade besvär av psykisk ohälsa.

Det sammanslagna Barnhälsoindex är klart lägre i de socioekonomiskt belastade stadsdelarna som Gunnared, Lärjedalen, Bergsjön och Biskopsgården, medan de välmående stadsdelarna som Älvsborg, Södra Skärgården och Torslanda har höga index.

För att närmare analysera orsaks- och sammanhangsproblem mellan indexen och indikatorerna behövs speciella studier.

Brister i systemet och förslag till förbättringar presenteras.
Genom att upprepa datainsamlingen vid senare tillfällen kan man visa hur barnens hälsotillstånd utvecklas och förhoppningsvis kunna koppla utvecklingen till hälsofrämjande insatser.

ISBN: 978-91-86739-53-9
ISSN: 0283-1961

Göteborgs Stad

norden
Nordic School of Public Health
NHV