



Barnhälsoindex för stadsdelarna i nordöstra Göteborg

*Ett förslag till uppföljning av
barns hälsa och välbefinnande*

Lennart Köhler

2010-09-01

NHV:s Rapportserie 2010:9 R



Nordiska högskolan
för folkhälsovetenskap



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
ANGEREDS NÄRSJUKHUS



norden

Nordiska ministerrådet



NHV-rapport 2010:9 R

ISBN: 978-91-85721-95-5

ISSN: 0283-1961

© Nordiska Högskolan för folkhälsovetenskap, 2010.

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

Kontakta författaren: lennart.kohler@nhv.se

Bild framsida: Anna Hult

Innehåll

Förord	2
Perspektiv på barns hälsa	3
Kunskap om barns hälsa	3
Barn är friska, men...	4
Uppdragets genomförande	5
Strategier	6
Krav på indikatorer	6
Domäner för barns hälsa och välbefinnande	7
Insamling av data för indikatorerna	8
Att indexera indikatorerna och konstruera sammanslagna index	8
Indikatorernas kvalitet	10
Slutligt val av indikatorer	12
Resultat	14
Resultat för indikatorerna och index	14
Slutsatser och förslag till fortsatt arbete	18
Referenser	21
Bilaga 1. Beskrivning av de använda indikatorerna, deras betydelse och kvalitet samt kärnreferenser	24
A. Socioekonomi	24
B. Hälsotillstånd och välbefinnande	25
C. Determinanter	28
D. Service, stöd och hälsopolitik	32
Bilaga 2. Beskrivning av indikatorer, som inte använts	35
B. Hälsotillstånd och välbefinnande	35
C. Determinanter	36
D. Service, stöd och hälsopolitik	39
Bilaga 3. Figur 1. Barnhälsoindex 0-100 i domäner och sammanlagt	42
Bilaga 4. Figur 2-6. Barnhälsoindex 0-100 i domäner och sammanlagt, per område	43
Bilaga 5. Tabell 6. Indikatorer i originalformat	45
English summary	46

Förord

Göteborg är en socialt, ekonomiskt och etniskt starkt segregerad stad. Jämfört med andra delar av staden lever en större del av befolkningen i de nordöstra stadsdelarna i fattigdom, arbetslösheten är större, andelen med utländsk bakgrund dominerar mera, ungdomsbrottsligheten är högre, ohälsotalen är större, utbildningsresultaten hos skoleleverna är sämre. Den socioekonomiska ojämlikheten påverkar också tillgängligheten till hälsofrämjande resurser och möjligheten att få vård, vilket i sin tur bidrar till sociala skillnader i sjukdoms-
börda och överlevnad och senare till skillnader i förtida dödlighet. (Folkhälsorapporten 2009).

Som en del av ett större arbete med att utveckla denna del av Göteborg pågår ett intensifierat politiskt arbete med bl.a. ett utbyggt centrum i Angered, en ny bad- och ishall samt ett stort antal nya bostäder. Dessutom har lokala och regionala myndigheter beslutat att starta ett närsjukhus i Angered, med målsättning att tillgodose större delen av vårdbehovet för befolkningen i Nordost, dvs. de fyra stadsdelarna Bergsjön, Gunnared, Kortedala och Lärjedalen.

Planeringen av detta nya vårdprojekt inleddes med en behovsanalys, som tydligt visade på ett mönster av översjuklighet och undervård i befolkningen i Nordost, och då inte minst bland barnen. Att arbeta aktivt med barns och ungdomars hälsa under de närmaste åren blev därför ett prioriterat mål, och en rad projekt har startats för att göra Angereds Närsjukhus till ett centrum för att förbättra barnens hälsa och därigenom göra stora vinster för både nuvarande och framtida folkhälsa och samhällslönsamhet.

Trogen maximen *First measure then act* blev en tidig åtgärd att först kartlägga hur barnens hälsa och välbefinnande verkligen ser ut i området i dag för att rätt kunna värdera effekten av de insatser som görs från samhällets sida.

Mitt uppdrag blev således att utveckla 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 befolkningens perspektiv. 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 Nordost, både över tid och med andra kommuner, med kommunen som helhet och med Regionen.

Uppdraget redovisas härmed, och jag ber att redan nu få tacka de personer som på olika sätt hjälpt till att få störelse på projektet och medverkat till att data kunnat samlas in. Detta är ju inte en definitiv och slutgiltig uppsättning av indikatorer, utan skall ses som ett första försök att systematisera och strukturera de kunskaper som finns på fältet. Förhoppningsvis kan rapporten 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 kommunal nivå.

Göteborg den 1 september 2010

Lennart Köhler

Professor

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Göteborg

lennart.kohler@nhv.se

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 välfärds-politisk nyckelgrupp. Det är också sådana överväganden som ligger bakom satsningen på Närsjukhuset i Angered.

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 utgångspunkt 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.

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, Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet, handlade praktiskt taget enbart om vuxna, men numera ingår i allt större utsträckning också barn som undersökningsenhet, och dessutom har det tillkommit översikter från Barnombudsmannen och från Barnkonventionsgruppen. Även i stora internationella översikter ingår svenska barn, t.ex. hos WHO, UNICEF, OECD, Rädda Barnen, EU, och de 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 sjukdomarförlängdes, och dödlighet och svåra skador minskade. Den subjektiva (upplevda) livskvaliteten minskade (Köhler 2000, Folkhälsorapport 2001, 2005 och 2009, Rädda Barnen 2004, Nordisk Statistisk Årsbok 2005). En färsk genomgång från Kungliga Vetenskapsakademien (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 (Petersen et al. 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.*

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 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 försämrats, om hur utslagning från skolan, mobbning och självmordsförsök är reella inslag i barnens liv. 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 (Petersen et al. 2010).

Vi ser att den ekonomiska stressen fortfarande är stor bland barnfamiljerna, större än bland många andra grupper i samhället. Även när konjunkturerna var på högvarv, kom det en ström av rapporter om hur barnfamiljer balanserade på randen av sammanbrott. Vi kan bara bäva inför utsikterna efter den nya recessionen!

Vi ser också att ohälsan alltjämt 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 ny 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.

Uppdragets genomförande

Uppdraget att identifiera en uppsättning hälsoindikatorer för barn är således 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 har arbetet i Nordost bedrivits på följande sätt.

Det första steget är att ta del av vad man vet om barns hälsotillstånd i det aktuella området, de fyra stadsdelarna i nordöstra Göteborg.

Det andra steget är 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 är 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 är att matcha denna uppsättning indikatorer med tillgången till relevanta källor för pålitliga data om barngruppen, för att till slut presentera data för en uppsättning indikatorer som visar hur barnen i Nordost mår och hur deras hälsa förhåller sig till grannområdena, till staden som helhet och ev. till regionen och hela riket.

Faktaruta 1.

Uppdragets stegvisa genomförande

1. Studier av de kartläggningar som gjorts av behov, önskemål och prioriteringar från beställarna och som framgår av utredningar och planer från Västra Götalandsregionen, staden Göteborg och särskilt från Angered's Närsjukhus.
2. 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 övergripande index.
3. Analys av möjligheterna att jämföra med andra kommuner/kommundelar samt med Västra Götalandsregionen och med hela riket.
4. Granskning av de tillgängliga datakällornas kvalitet.
5. Presentation av data för aktuella indikatorer/index.
6. Förslag om utvidgning och förbättring av indikatorsystemet för framtiden.
7. Presentation av systemet för berörda kommunala parter och för invånarna.

Strategier

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 över tid 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.
- 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.

De basala kraven på de föreslagna indikatorerna är att de skall vara *vetenskapligt baserade, bestående över tid och rum, viktiga för barns hälsa, samt på bästa sätt spegla barnens hälsa och dess bestämningsfaktorer.*

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

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.

Domäner för barns hälsa och välbefinnande

De områden som är viktiga för barns hälsa och för dess bestämningsfaktorer kan struktureras i några områden eller domäner. Följande indelning i 4 domäner med sinsemellan relaterade indikatorer 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 nystartat EU-projekt, som skall skapa en plattform för kunskap om barns hälsa i medlemsländerna (RICHE 2010).

En extra nivå av indikatorer, kallad Demografisk beskrivning, har skapats för att visa hur speciell barnpopulationen är i dessa delar av Göteborg i förhållande till resten av staden, regionen och riket. De visar hur stor andel av befolkningen i stadsdelarna som är under 18 år och hur stor andel av den 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.

Indikatorområden som används i denna rapport

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

Faktaruta 4.

Demografisk beskrivning

- 1. Barntäthet i befolkningen
- 2. Barn med utländsk bakgrund

När förslaget till lämpliga indikatorer förelåg och hade diskuterats med referensgruppen, vidtog arbetet att identifiera datakällorna och att skaffa data. 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. svåra skador, hos socialstyrelsen i samverkan med Statistiska Centralbyrån, psykisk ohälsa hos Statens Folkhälsoinstitut i samverkan med Karlstads Universitet. Specifierad information har också erhållits vid personliga sammanträffanden hos Regionens primärvårdssamordnare, Barnhälsovårdsöverläkaren, Skolöverläkaren, Övertandläkaren för Regionens tandhälsovård, samt hos Neonatalvårdsöverläkaren vid Östra sjukhuset. Telefondiskussioner har förts med Göteborgs stads statistikkontor, Rädda Barnen, Socialstyrelsen, Statens Folkhälsoinstitut, Karlstads Universitet, Umeå Universitet, Smittskyddsenheten i Regionen, Mödrahälsovårdsöverläkaren, Skolsköterskan i Nordost och Primärvården i Angered.

Att indexera indikatorerna och att konstruera sammanslagna index

Data för indikatorerna har vanligen erhållits från källorna i form av andelar i procent eller promille av målgruppen, i några fall i form av absoluta tal, som då måste relateras till det aktuella antalet barn i målgruppen. Att presentera dessa siffror som sådana i tabellform ger naturligtvis möjlighet att jämföra mellan områdena, men ger samtidigt en svåröverskådlig enhetsbild. Ett önskemål har därför varit att presentera indikatorerna på en 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 riktige kalenderbitaren 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 för att få fram en siffra mellan 0 och 100, där *100 är optimal hälsa*. Till slut adderades de 4 domänerna och ger då ett sammantaget hälsoindex 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 6 och svåra skador under hela barndomen. Varje försök till viktning skulle leda till etiska och praktiska svårigheter, både omedelbart och på sikt i en föränderlig värld. Naturligtvis kan det också bli tolkningsproblem om olika indikatorer i samma index utvecklas åt olika håll. Också rent matematiskt blir det svårt att jämföra en indikator med en andel på 97 % (vaccinationer) med en på 5 % (deltagit i föräldrastödsverksamhet). Att ge alla indikatorer samma värde och dessutom anta att de är oberoende av varandra är förvisso inte heller rättvisande. Resultaten måste därför tolkas med yttersta försiktighet, men det är ett 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).

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

Faktaruta 5.

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, från Domän A, som består av 2 indikator, beräknas den andel barn som inte har vårdats på sjukhus för svåra yttre skador. Om alla barn under 18 år (100 procent) uppfyller detta kriterium, dvs. inget barn har vårdats på sjukhus för svåra yttre skador, får indikatorn talet 100. Om inget barn uppfyller kriteriet, dvs. alla barn har vårdats på sjukhus för yttre skador, blir talet 0. Från Deldomän C.1), 5 indikatorer, beräknas på samma sätt den andel barn som inte vägde under 2500 g vid födelsen, inte blivit utsatta för tobak i fosterlivet eller i späda ålder, inte själva röker i årskurs 9 eller storanvänder alkohol. Deldomän C.2), 2 indikatorer, avser den andel barn som ammas fullt till 4 månader samt fullbordat sitt vaccinationsskydd mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR). Till slut, i Domän D, 2 indikatorer, ingår den andel förstabarn som deltagit i BVC:s föräldrastöd och andel barn som utnyttjar erbjudandet om förskola. I dessa index ingår alltså en sammanslagen siffra på områdets måluppfyllelse för varje indikator. 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 5).

Tabell 1. Översiktstabell över de 4 domänerna och de 15 barnhälsoindikatorerna som använts för nordöstra Göteborg. Dessutom 2 indikatorer som belyser barnpopulationens karakteristika (ej inkluderade i index)

Demografisk beskrivning

1. Barntäthet i befolkningen
2. Barn med utländsk bakgrund

A. Socioekonomi

1. Barn och fattigdom
2. Elever och grundskoleutbildning (gymnasiebehörighet)

B. Hälsotillstånd och välbefinnande

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

C. Determinanter

- 1) Riskfaktorer
 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
 1. Barn som ammas
 2. Barn som vaccinerats mot MPR

D. Service, stöd och hälsopolitik

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

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 patientregistret hos Socialstyrelsen (svåra yttre skador), och ytterligare några är centrala sammanställningar av lokala rapporter (rökning hos gravida, amning). I vissa fall har man fått kombinera lokala och centrala data (tandhälsa, alkohol- och tobaksanvändning hos skolbarn). Data om psykisk ohälsa har erhållits genom en specialstudie, som i år genomförts för första gången (Statens Folkhälsoinstitut 2010). En del av källorna blir regelbundet kvalitetsgranskade (patientregistret), andra testas ingående sina metoder innan de används (psykisk ohälsa), några ingår sedan många år i en välorganiserad och stabil rutinverksamhet (vaccinationer, amning på BVC, 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 (utnyttjande av föräldrastöd på BVC, psykisk ohälsa, övervikt hos skolbarn). Bortfall eller andra brister i registren rapporteras endast undantagsvis (patientregistret).

En del källor (sjukhus) har en begränsad täckning av sjukdomspanoramat (infektioner, allergier), eller har ingen tillförlitlig och lättillgänglig registrering (primärvården). 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, psykisk ohälsa)

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 4 har de enskilda indikatorerna bedömts enligt denna skala.

Faktaruta 6.

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 2. Datakvalitet. A = Tillfredsställande B = Begränsad C = Bristfällig

Demografisk beskrivning

1. Barntäthet i befolkningen	A
2. 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	C
4. Barns psykiska hälsa	B

C. Determinanter

1) Riskfaktorer

1. Barn och låg födelsevikt	A
2. Barn och tobaksexponering i fosterlivet	B
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	A
2. Barn som vaccinerats mot MPR	A

D. Service, stöd och hälsopolitik

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

Slutligt val av indikatorer

Om användandet av indikatorerna och indexen skall ha 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.

Många som läser det kanske undrar varför det inte finns fler indikatorer som handlar om barns sjukdomar och sjukvård. Dessa är emellertid 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; från primärvården saknas de i stor utsträckning. 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 är betydande, också i barndomen. Ännu är emellertid både prevalens och incidens för låga för att det ska bli meningsfullt att bryta ner talen till kommunnivå, och ännu mer så till kommundelar.

En av de vanligaste åkommorna i barnåldern 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 persondataregister.

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 (enkäter, 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). De första resultaten har just offentliggjorts och har därmed kunnat inkluderas i denna rapport. En mera fullständig rapport kommer senare under året, och då blir det sannolikt lättare att tolka resultaten och jämföra inom och utom staden och regionen. Riktigt värdefulla blir mätningarna naturligtvis först när de upprepats några gånger och förhoppningsvis permanentats.

En kartläggning av utvecklingen av psykisk hälsa hos barn och ungdomar i Sverige, från 1945 till 2009 har nyligen presenterats (Petersen et al. 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 förutsätter mer samarbete med forskningsinstitutioner. 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 (Petersen et al. 2010). Erfarenheter från Kanada har initierat intresse för att också i Sverige kartlägga förskolebarns hälsa på ett systematiskt sätt. Försök har redan startat med att översätta och använda de kanadensiska metoderna här (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 mortaliteten 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.

En detaljerad beskrivning av de indikatorer som använts återfinns i Bilaga 1 och av de indikatorer som av olika skäl ratats i Bilaga 2.

Resultat

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, utom för Svåra yttre skador, som annars hamnat på 100 %.

I Tabell 5 och Figur 1 sammanfattas domänindexen och slutligt Barnhälsoindex för stadsdelarna, staden, regionen och riket. Varje stadsdel och hela Göteborg återfinns också som stapeldiagram i Bilaga 3 och 4. Observera att tillgängliga indikatorer är färre i regionen och 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 Domänerna B, D och sammanlagt inte är helt jämförbara med regionens och för Domänen D och sammanlagt inte med rikets index.

Tabell 3. Demografisk beskrivning

	Bergsjön	Gunnared	Kortedala	Lärjedalen	Nordost	Göteborg	VG-Reg	Riket
Andel (%) barn 0-17 år i befolkningen 2009	23	25	28	30	24	19	21	20
Andel (%) barn med utländskt ursprung 2009	82	73	36	67	65	39	18	18

Tabell 4. Indikatorer och index. Ju högre tal, desto bättre värde. Obs färre indikatorer i regionen och Riket

A. Index Socioekonomi	Bergsjön	Gunnared	Kortedala	Lärjedalen	Göteborg	VG-Reg.	Riket
Barn 0 – 17 år i ekonomiskt utsatta hushåll 2007	48	64	80	61	83	89	89
Elever i åk 9 behöriga till gymnasieskolan vt 2007	52	72	83	69	86	89	89
Index A	50	68	82	65	85	89	89

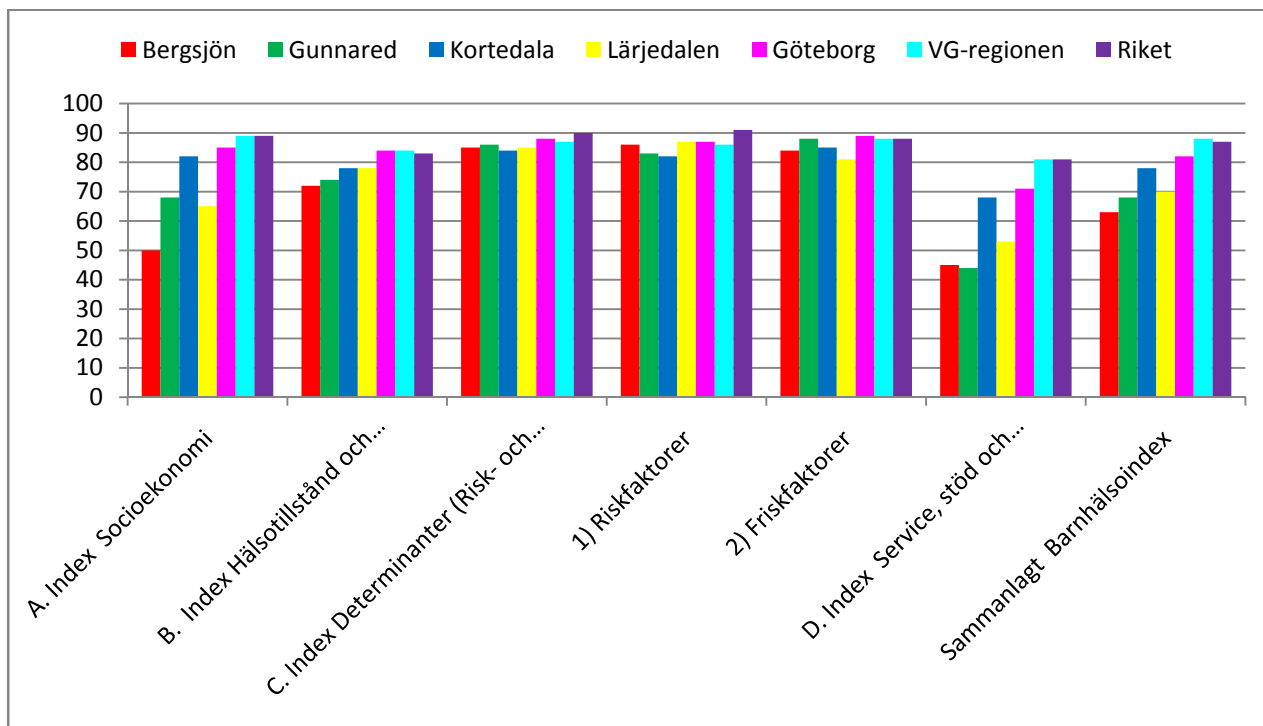
B. Index Hälsotillstånd och välbefinnande	Bergsjön	Gunnared	Kortedala	Lärjedalen	Göteborg	VG-Reg.	Riket
Sjukhusvårdade för svåra yttre skador, 1 -17 år	99,5	99,2	99,4	99,3	99,3	99,3	99,3
Kariesfria 6-åringar 2008	27	34	51	45	67	69	74
Elever i åk 4 med övervikt och fetma 2008	72	80	73	80	84	i.u.	73
Psykisk hälsa åk 9	89	83	88	86	85	i.u.	86
Index B	72	74	78	78	84	84	83

C. Index Determinanter (Risk- och friskfaktorer)	Bergsjön	Gunnared	Kortedala	Lärjedalen	Göteborg	VG-Reg.	Riket
C. 1) Riskfaktorer							
Låg födelsevikt < 2 500 g	95	96	97	96	97	97	97
Rökande gravida kvinnor	87	82	84	91	92	93	93
Rökande familjer m spädbarn	71	65	74	73	84	85	86
Dagligrökare i åk 9	87	82	81	86	82	78	90
Intensivkonsumtion av alkohol åk 9	88	92	73	89	77	77	80
Index C. 1)	86	83	82	87	87	86	91
C. 2) Frisk-faktorer							
Amning till 4 mån, helt eller delvis	72	78	72	66	81	78	80
Vaccinerade mot MPR	96	97	98	95	97	97	96
Index C. 2)	84	88	85	81	89	88	88
Index C	85	86	84	85	88	87	90

D. Index Service, stöd och hälsopolitik	Bergsjön	Gunnared	Kortedala	Lärjedalen	Göteborg	VG-Reg.	Riket
Föräldrastöd på BVC. Barn födda. 2006	10	5	53	20	56	i.u.	i.u.
Barn 1-5 år inskrivna i förskola 2008	79	83	82	86	85	81	81
Index D	45	44	68	53	71	81	81
A-D Samlat Barnhälsoindex	63	68	78	70	82	88	87

Tabell 5. Barnhälsoindex 0-100 i domäner och sammanlagt. Ju högre tal, desto bättre värde

	Bergsjön	Gunnared	Kortedala	Lärjedalen	Göteborg	VG - Reg.	Riket
A. Index Socioekonomi	50	68	82	65	85	89	89
B. Index Hälsostillstånd och välbefinnande	72	74	78	78	84	84	83
C. Index Determinanter (Risk- och friskfaktorer)	85	86	84	85	88	87	90
1) Risk-faktorer	86	83	82	87	87	86	91
2) Frisk-faktorer	84	88	85	81	89	88	88
D. Index Service, stöd och hälsopolitik	45	44	68	53	71	81	81
Sammanlagt Barnhälsoindex	63	68	78	70	82	88	87



Figur 1. Barnhälsoindex 0-100 i domäner och sammanlagt. Ju högre tal, desto bättre värde

Att levnadsförhållandena och därmed förutsättningarna för hälsa och välbefinnande i Nordost skiljer sig från andra delar av Göteborg kommer tydligt fram på flera områden. Som man kan förvänta är hela området barnrikt, i Nordost sammantaget är andelen barn 0-17 år 24 % (i Lärjedalen hela 30 %), mot 19 % i hela Göteborg och 20 % för Riket. Dominansen av barn med utländsk bakgrund (barnet eller båda föräldrarna födda utanför Sverige) är också betydande i området, i Bergsjön hela 82 % och i Gunnared 73 %, sammantaget i Nordost 65 %, jämfört med 39 % i hela Göteborg och 18 % i Regionen och i Riket.

Av indikatorerna i Domän A ser man tydligt hur den sociala och ekonomiska ojämlikheten slår igenom i Göteborg: alla stadsdelarna i Nordost ligger betydligt sämre till än resten av staden, regionen och riket; Bergsjön når bara till hälften av det ideala målet. Av skolverkets analyser framgår att 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).

Resultatindikatorerna i Domän B, Hälsotillstånd och välbefinnande, spretar åt olika håll. Svåra yttre skador uppvisar inga större skillnader medan kariessituationen är klart sämre i Nordost än i resten av kommunen, liksom i viss mån övervikt och fetma. Å andra sidan är faktiskt den psykiska ohälsan något mindre uttalad 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 sämre till.

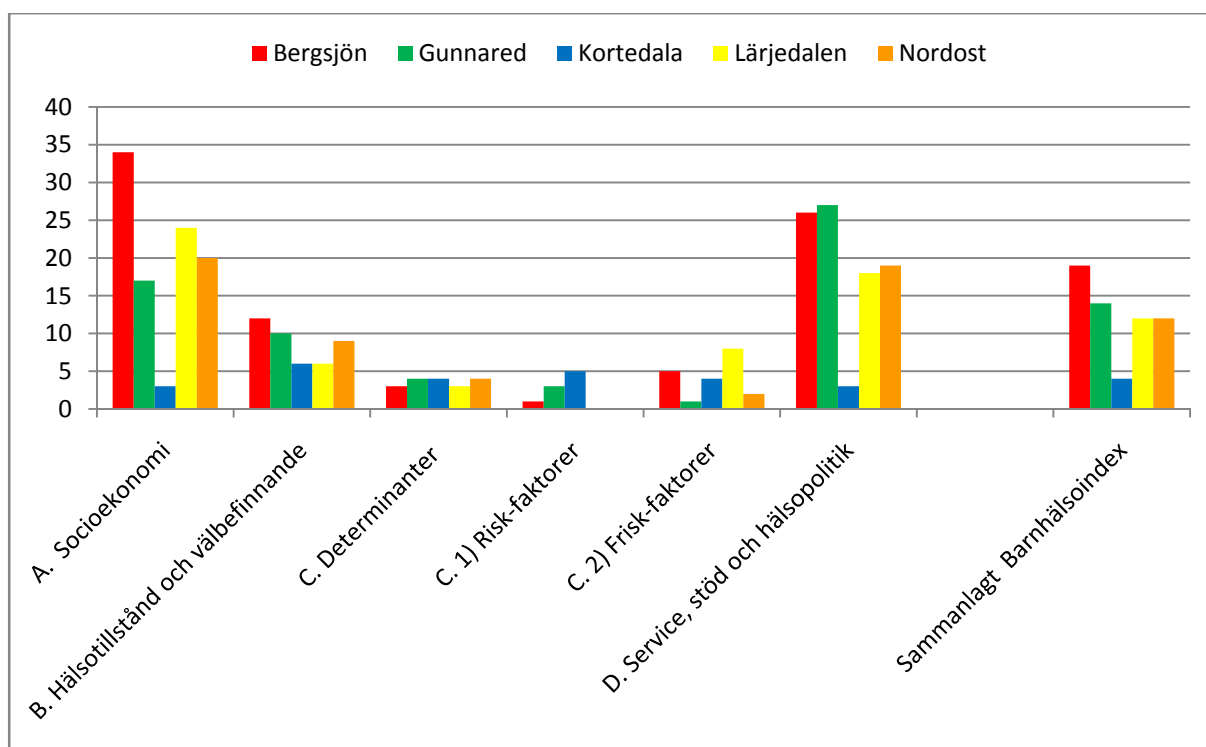
Av riskfaktorerna i Domän C är låg födelsevikt, rökning under graviditeten och familjerökning bland spädbarn genomgående vanligare i Nordost än i kommunen, regionen och riket, medan rökning i årskurs 9 och intensivkonsumtion av alkohol snarare är mindre vanlig (och faktiskt mest frekvent i Västra Götalandsregionen som helhet). Av friskfaktorerna är amning till 4 månader något mindre frekvent i Nordost, särskilt i Lärjedalen, medan vaccinationsnivån inte skiljer mycket mellan områdena.

Indikatorerna i Domän D, Service, stöd och hälsopolitik, visar att föräldrastödserbjudandena utnyttjas klart sämre i Nordost, särskilt i Gunnared och Bergsjön, medan andelen förskolebarn som deltar i kommunens förskoleverksamhet är på samma nivå som i resten av staden, med undantag för Bergsjön, där deltagandet är lägre.

När man slår samman indikatorerna till index visar det sig att Index A, de socioekonomiska förhållandena för barnfamiljerna, som väntat är genomgående sämre i Nordost, liksom också Index B, Hälsotillstånd och välbefinnande och Index C, Hälsodeterminanter. Bland de sistnämnda är det mest Friskfaktorerna som avviker medan Riskfaktorernas avvikelse från staden som helhet är mer beskedlig. I Index D, Service, stöd och hälsopolitik, återkommer de stora skillnaderna mellan Nordost och staden i övrigt.

Det sammantagna Hälsoindex ger ett klart lägre värde för Nordost jämfört med hela staden, mest uttalat i Bergsjön och Gunnared och mindre uttalat för Kortedala.

I Figur 2. har skillnaderna i indexen mellan stadsdelarna i Nordost Göteborg som helhet presenterats i grafisk form.



Figur 2. Negativ skillnad i index mellan stadsdelar och Göteborg (procentandelar). Göteborg = 0

År 2004 konstruerades med samma metoder ett kommunalt barnhälsoindex, men då identifierades bara 6 indikatorer som var användbara för samtliga 289 kommuner i Sverige (Köhler 2004). När man jämför resultaten för dessa 6 indikatorer, som återspeglar förhållandena år 2000, ser man en förbättring för Göteborg stad från ett sammantaget index på 90,5 till 93,8, alltså 3,3 procentenheter.

Praktiskt taget alla data rapporteras på grupp-nivå, och de är inte möjliga att identifiera på individ-nivå utan mycket stora och komplicerade insatser, ibland också hindrade av integritetsskyddande bestämmelser. Det är därför heller inte möjligt att jämföra vilka barn som hamnar i de olika indikatorgrupperna. Också med samkörningar på individ-nivå blir beräkningarna komplicerade eftersom indikatorerna, som tillsammans utgör index, täcker olika delar av barnåren och därmed olika grupper av barn och delvis använder olika nämnare.

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. Avsikten är att man genom en sådan metodisk och täckande sammanställning av data skall kunna ge en helhetsbild av hur barnen mår i Angered. Genom att upprepa datainsamlingen vid senare tillfällen skall men också kunna visa hur hälsotillståndet utvecklas och förhoppningsvis kunna koppla utvecklingen till hälsofrämjande insatser, och målet att minska ohälsoskillnaderna mellan stadsdelarna i Göteborg.

Och visst kan man konstatera att det finns en rad indikatorer som kan användas för ändamålet. 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. 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 generellt, liksom de sammanslagna indexen, att barnen i Nordost har sämre hälsa och också sämre förutsättningar för hälsa. Nåra 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?). För att närmare analysera detta behövs speciella studier.

Tillgången till användbara indikatorer på kommunnivå har ökat på senare år, från 6 år 2004 till 15 år 2010. Men man kan också se att det fortfarande finns brister i systemet. Det är trots allt ganska få indikatorer som uppfyller höga krav på giltighet, pålitlighet och kvalitet. Särskilt stora är 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. 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, åtgärds- och principiella ska naturligtvis data separeras för könen.

Eftersom barn är en prioriterad grupp i välfärdssammanhang kunde man förvänta sig att data om barns levnadsförhållanden skulle vara anpassade till barnens liv och också finnas lätt tillgängliga. Men så är sällan fallet, praktiskt taget all offentlig statistik är upplagd i ett vuxenperspektiv, dvs. indelad i 5-årsintervall (inte efter skolstadier eller Barnkonventionsgränser t.ex.), eller relaterad till vuxenbeteenden (t.ex. rökande gravida kvinnor, inte barn till rökande kvinnor) eller som andel invånare på olika utbildningsnivåer, utan arbete eller med utländsk bakgrund (inte andel barn i arbetslösa eller invandrade familjer eller efter familjernas utbildningsnivå). De ambitiösa välfärdsnyckeltalen, som innehöll en del data om barn i Göteborg, följs inte längre upp med regelbundna redovisningar.

Det är bara få indikatorer som baserar sig på barnens och ungdomarnas egen uppfattning om sin hälsa, den om psykisk ohälsa och möjligen 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, Statistiska Centralbyrån, Barnombudsmannen och

Sveriges Kommuner och Landsting är nu viktiga aktörer på den här banan, liksom många 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 (SIMSAM-noden vid Umeå Universitet).

Satsningen på Angereds Närsjukhus med sin breda folkhälsomålsättning och sin befolkningsförankrade strategi skall också ses som ett framsynt och mycket välkommet initiativ. Det kanske allra viktigaste arbetet inom hälsodokumentationen är det som pågår för att äntligen bli färdig med den gemensamma elektroniska journal för barn- och skolhälsovården, som varit på gång så länge (Hjern 2005). En sådan skulle i ett slag (när den väl fått fungera) göra det möjligt att producera omfattande data om hela barnpopulationen, snabbare, säkrare och mera enhetligt. Ytterligare ett steg i rätt riktning är förstås ett användbart, datoriserat och kompatibelt journalsystem för hela hälso- och sjukvården.

Trots kunskapsluckor och kvalitetsbrister hos data 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 kommundsnivå. I rapporten finns inga rekommendationer om åtgärder för att förbättra barnens hälsa i området. Det ligger utanför uppdraget och det är kommunens uppgift att tillsammans med regionen analysera och agera på de resultat som presenteras. En bestämd rekommendation för mätningen är dock att upprepa den här kartläggningen med jämna mellanrum. Kanske har man om något eller 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.

För helhetsbildens skull skulle man önska att indikatoruppsättningen också kunde utvidgas så att den omfattar samtliga kommuner i Göteborg. Det skulle ge en tydligare bild av hur snedfördelad välfärden är i staden. Allra bäst vore förstås om gemensamt, dynamiskt och avancerat indikatorsystem för barns hälsa kunde fås att fungera i varje kommun i hela Västra Götalandsregionen. Det skulle bli en ledstjärna att följa för resten av landet och ett lysande exempel på framsynhet i välfärdsplanering för EU och övriga världen.

Referenser

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

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

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 Ind Res.* 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. (2010). *Bestämningsfaktorer för hälsa* (manuskript), avsett för Folkhälsopolitisk rapport 2010 (under publikation). Statens folkhälsoinstitut, Östersund 2010

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

Elmén Håkan. *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 H, Göteborg 1995

Folkhälsoinstitutet. *Kommunala basfakta som underlag för folkhälsoarbete*. Folkhälsoinstitutet, Stockholm 2002

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

Gustafsson Jan-Erik. *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

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 1996

Hwang, P. & Wickberg, B. *Föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa*. Statens Folkhälsoinstitut, Stockholm 2001

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

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

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

Petersen S, Bergström E, Cederblad M, Ivarsson A, Köhler L, Rydell A-M, Stenbeck M, Sundelin C, Häggglöf 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 Weitof 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 under 1990-talet. Bidrag till ett kommunalt barnindex*. Rädda barnen, Stockholm 2002

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

Skolelevers drogvanor 2007, Göteborgs stad; Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN 2008

Socialstyrelsen. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födelseregistret 1973–2008, Assisterad befruktning 1991–2007. Socialstyrelsen, Stockholm 2009.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-12-11>

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/publikationer2009/2009-12-15>

Socialstyrelsen. Barn och unga – Insatser år 2008. Socialstyrelsen, Stockholm 2009
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-12-20>

Socialstyrelsen. Amning och föräldrars rökvanor – Barn födda 2007. Socialstyrelsen, Stockholm 2009 <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-11-15>

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

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. Istituto degli Innocenti, Florence 29 January 2009

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

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 upprepade 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 inflationsuppräknings) 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. Med utländsk bakgrund menas minst en utlandsfödd förälder.

De flesta rapporterna har behandlat barnfattigdomen på kommunal nivå, men för 2008 ingick 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 2007 lever i familjer under fattigdomsgränsen per 100 barn i åldersgruppen.

Källa: Barnfattigdomen i Sverige. Årsrapport 2008. Rädda Barnen; Folkhälsoinstitutets Kommunala Basfakta (KBF).

Kvalitet: Data är hämtade ur traditionellt pålitliga register, som används flitigt i olika statistiska sammanhang sedan mycket länge.

Referens: Salonen, Tapio. *Barnfattigdomen i Sverige. Årsrapport 2008*. Rädda Barnen, Stockholm 2009.

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. Samtidigt vet man att elever med utländsk bakgrund i större utsträckning än andra elever inte uppnår behörighet för gymnasiestudier. Det har invänts att denna kunskapsrelaterade bedömning bara täcker ett av läroplanens många målområden och att den är svår att följa över tid och jämföra mellan skolenheter. Betygssystemet ändras titt som tätt och bedömningarna skiftar mellan skolor och kommuner.

Indikatorn visar: Andel elever i nionde årskursen 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; Faktablad, Göteborgs stad; Folkhälsoinstitutet.

Referenser: Gustafsson, Jan-Erik. *Barns utbildningssituation. Bidrag till ett kommunalt barnindex*. Rädda Barnen, Stockholm 2006.

B. Hälso tillstånd 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, 2009). 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 2009). Trots sin relativa betydelse är antalet dödsfall i skador i barnåldern lågt; år 2007 dog sammanlagt 168 barn och ungdomar under 20 år av yttre orsaker (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 också tillgängliga i socialstyrelsens patientregister. Som svåra yttre skador har inkluderats skall- och ansiktsfrakturer, intrakraniella skador, frakturer på extremiteter, bränn- och frätskador, förgiftningar och toxiska effekter. Under år 2008 vårdades knappt 12 000 barn under 18 år på sjukhus för olycksfall och avsiktliga skador 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. Socialstyrelsen håller dessutom på att samla in och bearbeta data från akutmottagningar och jourcentraler vid sjukhus inom ramen för svenska IDB (Injury Database). Än så länge ingår åtta intresserade och engagerade sjukvårdsinrättningar, däribland sjukhusen i den del av Västra Götalandsregionen som utgörs av före detta Skaraborgs län (Skövde, Lidköping, Falköping och Mariestad). Datainsamlingen syftar dels till att ge ett nationellt underlag för skadepreventiva åtgärder men är också en del i det sameuropeiska EUROIDB, som syftar till att ge motsvarande underlag på europeisk nivå.

Indikatorn visar: Andel barn som vårdats på sjukhus för svåra yttre skador. Medelvärde för åren 2006 – 2008 per 100 barn i åldersgruppen.

Källa: Socialstyrelsens patientregister och SCB:s befolkningsregister.

Kvalitet: Patientregistret innehåller alla avslutade vårdtillfällen i slutenvård i hela landet sedan 1987. Uppgifterna till registret samlas in en gång om året och omfattar sedan 2001 både offentliga och privata vårdgivare. Patientregistret 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. Både den öppna och den slutna vården har uppgiftsskyldighet – primärvården undantagen. Ännu har dock inte uppgifterna från den öppna vården på sjukhus nått en sådan kvalitet att de kan ligga till grund för generell statistik..

Referenser: Bremberg S. *Sociala skillnader i ohälsa bland barn och unga i Sverige. En kunskapsöversikt*. Statens Folkhälsoinstitut, Stockholm 2002; Socialstyrelsen; *Folkhälsorapporten*, Socialstyrelsen, Stockholm 2009;

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/publikationer2009/2009-125-15>

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 vid 6 års ålder är kariesfria i det temporära bettet, som procent av barn i åldersgruppen.

Källa: Regionens tandhälsoenhet; riksdatabaser från Socialstyrelsen.

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. Socialstyrelsen har föreslagit 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, Anita. 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;

Rapport om tandhälsan hos 6-åringar 2004-2008. Folktandvården, VGR 2009;

Karies hos barn och ungdomar. En lägesrapport för år 2008. Socialstyrelsen, Stockholm 2010.

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 har ett ålders- och könsstandardiserat Body Mass Index (BMI) av minst 25 resp. 30, mätt vid elevernas hälsobesök i årskurs 4 (11 år), 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 2007/2008 92 % och i Nordost 93 - 94 %, utom i Kortedala där endast 78 % deltog. Det större bortfallet i Kortedala gör naturligtvis att resultaten därifrån blir osäkrare. Reella mätfel kan naturligtvis också förekomma, men är sannolikt slumpartade och påverkar knappast resultatet i någon större utsträckning. Ingen bortfallsanalys är dock rapporterad.

Största variationerna mellan årskullarna ses för flickor. Motsvarande mätning görs också i årskurs 8 (15 år) och i gymnasieskolan men där är bortfallet betydligt större, och resultaten alltså mindre pålitliga. Detsamma gäller för friskolorna, som har en mycket lägre deltagarandel i hälsobesöken än de kommunala skolorna.

Källa: Skolhälsan, Göteborg, Folkhälsoinstitutet.

Kvalitet: Varierande medverkan i mätningarna och ingen bortfallsanalys gör data mindre pålitliga. Sammanfattning av data på region- eller riksnivå finns inte, men Folkhälsoinstitutet har nyligen 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.

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.

4. Barns psykiska ohälsa

Definition och betydelse

Barns psykiska hälsotillstånd är den del av hälsopanoramats som av många skäl varit mest svåråtkomlig. Efter många års utredande har nu en landsomfattande kartläggning av barns och ungdomars psykiska ohälsa genomförts under hösten 2009. Alla elever i grundskolans årskurser 6 och 9 har under lektionstid fått svara på en enkät om hur man upplever sin psykiska hälsa. Enkäten består av 42 frågor som är utformade 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 Folkhälsoinstitutets 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. Resultaten presenterar Folkhälsoinstitutet på sin hemsida dels i form av diagram där de 25 % minst, de 50 % genomsnittliga och de 25 % mest problembelastade enheterna (skolor/kommuner) ritats upp. Dels presenteras tabeller över varje dimension, där enheternas spridning inom den mest

belastade tiopercentilen visas från 0 till 10, där 7,5 och uppåt betyder hög problembelastning. Några resultat på läns/regionnivå för att kunna jämföra län med län har inte tagits fram då dessa anses vara för få (21 st.).

För att visa resultaten för stadsdelarna i Nordost har en särskild bearbetning gjorts av samma grunddata, där man också utgår från ett riksgenomsnitt av varje dimension och avskiljer 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 indikatorerna här slagits samman till *ett psykiskt ohälsöindex* 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 (Petersen et al. 2010).

Indikatorn visar: Ett sammanslaget index för skolbarnens psykiska ohälsa, beräknat på 5 dimensioner av hälsa/ohälsa. Ju högre tal desto bättre psykisk hälsa.

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. Bortfallet är inte analyserat. Senare under året kommer FHI att presentera mera genomarbetade resultat, vilket gör det lättare att jämföra och tolka utfallen på kommun- och kommunnivå liksom också på läns/regionnivå.

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. <http://www.fhi.se/sv/Vart-uppdrag/Barns-och-ungas-halsa/Kartlaggning-psykisk-halsa/Resultat-av-kartlaggningen/Resultatet-som-tabeller/>.

C. Determinanter

1) Riskfaktorer

1. Barn med låg födelsevikt

Definition och betydelse

Det finns två principiella orsaker till att barn är för små när de föds – tillväxthämning under fosterstadiet och för tidig födsel. Inte sällan förekommer dessa två sårbarhetsfaktorer samtidigt dvs. för tidigt födda barn är också ofta tillväxthämmade.

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 finns ett väl dokumenterat samband med sociala och ekonomiska faktorer. 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.

Det andra sättet 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 Folkhälsoinstitutet 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. Orsakerna till låg födelsevikt är komplexa, men det finns en klar koppling till sämre socioekonomiska förhållanden hos föräldrarna, moderns rökning och stress under graviditeten. 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.

Det speciella register som finns upprättat för barn vårdade på rikets neonatalavdelningar (PNQ, Nationellt Perinatalt Qvalitetsregister) innehåller data om såväl graviditetslängden som födelsevikten, och kan tjäna som startpunkt för en förfining av denna nyföddhetsindikator. Registret leds f.n. från neonatalavdelningen i Göteborg och det finns därför goda förutsättningar att i samarbete med epidemiologer och folkhälsovetare konstruera ett sådant sammanslaget mått här, för både lokalt och nationellt behov.

Indikatorn visar: Andel nyfödda med födelsevikt under 2 500 g, i procent av antalet levande födda icke tvillingar. Medelvärde för perioden 2005 – 2007.

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.

Referenser: Elmén Håkan. *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 12 %. Tonårsgravida röker dock mest.

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 fosterlivet genom moderns rökvanor*”, men dessa uppgifter är inte tillgängliga utan särskild programmering.

Källa: Data insamlas rutinmässigt via MVC/BVC och rapporteras via Medicinska födelseregistret och Barnhälsovården i Göteborg.

Referenser: Socialstyrelsen. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födelseregistret 1973–2008, Assisterad befruktning 1991-2007. Socialstyrelsen, Stockholm 2009.

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: Socialstyrelsen; Barnhälsovården i Göteborg.

Referenser: Amning och föräldrars rökvanor Barn födda 2007. Socialstyrelsen, Stockholm 2009.

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 som uppger att de röker varje vecka 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 då 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.

Källa: Skolelevers drogvanor 2007, Göteborgs stad; Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN.

Referenser: Molin, Peter. *Skolelevers drogvanor 2007 RAPPORT 2008:1*. Preventions- och Utvecklingsenheten, Göteborgs stad. *Drogutvecklingen i Sverige 2009* Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN Rapport 108, Stockholm 2008.

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 är kopplade till andra ohälsosamma beteenden som bruk av tobak och narkotika. 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.

Källa: Skolelevers drogvanor 2007, Göteborg; Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN.

Referenser: Molin, Peter. *Skolelevers drogvanor 2007 RAPPORT 2008:1* Preventions- och Utvecklingsenheten, Göteborgs stad; *Drogutvecklingen i Sverige 2009* Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN Rapport 188, Stockholm 2008.

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 kriterier på amning innebär enbart bröstmjolk (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: Andel barn som ammas helt eller delvis vid 4 månaders ålder. Avser barn födda 2007, i 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: Socialstyrelsen; Barnhälsovården, Göteborg

Referenser: *Amning och föräldrars rökvanor Barn födda 2007*. Socialstyrelsen, Stockholm 2009;

Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Apr 18;(2):CD001688.

2. Barn vaccinerade mot MPR

Definition och betydelse

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

Indikatoren visar: Andel barn födda år 2005 som 1 jan 2008 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.

Källa: Smittskyddsinstitutet; Barnhälsovården, Göteborg.

Referens: Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:22) om vaccination av barn.

D. Service, stöd och hälsopolitik

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. Den senaste kom från Folkhälsoinstitutet 2004 och där upprepades och underströks de övergripande målen att:

1. öka kunskaperna om barnet och barnets situation,
2. skapa kontakt och gemenskap mellan föräldrar och personal och mellan föräldrarna sinsemellan
3. ge insikt om möjligheterna att påverka samhällsförhållandena.

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 i Nordost 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.

Trots att indikatorn alltså har en begränsad vetenskaplig evidens har den behållits för att kunna följa utvecklingen framåt och för att stimulera Barnhälsovården att pröva fler vägar att nå föräldrarna i detta viktiga folkhälsoarbete. Särskilt med hänsyn till de aktuella diskussionerna om betydelsen av det "sociala kapitalet" för barns hälsa och utveckling är det angeläget att främja denna verksamhet (Wilkinson & Pickett 2010).

I mars 2010 lanserar regeringen en ny nationell strategi för stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap. Målgrupp är familjer med barn 0-17 år.

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 samlokaliseras man olika samhällstjänster för föräldrar med små barn. Vanligen finns öppen förskola, mödrahälsovård, barnhälsovård och socialtjänst.

Indikatorn visar: Andel förstagångsföräldrar som deltagit någon gång i de stödgrupper som anordnas av BVC i procent av inskrivna förstagångsföräldrar.

Kvalitet: Insamlas rutinmässigt på BVC och sammanställs årligen av BHV-överläkaren.

Källa: Barnhälsovårdens årsrapport.

Referenser: Bremberg, Sven. *Nya verktyg för föräldrar – förslag till nya former för föräldrastöd*. Folkhälsoinstitutet, Stockholm 2004;

Hwang, P. & Wickberg, B. *Föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa*. Statens Folkhälsoinstitut, Stockholm 2001;

Ny, Pernilla. *Swedish maternal health care in a multiethnic society – including the fathers*. Doktorsavhandling, Malmö högskola 2007;

Stöd i föräldraskapet. SOU 1997:161 Socialdepartementet, Stockholm 1997;

Tidigt föräldrastöd – en fördjupad beskrivning och analys av det tidiga föräldrastödet inom mödra- och barnhälsovården. Representanter för Svenska Specialistföreningar verksamma inom Mödra- och Barnhälsovården, 2007;

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

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 bredare och sannolikt sammansatt indikator.

Indikatorn visar: Andel 5-åringar som är inskrivna förskolan i procent av antal barn i åldersgruppen.

Kvalitet: Speglar endast formell anslutning, säger inget om omfattningen eller kvaliteten av verksamheten.

Källa: Faktablad 2009, Göteborgs stad.

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.

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 7). I ett senare skede kan de 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 vanlig och viktig sjukdom som speglar både individuella och samhälleliga förhållanden. I barnåren 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.

2. Barn med diabetes

Definition och betydelse

Diabetes hos barn och ungdomar är i kraftigt ökande i hela västvärlden. I Sverige har antalet barn som insjuknar fördubblats sedan 10-15 år tillbaka, och det finns idag c:a 7700 barn och ungdomar med insulinberoende diabetes. Åldern för insjuknandet har sjunkit, från en tidigare topp i åren strax före pubertetens inträdande med dess tillväxtspurt, till att nu vara lika vanlig i förskoleåldern. Orsaken till ökningen är inte klarlagd, men ett starkt samband tycks föreligga med den allt snabbare tillväxten av barn, kopplad till den likaledes stora ökningen av välfärdssjukdomar som fetma och övervikt hos barn. Trots systematisk och intensiv behandling är riskerna för allvarliga komplikationer på sikt stora, fr.a. av njurar, ögon, hjärta och nervsystem.

Den starka ökningen, 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.

Indikatorn visar: Andel barn 0 – 17 år som lider av diabetes (typ 1, insulinberoende), per femårsperiod, per 100 000 population i åldersgruppen (prevalens).

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.

Källa: Regionens primärvårdsdata; SWEDIABKIDS; Barndiabetesregistret, Umeå.

Referenser: Nationellt barndiabetesregister (www.ndr.nu/ndr2).

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 vårdssystemets 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 uppmärksammas. 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 kommunnedsnivå, och lokala data finns inte tillgängliga.

Källa: En systematisk kartläggning bör genomföras i samarbete mellan BVC, Skolhälsoenheten, Barnhabiliteringen och Socialtjänsten. När den datoriserade journalen blir verklighet blir detta möjligt.

Referens: Hjälpmedelsinstitutet. *Så många barn ...har någon långvarig sjukdom eller något funktionshinder.* Statistiksammanställning 2002.

C. Determinanter

1. Skolbarns 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 angelägenhet 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 (Petersen et al. 2010). Den landsomfattande kartläggning av skolbarns psykiska ohälsa som genomfördes hösten 2009 av SCB och Folkhälsoinstitutet har, vad gäller barn i grundskolan, åtminstone delvis täckt den bristen.

På initiativ från Skolläkarföreningen och i samverkan med Riksföreningen för skolsköterskor medverkar Statens Folkhälsoinstitut i ett arbete som syftar till 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.

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 den kraftiga 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 sin senaste rapport över 2008 års verksamhet beskrivit i vilka årskurser och stadsdelar eleverna tillämpar ”goda kostvanor” respektive ”goda motionsvanor”. Verksamheten är nystartad och, som påpekas i årsrapporten, 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. Om några år kan här finnas ett par goda indikatorer för barns hälsoutveckling, möjliga att bryta ner till stadsdelar och skolor.

I Nordost pågår ett 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 under kommande år. Samarbete med pågående forskningsprojekt vid GU kan höja kvaliteten.

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.

Källa: Skolhälсан, 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. 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.

Referenser: Formgren, H. *Allergisjukdomar hos barn och unga. I. Omfattning av allergi och annan överkänslighet. Vetenskaplig sammanställning*. Folkhälsoinstitutet, 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.

5. Tonårsgraviteter/Tonårsaborter

Definition och betydelse

Tonårsgraviteter 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 förstas 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 barnafödandet hos tonåringar sjunkit avsevärt under de senaste decennierna och utgör nu mindre än % av alla kvinnor som föder barn.

Indikatorn visar: Andel förlossningar/aborter hos kvinnor under 19 år 2009 i procent av alla förlossningar i området.

Kvalitet: Data för tonårsgraviditeter finns tillgängliga för NO endast för 2009 (manuellt framräknade) och för riket senast från 2008. Aborter går inte att producera för så små områden som stadsdelar (risk för integritetskränkning).

Källa: Mödrahälsovården i Göteborg; Socialstyrelsen.

Referenser: Socialstyrelsen. *Medicinska födelseregistret 1973–2008* Socialstyrelsen, Stockholm 2009.

Handlingsplan för prevention av oönskade graviditeter. Folkhälsoinstitutet, Stockholm 2001; UNICEF *A league table of teenage births in rich nations*. Innocenti Report Card 3. Florence, Innocenti Research Centre 2001.

D. Service, stöd och hälsopolitik

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 2008 var i Göteborg 684 elever inskrivna i grundsärskolan, dvs. nästan 1,5 %. Andel barn i särskola är närmare dubbelt så stort i Nordost som i Göteborg totalt (2,3 % respektive 1,4 %), men ingen förändring har skett de senaste 5 åren.

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 betygssystemet 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.

Källa: Skolverket; Skolhälstan, Göteborg.

Referenser: Gustafsson, Jan-Erik. *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. Uppgiftsrapporteringen och därmed tillförlitligheten, varierar kraftigt mellan olika kommuner.

Indikatorn har uteslutits därför att datakvaliteten är tveksam och tolkningen oklar.

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.

Källa: Socialkontoren; Socialstyrelsen.

Referenser: Socialstyrelsen. *Insatser för barn och unga 2008*. Socialstyrelsen, Stockholm 2009.

3. Handlingsprogram mot mobbning i skolorna

Definition och betydelse

Mobbning, definierad som ”när en eller flera individer, vid upprepade tillfällen och under längre tid, blir utsatta för negativa handlingar av en eller flera individer” (Olweus 1986), har uppmärksamats allt mer och många rapporter talar om en kraftig ökning. Allt fler kommuner använder Olweus’ metod att förebygga problemet, vilken innebär insatser riktades såväl till elever, lärare, skolläda som till föräldrar. Metoden innefattar tydliga markeringar av att mobbning aldrig kan accepteras på skolan, vilket förutsätter ett tydligt regelsystem med ett brett förankrat sanktionssystem. I metoden ingår också att allmänt söka främja ett positivt skolklimat. Den systematiska genomgången visar att principerna enligt Olweus fortfarande är giltiga, även om reella utvärderingar är få.

Under våren 2008 deltog elever från 18 skolor i Göteborg i Olweus elevenkätundersökning och svarade på frågor om mobbning i skolan. Det handlar om sammanlagt 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 indicatorsystem 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. Skolhälsan har naturligtvis en viktig roll att spela här.

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 både för Nordost och 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 resultat-indikator 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.

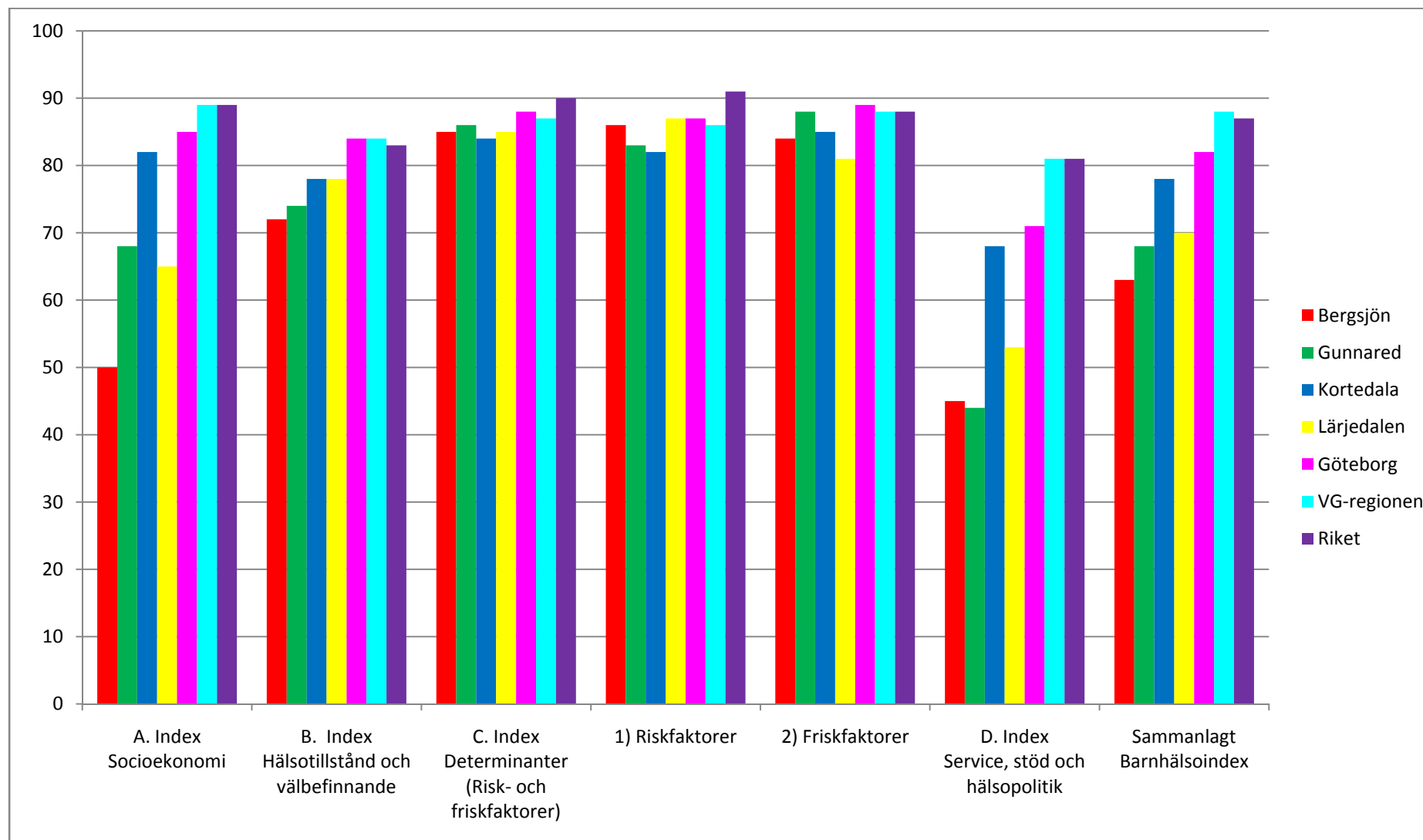
Källa: Kommunens social- och skolkontor; Skolhälsan.

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.

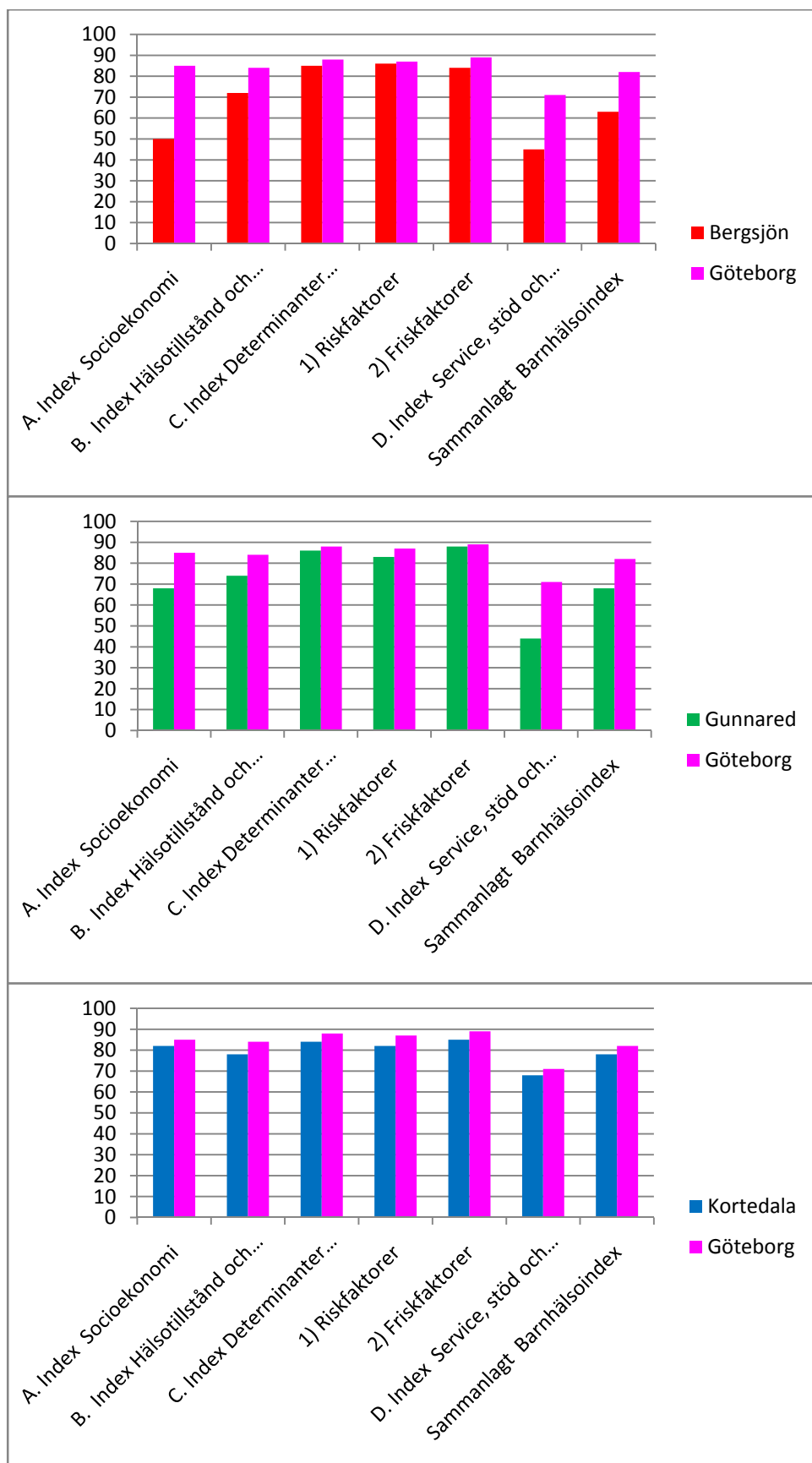
Bilaga 3.

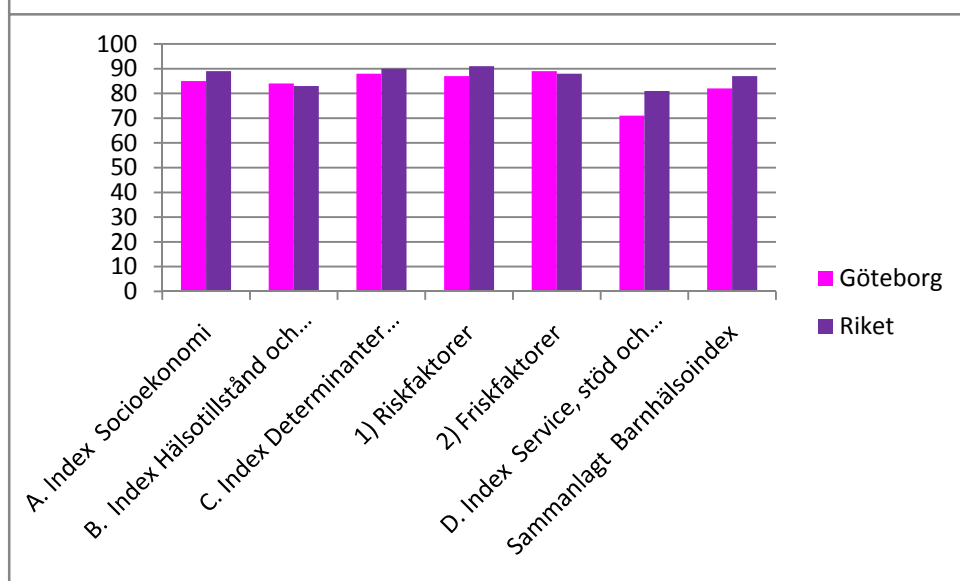
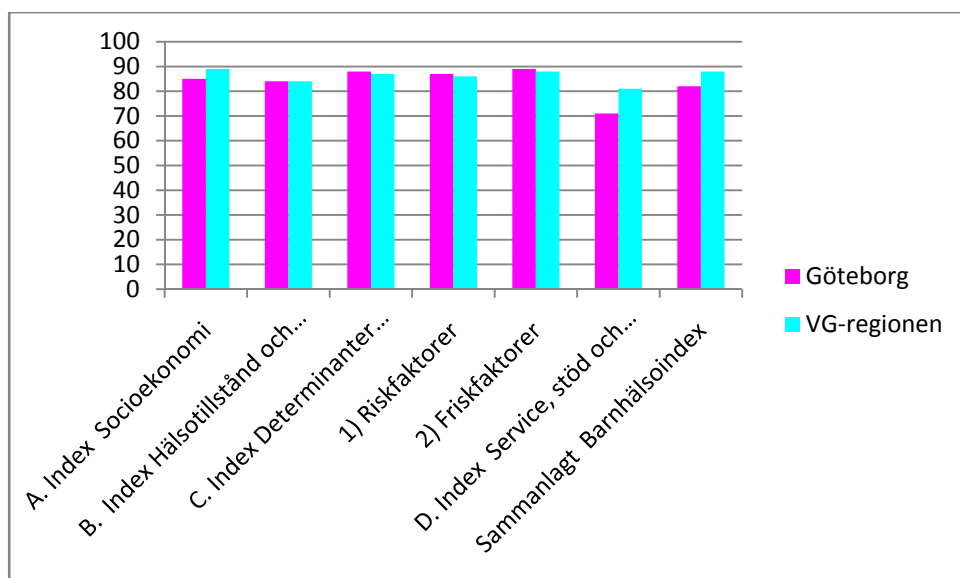
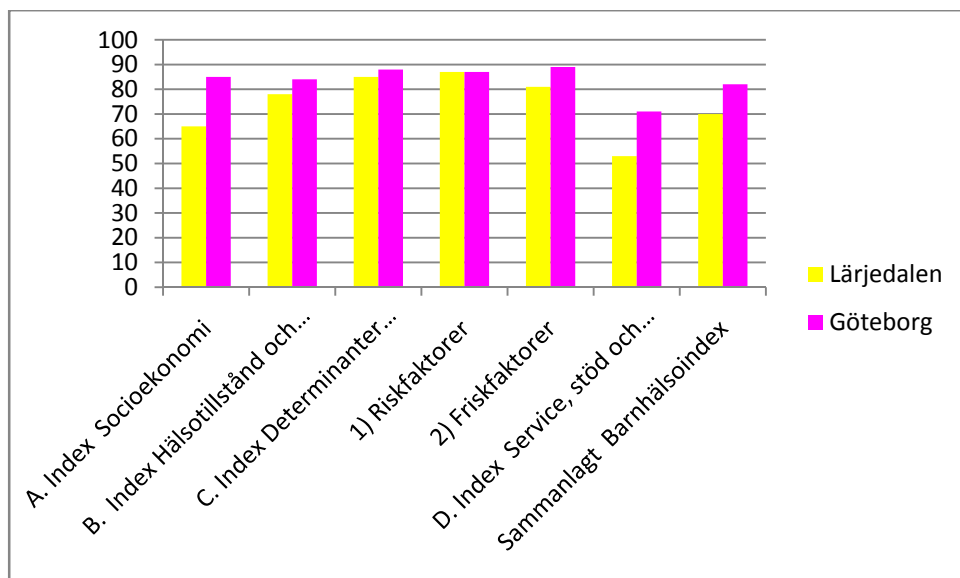
Figur 1. Barnhälsoindex 0-100 i domäner och sammanlagt. Ju högre tal, desto bättre värde



Bilaga 4.

Figur 2-6. Barnhälsoindex 0-100 i domäner och sammanlagt, per område. Ju högre tal, desto bättre värde





Bilaga 5.**Tabell 6. Indikatorer i originalformat**

A. Socioekonomi	Bergsjön	Gunnared	Kortedala	Lärjedalen	Göteborg	VG-reg.	Riket
Barn 0 – 17 år i ekonomiskt utsatta hushåll 2007 (%)	52	36	20	39	17	11	11
Elever i åk 9 behöriga till gymnasieskolan vt 2007 (%)	52	72	83	69	86	89	89
B. Hälsotillstånd och välbefinnande							
Sjukhusvårdade för svåra yttre skador, 1 -17 år, per 1000	5,0	7,4	6,5	7,3	7,1	7,2	6,5
Kariesfria 6-åringar 2008 (%)	27	34	51	45	67	69	74
Elever i årskurs 4 med övervikt/fetma 2008 (%)	28	20	27	20	16	i.u.	27
<i>Psykisk ohälsa årskurs 9, (%) i den mest belastade tiondelen</i>	<i>10,8</i>	<i>17,4</i>	<i>12,2</i>	<i>13,7</i>	<i>15,1</i>	<i>i.u.</i>	<i>13,6</i>
Nedstämdhet	9	20,1	10,4	15,7	16,5	i.u.	13,4
Konc. svårigheter	12,2	11,4	13,1	11,9	13	i.u.	13,2
Brist. välbefinnande	11,9	14,4	9,8	15,7	16,5	i.u.	14,1
Problempåverkan	11,1	21,6	12,6	15	14,9	i.u.	14,3
C. Determinanter (Risk- och friskfaktorer)							
C 1) Risk-faktorer							
Låg födelsevikt < 2 500 g per 1000 nyfödda	50,1	40,9	32,4	44,4	35	31,2	31,1
Rökande gravida kvinnor (%)	13,5	17,6	12,3	9,4	7,7	7,5	6,7
Rökande familjer m spädbarn (%)	29,3	35,2	26,3	26,8	15,6	14,5	13,9
Dagligrökare i årskurs 9 (%)	13	18	19	14	18	22	10
Intensivkonsumtion av alkohol årskurs 9 (%)	12	8	27	11	23	23	20
C 2) Frisk-faktorer							
Amning till 4 mån, helt el delvis (%)	72	78	72	66	81	78	80
Vaccinerade mot MPR (%)	96	97	98	95	97	97	96
D. Index Service, stöd och hälsopolitik							
Förstabarnsföräldrar, som deltagit någon gång i föräldrastödet BVC. Barn födda 2006 (%)	10	5	53	20	56	i.u.	i.u.
Barn 1-5 år inskrivna i förskola 2008 (%)	79	83	82	86	85	81	81

A Child Health Index for the North-eastern parts of Göteborg.

A system for monitoring children's health and well-being

Lennart Köhler
Professor
Nordic School of Public Health
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 Northeastern parts of the city: poverty, unemployment, education, immigration, refugees, mortality, morbidity, crime, and a generally poorer health among its population, not least among children.

To improve this situation the politicians have decided to invest in extra resources to support the development of economic, human, social and cultural capital in the local population. Children and adolescents have been recognized as special target groups, and faithful to the principle *First measure, then act*, early efforts have been made to map children's present health and wellbeing, so that any intervention in this field could be evaluated.

This report identifies a set of 15 valid, robust and easily available health indicators for children in this disadvantaged part of the city, organizes them in 4 domains (Socio-economics, Health and well-being, Risk and protective factors, Service, support and policy) and combines them into 5 Child Health Sub-Indices and one Aggregated Child Health Index, comparing the results with the city as a whole and with national and regional data.

Results

Altogether 15 indicators fulfilled the criteria for relevance, quality and availability, which is an increase from the 6 indicators that were identified in a previous study of municipal child health in Sweden. Most of the indicators showed a worse situation for children in the Northeastern part of the city, especially obvious regarding poverty and school achievement but also dental health, smoking in pregnancy and smoking in infant households, breastfeeding, parental use of organized parental support, while low birth weight, preschool attendance and overweight in schoolchildren were marginally worse and vaccination and heavy injuries were on the same level. Smoking and drinking at 15 years were not so frequent, and mental health problems were even slightly less frequent in Northeast. All combined indices showed a worse situation compared to the city as a whole.

Conclusion

This first effort to systematically map the health and wellbeing of children in a disadvantaged part of a Swedish city 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 and tobacco, 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 care services. Among the determinants there is nothing on the physical environment and its influence on health, there is nothing on nutrition or social and cultural capital. 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

1983

- 1983:1 Hälsa för alla i Norden år 2000. Föredrag presenterade på en konferens vid Nordiska hälsovårdshögskolan 7–10 september 1982.
- 1983:2 Methods and Experience in Planning for Family Health – Report from a seminar. Harald Heijbel & Lennart Köhler (eds).
- 1983:3 Accident Prevention – Report from a seminar. Ragnar Berfenstam & Lennart Köhler (eds).
- 1983:4 Själv mord i Stockholm – en epidemiologisk studie av 686 konsekutiva fall. Thomas Hjortsjö. Avhandling.

1984

- 1984:1 Långvarigt sjuka barn – sjukvårdens effekter på barn och familj. Andersson, Harwe, Hellberg & Syrén. (FoU-rapport/shstf:14). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1984:2 Intersectoral Action for Health – Report from an International Workshop. Lennart Köhler & John Martin (eds).
- 1984:3 Barns hälsotillstånd i Norden. Gunborg Jakobsson & Lennart Köhler. Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.

1985

- 1985:1 Hälsa för äldre i Norden år 2000. Mårten Lagergren (red).
- 1985:2 Socialt stöd åt handikappade barn i Norden. Mats Eriksson & Lennart Köhler. Distribueras av Allmänna Barnhuset, Box 26006, SE-100 41 Stockholm.
- 1985:3 Promotion of Mental Health. Per-Olof Brogren.
- 1985:4 Training Health Workers for Primary Health Care. John Martin (ed).
- 1985:5 Inequalities in Health and Health Care. Lennart Köhler & John Martin (eds).

1986

- 1986:1 Prevention i primärvården. Rapport från konferens. Harald Siem & Hans Wedel (red). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1986:2 Management of Primary Health Care. John Martin (ed).
- 1986:3 Health Implications of Family Breakdown. Lennart Köhler, Bengt Lindström, Keith Barnard & Houda Itani.
- 1986:4 Epidemiologi i tandvården. Dorthe Holst & Jostein Rise (red). Distribueras av Tandläkarförlaget, Box 5843, SE-102 48 Stockholm.
- 1986:5 Training Course in Social Pediatrics. Part I. Lennart Köhler & Nick Spencer (eds).

Förteckning över NHV-rapporter

1987

- 1987:1 Children's Health and Well-being in the Nordic Countries. Lennart Köhler & Gunborg Jakobsson. Ingår i serien Clinics in Developmental Medicine, No 98 och distribueras av Blackwell Scientific Publications Ltd, Oxford. ISBN (UK) 0 632 01797X.
- 1987:2 Traffic and Children's Health. Lennart Köhler & Hugh Jackson (eds).
- 1987:3 Methods and Experience in Planning for Health. Essential Drugs. Frants Staugård (ed).
- 1987:4 Traditional midwives. Sandra Anderson & Frants Staugård.
- 1987:5 Nordiska hälsovårdshögskolan. En historik inför invigningen av lokalerna på Nya Varvet i Göteborg den 29 augusti 1987. Lennart Köhler (red).
- 1987:6 Equity and Intersectoral Action for Health. Keith Barnard, Anna Ritsataki & Per-Gunnar Svensson.
- 1987:7 In the Right Direction. Health Promotion Learning Programmes. Keith Barnard (ed).

1988

- 1988:1 Infant Mortality – the Swedish Experience. Lennart Köhler.
- 1988:2 Familjen i välfärdsstaten. En undersökning av levnadsförhållanden och deras fördelning bland barnfamiljer i Finland och övriga nordiska länder. Gunborg Jakobsson. Avhandling.
- 1988:3 Aids i Norden. Birgit Westphal Christensen, Allan Krasnik, Jakob Bjørner & Bo Eriksson.
- 1988:4 Methods and Experience in Planning for Health – the Role of Health Systems Research. Frants Staugård (ed).
- 1988:5 Training Course in Social Pediatrics. Part II. Perinatal and neonatal period. Bengt Lindström & Nick Spencer (eds).
- 1988:6 Äldretandvård. Jostein Rise & Dorthe Holst (red). Distribueras av Tandläkarförlaget, Box 5843, SE-102 48 Stockholm.

1989

- 1989:1 Rights, Roles and Responsibilities. A view on Youth and Health from the Nordic countries. Keith Barnard.
- 1989:2 Folkhälsovetenskap. Ett nordiskt perspektiv. Lennart Köhler (red).
- 1989:3 Training Course in Social Pediatrics. Part III. Pre-School Period. Bengt Lindström & Nick Spencer (eds).

Förteckning över NHV-rapporter

- 1989:4 Traditional Medicine in Botswana. Traditional Medicinal Plants. Inga Hedberg & Frants Staugård.
- 1989:5 Forsknings- och utvecklingsverksamhet vid Nordiska hälsovårdshögskolan. Rapport till Nordiska Socialpolitiska kommittén.
- 1989:6 Omstridda mödrar. En studie av mödrar som förtecknats som förståndshandikappade. Evy Kollberg. Avhandling.
- 1989:7 Traditional Medicine in a transitional society. Botswana moving towards the year 2000. Frants Staugård.
- 1989:8 Rapport fra Den 2. Nordiske Konferanse om Helseopplysning. Bergen 4–7 juni 1989. Svein Hindal, Kjell Haug, Leif Edvard Aarø & Carl-Gunnar Eriksson.

1990

- 1990:1 Barn och barnfamiljer i Norden. En studie av välfärd, hälsa och livskvalitet. Lennart Köhler (red). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1990:2 Barn och barnfamiljer i Norden. Teknisk del. Lennart Köhler (red).
- 1990:3 Methods and Experience in Planning for Health. The Role of Women in Health Development. Frants Staugård (ed).
- 1990:4 Coffee and Coronary Heart Disease, Special Emphasis on the Coffee – Blood Lipids Relationship. Dag S. Thelle & Gerrit van der Stegen (eds).

1991

- 1991:1 Barns hälsa i Sverige. Kunskapsunderlag till 1991 års Folkhälsorapport. Gunborg Jakobsson & Lennart Köhler. Distribueras av Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna Förlaget).
- 1991:2 Health Policy Assessment – Proceedings of an International Workshop in Göteborg, Sweden, February 26 – March 1, 1990. Carl-Gunnar Eriksson (ed). Distributed by Almqvist & Wiksell International, Box 638, SE-101 28 Stockholm.
- 1991:3 Children's health in Sweden. Lennart Köhler & Gunborg Jakobsson. Distributed by Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna Förlaget).
- 1991:4 Poliklinikker og dagkururgi. Virksomhetsbeskrivelse for ambulent helsetjeneste. Monrad Aas.
- 1991:5 Growth and Social Conditions. Height and weight of Stockholm schoolchildren in a public health context. Lars Cernerud. Avhandling.
- 1991:6 Aids in a caring society – practice and policy. Birgit Westphal Victor. Avhandling
- 1991:7 Resultat, kvalitet, valfrihet. Nordisk hälsopolitik på 90-talet. Mats Brommels (red). Distribueras av nomesko, Sejrøgade 11, DK-2100 København.

Förteckning över NHV-rapporter

1992

- 1992:1 Forskning om psykiatrisk vårdorganisation – ett nordiskt komparativt perspektiv. Mats Brommels, Lars-Olof Ljungberg & Claes-Göran Westin (red). sou 1992:4. Distribueras av Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna förlaget).
- 1992:2 Hepatitis virus and human immunodeficiency virus infection in dental care: occupational risk versus patient care. Flemming Scheutz. Avhandling.
- 1992:3 Att leda vård – utveckling i nordiskt perspektiv. Inga-Maja Rydholm. Distribueras av shstf-material, Box 49023, SE-100 28 Stockholm.
- 1992:4 Aktion mot alkohol och narkotika 1989–1991. Utvärderingsrapport. Athena. Ulla Marklund.
- 1992:5 Abortion from cultural, social and individual aspects. A comparative study, Italy – Sweden. Marianne Bengtsson Agostino. Avhandling.

1993

- 1993:1 Kronisk syke og funksjonshemmede barn. Mot en bedre fremtid? Arvid Heiberg (red). Distribueras av Tano Forlag, Stortorget 10, NO-0155 Oslo.
- 1993:2 3 Nordiske Konference om Sundhedsfremme i Aalborg 13 – 16 september 1992. Carl-Gunnar Eriksson (red).
- 1993:3 Reumatikernas situation i Norden. Kartläggning och rapport från en konferens på Nordiska hälsovårdshögskolan 9 – 10 november 1992. Bjarne Jansson & Dag S. Thelle (red).
- 1993:4 Peace, Health and Development. A Nobel seminar held in Göteborg, Sweden, December 5, 1991. Jointly organized by the Nordic School of Public Health and the University of Göteborg with financial support from SAREC. Lennart Köhler & Lars-Åke Hansson (eds).
- 1993:5 Hälsopolitiska jämlikhetsmål. Diskussionsunderlag utarbetat av WHO's regionkontor för Europa i Köpenhamn. Göran Dahlgren & Margret Whitehead. Distribueras gratis.

1994

- 1994:1 Innovation in Primary Health Care of Elderly People in Denmark. – Two Action Research Projects. Lis Wagner. Avhandling.
- 1994:2 Psychological stress and coping in hospitalized chronically ill elderly. Mary Kalfoss. Avhandling.
- 1994:3 The Essence of Existence. On the Quality of Life of Children in the Nordic countries. Theory and Practice. Bengt Lindström. Avhandling.

Förteckning över NHV-rapporter

1995

- 1995:1 Psykiatrisk sykepleie i et folkehelseperspektiv. En studie av hvordan en holistisk-eksistensiell psykiatrisk sykepleiemodell bidrar til folkehelsearbeid. Jan Kåre Hummelvoll. Avhandling.
- 1995:2 Child Health in a Swedish City – Mortality and birth weight as indicators of health and social inequality. Håkan Elmén. Avhandling.
- 1995:3 Forebyggende arbeid for eldre – om screening, funn, kostnader og opplevd verdi. Grethe Johansen. Avhandling.
- 1995:4 Clinical Nursing Supervision in Health Care. Elisabeth Severinsson. Avhandling.
- 1995:5 Prioriteringsarbeid inom hälso- och sjukvården i Sverige och i andra länder. Stefan Holmström & Johan Calltorp. Sprit 1995. Distribueras av Spris förlag, Box 70487, SE-107 26 Stockholm.

1996

- 1996:1 Socialt stöd, livskontroll och hälsa. Raili Peltonen. Socialpolitiska institutionen, Åbo Akademi, Åbo, 1996.
- 1996:2 Recurrent Pains – A Public Health Concern in School – Age Children. An Investigation of Headache, Stomach Pain and Back Pain. Gudrún Kristjánsdóttir. Avhandling.
- 1996:3 AIDS and the Grassroots. Frants Staugård, David Pitt & Claudia Cabrera (red).
- 1996:4 Postgraduate public health training in the Nordic countries. Proceedings of seminar held at The Nordic School of Public Health, Göteborg, January 11 – 12, 1996.

1997

- 1997:1 Victims of Crime in a Public Health Perspective – some typologies and tentative explanatory models (Brottsoffer i ett folkhälsoperspektiv – några typologier och förklaringsmodeller). Barbro Renck. Avhandling. (Utgår både på engelska och svenska.)
- 1997:2 Kön och ohälsa. Rapport från seminarium på Nordiska hälsovårdshögskolan den 30 januari 1997. Gunilla Krantz (red).
- 1997:3 Edgar Borgenhammar – 65 år. Bengt Rosengren & Hans Wedel (red).

1998

- 1998:1 Protection and Promotion of Children's Health – experiences from the East and the West. Yimin Wang & Lennart Köhler (eds).
- 1998:2 EU and Public Health. Future effects on policy, teaching and research. Lennart Köhler & Keith Barnard (eds) 1998:3 Gender and Tuberculosis. Vinod K. Diwan, Anna Thorson, Anna Winkvist (eds)

Förteckning över NHV-rapporter

Report from the workshop at the Nordic School of Public Health, May 24-26, 1998.

1999

- 1999:1 Tipping the Balance Towards Primary Healthcare Network. Proceedings of the 10th Anniversary Conference, 13-16 November 1997. Editor: Chris Buttanshaw.
- 1999:2 Health and Human Rights. Report from the European Conference held in Strasbourg 15-16 mars 1999. Editor: Dr. med. Stefan Winter.
- 1999:3 Learning about health: The pupils' and the school health nurses' assessment of the health dialogue. Ina Borup. DrPH-avhandling.
- 1999:4 The value of screening as an approach to cervical cancer control. A study based on the Icelandic and Nordic experience through 1995. Kristjan Sigurdsson. DrPH-avhandling.

2000

- 2000:1 Konsekvenser av urininkontinens sett i et folkehelsevitenskapelig perspektiv. En studie om livskvalitet hos kvinner og helsepersonells holdninger. Anne G Vinsnes. DrPH-avhandling.
- 2000:2 A new public health in an old country. An EU-China conference in Wuhan, China, October 25-29, 1998. Proceedings from the conference. Lennart Köhler (ed)
- 2000:3 Med gemenskap som grund - psykisk hälsa och ohälsa hos äldre människor och psykiatrisjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Birgitta Hedelin. DrPH-avhandling.
- 2000:4 ASPHER Peer Review 1999. Review Team: Jacques Bury, ASPHER, Franco Cavallo, Torino and Charles Normand, London.
- 2000:5 Det kan bli bättre. Rapport från en konferens om barns hälsa och välfärd i Norden. 11-12 november 1999. Lennart Köhler. (red)
- 2000:6 Det är bra men kan bli bättre. En studie av barns hälsa och välfärd i de fem nordiska länderna, från 1984 till 1996. Lennart Köhler, (red)
- 2000:7 Den svenska hälso- och sjukvårdens styrning och ledning – en delikat balansakt. Lilian Axelsson. DrPH-avhandling.
- 2000:8 Health and well-being of children in the five Nordic countries in 1984 and 1996. Leeni Berntsson. DrPH-avhandling.
- 2000:9 Health Impact Assessment: from theory to practice. Report on the Leo Kaprio Workshop, Göteborg, 28 - 30 October 1999.

2001

- 2001:1 The Changing Public-Private Mix in Nordic Healthcare - An Analysis John Øvretveit.

Förteckning över NHV-rapporter

- 2001:2 Hälsokonsekvensbedömningar – från teori till praktik. Rapport från ett internationellt arbetsmöte på Nordiska hälsovårdshögskolan den 28-31 oktober 1999. Björn Olsson, (red)
- 2001:3 Children with asthma and their families. Coping, adjustment and quality of life. Kjell Reichenberg. DrPH-avhandling.
- 2001:4 Studier av bruket av dextropropoxifen ur ett folkhälsoperspektiv. Påverkan av ett regelverk. Ulf Jonasson. DrPH-avhandling.
- 2001:5 Protection – Prevention – Promotion. The development and future of Child Health Services. Proceedings from a conference. Lennart Köhler, Gunnar Norvenius, Jan Johansson, Göran Wennergren (eds).
- 2001:6 Ett pionjärbete för ensamvargar
Enkät- och intervjuundersökning av nordiska folkhälsodoktorer examinerade vid Nordiska hälsovårdshögskolan under åren 1987 – 2000.
Lillemor Hallberg (red).

2002

- 2002:1 Attitudes to prioritisation in health services. The views of citizens, patients, health care politicians, personnel, and administrators. Per Rosén. DrPH-avhandling.
- 2002:2 Getting to cooperation: Conflict and conflict management in a Norwegian hospital. Morten Skjørshammer. DrPH-avhandling.
- 2002:3 Annual Research Report 2001. Lillemor Hallberg (ed).
- 2002:4 Health sector reforms: What about Hospitals? Pär Eriksson, Ingvar Karlberg, Vinod Diwan (ed).

2003

- 2003:1 Kvalitetsmåling i Sundhedsvæsenet.
Rapport fra Nordisk Ministerråds Arbejdsgruppe.
- 2003:3 NHV 50 år (Festboken)
- 2003:4 Pain, Coping and Well-Being in Children with Chronic Arthritis.
Christina Sällfors. DrPH-avhandling.
- 2003:5 A Grounded Theory of Dental Treatments and Oral Health Related Quality of Life.
Ulrika Trulsson. DrPH-avhandling.

2004

- 2004:1 Brimhealth: Baltic rim partnership for public health 1993-2003.
Susanna Bihari-Axelsson, Ina Borup, Eva Wimmerstedt (eds)
- 2004:2 Experienced quality of the intimate relationship in first-time parents – qualitative and quantitative studies. Tone Ahlborg. DrPH-avhandling.

Förteckning över NHV-rapporter

2005

- 2005:1 Kärlek och Hälsa – Par-behandling i ett folkhälsoperspektiv.
Ann-Marie Lundblad. DrPH-avhandling.
- 2005:2 1990 - 2000:A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries
- Why, and What Did we Learn?
Erik Blas. DrPH-avhandling
- 2005:3 Socio-economic Status and Health in Women
Population-based studies with emphasis on lifestyle and cardiovascular disease
Claudia Cabrera. DrPH-avhandling

2006

- 2006:1 "Säker Vård -patientskador, rapportering och prevention"
Synnöve Ödegård. DrPH-avhandling
- 2006:2 Interprofessional Collaboration in Residential Childcare
Elisabeth Willumsen. DrPH-avhandling
- 2006:3 Innkost-CTG: En vurdering av testens prediktive verdier, reliabilitet og
effekt. Betydning for jordmødre i deres daglige arbeide
Ellen Blix. DrPH-avhandling

2007

- 2007:1 Health reforms in Estonia - acceptability, satisfaction and impact
Kaja Põlluste. DrPH-avhandling
- 2007:2 Creating Integrated Health Care
Bengt Åhgren. DrPH-avhandling
- 2007:3 Alkoholbruk i tilknytning til arbeid – Ein kvalitativ studie i eit folkehelsevitskapeleg
perspektiv
Hildegunn Sagvaag. DrPH-avhandling
- 2007:4 Public Health Aspects of Pharmaceutical Prescription Patterns – Exemplified by
Treatments for Prevention of Cardiovascular Disease
Louise Silwer. DrPH-avhandling
- 2007:5 Å fremme den eldre sykehuspasientens helse I lys av et folkehelse og holistisk-
eksistensielt sykepleieperspektiv
Geir V Berg. DrPH-avhandling

2008

- 2008:1 Diabetes in children and adolescents from non-western immigrant families –
health education, support and collaboration
Lene Povlsen. DrPH-avhandling

Förteckning över NHV-rapporter

- 2008:2 Love that turns into terror: Intimate partner violence in Åland – nurses' encounters with battered women in the context of a government-initiated policy programme
Anette Häggblom. DrPH-avhandling
- 2008:3 Oral hälsa hos personer med kognitiva och/eller fysiska funktionsnedsättningar – ett dolt folkhälsoproblem? Ulrika Hallberg, Gunilla Klingberg
- 2008:4 School health nursing – Perceiving, recording and improving schoolchildren's health
Eva K Clausson. DrPH-avhandling
- 2008:5 Helbredsrelateret livskvalitet efter apopleksi. Validering og anvendelse af SSQOL-DK, et diagnosespecifikt instrument til måling af helbredsrelateret livskvalitet blandt danske apopleksipatienter
Ingrid Muus. DrPH-avhandling
- 2008:6 Social integration for people with mental health problems: experiences, perspectives and practical changes
Arild Granerud. DrPH-avhandling
- 2008:7 Between death as escape and the dream of life. Psychosocial dimensions of health in young men living with substance abuse and suicidal behaviour
Stian Biong. DrPH-avhandling
- 2009**
- 2009:1 Ut ur ensamheten. Hälsa och liv för kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen och som deltagit i självhjälpgrupp
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

Förteckning över NHV-rapporter

- 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