



Folkhälsomyndigheten

Hur mår små barn i Sverige?

Hälsa och hälsans förutsättningar bland barn
i åldern 0–5 år

Denna titel kan laddas ner från: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/. En del av våra titlar går även att beställa som ett tryckt exemplar, se våra [kundtjänst och köpvillkor](#).

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovspersonens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2024.

Artikelnummer: 24147. Reviderad version.

Foto omslag: Rebecca Wallin/Johnér Premium.

Foto inlaga: s. 14 Johanna Herbst/Johnér, s. 18 Anne Dillner/Johnér, s. 24 Maskot Bildbyrå/Johnér, s. 30 Hans Berggren/Johnér, s. 48 Johan Ödemann/Johnér, s. 74 Hans Berggren/Johnér, s. 81 Marie Linnér/Johnér, s. 86 Nicho Södling/Scandinav, s. 110 Scandinav/Johnér, s. 125 Maskot/Johnér, s. 135 Plattform Stockholm/Johnér, s. 157 Anna Roström/Johnér.

Om publikationen

Det nationella målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. En viktig grund för allt folkhälsoarbete är att samla in och analysera data från olika källor.

Folkhälsomyndigheten ansvarar för den samlade uppföljningen av befolkningens hälsa och faktorer som påverkar den. Uppföljningen av barn är särskilt viktig, och den behöver inkludera hälsoutfall och hälsofrämjande faktorer som kan bidra till en god och jämlik hälsa. Det finns idag en utmaning i att följa barns hälsa och särskilt utifrån ett jämlikhetsperspektiv. Myndigheten ser därför det angeläget att lyfta vikten av att skapa förutsättningar för att det finns data för att följa upp och analysera små barns hälsa.

I den här rapporten presenterar vi data från flera olika datakällor. Sammanställningen visar att det är möjligt att kartlägga delar av små barns hälsa men att det också finns kunskapsluckor och flera utmaningar, både tekniska och kostnadsmässiga.

Rapporten vänder sig till verksamma och beslutsfattare inom barnhälsovård men även andra aktörer på lokal, regional och nationell nivå som arbetar med att främja små barns hälsa, livsvillkor och levnadsvanor.

Rapporten har skrivits av Nora Döring, Enheten för hälsofrämjande levnadsvanor, och Solveig Petersen, Enheten för psykisk hälsa och suicidprevention. Projektansvarig har varit Nora Döring. Ansvarig enhetschef har varit Anna Jansson, Enheten för hälsofrämjande levnadsvanor.

I arbetet har en rad aktörer bidragit, och vi vill särskilt tacka referensgruppen från den nationella arbetsgruppen för barnhälsovård, Svenska Barnhälsovårdsregistret och regionerna för deras engagemang och fina samarbete.

Folkhälsomyndigheten

Josefin P Jonsson

Avdelningschef, Avdelningen för livsvillkor och levnadsvanor

Innehåll

Hur mår små barn i Sverige?	1
Om publikationen	3
Förkortningar	7
Sammanfattning	8
De flesta små barn mår överlag bra, men en del har hälsoutmaningar.....	8
De flesta har goda förutsättningar för hälsa, men inte alla.....	8
Barns hälsa och förutsättningar för hälsa varierar mellan regionerna	8
Utvecklingen under 2016–2020 varierar	9
Små barns hälsa är ojämnt fördelad.....	9
Det går att följa små barns hälsa, men det är utmanade och kunskapsluckor finns	10
Fortsatt arbete med små barns livsvillkor, levnadsvanor och hälsa behövs	10
Summary.....	11
Most young children are generally healthy, but some face health challenges.....	11
Most have good conditions for health, but not all	11
Children's health and conditions for health vary between regions.....	11
The trends during 2016–2020 vary.....	12
The health of young children is unequally distributed.....	12
Monitoring young children's health is possible but challenging, and there are knowledge gaps.....	13
Continued work on young children's living conditions, lifestyles and health is needed ...	13
Bakgrund.....	14
Små barns rätt till hälsa	15
Vad påverkar barns hälsa?	15
Barnhälsovården – en viktig förutsättning för barns hälsa.....	16
Uppföljning av små barns hälsa	16
Folkhälsomyndighetens uppdrag	17
Syfte	17
Rapportstruktur.....	17
Metod.....	18
Vilken studiepopulation inkluderar rapporten?	19

Vad redovisar rapporten?	19
Hur har insamlingen av regionala barnhälsovårdsdata gått till?	21
Dataanalys.....	22
Övergripande hälsa.....	24
Allmänt hälsotillstånd	25
Spädbarnsdödlighet	27
Fysisk hälsa	30
Astma	31
Förstoppning.....	34
Infektioner.....	37
Övervikt.....	42
Psykisk hälsa.....	48
Remiss till psykolog, logoped eller barn- och ungdomspsykiatri	50
Språk- och talutveckling	53
Uppmärksamhet, impulsivitet, hyperaktivitet	56
Samspel och kommunikation	59
Utagerande känslor och beteende	61
Inåtvända känslor och beteende	64
Social kompetens	67
Kamratrelationer	70
Olycksskador.....	74
Vård för skada efter olycka eller våld.....	75
Munhälsa.....	81
Kariesförekomst	82
Levnadsvanor.....	86
Amning.....	87
Konsumtion av frukt och grönsaker	91
Konsumtion av fisk eller skaldjur	95
Konsumtion av godis och sött dryck.....	97
Fysisk aktivitet	101
Skärmtid.....	104

Sömnlängd	107
Föräldrars hälsa och levnadsvanor	110
Tobaksrökning i hemmet.....	111
Psykisk ohälsa hos föräldrar	115
Skadligt bruk eller beroende hos föräldrar.....	120
Närmiljö	125
Trafikbuller	126
Tillgång till grönområden	128
Oroväckande psykosocial närmiljö.....	131
Barnhälsovård	135
Första hembesök.....	136
Barnhälsovårdsbesök efter första levnadsåret.....	140
Screening för förlossningsdepression.....	143
Enskilda föräldrasamtal med icke-födande förälder	147
Språkscreening.....	148
Vaccinationer	151
Diskussion	157
De flesta små barn verkar må bra, men inte alla	158
Frågor om metoden	163
Det går att följa små barns hälsa men det finns potential för förbättringar	164
Nära samarbete med regioner, barnhälsovårdens nationella arbetsgrupp och Svenska Barnhälsovårdsregistret.....	166
Slutsatser	166
Referenser	167

Förkortningar

Adhd	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
BMI	Body Mass Index
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
IOTF	International Obesity Task Force
OR	Oddsquot (eng. odds ratio)
SKaPa	Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit
WHO	World Health Organization

Sammanfattning

Denna rapport presenterar information om små barns hälsa och förutsättningar för hälsa samt skillnader mellan olika grupper. Informationen kommer från flera olika datakällor, inklusive en egen insamling av regionala data från barnhälsovården för barn i åldern 0–5 år under 2016–2020. Detta är första gången som Folkhälsomyndigheten använder nationella data för en samlad uppföljning av små barns hälsa.

De flesta små barn mår överlag bra, men en del har hälsoutmaningar

Små barn i Sverige har generellt en god hälsa. Spädbarnsdödligheten är låg och det allmänna hälsotillståndet uppges vara gott eller mycket gott för nästan alla små barn. Resultaten indikerar samtidigt att en betydande andel barn i åldern 0–5 år har hälsoutmaningar. Under ett kalenderår är det exempelvis minst 2 av 10 små barn som behöver vård på sjukhus eller inom specialiserad öppenvård eller läkemedelsbehandling för en infektion, och minst 1 av 10 som behöver behandling mot astmasymtom, har övervikt eller har stora språksvårigheter. Dessutom indikerar resultaten att cirka 1 av 20 barn behöver behandlas för förstoppning, karies eller en olycksskada, och att lika många behöver stöd från en psykolog, en logoped eller barn- och ungdomspsykiatri (BUP).

De flesta har goda förutsättningar för hälsa, men inte alla

Små barn verkar också generellt ha goda förutsättningar för hälsa. Exempelvis verkar nästan alla ha tillgång till grönområden och färre än 1 av 10 barn anges störas av trafikbuller. Resultaten indikerar dock också att en betydande andel små barn har levnadsvanor och livsvillkor som ökar risken för ohälsa. Exempelvis verkar mindre än hälften äta grönsaker varje dag och 8 av 10 barn anges dricka sötade drycker minst en gång i veckan. Vidare är det 11 procent som bor med någon som röker dagligen, och var femte barn har minst en förälder som behöver vård eller läkemedelsbehandling för ett psykiatriskt tillstånd.

Resultaten indikerar också att upp till vart fjärde barn inte får barnhälsovård enligt det nationella barnhälsoprogrammet, och att nästan vart femte barn inte får de vaccinationerna som rekommenderas under de första levnadsåren.

Barns hälsa och förutsättningar för hälsa varierar mellan regionerna

Små barns hälsa och förutsättningar för hälsa varierar i landet. Bland 3-åringar är det till exempel i genomsnitt 5 procent som har karies, men variationen i regionerna är 3–26 procent.

När det gäller andelen som får olika typer av barnhälsovård enligt nationella barnhälsoprogrammet är variationen minst 10 procentenheter mellan regionerna.

Vidare verkar behandling av astmasymtom och förstoppning samt remittering till psykolog, logoped eller BUP vara dubbelt så vanligt i några regioner som i andra. Det gäller även språksvårigheter och tobaksrökning i hemmet.

Utvecklingen under 2016–2020 varierar

Resultaten tyder på att andelen små barn som behandlas för astmasymtom, infektion eller olycksskada minskar 2016–2020, och detsamma gäller andelen barn som bor med någon som röker dagligen. Däremot tyder resultaten på att allt fler barn har förstoppning och övervikt och att allt fler remitteras till psykolog, logoped eller BUP under perioden 2016–2020. Det verkar också vara allt fler som har minst en förälder som behöver behandling för psykiatriska tillstånd och det finns tecken på att allt fler har en oroväckande psykosocial närmiljö.

I några fall ses särskilda förändringar under 2020 där covid-19-pandemin pågår. Minskningen i andelen som behandlas för astmasymtom och infektion är mer uttalad 2020, och detsamma gäller ökningen av övervikt eller fetma. Resultaten indikerar också en minskning under just 2020 när det gäller andelen barn med minst en förälder som behandlas för skadligt bruk eller beroendeproblematik.

Andelen barn som får hälsobesök inom barnhälsovården verkar öka under perioden 2016–2019, men detta minskar sedan under 2020. Andelen mammor som får en screening för förlossningsdepression verkar öka under hela perioden 2016–2020.

Förekomsten av spädbarnsdödlighet och andelen små barn med språksvårigheter är i stort sett oförändrat 2016–2020. Detsamma gäller andelen barn som ammar.

Små barns hälsa är ojämlikt fördelad

Det finns skillnader mellan olika befolkningsgrupper som tyder på ojämlik fördelning av både hälsan och förutsättningarna för hälsa. Det gäller framför allt barn med svenskfödda föräldrar kontra barn med utlandsfödda föräldrar. För nästan alla hälsorelaterade utfall i denna rapport finns det skillnader mellan dessa två grupper, och ofta stora sådana. Flera fysiska och psykiska tillstånd och ogynnsamma livsvillkor är över dubbelt så sannolika bland barn till utlandsfödda föräldrar, exempelvis karies, bristande tillgång till grönområden och tobaksrökning i hemmet. Men det finns också exempel på motsatsen, bland annat verkar astma, förstoppning och olycksskador hos barn samt psykiatriska tillstånd hos föräldrar vara mer sällsynt bland barn till utlandsfödda föräldrar.

Föräldrarnas utbildningsnivå har också tydligt samband med ojämlikheter, på så sätt att barn till föräldrar med kortare utbildning verkar ha sämre hälsa och sämre förutsättningar för hälsa. Barnets kön, mammas ålder vid barnets födsel, familjetyp, hushållsinkomst och kommuntyp kan också kopplas till olikheter, även om de är mindre uttalade och gäller färre aspekter av hälsa än ojämlikheterna kopplade till föräldrars födelse- och utbildningsland.

Det går att följa små barns hälsa, men det är utmanade och kunskapsluckor finns

Det är möjligt att följa vissa aspekter av små barns hälsa med de nationella data som finns i dag, exempelvis hälsodataregister som kan ge viktig information om bland annat dödsfall, vaccinationer och läkemedelsbehandlingar.

Barnhälsovården samlar också in flera uppgifter på ett systematiskt och standardiserat sätt, och sådan information kan ge insikter om barns hälsa och förutsättningar för hälsa. Det är dock svårt att få tillgång till barnhälsovårdens data, data registreras inte på ett enhetligt sätt över landet och kvaliteten varierar mycket. Informationen från barnhälsovården är därför generellt en viktig men outnyttjad datakälla för nationell uppföljning av små barns hälsa. Dessutom saknas nationella register eller enkätstudier som kan belysa vissa hälsoaspekter bland små barn, till exempel den psykiska hälsan som i dag är en kunskapslucka.

Fortsatt arbete med små barns livsvillkor, levnadsvanor och hälsa behövs

Rapporten visar behovet av att prioritera systematiska främjande och förebyggande insatser redan i tidiga åren. Det är viktigt för att alla barn ska ha god hälsa och goda förutsättningar för hälsa, och för att utjämna hälsoskillnaderna i de tidiga åren. Detta ska ses som en samhällsinvestering på både kort och lång sikt.

Vidare visar arbetet med rapporten att det behövs åtgärder för att möjliggöra regelbundna uppföljningar, och analyser som ger en djupare förståelse av olika hälsorelaterade områden och deras inverkan på den ojämlika fördelningen av hälsan. Uppföljning av små barns hälsa är en viktig pusselbit för att få helhetsbilden av folkhälsan i Sverige och ett nödvändigt underlag till arbetet med att förebygga ohälsa och främja en god och jämlik hälsa i hela befolkningen.

Summary

This report presents information on the health of young children and their conditions for health, as well as differences between various groups. The information comes from multiple data sources, including our own collection of regional data from child health services for children aged 0–5 years during 2016–2020. This is the first time that the Public Health Agency has utilised national data for a comprehensive monitoring of young children's health.

Most young children are generally healthy, but some face health challenges

Young children in Sweden are generally in good health. Infant mortality is low, and the overall health status is reported to be good or very good for almost all young children. However, the results indicate that a significant proportion of children aged 0–5 years face health challenges. For example, during one calendar year, at least 2 out of 10 young children need medical care or medication for an infection, and at least 1 out of 10 need treatment for asthma symptoms, have overweight, or have significant language difficulties. Additionally, the results indicate that approximately 1 out of 20 children need treatment for constipation, dental caries, or an injury, and an equal number need support from a psychologist, speech therapist, or from child and adolescent psychiatry.

Most have good conditions for health, but not all

Young children also generally seem to have good conditions for health. For instance, almost all have access to green spaces, and fewer than 1 out of 10 children are reported to be disturbed by traffic noise. However, the results also indicate that a significant proportion of young children have lifestyles and living conditions that increase the risk of ill health. For example, less than half may eat vegetables daily, 8 out of 10 children are reported to drink sugary drinks at least once a week. Furthermore, 11 per cent live with someone who smokes daily, and one-fifth of children have at least one parent who needs medical care or medication for a psychiatric condition. The results also indicate that up to one-fourth of children do not receive child health care according to the National Child Health Programme, and nearly one-fifth do not receive the vaccinations recommended in the first years of life.

Children's health and conditions for health vary between regions

The health and conditions for health of young children vary across the country. For example, among 3-year-olds an average of 5 per cent have dental caries, but this varies across regions from 3 to 26 per cent. The proportion receiving different types of child health services according to the National Child Health Programme vary at least 10 percentage points between regions. Additionally, the treatment of

asthma symptoms and constipation, and referrals to psychologists, speech therapists, or child and adolescent psychiatry, appear to be twice as common in some regions as in others. The same applies to children's language difficulties and tobacco smoking at home.

The trends during 2016–2020 vary

The results suggest that the proportion of young children treated for asthma symptoms or injury decreases from 2016 to 2020, as did the proportion living with someone who smokes daily. However, the results suggest an increase in constipation and overweight, as well as an increase in the proportion of children having at least one parent who needs treatment for psychiatric conditions or experiencing a worrying psychosocial environment leading to reports of concern to the social services.

In some cases, specific changes are observed in 2020, when the COVID-19 pandemic was on-going. The decrease in the proportion treated for asthma symptoms and infections are more pronounced in 2020, as are the increase in overweight or obesity. The results also indicate a decrease in the proportion of children with at least one parent being treated for harmful alcohol or drug use in 2020.

The proportion of children having health visits within the child healthcare services seems to increase from 2016 to 2019 but to decrease in 2020. The proportion of mothers receiving screening for postpartum depression appears to increase throughout the entire period from 2016 to 2020.

The prevalence of infant mortality and the proportion of young children with language difficulties remain largely unchanged from 2016 to 2020. The same applies to the proportion of children who are breastfeeding.

The health of young children is unequally distributed

There are differences between different population groups indicating an unequal distribution of both health and conditions for health. This is particularly evident between children with Swedish-born parents and those with foreign-born parents. For almost all health-related outcomes in this report, there are differences between these two groups, and often substantial ones. Several physical and mental conditions and unfavourable living conditions are more than twice as likely among children of foreign-born parents, for example dental caries, inadequate access to green spaces, and tobacco smoking at home. However, there are also examples of the opposite, such as asthma, constipation, and injuries in children, and psychiatric conditions in parents being less common among children of foreign-born parents.

Parental education level also correlates with inequalities, as children of parents with shorter education appear to have poorer health and poorer conditions for health. The child's gender, mother's age, family type, household income, and type of municipality are also associated with differences, although they are less

pronounced and apply to fewer aspects of health than the differences related to parents' country of birth and education.

Monitoring young children's health is possible but challenging, and there are knowledge gaps

It is possible to monitor certain aspects of young children's health with the national data available today, such as health data registers providing important information on, for instance, deaths, vaccinations, and medical treatments. Child health services also systematically collect several pieces of information in a standardised manner, and such information can provide insights into children's health and conditions for health. However, accessing data from child health services is challenging, and the quality varies greatly. Therefore, information from child health services is generally an underutilised data source for national monitoring of young children's health. Moreover, there are no national registers or surveys shedding light on certain aspects of health among young children, such as mental health, which currently represents a knowledge gap.

Continued work on young children's living conditions, lifestyles and health is needed

The report highlights the need to prioritise health promotion and prevention interventions in the early years. This is important to ensure that all children have good health and good conditions for health, and to reduce health inequalities in the early years. This should be seen as a societal investment in both the short and long term.

Furthermore, the work on the report indicates the need for actions enabling regular monitoring and analyses providing a deeper understanding of various health-related areas and their impact on the unequal distribution of health. Monitoring the health of young children is a crucial piece of the puzzle for gaining a comprehensive understanding of public health in Sweden and is essential groundwork for efforts to prevent ill health and promote good and equal health throughout the population.

Bakgrund



Små barns rätt till hälsa

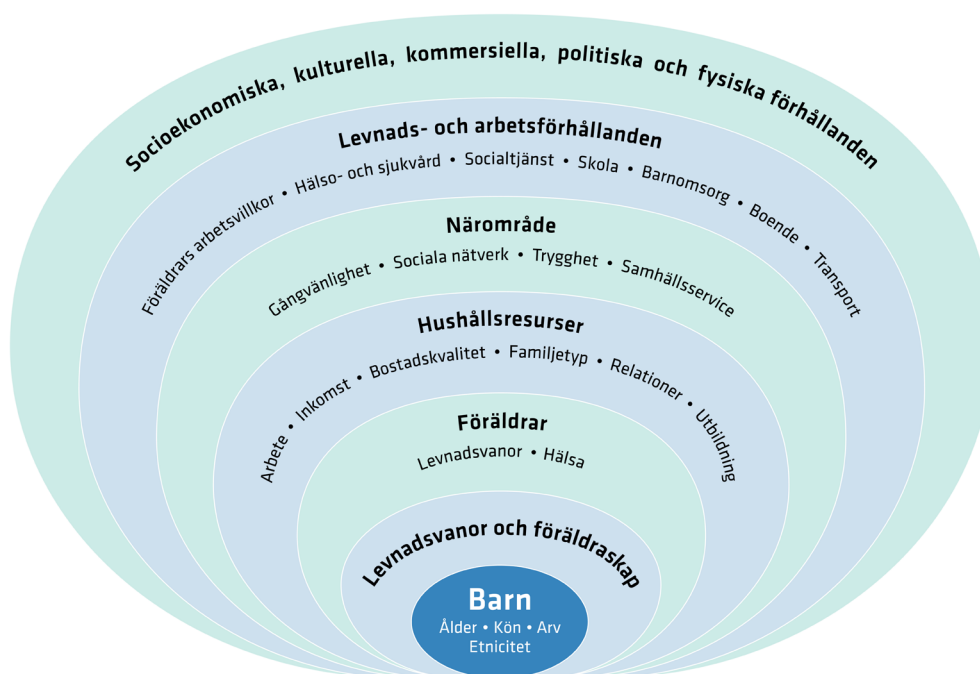
Det övergripande folkhälsopolitiska målet i Sverige är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Målområde 1, det tidiga livets villkor, slår fast att en god start i livet och jämlika uppväxtvillkor har central betydelse för en god och jämlik hälsa (1).

Den svenska folkhälsopolitiken har tydlig koppling till genomförandet av Agenda 2030 och de globala målen om hållbar utveckling. Agenda 2030 vill särskilt stärka utsatta grupper, varav barn är en grupp (2). Sedan 2020 är barnkonventionen lag i Sverige. Artikel 24 i barnkonventionen fastslår alla barns rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering. I detta ingår hälsofrämjande och förebyggande åtgärder och behandling (3).

Vad påverkar barns hälsa?

Människors hälsa och utveckling påverkas av en rad bestämningsfaktorer. I arbetet för en god och jämlik hälsa i befolkningen är det särskilt viktigt att känna till de faktorer som kan påverka hälsan och utvecklingen i det tidiga livet. WHO beskriver de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa som de förhållanden i vilka människor föds, lever och växer, arbetar och åldras. En modell av Pearce och kollegor (4) kan användas för att förstå dessa bestämningsfaktorer för barns hälsa och utveckling, figur 1.

Figur 1. Sociala bestämningsfaktorer för barns hälsa och utveckling.



Källa: Folkhälsomyndighetens bearbetning av Pearce A, Dundas R, Whitehead M med kollegor (4).

Längst in i modellen finns bestämningsfaktorer som inte går att påverka, såsom ålder och arv. Övriga lager handlar däremot om påverkbara bestämningsfaktorer, exempelvis barnets levnadsvanor, karakteristika hos föräldrar, hushållsresurser och närområdets karaktär. Lagren längre ut handlar om levnads- och arbetsförhållanden, exempelvis tillgång till barnhälsovård. Allra längst ut finns övergripande bestämningsfaktorer som rör generella förhållanden i samhället.

Enligt Pearces modell finns komplexa ömsesidiga relationer mellan faktorerna inom lagren, men också mellan de olika lagren i modellen. Inom lager 1 (levnadsvanor och föräldraskap) kan exempelvis föräldrars val för sina barn påverka barnens levnadsvanor, men barns egna preferenser kan också påverka både föräldraskapet och samspelet mellan barn och föräldrar. På samma sätt kan hushållets resurser (lager 3) påverkas av var familjen bor (lager 4), men familjens hushållsresurser kan också påverka var familjen har möjlighet att bosätta sig, samtidigt som båda dessa faktorer kan påverka barnets levnadsvanor (lager 1).

Barnhälsovården – en viktig förutsättning för barns hälsa

En bra start i livet för varje barn har central betydelse för att minska ojämlikhet i hälsa under hela livsloppet, och jämlik barnhälsovård kan bidra till en god start i livet (5). Barnhälsovården i Sverige riktar sig till alla barn och deras vårdnadshavare, från födseln tills de börjar förskoleklass (6).

Barnhälsovårdens mål är att bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för barn. Målet ska uppnås genom att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa hos barn och tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem med hälsan, utvecklingen eller uppväxtmiljön (7).

Insatser för att förbättra hälsan bör vara universella, det vill säga riktade till hela befolkningen. Men de bör samtidigt vara proportionella, det vill säga anpassade till de behov som finns. Åtgärder behöver därmed anpassas så att de tar särskild hänsyn till utsatta grupper – både åtgärdernas omfattning och deras utformning.

Uppföljning av små barns hälsa

Uppföljning av små barns hälsa kan hjälpa till att identifiera områden för generella förebyggande och hälsofrämjande insatser, samtidigt som det möjliggör bedömning av effektiviteten av hälsofrämjande åtgärder. Uppföljningar kan också hjälpa till att tidigt identifiera grupper av barn som löper risk för ohälsa, vilket kan ge underlag till riktade förebyggande insatser tidigt i livet. De kan också bidra till att identifiera trender eller förändringar i barns hälsa, och kan därmed vägleda beslutfattare om insatser som syftar till att förbättra barns hälsa. Vidare kan uppföljningar användas för att identifiera hälsoklyftor bland barn om de bygger på socioekonomiska eller demografiska faktorer.

Det finns inget utvecklat sammanhållet system för att följa små barns hälsa i allmänhet eller barnhälsovården på nationell, regional och lokal nivå. Uppgifter om barns sjukdomar och vård finns i flera olika datakällor, bland annat

hälsodataregister som innehåller personnummerbundna uppgifter för i princip alla barns tillstånd vid födseln, vaccinationer, läkemedelsbehandlingar, sjukdomar som behandlats inom slutenvård och öppenvård och dödsorsaker. I dagsläget används dock inte det flesta data från barnhälsovården för att följa upp små barns hälsa på nationell nivå (8).

Folkhälsomyndighetens uppdrag

Under 2021 hade Folkhälsomyndigheten i uppdrag från regeringen att stödja ett fortsatt utvecklingsarbete inom barnhälsovården. Detta var en fortsättning på ett tidigare uppdrag (2018–2020), där vi skulle följa och stödja överenskommelserna mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om ökad tillgänglighet i barnhälsovården.

Inom ramen för det tidigare uppdraget kartlade vi datakällor, indikatorer och index för små barns hälsa och barnhälsovård. Kartläggningen visade ett brådskande behov av data för att följa upp och analysera barns hälsa ur ett jämlikhetsperspektiv. Det är därför viktigt att synliggöra de data som i dag finns tillgängliga för att följa små barns hälsa, med perspektivet jämlikhet i hälsa, men även att synliggöra utmaningarna. Det gör vi i denna rapport.

Syfte

Syftet med rapporten är att beskriva hälsa, levnadsvanor och livsvillkor för små barn, i åldern 0–5 år, i Sverige med fokus på jämlikhet.

Vi vill besvara följande övergripande frågor:

- Hur ser hälsa, levnadsvanor och livsvillkor ut för små barn (0–5 år) i Sverige?
- Finns det skillnader i hälsa, levnadsvanor och livsvillkor för små barn beroende på föräldrarnas utbildningsnivå, hushållsinkomsten, familjetypen, mammas ålder vid barnets födsel, föräldrarnas födelseland, kommuntypen eller barnets kön och ålder?

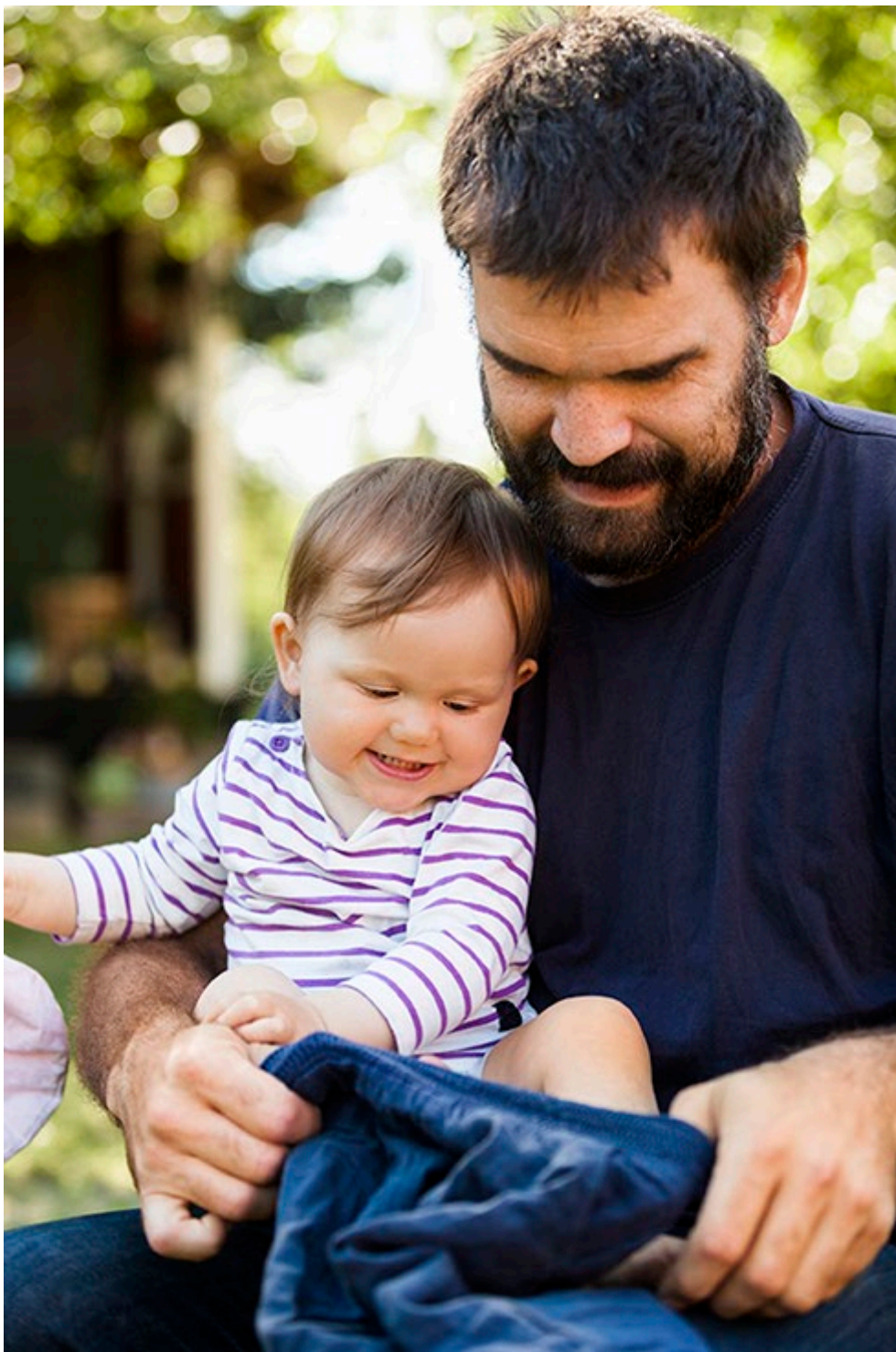
Rapportstruktur

Inledningsvis finns ett metodkapitel som förklarar urvalet, datainsamlingen och den statistiska analysen.

De följande kapitlen handlar om olika aspekter av barns hälsa såsom övergripande hälsa, fysisk hälsa och psykisk hälsa, olycksskador och munhälsa. Därefter följer kapitel som fokuserar på förutsättningar för hälsa där vi beskriver barns levnadsvanor, föräldrars hälsa och levnadsvanor, närmiljö samt barnhälsovård. För varje utfall beskriver vi regionala skillnader, utveckling över tid och skillnader mellan olika grupper.

Avslutningsvis finns ett kort diskussionskapitel som lyfter några områden som vi särskilt vill uppmärksamma. Dessutom diskuterar vi metodfrågor och ger en vidare utblick av resultaten i ett större sammanhang.

Metod



Vilken studiepopulation inkluderar rapporten?

Denna rapport inkluderar samtliga barn i åldern 0–5 år, och deras föräldrar, som var folkbokförda i Sverige någon gång under 2016–2020. Totalt ingår cirka 700 000 barn och deras föräldrar för varje kalenderår, se tabell 1.

Grundpopulationen är samkörd med flera populationsregister från Statistiska centralbyrån (SCB) för att sammanställa information om barnens bakgrundsfaktorer, demografi, familjeförhållanden och socioekonomiska situation. Detaljerad information om studiepopulationen finns i bilaga 1.

Tabell 1. Antal och andel (procent) folkbokförda pojkar och flickor 0–5 år, 2016–2020.

Kön	2016	2017	2018	2019	2020
Flicka	347 739 (48,5)	351 487 (48,5)	352 856 (48,5)	352 561 (48,5)	348 638 (48,5)
Pojke	368 628 (51,5)	372 573 (51,5)	374 112 (51,5)	373 722 (51,5)	369 580 (51,5)

Källa: Registret över totalbefolkningen.

Vad redovisar rapporten?

I rapporten presenterar vi information om olika aspekter av små barns hälsa och förutsättningar för hälsa. De valda aspekterna togs fram i dialog med interna experter på Folkhälsomyndigheten och externa experter från barnhälsovården. I urvalsprocessen tog vi hänsyn till utfallens relevans, tillgänglighet och kvalitet.

Vi inkluderar hälsoutfall som kan räknas som folkhälsoproblem, genom att de drabbar minst 1 procent av barn i åldern 0–5 år och innebär en ansenlig sjukdomsburda. Dessutom ingår hälsorelaterade utfall som kan tänkas bidra till ojämlikhet i hälsa.

Vi har prioriterat nationella datakällor med tillgång till personnummerbundna uppgifter såsom hälsodataregister (patientregistret, läkemedelsregistret och vaccinationsregistret), nationella kvalitetsregister (Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit och Svenska Barnhälsovårdsregistret) och barnhälsovårdsjournaler. I brist av information från sådana källor, har vi även inkluderat uppgifter från två nationella enkätstudier, Pep-rapporten som görs av SOM-institutet vid Göteborgs universitet, Generation Pep och Karolinska Institutet, samt Folkhälsomyndighetens miljöhälsoenkät. Mer information om enkätstudiernas design, genomförande och bortfall, finns på de aktuella webbsidorna (9, 10).

I tabell 2 och 3 presenterar vi de specifika aspekterna av hälsa och förutsättningar för hälsa som redovisas i rapporten, i alfabetisk ordning. En mer detaljerad beskrivning finns i varje kapitel.

Tabell 2. Aspekter av hälsa som redovisas i denna rapport, med datakällor.

Utfall	Datakälla
Allmänt hälsotillstånd	Miljöhälsoenkäten
Astma	Läkemedelsregistret
Förstoppning	Läkemedelsregistret
Infektion	Läkemedelsregistret. Patientregistret
Kamratrelationer	Barnhälsovården
Karies	Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit
Olyckor och skador	Patientregistret
Inåtvända känslor och beteenden	Barnhälsovården
Utagerande känslor och beteenden	Barnhälsovården
Remiss till logoped, psykolog eller BUP	Barnhälsovården
Samspel och kommunikation	Barnhälsovården
Social kompetens	Barnhälsovården
Språk- och talutveckling	Barnhälsovården
Spädbarnsdödlighet	Totalbefolkningsregister
Tobaksrökning i hemmet	Barnhälsovården
Uppmärksamhet, impulsivitet, hyperaktivitet	Barnhälsovården
Övervikt	Barnhälsovården

Tabell 3. Aspekter av hälsoförutsättningar som redovisas i denna rapport, med datakällor.

Utfall	Datakälla
Amning	Barnhälsovården
Första hembesök	Barnhälsovården
Barnhälsovårdsbesök efter första levnadsåret	Barnhälsovården
Språkscreening	Barnhälsovården
Vaccinationer	Vaccinationsregistret
Fysisk aktivitet	Pep-rapporten
Konsumtion av frukt och grönsaker	Pep-rapporten
Konsumtion av fisk	Pep-rapporten
Konsumtion av godis och sötad dryck	Pep-rapporten
Oroväckande psykosocial närmiljö	Barnhälsovården
Psykisk ohälsa hos föräldrar	Läkemedelsregistret. Patientregistret
Screening mot förlossningsdepression	Barnhälsovården
Skärmtid	Pep-rapporten
Skadligt bruk eller beroende hos föräldrar	Läkemedelsregistret. Patientregistret
Sömlängd	Pep-rapporten
Tillgång till grönområdet	Miljöhälsoenkäten
Trafikbuller	Miljöhälsoenkäten
Tobaksrökning i hemmet	Barnhälsovården

Hur har insamlingen av regionala barnhälsovårdsdata gått till?

Folkhälsomyndigheten började med att identifiera ett antal variabler som är relevanta för en rapport om jämlikhet i små barns hälsa, i dialog med en referensgrupp från barnhälsovårdens nationella arbetsgrupp och Svenska Barnhälsovårdsregistret. Vi hade också en inledande dialog med referensgruppen om vilka specifika variabler som kunde vara praktiskt möjliga att samla in från barnhälsovårdens journalsystem.

Med stöd av referensgruppen hade vi dessutom en inledande dialog med personal på centrala barnhälsovårdsenheter i fem regioner med olika journalsystem för att få en bild av förutsättningarna för att samla in data via dessa system.

Under november och december 2021 hade vi dialoger med personal vid samtliga 21 regioner, exempelvis med representanter för de centrala barnhälsovårdsenheterna och ansvariga för it-system. Syfte var att presentera arbetet med rapporten och diskutera det bästa sättet att samla in data på. Dialogerna visade att datainhämtningen och tillvägagångssättet behövde anpassas till varje regions förutsättningar, för att underlätta arbetet för dem.

Vi skickade ut en första förfrågan om datainsamling till regionerna i november 2021, och en uppdaterad förfrågan med anpassad variabellista i december. Datainsamlingen avslutades i 2022. Under hösten 2022 och 2023 pågick ett omfattande arbete med att bearbeta och kvalitetssgranska alla inkomna data. För flera regioner var detta första gången de använde personbundna data i en sådan omfattning och många regioner hade inte möjlighet att själva granska kvaliteten på sina data. Vi samarbetade därför nära med regionerna för att säkerställa att de data vi använde återspeglade deras verksamhet. Vi jämförde också våra resultat med regionala årliga barnhälsovårdsrapporter och hade dialog med nyckelpersoner i regionerna för att säkerställa datakvaliteten.

Några regioner hade inte möjlighet att själva ta ut personnummerbundna data från datajournalen och i två fall fick regionen inte tillgång till data inom tidsramen för datainsamlingen. För den ene regionen fick vi fram journalinformation från Svenska Barnhälsovårdsregistret i stället för att samla in journaldata från barnhälsovården.

Följande exkluderas från analysen:

- regioner med mindre än 40 procent täckning för den aktuella variabeln
- regioner vars resultat inte stämde överens med regionala barnhälsovårdsrapporter.

I bilaga 2 finns ytterligare information om vilka regioner som ingår i analysen för de olika utfallen och åren.

I rapporten skriver vi både om län och region. Vi använder region där vi beskriver ansvaret inom hälso- och sjukvård och datauttag. När vi presenterar regionala skillnader och data är samkört med SCB:s grunduppgifter använder vi län.

Dataanalys

Deskriptiv statistik

Med hjälp av deskriptiv statistik presenterar vi barns hälsa och förutsättningar för hälsa för varje tillgänglig kalenderår under 2016–2020, uppdelat på kön och ålder. För köns- och åldersskillnader och för regionala skillnader presenterar vi hälsan som ett genomsnitt (årsmedel) för samtliga kalenderår, där varje år får samma vikt.

Multivariabel analys

Vi använder multivariabel analys för att jämföra hur hälsa och förutsättningar för hälsa skiljer sig åt mellan barn utifrån kön, ålder och sociodemografisk bakgrund. Bakgrundsfaktorerna specificeras i tabell 4. Bakgrundsfaktorer som är insamlade i Pep-rapporten och miljöhälsoenkäten skiljer sig något från de som presenteras i tabell 4, se bilaga 1.

Tabell 4. Bakgrundsfaktorer.

Variabel	Grupperingar
Kön	Pojke (jämförelsegrupp) Flicka
Kommuntyp	Storstadskommun och storstadnära kommun (jämförelsegrupp) Större stad och kommun nära större stad Mindre stad/tätort och landsbygdskommun
Föräldrars födelseland	Båda i Sverige (jämförelsegrupp) Minst 1 i Sverige Båda utomlands
Mammas ålder vid barnets födsel	< 19 år 19–39 år (jämförelsegrupp) ≥ 40 år
Familjetyp	Gifta/samboende (jämförelsegrupp) Ensamstående
Föräldrars utbildning	Eftergymnasial (jämförelsegrupp) Gymnasial Förgymnasial
Hushållsinkomst	Ej låg nivå (jämförelsegrupp) Låg nivå

Multivariabelanalys är en statistisk metod där man studerar sambanden mellan flera variabler samtidigt. För varje faktor tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka i våra analyser. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna.

För multivariabel analys har vi använt den statistiska metoden logistisk regression. Det vanligaste måttet på samband i en logistisk regressionsmodell är oddskvot (OR, eng. odds ratio), se faktaruta. Vi presenterar resultaten för hela perioden 2016–2020.

Oddskvot (OR)

Oddskvoter används för att studera samband mellan variabler där utfallsvariabeln består av två kategorier. En oddskvot är kvoten mellan två odds (oddstal). Ett odds är i sin tur sannolikheten för att någonting ska inträffa, delat med sannolikheten för att det inte ska inträffa. I denna rapport benämns oddskvot: OR (från engelska odds ratio).

- En OR med värdet 1 innebär ingen skillnad mellan de grupper som jämförs.
- När en grupp har OR som är större än 1 har den gruppen en större sannolikhet för ett visst utfall än jämförelsegruppen. OR = 1,5 innebär exempelvis att sannolikheten för utfallet är 50 procent större, och OR = 1,7 att sannolikheten för utfallet är 70 procent större än i jämförelsegruppen.
- Om OR är mindre än 1 är sannolikheten för ett visst utfall i den studerade gruppen i stället mindre än i jämförelsegruppen. OR = 0,5 innebär exempelvis att sannolikheten för utfallet är halverad.

OR kan som minst vara 0, och det finns ingen övre gräns. Ju längre från värdet 1, desto större är skillnaderna mellan grupperna, det vill säga desto högre (om $OR > 1$) eller lägre (om $OR < 1$) är sannolikheten för ett utfall i ena gruppen, jämfört med jämförelsegruppen.

OR = 0,91–1,10 beskrivs i denna rapport som tecken på obefintliga eller försumbara skillnader mellan de grupper som jämförs.

I vissa fall är utfallet inte åldersspecifikt (till exempel läkemedelsbehandling mot astmasymtom) och samma individ förekommer under flera år under perioden, och då estimeras modellerna med GEE (Generalized Estimation Equations) för att ta hänsyn till att observationerna inte är oberoende av varandra.

Med många statistiska tester eller analyser ökar risken för falskt positiva resultat på grund av slumpen, alltså effekter som egentligen inte existerar. För att minska den risken använder vi en konfidensnivå på 99,9 procent. Det innebär att de skillnader mellan grupper eller förändringar över tid som vi redovisar är statistiskt säkerställda med 99,9 procents säkerhet. Vi gör även separata analyser för flickor och pojkar, liksom åldersspecifika analyser, för att undersöka eventuella variationer i sambandet mellan bakgrundsfaktorer och hälsoutfall. Samtliga resultat finns i form av tabeller som vi kan lämna ut om det finns önskemål.

Övergripande hälsa



I detta kapitel presenterar vi information om det allmänna hälsotillståndet hos barn som är 8 månader gamla och 4 år gamla, 2019. Kapitlet innehåller också information om spädbarnsdödlighet hos barn 0–1 år i Sverige under 2016–2020.

Allmänt hälsotillstånd

Nästan 99 procent av barnen som är 8 månader eller 4 år gamla har ett gott eller mycket gott allmänt hälsotillstånd, enligt deras vårdnadshavare. Se specifikation i faktaruta.

Allmänt hälsotillstånd

I en enkätundersökning får vårdnadshavare bedöma sitt barns allmänna hälsotillstånd. Svartalternativen är: mycket gott, gott, någorlunda, dåligt och mycket dåligt.

I rapporten redovisar vi svaren mycket gott och gott för barn som är 8 månader respektive 4 år, var för sig och kombinerat.

Informationen gäller 2019.

Datakälla: Folkhälsomyndighetens miljöhälsoenkät (9).

Notera: Undersökningen riktar sig till ett nationellt urval av föräldrar till barn som är 8 månader eller 4 år. Vårdnadshavare svarar för sina barn, vilket kan leda till att de över- eller underskattar barnens egen upplevelse av sitt allmänna hälsotillstånd.

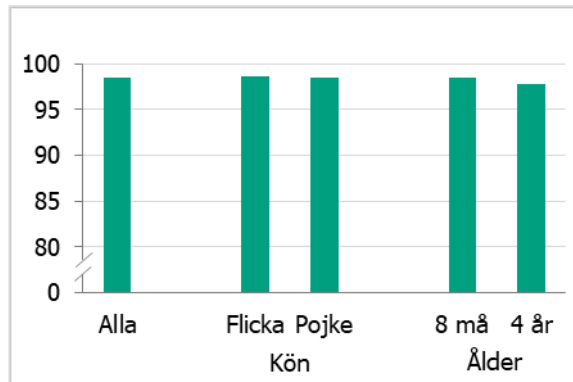
Självskattat (eller föräldraskattat) allmänt hälsotillstånd är ett mått som ofta används för att beskriva hälsan i befolkningen och dess utveckling. Allmänt hälsotillstånd handlar om hur människor uppfattar sin egen hälsa, och det innefattar både fysiska, psykiska och sociala dimensioner av hälsa (11). Allmänt hälsotillstånd har visat sig vara robust och kopplat till en rad olika typer av hälsotillstånd (12).

Här presenterar vi information om allmänt hälsotillstånd hos barn som är 8 månader eller 4 år gamla. Informationen presenteras som andelar, och skillnader mellan grupper redovisas som oddskvoter med 99,9 procent konfidensintervall. De skillnader mellan grupper eller förändringar över tid vi beskriver är alltså statistiskt säkerställda med 99,9 procents säkerhet.

Skillnader beroende på kön och ålder

Ett gott eller mycket gott allmänt hälsotillstånd är lika vanligt bland flickor och pojkar, och nästan lika vanligt för barn som är 8 månader och de som är 4 år gamla, se figur 2.

Figur 2. Andel (procent) barn som har ett gott eller mycket gott allmänt hälsotillstånd, fördelat på kön och ålder. Avser skattningar av vårdnadshavare år 2019.

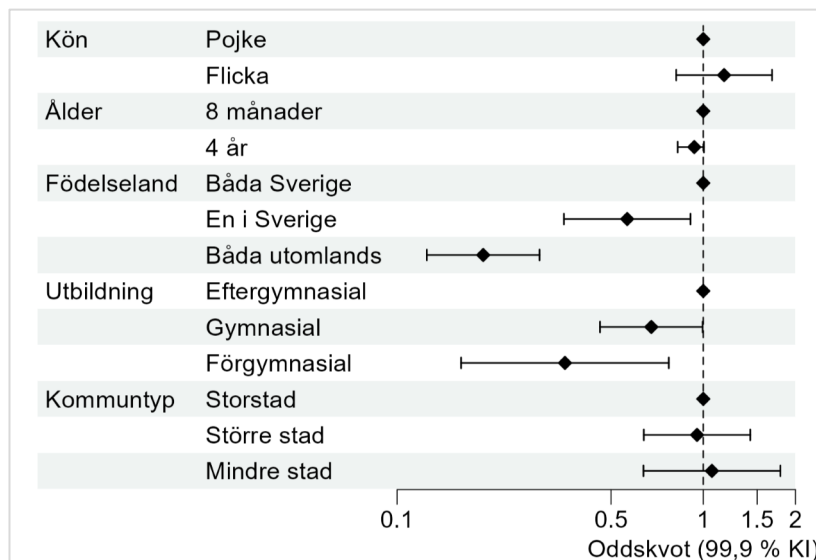


må = månad. Källa: Folkhälsomyndighetens miljöhälsoenkät, 2019.

Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi variationer i barns allmänna hälsotillstånd beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Figur 3. Sannolikhet (oddskvot) för att barn, 8 månader och 4 år kombinerat, har ett gott eller mycket gott allmänt hälsotillstånd, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund, 2019. Avser skattningar av vårdnadshavare.



Enskilda oddskvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer. Födelseland och utbildning gäller föräldrar. Källa: Folkhälsomyndighetens miljöhälsoenkät, registret över totalbefolkningen och utbildningsregistret.

Analyserna visar att förekomsten av ett gott eller mycket gott allmänt hälsotillstånd bland barn som är 8 månader eller 4 år har samband med föräldrars födelseland och utbildning, se figur 3.

Barn till två föräldrar som är födda utanför Sverige har mer än fem gånger så låg sannolikhet för att ha ett gott eller mycket gott allmänt hälsotillstånd jämfört med barn till två svenskfödda föräldrar (OR = 0,19). Sannolikheten är även lägre för barn med bara en utlandsfödd förälder, jämfört med om båda är födda i Sverige (OR = 0,56).

Barn till föräldrar med som högst förgymnasial eller gymnasial utbildning har också lägre sannolikhet för ett gott eller mycket gott allmänt hälsotillstånd än barn till föräldrar med eftergymnasial utbildning (OR = 0,35 respektive 0,68).

Ett gott eller mycket gott allmänt hälsotillstånd är dock lika vanligt oavsett kommuntyp. Det allmänna hälsotillståndet är också likartat för flickor och pojkar och för barn som är 8 månader och 4 år, även när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer.

Spädbarnsdödlighet

Spädbarnsdödligheten inom första levnadsåret är i genomsnitt 2,3 dödsfall per 1 000 levande födda barn, sett till perioden 2016–2020. Se specifikation i faktaruta.

Spädbarnsdödlighet

I rapporten avser spädbarnsdödlighet antalet barn som dör under sitt första levnadsår per 1 000 levande födda spädbarn.

Informationen gäller 2016–2020.

Datakälla: Registret över totalbefolkningen.

Notera: Urvalet inkluderar hela svenska populationen.

Spädbarnsdödlighet ger en bra bild av det generella hälsoläget i ett land. Sedan 1950-talet har dödligheten under det första levnadsåret minskat stort i Sverige, från 22 till 2 dödsfall per 1 000 levande födda (13). Detta beror främst på medicinska framsteg och en mer utvecklad hälso- och sjukvård.

De främsta orsakerna till dödsfall under de första 28 levnadsdagarna är förlossningskomplikationer, andningsstörningar, infektioner och medfödda missbildningar. För resten av första levnadsåret är plötslig spädbarnsdöd, infektioner, tumörer och olycksfall vanliga dödsorsaker (14, 15). Övervikt hos mamman samt bruk av tobak, alkohol eller narkotika hos mamman är på gruppnivå förknippat med en högre risk för spädbarnsdödlighet (15, 16).

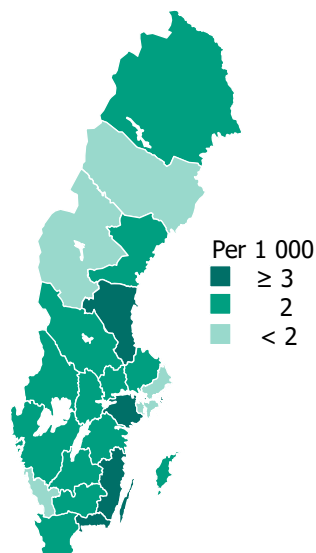
Här presenterar vi spädbarnsdödligheten 2016–2020. Informationen presenteras som andelar och skillnader mellan grupper beskrivs. Den statistiska säkerheten för dessa skillnader är inte beräknad.

Regionala skillnader

Spädbarnsdödligheten under första levnadsåret varierar mellan länen från 1,2–3,2 per 1 000 levande födda barn, för perioden 2016–2020. Lägst är den i Hallands, Jämtlands, Stockholms och Västerbottens län, med mindre än 2 dödsfall per 1 000 barn, se figur 4. I Blekinges, Gävleborgs, Kalmar och Södermanlands län är

spädbarnsdödligheten under första levnadsåret strax över 3 fall per 1 000 barn. I resterande län är spädbarnsdödligheten 2 per 1 000 barn.

Figur 4. Andel (antal per 1 000) levande födda spädbarn som dör under första levnadsåret, fördelat på län. Avser årsmedel 2016–2020.

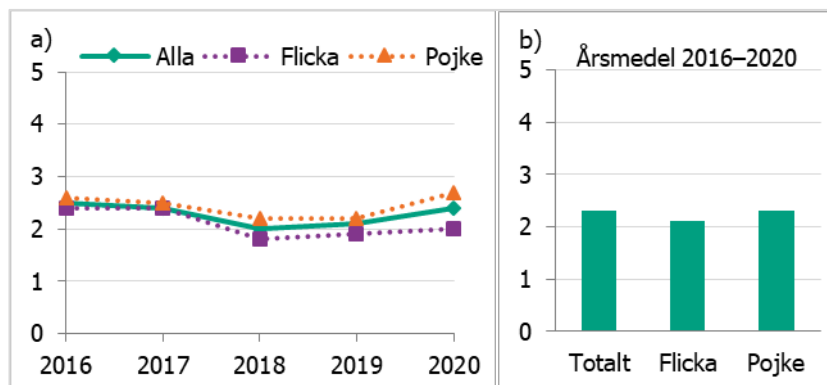


Källa: Registret över totalbefolkningen.

Utveckling över tid och skillnader mellan kön

Antalet per 1 000 barn som dör under sitt första levnadsår är relativt stabilt (2,0–2,5 av 1 000 barn) under 2016–2020, se figur 5a. För både flickor och pojkar är dödligheten strax över 2 fall per 1 000 barn, sett till årsmedel för hela perioden, se figur 5b.

Figur 5. Andel (antal per 1 000) levande födda spädbarn som dör under första levnadsåret för 2016–2020, fördelat på a) kalenderår och kön, och b) kön, över hela perioden (årsmedel).



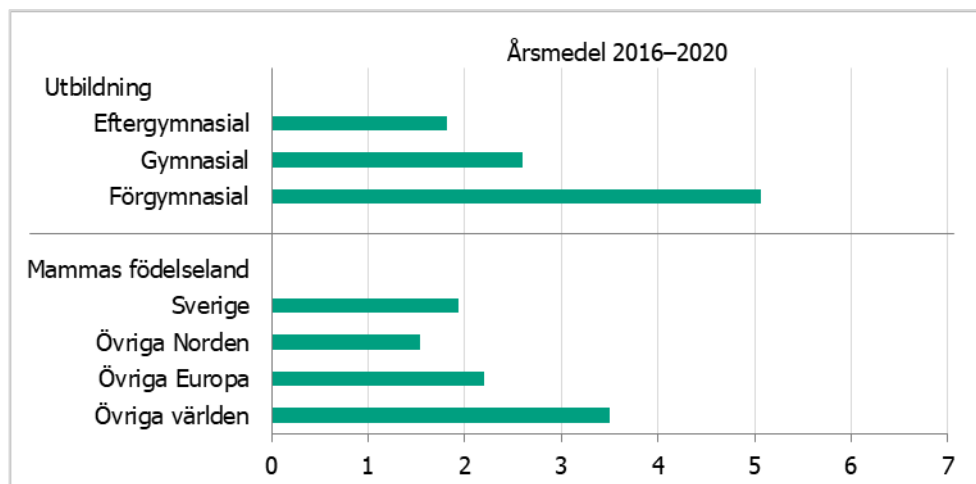
Källa: Registret över totalbefolkningen.

Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Spädbarnsdödligheten under första levnadsåret är 5 fall per 1 000 barn vars föräldrar som högst har förgymnasial utbildning, se figur 6. Motsvarande andel är endast 3 per 1 000 barn där föräldrar har högst gymnasial utbildning, och 2 per 1 000 barn där föräldrar har eftergymnasial utbildning.

När det gäller födelseland är spädbarnsdödligheten 3,5 av 1 000 barn där mammorna är födda utanför Europa, jämfört med 1,5–2,2 av 1 000 barn där mammorna är födda i Europa, inklusive Sverige.

Figur 6. Andel (antal per 1 000) levande födda spädbarn som dör under första levnadsåret, fördelat på föräldrars utbildningsnivå och mammas födelseland, 2016–2020.



Källa: Registret över totalbefolkningen och utbildningsregistret.

Fysisk hälsa



För små barn innebär fysisk hälsa att kroppen fungerar bra och att de är fria från sjukdomar eller skador som kan påverka deras tillväxt och utveckling. En god fysisk hälsa i tidig ålder är viktig för framtida hälsa och välbefinnande.

I detta kapitel presenterar vi information om fysisk hälsa hos barn 0–5 år i Sverige, genom hälsotillstånden astma, förstoppning, infektioner och övervikt, eller indikatorer för dem. Resultaten presenteras som andelar och skillnader mellan grupper redovisas som oddskvoter med 99,9 procent konfidensintervall. De skillnader mellan grupper eller förändringar över tid vi beskriver är alltså statistiskt säkerställda med 99,9 procents säkerhet.

Astma

Under ett kalenderår har 10 procent av alla barn i åldern 0–5 år minst ett uttag av förskrivet läkemedel mot astmasymtom, sett till årsmedlet för perioden 2016–2020. Se specifikation i faktaruta.

Läkemedelsbehandling mot astmasymtom

Läkemedelshandling mot astmasymtom hos barn avser här barn 0–5 år med minst ett uttag av förskrivet läkemedel mot astmasymtom under ett kalenderår. Följande läkemedel (ACT-kod) ingår: Läkemedel för obstruktiv luftvägssjukdom (ATC R03).

Informationen gäller 2016–2020.

Datakälla: Läkemedelsregistret.

Notera: Dessa läkemedelsuttag är inget direkt mått på förekomsten av astma, men ses här som en indikator för detta. Urvalet inkluderar hela svenska populationen. Klassificeringen kan leda till både över- och underskattning av förekomsten, eftersom uttag av läkemedel också speglar tillgången till vård och föräldrarnas vårdsökandebeteende.

Astma är en kronisk sjukdom som påverkar luftvägarna och kan göra det svårt för barn att andas. Vanliga symtom är hosta, pipande andning och andfåddhet. Obehandlad eller dåligt kontrollerad astma kan leda till problem såsom trötthet, stress, ångest eller depression, lunginfektion och fördröjningar i tillväxt eller puberteten hos barn (17).

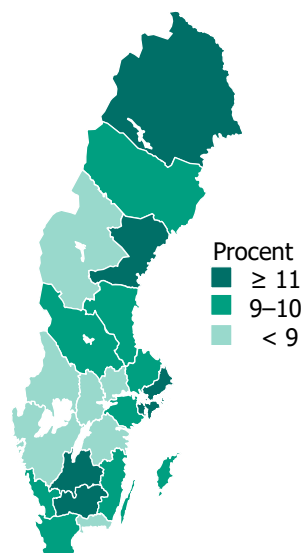
Astma kan utlösas av bland annat allergener, infektion eller ansträngning (18). Förkylningsastma betraktas ofta som en variant av astma eftersom den innefattar samma underliggande inflammation och överreaktivitet i luftvägarna som ses vid astma, men symtomen utlöses eller förstärks när individen har en förkylning eller luftvägsinfektion (19).

Regionala skillnader

Andelen barn 0–5 år som 2016–2020 har minst ett uttag av förskrivet läkemedel mot astmasymtom under ett kalenderår (fortsättningsvis kallat läkemedelsbehandling mot astma) varierar mellan länen från 6 till 12 procent. I de sju län med lägst andel (Jämtlands, Östergötlands, Västmanlands, Örebro, Blekinges, Västra Götalands och

Värmlands län) är andelen under 9 procent, se figur 7. Högst är förekomsten i Västernorrlands, Kronobergs, Norrbottens, Jönköpings och Stockholms län, där minst 11 procent av barnen 0–5 år behandlas med läkemedel mot astma. I återstående län är andelen 9–10 procent.

Figur 7. Andel (procent) barn 0–5 år som får läkemedelsbehandling mot astma, fördelat på län. Avser årsmedel för 2016–2020.

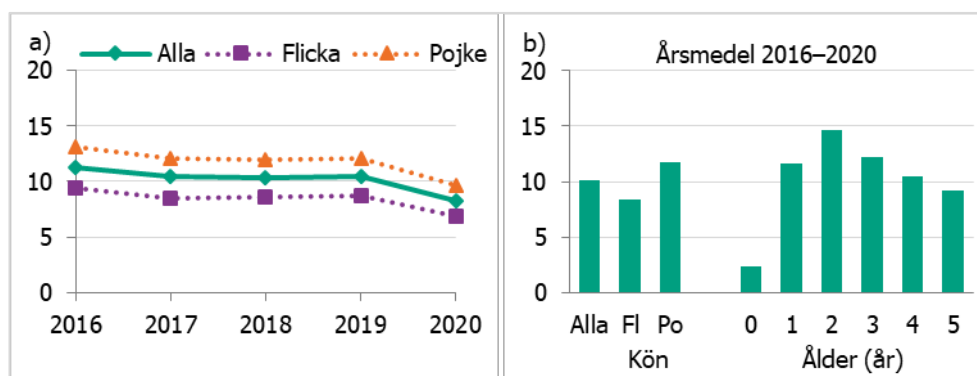


Läkemedelsbehandling avser minst ett uttag av förskrivet läkemedel mot astmasymtom under ett kalenderår. Källa: Läkemedelsregistret och registret över totalbefolkningen.

Utveckling över tid och skillnader beroende på kön och ålder

Andelen barn 0–5 år som får läkemedelsbehandling mot astma minskar, från 11 till 8 procent under perioden 2016–2020, se figur 8a. År 2016 till 2017 går andelen ned från 11 till 10 procent. Under 2020 ses en ytterligare nergång till 8 procent.

Figur 8. Andel (procent) barn 0–5 år som får läkemedelsbehandling mot astma 2016–2020, fördelat på a) kalenderår och kön, och b) kön och ålder, över hela perioden (årsmedel)



Fi = flicka; Po = pojke. Läkemedelsbehandling avser minst ett uttag av förskrivet läkemedel mot astmasymtom under ett kalenderår. Källa: Läkemedelsregistret och registret över totalbefolkningen.

Läkemedelsbehandling mot astma är vanligare bland pojkar än flickor, och sammantaget över hela perioden är andelen 12 procent bland pojkar, men bara 8

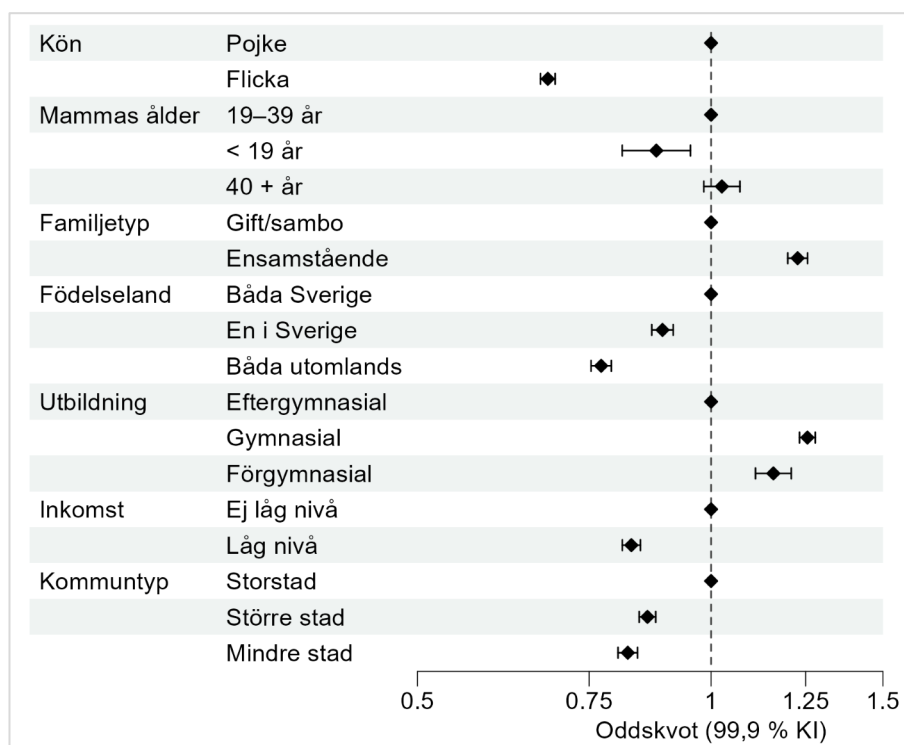
procent bland flickor, se figur 8b. Det finns också åldersskillnader. Första levnadsåret får 2 procent av barnen läkemedelsbehandling mot astma. Bland 1- och 2-åriga barn är motsvarande andel 12 respektive 15 procent, vartefter den successivt minskar till 9 procent hos 5-åriga barn.

Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning läkemedelsbehandling mot astma varierar bland barn beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Analyserna visar att förekomsten av läkemedelsbehandling mot astma bland barn 0–5 år har samband med barns kön, mammas ålder, familjetyp, föräldrars födelse-land och utbildning, hushållsinkomst och kommuntyp, oberoende av varandra, se figur 9.

Figur 9. Sannolikhet (oddskvot) för att barn 0–5 år får läkemedelsbehandling mot astma, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser 2016–2020.



Enskilda oddskvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer och för barnets ålder. Mammas ålder gäller vid barnets födsel. Födelse-land och utbildning gäller föräldrar, och inkomst avser ekonomisk standard. Läkemedelsbehandling avser minst ett uttag av förskrivet läkemedel mot astmasymtom under ett kalenderår. Källa: Läkemedelsregistret, registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Läkemedelsbehandling mot astma är mindre vanligt bland flickor än pojkar (OR = 0,68), även när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer. Barn till ensamstående föräldrar och barn till föräldrar med högst förgymnasial eller gymnasial utbildning har högre sannolikhet för att behandlas med läkemedel mot

astma än barn till föräldrar som är gifta eller samboende och barn till föräldrar med eftergymnasial utbildning (OR = 1,16–1,26).

Barn till mammor som är yngre än 19 år vid barnets födsel har lägre sannolikhet för att behandlas jämfört med barn till mammor som är 19–39 år vid barnets födsel (OR = 0,88). Detsamma gäller barn till utlandsfödda föräldrar: läkemedelsbehandling mot astma är mindre vanligt om en eller båda är födda utomlands jämfört med om båda är svenskfödda (OR = 0,77 respektive 0,69).

Läkemedelsbehandling mot astma är också mindre vanligt bland barn i hushåll med låg inkomstnivå jämfört med högre inkomstnivå (OR = 0,68) och bland barn som bor i landsbygdskommuner eller större städer jämfört barn som bor i storstadskommuner (OR = 0,82 respektive 0,86).

Förstoppning

Under ett kalenderår har 6 procent av barn 0–5 år minst ett uttag av förskrivet läkemedel mot förstoppning, sett till årsmedlet för perioden 2016–2020. Se specifikation i faktaruta.

Läkemedelsbehandling mot förstoppning

Läkemedelsbehandling mot förstoppning hos barn avser i denna rapport att barn 0–5 år har minst ett uttag av förskrivet läkemedel mot förstoppning under ett kalenderår. Följande läkemedel (ACT-kod) ingår:

- Osmotiskt aktiva laxermedel (A06AD).
- Klysmå (A06AG).

Informationen gäller 2016–2020.

Datakälla: Läkemedelsregistret.

Notera: De läkemedelsuttag som ingår är inget direkt mått på förstoppning, men ses här som en indikator för detta. Urvalet inkluderar hela svenska populationen. Klassificeringen kan leda till både över- och underskattning av förekomsten, eftersom uttag av läkemedel också speglar tillgången till vård och föräldrarnas vårdsökandebeteende.

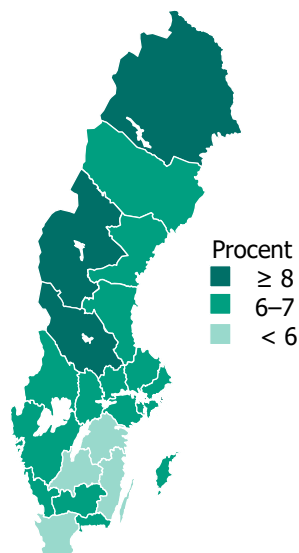
Förstoppning innebär att avföringen blir svårpasserad och hård, vilket kan resultera i smärta och obehag. Förstoppning hos barn kan uppstå på grund av deras rutiner och vanor. Tillståndet kan också tillfälligt uppstå i vissa övergångsperioder, såsom när barnet börjar på förskolan eller slutar använda blöja (20).

Regionala skillnader

Andelen barn med minst ett uttag av förskrivet läkemedel mot förstoppning under ett kalenderår (fortsättningsvis kallat läkemedelsbehandling mot förstoppning) 2016–2020 varierar mellan länen från 5–10 procent, se figur 10. I tre län (Norrbottens, Dalarnas och Jämtlands län) är andelen minst 8 procent. I

Jönköpings, Kalmar, Skåne och Östergötlands län är andelen mindre än 6 procent. I de återstående länen är förekomsten 6–7 procent.

Figur 10. Andel (procent) barn 0–5 år som får läkemedelsbehandling mot förstoppning, fördelat på län. Avser årsmedel för 2016–2020.

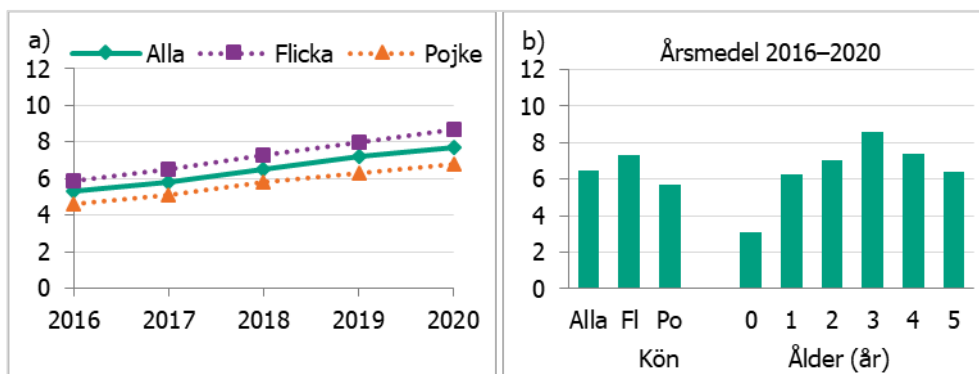


Läkemedelsbehandling avser minst ett uttag av förskrivet läkemedel under ett kalenderår. Källa: Läkemedelsregistret och registret över totalbefolkningen.

Utveckling över tid och skillnader beroende på kön och ålder

Andelen barn 0–5 år med läkemedelsbehandling mot förstoppning ökar, från 5 procent 2016 till 8 procent 2020, se figur 11a. Denna utveckling ses för både flickor och pojkar. Behandling är dock vanligare bland flickor än pojkar: i genomsnitt drygt 7 procent av flickorna och knappt 6 procent av pojkarna för perioden, se figur 11b.

Figur 11. Andel (procent) barn 0–5 år som får läkemedelsbehandling mot förstoppning, 2016–2020, fördelat på a) kalenderår och kön, och b) kön och ålder över hela perioden (årsmedel).



Fi = flicka; Po = pojke. Läkemedelsbehandling avser minst ett uttag av förskrivet läkemedel under ett kalenderår. Källa: Läkemedelsregistret och registret över totalbefolkningen.

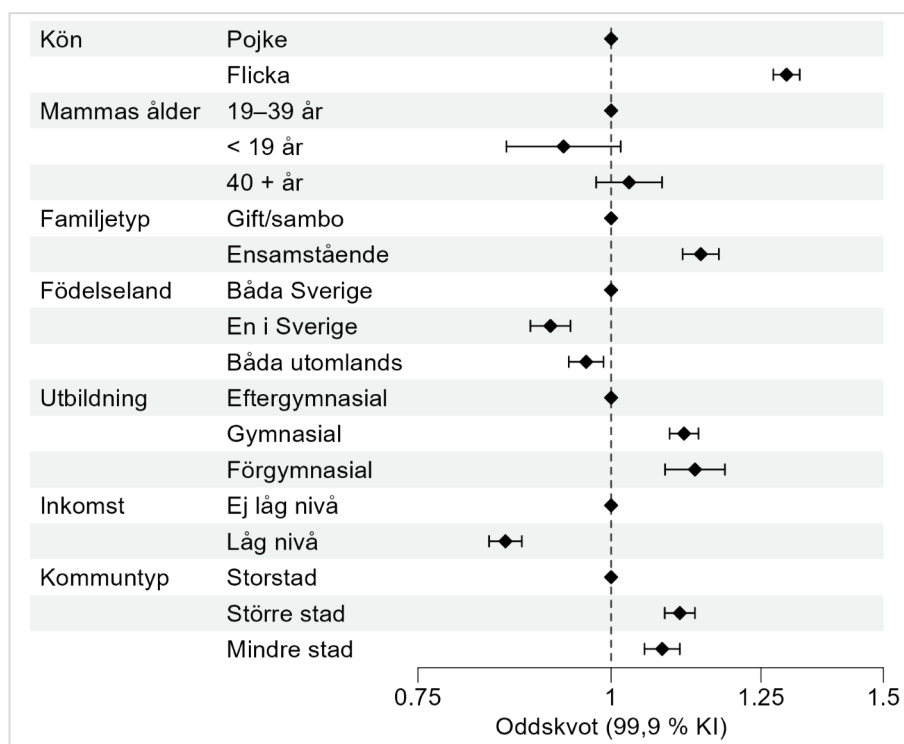
Det finns också åldersskillnader. Andelen som behandlas med läkemedel är högst bland 3-åringar (8,5 procent) och lägst under första levnadsåret (3 procent). I övriga åldersgrupper behandlas 6–7 procent av barnen med läkemedel mot förstoppning.

Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning läkemedelsbehandling mot förstoppning varierar bland barn beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Analyserna visar att förekomsten av läkemedelsbehandling mot förstoppning bland barn 0–5 år har samband med kön, familjetyp, föräldrars födelse- och utbildning, hushållsinkomst och kommuntyp, oberoende av varandra, se figur 12.

Figur 12. Sannolikhet (oddskvot) för att barn 0–5 år får läkemedelsbehandling mot förstoppning, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser 2016–2020.



Enskilda oddskvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer och för barnets ålder. Mammas ålder gäller vid barnets födsel. Födelse- och utbildningsland gäller föräldrar, inkomst avser ekonomisk standard. Läkemedelsbehandling avser minst ett uttag av förskrivet läkemedel under ett kalenderår. Källa: Läkemedelsregistret, registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Läkemedelsbehandling mot förstoppning är vanligare bland flickor än bland pojkar, även när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer (OR = 1,30). Barn till ensamstående föräldrar har också högre sannolikhet för att behandlas med läkemedel mot förstoppning jämfört med barn till föräldrar som är samboende eller gifta (OR = 1,14). Dessutom är behandlingen vanligare bland barn till föräldrar med som mest förgymnasial eller gymnasial utbildning, jämfört med barn till föräldrar med eftergymnasial utbildning (OR = 1,11 respektive 1,13).

Barn i hushåll med låg inkomst har däremot lägre sannolikhet för att behandlas med läkemedel mot förstoppning än barn i hushåll med högre inkomst (OR = 0,85).

Det finns även skillnader utifrån kommuntyp och föräldrarnas födelseland, men dessa skillnader är försumbara. Det finns inget samband mellan mammans ålder vid barnets födelse och förekomsten av läkemedelsbehandling mot förstoppning.

Infektioner

Under ett kalenderår har 23 procent av barn 0–5 år minst ett vårdtillfälle på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård på grund av en infektion, eller uttag av ett förskrivet läkemedel mot en infektion (antibiotika). Detta sett till årsmedlet för perioden 2016–2020. Se specifikation i faktaruta.

Vård eller läkemedelsbehandling för infektion

Vård eller läkemedelsbehandling för infektion hos barn avser i denna rapport att barn 0–5 år, minst en gång under ett kalenderår antingen 1) får slutenvård, 2) får läkarvård inom specialiserad öppenvård, eller 3) har uttag av förskrivet läkemedel för en infektion.

Följande tillstånd (ICD-kod) och läkemedel (ACT-kod) ingår:

- Akut övre luftvägsinfektion (J00–J06).
- Akut nedre luftvägsinfektion (J09–J22).
- Mellanöroninflammation (H65, H66, H68).
- Mag-tarminfektion (A00–A09).
- Antibakteriella läkemedel för systemiskt bruk (J01).

Informationen gäller åren 2016–2020.

Datakälla: Patientregistret och läkemedelsregistret.

Notera: I patientregistret ingår inte barn med infektion som får annan vård än slutenvård eller specialistvård hos läkare. Exempelvis ingår inte vård på vårdcentral. Detta innebär antagligen en underskattning av andelen barn som har en infektion. Information om läkemedelsuttag kan dock delvis kompensera, eftersom läkemedelsförskrivning inte är kopplad till viss vårdnivå. Urvalet inkluderar hela svenska populationen.

Barn i förskoleålder brukar gå igenom flera infektioner per år, särskilt under de första levnadsåren då immunsystemet ännu är under utveckling och barnen är mer mottagliga för att bli smittade (21). Några av de vanligaste infektionerna i denna åldersgrupp inkluderar mag-tarminfektioner och infektioner i övre eller nedre luftvägarna. De flesta infektioner klarar barnen bra, men upprepade infektioner kan leda till längre sammanhängande perioder av nedsatt allmäntillstånd, dålig aptit och långvarig eller upprepade frånvaro från förskolans pedagogiska verksamhet med minskad samvaro med andra barn och vuxna. Infektioner hos barn kan också få samhällseffekter eftersom någon vårdnadshavare behöver vara frånvarande från arbetet (22).

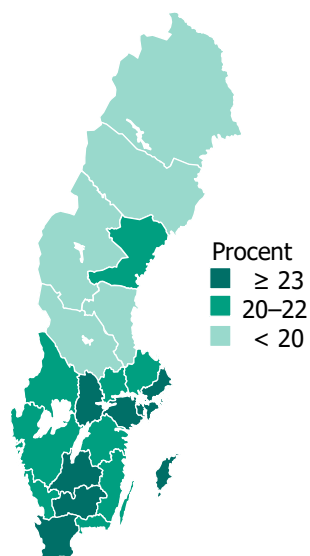
Bland små barn förekommer också allvarliga infektioner som även kan leda till behov av sjukhusvård. Framför allt bakteriella infektioner kan leda till allvarliga komplikationer (23, 24), men även vissa virusinfektioner innebär en högre risk för allvarlig sjukdom och behov av sjukhusvård. Det gäller till exempel mag-

tarminfektion med rotavirus och RS-virusinfektion (respiratoriskt syncytialvirus), som är den vanligaste akuta nedre luftvägsinfektionen bland små barn (25). Ju yngre barnet är vid insjuknandet, desto högre risk för allvarlig sjukdom och behov av sjukhusvård.

Regionala skillnader

Det finns regionala skillnader i andelen barn som har minst ett vårdtillfälle på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård under ett kalenderår eller som har uttag av förskrivet läkemedel för infektion minst en gång under ett kalenderår (fortsättningsvis kallat vård eller läkemedelsbehandling för infektion). Under 2016–2020 är variationen mellan länen från 17–26 procent, se figur 13. I allmänhet är förekomsten lägre i norra Sverige. I Dalarnas, Gävleborgs, Jämtlands, Norrbottens och Västerbottens län är förekomsten under 20 procent, jämfört med 23 procent eller mer i Gotlands, Jönköpings, Kronobergs, Skåne, Stockholms, Södermanlands och Örebro län. I resterande län är andelen 20–22 procent.

Figur 13. Andel (procent) barn 0–5 år som får vård eller läkemedelsbehandling för infektion, fördelat på län. Avser årsmedel för 2016–2020.



Vård avser minst ett vårdtillfälle på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård under ett kalenderår. Läkemedelsbehandling avser minst ett uttag av förskrivet läkemedel under ett kalenderår. Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och registret över totalbefolkningen.

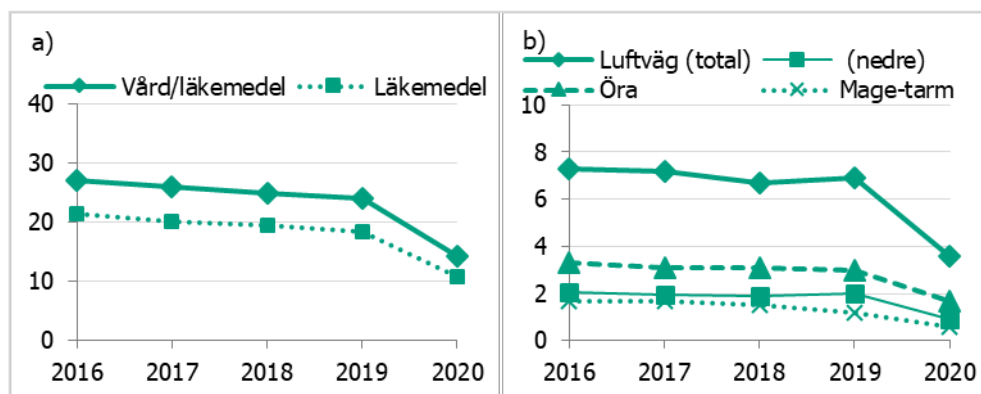
Olika typer av infektioner

Luftvägsinfektion är den vanligaste orsaken till att barn 0–5 år får vård för en infektion. Totalt 6 procent av alla barn i den åldern får vård för en akut luftvägsinfektion i antingen övre eller nedre luftvägarna, och 2 procent vårdas specifikt för en infektion i nedre luftvägarna. Dessutom är det 3 procent som får vård för en öroninfektion och 1 procent för en mag-tarminfektion, och 18 procent som tar ut förskrivna antibiotika.

Utveckling över tid

Andelen barn 0–5 år som får vård eller läkemedelsbehandling för infektion minskar, från 27 procent till 24 procent under 2016–2019, och sedan ytterligare till 14 procent 2020, se figur 14a. Uttag av läkemedel för infektion följer ett liknande mönster. Dessutom minskar andelen som vårdas för luftvägsinfektion, öroninfektion och mag-tarminfektion, sett till perioden 2016–2020, se figur 14b. Det gäller även specifikt vård för nedre luftvägsinfektion. Vård för luftvägs- och öroninfektion minskar särskilt 2020, där covid-19-pandemin pågår.

Figur 14. Andel (procent) barn 0–5 år, som får a) vård eller läkemedelsbehandling, eller specifik läkemedelsbehandling, och b) vård för infektion i luftvägar, öron eller mage-tarm, 2016–2020.

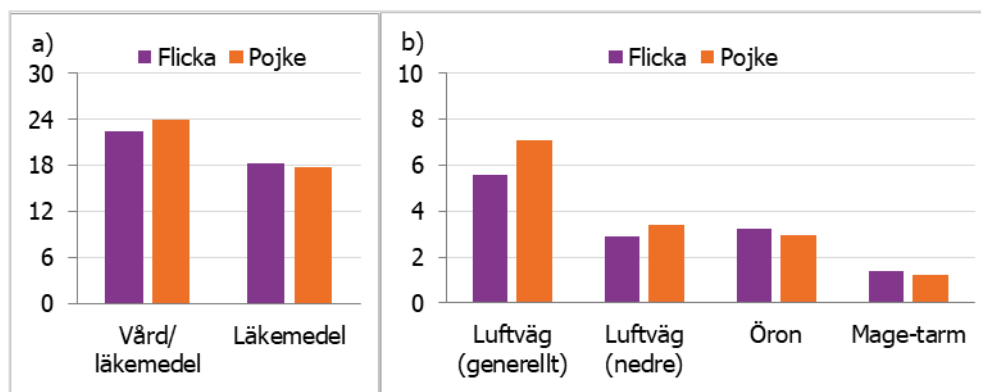


Vård avser minst ett vårdtillfälle på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård under ett kalenderår. Läkemedelsbehandling avser minst ett uttag av förskrivet läkemedel under ett kalenderår. Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och registret över totalbefolkningen.

Skillnader beroende på kön och ålder

Det är aningen vanligare att pojkar får vård eller läkemedelsbehandling för en infektion jämfört med flickor, se figur 15a. Läkemedelsbehandling i sig är dock lika vanligt, med 18 procent som har uttag av läkemedel mot infektion hos båda könen.

Figur 15. Andel (procent) barn, 0–5 år, som får a) vård eller läkemedelsbehandling, eller specifik läkemedelsbehandling, och b) vård för infektion i luftvägar, öron eller mage-tarm, fördelat på kön. Avser årsmedel för 2016–2020.



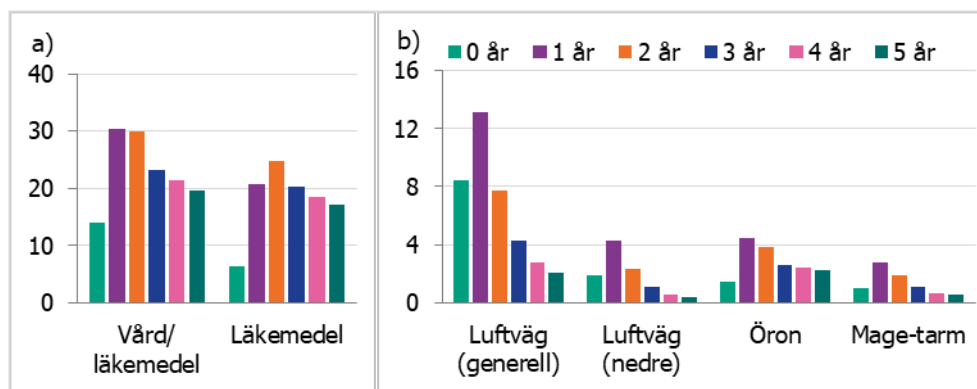
Vård avser minst ett vårdtillfälle på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård under ett kalenderår. Läkemedelsbehandling avser minst ett uttag av förskrivet läkemedel under ett kalenderår. Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och registret över totalbefolkningen.

När det gäller vård för specifika infektioner är det vanligare att pojkar vårdas för luftvägsinfektion, och det gäller även nedre luftvägsinfektion, se figur 15b. Däremot är det runt 3 procent av båda könen som vårdas för öroninfektion och lite drygt 1 procent som vårdas för mag-tarminfektion.

Det finns också ålderskillnader. Under första levnadsåret är det 14 procent som får vård eller läkemedelsbehandling för infektion, se figur 16a. Motsvarande andel är 30 procent bland 1- och 2-åringar. Därefter minskar andelen successivt till 20 procent vid 5 års ålder. Parallellt är det 6 procent som specifikt får läkemedelsbehandling för infektion under första levnadsåret, och 21–25 procent de efterföljande åren.

Ett liknande mönster gäller vård för specifika infektioner. Under första, andra och tredje levnadsåret får 8, 13, respektive 7 procent av små barn vård för antingen en övre eller en nedre luftvägsinfektion, och 2–4 procent får specifikt vård för en nedre luftvägsinfektion, se figur 16b. För de efterföljande tre levnadsåren är andelen 2–4 procent för luftvägsinfektion generellt och 0,4–1 procent för nedre luftvägsinfektion. Förekomsten av vård för öroninfektion och mag-tarminfektion följer samma mönster under de första sex levnadsåren.

Figur 16. Andel (procent) barn, 0–5 år, som får a) vård eller läkemedelsbehandling, eller specifik läkemedelsbehandling, och b) vård för infektion i luftvägar, öron eller mage-tarm, fördelat på ålder. Avser årsmedel för 2016–2020.

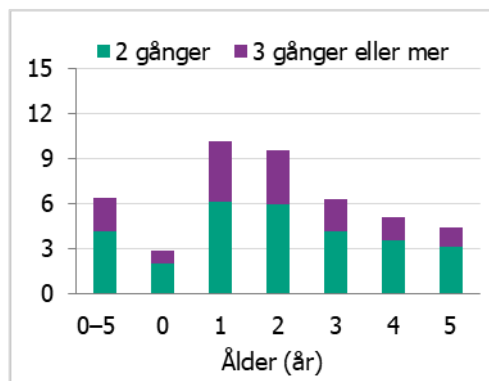


Vård avser minst ett vårdtillfälle på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård under ett kalenderår. Läkemedelsbehandling avser minst ett uttag av förskrivet läkemedel under ett kalenderår. Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och registret över totalbefolkningen.

De flesta små barn 0–5 år har endast en infektion per kalenderår som leder till vård eller läkemedelsbehandling. Men 6 procent har upprepade infektioner under ett kalenderår av en sådan svårighetsgrad att de leder till vård eller läkemedelsbehandling, se figur 17. För 4 procent av barnen gäller detta två gånger under ett år, med minst 30 dagar mellan, och för 2 procent händer det tre eller fler gånger under kalenderåret.

Upprepade tillfällen av vård eller läkemedelsbehandling för infektioner ses i alla åldersgrupper. Under första levnadsåret sker det hos 3 procent av barnen medan 10 procent av 1-åringar och 2-åringar har infektioner som orsakar upprepad vård eller läkemedelsbehandling.

Figur 17. Andel (procent) barn 0–5 år som under ett kalenderår får vård eller läkemedelsbehandling för infektion vid upprepade tillfällen med minst 30 dagar mellan, fördelat på ålder. Avser årsmedel för 2016–2020.



Vård avser minst ett vårdtillfälle på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård under ett kalenderår. Läkemedelsbehandling avser minst ett uttag av förskrivet läkemedel under ett kalenderår. Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret, registret över totalbefolkningen.

Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning vård eller läkemedelsbehandling för infektion varierar bland barn beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

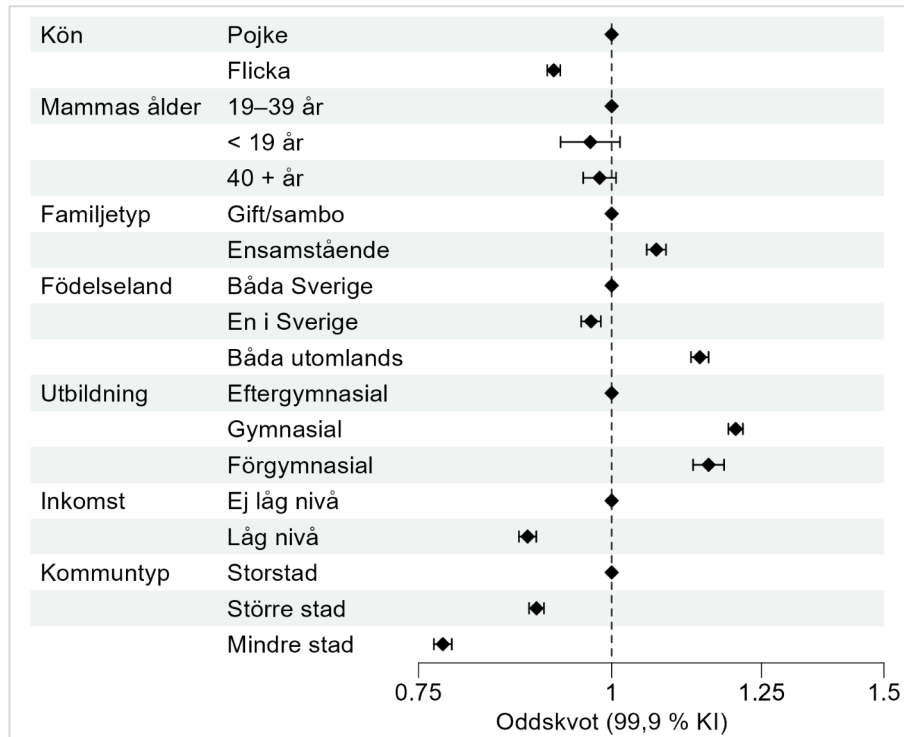
Analyserna visar att förekomsten av vård eller läkemedelsbehandling för infektion bland barn 0–5 år har samband med kön, familjetyp, föräldrars födelse- och utbildningsland och utbildning, hushållsinkomst och kommuntyp, oberoende av varandra, se figur 18.

Vård eller läkemedelsbehandling för infektion är vanligare bland barn till föräldrar som båda är födda utomlands, jämfört med barn till svenskfödda föräldrar (OR = 1,14) och bland barn till föräldrar med högst förgymnasial eller gymnasial utbildning, jämfört med om föräldrarna har eftergymnasial utbildning (OR = 1,16 respektive 1,20).

Däremot är sådan vård eller behandling mindre vanlig bland barn i hushåll med låg inkomst än bland barn i hushåll med högre inkomstnivå (OR = 0,88), liksom bland barn i landsbygdskommuner eller större städer jämfört med barn i storstadskommuner (OR = 0,78 respektive 0,89).

Det finns även skillnader utifrån barnets kön och familjetyp, men de är försumbara när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer. Det finns inget samband mellan mammas ålder vid barnets födelse och förekomsten av vård eller läkemedelsbehandling för infektion.

Figur 18. Sannolikhet (oddskvot) för att barn 0–5 år får vård eller läkemedelsbehandling för infektion, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser 2016–2020.



Enskilda oddskvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer samt för barnets ålder. Mammas ålder gäller vid barnets födelse. Födelseland och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser ekonomisk standard. Vård avser minst ett vårdtillfälle på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård under ett kalenderår. Läkemedelsbehandling avser minst ett uttag av förskrivet läkemedel under ett kalenderår. Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret, registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Övervikt

Övervikt och fetma förekommer i genomsnitt hos 8 procent av barnen som är 18 månader och 12 procent av barnen som är 4 år gamla, sett till årsmedlet för perioden 2016–2020. Mer specifikt har 7 procent övervikt och 1 procent fetma vid 18 månaders ålder. Bland 4-åringar är andelen 10 procent respektive 2 procent. Se specifikation i faktaruta.

Övervikt och fetma

Vid de ordinarie hälsobesöken inom barnhälsovården följs barns tillväxt rutinmässigt genom regelbundna mätningar av längd och vikt. Utifrån dem kan man beräkna Body Mass Index (BMI), som är ett mått på förhållandet mellan vikt och längd: vikten (kilo) delat med längden i kvadrat (meter²).

I denna rapport redovisar vi förekomsten av övervikt och fetma (var för sig) och antingen övervikt eller fetma (både kombinerat) bland barn som är 18 månader respektive 4 år, utifrån ålders- och könsspecifika BMI-gränsvärden från

- Världshälsoorganisationen (WHO), för barn 18 månader (26)
- The International Obesity Task Force (IOTF), för barn 4 år (27).

Informationen gäller 2016–2020.

Datakälla: Barnhälsovårdsjournalen.

Notera: Barnhälsovården använder IOTF:s gränsvärden för att följa viktstatus för barn 4 år gamla, men IOTF saknar gränsvärden för barn under 2 år, vilket finns hos WHO. Gränsvärdena från WHO och IOTF skiljer sig också åt i övrigt, vilket påverkar klassificeringen av övervikt. Överviktsförekomsterna som är framtagna med de två gränsvärdena är därför inte direkt jämförbara. Det finns därtill brister i dataregistrering och datauttag som har ledd till ett visst bortfall.

Övervikt och fetma är en riskfaktor för flera sjukdomar och en av de främsta orsakerna till förlorade friska levnadsår i Sverige. Under första levnadsåret stiger BMI snabbt och minskar sedan under resten av förskoleåldern. Tillväxten i längd och vikt beror alltså på ålder, kön och utvecklingsstadium. Övervikt redan i de första levnadsåren ökar risken för senare övervikt, liksom snabb tillväxt mellan 18 månader och 4 år (28, 29). Att ha fetma som barn innebär inte bara högre risk för fetma, förtida död och funktionsnedsättning som vuxen, utan även direkta negativa konsekvenser för den fysiska och psykiska hälsan under barndomen (30, 31). Barnfetma ökar till exempel risken för andningssvårigheter, insulinresistens, högt blodtryck, frakturer, social stigmatisering och nedsatt livskvalitet (30, 31).

Vi presenterar här resultat som bygger på information från 18 av 21 län, så resultaten kan inte självklart överföras till Sverige i stort. Barnen som ingår i analysen har dock generellt en liknande sociodemografisk profil som samtliga jämnåriga barn i landet, när det gäller familjetyp, mammas ålder, föräldrars utbildning och födelseland, hushållets inkomst, och kommuntyp, se bilaga 2.

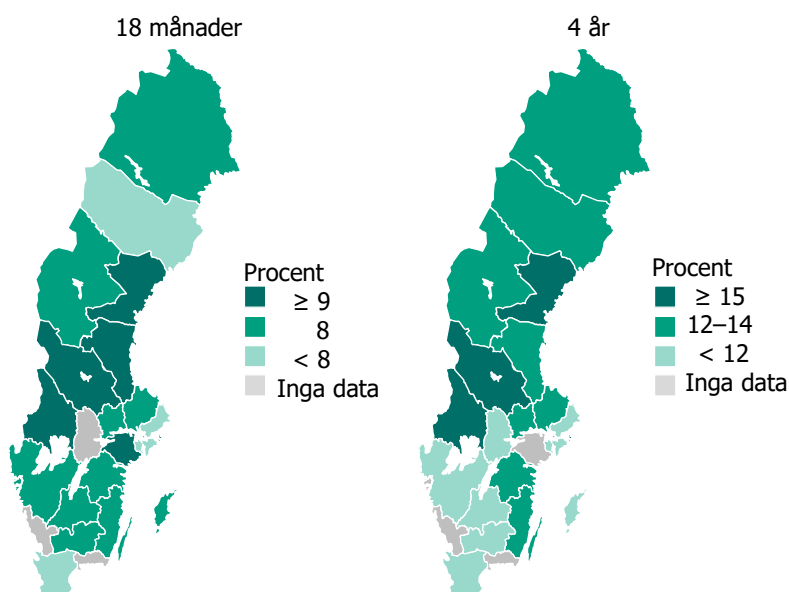
Regionala skillnader

Andelen barn som är 18 månader eller 4 år och har antingen övervikt eller fetma varierar något mellan de 18 länen med tillgängliga data för 2016–2020, se figur 19. För barn i åldern 18 månader varierar andelen från 7–10 procent, med lägsta förekomsten (under 8 procent) i Skåne, Stockholms och Västerbottens län och högsta förekomsten (minst 9 procent) i Dalarnas, Gävleborgs, Uppsalas, Värmlands

och Västernorrlands län. I resterande län har 8 procent av barnen antingen övervikt eller fetma vid 18 månaders ålder.

Förekomsten av antingen övervikt eller fetma bland 4-åringar varierar i länen mellan 10 och 17 procent. I sju län är förekomsten under 12 procent (Gotlands, Jönköpings, Kronobergs, Skåne, Stockholms, Västra Götalands och Örebro län), i tre län är den minst 15 procent (Dalarnas, Värmlands och Västernorrlands län) och i resterande län är den 12–14 procent.

Figur 19. Andel (procent) barn med antingen övervikt eller fetma, fördelat på län och ålder. Avser årsmedel för 2016–2020.



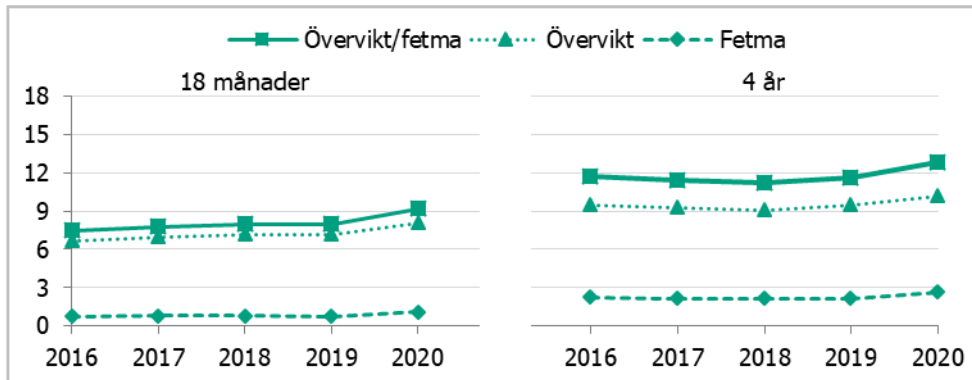
Övervikt och fetma är klassificerat utifrån BMI-gränsvärden framtagna av WHO, för barn 18 månader (26) och av IOTF, för barn 4 år (27). Källa: Barnhälsovårdsjournalen och registret över totalbefolkningen.

Utveckling över tid och skillnader beroende på kön

Andelen barn i åldern 18 månader med antingen övervikt eller fetma ökar: från 7 procent 2016 till 8 procent år 2019 och ytterligare till 9 procent under 2020, se figur 20. Bland barn i 4 års ålder är förekomsten relativt stabil 2016–2019, men den ökar under 2020 och totalt är ökningen en procentenhet (12–13 procent) under hela perioden.

Under 2016–2020 följer utvecklingen av övervikt respektive fetma (var för sig) ett liknande mönster som den totala utvecklingen för övervikt och fetma. Det gäller för båda åldersgrupperna. Utvecklingen över tid behöver dock tolkas med viss försiktighet, eftersom information från olika län ingår för olika år, se bilaga 2.

Figur 20. Andel (procent) barn på 18 månader som har övervikt och fetma (var för sig och kombinerat), fördelat på kön, 2016–2020.

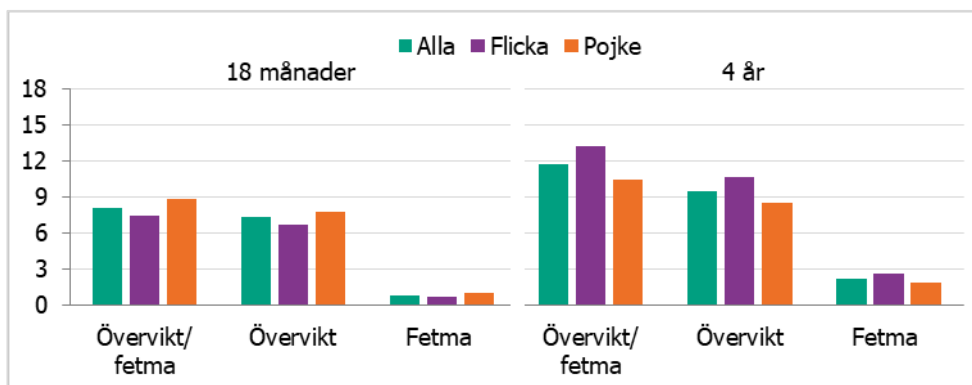


Övervikt och fetma är klassificerat utifrån BMI-gränsvärden framtagna av WHO, för barn 18 månader (26) och av IOTF, för barn 4 år (27). Källa: Barnhälsovårdsjournalen och registret över totalbefolkningen.

Bland 18 månader gamla barn är antingen övervikt eller fetma (kombinerat) vanligare bland pojkar än flickor, se figur 21. För 2016–2020 är andelen i genomsnitt 9 procent bland pojkar och 7 procent bland flickor. Ett liknande könsmonster ses i de undergrupper av barn som specifikt har övervikt respektive fetma.

Bland barn som är 4 år är övervikt eller fetma (kombinerat) tvärtom vanligast bland flickor: 13 procent jämfört med 12 procent av pojkarna. Också i denna åldersgrupp är könsfördelningen likartad i undergrupperna med specifikt övervikt respektive fetma.

Figur 21. Andel (procent) barn, 18 månader och 4 år, som har övervikt och fetma (var för sig och kombinerat), fördelat på kön. Avser årsmedel 2016–2020.



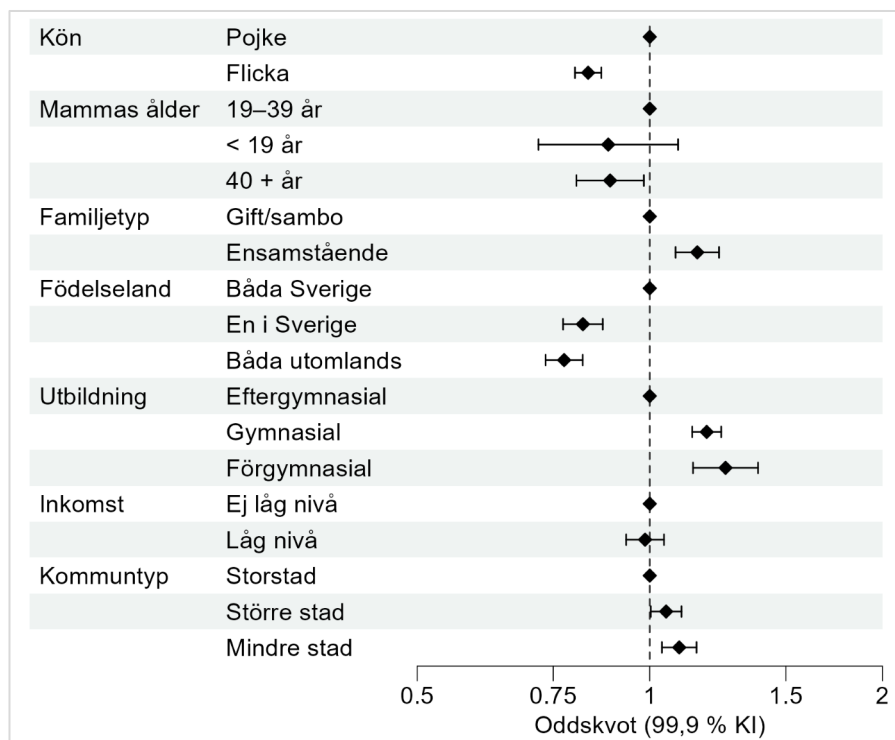
Övervikt och fetma är klassificerat utifrån BMI-gränsvärden framtagna av WHO, för barn 18 månader (26) och av IOTF, för barn 4 år (27). Källa: Barnhälsovårdsjournalen och registret över totalbefolkningen.

Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning övervikt och fetma varierar bland barn beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Analyserna visar att förekomsten av övervikt och fetma (kombinerat) bland barn 18 månader och 4 år har samband med kön, familjetyp, föräldrars födelseland och utbildning och kommutyp, oberoende av varandra, se figur 22.

Figur 22. Sannolikhet (oddskvot) för att barn 18 månader har antingen övervikt eller fetma, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser 2016–2020.



Enskilda oddskvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer och för barnets ålder. Mammas ålder gäller vid barnets födsel. Födelseland och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser ekonomisk standard. Övervikt och fetma är klassificerat utifrån BMI-gränsvärdena framtagna av WHO. Källa: Barnhälsovårdsjournalen, registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Det är mer sannolikt att barn i åldern 18 månader har antingen övervikt eller fetma om de har ensamstående föräldrar, jämfört med om föräldrarna är samboende eller gifta (OR = 1,15). Detsamma gäller om föräldrarna har högst förgymnasial eller gymnasial utbildning jämfört med om föräldrarna har eftergymnasial utbildning (OR = 1,25 respektive 1,18).

Det är däremot mindre sannolikt att barn som är 18 månader har antingen övervikt eller fetma om de har en eller två utlandsfödda föräldrar, än om båda föräldrarna är svenskfödda (OR = 0,82 respektive 0,77). Det är också mindre vanligt med antingen övervikt eller fetma bland flickor än bland pojkar, även när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer (OR = 0,83).

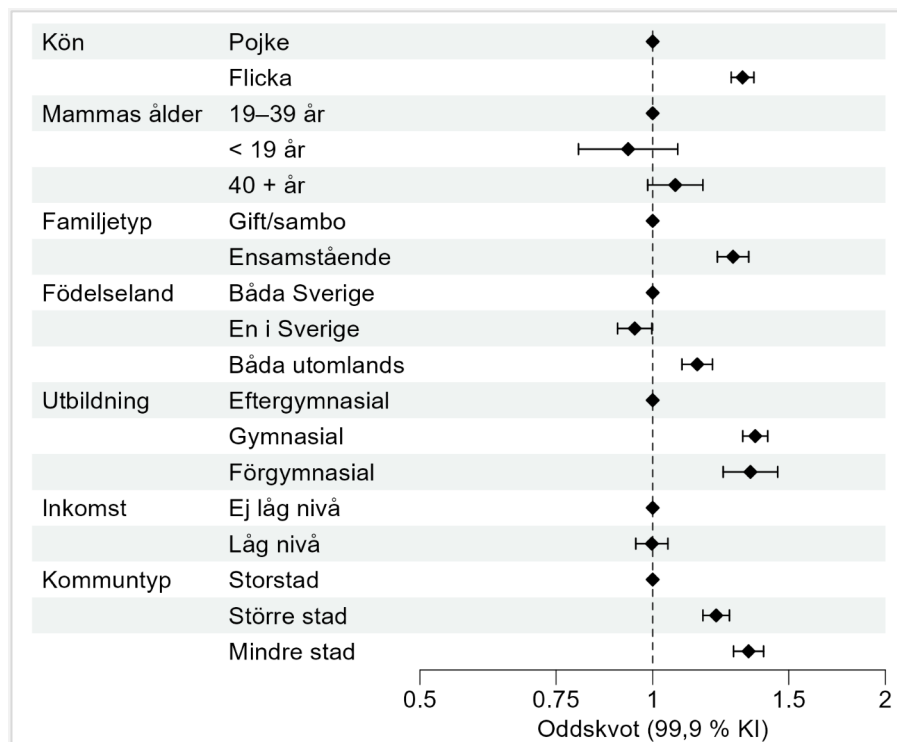
Skillnaderna utifrån kommutyp är dock försumbara, och förekomsten av antingen övervikt eller fetma har inget samband med mammas ålder eller hushållets inkomst för barn som är 18 månader gamla.

För 4-åringar är mönstret i vissa avseende detsamma som för barn i 18 månaders ålder, men det finns också vissa skillnader, se figur 23. Även bland 4-åringar är övervikt eller fetma (kombinerat) vanligare hos barn till ensamstående föräldrar

jämfört med barn till föräldrar som lever tillsammans (OR = 1,27), och vanligare om föräldrarna har högst förgymnasial eller gymnasial utbildning jämfört med föräldrar med eftergymnasial utbildning (OR = 1,34 respektive 1,36).

Likaså, finns inget samband mellan hushållets inkomst eller mammans ålder vid barnets födelse och förekomsten av antingen övervikt eller fetma bland 4-åringar.

Figur 23. Sannolikhet (oddskvot) för att barn 4 år har antingen övervikt eller fetma, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser 2016–2020.



Enskilda oddskvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer och för barnets ålder. Mammans ålder gäller vid barnets födelse. Födelseland och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser ekonomisk standard. Övervikt och fetma är klassificerat utifrån BMI-gränsvärden framtagna av IOTF, för barn 4 år (27). Källa: Barnhälsovårdsjournalen, registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

I motsättning till de yngre barnen är dock förekomsten av antingen övervikt eller fetma är högre bland 4-åringa barn vars båda föräldrar är födda utomlands jämfört med om båda föräldrarna är svenskfödda (OR = 1,14), och högre bland barn i landsbygdskommuner eller större städer jämfört med barn i storstadskommuner (OR = 1,33 respektive OR = 1,21). För barn som är 18 månader gamla är övervikt eller fetma vanligast bland barn till svenskfödda föräldrar och det finns endast ett försumbart samband mellan övervikt eller fetma och kommuntyp.

Det är också mer sannolikt att 4-åringa flickor har antingen övervikt eller fetma jämfört med 4-åringa pojkar (OR = 1,31), medan sannolikheten i stället är lägre bland 18 månader gamla flickor.

Psykisk hälsa



Psykisk hälsa är viktigt för att barn ska kunna leva ett gott liv där de klarar vardagens utmaningar och har en bra relation till sig själva och andra (32). Under de första åren i livet utvecklas hjärnan som mest, och psykisk hälsa under den tiden är även viktigt för att barn ska utvecklas till sin fulla potential och få en bra framtid. I faktarutan specificeras vad som menas med psykisk hälsa hos små barn.

Psykisk hälsa hos barn 0–5 år

Psykisk hälsa omfattar generellt både psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa. De två dimensionerna är viktiga var för sig, så psykisk hälsa handlar inte enbart om frånvaro av psykisk ohälsa utan också om närvaro av psykiskt välbefinnande (33).

För barn 0–5 år handlar psykiskt välbefinnande om att utveckla kapacitet "att bilda nära och trygga relationer till vuxna och till kamrater, att uppleva, hantera och uttrycka hela spektret av känslor, och att utforska omgivningen och lära sig; allt detta i barns familjära, samhällsliga och kulturella sammanhang" (34). Psykisk ohälsa innebär svårigheter inom dessa områden som inte är typiska för åldern. Svårigheterna kan vara så omfattande att de uppfyller kriterierna för en diagnos, också kallat ett psykiatriskt tillstånd.

Psykiska svårigheter tidigt i livet kan orsaka lidande för barnet och familjen samt bidra till en negativ utveckling under både barndomen och in i vuxenlivet (34). Några av de vanligaste psykiatriska tillstånd bland små barn rör neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, till exempel Attention Deficit Hyperactivity Disorder (adhd) som karakteriseras av svårigheter att reglera uppmärksamhet, impulser och aktivitetsnivå, och autism som rör svårigheter med samspel och kommunikation.

Små barn kan också ha betydande atypiska svårigheter med känslor och beteende, vilket kan leda till ångest- och nedstämdhetstillstånd, såsom småbarnsdepression, eller tillstånd med ilska och aggression, såsom trotssyndrom och beteendestörning. Tillstånden kan manifesteras sig kliniskt från 2–3 års ålder, men betydande besvär kan visa sig tidigare än så.

I detta kapitel presenterar vi information från barnhälsovården om psykisk hälsa hos barn 0–5 år i Sverige. Först kommer ett avsnitt om remisser till psykolog, logoped och barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Sedan följer tre avsnitt relaterat till neuropsykiatrisk funktion: ett om språklig utveckling, ett om uppmärksamhet, impulsivitet och hyperaktivitet, och ett om samspel och kommunikation. Därpå följer två avsnitt om utagerande respektive inåtvända känslor. Kapitlet avslutas med två avsnitt om relationsförmågor: ett om social kompetens och ett om kamratrelationer.

Vi noterar att den tillgängliga informationen har fokus på psykisk ohälsa. Undantaget är informationen om social kompetens som är en aspekt av psykiskt välbefinnande. I brist på systematiskt insamlade och registrerade nationella data om barns psykiska hälsa inkluderar vi även information från enstaka regioners screeningar.

Resultaten presenteras som andelar och skillnader mellan grupper redovisas som oddskvoter med 99,9 procent konfidensintervall. De skillnader mellan grupper eller förändringar över tid vi beskriver är alltså statistiskt säkerställda med 99,9 procents säkerhet.

Remiss till psykolog, logoped eller barn- och ungdomspsykiatri

Totalt 4 procent av barn 0–5 år får en remiss av barnhälsovården till antingen en psykolog, en logoped eller barn- och ungdomspsykiatri (BUP), sett till årsmedlet för perioden 2016–2020. Per 1 000 barn är det 29 barn som remitteras till logoped, 6 till psykolog och 4 till BUP. Se specifikation i faktaruta.

Remiss till psykolog, logoped, barn- och ungdomspsykiatri (BUP)

Vid de ordinarie hälsobesöken inom barnhälsovården ingår uppföljning av barns psykomotoriska utveckling, inklusive förmåga till samspel och kommunikation, kognitiv utveckling och koncentrationsförmåga. Vid avvikelser rekommenderas personalen att konsultera eller skicka remiss till psykolog, logoped eller BUP.

I rapporten redovisar vi information om barn 0–5 år som remitterats till antingen psykolog, logoped eller BUP (minst en av de tre), och redogör för den så kallade remitteringsgraden.

Informationen gäller 2016–2020.

Datakälla: Barnhälsovårdsjournalen.

Notera: Remiss till psykolog, logoped och BUP är inget direkt mått på psykisk ohälsa, men ses här som en indikator för detta. I några regioner används remiss inte vid konsultation med barnhälsovårdsteamets egen psykolog och logoped, och det finns även brister i registrering och datauttag som har ledd till ett visst bortfall. Remisser från just barnhälsovården är inte heller ett fullständigt mått på barns kontakter med psykolog, logoped eller BUP.

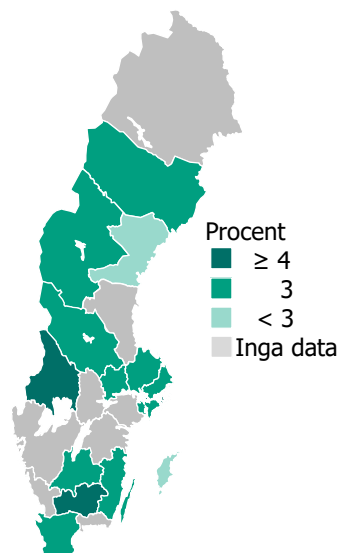
Resultaten bygger på information från 13 av 21 län, så giltigheten för Sverige i stort behöver tolkas med viss försiktighet. Barnen som ingår i analysen har dock generellt en liknande sociodemografisk profil som samtliga barn 0–5 år i landet, när det gäller familjetyp, mammas ålder, föräldrars utbildning och födelseland, och hushållets inkomst. Däremot bor 51 procent av barnen som ingår i analysen i en storstadskommun, jämfört med 40 procent av jämnåriga barn i hela befolkningen, se bilaga 2.

Regionala skillnader

Andelen barn som remitteras från barnhälsovården till psykolog, logoped eller BUP (fortsättningsvis även kallat remitteringsgrad) varierar från 2,8–5,0 procent i de 13 länen med tillgängliga data, sett till årsmedlet för perioden 2016–2020. Figur 24 visar att Gotlands och Västernorrlands län har lägsta remitteringsgraden, med

mindre än 3 procent, medan Kronoberg och Värmlands län har den högsta med minst 4 procent. I de resterande länen är remitteringsgraden 3–4 procent.

Figur 24. Andel (procent) barn som remitteras från barnhälsovården till antingen psykolog, logoped eller barn- och ungdomspsykiatri, fördelat på län. Avser årsmedel för 2016–2020.

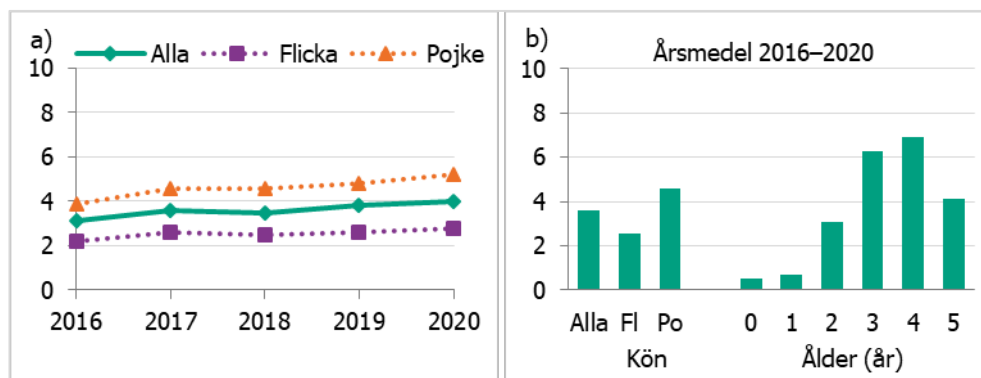


Källa: Barnhälsovårdsjournalen och registret över totalbefolkningen.

Utveckling över tid och skillnader beroende på kön och ålder

Andelen barn som remitteras från barnhälsovården till psykolog, logoped eller BUP ökar från 3,1 procent 2016 till 4,0 procent 2020, se figur 25a. Ökningen är likartad för båda könen, men för alla år är det vanligare att pojkar remitteras till dessa instanser. Utvecklingen över tid måste dock tolkas med försiktighet eftersom olika regioner ingår för olika år, se bilaga 2.

Figur 25. Andel (procent) barn som remitteras från barnhälsovården till antingen psykolog, logoped eller barn- och ungdomspsykiatri 2016–2020, fördelat på a) kalenderår och kön, och b) kön och ålder över hela perioden (årsmedel).



FI = Flicka, Po = Pojke. Källa: Barnhälsovårdsjournalen och registret över totalbefolkningen.

Sett till årsmedlet för hela perioden 2016–2020 är det en större andel pojkar (4,6 procent) som remitteras, jämfört med flickor (2,5 procent), se figur 25b.

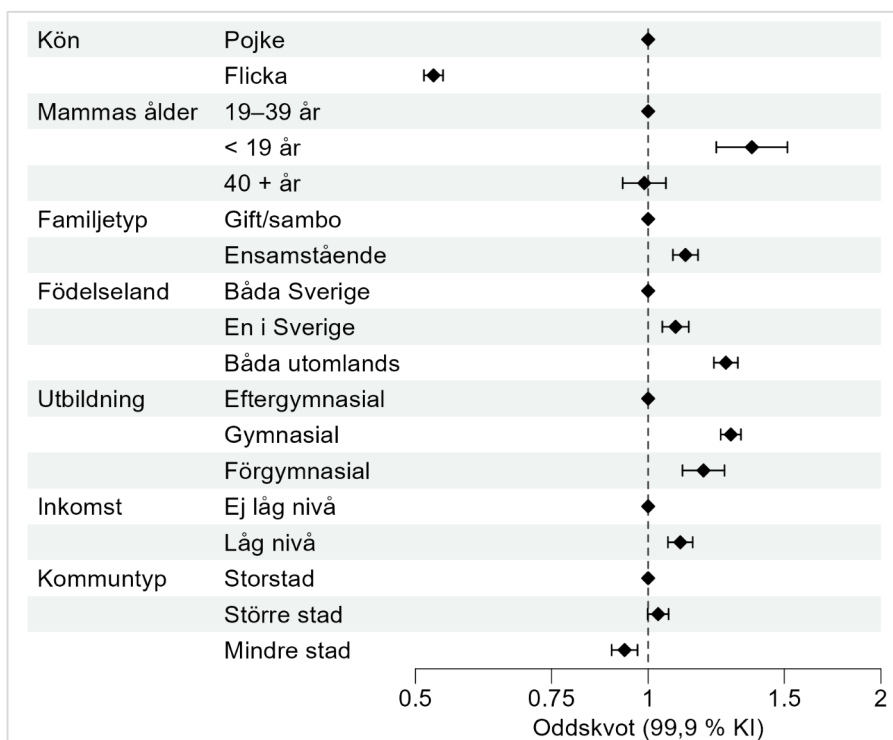
Remitteringsgraden varierar dessutom med åldern. Lägst är den under de första två levnadsåren, där under 1 procent remitteras till minst en av dessa tre instanser. Bland barn i 3–4 års ålder är andelen drygt 6 procent.

Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning remitteringar från barnhälsovården till psykolog, logoped eller BUP varierar bland barn beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Analyserna visar att remitteringsgraden bland barn 0–5 år har samband med kön, mammas ålder, familjetyp, föräldrarnas födelse-land och utbildning, hushållets inkomst och med kommuntyp, oberoende av varandra, se figur 26.

Figur 26. Sannolikhet (oddkvot) för att barn remitteras från barnhälsovården till antingen psykolog, logoped eller barn- och ungdomspsykiatri, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser 2016–2020.



Enskilda oddskvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer och för barnets ålder. Mammas ålder gäller vid barnets födsel. Födelse-land och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser ekonomisk standard. Källa: Barnhälsovårdsjournalen, registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Störst är skillnaden mellan flickor och pojkar. Flickor har bara hälften så stor sannolikhet för att bli remitterade till psykolog, logoped eller BUP, jämfört med pojkar (OR = 0,53), när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer. Näst största skillnaden gäller mammas ålder och föräldrarnas födelse-land och utbildning. Det

är vanligare att barn remitteras till en av de tre instanserna om mamman är under 19 år vid barnets födsel, jämfört med 19–39 år gammal (OR = 1,36). Detsamma gäller om någon förälder är född utomlands, speciellt om båda är det, jämfört med om båda är födda i Sverige (OR = 1,28), liksom om föräldrarna som högst har gymnasial utbildning, jämfört med eftergymnasial utbildning (OR = 1,26).

Det är också vanligare att barn remitteras till psykolog, logoped eller BUP om hushållet har låg inkomst eller om föräldrarna är ensamstående, jämfört med om hushållet har högre inkomstnivå eller om föräldrarna är gifta eller samboende (OR = 1,10 respektive 1,12). Skillnaderna i remitteringsgrad som beror på kommutyp är försumbara.

Språk- och talutveckling

Totalt 13 procent av 2,5–3-åriga barn i Sverige har stora svårigheter när det gäller språk- och talutveckling, sett till årsmedlet för perioden 2016–2020. Se specifikation i faktaruta.

Svårigheter i språk- och talutveckling

I samband med det ordinarie barnhälsovårdsbesöket när barnen är 2,5–3 år gamla ingår en screening av den språkliga utvecklingen. Screeningen görs med hjälp av antingen Miniscalcos (35) eller Westerlunds (36) standardiserade manualbaserade test.

Vid screeningen undersöks barns ordförråd, ordsatsanvändning och ordförståelse med stöd av leksaker om screeningen utförs vid 2,5 år och med fotografier om det utförs vid 3 år.

Utifrån screeningen identifieras barn som har stora svårigheter i språk- eller talutvecklingen, här även kallat stora språksvårigheter.

Informationen gäller åren 2016–2020.

Datakälla: Barnhälsovårdsjournalen.

Notera: Stora svårigheter i språk- eller talutvecklingen är inget direkt mått på psykisk ohälsa, men ses här som en indikator för detta. Brister i dataregistrering och datauttag har ledd till ett visst bortfall.

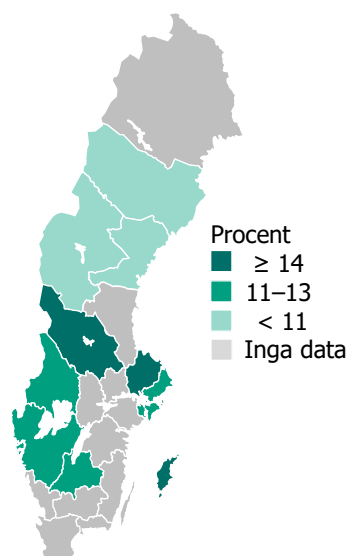
En försenad eller avvikande språklig utveckling kan vara ett tidigt tecken på en neuropsykisk funktionsnedsättning, så kallat språkstörning (34), men också på andra neuropsykiatriska funktionsnedsättningar eller annan psykisk ohälsa. Till exempel visar en systematisk litteraturöversikt att barn med uttalade språksvårigheter har ökad risk för olika typer av psykiska besvär eller psykiatriska tillstånd senare i livet, inklusive nedsatt neuropsykiatrisk funktion i form av adhd (37). Även en mindre studie av barn i Sverige tyder på att försenat språklig utveckling i förskoleålder (3 års ålder) kan vara ett tecken på senare neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, och då främst adhd (38). En avvikande språklig utveckling kan också vara ett tecken på nedsatt fysisk funktion såsom nedsatt hörsel. Uttalade svårigheter i språkutvecklingen är alltså inget direkt mått på psykiska problem eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, men en indikator för detta.

Vi presenterar här resultat som bygger på information från 10 av 21 län. Resultatets giltighet för Sverige i stort behöver därmed tolkas med viss försiktighet. Barnen från de län som ingår har dock en liknande profil som samtliga jämnåriga barn 0–5 år i landet när det gäller familjetyp, mammas ålder, föräldrars utbildning och födelse-land och hushållets inkomst, se bilaga 2. Däremot bor 56 procent av barnen i dessa 10 län i en storstadskommun, jämfört med 40 procent av jämnåriga barnen i hela Sverige.

Regionala skillnader

Det finns regionala skillnader i andelen barn 2,5–3 år med stora språksvårigheter, sett till årsmedlet för perioden 2016–2020, se figur 27. Andelen varierar från 9–17 procent i länen med tillgänglig information om detta. I de tre nordligaste länen, Västerbottens, Västernorrlands och Jämtlands län, finns lägsta andelen barn med stora språksvårigheter (under 11 procent), medan Dalarnas, Gotlands och Uppsalas län har högst andel (14 procent eller däröver). I de resterande fyra län har 11–13 procent av barnen stora språksvårigheter.

Figur 27. Andel (procent) barn 2,5–3 år som har stora svårigheter i språk- eller talutvecklingen, fördelat på län. Avser årsmedel för 2016–2020.

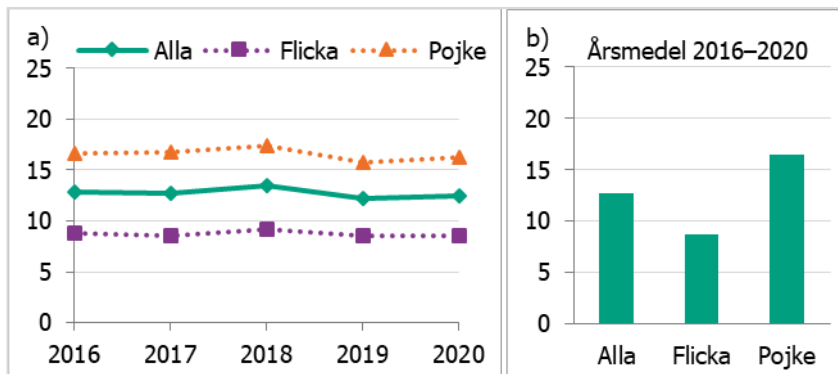


Källa: Barnhälsovårdsjournalen och registret över totalbefolkningen.

Utveckling över tid och skillnader beroende på kön

Andelen barn 2,5–3 år med stora språksvårigheter ligger på likartad nivå under 2016–2020, men det är varje år vanligare bland pojkar jämfört med flickor, se figur 28a. Utvecklingen över tid måste dock tolkas med försiktighet eftersom olika regioner ingår för olika år, se bilaga 2. Sett till årsmedlet för hela perioden är det 9 procent av flickorna och 17 procent av pojkarna som har stora språksvårigheter, se figur 28b.

Figur 28. Andel (procent) barn 2,5–3 år som har stora svårigheter i språk- eller talutvecklingen 2016–2020, fördelat på a) kalenderår och kön, och b) kön över hela perioden (årsmedel).



Källa: Barnhälsovårdsjournalen och registret över totalbefolkningen.

Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning språksvårigheter varierar bland barn beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Analyserna visar att förekomsten av stora språksvårigheter hos barn 2,5–3 år har samband med kön, mammas ålder, föräldrars födelseland och utbildning, hushållsinkomst och kommuntyp, oberoende av varandra, men inte med familjetyp, se figur 29.

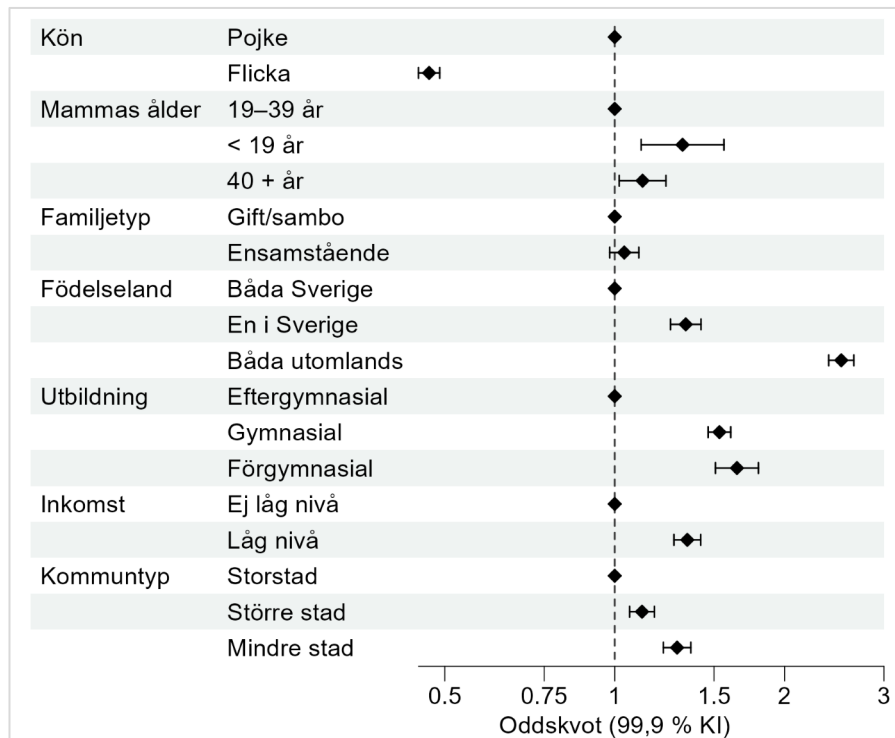
Mer specifikt är sannolikheten för stora språksvårigheter hälften så stor bland flickor än pojkar (OR = 0,47), när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer, och mer än dubbelt så stor bland barn med två utlandsfödda föräldrar än bland dem vars båda föräldrar är födda i Sverige (OR = 2,45). Sannolikheten för stora språksvårigheter är också förhöjd bland barn med bara en utlandsfödd förälder (OR = 1,34).

Därtill är stora språksvårigheter vanligare om föräldrarna som högst har förgymnasial eller gymnasial utbildning jämfört med eftergymnasial utbildning (OR = 1,65 respektive 1,53). Detsamma gäller barn i hushåll med låg inkomst, jämfört med högre inkomst (OR = 1,34).

Det är också vanligare att barn med en ung mamma (under 19 år vid barnets födsel) har stora språksvårigheter, jämfört med om mamman var 19–39 år (OR = 1,32). Även om mamman var 40 år eller äldre vid barnets födsel är sannolikheten för stora språksvårigheter förhöjd hos barnet (OR = 1,12).

Slutligen är stora språksvårigheter vanligare bland barn i landsbygdskommuner och större städer jämfört med barn i storstadskommuner (OR = 1,29 respektive 1,12).

Figur 29. Sannolikhet (oddskvot) för att barn 2,5–3 år har stora svårigheter i språk- eller talutvecklingen, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser 2016–2020.



Enskilda oddskvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer och för barnets ålder. Mammas ålder gäller vid barnets födsel. Födelseland och utbildning gäller föräldrar, inkomst avser ekonomisk standard. Källa: Barnhälsovårdsjournalen, registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Uppmärksamhet, impulsivitet, hyperaktivitet

Totalt 11 procent av 3–4-åriga barn i Stockholms län har problem med uppmärksamhet, impulsivitet eller hyperaktivitet. Detta framgår av uppgifter från barnens vårdnadshavare och avser perioden november 2020–juni 2022. Se specifikation i faktaruta.

Problem med uppmärksamhet, impulsivitet och hyperaktivitet

Inför de ordinarie barnhälsovårdsbesöken vid 3 och 4 års ålder svarar vårdnadshavare i Region Stockholm rutinmässigt på fem frågor om uppmärksamhet, impulsivitet eller hyperaktivitet hos barnet.

Vårdnadshavare tar ställning till om barnet

- är rastlöst, överaktivt, eller inte kan vara stilla länge
- har svårt att sitta stilla, eller jämt rör och vrider på sig
- är lättstört eller lätt tappar koncentrationen
- (inte) kan stanna upp och tänka sig för innan han/hon gör olika saker
- (inte) fullföljer uppgifter, (inte) har bra koncentrationsförmåga.

Svarsalternativ: stämmer helt (2 poäng), stämmer delvis (1 poäng) och stämmer inte (0 poäng). I rapporten räknar vi totalpoäng ≥ 6 som att barnet har problem med uppmärksamhet, impulsivitet eller hyperaktivitet.

Informationen gäller november 2020–juni 2022.

Datakälla: Barnhälsovården.

Notera: Frågorna ingår i enkäten Strength and difficulties questionnaire (39). Vårdnadshavare svarar för sina barn, vilket kan leda till både över- och underskattning av problem med uppmärksamhet, impulsivitet eller hyperaktivitet.

Problem med uppmärksamhet, impulsivitet och hyperaktivitet kan sammantaget ses som tecken på adhd. Sådana problem kan påverka barns och familjers dagliga funktion negativt, till exempel genom att barnen får svårt att ha relationer till andra, och genom att barnen eller familjerna får svårt att delta i vardagliga aktiviteter (34). Små barn med denna typ av problem har också ökad risk för avvikande kognitiv, motorisk och språklig utveckling och för socioemotionella besvär och regleringsbesvär såsom med att komma till ro och somna, eller ihållande gråt (40). I förlängningen har de också ökad risk för inlärningsproblem i skolan (41) och för att utveckla ett adhd-tillstånd eller en utagerande problematik (42, 43).

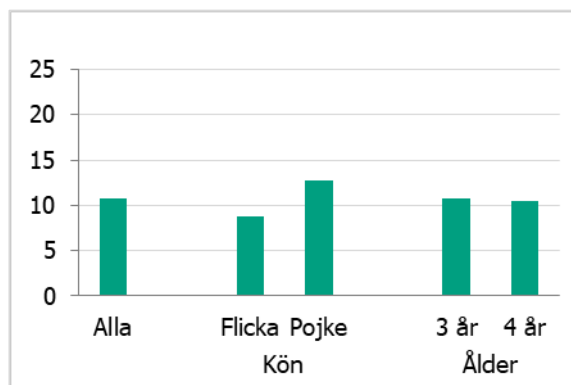
I Sverige saknas standardiserade nationella uppföljningar av adhd och symtom på adhd hos barn 0–5 år. Barnhälsovården i två regioner gör dock rutinmässigt standardiserade screeningar av problem med uppmärksamhet, impulsivitet och hyperaktivitet, och här presenterar vi information från screeningen i Region Stockholm. De inkluderade barnen har en liknande profil som jämnåriga barn i Sverige generellt när det gäller kön, mammas ålder, familjetyp och föräldrars födelse land, men samtliga bor i en storstadskommun, jämfört med 40 procent i hela Sverige. Vidare har 81 procent av föräldrarna eftergymnasial utbildning och 9 procent av barnen bor i hushåll med låg inkomst, jämfört med 62 respektive 23 procent i hela landet, se bilaga 2.

Skillnader beroende på kön och ålder

Hos 3–4-åriga barn i Stockholms län är problem med uppmärksamhet, impulsivitet eller hyperaktivitet vanligare hos pojkar än hos flickor, se figur 30. Mer specifikt

har 13 procent av pojkarna och 9 procent av flickorna sådana problem. Däremot ses ingen skillnad mellan barn som är 3 år kontra 4 år gamla.

Figur 30. Andel (procent) barn 3–4 år som har problem med uppmärksamhet, impulsivitet eller hyperaktivitet, november 2020–juni 2022. Avser skattningar av vårdnadshavare i Region Stockholm.



Källa: Barnhälsovården och registret över totalbefolkningen.

Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

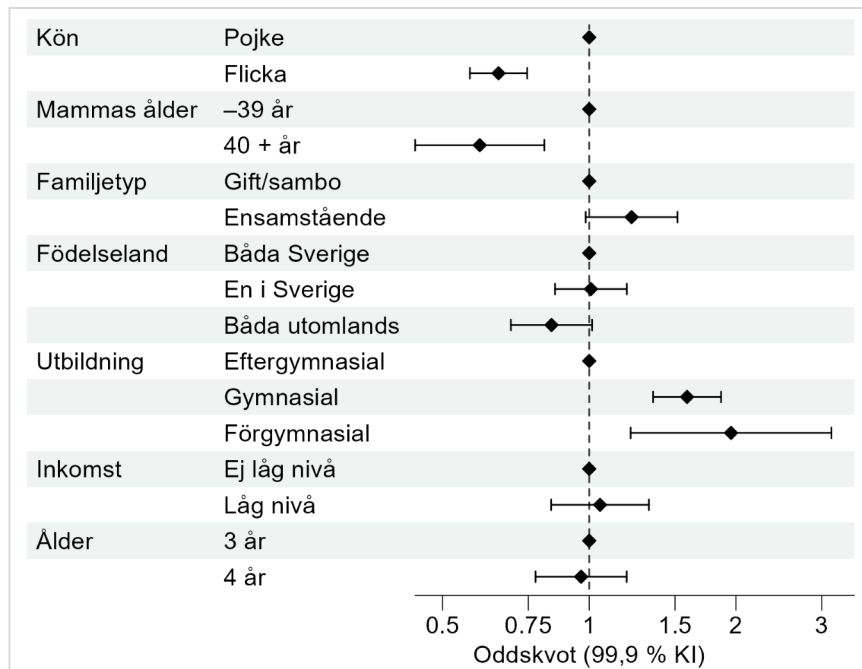
Här presenterar vi i vilken utsträckning problem med uppmärksamhet, impulsivitet och hyperaktivitet varierar hos barn i Stockholms län beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Analyserna visar att förekomsten av problem med uppmärksamhet, impulsivitet och hyperaktivitet hos 3–4-åriga barn i Stockholms län har samband med barnets kön, mammas ålder och föräldrarnas utbildning, oberoende av varandra, men inte med familjetyp, föräldrarnas födelseland eller hushållets inkomst, se figur 31.

Största skillnaden ses för föräldrarnas utbildningsnivå. Sannolikheten för att ha problem med uppmärksamhet, impulsivitet eller hyperaktivitet är nästan dubbelt så hög om föräldrarna som mest har förgymnasial utbildning jämfört med eftergymnasial utbildning (OR = 1,95). Sannolikheten är också tydligt högre om föräldrarna som högst har gymnasial utbildning jämfört med eftergymnasial utbildning (OR = 1,59).

Problem med uppmärksamhet, impulsivitet eller hyperaktivitet är däremot *mindre* vanligt bland flickor än pojkar, även när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer, och bland barn till äldre mammor (40 år eller mer vid barnets födsel) jämfört med om mamman är under 40 år vid barnets födsel (OR = 0,65 respektive 0,60).

Figur 31. Sannolikhet (oddskvot) för att barn 3–4 år har problem med uppmärksamhet, impulsivitet och hyperaktivitet, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund, november 2020–juni 2022. Avser skattningar av vårdnadshavare i Stockholms län.



Enskilda oddskvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer. Mammas ålder gäller vid barnets födelse. Födelseland och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser ekonomisk standard. Källa: Barnhälsovården, registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Samspel och kommunikation

I Jämtlands län har 4 procent av barnen som är 2,5–3 år problem med samspel eller kommunikation, sett till årsmedlet för perioden 2016–2020. Se specifikation i faktaruta.

Problem med samspel eller kommunikation

Vid det ordinarie barnhälsovårdsbesöket med barn som är 2,5–3 år gamla gör Region Jämtland-Härjedalen fem standardiserade observationer av barns förmåga till samspel och kommunikation utifrån scheman JA-OBS (Joint Attention Observation Schedule [48]). Barnhälsovårdens sköterska eller läkare observerar om barn

- använder sitt eget pekfinger för att peka på något (till exempel i en bok)
- kan samverka eller låtsas leka tillsammans med sköterskan, läkaren eller föräldern
- reagerar på sitt namn
- söker ögonkontakt med sköterskan eller läkaren
- följer med blicken när sköterskan eller läkaren pekar på något längre bort i rummet.

Negativt utfall på två eller fler punkter redovisas som problem med samspel eller kommunikation.

Informationen gäller 2016–2020.

Data källa: Barnhälsovårdsjournalen.

Barn med autism (även benämnt autismspektrumtillstånd, AST, eller autism spectrum disorder, ASD) har betydande problem med socialt samspel och kommunikation som är atypiska för åldern, samt restriktiva (begränsande) och repetitiva beteenden (34). Tecknen på autism kan ses redan under första levnadsåret, men de manifesterar sig oftast under andra levnadsåret för att sedan finnas kvar livet ut.

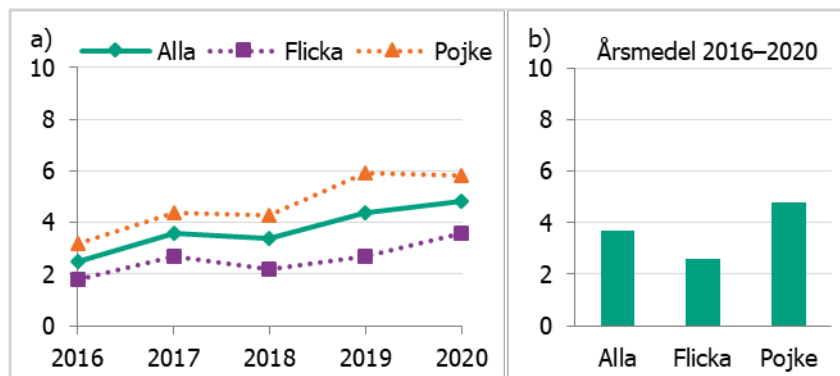
I Sverige saknas standardiserade nationella uppföljningar av autism hos barn 0–5 år. Sex län anger dock att de under åren 2016–2020 gör rutinemässiga universella screeningar av samspel och kommunikation vid 18 månaders eller 2,5–3 års ålder, med syftet är att upptäcka tidiga tecken på autism. En region (Jämtland-Härjedalen) kan lämna information från screening som vi presenterar här. De inkluderade barn har en liknande profil som barn i Sverige, när det gäller familjetyp, mammas ålder, föräldrars utbildning och hushållets inkomst, men 76 procent har två svenskfödda föräldrar jämfört med 60 procent i hela Sverige. Vidare bor inga av de barn som ingår i analysen i en storstadskommun men 75 procent bor i en större stad, jämförd med 40 procent i storstadskommun och 38 procent i en större stad i hela landet, se bilaga 2.

Utveckling över tid och skillnader beroende på kön

Andelen barn 2,5–3 år i Jämtlands län som har problem med samspel eller kommunikation är 3 procent 2016 och 5 procent 2020, se figur 32a. Utvecklingen ser ungefär likadan ut för både flickor och pojkar. Ökningen är dock inte statistiskt säkerställd, så det är osäkert om problemen har blivit vanligare eller om ökningen beror på slumpfaktorer.

Varje kalenderår är samspels- eller kommunikationsproblem vanligare bland pojkar än flickor, se figur 32a, och sett till årsmedlet för hela perioden berörs knappt 5 procent av pojkarna och knappt 3 procent av flickorna, se figur 32b.

Figur 32. Andel (procent) barn 2,5–3 år som har problem med samspel eller kommunikation 2016–2020, fördelat på a) kalenderår och kön, och b) kön över hela perioden (årsmedel). Avser Jämtlands län.



Källa: Barnhälsovården och registret över totalbefolkningen.

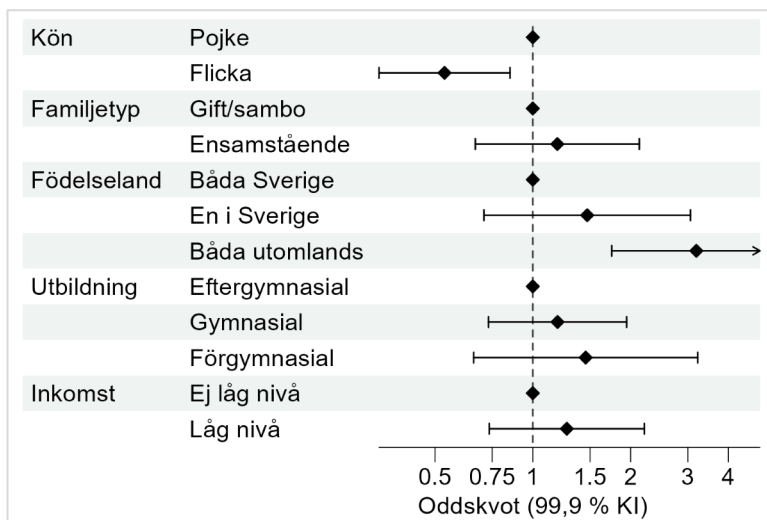
Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi vilken utsträckning problem med samspel eller kommunikation varierar hos barn i Jämtlands län beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Analyserna visar att förekomsten av problem med samspel eller kommunikation hos barn 2,5–3 år i Jämtlands län har samband med barnets kön och föräldrarnas födelse land, oberoende av varandra, men inte med familjetyp, föräldrars utbildning eller hushållets inkomst, se figur 33.

Mer specifikt är det hälften så sannolikt att flickor har problem med samspel eller kommunikation, jämfört med pojkar, när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer (OR = 0,53). Sådana problem är drygt tre gånger så sannolika bland barn med två utlandsfödda föräldrar jämfört med barn som har två svenskfödda föräldrar (OR = 3,19). Problem är dock lika vanliga bland barn med bara en utlandsfödd förälder och barn med två svenskfödda föräldrar.

Figur 33. Sannolikhet (oddskvot) för att barn 2,5–3 år har problem med samspel eller kommunikation, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund, 2016–2020. Avser Jämtlands län.



Enskilda oddskvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer. Mammas ålder gäller vid barnets födsel, Födelse land och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser ekonomisk standard. Källa: Barnhälsovården, registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Utagerande känslor och beteende

Totalt 10 procent av 3–4-åriga barn i Stockholms län har problematiska utagerande känslor och relaterat beteende, såsom uttalad ilska, aggressivitet och normbrytande beteende. Detta framgår av uppgifter från barnens vårdnadshavare och avser perioden november 2020–juni 2022. Se specifikation i faktaruta.

Problematiske utagerande känslor och relaterat beteende

Inför de ordinarie barnhälsovårdsbesöken vid 3 och 4 års ålder svarar vårdnadshavare i Region Stockholm rutinmässigt på fem frågor om utagerande känslor och relaterat beteende hos barnet. Vårdnadshavare tar ställning till om barnet

- ofta har raseriutbrott eller häftigt humör
- som regel (inte) är lydigt eller vanligtvis (inte) följer vuxnas uppmaningar
- ofta slåss eller bråkar med andra barn eller mobbar dem
- ofta säger emot vuxna
- kan bete sig elakt mot andra.

Svarsalternativ: stämmer helt (2 poäng), stämmer delvis (1 poäng) och stämmer inte (0 poäng). I rapporten räknar vi totalpoäng ≥ 5 som problematiske utagerande känslor och relaterat beteende, också här kallat beteendeproblem.

Informationen gäller november 2020–juni 2022.

Datakälla: Barnhälsovården.

Notera: Frågorna ingår i enkäten Strength and difficulties questionnaire (39). Vårdnadshavare svarar för sina barn, vilket kan leda till både över- och underskattning av problem med att reglera utagerande känslor och relaterat beteende.

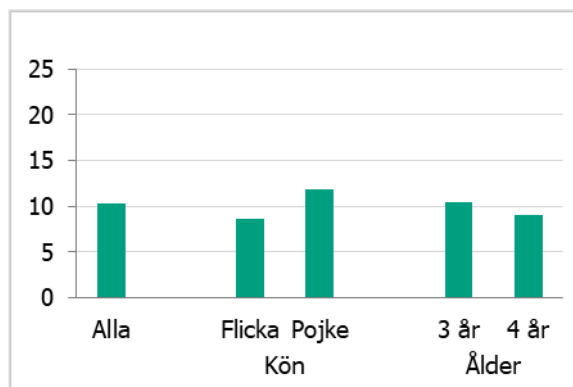
Under de första åren i livet utvecklas små barns kapacitet att reglera sina känslor i samspel med omgivningen. Negativa känslor hos små barn är inget problematiskt i sig, men uttalad ilska och aggression samt relaterade psykiatriska tillstånd såsom trottsyndrom och beteendestörning kan orsaka betydande lidande hos barn och familjer, på kort och lång sikt (34). Barn med denna typ av problem i förskoleåldern har exempelvis risk för fortsatta eller förvärrade problem senare i livet, och det gäller både föräldrarapporterade besvär och psykiatriska tillstånd (43, 44). Sådana problem ökar också risken för olika typer av funktionsnedsättningar (44) och för andra framtida problem såsom adhd (45) eller emotionella besvär och tillstånd (43, 46), inklusive depression(44). Problem med uttalad ilska och aggression ökar dessutom risken för konflikter och kan göra det svårare för barnen att skapa goda relationer till andra barn (47, 48).

I Sverige saknas standardiserade nationella uppföljningar av utagerande känslor och relaterade beteenden hos små barn. Barnhälsovården i tre regioner genomför dock rutinmässiga screeningar av detta och här presenterar vi information från screeningen i Region Stockholm. De inkluderade barnen har en liknande profil som jämnåriga barn i Sverige generellt när det gäller kön, mammas ålder, familjetyp och föräldrars födelseland, men samtliga bor i en storstadskommun, jämfört med 40 procent i hela Sverige. Vidare har 81 procent av föräldrarna eftergymnasial utbildning och 9 procent av barnen bor i hushåll med låg inkomst, jämfört med 62 respektive 23 procent i hela landet, se bilaga 2.

Skillnader beroende på kön och ålder

Det finns skillnader mellan könen i problematiska utagerande känslor och relaterat beteende (fortsättningsvis även kallat beteendeproblem), utifrån 3–4-åriga pojkar och flickor i Stockholms län. Totalt 12 procent av pojkarna har beteendeproblem under den aktuella perioden, men bara 9 procent av flickorna, se figur 34. Däremot finns ingen statistiskt säkerställd skillnad i förekomsten av beteendeproblem mellan barn som är 3 år och barn som är 4 år.

Figur 34. Andel (procent) barn 3–4 år som har problematiska utagerande känslor och relaterat beteende (beteendeproblem) november 2020–juni 2022. Avser skattningar av vårdnadshavare i Stockholms län.



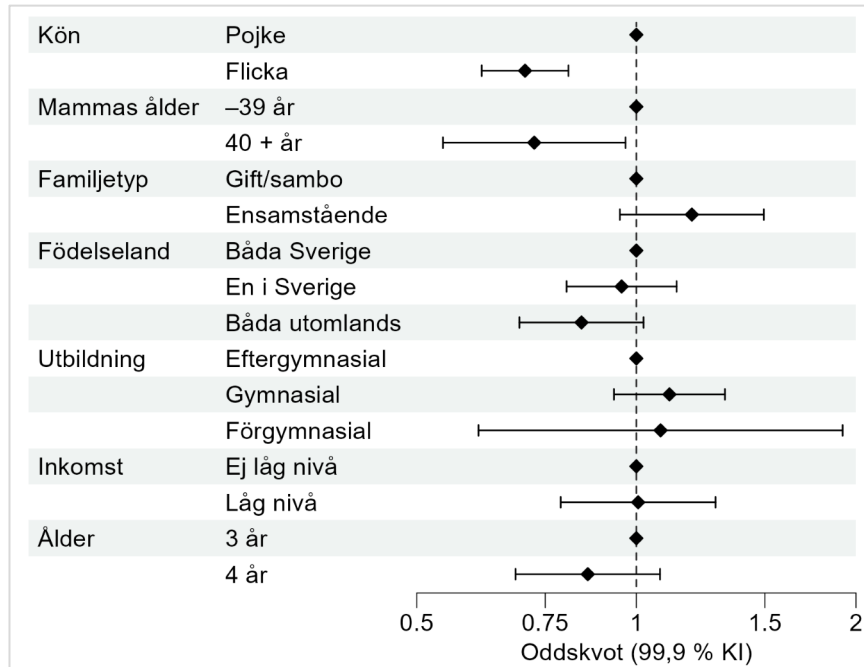
Problematiska utagerande känslor och relaterat beteende innefattar exempelvis uttalad ilska, aggressivitet och normbrytande beteende. Källa: Barnhälsovården och registret över totalbefolkningen.

Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning beteendeproblem varierar bland barn i Stockholms län beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Analyserna visar att beteendeproblem är mindre vanliga hos flickor än pojkar 3–4 år gamla i Stockholms län (OR = 0,70), även när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer, se figur 35. Däremot ses inga samband med mammas ålder familjetyp, föräldrars födelse- och utbildning eller hushållets inkomst.

Figur 35. Sannolikhet (oddskvot) för att barn 3–4 år har problematiska utagerande känslor och relaterade beteenden (beteendeproblem), utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund november 2020–juni 2022. Avser skattningar av vårdnadshavare i Stockholms län.



Enskilda oddskvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer. Mammas ålder gäller vid barnets födsel. Födelseland och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser ekonomisk standard. Problematiska utagerande känslor och relaterat beteende innefattar exempelvis uttalad ilska, aggressivitet och normbrytande beteende. Källa: Barnhälsovården, registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Inåtvända känslor och beteende

Totalt 11 procent av 3–4-åriga barn i Stockholms län har problematiska inåtvända känslor och beteende såsom ångest och nedstämdhet eller psykosomatiska besvär. Det framgår av uppgifter från barnens vårdnadshavare och avser perioden november 2020–juni 2022. Se specifikation i faktaruta.

Problematiska inåtvända känslor och relaterat beteende

Inför de ordinarie barnhälsovårdsbesöken vid 3 och 4 års ålder svarar vårdnadshavare i Region Stockholm rutinmässigt på fem frågor om inåtvända känslor och relaterat beteende hos barnet. Vårdnadshavare tar ställning till om barnet

- ofta klagar över huvudvärk, ont i magen eller illamående
- oroar sig över mycket eller ofta verkar bekymrat
- ofta är ledset, nedstämt eller tårögt
- är nervöst eller klängigt i nya situationer och lätt blir otryggt
- är rädd för mycket eller är lättskrämt.

Svarsalternativ: stämmer helt (2 poäng), stämmer delvis (1 poäng) och stämmer inte (0 poäng). I rapporten räknar vi totalpoäng ≥ 3 som problematiska inåtvända känslor och relaterat beteende, här också kallat emotionella problem.

Informationen gäller november 2020–juni 2022.

Datakälla: Barnhälsovården.

Notera: Frågorna ingår i enkäten Strength and difficulties questionnaire (39). Vårdnadshavare svarar för sina barn, vilket kan leda till både över- och underskattning av emotionella problem.

Under de första åren i livet utvecklas små barns kapacitet att reglera sina känslor i samspel med omgivningen. Negativa känslor hos små barn är inget problematiskt i sig, men uttalad nedstämdhet, oro och ångest kan orsaka lidande och vara symptom på psykiatriska tillstånd såsom småbarnsdepression och ångestsyndrom (34).

Forskningen visar också att föräldra-rapporterade emotionella besvär i förskoleåldern är en riskfaktor för senare emotionella besvär (46) och depression och ångestsyndrom, tillika med både adhd och beteendestörning (43, 45).

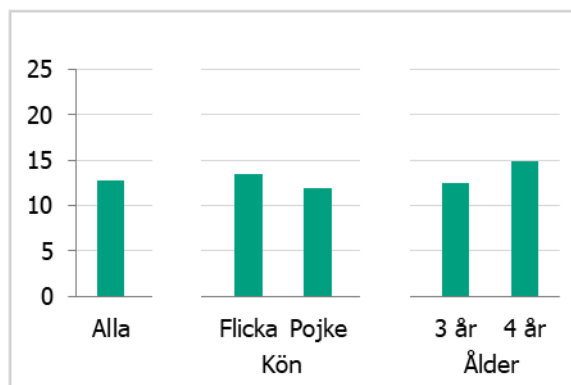
I Sverige saknas standardiserade nationella uppföljningar av inåtvända känslor och relaterade beteenden hos små barn. Barnhälsovården i tre regioner genomför dock rutinmässigt standardiserade screeningar av detta och här presenterar vi information från screeningen i Region Stockholm. De inkluderade barnen har en liknande profil som jämnåriga barn i Sverige generellt när det gäller kön, mammas ålder, familjetyp och föräldrars födelseland, men samtliga bor i en storstadskommun, jämfört med 40 procent i hela Sverige. Vidare har 81 procent av föräldrarna eftergymnasial utbildning och 9 procent av barnen bor i hushåll med låg inkomst, jämfört med 62 respektive 23 procent i hela landet, se bilaga 2.

Skillnader beroende på kön och ålder

Totalt 14 procent av flickorna och 12 procent av pojkarna som är 3–4 år gamla i Stockholms län har problematiska inåtvända känslor och relaterat beteende (fortsättningsvis även kallat emotionella problem), under perioden november 2020–juni 2022, se figur 36. Skillnaden är inte statistiskt säkerställd. Det finns

heller ingen statistiskt säkerställd skillnad i emotionella problem mellan barn som är 3 år och barn som är 4 år.

Figur 36. Andel (procent) barn 3–4 år som har problematiska inåtvända känslor och beteende (emotionella problem), november 2020–juni 2022. Avser skattningar av vårdnadshavare i Stockholms län.



Problematiska inåtvända känslor och beteende avser exempelvis ångest, nedstämdhet och psykosomatiska besvär. Källa: Barnhälsovården och registret över totalbefolkningen.

Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning emotionella problem varierar bland barn i Stockholms län, beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

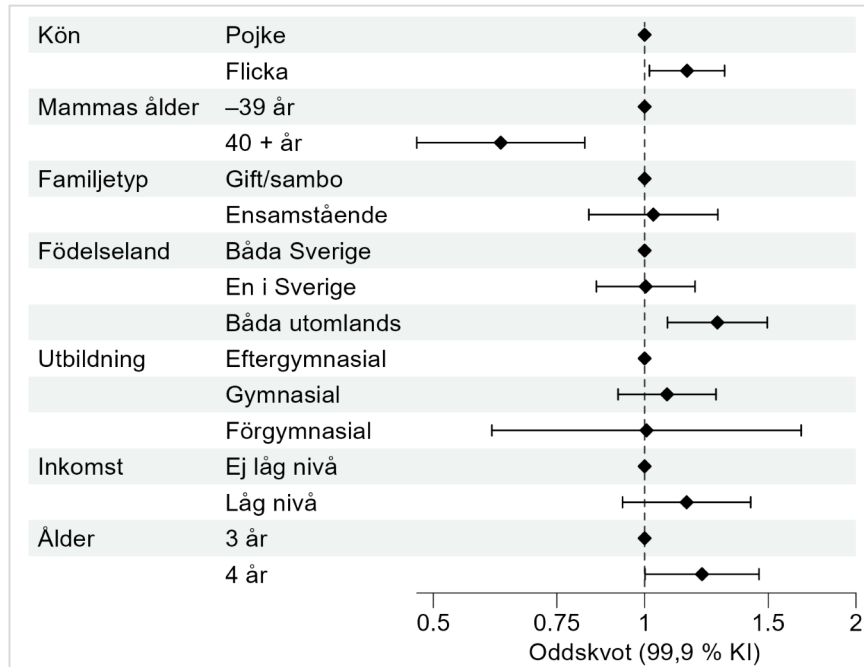
Analyserna visar att förekomsten av emotionella problem bland barn som är 3–4 år i Stockholms län har samband med mammas ålder och föräldrars födelseland, se figur 37.

Mer specifikt är det mindre vanligt med emotionella problem såsom ångest, nedstämdhet och psykosomatiska besvär om mamman är 40 år eller mer vid barnets födsel jämfört med om mamman är yngre än så (OR = 0,62).

Denna typ av emotionella problem är också vanligare bland barn till två utlandsfödda föräldrar jämfört med barn till två svenskfödda föräldrar (OR = 1,27). Däremot är de lika vanliga bland barn som har en svenskfödd och en utlandsfödd förälder, och barn som har två svenskfödda föräldrar.

Figur 37 visar också att emotionella problem är lika vanligt bland flickor och pojkar, även när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer, och att förekomsten inte heller har samband med familjetyp, föräldrars utbildning eller hushållets inkomst.

Figur 37. Sannolikhet (oddskvot) för att barn 3–4 år har problematiska inåtvända känslor och beteende (emotionella problem), utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund, november 2020–juni 2022. Avser skattningar av vårdnadshavare i Stockholms län.



Enskilda oddskvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer. Mammas ålder gäller vid barnets födsel. Födelseland och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser ekonomisk standard. Problematiska inåtvända känslor och beteende avser exempelvis ångest, nedstämdhet och psykosomatiska besvär. Källa: Barnhälsovården, registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Social kompetens

De allra flesta (92 procent) av 3–4-åriga barn i Stockholms län har god social kompetens i form av prosocial förmåga, exempelvis empatisk förmåga och förmåga att stötta, hjälpa eller att dela med sig till andra. Det framgår av uppgifter från barnens vårdnadshavare och avser perioden november 2020–juni 2022. Se specifikation i faktaruta.

Social kompetens i form av prosocial förmåga

Inför de ordinarie barnhälsovårdsbesöken vid 3 och 4 års ålder svarar vårdnadshavare i Region Stockholm rutinmässigt på fem frågor om barns sociala kompetens i form av prosocial förmåga. Vårdnadshavare tar ställning till om barnet

- är omtänksamt eller tar hänsyn till andra människors känslor
- gärna delar med sig till andra barn (godis, leksaker eller pennor)
- är hjälpsamt om någon är ledsen eller upprörd eller känner sig dålig
- är snällt mot yngre barn
- ställer upp och hjälper andra (till exempel föräldrar, lärare eller andra barn).

Svarsalternativ: stämmer helt (2 poäng), stämmer delvis (1 poäng) och stämmer inte (0 poäng). I rapporten räknar vi totalpoäng ≥ 5 som god prosocial förmåga.

Informationen gäller november 2020–juni 2022.

Datakälla: Barnhälsovården.

Notera: Frågorna ingår i enkäten Strength and difficulties questionnaire (39). Vårdnadshavare svarar för sina barn, vilket kan leda till både över- och underskattning av prosociala förmågor.

Små barn utvecklas socialt och emotionellt genom sociala relationer, och social kompetens är viktiga aspekter av det psykiska välbefinnandet.

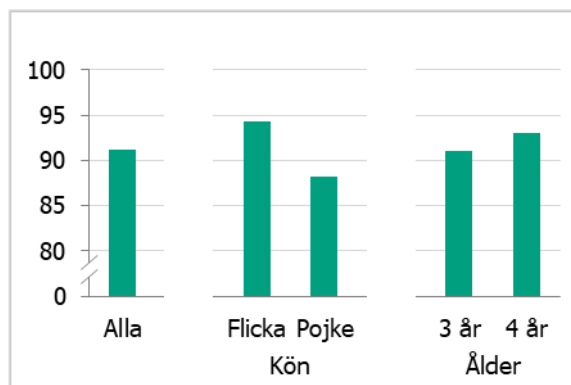
God social kompetens handlar om att kunna hantera sociala relationer på ett bra sätt (48). Här är prosocial förmåga en nyckelkomponent, det vill säga förmågan att gynna andra utan att det direkt gynnar en själv, exempelvis genom att dela med sig och hjälpa eller trösta andra. Sådana förmågor manifesterar sig redan under andra levnadsåret (49, 50) och verkar stabiliseras något från slutet av förskoleåldern (51, 52). God prosocial förmåga i förskoleåldern verkar dessutom vara relaterat till en gynnsam utveckling när det exempelvis gäller exekutiv funktion (förmåga att kontrollera tankar och handlingar) (53) och skolprestation (54, 55), samtidigt som det kan vara en skyddsfaktor mot framtida psykiska besvär (56).

I Sverige saknas standardiserade nationella uppföljningar av små barns sociala kompetens. Barnhälsovården i tre regioner genomför dock rutinmässigt standardiserade screeningar av detta och här presenterar vi information från screeningen i Region Stockholm. De inkluderade barnen har en liknande profil som jämnåriga barn i Sverige generellt när det gäller kön, mammas ålder, familjetyp och föräldrars födelseland, men samtliga bor i en storstadskommun, jämfört med 40 procent i hela Sverige. Vidare har 81 procent av föräldrarna eftergymnasial utbildning och 9 procent av barnen bor i hushåll med låg inkomst, jämfört med 62 respektive 23 procent i hela landet, se bilaga 2.

Skillnader beroende på kön och ålder

God prosocial förmåga är vanligare hos 3–4-åriga flickor än pojkar i Stockholms län, under perioden november 2020–juni 2022, se figur 38. Mer specifikt har 94 procent av flickorna och 88 procent av pojkarna god prosocial förmåga i form av exempelvis empatisk förmåga och förmåga att stötta, hjälpa eller dela med sig till andra. Däremot finns ingen statistiskt säkerställd skillnad i förekomsten mellan barn som är 3 år och barn som är 4 år.

Figur 38. Andel (procent) barn 3–4 år som uppvisar god social kompetens i form av god prosocial förmåga, november 2020–juni 2022. Avser skattningar av vårdnadshavare i Stockholms län.



God prosocial förmåga avser exempelvis empatisk förmåga och förmåga att stötta, hjälpa eller att dela med sig till andra. Källa: Barnhälsovården och registret över totalbefolkningen.

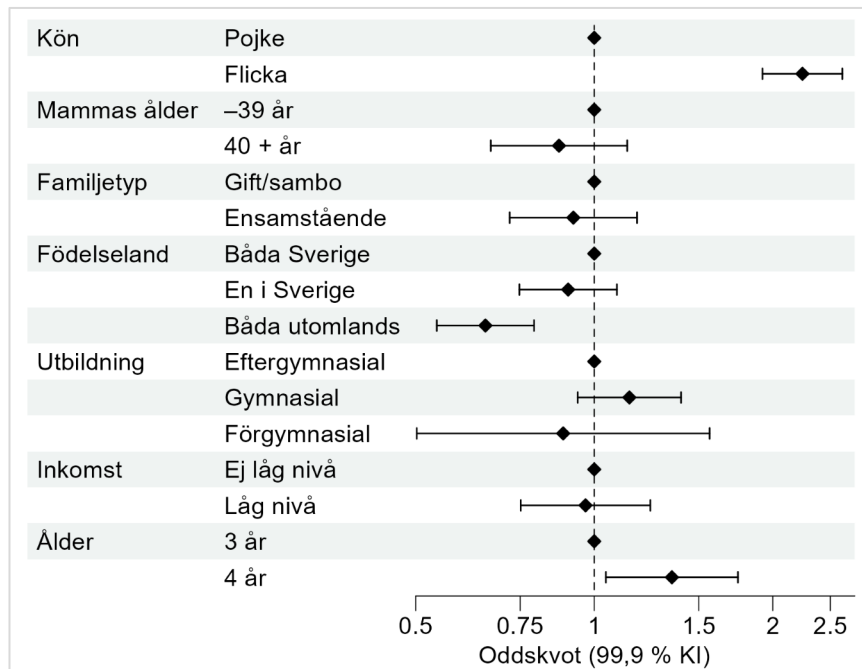
Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning social kompetens i form av prosocial förmåga varierar hos barn i Region Stockholm, beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Analyserna visar att förekomsten av god prosocial förmåga hos barn 3–4 år i Stockholms län har samband med barns kön och föräldrars födelseland, men inte med mammas ålder, familjetyp, föräldrars utbildning eller hushållets inkomst, se figur 39.

Det är mer än dubbelt så sannolikt att flickor har god prosocial förmåga, såsom empatisk förmåga eller förmåga att stötta, hjälpa eller att dela med sig till andra, jämfört med pojkar (OR = 2,22), när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer. Sådan förmåga är mindre vanligt bland barn till två utlandsfödda föräldrar jämfört med barn till två svenskfödda föräldrar (OR = 0,65). Däremot ses ingen skillnad i prosocial förmåga mellan barn med två svenskfödda föräldrar och barn med en svenskfödd och en utlandsfödd förälder.

Figur 39. Sannolikhet (oddskvot) för att barn 3–4 år har god social kompetens i form av god prosocial förmåga, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund, november 2020–juni 2022. Avser skattningar av vårdnadshavare i Stockholms län.



Enskilda oddskvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer. Mammas ålder gäller vid barnets födsel. Födelseland och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser ekonomisk standard. I prosocial förmåga ingår empatisk förmåga och förmåga att stötta, hjälpa eller att dela med sig till andra. Källa: Barnhälsovården, registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Kamratrelationer

Totalt 14 procent av 3–4-åriga barn i Stockholms län har problematiska kamratrelationer som karakteriseras av att barnet undviker andra barn, har få eller inga vänner eller är impopulärt eller mobbat. Det framgår av uppgifter från barnens vårdnadshavare och avser perioden november 2020–juni 2022. Se specifikation i faktaruta.

Problematiske kamratrelationer

Inför de ordinarie barnhälsovårdsbesöken vid 3 och 4 års ålder svarar vårdnadshavare i Region Stockholm rutinmässigt på fem frågor om barns relationer med kamrater. Vårdnadshavare tar ställning till om barnet

- är ganska ensamt eller ofta leker eller håller sig för sig självt.
- (inte) har minst en god vän eller kamrat
- vanligtvis (inte) är omtyckt av andra barn
- blir retat eller mobbat av andra barn
- kommer bättre överens med vuxna än med andra barn.

Svarsalternativ: stämmer helt (2 poäng), stämmer delvis (1 poäng) och stämmer inte (0 poäng). I rapporten räknar vi totalpoäng ≥ 3 som problematiske kamratrelationer.

Informationen gäller november 2020–juni 2022.

Datakälla: Barnhälsovården.

Notera: Frågorna ingår i enkäten Strength and difficulties questionnaire (39). Vårdnadshavare svarar för sina barn, vilket kan leda till både över- och underskattning av problem med kamratrelationer.

Relationer till andra barn är avgörande för små barns socioemotionella utveckling. Genom att umgås och leka med andra barn har de möjlighet att lära sig sociala normer samt träna och utveckla sociala färdigheter såsom samarbete, konfliktlösning, självkontroll, rolltagande och vänskapsbildande. Det finns tecken på att små barn med goda kamratrelationer har bättre prosocial förmåga än andra barn (48) och är mer socialt engagerade och mindre stressade (57), och i mindre grad utvecklar psykiska besvär (58).

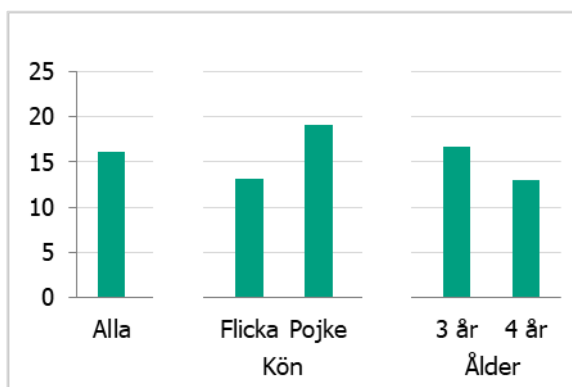
Barn med få kamratrelationer är i stället mer sårbara för en negativ socioemotionell utveckling eftersom de inte har samma möjlighet att lära sociala normer och träna sociala färdigheter. Det kan röra sig om små barn som har få eller inga vänner, eller blir avvisade eller mobbade av andra barn. Det finns tecken på att sådana barn oftare uppvisar aggressivt beteende (48) och har ökad risk för att utveckla depression (59), ensamhet (60) och olika typer av skolproblem (60, 61).

I Sverige saknas standardiserade nationella uppföljningar av små barns kamratrelationer. Barnhälsovården i tre regioner genomför dock rutinmässigt standardiserade screeningar av detta och här presenterar vi information från screeningen i Region Stockholm. De inkluderade barnen har en liknande profil som jämnåriga barn i Sverige generellt när det gäller kön, mammas ålder, familjetyp och föräldrars födelseland, men samtliga bor i en storstadskommun, jämfört med 40 procent i hela Sverige. Vidare har 81 procent av föräldrarna eftergymnasial utbildning och 9 procent av barnen bor i hushåll med låg inkomst, jämfört med 62 respektive 23 procent i hela landet, se bilaga 2.

Skillnader beroende på kön och ålder

Totalt 13 procent av 3–4-åriga flickor, och 19 procent av pojkar, i Stockholms län har problematiska kamratrelationer under perioden november 2020–juni 2022, vilket innebär att barnet undviker andra barn, har få eller inga vänner eller är impopulärt eller mobbat, se figur 40. Problematiska kamratrelationer är alltså vanligare bland pojkar än bland flickor, och de är vanligare också bland 3-åringar (17 procent) än bland 4-åringar (13 procent).

Figur 40. Andel (procent) barn 3–4 år som har problematiska kamratrelationer, november 2020–juni 2022. Avser skattningar av vårdnadshavare i Stockholms län.



Problematiska kamratrelationer karakteriseras av att barnet undviker andra barn, har få eller inga vänner eller är impopulärt eller mobbat. Källa: Barnhälsovården.

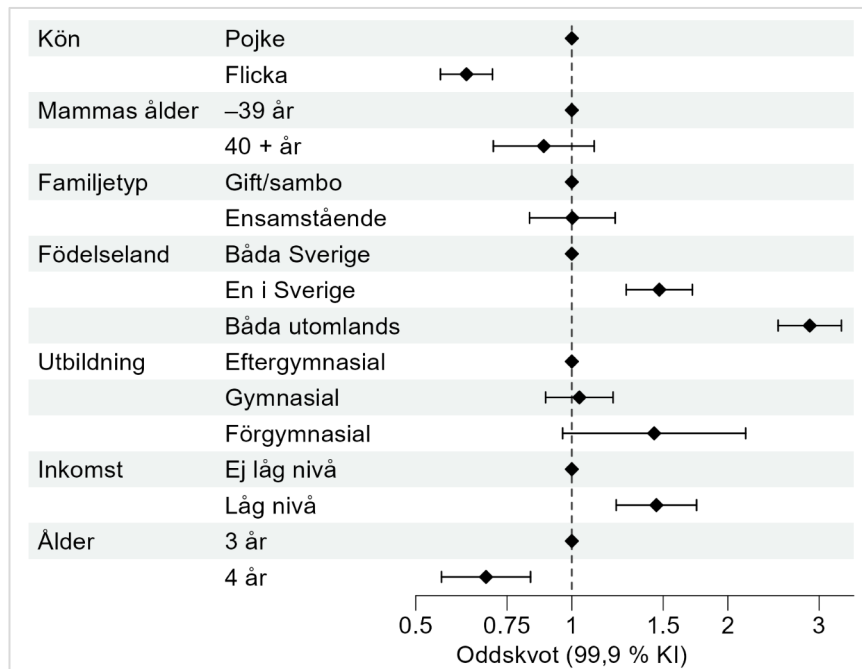
Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning problematiska kamratrelationer varierar hos barn i Stockholms län beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Analyserna visar att förekomsten av problematiska kamratrelationer hos barn 3–4 år i Stockholms län har samband med barnets kön, föräldrarnas födelseland och hushållets inkomst, oberoende av varandra, men inte med mammans ålder vid barnets födsel, familjetypen eller föräldrarnas utbildning, se figur 41.

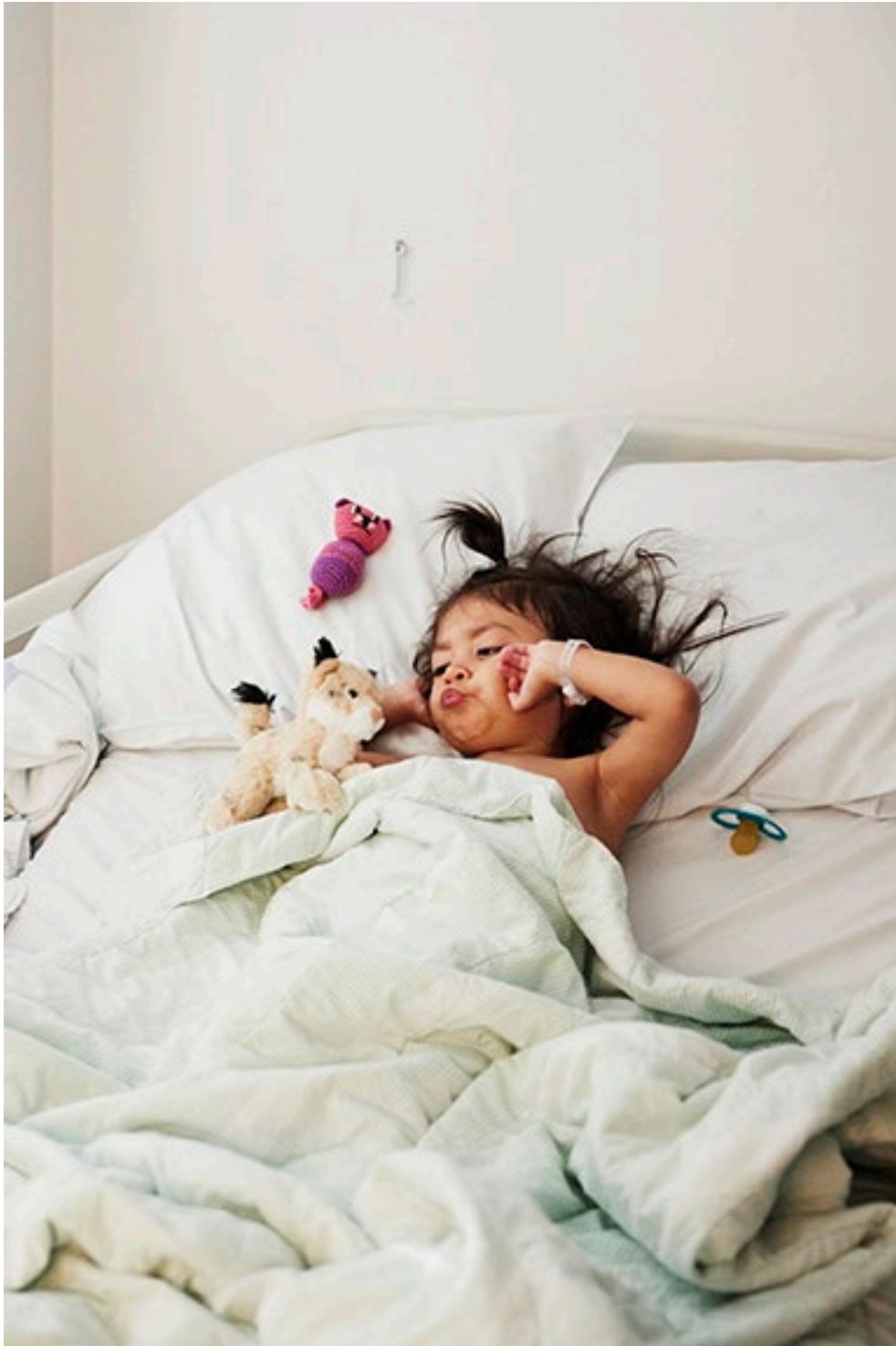
Störst skillnad ses utifrån föräldrarnas födelseland. Jämfört med barn till två svenskfödda föräldrar är det nästan tre gånger så hög sannolikhet att barn med två utlandsfödda föräldrar har problematiska kamratrelationer (OR = 2,88). Detta är också vanligare bland barn med bara en utlandsfödd förälder jämfört med om båda föräldrarna är födda i Sverige (OR = 1,47). Dessutom är sådana problematiska kamratrelationer vanligare i hushåll med låg inkomst (OR = 1,46), men mindre vanliga bland flickor än bland pojkar (OR = 0,63), även när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktor.

Figur 41. Sannolikhet (oddskvot) för att barn 3–4 år har problematiska kamratrelationer, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund, november 2020–juni 2022. Avser skattningar av vårdnadshavare i Stockholms län.



Enskilda oddskvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer. Mammas ålder gäller vid barnets födsel. Födelseland och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser ekonomisk standard. Problematiska kamratrelationer karakteriseras av att barnet undviker andra barn, har få eller inga vänner eller är impopulärt eller mobbat. Källa: Barnhälsovården, registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Olycksskador



Barns säkerhet har hög prioritet i Sverige. Enligt barnkonventionen, som sedan 2018 är svensk lag, har alla barn rätt till en trygg och säker uppväxtmiljö (62). I Sverige finns dessutom ett specifikt barnsäkerhetsråd som leds av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och består av totalt elva svenska myndigheter, inklusive Folkhälsomyndigheten. I linje med barnkonventionen har barnsäkerhetsrådet som vision att alla barn och unga i Sverige ska kunna leva och utvecklas fritt och säkert. Olycksfall är dock en av de vanligaste orsakerna till att barn vårdas på sjukhus och bland de vanligaste dödsorsakerna för barn (63).

I detta kapitel presenterar vi information om skador efter olyckor eller våld bland barn i åldern 0–5 år, som resulterade i slutenvård eller specialiserad öppenvård under perioden 2016–2020, samt skillnader mellan olika befolkningsgrupper. Resultaten presenteras som andelar och skillnader mellan grupper redovisas som oddskvoter med 99,9 procent konfidensintervall. De skillnader mellan grupper eller förändringar över tid vi beskriver är alltså statistiskt säkerställda med 99,9 procents säkerhet.

Vård för skada efter olycka eller våld

Under ett kalenderår har 4 procent av barn 0–5 år minst ett vårdtillfälle på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård som följd av en skada efter en olycka eller våld. Detta sett till årsmedlet för perioden 2016–2020. Se specifikation i faktaruta.

Vård för olycksskada

Vård för olycksskada bland barn avser i denna rapport att barn 0–5 år gamla får antingen slutenvård eller läkarvård inom specialiserad öppenvård för en skada efter olycka eller våld minst en gång under ett kalenderår.

Följande tillstånd (ICD koder) ingår:

- Trafikolycka (V01–79)
- Fallolycka (W00–19)
- Främmande kropp som trängt in i eller genom öga, naturlig kroppsöppning eller huden (W44–45)
- Drunkning genom olyckshändelse, inklusive drunkningstillbud, annan kvävning och kvävningstillbud (W65–84)
- Brand- eller skållningsolycka inklusive exponering för rök och öppen eld samt kontakt med heta föremål och heta ämnen eller vätskor (X00–19)
- Förgiftningsolycka och exponering för skadliga ämnen genom olyckshändelse (X40–49)
- Våld, inklusive övergrepp av annan person med olika ämnen och föremål och genom hängning, strypning, kvävning eller hängning (X85–Y09).

Informationen gäller åren 2016–2020.

Datakälla: Patientregistret.

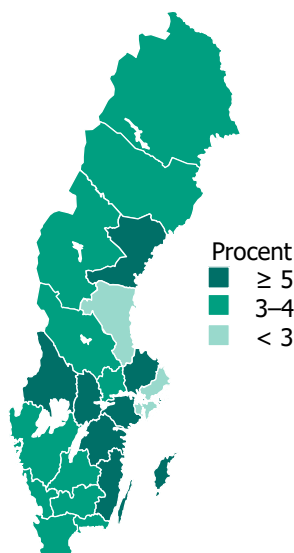
Notera: I patientregistret ingår inte barn med olycksskador som får annan vård än slutenvård eller specialistvård hos läkare. Exempelvis ingår inte vård på vårdcentral. Detta innebär antagligen en underskattning av andelen barn som får vård för olycksskador. Urvalet inkluderar hela svenska populationen.

Regionala skillnader

Det finns regionala skillnader i andelen barn som under ett kalenderår har minst ett vårdtillfälle på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård som följd av en skada efter en olycka eller våld (fortsättningsvis också kallat vård för olycksskada).

Under 2016–2020 varierar andelen barn 0–5 år som vårdas för en olycksskada från 2–7 procent mellan länen, se figur 42. Lägst är förekomsten i Gävleborgs och Stockholms län med under 3 procent. Högsta förekomsten ligger på 5 procent eller mer och gäller Gotlands, Kalmar, Södermanlands, Uppsala, Värmlands, Västernorrlands, Örebro och Östergötlands län. I övriga län vårdas 3–4 procent för en olycksskada.

Figur 42. Andel (procent) barn 0–5 år som vårdas för olycksskada, fördelat på län. Avser årsmedel för 2016–2020.

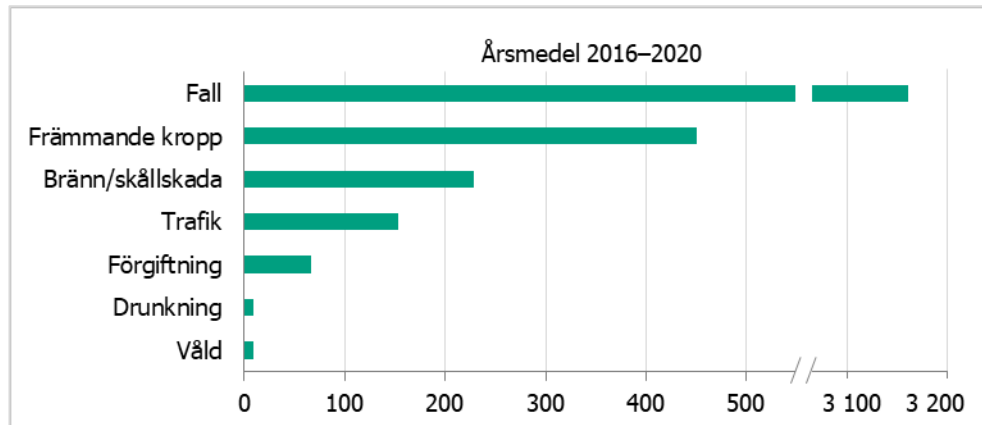


Vård avser minst ett vårdtillfälle på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård under ett kalenderår för skada efter olycka eller våld. Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och registret över totalbefolkningen.

Olika typer av olycksskador

Per 100 000 barn i befolkningen är det 3 168 barn (3 procent) som vårdas efter en fallolycka, 450 som vårdas efter en olycka med intrång av främmande kropp, och 209 som vårdas efter en bränn- eller skållningsolycka, se figur 43. Dessutom vårdas 153 barn efter en trafikolycka, 66 efter en förgiftningsolycka, 9 efter en drunkningsolycka och 9 efter våld av annan person. Det innebär att fallolyckor är den överlägset vanligaste orsaken till vård på sjukhus eller av läkare inom specialiserad öppenvård när det gäller olycksskador bland barn 0–5 år.

Figur 43. Andel (per 100 000) barn 0–5 år som vårdas för olika typer av olycksskador, avser årsmedel för 2016–2020.

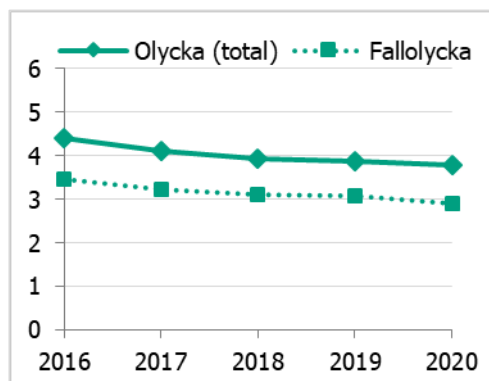


Vård avser minst ett vårdtillfälle på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård under ett kalenderår för skada efter olycka eller våld. Källa: Patientregistret, Patientregistret och registret över totalbefolkningen.

Utveckling över tid

Andelen barn 0–5 år som vårdas för olycksskada minskar succesivt, från 4,4 procent 2016 till 3,8 procent 2020, se figur 44. Det är framför allt vård av fallskador som minskar under perioden.

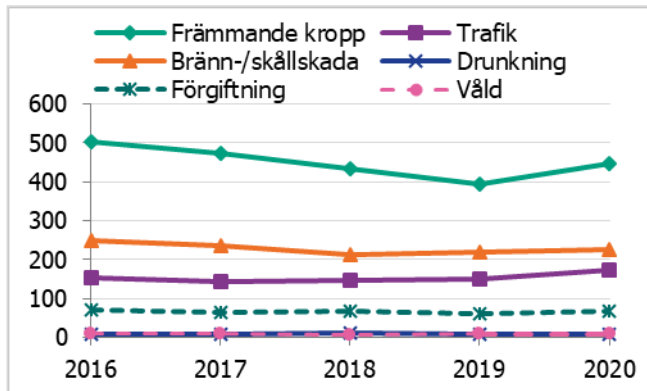
Figur 44. Andel (procent) barn 0–5 år som vårdas för olycksskada generellt och specifikt för skada efter en falloolycka, 2016–2020.



Vård avser minst ett vårdtillfälle på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård under ett kalenderår för skada efter olycka eller våld. Källa: Patientregistret och registret över totalbefolkningen.

Under 2016–2019 ses en minskning i andelen barn som vårdas för skada efter intrång av främmande kropp, följt av en ökning 2020, se figur 45. Förekomsten av vård för bränn- och skållskada och skada efter förgiftning, trafikolycka, drunkning och våld är relativt stabil under perioden.

Figur 45. Andel (per 100 000) barn 0–5 år som vårdas för skada efter sex specifika typer av olyckor, 2016–2020.

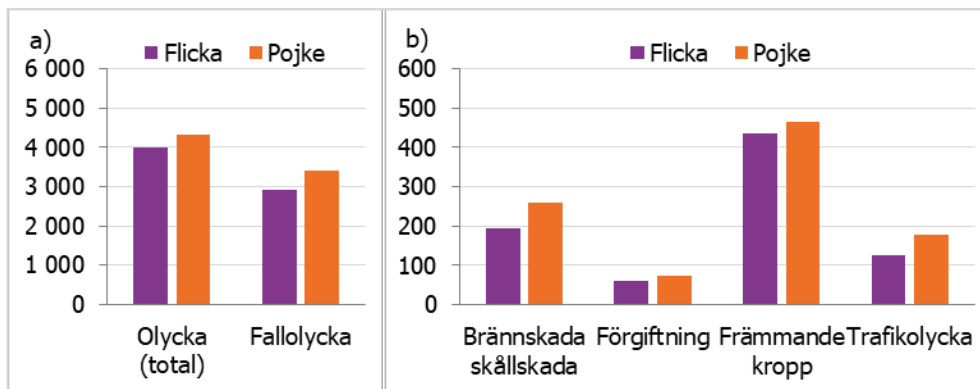


Vård avser minst ett vårdtillfälle på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård under ett kalenderår, för skada efter olycka eller våld. Främmande kropp avser sådant som trängt in i eller genom öga, naturlig kroppsöppning eller huden. Drunkning inkluderar drunkningstillbud, annan kvävning och kvävningstillbud. Källa: Patientregistret och registret över totalbefolkningen.

Skillnader beroende på kön och ålder

Det är överlag vanligare att pojkar 0–5 år vårdas för olycksskada jämfört med flickor, se figur 46. Detta gäller även specifikt för fallskada, se figur 46a, och för bränn- och skållskada, förgiftningsskada, skada efter intrång av främmande kropp och trafikskada, se figur 46b. Vård för skador relaterat till drunkning och våld är däremot lika vanliga hos pojkar och flickor.

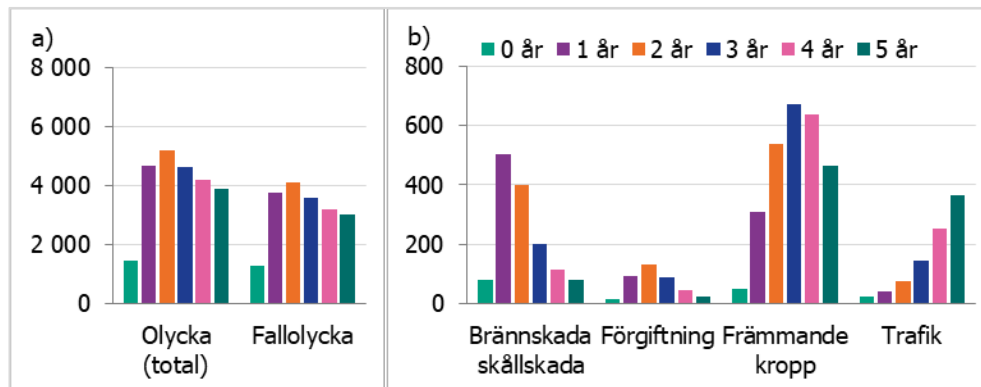
Figur 46. Andel (per 100 000) barn 0–5 år som vårdas för olycksskada generellt och för skada efter fem specifika typer av olyckor, fördelat på kön. Avser årsmedel för 2016–2020.



Vård avser minst ett vårdtillfälle på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård under ett kalenderår, för skada efter olycka eller våld. Främmande kropp avser sådant som trängt in i eller genom öga, naturlig kroppsöppning eller huden. Drunkning inkluderar drunkningstillbud, annan kvävning och kvävningstillbud. Källa: Patientregistret och registret över totalbefolkningen.

Förekomsten av vård för olycksskada varierar också mellan olika åldrar, se figur 47. Överlag är den högst vid 2 års ålder, med drygt 5 procent (5 000 per 100 000), men minskar sedan successivt till knappt 4 procent bland barn som är 5 år gamla, se figur 47a. I alla åldrar är fallskador den vanligaste typen. Sådan vård är också vanligast bland barn som är 2 år (drygt 4 procent), och i åldern 5 år har andelen minskat till 3 procent.

Figur 47. Andel (per 100 000) barn 0–5 år som vårdas för olycksskada generellt och för skador efter 5 specifika typer av olyckor, fördelat på ålder. Avser årsmedel för 2016–2020.



Vård avser minst ett vårdtillfälle på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård under ett kalenderår, för skada efter olycka eller våld. Främmande kropp avser sådant som trängt in i eller genom öga, naturlig kroppsöppning eller huden. Drunkning inkluderar drunkningstillbud, annan kvävning och kvävningstillbud. Källa: Patientregistret och registret över totalbefolkningen.

Vård för andra olycksskador följer lite olika mönster, se figur 47b. Vård för bränn- eller skållskada är vanligast vid 1 års ålder, där drygt 500 per 100 000 barn får sådan vård, varefter förekomsten successivt minskar, och bland barn som är 5 år gamla är förekomsten 79 vårdade per 100 000 barn, se figur 47b. Vård för förgiftningsskada är vanligast bland barn som är 2 år (drygt 130 per 100 000 barn). Vård för intrång av främmande kropp är vanligast bland barn som är 3–4 år (över 600 per 100 000 barn), medan vård för trafikskada ökar successivt från 0 år (25 per 100 000 barn) till den högsta nivån vid 5 år (365 vårdade per 100 000 barn).

När det gäller vård för drunkningsskada eller skada efter våld finns inga betydande skillnader mellan åldersgrupper.

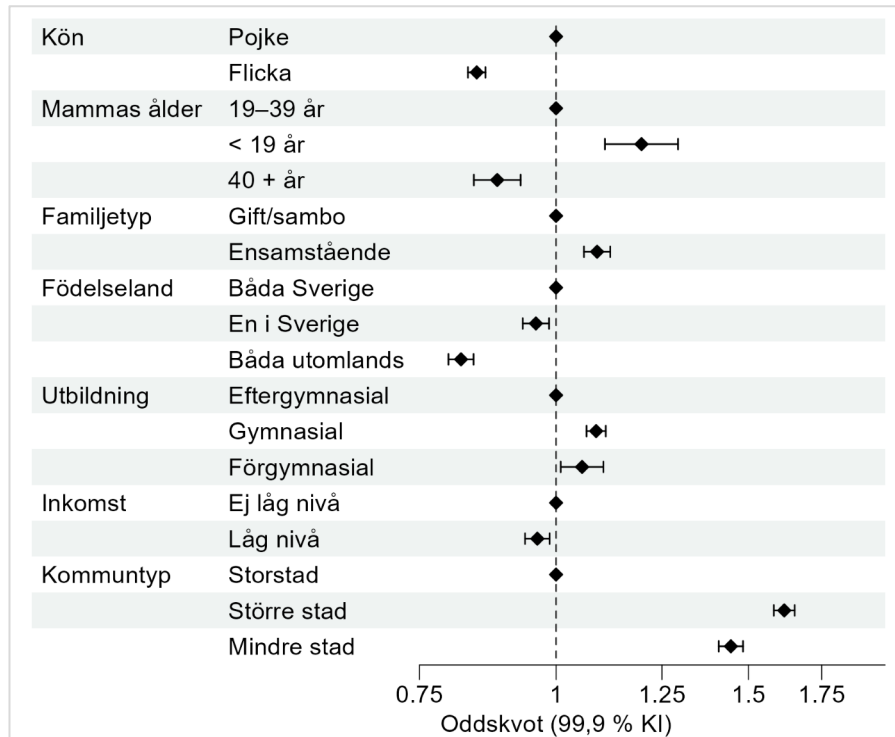
Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning vård för olycksskador varierar bland barn beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Analyserna visar att förekomsten av vård för olycksskada bland barn 0–5 år har samband med alla undersökta bakgrundsfaktorer (kön, mammas ålder, familjetyp, föräldrars födelseland och utbildning, hushållsinkomst, och kommuntyp), oberoende av varandra, se figur 48. Skillnaderna är dock försumbara när det gäller familjetyp, föräldrars utbildning och hushållets inkomst.

Störst är skillnaderna utifrån kommuntyp. Det är vanligare att barn i en landsbygdskommun eller en större stad vårdas för olycksskada jämfört med barn som bor i en storstadskommun (OR = 1,45 respektive 1,62).

Figur 48. Sannolikhet (oddskvot) för att barn 0–5 år vårdas för olycksskada, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser 2016–2020.



Enskilda oddskvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer samt för barnets ålder. Mammas ålder gäller vid barnets födsel. Födelseland och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser ekonomisk standard. Vård avser minst ett vårdtillfälle på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård under ett kalenderår, för skada efter olycka eller våld. Källa: Patientregistret, registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Vård för olycksskada är också vanligare bland barn till yngre mammor (under 19 år vid barnets födsel), men mindre vanligt bland barn till äldre mammor (40 år eller mer vid barnets födsel) jämfört med barn till dem som var mellan dessa åldrar (19–39 år vid barnets födsel) (OR = 1,20 respektive 0,88).

Vård för olycksskada är vidare mindre vanligt bland flickor än pojkar, även när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer, och bland barn till två utlandsfödda föräldrar jämfört med två svenskfödda föräldrar (OR = 0,85 respektive 0,82). Däremot är skillnaden försumbar mellan barn som har två kontra endast en svenskfödd förälder.

Dessa skillnader utifrån barns bakgrund gäller i stora drag både för barn som är 0–1 år och 2–5 år gamla. I endast två fall har barnens ålder någon inverkan: Skillnaderna relaterat till mammas ålder är mest uttalade bland de *yngsta* barnen, och skillnaderna relaterat till kommuntyp är mest uttalade bland de *äldsta* barnen.

Mer specifik ser vi att den ökade sannolikheten för att vårdas för olycksskada om mamman är under 19 år vid barnets födsel jämfört med om hon är 19–39 år, är *mer* uttalad bland barn 0–1 år (OR = 1,46) än bland barn 2–5 år (OR = 1,13). Däremot är den ökade sannolikheten för att vårdas för olycksskada bland barn i landsbygdskommuner jämfört med storstadskommuner *mindre* uttalad bland barn 0–1 år (OR = 1,31) än bland barn 2–5 år (OR = 1,87).

Munhälsa



Karies är en vanlig orsak till tandproblem hos barn, och obehandlad karies kan leda till smärta och infektioner samt påverka barnets ätande, sömn och utveckling (64). Det finns även ett tydligt samband mellan tidig kariessjukdom och en ökad risk för dålig munhälsa i vuxen ålder (64).

I detta kapitel presenterar vi information om kariesförekomst bland barn i Sverige som är 3 år, 2016 och 2018. Resultaten presenteras som andelar och skillnader mellan grupper redovisas som relativ risk (RR) med 95 procents konfidensintervall, se faktaruta. När vi skriver att det är skillnader mellan grupper eller förändringar över tid är de således statistiskt säkerställda med 95 procents säkerhet.

Relativ risk

En relativ risk (RR) är sannolikheten för att en viss händelse inträffar i en grupp jämfört med en referensgrupp (jämförelsegrupp).

En RR på 1 betyder att risken i de båda grupperna är densamma. När RR är lägre än 1 innebär det att risken är lägre i den grupp som jämförs med referensgruppen, och högre än 1 innebär att risken är högre i den grupp som jämförs med referensgruppen. Till exempel betyder en relativ risk på 2,0 att risken är dubbelt så hög i den grupp som jämförs med i referensgruppen.

Kariesförekomst

Totalt 5 procent av 3-åriga barn i Sverige har karies, sett till årsmedlet för 2016 och 2018. Se specifikation i faktaruta.

Kariesförekomst

Karies bland barn avser i denna rapport att primära tänder är kariesskadade eller restaurerade enligt DFT-index (decayed, filled teeth) vid tandvårdsbesök det året då barnet fyller 3 år.

Informationen gäller 2016 och 2018.

Datakälla: All information, inklusive analyser, kommer från en publikation av Socialstyrelsen 2022 (64) som är baserad på data från Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa).

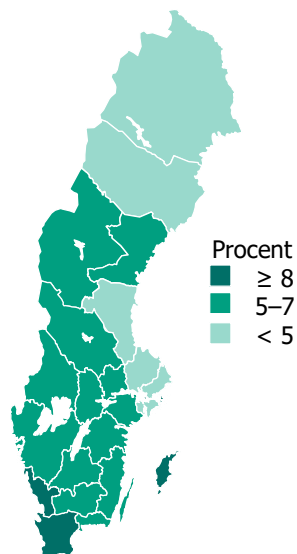
Notera: Karies ses här som ett mått på munhälsa. Täckningsgraden i SKaPa var 63 procent 2016 och 71 procent 2018 för tandvårdsbesök det år då barn fyller 3 år.

Regionala skillnader

Förekomsten av karies bland 3-åriga barn varierar mellan länen under perioden från 3–26 procent.

I Gotlands, Hallands, och Skåne län är andelen barn med karies 8 procent eller mer, se figur 49. I Jämtlands, Stockholms, Uppsala, Norrbottens och Västerbottens län är den däremot endast 3–4 procent. I övriga län är förekomsten 5–7 procent.

Figur 49. Andel (procent) barn som är 3 år och har karies, fördelat på län. Avser årsmedel för 2016 och 2018.

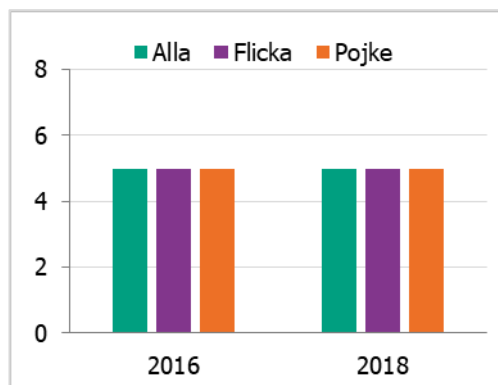


Informationen från Kalmar, Gotland och Skåne avser endast 2018. Källa: Socialstyrelsen 2022 (64) (bygger på data från Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit och registret över totalbefolkningen).

Utveckling över tid och skillnader beroende på kön

Andelen med karies är 5 procent 2016 och 2018, och för både flickor och pojkar, se figur 50.

Figur 50. Andel (procent) barn som är 3 år och har karies, 2016 och 2018, fördelat på kön och kalenderår.



Källa: Socialstyrelsen 2022 (64) (bygger på data från Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit och registret över totalbefolkningen).

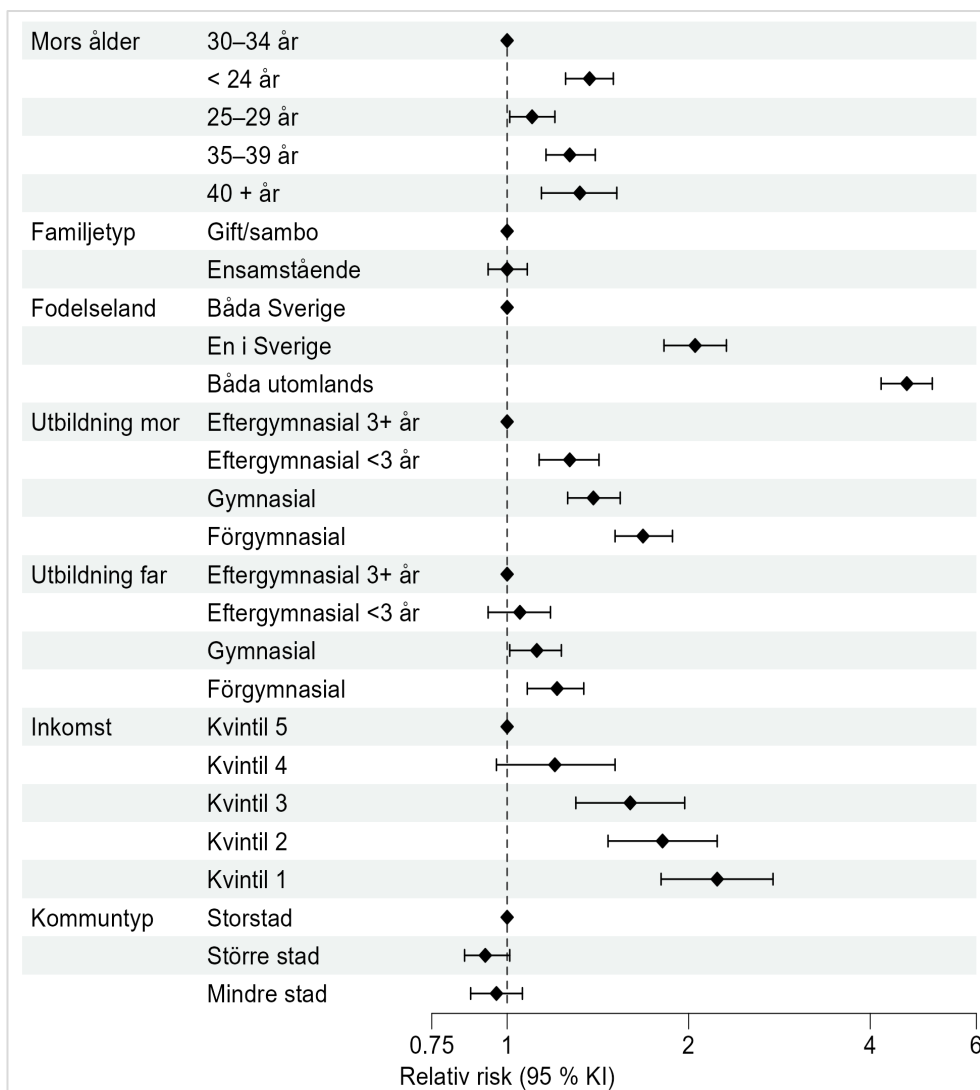
Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning karies varierar bland barn beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund, sett till kalenderåret 2016. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det

vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorena. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera relativa riskkvoter (RR).

Analyserna visar att förekomsten av karies bland barn som är 3 år har samband med att mammas ålder, föräldrars födelse- och utbildningsland samt hushållsinkomst, oberoende av varandra, se figur 51.

Figur 51. Sannolikhet (relativ risk) för att barn som är 3 år har karies, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund, år 2016.



De enskilda riskkvoterna är justerade för barns och föräldrars demografi och socioekonomi och föräldrars munhälsa och tandvårdskontakt. Inkomstkvintil 1 avser hushåll med lägst disponibel inkomst, kvintil 5 avser hushåll med högst disponibel inkomst. Källa: Socialstyrelsen 2022 (64) (bygger på data från Svenskt kvalitetsregister för karies och paradontit och registret över totalbefolkningen).

Störst är skillnaderna i kariesförekomst beroende på födelse- och inkomst. Barn till föräldrar som båda är födda utanför Sverige har fyra gånger så hög risk för att ha karies vid tre års ålder, och barn med en utlandsfödd förälder har dubbelt så hög risk, jämfört med barn till föräldrar som båda är födda i Sverige (RR = 4,06 respektive 2,05).

När det gäller inkomst finns en gradient mellan hushållsinkomst och kariesförekomst: ju högre disponibel inkomst, desto mindre risk för karies bland 3-åringar. Barn i hushåll med inkomst som tillhör lägsta kvintilen har dubbelt så hög risk för att ha karies jämfört med barn som tillhör högsta inkomstkventilen (RR = 2,23).

Risken för karies är också högre om föräldrarna har kortare utbildning. Högsta risken gäller om mamman som mest har förgymnasial eller gymnasial utbildning, jämfört med minst treårig eftergymnasial utbildning (RR = 1,68 respektive 1,39). Riskökningen är mindre när analysen bygger på pappans utbildningsnivå (RR = 1,21 respektive 1,12).

Risken för karies är dessutom högre bland barn till yngre mammor (under 24 år vid barnets födsel) jämfört med mammor som var 30–34 år gamla vid den tidpunkten (RR = 1,37). Risken är även förhöjd bland barn till mammor som var 35–39 år respektive 40 år eller mer vid barnets födsel jämfört med 30–34 år gamla (RR = 1,27 respektive 1,32).

Det finns inget samband mellan andelen med karies och familjetyp eller kommuntyp.

Levnadsvanor



Barns levnadsvanor utgör en väsentlig förutsättning för deras hälsa. De tidiga åren av ett barns liv är viktiga för att etablera vanor som kan påverka hälsan positivt genom hela livet. Sunda beteenden, såsom hälsosamma matvanor, fysisk aktivitet och tillräcklig sömn, ger grunden för fysisk och psykisk hälsa. Ohälsosamma matvanor är å andra sidan kopplad till några av de främsta orsakerna till sjukdomsburden och förlorade friska levnadsår i Sverige. Sådana matvanor innebär bland annat ökad risk för övervikt och fetma samt sjukdomar såsom diabetes, hjärt- och kärlsjukdom, stroke och olika cancerformer (65).

Föräldrar kan fungera som goda förebilder när det gäller hälsosamma vanor. De spelar en central roll när det gäller att introducera barn för olika livsmedel och när det gäller att etablera hälsosamma matvanor, vilket kan påverka barnens framtida matpreferenser och matvanor. Barnhälsovården är en viktig aktör för att stötta föräldrar i denna roll. Vid hälsobesöken på barnavårdscentralen erbjuds familjen hälsosamtal och hälsovägledning som utformas utifrån familjens behov och önskemål. Även omgivningen kan spela en betydande roll; det lokala samhället och tillgängligheten till grönområden och lekplatser samt hälsosamma matmiljöer kan påverka barnens dagliga vanor.

Kapitlet börjar med ett avsnitt om amning. Därefter följer tre avsnitt om barns matvanor: konsumtion av frukt och grönsaker, konsumtion av fisk eller skaldjur, och konsumtion av godis och sötdryck. Därefter följer ett avsnitt om fysisk aktivitet, ett om skärmtid och ett om sömnlängd.

Resultaten presenteras som andelar och skillnader mellan grupper redovisas som oddskvoter med 99,9 procent konfidensintervall. De skillnader mellan grupper eller förändringar över tid vi beskriver är alltså statistiskt säkerställda med 99,9 procents säkerhet.

Amning

Totalt 82 procent av alla barn ammar helt eller delvis vid 2 månaders ålder, sett till årsmedlet för perioden 2016–2020, och 63 procent vid 6 månaders ålder. Mer specifikt ammar i genomsnitt 61 procent av barnen helt, och 22 procent delvis, vid 2 månaders ålder. Vid 6 månaders ålder är andelen 12 procent respektive 51 procent. Se specifikation i faktaruta.

Hel eller delvis amning

Vid de ordinarie hälsobesöken inom barnhälsovården ställs rutinmässigt frågor om vad barnet har fått äta under de senaste sju dagarna. Under första levnadsåret kategoriseras svaren som

- ammar helt: har enbart fått bröstmjolk, inklusive vitaminer (till exempel D-droppar), mineraler eller läkemedel
- ammar delvis: har förutom bröstmjolk också fått pyttesmå smakprover, oavsett antal, eller annan kost vid ett eller flera tillfällen (I regioner med en fyrdelad skala för amningsregistrering: helt, övervägande, delvist eller ej ammad, räknas övervägande ammad som delvis ammad.)
- ammar ej: har enbart fått annan kost än bröstmjolk.

I rapporten redovisar vi delvis amning och helamning (var för sig) och antingen delvis eller helamning (både kombinerat) hos barn som är 2 månader och barn som är 6 månader gamla.

Informationen gäller 2016–2020.

Datakälla: Barnavårdsjournalen.

Notera: Informationens kvalitet påverkas av att det saknas ett nationellt standardiserat sätt att ställa frågorna och journalföra svaren på. Det finns även brister i dataregistrering och datauttag som har ledd till ett visst bortfall.

Amning är mer än bara mat och bör ses i ett folkhälsoperspektiv. Barn som ammas har minskad risk för luftvägsinfektioner, öroninflammation och övervikt och fetma under barndomen (66).

För att främja amning har Sverige tagit ett strategiskt beslut om att följa WHO:s rekommendationer: att amning ska initieras under den första timmen efter födelsen och att barn ska amma helt i sex månader (67). År 2022 lanserade Myndigheternas samordningsgrupp för amningsfrågor en ny strategi för 2022–2027, med målet att stärka strukturen för samordning och därmed förbättra förutsättningarna för ett jämlikt och tillgängligt amningsstöd (68).

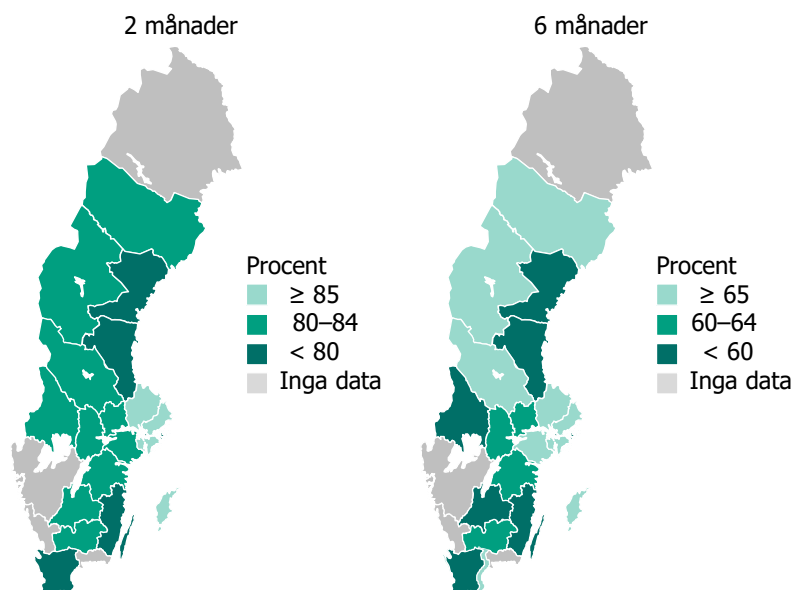
Vi presenterar här resultat som bygger på information från 17 av 21 regioner. Resultatens giltighet för hela befolkningen behöver ändå tolkas med viss försiktighet. Barnen från de län som ingår har dock en liknande profil som samtliga jämnåriga barn i landet när det gäller familjetyp, mammas ålder, föräldrars utbildning och födelseland, hushållets inkomst och bostadskommun, se bilaga 2.

Regionala skillnader

Vid 2 månaders ålder varierar andelen barn som antingen hel- eller delvis ammar från 78–86 procent, och vid 6 månader är andelen 57–69 procent i de 17 län som ingår i analysen, sett årsmedlet för perioden 2016–2020, se figur 52. I Gotlands, Stockholms och Uppsala län är andelen över 85 procent, medan Gävleborgs, Kalmar, Skåne och Västernorrlands län har något lägre andelar, under 80 procent. I resterande län ammar 80–84 procent av barn antingen helt eller delvis vid 2 månaders ålder.

Figur 52 visar även andelen barn som antingen hel- eller delvis ammar vid 6 månaders ålder, och mönstret liknar det vid 2 månader. Andelen är minst 65 procent i Dalarnas, Gotlands, Jämtlands, Stockholms, Södermanlands, Uppsala och Västerbottens län, medan den är under 60 procent i Gävleborgs, Jönköpings, Kalmar, Skåne, Värmlands och Västernorrlands län.

Figur 52. Andel (procent) barn som ammar antingen helt eller delvis, fördelat på län och ålder. Avser årsmedel för 2016–2020.

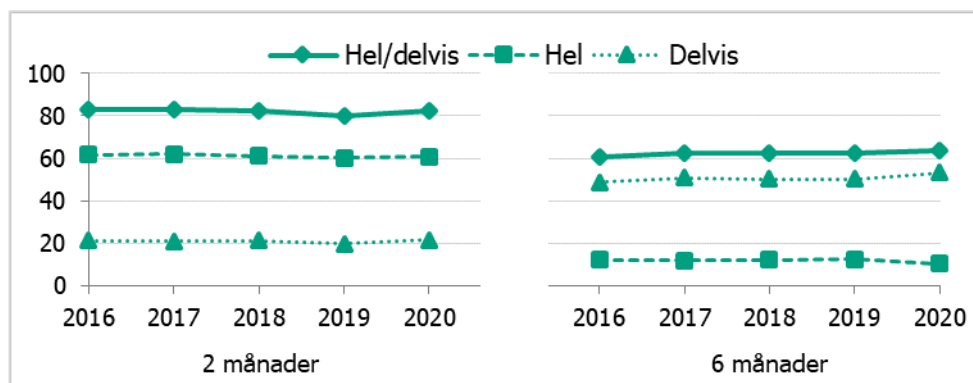


Källa: Barnhälsovårdsjournalen och registret över totalbefolkningen.

Utveckling över tid och skillnader beroende på kön

Andelen barn som antingen hel- eller delvis ammar vid 2 och 6 månaders ålder är relativt stabil under 2016–2020, se figur 53. Det gäller även för subgrupperna som ammar helt respektive delvis. Utvecklingen över tid behöver dock tolkas med försiktighet, eftersom information från olika län ingår för olika år, se bilaga 2.

Figur 53. Andel (procent) barn som ammar helt eller delvis (kombinerat och var för sig) vid 2 och 6 månaders ålder, 2016–2020.

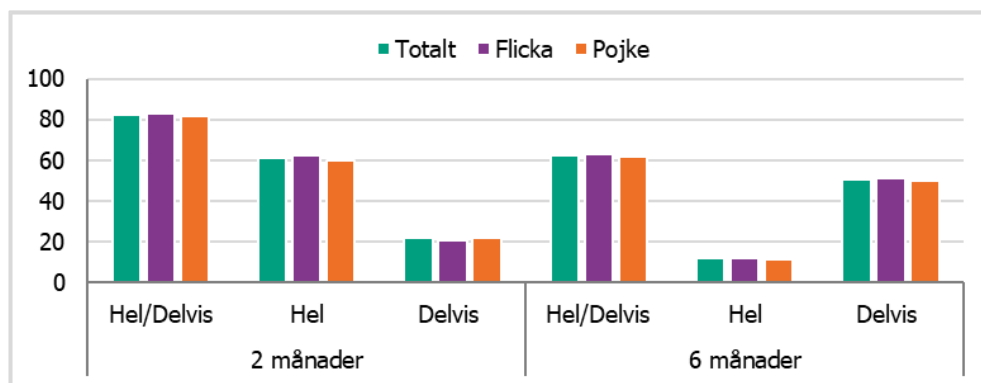


Källa: Barnhälsovårdsjournalen och registret över totalbefolkningen.

Både vid 2 och 6 månaders ålder ammar flickor i större utsträckning än pojkar, se figur 54. Vid 2 månaders ålder är det 83 procent av flickorna och 82 procent av pojkarna som antingen ammar helt- eller delvis, med antingen fler flickor som ammar helt och tvärtom något fler pojkar som delvis ammar.

Vid 6 månaders ålder är det 63 procent av flickorna och 62 procent av pojkarna som antingen hel- och delvis ammar, och könsfördelningen är likartat både bland barn som ammar helt och bland de som delvis ammar.

Figur 54. Andel (procent) barn som ammar helt eller delvis (kombinerat och var för sig), fördelat på kön och ålder, Avser årsmedel för 2016–2020.



Källa: Barnhälsovårdsjournalen och registret över totalbefolkningen.

Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning amning varierar bland barn beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

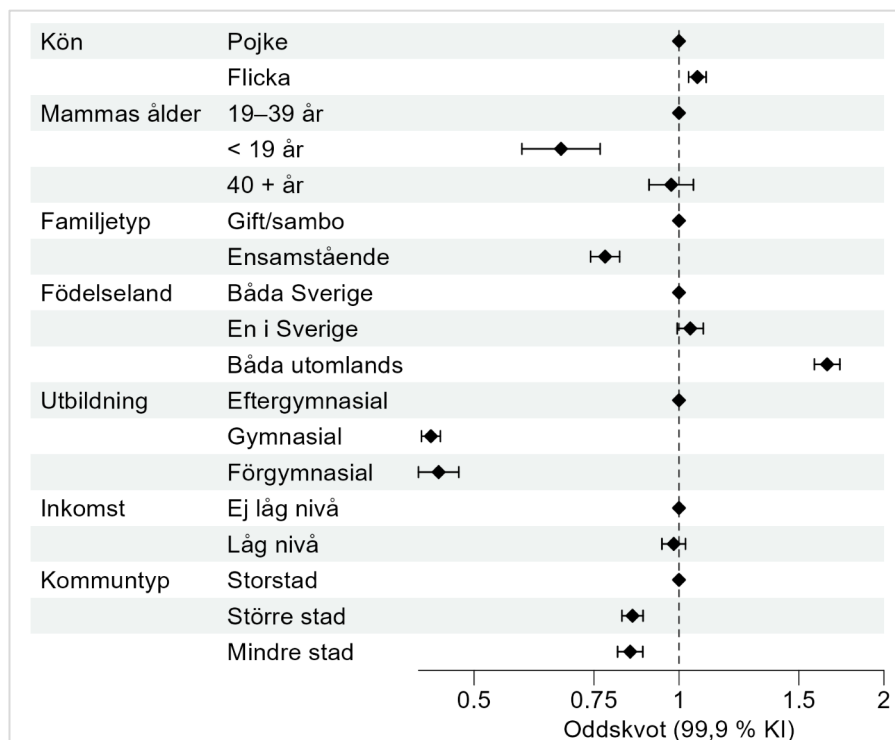
Analyserna visar att förekomsten av antingen hel- eller delvis amning bland barn som är 2 och 6 månader gamla har samband med barns kön, mammas ålder, familjetyp, föräldrars födelseland och utbildning, hushållsinkomst och kommuntyp, oberoende av varandra, se figur 55 (2 månader) och bilaga 3, figur 1 (6 månader). Det framgår också att dessa samband är nära på identiska vid 2 och 6 månader, även när det gäller storleken (OR) på skillnader mellan grupper. Om inget annat nämns redovisas här OR vid 2 månaders ålder.

Barn till mammor som är yngre än 19 år vid barnets födsel, och barn till ensamstående föräldrar, ammar i mindre utsträckning än barn till dem som är 19–39 år vid barnets födsel och barn till gifta eller samboende föräldrar (OR = 0,67 respektive 0,78). Antingen hel- eller delvis amning är dock lika vanligt bland barn till mammor som är 19–39 år och äldre än det vid barnets födsel.

Barn till föräldrar med som högst förgymnasial eller gymnasial utbildning ammar i mindre utsträckning än barn till föräldrar med eftergymnasial utbildning (OR =

0,43–0,44). Likaså ammar barn i landsbygdskommuner eller större städer i mindre utsträckning än barn i storstadskommuner (OR = 0,85).

Figur 55. Sannolikhet (oddskvot) för att barn som är 2 månader gamla ammar antingen helt eller delvis, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser 2016–2020.



De enskilda oddskvoterna är justerade för övriga bakgrundsfaktorer och för barnets ålder. Mammas ålder anges vid barnets födsel. Födelseland och utbildning gäller föräldrar. Inkomst gäller ekonomisk standard. Källa: Barnhälsovårdsjournalen, registret över totalbefolkningen, inkomst och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Däremot är antingen hel- eller delvis amning mer sannolikt bland barn till föräldrar som båda är födda utanför Sverige jämfört med barn till svenskfödda föräldrar (OR = 1,65 vid 2 månader och OR = 1,31 vid 6 månader). Antingen hel- eller delvis amning är dock lika vanligt bland barn till endast en utlandsfödd förälder och barn till två svenskfödda föräldrar.

Sett till hushållsinkomst finns inga skillnader (2 månader) eller endast försumbara skillnader (6 månader) i andelen barn som antingen hel- eller delvis ammar och skillnaderna mellan könen är försumbara vid både tidpunkter, när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer.

Konsumtion av frukt och grönsaker

Totalt 60 procent av barn i åldern 4–5 år äter frukt dagligen, och 41 procent äter grönsaker dagligen. Det framgår av uppgifter från barnens vårdnadshavare och avser perioden 2018–2020. Se specifikation i faktaruta.

Konsumtion av frukt och grönsaker

I en enkätundersökning svarar vårdnadshavare på frågor om sina barns matvanor. Vårdnadshavarna anger

- hur många dagar barnet har ätit frukt eller bär under de senaste 7 dagarna
- hur många dagar barnet har ätit grönsaker, rotfrukter eller baljväxter (bönor, linser) under de senaste 7 dagarna. Barnet ska ha ätit lite mer än till exempel bara en gurkskiva på smörgåsen.

Svarsalternativ: Ingen, 1 dag, 2 dagar, 3 dagar, 4 dagar, 5 dagar, 6 dagar och 7 dagar.

I rapporten redovisar vi svarsalternativet 7 dagar som daglig konsumtion av frukt respektive grönsaker, för barn 4 år och 5 år, var för sig och kombinerat.

Informationen gäller 2018–2020.

Datakälla: Enkätundersökningen Pep-rapporten. Resultaten i vår rapport är framtagna av SOM-institutet, på Folkhälsomyndighetens begäran.

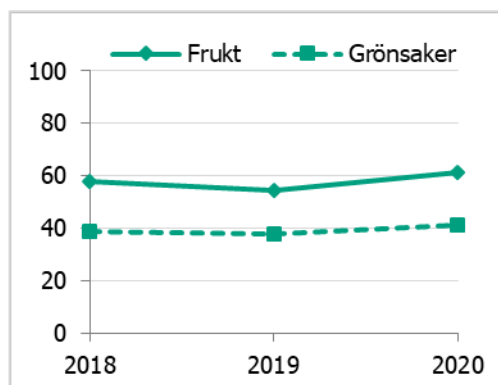
Notera: Pep-rapporten genomförs årligen av SOM-institutet, Generation Pep och Karolinska Institutet, och riktar sig till ett nationellt urval av föräldrar till barn 4–17 år. Vårdnadshavare svarar för sina barn och skattningarna gäller senaste sju dagarna, vilket både kan leda till både över- och underskattningar av barnens generella matkonsumtion.

Frukt och grönsaker innehåller många näringsämnen, bland annat vitaminer, mineraler och kostfibrer. För barns tillväxt och utveckling är det viktigt med en hälsosam kost som inkluderar en variation av färska frukter, grönsaker, fullkornsprodukter och magra proteinkällor, och samtidigt att mängden socker från drycker och sötsaker är begränsad. För barn under 4 år är rekommendationen att frukt och grönsaker ingår i kosten varje dag, vid varje måltid. Med stigande ålder ökas mängden successivt så att de vid 4 års ålder äter cirka 400 gram per dag (69).

Utveckling över tid och skillnader beroende på kön och ålder

Figur 56 visar andelen barn 4–5 år som dagligen äter frukt eller grönsaker, 2018–2020. För frukt varierar andelen från 38–41 procent under perioden, och för grönsaker är variationen 54–61 procent.

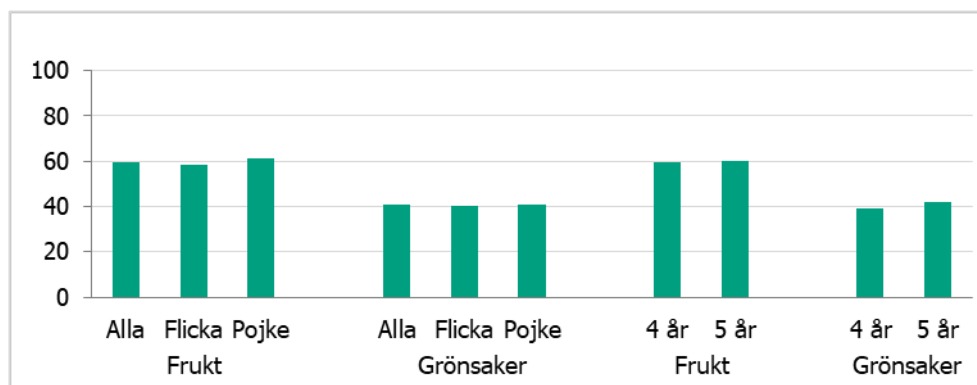
Figur 56. Andel (procent) barn 4–5 år som dagligen äter frukt eller grönsaker. Avser skattningar av vårdnadshavare och perioden 2018–2020.



Frukt inkluderar också bär, grönsaker inkluderar också rotfrukter och baljväxter. Källa: Pep-rapporten genomförd av SOM-institutet, Generation Pep och Karolinska Institutet.

Det finns inga skillnader i andelen pojkar och flickor som daglig konsumerar frukt och grönsaker och inte heller när det gäller barn som är 4 år och de som är 5 år gamla se figur 57.

Figur 57. Andel (procent) barn som dagligen äter frukt eller grönsaker, fördelat på kön och ålder. Avser skattningar av vårdnadshavare och perioden 2018–2020.



Frukt inkluderar också bär, grönsaker inkluderar också rotfrukter och baljväxter. Källa: Pep-rapporten genomförd av SOM-institutet, Generation Pep och Karolinska Institutet.

Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

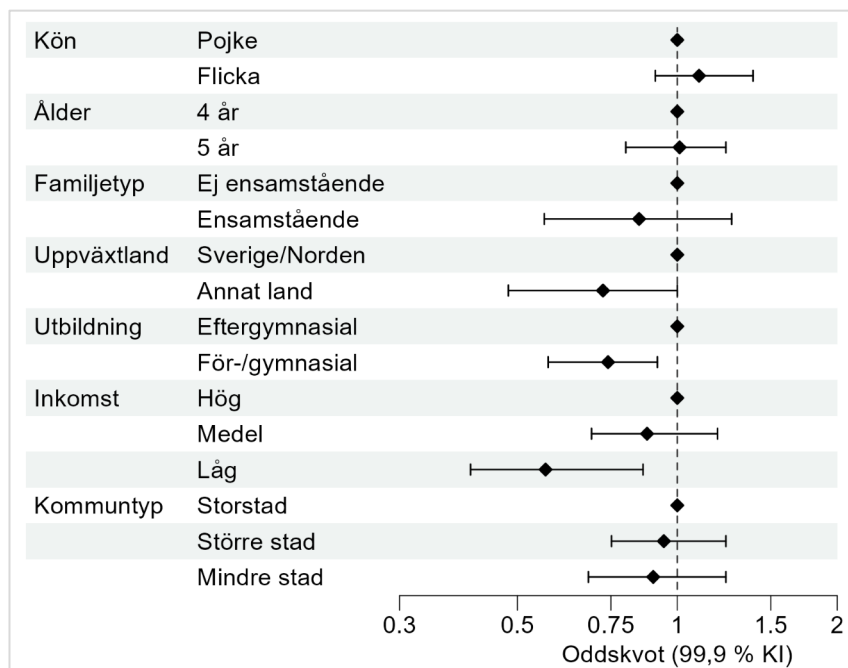
Här presenterar vi i vilken utsträckning konsumtion av frukt eller grönsaker varierar bland barn beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Analyserna visar att andelen barn 4–5 år som äter frukt och grönsaker varje dag har samband med föräldrars utbildning och hushållets inkomst, se figur 58 och 59.

Daglig konsumtion av frukt är mindre vanligt hos barn till föräldrar med som högst förgymnasial eller gymnasial utbildning (hopslagna) och hos barn i hushåll med

lägre inkomst, jämfört med barn till föräldrar med eftergymnasial utbildning respektive i hushåll med högre inkomst (OR = 0,74 respektive 0,56), se figur 58.

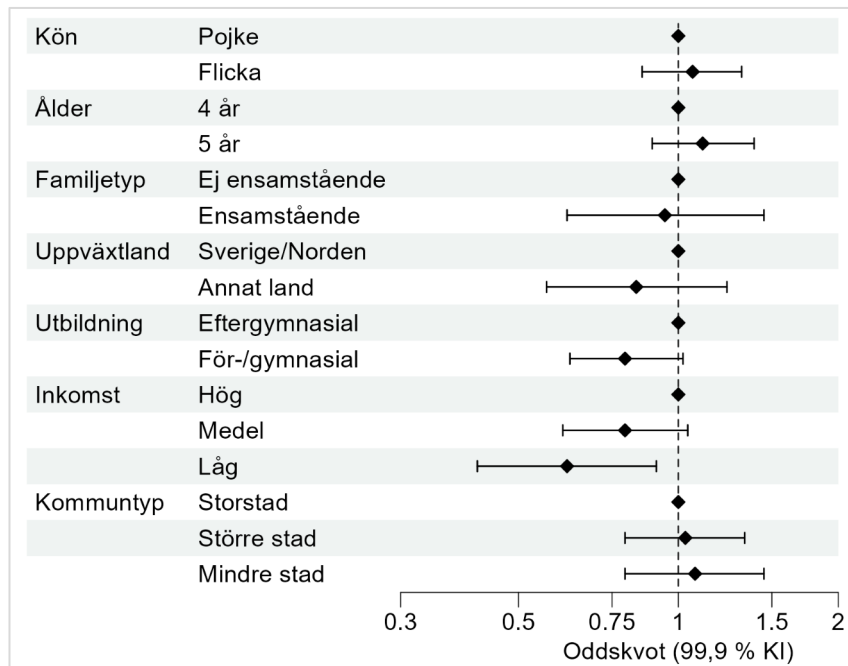
Figur 58. Sannolikhet (oddskvot) för att barn 4–5 år äter frukt dagligen, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser skattningar av vårdnadshavare och perioden 2018–2020.



Enskilda oddskvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer. Uppväxtland och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser månatlig hushållsinkomst i kronor: låg (ensamstående: < 20 000, flera vuxna: < 40 000); medel (ensamstående: 20 000–40 000, flera vuxna: 40 000–80 000); hög (ensamstående: ≥ 40 000, flera vuxna: ≥ 80 000). Frukt inkluderar också bär. Källa: Pep-rapporten genomförd av SOM-institutet, Generation Pep och Karolinska Institutet.

Även daglig konsumtion av grönsaker är mindre vanligt hos barn i hushåll med lägre inkomst än i hushåll med högre inkomst (OR = 0,62), men föräldrarnas utbildningsnivå har inget samband med daglig grönsakskonsumtion, se figur 59. Andelen som äter frukt eller grönsaker varje dag varierar inte heller utifrån kön, ålder, familjetyp, föräldrars uppväxtland eller kommundyp, när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer.

Figur 59. Sannolikhet (oddskvot) för att barn 4–5 år äter grönsaker dagligen, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser skattningar av vårdnadshavare och perioden 2018–2020.



Enskilda oddskvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer. Uppväxtland och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser månatlig hushållsinkomst i kronor: låg (ensamstående: < 20 000, flera vuxna: < 40 000); medel (ensamstående: 20 000–40 000, flera vuxna: 40 000–80 000); hög (ensamstående: ≥ 40 000, flera vuxna: ≥ 80 000). Grönsaker inkluderar också rotfrukter eller baljväxter (bönor, linser). Källa: Pep-rapporten genomförd av SOM-institutet, Generation Pep och Karolinska Institutet.

Konsumtion av fisk eller skaldjur

Totalt 55 procent av barn i åldern 4–5 år äter fisk eller skaldjur minst två gånger i veckan. Det framgår av uppgifter från barnens vårdnadshavare och avser perioden 2019–2020. Se specifikation i faktaruta.

Konsumtion av fisk eller skaldjur

I en enkätundersökning svarar vårdnadshavare på frågor om sina barns matvanor, bland annat hur många gånger barnet har ätit fisk eller skaldjur till lunch eller middag under de senaste sju dagarna.

Svarsalternativ: ingen gång, 1 gång, 2–3 gånger, 4–5 gånger, 6–7 gånger, 8–9 gånger, 10–11 gånger, 12–13 gånger och 14 gånger.

I rapporten redovisar vi svarsalternativen från och med 2–3 gånger till och med 14 gånger som konsumtion av fisk eller skaldjur minst 2 gånger i veckan för barn som är 4 år och 5 år gamla, var för sig och kombinerat.

Informationen gäller 2019–2020.

Datakälla: Enkätundersökningen Pep-rapporten. Resultaten i vår rapport är framtagna av SOM-institutet, på Folkhälsomyndighetens begäran.

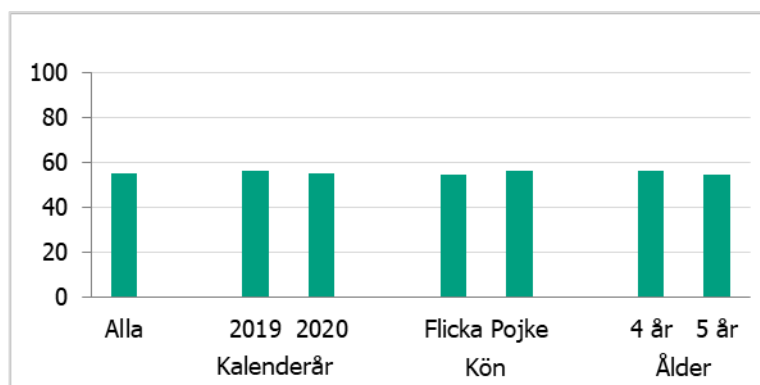
Notera: Pep-rapporten genomförs årligen av SOM-institutet, Generation Pep och Karolinska Institutet, och den riktar sig till ett nationellt urval av föräldrar till barn 4–17 år. Vårdnadshavare svarar för sina barn, och skattningarna gäller senaste sju dagarna, vilket både kan leda till både över- och underskattningar av barns generella konsumtion av fisk.

Fisk är nyttig mat som är rik på vitaminer och mineraler. Fet fisk såsom sill, lax och makrill innehåller dessutom omega-3-fett som är viktigt för utvecklingen av hjärna och nervsystem, kognitiv funktion och tillväxt hos små barn. Barn rekommenderas att äta fisk ofta, två till tre gånger i veckan (70).

Utveckling över tid och skillnader beroende på kön och ålder

Andelen barn 4–5 år som äter fisk eller skaldjur minst två gånger i veckan är likartad 2019 och 2020, se figur 60. Figuren visar vidare att andelen är densamma för flickor och pojkar, och för barn som är 4 år och barn som är 5 år gamla.

Figur 60. Andel (procent) barn 4–5 år som äter fisk eller skaldjur minst 2 gånger i veckan, fördelat på kalenderår, kön och ålder. Avser skattningar av vårdnadshavare och perioden 2019–2020.



Källa: Pep-rapporten genomförd av SOM-institutet, Generation Pep och Karolinska Institutet.

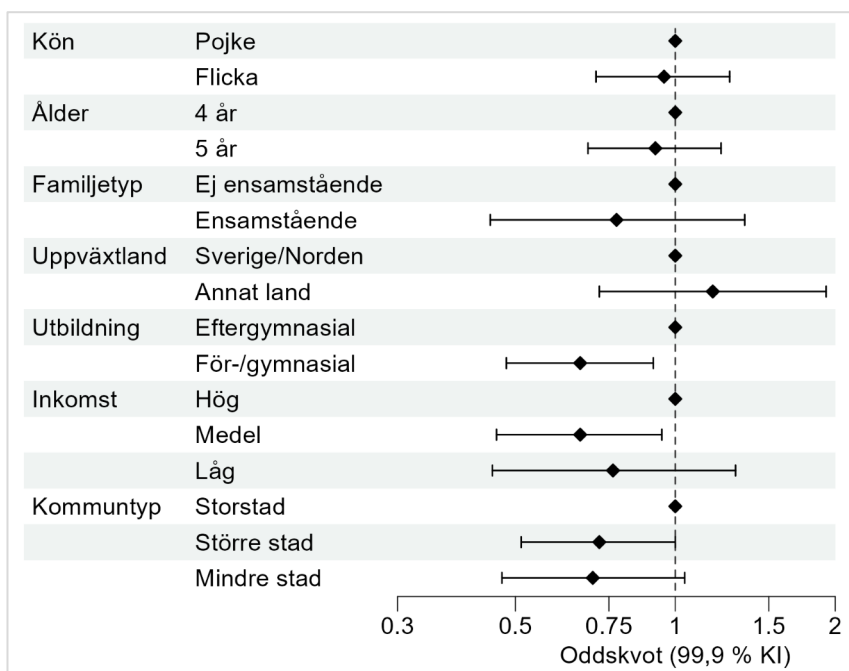
Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning konsumtionen av fisk och skaldjur varierar bland barn beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Analyserna visar att bland barn 4–5 år är fisk- och skaldjurskonsumtion minst två gånger i veckan mindre vanligt bland barn i hushåll med medelhög inkomst än bland barn i hushåll med högre inkomst (OR = 0,66) och bland barn till föräldrar med som högst antingen förgymnasial eller gymnasial utbildning jämfört med om föräldrarna har eftergymnasial utbildning (OR = 0,66), se figur 61.

Vi observerar ingen skillnad i fisk- och skaldjurskonsumtion (minst två gånger i veckan) utifrån kön, ålder, familjetyp, föräldrars uppväxtland eller kommuntyp, när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer.

Figur 61. Sannolikhet (oddskvot) för att barn 4–5 år äter fisk eller skaldjur minst 2 gånger i veckan, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser skattningar av vårdnadshavare och perioden 2019–2020.



Enskilda oddskvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer. Uppväxtland och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser månatlig hushållsinkomst i kronor: låg (ensamstående: < 20 000, flera vuxna: < 40 000); medel (ensamstående: 20 000–40 000, flera vuxna: 40 000–80 000); hög (ensamstående: ≥ 40 000, flera vuxna: ≥ 80 000). Källa: Pep-rapporten genomförd av SOM-institutet, Generation Pep och Karolinska Institutet.

Konsumtion av godis och sötad dryck

Totalt 37 procent av barn 4–5 år äter godis minst två dagar i veckan, och 78 procent dricker sötad dryck minst en gång i veckan. Det framgår av uppgifter från

barnens vårdnadshavare och avser perioden 2018–2020. Se specifikation i faktaruta.

Konsumtion av godis och sötad dryck

I en enkätundersökning svarar vårdnadshavare på frågor om sina barns matvanor. Vårdnadshavarna anger

- hur många dagar barnet har ätit godis under de senaste 7 dagarna
- om barnet har druckit läsk, saft, juice, energidryck, proteindryck eller sportdryck någon gång under de senaste 7 dagarna.

Svarsalternativ för godis: Ingen gång, 1 dag, 2 dagar, 3 dagar, 4 dagar, 5 dagar, 6 dagar och 7 dagar. I rapporten kombinerar vi svarsalternativen från och med 2 dagar till och med 7 dagar och redovisar detta som konsumtion av godis minst 2 dagar i veckan för barn 4 år och 5 år gamla, var för sig och kombinerat.

Svarsalternativ för dryck: ja eller nej för varje nämnd dryck. "Ja" för minst 1 av de 6 listade sötade dryckerna redovisas i rapporten som konsumtion av sötad dryck minst en gång i veckan för barn 4 år och 5 år gamla, var för sig och kombinerat.

Informationen gäller 2018–2020.

Datakälla: Enkätundersökningen Pep-rapporten. Resultaten i vår rapport är framtagna av SOM-institutet, på Folkhälsomyndighetens begäran.

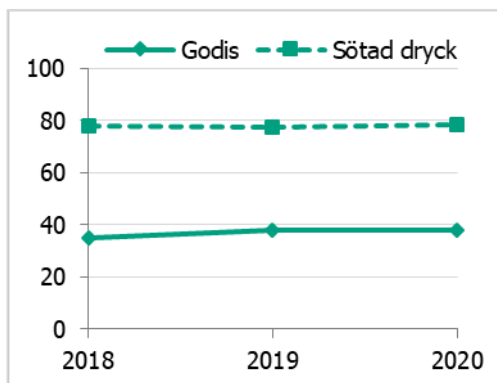
Notera: Pep-rapporten genomförs årligen av SOM-institutet, Generation Pep och Karolinska Institutet och riktar sig till ett nationellt urval av föräldrar till barn 4–17 år. Vårdnadshavare svarar för sina barn, och skattningarna gäller senaste sju dagarna, vilket både kan leda till både över- och underskattningar av barns generella konsumtion av godis och sötad dryck.

Höga sockermängder i mat och dryck ökar risken för både karies och övervikt hos barn, vilket i sin tur kan leda till olika hälsoproblem såsom diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar. Livsmedelsverket generella råd är att minska intaget av tillsatt socker. Om mer än 10 procent av kalorierna kommer från tillsatt socker kan det vara svårt att inkludera näringsrik mat utan att överskrida kaloribehovet (71).

Utveckling över tid och skillnader beroende på kön och ålder

År 2018 äter 35 procent av barn i åldern 4–5 år godis minst två dagar i veckan, liksom 38 procent under de följande två åren, se figur 62. Andelen 4–5-åriga barn som dricker sötad dryck minst en gång i veckan är konstant 85 procent under dessa tre kalenderår.

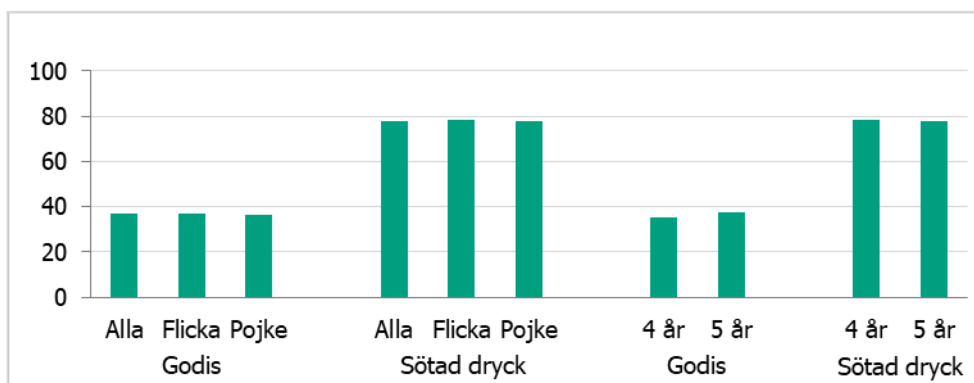
Figur 62. Andel (procent) barn 4–5 år som äter godis minst 2 dagar i veckan eller dricker sötad dryck minst 1 gång i veckan. Avser skattningar av vårdnadshavare och perioden 2018–2020.



Sötad dryck: läsk, saft, juice, energidryck, proteindryck eller sportdryck. Källa: Pep-rapporten genomförd av SOM-institutet, Generation Pep och Karolinska Institutet.

Det finns inga skillnader mellan pojkar och flickor i konsumtion av godis minst två dagar i veckan eller sötad dryck minst en gång i veckan, se figur 63, och inte heller mellan barn som är 4 år och 5 år gamla.

Figur 63. Andel (procent) barn som äter godis minst 2 dagar i veckan eller dricker sötad dryck minst 1 gång i veckan, fördelat på kön och ålder. Avser skattningar av vårdnadshavare och perioden 2018–2020.



Sötad dryck: läsk, saft, juice, energidryck, proteindryck eller sportdryck. Källa: Pep-rapporten genomförd av SOM-institutet, Generation Pep och Karolinska Institutet.

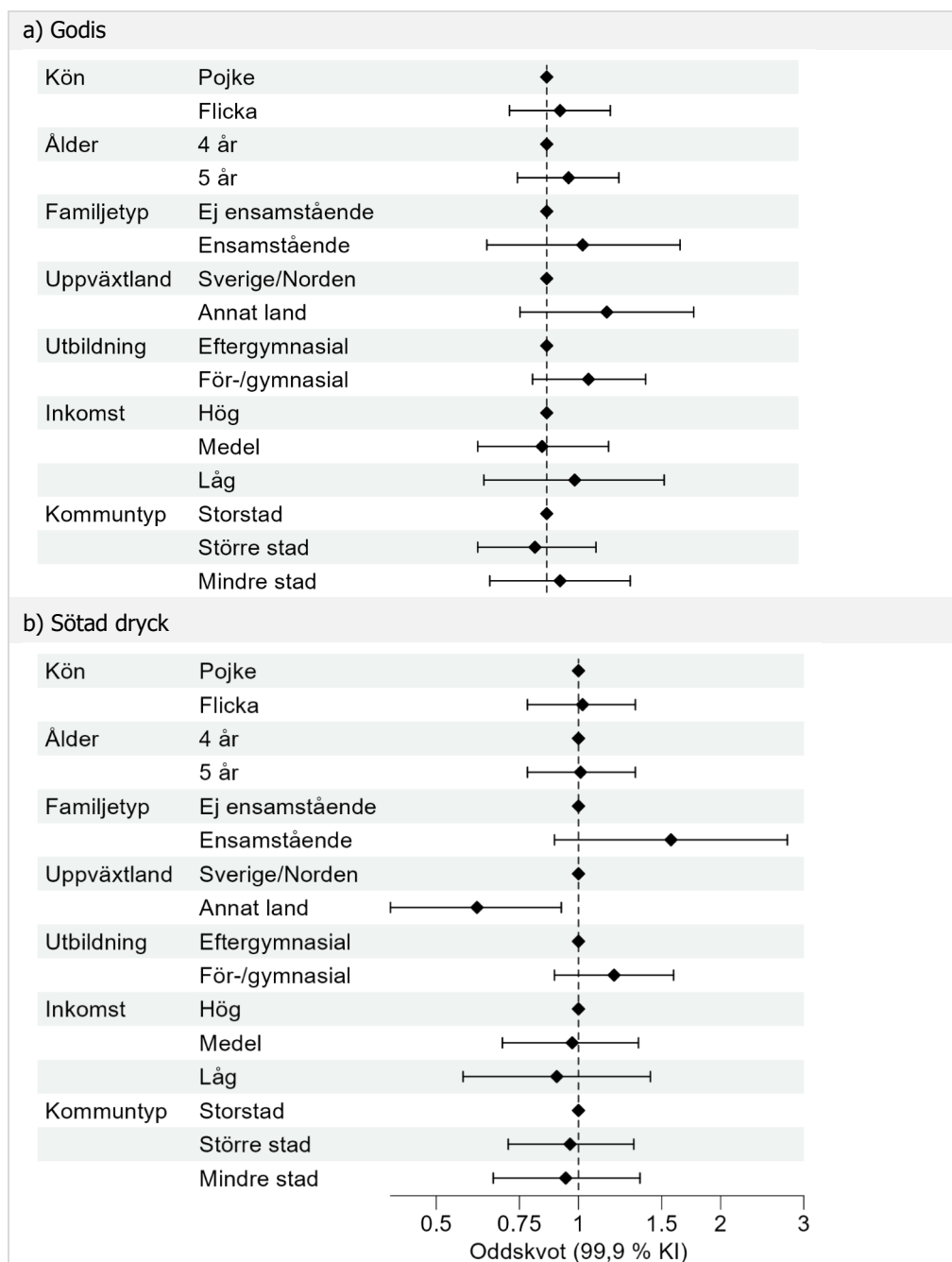
Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning konsumtion av godis och sötad dryck varierar bland barn, beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Det finns generellt inga skillnader i andelen barn 4–5 år som konsumerar godis (minst två dagar i veckan) eller sötad dryck (minst en gång i veckan) utifrån kön, ålder, familjetyp, föräldrars uppväxtland eller utbildning, hushållsinkomst, eller kommuntyp, när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer, se figur 64.

För sötad dryck finns dock en lägre sannolikhet för att barn till föräldrar som växt upp i ett land utanför Norden konsumerar det minst en gång i veckan, jämfört med barn till föräldrar som växt upp i de nordiska länderna inklusive i Sverige (OR = 0,61), se figur 64b.

Figur 64. Sannolikhet (oddskvot) för att barn 4–5 år, a) äter godis minst 2 gånger i veckan och b) dricker sötad dryck minst en gång i veckan utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser skattningar av vårdnadshavare och perioden 2018–2020.



Enskilda odds kvoter är justerade för övriga bakgrunds faktorer. Uppväxtland och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser månatlig hushållsinkomst i kronor: låg (ensamstående: < 20 000, flera vuxna: < 40 000); medel (ensamstående: 20 000–40 000, flera vuxna: 40 000–80 000); hög (ensamstående: ≥ 40 000, flera vuxna: ≥ 80 000). Sötad dryck: läsk, saft, juice, energidryck, proteindryck eller sportdryck. Källa: Pep-rapporten genomförd av SOM-institutet, Generation Pep och Karolinska Institutet.

Fysisk aktivitet

Totalt 69 procent av barn i åldern 4–5 år är fysiskt aktiva i minst 60 minuter per dag, på en nivå som får hjärtat att slå snabbare och ibland gör barnet andfådd. Det framgår av uppgifter från barnens vårdnadshavare och avser perioden 2018–2020. Se specifikation i faktaruta.

Fysisk aktivitet

I en enkätundersökning svarar vårdnadshavare på en fråga om ungefär hur länge deras barn var fysiskt aktivt dagen före. All aktivitet som får hjärtat att slå snabbare och ibland ger andfåddhet räknas.

Svarsalternativ: Inte alls, < 30 minuter, 30 minuter–1 timme, 1–1,5 timmar, 1,5–2 timmar, 2–2,5 timmar och 2,5–3 timmar.

I rapporten kombinerar vi svarsalternativen från och med 1–1,5 timmar till och med 2,5–3 timmar och redovisar detta som minst 60 minuters fysisk aktivitet per dag för barn 4 år och 5 år, var för sig och kombinerat.

Informationen gäller 2018–2020.

Datakälla: Enkätundersökningen Pep-rapporten. Resultaten i vår rapport är framtagna av SOM-institutet, på Folkhälsomyndighetens begäran.

Notera: Pep-rapporten genomförs årligen av SOM-institutet, Generation Pep och Karolinska Institutet och riktar sig till ett nationellt urval av föräldrar till barn 4–17 år. Gränsvärdet (60 minuter) är valt av praktiska skäl för att skilja mellan längre och kortare perioder av fysisk aktivitet. Vårdnadshavare svarar för sina barn, och skattningarna gäller gårdagen, vilket både kan leda till både över- och underskattningar av barns generella fysiska aktivitetsnivå.

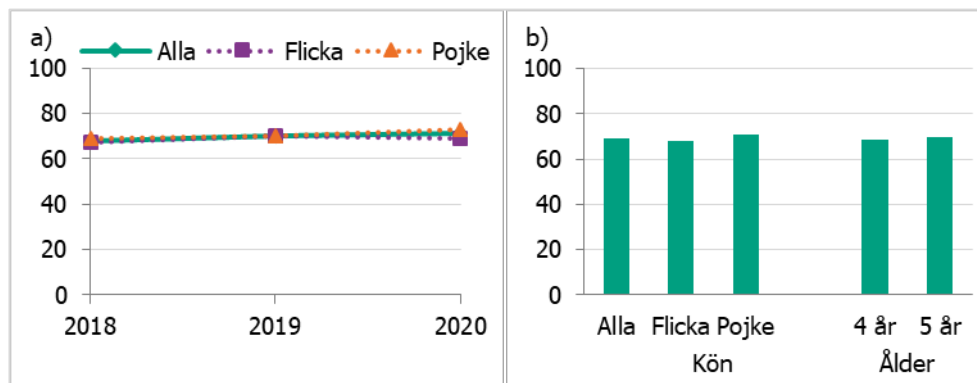
Alla barn 0–5 år bör ha möjlighet att röra på sig på olika sätt, flera gånger om dagen. För spädbarn kan det handla om att leka och röra sig på golvet i rygg- och magläge och för barn 1–5 år om att leka, välja aktiv transport, vistas utomhus och utforska olika miljöer. Under vaken tid bör småbarn inte begränsas i sin rörelse, förutom när det är nödvändigt. Långa perioder av stillasittande i till exempel barnvagn eller barnstol bör brytas av och ersättas med någon form av rörelse (72). Genom att uppmuntra dagliga fysiska aktiviteter och skapa möjligheter för barnen att delta i familjeaktiviteter och lekar har föräldrar möjlighet att aktivt främja en hälsosam och positiv attityd till rörelse hos sina barn.

Utveckling över tid och skillnader beroende på kön och ålder

Andelen barn 4–5 år som är fysiskt aktiva i minst 60 minuter per dag är ungefär densamma under 2018–2020, varierar från 68 procent 2018 till 71 procent 2020, och utvecklingen är likartad för flickor och pojkar, se figur 65a.

Sett till hela perioden är andelen likartad för flickor och pojkar samt för barn som är 4 år och barn som är 5 år gamla, se figur 65b.

Figur 65. Andel (procent) barn 4–5 år som är fysiskt aktiva i minst 60 minuter per dag fördelat på a) kalenderår och kön, och b) kön och ålder. Avser skattningar av vårdnadshavare och perioden 2018–2020.



Fysisk aktivitet avser en nivå som får hjärtat att slå snabbare och ibland gör barnet andfådd. Källa: Pep-rapporten genomförd av SOM-institutet, Generation Pep och Karolinska Institutet.

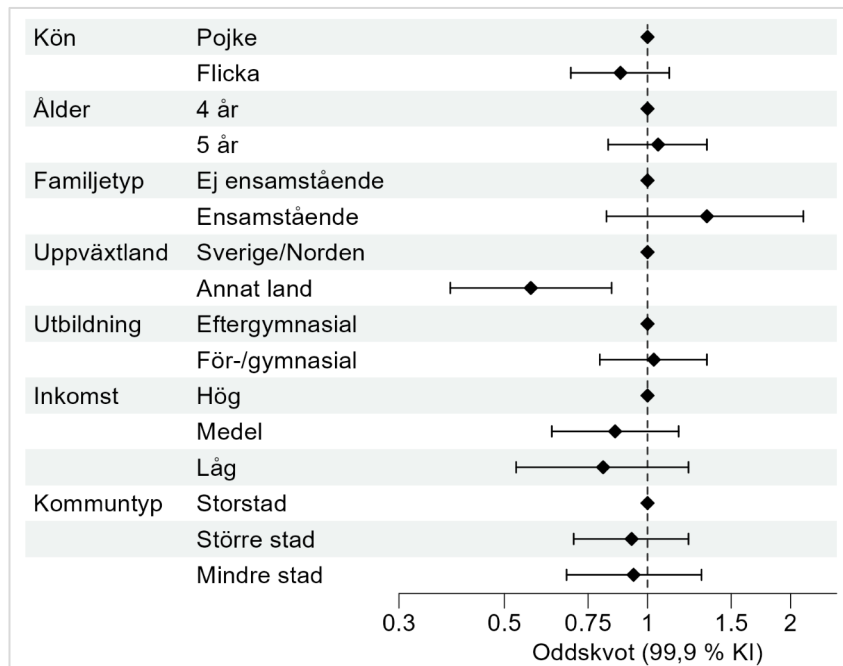
Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning fysisk aktivitet varierar bland barn 4–5 år, beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Det är mindre sannolikt att barn till föräldrar som växt upp i ett land utanför Norden är fysiskt aktiva i minst 60 minuter per dag, jämfört med om föräldrarna växt upp i Norden inklusive Sverige (OR = 0,57), se figur 66.

Andelen barn 4–5 år som är fysiskt aktiva i minst 60 minuters per dag skiljer sig inte åt utifrån kön, ålder, familjetyp, föräldrars utbildning, hushållsinkomst och kommuntyp, när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer.

Figur 66. Sannolikhet (oddskvot) för att barn 4–5 år är fysiskt aktiva i minst 60 minuter per dag, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser skattningar av vårdnadshavare och perioden 2018–2020.



Enskilda oddskvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer. Uppväxtland och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser månatlig hushållsinkomst i kronor: låg (ensamstående: < 20 000, flera vuxna: < 40 000); medel (ensamstående: 20 000–40 000, flera vuxna: 40 000–80 000); hög (ensamstående: ≥ 40 000, flera vuxna: ≥ 80 000). Fysisk aktivitet avser en nivå som får hjärtat att slå snabbare och ibland gör barnet andfådd. Källa: Pep-rapporten genomförd av SOM-institutet, Generation Pep och Karolinska Institutet.

Skärmtid

Totalt 64 procent av barn i åldern 4–5 år sitter framför en skärm i minst 60 minuter per dag, utanför lektionstid. Det framgår av uppgifter från barnens vårdnadshavare och avser perioden 2018–2020. Se specifikation i faktaruta.

Skärmtid

I en enkätundersökning svarar vårdnadshavare på en fråga om sina barns skärmtid, genom att ange hur lång tid under gårdagen barnet sammanlagt satt framför en skärm (mobil, tv, datorskärm eller surfplatta), utöver lektionstid.

Svarsalternativ: inte alls, < 1 timme, 1–2 timmar, 3–4 timmar, 5–6 timmar och 7 timmar eller mer.

I rapporten kombinerar vi svaren från och med 1–2 timmar till och med 7 timmar eller mer och redovisar detta som minst 60 minuters skärmtid per dag för barn 4 år och 5 år, var för sig och kombinerat.

Informationen gäller 2018–2020.

Datakälla: Enkätundersökningen Pep-rapporten. Resultaten i vår rapport är framtagna av SOM-institutet, på Folkhälsomyndighetens begäran.

Notera: Pep-rapporten genomförs årligen av SOM-institutet, Generation Pep och Karolinska Institutet och riktar sig till ett nationellt urval av föräldrar till barn 4–17 år. Gränsvärdet (60 minuter) är valt av praktiska skäl för att skilja mellan längre och kortare skärmtid. Vårdnadshavare svarar för sina barn, och skattningarna gäller gårdagen, vilket kan leda såväl till över- och underskattning av barns skärmtid.

Barns skärmtid påverkas inte bara av föräldrarnas fastställda rutiner och regler för skärmtid utan även av föräldrarnas egna vanor.

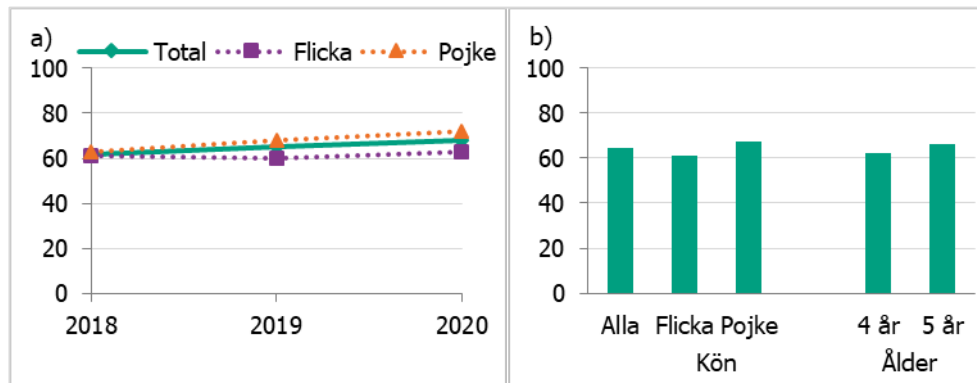
Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten ett uppdrag att ta fram kunskapsunderlag om hur barns och föräldrars användning av digitala medier påverkar barns psykiska och fysiska hälsa samt deras kognitiva, emotionella och motoriska utveckling. Underlaget ska vara klart till sommaren 2024, och till hösten ska myndigheten presentera rekommendationer för digital medieanvändning hos barn och unga.

Utveckling över tid och skillnader beroende på kön och ålder

Andelen barn 4–5 år som sitter framför en skärm i minst 60 minuter per dag, utanför lektionstid (fortsättningsvis även kallat minst 60 minuters skärmtid per dag) ökade mellan 2018 och 2020 från 62 procent till 68 procent, se figur 67a. Bland flickor är andelarna 61 respektive 63 procent och hos pojkar 63 respektive 72 procent.

Sett till hela perioden är andelen med minst 60 minuters skärmtid per dag högre bland pojkar än bland flickor (67 procent respektive 62 procent), se figur 67b. Det är ingen statistiskt säkerställd skillnad i skärmtid mellan 4-åringar och 5-åringar.

Figur 67. Andel (procent) barn 4–5 år som sitter framför en skärm i minst 60 minuter per dag fördelat på a) kalenderår och kön, och b) kön och ålder. Avser skattningar av vårdnadshavare och perioden 2018–2020.



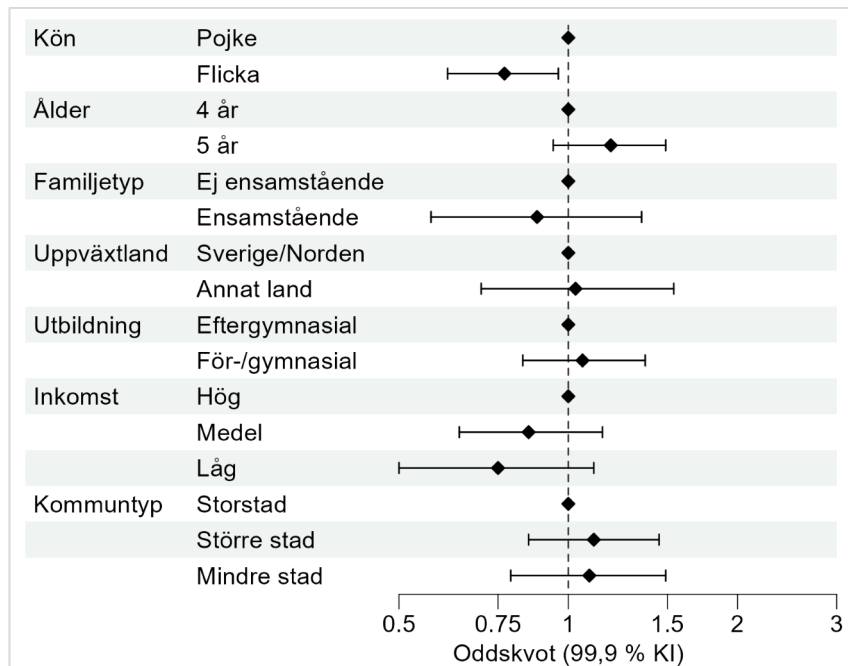
Skärm avser mobil, tv, datorskärm, surfplatta. Skärmbbruk under lektionstid ingår inte. Källa: Pep-rapporten genomförd av SOM-institutet, Generation Pep och Karolinska Institutet.

Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning skärmtid varierar bland barn, beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Bland barn 4–5 år är det mindre vanligt att flickor sitter framför en skärm i minst 60 minuter per dag, jämfört med pojkar (OR = 0,77), även med hänsyn till andra bakgrundsfaktorer. Andelen med minst 60 minuters daglig skärmtid bland barn 4–5 år har inget samband med ålder, familjetyp, föräldrars uppväxtland eller utbildning, hushållsinkomst eller kommuntyp, när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer, se figur 68.

Figur 68. Sannolikhet (oddskvot) för att barn 4–5 år sitter framför en skärm i minst 60 minuter per dag, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser skattningar av vårdnadshavare och perioden 2018–2020.



Enskilda oddskvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer. Uppväxtland och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser månatlig hushållsinkomst i kronor: låg (ensamstående: < 20 000, flera vuxna: < 40 000); medel (ensamstående: 20 000–40 000, flera vuxna: 40 000–80 000); hög (ensamstående: ≥ 40 000, flera vuxna: ≥ 80 000). Skärmbbruk under lektionstid ingår inte. Källa: Pep-rapporten genomförd av SOM-institutet, Generation Pep och Karolinska Institutet.

Sömlängd

Totalt 41 procent av i åldern 4–5 år sover mindre än 11 timmar på vardagsnätter. Det framgår av uppgifter från barnens vårdnadshavare och avser perioden 2019 och 2020. Se specifikation i faktaruta.

Sömlängd vardagsnätter

I en enkätundersökning svarar vårdnadshavare på frågor om sina barns sömnvanor, genom att ange

- ungefär vilken tid barnet brukar gå upp de dagar då hen ska till förskolan
- ungefär vilken tid barnet brukar gå och lägga sig de dagar då hen ska till förskolan nästa morgon.

Svarsalternativ: För den första frågan är svarsalternativen varje hel- och halvtimme mellan klockan 05 och 08, och för den andra frågan är svarsalternativen varje hel- och halvtimme mellan klockan 18 och 02. Vi har beräknat sömlängd som differensen mellan dessa två svar.

I rapporten redovisar vi sömlängd < 11 timmar kontra \geq 11 timmar på vardagsnätter för barn 4 år och 5 år (ålder var för sig och kombinerat).

Informationen gäller 2019–2020.

Datakälla: Enkätundersökningen Pep-rapporten. Resultaten i vår rapport är framtagna av SOM-institutet, på Folkhälsomyndighetens begäran.

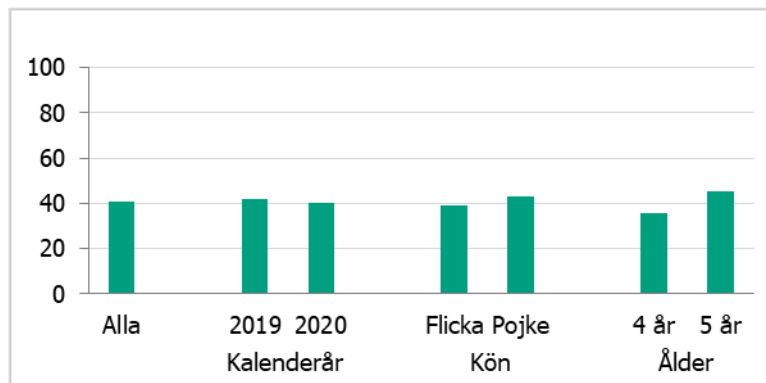
Notera: Pep-rapporten genomförs årligen av SOM-institutet, Generation Pep och Karolinska Institutet och riktar sig till ett nationellt urval av föräldrar till barn 4–17 år.

Sömn ger kroppen och hjärnan vila, och under djupsömnen frisätts tillväxthormon och immunförsvaret återhämtar sig (73). För lite och för dålig sömn kan ge sämre minne, koncentration, uppmärksamhet och inlärningsförmåga (73). Sömnbrist kan också göra både barn och föräldrar trötta och irriterade, så att de samspejar sämre med varandra och med andra. Vid 3–5 års ålder är sömnbehovet ungefär 11–12 timmar per dygn (74). Genom att skapa en hälsosam sönmiljö och främja goda sömnvanor, till exempel genom regelbundna sängtider, kan föräldrar ge sina barns bättre sömnkvalitet och sömnvanor (74).

Utveckling över tid och skillnader beroende på kön och ålder

Andelen barn 4–5 år som sover mindre än 11 timmar på vardagsnätter är ungefär densamma 2019 och 2020, och bland flickor och pojkar, se figur 69. Däremot finns en skillnad mellan åldersgrupperna. Totalt 36 procent av 4-åriga barn sover mindre än 11 timmar på vardagsnätter, jämfört med 45 procent av 5-åriga barn.

Figur 69. Andel (procent) barn 4–5 år som sover mindre än 11 timmar på vardagsnätter fördelat på kalenderår, kön och ålder. Avser skattningar av vårdnadshavare och perioden 2019–2020.



Källa: Pep-rapporten genomförd av SOM-institutet, Generation Pep och Karolinska Institutet.

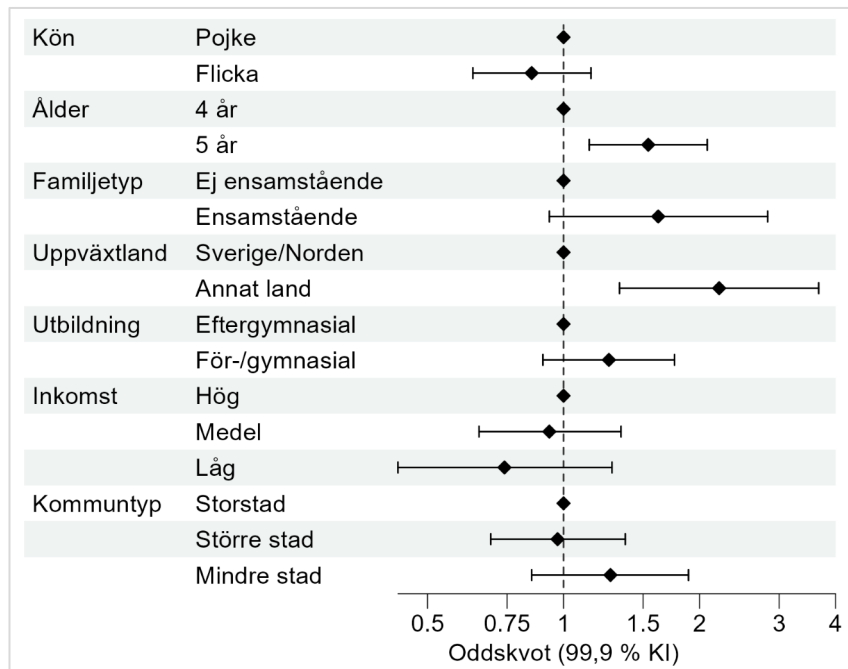
Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning sömnlängden på vardagsnätter varierar bland barn beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Av figur 70 framgår att det är dubbelt så sannolikt att barn 4–5 år sover mindre än 11 timmar på vardagsnätter om föräldrarna har växt upp utanför Norden, jämfört med i Norden inklusive Sverige (OR = 2,21). Det är också vanligare att 5-åringar sover mindre än 11 timmar på vardagsnätter, jämfört med 4-åringar (OR = 1,54), även med hänsyn till andra bakgrundsfaktorer.

Andelen barn 4–5 år som sover mindre än 11 timmar på vardagsnätter varierar inte utifrån kön, familjetyp, föräldrars utbildning, hushållsinkomst eller kommuntyp, när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer.

Figur 70. Sannolikhet (oddskvot) för att barn 4–5 år sover mindre än 11 timmar på vardagsnätter, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser skattningar av vårdnadshavare och perioden 2019–2020.



Enskilda oddskvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer. Uppväxtland och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser månatlig hushållsinkomst i kronor: låg (ensamstående: < 20 000, flera vuxna: < 40 000); medel (ensamstående: 20 000–40 000, flera vuxna: 40 000–80 000); hög (ensamstående: ≥ 40 000, flera vuxna: ≥ 80 000). Källa: Pep-rapporten genomförd av SOM-institutet, Generation Pep och Karolinska Institutet.

Föräldrars hälsa och levnadsvanor



I de tidiga levnadsåren spelar föräldrarnas levnadsvanor och mående en central roll för barns utveckling och hälsa, framför allt genom den miljö som föräldrarna skapar för sina barn. Deras egna levnadsvanor kan också direkt påverka barns livsstil och hälsa, exempelvis när det gäller mat, fysisk aktivitet och tobak. Barn lär sig genom att härma och tar ofta efter föräldrarnas vanor. Vissa levnadsvanor, såsom rökning och hög alkoholkonsumtion, kan också påverka barns fysiska (75) respektive psykosociala uppväxtmiljö (76).

Barn kan även påverkas av föräldrarnas fysiska och psykiska hälsa (77, 78). Om hälsan är god ökar chansen att de kan ge sina barn en trygg och stimulerande uppväxtmiljö. Föräldrar med bristande fysiska eller psykisk hälsa kan ha svårare att vara närvarande och stödja sina barn.

I detta kapitel presenterar vi information om tobaksrökning i hemmet, psykisk ohälsa och skadligt bruk och beroende hos föräldrar till barn 0–5 år i Sverige, och beskriver skillnader mellan olika befolkningsgrupper. Resultaten presenteras som andelar och skillnader mellan grupper redovisas som oddskvoter med 99,9 procent konfidensintervall. De skillnader mellan grupper eller förändringar över tid vi beskriver är alltså statistiskt säkerställda med 99,9 procents säkerhet.

Tobaksrökning i hemmet

Totalt 11 procent av nyfödda barn (0–4 veckor gamla) bor stadigvarande med minst en förälder eller annan person som röker dagligen, sett till årsmedlet för perioden 2016–2020. Vid 8 månaders ålder är andelen 10 procent. Se specifikation i faktaruta.

Tobaksrökning i hemmet

Vid de ordinarie hälsobesöken inom barnhälsovården ställs frågor om vårdnadshavare 1, eller vårdnadshavare 2 eller någon annan person som bor stadigvarande i barnets hem röker, till exempel vårdnadshavares sambo, äldre syskon eller far- eller morföräldrar. Stadigvarande innebär att bo på samma adress som barnet i minst 14 dagar per månad. Tobaksrökning i hemmet avser att minst en person röker dagligen.

I rapporten redovisar vi daglig tobaksrökning i hemmet hos nyfödda barn som är 0–4 veckor och barn som är 8 månader gamla.

Informationen gäller åren 2016–2020.

Datakälla: Barnvårdsjournalen.

Notera: Kvaliteten påverkas av att det saknas ett standardiserat sätt att ställa frågorna och journalföra svaren för hela Sverige. Det finns även brister i dataregistrering och datauttag som har ledd till ett visst bortfall.

När barn växer upp med en person som röker ökar sannolikheten för att barnen själva börjar röka i framtiden (79). Passiv tobaksrökning har dessutom direkta hälsoeffekter, och barn är särskilt känsliga. Forskning visar bland annat att barn som utsätts för tobaksrök i sin omgivning har ökad risk för dålig lungfunktion och

andningsbesvär samt övre och nedre luftvägssjukdom såsom bronkit och öroninflammation (75, 80). Barn som bor med personer som röker har också ökad risk för meningokockinfektion (hjärnhinneinflammation) (81) och för plötslig spädbarnsdöd (75, 80). Dessa barn har dessutom en ökad risk för att behöva sjukvård, till exempel på grund av astma (82).

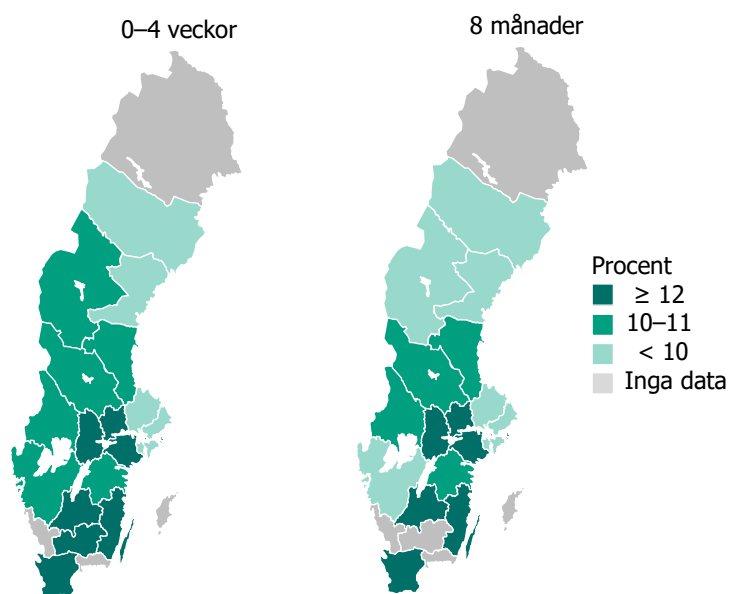
Vi presenterar här resultat som bygger på information från 18 av 21 regioner. Resultatens giltighet för befolkningen i stort behöver ändå tolkas med viss försiktighet. Barnen som ingår i analysen har dock liknande sociodemografisk profil som alla jämnåriga barn i Sverige, när det gäller familjetyp, mammas ålder, föräldrars utbildning och födelse land, hushållets inkomst och bostadskommun, se bilaga 2.

Regionala skillnader

Andelen barn som bor stadigvarande med minst en förälder eller annan person som röker dagligen (fortsättningsvis även kallat tobaksrökning i hemmet), varierar från 6–17 procent i de 18 länen med tillgänglig information, sett till årsmedlet för perioden för 2016–2020.

Tobaksrökning i hemmet är vanligast i Jönköpings, Kalmar, Kronobergs, Örebro, Västmanlands, Skåne och Södermanlands län, se figur 71. Där bor minst 12 procent av barnen som är 0–4 veckor respektive 8 månader gamla med minst en förälder eller annan person som röker dagligen. Lägst är andelen i Stockholms, Uppsala, Västerbottens och Västernorrlands län, där andelen är under 10 procent. Vid 8 månader är andelen dessutom strax under 10 procent, även i Jämtlands och Västra Götalands län. I övriga ingående län är andelen 10–11 procent vid både 0–4 veckors och 8 månaders ålder.

Figur 71. Andel (procent) barn som bor stadigvarande med minst en förälder eller annan person som röker dagligen (tobaksrökning i hemmet), fördelat på län och ålder. Avser årsmedel för 2016–2020.



Källa: Barnhälsovårdsjournalen och registret över totalbefolkningen.

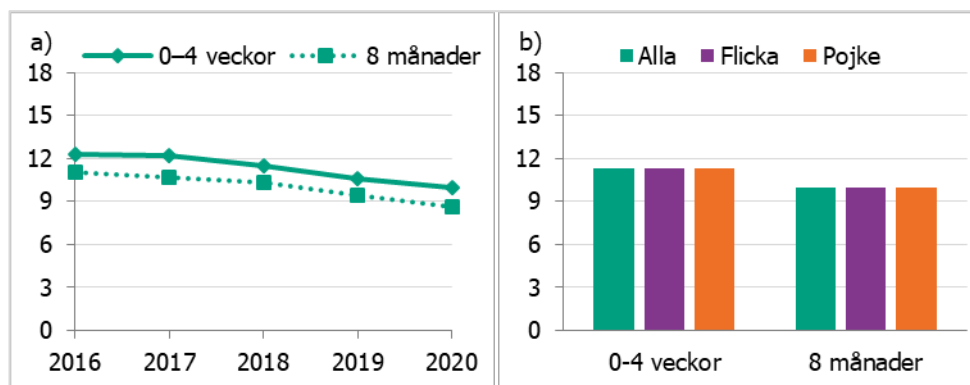
Utveckling över tid och skillnader beroende på kön och ålder

Andelen barn 0–4 veckor med minst en förälder eller annan person som röker dagligen är cirka 12 procent 2016 och 2017, figur 72a. Därefter minskar andelen gradvist och 2020 är andelen 10 procent. En liknande minskning över tid ses för tobaksrökning i hemmet vid 8 månader.

För alla undersökta år är det 1–2 procentenheter färre barn i åldern 8 månader som bor med någon som röker dagligen, jämfört med 0–4 veckors ålder. Utvecklingen över tid behöver dock tolkas med försiktighet eftersom information från olika län ingår för olika år, se bilaga 2.

Sammantaget för perioden 2016–2020 finns inga skillnader mellan könen, och det gäller för båda åldersgrupperna, se figur 72b.

Figur 72. Andel (procent) barn som bor stadigvarande med minst en förälder eller annan person som röker dagligen (tobaksrökning i hemmet) 2016–2020 fördelat på a) kalenderår och ålder, och b) kön och ålder över hela perioden (årsmedel).



Källa: Barnhälsovårdsjournalen och registret över totalbefolkningen.

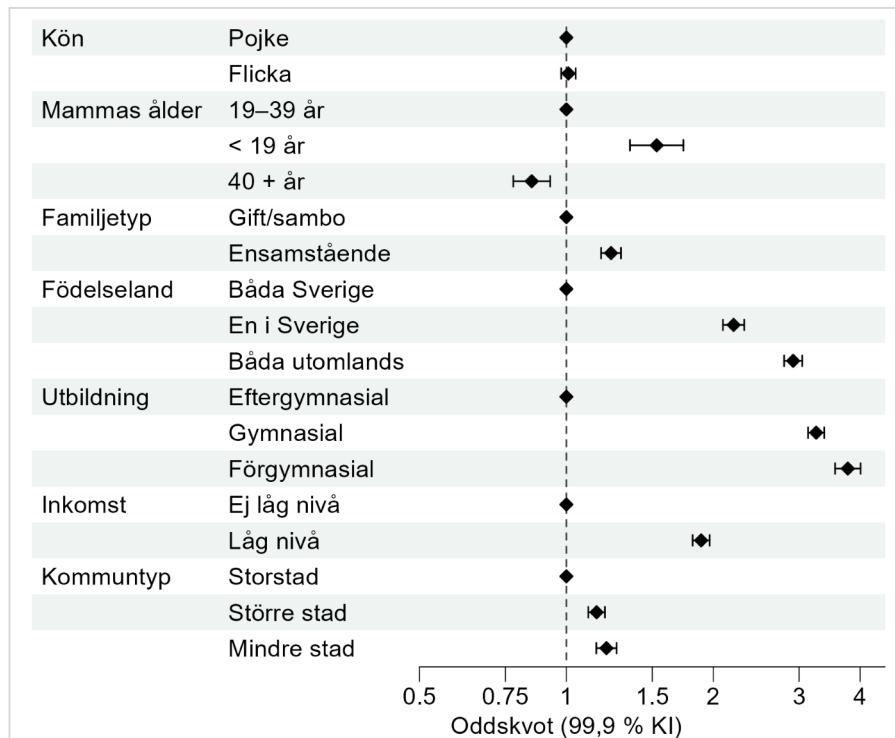
Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning tobaksrökning i hemmet varierar beroende på barnets individuella, sociala, ekonomiska och demografiska bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorena. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Vi redovisar först resultaten för barn som är 0–4 veckor gamla. Analyserna visar att förekomsten av tobaksrökning i hemmet har samband med mammas ålder, familjetyp, föräldrars födelseland och utbildning, hushållsinkomst och kommuntyp, oberoende av varandra, se figur 73.

Skillnaderna är störst när det gäller föräldrars utbildning, föräldrars födelseland och hushållets inkomst. Sannolikheten för tobaksrökning i hemmet är 3–4 gånger högre bland barn till föräldrar med som högst förgymnasial eller gymnasial utbildning jämfört med om föräldrarna har eftergymnasial utbildning (OR = 3,78 respektive 3,25).

Figur 73. Sannolikhet (oddskvot) för att barn som är 0–4 veckor gamla bor stadigvarande med minst en förälder eller annan person som röker dagligen (tobaksrökning i hemmet), utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser 2016–2020.



Enskilda oddskvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer och för barnets ålder. Mammas ålder gäller vid barnets födsel. Födelse land och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser ekonomisk standard. Källor: Banhälsövarsjournalen, Registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Sannolikheten för tobaksrökning i hemmet är dessutom nära 2–3 gånger högre bland barn i hushåll med låg jämfört med högre inkomstnivå, och bland barn med en eller två föräldrar som är födda utomlands, jämfört med om både är födda i Sverige (OR = 1,89–2,92).

Tobaksrökning i hemmet är också vanligare bland barn till mammor som är under 19 år vid barnets födsel jämfört med om de är 19–39 år gamla (OR = 1,53). Men minst vanligt är tobaksrökning i hemmet bland barn till mammor som är 40 år eller mer vid barnets födsel (OR = 0,85).

Det är också vanligare med tobaksrökning i hemmet bland barn i ensamstående hushåll, jämfört med om föräldrarna är gifta eller samboende (OR = 1,23), och bland barn i en landsbygdskommun eller en större stad, jämfört med i en storstadskommun (OR = 1,15 respektive 1,21).

Dessa skillnader utifrån barns bakgrund gäller också i stora drag för barn som är 8 månader gamla, se bilaga 3, figur 2. Skillnaderna som rör föräldrarnas födelse land är dock större vid 0–4 veckor än vid 8 månader, medan skillnaderna som rör kommuntyp är mindre vid 0–4 veckor än vid 8 månader, se tabell 5.

Tabell 5. Jämförelse mellan 0–4 veckor och 8 månader gamla barns sannolikhet (oddskvot) för att bo stadigvarande med minst en förälder eller annan person som röker dagligen (tobaksrökning i hemmet), utifrån föräldrarnas födelse-land och kommuntyp, 2016–2020.

Bakgrundsfaktor	Grupp	0–4 veckor	8 månader
		Oddsquot (99,9 % KI)	Oddsquot (99,9 % KI)
Födelse-land	Båda Sverige	1	1
Födelse-land	Båda utomlands	2,92 (2,79–3,01)	2,52 (2,40–2,64)
Kommuntyp	Storstadskommun	1	1
Kommuntyp	Större stad	1,15 (1,11–1,20)	1,39 (1,33–1,45)
Kommuntyp	Landsbygds-kommun	1,21 (1,15–1,27)	1,44 (1,37–1,52)

Oddsquoter är justerat för den andra bakgrundsfaktorn och för barnets ålder och kön, mammans ålder, familjetyp, föräldrarnas utbildning och hushållsinkomst. Födelse-land gäller föräldrar. KI = Konfidensintervall. Källa: Barnhälsovårdsjournalen, registret över totalbefolkningen, inkomst och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Psykisk ohälsa hos föräldrar

Under ett kalenderår har 21 procent av alla barn 0–5 år minst en förälder som har minst ett vårdtillfälle på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård för ett psykiatriskt tillstånd, eller har uttag av förskrivna psykofarmaka. Detta sett till årsmedlet för perioden 2016–2020. Se specifikation i faktaruta.

Behandling för psykiatriskt tillstånd hos förälder

Behandling för ett psykiatriskt tillstånd hos en förälder avser i denna rapport att minst en förälder till ett barn 0–5 år: 1) får slutenvård, 2) får läkarvård inom specialiserad öppenvård, eller 3) har uttag av förskrivet läkemedel (minst en av dessa tre) för ett psykiatriskt tillstånd under ett kalenderår.

Följande tillstånd (ICD-kod) och läkemedel (ACT-kod) ingår:

- Störningar orsakade av psykoaktiva substanser (F10–19).
- Förstämningssyndrom, ångest- och stressyndrom (F30–33, F40–43).
- Autism och adhd (F84, F90).
- Neuroleptika, lugnande läkemedel och sömnmedel (N05).
- Antidepressiva läkemedel (N06A).
- Läkemedel för behandling av adhd (N06BA).
- Läkemedel vid behandling av beroendetillstånd (N07B).

Informationen gäller åren 2016–2020

Data-källa: Patientregistret och läkemedelsregistret.

Notera: I patientregistret ingår inte personer som får annan vård än slutenvård eller specialistvård hos läkare. Exempelvis ingår inte vård på vårdcentral. Det innebär antagligen en underskattning av andelen barn som har en förälder med ett psykiatriskt tillstånd. Information om läkemedelsuttag kan ha viss kompenserande effekt, eftersom läkemedelsförskrivning inte är kopplat till en viss vårdnivå. Psykofarmaka kan dock förskrivas utan att personen har ett psykiatriskt tillstånd. Det innebär antagligen att några föräldrar som förskrivits psykofarmaka inte uppfyller samtliga kriterier för ett psykiatriskt tillstånd. Urvalet inkluderar hela svenska populationen.

Psykisk ohälsa inkluderar generellt både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Psykiska besvär kan ha olika svårighetsgrad, men uppfyller inte samtliga krav för en psykiatrisk diagnos. Det gör däremot ett psykiatriskt tillstånd (33).

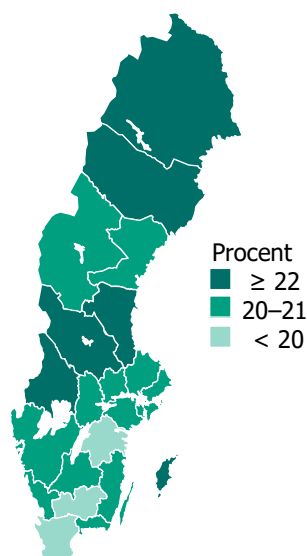
Både studier av föräldrar som har ett diagnostiserat psykiatriskt tillstånd och enkätstudier med föräldrar som rapporterar psykiska besvär visar att det finns en risk att psykisk ohälsa hos föräldrarna kan påverka deras barns mående och utveckling negativt. Det kan exempelvis bero på att anknytningen mellan förälder och barn kan fungera sämre, eller att föräldrarna kan vara mindre emotionellt tillgängliga eller ha lägra förmåga att hantera föräldraskapets utmaningar (78). Barn till dessa föräldrar löper också ökad risk för fysisk och emotionell försummelse och misshandel (83). Likaså finns en ökad risk för kognitiv försening (84), för att själva utveckla psykiska besvär eller psykiatriska tillstånd under barndomen (44, 85) eller som vuxen (86), samt för att stå utanför arbetsmarknaden som vuxna och för att dö i förtid.

Regionala skillnader

Det finns regionala skillnader i andelen barn 0–5 år gamla vars föräldrar under ett kalenderår har minst ett vårdtillfälle på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård för ett psykiatriskt tillstånd, eller uttag av förskrivna psykofarmaka (fortsättningsvis kallat behandling för ett psykiatriskt tillstånd).

Andelen varierar mellan länen från 19–24 procent, sett till årsmedlet för perioden för 2016–2020, se figur 74. I tre län (Kronobergs, Skåne och Östergötlands län) är andelen under 20 procent och i sex län (Dalarnas, Gotlands, Gävleborgs, Norrbottens, Värmlands och Västerbottens län) är den minst 22 procent. I övriga län har 20–21 procent av barnen minst en förälder som behandlas för ett psykiatriskt tillstånd.

Figur 74. Andel (procent) barn 0–5 år med minst en förälder som behandlas för ett psykiatriskt tillstånd, fördelat på län. Avser årsmedel för 2016–2020.



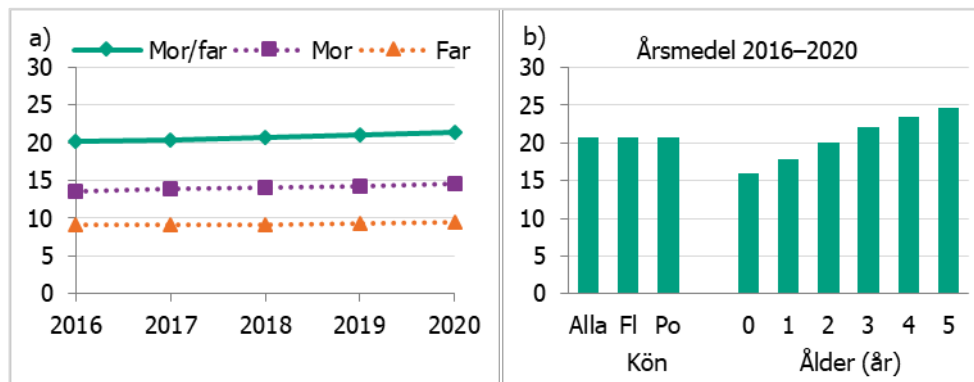
Behandling för ett psykiatriskt tillstånd avser minst ett vårdtillfälle under ett kalenderår, på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård, eller uttag av förskrivet läkemedel under kalenderåret, för detta tillstånd. Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och registret över totalbefolkningen.

Utveckling över tid och skillnader beroende på kön och ålder

Andelen barn 0–5 år med minst en förälder som behandlas för ett psykiatriskt tillstånd ökar, från 20 procent 2016 till 21 procent 2020, se figur 75a. Data för de enskilda åren visar också att sådan behandling konstant är 4–5 procentenheter vanligare hos mammor än pappor. Sett till årsmedlet för hela perioden har 14 procent av alla barn 0–5 år gamla en mamma som behandlas för ett psykiatriskt tillstånd och 9 procent har en pappa som behandlas för ett psykiatriskt tillstånd.

Figur 75b visar att behandling av psykiatriska tillstånd är ungefär lika vanligt hos föräldrar till flickor som föräldrar till pojkar. Däremot finns åldersskillnader: ju äldre barn, desto vanligare är det att ha minst en förälder som behandlas för ett psykiatriskt tillstånd. Under första levnadsåret är andelen exempelvis 16 procent, men den är 25 procent bland 5-åringar.

Figur 75. Andel (procent) barn 0–5 år med minst en förälder som behandlas för ett psykiatriskt tillstånd 2016–2020, fördelat på a) kalenderår och föräldrars kön, och b) barns kön och ålder över hela perioden (årsmedel).



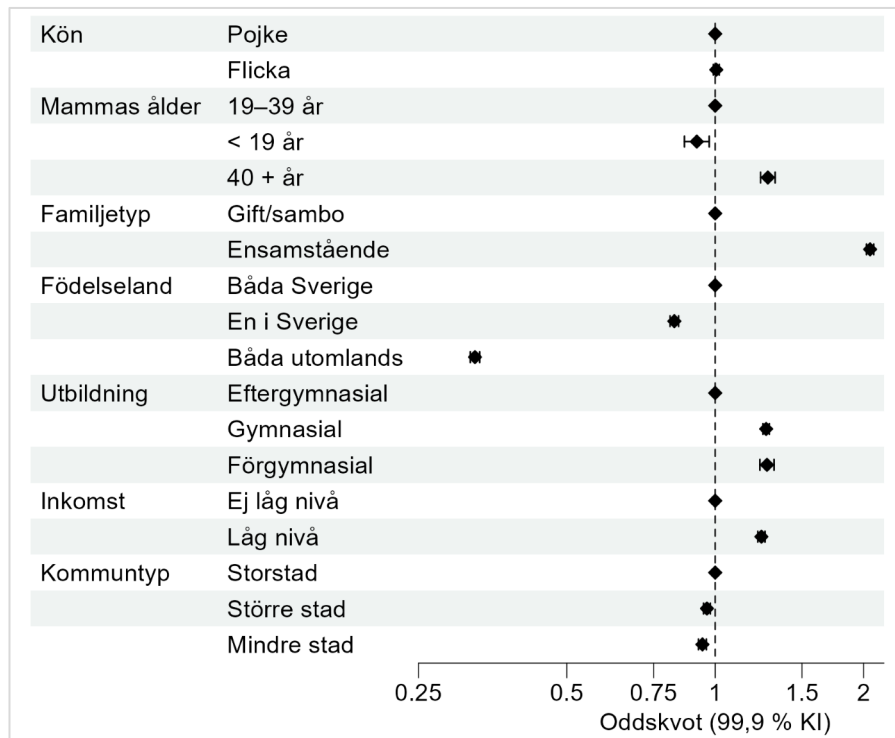
Fi = flicka; Po = pojke. Behandling för ett psykiatriskt tillstånd avser minst ett vårdtillfälle under ett kalenderår, på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård, eller uttag av förskrivet läkemedel under ett kalenderår, för detta tillstånd. Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret.

Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning behandling för psykiatriska tillstånd hos föräldrar till små barn varierar beroende på barnets individuella, sociala, ekonomiska och demografiska bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Analyserna visar att bland barn 0–5 år har förekomsten av behandling av psykiatriska tillstånd hos minst en förälder samband med mammas ålder, familjetyp, föräldrars födelseland och utbildning, hushållsinkomst och kommuntyp, oberoende av varandra, se figur 76. Förekomsten är dock densamma för pojkar och flickor, även när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer.

Figur 76. Sannolikhet (oddskvot) för att barn 0–5 år har minst en förälder som behandlas för ett psykiatriskt tillstånd, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser 2016–2020.



De enskilda oddskvoterna är justerade för övriga bakgrundsfaktorer och för barnets ålder. Mammas ålder anges vid barnets födsel. Födelseland och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser ekonomisk standard. Behandling för ett psykiatriskt tillstånd avser minst ett vårdtillfälle under ett kalenderår, på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård, eller uttag av förskrivet läkemedel under kalenderåret, för detta tillstånd. Källor: Patientregistret, läkemedelsregistret, registret över totalbefolkningen, inkomst och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Störst är skillnaderna när det gäller föräldrarnas födelseland och familjetyp. Sannolikheten för att ha minst en förälder som behandlas för ett psykiatriskt tillstånd är nästan tre gånger lägre bland barn till två utlandsfödda föräldrar (OR = 0,33) jämfört med barn till svenskfödda föräldrar. Denna typ av behandling är också mindre vanlig bland barn med en utlandsfödd och en svenskfödd förälder jämfört med om båda är svenskfödda (OR = 0,83).

Däremot är det dubbelt så sannolikt att ha minst en förälder som behandlas för ett psykiatriskt tillstånd bland barn som bor med en ensamstående förälder jämfört med om föräldrarna är gifta eller samboende (OR = 2,06). Denna typ av behandling är också vanligare om föräldrarna som högst har förgymnasial eller gymnasial utbildning jämfört med om föräldrarna har eftergymnasial utbildning, och om hushållet har låg inkomst jämfört med högre inkomst (OR = 1,24–1,27).

Det är också vanligare att barn har minst en förälder som behandlas för ett psykiatriskt tillstånd om mamman är 40 år eller mer vid barnets födsel jämfört med 19–39 år gammal (OR = 1,28), medan skillnaden är försumbar mellan barn till mammor under 19 år och barn till mammor som är 19–39 år vid barnets födsel. Också skillnaderna som rör kommuntyp är försumbara.

Dessa skillnader utifrån barns bakgrund gäller i stora drag både för barn som är 0–1 år och 2–5 år gamla. I endast tre fall har barnens ålder någon inverkan:

Skillnaderna som rör familjetyp är *mindre* bland yngre barn (0–1 år) jämfört med barn som är 2–5 år gamla. Däremot är skillnaderna *större* bland yngre barn (0–1 år) jämfört med äldre barn (2–5 år) när det gäller både hushållsinkomst och föräldrars utbildning, se tabell 6.

Tabell 6. Jämförelse mellan barn som är 0–1 år och 2–5 år gamla när det gäller sannolikhet för att ha en förälder som behandlas för ett psykiatriskt tillstånd, utifrån familjetyp och föräldrars utbildning och hushållsinkomst. Avser 2016–2020.

Bakgrundsfaktor	Grupp	0–1 år	2–5 år
		Oddskvot (99,9 % KI)	Oddskvot (99,9 % KI)
Familjetyp	Gift eller sambo	1	1
Familjetyp	Ensamstående	1,65 (1,60–1,70)	2,24 (2,19–2,28)
Utbildning	Eftergymnasial	1	1
Utbildning	Förgymnasial	1,39 (1,32–1,46)	1,23 (1,19–1,28)
Inkomst	Ej låg nivå	1	1
Inkomst	Låg nivå	1,41 (1,37–1,45)	1,17 (1,15–1,20)

Justerat för övriga bakgrundsfaktorer och barnets ålder och kön, mammas ålder, föräldrars födelseland och för kommutyp. Utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser ekonomisk standard. KI = Konfidensintervall. Behandling för ett psykiatriskt tillstånd avser minst ett vårdtillfälle under ett kalenderår, på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård, eller uttag av förskrivet läkemedel under kalenderåret, för detta tillstånd. Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret, registret över totalbefolkningen, inkomst och taxeringsregistret och Registret över befolkningens utbildning.

Skadligt bruk eller beroende hos föräldrar

Totalt 11 av 1 000 barn i åldern 0–5 år har minst en förälder som vid minst ett tillfälle under ett kalenderår får vård på sjukhus eller av läkare inom specialiserad öppenvård för skadligt bruk eller beroende av alkohol och narkotika, eller tar ut förskrivet läkemedel för detta tillstånd. Detta sett till årsmedlet för perioden 2016–2020. Se specifikation i faktaruta.

Skadligt bruk eller beroende av alkohol och narkotika

Behandling för skadligt bruk och beroende av alkohol eller narkotika hos en förälder avser i denna rapport att minst en förälder till ett barn i åldern 0–5 år: 1) får slutenvård, 2) får läkarvård inom specialiserad öppenvård, eller 3) har uttag av förskrivet läkemedel (minst en av dessa tre) för skadligt bruk och beroende av alkohol eller narkotika under ett kalenderår.

Följande tillstånd (ICD-kod) och läkemedel (ACT-kod) ingår:

- Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser, inklusive alkohol och olika typer av narkotika. Omfattar både skadligt bruk, beroendeproblematik och andra effekter av substansbruk (F10–19).
- Läkemedel vid behandling av beroendetillstånd (N07B).

Informationen gäller åren 2016–2020.

Datakälla: Patientregistret och läkemedelsregistret.

Notera: I patientregistret ingår inte personer som får annan vård än slutenvård eller specialistvård hos läkare. Det innebär antagligen en underskattning av andelen barn som har föräldrar med skadligt bruk och beroendeproblem. Information om läkemedelsuttag kan ha viss kompenserande effekt, eftersom läkemedelsförskrivning inte är kopplat till en viss vårdnivå. Läkemedel kan dock förskrivas utan att personen har ett psykiatriskt tillstånd. Det innebär antagligen att några föräldrar som förskrivits läkemedel inte uppfyller samtliga kriterier för ett psykiatriskt tillstånd.

Skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos föräldrar kan få allvarliga konsekvenser för små barns utveckling och hälsa. Det kan ge en sämre tidig relation mellan föräldrar och barn samt öka risken för nedsättande behandling, försummelse, misshandel, fosterhemsplacering, sjukhusvård för olyckor, suicidförsök och förtida död (76, 86, 87).

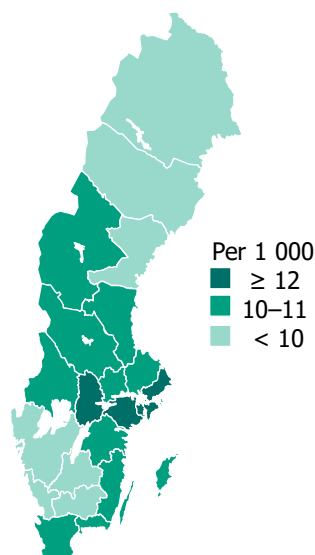
Barn som växer upp i hem med skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika har också ökad risk för att själva utveckla beroendeproblem eller andra psykiska och fysiska hälsoproblem (76, 86, 88). Kognitiva problem, dåliga skolresultat, arbetslöshet och kriminalitet är också vanligare hos barn till föräldrar med skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika, jämfört med andra barn (76, 88).

Regionala skillnader

Det finns regionala skillnader i andelen barn med föräldrar som under ett kalenderår har minst ett vårdtillfälle på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård för skadligt bruk eller beroende av alkohol och narkotika, eller har uttag av förskrivet läkemedel för detta tillstånd (fortsättningsvis kallat behandling av skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika).

Andelen varierar mellan länen från 9–14 per 1 000 barn i åldern 0–5 år, sett till årsmedlet för perioden 2016–2020, se figur 77. Lägsta förekomsten ses i Hallands, Jönköpings, Kronobergs, Norrbottens, Västerbottens, Västernorrlands och Västra Götalands län, med under 10 per 1 000 barn. Högsta förekomsten är i Stockholms, Södermanlands och Örebro län, där andelarna är minst 12 per 1 000 barn. I övriga län är förekomsten 10–11 per 1 000 barn.

Figur 77. Andel (antal per 1 000) barn 0–5 år med minst en förälder som behandlas för skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika, fördelat på län. Avser årsmedel för 2016–2020.

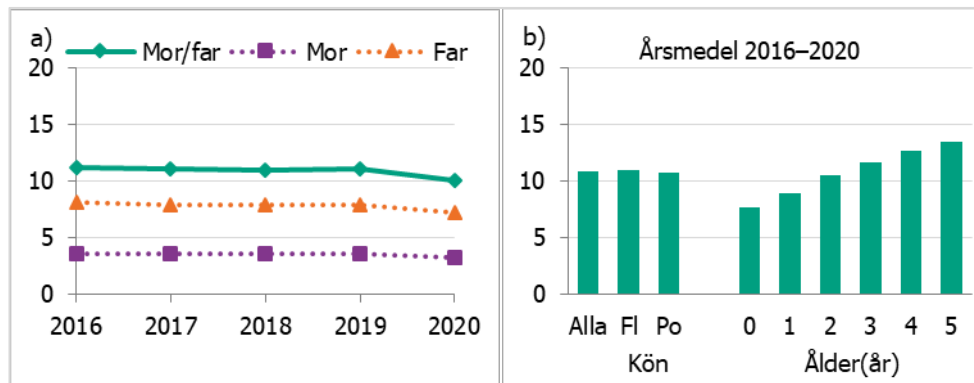


Behandling för skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika avser minst ett vårdtillfälle under ett kalenderår, på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård, eller uttag av förskrivet läkemedel under kalenderåret för detta tillstånd. Källor: Patientregistret, läkemedelsregistret och registret över totalbefolkningen.

Utveckling över tid och skillnader beroende på kön och ålder

Andelen barn 0–5 år med minst en förälder som behandlas för skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika är relativt stabil på 11 per 1 000 barn, set till perioden 2016–2019, för att sedan minska till 10 per 1 000 barn 2020, se figur 78a. Detsamma mönster gäller för både mammor och pappor. För alla år är det dock vanligare att barn har en pappa som behandlas för skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika, jämfört med en mamma som får sådan behandling. Totalt har 4 per 1 000 barn och 8 per 1 000 barn i åldern 0–5 år en mamma respektive en pappa som får denna typ av behandling, sett till årsmedlet för hela perioden.

Figur 78. Andel (antal per 1 000) barn 0–5 år med minst en förälder som behandlas för skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika 2016–2020, fördelat på a) kalenderår och föräldrars kön, och b) ålder och kön över hela perioden.



Fi = flicka; Po = pojke. Behandling för skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika avser minst ett vårdtillfälle under ett kalenderår, på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård, eller uttag av förskrivet läkemedel under kalenderåret för detta tillstånd. Källor: Patientregistret, läkemedelsregistret och registret över totalbefolkningen.

Sett till hela perioden är det lika vanligt bland flickor och pojkar att ha minst en förälder som behandlas för skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika, se figur 78b. Det finns dock åldersskillnader. Under första levnadsåret gäller det för knappt 8 av 1 000 barn, men ju äldre barn, desto högre är förekomsten, och bland barn som är 5 år gamla, är andelen drygt 13 per 1 000 barn.

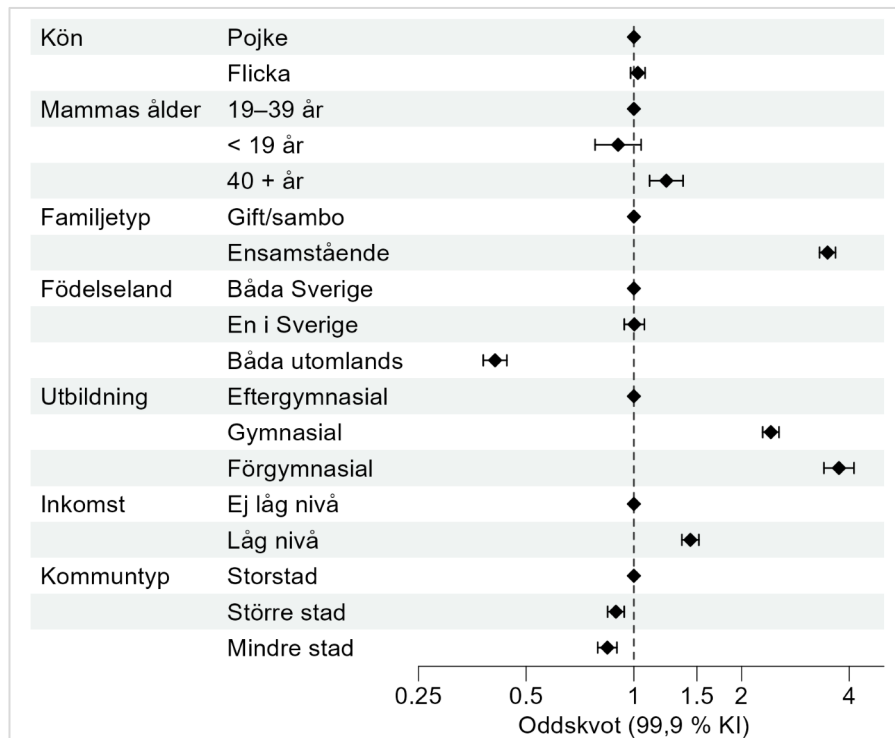
Skillnader mellan befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning behandling av skadligt bruk och beroende av alkohol och narkotika hos föräldrar till små barn varierar beroende på barnets individuella, sociala, ekonomiska och demografiska bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Analyserna visar att bland barn 0–5 år har förekomsten av behandling för skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos minst en av barnets föräldrar samband med mammas ålder, familjetyp, föräldrars födelseland och utbildning, hushållsinkomst och kommuntyp, oberoende av varandra, se figur 79. Förekomsten är dock densamma för flickor och pojkar, även när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer.

Störst är skillnaderna som rör familjetyp, föräldrars utbildning och föräldrars födelseland. Sannolikheten för att ha minst en förälder som behandlas för skadligt bruk eller beroendeproblematik är mer än 3 gånger högre bland barn som bor med en ensamstående förälder jämfört med barn som bor med gifta eller samboende föräldrar (OR = 3,48). Detta är likaså 2–3 gånger mera sannolikt bland barn till föräldrar med som högst förgymnasial eller gymnasial utbildning, jämfört med barn till föräldrar som har eftergymnasial utbildning (OR = 3,74 respektive 2,41).

Figur 79. Sannolikhet (oddskvot) för att barn 0–5 år har minst en förälder som behandlas för skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser 2016–2020.



Enskilda oddskvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer och för barnets ålder. Mammas ålder gäller vid barnets födsel. Födelseland och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser ekonomisk standard. Behandling för skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika avser minst ett vårdtillfälle under ett kalenderår, på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård, eller uttag av förskrivet läkemedel under kalenderåret för detta tillstånd. Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret, registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

När det gäller födelseland är det hälften så sannolikt att barn till två utlandsfödda föräldrar har minst en förälder som behandlas för skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika, jämfört med om båda är födda i Sverige (OR = 0,41). Det är dock ingen sådan skillnad mellan barn med två svenskfödda föräldrar och barn med en utlands- och en svenskfödd förälder.

Det är också vanligare att barn i hushåll med låg inkomst har minst en förälder som får sådan behandling jämfört med barn i hushåll med högre inkomst (OR = 1,44). Likaså är detta vanligare om mamman är 40 år eller mer vid barnets födsel jämfört med 19–39 år gammal (OR = 1,23). Det är ingen sådan skillnad mellan barn till mammor som är under 19 år kontra 19–39 år vid barnets födsel.

Slutligen är det mindre vanligt att barn i en landsbygdskommun eller större stad har minst en förälder som behandlas för skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika, jämfört med barn i en storstadskommun (OR = 0,84 respektive 0,89). Behandling för detta tillstånd är därmed vanligast bland barn i storstadskommuner.

Dessa skillnader utifrån barns bakgrund gäller i stora drag både för små barn som är 0–1 år och lite äldre barn som är 2–5 år gamla. I två fall varierar storleken på skillnaderna dock med barnens ålder: Skillnaderna som rör familjetyp är *mindre*

bland barn 0–1 år jämfört med barn 2–5 år gamla, se tabell 7. Däremot är skillnaderna som rör hushållsinkomst *större* bland de yngre än de lite äldre barnen.

Tabell 7 Jämförelse mellan barn som är 0–1 år och 2–5 år gamla när det gäller sannolikhet för att ha en förälder som behandlas för skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika, utifrån familjetyp och föräldrars utbildning och hushållsinkomst. Avser 2016–2020.

Bakgrundsfaktor	Grupp	0–1 år	2–5 år
		Oddskvot (99,9 % KI)	Oddskvot (99,9 % KI)
Familjetyp	Gift eller sambo	1	1
Familjetyp	Ensamstående	3,06 (2,78–3,36)	3,64 (3,44–3,85)
Inkomst	Ej låg nivå	1	1
Inkomst	Låg nivå	1,87 (1,70–2,06)	1,31 (1,23–1,40)

Justerat för övriga bakgrundsfaktorer och barnets ålder och kön, mammas ålder, föräldrars födelseland och utbildning, och för kommutyp. Inkomst avser ekonomisk standard. KI = Konfidensintervall. Behandling för skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika avser minst ett vårdtillfälle under ett kalenderår, på sjukhus eller hos läkare inom specialiserad öppenvård, eller uttag av förskrivet läkemedel under kalenderåret, för detta tillstånd. Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret, registret över totalbefolkningen, inkomst och taxeringsregistret och Registret över befolkningens utbildning.

Närmiljö



Tillgång till ett bra boende och en god närmiljö är viktigt för en god och jämlik hälsa (89). Bostadens storlek och kvalitet samt sociala och fysiska faktorer i närmiljön inverkar, och i trygga områden blir det lättare att nyttja de utomhusmiljöer som främjar hälsa (90). Närmiljön kan även ha stor betydelse för goda levnadsvanor hos yngre barn, med till exempel god tillgänglighet till grönområden och lekplatser.

Även kvaliteten på den fysiska miljön, både inomhus och utomhus, påverkar hälsan. I den byggda miljön är det främst luftföroreningar och buller från trafik som bidrar till sjuklighet och förtida död (91). I närmiljön ingår även den psykosociala närmiljön och barns möjlighet att växa upp under trygga förhållanden.

I detta kapitel presenterar vi information om störning från trafikbuller, tillgång till grönområden och förekomst av oroväckande psykosocial närmiljö i form av orosanmälan från barnhälsovården. Resultaten presenteras som andelar och skillnader mellan grupper redovisas som oddskvoter med 99,9 procent konfidensintervall. De skillnader mellan grupper eller förändringar över tid vi beskriver är alltså statistiskt säkerställda med 99,9 procents säkerhet.

Trafikbuller

Totalt 7 procent av barn i åldern 8 månader eller 4 år, störs mycket eller väldigt mycket av trafikbuller. Det framgår av uppgifter från barnens vårdnadshavare och avser 2019. Se specifikation i faktaruta.

Störs av trafikbuller

I en enkätundersökning svarar vårdnadshavare på frågor om störning av trafikbuller hos sitt barn, genom att ange hur mycket de bedömer att barnet störs eller besväras av buller eller andra ljud från

- vägtrafik, i eller i närheten av bostaden
- tågtrafik, i eller i närheten av bostaden
- flygtrafik, i eller i närheten av bostaden.

I eller i närheten av bostaden avser inomhus samt utomhus alldeles i närheten, till exempel på balkongen, vid uteplatsen eller vid entrén. Störningarna gäller under de senaste 12 månaderna.

Svarsalternativ: väldigt mycket, mycket, måttligt, lite och inte alls.

I rapporten redovisar vi svarsalternativen mycket och väldigt mycket störd eller besvärat av buller eller andra ljud från antingen vägtrafik, eller tågtrafik eller flygtrafik som att barnen störs mycket eller väldigt mycket av trafikbuller, för barn 8 månader respektive 4 år, var för sig och kombinerat.

Informationen gäller 2019.

Datakälla: Folkhälsomyndighetens miljöhälsoenkät (9).

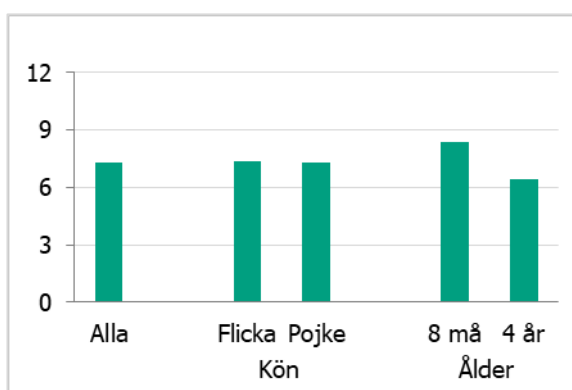
Notera: Undersökningen riktar sig till ett nationellt urval av föräldrar till barn 8 månader och 4 år gamla. Vårdnadshavare svarar för sina barn, vilket kan leda till både över- och underskattning av barns upplevelse av störningar.

Både i och omkring hemmet och i förskolan är barn ofta omgivna av buller och höga ljudnivåer. Omgivningsbuller från trafik leder sällan till hörselskador, men det kan bland annat orsaka känsla av störning, försämrad talförståelse och inlärning, sömnproblem och fysiologiska stressreaktioner (92).

Skillnader beroende på kön och ålder

Det är 7 procent av både flickor och pojkar som störs mycket eller väldigt mycket av trafikbuller, men bland barn 8 månader gamla är det 6 procent som störs jämfört med 8 procent bland 4-åringar, se figur 80.

Figur 80. Andel (procent) barn som störs mycket eller väldigt mycket av trafikbuller, fördelat på kön och ålder. Avser skattningar av vårdnadshavare år 2019.



må = månad. Källa: Folkhälsomyndighetens miljöhälsoenkät, 2019.

Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning störningar från trafikbuller varierar bland barn beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

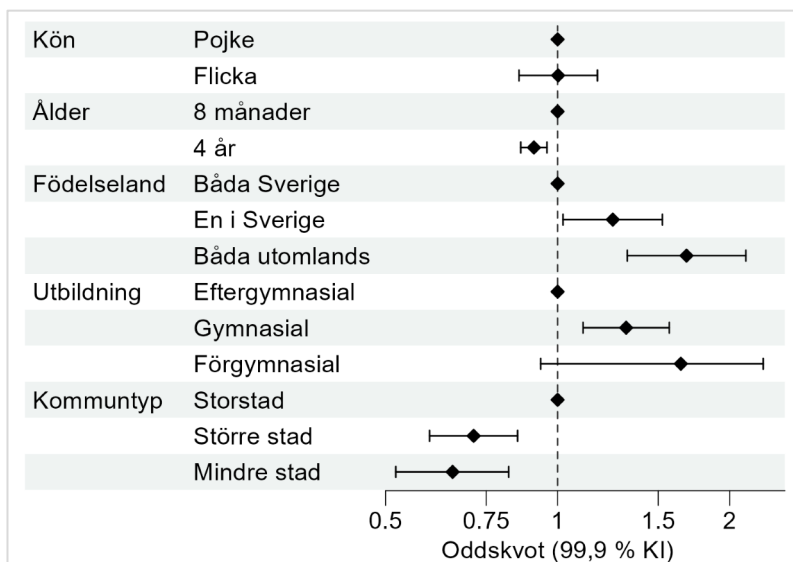
Analyserna visar att förekomsten av barn 8 månader och 4 år som störs mycket eller väldigt mycket av trafikbuller har samband med föräldrars födelseland och utbildning och med bostadskommun, oberoende av varandra, se figur 81.

Det är mer sannolikt att barn till två utlandsfödda föräldrar störs mycket eller väldigt mycket av trafikbuller, jämfört med barn till två svenskfödda föräldrar (OR = 1,68). Sannolikheten för att störas är också högre bland barn med bara en utlandsfödd förälder, jämfört med om båda är födda i Sverige (OR = 1,25). Vidare är sannolikheten för att störas högre om föräldrarna som högst har gymnasial utbildning jämfört med eftergymnasial utbildning (OR = 1,32).

Barn i större städer eller i landsbygdskommuner har lägre sannolikhet för att störas av trafikbuller jämfört med barn i storstadskommuner (OR = 0,71 respektive 0,66). Trafikbullerstörningar är lika vanliga hos flickor och pojkar, och skillnaden är

endast försumbar mellan de båda åldersgrupperna, när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer.

Figur 81. Sannolikhet (oddskvot) för att barn, 8 månader och 4 år, störs av trafikbuller, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser skattningar av vårdnadshavare år 2019.



Enskilda oddskvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer. Födelseland och utbildning gäller föräldrar. Trafikbuller avser buller från väg-, tåg- eller flygtrafik i närheten av bostaden Källa: Folkhälsomyndighetens miljöhälsoenkät, registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Tillgång till grönområden

Knappt 2 procent av barn i åldern 8 månader eller 4 år, saknar tillgång till grönområden inom gångavstånd från bostaden. Det framgår av uppgifter från barnens vårdnadshavare och avser 2019. Se specifikation i faktaruta.

Tillgång till grönområde

I en enkätundersökning svarar vårdnadshavare på en fråga om tillgång till grönområde för sina barn, genom att ange om det finns en park, ett grönområde eller annan natur, inklusive sjöar, vattendrag och hav, inom gångavstånd från barnets bostad.

Svarsalternativ: ja och nej.

I rapporten redovisar vi svarsalternativet ja som tillgång till grönområde nära bostaden, för barn 8 månader och barn 4 år, var för sig och kombinerat.

Informationen gäller 2019.

Datakälla: Folkhälsomyndighetens miljöhälsoenkät (9).

Notera: Undersökningen riktar sig till ett nationellt urval av föräldrar till barn, 8 månader och 4 år.

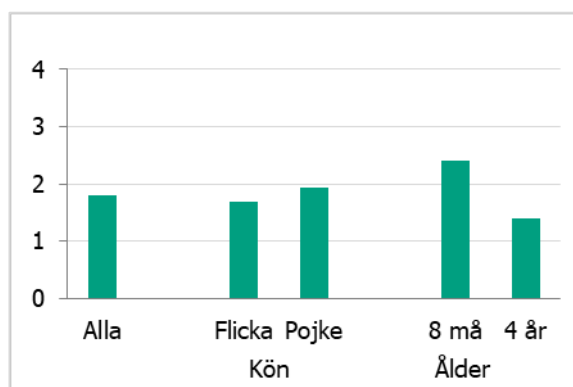
Grönska och natur är viktiga resurser för hälsa genom att främja fysisk aktivitet, lek och friluftsliv. Regelbunden exponering för grönområden är gynnsamt för barns

fysiska och mentala hälsa eftersom barnen får möjligheter till fysisk aktivitet och kan få minskade stressnivåer. Det finns ett samband mellan barns aktivitetsnivå och tillgängligheten till grönområden och antalet närliggande lekplatser (93).

Skillnader beroende på kön och ålder

Knappt 2 procent av både flickor och pojkar saknar tillgång till grönområde nära bostaden, men bland 8 månader gamla barn är andelen 2,4 procent jämfört med 1,4 procent bland 4-åringar, se figur 82.

Figur 82. Andel (procent) barn som har tillgång till grönområden inom gångavstånd från bostaden, fördelat på kön och ålder. Avser skattningar av vårdnadshavare år 2019.



må = månad. Källa: Folkhälsomyndighetens miljöhälsoenkät, 2019.

Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning tillgång till grönområden varierar bland barn beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Analyserna visar att bland barn 8 månader och 4 år har förekomsten av tillgång till grönområde nära bostaden samband med föräldrars födelseland och utbildning och med barns ålder, oberoende av varandra, se figur 83.

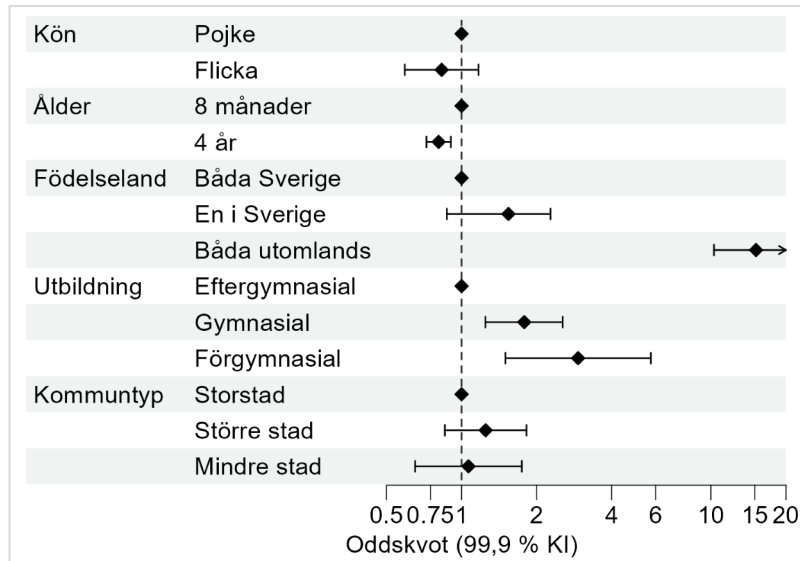
Om båda föräldrarna är födda utanför Sverige är det femton gånger mer sannolikt att barnen saknar tillgång till grönområde nära bostaden, jämfört med barn till två svenskfödda föräldrar (OR = 15,17). Det finns dock ingen skillnad i tillgång mellan barn med en utlandsfödd och en svenskfödd förälder, och barn med två svenskfödda föräldrar.

Att sakna tillgång till grönområde nära bostaden är också tre gånger så sannolikt bland barn till föräldrar med som högst förgymnasial utbildning, och nästan två gånger så sannolikt bland barn till föräldrar med som högst gymnasial utbildning, jämfört med barn till föräldrar med eftergymnasial utbildning (OR = 2,93 respektive 1,78).

Även när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer, är brist på grönområden nära bostaden lika vanligt bland pojkar och flickor, men mindre vanligt bland 4-åriga barn jämfört med 8 månader gamla barn (OR = 0,81).

Det finns inget samband mellan barns bostadskommun och tillgången till grönområde.

Figur 83. Sannolikhet (oddskvot) för att barn, 8 månader och 4 år gamla, saknar tillgång till grönområde nära bostaden, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser skattningar av vårdnadshavare, år 2019.



Enskilda odds kvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer. Födelseland och utbildning gäller föräldrar. Grönområde inkluderar park och annan natur, såsom sjöar, vattendrag och hav, inom gångavstånd från barnets bostad. Källa: Folkhälsomyndighetens miljöhälsoenkät, registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Oroväckande psykosocial närmiljö

Under ett kalenderår har 2 av 1 000 barn i åldern 0–5 år en psykosocial närmiljö i form av orosanmälan från barnhälsovården till socialtjänsten, sett till årsmedlet för perioden 2016–2020. Se specifikation i faktaruta.

Oroväckande psykosocial närmiljö

I rapporten avser en oroväckande psykosocial närmiljö att barnhälsovården har lämnats in minst en orosanmälan till socialtjänsten för barn, 0–5 år gamla, under ett kalenderår.

Personal inom barnhälsovården är enligt 14 kapitlet 1 § socialtjänstlagen skyldig att göra en anmälan till socialtjänsten om de misstänker eller vet att ett barn far illa, eller riskerar att fara illa. Orosanmälan registreras i journalen.

Informationen gäller åren 2016–2020.

Datakälla: Barnavårdsjournalen.

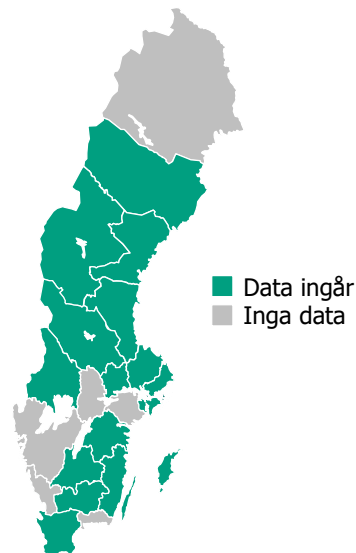
Notera: Oroanmälningar ses här som en indikator för en oroväckande psykosocial närmiljö. Oro kan anmälas av andra orsaker, till exempel oro relaterat till barnet själva, men andra orsaker är antagligen ovanliga i åldersgruppen 0–5 år. Endast orosanmälan från barnhälsovården räknas in, vilket leder till en underskattning av andelen barn som har en oroväckande psykosocial närmiljö. Det finns också brister i dataregistrering och datauttag som har ledd till visst bortfall. Dessa utmaningar skiljer sig markant mellan regionerna. Vi redovisar därför inte resultat på regional nivå.

Alla barn har rätt till att få växa upp under trygga förhållanden, och det är ett gemensamt samhällsansvar att uppmärksamma barn som far illa eller riskerar att fara illa. Ett barn kan till exempel fara illa genom att leva i en miljö där det förekommer fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar eller allvarliga relationsproblem i familjen eller med andra närstående.

Personal inom verksamheter som berör barn och unga måste anmäla till socialtjänsten om de vet eller misstänker att ett barn far illa eller riskerar att fara illa (enligt socialtjänstlagen). Det gäller för verksamheter såsom hälso- och sjukvården, tandvården, förskolan, skolan, socialtjänsten och kriminalvården. En nationell kartläggning visar att hälso- och sjukvården står för runt en femtedel av sådana orosanmälningar för barn (94). Kartläggningen visar också att oron oftast gäller den psykosociala närmiljön med exempelvis problematik relaterad till föräldrar eller vårdnadshavare inklusive våld i nära relationer.

Vi presenterar här resultat som bygger på information från 15 av 21 regioner, se figur 84. Det innebär att resultatens giltighet för hela befolkningen bör tolkas med försiktighet. Sammantaget har barnen från de län som ingår dock en liknande profil som samtliga barn 0–5 år i landet när det gäller familjetyp, mammas ålder, föräldrars utbildning och födelseland, hushållets inkomst och bostadskommun, se bilaga 2.

Figur 84. Regioner med information om orosanmälan bland barn 0–5 år, från barnhälsovården till socialtjänsten, 2016–2020.

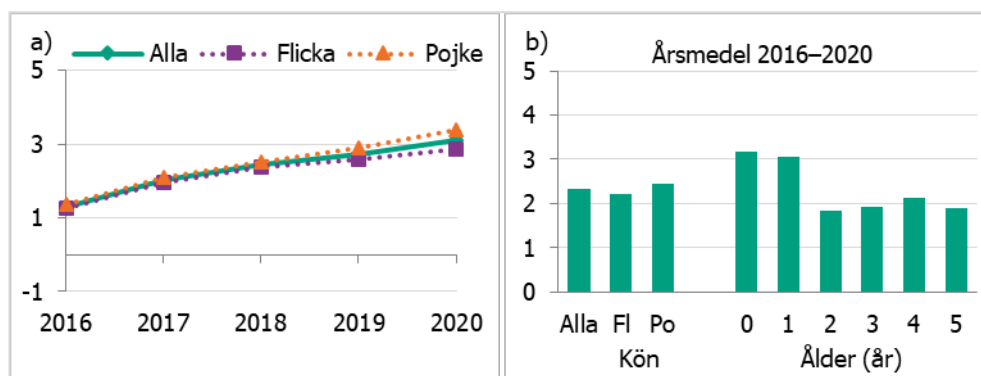


Källa: Barnhälsovårdsjournalen och registret över totalbefolkningen.

Utveckling över tid och skillnader beroende på kön och ålder

Andelen barn som har en oroväckande psykosocial närmiljö, alltså omfattas av minst en orosanmälan från barnhälsovården till socialtjänsten under ett kalenderår (fortsättningsvis förkortat till orosanmälan från barnhälsovården) ökar, från 1 av 1 000 barn 2016 till 3 av 1 000 barn 2020, se figur 85a. En liknande ökning ses för både flickor och pojkar. Utvecklingen över tid behöver dock tolkas med försiktighet, eftersom information från olika län ingår för olika år, se bilaga 2.

Figur 85. Andel (antal per 1 000) barn 0–5 år som omfattas av orosanmälan från barnhälsovården, 2016–2020, fördelat på a) kalenderår och kön, och b) kön och ålder över hela perioden (årsmedel).



Fl = flicka; Po = pojke. Orosanmälan avser minst en anmälan till socialtjänsten under ett kalenderår. Källa: Barnhälsovårdsjournalen och Registret över totalbefolkningen.

Sett till årsmedlet för hela perioden finns heller inga skillnader mellan pojkar och flickor när det gäller förekomsten av orosanmälan från barnhälsovården, se figur

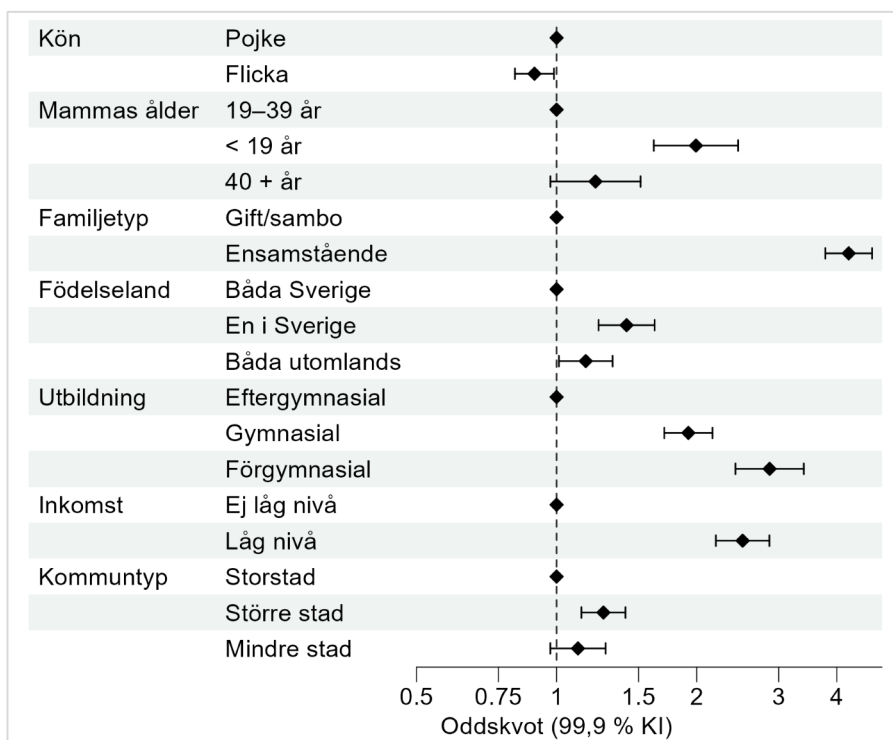
85b. Däremot finns en åldersrelaterad skillnad. Barnhälsovården gör i genomsnitt orosanmälningar för 3,1 av 1 000 barn i åldern 0–1 år, men bara 1,7 av 1 000 barn i åldern 2–5 år.

Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning orosanmälan från barnhälsovården varierar bland barn, beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Analyserna visar att andelen barn 0–5 år som omfattas av orosanmälan från barnhälsovården har samband med mammas ålder, familjetyp, föräldrars födelse- och utbildning, hushållsinkomst och kommuntyp, oberoende av varandra, se figur 86.

Figur 86. Sannolikhet (oddskvot) för att omfattas av en orosanmälan från barnhälsovården bland barn 0–5 år, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser 2016–2020.



Enskilda oddskvoter är justerade för övriga bakgrundsfaktorer och för barnets ålder. Mammas ålder gäller vid barnets födsel. Födelse- och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser ekonomisk standard. Orosanmälan avser minst en anmälan till Socialtjänsten under ett kalenderår. Källa: Barnhälsovårdsjournalen, registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Störst är skillnaderna som rör familjetyp. Sannolikheten för att ett barn omfattas av en orosanmälan från barnhälsovården är 4 gånger högre (OR = 4,24) för barn till ensamstående föräldrar jämfört med barn till samboende eller gifta föräldrar.

Det finns också betydande skillnader när det gäller föräldrars utbildning, hushållets inkomst och mammas ålder. Att omfattas av en orosanmälan från barnhälsovården är 2–3 gånger mer sannolikt bland barn till föräldrar med som högst förgymnasial eller gymnasial utbildning än bland barn till föräldrar med eftergymnasial utbildning (OR = 2,86 respektive 1,91).

Orosanmälan från barnhälsovården är också 2–3 gånger mer sannolikt bland barn i hushåll med låg inkomst, jämfört med högre inkomst (OR = 2,50), och bland barn till mammor som är yngre än 19 år vid barnets födsel jämfört med om de är 19–39 år (OR = 1,99). Det är dock lika vanligt oavsett om mamman är 19–39 år eller 40 år eller mer vid barnets födsel.

Att omfattas av en orosanmälan från barnhälsovården är också lika vanligt bland barn i storstadskommuner och barn i landsbygdskommuner, men något vanligare bland barn som bor i större städer (OR = 1,26). Likaså är det lika vanligt bland barn till två utlandsfödda som bland barn till två svenskfödda föräldrar, men vanligare bland barn med bara en utlandsfödd förälder (OR = 1,41). Även när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer är orosanmälan från barnhälsovården lika vanligt för flickor och pojkar.

Barnhälsovård



Svensk barnhälsovård är frivillig, kostnadsfri och riktad till alla barn i åldern 0–5 år samt deras vårdnadshavare. Huvuduppgiften är att stödja och följa upp alla barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö. Dessutom ska barnhälsovården medverka till att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn samt tidigt identifiera problem och bidra till att åtgärda dem.

Regionerna organiserar barnhälsovården på olika sätt och har ansvar för att erbjuda barnhälsovård till de barn som är skrivna i regionen. Arbetet bedrivs inom ramen för det nationella barnhälsoprogrammet, och det omfattar bland annat ansvar för barns vaccinationer enligt både det allmänna och det särskilda vaccinationsprogrammet (95).

Detta kapitel handlar om i vilken utsträckning barn och föräldrar får del av det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Det inleds med ett avsnitt om hälsobesök inom programmet, både första hembesök kort efter barnets födsel och barnhälsovårdsbesök efter det första levnadsåret. Därefter följer ett avsnitt om enskilda föräldrasamtal, som inkluderar både screening för förlossningsdepression och samtal med den icke-födande föräldern. Slutligen finns ett avsnitt om vaccinationer, med information om hexavalentvaccin, MPR-vaccin och rotavirusvaccin.

Resultaten presenteras som andelar och skillnader mellan grupper redovisas som oddskvoter med 99,9 procent konfidensintervall. De skillnader mellan grupper eller förändringar över tid vi beskriver är alltså statistiskt säkerställda med 99,9 procents säkerhet.

Första hembesök

Totalt 75 procent av nyfödda barn får ett hembesök från barnhälsovården inom 30 dagar efter födseln, sett till årsmedlet för perioden 2016–2020. Se specifikation i faktaruta.

Första hembesök från barnhälsovården

I det nationella barnhälsovårdsprogrammet ingår ett rutinmässigt hembesök under första veckorna efter barns födsel.

I rapporten avser ett första hembesök att nyfödda barn och deras familj får ett hembesök från barnhälsovården inom de första 30 dagarna efter födseln.

Informationen gäller åren 2016–2020.

Datakälla: Barnvårdsjournalen.

Notera: Ingen registrering i journalen tolkas som ej genomfört besök, vilket kan leda till en underskattning av andelen besök. Det finns även brister i dataregistrering och datauttag som har ledd till ett visst bortfall.

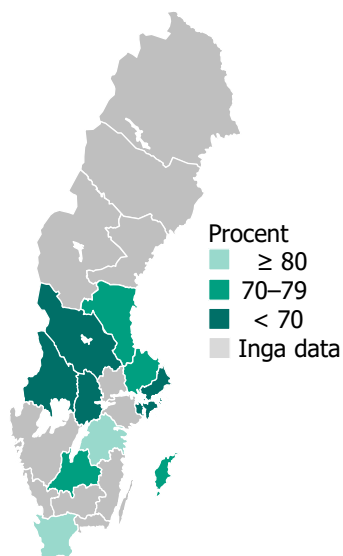
Syftet med hembesöket till alla barn, kort efter barnets födelse, är att etablera kontakt och introducera barnhälsovårdens verksamhet. Dessutom ger hembesöken goda möjligheter att identifiera familjer som behöver särskilt stöd (96).

Vi presenterar här resultat som bygger på information från 10 av 21 län. Resultatens giltighet för Sverige i stort behöver alltså tolkas med viss försiktighet. Barnen som ingår i analysen har dock generellt en liknande profil som samtliga jämnåriga i befolkningen när det gäller familjetyp, mammas ålder, föräldrars utbildning och födelse land, hushållets inkomst och bostadskommun, se bilaga 2.

Regionala skillnader

Andelen barn som får ett hembesök från barnhälsovården inom 30 dagar efter födseln (fortsättningsvis kallat första hembesök), varierar från 61–95 procent i de 10 län som har information om detta, sett till årsmedlet för 2016–2020. Högsta andelen är i Skåne och Östergötlands län med minst 80 procent och lägsta i Dalarnas, Stockholms, Värmlands och Örebro län med under 70 procent, se figur 87.

Figur 87. Andel (procent) barn som får ett första hembesök, fördelat på län. Avser årsmedel för 2016–2020.



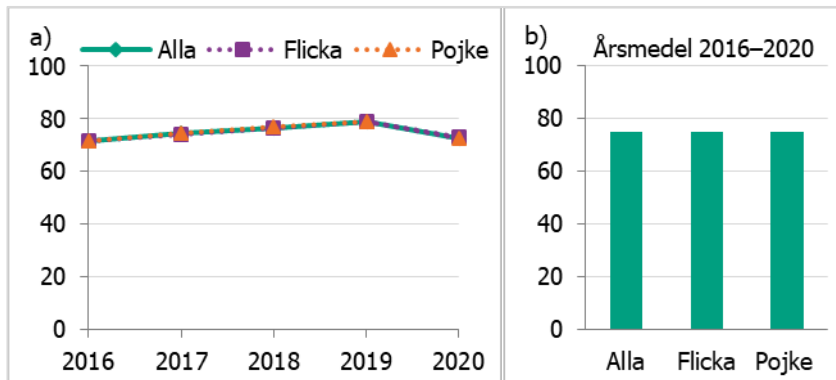
Första hembesök avser hembesök från barnhälsovården inom 30 dagar efter födseln. Källa: Barnhälsovårdsjournalen och registret över totalbefolkningen.

Utveckling över tid och skillnader beroende på kön

Andelen barn som får ett första hembesök ökar från 72 procent 2016 till 79 procent 2019, se figur 88a. År 2020 där covid-19-pandemin pågår, minskar dock andelen till 73 procent. Detta gäller för både flickor och pojkar. Utvecklingen över tid behöver dock tolkas med försiktighet, eftersom information från olika län ingår för olika år, se bilaga 2.

Sammantaget över hela perioden får pojkar och flickor alltså ett första hembesök i lika stor utsträckning, se figur 88b.

Figur 88. Andel (procent) barn som får ett första hembesök, 2016–2020, fördelat på a) kalenderår och kön, och b) kön, över hela perioden (årsmedel).



Första hembesök avser hembesök från barnhälsovården inom 30 dagar efter födseln. Källa: Barnhälsovårdsjournalen och registret över totalbefolkningen.

Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning första hembesök varierar bland nyfödda barn beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Analyserna visar att förekomsten av ett första hembesök inom barnets första 30 dagar har samband med mammas ålder, familjetyp, föräldrars födelseland och utbildning, hushållsinkomst och kommuntyp, oberoende av varandra, se figur 89.

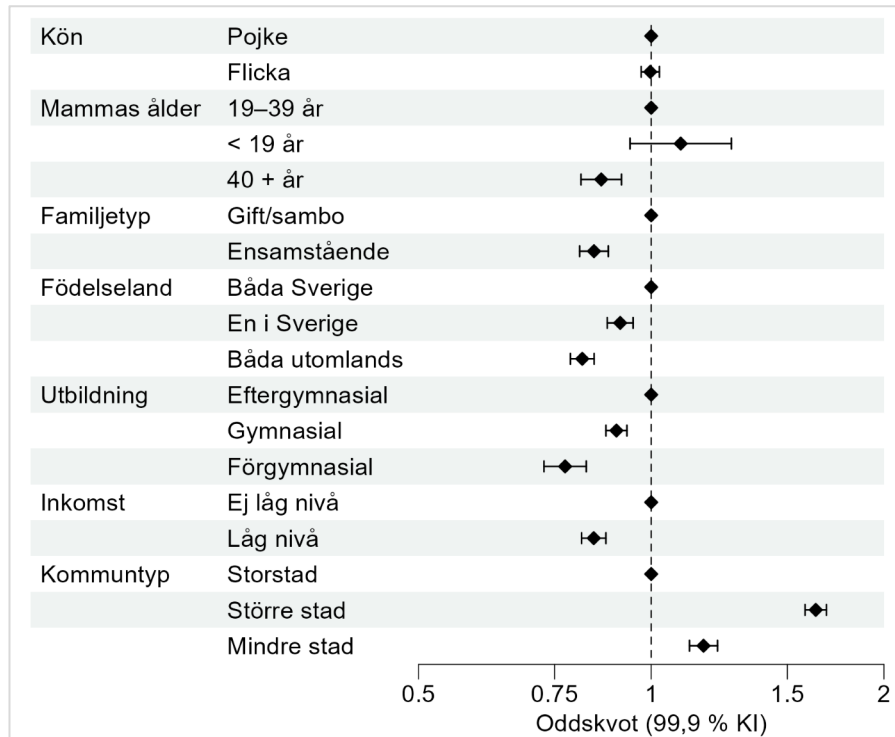
Barn till föräldrar med som högst förgymnasial eller gymnasial utbildning har lägre sannolikhet för att få ett första hembesök jämfört med barn till föräldrar med eftergymnasial utbildning (OR = 0,77 respektive 0,90). Det gäller också barn i hushåll med låg inkomst jämfört med barn i hushåll med högre inkomst (OR = 0,84).

Det är likaså mindre sannolikt att barn till äldre mammor (minst 40 år vid barnets födsel) får ett första hembesök jämfört med om mammorna är 19–39 år vid barnets födsel (OR = 0,86). Däremot är det ingen skillnad utifrån mammor som är under 19 år kontra 19–39 år gamla vid barnets födsel.

Barn till föräldrar som båda är födda utanför Sverige har också lägre sannolikhet för att få ett första hembesök än barn till svenskfödda föräldrar (OR = 0,81). Men sannolikheten är högre för barn i landsbygdskommuner eller större städer än för barn i storstadskommuner (OR = 1,63 respektive 1,17).

Det är lika sannolikt att flickor och pojkar får ett första hembesök från barnhälsovården, även när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer.

Figur 89. Sannolikhet (oddskvot) för att få ett första hembesök, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser 2016–2020.



De enskilda oddskvoterna är justerade för övriga bakgrundsfaktorer och för barnets ålder. Mammas ålder anges vid barnets födsel. Födelseland och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser ekonomisk standard. Första hembesök avser hembesök från barnhälsovården inom 30 dagar efter födseln. Källa: Barnhälsovårdsjournalen, registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Barnhälsovårdsbesök efter första levnadsåret

Totalt 91 procent av alla barn får ett barnhälsovårdsbesök vid 18 månaders ålder, sett till årsmedlet för perioden 2016–2020. Motsvarande andelar är 87 procent vid 2,5–3 år, 88 procent vid 4 år och 85 procent vid 5 års ålder. Se specifikation i faktaruta.

Barnhälsovårdsbesök efter första levnadsåret

I nationella barnhälsovårdsprogrammet ingår fyra rutinmässiga barnhälsovårdsbesök efter första levnadsåret till alla barn som är 18 månader, 2,5–3 år, 4 år och 5 år gamla.

I rapporten avser barnhälsovårdsbesök vid dessa åldrar att barn med familj får ett hälsobesök inom barnhälsovården under följande perioder:

- 18 månader: 517–638 dagar efter födelsen
- 2,5–3 år: 883–1 186 dagar efter födelsen
- 4 år: 1 401–1 151 dagar efter födelsen
- 5 år: 1 766–1 917 dagar efter födelsen.

Informationen gäller 2016–2020.

Datakälla: Barnvårdsjournalen.

Notera: Ingen registrering i journalen om besök eller annan aktivitet inom barnhälsovården (exempelvis språkscreening), vid respektive ålder, tolkas som ej genomfört besök, vilket kan leda till en underskattning av besök. Det finns även brister i dataregistrering och datauttag som har ledd till ett visst bortfall.

Enligt det nationella barnhälsovårdsprogrammet ska varje rutinmässigt barnhälsovårdsbesök omfatta hälsosamtal och vägledning i frågor som gäller barns och familjers livssituation, psykiska och sociala hälsa och levnadsvanor samt barnsäkerhet. Personalen ska dessutom följa upp barnets psykomotoriska utveckling, språkutveckling och fysiska hälsostatus, inklusive tillväxt och tandstatus. Det ingår också att identifiera eventuella behov av riktade insatser

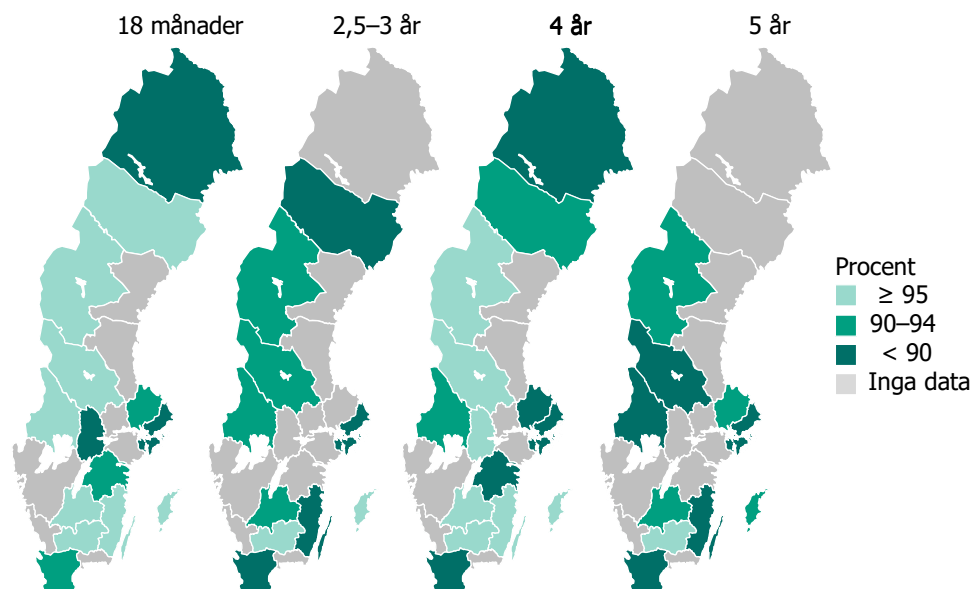
Vi presenterar här resultat som bygger på informationen från 10–14 av 21 län, beroende på besökstillfället: 14 län ingår i analyser av barnhälsovårdsbesök vid åldrarna 18 månader och 4 år, och 10 län ingår i analyser av barnhälsovårdsbesök vid åldrarna 2,5–3 år och 5 år. Resultatens giltighet för befolkningen i stort behöver alltså tolkas med försiktighet. Barnen som ingår i analyserna har dock generellt en liknande sociodemografisk profil som samtliga jämnåriga i befolkningen när det gäller familjetyp, mammas ålder, föräldrars utbildning och födelseland och hushållets inkomst, se bilaga 2. Däremot bor barn som ingår i analyserna av barnhälsovårdsbesök vid 2,5–3 år och 5 år i högre utsträckning i storstadskommuner jämfört med jämnåriga barn i Sverige generellt (54–55 procent respektive 40 procent).

Regionala skillnader

Andelen barn som får ett barnhälsovårdsbesök vid 18 månaders, 2,5–3 års, 4 års och 5 års ålder varierar mellan de 10–14 län i Sverige som har tillgänglig information om detta för perioden 2016–2020, se figur 90. I vissa län får 95–98 procent av alla barn dessa fyra barnhälsovårdsbesök. I andra län är det dock endast 71 procent som får ett barnhälsovårdsbesök vid 18 månader och endast 77–82 procent i åldrarna 2,5–3 år, 4 år och 5 år.

I 8 av 14 län får minst 95 procent av barnen ett barnhälsovårdsbesök vid 18 månaders ålder, men i 3 av 14 län är andelen under 90 procent. En liknande variation finns för barnhälsovårdsbesök vid 4 års ålder: Andelen är över 95 procent i 7 län och under 90 procent i 4 län. Vid 2,5–3 års och 5 års ålder är andelen över 95 procent i 2 respektive 1 av 10 län men under 90 procent i 4 respektive 5 av 10 län.

Figur 90. Andel (procent) barn som får ett barnhälsovårdsbesök i åldern 18 månader, 2,5–3 år, 4 år och 5 år, fördelat på län. Avser årsmedel för 2016–2020.



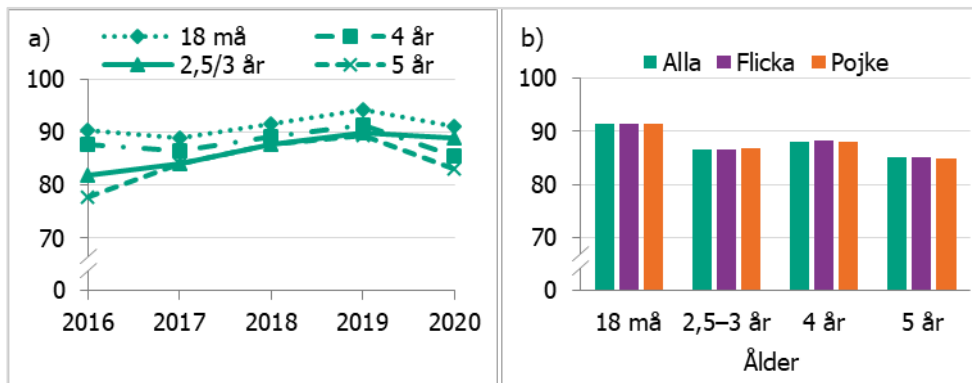
Källa: Barnhälsovårdsjournalen och registret över totalbefolkningen.

Utveckling över tid och skillnader beroende på kön

Andelen barn som får ett barnhälsovårdsbesök vid 18 månaders, 2,5–3 års, 4 års och 5 års ålder ökar från 2016–2019 och minskar sedan under 2020 där covid-19-pandemin pågår, se figur 91a. Detta med ett undantag: andelen som får ett besök vid 2,5–3 års ålder ökar under hela perioden. Utvecklingen över tid behöver dock tolkas med försiktighet, eftersom information från olika län ingår för olika år, se bilaga 2.

Sammantaget för hela perioden finns inga skillnader mellan pojkar och flickor i förekomsten av barnhälsovårdsbesök vid 18 månaders, 2,5–3 års, 4 års och 5 års ålder, se figur 91b.

Figur 91. Andel (procent) barn som får ett barnhälsovårdsbesök vid 18 månader, 2,5–3 år, 4 år och 5 år, 2016–2020, fördelat på a) kalenderår, och b) kön, över hela perioden (årsmedel).



Källa: Barnhälsovårdsjournalen och registret över totalbefolkningen.

Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning barnhälsovårdsbesök efter första levnadsåret varierar beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

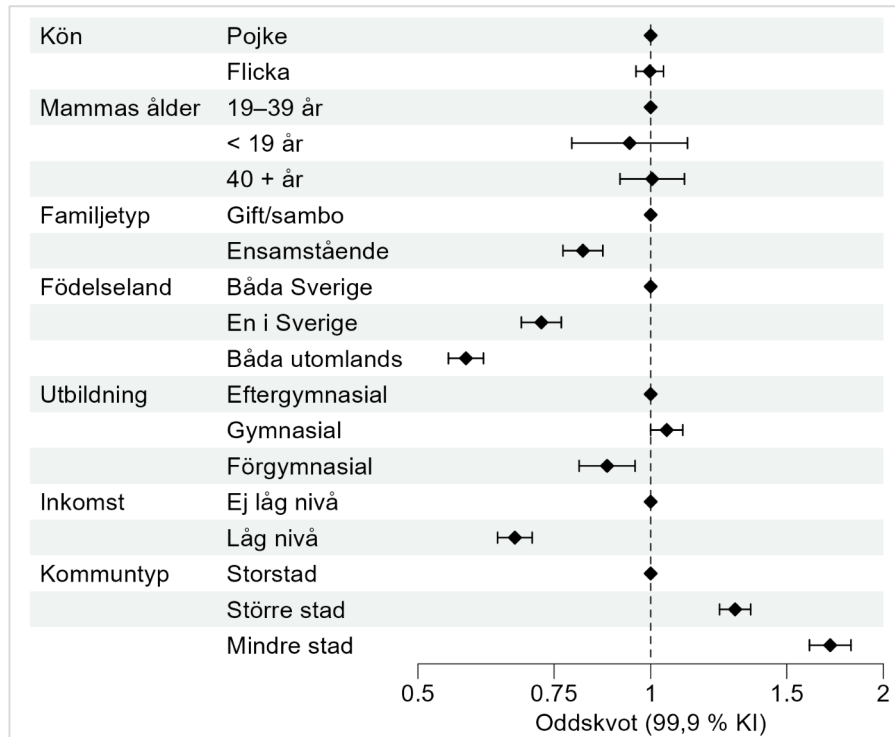
Analyserna visar att förekomsten av barnhälsovårdsbesök vid 18 månaders, 2,5–3 års, 4 års och 5 års ålder, alla har samband med föräldrars födelseland och utbildning, hushållsinkomst och kommuntyp, och att det för vissa av besöken även finns samband med mammas ålder och familjetypen, se figur 92 för hälsobesöket vid 18 månader. Liknade figurer för hälsobesök vid 2,5–3 år, 4 år och 5 år finns i bilaga 3, figur 3–5.

När det gäller födelseland är det mindre sannolikt att barn får de fyra barnhälsovårdsbesöken om en förälder är född utanför Sverige, och särskilt om båda är det, jämfört med om båda föräldrar är svenskfödda (OR = 0,67–0,81 respektive 0,46–0,70 för de enskilda besöken). Exempelvis är det bara hälften så vanligt att barn till två utlandsfödda föräldrar får ett barnhälsovårdsbesök vid 4 års ålder, jämfört med barn till två svenskfödda föräldrar (OR = 0,46).

Det är också mindre sannolikt att barn till föräldrar med som högst förgymnasial utbildning får de fyra barnhälsovårdsbesöken, jämfört med barn till föräldrar med eftergymnasial utbildning (OR = 0,82–0,98). Minskningen är dock försumbar när det gäller besöket vid 2,5–3 års ålder.

Därtill är det mindre sannolikt att barn i hushåll med låg inkomst får de fyra barnhälsovårdsbesöken, jämfört med barn i hushåll med högre inkomst (OR = 0,61–0,74). Å andra sidan är detta mer sannolikt för barn i landsbygdskommuner och större städer jämfört med barn i storstadskommuner (OR = 1,12–1,71 respektive OR = 1,09–1,18).

Figur 92. Sannolikhet (oddskvot) för att få barnhälsovårdsbesök vid 18 månaders ålder, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser 2016–2020.



De enskilda oddskvoterna är justerade för övriga bakgrundsfaktorer och för barnets ålder. Mammas ålder anges vid barnets födsel. Födelseland och utbildning gäller föräldrar. Inkomst gäller ekonomisk standard. Källa: Barnhälsovårdsjournalen, registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Barn till mammor som är yngre än 19 år vid barnets födsel får i mindre utsträckning barnhälsovårdsbesök vid 4 och 5 års ålder, jämfört med om mamman är 19–39 år vid barnets födsel (OR = 0,83 respektive 0,77). Sådana skillnader syns dock inte vid de andra två barnhälsovårdsbesöken. Det är också lika sannolikt att få alla fyra besöken bland barn till mammor som är 40 år eller mer, som bland barn till mammor som är 19–39 år vid barnets födsel.

Barn till en ensamstående förälder har lägre sannolikhet för att få besöken vid 18 månader och 4 år, jämfört med barn till gifta och samboende föräldrar (OR = 0,82–0,83). Det gäller även vid 5 års ålder, men denna skillnad är försumbar.

Slutligen är det lika sannolikt att flickor och pojkar får barnhälsovårdsbesöken, även med hänsyn till andra bakgrundsfaktorer.

Screening för förlossningsdepression

Totalt 75 procent av nyblivna mammor får en standardiserad screening inom barnhälsovården för förlossningsdepression, sett till årsmedlet för perioden 2016–2020. Se specifikation i faktaruta.

Screening för förlossningsdepression inom barnhälsovården

I det nationella barnhälsovårdsprogrammet ingår en standardiserad screening för depression hos mamman 6–8 veckor efter förlossningen, så kallad postpartum depression (här kallad förlossningsdepression). Mamman besvarar det standardiserade formuläret Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) och får ett efterföljande samtal om måendet samt vid behov ett erbjudande om ytterligare bedömning och åtgärd.

I rapporten avser screening för förlossningsdepression hos nyblivna mammor att mamman får barnhälsovårdens standardiserade EPDS-screening för depression inom 90 dagar efter barnets födelse.

Informationen gäller 2016–2020.

Datakälla: Barnavårdsjournalen.

Notera: Ingen registrering i journalen tolkas som att mamman inte har fått en screening, vilket kan leda till en underskattning av andelen screeningar. Därtill erbjuds ingen rutinmässig screening till dem som redan behandlas för depression eller annat psykiatriskt tillstånd. Det finns även brister i dataregistrering och datauttag som har ledd till ett visst bortfall.

Förlossningsdepression är en typ av depression hos nyblivna mammor som visar sig inom de första 4–6 veckorna efter förlossningen (34). Tillståndet kännetecknas av symtom såsom ihållande känslor av sorg och episoder med nedstämdhet, svår ångest och utmattning, och kan även inkludera psykotiska symtom (34). En förlossningsdepression, särskilt om den blir långvarig, kan även få negativa effekter för barnets kognitiva, sociala och emotionella utveckling under de första levnadsåren (97, 98). Det är därför viktigt att tidigt identifiera förlossningsdepression för att kunna erbjuda stöd.

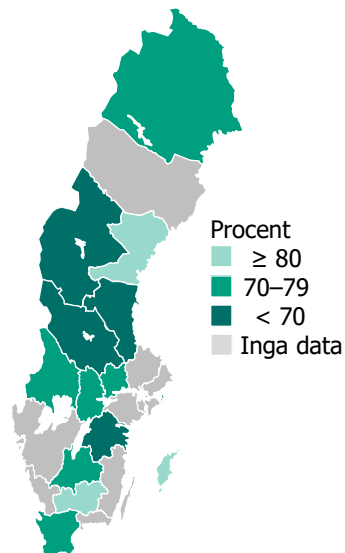
Vi presenterar här resultat som bygger på information från 13 av 21 län. Resultatens giltighet för befolkningen i stort behöver alltså tolkas med försiktighet. Barn vars mammor ingår i analysen skiljer sig också från jämnåriga barn i befolkningen på två sätt: 16 procent av barnen vars mammor ingår i analysen bor i storstadskommuner, jämfört med 40 procent av jämnåriga barn i Sverige. Och andelen i hushåll med låg inkomst är här 30 procent jämfört med 24 procent i Sverige generellt. Däremot finns inga nämnvärda skillnader när det gäller familjetyp, mammas ålder och föräldrars utbildning och födelse-land, se bilaga 2.

Regionala skillnader

Det finns regionala skillnader i andelen nyblivna mammor som får en standardiserad screening inom barnhälsovården för förlossningsdepression (fortsättningsvis också kallat screening för förlossningsdepression). Andelen varierar från 64–94 procent i de 13 län som har tillgänglig information om detta, sett till årsmedlet för perioden 2016–2020. I Gotlands, Kronobergs och Västernorrlands län är andelen minst 80 procent, se figur 93. För Dalarnas,

Gävleborgs, Jämtlands och Östergötlands län är andelen däremot under 70 procent. För övriga län ligger andelen däremellan.

Figur 93. Andel (procent) nyblivna mammor som får en standardiserad screening inom barnhälsovården för förlossningsdepression, fördelat på län. Avser årsmedel för 2016–2020.



Källa: Barnhälsovårdsjournalen och registret över totalbefolkningen.

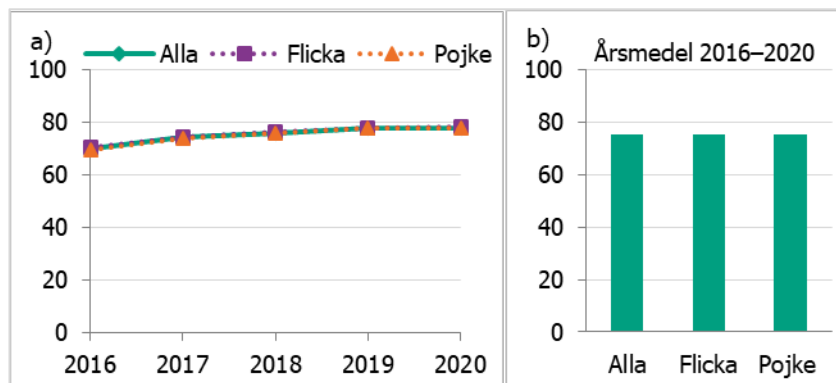
Utveckling över tid och skillnader beroende på kön

Det finns en gradvis ökning av andelen nyblivna mammor som får en screening för förlossningsdepression, från 70 procent 2016 till 78 procent 2020, se figur 94a.

Denna utveckling ses hos mammor till både flickor och pojkar. Utvecklingen över tid behöver dock tolkas med viss försiktighet, eftersom information från olika län ingår för olika år, se bilaga 2.

Sammantaget under hela perioden finns ingen skillnad i andelen screenade nyblivna mammor baserat på om barnet är en pojke eller en flicka, se figur 94b.

Figur 94. Andel (procent) nyblivna mammor som genomgår en standardiserad screening inom barnhälsovården för förlossningsdepression, 2016–2020, fördelat på a) kalenderår och barnets kön, och b) barnets kön, över hela perioden (årsmedel).



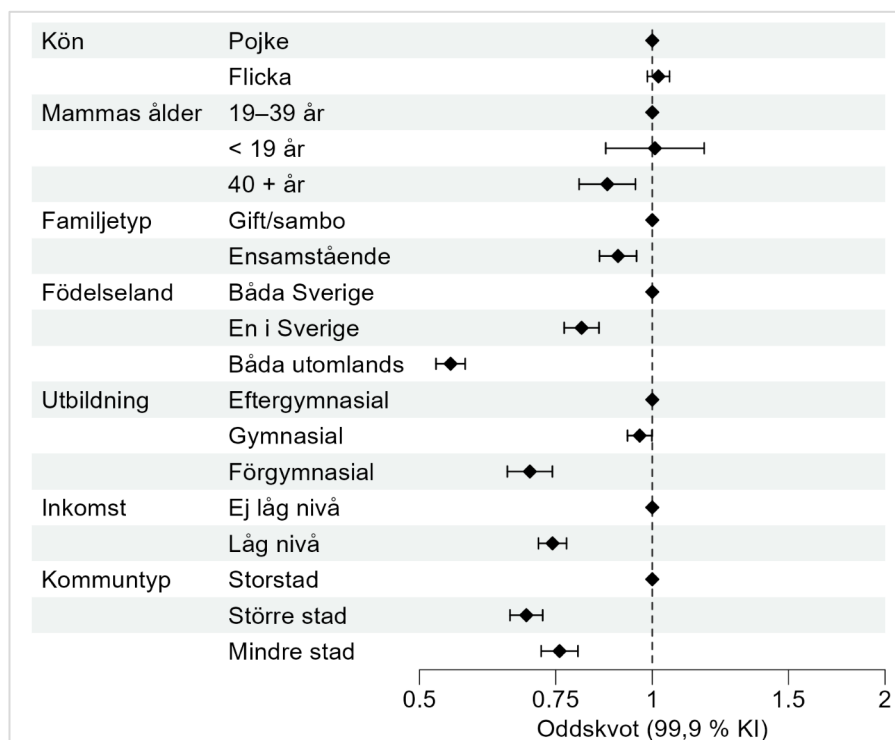
Källa: Barnhälsovårdsjournalen och registret över totalbefolkningen.

Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning screeningar inom barnhälsovården för förlossningsdepression varierar beroende på barnets individuella, sociala, ekonomiska och demografiska bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Analyserna visar att andelen nyblivna mammor som får en screening för förlossningsdepression har samband med mammans ålder, och med följande karakteristika för barnet: familjetyp, föräldrars födelse- och utbildningsland och utbildning, hushållsinkomst och kommuntyp, oberoende av varandra, se figur 95.

Figur 95. Sannolikhet (oddkvot) för att nyblivna mammor får en standardiserad screening inom barnhälsovården för förlossningsdepression, utifrån barnets individuella, sociala, ekonomiska och demografiska bakgrund. Avser 2016–2020.



De enskilda oddskvoterna är justerade för övriga bakgrundsfaktorer och för barnets ålder. Mammans ålder anges vid barnets födelse. Födelse- och utbildningsland gäller föräldrar. Inkomst gäller ekonomisk standard. Källa: Barnhälsovårdsjournalen, registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Nyblivna mammor som är 40 år eller mer har lägre sannolikhet för att få en screening för förlossningsdepression, jämfört med nyblivna mammor som är 19–39 år (OR = 0,87). Det finns inga sådana skillnader mellan yngre mammor, det vill säga under 19 år kontra 19–39 år gamla. Sannolikenheten för att få en screening är också lägre ifall barnet bor med en ensamstående förälder jämfört med om föräldrarna är gifta eller samboende (OR = 0,90).

Det är också mindre vanligt med screening för förlossningsdepression om en förälder till barnet är född utomlands, eller om båda är det, jämfört med om båda föräldrarna är svenskfödda (OR = 0,55 respektive 0,81). Detsamma gäller om hushållet har låg inkomst, jämfört med högre inkomst (OR = 0,74).

Vidare är det mindre sannolikt att få en screening om barnets föräldrar som högst har förgymnasial utbildning, jämfört med eftergymnasial utbildning (OR = 0,69). Vi ser inga sådana skillnader mellan som högst gymnasial utbildning och eftergymnasial utbildning.

Att få en screening för förlossningsdepression är också mindre sannolikt bland nyblivna mammor till barn som bor i en landsbygdskommun eller en större stad jämfört med en storstadskommun (OR = 0,76 respektive 0,69). Mellan könen finns inga sådana skillnader, även när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer.

Enskilda föräldrasamtal med icke-födande förälder

I det nationella barnhälsovårdsprogrammet ingår sedan 2019 ett enskilt föräldrasamtal med den icke-födande föräldern, och det erbjuds till alla pappor och andra icke-födande föräldrar när barnet är 3–5 månader gammalt. Främsta syftet är att erbjuda föräldraskapsstöd, och samtalet bygger på en strukturerad metod som inkluderar en samtalsguide med frågor om barnet, föräldraskapet, familjesituationen och föräldrarnas psykiska hälsa. Detta samtal har visat sig vara effektivt för att identifiera behov av stöd, men är inte en formell depressionsscreening (99).

Flera regioner började genomföra sådana samtal före 2019, men när vår datainsamling gjordes hade de flesta ännu inte implementerat detta fullt ut i sina rutiner.

Sammantaget finns information om enskilt föräldrasamtal med den icke-födande föräldern från 9 regioner för 2016–2020. Täckningsgraden är dock låg för samtliga år. Flera regioner har endast registrerat information från några få samtal under året. Det finns alltså inte underlag för att göra några ytterligare analyser.

Språkscreening

Totalt 83 procent av barn i 2,5 eller 3 års ålder får en standardiserad språkscreening inom barnhälsovården, sett till årsmedlet för perioden 2016–2020. Se specifikation i faktaruta.

Språkscreening inom barnhälsovården

Det nationella barnhälsovårdsprogrammet omfattar upprepade språkliga uppföljningar i samband med de rutinmässiga hälsobesöken, bland annat en standardiserad språkscreening vid 2,5 eller 3 års ålder.

I rapporten avser språkscreening att barn får barnhälsovårdens standardiserade språkscreening när de är 883–1 186 dagar gamla.

Informationen gäller 2016–2020.

Datakälla: Barnavårdsjournalen.

Notera: Ingen registrering i journalen tolkas som att barnet ej har fått en screening, vilket kan leda till underskattning av andelen screeningar. Det finns även brister i dataregistrering och datauttag som har ledd till ett visst bortfall.

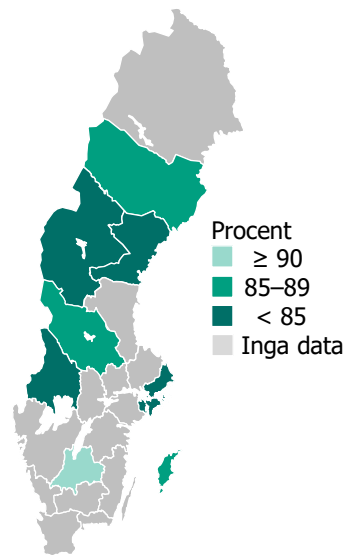
Den språkliga utvecklingen är viktig eftersom språket bidrar till den kognitiva utvecklingen. En del barn behöver extra stöd, och för att identifiera dem är det nödvändigt att följa alla barns språkutveckling.

Vi presenterar här resultat som bygger på information från 8 av 21 län. Resultatets giltighet för befolkningen i stort behöver alltså tolkas med försiktighet. Barnen som ingår i analysen har dock generellt en liknande sociodemografisk profil som samtliga jämnåriga barn i landet, när det gäller familjetyp, mammas ålder, föräldrars utbildning och födelseland, och hushållets inkomst men 55 procent av barnen som ingår i analyserna bor i storstadskommuner jämfört med 40 procent av jämnåriga barn i hela Sverige, se bilaga 2.

Regionala skillnader

Andelen barn i åldern 2,5–3 år som får en standardiserad språkscreening inom barnhälsovården, varierar från 80–90 procent i de 8 län som har tillgänglig information om detta, sett till årsmedlet för perioden 2016–2020. I Jönköping län är andelen 90 procent, och i Jämtlands, Stockholms, Värmlands och Västernorrlands län är den under 85 procent, se figur 96. För de tre övriga ligger andelen däremellan.

Figur 96. Andel (procent) barn 2,5–3 år som får en standardiserad språkscreening inom barnhälsovården, fördelat på län. Avser årsmedel för 2016–2020.



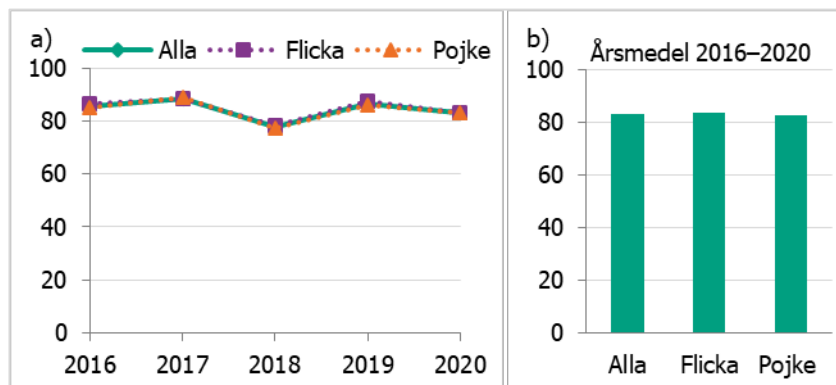
Källa: Barnhälsovårdsjournalen och registret över totalbefolkningen.

Utveckling över tid och skillnader beroende på kön

Andelen barn i åldern 2,5–3 år som får en standardiserad språkscreening inom barnhälsovården varierar under den studerade perioden, se figur 97a. År 2018 är den lägst med 78 procent, och övriga år är andelen 83–89 procent. Utvecklingen över tid behöver dock tolkas med försiktighet eftersom information från olika län ingår för olika år, se bilaga 2.

Sett till årsmedlet för hela perioden är det aningen fler flickor än pojkar som får en språkscreening vid 2,5–3 års ålder, se figur 97b.

Figur 97. Andel (procent) barn 2,5–3 år som får en standardiserad språkscreening inom barnhälsovården, 2016–2020, fördelat på a) kalenderår och kön, och b) kön, över hela perioden (årsmedel).



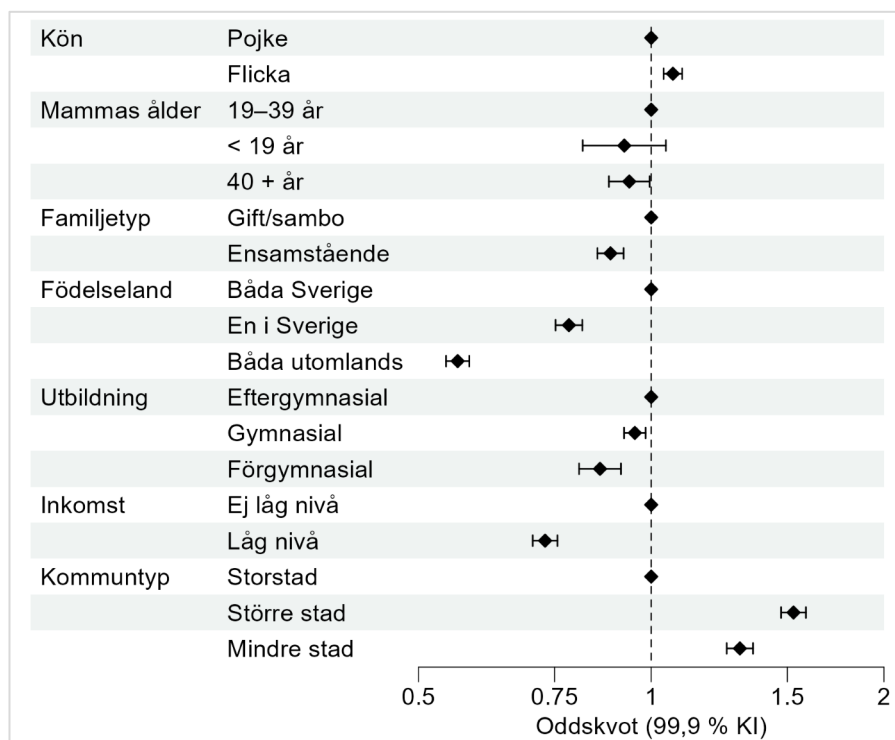
Källa: Barnhälsovårdsjournalen och registret över totalbefolkningen.

Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning språkscreeningar inom barnhälsovården varierar beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorena. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Analyserna visar att andelen barn i åldern 2,5–3 år som får en standardiserad språkscreening inom barnhälsovården har samband med barns kön, familjetyp, föräldrars födelse land och utbildning, hushållsinkomst och kommuntyp, oberoende av varandra, se figur 98.

Figur 98. Sannolikhet (oddskvot) för att barn 2,5–3 år får en standardiserad språkscreening inom barnhälsovården, utifrån barnets individuella, sociala, ekonomiska och demografiska bakgrund. Avser 2016–2020.



De enskilda oddskvoterna är justerade för övriga bakgrundsfaktorer och för barnets ålder. Mammas ålder anges vid barnets födsel. Födelse land och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser ekonomisk standard. Källa: Barnhälsovårdsjournalen, registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Sannolikheten för att få en standardiserad språkscreening inom barnhälsovården vid 2,5–3 års ålder är lägre om en förälder är född utanför Sverige, eller om båda är det, jämfört med om båda är svenskfödda (OR = 0,56 respektive 0,78). Den är också lägre bland barn till föräldrar med som högst förgymnasial utbildning jämfört med barn till föräldrar med eftergymnasial utbildning (OR = 0,86). Vi ser inga sådana skillnader mellan barn till föräldrar med som högst gymnasial kontra eftergymnasial utbildning.

Barn i åldern 2,5–3 år har också lägre sannolikhet för att få en standardiserad språkscreening inom barnhälsovården om de bor i hushåll med låg inkomst eller med en ensamstående förälder, jämfört med barn i hushåll med högre inkomst respektive barn vars föräldrar är gifta eller samboende (OR = 0,73 respektive 0,89).

Barn i landsbygdskommuner eller större städer har tvärtom högre sannolikhet för att få en språkscreening inom barnhälsovården jämfört med barn i storstadskommuner (OR = 1,30 respektive 1,53). De tidigare nämnda skillnaderna mellan flickor och pojkar är endast försumbara, när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer och det finns inga skillnader utifrån mammas ålder.

Vaccinationer

Vid 2 års ålder är 92 procent av alla barn vaccinerade med tre doser vaccin mot difteri-stelkramp-kikhosta-polio-haemophilus influenzae typ B-hepatit B och en dos vaccin mot mässling-påssjuka-röda hund. Detta sett till årsmedlet för perioden 2018–2020. Vidare är 81 procent vaccinerade med minst en dos vaccin mot rotavirus vid 0–1 års ålder, sett till perioden oktober 2019–december 2020. Se specifikation i faktaruta.

Vaccination enligt nationella vaccinationsprogrammet

Vid de ordinarie barnhälsovårdsbesöken ska barn erbjudas vaccinationer enligt det allmänna nationella vaccinationsprogrammet för barn (100). Under första två levnadsåren ingår vaccination mot följande sjukdomar:

- difteri, stelkramp, kikhosta, polio, haemophilus influenzae typ b (Hib) och hepatit B (kallat hexavalent vaccin): 3, 5 och 12 månader
- mässling, påssjuka och röda hund (kallat MPR-vaccin): 18 månader
- rotavirusinfektion: 6 veckor och 3 månader (och eventuellt 5 månader).

I denna rapport redovisar vi information om barn som fått vaccination med:

- hexavalent vaccin: Avser barn födda 2016–2018 som i slutet av kalenderåret då de fyller två år har 3 registrerade doser hexavalent vaccin, eller, vid färre än 3 registrerade doser: barn som har 1 registrerad dos vid åldern för dos 3 enligt nationella vaccinationsprogrammet för barn.
- MPR-vaccin: Avser barn födda 2016–2018 som i slutet av kalenderåret då de fyller två år har minst 1 registrerad dos MPR-vaccin.
- Rotavirusvaccin: Avser barn födda september 2019–december 2020 som i slutet av 2020 har minst 1 registrerad dos rotavirusvaccin.

Informationen gäller åren 2018–2020 för hexavalent vaccination och MPR-vaccination, och oktober 2019–december 2020 för rotavirusvaccination.

Datakälla: Nationella vaccinationsregistret.

Notera: Alla vaccinationer som barn i Sverige får inom nationella vaccinationsprogram ska registreras i nationella vaccinationsregistret. Vaccinationer som barn har fått i andra länder och barn utan personnummer som fått vaccination saknas i statistiken. Underrapportering till registret förekommer i varierande grad mellan regionerna men minskar över tid.

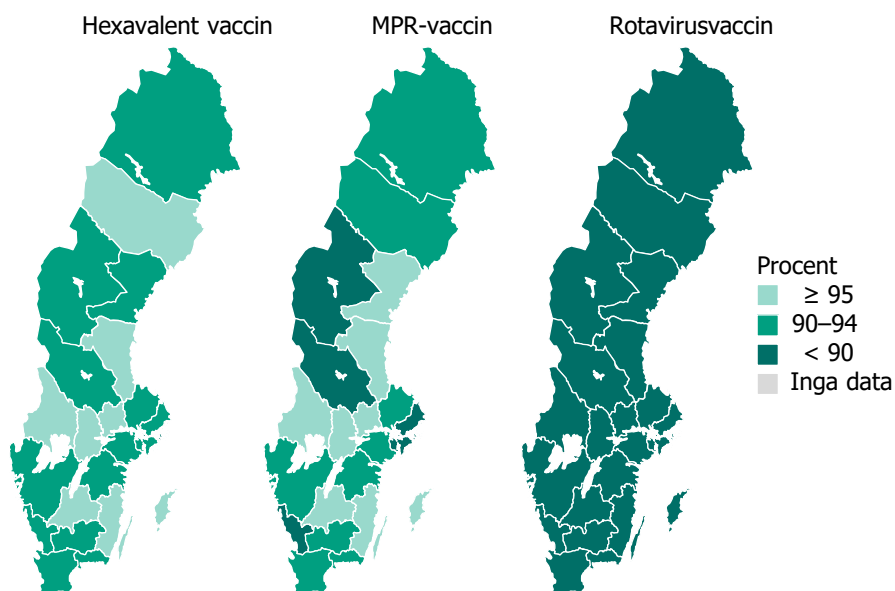
Inom barnhälsovården ska alla barn erbjudas vaccinationer mot 12 sjukdomar, varav de flesta påbörjas under barnets två första levnadsår. Vaccination mot rotavirus infördes i nationella vaccinationsprogrammet för barn i september 2019. Därmed kan vi presentera resultat för rotavirusvaccination bland barn födda september 2019–december 2020 när barnen är 0–1 år gamla. Vaccination med vaccin mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio, haemophilus influenzae typ B och hepatit B (hexavalent vaccin) och vaccination med vaccin mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR-vaccin) har ingått i nationella vaccinationsprogrammet under hela studieperioden för denna rapport, och presenteras för perioden 2018–2020.

Regionala skillnader

Det finns regionala skillnader i andelen barn som vid 2 års ålder har fått tre doser hexavalent vaccin och minst en dos MPR-vaccin (fortsättningsvis kallat vaccination med hexavalent vaccin respektive MPR-vaccin). Andelen vaccinerade varierar från 90–97 procent för hexavalent vaccin och från 89–97 procent för MPR-vaccin, sett till årsmedlet för perioden 2018–2020.

Andelen barn som vid 1 års ålder har fått en dos vaccin mot rotavirus (fortsättningsvis kallat vaccination med rotavirusvaccin) varierar från 74–86 procent mellan länen, sett till perioden oktober 2019–december 2020.

Figur 99. Andel (procent) barn som får vaccination med hexavalent vaccin respektive MPR-vaccin (årsmedel 2018–2020), samt rotavirusvaccin (oktober 2019–december 2020), fördelat på vaccinationstyp och län.



Vaccination med hexavalent vaccin avser 3 doser vaccin mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio, haemophilus influenzae typ B och hepatit B vid 2 års ålder. Vaccination med MPR-vaccin avser minst 1 dos vaccin mot mässling, påssjuka och röda hund vid 2 års ålder. Vaccination med rotavirusvaccin avser minst 1 dos vaccin vid 1 års ålder. Källa: Vaccinationsregistret och registret över totalbefolkningen.

I samtliga län har alltså minst 90 procent av barnen fått vaccination med hexavalent vaccin, sett till perioden 2018–2020, och i åtta län är vaccinationstäckningen för detta vaccin minst 95 procent (Gotlands, Gävleborgs, Jönköpings, Kalmar,

Värmlands, Västernorrland, Västmanlands och Örebro län), se figur 99. I sju av dessa län (undantaget Västerbotten) har även 95 procent av barnen fått MPR-vaccin, sett till samma period. Vaccinationstäckningen för MPR-vaccin är dock under 90 procent i fyra län (Dalarnas, Hallands, Jämtlands och Stockholms län).

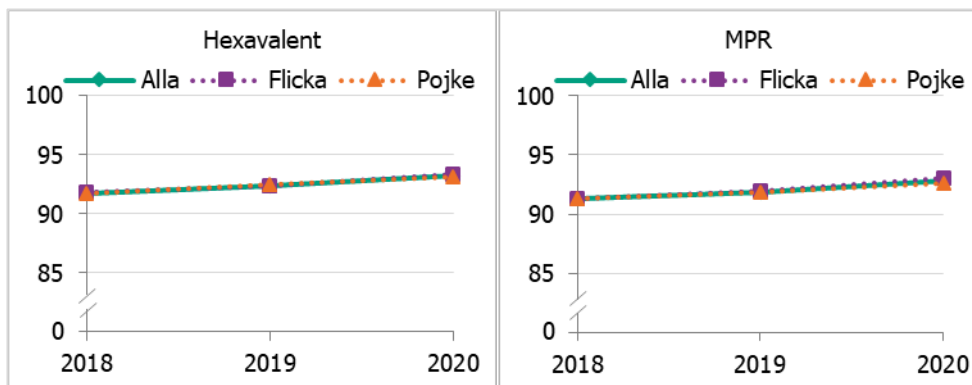
I samtliga län har under 90 procent av barnen fått vaccination med rotavirusvaccin, sett till perioden oktober 2019–december 2020.

Utveckling över tid och skillnader beroende på kön

Vaccinationstäckningen ökade under 2018–2020, se figur 100. För hexavalent vaccin ökade vaccinationstäckningen från 92 procent 2018 till 93 procent 2020, och för MPR-vaccin var motsvarande andelar 91 procent respektive 93 procent.

Det är ingen skillnad mellan andelen flickor och andelen pojkar som får vaccination med hexavalent och MPR-vaccin, se figur 100. Det finns heller ingen skillnad mellan könen när det gäller vaccination med rotavirusvaccin (ingår inte i figuren).

Figur 100. Andel (procent) barn som vaccinerats med a) hexavalent vaccin och b) MPR-vaccin, fördelat på kalenderår och kön. Avser perioden 2018–2020.



Vaccination med hexavalent vaccin avser 3 doser vaccin mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio, haemophilus influenzae typ B och hepatit B vid 2 års ålder. Vaccination med MPR-vaccin avser minst 1 dos vaccin mot mässling, påssjuka och röda hund vid 2 års ålder. Vaccination med rotavirusvaccin avser minst 1 dos vaccin vid 1 års ålder. Källa: Vaccinationsregistret och registret över totalbefolkningen.

Skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Här presenterar vi i vilken utsträckning vaccinationstäckningen bland barn varierar beroende på individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. I analyserna tar vi hänsyn till att dessa bakgrundsfaktorer kan samverka. På så sätt kan vi rapportera skillnader som är specifika för varje enskild bakgrundsfaktor, det vill säga oberoende av de övriga bakgrundsfaktorerna. Vi rapporterar också storleken på skillnaderna genom att presentera oddskvoter (OR).

Hexavalent och MPR-vaccin

Analyserna visar att andelen barn 0–2 år som får vaccination med hexavalent vaccin (tre doser) och MPR-vaccin (minst en dos), oberoende av varandra,

samband med familjetyp, föräldrars födelse-land, hushållsinkomst och kom-
muntyp, och delvis också med mammas ålder och föräldrars utbildning, se figur 101

Sannolikheten för att barn får vaccination med hexavalent vaccin och MPR-vaccin är lägre bland barn till en eller två utlandsfödda föräldrar jämfört med barn till föräldrar som är födda i Sverige (OR = 0,62 respektive 0,54, samma för båda vacciner-
na), och även lägre bland barn i hushåll med låg inkomst jämfört med högre inkomst (OR = 0,61–0,63).

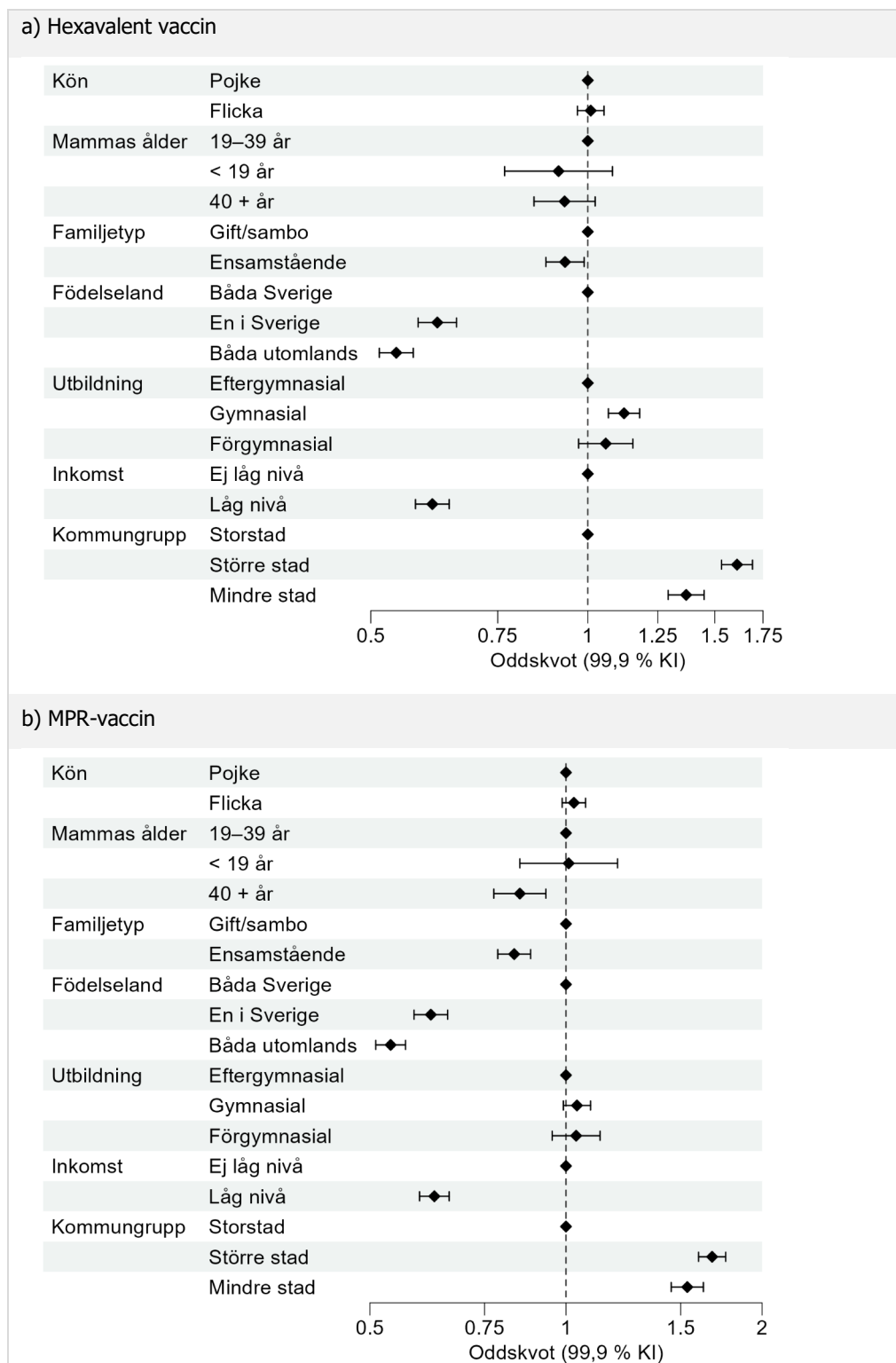
Barn i landsbygdskommuner eller större städer har däremot högre sannolikhet för att få vaccination med hexavalent vaccin och MPR-vaccin jämfört med barn i en storstadskommun (OR = 1,37–1,54 respektive 1,61–1,68).

Barn som bor med en ensamstående förälder har lägre sannolikhet för att få vaccination med MPR-vaccin, jämfört med barn till gifta eller sammanboende föräldrar (OR = 0,83). Det finns en liknande skillnad i vaccinationstäckningen för hexavalent vaccin, men den är försumbar.

Barn till mammor som är 40 år eller äldre vid barnets födsel har också lägre sannolikhet för att få vaccination med MPR-vaccin jämfört med barn till mammor som är 19–39 år vid barnets födsel (OR = 0,85). Mammas ålder verkar dock inte ha något samband med vaccinationstäckningen för hexavalent vaccin.

Barn till föräldrar med som högst gymnasial utbildning har högre sannolikhet (OR = 1,13) för att få vaccination med hexavalent vaccin jämfört med barn till föräldrar med eftergymnasial utbildning. För vaccination med MPR-vaccin finns dock inget samband med föräldrars utbildningsnivå. Det är lika vanligt att flickor och pojkar får vaccination med hexavalent vaccin och MPR-vaccin, även med hänsyn till andra bakgrundsfaktorer.

Figur 101. Sannolikhet (oddskvot) för att barn får vaccination med a) hexavalent vaccin och b) MPR-vaccin, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser 2018–2020.

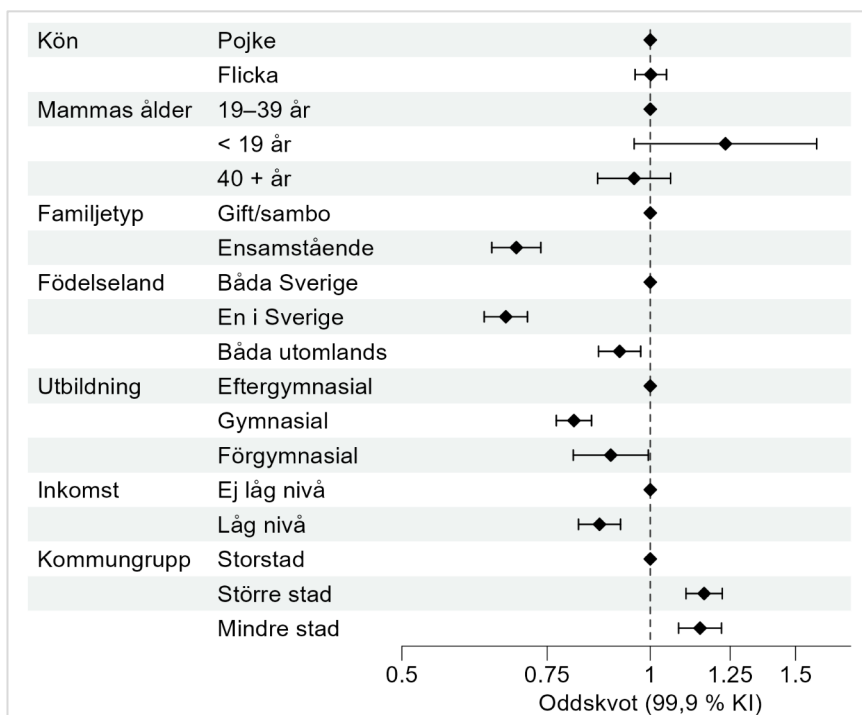


De enskilda oddskvoterna är justerade för övriga bakgrundsfaktorer och för barnets ålder. Mammas ålder anges vid barnets födsel. Födelseland och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser ekonomisk standard. Vaccination med hexavalent vaccin avser 3 doser vaccin mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio, haemophilus influenzae typ B och hepatit B vid 2 års ålder. Källa: Vaccinationsregistret, registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Rotavirusvaccin

Andelen barn 0–1 år som får vaccination med rotavirusvaccin har samband med familjetyp, föräldrars födelseland och utbildning, hushållsinkomst och kommuntyp, oberoende av varandra, se figur 102.

Figur 102. Sannolikhet (oddskvot) för att barn får vaccination med rotavirusvaccin, utifrån individuell, social, ekonomisk och demografisk bakgrund. Avser oktober 2019–december 2020.



De enskilda oddskvoterna är justerade för övriga bakgrundsfaktorer samt för barnets ålder. Mammas ålder anges vid barnets födsel. Födelseland och utbildning gäller föräldrar. Inkomst avser ekonomisk standard. Vaccination med rotavirusvaccin avser minst en vaccindos vid 1 års ålder. Källa: Vaccinationsregistret, registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och utbildningsregistret.

Barn som bor med en ensamstående förälder har lägre sannolikhet ($OR = 0,69$) för att få vaccination med rotavirusvaccin, jämfört med barn som bor med gifta eller sammanboende föräldrar. Sannolikheten är även något lägre bland barn till en utländskfödd förälder jämfört med barn till föräldrar som är födda i Sverige och bland barn i hushåll med låg inkomst jämfört med högre inkomst ($OR = 0,67$ respektive $0,87$).

Vidare har barn till föräldrar med som högst gymnasial utbildning något lägre sannolikhet ($OR = 0,81$) för att få vaccination med rotavirusvaccin jämfört med barn till föräldrar med eftergymnasial utbildning. Barn i landsbygdskommuner eller större städer har däremot högre sannolikhet för detta ($OR = 1,15$ respektive $1,16$) jämfört med barn i en storstadskommun.

Även när hänsyn tas till andra bakgrundsfaktorer är det lika vanligt att flickor och pojkar vaccineras med rotavirusvaccin. Vaccinationstäckningen för detta vaccin verkar heller inte ha något samband med mammans ålder.

Diskussion



I denna rapport presenterar vi ett antal aspekter som är viktiga för små barns hälsa, levnadsvanor och livsvillkor i Sverige 2016–2020. Informationen är hämtad från nationella register och enkäter samt från barnhälsovårdsjournaler. Detta är första gången Folkhälsomyndigheten presenterar nationella hälsodata om barn i åldern 0–5 år på ett sammanhållet sätt. En viktig utgångspunkt har varit att ta ett jämlikhetsperspektiv, för att kunna belysa potentiella skillnader i barns hälsa och i förutsättningarna för hälsa.

De flesta små barn verkar må bra, men inte alla

Resultaten i rapporten pekar på att de flesta små barn i åldern 0–5 år mår bra och har goda förutsättningar för hälsa, men också att det verkar finnas betydande hälsoutmaningar bland barn i denna åldersgrupp.

Resultaten indikerar exempelvis att minst 2 av 10 små barn behöver vård på sjukhus eller inom specialiserad öppenvård eller läkemedel någon gång under året för en infektion och att minst 1 av 10 som behöver behandling för astmasymtom, har övervikt eller har stora språksvårigheter. Dessutom indikerar resultaten att cirka 1 av 20 barn behöver behandlas för förstoppning, karies eller en olycksskada och att lika många behöver stöd från en psykolog, en logoped eller BUP.

Dessa hälsoutmaningar kan få negativa konsekvenser för barnen, deras familjer och samhället, på både kort och lång sikt. Vi ser dock också att hälsofrämjande eller förebyggande insatser skulle kunna minska omfattningen av hälsoutmaningarna eller begränsa deras negativa konsekvenser.

Samtidigt indikerar resultaten att upp till hälften av små barn kan ha levnadsvanor eller livsvillkor som ökar risken för ohälsa. Resultaten indikerar också att upp till vart fjärde barn inte får barnhälsovård enligt de nationella barnhälsovårds- och vaccinationsprogrammen, och att hälsan och förutsättningarna för hälsa är ojämnt fördelade beroende på barns sociala, ekonomiska, demografiska och individuella bakgrund.

Här lyfts några områden som vi särskilt vill uppmärksamma.

Vårdkrävande infektioner hos många små barn

Det är vanligt att barn får infektioner som i de flesta fall bara orsakar begränsade besvär. Men denna rapport visar att vart femte barn i förskoleåldern, drygt 2 av 10 barn, får så svåra infektioner att de behöver sjukvård eller läkemedelsbehandling. Kapaciteten att klara av en allvarlig sjukdom är sämre ju yngre barnet är. Det är därför särskilt bekymmersamt att närmare 30 procent av de yngsta barnen 0–1 år, får infektioner av denna svårighetsgrad och dessutom ofta upprepade gånger.

Resultaten i denna rapport visar alltså vikten av att prioritera förebyggande insatser för att skydda små barn från svårare infektioner, så gott det går, och då framför allt spädbarn (25). Här är barnhälsovårdens förebyggande åtgärder mot smitta bland små barn extra viktiga, exempelvis vaccinationer. En annan åtgärd är att sprida kunskap om beteenden som kan minska förekomsten av infektioner hos små barn.

Behandling mot förstoppning

De vanligaste förskrivna läkemedlen bland barn gäller mot infektioner och sjukdomar i andningsorganen (101). Under senare år har dock förskrivning av läkemedel mot förstoppning blivit allt vanligare. I denna rapport visar vi att 6 procent av alla barn i åldern 0–5 år har uttag av ett sådant läkemedel 2016–2020.

Socialstyrelsen har tidigare rapporterat att uttaget av läkemedel mot förstoppning nästan tredubblades 2006–2015, och att ökningen var särskilt markant bland barn i åldern 0–4 år (101). Resultaten här indikerar att ökningen har fortsatt bland de små barnen, även efter 2015. Ökningen kan bero på att små barn med förstoppning i allt högre utsträckning får läkemedelsbehandling för sitt problem. En annan möjlighet är att det är allt fler barn som utvecklar förstoppning. Oavsett vad utvecklingen beror på är det ett observandum att nära vart tionde barn visade tecken på förstoppning 2020.

Övervikt hos små barn

Resultaten i denna rapport tyder på att mer än var tionde barn i Sverige har övervikt eller fetma vid 4 års ålder, men redan vid 18 månader kan runt 8 procent ha övervikt. Resultaten indikerar vidare att förekomsten av övervikt bland barn, 4 år gamla, var stabil under 2016–2019 men ökade 2020. I gruppen 18 månader gamla barn verkar andelen med övervikt dock öka under hela perioden. Det finns även regionala skillnader, på så sätt att andelen 4-åringar med övervikt verkar vara större i norra Sverige.

Resultaten pekar också på skillnader som har samband med sociodemografisk bakgrund. Barn till föräldrar med som högst förgymnasial eller gymnasial utbildning verkar ha högre risk för övervikt vid både 18 månaders och 4 års ålder jämfört med barn till föräldrar med eftergymnasial utbildning. När det gäller föräldrars födelseland varierar resultaten dock i de två åldersgrupperna. Vid 18 månaders ålder har barn till utlandsfödda föräldrar lägre sannolikhet för att ha övervikt, jämfört med om föräldrarna är födda i Sverige, men vid 4 års ålder är sannolikheten i stället något högre bland barn till utlandsfödda föräldrar.

Den betydande andelen små barn med övervikt eller fetma ska ses i lyset av att övervikt och fetma tidigt i barndomen innebär inte bara högre risk för senare fetma, förtida död och funktionsnedsättning som vuxen (28-30), men också för direkta negativa konsekvenser för den fysiska och psykiska hälsan under barndomen (30, 31). Resultaten i denna rapport understryker således vikten av systematiska hälsofrämjande och förebyggande insatser redan under de första åren i livet och betydelse att följa utvecklingen på regional och national nivå från tidig ålder.

Psykisk hälsa hos små barn

Barnhälsovårdens remitteringar till psykolog, logoped och BUP indikerar att knappt 1 av 20 barn i åldern 0–5 år har ökad risk för psykisk ohälsa. Detta är antagligen en låg skattning av andelen barn som exempelvis fått psykologiskt stöd,

eftersom psykologer kan ingå i barnhälsovårdsteam som går att kontakta utan remiss.

Barnhälsovårdens standardiserade språkscreening tyder på att drygt vart tionde barn i åldern 2,5–3 år, kan ha ökad risk för psykisk ohälsa. Resultat från Region Stockholm indikerar likaså att nästan vart tionde barn i åldern 3–4 år har olika typer av psykisk ohälsa. Det finns också en forskningsstudie av 3–5 år gamla barn i Region Uppsala som tyder på att drygt ett av tio barn har psykisk ohälsa (102).

En betydande andel av de små barnen kan alltså ha psykisk ohälsa. Är det fallet kan det vara mycket att vinna på tidiga insatser med fokus på att främja psykiskt välbefinnande och motverka psykisk ohälsa redan under de första levnadsåren. Det råder dock brist på nationell uppföljning, så det finns ingen tydlig bild av den psykiska hälsan hos små barn i Sverige och därmed inte heller av behoven inom området.

Levnadsvanor hos små barn

De tidiga åren av ett barns liv är viktiga för att etablera hälsosamma vanor som kan påverka den livslånga hälsan. Till exempel är ohälsosamma matvanor en av de främsta orsakerna till sjukdomsburden och förlorade friska levnadsår i Sverige, med bland annat ökad risk för övervikt och fetma samt sjukdomar såsom diabetes, hjärt- och kärlsjukdom, stroke och olika cancerformer. För barns tillväxt och utveckling är det av stor vikt med hälsosam mat som inkluderar en variation av färska frukter, grönsaker, fullkornsprodukter och magra proteinkällor. Det är också viktigt att begränsa intaget av socker från drycker och sötsaker. Runt 40 procent av barn 4–5 år gamla, äter grönsaker varje dag, enligt föräldrarna, och runt 80 procent anges dricka sötade drycker varje vecka. Det tyder på att förutsättningarna för hälsosamma matvanor behöver bli bättre.

Psykisk ohälsa hos föräldrar

Små barn behöver en god psykosocial uppväxtmiljö för att få bästa möjliga hälsa och utveckling. Här är en god hälsa hos föräldrarna av stor vikt. Rapporten indikerar dock att 2 av 10 barn i åldern 0–5 år har minst en förälder som behöver vård eller läkemedelsbehandling för ett psykiatriskt tillstånd, och att 1 procent har minst en förälder som behöver behandling för skadligt bruk och beroende av alkohol eller narkotika. Detta understryker vikten av att erbjuda ett gott föräldraskapsstöd, till exempel genom barnhälsovården.

Det är också viktigt att fånga upp föräldrar med psykisk ohälsa för att kunna bidra till att de ska få tillgång till rätt hjälp och stöd. Barnhälsovårdens standardiserade screening för förlösningsdepression till nyblivna mammor är ett led i detta arbete. Våra resultat tyder dock på att endast tre fjärdedelar av alla nyblivna mammor får ta del av denna screening, och att andelen är ännu lägre om mamman är 40 år eller mer vid barnets födsel eller om barnets föräldrar är utlandsfödda, har låg utbildnings- och inkomstnivå eller bor i en landsbygdskommun eller i en större stad. I dessa grupper är det alltså svårare att upptäcka psykiska besvär, och det

finns risk för att föräldrar i dessa grupper i mindre utsträckning får det stöd och den hjälp som de kan behöva.

Rapportens resultat visar också att vård och läkemedelsbehandling av psykiatriska tillstånd är vanligt hos både mammor och pappor. Det pekar på att föräldraskapsstöd och screening behöver riktas till båda föräldrarna. I det nationella barnhälsovårdsprogrammet ingår sedan länge föräldraskapsstöd och screening av psykisk hälsa för mammor, och man håller nu på att implementera enskilt föräldraskapsstöd som är riktat till pappor och andra icke-födande föräldrar. I Sverige saknas dock standardiserade screeningar av pappors psykiska hälsa.

Vård och läkemedelsbehandling av psykiatriska tillstånd hos föräldrar verkar vara vanligare ju äldre barnet är, i spannet 0–5 år, liksom skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika. I dagsläget saknas dock uppföljande standardiserade screeningar av föräldrars psykiska hälsa efter spädbarnsperioden, trots att våra resultat tyder på att det finns ett stort behov av sådana.

Ojämlighet i små barns hälsa

Resultaten i denna rapport indikerar att många hälsoaspekter och förutsättningar för hälsa är ojämnt fördelade bland barn i åldern 0–5 år. Det gäller framför allt barn med svenskfödda kontra barn med utlandsfödda föräldrar. För nästan alla hälsorelaterade utfall i denna rapport finns skillnader mellan dessa två grupper och ofta stora sådana. Flera fysiska och psykiska tillstånd och flera ohälsosamma förutsättningar för hälsa är över dubbelt så vanliga bland barn till utlandsfödda föräldrar, exempelvis karies, bristande tillgång till grönområden och tobaksrökning i hemmet.

Det finns också exempel på motsatsen, bland annat verkar behandling av astmasymtom, förstoppning och olycksskador hos barn samt av psykiatriska tillstånd hos föräldrar vara mer sällsynt bland barn till utlandsfödda föräldrar jämfört med barn till svenskfödda föräldrar. Det framgår dock inte av resultaten här om detta beror på att hälsoproblemen är mindre vanliga bland utlandsfödda, eller om utlandsfödda föräldrar i mindre utsträckning söker och får behandling för dessa hälsoproblem.

För de allra flesta hälsorelaterade utfall som redovisas i rapporten finns också skillnader som hänger ihop med föräldrarnas utbildningsnivå. Barn till föräldrar med kortare utbildning verkar ha sämre hälsa och sämre förutsättningar för hälsa, exempelvis genom att oftare behöva behandling mot astmasymtom, förstoppning och infektion. Kortare utbildning hos föräldrar verkar också ha samband med sämre fysisk och psykosocial närmiljö för barnen, inklusive högre förekomst av psykiatriska tillstånd och skadligt bruk eller beroendeproblem hos föräldrar. I flera fall är sannolikheten för ogynnsamma hälsoförutsättningar hos barn dubbelt så hög om föräldrarna har kortare utbildning jämfört med längre utbildning.

Flickor och pojkar i åldern 0–5 år verkar generellt ha likartade förutsättningar för hälsa, men trots det tycks pojkar ha flest hälsoutmaningar. Exempelvis är pojkar

överrepresenterade när det gäller övervikt vid 18 månader, behandling för astmasymtom, infektioner och olycksfall samt stora språksvårigheter och remitteringar till psykolog, logoped och BUP. Övervikt vid 4 år och behandling för förstoppning är dock vanligast hos flickor.

Även bakgrundsfaktorerna mammas ålder, familjetyp, hushållsinkomst och bostadskommun hänger var för sig ihop med skillnader i flera hälsoaspekter och förutsättningar för hälsa. Exempelvis är förekomsten av en oroväckande psykosocial närmiljö, och förekomsten av tobaksrökning i hemmet, vanligare bland barn som har unga mammor, som bor med en ensamstående förälder, som bor i ett låginkomsthushåll eller som bor utanför storstadskommunerna. De flesta skillnader med koppling till dessa fyra bakgrundsfaktorer är dock mindre uttalade, och det gäller färre aspekter av hälsa än olikheterna som är kopplade till föräldrars födelse-land och utbildning.

Små barns hälsa och förutsättningar för hälsa varierar också i landet. Bland 3-åringar är det till exempel i genomsnitt 5 procent som har karies, men variationen i regionerna är 3–26 procent. Vidare verkar läkemedelsbehandling av astmasymtom och förstoppning samt remittering till psykolog, logoped eller barn- och ungdomspsykiatri (BUP) vara nästan dubbelt så vanligt i några regioner jämfört med andra. Det gäller även språksvårigheter och tobaksrökning i hemmet.

Sammantaget pekar rapporten på att alla grupper av barn inte har samma förutsättningar till en god hälsa. Resultaten indikerar därmed att det redan hos små barn finns behov av att uppmärksamma jämlikhetsaspekter och arbeta systematiskt för att motverka ojämlikheter i hälsa och förutsättningar för hälsa. Det kan inkludera riktade insatser till grupper av barn som har sämre möjligheter än andra att uppnå optimal hälsa.

De flesta små barn får barnhälsovård enligt barnhälsovårdsprogrammet, men inte alla

Barnhälsovården kan vara en viktig aktör i arbetet med att främja god hälsa och motverka ohälsa bland små barn. Genom att rikta sig till alla barn, och deras familjer, kan barnhälsovården också bidra till att utjämna olikheter i hälsa och förutsättningar för hälsa. Implementeringen av det nationella barnhälsovårdsprogrammet kan alltså ses som en viktig utgångspunkt för en god och jämlik hälsa bland små barn i Sverige. Därför är det glädjande att de flesta små barn verkar få de hälsobesök och vaccinationer som rekommenderas i programmet.

Samtidigt är det en relativt stor andel barn och familjer som inte verkar få barnhälsovård enligt det nationella barnhälsovårdsprogrammet. I de regioner som ingår i våra analyser är det vart fjärde barn som inte får det rekommenderade första hembesöket inom första månaden, och nästan vart femte barn får inte vaccinationerna som rekommenderas under de första två levnadsåren. Vidare är det ungefär 1 av 10 barn som inte får de rekommenderade barnhälsovårdsbesöken vid 18 månaders, 2,5–3 års, 4 års och 5 års ålder.

I vissa regioner och i vissa grupper är det en ännu större andel som inte får dessa besök och vaccinationer. Det gäller främst barn till utlandsfödda föräldrar, barn i hushåll med låg inkomst och barn som bor i storstadskommuner, men också barn i ensamstående hushåll och barn till föräldrar med kortare utbildning samt delvis också barn till yngre mammor. I de flesta av dessa grupper är det också vanligare med hälsoproblem eller ogynnsamma hälsoförutsättningar.

Barn och familjer som inte får barnhälsovård enligt det nationella programmet kan gå miste om möjligheten att ta del av viktiga hälsofrämjande och förebyggande insatser, exempelvis föräldraskapsstöd som i sin tur kan bidra till barns hälsa. Det gäller också insatser som kan förebygga olika typer av ohälsa hos barn, inklusive smittsamma sjukdomar.

Dessutom finns risk att dessa barn missar undersökningar av bland annat tillväxt, syn, hörsel och språkutveckling. Därmed kan man missa tidiga tecken på ohälsa, och barnen kanske inte får förebyggande insatser som kan bromsa eller förhindra uppkomsten av ohälsa eller sjukdom. Sammantaget är det därför viktigt att prioritera insatser som gör att alla barn i åldern 0–5 år och deras familjer fullt ut kan ta del av det nationella barnhälsovårdsprogrammet.

Frågor om metoden

De datakällor som används i rapporten har viss betydelse för hur resultaten ska tolkas.

Nationella register

Data från nationella hälsoregister gör det möjligt att följa vissa hälsoutfall hos små barn utifrån deras vårdkontakter genom patientregistret och läkemedelsuttag genom läkemedelsregistret. Genom koppling till andra nationella register, som ger information om bakgrundsfaktorer, kan vi även belysa ojämlikheter i små barns hälsa. Vi har använt information från dessa register som ett indirekt mått för förekomsten av flera hälsoutfall, såsom infektioner och olyckor hos barn och psykiatriska tillstånd hos föräldrar.

Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att patientregistret bara omfattar vårdkontakter i slutenvården och läkarkontakter i den specialiserade öppenvården. Besök i primärvården ingår exempelvis inte, vilket kan leda till en underskattning av den totala sjukdomsördan.

Information från läkemedelsregistret är däremot inte kopplad till någon specifik vårdnivå, och för vissa hälsoutfall kan information från de två registren komplettera varandra. Informationen om hälsoutfall hos barn påverkas dock av föräldrarnas vårduppsökande beteende och deras förmåga att skaffa sig, förstå och använda hälsorelaterad information (så kallat hälsolitteracitet), vilka kan variera mellan olika befolkningsgrupper.

Nationella enkätundersökningar

För flera utfall använder vi enkätdata från Pep-rapporten som genomförs av SOM-institutet, Generation Pep och Karolinska Institutet samt data från Folkhälsomyndighetens miljöhälsorapport. Båda är befolkningsundersökningar, vilket innebär att ett representativt urval har bjudits in att delta för att spegla den svenska befolkningen som helhet. För båda undersökningarna är det mindre än hälften av de inbjudna som svarar. Vissa befolkningsgrupper kan också vara mera benägna att svara på undersökningar än andra, vilket kan göra att resultaten inte är representativa för alla barn i Sverige.

Insamlat data baseras på vårdnadshavares subjektiva svar om sina barns levnadsvanor eller närmiljö, vilket kan leda till både underskattning och överskattning av den verkliga förekomsten på grund av minnesbias och social önskvärdhetsbias. Dessutom kan svarsbeteendet variera mellan olika befolkningsgrupper.

Journaldata från barnhälsovården

Data från barnhälsovården har stor betydelse eftersom det finns regelbundna uppföljningsdata för nästan alla barn i Sverige. Samtidigt varierar täckningsgraden, tillgängligheten och datakvaliteten för olika variabler, både mellan och inom regioner och över tid.

Alla regioner hade inte heller möjlighet att leverera data, och det finns brister i data, så de resultat som baseras på information från barnhälsovårdsjournaler behöver tolkas med försiktighet. Detsamma gäller utvecklingen över tid, där till exempel en ökad förekomst av något lika gärna kan betyda att rapporteringen har blivit bättre.

En annan utmaning med insamlade barnhälsovårdsdata är att vi oftast bara vet vad som har registrerats som genomförd. Om det exempelvis inte finns någon registrering som visar om en folkbokförd person har fått ett första hembesök eller inte, har vi antagit att personen inte har fått besöket. Det kan leda till en underskattning av antalet faktiska genomförda besök.

Trots bristerna är den samlade bedömningen att information från barnhälsovården är en viktig men hittills outnyttjad datakälla för nationell uppföljning av små barns hälsa.

Det går att följa små barns hälsa men det finns potential för förbättringar

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att följa befolkningens hälsa och faktorer som påverkar denna. Denna rapport visar att det är möjligt att följa upp vissa aspekter av små barns hälsa, levnadsvanor och livsvillkor på nationell nivå. Det finns dock flera utmaningar och vi ser potential för förbättringar.

Det har exempelvis varit svårt att ta fram personbunden information som gör det möjligt att även följa jämlikhet i små barns hälsa på nationell nivå. Vi ser också att det saknas nationell information inom vissa områden; exempelvis finns inga nationella register eller enkätundersökningar som belyser den psykiska hälsan bland barn i förskoleåldern. Nationella barnhälsovårdsprogrammet inkluderar heller inga standardiserade uppföljningar av barns psykiska hälsa som registreras på ett systematiskt och standardiserat sätt.

Barnhälsovården i de flesta regioner registrerar dock remisser till psykolog, logoped och BUP, och uppgifter om barns språkliga utveckling vid 2,5–3 års ålder. Denna information använder vi här som indikatorer för små barns psykiska hälsa. Vi konstaterar även att vissa regioner gör egna standardiserade uppföljningar av små barns psykiska hälsa. I rapporten redovisas resultatet från två av dessa regioner men sådan information finns inte för hela landet.

Vi anser att det är centralt att kunna belysa små barns psykiska hälsa i fortsättningen, och för det krävs en standardiserad uppföljning av små barns psykiska hälsa på nationell nivå. Vi ser också att det generellt behövs bättre tillgång till personbundna data som gör det möjligt att följa upp och analysera små barns hälsa ur ett jämlikhetsperspektiv.

Regionala förutsättningar för att bidra till en nationell datainsamling

Insamlingen av data från barnhälsovården har inneburit flera utmaningar. Bland annat använder regionerna olika journalsystem, och det gör också olika vårdgivare inom samma region. Dataregistreringen varierar mellan journalsystemen och det är utmanande att ta fram enhetlig information för hela landet. I flera fall är det också en arbets- och tidskrävande process att ta ut data ur systemen, och i vissa regioner behövs extra it-personal eller externa konsulter med extra kostnader som följd. Flera regioner har därför uttryckt att de behöver ekonomiskt stöd för sådana datauttag.

Svenska Barnhälsovårdsregistret – en viktig datakälla

Våren 2024 är 12 regioner anslutna till Svenska Barnhälsovårdsregistret, och för barn som föddes 2023 är den nationella täckningsgraden 43 procent. Registret ger möjlighet att följa barns hälsa genom de uppgifter som samlas in av barnhälsovården. Det är även möjligt att länka data till andra register.

För att kunna följa små barns hälsa utifrån ett jämlikhetsperspektiv behövs dock information från samtliga regioner i Sverige. Under arbetet med denna rapport har också allt fler regioner anslutit sig till registret, och vi ser mycket positivt på den utvecklingen. Ett mer fulltaligt register framöver skulle innebära förbättrade förutsättningar för att följa upp små barns hälsa utifrån journaldata från barnhälsovården.

Nära samarbete med regioner, barnhälsovårdens nationella arbetsgrupp och Svenska Barnhälsovårdsregistret

Denna rapport har tagits fram i nära samarbete med samtliga regioners centrala barnhälsovårdsenheter, barnhälsovårdens nationella arbetsgrupp och registeransvarig vid Svenska Barnhälsovårdsregistret.

Under arbetet har vi fokuserat på tre centrala områden:

- Skapa en lista över relevanta hälsorelaterade utfall som är registrerat på ett systematiskt sätt i barnhälsovårdsjournalen. Detta genom att samarbeta med barnhälsovårdens nationella arbetsgrupp och registeransvarig vid Svenska Barnhälsovårdsregistret och genom dialog med regionernas centrala barnhälsovårdsteam.
- Optimera processen för datainsamling genom nära samarbete med det regionala centrala barnhälsovårdsteamet och tekniska experter på regionerna.
- Säkerställa en öppen och kontinuerlig kommunikation med nyckelpersoner inom regionerna om datakvalitet och tolkning av resultaten.

Samarbetet har haft stor betydelse för rapportens innehåll och kvalitet, och förhoppningsvis gör det att rapporten blir mer användbar.

Slutsatser

Rapporten indikerar att de flesta små barn har förutsättningar för en god hälsa och de flesta mår bra. En betydande del verkar dock ha hälsomässiga utmaningar som mestadels kan förebyggas. Dessutom är hälsan såväl som hälsans förutsättningar ojämnt fördelat. Detta understryker behovet av att prioritera systematiska främjande och förebyggande insatser redan i de tidiga åren. Det är viktigt för att alla barn ska ha god hälsa och goda förutsättningar för hälsa, och för att utjämna hälsoskillnaderna i de tidiga åren. Detta ska ses som en samhällsinvestering på kort och lång sikt.

Vidare visar rapporten att det är möjligt att följa upp vissa aspekter av små barns livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Rapporten visar också att det för närvarande finns utmaningar för att kunna genomföra detta regelbundet och att det inom vissa hälsoområden saknas nationell information för barn 0–5 år. Det är dock av största vikt att belysa de små barnens livsvillkor, levnadsvanor och hälsa och därför behövs åtgärder för att möjliggöra regelbundna uppföljningar av detta. Utöver det behövs analyser som ger en djupare förståelse av olika hälsorelaterade områden och hur dessa påverkar den ojämlika fördelningen av hälsan. Uppföljning av små barns hälsa är en viktig pusselbit för att få helhetsbilden av folkhälsan i Sverige och ett nödvändigt underlag till arbetet med att förebygga ohälsa och främja en god och jämlik hälsa i hela befolkningen.

Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsopolitikens målområden – Målområde 1: Tidiga livets villkor. 2023 [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/9f894ce152224071a379c7e6c853626e/folkhalsopolitikens-malomraden-malomrade-1-tidiga-livets-villkor.pdf>.
2. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. 2015 [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://sdgs.un.org/2030agenda>.
3. United Nations. Convention on the Rights of the Child. 1989 [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://www.unicef.org/media/52626/file>.
4. Pearce A, Dundas R, Whitehead M, Taylor-Robinson D. Pathways to inequalities in child health. Archives of disease in childhood. 2019;104:998-1003.
5. Folkhälsomyndigheten. På väg mot en god och jämlik hälsa. Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet Stockholm; 2020 [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/bd19f6bb308043ed9da8dffcb3a5e67/stodstruktur-qod-jamlik-halsa.pdf>.
6. Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården Stockholm; 2014 [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-4-5.pdf>.
7. Rikshandboken Barnhälsovård. Barnhälsovårdens nationella program. 2018 [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/barnhalsovardens-nationella-program/#section-1988>.
8. Folkhälsomyndigheten. Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård. 2020 [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/f739daaa7ba34232b69e8afb204293de/kartlaggning-datakallor-indikatorer-index-uppfoljning-sma-barns-halsa-barnhalsovard.pdf>.
9. Folkhälsomyndigheten. Miljöhälsoenkäten. 2023 [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/miljohalsoenkaten/>.
10. Generation Pep. Pep-rapporten. [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://generationpep.se/sv/fakta-och-rad/pep-rapporten/>.
11. Breidablik HJ, Meland E, Lydersen S. Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. Scand J Public Health. 2008;36(1):12-20. DOI:10.1177/1403494807085306.
12. Lundberg O, Manderbacka K. Assessing reliability of a measure of self-rated health. Scandinavian journal of social medicine. 1996;24(3):218-24.
13. Statistiska Centralbyrån (SCB). Statistikdatabasen: spädbarnsdödlighet efter kön: år 1946–2019. Stockholm; 2020 [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101I/Spadbarnsdodlighet/?rxid=dfe14dc5-fe71-43b3-8281-ca7573774d33
14. Lawn JE, Blencowe H, Oza S, You D, Lee AC, Waiswa P, et al. Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. The lancet. 2014;384(9938):189-205.
15. Socialstyrelsen. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013 [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2013-3-15.pdf>
16. Esser MB. Deaths and years of potential life lost from excessive alcohol use—United States, 2011–2015. MMWR Morbidity and mortality weekly report. 2020;69.
17. Mohammad Y, Brough G. The impact of conflict on asthma. J Thorac Dis. 2019;11(7):3202-6.

18. O'connell E. The burden of atopy and asthma in children. *Allergy*. 2004;59:7-11.
19. Wennergren G, Hesselmar B, Hedlin G. Astma är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna hos barn-Flertalet har» förkylningsastma «med god prognos, färre har» äkta «astma. *Lakartidningen*. 2015;112.
20. Rikshandsboken Barnhälsovård. Förstoppning. 2022 [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://www.rikshandboken-bhv.se/pediatrik/buk---oversikt/forstoppning/>.
21. Vissing NH, Chawes BL, Rasmussen MA, Bisgaard H. Epidemiology and Risk Factors of Infection in Early Childhood. *Pediatrics*. 2018;141(6).
22. Försäkringskassan. Socialförsäkringen i siffror 2022. 2022 [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://www.forsakringskassan.se/download/18.7fc616c01814e179a9f192/1656398049738/socialforsakringen-i-siffror-2022.pdf>.
23. Rhedin S, Lindstrand A, Hjelmgren A, Ryd-Rinder M, Ohrmalm L, Tolfvenstam T, et al. Respiratory viruses associated with community-acquired pneumonia in children: matched case-control study. *Thorax*. 2015;70(9):847-53.
24. Snoek L, Gonçalves BP, Horváth-Puhó E, van Kassel MN, Procter SR, Søgaaard KK, et al. Short-term and long-term risk of mortality and neurodevelopmental impairments after bacterial meningitis during infancy in children in Denmark and the Netherlands: a nationwide matched cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2022;6(9):633-42.
25. Shi T, McAllister DA, O'Brien KL, Simoes EAF, Madhi SA, Gessner BD, et al. Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children in 2015: a systematic review and modelling study. *Lancet*. 2017;390(10098):946-58.
26. World Health Organization. Child growth standards. [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://www.who.int/tools/child-growth-standards>.
27. Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric obesity*. 2012;7(4):284-94.
28. Thorén A, Werner B, Lundholm C, Bråbäck L, Silfverdal SA. A rapid growth rate in early childhood is a risk factor for becoming overweight in late adolescence. *Acta Paediatrica*. 2015;104(11):1138-43.
29. Singh AS, Mulder C, Twisk JWR, Van Mechelen W, Chinapaw MJM. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews*. 2008;9(5):474-88.
30. Marcus C, Danielsson P, Hagman E. Pediatric obesity—Long-term consequences and effect of weight loss. *Journal of Internal Medicine*. 2022;292(6):870-91.
31. World Health Organization. WHO European regional obesity report 2022: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2022.
32. National Scientific Council on the Developing Child. Establishing a Level Foundation for Life: Mental Health Begins in Early Childhood. Working Paper No. 6. 2012 [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://harvardcenter.wpeninepowered.com/wp-content/uploads/2008/05/Establishing-a-Level-Foundation-for-Life-Mental-Health-Begins-in-Early-Childhood.pdf>
33. Socialstyrelsen Folkhälsomyndigheten Sveriges kommuner och regioner (SKR). Begrepp inom området psykisk hälsa. 2000 [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/pm_begrepp-inom-omradet-psykisk-halsa.pdf.
34. ZERO TO THREE. DC: 0-5: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders in infancy and early childhood (Version 2.0). Washinton DC 2021.
35. Mattsson CM, Mårild S, Pehrsson NG. Evaluation of a language-screening programme for 2.5-year-olds at Child Health Centres in Sweden. *Acta Paediatr*. 2001;90(3):339-44.

36. Westerlund M, Sundelin C. Screening for developmental language disability in 3-year-old children. Experiences from a field study in a Swedish municipality. *Child Care Health Dev.* 2000;26(2):91-110.
37. Yew SGK, O'Kearney R. Emotional and behavioural outcomes later in childhood and adolescence for children with specific language impairments: meta-analyses of controlled prospective studies. *Journal of Child Psychology & Psychiatry.* 2013;54(5):516-24.
38. Miniscalco C, Nygren G, Hagberg B, Kadesjö B, Gillberg C. Neuropsychiatric and neurodevelopmental outcome of children at age 6 and 7 years who screened positive for language problems at 30 months. *Dev Med Child Neurol.* 2006;48(5):361-6.
39. SDQ. Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires. [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://www.sdqinfo.org/>.
40. Shephard E, Zuccolo PF, Idrees I, Godoy PBG, Salomone E, Ferrante C, et al. Systematic Review and Meta-analysis: The Science of Early-Life Precursors and Interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2022;61(2):187-226.
41. Gräf C, Hoffmann I, Diefenbach C, König J, Schmidt MF, Schnick-Vollmer K, et al. Mental health problems and school performance in first graders: results of the prospective cohort study ikidS. *European Child & Adolescent Psychiatry.* 2019;28(10):1341-52.
42. Kostyrka-Allchorne K, Wass SV, Sonuga-Barke EJS. Research Review: Do parent ratings of infant negative emotionality and self-regulation predict psychopathology in childhood and adolescence? A systematic review and meta-analysis of prospective longitudinal studies. *Journal of Child Psychology & Psychiatry.* 2020;61(4):401-16.
43. Nielsen LG, Rimvall MK, Clemmensen L, Munkholm A, Elberling H, Olsen EM, et al. The predictive validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire in preschool age to identify mental disorders in preadolescence. *PLoS ONE.* 2019;14(6):1-13.
44. Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ, Strinaaris A, Leibenluft E, Carlson GA, et al. Preschool Irritability: Longitudinal Associations With Psychiatric Disorders at Age 6 and Parental Psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2013;52(12):1304-13.
45. Ingeborgrud CB, Oerbeck B, Friis S, Zeiner P, Pripp AH, Aase H, et al. Anxiety and depression from age 3 to 8 years in children with and without ADHD symptoms. *Sci Rep.* 2023;13(1):15376. DOI:10.1038/s41598-023-42412-7.
46. Slemming K, Sørensen MJ, Thomsen PH, Obel C, Henriksen TB, Linnet KM. The association between preschool behavioural problems and internalizing difficulties at age 10–12 years. *European Child & Adolescent Psychiatry.* 2010;19(10):787-95.
47. Finsaas MC, Bufferd SJ, Dougherty LR, Carlson GA, Klein DN. Preschool psychiatric disorders: homotypic and heterotypic continuity through middle childhood and early adolescence. *Psychol Med.* 2018;48(13):2159-68.
48. Sebanc AM. The Friendship Features of Preschool Children: Links with Prosocial Behavior and Aggression. *Social Development.* 2003;12(2):249-68.
49. Dunfield K, Kuhlmeier VA, O'Connell L, Kelley E. Examining the Diversity of Prosocial Behavior: Helping, Sharing, and Comforting in Infancy. *Infancy.* 2011;16(3):227-47.
50. Schmidt MFH, Sommerville JA. Fairness Expectations and Altruistic Sharing in 15-Month-Old Human Infants. *PLoS ONE.* 2011;6(10):1-7.
51. Côté S, Tremblay RE, Nagin D, Zoccolillo M, Vitaro F. The development of impulsivity, fearfulness, and helpfulness during childhood: patterns of consistency and change in the trajectories of boys and girls. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines.* 2002;43(5):609-18.
52. Volodina A. Home learning environment and out-of-home activities: their relations to prosocial behaviour and peer relationships in primary school children. *Curr Psychol.* 2022:1-15.

53. Moriguchi Y, Shinohara I, Todo N, Meng X. Prosocial behavior is related to later executive function during early childhood: A longitudinal study. *European Journal of Developmental Psychology*. 2020;17(3):352-64.
54. Armstrong-Carter E, Miller JG, Hill LJB, Domingue BW. Young Children's Prosocial Behavior Protects Against Academic Risk in Neighborhoods With Low Socioeconomic Status. *Child Dev*. 2021;92(4):1509-22.
55. Frogner L, Hellfeldt K, Ångström A-K, Andershed A-K, Källström Å, Fanti KA, et al. Stability and Change in Early Social Skills Development in Relation to Early School Performance: A Longitudinal Study of A Swedish Cohort. *Early Education & Development*. 2022;33(1):17-37.
56. Huber L, Plötner M, Schmitz J. Social competence and psychopathology in early childhood: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019;28(4):443-59.
57. Shohet C, Shay M, Almog-Greenberg C, Adi-Japha E. Early Friendships: Does a Friend's Presence in Daycare Promote Toddlers' Prosocial Behavior Toward Peers? *Journal of Experimental Education*. 2019;87(3):517-29.
58. Zhao YV, Gibson JL. Evidence for Protective Effects of Peer Play in the Early Years: Better Peer Play Ability at Age 3 Years Predicts Lower Risks of Externalising and Internalising Problems at Age 7 Years in a Longitudinal Cohort Analysis. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2023;54(6):1807-22.
59. Rappaport BI, Jackson JJ, Whalen DJ, Pagliaccio D, Luby JL, Barch DM. Bivariate latent change score analysis of peer relations from early childhood to adolescence: Leading or lagging indicators of psychopathology. *Clin Psychol Sci*. 2021;9(3):350-72.
60. Buhs ES, Ladd GW. Peer rejection as antecedent of young children's school adjustment: An examination of mediating processes. *Developmental Psychology*. 2001;37(4):550-60.
61. Ladd GW, Ettekal I, Kochenderfer-Ladd B. Peer victimization trajectories from kindergarten through high school: Differential pathways for children's school engagement and achievement? *Journal of Educational Psychology*. 2017;109(6):826-41.
62. Socialstyrelsen. Statistik om amning 2019. Socialstyrelsen; 2021. 1400-3511.
63. Socialstyrelsen. Statistik om skador och förgiftningar behandlade i slutna vård 2022. 2023.
64. Socialstyrelsen. Munhälsoutveckling bland barn i förskoleålder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023 [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-6-7991.pdf>.
65. Folkhälsomyndigheten. Mat. 2023 [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/mat-fysisk-aktivitet-overvikt-och-fetma/mat/>.
66. Hörnell A, Lagström H, Lande B, Thorsdottir I. Breastfeeding, introduction of other foods and effects on health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. *Food & nutrition research*. 2013;57(1):20823.
67. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding: World Health Organization; 2003.
68. Myndigheternas samordningsgrupp för amningsfrågor. Nationell amningsstrategi 2022-2027. Stockholm; 2022 [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2022/2022-nationell-amningsstrategi-2022-2027.pdf>.
69. Livsmedelsverket. Barn och ungdomar 2-17 år - Mer frukt och grönt. [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/barn-och-ungdomar/barn-2-17-ar#Mer_frukt_och_gr%C3%B6nt.
70. Livsmedelsverket. Riksmaten – barn 2003. Livsmedels- och näringsintag bland barn i Sverige. Uppsala 2006. ISBN 91 7714 177 6.

71. Livsmedelsverket. Socker. [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://www.livsmedelsverket.se/livsmedel-och-innehall/naringsamne/kolhydrater/socker>.
72. Folkhälsomyndigheten. Rekommendationer för fysisk aktivitet och stillasittande. 2023 [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/mat-fysisk-aktivitet-overvikt-och-fetma/fysisk-aktivitet-och-stillasittande/riktlinjer-och-rekommendationer-for-fysisk-aktivitet-och-stillasittande/rekommendationer-for-fysisk-aktivitet-och-stillasittande/>.
73. Liu J, Ji X, Pitt S, Wang G, Rovit E, Lipman T, et al. Childhood sleep: physical, cognitive, and behavioral consequences and implications. *World J Pediatr*. 2022;1-11.
74. Läkemedelsverket. Behandling av sömnstörningar hos barn och ungdomar – behandlingsrekommendation - Bakgrundsdokumentation. Stockholm: Läkemedelsverket; 2022 [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/sok-behandlingsrekommendationer/behandling-av-somnstorningar-hos-barn-och-ungdomar--kunskapsdokument#hmainbody1>.
75. The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health; 2014.
76. Brummer J, Hesse M, Frederiksen KS, Karriker-Jaffe KJ, Bloomfield K. How Do Register-Based Studies Contribute to Our Understanding of Alcohol's Harms to Family Members? A Scoping Review of Relevant Literature. *J Stud Alcohol Drugs*. 2021;82(4):445-56.
77. Köhler M, Emmelin M, Rosvall M. Parental health and psychosomatic symptoms in preschool children: A cross-sectional study in Scania, Sweden. *Scandinavian journal of public health*. 2017;45(8):846-53.
78. Lefkovic E, Baji I, Rigó J. Impact of maternal depression on pregnancies and on early attachment. *Infant Mental Health Journal*. 2014;35(4):354-65.
79. Laverty AA, Filippidis FT, Taylor-Robinson D, Millett C, Bush A, Hopkinson NS. Smoking uptake in UK children: analysis of the UK Millennium Cohort Study. *Thorax*. 2019;74(6):607-10.
80. Avşar TS, McLeod H, Jackson L. Health outcomes of smoking during pregnancy and the postpartum period: an umbrella review. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2021;21:254-.
81. Murray RL, Britton J, Leonardi-Bee J. Second hand smoke exposure and the risk of invasive meningococcal disease in children: systematic review and meta-analysis. *BMC public health*. 2012;12:1062.
82. Wang Z, May SM, Charoenlap S, Pyle R, Ott NL, Mohammed K, et al. Effects of secondhand smoke exposure on asthma morbidity and health care utilization in children: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. 2015;115(5):396-401.e2.
83. Dong M, Anda RF, Felitti VJ, Dube SR, Williamson DF, Thompson TJ, et al. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*. 2004;28(7):771-84.
84. Kingston D, McDonald S, Austin M-P, Tough S. Association between Prenatal and Postnatal Psychological Distress and Toddler Cognitive Development: A Systematic Review. *PLoS ONE*. 2015;10(5):1-16.
85. Sifaki M, Midouhas E, Papachristou E, Flouri E. Reciprocal relationships between paternal psychological distress and child internalising and externalising difficulties from 3 to 14 years: a cross-lagged analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;30(11):1695-708.
86. Hjern A, Arat A, Vinnerljung B. Att växa upp med föräldrar som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – hur ser livet ut i ung vuxen ålder?; 2014 [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: https://anhoriga.se/globalassets/media/dokument/publicerat/publikationer-barn-som-anhoriga/rapporter/bsa_chess-4_webbny.pdf.

87. Windham AM, Rosenberg L, Fuddy L, McFarlane E, Sia C, Duggan AK. Risk of mother-reported child abuse in the first 3 years of life. *Child Abuse & Neglect*. 2004;28(6):645-67.
88. Díaz R, Gual A, García M, Arnau J, Pascual F, Cañuelo B, et al. Children of alcoholics in Spain: from risk to pathology. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 2008;43(1):1-10.
89. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa: förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa: slutbetänkande (SOU 2017:47). Stockholm; 2017 [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2017/06/sou-201747/>.
90. Shaw M. Housing and public health. *Annu Rev Public Health*. 2004;25:397-418.
91. European Environment Agency. Healthy environment, healthy lives: how the environment influences health and well-being in Europe. Luxemburg: Publications Office of the European Union; 2020 [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://www.eea.europa.eu/publications/healthy-environment-healthy-lives>.
92. Folkhälsomyndigheten. Hälsoeffekter av buller och höga ljudnivåer. Stockholm; 2019 [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/h/halsoeffekter-av-buller-och-hoga-ljudnivaer/?pub=60532>.
93. Statens Folkhälsoinstitut. Grönområden för fler – en vägledning för bedömning av närhet och attraktivitet för bättre hälsa. Östersund; 2009.
94. Socialstyrelsen. Anmälningar om barn som far illa eller misstänks fara illa Nationell kartläggning 2018. Socialstyrelsen; 2019. Contract No.: 2019-12-6502.
95. Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården. 2014. [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-4-5.pdf>.
96. Rikshandboken Barnhälsovård. Metoder & Riktlinjer - Hembesök. 2021 [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/hembesok/>.
97. Netsi E, Pearson RM, Murray L, Cooper P, Craske MG, Stein A. Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. *JAMA psychiatry*. 2018;75(3):247-53.
98. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*. 2014;384(9956):1800-19.
99. Wynter K, Rowe H, Fisher J. Common mental disorders in women and men in the first six months after the birth of their first infant: a community study in Victoria, Australia. *Journal of Affective Disorders*. 2013;151(3):980-5.
100. Folkhälsomyndigheten. Barnvaccinationsprogram – Allmänt program för barn. 2024 [citerad 2024-04-17]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/nationella-vaccinationsprogram/barnvaccinationsprogram/>.
101. Socialstyrelsen. Statistik om läkemedel till barn. Socialstyrelsen; 2016. Contract No.: 2016-10-8.
102. Edvinsson Sollander S, Fabian H, Sarkadi A, Salari R, Fält E, Dahlberg A, et al. Asthma and allergies correlate with mental health problems in preschool children. *Acta Paediatr*. 2021;110(5):1601-9.

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsorisker. Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, 171 82 Solna. **Östersund** Campusvägen 20. Box 505, 831 26 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se