

BARNNS HÄLSA I SVERIGES KOMMUNER



Sammanfattning av:
"Indikatorer för barns hälsa i Sverige. Bidrag till ett kommunalt barnindex."
av Lennart Köhler



Rädda Barnen
Save the Children Sweden

Barns hälsa i Sveriges kommuner

Sammanfattning av:
”Indikatorer för barns hälsa i Sverige.
Bidrag till ett kommunalt barnindex.”

Av Lennart Köhler

*Rädda Barnen kämpar för barns rättigheter.
Vi väcker opinion och stöder barn i utsatta
situationer i Sverige och i världen.*

ISBN: 91-7321-115-X

Art nr: 3055

© 2004 Rädda Barnen

Projektledare:	Kalle Elofsson / Ulla Ståhl
Författare:	Lennart Köhler
Grafisk form:	Annelie Rehnström
Omslagsbild:	Patrick Sheándell O'Caroll
Tryck:	Tryckoffset

Innehåll

FÖRORD	7
BAKGRUND	9
Kapitel 1. Att mäta och värdera hälsotillstånd hos befolkningen	9
Kapitel 2. Speciella förhållanden när det gäller mätning av barns och ungdomars hälsa	10
Kapitel 3. Barns hälsa och välfärd i Sverige - några utvecklingsdrag	12
Kapitel 4. De svenska kommunerna och deras roll för barnens hälsa	20
HUR MÄTER MAN BARNNS HÄLSA?	23
Kapitel 5. Grunderna för konstruktion av hälsoindikatorer för barn	23
Kapitel 6. En uppsättning av indikatorer för barns hälsa	25
– En önskelista	23
– Uteslutna indikatorer	24
– Slutliga indikatorer	27
Kapitel 7. Vad som inte finns men borde finnas och kanske kommer	32
Kapitel 8. Från indikatorer till kommunindex	35
BARNNS HÄLSA I SVERIGES KOMMUNER	39
Kapitel 9. Så ser det ut i kommunerna	39
SLUTSATSER	45
KOMMUNTABELL 1.	49
Enskilda indikatorer och barnhälsoindex för 2000-perioden (6 indikatorer).	
I bokstavsordning.	49
KOMMUNTABELL 2.	55
Enskilda indikatorer och barnhälsoindex för 1990-perioden (5 indikatorer).	
I bokstavsordning.	55

Förord

Hur har barn det i Sverige? Hur fördelas välfärden över tid och mellan kommuner i vårt land? Har alla barn samma rättigheter oavsett var i landet de bor?

Dessa frågor har vi i Rädda Barnen ställt och konstaterat att möjligheterna till svar är mycket begränsade. Vi arbetar därför sedan ett antal år med att skapa ett barnindex med Barnkonventionen som utgångspunkt. Vi vill fånga tre aspekter av barns välfärd: barns ekonomiska villkor, barns hälsa och barns tillgång till utbildning. Eftersom kommunen är så viktig i formandet av barns villkor måste data kunna samlas in och jämföras också på kommunal nivå.

Den första aspekten av barns välfärd – de ekonomiska villkoren – har vi belyst i hittills tre rapporter om barnfattigdom i Sverige. Ekonomisk utveckling är också det mått, som används flitigast nationellt och internationellt för att mäta och följa länders utveckling.

Med den här rapporten påbörjar vi arbetet med att beskriva barns hälsa. Det första vi tvingas konstatera är att uppgiften idag är näst intill omöjlig. Internationellt har bland annat UNDP utvecklat alternativa mått som kompletterar de ekonomiska med andra välfärdsdimensioner, som hälsa och utbildning. Dessa belyser dock sällan barns och ungas situation. De få som gör det är på en alltför övergripande nivå. I Sverige finns stora brister när det gäller möjliga indikatorer för att bedöma barns hälsa, framför allt därför att data samlas in fläckvis, i begränsade populationer och utan kontinuitet. Det gör att också kunskapen om barns hälsa blir begränsad, fläckvis och utan kontinuitet. Det duger inte!

Särskilt allvarligt är det att kunskaperna om barns psykiska hälsa är så bristfälliga. Problemen ökar men vi vet att förebyggande arbete är effektivt och att mycket mer sådant behövs. Bristen på systematisk kunskap, nedbrytbar till den kommunala nivån, gör att problemen inte blir tillräckligt synliga och inte möts med kraftfulla insatser.

Rapporten är en sammanfattning av studien ”Indikatorer för barns hälsa i Sverige. Bidrag till ett kommunalt barnindex.”, av professor em. Lennart Köhler. Författaren diskuterar ett stort antal tänkbara indikatorer på hälsa. Men på denna ”önskelista” som skulle ha kunnat utgöra en bra grund för studien har endast sex varit möjliga att använda över tid och nedbrutna på den kommunala nivån.

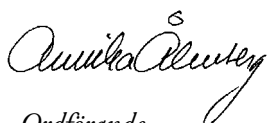
Rapporten ger alltså en långt ifrån tillräckligt tydlig bild av barns hälsa i Sverige. Vår avsikt är att gå vidare och lägga till ytterligare indikatorer när det finns bättre underlag. Sveriges regering, som har ansvaret för Sveriges åtaganden enligt Barnkonventionen, har utlovat förbättrad statistik. Vi vill med denna rapport tydliggöra hur stora bristerna idag är och understryka nödvändigheten av bättre kunskaper, som underlag för att förändra verkligheten. Kunskaperna när det gäller barns och ungas hälsa är djupt otillfredsställande. Och barns och ungas egna röster i bedömningarna av hälsotillståndet saknas så gott som helt.

Enligt ett par studier av nordiska barns hälsa – som mätt barns välbefinnande med såväl objektiva som subjektiva kriterier så har den subjektiva livskvaliteten för-

sämrats. Författaren skriver: "Man skulle kunna säga att barnen och deras familjer nu mår sämre än de har det."

Rapporten ger inte kunskap nog om de särskilt sårbara barnen, vilket naturligtvis vore önskvärt. Men den kan vara ett bland flera verktyg för den kommun, som vill gå djupare och intensifiera arbetet med att förbättra barns hälsa. Vi uppmanar kommuner och landsting att göra det! Hälsa är utan tvekan en av de viktigaste beståndsdelarna i välfärden och det finns många områden där kommunala insatser kan förbättra barns hälsa.

Annika Åhnberg



Ordförande
Rädda Barnen

Bakgrund

Kapitel I

Att mäta och värdera hälsotillstånd hos befolkningen

Att mäta och värdera hälsotillstånd är ett centralt problem inom all hälso- och sjukvård: det är viktigt vid varje patientkontakt på individnivå och det är nödvändigt vid epidemiologiska studier på gruppnivå, antingen det gäller underlag för dimensionering av vårdresurser eller bedömning av effekter av insatta åtgärder, behandling eller förebyggande. Men hälsotillståndet hos en befolkning är inte bara resultatet av vårdinsatser på olika nivåer, det är också en del av välfärden och som sådan ett av målen för socialpolitiska insatser. Hälso- och sjukvården är en aktör bland många för att förbättra befolkningens hälsa, och många hävdar att dess roll historiskt varit högst marginell i detta avseende¹. Viktigast har i stället varit den allmänna välfärdsökningen, med bättre näring och bostäder och mindre fysiska umbäranden. I dag, när välfärden i den rika världen skapat förutsättningarna för ett långt liv, har hälso- och sjukvården dock en viktig roll att bota krämpor, att öka funktionsförmågan och att vårda och lindra det som inte går att bota. Den behövs förvisso också för en god folkhälsa.

WHO:s internationella klassifikation av diagnoser² är en regelbundet uppdaterad förteckning med ungefär 8 000 diagnoser. Den har styrt definitionstänkandet och används nu över hela världen, till stor nytta för standardisering och diagnosjämförelser. Men dessa diagnoser ger bara en bild av sjukdom och avvikelser, och dessutom bara från ett professionellt perspektiv. Inget utrymme lämnas åt de positiva aspekterna på hälsa och välbefinnande och mycket lite åt människors subjektiva upplevelser av ohälsa. Och ändå, dessa delar av hälsan är väsentliga för både individer och samhälle och kan inte förbigås om man vill ha heltäckande och relevanta mätningar, för jämförelser mellan grupper och områden och över tid. Därför blir folkhälsoperspektivet en naturlig utgångspunkt för konstruktionen av ett system av hälsoindikatorer för befolkningen eller delar av befolkningen.

1. McKeown 1971

2. International Classification of Diagnosis, ICD.

Kapitel 2

Speciella förhållanden när det gäller mätning av barns och ungdomars hälsa

Även om välfärdsräkningar länge varit en viktig uppgift för politiker och forskare är det dock uppenbart att man länge ansett att befolkningens välfärd börjar vid 16 års ålder: barns välfärd har inte varit föremål för samma intresse. Enbart som bihang till de vuxna har man kunnat finna data om barn. I ett internationellt projekt om barndomen som socialt fenomen³ sammanfattas resultaten från 18 länder när det gäller att få information om barn på följande sätt:

- barn är sällan observationsenheter
- de upplysningar man får om barn är fragmenterade
- ålderskategorierna som redovisas är inkonsistenta
- information om barn publiceras inte fortlöpande

De flerhundraåriga, obrutna serierna av befolkningsstatistik och de senare tillkomna personnumren har givit Sverige unika möjligheter att presentera täckande och tillförlitliga data om befolkningen och dess livsvillkor. Men också i Sverige var det länge regel att kartläggningarna av välfärden gjorde det enkelt för sig och exkluderade barn⁴, trots att barn egentligen borde vara högprioriterade på detta område och i till exempel Välfärdsbokslut från 1990-talet kallas en välfärdspolitisk nyckelgrupp.

Det finns flera orsaker som gör barnen särskilt viktiga som målgrupp för ett folkhälsoinriktat arbete, både i sin egen rätt och som blivande vuxna.

- Barn utgör en betydande del av befolkningen. I Sverige utgör barn, 0 till 17 år, drygt en femtedel av befolkningen.
- Barn utgör en sårbar grupp, utsatt för betydande hälsorisker och beroende av andra för skydd och vård.
- Barns hälsotillstånd återspeglar ländernas omsorg om sin medborgare. De landvinningar som uppnås på detta område utgör ett mått på ländernas allmänna sociala standard och används gärna i internationella jämförelser.
- Barn har ingen politisk makt och har begränsad representation i formella eller informella påtryckargrupper.
- De vuxnas kunskaper, attityder och beteenden i hälsofrågor, och ofta också deras basala hälsotillstånd, grundläggs och befästs i barn- och ungdomsåren.
- Enligt FN:s konvention om barnets rättigheter, som Sverige undertecknat, garanteras alla barn "rätt till överlevnad och utveckling" (artikel 6) och "rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering" (artikel 24).

Det saknas således inte argument för att en särskilt noggrann bevakning och uppföljning av barns hälsa och välfärd borde vara en synnerligen angelägen uppgift för ett samhälle som vill kalla sig barnvänligt.

3. Qvortrup 1989.

4. Jakobsson & Köhler 1991.

Även om ambitionerna varit stora och lovvärda har vi ännu inte nått så långt att vi kan ge en heltäckande bild av barns hälsotillstånd. Det framhålls ofta i förberedelserna till statistiska översikter att en mycket stor del av hälsouppgifterna som återfinns i register av olika slag inte är personnummerbaserade och dessutom saknar uppgifter om social bakgrund. Den slutsats som drogs efter en tidigare genomgång av barns hälsa i Sverige⁵ gäller i stort sett fortfarande: *”Det saknas en systematisk, kontinuerlig och täckande rapportering av barns hälsa, sedd ur ett barnperspektiv och insatt i ett socialt sammanhang”*.

Barnhälsovetenskap

Man kan föreställa sig hur det breda hälsobegreppet, folkhälsovetenskapen och barns särskilda behov av skydd för sin hälsa och välfärd kan förenas i ett begrepp som man skulle kunna kalla för *Barnhälsovetenskap*⁶. Barnhälsovetenskapens aktionsområden innefattar både utbildning, forskning och praktisk verksamhet. Styrkan med en barnhälsovetenskaplig aktivitet är att den är baserad på den i alla länder accepterade WHO-strategin Hälsa för Alla, att den använder folkhälsovetenskapens arbetssätt, och att den sätter barns och ungdomars hälsa i sitt fulla sociala, ekonomiska och politiska sammanhang. Det betyder att dess aktiviteter, både i utbildning, forskning och praxis, skall vara praktiska och relevanta och inkludera insikter och erfarenheter från flera yrken och vetenskaper.

Barnhälsovetenskapens synsätt och metoder kommer att ligga till grund för den genomgång av lämpliga hälsoindikatorer för barn som presenteras i denna rapport. Dessutom kommer erfarenheterna från arbetet med det just avslutade EU-projektet om hälsoindikatorer för barn att färga förslaget⁷.

5. Jakobsson & Köhler 1991.

6. Köhler 1999.

7. Rigby & Köhler 2002.

Kapitel 3

Barns hälsa och välfärd i Sverige – några utvecklingsdrag

Det finns flera sätt att beskriva utvecklingen av barns hälsa. Man kan ta som utgångspunkt allvarlighetsgraden eller frekvensen av hälsoproblem som drabbar barn. Eller man kan utgå från diagnoser, organsystem, medicinska specialiteter eller områden där stora förändringar skett. Man kan också använda undersökningsmetoder eller informationskällor som startpunkt, eller gå igenom barnens hälsa och ohälsa i åldersgrupper eller utifrån kön. Eller man kan använda kombinationer av dessa metoder. Då denna översikt ingår i en rapport om hälsoindikatorer och hälsoindex, har hälsans variabler grupperats kring allmänt tillgängliga begrepp och mått. De mest använda måtten av detta slag i studier av en barnpopulations hälsa eller brist på hälsa är sådana som är lättillgängliga via register eller på annat sätt, vanligen dödlighet, sjuklighet samt tillväxt och utveckling. I en modernare och mera fullständig beskrivning inkluderar man också välbefinnande, hälsobeteende och kanske livskvalitet.

Vi har blivit vana att betrakta Sverige och de andra nordiska länderna som ledande välfärdsstater, och därmed befolkade av friska och välmående medborgare. Så är det förvisso, men så har det inte alltid varit. I själva verket är det först det förra århundradet som medförde stora framsteg i folkhälsan. Det gäller också barnen, under det århundrade som Ellen Key kallade barnens. När man vill anlägga ett längre historiskt perspektiv på barns hälsotillstånd är man hänvisad till indikatorer, som är lätt tillgängliga i befolkningsregister eller i tjänsteläkarrapporter och det handlar då om dödlighet och i viss mån om sjuklighet.

Dödlighet

Den mest använda variabeln för dödlighet är spädbarnsdödlighet, dvs. antalet barn som dör under första levnadsåret i relation till antalet under samma tid levande födda barn. I Sverige finns uppgifter om denna siffra ända sedan 1700-talets mitt och den har varit konstant sjunkande sedan dess. Mycket använd är också den perinatale dödligheten (antalet dödfödda + antalet döda under de första 7 levnadsdagarna i relation till antalet samtliga födda, levande + döda). Ibland används också den neonatala dödligheten, det vill säga antalet döda under de första 28 dagarna i relation till antalet levande födda. Dödligheten under 5 år⁸ brukas också, särskilt vid internationella jämförelser och anses av UNICEF⁹ vara det enskilda mått som bäst avspeglar barnens situation i ett land. Sverige och de andra nordiska länderna har de lägsta talen i världen, tillsammans med Japan.

Dödlighetstalen, framför allt spädbarnsdödligheten och U5MR, används allmänt som ett mått på ett lands sociala och ekonomiska standard, mera känsligt och rättvisande än till exempel bruttonationalprodukten. Som ytterligare ett mått på socioekonomiska förhållanden använder WHO andelen levande födda barn med låg

8. Under Five Mortality Rate, U5MR.

9. FN's barnfond.

födelsevikt, det vill säga 2 500 g eller lägre. Dessa siffror är för Sverige omkring fyra procent, för många utvecklingsländer 30 till 50 procent.

I allmän statistik är det enkelt att också relatera dödligheten till specifika diagnoser. I denna diagnosrelaterade dödlighet intar nyföddhetssjukdomar, olycksfall och cancer tätplatserna. I industrialiserade länder är olycksfall numera den ledande enskilda dödsorsaken hos barn över ett års ålder, och en stor del, ofta majoriteten av dessa dödsfall orsakas av trafiken. Trots att trafiken ökat kraftigt i Sverige har antalet trafikdödade, barn och vuxna, minskat, liksom antalet döda i drunkning, kvävning och förgiftning. Också i skadebilden ser man en förskjutning mot lindrigare skador. Under 1950-talet dog 400 barn per år till följd av skador, varav 140 i trafiken. I slutet av 1990-talet låg motsvarande siffra mellan 60 och 30 dödsolyckor. Barnpopulationen var ungefär lika stor, men antalet bilar hade ökat från en miljon till 4 miljoner¹⁰.

En annan ledande dödsorsak hos barn är cancer/maligna sjukdomar. Antalet barn som insjuknar i cancer har varit relativt stabilt. Däremot har dödsfallen minskat och överlevnaden kraftigt förlängts genom effektiv behandling. Man räknar med att ungefär 300 svenska barn under 15 år drabbas av cancer varje år, varav mer än 70 procent överlever¹¹.

Sverige har traditionellt haft ett rykte som ett land med hög självmordsfrekvens, men efter en ökning på 1960- och 1970-talen har självmordstalen gått ner. Sverige tillhör nu en mellangrupp bland europeiska länder. Inom åldersgruppen 15 till 24 har en tydlig minskning av självmorden skett mellan åren 1987 till 1996. Emellertid har självmordsförsöken tenderat att öka. En förklaring till uppgången av självmordsförsök kan vara att de förgiftningar som nu sker ofta hänger samman med intag av paracetamol istället för acetylsalicylsyra. Intag av paracetamol leder oftare till sjukhusvård. Dock är tolkningen av uppgången av registrerade självmordsförsök oklar¹².

Medellivslängden är på sätt och vis också ett dödstal och anger hur lång tid en individ vid en viss ålder kan förväntas ha kvar att leva. Även här ligger Sverige i toppskiktet, föregånget endast av Japan. En nyfödd pojke kan hos oss förväntas leva i 77,6 år och en flicka i 82,1 år. Däremot är den återstående medellivslängden för en 50-årig man bara drygt 6 år längre än vid förra sekelskiftet, vilket förstås visar att de största vinsterna i levnadsår har nåtts i yngre åldrar.

Vårdutnyttjande

Sjukligheten hos barn kan beskrivas på flera olika sätt. Genom att utnyttja registerdata från sjukvården kan man få en bild av hur samhällets sjukvårdsresurser används, vid sjukhusinläggningar, vid besök i primärvården osv., med andra ord hur barnens sjukvårdsutnyttjande ser ut. För vuxna är detta en mycket vanlig metod och används nu också för barn. Sådana kartläggningar används mest som underlag för att planera resurser och är en tvivelaktig metod att mäta sjuklighet med. Väsentliga faktorer som inte har direkt med sjukligheten att göra påverkar både vårdbehov, vård-

10. Sylwander 2001.

11. Folkhälsorapporten 2001.

12. *Att följa och analysera självmord*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2000.

efterfrågan och vårdutnyttjande, till exempel kunskap, attityder, värderingar, tilltro till systemet och ekonomiska resurser från patienternas sida samt organisation, behandlingspraxis och tillgänglighet från sjukvårdens sida. Särskilt tillgängligheten till vården har visat sig vara ett kraftigt styrmedel för utnyttjandet. I samband med den allmänna omstruktureringen av den slutna vården i Sverige har antalet vårdplatser på barnkliniker minskat från drygt 2 000 på 1980-talet till drygt 1 100 år 1998¹³. Allt fler barn tas i stället om hand i den öppna vården. Medelvårdtiden på sjukhus har minskat från 4,6 dagar 1981 till 3,7 dagar 1998. Om man inte räknar in vården av nyfödda var medelvårdtiden 2,8 dagar 1998. Flest vård dagar upptogs av nyföddhetssjukdomar, psykiska störningar och skador.

Drygt elva procent av landstingens samlade kostnader för hälso- och sjukvården, exklusive tandvården, togs 1999 i anspråk för vård av barn mellan 0 och 19 år, vilka samtidigt utgjorde 22 procent av befolkningen.

Sjukdomspanoramat har också ändrats markant sedan början av förra seklet. Undernäring, svåra infektioner har försvunnit, allergier, diabetes och andra kroniska sjukdomar har tagit över som vårdorsak. De utan jämförelse vanligaste kroniska sjukdomarna hos barn är numera allergier och astma. Man räknar med att vart tredje skolbarn i Sverige har eller har haft en allergisk sjukdom. Förekomsten av astma är 8 till 10 procent hos skolbarnen, vilket innebär en tredubbling under den senaste 25-årsperioden¹⁴.

Diabetes är en annan sjukdom som ökat kraftigt i Sverige. Insjuknandefrekvensen har ökat i genomsnitt med över två procent per år, ännu mer hos barn under 10 år. Mer än 500 barn insjuknar i Sverige varje år och trots systematisk och intensiv behandling är riskerna för allvarliga komplikationer på sikt stora. Orsaken till ökningen är inte klarlagd, men ett starkt samband föreligger med den likaledes stora ökningen av fetma och övervikt hos barn¹⁵.

Av flera skäl har barn med funktionshinder eller andra långvariga sjukdomar fått ökad uppmärksamhet i samhället under de senaste decennierna. Förekomsten av vissa kroniska sjukdomar hos barn har ökat, till exempel allergier och diabetes. Behandlingen av tidigare snabbt dödliga sjukdomar, till exempel cancer och nyföddhetssjukdomar, har förbättrats och överlevnadstiden ökat. Andra sjukdomar har minskat, till exempel svårare infektioner och skador. Kraven på behandling och omsorg av de långtidssjuka har ökat, både hos yrkesfolk och hos lekmän. Allt detta gör att de långvariga sjukdomarna har fått en ökad betydelse för familjerna, att de kommit att spela en mer framträdande roll i sjuk- och socialvården, och att de handikappades situation i samhället blivit mera uppmärksammas. Likväl är uppgifterna om förekomsten av funktionshinder hos barn fortfarande osäkra, vilket beror på att definitionerna och avgränsningarna är diffusa och att inga heltäckande kartläggningar gjorts. Existerande data baserar sig på uppskattningar och framskrivningar från lokala studier. Enligt en färsk sammanställning som Hjälpmedelsinstitutet gjort från en rad olika källor, har totalt 225 000 barn i åldern 0 till 17 år en långvarig sjukdom eller något lindrigt till svårt funktionshinder, dvs. 13 procent av ålders-

13. Hälso- och sjukvårdsrapport 2001.

14. Formgren 1998, Hälso- och sjukvårdsrapport 2001.

15. Dahlquist & Mustonen 2000.

gruppen¹⁶. Materialet tillåter inga vidare analyser eller nedbrytningar till kommunnivå.

Barn är stora öppenvårdskonsumenter, särskilt i åldrarna ett till fyra år, och de vanligaste sjukdomarna i förskoleåldern är öroninflammationer och övre luftvägsinfektioner. Det verkar som om insjuknandet i infektionssjukdomar ökat i yngre åldrar och minskat i äldre, vilket möjligen hänger samman med att barns umgänge i stora grupper nu sker redan i förskolan och inte som förr först i skolan. Ju äldre barnen blir desto vanligare blir olycksfall och psykosomatiska symtom. I en studie av barn och barnfamiljer i Norden uppgav föräldrarna att ungefär hälften av barnen i åldern två till arton år besökt läkare i öppen vård under de tre senaste månaderna, medan under samma tid ungefär 60 procent av barnen någon gång varit hemma för sjukdom från skola eller förskola, vanligt vis i fyra till fem dagar. Ungefär 15 procent av mödrarna och 10 procent av fäderna stannade hemma från sitt arbete för att ta hand om sina sjuka barn. Helt friska var 40 procent av barnen i Norden, dvs. de hade inte utnyttjat samhällets vårdresurser, medan högkonsumenterna, dvs. de som utnyttjat både sjukhus, läkare, öppen vård och vård hemma utgjorde tre procent av alla barnen¹⁷. I den svenska ULF-studien¹⁸, som gjorts genom enkäter till ett representativt urval av svenskar 1996/97, hade 23 procent av barnen 0 till 15 år besökt läkare i öppenvården under de senaste tre månaderna. I 0 till 2 år var besöken över en tredjedel, vilket överträffas endast av pensionärerna¹⁹.

Tandsjukdomar

Tandsjukdomar hos barn är särskilt intressanta ur tre aspekter. För det första är de lätta att diagnostisera, åtminstone i sina mera utbredda former. Bara genom att öppna munnen avslöjar barnet tändernas allmänna hälsotillstånd. För det andra är tandsjukdomarna, framförallt karies, tätt kopplade till socioekonomisk status. Generellt finns ett klart samband mellan familjens socialklass och barnens hälsa, ett av de tydligaste sambanden finner man vid karies. För det tredje är generellt förebyggande åtgärder den bästa metoden att komma åt dem. Goda regionala studier av barns tandhälsa finns i Sverige sedan 1960-talet, och sedan 1970-talet följer socialstyrelsen utvecklingen över hela landet, både via Folktandvården och på senare tid också via privata tandläkare. Årliga rapporter publiceras. Lokala och regionala program i förebyggande syfte har genomförts i hela landet på barnavårdscentraler, i förskolor och i skolor, och statliga vårdreformer har gjort tandvården för barn lättillgänglig och kostnadsfri för den enskilde. I samtliga barn- och ungdomsgrupper har skett väsentliga förbättringar av tandstatus, men fortfarande finns betydande regionala och sociala skillnader. Rapporteringen till Socialstyrelsen är inte personnummerbaserad och kopplingar till barnens socioekonomiska bakgrund och kommuntillhörighet görs för närvarande inte rutinmässigt.

16. Hjälpmedelsinstitutet 2002.

17. Jakobsson & Köhler 1991.

18. Undersökning av levnadsförhållanden.

19. Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2001.

Hälsoundersökningar

Hälsoundersökningar är en annan metod att ta reda på hur sjuka och friska människor är. I Sverige finns välorganiserade och välfungerande hälsokontroller av barn sedan lång tid tillbaka och med god anslutning. Man kunde därför tro att det här skulle finnas en uppsjö av data om barns hälsa (eller brist på hälsa) från årsklasskontroller, screeningundersökningar och individuella bedömningar. Men tyvärr är kunskaperna sällan systematiserade eller bearbetade, och de resultat som presenteras i officiella tabeller handlar mest om strukturmått (till exempel organisation, antal läkare och sjuksköterskor, antal barn per läkare), prestationsmått (antal besök, antal vaccinationer) i stället för resultat- och effektmått, det vill säga hur hälsan påverkas av verksamheten²⁰. Data från rutinverksamhet inom den förebyggande barnvården och skolhälsovården är därför relativt ovanliga och de som finns är otillförlitliga²¹. Man får i stället gå till särskilt riktade hälsokontroller med speciella frågeställningar och inbyggd utvärdering för att få en bild av barnens vardagshälsa.

Efter hand har allt fler screeningmetoder introducerats i hälsoundersökningarna, dvs. enkla, snabba och billiga metoder som skall sälla ut dem som senare bör bli föremål för mer ingående, diagnostiska undersökningar. Screening används framför allt vid massundersökningar för att söka efter dolda hälsoproblem som har stor betydelse för individen och vilkas förlopp gynnsamt påverkas av tidig upptäckt och behandling. För barn har screening i systematisk form kommit till användning mest när det gäller provning av syn och hörsel och vissa laboratorieundersökningar av blod och urin. Metoderna har kritiskt granskats och utvärderats och man har i dag goda kunskaper om dessa undersökningars värde. I studier där man följt grupper av barn över flera år visar det sig att del åkommer försvinner spontant och att andra tillkommer. För enskilda kan det naturligtvis vara viktigt att avvikelser upptäcks, men effekten på gruppens hälsa av tidig uppspårning och behandling tycks vara marginell, utom möjligen när det gäller defekt syn och tidig hörselnedsättning²². Värde av formell screening av mental, beteendemässig, språklig, social och moralisk utveckling är ännu inte tillfredsställande dokumenterad. Den komplexa biologiska och sociala dynamiken som ligger bakom barnets utveckling gör det svårt att finna enkla och entydiga metoder att spåra tidiga avvikelser. Dessutom är behandlingen av sådana avvikelser inte särskilt framgångsrik²³. Inom Socialstyrelsen har man utarbetat ett förslag till mall för datajournaler som kan användas för att på sikt skapa en databas av god kvalitet²⁴.

I alla moderna kartläggningar av befolkningens hälsa ingår självskattad hälsa som viktiga inslag. Där fångas in aspekter på hälsa som inte annars kommer fram. Dessutom har subjektiva bedömningar av hälsan visat en god överensstämmelse med objektiva sjukdomar och överlevnad. Genom intervjuer, samtal, enkäter och dagböcker kan man få en uppfattning om hur människor själva upplever sin hälsa eller

20. Köhler & Sundelin 1985; Medicinska forskningsrådet 1999.

21. Hagelin 2001.

22. Hall 1996.

23. Sundelin & Sonnander 2000.

24. PM, Socialstyrelsen, mars 2002.

sina sjukdomar. Sådana studier kan läggas upp och analyseras med kvantitativ eller kvalitativ metodik. Dessa metoder har länge varit vanliga för vuxna men börjar också förekomma allt ymnigare hos äldre barn. Ett exempel är den internationella studie av skolbarns hälsovanor som på WHO:s initiativ genomförs vart fjärde år i ett tjugotal länder sedan många år tillbaka²⁵. Det kommande systemet för kontinuerlig övervakning av barns psykiska hälsa kommer också att baseras på barnens egna uppgifter²⁶. Självskattningar kombineras ibland med hälsoundersökningar eller med sjukvårdsutnyttjandestudier, och man kan då relatera subjektiva och objektiva mått på hälsa med varandra. Detta förekommer ofta inom barn- och skolhälsovård, men det är då i allmänhet föräldrarna som svarar för den subjektiva delen. Desto mindre barnen är, desto svårare är det att använda dem som informationskällor.

I några projekt har man låtit barn och föräldrar föra egna register över sina sjukdomsepisoder eller hälsoaktiviteter. Det är från sådana studier man kan visa att små barn har många sjukdomsepisoder, men att de i stor utsträckning hanteras av föräldrarna själva, vanligast modern, utan hjälp av den professionella vården²⁷.

Psykisk hälsa

Det brukar inte vara svårt att få gehör för uppfattningen att barns hälsotillstånd kraftigt förbättrats under det senaste seklet och att barn nu utgör den friskaste delen av befolkningen. Det finns solida data om detta och kunskapen är fast förankrad i folkmedvetandet. Ett undantag utgör dock barns och ungas psykiska hälsa och deras psykosociala uppväxtmiljö. Många uttrycker en stark oro över att barn mår psykiskt dåligt och inte får en optimal utveckling, att samhällets allt krassare prioriteringar, arbetslivets krav och familjens upplösning har lett till ökad oro, främlingskap, utbränning, missbruk, kriminalitet och utslagning. Den massmediala bilden är entydig, allmänheten är övertygad och många yrkesmänniskor i hälso- och socialvården och i skolor är djupt bekymrade över den utveckling de ser i sitt dagliga arbete, och politiker vill handla.

Att belägga dessa uppfattningar med vetenskapliga studier eller med statistik från myndigheter är emellertid inte så enkelt. Det är svårt att jämföra med hur det var förr, dels därför att många av dagens studier aldrig gjorts tidigare, och dels därför att metoder, definitioner, populationer och frågeställningar inte är oförändrade. Så har det till exempel visat sig att de mycket kraftigt ökade polisanmälningarna för misshandel av barn inte grundar sig på en reell ökning av misshandeln utan en ökad rapporteringsbenägenhet²⁸. Vidare har faktiskt kroppslig bestraffning som uppfostringsmetod minskat kraftigt sedan 1980-talet, och allmänhetens attityder till kroppslig bestraffning av barn har blivit klart mindre accepterande²⁹. Dessutom, inte minst viktigt, finns det en rad rapporter som ger en helt annan bild av svensk ungdom i dag, en bild som ter sig ljus och positiv, särskilt i ett internationellt samman-

25. Danielsson & Marklund 2000.

26. Hagquist 2002.

27. Uldall 1986.

28. Barnmisshandel 2000; Janson 2001.

29. Janson 2001.

hang. Helt klart har barns psykiska hälsa blivit en angelägenhet för professionella och politiska initiativ, och det är ett område som bör bli föremål för noggrann övervakning framöver. En statlig utredning har genomförts, det pågår en rad vetenskapliga studier i ämnet.

Tillväxt

Det finns ett nära samband mellan barns tillväxt, utveckling och mognad å ena sidan och deras ohälsa (dödlighet, sjuklighet, funktionsstörning) å andra. Tillräcklig och balanserad näringstillförsel är väsentlig för både tillväxt och motståndskraft mot sjukdomar, och därför används ofta "normala" tillväxt- och mognadsprofiler som indikatorer på ett gott hälsotillstånd. Genom att analysera de data om barns längd, vikt och könsmognad som finns upptecknade sedan lång tid tillbaka i tiden är det möjligt att påvisa en allmän tendens till ökad fysisk storlek i alla åldrar och en sjunkande ålder för puberteten, de så kallade sekulära förändringarna. Tillväxtmönstret uppvisar dock stora variationer, inte bara mellan olika tider utan också mellan skilda geografiska områden och mellan olika sociala klasser³⁰. Det största hotet mot barns hälsa står i dag inte att finna i otillräcklig näringstillförsel utan i tilltagande övervikt. Bland mönstrande 18-åringar hade övervikt³¹ ökat från 7 till 18 procent mellan 1971 och 1998 och andelen med fetma (BMI över 30) från en till nästan fyra procent³². Även hos skolbarn och mindre barn har noterats en dramatisk ökning av övervikt, vilket framför allt anses bero på förändringar i livsstilen rörande kostvanor och fysisk aktivitet. WHO:s skolbarnsundersökningar har dock inte visat några större förändringar över tid i svenska barns fysiska aktivitet, och i en nordisk undersökning hade skolbarnens aktivitet inom idrott och motion inte minskat mellan 1984 och 1996, tvärtom hade den ökat något. Högst låg den i Sverige och Finland³³. Fetma hos både barn och vuxna är betydligt vanligare hos dem med sämre socioekonomiska förhållanden³⁴. Även om effekterna av både förebyggande och behandlande insatser hittills varit begränsade har dock fetma och övervikt en så starkt negativ inverkan på fysisk och psykisk hälsa att också små vinster måste vara hoppningivande i försöken att begränsa den exploderande fetmaepidemin³⁵.

Välbefinnande

Välbefinnande innefattar den subjektiva tillfredsställelsen med olika livsområden, såsom yttre livsbetingelser, medmänskliga relationer och inre, personliga förhållanden. Synonymt används ofta begreppet livskvalitet. I ett par studier av nordiska barns hälsa har man använt sig av både objektiva och subjektiva skattningar av livskvaliteten som omfattar a) socioekonomiska förhållanden, b) struktur och funktion

30. Brundtland & Wallöe 1973; Cernerud 1991, Elmén 1995.

31. Body Mass Index, BMI, i kg/m² mer än 25.

32. Rasmussen o.a.1999.

33. Nordhagen & Nystad 2000.

34. Folkhälsorapport 2001.

35. SBU 2002.

av barnens och familjens nätverk och c) barnets psykiska välbefinnande³⁶. I den första studien 1984 hade barnen en generellt hög nivå av livskvalitet. Trots 1990-talets ekonomiska nedgång, som i högsta grad drabbade barnfamiljerna, fann man vid upprepning av studien 1996 att den objektiva livskvaliteten, som disponibel inkomst och tid för barnen, hade ökat i samtliga nordiska länder. Däremot hade den subjektiva livskvaliteten i den personliga sfären, som psykosomatiska besvär, dåligt självförtroende och mobbning, försämrats i de flesta länderna, bland annat Sverige. Man skulle kunna säga att barnen och deras familjer nu mår sämre än de har det³⁷.

Andra studier över barns och ungdomars välbefinnande har visat liknande resultat: tillfredsställelsen med familj, skola, kompisar och livet i stort är på det hela taget god, men det finns en klar tendens till ökad vantrivsel med vissa ting och i vissa grupper. Detta avspeglar sig också i den ökade andel barn som uppger sig ha psykiska och psykosomatiska problem och som söker professionell hjälp för sina besvär³⁸.

Missbruksproblematiken bland svenska ungdomar är fortfarande begränsad, sett i ett internationellt perspektiv, och några större förändringar i konsumtionsvanorna har inte noterats under det senaste decenniet. Alkoholkonsumtionen är dock betydande hos många ungdomar, särskilt berusningsdrickandet. Tobaksrökningen bland svenska ungdomar är lägst i Europa. Narkotikabruket som tidigare ökat har nu stabiliserats och är relativt beskedligt i ett internationellt perspektiv³⁹.

Ojämlighet

Att det finns ett samband mellan livsvillkor och hälsa är en gammal sanning, som hållits levande framför allt i utvecklingsländer och i länder med stora sociala skillnader. Att det skulle vara relevant också i rika välfärdsstater som Sverige har inte varit allmänt accepterat och har inte varit ett centralt tema i den hälsopolitiska debatten förrän på senare decennier. Ännu svårare har det varit att acceptera att det också bland svenska barn finns en betydande social skillnad i hälsa. Det har dock under det senaste decenniet samlats övertygande bevis för att så är fallet: Tydliga sociala skillnader finns för de flesta hälsoproblem i barnaåren, i vissa fall mycket stora skillnader⁴⁰. Barnens sociala och ekonomiska uppväxtvillkor inverkar på deras hälsa och välbefinnande, på deras sjukdomars uppkomst och förlopp, både i barndomen och senare i vuxenlivet. Det finns tecken på att den sociala, ekonomiska och hälsomässiga ojämlikheten har ökat i Sverige⁴¹. Genom olika typer av politiska, ekonomiska och organisatoriska insatser kan föräldrarnas situation stärkas, barnens uppväxtmiljö främjas, de sociala skillnaderna minskas och barnens hälsa förbättras. Det finns därför inga vägande skäl för att inte alltid inkludera barnens socioekonomiska bakgrund i studier av deras hälsa, det må vara i vetenskapliga rapporter eller i officiell statistik. Då blir det också möjligt att följa samhällets sociala utveckling på ett område som har den största betydelse för framtiden.

36. Lindström 1994.

37. Köhler & Berntsson 2002.

38. Olsson 1998; Berntsson 2000; Danielsson & Marklund 2000.

39. CAN 2002.

40. Bremberg 2002.

41. Folkhälsorapport 2001.

Kapitel 4

De svenska kommunerna och deras roll för barnens hälsa

Svenska kommuner har en historiskt förankrad och långtgående självständighet gentemot staten. Denna självständighet ger kommunerna ett omfattande ansvar för att tillhandahålla gemensamma tjänster och nyttigheter inom stora delar av människors vardagsliv, framförallt inom miljö- och hälsoskydd, vård och omsorg, samhällsplanering, skola och barnomsorg, kultur och fritid. Mycket av denna verksamhet regleras i lagstiftning, till exempel socialtjänstlagen, plan- och bygglagen, skollagen, miljöbalken. Annat sker på frivillig väg, ofta i samarbete med andra myndigheter, som polis, vägverk, landsting eller med andra organisationer. I kommunernas olika nämnder finns ofta målbeskrivningar som innehåller välfärds mål av stor betydelse för hälsan, i till exempel miljö- och byggplaner, program mot missbruk, våld och mobbning. Kommunernas verksamhet spänner således över stora områden som var och en på sitt sätt är viktiga för invånarnas liv och som kan sägas utgöra välfärds politikens kärnområden och som därför har stor betydelse för folkhälsan. Kommunerna kan i sin dagliga verksamhet bidra till att skapa förutsättningar för en god livsmiljö och goda möjligheter för invånarna att leva ett gott och hälsosamt liv, till exempel genom att erbjuda bra bostäder, möjlighet till fysisk aktivitet och rekreation, kommunikation, tillgång till vård och omsorg och god utbildning. Kommunerna har på sistone kommit att framstå som en alltmer viktig aktör i det hälsofrämjande arbetet och har särskilt goda förutsättningar att svara för de generella, primärpreventiva och befolkningsinriktade insatserna.

Kommunerna är dock inte ensamma om att ha ansvar för välfärds politiken och dess genomförande och kan naturligtvis inte påverka alla faktorer som ger hälsa och livskvalitet. Staten har det övergripande ansvaret för välfärdsfrågorna genom lagstiftning, genom det ekonomiska utrymme som lämnas, genom socialpolitiken, arbetsmarknadspolitik och så vidare. Landstingen och regionerna har det operativa ansvaret för större delen av hälso- och sjukvården samt för trafikfrågorna och den regionala planeringen. Kommunernas förutsättningar och förmåga att lösa sina uppgifter har på sistone ifrågasatts. Framför allt är det de många små kommunerna som är hårt pressade av sin minskande befolkning som genom sina skatter skall finansiera bland annat omsorgen för allt fler äldre.

Ett pågående gemensamt projekt mellan Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet och Folkhälsoinstitutet är Lokala välfärdsbokslut⁴². I detta har några av de deltagande kommunerna fokuserat på barnens välfärd, till exempel Göteborg och Haninge. Man har nu tagit fram en databas över kommunala basfakta som underlag för folkhälsoarbete, och där uppmärksammas också några barnområden⁴³. Databasen finns nu tillgänglig på Folkhälsoinstitutets hemsida⁴⁴. I detta basregister laborerar man med några begrepp, som är intressanta ur ett barnperspektiv. Det ena är "säker och trygg kommun", vilket betyder att kommunen uppfyller 6 kriterier,

42. Välfärdsbokslut 1999.

43. Folkhälsoinstitutet, 2003.

44. www.fhi.se

uppsatta av WHO. Det innebär att kommunen arbetar tvärsektoriellt och strukturerat för att förebygga skador i alla riskgrupper. 14 av landets kommuner uppfyller för närvarande dessa kriterier. Det andra är "allergianpassad kommun", vilket betyder att kommunen har fattat ett politiskt beslut att arbeta allergiförebyggande, att det finns en allergikommitté med bred representation samt en handlingsplan för arbetet. I oktober 2002 uppfyllde 38 kommuner dessa krav⁴⁵. Målet är att alla landets kommuner skall bli allergianpassade. Dessutom diskuteras ytterligare en indikator som speglar kommunernas ingripanden för barn och unga. Den indikator har utvalts, som visar det totala omfånget av antalet barn med minst en insats under det aktuella året: "Barn och unga som varit föremål för en eller flera insatser någon gång under året."

I kapitel sex förs en diskussion om möjligheten att använda dessa indikatorer inom ramen för ett barnhälsoindex.

45. www.fhi.se

Hur mäter man barns hälsa?

Kapitel 5

Grunderna för konstruktion av hälsoindikatorer för barn

De förhållanden som presenterats tidigare i rapporten anger både förutsättningar och begränsningar för uppgiften att skapa ett hälsoindex för barn på kommunal nivå. Det är uppenbart att hälsomätning som del av välfärds-mätning är på stark fram-marsch. Flera internationella organisationer publicerar regelbundet rapporter på området, till exempel FN, WHO, OECD och EU. Fortfarande är dock tillgänglig-heten av pålitliga och jämförbara hälsodata starkt begränsade, och rapporterna inne-håller därför bara de allra enklaste och grövsta mätpunkterna. Det pågår emellertid systematiska arbeten för att utarbeta enhetliga och jämförbara mätmetoder. Det vik-tigaste för Europa just nu är EU's pågående stora Health Monitoring Project (HMP), som på flera fronter arbetar på ett gemensamt system av hälsoindikatorer för med-lemsländerna. Många länder har dessutom infört reguljära hälsomätningar och för-sökt skapa hälsoindikatorer för barn⁴⁶.

Alla dessa olika uppsättningar av indikatorer är skapade för att beskriva situatio-nen på landnivå och inte på lokal nivå. Ju mindre del av befolkningen man vill stu-dera, desto mer detaljerad och täckande måste informationen vara. De flesta natio-nella data är inte tillräcklig detaljerade för att kunna brytas ner till så små enheter som kommuner utgör. Ett annat gemensamt drag i de nämnda nationella rappor-terna är att ingen gjort försök att slå samman flera indikatorer till ett enda gemen-samt index.

Även om Sverige i ett internationellt perspektiv har en rik uppsättning av offici-ell data och att flera spännande projekt på senare tid initierats så berör den övervä-gande delen av data som insamlas den vuxna befolkningens hälsa och välfärd. För närvarande finns inget system som duger till att följa och övervaka barnens hälsa och välbefinnande och att jämföra utvecklingen över tid och mellan delar av landet eller befolkningen.

Rädda Barnens initiativ att utifrån Barnkonventionen skapa ett barnindex för att värdera och följa barns situation i Sverige nu och framåt, kommer vid ett lägligt till-fälle. Genom att utgå från Barnkonventionen förhåller man sig till ett internationellt regelverk och ger dessutom arbetet en bred syn på barns hälsa och välbefinnande.

Att tyngdpunkten läggs på kommunerna är viktigt. Det är i kommunerna som barnens närmiljö formas, och det är kommunerna som har ansvaret för den största delen av de faktorer som styr barnens och familjernas välbefinnande. När det gäller att identifiera indikatorer som speglar barnens hälsotillstånd är det emellertid en nackdel att söka sig ner till kommunal nivå, eftersom de flesta vanligen använda indi-

46. Se t ex Australien (Waters 2002), Canada, Italien (Tamburlini 2001), Nya Zeeland (Our Children's Health 1998), Storbritannien (Health of Young People 1997) och USA (America's Children 2002).

katorer på detta område handlar om sjukdomar och behandlingsåtgärder. Detta är normalt inte kommunernas ansvarsområde utan landstingens. Det är därför viktigt att indikatorerna spänner över ett brett spektrum och inte fokuserar enbart på rent medicinska aspekter. Den breda folkhälsovetenskapliga synen på hälsan som ett flerdimensionellt och mångsektoriellt begrepp måste lyftas fram. Hälsans bestämningsskriterier (risk- och friskfaktorer) är lika viktiga att identifiera som ohälsans manifestationer. Det är också angeläget att hälsoindikatorerna tar sin utgångspunkt i barns förhållanden, att perspektivet är barnens och inte de vuxnas.

Det finns också en styrka i att använda lokala indikatorer, därför att de lätt kan återkopplas till lokal verksamhet. De kan utgöra grunden för det fortsatta lokala arbetet och kan skapa engagemang och debatt.

För att en indikator skall kunna motiveras måste både kvantitativa och kvalitativa kriterier beaktas. Indikatorn måste ha en förmåga att mäta det den säger den skall mäta och ha en förmåga att fånga in väsentliga aspekter av det den skall mäta. Likaså måste datakvalitén vara hög. Att solida, kunskapsbaserade insikter ligger bakom varje indikator är ett absolut krav. Inte desto mindre måste det understrykas att avsikten med indikatorerna inte är att ingå i epidemiologiska eller andra vetenskapliga studier. De skall bilda ett system för övervakning av barns hälsa och välbefinnande på kommunnivå, ett system som kan leda till förbättringsåtgärder, ingenting annat. "Measuring for doing, not measuring for measuring".

Kapitel 6

En uppsättning av indikatorer för barns hälsa

Det som är viktigt för barns hälsa och för dess bestämningsfaktorer kan struktureras inom några områden. Följande indelning baserar sig på analyser och diskussioner som förts inom EU-projektet Child Health Indicators for Life and Development (CHILD). De lämpar sig också väl som struktur för ett svenskt indikatorsystem på kommunnivå.

- A. Demografi och socioekonomi
- B. Hälsotillstånd och välbefinnande
- C. Determinanter (Risk- och friskfaktorer)
- D. Service, stöd och hälsopolitik

Inom dessa områden presenteras en uppsättning indikatorer som följer de principer och kriterier som uppställts i föregående kapitel⁴⁷. Denna uppsättning kan sägas representera det mål man skall nå om man vill ha en fullständig och täckande bild av barnens hälsa och välfärd, en önskelista. Som kommer att framgå av genomgången är dock inte alla möjliga att genomföra i dag. Flera av dem måste därför skjutas på framtiden.

En önskelista

Nedan presenteras en förteckning av indikatorer som skulle kunna användas för att spegla barns hälsa och välbefinnande och som tillåter jämförelser över tid och mellan kommuner. En riktig önskelista är det dock inte, därför att vissa anpassningar till realiteter redan har gjorts och förklarats i texten.

A. Demografi och socioekonomi

Indikator	Definition
Barnens socialgruppstillhörighet	Andel barn som lever i hushåll där föräldrarna tillhör (högst av fadern och modern eller ensamstående): ej facklärd arbetare, facklärd arbetare, lägre tjänstemän, tjänstemän på mellannivå och högre, företagare, jordbrukare eller studerande. Fördelade på pojkar och flickor, totalt samt på åldersgrupperna 0–4, 5–9, 10–14, 15–17
Föräldrarnas utbildning	Andel barn som lever i familjer med utbildningsnivå (högst av fadern och modern eller ensamstående): låg utbildning (högst förgymnasial), utbildning på mellannivå (gymnasial eller eftergymnasial utbildning kortare än tre år) eller hög utbildning (eftergymnasial utbildning tre år eller längre eller forskarutbildning). Fördelade på pojkar och flickor samt åldersgrupperna 0–4, 5–9, 10–14, 15–17

47. För den läsare som vill ha en fullständig genomgång av såväl kvantitativa och kvalitativa kriterier som satts upp för de enskilda indikatorerna samt övergripande principer för kommunala indikatorer för barns hälsa hänvisas till kapitel 5 och 6 i originalrapporten. L. Köhler *Indikatorer för barns hälsa. Bidrag till ett kommunalt barnindex*. Rädda Barnen, 2004.

Barns familjestruktur	Andel barn som lever i familjer med endast en förälder eller vårdare, manlig och kvinnlig och totalt, samt procent barn som lever i familjer med samboende föräldrar, i åldersgrupperna 0–4, 5–9, 10–14, 15–17
Barn med utländskt ursprung	Andel utrikes födda barn efter område: Norden, Europa utanför Norden samt övrigt. Fördelade på flickor och pojkar och totalt, samt på åldersgrupperna 0–4, 5–9, 10–14, 15–17
Asylsökande barn	Andel barn som sökt asyl, ensamma eller som del av en familj, per 100 barn i kommunen, Fördelade på pojkar och flickor och totalt, samt på åldersgrupperna 0–4, 5–9, 10–14, 15–17

B. Hälsotillstånd och välbefinnande

Indikator	Definition
Barn skadade av yttre orsaker	Andel barn i åldern 0–17 år som vårdats på sjukhus för yttre skador. Fördelade på pojkar och flickor och totalt.
Barn med diabetes	Andel barn som nyinsjuknar i diabetes (typ ett, insulinberoende). Fördelade på pojkar och flickor och totalt, samt i åldersgrupperna 0–4, 5–9 och 10–14 och totalt.
Barn utan karies	Andel barn som vid 6 års ålder är kariesfria i det temporära bettet. Fördelade på pojkar och flickor och totalt.
Självordsförsök hos barn	Incidens av självordsförsök, definierad som utskrivna från sjukhus med diagnosen självordsförsök. Fördelade på pojkar och flickor och totalt, samt på åldersgrupperna 10–17.
Barn med astma	Prevalensen av astma hos pojkar och flickor och totalt, samt i åldersgrupperna 0–4, 5–9, 10–14, 15–19, och i socialgrupp.
Barn med övervikt och fetma	Andel barn som har ett ålders- och könsstandardiserat Body Mass Index (BMI) av minst 25 resp. 30, mätt vid skolans början och vid 18–19 års ålder (pojkar).
Barn i kommunens vård	Andel barn och unga, som varit föremål för kommunens ingripande en eller flera gånger under året. Fördelade på pojkar och flickor och totalt, samt på åldersgrupperna 0–12 och 13–17 år, per 1 000 barn i motsvarande befolkningsgrupper

C. Determinanter (Risk- och friskfaktorer)

Indikator	Definition
Barn med låg födelsevikt	Andel födda med födelsevikt under 2 500 g, i procent av antalet levande födda, enligt socioekonomisk tillhörighet och familjestruktur.
Barn som ammas	Andel barn som ammas helt eller delvis vid fyra månaders ålder. Procent av levande födda barn och fördelade på socialgrupper.
Barns exponering för tobak i fosterlivet	Andel barn som i fosterlivet blivit exponerad för tobaksrök genom mammans rökvanor, per socialgrupp.
Tonårsaborter	Andel verkställda aborter på 1 000 kvinnor under 18 år, per socialgrupp.

Barns och ungdomars tobaksrökning	Andel barn som uppger att de röker varje vecka. Fördelade på pojkar och flickor och totalt, samt på åldrarna 11, 13 och 15 år, och på socialgrupp.
Barns och ungdomars alkoholvanor	Andel barn i åk 9 som rapporterar intensivkonsumtion av alkohol någon gång i månaden eller oftare. Fördelade på pojkar och flickor och totalt, samt på socialgrupp.
Vaccinationstäckning hos barn	Andel barn som vid fyllda två år har fullbordat sitt vaccinations-skydd mot mässling, påssjuka och röda hund, som procent av alla barn i åldersgruppen.

D. Service, stöd och hälsopolitik

Indikator	Definition
Säker och trygg kommun	Kommunen har av Folkhälsoinstitutet/Räddningsverket blivit utnämnd till säker och trygg kommun för innevarande år.
Allergianpassad kommun	Kommunen har av Folkhälsoinstitutet blivit utnämnd till allergi-anpassad kommun för innevarande år.
Handlingsprogram mot mobbning i skolorna	Andel skolbarn som går i skolor med ett skriftligt definierat, genomfört och uppföljt handlingsprogram för att motverka mobbning, som procent av alla skolbarn.

Uteslutna indikatorer

Jämsides med de mål som presenterades i kapitel 5 för indikatorer som på ett optimalt sätt skall spegla barns hälsa och välbefinnande i samhället, måste det också ställas andra krav. Om mätningarna skall ha en rimlig chans att verkligen bli genomförda och få genomslagskraft i kommunernas planering, måste indikatorerna upplevas som meningsfulla och hanterbara både av dem som samlar in dem och av dem som ställer samman och tolkar dem. Indikatorerna skall vara begripliga och tillförlitliga samt praktiskt och ekonomiskt tillgängliga, så att alla som handskas med dem inser deras värde. Det betyder att alla indikatorer som är önskvärda inte är möjliga att använda, åtminstone inte för närvarande. Men det betyder också att de som är möjliga att använda inte nödvändigtvis är önskvärda, därför att de till exempel inte uppfyller kvalitetskraven.

Alltså måste den tidigare listan kritiskt granskas och reduceras för att de slutliga indikatorerna skall vara just relevanta, pålitliga och tillgängliga. Efter den tidigare indelningen kommer följande indikatorer att försvinna från den aktuella listan.

A Demografi och socioekonomi

Orsak till uteslutning

Indikatorerna här är avsedda att tjäna två syften, dels att ge en allmän beskrivning av kommunerna och deras struktur, och dels fungera som bakgrunds- och förklaringsvariabler till de övriga resultatindikatorerna. Eftersom samma eller snarlika indikatorer redan använts i den första rapporten i Rädda Barnens serie om Kommunalt barnindex, Barnfattigdomen i Sverige⁴⁸, utgår samtliga indikatorer i detta område. I stället kom-

48. Salonen 2002.

mer den rapportens fattigdomsindex att användas, i båda rollerna enligt ovan. Salonens definition baseras på en kombination av två indikatorer och lyder: "barn som varken lever i ekonomiskt fattiga hushåll eller i hushåll som uppbär socialbidrag"

B. Hälsotillstånd och välbefinnande

Indikator	Orsak till uteslutning
Barn med diabetes	Diabetes är på många sätt en utmärkt indikator: den speglar en allvarlig sjukdom, som har enhetlig diagnos och behandling och som ökar i Sverige liksom i resten av den västerländska världen. Antalet är emellertid ännu för litet för att det skall vara meningsfullt att rapportera det per kommun, även vid sammanslagningar av årskullar. Det är dock en sjukdom som måste följas noga på riksnivå, och så görs också i ett par nationella medicinska register.
Barn utan karies	Karies är en viktig sjukdom: i extrema fall är den plågsam, den är kopplad till andra sjukdomar, den är lätt att diagnostisera, den speglar tydligt socioekonomiska skillnader, den är lätt tillgänglig för preventiva insatser och den används internationellt som indikator. Den är med andra ord en närmast ideal hälsoindikator för barn, och bör som sådan ingå i ett komplett hälsoövervakningssystem. Tyvärr finns uppgifter för alla barn fortfarande inte tillgängliga på kommunnivå, och den har därför uteslutits här. Inom några år kommer emellertid sådana data att vara tillgängliga.
Självordsförsök hos barn	Självord speglar både individuella och samhälleliga förhållanden. I barnåren är självord lyckligtvis sällsynt, och inte heller självordsförsök, som i sig är en viktig prediktor för senare självord, är tillräckligt många för att på ett meningsfullt sätt kunna brytas ner till kommunnivå. Däremot har de inkluderats i indikatorn B I Barn skadade av yttre orsaker.
Barn med astma	Astma och allergier är numera de allra vanligaste långvariga sjukdomarna hos barn och unga och ökningen har varit kraftig inom i stort sett alla västländer. Stort intresse har riktats mot deras uppspårande, behandling och förebyggande. Det finns emellertid inga entydiga och standardiserade kriterier för diagnos och de stora geografiska variationerna i prevalens kan delvis bero på varierande diagnoskriterier. Det finns heller ingen god överensstämmelse mellan symtomens förekomst och vårdutnyttjande. Hos barn i åldern 5 till 18 år har sjukhusinläggningarna för astma i till exempel Göteborg minskat med 90 procent under de senaste 10 åren, vilket tyder på att effektiv vård kan ges polikliniskt ⁴⁹ . Och polikliniska data är inte allmänt tillgängliga. Indikatorn har uteslutits därför att diagnosen är osäker och varierande mellan vårdinrättningar, och det är oklart vad indikatorn speglar.
Barn med övervikt och fetma	Övervikt har blivit ett av de snabbast ökande och mest brännande folkhälsoproblemen i västlandet och kräver skärpt uppmärksamhet. Internationellt accepterade och väl definierade avgränsningar existerar, men heltäckande datainsamlingar finns inte tillgängliga ännu, varken i förskole- eller skolåldern. Vid 18-

49. Wennergren & Strannegård 2002.

Barn i kommunens vård

19 års ålder vägs och mäts alla månstrande pojkar, för närvarande cirka 90 procent av delpopulationen. Flickor månstrar inte och mäts inte heller. Indikatorn har uteslutits därför att datainsamlingen är inte komplett vid skolans början. Mönstrande pojkar utgör dessutom bara hälften av populationen och faller dessutom ofta utanför 18-årsgränsen. Denna indikator beskriver kommunernas insatser och egentligen inte barnens hälsotillstånd. Det är en processindikator, och som sådan påverkad av resurser, ambitioner och ideologier i den lokala socialnämnden, samt naturligtvis av den aktuella befolkningens sammansättning och behov. Datakvaliteten har kritiserats för att vara dålig, därför att indikationerna för ingripande varierar och för att alla kommuner inte rapporterar sina åtgärder till Socialstyrelsen. Arbete pågår för att förbättra kvaliteten⁵⁰. Indikatorn har uteslutits därför att datakvaliteten är tveksam och tolkningen oklar.

C. Determinanter (Risk- och friskfaktorer)

Indikator	Orsak till uteslutning
Barns och ungdomars tobaksrökning	Indikatorn är väldokumenterad och mycket använd i studier av ungas hälsovanor. Den är klart relaterad till en rad allvarliga hälsoproblem, både i ungdomen och i vuxen ålder. Alla studier hittills har skett på mer eller mindre representativa urval, och är inte tillgängliga på alla barn på kommunnivå. Indikatorn har uteslutits därför att data inte finns tillgängliga på kommunnivå.
Barns och ungdomars alkoholvanor	Alkoholvanor är, liksom rökvanor, klart relaterade till väsentliga hälsoproblem och mycket använd i kartläggningar av ungas hälsovanor. Används dock endast som stickprov av representativa populationer, ej på hela befolkningsgrupper. Indikatorn har uteslutits därför att data inte finns tillgängliga på kommunnivå.

D. Service, stöd och hälsopolitik

Indikator	Orsak till uteslutning
Säker och trygg kommun	WHO och därmed också Folkhälsoinstitutet/Räddningsverket har nyligen omarbetat kriterierna för indikatorn, och fokuserat på 6 i stället för 12 kriterier. Det är emellertid fortfarande inte kristallklart hur dessa kriterier skall tolkas och det finns ingen utarbetad plan för systematisk uppföljning av hur kommunerna är efter år följer kriterierna. Indikatorn har uteslutits därför att begreppet Säker och trygg kommun är diffust definierat och oklart i sin kontinuitet, och därför att det direkta sambandet med barnens hälsa är svårt att föra i bevis.
Allergianpassad kommun	Indikatorn speglar kommunens satsningar på att arbeta allergiförebyggande, och innebär så diffusa och svårångade insatser som att politiskt tillsätta en kommitté för att utarbeta en handlingsplan. Vad sådana manifestationer kan tänkas betyda för allergisjukdomarna är inte lätt att säga. Det vittnar om kommunernas ambitioner, men har i stort sett obevisade effekter på hälsan. Även de bästa intentioner kan dessutom leda till åtgärder som senare visar sig vara helt meningslösa eller till om med

50. Insatser för barn och unga 1999.

skadliga, vilket varit fallet med många välmenande medicinska råd inom allergiområdet⁵¹. Indikatorn har uteslutits därför att kriterierna är oskarpa och konsekvenserna för barnens hälsa tvivelaktiga.

Handlingsprogram mot mobbning i skolorna Detta är åter en processindikator, som inte direkt reflekterar barnens hälsotillstånd utan beskriver hur seriöst kommunen ser på ett allvarligt och vanligt hälsoproblem och hur man försöker förebygga det. Denna indikator ingår i förslaget till ett gemensamt europeiskt indikatorsystem för barns hälsa. Denna del har uteslutits med hänsyn till det framtida utbildningsindex som Rädda Barnen för närvarande ser över möjligheterna att ta fram.

Slutliga indikatorer

Efter denna rensning återstår således en indikator som speglar betydelsefulla hälsoproblem hos barn och unga, nämligen *yttre skador inklusive självmordsförsök*. Som determinanter återfinns fem indikatorer med betydelse för den aktuella eller framtida hälsan, varav två positiva (*amning och vaccinationstäckning*) och tre negativa (*låg födelsevikt, tidig exponering för tobak samt tonårsaborter*).

A Demografi och socioekonomi

Ingen kvarstår

B. Hälsotillstånd och välbefinnande

Indikator	Motivering
Barn skadade av yttre orsaker	Yttre skador som vårdats på sjukhus speglar en allvarlig åkomma som kan förebyggas genom samhälleliga åtgärder, inte minst i kommunerna. Data finns också sedan länge lätt tillgängliga.

C. Determinanter (Risk- och friskfaktorer)

Indikator	Motivering
Barn med låg födelsevikt	Låg födelsevikt är kopplad till pressade socioekonomiska familjeförhållanden men ökar också i sig risken för senare medicinska komplikationer. Är åtminstone delvis påverkbar genom lokala insatser. Används över hela världen som indikator för hälsa och välfärd.
Barn som ammas	Trots att amning inte som i u-länderna är intimt kopplad till överlevnad, innebär amning en positiv faktor för hälsa och välbefinnande också i rika i-länder. Amningsstimulerande åtgärder kan initieras lokalt. Används internationellt som indikator för hälsa och välfärd.
Barns exponering för tobak i fosterlivet	Alltmer kunskap samlas om tobaksrökens skadliga effekter, särskilt på omogna och växande organismer. Stor kraft måste sätas in för att skydda nyfödda och små barn från detta hälsohot, och mycket kan göras inom kommunerna.

51. Wold A, Adlerberth I. Allergiråd ökar risken för allergi, DN 1 december 2002.

Tonårsaborter	Tonårsaborter är ett tecken på effektiviteten av förebyggande insatser, framförallt som de bedrivs i skolor och ungdomsmotagningar. De ökande talen på senare år och den ojämlika geografiska fördelningen tyder på att lokala åtgärder har betydelse.
Vaccinationstäckning hos barn	Vaccination är en av de mest använda och mest kostnads-effektiva metoderna att förebygga sjukdomar. Vaccinationstäckningen beskriver dels hur väl infektionsskyddet är i den aktuella barnpopulationen och dels hur väl hälsoinformation via BVC och andra lokala aktörer har nått ut och skapat förtroende hos föräldrarna. Lokala vaccinationsdata samlas regionalt och centralt, och kan brytas ner på kommunnivå via det centrala registret på Smittskyddsinstitutet.

D. Service, stöd och hälsopolitik

Ingen kvarstår

Slutliga indikatorer

1. Barn skadade av yttre orsaker
2. Barns exponering för tobak i fosterlivet
3. Barn med låg födelsevikt
4. Barn som ammas
5. Tonårsaborter
6. Vaccinationstäckning hos barn

Kapitel 7

Vad som inte finns men borde finnas och kanske kommer

De indikatorer som presenterats i den slutliga versionen är en kompromiss mellan vad som är önskvärt för att kunna bevaka och följa barns hälsa och välbefinnande i kommunerna och vad som är möjligt utifrån tillgängliga datakällor och resurser. Genom fortsatt forskning och utvecklingsarbete kan ytterligare ett antal indikatorer tas fram. Det är viktigt att nya indikatorer utvecklas för att användas i kommunerna, därför att så mycket av deras kärnverksamhet är grundläggande för invånarnas hälsa. Det är i kommunerna barnen växer upp och deras närmiljö formas. Det är också där ohälsöförebyggande och hälsofrämjande åtgärder har sin största genomslagskraft.

Den största bristen av data finns inom barns psykiska hälsa. Trots att detta område är centralt för individernas välbefinnande och samhällets kostnader och trots att det är problemen på detta område som ökar mest och vållar störst bekymmer bland yrkesfolk, politiker och allmänhet. Anledningen är förstås att den psykiska hälsan, särskilt hos barn, är en svår fångad företeelse och att det inte finns mätmetoder som kan fånga alla aspekter på en gång. Många studier av barns psykiska hälsa och beteendeproblem har gjorts, och många metoder har prövats. Men det har inte lett till att man har en systematisk kunskap om alla svenska barns psykiska hälsa eller data som är nedbrytbara till kommuner. Det finns dock en stor enighet om att förebyggande är det effektivaste sättet att komma åt problemet och att det helst ska ske i närmiljön. Främst är det insatser för familjen, förskolan och skolan som kan förväntas ge de bästa effekterna på den psykiska hälsan⁵². Särskilt intressanta är de samordnade insatser som görs inom en kommun⁵³. Intresset för det sociala kapitalet som ett effektivt smörjmedel för det mänskliga umgänget är utbrett. Mycket talar för att barnens och familjernas sociala nätverk blir ett område som kommer att prioriteras i de fortsatta analyserna av också barnens välbefinnande⁵⁴.

Som nämnts i tidigare avsnitt pågår ett intensivt utvecklingsarbete på flera håll i landet för att komma till rätta med bristerna i övervakningsmöjligheter. Särskilt skall nämnas tre initiativ som inom några år kommer att avsevärt förbättra situationen:

Det ena är den gemensamma aktionen från Folkhälsoinstitutet, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet att skapa lokala välfärdsbokslut, där folkhälsan satts i centrum. Man har nu utvecklat en databas över kommunala basfakta som underlag för folkhälsoarbete, och där uppmärksammas också några barnområden⁵⁵. Allt fler kommuner har börjat arbeta efter dess riktlinjer. I februari 2002 hade 29 kommuner fattat ett formellt beslut om att ta fram ett Välfärdsbokslut, i 49 kommuner har införandeprocessen startats och i 10 kommuner har ett konkret Välfärdsbokslut presenterats⁵⁶. När systemet blir fullt utbyggt och kvalitetssäkrat finns flera indikatorer som kan användas också i en uppsättning barnindikatorer.

52. Bremberg 1998, Lagerberg 2002, Hwang 2002.

53. Berg Kelly o.a. 1993.

54. Hagström, Redemo, Bergman 1998; Vimpani 2000; Bing 2003.

55. Folkhälsoinstitutet, 2003.

56. Kommunförbundet 2002.

Det andra initiativet är det projekt som på regeringens uppdrag pågår på Socialstyrelsens Epidemiologiska centrum för att utarbeta och pröva ett system för en kontinuerlig bevakning av barns och ungas mentala hälsa⁵⁷. Det skall baseras på återkommande tvärsnittsundersökningar vart tredje år av skolelever i åldern 11–16 år (årskurs 6 och 9). Datainsamlingen planeras som en totalundersökning av samtliga elever, vilket ger möjlighet att föra tillbaka resultaten till kommuner och skolor. Enkäterna skall besvaras anonymt i klassrummen och skall innehålla frågor om såväl psykiskt välbefinnande som psykisk ohälsa, liksom om barnens förhållanden i familj, vänkrets och skola. Ett färdigt förslag kommer att ligga på regeringens bord i oktober 2004 och en första nationell undersökning kan genomföras tidigast 2005, om regeringen tillstyrker och avsätter medel.

Det tredje är det förslag till mall för elektroniska barnavårdsjournaler som tagit fram för att på sikt förenkla insamlandet av uppgifter om hälsokontroller, tillväxt, screeningundersökningar, rådgivning och vaccinationer som utförs på barnavårdscentralerna och i skolhälsovården⁵⁸. Detta ger förutsättningar för att systematisera och kvalitetshöja informationen om enskilda barn och att epidemiologiskt bevaka barns hälsa i Sverige, såväl på lokal som på nationell nivå.

Utbildningsväsendet, både förskola och skola, är en viktig offentlig arena för barns hälsa. Dock har vi inom ramen för denna studie valt bort denna del med hänsyn till det framtida utbildningsindex som Rädda Barnen för närvarande ser över möjligheterna att ta fram.

Vad som inte finns och heller inte omedelbart väntar i någon utredning eller något större projekt i Sverige är förskolebarns psykiska hälsa, beteende, välbefinnande och livskvalitet. Dessa frågor är synnerligen viktiga, men metodproblem och kostnader har hittills hindrat landsomfattande kartläggningar. I 10 europeiska länder pågår ett projekt⁵⁹ för att utveckla ett screeninginstrument som skall kartlägga den mentala hälsan och livskvaliteten på skolbarn från omkring 10 år och uppåt⁶⁰. Instrumentet finns översatt också till svenska och kommer att användas i en stickprovsundersökning för att valideras och normeras⁶¹.

Ett annat viktigt område, där det saknas samlad data, är den fysiska miljön. Den fysiska miljön inverkar på barnens hälsa, både beträffande luft-, vatten- och bullerföroreningar. I några kommuner, framförallt i storstäderna, görs detaljerade mätningar över luftkvaliteten. Resultaten kan hänföras till relativt små geografiska områden och dessa invånare, s.k. ekologisk metodik, ofta använd för att just belysa miljöns effekter på befolkningen⁶².

Matvanor och näringsstillförsel till barnen blir alltmer viktiga komponenter i de hälsobeteenden som ligger bakom den ökade förekomsten av övervikt, fetma och i förlängningen diabetes och hjärt- kärlsjukdomar. Därför blir det också viktigt att utveckla sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser på dessa områden och

57. Hagquist 1997, 2002.

58. Socialstyrelsen, PM, mars 2002.

59. KIDSCREEN.

60. Ravens-Sieberer o.a. 2001.

61. Ravens-Sieberer o.a. 2002.

62. Elliot o.a. 1992.

att konstruera övervakningssystem med säkra, känsliga och tillgängliga indikatorer som komplement till de traditionella vägningarna och mätningarna på barnavårdscentralerna och i skolan.

Kulturutbudet och kulturkonsumtionen för barnens del är ett annat område som inte kunnat tas med i detta förslag, liksom inte heller möjligheterna för lek, sport och andra fritidsaktiviteter. Inte för att det inte är viktigt för barns och ungdomars hälsa och välbefinnande, utan därför att det inte finns pålitliga metoder och rutiner att mäta det och dess effekter.

En extra sårbar grupp bland barnen är de som har ett *funktionshinder eller annan långvarig sjukdom*. För barnen medför sådana åkommor inskränkningar i den normala funktionen och aktiviteten, och de har en ökad förekomst av psykosomatiska problem. De är också mer utsatta för mobbning; i en nordisk studie löpte dessa barn dubbelt så stor risk att bli mobbade som andra barn⁶³. Det är ett väldokumenterat och allmänt accepterat faktum att också familjerna med funktionshindrade barn är mer belastade och mera sårbara än andra familjer. Påfrestningarna kan vara av olika slag, fysiska, psykiska, sociala, ekonomiska. För dessa barn och deras familjer är barndomen ofta en bekymmersam tid med täta sjukhusinläggningar och läkarbesök; av komplicerade och påfrestande behandlingar; av inskränkningar i livsföringen; av ekonomiska påfrestningar; av osäkerhet och ängslan för barnets framtid⁶⁴. Även om nyare studier tyder på att man kraftigt lyckats förbättra villkoren för dessa barn och deras familjer är belastningen på dem fortfarande stor och mycket återstår att förbättra i det psykosociala stödet. Det vore därför önskvärt att kunna inkludera långvarigt sjuka barn i en systematisk hälsoövervakning och som del i ett hälsoindex, vilket för närvarande inte är genomförbart. Förslaget till mätning av barns psykiska hälsa, som skall vara en totalundersökning av ett par årskurser, kan möjligen bidra till en sådan kartläggning.

63. Nordhagen 2001.

64. Jakobsson & Köhler 1991.

Kapitel 8

Från indikatorer till kommunindex

Genomgången hittills har visat att hälsomätning är ett komplicerat företag, dels därför att begreppet hälsa är så mångfacetterat och dels därför att metoderna att mäta det är osäkra. Inte desto mindre är det en angelägen uppgift att mäta och värdera befolkningens hälsa och att följa den över tid. Hälsan är en väsentlig komponent i välfärden och som sådan används den som ett sätt att karakterisera ett land eller en region. Det är också viktigt att mäta hälsan i delar av befolkningen och i delar av ett land, därför att livsbetingelserna kan vara så olika att det blir meningslöst att slå ihop resultaten till en gröt av siffror. Detta är en av anledningarna till att hälsobevakning av barn och i kommunerna har ett eget berättigande.

Det yttersta målet med kommunernas hälsoarbete måste vara att ge invånarna så bra hälsa som möjligt eller åtminstone tillhandahålla förutsättningarna för en god hälsa. Men vad betyder det för en befolkning och för en kommun? Det måste vara realistiska mål och det måste finnas utrymme för mänskliga variationer, även bland barn.

I Barnkonventionens artikel 24 sägs att barn har rätt att "åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering". Rätt till bästa uppnåeliga hälsa betyder i detta sammanhang att ta hänsyn såväl till individens egna fysiska och socioekonomiska förutsättningar som till kommunens resurser och möjligheter. Barnet och föräldrarna har själva ett ansvar för eventuella val av hälsofarliga aktiviteter och har en uppsättning genetiska förutsättningar för hälsa och sjukdom. Men samhället har ett ansvar att i så hög grad som möjligt och utan diskriminering tillhandahålla hälsotjänster av olika slag, såsom förebyggande och vårdande insatser. Samhället har skyldighet att både underlätta, främja och sörja för rätten till hälsa för sina invånare. Detta är mycket klart uttryckt i den senaste folkhälsopropositionen, som argumenterar för att folkhälsoarbetet, både nationellt, regionalt och lokalt, skall fokuseras på hälsans bestämningsfaktorer⁶⁵. Det handlar förstås också om tillgängliga resurser, där det inte finns några absoluta svar på vad som är tillräckligt. Detta leder naturligtvis till värderingar och prioriteringar, vilket gör att bedömningar och handlingar inte alltid blir objektiva och heller inte nödvändigtvis delas av alla.

Operationaliseringen och renodlingen av kommunens uppgifter i detta sammanhang är därför inte enkla. Många av uppgifterna sammanfaller med det sjukvårdande ansvaret, dvs. det som främst landsting och stat har. De föreslagna indikatorerna har dock formulerats så att de speglar områden där kommunerna har åtminstone ett visst ansvar och inflytande. Målet för kommunens insatser skall sättas högt. Det är naturligtvis önskvärt att inga barn skall behöva vårdas på sjukhus för skador, göra abort eller utsättas för tobaksrök, men särskilt realistiska mål är det inte. Det är dock möjligt att ange en nollvision som en önskvärd målsättning, och sedan beräkna hur långt varje kommun har kommit på sin väg dit.

Flera myndigheter och organisationer använder sig av målrelaterade visioner. Vägverket har till exempel i sin välkända nollvision infört som sitt transportpolitiska mål

65. Mål för folkhälsan, Proposition 2002/03:35.

att *"inget barn skall dö eller åsamkas en långvarig hälsoförlust eller uppleva otrygghet på väg till och från skolan på grund av brister i vägtransportsystemet"*⁶⁶. Även WHO och Socialstyrelsen använder denna typ av målrelaterade beräkningar.

Det är inte rättvisande att anta att alla kommuner är lika och kan jämföras med varandra rakt av. Därtill är kommunerna alltför olika i storlek och struktur. För ett mer korrekt sätt att jämföra kan man då använda Svenska Kommunförbundets kommungruppsindelning. Kommunernas delas där in i nio grupper som tar hänsyn till bland annat folkmängd, tätortsgrad och näringsstruktur.

Slutsatsen av alla dessa överväganden blir att rapporten lägger fram utfallet av de sex indikatorerna i alla landets kommuner i form av ett gemensamt hälsoindex. För att skapa ett sådant *kommunalt hälsoindex* för barn adderas således resultaten för varje indikator och summan divideras med sex, dvs. antalet indikatorer. Från område B, Hälсотillstånd och välbefinnande, som alltså består av en indikator, beräknas den *andel barn i kommunen som inte har vårdats på sjukhus för yttre skador*. Om alla barn 0 till 17 år i kommunen uppfyller detta kriteriet, dvs. inget barn har vårdats på sjukhus för yttre skador, får kommunen talet 100. Om inget barn uppfyller kriteriet, dvs. alla barn har vårdats på sjukhus för yttre skador, blir kommunens tal 0.

Från område C, Determinanter (risk och friskfaktorer), 5 indikatorer, beräknas på samma sätt den andel barn i kommunen som i respektive årsgrupp *ammats fullt till fyra månader, inte vägde under 2 500 g vid födelsen, inte genomgått tonårsabort, inte blivit utsatta för tobak i fosterlivet samt fullbordat sitt vaccinationskydd mot MPR*. Måluppfyllelsen skall återigen vara att alla kommunens barn i respektive åldersgrupp skall uppfylla dessa krav, dvs. kommuntalet skall vara 100.

Sammanlagningen och divisionen med 6 leder till ett gemensamt kommunindex mellan 0 och 100, där 100 är det mål man vill uppnå. I detta index ingår alltså en sammanslagen siffra på kommunens måluppfyllelse från varje indikator. Inget försök har gjorts att väga de olika inslagen, utan varje indikator har fått samma vikt, det vill säga utfalls- och determinantindikatorerna är värda lika mycket i den slutliga bedömningen av om kommunen lyckats skapa friska barn och goda förutsättningar för friska barn.

För att inte variationer under enskilda år skall förvrida resultaten, har ett medeltal beräknats för resultaten under en treårsperiod, en period omkring 1990, vanligen 1988, 1989 och 1990, samt en period omkring 2000, vanligen 1998, 1999 och 2000. Dock måste enskilda indikatorer och index för små kommuner tolkas och jämföras med en viss försiktighet. Alla skattningar, och därmed också jämförelser mellan skattningar, påverkas av slumpmässiga variationer. Hur stora dessa är och vilken riktning de har beror på kommunens storlek och frekvensen av den aktuella variabeln. Små kommuner och sällsyntare händelser har en större slumpmässig spridning. Kommunernas index kan därför variera mellan olika mätperioder, särskilt för de små kommunerna.

Amning vid fyra månaders ålder som indikator finns överhuvudtaget inte tillgänglig från 1990-perioden. Detta har beaktats vid jämförelser mellan perioderna,

66. Vägverket 1999, 2002.

så att när jämförelse görs 10 år bakåt används enbart de 5 indikatorer som finns för båda perioderna.

Resultaten presenteras i kapitel 9 i tabeller och diagram, som skildrar läget nu och för 10 år sedan samt förändringen över den tiden, för varje enskild kommun, för kommungrupper, för dem som ligger högst i rangordningen och dem som ligger lägst. På så sätt kan man få en uppfattning om varje kommuns aktuella situation och jämföra den med ett decennium tidigare. Dessutom kan man jämföra kommunen med förhållandena i andra kommuner, nu och tidigare. Man kan också göra statistiska beräkningar på olika samband, till exempel mellan olika indikatorer och mellan hälsoindex och fattigdomsindex.

En rad frågor är fortfarande obesvarade, till exempel om det finns en anhopning av särskilt sårbara barn och familjer i kommunen. Man vet att det ofta är samma barn som både utsätts för tobak, väger för lite och inte ammas. Kanske är det också ofta samma ungdomar som skadas och gör abort? Den djupare analysen och detaljgranskningen av indikatorerna för varje kommun faller emellertid utanför ramen för denna rapport. Det blir varje kommuns egen uppgift att granska sin situation, varför man halkat upp eller ner i barnhälsoindex och vilka faktorer som varit avgörande för kommunens placering, samt, inte minst, vilka åtgärder man kan vidta för att bli bättre.

Barns hälsa i Sveriges kommuner

Kapitel 9

Så ser det ut i kommunerna

Som beskrivits i tidigare kapitel läggs värdena för varje indikator samman till ett enda index, med ett maximum och ett optimum av 100, vilket gör att talen för enkelhetens skull kan uttryckas i procent. För 2000-perioden, medelvärde för tre år kring år 2000, ingår alla sex indikatorerna, medan det för 1990-perioden, medelvärde för tre år kring år 1990, bara finns fem indikatorer, eftersom amningsdata inte är tillgängliga för den tiden.

Barnhälsoindex för enskilda kommuner och kommungrupper i 2000- respektive 1990-perioden

Utan att justera för att en sjuende indikator, amning, adderades från 1990-perioden till 2000-perioden redogörs i tabell 1 och 2 för de enskilda kommunernas sammanvägda index och placering i förhållande till resterande kommuner i Sverige. Det betyder att de två perioderna, utan ytterligare justeringar, inte skall jämföras med varandra vad avser värde på index eller inbördes placering.

Ser vi till tabell 2 varierar värdena mellan kommunerna med högst 9,5 procentenheter, Från 93,0 i Ekerö till 83,5 i Tanum. Medelvärdet för alla kommuner är 88,0 och medianen 88,8.

Tabell 1. Kommuner med högst och lägst index för 2000-perioden (6 indikatorer)

Kommuner med högst index för 2000-perioden		Kommuner med lägst index för 2000-perioden	
Kommun	Index	Kommun	Index
Ekerö	93,0	Tanum	83,5
Täby	92,8	Degerfors	84,0
Vaxholm	92,6	Ljusnarsberg	84,6
Danderyd	92,6	Storfors	84,8
Hammarö	92,3	Älvkarleby	84,8
Lidingö	92,3	Kumla	84,8
Nacka	92,2	Landskrona	85,0
Sollentuna	92,2	Östra Göinge	85,0
Härjedalen	92,2	Mellerud	85,2
Solna	91,7	Grums	85,6

Utifrån ett index om bara fem indikatorer för 1990-perioden kan vi i tabell 3 se att värdena varierade med 7,9 procentenheter. Från 94,4 i Åsele till 86,5 i Jokkmokk. Medelvärdet för alla kommunerna var 90,3 och medianen 90,4.

Tabell 2. Kommuner med högst och lägst index för 1990-perioden (5 indikatorer)

Kommuner med högst index för 1990-perioden		Kommuner med lägst index för 1990-perioden	
Kommun	Index	Kommun	Index
Åsele	94,4	Jokkmokk	86,5
Lomma	93,3	Orsa	86,8
Danderyd	93,3	Åstorp	87,2
Essunga	93,2	Burlöv	87,6
Lycksele	93,0	Älvkarleby	87,6
Habo	92,9	Osby	87,6
Tranås	92,9	Svalöv	87,7
Strömstad	92,7	Södertälje	87,7
Sollentuna	92,6	Landskrona	87,9
Alvesta	92,5	Malmö	88,0

Avståndet mellan högsta och lägsta kommun har ökat något, från 7,9 i 1990-perioden till 9,5 i 2000-perioden. Det betyder att tillägget av den sjätte indikatorn, amningsstatus, har ökat spridningen mellan kommunerna och dessutom sänkt medelvärdet. Kommuntabellen, som återfinns i bilagan, redovisar hälsoindex för alla landets kommuner, både för 2000-perioden och för 10 år tillbaka, för 1990-perioden.

Som tidigare diskuterats är kommunerna sinsemellan mycket olika, till befolkning, näringsprofil mm. Därför använder man ofta en indelning av kommunerna i 9 grupper. I 1990-perioden ligger storstäderna något sämre än övriga kommungrupper i perioden (närmare tre procentenheter). Bäst ligger förortskommunerna tillsammans med glesbygdskommunerna. I 2000-perioden har storstäderna i den inbördes listan klättrat ett par steg, sämst är nu industrikommunerna och bäst är förortskommunerna. Skillnaderna mellan kommungrupperna är dock inte stora, varken för 1990-perioden eller för 2000-perioden. Sorterade geografiskt efter län varierar barnhälsoindex mellan det högsta värdet 90,4 i Stockholms län och det lägsta 87,0 i Örebro län. Medelvärdena för barnhälsoindex i regionerna (Götaland, Svealand och Norrland) visar dock ingen skillnad.

Jämförelse mellan perioderna

För att kunna jämföra de båda perioderna och bedöma förändringar i hälsoindex mellan dem måste man korrigera talen, eftersom det saknas amningsdata för 1990-perioden. En rättvis jämförelse blir det således först om man tar bort amningen också från 2000-perioden och jämför de fem indikatorer som finns för båda perioderna. Vid jämförelsen har också hänsyn tagits till de kommunförändringar som skett, så att de fem kommuner som inte existerade i 1990-perioden har tillagts ett värde som är genomsnittligt för deras respektive kommungrupp.

Det visar sig då att index, när det gjorts jämförbart, blivit bättre på dessa tio år, med en ökning av medelvärdet från 90,3 till 93,2. Alla kommuner utom Ljusnarsberg (-3,1 procentenheter) och Åsele (-2,3 procentenheter) har förbättrat sitt hälsoindex mellan de två mätperioderna. Störst förbättring, mer än fem procentenheter, har skett i elva kommuner (se tabell 4). Skillnaden mellan maximum och minimum var i 1990-perioden 7,9 procentenheter (från 94,4 till 86,5). I den jämförbara

2000-perioden (fem indikatorer) var skillnaden mellan kommunernas maximum och minimum 9,2 (från 96,3 till 87,1), det vill säga en ökning i spridningen med 1,3 procentenheter.

Tabell 3. Kommuner som förbättrat sitt barnhälsoindex 1990-2000 med mer än 5 procentenheter (5 indikatorer)

Kommun	Förbättring i procentenheter	Kommun	Förbättring i procentenheter
Jokkmokk	7,6	Kävlinge	5,5
Norberg	7,2	Munkfors	5,4
Sala	6,3	Kiruna	5,3
Osby	5,6	Robertsfors	5,3
Ragunda	5,6	Sigtuna	5,1
Åstorp	5,5		

Sammantaget finns ett klart samband mellan perioderna. De kommuner som ligger högt i 1990-perioden gör det också i 2000-perioden.

Som kommungrupp har den största förbättringen skett i de tre storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö, fyra procentenheter, och den minsta förändringen har skett bland de 41 kommunerna med mindre än 15 000 invånare.

Enskilda indikatorer i index

Bryter man ner hälsoindexet i sina beståndsdelar ser man att det för vissa indikatorer är svårare att nå målet än för andra (se tabell 5). Bäst genomsnittliga värden har indikatorn tonårsaborter som är den mest sällsynta negativa hälsoindikatorn. Mindre än två av 100 flickor under 18 år har genomgått en abort. Goda värden har också låg födelsevikt, som genomgående för landet håller sig strax under 96 procentenheter, det vill säga det är bara fyra av 100 av alla nyfödda barn som väger under 2 500 g, samt vaccinationer. Amningen är den indikator som kan förbättras mest; i genomsnitt 2/3 av spädbarnen ammas helt eller delvis i fyra månader.

Tabell 4. Högst och lägst värde för enskilda indikatorer. 2000-perioden och 1990-perioden

2000-perioden					
Indikator	Kommun högst värde		Kommun lägst värde		Spridning
Skador	Storfors	96,3	Ödeshög	81,9	14,4
Tobak	Danderyd	97,7	Ljusnarsberg	68,7	29,0
Föd. vikt	Orsa	99,4	Ockelbo	91,4	8,0
Amning	Emmaboda	85,2	Storfors	41,1	44,1
Vaccin	Eda	99,8	Ljusnarsberg	81,6	18,2
Aborter	Lomma	99,6	Bjurholm	95,8	3,8
1990-perioden					
Indikator	Kommun högst värde		Kommun lägst värde		Spridning
Skador	Ludvika	96,1	Sala	82,0	14,1
Tobak	Lycksele	88,2	Eda	59,3	28,9
Föd. vikt	Habo	99,5	Vaxholm	91,8	7,7
Amning	-	-	-	-	-
Vaccin	Kungsör	99,7	Gagnef	80,8	18,9
Aborter	Olofström	99,6	Sundbyberg	96,3	3,3

Den största spridningen mellan kommuner finner man beträffande amningen. Där är variationen hela 44,1 procentenheter, mellan Storfors 41,1 och Emmaboda 85,2. Också mödrarnas rökning under graviditeten visar stora skillnader mellan enskilda kommuner, från Danderyd 97,7 till Ljusnarsberg 68,7 (29 procentenheter). Däremot är spridningen för tonårsaborter mycket liten, bara 3,8 procentenheter, mellan Lomma 99,6 och Bjurholm 95,8.

Oavsett indikatorernas varierande tyngd rent hälsomässigt har deras matematiska värden också betydelse. Även om vi hela tiden använder genomsnittsvärden för att konstruera indikatorer och för att addera dem till ett index, och varje beräkning därför har samma vikt, har indikatorernas spridning mellan kommunerna betydelse: ju större spridning en indikator visar mellan kommunerna, desto mer påverkar den jämförelsen mellan kommunerna. Således har till exempel tonårsaborter och låg födelsevikt liten spridning mellan kommunerna och därmed en låg förklaringsstyrka på skillnaderna mellan kommunerna. Motsatsen gäller för amning med sin stora spridning.

Ovanstående resonemang gäller i princip både för 2000- och för 1990-perioderna. Det är bara tobaksindikatorn som visar någon större förändring mellan de båda mätperioderna. Där visar endast fem kommuner en försämring (Markaryd, Smedjebacken, Hallstahammar, Ljusnarsberg och Upplands Väsby). I alla övriga kommuner har detta hälsohot reducerats, i flera fall med 25 till 30 procentenheter (Munkfors, Jokkmokk, Ragunda, Robertsfors, Hällefors, Norberg och Ydre).

Betydelsen av barnhälsoindex

Är dessa skillnader mellan kommunerna säkra och är resultaten viktiga för barnen och för samhället? De är säkra i den bemärkelsen att det finns en systematik i skillnaderna. Korrelationen mellan kommunernas placering i 1990- och 2000-perioden är stark. I 2000-perioden var skillnaden högst 9,5 procentenheter och avståndet från det absoluta maximum 16,5 procentenheter som störst. Skillnaderna är väsentliga om än dock inte lika stora som de ekonomiska skillnaderna som presenterats i Rädda Barnens fattigdomsindex⁶⁷. Man måste dock komma ihåg att index för små kommuner kan påverkas av tillfälliga variationer i de enskilda indikatorerna⁶⁸.

Även om man försöker föra samman kommunerna i likartade grupper presenteras resultaten som genomsnitt för de ingående kommunerna. Särskilt för storstäderna medför detta ett betydande våld på sanningen, eftersom skillnaderna mellan de olika delarna av dessa städer är markanta och ofta innehåller delpopulationer som är både de friskaste och de sjukaste, de rikaste och de fattigaste i landet. Men det finns för närvarande inga möjligheter att bryta ner data i ännu mindre enheter än kommunerna. Det får bli en uppgift för kommunerna själva att detaljgranska sina populationer, eller för kommande specialstudier av storstäderna.

Resultaten är emellertid viktiga därför att en sådan här sammanställning av barnens hälsa på kommunnivå inte gjorts tidigare, och därmed får kommunerna ett

67. Salonen 2003.

68. Se även sid 25.

tidigare okänt underlag för att analysera vidare vad de lyckats väl med och var det finns utrymme till förbättringar och var åtgärder bör sättas in.

Hälsoindex och barnfattigdomsindex

Skillnaderna mellan kommunerna är betydelsefulla därför att de uppvisade hälso-skillnaderna sammanfaller med andra skillnader i samhället. Om man kopplar samman hälsoindex med det fattigdomsindex, som har beräknats för samma populationer⁶⁹ finner man ett konsekvent samband. Det finns således över hela kommunfältet en statistiskt signifikant korrelation mellan fattigdomsindex och barnhälsoindex på 0,01-nivån för både 1990- och 2000-perioden. Detta gäller även om man jämför indexen inom respektive kommungrupp. För enskilda kommuner är sambandet mellan lågt barnhälsoindex och barnfattigdom naturligtvis inte alltid givet, lika lite som att alla fattiga individer är sjuka eller alla rika friska.

Även enskilda indikatorer visar i 2000-perioden ett statistiskt signifikant samband med barnfattigdomsindex. Detta gäller indikatorerna amning, tobak under graviditeten och tonårsaborter. Dessa samband är så starka att de slår igenom och ger statistiskt signifikans åt hela index, även om de övriga indikatorerna inte i sig är signifikant korrelerade till barnfattigdomsindex (skador, låg födelsevikt och vaccination). Återigen, beräkningarna baserar sig på medelvärden och sammanslagna data. För detaljerad information om enskildheter i informationsmassan måste man analysera vidare.

69. Salonen 2003.

Slutsatser

Denna rapport skall ses i ljuset av det långsiktiga arbete Rädda Barnen bedriver, att skapa en uppsättning rättighetsbaserade index som från olika aspekter belyser och övervakar barn och ungas välfärd i Sverige på kommunal och nationell nivå. Tidigare rapporter har belyst den ekonomiska dimensionen av barns välfärd⁷⁰. Denna rapport har haft som syfte att på ett systematiskt sätt belysa barns hälsa i Sverige och metoder att mäta den. Med utgångspunkt från Barnkonventionen har barns rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa (artikel 24) placerats in ett svenskt perspektiv med fokus på den kommunala nivån. Det är första gången ett försök görs att konstruera ett kommunalt hälsoindex för barn insatt i ett brett folkhälsoperspektiv. Resultaten från denna omfattande genomgång kan presenteras under tre rubriker: kunskapsluckor, pågående arbete och aktuella resultat.

Kunskapsluckor

Rapporten visar tydligt att det är mycket vi inte vet om barns hälsa. En stor del av nyttan med den genomgång som rapporten utgör är att visa på svårigheter och tillkortakommanden med att mäta barns hälsa. För kommunerna finns idag för få och för dåligt täckande indikatorer. Det saknas således uppgifter för att systematiskt följa förskolebarnens psykiska hälsa, beteende, välbefinnande och livskvalitet. Likaså är uppgifter om barns fysiska miljö och dess inverkan på barnens hälsa mycket bristfälliga. Andra områden där det saknas pålitlig data är matvanor och näringstillförsel samt kulturutbud och kulturkonsumtion.

Den slutsats som drogs efter en tidigare genomgång av barns hälsa i Sverige⁷¹ gäller i stort sett fortfarande *”Det saknas en systematisk, kontinuerlig och täckande rapportering av barns hälsa, sedd ur ett barnperspektiv och insatt i ett socialt sammanhang”*.

Pågående arbete

Frånvaron av uppgifter som kan beskriva och följa barns hälsa är som sagt stor. Dock har flera lovande initiativ tagits för att systematisera bevakningen av befolkningens hälsa och välbefinnande i Sverige. Långt ifrån alla har dock ett barnperspektiv. Tre initiativ som är särskilt värda att uppmärksammas är:

- (i) Lokala välfärdsbokslut. Bakom initiativet står Svenska Kommunförbundet tillsammans med Landstingsförbundet och Folkhälsoinstitutet. Alla kommuner deltar inte och uppsättningen av indikatorer skiljer sig från kommun till kommun. Några av de deltagande kommunerna har dock fokuserat på barnens väl-

70. Se bl a Barnes ekonomiska utsatthet under 1990-talet – bidrag till ett kommunalt barnindex (2002), Barnes ekonomiska utsatthet – 2000 (2002), Barnes ekonomiska utsatthet – årsrapport 2003 (2003). Samtliga skrivna av professor Tapio Salonen för Rädda Barnen.

71. (Jakobsson & Köhler 1991).

färd som till exempel Göteborg och Haninge. Man har nu utvecklat en nationell databas över kommunala basfakta som underlag för folkhälsoarbete⁷². Några av de utvalda indikatorerna omfattar även barn.

- (ii) Socialstyrelsens Epidemiologiska centrum arbetar på ett system för kontinuerlig bevakning av barns och ungas mentala hälsa. Datainsamlingen planeras som en totalundersökning vilket ger möjlighet att föra tillbaks resultaten till kommuner. Undersökningarna kommer som tidigast påbörjas 2005.
- (iii) Ett tredje initiativ är det förslag till mall för datajournaler som tagits fram av Socialstyrelsen för att underlätta insamlandet av uppgifter om bland annat hälsokontroller som utförs på barnavårdscentralerna och i skolhälsovården.

Aktuella resultat

Som framgått av genomgången ovan har det inte varit lätt att konstruera ett hälsoindex för barn på kommunnivå. Data har i många fall varit otillräckliga för att beskriva det breda och komplexa område som barns hälsa utgör. Av det ursprungliga förslaget 22 indikatorer kvarstår sex stycken (barn som skadats av yttre orsaker, barns exponering för tobak i fosterlivet, barn med låg födelsevikt, barn som ammas, vaccinationstäckning hos barn samt tonårsaborter) som efter noggrann genomgång svarat mot de kriterier på kvalitet och tillgång som satts upp. Med alla tillkortakommanden kan vi utifrån analyserna av de sex indikatorerna för alla Sveriges kommuner ändå konstatera att:

- (i) Barns hälsa är god i Sverige. Mellan de två mätperioderna, 1990- och 2000-perioden, har det sammanslagna hälsoindexet ökat från 90,3 till 93,2. Under samma period har elva kommuner förbättrat sitt hälsoindex med mer än fem procentenheter medan endast två kommuner har försämrat sitt hälsoindex. Det nationella genomsnittet för flera enskilda indikatorer ligger på en hög nivå. Till exempel är det endast två av 100 flickor under 18 år som genomgått en abort och knappt 4,5 procent av alla nyfödda barn som väger under 2 500 gram.
- (ii) Det finns stora kommunala skillnader. Skillnaden mellan den kommunen med högst värde på hälsoindex och den med lägst värde var för 2000-perioden nästan tio procentenheter. Sett till enskilda indikatorer är skillnaderna mellan kommunerna också stora. Störst variation finner vi för indikatorerna: amning (44 procent), tobak i fosterlivet (29 procent), vaccinering (18,2 procent) och skador (14,4 procent). Jämförs de två perioderna har spridningen dessutom ökat, förutom vaccinationsindikatorn.
- (iii) Barns hälsa samspelar starkt med barns ekonomiska utsatthet. För enskilda kommuner är inte alltid sambandet mellan det sammantagna barnhälsoindex och barnfattigdomsindex givet, inte heller betyder det att alla fattiga barn är sjuka eller att alla rika är friska. Men jämförs fattigdomsindex med hälsoindex finner man ett statistiskt säkerhetsställt samband för både 1990-perioden och 2000-perioden. Detta gäller även om man jämför indexen inom respektive kommungrupp.

72. Databasen nås genom t. ex. Folkhälsoinstitutets (www.fhi.se) och Svenska Kommunförbundets (www.svekom.se) hemsidor.

I rapporten återfinns inga rekommendationer om åtgärder som kommuner och/eller landsting bör vidta för att förbättra barns hälsa. Det är de enskilda kommunernas och landstingens ansvar att tillsammans närmare analysera de data som presenteras i kommuntabell 1 och 2.

Kommuntabell I

Enskilda indikatorer och barnhälsoindex för 2000-perioden (6 indikatorer)

Där 100 är det högsta värdet och 0 det lägsta. I bokstavsordning.

Kommun	Skador	Tobak	Födelsevikt	Amning	Vaccin	Aborter	Index
Ale	87,8	81,5	96,0	62,2	96,1	98,2	87,0
Alingsås	90,5	85,6	96,6	74,0	94,6	98,5	90,0
Alvesta	91,5	87,5	94,5	67,4	99,1	98,7	89,8
Aneby	86,6	84,7	95,6	59,2	95,3	98,8	86,7
Arboga	94,9	87,1	97,0	70,3	97,5	97,8	90,8
Arjeplog	88,6	86,3	94,4	74,7	81,8	98,2	87,3
Arvidsjaur	89,1	84,3	93,4	68,5	94,2	98,6	88,0
Arvika	93,9	82,8	96,0	61,6	95,8	98,8	88,2
Askersund	89,9	86,1	95,5	56,5	94,2	98,3	86,7
Avesta	91,0	85,5	96,0	70,5	99,1	98,3	90,1
Bengtstors	89,8	82,4	96,7	61,8	97,5	98,5	87,8
Berg	87,1	92,1	96,4	80,9	94,7	98,2	91,6
Bjurholm	83,2	91,0	93,7	66,7	95,9	95,8	87,7
Bjuv	91,2	78,9	97,1	51,8	97,3	97,6	85,7
Boden	89,1	85,0	94,6	75,8	95,7	98,1	89,7
Bollebygd	90,0	88,2	95,8	73,1	98,9	98,0	90,7
Bollnäs	92,3	81,8	96,9	64,3	90,9	98,6	87,5
Borgholm	89,5	87,2	95,9	75,0	97,3	99,0	90,6
Borlänge	88,3	82,9	95,9	61,6	96,1	97,7	87,1
Borås	87,0	83,7	96,2	67,1	95,0	98,3	87,9
Botkyrka	93,6	85,4	94,3	62,3	95,6	98,0	88,2
Boxholm	85,3	82,5	98,0	65,5	96,1	98,6	87,7
Bromölla	86,0	78,7	95,4	62,4	94,1	97,9	85,8
Bräcke	91,2	87,3	95,5	63,4	97,7	97,4	88,8
Burlöv	91,8	82,0	93,8	57,8	95,7	98,1	86,5
Båstad	92,5	86,1	95,6	75,9	95,7	98,6	90,7
Dals-Ed	85,4	84,5	92,0	65,7	99,5	97,6	87,4
Danderyd	93,4	97,7	96,5	77,2	91,6	99,1	92,6
Degerfors	92,9	79,1	92,5	49,4	92,9	97,4	84,0
Dorotea	91,9	90,8	93,3	73,4	93,1	97,5	90,0
Eda	90,9	73,7	94,0	68,0	99,8	96,4	87,1
Ekerö	94,3	92,4	97,6	81,5	93,3	98,9	93,0
Eksjö	84,9	93,7	95,6	70,2	99,2	98,9	90,4
Emmaboda	87,0	84,9	94,3	85,2	98,3	98,0	91,3
Enköping	92,7	87,1	96,2	67,5	91,9	98,5	89,0
Eskilstuna	86,4	83,0	94,5	64,5	97,0	98,2	87,3
Eslöv	91,2	83,0	93,4	61,8	96,2	98,1	87,3
Essunga	89,4	87,2	96,7	68,1	97,5	98,7	89,6
Fagersta	94,5	82,9	95,0	60,7	98,1	96,2	87,9
Falkenberg	89,4	87,6	95,5	66,8	96,6	98,6	89,1
Falköping	88,5	87,7	95,8	62,2	97,2	98,3	88,3
Falun	88,2	89,5	96,2	71,3	97,0	98,9	90,2
Filipstad	90,8	82,7	97,1	67,4	98,4	97,8	89,0
Finspång	90,5	89,5	96,7	64,3	99,3	99,0	89,9
Flen	90,6	85,0	97,6	66,1	97,9	98,0	89,2
Forshaga	92,0	82,9	95,8	73,0	97,7	97,4	89,8
Färgelanda	91,6	82,3	94,0	58,6	97,4	98,4	87,0

Kommun	Skador	Tobak	Födelsevikt	Amning	Vaccin	Aborter	Index
Gagnef	87,3	87,3	96,5	67,9	89,7	98,5	87,9
Gislaved	91,4	87,9	96,3	65,6	95,0	98,9	89,2
Gnesta	89,9	79,9	96,6	66,5	92,0	98,2	87,2
Gnosjö	89,7	89,1	96,7	66,5	99,1	99,1	90,1
Gotland	86,7	85,1	94,7	72,5	95,4	98,2	88,8
Grums	91,3	81,8	97,1	58,0	88,4	97,0	85,6
Grästorp	88,4	89,7	93,4	72,6	90,4	97,7	88,7
Gullspång	90,5	84,5	94,8	59,0	97,3	98,3	87,4
Gällivare	90,1	85,5	95,0	68,0	97,1	98,3	89,0
Gävle	89,6	85,3	94,8	67,7	97,6	97,9	88,8
Göteborg	85,9	88,4	95,1	66,9	95,9	98,0	88,4
Götene	91,1	85,6	95,5	64,5	97,8	98,2	88,8
Habo	93,5	88,9	94,0	66,0	95,9	98,9	89,6
Hagfors	92,2	83,8	97,2	60,9	99,0	98,6	88,6
Hallsberg	89,4	87,2	96,3	59,1	94,3	98,3	87,4
Hallstahammar	95,5	84,4	94,6	63,7	98,3	98,7	89,2
Halmstad	89,2	85,7	94,8	66,2	98,4	99,0	88,9
Hammarö	91,1	94,2	95,1	76,7	98,5	98,2	92,3
Haninge	92,8	82,3	94,8	66,0	96,1	97,1	88,2
Haparanda	91,8	80,3	95,3	57,9	96,0	97,0	86,4
Heby	95,3	81,8	95,8	79,0	97,0	98,6	91,3
Hedemora	89,5	84,3	96,1	63,1	93,6	98,0	87,4
Helsingborg	90,2	85,2	94,9	68,5	95,4	98,0	88,7
Herrljunga	89,3	87,5	95,6	61,8	91,7	98,6	87,4
Hjo	87,4	90,9	95,4	62,9	99,4	98,6	89,1
Hofors	88,8	81,8	94,1	58,6	98,0	98,6	86,7
Huddinge	92,0	87,5	95,1	70,4	95,4	97,4	89,6
Hudiksvall	87,6	86,1	94,4	68,4	96,2	98,0	88,4
Hultsfred	89,6	87,2	95,9	71,9	98,3	99,3	90,3
Hylte	90,0	83,8	97,7	65,9	98,6	97,7	88,9
Håbo	93,6	86,8	95,8	72,4	93,9	98,0	90,1
Hällefors	92,1	88,2	94,1	64,9	93,2	97,0	88,2
Härjedalen	88,5	90,8	97,2	80,9	97,6	98,0	92,2
Härnösand	91,1	86,7	95,6	69,8	96,3	98,7	89,7
Härryda	85,3	92,0	95,3	75,3	97,2	98,4	90,6
Hässleholm	88,7	85,3	97,4	64,5	95,2	98,8	88,3
Höganäs	91,4	86,5	94,1	70,0	93,5	98,4	89,0
Högsby	89,5	85,8	97,5	60,5	98,2	98,0	88,2
Hörby	90,0	83,6	94,3	61,7	96,1	98,8	87,4
Höör	90,6	77,3	94,0	66,6	95,2	98,3	87,0
Jokkmokk	89,9	89,9	95,2	58,4	97,4	98,3	88,2
Järfälla	93,1	88,6	96,6	76,0	96,2	98,5	91,5
Jönköping	91,7	89,6	95,4	68,9	99,0	98,9	90,6
Kalix	90,6	84,5	94,9	61,9	93,1	98,4	87,2
Kalmar	87,6	86,9	95,4	73,4	98,0	98,6	90,0
Karlsborg	87,0	84,7	97,5	61,6	96,7	98,7	87,7
Karlshamn	92,7	87,1	94,3	62,8	98,7	98,9	89,1
Karlskoga	94,2	88,0	94,7	57,6	98,3	98,6	88,6
Karlskrona	95,0	87,7	95,1	68,7	98,2	98,3	90,5
Karlstad	90,8	88,2	96,1	76,7	97,7	98,6	91,3
Katrineholm	92,4	85,9	94,1	65,8	97,8	98,7	89,1
Kil	91,6	84,0	96,2	64,4	97,9	99,0	88,8
Kinda	88,8	86,4	97,0	68,9	97,9	98,9	89,7
Kiruna	91,8	88,0	94,2	60,5	95,4	98,5	88,1
Klippan	90,6	81,0	92,4	59,5	96,7	98,4	86,4
Kramfors	87,4	85,3	95,9	56,3	98,7	98,2	87,0

Kommun	Skador	Tobak	Födelsevikt	Amning	Vaccin	Aborter	Index
Kristianstad	87,8	86,4	97,0	62,8	98,1	98,5	88,4
Kristinehamn	95,6	84,5	93,3	67,8	99,3	97,5	89,6
Krokom	87,0	89,5	98,6	76,8	96,8	98,7	91,2
Kumla	89,0	86,4	95,4	42,2	98,0	98,1	84,8
Kungsbacka	89,7	91,1	95,8	70,6	91,7	98,7	89,6
Kungsör	95,5	85,3	97,7	67,4	98,4	97,9	90,4
Kungälv	90,4	90,6	96,7	70,6	93,0	98,4	89,9
Kävlinge	91,8	85,7	95,9	66,0	96,1	98,3	89,0
Köping	94,1	82,8	95,3	70,2	98,0	97,6	89,7
Laholm	89,4	83,8	92,7	59,6	97,1	99,1	86,9
Landskrona	91,4	76,7	94,6	53,4	96,0	98,1	85,0
Laxå	91,6	86,7	95,9	63,8	93,7	99,1	88,5
Lekeberg	89,0	87,1	92,4	66,7	92,4	98,4	87,7
Leksand	89,1	89,9	95,1	70,7	94,9	98,9	89,8
Lerum	89,5	89,9	96,3	78,2	96,0	98,2	91,3
Lessebo	89,9	84,9	96,6	57,8	97,8	97,9	87,5
Lidingö	93,0	95,8	97,0	77,9	91,2	98,7	92,3
Lidköping	92,1	90,6	96,3	65,8	99,1	98,6	90,4
Lilla Edet	85,3	82,9	95,3	62,6	94,2	98,0	86,4
Lindesberg	90,6	83,3	97,0	54,1	96,1	98,7	86,6
Linköping	88,9	91,3	96,1	71,2	95,2	98,8	90,2
Ljungby	93,8	88,5	92,8	62,8	98,1	98,4	89,1
Ljusdal	90,0	83,6	96,8	71,1	96,8	98,4	89,5
Ljusnarsberg	91,4	68,7	97,3	72,2	81,6	96,6	84,6
Lomma	91,8	95,3	93,7	71,4	97,2	99,6	91,5
Ludvika	91,5	83,0	96,7	66,5	96,6	97,8	88,7
Luleå	91,0	87,3	96,6	73,5	95,0	98,6	90,3
Lund	91,4	92,2	96,0	72,8	92,5	98,5	90,6
Lycksele	88,3	95,2	98,0	66,8	91,6	98,8	89,8
Lysekil	91,8	85,5	96,9	60,2	98,3	98,9	88,6
Malmö	88,5	84,8	95,3	63,3	95,7	97,7	87,5
Malung	89,4	90,1	96,4	65,5	97,4	98,7	89,6
Malå	92,6	92,5	96,5	68,7	94,9	98,5	90,6
Mariestad	88,5	83,9	95,6	62,9	97,8	98,8	87,9
Mark	89,8	85,5	95,0	64,1	96,7	98,3	88,2
Markaryd	91,4	81,4	94,6	54,7	97,3	98,6	86,3
Mellerud	89,2	78,8	95,8	52,9	96,5	97,8	85,2
Mjölby	84,0	85,2	94,3	64,4	98,9	98,3	87,5
Mora	85,3	88,0	96,2	73,2	92,7	98,4	89,0
Motala	84,3	83,3	95,5	71,4	98,0	98,5	88,5
Mullsjö	93,8	86,4	98,6	66,1	98,1	99,0	90,3
Munkedal	89,1	76,2	95,8	63,3	95,5	97,7	86,3
Munkfors	92,6	93,9	95,0	72,0	98,5	97,9	91,7
Mölnådal	86,5	91,2	95,3	70,2	96,8	97,9	89,6
Mönsterås	91,0	82,1	92,7	73,0	97,3	98,3	89,1
Mörbylånga	85,7	83,5	94,6	70,3	98,5	98,1	88,4
Nacka	93,4	91,1	95,7	81,2	93,9	98,2	92,2
Nora	91,3	85,2	95,6	66,8	98,4	98,4	89,3
Norberg	93,8	88,7	96,5	41,7	98,6	98,2	86,2
Nordanstig	84,3	79,8	96,2	67,5	96,1	98,4	87,1
Nordmaling	85,9	89,1	98,5	61,1	91,7	97,6	87,3
Norrköping	88,6	86,2	95,6	67,4	94,2	97,8	88,3
Norrtälje	92,4	82,8	96,6	66,7	92,9	97,6	88,1
Norsjö	90,0	92,1	96,1	51,6	92,3	98,3	86,7
Nybro	87,4	86,1	93,7	65,2	98,0	98,3	88,1
Nykvarn	92,1	82,7	93,4	73,2	87,5	97,6	87,7

Kommun	Skador	Tobak	Födelsevikt	Amning	Vaccin	Aborter	Index
Nyköping	89,4	85,4	96,1	68,2	98,5	98,2	89,3
Nynäshamn	92,4	82,6	95,8	67,7	94,5	96,8	88,3
Nässjö	89,4	88,1	93,8	65,5	98,1	98,9	89,0
Ockelbo	92,9	88,5	91,4	64,2	99,1	98,5	89,1
Olofström	92,8	85,6	93,9	60,4	98,8	99,1	88,4
Orsa	88,4	77,0	99,4	69,0	90,1	98,5	87,1
Orust	89,2	86,1	97,4	72,3	89,1	98,7	88,8
Osby	86,8	86,0	97,2	65,0	97,2	98,9	88,5
Oskarshamn	91,5	86,3	96,2	70,8	98,1	98,6	90,2
Ovanåker	92,8	87,7	96,9	63,4	95,4	98,5	89,1
Oxelösund	90,2	83,8	95,8	76,0	99,3	96,9	90,3
Pajala	95,4	84,9	93,7	68,0	95,9	98,7	89,4
Partille	85,6	89,9	95,4	70,7	97,7	98,0	89,6
Perstorp	89,5	83,4	95,3	65,1	96,6	97,7	87,9
Piteå	91,6	86,3	96,3	71,0	96,4	98,5	90,0
Ragunda	85,6	91,9	97,6	74,5	97,3	97,8	90,8
Robertfors	87,6	94,8	93,1	61,3	96,1	98,9	88,6
Ronneby	94,9	86,1	95,1	63,7	97,8	98,8	89,4
Rättvik	88,3	87,0	93,8	78,2	92,3	98,6	89,7
Sala	95,9	85,6	94,9	66,1	97,6	98,2	89,7
Salem	92,1	89,1	95,2	73,1	95,7	97,2	90,4
Sandviken	91,9	85,0	93,9	62,2	98,6	98,2	88,3
Sigtuna	93,6	86,7	95,4	68,1	95,8	98,4	89,7
Simrishamn	91,8	80,6	96,2	63,6	94,2	98,6	87,5
Sjöbo	92,0	78,3	94,9	66,6	93,3	97,8	87,1
Skara	88,3	88,3	94,5	62,4	98,8	98,4	88,5
Skellefteå	89,1	90,4	95,9	64,7	96,1	98,9	89,2
Skinnskatteberg	93,9	78,8	96,0	74,6	94,3	98,0	89,3
Skurup	92,4	79,5	95,1	68,8	97,4	98,0	88,5
Skövde	88,1	88,2	96,2	68,2	98,3	98,2	89,5
Smedjebacken	91,5	84,0	94,0	61,7	96,8	98,1	87,7
Sollefteå	85,5	86,7	96,5	63,0	96,3	98,3	87,7
Sollentuna	93,5	92,7	96,2	76,1	95,7	98,9	92,2
Solna	94,0	91,4	96,3	76,1	95,1	97,7	91,7
Sorsele	87,8	83,3	98,9	57,0	90,3	97,6	85,8
Sotenäs	88,7	82,7	97,0	57,7	93,9	98,6	86,4
Staffanstorps	91,3	89,0	94,6	63,9	96,5	98,8	89,0
Stenungsund	89,2	87,9	96,8	63,3	85,5	98,1	86,8
Stockholm	93,7	90,8	95,7	75,4	93,5	98,1	91,2
Storfors	96,3	82,4	92,0	41,1	99,4	97,4	84,8
Storuman	93,0	94,5	95,5	70,9	95,8	97,7	91,2
Strängnäs	89,0	83,1	94,9	70,3	95,4	98,5	88,5
Strömstad	89,1	85,5	96,3	65,6	95,3	99,0	88,5
Strömsund	88,9	91,1	96,6	65,3	98,2	97,8	89,7
Sundbyberg	93,7	89,0	95,5	70,8	95,3	98,0	90,4
Sundsvall	86,8	87,4	96,4	70,0	98,5	97,9	89,5
Sunne	91,7	86,4	93,4	65,8	95,7	97,7	88,4
Surahammar	94,4	82,0	96,3	56,2	96,9	96,7	87,1
Svalöv	91,1	79,9	94,9	58,0	97,3	98,2	86,6
Svedala	90,0	82,2	96,6	67,3	91,9	98,8	87,8
Svenljunga	89,2	81,8	95,9	63,2	99,8	98,0	88,0
Säffle	89,9	83,2	95,0	72,8	97,5	97,3	89,3
Säter	88,6	83,0	95,5	73,0	96,0	98,5	89,1
Sävsjö	88,6	85,7	97,4	65,7	97,5	98,8	88,9
Söderhamn	94,0	78,5	96,5	58,2	88,4	99,0	85,8
Söderköping	88,3	87,0	96,0	78,9	97,4	98,5	91,0

Kommun	Skador	Tobak	Födelsevikt	Amning	Vaccin	Aborter	Index
Södertälje	93,3	86,8	94,6	63,2	85,8	98,4	87,0
Sölvesborg	93,6	85,2	97,5	61,8	97,2	98,9	89,0
Tanum	89,3	79,3	95,7	42,1	95,7	98,6	83,5
Tibro	87,0	88,1	95,6	62,5	98,9	98,3	88,4
Tidaholm	88,6	86,9	95,2	62,7	97,7	98,1	88,2
Tierp	94,2	86,1	95,0	64,4	93,9	98,9	88,7
Timrå	86,1	81,4	96,3	64,4	97,8	97,9	87,3
Tingsryd	90,2	82,7	95,2	61,8	96,5	98,9	87,6
Tjörn	89,9	87,3	95,7	66,3	90,4	98,4	88,0
Tomelilla	91,6	82,7	95,0	64,3	96,6	98,7	88,2
Torsby	92,1	84,8	96,8	62,3	97,6	97,6	88,5
Torsås	90,5	81,7	94,9	68,6	96,7	98,9	88,5
Tranemo	88,4	85,8	97,2	70,4	95,7	99,1	89,4
Tranås	89,0	90,4	95,8	70,7	99,0	98,9	90,6
Trelleborg	91,1	81,7	94,9	61,3	97,7	98,5	87,5
Trollhättan	86,0	84,2	95,0	66,8	98,3	98,2	88,1
Trosa	89,1	83,6	95,6	70,0	92,0	98,6	88,2
Tyresö	93,5	88,7	95,2	77,1	95,8	96,8	91,2
Täby	93,5	95,9	96,2	81,4	90,8	98,9	92,8
Töreboda	88,5	83,9	98,8	65,2	97,7	98,6	88,8
Uddevalla	86,7	86,9	95,5	64,2	95,4	98,0	87,8
Ulricehamn	89,5	87,0	97,3	69,3	98,0	98,9	90,0
Umeå	86,4	94,3	95,5	74,3	95,0	98,6	90,7
Upplands-Bro	94,4	85,5	96,2	65,6	95,3	98,1	89,2
Upplands-Väsby	93,4	84,8	95,3	66,9	96,1	98,2	89,1
Uppsala	95,1	91,9	95,6	74,1	91,1	98,8	91,1
Uppvidinge	89,2	86,2	95,1	61,3	95,6	98,1	87,6
Vadstena	84,7	88,0	96,8	71,6	96,3	97,8	89,2
Vaggeryd	92,4	90,7	94,4	71,1	96,1	99,3	90,6
Valdemarsvik	88,8	88,0	98,0	70,1	95,6	97,9	89,7
Vallentuna	93,4	92,0	96,6	74,1	91,0	97,9	90,8
Vansbro	90,4	87,3	97,1	71,5	97,3	98,7	90,4
Vara	90,5	85,3	95,7	69,1	98,6	99,2	89,7
Varberg	85,3	89,3	95,1	67,8	97,0	98,9	88,9
Vaxholm	93,5	94,4	96,0	82,7	90,6	98,3	92,6
Vellinge	89,3	91,6	96,2	69,7	93,3	99,1	89,9
Vetlanda	88,4	90,6	95,0	70,2	98,4	99,0	90,3
Vilhelmina	88,1	88,0	96,2	74,4	92,8	98,7	89,7
Vimmerby	91,4	88,8	95,1	71,7	98,2	98,7	90,6
Vindeln	85,2	89,6	96,5	79,7	94,0	99,0	90,7
Vingåker	89,3	78,5	94,0	69,8	98,8	98,8	88,2
Vårgårda	89,7	80,5	95,0	64,7	96,8	99,2	87,7
Vänersborg	86,1	82,9	96,1	63,2	98,5	97,9	87,5
Vännäs	85,3	93,7	95,7	63,8	95,3	99,2	88,8
Värmdö	93,6	86,9	96,1	72,0	94,0	97,1	90,0
Värnamo	90,9	89,5	95,7	71,6	97,2	98,7	90,6
Västervik	86,9	85,6	93,9	75,3	98,8	98,2	89,8
Västerås	95,1	87,0	95,1	66,8	97,0	98,4	89,9
Växjö	91,0	92,2	94,9	69,9	97,2	98,0	90,6
Ydre	89,9	95,1	98,2	67,4	99,4	98,9	91,5
Ystad	92,2	87,6	94,5	69,2	96,0	98,7	89,7
Åmål	91,4	83,6	98,3	61,4	96,9	98,7	88,4
Ånge	85,5	87,3	97,0	66,3	98,9	97,2	88,7
Åre	89,1	91,3	96,9	79,2	93,4	98,1	91,3
Årjäng	92,0	84,1	95,3	75,8	98,2	99,1	90,7
Åsele	88,6	88,4	97,9	61,9	89,2	96,3	87,1

Kommun	Skador	Tobak	Födelsevikt	Amning	Vaccin	Aborter	Index
Åstorp	90,8	80,7	95,0	56,3	98,4	98,6	86,6
Åtvidaberg	90,9	90,0	95,0	59,3	96,4	98,3	88,3
Älmhult	93,3	91,3	95,4	71,5	96,9	99,0	91,2
Älvdalen	89,0	81,2	98,0	67,2	95,5	98,5	88,2
Älvkarleby	89,4	73,5	95,0	65,0	89,5	96,6	84,8
Älvsbyn	89,0	87,0	96,5	65,9	93,9	98,3	88,4
Ängelholm	91,7	87,2	95,6	71,9	95,1	98,7	90,0
Öckerö	87,6	90,9	97,4	79,5	91,4	97,4	90,7
Ödeshög	81,9	84,5	93,3	59,2	98,7	98,4	86,0
Örebro	87,7	88,1	95,4	60,2	93,4	98,1	87,2
Örkelljunga	91,1	75,6	97,8	55,3	97,2	98,5	85,9
Örnsköldsvik	87,9	91,9	96,5	69,7	98,1	98,8	90,5
Östersund	87,5	91,1	95,1	74,9	95,5	98,4	90,4
Österåker	94,5	87,9	97,6	80,2	88,7	98,3	91,2
Östhammar	95,2	86,1	96,2	68,1	90,8	98,3	89,1
Östra Göinge	84,5	79,3	98,1	54,3	95,4	98,7	85,0
Överkalix	94,5	86,7	97,8	58,0	90,3	98,6	87,6
Övertorneå	93,1	85,5	98,7	71,9	93,7	98,1	90,2

Kommuntabell 2

Enskilda indikatorer och barnhälsoindex för 1990-perioden (5 indikatorer).

Där 100 är det högsta värdet och 0 är det lägsta. I bokstavsordning

Kommun	Skador	Tobak	Födelsevikt	Vaccin	Aborter	Index
Ale	88,5	71,9	96,3	95,7	98,0	90,1
Alingsås	87,4	75,5	96,0	94,6	98,9	90,5
Alvesta	92,2	79,5	96,4	96,0	98,5	92,5
Aneby	86,4	79,3	98,5	93,2	98,0	91,1
Arboga	90,6	75,3	95,0	94,8	98,6	90,9
Arjeplog	92,4	66,2	96,7	90,0	97,4	88,5
Arvidsjaur	91,6	72,0	96,2	86,8	97,9	88,9
Arvika	92,1	74,0	95,4	89,8	98,3	89,9
Askersund	94,6	74,9	95,2	94,5	99,3	91,7
Avesta	93,4	75,3	96,3	92,8	97,3	91,0
Bengtstors	89,0	69,4	95,5	94,7	97,2	89,2
Berg	89,6	74,3	96,9	97,0	97,9	91,1
Bjurholm	86,3	81,0	97,9	96,7	97,1	91,8
Bjuv	87,5	63,6	95,0	96,5	98,0	88,1
Boden	88,0	71,7	95,5	95,4	97,9	89,7
Bollebygd	...	...	...	...	...	...
Bollnäs	88,5	70,2	96,3	94,9	98,7	89,7
Borgholm	90,3	78,3	96,7	96,8	98,7	92,2
Borlänge	94,8	72,7	96,3	94,0	97,8	91,1
Borås	93,5	72,8	95,4	94,4	98,1	90,8
Botkyrka	90,2	71,7	94,4	93,0	97,7	89,4
Boxholm	87,4	80,1	95,3	97,3	97,7	91,6
Bromölla	84,8	72,6	95,7	94,5	98,7	89,2
Bräcke	90,6	70,1	96,1	97,0	97,4	90,2
Burlöv	89,8	62,9	95,3	90,8	99,1	87,6
Båstad	89,2	77,7	96,5	95,3	98,9	91,5
Dals-Ed	90,2	80,7	95,1	85,7	97,7	89,9
Danderyd	92,1	85,2	96,1	94,1	98,9	93,3
Degerfors	90,0	66,4	94,3	94,5	98,2	88,7
Dorotea	89,8	74,8	95,9	97,1	98,3	91,2
Eda	93,1	59,3	95,9	95,5	98,4	88,4
Ekerö	91,2	77,6	97,8	90,5	98,2	91,1
Eksjö	86,1	79,7	94,8	95,9	98,9	91,1
Emmaboda	87,8	72,6	93,8	95,7	97,7	89,5
Enköping	89,5	71,5	96,1	94,7	98,8	90,1
Eskestuna	86,8	69,9	94,4	97,6	97,8	89,3
Eslöv	90,8	66,6	94,3	92,2	98,6	88,5
Essunga	89,8	82,7	96,7	98,9	98,1	93,2
Fagersta	89,5	68,8	94,2	97,1	97,8	89,5
Falkenberg	91,4	73,6	95,3	95,3	98,4	90,8
Falköping	85,7	74,3	95,9	96,1	98,8	90,2
Falun	93,4	78,8	95,9	94,8	98,0	92,2
Filipstad	90,6	71,4	95,4	97,9	98,1	90,7
Finspång	88,8	73,8	96,8	97,9	98,4	91,1
Flen	91,3	67,4	94,4	97,0	97,8	89,6
Forshaga	93,7	75,3	96,8	96,4	98,2	92,1
Färgelanda	87,7	74,4	95,5	96,6	96,9	90,2
Gagnef	93,0	78,1	97,8	80,8	98,2	89,6
Gislaved	89,3	73,4	96,2	92,3	98,8	90,0

Kommun	Skador	Tobak	Födelsevikt	Vaccin	Aborter	Index
Gnesta	...	...	...	...	...	...
Gnosjö	88,6	76,0	95,6	96,0	97,9	90,8
Gotland	87,0	68,2	95,6	95,6	98,0	88,9
Grums	89,5	65,3	95,9	92,5	98,9	88,4
Grästorp	87,1	72,7	94,0	94,6	98,2	89,3
Gullspång	90,4	74,2	98,1	93,3	98,9	91,0
Gällivare	87,4	69,9	96,0	94,8	96,9	89,0
Gävle	88,1	71,2	95,3	98,1	97,6	90,1
Göteborg	85,2	73,3	95,4	94,9	97,6	89,3
Götene	87,4	72,8	95,2	97,9	99,1	90,5
Habo	89,6	79,0	99,5	97,2	99,2	92,9
Hagfors	90,3	66,5	94,7	96,4	98,6	89,3
Hallsberg	94,5	75,8	96,4	94,5	98,3	91,9
Hallstahammar	94,5	68,4	95,9	97,1	98,6	90,9
Halmstad	92,8	73,2	95,3	98,0	98,8	91,6
Hammarö	91,6	77,9	95,6	97,3	97,8	92,0
Haninge	90,8	69,7	95,9	93,6	97,2	89,4
Haparanda	91,8	69,0	94,9	95,5	98,5	90,0
Heby	83,6	71,6	95,5	97,9	99,0	89,5
Hedemora	94,1	70,0	96,9	93,2	98,2	90,5
Helsingborg	87,6	70,2	95,1	92,6	97,9	88,7
Herrljunga	91,5	73,6	94,8	86,6	99,0	89,1
Hjo	88,5	73,9	95,5	91,6	97,4	89,4
Hofors	91,2	74,7	95,9	91,6	98,7	90,4
Huddinge	90,7	71,9	94,7	94,7	97,2	89,8
Hudiksvall	82,1	74,2	96,6	92,9	97,2	88,6
Hultsfred	90,6	73,2	95,6	98,3	99,0	91,3
Hylte	92,6	72,4	93,0	97,0	99,3	90,8
Håbo	91,9	67,8	94,6	92,9	98,4	89,1
Hällefors	93,2	65,9	96,2	94,5	97,7	89,5
Härjedalen	90,2	72,2	94,5	96,0	98,5	90,3
Härnösand	88,0	73,2	94,8	93,3	98,5	89,6
Härryda	90,7	73,9	96,1	96,2	98,3	91,0
Hässleholm	87,0	72,0	95,5	94,6	99,0	89,6
Höganäs	89,8	69,3	95,4	90,7	98,4	88,7
Högsby	90,2	67,7	96,9	94,7	98,0	89,5
Hörby	90,3	68,4	96,4	92,4	98,4	89,2
Höör	90,8	74,7	95,2	95,2	98,7	90,9
Jokkmokk	88,4	61,6	93,9	91,0	97,9	86,5
Järfälla	91,8	74,6	96,5	96,1	97,8	91,4
Jönköping	87,4	78,7	95,6	97,4	98,7	91,6
Kalix	87,6	69,5	96,3	94,8	98,3	89,3
Kalmar	88,8	74,3	94,0	97,6	98,7	90,7
Karlsborg	90,6	75,5	95,8	96,2	99,2	91,5
Karlshamn	92,5	72,7	94,9	93,3	99,2	90,5
Karlskoga	89,4	73,6	95,9	94,5	97,9	90,3
Karlskrona	91,5	76,1	95,0	96,7	98,1	91,5
Karlstad	92,2	76,8	95,9	97,9	98,0	92,2
Katrineholm	92,3	73,9	95,6	97,7	98,5	91,6
Kil	91,5	74,5	96,4	96,6	97,8	91,4
Kinda	91,1	77,8	95,5	97,2	98,0	91,9
Kiruna	87,8	67,0	95,2	93,7	97,7	88,3
Klippan	89,3	67,1	94,4	95,1	98,5	88,9
Kramfors	85,2	69,4	96,0	92,5	98,0	88,2
Kristianstad	86,1	74,6	95,3	96,2	98,5	90,1
Kristinehamn	87,6	69,5	95,1	98,8	97,7	89,7

Kommun	Skador	Tobak	Födelsevikt	Vaccin	Aborter	Index
Krokom	92,3	79,9	94,8	96,0	99,1	92,4
Kumla	93,6	73,3	96,4	94,5	98,9	91,3
Kungsbacka	90,2	78,1	95,1	95,5	98,2	91,4
Kungsör	90,4	72,6	95,2	99,7	98,5	91,3
Kungälv	87,9	76,2	96,5	93,1	98,2	90,4
Kävlinge	89,6	67,5	95,6	89,5	97,9	88,0
Köping	88,9	68,8	95,9	98,0	97,9	89,9
Laholm	93,4	73,0	95,6	96,7	99,0	91,5
Landskrona	89,3	62,4	95,0	95,2	97,9	87,9
Laxå	90,3	74,3	96,4	94,5	97,5	90,6
Lekeberg	...	...	...	...	...	...
Leksand	92,9	82,5	96,3	89,6	99,1	92,1
Lerum	88,6	79,4	95,0	94,1	98,7	91,1
Lessebo	88,9	74,0	96,5	95,4	97,9	90,5
Lidingö	91,4	82,5	94,5	94,4	98,7	92,3
Lidköping	86,9	78,8	95,8	95,9	98,9	91,3
Lilla Edet	86,3	70,4	95,7	94,3	97,4	88,8
Lindesberg	91,7	74,9	95,9	94,5	98,5	91,1
Linköping	89,3	77,7	94,7	95,8	98,5	91,2
Ljungby	90,2	74,9	95,2	97,1	98,8	91,3
Ljusdal	88,9	70,4	95,4	93,2	98,3	89,2
Ljusnarsberg	92,3	70,0	95,6	94,5	98,8	90,3
Lomma	92,9	84,0	96,6	94,6	98,4	93,3
Ludvika	96,1	67,4	96,0	91,5	97,9	89,8
Luleå	90,4	74,1	95,8	94,8	97,4	90,5
Lund	91,2	83,2	95,7	92,5	98,3	92,2
Lycksele	86,2	88,2	97,1	94,6	99,1	93,0
Lysekil	90,1	74,1	95,5	97,5	99,0	91,2
Malmö	87,9	69,1	94,0	91,7	97,2	88,0
Malung	92,2	75,1	96,0	95,1	97,6	91,2
Malå	90,5	81,8	94,9	95,2	98,2	92,1
Mariestad	89,4	76,6	95,7	98,2	98,2	91,6
Mark	87,6	75,9	95,2	94,1	98,2	90,2
Markaryd	92,2	84,2	94,4	88,9	98,8	91,7
Mellerud	91,0	78,0	95,4	91,9	98,1	90,9
Mjölby	89,9	74,3	95,4	97,8	98,4	91,2
Mora	90,9	77,1	95,3	88,4	98,3	90,0
Motala	85,8	71,8	94,5	98,2	98,4	89,7
Mullsjö	88,7	73,1	95,4	94,7	99,2	90,2
Munkedal	84,9	69,5	96,1	93,9	98,4	88,6
Munkfors	92,0	65,2	98,8	98,2	96,9	90,2
Möln dal	91,1	76,6	96,0	96,6	98,4	91,7
Mönsterås	90,5	75,1	95,2	97,5	99,4	91,5
Mörbylånga	86,5	70,5	95,9	97,0	98,6	89,7
Nacka	91,5	75,3	95,8	92,9	97,5	90,6
Nora	91,0	74,7	94,2	94,5	98,1	90,5
Norberg	88,1	66,5	95,5	92,3	97,5	88,0
Nordanstig	83,6	73,1	95,0	93,3	97,7	88,5
Nordmaling	87,9	77,4	94,8	94,4	98,3	90,6
Norrköping	92,1	71,9	95,2	94,2	97,9	90,3
Norrtälje	88,5	67,7	95,4	92,6	97,8	88,4
Norsjö	91,0	78,7	98,9	92,0	98,9	91,9
Nybro	88,1	71,2	93,8	95,3	98,8	89,4
Nykvarn	...	...	...	...	...	...
Nyköping	95,4	73,4	95,4	95,9	98,2	91,6
Nynäshamn	90,8	69,8	95,3	91,3	97,7	89,0

Kommun	Skador	Tobak	Födelsevikt	Vaccin	Aborter	Index
Nässjö	89,9	79,1	96,7	96,8	98,4	92,2
Ockelbo	91,2	71,9	95,1	97,9	96,8	90,6
Olofström	93,4	74,6	95,7	90,3	99,6	90,7
Orsa	88,3	68,1	94,8	85,4	97,6	86,8
Orust	87,7	75,8	96,9	95,5	98,4	90,8
Osby	84,9	69,4	95,4	90,4	98,1	87,6
Oskarshamn	88,1	77,4	93,3	97,9	98,3	91,0
Ovanåker	90,0	77,7	96,4	90,3	98,6	90,6
Oxelösund	92,3	72,7	96,3	98,8	99,4	91,9
Pajala	92,6	73,4	93,5	91,4	97,9	89,8
Partille	85,3	77,1	94,5	96,0	98,1	90,2
Perstorp	87,1	69,6	93,9	97,2	99,3	89,4
Piteå	90,2	72,6	95,4	94,6	99,3	90,4
Ragunda	87,5	65,7	94,6	95,9	98,5	88,4
Robertsfors	84,7	70,6	94,7	95,4	98,9	88,9
Ronneby	91,2	75,7	95,3	94,3	98,0	90,9
Rättvik	92,3	76,8	96,4	87,3	98,9	90,3
Sala	82,0	68,1	95,6	96,2	98,7	88,1
Salem	90,8	70,3	95,7	95,3	97,7	90,0
Sandviken	90,2	68,8	95,4	98,1	98,1	90,1
Sigtuna	92,0	71,2	95,4	88,8	97,2	88,9
Simrishamn	91,3	69,4	95,2	92,0	98,3	89,2
Sjöbo	88,2	70,5	94,8	91,5	98,3	88,7
Skara	88,7	71,7	95,0	95,7	98,3	89,9
Skellefteå	86,0	77,9	95,8	93,5	99,0	90,5
Skinnskatteberg	92,4	65,6	95,7	92,8	98,8	89,0
Skurup	87,8	69,6	94,0	95,3	98,6	89,1
Skövde	89,2	74,8	95,9	96,5	98,1	90,9
Smedjebacken	93,2	73,8	95,5	96,8	97,9	91,4
Sollefteå	85,3	72,1	95,9	90,7	98,8	88,6
Sollentuna	92,2	80,0	95,6	97,1	98,3	92,6
Solna	91,7	73,9	95,2	94,7	97,0	90,5
Sorsele	85,4	66,2	95,0	97,0	97,8	88,3
Sotenäs	86,9	66,3	96,8	95,5	97,8	88,6
Staffanstorps	90,7	72,6	96,4	93,6	98,6	90,4
Stenungsund	87,9	73,2	94,8	94,4	97,8	89,6
Stockholm	91,2	76,3	95,5	90,8	97,5	90,2
Storfors	91,2	65,7	96,9	95,8	98,0	89,5
Storuman	88,5	78,7	95,8	96,0	99,0	91,6
Strängnäs	89,8	68,2	94,9	91,5	97,8	88,4
Strömstad	94,2	78,4	95,8	96,0	98,9	92,7
Strömsund	91,5	75,7	96,1	96,5	99,0	91,8
Sundbyberg	93,3	74,4	96,3	93,8	96,3	90,8
Sundsvall	87,3	72,3	95,4	98,2	98,2	90,3
Sunne	91,4	79,2	96,2	95,3	99,1	92,2
Surahammar	93,6	69,7	96,2	95,0	97,5	90,4
Svalöv	88,0	64,4	93,5	94,4	98,0	87,7
Svedala	89,7	67,9	94,6	93,2	98,3	88,8
Svenljunga	89,0	70,9	94,0	94,9	98,4	89,4
Säffle	91,0	75,3	92,3	93,7	98,7	90,2
Säter	92,9	72,9	95,5	94,0	98,9	90,8
Sävsjö	88,1	79,9	95,3	90,9	97,9	90,4
Söderhamn	87,6	66,0	96,0	93,4	97,8	88,2
Söderköping	92,6	75,3	97,3	94,1	98,2	91,5
Södertälje	92,6	69,2	95,8	83,6	97,5	87,7
Sölvesborg	90,7	67,9	97,0	95,5	99,0	90,0

Kommun	Skador	Tobak	Födelsevikt	Vaccin	Aborter	Index
Tanum	91,7	72,3	96,4	91,1	98,0	89,9
Tibro	88,9	76,3	97,1	94,0	99,0	91,1
Tidaholm	89,8	76,1	95,8	95,0	98,4	91,0
Tierp	91,7	74,6	97,0	94,9	98,5	91,3
Timrå	87,0	68,5	94,2	95,0	98,3	88,6
Tingsryd	91,3	67,2	93,2	94,4	98,5	88,9
Tjörn	87,8	77,4	95,5	92,1	99,1	90,4
Tomelilla	89,9	69,4	96,3	91,6	98,4	89,1
Torsby	87,1	71,3	95,9	95,8	97,5	89,5
Torsås	89,2	79,9	95,7	98,1	99,0	92,4
Tranemo	94,0	71,6	96,3	95,5	98,1	91,1
Tranås	93,0	79,8	96,5	96,0	99,0	92,9
Trelleborg	90,0	66,3	94,1	95,6	98,6	88,9
Trollhättan	85,9	71,9	96,4	95,9	97,4	89,5
Trosa	...	...	...	...	...	...
Tyresö	90,2	73,0	95,5	90,5	97,8	89,4
Täby	92,0	81,2	94,2	92,9	98,7	91,8
Töreboda	87,6	75,3	96,3	92,9	97,9	90,0
Uddevalla	86,1	76,1	96,0	96,9	98,6	90,7
Ulricehamn	94,4	76,1	95,3	94,8	98,7	91,9
Umeå	88,0	80,5	95,4	93,1	98,2	91,0
Upplands-Bro	91,0	69,3	95,1	93,8	97,4	89,3
Upplands-Väsby	91,5	71,4	96,3	91,9	97,8	89,8
Uppsala	92,6	80,0	96,2	95,0	98,2	92,4
Uppvidinge	91,2	73,2	96,4	96,9	98,5	91,2
Vadstena	87,2	71,3	92,5	98,0	98,6	89,5
Vaggeryd	88,9	78,7	93,3	95,1	98,9	91,0
Valdemarsvik	91,0	70,7	96,5	97,1	97,7	90,6
Vallentuna	90,5	74,3	95,8	90,0	98,2	89,7
Vansbro	93,7	70,0	96,8	95,2	98,3	90,8
Vara	87,8	73,8	95,6	95,5	99,3	90,4
Varberg	88,8	73,4	96,0	97,8	98,0	90,8
Vaxholm	89,4	79,6	91,8	89,2	98,7	89,7
Vellinge	90,3	75,2	95,5	89,7	98,6	89,9
Vetlanda	89,9	75,2	96,1	94,1	99,1	90,9
Vilhelmina	91,2	73,3	96,4	93,5	98,2	90,5
Vimmerby	90,9	74,4	95,3	97,3	98,9	91,4
Vindeln	88,6	78,0	97,4	92,7	98,3	91,0
Vingåker	93,2	71,4	96,0	96,2	98,9	91,1
Vårgårda	88,3	75,0	94,4	93,9	99,0	90,1
Vänersborg	86,5	73,0	96,5	96,7	98,1	90,1
Vännäs	89,8	74,1	93,3	96,1	98,9	90,4
Värmdö	90,5	71,6	95,1	94,7	97,9	90,0
Värnamo	87,5	77,1	95,8	92,2	98,8	90,3
Västervik	87,4	75,7	95,6	97,8	98,8	91,1
Västerås	95,3	75,0	95,4	96,7	97,9	92,1
Växjö	92,1	78,5	95,6	95,8	98,4	92,1
Ydre	92,2	74,2	97,5	97,0	98,4	91,9
Ystad	90,7	73,0	95,4	95,0	97,8	90,4
Åmål	90,8	77,2	97,5	93,0	98,3	91,4
Ånge	86,2	72,7	94,0	97,5	98,2	89,7
Åre	90,6	76,6	97,6	96,9	97,6	91,8
Årjäng	93,9	71,9	93,8	94,1	97,7	90,3
Åsele	94,4	84,2	97,8	97,6	98,0	94,4
Åstorp	89,1	61,7	94,2	92,9	98,1	87,2
Åtvidaberg	89,1	77,3	95,9	94,4	99,1	91,1

Kommun	Skador	Tobak	Födelsevikt	Vaccin	Aborter	Index
Älmhult	92,5	78,8	95,3	92,8	98,8	91,6
Älvdalen	91,5	76,7	96,9	90,5	96,9	90,5
Älvkarleby	86,8	63,5	95,6	93,6	98,5	87,6
Älvsbyn	87,7	75,7	96,3	90,5	98,5	89,7
Ängelholm	91,2	72,9	93,8	94,3	99,0	90,2
Öckerö	91,5	74,4	96,1	92,4	99,0	90,7
Ödeshög	89,2	75,0	95,0	92,7	99,3	90,2
Örebro	94,1	77,4	95,1	94,5	98,2	91,9
Örkelljunga	90,9	68,6	96,8	95,4	98,6	90,1
Örnsköldsvik	89,4	79,9	95,9	97,9	98,4	92,3
Östersund	90,0	78,1	95,7	97,2	98,4	91,9
Österåker	90,8	76,2	96,3	91,2	98,8	90,6
Östhammar	92,2	72,2	95,9	95,7	97,7	90,7
Östra Göinge	85,4	72,5	95,7	93,2	98,7	89,1
Överkalix	93,2	69,4	92,6	94,4	98,5	89,6
Övertorneå	92,9	79,1	96,0	92,8	98,5	91,9

*Rädda Barnen kämpar för barns rättigheter.
Vi väcker opinion och stöder barn i utsatta
situationer i Sverige och i världen.*



Rädda Barnen

Save the Children Sweden

107 88 Stockholm

Telefon: 08-698 90 00

Fax: 08-698 90 10

info@rb.se

www.rb.se/bokhandel

Post/bankgiro 90 2003-3