

Folkhälsorapport Barn och Föräldrar i Skåne 2014

- en undersökning om barns och föräldrars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa



Folkhälsorapport Barn och Föräldrar i Skåne 2014

Baserad på

Folkhälsoenkät Barn och Föräldrar i Skåne 2013

- En undersökning om barns och föräldrars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa

Rapporten citeras som: Fridh M, Modén B, Lindström M, Grahn M, Lindeberg S, Berglund M, Olsson L, Thor Y, Köhler M, Rosvall M. Folkhälsorapport Barn och Föräldrar i Skåne 2014, Region Skåne.

Denna rapport är utgiven av Region Skåne

Organisationsnummer: 232100-0255
Sammanställningen är gjord av:
Epidemiologisk bevakning och analys
Enheten för Folkhälsa och Social hållbarhet
Region Skåne
Koncernkontoret
211 19 Malmö

<http://www.skane.se>

Publicerad Oktober 2014

Tryck: Elanders tryckeri

Förord

I de nationella folkhälsomålen betonas betydelsen av trygga och goda uppväxtvillkor för att barn ska utveckla en god hälsa. Även i Skånes regionala utvecklingsstrategi framgår att barn och ungdomars hälsa är ett prioriterat område.

Region Skåne genomför regelbundet folkhälsoenkäter för att kartlägga skåningarnas hälsa, levnads- och miljöförhållanden. År 2013 genomfördes folkhälsoenkät Barn och Föräldrar i Skåne för första gången. Drygt 30 000 småbarnsföräldrar till barn som under året fyllde åtta månader eller fyra år fick enkäten i sin brevlåda och knappt hälften valde att svara.

Frågorna som besvarades berörde såväl föräldrarna som barnet och handlade om hälsa, levnadsvanor, sociala relationer, sysselsättning och ekonomi. Syftet med undersökningen är att kunna följa utvecklingen inom dessa områden och att ta fram underlag till Region Skånes och de skånska kommunernas förebyggande arbete och prioriteringar. Kunskaper om hälsans bestämningsfaktorer, hälsans fördelning i befolkningen och det aktuella hälsoläget hos skåningarna är nödvändiga för att kunna bedriva ett effektivt arbete inom såväl folkhälsoområdet som för olika former av samhällsplanering och utvecklingsarbete.

Med hjälp av resultaten från den här undersökningen får vi nu kunskap om livsvillkor, levnadsvanor, sociala faktorer och hälsa bland små barn och deras föräldrar och vi får även möjlighet att analysera hur dessa faktorer hänger ihop.

Vi vill rikta ett Stort Tack till alla de skåningar som deltagit i undersökningen, och alla andra som varit inblandade och gjort det möjligt för oss att genomföra den här stora och viktiga undersökningen!

Birgitta Södertun
Regionråd
Ordförande i folkhälsoberedningen
Region Skåne

Elisabeth Bengtsson
Folkhälsochef
Region Skåne

Marie Köhler
Enhetschef
Kunskapscentrum för
barnhälsovård
Region Skåne

Projektgruppens sammansättning

Från Enheten för Folkhälsa och Social hållbarhet i Region Skåne har Maria Rosvall, Maria Fridh, Birgit Modén och Mathias Grahn arbetat med den huvudsakliga planeringen samt genomförandet av Folkhälsoenkät Barn och Föräldrar i Skåne 2013. Vidare har Maria Rosvall, Maria Fridh, Birgit Modén, Mathias Grahn och Sara Lindeberg vid Enheten för Folkhälsa och Social hållbarhet samt Martin Lindström vid Centrum för primärvårdsforskning arbetat med utformningen av enkätformulär som även pilottestats. Pilottestningen av enkätformulären har genomförts av Maria Fridh samt Sara Lindeberg. Utformningen av enkätformulär har skett i nära samarbete med Marie Köhler, Margareta Berglund, Lars Olsson och Ylva Thor vid Region Skånes Kunskapscentrum för barnhälsovård. Margareta Berglund har även deltagit i projektets telefonsupport tillsammans med medarbetare vid Enheten för Folkhälsa och Social Hållbarhet.

Maria Rosvall har varit redaktör och ansvarig för sammanställningen av rapporten och har tillsammans med Marie Köhler skrivit den sammanfattande analysen. Mathias Grahn har ansvarat för framtagandet av underlag till tabeller och figurer. Maria Fridh, Birgit Modén, Martin Lindström, Sara Lindeberg, Mathias Grahn och Maria Rosvall har författat olika delar av rapporten i samarbete med Margareta Berglund, Lars Olsson och Ylva Thor vid Kunskapscentrum för barnhälsovård i Region Skåne. Samtliga medverkande hoppas att resultaten från folkhälsoenkät Barn och föräldrar i Skåne 2013 blir ett användbart verktyg i folkhälsoarbetet i Skåne.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
1 Deltagare och metod	4
1.1 Inledning och syfte	4
1.2 Frågeformulär	5
1.3 Population och urval.....	5
1.4 Datainsamling.....	6
1.5 Sekretess och utlämnande.....	6
1.6 Svarefrekvens	6
1.7 Om barnet, syskon och föräldrar	14
1.8 Bortfall.....	15
1.9 Viktberäkning och estimation.....	15
1.10 Redovisning av resultaten.....	16
2 Sociodemografi	17
2.1 Boende	17
2.2 Sysselsättning	21
2.3 Ekonomisk stress	23
2.4 Sammanfattning.....	28
2.5 Referenser	29
3 Hälsa och välbefinnande	31
3.1 Graviditetslängd och födelsevikt.....	32
3.2 Övervikt och fetma	33
3.3 Självs kattad hälsa	36
3.4 Psykiska och somatiska besvär bland barn.....	38
3.5 Lågt psykiskt välbefinnande och utmattning bland föräldrar.....	39
3.6 Funktionsnedsättning och långvarig sjukdom	44
3.7 Astma, allergisjukdom och överkänslighet	46
3.8 Sömnstörningar bland 4-åringar	47
3.9 Tandhälsa.....	48
3.10 Vårdsökande	50
3.10.1 Användning av antibiotika	52
3.10.2 Olyckor och förgiftning	54
3.10.3 Sjukhusvård	57
3.10.4 Otillfredsställda vårdbehov.....	57
3.10.5 Vårdcentral/barnvårdscentral: listning, familjecentral, byte	60
3.11 Sammanfattning.....	65
3.12 Referenser	67

4	Barns och föräldrars levnadsvanor	76
4.1	Amning.....	76
4.2	Matvanor	78
4.3	Tid framför TV/dator eller annan bildskärm.....	84
4.4	Exponering för rökning eller snusning.....	86
4.5	Föräldrarnas alkoholkonsumtion.....	88
4.6	Sammanfattning	90
4.7	Referenser	92
5	Sociala relationer och trygghet	95
5.1	Samspel mellan föräldrar och barn	95
5.2	Högläsning för barnet.....	98
5.3	Föräldrarnas lek med barnet	101
5.4	Kvällsrutiner.....	102
5.5	Var barnet sover	103
5.6	Allvarliga livshändelser	104
5.7	Föräldrarnas tillgång till psykosocialt stöd	107
5.8	Förekomst av våld.....	110
5.9	Sammanfattning	112
5.10	Referenser	113

Sammanfattning

Det finns flera skäl till att mäta och följa barns hälsa. Insamlade uppgifter ger oss möjlighet att följa och analysera utvecklingen över tid, att identifiera eventuella skillnader mellan olika områden och grupper av barn och att vid behov förstärka eller påbörja insatser på olika nivåer. Att samhället undersöker och följer barns hälsa är viktiga tillämpningar av barnperspektivet och främjar ett långsiktigt tänkande. Hur livsvillkoren ser ut under uppväxten påverkar i hög grad hälsan både på kort och på lång sikt.

Sedan många år tillbaka samlas, på nationell nivå, data in avseende de minsta barnens hälsa. Uppgifterna gäller amning, passiv rökning och vaccinationer. Den nu så långa uppföljningstiden har skapat goda möjligheter att följa utvecklingen över tid och att aktivt styra folkhälsoarbetet. Även i Skåne samlar man in uppgifter om de minsta barnens hälsa och tillgång till hälsovård från barnhälsovården. Uppgifterna gäller de närmare 95 000 barn som från födsel till skolstart är inskrivna på barnavårdscentraler (BVC) i regionen. Aktuella data är dels uppgifterna om amning, passiv rökning och vaccinationer som också går vidare till den nationella insamlingen och dels andra regionala mått. De senare handlar om barnets hälsa och hälsovårdens erbjudanden som till exempel genomförda hembesök, föräldrastöd i grupp och depressionsscreening av mödrar. De senaste åren har även uppgifter om anmälan till socialtjänsten pga. misstanke/vetskap om att ett barn far illa samt samverkan mellan barnhälsovården och socialtjänsten inkluderats. Varje år sammanställs dessa regionala data i en årsrapport av Kunskapscentrum för barnhälsovård.

Denna rapport bygger på information från folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013”. Drygt 30 000 småbarnsföräldrar till barn som under år 2013 fyllde 8 månader eller 4 år fick enkäten och knappt hälften valde att svara. Folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” har som syfte att ytterligare öka kunskapen om de små barnens och deras föräldrars hälsa och levnadsförhållanden, att möjliggöra fördjupade analyser av fördelningen av hälsa och hälsorisker i olika delar av befolkningen samt att kunna följa utvecklingen över tid. Resultaten presenteras uppdelade på fem kapitel: Deltagare och Metod; Sociodemografi; Hälsa och välbefinnande; Barns och föräldrars levnadsvanor samt Sociala relationer och trygghet. Rapporten är ett led i Region Skånes fortlöpande rapportering om fördelningen av hälsa, hälsorisker och levnadsförhållanden i den skånska befolkningen. Nedan presenteras i korthet några av resultaten från enkätundersökningen.

Sociodemografi

Nästan vart femte skånskt barn i åldern 8 månader lever i trångboddhet. Trångboddheten är störst bland ensamstående föräldrar och bland föräldrar födda utanför Europa.

Det är vanligare med fast anställning eller att ha ett eget företag bland pappor/partners än bland mammor till 4-åringar, medan det omvända gäller för vikarie-, timanställning eller avsaknad av anställning.

Nästan var tionde förälder har svårt att få pengarna att räcka till i det dagliga livet såsom till mat, kläder, räkningar och löpande utgifter.

Hälsa och välbefinnande

De allra flesta 8-månaders barn och 4-åringar i Skåne mår ”bra” eller ”mycket bra”. Psykosomatiska symtom hos barn är vanligare i familjer med svag ekonomi och det är dubbelt så vanligt att 4-åringar i familjer med ekonomisk stress ofta har ont i magen än 4-åringar i familjer utan ekonomisk stress.

Även en hög andel av barnens föräldrar uppger sig mår bra. Dock uppger drygt var femte mamma att hon känner sig utmattad oavsett barnets ålder, medan andelen utmattade pappor/partners är högre för 8-månaders barn (18 %) än för 4-åringar (15 %). Liksom för befolkningen i övrigt är psykiskt välbefinnande lägre bland de föräldrar som står utanför arbetsmarknaden.

I tre av tio familjer har minst en vuxen någon form av funktionsnedsättning eller långvarig sjukdom och fyra av tio av dessa föräldrar rapporterar att detta påverkar förmågan att ta hand om barnet.

Mer än nio av tio 4-åringar får sina tänder borstade av en vuxen minst en gång om dagen. Knappt 7 % av 4-åringarna har haft hål i tänderna. Det är nästan dubbelt så vanligt att barn som ofta dricker söta drycker mellan måltiderna haft hål i tänderna jämfört med barn som inte dricker söta drycker lika ofta.

Var sjunde 4-åring i Skåne rapporteras lida av övervikt eller fetma. Ofta är övervikt eller fetma ett problem även bland föräldrarna.

Drygt 4 % av familjerna har avstått från att söka vård för sitt barn trots att de ansett att barnet behövt läkarvård. De vanligaste anledningarna är att barnets besvär gått över, för långa väntetider eller att man inte tycker att man kan få någon hjälp. Föräldrar som står utanför arbetsmarknaden, är utlandsfödda eller ensamstående avstår i högre utsträckning från att söka vård för sitt barn.

Barns och föräldrars levnadsvanor

Amning är på många sätt skyddande för barnet. Resultaten visar att nio av tio barn har ammat. Mammor med eftergymnasial utbildning har i högre grad ammat sina barn än mammor med kortare utbildning. Av de mammor som inte ammat så länge som man önskat

uppgav över hälften att orsaken till detta var en upplevelse av att mjölken inte räckte till för att mätta barnet.

De flesta 4-åringar dricker oftast vatten eller mjölk till sina måltider. Av 4-åringarna äter mer än nio av tio barn frukost varje dag och två av tre äter varje dag regelbundna måltider (frukost och lagad lunch och lagad mat på kvällen). Knappt 3 % av 4-åringarna äter godis, chips, ostbågar, läsk eller liknande nästan varje dag eller oftare. Resultaten visar på ett tydligt samband mellan intag av godis, snacks eller läsk och förekomst av fetma hos 4-åringarna.

Bland de 8 månader gamla barnen är det 16 % som tillbringar tid framför tv/dator eller annan bildskärm utan vuxet sällskap. Fyraåringarna tillbringar drygt 1,5 timme per dag framför tv/dator eller annan bildskärm och närmare 60 % tillbringar minst två timmar per dag framför en bildskärm.

Resultaten visar att 12 % av de 8 månader gamla barnen och 15 % av 4-åringarna utsätts för passiv rökning i sin dagliga miljö. Det finns en tydlig socioekonomisk gradient i barnets exponering för passiv rökning samt även mammans rökning under graviditet.

Sociala relationer och trygghet

Relationen till föräldrarna har en utomordentligt stor betydelse för barnets utveckling och hälsa. Resultaten visar att en stor majoritet av föräldrarna upplever sig räcka till för att kunna ta hand om barnet. Föräldrar med en dålig självskattad hälsa upplever dock i lägre utsträckning att de räcker till för att t ex visa att de tycker om barnet eller att uppmuntra barnet än föräldrar med en god självskattad hälsa.

Högläsning för små barn utvecklar barnets språk både under det första levnadsåret och längre fram i livet. Nio av tio föräldrar till 4-åringar läser för sitt barn minst en gång i veckan. Föräldrar med högre utbildningsnivå läser i betydligt högre utsträckning för sina barn än föräldrar med lägre utbildningsnivå.

En fjärdedel av föräldrarna till barn som är 8 månader gamla har ett svagt emotionellt stöd, det vill säga de har inte något ordentligt personligt stöd för att klara livets stress och problem. Bland föräldrarna till 4-åringar är motsvarande andel 30 %. Bland föräldrar födda utanför Europa är andelen med ett svagt emotionellt stöd högre än bland föräldrar födda i Sverige. Ett liknande mönster ses för förekomsten av ett svagt praktiskt stöd.

1. DELTAGARE OCH METOD

1.1 Inledning och syfte

Syftet med folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” är att få en aktuell bild av hälsa, levnads- och miljöförhållanden i Skåne för barn i åldern 8 månader respektive 4 år och deras föräldrar. Hur våra barn mår och lever har även betydelse för den framtida folkhälsan i Skåne. Det är nödvändigt med kunskap om hälsans bestämningsfaktorer, hälsans fördelning i befolkningen och det aktuella hälsoläget bland våra barn och deras föräldrar i Skåne för att kunna bedriva ett effektivt arbete inom folkhälsoområdet. Frågorna i enkäten berör såväl föräldrarna som barnet och handlar om hälsa, levnadsvanor, boende, sociala relationer, sysselsättning och ekonomi. Detta kapitel beskriver undersökningens genomförande med information om deltagande, svarsfrekvens och demografi.

Med folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” breddas befolkningsunderlaget åldersmässigt i den regionala epidemiologiska bevakningen av Skåne. Tillsammans med undersökningarna ”Barn och Unga i Skåne” (riktad till elever i årskurs 6, årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2) samt ”Folkhälsa i Skåne” (för den vuxna befolkningen i åldern 18-80 år) kommer hela den skånska befolkningen åldersmässigt att kunna följas framöver ”från vaggan till graven”.



1.2 Frågeformulär

Enheten för folkhälsa och social hållbarhet har i samarbete med medarbetare på Kunskapscentrum för barnhälsovård i Region Skåne utformat frågeformulären. Enkät 1 skickades ut till barn i åldern 8 månader och bestod av 98 numrerade frågor varav flera hade delfrågor. Enkät 2 som skickades ut till barn i åldern 4 år bestod av 105 numrerade frågor varav flera också hade delfrågor.

1.3 Population och urval

Populationen, dvs. de individer man vill kunna dra slutsatser om, består i denna undersökning av samtliga barn per kalendermånad i åldern 8 månader respektive 4 år, som var folkbokförda i Skåne län under motsvarande kalendermånad år 2013 enligt Registret över totalbefolkningen (RTB).

Den totala populationen (brutto) bestod av 15 658 barn i åldern 8 månader och 15 691 barn i åldern 4 år. Samtliga barn fick enkätutskick vilket innebär att folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” är en totalundersökning av skånska barn i dessa två åldrar. Av de utskickade breven kom 336 i retur från posten för 8-månaders barn och 252 för 4-åringarna. Vidare befann sig fyra barn i åldern 8 månader samt fem barn i åldern 4 år utomlands. Den slutliga nettopopulationen bestod därför av 15 318 barn i åldern 8 månader och 15 434 barn i åldern 4 år (tabell 1).

Tabell 1. Population.

	Barn 8 månader	Barn 4 år
Total population (brutto)	15 658	15 691
Retur från posten (åter avsändare)	336	252
Befann sig utomlands	4	5
Nettopopulation*	15 318	15 434

* Nettopopulation är de personer som kvarstår när man exkluderat de personer man inte kunnat nå från bruttopopulationen.

1.4 Datainsamling

Breven och frågeformulären skickades med post till respektive barns vårdnadshavare den kalendermånad barnet uppnådde 8 månaders ålder respektive fyllde 4 år.

Per kalendermånad:

Den 1:a: Introduktionsbrev skickades ut och barnets vårdnadshavare erbjöds att besvara frågorna via Internet.

Den 8:e: Den första pappersenkäten skickades ut.

Den 22:e: Den första påminnelsen, som bestod av ett tack- och påminnelsebrev med möjlighet att besvara frågorna via Internet, skickades ut.

Den 5:e nästkommande kalendermånad: Den andra påminnelsen, som var en enkätpåminnelse, skickades ut.

Datainsamlingen påbörjades den 3 januari 2013 och avslutades den 24 april 2014.

1.5 Sekretess och utlämnande

Frågeblanketten inleddes med information om undersökningens bakgrund och syfte. Det framgick att undersökningen genomfördes i ett samarbete mellan Enheten för folkhälsa och social hållbarhet och Kunskapscentrum för barnhälsovård i Region Skåne, samt att det var frivilligt att medverka. Enkätmottagaren fick information kring personuppgiftslagen och offentlighets- och sekretesslagen samt att de insamlade uppgifterna endast skulle redovisas i sammanställd form där ingen enskild persons svar kan utläsas. Det framgick att det under en begränsad tid skulle finnas en ”nyckel” mellan barnets personuppgifter och enkätformulärets löpnummer. Dessa ”nycklar” skulle endast vara tillgängliga för ett fåtal utvalda personer inom Region Skåne och de skulle förstöras i februari 2014. Avslutningsvis informerades enkät-mottagaren om att enkätsvaren även kan komma att användas för forskning (med fortsatt statistiksekretess) samt att forskningen måste vara godkänd av etikprövningsnämnd innan uppgifterna kan användas.

1.6 Svarsfrekvens

Föräldrar till 7 665 barn i åldern 8 månader besvarade frågeformuläret, vilket motsvarar 50,0 % av nettopopulationen på 15 318 barn. För barn i åldern 4 år besvarades frågeformuläret av föräldrar till 6 728 barn, vilket motsvarar 43,6 % av de 15 434 barn som ingick i nettopopulationen för denna ålder.

Enkäten besvarades på webben av 11,8 % av dem som svarade på enkäten för 8-månaders barn och 13,1 % av dem som svarade på enkäten för barn på 4 år.

För 8-månaders barn besvarade mamman och pappan enkäten tillsammans i 86,7 % av samtliga inkomna frågeformulär. Enbart mamman fyllde i formuläret i 10,2 % av fallen jämfört med 0,9 % då enbart pappan fyllde i. Annan person (inklusive mammans/pappans partner) fyllde i 0,3 % av formulären, medan uppgift saknas om vem som fyllde i formuläret för 1,8 % av samtliga inkomna formulär.

För 4-åringar besvarade mamman och pappan enkäten tillsammans i 82,1 % av samtliga inkomna frågeformulär. Enbart mamman fyllde i formuläret i 13,1 % av fallen jämfört med 1,6 % då enbart pappan fyllde i. Annan person (inklusive mammans/pappans partner) fyllde i 1,0 % av formulären, medan uppgift saknas om vem som fyllde i formuläret för 2,2 % av samtliga inkomna formulär.

Tabellerna 2a-b (mammor och pappor till 8-månaders barn) samt 3a-b (mammor och pappor till barn på 4 år) visar registeruppgifter för nettopopulationen och motsvarande uppgifter från inkomna enkätsvar, samt hur svarsfrekvensen varierar med olika bakgrundsvariabler för barn och föräldrar.

Tabell 2a visar att svarsfrekvensen för 8-månaders barn var lägre i Malmö (46,6 %) än i övriga Skåne (51,6 %); lägre bland unga mammor i åldern 16-24 år (30,5 %) jämfört med äldre mammor (56 % bland mammor över 30 år); lägre bland lågutbildade mammor (23,7 %) än bland högutbildade mammor (63,5 %); samt lägre bland utlandsfödda mammor (35,0 %) än bland mammor födda i Sverige (57,4 %). Ett liknande mönster ses bland pappor till 8-månaders barn (Tabell 2b).

Tabell 2a. Population (netto), antal svarande och svarsfrekvens för mammor till 8-månaders barn.

		Population*		Svarande		Svarsfrekvens
		N	%	N	%	
Barnet	Pojke	-	-	3953	51,6	-
	Flicka	-	-	3712	48,4	-
	Totalt	15318	100,0	7665	100,0	50,0
Geografi**	Boende i Malmö	4763	31,1	2219	28,9	46,6
	Boende i övriga Skåne	10555	68,9	5446	71,1	51,6
	Totalt	15318	100,0	7665	100,0	
Mammans ålder	16-24 år	2417	15,8	494	6,4	30,5
	25-29 år	4320	28,2	1773	23,1	44,9
	30-34 år	5216	34,1	2960	38,6	55,6
	35-59 år	3365	22,0	2352	30,7	55,5
	Ej besvarat	-	-	86	1,1	-
	Totalt	15318	100,0	7665	100,0	
Mammans utbildning	Grundskola	2553	16,7	362	4,7	23,7
	Gymnasial	5885	38,4	2126	27,7	45,4
	Eftergymnasial	6880	44,9	4687	61,1	63,5
	Annan utbildning***	-	-	407	5,3	-
	Ej besvarat	-	-	83	1,1	-
Totalt	15318	100,0	7665	100,0		
Mammans födelse-land	Född i Sverige	10255	66,9	5872	76,6	57,4
	Född utomlands	5063	33,1	1741	22,7	35,0
	Ej besvarat	-	-	52	0,7	-
Totalt	15318	100,0	7665	100,0		

*Population enligt SCB:s RTB (register över totalbefolkning) per 31 december 2013.

**Geografi baseras på RTB (registret över totalbefolkningen).

***Förekommer endast som svarskategori i enkätuppgift.

Tabell 2b. Population (netto), antal svarande och svarsfrekvens för pappor till 8-månaders barn

		Population*		Svarande**	
		N	%	N	%
Pappans ålder	16-24 år	1828	11,9	194	2,5
	25-29 år	2999	19,6	1115	14,5
	30-34 år	4817	31,4	2434	31,8
	35-59 år	5674	37,0	3429	44,7
	Ej besvarat	-	-	493	6,4
	Totalt	15318	100,0	7665	100,0
Pappans utbildning	Grundskola	3199	20,9	466	6,1
	Gymnasial	6853	44,7	2642	34,5
	Eftergymnasial	5266	34,4	3651	47,6
	Annan utbildning***	-	-	424	5,5
	Ej besvarat	-	-	482	6,3
	Totalt	15318	100,0	7665	100,0
Pappans födelse-land	Född i Sverige	9681	63,2	5528	72,1
	Född utomlands	5637	36,8	1686	22,0
	Ej besvarat	-	-	451	5,9
	Totalt	15318	100,0	7665	100,0

*Population enligt SCB:s RTB (register över totalbefolkning) per 31 december 2013.

**Pappa eller partner.

***Förekommer endast som svarskategori i enkätuppgift.

Tabell 3a visar att svarsfrekvensen för 4-åringar var lägre i Malmö (37,5 %) än i övriga Skåne (45,8 %); lägre bland unga mammor i åldern 20-29 år (30,0 %) jämfört med äldre mammor (knappt 50 % bland mammor över 35 år); lägre bland lågutbildade mammor (21,5 %) än bland högutbildade mammor (55,4 %); samt lägre bland utlandsfödda mammor (30,2 %) än bland mammor födda i Sverige (49,7 %). De pappor som svarat på enkäten för 4-åringar är också oftare svenskfödda, äldre och högutbildade jämfört med hela populationen av pappor till 4-åringar i Skåne (Tabell 3b).

Tabell 3a. Population (netto), antal svarande och svarsfrekvens för mammor till barn på 4 år

		Population*		Svarande		Svarsfrekvens
		N	%	N	%	
Barnet	Pojke	-	-	3470	51,6	-
	Flicka	-	-	3258	48,4	-
	Totalt	15434	100,0	6728	100,0	43,6
Geografi**	Boende i Malmö	4059	26,3	1520	22,6	37,5
	Boende i övriga Skåne	11375	73,7	5208	77,4	45,8
	Totalt	15434	100,0	6728	100,0	
Mammans ålder	20-29 år	3573	23,2	721	10,7	30,0
	30-34 år	4964	32,2	1938	28,8	43,6
	35-39 år	4810	31,2	2520	37,5	49,8
	40-61 år	2087	13,5	1386	20,6	48,9
	Ej besvarat	-	-	163	2,4	-
	Totalt	15434	100,0	6728	100,0	
Mammans utbildning	Grundskola	2270	14,7	294	4,4	21,5
	Gymnasial	6083	39,4	1694	25,2	37,9
	Eftergymnasial	7081	45,9	4190	62,3	55,4
	Annan utbildning***	-	-	387	5,8	-
	Ej besvarat	-	-	163	2,4	-
Totalt	15434	100,0	6728	100,0		
Mammans födelseland	Född i Sverige	10557	68,4	5180	77,0	49,7
	Född utomlands	4877	31,6	1436	21,3	30,2
	Ej besvarat	-	-	112	1,7	-
Totalt	15434	100,0	6728	100,0		

*Population enligt SCB:s RTB (register över totalbefolkning) per 31 december 2013.

**Geografi baseras på RTB (registret över totalbefolkningen).

***Förekommer endast som svarskategori i enkätuppgift.

Tabell 3b. Population (netto), antal svarande och svarsfrekvens för pappor till barn på 4 år

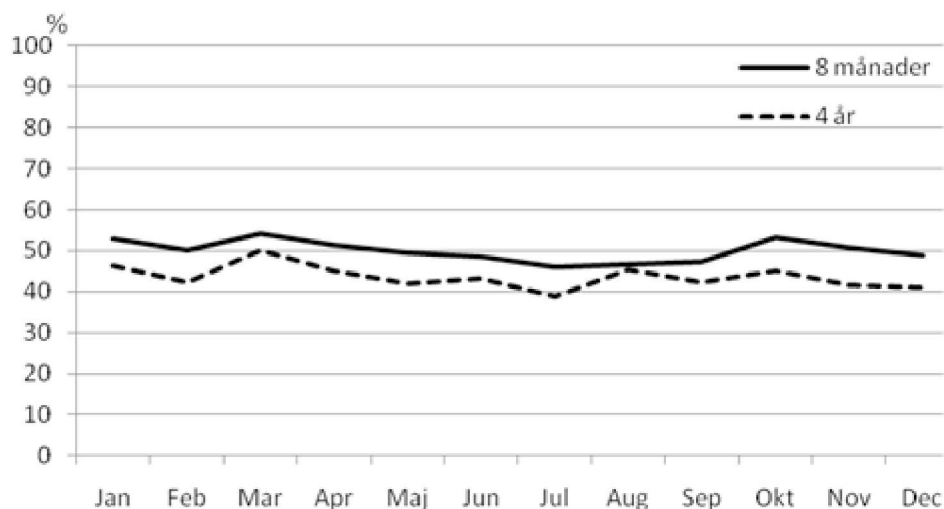
		Population*		Svarande**	
		N	%	N	%
Pappans ålder	20-29 år	2395	15,5	265	3,9
	30-34 år	3908	25,3	1269	18,9
	35-39 år	4899	31,7	2320	34,5
	40-61 år	4232	27,4	2249	33,4
	Ej besvarat	-	-	625	9,3
	Totalt	15434	100,0	6728	100,0
Pappans utbildning	Grundskola	2980	19,3	388	5,8
	Gymnasial	6972	45,2	2235	33,2
	Eftergymnasial	5482	35,5	3168	47,1
	Annan utbildning***	-	-	311	4,6
	Ej besvarat	-	-	626	9,3
	Totalt	15434	100,0	6728	100,0
Pappans födelseland	Född i Sverige	10030	65,0	4781	71,1
	Född utomlands	5404	35,0	1388	20,6
	Ej besvarat	-	-	559	8,3
	Totalt	15434	100,0	6728	100,0

*Population enligt SCB:s RTB (register över totalbefolkning) per 31 december 2013.

**Pappa eller partner.

***Förekommer endast som svarskategori i enkätuppgift.

Svarsfrekvensen för 8-månaders barn och 4-åringar varierade något under insamlingsperioden och var något lägre under sommarmånaderna för 8-månaders barn (Figur 1.1).

Figur 1.1. Svarsfrekvens per kalendermånad.

Tabell 4a och 4b visar svarsfrekvensen för 8-månaders barn respektive 4-åringar i Skånes kommuner. Svarsfrekvensen för 8-månaders barn var högst i Ystad och Lomma (strax över 60 %) och nästan lika hög i Hörby, Vellinge och Kävlinge (strax under 60 %). Lägst svarsfrekvens för 8-månaders barn sågs i Bromölla (33,1 %), Örkelljunga (38,8 %) och Landskrona (38,9 %) (Tabell 4a).

Tabell 4a. Totalt antal barn, antal svarande samt svarsfrekvens per kommun för 8-månaders barn

Barn 8 månader	Totalt antal barn*	Antal svarande	Svarsfrekvens
Bjuv	159	66	41,5
Bromölla	139	46	33,1
Burlöv	214	105	49,1
Båstad	124	68	54,8
Eslöv	349	184	52,7
Helsingborg	1630	787	48,3
Hässleholm	507	262	51,7
Höganäs	235	124	52,8
Hörby	164	98	59,8
Höör	173	94	54,3
Klippan	168	77	45,8
Kristianstad	907	446	49,2
Kävlinge	356	211	59,3
Landskrona	542	211	38,9
Lomma	251	154	61,4
Lund	1254	731	58,3
Malmö	4812	2222	46,2
Osby	113	55	48,7
Perstorp	88	36	40,9
Simrishamn	128	60	46,9
Sjöbo	231	122	52,8
Skurup	170	93	54,7
Staffanstorp	261	145	55,6
Svalöv	142	79	55,6
Svedala	267	157	58,8
Tomelilla	132	73	55,3
Trelleborg	447	224	50,1
Vellinge	278	165	59,4
Ystad	254	157	61,8
Åstorp	199	87	43,7
Ängelholm	399	218	54,6
Örkelljunga	80	31	38,8
Östra Göinge	145	77	53,1
Totalt	15318	7665	50,0

*Nettopopulation.

Svarsfrekvensen för 4-åringar var högst i Lomma (56,8 %) följt av Staffanstorp (54,0 %), Lund (53,5 %), Eslöv (53,2 %) och Kävlinge (53,0 %). Lägst svarsfrekvens för 4-åringar sågs i Örkeljunga (35,2 %) och Burlöv (35,7 %) (Tabell 4b).

Tabell 4b. Totalt antal barn, antal svarande samt svarsfrekvens per kommun för 4-åringar

Barn 4 år	Totalt antal barn*	Antal svarande	Svarsfrekvens
Bjuv	188	73	38,8
Bromölla	138	65	47,1
Burlöv	235	84	35,7
Båstad	126	50	39,7
Eslöv	417	222	53,2
Helsingborg	1609	682	42,4
Hässleholm	543	238	43,8
Höganäs	286	147	51,4
Hörby	145	71	49,0
Höör	205	92	44,9
Klippan	168	75	44,6
Kristianstad	973	407	41,8
Kävlinge	396	210	53,0
Landskrona	552	211	38,2
Lomma	359	204	56,8
Lund	1298	695	53,5
Malmö	4114	1531	37,2
Osby	142	70	49,3
Perstorp	70	26	37,1
Simrishamn	150	61	40,7
Sjöbo	186	91	48,9
Skurup	156	73	46,8
Staffanstorp	328	177	54,0
Svalöv	163	65	39,9
Svedala	275	124	45,1
Tomelilla	147	64	43,5
Trelleborg	478	212	44,4
Vellinge	423	195	46,1
Ystad	283	134	47,3
Åstorp	198	79	39,9
Ängelholm	443	213	48,1
Örkelljunga	108	38	35,2
Östra Göinge	132	49	37,1
Totalt	15434	6728	43,6

*Nettopopulation.

1.7 Om barnet, syskon och föräldrar

Enligt uppgifter från inkomna enkätsvar för 8-månaders barn är 93,5 % av barnen födda i Sverige, 2,7 % av barnen är tvilling eller fler och 54,0 % har minst ett syskon. Av mammorna är 96,0 % gifta eller sambo, medan motsvarande andel bland pappor/partners är 92,8 % (Tabell 5).

Motsvarande enkätinformation för 4-åringar visar att en lägre andel barn i denna ålder är födda i Sverige (88,6 %), en något högre andel är tvilling eller fler (3,4 %) och en högre andel har syskon (83,3 %) jämfört med 8-månaders barn. Av mammorna är 90,9 % gifta eller sambo, medan motsvarande andel bland pappor/partners är 88,7 % (Tabell 5).

Tabell 5. Barnets födelseland och familjesituation.

		8 månader		4 år	
		Svarande		Svarande	
		N	%	N	%
Barnet	Född i Sverige	7164	93,5	5961	88,6
	Född utomlands	116	1,5	307	4,6
	Ej besvarat	385	5,0	460	6,8
	Totalt	7665	100,0	6728	100,0
	Syskon	4138	54,0	5604	83,3
	Ej syskon	3368	43,9	1026	15,2
	Ej besvarat	159	2,1	98	1,5
	Totalt	7665	100,0	6728	100,0
	Tvilling eller fler	209	2,7	226	3,4
Mamman	Gift/sambo	7362	96,0	5967	90,9
	Ensamstående	250	3,3	183	7,2
	Ej besvarat	53	0,7	578	1,9
	Totalt	7665	100,0	6728	100,0
Pappa/ partner	Gift/sambo	7113	92,8	5967	88,7
	Ensamstående	66	0,9	183	2,7
	Ej besvarat	486	6,3	578	8,6
	Totalt	7665	100,0	6728	100,0

1.8 Bortfall

Det finns två sorters bortfall; dels objektbortfall som innebär att frågeformuläret inte besvarats alls, dels partiellt bortfall som innebär att vissa frågor inte besvarats.

Objektbortfall kan bero på att den som fått enkäten inte *vill* delta i undersökningen, inte *kan* delta exempelvis på grund av sjukdom, eller inte går att nå. Totalt har vårdnadshavare till 7 653 barn i åldern 8 månader respektive vårdnadshavare till 8 706 barn i åldern 4 år avstått från att svara på enkäten. Anledningen är okänd utom för 22 föräldrar som svarat att de inte vill delta och 9 föräldrar som svarat att de inte kan delta på grund av språksvårigheter (Tabell 6).

Tabell 6. Antal svarande samt anledning till att formulär inte har besvarats

	8 mån		4 år	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Svar	7665	50,0	6728	43,6
Vill ej	9	0,1	13	0,1
Språksvårigheter	3	0,0	6	0,0
Ej hört av sig	7641	49,9	8687	56,3
Total nettopopulation	15318	100,0	15434	100,0

Partiellt bortfall (internt bortfall) kan bero på att frågan är svår att förstå eller känslig, att uppgiftslämnaren glömmer att besvara frågan eller att instruktionerna vid hoppfrågor misstolkas och att uppgiftslämnaren då inte besvarar rätt frågor. Till partiellt bortfall räknas även dubbelmarkeringar och svar som inte kan tydas. I enkäten för 8-månaders barn varierar det partiella bortfallet för grundfrågor (d v s inte följdfrågor) mellan 0,3 % (för en fråga om amning förekommit) till 19,1 % (för en fråga om amning pågick så länge mamman önskade). Generellt är det partiella bortfallet mindre än 3 %, dock uppåt 8-10 % på en del av frågorna ställda till pappa/partner. I enkäten för 4-åringar varierar det partiella bortfallet från 0,9 % (för en fråga om vem barnet bor tillsammans med) till 20,2 % (för en fråga om hur mycket tid barnet tillbringar framför TV/dator/annan bildskärm). Generellt är det partiella bortfallet mindre än 5 %, dock omkring 10 % på en del av frågorna ställda till pappa/partner.

1.9 Viktberäkning och estimation

Om bortfallet ser olika ut för olika grupper av svarande kan resultatet bli missvisande. Svarefrekvensen varierar mellan olika grupper och är exempelvis lägre bland yngre, lågutbildade och utlandsfödda (se Tabell 2a och 3 a). För att kompensera för detta beräknas vikter med hjälp av kalibrering.

Den statistiska säkerheten sammanhänger med antalet svar i den grupp man vill analysera. Varje grupp får den kalibreringsvikt som motsvarar gruppens andel av den totala befolkningen. Anta att det finns lika många enkätsvar från två geografiska områden A och B, och att A har 200 barn i en viss ålder och B 400 barn i samma ålder. Svaren från område B ges då genom viktningen 2 dubbelt så stor vikt som svaren från område A, vilket är rimligt eftersom det bor 2 gånger fler barn i angiven ålder där.

Man vill att varje befolkningsgrupp ska ha den inverkan på resultatet som motsvarar gruppens andel i populationen. I redovisningen för totalresultatet har vi därför viktat resultatet för mammans ålder, födelseland, utbildningsnivå samt geografiskt område (inom eller utanför Malmö kommun). I de fall uppgifter om mamman saknas, används motsvarande uppgifter för pappan. Varje kombination av dessa variabler har den inverkan på totalresultatet för Skåne som motsvarar gruppens andel av populationen. Detta medför att resultat kan redovisas för hela populationen och inte bara för de svarande, d v s vikterna kompenserar för objektbortfallet. Vikterna bygger på antagandet att ramen återspeglar populationen väl och därmed att över- och undertäckningen är försumbar.

1.10 Redovisning av resultaten

Undersökningsresultaten redovisas i figurer för hela Region Skåne. I analyserna har kalibreringsvikter använts för mammans ålder, födelseland, utbildningsnivå samt mammans geografiska område (inom eller utanför Malmö kommun). Denna rapport presenterar resultaten i olika kapitel: Sociodemografi, Hälsa och välbefinnande, Levnadsvanor samt Sociala relationer och trygghet. För ett urval av indikatorer presenteras geografiska mönster på en kommunindelad karta över Skåne län. Per indikator har de 33 kommunernas resultat delats in i tertiler och baserat på tertiltillhörighet anges olika färgnyanser för respektive kommun.

2. SOCIODEMOGRAFI

Demografi är vetenskapen om en befolknings fördelning, storlek och sammansättning.¹ Trots att Sverige betraktas som ett relativt jämlikt samhälle finns det tydliga skillnader i samhällsliga förutsättningar för hälsa bland barn och unga. Dessa förutsättningar påverkas av många faktorer, bl.a. föräldrarnas utbildningsnivå, etnicitet, civilstånd och ekonomi. Sverige är ett mångkulturellt land och andelen barn med utländsk bakgrund har ökat under senare år. År 2012 hade 18 % av alla svenska barn i förskoleåldern föräldrar som båda var födda i ett annat land, men det förekom stora variationer mellan regioner, kommuner och kommundelar.² Under de senaste decennierna har utbildningsnivån höjts i den svenska befolkningen. Samtidigt är det troligt att de omkring 20 % som i dag endast har utbildning på förgymnasial nivå är en socialt mer utsatt grupp än de cirka 40 % med kort utbildningstid i början av 1990-talet.³ Utbildningsnivån påverkar hälsan på flera sätt och en god hälsa är vanligare bland personer med lång utbildning än bland dem med kortare utbildningstid.³

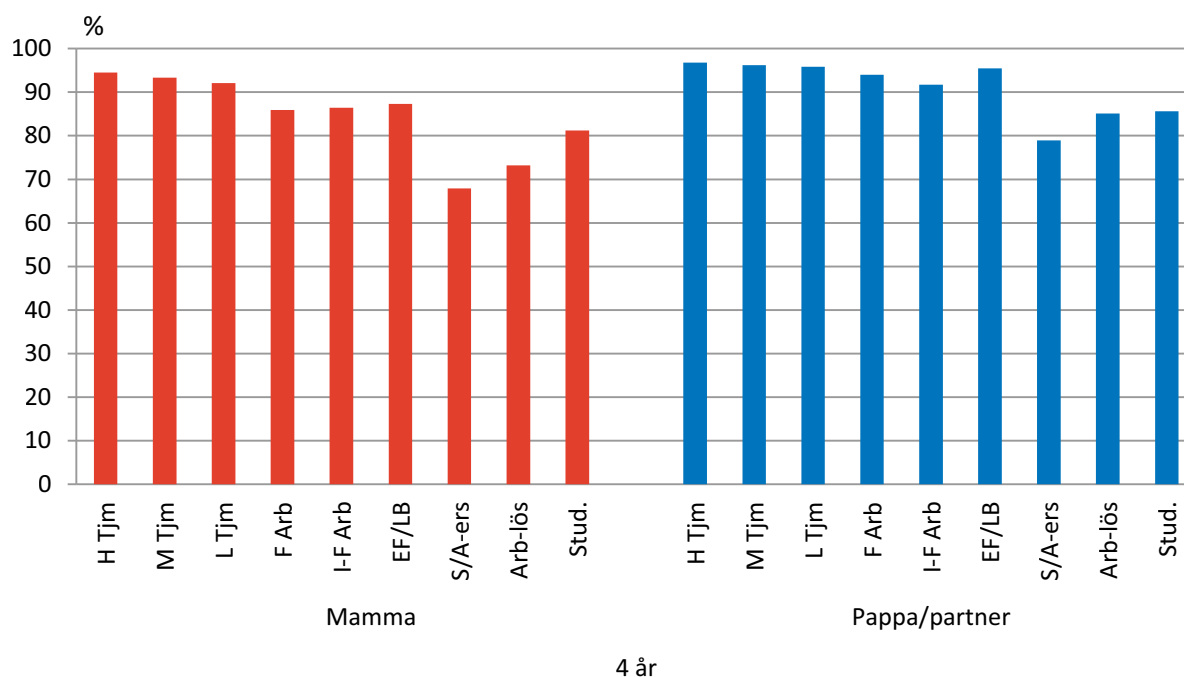
Den demografiska sammansättningen i vår studiepopulation finns översiktligt beskriven i Metodavsnittet. I detta kapitel görs fördjupade analyser inom några av dessa områden.

2.1 Boende

Andelen barn med en ensamstående förälder har i Sverige ökat något under 1990- och 2000-talen jämfört med 1980-talet.⁴ År 2012 fanns i Sverige 1,9 miljoner barn i åldrarna 0–17 år och andelen med särlevande föräldrar var 25 %. Det betyder att närmare 480 000 barn hade föräldrar som separerat eller aldrig levt tillsammans. I de yngre åldrarna är det dock vanligare att barnen lever tillsammans med båda sina biologiska föräldrar eller adoptivföräldrar.⁵ Cirka 10 % av svenska barn under ett år levde år 2012 med en ensamstående förälder och motsvarande siffra för 4-åringar var 15 %.⁶

I folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” uppgav 95 % av föräldrarna till 8-månaders barn att de lever tillsammans. Bland föräldrar till 4-åringar är motsvarande siffra 88 %. I enkäten framkom vidare att de barn som lever med en ensamstående förälder oftare lever tillsammans med sin mamma än sin pappa, vilket gäller för både 8-månaders barn och 4-åringar. I åldern 8 månader lever 3 % med en ensamstående mamma jämfört med 1 % med en ensamstående pappa. Motsvarande siffror för 4-åringarna är drygt 7 % för ensamstående mammor respektive 3 % för ensamstående pappor (visas inte i figur).

Figur 2.1 visar andelen 4-åringar som bor med båda sina föräldrar indelat i socioekonomiska grupper. Resultaten visar att det är vanligare att barn vars föräldrar är tjänstemän bor tillsammans med båda föräldrarna jämfört med barn vars föräldrar innehar arbetaryrken. Lägst andel barn som bor med båda sina föräldrar återfinns bland de barn vars föräldrar står utanför arbetsmarknaden.

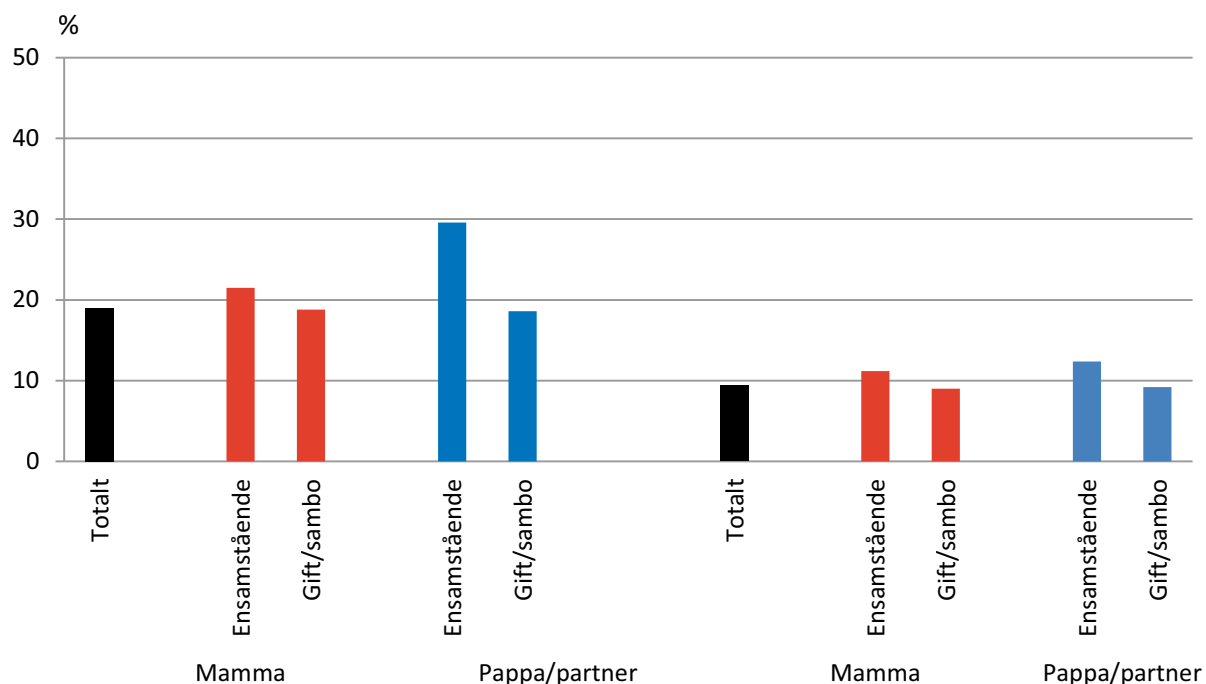


Figur 2.1. Andel 4-åringar som bor med båda sina föräldrar indelat i socioekonomiska grupper. Högre tjänstemän = H Tjm; Mellan tjänstemän = M Tjm; Lägre tjänstemän = L Tjm; Facklärd arbetare = F Arb; Icke facklärd arbetare = I-F Arb; Egna företagare eller lantbrukare = EF/LB; Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven = S/A-ers; Arbetslös = Arb-lös; Studerande = Stud.

Sett ur ett längre tidsperspektiv har trångboddheten i Sverige minskat kraftigt, men statistiken visar inga större förändringar över de senaste 25 åren.⁷ Typen av hushåll har ett klart samband med hur vanligt det är med trångboddhet och det är oftare ensamhushåll som är trångbodda jämfört med sammanboende. Det sistnämnda gäller oavsett om det finns barn i hushållet eller inte. Trångboddheten bland ensamstående med barn ligger på 37 % i Sverige medan motsvarande andel för ensamstående utan barn är 24 %.

I folkhälsoenkät "Barn och Föräldrar i Skåne 2013" ställdes frågor kring antal rum i bostaden samt hur många personer som bodde i densamma. Trångboddhet definieras här som fler än två personer boende per rum (undantaget kök, hall och badrum). Resultaten visar att 19 % av föräldrar till 8-månaders barn uppgav trångboddhet. Motsvarande siffra bland föräldrar till 4-åringar är 9 % (Figur 2.2). Figuren visar även att ensamstående föräldrar i högre

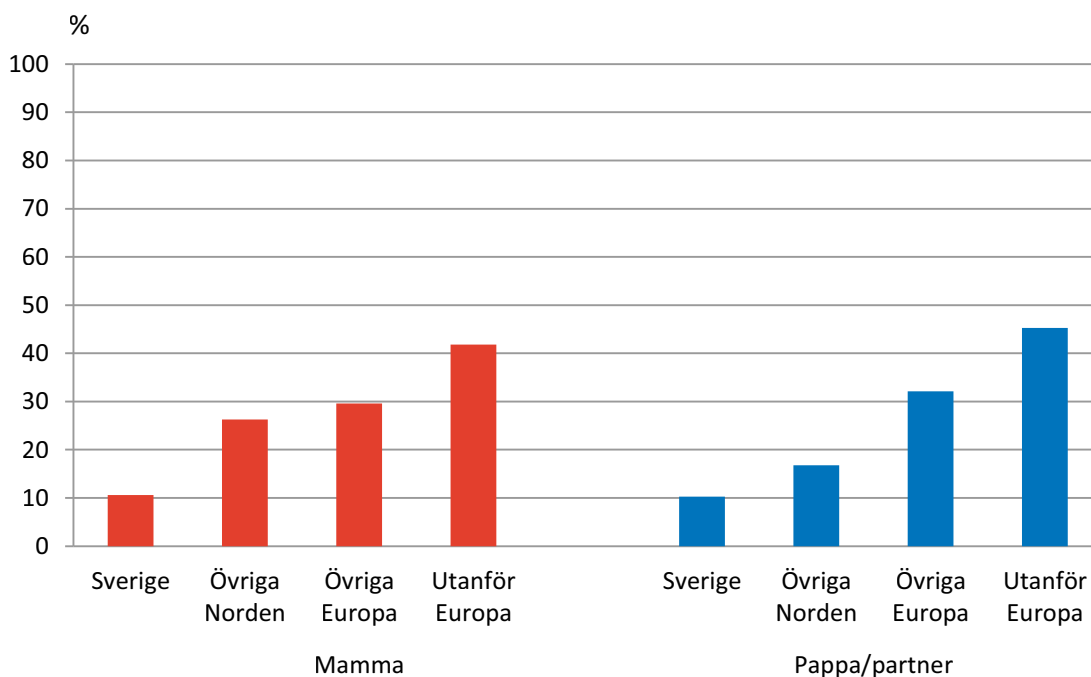
utsträckning uppgav att de är trångbodda jämfört med de som är gifta respektive sammanboende.



Figur 2.2. Andel föräldrar till 8-månaders och 4-års barn som uppgett *trångboddhet* fördelat på *civilstånd*.

Mer än dubbelt så många personer med utländsk bakgrund är trångbodda jämfört med personer med svensk bakgrund.⁷ En anledning till att personer med utländsk bakgrund är trångbodda i större utsträckning än personer med svensk bakgrund kan vara ekonomiska förutsättningar, där en lägre ekonomisk standard kan påverka möjligheterna att inneha en rymlig bostad.⁷

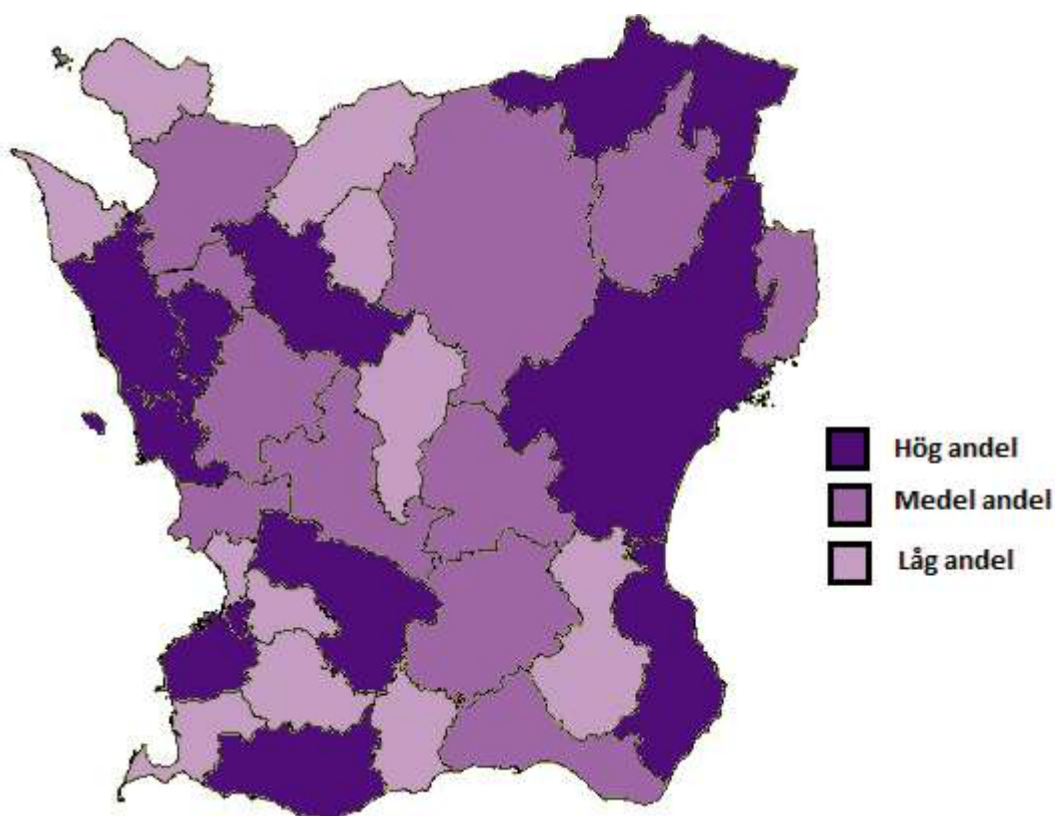
Resultaten från folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” visar att utlandsfödda föräldrar till 8-månaders barn i högre grad än svenskfödda föräldrar rapporterat trångboddhet (Figur 2.3). Bland föräldrar födda utanför Europa uppgav mer än 40 % att de är trångbodda jämfört med 10 % bland svenskfödda föräldrar.



Figur 2.3. Andel föräldrar till 8-månaders barn som uppgett *trångboddhet* fördelat efter föräldrarnas *födelseland*.

Sett till hela befolkningen i Sverige är trångboddheten vanligast i storstadsområdena, dvs. samma områden där det är vanligast att unga personer bor kvar hos sina föräldrar.⁷ Det är vanligare att unga personer bor kvar hemma hos föräldrarna i storstadsområden såsom Malmö med tillhörande förorter jämfört med andra större städer. Nationella siffror visar att i storstadsområden (Stockholm, Göteborg, Malmö) inklusive förorter räknas var femte person som trångbodd, i större städer och pendlingskommuner är 14 % trångbodda och i övriga kommuner ligger siffrorna på 10 %.⁷

Figur 2.4 visar den geografiska fördelningen av trångbodda föräldrar och barn i Skåne. De 33 kommunernas resultat har här delats in i tertiler (tredjedelar) och baserat på tertiltillhörighet anges olika färgnyanser för respektive kommun i kartan. Figuren visar att trångboddheten är störst i städerna i Skåne, men även i någon mindre landsortskommun ses en hög andel föräldrar som rapporterat trångboddhet.



Figur 2.4. Andel föräldrar till 4-åringar som uppgett *trångboddhet* fördelat på Skånes kommuner.

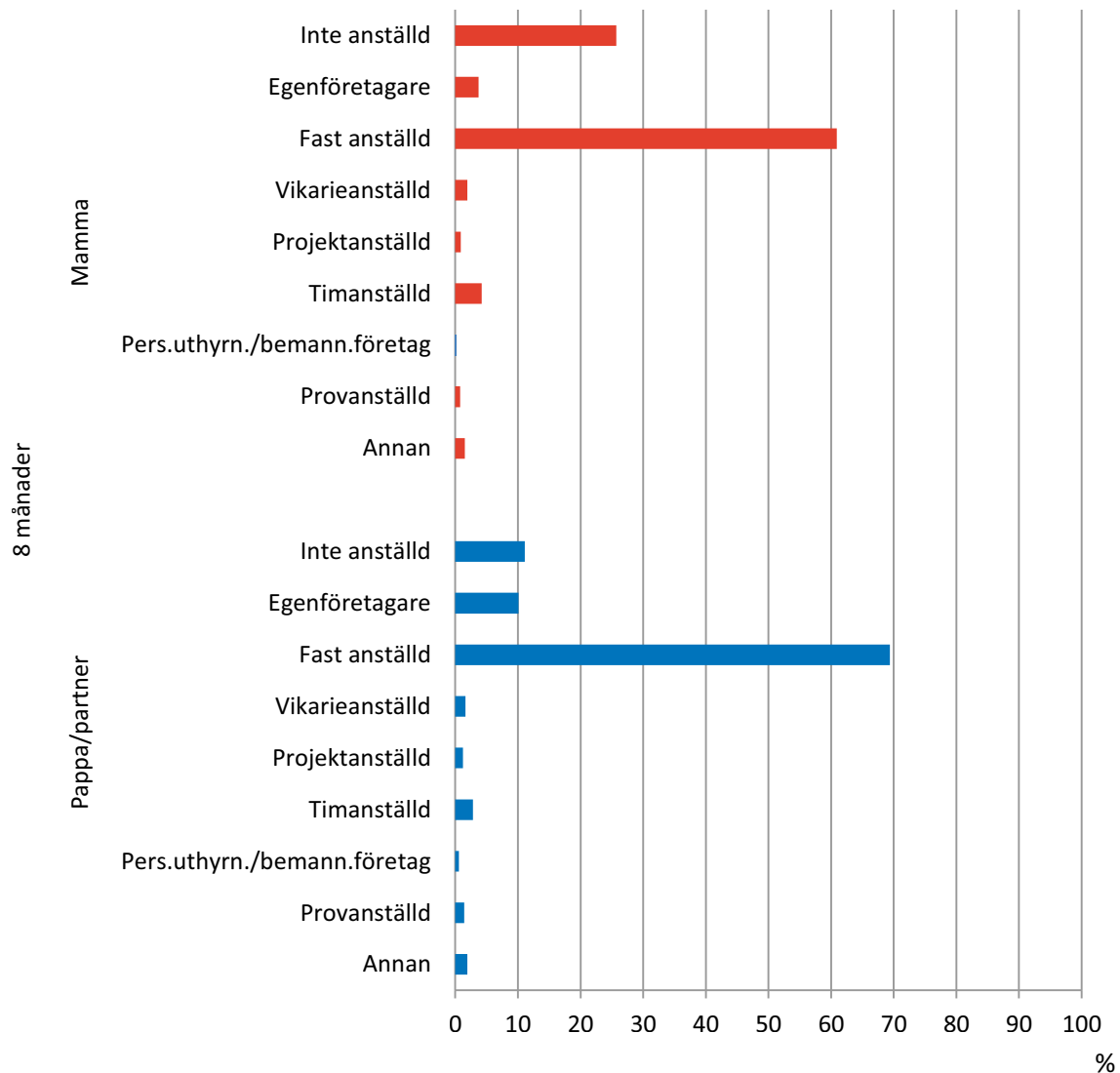
2.2 Sysselsättning

Att ha ett meningsfullt arbete är en viktig grund för en god hälsa. Att genom ett arbete delta i samhället är viktigt för alla i arbetsför ålder, medan arbetslöshet ofta leder till en känsla av utanförskap.⁸ Det finns många faktorer som påverkar arbetstiden i olika åldrar såsom familjesituation, anställningsform och hel- eller deltidsarbete.⁹ Hemmaboende barn påverkar arbetstiden olika bland män och bland kvinnor. Kvinnor med hemmaboende barn arbetar mindre än kvinnor utan barn medan förhållandet är omvänt bland män.⁹

Resultaten från folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” visar att 86 % av mammorna till 8-månaders barn är föräldralediga eller tjänstlediga (visas inte i figur). Motsvarande andel bland papporna är 12 %. I denna ålder bland barnen yrkesarbetar 78 % av papporna och 16 % av mammorna. Avseende föräldrar till 4-åringar yrkesarbetar 62 % av mammorna och 85 % av papporna. Även när barnet är i 4-års åldern anger 19 % av mammorna föräldraledighet eller tjänstledighet vilket kan vara en indikation på att yngre syskon finns i familjen.

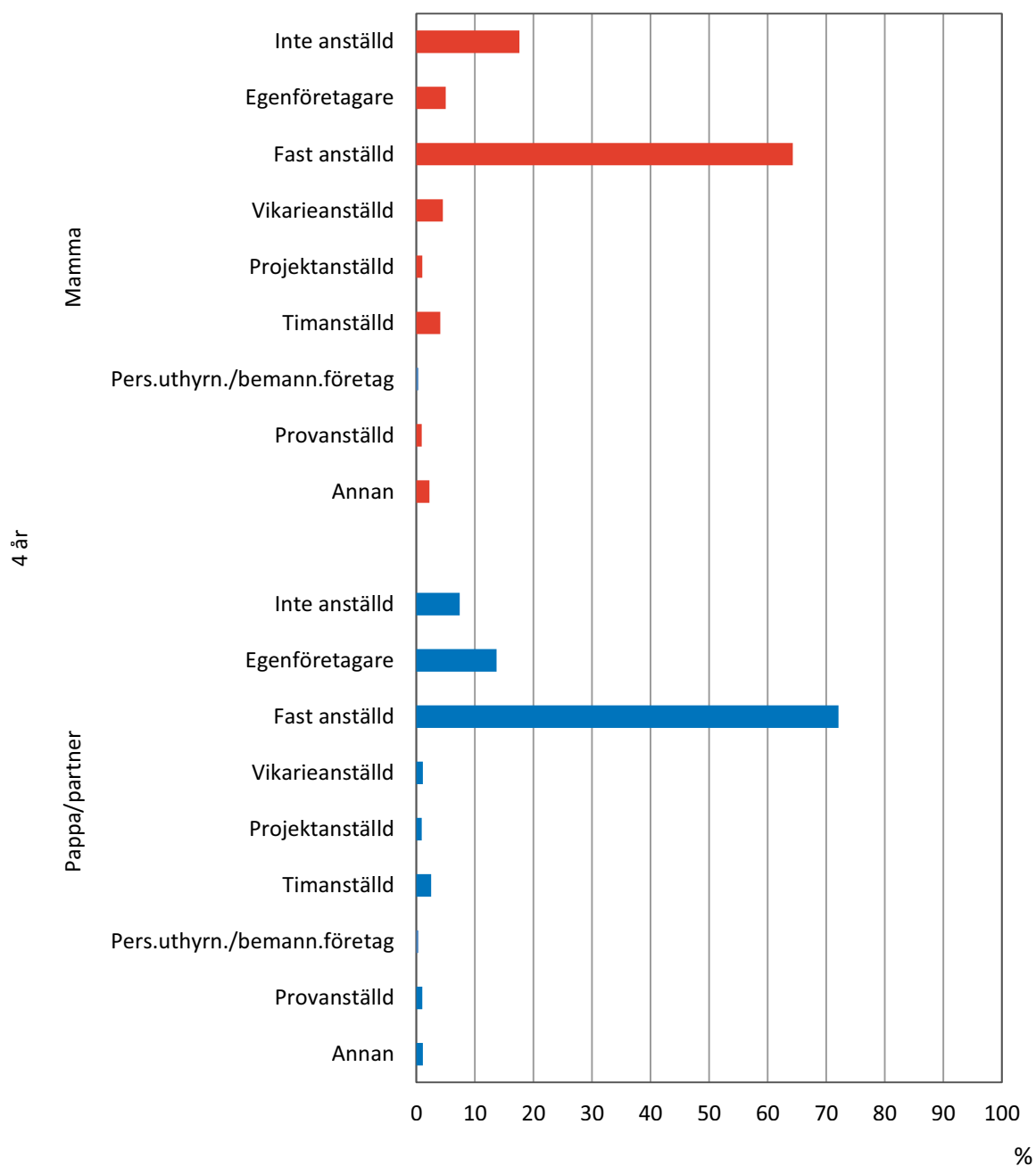
I folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” ställdes en fråga om föräldrarnas nuvarande anställningsform (Figur 2.5). Bland föräldrar till 8-månaders barn rapporterade

69 % av pappor/partners och 61 % av mammorna att de har en fast anställning. Att inte vara anställd eller att vara timanställd är vanligare bland mammor än bland pappor/partners.



Figur 2.5. Nuvarande *anställningsform* bland föräldrar till 8-månaders barn.

Även bland 4-åringarnas föräldrar är det vanligare med fast anställning eller att ha eget företag bland pappor/partners än bland mammorna, medan det omvända gäller för avsaknad av anställning, vikarie- eller timanställning (Figur 2.6)



Figur 2.6. Nuvarande *anställningsform* bland föräldrar till 4-åringar.

2.3 Ekonomisk stress

Inkomst har en direkt effekt på hälsan^{10,11} och människor med låg inkomst har ofta en sämre hälsa än de med hög inkomst.¹²⁻¹⁸ Låg inkomst och ekonomisk stress har ett klart samband med ohälsosamma riskfaktorer såsom t.ex. rökning.¹⁹ Barns hälsa och levnadsförhållanden påverkas i hög grad av familjens sociala och ekonomiska situation. Under 2000-talet har andelen hushåll med en lägre disponibel inkomst än genomsnittet ökat i Sverige²⁰ och särskilt

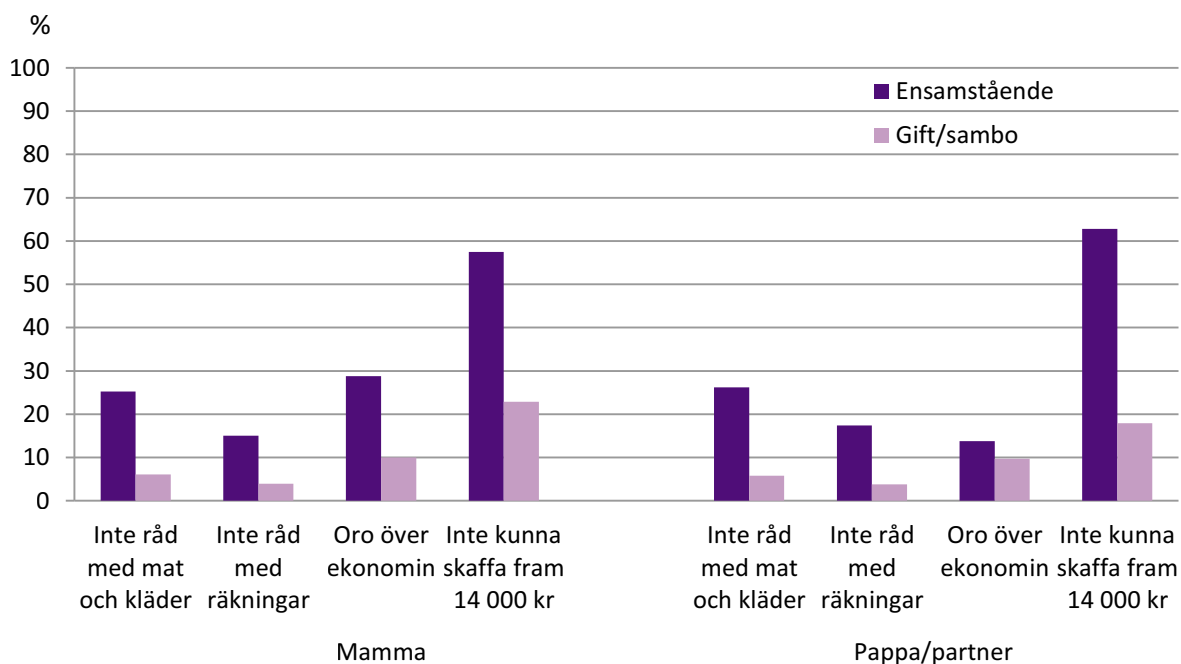
utsatta är ensamstående med barn.²¹ Totalt beräknades omkring 15 % av alla personer i barnhushåll leva med en låg ekonomisk standard år 2013.

I folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” ställdes fyra frågor kring familjens ekonomiska situation: ”Hur ofta har det hänt att du inte haft tillräckligt med pengar för att ha råd med den mat eller de kläder som du eller din familj behöver under de senaste 12 månaderna?” (med fyra svarsalternativ från ”Aldrig” till ”Varje månad”); ”Hur ofta har du haft svårt att betala dina räkningar (hyra, el, telefon, räntor, amorteringar, försäkringar etc.) under de senaste 12 månaderna?” (med fyra svarsalternativ från ”Aldrig” till ”Varje månad”); ”Hur ofta är du orolig över hur det ska gå med din ekonomi under de närmaste åren?” (med sex svarsalternativ från ”Aldrig” till ”I stort sett varje dag”); samt ”Om du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, kan du då inom en veckas tid skaffa fram 14 000 kronor?” (Ja/Nej). Ekonomisk stress definieras som att inte ha råd med mat/kläder respektive räkningar ungefär hälften av årets månader eller oftare, att oroa sig för ekonomin minst några gånger i veckan alternativt inte kunna få fram 14 000 kronor inom en vecka (sakna kontantmarginal).

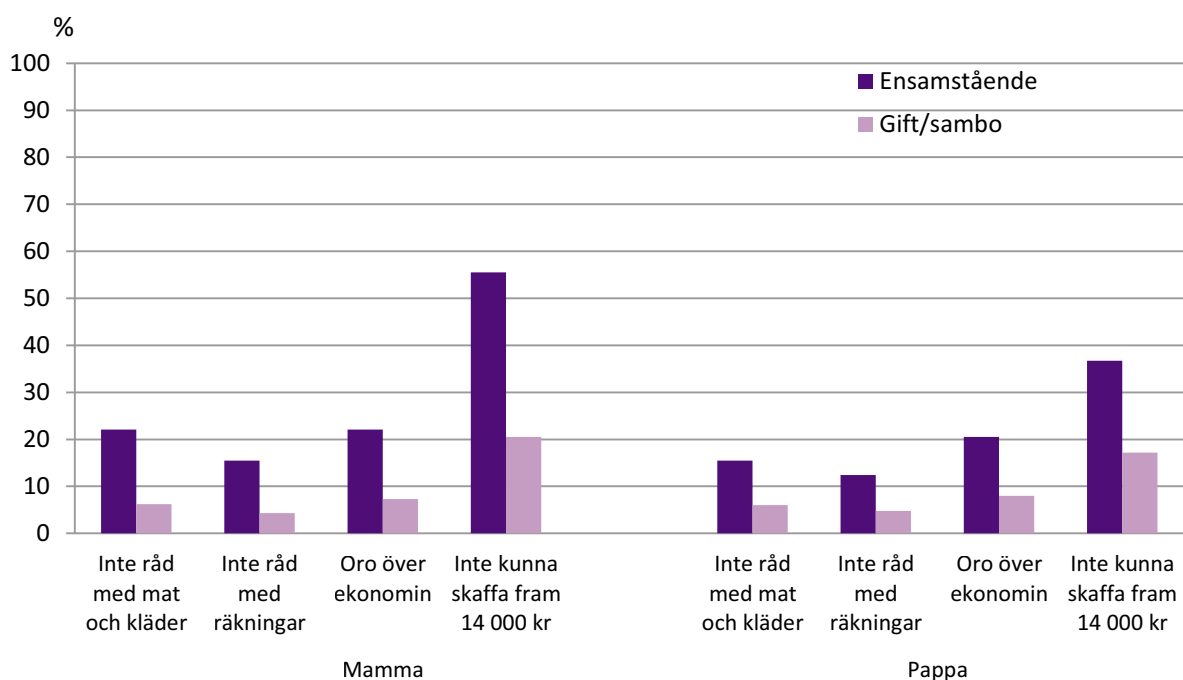
I folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” rapporterade 9 % av såväl föräldrar till barn i åldern 8 månader som 4 år, att de har svårigheter att få pengarna att räcka till i det vardagliga livet såsom till mat, kläder, räkningar och löpande utgifter. Oron för den egna ekonomin är något större bland föräldrar till 8-månaders barn (15 %) jämfört med 4-åringarnas föräldrar (12 %). I båda föräldragrupperna uppgav var fjärde mamma och pappa att de med kort varsel inte skulle kunna skaffa fram 14 000 kronor inom en veckas tid.

Nationell statistik visar att år 2013 hade 35 % av de ensamstående med barn en låg ekonomisk standard, men med stora skillnader mellan könen.²¹ Bland ensamstående kvinnor med barn låg andelen på 34 % och bland männen på 11 %.²¹ Både bland ensamstående och bland gifta/sammanboende ökar andelen med låg ekonomisk standard ju fler barn som finns i hushållet.

Folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” visar på stora skillnader i ekonomisk stress mellan ensamstående föräldrar och föräldrar som är gifta eller sammanboende (Figur 2.7 och Figur 2.8). Avseende ensamstående föräldrar till 8-månaders barn och 4-åringar är det cirka fyra gånger så vanligt med problem att klara de vardagliga utgifterna såsom till mat, kläder och räkningar jämfört med föräldrar som lever som gifta eller sammanboende. Även när det gäller oron för den egna ekonomin är denna större hos de ensamstående föräldrarna, och när det gäller förmågan att på kort varsel kunna låna 14 000 kronor klarar ensamstående föräldrar detta i mycket lägre utsträckning än de som är gifta eller sammanboende.



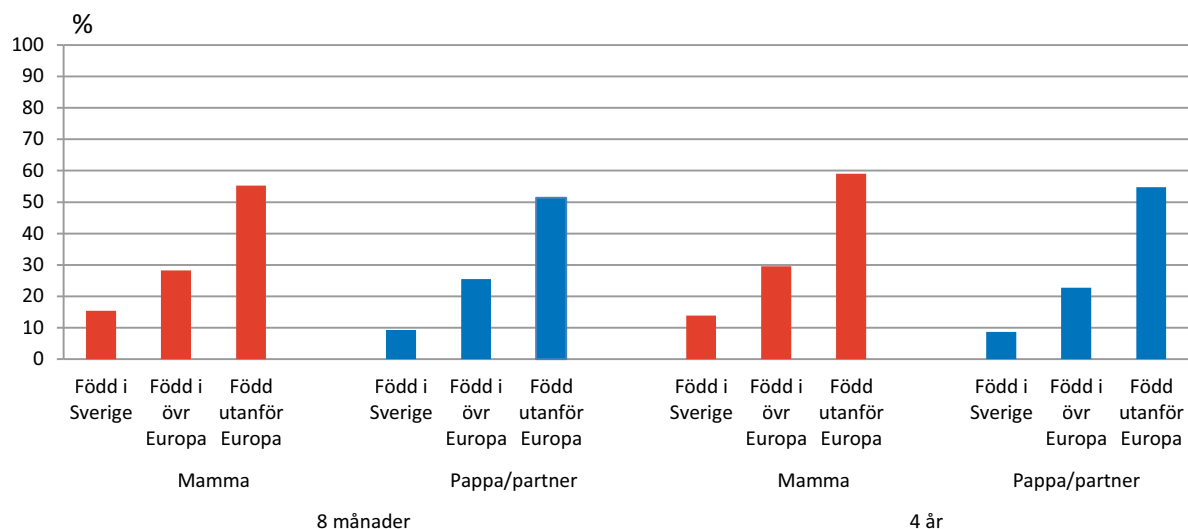
Figur 2.7. Ekonomisk stress bland föräldrar till 8-månaders barn.



Figur 2.8. Ekonomisk stress bland föräldrar till 4-åringar.

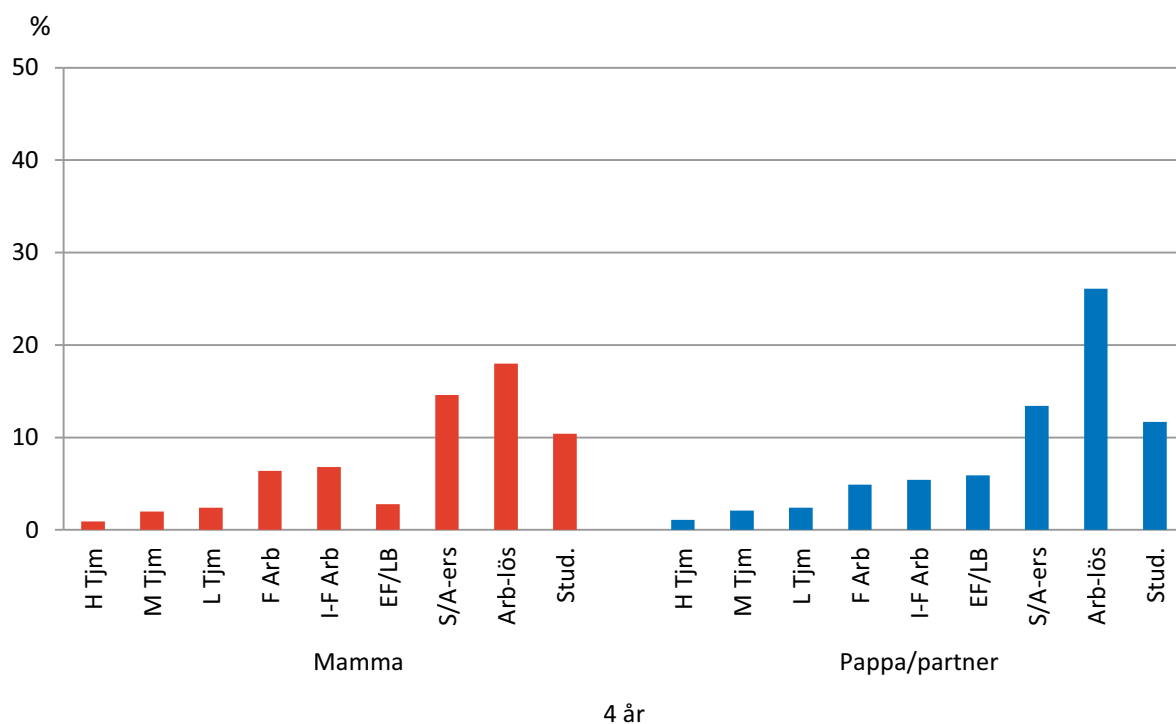
I Sverige lever cirka 50 % av barnhushållen med utländsk bakgrund i ekonomisk utsatthet.⁵ Detta speglar troligtvis utrikesföddas svagare position på arbetsmarknaden och därmed lägre arbetsinkomster jämfört med personer födda i Sverige. Den ekonomiska standarden i Sverige är allra lägst bland ensamstående föräldrar med utländsk bakgrund.⁵

I folkhälsorapport ”Barn och föräldrar i Skåne 2013” ses stora skillnader i ekonomisk stress mellan föräldrar födda i Sverige och de som är födda utomlands. På frågan ”Om du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, kan du då inom en veckas tid skaffa fram 14 000 kronor” ses en klar skillnad mellan föräldrar födda utanför Sverige och föräldrar födda i Sverige (Figur 2.9). Den största ekonomiska stressen i form av att inte kunna skaffa fram 14 000 kronor inom en vecka återfinns bland föräldrar födda utanför Europa.



Figur 2.9. Andel föräldrar till 8-månaders barn och 4-åringar som *inte kan skaffa fram 14 000 kr inom en vecka*, fördelat på föräldrarnas födelseland.

Föräldrarnas anknytning till arbetsmarknaden har ett tydligt samband med förekomsten av ekonomisk stress. Vid en indelning i socioekonomiska grupper återfinns de största svårigheterna bland de som står utanför arbetsmarknaden såsom föräldrar med sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskrivna, arbetslösa och bland studerande (Figur 2.10). Allra svårast har föräldrar med sjuk- eller aktivitetsersättning och långtidssjukskrivna där totalt var femte förälder upplever ekonomisk stress.



Figur 2.10. Föräldrar till 4-åringar som minst varannan månad har *svårigheter att betala räkningar* fördelat på *socioekonomiska grupper*. Högre tjänstemän = H Tjm; Mellan tjänstemän = M Tjm; Lägre tjänstemän = L Tjm; Facklärd arbetare = F Arb; Icke facklärd arbetare = I-F Arb; Egna företagare eller lantbrukare = EF/LB; Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven = S/A-ers; Arbetslös = Arb-lös; Studerande = Stud.

2.4 SAMMANFATTNING

- Nästan vart femte skånskt barn i åldern 8 månader lever i trångboddhet.
- Trångboddheten är störst bland ensamstående föräldrar och bland föräldrar födda utanför Europa.
- Trångboddheten är störst i städerna i Skåne.
- Nästan nio av tio mammor är föräldralediga eller tjänstlediga då barnet är 8 månader.
- Det är vanligare med fast anställning eller att ha eget företag bland pappor/partners än bland mammor, medan det omvända gäller för vikarie-, timanställning samt avsaknad av anställning.
- Nästan var tionde familj har svårt att få pengarna att räcka till i det dagliga livet såsom till mat, kläder, räkningar och löpande utgifter.
- Den ekonomiska stressen är störst bland ensamstående föräldrar, bland föräldrar födda utanför Europa samt bland de som står utanför arbetsmarknaden.

2.5 REFERENSER

- 1) Wikipedia. <http://sv.wikipedia.org/wiki/Demografi#Historia>
- 2) Barns hälso- och levnadsförhållanden 2007. Socialmedicinska enheten, Universitetssjukhuset MAS och Primärvården Skåne, Barnhälsovårdens Utvecklingsenhet Sydväst.
- 3) Folkhälsan i Sverige. Folkhälsomyndigheten. Årsrapport 2014. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Folkhalsan-i-Sverige-Arsrapport-2014/>
- 4) Statistiska centralbyrån. <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Artiklar/Fler-barn-bor-vaxelvis-hos-mamma-och-pappa/>
- 5) Barnombudsmannen 2007. Klara, färdiga, gå! <http://www.barnombudsmannen.se/Global/Publikationer/Klara%20fardiga%20ga.pdf>
- 6) Statistiska centralbyrån. http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_LE_LE0102_LE0102/B/SamboformForalder2/?parttable=&rxid=480fc97d-4a22-4b96-8272-2c9f4699e7bf
- 7) Statistiska centralbyrån. <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Artiklar/Trangboddheten-i-Sverige-minskar/>
- 8) Bäckman H. Anknnytning till arbetsmarknaden och ungas etablering. Social rapport 2010. Socialstyrelsen 2010.
- 9) Statistiska Centralbyrån. Information om utbildning och arbetsmarknad. Rapport 2013:3. http://www.scb.se/statistik/publikationer/UF0516_2012I35_BR_AM78BR1301.pdf
- 10) Rahkonen O, Lahelma E, Martikainen P, Silventoinen K. Determinants of health inequalities by income from the 1980s to the 1990s in Finland. Journal of Epidemiology and Community Health. 2002;56(6):442-3.
- 11) Geyer S, Hemstrom O, Peter R, Vagero D. Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. Journal of Epidemiology and Community Health. 2006;60(9):804-10.
- 12) Fritzell J, Neramo M, Lundberg O. The impact of income: assessing the relationship between income and health in Sweden. Scandinavian Journal of Public Health. 2004;32(1):6-16.

- 13) Mackenbach JP, Martikainen P, Looman CW, Dalstra JA, Kunst AE, Lahelma E, et al. The shape of the relationship between income and self-assessed health: an international study. *International Journal of Epidemiology*. 2005;34(2):286-93.
- 14) Lynch J, Smith GD, Harper S, Hillemeier M, Ross N, Kaplan GA, et al. Is income inequality a determinant of population health? A systematic review. *Review Milbank Quarterly*. 2004;82:5-99.
- 15) Marmot M. *Status syndrome*. London: Bloomsbury; 2004.
- 16) WHO. *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Commission on social determinants of health. Final report*. 2008.
- 17) Backlund E, Sorlie PD, Johnson NJ. The shape of the relationship between income and mortality in the United States. Evidence from the National Longitudinal Mortality Study. *Annals of Epidemiology*. 1996;6(1):12-20; discussion 1-2.
- 18) Lindén-Boström M, Persson C, Eriksson C. Neighbourhood characteristics, social capital and self-rated health - a population based survey in Sweden. *BMC Public Health* 2010; 10:628.
- 19) Lindström M, Modén B, Rosvall M. A life course perspective on economic stress and tobacco smoking: a population based study. *Addiction* 2013; 108(7): 1305-14.
- 20) Bremberg S. Statens folkhälsoinstitut: Barns och ungas hälsa. Kunskapsunderlag för folkhälsopolitisk rapport 2010.
<http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12660/R2011-14-Barns-o-ungas-halsa.pdf>
- 21) Barnhushållens ekonomi – utveckling, omfördelning och valfrihet. Socialförsäkringsrapport 2014:11. Försäkringskassan 2014.
<http://mb.cision.com/Public/154/9599441/93025730025ef12a.pdf>

3. HÄLSA OCH VÄLBEFINNANDE

Hälsosituationen är bra för barn i Sverige internationellt sett.¹⁻³ Spädbarnsdödligheten är mycket låg och Sverige är bäst i världen på barnsäkerhet med få dödsolyckor bland barn.^{1,4} Andelen ammade spädbarn är relativt hög^{1,5} liksom andelen vaccinerade barn.^{1,6} Barnhälsovården är väletablerad och når så gott som alla familjer med barn i åldern 0-5 år.^{4,7} Men det finns även oro moln. Astma/allergi är vanligt^{1,5} och efter Finland är det internationellt sett flest barn i Sverige som insjuknar i typ 1-diabetes.⁵ Psykosomatiska symtom och psykiska besvär har ökat bland ungdomar, framför allt bland flickor, under de senaste decennierna.⁸ Problem med övervikt och fetma har också ökat.^{1,5}

Barn är beroende av vuxnas livsvillkor och föräldraomsorg och allt som påverkar föräldrar påverkar även barn.^{9,10} Trots det övergripande folkhälsopolitiska målet i Sverige att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen¹¹ ökar skillnaderna mellan olika samhällsgrupper, och därmed också ojämlikheten i hälsa.^{9,10,12} I Skåne är kontrasterna stora – andelen barn med låg inkomststandard är 23 % i Malmö men endast 3 % i Lomma.⁹ Barnfamiljer med två utlandsfödda föräldrar samt ensamstående mammor är särskilt utsatta ekonomiskt.^{13,14}

Familjens sociala position har betydelse för de hälsorisker barnet utsätts för under uppväxten.^{1,9} Hälsorisker tidigt i livet, redan i fosterstadiet, kan påverka hälsan längre fram.^{5,15} Socioekonomiska skillnader i hälsa bland barn och unga i åldern 0-18 år ses exempelvis för låg födelsevikt, plötslig spädbarnsdöd, infektioner, astma, övervikt/fetma, karies, psykiska besvär, riskfyllda levnadsvanor som alkohol och tobaksbruk, olycksfall och dödlighet.¹⁵

Eftersom barn är beroende av vuxna är stöd till föräldrar en viktig del i arbetet med att främja barns hälsa.¹⁰ Ett exempel är samspelsbehandling vid anknytningssvårigheter.¹⁶ Samspelet mellan spädbarn och föräldrar lägger grunden för barnets fortsatta utveckling och en otrygg anknytning ökar risken för ohälsa längre fram i livet.^{16,17} Att främja den psykiska hälsan hos det lilla barnet genom att hjälpa föräldrarna att skapa en trygg anknytning ger hälsovinster direkt i den aktuella familjen¹⁶, men är också en mycket lönsam samhällsinvestering för folkhälsan på sikt.^{16,18}

I folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” besvarade föräldrar till 8-månaders barn och 4-åringar frågor om fysisk och psykisk hälsa, övervikt/fetma, sömn, olycksfall,

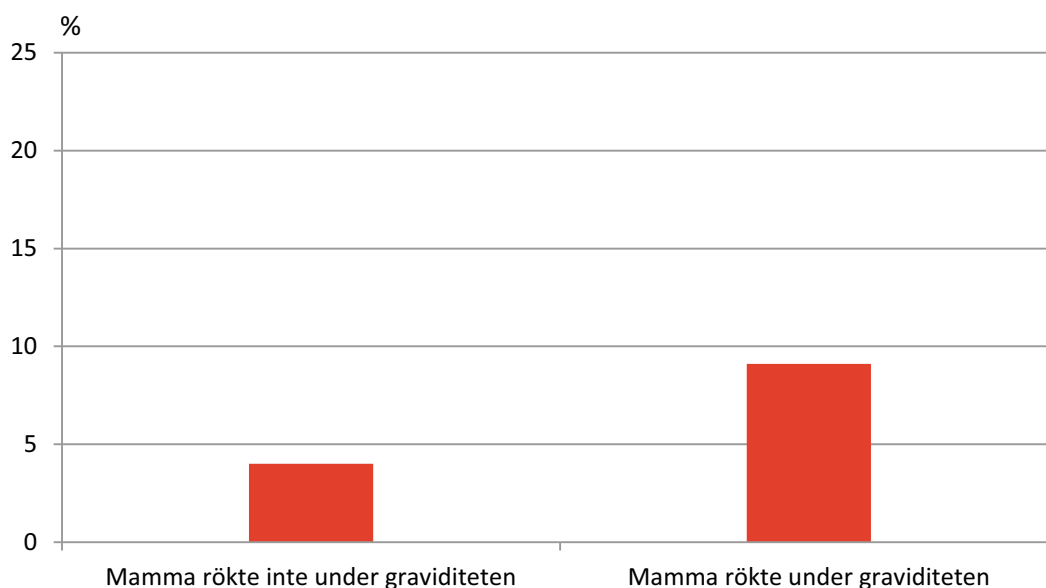
vårdsökande, antibiotikabehandling och tandhälsa. Frågorna varierade för barn i de olika åldrarna och föräldrarna besvarade även frågor kring den egna hälsan.

3.1 Gravitetenslängd och låg födelsevikt

Graviditeten är normalt 37-42 veckor lång.¹⁹ Omkring 6 % av alla nyfödda i Sverige föds för tidigt (i graviditetsvecka 22-36) och 1 % mycket för tidigt (före vecka 32).^{1,5} Andelen för tidigt födda barn i Sverige har inte förändrats nämnvärt över tid,^{1,5,19} men fler barn överlever tack vare bättre barnsjukvård.^{1,5,20} Risken för att barnet ska födas för tidigt ökar om mamman röker under graviditeten, är överviktig, väntar tvillingar eller är mycket ung alternativt gammal.^{1,20} När graviditeten är längre än 42 veckor (överburen) ökar risken för näringsbrist hos fostret och för komplikationer under förlossningen.¹⁹ I folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” rapporterades att 91 % av 8-månaders barnen var födda i normal tid, 7 % var födda för tidigt (6 % i vecka 32-36 och 1 % mycket för tidigt i vecka 23-31), medan andelen överburna barn var 2 % (visas inte i figur).

Låg födelsevikt (mindre än 2 500 gram²¹) ökar risken för att barnet insjuknar eller avlider under nyföddhetsperioden.⁵ Omkring 2,5 % av alla svenska barn föds för små och andelen har inte förändrats nämnvärt över tid.^{1,5} Att barnet är för litet vid födseln kan bero på att det föds för tidigt och/eller på att tillväxten hämmats under fostertiden.^{1,5} Låg födelsevikt på grund av tillväxthämning ökar risken för diabetes, högt blodtryck och hjärt-kärlsjukdom i vuxen ålder.^{1,5,22,23} Rökning eller snusning under graviditeten ökar risken både för tillväxthämning och för att barnet föds för tidigt.¹⁹

Resultaten från folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” visar att 4 % av 8-månaders barnen vägde mindre än 2 500 gram vid födseln. Det är dubbelt så vanligt med låg födelsevikt hos barnet bland de barn vars mammor rökt under graviditeten jämfört med barn vars mammor inte rökt under graviditeten, 9 % respektive 4 % (Figur 3.1).



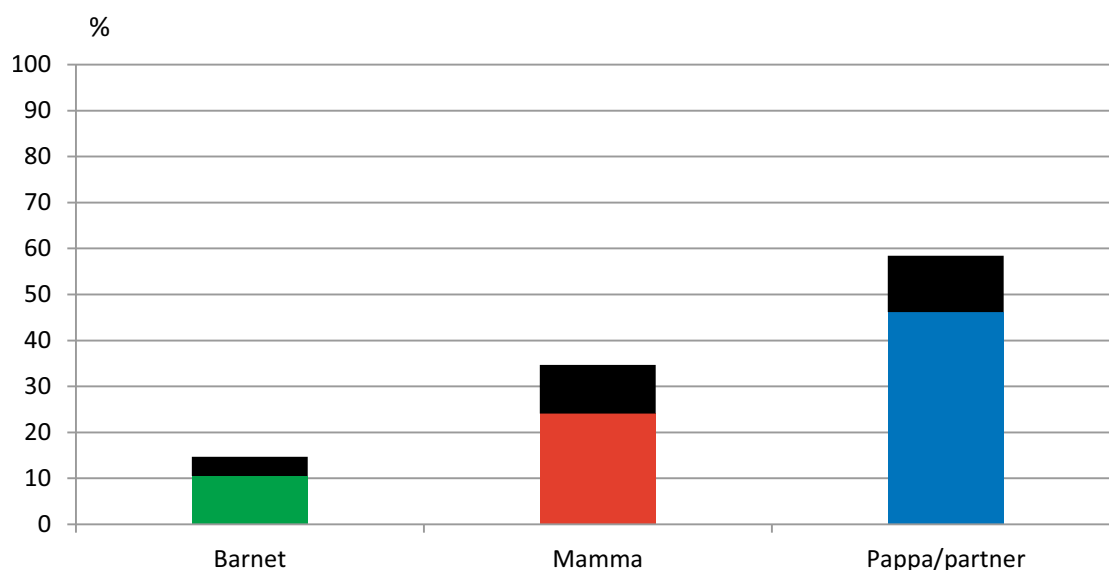
Figur 3.1. Andel 8-månaders barn med låg födelsevikt (mindre än 2 500 gram) till mammor som rökte, respektive inte rökte, under graviditeten.

3.2 Övervikt och fetma

Övervikt och fetma har ökat så mycket bland barn och vuxna under de senaste decennierna att man talat om en fetma-epidemi.²⁴ Det finns dock tecken på att ökningen avstannat på senare år i Sverige.^{9,24-26} Barn med övervikt eller fetma i småbarnsåldern väger ofta för mycket även i skolåldern²⁷ och som vuxna.^{1,5} Fetma över tid ökar risken för många kroniska sjukdomar såsom hjärtkärlsjukdom, diabetes och ortopediska problem.^{1,28} Viktproblem är ofta svårbehandlade vilket gör preventiva insatser mycket viktiga.^{29,30} Föräldrarna är nyckelpersoner, men ofta är övervikt ett problem även bland föräldrarna³¹ som kan behöva olika former av hjälp.^{9,32} Faktorer som skyddar barn mot att utveckla övervikt är amning, regelbunden fysisk aktivitet, intag av mycket frukt och grönsaker och att undvika söta drycker.²⁹ Riskfaktorer för övervikt och fetma, utöver ärftlighet, är hög födelsevikt, stor viktökning under första levnadsåret, stillasittande, många timmar vid TV/dator samt stort intag av energirik mat och sockersötade drycker.²⁹

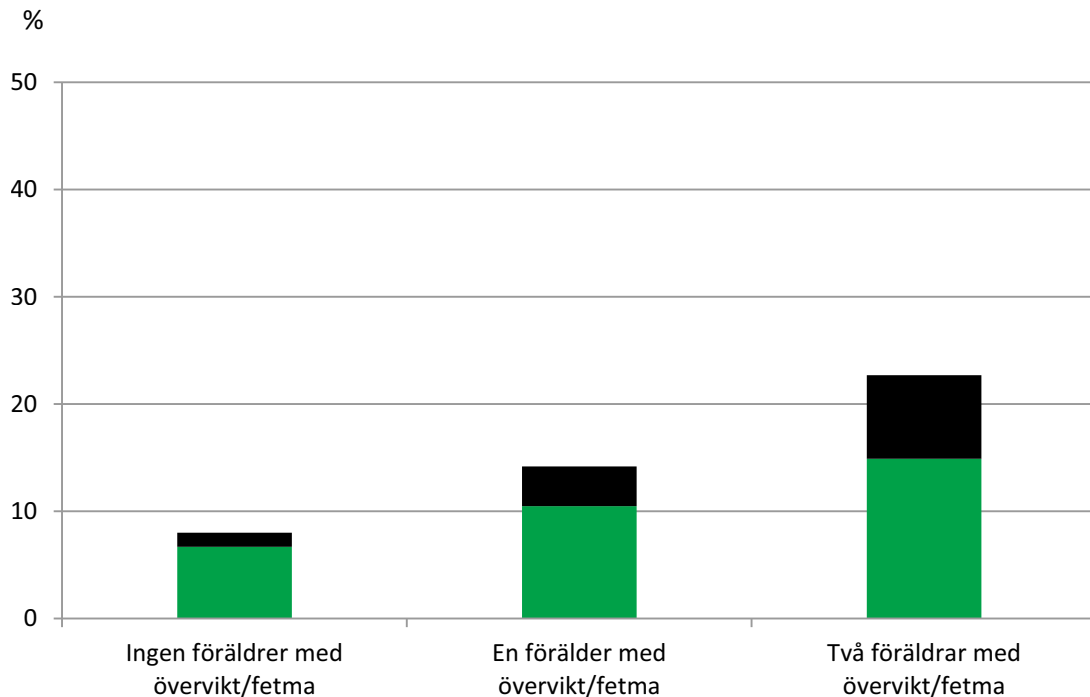
Övervikt och fetma kan mätas med BMI (Body Mass Index): kroppsvikten i kilogram delat med längden i meter i kvadrat.³³ För vuxna är gränsen för övervikt BMI 25 och fetma BMI 30.³³ Eftersom förhållandet mellan vikt och längd förändras under barnets tillväxt varierar BMI-gränserna för övervikt och fetma med barnets ålder, men barnets BMI kan räknas om till iso-BMI motsvarande vuxen-BMI.³⁴ Nationella siffror från 2011 visar att förekomsten av övervikt bland 4-åringar är omkring 14 % i Sverige, och ungefär samma nivå ses regionalt i Skåne.⁹

I folkhälsoenkät "Barn och Föräldrar i Skåne 2013" rapporteras 15 % av 4-åringarna ha ett förhöjt BMI (fördelat på 11 % övervikt och 4 % fetma). Bland föräldrarna är det vanligare med ett förhöjt BMI bland pappor/partners (59 %) än bland mammor (35 %) (Figur 3.2).



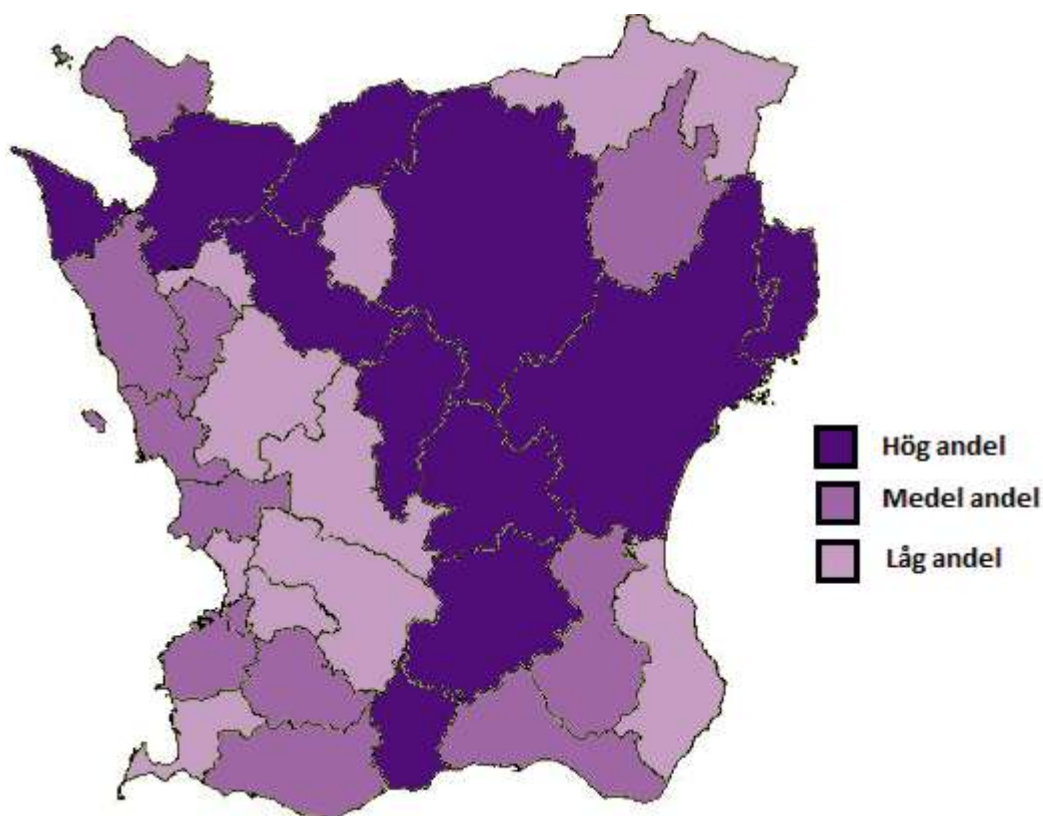
Figur 3.2. Övervikt och fetma bland 4-åringar och föräldrar till 4-åringar. Den undre delen av stapeln representerar andel med övervikt och den övre (mörkare) delen representerar andel med fetma.

Som nämndes ovan är det vanligare att barn har ett förhöjt BMI i familjer där föräldrarna också har viktproblem.³¹ Resultaten från folkhälsoenkät "Barn och Föräldrar i Skåne 2013" visar att andelen barn med övervikt eller fetma är 8 % i familjer med två normalviktiga föräldrar, 14 % i familjer med en förälder med övervikt eller fetma och 23 % i familjer med två föräldrar med övervikt eller fetma (Figur 3.3).



Figur 3.3. Andel 4-åringar med *övervikt eller fetma* i familjer där ingen förälder, en förälder respektive båda föräldrar har övervikt/fetma. Den undre delen av stapeln representerar andel barn med övervikt och den övre (mörkare) delen representerar andel barn med fetma.

Figur 3.4 visar den geografiska fördelningen av förekomst av övervikt eller fetma bland 4-åringar i Skåne. De 33 kommunernas resultat har här delats in i tertiler (tredjedelar) och baserat på tertiltillhörighet anges olika färgnyanser för respektive kommun i kartan. Det geografiska mönstret visar att högst andelar 4-åringar med övervikt/fetma återfinns främst i Skånes mellersta och östra kommuner och lägst andelar återfinns främst i Skånes mellersta-västra kommuner.

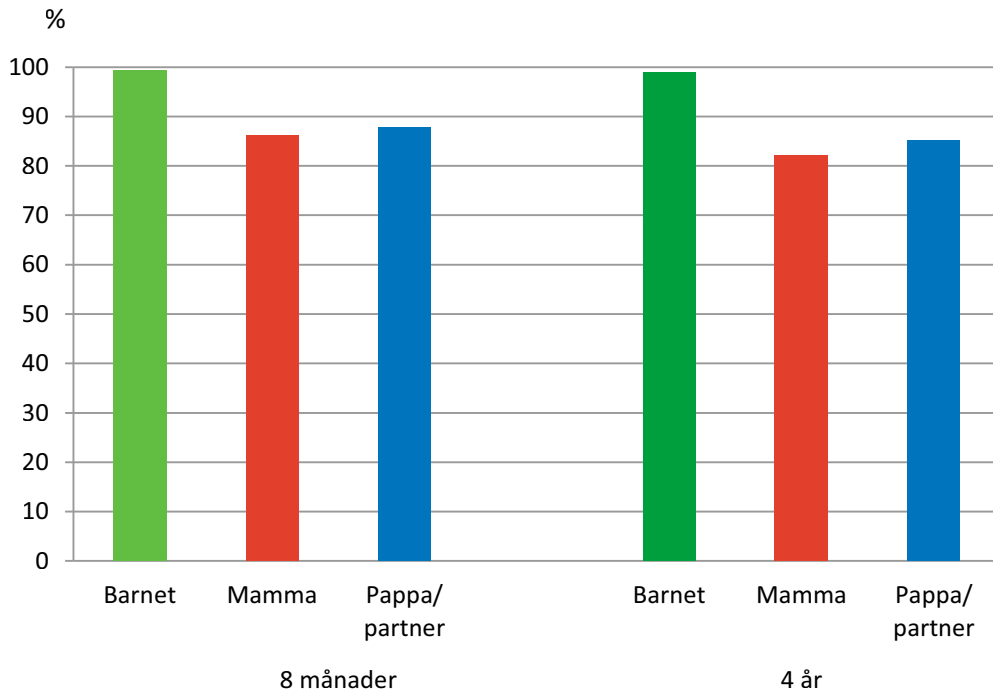


Figur 3.4. Andel 4-åringar med övervikt eller fetma fördelat på Skånes kommuner.

3.3 Självsfattad hälsa

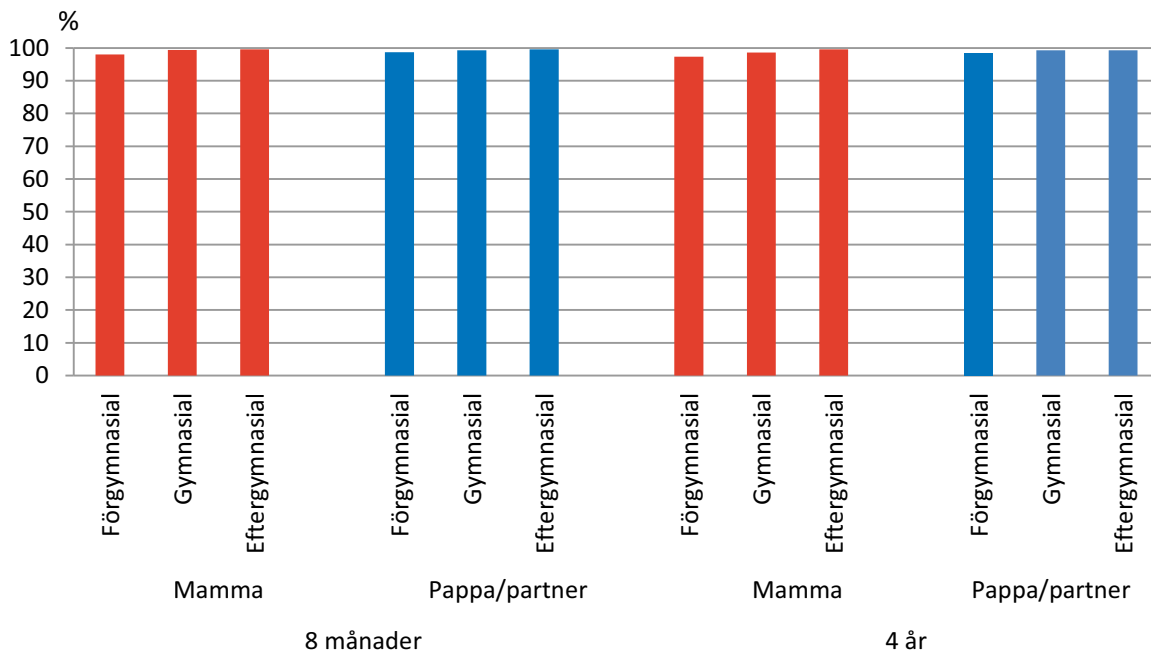
Hur man besvarar en enkel fråga om hur man mår rent allmänt har visat samband med framtida sjuklighet och dödlighet bland vuxna.³⁵⁻³⁷ Bland skolbarn och ungdomar har samband visats mellan självskattad hälsa och levnadsvanor (som rökning och alkohol) respektive psykosociala faktorer (som mobbing och relationer med föräldrar och vänner).³⁸ I befolkningen minskar andelen som uppger en god hälsa med åldern och pojkar/män skattar generellt sin hälsa högre än flickor/kvinnor.³⁹⁻⁴¹ Nationella siffror från 2011 visar att det allmänna hälsotillståndet skattas av föräldrarna som mycket gott eller gott för den stora majoriteten av 8-månaders barn och 4-åringar i Sverige (98 % för 8-månaders barn och 95 % för 4-åringar),⁹ samt för 98 % av både 8-månaders barn och 4-åringar i Skåne.⁹

I folkhälsoenkät "Barn och Föräldrar i Skåne 2013" besvarade föräldrarna en fråga om hur de själva och barnet mår rent allmänt, med fem svarsalternativ från "mycket bra" till "mycket dåligt". Svaren "mycket bra" och "bra" definieras som god självskattad hälsa, vilket 99 % av barnen bedömdes ha enligt föräldrarna. Den egna hälsan skattas lägre av föräldrarna, med något högre andelar bland pappor (85-88 %) än bland mammor (82-86 %), samt något högre andelar bland föräldrar till 8-månaders barn än bland föräldrar till 4-åringar (Figur 3.5).



Figur 3.5. God självskattad hälsa bland 8-månaders barn, 4-åringar samt föräldrar till 8-månaders barn respektive till 4-åringar.

Vid en indelning efter föräldrarnas utbildningsnivå (förgymnasial, gymnasial, eftergymnasial) ses inga större skillnader i föräldrarnas skattning av barnets hälsa (Figur 3.6).



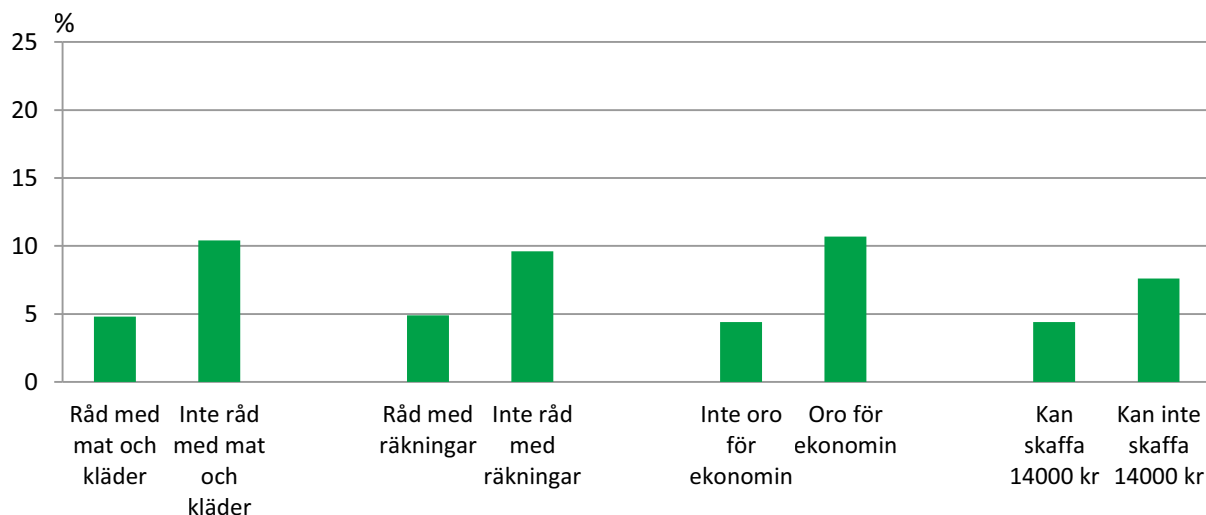
Figur 3.6. Andel barn som enligt föräldrarna har en god självskattad hälsa fördelat på föräldrarnas utbildningsnivå (förgymnasial, gymnasial, eftergymnasial).

Vid en indelning efter barnets respektive föräldrarnas födelseland (Sverige, övriga Europa, utanför Europa) ses små skillnader överlag när det gäller barnens, av föräldrarna, skattade hälsa (visas inte i figur).

3.4 Psykiska och somatiska besvär bland barn

Spädbarn är helt beroende av vuxna för sin överlevnad.¹⁶ Barnet knyter an till sina föräldrar under det första levnadsåret och anknytningsmönstret påverkar barnets grundtrygghet.^{16,17,42} Ett barn med trygg anknytning är mindre sårbart för stress och bättre rustat att hantera livets påfrestningar.^{16,17,42} Man vet att samspelet mellan spädbarn och föräldrar är avgörande för spädbarnets psykiska hälsa,¹⁶ men hur den psykiska hälsan bland små barn ser ut på befolkningsnivå vet man inte mycket om.^{8,9} Ett vanligt psykosomatiskt besvär bland barn i åldern 4-6 år är att ha ont i magen centrerat kring naveln⁴³ och barn med psykosomatiska magbesvär har större risk att få problem med ångest och oro längre fram i livet.⁴⁴ Bland ungdomar, framför allt bland flickor, har psykosomatiska symtom (såsom magont och huvudvärk) och psykiska besvär (såsom oro/ängslan och nedstämdhet) ökat under de senaste decennierna.⁸ I folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” uppgav föräldrar till 4-åringar att 8 % av barnen varit ängsliga/oroliga och att 5 % av barnen haft ont i magen mer än en gång i veckan under det senaste halvåret (visas inte i figur).

Psykosomatiska symtom hos barn är vanligare i familjer med svag ekonomi jämfört med familjer med god ekonomi.^{10,45} I folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” ställdes fyra frågor kring familjens ekonomiska situation: ”Hur ofta har det hänt att du inte haft tillräckligt med pengar för att ha råd med den mat eller de kläder som du eller din familj behöver under de senaste 12 månaderna?” (med fyra svarsalternativ från ”Aldrig” till ”Varje månad”); ”Hur ofta har du haft svårt att betala dina räkningar (hyra, el, telefon, räntor, amorteringar, försäkringar etc.) under de senaste 12 månaderna?” (med fyra svarsalternativ från ”Aldrig” till ”Varje månad”); ”Hur ofta är du orolig över hur det ska gå med din ekonomi under de närmaste åren?” (med sex svarsalternativ från ”Aldrig” till ”I stort sett varje dag”); samt ”Om du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, kan du då inom en veckas tid skaffa fram 14 000 kronor?” (Ja/Nej). Ekonomisk stress definieras som att inte ha råd med mat/kläder respektive räkningar ungefär hälften av årets månader eller oftare, att oroa sig för ekonomin minst några gånger i veckan, alternativt att inte kunna få fram 14 000 kronor inom en vecka (sakna kontantmarginal). Figur 3.7 visar att det i folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” är ungefär dubbelt så vanligt att 4-åringar haft ont i magen mer än en gång i veckan under det senaste halvåret i familjer med någon form av ekonomisk stress, jämfört med barn i familjer utan ekonomisk stress, oberoende av vilken fråga som använts.



Figur 3.7. Andel 4-åringar som haft ont i magen mer än en gång i veckan under det senaste halvåret i familjer där minst en förälder angett ekonomisk stress jämfört med familjer där ingen förälder angett ekonomisk stress.

Många livshändelser kan orsaka stress vilket i sin tur kan ge psykiska och somatiska besvär. I folkhälsoenkät "Barn och Föräldrar i Skåne 2013" ställdes en fråga till 4-åringars föräldrar om något av följande hänt sedan barnet föddes: separation/skilsmässa; en av barnets föräldrar avlidit; dödsfall inom den nära familjen; annan vuxen flyttat in; annat/andra barn flyttat in. Resultaten visar att var fjärde 4-åring har varit med om något av detta. Bland dessa barn ses en tendens till att det är något vanligare att ha varit ängslig/orolig mer än en gång i veckan (9 %) under det senaste halvåret jämfört med övriga barn (7 %) (visas inte i figur). Motsvarande andelar för barn som ofta haft ont i magen är 6 % respektive 5 % (visas inte i figur).

3.5 Lågt psykiskt välbefinnande och utmattning bland föräldrar

Att bli förälder är en stor omställning i livet och under denna period är risken större att få psykiska problem jämfört med andra perioder i livet.⁴² Omkring 10-15 % av alla nyblivna mammor drabbas av nedstämdhet efter förlossningen, vilket kan påverka anknytningen till barnet negativt.^{42,46,47} Inom barnhälsovården screenas mammor för förlossningsdepression när barnet är 6-8 veckor gammalt med hjälp av en enkel självskattningsskala (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) och kompletterande samtal med BVC-sköterskan.^{7,46-48}

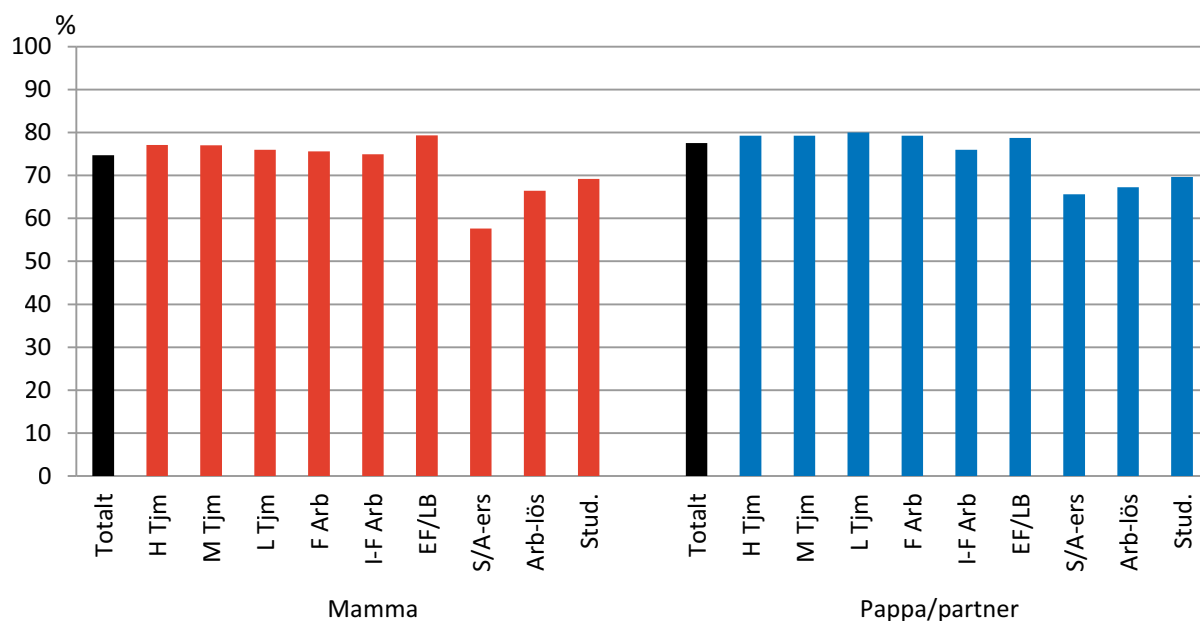
Föräldrastress, en känsla av att inte räcka till i föräldraskapet, kan bland annat orsakas av bristande stöd, trötthet, vardagliga bekymmer och svårigheter att kombinera arbetsliv och familjeliv.⁴² Stressen förvärras av ekonomiska bekymmer.⁴² Med tiden kan föräldrastress leda till psykisk ohälsa och utmattning och hur mycket barnet påverkas av detta beror mycket på

hur den vuxne klarar av att möta barnets känslomässiga och fysiska behov.^{42,49} Barn är ofta känsliga för föräldrarnas hälsotillstånd och även små barn känner av när de vuxna inte mår bra.⁵⁰ Barn till föräldrar med psykisk sjukdom har en ökad risk för att själva utveckla psykisk ohälsa.^{18,50} Det finns även starka samband mellan föräldrars stress och kroppslig bestraffning av barnet.⁵¹ Framför allt gäller det när föräldrarna är stressade över sin livssituation eller har en konflikt med partnern, men risken är också förhöjd vid nedstämdhet hos föräldrarna.⁵¹

I folkhälsoenkät ”Barn och föräldrar i Skåne 2013” användes två delar av frågeinstrumentet ”The Short Form 36” (SF-36)⁵² för att mäta psykiskt välbefinnande och utmattning hos föräldrarna. Hela frågeinstrumentet SF-36 består av 36 flervalfrågor med åtta delskalor som speglar olika dimensioner av hälsa och välbefinnande (Fysisk funktion; Fysisk rollfunktion; Smärta; Allmän hälsa; Vitalitet; Social funktion; Emotionell rollfunktion; Psykiskt välbefinnande).^{52,53} Delskalan för psykiskt välbefinnande består av fem frågor (hur ofta man känt sig mycket nervös/ så nedstämd att ingenting kunnat muntra upp en/ lugn och harmonisk/ dyster och ledsen/ glad och lycklig under de senaste fyra veckorna) och delskalan för vitalitet/utmattning består av fyra frågor (hur ofta man känt sig riktigt pigg och stark/ varit full av energi/ känt sig utsliten/ känt sig trött under de senaste fyra veckorna).⁵³ Utifrån svaren på frågorna poängsätts varje delskala mellan 0-100 (ju högre värde desto bättre hälsa).⁵² I folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” redovisas föräldrarnas psykiska välbefinnande som medelvärden,⁵² medan andelen föräldrar med utmattning redovisas efter dikotomisering (ja/nej) i enlighet med tidigare vetenskapliga studier.⁵⁴

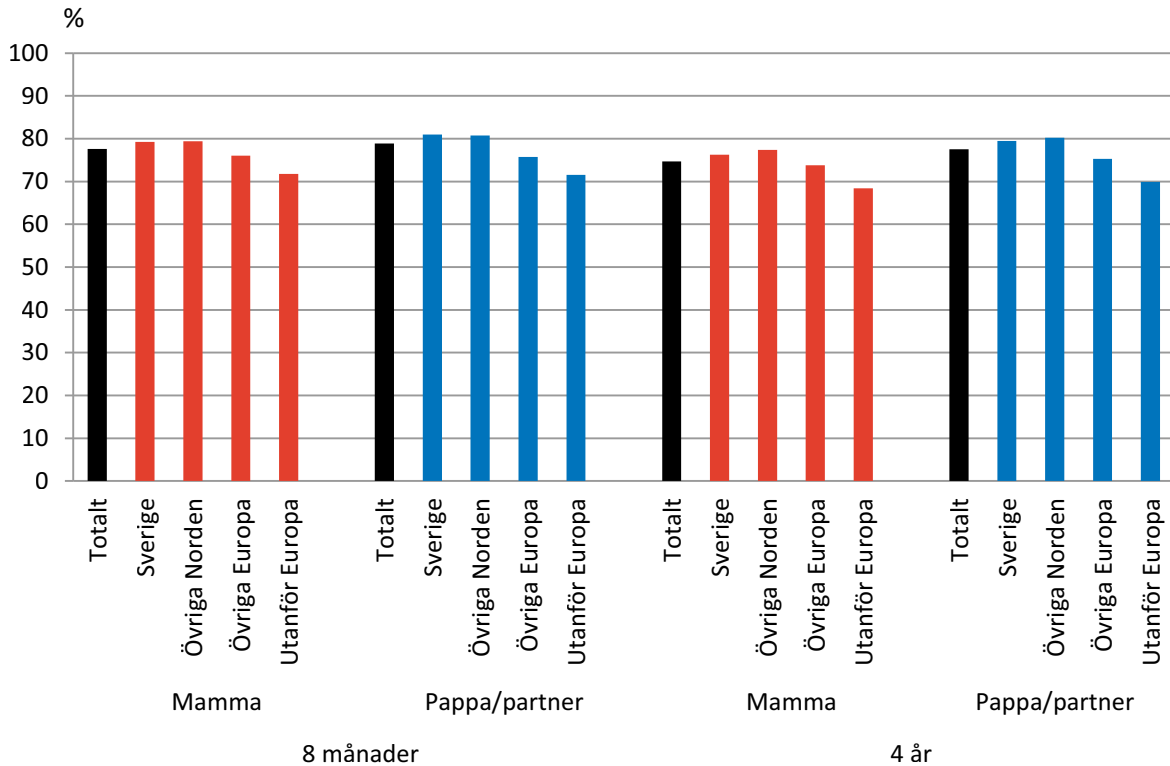
I folkhälsoenkät ”Barn och föräldrar i Skåne 2013” är medelvärdet för psykiskt välbefinnande högre bland pappor/partners än bland mammor, samt högre för föräldrar till 8-månaders barn än föräldrar till 4-åringar. Skillnaden är något större för mammor (78 % för 8-månaders barn respektive 75 % bland 4-åringar) än för pappor/partner med barn i motsvarande åldrar (79 % respektive 78 %) (visas inte i figur).

Liksom för befolkningen i övrigt^{40,55} är psykiskt välbefinnande lägre bland de föräldrar som står utanför arbetsmarknaden, i synnerhet bland de med sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskrivning samt bland arbetslösa föräldrar (Figur 3.8).



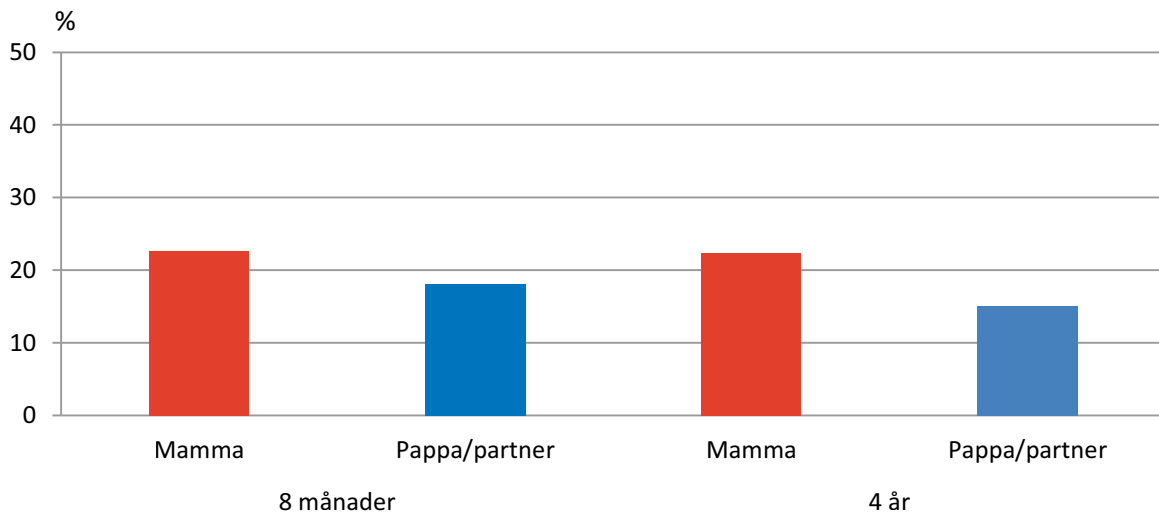
Figur 3.8. Medelvärde för psykiskt välbefinnande bland föräldrar till 4-åringar i olika socioekonomiska grupper (SF-36). Högre tjänstemän = H Tjm; Mellan tjänstemän = M Tjm; Lägre tjänstemän = L Tjm; Facklärd arbetare = F Arb; Icke facklärd arbetare = I-F Arb; Egna företagare eller lantbrukare = EF/LB; Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven = S/A-ers; Arbetslös = Arb-lös; Studerande = Stud. Svart stapel anger medelvärdet för hela gruppen av mammor respektive pappor/partners.

Psykisk ohälsa är vanligare bland utlandsfödda än bland personer födda i Sverige, vilket till stor del beror på sämre socioekonomiska levnadsvillkor.⁵⁶ Resultaten från folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” visar att det psykiska välbefinnandet är lägre bland föräldrar födda utanför Norden, i synnerhet bland föräldrar födda utanför Europa, jämfört med svenskfödda föräldrar. Bland pappor/partners födda utanför Europa är det psykiska välbefinnandet 10 procentenheter lägre än bland pappor/partners födda i Sverige (Figur 3.9).



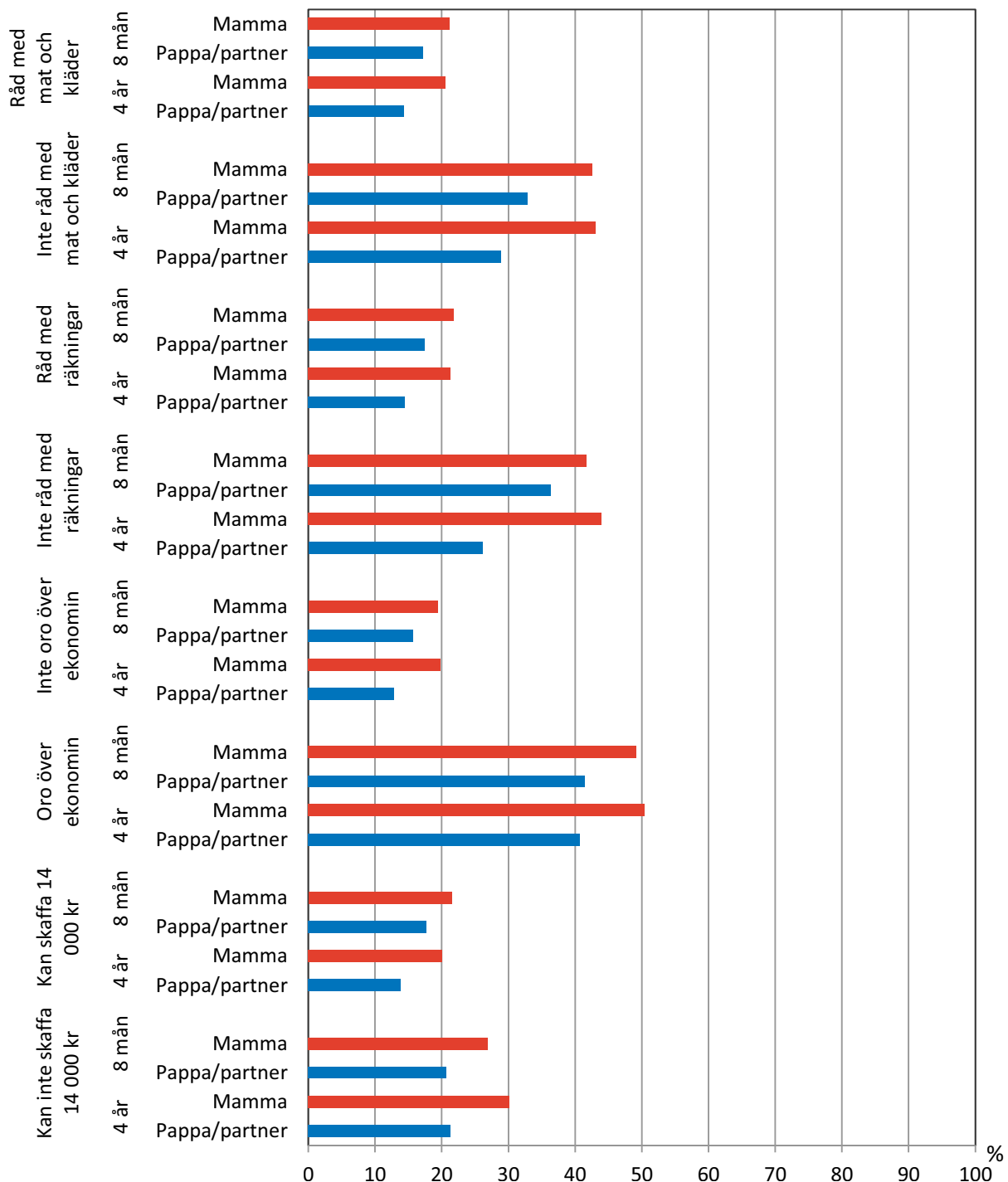
Figur 3.9. Psykiskt välbefinnande (medelvärden SF-36) bland mammor respektive pappor/partners födda i olika länder (Sverige, övriga Norden, övriga Europa, utanför Europa) till barn i åldern 8 månader och 4 år. Svart stapel anger medelvärdet för hela gruppen av mammor respektive pappor/partners.

I folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” rapporterade drygt var femte mamma att hon känner sig utmattad oavsett barnets ålder, medan andelen utmattade pappor/partners till 8-månaders barn är 18 % och till 4-åringar 15 % (Figur 3.10).



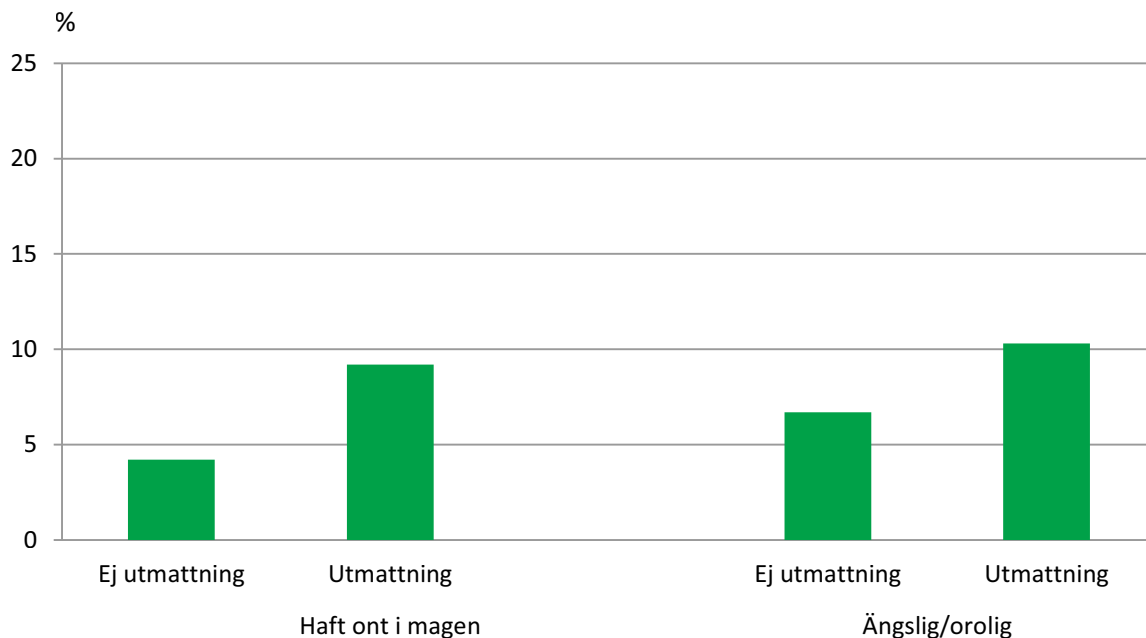
Figur 3.10. Andel utmattade föräldrar till 8-månaders barn respektive 4-åringar (dikotomisering (ja/nej) SF-36).

Psykisk ohälsa har samband med ekonomisk stress⁵⁷ och kan vara såväl orsak som konsekvens till dålig ekonomi.⁵⁸ Resultaten från folkhälsoenkät ”Barn och föräldrar i Skåne 2013” visar tydliga samband mellan lågt psykiskt välbefinnande och ekonomisk stress för samtliga fyra ekonomifrågor (visas inte i figur). Ett liknande mönster med tydliga samband ses också mellan utmattning och ekonomisk stress (Figur 3.11). Exempelvis är det mer än dubbelt så vanligt att föräldrar som ofta oroar sig för ekonomin även är utmattade. Sambandet är svagast för ekonomisk stress mätt som kontantmarginal.



Figur 3.11. Andel utmattade mammor och pappor/partners bland föräldrar som upplever ekonomisk stress respektive inte upplever ekonomisk stress mätt med fyra olika frågor.

Som tidigare nämnts är barn känsliga för hur de vuxna har det.⁵⁰ Resultaten från folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” visar att det är dubbelt så vanligt att 4-åringar i familjer med minst en utmattad förälder ofta har ont i magen jämfört med barn i familjer där ingen förälder är utmattad (9 % respektive 4 %). På motsvarande sätt är det vanligare att barn i familjer med minst en utmattad förälder ofta är ängsliga eller oroliga (10 % jämfört med 7 %) (Figur 3.12).



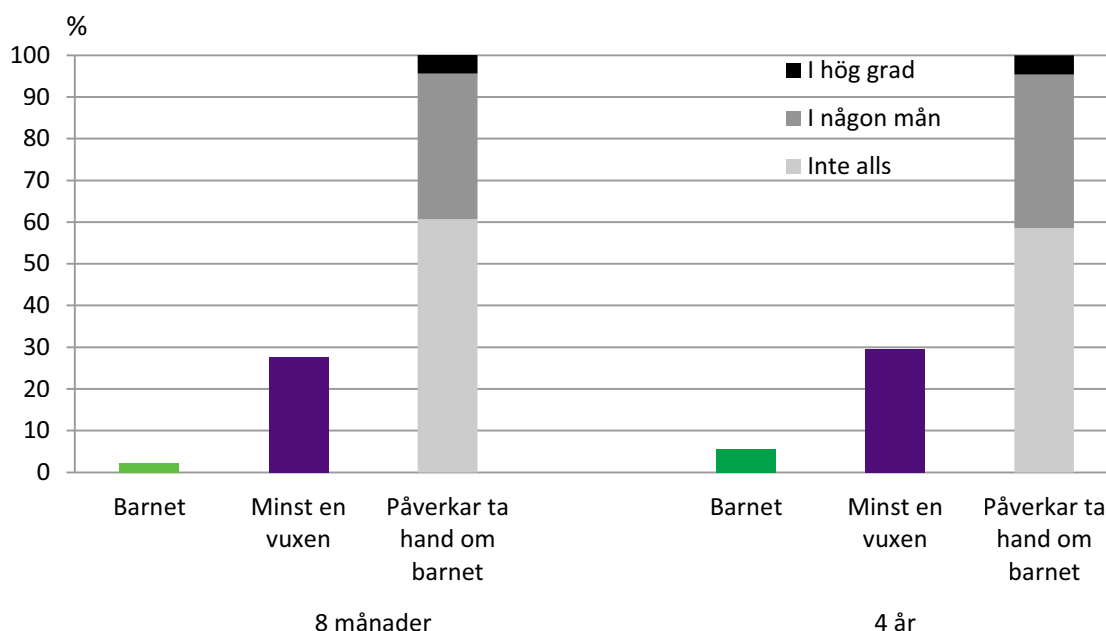
Figur 3.12. Andel 4-åringa barn som haft ont i magen respektive varit ängsliga/oroliga mer än en gång i veckan under det senaste halvåret, i familjer där minst en förälder är utmattad respektive i familjer där ingen förälder är utmattad.

3.6 Funktionsnedsättning och långvarig sjukdom

Förekomst av funktionsnedsättning i en befolkning är svår att ange eftersom det inte finns någon generellt vedertagen definition och registerdata saknas.⁵⁹ Ett generellt mönster är dock att funktionsnedsättning ökar med åldern, och en nationell kartläggning bland barn och unga uppskattar att andelen barn med funktionsnedsättning ökar från omkring 6 % bland de yngsta till omkring 17 % bland 16-åringar.⁵⁹ Den vanligaste anledningen till lindrig funktionsnedsättning bland barn är astma och allergisjukdom.⁶⁰ Funktionsnedsättning som beror på andra fysiska eller neuropsykiatriska diagnoser bedöms ofta vara måttlig eller svår.⁶⁰ Enligt statistik från Hjälpmedelsinstitutet är de vanligaste funktionsnedsättningarna bland barn i åldern 2-17 år förståndshandikapp, hörselskada, rörelsehinder och synskada.¹ Bland vuxna beror funktionsnedsättning ofta på rörelsehinder, nedsatt syn eller nedsatt hörsel.⁵⁹ Både barn och vuxna med funktionsnedsättning har oftare även annan ohälsa jämfört med den övriga befolkningen.⁵⁹⁻⁶¹ Barn med funktionsnedsättning och/eller kronisk sjukdom utsätts oftare för kroppslig bestraffning än friska barn.⁵¹ Föräldrar till barn med funktionsnedsättning arbetar

oftare deltid, är oftare sjukskrivna och har lägre levnadsstandard än andra föräldrar.^{61,62} Föräldrar som själva har en funktionsnedsättning är en ofullständigt kartlagd grupp.⁶³

I folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” ställdes en fråga kring förekomst av funktionsnedsättning eller långvarig sjukdom hos barnet (Ja/Nej). Föräldrarna fick även svara på om de själva har någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem. Ett jakande svar följdes av en fråga om detta påverkar deras förmåga att ta hand om barnet (”Nej inte alls”, ”Ja i någon mån”, ”Ja i hög grad”). Resultaten visar att andelen barn med funktionsnedsättning/långvarig sjukdom är drygt 2 % bland 8-månaders barn och knappt 6 % bland 4-åringar (Figur 3.13). I tre av tio familjer har minst en vuxen någon form av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Av dessa svarade majoriteten (ungefär 60 %) att detta inte påverkar deras förmåga att ta hand om barnet, omkring 35 % svarade att förmågan påverkas i någon mån, medan 5 % svarade att förmågan att ta hand om barnet påverkas i hög grad.

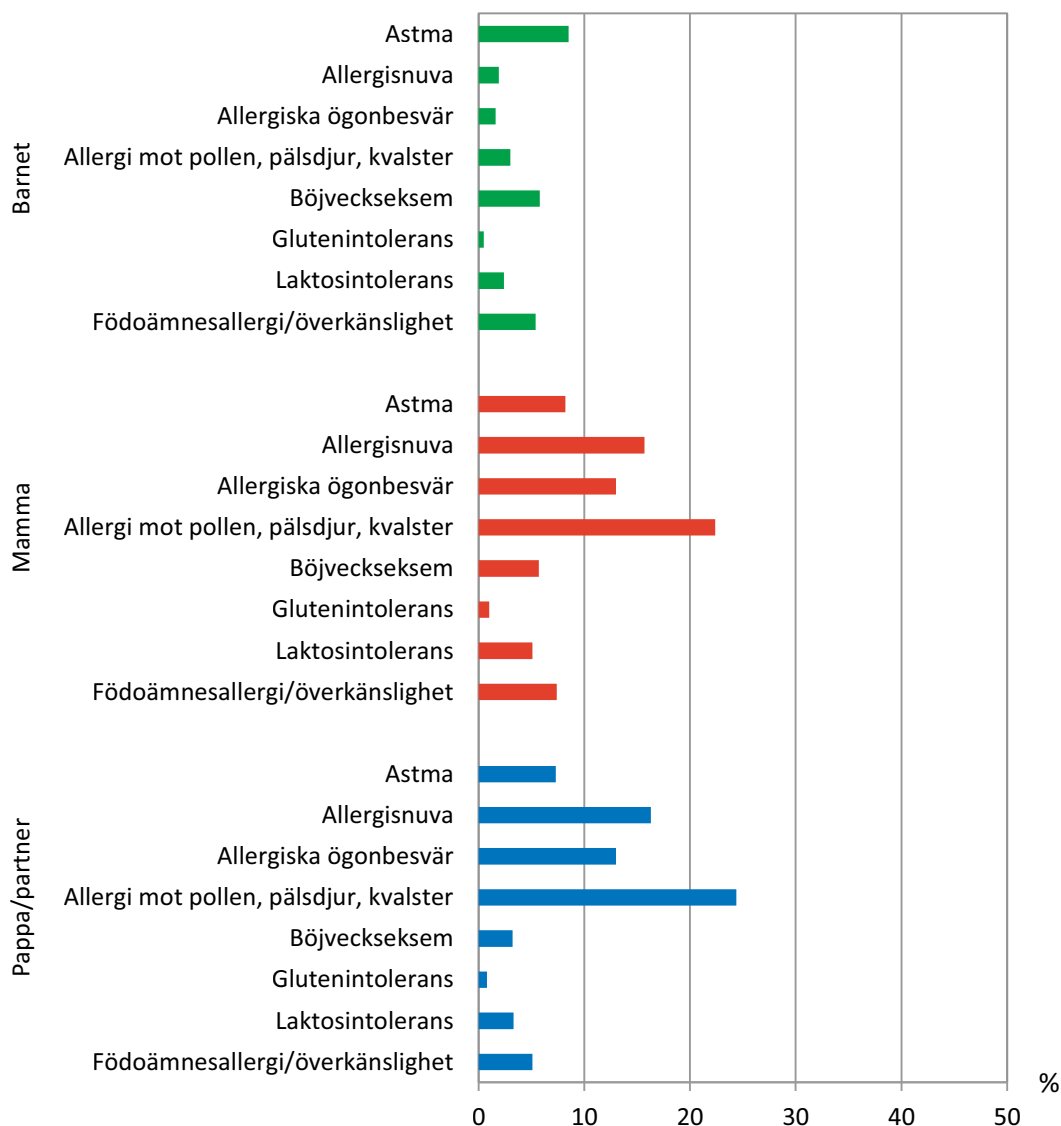


Figur 3.13. Andel 8-månaders barn och 4-åringar med *funktionsnedsättning/långvarig sjukdom*, samt andel familjer där minst en vuxen har någon funktionsnedsättning/långvarig sjukdom. Den tredelade stapeln visar andelen av de funktionshindrade/långvarigt sjuka föräldrarna som rapporterade att deras förmåga att ta hand om barnet påverkas ”Inte alls”, ”I någon mån” respektive ”I hög grad”.

3.7 Astma, allergisjukdom och överkänslighet

Astma och allergi är de vanligaste kroniska sjukdomarna bland barn i Sverige.¹ Under de senaste årtiondena har förekomsten av astma, eksem och hösnuva mer än fördubblats bland barn i Sverige och vart tredje barn i åldern 1-6 år har någon form av allergisjukdom (t.ex. astma, allergisnuva, eksem eller födoämnesallergi).⁶⁴ Under sina två första levnadsår har vart femte barn förkylningsutlösta astmasymptom, men de flesta barn blir besvärsfria innan de börjar skolan.¹ Läkardagnostiserad astma bland 4-åringar ökade nationellt från 6 % till 10 % mellan år 2003 och 2011, och den regionala ökningen i Skåne var från 6 % till 11 % under samma period.⁹ Eksem är vanligast bland små barn och ungefär 20 % av alla barn har haft eksem under längre eller kortare perioder under förskoleåldern.¹ Allergiska näs- och ögonbesvär kan debutera under förskoleåldern och beror ofta på allergi mot pollen och pälsdjur.¹ Astma och allergisnuva är vanligare bland barn till lågutbildade föräldrar,⁶⁵ vilket kan bero på rökning eftersom andelen rökare är högre bland lågutbildade än högutbildade föräldrar.²⁰ Glutenintolerans (celiaki) har ökat mycket under de senaste decennierna, vilket kan bero på hur och när gluten introduceras i barnets kost^{20,66} men också på en större medvetenhet om sjukdomen samt bättre diagnostik.⁶⁷ Prevalensen av diagnostiserad glutenintolerans är 1 %⁶⁷ men många har sjukdomen utan att veta om det.⁶⁸ Laktosintolerans innebär att tarmslemhinnan inte kan bryta ner mjölksocker (laktos) vilket ger olika former av magbesvär.⁶⁹ Laktosintolerans är vanligt bland vuxna men mycket ovanligt bland friska barn under fem år.⁶⁹ Vid misstanke om laktosintolerans hos ett litet barn är det därför viktigt att utesluta andra orsaker till magbesvär, exempelvis en underliggande tarminfektion, komjölksallergi eller glutenintolerans.⁶⁹

I folkhälsoenkät "Barn och Föräldrar i Skåne 2013" ställdes en fråga om läkare konstaterat att det 4-åriga barnet, respektive dess biologiska föräldrar, har någon av följande sjukdomar: astma; allergisnuva; allergiska ögonbesvär; allergi mot pollen/ pälsdjur/ kvalster; böjvecks-eksem; glutenintolerans; laktosintolerans; födoämnesallergi/överkänslighet. Figur 3.14 visar andelen som svarat ja på respektive sjukdom. Bland 4-åriga barn är astma (9 %), böjvecks-eksem (6 %) och födoämnesallergi/överkänslighet (5 %) vanligast. Bland barnens biologiska föräldrar är nästan var fjärde mamma och pappa allergisk mot pollen, pälsdjur eller kvalster, nästan en av sex har allergisnuva och var åttonde förälder har allergiska ögonbesvär. Laktosintolerans uppgavs för drygt 2 % av barnen. Glutenintolerans är minst vanligt bland både barn (0,5 %) och vuxna (1 %).

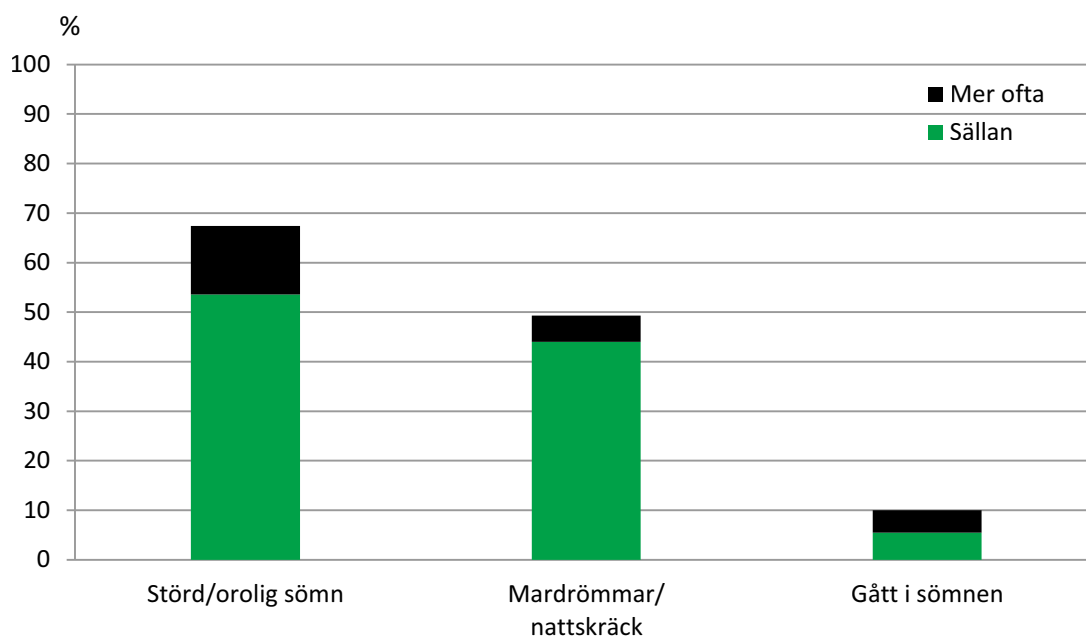


Figur 3.14. Läkarkonstaterad *astma, allergisk sjukdom och överkänslighet* bland 4-åringar respektive 4-åringars biologiska mammor och pappor.

3.8 Sömnstörningar bland 4-åringar

Många små barn har någon typ av sömnsvårighet vilket på olika sätt även drabbar föräldrarna. Vanligast är att barnet har svårt att somna och inte sover hela natten.⁷⁰ Uppemot vart femte barn mellan sex månader och 3 år vaknar flera gånger per natt och behöver sina föräldrar för att somna om.⁷⁰ Mardrömmar är vanligast under den senare delen av natten, medan nattskräck och sömngång uppträder under djupsömnen i början av natten.⁷⁰ Vid nattskräck och sömngång är barnet okontaktbart och beter sig bisarrt, det somnar om efter en stund och har inget minne av vad som hänt.⁷⁰ Nattskräck förekommer hos cirka 5 % av alla barn och är ofta skrämmande för föräldrarna som inte kan trösta barnet.⁷⁰ Sömngång är vanligast bland barn i åldern 5-8 år och förekommer hos upp till 20 % av alla barn.⁷⁰

Andelen 4-åringar i folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” som under det senaste halvåret haft störd/orolig sömn, mardrömmar/nattskräck respektive gått i sömnen visas i Figur 3.15. Majoriteten (två tredjedelar av alla barn) sover oroligt ibland och vart sjunde barn har sovit oroligt någon gång i veckan eller oftare. Knappt hälften av alla barn har mardrömmar eller nattskräck ibland och vart tjugonde barn har haft mardrömmar eller nattskräck någon gång i veckan eller oftare. Ett av tio barn har gått i sömnen, varav hälften någon gång i veckan eller oftare.



Figur 3.15. Andel 4-åringar som under de senaste sex månaderna haft *störd/orolig sömn, mardrömmar/nattskräck eller gått i sömnen*, uppdelat på ”Sällan” (några gånger i månaden eller mer sällan) och ”Mer ofta” (någon gång i veckan eller oftare).

3.9 Tandhälsa

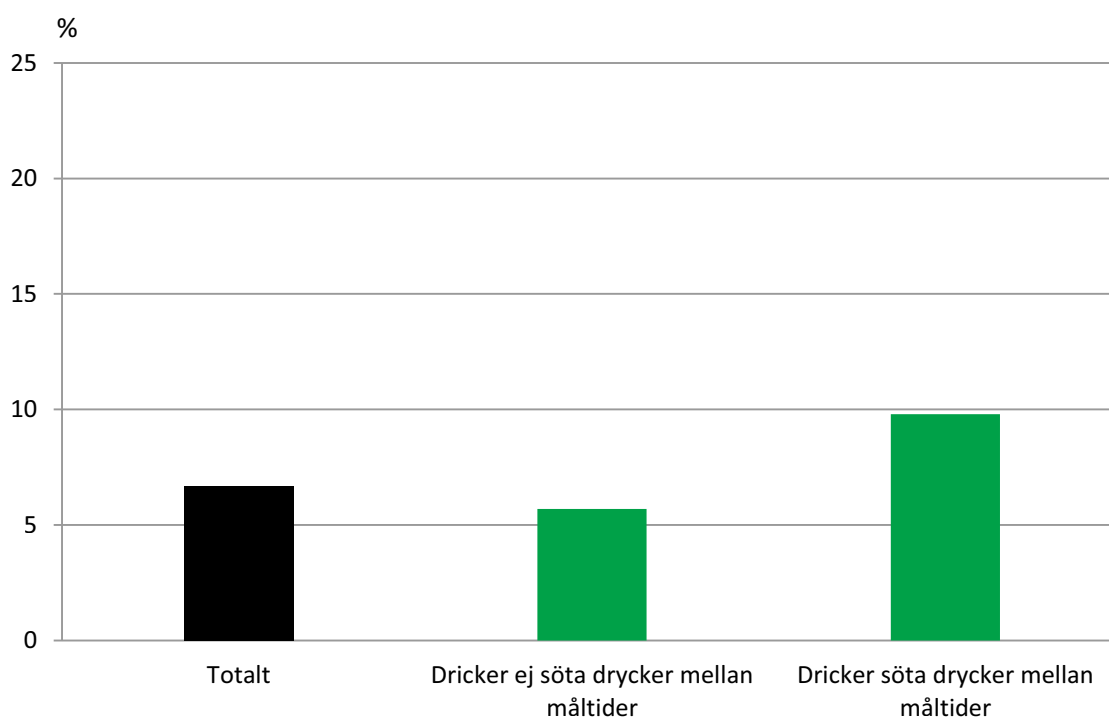
Hål i tänderna (karies) orsakas av att munbakterier bildar syra som fräter på emaljen när vi äter socker eller andra kolhydrater.⁷¹ Frätskador (erosionsskador) är ett ökande problem som beror på att man alltför ofta dricker sura drycker som sportdrycker, läsk och juice.⁷¹ Risken för karies och erosionsskador är större för barn och unga under 20 år eftersom deras tandemalj är mjukare än hos vuxna.⁷¹

Tandhälsan har förbättrats mycket under det senaste århundradet. I Sverige var endast 7 % av skolbarn i åldern 6-18 år kariesfria i början av 1900-talet.⁷¹ Tillfälliga förbättringar sågs i samband med sockerransonering under världskriget, men de stora förbättringarna kom efter att begreppet ”lördagsgodis” lanserades på 1950-talet, fluortandkräm började användas och fluorsköljningar infördes i skolan på 1960-talet.⁷¹ Idag är omkring 95 % av alla 3-åringar och drygt 60 % av alla 12-åringar kariesfria.⁷¹ Det finns dock stora socioekonomiska skillnader i tandhälsa. Karies är vanligare bland barn vars föräldrar är lågutbildade, ensamstående, unga,

utlandsfödda, har ekonomiska svårigheter eller själva har dålig tandhälsa.^{71,72} Barn till föräldrar i dessa grupper uteblir oftare från tandvården trots att barn och ungdomar i Sverige har rätt till gratis tandvård till och med det år de fyller 19 år.⁷¹ År 2003-2004 hade 12 % av 4-åringarna i Malmö karies, med ett stort spann från 4 % i Limhamn till 32 % i Rosengård.⁷³ Efter ett riktat interventionsprojekt i Rosengård förbättrades tandhälsan rejält bland barnen där⁷⁴ och programmet permanentades. Programmet spreds även till andra stadsdelar, men trots dessa insatser är skillnaderna fortfarande stora mellan olika delar av Malmö.⁷⁵

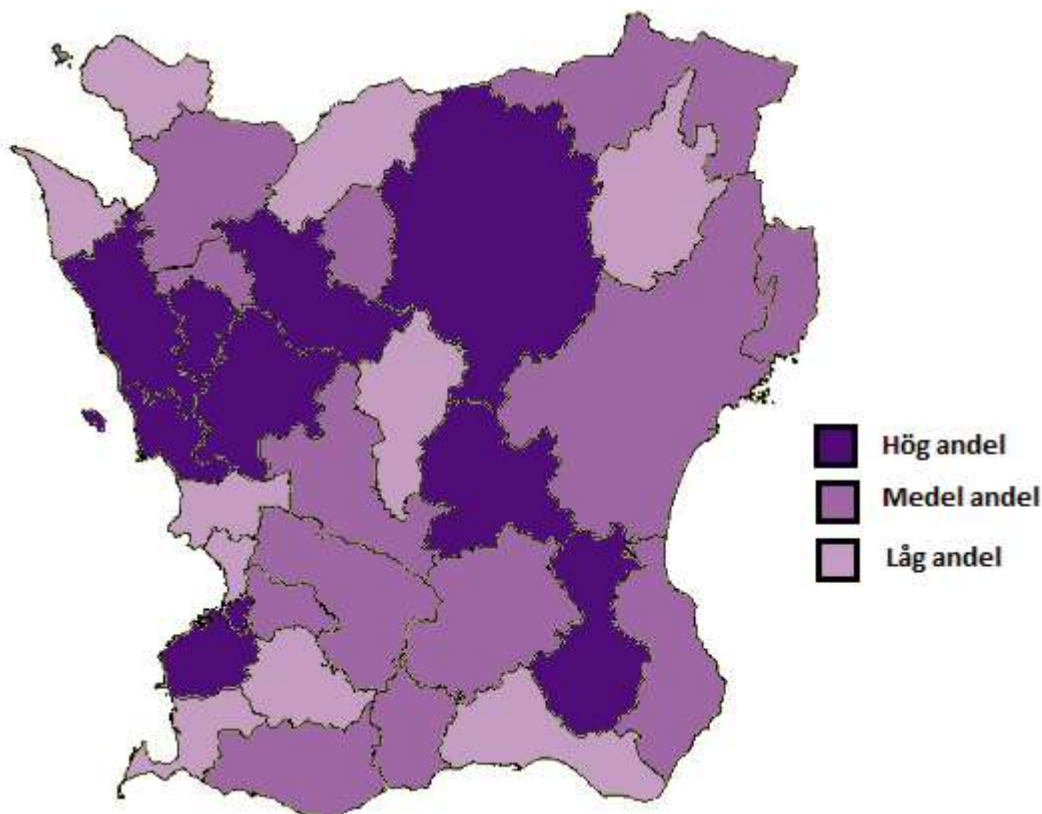
För att minska risken för karies ska man helst börja borsta barnets tänder med fluortandkräm så fort den första tanden tittat fram.⁷² Föräldrarna ska borsta dagligen (helst morgon och kväll) och barnet behöver hjälp med tandborstningen upp till 10-års åldern.⁷⁶ Regelbundna måltider förebygger både karies och övervikt.^{72,77} Söta drycker mellan måltiderna ska undvikas. Det är särskilt viktigt att inte låta barnet somna med en nappflaska med söt dryck eftersom salivproduktionen minskar när man sover och saliven har en skyddande effekt mot karies.^{77,78}

I folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” rapporterade 69 % av föräldrarna till 8-månaders barn att deras barn fått tänder varav 71 % borstar barnets tänder. Bland 4-åringarna får 95 % sina tänder borstade av en vuxen minst en gång om dagen. Knappt 7 % av 4-åringarna har haft hål i tänderna. Det är nästan dubbelt så vanligt att 4-åringar som dricker söta drycker mellan måltiderna tre gånger i veckan eller oftare haft hål i tänderna, jämfört med barn som inte dricker söta drycker mellan måltiderna lika ofta (10 % respektive 6 %) (Figur 3.16).



Figur 3.16. Andel 4-åringar som *haft hål i tänderna* totalt, samt andel barn med hål i tänderna (karies) bland barn som dricker *söta drycker* mellan måltider tre gånger i veckan eller oftare jämfört med barn som dricker söta drycker mellan måltider högst två gånger i veckan.

Figur 3.17 visar den geografiska fördelningen av förekomst av hål i tänderna (karies) bland 4-åringar i Skåne. De 33 kommunernas resultat har här delats in i tertiler (tredjedelar) och baserat på tertiltillhörighet anges olika färgnyanser för respektive kommun i kartan. Det geografiska mönstret visar att högst andelar 4-åringar med karies återfinns främst i en del av Skånes nordvästra kommuner, i de mellersta-östra delarna av Skåne samt i Malmö. De kommuner som har lägst andelar 4-åringar med karies är spridda över Skåne.

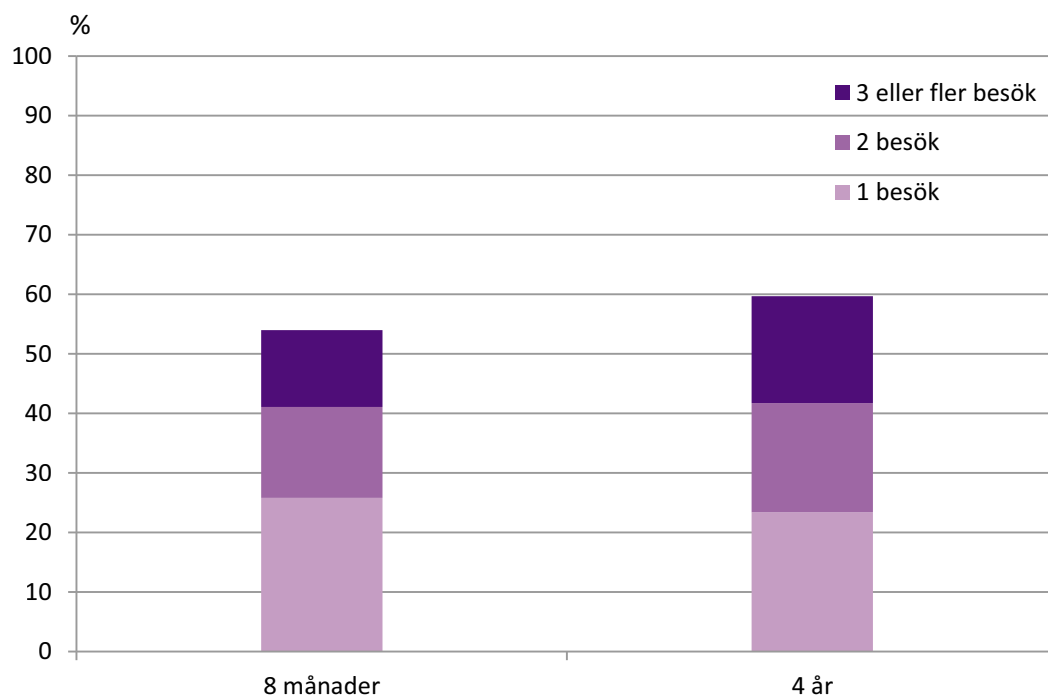


Figur 3.17. Andel 4-åringar som haft *karies* fördelat på Skånes kommuner.

3.10 Vårdsökande

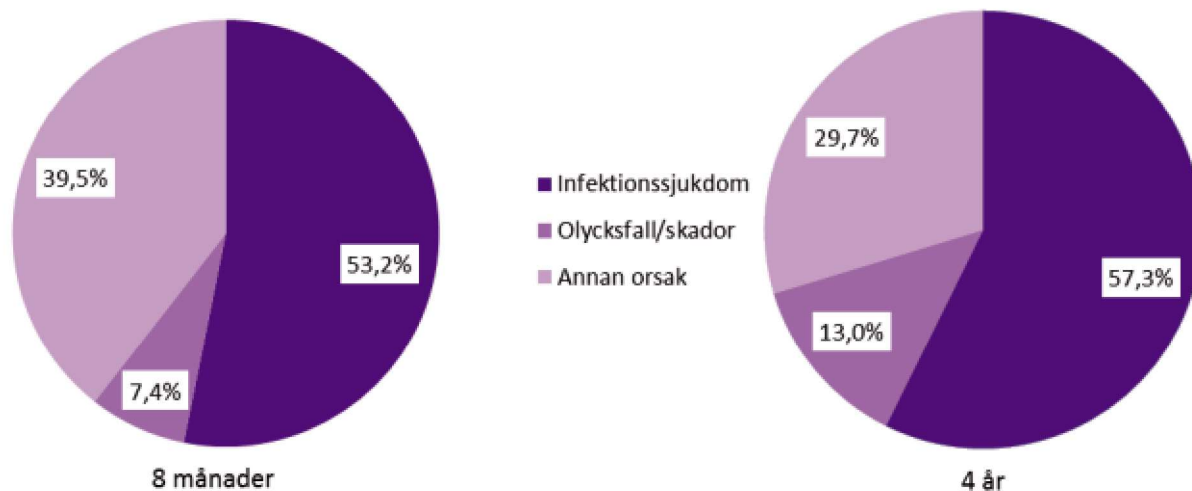
Infektioner är den vanligaste orsaken till sjukdom bland barn.¹ Under sitt första halvår är barnet delvis skyddat av antikroppar från mamman (överförda innan födseln) och bröstmjölkers ytterligare skydd.⁵ När barnet är mellan sex månader och ett år har antikropparna från mamman försvunnit och många slutar amma.⁵ I åldern 1-2 år är barnet förkyllt i genomsnitt 50 dagar om året och i 4-årsåldern ungefär 25 dagar per år.¹ Barn under 3 år som går på förskola är oftare sjuka än barn som vistas hemma på heltid.¹ I primärvården är de vanligaste diagnoserna bland barn under 7 år akut övre luftvägsinfektion, mellanöroninflammation, virusinfektion och halsfluss.⁷⁹ I Region Skåne gjorde barn i åldern 0-6 år i genomsnitt 1,6

läkarbesök i primärvården (utanför BVC) under år 2010, vilket kan jämföras med 3 läkarbesök per barn i Stockholms läns landsting och Västra Götalands landsting under samma år.⁷⁹ I folkhälsoenkät "Barn och föräldrar i Skåne 2013" har 54 % av 8-månaders barnen (under sina första 8 månader) och 60 % av 4-åringarna (under sina senaste 12 månader) besökt läkare utanför BVC. Ungefär 13 % av 8-månaders barnen och 18 % av 4-åringarna gjorde tre eller fler läkarbesök under respektive tidsperiod (Figur 3.18).



Figur 3.18. Andel 8-månaders barn och 4-åringar som besökt läkare utanför BVC under sina första 8 månader respektive senaste 12 månader, uppdelat på antal besök.

På följdfrågan om varför man sökt läkare för sitt barn utanför BVC kunde föräldrarna kryssa för ett eller flera alternativ: "För infektionssjukdomar, t.ex. öroninflammation, hög feber, diarré"; "För olycksfall/skador"; "Annan orsak". Fördelningen visas i Figur 3.19. Den vanligaste anledningen till läkarbesök utanför BVC är infektionssjukdomar, vilket gäller för drygt hälften av 8-månaders barnen och nästan 60 % av 4-åringarna. Läkarbesök för olycksfall/förgiftning är nästan dubbelt så vanligt bland 4-åringar (13 %) som bland 8-månaders barn (7 %).

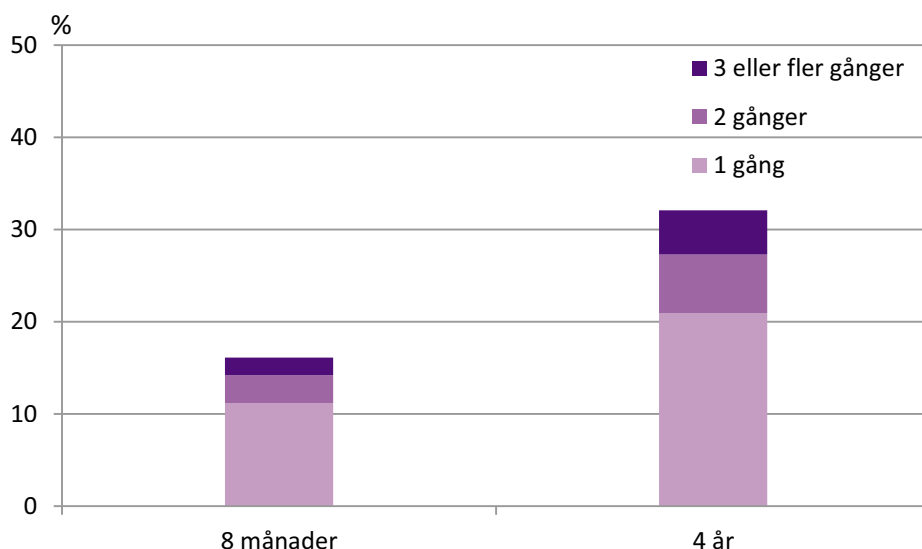


Figur 3.19. Orsak till läkarbesök utanför BVC (infektionssjukdom, olycksfall/skada, annan orsak) bland 8-månaders barn och 4-åringar.

3.10.1 Användning av antibiotika

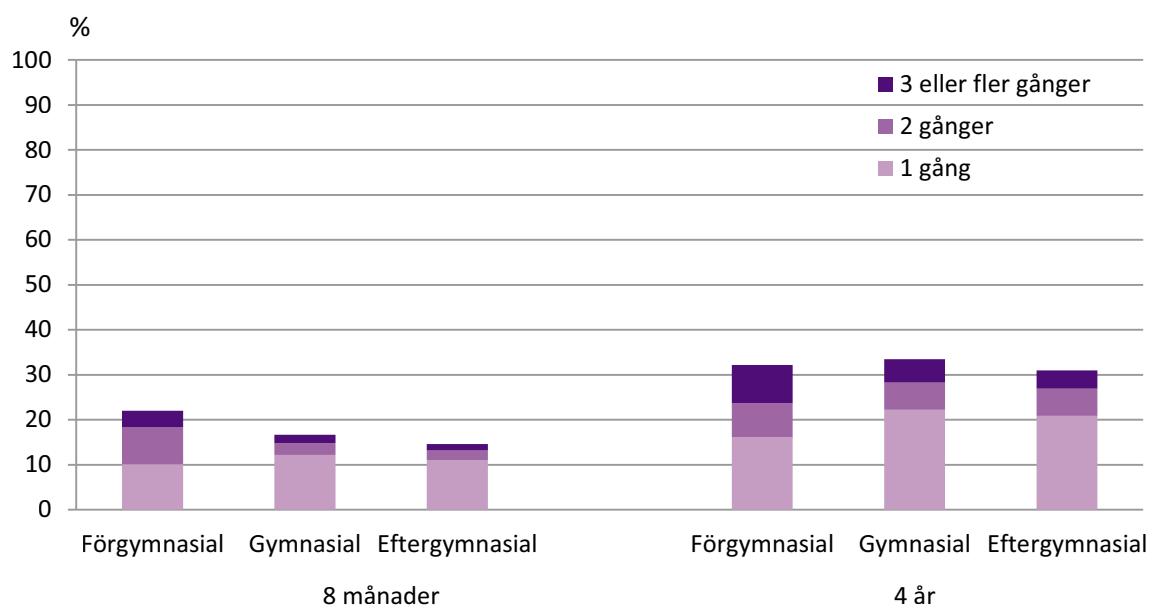
De flesta luftvägsinfektioner orsakas av virus och behöver inte behandlas med antibiotika.²⁰ Hög antibiotikaförskrivning har ett tydligt samband med resistensutveckling av bakterier och antibiotikaförskrivningen till barn i förskoleåldern har avsiktligt minskats under senare år.²⁰ Av de barn som behöver luftvägsantibiotika är det idag fler som får förstahandsvalet penicillin V, vilket också minskar risken för resistensutveckling.²⁰

I folkhälsoenkät "Barn och Föräldrar i Skåne 2013" rapporterades dubbelt så ofta att 4-åringar fått antibiotika under de senaste 12 månaderna jämfört med 8-månaders barn under sin levnad (32 % respektive 16 %). Det är även vanligare att äldre barn fått tre eller fler antibiotikakurer: 5 % bland 4-åringar jämfört med 2 % bland 8-månaders barn (Figur 3.20).



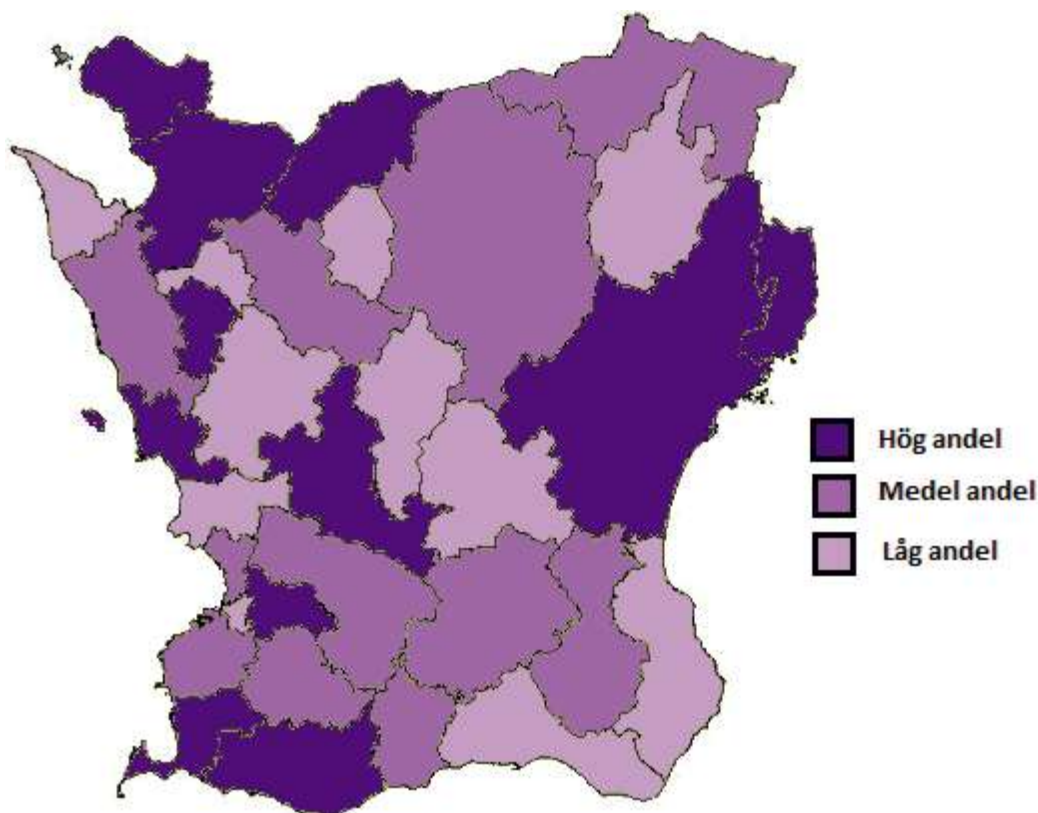
Figur 3.20. Andel 8-månaders barn och 4-åringar som behandlats med *antibiotika* under sina första 8 månader respektive senaste 12 månader, uppdelat på antal gånger (1,2,3 eller fler).

Vid en indelning efter mammans utbildningsnivå (förgymnasial, gymnasial, eftergymnasial) ser man en gradient för antibiotikaanvändning bland 8-månaders barn, med högst användning bland barn till lågutbildade mammor (22 %) och lägst användning bland barn till högutbildade mammor (15 %). Denna gradient ses inte för 4-åringar. Barn till lågutbildade mammor har oftare behandlats med antibiotika mer än en gång i båda åldersgrupperna (Figur 3.21). Ett liknande mönster för barnets antibiotikaanvändning ses vid motsvarande indelning av pappor/partners utbildningsnivå (visas inte i figur).



Figur 3.21. Andel 8 månaders barn och 4-åringar som behandlats med *antibiotika* under sina första 8 månader respektive senaste 12 månader uppdelat på antal gånger (1,2,3 eller fler) efter *mammans utbildningsnivå* (förgymnasial, gymnasial, eftergymnasial).

Figur 3.22 visar den geografiska fördelningen av 4-åringars antibiotikaanvändning under det senaste året i Skåne. De 33 kommunernas resultat har här delats in i tertiler (tredjedelar) och baserat på tertiltillhörighet anges olika färgnyanser för respektive kommun i kartan. Kommuner med hög, medel respektive låg antibiotikaanvändning är relativt utspridda i Skåne (Figur 3.22).

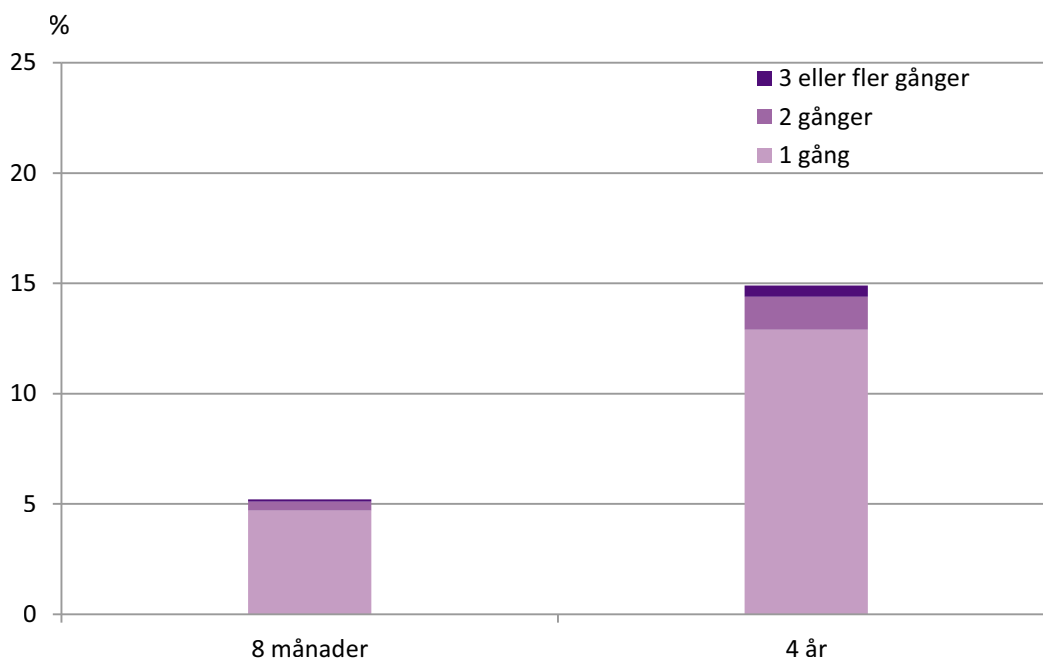


Figur 3.22. Andel 4-åringar som behandlats med *antibiotika* under föregående 12 månader fördelat på Skånes kommuner.

3.10.2 Olyckor och förgiftning

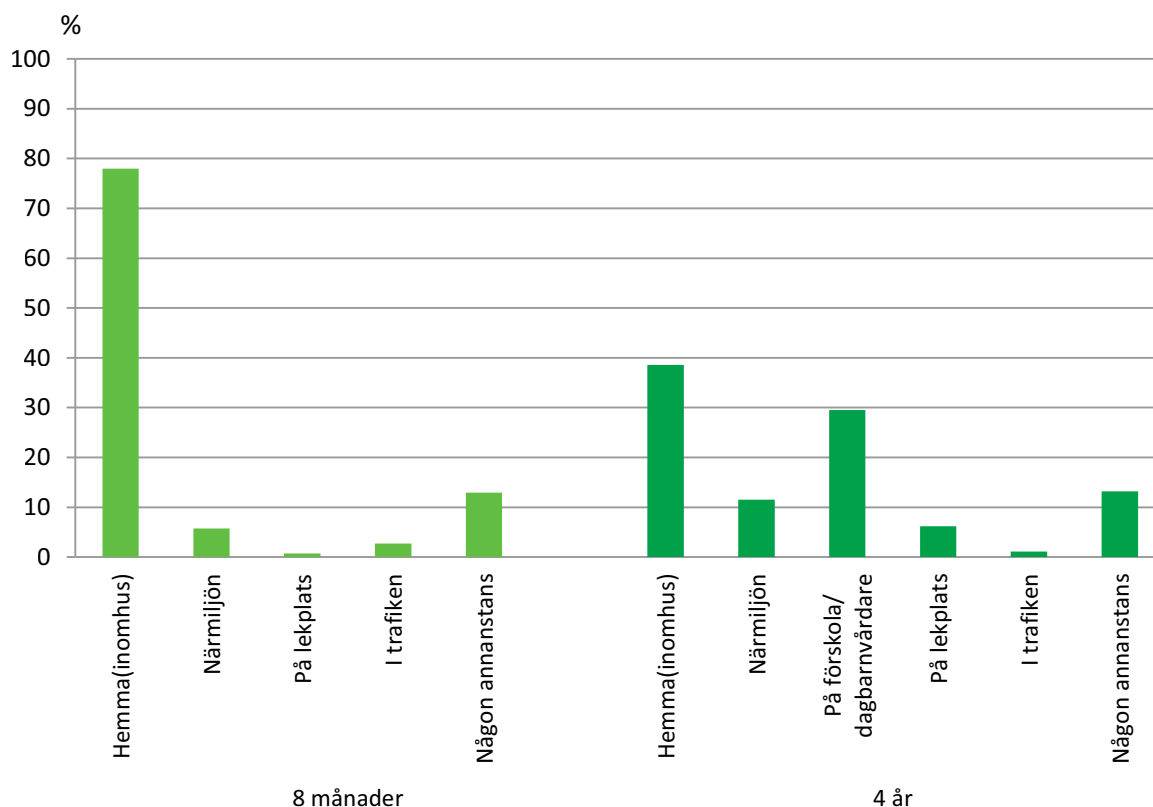
Sverige är ett av världens barnsäkraste länder⁸⁰, men skadehändelser är ändå den vanligaste orsaken till att barn i Sverige vårdas på sjukhus och dör.⁸¹ Fallolyckor är vanligt bland små barn och huvudet är mer utsatt ju yngre barnet är.⁸¹ Förgiftningsolyckor är också vanliga bland små barn - hälften av de barn som vårdas på sjukhus för förgiftning är mellan 1-3 år.⁸¹ I denna åldersgrupp orsakas förgiftningen oftast av läkemedel eller preparat innehållande organiska lösningsmedel.⁸¹

I folkhälsoenkät "Barn och Föräldrar i Skåne 2013" ställdes en fråga om barnet skadats eller råkat ut för någon olycka eller förgiftning som fått familjen att besöka vårdcentral, tandläkare eller sjukhus (under barnets första 8 månader för 8-månaders barnen respektive senaste 12 månader för 4-åringarna). Figur 3.23 visar att det är ungefär tre gånger vanligare att ha sökt vård på grund av olycka eller förgiftning för en 4-åring än för ett 8-månaders barn (15 % respektive 5 %). Majoriteten har sökt vård för ett skadetillfälle.



Figur 3.23. Andel 8-månaders barn och 4-åringar som (under sina första åtta månader respektive senaste 12 månader) besökt vårdcentral, tandläkare eller sjukhus på grund av olycka eller förgiftning (1,2,3 eller fler gånger).

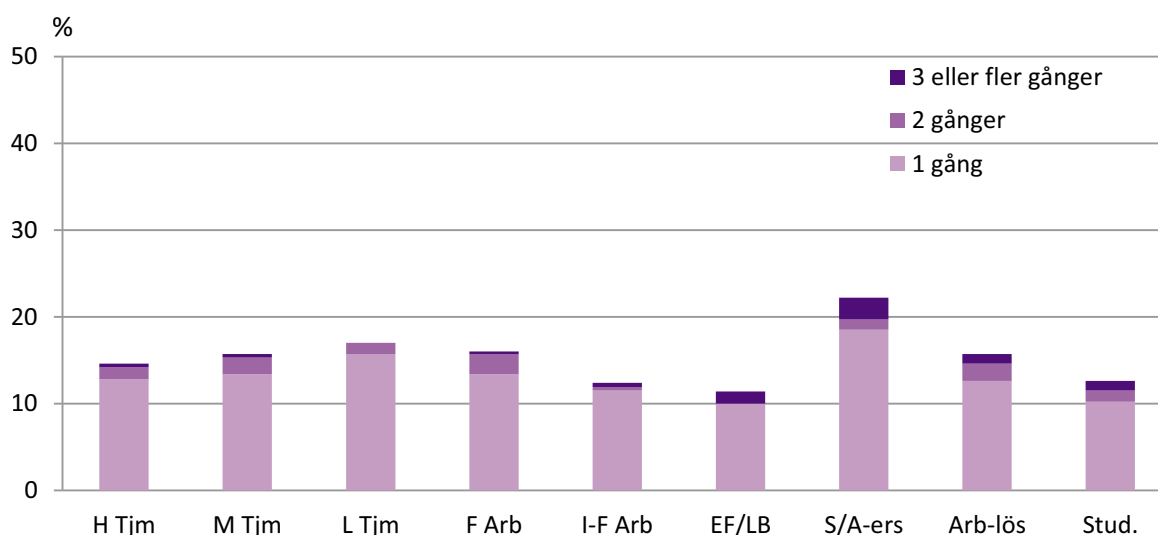
På följdfrågan var olyckan/förgiftningen inträffat kunde föräldrarna markera ett eller flera alternativ: "Hemma (inomhus)"; "Närmiljön"; "På lekplats"; "I trafiken"; "Någon annanstans", samt för 4-åringar även "På förskola/hos dagbarnvårdare". Bland 8-månaders barn har en stor majoritet - nästan åtta av tio - skadat sig inomhus i hemmet. Hemmet är även den vanligaste skadeplatsen för 4-åringar (nästan fyra av tio barn), men i denna ålder är det även vanligt att ha skadat sig på förskola eller hos dagbarnvårdare (tre av tio barn) (Figur 3.24).



Figur 3.24. Andel 8-månaders barn respektive 4-åringar som skadat sig på olika platser: hemma (inomhus); närmiljön; på lekplats; i trafiken; någon annanstans, samt för 4-åringar även på förskola/hos dagbarnvårdare.

Det finns ett antal studier som påvisar socioekonomiska skillnader när det gäller skador bland barn. De som bor i socialt utsatta områden tenderar att skadas eller avlida till följd av skada i högre utsträckning än andra barn.^{15,81} Familjer med låg socioekonomisk status följer i lägre utsträckning de olycksförebyggande råden från barnhälsovården⁸² och i dessa familjer råkar små barn oftare ut för skållningsskador.⁸³

En socioekonomisk indelning av de mammor till 4-åringar som besvarat folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” visar inget tydligt mönster när det gäller vårdsökande för olycka eller förgiftning för sina 4-åringar. Högst andel ses dock i gruppen mammor med sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskrivning (Figur 3.25). En motsvarande socioekonomisk indelning av pappor/partners visar små skillnader mellan grupperna (visas inte i figur).



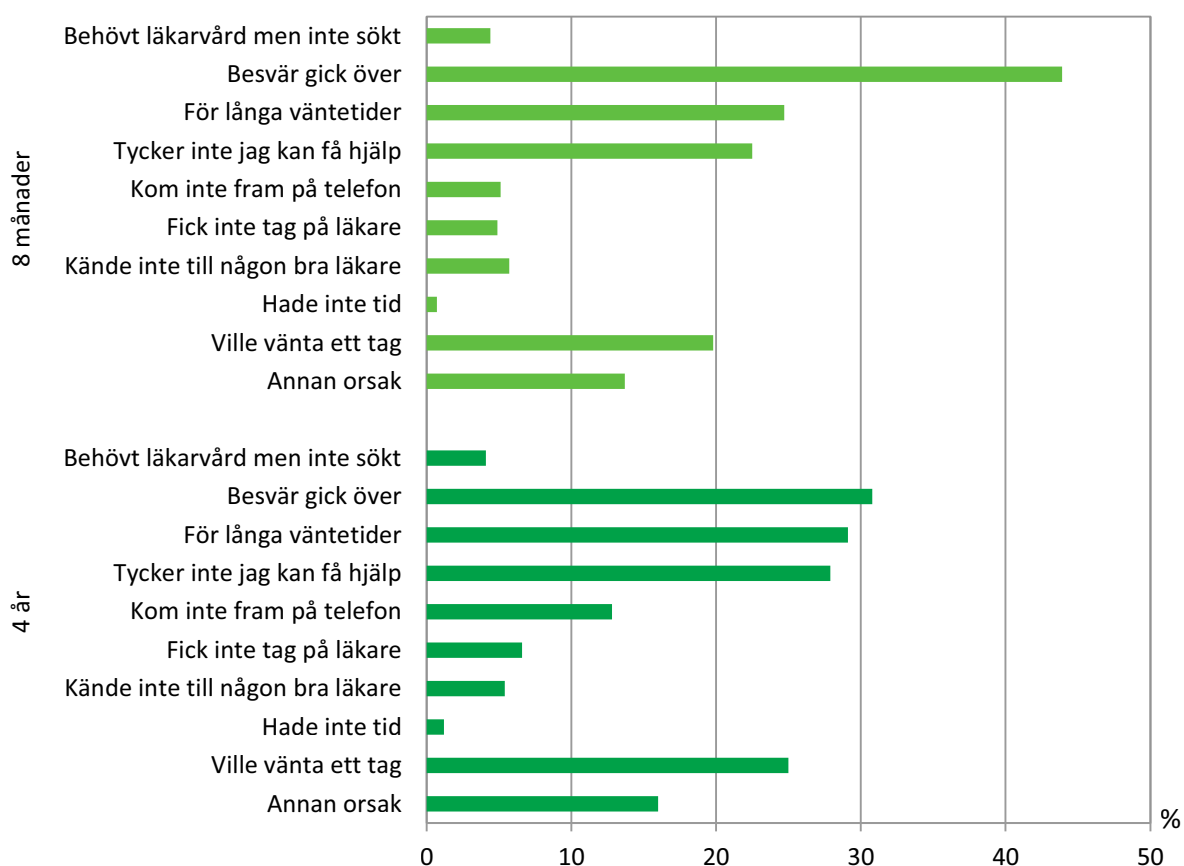
Figur 3.25. Andel 4-åringar som under de senaste 12 månader besökt vårdcentral, tandläkare eller sjukhus på grund av *olycka eller förgiftning*, fördelat efter *mammans socioekonomiska tillhörighet*. Högre tjänstemän = H Tjm; Mellan tjänstemän = M Tjm; Lägre tjänstemän = L Tjm; Facklärd arbetare = F Arb; Icke facklärd arbetare = I-F Arb; Egna företagare eller lantbrukare = EF/LB; Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven = S/A-ers; Arbetslös = Arb-lös; Studerande = Stud.

3.10.3 Sjukhusvård

Små barn i åldern 0-4 år är oftare inlagda på sjukhus än äldre barn⁷⁹ och den vanligaste anledningen är olycksfall.^{79,81} I folkhälsoenkät "Barn och Föräldrar i Skåne 2013" har 13 % av 8-månaders barnen och 6 % av 4-åringarna varit inlagda på sjukhus under sina första 8 månader respektive de senaste 12 månaderna (visas inte i figur).

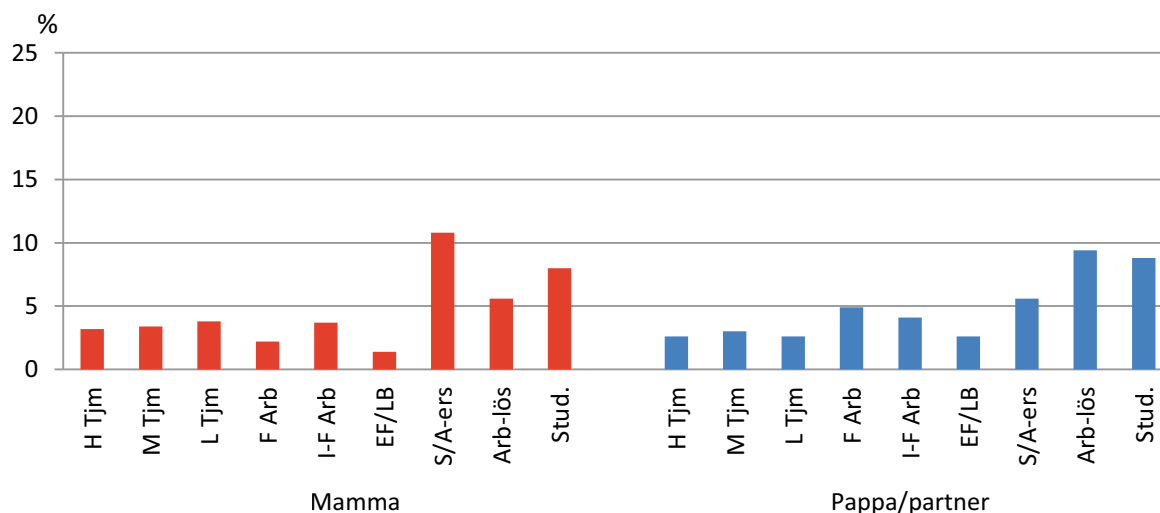
3.10.4 Otillfredsställda vårdbehov

Otillfredsställda vårdbehov uppstår när man inte har tillgång till den vård man behöver och detta är vanligast i låginkomstgrupper som generellt sett har större behov av vård än resten av befolkningen.^{84,85} Trots att all vård är avgiftsfri för barn under 18 år ses skillnader i barns sjukvårdskonsumtion beroende på föräldrars utbildning eller sociala status.^{85,86} I folkhälsoenkät "Barn och Föräldrar i Skåne 2013" uppgav drygt 4 % av familjerna att de avstått från att söka vård för sitt 8-månaders barn respektive sin 4-åring under de senaste tre månaderna, trots att de ansett att barnet behövt läkarvård. De vanligaste anledningarna är att besvären gått över, att väntetiderna är för långa eller att man inte tycker att man kan få hjälp (Figur 3.26).



Figur 3.26. Andel 8-månaders barn och 4-åringar som *behövt läkarvård under de senaste 3 månaderna men inte sökt* (svarta staplar) samt *anledningar* till att inte söka vård trots behov (flera anledningar kunde uppges varför summan överstiger 100 %).

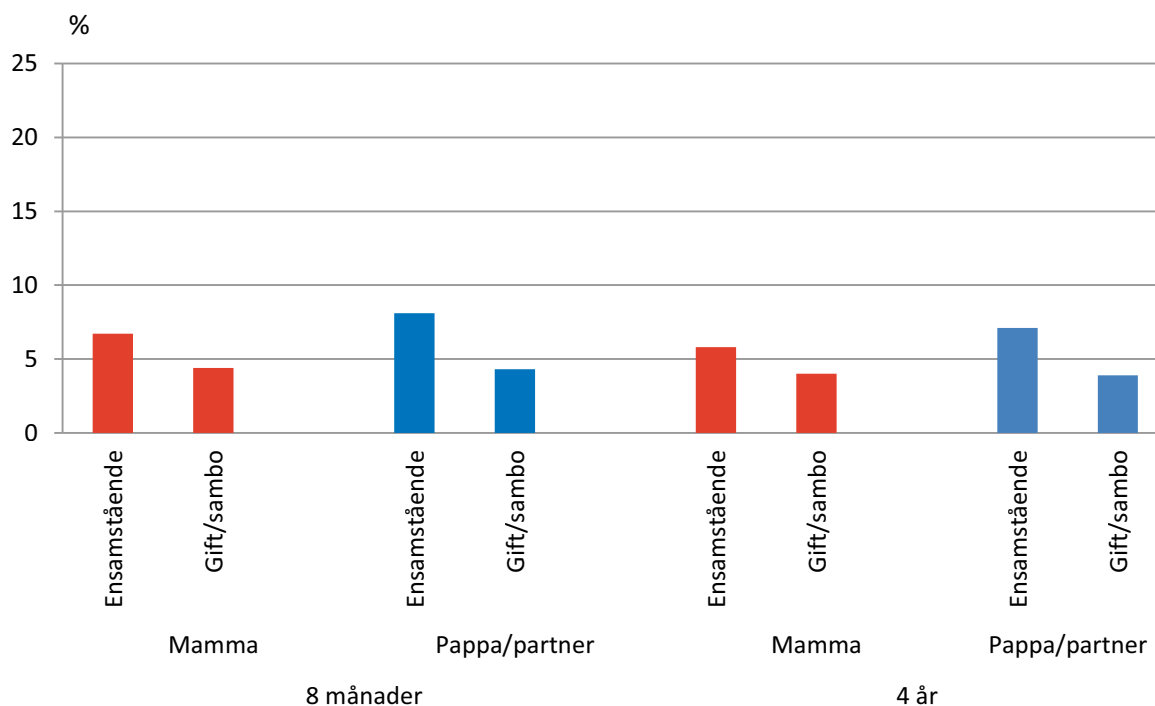
Vid en socioekonomisk indelning av föräldrar till barn på 4 år ser man att otillfredsställda vårdbehov är vanligast bland barn till föräldrar som står utanför arbetsmarknaden (Figur 3.27). Exempelvis har drygt var tionde mamma med sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskrivning och knappt var tionde arbetslös pappa/partner rapporterat att de avstått från att söka läkarvård för sin 4-åring under de senaste tre månaderna trots att de bedömt att barnet skulle behöva läkarvård.



Figur 3.27. Andel 4-åringar som behövt läkarvård under de senaste 3 månaderna men inte sökt fördelat på socioekonomisk indelning av föräldrarna. Högre tjänstemän = H Tjm; Mellan tjänstemän = M Tjm; Lägre tjänstemän = L Tjm; Facklärda arbetare = F Arb; Icke facklärda arbetare = I-F Arb; Egna företagare eller lantbrukare = EF/LB; Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven = S/A-ers; Arbetslös = Arb-lös; Studerande = Stud.

Det är ungefär tre gånger så vanligt att föräldrar avstått från att söka vård för sitt barn i familjer där båda föräldrarna är födda utomlands jämfört med familjer där båda föräldrarna är födda i Sverige. Andelen är 3 % i familjer med två svenskfödda föräldrar och 9 % (8-månaders barn) respektive 8 % (4-åringar) i familjer där båda föräldrarna är födda utomlands (visas inte i figur).

Vid en indelning efter mammans och pappans civilstånd (ensamstående respektive gift/sambo) ser man att andelen som avstått från att söka vård för sitt barn är större bland ensamstående föräldrar. Andelen är ungefär dubbelt så stor bland ensamstående pappor jämfört med pappor som är gifta eller sambo (7-8 % respektive 4 %) (Figur 3.28).

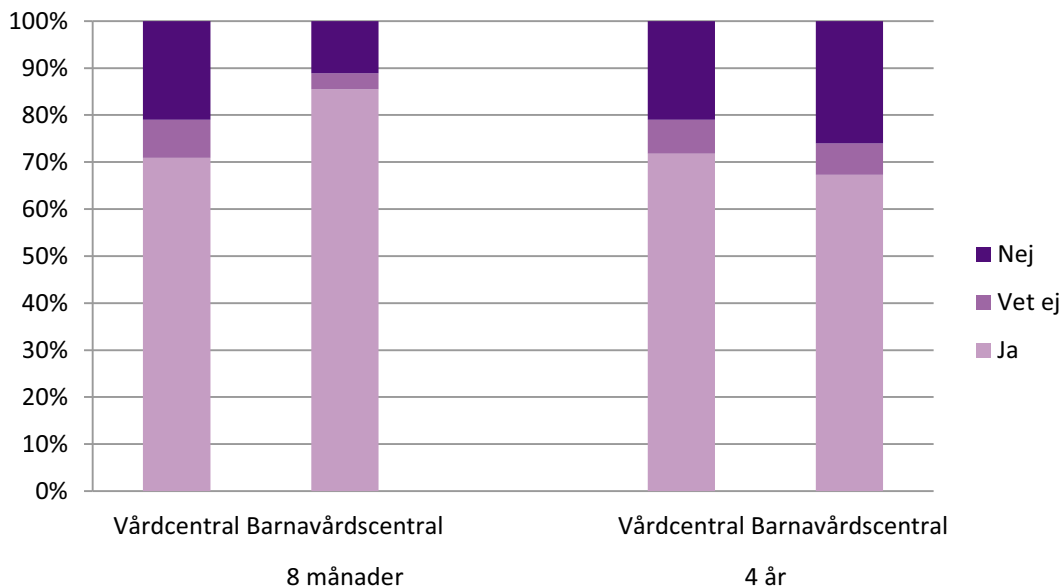


Figur 3.28. Andel föräldrar som *avstått från att söka läkarvård* för sin 4-åring de senaste 3 månaderna trots behov, fördelat på *föräldrarnas civilstånd* (ensamstående respektive gift/sambo).

3.10.5 Vårdcentral/barnvårdscentral: listning, familjecentral, byte

År 2009 infördes Hälsoalet i Region Skåne, vilket innebär att man själv kan välja vilken vårdcentral respektive barnvårdscentral man vill tillhöra (aktiv listning). Om man inte gör något val placeras man på den enhet som är närmast geografiskt (passiv listning). Det går bra att byta vårdgivare om man inte är nöjd.^{87,88}

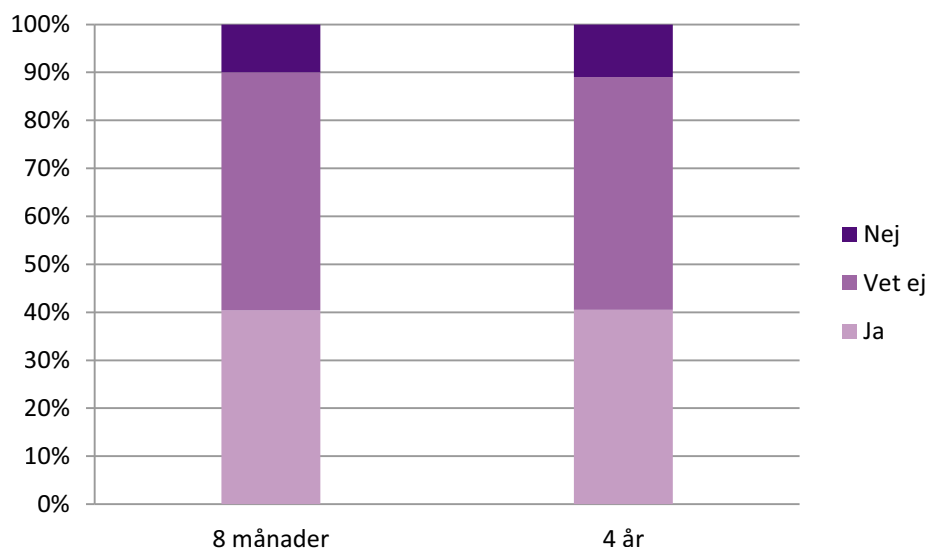
I folkhälsoenkät "Barn och Föräldrar i Skåne 2013" tillfrågades familjerna om de själva aktivt valt vårdcentral respektive barnvårdscentral för sitt barn. Majoriteten har aktivt valt vårdcentral för sitt barn (drygt 70 % för både 8-månaders barn och 4-åringar), medan det är vanligare att göra ett aktivt val av barnvårdscentral för 8-månaders barn (86 %) än för 4-åringar (67 %) (Figur 3.29).



Figur 3.29. Andel familjer med 8-månaders barn respektive 4-åringar som själva *aktivt valt* vårdcentral/barnvårdscentral (ja, vet inte, nej).

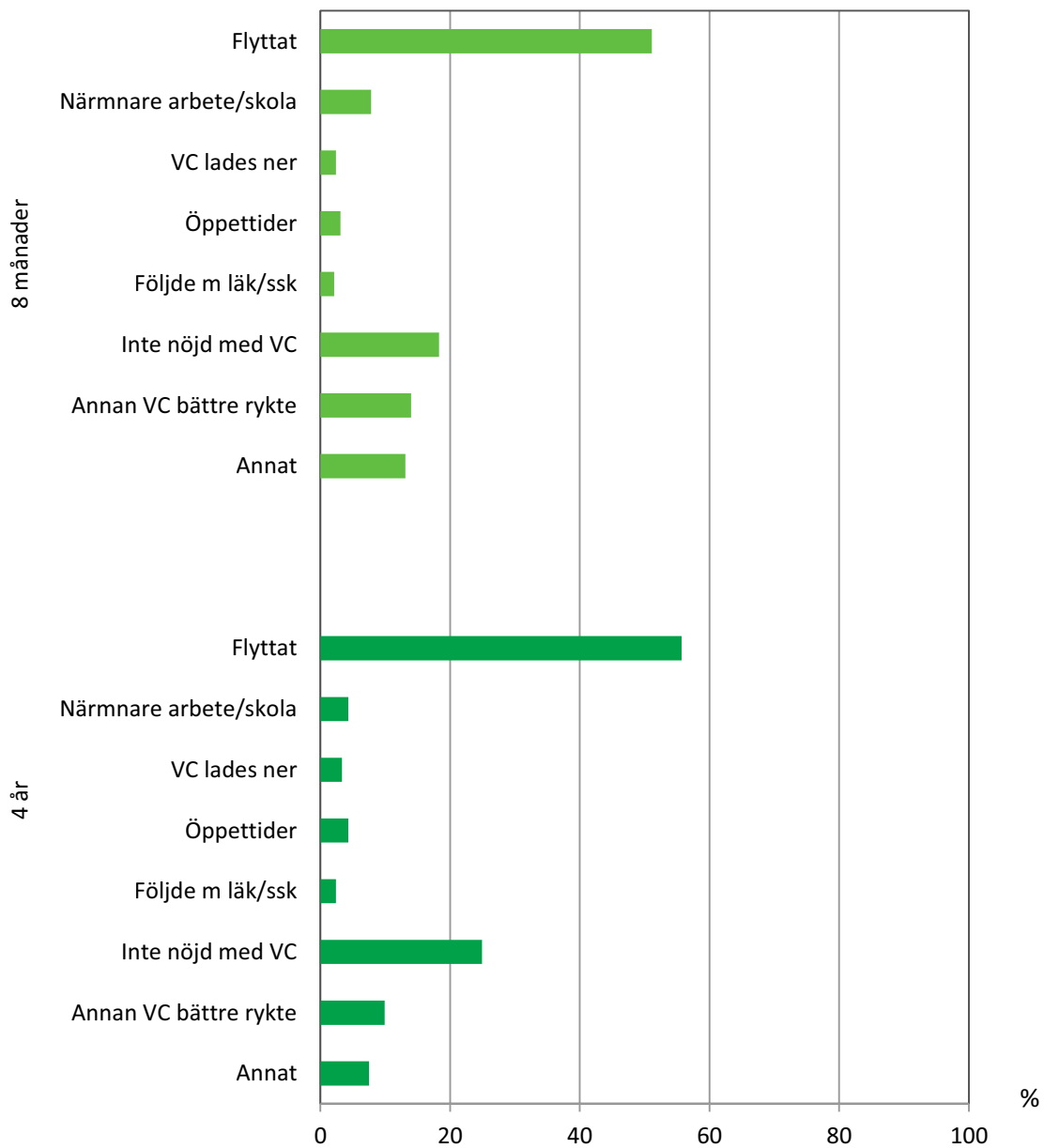
Familjecentraler är en samverkansform mellan hälso- och sjukvårdsverksamhet och kommunalt driven verksamhet som erbjuder ett samlat stöd för blivande föräldrar och familjer med barn i åldern 0-6 år.⁸⁹ Vid en familjecentral finns mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst under samma tak.^{90,91} År 2013 fanns 29 familjecentraler med nästan 24 000 listade barn i Region Skåne.⁴⁸ Familjecentraler är ofta placerade i områden där barnfamiljerna har lägre socioekonomiska resurser.⁴⁸

I folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” tillfrågades familjerna om deras barnvårdscentral tillhör en familjecentral. Hälften av föräldrarna svarade att de inte vet, ungefär fyra av tio svarade att barnvårdscentralen tillhör en familjecentral och var tionde förälder svarade att barnvårdscentralen inte tillhör en familjecentral (Figur 3.30).

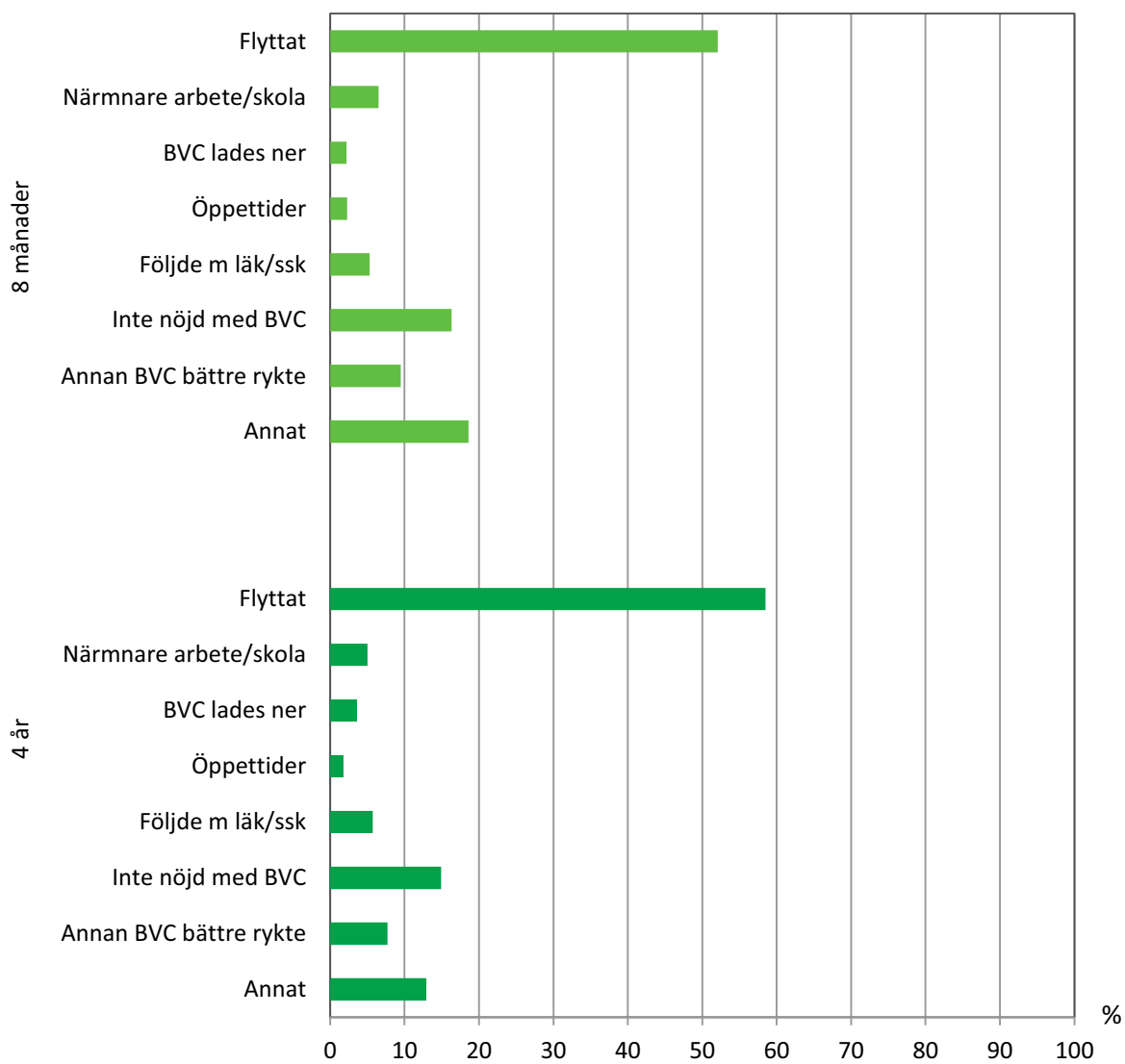


Figur 3.30. Andel familjer med 8-månaders barn respektive 4-åringar som svarat ja, vet inte, nej på frågan om deras barnvårdscentral tillhör en *familjecentral*.

I folkhälsoenkät "Barn och Föräldrar i Skåne 2013" rapporterade 12 % av föräldrarna till 8-månaders barn och 31 % av föräldrarna till 4-åringar att de någon gång har bytt barnets vårdcentral eller barnvårdscentral. Den vanligaste anledningen är att familjen har flyttat (Figur 3.31 och 3.32).



Figur 3.31. Anledning till byte av barnets *vårdcentral* bland familjer med 8-månaders barn respektive 4-åringar.



Figur 3.32. Anledning till byte av *barnvårdscentral* bland familjer med 8-månaders barn respektive 4-åringar.

3.11 SAMMANFATTNING

- Nästan samtliga barn (99 %) bedömdes av sina föräldrar ha en bra eller mycket bra hälsa.
- Bland 4-åringarna har 8 % varit ängsliga/oroliga och 5 % haft ont i magen mer än en gång i veckan under det senaste halvåret.
- I familjer med ekonomisk stress är det dubbelt så vanligt att 4-åringar ofta har ont i magen jämfört med familjer utan ekonomisk stress.
- Det är dubbelt så vanligt med låg födelsevikt (mindre än 2 500 gram) bland 8-månaders barn vars mammor rökt under graviditeten än bland 8-månaders barn vars mammor inte rökt under graviditeten.
- Drygt var sjunde 4-åring har ett förhöjt BMI, varav 11 % har övervikt och 4 % fetma.
- Övervikt/fetma är vanligare bland barn i familjer där föräldrarna också har övervikt eller fetma.
- Drygt var femte mamma rapporterar att hon känner sig utmattad oavsett barnets ålder, medan andelen utmattade pappor/partners är högre för 8-månaders barn (18 %) än för 4-åringar (15 %).
- Det är mer än dubbelt så vanligt att föräldrar som ofta oroar sig för sin ekonomi är utmattade jämfört med föräldrar utan ekonomisk stress.
- Det är ungefär dubbelt så vanligt att 4-åringar i familjer med minst en utmattad förälder ofta har ont i magen eller är ängsliga/oroliga.
- I tre av tio familjer har minst en vuxen någon form av funktionsnedsättning eller långvarig sjukdom.
- Fyra av tio föräldrar med funktionsnedsättning eller långvarig sjukdom rapporterar att detta påverkar deras förmåga att ta hand om barnet.
- Hälften av alla 4-åringarna har haft mardrömmar eller nattskräck under det senaste halvåret och vart tjugonde barn har haft dessa besvär någon gång i veckan eller oftare.

- Knappt 7 % av 4-åringarna har haft hål i tänderna.
- Det är nästan dubbelt så vanligt att barn som ofta dricker söta drycker mellan måltider haft hål i tänderna jämfört med barn som inte dricker söta drycker lika ofta.
- Mer än hälften av alla 8-månaders barn och sex av tio 4-åringar har besökt läkare utanför BVC under de senaste 8 månaderna respektive de senaste 12 månaderna.
- Det är dubbelt så vanligt att 4-åringar fått antibiotika under de senaste 12 månaderna jämfört med 8-månaders barn under sin levnad (32 % respektive 16 %).
- Det är tre gånger så vanligt att söka vård på grund av olycka eller förgiftning för en 4-åring än för ett 8-månaders barn (15 % respektive 5 %).
- Av de barn som råkat ut för en olycka/förgiftning är det vanligast att barnet skadats i hemmet.
- Drygt 4 % av familjerna har avstått från att söka vård för sitt barn trots att de ansett att barnet behövt läkarvård. De vanligaste anledningarna är att barnets besvär gick över, för långa väntetider eller att man inte tycker att man kan få någon hjälp.
- Föräldrar som står utanför arbetsmarknaden, är utlandsfödda eller ensamstående avstår i högre utsträckning från att söka vård för sina barn.
- Majoriteten av föräldrarna har aktivt valt vårdcentral och barnavårdscentral för sitt barn.
- Drygt vart tionde 8-månaders barn och knappt var tredje 4-åring har bytt vårdcentral eller BVC, oftast på grund av att familjen flyttat.

3.12 REFERENSER

- 1) Hjern A. Kapitel 2. Barns hälsa. I: Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>
- 2) Socialstyrelsen. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. (Sammanfattning)
<http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/19016/2013-3-15.pdf>
- 3) UNICEF Office of Research. Child well-being in rich countries: a comparative overview. Innocenti Report Card 11. UNICEF Office of Research, Florence. 2013.
http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc11_eng.pdf
- 4) Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården. 2014.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf>
- 5) Danielsson M. Barns och ungas folkhälsa. I: Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. <http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/19016/2013-3-15.pdf>
- 6) Lobosco Hanna. Vaccinationer. I: Kapitel 7. Hälso- och sjukvård. I: Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013.
<http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/19016/2013-3-15.pdf>
- 7) Bergmark E. Barnhälsovård. I: Kapitel 7. Hälso- och sjukvård. I: Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013.
<http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/19016/2013-3-15.pdf>
- 8) Petersen S, Bergström E, Cederblad M, Ivarsson A, Köhler L, Rydell A-M, Stenbeck M, Sundelin C, Hägglöf B. Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid. Stockholm: Kungl. Vetenskapsakademien, Hälsoutskottet. 2010.
- 9) Barn, miljö och hälsa. En rapport från Skåne, Blekinge och Kronobergs län. 2013. Arbets- och miljömedicin. Lund. 2014.
http://skane.se/Public/Skanes_utveckling/Barnhalsrapport_Lagupplöst_ratt_FINAL.pdf
- 10) Köhler M (red). Barn i Malmö. Skilda livsvillkor ger ojämlik hälsa. Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö. Malmö stad, 2012. http://malmo.se/download/18.31ab534713cd4aa921366e8/Barns_halsa_i_Malmo_Marie_Koehler.pdf
- 11) Regeringens proposition 2002/03:35. Mål för folkhälsan. Harpsund den 19 december 2002. <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/1259>

- 12) Gör jämlikt – gör skillnad! Samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa. Sveriges kommuner och landsting. 2013.
http://www.regionuppsala.se/upload/dokument-var-verksamhet/folkhalsa/FH_Gor_jamlikt_gor_skillnad.pdf
- 13) Biterman D, Agenmark A, Flyckt K. Ekonomiskt utsatta barnfamiljer. I.: Kapitel 5. Barnfamiljer som riskerar utsatthet. I: Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013.
<http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/19016/2013-3-15.pdf>
- 14) Barnhushållens ekonomi– utveckling, omfördelning och valfrihet. Resultatindikatorer för den ekonomiska familjepolitiken 2014. Socialförsäkringsrapport 2014:11. Försäkringskassan. 2014.
<http://mb.cision.com/Public/154/9599441/93025730025ef12a.pdf>
- 15) Bremberg. Social health inequalities in Swedish children and adolescents – a systematic review, second edition. Statens folkhälsoinstitut A2011:11. Stockholm, 2011. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12698/A2011-11-Social-health-inequalities-in-swedish-children-and-adolescents.pdf>
- 16) Klara, färdiga, gå! Om de yngsta medborgarna och deras rättigheter. Barnombudsmannen 2007.
http://www.barnombudsmannen.se/Global/Publikationer/Klara_fardiga_ga.pdf
- 17) Broberg A, Risholm Mothander P, Grankvist P, Ivarsson T. Anknnytning i praktiken. Tillämpning av anknnytningsteorin. Stockholm; Natur och Kultur; 2008.
- 18) Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa. Skolverket. Socialstyrelsen. Statens folkhälsoinstitut. R 2004:14. Stockholm, 2004.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10345/2004-110-4_20041106.pdf
- 19) Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973-2009. Assisterad befruktning 1991-2008. Sveriges officiella statistik. Hälsa- och sjukvård. Socialstyrelsen, 2011.
<http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/18267/2011-3-19.pdf>
- 20) Danielsson M. Kapitel 2. Barns och ungas folkhälsa. I: Barn och unga 2013 – utvecklingen av faktorer som påverkar hälsan och genomförda åtgärder. Samordnad folkhälsorapportering. R 2013:02. Statens folkhälsoinstitut, Östersund 2013.
<http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12824/R2013-02-Barn-och-unga-2013.pdf>

- 21) Hagenäs L. Rikshandboken barnhälsovård. Fostertillväxt och födelsestorlek.
<http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barnets-tillvaxt-och-mognadsperioder/Fostertillvaxt/>. Publicerad 12-05-15.
- 22) Barker DJP. Fetal origins of coronary heart disease. *BMJ* 1995;311(6998):171-174.
- 23) Calkins K, Devaskar SU. Fetal origins of adult disease. *Current Problems in Pediatric Adolescent Health Care* 2011;41(6):158-176.
- 24) Lissner L, Sohlström A, Sundblom E, Sjöberg A. Trends in overweight and obesity in Swedish schoolchildren 1999-2005: has the epidemic reached a plateau? *Obesity Reviews* 2010;11(8):553-559.
- 25) Norberg M, Lindvall K, Stenlund H, Lindahl B. The obesity epidemic slows among the middle-aged population in Sweden while the socioeconomic gap widens. *Global Health Action* 2010;3:5149-5159.
- 26) Kark M, Tynelius P, Rasmussen F. Övervikt och fetma i ett befolkningsperspektiv. Institutionen för Folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet. Stockholms läns landsting. 2011.
- 27) Nader PR, O'Brien M, Houts R, Bradley R, Belsky J, Crosnoe R, Friedman S, Mei Z, Susman EJ. Identifying risk for obesity in early childhood. *Pediatrics* 2006;118:e594.
- 28) Choudhary AK, Donnelly LF, Racadio JM, Strife JL. Diseases associated with childhood obesity. *AJR. American Journal of Roentgenology* 2007;188(4):1118-1130.
- 29) Perlhagen J, Flodmark C-E, Hernell O. Fetma hos barn – prevention enda realistiska lösningen på problemet. *Läkartidningen* 2007;104(3):138-141.
<http://larkiv.lakartidningen.se/2007/temp/pda32844.pdf>
- 30) Bergmark E. Behandling av barnfetma. I: Kap 6. Vård vid vissa sjukdomar och tillstånd. I: Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013.
<http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/19016/2013-3-15.pdf>
- 31) Mårild S, Bondestam M, Bergström R, Ehnberg S, Hollsing A, Albertsson-Wikland K. Prevalence trends of obesity and overweight among 10-year-old children in western Sweden and relationship with parental body mass index. *Acta Paediatrica* 2004;93(12):1588-1595.

- 32) Regber S. Barriers and facilitators of health promotion and obesity prevention in early childhood: A focus on parents. Results from the IDEFICS study. Department of Public Health and Community Medicine, Institute of Medicine, at Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg. Doctoral thesis 2014.
https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/34815/1/gupea_2077_34815_1.pdf
- 33) Norberg M, Danielsson M. Kapitel 7. Övervikt, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. I: Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen, 2009.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>
- 34) Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320(7244):1240-1243.
- 35) Kaplan GA, Goldberg DE, Everson SA, Cohen RC, Salonen R, Tuomilehto J, Salonen J. Perceived health status and morbidity and mortality: Evidence from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study. *International Journal of Epidemiology* 1996;25(2):259-265.
- 36) DeSalvo KR, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine* 2006;21(3):267-275.
- 37) Halford C, Wallman t, Welin L, Rosengren A, Bardel A, Johansson S, Eriksson H, Palmer E, Wilhelmsen L, Svärdsudd K. Effects of self-rated health on sick leave, disability pension, hospital admissions and mortality. A population-based longitudinal study of nearly 15,000 observations among Swedish women and men. *BMC Public Health* 2012;12:1103.
- 38) Kelleher CC, Tay J, Gabhainn SN. Influence on self-rated health of socio-demographic, lifestyle and affluence factors: An analysis of the Irish and international health behaviours among school-aged children (HBSC) datasets 1998. *Irish Medical Journal* 2007;100(8):suppl 43-46.
- 39) Danielsson M, Talbäck M. Kapitel 1. Folkhälsan i översikt. I: Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen, 2009. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>
- 40) Fridh M, Modén B, Lindström M, Grahn M, Rosvall M. Folkhälsorapport Skåne 2013. Baserad på Folkhälsoenkät Skåne 2012. En undersökning om vuxnas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Epidemiologisk bevakning och analys, Enheten för folkhälsa och social hållbarhet, Region Skåne; 2013.
<http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/Samhällsplanering/Folkhälsa/folkhalsorapport2013.pdf>

- 41) Grahn M, Modén B, Fridh M, Lindström M, Rosvall M. Folkhälsorapport barn och unga i Skåne 2012 – en undersökning om barn och ungdomars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Epidemiologisk bevakning och analys. Enheten för Folkhälsa och Social hållbarhet. Region Skåne 2012.
<http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/folkhalsa/dokument/Rapport.pdf>
- 42) Hwang P, Wickberg B. Föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa. Statens folkhälsoinstitut. Stockholm, 2001.
<http://folkhalsostämman.se/PageFiles/3441/spadbarn.pdf>
- 43) Alfvén G. Barn och psykosomatik i teori och klinik. Norstedts Akademiska Förlag, Stockholm; 2006.
- 44) Shelby GD, Shirkey KC, Sherman AL, Beck JE, Haman K, Shears AR, Horst SN, Smith CA, Garber J, Walker LS. Functional abdominal pain in childhood and long-term vulnerability to anxiety disorders. *Pediatrics* 2013;132:475-482.
- 45) Östberg V, Alfvén G, Hjern A. Living conditions and psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren. *Acta Paediatrica* 2006;95(8):929-934.
- 46) Lagerberg D: Barnhälsovård i förändring. I: Klara, färdiga, gå! Om de yngsta medborgarna och deras rättigheter. Barnombudsmannen 2007.
http://www.barnombudsmannen.se/Global/Publikationer/Klara_fardiga_ga.pdf
- 47) Wickberg B, Hwang CP. Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997;95(1):62-66.
- 48) Barnhälsovården Region Skåne årsrapport 2013. Kunskapscentrum för barnhälsovård, Region Skåne. 2014.
<http://www.skane.se/Public/Vardgivarwebben/Kunskapscentrum%20f%C3%B6r%20BHV/Dokument/BHV%20%C3%85rsrapport%202013.pdf>
- 49) Hagström B: Barn till föräldrar med psykisk ohälsa. Kap 11 i: Köhler M (red). Barn i Malmö. Skilda livsvillkor ger ojämlik hälsa. Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö. Malmö stad, 2012.
http://malmo.se/download/18.31ab534713cd4aa921366e8/Barns_halsa_i_Malmo_Marie_Koehler.pdf
- 50) Socialstyrelsen. Barn som anhöriga. Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider. 2013.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-6-6>

- 51) Janson S, Jernbro C, Långberg B. Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige – en nationell kartläggning 2011. Stiftelsen Allmänna Barnhuset. Karlstad universitet. 2011. [http:// www.allmannabarnhuset.se/produkt/kroppslig-bestraftning-och-annan-krankning-av-barn-sverige-en-nationell-kartlaggning-2011/](http://www.allmannabarnhuset.se/produkt/kroppslig-bestraftning-och-annan-krankning-av-barn-sverige-en-nationell-kartlaggning-2011/)
- 52) SF-36.org. A community for measuring health outcomes using SF-tools. <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>
- 53) Sullivan M, Karlsson J, Taft C. SF-36 Hälsoenkät. Svensk manual och tolkningsguide, 2:a upplagan. Göteborg, Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2002.
- 54) Lindeberg S. An epidemiological study of exhaustion in the context of chronic stress. Concept, cortisol, causes and consequences. Social Medicine and Global Health, Department of Clinical Sciences, Malmö. Faculty of Medicine, Lund University. Doctoral thesis 2011. <http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOid=1895180&fileOid=1895196>
- 55) Rosvall M, Grahn M, Modén B, Merlo J (eds). Hälsöförhållanden i Skåne. Folkhälsöenkät Skåne 2008. Socialmedicinska enheten, Region Skåne. Malmö, 2009. http://www.skane.se/upload/Webbplatser/folkhalsa/102923_fh-08_INL.pdf
- 56) Tinghög P. Migration, stress and mental ill health: Post-migration factors and experiences in the Swedish context. Linköpings universitet, Institutionen för medicin och hälsa, Hälsa och samhälle. Linköpings universitet, Filosofiska fakulteten. Linköping University Electronic Press 2009. Doctoral thesis 2009. <http://liu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:216798>
- 57) Hansson A, Dalman C, Forsell Y. Psykisk ohälsa och välbefinnande – en kartläggning i Stockholms län baserad på PART-studien. Epidemiologiska enheten. Samhällsmedicin. Stockholms läns landsting. Rapport 2004:2. 2004. <http://www.worldcat.org/title/psykisk-ohalsa-och-valbefinnande-en-kartlaggning-i-stockholms-lan-baserad-pa-part-studien/oclc/186574864>
- 58) Burström B, Schultz A, Burström K, Fritzell S, Irestig R, Jensen J, Lynöe N, Marttila A, Sun S. Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län. Rapport 2007:5. Enheten för socialmedicin och hälsoekonomi. Centrum för folkhälsa. Stockholms läns landsting. 2007. <http://www.folkhalsoguiden.se/Publikationer/488/Rapporter/2347/>
- 59) Hälsan hos barn och unga med funktionsnedsättning. Den nationella kartläggningen av barns och ungas psykiska hälsa 2009. A2011:8. Statens folkhälsoinstitut. 2011. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12662/A-2011-08-Halsan-hos-barn-och-unga-m-funktionsnedsattning-1-2.pdf>

- 60) Corell M, Augustine L, Löfstedt P. Hälsa och välfärd hos barn och unga med funktionsnedsättning. Studien hälsa och välfärd bland barn och ungdom i de nordiska länderna vid nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. A 2012:02. Statens folkhälsoinstitut 2012. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12782/A2012-02-Halsa-och-valfard-hos-barn-och-unga-med-funktionsnedsattning.pdf>
- 61) Arnhof Y. Onödig ohälsa. Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning. R 2008:13. Statens folkhälsoinstitut, Östersund 2008. http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12157/R200813_Onodig_ohalsa0807.pdf
- 62) Flyckt K. Barn och unga med funktionsnedsättning. I: Kapitel 3. Vård och stöd till vissa grupper I: Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/19016/2013-3-15.pdf>
- 63) Socialstyrelsen. Barn som har föräldrar med utvecklingsstörning. 2007. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9308/2007-131-8_20071319.pdf
- 64) Bröms K. A nationwide study of asthma and allergy in Swedish preschool children – with special reference to environment, daycare, prevalence, co-occurrence and incidence. Family Medicine and Clinical Epidemiology, Uppsala Science Park, Uppsala University. Uppsala, Sweden. Doctoral thesis 2010. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:305286/FULLTEXT02.pdf>
- 65) Wickman M, Kull !, Vetander M. Allergi i luftvägarna. I: Miljöhälsorapport 2013. Institutet för miljömedicin. Karolinska institutet. 2013. <http://www.imm.ki.se/MHR2013.pdf>
- 66) Kneepkens CMF, von Blomberg BME. Clinical practice: Coeliac disease. Review. European Journal of Pediatrics 2012;171(7):1011-1021.
- 67) Lindgren A, Kilander A. Kraftigt ökad celiakiprevalens. Medicinska behandlingsformer kan komma att ersätta glutenfri diet. Läkartidningen 2009;106(41):2612-2615.
- 68) Rosén A, Sandström O, Carlsson A, Högberg L, Olén O, Stenlund H, Ivarsson A. Usefulness of symptoms to screen for celiac disease. Pediatrics 2014;133(2):211-218.
- 69) Grimheden P, Anderlid B-A, Gåfvells M, Svahn J, Grahnquist L. Laktosintolerans hos barn är ett överdiagnostiserat tillstånd. Risk att tarmsjukdomar som IBD och celiaki missas. Läkartidningen 2012;109(5):218-221.

- 70) Smedje H. Sömnpöblem från 2 års ålder. I: Rikshandboken i barnhälsovård.– en tjänst från Sveriges landsting och regioner. Reviderad 2011-06-14.
<http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Allmant/Somnproblem-fran-tva-ars-alder/>
- 71) Socialstyrelsen. Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg. 2013.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19101/2013-5-34.pdf>
- 72) Alm A. On dental caries and caries-related factors in children and teenagers. Department of Cariology, Institute of Odontology, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg. Doctoral thesis 2008. <http://vgr.se/upload/Anitaavhandling.pdf>
- 73) Rosvall M, Falck S. Barns hälsa och levnadsförhållanden 1999-2004. Rapport 2007. Socialmedicinska enheten, Universitetssjukhuset MAS och Primärvården Skåne, Barnhälsovården i sydvästra Skåne, Region Skåne 2007.
[https://www.skane.se/upload/Webbplatser/UMAS/VERKSAMHETER/UMAS/Socialmedicin/Arkiv Soc.Med/rapport-barn.pdf](https://www.skane.se/upload/Webbplatser/UMAS/VERKSAMHETER/UMAS/Socialmedicin/Arkiv%20Soc.Med/rapport-barn.pdf)
- 74) Wennhall I. Tandhälsan i Rosengård kraftigt förbättrad. Riktad satsning gav resultat. Tandläkartidningen 2009;101(9):62-64.
- 75) Matsson L. Tandhälsan bland barn i Malmö. Kapitel 6. I: Köhler M (red). Barn i Malmö. Skilda livsvillkor ger ojämlig hälsa. Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö. Malmö stad. 2012.
[http://malmo.se/download/18.31ab534713cd4aa921366e8/Barns hälsa i Malmö Marie Köhler.pdf](http://malmo.se/download/18.31ab534713cd4aa921366e8/Barns_halsa_i_Malmo_Marie_Koehler.pdf)
- 76) Sandström A, Cressey J, Stecksén-Blicks C. Tooth-brushing behaviour in 6-12 year olds. International Journal of Paediatric Dentistry 2011;21:43-49.
- 77) Larsson C, Alm A. Goda vanor för en bättre munhälsa (Tandhälsovård). I: Rikshandboken barnhälsovård. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Tandhalsovard/Goda-vanor-for-en-bättre-munhalsa/>
- 78) Wendt L-K, Birkhed D. Dietary habits related to caries development and immigrant status in infants and toddlers living in Sweden. Acta Odontologica Scandinavica 1995;53(6):339-344.
- 79) Flyckt K, Lundkvist I, Bergmark E. Primärvård och specialiserad vård. I: Kapitel 3. Vård och stöd till vissa grupper I: Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Socialstyrelsen.
<http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/19016/2013-3-15.pdf>

- 80) Olsson Å (red). Barns och ungas säkerhet. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) 2011. <https://www.msb.se/RibData/Filer/pdf/26005.pdf>
- 81) Socialstyrelsen. Skador bland barn i Sverige. Olycksfall, övergrepp och avsiktligt destruktiv handling. Rapport 2011.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-2-13>
- 82) Carlsson A, Karlsson ED, Håkansson A, Udén G. Compliance with child accident precautions by child health nurses. Journal of Child health Care 2006;10(2):149-159.
- 83) Carlsson A, Udén G, Håkansson A, Karlsson ED. Burn injuries in small children, a population-based study in Sweden. Journal of Clinical Nursing 2006;15(2):129-134.
- 84) Dahlgren G. Vård på lika villkor – drivkrafter och motkrafter. Socialmedicinsk tidskrift 2010;1:5-48.
<http://socialmedicinsk.tidskrift.se/index.php/smt/article/viewFile/666/485>
- 85) Vård på (o)lika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård. Sverige kommuner och landsting 2009.
<http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-437-4.pdf?issuusl=ignore>
- 86) Ivert A-K. Adolescent mental health and utilisation of psychiatric care: the role of parental country of birth and neighbourhood of residence. Malmö University 2013, Faculty of Health and Society. Doctoral thesis 2013.
<http://dspace.mah.se/handle/2043/15177>
- 87) http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Primarvarden_Skane/Vardcentraler/
- 88) http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Primarvarden_Skane/Barnavardscentraler/
- 89) Familjecentraler.se. Föreningen för familjecentralers främjande. Skåne.
<http://www.familjecentraler.se/Default.aspx?id=19072>
- 90) Familjecentraler.se. Föreningen för familjecentralers främjande. Vad är en familjecentral? <http://www.familjecentraler.se/Default.aspx?id=4837>
- 91) Närsjukvårdsberedningen. Familjecentraler i Region Skåne. Beslutsförslag 2008-05-27. Region Skåne.
http://www.skane.se/upload/Webbplatser/wardwebb/Dokument/Narsjukvard/NSB_080609_familjecentraler.pdf

4. BARNS OCH FÖRÄLDRARS LEVNADSVANOR

4.1 Amning

Att amma är det enklaste och mest naturliga sättet att ge ett litet barn idealisk föda, eftersom varje mammas mjölk är unik och anpassad till just hennes barn. Bröstmjölken innehåller också den näring och vätska ett spädbarn behöver för gynnsam tillväxt, utveckling och hälsa under barnets sex första levnadsår.¹ De mest uttalade hälsofördelarna för barn som ammas är de som kan ses på kortare sikt, såsom minskad risk för insjuknande i och sjukhusinläggning på grund av infektioner, till exempel öroninflammationer, gastroenteriter och nedre luftvägsinfektioner.^{2,3}

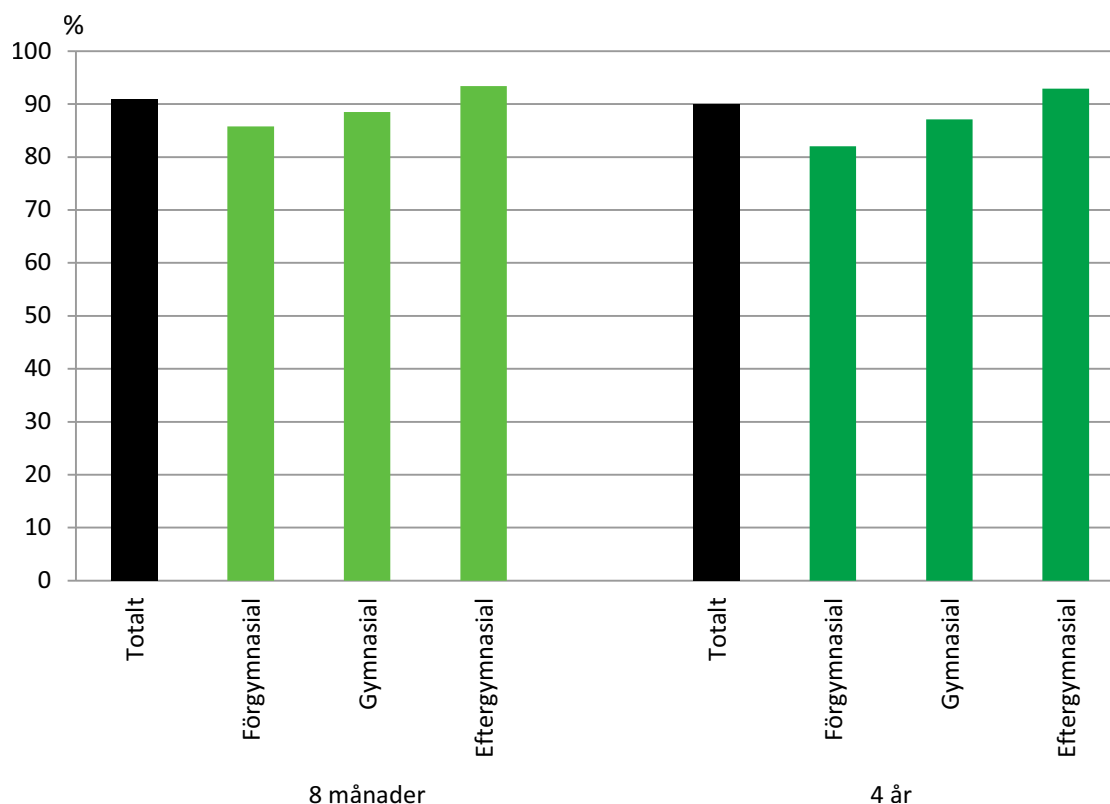
I Sverige rekommenderas att bröstmjölk utgör den enda födan under barnets första 6 månader, och att amningen fortsätter under barnets första levnadsår och gärna längre.⁴ Denna rekommendation ligger nära Världshälsoorganisationens (WHO) rekommendation, som dock rekommenderar fortsatt amning tills barnet är 2 år eller äldre.⁵

Amningen i Sverige har gått upp och ned genom åren, och efter en topp i amningsfrekvensen i mitten av 1990-talet har den varit sjunkande.⁶ Den senaste amningsstatistiken på nationell nivå (för barn födda 2012)⁷ visar att 61 % av de svenska barnen och 60 % av de skånska ammade helt eller delvis vid 6 månaders ålder, medan motsvarande andelar vid 1 års ålder var 17 % för Sverige och 20 % för Skåne. De som helammades, det vill säga enbart fick bröstmjölk utan tillägg av annan kost eller modersmjölksersättning, vid 6 månaders ålder utgjorde 14 % i Sverige och 15 % i Skåne.⁷

Studier har visat att mödrar med lägre socioekonomisk status är överrepresenterade bland de som inte ammar alls eller endast kortvarigt.⁸ En av de mest betydelsefulla bestämningsfaktorerna för att komma igång med amningen är mammans uttalade önskan att amma sitt barn, medan att sedan upprätthålla amningen så länge som mamman önskar är en process som påverkas av omgivningsfaktorer och erfarenheter när amningen väl har kommit igång.⁹ I en studie framkom att många av orsakerna till att mammor slutade amma tidigare än de själva önskade var bekymmer som var av sådan art att de hade kunnat avhjälpas med hjälp av professionellt stöd eller andra samhällsliga insatser.¹⁰

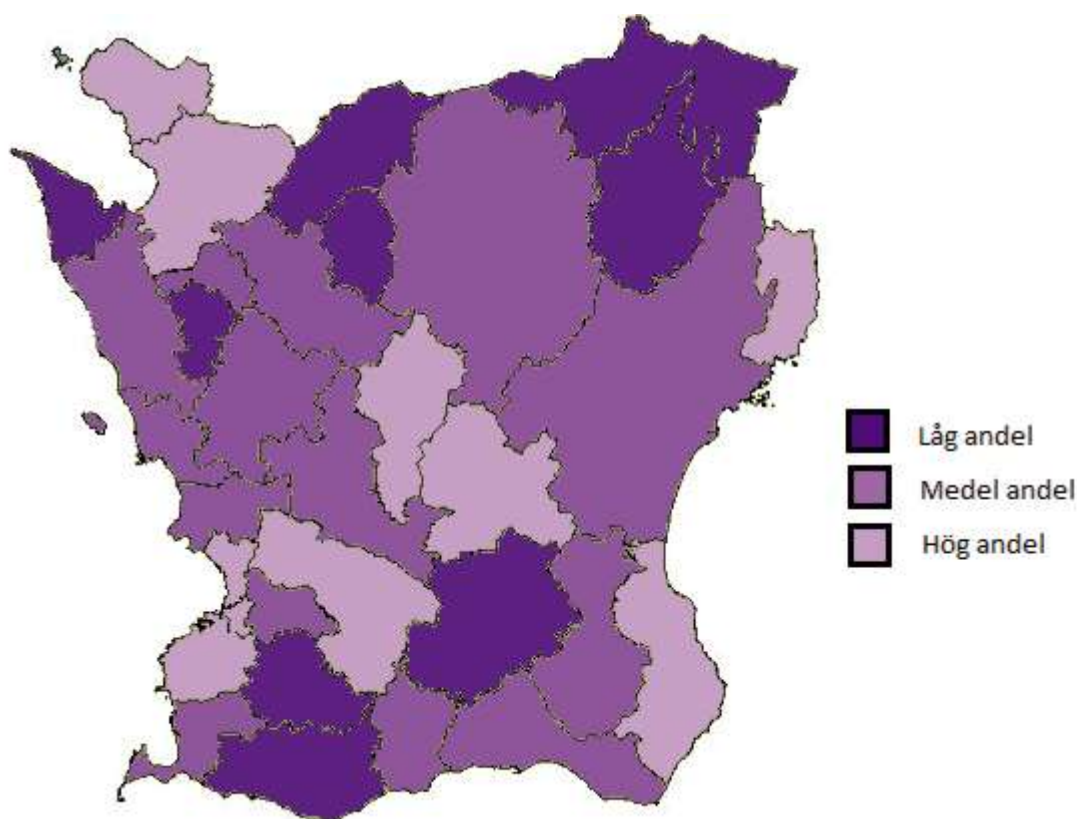
Enligt resultaten från folkhälsoenkät ”Barn och föräldrar i Skåne 2013” har 91 % av de 8 månader gamla barnen och 90 % av 4-åringarna ammat. Mammor med eftergymnasial utbildning har i högre grad ammat sina barn än mammor med kortare utbildning (Figur 4.1).

Det finns inga större skillnader i amningsfrekvens beroende på om mamman är född i Sverige, i Europa eller utanför Europa (visas inte i figur).



Figur 4.1. Andel 8 månader och 4 år gamla barn som *ammats*, totalt och uppdelat på *mammans utbildning*.

Resultaten från folkhälsoenkät ”Barn och föräldrar i Skåne 2013” visar att 17 % av de 8 månader gamla barnen hade fått enbart bröstmjolk i minst 6 månader. Figur 4.2 visar den geografiska fördelningen av de 8-månaders barn som fått enbart bröstmjolk i minst 6 månader i Skåne. De 33 kommunernas resultat har här delats in i tertiler (tredjedelar) och baserat på tertiltillhörighet anges olika färgnyanser för respektive kommun i kartan. Högst andelar ses i Bromölla, Burlövs, Båstad, Hörby, Höörs, Lomma, Lunds, Simrishamns och Ängelholms kommuner samt i Malmö stad, medan lägst andelar ses i Bjuvs, Höganäs, Osby, Perstorps, Sjöbo, Svedala, Trelleborgs, Örkeljunga och Östra Göinge kommuner (Figur 4.2).



Figur 4.2. Andel 8 månader gamla barn som *helammats i minst 6 månader* fördelat på Skånes kommuner.

Av 4-åringarna hade 20 % ammat i ett år eller mer och 3,5 % ammat i minst två år (visas inte i figur).

Hela 43 % av mammorna till de 8 månader gamla barnen uppgav att de inte hade ammat så länge som de önskade. De främsta anledningarna till detta var en upplevelse av att mjölken inte räckte till för att mätta barnet (53 %), att barnet inte ville suga på bröstet (29 %), att barnet inte ökade i vikt som det skulle (19 %) och bröstproblem såsom såriga bröstvårtor, mjölkstockning, bröstinflammation (17 %) (visas inte i figur).

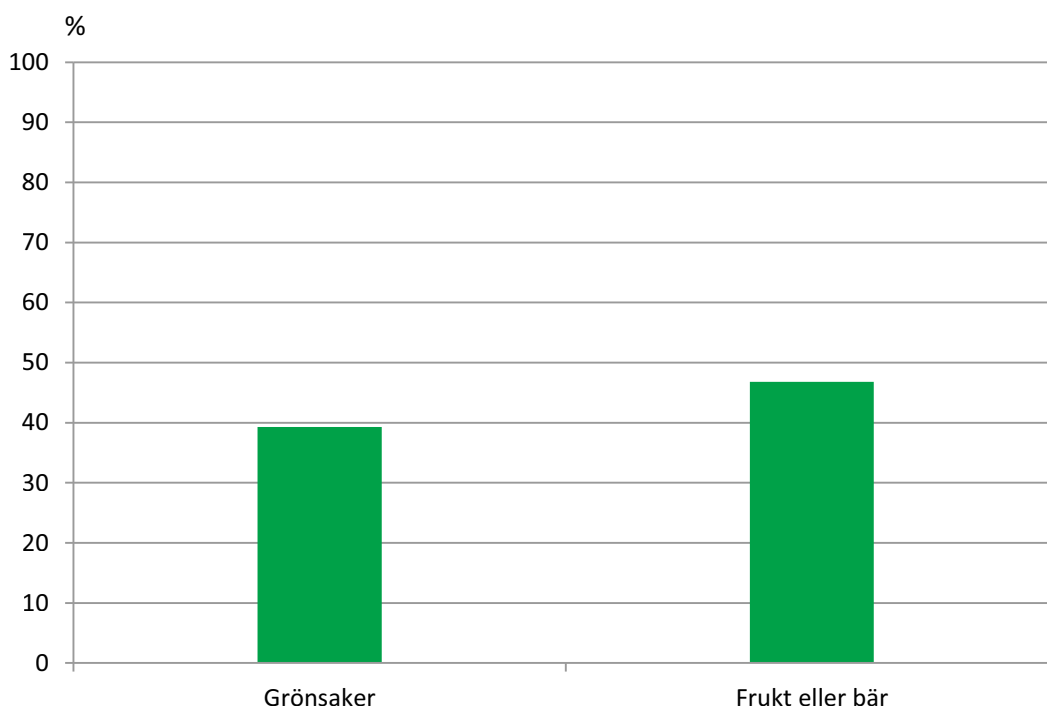
4.2 Matvanor

Ett balanserat näringsintag är viktigt för små barns utveckling och för det fysiska och psykiska välbefinnandet. Sedan 1980-talet har matvanorna i Sverige försämrats i alla åldrar. Energimängden har i genomsnitt ökat med 4 %, där en ökad konsumtion av fett och socker i form av till exempel godis, snacks, glass och läsk utgör en bidragande orsak.^{11,12} Detta förklarar sannolikt en del av den ökade övervikten hos barn, även om orsaksmekanismerna är komplexa och hänger samman med generella förändringar i samhället som till exempel en generellt minskad vardaglig fysisk aktivitet och ett obegränsat utbud av energirik mat.^{13,14}

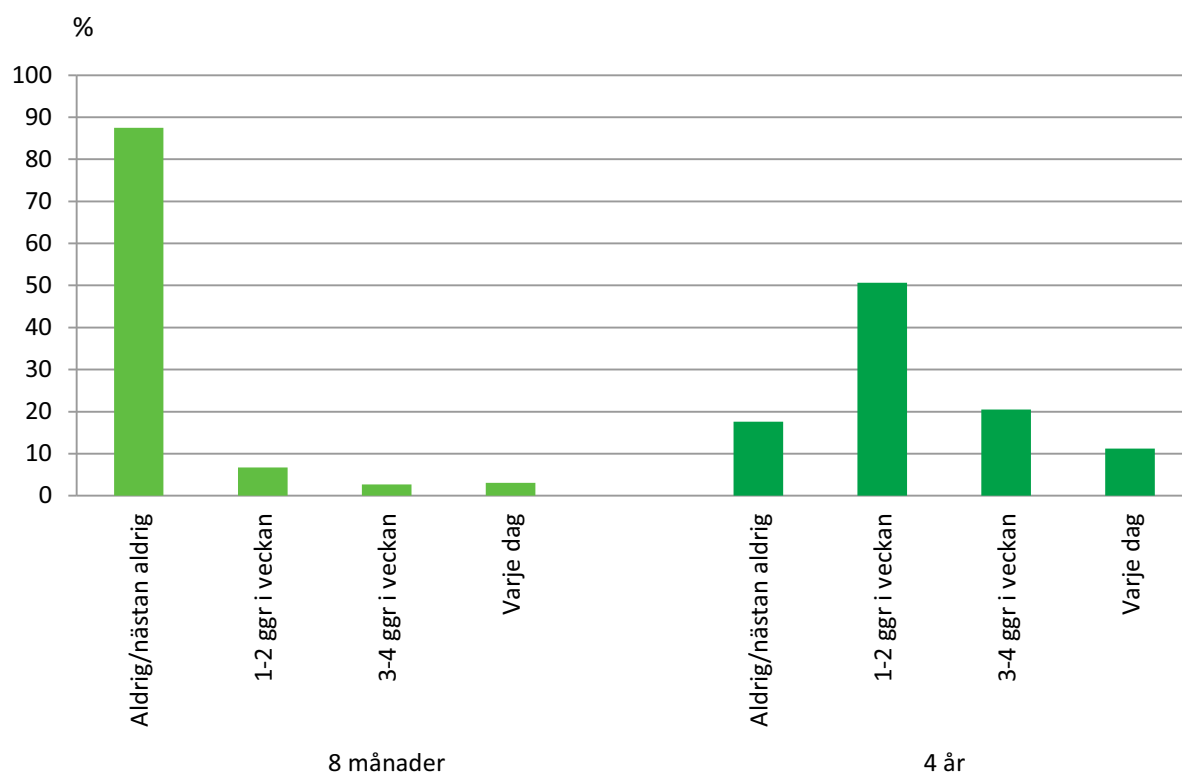
Livsmedelsverket rekommenderar 4 år gamla barn 400 gram frukt och grönt dagligen, vilket motsvarar ungefär två frukter och två rejäla ”nävar” grönsaker,¹⁵ något som endast cirka en tiondel av barnen kommer upp i enligt en nationell undersökning.¹⁶ Som måltidsdryck rekommenderas lättmjölk eller vatten.¹⁵ Barn under ett år bör undvika sötade livsmedel så långt det går och särskilt söta drycker bör undvikas helt, istället ska de vänjas vid att dricka vatten.⁴

Eftersom barn med övervikt eller fetma i förskoleåldern har en ökad risk för att vara överviktiga även i skolåldern,¹⁷ som då är svårare att åtgärda,¹⁸ så är förebyggande insatser tidigt i livet en viktig del för att bryta trenden med en ökande övervikt i befolkningen.^{13,14}

Resultaten från folkhälsoenkät ”Barn och föräldrar i Skåne 2013” visar att bland 4-åringar äter nästan hälften av barnen frukt eller bär flera gånger per dag och knappt 40 % äter grönsaker flera gånger per dag (Figur 4.3). I Figur 4.4 visas fördelningen bland de 8 månader gamla barnen och 4-åringarna avseende intag av söta drycker (juice/saft/läsk). Bland de yngre barnen är det nästan nio av tio som aldrig eller nästan aldrig dricker söta drycker, medan 7 % dricker det en eller två gånger i veckan, 3 % dricker det tre till fyra gånger i veckan och 3 % dricker söta drycker varje dag. Bland 4-åringarna är det 32 % som dricker söta drycker tre till fyra gånger i veckan eller varje dag (Figur 4.4).



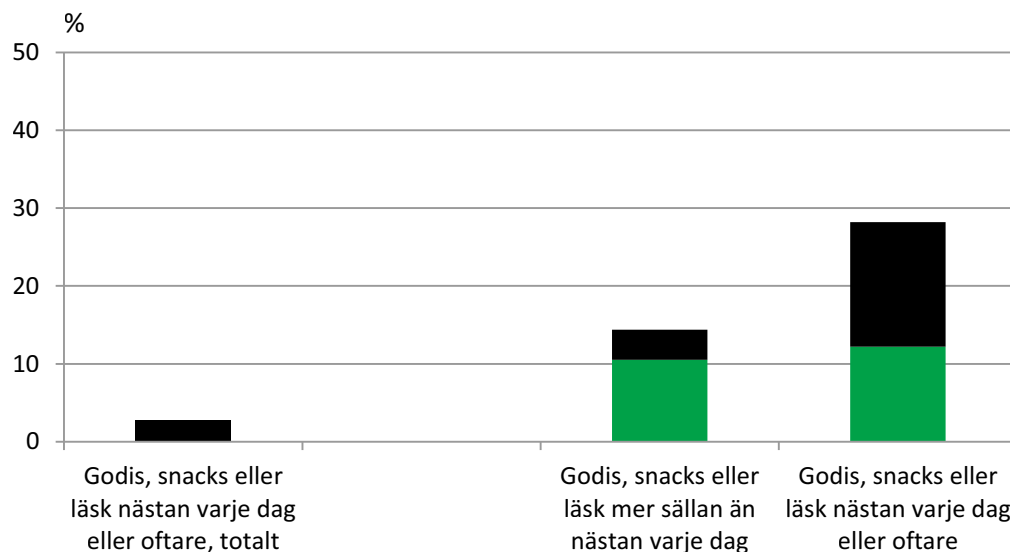
Figur 4.3. Andel 4-åringar som äter frukt eller bär respektive grönsaker flera gånger per dag.



Figur 4.4. Andel 8 månader och 4 år gamla barn som *dricker söta drycker* (juice/saft/läsk) aldrig eller nästan aldrig, en till två gånger i veckan, tre till fyra gånger i veckan respektive varje dag.

Det är lika stora andelar, 47 %, som på frågan vilken dryck barnet oftast dricker vid måltiderna uppger vatten respektive mjölk, medan 4 % oftast dricker juice och 2 % oftast dricker saft eller läsk vid måltiderna. På frågan vad barnet oftast dricker mellan måltiderna så uppges att 76 % av 4-åringarna dricker vatten, 12 % dricker mjölk, 6 % dricker juice och 4 % dricker saft eller läsk (visas inte i figur).

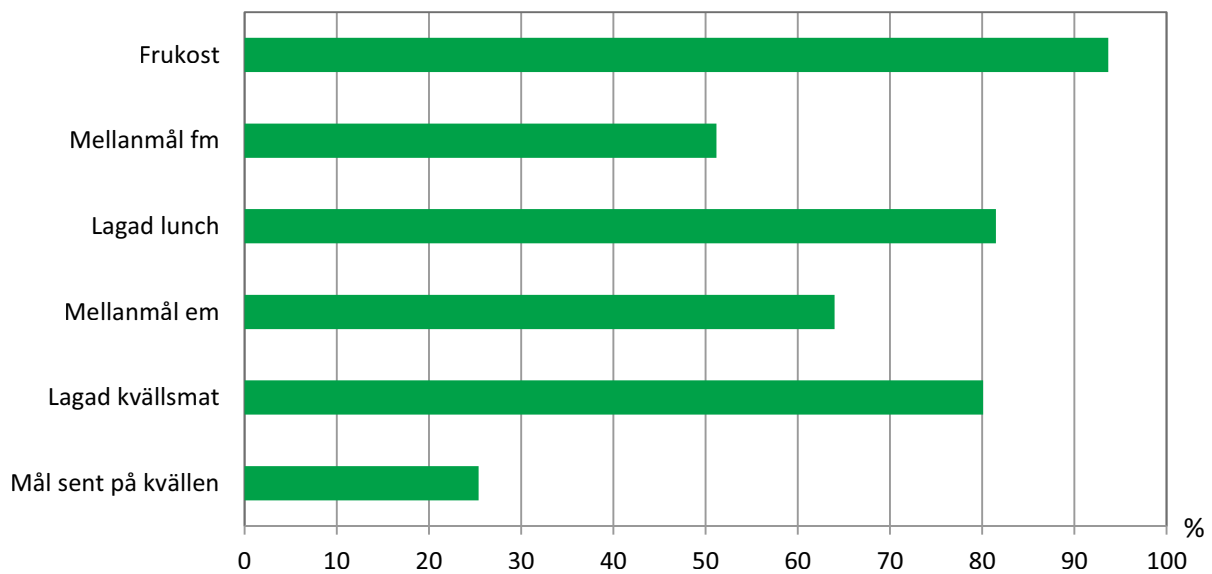
Knappt 3 % av 4-åringarna äter godis, chips, ostbågar, läsk eller liknande nästan varje dag eller oftare. Som framgår i Figur 4.5 finns det ett klart samband mellan intaget av godis, snacks eller läsk och förekomst av fetma på så sätt att bland barn som äter detta nästan varje dag eller oftare är det 16 % som har ett BMI som indikerar fetma, medan motsvarande andel bland övriga barn är 4 %. Sambandet mellan intag av godis, snacks eller läsk och övervikt är inte lika tydligt (Figur 4.5).



Figur 4.5. Andel 4-åringar som intar godis, chips, ostbågar, läsk eller liknande nästan varje dag eller oftare, total andel till vänster. Till höger i figuren ses andelen med övervikt (grönt) respektive fetma (svart) bland de 4-åringar som intar godis, snacks eller läsk mer sällan än nästan varje dag respektive bland de som gör det nästan varje dag eller oftare.

Studier har visat att ungdomar som äter frukost regelbundet oftare har mer hälsosamma levnadsvanor och mindre risk för övervikt och fetma än de med oregelbundna frukostvanor.^{19,20} Det saknas studier på om detta även gäller för mindre barn, men troligen grundas måltidsvanor tidigt i livet. Livsmedelsverket rekommenderar också att små barn regelbundet äter frukost, lunch, middag och något bra mellanmål däremellan för att undvika småätande och för att hålla nere portionsstorlekarna vid måltiderna.¹⁴ En nationell undersökning genomförd år 2003 visade att 96 % av de 4 år gamla barnen åt frukost varje dag.¹³

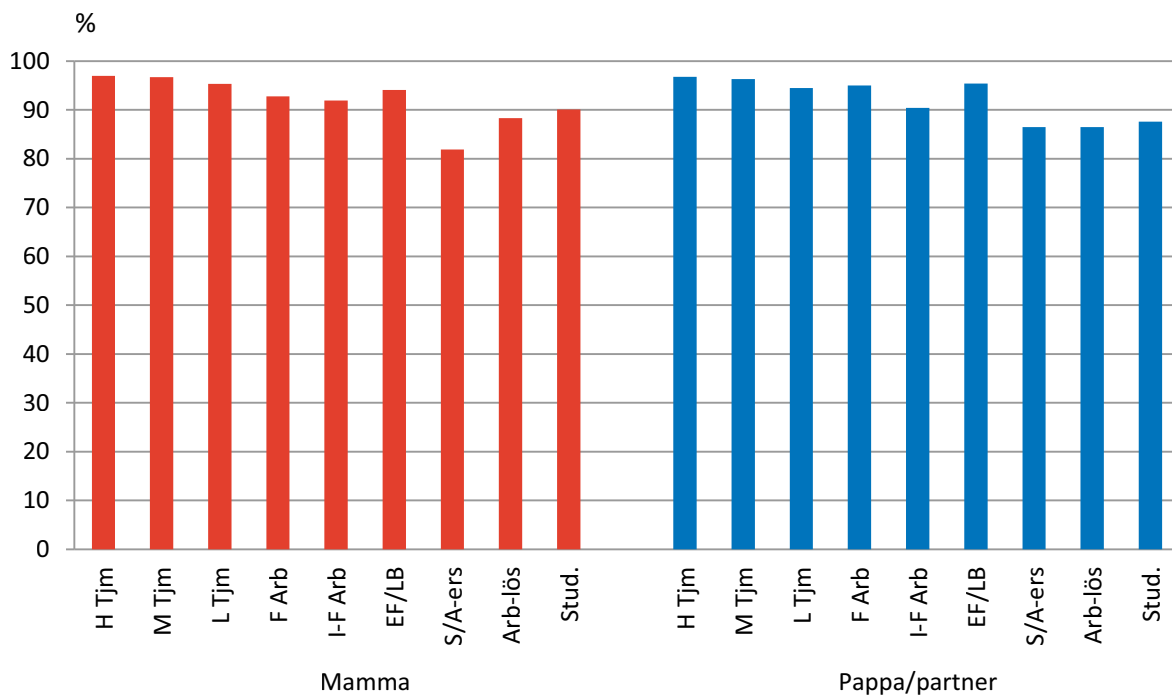
Resultat från folkhälsoenkät ”Barn och föräldrar i Skåne 2013” visar att 94 % av 4-åringarna äter frukost varje dag (Figur 4.6). Lagad lunch varje dag äter knappt 82 % av 4-åringarna varje dag, lite över hälften äter varje dag mellanmål på förmiddagen och över 60 % gör det på eftermiddagen, medan 80 % äter lagad mat på kvällen. Mål sent på kvällen (t ex välling eller smörgås) äter 25 % av 4-åringarna varje dag (Figur 4.6). Bland 4-åringarna är det 65 % som äter regelbundna måltider, dvs. som varje dag äter frukost, lagad lunch och lagad mat på kvällen. Av de 8 månader gamla barnen är det 75 % som minst en gång om dagen deltar i gemensamma familjemåltider och av 4-åringarna är det 82 % (visas inte i figur).



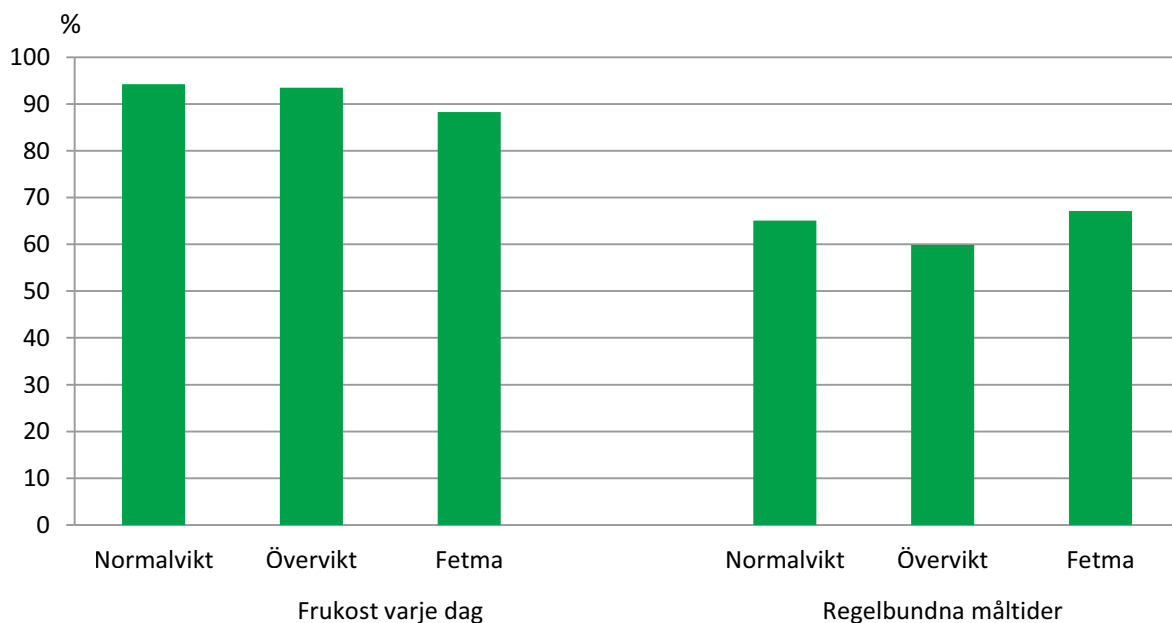
Figur 4.6. Andel 4-åringar som varje dag äter frukost, mellanmål (förmiddag respektive eftermiddag), lagad lunch, lagad kvällsmat, respektive mål sent på kvällen.

Efter uppdelning på mammors respektive pappors/partners socioekonomiska ställning (baserat på yrke och sysselsättning) ser man att barn till föräldrar som står utanför arbetsmarknaden (arbetslösa, innehar sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskrivna eller studerande), och i viss mån även barn till föräldrar med arbetaryrken, i lägre utsträckning äter frukost varje dag än barn till tjänstemän (Figur 4.7).

I Figur 4.8 visas hur stor andel av normalviktiga, överviktiga respektive feta 4-åringar som äter frukost varje dag respektive äter regelbundna måltider. Som framgår är det mindre vanligt att 4-åringar med fetma äter frukost varje dag, medan man inte ser något tydligt mönster mellan förekomst av övervikt eller fetma och intag av regelbundna måltider bland 4-åringar.



Figur 4.7. Andel 4-åringar som äter frukost varje dag uppdelat på föräldrarnas socioekonomiska ställning. Högre tjänstemän = H Tjm; Mellan tjänstemän = M Tjm; Lägre tjänstemän = L Tjm; Facklärda arbetare = F Arb; Icke facklärda arbetare = I-F Arb; Egna företagare eller lantbrukare = EF/LB; Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven = S/A-ers; Arbetslös = Arb-lös; Studerande = Stud.



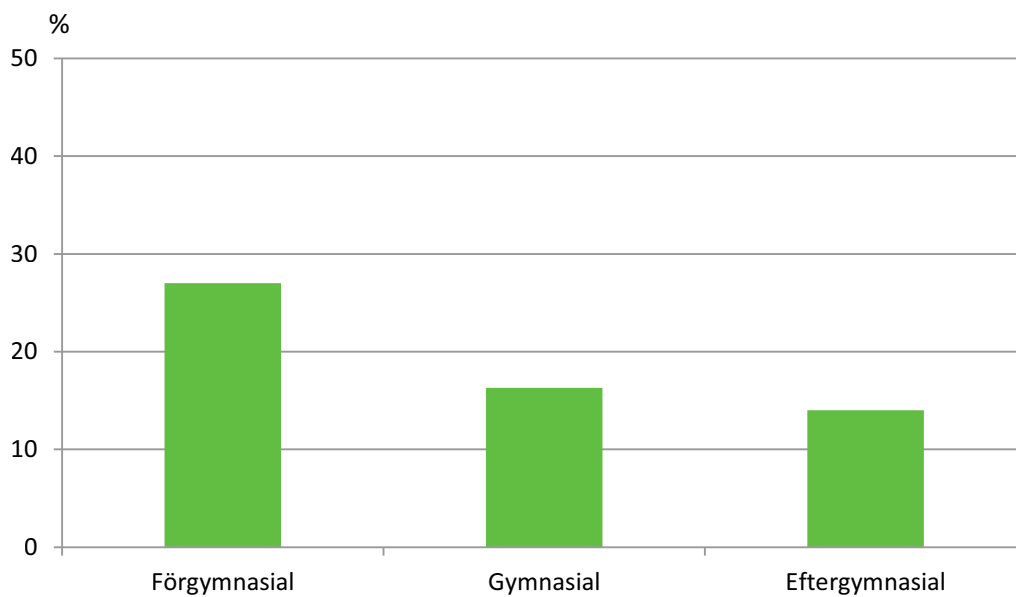
Figur 4.8. Andel 4-åringar med normalvikt, övervikt respektive fetma som äter frukost varje dag respektive äter regelbundna måltider (det vill säga äter frukost, lagad lunch och lagad kvällsmat varje dag).

4.3 Tid framför tv/dator eller annan bildskärm

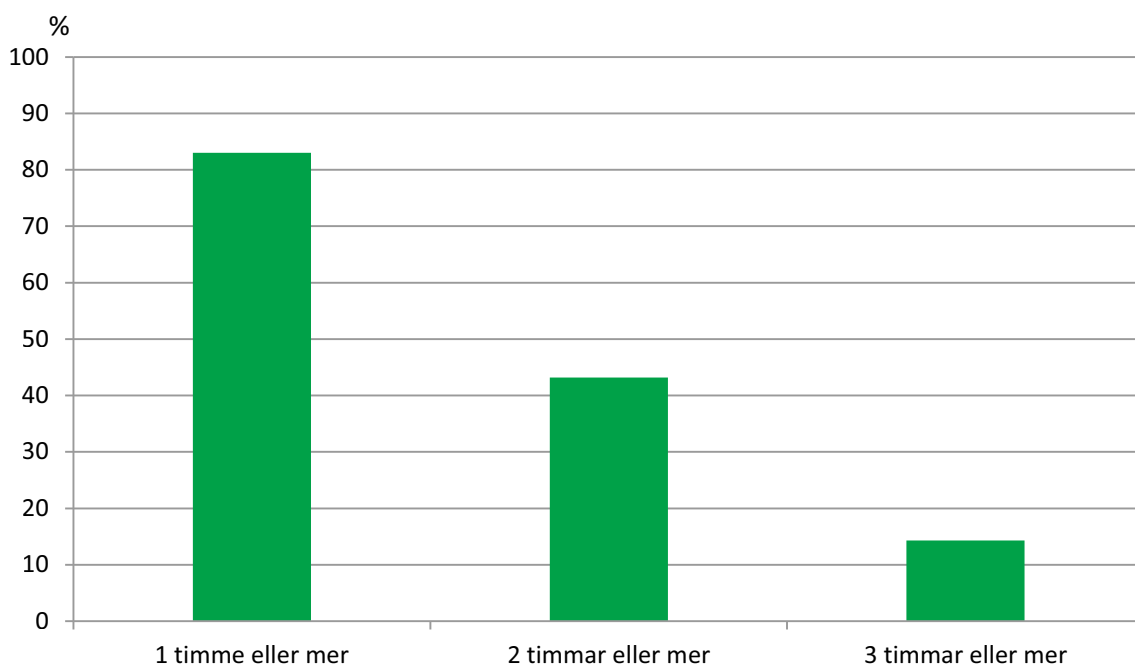
De senaste åren har tiden som barn spenderar framför en bildskärm som tv, dvd-spelare, dator, surfplatta, smarttelefon eller dataspel ökat påtagligt i alla åldrar. Som ett exempel på detta redovisar Statens medieråd från sina undersökningar att debutåldern för internetanvändning, det vill säga den ålder då mer än 50 % använder Internet, sjönk med sex år mellan år 2005 och 2013 - från 9 år till 3 år. Vidare framkom att andelen 2-4-åringar som använder Internet varje dag tredubblades mellan åren 2010 och 2013, från 3 till 9 %.²¹

Denna utveckling med ökande tid framför en bildskärm anses särskilt oroande när det gäller de minsta barnen då skärmtittande inte bara riskerar att minska tiden för fysisk aktivitet, utan också inkräktar på den för utvecklingen så viktiga sociala samvaron med föräldrar och andra människor och på tiden för naturlig lek.²² Till exempel har man kunnat påvisa ett samband mellan mängden tv-tittande och språkfärdigheter hos barn mellan 8 och 16 månaders ålder.²³ Detta har lett till att amerikanska barnläkarakademien rekommenderar att barn under 2 år inte ska spendera någon tid framför bildskärm överhuvudtaget.²⁴ Motsvarande riktlinjer finns ännu inte i Sverige, men de amerikanska rekommendationerna har förordats i modifierad form, nämligen att barn under 2 år inte alls tittar på bildskärm, att tiden framför en bildskärm minimeras för barn mellan 2 och 3 år samt att barn mellan 3 och 7 år tittar högst 1-2 timmar per dag tillsammans med förälder eller annan vuxen.²²

Enligt resultat från folkhälsoenkät ”Barn och föräldrar i Skåne 2013” tillbringar 16 % av de 8 månader gamla barnen tid utan vuxet sällskap framför tv/dator eller annan bildskärm. Mediantiden för skärmtittande för dessa barn är 30 minuter per dag. Andelen 8 månader gamla barn som tittar på bildskärm är högre (27 %) bland de vars mammor har enbart förgymnasial utbildning (Figur 4.9). Vidare visade enkätresultaten att 4-åringar tillbringar lite drygt 1,5 timme per dag (mediantid 98 minuter) framför tv/dator eller annan bildskärm. Av 4-åringarna tittar 83 % minst en timme per dag på tv/dator eller annan bildskärm, medan 43 % tittar två timmar eller mer och 14 % tittar minst tre timmar per dag (Figur 4.10).



Figur 4.9. Andel 8 månader gamla barn som tillbringar tid framför tv/dator eller annan bildskärm utan vuxet sällskap uppdelat på mammans utbildningslängd.



Figur 4.10. Andel 4-åringar som tillbringar 1, 2 respektive 3 timmar eller mer framför tv/dator eller annan bildskärm.

4.4 Exponering för rökning eller snusning

Foster vars mammor röker eller snusar under graviditeten påverkas av tobakens giftiga substanser, vilket inverkar på fostrets tillväxt och ger sämre förutsättningar att klara omställningsprocessen i samband med födelsen.¹⁵ Dessutom finns det ett samband mellan mammans rökning under graviditeten och risken för att barnet senare i livet ska drabbas av sjukdomar som exempelvis nedre luftvägsinfektioner,²⁵ fetma och diabetes i samband med graviditet.²⁶

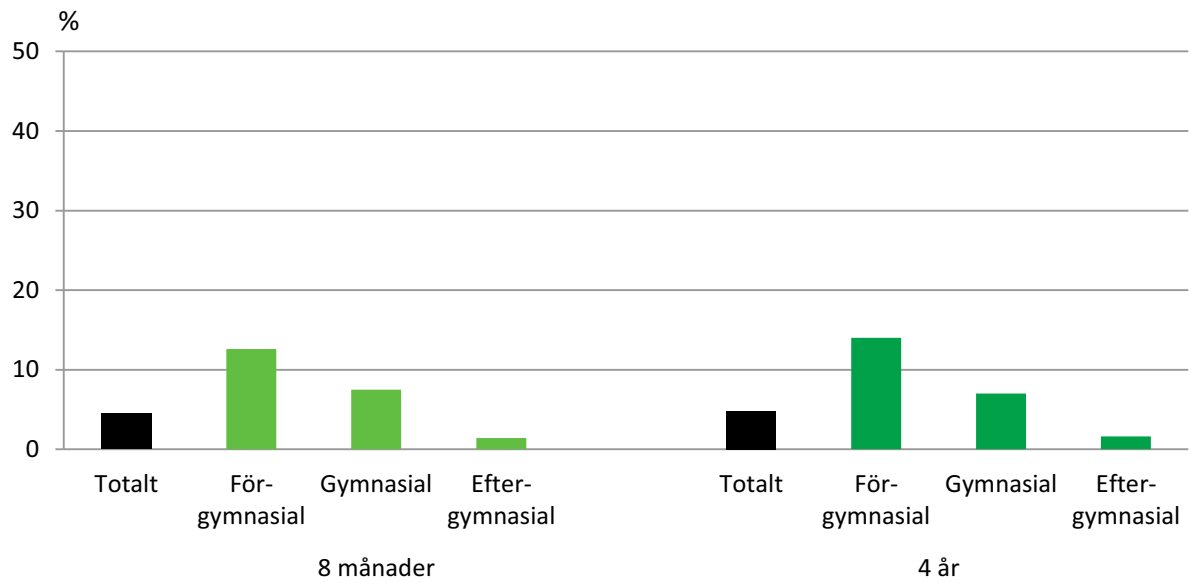
Efter födelsen har barn som utsätts för så kallad passiv rökning på grund av rökande föräldrar eller andra i sin omgivning en ökad risk att drabbas av exempelvis öron- och nedre luftvägsinfektioner och astma, men även av brandrelaterade olyckor.^{27,28} Studier har också visat att risken för plötslig spädbarnsdöd ökar om mamman röker under graviditeten eller efter barnets födelse eller om pappan röker.²⁹

I Sverige har andelen mammor som röker vid inskrivningen på mödravårdscentralen minskat sedan statistik började föras av Socialstyrelsen i början av 1980-talet.³⁰ Rökningen har också minskat bland småbarnsföräldrar, både bland mammor och pappor, och det är genomgående vanligare att pappan röker än att mamman gör det.⁷ Det är vanligare att blivande mammor med lägre inkomst eller utbildning röker under graviditeten jämfört med de med högre inkomst eller utbildning, men andelen rökare har minskat även i den förstnämnda gruppen.^{15,30}

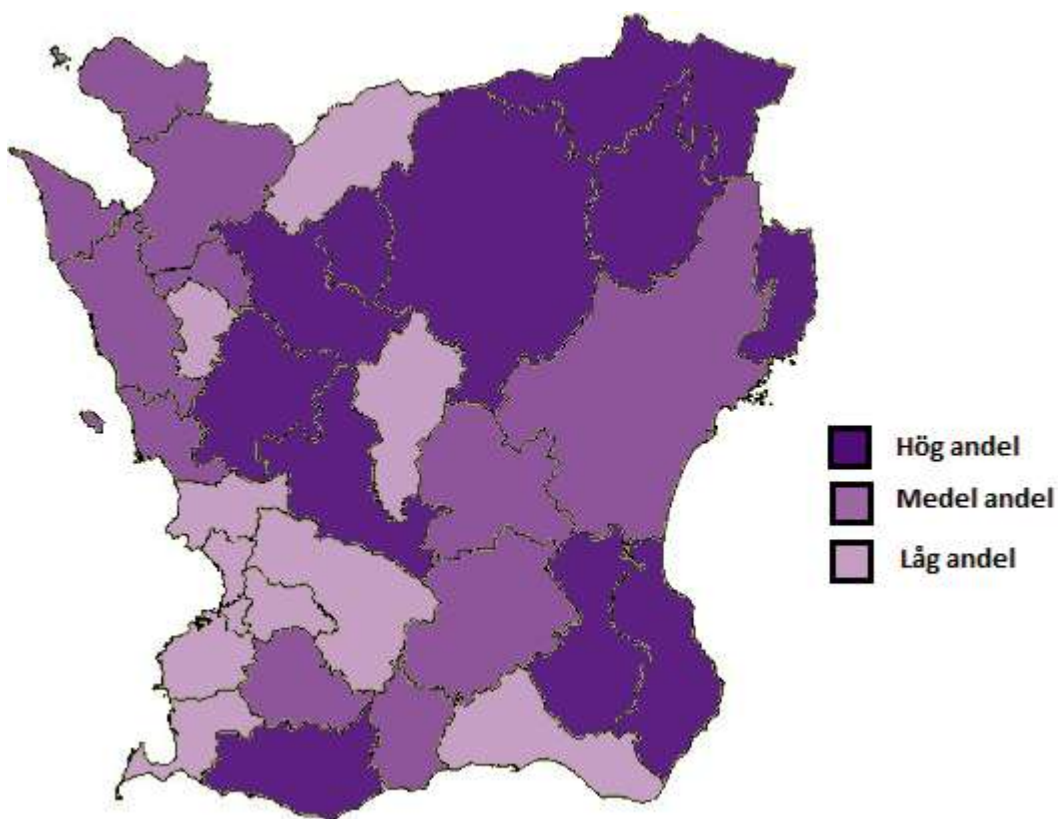
Enligt resultaten från folkhälsoenkät ”Barn och föräldrar i Skåne 2013” är det totalt 4,5 % av de 8 månader gamla barnen och 5 % av 4-åringarna som har en mamma som rökt under graviditeten. Efter uppdelning på mammans utbildning framkommer en tydlig socio-ekonomisk gradient där det är vanligast att mammor med enbart förgymnasial utbildning rökt under graviditeten (13 %), därefter kommer mammor med högst gymnasieutbildning (7 %), medan det hos mammor med eftergymnasial utbildning endast är drygt 1 % som rökt under graviditeten (Figur 4.11).

Vid en geografisk indelning av Skåne i dess kommuner ses skillnader i mammans rökning under graviditet mellan kommunerna (Figur 4.12). De 33 kommunernas resultat har här delats in i tertiler (tredjedelar) och baserat på tertiltillhörighet anges olika färgnyanser för respektive kommun i kartan. De högsta andelarna mammor till 8-månaders barn som rökt under graviditeten finns i Bromölla, Eslövs, Hässleholms, Klippans, Osby, Perstorps, Simrishamns, Svalövs, Tomelilla, Trelleborgs och Östra Göinges kommuner, medan de lägsta andelarna återfinns i Bjuvs, Burlövs, Höörs, Lomma, Lunds, Kävlinge, Staffanstorps, Vellinge, Ystad och Örkelljunga kommuner samt i Malmö stad.

Det är färre än 1 % av de 8 månader gamla barnen respektive 4-åringarna som har en mamma som snusat under graviditeten (visas inte i figur).

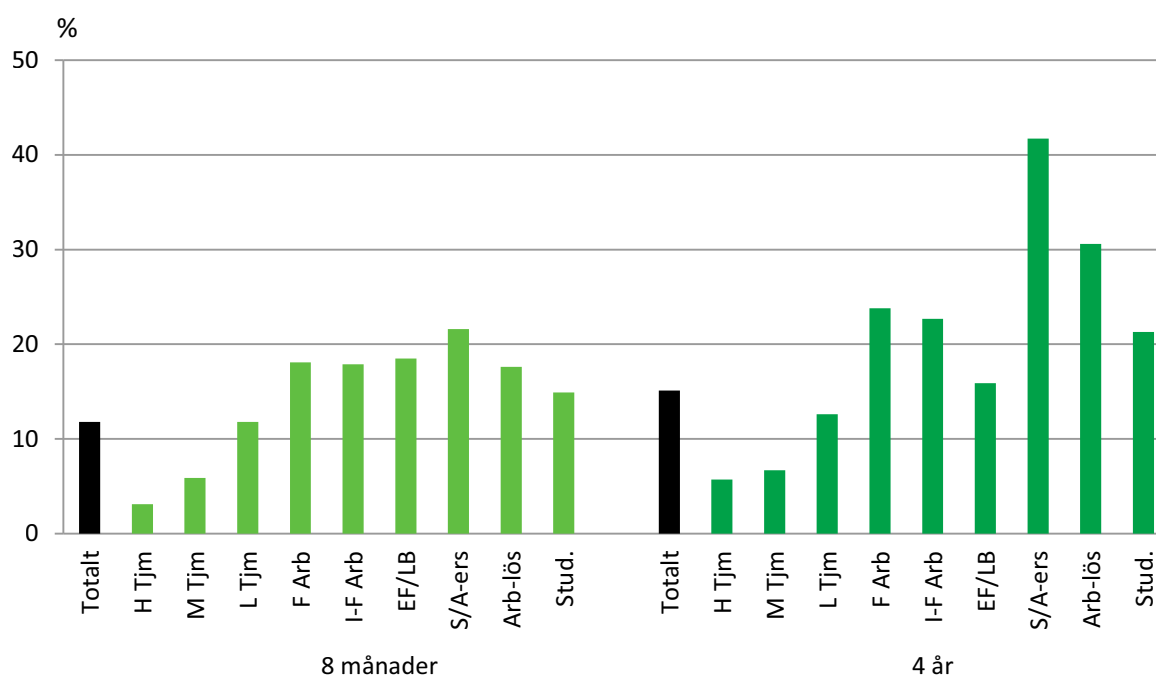


Figur 4.11. Andel 8 månader och 4 år gamla barn vars mammor rökt under graviditeten, totalt och uppdelat på mammans utbildning.



Figur 4.12. Andel mammor till 8 månader gamla barn som rökt under graviditeten fördelat på Skånes kommuner.

Att vara utsatt för passiv rökning (från mamma, pappa/partner, eller någon annan) i sin dagliga miljö är något vanligare bland 4-åringarna (15 %) än för de 8 månader gamla barnen (12 %). Resultaten stämmer väl överens med tidigare resultat för Skåne från en nationell undersökning om barns miljö och hälsa genomförd år 2011, där andelen med minst en daglig rökare i hushållet var 12 % vid 8 månaders ålder och 14 % för 4-åringar.³¹ Efter uppdelning på mammans socioekonomiska ställning baserat på yrke och sysselsättning finner man att barn till mammor som innehar arbetaryrken, eller står utanför arbetsmarknaden (arbetslösa, innehar sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskrivna eller studerande) i högre utsträckning exponeras för passiv rökning än barn till tjänstemän (Figur 4.13).



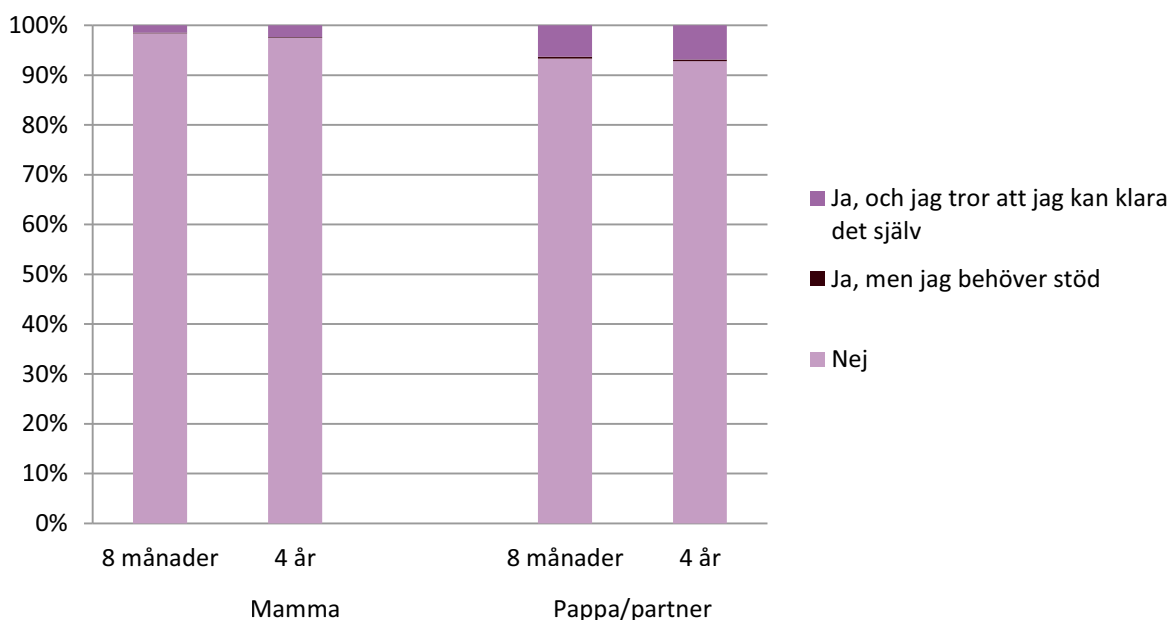
Figur 4.13. Andel 8 månader och 4 år gamla barn som utsätts för *passiv rökning i sin dagliga miljö*, totalt och uppdelat på *mammans socioekonomiska ställning*. Högre tjänstemän = H Tjm; Mellan tjänstemän = M Tjm; Lägre tjänstemän = L Tjm; Facklärda arbetare = F Arb; Icke facklärda arbetare = I-F Arb; Egna företagare eller lantbrukare = EF/LB; Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven = S/A-ers; Arbetslös = Arb-lös; Studerande = Stud.

4.5 Föräldrars alkoholkonsumtion

Medan riskerna för barnet när mamman dricker alkohol under graviditeten är väl belagda så har risken med måttlig alkoholkonsumtion under amning varit mer omdiskuterad. Alkoholkoncentrationen i bröstmjölken motsvarar den som finns i mammans blod, och det anses idag osannolikt att måttlig alkoholkonsumtion skulle kunna ge skadliga hälsoeffekter på barnet via bröstmjölken.³²

Den stora risken för barnet i samband med föräldrars intag av alkohol är istället den ökade risken för en försämrad omvårdnad och tillsyn av barnet, och i diskussioner om amning och alkohol bör man istället lyfta fram hur omsorgen och förmågan att se till barnets behov påverkas av alkoholintaget.³³ Det finns till exempel en ökad risk för att barnet ska råka ut för en olycka i samband med en förälders eller annan vårdnadshavares alkoholbruk, även vid ganska lågt intag av alkohol,³⁴ och det finns också ett starkt samband mellan att som förälder vara påverkad av alkohol och fysiskt våld mot barnet i samband med en konflikt.³⁵ Nationella undersökningar har visat att cirka 20 % av alla svenska barn lever i hushåll där någon förälder konsumerar alkohol i sådan omfattning att det kan klassificeras som riskbruk eller riskkonsumtion, det vill säga utgör en risk för föräldrarnas egen hälsa.³⁶

I folkhälsoenkät "Barn och föräldrar i Skåne 2013" ställdes frågor kring föräldrarnas alkoholkonsumtion. Riskkonsumtion av alkohol definieras med hjälp av frågor om hur ofta respondenten druckit, hur mycket respondenten druckit vid ett typiskt konsumtionstillfälle och hur ofta respondenten dricker större mängder vid ett tillfälle. Sammanräkningen av dessa frågor ger ett index med värden mellan 0 och 12. Män definieras som riskkonsumenter i intervallet 8-12 och kvinnor i intervallet 6-12. Dessutom räknas de som varit berusade 2-3 gånger per månad som riskkonsumenter. Av mammorna till de 8 månader gamla barnen är det 0,5 % som uppgav en riskkonsumtion av alkohol, medan 1,5 % av mammorna till 4-åringarna är riskkonsumenter. Motsvarande andelar för pappor/partners är 3,5 respektive 4 % (visas inte i figur). Av mammorna vill 1,5 % respektive 2,5 % minska sin alkoholkonsumtion och för pappor/partners är det 7 % som vill detta (Figur 4.14)



Figur 4.14. Andel föräldrar till 8 månader och 4 år gamla barn som önskar minska sin alkoholkonsumtion.

4.6 SAMMANFATTNING

- Nio av tio barn har ammat.
- Mammor med eftergymnasial utbildning har i högre grad ammat sina barn än mammor utan eftergymnasial utbildning.
- Mammans födelseland har inget större samband med amningsfrekvensen.
- Av de 8 månader gamla barnen har 17 % ammat helt i minst sex månader.
- Det är vanligt bland mammor till 8 månader gamla barn att inte ha ammat så länge som mamman önskat, 43 % uppgav detta.
- Av de mammor som inte hade ammat så länge som de önskat uppgav över hälften att orsaken till detta var en upplevelse av att mjölken inte räckte till för att mätta barnet.
- Mindre än hälften av 4-åringarna äter frukt eller bär respektive grönsaker flera gånger varje dag.
- Bland de 8 månader gamla barnen är det 6 % som regelbundet får söta drycker (juice/soft/läsk), det vill säga som får det minst tre till fyra gånger i veckan. Motsvarande andel bland 4-åringarna är 32 %.
- De flesta 4-åringar (94 %) dricker oftast vatten eller mjölk till sina måltider.
- Bland 4-åringarna äter 3 % godis, snacks eller läsk nästan varje dag eller oftare.
- Det finns ett samband mellan att äta godis, snacks eller läsk nästan varje dag eller oftare och fetma hos 4-åringarna.
- Av 4-åringarna äter 94 % frukost varje dag, och 65 % äter varje dag regelbundna måltider (frukost och lagad lunch och lagad mat på kvällen).
- Hos 4-åringarna finns ett samband mellan fetma och att inte äta frukost varje dag.
- Bland de 8 månader gamla barnen är det 16 % som tillbringar tid framför tv/dator eller annan bildskärm utan vuxet sällskap, och hos dessa barn är mediantiden för bildskärmstittande 30 minuter per dag.
- 4-åringarna tillbringar drygt 1,5 timme per dag framför tv/dator eller annan bildskärm. Närmare 60 % tillbringar minst två timmar per dag framför en bildskärm.

- Cirka 5 % av barnen har exponerats för mammas rökning eller snusning under fostertiden.
- 12 % av de 8 månader gamla barnen och 15 % av 4-åringarna är utsatta för passiv rökning i sin dagliga miljö.
- Cirka 2 % av mammorna och 7 % av pappor/partners vill minska sin alkoholkonsumtion.

4.7 REFERENSER

- 1) Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2012;8:CD003517.
- 2) Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evidence Reports/Technology Assessments* 2007;153:1-186.
- 3) Horta BG, Victoria CG. Short-term effects of breastfeeding. A systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. Geneva: WHO; 2013.
- 4) Livsmedelsverket <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/kostrad/Spadbarn/>
- 5) World Health Organization UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: WHO; 2003.
<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/>
- 6) Kylberg E, Westlund AM, Zwedberg S. *Amning idag*. 1. uppl. Stockholm: Gothia; 2009.
- 7) Socialstyrelsen. *Amning och föräldrars rökvanor: barn födda 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19537/2014-9-37.pdf>
- 8) Wallby T, Hjern A. Parental region of birth, socio-economic status and infants' exposure to second-hand smoke. *Acta Paediatrica* 2008;97:1542-5.
- 9) DiGirolamo A, Thompson N, Martorell R, Fein S. Intention or experience? Predictors of continued breastfeeding. *Health Education and Behavior* 2005;32(2):208-26.
- 10) Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics* 2013;3:e726-32.
- 11) Becker W, Lyhne N, Pedersen AN, Aro A, Fogelholm M, Thorsdottir I, et al. *Nordic nutrition recommendations 2004 – integrating nutrition and physical activity*. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2004. Nord 2004:13.
- 12) Jordbruksverket. *Konsumtionen av livsmedel och dess näringsinnehåll*. Uppgifter t. o. m. 2005. Jönköping: 2007. Statistikrapport 2007:3.
- 13) Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>
- 14) Magnusson M, Berg C, Mårild S. Barn måste få chans till hälsosamma vanor. Ledande politiker bör ta sitt ansvar för att motverka fetma hos barn. *Läkartidningen* 2013;110(37):1592-3.

- 15) Livsmedelsverket. <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/kostrad/Barn/>
- 16) Enghardt Barbieri H, Pearson M, Becker W. Riksmaten 2003 – barn 2003. Livsmedels- och näringsintag bland barn i Sverige. Uppsala: Livsmedelsverket, 2006.
[http://www.slv.se/upload/dokument/rapporter/kostundersokningar/riksmaten%20 %20 barn_2003_livsmedels_och_naringsintag_bland_barn_i_sverige.pdf](http://www.slv.se/upload/dokument/rapporter/kostundersokningar/riksmaten%20%20barn_2003_livsmedels_och_naringsintag_bland_barn_i_sverige.pdf)
- 17) Nader PR, O'Brien M, Houts R, Bradley R, Belsky J, Crosnoe R, et al. Identifying risk for obesity in early childhood. *Pediatrics* 2006;118(3):e594-601.
- 18) Perlhagen J, Flodmark CE, Hernell O. Fetma hos barn – prevention enda realistiska lösningen på problemet. *Läkartidningen* 2007;104(3):138-41.
- 19) Sjöberg A. Food habits in Swedish adolescents. Meal pattern, food choice and bioavailability of iron 1994 and 2000 (doktorsavhandling). Göteborg: Göteborgs universitet; 2004.
- 20) Rasmussen F, Eriksson M, Bokedahl C, Schäfer-Elinder L. Compass – en studie i sydvästra Storstockholm. Fysisk aktivitet, matvanor, övervikt och självkänsla bland ungdomar. Stockholm: Samhällsmedicin och Statens folkhälsoinstitut; 2004.
<http://www.folkhalsoguiden.se/upload/Barn-%20och%20ungdomar/Compass-studien.pdf>
- 21) Statens medieråd. Småungar och medier 2012/13: Fakta om små barns användning och upplevelser av medier. Stockholm: Statens medieråd; 2013.
http://www.statensmedierad.se/upload/pdf/Smaungar_och_medier_2013_fullfarg.pdf
- 22) Lagercrantz H. För mycket tid framför skärm splittrar barns liv. Övervikt, koncentrationsproblem, hämmad språkutveckling etc kan bli följderna. *Läkartidningen*. 2013;110(1-2):16-7.
- 23) Zimmerman FJ, Christakis DA, Meltzoff AN. Associations between media viewing and language development in children under age 2 years. *The Journal of Pediatrics* 2007;151(4):364-8.
- 24) Council on communications and media. Media use by children younger than 2 years. *Pediatrics* 2011;128(5):1040-5.
- 25) Hjern A, Haglund B, Bremberg S. Lower respiratory tract infections in an ethnic and social context. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2000;14(1):53-60.
- 26) Mattsson K, Källén K, Longnecker MP, Rignell-Hydbom A, Rylander L. Maternal smoking during pregnancy and daughters' risk of gestational diabetes and obesity. *Diabetologica* 2013;56(8):1689-95.
- 27) DiFranza JR, Lew RA. Morbidity and mortality in children associated with the use of tobacco products by other people. *Pediatrics* 1996;97(4):560-8.

- 28) DiFranza JR, Aligne CA, Weitzman M. Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health. *Pediatrics* 2004;113(4 suppl):1007-15.
- 29) Carpenter R, McGarvey C, Mitchell EA, Tappin DM, Venneman MM, Smuk M. Bed sharing when parents do not smoke: is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies. *BMJ Open* 2013;3(5).
- 30) Socialstyrelsen. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn: medicinska födelseregistret 1973-2012, assisterad befruktning 1991-2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19289/2013-12-16.pdf>
- 31) Barn, miljö och hälsa. En rapport från Skåne, Blekinge och Kronobergs län 2013. Barn, miljö och hälsa. En rapport från Skåne, Blekinge och Kronobergs län. 2013. Arbets- och miljömedicin. Lund. 2014.
http://skane.se/Public/Skanes_utveckling/Barnhalsorapport_Lågupplöst_ratt_FINAL.pdf
- 32) Haastrup MB, Pottgård A, Damkier P. Alcohol and breastfeeding. *Basic Clinical Pharmacology and Toxicology* 2014;114(2):168-73.
- 33) Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf>
- 34) Damashek A, Williams NA, Sher K, Peterson L. Relation of caregiver alcohol use to unintentional childhood injury. *Journal of Pediatric Psychology* 2009;34(4):344-53.
- 35) Janson S, Jernbro C, Långberg B. Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige: en nationell kartläggning 2011. Stockholm: Stiftelsen Allmänna barnhuset; 2011.
- 36) Statens folkhälsoinstitut. Barn i familjer med alkohol- och narkotikaproblem: omfattning och analys. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2008.
http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12172/R200828Barn_till_missbrukare_0809.pdf

5. SOCIALA RELATIONER OCH TRYGGHET

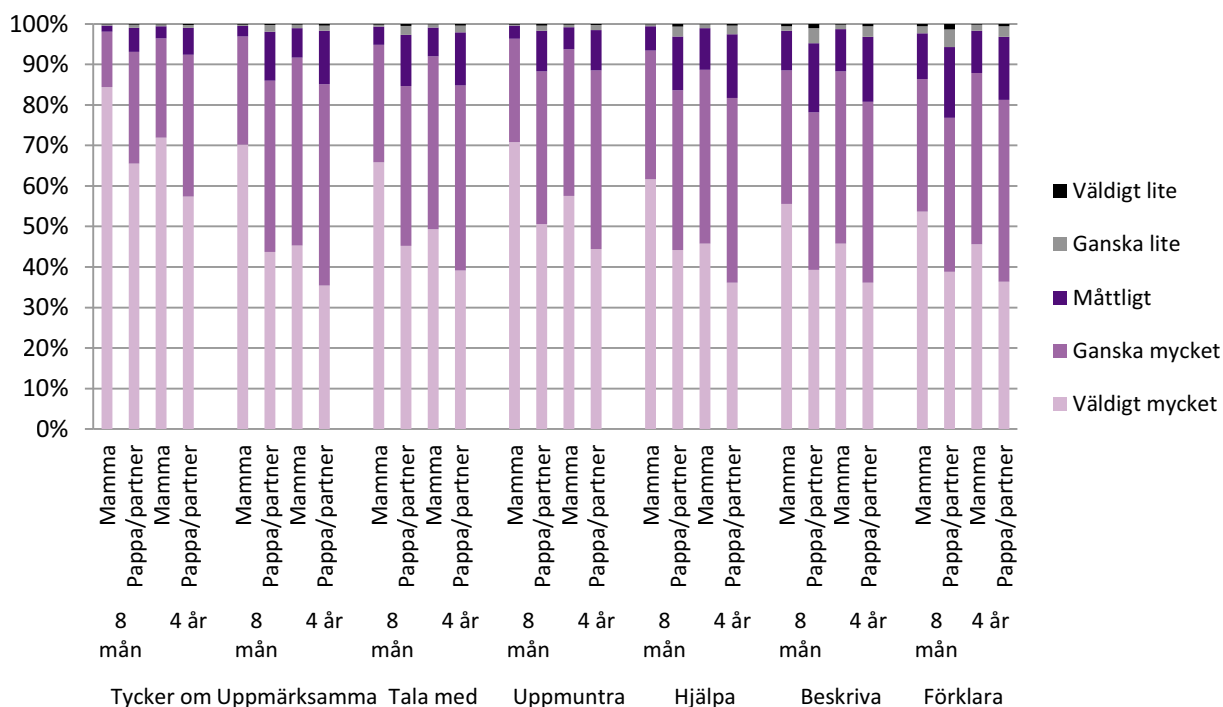
Detta kapitel handlar om sociala relationer och trygghet för barn som är 8 månader och 4 år gamla så som de rapporteras av föräldrarna. Föräldrarnas betydelse för barnet understryks med kraft av Barnombudsmannen som skriver att ”Små barn är beroende av sina föräldrar. Väl fungerande föräldrar och en bra anknytning från början kan ge barnet en bra start i livet”.¹ Relationen till föräldrarna har utomordentligt stor betydelse för barnets utveckling, hälsa och välfärd.

I folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” ställdes frågor bland annat kring läsning, kvällsrutiner, socialt stöd och samspel mellan föräldrar och barn.

5.1 Samspel mellan föräldrar och barn

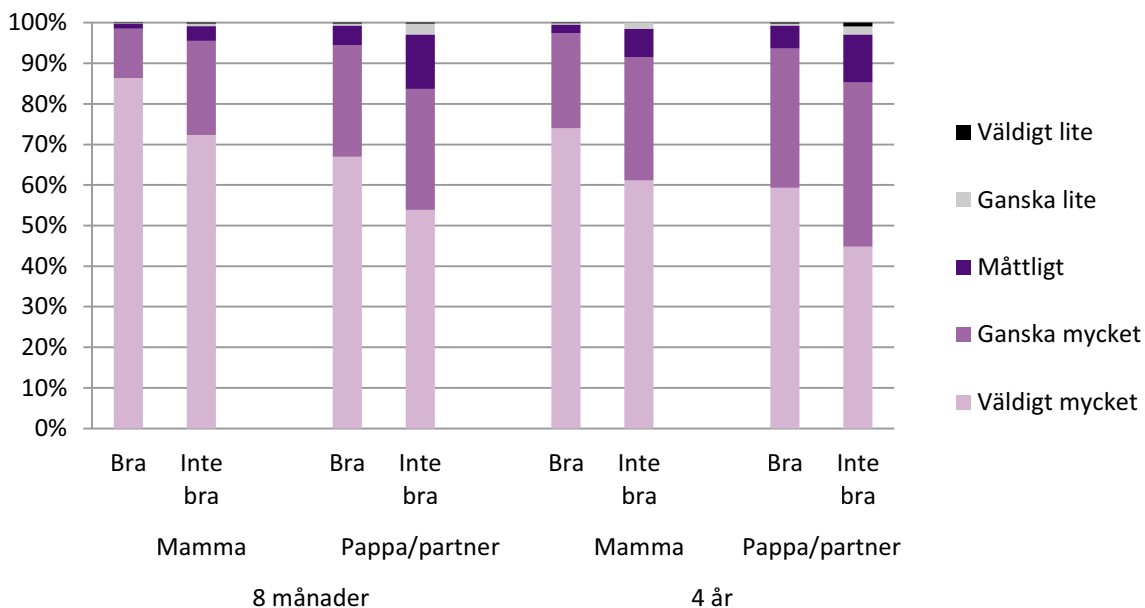
Relationen till föräldrarna är av avgörande betydelse för barnets hälsa och välfärd och kan uttryckas på många sätt. Barn behöver därför sådant som beröm, lek och spel med föräldrarna, läsning av godnattsaga, utflykter med föräldrarna, regler för hur man umgås med och kommunicerar med andra och att få lov att leka med andra barn.¹

Ett gott omhändertagande av barn har viktiga psykosociala och utvecklingspsykologiska aspekter. I folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” uppgav merparten av föräldrarna till 8-månaders barn att de upplever att de i mycket eller ganska stor utsträckning räcker till för att visa att de tycker om barnet. På samma sätt anser sig en stor majoritet av föräldrarna i mycket eller ganska stor utsträckning räckta till för att uppmärksamma barnets behov och önskemål eller att beskriva vad man upplever tillsammans med barnen. Liknande mönster ses gällande att räckta till för att tala med barnet om det barnet visat intresse för, att uppmuntra barnet, och att uppmärksamma barnet på vad som händer i barnets och förälderns omgivning (Figur 5.1). Generellt rapporterar mammor något högre andelar än pappor/partners. Liknande mönster ses bland föräldrarna till 4-åringar (Figur 5.1).



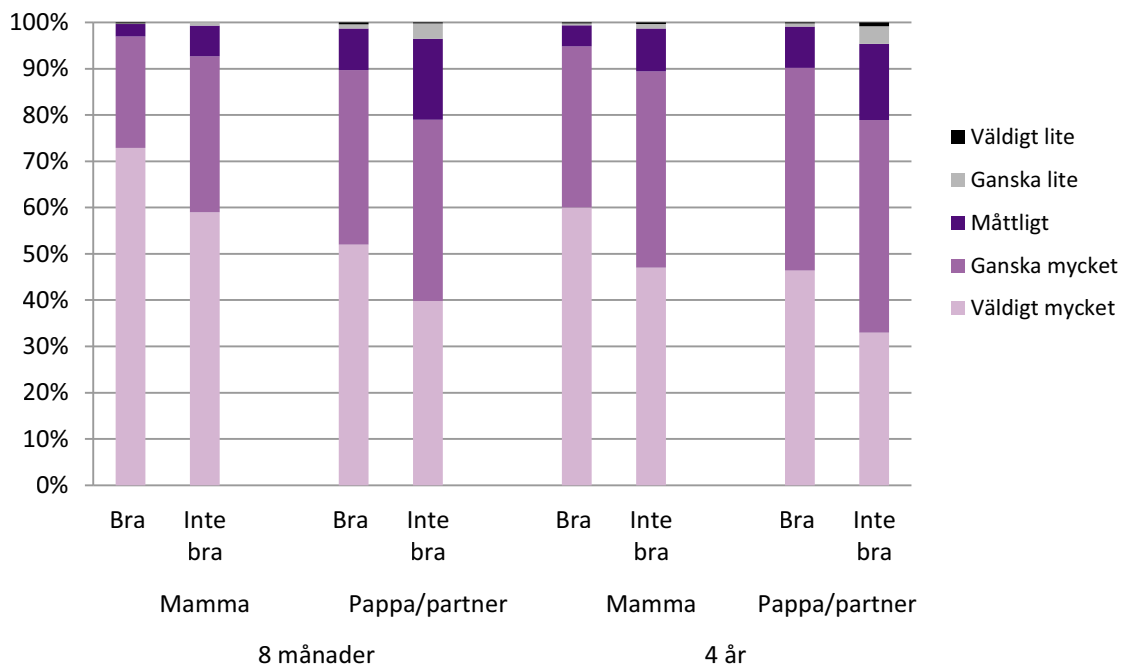
Figur 5.1. Andel föräldrar till 8 månader respektive 4 år gamla barn som uppgett att de i olika utsträckning räcker till för att visa att de tycker om barnet, uppmärksamma barnets behov och önskemål, tala med barnet om det som barnet visar intresse för, uppmuntra barnet, hjälpa barnet att uppmärksamma det som händer runt omkring, beskriva det man upplever tillsammans respektive förklara för barnet vad man upplever tillsammans.

Föräldrar med god självskattad hälsa upplever i större utsträckning än föräldrar med dålig självskattad hälsa att de räcker till för att visa uppskattning för barnet. Detta gäller såväl föräldrar till 8-månaders barn som 4-åringar (Figur 5.2). Den självskattade hälsan mättes i folkhälsoenkät "Barn och Föräldrar i Skåne 2013" genom att föräldrarna själva fick besvara frågan "Hur bedömer du ditt nuvarande hälsotillstånd i allmänhet?" med de fasta svarsalternativen "Mycket bra", "Bra", "Någorlunda", "Dåligt" och "Mycket dåligt". Den självskattade hälsan delades sedan in i god (mycket bra och bra) och dålig (någorlunda, dåligt och mycket dåligt) självskattad hälsa.



Figur 5.2. Andel föräldrar som upplever att de räcker till för att visa att de tycker om sina 8 månader respektive 4 år gamla barn fördelat på föräldrarnas självskattade hälsa.

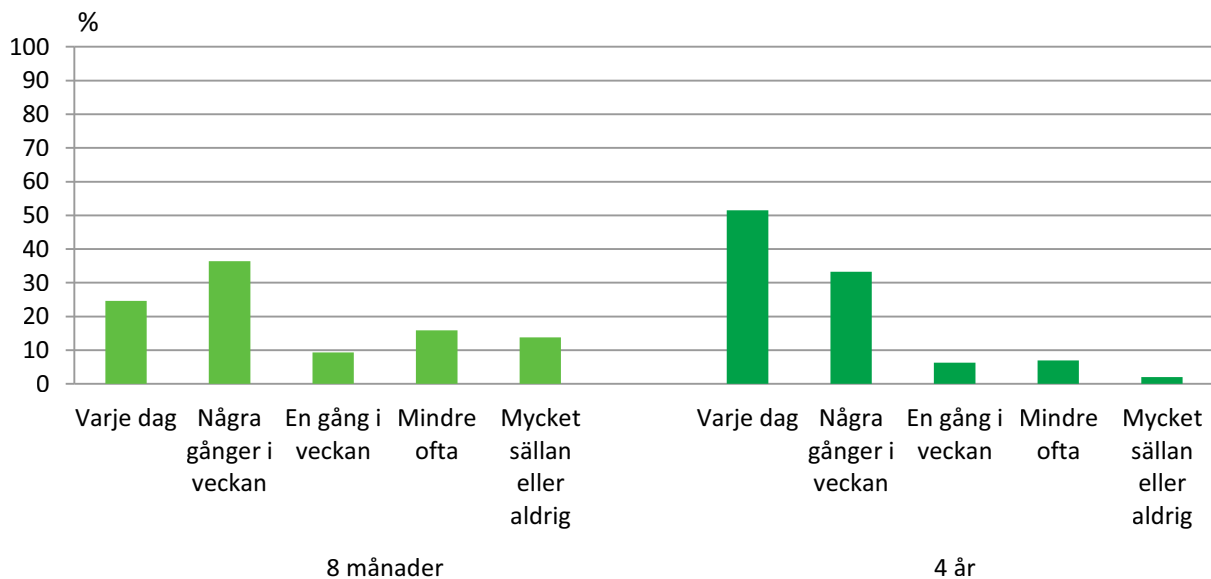
Det finns ett liknande samband mellan hur föräldrarna upplever att de förmår uppmuntra sitt barn och förälderns självskattade hälsa. Föräldrar till både 8-månaders barn och 4-åringar med god självskattad hälsa upplever i högre utsträckning än föräldrar med dålig självskattad hälsa att de räcker till för att uppmuntra barnet (Figur 5.3).



Figur 5.3. Andel föräldrar som upplever att de räcker till för att uppmuntra sina 8 månader respektive 4 år gamla barn fördelat på föräldrarnas självskattade hälsa.

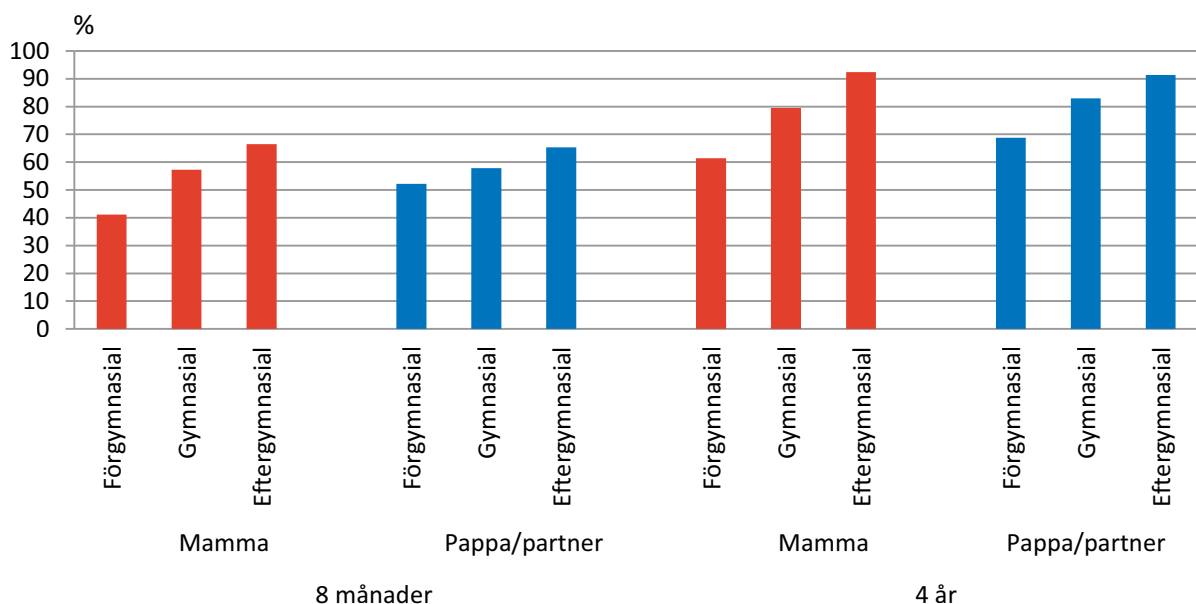
5.2 Högläsning för barnet

Många barn introduceras till läsning genom högläsning innan de fyllt ett år, men föräldrars och andra vuxnas läsning för barn uppvisar socioekonomiska och kulturella skillnader.² Högläsning för små barn utvecklar barnets språk både under det första levnadsåret och längre fram, samtidigt som den gemensamma läsningen och språkupplevelsen leder till en starkare relation mellan barnet och den vuxne³ och ett starkare stöd för barnets identitetsutveckling.⁴ I folkhälsoenkät "Barn och Föräldrar i Skåne 2013" uppgav 70 % av föräldrarna till 8 månader gamla barn att man läser för sina barn en gång i veckan, flera gånger i veckan eller varje dag, medan ungefär en av sju mycket sällan eller aldrig läser för sitt barn. Bland föräldrar till 4-åringar är det mer än nio av tio som läser för sitt barn minst en gång i veckan eller oftare, medan andelen som sällan eller aldrig läser för sitt barn är 2 % (Figur 5.4).



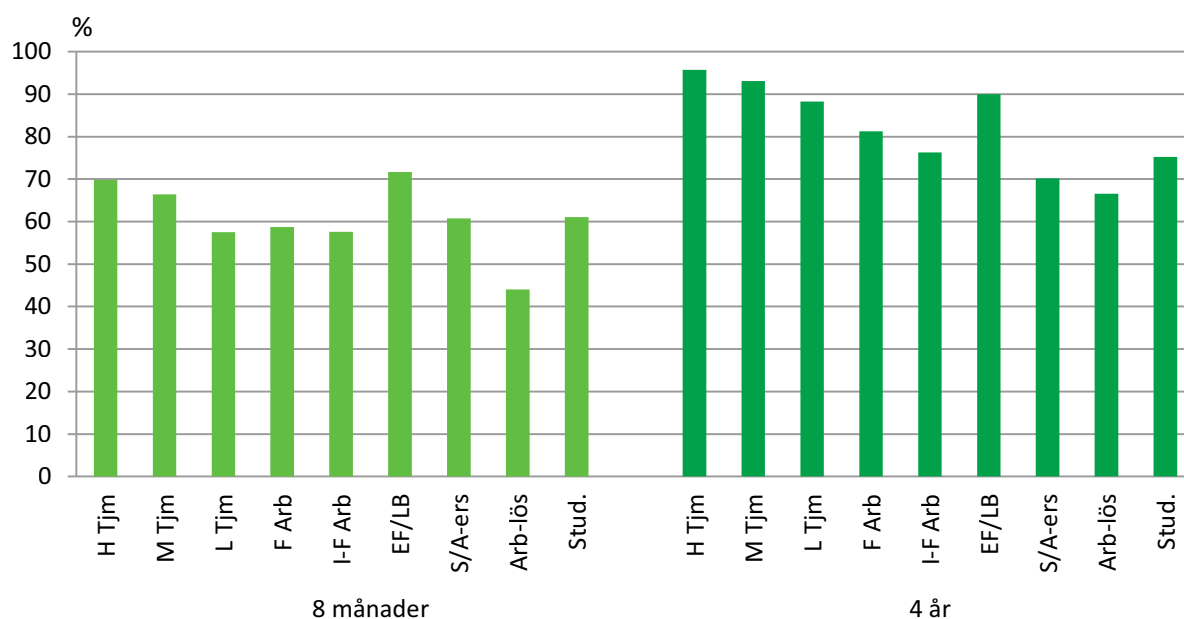
Figur 5.4. Andel föräldrar som i olika utsträckning *läser* för sina 8 månader respektive 4 år gamla barn.

I vilken utsträckning föräldrarna läser för barnet varierar med föräldrarnas utbildningsnivå. Andelen föräldrar som läser för sina 8-månader gamla barn minst några gånger i veckan är högre bland föräldrar med högre utbildningsnivå än bland föräldrar med lägre utbildningsnivå. Föräldrarna till 4-åringar läser generellt i högre utsträckning för sina barn, men skillnaderna mellan föräldrar med olika utbildningsnivå är minst lika stora (Figur 5.5).

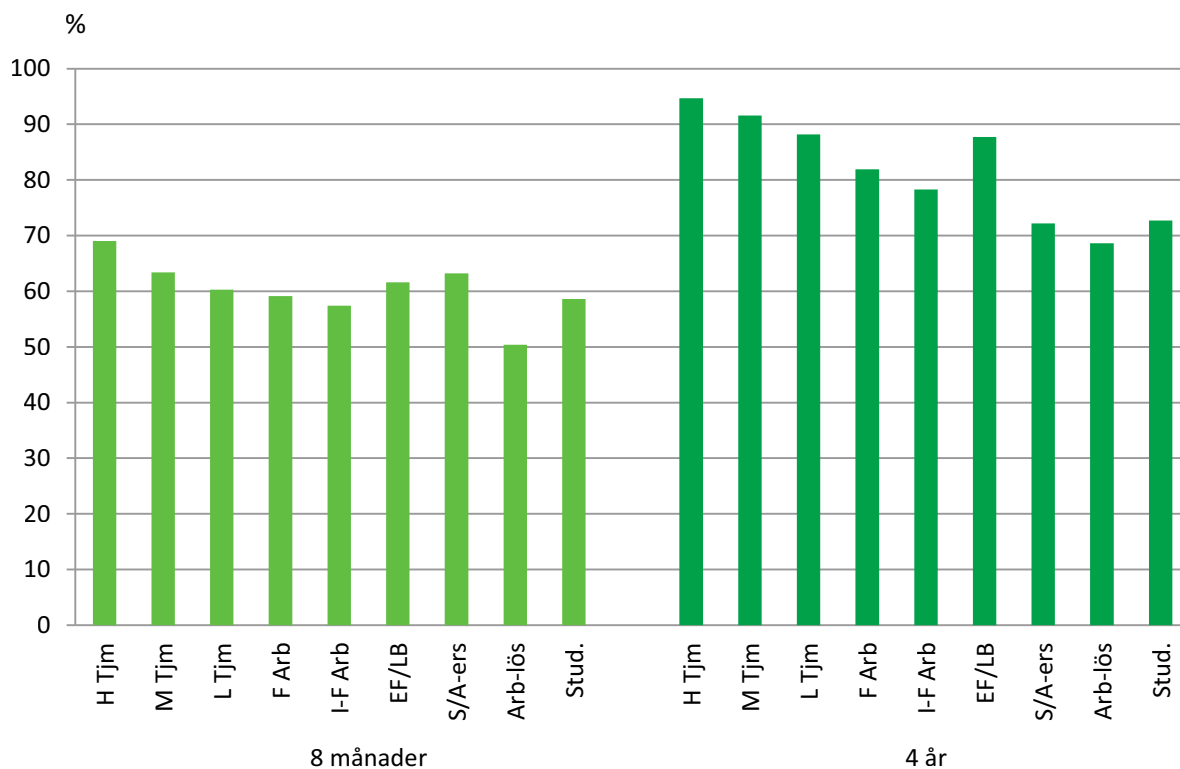


Figur 5.5. Föräldrars läsning (minst några gånger i veckan) för sina 8 månader respektive 4 år gamla barn fördelat på *föräldrarnas utbildningsnivå*.

Även föräldrarnas anknytning till arbetsmarknaden har samband med hur mycket de läser för sina barn. Av mammorna till 8 månader gamla barn läser 72 % av egna företagare, 70 % av de högre tjänstemännen, 66 % av tjänstemännen i mellanställning, 58 % av de lägre tjänstemännen, 59 % av de facklärda arbetarna och 58 % av de icke facklärda arbetarna för sina barn (Figur 5.6). För papporna till de 8 månader gamla barnen ses ett likartat socioekonomiskt mönster i läsning för barnen (Figur 5.7). Även bland föräldrar till 4-åringar ses liknande tydliga socioekonomiska gradienter i läsning för barnen (Figur 5.6 och Figur 5.7).



Figur 5.6. Andel mammor som läser för sina 8 månader respektive 4 år gamla barn minst några gånger i veckan fördelat på socioekonomisk status definierad av yrke. Högre tjänstemän = H Tjm; Mellan tjänstemän = M Tjm; Lägre tjänstemän = L Tjm; Facklärda arbetare = F Arb; Icke facklärda arbetare = I-F Arb; Egna företagare eller lantbrukare = EF/LB; Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven = S/A-ers; Arbetslös = Arb-lös; Studerande = Stud.

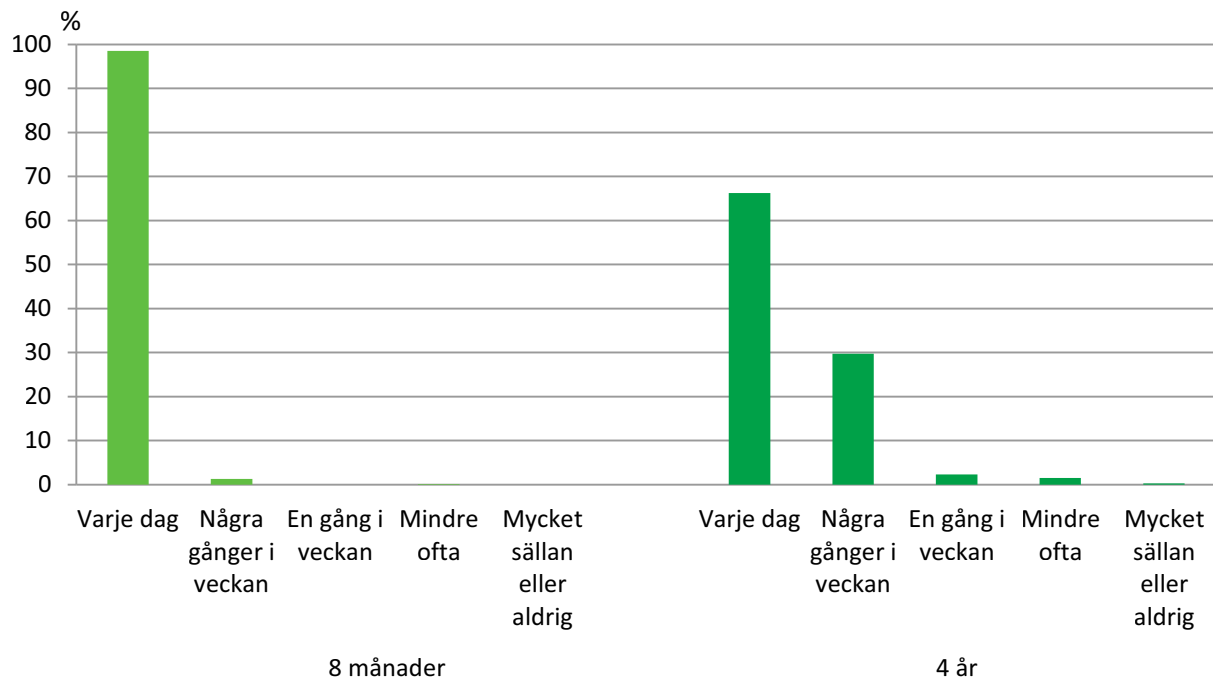


Figur 5.7. Andel pappor/partners som *läser* för sina 8 månader respektive 4 år gamla barn minst några gånger i veckan fördelat på *socioekonomisk status* definierad av yrke. Högre tjänstemän = H Tjm; Mellan tjänstemän = M Tjm; Lägre tjänstemän = L Tjm; Facklärd arbetare = F Arb; Icke facklärd arbetare = I-F Arb; Egna företagare eller lantbrukare = EF/LB; Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven = S/A-ers; Arbetslös = Arb-lös; Studerande = Stud.

5.3 Föräldrarnas lek med barnet

Barnkonventionens artikel 31 slår fast att barnet har rätt att leka. Lek är ett av de främsta sätten för barn att utforska sin omvärld och lära sig mer om den. I lek med andra barn eller vuxna lär barn sig om samspelet med andra. Föräldrarna är viktiga för att möjliggöra lek, både genom att skapa trygga omständigheter runt barnet så att det kan engagera sig helhjärtat i leken, och som lekkamrater för barnet.⁵

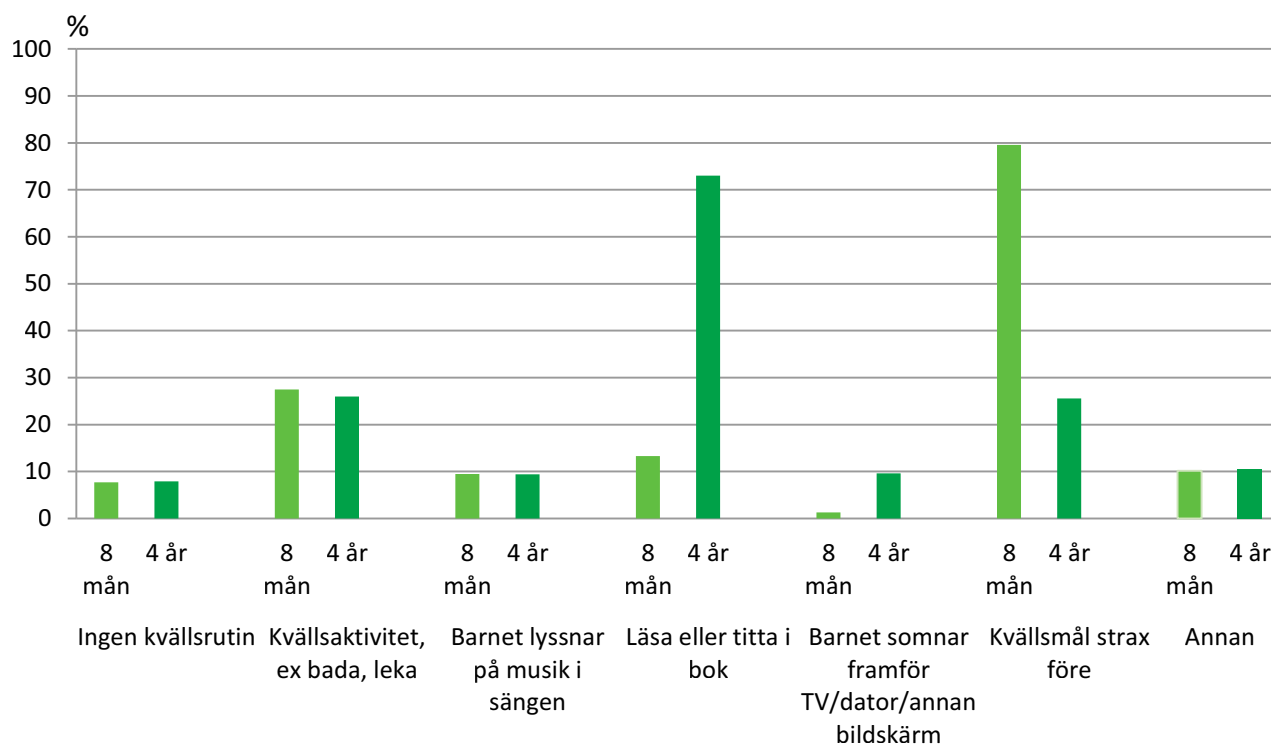
I folkhälsoenkät "Barn och Föräldrar i Skåne 2013" uppgav drygt 98 % av föräldrarna att de leker med sina 8 månader gamla barn varje dag. Ytterligare 1 % leker med sina barn några gånger i veckan. När barnen är 4 år gamla leker två tredjedelar av föräldrarna med barnen varje dag, knappt en tredjedel några gånger i veckan, 2 % en gång i veckan respektive mindre än en gång i veckan och mindre än 1 % aldrig (Figur 5.8).



Figur 5.8. Andel föräldrar som *leker* med sina 8 månader respektive 4 år gamla barn.

5.4 Kvällsrutiner

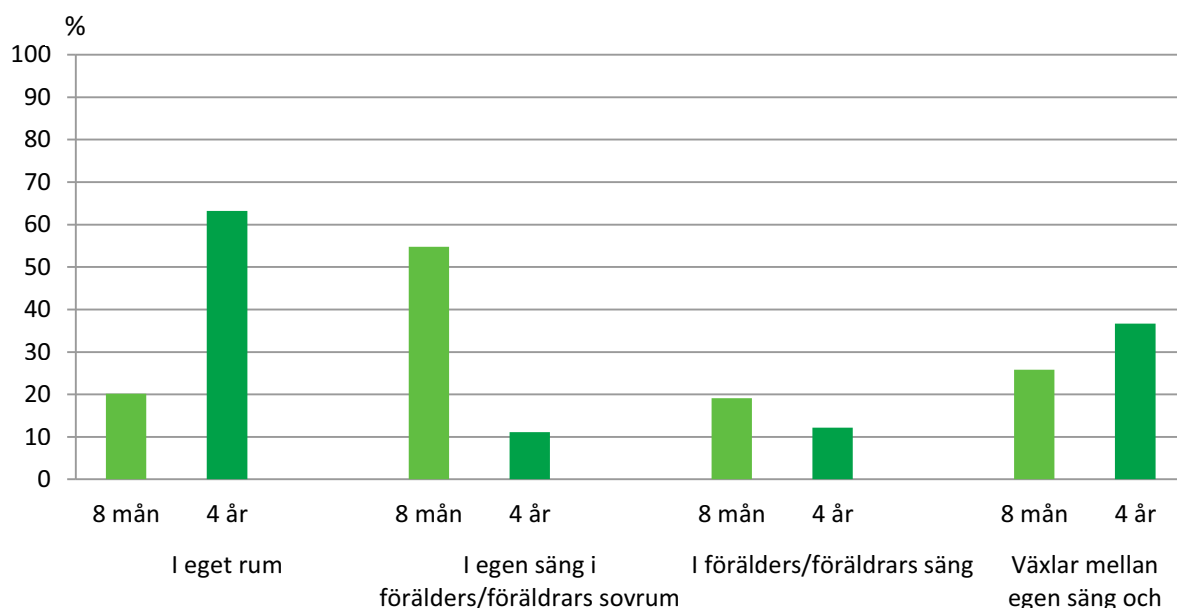
Kvällsrutiner är viktiga för barnet eftersom det är viktigt att barnet kommer till ro. I folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” rapporterade 8 % av föräldrarna till de 8 månader gamla barnen att de saknar kvällsrutiner. Bland övriga har 80 % som kvällsrutin att barnet intar kvällsmål strax före sänggång, 28 % kvällsaktivitet (som att till exempel leka eller bada), 10 % lyssnar på musik i sängen, medan 13 % läser eller tittar i en bok. Endast 1 % av de små barnen somnar framför TV/dator eller annan bildskärm (Figur 5.9). Ett annorlunda mönster ses bland 4-åringarna. Av de 92 % fyraåriga barn som har kvällsrutin har 26 % kvällsaktivitet som att till exempel leka eller bada, 9 % lyssnar på musik i sängen, 73 % läser eller tittar i en bok, 26 % intar kvällsmål strax före sänggång, 10 % somnar framför TV/dator eller annan bildskärm och 10 % har annan aktivitet före sänggåendet (Figur 5.9).



Figur 5.9. Andel föräldrar som har någon *kvällsrutin* med sina 8 månader respektive 4 år gamla barn när barnet ska lägga sig.

5.5 Var barnet sover

Barn behöver somna där de känner sig trygga och lugna, vilket underlättas av rutiner. Barn behöver också känna att någon som bryr sig om dem finns i närheten.⁶ I folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” rapporterades att 20 % av de 8 månader gamla barnen sover i eget rum, 55 % av barnen sover i egen säng i föräldrarnas sovrum, 19 % sover i föräldrarnas säng medan 26 % av barnen växlar mellan egen säng och vuxensäng. Vid 4 års ålder sover 63 % i eget rum, 11 % i egen säng i föräldrarnas sovrum, 12 % i föräldrarnas säng medan 37 % växlar mellan egen säng och vuxensäng. För barn i båda åldrarna överstiger summan av alternativen 100 % eftersom mer än ett alternativ kunde markeras (Figur 5.10).



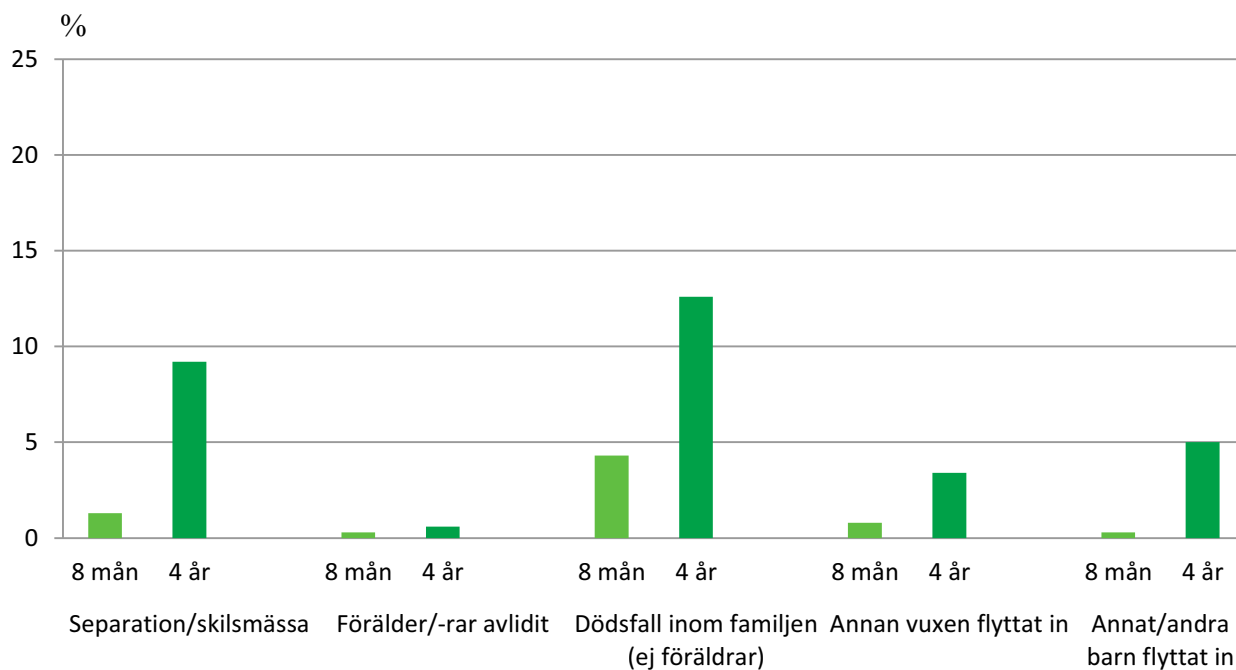
Figur 5.10. Andel 8 månader och 4 år gamla barn som *sover* i eget rum, i egen säng i föräldrars sovrum, i föräldrars säng respektive som växlar mellan egen säng och vuxensäng.

5.6 Allvarliga livshändelser

Sverige har i ett internationellt perspektiv haft höga skilsmässotal sedan decennier. Många barn upplever därför tidigt förluster i form av separationer som en viktig livshändelse. Andra livshändelser innefattar förälders eller närståendes dödsfall, annan närståendes flytt samt annat barns flytt. Det är viktigt att föräldrar och andra vuxna som känner barnet väl är uppmärksamma på barnets reaktioner, och aktivt stödjer barnet i att uttrycka sina tankar och känslor om det som händer.⁷

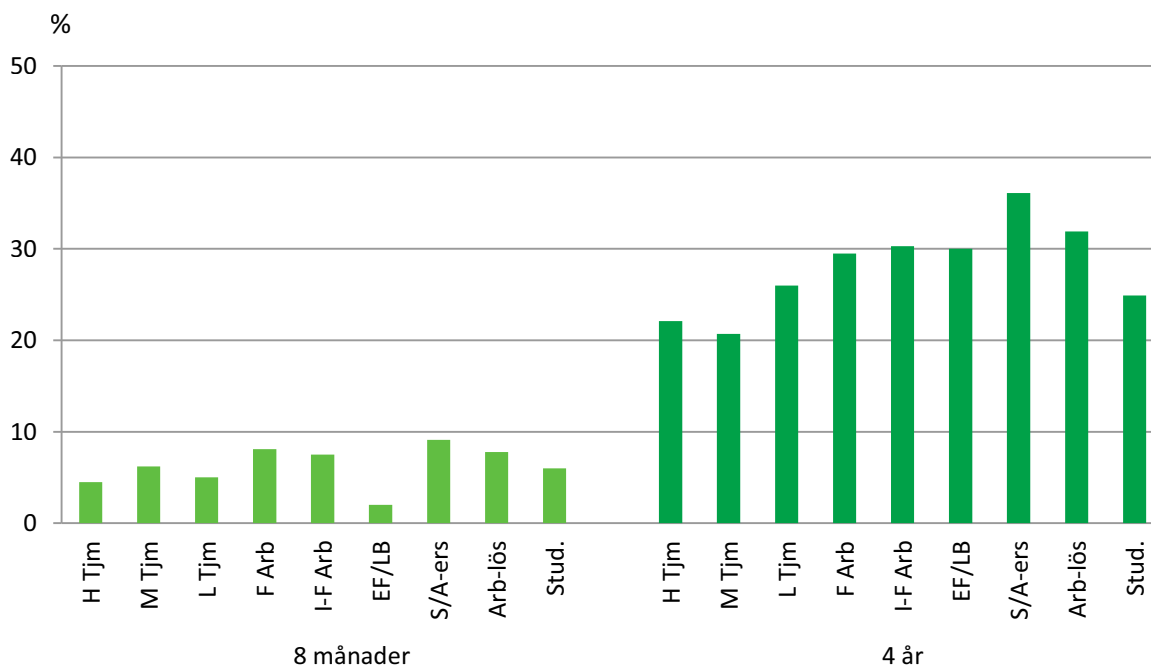
I folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” rapporterades att 1 % av de 8 månader gamla barnen har föräldrar som separerat efter barnets födelse, mindre än 1 % en förälder som avlidit efter barnets födelse, 4 % någon annan närstående som avlidit efter barnets födelse, 1 % en annan vuxen som flyttat in efter födelsen och mindre än 1 % ett annat barn som flyttat in efter barnets födelse. Totalt 94 % av de 8 månader gamla barnen har inte upplevt någon av ovanstående händelser. Det ska observeras att barnet kan ha upplevt mer än en viktig/allvarlig livshändelse (Figur 5.11).

Bland barn som är 4 år gamla har 25 % upplevt en eller flera av dessa händelser. Av de 4 år gamla barnen har 9 % föräldrar som separerat efter barnets födelse, 1 % en förälder som avlidit efter barnets födelse, 13 % någon annan närstående som avlidit, 3 % en annan vuxen som flyttat in efter barnets födelse och 5 % ett annat barn som flyttat in efter barnets födelse (Figur 5.11).



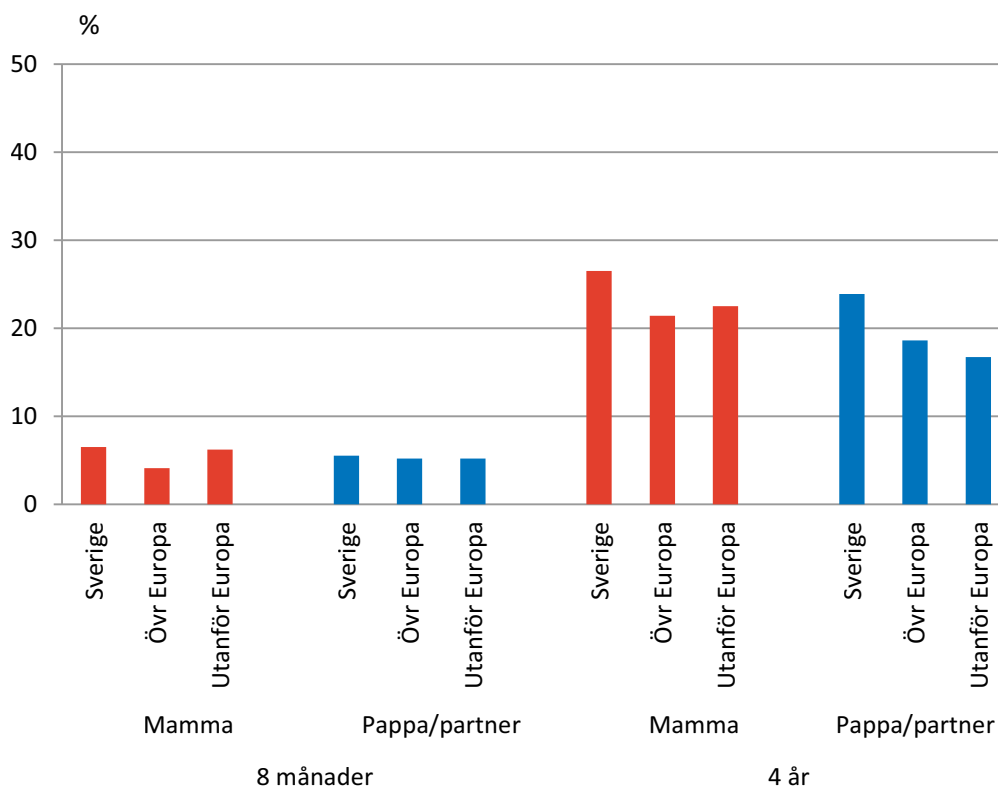
Figur 5.11. Andel barn med *allvarliga livshändelser* sedan födelsen rapporterade av föräldrarna.

Det framkommer tydliga socioekonomiska skillnader i förekomst av allvarliga livshändelser/förluster i barnens liv. Bland såväl 8-månaders barn som bland 4-åringar ses högre andelar bland barn vars mammor innehar arbetaryrken respektive står utanför arbetsmarknaden i form av arbetslöshet eller med sjuk-/aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskrivning (Figur 5.12). För papporna till de 8 månader respektive 4 år gamla barnen ses ett liknande mönster (visas inte i figur).



Figur 5.12. Andel barn med en *allvarlig livshändelse* sedan födelsen fördelat på mammans *socioekonomiska status* definierad av yrke. Högre tjänstemän = H Tjm; Mellan tjänstemän = M Tjm; Lägre tjänstemän = L Tjm; Facklärda arbetare = F Arb; Icke facklärda arbetare = I-F Arb; Egna företagare eller lantbrukare = EF/LB; Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven = S/A-ers; Arbetslös = Arb-lös; Studerande = Stud.

Andelen 8 månader gamla barn som råkat ut för någon av de beskrivna livshändelserna är förhållandevis jämnt fördelad med avseende på föräldrarnas födelseland, ungefär 5 %. Av 4-åringarnas mammor svarade 26 % födda i Sverige, 21 % födda i andra europeiska länder och 22 % födda utanför Europa att barnet råkat ut för någon eller några av de beskrivna händelserna från och med födelsen och fram till 4 års ålder. Motsvarande andelar bland pappor/partners är 24 % bland de födda i Sverige, 19 % bland de födda i andra europeiska länder och 17 % bland de födda utanför Europa (Figur 5.13).

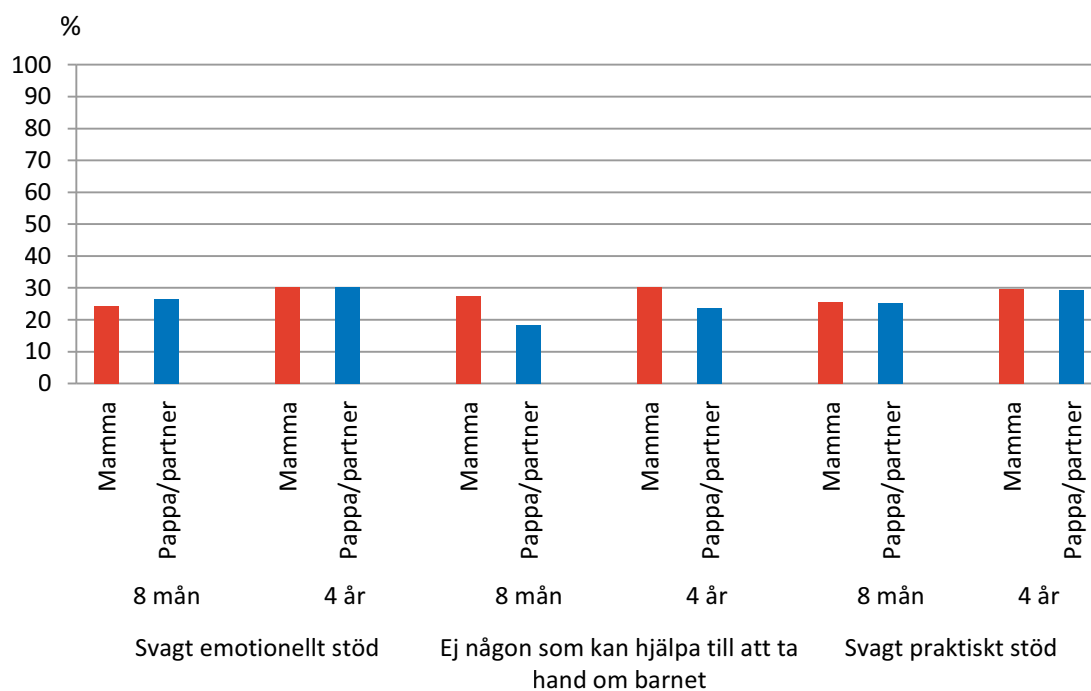


Figur 5.13. Andel barn med en *allvarlig livshändelse* fördelat på föräldrarnas födelseland.

5.7 Föräldrarnas tillgång till psykosocialt stöd

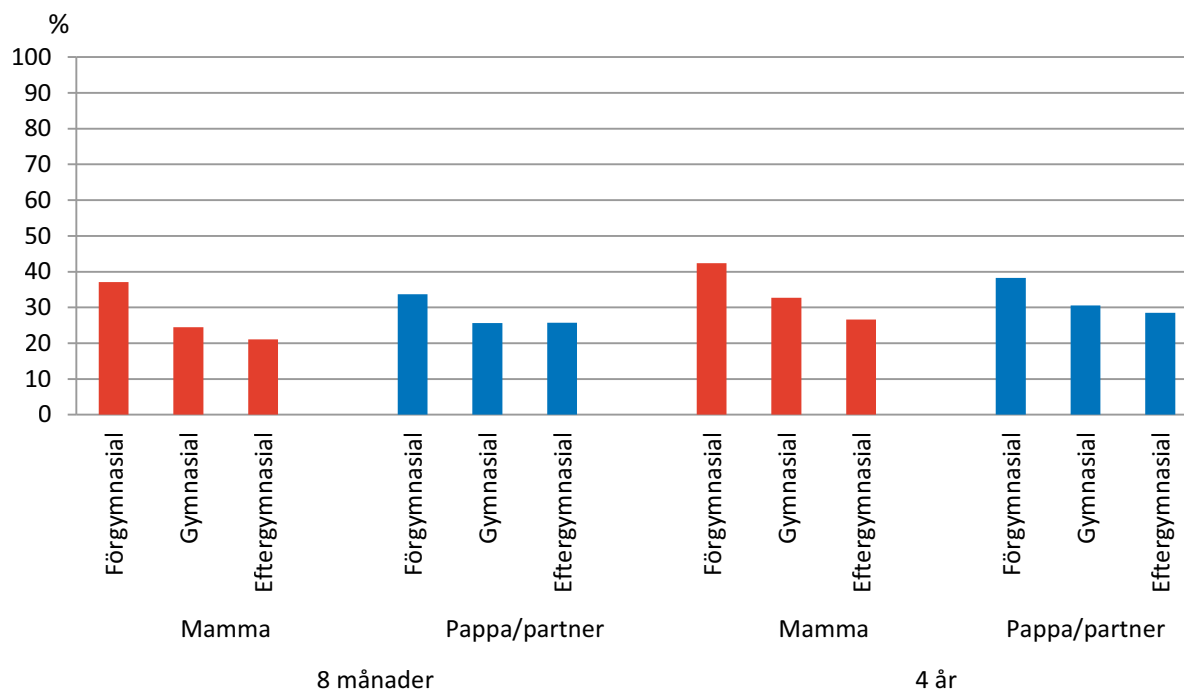
En grundförutsättning för barns hälsa och välfärd är även att föräldrarna har goda sociala relationer och ett gott socialt stöd. Den vuxna individen behöver ett gott emotionellt och ett gott praktiskt stöd av närstående och vänner. Ett gott emotionellt stöd innebär att ha tillgång till en eller flera personer som kan vara ett ordentligt personligt stöd för att klara av livets stress och problem. Ett gott praktiskt stöd definieras som att ha tillgång till en eller flera personer som vid behov kan hjälpa till med olika praktiska göromål. Den ökade psykosociala stressen som kan bli en följd av ett svagt emotionellt och praktiskt stöd kan leda till en ökad risk för framför allt psykisk ohälsa, men några studier har även indikerat ökad risk för hjärtkärlsjukdomar.⁸ I folkhälsoenkäten som undersökt den generella populationen av vuxna 18-80 år i Skåne 2012 hade män svagt emotionellt och praktiskt stöd i något högre utsträckning än kvinnor.⁹

I folkhälsoenkät "Barn och Föräldrar i Skåne 2013" uppgav ungefär en fjärdedel av föräldrarna till de 8 månader gamla barnen att de har ett svagt emotionellt stöd och en lika stor andel uppgav att de har ett svagt praktiskt stöd. När det gäller frågan om att få hjälp av någon att ta hand om barnet samma dag uppgav 27 % av mammorna och 18 % av papporna att detta är ett problem. Ungefär 30 % av föräldrarna till 4-åringarna svarade att de har ett svagt emotionellt respektive praktiskt stöd (Figur 5.14).



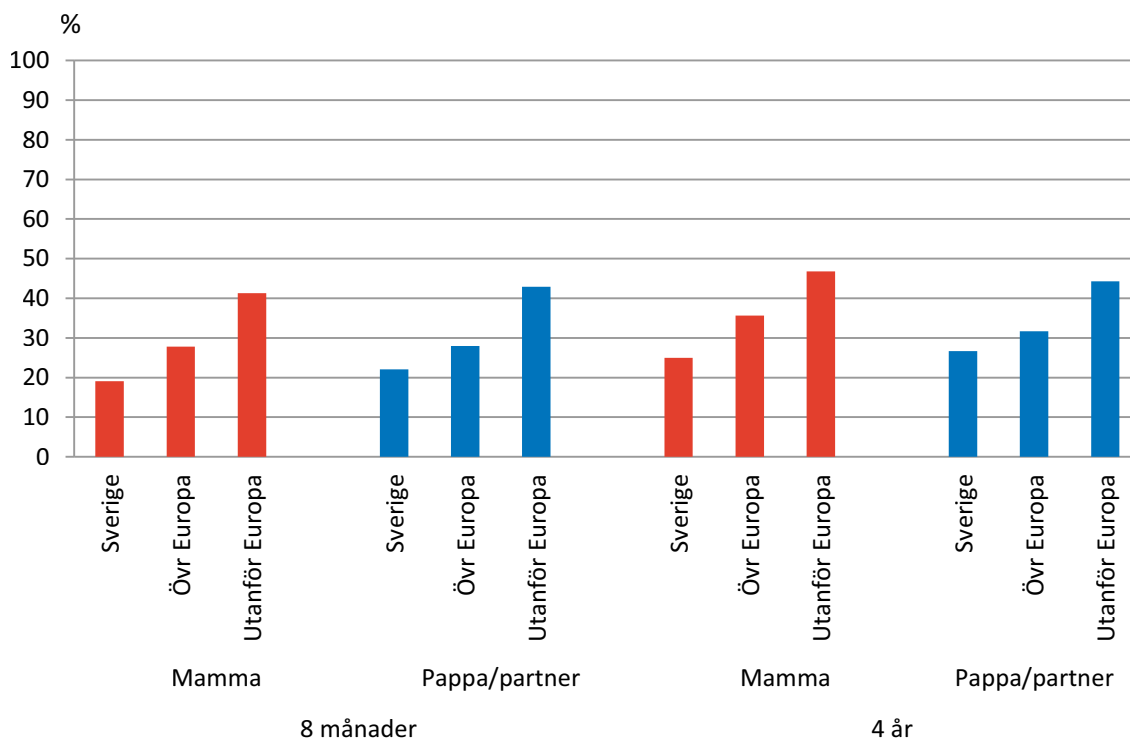
Figur 5.14. Andel föräldrar med ett svagt socialt stöd (svagt emotionellt stöd, ej hjälp att ta hand om barnet respektive svagt praktiskt stöd) bland föräldrar till 8 månader respektive 4 år gamla barn.

Föräldrar med lägre utbildning har i högre utsträckning ett svagt emotionellt stöd. Detta mönster ses bland såväl 8-månaders barn som 4-åringar (Figur 5.15).



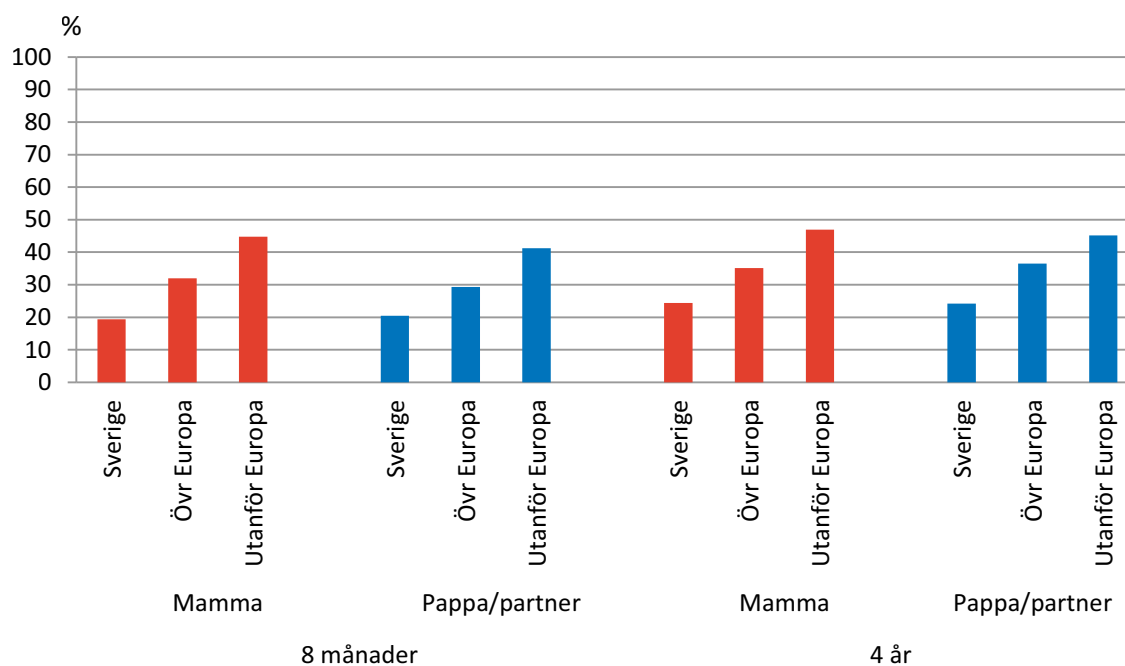
Figur 5.15. Andel föräldrar (till 8 månader respektive 4 år gamla barn) med ett svagt emotionellt stöd fördelat på föräldrarnas utbildningsnivå.

Att ha ett svagt emotionellt stöd varierar även med födelse land. Ungefär en femtedel av föräldrar födda i Sverige rapporterade ett svagt emotionellt stöd, medan tre av tio födda i andra europeiska länder och fyra av tio födda utanför Europa upplevde detsamma (Figur 5.16).



Figur 5.16. Andel föräldrar med ett svagt emotionellt stöd fördelat på föräldrarnas födelse land.

Även i vilken utsträckning föräldrar har ett svagt praktiskt stöd varierar på liknande sätt med födelse land. Exempelvis rapporterade en femtedel av föräldrar till 8-månaders barn där föräldrarna är födda i Sverige ett svagt praktiskt stöd, medan drygt fyra av tio föräldrar födda utanför Europa gjorde detsamma (Figur 5.17).

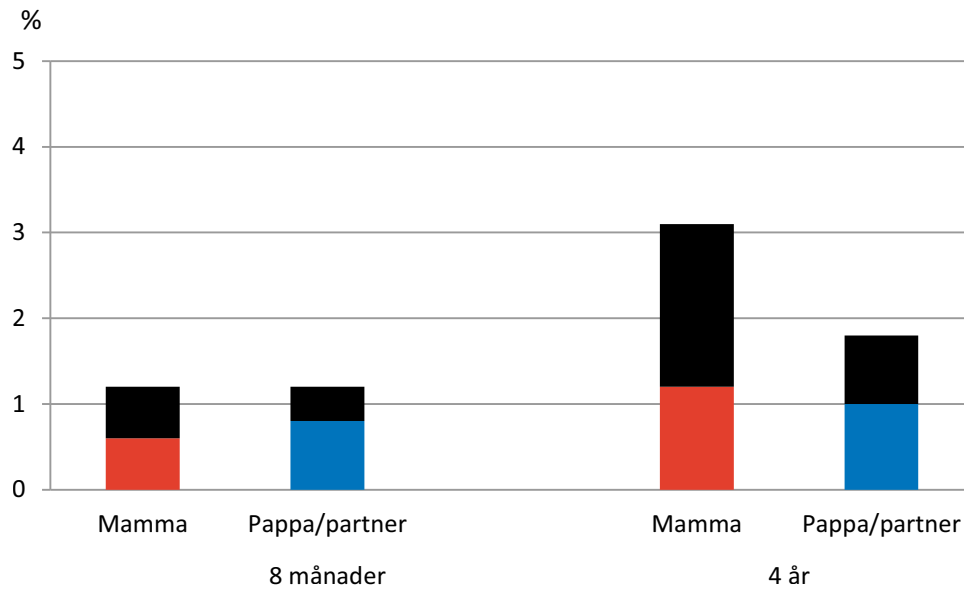


Figur 5.17. Andel föräldrar med ett svagt praktiskt stöd fördelat på föräldrarnas födelseland.

5.8 Förekomst av våld

Barn far illa av att bevittna och uppleva våld mellan närstående vuxna. Att bevittna våld mellan närstående vuxna kan till och med påverka barnet psykologiskt i samma utsträckning som att själv bli slagen.¹⁰ Våld mellan föräldrar är en stark riskfaktor för att barnet själv blir slaget.¹¹

I folkhälsoenkät ”Barn och Föräldrar i Skåne 2013” rapporterade 1 % av föräldrarna till 8 månader gamla barn att våld förekommit i familjen sedan barnet föddes. Av de som rapporterat våld svarade 54 % av mammorna och 38 % av pappor/partners att de sökt hjälp på grund av detta problem. Bland föräldrar till barn som är 4 år gamla rapporterade 3 % av mammorna och 2 % av pappor/partners att våld förekommit i familjen sedan barnets födelse. Av de som rapporterat våld i familjen efter barnets födelse uppgav 62 % av mammorna och 45 % av pappor/partners att de sökt hjälp för problemet (Figur 5.18).



Figur 5.18. Andel föräldrar som uppgett att *våld* förekommit i familjen sedan barnet föddes (hela stapelhöjden) samt om man *sökt hjälp/stöd* till följd av våldet (den övre mörka delen av stapeln).

5.9 SAMMANFATTNING

- En stor majoritet av föräldrarna upplever sig rätta till för att kunna ta hand om sitt barn.
- Föräldrar med dålig självskattad hälsa upplever i lägre utsträckning att de räcker till för att visa att de tycker om sitt barn än föräldrar med god självskattad hälsa.
- Föräldrar med dålig självskattad hälsa upplever i lägre utsträckning att de räcker till för att uppmuntra barnet än föräldrar med god självskattad hälsa.
- Nio av tio föräldrar till 4-åringar läser för sitt barn minst en gång i veckan.
- Föräldrar med högre utbildningsnivå läser i betydligt högre utsträckning för sina barn än föräldrar med lägre utbildningsnivå.
- Den stora majoriteten av föräldrarna leker med barnet minst några gånger i veckan.
- Ungefär 6 % av 8 månader gamla barn har upplevt en eller flera allvarliga livshändelser sedan födelsen. Bland 4-åringar är motsvarande andel en fjärdedel.
- En fjärdedel av föräldrar till barn som är 8 månader har ett svagt emotionellt stöd, det vill säga de har inte något ordentligt personligt stöd för att klara livets stress och problem. Bland föräldrar till 4-åringar är andelen 30 %.
- Bland föräldrar födda utanför Europa är andelen med ett svagt emotionellt stöd högre än bland föräldrar födda i Sverige.
- Bland familjer med barn på 4 år rapporterade drygt 3 % av mammorna och knappt 2 % av pappor/partners att våld förekommit i familjen efter barnets födelse. Av dessa har 62 % av mammorna och 45 % av pappor/partners sökt hjälp för problemet.

5.10 REFERENSER

- 1) Nyberg L (red.). Klara, färdiga, gå! Om de yngsta medborgarna och deras rättigheter. Stockholm: Barnombudsmannen, 2007.
http://www.barnombudsmannen.se/Global/Publikationer/Klara_fardiga_ga.pdf
- 2) Björkhagen Tureson A. Sagor som skapar skillnad. En utvärdering av *Godnattsagor inifrån*. Malmö: Malmö högskola, 2011.
http://dspace.mah.se/dspace/bitstream/handle/2043/12565/Sagor_som_skapar_skillnad.pdf;jsessionid=2FF65E88E776338FE8C0B09C8412C9F4?sequence=2
- 3) Arnberg L. Så blir barn tvåspråkiga. Stockholm: Wahlström och Widstrand, 2004.
- 4) Einarsson J. Språksociologi. Lund: Studentlitteratur, 2004.
- 5) Moe MV, Slinning K, Bergum Hansen M. Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2010.
- 6) Köhler M, Reuter A, Tell J. Leva med barn. Stockholm: Gothia fortbildning, 2013.
- 7) Socialstyrelsen. Barn som anhöriga. Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider, 2013.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-6-6>
- 8) Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support, and health. I Berkman LF, Kawachi I (Red.) *Social Epidemiology*, pp. 137-173. Oxford, New York: Oxford University Press, 2000.
- 9) Fridh M, Modén B, Lindström M, Grahn M, Rosvall M. *Folkhälsorapport Skåne 2013*. Baserad på Folkhälsoenkät Skåne 2012. En undersökning om vuxnas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Malmö: Region Skåne, 2013.
<http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/Samhällsplanering/Folkhälsa/folkhalsorapport2013.pdf>
- 10) Grip K. The damage done. Children exposed to intimate partner violence and their mother- towards empirically based interventions in order to reduce negative health effects in children. Thesis. Göteborg: University of Gothenburg, Faculty of Social Sciences, Department of Psychology, 2012.
https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/30153/5/gupea_2077_30153_5.pdf
- 11) Annerbäck EM. *Child Physical Abuse: Characteristics, Prevalence, Health and Risk-taking*. Linköping: Linköping University Medical Dissertations, Linköping University Electronic Press, 2011.
<http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:408354/FULLTEXT01.pdf>

