

Barnhälsovård i Västra Götaland

Årsrapport 2021



Barnhälsovård stärker barns och familjers hälsa

Framför er har ni nu Årsrapport om barnhälsovård i Västra Götaland. Årsrapporten finns både i form av PDF och som en interaktiv rapport för åren 2017–2021 på Central barnhälsovårds hemsida.

Vi som arbetar inom Central barnhälsovård (CBHV) i Västra Götalandsregionen önskar en intressant läsning och att rapporten används som en del i analys och kvalitetsarbetet på enheterna. Vårt gemensamma mål är en jämlik barnhälsovård i VGR där alla barn och familjer får ta del av hela barnhälsovårdsprogrammet. Det ger förutsättningar för en uppväxt med god fysisk, psykisk och social hälsa genom livet och möjligheter till möjlighet att fullfölja studier.

Central barnhälsovård är en del av Regionhälsan. Vi är ett regionalt team som finns på fyra platser, Göteborg, Uddevalla, Skövde och Borås. Inom enheten arbetar barnhälsovårdsöverläkare, verksamhetsutvecklare (distrikts- och barnsjuksköterskor), psykologer, dietister, logopedier och administratörer. Verksamheten kan i stort beskrivas i tre stora uppdrag; utbildning, utveckling och utvärdering. CBHV har ett utbildningsuppdrag och ett stort utbud för alla som arbetar inom barnhälsovård. Enheten följer också aktuell forskning för att förmedla den tillbaka till barnhälsovården samt för metodutveckling. Att följa hälsodata och statistik ger förutsättning för att få kunskap om barns mående men också för att se barnvårdscentralers möjlighet att erbjuda hela barnhälsovårdsprogrammet och att ge stöd i detta uppdrag.

I VGR finns cirka 200 barnvårdscentraler där barnhälsovårdssjuksköterskor, läkare och psykologer varje år träffar ungefär 20 000 nyfödda barn och deras familjer och sedan följer dem med regelbundna besök fram till det att barnet börjar skolan. Totalt träffar barnhälsovården i Västra Götaland nästan 120 000 barn, vilket motsvarar 1/6 av alla barn under 6 år i Sverige.

Barnhälsovården har, liksom annan verksamhet, under två års tid påverkats av corona-pandemin. Glädjande nog har många barnvårdscentraler kunnat upprätthålla en verksamhet i stort sett som vanligt under pandemin. Andra har under längre eller kortare perioder behövt omprioritera. Vi har sett avbokningar av besök i större omfattning än vanligt, sjukdom hos personal och andra

arbetsuppgifter för BHV-sjuksköterskorna, tex vaccination av vuxna mot covid. Budskapet nationellt och regionalt har under pandemin varit, att BHV-programmet ska följas i så stor utsträckning som möjligt, utifrån barns och familjers behov samt enhetens förutsättningar.

Det är ännu för tidigt att dra slutsatser om coronapandemins långsiktiga konsekvenser för barn, men pandemin har påverkat många barn negativt. Särskilt gäller detta barn och unga från redan utsatta miljöer, med svag socioekonomisk bakgrund och svagare socialt skyddsnät. Levnadsförhållanden tidigt påverkar barns utveckling och hälsa på lång sikt. Det verkar även vara fler barn som fått en övervikt senaste två åren. Barnhälsovården är en av de verksamheter som behöver vara tydliga i sitt uppdrag och bidra till att kompensera för de brister som pandemin kan ha orsakat.

Vi har även kunnat se exempel på att pandemin har fått positiva effekter, exempelvis att barnet fått tillgång till båda sina föräldrar i större utsträckning i och med möjligheten att arbeta hemma och lägga mindre tid på resor.



Nu kan barnhälsovården åter erbjuda alla delar i BHV-programmet. Föräldragrupper hör till det som inte kunnat genomföras men vissa enheter har haft möjlighet att erbjuda digitala föräldraträffar och träffar utomhus i smågrupper. Vi vet att det är mycket efterlängtat av föräldrarna att kunna träffas fysiskt igen. Två viktiga förutsättningar för att kunna ge den barnhälsovård som barn och familjer har rätt till är välutbildad personal och tillräckligt antal tjänster på enheten, både vad gäller sjuksköterskor och läkare. Vi hoppas att detta ska avspeglas i framtida statistikinsamling.

I årets rapport finns en fördjupad analys inom fyra områden.

För att kunna erbjuda en barnhälsovård utifrån principen om proportionell universalism, dvs utjämna skillnader i hälsa genom att öka graden av insatser i proportion till behoven, behövs ett pålitligt verktyg för att kunna avgöra behov och förutsättningar. Att mäta behovsindex för barnhälsovården är därför ett starkt önskemål i VGR. Detta diskuteras i första delen i denna fördjupning.

Nationellt har övervikt hos barn ökat. Ett resonemang kring detta och om våra levnadsvanor finns med som fördjupning detta år.

Utvecklingen av kommunikation, tal och språk är avgörande för hur barn lyckas i skolan och därmed faktiskt också i livet. Inom barnhälsovården följs barnets förmåga till kommunikation, tal och språk kontinuerligt, med ett extra fokus vid 2½ år som är med i denna fördjupning.

Det sista området med extra fokus i årets rapport är vaccination mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR). Under pandemin har vaccinationsprogrammen i världen påverkats negativt. I Sverige har vi inte sett motsvarande trend.

Tack!

Tack till alla som under två år upprätthållit barnhälsovårdens viktiga verksamhet och som fortsätter att arbeta för barnens bästa!

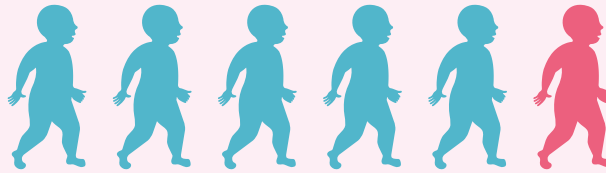
Och som alltid- ett stort och varmt tack till alla BHV-sjuksköterskor som sammanställt och rapporterat in det omfattande underlag som rapporten bygger på!



Barnhälsovård i Västra Götaland 2021

Barnhälsovården har i uppdrag att främja barns hälsa, förebygga ohälsa och tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem. I Sverige har barnhälsovården ett mycket högt förtroende och träffar nästan alla barn upp till 6 års ålder. Personalens fina arbete, med sjuksköterskan som nyckelperson gör att vi verkligen når ut till samhällets yngsta medborgare och bidrar till att ge en god start i livet.

Nästan 120 000 barn under 6 år bor i Västra Götaland, vilket innebär var sjätte barn i Sverige.

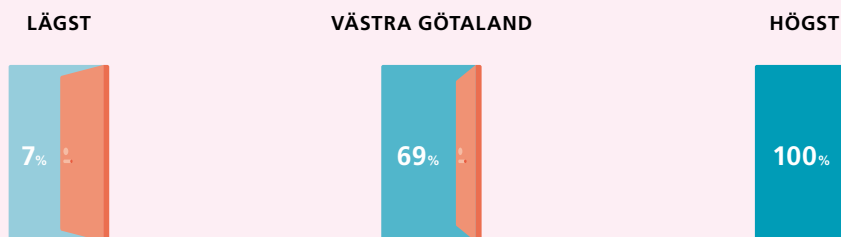


Antal barn inskrivna 2021 per BVC i Västra Götaland.

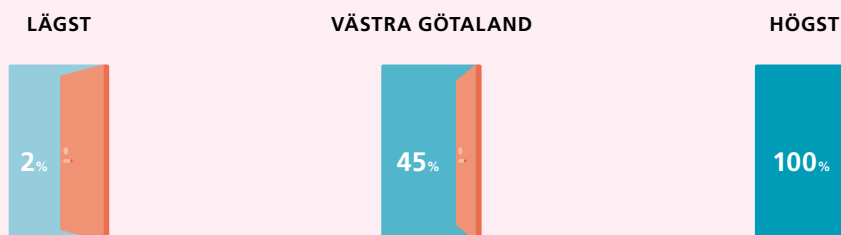


Hembesök

Andel barn födda 2021 som fått första hembesök inom två veckor efter familjen har kommit hem, per stadsdelsnämnd eller kommun.



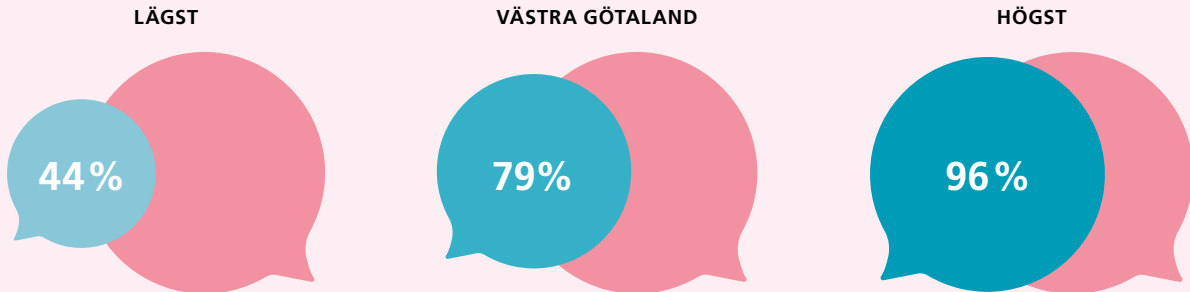
Andel barn födda 2020 som fått hembesök vid 8 månaders ålder, per stadsdelsnämnd eller kommun.



Med stadsdelsnämnd menas i denna rapport de stadsdelsnämndsområden som tidigare har använts i Göteborgs kommun. Dessa används fortfarande i denna rapport och kommer att uppdateras till nästa årsrapport utifrån de nya stadsområdena i Göteborg.

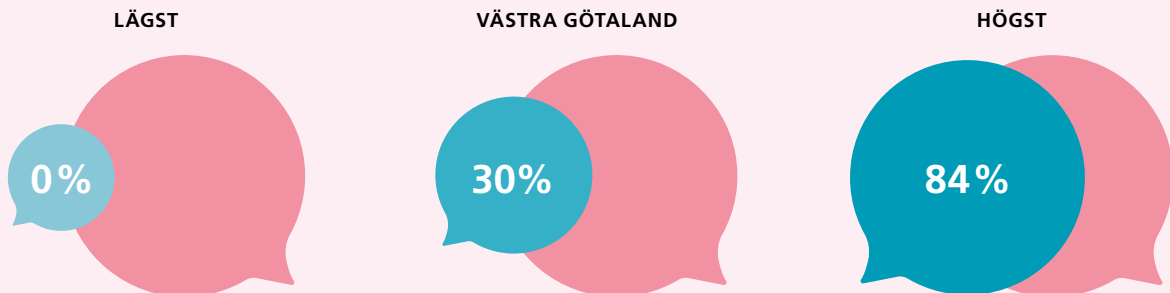
Screening för att upptäcka nedstämdhet och depression bland mammor som nyligen fött barn (EPDS)

Andel barn födda 2021 vars mammor fått EPDS-samtal, per stadsdelsnämnd eller kommun.



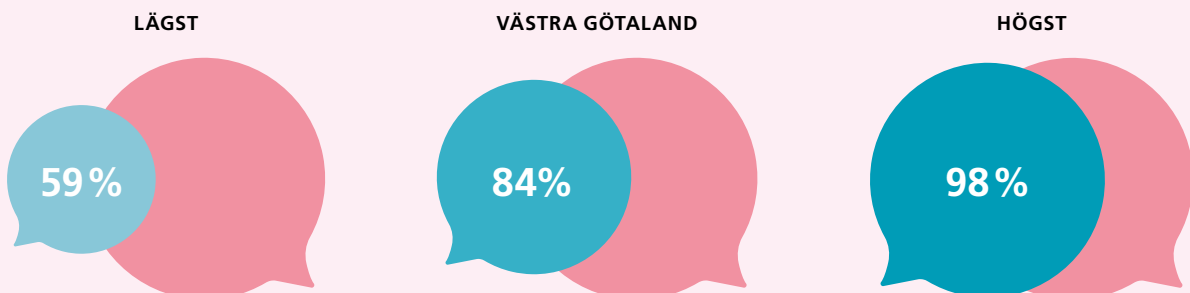
Enskilt föräldrasamtal

Andel barn födda 2020 vars icke födande vårdnadshavare fått ett enskilt föräldrasamtal, per stadsdelsnämnd eller kommun.



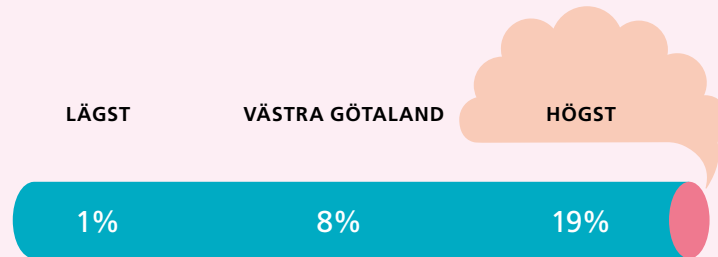
Språkundersökning

Andel genomförda språkscreeningar på BVC för barn vid 2½ års ålder födda 2018 utan anmärkning, per stadsdelsnämnd eller kommun.



Rökning

Andel barn födda 2020 som vid 4 veckors ålder bor tillsammans med någon som röker, per stadsdelsnämnd eller kommun.



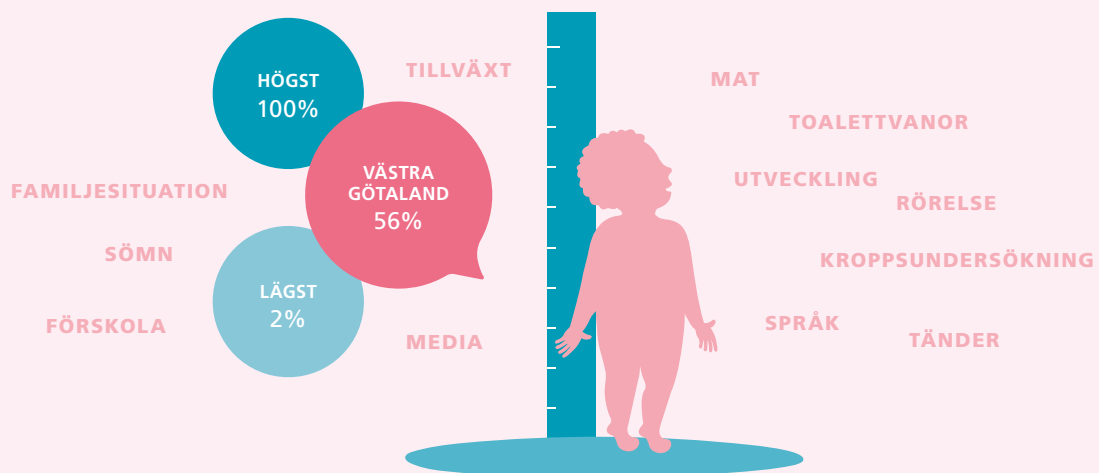
Amning

Andel barn födda 2020 som får bröstmjök vid 4 månaders ålder, per stadsdelsnämnd eller kommun.



Teambesök

Andel barn födda 2018 som fått teambesök vid 3 års ålder, per stadsdelsnämnd eller kommun.



Övervikt och obesitas

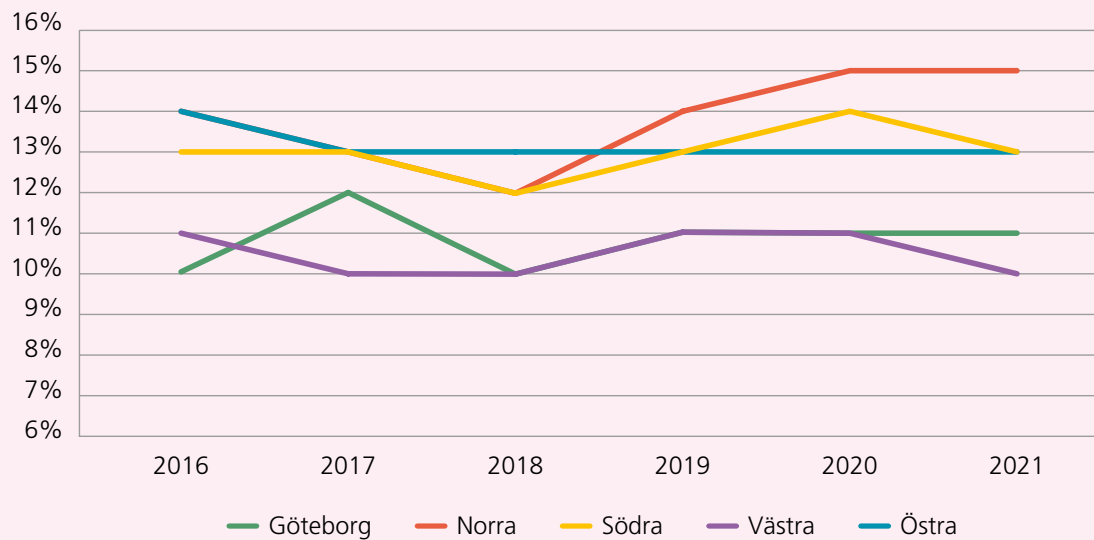
Andel barn födda 2018 med övervikt eller obesitas vid 2,5 års ålder, per stadsdelsnämnd eller kommun.



Andel barn födda 2017 med övervikt eller obesitas vid 4 års ålder, per stadsdelsnämnd eller kommun.



Andel barn som har övervikt eller obesitas vid 4 års ålder och är inskrivna på BVC samt fått hälsobesök vid 4 års ålder, per hälso- och sjukvårdsnämnd.



Vaccination

Andel barn som är vaccinerade, per stadsdelsnämnd eller kommun.

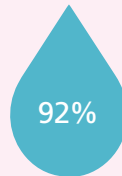
BARN FÖDDA 2020

Mot rotavirus med minst en dos

LÄGST



VÄSTRA GÖTALAND



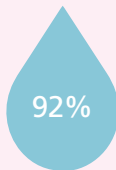
HÖGST



BARN FÖDDA 2019

Mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio, hepatit B och Hib

LÄGST



VÄSTRA GÖTALAND



HÖGST



BARN FÖDDA 2019

Mot mässling, påssjuka och röda hund

LÄGST



VÄSTRA GÖTALAND



HÖGST



När tillräckligt många är vaccinerade mot en sjukdom får den svårare att sprida sig. Då skyddas även de som av olika skäl inte kan vaccinera sig. Det gemensamma skyddet kallas flockimmunitet. Mässling smittar lätt och därför måste vaccinations-täckningen vara hög, cirka 95 procent.

Vårdtyngd och CNI

Alla barn erbjuds hälsobesök och hälsoövervakning samt hälsofrämjande arbete på barnvårdscentralen. Trots ett välutvecklat välfärdssystem och nära allomfattande tillgång till barnhälsovård finns det fortfarande hälsoklyftor bland barn i Sverige.

Barnhälsovårdens nationella program omfattar minst 16 besök för varje barn och bygger på en tredelning. Delarna omfattar universella, selektiva samt indikerade interventioner som utgår från principer om proportionell universalism. Tanken med proportionell universalism är att alla får ta del av alla insatser men graden av insatser måste ökas i proportion till behoven. Skillnaderna i hälsa kan minska om resurser och insatser sätts in på rätt plats vid rätt tillfälle. Trots ett välutvecklat välfärdssystem och nära allomfattande tillgång till barnhälsovård finns det fortfarande hälsoklyftor bland barn i Sverige.

BHV i Västra Götalandsregionen (VGR) har i sitt uppdrag att erbjuda det nationella barnhälsovårdsprogrammet. I vilken omfattning alla delarna erbjuds och genomförs är däremot mycket varierande, även om det förväntas att alla delar erbjuds. För att möjliggöra hälsofrämjande arbete, och att erbjuda mer stöd vid behov, krävs att BHV-programmets universella delar genomförs i stor omfattning så att så många barn som möjligt får tillgång till den vård som de har rätt till och att BHV-sjuksköterskan får möjlighet att erbjuda riktade och indikerade insatser vid behov.

I samtal mellan Central Barnhälsovård och många BVC:er i VGR är upplevelsen att tiden och resurserna ofta inte räcker till på BVC för att kunna genomföra alla de insatser som barn och familjer behöver. Verksamhetsuppföljningen för barnhälsovården i VGR visar samma resultat, att tillgången till de insatser som barnen har rätt till och har behov av inte är tillräcklig. Som ett sätt att mäta möjligheten att genomföra BHV-programmet följs antal

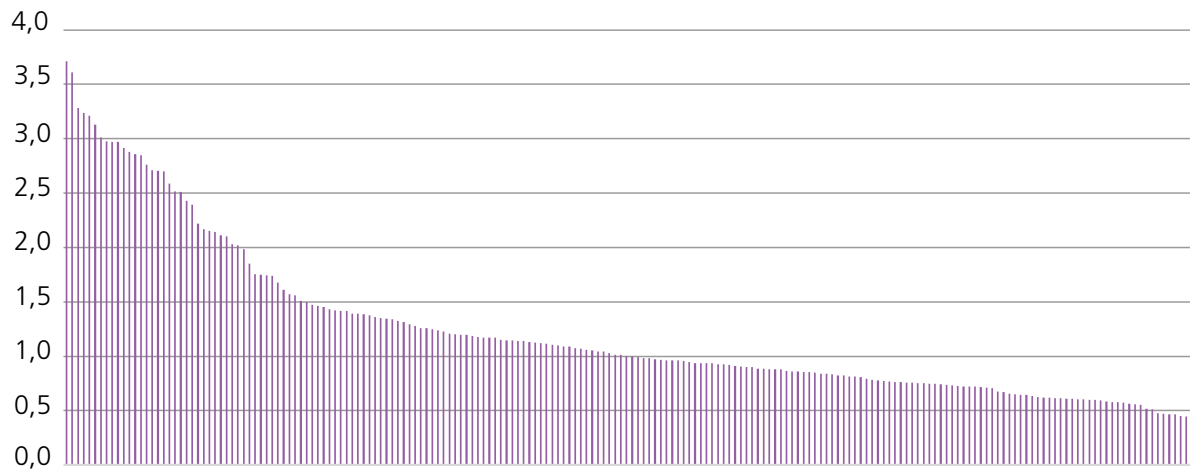
tjänstefaktorer BHV-sjuksköterska per nyfödda. Rekommendationen är att varje BHV-sjuksköterska ska ansvara för maximalt 55 nyfödda barn, som är i relation till alla inskrivna barn på BVC, och att detta tal måste minska vid ökad vårdtyngd.

Det finns många olika sätt att mäta vårdtyngd, för att därefter justera ersättningen. Inom vårdval vårdcentral i Västra Götaland görs detta med flera mått bland annat ålder, vårdtyngd (ACG) och socioekonomi (CNI). Att mäta och analysera vårdtyngd är svårt och för denna korta fördjupning används CNI.

Det verkar finnas tendenser till att BVC:er med ett högre CNI har fler barn som utsätts för tobaksrök i hemmet, vaccineras senare och färre barn som klarar språkscreening. För årsrapporten inom Central Barnhälsovård används data på enhetsnivå, vilket gör det svårare att dra slutsatser om barns hälsa och jämlik vård. Som ett exempel kan Central Barnhälsovård inte i sin årsstatistik följa om det är samma barn som har en förälder som röker, har sämre tillväxt eller inte får sina hälsobesök.

För att kunna illustrera skillnaderna i förutsättningarna för BVC:erna att genomföra sitt uppdrag utifrån socioekonomiska faktorer, visar figuren nedan alla vårdcentraler i VGR och deras Barn-CNI (anpassat CNI utifrån målgruppen barn under 6 år. Detta innebär att variablerna barn under 6 år och ensamstående äldre har tagits bort från indexet, samt att alla variabler är beräknade utifrån barnens vårdnadshavare).

Barn-CNI per vårdcentral i Västra Götaland



För att så bra som möjligt kunna säkra en jämlik och rättvis barnhälsovård i VGR behövs ett pålitligt behovsindex och att resurser styrs utifrån behov. I dagens ersättningsystem till vårdcentralerna finns inte möjlighet att se om de medel som avses till barnhälsovård verkligen används till det.

Språkscreening vid 2,5 år

Språkscreeningen syftar till att tidigt identifiera barn som har stora svårigheter gällande sin språk- och talutveckling. I VGR erbjuds alla barn en språkscreening vid 2,5 och vid 4 års ålder, och måltalet är att 98% av alla barn ska genomgå screeningen.

Fortbildning i metoden för nyanställda och uppföljning för personal som arbetat länge erbjuds regelbundet av Central barnhälsovård. Språkscreeningen syftar till att tidigt identifiera barn som har stora svårigheter gällande sin språk- och talutveckling och som därmed ligger i riskzon för att ha en språkstörning och/eller annan utvecklingsrelaterad funktionsnedsättning. Fler-talet studier gällande barns utveckling visar att bristande tal- och språkutveckling ofta är ett tidigt tecken på olika utvecklingsrelaterade svårigheter, såsom intellektuell funktionsnedsättning, autism och språkstörning. Det tycks också vara så att flera funktionsnedsättningar ofta förekommer samtidig. En tidig identifiering syftar till att uppmärksamma behov av en fördjupad bedömning och därigenom öka möjligheterna till snar och adekvat intervention för barn och familj. Det finns i dag stöd för att tidiga åtgärder för barn med svårigheter gällande kommunikations- och språkförmåga har gynnsamma effekter.

Flera nationella och internationella studier har visat att språkstörning är vanligt förekommande och ses hos ungefär 7–9 % av alla barn. Det har också visats att barn med språkstörning tycks ha en högre risk än barn utan språkstörning, att misslyckas i skolan och nå en lägre grad av sysselsättning i vuxen ålder. En hög andel visar sig också senare i skolåldern få svårigheter med läs- och stavningsförmåga, vilka också visat sig kunna predicera läskunnighet, mental hälsa och yrkeskarriär i vuxen ålder.

Utifrån ett jämlikhetsperspektiv och barnrättsperspektiv, är det oroande att det för år 2021 fortfarande är skillnader mellan och inom områden (kommuner/stadsdelar) i VGR i andel barn som genomfört screeningen. Även om en majoritet av områdena visar på prestationer runt aktuellt måltal, varierar andelen från 73% till 100%. Orsakerna till

variationen och varför alla barn inte genomför screeningen är angelägna att undersöka vidare.

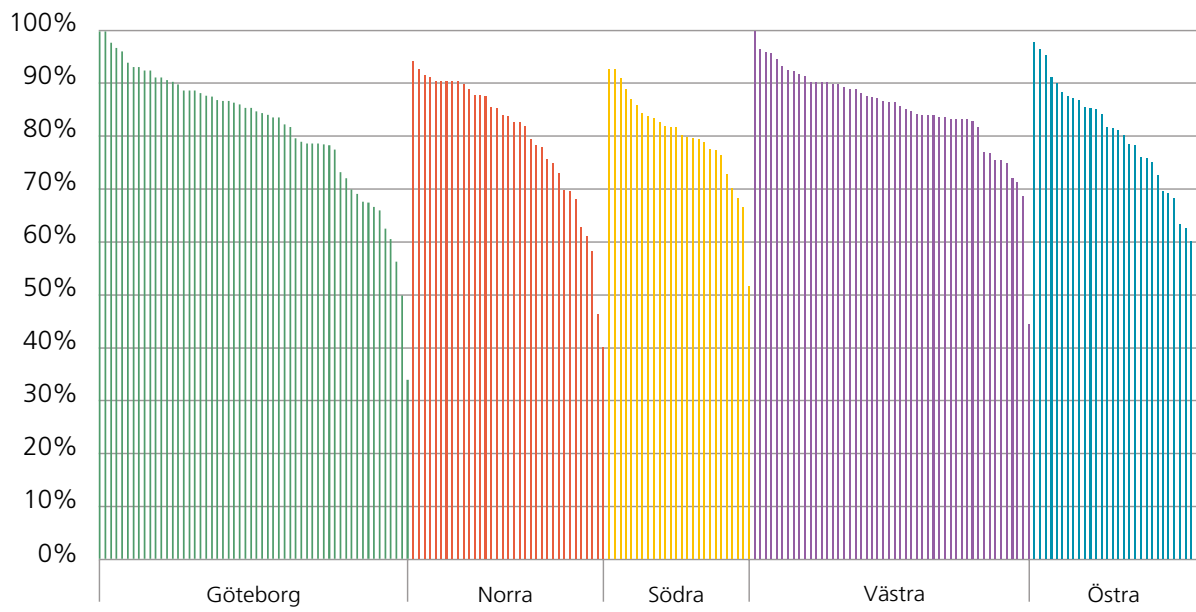
När ett barn inte klarar språkscreeningen erbjuder BHV flera olika åtgärder. En åtgärd kan vara att genom hälso-samtal stötta familjen att stimulera barnets språkliga och kommunikativa utveckling ytterligare, men enligt språkscreeningens metod ska även en remiss till logoped erbjudas. När det gäller andelen barn som klarat språkscreeningen, varierar även den mycket inom och mellan områden. I hela VGR klarar 84% av alla 2,5-åringar screeningen (minimum-maximum 59% - 98%). Fördjupad analys visar att det finns tendenser till samband att i områden med höga CNI-värden (högre vårdtyngd) finns fler BVC:er med en högre andel barn som inte klarar språkscreeningen.

Andelen barn som remitteras till logoped efter screeningen är 7 % i hela VGR, men här finns en stor variation inom regionen på kommun och stadsdelsnivå (mellan 2% - 16%). Utifrån studier som beskriver prevalens för språkstörning med och utan andra samhörande tillstånd, bör förväntad andel barn som erbjuds remiss till logoped vara ca 9%. Det är även angeläget att vidare undersöka variationen i regionen och om det finns samband mellan socioekonomi, tillgång till logoped och remittering till logoped från BVC.

För närvarande pågår ett utvecklingsarbete inom central barnhälsovård i VGR, i samarbete med Göteborgs universitet, för att undersöka BHV-sjuksköterskors erfarenheter och tankar kring eventuella hindrande och underlättande faktorer gällande språkscreeningen vid 2,5 år.

Det är angeläget att logoped lätt finns tillgänglig för konsultation och stöd i bedömningar på BVC.

Andel barn per BVC med en språkscreening Utan anmärkning vid 2,5 års ålder i Västra Götalandsregionen uppdelat per hälso- och sjukvårdsnämndsområde.



Hälsosam vikt- eller BMI-utveckling

Hälsosam vikt- eller BMI-utveckling, handlar om att ett barn ska ha en vikt som varken innebär övervikt och obesitas eller undervikt och svält. Inom barnhälsovården i Västra Götaland följer vi andelen barn med övervikt och obesitas inte bara då barnet är 4 år utan nu för första gången även vid 2½ års ålder.

Andelen 4 åringar med övervikt och obesitas är bekymrande. Fortfarande är andelen högre bland flickor än pojkar. Stora skillnader finns mellan olika kommuner i VGR. Samma fördelning, med större andel flickor, ser vi bland 2½ åringarna men här har vi inga tidigare data att jämföra med. Sedan tidigare vet vi att andelen unga med övervikt eller obesitas ökar med åldern, och i högstadieåldern innebär det vart tredje till fjärde barn. Här utgör pojkarna största andelen.

Vårt uppdrag inom barnhälsovård är att förebygga övervikt och obesitas bland barn och att erbjuda insatser när ökning i BMI startat. Det måste göras genomtänkt och baserad på kunskap. Teambesöket, då barnet är 3 år har en särskild roll för att identifiera de barn som riskerar ohälsa men alla besök inom BHV bidrar till att främja goda levnadsvanor och förebygga övervikt.

Spädbarnets tillväxtpurt 0–6 månader, innebär att många barn ökar mycket i vikt och ofta något även i längd. Barns BMI under denna period och ofta fram till 12–18 månader ligger högt jämfört med senare och är en del av barnets normala tillväxt. I vissa fall skyddar det mot framtida sjukdom.

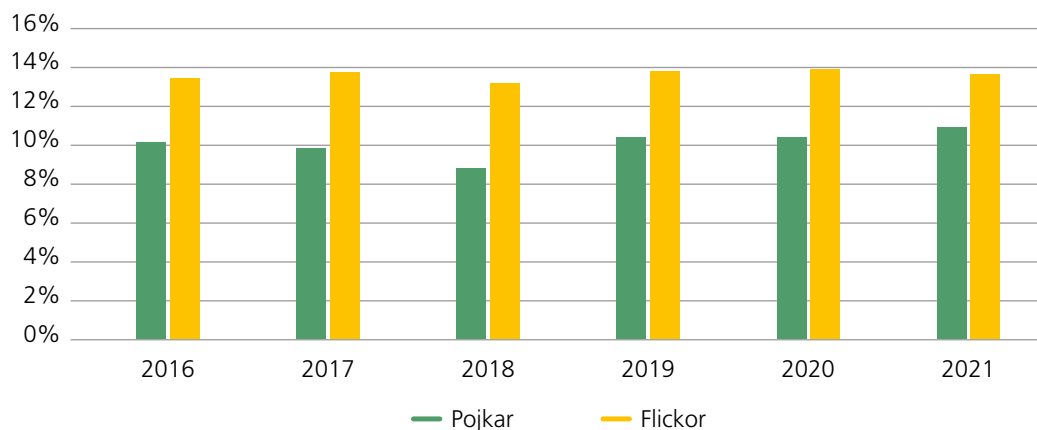
Men det finns riskfaktorer. En stark riskfaktor är ärftlighet. Vetenskapliga evidens för insatser är otillräckliga, men att skydda barn med ärftlig risk kan innebära ett riktat stöd i föräldraskapet. Det kan exempelvis innefatta att stärka föräldern att tolka barnets signaler på hunger och mättnad för att skydda barnet mot att få mat för ofta eller i för stor mängd. Ett annat möjligt skydd, är att efter amning undvika flaskmatning på natten. En ytterligare

riskfaktor är om barnet inte börjar bli slankare mellan 12 och 18 månaders ålder, vilket kan följas på BMI kurvan. Om barnet fortsätter öka i BMI under denna period visar flera studier att risken är stor att barnet hamnar i livslång övervikt och allvarlig obesitas. Ökning av BMI ska inte starta förrän barnet är i 5–8 års ålder.

Hur kan barnhälsovården då arbeta? Erfarenheten är god av att tidigt visa BMI-kurvan för vårdnadshavarna. Inte för att spegla barnets BMI, utan för att visa ur den normala förändringen ser ut. Det underlättar samtal då barnet är 1½, 2½ och 4 år för att kunna stödja om barnet får en ohälsosam BMI ökning. Under denna åldersperiod krävs oftast små insatser för att barnet ska "växa i" sin vikt. Men det handlar om att minska energiintaget. Fysisk aktivitet behövs, men räcker inte. Utan insats fortsätter ökningen ofta med risk för komplikationer och följsjukdomar. Redan när barn kommit upp i skolålder är prognosen sämre vid ett högt BMI, och konsekvenser kan vara försämrad hälsa och ökad risk att gå ut skolan med ofullständiga betyg. Barnhälsovården måste alltså agera, och stöd för hur detta kan göras finns i Rikshandboken.

I dag följer inte barnhälsovården ohälsosam undervikt, vilket ofta har en komplex bakgrund. Särskilt då spädbarnet tappar i längdkanal finns ökad risk för framtida sjukdom. Enbart för lite mat förekommer men det är viktigt att vara uppmärksam på såväl kroppsliga orsaker hos barnet som allvarliga samspelsproblem, våld i nära relationer eller psykiska funktionsnedsättningar hos barn och/eller vårdnadshavare.

Andel pojkar och flickor med övervikt eller obesitas vid 4 års ålder i Västra Götaland



Vaccinationstäckning och acceptans

Vaccination är en av de viktigaste medicinska insatserna som varje år globalt räddar två till tre miljoner liv. Vaccinationer har dessutom potentialen att förhindra ytterligare 1,5 miljoner dödsfall om alla barn skulle ha samma tillgång till vaccination som barn i Sverige.

Barnvaccinationsprogrammet syftar till att skydda både individ och samhälle från infektioner som trots modern vård är allvarliga och ibland livshotande. När s.k. flock- eller samhällsimmunitet uppnås skyddas grupper som inte själva kan vaccineras, tex spädbarn och immunned-satta. För mässling krävs en vaccinationstäckning på cirka 95 % i befolkningen för att uppnå flockimmunitet.

En hög vaccinationstäckning är en förutsättning för att sjukdomar, som mässling, inte ska spridas lokalt vid ett utbrott.

Under covidpandemin har många länders barnvaccinationsprogram inte kunnat genomföras, varför risken för att vi genom resande ska få sjukdomsfall i Sverige är hög.

Tveksamhet till vaccination har sedan 2019 funnits på WHO:s lista över de 10 största hoten mot global hälsa. Sverige har en stabil och hög vaccinationstäckning generellt och barnvaccinationsprogrammet har visat sig vara hållbart även under pandemin. Vaccinationstäckningen bland barn som enligt schemat skulle ha vaccinerats 2020 är på samma höga nivå som bland de som vaccinerades under tidigare år. Anslutningen till vaccinationsprogrammet fortsätter att vara hög: 97 procent av alla 2-åringar är fullvaccinerade.

Vi kan dock i årets statistik för VGR notera att det finns områden där vaccinationstäckningen, framför allt mot mässling- påssjuka- röda hund är för låg för att det ska finnas en pålitlig immunitet i samhället.

Mässling är en mycket smittsam virusjukdom. Komplikationer är vanliga och kan i sällsynta fall vara livshotande. Risken för komplikationer är högre bland barn under 5 år.

Tabell från Folkhälsomyndigheten för Vaccinations-täckning i % hos 2-åringar.

Vaccination mot	2016	2017	2018	2019	2020
Difteri	97,5	97,3	97,4	97,5	97,3
Stelkramp	97,5	97,4	97,4	97,5	97,3
Kikhosta	97,5	97,3	97,4	97,5	97,3
Polio	97,5	97,3	97,3	97,5	97,3
Hib	97,4	97,2	97,3	97,5	97,2
Pneumokocker	96,6	96,5	96,8	97,1	97,0
MPR	96,7	96,7	97,0	97,2	97,1

Orsakerna för att avvakta med eller avstå från vaccination är komplexa och är beroende av sitt sammanhang; det varierar med situation, person och vaccin. Många kan vara osäkra eller ha frågor inför en vaccination – även de som tackar ja. Barnhälsovården har generellt ett högt förtroende i befolkningen och är en trovärdig samtalspartner i dialog kring vaccination. Hela barnhälsovårdsprogrammet bygger på ett hälsofrämjande synsätt.

CBHV har i samverkan med Folkhälsomyndigheten samt bland annat BVC, familjecentral och smittskydd i VGR startat ett projekt. Syftet är att undersöka attityder, synpunkter och behov kring barnvaccinationsprogrammet i områden där deltagande i programmet är mindre än genomsnittet samt att öka kunskapen om vaccinationer hos de som arbetar med barn i området. Det utgår från ett WHO-baserat arbetssätt. Målet är att efter analys av behov kunna implementera hållbara och inkluderande verktyg för att arbeta med vaccination.

Fokus på vaccinationer har blivit tydligt senaste åren, inte minst med anledning av de nya vaccinerna mot covid-19 och en god och aktuell kunskap inom barnhälsovården är nödvändig.

Ansvariga för rapporten

Ansvariga för rapporten är Central Barnhälsovård i Västra Götalandsregionen.

Kontakt: regionhalsan.central.barnhalsovard.gbgsobo@vgregion.se

Läs gärna mer här:

Central Barnhälsovård Västra Götaland

<https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/central-barnhalsovard/>

Vägledning för barnhälsovården. Socialstyrelsen (2014).

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-4-5.pdf>

Verksamhetsbeskrivning för barnhälsovården inom Västra Götalandsregionen

<https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/rhs3450-1856953649-256/surrogate/Verksamhetsbeskrivning%20f%c3%b6r%20barnh%c3%a4lsov%c3%a5rden%202021-02.pdf>



