



<http://www.diva-portal.org>

This is the published version of a paper published in *Läkartidningen*.

Citation for the original published paper (version of record):

Tell, J., Magnusson, M., Lindfors, A. (2011)

Stora skillnader i svensk barnhälsovård: Barnhälsovårdsenheterna avgör själva-
oroande att nationellt program saknas

Läkartidningen, 108(35): 1618-1621

Access to the published version may require subscription.

N.B. When citing this work, cite the original published paper.

Permanent link to this version:

<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:bth-17319>

Stora skillnader i svensk barnhälsovård

Barnhälsovårdsenheter avgör själva – oroande att nationellt program saknas

MARGARETHA MAGNUSSON, med dr, vårdutvecklare, Barnhälsovårdens länsavdelning, Akademiska barnsjukhuset, Uppsala; Uppsala universitet margaretha.magnusson@kbh.uu.se

mag, vårdutvecklare, Barnhälsovårdsenheten, Södersjukhuset, Stockholm
JOHANNA TELL, fil mag, barnhälsovårdssamordnare, hälsovals-enheten, Blekingesjukhuset, Karlskrona

Sverige har en lång tradition av att tidigt förebygga och upptäcka hälsoproblem hos barn. Redan på 1700-talet gav Rosén von Rosenstein [1] hälsoråd till föräldrar i almanackorna. I början av 1900-talet blev Morits Blumenthal [2] inspirerad av de franska »Goutte de lait«, som var en verksamhet som framför allt syftade till att främja amning och ge råd om uppfödning av spädbarn och hygien. De svenska Mjölkdroppenföreningarna blev föregångare till dagens barnavårdscentraler, som riksdagen beslöt att införa år 1938.

I begynnelsen omfattade verksamheten främst spädbarn. På 1960-talet kom barnhälsovården att omfatta hälsoövervakning av alla förskolebarn. Med hälsoövervakning avses en återkommande kartläggning av barnets situation i familjen och dess miljö, utvecklingsanamnes och status samt observation och utvecklingsbedömning. Den svenska barnhälsovården är uppskattad och när så gott som 100 procent av alla förskolebarn [3]. Barnhälsovården syftar till att främja barns hälsa och utveckling genom hälsoövervakning, hälsovägledning, vaccination och föräldrastöd och är således en viktig aktör i folkhälsoarbetet [4]. Utgångspunkten är generella insatser som når alla för att minska sociala skillnader i hälsa [5].

År 1979 gjordes en barnhälsovårdsutredning [6] då primärvårdsidén »från vaggan till gravan« introducerades, och ett flertal distriktssköterskor fick överta såväl barnhälsovård som hemsjukvård. Detta innebar att barnhälsovården på sina håll marginaliserades, eftersom distriktssköterskorna hade få barn i sina distrikt. Därför gjordes en ny utredning 1991 [7] som ledde till kvalitetsskriften »Att skydda skyddsnetet« [8], där det betonades att man inte ska ha ett för stort eller för litet barnunderlag i sin tjänst. Samtidigt gav Socialstyrelsen ut allmänna råd om »Hälsoundersökningar inom barnhälsovården« [9]. Dessa råd har legat som underlag fram till år 2008. Därefter har det inte funnits något offentligt dokument som reglerat barnhälsovårdens verksamhet.

Nya riktlinjer för barnhälsovårdsarbetet behövs

Det föds runt 115 000 barn per år, och det är lätt att tro att alla barn i Sverige erbjuds likvärdig barnhälsovård enligt ett gemensamt program. Målet för hälso- och sjukvården är god häl-

»... det är lätt att tro att alla barn i Sverige erbjuds likvärdig barnhälsovård enligt ett gemensamt program.«

sa och vård på lika villkor, och det övergripande målet för folkhälsan är att skapa samhälleliga förutsättningar för detta [10, 11]. Vi har också lagar och konventioner som ska garantera att vi får en jämlik och jämställd hälso- och sjukvård. En jämlik hälsovård innebär en dimensionering så att alla barn får en optimal hälsovård utifrån sina förutsättningar och behov [11, 12].

År 1999 genomfördes en state-of-the-art-konferens anordnad av Medicinska forskningsrådet. I det dokument som producerades framhölls att de första två levnadsåren skulle stå i centrum för barnhälsovården, att barnfamiljerna skulle vara aktivt deltagande och att icke-evidensbaserade inslag skulle ses som provisoriska [13]. I samband med detta arbete gjordes en kartläggning av hur barnhälsovården bedrevs i landet [14]. Slutsatsen av detta arbete var att det endast förekom små variationer i de olika regionerna.

Fram till år 2008 reglerade allmänna råd från Socialstyrelsen barnhälsovårdsprogrammet [9]. Anledningen till upphävandet av dessa råd meddelades vara att skriftens innehåll var föråldrat [15]. I dag har Socialstyrelsen inte några riktlinjer för hur barnhälsovårdsarbetet ska bedrivas. Emellertid har Socialdepartementet i ett regleringsbrev gett Socialstyrelsen i uppdrag att tillse att vägledningar, rekommendationer och kunskapsöversikter för barnhälsovård finns utarbetade, tillgängliga och uppdaterade [16].

Innan Socialstyrelsen hade fått detta regleringsbrev hade professionen vid landstingens centrala barnhälsovårdsenheter, främst sjuksköterskor, läkare och psykologer, initierat ett arbete med att ta fram riktlinjer. Arbetet inleddes med en ny kartläggning år 2010, vilken ligger till grund för denna studie och för det fortsatta arbetet med att ta fram ny vägledning och riktlinjer för barnhälsovården.

SYFTE

Syftet med studien har varit att undersöka om barnhälsovårdsprogrammet i Sverige är jämlikt och vilka metoder för hälsoövervakning som erbjuds i det generella basprogrammet.

METOD

Ett webbaserat frågeformulär sändes till alla 36 barnhälsovårdsenheter i Sverige. Sedan kartläggningen år 1999 [14] har

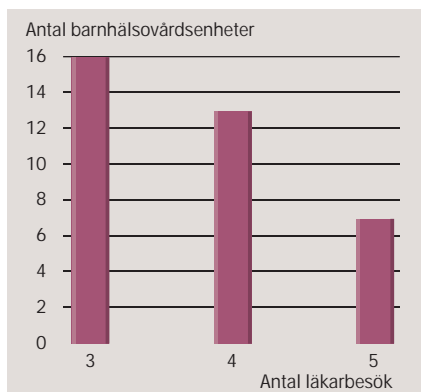
■ sammanfattat

I dag saknas ett nationellt program för barnhälsovården. Professionen har startat ett arbete, och Socialdepartementet har i ett regleringsbrev för 2009 givit Socialstyrelsen i uppdrag att tillse att vägledningar, rekommendationer och kunskapsöversikter för barnhälsovård finns utarbetade, tillgängliga och uppdaterade.

Våren 2010 skickades ett webbaserat frågeformulär till

samtliga barnhälsovårdsenheter i Sverige i syfte att undersöka om barnhälsovårdsprogrammet är jämlikt och vilka metoder för hälsoövervakning som erbjuds i det generella basprogrammet.

Trots att den svenska barnhälsovården ofta beskrivs som generell och likartad, visar resultatet att det finns stora skillnader i landet vad gäller såväl utbud och metoder som uppföljning.



Figur 1. Antal barnhälsovårdsenheter som erbjuder 3, 4 eller 5 läkarbesök per barn under förskoleåldern.

Vissa landsting har 1 enhet: Jämtland, Västerbotten, Uppsala, Sörmland, Östergötland, Jönköping, Kronoberg, Gotland, Blekinge, Halland, Värmland, Örebro, Västmanland och Dalarna. Andra landsting har fler än 1 enhet: Kalmar (2), Gävleborg (2), Västernorrland (2), Skåne (5), Västra Götaland (5) och Stockholm (5, lokaliserade på 2 platser). Norrbotten hade 2 enheter som höll på att omorganiseras till 1 enhet, och de gav ett svar tillsammans.

Frageformuläret bestod av information om organisatoriska frågor, hälsoövervakningsprogrammet, bedömning av syn, hörsel och språk, föräldrastöd, samverkan och datoriserad barnhälsovårdsjournal. Två påminnelser gjordes via e-post och därefter en via telefon. Detta resulterade i att alla 36 områden, 100 procent, besvarade frågeformuläret.

Data bearbetades i programmet Excel.

RESULTAT

Barnhälsovårdens kontaktutbud. Basprogrammet anger det utbud av barnhälsovård som erbjuds samtliga barnfamiljer under förskoleåren. Därutöver erbjuds kontakt med riktade undersökningar och stöd utifrån barnets och föräldrarnas behov. Resultatet visar att basprogrammen enbart i vissa delar är lika i Sverige. BVC-sjuksköterskan träffar barnfamiljer i hemmet och på mottagningen ett flertal gånger under barnets första levnadsår. Samtliga landsting i Sverige erbjuder ett hembesök till alla nyfödda barn.

Hembesök till adoptivbarn erbjuds i 89 procent av områdena och till nyinflyttade barnfamiljer i 47 procent. Ett anpassat basprogram för adoptivbarn erbjuds av 67 procent, och riktlinjer för omhändertagande av asyl- och flyktingbarn finns i 61 procent av områdena.

Vårdprogram för barn med fetma och övervikt förekommer i 89 procent och rekommendationer för samtal om alkohol i 94 procent av områdena.

Antalet läkarbesök som ett barn erbjuds varierar från 3 till 5 under barnets första 6 levnadsår (Figur 1). Figur 2 visar vid vilka åldrar barn erbjuds läkarbesök enligt respektive barnhälsovårdsenhets basprogram. Med få undantag följs Socialstyrelsens basprogram för vaccinationer.

Föräldrastöd. Föräldrastöd på BVC erbjuds både individuellt och i grupp [4]. Den metod som i dag används för generellt föräldrastöd i grupp under barnets första levnadsår utgår från den svenska modell som byggdes upp under 1980-talet [17]. Utöver denna förekommer spädbarnsmassage [18] (72 procent) och International Child Development Programmes

(ICDP) [19] (52 procent) i områdena. I cirka en tredjedel av områdena förekommer föräldragrupper även efter det att barnet fyllt 1 år. Riktat föräldrastöd i grupp förekommer i 89 procent av områdena, tex till unga föräldrar, icke-svensktalande föräldrar och till föräldrar med tvillingar, adopterade barn och prematura barn.

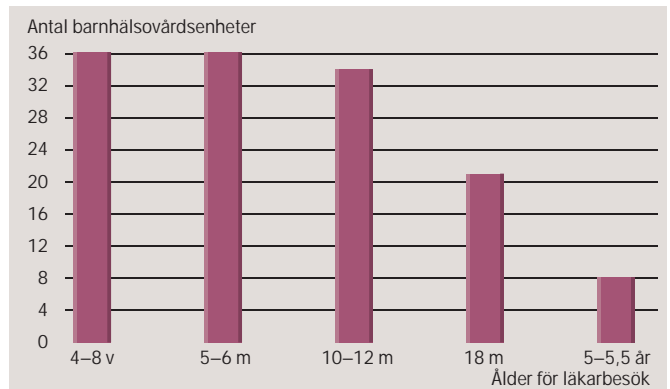
För att tidigt (6 till 8 veckor post partum) identifiera mödrar med depressiva symtom och i syfte att undanröja hinder för ett gott samspel används Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) som screening [20]. I 86 procent av områdena är mer än 50 procent av sjuksköterskorna utbildade i metoden och använder den. Av de sjuksköterskor som erbjuder EPDS erbjuder 32 procent screening till alla mödrar och 68 procent till enbart svensktalande mödrar. De mödrar som har behov av ytterligare stöd erbjuds samtal med BVC-sjuksköterska i 72 procent och med psykolog inom barnhälsovården i 25 procent av områdena.

Synbedömning. I hela landet erbjuds alla barn en synundersökning vid 4 års ålder. Som Tabell I visar är den mest använda metoden HVOT (Hooper visual organization test) [21]. I två områden används LEA-symboler [22] respektive Snelens E [23]. Vid 4 års ålder varierar kriteriet för remiss till ögonspecialist från synskärpa 0,65 till 0,8. I en fjärdedel av områdena synprövas barnen även vid 5 års ålder med HVOT, och remisskriteriet varierar där från synskärpa 0,8 till 1,0.

Hörselbedömning. Hörselscreening med otoakustisk emission (OAE) [24] av nyfödda erbjuds i hela Sverige. Utöver OAE erbjuds lokala formulär för föräldrafrågor (50 procent), BOEL-test (31 procent) [25] eller annat distraktionstest (12 procent) vid 8 till 10 månaders ålder. I två områden (6 procent) erbjuds ingen generell bedömning efter nyföddhetsperioden, och i 27 procent av områdena ingen bedömning efter 8–10 månaders ålder. Lekaudiometri vid 4 års ålder erbjuds i 67 procent av områdena.

Språkbedömning. Vid 2,5 alternativt 3 års ålder erbjuds alla barn i Sverige en språkbedömning av BVC-sjuksköterskan. Det är två evidensbaserade metoder som används: vid 2,5 år (Miniscalco) [26] respektive vid 3 år (Westerlund) [27]. Som Tabell II visar är det 24 områden, 67 procent, som använder de evidensbaserade screeningmetoderna vid 2,5 alternativt 3 år. Övriga, 33 procent, använder sig av dessa metoder i modifierad form eller av helt andra metoder.

Barnhälsovårdsjournalen. Drygt hälften (53 procent) av



Figur 2. Antal barnhälsovårdsenheter som i sitt basprogram erbjuder läkarbesök vid 4–8 veckor, 5–6 månader, 10–12 månader, 18 månader och 5–5,5 år.

TABELL I. Synbedömning vid 4 och 5–5,5 år. HVOT = Hooper visual organization test.

Erbjuder synprovning, antal barnhälsovårdsenheter	4 år		5–5,5 år	
	N = 36 (100 %)		n = 8 (22 %)	
Metod	HVOT, N=34 (94 %)	Annan, n=2 (6 %)	HVOT, n=8 (100 %)	Annan
Remisskriterium, synskärpa (% barnhälsovårdsenheter)	0,65 (53 %)	0,8 (47 %)	0,65 (100 %)	0,8 (0 %)
	0,8 (3)	1,0 (4)	Uppgift saknas (1)	0

områdena använder sig av en datoriserad barnhälsovårdsjournal.

DISKUSSION

Barnhälsovårdsenheterna har ett välfungerande nätverk sinsemellan, vilket kan vara en anledning till den höga svarsfrekvensen (100 procent) i vår undersökning. Detta innebär att resultatet ger en god bild av hur de svenska barnen och deras föräldrar erbjuds ett hälsoövervakningsprogram. Emellertid är det den enskilda enheten som gjort en generell bedömning av sitt verksamhetsområde. Inom varje område kan det finnas skillnader. När det gäller basprogrammet rapporteras data utifrån varje områdes rekommenderade program. Hur programmen efterföljs efterfrågades inte i enkäten. Områdena är olika stora när det gäller antal barn och barnvårdscentraler. Varje område har i denna undersökning dock fått lika stor vikt.

Trots att den svenska barnhälsovården ofta beskrivs som generell och likartad visar resultatet av denna undersökning att det finns stora skillnader i såväl utbud och metoder som uppföljning i landet. Detta skiljer sig i dag från den nationella kartläggning som gjordes år 2000 [14], där man konstaterade att det fanns endast små variationer. Precis som tidigare träffar barnen och deras familjer sjuksköterskan på BVC vid ungefär samma åldrar i hela landet. Hembesök till nyfödda barn och deras familjer rekommenderas i samtliga områden.

Resultatet visar att riktlinjer för hembesök till nyinflyttade barn och nyanlända adoptivbarn varierar över landet.

Svenska studier visar att hembesök ger en god möjlighet att identifiera riskbarn och familjer i behov av extra stöd [28]. Det har också visat sig att mödrar som fått hembesök tyckte att de fick prata mer i lugn och ro med BVC-sjuksköterskan, fick en mer jämbördig relation och var mer nöjda med amningsrådgivningen [29]. En nyligen publicerad svensk studie hänvisar till ett flertal utländska undersökningar, som påvisar goda effekter av program med mer frekventa hembesök till riktade grupper [30]. Samma studie visar att antalet hembesök till målgruppen sjunker, trots att BVC-sjuksköterskor anser att

hembesök är en av barnhälsovårdens främsta hälsofrämjande metoder.

Kanske är det så att utökad föräldrastöd i hemmet är en arbetsmetod att prioritera i framtiden och att vi snarast behöver insatser för att vända trenden med minskad hembesöksfrekvens.

År 2008 presenterades ett anpassat basprogram för adoptivbarn i »Rikshandboken för barnhälsovård« [31]. Nu 2 år senare erbjuder 67 procent av områdena detta riktade stöd till adoptivfamiljerna. Detta visar att när professionen själv prioriterar ett område, kan det gå snabbt att sprida och implementera nya rutiner.

Antalet läkarbesök varierar från 3 till 5 per barn i förskoleåldern. Detta kan bero på flera faktorer. En svensk studie [32] som bedömde utfall av nyupptäckta åtgärdsgrundade hälsoproblem fram till 18 månaders ålder visade att läkarundersökning efter 6 månader hade begränsat värde. Vi ifrågasätter om läkarens roll i barnhälsovården endast är att upptäcka somatiska hälsoproblem. För att kunna både identifiera och stödja barn med svårigheter i sin uppväxtmiljö, utvecklingsavvikelse eller psykosociala problem krävs ett socialpediatriskt förhållningssätt i hela barnhälsovårdsteamet.

Läkarens roll i det hälsofrämjande arbetet är i dag starkt underutnyttjad och bör stärkas. Kan det vara så att folkhälsomålens intentioner [33] är bättre förankrade i områden där man har kvar 5 läkarundersökningar under förskoleåldern? Samtidigt kan man fundera över om det skulle finnas mer tid och möjlighet för hälsovägledning och föräldrastöd vid 1- och 5,5-årsbesöken om inte tid måste avsättas för en somatisk läkarundersökning.

Metoder för föräldrastöd i grupp vilar på den modell som togs fram då föräldrautbildning infördes på 1980-talet. Överensstämmer modellen fortfarande med de behov som dagens barnfamiljer har? Barnhälsovårdens gruppverksamhet har blivit kritiserad för att inte nå pappor i tillräckligt stor utsträckning [34]. Avsaknad av utvärderingar har bidragit till att effekten av verksamheten har ifrågasatts, och mer strukturerade program har föreslagits [35]. I likhet med professionens egen kartläggning av det tidiga föräldrastödet inom mödra- och barnhälsovården [36] anser vi att det finns ett behov av att utvärdera och utveckla det befintliga generella föräldrastödet i grupp, anpassat till dagens föräldrar, inte att ersätta det med föreslagna strukturerade program som tagits fram utifrån familjer med specifika problem.

Arbetet med att tidigt identifiera svensktalande mödrar med depressiva symtom är omfattande i de flesta områden. Trots att EPDS i dag finns översatt och validerad till ett tjugo-

»Läkarens roll i det hälsofrämjande arbetet är i dag starkt underutnyttjad och bör stärkas.«

TABELL II. Språk och talbedömning vid 2,5 alternativt 3 år. Siffrorna anger antal barnhälsovårdsenheter.

Metod	Ålder		Totalt, N=36
	2,5 år, n = 15	3 år, n = 21	
Språkscreening vid 2,5 år (Miniscalco)	10		10
Språkscreening vid 3 år (Westerlund)		14	14
Språkscreening vid 2,5 år – modifierad	4		4
Språkscreening vid 3 år – modifierad		3	3
Annan	1	4	5
Totalt	15	21	36

»Vi är bekymrade över att det i dag inte finns något officiellt dokument som reglerar Sveriges barnhälsovård.«

tal språk [31], är det endast 32 procent av områdena som erbjuder screening till andra än svensktalande mödrar. För att barnhälsovården ska leva upp till hälso- och sjukvårdslagens intention »lika vård på lika villkor«, och även omfatta mödrar i behov av tolk, behövs både metodutveckling och ökade resurser samt attitydförändring hos BVC-personal.

Hur barns synskärpa bedöms skiljer sig i avseende på metod, ålder och remisskriterier. Riktlinjer finns utarbetade av professionen och publicerade i rikshandboken [31]. Beror de olika remisskriterierna på ögonklinikernas varierande resurser? Vad gäller hörselscreening är det glädjande att samtliga områden genomför OAE på nyfödda, men därefter skiljer sig screeningen i flera avseenden. I två områden erbjuds inte generell hörselundersökning efter nyföddhetsperioden. Vilken betydelse dessa olikheter i syn- och hörselbedömning har och huruvida skillnaderna beror på avsaknad av evidensbaserad kunskap är centrala frågor. Här behövs en kunskapsöversyn.

Vid state-of-the-art-konferensen 1999 [13] poängterades betydelsen av att icke-evidensbaserade metoder ses som provisoriska. Därför är det anmärkningsvärt att de två svenska evidensbaserade metoder som finns för språkscreening vid 2,5 respektive 3 års ålder används i endast 67 procent av områdena. Vi ställer oss frågande till vad som föranleder de övriga 33 procent av områdena att göra förändringar i en evidensbaserad metod.

Trots mångårigt förarbete och god tillgång till modern teknik är det endast drygt hälften av områdena som har en daterad barnhälsovårdsjournal. Patientsäkerheten vid användning av pappersjournal kan ifrågasättas, och möjligheten till verksamhetsuppföljning försvåras. Samtidigt finns en omfattande kritik mot de i dag existerande daterade barnhälsovårdsjournalerna, som anses ge dålig överblick och sak-

na kvalitativt goda system för verksamhetsuppföljning. Vårdvalets införande med ökad frekvens av kopiering och överflyttning av journaler mellan vårdgivare har ytterligare visat på behovet av datoriserad barnhälsovårdsjournal där olika system kan kommunicera med varandra.

Vi ställer oss frågande till om »barnets bästa« varit ledstjärna när det gäller journalhantering inom barnhälsovården i vårt land i dag.

För att kunna mäta om en jämlik barnhälsovård [11, 12] erbjuds krävs ett nationellt kvalitetsregister som ger möjlighet att göra öppna jämförelser avseende barns hälsa och den hälsoövervakning som erbjuds och genomförs. I denna undersökning får vi svar på vilken hälsoövervakning som erbjuds i olika geografiska områden, men vi vet inte hur programmen efterföljs. Man kan fundera över om och hur barnhälsovårdens utbud och kvalitet varierar mellan olika vårdcentraler och även mellan olika BVC-sjuksköterskor.

Till skillnad från Kornfälts [14] undersökning år 2000 visar resultatet av denna undersökning att delar av basprogrammet i barnhälsovården är likartade i landet, medan stora delar skiljer sig åt.

Vi är bekymrade över att det i dag inte finns något officiellt dokument som reglerar Sveriges barnhälsovård. I en tid där ekonomiska styrmedel fått ökad betydelse för varje enskild vårdgivare är vi oroliga för att det långsiktiga hälsofrämjande arbetet på BVC ännu mer ska få stå tillbaka till förmån för mer kortsiktiga sjukdomsorienterade åtgärder.

Vi är därför angelägna om att det pågående arbetet, som sker i samarbete mellan Socialstyrelsen och Sveriges barnhälsovårdsenheter, leder till ett nytt vägledningsdokument grundat på evidensbaserad kunskap och beprövad erfarenhet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Kommentera denna artikel på Lakartidningen.se

REFERENSER

- Stenhammar AM, Ohrlander K, Stark U, Söderlind I. Mjölkdroppen – filantropi, förmynderi eller samhällsansvar? Oskarshamn: Föreningen Mjölkdroppen och Carlssons förlag; 2001.
- Commission on Social Determinants of Health [CSDH]. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
- Socialstyrelsen. Hälsoundersökningar inom barnhälsovården. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991:8. Stockholm: Allmänna förlaget; 1991.
- Tillägg till hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). SFS 1997:142.
- Socialdepartementet. En förnyad folkhälsopolitik. Prop. 2007/08:110.
- UNICEF. FN:s konvention om barnets rättigheter. Artikel 24. 1989.
- Barnens rätt till hälsa och sjukvård.
- Medicinska forskningsrådet. Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa – en analys av möjligheten och begränsningar i ett framtidsperspektiv. A state of the art document. 1999.
- Kornfalt R. Survey of the pre-school child health surveillance programme in Sweden. Acta Paediatr Suppl. 2000;89(434):2-7.
- Översyn av Socialstyrelsens författningssamling, SOSFS. Socialstyrelsens meddelandeblad, februari 2009. Art nr 2009-126-77.
- Wickberg B, Hwang P. Counselling of postnatal depression: a controlled study on a population based Swedish sample. J Affect Disord. 1996;39:209-16.
- Hooper H. Hooper visual organization test (HVOT). Los Angeles: Western Psychological Services; 1983.
- Hergils L. Ny metod upptäcker medfödda hörselnedsättningar. Spädbarn screenas genom mätning av otoakustiska emissioner. Läkartidningen. 1999;96(10):1166-8.
- Miniscalco Mattson C, Märild S. Evaluation of a language-screening programme for 2,5-year-olds at Child Health Centres in Sweden. Acta Paediatr. 2001;90:339-44.
- Westerlund M, Sundelin C. Can severe language disability be identified in three-year-olds? Evaluation of a routine screening procedure. Acta Paediatr. 2000;89(1):94-100.
- Almquist-Tangen G, Bergström M, Lindfors A, Holmberg L, Magnusson M. Minskat antal hembesök inom barnhälsovården. Sjuksköterskornas attityder avgörande för hur verksamheten utvecklas. Läkartidningen. 2010;107(47):2968-71.
- Bergmark K, Birgander M, Delvert J, Ernstsson L, Jonsell R, Nevander G, et al. Barnhälsovård vid adoption. [Citerat 31 maj 2011]. <http://www.growingpeople.se/templates/Handbookref.aspx?id=21891>
- Magnusson M. Barnhälsovård. Studier av effektivitet och föräldratillfredsställelse [dissertation]. Uppsala: Uppsala universitet; 1999.
- Sveriges elva folkhälsomål. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
- Socialdepartementet. Föräldrastöd – en vinst för alla. Nationell strategi för samhällets stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap. SOU 2008:131.
- Collberg P, Gunnarsson E, Johansson M, Köhler M, Magnusson M, Petersson K, et al. Tidigt föräldrastöd – en fördjupad beskrivning och analys av det tidiga föräldrastödet inom mödra- och barnhälsovården. November 2007. [Citerat 31 maj 2011]. http://www.webbhotell.sll.se/Global/Bhv/Dokument/Rapporter/Tidigt_foraldrastod.pdf