

Nationellt hälsoprogram för barn och unga

Kunskapsstöd: föräldraskapsstöd

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2026-8-10381

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, augusti 2026

Innehåll

Del 1: Inledning	5
Del 2: Kunskapsstödet syfte.....	7
Tryggt, tillgängligt och inkluderande föräldraskapsstöd.....	7
Nuvarande föräldraskapsstöd förstärkt med fyra nya rekommendationer	7
Tidiga insatser inom mödra- och barnhälsovård	8
Socialtjänstens förebyggande uppdrag genom hela uppväxten	8
Förskola, skola och elevhälsa – verksamheter för föräldraskapsstöd	9
Tandvårdens förebyggande roll i föräldraskapsstöd	9
Civilsamhället kompletterar det offentliga föräldraskapsstödet.....	9
Övriga föräldraskapsstödjande insatser i samhället	10
Kunskapsstödet utgångspunkter och innehåll.....	10
Del 3: Rekommenderade insatser.....	12
Område 1: Föräldraskapsstöd till blivande föräldrar	12
Område 2: Föräldraskapsstöd till alla föräldrar till barn i åldern 0–5 år. 17	
Område 3: Föräldraskapsstöd i grupp till alla föräldrar till barn i åldern 0–18 år	30
Del 4: Förutsättningar för att införa insatserna.....	35
Förändringar som rekommendationerna kan medföra	35
Gemensamma förutsättningar för genomförande – mödrahälsovård, barnhälsovård och socialtjänsten.....	37
Specifika förutsättningar för att genomföra insatserna inom mödrahälsovården.....	41
Specifika förutsättningar för att genomföra insatserna inom barnhälsovården	42
Specifika förutsättningar för att genomföra insatserna inom den förebyggande socialtjänsten.....	43
Del 5: Kunskapsunderlag	44
Barnets rättigheter och betydelsen av föräldraskapsstöd	44
Prioriterade fokusområden för föräldraskapsstöd.....	45
En god föräldra-barnrelation är grunden för barns hälsa och utveckling	46
Faktorer som bidrar till en god föräldra-barnrelation.....	47
Fyra centrala områden i fungerande föräldrasamarbete.....	48

Föräldrars engagemang och dess betydelse för barns hälsa och utveckling	49
Förutsättningar för en god föräldra-barnrelation och aktivt föräldraengagemang	49
Föräldraskapsstödet syfte och betydelse	50
Föräldraskapsstöd i regioner och kommuner	51
Kunskapsläge för de nya rekommendationerna.....	53
Metod	62
Del 6: Deltagare i arbetet med kunskapsstödet	88
Projektgrupp – rekommendationer	88
Andra medverkande under projektet	89
Arbetet med kunskapsunderlaget för rekommendationerna	89
Rekommendationsgrupp	90
Referenser.....	91
Bilaga: Aktuellt vetenskapligt stöd för föräldraskapsstödjande program och insatser på universell och selektiv nivå	106
Innehållsförteckning.....	105
Bakgrund	106
Inledning	106
Sammanfattning av det aktuella vetenskapliga stödet för föräldraskapsstödjande program och insatser	108
SBU rapporter som ligger till grund för SBU:s sammanfattning av vetenskapliga underlag om föräldraskapsstöd.....	109
Referenser	117

Del 1: Inledning

Detta kunskapsstöd är ett av flera inom ramen för det nationella hälsoprogrammet för barn och unga. Hälsoprogrammet omfattar universella insatser i form av regelbundna hälsobesök, hälsosamtal samt föräldraskapsstöd som erbjuds alla barn och unga i Sverige – från före födelsen upp till 20 år. Insatserna i hälsoprogrammet ska vara hälsofrämjande och förebyggande.

Kunskapsstöden bygger på bästa tillgängliga kunskap i form av vetenskap och beprövad erfarenhet, och riktar sig huvudsakligen till de professioner som berörs av hälsoprogrammet. Andra viktiga mottagare är beslutsfattare på olika nivåer med ansvar för de verksamheter som hälsoprogrammet omfattar.

Hälsoprogrammet baseras på både nya kunskapsstöd och kunskapsstöd som redan används. De kunskapsstöd som har tagits fram inom ramen för hälsoprogrammet är därmed ett komplement till de rekommendationer och riktlinjer som redan finns. Vissa kunskapsstöd beskriver insatser som rekommenderas inom ramen för hälsoprogrammet, medan andra inte gör det. Rekommendationerna ger vägledning men är inte bindande. De rättsliga ramarna för hälsoprogrammet regleras i stället av gällande lagstiftning.

Socialstyrelsen ansvarar för att ta fram hälsoprogrammet, tillsammans med Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF), Skolverket, Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM) och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).

Till det nationella hälsoprogrammet för barn och unga har sammanställning av kunskapsstöd inom åtta temaområden prioriterats (se lista nedan). Samtliga kunskapsstöd, med undantag för dem inom temaområde 1 och 5, innehåller rekommendationer.

1. Förebygga våld
2. Föräldraskapsstöd
3. Levnadsvanor
4. Munhälsa
5. Psykisk hälsa
6. Syn och hörsel
7. Tillväxt, pubertet och skolios
8. Utvecklingsuppföljning.

Utöver kunskapsstöden har en behovskartläggning för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter tagits fram.

De framtagna kunskapsstöden belyser insatser som syftar till att direkt eller indirekt påverka skydds- och riskfaktorer som har betydelse för barns och ungas hälsa och utveckling.

En viktig del av arbetet är att uppmärksamma och agera vid tecken på våldsutsatthet och olika former av omsorgssvikt. Du som arbetar inom någon av hälsoprogrammets verksamheter, har därför ett ansvar att agera vid misstanke om att ett barn eller en ung person far illa eller är utsatt för våld. På samma sätt behöver du agera om ett barn eller en ung person bevittnar våld, alternativt lever i en situation där en förälder är våldsutsatt eller utövar våld. Det innebär bland annat att vidta relevanta åtgärder och, när det finns skäl för oro, göra en orosanmälan till socialtjänsten.

Del 2: Kunskapsstödet syfte

Kunskapsstödet utgör underlag för fyra nya rekommendationer och ett område för fortsatt utveckling. De fyra rekommenderade insatserna kan integreras i befintliga verksamheter som ansvarar för att erbjuda och utveckla föräldraskapsstöd, för att förstärka och utveckla ett universellt stöd till alla blivande föräldrar och föräldrar till barn 0–18 år. Kunskapsstödet syfte är att ge vägledning om när och hur de nya rekommenderade insatserna bör erbjudas, och av vem. Berörda verksamheter är regionernas mödrahälsovård och barnhälsovård samt kommunala verksamheter, främst socialtjänsten.

Kunskapsstödet förväntas bidra till att stärka och komplettera nuvarande strukturer, och inte skapa parallella, så att stödet blir mer sammanhållet, standardiserat och likvärdigt. Kunskapsstödet utgår från två centrala behov: att främja en god och trygg relation mellan föräldrar och barn samt att stärka ett engagerat föräldraskap.

Tryggt, tillgängligt och inkluderande föräldraskapsstöd

Blivande föräldrar och föräldrar i alla skeden av barnets uppväxt känner sig ibland stressade, osäkra och otillräckliga. Föräldrarna beskriver att de behöver ett tryggt, tillgängligt och inkluderande stöd från både professionella aktörer och sociala nätverk. De efterfrågar relevant och tillförlitlig information som är anpassad till deras livssituation. Det kan särskilt gälla pappor och andra medföräldrar som känner sig mindre delaktiga i mötet med professioner (1).

Föräldraskapets fokus förändras över tid, men behovet av föräldraskapsstöd finns under hela uppväxten. Det förändras dock i takt med barnets utveckling och familjens situation, varför föräldraskapsstödet behöver anpassas därefter. Stödet behöver erbjudas kontinuerligt och anpassas efter barnets utvecklingsstadier och föräldrars utmaningar och behov, med särskild uppmärksamhet vid viktiga övergångar under barnets uppväxt (1).

Nuvarande föräldraskapsstöd förstärkt med fyra nya rekommendationer

Flera verksamheter har gemensamt ansvar för föräldraskapsstöd genom barnets hela uppväxt. Stödet erbjuds av mödra- och barnhälsovård samt

tandvård inom regionerna och av kommunernas förebyggande socialtjänst, förskola, skola och elevhälsa. Familjecentraler utgör en viktig verksamhet som underlättar samverkan.

De nya rekommendationerna ska inte ersätta befintliga föräldraskapsstödjande insatser utan komplettera dem, och de bör samordnas så att alla föräldrar i högre grad nås utifrån sina behov och förutsättningar. Stödet ska vila på ett föräldraskapsstödjande förhållningssätt som stärker föräldrars tilltro till sin egen förmåga och främjar ett lyhört samspel mellan förälder och barn. Tillgången till stöd och föräldrarnas deltagande behöver följas upp systematiskt för att säkerställa kvalitet och jämlikhet.

Tidiga insatser inom mödra- och barnhälsovård

Mödra- och barnhälsovården utgör centrala ingångar i det tidiga och universella föräldraskapsstödet, som är en integrerad och kontinuerlig del av ordinarie besök. Stödet ges i första hand genom fysiska möten, men kan även erbjudas digitalt eller i kombinerade former när det är lämpligt. Både mödrahälsovården och barnhälsovården erbjuder föräldraskapsstöd i mindre grupp. Föräldraskapsstödet som bör erbjudas till alla blivande föräldrar och småbarnsföräldrar, är dock inte jämlikt och jämställt. Pappor/medföräldrar och föräldrar som har barn sedan tidigare erbjuds och deltar i stödet i lägre utsträckning, även om det ser olika ut i verksamheterna.

Stödet bör förstärkas och kompletteras med gemensamt föräldrasamtal inom både mödra- och barnhälsovården för föräldrar som behöver utökat stöd, samt med enskilt föräldrasamtal inom barnhälsovården enligt de nya rekommendationerna. Enskilt föräldrasamtal inom mödrahälsovården är ett område för fortsatt utveckling.

Socialtjänstens förebyggande uppdrag genom hela uppväxten

Socialnämnden ska arbeta för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden samt bedriva uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete för att förhindra att barn och unga far illa.¹

Socialtjänstlagen möjliggör insatser utan individuell behovsprövning. Det innebär att föräldrar kan erbjudas individuellt föräldraskapsstöd utifrån upplevda behov, genom stödjande samtal via fysiska besök, telefon eller digitala tjänster (2). Det varierar i vilken grad kommunerna erbjuder universellt föräldraskapsstöd i grupp, och vissa erbjuder det inte alls. Kommunerna,

¹ Se 18 kap. 1–2 §§ socialtjänstlagen (2025:400).

främst via socialtjänsten, bör erbjuda manualbaserat föräldraskapsstöd i mindre grupp till alla föräldrar med barn 0–18 år enligt de nya rekommendationerna.

Förskola, skola och elevhälsa – verksamheter för föräldraskapsstöd

Förskola och skola är viktiga verksamheter i det föräldraskapsstödande arbetet genom samverkan med föräldrar. Att föräldrar är delaktiga i sina barns skolgång har stor betydelse för barns lärande och kunskaps- och identitetsutveckling (3-5). Elevhälsan ska arbeta förebyggande och hälsofrämjande i enlighet med skollagen. I de obligatoriska skolformerna ska elever erbjudas minst tre hälsobesök med allmänna hälsokontroller, och mellan dessa ska de erbjudas synkontroller, hörselkontroller och andra begränsade hälsokontroller (6).² Föräldrar har möjlighet att medverka. Samverkan kan även ske med föräldrar genom exempelvis utvecklingssamtal och föräldramöten, som en del av det närvarofrämjande arbetet. Samverkan är en viktig del av förskolans och skolans systematiska kvalitetsarbete.

Tandvårdens förebyggande roll i föräldraskapsstöd

Tandvården har en lång tradition av att arbeta förebyggande. Tandvården kan genom regelbundna kontakter med barn och föräldrar bidra med tidig och kontinuerlig hälsofrämjande vägledning och stöd när det gäller munhälsa och levnadsvanor, främst tobaks- och matvanor (7).

Civilsamhället kompletterar det offentliga föräldraskapsstödet

Civilsamhället utgör ett viktigt komplement till den offentliga sektorns föräldraskapsstödande arbete och kan nå fler grupper av föräldrar. Genom sin lokala, regionala och/eller nationella förankring har de möjlighet att nå föräldrar med stöd i föräldraskapet och information om vilket föräldraskapsstöd som erbjuds av samhällets olika aktörer.

² Se 2 kap. 25–28 §§ skollagen (2010:800).

Övriga föräldraskapsstödjande insatser i samhället

Samhällets olika aktörer kan också, enskilt eller i samverkan, erbjuda föräldraskapsstöd i storgrupp. Det kan handla om föreläsningar utifrån åldersanpassade teman, till exempel om hur en god föräldra-barnrelation främjas och att ge information om vilket föräldraskapsstöd som erbjuds under barnets uppväxt.

Kunskapsstödet utgångspunkter och innehåll

Målgruppen för det universella (hälsofrämjande och förebyggande) föräldraskapsstödet är samtliga blivande föräldrar och föräldrar till barn 0–18 år. Vid utformningen av innehållet i kunskapsstödet har utgångspunkten varit barns och ungas identifierade behov och rättigheter, liksom blivande föräldrars och föräldrars upplevda behov och efterfrågade stöd. Stödet ska vara kunskapsbaserat, lättillgängligt och anpassas efter individers och familjers behov (1, 8). Arbetet har utgått från ändamålsenliga och kostnads-effektiva föräldraskapsstödjande insatser där följande aspekter har beaktats:

- frisk-, skydds- och riskfaktorer
- övergångar och behov av samverkan
- tillgänglighet och flexibilitet
- jämställt och jämlikt fördelat föräldraskapsstöd
- universell utformning och universell proportionalism
- personcentrering och salutogent arbetssätt
- icke-diskriminering.

Mödrahälsovård, barnhälsovård och socialtjänst: fyra rekommenderade insatser

Detta är de fyra rekommenderade insatserna inom mödrahälsovård (1), barnhälsovård (2a–b) och socialtjänst (3):

Rekommendation 1:

Patientgrupp (tillstånd): Alla blivande föräldrar i graviditetsvecka 25–29 som behöver utökat stöd.

Insats (åtgärd): Erbjud gemensamt föräldrasamtal (fysiskt och/eller digitalt).

Rekommendation 2a:

Patientgrupp (tillstånd): Alla nyblivna föräldrar till barn i åldern 6–8 veckor respektive 3–5 månader.

Insats (åtgärd): Erbjud enskilt föräldrasamtal (fysiskt).

Rekommendation 2b:

Patientgrupp (tillstånd): Alla föräldrar till barn i åldern 8–10 månader som inte deltagit i föräldraskapsstöd i mindre grupp eller som behöver utökat stöd.

Insats (åtgärd): Erbjud gemensamt föräldrasamtal (fysiskt).

Rekommendation 3:

Patientgrupp (tillstånd): Alla föräldrar till barn i åldern 0–18 år.

Insats (åtgärd): Erbjud manualbaserat föräldraskapsstöd i mindre grupp.

Del 3: Rekommenderade insatser

De rekommenderade insatserna i denna del bygger på kunskap i form av vetenskap och beprövad erfarenhet. Rekommendationerna ger vägledning men är inte bindande. De verksamheter som omfattas av det nationella hälsoprogrammet för barn och unga styrs av befintlig lagstiftning och hälsoprogrammet har inte medfört några lagändringar.

Område 1: Föräldraskapsstöd till blivande föräldrar

Mödrahälsovården har en central roll i att erbjuda ett systematiskt och jämlikt föräldraskapsstöd till alla blivande föräldrar, både de som har barn sedan tidigare eller inte. Föräldraskapsstödet har särskilt fokus på föräldra–barnrelationen och föräldrars samarbete. Stödet ges kontinuerligt till alla blivande föräldrar vid ordinarie besök och i mindre grupp. De *nationella riktlinjerna: Graviditet, förlossning och tiden efter* från 2025 bygger på ”best practice statements”, där föräldraskapsstöd har högsta prioritet (9).

Rekommendationen är att komplettera det ordinarie föräldraskapsstödet med strukturerat *gemensamt föräldrasamtal* till alla blivande föräldrar som behöver utökat stöd (tabell 1). Insatsen behöver ingå i mödrahälsovårdens nationella hälsovårdsprogram och utvecklas i samverkan med professionerna. För att främja ett nationellt likvärdigt arbetssätt föreslår Socialstyrelsen att alla blivande föräldrar erbjuds ett tillgängligt och behovsanpassat föräldraskapsstöd som följer ett nationellt upplägg och program, se *Förslag till nationell plan 2026–2035: Graviditet, förlossning och tiden efter* (10).

Tabell 1. En rekommendation för föräldraskapsstöd till blivande föräldrar.

Typ av insats	Målgrupp	När i tid, vid vilka besök?	Verksamhet	Samverkan/resurser
Gemensamt föräldrasamtal , fysiskt, digitalt eller i kombination	Alla blivande föräldrar i graviditetsvecka 25–29 som behöver utökat stöd	I samma intervaller som dagens besök, men med något/några längre ordinarie besök i graviditetsvecka 25–29	Mödra-hälsovård	Mödra- och barnhälsovårds-psykolog, socialtjänst, familjerådgivning

Insats 1. Gemensamt föräldrasamtal med alla blivande föräldrar i behov av utökat stöd

Till dig som möter blivande föräldrar i mödrahälsovården

Erbjud gemensamt föräldrasamtal till alla blivande föräldrar i graviditetsvecka 25–29 som behöver utökat stöd.

Varför?

Gemensamt föräldrasamtal kan främja ett jämlikt och jämställt föräldraskap genom att öka föräldrars medvetenhet om det gemensamma ansvaret för barnet och stärka tilltron till den egna föräldraförmågan. Samtalet kan underlätta övergången efter graviditet och förlossning, särskilt i frågor som rör relationer och gemensamt föräldraskap, så kallat coparenting/föräldrasamarbete. Insatsen kan stärka frisk- och skyddsfaktorer och erbjuds utifrån principen om proportionell universalism.

Samtalet kan bidra till att:

- ge kompensatoriskt och fördjupat stöd till föräldrar som behöver ytterligare stödinsatser
- öka förståelsen för föräldrasamarbetets betydelse för barnet
- stärka ett jämlikt och jämställt föräldraskap utifrån barnets bästa
- stärka föräldrarnas känslomässiga bindning till det väntade barnet
- främja föräldra–barnrelationen och föräldrarnas delaktighet i omsorgen av barnet
- förbereda övergången till föräldraskap genom reflektion över relationer, roller och förväntningar
- förbättra kommunikationen mellan föräldrarna och därmed bidra till färre konflikter.

Målgrupper och aktörer

Alla blivande föräldrar har nytta av att reflektera över föräldrasamarbetet i gemensamt samtal, men effekterna kan vara särskilt stora för:

- föräldrar som inte har deltagit i föräldraskapsstöd i mindre grupp (11)
- föräldrar som har deltagit i föräldraskapsstöd i mindre grupp, men inte deltagit i temat föräldraskap, som innehåller omställning, omhändertagande av barnet, förändringar i parrelationen och samarbetsstrategier (11)
- förstagångsföräldrar (12-14)

- föräldrar med lägre utbildning (13)
- föräldrar med psykisk ohälsa och hög stressnivå (12, 15)
- föräldrar med svårigheter i föräldrasamarbetet eller andra utmaningar som påverkar familjens situation (13, 15-19)
- föräldrar i familjer där flera generationer är involverade i barnets omsorg i olika kulturella kontexter. Det kan innebära generationsrelaterade makt-skillnader som påverkar föräldraskapet (20-22).

Mödrahälsovården ansvarar för genomförandet, och involverar vid behov socialtjänst och familjerådgivning.

Genomförande av gemensamt föräldrasamtal med blivande föräldrar

Planering och struktur

Identifiera behov av gemensamt föräldrasamtal. Bjud in båda föräldrarna om det är möjligt, eftersom föräldrasamtalet förutsätter ett inkluderande arbetssätt (13, 16, 23).

Introducera samtalet vid ett besök och följ upp vid nästa, med stöd av hemuppgifter och reflektionsfrågor (13, 16).

Planera in besöken enligt ordinarie besöksstruktur, men förläng eventuellt ett eller två ordinarie besök för att möjliggöra fördjupade samtal om föräldrasamarbetet.

Metodstöd

Ett strukturerat metodstöd är en del i arbetet med att skapa förutsättningar för ett mer likvärdigt arbetssätt med föräldraskapsstöd inom mödrahälsovården. Socialstyrelsen föreslår att ett nationellt föräldraskapsstödsprogram tas fram av MFoF i samverkan med berörda aktörer inom mödrahälsovården, se *Förslag till nationell plan 2026–2035: Graviditet, förlossning och tiden efter* (10).

Metodstödet behöver utvecklas i syfte att stärka föräldrasamarbete, kommunikation och gemensam problemlösning kring förlossning, amning och den första tiden med barnet (13, 24, 25). Det behöver även ge vägledning för när ytterligare stöd är nödvändigt, exempelvis vid psykisk ohälsa eller relationssvårigheter (13, 15). Det är viktigt att metodstödet även innehåller samtalsunderlag, reflektionsfrågor och hemuppgifter.

Innehåll

Gemensamt föräldrasamtal ska underlätta omställningen till föräldraskap (12, 13, 26, 27), underlätta omhändertagandet av barnet, uppmärksamma förändringar i parrelationen och stärka föräldrasamarbetet (13, 24, 28).

Föräldrasamtalet kan gärna innehålla delar av de teman som ingår i föräldraskapsstöd i mindre grupp (15) för att säkerställa att viktig kunskap inte går förlorad:

- förlossningens olika faser, smärtlindring, andning och avslappning, stöd från vårdpersonal och partner
- komplikationer under och efter förlossningen
- läkningsprocessen och kroppens återhämtning
- amning, amningssvårigheter och strategier för att hantera dem
- vårdkedjan efter förlossningen: BB-tiden, uppföljning och stöd efter hemgång, eftervårdsbesök, barnhälsovård, frågor om depression med Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)
- den första tiden hemma
- föräldraskap, omställning, oro, sömn, omhändertagande av barnet, förändringar i parrelationen och samarbetsstrategier
- psykiskt mående, oro.

Genomförande

Ge i första hand stöd i fysiska möten inom mödrahälsovården på en mottagning (eller vid hembesök), men komplettera eventuellt med digitala möten eller hybridlösningar (23, 28-30). Se till att båda föräldrarna är inkluderade i samtalet, får utrymme för reflektion och kan uttrycka sina egna perspektiv (15, 31).

I gemensamma föräldrasamtal behöver mödrahälsovården:

- verka för ett tydligt barnperspektiv med fokus på barnets bästa
- ge konkret stöd i kommunikation, problemlösning och konflikthantering
- initiera och leda reflektion kring roller, förväntningar och ansvarsfördelning i hemmet, omsorgen av barnet och föräldraledigheten
- bekräfta båda föräldrarna som lika viktiga omsorgspersoner genom ett inkluderande förhållningssätt
- normalisera stress, osäkerhet och känslomässiga reaktioner i övergången till föräldraskap
- planera fortsatt stöd och informera om andra föräldraskapsstödjande insatser.

Ersätter inte annat föräldraskapsstöd

Socialstyrelsen har en rekommendation om att erbjuda blivande föräldrar föräldraskapsstöd i mindre grupper (11), för att samtala om omställning, omhändertagande av barnet, förändringar i parrelationen och samarbetsstrategier. Dock kan inte samtalet fullt ut ersätta föräldragrupper där blivande föräldrar får mer tid till interaktion, erfarenhetsutbyte och socialt

stöd mellan föräldrar, vilket främjar reflektion, normalisering och lärande på ett sätt som inte kan uppnås i gemensamt föräldrasamtal (15, 32-39).

Gemensamt föräldrasamtal kan heller inte ersätta ett enskilt samtal med vardera föräldern. I ett enskilt föräldrasamtal får föräldern större möjligheter att samtala om sin egen psykiska hälsa och relationsmönster, men framför allt våldsutsatthet och våldsutövande. Vid enskilt samtal går det också att initiera ett främjande samtal om hälsosamma levnadsvanor, och samtal för att förebygga och motverka skadligt bruk och beroende av alkohol, narkotika och andra beroendeframkallande medel samt spel om pengar (40-42). Samtal av det sistnämnda slaget kan behöva hållas i samarbete med socialtjänsten (6 kap. 6 § socialtjänstlagen).

Kriterier för vidare hantering av gemensamt föräldrasamtal till blivande föräldrar

Gemensamt föräldrasamtal under graviditeten kan synliggöra behov av ytterligare bedömning eller riktade insatser. Särskild uppmärksamhet bör ges när följande förekommer:

- hög konfliktnivå mellan de blivande föräldrarna eller bristande samarbetsförmåga (13-16, 19, 43)
- psykisk ohälsa hos minst en av de blivande föräldrarna (43-47)
- social eller ekonomisk utsatthet (1, 9, 10, 48, 49)
- språkliga, kulturella eller kommunikativa hinder som påverkar förståelse eller delaktighet (20, 21, 50)
- misstanke om eller kännedom om våld i nära relationer (9, 51-53)
- komplexa hälsotillstånd, funktionsnedsättningar eller andra sammansatt behov hos blivande föräldrar som kräver insatser från flera vård- eller samhällsaktörer (27, 44, 45, 54-57).

Initiera samverkan vid behov av ytterligare stöd

Vid förekomst av eller oro för våld i nära relationer behöver det utredas vilket vårdbehov som finns.³ Konsultera eller remittera vid behov till mödrabarnhälsovårdspsykolog, psykiatri, socialtjänst eller familjerådgivning. Detta gäller även vid förekomst av psykisk ohälsa eller relationssvårigheter. Arbetet med gemensamt föräldrasamtal bör utgå från en sammanhållen struktur i vårdkedjan. När något av ovanstående kriterier är uppfyllt, är samverkan mellan mödrahälsovård, förlossning, BB och barnhälsovård central för att identifiera och följa upp medicinska, psykologiska och sociala riskfaktorer. Erfarenheter från hälsoprogrammet visar behov av fortsatt utveckling av samverkan mellan dessa verksamheter.

³ Se 7 kap. 10 och 12 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:39) om våld i nära relationer.

Verksamheterna kan ta intryck av familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter, där samverkan ofta fungerar väl. *Nationellt basprogram för graviditetsövervakning* från Socialstyrelsen (53) betonar en enhetlig struktur som omfattar både medicinska kontroller och psykosociala bedömningar, inklusive att uppmärksamma våld i nära relationer enligt föreskrifterna HSLF-FS 2022:39.⁴

Vid misstanke om våldsutsatthet

Bjud *inte* in till gemensamt föräldrasamtal om du misstänker eller vet att det finns hot eller våld i relationen, utan genomför i stället enskilda samtal.⁵

Vårdgivaren ska säkerställa att den våldsutsatta erbjuds adekvat stöd, se 7 kap. HSLF-FS 2022:39. Rådgör med socialtjänsten om du är osäker (51, 52).

Område 2: Föräldraskapsstöd till alla föräldrar till barn i åldern 0–5 år

Barnhälsovården har en central roll i att erbjuda systematiskt, jämlikt och jämställt föräldraskapsstöd till alla föräldrar, oavsett om de är förstags- eller flergångsföräldrar (58-60).

Det lilla barnet är beroende av trygga och nära relationer. Därför är kvaliteten i föräldra–barnrelationen och föräldrarnas samarbete kring barnet avgörande för hälsa och utveckling. När båda föräldrarna inkluderas tidigt stärks deras förmåga att tolka barnets signaler och delta i omsorgen. Att pappor är delaktiga har betydelse för barns kognitiva, emotionella och sociala utveckling (61). Det främjar trygg anknytning, ökar delaktigheten i omsorgen och kan minska risken för psykisk ohälsa (15, 62-66). Tidigt inkluderande föräldraskapsstöd bidrar till ökad trygghet och engagemang i föräldrarollen, vilket i sin tur kan stärka föräldrasamarbetet och bidra till en mer jämlik tillgång till professionellt stöd (1, 67, 68).

Alla föräldrar behöver kontinuerligt erbjudas föräldraskapsstöd i samband med ordinarie hälsobesök, där alla föräldrar välkomnas tillsammans. Det är viktigt att alla föräldrar erbjuds var sitt enskilt föräldrasamtal och föräldraskapsstöd i mindre grupp. Dessa arbetssätt ingår redan i barnhälsovårdens nuvarande föräldraskapsstöd. Samtidigt finns ett behov av att särskilt stärka, tydliggöra och vidareutveckla *enskilda* och *gemensamma föräldrasamtal*, se tabell 2. Rekommendationerna är att

- erbjuda alla föräldrar ett likvärdigt och strukturerat *enskilt föräldrasamtal*
- erbjuda föräldrar som inte har deltagit i föräldraskapsstöd i grupp eller som behöver utökat stöd *gemensamt föräldrasamtal*.

⁴ Se till exempel 7 kap. 2 § HSLF FS 2022:39.

⁵ Se 7 kap. 2 § och 10-12 §§ HSLF FS 2022:39

Tabell 2. Två rekommendationer för föräldraskapsstöd till alla föräldrar till barn i åldern 0–1 år.

Typ av insats	Målgrupp	Barnets ålder	Verksamhet	Samverkan/resurser
a) Enskilt föräldrasamtal, fysiskt	Alla nyblivna föräldrar	6–8 veckor för födande förälder och 3–5 månader för icke-födande förälder	Barnhälsovård	Mödra- och barnhälsovårdspsykolog, barnmorska, socialtjänst, familjerådgivning, psykiatri
b) Gemensamt föräldrasamtal, fysiskt	Alla föräldrar till barn 0–1 år som inte deltagit i föräldraskapsstöd i mindre grupp eller som behöver utökat stöd	8–10-månader	Barnhälsovård	Mödra- och barnhälsovårdspsykolog, socialtjänst, familjerådgivning

Insats 2a. Enskilt föräldrasamtal med alla föräldrar till barn i åldern 0–1 år

Till dig som möter nyblivna föräldrar inom barnhälsovården

Erbjud enskilt föräldrasamtal till alla nyblivna föräldrar till barn i åldern 6–8 veckor respektive 3–5 månader.

Varför?

Enskilda föräldrasamtal med en förälder i taget gör det möjligt att tidigt identifiera skydds- och riskfaktorer som inte framkommer vid gemensamma besök, och som kan påverka både föräldrar och barn. Samtalet ger möjlighet till reflektion över det egna föräldraskapet, relationsmönster och gemensamt föräldraskap, så kallat coparenting/föräldrasamarbete. Det ger också möjlighet att främja hälsosamma levnadsvanor samt uppmärksamma våld i nära relationer och psykiskt mående.

Enskilt föräldrasamtal bidrar till att:

- stärka ett jämlikt och jämställt föräldraskap genom att alla erbjuds samtal på lika villkor utifrån barnets bästa
- stärka tilltron till den egna föräldraförmågan (parental self-efficacy)
- främja psykisk hälsa och tidigt uppmärksamma psykisk ohälsa
- uppmärksamma våld i nära relation
- främja goda levnadsvanor och förebygga och motverka skadligt bruk och beroende av alkohol, narkotika och andra beroendeframkallande medel samt spel om pengar
- främja föräldra–barnrelationen
- stärka föräldrarnas engagemang och förståelse för barnets behov och signaler
- främja föräldrars samarbete genom reflektion om familjens situation, värderingar och ansvar i relation till barnet
- säkerställa jämlik tillgång till föräldraskapsstödande insatser.

Målgrupper och aktörer

Målgruppen är alla nyblivna föräldrar. Födande föräldrar bör erbjudas ett enskilt föräldrasamtal i anslutning till EPDS-screening när barnet är 6–8 veckor. Icke-födande föräldrar bör erbjudas ett enskilt föräldrasamtal när barnet är 3–5 månader (69, 70).

Barnhälsovården ansvarar för att genomföra samtalen, i nära samverkan med mödra- och barnhälsovårdspsykologer och vid behov mödrahälsovård, socialtjänst, familjerådgivning och psykiatri.

Genomförande av insatsen enskilt föräldrasamtal med alla föräldrar till barn 0–1 år

Planering och struktur

Vid första hembesöket, bjud in båda föräldrarna till samtliga besök på barnavårdscentralen. Den icke-födande föräldern behöver inkluderas tidigt, exempelvis genom gemensamma besök när barnet är 1–3 veckor (58).

Informera om att enskilda föräldrasamtal erbjuds som en del av barnhälsovårdsprogrammet (59, 60), Planera in besöken enligt ordinarie besöksstruktur. Både den födande och den icke-födande föräldern bör få en personlig inbjudan till sitt enskilda föräldrasamtal. Detta kan gärna ske redan vid första kontakten, för att främja delaktighet och skapa en tidig relation till vården (69).

Metodstöd

Enskilda föräldrasamtal bör följa denna metod:

- Håll ett enskilt föräldrasamtal inklusive screening med EPDS med *den födande föräldern* när barnet är 6–8 veckor.
- Håll ett enskilt föräldrasamtal med *den icke-födande föräldern* när barnet är 3–5 månader.

Metoderna för den födande och den icke-födande föräldern skiljer sig alltså åt, men båda samtalen går ut på att uppmärksamma psykisk ohälsa och ge möjlighet till tidigt stöd eller tidig insats (69-71). Fler icke-födande föräldrar behöver erbjudas och genomföra samtal för att stödet ska bli jämlikt och jämställt (69).

Ett strukturerat och nationellt metodstöd behöver utvecklas för att skapa ett mer likvärdiga enskilda föräldrasamtal inom barnhälsovården. Stödets utformning och dess implementering kan ske i samverkan med relevanta professioner inom barnhälsovården och myndigheter.

Innehåll

Båda föräldrarna bör erbjudas var sitt enskilt föräldrasamtal, med frågor om barnet, föräldraskapet, familjen och den egna livssituationen. Samtalet ger möjlighet att reflektera över föräldraskapet, relationen till barnet och föräldrasamarbetet.

För den födande föräldern integreras detta i det nuvarande samtalet med EPDS-screening.

Enskilt föräldrasamtal till vardera föräldern omfattar följande områden:

- barnet
- att vara förälder
- familjen – föräldrars samarbete
- egen situation – psykisk hälsa, stress eller oro
- övriga individuella funderingar

samt

- våld i nära relationer
- hälsosamma levnadsvanor och riskbruk eller skadligt bruk och beroende.

Samtalet ger även möjlighet att inhämta föräldrarnas tankar, känslor, strategier och aktuella livsvillkor, uppmärksamma behov av stöd och skapa utrymme för reflektion kring föräldraskap och föräldrasamarbete.

Screening med EPDS

Screening med EPDS erbjuds rutinmässigt enligt barnhälsovårdsprogrammet till den förälder som har fött barnet, tillsammans med frågor om våld i nära relationer. Vid behov används EPDS även till den icke-födande föräldern. Screeningen identifierar främst nedstämdhet och depressiva symtom (70).

EPDS-samtalet innefattar strukturerade frågor och ska följa metoden för födande förälder (70). Det är viktigt att tidigt identifiera postpartum-depression för att undvika långvarig psykisk ohälsa, bristande anknytning och negativa kort- och långsiktiga konsekvenser för barnets utveckling (46) och hälsa (69, 73-75).

Om EPDS-screeningen inte ger utfall finns kompletterande frågor som bygger på frågeguiden i Enskilt föräldrasamtal med icke-födande förälder (69, 70). Vid enskilt föräldrasamtal med den födande föräldern är det viktigt att alltid prioritera screening med EPDS (70).

Genomförande av samtalet

Ställ strukturerade frågor om barnets beteende, om föräldrarnas tankar och erfarenheter av sitt föräldraskap samt om samarbetet mellan föräldrarna, oavsett om de lever tillsammans eller inte (76). Frågor om psykisk hälsa, stress och oro ska alltid ingå enligt metoden för enskilt föräldrasamtal.

Anpassa samtalet efter vad föräldern förmedlar och erbjud föräldraskapsstöd efter individens behov och förutsättningar. Exempelvis är det vanligt att känna sig stressad, orolig och hjälplös om barnet skriker ofta och är svårt att trösta (77). Icke-födande föräldrar efterfrågar erfarenhetsutbyte. Informera därför om och uppmuntra deltagande i föräldraskapsstöd i mindre grupp (78).

Identifiering av våld i nära relationer

När barnhälsovårdens personal ställer frågor om våld får föräldrar möjlighet att berätta om sin utsatthet, som annars riskerar att inte uppmärksammas.

Vårdgivaren ansvarar för att fastställa rutiner för:

- när och hur frågor om våld ska ställas⁶
- hur personalen ska agera vid misstanke om våld⁷
- samverkan.⁸

Vid misstanke om våldsutsatthet ska föräldern alltid tillfrågas i enrum enligt 7 kap. 10 § HSLF-FS 2022:39. Du kan läsa mer i *handbok för socialtjänsten. Våld i nära relationer* (52).

Kriterier för vidare hantering av enskilt föräldrasamtal med alla föräldrar till barn 0–1 år

Barnhälsovården erbjuder riktat föräldraskapsstöd till dem som behöver ytterligare stöd i föräldraskapet. I det enskilda föräldrasamtalet kan det uppkomma behov av ytterligare stöd. Särskild uppmärksamhet behöver ges till föräldrar med:

- psykisk ohälsa, funktionsnedsättning, eller andra svårigheter som kan påverka föräldraförmågan (45, 46, 48, 57, 79-82)
- barn med komplexa hälsotillstånd eller funktionsnedsättningar som kräver insatser från flera vård- eller samhällsaktörer (59, 60, 83)
- social eller ekonomisk utsatthet (1, 49, 57, 58, 82)
- språkliga, kulturella eller kommunikativa hinder som påverkar förståelse eller delaktighet (20, 21, 84, 85).

Närstående som i hög utsträckning är involverade i barnets omvårdnad och har någon av ovanstående riskfaktorer behöver också ges särskild uppmärksamhet (22, 86).

Utfall vid screening med EPDS

Vid tecken på psykisk ohälsa vid utfall av screening med EPDS så följs metod-anvisningarna inom BHV. Stödjande samtal i BHV erbjuds vid mildare ned-stämndhet hos födande förälder eller icke-födande förälder. MBHV-psykolog konsulteras vid behov och insatser enligt lokal vårdkedja (70).

⁶ Se 7 kap. 2 § HSLF FS 2022:39

⁷ Se 7 kap. 3-4 och 10-13 §§ HSLF FS 2022:39

⁸ Se 7 kap. 6-9 §§ HSLF FS 2022:39

Ytterligare stöd utanför hälso- och sjukvårdens uppdrag

När behov framkommer som ligger utanför barnhälsovårdens uppdrag ska BHV-personal initiera samverkan med andra aktörer för att säkerställa samordnade insatser utifrån barnets och familjens situation. BHV ansvarar för att uppmärksamma skydds- och riskfaktorer samt bedöma behov av vidare stöd, insatser eller remiss (59).

Samverkan bör ske med socialtjänsten och andra relevanta aktörer vid exempelvis:

- socioekonomisk utsatthet eller bristande levnadsvillkor
- svagt socialt nätverk eller begränsat stöd
- roll- och värderingskonflikter (2, 87)
- svårigheter i parrelationen (hänvisa till familjerådgivning) (2).

Vid misstanke om våldsutsatthet

Vid misstanke om att ett barn far illa, exempelvis till följd av beroendeproblematik eller våld i nära relationer, ska barnhälsovårdens personal genast göra en orosanmälan till socialtjänsten.⁹

Om en förälder visar symptom eller tecken som väcker misstanke om att personen är våldsutsatt, tillfrågas föräldern i enrum om orsaken till symptomen eller tecknen.

Om misstanken om våld eller andra övergrepp kvarstår, ska vårdgivaren se till att hälso- och sjukvårdspersonalen

1. beaktar vilka behov den vuxna kan ha av vård såväl fysiskt som psykiskt med anledning av våldet,
2. informerar om möjligheten till vård inom hälso- och sjukvården, stöd och hjälp från socialtjänsten samt kontakt med frivilligorganisationer,
3. hjälper den vuxna att få kontakt med socialtjänsten om denne samtycker till det, och
4. tar reda på om det finns barn i den vuxnas familj och gör anmälan till socialtjänsten enligt 19 kap. 1 § socialtjänstlagen vid misstanke om att barnet eller barnen far illa.¹⁰

Reglerna finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (HSLF-FS 2022:39). Det finns även en *handbok för socialtjänsten. Våld i nära relationer* (51, 52).

⁹ Se 19 kap. 1 § socialtjänstlagen (2025:400).

¹⁰ Se 7 kap. 10 § HSLF FS 2022:39.

Insats 2b. Gemensamt föräldrasamtal med föräldrar till barn i åldern 8–10 månader

Till dig som möter föräldrar till barn inom barnhälsovården

Erbjud gemensamt föräldrasamtal till alla föräldrar till barn i åldern 8–10 månader som inte deltagit i föräldraskapsstöd i mindre grupp eller som behöver utökat stöd.

Varför?

Gemensamt föräldrasamtal kan främja ett jämlikt och jämställt föräldraskap. Det kan öka föräldrarnas medvetenhet om det gemensamma ansvaret för barnet och stärka tilltron till den egna föräldraförmågan. Samtalet kan stödja föräldrar i frågor som rör omsorg, ansvarsfördelning och relationer, samt bidra i frågor som rör gemensamt föräldraskap, så kallat coparenting/föräldrasamarbete. Insatsen stärker frisk- och skyddsfaktorer och erbjuds utifrån principen om proportionell universalism.

Samtalet genomförs vid ett utvidgat 8–10-månaders hembesök, om det är möjligt. Hembesök ger goda förutsättningar för att uppmärksamma barnets vardagsmiljö och anpassa stödet utifrån familjens behov. Hembesök engagerar båda föräldrarna i högre grad jämfört med mottagningsbesök.

Gemensamt föräldrasamtal bidrar till att:

- ge kompensatoriskt och fördjupat stöd till föräldrar som inte deltagit i föräldragrupp eller som behöver ytterligare stödinsatser
- öka förståelsen för föräldrasamarbetets betydelse för barnet
- främja ett jämlikt och jämställt föräldraskap genom att tydliggöra det gemensamma ansvaret för barnets omsorg
- främja föräldra–barnrelationen och göra föräldrarna mer delaktiga och engagerade, vilket gynnar barnets emotionella, kognitiva och sociala utveckling
- minska konflikter och bidra till en stabil och förutsägbar omsorgsmiljö.

Målgrupper och aktörer

Alla föräldrar och barn gynnas av insatser för att förbättra föräldrasamarbete, men effekterna kan vara särskilt stora för:

- föräldrar som *inte* har deltagit i föräldraskapsstöd i mindre grupp (88)
- föräldrar som *har* deltagit i föräldraskapsstöd i mindre grupp, men *inte* i teman som berör gemensamt föräldraskap och föräldra-barnrelationen (omställningen, föräldrar tillsammans, samspel och anknytning samt vardagsliv) (88)
- förstagångsföräldrar (12-14)
- föräldrar med lägre utbildning (13)
- föräldrar med psykisk ohälsa och hög stressnivå (12, 15, 89)
- föräldrar med svårigheter i föräldrasamarbetet eller andra utmaningar som påverkar familjens situation (13, 15-18, 89)
- föräldrar i familjer där flera generationer är involverade i barnets omsorg i olika kulturella kontexter. Det kan innebära generationsrelaterade maktskillnader som påverkar föräldraskapet (20-22, 90).

Barnhälsovården ansvarar för att erbjuda samtalet till alla föräldrar som inte deltagit i föräldraskapsstöd i mindre grupp eller som behöver utökat stöd. Samtalet ska erbjudas även om en av föräldrarna deltagit i föräldraskapsstöd i grupp. Insatsen kan erbjudas i samverkan med mödrahälsovårdspsykolog och vid behov socialtjänst och familjerådgivning.

Genomförande av insatsen gemensamt föräldrasamtal med alla föräldrar till barn i åldern 8–10 månader

Planering och struktur

Identifiera behovet av gemensamt föräldrasamtal, och erbjud samtalet under barnets första levnadsår (13, 16), företrädesvis som en utvidgning av det universella hembesöket när barnet är 8–10 månader (49, 91, 92).

Bjud in båda föräldrarna eller andra viktiga vuxna, oavsett boendeform. Samtalet förutsätter ett inkluderande arbetssätt där samarbete och samsyn kring barnet står i fokus (14, 25, 65). Pappors och andra icke-födande föräldrars delaktighet behöver aktivt främjas (93-96).

Planera samtalet så att det finns tid och utrymme för reflektion kring barnet, föräldrasamarbetet och familjens resurser (12, 16, 49).

Introducera samtalet vid ett besök och följ upp vid nästa besök med stöd av hemuppgifter och reflektionsfrågor (13, 16). Vid behov kan fortsatt riktat föräldraskapsstöd erbjudas. (13, 16, 97, 98).

Metodstöd

Ett strukturerat och nationellt metodstöd behöver utvecklas för att skapa ett mer likvärdigt föräldraskapsstöd inom barnhälsovården. Stödets utformning och dess implementering kan ske i samverkan med relevanta professioner inom barnhälsovården och myndigheter.

Det är viktigt att metodstödet innehåller samtalsunderlag, hemuppgifter och reflektionsfrågor med fokus på stärkt kommunikation och gemensam problemlösning för föräldrarna (13, 24, 25). Det har visat sig vara centralt för att utveckla ett fungerande föräldrasamarbete (25).

Det är också viktigt att metodstödet ger vägledning när det blir aktuellt med fortsatt stöd eller samverkan med andra professioner. Det gäller exempelvis vid psykisk ohälsa och uttalade eller långvariga konflikter i parrelationen (13, 15, 89).

Innehåll

Gemensamt föräldrasamtal syftar till att stärka föräldrasamarbetet och främja en trygg relation mellan barn och föräldrar. Samtalet bör fokusera på barnets behov, föräldra–barnrelationen, positivt samspel samt hur samarbete och samsyn mellan föräldrar kan främja barnets hälsa och utveckling (19, 25, 31, 97).

Föräldrasamtalet föreslås innehålla delar av de teman som ingår i föräldraskapsstöd i mindre grupp (88) för att säkerställa att viktig kunskap inte går förlorad. Samtalet bör ge utrymme för reflektion kring föräldrasamarbetet, roller, ansvarsfördelning, kommunikation, gemensam problemlösning och konflikthantering (31, 94).

Empati, stress, förväntningar och återhämtning kan uppmärksammas när det är relevant (12). Den utvidgade familjens påverkan på föräldrasamarbetet behöver uppmärksammas när det är relevant (20–22).

Genomförande

Ge i första hand gemensamt föräldrasamtal som hembesök, eftersom hembesök kan främja båda föräldrarnas delaktighet och ett mer jämställt föräldraskap (49, 91, 92). Se till att båda föräldrarna eller andra viktiga vuxna inkluderas i samtalet, får utrymme för reflektion och kan uttrycka sina perspektiv och strategier (15, 31).

I gemensamma föräldrasamtal behöver barnhälsovården:

- ha ett tydligt barnperspektiv med fokus på barnets bästa
- fokusera på föräldra–barnrelation och positivt samspel
- bekräfta båda föräldrarna som lika viktiga omsorgspersoner genom ett inkluderande förhållningssätt

- ge konkret stöd för samarbete, kommunikation, gemensam problemlösning och konflikthantering
- uppmärksamma roller, förväntningar, ansvarsfördelning och möjlighet till återhämtning
- planera fortsatt stöd och informera om andra föräldraskapsstödjande insatser.

Exempel på genomförande

Barnhälsovården är behovsstyrd och det går inte att på förhand veta vad ett samtal ska innehålla. Exemplet nedan illustrerar arbetssättet, men avser inte att tillföra ytterligare innehåll utöver metodens struktur.

Spädbarns sömn kan påverkas av föräldrars beteenden och rutiner. Om föräldrarna har olika strategier kan det bli svårare att etablera ett fungerande sömnmönster (99, 100). Om barnets sömn är ett orosmoment, låt varje förälder beskriva sin bild av barnets behov och vad de har prövat. Diskutera därefter hur samarbetet fungerar och hur föräldrarna tillsammans kan hantera situationen. Vad upplevs stödja kontra hindra samarbetet? Följ upp samtalet vid nästa kontakt, och erbjud fortsatt eller annat stöd om det behövs.

Ersätter inte annat föräldraskapsstöd

Gemensamt föräldrasamtal är ett komplement till föräldraskapsstöd i grupp och kan inte fullt ut ersätta det. Gruppbaseade insatser erbjuder mervärden genom interaktion och gemensamt lärande som främjar reflektion, normalisering av erfarenheter och socialt stöd (25, 32, 34, 36, 93, 101-104).

Gemensamma föräldrasamtal som beskrivs i detta kunskapsstöd avser strukturerade samtal under barnets första levnadsår, och ersätter inte att föräldrarna följs åt vid andra hälsobesök. Erbjud gemensamma samtal under hela barnhälsovårdstiden, när gemensamt stöd bedöms vara motiverat.

Kriterier för vidare hantering av gemensamt föräldrasamtal med alla föräldrar till barn i åldern 8–10 månader

Gemensamt föräldrasamtal kan synliggöra behov av ytterligare bedömning eller riktade insatser. Bedömningen bör utgå från barnets behov samt föräldrarnas omsorgsförmåga, samspel och samarbetsförmåga. Utökat stöd kan exempelvis innebära tätare uppföljning, förstärkta stödsamtal eller samordning med andra aktörer inom vård och omsorg. Särskild uppmärksamhet bör ges till familjer där det finns:

- hög konfliktnivå mellan föräldrar eller brister i föräldrasamarbetet, exempelvis vid separation, otydlig ansvarsfördelning kring barnet (13, 15-18, 89) eller konflikter som rör roller och värderingar (13, 32, 54)
- psykisk ohälsa hos minst en förälder eller andra belastningar såsom hög stress som kan påverka föräldraförmågan (12, 46, 89)
- komplexa hälsotillstånd eller funktionsnedsättningar hos föräldrar eller barnet som kräver insatser från flera vård- eller samhällsaktörer (59, 60, 81, 83)
- social eller ekonomisk utsatthet där det finns svårigheter att gemensamt tillgodose barnets behov, oavsett om föräldrarna lever tillsammans eller inte (1, 49, 57, 58, 82)
- språkliga, kulturella eller kommunikativa hinder som påverkar delaktighet (20, 21, 84, 85)
- stark påverkan från det utvidgade sociala nätverket (13, 17, 18, 20, 21, 105).

Riktat föräldraskapsstöd vid behov av ytterligare stöd

Riktat föräldraskapsstöd eller samordnade insatser bör övervägas när svårigheterna är mer omfattande, långvariga eller bedöms påverka barnets hälsa och utveckling i högre grad.

Det gäller särskilt vid:

- uttalade och återkommande konflikter mellan föräldrar
- betydande svårigheter i omsorgsförmåga eller samspel med barnet
- allvarlig psykisk ohälsa hos förälder
- **misstanke om eller kännedom om våld** i nära relationer (51, 52)
- **behov av samordnade insatser** från flera vård- eller samhällsaktörer (59).

Samverkan och anmälningsskyldighet

Barnhälsovården har ett särskilt ansvar att följa upp barnets utveckling och familjens behov i en sammanhållen vårdkedja. Arbetet med gemensamma föräldrasamtal bör därför utgå från en sammanhållen struktur för samverkan mellan barnhälsovård, mödrahälsovård, förlossning, BB och andra relevanta aktörer för att identifiera och följa upp medicinska, psykologiska och sociala riskfaktorer. Samverkan bör som huvudregel ske i samråd med vårdnadshavarna (59).

Konsultera eller remittera vid behov till mödrabarnhälsovårdspsykolog, psykiatri, socialtjänst eller familjerådgivning, särskilt vid psykisk ohälsa, relationssvårigheter och förekomst av eller oro för våld i nära relationer (51, 52, 59). Om personal inom barnhälsovården får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa ska en anmälan genast göras till socialtjänsten.

Vid misstanke om våldsutsatthet

Bjud *inte* in till gemensamt föräldrasamtal om du misstänker eller vet att det finns hot eller våld i relationen, utan genomför i stället enskilda samtal och säkerställ att den våldsutsatta erbjuds adekvat stöd, se 7 kap. HSLF-FS 2022:39. Rådgör med socialtjänsten om du är osäker (51, 52).

Område 3: Föräldraskapsstöd i grupp till alla föräldrar till barn i åldern 0–18 år

Barn utvecklas ständigt, fysiskt, känslomässigt och socialt. Denna förändring påverkar också föräldrar, som behöver anpassa sitt föräldraskap utifrån nya behov och utmaningar. Därför kan behovet av stöd variera genom hela barnets uppväxt, i takt med att både barnet och familjesituationen förändras.

Kommunen, främst via socialtjänsten, bör erbjuda *föräldraskapsstöd i mindre grupp*, till alla föräldrar med barn i åldern 0–18 år (tabell 3). Stödet ges främst i fysiska möten, men kan också ges digitalt eller i en kombinerad form när det är lämpligt. Föräldraskapsstödet behöver vara lättillgängligt genom barnets hela uppväxt och ges därför av olika verksamheter och aktörer, såsom förebyggande socialtjänst, familjecentral, förskola och skola. Föräldrar behöver få kontinuerlig information om föräldrastödsprogram, och erbjudande om att delta, genom hela uppväxten, och informationen ska finnas tillgängligt på olika arenor hos samverkande aktörer. För att säkerställa att informationen når ut är det bra om den ges i samband med flera hälsobesök inom barnhälsovården och vid varje hälsobesök i skolan.

Föräldrars deltagande i föräldraskapsstödet behöver följas upp systematiskt för att säkerställa att stödet är jämlikt och håller hög kvalitet. Det är kommunen som bär det övergripande ansvaret för uppföljningen. Det är också centralt att professionerna inom berörda verksamheter har ett föräldraskapsstödjande förhållningssätt i sina kontakter med föräldrar. Det är även viktigt att de erbjuder lättillgänglig information för att främja en god föräldra–barnrelation.

Tabell 3. En rekommendation för föräldraskapsstöd till alla föräldrar till barn i åldern 0–18 år.

Typ av insats	Målgrupp	När i tid	Verksamhet	Samverkan / resurser
a) Manualbaserat föräldraskapsstöd i mindre grupp Exempelvis: - ICDP 0–18 år - ABC 3–12 år - Ladnaan+ Connect 11–16 år (till somaliska föräldrar)	Alla föräldrar till barn i åldern 0–18 år	Tillgängligt för föräldrar under barnets hela uppväxt men erbjuds särskilt i samband med besök inom barnhälsovården samt vid varje hälsobesök i skolan	Kommuner, främst via socialtjänst	Kan också erbjudas av familjecentral och förskola eller skola

Insats 3. Manualbaserat föräldraskapsstöd i mindre grupp till alla föräldrar till barn i åldern 0–18 år

Till dig som möter barn och föräldrar under barnets uppväxt

Erbjud alla föräldrar till barn i åldern 0–18 år manualbaserat föräldraskapsstöd i mindre grupp.

Varför?

Utmaningar i föräldraskapet förändras över tid, från småbarnsåren till tonåren, och påverkas av olika omgivande faktorer. Föräldrar efterfrågar tillförlitlig och åldersrelevant information samt stöd från professionella för att utveckla en god föräldra–barnrelation och för att stärka gemensamt föräldraskap, så kallat coparenting/föräldrasamarbete. Föräldrar behöver också möta andra föräldrar för att dela erfarenheter och stärka sitt sociala nätverk.

Föräldraskapsstöd i mindre grupp bidrar till att:

- förbättra barnets utveckling och hälsa genom att stärka föräldra–barnrelationen, föräldraförmågan och föräldrars tilltro till sin egen förmåga
- utveckla föräldrars uppfostringsstrategier.

Målgrupper och aktörer

Målgruppen för manualbaserat föräldraskapsstöd i mindre grupp är alla föräldrar med barn 0–18 år. Kommunen har huvudansvaret för att erbjuda stödet genom barnets hela uppväxt, främst genom den förebyggande socialtjänsten. Stödet kan också ges av exempelvis familjecentral, förskola och skola, enskilt eller i samverkan. Civilsamhällets aktörer kan vara viktiga samverkansparter.

Genomförande av insatsen manualbaserat föräldraskapsstöd i mindre grupp

Insatsen manualbaserat föräldraskapsstöd i mindre grupp ska genomföras i enlighet med programmets manual. Både implementeringen i sig och föräldrarnas upplevelse av stödet behöver följas upp systematiskt. Nedan beskrivs några centrala faktorer som bidrar till mer effektiv implementering (93).

Centrala faktorer som bidrar till mer effektiv implementering

1. Föräldraskapsstödsprogrammet är lättillgängligt för alla föräldrar.
 - Gruppträffar erbjuds på olika tider.
 - Program och inbjudan finns på lätt svenska, är översatt till relevanta språk och kan erbjudas i alternativa kommunikationsformer.
 - Det finns ”brobyggarfunktioner” eller digitala alternativ för att nå ut till alla föräldrar.
 - Föräldrar får barnpassning och enklare förtäring under träffarna.
 - Det finns goda kommunikationer till och från lokalerna där träffarna hålls.
2. Personer som är utbildade i programmen har goda förutsättningar för att vara aktiva som gruppledare.
 - Det finns tid avsatt för att planera och genomföra gruppträffar under ordinarie arbetstid (annars ges ersättning).
 - Gruppledarna har den utbildning och kompetens som behövs för att hålla i föräldragrupper.
 - Gruppledarna kan få regelbunden handledning och fortbildning även när deras gruppledarutbildning är avslutad.
3. Föräldraskapsstödet följs upp med fokus på hur många föräldrar som deltar i programmet och om det finns målgrupper som inte nås.
4. Föräldrarnas upplevelse av programmet, dess kvalitet och upplevda effekter i föräldra–barnrelationen följs upp systematiskt, exempelvis genom målgruppsdialoger eller med enkäter.

5. Gruppledarnas utbildning och handledning omfattar kriterier och tillvägagångssätt för att fånga upp familjer som behöver mer stöd. Rutiner för att slussa föräldrar vidare är upparbetade i verksamheten.

Val och kvalitetssäkring av föräldraskapsstöd utan RCT-stöd

Det är inte alla kommuner som erbjuder ett manualbaserat föräldraskapsstöd i mindre grupp. Det kan bland annat bero på att det inte är tydligt vilka program och metoder som rekommenderas och för att det saknas stöd i implementeringen (64, 93, 96, 106, 107). I första hand rekommenderas kommunen välja ett manualbaserat föräldraskapsstödsprogram som genomförs i mindre grupp och som är utvärderat i minst en randomiserad kontrollerad studie (RCT) i nordisk kontext. En del kommuner har implementerat ett universellt föräldraskapsstödsprogram som inte utvärderats i en RCT, och de behöver säkerställa att programmet lever upp till ett antal kvalitetsindikatorer.

Kvalitetsindikatorer för föräldraskapsstöd i grupp

Indikatorerna nedan är exempel på gemensamma nämnare för evidensbaserade manualbaserade föräldraskapsstödsprogram i mindre grupp:

- Programmet består av 4–6 träffar.
- Programmet har en teoretisk förankring och bygger på inlärningsteoretiska komponenter såsom positiv förstärkning.
- Det finns övningsmoment mellan träffarna som följs upp.
- Arbetssättet finns beskrivet i en manual som gruppledarna följer. De strävar efter att hålla sig till innehållet och strukturen.
- Gruppledarna har en grundutbildning som säkerställer nödvändig kompetens för att hålla i föräldragrupper.
- Det finns en formell utbildning i att hålla föräldragrupper som
 - ger kompetens i att leda grupper samt kompetens om gruppdynamik och gruppprocesser
 - varvar teori med praktisk övning i att hålla föräldragrupper
 - innehåller handledning för gruppledarna under utbildningen.
- Gruppledarna får regelbunden handledning och fortbildning även efter avslutad utbildning.

Kriterier för vidare hantering av manualbaserat föräldraskapsstöd i mindre grupp

Kommunerna behöver lägga särskild vikt vid att nå grupper av föräldrar som kan vara svårare att nå såsom pappor (8, 64, 96, 106), utlandsfödda eller ensamstående föräldrar (93). Därför behövs det olika sätt att rekrytera föräldrar till föräldraskapsstöd i grupp, och samverka med olika aktörer.

För att uppnå jämlikhet och jämställdhet kan insatserna behöva anpassas efter föräldrars individuella behov. Det kan exempelvis handla om att komplettera den universella insatsen med allmän samhällsinformation för nyanlända föräldrar, eller med individuellt stöd för föräldrar med egna svårigheter som kan hindra dem från att fullfölja programmets alla delar.

Föräldrar som deltar i föräldraskapsstöd i mindre grupp kan vara i behov av ytterligare stöd. Det kan exempelvis handla om:

- förälder eller barn med psykisk ohälsa, funktionsnedsättning eller andra svårigheter som kan påverka föräldraförmågan
- mycket bråk och konflikter mellan föräldrar eller förälder och barn
- indikationer på våld eller skadligt bruk och beroende inom familjen.

Verksamheten ska ha rutiner för hänvisning till relevant stöd när behov av ytterligare insatser identifieras. Vid misstanke om att ett barn får illa, exempelvis till följd av beroendeproblematik eller våld i nära relationer, ska gruppledaren göra en orosanmälan till socialtjänsten.

Del 4: Förutsättningar för att införa insatserna

Denna del i kunskapsstödet beskriver de förutsättningar som krävs för att kunna införa och genomföra insatserna i praktiken inom mödrahälsovården, barnhälsovården och socialtjänsten. Syftet är att tydliggöra vilka organisatoriska, kompetensmässiga och resursrelaterade förändringar som kunskapsstödet kan medföra, samt att ge ett underlag för planering, prioritering och beslut på olika nivåer i verksamheterna.

Förändringar som rekommendationerna kan medföra

Införandet av insatserna innebär i flera fall justeringar av befintliga arbetssätt, exempelvis förändringar i besöksstruktur, innehåll och omfattning av föräldrasamtal. Det kan även medföra behov av kompetensutveckling, förstärkt samverkan samt utökade resurser. Samtidigt bygger insatserna vidare på redan etablerade strukturer och kontakter med föräldrar, vilket skapar goda förutsättningar för implementering inom befintliga verksamheter. Inledningsvis beskrivs gemensamma förutsättningar för ett långsiktigt, jämlikt och kunskapsbaserat genomförande av insatserna, följt av mer verksamhetsspecifika förutsättningar. Tabell 4 illustrerar i vilken utsträckning insatserna innebär förändringar i frekvens, tidpunkt, rutiner och kostnader.

Tabell 4. Förändringar som rekommendationerna kan medföra för mödrahälsovården, barnhälsovården och socialtjänsten.

	Mödrahälso- vården	Barnhälsovården	Socialtjänsten
Innebär kunskapsstödet förändringar gällande frekvens och tidpunkt för föräldraskapsstödet?	Ja	Ja	Ja
Om ja, beskriv kortfattat ändringen/ändringarna	Samma intervaller som dagens besök, men behov av att förlänga något/några av ordinarie besök	Samma intervaller som dagens besök, men behov av att förlänga något/några av ordinarie besök	Manualbaserat föräldraskapsstöd i mindre grupp behövs erbjudas i större utsträckning och nå fler föräldrar, genom barnets hela uppväxt
Innebär kunskapsstödet några konsekvenser för befintliga rutiner eller kostnader?	Ja	Ja	Ja
Om ja, beskriv kortfattat konsekvensen/konsekvenserna	Förändrade rutiner med 1–2 utvidgade besök innebär ökade kostnader Behov av utbildning som förbättrar professionens kompetens om föräldrasamarbete	Förändrade rutiner med 1 utvidgat besök för mamman/födande förälder samt 1 utvidgat besök för föräldrar som <i>inte</i> deltagit i föräldraskapsstöd i mindre grupp eller har behov av utökat stöd. Behov av utbildning som förbättrar professionens kompetens om föräldrasamarbete	Behov av utbildning och kompetenshöjande insatser i specifika föräldraskapsstödsprogram, gruppleaderskap, samt utbildning av utbildare. Kompetenshöjande insatser för att säkerställa implementering och uppföljning av insatserna

Gemensamma förutsättningar för genomförande – mödrahälsovård, barnhälsovård och socialtjänsten

Trots att effektiva insatser finns begränsas deras genomslag av brister i implementering, ojämlik tillgång och otillräcklig anpassning till olika familjers behov. Detta kräver samordnade insatser på nationell och regional nivå samt implementeringsprocesser som beaktar flera nivåer samtidigt – individ, profession, organisation och samhälle – och anpassas till både interna och externa förutsättningar (27).

Ett långsiktigt och jämlikt kunskapsbaserat föräldraskapsstöd förutsätter tydliga organisatoriska strukturer, aktivt ledarskap och ett systematiskt kvalitetsarbete. Implementeringsstudier visar att sättet på vilket en insats införs, förankras och vidmakthålls är avgörande för möjligheten att bevara dess positiva effekter (108).

För att föräldraskapsstöd inom mödrahälsovården, barnhälsovården och socialtjänsten ska fungera i praktiken behövs därför en tydlig ansvarsfördelning, där ledningen prioriterar området och skapar organisatoriska och praktiska förutsättningar för genomförandet. Detta inkluderar utsedda funktioner med formellt ansvar för samordning, uppföljning och utveckling (109, 110). Nedan beskrivs områden av betydelse för genomförandet av föräldraskapsstödet.

Professionell kompetens och utbildning

Professionen som arbetar med föräldraskapsstöd behöver grundläggande och återkommande fortbildning i hantering av komplexa familjer och livssituationer, föräldraskapsstödjande förhållningssätt, specifika metoder, professionsspecifika ämnesområden, samtalsmetodik (reflekterande och motiverande samtal) och relationell pedagogik (32, 36, 93, 101, 102, 111-113). Effektivt föräldraskapsstöd kräver integration av teoretisk kunskap, praktiska färdigheter och situationsanpassat omdöme samt kontinuerlig handledning och kollegialt lärande (38, 69, 111-116). Forskning om anknytningsteori i socialt arbete betonar behovet av mer evidensbaserad och nyanserad utbildning där teori tydligare kopplas till praktisk tillämpning i arbete med barn och familjer, eftersom detta kan stärka kvaliteten och precisionen i insatserna (117).

Kompetens för gruppbaserat stöd

För gruppbaserat stöd behövs dessutom praktisk erfarenhet, kunskap om gruppprocesser och förmåga att hantera gruppdynamik (37, 118). Föräldrar betonar betydelsen av engagerade och inkluderande gruppledare (1, 33, 34, 36, 103, 104). Relationell kompetens, såsom lyhördhet, respekt, empati och ett icke-dömande bemötande är minst lika viktig som formell kunskap (8) för att skapa trygghet och delaktighet (8, 32, 34, 36, 39, 93, 103). Utan denna kompetens riskerar fokus att hamna på informationsöverföring istället för dialog och gemensam reflektion (33, 34, 114, 115). Pappor efterfrågar manliga professionella, samt innehåll och budskap som tydliggör deras roll i föräldraskapet (8).

Föräldraskapsstödjande bemötande och kortare stödmaterial

Genom ett föräldraskapsstödjande bemötande inom bland annat mödrahälsovård, barnhälsovård, familjecentraler och socialtjänst kan föräldrar få kunskap om centrala föräldraförmågor, exempelvis vikten av att ge uppmuntran och uppskattning till sitt barn. Kortare stödmaterial som föräldrarna får ta med sig hem kan komplettera insatsen (119). Kompetensutveckling kan även fokusera på komponenter som främjar en god föräldra-barnrelation och baseras på evidens från exempelvis interventioner inom området (13, 16, 48, 62, 66-68, 106, 120-129).

Pedagogiska arbetssätt och samordning

Kooperativt lärande är ett teoretiskt ramverk där gruppdeltagare i samspel och dialog lär av och med varandra, med stöd av en aktiv ledare. Gruppledarens roll är att främja delaktighet och gemensamt ansvar för gruppens funktion (32, 101, 130). Grundprinciperna är positivt ömsesidigt beroende, individuellt ansvar, stödjande interaktion, samarbetsfärdigheter och gemensam reflektion (32, 101, 130). Genom samordnade, inkluderande och jämlika förhållningssätt kan föräldrar få samstämmiga budskap från flera aktörer, vilket stärker barnets välbefinnande och föräldrars upplevelse av kompetens (83, 119, 130).

Samverkan och samsyn

Mödrahälsovård och barnhälsovård, övrig primär- och specialistvård, socialtjänst samt civilsamhälle har kompletterande roller i föräldraskapsstödet och behöver formalisera och utveckla samverkan och teamarbete kring familjer (83).

En framgångsfaktor är att föräldraskapsstödet förmedlas samstämmigt från olika aktörer som möter familjen. Preliminära forskningsresultat visar att

även enstaka tillfällen där viktig kunskap om föräldra–barnrelationen förmedlas muntligt och skriftligt kan förbättra samspelet, minska beteendeproblem och stärka barnets sociala förmåga (119). Det kan exempelvis vara att föräldrar får kontinuerligt föräldraskapsstöd från barnhälsovården som kompletteras med en temaföreläsning eller enstaka möte med den förebyggande socialtjänsten på familjecentralen. När personal och föräldrar är överens om grundläggande principer stärks barns välbefinnande (131).

Tillgänglighet och flexibilitet

Föräldrar efterfrågar lättillgänglig information om hur en god föräldra–barnrelation kan utvecklas och stärkas (1). Tillgängligheten i föräldraskapsstödet främjas genom flexibilitet i tid, form och plats, inklusive fysiska, digitala eller kombinerade insatser, information på relevanta språk för olika målgrupper, samt andra praktiska arrangemang som underlättar deltagandet (1, 49, 84, 85, 93, 132, 133). Hembesök och familjecentraler i närområdet kan särskilt öka tillgängligheten för grupper som är svårare att nå (91, 134, 135). Verksamheter och professioner behöver dessutom arbeta normkritiskt, icke-diskriminerande samt ha kulturell kunskap och förståelse för att säkerställa jämlikhet och delaktighet (1, 8, 34).

Föräldrar anger tidsbrist, transportproblem, barnomsorg samt känslor av stigma och skuld som ett hinder för deltagande i föräldraskapsstödjande insatser (8), samtidigt som de efterfrågar flexibla tider och platser, digitala alternativ och stöd från andra föräldrar (8). Digitala plattformar, såsom 1177, möjliggör kvalitetssäkrad och jämlik information om föräldraskap och utveckling av en god föräldra–barnrelation (133, 136–138). Flera regioner och kommuner har utvecklat digitala resurser och stödprogram. Erfarenheter från dessa behöver systematiskt utvärderas för att säkerställa att informationen når alla föräldrar, oavsett socioekonomisk bakgrund, funktionsnedsättning, språk eller geografisk plats.

Jämställdhet och jämlikhet

Föräldraskapsstödet når i dag inte alla grupper på ett jämlikt och jämställt sätt. Exempelvis deltar pappor, ensamstående föräldrar och föräldrar med utländsk bakgrund i lägre utsträckning (64, 96, 106). För att nå dessa grupper behöver verksamheterna arbeta aktivt och strategiskt, bland annat genom målgruppsanpassad information om vilka föräldraskapsstödjande insatser som finns att tillgå. Verksamheter som möter föräldrar behöver ha god kännedom om vilka former av föräldraskapsstöd som är tillgängliga och kontinuerligt ge föräldrar uppdaterad information om dessa.

Uppföljning och kvalitet

Kvaliteten i föräldraskapsstödande insatser behöver utvecklas och följas upp för en evidensbaserad praktik. Verksamheterna behöver systematiskt följa upp hur många som tar del av ett evidensbaserat stöd, vilka grupper som inte nås samt vilka effekter insatserna har. Uppföljningen föreslås integreras i ordinarie styrning och ledning och kan exempelvis genomföras genom enkäter och målgruppsdialoger (108).

Avsatt tid

Professionen behöver tillräckligt med tid för samtal och reflektion för att kunna erbjuda effektivt föräldraskapsstöd (1). Ledningen ansvarar för att professionerna har en rimlig arbetsbelastning och får tid för att genomföra föräldraskapsstödet. Vidare har ledningen tillsammans med professionerna ett ansvar för kompetensen inom föräldraskapsstöd, att avsätta tid för kompetensutveckling, handledning och kollegialt stöd.

Kontinuitet och relation

Trygghet, tillit och öppenhet i samtal om exempelvis psykisk hälsa och relationer förutsätter att familjen får möta samma profession över tid (1). Kontinuitet kan även främjas genom en smidig överlämning från mödrahälsovård till barnhälsovård. Sammanhållna föräldragrupper, där barnhälsovården fortsätter med mödrahälsovårdens föräldragrupper, bidrar med kontinuitet och ett sammanhållet stöd i övergången till föräldraskapet (101, 139). Stöd till de som utför föräldraskapsstödet bidrar till god kvalitet och minskad personalomsättning (108). Familjecentraler kan bidra till att främja kontinuiteten och ett sammanhållet föräldraskapsstöd (139, 140).

Specifika förutsättningar för att genomföra insatserna inom mödrahälsovården

Föräldraskapsstöd är en del av mödrahälsovårdens hälsofrämjande uppdrag under graviditeten där barnmorskekompetens är av stor betydelse. Föräldraskapsstöd under graviditeten spelar en avgörande roll för att främja psykisk hälsa, stärka föräldrars förmåga och skapa goda förutsättningar för barnets utveckling. Perioden från graviditeten till barnets två första levnadsår är särskilt betydelsefull för barns långsiktiga fysiska, psykiska och sociala hälsa (27). Graviditeten innebär stora förändringar i livssituation och roller, samtidigt som frågor, förväntningar och oro kan väckas (1). Samtidigt är mottagligheten för stöd och motivationen till livsstilsförändringar ofta stor, inte minst för barnets skull, vilket gör perioden särskilt lämplig för hälsofrämjande och förebyggande insatser.

En sammanhållen vårdkedja betonas, vilket innebär att mödrahälsovården behöver etablera fungerande rutiner för samverkan och informationsöverföring mellan mödrahälsovård, förlossningsvård/BB och barnhälsovård. Det föräldraskapsstöd (i grupp och gemensamt) som påbörjas med blivande föräldrar i mödrahälsovården behöver följas upp inom barnhälsovården. Viktiga samverkansprofessioner för ett sammanhållet föräldraskapsstöd är exempelvis barnhälsovårdssjuksköterska och psykolog inom mödra- och barnhälsovård samt vid behov socionom, familjestödjare och pedagoger inom kommun (1, 9, 11, 53, 141).

Det finns betydande variationer inom mödrahälsovården i vilken utsträckning föräldrar erbjuds föräldraskapsstöd i mindre grupp samt utformningen av och innehåll i dessa grupper. Vid nationella möten med samordningsbarnmorskor har det framkommit behov av nationell vägledning för att erbjuda ett mer jämställt och jämlikt föräldraskapsstöd. I *Förslag till nationell plan 2026–2035: Graviditet, förlossning och tiden efter*, föreslår Socialstyrelsen att ett nationellt föräldraskapsstödsprogram tas fram av MFoF i samverkan med berörda aktörer (10). Regionala mödra- och barnhälsovårdsteam har en central funktion som möjliggörare i implementeringen av ett jämställt och jämlikt föräldraskapsstöd, bland annat genom att utveckla rutiner och erbjuda utbildningsinsatser.

Det kommer finnas behov av att förlänga något eller några ordinarie besök inom mödrahälsovården för att erbjuda gemensamt föräldrasamtal, beroende på utformningen av mödrahälsovårdens hälsovårdsprogram. Förändrade rutiner med förlängda besök innebär ökade kostnader. Dock erbjuds redan idag förlängda besök i varierande grad till blivande föräldrar som inte deltar i föräldraskapsstöd i mindre grupp, eller som har ett större behov av stöd.

Specifika förutsättningar för att genomföra insatserna inom barnhälsovården

Föräldraskapsstöd är en del av barnhälsovårdens hälsofrämjande uppdrag och där sjuksköterskekompetens med relevant specialistutbildning, distriktsköterska eller barnsjuksköterska är av stor betydelse (142).

Föräldraskapsstöd inom barnhälsovården spelar en central roll för att främja barns hälsa och utveckling samt stärka föräldrars förmåga. Genom att integrera barnets signaler, behov och utveckling i stödet har barnhälsovården unika möjligheter att kombinera ett tydligt barnperspektiv med ett stöd till föräldrarna.

Nationellt betonas vikten av samverkan kring barn och familjer och en sammanhållen vårdkedja mellan barnhälsovården och andra aktörer (59, 60, 141). För att uppnå ett sammanhållet föräldraskapsstöd är samarbetet mellan olika verksamheter viktiga förutsättningar (1, 141).

Det finns behov av tydliga, nationellt förankrade rutiner för hur ett jämställt föräldraskapsstöd inom barnhälsovården ska utformas. En nationell kartläggning från 2025 visar betydande variationer mellan regioner i vilken utsträckning icke-födande föräldrar erbjuds enskilda samtal. För att säkerställa en jämlik tillgång till stödinsatser efterfrågas en nationell vägledning, om hur inbjudningar utformas, information tillgängliggörs och hur stöd riktas till grupper som är svåra att nå. Centrala barnhälsovårdsteam betonar även vikten av att tidigt inkludera båda föräldrarna, exempelvis i övergången från mödrahälsovård till barnhälsovård genom personliga möten och riktade inbjudningar vid första hembesöket.

Centrala barnhälsovårdsteam har en viktig funktion som möjliggörare i implementeringen av ett jämställt och jämlikt föräldraskapsstöd, bland annat genom att utveckla rutiner och erbjuda utbildningsinsatser. Den nationella *Rikshandboken i barnhälsovård* fungerar också som ett stöd (72, 110). Samtidigt är det i praktiken den lokala verksamhetsledningen och de enskilda professionerna som ytterst avgör om implementeringen lyckas (143, 144).

Implementering av enskilda föräldrasamtal behöver samordnas med EPDS-screening. De föräldrar som inte deltagit i föräldraskapsstöd i grupp behöver fångas upp för gemensamt föräldrasamtal.

Specifika förutsättningar för att genomföra insatserna inom den förebyggande socialtjänsten

Manualbaserat föräldraskapsstöd i mindre grupp kräver att gruppledare genomgår utbildning i både programinnehåll och gruppledarfärdigheter. För att säkerställa kvalitet och minska personalomsättning behövs kontinuerlig handledning och fortbildning (93). Det kan vara kostnadseffektivt för enskilda kommuner eller för flera kommuner i samverkan att bygga en struktur med egna utbildare av gruppledare och handledare. Det finns också exempel på kommuner med stora geografiska avstånd där en och samma gruppledare leder grupper i olika delar av kommunen för att öka tillgängligheten till stödet.

Manualbaserat föräldraskapsstöd i mindre grupp, som ABC 3–12 år eller ICDP, erbjuder ett strukturerat upplägg med tydliga mål och aktiviteter. För ett sammanhållet föräldraskapsstöd från före födseln till 18 års ålder behöver det manualbaserade föräldraskapsstödet kompletteras med det befintliga stödet som erbjuds inom mödrahälsovård, barnhälsovård, socialtjänst, öppen förskola, förskola och skola. Verksamheterna kan gemensamt stärka och förmedla centrala principer i föräldraskapsstödet, som till exempel vikten av lyhördhet, närvaro och värme i relationen samt bidra till att förmedla information om vilket föräldraskapsstöd som erbjuds. På så sätt möts föräldrar av gemensamma budskap och information genom flera kanaler och sammanhang, vilket gör det lättare för föräldrar att förstå, tillämpa och reflektera över dem i vardagen (1). En sådan integrering bidrar också till kontinuitet och samsyn mellan olika professioner och verksamheter, vilket skapar en mer sammanhållen stödinsats för föräldrarna och stärker möjligheten att långsiktigt främja barns utveckling och hela familjens välbefinnande.

Del 5: Kunskapsunderlag

I följande avsnitt ges en fördjupad bakgrund till:

- barnets rättigheter och betydelsen av föräldraskapsstöd
- prioriterade fokusområden för föräldraskapsstöd
- föräldra–barnrelation och föräldrars engagemang – betydelse och bidragande faktorer
- föräldraskapsstödet syfte och betydelse
- föräldraskapsstöd i regioner och kommuner
- kunskapsläge per rekommendation
- metod för framtagandet av rekommendationerna.

Barnets rättigheter och betydelsen av föräldraskapsstöd

Barn har rätt till en trygg uppväxt, god hälsa och en gynnsam utveckling enligt Barnkonventionen (145). Barnets bästa ska komma i främsta rummet (artikel 3) och föräldrar har huvudansvaret för barnets uppfostran, med statligt stöd (artikel 18). Föräldrar och andra omsorgsgivare har en avgörande betydelse för barns och ungas välbefinnande – från tiden före födelsen genom hela uppväxten. Föräldraskapsstöd är ett sätt för samhället att uppfylla barnets rättigheter.

Relationen mellan föräldrar och barn är en av de viktigaste faktorerna för barns och ungas hälsa och den är påverkbar. En varm, lyhörd och engagerad föräldra–barnrelation skyddar mot psykisk ohälsa, stärker förutsättningarna i skolan och lägger grunden för ett gott liv in i vuxenåldern. Det gäller från spädbarnsperioden till sena tonåren, och det gäller barnets föräldrar, oavsett familjekonstellation (27).

Deltagandet i föräldraskapsstöd är dock inte jämlikt fördelat. Barn i familjer med socioekonomiska svårigheter, utländsk bakgrund eller begränsat socialt stöd nås i lägre utsträckning av befintliga stödinsatser. Därför behöver verksamheterna bli bättre på att nå alla barn och familjer, inte bara dem som redan deltar eller söker stöd.

Prioriterade fokusområden för föräldraskapsstöd

Lyhört samspel som grund

Föräldrar som uppmärksamhet och genuint svarar på barnets signaler främjar trygg anknytning, hjärnans utveckling och stressreglering. Mödra- och barnhälsovården behöver därför aktivt stödja och observera samspelet hos alla blivande och nyblivna föräldrar.

Värme och tydlighet i föräldraskapet

Omsorg och värme i kombination med rimliga förväntningar och stöd till självständighet ger bäst utvecklingsutfall.

Föräldrars välmående och tilltro

Föräldrars psykiska hälsa och tilltro till den egna föräldraförmågan påverkar barnet. Tidig identifiering av ohälsa samt stöd vid stress och låg tilltro är direkt skyddande för barnet.

Föräldrars engagemang och delaktighet

Intresse, samtal och positiva förväntningar främjar barnets utveckling och lärande. Insatser för barn och unga blir mer effektiva när föräldrar aktivt involveras, och inte informeras i efterhand.

Jämställt och inkluderande föräldraskap

Båda föräldrarnas engagemang bidrar till barnets utveckling, men pappor deltar mer sällan i föräldraskapsstödjande insatser. Föräldrars samarbete kring barnet är en viktig påverkbar skyddsfaktor som behöver uppmärksammas (co-parenting), även när föräldrarna inte lever tillsammans.

Jämlik tillgång till stöd

Familjer med lägre utbildning, utländsk bakgrund eller i socioekonomiskt utsatta situationer nås i lägre grad av universellt föräldraskapsstöd. Riktade och lättillgängliga arbetssätt, såsom hembesök och flexibla kontaktformer, behövs för att nå fler.

Strukturer och systematik

Föräldraskapsstöd behöver ges samordnat, strukturerat och följas upp systematiskt för att säkerställa kvalitet, räckvidd och jämlikhet.

Fördelningen av föräldrapenningen behöver lyftas med de blivande föräldrarna då den är väldigt skev. Exempelvis tar var femte pappa fortfarande inte någon betald ledighet under barnets två första år.

En god föräldra-barnrelation är grunden för barns hälsa och utveckling

En trygg, varm relation mellan föräldrar och barn är en av de viktigaste skyddsfaktorerna för barns hälsa och utveckling, och den påverkas av föräldraskapsstöd. Effekterna är biologiska, psykologiska och sociala, och de sträcker sig hela livet.

En varm och lyhörd föräldra-barnrelation skyddar barnet inom alla hälso-domäner, och effekterna håller i sig länge. Lyhörd omsorg under spädbarns-perioden påverkar bokstavligen barnets biologi: hur stresshormonssystemet kalibreras med konsekvenser för immunförsvar och hjärt-kärlhälsa som sträcker sig in i vuxenlivet (121). Trygg anknytning, etablerad via sensitiv responsivitet (lyhördhet), är en av de starkaste kända skyddsfaktorerna mot psykisk ohälsa. Denna känslomässiga relation som är grundläggande för barns socioemotionella utveckling börjar redan under graviditeten (27). Effekterna är stabila över tid: relationens kvalitet i ungdomsåren hänger samman med förmåga till empati och nära relationer som vuxen (146, 147) och sambanden med psykisk hälsa och välmående har bekräftats över kulturer (148).

Att lyhört följa barnets intresse och ställa frågor driver tidig språkutveckling och lärande. En genomgång av 133 randomiserade studier visade kausala effekter på kognitiv, språklig och motorisk utveckling redan i 0–3-årsåldern (122), och en storskalig kohortstudie ($n > 200\,000$) bekräftade sambanden med skolprestationer (123).

Forskning visar att lyhördhetens skyddseffekt är lika stark oavsett förälderns kön. Den hittills mest omfattande meta-analysen ($n = 22\,914$) fann inga statistiskt signifikanta skillnader mellan mammor och pappor (124). Pappans sensitivitet förutsäger barnets kognitiva och socioemotionella utfall oberoende av mammans bidrag, vilket visar på att båda föräldrars insats har unika, additiva effekter (106). Att stärka samspelet mellan barn och föräldrar och uppmärksamma deras relation skapar bättre förutsättningar för föräldraskapsstöd som gör skillnad genom hela barnets uppväxt (27).

Faktorer som bidrar till en god föräldra-barnrelation

Föräldrar i socioekonomiskt utsatta situationer, med begränsat socialt nätverk eller med psykisk ohälsa har ofta sämre förutsättningar att vara lyhörda och konsekventa. Inte av brist på vilja, utan av brist på resurser. Samhället behöver aktivt erbjuda dessa föräldrar föräldraskapsstöd, inte invänta att de söker hjälp.

En god relation förutsätter att föräldern har tillräckliga egna resurser. Den mest centrala faktorn är förmågan att hantera sina egna känslor. Föräldrar som kan stanna upp och reglera sin reaktion ger i genomsnitt mer sensitiv och konsekvent omsorg. Det är en förmåga som kan tränas och stärkas (125-127). Föräldrarnas psykiska hälsa har en avgörande roll för föräldra-barnrelationen. Depression, ångest och obearbetad stress försämrar lyhördheten, och postpartumdepression påverkar det tidiga samspelet med mätbara negativa konsekvenser för spädbarnets stresssystem. Att erbjuda stöd vid psykisk ohälsa hos föräldrar är därmed ett direkt arbete för barnets hälsa och utveckling (27).

Tilltron till den egna föräldraförmågan (parental self-efficacy) är en annan nyckelprediktor (128). Föräldrar som tror att de kan göra skillnad engagerar sig mer och mer konsekvent, och den tilltron är påverkbar via kunskap och stöd (128). Socialt stöd från partner, familj och professionella buffrar mot föräldrastress och är en förutsättning för god omsorgskvalitet (27, 48).

Hur föräldrar ser på sitt eget, varandras och det gemensamma föräldraskapet får både relationell och praktisk betydelse för hur de samarbetar kring barnet. Begreppet coparenting avser den interaktion och det utbyte som sker mellan vuxna som gemensamt ansvarar för ett barns fostran och välbefinnande, oavsett om de lever tillsammans eller inte (25). Begreppet beskriver kvaliteten i föräldrarnas gemensamma fungerande. Det omfattar allt från välfungerande och stödjande interaktioner till bristande eller direkt undergrävande beteenden (149, 150). I kunskapsstödet används ”föräldrasamarbete” för coparenting-begreppet, som även kan betecknas som gemensamt föräldraskap, samföräldraskap eller förälldrateam.

Fyra centrala områden i fungerande föräldrasamarbete

- **Ömsesidigt stöd kontra undergrävande:** Den grad i vilken föräldrar bekräftar varandras kompetens och auktoritet inför barnet. Ett bristande samarbete kännetecknas av att man aktivt motarbetar, kritiserar eller korrigerar den andra föräldern i barnets närvaro.
- **Enighet i föräldraskapet:** Hur väl föräldrarna koordinerar sina värderingar, regler och mål för barnets uppfostran. Skillnader i synsätt är naturliga, men samarbetets kvalitet avgörs av hur dessa olikheter hanteras och kommuniceras.
- **Fördelning av omsorgsansvar:** Hur föräldrarna koordinerar och fördelar praktiska uppgifter kring barnets dagliga behov och hushållet. Det centrala är upplevelsen av en rimlig och fungerande ansvarsfördelning.
- **Gemensam hantering av familjens samspel:** Hur föräldrarna kommunicerar kring barnet och hanterar konflikter på ett sätt som inte belastar barnet eller skapar lojalitetskonflikter.

Föräldrarnas samarbete kring barnet har betydelse för barnets välmående. Föräldrar som respekterar varandras bidrag, stöttar varandra i föräldrarollen och löser meningsskiljaktigheter konstruktivt skapar en familjemiljö där sensitiv omsorg lättare kan utövas. Forskning visar att ett gott föräldrasamarbete är en skyddsfaktor för barns socioemotionella hälsa, oberoende av parrelationens kvalitet (120, 151). Det gäller oavsett om föräldrarna bor ihop eller inte. För pappor och icke-födande förälder spelar tidig inkludering en avgörande roll. Pappor som välkomnades aktivt i prenatal vård och barnhälsovården rapporterar starkare känslomässig bindning till barnet och mer engagemang (55, 152). När det gäller dynamiken i föräldrasamarbetet har forskning visat att mammans inställning till pappans delaktighet modererar starkt vilken föräldraroll fadern får, så kallad ”gate-keeping” (61-63, 153, 154).

Föräldrars engagemang och dess betydelse för barns hälsa och utveckling

Jämlikhetsperspektiv: Barriärerna för föräldrars engagemang är till stor del strukturella. Familjer med utländsk bakgrund, lägre utbildning eller socioekonomiska svårigheter nås sämre av universella stödinsatser och möter fler hinder i mötet med skola och vård. Det kräver aktiva och riktade insatser.

Föräldraengagemang handlar om att vara aktivt involverad i barnets liv. Föräldrars engagemang har betydelse för barnets utveckling och skolgång genom intresse, samtal och höga men realistiska förväntningar. Förväntningar har ett starkt och konsistent samband med barns skolprestationer, oavsett åldrar, kön och kulturer (3-5).

Att pappor är aktivt närvarande i lek, samtal, visar känslomässig omsorg och i gemensamma aktiviteter hänger samman med bättre socioemotionell förmåga, färre beteendeproblem och starkare psykisk hälsa. En systematisk genomgång av 24 longitudinella studier fann positiva effekter av faderligt engagemang i 22 av dem (61), och senare forskning bekräftar bilden. Det är den direkta och varma närvaron som gör skillnad. Att föräldrarna samarbetar, respekterar varandras roller och minimerar konflikter kring barnet är en ytterligare skyddsfaktor som förstärker effekterna av det individuella engagemanget. En stor studie (n = 2 915) visade att barn mår bäst när båda föräldrarnas upplevelse av föräldrasamarbetet är positivt och samstämmigt, och sämst när pappans upplevelse är klart mer negativ än mammans (97). Att involvera föräldrar i insatser för barn och unga med psykisk ohälsa förbättrar behandlingsutfall påtagligt jämfört med insatser riktade enbart till individen (155, 156).

Förutsättningar för en god föräldra–barnrelation och aktivt föräldraengagemang

En god föräldra–barnrelation och ett aktivt föräldraengagemang bygger på att föräldern har resurser och att föräldraskapsstöd erbjuds på både universell och riktad nivå. Att stödja föräldrarna är att ge barnet goda förutsättningar för sin hälsa och utveckling. Trots goda förutsättningar med mödra- och barnhälsovårdens höga täckning, en utbyggd elevhälsa och ett föräldraledighetsystem som främjar jämställt föräldraskap räcker inte

universella insatser för att nå alla. Ojämlikheterna är reella: lägre engagemang och sämre utfall är systematiskt vanligare i familjer med begränsade resurser, utländsk bakgrund eller lägre utbildning.

Föräldraskapsstödet syfte och betydelse

Föräldraskapsstöd syftar till att främja barnets hälsa och utveckling och stärker föräldraförmågan, relationen mellan förälder och barn, föräldrars relation till varandra och föräldrars sociala nätverk (141). En starkt föräldrabarnrelation förbättrar barnets förutsättningar för lärande, psykiskt välbefinnande och sociala utveckling (59). Även andra närstående vuxna som barnet uppfattar som förälder, eller som har en viktig roll i barnets liv ska erbjudas föräldraskapsstöd (141). Ett gemensamt och jämställt föräldraskap som präglas av samarbete och fokus på barnets bästa, har betydelse för barnets hälsa och utveckling (13, 24, 65). För att stödja föräldrarna i sitt föräldrauppdrag och för att säkerställa ett gemensamt ramverk med betoning på ett universellt stöd, finns en nationell strategi för ett starkt föräldraskapsstöd. Målsättningen är att alla föräldrar ska erbjudas föräldraskapsstöd under barnets hela uppväxt (141).

Föräldraskapsstöd i olika åldrar

0–5 år inkl. före födseln	Anknytning, samspel och tidig inkludering av barnets föräldrar, särskilt av pappor. Biologiskt känsligast för hjärnans och stressregleringssystemets mognad. Lyhört samspel, tidig identifiering av föräldrars psykiska ohälsa, aktiv inkludering av icke-födande från graviditeten och stöd till trygga rutiner är centralt.
6–12 år	Engagemang, förväntningar och hembaserat lärande. Intresse, samtal och höga men realistiska förväntningar i hemmet är starkare prediktorer för skolprestationer än föräldrars synliga närvaro på skolan.
13–20 år	Relation, öppenhet och autonomistöd. Upplevd värme och öppen kommunikation är de starkaste skyddsfaktorerna för psykisk hälsa i tonåren. Att inkludera föräldrar i insatser för unga med psykisk ohälsa förbättrar utfallen påtagligt.

Föräldraskapsstöd i regioner och kommuner

Universellt föräldraskapsstöd erbjuds idag i flera former och vid olika tidpunkter inom mödrahälsovårdens, barnhälsovårdens, socialtjänstens förebyggande verksamhet, inom förskola och skola samt på familjecentraler. Majoriteten av de föräldraskapsstödjande insatserna ges i samband med ordinarie hälsobesök. Därutöver erbjuds föräldraskapsstöd i mindre grupp inom såväl mödrahälsovården och barnhälsovården som socialtjänsten.

Föräldraskapsstöd i mindre grupp inom mödra- och barnhälsovården

Under pandemin minskade regionernas föräldraskapsstöd i form av mindre grupp under graviditet och småbarnsåren drastiskt. Återhämmningen därefter är bristfällig inom mödrahälsovården, då deltagandet enligt graviditetsregistret för 2024 var ca 20 procent, något högre för kvinnor och något lägre för män. De regionala skillnaderna är idag stora inom både mödrahälsovården och barnhälsovården, vilket gör föräldraskapsstödet ojämnt fördelat. För barnhälsovården har deltagandet återgått till nivåerna före pandemin. Det är en låg andel icke-födande föräldrar med barn (födda 2023) som deltar i mindre grupp (13 procent) jämfört med andelen födande föräldrar (41 procent), enligt svenska Barnhälsovårdsregistret, BHVQ.

Enskilt föräldrasamtal inom barnhälsovården

Det är även tydligt att enskilt föräldrasamtal enligt barnhälsovårdsprogrammet till icke-födande föräldrar erbjuds i otillräcklig omfattning enligt BHVQ. Trots en successiv ökning de senaste åren deltog endast ungefär en tredjedel enligt data 2024. Det kan jämföras med åtta av tio deltagare i det enskilda samtalet med screening för depression som erbjuds till alla födande föräldrar.

Riktat stöd till föräldrar med småbarn

För att stödja föräldra-barnrelationen och förebygga psykisk ohälsa hos små barn krävs tidiga insatser och riktat föräldraskapsstöd vid svårigheter i samspel mellan små barn och föräldrar. Tillgången till insatser vid svårigheter med samspel/anknytning är ojämn och överlag bristfällig i Sverige (157).

Manualbaserat föräldraskapsstöd i grupp för föräldrar med barn med utåtagerande beteende

Riktade program visar generellt större effekter, vilket är väntat då universella program riktas till en bred population (158). De senaste uppgifterna från öppna jämförelser 2024 visar att 53 procent av kommunerna erbjuder ett manualbaserat föräldraskapsstöd i grupp för barn med utåtagerande beteende, vilket är lägre jämfört med före pandemin då motsvarande siffror var 60–62 procent. Detta är en oroväckande negativ utveckling som ses trots att kommunerna erhållit statsbidrag för att motverka detta. Nationell statistik för motsvarande universellt föräldraskapsstöd i grupp saknas.

Föräldraskapsstöd på öppen förskola och familjecentral

En positiv utveckling ses av antal kommunala öppna förskolor – en viktig verksamhet för föräldraskapsstöd. Under de senaste 10 åren har antalet successivt ökat från 439 till 529 och antal heltidstjänster har ökat från 535 till 719 (öppna jämförelser 2024). Det har också skett en positiv utveckling av antalet familjecentraler och familjecentralslikande verksamheter. Den senaste kartläggningen som Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten genomförde 2023 visade att de fanns 246 verksamheter i Sverige – en ökning med drygt 100 verksamheter de senaste 15 åren. Verksamheterna är också spridda över landet och finns i 18 av 21 regioner.

De första 1 000 dagarna – avgörande för barns hälsa och utveckling

Forskning om de 1 000 första dagarna (under graviditeten och barnets två första levnadsår) visar att perioden från graviditet till två års ålder är avgörande för hjärnans utveckling, emotionell reglering, anknytning och långsiktiga goda livsvillkor (54, 159). Tidigt stöd till föräldrar kan därför få varaktiga effekter på barns hälsa, utbildning och psykiska välbefinnande, särskilt i socioekonomiskt utsatta grupper (159). Sensitivt och responsivt föräldraskap samt icke-hårda uppfostringsmetoder främjar tidig kognitiv och språklig utveckling (123), medan ett stöttande demokratiskt förhållningssätt stärker barns självreglering, empati och sociala relationer (146, 147, 160, 161). Föräldrars förmåga att samarbeta och hantera konflikter konstruktivt är centralt, då låg konfliktnivå och stabila relationer fungerar som viktiga skyddsfaktorer (13, 18, 65).

Tidigt föräldraskapsstöd stärker hälsa och utveckling

Föräldraskapsstöd kan stärka föräldrars tilltro till den egna förmågan och därigenom gynna föräldra–barnrelationen, föräldrars psykiska hälsa och barns utveckling i form av förbättrad social och emotionell kompetens (128, 161, 162). En trygg och hållbar relation till föräldrar är grundläggande för barns hälsa och utveckling (160). Betydelsen av tidiga och förebyggande insatser lyfts i internationell forskning (159, 163). WHO framhåller att båda föräldrarnas hälsa och livsvillkor, redan före befruktningen, påverkar fostrets utveckling och barnets framtida hälsa. WHO rekommenderar därför att föräldraskapsstöd under graviditeten integreras i barn- och ungdoms-hälsovården med ett helhetsperspektiv på familjens hälsa (164). Samhällsekonomisk forskning visar att investeringar i tidiga insatser ger större avkastning än senare insatser och bidrar till minskad ojämlikhet och förbättrade livsutfall över livsloppet (165).

Universella insatser ger störst befolkningseffekt

Enligt preventionsparadoxen kan små, förebyggande insatser riktade till hela befolkningen ge större samlad effekt än omfattande insatser för enbart hög-riskgrupper. Effekterna är ofta små på kort sikt, men kan ge långsiktig påverkan om tillräckligt många nås. För att uppnå detta krävs ökad rekrytering och minskade hinder för deltagande, särskilt bland grupper som traditionellt är svårare att nå. Universellt stöd kan också minska stigma och fungera som ingång till riktade insatser, särskilt om dessa uppfattas vara sammanhängande (166).

Kunskapsläge för de nya rekommendationerna

Nedan beskrivs kunskapsläget för de nya rekommendationerna som ska utgöra ett komplement till befintligt föräldraskapsstöd inom mödra- och barnhälsovården, samt i kommunerna, företrädesvis socialtjänsten.

Rekommendation 1. Gemensamt föräldrasamtal med blivande föräldrar

Lågt deltagande i föräldraskapsstöd i grupp

En låg andel blivande föräldrar erbjuds föräldraskapsstöd i mindre grupp, trots Socialstyrelsens rekommendationer. Vissa blivande föräldrar upplever

att gruppformen inte passar dem, och deltagandet är lägre i vissa grupper på grund av språkbarriärer, upplevd stigmatisering och arbetsförhållanden (11).

I strävan efter ett jämlikt och jämställt föräldraskapsstöd, så bör gemensamt föräldraskapsstödjande samtal erbjudas till de föräldrar som behöver utökat stöd. Det kan handla om blivande föräldrar som inte deltagit i föräldraskapsstöd i mindre grupp eller deltagit i grupp som saknat fokus på föräldrasamarbete och omställningen till föräldraskapet. Ett sådant så kallat gemensamt strukturerat föräldrasamtal behöver vara en integrerad del av mödrahälsovården. Det kan dock inte ersätta behovet av att stärka föräldrars sociala nätverk genom gruppverksamhet och heller inte uppmärksamma våld i nära relationer och psykisk ohälsa som enskilda föräldrasamtal medger.

Stärkt föräldrasamarbete

Samtalet syftar till att stärka föräldrasamarbete, främja en god föräldrabarnrelation och skapa förutsättningar för ett jämlikt, jämställt och hållbart föräldraskap. Innehållet i gemensamt föräldrasamtal föreslås, liksom i föräldraskapsstöd i mindre grupp, även underlätta omställningen till att bli förälder och ge ökad kunskap och trygghet inför förlossning, amning och första tiden efter förlossning. Det inkluderar också kunskap om vårdkedjan, fysiskt och psykiskt mående och återhämtning efter graviditeten (27).

Föräldrarna behöver få kunskap om betydelsen av ett gemensamt föräldraskap för barnet och för dem själva, oavsett familjekonstellation och om de lever tillsammans. Samtalet behöver vara strukturerat men flexibelt och utgå från barnets perspektiv. Det belyser föräldrarnas förväntningar, eventuella förändringar i parrelationen (om föräldrarna lever tillsammans) samt föräldrasamarbetets betydelse – det vill säga hur föräldrarna gemensamt tar ansvar, fattar beslut och stöttar varandra i föräldrarollen, även om de inte lever tillsammans. Därutöver behöver samtalet ge utrymme för kommunikationsstrategier, att konkretisera ansvarsfördelning och praktiska samarbetsstrategier inför tiden efter barnets födelse. Det är viktigt att ett särskilt fokus läggs på att inkludera båda föräldrarna som engagerade och likvärdiga föräldrar genom direkt tilltal och anpassat innehåll (27).

Upplevda effekter och betydelse

Gemensamt samtal ger blivande föräldrar möjlighet att förbereda sig inför övergången till föräldraskapet genom att reflektera och diskutera över sina egna relationer, förväntningar och samspel. Föräldrar beskriver att stödinsatser som riktas till dem som par stärker relationen, förbättrar kommunikationen och underlättar ett gemensamt ansvar för barnet. Gemensamt samtal upplevs värdefullt för att dela erfarenheter inom familjen gällande hur roller och ansvar kan fördelas på ett hållbart sätt och minskar risken för separation. Pappor betonar särskilt behovet av sådana samtal för att tydliggöra den gemensamma föräldrarollen. Blivande pappor vill bli tilltalade

direkt och inte via den gravida kvinnan (1). Föräldrasamtalen kan användas för att stödja gemensamt ansvarstagande och motivera till förändring inför föräldraskapet, på samma sätt som föräldraskapsstöd i mindre grupp.

Föräldrasamarbete och barnets utveckling

Föräldrasamarbete är centralt för barnets trygghet, utveckling och välbefinnande, oavsett familjekonstellation. Ett samarbetsinriktat föräldraskap med låg grad av konflikt främjar barnets emotionella, kognitiva och sociala utveckling, medan bristande samarbete ökar stress och relationssvårigheter. Stöd till föräldrasamarbete, visat i både interventions- och observationsstudier, förbättrar föräldrarnas kommunikation, minskar konflikter, stärker pappaengagemang och främjar både barnets emotionella utveckling och föräldrarnas psykiska hälsa. Ett gott föräldrasamarbete har visat sig ge positiva effekter för föräldra–barnrelationen genom att skapa en mer stabil och förutsägbar omsorgsmiljö med ökad samsyn och förbättrad ansvarsfördelning, minska barnets exponering för föräldrakonflikter genom förbättrad kommunikation och gemensam problemlösning vilket indirekt främjar barnets emotionella utveckling (13, 19, 27, 167).

Rekommendation 2a. Enskilt föräldrasamtal med alla föräldrar till barn 0–1 år

Enskilt föräldrasamtal med respektive förälder möjliggör tidig identifiering av skydds- och riskfaktorer som kan påverka både föräldrar och barn som inte framkommer i gemensamma besök. Det är viktigt att alla föräldrar erbjuds samma möjlighet till stöd, oavsett kön eller familjestruktur, för att främja jämlikhet och jämställdhet (61, 62, 67-69). Kontinuerligt och individanpassat stöd stärker trygghet och engagemang i föräldrarollen och bidrar till jämlik tillgång till professionellt stöd (1, 61, 67, 68). Hälsofrämjande och föräldraskapsstödjande samtal är en del av barnhälsovårdens arbete (59).

Enskilt föräldrasamtal – syfte och användningsområde

Enskilt föräldrasamtal med födande respektive icke-födande förälder möjliggör uppmärksammande av varje förälders behov och erfarenheter, tidig identifiering av psykisk ohälsa, stress, osäkerhet och förekomst av våld i nära relationer, vilket inte alltid uttrycks i hälsobesök när föräldrar deltar tillsammans (69, 70, 74, 75, 78, 132, 168). Om en förälder visar symptom eller tecken som väcker misstanke om att personen är våldsutsatt, ska vårdgivaren se till att hälso- och sjukvårdspersonalen frågar föräldern i enrum om orsaken till symptomen eller tecknen. Syftet är att tidigt identifiera våldsutsatthet och våldsutövande samt säkerställa adekvat stöd, skydd och vidare handläggning (51, 52). Om du är osäker på om situationen är sådan att en anmälan ska göras kan du diskutera situationen med socialtjänsten

utan att avslöja personens identitet. Enskilda föräldrasamtal är ett lämpligt forum för att prata om konfliktlösning i familjen, och dess påverkan på barnet. Frågor om våld i nära relationer behöver ställas utan att den andra föräldern är med, samtidigt som det är viktigt att hålla isär metoderna för screening med EPDS och att fråga om våld.

Tidiga insatser och barnets utveckling

Barnets hälsa och utveckling är nära kopplad till kvaliteten i relationen mellan barn och förälder samt hur föräldrar samarbetar kring barnet. (62, 65, 67, 128, 129, 161). Tidiga insatser som inkluderar både födande och icke-födande föräldrar kan främja trygg anknytning och föräldra-barnrelation samt stärka föräldraförmågan (15, 62-64, 66). Det lilla barnets beroende av nära relationer motiverar därför ett tidigt och jämställt föräldraskapsstöd (128).

Förutsättningar för pappors delaktighet

Professionens attityder och bemötande påverkar fortsatt engagemang och delaktighet i föräldraskapet, särskilt för pappor (61, 63, 69, 169). Föräldrars delaktighet i barnets tidiga omvårdnad har betydelse för hur engagemanget utvecklas över tid, särskilt för pappor (62, 63). Pappors engagemang har visats ha samband med barns kognitiva utveckling, exempelvis språk och skolprestation (64).

Föräldraengagemang och barns psykiska välbefinnande

Förälderns förmåga att tyda barnets signaler och möta barnets behov utvecklas genom delaktighet i den tidiga omvårdnaden av barnet (62). Enskilda föräldrasamtal under första tiden kan bekräfta föräldrars betydelse för barnets hälsa och utveckling och stärka tilltron till den egna föräldraförmågan (67, 69, 70, 128, 161). Genom ett lyhört föräldraskap stöds barnets utveckling, inklusive språk, kognition och socioemotionell förmåga (15, 62-66, 70). Samtidigt är det känt att pappor, särskilt i socialt och ekonomiskt utsatta familjer, ofta får del av föräldraskapsstöd i lägre utsträckning (170). Föräldrars engagemang påverkar kvaliteten i föräldrasamarbetet, vilket i sin tur är betydelsefullt för barnets psykiska välbefinnande oavsett boendeform (27, 65, 69, 171).

Rekommendation 2b. Gemensamt föräldrasamtal med föräldrar till barn i åldern 8–10 månader

Komplement till föräldraskapsstöd i mindre grupp

Föräldraskapsstöd i mindre grupp erbjuds i varierande utsträckning inom barnhälsovården, icke-födande föräldrar deltar i lägre grad och vissa föräldrar upplever att gruppformatet inte passar deras behov. Detta innebär att en del föräldrar går miste om strukturerad reflektion kring barnets behov och utveckling, föräldra-barn relationen, ansvarsfördelning och föräldrasamarbete. Gemensamt föräldrasamtal kan ge kompensatoriskt och fördjupat stöd, men ersätter inte behovet av att stärka föräldrarnas sociala nätverk som fysiska föräldragrupper kan bidra till (1, 34, 115, 141). För att uppnå ett jämlikt föräldraskapsstöd kan gemensamt föräldrasamtal vara särskilt viktigt för familjer med riskfaktorer (31).

Stärka föräldrasamarbete och barns utveckling

Gemensamt föräldrasamtal möjliggör strukturerat stöd för att stärka föräldrasamarbete, främja trygga föräldra-barnrelationer och skapa långsiktiga hälsofrämjande effekter för både barn och föräldrar. Föräldrasamarbete handlar bland annat om hur föräldrar samarbetar, stöttar eller motarbetar varandra i sitt gemensamma föräldraskap (25). Ett gott föräldrasamarbete har visat sig ge positiva effekter för föräldra-barnrelationen genom att skapa en mer stabil och förutsägbar omsorgsmiljö, minska barnets exponering för föräldrakonflikter och främja barnets emotionella utveckling (13, 19, 167). Samtidigt bidrar det till ett jämställt föräldraskap genom ökad samsyn kring ansvar och omsorg, förbättrad kommunikation och gemensam problemlösning samt minskad risk för ojämlig ansvarsfördelning (15, 24, 29, 31, 94).

Tidig inkludering av båda föräldrar

Genom att tidigt inkludera båda barnets föräldrar med ett familjecentrerat arbetssätt inom barnhälsovården bidrar det till att stärka pappors bindning till barnet och förbättrat föräldrasamarbete (15, 66). Vid exempelvis amningssvårigheter kan båda föräldrarna beskriva sina upplevelser. Samtalet behöver därför fokusera på samarbete, delaktighet och stöd, samt på att gemensamt planera hur utmaningarna kan hanteras (23, 28, 172).

Utvidgade hembesök kan skapa särskilt goda förutsättningar för gemensam reflektion kring barnets behov, familjens resurser och föräldrarnas samarbete i en mer vardagsnära kontext (49, 91, 92). Studier visar att hembesök i högre grad engagerar båda föräldrarna jämfört med mottagningsbesök och kan främja ett mer jämställt föräldraskap (19, 24, 49, 91, 92, 98).

Effekter av gott respektive bristande samarbete

Ett gott föräldrasamarbete med låg konfliktnivå främjar barnets emotionella, kognitiva och sociala utveckling, medan bristande samarbete ökar stress och relationssvårigheter (13, 27, 31). Stödinsatser för att främja föräldrasamarbete kan förbättra föräldrarnas kommunikation, minska konflikter, stärka pappors engagemang (15, 27, 76) och samtidigt främja både barnets emotionella utveckling och föräldrarnas psykiska hälsa (13, 24, 27, 29, 94). Föräldrar efterfrågar samtal om föräldrasamarbete med barnhälsovårdssjuksköterskan (1, 76).

Rekommendation 3. Manualbaserat föräldraskapsstöd i mindre grupp till alla föräldrar 0–18 år

Rekommenderade program med vetenskapligt stöd

Kommunen bör, främst via den förebyggande socialtjänsten, erbjuda alla föräldrar till barn 0–18 år manualbaserat föräldraskapsstöd i mindre grupp som har utvärderats i minst en randomiserad kontrollerad studie (RCT) och som visat på positiva effekter i en nordisk kontext och har förvaltare av programmet i Sverige. Exempel på föräldraskapsstödsprogram som möter dessa kriterier är: ICDP 0–18 år (173, 174) och ABC 3–12 år till alla föräldrar (175), samt Ladnaan+ Connect 11–16 år (176-178) till enbart somaliska föräldrar.

Effekter för specifika målgrupper

Insatser med fokus på att stärka nyanlända somaliers förmåga att hantera föräldraskapet i den nya miljön visar positiva resultat avseende barns utagerande beteende, sociala problem samt föräldrars psykiska hälsa och upplevda föräldraförmåga (176, 177).

Program under fortsatt utvärdering

Föräldrawebben (tonåringar) (179) har utvärderats i en pilot-RCT med lovande resultat och ABC 0–2 år (180) har utvärderats i en pilot-RCT som stödjer fortsatt utvärdering av programmet. Vidare inväntas resultat från svenska RCT-studier för föräldraskapsstödsprogrammen Lilla ABC (1–2 år) och ABC för tonåringar.

Innehåll och teoretisk grund

Innehållet i universellt manualbaserat föräldraskapsstödsprogram handlar exempelvis om att erbjuda föräldrar stöd i att visa värme i relationen till sina barn, hantera stress och konfliktsituationer, stärka samspelet med barnet samt prioritera tid tillsammans. Föräldraskapsstödsprogram, som utgår från social inlärningsteori och/eller anknytningsteori, kan förbättra föräldrars tilltro till sin egen föräldraförmåga, uppfostringsstrategier samt även stärka barns hälsa, välmående och utveckling (175). De kan också bidra till att utveckla samarbetsstrategier (181) mellan föräldrarna och stärka föräldrars sociala nätverk (182).

Läs mer om vetenskapligt stöd för universellt föräldraskapsstöd under de första tre levnadsåren och dess effekter under rubriken Vetenskapliga underlag från SBU (se bilaga).

Område för fortsatt utveckling: Enskilt föräldrasamtal med alla blivande föräldrar

Enskilt föräldrasamtal – syfte och användningsområde

Enskilt föräldrasamtal med respektive förälder möjliggör tidig identifiering av skydds- och riskfaktorer som kan påverka både föräldrar och barn som inte framkommer i gemensamma besök. Sammantaget visar både forskning och nationella riktlinjer att alla blivande föräldrar bör erbjudas strukturerat och individanpassat föräldraskapsstöd under graviditeten. Ett systematiskt och inkluderande arbetssätt – med enskilda fysiska besök för vardera föräldern – kan stärka föräldraskapet, främja psykisk hälsa och bidra till goda uppväxtvillkor för barnet (1, 9, 15, 51, 60, 183-185). Det behövs fortsatt dialog för att kunna avgöra vilken yrkesgrupp som ska genomföra insatsen och vilka förutsättningar som krävs för genomförandet och därför presenteras insatsen inte som en rekommendation i detta kunskapsstöd. Enskilt föräldrasamtal med den blivande pappan/medföräldern innebär ett utökat uppdrag för mödrahälsovården.

Tidiga insatser och stöd under graviditet

Mödrahälsovården ansvarar för att främja hälsa hos gravida och det väntade barnet genom att tidigt identifiera medicinska, psykologiska och sociala riskfaktorer. Arbetet ska vara jämlikt, individanpassat och följa ett nationellt basprogram och *nationella riktlinjer: Graviditet, förlossning och tiden efter* (9). Barnmorskor handlägger självständigt normal graviditet, i samverkan med andra professioner vid behov (9). Alla gravida bör enligt Nationellt basprogram för graviditetsövervakning erbjudas en miniminivå av vård med syfte att tidigt upptäcka risker, främja välbefinnande och stärka det kommande föräldraskapet (53). I genomsnitt genomförs cirka nio graviditetsbesök i Sverige (53), i linje med WHO:s rekommendation om minst åtta kontakter före födseln. WHO betonar personcentrerad kommunikation, delaktighet och psykosocialt stöd som inkluderar hela familjen (183, 185). Mödrahälsovården har en särskild roll gällande att förbereda och stärka föräldrars egen förmåga inför förlossning och föräldraskap. Stödet erbjuds i individuella och gruppbaseade former, både digitalt och fysiskt. Tidig uppföljning rekommenderas under första till andra veckan efter hemgång från sjukhus (9).

Psykisk hälsa och våld i nära relationer

Den psykiska ohälsan ökar i samhället och drabbar främst kvinnor. Den är lika vanlig hos gravida som hos icke-gravida kvinnor och kan finnas sedan tidigare eller uppstå under graviditeten. Detta kan påverka barnet,

medföräldern och hela familjen, bland annat genom ett försämrat samspel som kan innebära både kort- och långsiktiga hälsorisker för barnet (45).

Genom att hälso- och sjukvården ställer frågor om våld ges personer möjlighet att berätta om sin utsatthet, som annars riskerar att inte uppmärksammas. Vårdgivaren ansvarar för att fastställa rutiner för när och hur personalen i dess verksamheter ska ställa frågor om våld. Om en vuxen visar symtom eller tecken som väcker misstanke om att personen är våldsutsatt, ska vårdgivaren se till att hälso- och sjukvårdspersonalen frågar den vuxna i enrum om orsaken till symtomen eller tecknen. Dessa rekommendationer finns samlade i Socialstyrelsens *föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer* (HSLF-FS 2022:39) samt i den tillhörande *handbok för socialtjänsten. Våld i nära relationer* (51, 52). Denna kunskap motiverar att den gravida kvinnan erbjuds ett eget individuellt besök under graviditeten (utan partner) för att kunna diskutera psykisk hälsa i lugn och ro och för att vården systematiskt ska kunna ställa frågor om våldsutsatthet.

Inkludering av båda föräldrarna

Nuvarande vårdstrukturer innebär att enskilda samtal främst riktas till gravida. Socialstyrelsens kunskapsstöd betonar att våld kan förekomma i alla riktningar: förälder som är utsatt, förälder som utövar våld och barn som bevittnar våld. Det innebär att fokus inte bara ska ligga på den gravida, även om hon oftare är den som systematiskt tillfrågats historiskt. För att främja ett jämlikt och jämställt föräldraskap och tidigt identifiera riskfaktorer som kan påverka barnet behöver även den icke-gravida föräldern erbjudas enskilt samtal, där frågor om våld, psykiskt mående och relationsmönster kan uppmärksammas. Ett sådant arbetssätt stärker barnrättsperspektivet och bidrar till mer jämlika förutsättningar för båda föräldrarna utveckla en nära relation till barnet och ha omsorg för barnets hälsa och utveckling.

Tidig inkludering och delaktighet

Pappor och andra medföräldrar efterfrågar tidig inkludering och riktade frågor. Enskilda samtal kan stärka deras delaktighet, synliggöra behov och bidra till att de bekräftas i sin föräldraroll så att tilltron till den egna föräldraförmågan (parental self-efficacy) förbättras (1, 8). Samtalet kan även stärka föräldrarnas känslomässiga bindning till det väntade barnet vilket främjar föräldra–barnrelationen på sikt. Psykisk ohälsa hos föräldern påverkar det kommande barnet och kan fångas upp i samtalet. Svenska och internationella studier visar att riktat professionellt stöd till pappor och medföräldrar är associerat med minskade depressiva symtom och förbättrat föräldrasamarbete. Studier av Wells med flera visar samband mellan föräldrasamarbete och psykisk hälsa hos pappor, vilket understryker vikten av att inkludera båda föräldrarna tidigt (15, 89, 184).

Reflektion kring föräldraskap och levnadsvanor

Övergången till föräldraskap är en livsavgörande omställning och möjlighet att reflektera över relationsmönster och levnadsvanor, och vad föräldrarna önskar föra vidare till barnet (26). Enskilt samtal med vardera föräldern möjliggör reflektioner kring frisk-, skydds- och riskfaktorer relaterade till levnadsvanor (40-42). Det kan också förebygga och motverka skadligt bruk och beroende av alkohol, narkotika och andra beroendeframkallande medel samt spel om pengar, vilket kan behöva ske i samarbete med socialtjänsten (6 kap. 6 § socialtjänstlagen). Gemensamt föräldrasamtal kan sedan ta vid och stödja gemensamt ansvarstagande och motivera till förändring inför föräldraskapet.

Metod

Underlag för kunskapsstödet

Detta kunskapsstöd har tagits fram genom en process i flera steg. Inledningsvis inventerade en expertgrupp knuten till det nationella hälsoprogrammet behov av kunskapsstöd inom de verksamheter som berörs av hälsoprogrammet. Parallellt togs interna rapporter fram inom uppdraget, däribland två rapporter om barns och ungas perspektiv på föräldrars behov av stöd och en litteraturkartläggning om föräldrars upplevda utmaningar i föräldraskapet och vilket stöd de själva anser sig behöva. Dialoger har förts med referensgrupp forskare och civilsamhälles- och professionsorganisationer. Systematiska litteratursökningar och systematiska sammanställningar har genomförts av det vetenskapliga underlaget för att identifiera stöd för föräldraskapsstöd i forskning. Utöver det tog SBU fram ett vetenskapligt underlag om föräldraskapsstöd. De föreslagna insatserna värderades och kompletterades med vetenskapliga underlag och beprövad erfarenhet från en expertgrupp och utredare för respektive rekommendation, men även för betydelsen av en god föräldra–barnrelation och utbildning till professionerna. Därutöver baseras kunskapsstödet på lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd. Kunskapsstödet baseras slutligen på rekommendationsgruppens beslut.

Rekommendationsgrupp och beredning av underlag

Baserat på bästa tillgängliga kunskap togs fem förslag på rekommendationer fram. För att ta ställning till om insatserna var genomförbara hölls ett rekommendationsgruppsmöte med deltagare från relevanta förebyggande och hälsofrämjande verksamheter. Nationella programområden, professionsförbund och andra relevanta aktörer bjöds in att nominera deltagare. Utifrån nomineringarna gjordes ett urval för att säkerställa bred representation av professioner och verksamheter samt geografisk spridning.

Genomförande av rekommendationsgruppsmöte

Ett preliminärt utkast av kunskapsunderlaget skickades ut innan mötet till 17 nominerade deltagare. Utöver dessa deltog tre utredare och en processledare från MFoF vid mötet. Deltagarna var före mötet inbjudna till en informationsträff för att få vetskap om hur ett rekommendationsmöte går till och hur beslutsprocessen ser ut. Deltagarna fick svara på en enkät i förväg för att ge ett underlag för fortsatt diskussion vid mötet och för att deltagarna skulle komma förberedda till mötet. Rekommendationerna fastställdes efter att rekommendationsgruppen hade tagit ställning till framtagna förslag och i huvudsak enats om dessa.

Ställningstagande till enskilt föräldrasamtal under graviditet

När det gäller rekommendationen om *enskilt föräldrasamtal till blivande föräldrar* framfördes önskemål om att justera tidpunkten för samtalet, vilket genomfördes efter mötet. Efterföljande synpunkter från några deltagare, tillsammans med kompletterande information från nationell arbetsgrupp (NAG) mödrahälsovård och nationellt programområde (NPO) kvinnosjukdomar och förlossning ledde till bedömningen att avvakta med denna rekommendation i den första versionen av kunskapsstödet. I diskussionen framhölls även att *gemensamt föräldrasamtal till blivande föräldrar* bedöms som en mer prioriterad insats inom mödrahälsovården. Insatsen kommer att följas upp i det fortsatta arbetet med hälsoprogrammet.

Justering av rekommendation om gemensamt föräldrasamtal

När det gäller rekommendationen om gemensamt föräldrasamtal till blivande föräldrar som inte deltagit i föräldraskapsstöd i mindre grupp eller har behov av utökat stöd, ställde sig gruppen i huvudsak bakom rekommendationen. Samtidigt framfördes synpunkter om att insatsen i stället bör erbjudas alla blivande föräldrar. Rekommendationsgruppen enades slutligen om att justera formuleringen genom att ta bort avgränsningen ”som inte deltagit i föräldraskapsstöd i grupp” och i stället behålla ”som är i behov av utökat stöd”. Motiveringen var att behovet av stöd varierar mellan föräldrar och att fler grupper av föräldrar kan behöva identifieras vara i behov av stödet, även av andra skäl än att inte ha deltagit i föräldraskapsstöd i grupp.

Övriga rekommendationer

Övriga tre rekommendationer antogs utan förbehåll.

Experters identifierade behov hos barn

I hälsoprogrammets workshopserie 2024 identifierade experter inom föräldraskapsstöd sju centrala behov hos barn som behöver tillgodoses av deras föräldrar. Socialstyrelsen sammanfattade i en tematisk analys dessa till två övergripande behov (intern rapport). Det första behovet var *en god föräldra-barnrelation*, där stödet ska främja föräldrars och andra viktiga vuxnas förutsättningar och förmåga till positiva uppfostringsstrategier såsom lyhördhet för barnets behov, vägledning och gränssättning ”kramar och ramar”. Kvaliteten i barnets relation till föräldern är möjlig att påverka i alla åldrar.

Det andra behovet var *engagerade föräldrar*, vilket innebär att föräldrarna har insyn i barnets liv och vardag. De är närvarande, delaktiga och har kunskap om barnets digitala och fysiska miljöer. Föräldraskapsstödet behöver ges på ett stödjande och aktiverande sätt som stärker föräldrar, barn och unga att tillsammans hantera aktuella frågor, vilket gör föräldrarnas förhållningssätt centralt. Synkroniserat stöd med uppföljningar enskilt och i grupp, aktiverar stödet ytterligare och ökar möjligheterna till dialog mellan föräldrar och barn. Barn har behov av att föräldrar och berörda verksamheter runt barnet samverkar samt att verksamheterna har en samsyn och förmedlar samstämmiga budskap.

För båda beskrivna behoven ska föräldraskapsstödet bidra till att föräldrar kan anpassa sitt bemötande gentemot barnet i takt med barnets ålder och utveckling samt förändrade behov.

Vetenskapliga underlag från SBU

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har sammanställt och analyserat det aktuella vetenskapliga stödet för föräldraskapsstödjande program och insatser i *Aktuellt vetenskapligt stöd för föräldraskapsstödjande program och insatser på universell- och selektiv nivå*. Denna rapport finns som bilaga i detta kunskapsstöd.

Sammanställningen har använts som ett vetenskapligt underlag i arbetet med rekommendationer, tillsammans med interna rapporter, barns och ungas perspektiv, experters beprövade erfarenhet och gällande lagstiftning.

SBU:s sammanställning baseras på ett urval av myndighetens egna systematiska översikter och förstudier samt kommentarer till internationella systematiska översikter publicerade mellan 2021 och 2025. Fokus har varit att identifiera vetenskapligt stöd för föräldraskapsstöd riktade till alla föräldrar (universell nivå) respektive till grupper med förhöjd risk eller särskilda behov (selektiv nivå), samt att belysa faktorer av betydelse för tillgänglighet och implementering.

I SBU:s sammanfattning framgår att universellt föräldraskapsstöd har starkast vetenskapligt stöd när den ges/erbjuds under barnets tidiga år, från graviditet till cirka tre års ålder. Insatser som stärker samspelet mellan förälder och barn, särskilt föräldrarnas lyhördhet i lek, kommunikation och vardagssituationer, har stöd i forskningen, med god tillförlitlighet. För universella insatser riktade till föräldrar med äldre barn samt för digitalt förmedlade universella föräldraskapsstöd bedöms det vetenskapliga underlaget som osäkert, och behov av ytterligare forskning identifieras.

SBU lyfter även fram att organisation, kompetens hos professionen, anpassning till målgrupp och lokalt sammanhang samt relationen mellan utförare och föräldrar är avgörande för att insatser ska nå målgruppen och få effekt.

Interna rapporter framtagna inom uppdraget

Här beskriver vi det arbete som genomförts inom ramen för hälsoprogrammet för att identifiera barn och föräldrars behov av ett utvecklat och sammanhållet föräldraskapsstöd – från före födseln och under barnets hela uppväxt. Arbetet har dokumenterats i olika interna rapporter. Av dessa återfinns endast MFoF:s litteraturkartläggning om *föräldrars upplevda utmaningar i föräldraskapet och behov av stöd* i referenslistan (1).

Civilsamhällsorganisationers identifierade behov av stöd i föräldraskapet

Behovet av ett mer sammanhållet och långsiktigt föräldraskapsstöd som följer familjer genom hela barnets uppväxt har tydliggjorts i den workshop som Socialstyrelsen och MFoF genomförde tillsammans med civilsamhällsorganisationer inom regeringsuppdraget hösten 2024 (intern rapport, MFoF). Föräldrar efterfrågar ett tillgängligt och relationsskapande stöd med bättre samordning mellan hälso- och sjukvård, skola, socialtjänst och civilsamhälle, särskilt vid övergångar mellan verksamheter och skolstadier och vid olika livshändelser. Stödet behöver nå ut i ett tidigt skede, vara flexibelt utformat och inkludera även föräldrar som inte aktivt söker hjälp. Sammantaget bedöms nuvarande stöd som otillräckligt, vilket motiverar behovet av nationellt förankrade och utvecklade arbetssätt.

Barn och unga i dialog om föräldrars behov av stöd

Arbetsgruppen för barn och ungas delaktighet inom ramen för regeringsuppdraget har under 2024 haft dialoger med nio olika grupperingar av barn och unga 4–19 år om vad de själva anser att de behöver för att utveckla och bevara en god hälsa. Detta arbete har sammanställts i en intern rapport inom hälsoprogrammet. Barn och unga beskriver föräldrarna som avgörande för sitt välbefinnande och lyfter behovet av trygga, tillgängliga och lyssnande vuxna som ger emotionellt stöd, fungerar som förebilder och möter dem utifrån deras individuella förutsättningar och hela livssituation. Föräldrarna

har en viktig förebyggande roll genom tidiga samtal, och genom att förstå barnens hela livskontext, inklusive skola, fritid, sociala relationer och digitala miljöer, samt samverka med andra vuxna och verksamheter vid behov. Enligt barn och unga behöver föräldrar stärkt kunskap och kompetens för att kunna möta och stödja sitt barns behov på ett hälsofrämjande och förebyggande sätt, bland annat i kommunikation, förståelse för barns utveckling, psykisk hälsa och normmedvetenhet samt i hantering av sociala och digitala miljöer.

Barn, unga och unga vuxna om föräldrars behov av stöd

En annan kartläggning av behov hos barn, unga och unga vuxna (5–29 år) samt föräldrar, baserad på 47 rapporter och artiklar från perioden 2021–2024 inom ramen för hälsoprogrammet, visar resultat som överensstämmer med dialogerna (intern rapport). Särskilt betonas barns behov av relationell trygghet, lyssnande och ett respektfullt bemötande i hemmet som grund för hälsa, samt barns och ungas förväntningar på föräldrars aktiva roll i vardagen genom närvaro, tidig uppmärksamhet, främjande av delaktighet och självständighet. Samtidigt framhålls behovet av tidigt, lättillgängligt och kontinuerligt stöd till föräldrar för att kunna axla denna roll.

Litteraturkartläggning: Föräldrars upplevda utmaningar i föräldraskapet och vilket behov av stöd de behöver

Mot bakgrund av de tre ovan beskrivna kunskapsunderlagen gjorde MFoF en litteraturkartläggning för att ge en samlad och fördjupad bild av föräldrars upplevelse av utmaningar i föräldraskapet och behov av föräldraskapsstöd (1). Totalt 67 svenska publikationer, inklusive vetenskapliga artiklar, avhandlingar, rapporter och strategidokument låg till grund för kartläggningen. Materialet analyserades tematiskt med fokus på föräldrars beskrivna utmaningar, efterfrågade stödbehov och önskemål om stödets utformning.

Urvalet av all litteratur gjordes med hjälp av definierade inklusionskriterier: publikationer under 2015–2025 och genomförda i svensk kontext i verksamheter som hälsoprogrammet omfattar. Publikationernas kvalitet eller risk för bias har inte bedömts, varför resultaten bör tolkas med försiktighet och ses som en översiktlig litteraturbeskrivning.

Sammantaget efterfrågar föräldrar ett lättillgängligt och sammanhållet föräldraskapsstöd som erbjuds jämlikt och jämställt till alla föräldrar under barnets uppväxt (1). Detta resultat i svensk kontext bekräftas i en rapport från SBU, som kommenterar en systematisk översikt av 20 kvalitativa studier från sex länder (8).

Lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd

Arbetet med ett jämställt och jämlikt föräldraskapsstöd ur ett barnperspektiv – från graviditet till ung vuxen ålder – ska bedrivas i enlighet med gällande lagar, förordningar och föreskrifter. Se ett urval av lagar och bestämmelser nedan. Listan är inte uttömmande.

Hälso- och sjukvård, socialtjänst och utbildningsverksamheter ska erbjuda insatser på lika villkor och utifrån behov, med barnets bästa som vägledande princip enligt lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter. Barn har rätt till båda sina föräldrar, vilket innebär att föräldraskapsstöd ska utformas så att det inkluderar båda föräldrarna oavsett familjekonstellation.

Journalföring enligt patientdatalagen (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, särskilt HSLF-FS 2016:40 och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2014:5 om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS är en förutsättning för säker vård, kontinuitet och uppföljning mellan mödrahälsovården, barnhälsovården och andra aktörer.

Sekretessbelagda uppgifter enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) får inte lämnas ut om det inte finns en sekretessbrytande bestämmelse eller bestämmelse om undantag från sekretess som är tillämplig. Informationsdelning mellan verksamheter kräver i regel samtycke från den enskilde. Vid misstanke om att barn far illa gäller anmälningsskyldighet enligt socialtjänstlagen (2025:400), vilket bryter sekretessen.

Vårdgivaren ska fastställa rutiner för när och hur personalen i dess verksamheter ska ställa frågor om våld för att kunna upptäcka våldsutsatta och barn som bevittnat våld som behöver vård.¹¹

När flera aktörer är involverade ska samverkan ske, och vid behov ska en samordnad individuell plan (SIP) upprättas enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och socialtjänstlagen (2025:400).¹²

Lagar

- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL
 - 3 kap. 1 § (god vård och vård på lika villkor)
 - 5 kap. 6 § (förebyggande arbete)
 - 16 kap. 4 § (samordnad individuell plan, SIP)
- Patientlagen (2014:821)
 - 3 kap. (information)

¹¹ Se 7 kap. 2 § HSLF-FS 2022:39.

¹² Se 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 10 kap. 8–9 §§ socialtjänstlagen (2025:400).

- 5 kap. (delaktighet)
- Patientdatalagen (2008:355)
 - 3 kap. (journalföringsskyldighet)
- Lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (2022:913)
- Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL
 - 12 kap. 2 § och 3 § andra stycket OSL
 - 25 kap. 1 § (sekretess inom hälso- och sjukvård)
- Socialtjänstlagen (2025:400), SoL
 - 6 kap. 6 § (förebygga och motverka skadligt bruk och beroende)
 - 10 kap. 8-9 §§ (SIP)
 - 18 kap. (ansvar för barns och ungas uppväxtförhållanden)
 - 19 kap. 1 § (anmälan om oro för att ett barn far illa)
- Föräldrabalken
 - 6 kap. (umgänge + barnets bästa)
- Skollagen (2010:800)
 - 1 kap. 4–5 §§ (barnets bästa och likvärdig utbildning)
 - 2 kap. 25 § (elevhälsan)
- Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter
 - Artikel 3 (barnets bästa)
 - Artikel 7 (omvårdnad)
 - Artikel 18 (gemensamt föräldraskap)
 - Artikel 19 (skydd mot våld)
 - Artikel 24 (rätt till hälsa)

Föreskrifter och allmänna råd

Följande föreskrifter och allmänna råd är särskilt relevanta för genomförandet av insatserna och för verksamheternas arbete med kvalitet, dokumentation och samverkan:

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:39) om våld i nära relationer
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

Experters vetenskapliga underlag

Här följer en sammanställning av de kompletterande vetenskapliga underlag som experterna tagit fram. Metod redovisas för:

- rekommendation 1: Gemensamt föräldrasamtal med blivande föräldrar

- rekommendation 2a: Enskilt föräldrasamtal med alla föräldrar 0–1 år
- rekommendation 2b: Gemensamt föräldrasamtal med alla föräldrar 0–1 år
- rekommendation 3: Manualbaserat föräldraskapsstöd i mindre grupp
- betydelsen av föräldra–barnrelationen
- betydelsen av utbildning till professionerna
- område för fortsatt utveckling: Enskilt föräldrasamtal med alla blivande föräldrar.

Experternas vetenskapliga underlag bygger på strukturerade sökningar i vetenskapliga databaser för att identifiera relevant forskning inom området föräldraskapsstöd. De typer av studier som söktes var systematiska översikter, RCT och andra typer av effektstudier, kvalitativa studier samt grå litteratur. De initiala sökningarna begränsades till studier publicerade 2015–2025. Därutöver inkluderades relevanta studier publicerade före 2015, exempelvis centrala primärstudier och bakgrundslitteratur av betydelse för området. Litteratur från alla länder inkluderades, med undantag för grå litteratur som begränsades till Sverige eller övriga Norden. Endast litteratur skriven på svenska eller engelska inkluderades. Den identifierade litteraturen har inom ramen för detta arbete inte granskats avseende risk för bias eller vägts samman och tillförlitlighetbedömts.

Exempel på sökstrategier med söktermer och antalet träffar i olika databaser och ligger samlade sist i tabell 5–11.

SBU:s kunskapssammanställning redovisas i bilagan *Aktuellt vetenskapligt stöd för föräldraskapsstödjande program och insatser på universell och selektiv nivå* och utgör en del av det samlade vetenskapliga underlaget för rekommendationen.

Metod för rekommendation 1: Gemensamt föräldrasamtal med blivande föräldrar

Tabell 5 visar sökstrategi med söktermer och antalet träffar i databasen CINAHL, 2025-10-03. Databasleverantör EBSCO. Ämnet var: Vilka komponenter ska föräldrastödjande parsamtal innehålla och hur ska stödet genomföras för att ha positiv effekt på föräldra–barnrelationen och föräldrasamarbetet? Motsvarande sökning gjordes i Pubmed, SwePub och PsycInfo+ PsycArticles.

Ingen av de systematiska översikterna var relevanta från denna sökning. Forskning kring föräldrablivande under perinatal period har ofta utfallsmått som ligger efter barnets födelse och under barnets uppväxt, se därför även metod och urval för rekommendation 2b: Gemensamt föräldrasamtal med alla föräldrar 0–1 år.

Studier från experternas och utredarnas övriga litteratursökningar, som även inkluderar kvalitativa studier och grå litteratur, ligger till grund för denna rekommendation och redovisas tidigare i detta kapitel. Rapporter från SBU har ingått i kunskapsunderlaget (8, 162) och sammanfattas i bilaga.

Metod och urval för rekommendation 2a: Enskilt föräldrasamtal med alla föräldrar 0–1 år

Underlaget bygger på litteraturgenomgång av systematiska översikter och metaanalyser kopplat till enskilt föräldrasamtal. Tabell 6 visar sökstrategi med söktermer och antalet träffar i databasen PubMed, 2025-10-09, med databasleverantör: NLM. Ämne: Vilka komponenter ska enskilda samtal med föräldrar innehålla och hur ska stödet genomföras för att ha en positiv effekt på föräldra-barnrelationen? (Föräldrar barn 0–5 år, barnhälsovård). Motsvarande sökning har gjorts i databaserna SwePub, Cinahl, PsycInfo+ och PsycArticles.

Inledningsvis gjordes en bedömning av sökresultatets relevans med utgångspunkt i frågeställningen ovan, samt genom screening av titlar och abstracts. Därefter gjordes en bedömning av materialets relevans genom granskning av artiklarna/studierna i fulltext. De 17 studier som inkluderades sammanfattades först i löpande text, därefter i teman och begrepp som syntetiserades i en tabell.

Ytterligare studier som främst bygger på expertgruppens och utredarnas kunskap inom området ligger till grund för denna rekommendation och redovisas tidigare i detta kapitel.(8, 162) och sammanfattas i bilaga.

Metod och urval för rekommendation 2b: Gemensamt föräldrasamtal med alla föräldrar 0–1 år

Underlaget bygger på litteraturgenomgång av systematiska översikter och metaanalyser kopplat till gemensamt föräldraskapsstöd. Tabell 7 visar sökstrategi med söktermer och antalet träffar i databaserna PsycInfo+ PsycArticles, 2025-10-06 med databasleverantör Ebsco. Ämne: Vilka komponenter ska föräldrastödjande parsamtal innehålla och hur ska stödet genomföras för att ha positiv effekt på föräldra-barnrelationen och föräldrassamarbetet? (Barn 0–5 år, barnhälsovården).

Inledningsvis gjordes en bedömning av sökresultatets relevans med utgångspunkt i frågeställningen ovan, samt genom screening av titlar och abstracts. Därefter gjordes en bedömning av materialets relevans genom granskning av artiklarna/studierna i fulltext. De 20 studier som inkluderades sammanfattades först i löpande text, därefter i teman och begrepp som syntetiserades i en tabell.

Ytterligare studier som främst bygger på expertgruppens och utredarnas kunskap inom området ligger till grund för denna rekommendation och redovisas tidigare i detta kapitel tillsammans med rapport från SBU (se bilaga).

Metod för rekommendation 3: Manualbaserat föräldraskapsstöd i mindre grupp

Underlaget bygger på litteraturgenomgång av systematiska översikter och metaanalyser av universellt föräldraskapsstöd samt randomiserade kontrollerade studier som utvärderat universellt föräldraskapsstöd för barn/unga i en svensk kontext. Sökningen gjordes i databasen CINAHL, databasleverantör EBSCO, samt i PubMed, PsycInfo och Cochrane Library. Sökningen begränsades till studier publicerade 2015–2025. Därutöver inkluderades några relevanta studier publicerade före 2015 av betydelse för området. Tabell 8 visar sökstrategi med söktermer och antalet träffar i databasen CINAHL.

En genomgång gjordes även av de föräldraskapsstödsprogram som är sammanställda på webbsida hos MFoF: *Översikt av program och metoder*, varpå föräldraskapsstödsprogrammet ICDP lades till. Skälet till att addera den studien var att ICDP har utvärderats i en randomiserad kontrollerad studie i Norge som bedöms ha kultur, samhälle och värderingar som liknar de i Sverige. Därutöver är en systematisk översikt och klassificering av ICDP nyligen publicerad. Insatsen ansågs ha tillfredsställande dokumentation av metodens effekt (nivå 4 av 5) (173, 174). Vidare har rapporter från SBU bidragit till kunskapsunderlaget (8, 162) och sammanfattas i bilaga.

Metod och urval för betydelsen av utbildning till professionerna

Underlaget för att beskriva förutsättningar för implementering av insatser inom mödrahälsovård, barnhälsovård, förskola, skola och socialtjänst bygger på litteratursökningar i Cinahl, PsycInfo, PubMed och SwePub. Samma söksträng har använts i samtliga sökningar. Tabell 9 visar sökstrategi med söktermer och antalet träffar i databasen CINAHL, 2025-10-20. Databasleverantör var EBSCO.

Sökningen utgick från följande två frågeställningar:

- Vilken pedagogisk metod och kompetenser/färdigheter behöver professionerna inom mödrahälsovård och barnhälsovård ha för att leda föräldraskapsstöd i grupp?
- Hur skall föräldraskapsstödet genomföras för att ha positiv inverkan på föräldra-barnrelationen? (mödrahälsovård, barnhälsovård)

Relevansbedömning gjordes i flera steg: först genom screening av titlar och abstracts, därefter fulltextgranskning. De femton studierna som inkluderades sammanfattades först i löpande text, därefter i teman och begrepp som syntetiserades i en tabell. Ytterligare relevanta studier har inkluderats utifrån experters kunskap inom området.

Metod och urval för betydelsen av föräldra-barnrelationen

Underlaget baseras på två parallella litteraturgenomgångar: en fördjupad analys av centrala meta-analyser och systematiska översikter, samt en oberoende sökning i PubMed, PsycInfo och Cochrane Library (primärt 2015–2025). Tabell 10 visar sökstrategi med söktermer och antalet träffar i databasen CINAHL, 2025-10-20. Databasleverantör var EBSCO.

Studier som sammanfattar stora evidensmassor såsom meta-analyser, systematiska översikter och naturliga experiment har prioriterats, för att möjliggöra bedömning av orsakssamband. Merparten av forskningen är genomförd i västerländska höginkomstländer, vilket stärker relevansen för svensk kontext. Forskning om pappor, icke-biologiska föräldrar och hbtq-familjer är fortfarande underrepresenterad i litteraturen.

Sökningen utgick från följande fyra frågeställningar:

- Vilka effekter har en god föräldra-barnrelation på barns hälsa och utveckling?
- Vilka faktorer (bidragande orsaker) gynnar en god föräldra-barnrelation?
- Vilka effekter har engagerade föräldrar på barns hälsa och utveckling?
- Vilka faktorer gynnar föräldrar att vara engagerade/involverade?

Ytterligare relevanta studier har inkluderats utifrån experters kunskap inom området.

Metod för område för fortsatt utveckling: Enskilt föräldrasamtal med alla blivande föräldrar

Sökstrategier med söktermer för att beskriva vilka komponenter som enskilda samtal med föräldrar ska innehålla och hur stödet ska genomföras för att ha en positiv effekt på föräldra-barnrelationen beskrivs i tabell 11.

Tabellen visar antalet träffar i databasen CINAHL, 2025-10-07.

Motsvarande sökning gjordes i PubMed, SwePub och PsycInfo+ PsycArticles. Databasleverantör var EBSCO.

Inga av de systematiska översikterna var relevanta för enskilt föräldrasamtal. Forskning kring föräldrablivande under perinatal period har ofta utfallsmått som ligger efter barnets födelse och under barnets uppväxt, se därför även

metod och urval för rekommendation 2a: Enskilt föräldrasamtal med alla föräldrar 0–1 år.

SBU:s rapporter som har ingått i kunskapsunderlaget (8, 162) sammanfattas i bilaga. Studier från experternas och utredarnas övriga litteratursökningar, som även inkluderar kvalitativa studier och grå litteratur, ligger även de till grund för denna insats och redovisas tidigare i detta kapitel.

Tabell 5. Sökstrategi med söktermer och antalet träffar i databasen Cinahl för rekommendation 1: Gemensamt föräldrasamtal med blivande föräldrar.

Söknr	Termtyp	Söktermer	Antal träffar
1.	DE/XB	MH "Pregnancy" OR MH "Prenatal Care" OR MH "Perinatal Care" OR XB (pregnancy OR pregnant OR prenatal OR antenatal OR antepartum OR perinatal OR pre-natal OR ante-natal OR ante-partum OR peri-natal OR peri-partum OR "expectant mother*" OR "expectant father*" OR "expectant parent*")	324 711
2.	FT/XB	XB ("Co-parenting support*" OR "coparenting support*" OR Co-parenting N5 support* OR "equal parenting support*" OR "joint parenting support*")	74
3.	FT/XB	XB (Co-parenting OR "joint parenting") AND XB (intervention* OR program* OR support* OR therap* OR psychoeducat* OR counsel*)	158
4.	Ft/XB	XB ("couple counsel*" OR "couples counsel*" OR "couples educat*" OR "couple educat*" OR "couple psychoeducat*" OR "couples psychoeducat*" OR couple N3 psychoeducat* OR "couple support*" OR "couples support*" OR "couple intervention*" OR "couples intervention*" OR couple N3 intervention* OR "couples training*" OR "couple training*" OR "couple therap*" OR "couples therap*") AND TI (parent*)	81
5.		2 OR 3 OR 4	273
6.		1 AND 5	44
7.		TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "systematic literature review" OR "scoping review" OR "comprehensive literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	
8.		6 AND 7 AND Filters applied: English, Swedish Publication date from 2015 -	1

Söknr	Termtyp	Söktermer	Antal träffar
9.		TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	
10.		6 AND 9 AND Filters applied: English, Swedish Publication date from 2015 -	9
11.	Mesh/tiab	TI ("qualitative study" OR "qualitative research" OR "qualitative design" OR "qualitative assessment" OR "evaluation study" OR questionnaire* OR survey* OR "focus group*" OR interview OR descriptive OR phenomenological OR exploratory) OR AB ("qualitative study" OR "qualitative research" OR "qualitative design" OR "qualitative assessment" OR "evaluation study" OR questionnaire* OR survey* OR "focus group*" OR interview OR descriptive OR phenomenological OR exploratory) OR SU ("qualitative study" OR "qualitative research" OR "qualitative design" OR "qualitative assessment" OR "evaluation study" OR questionnaire* OR survey* OR "focus group*" OR interview OR descriptive OR phenomenological OR exploratory)	
12.		6 AND 11 AND Filters applied: English, Swedish Publication date from 2015 -	17

Ebsco databaser

DE = Descriptor – Fastställt ämnesord. FT/TI, AB = Fritextsökning i fälten för titel och abstract. MH = Exact Subject Heading – Specifik term som beskriver innehållet i artikeln. MM = Exact Major Subject Heading Beskriver huvusakligt fokus för artikeln. SU = Subject terms – Söker på nyckelord, ämnesord och geografiska termer. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

ZC = Methodology Index. " " = Citattecken, söker på en exakt fras. * = trunkering – Att korta av ett ord för att få med olika böjningar och ändelser av det.

Tabell 6. Sökstrategi med söktermer och antalet träffar i databasen PubMed för rekommendation 2a: Enskilt föräldrasamtal med alla föräldrar 0-1 år.

Söknr	Termtyp	Söktermer	Antal träffar
1.	Mesh/tiab	"Child Health Services"[Mesh] OR "Child Health"[Majr] OR child health service*[tiab] OR infant health service*[tiab] OR child healthcare[tiab] OR child health care[tiab] OR child health cent*[tiab] OR child health clinic*[tiab] OR child health[ti] OR child well-being[tiab] OR child wellbeing[tiab] OR maternal-child health service*[tiab]	42,052
2.	Mesh/tiab	"Counseling"[Mesh:NoExp] OR individual counsel*[tiab] OR "individual counseling"[tiab:~3] OR "individual counselling"[tiab:~3] OR individual coaching[tiab] OR individual conversation*[tiab] OR "individual conversation"[tiab: ~3] OR "individual conversations"[tiab: ~3] OR individual educat*[tiab] OR "individual education"[tiab:~5] OR individual meeting*[tiab] OR individual support[tiab] OR "individual support"[tiab:~3] OR individual psychoeducat*[tiab] OR individual psycho-educat*[tiab] OR individual psychosocial[tiab] OR individual psycho-social[tiab] OR individual session*[tiab] OR individual talks[tiab] OR individual therap*[tiab] OR individual treatment*[tiab] OR one-on-one[tiab] OR parental conversation*[tiab] OR counsel*[ti]	82,045
3.	Mesh/tiab	"Object Attachment"[Mesh] OR "Parent-Child Relations"[Mesh] OR "Parenting/psychology"[Mesh] OR "Stress, Psychological/prevention and control"[Mesh] OR attachment behavio*[tiab] OR attachment style*[tiab] OR bonding[tiab] OR emotional attachment[tiab] OR emotional bond*[tiab] OR father-child relation*[tiab] OR father-child attachment[tiab] OR father-infant relation*[tiab] OR father-infant attachment[tiab] OR maternal sensitivity[tiab] OR mother-child relation*[tiab] OR mother-child attachment[tiab] OR mother-infant relation*[tiab] OR mother-infant attachment[tiab] OR parental self-efficacy[tiab] OR parental sensitivity[tiab] OR parent-child relation*[tiab] OR parent-child attachment[tiab] OR parent-infant relation*[tiab] OR parent-infant attachment[tiab] OR paternal sensitivity[tiab] OR psychosocial outcome*[tiab] OR psycho-social outcome*[tiab] OR social bond*[tiab] OR parenting[tiab] OR parenthood[tiab]	250,763
4.		1 AND 2 AND 3	76

Söknr	Termtyp	Söktermer	Antal träffar
5.		"Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR scoping review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	
6.		4 AND 5 AND Filters applied: English, Swedish Publication date from 2015 -	2
7.		Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR comparative study[tiab]) NOT Medline[sb])	
8.		4 AND 7 AND Filters applied: English, Swedish Publication date from 2015 -	9
9.	Mesh/tiab	"Qualitative Research"[Mesh] OR "Evaluation Studies as Topic"[Mesh] OR "Focus Groups"[Mesh] OR "Surveys and Questionnaires"[Mesh:NoExp] OR qualitative study[tiab] OR qualitative research[tiab] OR qualitative design[tiab] OR qualitative assessment[tiab] OR evaluation study[tiab] OR questionnaire*[tiab] OR survey*[tiab] OR focus group*[tiab] OR interview[tiab] OR descriptive[tiab] OR phenomenological[tiab] OR exploratory[tiab]	
10.		4 AND 9 AND Filters applied: English, Swedish Publication date from 2015 -	15

PubMed

MeSH = Medical Subject Headings, kontrollerad vokabulär från Medline. Termen söks, inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. MeSH:NoExp = Endast den termen söks, de underliggande mer specifika termerna utesluts. Majr = MeSH Major Topic – Termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln. FT = Fritextterm/er. Tiab = Sökning i fälten för titel eller abstract. Ot = Other term – Ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term. Systematic [sb] = Filter för systematiska översikter.

* = trunkering – Att korta av ett ord för att få med olika böjningar och ändelser av det.

Tabell 7. Sökstrategi med söktermer och antalet träffar i databasen Cinahl för rekommendation 2b: Gemensamt föräldrasamtal med alla föräldrar 0-1 år.

Söknr	Termtyp	Söktermer	Antal träffar
1.	DE/FT/TI, AB	DE "Child Health" OR TI ("child health service*" OR "infant health service*" OR "child healthcare" OR "child health care" OR "child health cent*" OR "child health clinic*") OR AB ("child health service*" OR "infant health service*" OR "child healthcare" OR "child health care" OR "child health cent*" OR "child health clinic*") OR TI ("child health" OR "child well-being" OR "child wellbeing")	5 093
2.	DE/FT/TI, AB	DE "Health Care Services" AND TI (child* OR preschool* OR pre-school* OR toddler* OR infant*) OR AB (child* OR preschool* OR pre-school* OR toddler* OR infant*)	870 813
3.		1 OR 2	871 047
4.	FT/XB	TI ("Co-parenting support*" OR "coparenting support*" OR Co-parenting N5 support* OR "equal parenting support*" OR "joint parenting support*") OR AB ("Co-parenting support*" OR "coparenting support*" OR Co-parenting N5 support* OR "equal parenting support*" OR "joint parenting support*")	178
5.	FT/XB	(TI (Co-parenting OR "joint parenting") AND (intervention* OR program* OR support* OR therap* OR psychoeducat* OR counsel*)) OR AB ((Co-parenting OR "joint parenting") AND (intervention* OR program* OR support* OR therap* OR psychoeducat* OR counsel*))	469
6.	Ft/XB	(TI ("couple counsel*" OR "couples counsel*" OR "couples educat*" OR "couple educat*" OR "couple psychoeducat*" OR "couples psychoeducat*" OR couple N3 psychoeducat* OR "couple support*" OR "couples support*" OR "couple intervention*" OR "couples intervention*" OR couple N3 intervention* OR "couples training*" OR "couple training*" OR "couple therap*" OR "couples therap*") OR AB ("couple counsel*" OR "couples counsel*" OR "couples educat*" OR "couple educat*" OR "couple psychoeducat*" OR "couples psychoeducat*" OR couple N3 psychoeducat* OR "couple support*" OR "couples support*" OR "couple intervention*" OR "couples intervention*" OR couple N3 intervention* OR "couples training*" OR "couple training*" OR "couple therap*" OR "couples therap*")) AND TI (parent*)	205
7.		4 OR 5 OR 6	762
8.		3 AND 7	620

Söknr	Termtyp	Söktermer	Antal träffar
9.		TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "systematic literature review" OR "scoping review" OR "comprehensive literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	
10.		8 AND 9 AND Filters applied: English, Swedish Publication date from 2015 -	12
11.		TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	
12.		8 AND 11 AND Filters applied: English, Swedish Publication date from 2015 -	3
13.	FT/TI, AB	TI ("qualitative study" OR "qualitative research" OR "qualitative design" OR "qualitative assessment" OR "evaluation study" OR questionnaire* OR survey* OR "focus group*" OR interview OR descriptive OR phenomenological OR exploratory) OR AB ("qualitative study" OR "qualitative research" OR "qualitative design" OR "qualitative assessment" OR "evaluation study" OR questionnaire* OR survey* OR "focus group*" OR interview OR descriptive OR phenomenological OR exploratory) OR SU ("qualitative study" OR "qualitative research" OR "qualitative design" OR "qualitative assessment" OR "evaluation study" OR questionnaire* OR survey* OR "focus group*" OR interview OR descriptive OR phenomenological OR exploratory)	
14.		8 AND 13 AND Filters applied: English, Swedish Publication date from 2015 -	9

Ebsco databaser

DE = Descriptor – Fastställt ämnesord. FT/TI, AB = Fritextsökning i fälten för titel och abstract. MH = Exact Subject Heading – Specifik term som beskriver innehållet i artikeln. MM = Exact Major Subject Heading Beskriver huvusakligt fokus för artikeln. SU = Subject terms – Söker på nyckelord, ämnesord och geografiska termer. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

ZC = Methodology Index. " " = Citattecken, söker på en exakt fras. * = trunkering – Att korta av ett ord för att få med olika böjningar och ändelser av det.

Tabell 8. Sökstrategi med söktermer och antalet träffar i databasen Cinahl för rekommendation 3: Manualbaserat föräldraskapsstöd i mindre grupp.

Söknr	Termtyp	Söktermer	Antal träffar
1.	MH/FT	MH "Adolescence" OR MH "Child" OR MH "Child, Preschool" OR MH "Minors (Legal)" OR XB (Child* OR preschool* OR pre-school* OR kids OR boys OR girl* OR toddler* OR adolescen* OR pre-adolescen* OR preadolescen* OR teen* OR preteen* OR pre-teen* OR schoolaged* OR underage* OR youth* OR "young people" OR minors)	1332437
2.	MH/FT	MH "Parenting Education" OR MH "Parent Education: Childrearing Family (Iowa NIC)" OR MH "Parent Education: Adolescent (Iowa NIC)" OR MH "Parent-Child Relations/ED/PC" OR MH "Parenting/ED/EV/PC" OR XB(supported parenting" OR parent-based OR parent-mediated OR "parent intervention*" OR "parenting intervention*" OR "parent programme" OR "parental program*" OR "parenting program*" OR "parental education" OR "parents education" OR "parental support" OR "parent support" OR "parents training" OR "parent training" OR "parental training" OR "parental involvement" OR "parents involvement")	4335
3.	FT	XB (Universal* OR "general parent*" OR "general program*")	39946
4.	FT	Sweden OR swedish	
5.		1-4 AND From 2015-	6

Söknr	Termtyp	Söktermer	Antal träffar
6.		5 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	2
7.		1 AND 2 AND 3 AND XB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review)	3

Ebsco databaser

DE = Descriptor – Fastställt ämnesord. FT/TI, AB

= Fritextsökning i fälten för titel och abstract. FT/XB = Fritextsökning i fälten för titel och abstract MH = Exact

Subject Heading – Specifik term som beskriver innehållet i artikeln. MM = Exact Major

Subject Heading Beskriver huvusakligt fokus för artikeln. SU = Subject terms

– Söker på nyckelord, ämnesord och geografiska termer. + =

Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

ZC = Methodology Index. " " = Citattecken, söker på en exakt fras. * = trunkering – Att korta av ett ord för att få med olika böjningar och ändelser av det.

Tabell 9. Sökstrategi med söktermer och antalet träffar i databasen CINAHL för betydelsen av utbildning till professionerna.

Söknr	Termtyp	Söktermer	Antal träffar
1.	DE/XB	MH "Pregnancy" OR MH "Prenatal Care" OR MH "Perinatal Care" OR XB (pregnancy OR pregnant OR prenatal OR antenatal OR antepartum OR perinatal OR pre-natal OR ante-natal OR ante-partum OR peri-natal OR peri-partum OR "expectant mother*" OR "expectant father*" OR "expectant parent*")	325 335
2.	DE/XB	MH "Child Health Services" OR MM "Child Health" OR XB ("child health service*" OR "infant health service*" OR "child healthcare" OR "child health care" OR "child health cent*" OR "child health clinic*" OR TI ("child health" OR "child well-being" OR "child wellbeing")	22 136
3.		1 OR 2	344 941
4.	DE/XB	MH "Childbirth Education" OR MH "Parents/ED" OR MH "Parents/PF" OR XB ("antenatal education" OR parent-based OR "parent intervention*" OR "parenting intervention*" OR "parent program*" OR "parental program*" OR "parenting program*" OR "parental education" OR "parenting education" OR "parental support*" OR "parent support*" OR "parent training*" OR "parental training" OR "prenatal education" OR "prenatal support" OR "supported parenting") OR TI (parenting OR parenthood)	43 562
5.	DE/XB	MH "Group Processes" OR MH "Psychotherapy, Group" OR MH "Support Groups" OR XB ("antenatal group*" OR group-based OR group-led OR "group education" OR "group intervention*" OR "group meeting*" OR "group psychoeducation*" OR "group psychotherap*" OR "group session*" OR "group therap*" OR "parent group*" OR "parenting group*" OR "parenting class*" OR "prenatal group*" OR prenatal N3 group* OR "support group*" OR "peer group*") OR TI (groups OR group*)	113 437
6.		4 AND 5	2 015
7.		3 AND 6	350
8.	FT/XB	XB ("antenatal group education" OR antenatal N3 group N3 education OR "group antenatal eduaction" OR "group prenatal education" OR "parental group education" OR "Parent group education" OR parent N4 group N4 education OR "parent group support")	203
9.		7 OR 8	524

Söknr	Termtyp	Söktermer	Antal träffar
10.	DE/XB	MH "Clinical Competence" OR MH "Education, Competency-Based" OR MM "Education" OR MH "Education, Continuing" OR MH "Professional Competence" OR MH "Professionalism" OR MH "Education, Medical, Continuing" OR MH "Attitude of Health Personnel" OR MH "Health Personnel/ED" OR MH "Professional Knowledge" OR MH "Nursing Knowledge" OR MH "Midwives/ED" OR MH "Management Styles" OR MH "Professional Competence" OR MH "Staff Development" OR XB ("academic training" OR leadership OR "learning method*" OR "pedagogical knowledge" OR "pedagogical method*" OR "pedagogical skills" OR "professional competen*" OR "professional expertise" OR "professional skills" OR "professional training*" OR qualification* OR "staff development" OR "teaching skills") OR TI (staff* OR personnel OR professional)	369 133
11.		9 AND 10	30
12.	FT/TI, AB	TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "systematic literature review" OR "scoping review" OR "comprehensive literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	
13.		11 AND 12	0
14.		TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	
15.		11 AND 14 AND Publication date from 2015 - Filters applied: English, Swedish	2

Söknr	Termtyp	Söktermer	Antal träffar
16.	DE/FT/TI, AB	TI ("qualitative study" OR "qualitative research" OR "qualitative design" OR "qualitative assessment" OR "evaluation study" OR questionnaire* OR survey* OR "focus group*" OR interview OR descriptive OR phenomenological OR exploratory) OR AB ("qualitative study" OR "qualitative research" OR "qualitative design" OR "qualitative assessment" OR "evaluation study" OR questionnaire* OR survey* OR "focus group*" OR interview OR descriptive OR phenomenological OR exploratory) OR SU ("qualitative study" OR "qualitative research" OR "qualitative design" OR "qualitative assessment" OR "evaluation study" OR questionnaire* OR survey* OR "focus group*" OR interview OR descriptive OR phenomenological OR exploratory)	
17.		11 AND 16 AND Publication date from 2015 - Filters applied: English, Swedish	10
18.		11 NOT (15 OR 17) Publication date from 2015 - ; Filters applied: English, Swedish	2

Ebsco databaser

DE = Descriptor – Fastställt ämnesord. FT/XB = Fritextsökning i fälten för titel och abstract. MH = Exact Subject Heading – Specifik term som beskriver innehållet i artikeln. MM = Exact Major Subject Heading Beskriver huvusakligt fokus för artikeln. SU = Subject terms – Söker på nyckelord, ämnesord och geografiska termer. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

ZC = Methodology Index. " " = Citattecken, söker på en exakt fras. * = trunkering – Att korta av ett ord för att få med olika böjningar och ändelser av det.

Tabell 10. Tabellen visar sökstrategi med söktermer och antalet träffar i CINAHL för betydelsen av föräldra-barnrelationen.

Söknr	Termtyp	Söktermer	Antal träffar
	DE/FT	DE "Parental Engagement" OR DE "Parental Investment" OR DE "Parental Involvement" OR DE "Positive Parenting" OR DE "Parental Sensitivity" OR TI ("Engaged parent*" OR "supportive parent*" OR "warm parent*" OR "positive parenting" OR "parental warmth" OR "parental responsiveness" OR "parental involvement" OR "parental engagement" OR "paternal engagement" OR "father engagement" OR "mother engagement" OR "maternal engagement" OR "father involvement" OR "mother involvement" OR "parents engagement")	13275
	DE/FT	DE "Mother Child Relations" OR DE "Father Child Relations" OR DE "Parent Child Relations" OR DE "Child Health" OR DE "Early Childhood Development" OR DE "Adolescent Development" OR DE "Emotional Health" OR DE "Emotional Well Being" OR DE "Well Being" OR "child develop*" OR "adolescent development" OR "child health" OR "emotional regulation" OR "emotional health" OR well-being OR wellbeing OR "parent-child relation*" OR "family relation*"	554461
		XB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review)	
		1-3 AND From 2015-	89

Ebsco databaser

DE = Descriptor – Fastställt ämnesord. FT/TI, AB = Fritextsökning i fälten för titel och abstract. FT/XB = Fritextsökning i fälten för titel och abstract MH = Exact Subject Heading – Specifik term som beskriver innehållet i artikeln. MM = Exact Major Subject Heading Beskriver huvusakligt fokus för artikeln. SU = Subject terms – Söker på nyckelord, ämnesord och geografiska termer. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

Tabell 11. Sökstrategi med söktermer och antalet träffar i databasen CINAHL för Enskilt föräldrasamtal med alla blivande föräldrar – ett område för fortsatt utveckling.

Söknr	Termtyp	Söktermer	Antal träffar
	DE/FT/XB	MH "Pregnancy" OR MH "Prenatal Care" OR MH "Perinatal Care" OR XB (pregnancy OR pregnant OR prenatal OR antenatal OR antepartum OR perinatal OR pre-natal OR ante-natal OR ante-partum OR peri-natal OR peri-partum OR "expectant mother*" OR "expectant father*" OR "expectant parent*")	324 822
	DE/FT/XB	XB ("individual antenatal education" OR "individual counsel*" OR individual N3 counsel* OR "individual coaching" OR "individual educat*" OR "individual meeting*" OR "individual prenatal education" OR "individual support" OR individual N3 support* OR "individual psychoeducat*" OR "individual psycho-educat*" OR "individual psychosocial" OR "individual psycho-social" OR "individual session*" OR "individual talks" OR "individual therap*" OR "individual treatment*" OR "one-on-one")	23 733
	DE/FT/XB	MH "Parent-Infant Bonding Evaluation" OR MH "Parent-Child Relations" OR MH "Parental Sensitivity" OR MH "Stress, Psychological/PC" OR XB ("attachment behavio*" OR "attachment style*" OR bonding OR "emotional bond*" OR "father-child attachment" OR "father-child relation*" OR "father-infant attachment" OR "father-infant relation*" OR "maternal sensitivity" OR "mother-child attachment" OR "mother-child relation*" OR "mother-infant attachment" OR "mother-infant relation*" OR "parental-fetal relation*" OR "parental self-efficacy" OR "parental sensitivity" OR "parent-child attachment" OR "parent-child relation*" OR "parent-infant attachment" OR "parent-infant relation*" OR "paternal-fetal attachment" OR "paternal sensitivity" OR "psychosocial outcome*" OR "psycho-social outcome*" OR "social bond*" OR parenting OR parenthood)	65 179
		1 AND 2 AND 3	74
		TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "systematic literature review" OR "scoping review" OR "comprehensive literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	

Söknr	Termtyp	Söktermer	Antal träffar
		4 AND 5 AND Filters applied: English, Swedish Publication date from 2015 -	3
		TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	
		4 AND 7 AND Filters applied: English, Swedish Publication date from 2015 -	9
		TI ("qualitative study" OR "qualitative research" OR "qualitative design" OR "qualitative assessment" OR "evaluation study" OR questionnaire* OR survey* OR "focus group*" OR interview OR descriptive OR phenomenological OR exploratory) OR AB ("qualitative study" OR "qualitative research" OR "qualitative design" OR "qualitative assessment" OR "evaluation study" OR questionnaire* OR survey* OR "focus group*" OR interview OR descriptive OR phenomenological OR exploratory) OR SU ("qualitative study" OR "qualitative research" OR "qualitative design" OR "qualitative assessment" OR "evaluation study" OR questionnaire* OR survey* OR "focus group*" OR interview OR descriptive OR phenomenological OR exploratory)	
		4 AND 9 AND Filters applied: English, Swedish Publication date from 2015 -	36

Ebsco databaser

DE = Descriptor – Fastställt ämnesord. FT/TI, AB = Fritextsökning i fälten för titel och abstract. MH = Exact Subject Heading – Specifik term som beskriver innehållet i artikeln. MM = Exact Major Subject Heading Beskriver huvusakligt fokus för artikeln. SU = Subject terms – Söker på nyckelord, ämnesord och geografiska termer. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

ZC = Methodology Index. " " = Citattecken, söker på en exakt fras. * = trunkering – Att korta av ett ord för att få med olika böjningar och ändelser av det.

Del 6: Deltagare i arbetet med kunskapsstödet

Projektgrupp – rekommendationer

Projektledning 2024–2026

Eva Eurenus	Projektledare/vetenskaplig projektledare och utredare, MFoF
Maria Wikström (2024–2025)	Utredare, MFoF
Ulrika Nygren (ersatte Maria Wikström 2025–2026)	Utredare, MFoF
Vicktoria Westerberg (2025–2026)	Utredare, MFoF

Sakkunniga 2024–2026

Camilla Pettersson	Fil.dr. inom folkhälsovetenskap, utvecklingsledare inom välfärd och folkhälsa, Region Örebro
Lisa Forsberg (2024–2025)	Projektledare, SBU
Maral Jolstedt (ersatte Lisa Forsberg i slutet av 2025–2026)	Projektledare, SBU
Magdalena Molin (2025–2026)	Undervisningsråd, Skolverket

Andra medverkande under projektet

Deltagare i Socialstyrelsens workshop-serie 2024 med experter inom föräldraskapsstöd

Petra Pålsson (före födseln)	Med. dr och leg. barnmorska, VO obstetrik och gynekologi, Skånes universitetssjukhus
Lene Lindberg (0–5 år)	Adjungerad professor och leg. psykolog, Karolinska institutet
Anna Sarkadi (0–5 år)	Med. dr, professor och leg. Läkare, Uppsala universitet
Kajsa Lönn Rhodin (6–12 år)	Utvecklingsledare och leg. Psykolog, leg Psykoterapeut, Länsstyrelsen i Stockholm
Torbjörn Forkby (13–20 år)	Professor i socialt arbete och socionom, Linnéuniversitetet

Arbetet med kunskapsunderlaget för rekommendationerna

Deltagare hösten 2025 till våren 2026

Mia Barimani	Professor och leg. barnmorska, Linköping universitet
Petra Pålsson	Med. dr och leg. barnmorska, VO obstetrik och gynekologi, Skånes universitetssjukhus
Monica Lidbeck	Fil dr., leg. psykolog, Central mödrahälsovård och Central barnhälsovård, Västra Götalandsregionen
Anita Berlin	Med. dr, docent i pedagogik inom omvårdnad
Maria Lalouni	Bitr. lektor, docent, KI, leg. psykolog, Region Stockholm
Kajsa Lönn Rhodin	Leg. psykolog och leg psykoterapeut

Rekommendationsgrupp

Deltagare vid mötet 2 mars 2026

Nina Alakulju	Samordningsbarnmorska, Region Norrbotten
Veronica Anderheim	Föräldrastödssamordnare, Krokoms kommun
Mona Bryggman	Barnhälsovårdssykeolog, Västra Götalandsregionen
Maria Engström	Vårdutvecklare inom barnhälsovård, distriktssköterska, Region Uppsala
Annika Fahlen	Samordningsbarnmorska, Region Västernorrland
Karin Fängström	Mödra- och barnhälsovårdssykeolog, Region Uppsala
Sara Heimdal	Vårdutvecklare inom barnhälsovård, barnsjuksköterska, Region Sörmland
Jennie Lenntorp	Barnmorska, psykoterapeut, Region Stockholm
Maria Lindmark-Boberg	Samordningsbarnmorska, Region Västerbotten
Marlene Melander	Vårdutvecklare inom barnhälsovård, distriktssköterska, Region Västernorrland
Jenny Norlander	Mödra- och barnhälsovårdssykeolog med vårdutvecklingsuppdrag för mödrahälsovården, Region Västerbotten
Ulrika Nygren	Vårdutvecklare inom barnhälsovård, barnsjuksköterska, Region Dalarna
Carin Oldin	Barnhälsovårdsöverläkare, verksamhetschef, Region Jönköping
Lena Rutfjäll Dahlgren	Barnhälsovårdssykeolog, Region Örebro län
Nina Thomsen	Barnhälsovårdssykeolog, Region Stockholm
Anna-Maria Troedsson	Regional samordnare barn och unga, Skånes Kommuner
Magnus Wibert	Enhetschef öppenvård tidiga insatser, Växjö kommun

Referenser

1. MFOF. Föräldraskapsstöd genom hela uppväxten. En kartläggning av föräldrars behov av föräldraskapsstöd. Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd; 2026.
2. Socialtjänstlagen (2025).
3. Barger MM, Kim EM, Kuncel NR, Pomerantz EM. The relation between parents' involvement in children's schooling and children's adjustment: A meta-analysis. *Psychol Bull.* 2019;145(9):855–90.
4. Jeynes W. A Meta-Analysis: The Relationship Between the Parental Expectations Component of Parental Involvement with Students' Academic Achievement. *Urban Education.* 2022;59:004208592110738.
5. Tan C, Cheung HS, Lee S. Parental Involvement, Parenting Styles, and Children's Academic Outcomes: A Second-Order, Three-Level Meta-Analysis. *Review of Educational Research.* 2025.
6. SFS 2010:800, Skollagen (2022).
7. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för tandvård – Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
8. SBU. Hinder och möjliggörare för att engagera mammor och pappor i familjebaserade insatser. SBU kommenterar. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2025.
9. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer: Graviditet, förlossning och tiden efter. Stockholm 2025.
10. Socialstyrelsen. Graviditet, förlossning och tiden efter. Förslag till nationell plan 2026–2035. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
11. Socialstyrelsen. Erbjud föräldraskapsstöd i mindre grupper Stockholm: Socialstyrelsen; 2025 [Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/nationella-riktlinjer-graviditet-forlossning-och-tiden-efter/rekommendationer/oversikt-graviditet/erbjud-foraldraskapsstod-i-mindre-grupper/>].
12. Kaźmierczak M, Kielbratowska B, Karasiewicz K. The other side of the mirror—The role of partner's empathy in transition to parenthood. *Health Psychology Report.* 2015;3(2):150–7.
13. Tomfohr-Madsen LM, Giesbrecht G, Madsen JW, MacKinnon A, Le Y, Doss B. Improved Child Mental Health Following Brief Relationship Enhancement and Co-Parenting Interventions During the Transition to Parenthood. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(3).
14. Foley S, Jadv V, Golombok S. Elective co-parenting with someone already known versus someone met online: implications for parent and child psychological functioning. *Reprod Biomed Online.* 2025;50(5):104747.

15. Wells MB, Gedaly LR, Aronson O. Midwives and child health nurses' support is associated with positive coparenting for fathers of infants : A cross-sectional analysis. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;32(7-8):1443–54.
16. Feinberg ME, Kan ML. Establishing family foundations: intervention effects on coparenting, parent/infant well-being, and parent-child relations. *J Fam Psychol*. 2008;22(2):253–63.
17. LaGrafte M, Stolz H, Brandon D. Longitudinal Program Evaluation of " Parenting Apart: Effective Co-Parenting ". *Journal of Divorce & Remarriage*. 2015;56:117–36.
18. Guyette E, Harris SM. The impact of divorce education programs on coparental conflict: Review of programs with parent follow-up reports. *Family Court Review*. 2024;62(3):542–61.
19. McHale JP, Stover C, Dube C, Sirotkin Y, Lewis S, McKay K. Randomized controlled trial of a prenatal focused coparenting consultation for unmarried black fathers and mothers: One-year infant and family outcomes. *Infant Ment Health J*. 2023;44(1):27–42.
20. Hoang N-P, Kirby J. A Meta-ethnography Synthesis of Joint Care Practices between Parents and Grandparents from Asian Cultural Backgrounds: Benefits and Challenges. *Journal of Child and Family Studies*. 2020;29.
21. Mrayan L, Cornish F, Dhungana N, Parfitt B. Transition to parenthood during the transition to modernity in Jordan: New parents' views on family and healthcare support systems. *Appl Nurs Res*. 2016;32:139–43.
22. Kirby JN, Sanders MR. Using Consumer Input to Tailor Evidence-Based Parenting Interventions to the Needs of Grandparents. *J Child Fam Stud*. 2012;21(4):626–36.
23. Huang Y-Y, Wang R, Huang W-P, Wu T, Wang S-Y, R. Redding S, et al. Effects of a Smartphone-Based Breastfeeding Coparenting Intervention Program on Breastfeeding-Related Outcomes in Couples During First Pregnancy: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2024;26:e51566.
24. Munns A, Watts R, Hegney D, Walker R. Effectiveness and experiences of families and support workers participating in peer-led parenting support programs delivered as home visiting programs: a comprehensive systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2016;14:167–208.
25. Feinberg ME. The Internal Structure and Ecological Context of Coparenting: A Framework for Research and Intervention. *Parent Sci Pract*. 2003;3(2):95–131.
26. Leanderz ÅG, Larsson M, Bäckström CA, Henricson M, Lygnegård F, Rådestad I. The Parenthood Journey. A time of vulnerability and change in a digital age. Skövde: University of Skövde; 2025.

27. Lehtikoinen JR-L, M. (edit.), Kaukonen R-M, PJA-S, T., Sissonen E (Research assistant). *The First 1000 Days in Nordics: Identifying Gaps and Needs to Strengthen Psychosocial Wellbeing* 2026.
28. Abbass-Dick J, Sun W, Newport A, Xie F, Godfrey D, Goodman W. The comparison of access to an eHealth resource to current practice on mother and co-parent teamwork and breastfeeding rates: A randomized controlled trial. *Midwifery*. 2020;90:102812.
29. Owen N. Feasibility and acceptability of using telehealth for early intervention parent counselling. *Advances in Mental Health*. 2019;18:1–11.
30. Bäckström D, Steinvall I, Sjöberg F. Change in child mortality patterns after injuries in Sweden: a nationwide 14-year study. *European journal of trauma and emergency surgery : official publication of the European Trauma Society*. 2017;43(3):343–9.
31. Allport-Altillo BS, Aqil AR, Nelson T, Johnson SB, Labrique AB, Carabas Y, et al. Parents' Perspectives on Supporting Father Involvement in African American Families During Pregnancy and Early Infancy. *Journal of the National Medical Association*. 2020;112(4):344–61.
32. Forslund Frykedal K, Rosander M, Barimani M, Belin A. Cooperative learning in parental education groups – child healthcare nurses' views on their work as leaders and on the groups. *Children's Health Care*. 2022;51(1):20–36.
33. Barimani M, Forslund Frykedal K, Rosander M, Berlin A. Childbirth and parenting preparation in antenatal classes. *Midwifery*. 2018;57:1–7.
34. Berlin A, Törnkvist L, Barimani M. Content and Presentation of Content in Parental Education Groups in Sweden. *J Perinat Educ*. 2016;25(2):87–96.
35. Pålsson P, Kvist LJ, Ekelin M, Hallström IK, Persson EK. "I Didn't Know What to Ask About": First-Time Mothers' Conceptions of Prenatal Preparation for the Early Parenthood Period. *J Perinat Educ*. 2018;27(3):163–74.
36. Lefèvre Å. Group-based parental support in child health service : development and evaluation of a group leadership course for nurses. Lund: Lund University; 2016.
37. Rosander M, Forslund Frykedal K, Barimani M, Berlin A. Experiences from leading parental education groups: Perceived difficulties and rewards as an indication of skill acquisition. *Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community*. 2022;26(1):68–81.
38. Forslund Frykedal K, Rosander M. The role as moderator and mediator in parent education groups--a leadership and teaching approach model from a parent perspective. *J Clin Nurs*. 2015;24(13-14):1966–74.

39. Wells M, Kerstis B, Andersson E. Impacted family equality, self-confidence and loneliness: a cross-sectional study of first-time and multi-time fathers' satisfaction with prenatal and postnatal father groups in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2020;35.
40. Socialstyrelsen. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor – stöd för styrning och ledning. 2018.
41. Åhlund S. Hållbar livsstil. Barnmorskans samtal om levnadsvanor – en handledning. Version 3: Barnmorskeförbundet; 2021.
42. En guide för yrkesverksamma om vetenskapligt baserad ANDTS-prevention – En svensk version av European Prevention Curriculum (EUPC)2023.
43. Pinto TM, Feinberg ME, Figueiredo B. Coparenting conflict moderates the association between maternal prenatal depressive symptoms and infant regulatory capacity. *Infant and Child Development*. 2024;33(6):e2549.
44. Klode K, Ringer A, Hølge-Hazelton B. Interprofessional and intersectoral collaboration in the care of vulnerable pregnant women: An interpretive study. *Journal of Interprofessional Care*. 2025;39(4):599–608.
45. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer – Rekommendationer: Psykisk ohälsa. 2025.
46. Hutchens BF, Kearney J. Risk Factors for Postpartum Depression: An Umbrella Review. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2020;65(1):96–108.
47. Estlein R, Shai D. Dyadic Prenatal Coparenting Interaction Behaviors Predicting Postpartum Depressive Symptoms during the Transition to Parenthood. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education* [Internet]. 2024; 14(6):[1722–34 pp.].
48. Rusu PP, Candel OS, Bogdan I, Ilciuc C, Ursu A, Podina IR. Parental Stress and Well-Being: A Meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2025;28(2):255–74.
49. Backstrom C, Thorstensson S, Pihlblad J, Forsman AC, Larsson M. Parents' Experiences of Receiving Professional Support Through Extended Home Visits During Pregnancy and Early Childhood-A Phenomenographic Study. *Front Public Health*. 2021;9:578917.
50. Homeyard C, Montgomery E, Chinn D, Patelarou E. Current evidence on antenatal care provision for women with intellectual disabilities: A systematic review. *Midwifery*. 2016;32:45–57.
51. Socialstyrelsen. HSLF FS 2022:39 – Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer. 2022.

52. Socialstyrelsen. Våld i nära relationer: handbok för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023. Report No.: 9789175556093.
53. Socialstyrelsen. Nationellt basprogram för graviditetsövervakning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
54. Breivik K, Eng H, Kaiser S, Karjalainen P, Kurki M, Kyrrestad H, et al. The First 1000 Days in the Nordic Countries : Psychosocial Interventions and Psychological Tests: A Review of the Evidence. Nord. Copenhagen: Nordisk Ministerråd; 2021. p. 232.
55. Palioura Z, Sarantaki A, Antoniou E, Iliadou M, Dagla M. Fathers' Educational Needs Assessment in Relation to Their Participation in Perinatal Care: A Systematic Review. Healthcare [Internet]. 2023; 11(2):[200 p.].
56. Alhulaibi W, Stockdale J, McAleer P. A Systematic Review to Explore Antenatal Care From the Perspectives of Women With Intellectual Disabilities and Midwives. BRITISH JOURNAL OF LEARNING DISABILITIES. 2025;53(1):87–102.
57. SBU. Föräldraskapsstöd riktat till föräldrar med komplexa behov och svårigheter har en positiv effekt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2025 26 juni 2025.
58. Marmot M. The health gap : the challenge of an unequal world. New York, NY: Bloomsbury Publishing; 2019.
59. Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Report No.: 9789175551692.
60. Rikshandboken Barnhälsovård. Barnhälsovårdens nationella program [Available from: <https://www.rikshandboken-bhv.se/>].
61. Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. Acta Paediatr. 2008;97(2):153–8.
62. Zhu J, Deneault A-A, Seal H, Lucchese-Lavecchia G, Madigan S, Bureau J-F. Examining the link between parental relationship functioning and parent sensitivity: a meta-analysis. Attachment & Human Development. 2025;27:368–95.
63. Lamb M. The Role of the Father in Child Development / M. R. Lamb. 1981.
64. Rollè L, Gullotta G, Trombetta T, Curti L, Gerino E, Brustia P, et al. Father Involvement and Cognitive Development in Early and Middle Childhood: A Systematic Review. Frontiers in Psychology. 2019;Volume 10 - 2019.
65. Bergström M, Salari R, Hjern A, Hognäs R, Bergqvist K, Fransson E. Importance of living arrangements and coparenting quality for young

- children's mental health after parental divorce: a cross-sectional parental survey. *BMJ Paediatr Open*. 2021;5(1):e000657.
66. Wells MB, Giannotti M, Aronson O. Partner and professional support are associated with father-infant bonding: A cross-sectional analysis of mothers, midwives, and child health nurses' influence on primiparous and multiparous fathers of infants in Sweden. *Midwifery*. 2024;136:104076.
 67. Lindeberg S, Tedgård E, Kerstis B, Tedgård U, Taylor A, Jönsson P. Development of the Parent-to-Infant Bonding Scale: Validation in Swedish Mothers and Fathers in Community and Clinical Contexts. *Child Psychiatry & Human Development*. 2024.
 68. Jukes LM, Di Folco S, Kearney L, Sawrikar V. Barriers and Facilitators to Engaging Mothers and Fathers in Family-Based Interventions: A Qualitative Systematic Review. *Child Psychiatry & Human Development*. 2024;55(1):137–51.
 69. Rikshandboken Barnhälsovård. Enskilda föräldrasamtal [Available from: <https://www.rikshandboken-bhv.se/foraldraskapsstod/individuellt-foraldraskapsstod/enskilda-foraldrasamtal/>].
 70. Rikshandboken Barnhälsovård. Screening med EPDS [Available from: <https://www.rikshandboken-bhv.se/foraldraskapsstod/individuellt-foraldraskapsstod/screening-med-epds/>].
 71. Rikshandboken Barnhälsovård. Individuellt föräldraskapsstöd. Stödjande och främjande insatser till enskilda föräldrar. [Available from: <https://www.rikshandboken-bhv.se/foraldraskapsstod/individuellt-foraldraskapsstod/>].
 72. Tell J, Olander E, Anderberg P, Berglund JS. Nurses' Use of a Web-Based National Guide for Child Health Care. *CIN-Comput Inform Nurs*. 2016;34(5):197–205.
 73. Wynter K, Rowe H, Fisher J. Common mental disorders in women and men in the first six months after the birth of their first infant: a community study in Victoria, Australia. *J Affect Disord*. 2013;151(3):980–5.
 74. Wickberg B, Hwang P. Post partum depression : nedstämdhet och depression i samband med barnafödande. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
 75. Bergström M. Depressive symptoms in new first-time fathers: associations with age, sociodemographic characteristics, and antenatal psychological well-being. *Birth*. 2013;40(1):32–8.
 76. Ljungberg B, Papachristou P, Zwedberg S. Thoughts and experiences of well-educated fathers about their role when breastfeeding difficulties arose. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2024;40:100982.
 77. Oldbury S, Adams K. The impact of infant crying on the parent-infant relationship. *Community Pract*. 2015;88(3):29–34.

78. Hrybanova Y, Ekström A, Thorstensson S. First-time fathers' experiences of professional support from child health nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2019;33(4):921–30.
79. Barn som anhöriga : konsekvenser och behov när föräldrar har allvarlig a svårigheter, eller avlider. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013 2013. 73 s. p.
80. Koolen J, van Oorsouw W, Verharen L, Embregts P. Support needs of parents with intellectual disabilities: Systematic review on the perceptions of parents and professionals. *J Intellect Disabil*. 2020;24(4):559–83.
81. MFoF. Stärkt stöd till föräldrar med psykisk ohälsa och kognitiva svårigheter. En forskningsrapport om föräldrars behov av stöd och hur verksamheter kan stärka sitt stöd till föräldrar med psykisk ohälsa eller kognitiva svårigheter. Skellefteå: Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd; 2026.
82. Fang Y, Luo J, Boele M, Windhorst D, van Grieken A, Raat H. Parent, child, and situational factors associated with parenting stress: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2024;33(6):1687–705.
83. Kunskapsguiden. Samverkan kring barn och unga: Socialstyrelsen; 2025 [Available from: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/samverkan-kring-barn-och-unga/>].
84. Larsson M, Eriksson I, Johansson K, Stigsson AK, Svahn R, Wetterstrom J, et al. Individual parental conversations with non-birthing parents. *Prim Health Care Res Dev*. 2020;21:e25.
85. Harder M, Hoglander J, Engstrom HA, Holmstrom IK, Blomberg H. An integrative review of communication in a professional-parental relationship provided in child health services: An authoritarian or guiding approach. *Patient Educ Couns*. 2024;118:108029.
86. Kirby JN, Sanders MR. A randomized controlled trial evaluating a parenting program designed specifically for grandparents. *Behaviour Research and Therapy*. 2014;52:35–44.
87. Hälso- och sjukvårdslag, (2017).
88. Rikshandboken Barnhälsovård. Föräldraskapsstöd i grupp [Available from: <https://www.rikshandboken-bhv.se/foraldraskapsstod/foraldraskapsstod-i-grupp/>].
89. Wells MB, Jeon L, Aronson O. Bidirectional associations between paternal postpartum depression symptoms and coparenting: A cross-lagged panel model of fathers of infants and toddlers. *Journal of Affective Disorders*. 2023;324:440–8.
90. Kirby JN, Sanders MR. Erratum to: Using Consumer Input to Tailor Evidence-Based Parenting Interventions to the Needs of Grandparents. *Journal of Child and Family Studies*. 2015;24(5):1527–.

91. Andersson AC, Golsäter M. A universal home-visit programme to tailor support to first-time parents: a qualitative case study on parents' perspectives. *BMC Public Health*. 2025;25(1):3045.
92. Ammerman RT, Peugh JL, Teeters AR, Sakuma KK, Jones DE, Hostetler ML, et al. Promoting parenting in home visiting: A CACE analysis of Family Foundations. *J Fam Psychol*. 2022;36(2):225–35.
93. Mytton J, Ingram J, Manns S, Thomas J. Facilitators and barriers to engagement in parenting programs: a qualitative systematic review. *Health Educ Behav*. 2014;41(2):127–37.
94. Wells MB, Massoudi P, Bergström M. Swedish child health nurses treat fathers more equally in 2014 than 2004, but mothers remain their primary focus. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*. 2017;106(8):1302–8.
95. Shorey S, Ang L, Goh ECL, Lopez V. Paternal involvement of Singaporean fathers within six months postpartum: A follow-up qualitative study. *Midwifery*. 2019;70:7–14.
96. Diniz E, Brandão T, Veríssimo M. Father involvement during early childhood: A systematic review of qualitative studies. *Family Relations*. 2023;72(5):2710–30.
97. Schoppe-Sullivan SJ, Wang J, Yang J, Kim M, Zhang Y, Yoon SH. Patterns of coparenting and young children's social-emotional adjustment in low-income families. *Child Dev*. 2023;94(4):874–88.
98. Staal, II, van Stel HF, Hermanns JM, Schrijvers AJ. Early detection of parenting and developmental problems in toddlers: A randomized trial of home visits versus well-baby clinic visits in the Netherlands. *Prev Med*. 2015;81:236–42.
99. Reader JM, Teti DM, Cleveland MJ. Cognitions about infant sleep: Interparental differences, trajectories across the first year, and coparenting quality. *J Fam Psychol*. 2017;31(4):453–63.
100. Teti DM, Fronberg KM, Fanton H, Crosby B. Infant sleep arrangements, infant-parent sleep, and parenting during the first six months post-partum. *Infant Behavior and Development*. 2022;69:101756.
101. Forslund Frykedal K, Berlin A, Barimani M. Föräldragrupper inom mödra- och barnhälsovård forskning, tillämpning och metoder om ledarskap för välfungerande grupper. Linköping: Linköping University Electronic Press; 2021.
102. Lefèvre Å, Pia L, Eva D, Inger H. Managing parental groups during early childhood: New challenges faced by Swedish child health-care nurses. *Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community*. 2015;19(3):381–91.
103. Kristiansson SO, Wijk S, Alsén P. Participation in parental group support offered by the Child Health Service in Sweden : A qualitative study. *Journal of Health Visiting*. 2018;6(3):142–50.

104. Forslund Frykedal K, Barimani M, Rosander M, Berlin A. Parents' reasons for not attending parental education groups in antenatal and child health care: A qualitative study. *J Clin Nurs*. 2019;28(17-18):3330–8.
105. Kirby J, Harris J. Development and evaluation of a 'was not brought' pathway: a team approach to managing children's missed dental appointments. *British Dental Journal*. 2019;227:291–7.
106. Rodrigues M, Sokolovic N, Madigan S, Luo Y, Silva V, Misra S, et al. Paternal Sensitivity and Children's Cognitive and Socioemotional Outcomes: A Meta-Analytic Review. *Child Dev*. 2021;92(2):554–77.
107. Med kunskap som kompass. En kartläggning och analys av styrningen med kunskap inom socialtjänsten 2026.
108. Folkhälsomyndigheten. Från nyhet till vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst. 2023.
109. Metz A, Louison, L., Burke, K., Albers, B., & Ward, C.,. Implementation support practitioner profile: Guiding principles and core competencies for implementation practice. . Chapel Hill, NC: National Implementation Research Network, University of North Carolina at Chapel Hill. 2020.
110. Tell J, Olander E, Anderberg P, Berglund JS. Implementation of a web-based national child health-care programme in a local context: A complex facilitator role. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2018;46:80–6.
111. Forslund Frykedal K, Rosander M, Barimani M, Berlin A. Child health care nurses' use of teaching practices and forms of knowledge episteme, techne and phronesis when leading parent education groups. *Nurs Inq*. 2020;27(4):e12366.
112. Marie-Mitchell A, Delgado C, Gilgoff R. Parenting Education to Improve Relational Health Through Pediatric Primary Care: A Scoping Review. *J Prim Care Community Health*. 2024;15:21501319241306302.
113. Ekström AC, Thorstensson S. Nurses and midwives professional support increases with improved attitudes - design and effects of a longitudinal randomized controlled process-oriented intervention. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:275.
114. Berlin A, Rosander M, Frykedal KF, Barimani M. Walk the talk: Leader behavior in parental education groups. *Nurs Health Sci*. 2018;20(2):173–80.
115. Berlin A, Rosander M, Frykedal KF, Törnkvist L, Barimani M. Fatherhood group sessions: A descriptive and summative qualitative study. *Nurs Health Sci*. 2020;22(4):1094–102.
116. Lauvås P, Handal G, Lycke KH. Kollegahandledning med kritiska vänner [Elektronisk resurs]. Johanneshov: MTM; 2017.
117. Foster SL, Schofield G, Geoghegan L, Hood R, Sagi-Schwartz A, Bakkum L, et al. Attachment theory and research: what should be on the

- core curriculum for child and family social workers? *Social Work Education*. 2026;45(3):803–20.
118. Lefèvre Å, Lundqvist P, Drevenhorn E, Hallström I. "From resistance to challenge": child health service nurses experiences of how a course in group leadership affected their management of parental groups. *BMC Nurs*. 2017;16:73.
 119. Westwood S, Faelling J, Sutton C. 'Catch Them Being Good': preliminary findings from a brief parenting intervention. *Early Child Development and Care*. 2019;191:1–11.
 120. Teubert D, Pinquart M. The association between coparenting and child adjustment: A meta-analysis. *Parenting: Science and Practice*. 2010;10(4):286–307.
 121. O'Brien JR, Loi EC, Byrne ML, Zalewski M, Casement MD. The Link Between Positive and Negative Parenting Behaviors and Child Inflammation: A Systematic Review. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2023;54(1):51–65.
 122. Jeong J, Franchett EE, Ramos de Oliveira CV, Rehmani K, Yousafzai AK. Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2021;18(5):e1003602.
 123. Prime H, Andrews K, Markwell A, Gonzalez A, Janus M, Tricco AC, et al. Positive Parenting and Early Childhood Cognition: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2023;26(2):362–400.
 124. Madigan S, Deneault AA, Duschinsky R, Bakermans-Kranenburg MJ, Schuengel C, van IMH, et al. Maternal and paternal sensitivity: Key determinants of child attachment security examined through meta-analysis. *Psychol Bull*. 2024;150(7):839–72.
 125. Zimmer-Gembeck MJ, Rudolph J, Kerin J, Bohadana-Brown G. Parent emotional regulation: A meta-analytic review of its association with parenting and child adjustment. *International Journal of Behavioral Development*. 2022;46(1):63–82.
 126. Edler K, Valentino K. Parental self-regulation and engagement in emotion socialization: A systematic review. *Psychol Bull*. 2024;150(2):154–91.
 127. Yeshua M, Berger A. Self-Regulated Parenting: A Systematic Review of the Relations Between Effortful Control, the Big-Five, and Parenting Practices. *Psychol Rep*. 2026;129(2):947–80.
 128. Albanese AM, Russo GR, Geller PA. The role of parental self-efficacy in parent and child well-being: A systematic review of associated outcomes. *Child Care Health Dev*. 2019;45(3):333–63.
 129. Rikshandboken Barnhälsovård. Främja en trygg anknytning och gott samspel 2025 [Available from: <https://www.rikshandboken->

bhv.se/foraldraskapsstod/individuellt-foraldraskapsstod/framja-trygg-anknytning-och-gott-samspel/referenser---framja-trygg-anknytning-och-gott-samspel/.

130. Johnson D, Johnson R, Smith K. The State of Cooperative Learning in Postsecondary And Professional Settings. *Educational Psychology Review*. 2007;19:15–29.
131. van Ijzendoorn MH, Tavecchio LWC, Stams G-J, Reiling E, Verhoeven M. Attunement between Parents and Professional Caregivers: A Comparison of Childrearing Attitudes in Different Child-Care Settings. *Journal of Marriage and the Family*. 1998;60(3):771–81.
132. Massoudi P, Wikerstal A, Carlsson V, Gunnarsson AB. 'Everything that's said comes from me': New fathers' experiences of individual conversations with the child health nurse. *Nurs Open*. 2023;10(9):6175–85.
133. Valan L, Isaksson U, Hörnsten Å. Needs and Expectations of Nurse-Led Digital Support Among Parents of Children in Child Health Care. *Child: Care, Health and Development*. 2025;51(2):e70032.
134. Tiitinen Mekhail K, Lindberg L, Burström B, Marttila A. Strengthening resilience through an extended postnatal home visiting program in a multicultural suburb in Sweden: fathers striving for stability. *BMC Public Health*. 2019;19(1):102.
135. Folkhälsomyndigheten. Familjecentralers betydelse för familjers hälsa och välmående – Resultat från en kartläggande litteraturöversikt 2024.
136. Bäckström C, Chamoun S, Tejani S, Larsson V. Parents' Perceptions About Future Digital Parental Support—A Phenomenographic Interview Study. *Frontiers in Digital Health*. 2021;Volume 3 - 2021.
137. Lin-Lewry M, Thi Thuy Nguyen C, Hasanul Huda M, Tsai SY, Chipojola R, Kuo SY. Effects of digital parenting interventions on self-efficacy, social support, and depressive symptoms in the transition to parenthood: A systematic review and meta-analysis. *Int J Med Inform*. 2024;185:105405.
138. Xie EB, Jung JW, Kaur J, Benzies KM, Tomfohr-Madsen L, Keys E. Digital Parenting Interventions for Fathers of Infants From Conception to the Age of 12 Months: Systematic Review of Mixed Methods Studies. *J Med Internet Res*. 2023;25:e43219.
139. Barimani M, Hylander I. Joint action between child health care nurses and midwives leads to continuity of care for expectant and new mothers. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*. 2012;7.
140. Nygren US, Tindberg Y, Eriksson L, Larsson U, Sandberg H, Nordgren L. Healthcare professionals' perceptions about interprofessional teamwork: a national survey within Swedish child healthcare services. *BMC Health Services Research*. 2021;21(1):265.

141. Socialdepartementet. En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd. Stockholm: Regeringskansliet; 2018.
142. Rikshandboken Barnhälsovård. Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom BHV Stockholm [2023-03-02]. Available from: <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/professioner-inom-bhv---oversikt/nationell-malbeskrivning-for-sjukskotersketjanstgoring-inom-bhv/>.
143. Dahlberg A, Levin A, Fäldt A. Implementation of the Infant-Toddler Checklist in Swedish child health services at 18 months: an observational study. *BMJ Paediatrics Open*. 2024;8.
144. Nelson EC, Batalden PB, Godfrey MM. Quality By Design: A Clinical Microsystems Approach: Wiley; 2007.
145. Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter., (2018).
146. Boele S, Van der Graaff J, de Wied M, Van der Valk IE, Crocetti E, Branje S. Linking Parent-Child and Peer Relationship Quality to Empathy in Adolescence: A Multilevel Meta-Analysis. *JOURNAL OF YOUTH AND ADOLESCENCE*. 2019;48(6):1033–55.
147. River LM, Treter MO, Rhoades GK, Narayan AJ. Parent-Child Relationship Quality in the Family of Origin and Later Romantic Relationship Functioning: A Systematic ReviewPalabras clave(sic)(sic)(sic). *FAMILY PROCESS*. 2022;61(1):259–77.
148. Rothwell JT, Davoodi T. Parent-child relationship quality predicts higher subjective well-being in adulthood across a diverse group of countries. *Communications Psychology*. 2024;2(1):110.
149. McHale JP, Lindahl KM. Coparenting a conceptual and clinical examination of family systems. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2011.
150. McHale JP, Kuersten-Hogan R, Rao N. Growing Points for Coparenting Theory and Research. *J Adult Dev*. 2004;11(3):221–34.
151. Zhao F, Wu H, Li Y, Zhang H, Hou J. The Association between Coparenting Behavior and Internalizing/Externalizing Problems of Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(16):10346.
152. Sun Y, Guo RH, Chui PL, Chong MC, Zhang J, Xu F. Exploring factors influencing paternal-fetal attachment: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 2025;148:104508.
153. Fischer RA, Johnson MD, Stertz AM, Sherlock SN, Wiese BS. How perceived maternal gatekeeping affects fathers: An 8-week study. *J Fam Psychol*. 2023;37(2):232–42.

154. Schoppe-Sullivan SJ, Altenburger LE, Lee MA, Bower DJ, Kamp Dush CM. Who are the Gatekeepers? Predictors of Maternal Gatekeeping. *Parent Sci Pract.* 2015;15(3):166–86.
155. Pine AE, Baumann MG, Modugno G, Compas BE. Parental Involvement in Adolescent Psychological Interventions: A Meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2024;27(3):1–20.
156. Gonzalez JC, Klein CC, Barnett ML, Schatz NK, Garoosi T, Chacko A, et al. Intervention and Implementation Characteristics to Enhance Father Engagement: A Systematic Review of Parenting Interventions. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2023;26(2):445–58.
157. Furmark CN, Kerstin. Späd- och småbarnsverksamheter/team i Sverige – en kartläggning. Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka); 2018.
158. SBU. Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. ; 2021. Report No.: 9789188437822.
159. Darling JC, Bamidis PD, Burberry J, Rudolf MCJ. The First Thousand Days: early, integrated and evidence-based approaches to improving child health: coming to a population near you? *Arch Dis Child.* 2020;105(9):837–41.
160. Delgado E, Serna C, Martínez I, Cruise E. Parental Attachment and Peer Relationships in Adolescence: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(3).
161. Blume J, Garcia GM, Garcia M, Mastergeorge AM. Associations between parenting styles and child self-regulation skills: A series of meta-analyses. *Journal of Family Psychology.* 2025;39(7):885–98.
162. SBU. Främjande av psykiskt välbefinnande hos barn och ungdomar: en systematisk översikt av universella programs effekter på psykiskt välbefinnande, upplevelser av dessa program samt hälsoekonomiska och etiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2022.
163. Heckman J, Pinto R, Savelyev P. Understanding the Mechanisms through Which an Influential Early Childhood Program Boosted Adult Outcomes. *American Economic Review.* 2013;103(6):2052–86.
164. WHO. Improving the health and wellbeing of children and adolescents: guidance on scheduled child and adolescent well-care visits. Geneva: World Health Organization; 2024.
165. Heckman JJ, Dodge D, Shonkoff JP, Tremblay RE, Boivin M PR. Importance of Early Childhood Development. 2011.
166. MFoF. Effekter av universellt föräldraskapsstöd 2025 [Available from: <https://mfof.se/foraldraskapsstod/effekter-av-foraldraskapsstod/effekter-av-universellt-foraldraskapsstod.html>].

167. Hedenbro M. Exploring family perspectives using interaction guidance. Fokus på familien. 2019;47:6–19.
168. Sandvik B ea. Public health nurses make active use of a parental guidance programme in their practice. Sykepleien Forskning 2018;13(71217):e-71217. 2018.
169. Hallberg AC, Lindbladh E, Petersson K, Rastam L, Hakansson A. Swedish child health care in a changing society. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2005;19(3):196–203.
170. Bergström M WM, Söderblom M, Ceder S, Demner E,. Projektet pappa på BVC, Barnhälsovården i Stockholms län 2013-2015. Stockholm: Stockholms läns Landsting; 2016.
171. Bergström K, Bergqvist K, Linnros C. Småbarn & Föräldraseparationer. Kunskapsmaterial för BHV-sjuksköterskor och MBHV-psykologer. Stockholm: CHESS, Karolinska Institutet, Stockholms universitet; 2015.
172. Blixt I, Axelsson O, Funkquist EL. Partners' experiences of breastfeeding: a qualitative evaluation of a breastfeeding support intervention in Sweden. Int Breastfeed J. 2024;19(1):6.
173. Brekke I, Smith ORF, Skjonsberg EE, Holt T, Helland MS, Aaro LE, et al. Effectiveness of the International Child Development Programme: Results from a randomized controlled trial. CHILD & FAMILY SOCIAL WORK. 2023;28(2):417–31.
174. Reedtz C, Lauritzen C. Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket: International Child Development Programme (ICDP) (3.utg)Systematic review and classification of: International Child Development Programme (ICDP) (3.ed). Ungsinn Tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge. 2025;17.
175. Ulfsdotter M, Enebrink P, Lindberg L. Effectiveness of a universal health-promoting parenting program: a randomized waitlist-controlled trial of All Children in Focus. BMC Public Health. 2014;14:1083.
176. Osman F, Flacking R, Schön UK, Klingberg-Allvin M. A Support Program for Somali-born Parents on Children's Behavioral Problems. Pediatrics. 2017;139(3).
177. Osman F, Salari R, Klingberg-Allvin M, Schön UK, Flacking R. Effects of a culturally tailored parenting support programme in Somali-born parents' mental health and sense of competence in parenting: a randomised controlled trial. BMJ Open. 2017;7(12):e017600.
178. Osman F, Vixner L, Flacking R, Klingberg-Allvin M, Schön UK, Salari R. Impact of a culturally tailored parenting programme on the mental health of Somali parents and children living in Sweden: a longitudinal cohort study. BMJ Open. 2021;11(8):e045067.
179. Wetterborg D, Enebrink P, Lönn Rhodin K, Forster M, Risto E, Dahlström J, et al. A pilot randomized controlled trial of Internet-

- delivered parent training for parents of teenagers. *J Fam Psychol.* 2019;33(7):764–74.
180. Kassman A, Eriksson M, Nordin LE, Danneman M, Axberg U. All Children in Focus 0-2 years (ABC 0-2): A Randomized Controlled Trial. *Journal of Child and Family Studies.* 2025;34(10):2501–13.
181. Panter-Brick C, Burgess A, Eggerman M, McAllister F, Pruett K, Leckman JF. Practitioner Review: Engaging fathers – recommendations for a game change in parenting interventions based on a systematic review of the global evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2014;55(11):1187–212.
182. Riordan SJ, Michael; Pillinger, Claire; Cook, Anna. Family and parenting programmes: rapid evidence assessment. Social Mobility Commission. 2023.
183. Årsrapport 2024 – Mödrahälsovård: graviditetsbesök, psykisk ohälsa och våldsfrågor. 2024.
184. Wells MB, Aronson O. Paternal postnatal depression and received midwife, child health nurse, and maternal support: A cross-sectional analysis of primiparous and multiparous fathers. *J Affect Disord.* 2021;280(Pt A):127–35.
185. WHO. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2016.

Bilaga: Aktuellt vetenskapligt stöd för föräldraskapsstödjande program och insatser på universell och selektiv nivå



Aktuellt vetenskapligt stöd för föräldraskapsstödjande program och insatser på universell- och selektiv nivå

SBU Bereder

Innehållsförteckning

Bakgrund	2
Inledning	2
Sammanfattning av det aktuella vetenskapliga stödet för föräldraskapsstödjande program och insatser	4
SBU rapporter som ligger till grund för SBU:s sammanfattning av vetenskapliga underlag om föräldraskapsstöd	5
SBU rapport: Främjande av psykiskt välbefinnande hos barn och ungdomar	5
SBU rapport: Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn	6
SBU rapport: Föräldraskapsstöd till föräldrar med komplexa behov och svårigheter	7
SBU rapport: Hinder och möjliggörare för att engagera mammor och pappor i familjebaserade insatser	8
SBU-rapport: Föräldraskapsstöd med syfte att stärka den känslomässiga relationen riktade till familjer med barn som har intellektuell funktionsnedsättning med eller utan autism	9
SBU rapport: Digitalt förmedlade hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga	9
SBU rapport: Insatser för att främja hälsolitteracitet hos barn, unga och stödjande vuxna	10
Implementering av föräldraskapsstödsprogram och SEL-program	11
SBU rapport: Arbetssätt och insatser för att öka tillgängligheten till socialtjänst för barn och unga	12
Referenser	13

Bakgrund

Nationella hälsoprogrammet barn och unga (NHBU) har en arbetsgrupp som jobbar med att ta fram kunskapsunderlag inom området föräldraskapsstöd. Arbetsgruppen ska ta fram kunskapsunderlag om föräldraskapsstöd på universell nivå – dvs riktat till alla föräldrar oavsett ökad risk eller behov av insatser (se Faktaruta 1). SBU har haft dialog med arbetsgruppen för föräldraskapsstöd inom NHBU och diskussioner om vilka vetenskapliga kunskapsunderlag som finns och kan tas fram inom ramen för deras arbete som ska färdigställas i december 2025. Detta underlag är ett resultat av denna dialog och sker inom ramen för två regeringsuppdrag:

- Ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga (dnr S2023/02379), samt
- Göra kunskapssammanställningar om insatser inom socialtjänsten för att främja psykisk hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga (dnr S2024/02156, delvis).

Faktaruta 1. Preventionsnivåer

Universell prevention – insatser riktat till alla i en population oavsett risk.

Selektiv prevention – insatser riktat till individer som tillhör en riskgrupp

Indikerad prevention – insatser riktat till individer som visar tidiga tecken på problem

Inledning

SBU har utvärderat föräldraskapsstödande program och insatser i flera rapporter, men bara ett fåtal berör föräldraskapsstöd på universell- och selektiv nivå. Att forskningen till stor del fokuserar på indikerade föräldraskapsstödande program och insatser bekräftas av en nyligen publicerad översikt av översikter [1].

Syftet med denna rapport är att sammanfatta SBU-rapporter som rör utvärdering av universella och selektiva föräldraskapsstödande program och insatser, samt åtgärder och metoder i syfte att tillgängliggöra dessa. Se Tabell 1 för en sammanställning av de SBU-rapporter som ingår i detta kunskapsunderlag.

SBU börjar med en övergripande sammanfattning av resultaten och slutsatserna från dessa rapporter, för att därefter beskriva resultat och slutsatser från de enskilda rapporterna i mer detalj.

Tabell 1. SBU publikationer som den aktuella rapporten grundar sig på.

Titel (år, referens)	Typ av publikation Beskrivning	Länk till publikation
Främjande av psykiskt välbefinnande hos barn och ungdomar, 2022 [2]	SBU utvärderar Systematisk översikt	www.sbu.se/350
Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn, 2021 [3]	SBU utvärderar Systematisk översikt	www.sbu.se/339
Föräldraskapsstöd till föräldrar med komplexa behov och svårigheter, 2025 [4]	SBU kommenterar Kommentar av befintlig internationell systematisk översikt	www.sbu.se/2025_4
Hinder och möjliggörare för att engagera mammor och pappor i familjebaserade insatser, 2025 [5]	SBU kommenterar Kommentar av befintlig internationell systematisk översikt	www.sbu.se/2025_11
Föräldraskapsstöd med syfte att stärka den känslomässiga relationen riktade till familjer med barn som har intellektuell funktionsnedsättning med eller utan autism, 2025 [6]	SBU kommenterar Kommentar av befintlig internationell systematisk översikt	www.sbu.se/2025_12
Digitalt förmedlade hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga, 2025 [7]	SBU kartlägger Kartläggning av internationella systematiska översikter	www.sbu.se/390
Insatser för att främja hälsolitteracitet hos barn, unga och stödjande vuxna, 2025 [8]	SBU Kartlägger Kartläggning av internationella systematiska översikter	www.sbu.se/404
Implementering av föräldraskapsstödsprogram och SEL-program, 2025 [9]	Förstudie Kartläggning av systematiska översikter	¹
Arbetsätt och insatser för att öka tillgängligheten till socialtjänst för barn och unga, 2025 [10, 11]	Förstudier Kartläggning av primärstudier och systematiska översikter	^{2, 3}

¹ www.sbu.se/sv/publikationer/forstudie-sammanfattning/forstudie--implementering-av-foraldraskapsstodsprogram-och-sel-program/

² www.sbu.se/sv/publikationer/forstudie-sammanfattning/forstudie--arbetssatt-och-insatser-for-att-oka-tillgangligheten-till-socialtjansten-for-barn-och-unga/

³ www.sbu.se/sv/publikationer/forstudie-sammanfattning/kompletterande-forstudie-om-arbetssatt-och-insatser-for-att-oka-tillgangligheten-till-socialtjanst-for-barn-och-unga/

Sammanfattning av det aktuella vetenskapliga stödet för föräldraskapsstödande program och insatser

Det samlade vetenskapliga underlaget, baserat på publikationer från SBU, visar att universellt föräldraskapsstöd framför allt har visad effekt under barnets tidiga år, från graviditet till barnets treårsdag. Insatser som syftar till att stärka samspelet mellan förälder och barn, och särskilt föräldrarnas lyhördhet i lek, kommunikation och vardagssituationer är den typ av föräldraskapsstöd som har stöd i vetenskapen. SBU bedömer att tillförlitligheten i dessa slutsatser är stark, och nya studier inte förväntas förändra dessa slutsatser.

För universella program riktat till föräldrar med äldre barn är det vetenskapliga underlaget osäkert. Det samma gäller för digitalt förmedlade föräldraskapsstöd på universell nivå. Inom båda dessa områden behövs mer forskning.

För föräldraskapsstöd på selektiv nivå finns det tillförlitligt vetenskapligt stöd för att föräldraskapsstöd fungerar för föräldrar med komplexa behov och svårigheter (tex med egen psykisk ohälsa) samt för föräldrar till barn med intellektuell funktionsnedsättning med eller utan andra utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar.

Även om det finns vetenskapligt stöd för vissa typer av föräldraskapsstödande program och insatser så ger de ingen effekt om programmen inte används eller når ut till de berörda målgrupperna. På SBU pågår ett större projekt med fokus på implementeringsstrategier som kan öka tillgängligheten till och användningen av föräldraskapsstöd. Aktuell tillgänglig kunskap lyfter fram faktorer som anpassning av program, organisatoriska förutsättningar och kompetens hos utövaren som viktiga faktorer för implementering. Mer kunskap om implementering och upplevelser av stöd till föräldrar beräknas publiceras av SBU under 2026/2027.

SBU rapporter som ligger till grund för SBU:s sammanfattning av vetenskapliga underlag om föräldraskapsstöd

Här sammanfattar SBU kortfattat innehållet i respektive rapport.

SBU rapport: Främjande av psykiskt välbefinnande hos barn och ungdomar

Senaste litteratursökning: mars 2022

I denna systematiska översikt har SBU utvärderat effekten av insatser i syfte att främja psykiskt välbefinnande hos barn och unga [2]. Nedan beskriver SBU de resultat och slutsatser som rör föräldraskapsstödjande insatser.

SBU kommer i sin rapport fram till att föräldraskapsstöd riktat till gravida och föräldrar till barn upp till tre år års ålder stärker barnets socioemotionella kompetens (självmedvetenhet, självkontroll, social medvetenhet, relationskompetens, och ansvarsfullt beslutsfattande). Tillförlitligheten av denna slutsats bedömdes av SBU som god. Effekten av föräldraskapsstödjande insatser till barn som är äldre bedömde SBU som osäkert. Se Tabell 2 för en beskrivning av föräldraskapsstödet med vetenskapligt stöd enligt SBU-rapporten.

Tabell 2. Typ av föräldraskapsstöd som främjar psykisk hälsa hos barn och unga

Syfte	Insatser som syftar till att förbättra vårdnadshavarnas interaktion med barnet, deras beteende, kunskap, uppfattning och attityder. Exempelvis interventioner som stödde att stimulera barnet genom lek och högläsning, stödde anknytning och samspel mellan barn och vårdnadshavare eller använde strategier för positiv disciplin.
Stöd	Insatser som ges antingen med eller utan behandlarstöd, genom videoåterkoppling, eller annan guidning, instruktioner och hemuppgifter.
Format	Insatser som erbjuds individuellt, i grupp eller kombinerat. Vanligast förekommande var att insatserna gavs i hemmet/genom hembesök.
Målgrupp	Föräldrar till barn upp till 36 månader gamla.
Omfattning	Insatsen pågick under minst 1 månad (upp till fem år).

SBU rapport: Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn

Senaste litteratursökning: maj 2021

SBU har i denna rapport utvärderat på effekten av insatser i syfte att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga [3]. Nedan beskriver vi de resultat och slutsatser som rör föräldraskapsstödjande insatser och program. För universella program kommer SBU fram till att det finns vetenskapligt stöd för att insatsen Family check-up (FCU) leder till minskade beteendeproblem hos barnet när insatsen erbjuds i förskolan med syfte att bedöma familjers behov av stöd och motivera dem att ta emot stöd. FCU i mellanstadiet med samma syfte minskar enligt SBU:s bedömning antisocialt beteende, droganvändning och kriminalitet som leder till arresteringar. Det saknades vid sökningen studier om effekten av FCU på föräldraförmåga och föräldra-barn relation. Effekter av programmen Triple P och Connect när de erbjuds på universell nivå vad vid söktillfället osäkra. Då denna rapport är äldre kan det ha tillkommit nya studier om dessa insatser.

För selektiva program kommer SBU fram till att det finns vetenskapligt stöd för två insatser:

- Beardslee's familjeintervention, ibland även kallad för Family Talk Intervention (FTI), som erbjuds när ena föräldern lider av ett depressivt tillstånd depression, minskar symtom på depression hos barnet.
- Familjeinterventionen Coping and Promoting Strength program (CAPS), som erbjuds när ena föräldern lider av ett ångesttillstånd, minskar ångestsymtom och försenar debut av ångesttillstånd hos barnet.

Se Tabell 3 för en beskrivning av innehållet i de föräldraskapsstödjande programmen med vetenskapligt stöd enligt SBU rapporten.

Tabell 3. Innehåll i föräldraskapsstöd som förebygger psykisk ohälsa hos barn och unga

Family Check-up	Består av ett inledande samtal, en grundlig bedömning av familjen med strukturerade formulär och filmad observation samt en återkopplingssession. Bygger på metoden motiverande samtal. Beroende på grad av motivation och behov av förändring kan föräldrarna välja att fortsätta med skräddarsydda insatser inom ramen för programmet.
Coping and Promoting Strength program	Bygger på social inlärningsteori med inslag av kognitiva psykologiska modeller och teorier om attitydförändring och familjesystem.
Beardslee's familjeintervention/ Family Talk Intervention	Avsett för familjer där minst en av föräldrarna har en depression. Målet är att minska risken för att barnet själv ska utveckla depression genom att stärka skyddsfaktorer. Programmet består av sex till sju manualbaserade sessioner med barnet och föräldrarna.

SBU rapport: Föräldraskapsstöd till föräldrar med komplexa behov och svårigheter

Senaste sökning: januari 2024

SBU har kommenterat en välgjord internationell systematisk översikt som utvärderat föräldraskapsstöd riktat till föräldrar med komplexa behov och svårigheter (tex föräldrar med skadligt bruk och beroende eller psykisk ohälsa) [4].

SBU instämmer med översiktsförfattarna och kommer fram till att föräldraskapsstöd riktat till denna målgrupp har en positiv effekt på både föräldraskapet samt på hälsoutfall hos barnet. SBU kommer fram till att det finns tillförlitligt vetenskapligt underlag som stödjer att föräldraskapsstödet leder till att negativt föräldraskap minskar, att positivt föräldraskap ökar, att psykiska symtom och beteendeproblem hos barnet minskar.

Rapporten visar att föräldraskapsstöd som utgår från social inlärningsteori (se Faktaruta 2) har tydligast och starkast effekt, delvis beroende på att det gjorts mest forskning på just den typen av program. Föräldraskapsstödet är effektivt även för föräldrar med annan etnisk bakgrund och lägre socioekonomisk status.

För en mer detaljerad beskrivning av SBU:s bedömning och innehållet i den systematiska översikten hänvisas läsaren till SBU rapporten i sin helhet.

Faktaruta 2. Social inlärningsteori.

Social inlärningsteori är en psykologisk teori som förklarar hur människor lär sig beteenden genom att observera och imitera andra, särskilt förebilder som föräldrar, lärare eller kamrater. Exempel på föräldraskapsstödsprogram som utgår från social inlärningsteori och som används i Sverige är Triple P (Positive Parenting Program) och Alla barn i centrum (ABC). Dessa program utgår från den sociala inlärningsteorin som ram, men präglas av inlärningsteori (dvs att beteenden formas av konsekvenserna som följer på det).

SBU rapport: Hinder och möjliggörare för att engagera mammor och pappor i familjebaserade insatser

SBU har kommenterar en internationell systematisk översikt som undersökt likheter och skillnader i hur mammor respektive pappor upplever hinder och möjliggörare för att delta i föräldraskapsstödande och familjebaserade insatser [5]. Översikten har framför allt fokuserat på insatser som ges på indikerad nivå, men SBU har bedömt att slutsatserna har relevans även för föräldraskaps- och familjestöd på universell och selektiv nivå.

SBU anser att översiktsförfattarnas slutsatser om *skillnader* mellan mammor respektive pappors upplevelser är för osäkra. SBU belyser behovet av mer forskning inom detta område.

Däremot bedömer SBU att översiktens resultat som rör *likheter* mellan mammor och pappors upplevelse har större tillförlitlighet och är överförbara och relevanta till svensk kontext. Dessa resultat presenteras i Tabell 4.

Tabell 4. Föräldrars upplevelse (oavsett kön) av hinder och möjliggörare för att delta och engagera sig i föräldraskapsstöd och familjebaserade insatser.

Hinder	• Tidsbrist, transportproblem och ekonomiska begränsningar • Känslor av stigma och skuld
Möjliggörare	• En god relation mellan föräldrar och person som erbjuder stödet

Utifrån dessa resultat lyfter SBU fram följande utvecklingsområden för fortsatt arbete i Sverige:

- Behovet av flexibla lösningar, digitala alternativ och kostnadsfria insatser för att öka tillgängligheten
- Vikten av att skapa en icke-dömande och inkluderande stöd som fokuserar på normalisering av problem och svårigheter.
- Behovet av att prioritera kompetensutveckling inom bemötande, empati och kulturell förståelse hos professionen
- Behovet av att integrera föräldrars behov och önskemål i utformningen av föräldraskapsstöd, exempelvis genom samskapande metoder.

För en mer detaljerad beskrivning av SBU:s bedömning och innehållet i den systematiska översikten hänvisas läsaren till SBU rapporten i sin helhet.

SBU-rapport: Föräldraskapsstöd med syfte att stärka den känslomässiga relationen riktade till familjer med barn som har intellektuell funktionsnedsättning med eller utan autism

SBU har kommenterat en internationell systematisk översikt som utvärderat effekten av föräldraskapsstödjande insatser för föräldrar till barn med intellektuell funktionsnedsättning med eller utan andra utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar [6].

De föräldraskapsstödjande insatserna syftade till att stärka den känslomässiga relationen mellan föräldrar och barn. Insatserna kunde omfattade utbildning till föräldrarna om barnets tillstånd och utveckling, liksom utbildning om samspel mellan förälder och barn. Insatserna kunde också innehålla praktisk vägledning och färdighetsträning i exempelvis gränssättning, problemlösning och positiv förstärkning.

SBU bedömer att det finns vetenskapligt stöd för att föräldraskapsstödjande insatser förbättrar föräldra-barnrelationen i denna grupp. Effekten av insatsen på barnrelaterade utfall är enligt SBU osäker. För en mer detaljerad beskrivning av SBU:s bedömning och innehållet i den systematiska översikten hänvisas läsaren till SBU rapporten i sin helhet.

SBU rapport: Digitalt förmedlade hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga

Senaste sökning: januari 2025

SBU har gjort en kartläggning över systematiska översikter som utvärderat digitalt förmedlade insatser riktat till barn, unga eller deras föräldrar [7].

Två av de identifierade systematiska översikterna rör föräldraskapsstödjande insatser och där risken för bias av SBU bedömts som låg till måttlig. Nedan beskrivs slutsatserna från dessa två översikter såsom översiktsförfattarna beskriver dem. SBU har inte bedömt resultatens överförbarhet till svensk kontext.

Universal Digital Programs for Promoting Mental and Relational Health for Parents of Young Children: A Systematic Review and Meta-Analysis [12]

Senaste sökning: oktober 2021

Översiktsförfattarna kommer fram till att digitala, självguidade föräldraskapsstödsprogram som ges på universell nivå till föräldrar till 0 – 5 åriga barn har positiva effekter på föräldrars psykiska hälsa och välbefinnande. Översiktsförfattarna kunde inte hitta någon tillförlitlig effekt av dessa program på föräldrastress, föräldratillfredsställelse och kvalitén i föräldra-barn relationen. Inte heller på utfall som rör barnets hälsa.

Gemensamt för programmen som ingått i översikten var att de innehöll:

- Psykoedukation om föräldraskap
- Information om föräldrafärdigheter och strategier
- Stöd för förälderns egen psykiska hälsa
- Övningar och reflektionsuppgifter

Endast ett fåtal program fokuserade på samspel eller anknytning. Översiktsförfattarna beskriver detta som en vetenskaplig kunskapslucka där det behövs mer forskning. Programmen var korta,

bestod oftast av ett fåtal moduler och genomfördes i föräldrarnas egen takt. Effekterna av programmen på längre sikt är enligt översiktsförfattarna osäkra.

Effectiveness of Remotely Delivered Parenting Programs on Caregiver-child Interaction and Child Development: A Systematic Review [13]

Senaste sökning: september 2021

Översikten kommer fram till att föräldraskapsstöd som erbjuds på distans, på universell nivå riktat till föräldrar till barn 0 – 3 år har positiv effekt på barnets utveckling och i viss mån även föräldra-barnrelationen. Programmen som ingått fokuserar på olika sätt på att stärka föräldrars färdigheter i att ge utvecklingsfrämjande stimulans genom lek, kommunikation och interaktion. Programmen var alla kortvariga (<6 månader) och levererades helt eller delvis på distans (via radio eller internet).

Översiktsförfattarna betonar dock att det vetenskapliga underlaget är osäkert på grund av stor variation i de ingående studierna. Större och fler studier behövs enligt författarna för att kunna dra tillförlitliga slutsatser om den här typen av programs effekter.

SBU rapport: Insatser för att främja hälsolitteracitet hos barn, unga och stödjande vuxna

Senast litteratursökning: april 2025

SBU har gjort en kartläggning över systematiska översikter som utvärderat insatser i syfte att öka hälsolitteracitet (Faktaruta 3) hos barn, unga och stödjande vuxna [8].

Tre av de identifierade systematiska översikterna rör föräldraskapsstödjande insatser [14-16] och där SBU bedömt risken för bias som låg till måttlig. Författarna till dessa systematiska översikter kommer dock fram till i sina slutsatser att det vetenskapliga underlaget är osäkert och att det därför inte går att dra några tillförlitliga slutsatser om insatsernas effekt på hälsolitteracitet. Litteratursökningen i dessa översikter gjordes mellan hösten 2021 och våren 2022 och det kan därför ha tillkommit mer forskning inom dessa områden.

Faktaruta 3. Hälsolitteracitet

Hälsolitteracitet innebär förmågan att hitta, förstå, bedöma och använda hälsoinformation för att bevara och förbättra hälsa. Det omfattar färdigheter som att läsa och tolka information om hälsa, granska och värdera den kritiskt samt att kunna kommunicera om hälsofrågor - för egen del och för att stötta andra i deras hälsobeslut.

Andra begrepp som ibland används synonymt är hälsokompetens, hälsokunskap och health literacy

Implementering av föräldraskapsstödsprogram och SEL-program

SBU har genomfört en förstudie i syfte att identifiera systematiska översikter om implementeringen av bland annat föräldraskapsstödsprogram, med fokus på metoder som kan främja införandet, genomförandet och kvaliteten av insatsen [9]. Förstudien visade att det fanns studier som undersökt implementeringsstrategier i syfte att öka tillgängligheten till och användningen av föräldraskapsstödsprogram. SBU beslutade därför att göra en egen systematisk översikt inom området som beräknas vara klar hösten 2027.

Förstudien identifierade dock en översikt som kan ha relevans för nationella hälsoprogrammets arbete, där risken för bias bedömts vara låg till måttlig. Översikten rör hinder och möjliggörare av implementeringen av föräldraskapsstöd. SBU beskriver kortfattat översiktens slutsatser nedan såsom översiktsförfattarna uttrycker det. SBU har inte bedömt överförbarheten av översiktens slutsatser till svenska förhållanden.

Barriers and facilitators to the implementation of parenting programs in real-world settings: A qualitative systematic review [17]

Senaste sökning: 2021 (oklart vilken månad)

Översiktsförfattarna kommer fram till att ett antal faktorer som hindrar respektive möjliggör/underlättar implementeringen av föräldraskapsstödprogram (se Tabell 5).

Tabell 5. Faktorer som kan hindra respektive möjliggöra implementeringen av föräldraskapsstödsprogram

Hinder	Möjliggörare
Organisatoriska hinder • Brist på tid, resurser, lokaler eller struktur • Otydliga roller, svag samordning och bristande intern kommunikation • Brist på ledningens stöd, svag personalstabilitet	Stödjande organisation • Tydligt ledarskap, eldsjälarna, bra intern kommunikation • Strukturer för samverkan och ett genomtänkt införande
Programmet passar inte verksamheten • För dålig anpassning till målgruppen eller det lokala sammanhanget • Programmet upplevs som oflexibelt eller svårt att integrera i ordinarie arbetssätt	Anpassade program • Programmet upplevs relevant, användbart och anpassningsbart • Innehållet stämmer med personalens värderingar och verksamhetens uppdrag
Otillräcklig utbildning och support • För omfattande eller otillräcklig utbildning • Bristande handledning eller tekniskt stöd	Tillräcklig utbildning och handledning • Kvalitativ och kontinuerlig träning • Tillgång till hjälp och handledning stärker trygghet och kompetens
Systemfaktorer och klientfaktorer • Ekonomiska begränsningar, brist på infrastruktur såsom transport eller barnpassning • Föräldrars låga motivation, svårigheter hos målgruppen, avbokningar	Upplevda positiva effekter • När personal ser att programmet fungerar ökar engagemanget och uthålligheten

SBU rapport: Arbetssätt och insatser för att öka tillgängligheten till socialtjänst för barn och unga

SBU har genomfört två förstudier i syfte att kartlägga tillgänglig publicerad forskning om insatser som kan öka barn och ungas tillgång till sociala insatser [10-11]. Målet var att bedöma om det finns förutsättningar för SBU att genomföra en systematisk översikt inom området.

I förstudierna har SBU sökt både brett efter insatser i syfte att tillgängliggöra socialtjänstens insatser, och smalt på specifika insatser som rör tex samlokalisering (familjecentraler, utökade hembesök) och uppsökande arbete (socialt fältarbete).

Bland de insatser som identifierades och som har koppling till föräldraskapsstöd återfanns utökade hembesök och familjecentraler. Syftet med båda dessa insatser är att genom tidigt stöd till föräldrar med små barn kunna identifiera behov av mer omfattande insatser i ett tidigare skede och samtidigt minska trösklarna för att söka stöd och vård.

Förstudien visar att det finns förutsättningar för att genomföra en systematisk översikt av insatsen utökade hembesök där hälso- och sjukvård och socialtjänst samverkar. SBU har därför beslutat att genomföra en systematisk översikt, som beräknas vara färdig vid årsskiftet 2026/2027. Däremot identifierades ingen forskning om familjecentralsliknande insatser som bedöms vara överförbar till svenska förhållanden. SBU kommer därför inte att utvärdera denna typ av insats i nuläget.

Referenser

1. Han MX, Chesney E, Ng V, Bright J, Sagar YK, Baker E, et al. Universal, selective and indicated parenting interventions to prevent the development of adverse mental health outcomes in youth: a meta-review of systematic reviews. *BMJ Mental Health*. 2025;28(1). Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjment-2025-301613>.
2. SBU. Främjande av psykiskt välbefinnande hos barn och ungdomar: en systematisk översikt av universella programs effekter på psykiskt välbefinnande, upplevelser av dessa program samt hälsoekonomiska och etiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2022. Available from: <http://www.sbu.se/350>.
3. SBU. Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn: En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2021. Available from: <http://www.sbu.se/339>.
4. SBU. SBU kommenterar: Föräldraskapsstöd till föräldrar med komplexa behov och svårigheter Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2025. Available from: http://www.sbu.se/2025_4.
5. SBU. SBU kommenterar: Hinder och möjliggörare för att engagera mammor och pappor i familjebaserade insatser Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2025. Available from: http://www.sbu.se/2025_11.
6. SBU. SBU kommenterar: Föräldraskapsstöd med syfte att stärka den känslomässiga relationen riktade till familjer med barn som har intellektuell funktionsnedsättning med eller utan autism. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2025. Available from: http://www.sbu.se/2025_12.
7. SBU. Digitalt förmedlade hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga: Kartläggning av systematiska översikter Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2025. Available from: <http://www.sbu.se/390>.
8. SBU. Insatser för att främja hälsolitteracitet hos barn, unga och stödjande vuxna: Kartläggning av systematiska översikter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2025. Available from: <http://www.sbu.se/404>.
9. SBU. Förstudie: Implementering av föräldraskapsstödsprogram och SEL-program Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2025. Available from: www.sbu.se/sv/publikationer/forstudie-sammanfattning/forstudie--implementering-av-foraldraskapsstodsprogram-och-sel-program/.
10. SBU. Kompletterande förstudie om arbetssätt och insatser för att öka tillgängligheten till socialtjänst för barn och unga. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2025. Available from: www.sbu.se/sv/publikationer/forstudie-sammanfattning/forstudie--arbetssatt-och-insatser-for-att-oka-tillgangligheten-till-socialtjansten-for-barn-och-unga/.
11. SBU. Förstudie: Arbetssätt och insatser för att öka tillgängligheten till socialtjänsten för barn och unga. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2025. Available from: www.sbu.se/sv/publikationer/forstudie-sammanfattning/kompletterande-forstudie-om-arbetssatt-och-insatser-for-att-oka-tillgangligheten-till-socialtjanst-for-barn-och-unga/.
12. Opie JE, Esler TB, Clancy EM, Wright B, Painter F, Vuong A, et al. Universal digital programs for promoting mental and relational health for parents of young children: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2024;27(1):23-52. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00457-0>
13. Solis-Cordero K, Duarte LS, Fujimori E. Effectiveness of remotely delivered parenting programs on caregiver-child interaction and child development: a systematic review.

Journal of Child and Family Studies. 2022;31(11):3026-36. Available from:
<https://doi.org/10.1007/s10826-022-02328-8>.

14. Belfrage S, Husted M, Fraser S, Patel S, Faulkner J. A systematic review of the effectiveness of community-based interventions aimed at improving health literacy of parents/carers of children. Perspectives in public health. 2025;145(1):25-31. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02328-8>.
15. Kusaka S, Yamaguchi S, Foo JC, Togo F, Sasaki T. Mental health literacy programs for parents of adolescents: A systematic review. Frontiers in psychiatry. 2022;13:816508. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.816508>.
16. Wang K, Yu KF, Liu P, Lee GHM, Wong MCM. Can mHealth promotion for parents help to improve their children's oral health? A systematic review. Journal of Dentistry. 2022;123:104185. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2022.104185>.
17. Cooper J, Dermentzis J, Loftus H, Sahle BW, Reavley N, Jorm A. Barriers and facilitators to the implementation of parenting programs in real-world settings: A qualitative systematic review. Mental Health & Prevention. 2022;26:200236. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2022.200236>.



Nationellt hälsoprogram för barn och unga – Kunskapsstöd: föräldraskapsstöd
(artikelnr 2026-8-10381) kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.