

Föräldrastöd inom hälso- och sjukvård

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

ISBN 978-91-7555-357-3
Artikelnummer 2015-12-38

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2015

Förord

Regeringen ser ett behov av samlad kunskap för föräldrastödsområdet inom hälso- och sjukvården för att kunna utveckla området. Socialstyrelsen fick därför i regleringsbrevet för 2014 i uppdrag att kartlägga förekomst, hinder och utvecklingsmöjligheter vad gäller föräldrastöd inom hälso- och sjukvården.

Innehållet i rapporten bygger bland annat på resultat från litteratursökning, enkäter som skickats till olika verksamheter inom både primär- och specialsjukvården och en fokusgrupp med inbjudna representanter från elevhälsan. Uppdraget har utförts i samverkan med dels en referensgrupp, som består av yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården, dels med länsstyrelserna. Rapporten har reviderats utifrån synpunkter som inkommit från referensgruppen, länsstyrelserna, Folkhälsomyndigheten, fokusgruppen för elevhälsan och experter inom föräldrastödsområdet.

Projektgruppen vid Socialstyrelsen har bestått av projektledare Eleonora Fridholm Björkman, utredare Matilda Ekström Sundberg och de medicinskt sakkunniga Carl-Erik Flodmark och Barbro Thurfjell. Värdefulla synpunkter har även lämnats av Pär Alexandersson, Carolin Holm, Robert Linder, Merike Hansson, Regina Ylvén och Anneli Wicksell. Ansvariga enhetschefer på vägledning för hälso- och sjukvården har varit Anders Fejer och Elizabeth Åhsberg (t.f.).

Vi vill tacka Camilla Pettersson på Länsstyrelsen i Örebro län och Johanna Ahnquist på Folkhälsomyndigheten.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Genomförande	8
Bakgrund och utgångspunkt	11
Universellt, selektivt och indikerat stöd	11
Föräldrastöd utifrån folkhälsa, likvärdighet och barnkonventionen	12
Juridiska förutsättningar	13
Kartläggning av föräldrastöd	15
Behov av föräldrastöd	15
Föräldrastödsinsatser	17
Föräldrastödets tillgänglighet	30
Förutsättningar för systematiskt föräldrastödsarbete	33
Utvecklingsområden	40
Uppföljning	41
Nationellt kunskapsstöd	41
Kompetensutveckling	42
Tydlig ansvarskedja	43
Projektorganisation	45
Referenser	47
Bilaga 1. Effekter av föräldrastöd	55

Sammanfattning

Denna rapport syftar till att kartlägga och ge en bild av det föräldrastöd som erbjuds inom hälso- och sjukvården. Föräldrastöd innefattar både ett hälsofrämjande och brett förebyggande stöd, liksom ett stöd till riskgrupper och familjer med olika problem. Föräldrastöd erbjuds även i förhållande till behov som uppkommer när den vuxne har ohälsa och där barnet är anhängig.

Underlag till rapporten har inhämtats från bland annat vetenskaplig litteratur, enkäter, en referensgrupp och en fokusgrupp med relevanta aktörer samt i samverkan med myndigheter och experter.

Resultatet visar att föräldrar erbjuds stöd i sitt föräldraskap i många former, beroende på verksamhet och behov. Mödra- och barnhälsovården erbjuder alla föräldrar ett individuellt stöd och föräldragrupper, men sällan föräldrastödsprogram. Vid behov erbjuder verksamheterna även ett förstärkt stöd. Specialistsjukvården erbjuder ett riktat föräldrastöd vid sjukdom, problematik, tillstånd eller funktionsnedsättning. Stödet utgörs i huvudsak av samtal med olika yrkesprofessioner, men även föräldrastödsprogram förekommer. Föräldrastödet når dock inte alla grupper. Verksamheterna uppger att de har svårare att nå föräldrar med utländsk bakgrund och socioekonomiskt utsatta familjer med föräldrastödsinsatser. Det saknas också föräldrastöd vid vissa tillstånd. Främst baserar aktörerna stödet på nationella, regionala eller lokala styrdokument och på beprövad erfarenhet. Visst vetenskapligt stöd finns för delar av stödet och föräldrastödsinsatser har även visats vara hälsoekonomiskt motiverade.

Det behövs ett fortsatt arbete för ökad kvalitet, likvärdighet och jämlikhet i hälso- och sjukvårdens föräldrastöd. Resultaten visar bland annat att flera verksamheter inte följer upp sitt föräldrastödsarbete via exempelvis något register och att nationellt kunskapsstöd, mer tid för arbetet, utvecklade insatser och personal med rätt kompetens efterfrågas. Det finns därför behov av:

- Förbättrad uppföljning av föräldrastödsinsatserna. Därmed skulle förutsättningarna öka för att utveckla föräldrastödet och beskriva kunskapsluckor, regionala variationer och insatser för att nå olika grupper av föräldrar.
- Nationellt kunskapsstöd om metoder, arbetssätt och arbetsformer för föräldrastöd. Det finns goda förutsättningar för att ta fram nationellt kunskapsstöd. Det kan inkludera en systematisk kunskapsöversikt och en fördjupad genomgång av insatsernas innehåll, hälsoekonomiska aspekter samt hur utbildning och uppföljning kan utföras.
- Kompetensutveckling av hälso- och sjukvårdspersonal i föräldrastödsarbete, både avseende hur kunskap och stöd om de medicinska och de psykosociala delarna förmedlas.
- En tydlig ansvarskedja från nationell till regional nivå är angeläget för ett systematiskt arbete i enlighet med regeringens föräldrastödsstrategi och strategier för stöd på selektiv och indikerad nivå.

Inledning

I regeringens nationella strategi för ett utvecklat föräldrastöd definieras föräldrastöd som ”en aktivitet som ger föräldrar kunskap om barns hälsa, emotionella, kognitiva samt sociala utveckling och/eller stärker föräldrars sociala nätverk” [1]. Enligt strategins definition kan flera aktiviteter betraktas som föräldrastöd. Alla föräldrar¹ kan behöva stöd i sitt föräldraskap och stödbehovet kan variera med tid och förhållanden. Stöd kan erbjudas av flera olika aktörer. Det övergripande målet med strategin är att alla föräldrar ska erbjudas ett hälsofrämjande eller förebyggande föräldrastöd, s.k. *universellt* föräldrastöd, under barnets uppväxt upp till 18 år. Föräldrastöd kan även erbjudas på en riktad nivå, s.k. selektivt och indikerat stöd. Med *selektivt* föräldrastöd menas stöd till familjer som tillhör en riskgrupp och med *indikerat* föräldrastöd avses stöd till familjer där problem finns, till exempel att barnet börjat uppvisa symtom på fysisk eller psykisk ohälsa.

I uppdraget ska föräldrastödets förekomst, hinder och utvecklingsmöjligheter kartläggas. Utgångspunkten är det universella stödet, men det ingår även att beskriva det riktade (selektiva och indikerade) föräldrastödet. Uppdraget ska även belysa befintliga kunskaper om föräldrars behov av stöd, effekter av stöd och föräldrarnas skäl till att delta eller inte delta i erbjudna stödinsatser. En central utgångspunkt i uppdraget är stöd som främjar föräldrarnas samspel och relation med barnet. Det ingår även att beskriva stöd till föräldrar i sin relation till varandra som syftar till att ge positiva effekter för barnet. Regeringens mål om likvärdighet i föräldrastödet, det vill säga att alla föräldrar med behov nås av stöd, ska beaktas i uppdraget.

Denna rapport är ett underlag till regeringen och syftar till att kartlägga och ge en bild av det föräldrastöd som hälso- och sjukvården erbjuder.

Genomförande

För att kartlägga föräldrastödet inom hälso- och sjukvården har ett flertal underlag sammanställts. Underlaget har inhämtats genom:

- Referensgrupp (se projektorganisation).
- Enkäter till primär- och specialistsjukvårdsverksamheter där barn är aktuella.
- Skriftliga frågor till representanter inom hälso- och sjukvården där vuxna är aktuella (primärvård, beroendevård, psykiatri och habilitering).
- Skriftliga frågor till 38 idéburna organisationer och Sjukhuskyrkan.
- Uppgifter från 30 nationella kvalitetsregister och 26 register som samverkansorganisationen Nysam ansvarar för. Nysam startades av några landsting och deras register innehåller jämförelsedata att använda för uppföljning, planering och utvecklingsarbete.

¹ Med föräldrar menas var och en som är vårdnadshavare till barnet eller annan vuxen som barnet varaktigt bor med. I denna rapport inkluderas även blivande föräldrar i begreppet.

- Fokusgrupp med representanter från elevhälsan (se projektorganisation) för att belysa erfarenheter av föräldrastöd inom elevhälsan.
- Allmänhetens sökbeteende på Google efter 70 sökord och på internetplatsen 1177 Vårdguiden under ett år, samt inlägg på sociala medier (twitter, artiklar, facebook, bloggar och forum) efter 10 sökord under fem dagar.
- Samverkan med länsstyrelserna och i samråd med Folkhälsomyndigheten.
- Stöd av experter (se projektorganisation).
- Litteratursökning för att finna information om förekomst av föräldrastöd inom hälso- och sjukvården. Litteratur äldre än 1990 valdes bort. Totalt inkluderades 198 referenser.
- Systematisk litteratursökning av studier om effekter av universellt föräldrastöd. Totalt inkluderades 12 metaanalyser och 31 randomiserade kontrollerade studier. Referenser äldre än 2010 valdes bort.

Omfattning och begränsningar

De verksamheter som ombads besvara enkäterna var

- Mödrahälsovård (41 samordningsbarnmorskor)
- Barnhälsovård (35 verksamhetsutvecklare eller motsvarande)
- Ungdomsmottagning (34 samordnare eller motsvarande)
- Vårdcentral och övrig primärvårdsverksamhet som inte är mödrahälsovård eller barnhälsovård (33 primärvårdschefer)
- Kvinnoklinik (40 verksamhetschefer)
- Barn- och ungdomspsykiatri (42 verksamhetschefer)
- Barn- och ungdomshabilitering (30 verksamhetschefer)
- Barnklinik (55 verksamhetschefer).

Urvalet gjordes utifrån om verksamheterna har uppdrag att bedriva föräldrastöd eller ansågs vara troliga aktörer inom området. Enkäterna innehåller frågor om föräldrastödsinsatser, föräldrars stödbehov, orsaker till att föräldrar deltar eller inte deltar, underlag till insatser, kompetensutveckling och utvecklingsområden för föräldrastöd. Inom ramen för uppdraget har det inte varit möjligt att via ett enkätutskick undersöka förekomsten av föräldrastöd hos privata vårdgivare eller inom hälso- och sjukvård som riktar sig till vuxna.

Elevhälsan har bedömts ingå i uppdraget eftersom delar av den omfattas av regler om vårdgivarens ansvar, se s. 42–43 [2] och där skolläkare, skol-sköterska och skolpsykolog hör till hälso- och sjukvård.

Tandvård har inte undersökts i uppdraget eftersom tandvården inte ingår i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Inte heller Kriminalvården har bedömts ingå i uppdraget eftersom det föräldrastöd som bedrivs ligger utanför ramen för hälso- och sjukvård.

Svarsfrekvensen av enkäten är relativt låg. De svarande primär- och specialistsjukvårdsverksamheterna är dock väl spridda över landet samt representerar både storstadsregion och landsbygd. Svarsfrekvensen per verksamhet är: 54 procent för mödrahälsovården, 51 procent för barnhälsovården, 29 procent för ungdomsmottagning, 27 procent för vårdcentral och övrig primärvårdsverksamhet som inte är mödra- eller barnhälsovård, 40 procent för kvinnoklinikerna, 48 procent för barn- och ungdomspsykiatri, 40

procent för barn- och ungdomshabiliteringen och 47 procent för barnkliniker.

Av de idéburna organisationerna svarade Riksförbundet Attention, Astma och Allergiförbundet, Diabetesförbundet, Riksförbundet FUB, Rädda Barnen samt Sjukhuskyrkan. De representanter som svarade inom hälso- och sjukvården där vuxna är aktuella är följande: Psykologförbundet, Beroendecentrum Stockholm och Svensk Kuratorsförening.

Det kan vara svårt att urskilja effekter av just universellt stöd i metaanalyser, eftersom universella, selektiva och indikerade föräldrastödsprogram ofta är inkluderade i samma analys. Selektivt stöd kan också erbjudas universellt, det vill säga till alla föräldrar även om de inte ingår i en riskgrupp. Inom tidsramen för uppdraget var det inte möjligt att genomföra kvalitetsgranskning av studierna. Det var heller inte möjligt att för samtliga kroppsliga sjukdomar belysa det föräldrastöd som erbjuds föräldrar till barn aktuella för någon av dessa.

Bakgrund och utgångspunkt

Föräldrastöd har diskuterats sedan 1960-talet och har behandlats i flera olika utredningar och betänkanden angående barn [3-6]. I den s.k. barnstugeutredningen föreslogs att föräldrautbildning skulle ges genom mödra- och barnhälsovårdscentraler [6]. Socialutskottet framhöll i betänkandet *Statsbidrag till alternativ barnomsorg m.m.* (1991/92: SoU12) att en frivillig föräldrautbildning även måste finnas då barnet passerat spädbarnstiden [7].

I betänkandet *Stöd i föräldraskapet* [8] framhölls även förskolan och skolan som viktiga aktörer. Utredningen pekade på värdet av att parrelationer diskuterades och att föräldrar med tonåringar, med utländsk bakgrund och med funktionsnedsatta barn inte får tillräckligt med stöd. I utredningen föreslogs att begreppet ”föräldrautbildning” borde ersättas av ”stöd i föräldraskapet”.

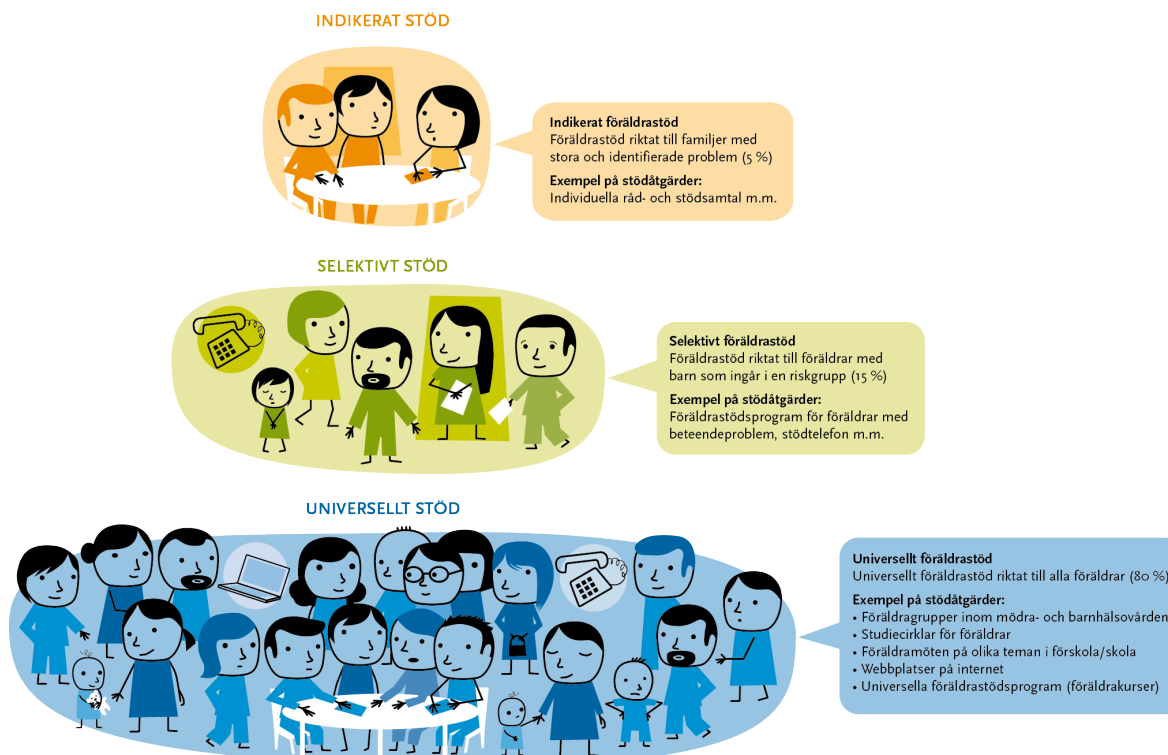
Regeringen anser att det är viktigt att föräldrar erbjuds stöd i sitt barnuppfostrande arbete, vilket framgår av regeringens skrivelse *Barn – här och nu – redogörelse för barnpolitiken i Sverige med utgångspunkt i FN:s konvention om barnens rättigheter* (1999/2000:137) [9] och den nationella strategin, *Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd – en vinst för alla* [1]. Den nationella strategin från år 2009 baseras på de förslag som lämnades i utredningen *Föräldrastöd – en vinst för alla* i SOU 2008:131 [10]. Det övergripande målet med strategin är att alla föräldrar ska erbjudas föräldrastöd under barnets uppväxt. Strategins delmål är att öka antalet föräldrastödsaktörer, öka samverkan kring föräldrastödet och öka antalet arenor och mötesplatser för föräldrar.

Universellt, selektivt och indikerat stöd

Universellt föräldrastöd är insatser som erbjuds alla föräldrar. Stödet kan ges i hälsofrämjande och förebyggande syfte och ges i olika former. Föräldrastöd kan även erbjudas om man tillhör en riskgrupp, s.k. *selektivt föräldrastöd*. En del föräldrar kan också behöva särskilda insatser och ett utökat individuellt stöd, s.k. *indikerat föräldrastöd*, exempelvis om barnet börjat uppvisa symtom på fysisk eller psykisk ohälsa (figur 1) [11]. Ohälsa eller funktionsnedsättning hos föräldrar eller barn som leder till kontakt med hälso- och sjukvård innebär ofta att även föräldrar utan särskilda problem i föräldraskapet kan behöva vägledning, stöd, strategier och verktyg för att familjen ska må så bra som möjligt.

Om alla föräldrar ska nås och ha nytta av innehållet i det universella stödet kan det behövas anpassas efter målgrupp, exempelvis vid språkliga hinder, då barnet har en sjukdom eller då föräldrar har egna svårigheter som gör att de har bristande förutsättningar att ta emot stödet. Barn med olika sjukdomar får antas ha samma behov av främjande universella insatser via sina föräldrar. *Proportionell universalism* [12] innebär att universella insatser behöver portioneras i olika doser, beroende på behov; de som har fler riskfaktorer kan behöva mer stöd.

Figur 1. Föräldrastöd på olika nivåer



Föräldrastöd kan ges på olika nivåer – *universellt, selektivt och indikerat* – och i olika former. Universellt föräldrastöd erbjuds till alla föräldrar medan selektivt och indikerat föräldrastöd erbjuds till vissa. Figuren används med tillåtelse av Folkhälsomyndigheten [11].

Föräldrastöd utifrån folkhälsa, likvärdighet och barnkonventionen

Det övergripande nationella folkhälsomålet är att ”skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”, vilket framgår av prop. 2007/2008:110, (s. 23), *En förnyad folkhälsopolitik* [13]. Föräldrastöd kan specifikt kopplas till mål 3, Barns och ungas uppväxtvillkor och till mål 6, En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder bör sättas in tidigt i livet, oavsett om det gäller att skapa goda uppväxtvillkor, hälsosamma levnadsvanor eller stödjande miljöer, vilket framgår av regeringens skrivelse 2011/12:166 *En folkhälsopolitik med människan i centrum* (s. 11–12) [14].

Det behövs både ett barn- och föräldraperspektiv i föräldrastödsarbetet. Föräldrarnas samspel och relation med barnet ska stödjas, liksom föräldrarnas relation till varandra, i syfte att uppnå positiva effekter för barnet. Föräldrastödet ska ha ett jämställt och jämlikt förhållningssätt och utformas så att de

när alla föräldrar oavsett kön, etnisk tillhörighet, funktionsnedsättning eller om man är ensamstående [1].

Föräldrastödet ska ges utifrån ett barn- och barnrättsperspektiv. Barnkonventionen handlar om barnets rätt att få sina grundläggande rättigheter och behov tillgodosedda [15]. En av grundprinciperna är artikel 3 som handlar om att barnets bästa ska beaktas vid alla åtgärder som rör barnet. Konventionen fastslår också att alla barn har rätt till liv, överlevnad och utveckling (artikel 6), rätt att uttrycka sin mening och höras i alla frågor som rör henne eller honom i förhållande till ålder och mognad (artikel 12) och rätt till hälso- och sjukvård (artikel 24). Konventionen tar även upp barnets rätt till sina föräldrar (artikel 18), föräldrarnas ansvar gentemot barnet, föräldrars rätt till stöd från staten i sin roll som förälder (artikel 18 och 19) samt statens ansvar för att skydda barnet från grova missförhållanden och från att bli utnyttjat av sina föräldrar (artikel 19 och 20).

Barnombudsmannen har genomfört utbildningsinsatser för personal inom mödra- och barnhälsovården för hur informationsmaterial till föräldrar och blivande föräldrar om barnets rättigheter kan användas i föräldragrupper (regeringens skrivelse *Ett stärkt föräldrastöd – för barnets rätt till trygga uppväxtvillkor* (2013/14:87) s. 17) [16].

Juridiska förutsättningar

I hälso- och sjukvårdslagen, HSL, finns ingen motsvarande bestämmelse som den som finns i 5 kap. 10 § i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, där det framgår att socialnämnden ska erbjuda anhörigstöd och samverka med anhöriga. Det framgår dock av 2 c § HSL att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. I 3 kap 1 § patientlagen (2014:821), PL, finns bestämmelser att en patient ska få information om sitt hälsotillstånd, de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning, det förväntade vård- och behandlingsförloppet, eftervård och metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Av 3 kap. 3 § PL framgår att när patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få samma information som barnet. 3 kap. 6–7 §§ innehåller kompletterande bestämmelser om informationen. I 5 kap. 3 § PL anges även att patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta.

Den nationella strategin definierar föräldrastöd som ”en aktivitet som ger föräldrar kunskap om barns hälsa, emotionella, kognitiva samt sociala utveckling och/eller stärker föräldrars sociala nätverk” [1]. Mot bakgrund av definitionen i den nationella strategin och de ovan refererade lagbestämmelserna bedömer Socialstyrelsen att begreppet föräldrastöd får anses vara väl förenligt med grunderna för patientlagen. Att informationen anpassas efter den enskilda individens förutsättningar, kan även anses gälla föräldrastödet.

Det är viktigt att hälso- och sjukvården uppmärksammar att en patient är förälder, så att ett barn får information och stöd om föräldern har en sjukdom. I 2 g § HSL står det att ”hälso- och sjukvården ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller
3. är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider”.

I ett sådant samtal mellan den professionelle och föräldern är det troligt att föräldrastöd ingår som en komponent.

Behov av samverkan

I det enskilda ärendet bör det framgå vem eller vilka som ska ansvara för att insatser görs och när samverkan ska ske. Barn och vuxna med specifika behov, särskilt de som är aktuella för selektiva och indikerade föräldrastödsinsatser, kan behöva vård, hjälp och stöd från olika huvudmän, vårdgivare och verksamheter. Vårdgivarens ansvar för planering och samverkan regleras till exempel i 7–8 §§ och 20–21 §§ HSL och i 4 kap. 6 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. När någon behöver både hälso- och sjukvård och stöd från socialtjänsten ska landstinget och kommunen samarbeta med varandra [17, 18], exempelvis gemensamt upprätta en samordnad individuell plan (2 kap. 7 § SoL och i 3 f § HSL). I 2 f § HSL står även att ”hälso- och sjukvården ska på socialnämndens initiativ, i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa, samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs”.

Kartläggning av föräldrastöd

Behov av föräldrastöd

Sammanfattning – behov av föräldrastöd

Föräldrars behov av stöd beror bland annat på barnets ålder, familjens behov och situation. Hälso- och sjukvården uppger att föräldrar exempelvis vill ha information och stöd om barnets utveckling, sömnproblem, amning, mat och gränssättning. Specialistvården uppger att föräldrar framförallt är i behov av kunskap om barnets specifika tillstånd och behov av stöd för att få vardagen att fungera. Föräldrar söker även stöd vid oro och för att utveckla sin föräldraförmåga.

En bärande tanke i den nationella strategin är att föräldrastöd ska vara frivilligt och styras av föräldrarnas egna behov. Enligt strategins definition ska föräldrastöd ge föräldrar kunskap om barns hälsa, emotionella, kognitiva samt sociala utveckling [1]. Föräldrastöd ska stötta barnets psykosociala funktion, föräldrars välmående samt parets och familjens inbördes relationer. Detta kan ske genom att exempelvis ge föräldern

- *kunskap* om en sjukdom, funktionsnedsättning, situation, barnets utveckling eller reaktionsmönster
- *strategier* eller *verktyg* för att hantera situationer, inklusive vård och behandling
- *insikt* i hur barnets emotionella, kognitiva och sociala utveckling påverkas. I begreppet insikt menas här både en förståelse och ett behov av att kunna hantera situationen, till exempel barnets skolgång och kamratsituation.

Föräldrar föredrar att söka stöd från i första hand familjen och det egna sociala nätverket [11]. Samtidigt saknar många föräldrar familj och vänner på nära håll. Enligt referensgruppens erfarenhet behöver föräldrar idag mer hjälp med att lita på sig själv och sin föräldraförmåga. Föräldrar visar även stort intresse av att få professionell vägledning och av internetbaserat stöd [11, 19, 20]. Det behövs dock en flexibilitet i upplägget, eftersom familjernas situation och svårigheter ser olika ut [20].

Astma- och allergiförbundet, Diabetesförbundet, Riksförbundet Attention, Rädda Barnen och *Sjukhuskyrkan* erbjuder och ser ett stort behov av föräldrastöd i sin målgrupp – ett stöd som de anser att av hälso- och sjukvården ibland borde erbjuda istället för dem. *Diabetesförbundet* beskriver exempelvis att hälso- och sjukvården är mycket fokuserad på den medicinska behandlingen och många gånger glömmer det psykosociala stödet.

Det kan också finnas situationer då föräldrar inte bör få information om sitt barn – vid sådana bedömningar behöver vården ta ställning till barnets självbestämmande, integritet och mognad [21, 22].

Föräldrastöd utifrån ålder

Hälso- och sjukvårdsverksamheterna uppger i enkätsvaren att de får många frågor om barnets utveckling, men även frågor som rör föräldraförmågan, nedstämdhet, oro, oro inför förlossning och parrelationen, vilket bekräftas av forskning [23, 24]. På landstingens och regionernas internetplats 1177 Vårdguiden finns temat *barn och föräldrar*. Där utgör information om ett barns utveckling bland de vanligaste sökningarna. Enligt primärvårdsverksamheterna vill föräldrarna även träffa andra föräldrar och möta andra i liknande situation, vilket stöds av litteraturen [25]. Under småbarns- och förskoleåldern vill föräldrar vanligen ha information och stöd när det gäller sömnproblem, amning, matning eller nutrition, vilket framgår både av sökningar på internetplats 1177 Vårdguiden, inlägg på sociala medier och av enkätsvaren.

Flera av verksamheterna uppger att föräldrar även har behov av stöd kring anknytning och gränssättning. På sociala medier finns bland annat inlägg som tar upp barns tid framför dataskärmar och surfplattor. Under skolåren ökar förväntan på barnets inlärningsförmåga, förmåga att samspela och på föräldrarnas förmåga att växla mellan närhet och stöd och att ge frihet och förtroende.

Föräldrastöd utifrån behov

Enligt enkätsvar är föräldrar framförallt i behov av kunskap och stöd rörande barnets hälsa, kroppsliga sjukdomar, psykisk ohälsa, beteendeproblem och funktionsnedsättning, oavsett ålder på barnet. Behov av information, råd och stöd för att hantera vissa sjukdomar kan vara en av orsakerna till att vanliga sökningar på 1177 Vårdguiden är feber, utslag och inflammation och att inlägg på sociala medier bland annat handlar om hur det är att vara förälder till ett barn med adhd. Behov av stöd i föräldraskapet behövs även när föräldern har egen problematik [26-32]. Enligt enkätsvaren erbjuder mödra- och barnhälsovården riktade och förstärkta insatser vid behov (se s. 20). Forskning visar däremot att barnhälsovården inte erbjuder mer stöd till dem med större behov [33], en brist som det nya nationella barnhälsovårdsprogrammet nu uppmärksammar, enligt referensgruppen [34].

Samtliga specialistvårdsverksamheter uppger att stöd också behövs för att få struktur i vardagen (t.ex. vid cancer [35]), vid konflikter i hemmet, familje- eller syskonproblematik och att föräldrar eftersöker hanteringsstrategier. Behov av stöd för att hantera vardagen kan vara en av orsakerna till att vanliga sökningar på internet är: utbrott, syskonbråk, föräldrastödsprogram, föräldragrupp, föräldraskap, föräldrastöd, föräldrautbildning och föräldrakurs. I sociala medier handlar inläggen bland annat om olika vardagssituationer, såsom att hämta och lämna på förskolan, barnuppfostran, gränssättning och ”curling”. Detta tyder på att föräldrar inte bara vill ha kunskap utan även få strategier och verktyg för att hantera vardagen (se s. 15).

Vidare uppges i enkätsvaren att behov finns av stöd rörande kommunikation, socialt samspel, kamrater, skolproblem och tonårsproblematik. Föräldrar upplever en oro för barnets självständighetsutveckling, hur det ska gå för barnet i framtiden och som vuxen person då barnet har en funktionsnedsättning eller sjukdom. Av enkätsvaren framgår vidare att barn med funktionsnedsättningar, kronisk sjukdom (t.ex. diabetes) och psykisk ohälsa kan ha svårt att acceptera och att självständigt klara skötseln av sin sjukdom.

Att föräldrar kan behöva stöd med att hantera sorgen över att ha fått ett annorlunda barn beskrivs i litteraturen [36-39]. *Riksförbundet FUB* beskriver att föräldrastöd vanligen erbjuds genom barn- och ungdomshabiliteringen och att de brukar fungera bra. Föräldrar med utvecklingsstörning behöver erbjudas extra stöd vid all form av kontakt med hälso- och sjukvården. Behovet av stöd vid dessa kontakter är långvarigt och kvarstår under hela föräldraskapet. En form av föräldrastöd som är viktig för familjer där ett barn har en funktionsnedsättning är samordning av insatser [40-42], vilket inte berörs nämnvärt i denna rapport. Socialstyrelsen har fått ett regeringsuppdrag (S2015/07318/FST(delvis)) angående kunskapsunderlag och metodstöd inom området.

Föräldrastöd vid speciella händelser

När familjen har allvarliga svårigheter kan föräldrarnas möjlighet att erbjuda barnet trygghet och en välfungerande vardag påverkas, exempelvis vid separationer, allvarlig sjukdom, dödsfall eller våld i nära relationer. Inlägg på sociala medier handlar bland annat om separationer, problem med umgänge och vårdnad och plötslig spädbarnsdöd. Några inlägg handlar om ekonomiskt bistånd, jourhem och adoptioner. Specialistvårdsverksamheterna uppger i enkätsvaren att föräldrar har stödbehov vid trauman, kris och i akuta situationer, oavsett åldern på barnet. Det handlar till stor del om att stötta föräldrarna i sin föräldraroll, ge dem kunskap om hur barn påverkas och verktyg för att hanterat svårigheten.

Föräldrastödsinsatser

Sammanfattning – föräldrastödsinsatser

Mödra- och barnhälsovården erbjuder ett universellt stöd om bland annat föräldraskap, amning och matning, samspel, levnadsvanor och parrelationen, samt ett förstärkt stöd vid behov. Barn- och ungdomspsykiatri, barn- och ungdomshabiliteringen och barnkliniker ger föräldrastöd då barnet har en sjukdom, tillstånd eller funktionsnedsättning. Stödet ges främst enskilt via samtal och utifrån familjens behov. Föräldrastöd erbjuds även när den vuxne har ohälsa och där barnet är anhörig. Elevhälsan ger information och genomför stödjande samtal med både elev och föräldrar kring exempelvis hälsosamma levnadsvanor, psykisk ohälsa, funktionsnedsättning och tobak.

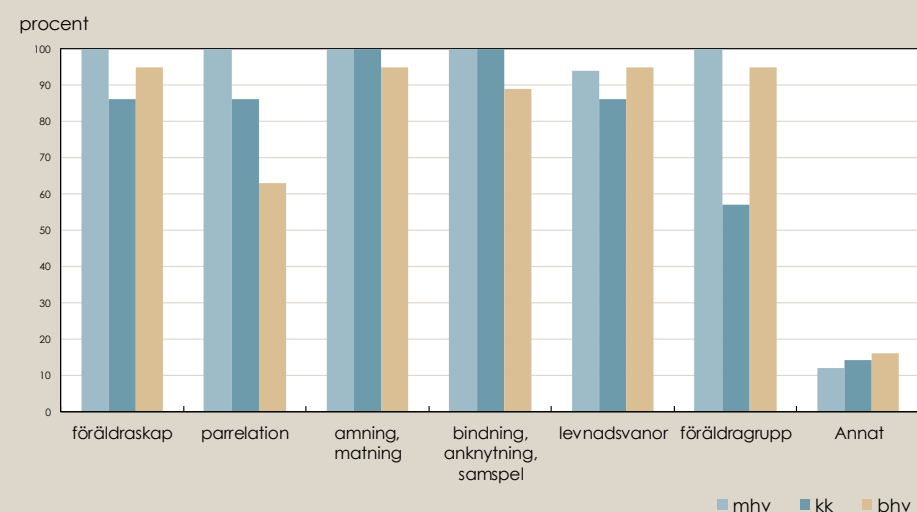
Hälsofrämjande, förebyggande, tidiga och riktade insatser kan ges i samverkan och komplettera varandra. Olika former av föräldrastöd ges vanligen i det dagliga arbetet. Detta stöd uppmärksammas inte alltid som föräldrastöd av huvudmännen eller verksamheterna men det är av stor betydelse [25]. Detta föräldrastöd bygger vanligen på den relation den professionelle har etablerat med föräldern. Den professionelle måste inhämta information, ha förmåga att lyssna och förstå och ge råd om hur problem eller svårighet kan hanteras utifrån familjens behov, situation, resurser och sociala nätverk. Referensgruppen framhåller värdet av att ha ett s.k. salutogent perspektiv och fokusera på det som fungerar och på faktorer som bidrar till och vidmakthåller hälsa. Stödet bör vid behov erbjudas i en barnvänlig vårdmiljö eller i eller nära hemmet. Det kan även behövas samarbetsamtal med föräldrarna, föreläsningar riktade till anhöriga eller samtal om hur syskon kan vara delaktiga.

Föräldrastöd inom primärvård och kvinnoklinik

Mödra- och barnhälsovården (mhv och bhv) erbjuder insatser till alla föräldrar och barn genom bland annat hälsoövervakning, kontroller, individuellt stöd och föräldragrupper [43, 44]. I rikshandboken för barnhälsovården beskrivs målen för föräldragrupper: ökad kunskap, skapa möjligheter till kontakt och gemenskap och skapa möjligheter till medvetenhet om, och påverkan av, samhälleliga förhållanden [34].

Enligt enkätsvaren erbjuder samtliga primärvårdsverksamheter och kvinnokliniker ett universellt stöd rörande föräldraskapet, parrelationen, amning och matning, bindnings-, anknytnings- eller samspelestöd och levnadsvanor (figur 2).

Figur 2 . Universellt föräldrastöd i form av råd och stöd

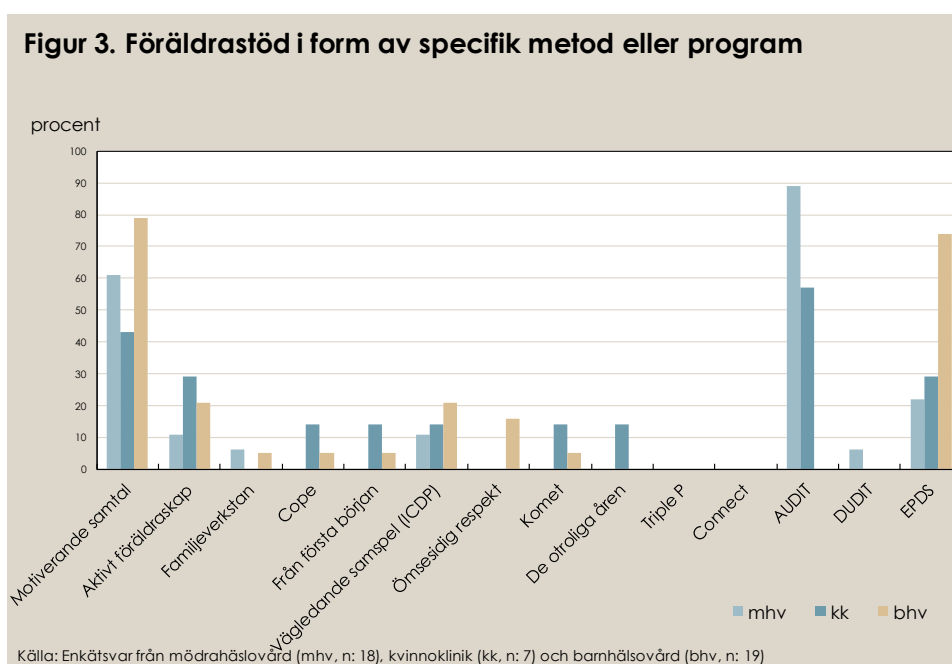


Källa: Enkätsvar från mödrahälsovård (mhv, n: 18), kvinnoklinik (kk, n: 7) och barnhälsovård (bhv, n: 19)

Mödra- och barnhälsovården och kvinnokliniker uppger att det framförallt är förstagsångsföräldrar som erbjuds föräldrastöd. Endast hälften av barnhälsovårdsverksamheterna uppger att stöd även ges till föräldrar till barn i 2–6 års åldern, vilket stämmer överrens med en kartläggning från dåvarande Statens Folkhälsoinstitut (FHI) [45]. Stödet ges vanligen enligt ett basprogram, föräldragrupper eller strukturerade stödsamtal i små grupper eller i enskilda samtal. Storföreläsning i lokal är vanligt inom kvinnoklinikerna.

Enligt enkätsvaren erbjuder knappt någon verksamhet namngivna föräldrastödsprogram (figur 3). Referensgruppen uppger att det kan bero på att utbudet av universella program är litet och inte prövat på bred front. Det kan också vara så att föräldrastödsprogram utgör en del av det stöd som redovisas i figur 2, till exempel finns strukturerade metoder för bindnings-, anknytnings- eller samspeilstöd. Enligt FHI:s kartläggning uppger 31 procent av barnhälsovården att de erbjuder föräldrastödsprogram, där *Vägledande samspel* är det mest förekommande programmet, som erbjudits till 80 procent av föräldrarna [45], vilket skiljer sig från denna rapportens resultat. *Komet* och *De otroliga åren* riktar sig främst till föräldrar som upplever problem i sin föräldraroll eller med sitt barn.

Det är viktigt att mödra- och barnhälsovården upptäcker föräldrar med exempelvis depression och riskbruk av alkohol för att kunna ge tidigt stöd och behandling. De flesta mödrahälsovårdsverksamheter använder instrumentet *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* och de flesta barnhälsovårdsverksamheter *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*.



Även ungdomsmottagningar (UM) kan ge stöd till ungdomar och unga som är föräldrar eller blivande föräldrar. Svarsfrekvensen för ungdomsmottagningarna är låg men verksamheten uppger att insatser vanligen inte ges enligt någon specifik modell eller metod. Förutom enskilda samtal så förekommer storföreläsning i lokal. Ungdomsmottagningar kan erbjuda föräldragrupper

specifikt utformade för unga mammor och pappor. Ett exempel på detta är i Örebro där träffarna innehåller information om graviditet, förlossning, amning, föräldraskap, parrelation, barnkonventionen, Försäkringskassan och ett studiebesök på förlossning och BB.

Av enkätsvaren är det svårt att avgöra om föräldrastöd ges på vårdcentraler och i övrig primärvårdsverksamhet som inte är mödra- eller barnhälsovård, eftersom svarsfrekvens är låg. Vårdcentraler har inget uttalat uppdrag att arbeta med föräldrastöd men däremot är man enligt lag skyldig att beakta ett barns behov av information, råd och stöd enligt 2 g § HSL. Det finns flera exempel på hur vårdcentraler arbetar med att uppmärksamma barn till patienter – i Västra Götalandsregionens regionala medicinska riktlinjer ingår ett barn- och familjeformulär med frågor som rör barnet och i ett forskningsprojekt i Farsta ställs frågor om barn till vuxna patienter och av hur förälderns sjukskrivning påverkar föräldraskapet².

Föräldrastöd inom familjecentraler

Mödra- och barnhälsovården uppger i enkätsvaren att familjecentralerna erbjuder fler universella och fler riktade föräldrastödsinsatser. Familjecentralerna individanpassar dessutom det universella föräldrastödet i högre utsträckning. Enkätens resultat stämmer överens med en studie som tyder på att familjecentraler har bättre förutsättningar att erbjuda föräldrastöd till en bred grupp och att underlätta kontakter med rätt profession, jämfört med mottagningar som inte är delar i en familjecentral [46]. I en annan rapport bedömer dock familjecentralerna att de är mindre bra på att nå grupper som i regel är svåra att nå [47].

Förstärkt stöd erbjuds vid behov

Mödra- och barnhälsovården erbjuder riktade och förstärkta insatser vid behov. Enligt enkätsvaren ger mödra- och barnhälsovården och kvinnoklinikerna ett förstärkt stöd till unga föräldrar, tvillingföräldrar, föräldrar med utländsk bakgrund, socioekonomiskt utsatta grupper och då våld inom familjen förekommer. Barnhälsovården ger även råd och stöd då föräldrar önskar ytterligare information om vaccinationer och när samspels-, anknytnings- eller relationssvårigheter föreligger. Om föräldern har en egen problematik såsom missbruk, ätstörning eller funktionsnedsättning, erbjuder både mödra- och barnhälsovården ett förstärkt stöd. Det finns ett exempel på ett resursteam i Västra Götalandsregionen som stödjer mammor med beroendeproblematik [48]. Verksamheterna uppger i enkätsvaren att de även ger stöd då psykisk ohälsa relaterad till graviditet, förlossning eller spädbarnsåret föreligger. Dock uppger barnhälsovården att man inte ger ett förstärkt stöd då barnet har psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning, vilket i stort stämmer överens med kartläggningen från dåvarande FHI [45].

De förstärkta stödinsatserna ges enligt enkätsvaren framförallt till föräldrar med barn i åldern 0–1 år. Stödet ges främst enskilt eller i par, men det förekommer även att stödet ges i små grupper. Mödra- och barnhälsovårdspsykologerna i referensgruppen uppger dock att flertalet av föräldrarna som de träffar har barn över 1 års ålder.

² Seminarium på Socialstyrelsen 2015-09-28 ”Barn som anhöriga till patienter i primärvården”.

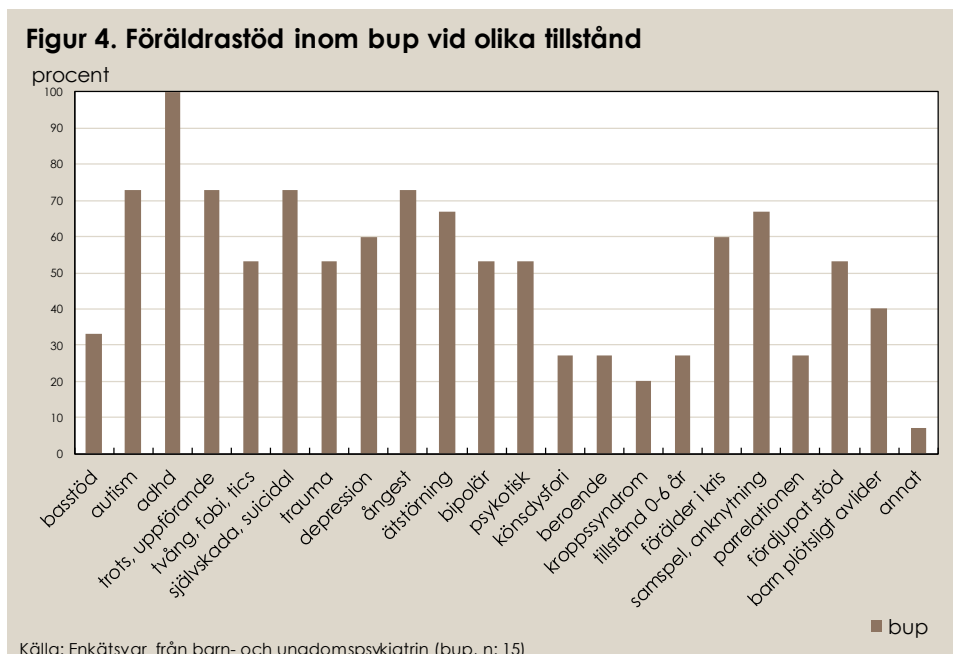
Föräldrastöd inom specialistsjukvården

Föräldrastöd kan ges inom specialistsjukvården då barnet eller föräldern har en sjukdom, funktionsnedsättning eller annan problematik. Barnkliniker och habiliteringen kan ge stöd till föräldrar och anhöriga och informera om tillgången till samhällets stöd [49, 50]. Barn- och ungdomspsykiatri (bup) kan ge barnens familjer stöd och genom till exempel samtalsbehandling ge nya perspektiv kring det som är svårt [51]. Både kommuner och specialist-sjukvården erbjuder tidvis samma föräldrastödsinsatser, exempelvis erbjuder både bup (se resultat nedan) och vissa kommuner *Komet* och *Connect* [45].

Barnkliniker, barn och ungdomshabiliteringen (BUH) och bup uppger i enkätsvaren att föräldrar erbjuds regelbundna föräldrasamtal, manualbase-rade metoder och psykologisk eller social behandlingsmetod. Föräldrastöd via dessa specialistverksamheter kan ibland även erbjudas då barnen inte har en pågående vårdkontakt. En tredjedel av barnklinikerna och en femtedel av BUH uppger i enkätsvaren att det exempelvis erbjuder ett stöd som är öppet för alla via internet, telefon och öppna föreläsningar. Inom bup förekommer öppna telefonrådgivningar och information på internet.

Barn- och ungdomspsykiatri

Bup har flera olika selektiva och indikerade föräldrastödsinsatser för flera olika sjukdomar och tillstånd (figur 4).



Samtliga bup-mottagningar uppger i enkätsvaren att de ger föräldrastöd till föräldrar som har barn med adhd. Ett fåtal bup-mottagningar erbjuder föräldrastöd rörande könsdysfori, beroendetillstånd, kroppssyndrom och tillstånd hos små barn (0–6 år). Det finns exempelvis särskilda spädbarns-verksamheter inom enstaka bup-mottagningar. Det förekommer att stöd ges med anledning av svårigheter i parrelationen eller att bup hänvisar föräldrarna till exempelvis familjerådgivningen. För autismspektrumtillstånd anger

vissa enheter inom bup att stödet inte ger föräldern strategier att hantera eller insikt om tillståndet och att insikt inte ges avseende beroendetillstånd (se s. 15 för resonemang om kunskap, strategi och insikt).

Inom bup ges föräldrastödet främst enskilt men även i mindre grupper. Det förekommer att stödet ges skriftligt, via internet eller per telefon, men sällan via storföreläsning. Stödet erbjuds främst till föräldrar med barn i åldern 7–17 år, ibland till föräldrar med barn i åldern 2–6 år och i några enstaka fall då barnen är 0–1 år. Det framgår av kvalitetsregistren att förädradelaktigheten i barnets behandling generellt sett är hög. Detta gäller specifikt när barn vårdas för ätstörning, enligt det Nationella kvalitetsregistret för ätstörningar, *Riksät*. Enligt det Nationella kvalitetsregistret för behandlingsuppföljning av säkerställd adhd, *BUSA*, får 30 procent av föräldrarna föräldrastöd i form av föräldrautbildning vid nyligen diagnosticerad adhd hos barn. Enligt enkätsvaren består stödet för de allra flesta tillstånd av ett individuellt stöd utifrån familjens behov, information, strukturerade föräldrasamtal och föräldra- eller anhörigutbildning. Vad stödet i övrigt utgörs av framgår av tabell 1.

Tabell 1. Bup:s föräldrastödsinsatser

Sjukdom eller tillstånd	Insats som innehåller föräldrastöd (utöver individuellt stöd, information, samtal och utbildning)
Basföräldrastöd oberoende av barnets tillstånd	Komet
Autismspektrumtillstånd	Strategi
Adhd	Strategi Cope Komet Multifamiljeterapi (MFT) öppna föreläsningar för anhöriga
Trotssyndrom och uppförandestörning	Strategi Komet Kognitiv beteendeterapi (KBT), utarbetat eget program Funktionell familjeterapi (FFT)
Tvång, fobi, tics	Cool Kids Kognitiv beteendeterapi (KBT), utarbetat eget program anhörigrupp för OCD och Tourette
Självskaumbeteende eller suicidalt beteende	Dialektisk beteendeterapi (DBT) Emotionell reglerande gruppterapi (ERGT) färdighetsgrupp föräldragrupp
Traumarelaterade tillstånd	Kognitiv beteendeterapi (KBT) Tejping
Depression	Anknytningsbaserad familjeterapi (ABFT) Psykoedukation depressionsgrupp föräldragrupp
Ångestsyndrom	Cool Kids Chilled Kognitiv beteendeterapi (KBT) Oro- och ångestgrupp
Ätstörningar	Maudsleymodellen Familjeterapi Multifamiljeterapi (MFT) föräldragrupp

Sjukdom eller tillstånd	Insats som innehåller föräldrastöd (utöver individuellt stöd, information, samtal och utbildning)
Bipolär sjukdom	Psykoedukation Psykopedagogiska interventioner (PPI) Bipolärgrupp för ungdom och förälder föräldragrupp
Psykotiska syndrom	Psykoedukation Psykopedagogiska interventioner (PPI)
Könsdysfori	
Beroendetillstånd	Funktionell familjeterapi (FFT)
Kroppssyndrom	
Tillstånd hos små barn (0-6 år)	Theraplay Barnorienterad familjeterapi (BOF)
Förälder i kris	Familjeterapi krissamtal stöd utifrån beprövad erfarenhet stöd i form av hjälp med samverkan
Förälder med samspels-, bindnings-, anknytnings-, eller relationssvårigheter	Theraplay Anknytningsbaserad familjeterapi (ABFT) Barnorienterad familjeterapi (BOF) Familjeterapeutisk behandling Kognitiv beteendeterapi (KBT) Marte Meo Trygghetscirkeln/Circle of security-parenting stöd utifrån spädbarns- och barnpsykiatri stöd utifrån beprövad erfarenhet strukturerad träning
Förälder med behov av råd och stöd i att stärka parrelationen	hänvisning till familjerådgivning
Förälder i behov av extra fördjupat stöd oberoende av orsak	Kognitiv beteendeterapi (KBT) Acceptance and commitment therapy (ACT) hänvisning till socialtjänsten och hjälp med kontakter
Då barn plötsligt avlider	krisstöd stöd till syskon via barntraumateam

Barn- och ungdomshabiliteringen

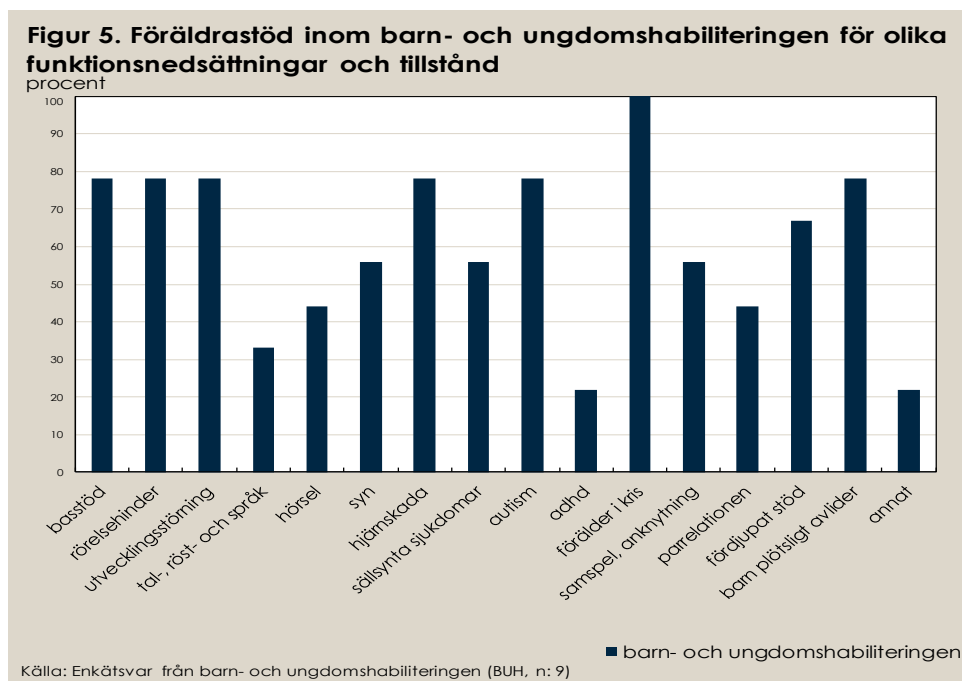
Barn- och ungdomshabiliteringen har flera olika selektiva och indikerade föräldrastödsinsatser (figur 5).

Föreningen Sveriges Habiliteringschefer, som är ett rikstäckande nätverk för verksamhetschefer inom habilitering, ger ut rekommendationer om vilket föräldrastöd som bör ges, exempelvis basstöd, information om samhällsstöd, krisbearbetning, kognitiva tekniker, föräldraträning och föräldrautbildning [39], vilket överensstämmer med enkätsvaren. Vissa föräldrastödsuppgifter redovisas även i årsrapporten av habiliteringens register. Ett fåtal mottagningar ger stöd med anledning av adhd, tal-, röst- och språkstörning, hörselnedsättning³ eller dövhet, enligt enkätsvaren. Stöd med anledning av sällsynta sjukdomar erbjuds vid färre än hälften av verksamheterna. Nationella funktionen sällsynta diagnoser, NFSD, jobbar på uppdrag av Socialstyrelsen och ansvarar för att samordna, koordinera och sprida information inom området [52].

Föräldrastödet som ges inom BUH uppges alltid ge föräldern kunskap, strategier och insikt. Till skillnad från bup ger BUH stöd till föräldrar med

³ Vissa verksamhetschefer inom syn och hörsel-området har troligen inte nåtts av enkäten då de inte ingår i BUH-organisationen.

barn i alla åldrar. Det gäller även när barnet är 0–1 år, om än i något lägre grad. Stödet erbjuds mestadels enskilt men även i mindre grupper. Det förekommer också att stödet ges via telefon, storföreläsning eller skriftligt (på papper eller via internet) och i enstaka fall genom möte eller föreläsning via webblänk. Ett exempel som nämns på internetbaserat stöd är en föräldrautbildning om autism.



Stödet består för de allra flesta funktionsnedsättningar av ett individuellt stöd utifrån familjens behov, information, strukturerade och individuella föräldrasamtal, föräldra- eller anhörigutbildning eller utbildning kring diagnos och påverkan på vardagen. Vad stödet i övrigt utgörs av framgår av tabell 2.

Tabell 2. Barn- och ungdomshabiliteringens föräldrastödsinsatser

Funktionsnedsättning eller tillstånd	Insats som innehåller föräldrastöd (utöver individuellt stöd, information, samtal och utbildning)
Basföräldrastöd oberoende av barnets tillstånd	enligt HabQ Mindfulness information om samhällets stöd transitionsutbildning
Rörelsehinder	Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) Tecken som AKK (TAKK) Lära egen motorik (LEMO)
Utvecklingsstörning	Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) Tecken som AKK (TAKK) Komet, förstärkt Kom-igång Matskola Toaskola Semester - kaos eller paus Tids- och tidsuppfattning sociala berättelser

Funktionsnedsättning eller tillstånd	Insats som innehåller föräldrastöd (utöver individuellt stöd, information, samtal och utbildning)
Tal-, röst- och språkstörning	seriesamtal
Hörselnedsättning eller dövhet	Audio-visual therapy (AVT) Kommunikationsutbildning
Synnedsättning eller blindhet	
Hjärnskada	
Sällsynta sjukdomar	
Autismspektrumtillstånd	Tecken som alternativ och kompletterande kommunikation (TAKK) Komet, förstärkt Tillämpad beteendeanalys (TBA) Matskola Semester - kaos eller paus sociala berättelser
Adhd	samtalsgrupper
Förälder i kris	krisbearbetning psykoterapi
Förälder med samspels-, bindnings-, anknytnings-, eller relationssvårigheter	Theraplay Marte Meo våglädningsgrupper i samspel psykoterapi
Förälder med behov av råd och stöd i att stärka parrelationen	Familjeterapi Familjearbete genom systematisk psykologisk behandling parsamtal i team
Förälder med fördjupat stödbehov oberoende av orsak	Komet, individuell systematisk psykologisk behandling gruppsamtal
Då barn plötsligt avlider	krisstöd i upp till 1 år

Barnklinikerna

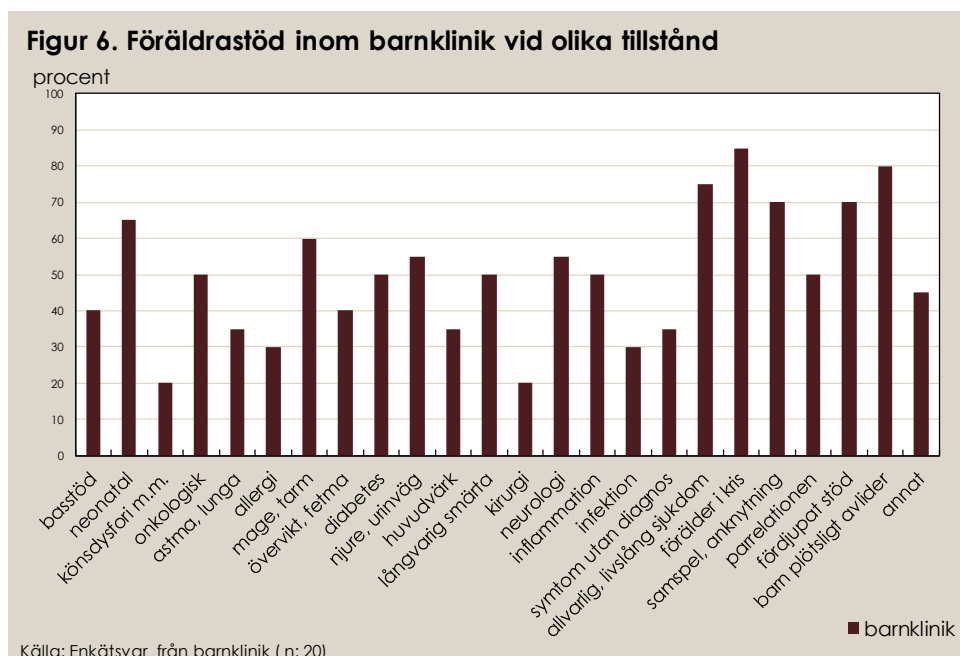
Respondenterna som besvarat enkäten som riktats till barnklinikerna representerar följande verksamheter: barn- och ungdomsmedicin, barnmedicin, neonatologi, kardiologi, akutsjukvård och kirurgi.

Barnklinikerna har både öppen- och slutenvård. Den barnmedicinska öppenvården ger ett fördjupat föräldrastöd till föräldrar genom varje enskilt möte i form av individuella stödsamtal. Stödet kan också ges genom gruppträffar.

Barnklinikerna erbjuder föräldrastöd vid flera olika sjukdomar och situationer (figur 6), oavsett i vilken ålder barnet är. Det finns flera studier som beskriver vikten av stöd, exempelvis vid medfödda hjärtfel [53], diabetes [54] och astma [55, 56]. Enligt enkätsvaren erbjuds även stöd då samspels-, bindnings-, och anknytnings och relationsproblematik förekommer och hälften av klinikerna erbjuder stöd för att stärka parrelationen. Endast några enstaka verksamheter ger föräldrastöd vid kirurgi, könsdysfori eller ”disorders of sex development”.

Stödet ges i princip alltid enskilt. Dock kan stöd i grupp förekomma, framförallt vid diabetes men även vid exempelvis mag- och tarmproblem och övervikt eller fetma. Det är även vanligt att föräldrastöd kommuniceras skriftligt (neonatal verksamhet, vid astma eller lungsjukdom, mag- och tarmproblem och diabetes) och det förekommer att stöd ges via telefon, men mycket sällan via storföreläsning.

Vissa barnkliniker anger att stödet inte ger föräldern insikt om hur barnets mag- och tarmproblem, astma eller lungsjukdom kan påverka barnets emotionella eller sociala utveckling.



Föräldern får information och ett stort stöd genom professionella samtal med läkare och sjuksköterska. Det finns även tillgång till kuratorer eller psykologer på enheten eller kliniken. Stödet består av ett individuellt stöd utifrån familjens behov, information och förälder- eller anhörigutbildning. Exempel på vad stödet i övrigt utgörs av framgår av tabell 3.

Tabell 3. Barnklinikers föräldrastödsinsatser

Sjukdom eller tillstånd	Insats som innehåller föräldrastöd (utöver individuellt stöd, information och utbildning)
Basföräldrastöd oberoende av barnets tillstånd	tvärprofessionell information (muntlig och skriftlig) information om nyfött barn, amning och viktuppgång
Neonatal verksamhet även riskgraviditet	information om prematur födelse, ev. sjukdom och prognos rådgivning prenatalt föräldragrupper
Könsdysfori eller disorders of sex development	multidisciplinära mottagningar för rådgivning stöd och samtal i grupp
Onkologisk sjukdom	Barnonkologens program för föräldrastöd, individuellt stöd och samtal i grupp
Astma eller lungsjukdom	stöd och samtal i grupp Hembesök av specialistsjuksköterska Skolbesök av specialistsjuksköterska
Allergi	stöd och samtal i grupp Hembesök av specialistsjuksköterska Skolbesök av specialistsjuksköterska
Mag- tarmproblem	Tarmskola (gruppstöd) tvärprofessionell information (muntlig och skriftlig) nutritionssköterskesamtal specialsjuksköterskesamtal gruppträffar angående blåsextrofi och analatresi

Sjukdom eller tillstånd	Insats som innehåller föräldrastöd (utöver individuellt stöd, information och utbildning)
Övervikt eller fetma	Motiverande samtal Överviktsgrupp stöd och samtal i team
Diabetes	samtal med diabetessjuksköterska Grupper för småbarnsföräldrar Grupper för föräldrar med äldre barn
Njur- eller urinvägssjukdomar/problem	stöd och samtal i team veckosamtal multidisciplinärmottagning och rådgivning
Huvudvärk	
Långvarig smärta	Smärtgrupp stöd och samtal i team psykosomatiskt team
Vid kirurgi	tvärprofessionell information (muntlig och skriftlig) stöd och samtal i team
Neurologiska sjukdomar	samtal med specialister på barnhabilitering stöd och samtal i team
Inflammatoriska sjukdomar	
Infektioner	
Kroppsliga symtom utan medicinsk diagnos	stöd och samtal i team psykosomatiskt team
Vid mycket allvarlig och/eller livslång sjukdom	information om diagnos, prognos och om samhällsstöd hjälp med olika kontakter
Svåra olycksfall	
Hjärtsjukdomar	stöd i krissituation
Metabola sjukdomar	
Endokrinologiska sjukdomar	
Psykisk ohälsa i samband med graviditet och förlossning	Kognitiv beteendeterapi (KBT) Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) Interpersonell psykoterapi (IPT) Psykodynamiskt
Anknytningsproblematik (0–6 år)	psykologtestning specialpedagogbedömning konsultation
Föräldraoro och barnhantlingsbekymmer (6–20 år)	socionomsamtal, konsultation lösningsfokuserat

Föräldrastöd ges när barn är anhöriga

Socialstyrelsen arbetar sedan 2011, på regeringens uppdrag, med att stärka stödet för barn som anhöriga, det vill säga barn som har föräldrar med missbruk, beroende, psykisk ohälsa, allvarlig sjukdom eller skada, förälder som oväntat avlider eller när det förekommer våld i familjen. Inom ramen för det uppdraget har det tagits fram ny kunskap om omfattning, konsekvenser, strukturer och metoder för stöd samt hälsoekonomiska analyser [57]. Socialstyrelsen har initierat och stött utvecklingsarbete i ett antal landsting, regioner och kommuner samt i samarbete med Skolverket stött kompetensutveckling inom skolan och fortsättningsvis även inom förskolan. Inom ramen för utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården har en webbutbildning tagits fram för personal om bestämmelsen 2 g § i HSL. Att bestämmelserna ännu inte fullt ut är implementerade i sjukvården får ses mot bakgrunden att lagen infördes 2010. Lagen utgör ett nytt förhållningssätt i och med att den ålägger verksamheter inom vården som möter vuxna att inta ett barnperspektiv och

att beakta ett barns behov (se även resultat på s. 20). Av nationella kvalitetsregistren framgår hur stor andel av de patienter som är föräldrar, som vårdas inom rättspsykiatri (en tiondel), beroendevård (en femtedel), psykosvård (en tiondel) eller som fått behandling med ECT (en femtedel). Av de föräldrar som har en psykosjukdom erbjuds hälften föräldrastöd. Det framgår dock inte vad föräldrastödet innehåller.

Psykiatrin har uppmärksammat barn som anhöriga redan innan bestämmelsen i HSL kom. Inom den psykiatriska vården i exempelvis Stockholms läns landsting finns det barnombud på varje mottagning och särskilda barnsamordnare. Särskild information till föräldrar och personal finns i väntrum och på vårdavdelningarna. Några exempel på föräldrastödsinsatser som erbjuds är *Beardslee's* familjeintervention och *Barnkraft* stödgruppsmodell. *Beardslee's* är en manualbaserad intervention där man träffar föräldrar och barn för samtal, dels var för sig och dels tillsammans. Inom vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning vid Skaraborgs sjukhus i Västra Götalandsregionen har varje klinik minst ett barnombud och det dokumenteras i journalen om den vuxna patienten har barn. Tanken är att alla behandlare ska kunna ta upp frågor om föräldraskap och ha ett barnperspektiv.

Inom beroendevården använder flera mottagningar barnombud, exempelvis beroendecentrum i Malmö och Stockholm, för att belysa barn- och föräldrastödet och ge stöd till kollegor i föräldrastödsarbete. Vid Beroendecentrum i Stockholm finns även en mottagning för specialistmödravård som samverkar med Sachsska barn- och ungdomssjukhuset och Södersjukhuset. Stöd till föräldrar ges bland annat genom samtalsstöd, föräldragrupper, föreläsning, föräldrastödsprogram och familjeterapi.

Inom vuxenhabilitering finns exempel från Malmö, där föräldrastöd i form av samtal erbjuds de patienter som är föräldrar. Föräldrar med utvecklingsstörning erbjuds föräldrastöd i grupp. Barnombud finns. Samverkan sker i en särskild konsultationsgrupp mellan socialtjänst, psykiatri, mödra- och barnvårdcentral, barnhabilitering och vuxenhabilitering.

Föräldrastöd inom elevhälsan

Elevhälsan⁴ organiseras i de allra flesta fall i kommunen och skolläkare, skolsköterska och skolpsykolog tillhör hälso- och sjukvård. Föräldrastödet varierar i omfattning och utformning i landet, vilket delvis beror på att elevhälsan organiseras på olika sätt i kommunerna. Enligt 2 kap. § 25 i skollagen (2010:800) ska de för de medicinska, psykologiska och psykosociala insatserna finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator. Hur bemanningen ser ut varierar. Vissa friskolor och kommuner köper till exempel in tjänster inom elevhälsan medan andra har en central elevhälsa för alla skolor i kommunen, även friskolor.

Elevhälsan har inget uttalat uppdrag att arbeta med föräldrastöd men skolan ska däremot samverka med föräldrar om elevens kunskapsutveckling, trivsel och skolsituation [2]. Det finns ett dubbelriktat samband mellan hälsa och lärande [58] och det är viktigt att föräldrar får det stöd de behöver för att barnen ska må bra. Barn som går ut grundskolan med låga eller ofullständiga

⁴ Den 1 juli 2011 samlades skolhälsovården, den särskilda elevvården och de specialpedagogiska insatserna i en gemensam elevhälsa.

betyg har en ökad risk för negativa konsekvenser, såsom psykosociala problem, missbruk, kriminalitet, tonårsgravitet och behov av ekonomiskt bistånd, med stora samhällskostnader [59].

I fokusgruppen för elevhälsan framkom att elevhälsan redan idag ger information och genomför stödjande samtal med både elev och föräldrar kring exempelvis hälsosamma levnadsvanor, psykiska besvär, anorexi, beteendeproblem, funktionsnedsättning, droger och tobak. Det förekommer också att elevhälsan ger stöd till föräldrar vars barn har anslutit sig till en våldsbejakande grupp. Elevhälsan informerar även föräldrar om samhällets olika stödsystem och kan stödja föräldern i kontakten med exempelvis socialtjänsten och hälso- och sjukvårdsverksamheter. Elevhälsan kan även fylla en viktig funktion när det gäller att informera föräldrarna om hur barnet påverkas av föräldrarnas relation och kommunikation.

Samverkan

Både barn och vuxna med specifika behov behöver vanligen vård, hjälp och stöd från olika huvudmän, vårdgivare och verksamheter. Föräldrastödsarbetet kräver också ett tvärprofessionellt perspektiv för att säkerställa att både den medicinska och den psykosociala kompetensen finns.

Enligt enkätsvaren sker samverkan framförallt inom de olika primär- respektive specialistvårdsverksamheterna. Samtliga verksamheter samverkar med socialtjänsten. Barnhälsovården uppger att man också samverkar med förskolan, öppna förskolan och tandvården. Bup och barnklinikerna uppger att samverkan sker med elevhälsan. Barnkliniker och barnhabiliteringen uppger att samverkan förekommer med Försäkringskassan. Det är i stort sett endast barnklinikerna som uppger att de samverkar med forskningslärosäte, trossamfund och ideella organisationer. Inom en familjecentral finns det ett flertal olika sätt att samverka på [47].

De idéburna organisationerna uppger att de ser ett behov av stärkt samverkan mellan hälso- och sjukvård och kommuner, särskilt när det gäller resursvaga familjer.

Föräldrastödets tillgänglighet

Sammanfattning – tillgänglighet till föräldrastödet

Det är viktigt att alla grupper av föräldrar nås av föräldrastödet och att tröskeln till erbjudet stöd är låg. Hälso- och sjukvården uppger i enkätsvaren att föräldrastödet kan anpassas efter behov, exempelvis genom grupsammansättning, ett ökat individuellt stöd och att stödet erbjuds på olika språk. De flesta verksamheterna uppskattar att de kan erbjuda samtliga föräldrar ett tillräckligt gott föräldrastöd. Verksamheterna uppger dock att de har svårare att nå föräldrar med utländsk bakgrund och socioekonomiskt utsatta familjer. Det främsta hindret för verksamheterna att erbjuda stöd uppges vara tidsbrist och brist på personal med rätt kompetens. Tidsbrist eller att erbjuden tid inte passar är två av anledningarna till att föräldrar väljer att inte delta.

Traditionellt har vi i Sverige tänkt att universella insatser når alla föräldrar, till exempel genom mödra- och barnhälsovården. Studier och register visar att verksamheterna når alla föräldrar i samband med de individuella besöken [33], men att alla föräldrar inte nås av föräldrastöd i grupp [60]. Referensgruppen uppger att det kan vara en fördel med slutna föräldragrupper där deltagarna kan känna sig trygga och vågar prata om svårigheter. Fokusgruppen för elevhälsan framhåller att skolan är en bra arena för föräldrastöd, eftersom stödet blir mer avdramatiserat än när det exempelvis erbjuds inom socialtjänsten. Därmed kan stödet bli mer attraktivt för föräldrarna.

Hälso- och sjukvårdsverksamheterna uppger i sina enkätsvar att föräldrastödet kan anpassas genom grupsammansättningen, att öka det individuella stödet, att använda tolk, att variera informationen muntligt, skriftligt, praktiskt och via internet, att skraddarsy informationen eller program efter föräldrarnas individuella förutsättningar, handikappanpassade vårdrum och genom att erbjuda flexibla tider, platser eller transport. Både mödra- och barnhälsovården uppger i enkätsvaren att anpassning av det universella stödet sker till unga föräldrar, tvillingföräldrar, föräldrar med utländsk bakgrund och socioekonomiskt utsatta grupper. Kvinnokliniker uppger att stödet också anpassas efter om föräldern är man eller kvinna. Både primär- och specialistvårdsverksamheterna uppger att ett anpassat stöd kan ges till förälder med missbruk, beroende, ångest, nedstämdhet, depression, neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller då det förekommer våld i nära relationer. Enligt enkätsvaren är det däremot inte vanligt att stödet anpassas om föräldern eller barnet har en somatisk sjukdom och endast ett fåtal barnhälsovårdsmottagningar anpassar stödet då barnet har en psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning.

Samtliga verksamheter nämner att samverkan med andra verksamheter sker och att föräldrarna kan hänvisas vidare.

Alla föräldrar nås inte i lika stor utsträckning

De flesta hälso- och sjukvårdsverksamheterna uppskattar att de kan erbjuda ett tillräckligt föräldrastöd till majoriteten (76–100 procent) av mammorna och papporna. Bup uppger att de når något färre av mammorna (51–75 procent). Barnhälsovården, UM och bup uppger att de når något färre pappor. Litteraturen visar att fäder deltar i betydligt lägre uträkning i föräldragrupper på barnavårdcentraler [61, 62], trots att de deltar i stor utsträckning i mödravårdens grupper [60]. Fokusgruppen för elevhälsan framhåller att det är viktigt att föräldrastödsarbetet utförs normkritiskt, exempelvis att elevhälsan uppmärksammar vilken av föräldrarna de vanligen kontaktar och vem av dem som får ordet på sammankomster. Även om de flesta barnkliniker uppger att de når majoriteten av föräldrarna så finns det vissa enskilda kliniker som har svarat att de endast når 0–25 procent. En orsak som uppges kan vara att det inom neonatalvården kan vara svårt att samvårda barnet med mamman (t.ex. om mamman har egna medicinska behov) och att möjlighet till familjevård är begränsad.

I enkätsvaren uppger verksamheterna att de har svårigheter att nå flera olika grupper, exempelvis föräldrar med psykisk ohälsa, funktionsnedsättning eller beroende och personer som är arbetslösa. Verksamheterna uppger även omfödern, ensamstående och unga föräldrar, vilket bekräftas av litteraturen [63]. Troligtvis har omfödern ett stort behov av föräldrastöd, eftersom de upplever mer stress än förstfödern och behöver diskutera de utmaningar som fler barn innebär [64].

Samtliga hälso- och sjukvårdsverksamheterna uppger i enkätsvaren att de har svårare att nå föräldrar med utländsk bakgrund, nyanlända flyktingar och papperslösa, vilket bekräftas av litteraturen [63]. Verksamheterna uppger att de främsta anledningarna är språkliga och kulturella hinder, trots att enskilt stöd via tolk erbjuds av de flesta. En tredjedel av bup-verksamheterna anger dock att de inte kan erbjuda föräldrastöd på annat språk än svenska. Hälften av primärvårdsverksamheterna och habiliteringen kan erbjuda föräldrastöd i grupp på annat språk, vanligen på engelska, arabiska eller somaliska och i något fall polska. I en rapport konstateras att föräldrastödsprogram har förutsättningar att utveckla föräldrarollen, barn- och föräldrasamspillet, medborgarskap och identitet hos nyanlända, men programmen måste anpassas till utrikesföddas kulturella villkor och sociala situation [65]. Inom elevhälsan finns goda exempel på hur man arbetar med utsatta grupper och föräldrar med utländsk bakgrund, exempelvis genom att erbjuda läxhjälp och stöd i att vara en bra ”skolförälder”. Ett annat exempel är tolkar som bjuds in till föräldramöten, att skolan informerar om svenska traditioner och levnadssätt och att information ges på SFI-kurser om skolans sex- och samlevnadsundervisning, vilket har avdramatiserat ämnet.

Socioekonomiskt utsatta familjer är en annan grupp föräldrar som verksamheterna uppger att de har svårare att nå. Referensgruppen menar att föräldrarna kan känna skam att söka stöd, ha språksvårigheter eller vill undvika kontakt med myndigheter och att familjecentraler i högre grad når dessa föräldrar. Mödra- och barnhälsovården uppger i enkätsvaren att familjecentralerna individanpassar det universella föräldrastödet i högre utsträckning och erbjuder fler riktade insatser (se även s. 20). I en rapport

från Socialstyrelsen om utsatta barns hälsa rapporteras om försummade vårdbehov – ”det behövs effektivare arbetsätt för att bevaka hälsan hos barn som inte har vuxna som kan stödja och företräda dem så att de inte ska riskera att bli utan den hälsovård som är avsedd för alla barn” (s. 7 i [66]).

Verksamheterna uppger även svårigheter att nå föräldrar till barn som är omhändertagna enligt lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). En stor andel av placerade barn har bristande fysisk, psykisk och psykosocial hälsa [67, 68]. Uppgifter om hälsokontroller och vaccinationer saknas [68, 69], vilket troligtvis betyder att de inte nås av förebyggande hälsovård och föräldrastödjande insatser.

Hinder för att erbjuda och ta emot stöd

Det främsta verksamhetshindret för att kunna erbjuda stöd är tidsbrist, enligt både primärvårds- och specialistvården. Föräldrastödet kan även nedprioriteras på grund av andra, men akutare fall. Nästan samtliga verksamheter nämner även bristande ekonomiska resurser. Barnhälsovården och specialistvården uppger brist på personal med rätt kompetens (t.ex. psykologer på vissa barnkliniker). Barnhälsovården och barnklinikerna nämner också brist på ändamålsenliga lokaler.

Referensgruppen uppger att en del föräldrar inte vill eller kan ta emot erbjudet föräldrastöd på grund av lång resväg eller att träffar i en homogen grupp (t.ex. med avseende på ålder och svårighet) inte kan ordnas. En del föräldrar föredrar att söka information på internet [11, 19]. Referensgruppen bedömer dock att ett professionellt föräldrastöd inte kan ersättas av information på internet, utan ska ses som ett komplement.

Referensgruppens beskrivning bekräftas av enkätsvaren där verksamheterna uppger att föräldrar inte deltar i stödinsatser på grund av tidsbrist, att erbjuden tid inte passar, de har ingen barnvakt, lång resväg (glesbygd nämns), svårighet att få ledigt från arbetet och på grund av att de förlorar i arbetsinkomst när de tar ledigt för att delta i stödinsatser. Specialistsjukvården uppger att föräldrarna ibland saknar motivation eller att de är inne i en vårdnadstvist.

Förutsättningar för systematiskt föräldrastödsarbete

Sammanfattning – systematiskt föräldrastödsarbete

Hälso- och sjukvården uppger att föräldrastödsinsatserna baseras på beprövad erfarenhet, olika styrdokument, barnkonventionen och till viss del på vetenskapligt stöd. Det är viktigt att föräldrastödsarbetet följs upp för att utvärderas och utvecklas. Flertalet av verksamheterna följer inte upp sitt föräldrastödsarbete via något register och uppgifter om föräldrastöd saknas i de flesta nationella kvalitetsregister. Stöd finns för att föräldrastödsinsatser har effekt, exempelvis rörande beteendeproblem, föräldrafunktion, föräldra- och barnrelationen och amning. Beräkningar visar också att föräldrastödsinsatser kan vara hälsoekonomiskt motiverade.

Föräldrastödet ska framförallt styras av föräldrarnas behov [1], samtidigt som samhället har ett ansvar för att informera, tillhandhålla och följa upp insatser. Föräldrastöd utgår vanligen från vårdpersonalens kunskap och är mer än insatser som erbjuds via en specifik metod. Kunskap om såväl arbetssätt som av metod behövs således.

Underlag för insatser och kompetensutveckling

Verksamheterna uppger i enkätsvaren att de föräldrastödsinsatser som erbjuds framförallt baseras på beprövad erfarenhet eller har stöd i ett styrdokument. Ett styrdokument kan till exempel komma till uttryck i en nationell riktlinje eller kunskapsstöd, ett landstingsbeslutat vårdprogram eller en lokal rutin. För flera av insatserna finns även ett visst vetenskapligt stöd. Det är vanligare att specialistvården uppger sig ha vetenskapligt underlag för sina föräldrastödsinsatser än primärvården. Diskrimineringslagstiftningen utgör endast ett stöd för mindre än hälften av hälso- och sjukvårdsverksamheterna, medan barnkonventionen utgör ett stort stöd. Barnkonventionen ska vara vägledande [44] och enligt referensgruppen informeras föräldrarna om barns rättigheter i föräldragrupper på mödra- och barnhälsovården. Det finns även exempel på hur verksamheterna lyfter barnkonventionen i sitt arbete. Exempelvis utbildar Sachska barn- och ungdomssjukhuset i Stockholm barnombud, i syfte att höja medvetenheten hos samtliga medarbetare och att ge konkreta exempel på hur konventionen kan tillämpas i sjukvårdens arbete⁵.

Mödrahälsovården uppger att kunskapsstöd för mödrahälsovården och den så kallade ”blå boken”, från specialistföreningen Svensk förening för obstetrik och gynekologi, utgör ett underlag för föräldrastödets utformning [43, 70], medan barnhälsovården uppger rikshandboken [34]. Det finns vetenskapliga studier som visar på att föräldragrupper är viktiga för föräldrarnas sociala nätverksskapande [71]. Ett av delmålen i den nationella föräldra-

⁵ Ur kursplanen för Sachska barn- och ungdomssjukhusets barnrättsombudsutbildning 2015.

stödsstrategin är att öka antalet mötesplatser för föräldrarna. Enligt enkät-svaren ger samtliga bup-mottagningar föräldrastöd vid adhd – dels används *Cope* och *Komet* som har vetenskapligt stöd (se s. 35) och även insatsen Strategi [72, 73]. BUH uppger att de arbetar utifrån evidensbaserade habiliteringsrapporter och nationellt kvalitetsregister [39, 74]. Föreningen Sveriges habiliteringschefer har granskat olika interventioner och kommit fram till att stöd finns för familjebaserad habilitering, stressreducerande insatser och manualbaserade föräldraträningsprogram [39].

Samtliga hälso- och sjukvårdsverksamheter uppger att det är vanligast att personalen utbildas internt i föräldrastödsarbete (t.ex. introduktionsutbildning, vidareutbildning och handledning i metodföljdsamhet). Referensgruppen anger att det finns högskolekurser i föräldragruppsmetodik för mödra- och barnhälsovården. Specialistsjukvården vidareutbildar även personalen externt. BUH och bup utbildar personalen årligen, medan flera av de övriga verksamheterna uppger att ingen utbildning har skett under det senaste året. Kvinnoklinikerna uppger överlag att de utbildar sin personal i mycket låg utsträckning när det gäller föräldrastöd.

Kunskap på nationell nivå

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) publicerade 2010 en systematisk litteraturoversikt över program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. Programmen kunde delas in i de som avsåg att förebygga utagerande beteende hos barn och ungdomar och de som avsåg förebygga inåtvända problem så som ångest, depression och självskadebeteende [75]. SBU skrev i sina slutsatser att det i Sverige används ett hundratal olika program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn, i huvudsak av utagerande typ, men att inget av programmen har utvärderats i Sverige i randomiserade studier med minst sex månaders uppföljning⁶ [75]. Sju program bedömdes ha ett begränsat vetenskapligt stöd internationellt. Fyra av programmen är föräldrastödsprogram som har utvecklats för att förebygga beteendeproblem av utagerande slag – *Incredible Years/De otroliga åren*, *Triple-P*⁷, *Family Check Up* och *Coping Power*. Ett av programmen, *FRIENDS*, har utvecklats för barn med ångestkänslor och i insatsen ingår föräldrastödssammankomster. I SBU-rapporten tas även etiska och sociala aspekter upp, till exempel om programmen tar hänsyn till barnrättsperspektivet, barnets samtycke, genusaspekter och vilka värderingar, synsätt och ekonomiska intressen som styr programmen. Sammantaget bedömde SBU kunskapsläget av förebyggande program för psykisk ohälsa som otillräckligt. De rekommenderade även att valgjorda studier av utvalda program och fortsatt metodutveckling borde ske.

Tidigare hade dåvarande FHI presenterat kunskapsöversikter inom samma område, men utan att redovisa effekter efter minst sex månader efter insatsen. Flera metoder för stöd till föräldrar och metoder för användning i skolan rekommenderades av FHI. Avsikten var att öka inslaget av metoder med ett visst vetenskapligt stöd i avvaktan på att ytterligare studier skulle publiceras [76].

⁶ SBU rapporten omfattar studier tom 2009.

⁷ Triple-P är ett program med fem olika nivåer, vilka inkluderar både universellt och riktat stöd.

Socialstyrelsen har publicerat en sammanställning av systematiska översikter för tidiga insatser mot psykisk ohälsa hos små barn (0–5 år). Rapporten redovisar kunskap om metoder och modeller som kan vara relevanta för barnhälsovården, exempelvis för hälsofrämjande insatser, föräldrautbildning och hembesök för att förebygga misshandel och för beteendeproblem. Slutsatserna i rapporten var bland annat att kartläggningen behöver kompletteras med granskning av primärstudier och att det finns ett påtagligt behov av fler utvärderingar av de metoder som finns för tidiga insatser mot psykisk ohälsa hos barn [77].

Socialstyrelsen publicerade även 2014 resultat från en nationell utvärdering [78] av följande selektivt eller indikerade föräldrastödsprogram: *Cope*, *Komet*, *Connect* och *De otroliga åren*. Resultaten visade att med hjälp av samtliga program kände sig föräldrarna stärkta i sin föräldraroll (bl.a. mindre stress och färre negativa reaktioner på barnets beteende) samtidigt som barnens beteendeproblem minskade. Resultaten var som störst fyra till fem månader efter genomförandet av programmen men effekterna kvarstod även både ett och två år senare. Utvärderingen visar att föräldrastödsprogrammen, och även en självhjälpbok, kan utgöra viktiga delar av de insatser som hälso- och sjukvården samt socialtjänsten ger avseende problem som inte är alltför omfattande [78].

Kunskapsläget när det gäller vissa metoder för föräldrastöd som även används inom socialtjänsten beskrivs i Socialstyrelsens Metodguide för socialt arbete [79]. Det gäller bland annat följande metoder: *Marte Meo*, *Komet*, *De otroliga åren*, *Triple-P*, *motiverande samtal*, *Beardslee's*, *Dialektisk beteendeterapi* och *barnorienterad familjeterapi*.

Folkhälsomyndigheten har dela ut pengar till ett urval av kommuner för att stödja föräldrastödsarbetet. Sammantaget visar resultaten att för de i huvudsak universella föräldrastödsprogrammen *ABC*, *Connect*, *Ömsesidig respekt*, *Triple-P*, *Active Parenting* och *Glädje och utmaningar* finns små till medelstora effekter och att de framförallt återfinns på föräldranivå. Ett fåtal effekter ses på barnen [80].

Föräldraprogram – en lönsam satsning

Hälsoekonomiska beräkningar av insatser klarlägger om satsade pengar på föräldrastöd ger utdelning i form av positiv påverkan på folkhälsan och minskad ohälsa hos barn. Utifrån ett folkhälsoperspektiv kan även små effekter på gruppnivå medföra stora vinster för folkhälsan om insatsen ges till många individer, medan riktade insatser kräver större effekter för att ge utdelning eftersom de ges till få [81]. Det är dock viktigt att vara medveten om att en insats med dokumenterat goda effekter i ett visst sammanhang inte garanterat har samma goda effekter i ett annat sammanhang (t.ex. ett annat land).

Socialstyrelsen har utfört en hälsoekonomisk analys av *Cope*, *Komet*, *Connect* och *De otroliga åren*, vilken visar att programmen minskar barnens beteendeproblem till måttliga kostnader [78]. Sammantaget visar de hälsoekonomiska analyserna att det är lönsamt att satsa på dessa selektiva program eftersom det kostar samhället mindre att avvärja ett allvarligt fall av beteen-

deproblematik med hjälp av programmen, än att åtgärda beteendeproblemen när barnen blivit äldre [78, 82].

Folkhälsomyndigheten har även tittat på de universella programmen *Triple-P* och *Alla barn i Centrum* (ABC) och kom fram till att ”universella föräldrastödsprogram kan också vara hälsoekonomiskt motiverade baserat på en låg kostnad i kombination med en minskning av utagerande beteende eller ökad hälsorelaterad livskvalitet” [82].

Nyare forskning om effekter

För att inventera det aktuella kunskapsläget gjordes inom ramen för detta uppdrag en systematisk litteratursökning på effekter av universellt föräldrastöd, publicerade i vetenskapliga publikationer från och med år 2010. I tillgängliga översikter är universella, selektiva och indikerade föräldrastödsprogram ofta inkluderade i samma analys eller så kan selektiv stöd erbjudas till alla föräldrar. Detta medför att det kan vara svårt att urskilja effekterna av just det universella stödet. Resultatet av inventeringen presenteras utan anspråk på att vara heltäckande. De inkluderade studierna beskrivs närmare i bilaga 1, där metaanalyser redovisas i tabell 4 och randomiserade kontrollerade studier i tabell 5.

Effekter av universella insatser

Systematiska översikter visar att föräldrastödsprogram med olika teoretiska grunder åtminstone kan ge korttidseffekter på föräldrars välmående [83]. Även lågintensiva insatser kan ha effekter för barnets, föräldrarnas och familjens välbefinnande, vilket har betydelse ur ett folkhälsoperspektiv [84]. Det finns randomiserade kontrollerade studier som visar att effekten av föräldrastödsprogram blir bättre om familjer själva söker hjälp [85], att vissa effekter finns av att tillhandahålla information via internet [86], att det är begränsade effekter av att tillhandahålla information via broschyr och föräldraren journal [87, 88] och att de föräldrar som är minst oroliga från början är de som läser informationsmaterial och därmed minskar sina besök hos läkare [87].

Sammanfattningsvis kan sägas att universella program som vänder sig till

- *blivande och ammande föräldrar* kan ge effekt och öka föräldrarnas kunskap
- föräldrar med barn *över 3 år upp till övre tonåren* kan ha effekt, främst på föräldrafunktion och barns beteende
- föräldrar med barn *mellan 1 och 3 år* utgör en kunskapslucka, eftersom både få program och få utvärderingar finns.

Förlossningsförberedelse, amning och näringstillförsel

Program som getts före förlossning [89] har gett effekten att både mödrar och fäder var mer nöjda tre månader efter förlossningen jämfört med föräldrar som inte genomgått programmet. Effekter av ett annat program var minskad förlossningsrädsla och bättre självkontroll vid förlossningen [90].

Två svenska studier visar positiva effekter på amning [91] genom att föräldrarna fick både en ökad förståelse och ökade känslor för sina barn, samtidigt som de uppfattade amningsinformationen som värdefull. Även två

danska studier visar goda effekter av föräldrastöd rörande amningskunskap och möjligheter att lösa amningsproblem samt goda effekt på föräldrarnas självkänsla [92, 93]. En studie från Bangladesh visar att föräldrastöd är viktigt även vid behov av förstärkt näringstillförsel hos små barn upp till 2 års ålder [94].

Föräldrafunktion

En svensk studie av programmet *Alla Barn i Centrum* (ABC), som vänder sig till föräldrar med barn mellan 3 och 12 år, visade goda resultat genom att föräldrakompetensen förbättrades liksom barnets hälsa och utveckling. Faktorer som påverkade resultatet var föräldrarnas mentala hälsa och utbildningsnivå samt hur många barn föräldrarna hade [95].

Ett annat program som vänder sig till föräldrar med barn mellan 3 och 12 år är *Brief parent training* (PMTO). I Norge visade programmet ge goda effekter på föräldraskapet. Både kursledarna och föräldrarna bedömde att barnets sociala kompetens förbättrades och enligt föräldrarna förbättrades även barnets beteende [96-98]. Liknande resultat har setts på Island, men interventionen kan inte anses vara universell eftersom den avsåg barn med beteendeproblem som remitterats till behandling [99, 100].

Även programmet *International Child Development Programme* (ICDP), mer känt under namnet *Vägledande samspel* i Sverige, har visat sig förbättra föräldrafunktionen då det gavs till föräldrar med 4-åriga barn i England [101].

I England saknade programmet *Family Links Nurturing Programme* (FLNP) helt effekter [102].

Universella program som vänder sig till vårdnadshavare för familjehemsplacerade barn kan minska barnens beteendeproblem [103].

Barns beteende

För tidigt födda barn i Norge hade mindre beteendeproblem vid fem års ålder då deras föräldrar genomgått ett föräldrastödsprogram [104].

Programmet *De otroliga åren* (*Incredible Years*) är ursprungligen ett selektivt program men gavs universellt i skolmiljö till föräldrar med äldre barn, 5–11 år, på Jamaica [105]. Resultaten visar att negativt beteende, hyperaktivitet och kamratproblem minskade samt att programmet gav positiva effekter på kontakten mellan lärare och föräldrar. Däremot gav programmet ingen effekt när det gavs i en förkortad version i Norge och då de mest belastade barnen hade sällats bort [106]. Bortfallet i den norska studien var emellertid stort, vilket medförde att slutsatserna blev osäkra.

Även programmet *Triple-P* minskade beteendeproblem och förbättrade föräldraförmågan, föräldraförtroende och familjerelationer när det gavs universellt till föräldrar till barn mellan 12 och 15 år på Nya Zeeland [107]. Programmet visade dock inga effekter på vare sig föräldrastراتيجier eller beteendeproblem då det gavs i Schweiz till föräldrar som hade barn som precis börjat i skolan. Föräldrarna hade annat modersmål än tyska (albanska, turkiska och portugisiska) [108]. När hemmiljön förbättrades genom psykosocial stimulering fick barn i USA, vid start i förskolan, bättre resultat på test av läs-, skriv- och räknefärdigheter [109].

I Australien har olika program utvärderats bland annat sådana som syftar till att påverka barns beteende. Föräldrar rapporterade mindre föräldrastress och ett ökat positivt beteende hos barnen (över 9 år) som effekter av programmet *ABCD Parenting Youth Adolescents* [110]. Ingen effekt sågs på ångest och depression, dock för sociala och emotionella färdigheter vid användandet av programmet *Aussie Optimism Program* [111-113]. För ett universellt program sågs vid en treårsuppföljning ingen effekt på beteende. Dock minskade orimliga förväntningar på barnets utveckling och negativa föräldrafaktorer förbättrades, medan de positiva föräldrafaktorerna var oförändrade [114, 115]. Vidare framkom att närhet från faderns sida minskade depression hos barnet [85].

Effekter av selektiva och indikerade insatser

Beteendeproblem och föräldrafunktion

Två systematiska översikter, som publicerats efter SBU:s rapport, har rapporterat positiva effekter för barnets beteendeproblem (barn i 3–12 års ålder), föräldrars hälsa och föräldrafärdigheter [116, 117]. Båda översikterna framhåller behovet av långtidsstudier, som skulle kunna visa vilka effekter insatserna ger på längre sikt.

Det finns en systematisk översikt som visar goda effekter av beteendebeteendeproblem för föräldrar till barn i förskoleåldern med adhd (till exempel *De otroliga åren*) [118]. Resultaten skulle kunna tala för föräldraprogram initialt i behandlingen vid adhd hos förskolebarn.

I en annan översikt om behandling av barn mellan 5 och 11 år med adhd rapporteras effekter genom behandling med icke-farmakologiska metoder (beteendeterapi och s.k. neurofeedback [119]).

Det finns även en systematisk översikt från 2013 som beaktar föräldrar till barn som har funktionsnedsättning. Där studeras hur en anpassning av programmet *Triple-P* tillämpats (*Stepping stones Triple-P* nivå 2–5) och positiva effekter redovisas både vad gäller minskade beteendeproblem hos barnen och förbättring vad gäller föräldrabetende, föräldrars relation och föräldrars känsla av tillfredsställelse och kompetens i föräldrarollen [120].

Främja anknytning och relation

Det finns två systematiska översikter som beskriver goda effekter av interventioner i syfte att främja föräldra- och barnrelationen då barnen fötts för tidigt [121, 122]. Internationell anknytningsforskning visar att interventioner som påverkar föräldrars förmåga att lyhört läsa av, tolka och möta sina barns behov har större effekt på barnens beteende än de som direkt syftar till att åstadkomma en beteendeförändring hos barnen [123]. Erfarenheterna visar att behandlingsarbete med hjälp av videoåterkoppling kan ha positiva effekter för föräldrar med lägre grad av motivation för behandling [124]. *Marte Meo*, en samspelsmetod som bygger på videoåterkoppling, har nyligen fått stöd i en RCT-studie [125]. En gruppbehandlingsmetod som används är *Circle of Security* (Trygghetscirkeln) [126, 127]. När interventionerna förmedlas i grupp kan föräldrar känna sig mindre belastade eftersom andra deltagande föräldrar också befinner sig i samma situation. I Sverige är forskningen inom området tidiga interventioner till barn i riskzonen sparsam men de studier som ändå har gjorts visar på positiva effekter [128, 129].

Uppföljning av föräldrastödsinsatser

Det är viktigt att föräldrastödsarbetet följs upp och utvärderas [43, 44]. Enligt de enkätsvaren uppger hälso- och sjukvårdsverksamheterna att de sällan eller aldrig följer upp föräldrastödsarbetet via ett kvalitetsregister eller annat register. Detta stämmer överrens med resultatet att de nationella kvalitetsregistren saknar uppgifter om föräldrastöd, liksom de register som Nysam ansvarar för [130]. Mödrahälsovården uppger att de följer upp sitt föräldrastödsarbete genom graviditetsregistret. I denna undersökning har det endast framkommit att registret innehåller antal besök och inga uppgifter om vilken typ av föräldrastöd som ges. Barn- och ungdomshabiliteringen uppger att de följer upp föräldrastödet via HabQ. Några BUP-mottagningar anger BUSA (för adhd) och RIKSÄT (för ätstörning), medan en barnklinik anger BORIS (för barnobesitas). Barnhälsovården uppger att de i princip enbart följer upp föräldrastödsarbetet via journaler. Samtliga specialistvårdsmottagningar följer främst upp föräldrastödsarbetet via patientnöjdhetsundersökningar och ibland via föräldrarnas före- efterskattningar.

Elevhälsans arbete ingår i skolans systematiska kvalitetsarbete som ett led i att ständigt utveckla skolverksamheten. Det framgår dock av fokusgruppen att vissa kommuner saknar både styrdokument för elevhälsan, till exempel en elevhälsoplan, och kvalitetskriterier för uppföljning. Ett kvalitetsregister (EMQ) har precis startats för elevhälsan men det kommer enbart ta upp den medicinska delen, inte eventuella föräldrastödsinsatser.

Linnéuniversitetet/Nationellt kompetenscentrum anhöriga i samarbete med Hälsohögskolan i Jönköping har fått Socialstyrelsens uppdrag att se över möjligheterna att få in systematisk uppföljning i verksamheter där man ger en stödsinsats. Detta avser både socialtjänst, hälso- och sjukvård och ideell sektor.

Utvecklingsområden

Sammantaget kan sägas att hälso- och sjukvården erbjuder föräldrastöd i flera olika former. Mödra- och barnhälsovården erbjuder universella insatser i form av individuellt stöd och föräldragrupper, men sällan föräldrastödsprogram. Verksamheterna erbjuder även ett förstärkt stöd vid behov. Specialistsjukvården erbjuder ett riktat föräldrastöd vid olika tillstånd och stödet utgörs till stor del av samtal med olika yrkesprofessioner, men även av specifika föräldrastödsprogram. Utbudet av hälso- och sjukvårdens föräldrastöd stämmer i stort sett överens med föräldrars behov av stöd, exempelvis avseende barnets utveckling, sömnproblem, amning, mat och om specifika tillstånd, sjukdomar eller funktionsnedsättningar. Det finns dessutom vetenskapligt stöd för föräldrastöd för att främja amning och minska barnets beteendeproblem. Dock erbjuds få stödinsatser för vissa specifika tillstånd.

Föräldrar efterfrågar även stöd i att få vardagen att fungera bättre och för att stärka sin föräldraförmåga. Det finns vetenskapligt stöd för att föräldrastödsinsatser kan främja föräldrafunktionen. Hälso- och sjukvården saknar ibland kompetens eller resurser för att ge det psykosociala föräldrastöd som föräldrarna har behov av. Flertalet av verksamheterna uppger också att ingen personalutbildning i föräldrastödsarbete har skett under det senaste året och att insatserna inte följs upp via något register.

Både primär- och specialistsjukvården uppger att föräldrastödet inte når alla föräldrar. Verksamheterna har exempelvis svårare att nå föräldrar med utländsk bakgrund och socioekonomiskt utsatta grupper. Om alla ska ha nytta av föräldrastöd kan det behövas anpassas efter målgrupp. Verksamheterna uppger att de till viss del målgruppsanpassar exempelvis gruppansättning, ökat individuellt stöd eller erbjuder stöd på olika språk eller vid flexibla tider. Enligt enkätsvaren uppger ett fåtal barnhälsovårdsmottagningar att de anpassar föräldrastödet när barnet har en psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning. Barn med olika sjukdomar får antas ha samma behov av främjande universella insatser via sina föräldrar.

Som en följd av detta bedömer Socialstyrelsen att följande områden är särskilt viktiga för en fortsatt utveckling av föräldrastöd inom hälso- och sjukvården:

- uppföljning av föräldrastödsinsatser
- nationellt kunskapsstöd om metoder, arbetssätt och arbetsformer för föräldrastöd
- kompetensutveckling av hälso- och sjukvårdspersonal i föräldrastödsarbete
- en tydlig ansvarskedja från nationell till regional och lokal nivå

Viktiga insatser har gjorts under de senaste åren inom dessa områden, men det behövs ett fortsatt arbete för en ökad kvalitet, likvärdighet och jämlikhet i hälso- och sjukvårdens föräldrastöd. En utgångspunkt för arbetet är regering-

ens föräldrastödsstrategi, men insatser behövs också för selektivt eller indikativt förebyggande insatser som inte ingår i regeringens strategi. Barnkonventionen är en naturlig utgångspunkt för föräldrastöd som arbetsområde inom hälso- och sjukvården. Det finns också utgångspunkter för föräldrastöd i svensk lagstiftning. Enligt 2 c § HSL ska hälso- och sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa. I patientlagen anges bland annat att patienten ska få information (3 kap. 1 §) och att barnets vårdnadshavare ska få denna information när patienten är ett barn (3 kap. 3 §). (Se även s. 13).

Uppföljning

Av de enkätsvar som redovisas i rapporten framgår det att flertalet av verksamheterna inte följer upp sitt föräldrastödsarbete via något register och att uppgifter om föräldrastöd saknas i flertalet nationella kvalitetsregister. En förbättrad uppföljning av föräldrastödsinsatserna skulle öka förutsättningarna att utveckla föräldrastödet och beskriva kunskapsluckor och regionala variationer. Det skulle även möjliggöra en uppföljning av vilka grupper verksamheterna har svårare att nå och därmed sätta in specifika åtgärder för att nå dessa föräldrar, exempelvis fäder, föräldrar med utländsk bakgrund och socioekonomiskt utsatta grupper. Inom detta område finns således en stor utvecklingspotential [71, 131-133].

En förbättrad uppföljning skulle exempelvis kunna ske med hjälp av tillgång till kvalitetsindikatorer och åtgärds-koder (KVÅ). Dessa verktyg för uppföljning bör kunna användas av kommuner, landsting och regioner för utveckling och kvalitetssäkring av föräldrastödsarbetet. På nationell nivå bör de kunna användas i kvalitetsutvecklande syfte och för att validera metoder och arbetssätt för föräldrastöd. För att ta fram verktyg för uppföljning (t.ex. indikatorer) behövs ett nationellt utvecklingsarbete som involverar bland annat de nationella kvalitetsregistren, MIA, Socialstyrelsen och Folkhälso-myndigheten.

Nationellt kunskapsstöd

Huvudmän, verksamheter och professioner behöver ha tillgång till ett samordnat och behovsanpassat nationellt kunskapsstöd om metoder, arbetssätt och arbetsformer för föräldrastöd för en god och likvärdig kvalitet i föräldrastödet. Hälso- och sjukvården efterfrågar ett ökat nationellt stöd.

De översikter av kunskapsläget som redovisas i denna rapport, tillsammans med professionens kunskap, visar att det finns förutsättningar att ta fram kunskapsstöd med rekommendationer om såväl universellt som selektivt och indikerat föräldrastöd. Enligt vetenskapliga studier finns det program som visat goda effekter för blivande föräldrar, amning, anknytning och för föräldrar till barn från 3 års ålder. Det finns också vetenskapligt stöd för att program har effekt på beteendeproblem eller utagerande beteende, inklusive beteendeproblem vid adhd. Det behövs dock en systematisk kunskapsöversikt att basera vidare arbete på. En fördjupad genomgång av insatsers innehåll, etiska, barnrättsliga och hälsoekonomiska aspekter bör också göras,

liksom hur utbildning, handledning och uppföljning av programmen kan utföras.

Kunskapsutveckling för fortsatt kunskapsstöd

För att långsiktigt förbättra kunskapsstödet till huvudmän, verksamheter och professioner behöver också ny kunskap om föräldrastöd inom hälso- och sjukvården utvecklas. Forskningsfinansiärer och forskare har nyckelroller för att denna kunskapsutveckling kommer till stånd.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att det universella föräldrastödet avseende barn 0–6 år även fortsättningsvis bör utgå från mödra- och barnhälsovården, som bör fortsätta ge föräldrar stöd rörande amning och föräldraskap. Det finns dock vetenskapliga kunskapsluckor vad gäller det universella stödet för föräldrar till de yngsta barnen, särskilt de mellan 1–3 år, och vad gäller möjlighet till fördjupade insatser inom områdena tidig föräldra- och barninteraktion samt beteendeproblem hos förskole- och lågstadiet barn. Anknytning mellan föräldrar och spädbarn är centralt för barnets utveckling och hälsa. Idag är det otydligt vem som ansvarar för späda barn och små barn (vanligen bhv eller bup) då det uppstått samspels-, bindnings- och anknytningsproblem.

Vetenskapliga kunskapsluckor rörande föräldrastöd vid kroniska kroppsliga sjukdomar såsom astma, födoämnesallergi, diabetes, fetma och epilepsi behöver också kartläggas.

Vidare finns det ett behov av effektstudier för utvärdering av hur samlokalisering av verksamheter och samverkan påverkar föräldrastödsarbetet, exempelvis genom familjecentraler. I en rapport som tagits fram på uppdrag av regeringen [47] framgår att en familjecentral kan samverka på flera olika sätt kring hälsofrämjande arbete för barn. Bättre samverkan efterfrågas av ett flertal primär- och specialistverksamheter i enkätsvaren och referensgruppen betonar vikten av samverkan mellan mödrahälsovården och barnhälsovården.

Kompetensutveckling

Tillgång till kompetensutveckling i föräldrastödsarbete för berörd hälso- och sjukvårdspersonal är en förutsättning för utvecklingen av såväl universellt som selektivt och indikerat föräldrastöd. Huvudmännen ansvarar för att personalen får den kompetensutveckling som de behöver för sitt arbete, exempelvis genom strukturerad handledning i arbetsmetoder.

Personal med rätt kompetens i föräldrastödsarbetet efterfrågas av både primär- och specialistvården, enligt de enkätsvar som Socialstyrelsen erhållit. Enkätresultaten visar att primär- och specialistsjukvården främst utbildar personalen internt. Specialistvården köper även extern utbildning. Externa utbildningar kan bland annat vara viktiga för att främja den metodföljsamhet som krävs vid arbete med evidensbaserade föräldrastödsprogram. Det är viktigt att programmens kärnkomponenter inte förändras under arbetet i förhållande till vad de var när programmen utvärderades vetenskapligt.

Vid utbildningstillfällen i föräldrastöd behövs ett normkritiskt, jämställt och jämlikt förhållningssätt. Personal inom bland annat mödra- och barn-

hälsovården samt elevhälsan behöver kunna rikta sig till båda föräldrarna (i de fall de är två) för att uppnå jämlikhet i föräldrastödet.

I kompetensutvecklingen behöver även barnrättsperspektivet uppmärksammas. Det gäller också inom hälso- och sjukvård som vänder sig till vuxna. Föräldrastöd och familjeperspektiv i vården när föräldrar har allvarliga svårigheter av något slag är ett fortsatt angeläget utvecklingsområde. Implementeringen av bestämmelsen om barn som anhöriga i 2 g § HSL kräver aktiva och kontinuerliga insatser för att bestämmelsen ska få genomslag.

En annan aspekt på kompetensfrågorna är tillgången till resurser för att tillgodose både de medicinska och de psykosociala delarna som ingår i föräldrastödsarbetet. Att det finns tillgång till dessa kompetenser inom samma organisation skapar förutsättningar för ett interprofessionellt arbetsätt [134]. Enligt referensgruppen och enkätsvaren kan sådan verksamhet med fördel samlokaliseras med liknande verksamheter, till exempel familjecentraler, resursteam och primärvård för barn och unga.

Tydlig ansvarskedja

För samtliga de utvecklingsområden som beskrivs ovan är det angeläget med en tydlig ansvarskedja från nationell till regional och lokal nivå för ett systematiskt arbete i enlighet med regeringens föräldrastödsstrategi, men också för selektivt eller indikativt förebyggande insatser, som inte ingår i regeringens strategi.

Ansvarsfördelning på nationell nivå

På nationell nivå är flera aktörer berörda. MIA ska bedriva ett kunskapsbaserat arbete avseende förebyggande insatser rörande stöd till föräldrar i deras föräldraskap för att främja barnets utveckling (föräldrastöd). Detta framgår av 1 § i förordning (2007:1020) med instruktion för Myndigheten för internationella adoptionsfrågor. Vidare står det i 5 § att MIA har till uppgift att samordna föräldrastödet. Det framgår inte av instruktionen om det både är universellt och riktat stöd som ska samordnas, samt om det innefattar hälso- och sjukvård.

Inom hälso- och sjukvården bör även Socialstyrelsen, SBU och Folkhälsomyndigheten vara viktiga aktörer utifrån sina uppdrag. För Socialstyrelsens del handlar det bland annat om uppdraget att vara ett nav för den statliga styrningen med kunskap inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Skolverket har också en viktig roll genom sitt ansvar för frågor om elevhälsan.

Socialstyrelsen bedömer att det behövs en mer sammanhängande nationell struktur för hela föräldrastödsområdet. Ansvarsområden för de olika myndigheterna bör förtydligas och en tydlig idé kring samverkan bör finnas eftersom de olika insatserna bör samspela. Gränsdragningen mellan MIA:s och Socialstyrelsens arbete kan behöva tydliggöras avseende bland annat det riktade föräldrastödet inom specialistsjukvården.

På regional nivå kan länsstyrelsen vara en lämplig aktör för stöd och samordning när det gäller föräldrastödsstrategier. Länsstyrelsen har redan

erfarenhet från regeringsuppdrag inom föräldrastödsområdet och samordnar samverkansforum för föräldrastöd.

Föräldrastödsstrategier

Huvudmännen kan stödja utvecklingen av föräldrastödet inom hälso- och sjukvården genom strategier för det egna arbetet med såväl universellt som selektivt och indikerat föräldrastöd. Befintliga regionala och lokala strukturer kan med fördel användas för detta, exempelvis folkhälsosamordnare eller andra samordnare med uttalat ansvar för föräldrastödsarbetet. Det är angeläget att föräldrastödsstrategier kopplas till relevanta folkhälsomål (t.ex. mål 3, Barns och ungas uppväxtvillkor och mål 6, Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård), liksom till barnkonventionen.

En fråga som särskilt behöver belysas i föräldrastödsstrategierna är hur föräldrar med särskilda förutsättningar och behov ska nås av erbjudanden om föräldrastöd samt hur detta ska följas upp. Hälso- och sjukvårdsverksamheter har i enkätsvaren framhållit att de har svårare att nå fäder, föräldrar med utländsk bakgrund och föräldrar som är nyanlända, asylsökande eller papperslösa samt socioekonomiskt utsatta familjer.

Socialstyrelsen har på flera sätt kunnat konstatera att verksamheter inom hälso- och sjukvården efterfrågar ökad tydlighet om det regionala och lokala föräldrastödsarbetet och att de anser att detta bör prioriteras högre av huvudmännen. I dag utförs en hel del föräldrastödsarbete utan att det benämns så, till exempel det dagliga stöd som utgör basen inom exempelvis barnhälsovården, eller föräldrastöd i anslutning till barnets behandling inom specialistsjukvården och föräldrastödsaktiviteter inom elevhälsan. Fokusgruppen för elevhälsan anser att det är viktigt att både tid och pengar avsätts till elevhälsans arbete med föräldrastöd och uppger att det finns stora pedagogiska vinster med att erbjuda föräldrarna det stöd de behöver för att barnen ska må bra och lära sig [58].

Enligt enkätsvaren anser verksamheterna inte att deras organisation behöver förändras för en utveckling av föräldrastödsarbetet, i stället önskar de mer tid för föräldrastödsarbete. På de nationella barnhälsovårdsdagarna 2015, och i en efterföljande enkät till samtliga barnhälsovårdsenheter, framkom det dessutom att de nya hälsobesöken i form av hembesök vid 8 månaders ålder och teambesök vid 3 års ålder [34] är svåra att genomföra på grund av bristande resurser. Detta påverkar troligen även föräldrastödsarbetet och hembesöken är efterfrågade av både professionen och föräldrarna [135].

Både primär- och specialistvården efterfrågar även fler och utvecklade föräldrastödsinsatser, enligt enkätsvaren. Önskemål om att utveckla webbaserade lösningar för föräldrastödet förs också fram, liksom synpunkten att webbsidan 1177.se behöver vidareutvecklas, vilket överensstämmer med föräldrars önskan att få stöd via internet [11, 20]. Internetbaserat föräldrastöd skulle i högre utsträckning kunna användas som ett komplement till andra insatser.

Projektorganisation

Socialstyrelsen

Eleonora Björkman, projektledare,
Kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården (KHS)

Matilda Ekström Sundberg, projektgrupp, utredare,
Kunskapsstyrning för socialtjänsten (KST)

Carl-Erik Flodmark, projektgrupp, medicinskt sakkunnig, barnläkare, KHS

Barbro Thurffjell, projektgrupp, medicinskt sakkunnig,
barn- och ungdomspsykiater, KHS

Karin Dahlgren, projektledare 2014, Kunskapsstöd

Regina Ylvén, utredare, KHS

Merike Hansson, utredare, KST

Pär Alexandersson, utredare, KST

Anneli Wicksell, kommunikationsstrateg, Kommunikation

Carolin Holm, utredare KST

Maja Kärrman Fredriksson, informationsspecialist, KHS
(överförflyttad till SBU)

Robert Linder, statistiker, Utvärdering och analys

Elizabeth Åhsberg, t.f. enhetschef, KHS

Anders Fejer, enhetschef, KHS

Referensgrupp

Svensk Kuratorsförening:

Anna-Lena Birkeland, sektionschef barnkuratorer,
Karolinska Kuratorskliniken

Elisabet Eliasson, kurator vuxenpsykiatri, Skaraborgs sjukhus

Svenska Barnmorskeförbundet:

Catharina Zätterström, samordningsbarnmorska, Stockholms läns landsting

Föreningen för familjecentralers främjande (FFFF):

Ann-Charlotte Lilja, verksamhetsutvecklare BHV och familjecentraler,
Region Jönköping

Gunnel Holmqvist, ersättare, styrelsemedlem, Östersund

Riksföreningen för barnsjuksköterskor:

Malin Wallberg, verksamhetsutvecklare BHV, Region Östergötland

Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård:

Birgitta Toomingas, psykolog MHV och BHV

Kerstin Johannesson, psykolog MHV och BHV, Västra Götalandsregionen

Riksföreningen skolsköterskor:

Susann Magnusson, sjuksköterska och enhetschef elevhälsans medicinska insats, Uddevalla kommun, Västra Götalandsregionen

Föreningen Sveriges habiliteringschefer:

Carina Folkesson, psykolog, verksamhetschef för barn och ungdomshabilitering, Västerbottens läns landsting

Forskare:

Kerstin Neander, socionom och fil.dr., Region Örebro län

Cecilia Brundin Pettersson, sakkunnig graviditet och ätstörning

BRIS:

Marie Angsell, socionom, metodutvecklare på BRIS
(medverkade under första delen)

Fokusgrupp elevhälsan

Yvonne D-Wester, Sveriges skolkuratorers förening

Ingela Fondin, Sveriges skolledarförbund

Ann-Charlotte Gavelin Rydman, Lärarförbundets skolledarförening

Susann Magnusson, Riksföreningen för Skolsköterskor

Maria Malmgren, Sveriges skolkuratorers förening

David Pålsson, Sveriges psykologförbund Psifos

Mats Swensson, Svenska Skolläkarföreningen

Åse Victorin, Svenska Skolläkarföreningen

Experter föräldrastöd

Håkan Stattin, vetenskapligt råd, Socialstyrelsen

Anna Sarkadi, läkare och docent i socialpediatrik, Uppsala Universitet

Referenser

1. Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd: en vinst för alla. Stockholm: Regeringskansliet, Socialdepartementet; 2013.
2. Vägledning för Elevhälsan, Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen och Skolverket; 2014.
3. Nya verktyg för föräldrar: förslag till nya former av föräldrastöd. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; R.2004:49.
4. Socialdepartementet. Föräldrautbildning: betänkande från Barnomsorgsgruppen. SOU 1978:5. Stockholm: Liber förlag; 1978.
5. Barnomsorgsgruppen. Barn och vuxna: Barnomsorgsgruppens slutbetänkande om föräldrautbildning. SOU 1980:27. Stockholm: Socialdepartementet; 1980.
6. Socialdepartementet. Barnstugeutredningen, BU, 1968 års barnstugeutredning (med slutbetänkande 1975).
7. Socialutskottet. Statsbidrag till alternativ barnomsorg m.m. 1991/92: SoU12.
8. Socialdepartementet. Stöd i föräldraskapet: betänkande av Utredning av föräldrautbildning. SOU 1997:161. Stockholm Socialdepartementet; 1997.
9. Regeringens skrivelse: 1999/2000:137. Barn - här och nu. Redogörelse för barnpolitiken i Sverige med utgångspunkt i FN:s konvention om barnets rättigheter.; 2000.
10. Föräldrastöd - en vinst för alla: nationell strategi för samhällets stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap. SOU 2008:131. Socialdepartementet; 2008.
11. Föräldrar spelar roll: vägledning i lokalt och regionalt föräldrastödsarbete. Östersund: Folkhälsomyndigheten; 2014.
12. The Marmot Review. Fair Society, Healthy Lives, 2010. 2010.
13. En förnyad folkhälsopolitik. (prop. 2007/08:110).
14. Regeringens skrivelse: 2011/12:166. En folkhälsopolitik med människan i centrum; 2012.
15. FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). Hämtad 2015-11-04 från: <https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten#full>
16. Regeringens skrivelse: 2013/14:87. Ett stärkt föräldrastöd - för barnets rätt till trygga uppväxtvillkor; 2014.
17. Stöd till anhöriga ställer krav på strategi. Socialstyrelsens meddelandeblad november 2009.
18. Lagstiftning om samverkan kring barn och unga – en sammanfattning om ansvarsfördelning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
19. Plantin, L, Daneback, K. Föräldraskap och internet: Nya mötesplatser och informationsvägar kring det moderna föräldraskapet. Socialvetenskaplig tidskrift; 2010;17(2):170-88.
20. Karolinska Institutet. Implementeringsstudie av internetbaserade föräldrastöd: Sammanfattande rapport 2015.
21. Barn under 18 år som söker hälso- och sjukvård. Socialstyrelsens meddelandeblad 7/2010.
22. Bedöma barns mognad för delaktighet. Stockholm: Socialstyrelsen; Under utgivning 2015.

23. Hallberg, A-C. Parental support in a changing society. Doktorsavhandling. Lund: Lunds universitet; 2006.
24. Widarsson, M. Journey from pregnancy to early parenthood: perceived needs of support, fathers' involvement, depressive symptoms and stress. Doktorsavhandling. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis; 2015.
25. Sarkadi, A. Föräldrastöd i Sverige idag: vad, när och hur? Rapport till Statens Folkhälsoinstitut. Visby: Nomen; 2009.
26. Skerfving, A. Patienternas barn: om prevalens, insatser och samverkan inom allmänpsykiatri, barn-och ungdomspsykiatri och socialtjänst. Två registerstudier vid vuxenpsykiatri i södra Stockholm: FoU-enheten Psykiatri Södra Stockholms läns sjukvårdsområde; 2007.
27. Föräldrar med utvecklingsstörning och deras barn: vad finns det för kunskap? Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
28. Östman, M, Bramhagen, A-C, Carlsson, A. Barn som lever i familjer där någon av föräldrarna har en psykisk sjukdom. Hälsofrämjande arbete för barn och ungdomar Studentlitteratur; 2013.
29. Gunnarsson, L. Kartläggning av målgruppen ”Samverkan Utveckling Föräldraskap” Föräldrar med utvecklingsstörning eller kognitiva svårigheter och deras barn. Landstinget Kronoberg; 2013. FoU-rapport 2013:1.
30. Jöreskog, K. Bra stöd till föräldrar med intellektuella begränsningar. Intra. 2010; (4):18-20.
31. Förstärkt barn- och föräldraperspektiv inom missbruks- och beroendevården. Delrapport. SKL; 2014.
32. Birath, CS. Rapport Beroendecentrum Stockholm: utveckling av barn- och föräldrastöd 2012-2013. Stockholm: Beroendecentrum; 2013.
33. Wallby, T, Hjern, A. Child health care uptake among low-income and immigrant families in a Swedish county. Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992). 2011; 100(11):1495-503.
34. Rikshandboken Barnhälsovård. Hämtad 2015-11-12 från: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Oversikt/Det-aldersrelaterade-programmet---en-oversikt/>
35. Ringnér, A. Information till föräldrar som har barn med cancer. Doktorsavhandling. Umeå: Umeå universitet; 2013.
36. Hedov, G. Swedish parents of children with Down syndrome: a study on the initial information and support, and the subsequent daily life. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis; 2002.
37. Hedov, G, Annerén, G. Bättre stöd åt nyblivna föräldrar till barn med livslångt funktionshinder: förslag till nya riktlinjer. Läkartidningen. 2010; 107:22, s. 1477-1479.
38. Lindblad, B-M. Att vara förälder till barn med funktionsnedsättning - erfarenheter av stöd och av att vara professionell stödjare. Doktorsavhandling. Umeå: Umeå universitet; 2006.
39. Hedberg, E. Föräldrastöd inom barn- och ungdomshabiliteringen. Umeå: Föreningen Sveriges habiliteringschefer; 2010.
40. Broberg, M, Broberg, M, Norlin, D, Nowak, H, Starke, M. Riktat föräldrastöd : rifs-projektets slutrapport. En aktionsforskningsansats för att kartlägga behov och förbättra stödet till föräldrar som har barn med funktionsnedsättning. Göteborg: FoU i väst; 2014.
41. Föräldrastöd för familjer där barn eller vårdnadshavare har en funktionsnedsättning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.

42. Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning : ett (o)lösligt problem? Stockholm: Riksrevisionen; 2011.
43. Kunskapsstöd för mödrhälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
44. Vägledning för Barnhälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
45. Så arbetar kommuner, landsting och ideella organisationer med föräldrastöd. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut; 2013.
46. Wallby, T, Fabian, H, Sarkadi, A. Familjecentraler har bättre förutsättningar att ge föräldrastöd. Nationell kartläggning. Läkartidningen. 2013;110:CADY.
47. Familjecentrum kartläggning och utvärdering. Stockholm: Ramböll; 2014.
48. Närhälsan mödrabarnhälsovårdsteamet - Haga. Hämtad 2015-11-06 från: <http://www.narhalsan.se/mbhvhaga>
49. Barnläkarföreningen. Hämtad 2015-10-27 från: <http://www.barnlakarforeningen.se/>
50. Föreningen Sveriges habiliteringschefer. Policy för specialistområdet habilitering i Sverige. 2006, reviderat 2014.
51. Vårdguiden. Hämtad 2015-10-27 från: <http://www.1177.se/Tema/Barn-och-foraldrar/Barn-i-varden/Barn--och-ungdomspsykiatri-BUP/om-barn-och-ungdomspsykiatri-bup/>
52. Nationella funktionen sällsynta diagnoser. Hämtad 2015-11-06 från: <http://www.nfsd.se/>
53. Bruce, E. Erfarenheter av stöd bland föräldrar till barn med medfödda hjärtfel. Doktorsavhandling. Umeå: Umeå universitet; 2014.
54. Gustafsson, AW. Stärkande samtal: fyra fallstudier av invandrarfamiljers läkarbesök i barndiabetesvården. Lund: Lunds universitet; 2014.
55. Dalheim Englund, A-C. Skydda och frigöra: en studie av föräldrar till barn med astma och av professionella vårdare. Doktorsavhandling. Umeå: Umeå universitet; 2005.
56. Ericson, U-C. Föräldrar till astmasjuka barn: föräldrars upplevelse av önskad information. Göteborg: Göteborgs universitet; 1996.
57. Nka. Hämtad 2015-10-27 från: <http://www.anhoriga.se/publicerat/>
58. Gustafsson, J-E. School, learning and mental health : a systematic review. Stockholm: Health Committee, Royal Swedish Academy of Sciences; 2010.
59. Social rapport 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
60. Nationellt kvalitetsregister för Mödrhälsovård: Sammanställning av strukturdata 2007. Arbetsgruppen för Nationellt kvalitetsregister för mödrhälsovård; 2007.
61. Wells, M, Sarkadi, A. Do Father-Friendly Policies Promote Father-Friendly Child-Rearing Practices? A Review of Swedish Parental Leave and Child Health Centers. Journal of Child & Family Studies. 2012; 21(1):25-31.
62. Wells, MB, Varga, G, Kerstis, B, Sarkadi, A. Swedish child health nurses' views of early father involvement: a qualitative study. Acta Paediatrica. 2013; 102(7):755-61.
63. Fabian, H. Women who do not attend parental education classes during pregnancy or after birth. Stockholm; 2008.
64. Lagerberg, D, Magnusson, M. Utilization of child health services, stress, social support and child characteristics in primiparous and multiparous

- mothers of 18-month-old children. *Scand J Public Health*. 2013; 41(4):374-83.
65. Föräldrastöd i mångkulturella möten: slutrapport. Linköping: Institutionen för tema, tema barn, Linköpings universitet; 2014.
 66. Utsatta barns hälsa: resultat av en undersökning av fysisk och psykisk hälsa hos barn vars behov utreds av socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
 67. Dartingtonprojektet – en försöksverksamhet för att stärka och utveckla familjehemsvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
 68. Kling, S, Nilsson, I. Fosterbarns hälsa - det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö 2010. Malmö: Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap; 2010.
 69. Placerade barns skolgång och hälsa: ett gemensamt ansvar. Stockholm: Socialstyrelsen och Skolverket; 2013.
 70. Andersson-Ellström, A. Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi; 2008.
 71. Fabian, HM, Radestad, IJ, Waldenstrom, U. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005; 84(5):436-43.
 72. Engström, S. Förändringar i vardagen efter att ha genomgått föräldrautbildningen STRATEGI för föräldrar till barn och tonåringar med ADHD. Psykologilinjeuppsats. Stockholms universitet; 2015.
 73. Svenska institutet för barn i behov av utvecklingsstöd. Föräldrautbildning STRATEGI. Hämtad 2015-11-06 från: <http://sinus.se/strategi/default.asp>
 74. Nationellt kvalitetsregister för habilitering HabQ. Uppföljning vid föräldrastöd. Hämtad 2015-11-06 från: <http://www.liu.se/habq/uppfoljning-vid-foraldrastod?l=sv>
 75. Anttila, S, Clausson, E, Eckerlund, I, Helgesson, G, Hjern, A, Håkansson, P-A, et al. Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn : En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2010.
 76. Bremberg, S. Mer svensk forskning behövs för att klargöra effekter av generella insatser för att förebygga psykisk ohälsa. Hämtad från: <http://www.elevhalsan.se/blogs/sbremberg/index.htm?date=2010-06-01>
 77. Tidiga insatser mot psykisk ohälsa hos små barn – En sammanställning av systematiska översikter. Socialstyrelsen; 2013.
 78. Effekter av föräldrastöd : redovisning av en nationell utvärdering på uppdrag av Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
 79. Metodguide för socialt arbete. Socialstyrelsen. Hämtad 2015-11-06 från: <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/metodguide>
 80. Slutredovisning av uppdrag kring ett utvecklat föräldrastöd ”Uppdrag att fördela stimulansmedel till utvärdering och utveckling av föräldrastöd”. Östersund: Folkhälsomyndigheten; 2014.
 81. Alfredsson, E, Broberg, A., Axberg, U. Föräldrastöd & tonåringar - rapport till länsstyrelserna. Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet. 2015.
 82. Föräldrastöd – är det värt pengarna? Hälsoekonomiska analyser av föräldrastödsprogram. Östersund: Folkhälsomyndigheten; 2013.
 83. Barlow, J, Smailagic, N, Huband, N, Roloff, V, Bennett, C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012; 6:Cd002020.

84. Sanders, MR, Kirby, JN, Tellegen, CL, Day, JJ. The Triple P-Positive Parenting Program: a systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical psychology review*. 2014; 34(4):337-57.
85. Heerde, JA, Toumbourou, JW, Hemphill, SA, Olsson, CA. Longitudinal prediction of mid-adolescent psychosocial outcomes from early adolescent family help seeking and family support. *Journal of Research on Adolescence*. 2014.
86. Austvoll-Dahlgren, A, Bjørndal, A, Odgaard-Jensen, J, Helseth, S. Evaluation of a Web Portal for Improving Public Access to Evidence-Based Health Information and Health Literacy Skills: A Pragmatic Trial. *PLoS ONE*. 2012; 7(5):1-11.
87. Hansen, BL. A health education booklet for young families - its need, use and effect. *Patient education and counseling*. 1995; 25(2):137-42.
88. Bjerkeli Grovdal, L, Grimsmo, A, Ivar Lund Nilsen, T. Parent-held child health records do not improve care: a randomized controlled trial in Norway. *Scandinavian journal of primary health care*. 2006; 24(3):186-90.
89. Bergstrom, M, Kieler, H, Waldenstrom, U. A randomised controlled multicentre trial of women's and men's satisfaction with two models of antenatal education. *Midwifery*. 2011; 27(6):e195-200.
90. Toohill, J, Fenwick, J, Gamble, J, Creedy, DK, Buist, A, Turkstra, E, et al. A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth*. 2014; 41(4):384-94.
91. Ekstrom, A, Nissen, E. A mother's feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counseling and continuity of care. *Pediatrics*. 2006; 118(2):e309-14.
92. Kronborg, H, Maimburg, RD, Vaeth, M. Antenatal training to improve breast feeding: a randomised trial. *Midwifery*. 2012; 28(6):784-90.
93. Kronborg, H, Vaeth, M, Olsen, J, Harder, I. Health visitors and breastfeeding support: influence of knowledge and self-efficacy. *European journal of public health*. 2008; 18(3):283-8.
94. Nahar, B, Hossain, MI, Hamadani, JD, Ahmed, T, Grantham-McGregor, S, Persson, LA. Effects of psychosocial stimulation on improving home environment and child-rearing practices: results from a community-based trial among severely malnourished children in Bangladesh. *BMC Public Health*. 2012; 12:622.
95. 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.
96. Kjobli, J, Hukkelberg, S, Ogden, T. A randomized trial of group parent training: reducing child conduct problems in real-world settings. *Behaviour research and therapy*. 2013; 51(3):113-21.
97. Kjobli, J, Ogden, T. A randomized effectiveness trial of brief parent training in primary care settings. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*. 2012; 13(6):616-26.
98. Bjorknes, R, Manger, T. Can parent training alter parent practice and reduce conduct problems in ethnic minority children? A randomized controlled trial. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*. 2013; 14(1):52-63.

99. Sigmarisdottir, M, Degarmo, DS, Forgatch, MS, Guethmundsdottir, EV. Treatment effectiveness of PMTO for children's behavior problems in Iceland: assessing parenting practices in a randomized controlled trial. *Scandinavian journal of psychology*. 2013; 54(6):468-76.
100. Sigmarisdottir, M, Thorlacius, O, Guethmundsdottir, EV, DeGarmo, DS. Treatment Effectiveness of PMTO for Children's Behavior Problems in Iceland: Child Outcomes in a Nationwide Randomized Controlled Trial. *Family process*. 2015; 54(3):498-517.
101. Skar, AM, von Tetzchner, S, Clucas, C, Sherr, L. The long-term effectiveness of the International Child Development Programme (ICDP) implemented as a community-wide parenting programme. *The European journal of developmental psychology*. 2015; 12(1):54-68.
102. Simkiss, DE, Snooks, HA, Stallard, N, Kimani, PK, Sewell, B, Fitzsimmons, D, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a universal parenting skills programme in deprived communities: multicentre randomised controlled trial. *BMJ open*. 2013; 3(8).
103. Chamberlain, P, Price, J, Leve, LD, Laurent, H, Landsverk, JA, Reid, JB. Prevention of behavior problems for children in foster care: outcomes and mediation effects. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*. 2008; 9(1):17-27.
104. Nordhov, SM, Ronning, JA, Ulvund, SE, Dahl, LB, Kaaresen, PI. Early intervention improves behavioral outcomes for preterm infants: randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2012; 129(1):e9-e16.
105. Baker-Henningham, H, Walker, SP, Powell, C, Gardner, JM. Preventing behaviour problems through a universal intervention in Jamaican basic schools: a pilot study. *The West Indian medical journal*. 2009; 58(5):460-4.
106. Reedtz, C, Handegard, BH, Morch, WT. Promoting positive parenting practices in primary care: outcomes and mechanisms of change in a randomized controlled risk reduction trial. *Scandinavian journal of psychology*. 2011; 52(2):131-7.
107. Chu, JT, Bullen, P, Farruggia, SP, Dittman, CK, Sanders, MR. Parent and adolescent effects of a universal group program for the parenting of adolescents. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*. 2015; 16(4):609-20.
108. Eisner, M, Nagin, D, Ribeaud, D, Malti, T. Effects of a universal parenting program for highly adherent parents: a propensity score matching approach. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*. 2012; 13(3):252-66.
109. Brotman, LM, Dawson-McClure, S, Calzada, EJ, Huang, KY, Kamboukos, D, Palamar, JJ, et al. Cluster (school) RCT of ParentCorps: impact on kindergarten academic achievement. *Pediatrics*. 2013; 131(5):e1521-9.
110. Burke, K, Brennan, L, Roney, S. A randomised controlled trial of the efficacy of the ABCD Parenting Young Adolescents Program: rationale and methodology. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2010; 4:22.
111. Johnstone, J, Rooney, RM, Hassan, S, Kane, RT. Prevention of depression and anxiety symptoms in adolescents: 42 and 54 months follow-up of the Aussie Optimism Program-Positive Thinking Skills. *Frontiers in psychology*. 2014; 5:364.

112. Myles-Pallister, JD, Hassan, S, Rooney, RM, Kane, RT. The efficacy of the enhanced Aussie Optimism Positive Thinking Skills Program in improving social and emotional learning in middle childhood. *Frontiers in psychology*. 2014; 5:909.
113. Rooney, RM, Morrison, D, Hassan, S, Kane, R, Roberts, C, Mancini, V. Prevention of internalizing disorders in 9-10 year old children: efficacy of the Aussie Optimism Positive Thinking Skills Program at 30-month follow-up. *Frontiers in psychology*. 2013; 4:988.
114. Bayer, JK, Hiscock, H, Ukoumunne, OC, Scalzo, K, Wake, M. Three-year-old outcomes of a brief universal parenting intervention to prevent behaviour problems: randomised controlled trial. *Archives of disease in childhood*. 2010; 95(3):187-92.
115. Hiscock, H, Bayer, JK, Price, A, Ukoumunne, OC, Rogers, S, Wake, M. Universal parenting programme to prevent early childhood behavioural problems: cluster randomised trial. *BMJ (Clinical research ed)*. 2008; 336(7639):318-21.
116. Furlong, M, McGilloway, S, Bywater, T, Hutchings, J, Smith, SM, Donnelly, M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012; 2:Cd008225.
117. Menting, AT, Orobio de Castro, B, Matthys, W. Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*. 2013; 33(8):901-13.
118. Mulqueen, JM, Bartley, CA, Bloch, MH. Meta-analysis: parental interventions for preschool ADHD. *Journal of attention disorders*. 2015; 19(2):118-24.
119. Hodgson, K, Hutchinson, AD, Denson, L. Nonpharmacological treatments for ADHD: a meta-analytic review. *Journal of attention disorders*. 2014; 18(4):275-82.
120. Tellegen, CL, Sanders, MR. Stepping Stones Triple P-Positive Parenting Program for children with disability: a systematic review and meta-analysis. *Research in developmental disabilities*. 2013; 34(5):1556-71.
121. Benzies, KM, Magill-Evans, JE, Hayden, KA, Ballantyne, M. Key components of early intervention programs for preterm infants and their parents: a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*. 2013; 13 Suppl 1:S10.
122. Evans, T, Whittingham, K, Sanders, M, Colditz, P, Boyd, RN. Are parenting interventions effective in improving the relationship between mothers and their preterm infants? *Infant behavior & development*. 2014; 37(2):131-54.
123. van Ijzendoorn, MH, Bakermans-Kranenburg, MJ, Juffer, F. Why Less Is More: From the Dodo Bird Verdict to Evi-dence-Based Interventions on Sensitivity and Early Attach-ments. I: Berlin LJ, red. *Enhancing early attachments : theory, research, intervention, and policy*. New York: Guilford Press; 2005. s. pp. 297-312.
124. Juffer, F, Bakermans-Kranenburg, MJ, Ijzendoorn, MHv. Methods of the video-feedback programs to promote positive parenting alone, with sensitive discipline, and with representational attachment discussions. *Promoting positive parenting : an attachment-based intervention*. New York: Psychology Press; 2008.

125. Hoivik, MS, Lydersen, S, Drugli, MB, Onsoien, R, Hansen, MB, Nielsen, TS. Video feedback compared to treatment as usual in families with parent-child interactions problems: a randomized controlled trial. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2015; 9:3.
126. Horton, E, Murray, C. A quantitative exploratory evaluation of the circle of security-parenting program with mothers in residential substance-abuse treatment. *Infant Ment Health J*. 2015; 36(3):320-36.
127. Gray, SA. Widening the circle of security: a quasi-experimental evaluation of attachment-based professional development for family child care providers. *Infant Ment Health J*. 2015; 36(3):308-19.
128. Brodén, M. Psykoterapeutiska interventioner under spädbarnsperioden. Doktorsavhandling. Lund: Lunds universitet; 1992.
129. Neander, K, Engstrom, I. Parents' assessment of parent-child interaction interventions - a longitudinal study in 101 families. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2009; 3(1):8.
130. NYSAM. Hämtad 2015-11-02 från:
<http://www.nysam.com/PublicSite/helseplan.aspx>
131. Ny, P. Swedish maternal health care in a multiethnic society - including the fathers. Doktorsavhandling. Malmö: Malmö högskola; 2007.
132. Waldenström, U, Bergström, M., & Fabian, H. Föräldrautbildning under graviditet måste omprövas. När inte de utsatta – effekten tycks begränsad. *Läkartidningen* 2011; 108(18).
133. Kerstis, B. Depressive symptoms among mothers and fathers in early parenthood. Doktorsavhandling. Uppsala: Uppsala universitet; 2015.
134. Reeves, S, Tassone, M, Parker, K, Wagner, SJ, Simmons, B. Interprofessional education: an overview of key developments in the past three decades. *Work*. 2012; 41(3):233-45.
135. Jansson, A, Sivberg, B, Larsson, BW, Udén, G. Hembesök kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som familj. Första mötet med barnhälsovården viktigt för den fortsatta kontakten. *Läkartidningen*; 2003;100(15):1348-51.

Bilaga 1. Effekter av föräldrastöd.

Tabell 4. Effekter av föräldrastöd beskrivna i metaanalyser

Studie	Målgrupp	Design	Population	Intervention	Utfallsmått	Resultat	Kommentar
1 Barlow et al, 2012	Föräldrar och andra vårdnadshavare	Systematisk översikt (48 RCT); kontrollgrupp: VL, ingen behandling, ordinarie behandling, placebo. Utfall: efter intervention, uppföljning på kort och lång sikt. 8 metaanalyser	n=22-733 sammanlagt 4937 deltagare (dels från population dels från klinik); 19 av studierna rekryterade både pappor och mammor	Universellt stöd. Föräldraprogram som gavs i grupp och följde manual (beteendeterapi, kognitiv beteendeterapi, multimodalt) programmen innehåller strategier i syfte att hantera barnet, familjefunktion, relationer.	Primär: depression; ångest; stress; självkänsla; ilska; aggression; skuld. Sekundärt: Confidence; partnernöjdhet; neg effekter	Korttidseffekter på samtliga utfall men kvarstående effekter enbart på Confidence och Stress efter sex mån; Fäder endast på stress	Osäkert om effekt via förälders eller barnets mående. Mer forskning behövs angående förälder och vilka faktorer som har betydelse för att effekter ska vidmakthållas.
2 Furlong et al, 2012	Föräldrar; barn med beteendeproblem 3–12år	Systematisk översikt (10 RCT och 3 QR, varav 2 ek.utvärderade)	n=1078 inklusive kontroller; rekrytering från samhälle, forskning, klinik	Strukturerade, gruppbaseade föräldraprogram (beteendeterapi; kognitiv beteendeterapi)	Barnets beteendeproblem; förälders psykiska hälsa; föräldrabeteende(pos/neg); kostnadseffektivitet	Kostnadseffektivt per familj jämfört med kostnader socialt, utbildning, legalt relaterat till beteendeproblem under barndomen. Evidens finns för att gruppbaseade föräldrastödsprogram	Långtidsstudier behövs.

	Studie	Målgrupp	Design	Population	Intervention	Utfallsmått	Resultat	Kommentar
							minskar barnens uppförandeproblem och utvecklar föräldraförmåga på kort sikt, minskar även föräldrars stress, oro och depression.	
3	Ben-zies et al, 2013	Föräldrar, deras för tidigt födda barn	Systematisk översikt (18 RCT); metaanalys (11 RCT)	Fö främst mödrar; < 37v och/eller < 2500gr; n=23-985	Kategorier . 1. psykosocialt stöd, 2. föräldrautbildning (tre varianter) 3. interventioner för barnets utveckling	mödrars stress, ångest, depressionssymtom, self-efficacy, sensitivitet i interaktion med barnet	Positiv effekt på sensitivitet i interaktionen hade samband med barnets mående och temperament vid uppföljning efter 12 mån. Interventioner som inkluderade psykosocialt stöd gav bättre resultat för mödrarna.	Vilka faktorer medierar föräldramående och barnets mående? Betydelse av komorbiditet? Fäders betydelse? Interventioner som reducerar stress och ger socialt stöd behövs för att minska utveckling av depressionssymtom. Enbart föräldrautbildning reducerade inte stress, föräldrastöd i kombination med en aktivt involverande föräldrautbildning reducerade stress och gav goda resultat för barnet.

	Studie	Målgrupp	Design	Population	Intervention	Uffallsmått	Resultat	Kommentar
4	Menting et al, 2013	Föräldrar till barn med beteendeproblem; ålder 3–9 år; övervägande pojkar	Systematisk översikt. 50 studier inkluderades i metaanalysen (vissa artiklar innehöll flera studier)	N=4745 (intervention + kontroll); 44 % behandling/24 % selektiv prevention/22 % prevention/10 % ej klassificerbara	Incredible Years Parent Training (IYPT) där 37 studier bedömdes vara "Standard IYPT". Beteendeterapi	Beteendeproblem och prosocialt beteende skattades med ECBI/Eyberg Child behavior Inventory (72 %) eller CBCL /Child behavior checklist. Observation av barnets beteende av föräldrar/lärare/observatörer	Effect size .13–.37. Bättre effektstyrka vid svårare initiala problem; klinisk grupp > icke-klinisk. IYPT är en effektiv intervention, minskar störande beteende hos barnet och ökar önskat beteende enligt föräldrar, lärare och observatörer	IYPT möter kriterier för well-established intervention. Mer information behövs angående långtidseffekter, och vilket förbeteende som har samband med barnets beteende.
5	Evans et al, 2014	Föräldrar, deras för tidigt födda barn	Systematisk översikt (17 RCT och quasi-RCT - varav 14 bedömdes vara av hög kvalitet); metaanalys (3 studier)	N=1940; mödrar till för tidigt födda spädbarn, något olika inklusionskriterier - en studie förstabarnet av flerbarnsgravida, två studier avsåg förstfödda av flera barn, två studier avsåg förstfödda, tre uteslöt	17 olika interventioner. I tre av studierna användes MITP (Mother-Infant Transaction program)	Observation av morbarndyaden; mödrars självrapport angående relationen	Åtta av studierna visade positiva effekter för kvalitet i morbarninteraktion; dock visade tre studier negativa effekter	Föreslag: kombinera och förenkla de många programmen. Riskfaktorer hos mor respektive barn behöver identifieras och ligga till grund för intervention. Interventioner främjas av omsorg från modern utifrån barnets beteende och av sensitiv och ansvarsfull "maming". Resultaten bedömdes vara i överensstämmande med anknytningsteori.

	Studie	Målgrupp	Design	Population	Intervention	Utfallsmått	Resultat	Kommentar
				trillingar. Barnen var yngre än 37 v. (tre av studierna < v. 32)				
6	Telle- gen & San- ders, 2013	Föräldrar till barn med funktionsnedsättning	Systematisk översikt och metaanalys. (12 studier varav 9 RCT)	659 familjer; 73 % pojkar	Stepping stones Triple-P (SSTP) Nivå 2–5. Främst nivå 4-studier.	Barnets problem t.ex. ECBI; föräldrars beteende/nöjdhet/ effektivitet/anpassning (depression, ångest); föräldrelation; observation av barnet resp. föräldrar	Måttlig till stor effect size på utfallen förutom observatione av föräldrarbeteende. Positiva effekter på föräldrars strategier för barnuppfostran, föräldrars nöjdhet, föräldrars relation och för observerade betenden hos barnet.	Fler studier skulle behövas t.ex. för att se hur programmet fungerar i grupper med större psykosocial belastning.
7	Mulqueen JM et al, 2013	Föräldrar och deras förskolebarn (< 6 år) med adhd	Metaanalys (8 RCT)	399 deltagare; barnen 36–64 månader gamla	Beteendeintervention IY (Incredible Years); PCIT (Parent Child Interaction Therapy) mfl.) vs. kontrollgrupp (främst mot väntelista)	Adhd-skala som utfallsmått	Effect size 0.61; jämfört läkemedel 0.22–0.87; man fann ej modererande faktorer; preliminär evidens för att föräldrainerventioner har effekt på förskolebarn	Studier behövs där föräldrastöd/beteendeintervention jämförs med läkemedelsbehandling i förskolegrupp.

	Studie	Målgrupp	Design	Population	Intervention	Utfallsmått	Resultat	Kommentar
							med adhd. Föräldraträning skulle kunna vara ett gott alternativ till läkemedelsbehandling för förskolebarn med adhd.	
8	Sbruzzi et al, 2013	Barn 6-12 år; med eller utan föräldrar; 1 studie enbart föräldrar;	Systematisk översikt med metaanalys av RCT (26 studier: 15 RCT skolbarn varav 8 även föräldrar; 7 RCT överviktiga varav 5 även föräldrar; 3 RCT normal resp. överviktiga ej föräldrar; 1 RCT enbart föräldrar)	n=23617	Edukativa interventioner > 6 månader; multikomponentinterventioner (beteendemodifikation, nutrition, fysisk aktivitet)	midjemått; BMI; BT; lipidprofil	prevention inga skillnader; vid behandling signifikanta skillnader i midjemått; BMI; diastoliskt BT	Stor variation mellan studier och ett flertal olika interventioner innebar begränsningar för resultaten och indikerade behov att utvärdera mer specifika strategier. Observandum är att enbart interventioner genomförda i skolmiljö har inkluderats, och att därmed liknande interventioner gjorda utanför skolmiljön har sällats bort.
9	Sanders et al, 2014	Föräldrar som deltagit i Triple-P intervention nivå 1-5	Systematisk översikt (116 studier varav 101 för metaanalys varav 62 RCT) från 33 års forskning	n=16099 familjer (n=8-2207 i olika studier) från flera olika kulturer och etniciteter; andel pojkar 60,7 %	Triple-P i olika varianter (nivå 1-5; 0-12 år; tonår; Stepping stone Triple-P (vid funktionsnedsättning); Workplace Triple-P)	Child SEB (Social, Emotional, Behavioral); föräldrars anpassning; föräldrars relation; observationer av barn resp. föräldrar; modererande faktorer	Positiva resultat för varje nivå av Tripel-P ger empiriskt stöd för såväl universellt som riktade interventioner för att främja barnets, familjens	Stöd för att även lågintensiva insatser kan ha betydelse ur ett folkhälsoperspektiv. Tillgång till flera former av programmet kan underlätta anpassning till olika behov. Effekter rapporteras såväl på

	Studie	Målgrupp	Design	Population	Intervention	Utfallsmått	Resultat	Kommentar
							och föräldrarnas välbefinnande.	kort sikt som efter uppföljning (två år).
10	Hodgson K et al, 2014	Barn under 18 år; IQ > 80; adhd utan samsjuklighet	Metaanalys (14 studier), 7 olika psykologiska/beteendebehandlingar vid adhd	625 deltagare, 382 icke-farmakologisk behandling; 243 deltagare i kontrollgrupp fick ingen behandling (28,5 %), placebo/alternativ behandling 17,9 %, väntelista 35,7 %, inte beskriven 17,9 %.	föräldraträning; beteendemodifikation; neurofeedback (EEG); självkontrollträning; multimodal psykosocial; Arbetsminnesträning; Skolbaserad	20 olika utfallsmått (t.ex. hyperaktivitet; uppmärksamhetsproblem; impulskontrollproblem; skattningsskalor (Conners); Homework Problems Checklist m.m.)	Två psykologiska interventioner (Beteendemodifikation och neurofeedback) gav effekter bl.a. med avseende på adhd-symtom. Föräldraträning (en studie n=20) visade inte bättre effekt i jämförelse med kontrollgrupp.	Mer forskning om icke-farmakologiska insatser vid adhd behövs. SBU har sett föräldrainervention som en kunskapslucka för barn med adhd. Se SBU-rapport.

	Studie	Målgrupp	Design	Population	Intervention	Utfallsmått	Resultat	Kommentar
11	Pinquart M, 2014	Föräldrar och barn/ungdomar med medelålder < 20 år total medelålder 11,6 år; från normalvikt till fetma	Metaanalys (156 empiriska studier) avsåg föräldrars strategier i uppfostran eller kvalitet i föräldra- och barnrelation och dess eventuella samband med barnets ätbeteende, fysisk aktivitet, övervikt/fetma)	287 944 barn och ungdomar varav 7 822 fet, 7 007 överviktiga/feta, 165 285 normalviktiga och 107 830 spektrum av vikt; medelålder: 11,6 år	Föräldrars uppfostringsstrategier eller aspekter av föräldrabarnrelation (t.ex. överbeskyddande, inkonsekvent, tillåtande)	effect size – samband mellan uppfostringsstil/föräldrabarnrelation och vikt, hälsosamt ätande och fysisk aktivitet	Mycket små effekter uppmättes med avseende på olika uppfostringsstrategier/föräldra- och barnrelationer. Troligen ej effektivt att ha dessa mål för prevention/behandling av övervikt/fetma. Resultaten visade att en positiv föräldrabarnrelation hade samband med lägre vikt, hälsosammare ätande och mer fysisk aktivitet hos barnet.	Att minska inkonsekvens hos föräldrar nämns som möjligt fokus för intervention.

	Studie	Målgrupp	Design	Population	Intervention	Utfallsmått	Resultat	Kommentar
12	Mulvaney et al, 2013	Föräldrar till barn < 18 år	Flertal databaser genomsöktes med avseende på studier där föräldrainterventioner använts för att minska icke-avsiktliga skador på barnet (16 RCT, 2 icke-RCT, 2 CBA:s, 1 quasi-RCT); metaanalys (10 RCT)	n=5 074 i metaanalysen	Intervention till föräldrar som följde manual, protokoll eller dylikt i syfte att ge kunskap, attitydförändring, färdigheter. Undervisning med eller utan annan insats som t.ex. hembesök.	Oavsiktlig eller ospecificerad skada på barnet; säkerhet i hemmet t.ex. HOME-skalan	Man fann minskade skador på barnet, dock var effekten signifikant enbart för barn i "riskmiljö"; visst stöd för att hemmiljön blir säkrare.	Fortsatt forskning behöver visa vilka interventioner som är väsentligast för att minska skador på barn och hur dessa kan generaliseras till olika grupper i populationen.

Tabell 5. Effekter av universellt föräldrastöd beskrivna i randomiserade kontrollerade studier (RCT)

	Studie	År	Land	Målgrupp/Titel	Design	Population	Intervention	Utfallsmått	Resultat RCT
1	Hansen, B. L. Parent anxiety/föräldraoro	1995	Danmark	Föräldrar med barn under 8 år "A health education booklet for young families -- its need, use and effect."	RCT	1 953 intervention, 1 960 kontroll	Postad broschyr	Föräldra oro, läkarbesök, psykosociala förhållanden, användning av broschyr Subgruppsanalys på användningsgrad	Ökad användning av broschyr främst vid låg föräldraoro Minskad föräldraoro i subgrupp med lägre oro Minskat antal läkarbesök främst vid låg föräldraoro
2	Bjerkeli Grovdal, L., et al.	2006	Norge	Förskolebarn "Parent-held child health records do not improve care: a randomized controlled trial in Norway."	RCT	Små barn 0–15 mån 155 föräldraburen journal 154 kontrollgrupp 14 månader	Föräldraburen journal som tillägg till sedvanlig barnhälsovård	Kommunikation förälder-sjukvårdspersonal, sjukvårdskonsumtion, föräldrars kunskap om barnets häls	Ingen effekt på någon variabel
3	Ekstrom, A. and E. Nissen	2006	Sverige	Mödrar som ammar "A mother's feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counseling and continuity of care."	RCT (cluster) Kontrollgrupp A före och B samtidigt med studien	206 intervention, 162/172 kontroll A/B 9 månader	Processorienterat stöd i amningsrådgivning	Känslor för sitt barn Förståelse för sitt barn	Ökad förståelse och känslor vid 3 dagar (grupp A) och vid 9 månader (grupp B)
4	Ekstrom, A., et al.	2006	Sverige	Mödrar som ammar "Does continuity	RCT (cluster) Kontroll-	206 intervention, 162/172 kontroll A/B 9 månader	Processorienterat stöd i	Amningsinformation och stöd	Bättre amningsinformation och support

	Studie	År	Land	Målgrupp/Titel	Design	Population	Intervention	Utfallsmått	Resultat RCT
				of care by well-trained breast-feeding counselors improve a mother's perception of support?"	grupp A före och B samtidigt med studien		amnings-rådgivning		
5	Chamberlain, P., et al. Parenting practices/föräldrarutiner Child behaviour problem/beteendeproblem	2008	USA	Familjehems-placerade barn, okänd medicinsk diagnos "Prevention of behavior problems for children in foster care: outcomes and mediation effects."	RCT	Barn 5–12 år 359 intervention och 341 kontroll 5 månader	Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC)	Beteendeproblem hos barn (Parent Daily Report Checklist) Positiv förstärkning av föräldrar	Beteendeproblem minskar Föräldrarutiner medierade minskningen
6	Hiscock, H., et al. Finns uppföljande studie? Harsh/abusive parenting/unreasonable expectations etc/negativa föräldrafaktorer Nutting parenting/positiva föräldrafaktorer	2008	Australien	8 månaders barn "Universal parenting programme to prevent early childhood behavioural problems: cluster randomised trial."	RCT (cluster)	Barn 8 mån 329 intervention 404 kontroll 2 år	Universellt föräldrastöd	Föräldrafaktorer som ger ökad risk för beteendeproblem hos barn Externaliserande beteendeproblem Mödrars mentala hälsa	Negativa föräldrafaktorer förbättras Positiva föräldrafaktorer oförändrade Beteendeproblem ingen effekt Mödrars mentala hälsa ingen effekt Uppföljning i Bayer 2010
7	Kronborg, H., et al. Self-efficacy/självständigt	2008	Danmark	Mödrar som ammar "Health visitors and breastfeed-	RCT (cluster)	52 hälsosjuksköterskor intervention 57 kontroll grupp 654 mödrar i	18 h utbildning i amning till hälsosjukskö-	Kunskap om amning mätt med frågeformulär	Kunskap om amning förbättrades 3 av 5 amningsproblem löses bättre

	Studie	År	Land	Målgrupp/Titel	Design	Population	Intervention	Utfallsmått	Resultat RCT
				ing support: influence of knowledge and self-efficacy."		interventionsgrupp och 548 i kontrollgrupp 6 månader	terskor	Kunna lösa amningsproblem självständigt	
8	Baker-Henningham, H., et al. Peer problems/kamratproblem Conduct problems/beteende	2009	Jamaica	"Basic school children (5–11 år) "Preventing behaviour problems through a universal intervention in Jamaican basic schools: a pilot study."	RCT (cluster)	3 interventionsskolor 15 klasser 2 kontrollskolor 12 klasser 69 elever intervention 66 elever kontroll 1 skolår	Incredible years 7 heldagsseminarier för lärarna 14 lektioner i varje klass	Beteende Hyperaktivitet Kamratproblem Positiv eller negativ lärarföräldrakontakt	Beteende förbättras Hyperaktivitet minskar Kamratproblem minskar Fler positiva lärarföräldrakontakter Ingen effekt på negativa lärarföräldrakontakter
9	Bayer, J. K., et al.	2010	Australien	Barn 8–15 mån "Three-year-old outcomes of a brief universal parenting intervention to prevent behaviour problems: randomised controlled trial."	RCT (cluster)	329 intervention, 404 kontroll 259/330 uppföljning 3 år	Toodlers without tears	Beteende	Ingen effekt på beteende Minskade orimliga förväntningar på barnets utveckling Ingen effekt på övriga negativa föräldrakontakter
10	Bergstrom, M., et al. parenthood preparation/föräldraskapsutbildning	2011	Sverige	Blivande föräldrar "A randomised controlled multicentre trial of women's and men's satisfaction with two models of antenatal	RCT	1087 mödrar och 1064 partners 544/529 intervention, 543/534 kontroll (kvinnor/män) 484/439 intervention, 493/450 kontroll vid uppföljning	Förberedande föräldrautbildning med och utan psykoprofylax	Föräldranöjdhet med utbildning, förlossningsförberedelse och föräldraskapsutbildning	Bättre föräldranöjdhet hos både pappor och mammor för utbildning och förlossningsförberedelse samt föräldraskapsutbildning. Lägre totalsiffra för föräldraskapsutbildning

	Studie	År	Land	Målgrupp/Titel	Design	Population	Intervention	Utfallsmått	Resultat RCT
				education."		3 månader efter födelsen			
11	Reedtz, C., et al. Parents sense of competence/positivt föräldraskap	2011	Norge	Barn 2–8 år erbjuds universell intervention efter bortselektion av barn med problem "Promoting positive parenting practices in primary care: outcomes and mechanisms of change in a randomized controlled risk reduction trial."	RCT, pre-post test	89 intervention, 97 kontroll 1 års uppföljning, bortfall 25 % resp. 53 % i intervention resp. kontroll	Förkortad Incredible Years	Beteende, positivt och negativt föräldraskap, föräldrakompetens	Ingen skillnad mellan intervention och grupp. Pre-post test visar minskade beteendeproblem, ökat positivt föräldraskap, minskat negativt föräldraskap
12	Austvoll-Dahlgren, A., et al. Critical appraisal skill/värderingsuppgift av hälsoinfo	2012	Norge	Föräldrar med barn < 4 år "Evaluation of a Web Portal for Improving Public Access to Evidence-Based Health Information and Health Literacy Skills: A Pragmatic Trial."	RCT	47 intervention, 49 kontroll 28/39 utvärderades Föräldrar med barn under 4 år Tre veckors intervention Studietid 4 mån	Tillgång till webbportal	Utföra tre uppgifter, sökuppgift för hälsoinfo (använda söklänkar), värderingsuppgift av hälsoinfo (verktyg mäter graden av värde), attityder om sökning av hälsoinfo	Inga effekter För låg statistik power Kan ha positiv effekt på attityder att söka hälsoinformation Deltagarna ansåg det vara ett relevant verktyg
13	Burke, K., et al.	2012	Australien	Föräldrar till	RCT	90 föräldrar	ABCD	Föräldra-	Föräldrarapporterat

	Studie	År	Land	Målgrupp/Titel	Design	Population	Intervention	Utfallsmått	Resultat RCT
	Adolescent prosocial behavior/positivt ungdomsbeteende Adolescent moodiness/ungdomars humör Lower stress in parenting domain/föräldrastress			ungdomar 9-14 "A randomised controlled trial of the efficacy of the ABCD Parenting Young Adolescents Program: rationale and methodology."		intervention 90 kontroll 76 intervention och 68 kontroll skickade formulär vid baslinje 55/60 skickade in vid uppföljning 6 veckors interventionsperiod 6 mån uppföljning	Parenting Youth Adolescents Föräldragrupp 6 sessioner á 2 timmar under 6 veckor beteende familjeintervention för att förebygga problem	ungdomskonflikt Föräldra-ungdomsrelation	högre positivt ungdomsbeteende, mindre beteendeproblem, mindre svårigheter, mindre stress kopplat till ungdomars humör, restriktion i föräldraliv, vuxenrelationer, social isolering skuld och föräldrastress.
14	Eisner, M., et al. Parenting practices/föräldrastategier	2012	Schweiz	Barn första skolåret "Effects of a universal parenting program for highly adherent parents: a propensity score matching approach."	RCT	819 intervention, 856 kontroll 144 intervention, 649 kontrollt	Triple-P	Föräldrastategier, beteendeproblem	Ingen effekt på föräldrastategier, beteendeproblem
15	Kjtbli, J. and T. Ogden Child conduct problems/beteendeproblem Parenting practices/föräldraskap	2012	Norge	Barn 3-12 år. "A randomized effectiveness trial of brief parent training in primary care settings."	RCT	108 intervention, 108 kontroll 95 intervention, 92 kontroll (ITT, Intention to treat)	Brief parent training (PMTO)	Föräldrarapporterade utfall (beteendeproblem och socialkompetens) för barnet, föräldrarapport-	Förbättrat utfall för barn och föräldraskap. Ingen effekt på lärarrapporterat utfall för barnet

	Studie	År	Land	Målgrupp/Titel	Design	Population	Intervention	Utfallsmått	Resultat RCT
								terat föräldraskap, lärar rapporterat utfall (externalisering, socialkompetens, ångest/depression) för barnet	
16	Kronborg, H., et al. Self-efficacy/egenhantering	2012	Danmark	Förstföderskor "Antenatal training to improve breast feeding: a randomised trial."	RCT	1 193 gravida förstföderskor varav 603 i intervention, 590 kontroll (ITT) 6 veckor	Amningsutbildning	Kunskap, egenhantering av amningsproblem, amningens längd. Subgruppsanalys, interventionsgrupp visade längre amningstid vid tillräcklig kunskap	Högre självkänsla. Föräldrarapporterad bättre kunskap om amning Ingen skillnad amningens längd, egenhantering av amningsproblem, amningsproblem.
17	Nahar, B., et al. Child rearing practices/föräldraskap	2012	Bangladesh, Sverige	Svårt underviktiga barn "Effects of psychosocial stimulation on improving home environment and child-rearing practices: results from a community-based trial among severely	RCT	Svårt underviktiga barn 6–24 månader Psykosocialt stöd (PS), extra näring (FS), klinik kontroll (CC), sjukhuskontroll (CH) 102/101/103/99/102 fördelade till PS, FS, PS+FS, CC och CH 59/77/68/59/59	Psykosocialt stöd, extra näring	HOME inventory (hemmiljö) och föräldraskap	Hemmiljö och föräldraskap kan förbättras med eller utan extra näring

	Studie	År	Land	Målgrupp/Titel	Design	Population	Intervention	Utfallsmått	Resultat RCT
				malnourished children in Bangladesh."		fullföljde 6 månader (extra näring 3 månader)			
18	Nordhov, S. M., et al.	2012	Norge	För tidigt födda barn vid 5 års ålder. "Early intervention improves behavioral outcomes for preterm infants: randomized controlled trial."	RCT.	För tidigt födda barn vid 5 års ålder 72 intervention, 74 kontroll. Ref.-grupp med fullgångna 75	Mother Infant Transaction Program	Beteende (Child Behaviour Checklist CBCL, Strength and difficulties SDQ)	Lägre beteendeproblem Ingen skillnad i förskolan
19	Bjorknes, R. and T. Manger	2013	Norge	Barn 3–9 år, etnisk minoritet "Can parent training alter parent practice and reduce conduct problems in ethnic minority children? A randomized controlled trial."	RCT	50 intervention, 46 kontroll 50/46 analyserades enligt ITT	Parent Management Training Oregon PMTO	Föräldrakompetens Föräldrarapporterade beteendeproblem hos barn Lärarrapporterade beteendeproblem	Föräldrakompetens ökar (negativ minskar, positivt föräldraskap ökar) Beteendeproblem minskar Ingen effekt i förskola/skola
20	Botngard, A., et al. Parental anxiety/föräldraoro	2013	Norge	Barn på akutintag med andningsbesvär "Multimedia based health information to parents in a	RCT	57 intervention och 51 kontroll. 53 intervention, 48 kontroll fullföljde 3 månaders studietid	Multimedia baserad hälsoinformation	Föräldraoro, sekundärt utfall föräldranöjdhet	Större nöjdhet med hälsoinformationen i interventionsgruppen Föräldraoro minskade i bägge grupperna utan skillnad. Ingen skillnad nöjdhet med vård.

	Studie	År	Land	Målgrupp/Titel	Design	Population	Intervention	Utfallsmått	Resultat RCT
				pediatric acute ward: a randomized controlled trial."					
21	Brotman, L. M., et al. kindergartens achievement test/läs skriv räknefärdigheter academic performance/lärarskattad förmåga	2013	USA	Barn 4 år förskolestart "Cluster (school) RCT of ParentCorps: impact on kindergartens academic achievement."	RCT (cluster)	561 intervention, 489 kontroll (ITT) 1 år	ParentCorps 13 2h föräldragrupper med lärare	Läs, skriv och räkneövningar	Bättre resultat på test av läs, skriv och räknefärdigheter. Bättre lärarskattad förmåga
22	Kjobli, J., et al. Caregiver assessment of parenting practices/föräldrarapporterat föräldraskap Teacher reported social competence/lärarrapporterad social kompetens	2013	Norge	Barn 3–12 år. "A randomized trial of group parent training: reducing child conduct problems in real-world settings."	RCT	72 intervention, 65 kontroll. 64/59 utvärderade, 72/65 (ITT)	PMTO	Föräldrarapporterat utfall för barnet, föräldrarapporterat utfall föräldraskap, lärarapporterat utfall för barnet	Föräldrarapporterat föräldraskap och barn beteende förbättrat. Föräldra- och lärarrapporterat social kompetens förbättrat. Ingen effekt på lärarrapporterat utfall för barnet
23	Rooney, RM., et al. attributional style/beteende	2013	Australien	Barn 9–10 år "Prevention of internalizing disorders in 9-10 year old children: efficacy of the Aussie Optimism Positive Thinking Skills Program at 30-month follow-up"	RCT	467 intervention, 443 kontroll 30 mån 244 följdes upp 10 veckors intervention	Aussie Optimism Program-Positive Thinking Skills (AOP-PTS)	Ångest depression "attribution style" Föräldrarapporterade externaliserade och internaliserade problem i hemmet	Ingen effekt på ångest, depression, "attribution style" Föräldrarapporterad hyperaktivitet minskar

	Studie	År	Land	Målgrupp/Titel	Design	Population	Intervention	Utfallsmått	Resultat RCT
24	Simkiss, D. E., et al. Negative parenting score, supportive parenting/föräldrakompetens	2013	England.	Barn 2–4 år "Effectiveness and cost-effectiveness of a universal parenting skills programme in deprived communities: multicentre randomised controlled trial."	RCT	144 intervention 144 kontroll 125/115 fullföljde 34 % deltog ej 47 % fullföljde 3 månader intervention 9 månader uppföljning	Family Links Nurturing Programme (FLNP)	Föräldrakompetens (positivt och negativt föräldraskap) Frågor och svar vid hembesök (HOME inventory), videokattning vid måltid	Ingen effekt (Se Simkiss 2010)
25	Heerde, J. A., et al.	2014	Australien	Barn årkurs 7–9 i familjer som erbjudits stöd i skolmiljö "Longitudinal prediction of mid-adolescent psychosocial outcomes from early adolescent family help seeking and family support."	RCT	811 intervention 902 kontroll 2 år	Resilient Families program	Familjers hjälpsökande Familjestöd Psykosocialt utfall Faderns närhet	Psykosocialt utfall förbättras om familjer söker hjälp Hjälpsökande och familjestöd separat faktorer Faderns närhet minskar depression
26	Johnstone, J., et al. attribution style/?	2014	Australien	Barn 9–10 år "Prevention of depression and anxiety symptoms in adolescents: 42 and 54 months follow-up of the Aussie	RCT	467 intervention, 443 kontroll 42 månader 102/88 54 månader 100/80 42 och 54 månader uppföljning 10 veckors intervention	Aussie Optimism Program-Positive Thinking Skills (AOP-PTS)	Ångest, depression "attribution style" Föräldrarapporterade externaliserade och internaliserade	Ingen effekt

	Studie	År	Land	Målgrupp/Titel	Design	Population	Intervention	Utfallsmått	Resultat RCT
27	Myles-Pallister, J. D., et al.	2014	Australien	Optimism Program-Positive Thinking Skills." Barn årskurs 4–5 "The efficacy of the enhanced Aussie Optimism Positive Thinking Skills Program in improving social and emotional learning in middle childhood"	RCT Pre post test	Analys 1 471/458 före efter sociala emotionella skalor Analys 2 353/325 före efter	Aussie Optimism Program-Positive Thinking Skills (AOP-PTS)	serade problem i hemmet Sociala och emotionella färdigheter	Ingen säker effekt Analys 1 visade effekt på sociala och emotionella färdigheter Analys 2 visade ingen effekt
28	Toohill, J, et al. Childbirth self-efficacy/självkontroll vid förlossning	2014	Australien	Blivande mödrar med förlossningsrädsla "A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women"	RCT Protokoll fr Fenwick	170 intervention 169 kontroll Baseline 101/97	BELIEF Telefonstöd vid 24 resp. 34 veckor Psykoedukativ teknik	Förlossningsrädsla tom vecka 36. Sekundära utfallsmått självkontroll förlossning, minskad beslutskonflikt och depressionssymptom	Minskad förlossningsrädsla och självkontroll förlossning. Ingen effekt på övriga parametrar
29	Ulfsson, M., et al. Parents self-efficacy/föräldrakompetens	2014	Sverige.	Barn 3–12 "Effectiveness of a universal health-promoting parenting program: a	RCT	323 intervention, 298 kontroll 317/296 vid uppföljning Uppföljning 2 veckor och 6	All children in Focus (ABC program)	Föräldrakompetens Barns hälsa och utveckling	Förbättrar föräldrakompetens Barns hälsa och utveckling Modererande faktor föräldrars mentala hälsa, utbildningsnivå

	Studie	År	Land	Målgrupp/Titel	Design	Population	Intervention	Utfallsmått	Resultat RCT
				randomized waitlist-controlled trial of All Children in Focus."		månader efter intervention			och antal barn. Barnets ålder modererade barns hälsa och utveckling
30	Chu, J. T., et al.	2015	Nya Zeeland	Barn 12–15 år "Parent and adolescent effects of a universal group program for the parenting of adolescents."	RCT	35 intervention, 37 kontroll (ITT) 27/31 vid uppföljning 6 månader uppföljning 15 månader studietid	Group Teen Triple P 8 sessioner	Föräldraskap Familjerelationer Beteendeproblem	Förbättrat föräldraskap, föräldraförtroende, familjerelationer och beteendeproblem
31	Skar, A. M., et al.	2015	England	"The long-term effectiveness of the International Child Development Programme (ICDP) implemented as a community-wide parenting programme."	RCT	79 intervention, 62 kontroll Uppföljning efter 6–12 månader	International Child Development Programme (ICDP)	Föräldraskap, psykosocial funktion och barns svårigheter	Förbättrad föräldrafunktion