

TIDIGT FÖRÄLDRASTÖD

- en fördjupad beskrivning och analys
av det tidiga föräldrastödet inom mödra- och barnhälsovården



Dokument sammanställt av representanter för:

Svenska barnmorskeförbundet
Svensk förening för obstetrik och gynekologi
Distriktssköterskeföreningen i Sverige
Riksföreningen för barnsjuksköterskor
Mödra- och barnhälsovårdpsykologernas yrkesförening
Svenska Barnläkarföreningen

verksamma inom Mödra- och Barnhälsovården

November 2007

FÖRORD

I december 2004 presenterade Folkhälsoinstitutet rapporten *Nya verktyg för föräldrar – förslag till nya former för föräldrastöd*. Rapporten uppmärksammar ett antal problemområden inom mödra- och barnhälsovårdens föräldrastöd: möjligheterna att nå uppställda mål, bristande kontinuitet i övergången av grupper från mödrahälsovården till barnhälsovården, oklarheter om verksamheten kan ge effekt på barns hälsa och välfärd, att föräldragrupper i första hand är utformade av kvinnor för kvinnor samt föräldrastödets sociala profil.

I rapporten rekommenderas att primärkommunerna försöksvis samordnar allt föräldrastöd inklusive den del som idag bedrivs inom mödra- och barnhälsovård, en bred användning inom befintlig verksamhet av metoder där effekten anges vara känd och att staten skall ge stöd till utvecklingsarbete och forskning angående strukturerade program under graviditet och spädbarnstid.

Från professionerna inom mödra- och barnhälsovården välkomnas rapporten, inte minst vad gäller utvidgningen av föräldrastödet från graviditet och spädbarnstid till ungdomar upp till 15 år. I stort sett instämde man också i de problem som framförts. Däremot ställde sig professionerna kritisk till att ett överförande av ansvaret för det tidiga föräldrastödet till primärkommunen skulle lösa dessa problem. Man menade dessutom att de program som i rapporten rekommenderas för en bred spridning inte var tillräckligt utvärderade för generellt bruk.

Professionernas förslag var att utforma ett tillägg till rapporten med en fördjupad beskrivning och analys av föräldrastödet inom mödra- och barnhälsovården och att denna analys skulle utgöra grunden för en framtida utveckling av det tidiga föräldrastödet. Under hösten 2005 inbjöd FHI företrädare för berörda verksamheter att ta fram ett sådant dokument. En arbetsgrupp bildades med representanter från följande föreningar:

Svenska barnmorskeförbundet
Svensk förening för obstetrik och gynekologi
Distriktssköterskeföreningen i Sverige
Riksföreningen för barnsjuksköterskor
Mödra- och barnhälsovårdspsykologernas yrkesförening
Svenska Barnläkarföreningen

INNEHÅLL

FÖRFATTARPRESANTATION	4
SAMMANFATTNING	4
SYFTE	7
BAKGRUND	7
VÄGLEDANDE PRINCIPER FÖR FÖRÄLDRASTÖD I PRAKTIKEN	10
FOLKHÄLSOMÅLEN OCH TIDIGT FÖRÄLDRASTÖD	11
BARNKONVENTIONEN OCH TIDIGT FÖRÄLDRASTÖD	13
FÖRÄLDRASTÖD INOM MÖDRA- OCH BARNHÄLSOVÅRDEN	14
Uppdrag och kartläggning	14
Föräldragruppermetoder	15
VETENSKAPLIG GRUND FÖR TIDIGT FÖRÄLDRASTÖD	
Kunskapsöversikt	17
Utvärdering och evidens	18
Internationell forskning	19
SLUTSATSER	23
Förutsättningar för föräldrastödsverksamhet inom mödra- och barnhälsovården	23
Rekommendationer för tidigt föräldrastöd	24
REFERENSER	26

FÖRFATTARPresentation

Följande personer har ingått i arbetsgruppen och medverkat till författandet av detta dokument:

Pia Collberg, Mödrahälsovårdsöverläkare Jämtlands län,
 Eva Gunnarsson, Distriktssköterska Uppsala,
 Monica Johansson, Vårdutvecklare Barnhälsovården Östergötland,
 Marie Köhler, Barnhälsovårdsöverläkare sydvästra Skåne,
 Margaretha Magnusson, Vårdutvecklare Barnhälsovården Uppsala,
 Kerstin Petersson, Samordningsbarnmorska Stockholm,
 Antonia Reuter, Samordnande Mödra/Barnhälsovårdpsykolog Göteborg,
 Karin Segnestam, Barnhälsovårdsöverläkare Sörmland,
 Birgitta Toomingas, Mödra/ Barnhälsovårdpsykolog Mora,
 Björn Wettergren, Barnhälsovårdsöverläkare Uppsala.

I arbetet har också Margareta Blennow, Barnhälsovårdsöverläkare Stockholm och Ingela Wiklund, Barnmorska Stockholm deltagit.

Under arbetets gång har arbetsgruppen samverkat med Sven Bremberg, Statens Folkhälsoinstitut samt samrått med företrädare för Sveriges kommuner och landsting (SKL), Socialstyrelsen och Socialdepartementet.

SAMMANFATTNING

Under hösten 2005 inbjöd Statens Folkhälsoinstitut (FHI) företrädare för mödrahälsovården (MHV) och barnhälsovården (BHV) att ta fram ett kompletterande dokument till FHI- rapporten *Nya verktyg för föräldrar – förslag till nya former för föräldrastöd*. Detta skedde efter att företrädare inom professionen önskat ytterligare beskrivning och analys av MHVs och BHVs tidiga föräldrastöd (0-2 år) som grund för utvecklingen av detta. Med tidigt föräldrastöd inom MHV och BHV avses insatser under graviditetstiden och under barnets två första levnadsår i enlighet med FHIs rapport.*

En arbetsgrupp bildades med representanter från Svenska barnmorskeförbundet, Svensk förening för obstetrik och gynekologi, Distriktssköterskeföreningen i Sverige, Riksföreningen för barnsjuksköterskor, Mödra- och barnhälsovårdpsykologernas yrkesförening samt Svenska Barnläkarföreningen.

Förutom FHI- rapportens beskrivning av föräldrastödet inom MHV och BHV och de i rapporten uppmärksammade problemområdena fann arbetsgruppen att vissa väsentliga aspekter kring föräldrastöd behövde tilläggas:

* Internationellt innefattas tiden 0-3år i "Infant programs" och "Programs for toddlers" ."Early intervention" avser oftast tiden 0-6 år.

- föräldrastöd som del i folkhälsoarbete
- utvärdering av föräldrastöd ur metodologiskt perspektiv
- organisatoriska faktorerens betydelse för föräldrastödsarbete
- betydelsen av insatser under graviditeten *samt*
- ytterligare relevant forskning av värde

Inom MHV och BHV finns en lång tradition av folkhälsoarbete. Med folkhälsomålen och hälsans bestämningsfaktorer i fokus, framstår det tydligt att MHV och BHV bedriver ett aktivt folkhälsoarbete med ett väl integrerat föräldrastöd och utgör därmed en strategiskt mycket viktig samhällsaktör. Det tidiga föräldrastödet inom MHV och BHV är *en* del av samhällets insatser för att främja barns hälsa och utveckling och stärka föräldrars förmåga att möta det väntade och nyfödda barnet, vilket belyses i detta dokument.

En inventering i landet avseende MHVs och BHVs föräldrastöd i grupp visar på en mångfald av lokala arbetsformer och på svårigheter att få en mer övergripande bild av verksamheten. Det råder brist på systematisk och generaliserbar dokumentation avseende tidigt föräldrastöd och dess effekt för föräldrar och barn. Brist på sådan dokumentation innebär dock inte att nuvarande arbetssätt saknar effekt.

Flera välgjorda internationella översikter, gällande föräldrastöd med syfte att främja och förebygga barns psykiska hälsa och dess effekt, framhåller att mycket tyder på att föräldrastödsprogram kan vara en viktig väg att hjälpa föräldrar, särskilt när de kombineras med lokala och politiska insatser som stärker föräldrars och barns livsvillkor. Värdet av att tidiga insatser, även redan under graviditet, betonas återkommande. Trots åtskilliga studier är det svårt att svara på frågan vilket föräldrastöd som passar vem och under vilka omständigheter. Ingen metod har visat sig vara överlägsen, utan frågan är hur föräldrastöd kan kombineras så att det får optimal effekt.

Det finns idag flera internationellt framtagna manualstyrda program/metoder med målsättning att vara ett stöd för föräldrar i syfte att förebygga psykisk ohälsa hos barnet och främja barnets utveckling. Vad gäller gruppbaserat föräldrastöd för små barn (0-3 år), har man funnit visst stöd för strukturerade program riktade till barn och föräldrar (i huvudsak mödrar) med problem. Data som stöder långtidseffekter av programmen saknas. Hurvida dessa resultat kan ligga till grund för generellt primärpreventivt föräldrastöd måste studeras vidare. Arbetsgruppen har inte funnit några, i Sverige utvärderade, gruppbaserade föräldrastödsprogram som erbjudits generellt till föräldrar under graviditet eller med barn (0-2 år) där, kortvarig eller långvarig effekt, på barnets utveckling och hälsa är känd.

Vid genomgång av dessa översikter och värdering av internationella program/metoder är det angeläget att uppmärksamma att dessa i huvudsak är utvecklade för föräldrar och barn i länder som saknar de nordiska ländernas generella form av mödra- och barnhälsovård.

Arbetsgruppen efterlyser en problematisering kring utvärdering och ”verklig effekt” av föräldrastöd. Föräldraskap är ett kontinuum över tid i en föränderlig omgivning och innefattar andra faktorer utöver de vårdande och fostrande. Faktorer som är invävda i ett nät av förutsättningar som skiljer sig mellan olika etniska och sociala grupper och länder. En tydlig konklusion är att det är förenat med svårigheter att få till stånd vetenskapliga utvärderingar, som ger hög grad av evidens för föräldrastöd, såväl individuellt som i grupp, inom MHV och BHV. Forskningsmetoder på det området behöver utvecklas och kräver ett särskilt upplägg både i planering och genomförande. Att i Sverige få till stånd väl genomförda utvärderingar av föräldrastöd och implementeringsstudier av såväl svenska som utländska metoder är mycket angeläget för föräldrastödets fortsatta utveckling.

Arbetsgruppen finner utifrån visat vetenskapligt stöd, gällande nationella och regionala styrdokument och professionernas samlade erfarenheter att det finns starka skäl för att inom vår, internationellt sett, unika mödra- och barnhälsovård, behålla och vidareutveckla det befintliga tidiga föräldrastödet. Föräldrastödsarbetet kräver ett antal förutsättningar inom organisation, samverkan, personal, form och metod samt utvärdering. Följande rekommendationer, som baseras på ovanstående, framhålls för *det tidiga föräldrastödet*:

- Ansvaret ska ligga kvar inom mödra- och barnhälsovården där erfarenhet, kompetens och möjlighet att nå alla finns.
- Utvecklingen av olika stödformer ska stimuleras. Det stöd som erbjuds ska i största möjliga utsträckning kunna följas upp avseende effekter för barn och föräldrar. Nya metoder som införs ska prövas, värderas och bygga på bästa möjliga forskning.
- Insatser, generella och riktade, ska erbjudas såväl individuellt och som i grupp.
- Föräldrastöd i grupp ska kvalitetssäkras med hänsyn till gruppledarkompetens, tidsmässigt utrymme och praktiska förutsättningar.
- Föräldrastöd före barnets födelse är särskilt angeläget att utveckla liksom tidiga insatser för föräldrar och barn i behov av utökat stöd.
- Föräldrastödet inom mödra- och barnhälsovården ska utgå ifrån det gemensamma föräldraskapet och utformas så att kvinnor och män i lika hög grad attraheras att medverka.
- Familjecentralen förefaller vara en lovande plattform för tidigt generellt föräldrastöd i nära samverkan, men utvärdering av modellen behöver göras.
- Samverkansskyldigheten ska vara ömsesidig mellan alla berörda verksamheter.
- Ett nationellt utvecklings- och kompetenscentrum med regional/lokal förankring för föräldrastöd behöver snarast inrättas, där det tidiga föräldrastödet utgör en del och ges en tydlig och säkerställd plats.
- Fortsatt utvecklingsarbete ska vara tvärfackligt och ske i samverkan med berörda professioner.

SYFTE

Syftet med detta dokument är att beskriva och analysera arbetet med tidigt föräldrastöd inom MHV och BHV. Med tidigt föräldrastöd avses graviditetstiden och under barnets två första levnadsår.

Utifrån rådande kunskap och erfarenheter skall detta dokument ge underlag för föräldrastödsarbetets organisation, utformning och utveckling inom verksamheterna.

BAKGRUND

Behov av föräldrautbildning har diskuterats sedan 1960-talet och har behandlats i ett antal utredningar. Redan 1972 formulerades att föräldragrupper skulle vara sammanhållna under graviditet och spädbarnstid och även vidare inom barnomsorg och skola [1]. Barnomsorgsgruppen tillsattes och lämnade två betänkanden [2,3]. 1979 lade den dåvarande regeringen fram en proposition om en allmän föräldrautbildning [4]. Propositionen behandlades av riksdagen, som gav Socialstyrelsen i uppdrag att lämna förslag på hur föräldrautbildningen borde genomföras. Detta redovisades i *Föräldrautbildning - Kring barnets födelse och första levnadsår* [5]

I dokumentet anges följande principer för föräldrautbildning:

- *Föräldrautbildning är till för alla föräldrar (begreppet föräldrar avser här och fortsättningsvis även blivande föräldrar).*
- *Föräldrautbildning ska genomföras av ordinarie personal i det reguljära arbetet.*
- *Föräldrautbildning är en integrerad del av arbetet och inte någon särskild eller utanförhållande verksamhet som kan läggas till eller dras ifrån eller överlätas andra.*
- *Föräldrautbildningens metod bygger på utbyte av kunskaper och erfarenheter.*
- *Föräldrautbildning bör bedrivas med ett psykosocialt arbets- och förhållningssätt, där psykosociala aspekter uppmärksammas i större utsträckning och där utgångspunkten är föräldrarnas egna frågor och erfarenheter.*
- *Föräldrautbildningens arbetsformer bör utvecklas på grundval av ovan nämnda principer. Sammanhållna föräldragrupper har föreslagits i första hand, då denna arbetsform är förenlig med målen för föräldrautbildning och dessutom skapar kontinuitet mellan mödra- och barnhälsovård*

Det övergripande målet var och är att stärka föräldrarna i deras föräldraskap, vilket åstadkommes genom de alltjämt gällande delmålen:

- *Ge ökade kunskaper. Kunskaperna gäller den fysiska, psykiska och sociala omställningen under graviditeten, barns utveckling och behov, relationer mellan barn och föräldrar samt vuxna emellan, samhällsförhållanden och samhällets stöd till barnfamiljer.*
- *Skapa möjligheter till kontakt och gemenskap. Föräldrautbildning kan ge möjligheter till kontakt såväl mellan föräldrar som mellan föräldrar och personal och därmed förutsättningar för föräldrar att dela med sig av sina erfarenheter.*
- *Skapa möjligheter till medvetenhet om påverkan av samhällsförhållanden. Föräldrautbildningen bör öka insikten om familjens beroende av samhällsförhållanden. Insikt om sambandet mellan familj och samhälle är en förutsättning för att föräldrar skall kunna påverka och förändra dessa förhållanden.*

I samband med att propositionen antogs, gjordes lagändringar som möjliggjorde för båda föräldrarna att samtidigt nyttja föräldraförsäkringen för deltagande i föräldragrupper [4].

Eftersom alltfler landsting valde en organisation där barnhälsovården var en del av distriktssköterskans arbete, där även sjukvård och äldrevård ingick, så kom verksamheten att utsättas för konkurrens av sjukvård som prioriterar sig självt. För att ta reda på om barnhälsovårdens verksamhet blivit marginaliserad tillsattes en utredning *Skydda Skyddsnetet* [6]. Den utmynnade i *Kvalitetssäkring av barnhälsovården - Att skydda skyddsnetet* [7], som definierade ett antal kvalitetsindikatorer för att garantera barnhälsovård av god kvalitet. Föräldrautbildningen inom mödrhälsovården följdes också upp av Socialstyrelsens i *Hälsovård för mödrar och barn inom primärvården* [8] och *Hälsovård före under och efter graviditet* [9].

Sedan 1970-talet har det funnits en politisk vilja att på olika sätt initiera och stödja olika projekt med syfte att stimulera fäder till ett ökat ansvar och engagemang i barn och familj, till ökat uttag av föräldraledighet; ett generellt mer aktivt föräldraskap.

Under 1994-1995 drev regeringskansliets Jämställdsenhet och Landstingsförbundet ett pappautbildningsprojekt (Projektets syfte var att öka mäns uttag av föräldraledighet, förståelsen av en aktiv papparoll samt bidra till en ökad livskvalitet). Ett syfte var också att öka möjligheterna för män och kvinnor att förena ett familje- och yrkesliv. Försöksverksamheten, som bedrevs på 44 mödravårdscentraler i landet utvärderades av Spri [10]. Denna försöksverksamhet ledde inom flera landsting till en fortsatt utveckling att starta pappagrupper,

fristående eller integrerat, inom den traditionella föräldrautbildningen [5]. För närvarande saknas överblick över den sammantagna verksamhetens omfattning, jfr dock [11].

Utifrån bl a pappautbildningsprojektet [10], rapporten *Skydda Skyddsnetet* [6], där riskerna för ett bristande föräldrastöd inom BHV påtalades, liksom frånvaron av ett fortsatt föräldrastöd inom förskola och skola, fick Socialdepartementet 1996 uppdraget av regeringen att kartlägga, beskriva och analysera verksamheter med föräldrautbildning och föräldrastöd [12].

Departementet presenterade utredningen *Stöd i föräldraskapet* [13]. Denna utredning framhöll att begreppet föräldrautbildning var föråldrat och föreslog det skulle ersättas med ”stöd i föräldraskapet”. Med begreppet ”stöd i föräldraskapet” avsågs den kunskap och det stöd som samhället, på alla nivåer, kan förmedla till föräldrar, med start under graviditeten och under barnets hela uppväxt. Begreppet empowerment introducerades. Det bygger på en grundsyn att individen själv har kraft att söka den information och kunskap han/hon behöver samt är kapabel att ta kontrollen över sin situation [12].

Utredningen framhöll bl a att det är viktigt att föräldragrupperna inom MHV och BHV har ett innehåll som uppfattas som angeläget för och attraherar båda föräldrarna. Det betonades att det är viktigt att föräldrarnas egna frågor och intressen ligger till grund för diskussioner i föräldragrupperna.

Aktuella utredningar från senare år understryker samstämmigt vikten av tidigt föräldrastöd t.ex. *Det gäller livet* [15], *Från dubbla spår till elevhälsa* [16], *Tänk långsiktigt* [17], *Källan till en chans* [18], *Ambition och ansvar* [19] och *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa* [20] och *Hälsa på lika villkor - nationella mål för folkhälsan* [21]

Folkhälsoinstitutet fick 2001 ett regeringsuppdrag att samla in, analysera och sprida kunskap om hur föräldrastöd kan utformas för att ”göra verklig nytta”. Uppdraget resulterade i rapporten *Nya verktyg för föräldrar - förslag till nya former av föräldrastöd* [22]. I rapporten [22;151-154] uppmärksammas följande problemområden inom MHVs och BHVs föräldrastöd: möjligheterna att nå uppställda mål, bristande kontinuitet i övergången av grupper från MHV till BHV, oklarheter om verksamheten kan ge effekt på barns hälsa och välfärd, att BHVs föräldragrupper i första hand är utformade av kvinnor för kvinnor samt föräldrastödets sociala profil.

I FHI- rapporten rekommenderas bl.a. att primärkommunerna försöksvis samordnar allt föräldrastöd inklusive den verksamhet som idag bedrivs inom MHV och BHV. En bred användning av metoder där effekten anges vara känd föreslås också. Vidare att staten skall ge stöd till utvecklingsarbete och forskning angående strukturerade program under graviditet och spädbarnstid.

Utifrån FHI- rapportens beskrivning av MHVs och BHVs föräldrastöd bildades en tvärprofessionell arbetsgrupp för att utforma ett tillägg till rapporten som grund för en framtida utveckling av det tidiga föräldrastödet.

Arbetsgruppen fann att vissa väsentliga aspekter kring föräldrastöd behövde tilläggas:

- föräldrastöd som del av folkhälsoarbete,
- utvärdering av föräldrastöd ur metodologiskt perspektiv
- organisatoriska faktorerens betydelse för föräldrastödsarbete,
- betydelsen av insatser under graviditeten och
- ytterligare relevant forskning av värde

Vidare önskar arbetsgruppen en fördjupad diskussion om föräldraskap – föräldrastöd.

Fostran, vård och stimulans är några aspekter av föräldraskap, som dock har stor plats i föräldrastödsprogram/metoder . Föräldraskapet är en identitetsform och en livslång, aldrig upphörande process, för de flesta en av livets mest glädjefyllda erfarenheter. Det är en relation som ger kunskap och erfarenhet kring vad det är att vara människa i relation till andra människor och som är beroende av kultur och värderingar . Föräldraskap uppvisar både varaktighet mellan och förändras från generation till generation. Det är också beroende av ekonomiska, sociala, historiska och politiska sammanhang. Jfr [23-37].

VÄGLEDANDE PRINCIPER FÖR FÖRÄLDRASTÖDSARBETE I PRAKTIKEN

Då arbetsgruppen bestod av olika yrkeskategorier med skilda erfarenheter och bakgrund vad gäller föräldrastödsarbete, påbörjades arbetet med att ta fram kärnvärden som delades av samtliga och som blev vägledande för den fortsatta processen. Under arbetets gång framstod dessa värden allt tydligare som vägledande principer även i MHVs och BHVs praktiska arbete med föräldrastöd. Dessa principer överensstämmer med andra styrdokument inom hälso- och sjukvården och är:

- Delaktighet, inflytande och frivillighet
- Barnperspektivet
- Folkhälsoperspektivet och hälsovinst för barnet och dess förälder
- Jämlikhet och jämställdhet
- Kunskap och kompetens
- Hälsofrämjande förhållningssätt
- Tvärprofessionell samverkan
- Utvärdering, utveckling och stabilitet över tid

FOLKHÄLSOMÅLEN OCH TIDIGT FÖRÄLDRASTÖD

Folkhälsokommitténs slutbetänkande *Hälsa på lika villkor* [21] resulterade i regeringspropositionen *Mål för folkhälsan* [38]. Denna antogs av riksdagen år 2003. Det övergripande nationella målet för allt folkhälsoarbete är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Särskilt angeläget är det att hälsan förbättras för de grupper som är mest utsatta för ohälsa.

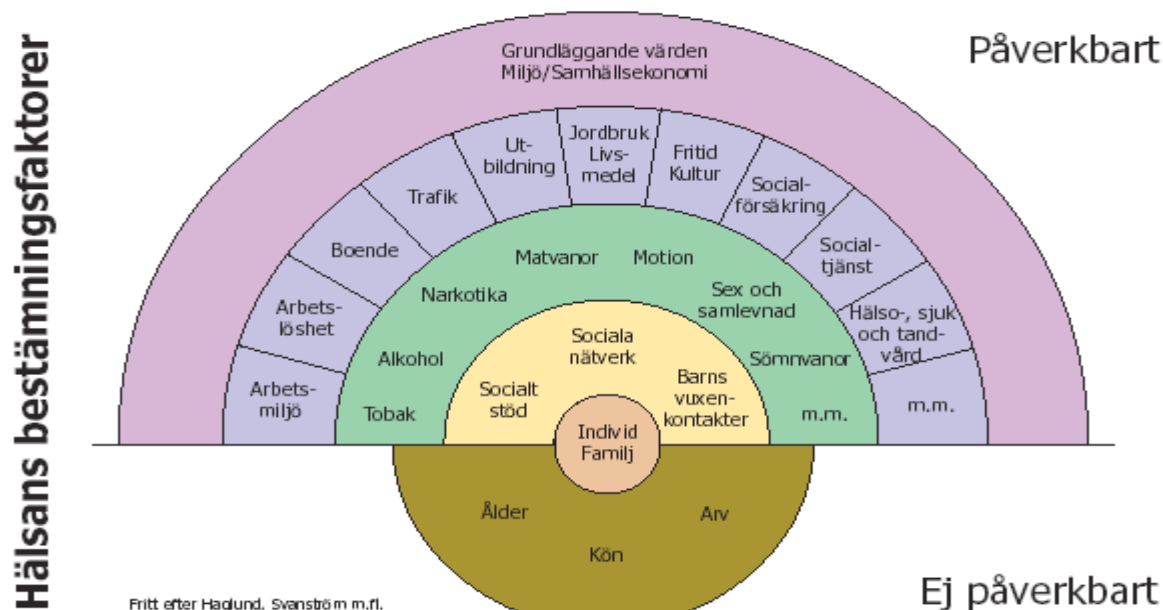
Fig. 1. De 11 folkhälsomålen



De elva folkhälsomålen (se fig. 1 [39]) har sin utgångspunkt i hälsans bestämningfaktorer där ett salutogent synsätt lyfts fram (se fig. 2 [39]). Fördelen med att utgå från bestämningfaktorer vad gäller hälsofrämjande insatser är att de blir åtkomliga för politiska initiativ och beslut.

Fig. 2. Hälsans bestämningfaktorer

Faktorer som bestämmer och påverkar människors hälsotillstånd:



Inom MHV och BHV finns en lång tradition av folkhälsoarbete[40-47]. Dessa verksamheter möter i stort sett alla blivande och nyblivna föräldrar, som befinner sig i ett skede av livet då många är öppna för livsstilsförändringar. Sammanfattningsvis kan sägas att med folkhälsomålen och hälsans bestämningss faktorer i fokus, framstår det tydligt att MHV och BHV bedriver ett aktivt folkhälsoarbete med ett väl integrerat föräldrastöd och utgör en strategiskt mycket viktig samhällsaktör.

Nedan följer de elva folkhälsomålen med beskrivningar av MHVs och BHVs del i folkhälsoarbetet genom föräldrastödsverksamhet, individuellt och i grupp:

Målområde 1. Delaktighet och inflytande i samhället

Ett av målen med föräldrastöd i grupp är att öka medvetenheten om och påverkan av samhällsförhållanden. Grunden i arbetet är ett förhållningssätt som främjar utveckling av barns och föräldrars egen förmåga och delaktighet (empowerment). Barn och föräldrar ska respekteras och lyssnas på.

Målområde 2. Ekonomisk och social trygghet

MHV:s och BHV:s resurser ska fördelas med hänsyn tagen till socialt utsatta områden.

Tvärprofessionell samverkan kring barnfamiljer är central. Verksamheterna ska underlätta för föräldrar att utbyta erfarenheter och få nya kontakter, vilket kan bidra till ökad social trygghet.

MHV och BHV, inklusive föräldrastöd ska erbjudas kostnadsfritt till alla.

Målområde 3. Trygga och goda uppväxtvillkor

MHV och BHV är de enda samhällsaktörer som har kontakt med i stort sett alla spädbarnsfamiljer. Det innebär en unik möjlighet att tidigt främja alla barns och deras föräldrars hälsa. Det ger även möjlighet att tidigt uppmärksamma barn och familjer med behov av utökad stöd.

Målområde 4. Ökad hälsa i arbetslivet

MHV och BHV ska uppmärksamma föräldrars möjlighet att kunna förena familjeliv med arbetsliv, både under graviditet och när barnen växer upp. Verksamheterna ska aktivt verka för ett jämställt föräldraskap.

Målområde 5. Sunda och säkra miljöer och produkter

Inom både MHV och BHV är sunda och säkra miljöer prioriterade områden. Många miljö- och säkerhetsfrågor bör aktualiseras redan under graviditeten. Att informera om de skadeförebyggande insatser som krävs utifrån barnets utvecklingsnivå och behov är en angelägen uppgift för BHV. Genom strukturerade insatser ska utsatthet för våld inom familjen uppmärksammas.

Målområde 6. En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård

I MHV:s och BHV:s basprogram ingår, i varje enskilt möte med barn och föräldrar liksom i föräldragrupper, att samtala om livsstilsfrågor. I detta arbete

ska all personal inom hälso- och sjukvård ha ett förhållningssätt som stärker barns och föräldrars egen förmåga.

Målområde 7. Gott skydd mot smittspridning

MHV och BHV:s roll i detta arbete är unik och självklar.

Inom MHV erbjuds screening av vissa smittsamma sjukdomar i syfte att kunna behandla kvinnan och hennes partner samt att motverka smittspridning till det väntade barnet.

Inom BHV erbjuds alla barn vaccinationer enligt ett nationellt basprogram. En annan viktig uppgift är att ge bra råd om egenvård.

Målområde 8. Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa

Inom MHV och BHV krävs en öppen syn på människors sexuella läggning och olika former för familjebildning. Relationsfrågor ska vara ett givet tema både individuellt och i föräldragrupp.

Föräldrar med erfarenhet av infertilitet eller komplikationer i samband med barnafödande bör uppmärksammas, liksom erfarenhet av sexuella övergrepp, våld och tortyr.

Målområde 9. Ökad fysisk aktivitet

MHV och BHV ska lyfta fram värdet av fysisk aktivitet och vid behov stimulera till en ökad fysisk aktivitet för hela familjen.

I BHV ingår att samtala om barnets behov av lek och rörelse, både utifrån barnets utveckling och ur ett hälsofrämjande perspektiv.

Målområde 10. Goda matvanor och säkra livsmedel

MHV och BHV samtalar med alla föräldrar, såväl individuellt som i grupp, om kost, näringsbehov och om måltidens betydelse.

MHV och BHV ska verka för och stödja amning utifrån en gemensam amningsstrategi. Verksamheterna ska vid behov ge information och stöd vid alternativ uppfödning.

Målområde 11. Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och doping samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande

MHV och BHV ska aktivt verka för en alkohol-, drog- och tobaksfri graviditet och uppväxtmiljö för barnen.

BARNKONVENTIONEN OCH TIDIGT FÖRÄLDRASTÖD

Satsningar på stöd i föräldraskapet är ett viktigt led i att genomföra och förverkliga barnkonventionen [48]. Flera av barnkonventionens 54 artiklar anknyter till frågan om föräldrastöd, liksom till föräldraskapet i sig.

Några artiklar nämns här. Artikel 3 betonar att barnets bästa ska komma i främsta rummet i alla åtgärder som rör barnet. Artikel 7 stadfäster barnens rätt till

kännedom om sitt ursprung. Artikel 12 påtalar barnets rätt att bli hörd och lyssnad till, vilket behöver beaktas särskilt då det lilla barnet måste uttolkas. Artikel 18 och 19 fastställer föräldrars respektive samhällets ansvar för barnets utveckling. Artikel 24 tar upp behovet av att satsa på föräldrastöd och barnets rätt till hälsa genom att utveckla förebyggande hälsovård och föräldrarådgivning. Föräldrar har rätt till kunskap och information om det som rör barnet och dess miljö. Gravida och nyblivna mammor har rätt till hälsovård.

Innehåll och förhållningssätt i föräldrastöd ska vara utformat i enlighet med barnkonventionen.

FÖRÄLDRASTÖD INOM MÖDRA- OCH BARNHÄLSOVÅRDEN

Samhällets föräldrastöd omfattar familjelagstiftning, transfereringssystem och organiserade insatser riktade till föräldrar för att främja barns välfärd. Det tidiga föräldrastödet inom MHV och BHV är *en* del av samhällets insatser för att främja barns hälsa och utveckling och att stärka föräldrars förmåga att möta det väntade och nyfödda barnet och är det som belyses i detta dokument.

Uppdrag

MHV och BHV:s övergripande uppdrag är att bedriva hälsofrämjande och förebyggande arbete [6,7,9,21,49,50]. Uppdraget kräver specifik kunskap och kompetens om vad som ska främjas och förebyggas, en tydlig ram och målsättning samt strategiska val av insatser. Föräldrastödet är kärnan i alla former av MHV och BHV:s arbete; föräldrastöd är integrerat i varje möte med föräldrar. Arbetet förutsätter tvärprofessionell kompetens genom barnmorska och läkare inom MHV, sjuksköterska och läkare inom BHV samt MHV/BHV-psykolog [5].

Samverkan med andra för familjen angelägna verksamheter framförallt med socialtjänsten förutsätts.

MHV/BHV- psykologverksamhet har ett specifikt uppdrag att verka generellt via personalinriktade insatser i form av kontinuerliga konsultationsträffar och lokal implementerande fortbildning samt olika riktade insatser till barn 0-6 år och deras föräldrar [5,7,51].

MHV/BHV- psykologerna har sedan uppbyggnaden av föräldragrupsverksamheten även ett kontinuerligt handlednings- och fortbildningsuppdrag gentemot övrig personalen vad gäller gruppleaderskap och innehåll. Denna funktion har hittills inte utvecklats och nyttjats i avsedd utsträckning [52-53].

MHV och BHV:s arbete sker genom:

- fortlöpande enskilda möten med föräldrar och
- föräldragrupper (generella och riktade)
- samverkan med andra för familjen angelägna verksamheter

De tre arbetssätten kompletterar varandra och är delvis överlappande. Detta är en garant för att alla föräldrar erbjuds möjlighet att ta del av föräldrastöd i den form som bäst svarar mot enskilda föräldrars och barns behov och situation. Arbetet innefattar såväl generella som riktade insatser. Det sker genom kontinuerliga kontakter med föräldrar och barn enligt medicinska och psykosociala basprogram och vårdprogram.

Arbetsformerna är enskilda besök/samtal, hembesök och föräldrastöd i grupp. Riktat stöd avseende nedstämdhet och depression hos modern [54], liksom samtal vad gäller, bruk av tobak [55] riskbruk av alkohol, droger och läkemedel [56-60] samt utsatthet för våld i familjen [61,62] har på flera håll introducerats inom MHV och BHV. Samverkansformer med vuxenpsykiatri kring psykiska sjuka föräldrars barn är under utarbetande på många håll, jfr [63]. Arbetet innehåller vidare olika organisatoriska former för lokal samverkan som t ex familjecentral alternativt ett familjecentrerat arbetssätt med samverkan utan samlokalisering med förebyggande socialtjänst och öppen förskola (se vidare Folkhälsomålen och tidigt föräldrastöd sid. 10 ff.)

En rikstäckande inventering initierad av arbetsgruppen via de regionala MHV/BHV-enheterna avseende föräldrastöd visar på en mångfald av lokala arbetsformer för föräldrastöd i grupp. Den visar också på svårigheter att få en mer övergripande bild av verksamhetens organisation, innehåll och resultat. Barnmorskan och sjuksköterskan inom BVC organiserar som regel gruppverksamheten och är gruppleddare, ofta inbjuds resurspersoner. Olika former för verksamheten finns, allt ifrån enstaka informationstillfällen i form av storgruppsföreläsning till en serie på 5-10 gruppträffar för en mindre antal föräldrapar. Innehållet omfattar såväl graviditet, förlossning, den första tiden, barnet (t.ex. utveckling, samspel, kost, barnsäkerhet) som föräldrarna (t.ex. omställning till föräldraskap, relationen, livsstil, familjeliv/arbetsliv) och samhället (t.ex barnomsorg, familjerådgivning, socialtjänst).

I arbetsgruppens diskussioner har det blivit tydligt att förutsättningarna för att bedriva föräldrastöd i praktiken varierar stort över landet. Det gäller faktorer som t ex avsatt tid, lämpliga lokaler, tillgång till fortbildning och handledning, jmf [38], prioriteringskonflikter hos distriktssköterskor på BVC, jmf [6], möjligheter till utvärdering och forskning samt beställar- och ledningskompetens. Dessa faktorer påverkar personalens skicklighet och entusiasm samt deras möjlighet att nå målen.

Föräldragrupsmetoder

Metodiken för föräldrastöd i grupp inom MHV och BHV enligt den svenska modell som byggdes upp under 1980-talet utgick ifrån betänkandet *Föräldrautbildning 1: Kring barnets födelse* [2] samt av socialstyrelsen utgivna skrifter *Föräldrautbildning* [5], *Att leda föräldragrupper* [52] och *Föräldragrupper. Uppläggning, genomförande och resultat* [53].

Metodiken var direkt relaterad till målen och de angivna principerna [2,4]. Den byggde på dialogpedagogik och förutsatte fortbildning, handledning

och en kontinuerlig utveckling av gruppleadarkompetens hos den ordinarie personalen.

Återkommande har behovet av mer strukturerade metoder för MHVs och BHVs psykosociala arbete påtalats [7,19,50] även vad gäller föräldrastöd individuellt och i grupp.

Det finns idag flera manualstyrda föräldragrupsprogram/metoder med målsättning att vara ett stöd för föräldrar för att främja barns utveckling och förebygga psykisk ohälsa hos barn. Många av dessa program och metoder är gruppbaseade, strukturerade och inriktade på att förbättra samspel och kommunikation mellan barn och föräldrar samt på beteendeförändringar hos barn och föräldrar. Dessa har uteslutande internationellt ursprung, i huvudsak från USA och bygger huvudsakligen på inlärnings- och utvecklingspsykologi samt systemteori.

Flertalet program riktar sig till familjer med barn mellan 3 och 12 år, där föräldrarna uttryckt svårigheter och problem och önskar hjälp. Programmen har alltså en i huvudsak sekundärpreventiv inriktning.

Olika internationellt framtagna program och metoder används idag inom olika verksamheter i Sverige. Som exempel kan nämnas "Verktyg för varaktig kärlek" (PREP, Prevention and Relationship Enhancement Program [64], Vägledande samspel (ICDP) [65], De otroliga åren (Webster-Strattons The Incredible Years) [66], Från första början (Right from the Start 0-2 år) [67], The Community Parent Education Program (COPE) [68,69], COPE for toddlers [70], Föräldrakraft [71], Komet [72] (härstammar från Parent Management Training [73]), Marte Meo [74] och Mellow Parenting [75]. Andra internationella program diskuteras för försöksvis införande, t ex Triple P, ett riktat program av australiensiskt ursprung [76,77].

Internationella studier gällande effekter av föräldrastödsprogram tyder på att de kan öka föräldrars lyhördhet i relation till barnet och leda till förbättringar av barnets uttalade beteendeproblematik och föräldrars möjligheter att hantera dessa. Vissa föräldrastödprogram är inriktade på att förbättra föräldrars (mödrars) psykiska hälsa och välbefinnande med förmodade effekter på barnet.

Det saknas stöd för att programmen har någon långvarig effekt på anknytning, samspel och kommunikation mellan barn och föräldrar eller på barnets utveckling och psykiska hälsa. Eventuell förebyggande effekt har ej kunnat visas, då det varit problem såväl med att få föräldrarna attraherade av att delta i som att fullfölja program. Föräldrar och barn med uttalad problematik som själva sökt sig till programmet, deltar i något högre grad och insatserna visar då bättre effekt, t ex [77,78].

För barn 0-3 år [80] har man funnit visst stöd för positiva effekter av strukturerade gruppbaseade program för barn med svårigheter avseende mat, sömn och skrik ("emotional and behavioral adjustment"). Data som stöder långtidseffekter av programmen saknas dock. Resultaten kan inte

ligga till grund för att använda programmen primärpreventivt och vidare forskning krävs därför [78-80].

Arbetsgruppen har inte funnit, några i Sverige vetenskapligt utvärderade, föräldrastödsprogram som erbjudits generellt till föräldrar under graviditet eller med barn i åldern 0-2 år där effekt, kortvarig eller långvarig, på anknytning, samspel eller barnets utveckling och hälsa är känd.

Detta medför en osäkerhet kring rekommendationer av bred användning av internationella program. Programmen kan dock ha sitt berättigande i det riktade/behandlande syfte som ursprungligen avsetts. Även för denna användning måste programmen värderas för svenska förhållanden.

VETENSKAPLIG GRUND FÖR TIDIGT FÖRÄLDRASTÖD

Kunskapsöversikt

FHIs regeringsuppdrag [81] resulterade i kunskapsöversikt över föräldrastöd till föräldrar med barn i åldrarna 18 månader till 18 år [82]. Arbetsgruppen har inte funnit att det finns någon motsvarande nationell systematisk kunskapsöversikt över föräldrastödsinsatser för barn under 2 år och deras föräldrar. För denna åldersgrupp hänvisas i FHIs slutrapport till ett begränsat antal nationella och internationella studier. Det beskrivna föräldrastödet inom MHV och BHV fokuserar huvudsakligen på begreppen samspel, anknytning, struktur och effekt samt breda insatser.

FHI har utifrån regeringsuppdraget sammanställt ytterligare två kunskapsöversikter avseende tidigt föräldrastöd *Föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa* [83]. Denna rapport sammanfattar kunskap om spädbarnet, föräldraskapet och parrelationen och ger exempel på förebyggande generella och riktade insatser. Författarna lyfter fram förslag till åtgärder för att främja spädbarnets psykiska hälsa såsom att fokusera på hela familjen, beakta risk- och skyddsfaktorer i kombination, utveckla förebyggande psykosociala program och skapa tvärfackliga spädbarnsteam. *Post partum depression nedstämdhet och depression i samband med barnafödande* [54], är en kunskapsöversikt om psykisk ohälsa i samband med barnafödande och beskriver ett strukturerat arbetssätt.

Det finns åtskilliga studier inom MHV och BHV, det råder dock brist på systematisk och generaliserbar dokumentation avseende tidigt föräldrastöd och dess effekt för föräldrar och barn. Beskrivningar och utvärderingar är i huvudsakligen gjorda utifrån lokala kvalitetssäkringsperspektiv. Detta försvårar möjligheterna att få en vetenskapligt grundad uppfattning av det svenska föräldrastödet. Arbetsgruppen har därför huvudsakligen inriktat sig på

internationella översikter och erfarenheter. Inom arbetsgruppen finns dock kunskap om välfungerande verksamheter med dokumenterad stabilt hög attraktivitet liksom ett flertal svenska studier och utvärderingar med relevant och fördjupad information [84-102].

Något nationellt organ som initierar, bevakar och sammanställer lokala projekt och svensk forskning inom föräldrastödsområdet saknas, jfr [103].

Utvärdering och evidens

Frånvaron av en samlad kunskap och resultatutvärderingar med visad evidens, skall inte uppfattas som att nuvarande arbetssätt inte ger effekt. Arbetsgruppen efterlyser en problematisering kring utvärdering och ”verklig effekt” av föräldrastöd.

Redan under föräldrautbildningens uppbyggnad framhöll Dagmar Lagerberg svårigheter med att utvärdera den allmänna föräldrautbildningen i *Föräldrautbildning - för vem? Om utvärdering av föräldragrupper* [104]. Föräldrastöd i likhet med allt folkhälsoarbete karaktäriseras av stor komplexitet. Föräldraskap är ett kontinuum över tid i en ständigt föränderlig omgivning. Föräldraskapet innefattar också andra faktorer utöver de vårdande och fostrande. Detta ger ansevärd svårigheter att renodla relevanta variabler för utvärdering. Då föräldragrupper är en integrerad del av MHVs och BHVs arbete blir gränsen flytande mellan effekten av gruppverksamheten och MHVs och BHVs övriga föräldrastöd. Det sker ständigt en ömsesidig påverkan på en mångfald subtila sätt. Ett liknande resonemang gäller även målet kunskapsökning i föräldragrupper där andra kunskapskällor interfererar. Baret [105] belyser liknande svårigheter 2007 utifrån utvärdering av det engelska Sure Start- programmet.

I FHI:s konferensrapport *Vikten av evidens. Värdet av förebyggande och behandlande insatser baserade på social och folkhälsovetenskaplig forskning* [106] framhålls också komplexiteten i att evidensbasera hälsofrämjande insatser i folkhälsoarbete. Vikten av att ställa upp utvärderingsbara mål och delmål för olika insatser påtalas. Bra utvärderingar kräver en pluralism vid val av metoder. I konferensrapporten behandlas folkhälsoarbete generellt. Då det gäller forskning och prediktion av insatser för barns utveckling framhåller Lagerberg och Sundelin [113, sid. 327 ff.] ”i fråga om barns utveckling, föräldrars möjligheter att främja barns utveckling och samhällets möjligheter att stödja föräldrar i deras roll, är sambanden mycket svåra att urskilja och studera systematiskt. Frågorna är invävda i ett nätverk av kulturella, politiska, ekonomiska, religiösa, historiska och traditionsberoende förutsättningar som skiljer sig från ett land till ett annat”, jfr [107-112].

Att undersöka effekten av MHVs och BHVs olika insatser genom i huvudsak randomiserade kontrollerade studier är problematiskt enligt Claes Sundelin [50]. Sundelin [50] anger några bidragande förhållanden som etisk

försvarbarhet, behov av stora undersökningsgrupper och insatsernas kontextberoende. Det senare innebär bl. a att det är osäkert att överföra resultat från utländska studier till svenska förhållanden liksom från en tidsperiod till en annan. Bedömningar av nyttan måste också till viss del grundas på granskning av tänkta händelsekedjor som ligger till grund för den nytta som den förebyggande insatsen avser att initiera. Etiska aspekter betonas även internationellt [114].

Lennart Köhler tar i rapporten *Nordisk forskarträff – Kunskap om familjecentraler* [115] också upp svårigheterna att utvärdera ett förebyggande folkhälsoarbete. Det går lång tid mellan insatser och resultat (år eller decennier) vilket gör att resultaten är svårtolkade. Många sociala, psykologiska och statistiska problem fångas dåligt upp av traditionella kliniska metoder för utvärdering och särskild hänsyn måste tas till etiska aspekter eftersom verksamheten omfattar friska, frivilligt besökande föräldrar och deras barn. Det innebär att forskning och utvärdering måste vara särskilt väl planerad och genomförd och inkludera olika dimensioner som är väsentliga för verksamheten, vilket kräver ett folkhälsovetenskapligt perspektiv.

Bjurgård, Höjer och Widlund [116, sid 245] formulerar: ”För en bedömning av i vilken utsträckning föräldrautbildningsreformen svarat mot de intentioner man hade vore det naturligt att utgå från målformuleringarna. Vi saknar dock metoder för att studera reformens effekter med de utgångspunkterna. Den inriktning som förespråkades av Socialstyrelsen innebär att en bedömning av föräldrautbildningen egentligen innebär en bedömning av mödra- barnhälsovården i stort”.

En tydlig konklusion är att det är förenat med svårigheter att få till stånd vetenskapliga utvärderingar med traditionella metoder som ger hög grad av evidens för föräldrastöd inom MHV och BHV, såväl individuellt som i grupp. Det är därför viktigt att beakta att frånvaron av evidens som avser effekt inte är detsamma som att evidens finns för att effekt saknas, jfr [105,117].

Att i Sverige få till stånd väl genomförda utvärderingar av föräldrastöd liksom implementeringsstudier av såväl svenska som internationella metoder är mycket angeläget för föräldrastödets fortsatta utveckling. Forskningsmetoder behöver utvecklas och kräver, som framgår av ovan, ett särskilt upplägg både i planering och genomförande.

Internationell forskning

Flera välgjorda internationella översikter finns över föräldrastödsinsatser med syftet att främja och förebygga barns psykiska hälsa och dess effekt [118-127]. De har belyst vad som förefaller fungera respektive inte fungera i ett generellt och riktat föräldrastöd liksom speciella problem och angelägna forskningsområden. Andra frågor som har belysts är mål, policy och förutsättningar för implementering. Trots åtskilliga studier är det svårt att svara på frågan vilket föräldrastöd som passar vem och under vilka

omständigheter [127] Införandet av olika föräldrastödsprogram har inte följts upp av studier av hög kvalitet i motsvarande omfattning. Det finns inte någon metod som visat sig vara överlägsen [119]. Frågan är hur olika former av föräldrastöd kan kombineras så att det får maximal effekt [90]. Tydligt är dock att erbjudande om föräldrastödsprogram är viktigt, särskilt när de kombineras med lokala och politiska insatser som riktar sig mot faktorer som stärker föräldrars och barns livsvillkor [36,127].

Följande anges vara fungerande faktorer i föräldrastöd [123].

- Stöd som omfattar ett brett spektrum av insatser på olika nivåer (barnet, familjen och dess omgivning)
- Tvärprofessionell medverkan.
- Fokus på skydds- och riskfaktorer snarare än på olika beteendeproblem.
- Insatser med en god teoretisk grund och tydlig målsättning.
- Insatser som har mätbara, konkreta och övergripande långsiktiga mål.
- Insatser med en tydlig ramstruktur, med en flexibilitet och i dialog med föräldrarna.
- Medvetenhet och respekt för kulturella aspekter avseende föräldraskap och syn på barn och barnuppfostran, vilket påverkar arbetssätt.
- Kompetent, adekvat utbildad och entusiastisk personal med gott stöd av sin verksamhetsledning.
- Tids- och kompetensmässiga förutsättningar hos personal för att etablera respektfulla och tillitsfulla relationer.
- Att barnet ses som en medlem i familjen och familjen som en del i samhället.
- Föräldrastöd som omfattar båda föräldrarna och är lättillgängligt.
- Gruppmetoder som tar upp lämpliga teman, där föräldrar ges möjlighet att dela erfarenheter och knyta sociala kontakter
- Interventioner som lägger stor vikt vid att få föräldrar att medverka, stanna kvar och bli engagerade i verksamheten.
- Generella primärpreventiva insatser som erbjuds alla familjer kan ha positiv effekt på vanliga och mindre allvarliga problem.
- Satsningar på **både** tidiga och sena insatser. Insatser redan under graviditetstiden stärker barnets skydd mot ohälsa ytterligare.
- Insatser som beaktar den psykosociala situationen under graviditeten, främjar tidig föräldra- barn kontakt, stöttar föräldrars självkänsla och egen förmåga till problemlösning.
- Riktade insatser som erbjuds föräldrar och barn i behov av utökat stöd och framför allt de med betydande riskfaktorer.
- Individuellt stöd innefattande hembesöksprogram, för familjer med omfattande problem eller där föräldrar av olika skäl inte deltar i gruppverksamhet.
- Kontinuitet, insatser under en längre tid vid allvarliga problem och uppföljande kontakter (boostereffekt).

Utöver ovan angivna fungerande faktorer i föräldrastödsarbete beskriver Barlow och Stewart–Brown [127b] program för yngre barn (infant programmes) som tyder på att de kan påverka barn och föräldrar gynnsamt;

- Hembesöksprogram med syfte att förebygga omsorgssvikt och barnmisshandel, varav flera börjar under graviditeten och fortsätter under barnets första 2 år.
- Tidig identifikation av samspelsproblem där videointerventioner och terapeutiska insatser erbjuds.
- Tidig upptäckt och behandling av depression post partum.
- Spädbarnsmassage med syfte att främja en lyhörd och god omvårdnad.
- Föräldraförberedelse genom en serie av gruppträffar innan och efter barnets födelse, med teman som förlossningsförberedelse, relationer och kommunikation mellan föräldrar och mellan föräldrar och barn.
- Insatser, i form av hembesök och gruppträffar, riktade till föräldrar och barn i socialt utsatta områden med målsättningen att främja barnets tidiga kognitiva utveckling.

Fonagy [128] beskriver tidigt riktat stöd för lågviktiga nyfödda barn och deras föräldrar med positiv effekt för barnets utveckling. Jfr Sundelin och Lagerberg [113 sid 327 ff].

För generella program inriktade på att förbättra mödrars psykiska hälsa, välbefinnande och föräldrafunktion gäller, att långtidsuppföljningar saknas och det är svårt att finna gemensamma avgörande faktorer [126,129,130]. För högriskgrupper finns stöd för positiv effekt av hembesöksprogram samt att stöd från personer i samma situation (peergroups) har effekt [126].

Vid genomgång av dessa översikter och värderingar av internationella program/ metoder är det angeläget att uppmärksamma att de i huvudsak är utvecklade för behandling av barn och föräldrar med problem, i länder som saknar något som kan liknas vid de nordiska ländernas mödra- och barnhälsovård samt i länder där äga fortfarande används som uppfostringsmetod.

Speciella problem med föräldrastödsprogram som har framförts i internationella rapporter:

- De psykosociala svårigheter man vill förebygga tenderar att ha blivit allvarigare och ändrat karaktär än då preventionsmetoderna utprovades [128].
- Utvecklingen av teoretiska modeller för prevention släpar efter i jämförelse med modeller för behandling. Behandlingsteorier tas därför i anspråk med tveksam relevans [124,128].
- Processforskning saknas [131,132].
- Teoretiskt stöd som åberopats för olika metoder följs inte upp i utvärderingar [128]. Avsaknad av forskning kring mekanismer bakom kort- respektive långtidseffekter [133].

- Otrygg anknytning är så frekvent i normalpopulationer att hittills använda mått, i sig, inte utgör säkra preventionskriterier [128, 137]. Jfr även [134-143].
- Metoder med visad effekt i mindre studier har nedslående resultat när de tillämpats i storskaliga sammanhang [128].
- Om det på en mer övergripande nivå saknas kunskap om mål och förutsättningar för effektivt föräldrastöd, riskerar beslut på dessa nivåer att motverka möjliga positiva effekter [124,128]
- Svårigheter att evidensbasera psykiskt förebyggande insatser [144-149].

Vidare omnämns vissa oönskade effekter av föräldrastöd. Exempelvis har rapporterats att i program där endast den ena föräldern deltagit har denne haft svårigheter att omsätta ett nytt förhållningssätt till barnet i hemmet och i samvaron med föräldern som ej deltagit med risk för familjekonflikter [150-152]. Om man inför metoder med ingen eller låg effekt uppstår svårigheter att senare införa och få mer effektiva metoder attraktiva [124,128].

Att kartlägga eventuella negativa effekter av förebyggande insatser av barns psykiska hälsa och utveckling förefaller vara ett nödvändigt forskningsområde både ur samhälls- och ett individperspektiv [153].

I detta sammanhang bör man lyfta några viktiga aspekter såsom spädbarnspsykologi [154-160], neuropsykologi [161-163] och den inre utvecklingen hos såväl det späda barnet [164-167] som den nyblivne föräldern [168-180]. Denna kunskap har bäring på så väl generella som riktade insatser, individuellt och i grupp. En slutsats av denna forskning när det gäller generella föräldrastödsinsatser efter barnets födelse är, att de behöver avvägas i tid och form så de främjar och inte riskerar att störa den tidigaste föräldra- barninteraktionen [181,182] och barnets utveckling [183-194].

Sammanfattningsvis anges i ovan nämnda översikter att samhällets föräldrastöd är viktigt men att det är mycket kring detta som vi ännu inte vet [110,124,208]. Förståelsen av faktorer med betydelse för barns psykiska hälsa och utveckling behöver öka. Kvalitativa studier efterlyses för att därigenom få ökad kunskap kring bärande element i ett föräldrastöd [123,125,128]. Angelägna forskningsområden som framhålls är långtidsuppföljningar av insatser för små barn, betydelsen av tidpunkter för olika insatser[144], deras varaktighet och frekvens. Vidare behöver man veta mer om specifika faktorerens betydelse för insatser för fäder, olika etniska grupper, mindre socialt gynnande familjer. Vikten av insatser redan under graviditetstiden betonas av flera forskare [113 sid 327ff, 195-207].

Barlow och Underdown [145] påtalar att tiden kan vara inne (i England 2006) att diskutera ett samhälleligt initiativ och ansvar för såväl generellt, riktat som individuellt föräldrastöd i likhet med hur det är organiserat i de nordiska länderna och anger Sverige och Finland som förebilder.

Arbetsgruppen finner en överensstämmelse på många punkter mellan internationellt visade fungerande faktorer för föräldrastöd, svensk barn- och familjepolitik och MHVs och BHVs uppdrag och arbetssätt avseende föräldrastöd. Ett föräldrastöd på flera nivåer och med olika metoder, generella och riktade och med utvecklad samverkan som en målsättning. Vidare finner gruppen en överensstämmelse mellan de i FHI-rapporten framförda problemområden och de problemområden som erfarits internationellt. Svårigheterna förefaller vara universella och ligga på en annan nivå än att enbart vara en fråga om metodval.

Utmaningen för MHV och BHV är att mer systematiskt utveckla olika former för föräldrastöd med erforderliga organisatoriska förutsättningar och i samverkan med andra aktörer.

SLUTSATSER

Förutsättningar för en föräldrastödsverksamhet

Följande faktorer anser arbetsgruppen vara grundläggande för ett föräldrastöds-arbete av hög kvalitet.

Organisation

Uppdraget ska vara väl förankrat på såväl nationell, regional som lokal nivå och vara sanktionerat av ansvarig huvudman. Ansvarig verksamhetschef måste vara väl insatt i föräldrastödets betydelse för att säkerställa dess resurser och kvalitet.

Verksamheten inom MHV och BHV ska vara kostnadsfri för familjerna.

Samverkan

Samverkan mellan MHV och BHV ska finnas på en strukturell nivå både nationellt, regionalt och lokalt. För samverkan mellan landstings- och kommunala verksamheter som t.ex. i Familjecentraler ska skrivna överenskommelser finnas, som tydliggör förutsättningar för samverkan.

Initiativ till och skyldighet att samverka ska vara ömsesidig mellan berörda landstings- och kommunala verksamheter. Jfr [209].

Områdesansvar är en förutsättning för god samverkan och underlättar ett tvärprofessionellt arbetssätt i föräldrastödsarbetet. Se även [210].

Personal

Personal ska ha adekvat kompetens för arbete inom MHV respektive BHV.

Inom BHV ska distriktssköterskan/barnsjuksköterskan arbeta huvudsakligen med BVC dock minst 50 % av en heltidstjänst för att kunna upprätthålla en hög barnkompetens. Personal ska erbjudas kontinuerlig fortbildning och handledning avseende innehåll och metodik i

föräldrastöds-arbete. Tillgång till MHV/BHV-psykolog är av stor betydelse. (Se vidare Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska [211], Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården 2007 [212], Nationell målbeskrivning för läkartjänstgöring på BVC 2005 [213] Nationell målbeskrivning för mödra- och barnhälsovårdspsykologer 2007 [51]).

Form och metod

Föräldrastöd ska erbjudas alla blivande och nyblivna föräldrar. Det ska finnas ett utbud av generellt och riktat stöd både individuellt och i grupp. Verksamheten ska utformas efter såväl mäns som kvinnors behov och genomsyras av ett genusperspektiv. Föräldrastödsverksamhet ska ta hänsyn till kulturella och socioekonomiska förutsättningar samt olika former av familjebildning. Föräldrarnas egna resurser ska lyftas fram och personal ska ha ett förhållningssätt som stimulerar till reflektion.

Inom MHV ska stödet inkludera både förlossnings- och föräldraförberedelse. Det ska finnas metoder utformade för familjer med behov av utökat stöd.

MHV och BHV ska erbjuda föräldrastöd som inte riskerar att undergräva föräldrars egen kompetens och strävan att vara goda föräldrar utan stärker tillit till sin egen förmåga.

Metoder med internationellt ursprung ska prövas, värderas och vid behov anpassas till svenska förhållanden, jfr [214]. Gruppmetoder som rekommenderas ska ha relevans för målgruppen och visa en stabilt hög attraktionsnivå.

Principer och riktlinjer för föräldrastöd angivna i *Föräldrautbildning - Kring barnets födelse och första levnadsår* [5] och *Stöd i föräldraskapet* [13] har fortfarande bärkraft.

Utveckling och utvärdering

MHV och BHV behöver mer systematiskt utveckla olika former av föräldrastöd samt undersöka, dokumentera och sammanställa (lokalt, regionalt och nationellt) effekterna av mödra- och barnhälsovårdens tidiga föräldrastöd. Detta för att det ska bli möjligt att använda resultaten för vidare utveckling, planering och beslut.

Att studera och utvärdera MHVs och BHVs föräldrastöd kräver flera olika metoder innefattande såväl kvantitativa som kvalitativa samt processanalyser för att kunna få fram de avgörande främjande faktorerna. Det erfordras också en analys av och diskussion om erhållna resultat (positiva och negativa) och slutsatser, så att dessa kan utgöra underlag för framtida rekommendationer och insatser.

Rekommendationer gällande tidigt föräldrastöd

Utifrån samlad erfarenhet och kunskap, tidigare styrande dokument, de nationella folkhälsomålen, MHVs och BHVs folkhälsoarbete, barnkonventionen och genomgång av internationella översikter, kan man hävda att det finns starkt stöd

för att utgå ifrån och vidareutveckla det tidiga föräldrastödet som mödra- och barnhälsovård har idag.

Arbetsgruppens rekommendationer:

- Ansvaret för det *tidiga föräldrastödet* ska ligga kvar inom mödra- och barnhälsovården där erfarenhet, kompetens och möjlighet att nå alla finns. Föräldrastöd individuellt och i grupp är en väl integrerad del av verksamheternas arbete.
- Utveckling av olika metoder och stödformer ska stimuleras. Det föräldrastöd som erbjuds ska i största möjliga utsträckning kunna följas upp avseende effekter för barn och föräldrar. Nya metoder som införs ska prövas, värderas och bygga på bästa möjliga forskning.
- Generella och riktade former av föräldrastöd ska erbjudas (individuellt och i grupp).
- Föräldrastöd i grupp ska kvalitetssäkras med hänsyn till gruppleddkompetens, tidsmässigt utrymme och praktiska förutsättningar.
- Föräldrastöd före barnets födelse är särskilt angeläget att uppmärksamma och utveckla. Detta gäller även tidiga insatser för föräldrar och barn med behov av ett utökat stöd.
- Föräldrastödet inom MHV och BHV ska utgå ifrån det gemensamma föräldraskapet och ansvarstagandet och utformas så att kvinnor och män i lika hög grad attraheras av att medverka såväl individuellt som i grupp.
- Familjecentralen verkar vara en lovande plattform för att i nära samverkan utveckla ett starkt föräldrastöd. Utvärdering behöver dock göras.
- Initiativ till och skyldighet att samverka ska vara ömsesidig mellan berörda landstings- och kommunala verksamheter.
- Ett nationellt Utvecklings- och kompetenscentrum för föräldrastöd behöver snarast inrättas, där det tidiga föräldrastödet ges en tydlig och säkerställd plats. Centrat ska verka som brobyggare mellan forskning och praktisk vardag, bygga upp en kunskapsbas och hitta fungerande kartläggnings- och utvärderingsverktyg. Värdet av en samlad tvärfacklig kompetens och kunskapsbas är beroende av och förutsätter en lokal organisation och förankring i praktisk verksamhet (t ex regionala MHV/BHV- enheter (eller motsv.) FoU- enheter).
- Fortsatt utvecklingsarbete ska vara tvärfackligt och ske i samverkan med berörda professioner.

REFERENSER

1. Barnstugeutredningen. Förskolan. Betänkande 1968 års barnstugeutredning. SOU 1972:27. Del 2. Stockholm: Socialdepartementet; 1972.
2. Barnomsorgsgruppen. Föräldrautbildning 1. Kring barnets födelse. SOU:1978:5. Stockholm: Socialdepartementet; 1978.
3. Barnomsorgsgruppen. Barn och vuxna. Slutbetänkande om föräldrautbildning. SOU:1980:27 Stockholm: Socialdepartementet; 1980.
4. Regeringens proposition 1978/79:168 om Föräldrautbildning och förbättringar av föräldraförsäkringen m.m. Stockholm: Regeringskansliet; 1979.
5. Föräldrautbildning. Kring barnets födelse och första levnadsår. Socialstyrelsen redovisar 1984:12. Stockholm: Socialstyrelsen; 1984.
6. Skydda skyddsnetet! En utredning om barnhälsovårdens funktion och uppgifter under 90-talet. Stockholm: Socialstyrelsen; 1992.
7. Kvalitetssäkring av barnhälsovården - Att Skydda Skyddsnetet. SoS-rapport 1994:19. Stockholm: Socialstyrelsen; 1994.
8. Hälsovård för mödrar och barn inom primärvården. Allmänna råd 1981;4. Stockholm: Socialstyrelsen; 1981.
9. Hälsovård före under och efter graviditet. SoS-rapport 1996:7. Stockholm: Socialstyrelsen; 1996.
10. Blom U-L. Pappautbildning. Utvärdering av ett försök med pappautbildning i fyra landsting och en kommun :Spri-rapport på uppdrag av Socialdepartementet, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen. Stockholm:1996.
11. URL <http://www.pappagrupperna.se>
12. Stöd i föräldraskapet Kartläggning av föräldrautbildningen. DS 1997:6. Stockholm: Socialdepartementet; 1997.
13. Stöd i föräldraskapet. Betänkande av utredningen om föräldrautbildning. SOU1997:161. Stockholm: Socialdepartementet; 1997.
14. Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: WHO, Health and Welfare Canada Publication Health Association 1986.
15. Barnpsykiatriutredningen. Det gäller livet: Stöd till barn och ungdomar med psykiska problem. SOU 1998:31. Stockholm: Socialdepartementet; 1998.
16. Elevvårdsutredningen. Från dubbla spår till elevhälsa. SOU 2000:19. Stockholm: Socialdepartementet; 2000.
17. Tänk långsiktigt - en samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa. Rapport 2004:14 Skolverket. Socialstyrelsen FHI. Stockholm:2004.
18. Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén. Källan till en chans. Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården. SOU 2005. Stockholm: Socialdepartementet; 2005.
19. Nationell Psykiatrisamordning. Ambition och ansvar. SOU 2006:100. Stockholm: Socialdepartementet; 2006.
20. Utredningen om ungdomars psykiska hälsa. Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. SOU 2006:77. Stockholm: Socialdepartementet; 2006.
21. Nationella folkhälsokommittén. Hälsa på lika villkor - nationella mål för folkhälsan. SOU 2000:91. Stockholm: Socialdepartementet; 2000.
22. Bremberg S. Nya verktyg för föräldrar förslag till nya former av föräldrastöd. Statens folkhälsoinstitut R 2004:49. URL <http://www.fhi.se>
23. Bornstein MH Handbook of Parenting: Biology and Ecology of Parenting Vol.2,Second Ed. Mahaw N.J.: Lawrence Erlbaum Associates. 2002.
24. Gustafsson I. Det eviga projektet att göra föräldrar till bättre föräldrar. Psykisk Hälsa.2004;(29).
25. Gustafsson LH. Skamvråns återkomst. Pedagogiska magasinet. 2007;1:7-10.
26. Gustafsson LH. En läkares samvete. Stockholm: Norstedts förlag; 2006.
27. Gustafsson LH..Barnapappa. Om närhet och respekt i mötet med barnen. Stockholm: Nordstedts; 1991.
28. Halldén G, Sandin B. Barnets bästa - en antologi om barndomens innebörder och välfärdens organisering. Stockholm: Stehag Symposion; 2003.
29. van IJzendoorn MH, Juffer F, Duyvesteyn MGC. Breaking the Intergenerational Cycle of Insecure Attachment: A Review of the Effects of Attachment-Based Interventions on Maternal Sensitivity and Infant Security. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1995;36(2):225-248.

30. Johansson T. Experthysteri - kompetenta barn, curlingföräldrar och supernannies. Stockholm: Atlas 2007
31. Johansson T. Faderskapets omvandlingar. Frånvarons socialpsykologi. Göteborg: Diadalos; 2005.
32. Juul J. Livet i familjen: om det viktiga samspelet. Stockholm: Bonniers; 2005.
33. Killén K. Barndomen varar i generationer. Stockholm: Wahlström och Wistrand; 2002.
34. Kotchick BA, Forehand R., Putting parenting in perspective: A discussion of the contextual factors that shape parenting practices. *Journal of Child & Family Studies*. 2002;11(3):255-269.
35. Schaffer HR. Child Psychology: The Future. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1986;27(6):761-779.
36. Taylor J, Spencer N, Baldwin N. The social, economic and political context of parenting. *Archives of Disease in Childhood*; 2000. URL <http://www.archdischild.com>.
37. Young KT, Davis K, Schoen C, Parker S. Listening to parents, A national survey of parents with young children, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 1998;152(3):255-262.
38. Regeringens proposition 2002/03:35. Mål för folkhälsan. Stockholm: Regeringskansliet; 2003.
39. Från Presentationer Ågren G. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003. URL <http://www.fhi.se>
40. Höjeberg P. Jordemor: barnmorskor och barnaföderskor i Sverige. Stockholm: Carlsson bokförlag AB; 1991.
41. Höjeberg P. Helena Malhiems Barnmorskelära år 1756. Hälsopedagogik AB; 1995.
42. Lundh, Wendela. Mödraundervisning. Förlossningsträning eller föräldrakunskap? (Akademisk avhandling) IAN-rapp nr 115. 9;1974. Stockholm; Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet; 1974.
43. Romlid C. Makt, motstånd och förändring: Vårdens historia speglad genom det svenska barnmorskeväsendet 1663-1908.(Akademisk Avhandling). Uppsala Universitet, Stockholm Vårdförbundets FOU 55, 1998.
44. Barnmorskeförbundet 1886 - 1986 - en exposé över förbundets 100-åriga historia. Jubileumsskrift Stockholm. Svenska Barnmorskeförbundet; 1986.
45. Stenhammar A-M, Ohrlander K, Stark U, Söderlind I. "Mjölkdroppen - filantropi, förmynderi eller samhällsansvar?" Stockholm; Carlssons bokförlag; 2001.
46. Wiener G. De räddade barnen: om fattiga barn, mödrar och fäder och deras möte med filantropin i Hagalund 1900-1940. (Akademisk avhandling) Linköping: Tema barn Linköpings universitet; 1995.
47. BVC 50 år. *Läkartidningen*.1989;86(4):233-247.
48. Rönqvist A. Mänskliga rättigheter: Konventionen om barnets rättigheter. Stockholm: Utrikesdepartementet; 1990.
49. Hälsoundersökningar inom barnhälsovården. Allmänna råd1991:8. Stockholm: Socialstyrelsen; 1991(används som regionalt styrdokument).
50. Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa - en analys av möjligheter och begränsningar i ett framtidsperspektiv 1999. A State of the Art Document. Stockholm: Medicinska forskningsrådet; 1999.
51. Nationell målbeskrivning för mödra- och barnhälsovårdspedagoger 2007.URL <http://www.mbhv-psykologerna.com>
52. Fernlund K, Gustafsson I. Att leda föräldragrupper. Socialstyrelsens skriftserie Föräldrar och barn. Stockholm: Socialstyrelsen; 1980.
53. Fernlund K, Gustafsson I. Föräldragrupper - uppläggning, genomförande och resultat. Socialstyrelsens skriftserie Föräldrar och barn. Stockholm: Socialstyrelsen; 1981.
54. Wickberg B, Hwang P. Post partum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödande. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003:59; 2003. URL <http://www.fhi.se>
55. Tobaksvanor bland gravida och spädbarnsföräldrar 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007-125-11;2007.
56. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007-102-1;2007.
57. Implementerings- och utbildningsstöd - Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. SoS 2007-101-7. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
58. Regeringens proposition 2005/06:30. Nationella alkohol- och narkotikahandlingsplaner. Stockholm: Regeringskansliet; 2005.

59. Riskbruksprojektet. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut. 2006. URL <http://www.fhi.se>
60. Gravida kvinnor med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem. Avrapportering av regeringsuppdrag. SoS 2007-107-19:Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
61. Heckscher S. Nationell handlingsplan mot våld i nära relationer. SOU 2002:71. Stockholm: Justitiedepartementet; 2002.
62. Almkvist K, Broberg A. Barn som bevittnat våld mot mamma. Göteborg. Göteborgs stad; 2004.
63. Barn till psykiskt sjuka föräldrar Socialstyrelsen. SoS-rapport 1999:11 48 Stockholm: Socialstyrelsen; 1999.
64. Renick M J, Blumberg S L, Markman H J. The Prevention and Relationship Enhancement Program (PREP): An Empirically Based Preventive Intervention Program for Couples. *Family Relations*.1992; 41(2): 141-147.
65. Hundeide K, Wändell C. Vägledande samspel: handbok till ICDP - International Child Development Programmes. Stockholm: Rädda Barnen Förlag; 2001.
66. Webster-Stratton C. The Incredible Years. Seattle [citerad dec. 2007]. URL <http://www.incredibleyears.com>
67. Niccols A, Mohamed S. Parent Training in Groups: Pilot Study with Parents of Infants with Developmental Delay. *Journal of Early Intervention*. 2000; 23 (2):133-43.
68. Cunningham CE, Bremner R, Boyle M. Large group community Parent Education Programs for families of preschoolers at risk for disruptive behavior disorders: utilization. Cost effectiveness and outcome. *Jour of Child Psychol. psychiatry* 1995;36(7):1141-1159.
69. Cunningham C. A large group community based family systems approach to parent training. In *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment*. 2nd edition Ed. Barkley, R. New York: The Guilford Press;1998.
70. Niccols A. An ounce of prevention: "COPEing with Toddler Behaviour." *Can J Psychiatry*. 2004;49(12):869.
71. Kumpfer KL, Molgaard V, Spoth R. The Strengthening Families Program for the prevention of delinquency and drug use. In McMahon RJ (Eds.), *Preventing childhood disorders, substance use, and delinquency* Newbury Park: CA: Sage;1996.
72. Kometprogrammet. URL [http:// www.kometprogrammet.se/](http://www.kometprogrammet.se/)
73. Patterson, G. R *Coersive family process*. Eugene: Castalia Press;1982.
74. Aarts M. *Marte Meo Guide*.Netherlands: Aarts Productions;1996.
75. Puckering C, Evans J, Maddox H, Mills M, Cox AD. Taking Control: A Single Case Study of Mellow Parenting. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*.1996;1(4):539-550.
76. Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program: Towards an Empirically Validated Multilevel Parenting and Family Support Strategy for the Prevention of Behavior and Emotional Problems in Children. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 1999;2(2):71-90.
77. Triple P. Positive Parenting Program. URL <http://www10.triplep.net>
78. Fonagy P. What Evidence for Evidence-Based Prevention. *Journal of Infant, and Adolescent Psychotherapy*. 2004;3(4):419-443.
79. Scott M J, Stradling S G. Evaluation of a group programmes for parents of problem children. *Behavioural Psychotherapy* 1987;15:224-239.
80. Barlow J, Parson J. Group-based parenting-training programmes for emotional and behavioural adjustment in 0-3 year old children. *The Cochrane Database of Syst Rev*. 2003;(1):CD003680.
81. Regeringsbeslut 2001-06-20 S2001/6077/ST.
82. Olsson I, Hagekull B, Bremberg S. Stöd till föräldrar för att främja barns och ungdomars psykiska hälsa. En systematisk forskningsöversikt. Stockholm. Statens folkhälsoinstitut, 2003: 20.
83. Hwang P, Wickberg B. Föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa. FHI 2001:37. Stockholm 2001. URL <http://www.fhi.se>
84. Arvidsson C, Noreen B. Föräldrautbildning inom mödra- och barnhälsovården i nordvästra sjukvårdsområdet i Stockholms läns landsting. Stockholm: Barnhälsovårdsenhet nord; 1986.
85. Berndtsson L. Innehåll och arbetssätt i föräldrautbildning vid barnavårdscentral. (avhandling för Master of Public Health) Göteborg: Nordiska Hälsovårdshögskolan; 1993.
86. Bjurgård I, Widlund G. Föräldrautbildning inom mödra- och barnhälsovården i SVSO 1986. Rapport nr 12.Huddinge: SLL, Sydvästra sjukvårdsområdet; 1986.
87. Fabian H, Rådestad I, Waldenström U. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women`s opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol scand* 2005:84.

88. Friberg M. Stöd i föräldraskapet Föräldrars syn på föräldragrupsdeltagande på barnvårdscentraler i Stockholms läns landsting Linköping: Linköpings Universitet, Centrum för folkhälsovetenskap; (Magisteruppsats 2001:11).
89. Fägersköld A. Support of mothers and their infants by the child health nurse.(Akademisk avhandling) Linköping: Linköping universitet. Faculty of Health Science;2002.
90. Hallberg A-C. Parental support in a changing society. (Akademisk avhandling). Lund: Lunds Universitet; 2006.
91. Hildingsson, I., Rådestad, I. & Waldenström, U. Number of antenatal visits and women's opinion. *Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica*. 2005;84 (3);248-254.
92. Jackson K. Att vara förälder till ett för tidigt fött barn- en prospektiv studie om upplevelsen av föräldraskap och möten med vården. (Akademisk avhandling)Örebro: Örebro universitet; 2005.
93. Jansson A. Sjuksköterskan i primärvård med särskilt fokus på barnhälsovård.(Akademisk avhandling) Lund. Lunds universitet. Enheten för omvårdnadsforskning. Med. Fakulteten; 2000.
94. Johansson AM, Rosenquist M. Föräldrautbildning i Landstinget Blekinge, en utvärdering av 1996 års föräldrautbildning. Karlshamn: Blekinge FOU. Enheten 1998;3; 1998.
95. Ny P. Swedish Maternal Health Care in a Multiethnic Society - Including the Fathers.(Akademisk avhandling) Malmö: Malmö University Health and Society Doctoral Dissertation2007;2;2007
95. Nyström K, Öhrling K. Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2004;46(3):319–330.
96. Olsson P, Jansson L, Norberg A. Parenthood as talked about in Swedish Ante-and Postnatal Midwifery Consultations. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 1998;12(4)205-214.
97. Olsson P. Antenatal Midwifery Consultations. A qualitative study. (Akademisk avhandling) Umeå: Umeå university Medical dissertations New Series No 643; 2000.
98. Petersson C, Petersson K, Håkansson A. Ett kvartssekel med föräldragrupper i barnhälsovården – var står vi idag? *Läkartidningen* 2005;39(102):2754-56.
99. Pettersson M, Söderberg S, Carlsson K, Rydberg B, Kadesjö B, Johannesson B. Överensstämmer föräldrarnas behov med utbudet? Föräldrautbildning inom barnhälsovården. Delrapport. Karlstad: Barnhälsovårdsenheten Värmlands landsting; 1991.
100. Premberg Å. (2005). En svans som bara får hänga med: föräldrautbildning ur manligt perspektiv. *Jordemodern*, (4), 22-23.
101. Premberg Å. Father's experience of Childbirth Education. *Journal of Perinatal education*.2006;15(2).
102. Rydén B. När kvinnor och män får barn. Ett psykologiskt och könsspecifikt betraktande av psykisk hälsa. (Akademisk avhandling)Lund: Lunds universitet, Institutionen för psykologi; 2004.
103. Hoagwood, K, Olin SS. The NIMH Blueprint for Change Report: Research Priorities in Child and Adolescent Mental Health. Special Communication. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41(7):760-767.
104. Lagerberg D. Föräldrautbildning för vem? Om utvärdering av föräldragrupper. Stockholm: Libertryck; 1983.
105. Baret H. Evaluating Evaluations. Evaluating recent evaluations of Sure Start, Home-Start and Primary Age Learning Study. *Research & Policy for the Real World*. Family and Parenting Institute URL <http://www.nfpi.org/>
106. Statens Folkhälsoinstitut. Vikten av evidens. Värdet av förebyggande och behandlande insatser baserade på social och folkhälsovetenskaplig forskning. FHI 2002:32 Stockholm; Statens folkhälsoinstitut :2003.
107. Emde RE. Culture, Diagnostic assessment, and Identity: defining concepts. *Infant Mental Health Journal*.2006;2 (6): 606-611.
108. Kimberley YJ, Nylén T E, Moran CL, O'Hara M. Maternal Depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Infant Mental Health Journal*, 2006;27(4):327-343.
109. Olds D L, Sadler L, Kitzman H. Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007;48 (3-4):355–391.
110. Spencer N. Parenting Programmes, What is the likely impact on child mental health? *Archives of Disease in Childhood*. 2003; 88:99-100.

111. Hall S, Elliman D. *Health for All Children*. Revised fourth edition. Sid 56-58. Oxford University Press; 2006.
112. Tamminen T. How does culture promote the early development of identity? *Infant Mental Health Journal*. 2006;27(6): 603-605.
113. Lagerberg D, Sundelin C. Risk och prognos i socialt arbete med barn. *Forskningsmetoder och resultat*. Stockholm: Socialstyrelsen. Förlagshuset Gothia; 2000.
114. Gambrill E. Evidence-Based Practice and Policy: Choices Ahead. *Research on Social Work Practice*. 2006;16(3): 338-357.
115. Nordisk forskarträff- Kunskap om familjecentraler. Konferensrapport. Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap. 2007. URL <http://www.familjecentraler.se>
116. Bjurgård I, Höjer B, Widlund G. Dagen hälsovårdspolitik ett hot mot föräldrautbildningen. *Läkartidningen*. 1989;86(4):234-246.
117. O'Connor TG. Annotation: The 'effects' of parenting reconsidered: findings, challenges, and applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2002;43(5):555-572.
118. Barnes J, Freude- Lagevardi A. From pregnancy to early childhood: early interventions to enhance the mental health of children and families. London: The Mental Health Foundation. 2002.
119. Bunting L. Parenting Programmes: The Best Available Child Care in Practice. 2004;10(4):327-343.
120. Fonagy P, Target M, Cottrell D, Phillips J, Kurtz Z. *What Works For Whom? A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents*. New York: Guilford Publications; 2002.
121. Gagnon A. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood (Cochrane Review). *The Cochrane Library*. Oxford: Update Software. 2004(2).
122. Kurtz Z. What works in promoting children's mental health? The evidence and the implications for Sure Start settings. July 2004. URL http://www.surestart.gov.uk/_doc/P0001085.pdf
123. Moran P, Ghate D, van der Merwe A. *What Works in Parenting Support? A Review of the International Evidence*. No RB55574. London: Dept of Education and skills; 2004. URL <http://www.dfes.uk>
124. Olds D L, Sadler L, Kitzman H. Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007;48 (3-4):355-391.
125. Pattersson J, Barlow J, Mockford C, Klimes I, Pyper C, Stewart-Brown S. Improving mental health through parenting programmes: Block randomized controlled trial. *Arch Dis Child* 2002; 87:472-7.
126. Shaw E Levitt C, Wong S, Kaczorowski J. Systematic Review of the Literature on Postpartum Care: Effectiveness of Postpartum Support to Improve Maternal Parenting, Mental Health, Quality of Life and Physical Health. *BIRTH*. 2006;33:3.
127. Spencer N. Parenting Programmes, What is the likely impact on child mental health? *Archives of Disease in Childhood*. 2003; 88:99-100.
- 127b. Barlow J, Stewart-Brown S. Promoting helpful parenting: the paediatrician's role. *Current Paediatrics*. 2004;14(2):160-166.
128. Fonagy P. What Evidence for Evidence-Based Prevention? *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*. 2004;3(4):419-443.
129. Lumley J, Austin M-P Mitchell C. Intervening to reduce depression after birth: A systematic review of the randomized trials. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2004;20:128-144.
130. Springett CCJ. Participatory approaches in evaluation in health promotion I: Evaluation in Health Promotion. Principles and Perspectives. Rothman et al (Ed:s.). WHO European Series. 2001;92.; 2001.
131. Tones K, Green J. *Health Promotion, Planning and Strategies*. London: Sage; 2004.
132. Josefsson A, Sydsjö G. A follow-up study of postpartum depressed women: recurrent maternal depressive symptoms and child behavior after four years. *Journal Archives of Women's Mental Health*. 2007;10(4).
133. Rotheram-Borus MJ, Duan N. Next generation of preventive interventions. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2003;42(5):518-526.
134. Armstrong K L, Fraser J A, Dadds M R, Morris J. Promoting secure attachment, maternal mood and child health in a vulnerable population: A randomized controlled trial. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 200; 36 (6):555-562.

135. Belsky J, Cassidy J. Attachment theory and evidence. In Rutter M, Hay D.(Eds.), *Development through life* (sid 373-402). London: Blackwell. 1995.
136. Bokhorst CL, Bakermans- Kranenburg M J., Pasco Fearon RM, Van ijzendoorn MH, Fonagy P, Schuengel C. The Importance of Shared Environment in Mother-Infant Attachment Security: A Behavioral Genetic Study. *Child Development*. 2003;74(6):1769.
137. Grossmann KE, Grossmann K, Waters E (eds): *Attachment from Infancy to Adulthood. The Major Longitudinal Studies*. New York, Guilford Press, 2005.
138. Minnis H , Marwick H, Arthur J, McLaughlin A. Reactive attachment disorder—a theoretical model beyond attachment. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2006;15(6)336-342.
139. Moss E, Bureau J-F, Cyr C, Dubois-Comtois K. Is the maternal Q-Set a valid measure of preschool child attachment behavior? *International Journal of Behavioral Development*. 2006;30(6):488-497.
140. Rutter M. Critical Notice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006;47(9):974-977.
141. Thompson RA. Early attachment and later development. I: Cassidy J, Shaver PR (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (sid. 265-286). New York: NY: The Guilford Press; 1999.
142. Thompson RA. Early sociopersonality development. I: Damon W, Eisenberg N.(Eds.), *Handbook of child psychology, 5th ed. Vol. 3: Social, emotional, and personality development* (sid 25-104). New York NY: Wiley; 1998.
143. Thompson RA. The Legacy of Early Attachments. *Child Development*. 2000;71(1):145–152.
144. Atkinson L, Niccols A, Paglia A, Coolbear J, Parker KCH, Poulton L, Guger S, Sitarenios G. A meta-analysis of time between maternal sensitivity and attachment assessments: Implications for internal working models in infancy/toddlerhood. *Journal of Social and Personal Relationships*.2000;17: 791-810.
145. Barlow J, Underdown A. Promoting the social and emotional health of children: where to now? *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*. 2006;125 (2): 64-70.
146. Barnes J, Stein A, Rosenberg W. Evidence based medicine and evaluation of mental health services: methodological issues and future directions. *Arch Dis Child* 1999;80:280-285.
147. Hinde RA. Continuities and discontinuities: Conceptual issues and methodological considerations. I: M. Rutter (Ed.), *Studies of psychosocial risk: The power of longitudinal data* (sid. 95-122).Cambridge, UK. Cambridge University Press. 1988.
148. Leff S.H. A Brief History of Evidence-Based practice and a Vision for the Future.I: *Looking Back, Looking Forward*. National Mental Health Information Center US Dep. of Health and Human service; The evaluation center; 2002;pp224-241.
149. Magill M. The Future of Evidence in Evidence-Based Practice. Who Will Answer the Call for Clinical Relevance? *Journal of Social Work*. 2006; 6(2):101 -115.
150. Barlow J, Stewart-Brown S. Understanding parenting programmes: parents' views. *Primary Health Care Research & Development*.2001;2: 117-130.
151. Mockford C, Barlow J. Parenting programmes: some unintended consequences. *Primary Health Care Research and Development* 2004; 5,(3): 219-227(9).
152. Patterson J, Mockford C, Stewart-Brown S. Parents' perception of the value of the Webster-Stratton Parenting Programme: a qualitative study of a general practice based initiative.*Child:Care, Health & Development*. 2005;31(1)53-64.
153. Thomas DV. Parenting education. Implications for research, practice, and teaching. *J Child Fam Nurs*. 1999;2(5):322-32.
154. Bråten S.(ed). *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny Series. Studies in Emotion and Social Interaction*. Cambridge: Cambridge University Press;1998.
155. Mundy P, Sigman M. Joint attention, social competence and developmental psychopathology. I: Cicchetti D, Cohen D. (Eds.), *Developmental Psychopathology, 2nd Ed Vol.1: Theory and Methods*. Hoboken N.J: Wiley; 2006.
156. Nieuwenhuis S, Slagter HA, von Geusau NJ, Heslenfeld DJ, Holroyd CB. Knowing good from bad: differential activation of human cortical areas by positive and negative outcomes. *Eur J Neurosci*. 2005;21(11):3161-8.
157. van de Rijdt H; Plooij FX. *Växa och upptäcka världen - sju utvecklingsfrågor under barnets första levnadsår*. Stockholm: Wahlström &Widstrand; 2005.
158. Shonkoff JP, Phillips DA, (Eds). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington DC: National Academy Press; sid 22-32. 2000.

159. Shonkoff JP. From Neurons to Neighborhoods: Old and New Challenges for Developmental and Behavioral Pediatrics. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2003;24(1):70-76.
160. Shore AN. Affect regulation and the origin of self. The neurobiology of emotional development. New Jersey: Erlbaum; 1994.
161. Allman J, Hakeem A, Watson K. Two phylogenetic specializations in the human brain. *Neuroscientist*, 2002;8:4.
162. Dapretto M. The mirror neuron system and the consequences of its dysfunction. *NATURE REVIEWS - NEUROSCIENCE* 2006;7: 942-951.
163. Kaplan JT, Iacoboni M. Getting a grip on other minds: Mirror neurons, intention understanding, and cognitive empathy. *Social Neuroscience*, 2006;1(3-4):175-183.
164. Byskov- Jakobsen m. A Review of Zahavi D, Grunbaum T, Parnas J.(eds.) The Structure and Development of Self-Consciousness. *PSYCHE*. 2005;11(6).
165. Gerhardt S. Why Love Matters: How Affection Shapes a Baby's Brain. New York: Brunner Routledge; 2004.
164. McHale JP, Kazali C, Rotman T, Talbot J, Carleton M, Lieberson R. The transition to coparenthood: parents' pre-birth expectations and early coparental adjustment at 3 months postpartum. *Dev Psychopathol*. 2004;16(3):711-33.
166. Stern D. Spädbarnets interpersonella värld. Stockholm: Natur och Kultur; 2003.
167. Tronick EZ. Emotions and emotional communication in infants. I: Raphael-Leff J.(ed) Parent-Infant psychodynamics. London: Whurr Pub; 2003;sid 35-53.
168. Elvin-Nowak, Y Världens bästa pappa. Om mäns relationer och strävan efter att göra rätt. Stockholm: Albert Bonniers förlag; 2005.
169. Herzog J. What fathers do and how they do it? I: Feig Brown S.(ed), What Do Mothers Want? Developmental Perspectives, Clinical Challenges. kap 4. New York: Routledge; 2005.
170. Hwang P. Pappapusslet – vilka är bitarna och hur får man ihop det? Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2005. URL <http://www.fhi.se>
171. Plantin L. Mäns föräldraskap. I: T. Johansson & J. Kuosmanen (Red.), Manlighetens många ansikten - fäder, feminister, frisörer och andra män (sid. 150-163). Malmö: Liber; 2003.
172. Sarkadi A, Kristianson R, Bremberg S. Fäders betydelse för barns och ungdomars psykiska hälsa. En systematisk översikt av longitudinella studier. FHI:2004:17 Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
173. Mercer RT. Becoming a Mother versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship* 2004;36(3):226-232.
174. Mercer RT, Walker LO. A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2006;(5),568-582.
175. Nelson AM. Transition to Motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2003;32(4):465-477.
176. Rogan F, Shmied V, Barclay L, Everitt L, Wyllie A. 'Becoming a mother' - developing a new theory of early motherhood. *Journal of Advanced Nursing*. 1997;25(5):877-885.
177. Rubin R, Maternal identity and the maternal experience. Springer Pub. Co; 1984
178. Stern D. Moderskapskonstellationen. Stockholm: Natur och Kultur; 1996.
179. Tardy RW. "But I Am a Good Mom" The Social Construction of Motherhood through Health-Care Conversations. *Journal of Contemporary Ethnography*. 2000;29(4):433-473.
180. Wilkins C. A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*. 2006;22(2):169-80.
181. Papousek H, Papousek M. Intuitive Parenting. In Bornstein MH *Handbook of Parenting.: Biology and Ecology of Parenting Vol.2, Second Ed.* Mahaw N.J: Lawrence Erlbaum Associates; 2002.
182. Bard KA. Emotions in chimpanzee infants: the value of comparative developmental approach to understand the evolutionary bases for emotions. Kap. 2 I: Emotional

- Development Recent Research Advances. Nadel J, Muir D. (Eds) Oxford University Press; 2005.
183. Beebe B, Knoblauch S, Rustin J, Sorter D. Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment. New York: Other Press; 2005.
184. Benjamin J. What Mothers and Babies Need. The Maternal Third and Its Presence in Clinical Work kap. 3. I: Feig Brown S.(ed) What Do Mothers Want? Developmental Perspectives, Clinical Challenges. New York: Routledge; 2005.
185. Feinberg ME. Coparenting and the transition to parenthood: a framework for prevention. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2002;5(3):173-95.
186. Fivaz- Depeursinge E, Frascarolo F, Lopes F, Imitrova N, Favez N. Parents–child role reversal in triologue play: case studies of trajectories from pregnancy to toddlerhood. *Attachment & Human Development.* 2007;9(1):17-31.
187. Laurie A, Van Egeren. The development of the coparenting relationship over the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal* 2004;25(5):453 – 477.
188. McHale JP, Rotman T. Is seeing believing? Expectant parents' outlooks on coparenting and later coparenting solidarity. *Infant Behav Dev.* 2007;30(1):63-81.
189. McHale JP. Overt and covert coparenting processes in the family. *Fam Process.* 1997;36(2):183-201.
190. Trevarthen C, Aitken K. Infant intersubjectivity: research, theory and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2001;42: 3-48.
191. Trevarthen C. The concept and foundations of infant intersubjectivity. i Bråten S.(ed). *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny Series. Studies in Emotion and Social Interaction.* Cambridge; Cambridge University Press.1998.
192. Van Egeren L. The development of the coparenting relationship over the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal.* 2004;25(5) :453-477.
193. Zeedyk MS. From intersubjectivity to subjectivity: the transformative roles of emotional intimacy and imitation. *Infant and Child Development.*2006;5(3):321 – 344.
194. Fonagy P, Target M. Attachment and reflective function: Their role in self- organization. *Development and Psychopathology.* 1997;9:679-700.
195. Hedegaard M, Henriksen TB, Sabroe S. Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *BMJ.* 1993;307: 235-239.
196. Lou HC, Hansen D, Nordentoft M. Prenatal stressors of human life affect fetal brain development. *Developmental Medicine and Child Neurology.* 1994;36:826-832.
197. Main M, Goldwyn R. Prediction Rejection from Mother´s Representation of her own Experience. Implications for the abused-abusing intergenerational Cycle. *Child Abuse and Neglected.* 1984;8: 203-217.
198. Nieuwenhuis S, Slagter HA, von Geusau NJ, Heslenfeld DJ, Holroyd CB. Knowing good from bad: differential activation of human cortical areas by positive and negative outcomes. *Eur J Neurosci.* 2005;21(11):3161-8.
199. Nordentoft M, Jensen F, Pryds O, Nim J, Hemmingsen R.. Psychosocial stress and severe prematurity. *Lancet.*1992;340: 54.
200. O'Connor TG, Heron J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. *The British Journal of Psychiatry.* 2002;180:502-508.
201. O'Connor TG, Glover V. Effects of antenatal stress and anxiety: Implications for development and psychiatry. *The British Journal of Psychiatry.*2002;180:389-391.
202. Rodriguez-Claesson A. Predicting health behaviors and health outcomes during pregnancy: A biopsychosocial approach (Akademisk avhandling)) Uppsala: Uppsala universitet Psykologiska institutionen; 1998.
203. Shannon M, King T, Kennedy HP. Allostasis: A Theoretical Framework for Understanding and Evaluating Perinatal Health Outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing.*2007;36(2):125-134.
204. Siddiqui A. Predictors of mother-infant relationship. (Akademisk avhandling). Umeå. Umeå universitet Psykologiska institutionen; 2000.
205. Talge NM, Neal C, Glover V. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines.* 2006;48(3-4): 245-261.

207. Van den Bergh BR, Mulder EJ, Mennes M, Glover V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience*. 2005;29(2):237-5.
208. Rutter M. Prevention of Children's Psychosocial Disorders: Myth and Substance *Pediatrics* 1982;70(6)883-894.
209. Barn och unga i socialtjänsten. SoS 206-101-6. Stockholm: Socialstyrelsen;2006.
210. Strategi för samverkan kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa. Skolmyndigheten, Rikspolisstyrelsen, Socialstyrelsen. Västerås: Edita Västra Aros; 2007.
211. Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. SoS 2006-105-1. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
212. Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården 2007. URL http://www.pvsverige.se/upload/Nationellm%C3%A5lbeskrivning_2007.pdf
213. Nationell målbeskrivning för läkartjänstgöring på BVC 2005. URL http://www.ls.sll.se/L_bhv/47479.cs
214. Hylander I. Utvärdering av familjestödjande åtgärder. Delutvärdering av projektet "Barn och ungdomars bästa". Linköping: Centrum för kommunstrategiska studier. Institutionen för beteendevetenskap, Linköpingsuniversitet; 2007.