



Späd- och småbarnsverksamheter/team i Sverige - uppdaterad kartläggning 2025

Späd- och småbarnsverksamheter/team i Sverige - uppdaterad kartläggning 2025	1
Uppdraget.....	3
Sammanfattning	5
Bakgrund	8
Barns utveckling och psykiska hälsa	8
Promotion, prevention och behandling.....	10
Behandling riktad till späd- och småbarnsfamiljer.....	11
Demografiska förutsättningar	12
Metod	13
Terminologi.....	14
Tillvägagångssätt.....	14
Försvårande och underlättande faktorer.....	14
Resultat späd- och småbarnsverksamheter/team i Sverige 2025	15
Sammanfattning på verksamhetsnivå	15
BUP – (specialistnivå)	15
Föräldra-barnhälsovården (FBHV) (primärvårdsnivå).....	17
Späd- och småbarnsverksamheter som drivs i kommunal regi.....	19
Föräldraskapsstödkartan och rapporten Familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter	20
Resultat – späd- och småbarnsverksamheter/team	21
Resultat i tabellformat.....	22
Förändringar sedan 2018	68
Reflektioner	22
Förkortningar.....	25
Referenser	28
APPENDIX.....	33
Övriga tabeller	33

Uppdraget

Barnets tidiga år lägger grunden för framtida utveckling. Under de första tre åren av livet sker 80 % av hjärnans utveckling, och under de första fem åren 90 % – allt detta sker i ett relationssammanhang. Det är den mest kritiska tiden för att främja konsekvent, lyhörd omsorg och relationer som stödjer bästa möjliga psykisk hälsa hos barnet, och om problem uppstår, ingripa innan de blir etablerade (Lenroot & Giedd, 2006). Trygga, stabila och vårdande relationer kan skydda vid negativa erfarenheter barn upplever, och de främjar förmågor som behövs för att barnet ska kunna visa psykisk motståndskraft framöver (Garner & Yogman, 2021). Tidig identifikation av svårigheter i relationen mellan föräldrar och barn, och att snabbt kunna erbjuda behandling för svårigheterna, är avgörande för barns hälsa och utveckling. (Shonkoff et al., 2012).

För att stödja familjer med späda och små barn behövs både universella insatser (promotion) riktade insatser (prevention) och indikerade insatser (behandling). Späda och små barn genomgår en intensiv och snabb utveckling, vilket innebär att man inte bör vänta med nödvändiga insatser (National Research Council and Institute of Medicine, 2000). Ju tidigare stödet ges, desto större är effekten (Conti et al, 2015; Heckman, 2017). Nordiska rådet (Danielsdottir & Ingudottir, 2020/2022) betonar att stöd under de första 1000 dagarna är avgörande för långsiktig psykisk hälsa, överensstämmande med global evidens (Shonkoff et al., 2012).

En tidigare kartläggning som gjordes av författarna på uppdrag av Socialstyrelsen visade att utbudet och tillgången till indikerat stöd varierade kraftigt mellan olika regioner, särskilt vad gällde samspelsbehandling (Furmark & Neander, 2018). Mot denna bakgrund fick författarna genom NKA, Nationellt kompetenscentrum anhöriga möjlighet att uppdatera kartläggningen så att den återspeglar en aktuell lägesbild.

Kartläggningen har genomförts av legitimerad psykolog Catarina Furmark, verksam vid Barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagningen i Luleå, Region Norrbotten, samt doktorand vid institutionen för Kvinnors och barns hälsa, Karolinska Institutet, Stockholm, och filosofie doktor Kerstin Neander vid Universitetssjukvårdens forskningscentrum, Region Örebro län. Kartläggningen görs i samarbete med Lennart Magnusson, Seniorrådgivare och forskare, Nationellt kompetenscentrum anhöriga (NKA), tillika docent vid Linnéuniversitetet, Region Kalmar län samt Pauline Johansson, Forskare/möjliggörare Nationellt

kompetenscentrum anhöriga (NKA), lektor och leg sjuksköterska vid Institutionen för hälso- och vårdvetenskap, Linnéuniversitetet.

Även om uppdraget 2018 i första hand avsåg behandlingsinsatser (indikerade insatser) kom den också att utvidgas under arbetets gång till att i viss mån omfatta såväl universella om riktade insatser, det vill säga familjecentraler och riktade verksamheter till olika grupper. Sedan dess har *Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd* publicerat *Föräldraskapsstödkartan* (senast uppdaterad 2025-06-01) som ger en god överblick avseende riktade insatser, medan Folkhälsomyndigheten och tillsammans med Socialstyrelsen år 2023 genomfört en *Kartläggning av familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter*. Sammantaget ger dessa en god bild av universella och riktade insatser, varför fokus på indikerade insatser är betydligt striktare i denna uppdatering.

Vårt uppdrag innebär alltså att identifiera späd- och småbarnsverksamheter som a) riktar sig enbart till familjer med späda och små barn 0–6 år b) erbjuder samspelsbehandling i någon form och där c) behandling är det *huvudsakliga* uppdraget för verksamheten/teamet.

För att möjliggöra löpande uppdateringar, revideringar och kompletteringar kommer kartläggningen att publiceras i form av en webbkatalog.

Författarna vill rikta ett stort tack till alla personer som tagit sig tid att bidra till arbetet.

Luleå och Örebro, 21 november 2025

Catarina Furmark, leg psykolog

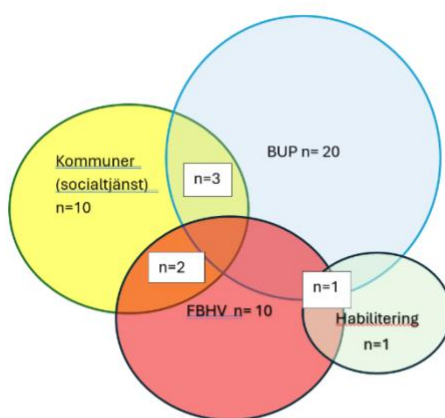
catarina.furmark@ki.se

Kerstin Neander, fil dr

kerstin.neander@regionorebrolan.se

Sammanfattning

- I kartläggningen har 47 spä- och småbarnsverksamheter/team i 15 av landets 21 regioner identifierats. Av verksamheterna/teamen drivs
 - 20 av BUP (i åtta regioner)
 - Fyra av BUP i samverkan med andra (i ytterligare två regioner)
 - Tio av FBHV (i fyra regioner)
 - Två av FBHV i samverkan med socialtjänst (i två regioner)
 - Tio i kommunal regi (fem regioner)
 - En av habiliteringen (en region)



- BUP, som står för *specialistnivån*, är numerärt den största aktören, men teamen är ojämnt fördelade över landet. Till exempel finns det sex team i Region Skåne med cirka 100 tusen barn, i Kronoberg med ca 15 tusen barn ett team, och i Dalarna ett team på knappt 20 tusen barn. (Observera att vi inte tagit hänsyn till antalet anställda i teamen vid jämförelsen). Västra Götaland med 132 tusen barn står utan något småbarnsteam från BUP, liksom regionerna Sörmland, Uppland, Gotland, Gävleborg, Kalmar, Halland, Västerbotten och Västmanland. Även BUP i Jämtland Härjedalen står utan eget team men har givit i uppdrag åt FBHV att bygga upp ett. BUP Stockholm håller i skrivande stund på att genomföra en större omorganisation, och är ännu inte helt klara med sina uppdragsbeskrivningar.
- Region Skåne, Region Stockholm, Region Västernorrland till viss del Region Västerbotten har utarbetade vårdprogram för åldersgruppen 0–6 år. Region Norrbotten har just arbetat fram riktlinjer, men de är ännu inte publicerade.

- När det gäller *första linjen* för de späda och små barnen uppfattar vi en viss otydlighet vad gäller Föräldra-barnhälsovårdens tolkning av sitt uppdrag. Det kan beskrivas som ett kontinuum där ena ändpunkten utgörs av FBHV-verksamheter där psykologerna inte träffar barnen utan ger relationsfrämjande stöd till föräldrarna och andra ändpunkten är verksamheter på primärvårdsnivå med ett tydligt uppdrag att ge samspelsbehandling, med barnet i rummet. Till exempel har Region Stockholm sex Malina-mottagningar som erbjuder både psykoedukativa och behandlande insatser.
- För att tydliggöra *gränsdragningarna* mellan primärvårdsnivå och specialistnivå har man till exempel i region Skåne arbetat fram en överenskommelse kring de yngsta barnen mellan Psykologmottagningarna Barn- och föräldrahälsa och BUP. Även i andra regioner pågår arbete med överenskommelser.
- Även verksamheter i *kommunal regi* är ojämnt fördelade över landet. Det finns fyra verksamheter i Region Uppsala, tre i Göteborg (Västra Götaland) samt en i Malmö (Skåne), en i Ljungby (Kronoberg) och en i Sunne (Värmland). Vi vill dock poängtera att vi inte har haft direktkontakt med landets samtliga kommuner, varför vi kan ha missat några.
- Vi har funnit sex verksamheter/team i landet som drivs i *samverkan*. BUP och socialtjänst samverkar i Norrtälje (region Stockholm), Karlskoga (region Örebro) och Linköping (region Östergötland). I Karlstad samverkar Barn- och ungdomshabiliteringen, BUP och Barn, unga och familje-hälsa kring Centrum för tidiga insatser, men verksamheten ska i framtiden drivas av habiliteringen. FBHV och socialtjänst samverkar i Skellefteå och i Borås (region Västra Götaland).
- Siffrorna i denna kartläggning, 47 verksamheter/team, kan jämföras med 34 verksamheter/team 2018. Den största ökningen beror på att uppgifter från BUP Stockholm finns med i kartläggningen, till skillnad från vid förra kartläggningen då uppgifter saknades, samt att de sex nya Malina-mottagningarna i Stockholm ingår. Men det har också tillkommit andra nya verksamheter, medan några har försvunnit. Till exempel har ett antal verksamheter där FBHV samverkat med andra lagts ned.

- Såväl inom BUP och FBHV som inom kommunerna har det skett en metodutveckling. Vi har inte några exakta uppgifter på denna förändring, eftersom det inte ingick i vårt uppdrag, men kartläggningen indikerar att det är fler medarbetare än tidigare som har utbildning i behandlingsmetoder såsom t ex CPP, Watch, Wait and Wonder, COS-P och VIPP-SD samt i DC:0-5 för bedömning. Vår reflektion är att det alltså är tänkbart att fler barn än tidigare i åldern 0-6 år får hjälp på de olika nivåerna. För att kunna slå fast hur det faktiskt förhåller sig med detta, skulle det behövas tillgång till relevant statistik för åldersgruppen när det gäller små barns andel i relation till samtliga mottagna patienter inom tex. BUP.
- Till sist vill vi understryka att vi mer än gärna tar emot information om team eller verksamheter som vi kan ha missat. Vi ser kartläggningen som en ”pågående process” och tar tacksamt emot synpunkter och information.

Bakgrund

Barns utveckling och psykiska hälsa

Barnets tidiga år lägger grunden för framtida utveckling. Under de första tre åren av livet sker 80 % av hjärnans utveckling, och under de första fem åren 90 % – allt detta sker i ett relationssammanhang. Det är den mest kritiska tiden för att främja konsekvent, lyhörd omsorg och relationer som stödjer bästa möjliga psykisk hälsa hos barnet, och om problem uppstår, ingripa innan de blir etablerade (Zeanah, 2021). Trygga, stabila och vårdande relationer kan skydda vid negativa erfarenheter barn upplever, och de främjar förmågor som behövs för att barnet ska kunna visa psykisk motståndskraft framöver (Lieberman et al., 2019/2021). Vid relationssvårigheter är tidiga och snabba insatser för små barn och deras föräldrar avgörande för barnets psykiska hälsa och utveckling (Shonkoff & Garner, 2012).

Barn utvecklas i samspel med andra. Viktigast är de nära relationerna, men barn ingår också i ett större ekologiskt system, vilket Bronfenbrenner (1977; 2005) tydligt beskrivit i sin utvecklingsekologiska modell. Barn påverkas inte bara av familjen utan också av förskola, samhälle, kultur och tidens förändringar. Samspelet mellan barn och förälder är ofta naturligt stödjande, men kan försvåras av faktorer som socioekonomisk utsatthet, migration, psykisk ohälsa eller obearbetade trauman hos föräldern (Shonkoff & Garner, 2012; Masten & Barnes, 2018). Även barnets egna svårigheter – som regleringsproblem eller neuropsykiatriska diagnoser – kan påverka samspelet (Browne & Talmi, 2016; Toth & Cicchetti, 2013).

De första levnadsåren är särskilt känsliga för barnets psykologiska utveckling. Anknyningsrelationen till föräldrar eller andra omsorgspersoner lägger grunden för barnets känsloreglering, trygghet och kognitiva utveckling (Zeanah, 2021). Neurovetenskapliga studier visar hur samspelet mellan förälder och barn påverkar hjärnans utveckling (Atzil et al., 2014). När samspelet fungerar väl stärks barnets förmåga att hantera stress och bygga sociala relationer, medan bristande känslomässig tillgänglighet hos föräldrar, vilket är en av förutsättningarna för ett tillräckligt lyhört samspel, kan öka risken för senare svårigheter (Lyons-Ruth et al., 2017).

Att även späda och små barn kan drabbas av psykisk ohälsa är vedertagen kunskap och en påtaglig realitet som påverkar både barns utveckling, familjer och i förlängningen, samhället. Omkring en femtedel av alla barn i förskoleåldern i Sverige uppfyller kriterier för en psykisk

störning. En metaanalys av internationella studier visade att 20,1 % av barn mellan 1 och 7 år hade en psykisk störning, med vanliga svårigheter som uppförandestörningar och uppmärksamhetsproblem (Vasileva et al., 2021). Detta är även visat i nordiska sammanhang genom den omfattande Köpenhamnsstudien, där man fann att 16–18 % av spädbarn och småbarn hade kliniskt relevanta psykiska problem (Skovgaard et al, 2007).

Små barn kan lida av psykisk ohälsa och de har kapacitet att visa det på en rad olika sätt. Ett alltför vanligt antagande är att barnet är för litet för att uppvisa symptom, eller att komma ihåg olika händelser, men små barn har sin egen unika, icke-verbala och senare även verbala förmåga att kommunicera vad de varit med om (Bernstad, 2022). De har dock en begränsad röst att göra sig hörda. Barnkonventionen stipulerar barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård. FN:s barnrättskommitté (2014) uppmärksammar särskilt behovet av att hitta vägar för att även de yngsta barnen ska kunna utöva sina rättigheter. Utgångspunkten är att även späda och små barn har rätt att göra sig hörda och att det är vi vuxna som har ansvaret att lära oss att förstå vad de kommunicerar. Det kommer alltså an på oss professionella att uppmärksamma barnets situation, vad barnet signalerar och vara barnets röst. Svårigheterna kan uppträda redan under de allra första levnadsåren, långt innan skolstart (Landorph, Skovgaard & Jørgensen, 2023). Att psykiska problem debuterar så tidigt understryker vikten av att upptäcka och behandla dem i tid, innan de hinner cementeras och få långtgående konsekvenser (Broberg et al., 2015).

COVID-19 pandemin förefaller ha bidragit till en försämring av späda och små barns psykiska hälsa. Europeiska data gällande äldre barn (7–17 år) pekar på en försämring av barns psykiska hälsa under pandemins första år, särskilt i form av ökad oro, nedstämdhet och försämrad livskvalitet (Ravens-Sieberer et al., 2021). En meta-analys fann att förekomsten av emotionella och beteendemässiga problem hos förskolebarn ökade under pandemin och låg på 24,3 % (Jing et al., 2024).

Barn som växer upp i familjer med psykisk ohälsa, våld, missbruk eller social utsatthet löper högre risk för psykiska problem (Felitti & Anda, 2009). När flera riskfaktorer sammanfaller ökar sannolikheten för att barnets emotionella, kognitiva och fysiska utveckling påverkas negativt (Houtepen et al., 2020). Tidiga insatser för barn och föräldrar har en avgörande betydelse. Ju tidigare stöd ges, desto större är chansen att vända negativa utvecklingsbanor (se tex. Shonkoff & Garner, 2012; Skovgaard & Jørgensen, 2023). Metoder som kombinerar stöd

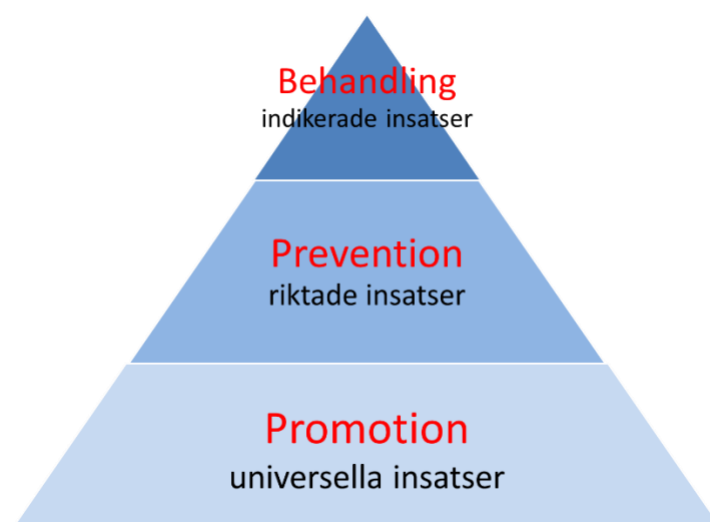
till föräldern och fokus på samspelet med barnet kan förbättra såväl anknytning som barnets psykiska hälsa (Bakermans-Kranenburg, Juffer, & Van IJzendoorn, 2019; van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2024). Ekonomiska analyser visar tydligt att tidiga insatser ger tillbaka mångdubbelt i form av till exempel bättre hälsa och skolresultat för den enskilda individen, och därmed också skapar god ekonomisk avkastning (Heckman och Karapakula (2019).

Promotion, prevention och behandling

För att beskriva samhällets stödinsatser används ofta tre nivåer: promotion, prevention och behandling.

Promotion utgörs av *universella insatser*, eller insatser för alla familjer med späda och små barn. Ett exempel på insatser på promotionsnivå är familjecentraler.

Prevention utgörs av *selektiva eller riktade insatser*, och vänder sig till späd-och småbarnsfamiljer där man definierat någon form av risk för att barnet inte får optimala möjligheter till en positiv utveckling. Exempel på insatser är gruppverksamhet för unga föräldrar, förstärkta hembesök hos föräldrar i socialt utsatta miljöer eller program för att stödja föräldraskapet hos föräldrar med kognitiva begränsningar eller kurser för föräldrar som har barn med beteenden som skapar problem. Syftet är att förebygga negativa utvecklingsmönster genom tidigt stöd (Masten & Barnes, 2018; Racine et al., 2020).



Behandling är *indikerade insatser*, det vill säga insatser som sätts in när problem har visat sig – hos barnet, i samspelet eller på annat sätt i föräldraförmågan.

Kartläggningen handlar om indikerade insatser. Här finns en uttalad problematik och en vårdplan som reglerar samarbetet mellan behandlare och förälder, med målet att skapa förändring (Lieberman et al., 2019; Zeanah, 2021).

Definition av behandling för denna kartläggning

Behandling utgår – till skillnad från promotion och prevention – från att det finns en uttalad problematik. Det finns också en överenskommelse (uppdrag/ vårdplan) om att behandlare och förälder ingår i en samarbetsrelation med syfte att uppnå förändring.

Behandling riktad till späd- och småbarnsfamiljer

Utifrån förståelsen att barns utveckling sker i nära samspel med andra är behandling som riktar sig till späd- och småbarnsfamiljer i regel relationsbaserad. I denna rapport används begreppet *samspelsbehandling* vilket alltså är en form av indikerade insatser, där själva relationen mellan barn och förälder är central för behandlingen. Dessa behandlingsformer syftar inte enbart till att påverka observerbara beteenden, utan även till att bearbeta de inre representationer och affektiva processer som formar samspelet. Fokus ligger såväl på förälderns inre representationer, känslor och mentala modeller av barnet och relationen som på det konkreta, observerbara samspelet mellan förälder och barn i stunden. Behandlingens mål är att stärka förälderns förmåga till mentalisering, empati och förståelse för barnets behov och egna reaktioner, samtidigt som kvaliteten i samspelet förbättras genom ökad sensitivitet, ömsesidighet, turtagning och regleringsstöd (Lieberman et al., 1991; Sleet et al., 2013; Sadler et al., 2013; Powell et al., 2014; Ordway et al., 2018; Stern, 2010). Samspelsbehandling är av särskild betydelse eftersom den riktar sig till den relationella kontext där barnets utveckling formas. Genom att tidigt stödja förälderns förmåga att förstå och svara på barnets signaler kan negativa samspelsmönster förebyggas och förutsättningar skapas för trygg anknytning och sund utveckling.

Här följer ett antal exempel på relationsbaserade metoder/metoder för samspelsbehandling, varav en del används i Sverige, andra inte. *Minding the Baby* fokuserar på att stödja förälderns

mentaliseringsförmåga och inre bilder av barnet, särskilt i familjer med komplexa sociala svårigheter (Slade, Sadler, & Mayes, 2020). Nurse-Family Partnership bygger på förstärkta hembesök av vårdpersonal och har visat goda effekter internationellt (Leirbakk et al, 2019; Olds et al., 2021). Watch, Wait and Wonder uppmuntrar föräldern att iaktta barnet i fri lek och reflektera över sitt föräldraskap (Cohen et al., 1999). Theraplay stärker relationen genom lekfulla interaktioner med fokus på närhet, struktur och engagemang (Salo et al., 2019). Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC) är en hembaserad metod för barn som upplevt omsorgsbrist, med fokus på att öka föräldrarnas lyhördhet (se tex. Dozier & Bernard, 2017). Circle of Security – Intervention (COS-I) inriktar sig på att stötta föräldrarnas reflekterande förmåga och stärka föräldra-barn-relationen (Hoffman et al., 2020). Child-Parent Psychotherapy (CPP) är en metod med starkt fokus på relation och trauma (Lieberman et al., 2021). Videoåterkoppling används i flera metoder, som VIPP och VIPP-SD (Juffer et al, 2008; Juffer & Bakermans-Kranenburg, 2020), VIG (McDonough, 2020) och Marte Meo (Wirtberg & Hedenbro, 2000). Här används filmade sekvenser av samspelet för att öka föräldrarnas förståelse och lyhördhet. Vissa program kan – beroende av sammanhang – användas både förebyggande och som behandling, exempelvis ICDP/Vägledande samspel (Sherr et al, 2014) och COS-Parenting (Powell et al., 2014).

Interventioner som stärker relationen mellan barnet och föräldern/omsorgspersonen är bland de mest lovande när det gäller att förebygga och behandla psykisk ohälsa i tidig ålder (Kohlhoff et al, 2022). En systematisk översikt visade nyligen att nästan hälften av befintliga program kan betraktas som lovande, men att endast en mindre andel uppfyller kriterier för att kallas fullt evidensbaserade (Hare et al., 2024). Samtidigt visar erfarenheter såväl internationellt (Kohlhoff et al, 2022) som från Sverige att samspelsbehandlingar – såsom tex. CPP och COS-P – fungerar väl i praktiken (Norlén, 2024; Risholm-Mothander et al, 2018). Dessa resultat stöds av översikter som betonar att insatser som stärker lyhördhet hos föräldern ofta har störst effekt (Bernard et al., 2021). Metaanalyser visar att lyhört föräldraskap (sensitive parenting) påverkar barnets anknytningsbeteende (Madigan et al, 2024), vilket gör det än mer viktigt att stötta föräldrar och andra omsorgspersoner för att barnet ska få en trygg anknytning (van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2024).

Demografiska förutsättningar

Kartläggningen utgår från Sveriges 21 regioner. I juli 2025 fanns det 777 888 barn i åldern 0–6 år. Av dessa hörde 24 procent hemma i Stockholm, 17 procent i Västra Götaland och 14

procent i Skåne. Det innebär att i dessa 108 kommuner finns över hälften av rikets barn 0–6 år. Efter dessa regioner är det ett stort hopp till Jönköping, Uppsala och Östergötland som svarar för 4 procent vardera – d v s runt 30 000 barn i åldersgruppen, medan övriga står för en ännu mindre procentuell andel.

En omständighet som har betydelse är om familjen med späda/små barn bor i glesbygd eller tätort. Genomsnittet är 26 invånare per kvadratkilometer, men variationerna är stora – från Stockholms län med 378 invånare per kvadratkilometer till Norrbotten med mindre än tre invånare på samma yta. 85 % av Sveriges invånare som bor på mindre än 1,5 % av landets yta, huvudsakligen i tätorter.

Denna kartläggning syftar till att ge svar på frågan om späda och småbarn och deras omsorgspersoner i Sverige har tillgång till kvalificerad hjälp på lämplig nivå när de brottas med svårigheter som har bäring på samspelet mellan barn och föräldrar.

Metod

Uppdraget från NKA, Nationellt kompetenscentrum anhöriga, innebar att kartlägga utbudet av offentligt finansierade späd- och småbarnsverksamheter/team som specialiserat sig på indikerade insatser för späda och små barn (0–6 år) och deras familjer.

Späd- och småbarnsverksamheter/team som specialiserat sig på just denna målgrupp kan finnas inom barnpsykiatri, barnhälsovården, socialtjänsten eller drivas i samverkan mellan flera huvudmän.

Definition av späd- och småbarnsverksamhet/team

Riktat sig enbart till familjer med späda och små barn (0–6 år)

Erbjuder samspelsbehandling (relationsbaserade metoder) i någon form

Behandling (*inte* utredning) är det huvudsakliga uppdraget för verksamheten/teamet.

Terminologi

Vi använder oftast begreppet förälder, men vi avser barnets omsorgsperson oavsett om det är den biologiske föräldern eller inte.

Det finns en variation av hur tjänsterna som riktar sig till åldersgruppen 0–6 år och deras föräldrar inom hälso- och sjukvårdens första linje är organiserade och benämns. Mödra- och barnhälsovård (MBHV) och Föräldra- och barnhälsovård (FBHV) är de vanligaste beteckningarna. I denna rapport använder vi generellt begreppet FBHV, men ändrar inte i verksamheternas egna beskrivningar.

Tillvägagångssätt

Vi har sökt kontakt via i första hand mail och i andra hand telefon med samtliga regioners BUP-kliniker. Vi har vidare haft digitala möten med Nationellt behandlarnätverk BUP barn 0–6 år. Vi har mailat föreningen Psykologer för mödrahälsovård & barnhälsovård som är en nationell förening inom Psykologförbundet med önskan om kontakt, och också sökt psykologer inom FBHV i regionerna direkt per mail, men är medvetna om att vi inte lyckats etablera kontakt med företrädare för samtliga regioner. När vi fått indikation om någon verksamhet/team i kommunal regi har vi mailat. I de fall vi inte har fått svar har vi påmint minst två gånger. Vidare har vi utgått från den tidigare kartläggningen (2018) och sökt kontakt med samtliga verksamheter/team dom fanns då. Däremot har vi inte sökt kontakt med landets samtliga 290 kommuner.

Försvårande och underlättande faktorer

Det har skett en märkbar förändring när det gäller att inhämta information om verksamheter och kontaktpersoner via internet. Förändringen innebär att det är betydligt svårare än tidigare att etablera kontakt. Det finns ofta inte någon personlig mottagare att vända sig till, utan ofta någon form av funktionsbrevlåda både inom regioner och kommuner. Dessvärre leder mail till dessa funktionsbrevlådor långt ifrån alltid till att någon kontakt etableras, även om vi lagt oss vinn om att precisera vilken mottagare vi avser

Det som verkligen underlättat vårt arbete är det positiva gensvar vi fått när vi nått fram till berörda personer, särskilt medarbetare inom de olika organisationerna som uppfattar arbetet med späda och små barn som viktigt och kanske eftersatt.

Resultat späd- och småbarnsverksamheter/team i Sverige 2025

Vi har identifierat 47 späd- och småbarnsverksamheter/team i 15 regioner som vi bedömer faller inom ramen för våra kriterier (se ovan). Specialistnivån (BUP) finns, i olika omfattning, tillgänglig i elva regioner. Sex regioner saknar helt behandlingsverksamheter för späd- och småbarnsfamiljer.

Gränsdragningen som avgör vilka verksamheter/team som vi bedömer uppfyller de tre kriterierna är ibland komplicerad.

Beskrivningen av de verksamheter vi kunnat identifiera finns i tabellformat. För att underlätta för läsaren att få en överblick vill vi dock börja med sammanfattningar de olika verksamheternas perspektiv.

Vi vill också skicka med ett viktigt budskap: Vi kan ha fel!

- För det första kan vi ha missat verksamheter. Vi är enbart tacksamma om vi blir uppmärksammade på det och det kommer att finnas alla möjligheter till rättelse.
- För det andra är vi medvetna om att våra gränsdragningar kan ifrågasättas. Vi har en definition, men det finns ändå utrymme för tolkningar. Vi tar tacksamt emot synpunkter.
- För det tredje, eventuella fel i tabeller kan finnas. Även om vi har skickat ut dem för extra kontroll – här finns möjlighet till rättelse.

Före redovisningen av identifierade verksamheter och team i tabellform inleder vi med en kort sammanfattning om läget inom Barn- och ungdomspsykiatri (specialistnivån), Föräldrabarnhälsovården (primärvårdsnivån) och inom kommunerna.

Sammanfattning på verksamhetsnivå

BUP – (specialistnivån)

Uppdraget för BUP omfattar i hela landet 0–18 år. Hur man tar sig an uppdraget avseende barn 0 – 6 år varierar dock väsentligt. I parenteserna efter regionerna anges ungefärligt antal barn i åldersklassen 0–6 år.

I Region Skåne (drygt 100 tusen), finns det inom BUP sex specialiserade späd- och småbarnsteam. Denna struktur fanns redan vid förra kartläggningen och uppfattas som stabil.

Det finns dessutom fastslagna riktlinjer (i Skåne benämnda Standardiserade vårdprocesser, SVP för späda och små barn) samt gemensamt utarbetade riktlinjer för ansvarsfördelning mellan primärvården (i Skåne Psykologmottagningen Barn- och Föräldrahälsa PBFH),

I Region Dalarna (knappt 20 tusen) finns sedan många år en enhet inom BUP som specialiserat sig på denna åldersgrupp, men med speciell tyngdpunkt på 0 – 3:11. Region Kronoberg (ca 15 tusen) har också sedan många år ett småbarnsteam för denna åldersgrupp.

Sedan mer än trettio år drivs i samverkan mellan BUP i Region Örebro län (drygt 22 tusen) och Karlskoga kommun Gryningen, en späd- och småbarnsverksamhet på specialistnivå, med tre av länets kommuner som upptagningsområde. På motsvarande sätt, i samverkan BUP och Linköpings kommun, drivs Hagadal i Region Östergötland (nästan 34 tusen) med Linköping som upptagningsområde. Därutöver driver BUP en spädbarnsverksamhet i Norrköping.

Region Stockholm (ca 190 tusen) har just genomfört en omorganisation när det gäller denna åldersgrupp. Det finns nu fyra öppenvårdsmottagningar, geografiskt fördelade över regionen, med en subspecialisering inriktad på behandlingsinsatser för späda och små barn. Därutöver finns det två team för intensiv öppenvård. I övrigt finns inom klinikens konsultenhet personer, dock ej ett specifikt team, som specialiserat sig på neonatalverksamheten. På samma sätt finns det kompetens för de yngsta barnen i Traumaenhetens intensiva öppenvård samt traumaenhetens Barnahusteam. Riktlinjer för arbetet med späda och små barn i BUP Stockholm benämns Processkartan för späda och små barn 0-5:11 år.

Vidare har Prima Handen BUP, med upptagningsområde Nynäshamn, Haninge och Tyresö, ett småbarnsteam i Haninge centrum. Sedan många år driver Tiohundra AB (samverkan mellan regionen och Norrtälje kommun) verksamheten Kärnan i Norrtälje på specialistnivå för åldersgruppen.

I Region Värmland (ca 19 tusen) finns sedan 2022 Centrum för tidiga insatser (CTI) som startade som en centrubildning mellan Barn- och ungdomshabilitering, BUP och Barn, unga och familjehälsa. Erbjuder behandling till barn 0–6 år med misstanke om eller med diagnosen autism, med eller utan IF.

I Region Blekinge (ca 10 tusen) finns ett relativt nystartat team som benämns Lilla BUP. Det finns också ett nystartat småbarnsteam i Region Jönköping (ca 28 tusen). I Region Västernorrland (ca 16 tusen) finns ett småbarnsteam i Örnsköldsvik. För närvarande ingår

endast Örnsköldsviks kommun i upptagningsområdet. I Region Norrbotten (ca 16 tusen) är ett team under uppbyggnad.

De regioner som inom BUP står utan team som specialiserade team för åldersgruppen är Gotland (knappt 4 tusen), Gävleborg (ca 19 tusen), Halland (ca 26 tusen), Kalmar (ca 17 tusen), Sörmland (ca 22 tusen) Uppsala (ca 30 tusen), Västerbotten (knappt 20 tusen) och Västmanland (ca 21 tusen). I Västra Götaland (ca 132 tusen) fanns vid kartläggningen 2018 inom BUP behandlingsverksamheten Spelmannen i Uddevalla. Denna enhet för små barn i NU-sjukvården får numera framför allt remisser för utredningar.

Vi vill tillägga att det sedan 2018 är fler medarbetare inom BUP som är utbildade i relationsbaserade metoder som är specifikt ägnade åt åldersgruppen 0-6 år, framför allt CPP. Detta har sannolikt medfört att fler små barn nu får hjälp inom BUP än tidigare, även i regioner som inte har specialiserade team. Men för en djupgående analys av detta skulle vi behöva ha tillgång till besöksstatistik baserat på åldrar och sökorsak från landets samtliga BUP-kliniker.

Föräldra-barnhälsovården (FBHV) (primärvårdsnivå)

Föräldra- och barnhälsovården har en helt central roll när det gäller att upptäcka späda och små barn som är i behov av insatser för att förebygga psykisk ohälsa. Det är BVC-sjuksköterskor som har kontakt med nästan alla späd- och småbarnsfamiljer, varför de är nyckelpersoner i detta. En förutsättning för att det ska bli meningsfullt att identifiera de familjer som har behov av andra insatser än de själva kan ge är att det finns några verksamheter eller personer att hänvisa vidare till.

Här kommer psykologer inom FBHV in som en naturlig nästa nivå, antingen för konsultation eller för att erbjuda behandling på primärvårdsnivå. Det framkommer dock i kartläggningen att det finns oklarheter, eller kanske olika tolkningar, vad gäller FBHV-psykologernas uppdrag när det gäller den psykiska hälsan hos späda och små barn. Vi uppfattar det hela som ett kontinuum. I vissa regioner träffar FBHV-psykologer inte barnen över huvud taget, medan man i andra regioner träffar barn och föräldrar tillsammans med inte utför någon behandling och ytterligare andra regioner erbjuder samspelsbehandling, ofta under en avgränsad tid, när problemen är av den art som ska behandlas på primärvårdsnivå.

Det kontinuum som beskrivits ovan medför att det är förenat med vissa svårigheter att avgöra vilka enheter inom landets FBHV som uppfyller kriterierna för denna kartläggning. Ålderskriteriet uppfyller samtliga, kriteriet om att ha kompetens avseende relationsbaserade

behandlingsmetoder uppfyller många medan kriteriet att i huvudsak ägna sig åt behandling sällan verkar uppfyllas.

En återkommande kommentar är också att det ofta saknas fungerande flöden till specialistnivå när insatserna inom första linjen inte räcker till. Man beskriver att familjer med späda och små barn tenderar att falla mellan stolarna.

Generellt kan sägas att vårt intryck är att det är fler psykologer inom FBHV som har utbildning i metoder som fokuserar på samspelet mellan barn och föräldrar. Metoder som nämns är främst Watch, Wait and Wonder (WWW), COS-P (Trygghetscirkeln), MIM, ICDP och WMCI. Denna utveckling tycks dock inte motsvaras av ett utrymme att erbjuda behandling.

På uppdrag av Region Stockholm startade i september 2022 sex så kallade Malinamottagningar, varav tre i Rädda barnens och tre i Capios regi, med uppdrag att erbjuda behandling på primärvårdsnivå. Dessa sex mottagningar finns utförligt beskrivna i tabellerna nedan.

I Region Västra Götaland har det under tre års tid bedrivits ett projekt inom Psykologmottagningar föräldraskap och små barn, för att stärka behandlingsinsatser riktade till de yngsta med psykisk ohälsa. Minst två psykologer från var och en av de fem delregionerna i deltog i projektet. Projektet visade goda resultat för barnen och deras familjer, det utvärderades också hälsoekonomiskt och visades kunna ge samhällsekonomiskt lönsam vård. Projekttiden har löpt ut och det är ännu ovisst i vilken form och vem som i fortsättningsvis ska ge första linje-insatser för barn 0-5 år i Västra Götaland (Tullhage & Thom-Olin, 2025). Även i Region Örebro startade i september 2023 ett projekt som syftade till att utveckla möjligheterna för späda och små barn och deras föräldrar att få tillgång till behandling inom primärvården. Projektet drevs som ett samarbete mellan MBHV - Psykologmottagningen för mödra- och barnhälsovård och Mottagning barn och unga psykisk ohälsa (MPO), vars uppdrag är behandlingsinsatser på primärvårdsnivå för barn och unga 0–17 år. Projektet visade lovande resultat och avslutades i aug 2025 med att två psykologer anställdes på heltid på MPO, med ett specifikt uppdrag att bedriva behandlingsinsatser på primärvårdsnivå för barn 0–9 år.

I Region Skåne finns det gemensamt utarbetade riktlinjer för ansvarsfördelning mellan primärvården (i Skåne Psykologmottagningen Barn- och Föräldrahälsa PBFH). PBFH tar lätta till medelsvåra symtom och BUP medelsvåra till svåra. PBFH ger kostare avgränsade samspelinsatser medan BUP står för längre mer omfattande insatser.

I Jämtland Härjedalen är ett team inom FBHV under uppbyggnad. Detta genomförs på uppdrag av BUP och är lokaliserat till Örnsköldsvik.

I Västerbotten fanns vid kartläggningen 2018 Lilla Samspelsteamet i Umeå. Sedan dess har allt fler psykologer inom FBHV utbildats i MIM och Theraplay, och utifrån detta kan Kompetenscentrum för mödra- och barnhälsovården nu bedöma och erbjuda stöd och samspeelsbehandling för hela regionen. I Skellefteå finns dessutom *Spädbarnsverksamheten Tidigt föräldrastöd* som drivs i samverkan med socialtjänsten samt i Umeå Stjärnan – *tidigt föräldrastöd* för familjer med barn 0-8 månader som drivs av FBHV.

Vid vår förra kartläggning (2018) fanns det ett antal behandlingsverksamheter som drevs av FBHV, antingen i samverkan med andra eller själva. I Region Blekinge fanns Spädbarnsverksamheten i Karlshamn och Knyttet i Karlskrona, som båda drevs i samverkan mellan BUP och FBHV, men numera är nedlagda. Det innebär, enligt FBHV, att en naturlig länk mellan FBHV och BUP har försvunnit. I Borås (Västra Götaland) fanns Samspelsmottagningen, som numera är nedlagd, liksom Spädbarnsverksamheten i Alingsås. Spädbarnsverksamheten i Borås finns kvar och drivs fortsatt i samverkan mellan Närhälsan och kommunen. I Karlstad (region Värmland) kommer Föräldrastöds-mottagningen att läggas ned inom kort.

I Sörmland planerar man att starta en postpartum-grupp för nyblivna föräldrar.

Späd- och småbarnsverksamheter som drivs i kommunal regi

Malmö stad driver Malmö spädbarnsteamet som vänder sig till föräldrar med psykisk ohälsa (inget diagnostvång), föräldrar med beroendeproblematik ofta i kombination med psykisk ohälsa i Malmö stad (se tabell nedan).

Den kommunalt drivna Familjeförskolan i Ljungby (Region Kronoberg) och den likaledes kommunala Familjeförskolan Stegen i Sunne (Region Värmland) finns båda med sedan förra kartläggningen.

I Skellefteå finns *Spädbarnsverksamheten Tidigt föräldrastöd* som drivs i samverkan mellan socialtjänsten och BHV.

I Uppsala kommun finns två spädbarnsverksamheter i kommunal regi, nämligen Spädbarnsverksamheterna Sävja och Ling. I regionen finns dessutom Blomstra föräldrastöd i Enköpings kommun samt i Håbo kommun Samordnings- och behandlingsenheten.

I Karlskoga kommun drivs Gryningen i samverkan mellan kommunen och BUP Örebro, i Linköping drivs Hagadal i samverkan mellan kommunen och BUP Östergötland och i Norrtälje drivs Kärnan i samverkan mellan BUP och kommunen. (Dessa tre är redan nämnda i avsnittet om BUP.)

I Göteborgs kommun drivs Vårväderstorget, Kotten och Angered av socialtjänsten, och i Borås drivs en spädbarnsverksamhet i samverkan mellan Närhälsan och Socialtjänsten.

Eftersom vi inte tagit kontakt med landets samtliga kommuner kan vi ha missat verksamheter i kommunal regi. Även i något fall där vi sökt kontakt vid upprepade tillfällen eftersom vi fått indikation på att det kan finnas en verksamhet, har vi inte alltid fått fatt i informationen. Vi har därför lagt till ett kort avsnitt om två kartläggningar om föräldrastöd.

Föräldraskapsstödkartan och rapporten Familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter

Föräldraskapsstödkartan - MFOF

Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd har på sin hemsida publicerat en karta över program och metoder i svenska kommuner. Med hjälp av föräldraskapsstödkartan kan man enkelt ta del av hur olika program erbjuds av kommuner och regioner samt hur det ser ut i de delar i landet som man är speciellt intresserad av.

<https://mfof.se/foraldraskapsstod/program-och-metoder/foraldraskapsstodskartan.html>

I en kort introduktionsvideo går man igenom hur kartan kan användas för att filtrera på ort eller program. Kopplat till föräldraskapsstödkartan finns också information om de program som finns på de olika orterna.

Familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter

Folkhälsomyndigheten har tillsammans med Socialstyrelsen år 2023 i uppdrag att kartlägga familjecentraler och andra liknande verksamhetsformer. Kartläggningens resultat visar att det finns behov av att stärka verksamhetsformerna.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/barn-och-unga/familjecentraler-och-familjecentralsliknande-verksamheter/kartlaggning-av-familjecentraler-och-familjecentralsliknande-verksamheter/>

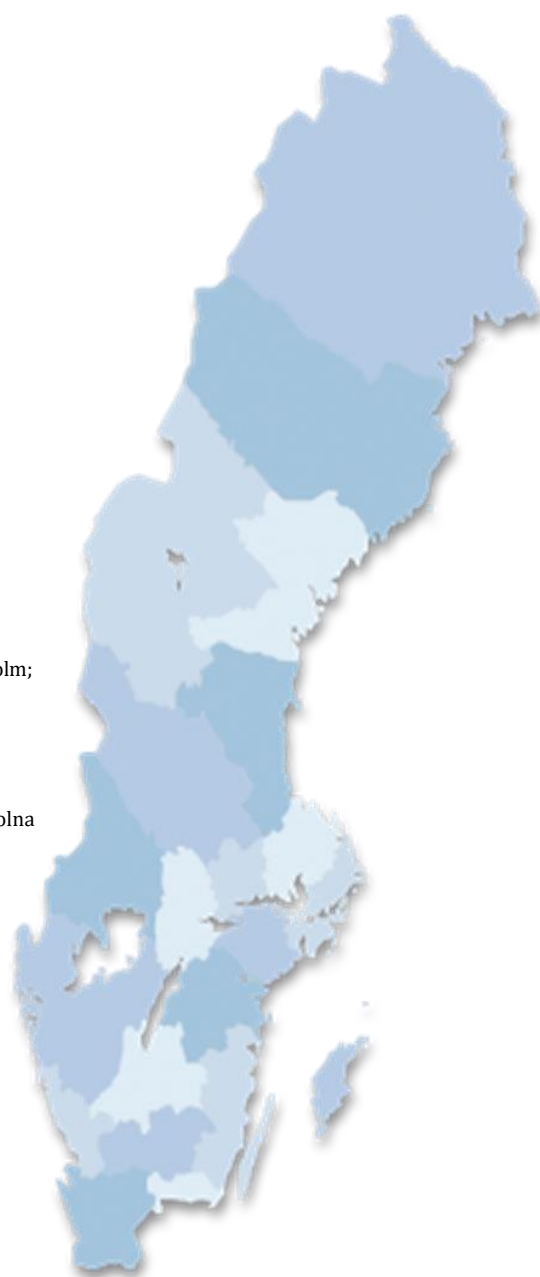
Kartläggningen visar att antalet verksamheter har ökat sedan 2008, verksamhetsformerna finns spridda över stora delar av landet, en tredjedel av verksamheterna finns i områden med

socioekonomiska utmaningar samt att ett betydande hälsofrämjande och förebyggande arbete pågår hos verksamhetsformerna. I samband med kartläggningen formuleras också förslag för att stödja och vidareutveckla verksamhetsformerna. Se vidare denna rapport i pdf-format som innehåller kartläggning, analys och förslag och som finns att ladda ner på Socialstyrelsens hemsida.

<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/df6e6bab26024d1e81f934352583927e/2023-9-8728.pdf>

Resultat – späd- och småbarnsverksamheter/team

1. Blekinge
 - a. Lilla BUP, Karlshamn; BUP
2. Dalarna
 - a. Familjeterapienheten, Falun; BUP
3. Gotland – saknas
4. Gävleborg – saknas
5. Halland – saknas
6. Jämtland Härjedalen
 - a. Team under uppbyggnad, Örnköldsvik; FBHV
7. Jönköping
 - a. Småbarnsteamet, Jönköping; BUP
8. Kalmar – saknas
9. Kronoberg
 - a. Småbarnsteamet, Växjö; BUP
 - b. Familjeförskolan, Ljungby; socialtjänst
10. Norrbotten
 - a. Team under uppbyggnad, Luleå; BUP
11. Skåne
 - a. Team späda och små barn, Helsingborg; BUP
 - b. Teamet för späda och små barn, Hässleholm; BUP
 - c. Späd- och småbarnsteamet, Lund; BUP
 - d. Viktoriagården, Malmö; BUP
 - e. Team späda och barn, Trelleborg; BUP
 - f. Späd- och småbarnsteamet, Ystad; BUP
 - g. Malmö Spädbarnsteam; Malmö stad; socialtjänst
12. Stockholm
 - a. Specialiserad öppenvård; behandling för barn 0-6 år, 4 team i Stockholm; BUP
 - b. Intensiv öppenvård: BUP 2 Småbarnsteam; BUP
 - c. Småbarnsteamet, Handen; (Prima BUP)
 - d. Kärnan i Norrtälje; Tiohundra; BUP & socialtjänst
 - e. Spädbarnsverksamheten Tittut; Stockholm; Habilitering
 - f. Tre Malinamottagningar i Rädda Barnens regi, Bromma, Enskede & Solna
 - g. Tre Malinamottagningar i Capió Alvas regi; Danderyd, Huddinge & Södermalm
13. Sörmland – saknas
14. Uppsala
 - a. Blomstra, Enköping; socialtjänst
 - b. Samordnings- och behandlingsenheten, Håbo; socialtjänst
 - c. Ling, Uppsala; socialtjänst
 - d. Sävja, Uppsala; socialtjänst
15. Värmland
 - a. Centrum för tidiga insatser (CTI), Karlstad; Barn- och ungdomshab., BUP och Barn, Barn unga och familje-hälsa
 - b. Föräldrastödmottagningen, Karlstad, Barn, unga och familje-hälsa
 - c. Stegen familjeförskola, Sunne; socialtjänst
16. Västerbotten
 - a. Tidigt föräldrastöd, Skellefteå; socialtjänst & BHV
 - b. Stjärnan, Umeå; BHV
 - c. KC FBHV, Umeå, BHV
17. Västernorrland –
 - a. Småbarnsteam; BUP
18. Västmanland - saknas
19. Västra Götaland
 - a. Spädbarnsverksamheten, Borås; Närhälsan & socialtjänst



- b. Spädbarnsverksamheten, Vårväderstorget, Göteborg; socialtjänst
 - c. Spädbarnsverksamheten Kotten, Göteborg; socialtjänst
 - d. Spädbarnsverksamheten Angered, Göteborg; socialtjänst
- 20. Örebro
 - a. Gryningen, Karlskoga; BUP & socialtjänst
- 21. Östergötland
 - a. Hagadal, Linköping; BUP & socialtjänst
 - b. Spädbarnsverksamheten, Norrköping; BUP

47 späd- och småbarnsverksamheter/team i 15 regioner.

Se tabeller på Nka:s webbplats: <https://anhoriga.se/anhorigomraden/barn-som-anhoriga/spad--och-smabarnsverksamheter-team-i-sverige--en-kartlaggning/>

Reflektioner

Kartläggningen visar att möjligheten för späda och små barn och deras omsorgspersoner att få relationsbaserad behandling fortfarande är relaterad till var i landet man bor. På specialistnivå (inom BUP) är variationen påtaglig. Ett fåtal regioner har väletablerade specialiserade team som täcker hela upptagningsområdet, några har nystartade team eller team under uppbyggnad medan andra helt saknar sådana. På många BUP-kliniker, även sådana som inte har specialiserade team, finns medarbetare som är utbildade i DC:0-5 för bedömning och diagnosticering samt i relationsbaserade behandlingsmetoder för späda och små barn såsom CPP, Marte Meo och MIM/Theraplay.

Det finns dock starka indikationer på att späda och små barn utgör en mycket liten andel av det totala antalet patienter på de BUP-kliniker som inte har team som är specialiserade för åldersgruppen 0-6 år. Det talar för att dessa åldersgrupper antingen inte remitteras till BUP eller inte prioriteras. Avsaknaden av specialiserade team tycks avsevärt minska möjligheten för späda och små barn att få hjälp inom BUP. Vi efterlyser robust statistik avseende åldersfördelning, sökorsaker och insatser för att kunna belysa hur det verkligen ser ut för barnen i denna åldersgrupp och för att kunna följa utvecklingen.

Systemet med *En väg in* har genomförts i många regioner. Vilken betydelse det har för späda och små barns möjlighet att få hjälp tycks variera.

På primärvårdsnivå (FBHV) är variationen också påtaglig. I Region Stockholm har de sex Malina-mottagningarna tydliga uppdrag att erbjuda samspelsbehandling på första linjens nivå. Hur det ser ut i övriga regioner varierar. Många FBHV-psykologer har utbildning i någon eller några metoder för samspelsbehandling, t ex WWW och andra som nämnts ovan, men långt ifrån alla har ett tydligt uppdrag att erbjuda behandling. Här efterlyser vi ett arbete som kan leda till ett tydligare uppdrag i första linjens samspelsbehandling för FBHV i de olika regionerna.

Utbudet av verksamheter i primärkommunal regi har inte varit föremål för denna kartläggning, utan vi hänvisar till Föräldraskapsstödkartan (MFOF).

Trots att samverkan ofta lyfts fram som en framgångsfaktor har antalet verksamheter i samverkan minskat sedan förra kartläggningen.

Även om vi kan rapportera ett större antal verksamheter/team än vid förra kartläggningen är vår uppfattning att det inte sker någon tydlig utveckling. Det finns tecken både på uppbyggnad och nedmontering. Den systemiska instabilitet som finns i vissa regioner påverkar kontinuitet, kompetensförsörjning och framtidstro hos personalen. Vi vill också lyfta fram att för en småbarnsfamilj i ett län där en verksamhet är länsövergripande, kan det ändå vara praktiskt svårt att tillgå behandling på grund av stora avstånd till kliniken.

Ansvar att tidigt upptäcka tecken på risk för psykiska problem hos späda och små barn ligger främst på BVC-sjuksköterskor. Även när kunskapen finns behövs nästa steg i vårdkedjan vara tydlig, det vill säga en person i en viss position eller en verksamhet att hänvisa till.

Det pågår arbete på olika håll i landet med att skapa vårdkedjor för späda och små barn, men det saknas en nationell samordning som tydliggör hur ansvaret för de späda och små barnen ska axlas. Det vore hjälpsamt med nationella riktlinjer, med hänsyn tagen till varierande demografiska förutsättningarna, och rekommendationer för implementering av metoder.

För att späda och små barn och deras föräldrar ska få tillgång till hjälp krävs att medarbetarna på de olika nivåerna har både ett tydligt uppdrag, relevant kompetens och reella möjligheter i form av tid och lämpliga lokaler.

I våra kontakter med företrädare för verksamheterna uttrycker många stort engagemang för de yngsta barnen och en vilja att bygga upp strukturerade insatser.

Förkortningar

ABC	Attachment and Biobehavioral Catch-up
ABC	Alla Barn i Centrum
ADBB	Alarm Distress Baby Scale
ADOS	Autism Diagnostic Observation Schedule
AMBIANCE	Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification System
ASQ	Ages and Stages Questionnaire
AP	Active Parenting, Aktivt Föräldraskap
BABES	Behavioral Assessment of Baby's Emotional and Social Style
BOF	Barnorienterad Familjeterapi
CBCL	Child Behavior Checklist
COS-I	Circle of Security Intervention
COSI	Circle of Security Interview
COS-P	Circle of Security Parenting
CPICS	Child Parent Interaction Coding Scheme
CPP	Child Parent Psychotherapy
DC:0–5	Diagnostic Classification of Mental Health & Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, Diagnostisk klassificering av psykisk hälsa och utvecklingsavvikelser under spädbarnsåldern och den tidiga barndomen
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
EVI	En Väg In
FIT	Feedback Informed Treatment
GHQ 12	General Health Questionnaire
ICDP	International Child Development Program (Vägledande samspel)
ICQ	Infant Characteristic Questionnaire

IFT	Intensiv familjeterapi
IPT	Interpersonell psykoterapi
KBT	Kognitiv beteendeterapi
KOMET	Kommunikationsmetoden
LECL	Life Event Checklist
LITE	Lifetime Incidents of Traumatic Events
LTP	Lausanne Triadic Play
LYLESP	Linköping Youth Lifetime Events Scale
MADRS	Montgomery Åsberg Depression Rating Scale
MM	Marte Meo
MBT	Mentaliseringsbaserad terapi
MI	Motivational Interviewing
MIM	Marschak Interaction Method
MTB	Minding the Baby
NPF	Neuropsykiatriska funktionshinder
PBQ	Postpartum bonding questionnaire
PCERA	Parent-Child Early Relational Assessment (BERA = ERA Brief version)
PCIT	Parent Child Interaction Therapy
PYC	Parenting Young Children
SCL-90-R	Global Severity Index of Symptoms Checklist
SDQ	Strengths & Difficulties Questionnaire
SPSQ	Swedish Parenthood Stress Questionnaire
SSP	Strange Situation Procedure
TF-KBT	Traumafokuserad kognitiv beteendeterapi
PSI	Parental Stress Inventory

TSCC	Trauma Symptom Checklist for Children
TSCYC	Trauma Symptom Checklist for Young Children
VIG	Video Interaction Guidance
VIPP	Video Interaction to promote Positive Parenting
VIPP-SD	Video Interaction to promote Positive Parenting – Sensitive Discipline
WWW	Watch Wait Wonder
WPPSI	Wechsler Preschool and Primary Scale for Intelligence
WMCI	Working Model of the Child Interview
WMCI-D	Working Model of the Child Interview, Disrupted

Referenser

Atzil, S., Hendler, T., & Feldman, R. (2014). The brain basis of social synchrony. *Soc Cogn Affect Neuroscience* Aug;9(8):1193-202. Epub 2013 Sep 20. PMID: 24056729; PMCID: PMC4127029.

Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & Van IJzendoorn, M. H. (2019). Reflections on the mirror: A review of parental sensitivity and attachment interventions in clinical and community settings. *Attachment & Human Development*, 21(3), 261–269.

Bernard, K., Hostinar, C. E., & Dozier, M. (2021). Intervening to enhance parental sensitivity: A review of attachment-based interventions and implications for biological and behavioral adaptation in children. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 124, 446–456.

Bernstad, K. (2022). Psykisk ohälsa hos späda och små barn - upptäcka och hjälpa. Gothia Kompetens.

Broberg, A., Almqvist, K., Mothander, P. R., & Tjus, T. (2015). *Klinisk barnpsykologi: Utveckling på avvägar*. (2:a uppl.). Natur & Kultur Läromedel och Akademi.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513–531.

Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Sage Publications Ltd.

Browne, J. V., & Talmi, A. (2016). Reflections on Infant Mental Health Practice, Policy, Settings, and Systems for Fragile Infants and their Families from Prenatal and Intensive Care through the Transition Home and to Community. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 255–257.

Dozier M, Bernard K. (2017). Attachment and Biobehavioral Catch-up: Addressing the Needs of Infants and Toddlers Exposed to Inadequate or Problematic Caregiving. *Curr Opin Psychol*. 2017 Jun;15:111-117. Epub 2017 Mar 8. PMID: 28649582; PMCID: PMC5477793.

Cohen, N.J., Muir, E., Lojkasek, M., Muir, R., Parker, C.J., Barwick, M., & Brown, M. (1999). Watch, wait, and wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother–infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of the World Association for Infant Mental Health*. 20(4):429–451.

Conti, G., Heckman, J. J., & Pinto, R. (2015). *The effects of two influential early childhood interventions on health and healthy behaviors*. NBER Working Paper 21454.

Danielsdottir, S. & Ingudottir, J. (2020). The First 1000 Days in the Nordic Countries: A Situation Analysis. Copenhagen: Nordic Council of Ministers.

Danielsdottir, S. & Ingudottir, J. (2022). The First 1000 days in the Nordic Countries: Policy Recommendations. Copenhagen: Nordic Council of Ministers.

Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2009). The enduring effects of adverse childhood experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(5), 390–399.

FN:s kommitté för barnets rättigheter (2014). Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 7: Genomförandet av barnets rättigheter under tidig barndom. Svensk översättning. Andra upplagan. Stockholm: Barnombudsmannen.

Furmark, C., & Neander, K., (2018) Späd- och småbarnsverksamheter/team i Sverige – en kartläggning. NKA 2018:2. Nationellt kompetenscentrum för anhöriga.

Hare, M. M., Landis, T. D., Hernandez, M. L., & Graziano, P. A. (2024). A systematic review of infant mental health prevention and treatment programs. *Evidence-Based Practice in Child & Adolescent Mental Health*, 9(1), 138–161.

Heckman, J. J. (2017). *The life-cycle benefits of an influential early childhood program*. The Heckman Equation, University of Chicago. Retrieved from <https://heckmanequation.org/resource/lifecycle-benefits-influential-early-childhood-program/>

Heckman, J. J., & Karapakula, G. (2019). The Perry Preschoolers at late midlife. The Heckman Equation. Retrieved from <https://www.iza.org/publications/dp/12362/the-perry-preschoolers-at-late-midlife-a-study-in-design-specific-inference>

Houtepen, L. C., Heron, J., Suderman, M. J., Fraser, A., Chittleborough, C. R., & Howe, L. D. (2020). Associations of adverse childhood experiences with educational attainment and adolescent health and the role of family and socioeconomic factors: A prospective cohort study. *PLoS Med.* 2020 Mar 2;17(3):e1003031. 1003031. PMID: 32119668; PMCID: PMC7051040.

Jing, J.-Q., Yang, C.-J., Wang, Y., Su, X.-Y., Du, Y.-J., Wang, J., & Tang, J. (2024). Impact of COVID-19 on emotional and behavioral problems among preschool children: A meta-analysis. *BMC Pediatrics*, 24(1), 455.

Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2008). Promoting positive parenting: An attachment-based intervention. *Infant Mental Health Journal*, 29(6), 556–573.

Juffer, F., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2020). Video-feedback intervention to promote positive parenting and sensitive discipline (VIPP-SD): Development and meta-analytic evidence. *Attachment & Human Development*, 22(4), 370 - 388.

Kohlhoff, J., Lieneman, C., Cibralic, S., Traynor, N., & McNeil, C.B. (2022). Attachment-Based Parenting Interventions and Evidence of Changes in Toddler Attachment Patterns: An Overview. *Clin Child Fam Psychol Rev.* Dec;25(4):737-753. doi: 10.1007/s10567-022-00405-4. Epub 2022 Aug 18. PMID: 35982272; PMCID: PMC9622506.

Leirbakk MJ, Magnus JH, Torper J, Zeanah P. Look to Norway: Serving new families and infants in a multiethnic population. *Infant Ment Health J.* 2019; 40: 659–672.

Lieberman, A. F., Weston, D. R., & Pawl, J. H. (1991). Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development*, 62(1), 199–209.

Lieberman, A. F., Van Horn, P., & Ghosh Ippen, C. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-Parent Psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(12), 1241–1248.

Lieberman, A. F., Van Horn, P., & Ghosh Ippen, C. (2019). *Don't hit my mommy!* (2nd ed.). Zero to Three.

Lieberman, A. F., Ghosh Ippen, C., & Van Horn, P. (2021). *Child-Parent Psychotherapy: A trauma-informed intervention for young children and their caregivers* (2nd ed.). Guilford Press.

Lyons-Ruth, K., Todd Manly, J., Von Klitzing, K., Tamminen, T., Emde, R. N., Fitzgerald, H. E., Paul, C., & Zeanah, C. H. (2017). The worldwide burden of infant mental and emotional disorder: Report of the task force of the World Association for Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*, 38(6), 695–705.

Madigan, S., Deneault, A.-A., Duschinsky, R., Bakermans-Kranenburg, M. J., Schuengel, C., van IJzendoorn, M. H., Ly, A., Fearon, R. M. P., Eirich, R., & Verhage, M. L. (2024). Maternal and paternal sensitivity: Key determinants of child attachment security examined through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 150(7), 839–872.

Masten, A. S., & Barnes, A. J. (2018). Resilience in Children: Developmental Perspectives. *Children*, 5(7), 98.

McDonough, S. (2020). *Video Interaction Guidance: A relationship-based approach*. Routledge.

National Research Council and Institute of Medicine (2000) *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Committee on integrating the Science of Early Childhood Development. Jack. P. Shonkoff and Deborah A. Phillips, Eds. Board on Children, Youth and Families Commission on Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC National Academy Press.

Norlén, A. (2025). *Trauma treatment for young children: Outcome and experiences of Child-Parent Psychotherapy in Sweden* [Doctoral dissertation, Karlstad University]. Faculty of Arts and Social Sciences, Department of Social and Psychological Studies. Retrieved from <https://kau.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1948085&dsid=2301>

Olds, D. L., Kitzman, H. J., Hanks, C., Cole, R., Anson, E., Sidora-Arcoleo, K., ... & Stevenson, A. J. (2021). Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: Age 12 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, 148(2), e2020047585.

Ordway, M. R., Sadler, L. S., Dixon, J., Close, N., Slade, A., & Mayes, L. C. (2018). Lasting effects of an attachment-based home visiting intervention on child development at age 5. *Frontiers in Psychology*, 9, 2617.

Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse 2023–2033. (2023). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, R. (2014). *The Circle of Security Intervention: Enhancing Attachment in Early Parent-Child Relationships*. Guilford Press.

Racine, N., Killam, T., Madigan, S., & Tough, S. (2020). Maternal mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: Longitudinal evidence from Canada. *Canadian Psychology*, 61(3), 255–263.

Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R., & Otto, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 879–889.

Rikshandboken. (2025). Nationell målbeskrivning för psykologer i mödra- och barnhälsovård. <https://www.rikshandboken-bhv.se>

Risholm-Mothander, P., Furmark, C., & Neander, K. (2018). Adding "Circle of Security - Parenting" to treatment as usual in three Swedish infant mental health clinics. Effects on parents' internal representations and quality of parent-infant interaction. *Scand J Psychol*. Jun;59(3):262-272. Epub 2017 Dec 15. PMID: 29244205.

Sadler, L. S., Slade, A., Close, N., Webb, D. L., Simpson, T., Fennie, K., & Mayes, L. C. (2013). Minding the Baby: Enhancing reflective functioning in primary caregivers. *Infant Mental Health Journal*, 34(4), 282–295.

Salo, S., Lampi, J., & Lindaman, S. (2019). Theraplay: An attachment-based play therapy for young children. *Journal of Child and Adolescent Counseling*, 5(3), 195–210.

Sherr, L., Skar, A.-M. S., Clucas, C., Tetzchner, S. von, & Hundeide, K. (2014). Evaluation of the International Child Development Programme (ICDP) as a community-wide parenting Programme. *European Journal of Developmental Psychology*, 11(1), 1–17.

Shonkoff, J.P., & Garner, A.S.(2012). Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. Jan;129(1):e232-46. doi: 10.1542/peds.2011-2663. Epub 2011 Dec 26. PMID: 22201156.

Skovgaard, A. M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jorgensen, T., Olsen, E. M., Heering, K., Kaas-Nielsen, S., Samberg, V., & Lichtenberg, A. (2007). The Prevalence of Mental Health Problems in Children 1 1/2 Years of Age--The Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1), 62–70.

Skovgaard, A. M., & Jørgensen, G. K. (Eds.) (2023). *Mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme hos børn og unge: grundbog for sundhedsplejersker og sygeplejersker*. FADL's Forlag.

Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7(3), 269–281.

Sleed, M., Baradon, T., & Fonagy, P. (2013). New beginnings for mothers and babies. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(2), 214–231.

Stern, D. (2010). *Forms of vitality: Exploring dynamic experience in psychology and the arts*. Oxford University Press.

THL – Institutet för hälsa och välfärd. (2023). "Barn och ungas psykiska hälsa: Nationell uppföljning och rekommendationer". Helsinki: THL. Hämtad på: <https://thl.fi/sv/forskning-och-utveckling/undersokningar-och-projekt/nationell-strategi-for-psykisk-halsa-2020-2030>

Thomas, R., Abell, B., Webb, H. J., Avdagic, E., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2022). Parent-child interaction therapy: A meta-analysis. *Pediatrics*, 149(1), e2021052090.

Toth, S.L. & Cicchetti, D. (2013). A developmental psychopathology perspective on child maltreatment. Introduction. *Child Maltreat.* 2013 Aug;18(3):135-9. Epub 2013 Jul 25. PMID: 23886641; PMCID: PMC4520222.

Tullhage, E., & Thom Olin, A. (2025, August 9). Vi måste skapa en vårdkedja för de yngsta barnen. Göteborgs-Posten.

Van Ijzendoorn, M. H. and Bakermans-Kranenburg, M. J. (2024). *Matters of Significance: Replication, translation and academic freedom in developmental science*. London, UCL Press.

Vasileva, M., Graf, R. K., Reinelt, T., Petermann, U., & Petermann, F. (2021). Research review: A meta-analysis of the international prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(4), 372–381.

Vidensråd for Forebyggelse. (2021). Mental sundhed og psykisk sygdom hos 0–9-årige børn. København: Vidensråd for Forebyggelse. Hämtad på: https://bedrepsykiatri.dk/wp-content/uploads/2021/09/vidensraad_mentalhelbred_0-9_digi_03_0-16-pct.-mental-0-9-aar.pdf

Zeanah, C. H. (Ed.). (2021). *Handbook of infant mental health* (4th ed.). Guilford Press.

APPENDIX

Övriga tabeller

- om verksamheter som inte uppfyller kriterierna för späd- och småbarnsverksamheter/team:

I arbetet med kartläggningen fick vi in tabeller som beskriver verksamheter/team som vi efter överväganden bedömt inte uppfyller denna kartläggnings uppställda kriterier för späd- och småbarnsverksamhet/team. Eftersom de innehåller värdefull information har vi valt att låta dem ligga kvar i ett appendix. Vi tar gärna emot information från fler verksamheter som tänker att det är lämpligt att de är inkluderade.

FBHV Gotland

Verksamhetens/teamets namn	BHV-psykologerna (och kurator), psykosociala teamet
Åldrar (barnens åldrar)	0-start i förskoleklass (5-6 år)
Huvudman	Region Gotland, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Barn-och ungdomsmedicin/BMM/BVC
Upptagningsområde	Hela Gotland
Remissväg	Via BHV-sjuksköterskan, enstaka fall: BHV-läkare/barnläkare.
Ärendetyp/typ av uppdrag till verksamheten	På hälsofrämjande och förebyggande nivå: föräldraskapsfrågor, coparenting, svårigheter i samspel på lindrig nivå, barn med regleringssvårigheter, ESSENCE-problematik, föräldrars psykiska mående (om det är kopplat till föräldraskapet och/eller barnet/barnen)
Insatsens omfattning	Ca 1-5 samtal, kan bli upp till 10 samtal i vissa undantagsfall.
Antal ärenden per år	Lite svårt att svara på då vi bokar både på barn och vuxna och det kan finnas "dubbletter". Men enligt 2024 års statistik: Men psykologerna har träffat 65 st. individuella BARN under 2024 (här finns även ett barn med hjärtsjukdom med som egentligen är ett uppdrag från BUMM). Vi har även träffat 54 st. individuella vuxna. Kurator har träffat 2 st. individuella barn och 40 st. individuella vuxna.
Ärendelängd	Psykologer: Barnen får i snitt 2,7 besök var (inte helt sant – för det fångar ju bara besöken under 2024 – om vi började träffa dem 2023 eller fortsatte 2025 finns de ju inte med här. Men utslaget på alla år så blir det 2,9 besök, så inte helt fel kanske i detta fall eftersom vi inte har bokat så länge på barnen). De vuxna får i snitt 2,9 besök var (se resonemang ovan – här blir summan 4,0 om man går över alla årsgränser). Kurator: Här har barnen fått 1 besök var (även med alla år med) och de vuxna 3,6 besök var (med flera år 4,2 st. En individ har fått 9 besök under perioden 2023-2025)

Personal (ange yrkeskategorier samt tjänstgöringsgrad i verksamheten)	2 BHV-psykologer som arbetar 85% respektive 90% i klinisk verksamhet. En kurator som arbetar 50% inom MHV och 50% inom BHV.
Bedömningsmetoder	Sedvanlig psykologisk bedömning. När det gäller samspelsbedömning används sedan 2024 ofta Osofskys Relationship scale i Catarina Furmarks översättning. Har tillgång till barnpsykologisk och/eller barnpsykiatrisk bedömning vid misstanke om ESSENCE/NPF.
Behandlingsmetoder	Rådgivande psykologsamtal utifrån kunskap om utvecklingspsykologi, anknytning och samspel, KBT mm. Ingen specifik behandlingsmetod då verksamheten uttryckligen inte ska arbeta med behandling/terapi.
Erbjuder ni gruppverksamhet, och i så fall, beskriv hur den är utformad:	Region Uppsalas modell: Vardagsliv och föräldraskap Grupp för känsllostarka barn, 3h å 5 tillfällen
Framtidsutsikter – är verksamheten under uppbyggnad/ stabil sedan flera år/ finns hot om nedskärningar?	Verksamheten ser inte ut att få fler resurser och risk för omorganisering under primärvården/BVC finns utifrån önskemål inom regionen om en [Dokumentets rubrik]
Kontakt	Maja Berling, maja.berling@gotland.se
Övriga kommentarer	Svårt att svara på hur många ärenden mm, se resonemang ovan. Även svårt att svara på ärendefördelning per ålder, kan inte se det i vår statistik. Förstår att ni är ute efter hur många små och späda barn som remitteras jämfört med de äldre barnen, men kan inte ge något bra svar på det. "Känslan" är att det är tonvikt på ESSENCE-barn i äldre åldrar, men att det också är många som remitteras för lindriga samspelsproblem (kan vara mer än lindriga också) så som: "jag förstår inte mitt barns signaler" eller "jag blir arg/ledsen när bebis skriker" mm. Många coparentingärenden.

FBHV Region Norrbotten

Verksamhetens/teamets namn	FBHV Region Norrbotten
Åldrar (barnens åldrar)	0-6
Huvudman	Region Norrbotten, Division Nära
Upptagningsområde	Region Norrbotten
Remissväg	Via BHV och MHV
Ärendetyp/typ av uppdrag till verksamheten	Föräldrastöd Behandling av förlossningsrädsla och förlossningsdepression Tidig upptäckt av autism DC 0-5 bedömningar
Insatsens omfattning	Föräldrastöd 1-7 samtal Behandlingsinsatser mellan 7-12 samtal Bedömning 5 besök
Antal ärenden per år	Ingen uppgift

Ärendefördelning/ålder	Ingen uppgift
Personal (ange yrkeskategorier samt tjänstgöringsgrad i verksamheten)	7 psykologer 1 PTP psykolog
Bedömningsmetoder	Griffith utvecklingsskala DC 0-5 år
Tillgång till barnpsykologisk och/eller barnpsykiatrisk bedömning?	Ej tillgång till barnpsykiatriker Barnpsykolog bedömning görs löpande
Behandlingsmetoder	IPT och KBT (till den vuxne)
Erbjuder ni gruppverksamhet, och i så fall, beskriv hur den är utformad:	Tillsammans grupper ICDP
Framtidsutsikter – är verksamheten under uppbyggnad/ stabil sedan flera år/ finns hot om nedskärningar?	Stabil med utvecklingsområden
Kontakt	Enhetschef Cecilia Sandström

FBHV Uppsala

Verksamhetens/teamets namn	MBHV-psykologerna (Barnspecialistmottagningarna i länet)
Åldrar (barnens åldrar)	0-5
Huvudman	Region
Upptagningsområde	Uppsala län
Remissväg	Huvudsakligen remisser från BVC
Ärendetyp/typ av uppdrag till verksamheten	Vårt uppdrag är att arbeta hälsofrämjande, förebyggande och med tidiga och korta insatser/behandling. Vi ger samspelestödjande insatser främst i ärenden där remiss inkommit för förälder. Frågeställningarna är ofta svårigheter i omställning till föräldraskap, svårigheter i tidigt föräldraskap eller svårigheter med bindning /i relationen till barnet. Frågeställningarna kan även handla om psykisk ohälsa hos föräldern (nedstämdhet/oro kopplade till föräldrablivande/föräldraskap eller svår förlossningsupplevelse). I vårt målgruppsdokument finns även anknytningsrelaterade svårigheter eller samspelelssvårigheter med som möjlig sökorsak för barn. Vi får dock sällan remisser där sökorsaken gäller hur barn samspelel eller knyter an.
Insatsens omfattning/intensitet	Vi har i dagsläget inga begränsningar vad gäller längden på våra kontakter. Men eftersom uppdraget handlar om korta insatser så försöker vi hålla nere antalet besök.
Antal ärenden per år	Vi har ingen specifik statistik på detta.
Ärendefördelning/ålder	Samspelestödjande insatser ges främst till familjer med barn 0-18 månader. I COS-P grupperna är åldrarna blandade från 4 mån till 5 år.
Ärendelängd	Varierar men dessa ärenden hör ofta till våra längre kontakter (>10 besök)

Personal (ange yrkeskategorier samt tjänstgöringsgrad i verksamheten)	9 heltidstjänster (psykolog)
Bedömningsmetoder	MIM, observation av samspel utan specifik metod. Tillgång till barnpsykologisk bedömning.
Behandlingsmetoder	WWW samspeilstödjande insatser efter MIM- bedömning (Theraplay-inspirerade), samspeilstödjande insatser utan specifik metod
Erbjuder ni gruppverksamhet, och i så fall, beskriv hur den är utformad:	COS-P (både för föräldrar som kommer på remiss för egen del och föräldrar till barn som remitterats till oss utifrån frågeställning utvecklingsavvikelse/beteendeproblem eller oro hos barn)
Framtidsutsikter – är verksamheten under uppbyggnad/ stabil sedan flera år/ finns hot om nedskärningar?	Akademiska sjukhuset ska göra stora besparingar detta år, gäller även vår verksamhet.
Kontakt	Helena Edin.

FBHV Region Västmanland

Verksamhetens/teamets namn	FÖRÄLDRA- OCH BARNHÄLSOVÅRDSPSYKOLOGERNA
Åldrar (barnens åldrar)	- Blivande och nyblivna föräldrar - Barn som är inskrivna på BVC, ca 0-6 år
Huvudman	Region Västmanland
Upptagningsområde	Patienter som är listade på vårdcentraler i Västmanlands län som har avtal med oss
Remissväg	Remiss från sjuksköterska inom barnhälsovården alt barnmorska inom primärvården
Ärendetyp/typ av uppdrag till verksamheten	- Samtalskontakter för blivande och nyblivna föräldrar med psykisk ohälsa som är relaterat till föräldrablivande/föräldraskap - Föräldrastödjande kontakter - Utvecklingsbedömning av barn i förskoleålder
Insatsens omfattning/intensitet	Avgränsade kontakter, vanligen 1-4 samtal. Intensiteten är beroende av frågeställningen och ärendetyp.
Antal ärenden per år	Vi tar emot ca 1000 remisser/år.
Ärendefördelning/ålder	Ca 40 % av våra kontakter är riktade mot vuxna och 60 % mot barn (gäller första halvåret av 2025).
Ärendelängd	Avgränsade kontakter, vanligen 1-4 samtal/besök.
Personal (ange yrkeskategorier samt tjänstgöringsgrad i verksamheten)	Legitimerade psykologer motsvarande 8,4 heltidstjänster (fördelat på 12 psykologer). En vårdadministratör samt en enhetschef.

Bedömningsmetoder	Vi använder ej strukturerade bedömningsmetoder i någon större omfattning. Barnpsykologisk bedömning erbjuds. Vi har ej tillgång till barnpsykiatriker.
Behandlingsmetoder	Vi erbjuder samtalskontakter med fokus på frågeställningar som rör föräldrablivande och föräldraskap. Vi erbjuder ej strukturerad behandling gällande psykisk ohälsa för vuxna. Vi erbjuder heller ej samspelsbehandling. Vi erbjuder heller ej behandling för barn vid psykisk ohälsa.
Erbjuder ni gruppverksamhet, och i så fall, beskriv hur den är utformad:	Vi erbjuder föräldrastödsgrupper för föräldrar till barn med svårigheter med känsloreglering.
Framtidsutsikter – är verksamheten under uppbyggnad/ stabil sedan flera år/ finns hot om nedskärningar?	Verksamheten är stabil för närvarande (men är avtalsfinansierad så vi är beroende av att vårdcentralerna fortsätter anlita oss).
Kontakt	Enhetschef Jenny Berglund jenny.berglund@regionvastmanland.se

BUP NU-sjukvården, Uddevalla

Verksamhetens/teamets namn	NU-sjukvården, BUP 0-5 år
Åldrar (barnens åldrar)	0-5
Huvudman	VG-region
Upptagningsområde	NU-sjukvårdens upptagningsområde, 15 kommuner från Lilla Edet respektive Orust till Värmlands- respektive Norgegränsen
Remissväg	En väg in BUP VGR (sedan april -24)
Ärendetyp/typ av uppdrag till verksamheten	Mestadels utredningar av utvecklingsrelaterade svårigheter, men även behandlingsfrågor
Insatsens omfattning	För de barn som erbjuds behandling finns inga begränsningar på förhand vare sig vad gäller intensitet eller varaktighet. Varierande från några månader till flera år
Antal ärenden per år	I nuläget < 10
Ärendefördelning/ålder	2-5
Personal (ange yrkeskategorier samt tjänstgöringsgrad i verksamheten)	Psykologer, inte specificerat hur mycket var och en arbetar med utredning / behandling Specialpedagog, vid behov Läkare
Bedömningsmetoder	Föräldraintervjuer, barn- och samspelsobservationer, barnobservationer i förskolemiljö, skattningsformulär Tillgång till barnpsykologisk och/eller barnpsykiatrisk bedömning.
Behandlingsmetoder	CPP, TF-KBT, KBT (modifierad), föräldrastöd, utvecklingsvägledning, samverkan
Erbjuder ni gruppverksamhet, och i så fall, beskriv hur den är utformad:	Nej

Framtidsutsikter – är verksamheten under uppbyggnad/ stabil sedan flera år/ finns hot om nedskärningar?	Förhoppningsvis under (åter)uppbyggnad
Kontakt	Eva Jaksjö, eva.jaksjo@vgregion.se
Övriga kommentarer	Enligt er definition är vår verksamhet ingen Späd- och småbarnsverksamhet då vi huvudsakligen får remisser med utredningsfrågeställning

BUP Umeå

Verksamhetens/teamets namn	- BUP Barn-och ungdomspsykiatri Västerbotten Essence-teamet Mödrabarnhälsovården
Åldrar (barnens åldrar)	0-5
Huvudman	Region Västerbotten
Upptagningsområde	Västerbottens region: Lycksele, Skellefteå och Umeå. Essence-teamet enbart Umeå.
Remissväg	Kontaktcenter
Ärendetyp/typ av uppdrag till verksamheten	Neuropsykiatrisk utredning (Essence-teamet utreder enbart. BUP utredning + övriga insatser) Trauma Beteendeproblem Samspelsproblem
Insatsens omfattning	SVP 0-5 år SVP Social interaction- autism SVP uppmärksamhet-hyperaktivitet/ADHD SVP traumarelaterade tillstånd Neuropsykiatriska bedömningar kan innebära uppföljning utifrån ADHD relaterade symtom fram till 18 års ålder. Autism remiss BUH. Traumarelaterade tillstånd 1-2 år.
Antal ärenden per år	
Ärendefördelning/ålder	Merparten är neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Mindre andel trauma/anknytningssvårigheter
Personal (ange yrkeskategorier samt tjänstgöringsgrad i verksamheten)	Psykologer, socionom, läkare och sjuksköterskor inom verksamheten. I Essence-teamet ingår för närvarande även logoped och fysioterapeut
Bedömningsmetoder	Föräldraintervju. Föräldraskattning, Förskoleintervju. Samspelsbedömning. Lek och berättelsebedömning.
Tillgång till barnpsykologisk och/eller barnpsykiatrisk bedömning?	SSAP MIM Psykometrisk testning med WPPSI, SON-R ADOS, ADI-R m. m.
Behandlingsmetoder	MIM/Theraplay CPP (Child parent Psychotherapy) MBT-C (Mentaliseringsbaserad psykoterapi för barn). KOMET

	PCIT (Parent Child Interaction Therapy)
Erbjuder ni gruppverksamhet, och i så fall, beskriv hur den är utformad:	Föräldrautbildning KOMET
Framtidsutsikter – är verksamheten under uppbyggnad/ stabil sedan flera år/ finns hot om nedskärningar?	<u>Det finns inget specifikt småbarnsteam inom BUP. Essence finns men kommer att ingå i BUP:s ordinarie verksamhet.</u>
Kontakt	Lisa Bohlin Prytz Karin Åström

BUP Sthlm Konsultenheten

Verksamhetens/teamets namn	BUP Stockholm / Konsultenhet – NEO verksamhet
Åldrar (barnens åldrar)	Neonatalen: 0-1 år Övrigt: 0-5 år
Huvudman	BUP Stockholm
Upptagningsområde	Hela Region Stockholm
Remissväg	Endast remisser via barnsjukvården
Ärendetyp/typ av uppdrag till verksamheten	BUP Konsultenhets hela uppdrag omfattar barn 0-17 år. Vi har valt att dela upp uppdragen Neonatalvård och övriga i denna lilla sammanställning eftersom besök på neonatalen alltid betyder restid och samverkan med annan vårdgivare vid varje besök, samt för att BUP Konsultenhet är ensamma om att bemanna barnpsykiatri på neonatalavdelningarna inom region Stockholm. BUP Konsultenhets övriga uppdrag är att erbjuda barnpsykiatrisk bedömning och behandling på specialistnivå till patienter 0-17 år, vars psykiatriska problematik är förknippade/orsakade av underliggande somatisk sjukdom som sköts av sjukhusen i Stockholm. Vi tar emot remisser från barnsjukvården. ----- NEO: Barnpsykiatrisk bedömning och behandling för barn som vårdas på neonatalavdelning. Bedömning enligt DC0:5. Övrigt: Barnpsykiatrisk bedömning och behandling av barn som vårdas inom barnmedicin och där somatisk sjukdom och psykiatriska tillstånd samvarierar eller där det krävs komplex samverkan. Ärenden kan gälla exempelvis sväljsvårigheter i samverkan med gastro och logoped, barn med neurologisk sjukdom och beteendeproblem, frågor som gäller polyfarmaci, och svåra fall i somatisk slutenvård där barnpsykiatrisk kompetens behövs för att få till en bra situation på somatisk slutenvård.
Insatsens omfattning/intensitet	NEO: 4,85 vårdbesök i genomsnitt per patient. Vårdbesöken sker på neonatalavdelning eller på video. Utöver detta bemannar BUP

	Konsultenhet psykosocial rond varje vecka och hjälper till att triagera ärenden samt handleda personal. Övrigt: 7,85 vårdbesök per patient i genomsnitt per patient. Vårdbesök på sjukhus, inom slutenvård och som sambesök med remittent, samt på vår mottagning och på video. Ofta tjänstemannamöten och SIP.
Antal ärenden per år	NEO: ca 47 (ärenden 2024 enligt Pastill) Övrigt 0-5 år: ca 20 patienter (ärenden 2024 enligt Pastill)
Ärendefördelning/ålder	NEO (nyfödda under vårdtid på neonatalavdelning): ca 47 (ärenden 2024 enligt Pastill) Övrigt 0-5 år: ca 20 patienter (ärenden 2024 enligt Pastill)
Ärendelängd	NEO: Ärendelängd: 1-19 besök. Medel: 4,85 besök Median: 4 besök Övrigt: Ärendelängd: 1-42 besök. Medel: 7,85 besök Median: 5 besök
Personal (ange yrkeskategorier samt tjänstgöringsgrad i verksamheten)	Läkare/barnpsykiater, psykolog, kurator och sjuksköterska Fördelat på flera medarbetare. Ej i specialteam. Går ej att uppskatta tid och tjänstgöringsgrad. Verksamheten är integrerad i hela mottagningens uppdrag som är patienter som är behov av somatisk specialistvård på ett av barnsjukhusen och som samtidigt behöver BUP-kontakt.
Bedömningsmetoder	DC:0:5 Samspelsobservationer CGAS PIRGAS Tillgång till barnpsykologisk och barnpsykiatrisk bedömning
Behandlingsmetoder	
Erbjuder ni gruppverksamhet, och i så fall, beskriv hur den är utformad:	
Framtidsutsikter – under uppbyggnad/ stabil sedan flera år/ hot om nedskärningar?	

BUP Stockholm Traumaenhetens Barnahusteam

Verksamhetens/teamets namn	BUP Stockholm/ Traumaenhetens Barnahusteam
Åldrar (barnens åldrar)	0-6 år
Huvudman	BUP Stockholm
Upptagningsområde	Hela Region Stockholm
Remissväg	Remiss inkommer från lokal socialtjänst, som deltar vid uppstartsmöte med förälder/omsorgsperson.

Ärendetyp/typ av uppdrag till verksamheten	Barn som utsatts för brott i nära relationer (bevittnat och/eller utsatts för psykiskt och/eller fysiskt våld, sexuella övergrepp). Barn som är aktuella som målsägande i en förundersökning. BUP Barnahusteam erbjuder barnpsykiatrisk krisstödsbehandling, samt konsultativa insatser gentemot polis, socialtjänst m fl.
Insatsens omfattning/intensitet	Krisstödet inleds så snart som barnets del i förundersökningen är klar. Insatsen inleds och avslutas tillsammans med socialtjänsten. Det är en korttidsinsats 3-8 ggr. Om det därefter finns behov av fortsatt barnpsykiatrisk insats remitteras barnet vidare internt ex vis för en längre traumabehandling, neuropsykiatrisk utredning.
Antal ärenden per år	2024; 6 barn (2023: 12 barn).
Ärendefördelning/ålder	2024: 2 st. 4-åringar, 4 st. 5-åringar
Ärendelängd	3-8 ggr, en gång/vecka.
Personal (ange yrkeskategorier samt tjänstgöringsgrad i verksamheten)	Barnahusteamet är sex psykologer, varav 2-3 med småbarnskompetens.
Tillgång till barnpsykologisk och/eller barnpsykiatrisk bedömning?	Ja, samt barnpsykiatriker finns vid behov.
Bedömningsmetoder & Behandlingsmetoder	Krisstödet är fokuserat på symtom/reaktioner efter potentiell traumatisk händelse. Med de yngre barnen ofta gemensamma besök med förälder/omsorgsperson för att stärka trygghet, relation och kommunikation kring reaktioner och barnets upplevelse, men också anknytningsrelationen. Stöd och traumamedveten omsorg till förälder/omsorgsperson för att stärka deras omsorgsförmåga, samt öka förståelsen för barnets reaktioner och uttryck (grundläggande fas i CPP). Skattningsformulär av symtom SDQ 2-4år, samt CPP Symtomskattning. Med barnen samtal om reaktioner med hjälp av bild- och lekmaterial, samt anpassade böcker (CPP-bok, Stopp-min-kropp mm). Observation av samspel under lekstund. Vid behov kontakt med förskolan. De allra yngsta 0-1½ år uppmärksammas oftast som småsyskon till äldre barn som är målsägande. Dock är det av vikt att även de kan få tillgång till behandling. Insatsen går via förälder/omsorgspersonen för att lugna, stödja och stärka föräldrarnas omsorgsförmåga och tilltro, samt öka deras lyhördhet för barnets uttryck och behov.

Erbjuder ni gruppverksamhet, och i så fall, beskriv hur den är utformad:	
Framtidsutsikter – under uppbyggnad/ stabil sedan flera år/ hot om nedskärningar?	BUPs barnahusteam finns idag vid tre av sex Barnahusen i Stockholm. Det finns en politisk vilja att alla sex Barnahus kommer att få barnpsykiatrisk kompetens framöver.

BUP Stockholm. Intensiv öppenvård: Traumaenhet

Verksamhetens/teamets namn	BUP Stockholm/ Intensiv öppenvård: Traumaenhet
Åldrar (barnens åldrar)	2-6 år
Huvudman	BUP Stockholm
Upptagningsområde	Hela Stockholm län/länsövergripande mottagning
Remissväg	Fr o m hösten 2025 skickas remisser direkt till BUP Trauma avseende de yngsta barnen via BUPs remissportal (En väg in). Familjer kan även remitteras internt inom BUP från BUP Barnahusteam, Specialiserad öppenvård, BUP Neuropsykiatri, BUP Mellanvård.
Ärendetyp/typ av uppdrag till verksamheten	Barn som bevittnat och/eller utsatts för våld, sexuella övergrepp, grav försummelse i nära relationer.
Insatsens omfattning/intensitet	Besök 1-2 ggr/veckan, ex vis ett mottagningsbesök och ett video/tfn-besök med omsorgsperson.
Antal ärenden per år	2024 - 20 barn.
Ärendefördelning/ålder	Flertalet är 4-6 år, enstaka 2-3 åringar
Ärendelängd	Ofta mellan 6-12 månader utifrån behov.
Personal (ange yrkeskategorier samt tjänstgöringsgrad i verksamheten)	Psykologer och psykoterapeuter, 2-4 personer (CPP-utbildade mm), som en del av sin tid arbetar med småbarn. Alla småbarnsremisser prioriteras.
Bedömningsmetoder	Samtal gemensamt och enskilt med barn och omsorgsperson. Skattningsformulär; TSCYC, SDQ-F, LITE, CPP Symtomskattning. Frågor till barn om utsatthet och reaktioner med hjälp av bild- och lekmaterial. Observation av samspel under lekstund, strukturerade och ostrukturerat. Videobaserad bedömning i form av Marte Meo, MIM, Triad. Intervju; förskola.

Tillgång till barnpsykologisk och/eller barnpsykiatrisk bedömning?	Ja, samt barnpsykiatriker finns vid behov.
Behandlingsmetoder	CPP (Child Parent Psychotherapy), Barnanpassad EMDR, Traumarekonstruktion, Traumamedveten omsorg till omsorgsperson. Vid behov finns samarbete med en närliggande vuxenpsykiatri för bedömning/behandling vid misstänkt PTSD hos omsorgsperson. Den behandlingen sker parallellt med barnets behandling.
Erbjuder ni gruppverksamhet, och i så fall, beskriv hur den är utformad:	Traumafokuserad behandlingsgrupp för förskolebarn (3-6 år), som upplevt våld i familjen. Manualbaserad metod utformad på BUP Trauma. Behandlingen består av en barngrupp om 4–5 barn och en parallell mammagrupp Fyra bedömningsbesök, tolv gruppbesök, fyra konsolideringsbesök. Sammantaget cirka 20 besök Gruppbehandlingen sker en gång i veckan på förmiddagar och pågår i 90 minuter.
Framtidsutsikter – under uppbyggnad/ stabil sedan flera år/ hot om nedskärningar?	Förhoppningsvis kan flera småbarn få tillgång till traumabehandling i och med att remisser skickas direkt från Remissportalen till BUP Traumaenhet.