

Familjens upplevelse av familjecentrerad vård inom barnrådgivningsverksamheten

Magisteravhandling

Författare: Pia Kylmäpuro

Handledare: Regina Santamäki-Fischer, MD

Åbo Akademi

Fakulteten för pedagogik och välfärd

Hälsovetenskaper

Enheten för vårdvetenskap

Hösten 2018

Abstrakt

ÅBO AKADEMI
vårdvetenskap

Författare:

Handledare:

Fakulteten för pedagogik och Enheten för
välfärdsstudier

Pia Kylmäpuro

Regina Santamäki-Fischer, MD

Magisteravhandling

Familjens upplevelse av familjecentrerad vård
inom barnrådgivningsverksamheten

VÅRDVETENSKAP

Sökord: family-centred care, treatment,
experience, children, modernity, family,
confidence and support.

September 2018

Sidantal: 48 Bilagor: 4

Syftet med denna studie var att beskriva familjens upplevelse av familjecentrerad vård inom Barnrådgivningsverksamheten.

Frågeställning: Vad innebär familjecentrerad vård för familjen?

Femton föräldrar inom rådgivningsverksamheten intervjuades. Materialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Denna studie utgår från ett familjevårdvetenskapligt perspektiv och betonar att hela familjens situation bör uppmärksammas i vården.

Denna avhandling har sin teoretiska grund i familjecentrerad vård där betoning ligger på tanken att hela familjen och dess välmående tas i beaktande i genomförandet av vården.

Den kvalitativa innehållsanalysen resulterade i tre huvudkategorier. Den första huvudkategorin: *Att få kraft* med underkategorierna: att få stöd, att bli mer säker, att få vägledning och information, att bli bemött som en jämlike, och att uppleva växelverkan. Den andra huvudkategorin: *Att bli sedd som en unik familj* med underkategorierna: att bli bekräftad som en unik familj, att familjens situation beaktas och alla familjemedlemmar uppmärksammas, att bli visad intresse, och att familjens unika egenskaper beaktas. Den tredje huvudkategorin: *Att uppleva trygghet och förtroende i vårdrelationen* med underkategorierna: att vården väcker tillit, att bli professionellt bemött, att bli bemött med värme och omsorg, att vara i en naturlig relation, att ha kontinuitet i vårdrelationen, och att känna förtroende i vårdrelationen.

Abstract

ÅBO AKADEMI UNIVERSITY

Faculty of Education and Welfare Studies

Department of Caring Science

Author:

Pia Kylmäpuro

Supervisor:

Regina Santamäki-Fischer MD

Master's thesis

Families experiences of family centred care

CARING SHIENCE

Keywords: family -centred care, treatment, experience, children, modernity, family, confidence and support

september 2018

Number of pages:48 Appendixes: 4

The purpose of this study is to describe families' experiences of the Maternity and Child Health Care Centre's focus on families and further development points in this area. The research has been done with qualitative interviews. The questions are based on Literature review. The key task in the study is to describe the families' experience of the family focus in the Maternity and Child Health Care Centre's services.

The key question in the research setting is:

The key question in the research setting is: How does a family experience the family centred care in the Maternity and Child Health Centre's services?

According to the study's research question, the result was categorized in main category: To get strength, whit the subcategories: to get support, to be more confident, to get guidance and information, to be treat ed as an equal, and to experience the interaction. The second main category :*To be seen as a unique family* whit the subcategories :to be confirmed as a unique ,that all family members are noted, to be shown interest, that the unique characteristic of the family are taken into accunt.The third main category was to *experience safety and trust in the care relationship*, whit the subcategories that the care is safety.to be professionally treated, to be treated whit warmth and care ,to be in a natural relationship to have continuity in the care relationsh

Abstrakti

ÅBO AKADEMI

Kasvatustieteen ja hyvinvointialojen tiedekunta

Hoitotieteen yksikkö

Kirjoittaja:

Pia Kylmäpuro

Ohjaaja

Regina Santamäki-Fischer MD

Maisteritutkielma

HOITOTIEDE

Perheen kokemus perhekeskeisestä hoitotyöstä

Avainsanat:

family-centred care, treatment, experience, children, modernity, family, confidence and support.

Syykuu 2018

Sivumäärä: 48

Liitteet:4

Tutkimuksen tavoitteena on kuvata perheiden kokemuksia neuvoloiden hoidon perhekeskeisyydestä ja tämän kehityskohteista. Tutkimus on toteutettu kvalitatiivisella haastatteluilla ja sen taustalla on tutkimuksessa käytettyjen kysymysten kirjallisuuskatsaus. Keskeisenä tehtävänä on tutkimuksessa kuvata perheiden kokemuksia siitä, miten perhekeskeisyys otetaan huomioon neuvolatyössä. Tutkimusasetelma kulminoituukin kysymykseen :

Miten perhe kokee perhekeskeisyyden neuvolatyössä

Tutkimuksessa haastateltiin 15 vanhempia tutkimuskysymyksen piiristä. Aineisto on käsitelty laadullista sisältöanalyysia käyttäen. Tutkimusote on hoitotieteellinen. Tässä katsantokannassa tarkastellaan koko perheen huomioimista hoitotapahtumassa.

Kvalitatiivinen osa sisältää analyysin tulostettuna kolmessa pääkategoriassa: *Saada voimaa.*, sisältäen alaluokat: saada tukea, saadakseen heidän esiintuomaansa intressit ja *saada lisää varmuutta*, saada ohjausta ja informaatiota ja tullakseen tasavertaisena kohdelluksi ja kokea toimivaa vuorovaikutusta. Toinen pääkategoria: tulla nähdyksi ainutlaatuisena perheenä, jossa on alaluokat tulla kohdatuksi, jossa perheen ainutkertaisuus näkyy kohtelussa niin että perheen tilanne otetaan huomioon ja kaikki perheenjäsenet huomioidaan. ja että heidän esiintuomaansa intressit ja perheen uniikit ominaisuudet otetaan huomioon. Kolmas pääkategoria: *että koetaan varmuutta ja luottamusta hoitosuhteessa* sisältäen alaluokkana, että on luottamusta herättävä ja että kohtaaminen on ammattimaista sekä lämpöä että huolenpitoa osoittavaa ja että hoitosuhteessa on luontevuutta ja jatkuvuutta.

Förord

Mina studier på Åbo Akademi går mot sitt slut. Studierna har varit utmanande men samtidigt mycket givande! Jag har utvecklats mycket under processen och är nu redo för nya utmaningar.

Jag vill rikta ett stort tack till Regina Santamäki-Fischer som har handlett mig under skrivprocessen. Ett tack vill jag också rikta till föräldrarna som deltog i min studie. Jag vill också tacka mina medstudierande för intressanta diskussioner, och för allt stöd jag fått. Ett tack riktar jag även till personalen på enheten för vårdvetenskap vid Åbo Akademi i Vas.

Dessutom vill jag tacka min familj. Tack Timo för ditt tålamod, och för att du möjliggjort dessa studier. Jag vill också tacka mina barn för ert tålamod.

Med tacksamhet,

Sibbo 20.09.2018

Pia Kylmäpuro

Innehållsförteckning

Abstrakt.....	1
Abstract	2
Abstrakti.....	3
Förord.....	4
1 Inledning	7
2 Bakgrund.....	7
2.1 Vårdrelationen.....	8
2.2 Delaktigheten i vården	8
3 Centrala begrepp	9
3.1 Familj	9
3.2 Relation	9
3.1.2 Fördelar med familjecentrerad vård.....	10
4 Rådgivningsverksamhet i Finland	11
4.1 Barnrådgivningens mål.....	11
4.2 Hälsovårdarens uppgifter	12
5 Syfte och frågeställningar	13
6 Teoretiska utgångspunkter.....	14
6.1 Familjecentrerad vård	14
6.2 Systemteorin.....	14
6.3 Personcentrerad vård.....	15
6.4 Caritastanken.....	15
7. Beskrivning av forskningsprocessen.....	16
7.1 Studiens design	16

7.1. Urval och deltagare	16
7.2. Datainsamling, material och analysmetod	16
7.3. Förförståelsen.....	18
8. Etiska frågeställningar	19
9 Resultat.....	20
9.1 Att få kraft.....	21
9.1.1 Att få stöd.....	21
9.1.2 Att bli mer säker.....	22
9.1.2 Att få vägledning och information	22
9.1.3 Att bli bemött som en jämlike.....	23
9.1.4 Att uppleva växelverkan	23
9.2. Att bli sedd som en unik familj.....	23
9.2.1 Att bli bekräftad som en unik familj	24
9.2.2 Att familjens situation beaktas och alla familjemedlemmar uppmärksammas	24
9.2.3 Att bli visad intresse.....	24
9.2.4 Att beakta familjens unika egenskaper	25
9.3 Att uppleva trygghet och förtroende i vårdrelationen.....	25
9.3.1 Att vården väcker tillit	25
9.3.2 Att bli professionellt bemött	26
9.3.3 Att bli bemött med värme och omsorg.....	26
9.3.4 Att vara i en naturlig relation	27
9.3.5 Att ha en kontinuitet i vårdrelationen	27
10 Diskussion	28
11 METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN	32
12 Slutsats.....	34
Litteraturförteckning.....	35

Bilagor

1 Inledning

Mödra- och barnhälsovården hör till bashälsovården i Finland. Den är gratis och tillgänglig för alla. Rådgivningens uppgift har förändrats under årens lopp. Rådgivningen har en screeningfunktion, men tidigare forskning har påvisat att rådgivningen också har en viktig stödfunktion för blivande föräldrar och barnfamiljer (Viljamaa, 2003; Hakulinen-Viitanen & Pelkonen, 2009). Hälsovårdarens yrkesroll har förändrats under årens lopp från att handla om hälsokontroller till att stödja familjer. Familjer idag mår dåligt: utmaningarna för barnfamiljerna har ökat, allt fler barn har allergier, astma, beteendestörningar, eller psykologiska och sociala problem. Ensamstående föräldrar är en växande grupp. Antalet invandrare har ökat, bland dem papperslösa som har sina särskilda behov. Rådgivningsarbetet genomgår en förändring på grund av Social- och hälsovårdsreformen som är planerad att genomföras år 2020. Detta innebär att små enheter slås samman och funktionen övergår till familjecenter som fungerar annorlunda. Inom hälsovårdarnas yrkesgrupp finns en oro för hur det går för klienter som behöver mera stöd. Mitt syfte med denna avhandling är att beskriva hur föräldrar upplever ett familjecentrat förhållningsätt.

2 Bakgrund

Patienten är och har varit i centrum för vården, medan patientens familj och anhöriga tidigare har betraktats som viktiga men inte varit speciellt i fokus för vården. Under 1980- och 1990-talen flyttades fokus från patientcentrerad till familjecentrerad vård (Jackson & Wigert, 2009). Ett familjecentrat förhållningsätt riktar in sig på hela familjens välbefinnande (Jackson & Wigert, 2009). Familjecentreringen anses viktig för att kunna förebygga problem, och i ett tidigt skede kunna identifiera behovet av stöd (American Academy of Pediatrics, 2012; Jackson & Wigert, 2009). Idag erkänns att individens behov och problem är interrelaterade med dem som är i personens omgivning och man har lyft fram familjens betydelse för barnets välbefinnande (Kirkevold & Strømsnes Ekern, 2003. De olika professionernas samarbete kan erbjuda stödjande insatser utgående från familjens behov och ingripa i ett tidigt skede (Kirkevold & Strømsnes Ekern, 2003 Lagerberg et al., 2008). Barnfamiljerna har en stor betydelse för vår

framtida välfärd. Familjecentrerad vård är en modell för att förbättra barnens och hela familjens hälsa och välbefinnande och kämpa mot social utslagning genom att stödja ett positivt föräldraskap. För att på bästa möjliga sätt kunna förverkliga detta är det viktigt att utgå från föräldrarnas perspektiv.

2.1 Vårdrelationen

En god vårdrelation anses ha en stor betydelse för samarbetet mellan vårdare och föräldrar. Betz (2006) anser att det är viktigt att vårdaren och föräldrarna utvecklar en fungerande relation. Föräldrarna upplever att förtroendet för vårdaren påverkar interaktionen mellan vårdaren och familjen (Tammentie, et al., 2009). Vårdaren bör möjliggöra en trygg relation till familjen, och relationen bör kännetecknas av en öppen kommunikation (Michalopoulos, 2012; Söderbäck & Ekström, 2014). Michalopoulos (2012) anser att det är tidskrävande att bygga upp en förtroendefull vårdrelation.

2.2 Delaktighet i vården

Thórarinsdóttir och Kristjánsson (2014) har studerat föräldrarnas och vårdarnas synpunkter på familjecentrerad vård. De anser att patienternas känsla av delaktighet baserar sig på deras erfarenheter, värderingar och behov. Respekt, tillit och jämlikhet lyfts fram som viktiga inslag (Kauffman, 2007; Thórarinsdóttir & Kristjánsson, 2014). Wigert (2008) har i en svensk undersökning utrett vilka faktorer som gör att föräldrarna upplever delaktighet inom neonatalvården, och vad som underlättar föräldrarnas närvaro hos sina barn. Personalens goda bemötande och omtanke, och bekräftelse av föräldrarna gör att föräldrarna känner sig välkomna till avdelningen. Vårdaren kan genom sitt bemötande underlätta föräldrarnas närvaro hos sitt för tidigt födda barn. Bemötandet är inte beroende av några lokalmässiga, ekonomiska eller organisatoriska faktorer. Att vårda familjen kräver respekt för mänsklig värdighet och ansvar för eget och andras liv (Wigert, 2008). Delaktighet innebär att familjen deltar i beslutsprocessen (Kauffman, 2007). Familjens resurser beaktas vid planeringen av vården (Betz, 2006). Söderbäck och Ekström (2014) har studerat hur invandrare i Sverige ser på delaktigheten inom barn- och mödrahälsovården. Invandrare upplever ofta brist på förtroende för vårdpersonalen. För att bygga upp en fungerande relation bör man lägga ner tid på det första mötet. Familjen bör bemötas med respekt, och fadern bör uppmuntras att vara delaktig i vården (Söderbäck & Ekström, 2014).

3 Centrala begrepp

I det här kapitlet presenteras några centrala begrepp som är viktiga för avhandlingen.

3.1 Familj

Familjen som begrepp kan betraktas utifrån olika perspektiv och det finns olika uppfattningar om vilka medlemmar som ingår i en familj (Hanson & Boyd, 1996). Enligt den traditionella synen på familjebegreppet har individerna varit bundna till varandra genom blodsband eller äktenskap (Hanson & Boyd, 1996; Kirkevold & Strømsnes Ekern, 2003). Bland de olika uppfattningarna finns allt från den traditionella kärnfamiljen där mamma, pappa och barn ingår, till storfamiljen som omfattar flera generationer (Kirkevold & Strømsnes Ekern, 2003). Hanson och Boyd (1996) anser att en familj består av två eller flera individer som är beroende av varandra och ger varandra emotionellt, fysiskt och/eller ekonomiskt stöd.

Enligt Goldenberg och Goldenberg (2013) är en familj en grupp människor i vilken minst en medlem är över 18 år. För att familjen ska kunna erkännas som en familj krävs en "juridisk observatör" som skapat legitimitet för familjen. Watson och Bell (2002) beskriver t.ex. att en "familj är en grupp människor som binds samman av starka emotionella band, en känsla av samhörighet och ett starkt ömsesidigt engagemang i varandras liv". Svenska Akademiens ordbok definierar en familj som en grupp personer, med man, hustru och barn som står ett nära släktförhållande till varandra. Enligt social- och hälsovårdsministeriets "Kylskåpsteori" från 1990 är en familj en grupp människor som har ett gemensamt kylskåp (Social och hälsovårdsministeriet, 1990). Familjeforskaren Ritala-Koskinen anser att familjen inte är en struktur som fungerar på ett visst sätt, dvs. att människorna formar familjen och inte tvärtom.

3.2 Relation

När familjen och vårdaren möts utvecklas en relation. Kasén (2002) har studerat vad begreppet vårdrelation innebär från patientens perspektiv. Hon anser att en vårdande relation kännetecknas av att vårdaren vårdar med hela hjärtat, har en vilja och ett intresse att vårda, och är djupt engagerad. Holopainen (2016) beskriver att patienten blir inbjuden till mötet. Om vårdaren redan i ankomstsituationen får patienten att känna sig välkommen kan det uppstå en betydelsefull relation (Wiklund, 2015). Vårdaren engagerar även patienten i vården. Mötet mellan patient och vårdare kan ses som ett tillfälle där verkligheten kan delas och förstås om

ömsesidig öppenhet finns. Patient och vårdare har lika värde samtidigt som vårdrelationen är asymmetrisk (Svensk sjuksköterskeförenings värdegrund). Patienten upplever att han eller hon är värdefull trots upplevd smärta och blir sedd som en människa i centrum. Mok och Chiu (2004) konstaterar att tröst, omsorg, och ömsesidighet är viktiga delar i vårdrelationerna.

Vårdrelationen påminner om vänskapsrelationen, och för en del fungerar personkemin bättre än för andra. I egenvårdarsystemet finns det goda förutsättningar för att en vårdrelation ska bli en vårdande relation. Vårdaren har ett stort ansvar för relationsbildningen, men även patientens deltagande är av största vikt (Kasén, 2002).

3.1.2 Fördelar med familjecentrerad vård

Familjecentrerad vård leder till bättre fördelning av resurser och ökar tillfredsställelsen hos patienten och familjen. Då man utgår från familjecentrerad vård tar barn och ungdomar mer ansvar för sin egen hälsa. När familjecentrerad vård är en del av vården på en akutmottagning för barn upplever personalen mer positiva känslor för sitt arbete. Detta har visat sig kunna leda till förbättrad arbetsinsats, mindre personalomsättning och en minskning av kostnader. Antalet dygn på sjukhuset minskar (American Academy of Pediatrics, 2012). Då man utgår från ett familjecentrerat perspektiv innebär det ett stöd för barnet och familjen och att vårdaren är delaktig, engagerad och har ett gemensamt ansvar för barnet. Hälsofrämjande samtal görs i syfte att se alla familjemedlemmar och att förbättra hela familjens hälsa (Benzein, Hagberg & Saveman, 2017).

4 Rådgivningsverksamhet i Finland

Rådgivningsbyråverksamheten utgår från en lång tradition i Finland. Verksamheten inleddes på 1920-talet i Helsingfors. Befolkningen levde under usla förhållanden, och barnadödligheten var stor. I början av 1900-talet eftersträvades bättre hygien och näring i familjerna. Man eftersträvade också att spädbarnsdödligheten skulle minska – vilket den också gjorde (från 19,3 procent i slutet av 1800-talet till 4 procent i början av 1950-talet och 0,48 procent i början av 1990-talet) (Bardy, 2009; Lindroos & Hyypiä, 2009).

Arkiatern Arvo Ylppö spelade en avgörande roll i att skapa och utveckla den finska rådgivningsverksamheten och han betraktas som det finska rådgivningssystemets fader. På 1920-talet förpliktades kommunerna att anställa barnmorskor och utbildningen av hälsosystrar påbörjades. År 1944 förutsattes det att kommunerna skulle arrangera rådgivningstjänster. Från början var verksamheten avgiftsfri, frivillig samt hälsovårdar- och barnmorskeledd. Tack vare det omfattande vaccinationsprogrammet har flera allvarliga och smittsamma sjukdomar försvunnit från Finland, och barndödligheten blivit den lägsta i världen.

Enligt THL ansvarar kommunerna fortfarande för att rådgivningstjänster finns tillgängliga. Ett stort antal rådgivningsbyråer garanterar tillgängligheten. Enligt THL används mödrarrådgivningsservice flitigt; endast 0,2–0,3 procent av familjerna använder inte tjänsten. Enligt THL är rådgivningens uppgift att på barnets och familjens nivå bland annat erbjuda tidsenlig information om barnets utveckling och främjandet av hälsa, ge stöd i föräldraskapet och i uppfostran, vaccinera i enlighet med vaccineringsprogrammet samt identifiera tecken på ofördelaktig utveckling av barnet eller familjen. På kommunal och samhällelig nivå är rådgivningsverksamhetens uppgift att öka jämlikheten bland familjer samt följa och säkerställa den positiva inställningen gentemot barn och familjer (Social-och hälsovårdsministeriet, 2005).

4.1 Barnrådgivningens mål

Grunden för rådgivningsverksamheten finns i Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010). Denna innehåller de grundläggande stadganden som styr barnrådgivningsverksamheten. Dessa stadgar har bestämts i statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga (338/2011) (Hakulinen-Viitanen, et al, 2012).

Hälsorådgivning ska bidra till att främja familjens fysiska, mentala och psykosociala hälsa, vilket nämns i förordningens paragraf 14. I paragrafen uttrycks också att hälsorådgivningen ska stödja föräldrar i deras föräldraskap och parrelation samt främja familjens sociala stödnätverk. Stödet som ges ska utgå från familjens individuella behov och ske i samarbete med familjen.

Enligt skollagen ska rådgivningen stödja barnets utveckling. Omsorgen om barnet sker tillsammans med föräldrarna och familjens välbefinnande, kraftresurser och växelverkan bör stödjas (Barnrådgivningen som stöd för barnfamiljer.(Social- och hälsovårdsministeriet, 2005).

4.2 Hälsovårdarens uppgifter

Hälsovårdaren är expert på hälsofrämjande arbete och familjevårdarbete och tar ansvar för verksamhetens vårdvetenskapliga del. Hälsovårdaren ansvarar för uppföljningen av barnets normala uppväxt och utveckling. Hon ansvarar också för screeningundersökningar och vaccinering. Hälsovårdarens arbete bör utgå från ett familjeperspektiv och syfta till att främja hela familjens hälsa. I arbetet ingår också att stödja föräldraskapet, parförhållandet och familjens kraftresurser, samt att ge klientorienterad hälsorådgivning. Hälsovårdaren är barnrådgivningens viktigaste resurs(Social- och hälsovårdsministeriet, 2005).

5 Syfte och frågeställningar

Studiens syfte är att få en inblick i hur familjecentrerad vård förverkligas utgående från familjens perspektiv

Frågeställning: Vad innebär familjecentrerad vård för familjen?

6 Teoretiska utgångspunkter

6.1 Familjecentrerad vård

Familjens hälsa och välmående påverkas av dess enskilda individer, och förändringar hos en familjemedlem orsakar förändringar i hela familjens system. Därför är det viktigt att ge uppmärksamhet åt hela familjens situation istället för att enbart koncentrera sig på patienten och dennes sjukdom (Gavaghan & Carroll, 2002; Hanson & Boyd, 1996; Åstedt-Kurki, et al., 2001a). Familjecentrerad vård är en värdefilosofi, som bygger på att familjen är det centrala i barnets vård. Enligt Åstedt-Kurki (2001) innebär en god vård att hela familjen och dess välbefinnande beaktas eftersom en person alltid är en del av en familj. Familjecentrerad vård är ett sätt att ta hand om barn och deras familjer inom hälso- och sjukvården, och detta innebär att vården planeras utgående från hela familjens behov (Jolley & Shields, 2009). När förändringar sker inom en familj finns det alltid en strävan att reda ut orsaken till förändringen, samt hitta lösningar för att återfinna stabiliteten och harmonin (Wright & Leahey, 1998). Vården strävar efter att stödja och stärka individens unika styrka både som person och som en del av familjen (Dunst & Trivette, 1996). Genom att beskriva familjens mönster kan man tillsammans avgöra vilka omvårdnadsåtgärder som bör genomföras. Vårdaren kan upprätta en vårdplan och på detta sätt utveckla en djupare förståelse för hur familjen upplever sin livssituation. Genom att ett problem lyfts fram ökar möjligheten att kunna förändra beteenden och finna alternativa lösningar. Under den här processen fokuserar man på möjligheter och styrkor hos hela familjen (Robinson & Wright, 1995). Wittaker (2014) anser att familjecentrering innebär ett djupgående arbetssätt, där vårdaren sätter sig in i familjens situation. Michalopoulos (2012) anser att det är utmanande att tillämpa familjecentrerad vård trots att utgångspunkten är god. Det är av största betydelse att familjen får delta aktivt i sin egen vårdsituation.

6.2 Systemteorin

Familjecentrerad vård utgår från systemteorin där familjen ses som en enhet med olika delar, och när en del blir utsatt för någon form av förändring medför detta konsekvenser för hela enheten. En familj kan enligt denna teori delas in i olika system där det övergripande systemet kallas för ett suprasystem, vilket beskriver familjen som helhet. I familjen ingår flera subsystem såsom förälder–barn-relation eller syskonrelation. Familjen kan alltså beskrivas som ett system där alla delar påverkar varandra. Denna teori utgår från synen på familjen som en enhet och detta är viktigt att minnas vid vård av barn (Kirkevold & Strømsnes Ekern, 2003).

6.3 Personcentrerad vård

Personcentrerad vård kännetecknas av att patient och anhöriga blir sedda och förstådda som unika personer med individuella behov, resurser, värderingar och förväntningar. Mötet i vården utgår från patientens berättelse och kännetecknas av en ömsesidig öppenhet för varandras kunskap, och innebär respekt och förståelse för patientens vilja. Vårdaren och patienten bildar tillsammans ett partnerskap (Ekman, 2018). Relationen mellan vårdaren och patienten utgår från centrala värden såsom ömsesidig respekt och förståelse för patientens självkänsla och vilja (Ekman, 2018).

6.4 Caritastanken

Caritastanken, kärleks- och barmhärtighetstanken som den också kallas, utgör grunden i allt vårdarbete och all värdegemenskap grundar sig på caritasmotivet (Eriksson, 1990). Caritasmotivet anses vara vårdens grundmotiv (Eriksson, 1990). Vårdrelationens utgångspunkt är människokärleken. Vårdgemenskap utgör vårdandets meningssammanhang och har sitt ursprung i kärleken, ansvarets ethos, en caritativ etik (Alligood & Marriner Tomey, 2010). Caritas, och vårdandets yttersta syfte är att lindra lidandet. Ontologin ger grunden för hur de centrala begreppen människan, hälsan, världen och vården definieras (Alligood & Marriner Tomey, 2010). Caritasmotivet i familjecentrerad vård kan beskrivas som kärlek, en vilja att vårda, en mänsklig förmåga att uppleva och ge vård och skapa en vårdgemenskap med familjen.

7 Beskrivning av forskningsprocessen

7.1 Studiens design

Denna studie utgår från en hermeneutisk ansats för att svara på syftet. För att beskriva familjers upplevelser av familjecentrerad vård har en kvalitativ metod valts. Datainsamlingsmetod var intervjuer med föräldrar. Intervjuerna genomfördes inom rådgivningsverksamheten i Helsingfors. Intervjuerna transkriberades ordagrant till text, och intervjutexterna analyserades med hjälp av en induktivt kvalitativ innehållsanalys för att beskriva familjers upplevelser av familjecentrerad vård.

7.1. Urval och deltagare

Enligt Eriksson (1992) är valet av personer som man vill undersöka beroende av vad man vill undersöka, och vilken typ av forskning man gör. Informanterna bör så väl som möjligt representera de fenomen som man vill undersöka. Då man gör en kvalitativ forskning genomför man ett strategiskt urval av personer (Eriksson, 1992).

Inklusionskriterierna för deltagarna var att de skulle ha erfarenhet av mödra- och barnrådgivningen. Familjer med flera barn har mer erfarenhet av rådgivningen. Föräldrar med barn under ett år har täta rådgivningsbesök och är därför en bra informantgrupp för studien. Familjer som enbart hade erfarenhet av mödrarådgivningen exkluderades. I studien deltog 15 föräldrar i åldern 20–45 år. Intervjuerna utfördes på finska.

Förfrågan om forskningstillstånd sändes till Helsingfors stad för godkännande. Då forskningslovets godkännande diskuterades studiens praktiska genomförande med kontaktpersonen. Familjerna rekryterades inom Helsingfors stads rådgivningsverksamhet i början av mars 2018. Rekryteringen skedde med hjälp av hälsovårdarna inom rådgivningsverksamheten. Föräldrarna blev informerade om forskningen i samband med rådgivningsbesöket. De potentiella deltagarna fick ett informationsbrev. Då föräldrarna givit sitt samtycke till deltagandet, samlade hälsovårdaren in familjens kontaktuppgifter.

Intervjuerna utfördes i mars–april 2018.

7.2 Datainsamling, material och analysmetod

I denna studie användes intervjuer som datainsamlingsmetod. Intervju som datainsamlingsmetod är en lämplig metod för att öka förståelse om fenomen eller situationer (Danielson, 2014). Intervjun har sitt fokus på mötet mellan intervjuare och deltagare. Deltagaren

kan anses vara både subjekt, och en skapande och aktiv aktör, som har möjlighet att fritt lyfta fram sina tankar (Danielsson,2014; Hirsjärvi et al., 2010). Intervjuerna utfördes i familjens hem eller på något café, och varade mellan 30 och 60 minuter. Även några telefonintervjuer utfördes. Intervjuerna började med presentation. Forskaren berättade om studiens syfte och deltagarna informerades om att de kunde avbryta intervjun när som helst och att informanternas identitet och anonymitet säkras. Deltagarna undertecknade en samtyckesblankett för att godkänna sitt deltagande i intervjun. Intervjufrågor ställdes utgående från intervjuguiden och informanterna fick fritt reflektera över temat. Intervjuerna bandades med deltagarnas samtycke. Intervjuerna avslutades med en fråga om föräldrarna hade något att tillägga. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant. Efter intervjuerna utfördes analysen. Först lyssnade intervjuaren på de inspelade banden, sedan transkriberades ljudfilerna till text och därefter genomlästes det transkriberade materialet flera gånger. Efter detta plockades meningsenheter ut för att sedan kondenseras och kodas. Slutligen identifierades och formulerades kategorier och underkategorier.

Den kvalitativa forskningstraditionen grundar sig på en holistisk syn på forskningsobjektet och man kan säga att syftet är att beskriva verkligheten på ett icke-numeriskt sätt (Hirsjärvi et al., 2010). Läsningen av de transkriberade intervjuerna och deras innehåll inleddes och analyserades utgående från Hällgren Graneheims och Lundmans (2004) metod för kvalitativ innehållsanalys. En första genomläsning gjordes för att få en övergripande blick av helheten och de enskilda intervjutexterna, både det som framträdde i texten, och det dolda. Under processen lästes de transkriberade intervjuerna igenom många gånger. Avhandlingens syfte och frågeställning följdes under hela processen. Detta betyder att man strävar efter att avtäckta större helheter som känns relevanta för saken. Enligt Hällgren Graneheim och Lundman (2004) bör man bestämma hur man söker det som är dolt eller det som tydligt framkommer i texten, för att veta på vilken nivå man behöver tolka texten. I det sista skedet tar tolkningen vid och man kan baserat på den kvalitativa innehållsanalysen lyfta fram kategorier av det tolkade (Hällgren Graneheim & Lundman, 2004). I och med detta stiger teman fram, teman som representerar det svar man har nått fram till genom analysen. Meningsenheterna lyfts fram och skapar koder som sammanförs i kategorier som sedan bildar huvudkategorier och temat. De transkriberade intervjuerna har analyserats enligt kvalitativ innehållsanalys. Fokus vid kvalitativ innehållsanalys är att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehåll. Sedan uttrycks skillnader och likheter i kategorier och teman. Innehållsanalysen ska lyfta fram det som är relevant för frågeställningen. Det finns ett klart budskap och ett dolt

budskap i varje text. Det klara budskapet är det uppenbara innehållet och det dolda budskapet handlar om texters underliggande budskap, vad som sägs mellan raderna. Innehållsanalys sammanfattar kunskapen för att kunna beskriva fenomenet man forskar om (Lundman, Hällgren Graneheim, 2012). Efter intervjuerna påbörjades innehållsanalysen. De inspelade banden transkriberades, och det transkriberade materialet genomlästes flera gånger. Meningsenheter trädde fram, och dessa kondenserades, kodades och formulerades i huvudkategorier och underkategorier.

7.3 Förförståelsen

Inom den hermeneutiska forskningen kan ingen tolkning ske helt utan förutsättningar, skriver Vikström (2005). Denne understryker att den som undersöker och tolkar alltid har en viss kännedom i ämnet i fråga och på så sätt en koppling till saken. ”Sökandet börjar inte med ett problem utan med en oro” skriver Eriksson (2000). Bakgrunden till denna studie finns i en oro för familjen. Samhället förändras och ekonomin avgör riktningen, allting ska vara effektivt och det ska sparas pengar. Barnfamiljer ses idag som ”kostnader” fast de bör ses som en investering för framtiden. Under den tid som jag jobbat inom rådgivningsverksamheten, i över 20 års tid, har hälsovårdarens yrkesroll förändrats. Tidigare låg fokus på att utföra hälsokontroller, idag ska rådgivningen stödja hela familjens hälsa, och föräldrarna i deras föräldraskap, parrelation och fostran. Till rådgivningens funktion hör också att ingripa tidigt då problem uppstår. Hälsovårdaren ingår i en vårdrelation med föräldrarna, vilket innebär att hon ska vara tillgänglig, ha en god relation till dem, lyssna till och vägleda dem – och stödja dem utifrån var och ens behov.

Då jag började jobba på rådgivningen var det inte så vanligt att papporna deltog i rådgivningsbesöken. Idag är det mer självklart, vilket kan beskrivas som en positiv förändring. Inom rådgivningsverksamheten utgår man från hela familjens behov. Jag anser att det är av största betydelse att få veta hur familjerna upplever att deras behov blir beaktade. Kravet på föräldrarna har också förändrats. Tidigare Att vara förälder idag innebär att balansera mellan familjeliv och arbetsliv. Arbetslivet kräver mycket idag och detta påverkar barnfamiljernas situation. Tidigare ansvarade mammorna för barnens uppfostran, nu anses delat föräldraskap vara viktigt.

8. Etiska frågeställningar

Studien följer Forskningsetiska delegationens anvisningar för god vetenskaplig praxis (2012). Forskningsetiska delegationen, TENK, som utses av Undervisnings- och kulturministeriet, främjar god vetenskaplig praxis, förebygger ohederlighet i forskningen, främjar den forskningsetiska debatten och informationen i Finland samt följer med den internationella utvecklingen inom området. Delegationen fungerar som initiativtagare och ger utlåtanden angående forskningsetiska frågor. Syftet är att igenkänna ohederlighet i forskning, och att ha gemensamma normer i alla organisationer som bedriver forskning. De etiska reglernas huvudsyften är att bidra med riktighet och noggrannhet i vetenskaplig kunskap, skydda rätten till intellektuell egendom, och att skydda deltagarnas rättigheter och välbefinnande. I den humanvetenskapliga forskningen gäller tre etiska principer: respekt för den undersökta personens självbestämmanderätt, att undvika skador, samt personlig integritet och dataskydd (Forskningsetiska delegationen, 2012). Att relatera sin forskning till behov som finns på det egna verksamhetsområdet är en viktig aspekt att överväga ur etiskt perspektiv (Bell & Waters, 2016). I denna studie informerades deltagarna skriftligt före studiens början. Deltagarna informeras om studiens syfte, och om att materialet kommer att insamlas, sparas och användas. Forskaren försäkrade sig om att informanterna inte kunde identifieras. Informanterna fick även information om att deltagandet i studien var frivilligt och informanterna var medvetna om att de kunde avbryta studien när som helst. Informanterna behandlades på ett individuellt, respektfullt och värdigt sätt. Allt material som insamlats har förvarats säkert och utomstående har inte haft tillgång till materialet. Allt material makuleras då studien är avslutad.

9 Resultat

Syftet med denna studie var att beskriva familjens erfarenheter av att bli bemötta med en familjecentrerad vård. Analysen resulterade i tre teman med respektive underteman: **Att få kraft**, **Att bli sedd som en unik familj**, och **Att uppleva trygghet i vårdrelationen**.

Tabell 1. Studiens huvud- och underteman

Huvudtema	Undertema
Att få kraft	<p>Att få stöd</p> <p>Att bli mer säker</p> <p>Att få vägledning och information</p> <p>Att bli bemött som en jämlike</p> <p>Att uppleva växelverkan</p>
Att bli sedd som en unik familj	<p>Att bli bekräftad som en unik familj</p> <p>Att familjens situation beaktas och alla familjemedlemmar uppmärksammas</p> <p>Att bli visad intresse</p> <p>Att familjens unika egenskaper beaktas</p>
Att uppleva trygghet och förtroende i vårdrelationen	<p>Att vården väcker tillit</p> <p>Att bli professionellt bemött</p> <p>Att bli bemött med värme och omsorg</p> <p>Att vara i en naturlig relation</p> <p>Att ha en kontinuitet i vårdrelationen</p> <p>Att känna förtroende i vårdrelationen</p>

9.1 Att få kraft

Upplevelsen av att bli bemött som en familj på barnrådgivningen beskrevs som att få kraft. Denna studie visar att man får kraft genom att bli väl mottagen och uppmärksammas. Relationen till hälsovårdaren är av stor betydelse för att få kraft. Då man får vara sig själv och öppet får lyfta fram sina problem i en ömsesidig dialog med hälsovårdaren, har man bättre möjligheter att se sina resurser. Att få kraft innebär att få stöd och bli mer säker. Kraft gav också känslan av att uppleva växelverkan och omsorg, att uppleva jämlikhet i relationen, att få vägledning och information, samt att uppleva trygghet i vårdrelationen med underkategorierna: en vårdrelation som väcker tillit, en naturlig vårdrelation, kontinuitet, känslan av att professionalitet väcker förtroende i vårdrelationen. Att få kraft kan beskrivas som en känsla av att vi klarar detta tillsammans. Att få kraft innebär att bemötandet från rådgivningens hälsovårdare ger resurser för att klara av vardagen genom :

Att man som förälder blir, bekräftad, hörd, sedd.

9.1.1 Att få stöd

Rådgivningsbesöken ökar föräldrarnas självförtroende och ger dem en känsla av att de klarar av situationen. Föräldrarna behöver stöd i sitt föräldraskap, och de behöver få veta att barnet växer och utvecklas normalt. Deltagarna beskriver att stödet från rådgivningen är oerhört viktigt. Ett litet barn kan vara mycket tidskrävande, man kanske inte känner igen sig själv och hela tillvaron kan kännas mycket osäker. Samtalen med hälsovårdaren är ett stöd och upplevs som kraftgivande, och det emotionella stödet upplevs vara betydelsefullt. Att få stöd innebär inte att föräldrarna får färdiga lösningar på problemen, men att de bättre kan se sina kraftresurser. Att få stöd och kraft beskrivs av föräldrarna t.ex. med att det är viktigt att man som föräldrar får känna att allt är som det ska vara. Att ge stöd innebär att ge föräldrarna tid. Stödet bör ges utgående från föräldrarnas behov.

Det är viktigt att få stöd, och detta ger resurser att orka gå vidare.

Rådgivningsbesöken upplevs som kraftgivande då de ökar föräldrarnas självförtroende och ger dem en känsla av att de klarar av situationen. Deltagarna beskriver att stödet från rådgivningen är oerhört viktigt. Ett litet barn kan vara mycket tidskrävande. Att stödja föräldrarna innebär att finnas till för dem och vara närvarande i mötet.

9.1.2 Att bli mer säker

Att bli mer säker innebär att få självförtroende som föräldrar. Omställningen från ett liv utan barn till ett liv som föräldrar är stor och motsvarar kanske inte föräldrarnas förväntningar. Fast barnet är efterlängtat kan den nya situationen kännas mycket tung. Innan man lärt känna barnet förstår man inte vad barnet vill, man är osäker på sig själv och är rädd för att inte kunna tillfredsställa dess behov. Hälsovårdarens stöd kan hjälpa föräldrarna att bli mer säkra på sig själva. De bör uppleva att de gör saker rätt. Detta stöd framkom genom det sätt på vilket hälsovårdaren påpekade saker för dem eller tilltalade dem. Vissa föräldrar har upplevt att mötet med hälsovårdaren haft en så negativ inverkan att det kunde förstöra självförtroendet, t.ex. kunde hälsovårdaren

få dem att känna att de inte kan någonting, till exempel genom att påpeka att blöjan är för lös.

9.1.2 Att få vägledning och information

Många föräldrar upplever att det är viktigt att bli informerad om allmänna rekommendationer. Barnrådgivningen upplevs som en säker informationskälla. Familjen behöver information om barnets sömn, skötsel och amning. Det upplevs även som viktigt att få veta att barnets tillväxt och utveckling är normal. Några föräldrar anser att hälsovårdaren bör rikta informationen mer utgående från familjens behov, t.ex. angående föda för barnet vid fyra till sex månaders ålder. De flesta föräldrar upplever att informationen utgick från familjens behov. Några föräldrar anser att det finns stora skillnader i hur hälsovårdarna har uppdaterat sin kunskap, och önskar få mer information angående t.ex. vegankost.

Föräldrarna upplever att det är mycket viktigt att få svar på sina frågor. Det upplevs också som viktigt att hälsovårdaren ger dem tid att diskutera. De flesta föräldrar har vissa förväntningar då de går till rådgivningen. Ett bra rådgivningsbesök innebär

Att osäkerheten försvinner och man lita på att allt går som det ska.

Men dessa förväntningar uppfylls inte alltid. Hur besöket upplevs beror på om förväntningarna uppfylls.

Ibland får man gå med tomma händer och får inga svar på sina frågor

9.1.3 Att bli bemött som en jämlike

Upplevelsen av att bli bemött i familjecentrerad vård handlar om att känna sig jämlikt behandlad. Det handlar om att bli sedd som en unik familj, och att bli bekräftad och tagen i beaktande. Föräldrarna upplever att växelverkan med hälsovårdaren är en viktig faktor. Det är av största vikt att kunna samtala med hälsovårdaren som jämställda, och att hon tar i beaktande att föräldrarna känner sitt barn bäst. Däremot tar de gärna emot råd och vill diskutera vad som skulle kunna passa just deras barn.

Det är viktigt att hälsovårdaren hör på, och är på samma nivå som föräldrarna och inte pratar över vårt huvud och ger order.

9.1.4 Att uppleva växelverkan

Att uppleva växelverkan innebär för föräldrarna att de blir vänligt mottagna, och att stämningen är öppen. Öppen växelverkan innebär också att det finns en dialog mellan föräldrarna och hälsovårdaren. Föräldrarna beskriver att då stämningen var lugn och avslappnad och mötet skedde utan brådska, upplevde de att det var lättare att vara delaktig. Mammorna önskar en öppen diskussion med vänligt småprat, medan papporna önskar att hälsovårdaren tar en aktiv roll och beskriver vad som förväntas av föräldrarna, och att man öppet diskuterar saker. En del av föräldrarna beskriver att personkemin har betydelse för växelverkan. Några föräldrar beskrev ett exempel på en situation då växelverkan inte fungerade. Läkaren pratade "till datorn" och de visste inte om han pratade med dem eller med datorn. Föräldrarna beskrev att växelverkan inte är normal om hälsovårdaren talar till föräldrarna från ett annat läge "över huvudet".

En del av föräldrarna beskriver att vissa situationer ibland inte känns naturliga.

Tonen i diskussionen berättar mycket om hurudan växelverkan är.

Om personkemin inte fungerar vill familjen byta hälsovårdare.

9.2. Att bli sedd som en unik familj

Föräldrarna upplever att det är viktigt att man känner sig välkommen till rådgivningen. De anser att det är viktigt att hälsovårdaren minns vad de heter, vem de är, och hurdan deras situation är. De anser att djupet i besöket är annorlunda då de har en egen hälsovårdare. Om hälsovårdaren inte känner familjen upplevs besöket som mer opersonligt.

9.2.1 Att bli bekräftad som en unik familj

Att bli bekräftad som en unik familj betyder att man har ett värde. Familjerna anser att det är viktigt att hälsovårdaren känner igen dem. Upplevelsen av att bli sedd av hälsovårdaren och att få bekräftelse på att hälsovårdaren minns just dem är viktig. Familjen vill känna att de har ett värde och inte är vilka som helst. Att man hälsas upplevs också som viktigt. Familjen anser att det är lättare att gå med barnen till rådgivningen då man har en egen hälsovårdare. Barnen vet vem man går till, hon känner barnen, vet hurdana de är och kan planera hälsogranskningarna utgående från deras behov.

Det är viktigt för oss att veta att vi är något annat än bara ett nummer, att hon vet att vi är just den familjen.

Att hon känner oss, minns oss och minns hurdan familj vi är.

9.2.2 Att familjens situation beaktas och alla familjemedlemmar uppmärksammas

Föräldrarna upplever att den egna hälsovårdaren uppmärksammar familjens specifika behov. Det beskrivs som viktigt att hon minns familjen; barnens namn och vad man pratat om vid tidigare besök. Också det att pappan blir uppmärksammas och inkluderad i samtalet beskrivs som av stor betydelse. Även om alla familjemedlemmar inte deltar i besöket, diskuteras hela familjens välmående. Föräldrarna kan även diskutera något problem som rör syskonet under rådgivningsbesöket. Då hälsovårdaren skriver något positivt i barnets rådgivningskort upplevs detta som trevligt.

Fast det är en liten grej så är det jätteviktigt.

Jag talar mera och är spontan och vår pappa är lite tyst av sig, men hälsovårdaren uppmärksammar nog alltid pappa också, vilket är jättetrevligt.

9.2.3 Att bli visad intresse

Föräldrarna anser att det är viktigt att hälsovårdaren är intresserad av familjen och deras situation. Att visa intresse innebär att höra på och ta familjens problem på allvar. Då hälsovårdaren visar intresse för familjen kan föräldrarna bättre öppna sig och lyfta fram sina tankar och känslor. Hälsovårdaren visar intresse genom att vara aktiv, ställa frågor och leda

samtalet. Papporna anser att det är lättare att gå till rådgivningen då hälsovårdaren tar en aktiv roll:

”då hon är aktiv och ställer frågor, då har jag lättare att hänga med”

En del av föräldrarna upplever att alla problem de har inte alltid blir uppmärksammade.

De kände ändå tillit till hälsovårdarens professionalitet.

Hon såg väl att de ser att det är bara ett litet problem.

9.2.4 Att beakta familjens unika egenskaper

Då hälsovårdaren accepterar familjens unika egenskaper accepterar och respekterar hon familjen och dess olikheter. Att respektera familjen innebär att bekräfta dess värdighet. Familjen upplever en större tillit till hälsovårdaren då de upplever att de blir godkända. Att bli tagen på allvar upplevs också som viktigt. Det är viktigt att inte döma sådant som man inte förstår, t.ex. traditioner från en annan kultur. Familjerna upplever att deras specifika behov blir väl uppmärksammade. Hälsovårdaren är lyhörd för familjens behov.

Vi blir godkända fast vi är en s.k., annorlunda familj.

9.3 Att uppleva trygghet och förtroende i vårdrelationen

En god relation till hälsovårdaren är viktig för att föräldrarna ska uppleva delaktighet och känna sig trygga. Trygghetskänslan upplevs starkast då familjen har en egen hälsovårdare. Känslan av hälsovårdarens professionalitet utgör grund till förtroendet. För en del av föräldrarna uppstod känslan av förtroende genast, för andra tog det mera tid.

Om det första mötet upplevts som negativt, så upplevs det vara svårt att bilda en förtroendefull relation. De flesta föräldrar upplever att allt var som det skulle, men känner att de vid behov kunde lyfta fram problem och diskutera dem med hälsovårdaren.

9.3.1 Att vården väcker tillit

Föräldrarna känner stor uppskattning för rådgivningssystemet och anser att det skulle vara en stor förlust om detta fina system inte skulle existera. Känslan av hälsovårdarens professionalitet utgör en grund för förtroendet. De flesta föräldrar upplever att de är nöjda med rådgivningsbesöken. De anser att det är viktigt att få saklig information, instruktioner, och att få veta att allt är bra. Det anses att det är bra att hälsovårdaren informerar om allmänna

rekommendationer. Föräldrarna anser att det finns stora skillnader i hur hälsovårdarna har uppdaterat sina kunskaper. En del av föräldrarna önskar att hälsovårdarna hade uppdaterat sina kunskaper mer.

En del hade gjort det bra, andra fick man inga svar av.

Ett bra rådgivningsbesök beskrivs som sådant att:

Den osäkerheten man kände före besöket har försvunnit. Man litar på att allt går bra.

9.3.2 Att bli professionellt bemött

Föräldrarna upplever att hälsovårdaren är professionell när de blivit väl mottagna, hon kan ge logiska svar på deras frågor, utstrålar en viss självsäkerhet och är lugn och effektiv. Då föräldrarna upplever att de blir professionellt bemötta får de förtroende för hälsovårdaren.

Jag blir väl mottagen och hon kan svara på mina frågor, och då känner jag mig trygg.

En del föräldrar upplever besöken som negativa.

Rådgivningsbesöken gjorde oss oroliga, och vi undrade om detta var någonting som vi faktiskt borde ta på allvar

9.3.3 Att bli bemött med värme och omsorg

Föräldrarna anser att det är viktigt att de blir varmt mottagna på rådgivningen. Att bli mottagen med värme och omsorg innebär ur familjens synvinkel att hälsovårdaren ler, minns familjemedlemmarnas namn, och beaktar det som familjen vill lyfta fram under rådgivningsbesöket. Föräldrarna önskar också att besöket skulle ske i lugn och ro, och att känslan av brådska inte skulle vara närvarande.

När man kommer till rådgivningen är det mycket viktigt att det råder en vänlig anda, att hälsovårdaren hälsar och frågar hur läget är, och om man har någonting viktigt att lyfta fram så är det viktigt att det råder en sådan anda att man vågar lyfta fram det man tänkt.

Vår hälsovårdare förmedlar en känsla av empati, det känns tryggt att gå dit.

9.3.4 Att vara i en naturlig relation

En naturlig relation innebär att man vågar vara sig själv i relationen. Föräldrarna och hälsovårdaren respekterar varandra, och det finns en vilja att förstå varandra. Att vara i en naturlig relation innebär att dela sina tankar och känslor. Föräldrarna upplever att det är viktigt att relationen till hälsovårdaren känns naturlig och att personkemin fungerar.

Om kemin inte matchar så önskar jag att jag kunde byta hälsovårdare.

Relationen är naturlig då den är öppen och väcker tillit. Relationen upplevs också som naturlig då man går till den egna hälsovårdaren.

Det är inte trevligt att gå till någon som vi inte känner.

9.3.5 Att ha en kontinuitet i vårdrelationen

Att ha en egen hälsovårdare upplevs som viktigt, och föräldrarna i studien uppskattar sin egen hälsovårdare. Föräldrarna upplever att rådgivningsbesöken ger mera när de har en bekant person som de möter. Hälsovårdaren känner familjen, och vet hurdan familjens situation är och man måste inte alltid börja om från början, utan kan fortsätta utgående från det som togs upp vid det tidigare besöket. Det anses viktigt att hälsovårdaren känner familjen så att hon bättre kan iaktta familjens individuella behov, och lättare kan ta tag i problem som uppstår och betrakta dem utgående från familjens synvinkel. Enligt föräldrarnas åsikt är det lättare att diskutera även svåra saker när hälsovårdaren är bekant. Relationen till hälsovårdaren skapas via kontinuitet. Föräldrar som väldigt ofta haft olika hälsovårdare, anser att de blivit vänligt bemötta men att det inte uppstått någon relation av enstaka möten. Föräldrarna upplever att besöket inte var lika givande om de togs emot av någon annan på mottagningen.

Det var någon annan på mottagningen och det påverkade situationen

10 Diskussion

Familjens upplevelse av familjecentrerad vård är ett relativt outforskat område i Finland. Tidigare forskning utgår främst från ett vårdarperspektiv. Syftet med denna studie var att fördjupa förståelsen för familjens upplevelse, och för hur de upplever rådgivningsbesöken och känner att de blir bemötta. Från hälsovårdarens synvinkel är det av betydelse att veta vad föräldrarna anser vara viktigt. Analysen resulterade i tre huvudteman: *Att få kraft, att bli sedd som en unik familj, och att uppleva trygghet i vårdrelationen.*

Att få kraft

Att få kraft innebär att få stöd och bli mer säker, och att man tror på sig själv och sina resurser för att klara av situationen. För nyblivna föräldrar kan hela tillvaron upplevas osäker och att då få stöd är ett viktigt element inom rådgivningsverksamheten. Föräldrarna i denna studie upplevde att rådgivningens stöd gör dem mer säkra som föräldrar, och att rådgivningsbesöken ger dem kraft. Begreppet ”att få kraft” har inte lyfts fram i tidigare studier om familjecentrerad vård, men kan beskrivas som ett uttryck för *empowerment*. Forsberg, Hagquist och Starrin (1997) beskriver *empowerment* som ett förhållningssätt där människan har kraften och styrkan att definiera sina problem samt resurser för att lösa problemen. *Empowerment* kan alltså ses som ”hjälp till självhjälp”, som ett sätt att väcka medvetenhet, förstärka sin egen kraft och möjlighet att påverka (Kostenius & Lindqvist, 2006). Leahy Warren (2005) har genomfört en studie om hur det är att vara nybliven förälder. Studien visade att stöd, råd och information från hälsovårdaren ökar föräldrarnas självförtroende och säkerhet i barnvården. Föräldrarna var nöjda med hälsovårdarens stöd. Baggens (2002) har studerat distriktssköterskans stöd och eventuella andra faktorer som lyfter fram föräldrarnas känsla av *empowerment*. Föräldrarna i Baggens studie var inte nöjda med hälsovårdarens stöd och upplevde att deras oro inte beaktades. Studien visade att endast ett fåtal föräldrar upplevde sig känna *empowerment* efter rådgivningsbesöken (Fägerskiöld, 2006; Fägerskiöld, Wahlberg & Ek, 2001). Forskning visar att föräldrar förväntar sig att få både information och stöd av hälsovårdaren. Att hälsovårdaren visar förståelse för föräldrarnas situation har en stor betydelse. Från ett caritativt perspektiv kan vårdandet ses som att vårdaren visar patienten olika möjligheter, men det är patienten som bestämmer takt, fart, och formulerar målet. När patienten är oförmögen att visa vägen försöker vårdaren förstå patientens längtan och önskingar och agerar därefter (Eriksson, 2018). Då föräldrarna får dela sin oro med hälsovårdaren känner de att de bli sedda, hörda och bekräftade. Eriksson (1990) säger att alla människor önskar att bli bekräftade, sådana som de är och för det som de har gjort. Bekräftelsen ger människan mod att gå vidare.

Rådgivningsverksamheten utgår från att främja hela familjens välbefinnande. I mötet med familjen kunde idealet vara att också utgå från ett personcentrerat synsätt. Personcentrerad vård innebär att patient och anhöriga blir sedda och beaktade som unika personer med individuella behov, resurser, värderingar och förväntningar. Vårdrelationen utgår från patientens berättelser och kännetecknas av en ömsesidig öppenhet för varandras kunskap där vården utformas. Personcentrerad vård är en del i begreppet *empowerment* (Cawley & McNamara, 2011). I ett personcentrerat perspektiv innebär att få kraft att hälsovårdaren är lyhörd för familjens problem, lyssnar på dem, och är närvarande. Att få kraft innebär att man får lyfta fram sina problem och blir jämlikt bemött av hälsovårdaren. Familjecentrerad vård är ett sätt att ta hand om barn och deras familjer inom hälso- och sjukvården, detta innebär att vården planeras utgående från hela familjens behov (Jolley & Shields, 2009). Växelverkan med hälsovårdaren har en stor betydelse för familjens känsla av *empowerment*. Hälsovårdarens äkta intresse, inställning och attityd gentemot båda föräldrarna är viktiga (Paavilainen, 2003). Ett familjecentrerat perspektiv innebär att familjen får kraft av hälsovårdaren. Enligt Benzein et al. (2017) blir mötet en omvårdnadsåtgärd och relationen har betydelse för att minska lidande och öka välbefinnandet (Fägerskiöld et al., 2001).

Att bli sedd som en unik familj

Föräldrarna i denna studie upplever att det är viktigt att hälsovårdaren känner till familjens namn, minns vem de är och visar dem intresse. Holopainen (2016), som studerat det vårdande mötet, bekräftar att patienten vill bli sedd som en person, en individ och som en unik människa. Att ses som en unik patient ger en känsla av att vara någon med unika behov. Detta innebär att kännas igen som en person, att få existentiell bekräftelse genom att kallas vid namn. Att vara unik innebär att man är accepterad och får vara sådan som man är, och känner att man har ett värde som familj. Kasén (2002) anser att patienter känner att de har fått gott bemötande när vårdaren ser dem, patienten känner sig sedd som människa, och som medelpunkten i vården. De flesta föräldrar i min studie upplevde att de blev sedda men en del negativa upplevelser fanns, då de upplevt att hälsovårdaren inte godkänner deras sätt att fungera. Enligt Näsström et al. (2015) kan vård som inte tar patientens individuella behov i beaktande eller som underskattar patientens förmåga att bedöma sin situation påverka deltagandet i vårdrelationen negativt (Näsström et al., 2015). Patienten känner sig osynlig och övergiven (Kasén, 2002). Nyblivna föräldrar kan vara mycket sårbara. Om patienten upplever att vårdaren har fördomar kan det öka känslan av osäkerhet (Norberg, Bergsten & Lundman, 2001). Ness et al. (2015) betonar i sin studie att föräldrarna bör ses som unika individer men också som en familj. Föräldrar vill bli inbjudna till att bidra med sina erfarenheter och kunskaper, och vara samarbetspartner i

barnets vård, de vill inte upplevas som en börda. De önskar att diskussionen ska vara öppen. Föräldrarna i min studie upplevde också ett behov av en öppen diskussion.

Att hela familjen ska bli sedd innebär att alla familjemedlemmar blir uppmärksammade i mötet med hälsovårdaren. Föräldrarna anser att det är viktigt att utgå från familjens situation och hur vardagen ser ut. Även Benzein et al. (2017) understryker att familjens individuella behov behöver uppmärksammas och dess frågor måste besvaras och bemötas utifrån dess situation och kunskaper. Familjen fungerar som expert på sin egen situation. Då hälsovårdaren accepterar och respekterar familjerna sådana som de är, bekräftar hon deras värdighet. Människan upplever värdighet då hennes situation bekräftas och hon blir godkänd. Ett karitativt vårdande innebär alltså att vårdaren kan "vara där" och bekräfta patientens värdighet, och på detta sätt förmedla kärlek för patienten (Eriksson, 1994). Att bli godkänd innebär att bli bekräftad. Enligt Eriksson (1994) innebär detta att någon verkligen lyssnar på honom eller henne och det som han eller hon längtar efter. Enligt Wright & Leahey (1998) upplever de flesta människor att de har tillräcklig kunskap om familjer utgående från sina personliga erfarenheter av sin egen familj. Om vårdaren utgår enbart från denna erfarenhet kan det leda till felaktiga antaganden och bedömningar i möten med familjer i arbetet, eftersom synen begränsas utifrån den egna synen på socialisering, kultur och värderingar. Möten med olika familjer underlättas sannolikt då vårdaren antar ett vitt familjebegrepp, men även med hänsyn till de traditionella gränserna, såsom t.ex. blodsband, adoption och äktenskap (Wright & Leahey, 1998). Om alla familjemedlemmar uppmärksammas visar det på en god kvalitet på vården som tjänar till att höja hela familjens välbefinnande (Åstedt-Kurki et al., 2001). Att se familjen från ett familjecentrerat perspektiv innebär att samtidigt se den unika familjen och de unika familjemedlemmarna. Detta synsätt stöds även av den personcentrerade vården där patientens, familjens, berättelse är i centrum, och är en förutsättning för personcentrerad vård. Berättelsen innebär att alla i familjen får lyfta fram vad de ser som viktigt. Hälsovårdaren planerar tillsammans med familjen vården utgående från familjens individuella behov. Detta handlar om ömsesidig respekt för varandras kunskap (Ekman et al., 2018). Enligt Wiklund-Gustin (2015) är det viktigt att vårdaren är nära patientens livsvärld och deltar genom att observera och lyssna. Vårdaren bör förstå patienten i relation till det sammanhang han eller hon befinner sig i. Då man respekterar patientens liv respekterar man människan. Att utgå från ett karitativt synsätt innebär att hälsovårdaren respekterar familjen och dess situation.

Att uppleva trygghet i vårdrelationen

Resultaten visade att föräldrarna i studien upplevde att det var viktigt att känna sig välkommen till rådgivningen. Detta innebär att man blir varmt mottagen med ett leende eller något vänligt

ord. Larssons och Dykes (2009) studie beskriver som positiva synpunkter att hälsovårdaren får patienterna att känna sig välkomna och visar dem intresse. Edwall et al. (2008) anser att om patienterna känner sig väl bemötta av vårdaren ökar också självkänslan. Att ha en egen hälsovårdare upplevs som viktigt för att känna trygghet i vårdrelationen. Att vården väcker tillit kan beskrivas som en upplevelse av att vara ”i goda händer” (Adams & Bond, 2000). I en studie av Tuominen et al. (2014) framkommer att föräldrarna upplevde stödet som bättre då de upplevde kontinuitet i relationen. Även Berg och Danielson (2007) och Turpin, McWilliam och Ward-Griffin (2012) anser att kontinuitet i mötet med familjerna skapar förtroende och tillgänglighet och bidrar till trygghet. Föräldrarna i min studie beskriver att tryggheten i relationen beror på att man går till samma hälsovårdare och att man börjar lära känna varandra. Föräldrarna upplevde att den egna hälsovårdaren tog deras situation i beaktande. De upplevde att det var bra att man kunde fortsätta att diskutera någonting som tagits upp under tidigare besök. Mok och Chiu (2004, s. 480) beskriver att kontinuitet är att vårda med omtanke. Då hälsovårdaren känner familjen är hon mer engagerad i familjens situation. Eriksson (2000) anser att det är viktigt med kontinuitet i vårdrelationen, oberoende av hur länge vårdprocessen pågår. Kontinuitet innebär att vårdprocessen blir vårdande när relationen är djup och trygg (Eriksson, 2000). Vårdrelationen till hälsovårdaren upplevs som värdefull. Brister i kontinuiteten är något som föräldrarna upplever som negativt (Berg & Danielson, 2007). Föräldrarna upplever att det inte känns lika tryggt att gå till någon annan hälsovårdare. Besöket blir mer rutinmässigt och åtgärdskoncentrerat. Några föräldrar upplever att hälsovårdaren inte haft tid att sätta sig in i deras situation. Föräldrarna beskriver även positiva upplevelser fast de tagits emot av en vikarie på mottagningen. Då hade hälsovårdaren på förhand satt sig in i deras situation. Föräldrarna i denna studie beskriver också att de upplevt trygghet i vårdrelationen då de blivit professionellt bemötta, och att de hade kunskap. Nåden (2000) beskriver att patienten längtar efter att uppleva trygghet i mötet. Holopainen et al. (2016) anser att då patienten upplever trygghet i mötet kan hon lita på vårdaren och vårdarens yrkeskunnighet. Vårdrelationen upplevdes som naturlig om personkemin fungerade. Vårdaren kan med sitt kroppsspråk förmedla att hon bryr sig om patienten (Eriksson, 2015). Vårdrelationen innebär en ömsesidig relation. Detta kan ses som ett naturligt vårdande. Det naturliga vårdandet innebär att ta hand om den andra (Eriksson, 2015).

11 METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN

Syftet med denna avhandling var att beskriva familjers upplevelse av familjecentrerad vård. Vald metod var kvalitativ innehållsanalys som är inriktad på att förstå snarare än att förklara (Stukát, 2011). Enligt Malterud (2003) används kvalitativa metoder om syftet är att få veta mer om mänskliga egenskaper såsom erfarenheter, upplevelser, tankar och förväntningar. Analysmetoden kan bedömas vara lämplig i relation till forskningsdata och studiens karaktär. All forskning som görs har som syfte att hitta ny kunskap, och då behöver man vidta åtgärder för att visa en studies trovärdighet. För att öka en studies trovärdighet är det enligt Hällgren Graneheim och Lundman (2004) viktigt att forskaren påvisar sanningshalten i resultatet samt även visar hur forskarens förförståelse och erfarenhet har präglat analysen.

I denna studie var deltagarna föräldrar som rekryterades genom rådgivningsverksamheten i Helsingfors. Största delen av föräldrarna i forskningsgruppen var på förhand utvalda. Några deltagare blev rekryterade med den så kallade snöbollseffekten: de som kunde gav förslag på eventuella andra lämpliga deltagare. I studien intervjuades 15 föräldrar, vilket bedömdes vara ett tillräckligt antal. En större mängd intervjuer skulle möjligtvis ha fört fram ytterligare dimensioner. Av de intervjuade var elva mammor och fyra pappor. Om papporna varit flera skulle även det ha tillfört andra aspekter.

Intervjuerna gjordes i informanternas hem eller på någon annan plats som de valt, såsom på ett café. Några intervjuer utfördes även per telefon. Intervjuernas längd var cirka 60 minuter. Antalet deltagare var tillräckligt med avseende på studiens syfte, intervjuerna var informativa och reflekterande. Atmosfären var mer avslappnad i intervjuerna som utfördes i informanternas hem, medan telefonintervjuerna var mer strukturerade. Intervjuerna utfördes enligt en intervjuguide som utformades under studiens gång. För att nå djupare ställdes vid behov tillägsfrågor och intervjun avslutades med att informanterna tillfrågades om det var något mer de ville tillägga.

Dataanalysen har skett enligt kvalitativ innehållsanalys enligt Hällgren Graneheims och Lundmans metod och i dialog med en erfaren forskare. Metoden anses vara lämplig för denna studie. Elo och Kyngäs (2011) anser att den kvalitativa innehållsanalysen kännetecknas av att det inte finns ett entydigt rättesnöre för analysen, eftersom alla forskningsdata är speciella. Att redovisa sin förståelse är inte lätt. Svårigheten i att bokstavligen redovisa all sin förståelse framgår av att nästan allt man tänkt i princip skulle kunna påverka tolkning (Larsson, 2008). Då många faktorer påverkar tolkningen kunde en annan forskare ha kommit fram till ett annat

resultat. För att svara an på trovärdighet av resultatet har analysprocessen beskrivits noggrant och åskådligt. Vidare har citat som ger exempel på analysen lyfts fram för att stärka intervjuernas tillförlitlighet.

Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) är förförståelsen en viktig aspekt av tolkningsprocessen. Forskaren är alltid delaktig i skapandet av texten genom samspel med informanten under intervjun. Forskaren ska lyfta fram sin egen förförståelse och sina egna antaganden rörande fenomenet i fråga. Att författaren i denna avhandling har erfarenhet av att vara hälsovårdare inom rådgivningsverksamhet med familjer, kan ha påverkat intervjuerna stärkande genom att området är känt. Å andra sidan kan det ha påverkat de intervjuade, som kan ha upplevt intervjun som ett vårdbesök. För att motverka detta tydliggjordes omständigheterna för deltagarna. Forskarens bakgrund kan dock vara något positivt då intervjuaren kände till ämnet, vilket kan ha bidragit till djupa och omfattande intervjuer och tillräcklig datamängd. Är datamängden tillräckligt stor och omfattande i relation till studiens syfte? Femton föräldrar intervjuades. Datamängden var tillräckligt stor för att svara på studiens syfte. All forskning som görs har ett syfte att hitta ny kunskap och då krävs åtgärder för att visa en studies trovärdighet. För att öka en studies trovärdighet är det enligt Hällgren Graneheim och Lundman (2004) viktigt att forskaren påvisar sanningshalten i resultatet samt även visar hur forskarens förförståelse och erfarenhet har präglat analysen. För att bedöma resultatets riktighet har det även speglats mot tidigare studier och en teoretisk referensram enligt Hällgren & Graneheim och Lundman (2004). I den kvalitativa studien anses forskaren alltid framföra sitt unika perspektiv (Fareilly, 2013). Det finns likheter med andra studier. Som denna studies styrkor kan nämnas att forskningsprocessen är väl beskriven och att metodvalet är motiverat.

12. Slutsats

Studiens syfte var att beskriva familjens upplevelse av familjecentrerad vård. Resultaten att få kraft, att bli bemött som en unik familj och att känna trygghet och förtroende i relationen, beskriver föräldrarnas upplevelse av vad som är viktigt i mötet med hälsovårdaren. Relationen anses som betydelsefull för föräldrarna, och det är viktigt att familjen har en bekant hälsovårdare. Detta ger föräldrarna möjlighet att bli sedda och bemötta, och få kraft av hälsovårdaren.

Det är viktigt att hälsovårdaren har kännedom om hur familjerna vill bli bemötta. Studiens resultat visar vikten av att hälsovårdaren har förståelse för ett familjecentrerat arbetssätt och för familjens behov. För att förbättra den familjecentrerade vården i rådgivningsverksamheten krävs att den familjecentrerade vården beaktas vid planering och utveckling av rådgivningens funktion.

Familjens betydelse för vårdrelationen kan ses som obestridlig. Detta ställer högre krav på utbildningen. Vårdutbildning bör i högre grad utgå från ett familjecentrerat perspektiv och ge kunskap och färdigheter om vad en familj är och se och bekräfta alla familjemedlemmar.

Familjens upplevelser av vård är ett relativt outforskat område, vilket lyfter fram ett behov av fortsatt forskning. Föräldrarna i denna studie lyfte fram vårdrelationens betydelse. Förslag till fortsatt forskning kunde därför även vara hur familjer av olika etniciteter och personer med andra kulturella erfarenheter av vården upplever vårdrelationens betydelse.

Litteratur:

- Adams, A., & Bond, S. (2000). Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing* 32(3), 536–543.
- Alligood, M. R., & Marriner Tomey, A. (2010). *Nursing theorists and their work*. Maryland Heights, MO: Mosby/Elsevier.
- American Academy of Pediatrics. (2012). Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics* 129(2), 394–404.
- Baggens, C. A. L. (2002). Nurses' work with empowerment during encounters with families in child healthcare. *Critical Public Health* 12(4), 351–363.
- Bardy, M. (2009). Hyvinvoinnin ulottuvuudet – perheen ja yhteiskunnan suhteissa. I J. LammiTaskula, S. Karvonen, & S. Ahlström (Red.), *Lapsiperheiden hyvinvointi* (s. 226–240). Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd.
- Bell, J., & Waters, S. (2016). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B.-I. (2017). Teoretiska utgångspunkter för familjefokuserad omvårdnad. I E. Benzein, M. Hagberg, & B.-I. Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg* (2. uppl., s. 33–49). Lund: Studentlitteratur AB.
- Berg, L., & Danielson, E. (2007). Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: An aware striving for trust. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 500–506.
- Betz, C. L. (2006). Parent-professional partnerships: Bridging the disparate worlds of children, families and professionals. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families. Official Journal of the Society of Pediatric Nurses and the Pediatric Endocrinology Nursing Society* 21(5), 333–336.
- Cawley, T., & McNamara, P. M. (2011). Public health nurse perceptions of empowerment and advocacy in child health surveillance in West Ireland. *Public Health Nursing* 28(2), 150–158.
- Cronin, C., & McCarthy G. (2003). First-time mothers – identifying their needs, perceptions and experiences. *Journal of Clinical Nursing* 12(2), 260–267.
- Danielson, E. 2014. Kvalitativ forskningsintervju. I: Henricson, M. red. *Vetenskaplig te-ori och metod*. Mediapoolprint AB, Estonia, 163–176.

- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: The needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth* 30(89), 1-11.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1996). Empowerment, effective helpgiving practices and family-centred care. *Pediatric Nursing* 22(4), 334–337.
- Edwall, L., Hellström, A., Öhrn, I., & Danielson, E. (2008). The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 772-781
- Ekman, I., Norberg, A., & Kristensson Uggla, B. (2018). *Personcentrering i hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (1990). *Pro Caritate. En lägesbestämning av caritativ vård* (Vårdforskning 2). Vasa: Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.
- Eriksson, K. (1992). *Broar – introduktion till vårdvetenskaplig metod* (2. uppl.). Vasa: Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Eriksson K. (2000). *Vårdprocessen* (4. uppl.). Göteborg: Liber.
- Eriksson, K., & Lindström, U. Å. (Red.). (2003). *Gryning II, klinisk vårdvetenskap*. Vasa: Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.
- Eriksson, K. (2015). *Vårdandets ide*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap: Vetenskapen om vårdandet. Om det tidlösa i tiden*. Stockholm: Liber.
- Farrelly, P. (2013). Issues of trustworthiness, validity and reliability. *British Journal of School Nursing* 8(3), 149–151.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family nursing: Research, theory, & practice*. New Jersey: Pearson Education.
- Forskningsetiska delegationen. (2013). God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland. Forskningsetiska delegationens anvisningar 2012. Hämtad från http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf 20.11.2018
- Fossum, B. (Red.). (2007). *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur AB.

- Forsberg, E., Starrin, B. (1997). *Empowerment – begrepp och tillämpning*. I E. Forsberg, C. Hagquist, & B. Starrin (Red.), *Frigörande kraft: Empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.
- Fägerskiöld, A. M., Wahlberg, V., & Ek, A.-C. (2001). Maternal expectations of the child health nurse. *Nursing and Health Sciences*, 3, 139–147.
- Fägerskiöld, A. M. (2006). Support of fathers of infants by the child health nurse. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 20, 79–85.
- Gavaghan, S. R., Carroll, D. L. (2002). Families of critically ill patients and the effect of nursing interventions. *Dimensions of Critical Care Nursing* 21(2), 64–71.
- Gedaly-Duff, V., Nielsen, A., Heims, M. L., & Pate, M. F. D. (2010). Family child healthnursing I J. R. Kaakinen, V. Gedaly-Duff, D. P. Coehlo, & S. M. H. Hanson (Red.), *Family health care nursing: Theory, practice and research* (4. uppl., s. 332–378). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- George, L. (2005). Lack of preparedness – experiences of first-time mothers. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* 30(4), 251–255.
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2013). *Family therapy: An overview* (8. uppl.). Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage Learning.
- Hanson, S. M. H., & Boyd, S. T. (1996). *Family health care nursing: Theory, practice and research*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Hakulinen-Viitanen, T., & Pelkonen, M. (2009). Lastenneuvola lapsen ja perheen terveyden ja hyvinvoinnin edistäjänä. I J. Lammi-Taskula, S. Karvonen, & S. Ahlström (Red.), *Lapsiperheiden hyvinvointi 2009* (s. 152–161). Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd.
- Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., Hastrup, A., Wallin, M., & Pelkonen, M. (2012). *Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon* (rapport från Institutet för hälsa och välfärd, 12/2014). Tammerfors: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Halme, N., Kekkonen, M., & Perälä M.-L. (2012). *Perhekeskukset Suomessa. Palvelut, yhteistoiminta ja johtaminen* (rapport från Institutet för hälsa och välfärd, 62/2012). Tammerfors: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. (2010). *Tutki ja kirjoita*. Tavastehus: Kariston Kirjapaino Oy.

- Holopainen, G. (2016). *Mötets kalejdoskop – det vårdande mötets skiftande monster* (doktorsavhandling). Vasa: Åbo Akademi.
- Hällgren Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24(2), 105–112.
- Jackson, K., & Wigert, H. (Red.). (2009). *Familjecentrerad neonatalvård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Johansson, P., Benzein, E., & Saveman, B.-I. (2006). *Sjuksköterskors inställning till familjers betydelse i omvårdnaden* (rapport från Institutionen för hälso- och beteendevetenskap). Kalmar: Högskolans i Kalmar.
- Jolley, J., & Shields, L. (2009). The evolution of family-centred care. *Journal of Pediatric Nursing* 24(2), 164–170.
- Kankkunen, P., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2009). *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsingfors: WSOYpro Oy.
- Kasén, Anne; 2002. *Den vårdande relationen*, Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Åbo Akademis förlag,
- Kauffman, F. G. (2007). Intensive family preservation services: The perceptions of client families. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 24, 553–566.
- Kirkevold, M., & Strømsnes Ekern, K. (Red.). (2003). *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. Stockholm: Liber.
- Kostenius, C., & Lindqvist, A.-K. (2006). *Hälsovägledning: Från tanke till ord och handling*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede*, 23 (2), 138–148.
- Lagerberg, D., Magnusson, M., & Sundelin, C. (2008). *Barnhälsovård i förändring: Resultat av ett interventionsförsök*. Stockholm: Gothia.
- Landgren, K., & Hallström, I. (2010). Parents' experience of living with a baby with infantile colic – phenomenological hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25(2), 317–324.
- Larsson, A.-K., & Dykes, A.-K. (2009). Care during pregnancy and childbirth in Sweden:

Perspectives of lesbian women. *Midwifery*, 25, 682–699.

Leahy Warren, P. (2005). First-time mothers: Social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing* 50(5), 479–488.

Lindroos, S., & Hyypiä, M.-L. (2009). Perhekeskeinen neuvoa. P. Larivaara, S. Lindroos, & T. Heikkilä (Red.), *Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto* (s. 138–154). Helsingfors: Duodecim.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187–201). Lund: Studentlitteratur AB.

Malterud, K. (2003). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur AB.

Michalopoulos, L., Ahn, H., Shaw, T. V., & O'Connor, J. (2012). Child welfare worker perception of the implementation of family-centred practice. *Research on Social Work Practice* 22(6), 656–664.

Mok, E., & Chiu, P. C. (2004). Nurse-patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing* 48(5), 475–483.

Mulju, T. (2002). Perhekeskukset lasten ja vanhempien tukena Ruotsissa. *Sosiaaliturva* 90(9), 27–28.

Ness, O., Borg, M., Semb, R., & Topor, A. (2015). “Negotiating partnerships:” parents’ experiences of collaboration in community mental health and substance use services. *Advances in Dual Diagnosis* 9(4), 130–138.

Norberg, A., Bergsten, M., & Lundman, B. (2001). A model of consolation. *Nursing Ethics* 8(6), 544–553.

Nåden, D. (2000). Den arkeologiske scene. I K. Eriksson & U. Å. Lindström (Red.), *Gryning – en vårdvetenskaplig antologi* (s. 77–93). Vasa: Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.

Näsström, L. M., Idvall, E. A., & Strömberg, A. E. (2015). Heart failure patients’ descriptions of participation in structured home care. *Health Expectations*, 18(5), 1384–1396.

Paavilainen, R. (2003). *Turvallisuutta ja varmuutta lapsen odotukseen. Äitien ja isien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta* (doktorsavhandling). Tammerfors: Tammerfors universitet.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Robinson, C. A., & Wright, L. M. (1995). Family nursing interventions: What families say makes a difference. *Journal of Family Nursing* 1(3), 327–345.

SAOB – Svenska Akademiens Ordbok. Hämtad 17.9.2018 från <https://www.saob.se/>

Sidani, S. (2008). Effects of patient-centered care on patient outcomes: An evaluation. *Research and Theory for Nursing Practice: An international Journal* 22(1), 24–37.

Social- och hälsovårdsministeriet. (2004). Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Suuntaviivat lastenneuvolatoiminnan järjestyksistä kunnille (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2004:13). Hämtad 20.10.2017 från <http://pre20090115.stm.fi/pr1098966089380/passthru.pdf>

Social- och hälsovårdsministeriet. (2005). *Barnrådgivningen som stöd för barnfamiljer. Handbok för personalen* (SHM:s handböcker 2005:12). Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.

Stukát, S. (2011). *Att skriva examensarbete inom utbildningsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur

AB.

Strandås, M., & Bondas, T. (2017). The nurse-patient relationship as a story of health enhancement in community care: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 11–22.

Söderbäck, M., & Ekström, C. (2014). Health counseling with Somali parents in Swedish primary child health care. *Nordic Journal of Nursing Research* 34(4), 33–37.

Tammentie, T., Paavilainen, E., Tarkka, M.-T., & Åstedt-Kurki, P. (2009). Families' experiences of interaction with the public health nurse at the child health clinic in connection with mother's post-natal depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16(8), 716–724.

Tarkka, M.-T., Paunonen, M., & Laippala, P. (2000). First time mothers and child care when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing* 31(1), 20–26.

Thórarinsdóttir, K., & Kristjánsson, K. (2014). Patients' perspectives on person-centred participation in healthcare: A framework analysis. *Nursing Ethics* 21(2), 129–147.

- Tengqvist, A., Björling, B., & Milling, M. (2007). *Kärnan av empowerment: Erfarenheter från tio Europeiska empowermentverksamheter*. Stockholm: Kvinnoforum förlag.
- Tuominen, M., Kaljonen, A., Ahonen, P., & Rautava, P. (2014). Relational continuity of care in integrated maternity and child health clinics improve parents' service experiences. *International Journal of Integrated Care* 14(4), 1–12.
- Turpin, L. J., McWilliam, C. L., & Ward-Griffin, C. (2012). The meaning of a positive client-nurse relationship for senior home care clients with chronic disease. *Canadian Journal on Aging* 31(4), 457–469.
- Watson, J.L., Bell, J.M. (2002). *familjefocuserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Viitala, R., Kekkonen, M., & Paavola, A. (2008). *Perhekeskustoiminnan kehittäminen. Perhehankkeen loppuraportti* (SHM:s rapporter 2008:12). Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.
- Wigert, H. (2008) *Föräldrars delaktighet i sitt barna vård vid en neonatal intensivvårdsavdelning*. Västra Frölunda. DocuSys AB.
- Wiklund Gustin, L., & Bergbom, I. (2015). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Vikström, B. (2005). *Den skapande läsaren. Hermeneutik och tolkningskompetens*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Viljamaa, M.-L. (2003). *Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki* (doktorsavhandling). Jyväskylä: Jyväskylä universitet.
- Wilkins, C. (2005). A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*, 22, 169–180.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (1998). *Familjevård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Whittaker, Karen A. Cox, Pat. Thomas, Nigel. Cocker, Karen. 2014, A qualitative study of parent's experiences using family support services: applying the concept of surface and depth. *Health and social Care in the Community*, vol.22, nr. 5, s. 479–487.
- Vuorenmaa, M., Perälä, M.-L., Halme, N., Kaunonen, M., & Åstedt-Kurki, P. (2014). The validity and reliability of the Finnish Family Empowerment Scale (FES): A survey of parents with small children. *Child: care, health and development* 40(4), 597–606.



TAUSTAINFO HELSINGIN KAUPUNGIN NEUVOLATOIMINNAN KEHITTÄMISTUTKIMUKSEEN

Perhekeskeisyys on Helsingin kaupungin neuvolatoiminnan keskeinen toimintaperiaate. Tämän toimivuutta selvittää Pia Kylmäpuro
Åbo Akademin hoitotieteiden johtamisen opintoihin kohdistuva pro gradu -tutkimus.

Tutkimuksessa kartoitetaan asiakkaiden kokemuksia Helsingin kaupungin neuvolatoiminnasta sekä tehdään tulosten pohjalta kehittämissuhteita neuvolatoimintaan. Tutkimuksen aiheet liittyvät neuvolan tuen antamisen muotoihin perheille.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, mutta ehdottoman toivottavaa kaikkien kyselyyn valikoituneiden kohdalla, sillä jokaisen vastaus vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Siksi on tärkeää saada teidänkin perheeltänne suostumus osallistua tähän tutkimukseen. Tutkimuksen tulokset käsitellään ehdottoman luottamuksellisina anonyymisti niin, että kenenkään tutkimukseen osallistujan henkilötiedot eivät tulostenkäsittelystä paljastu.

Tutkimuksen toteutus tehdään haastattelututkimuksena. Sen kesto on noin yksi tunti. Tutkijana toimiva Pia Kylmäpuro ottaa teihin yhteyttä puhelimitse ja suostuttuanne tutkimukseen sopii kanssanne haastatteluajan. Tutkimukseen osallistuminen ei siis edellytä teiltä muuta kuin suostumuksen sekä tunnin ajan varaamisen haastattelua varten.

Niin Helsingin kaupungin neuvolatoiminta kuin Åbo Akademi ovat erittäin kiitollisia, mikäli olisitte myönteisiä tämän tutkimuksen toteuttamiseen ja omalta osaltanne suostuisitte tutkimukseen haastateltavaksi tutkijan ottaessa teihin yhteyden. Lisäinfoa tutkimuksesta antavat tutkimuksen ohjaaja sekä tutkija, joiden yhteystiedot löytyvät alta.

Kiitokset tutkimukseen osallistumisesta!

Yhteistiedot

Nimi :	Pia Kylmäpuro
Sähköpostiosoite:	pia.kylmapuro@abo.fi
Puhelin:	XXXXXXXXXXXX

Ohjaaja:	Regina Santamäki-Fischer
	Yliopistonlehtori

Sähköpostiosoite:	rsantama@abo.fi
-------------------	--

Bilaga 2



Toivomus Tutkimuksessa Avustamiseen!

Haastateltavien Rekrytointi Helsingin Kaupungin Neuvolatoiminnan kehittämistutkimukseen. Olen opiskelemassa Åbo Akademiassa Hoitotieteen Maisteriohjelmassa, opintojeni pro gradu – tutkimukseen olen saanut Helsingin Kaupungilta tutkimusluvan gradu -vaiheeseen perhekeskeisyys neuvolatyössä. Tämän toteuttamiseen tarvitsen sinun apuasi, toivo että autat minua tässä.

Tutkimukseen tarvitsen asiakkaita / perheitä haastateltavaksi. Toivon, että te kysyisitte neuvolakäynnin yhteydessä vanhempien halukkuutta haastatteluun, ja antaisitte vanhemmille tiedotteen haastattelusta. Tutkimus on tarkoitettu perheille, jotka käyttävät säännöllisesti neuvolapalveluita. Haastattelen perheitä suomen tai ruotsinkielellä. Toivon että annat näistä tutkimukseen suostuvilta seuraavat tiedot:

Nimi, osoite, Puhelinnumero

Toivon saavani tiedot 18.3.2018 mennessä

Olen kovin kiitollinen avustasi!

Ystävällisin terveisin

Pia Kylmäpuro

Yhteystiedot:

Sähköpostiosoite:

pia.kylmapuro@abo.fi

Puhelin :

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ohjaaja

Yliopistonlehtori

Nimi

Regina Santamäki-Fischer

Sähköpostiosoite

rsantama@abo.fi

SUOSTUMUS OSALLISTUA ÅBO AKADEMISSA TEHTÄVÄN PERHEKESKEISYYDEN KÄSITTELEVÄN GRADUTYÖN HAASTATTELUUN

Tällä lomakkeella ilmoitan suostuvani Åbo Akademiassa toteutettavan Pia Kylmäpuron suorittaman pro gradu -tutkielman haastatteluun samalla antaen luvan käsitellä antamiani kokemus- ja näkemysperäisiä mielipiteitäni anonyymisti eli henkilöllisyyttäni paljastamatta. Olen tietoinen tutkimusaiheesta: perhekeskeisyydestä, ja perheen huomioiminen neuvolatyössä. Samoin olen tietoinen tutkimustavoitteesta niin opinnäytetyönä kuin myös tavoitteena kehittää neuvolatyötä perhekeskeisyyttä. Henkilökohtaisia taustatietoja ei tulla tutkimusraportissa käsittelemään, joten jokaisen haastateltavan anonyymiys on tutkimus -menetelmässä varmistettu. Minulle on luovutettu tutkijan (Pia Kylmäpuro) yhteystiedot ja siten minulla on mahdollisuus saada häneltä tutkimuksesta lisätietoa. Tätä lomaketta on kaksi samanlaista kappaletta: toinen haastateltavalle ja toinen tutkijalle

Helsinki

03.04.2018

Tutkimushenkilön allekirjoitus _____

Nimen selvennys

Tutkijan allekirjoitus _____

Nimen selvennys Pia Kylmäpuro _____

Yhteystiedot:

Nimi:

Pia Kylmäpuro

Sähköpostiosoite:

pia.kylmapuro@abo.fi

Puhelin:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Ohjaaja:

Nimi:

Regina Santamäki-Fischer

Yliopistonlehtori

Sähköpostiosoite:

rsantama@abo.fi

Bilaga 4

Intervjuguide:

Bakgrundsinformation: ålder, barnens ålder, utbildningsnivå, arbetssituation, civilstånd

Vem tillhör familjen?

-Kan ni berätta för mig hur ni upplever att besöka rådgivningen?

-Kan ni berätta hur ni/du upplever att er familj tas i beaktande där?

-Vem är det enligt din erfarenhet som står i fokus?

-Hur får barnets och föräldrarnas frågor/problem uppmärksamhet?

-Kan du/ni berätta om en god erfarenhet/dålig erfarenhet av mötet på rådgivningen?

-Vad innebär ett bra rådgivningsbesök?

-Har ni några förbättringsförslag?

-Finns det någonting som ni vill tillägga?

